

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Surdologopedická péče o děti s kochleárním implantátem
na školách pro sluchově postižené**

Diplomová práce

Autor: Bc. Jana Bártová

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

Hradec Králové

2016

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Zadání diplomové práce

Autor: **Bc. Jana Bártová**

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie

Název závěrečné práce: **Surdologopedická péče o děti s kochleárním implantátem na školách pro sluchově postižené**

Název závěrečné práce AJ: Speech therapy at schools for the hearing impaired children wearing cochlear implant

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se věnuje problematice surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem na speciálních školách pro sluchově postižené a ve speciálně pedagogických centrech pro sluchově postižené. Cílem výzkumné části je zhodnotit stav a kvalitu surdologopedické péče v uvedených zařízeních na území Čech.

Garantující pracoviště: **Katedra speciálně pedagogiky a logopedie, Pedagogická fakulta**

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.**

Konzultant:

Oponent: **PhDr. Lenka Neubauerová**

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Datum odevzdání závěrečné práce:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucí diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Podpis autora:

Poděkování

Děkuji vedoucí mé práce, Mgr. Tereze Skákalové, Ph.D., za cenné rady, připomínky a odborné vedení práce.

Anotace

BÁRTOVÁ, Jana. *Surdologopedická péče o děti s kochleárním implantátem na školách pro sluchově postižené*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 81 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se věnuje oblasti surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem. Tvoří ji pět základních kapitol. První kapitola je věnována problematice sluchového postižení v dětském věku. Druhá kapitola pojednává o kochleárních implantacích u dětí. Jsou zde shrnuty základní informace o předoperační přípravě. Třetí kapitola se zabývá možnostmi surdologopedické intervence, jakožto rehabilitaci po implantaci. Čtvrtá kapitola je věnována institucionálnímu zajištění surdologopedické péče. Pátá kapitola je výzkumnou částí diplomové práce. Tato kapitola předkládá výsledky výzkumného šetření mezi učiteli na školách pro sluchově postižené a ve speciálně pedagogických centrech při těchto školách. Práce usiluje o zhodnocení kvality surdologopedické péče na území Čech v těchto zařízeních. K realizaci cíle diplomové práce je primárně využita metoda dotazníkového šetření. Součástí praktické části diplomové práce je též diskuze výsledků.

Klíčová slova: surdologopedická péče, sluchové postižení, kochleární implantát.

Annotation

BÁRTOVÁ, Jana. *Speech therapy at schools for the hearing impaired children wearing cochlear implant*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 81 pp. Diploma thesis.

The thesis focuses on speech therapy for hearing impaired children with cochlear implants. It consists of five chapters. The first chapter deals with the issue of hearing impairment in early childhood. Cochlear implants in children are introduced in the second chapter which also provides the reader with the basic information on pre-operative preparation. The third chapter introduces the intervention possibilities of speech therapy for hearing impaired children, such as rehabilitation after implantation. The fourth chapter deals with the issue of ensuring speech therapy for hearing impaired children as it can be provided in institutions. The research part of the thesis is presented in the fifth chapter showing the results of the research among teachers at special schools and at specialized educational centres for the hearing impaired children. The present thesis aims to assess the quality of speech therapy and treatment for hearing impaired children in the above mentioned institutions within the region of Bohemia. The objective of the thesis has been reached using a questionnaire. An analysis of the results forms a substantial part of the thesis.

Key words: Speech therapy treatment with hearing impaired children, hearing impairment, cochlear implant.

Obsah

Úvod	9
1. Dítě se sluchovou vadou	10
1.1. Charakteristika dětského věku	11
1.2. Vady sluchu v dětském věku.....	15
1.3. Diagnostika vad sluchu v dětském věku	20
1.4. Vliv sluchové vady na vývoj dítěte.....	22
1.5. Screening sluchu u dětí	25
1.5.1. Legislativní vymezení screeningu sluchu	26
1.5.2. Způsob provádění screeningu sluchu.....	26
2. Dítě s kochleárním implantátem	28
2.1. Historie kochleárních implantací	28
2.2. Princip fungování kochleárního implantátu	29
2.3. Výběr vhodných kandidátů pro kochleární implantaci	30
2.4. Zdravotnická zařízení provádějící kochleární implantace	32
3. Surdologopedická péče o dítě s kochleárním implantátem	34
3.1. Příprava na implantaci.....	34
3.2. Rehabilitace po implantaci	36
4. Institucionální zajištění surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem	39
4.1. Speciální školy pro sluchově postižené.....	42
4.2. Speciálně pedagogická centra při školách pro sluchově postižené.....	43
5. Hodnocení kvality surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem	45
5.1. Metodologie výzkumu	46
5.2. Přehled kontaktovaných zařízení	48
5.3. Prezentace výsledků výzkumného šetření.....	50
5.3.1. Prezentace výsledků výzkumného šetření mezi učiteli na školách pro sluchově postižené.....	51
5.3.2. Prezentace výsledků výzkumného šetření mezi pracovníky speciálně pedagogických center	57
5.4. Souhrn výsledků výzkumného šetření	62
5.4.1. Výzkumné šetření mezi učiteli na školách pro sluchově postižené.....	63

5.4.2. Výzkumné šetření mezi zaměstnanci speciálně pedagogických center při školách pro sluchově postižené	64
6. Diskuze	68
Závěr	72
Seznam literatury a dalších pramenů	74
Seznam elektronických zdrojů.....	77
Seznam legislativních dokumentů	79
Seznam obrázků a tabulek	80
Seznam příloh	81

Úvod

Na počátku devadesátých let minulého století, konkrétně v roce 1993, nastala v České republice velká „revoluce“ pro děti se závažným sluchovým postižením. Od tohoto roku se u nás totiž začaly provádět kochleární implantace. Pro spoustu dětí a jejich rodin se jednalo téměř o zázrak v podobě možnosti „navrácení“ sluchu. Ovšem samotná aplikace kochleárního implantátu by bez zajištěné řádné kvalitní rehabilitace byla samoúčelná. Na tomto procesu se podílí mnoho odborníků a specializovaných institucí. Krom profesionálů z resortu zdravotnictví se jedná i o odborníky z oblasti školství. Diplomová práce si klade za cíl popsat stav této péče z hlediska školských a školských poradenských zařízení pro děti se sluchovým postižením a provést kvalitativní rozbor situace v této oblasti.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zpracována metodou analýzy dostupné literatury vztahující se ke zvolenému tématu. V této části jsou shrnuty hlavní poznatky o problematice dětství, kompendium vývojových stádií tohoto období lidského života. Dále teoretická část uvádí přehled exponovaných sluchových vad vyskytujících se v dětském věku. U dětí je stěžejním momentem včasná diagnostika poruch sluchu, proto se teoretická část věnuje též screeningu sluchu, tedy včasnému záchytu sluchových vad. Značná část textu se orientuje na popsání modelu speciálně pedagogické péče o děti s kochleárním implantátem. Na tomto místě jsou vzpomenuty též možnosti forem vzdělávání, které pro tyto děti přicházejí v úvahu – jedná se o školy pro sluchově postižené, či školy běžného typu. V případě, že dítě s kochleárním implantátem navštěvuje školu běžného typu, je mu k dispozici jakožto forma podpory speciálně pedagogické centrum.

Poslední kapitola diplomové práce je zasvěcena praktické části. Cílem praktické části je popsání kvality surdologopedické péče na školách pro sluchově postižené, potažmo ve speciálně pedagogických centrech při těchto školách. Pro tento záměr bude využita metoda dotazníkového šetření. Na základě takto získaných dat bude dále aplikována metoda otevřeného kódování. Očekávaným přínosem práce je předložit kvalitativní zhodnocení úrovně surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem na školách pro sluchově postižené a ve speciálně pedagogických centrech při školách pro sluchově postižené na území Čech.

1. Dítě se sluchovou vadou

Postižení sluchu závažným způsobem narušuje jak život dítěte, tak celé jeho rodiny. Snížená schopnost vnímání prostřednictvím sluchu či jeho úplná absence zásadně mění zejména způsob komunikace s dítětem v rodině i mimo ni. Sluch má obrovský význam nejen pro komunikaci. Prostřednictvím sluchu též čerpáme velké množství informací o okolním světě. Dítě se sluchovým postižením je proto ochuzeno o mnoho informací, které by za normálních okolností přirozeně získalo. Děti se sluchovou vadou tedy v hojné míře trpí takzvanou podněťovou deprivací. Lejska (2003) uvádí, že sluchem člověk přijímá více než 60 procent veškerých informací z okolí.

Chybí-li, nebo je závažným způsobem snížena schopnost slyšení, nese tato skutečnost další rizika – v důsledku nemožnosti vnímat důležité zvuky z okolí (například přijíždějící auto) absentuje ochranná funkce sluchu, která by dítě za normálních okolností upozornila na blížící se nebezpečí.

Sluch je dále nezastupitelný při vytváření citových vazeb s ostatními osobami, což úzce souvisí s jeho komunikační funkcí. Tato skutečnost vychází z faktu, že komunikace a komunikační schopnost patří k nejzásadnějším dovednostem člověka a slouží k vytváření, udržování a kultivování vztahů mezi lidmi. Šedá (online, 2015) uvádí, že *„schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů a využívat jej ve všech jeho formách. Naše společnost je obrazně řečeno založena na komunikaci.“*

Sluch má klíčovou úlohu také při socializaci dítěte – jak do rodiny, tak do celé společnosti. *„Sluchové postižení a problémy v komunikaci zákonitě ovlivní proces socializace“* (Strnadová 2002). Osoby se sluchovým postižením jsou v této oblasti znevýhodněny, neboť mají své sociální zkušenosti modifikovány či opožděny absencí sluchu. Vágnerová (2002) uvádí, že lidé s postižením sluchu mají jiné sociální zkušenosti a tyto jsou navíc z vývojového hlediska opožděné. Dále mají potíže s chápáním významu rozličných situací, s kontinuitou dění, chápáním pocitů a postojů lidí ve svém okolí.

Aby se všem těmto potížím v co největší míře předešlo, je zapotřebí zejména včasné zachycení sluchové vady, její diagnostika a následná rehabilitace. Jedině při včasné intervenci je možné minimalizovat důsledky sluchové vady. Největší díl

zodpovědnosti za toto leží zpravidla na rodičích sluchově postižených dětí. Rodiče nejčastěji v prvním půlroce věku dítěte zjišťují, že dítě nemá sluch v pořádku. *„Jakékoli podezření ze strany rodičů má být okamžitě ověřeno na odborném pracovišti – pokud se jejich podezření potvrdí, je povinností lékaře neprodleně zajistit vhodnou audiologickou a intenzivní logopedickou péči“* (Holmanová 2002, s. 6).

Typ a stupeň sluchového postižení zpravidla udává míru vlivu na celkový rozvoj osobnosti dítěte. Nezastupitelnou roli však hrají rodiče dítěte, kteří svým přístupem k dítěti mohou ovlivnit jeho další vývoj. Právě na rodičích (či jiné pečující osobě) leží hlavní úkol, a sice včas u dítěte sluchovou vadu rozpoznat, postarat se o kompenzaci jeho sluchové ztráty a dát mu nějaký komunikační systém. V jaké míře si následně dítě osvojí efektivní komunikaci, záleží na nejrůznějších okolnostech. Jako nejzásadnější uvádí Poul (1992, s. 6) následující:

- *„jak brzy se začne se soustavnou sluchovou a řečovou výchovou;*
- *jak bude tato výchova intenzivní a soustavná;*
- *jak bude probíhat celkový tělesný a duševní rozvoj dítěte;*
- *kolik příležitostí v předškolní a školní výchově bude mít dítě k tomu, aby mohlo mluvit (dítě potřebuje neustálý kontakt s okolím);*
- *dále záleží i na rozsahu radostných pocitů z mluvení;*
- *v jakém rozsahu je sluch poškozen;*
- *jak se dítě naučí sluch využívat.“*

1.1. Charakteristika dětského věku

Následující dílčí kapitola se věnuje stručné charakteristice jednotlivých období dětského věku z hlediska vývojové psychologie. Charakteristika stádií je doplněna specifiky dětí se sluchovou vadou. Vágnerová (2012) z aspektu vývojové psychologie vymezuje následující vývojová stadia:

- období novorozenecké;
- období kojenecké;
- období batolecí;
- období mladšího školního věku;

- období středního školního věku;
- období puberty.

Každé z výše uvedených období má svá specifika a konkrétní vývojový úkol, jehož splnění je nezbytné pro zdravý vývoj dětské osobnosti.

Období novorozenecké

Novorozeneckým obdobím nazýváme první rok věku dítěte po jeho narození. V prvním měsíci života dítěte je nejzásadnějším úkolem přizpůsobení se novému prostředí. V předchozích devíti měsících nitroděložního vývoje bylo dítě v chráněném prostředí těla matky a nyní se musí vyrovnat s odlišnými vnitřními a zevními podmínkami. Tyto změny se týkají zejména způsobu dýchání a přijímání potravy. V tomto jsou novorozenci ku pomoci vrozené reflexy, jakými jsou například reflexy sací a polykací. Veškerý rozvoj dětí tohoto raného věku je závislý na působení okolí, to znamená zpravidla rodičů, zejména matky. Bez odpovídající saturace kojeneckých potřeb je zdravý vývoj dítěte ohrožen. V případě dětí s postižením toto platí dvojnásob. Z tohoto důvodu má klíčový význam screening sluchu novorozenců, který má za úkol včas zachytit poškození sluchu. Již v této etapě raného věku je vysoce žádoucí zahájit odpovídající intervenci zmíněné oblasti.

Období kojenecké

Kojeneckým obdobím nazýváme prvních dvanáct měsíců života dítěte. Jedná se o období velmi dynamických změn a individuálních rozdílů mezi jednotlivými dětmi. V prvním roce věku je pro dítě významná potřeba stimulace. Stimulace je důležitá z důvodu, aby se dítě naučilo žít v okolním prostředí a získalo pocit jistoty a bezpečí. V případě dětí s (sluchovým) postižením tato fáze představuje problém. *„Jestliže tomu tak není, např. z důvodů smyslového či pohybového defektu, musí se změnit přístup k dítěti a stimulovat je tak, aby se ve svém účinku co nejvíce přibližoval normě“* (Vágnerová 1999, s. 31). Z toho vyplývá, že je velmi žádoucí odhalit sluchovou vadu včas, aby mohla být zahájena adekvátní komunikace s dítětem, jež bude jiná než u dětí s intaktním sluchem. Tedy je zapotřebí eliminovat dobu, po kterou by kojeneček zůstal bez funkčního dorozumívacího systému, čili bez příležitosti přijímání informací nutných pro jeho zdravý rozvoj. Piaget (1970) určuje období prvního roku věku jako období senzomotorické, neboť zde hraje významnou

roli smyslové vnímání a pohyblivost. Dítě může dobře poznat jen to, co může vnímat a s čím může manipulovat. U dětí se sluchovým postižením je toto bohužel do značné míry limitováno. Snížené jsou i kompetence kojence týkající se rozvoje řeči, neboť fáze kojenecká je charakterizována počátkem rozvoje řeči. Na tomto místě opět platí, že klíčová je zde především stimulace sluchu, což je potřeba u dětí nedoslýchavých co nejdříve upravit vhodnou kompenzací a u dětí neslyšících zvolit vhodný způsob komunikace, který bude vyhovující jak pro rodiče, tak pro neslyšící dítě. Je jisté, že sluchově postižený kojeneček, jemuž nebude věnována odpovídající péče, se sám mluvené řeči nenaučí. I přestože se u něj objeví broukání, které je vrozené všem dětem, i neslyšícím, postupem času však vymizí z důvodu chybějící sluchové zpětné vazby. V tomto momentě již vývoj řečových schopností spontánně mizí a dítě potřebuje pro další rozvoj mluvené řeči aktivní pomoc svého okolí.

Období batolecí

Obdobím batolecím rozumíme věk dítěte od jednoho roku do dovršení tří let života. Pro tuto část vývoje je příznačný velký rozvoj osobnosti dítěte. Erikson (2002) toto období nazývá etapou autonomie, což znamená, že se dítě osamostatňuje z různých vazeb, například ze vztahu s matkou, který se nyní proměňuje. S procesem autonomizace úzce souvisí to, na jaké úrovni se batole nachází z hlediska komunikace – je důležité, aby dítě bylo schopno přijímat informace od okolí i samo aktivně určité informace k ostatním vysílat. V tomto ohledu jsou opět děti se sluchovým postižením velmi limitovány. I pro rodiče batolat je úroveň řeči jejich dětí velice důležitá, protože kvalita řečového projevu se obecně považuje za velmi důležitý sociální faktor ukazující na zralost dítěte, neboť podle úrovně řeči dítěte ho ostatní dospělí posuzují. Hodnotí-li okolí dané dítě pozitivně, znamená to pro rodiče pozitivní potvrzení hodnoty jejich dítěte a naopak.

Období předškolního věku

Obdobím předškolního věku označujeme věk dítěte od tří do šesti let, respektive do nástupu školní docházky. Počátek školní docházky není určen výhradně chronologickým věkem dítětem, nýbrž faktorem, který nazýváme dosažení školní zralosti. Erikson (2002) tuto fázi života pojmenoval věkem iniciativy. Zmíněné pojmenování vychází z faktu, že děti v tomto věku vykazují značnou aktivitu a četné známky sebeprosazování, čímž se snaží dosahovat nejrůznějších cílů.

I toto období je u dětí s intaktním sluchovým vnímáním charakterizováno velmi dynamickým rozvojem slovní zásoby i řečové komunikace obecně. Na konci fáze předškolního věku by u dětí mělo být dosaženo vyjadřování se ve větách jak jednoduchých, tak v přiměřeně složitějších souvětích. Dětem bez sluchového postižení velmi pomáhá opakování různých říkanek, veršovaných básniček, pohádek a podobně. Úroveň řeči je velmi důležitým ukazatelem připravenosti na školní docházku.

Období mladšího školního věku

Mladším školním věkem nazýváme dobu po nástupu do školního zařízení po dovršení osmi až devíti let věku. Jedná se o období, kdy se u dětí bez sluchového postižení markantním způsobem zpřesňuje výslovnost. Dyslalie (nesprávná výslovnost některých hlásek) by nejpozději v tomto období měla být upravena a výslovnost by měla být intaktní. U sluchově postižených dětí jsou však četné odchylky výslovnosti zejména sykavek a dalších hlásek. V mladším školním věku je velmi důležité, aby verbální komunikace dítěte byla na dobré úrovni, neboť významně ovlivňuje míru úspěšnosti dítěte ve škole.

Období středního školního věku

Střední školní věk je charakterizován časovým pásmem od osmi až devíti let do věku jedenácti až dvanácti let, kdy se u dětí začínají vyskytovat první známky dospívání. Střední školní věk je přibližně ohraničen přechodem na druhý stupeň základní školy. Nebeská (1992, s. 99) období středního školního věku označuje za dobu, kdy dítě v konečné podobě získá komunikační i lingvistickou dovednost. Z toho vyplývá, že získá-li dítě sluchovou vadu v tomto období, jeho řečový projev tím bude poznamenán.

Období puberty

Pubertou se označuje pozvolný přechod z dětství do dospělosti, který spadá od jedenácti či dvanácti let věku do zhruba patnácti let. Je to období velkých biologických, somatických i psychických změn. Získá-li dítě sluchové postižení právě v tomto citlivém období, jedná se o závažný problém z hlediska prožívání pubescenta. Důvodem je mimo jiné skutečnost, že dítě v pubertě může v důsledku sluchového postižení postrádat možnost konzultovat v uspokojivé míře své problémy

související s věkem s druhou osobou. Děti tohoto věku mohou prožívat pocity bezmocnosti pramenící z pocitu nedostatečné kompetence týkající se komunikace s vrstevníky, dále permanentní úzkost, frustraci z toho, že dobře nerozumí, obavy z nejrůznějších sociálních situací a podobně. Jsou obzvláště citlivé na reakce okolí, které by mohlo negativně hodnotit jejich postižení, mohou se za svou odlišnost stydět.

1.2. Vady sluchu v dětském věku

Děti se sluchovým postižením tvoří výrazně heterogenní skupinu. Zde je třeba zdůraznit, že v rámci této problematiky je třeba rozlišovat pojmy *porucha* a *vada* sluchu. Někteří autoři tyto dva pojmy nerozlišují. Sluchová vada má však trvalý, ireverzibilní charakter. Naproti tomu sluchová porucha se dá vyléčit, odstranit. Z toho plyne, že u skupiny dětí s kochleárním implantátem se jedná o sluchové vady.

Jak je výše zmíněno, sluchových vad a poruch v dětském věku existuje pestrá škála. Řadíme sem děti s různým stupněm nedoslýchavosti (od lehké nedoslýchavosti po velmi závažný stupeň nedoslýchavosti), děti neslyšící – ohluchlé a neslyšící od narození. Ve většině případů jde u dětí o vrozené vady sluchu.

Rozdělení vad a poruch sluchu u dětí je oproti vadám a poruchám sluchu u dospělých složitější z toho důvodu, že u dětí může docházet k poškození na různých úrovních, a to může způsobit nesnáze při stanovování typu. Rovněž nemusí jít pouze o poruchu sluchu, ale mohou být postiženy i jiné orgány či funkce. V současnosti u většiny dětí je vyšetřován sluch již brzy po narození. U dětí z rodin, kde hrozí riziko sluchového postižení z důvodu předchozího výskytu sluchové vady v rodině, se stává toto vyšetření normou. K tomuto účelu slouží screening sluchu novorozenců, o kterém detailněji pojednává diplomová práce v podkapitole 1.5.

Rozdělení sluchových vad a poruch z hlediska místa poškození sluchové dráhy

„Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (respektive poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch” (Slowik 2007, s. 72).
Dle místa vzniku vady rozdělujeme jejich jednotlivé typy.

Převodní vady a poruchy sluchu

Převodní vady a poruchy sluchu mají svou lokalizaci v uchu zevním a středním. Vyskytují se poměrně často a nikdy nevedou k totální hluchotě. Důsledkem převodních vad a poruch je zeslabení zvuku, které je pro všechny kmitočty zhruba stejné, a nedochází k žádnému zkreslení vjemu zvuku, tudíž u převodních poruch hovoříme vždy o nedoslýchavosti různého stupně. Tyto vady lze velice dobře kompenzovat moderními elektronickými sluchadly (často sluchadly s kostním vedením), velkou část těchto poruch je možné operativně odstranit.

Nejfrekventovanějšími převodními poruchami sluchu jsou tyto:

- ucpaní vnějšího zvukovodu ušním mazem;
- nejružnější deformity zevního či středního ucha (není vytvořen boltec či vnější zvukovod, perforace bubínku apod.);
- záněty vnějšího zvukovodu (otitis externa);
- záněty středního ucha (otitis media);
- přerušení řetězce středoušních kůstek;
- otoskleróza (zkožnatění středoušních kůstek);
- cholesteatom (cysta v oblasti středního ucha).

Percepční (senzorieurální) vady sluchu

Percepční vady sluchu vznikají v kterékoli nervové části sluchové dráhy, tedy v oblasti vnitřního ucha (část kochleární) či v oblasti sluchového nervu, sluchových jader (část retrokochleární neboli suprakochleární). Percepční poruchy mají mnohem závažnější charakter, než vady převodní. V nejtěžších případech vedou k úplným hluchotám. Dítě s percepční nedoslýchavostí slyší často určitou frekvenční oblast dostatečně hlasitě, vysoké frekvence však slyší méně hlasitě, čímž dochází ke zkreslení kvality řečového signálu. Tedy větší sluchový deficit se nachází v oblasti vysokých tónů, slyšení tónů hlubokých je zachováno lépe. Osoby s percepční poruchou zvuk řeči do určité míry slyší, ale většinou nerozumějí. Příčinami percepčních vad sluchu mohou být:

- působení ototoxických látek na organismus dítěte (nejčastěji prostřednictvím matky v době těhotenství);
- asfyxie při porodu;

- infekce matky v průběhu těhotenství (cytomegalovirus, toxoplasmóza, zarděnky);
- meningitida (zánět mozkových blan);
- zkostnatění hlemýžďe po zánětu mozkových blan;
- zánět sluchového nervu, případně jeho přerušení z důvodu srůstů mozkových plen, kdy se tvoří jizvy;
- úrazy hlavy spojené s přetětím sluchového nervu;
- působení nadměrného hluku.

Smíšené vady a poruchy sluchu

Kombinací převodní a percepční vady či poruchy vzniká porucha či vada sluchu smíšená. Na vzniku této varianty se podílí v různé míře kombinace příčin způsobujících vadu převodní a percepční. Jedná se například o otosklerózu postihující hlemýžď (kochleu).

Z hlediska místa vzniku poškození se užívá ještě dělení vad a poruch na periferní, centrální a smíšené:

Periferní (převodní a percepční)

Periferní postižení sluchu je lokalizováno v zevním, středním nebo vnitřním uchu či v oblasti sluchového nervu. Periferní poruchy sluchu se dále dělí na poruchy převodní neboli induktivní, percepční (senzorineurální). Tyto vady způsobují nedoslýchavost či hluchotu.

Centrální

Centrální poruchy sluchu se vyskytují za sluchovým nervem, v podkorových a korových oblastech. Centrální porucha sluchu je charakteristická relativně dobrou sluchovou ostrostí pro slyšení tónů, která je však v rozporu s těžkou poruchou v diskriminaci zvuků a jejich chápání. Jedná se tedy o obtíže v oblasti srozumitelnosti mluvené řeči. U poruch sluchu centrálního typu, které jsou získané nebo vznikly v raném dětství, se objevuje vývojová dysfázie.

Smíšené

Smíšené poruchy sluchu představují kombinaci poruch periferních a centrálních. U dětí se například často jedná zejména o chronické záněty středního ucha s toxickým postižením vnitřního ucha záněty nebo kochleární otosklerózu.

Z hlediska doby vzniku vady rozlišujeme sluchové vady vrozené a získané:

Vrozené

Horáková (2012, s. 19) dělí vrozené vady sluchu na geneticky podmíněné sluchové vady a na kongenitálně získané sluchové vady. Kongenitálně získané vady ještě dále rozlišuje na prenatálně a perinatálně vzniklé. Většina geneticky podmíněných vad sluchu má autozomálně recesivní dědičný původ a pouze na deset až dvacet procent případů geneticky podmíněných vad připadá dědičnost autozomálně dominantní. Frekventovanou příčinou geneticky podmíněných vad je mutace genu pro membránovou bílkovinu connexin 26 na chromozomu číslo třináct, což je bílkovina, která je důležitá pro správné fungování vláskových buněk ve vnitřním uchu. Jungwirthová (2010, s. 15) jako nejčastější charakteristiky osob s mutací tohoto genu uvádí postižení sluchu, které je diagnostikováno brzy po porodu či v raném dětském věku – toto postižení je potom v pásmu těžké nedoslýchavosti, zbytků sluchu či praktické hluchoty, přičemž nedoslýchavost lehkého typu je spíše výjimkou. Přitom neexistuje jiná objektivní příčina této sluchové vady a vada je nesyndromová, čili izolovaná.

Kongenitální sluchové vady vzniklé prenatálně jsou zapříčiněny mnoha různými nepříznivými vlivy na plod v těhotenství. V tomto smyslu je rizikový zejména první trimestr gravidity. Kongenitální vady mají prenatální nebo postnatální příčinu. Příkladem prenatální příčiny sluchové vady je užívání ototoxických farmak (jedná se například o aminoglykosidová antibiotika) a chemikálií v době těhotenství, dále metabolická onemocnění matky (diabetes mellitus), infekce matky jako například toxoplazmóza nebo HIV virus, či užívání nejrůznějších návykových látek (alkohol, drogy apod.) při graviditě. Mezi postnatální vlivy řadíme protrahované porody, asfyxii či hypoxii dítěte při porodu a nejrůznější porodní traumata. Riziko představuje též nízká porodní hmotnost dítěte pod 1500 gramů.

Získané

Získané vady sluchu Horáková (2012) rozlišuje na získané před nabytím řeči a po nabytí řeči. Z hlediska příčin sluchových vad získané před nabytím řeči jde o nejrůznější infekční choroby, nejčastěji virového původu jako například meningitida, encefalitida či borelioza, příušnice, záškrť. Dále opakované středoušní záněty či různá kraniální traumata, úrazy a podobně.

Po ukončení vývoje mluvené řeči mezi potenciální příčiny patří taktéž poranění hlavy a oblasti vnitřního ucha, ale také dlouhodobé vystavování se nadměrnému hluku (jedná se o působení zvuku od devadesáti dB a více), což způsobuje nezvratné poškození vláskových buněk. Lejska (2003) mezi příčiny sluchového postižení tohoto typu řadí taktéž metabolické či hormonální poruchy a rozmanitá degenerativní onemocnění.

Dělení vad sluchu z hlediska komunikačních důsledků

Toto dělení je důležité zejména z důvodu odpovídajícího přístupu k rehabilitaci sluchu a způsobu práce na rozvoji mluvené řeči. Týká se zejména dětí s velmi závažnou vadou sluchu typu úplné či praktické hluchoty. Způsoby intervence u prelingválních a postlingválních sluchových vad jsou zásadně odlišné.

Prelingvální

Do skupiny prelingválních vad sluchu řadíme ty sluchové vady, které vznikly nebo se u dítěte objevily ještě před nabytím mluvené řeči, respektive před ukončením vývoje řeči, zpravidla do šesti let věku dítěte.

Postlingvální

Dítě, u kterého došlo ke ztrátě sluchu až po osvojení řečových schopností, trpí sluchovou vadou postlingvální. Takové dítě může z období, kdy již mluvenou řečí disponovalo, významně profitovat.

Hodnocení velikosti sluchové ztráty

Mimo uvedené klasifikace poruch a vad se též užívá hodnocení velikosti sluchové ztráty vyjádřené aritmetickým průměrem vypočteným na základě audiometrického vyšetření prováděného na kmitočtech 500, 1000 a 2000 Hz, přičemž výsledná hodnota se uvádí v dB. Naměřené výsledky audiometrického

vyšetření se klasifikují na stupnici, která má rozsah od normálního sluchu po velmi závažné poškození sluchu v případě, že je průměrná ztráta vyšší než 90 dB. Pro diplomovou práci však tato číselná vyjádření nejsou tolik důležitá. Z hlediska speciálně pedagogické (surdologopedické) intervence je důležitější schopnost využití zachovaných zbytků sluchu daným dítětem, respektive dopady velikosti sluchové ztráty na schopnost komunikace a běžný život. Zde hraje klíčovou roli takzvaná funkční diagnostika, jež je polem působnosti speciálního pedagoga. O funkční diagnostice blíže pojednává kapitola 1.4.

1.3. Diagnostika vad sluchu v dětském věku

Stěžejní věcí u dětí se sluchovou vadou je diagnostika. Na diagnostiku vad a poruch sluchu se zaměřuje lékařský obor foniatrie. Diagnostických metod týkajících se poruch sluchu existuje celá řada. U nejmenších dětí hovoříme o screeningu sluchu novorozenců. O screeningu sluchu a jeho důležitosti bude podrobněji pojednávat jedna z následujících podkapitol. Bohužel v naší provenienci stále ještě registrujeme pozdní diagnostiku sluchových vad u dětí, což negativně ovlivňuje jejich další vývoj. Nezaměří-li se lékaři ani rodiče na sluch dítěte včas, může dojít k závažným změnám týkajících se celé osobnosti dítěte, jelikož bez sluchu se nemůže správným způsobem vyvíjet řeč ani ostatní poznávací procesy. Pro rodiče je z hlediska pojetí podezření na sluchovou vadu situace složitější v tom případě, pokud nejde o úplnou hluchotu, ale pouze o určitý stupeň nedoslýchavosti. Při nedoslýchavosti totiž dítě na některé zvuky, které ještě slyší, reaguje zdánlivě standardně. Z toho vyplývá, že odchylky v reakcích na zvuky u nedoslýchavých dětí nejsou tak markantní jako u dětí neslyšících. Rodiče nedoslýchavých dětí si tak mohou sluchového postižení svých dětí v extrémních případech všimnout až ve dvou či tří letech z důvodu nepřesné výslovnosti či například „neukázněného“ chování, které však souvisí se špatným stavem sluchu.

Za průměrný věk diagnostikování sluchové vady uvádí Skákalová (2014, s. 15) ve své publikaci věk dva až tři roky. Zásadou brzké diagnostiky sluchové vady již v raném věku může být včas započata rehabilitace, přidělena protetika, a tak dítě bude mít možnost se vyvíjet optimálně. Odborný portál Našeporodnice.cz (online, 2015) uvádí, že včasná rehabilitace sluchu:

- zlepšit psychomotorický vývoj dítěte;

- zvýší jeho komunikační možnosti;
- umožní rozvoj řeči.

V České republice mají dětské lékaři povinnost provádět sluchovou zkoušku u dětí, které k nim přicházejí na povinnou preventivní prohlídku. Všeobecná zdravotní pojišťovna uvádí (online, 2015), že „*první všeobecnou preventivní prohlídku dítě podstoupí zpravidla do 2 dnů po propuštění z porodnice, pokud možno ve vlastním sociálním prostředí, tedy doma. Do konce prvního roku života ho čekají preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost ve 14 dnech věku, v 6 týdnech, ve 3 měsících, poté ve 4-5 měsících věku a v 6, 8, 10-11 a ve 12 měsících. Následuje prohlídka v odstupech půl roku – v 18 měsících věku, a od 3 let se už preventivní prohlídky konají ve dvouletých intervalech.*“ Základní orientační vyšetření sluchu obvykle probíhá tak, že rodič drží dítě na klíně, lékař odejde ze zorného pole dítěte, poté lékař či sestra použije zvuku (např. chrastítka, dětský hudební nástroj apod.). V případě, že dítě nevykazuje žádné reakce na tento zvukový podnět, přistupuje se k odborným vyšetřovacím metodám, které provádí oddělení foniatry a otorinolaryngologie. Horáková (2012, s. 24) popisuje několik dalších situací, ve kterých se provádí diagnostika sluchu:

- „*vysloví-li rodiče nebo učitel podezření na poruchu sluchu;*
- *je-li někdo v rodině (rodiče, sourozenci) sluchově postižený;*
- *po onemocnění meningitidou;*
- *po aplikaci ototoxických léků;*
- *po úrazech nebo operacích hlavy;*
- *po opakovaných zánětech středního ucha;*
- *je-li opožděný vývoj řeči či při podezření na mentální postižení.*“

Některé sluchové vady mohou vznikat už v prenatálním období. Jedná se například o různá infekční onemocnění, která prodělá matka, HIV virus a podobně, jež mohou způsobit následné poškození plodu. Je tudíž důležitý zodpovědný postoj matky ke graviditě a na straně druhé stálé kontrolní prohlídky. Prohlídkám by měla předcházet série genetických vyšetření na počátku těhotenství. Toto se ve zvýšené míře týká rodičů, v jejichž rodině se sluchová vada již v minulosti vyskytla.

1.4. Vliv sluchové vady na vývoj dítěte

Zatímco diagnostika sluchových vad je záležitostí medicínskou, jež mají v rukou lékaři, řešení vlivu diagnostikované sluchové vady na vývoj dítěte je dominantně oblastí působení speciálních pedagogů – surdopedů a logopedů. Zde je důležitým pojmem takzvaná funkční diagnostika, což chápeme jako posouzení toho, jak dítě dokáže sluch využívat. Skákalová (2014, s. 16) uvádí, že *„pro jakoukoliv speciálně pedagogickou intervenci je nutné důkladné posouzení individuálních sluchových schopností daného dítěte, protože stejná lékařská diagnóza se může zcela odlišně odrážet právě ve funkčním využití sluchu.“* Za tímto účelem se v rané péči užívala metoda behaviorální audiometrie, pomocí které se monitoruje, jak dítě nespécificky reaguje (což znamená např. mrknutím, natočením se ke zdroji zvuku apod.) na zvuky. Tato metoda je určena mladším dětem v rozmezí věku zhruba šest až dvacet čtyři měsíců. Funkční využívání sluchu u dětí starších můžeme otestovat řízeným rozhovorem, při kterém sledujeme, zda dítě dobře rozumí, jestli sleduje rty komunikačního partnera a vypomáhá si odezíráním, dále jsou-li přítomny odchylky artikulace (zejména v oblasti sigmatismů) či zda-li jsou narušeny prozodické faktory řeči. Samozřejmostí je adekvátní forma vedení rozhovoru ze strany speciálního pedagoga, která by splňovala kritéria stran věku, potažmo mentální vyspělosti dítěte. Dále je nutné provést tuto diagnostiku v různě náročných poslechových situacích z hlediska hlučnosti prostředí atd.

Zjednodušeně můžeme říci, že prelingvální ztráta sluchu ovlivní vývoj dítěte mnohem dramatičtěji, nežli ztráta sluchu postlingvální. Z období, kdy dítě ještě mělo možnost přijímat sluchové vjemy, může mít později po ohluchnutí při rehabilitaci znatelný profit. Největší vliv z hlediska vývoje dítěte má sluchová vada na normální rozvoj mluvené řeči, potažmo komunikace. Základním problémem prelingválně neslyšících dětí je fakt, že ještě nemají vytvořen žádný fungující komunikační systém. Z tohoto důvodu je důležitý včasný záchyt sluchové vady, aby mohla být včas zahájena rehabilitace a dítěti dán nějaký jazyk.

V kojeneckém období není rozdíl mezi intaktními dětmi a dětmi majícími sluchové postižení příliš markantní. Pokud kojeneček není zcela neslyšící, ale pouze nedoslýchavý, nemusí být jeho vada tolik zřejmá, neboť je většinu času v tak těsném kontaktu s matkou, že velkou část zvukových podnětů pocházejících od matky zaslechne a může na ně i reagovat. Stejně tak se okolí může jevit nedoslýchavý

kojenec jako slyšící, protože spoustu hlasitějších zvuků může zaregistrovat. Navíc i u neslyšících dětí se zpočátku objevuje reflexní broukání a žvatlání. Ovšem tyto projevy po čase vymizí v důsledku absentující zpětné sluchové vazby. Vymlátílová (2003, s. 463) zdůrazňuje, že „*Sluch je základním předpokladem rozvoje řeči a jeho ztráta má negativní vliv na vývoj osobnosti dítěte, jeho sociální zrání a možnost uplatnění ve slyšící společnosti.*“

Herdová (online, 2015) popisuje následující nestandardní reakce dětí v určitém věku na působení zvukového podnětu. Tyto reakce dítěte se zkoumají taktéž při diagnostice sluchových vad či poruch:

1. novorozenec a kojenec
 - „*Nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (bubínek, houkačka, klíče...);*
 - *neprobudí se, když je kolem hluk;*
 - *nenapodobuje zvuky v okolí;*
 - *neotáčí hlavu ve směru zvuku;*
 - *plačící dítě nelze utišit pouhým hlasem.*“

2. dítě 6 – 12 měsíců
 - „*Neukáže na známou osobu či věc;*
 - *dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává;*
 - *ani ve věku jednoho roku nereaguje na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme.*“

3. dítě 12 měsíců až 2 roky
 - „*Neobrací se ve směru hlasu na zavolání;*
 - *nevěnuje pozornost zvukům z okolí;*
 - *nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které je obklopují;*
 - *nemluví stejně jako ostatní děti;*
 - *nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost;*
 - *nedochází u něj k postupnému zlepšování porozumění a užívání slovní zásoby.*“

Všechny tyto výše uvedené situace by měly být pro rodiče jasným a závažným signálem, že se sluchem jejich dítěte je něco v nepořádku, v důsledku čehož by mohl být ohrožen jejich další vývoj.

Vymlátílová (2003, s. 465) vymezuje sedm faktorů, které ovlivňují psychický vývoj sluchově postiženého dítěte:

- **závažnost sluchové vady**

Jak bylo popsáno výše, závažnější následky s sebou přináší prelingvální sluchová vada. Dítě, které je sluchově postižené od narození či raného věku se samo bez pomoci komunikovat mluvenou řečí nenaučí.

- **poznávací procesy**

Vlivem chybějícího sluchu se většinou v optimální formě nevyvíjí řeč. Protože řeč je považována za nástroj myšlení, je negativně poznamenán vývoj kognitivních procesů.

- **bezděčné učení**

Dítě, které má sluch v normě má možnost permanentně přijímat informace od okolí. Takto bezděčně či náhodně získané informace jsou pro dítě z hlediska poznávání světa velmi důležité a děti se sluchovým postižením jsou logicky o tento způsob poznání velmi ochuzeny. Tyto děti jsou odkázány zejména na zrak, což je navíc značně vyčerpávající.

- **sociální chování**

Děti, které jsou neslyšící či těžce nedoslýchavé jsou bezesporu velice handicapovány v oblasti mezilidských vztahů. Zhoršená komunikace s ostatními osobami může vést ke zhoršení vztahů, k pocitům méněcennosti, k tendencím k samotářskému chování apod.

- **poruchy učení**

Stejně jako intaktní děti, i děti se sluchovou vadou mohou trpět specifickými poruchami školních dovedností. V některých případech se ke sluchové vadě připojuje i další postižení. O to závažnější jsou důsledky ovlivňující psychický vývoj sluchově postiženého dítěte.

- **přístup rodičů**

Způsob, jakým budou rodiče přistupovat k odlišnosti svého dítěte, má zásadní vliv na celý jeho další vývoj. Po zjištění sluchového postižení dítěte je zcela zásadní, aby se s daným faktem vyrovnali v první řadě rodiče a mohli být svému dítěti oporou. Zde jsou ve velké výhodě neslyšící rodiče, neboť výchova dítěte se sluchovou vadou je pro ně přirozenou věcí.

- **separace dítěte od rodiny**

Většina dětí s těžkým stupněm sluchového postižení a dětí zcela neslyšících je postavena do situace, kdy musí již v raném věku čelit odloučení od svých blízkých. V současné době je většina speciálních mateřských a základních škol pro sluchově postižené pouze v krajských městech, a tudíž jsou tyto školy internátního typu. Odloučení dětí od rodiny představuje vysoké riziko citové deprivace, což nepochybně ovlivní vývoj osobnosti sluchově postiženého dítěte.

1.5. Screening sluchu u dětí

Čím dříve je sluchové postižení podchyceno, tím lepší šanci na pozdější adekvátní vývoj dítě má. Včasný záchyt sluchové vady nazýváme screeningem sluchu. Screening sluchu je v ideálním případě prováděn již na neonatologickém oddělení krátce po porodu.

V České republice dosud není screening sluchu plošně zaveden, ačkoli v okolních státech tomu tak je (samozřejmě je v okolních státech – v Polsku, Německu, Slovensku). Jakubíková (online, 2016) uvádí, že na Slovensku se screening sluchu novorozenců začal provádět v roce 1998 na třech ORL klinikách a v současnosti je screening sluchu povinný u všech novorozenců na novorozeneckých odděleních, a to od 1. 5. 2006. V České republice se screening sluchu novorozenců standardně provádí pouze v nemocnicích moravskoslezského kraje a v nemocnicích krajských. Stran stavu sluchu jsou též vyšetřováni rizikovní novorozenci, tedy děti z rodin, kde se sluchová vada již v minulosti objevila.

Při každém screeningovém vyšetření je zapotřebí v rámci diagnostiky stavu sluchu nejen samotné odhalení vady, ale též zjištění velikosti vady sluchu a její příčina. Toto je zpravidla úkolem speciálně vyškolených dětských sester na neonatologických odděleních.

1.5.1. Legislativní vymezení screeningu sluchu

Legislativní dokumenty, které udávají povinnosti lékařů ohledně vyšetření sluchu, jsou v zásadě dva:

1. *Předpis č. 70/2012 Sb. - Vyhláška o preventivních prohlídkách*

V této vyhlášce je zanesena povinnost pediatra orientačně vyšetřit sluch novorozence po propuštění z porodnice při následné všeobecné preventivní prohlídce.

2. *Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců*

Tento dokument byl uveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 7, ročník 2012. Dle metodického pokynu by děti, které měly při vyšetření otoakustické emise nevýbavné, měly absolvovat takzvaný rescreening na ORL oddělení příslušných nemocnic v jejich spádové oblasti. Toto by se mělo dít ideálně do uplynutí čtyř až šesti týdnů a je na zodpovědnosti zákonných zástupců dítěte, zda opravdu proběhne. Svůj podíl na průběhu rescreeningu by měl mít i pediatr. Komínek (online, 2015) v tomto ohledu zdůrazňuje, že „*role praktického lékaře pro děti a dorost je v této fázi screeningu zcela klíčová a nezastupitelná. Praktický dětský lékař by měl dohlížet, aby kontrolní vyšetření opravdu bylo provedeno a aby měl jasný výsledek tohoto vyšetření. Pokud k vyšetření z jakéhokoliv důvodu nedošlo nebo je stále odkládáno, měl by rodičům vysvětlit potřebu vyšetření, event. Pomoci jim domluvit toto vyšetření v krajském ORL zařízení.*“

1.5.2. Způsob provádění screeningu sluchu

Jak již bylo výše zmíněno, vyšetření sluchu u dítěte provádí neonatologická sestra. K tomu účelu se využívá takzvaných objektivních vyšetřovacích metod. Objektivní metodou vyšetření sluchu rozumíme takovou metodu, která nevyžaduje spolupráci pacienta na daném vyšetření.

Nejčastější metodou vyšetření sluchu novorozence je metoda měření otoakustických emisí. Jedná se o šetrný, nenáročný a relativně spolehlivý způsob, jak zjistit stav sluchu dítěte. Dá se provádět již druhý den života. Provádí se za pomoci přístroje, který má na svém konci sondu, která se vloží do zvukovodu. Principem je vysílání krátkých zvukových signálů z přístroje do ucha vyšetřovaného. Vlásokové buňky v hlemýždi ve vnitřním uchu na tyto zvuky reagují, čímž dojde k přijetí

signálů mikrofonom vyšetřovacího přístroje. Pokud přístroj žádné takové signály nezachytí, znamená to, že otoakustické emise jsou nevýbavné. Nevýbavnost otoakustických emisí představuje podezření na sluchovou vadu. V takovém případě je potřeba domluvit s rodiči dítěte další kontrolní vyšetření, které proběhne následně. Skákalová (2014, s. 15) uvádí, že toto vyšetření „... již závisí na zodpovědnosti rodičů (zkušenosti ukazují, že až 50 % rodičů s novorozencem na toto vyšetření nepřijde).“

2. Dítě s kochleárním implantátem

U dětí s těžkými sluchovými vadami typu praktické a totální hluchoty, u kterých nedostačuje kompenzace ani nejvýkonnějšími sluchadly, a u kterých se v důsledku toho nemůže adekvátním způsobem rozvíjet mluvená komunikace, existuje možnost kochleární implantace. Kochleární implantace představuje *„komplexní proces, který při rehabilitaci vyžaduje dlouhodobé úsilí a využívá dovedností mnoha odborníků“* (Holmanová 2002, s. 59). Kochleární implantát je aparát, který se chirurgickou cestou voperuje do středního ucha pacienta, kde má za úkol nahradit nefunkční vláskové buňky, jež vysílají signály přes sluchové nervy do sluchového centra v mozku. Tichý (2009, s. 198) vysvětluje, že *„jeho činnost je založena na zcela jiných principech než činnost sluchadel. Zatímco sluchadla zvuk zesilují a tím kompenzují ztrátu citlivosti vnitřního ucha, kochleární implantáty zvuk sejmутý mikrofonem analyzují a převářejí na sled elektrických impulsů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu.“* Slyšení skrze kochleární implantát se sice nevyrovná slyšení fyziologickému, nicméně v případě dobrého vývoje a zajištění kvalitní rehabilitace umožňuje dostatečný potenciál pro rozvoj mluvené řeči. Rozumění a rozvoj mluvené řeči jsou hlavní funkcí a důvodem kochleární implantace. Mezi další přínosy kochleárního implantátu patří získání samostatnosti a nezávislosti dítěte na okolí, zlepšení v oblasti navazování sociálních vztahů, lepší pozornost, postupná spontánní kultivace prozodických faktorů řeči (melodičtější hlas apod.) a v neposlední řadě ve většině případů přichází též pozitivní změny v chování dítěte, které se postupem času díky získané schopnosti slyšet stává klidnějším, neboť získává pocit bezpečí. Tato kapitola je zaměřena spíše technicky, jelikož kochleární implantace je záležitostí medicínskou. Úkolem speciálního pedagoga (logopeda a surdopeda) je potom rehabilitace po implantaci, které je věnována podkapitola 3.2. a kapitola 4.

2.1. Historie kochleárních implantací

Snahy o pomoc ohluchlým a neslyšícím slyšet zvukové vjemy trvaly mnoho let. První myšlenka, jak „vrátit“ neslyšícím lidem sluch se zrodila ve dvacátém století ve Francii. Hlavním problémem při tvorbě potenciální kompenzační pomůcky pro tyto osoby, bylo přijít na materiál, který bude bezpečný pro lidský organismus a na

potvrzení toho, že sluchový nerv se dá elektronicky dráždit. Přelomovým rokem byl rok 1957. Hrubý (1998b) uvádí, že ve Francii byl zkonstruován prostý jednovodičový systém, jenž umožňoval vnímání zvukových signálů, díky kterému první pacient, na němž byl přístroj vyzkoušen, poprvé vnímal zvuky. „V roce 1967 zahájil v Austrálii G. Clark výzkum multikanálového kochleárního implantátu, který byl voperován prvnímu pacientovi v roce 1978“ (Holmanová 2003, s. 513). Jelikož byl efekt multikanálových implantátů pozitivní, rozšířily se brzy do velké části světa. Masová výroba multikanálových implantátů se datuje od roku 1982.

V České republice první kochleární implantace proběhla roku 1993. Implantovány byly tři neslyšící děti, v těchto začátcích se jednalo zejména o děti po prodělané meningitidě. Na dětech s vrozenou prelingvální hluchotou se začaly být operace provádět o dva roky později. Počínaje rokem 1994 jsou kochleární implantáty plně hrazeny Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. V témže roce byla založena organizace uživatelů kochleárních implantátů používající zkratku SUKI (Sdružení uživatelů kochleárních implantátů). Pro účel kochleárních implantací dětí Ministerstvo zdravotnictví České republiky nechalo zřídit Centrum kochleárních implantací dětí, které příslušelo ORL klinice druhé lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze v Motole. Po roce 2013 dále vznikla centra kochleárních implantací také v Brně a Ostravě.

2.2. Princip fungování kochleárního implantátu

Kochleární implantát je elektronické zařízení, které funguje na principu převádění mechanického zvukového vlnění na elektronické dráždění sluchovým nervem do korové sluchové oblasti mozku. Z toho vyplývá, že podmínkou implantace je zachování funkce sluchového nervu a sluchových center v příslušné oblasti mozku.

Kochleární implantát se skládá ze dvou částí – část vnější a část vnitřní (implantibilní).

Vnější část je tvořena těmito součástmi:

- směrový mikrofón;
- řečový procesor;
- vysílací cívka.

Vnitřní část implantátu zahrnuje:

- přijímač (stimulátor);
- svazek elektrod.

„Část přístroje, která je zaimplantovaná (vnitřní implantát), by měla mít životnost více než 80 let a měla by mít maximální spolehlivost, dokladovatelnou soustavným sledováním počtu selhání“ (Kabelka 2009, s. 149).

Směrový mikrofon je připevněn na ušním boltci, nosí se připevněn na uchu podobně jako sluchadlo. Má za úkol zachytit zvukové podněty z prostředí a vést je dále skrze kabel do řečového procesoru. Řečový procesor analyzuje užitečné zvuky, které jsou vedeny dále do vysílací cívky (ta je k hlavě připevněna pomocí magnetu). Cívka vysílá kód přes kůži pomocí elektromagnetických vln do vnitřního implantátu. Přijímač mění přijaté zvukové informace na elektrické signály, které jsou dále vedeny k elektrodám. Elektrody stimulují zachovaná vlákna sluchového nervu, což mozek rozeznává jako sluchové vjemy (zvuk). Výsledkem tohoto procesu je tedy sluchové vnímání, ač kvalitativně odlišné od vjemů při normálním sluchu.

2.3. Výběr vhodných kandidátů pro kochleární implantaci

Výběr dětí, které mohou být implantovány, podléhá přísným a striktním pravidlům. Dříve, než dítě se svými rodiči přichází do centra, kde se provádějí kochleární implantace, musí mít doporučení od svého ORL lékaře, foniatra a pediatra. Samotné implantaci předchází dlouhodobý proces posuzování, zda je dítě vhodným adeptem na úspěšného uživatele kochleárního implantátu. Na tomto místě je nutné zdůraznit, že bez zajištěné rehabilitace nemá smysl implantovat. To znamená, že implantace klade nároky nejen na dítě, ale i na jeho rodiče, kteří musí být schopni a ochotni s dítětem po operaci velice intenzivně pracovat.

V zásadě se dá říci, že implantace je vhodná pro děti ohluchlé, které od diagnózy ohluchnutí dělí maximálně šest měsíců a pro děti neslyšící od narození či se ztrátou sluchu ve velmi raném dětství. U těchto dětí platí, že je důležité implantovat včas, čili optimálně ve dvou až čtyřech letech věku dítěte. Okolo šestého roku věku již hrozí zánik sluchových center v mozku a operace by po uplynutí této doby již neměla přínos. V obou případech platí, že tyto děti ani s nejdokonalejšími sluchadly

nevnímají zvuky mluvené řeči, a tudíž se u nich nemůže správným způsobem rozvíjet mluvená řeč.

Implantát nemůže být operován dětem, které mají nefunkční sluchový nerv z důvodu jeho přetěti, například při operacích nádorů sluchového nervu. Stejně tak nemohou být implantovány děti, které trpí chronickým zánětem středouší, či jejich kochlea vykazuje nějakou anatomickou zvláštnost, neboť hlemýžď musí být průchodný.

Na základě zkušeností Centrum pro kochleární implantace první a druhé lékařské fakulty Univerzity Karlovy definuje devět všeobecných kritérií pro výběr kandidátů na kochleární implantace. Tyto požadavky jsou schváleny Českou společností pro otolaryngologii a chirurgii hlavy a krku J. E. Purkyně.

1. Na prvním místě stojí audiologické podmínky, což znamená, že audiologické vyšetření musí prokázat oboustrannou hluchotu, nebo velice závažné poškození sluchu typu těžké nedoslýchavosti, které není dobře kompenzovatelná ani nejdokonalejšími sluchadly.
2. Dítě musí být zcela zdrávo, respektive nesmí být přítomny žádné překážky k provedení operace v celkové narkóze.
3. Nesmí být u dítěte přítomen chronický zánět středouší.
4. Hlemýžď je průchodný, nevykazuje žádné anatomické abnormality.
5. Sluchová dráha, respektive její vyšší etáže a centrální nervová soustava jsou v pořádku a je tudíž předpoklad, že implantát bude moci být dobře využíván. Tato skutečnost se zjišťuje pomocí neurologického vyšetření.
6. Osobnost dítěte je vyšetřena psychologem. Dítě nesmí vykazovat patologické rysy osobnosti z důvodu kvalitní pozdější spolupráce při rehabilitaci.
7. Rodina dítěte i dítě samotné jsou dobře informováni, orientují se v problematice implantace i následné dlouhodobé rehabilitace a jejich očekávání jsou přiměřená.
8. Je zabezpečena dlouhodobá rehabilitace po implantaci.
9. Poslední kritérium se týká oboustranných (binaurálních) implantací, přičemž ve většině případů se v současné době v České republice provádí implantace jednostranné. První oboustranná kochleární implantace v naší provenienci byla provedena v roce 2014 v Brně.

Děti ohluchlé až po nabytí mluvené řeči se operují co nejdříve, nicméně ne dříve, než po uplynutí šesti měsíců od ohluchnutí. „*Všichni žadatelé se podrobí komplexnímu vyšetření a jsou sledováni po dobu šesti měsíců. Zachování této doby je nutné zejména u dětí, kde bylo podezření na hluchotu. Nejdříve za šest měsíců od stanovení diagnózy je možné spolehlivě zhodnotit přínos sluchadla, a to za podmínky, že byla dobře zajištěna rehabilitace sluchadlem. Tato doba je obvykle dostatečně dlouhá i pro posouzení vhodnosti kochleární implantace u dětí s kombinovaným postižením*“ (Vymlátílová 2009, s. 84). Pokud ohluchnutí dítěte souvisí s prodělaným zánětem mozkových blan, lze operaci provést i dříve. Děti, které se neslyšící již narodily, či ohluchly ve velmi raném dětství, než si osvojily řeč, se implantují ideálně mezi prvním až čtvrtým rokem života. Holmanová (2002, s. 61) uvádí jako nejzazší věk dítěte pro kochleární implantaci šest let, přičemž po přesažení této věkové hranice je nutnost posuzovat každý případ striktně individuálně.

2.4. Zdravotnická zařízení provádějící kochleární implantace

V České republice v současné době existují tři zdravotnická zařízení, ve kterých fungují centra kochleárních implantací. Jedná se o Centrum kochleárních implantací Praha Motol, Centrum kochleárních implantací Ostrava a Centrum kochleárních implantací Brno.

Centrum kochleárních implantací Praha Motol

V roce 1996 založilo ministerstvo zdravotnictví České republiky centrum kochleárních implantací dětí. Centrum bylo zřízeno ve fakultní nemocnici Motol v Praze na klinice otorhinolaryngologie druhé lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Zabývají se zde implantacemi dětí a dospívajících do věku osmnácti let. Najdeme zde multidisciplinární tým skládající se z lékařů specializujících se na chirurgii hlavy, foniatry a ORL lékaře, klinické logopedy a psychology, inženýry, kteří programují a nastavují řečové procesory a další odborníky zabývající se související problematikou. Tito odborníci pracují na dvou různých místech – v části lůžkové, která patří pod Klinikou ušní, nosní a krční a v části ambulantní, spadající pod Foniatrické oddělení Kliniky ušní, nosní, krční. Foniatrické oddělení se v minulosti nazývalo Logopedický ústav. Založil ho profesor Miloš Sovák. V již zmíněném roce 1996 se tento ústav stal Foniatrickým oddělením. V této době se zde začala

zajišťovat komplexní předoperační a pooperační péče o děti s kochleárním implantátem.

Centrum kochleárních implantací Ostrava

Centrum kochleárních implantací Ostrava vzniklo v říjnu roku 2013 v rámci Otorinolaryngologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Transformovalo se z Centra péče o pacienty s kochleárním implantátem, jež bylo součástí ORL kliniky Fakultní nemocnice Ostrava a zajišťovalo celkovou péči o pacienty před implantačním zákrokem a následnou péči o děti, kterým byla implantace provedena v Praze Motole. V tomto centru se lékaři zabývají implantacemi a rehabilitací dětí do dosažení plnoletosti. Velmi úzce spolupracují se speciální základní školou pro sluchově postižené v Ostravě, kde také probíhá značná část rehabilitace po implantaci.

Centrum kochleárních implantací Brno

Centrum kochleárních implantací v Brně se nachází ve fakultní nemocnici u sv. Anny při klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Jedná se o prvně vzniklé moravské centrum, které se specializuje na kochleární implantace. Iniciativa směřující o vznik centra tohoto typu byla vyvíjena od roku 2008. První zákrok zde byl zde realizován 31. října 2013. Dne 17. července 2014 se zde uskutečnila první oboustranná implantace v republice.

3. Surdologopedická péče o dítě s kochleárním implantátem

O dítě s těžkou sluchovou vadou je třeba náležitě pečovat od samého zjištění vady, před samotnou kochleární implantací. Je velmi vhodné, aby u dítěte probíhala kontinuálně jak péče speciálně pedagogická, tak logopedická. V ideálním případě by logopedickou péči měl zajišťovat „*klinický logoped z centra kochleárních implantací u dětí, odkud je potom pooperační péče řízena*“ (Vymlátilová 2003, s. 476). Hlavním prostředkem komunikace majoritní slyšící společnosti je mluvený jazyk, a tudíž je u dětí se sluchovým postižením jedním z nejdůležitějších edukačních cílů naučit je verbálně komunikovat. Toto je hlavním cílem surdologopedie. Lechta (2002) užívá termín surdologopedie jako označení pro logopedickou péči o osoby se sluchovým postižením. „*(...) apriorní pracovní oblastí surdologopedie musí logicky být orientace na mluvenou, zvukovou řeč sluchově postižených dětí, protože to vyplývá ze samé podstaty tohoto oboru a jeho pracovního zaměření. Moderní přístupy v této oblasti využívají především obrovského rozmachu medicíny (kochleární implantáty) a techniky neuvěřitelně výkonná elektroakustická zesilovací zařízení) v posledních letech, který umožňuje dosahovat stále vyšších cílů*“ (Lechta 2002, s. 163). V souladu s Lechtou uvádí Neubauer (2014, s. 118), že surdologopedie je „*zacílena na rozvoj orální mluvy a individuálních jazykových schopností sluchově postižených osob (dětí i dospělých), které jsou spojeny s orální a písemnou formou řečové komunikace.*“

3.1. Příprava na implantaci

Před provedením kochleární implantace posuzuje logoped aktuální úroveň, na které se nachází dítě z hlediska vývoje komunikace. Klíčovou věcí je též navázání spolupráce a navození důvěry mezi klinickým logopedem, dítětem a rodiči dítěte. Logoped zastává velmi významnou roli v celém procesu kochleární implantace už v období, které implantaci předchází. Než se k operaci přistoupí, je potřeba, aby logoped pracoval s dítětem, jež je vybaveno sluchadly. V tomto období se snaží, aby se dítě naučilo reagovat, pokud zaregistruje hlasité zvuky. Také ve chvíli, kdy zvuk působit přestane, nacvičuje s dítětem podmíněné reakce na zvukové podněty. Toto se provádí například tak, že dítě vhodí kostku či jiný předmět do kelímku ve chvíli, kdy

daný zvuk zaslechne anebo ve chvíli, kdy zvuk působit přestane. Taktéž je důležitá v této předoperační fázi podpora schopnosti odezírání.

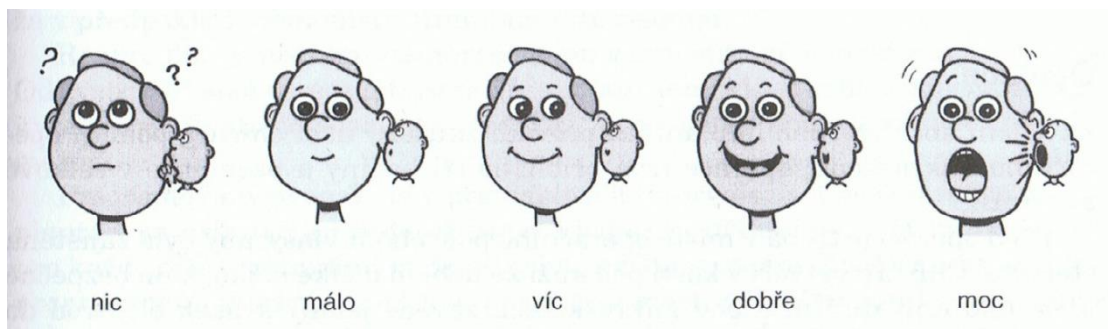
Ve chvíli, kdy dítě dokáže reagovat na zaslechnuté zvuky, přecházíme ke složitějším úkolům. Holmanová (2002) považuje za stěžejní tyto tři dovednosti:

- reakce na ukončení řady přerušovaných zvuků (se sluchadly);
- seznámení dítěte s pojmy „nic“, „málo“, „dobře“, „moc“;
- pochopení pojmů „stejný“ a „jiný“.

Výše uvedené pojmy budou v pozdější době velmi potřebné z důvodu optimálního nastavení řečového procesoru. Na procesu nastavování se bude muset samo dítě aktivně podílet a dát najevo, jaká intenzita zvuků je pro něj příjemná. K tomuto účelu slouží obrázky, které dítěti pomohou pochopit, co tyto pojmy znamenají.

Obrázek 1 Obrázky pro seznamování s pojmy určujícími intenzitu zvuku

(Holmanová, 2003)



Holmanová (2002, s. 64) tedy doporučuje v době před implantací zejména „co možná nejpřirozenější přístup, rozvíjení řeči podle zájmu dítěte, každodenní sluchová cvičení a přirozené učení odezírání.“ Z pedagogického hlediska doporučuje Kabelka (2009, s. 153) následující: „Ukázalo se jako přínosné, když oblíbená hračka dítěte nosí také sluchadla a s blížící se operací také maketu kochleárního implantátu“.

Co se rodičů v budoucnu implantovaného dítěte týče, již v tomto období je nutné, aby měli od rehabilitačního týmu dostatečně přesné, podrobné a věcné informace o plánu následné rehabilitace a věděli tak, co vše je bude čekat, a následně se mohli adekvátně připravit. Samozřejmostí pak je psychická opora dětí i jejich

rodičů a fakt, že před samotnou operací musí být dítě ve výborné zdravotní kondici, proto se doporučuje týdenní vyvarování se větší skupině dětí, která by mohla představovat riziko přenosu nemoci. Je-li předoperační surdologopedická péče kvalitní, dítě z ní s vysokou pravděpodobností bude mít po implantaci velmi pozitivní zisk.

3.2. Rehabilitace po implantaci

„Kochleární implantace není zázračnou metodou navracející sluch. Dobré a očekávané výsledky přináší pouze při trpělivé a důsledné rehabilitační práci, při které respektujeme vývojovou úroveň dítěte i jeho aktuální stav“ (Holmanová 2002, s. 70). Na tomto místě je důležité si uvědomit, že u neslyšících dětí nekoresponduje úroveň mluvené řeči s věkem, nýbrž tím, na jakou úroveň se dostane zásluhou poctivé práce. Snažit se musí dítě, logoped i rodiče. Nezbytným předpokladem je důsledné nošení vnější součásti kochleárního implantátu, neustálé přivykání novým zvukovým podnětům a každodenní práce na sluchových cvičeních.

První úkol, který čeká operovaného jedince, po úspěšném zhojení operační rány, je programování řečového procesoru. K tomuto se přistupuje zpravidla šest týdnů po provedeném operačním zákroku. Na nastavení procesoru spolupracují klinický logoped, odborný inženýr a implantované dítě. Programování procesoru představuje náročnou, mnohdy stresující situaci pro dítě, které není přivyklé elektronickému zvuku, jenž vnímá skrze implantát. Toto je třeba mít na paměti, stejně jako skutečnost, že děti mohou mít strach ze situace jako takové, neboť je pro ně vše okolo implantátu nové. Při nastavování je především potřeba, aby dotyčný jedinec spolupracoval při určení nejtiššího zvuku, který dokáže detekovat a nejhlasitějšího zvuku, který však není nepříjemný. Je potřeba, aby se dítě v průběhu nastavovacího procesu nevylekalo. Rozsah slyšených zvuků se zaznamená a v budoucnu při dalších nastavováních se postupně zpřesňuje. Proces nastavování řečového procesoru trvá téměř celý první rok po implantaci v intervalech, které se od počátku postupně prodlužují. Další návštěvy u inženýra se uskutečňují jednou až dvakrát do roka.

Když je řečový procesor optimálně seřízen, přichází na řadu přivykání dítěte na zvukové vjemy, jejich rozlišování co se týče kvality, délky, výšky, hlasitosti a podobně. Je důležité kladně reagovat na jakýkoli náznak toho, že se dítě snaží užít

hlas ke komunikaci s okolím. Holmanová (2002, s. 70) za stěžejní rehabilitační zásady v období po implantaci považuje tyto skutečnosti:

- celodenní užívání vnější části kochleárního implantátu;
- optimální nastavení řečového procesoru;
- využití všech zvukových podnětů ke sluchovému vnímání;
- neustálé podněcování dítěte k naslouchání.

Logopedická intervence po implantaci zahrnuje v první řadě nácvik detekce zvuků, následně diskriminaci mezi dvěma a více různými zvukovými vjemy, identifikaci zvuků a v konečné fázi se pracuje na dobré úrovni rozumění mluvené řeči.

Detekce

Detekce zvuků znamená schopnost uvědomit si vnímaný zvukový podnět. Dítě po kochleární implantaci se této schopnosti musí postupně učit. Je potřeba, aby si osvojilo dovednost zaměření pozornosti na zvuk, později je nutné nacvičit podmíněnou reakci na zvuk. Tou může být například vhození korálku do mističky a podobně. Z počátku jedince přivykáme na zvuky, teprve později se přejde k jednotlivým slovům a jejich významu. Významnou roli zde zastávají rodiče, jejichž úkolem je, aby potomka přivykali běžným zvukům domácnosti, zvukům přírody a tak dále.

Diskriminace

Diskriminace představuje rozlišování mezi dvěma a více různými zvuky. Schopnost určování rozdílů mezi různými zvuky provádíme postupně, například pomocí hudebních nástrojů. Dále procvičujeme určování silné a slabé hlasitosti, rozdíl mezi vysokými a hlubokými tóny. Po čase přistupujeme k diskriminaci mezi jednotlivými slovy dle vzestupné obtížnosti.

Identifikace

Identifikace je schopnost, která se u dítěte dá ověřit tím, že ukáže, co slyšelo, či dané slovo zopakuje. Holmanová (2002) doporučuje postup od identifikace nejruznějších zvuků, přes identifikaci slov v zavřeném souboru, následně v souboru

polootevřeném, otevřeném, identifikaci krátkých vět s opakováním jednoho slova, identifikaci dvouslabičných slov, poznávání mužských, ženských a dětských hlasů, identifikaci krátkých vět s různými podstatnými jmény, slovesy a přídavnými jmény až po identifikaci podobných slov, která jsou velmi zvukově podobná.

Rozumění

Rozumění je poslední složkou rehabilitace po kochleární implantaci. Jde o pochopení významu sdělení, které dítě přijímá. Prověřujeme ho pomocí kladení otázek dítěti, vybízení k různým činnostem, pokyny, rozhovorem. V první řadě nám jde o dobrou úroveň porozumění, teprve později pracujeme na dalších aspektech komunikace.

Jak již bylo uvedeno výše, nácvikem rozumění logopedická péče o dítě s kochleárním implantátem nekončí. Další úkoly surdologopedické péče jsou nasnadě. Čermáková (online, 2015) upozorňuje, že frekventovaně bývá narušena též prozodie řeči, která má vliv na srozumitelnost promluvy. Je tedy zapotřebí trénink správného užití pauz v promluvě, melodičnosti hlasu, práce s hlasitostí, rytmem a intonací řeči. Logopedická péče nesmí taktéž postrádat zaměření se na odstranění dysgramatismů, rozvoj slovní zásoby a na korekci odchylek artikulace, které jsou u dětí se sluchovým postižením časté zejména v oblasti sykavek a vibrant. Dále je zapotřebí u nich budovat a rozvíjet schopnost odezírání, neboť i přestože má voperován implantát, stále zůstává dítětem neslyšícím, což se projevuje v několika určitých situacích, např. vybitá baterie či koupání apod. V počátku rehabilitace po implantaci také není jisté, zda bude očekávaný přínos implantátu (tedy „slyšení“ a rozumění) dostatečné, proto je vhodné mít schopnost odezírání vybudovanou. Jako vhodnou součást rozvoje komunikace dětí s kochleárním implantátem, které již na dobré úrovni ovládají rozumění, doporučuje Holmanová (2003) vedení zvláštního deníku, který je v rehabilitaci nápomocen z hlediska již známých pojmů a námětů ke komunikaci. Takový slovník může obsahovat slova či slovní spojení, jež dítě již zná. Svobodová (2005) pak navrhuje jako vhodné u starších dětí využití četby, která kultivuje úroveň řeči, potencionálně i sluchového percepce.

4. Institucionální zajištění surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem

Po kochleární implantaci je klíčová zejména následná surdologopedická péče. Skákalová (2014, s. 73) zdůrazňuje, že *„pro dobré výsledky celého programu je velmi důležitá spolupráce zvláště s klinickými logopedy, kteří zajistí péči o dítě s implantátem v rehabilitační péči v místě bydliště, a samozřejmě také s rodiči, na nichž závisí každodenní trénink.“* Dítě s kochleárním implantátem, stejně jako dítě nedoslýchavé či neslyšící má možnost buď navštěvovat speciální školská zařízení pro sluchově postižené, nebo může být integrováno do školy běžného typu. Hádková (2012, s. 211) případně nabízí i určitý kompromis mezi těmito dvěma možnostmi: *„Je také možné dítě zařadit do přípravného ročníku základní školy pro SP žáky s deseti ročníky, po jehož absolvování bude dítě integrováno do první třídy ZŠ hlavního vzdělávacího proudu. Dítě si během prvního roku zvykne na školní režim a dopředu se seznámí s učivem, které bude další rok znovu probíráno, což mu umožní držet tempo s vrstevníky ve škole hlavního vzdělávacího proudu.“*

V otázce volby formy vzdělávání těchto dětí hraje dominantní roli faktor věku, v němž bylo dítě implantováno. Hádková a Ingallová uvádějí (2008, s. 137), že *„výsledky šetření hodnocení řečové percepce u dětí s KI vzhledem k jejich zařazení do základních škol ukazují, že je-li dítě implantováno před 4. rokem svého života (ideálně mezi prvním a druhým rokem života), dosahuje většinou velmi dobrých výsledků ve sluchové a řečové percepci dle Nottinghamské stupnice. Jeho šance na integraci do běžného typu ZŠ je pak vysoká.“* Pro integrační vzdělávání implantovaných dětí mluví též fakt, na který poukazuje Vymlátilová (2003, s. 466), a sice že až devadesát procent dětí se sluchovou vadou se rodí rodičům slyšícím. Tyto děti budou tedy nejspíše žít obklopeni slyšící společností, což je též aspekt poukazující na potenciální vhodnost integrace. Uvedené informace však nebudou platit v případě, že dítě má mimo sluchového postižení ještě další přidruženou vadu, potažmo další speciální vzdělávací potřeby. V těchto případech bývá na místě speciální forma vzdělávání.

Jelikož velká část dětí s kochleárním implantátem je implantována v raném věku, často se u nich doporučuje integrace s možností další podpory v podobě služeb rané péče, speciálně pedagogických center či výše zmíněného klinického logopeda.

Rozhodnutí, zda se bude dítě vzdělávat v běžné škole s intaktními dětmi nebo zda bude dítě navštěvovat zařízení pro sluchově postižené, je na rodičích dítěte. Vyhláška č. 73/2005 Sb. v platném znění říká, že *„žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.“* Proto je nejvhodnější řídit se zejména úrovní mluvené řeči dítěte. Dříve než dítě nastoupí do (předškolního) zařízení, mělo by rozumět elementárním instrukcím a mít základní slovní zásobu. Splňuje-li dítě tyto předpoklady, napomáhá zařazení do integrace snadnějšímu navázání sociálních vztahů s většinou slyšící společností. Podmínky pro integraci sluchově postiženého dítěte však musí splňovat nejen dítě samo svou dobrou úrovní komunikace, ale i škola, do níž má být žák integrován, musí být na přijetí žáka s kochleárním implantátem ve všech ohledech připravena. Důležitou úlohu při integraci sluchově postiženého dítěte do běžného školského zařízení mají speciálně pedagogická centra, která jsou nápomocna jak dětem se sluchovým postižením, tak jejich pedagogům.

Doporučí-li školské poradenské zařízení dítě k některé formě speciálního vzdělávání, je vhodné, aby rodiče dítěte zvážili možnost vzdělávání dítěte v tomto typu zařízení, kde mu bude poskytnuta adekvátní péče. Ve speciálních školách pro sluchově postižené se využívají dva základní přístupy k výuce a komunikaci se sluchově postiženými žáky. Prvním typem přístupu je přístup monolingvální, jenž je charakterizován pojetím mluvené formy jazyka jako prostředku komunikace, a využívá ho většinová společnost. Komorná (2008, s. 17) uvádí, že *„hlavním argumentem tohoto přístupu je, že většina dětí s vadou sluchu má slyšící rodiče, jejichž mateřským jazykem je jazyk mluvený. Pro zastánce tohoto typu vzdělávání je tedy přirozené, aby jejich děti měly stejný jazyk jako jejich rodiče, jazyk mluvený.“* Hlavní snahou tohoto přístupu je vytvořit u žáků se sluchovým postižením srozumitelný mluvený projev, díky kterému se dobře uplatní ve slyšící společnosti. Tato metoda je však vhodná spíše pro děti s lehčím typem sluchového postižení, u nichž jsou zachovány využitelné zbytky sluchu. Metoda je na místě i v případě dětí s kochleárním implantátem. Vymlátílová (2003, s. 486) tvrdí, že *„pokud je dítě s kochleárním implantátem zařazeno do speciální školy, mělo by navštěvovat třídu, kde se vyučuje orální metodou.“*

Druhým přístup, který se využívá na školách pro sluchově postižené, je přístup bilingvální. Na těchto školách se jako hlavní jazyk vyučuje český znakový

jazyk, který je těžce sluchově postiženým dětem přirozeně přístupný díky jeho vizuální podobě, a jako druhý jazyk se učí mluvený český jazyk, jakožto prostředek ke komunikaci s majoritní slyšící společností.

Kromě přístupu monolingválního a bilingválního některé speciální školy praktikují metodu takzvané totální komunikace. Jedná se o využití nejrůznějších způsobů komunikace, které jsou žákům se sluchovým postižením dostupné. Metoda totální komunikace má zajistit účinnou komunikaci na základě pečlivého zhodnocení potřeb jednotlivých žáků. Mimo doplňování mluvené řeči znaky sem dále patří použití znakového jazyka, prstové abecedy, čtení, psaní, odezírání, mimiky obličeje, pantomimy, gest a tak dále. Hrubý (1998a) však tvrdí, že tato metoda je filosofií či názorem na způsob výuky sluchově postižených, nicméně ve výsledku působí spíše komunikační chaos. Dle stejného autora se jedná se spíše o obecně využitelný podpůrný prostředek, nikoli metodu výuky jazyka. Naproti Hrubému, který se k metodě totální komunikace staví kriticky, Jungwirthová (online, 2015) naopak tento systém právě u dětí před implantací i po ní doporučuje používat a udržovat: *„implantované děti s narůstající sluchovou zkušeností velmi rychle „překódují“ znaky do slov a zcela přirozeně a postupně začínají preferovat známá slova před znaky. V tuto chvíli buď rodiče zvolí cestu „udržování“ stávající úrovně znakového jazyka, nebo jej postupně přestávají používat. Nebo se rozhodnou jej nadále rozvíjet, protože cítí, že je to komunikační prostředek, který je samotné i jejich dítě obohacuje.“*

Surdologopedická péče o děti s kochleárním implantátem vyžaduje kvalitní spolupráci klinických logopedů s pedagogy, kteří dítě učí. Pedagog běžné školy, který má v integraci dítě s kochleárním implantátem, má možnost odborných konzultací s pracovníky ze speciálně pedagogického centra. V České republice je implantované dítě v péči zpravidla dvou logopedů, přičemž první z nich je pracovníkem centra kochleárních implantací. K dalšímu logopedovi dítě pravidelně dochází v místě svého bydliště. Jedná se o logopeda klinického, či logopeda ze speciálně pedagogického centra při škole pro sluchově postižené. Mezi oběma logopedy, kteří mají dítě v péči, by měla probíhat vzájemná fungující interakce. Měli by si vzájemně předávat informace o dítěti, o pokrocích, které dělá a podobně.

V roce 2005 byl na základě rozboru dat klientů pražského Centra kochleárních implantací proveden průzkum, který ukázal, že *„58 % žáků s kochleárním implantátem navštěvuje ZŠ pro žáky se speciálními potřebami a 42 %*

ze všech uživatelů kochleárních implantátů plnicích povinnou školní docházkou navštěvuje běžné základní školy“ (Hádková, Ingallová, Květoňová 2008, s. 143).

4.1. Speciální školy pro sluchově postižené

V současnosti používáme pro školská zařízení určená dětem se sluchovým postižením označení mateřské, základní a střední školy pro sluchově postižené. Doporučení k zařazení do speciální školy pro sluchově postižené vydává školské poradenské zařízení (speciálně pedagogické centrum), kam rodiče s dítětem přichází na popud ORL lékaře, pediatra či ze svého vlastního rozhodnutí. V prvním případě je potřeba mít s sebou doporučení od lékaře, v druhém případě je dobré vzít s sebou do školského poradenského zařízení zprávy z předchozích lékařských vyšetření, která se týkají stavu sluchu dítěte. Na základě zmíněného vyšetření může poradenské zařízení doporučit dítěti speciální formu vzdělávání. Avšak rozhodnutí, zda se dítě bude vzdělávat ve speciálním typu školského zařízení, či bude v integraci s intaktními dětmi, náleží rodičům dítěte, jak již bylo zmíněno výše. V každém případě by však rodič měl před svým přáním upřednostňovat možnosti a schopnosti dítěte.

V minulosti byli žáci zařazováni do speciálních škol pro sluchově postižené podle velikosti ztráty sluchu. V dnešní době je hlavním kritériem volby optimální zařazení dítětem upřednostňovaný způsob komunikace – tedy fakt, zda dítě komunikuje orálně, či zda používá k dorozumívání s okolím znakový jazyk.

Hlavním cílem mateřských škol pro sluchově postižené je dát dítěti se sluchovým postižením funkční komunikační systém, díky kterému se dorozumí se svým okolím. Ten může být buď manuální, nebo orální, podle toho, jaký způsob je pro dané dítě vhodný vzhledem k povaze jeho postižení a dále dle toho, k jaké škole daná mateřská škola přísluší. Toto zařízení je určeno dětem od tří let věku.

Základní školy pro sluchově postižené mají desetiletou školní docházkou, která zahrnuje první přípravný ročník. Dle vyhlášky 73/2005 Sb. v platném znění je v těchto třídách redukován počet žáků na šest až čtrnáct. Na základě výše zmíněné vyhlášky mají žáci těchto škol právo na speciální metody, postupy, formy výuky, učebnice, pomůcky a podobně, které povaha jejich postižení vyžaduje. Tyto základní školy mají povinnost zařazovat předměty speciálně pedagogické péče (tzn. logopedická péče, řečová výchova, znakový jazyk, kultivace komunikačních

dovedností a podobně). Dle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2010) má předmět individuální logopedická péče „(...) charakter předmětu speciálně pedagogické péče. O časové dotaci, organizaci a formě poskytování individuální logopedické péče rozhoduje ředitel školy s přihlédnutím ke specifickým potřebám jednotlivých žáků.“ Tento předmět však není součástí klasifikace uváděné na vysvědčení. Výuka tohoto předmětu se taktéž nepočítá do celkové povinné časové dotace. Předmět je vřazován do učebního plánu škol tohoto typu na podkladu pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, odboru speciálního vzdělávání a institucionální výchovy.

Do roku 1991 byla nabídka škol středních škol pro sluchově postižené velmi omezená, existovaly pouze dvě střední školy pro sluchově postižené, jejichž studium bylo zakončené maturitní zkouškou. Zbývající střední školy nabízeli pouze možnost zakončení s výučním listem. Dnes již je nabídka středních škol pro sluchově postižené nepoměrně vyšší, což skýtá možnost lepšího pracovního uplatnění pro tyto osoby.

4.2. Speciálně pedagogická centra při školách pro sluchově postižené

Jak již bylo v práci uvedeno, „v České republice má každé dítě s kochleárním implantátem obvykle dva logopedy. Jeden je členem týmu centra kochleárních implantací u dětí a druhý je většinou zaměstnancem speciálněpedagogického centra školy pro sluchově postižené v místě bydliště dítěte“ (Vymlátilová 2003, s. 487). Speciálně pedagogické centrum je školské poradenské zařízení. Mezi další školská poradenská zařízení patří též pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče. Průcha (2003, s. 223) definuje speciálně pedagogické centrum jako „Školské zařízení, které zabezpečuje pedagogickou a psychologickou péči dětem a žákům se zdravotním postižením. Zajišťuje odbornou pomoc při integraci těchto dětí, ve spolupráci s rodinou, školami a odborníky. Centrum zabezpečuje speciálněpedagogickou diagnostiku a zpracovává podklady k zařazení dětí a žáků do škol a školských zařízení.“ Speciálně pedagogická centra se zaměřují na klienty s různým typem zdravotního postižení, tedy existují i speciálně pedagogická centra pro žáky se sluchovým postižením. Služby speciálně pedagogických center jsou poskytovány ambulantní formou v místě pracoviště daného centra. Jejich činnost je

zakotvena ve školském zákoně č. 561/2004 Sb., vyhláška č. 73/2005 Sb. v platném znění a vyhláška č. 72/2005 v platném znění.

Speciálně pedagogická centra jsou předchůdcem středisek rané péče. Po roce 1989 začala na našem území Mgr. Miroslava Mikušová zakládat speciálně pedagogická centra. Síť těchto center u nás byla dobudována v roce 1996. V roce 2000 existovalo v České republice zhruba sto speciálně pedagogických center pro všechny typy zdravotních postižení. V minulosti bylo hlavním úkolem center poskytovat ranou péči rodinám s čerstvě diagnostikovanými sluchově postiženými dětmi. V té době téměř neexistovala integrace. Počínaje rokem 1993 byla na žádost rodičů dětí se zdravotním postižením rozšířena působnost i na integrované děti se zdravotním postižením. I nadále však hlavním úkolem speciálně pedagogických center byla raná péče. Postupem času se činnost jednotlivých center diferencovala na jednotlivé typy zdravotních postižení. V roce 2005 bylo na území České republiky zaměřeno na sluchově postižené žáky šestnáct speciálně pedagogických center, z toho pět se sídlem v Praze.

5. Hodnocení kvality surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem

Cílem praktické části diplomové práce je zhodnocení kvality surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem na školách pro sluchově postižené a ve speciálně pedagogických centrech pro děti se sluchovým postižením na území Čech.

Předmět praktické části diplomové práce vychází ze skutečnosti častého sporu o rozdělení kompetencí týkajících se logopedické péče o děti s narušenou komunikační schopností, mezi které patří i děti s kochleárním implantátem. *„Školští pracovníci, bohužel, často nerespektují dosavadní terapeutické postupy, a po zařazení dítěte do školy rodiče nabádají, aby již s dítětem ke klinickému logopedovi nechodili. Velmi často také nerespektují lékařské zprávy. Nejsou speciálně školeni pro diagnostiku – záměny diagnóz a tím i použití chybných terapeutických postupů vůbec nejsou výjimkou“* (Šťastný úsměv, online, 2015).

Pro účely hodnocení toho, jak vypadá péče o děti s kochleárním implantátem na území Čech, byla zvolena metoda dotazníkového šetření. I když je dotazník spíše nástrojem pro hromadné získání údajů a jejich následné statistické vyhodnocení (Gavora, 2000), lze jej vhodně využít také pro zjištění konkrétních názorů a postojů respondentů k vymezenému problému. Pro naše výzkumné šetření byl zvolen dotazník vlastní konstrukce (Skutil a kol. 2011). Získané výsledky byly vyhodnoceny metodou otevřeného kódování. Tato metoda je Straussem (1999, s. 43) interpretována jako *„část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“* Z toho vyplývá, že naší snahou bylo roztřídit odpovědi do několika kategorií. Tedy jde o kategorizaci, kterou výše zmíněný autor (tamtéž, s. 45) popisuje jako *„proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu.“*

Časový harmonogram práce

Přípravná fáze diplomové práce začala v červenci 2015, kdy šlo zejména o shromažďování odborné literatury vztahující se k dané problematice péče o děti

s kochleárním implantátem. Na tomto podkladě postupně vznikala teoretická část diplomové práce, jejíž obsah se vztahuje k části praktické. Vlastní výzkum formou dotazníkového šetření započal v říjnu 2015, kdy začaly vznikat první verze dotazníků. Dotazníky jsou dvojího typu. Tyto verze byly průběžně upravovány, aby směřovaly k danému cíli. V průběhu listopadu, prosince a ledna byly dotazníky distribuovány mezi respondenty. Protože se jedná o výzkumné šetření, které je realizováno na poměrně rozsáhlém území (záměrem bylo, aby se zúčastnili respondenti ze všech školských a školských poradenských zařízení pro sluchově postižené na území Čech), byl zapotřebí delší časový úsek pro distribuci a návrat dotazníků. Poté, co se podařilo získat dotazníky ze všech těchto zařízení, tak, aby se z každého zařízení zúčastnil alespoň jeden respondent, bylo v průběhu února 2016 realizováno vyhodnocení zjištěných dat. V březnu 2016 byla diplomová práce dokončena.

5.1. Metodologie výzkumu

V této podkapitole budou přiblíženy použité výzkumné metody a techniky sběru dat, výběr souboru respondentů, způsob realizace dotazníkového šetření a sběru dat a způsob vyhodnocení získaných dat.

Použité výzkumné metody a techniky sběru dat

S ohledem na cíl výzkumu byla pro jeho realizaci zvolena dotazníková metoda výzkumného šetření. Ve výzkumu jde o podrobnější popsání nabízené péče a služeb určených cílové skupině dětí s kochleárním implantátem. Dle způsobu zkoumání jde o extenzivní výzkum, který je charakterizován tím, že „*se zabývá dosti širokou paletou problémů, fenoménů, velkým počtem objektů atd. Ty však nesleduje příliš do hloubky, ale zajímá se pouze o několik málo jejich vlastností, parametrů atp.*“ (Reichel 2009, s. 35).

Respondenti byli osloveni formou e-mailové komunikace či telefonicky v případě, že na webových stránkách školy byl uveden na příslušné zaměstnance kontakt. Nebylo-li tomu tak, byli osloveni zástupci ředitele či jiné kontaktní osoby pro příslušná zařízení, kteří kontakt na dané zaměstnance poskytli.

Způsob realizace dotazníkového šetření a sběru dat

Dotazníková metoda výzkumného šetření byla realizována za použití internetu, přesněji řečeno webových stránek umožňujících realizaci online průzkumů. Tento způsob šíření dotazníků byl volen s ohledem na skutečnost, kdy bylo třeba distribuovat dotazníky do škol a speciálně pedagogických center po celém území Čech, a distribuce fyzických dotazníků a jejich návratnost by z tohoto důvodu byla značně ztížena.

Dotazování učitelů a zaměstnanců speciálně pedagogických center tedy probíhalo prostřednictvím internetu, kdy respondenti obdrželi e-mail s průvodním dopisem obsahujícím informace o daném výzkumu, způsobu jeho vyplňování a odkazem na dotazník. Tyto dotazníky byly po vyplnění odesílány na server, kde byla možná v průběhu sběru dat jejich kontrola. Další výhodou pak byla rychlost a možnost kontaktovat respondenty na celém území Čech. Výzkum počítal i s variantou, že daní respondenti, ačkoli pracují v zařízeních určených k výchově a vzdělávání dětí se sluchovým postižením, nemají či nikdy neměli v péči dítě s kochleárním implantátem. Pro takový případ byl průvodní dopis k dotazníku opatřen prosbou o krátkou zpětnou vazbu s informací ohledně této skutečnosti.

Dotazníky byly vyhotoveny ve dvojím provedení – baterie otázek byla modifikována pro učitele na školách pro sluchově postižené a pro zaměstnance speciálně pedagogických center dle způsobu zaměření práce v daných zařízeních. Na počátku obou dotazníků jsou však shodně zařazeny jednoznačné otázky se strukturovanými možnostmi. Dále se v dotazníku vyskytují jako otevřené, tak uzavřené otázky. Vždy však měl respondent k dispozici též prostor pro vlastní odpověď. V případě jedné položky dotazníku je využito Likertovy škály, aby mohli respondenti ohodnotit svou spokojenost se spoluprací s různými subjekty. Aby bylo zabráněno negativním obavám ze ztráty anonymity po vyplnění dotazníku, respondenti uváděli pouze název zařízení, kde pracují, nikoli konkrétní údaje o své osobě. Tato skutečnost též napomáhá větší upřímnosti respondenta např. při odpovědi na otázku, zda je v zařízení dostatek financí pro jeho optimální fungování. Ve výzkumném šetření jde o kvalitativní analýzu, která si klade za cíl zhodnotit péči o děti s kochleárním implantátem.

Výběr souboru respondentů

Základním souborem pro náš výzkum jsou učitelé na školách pro sluchově postižené, kteří učí děti s kochleárním implantátem. Dále to jsou zaměstnanci speciálně pedagogických center (kteří mají mezi svými klienty tutéž cílovou skupinu), neboť tito jsou také poskytovateli speciálně pedagogické (surdologopedické) péče pro tyto děti. Součástí *výběrového souboru* jsou ti z nich, kteří byli ochotni na výzkumu spolupracovat. Výzkum byl realizován mezi respondenty, kteří pracují na území Čech.

5.2. Přehled kontaktovaných zařízení

Tato podkapitola tvoří výčet zařízení, jejichž učitelé byli kontaktováni jako možní respondenti pro náš výzkum. Jedná se tedy zároveň o přehled školských zařízení pro sluchově postižené na území Čech.

Hlavní město Praha

Název zařízení: **Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené Holečkova**

Adresa zařízení: Holečkova 4, 150 00 Praha 5

Www stránky: www.skolaholeckova.cz

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při střední škole, základní škole a mateřské škole pro sluchově postižené Holečkova**

Adresa zařízení: Holečkova 4, 150 00 Praha 5

Www stránky: www.skolaholeckova.cz

Název zařízení: **Gymnázium, SOŠ, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, Praha 2, Ječná 27**

Adresa zařízení: Ječná 27, 120 00 Praha 2

Www stránky: www.jecna27.cz/www/uvod/uvod.htm

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při gymnáziu, SOŠ, Základní škole a Mateřské škole pro sluchově postižené, Praha 2, Ječná 27**

Adresa zařízení: Ječná 27, 120 00 Praha 2

Www stránky: www.jecna27.cz/cz/specialne-pedagogicke-centrum

Název zařízení: **Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, Praha 5, Výmolova 169**

Adresa zařízení: Výmolova 169/2, 150 00 Praha 5 – Radlice

Www stránky: www.vymolova.cz/#!intro

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při Střední škole, Základní škole a Mateřské škole pro sluchově postižené, Praha 5, Výmolova 169**

Adresa zařízení: Výmolova 169/2, 150 00 Praha 5

Www stránky: www.vymolova.cz/#!soucasti-specialne_pedagogicke_centrum

Jihočeský kraj

Název zařízení: **Mateřská škola, Základní škola a Střední škola pro sluchově postižené České Budějovice**

Adresa zařízení: Riegrova 1, 370 01 České Budějovice

Www stránky: www.sluchpostcb.cz/

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při Mateřské škole, Základní škole a Střední škole pro sluchově postižené České Budějovice**

Adresa zařízení: Riegrova 1, 370 01 České Budějovice

Www stránky: <http://www.sluchpostcb.cz/spc/>

Plzeňský kraj

Název zařízení: **Základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené Plzeň**

Adresa zařízení: Mohylová 90, 312 00 Plzeň

Www stránky: www.sluchpost-plzen.cz

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při základní škole a mateřské škole pro sluchově postižené Plzeň**

Adresa zařízení: Mohylová 90, 312 00 Plzeň

Www stránky: www.sluchpost-plzen.cz

Liberecký kraj

Název zařízení: **Základní škola a Mateřská škola logopedická Liberec**

Adresa zařízení: E. Krásnohorské 921, 460 01 Liberec

Www stránky: www.ssplbc.cz

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při Základní škole a Mateřské škole logopedické Liberec**

Adresa zařízení: E. Krásnohorské 921, 460 01 Liberec

Www stránky: www.ssplbc.cz/aktualne-specialne-pedagogicke-centrum/specialne-pedagogicke-centrum.html

Královéhradecký kraj

Název zařízení: **Střední škola, Základní škola a Mateřská škola, Hradec Králové, Štefánikova 549**

Adresa zařízení: Štefánikova 549, 500 11 Hradec Králové

Www stránky: www.neslhk.com

Název zařízení: **Speciálně pedagogické a integrační centrum Duháček**

Adresa zařízení: Štefánikova 549, 500 11 Hradec Králové

Www stránky: www.spcduhacek.com

Pardubický kraj

Název zařízení: **Speciálně pedagogické centrum při Speciální základní škole Skuteč**

Adresa zařízení: Adresa: Rubešova 531, 539 73 Skuteč

Www stránky: www.spzs-skutec.cz

5.3. Prezentace výsledků výzkumného šetření

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu a interpretaci získaných dat. Hendl (online, 2016) uvádí, že *„úkolem analýzy dat je redukce, organizace, syntéza a sumarizace informací s cílem dát výsledkům význam a provádět úvahy podporované validní evidencí. Během sběru dat nebo po něm vyhodnocujeme informaci, kterou data zprostředkují. Analýza spočívá v rozboru dat a jejich syntéze.*

Provádíme o datech závěry s ohledem na položené výzkumné otázky a hypotézy.“
Diplomová práce tedy na základě informací zjištěných od respondentů poskytne vyhodnocení informací, jež se týkají péče o děti s kochleárním implantátem ve speciálních zařízeních určených pro tuto cílovou skupinu.

5.3.1. Presentace výsledků výzkumného šetření mezi učiteli na školách pro sluchově postižené

Výzkumného šetření týkajícího se kvality surdologopedické péče na školách pro sluchově postižené se zúčastnilo devatenáct respondentů z celkového počtu sedmi zařízení. Na území Čech je těchto zařízení se specializací na děti se sluchovým postižením dohromady sedm. Pro výzkum se tedy podařilo z každého takového zařízení získat alespoň jednoho respondenta. Tabulka zobrazuje participaci respondentů z jednotlivých škol na výzkumném šetření.

Tabulka č. 1 Participace respondentů z jednotlivých škol na výzkumném šetření

Škola pro sluchově postižené	Počet zúčastněných respondentů
Praha, Holečkova	4
Praha, Ječná	3
Praha, Výmolova	3
České Budějovice	2
Plzeň	1
Liberec	3
Hradec Králové	3
Celkem respondentů	19

Otázka číslo 1: Typ dosaženého vzdělání

Tato otázka je položena s cílem zjistit typ dosaženého vzdělání respondentů, zároveň tak blíže charakterizovat výzkumný vzorek. Z celkového počtu devatenácti účastníků výzkumu má třináct účastníků výzkumu vystudovány primárně speciální pedagogiku. Čtyři respondenti byli dle zaměření svého studia původně učiteli, posléze si speciálně pedagogické vzdělání doplnili. Všichni jsou kvalifikovanými

speciálními pedagogy. Jeden z respondentů má vystudován obor čeština v komunikaci neslyšících na filosofické fakultě Univerzity Karlovy.

Otázka číslo 2: Délka praxe v oboru

Průměrná délka praxe v oboru zúčastněných respondentů je 15 let. Účastníci jsou tedy speciální pedagogové s převážně dlouholetou praxí. Uváděné odpovědi byly v rozmezí od dvou let po jednatřicet let praxe.

Tabulka č. 2 Přehled délky praxe respondentů

Délka praxe v oboru:	Počet respondentů:
Do pěti let	6
Do deseti let	1
Do dvaceti let	7
Více než 20 let	5

Otázka číslo 3: Předchozí zkušenosti s cílovou skupinou dětí s kochleárním implantátem

Jak je zmíněno v úvodu výzkumné části, výzkumným vzorkem jsou speciální pedagogové, kteří v současné době učí dítě s kochleárním implantátem. Z tohoto souboru pedagogů ve svém předchozím zaměstnání s cílovou skupinou těchto dětí nepracovalo, a tudíž nemělo předchozí zkušenost, devět respondentů. Naopak sedm z nich s těmito dětmi pracovalo. Shodně jedenkrát se objevily možnosti „Předtím jsem s těmito dětmi nepracovala, ale pracovala jsem s dětmi s jiným druhem sluchového postižení“ a „Jsem matkou dítěte s implantátem.“ Jeden respondent uvedl, odpověď „Nevím, k čemu se mám vyjadřovat“, ačkoli otázka měla strukturované možnosti.

Otázka číslo 4: Materiální zázemí (podmínky) školy

Tato otázka zjišťovala, jaká je mezi učiteli spokojenost s finanční saturací jejich potřeb týkajících se optimálního vybavení potřebného pro výuku (pomůcky apod.). Nejvíce odpovědí (devět) bylo negativního charakteru – tedy jednoznačná odpověď, že v zařízení není dostatek financí pro jeho nejlepší fungování. Naopak čtyři respondenti jsou v této oblasti bez výhrad spokojeni. Dva ze šestnácti uvádějí

odpověď, která by se dala kategorizovat jako „Financí není nikdy dost“, z čehož usuzují, že jsou spíše spokojeni, ačkoli by situace mohla být i příznivější. Shodně dva účastníci uvedli odpověď charakteru, že finanční situace „jejich“ zařízení je proměnlivá, což záleží například na skutečnosti, zda seženou sponzorské dary.

Otázka číslo 5: Speciální péče o děti s kochleárním implantátem na dané škole

Nejvíce respondentů (šestnáct z devatenácti) ve svých odpovědích uvádělo, že děti mají oproti vzdělávání na školách běžného typu speciální výhodu ve sníženém počtu žáků ve třídách a potažmo je tak zajištěn individuální přístup lépe pokrývající specifické potřeby každého z nich. Druhou nejčastější odpovědí byla vybavenost adekvátními názornými pomůckami, které jsou potřebné pro výuku dětí se sluchovým postižením – jednalo se o osmkrát se opakující odpověď. Logopedickou péči jakožto součást speciální péče náležící dětem v tomto typu školy v dotazníkovém šetření vyzdvihlo celkem sedm respondentů. Tři respondenti pracují v zařízení, kde fungují třídy, kde se vzdělávají primárně děti s kochleárním implantátem. Zvláštní akustickou úpravu třídy, která zabezpečuje dobré podmínky pro výuku dětí se sluchovým postižením, uvedli dva respondenti. Jako výhody byly dále uvedeny (shodně po jednom případě) odpovídající technické podmínky třídy a možnost stáhnout si materiály k výuce ze školních webových stránek.

Otázka číslo 6: Zařazení předmětů speciálně pedagogické péče do vyučování

Tato otázka si kladla za cíl zjistit, které předměty speciálně pedagogické péče jsou zařazeny do učebního plánu a jaká je jejich časová dotace. V odpovědích respondentů se vyskytovaly nejrůznější varianty zařazení těchto předmětů do výuky. Jeden respondent uvedl, že logopedii na škole nevyučuje a nemá přehled o její časové dotaci. Logopedická intervence je do vyučování, dle respondentů participujících na výzkumu, zařazována prostřednictvím takzvané individuální logopedické péče (nejčastější odpověď, uváděná v osmi případech), skupinové logopedie (pouze jeden případ) či kombinace těchto dvou forem. Poslední uvedený způsob, čili kombinace individuální logopedické péče a skupinové logopedie uvedlo pět respondentů, respektive šest, neboť v jednom případě k individuální logopedické péči nabízejí možnost „logopedického kroužku“, což považujeme za formu skupinové logopedické péče.

Respondenti své odpovědi dále blíže specifikovali. Co se týká individuální logopedické péče, nejfrekventovaněji – třikrát týdně, je realizována ve dvou případech. Délka trvání těchto intervencí však není nikterak dlouhá, jedná se o patnáct minut. Rovněž patnáct minut, ale pouze jedenkrát týdně je prováděna individuální logopedická intervence v jednom zařízení. Individuální logopedickou péči dvě hodiny uvedli tři respondenti, přičemž není přesněji definováno, zda a jakým způsobem je zmíněná dvouhodinová dotace rozdělena. Taktéž ne zcela detailní informaci poskytují čtyři respondenti – individuální logopedická péče probíhá na jejich školách dvakrát týdně (není upřesněna časová délka těchto dvou intervencí). Jeden z těchto čtyř respondentů zmiňuje navíc možnost nepovinného logopedického kroužku. Na jedné škole je realizace individuální logopedické péče praktikována způsobem, kdy žáci prvního stupně mají tento předmět dvě hodiny týdně a žáci druhého stupně jednu hodinu týdně. Další odpovědi již měly povahu kombinace individuální logopedické péče a skupinové logopedie – ve čtyřech odpovědích se objevovalo spojení jedné hodiny individuální logopedické péče týdně a jedné hodiny skupinové logopedie. V jednom případě se jednalo o převažující podíl skupinové logopedie (hodina týdně) v kombinaci s dvaceti minutami individuální logopedické péče týdně. Shodně jedenkrát je uvedeno, že na škole, kde respondent pracuje, je realizována pouze skupinová logopedie, které je věnována jedna hodina týdně. Poslední odpověď respondenta zněla, že speciálně pedagogická péče na škole spočívá v jedné hodině po vyučování v případě, kdy je třeba zlepšit orofaciální motoriku.“ Toto vyjádření je značně neurčité a je otázkou, do jaké míry se jedná o skutečně zacílené specifické postupy rozvoje motoriky mluvidel s jasně daným cílem a zda je u této cílové skupiny dětí stěžejním tématem rozvoj motoriky mluvidel.

Otázka číslo 7: Optimální péče o dítě s kochleárním implantátem v průběhu školní docházky

Respondenti v otázce představy optimální péče o cílovou skupinu dětí s kochleárním implantátem uvádějí nejčastěji odpovědi, které kladou důraz na individuální přístup ve výuce. Zejména v otázce respektování stupně rozvoje řeči dítěte. Tuto odpověď uvedlo shodně osm respondentů. Pět učitelů, kteří se tohoto výzkumu účastnili, považují za optimální podmínku pro výuku malý počet dětí ve třídě. Stejně množství respondentů zmínilo kontrolu správného nastavení

implantátu, a zároveň pravidelné ujišťování se, zda žáci rozuměli. Maximální vizualizace učiva byla v odpovědích na tuto otázku uvedena čtyřikrát – jeden z takto odpovídajících respondentů doplnil, že je zejména u dětí se sluchovým postižením, děti s kochleárním implantátem, nevyjímaje, velmi výhodné využití moderní techniky typu diaprojektory apod. Dva respondenti považují za důležitou dostatečnou časovou dotaci hodin individuální logopedické péče. Další dva účastníci výzkumu kladou důraz na výuku znakového jazyka, která se, dle jejich slov, těmto dětem hodí. Dále byla uvedena odpověď vyzdvihující potřebu zjednodušených učebních textů pro jednotlivé předměty (jedna odpověď), intervence zkušeného speciálního pedagoga, který zná problematiku kochleárních implantátů (jedna odpověď) a klid, pohoda a optimismus při výuce (taktéž jedna odpověď).

Otázka číslo 8: Spolupráce s rodiči

Nejvíce učitelů (deset) považuje úroveň spolupráce s rodiči dětí za průměrnou. Na druhém místě s počtem pět jsou odpovědi, které se pohybují v horizontu mezi výbornou až velmi dobrou spoluprací. V jednom z těchto případů uvedla respondentka, že by však „ocenila častější návštěvy rodičů na logopedických lekcích.“ Spíše negativní zkušenosti ve spolupráci s rodiči uvádí pouze jeden účastník výzkumu. Svou odpověď dále komentuje: „Moje zkušenost je spíše negativní. Často se jedná o rodiče romské nebo sociálně slabé. Komunikace vážne a je tudíž velmi obtížné jim vysvětlit, co mají doma s dítětem dělat, jak procvičovat atd. Dále se často jedná i o rodiče se sluchovým postižením, takže se stává, že dítě užívá implantát pouze ve škole či školce a doma nikoli – protože se doma znakuje. Vývoj řeči a celý proces reedukace se tím výrazně zpomaluje.“ Tři se vyjádřili ve smyslu, že nelze odpovědět, neboť jde o jednotlivé případy rodičů i o jednotlivé situace.

Otázka číslo 9: Spolupráce s dalšími subjekty

Učitelé nejčastěji (v osmnácti případech) spolupracují se speciálně pedagogickými centry. Na druhém místě je spolupráce s klinickými logopedy (devět kladně odpovídajících respondentů). V osmi případech byla zjištěna spolupráce s Centrem kochleárních implantací, shodně v osmi případech s foniatry. Vždy jedenkrát se vyskytovaly odpovědi poukazující na spolupráci s pediatrem, dětským psychologem a dětským psychiatrem.

Otázka číslo 10: Spokojenost s úrovní spolupráce s ostatními subjekty

V této otázce speciální pedagogové hodnotili spokojenost se spoluprací se subjekty, jež uvedli v předchozí otázce. Způsob hodnocení byl nastaven jako klasická školní klasifikace (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). Zde je přehled průměrných hodnocení, které jednotlivé subjekty obdržely:

Tabulka č. 3 Přehled průměrné spokojenosti respondentů s úrovní spolupráce s jednotlivými subjekty

Subjekty, se kterými zařízení spolupracují	Průměr hodnocení respondentů
Speciálně pedagogická centra	1,9
Foniatr	2
Kliničtí logopedi	2
Centrum kochleárních implantací	1,6
Pediatr	3
Dětský psychiatr	1
Dětský psycholog	2

Otázka číslo 11: Účast na odborných kurzech a školeních

Odborných kurzů a školení se účastní šest z devatenácti respondentů. Dvanáct z nich se žádných akcí vzdělávacího charakteru neúčastní. Jedna účastnice výzkumu uvedla, že dříve (časový úsek blíže nespecifikován) se těchto událostí účastnila, v poslední době však již ne. Z kladných odpovědí byly zmíněny „přednášky na téma včasná implantace u sluchově postižených“, „přednášky o rané péči“, „přednášky o kochleární implantaci (operace, vhodnost pro klienta, typy procesorů, jejich nastavení“, „semináře o zkušenostech s rehabilitací/reedukací u nás i v zahraničí“, „občasné přednášky v zaměstnání nebo z CKID organizované přes SUKI“. Jedna respondentka uvedla, že učitelé na škole, kde pracuje, se dále vzdělávají ve znakovém jazyce a účastní se metodických sezení (blíže nespecifikováno, na co se daná sezení zaměřují). Jeden respondent napsal, že jeho další vzdělávání spočívá v účasti na kurzech Logopedické společnosti Miloše Sováka a kurzech IPVZ.

Další z účastníků výzkumu doplnil, že škola, ve které pracuje, pořádá ve spolupráci s Centrem kochleárních implantací a společností AIMOU konference a semináře o vzdělávání dětí s kochleárním implantátem.

5.3.2. Prezentace výsledků výzkumného šetření mezi pracovníky speciálně pedagogických center

Výzkumného šetření týkajícího se kvality surdologopedické péče ve speciálně pedagogických centrech se zúčastnilo devět respondentů z celkem sedmi zařízení. Na území Čech je těchto zařízení se specializací na děti se sluchovým postižením dohromady osm. Bohužel, v jednom případě nebyla ochota ze strany vedení zařízení, se výzkumu účastnit. Tabulka zobrazuje participaci respondentů z jednotlivých speciálně pedagogických center na výzkumném šetření.

Tabulka č. 4 Participace respondentů z jednotlivých speciálně pedagogických center na výzkumném šetření

Speciálně pedagogické centrum	Počet respondentů
Praha, Holečkova	1
Praha, Ječná	0
Praha, Výmolova	2
České Budějovice	1
Plzeň	1
Liberec	2
Hradec Králové	1
Skuteč	1
Celkem respondentů	9

Otázka číslo 1: Typ dosaženého vzdělání

Dotazníkové šetření u všech respondentů potvrdilo pregraduální magisterské vzdělání v oboru speciální pedagogika. Jeden z respondentů absolvoval postgraduální doktorský stupeň studia speciální pedagogiky.

Otázka číslo 2: Specializace zaměstnance

Jak bylo výše uvedeno, všichni z respondentů mají univerzitní vzdělání ve speciální pedagogice. Z toho sedm z nich zakončilo své studium státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Jeden studium zakončil zkouškou ze surdopedie a další respondent vystudoval obor speciální pedagogika bez zaměření na konkrétní subdisciplínu speciální pedagogiky.

Otázka číslo 3: Délka praxe v oboru

Praxe respondentů v oboru péče o děti se sluchovým postižením je průměrně 16 let. Jedná se tedy o respondenty s poměrně dlouholetou praxí, potažmo zkušenostmi. Délku praxe do pěti let uvedli dva zaměstnanci, do deseti let jeden, do dvaceti let čtyři a nad dvacet let praxe v oboru uvádějí dva z devíti respondentů.

Otázka číslo 4: Předchozí zkušenosti s cílovou skupinou dětí s kochleárním implantátem

Ve svém předchozím zaměstnání s cílovou skupinou dětí s kochleárním implantátem pracovali čtyři z respondentů, z toho jeden jakožto logoped. Souhlasně tři z nich v minulosti s těmito dětmi nepracovali. Jeden respondent uvedl, že nepracoval s implantovanými dětmi, ale pracoval s dětmi s jiným druhem sluchového postižení. Jeden z respondentů se k této otázce nevyjádřil.

Otázka číslo 5: Materiální zázemí (podmínky) školy

Tři respondenti se jednoznačně vyjádřili, že v zařízení chybí dostatek financí pro jeho optimální fungování (např. dostatek prostředků na pokrytí nákladů na potřebné pomůcky apod.). Jeden z těchto tří respondentů konkrétně uvedl, že společně s ostatními zaměstnanci v zařízení, ve kterém pracuje, pociťují nedostatek financí na personální posílení centra. Odpověď jednoho respondenta byla ambivalentního charakteru typu „financí není nikdy dost“. Tři dotazovaní jsou spokojeni s finanční saturací zařízení. Poslední devátý respondent odpověděl, že „jeho“ zařízení je financováno ze státního rozpočtu a peníze na základní pomůcky jsou v omezeném množství, a proto se snaží o využívání dotačních programů.

Otázka číslo 6: Názory na ideální četnost návštěv dětí ve speciálně pedagogickém centru

Názory na ideální frekvenci návštěv dětí ve speciálně pedagogickém centru se různily. Dva respondenti uvedli nespecifickou odpověď, že tato četnost je individuální. Tato skutečnost dle nich závisí na způsobu, jak rodina dítěte spolupracuje s Centrem kochleárních implantací, na věku dítěte, na době, kdy bylo dítě implantováno a na faktu, zda má nějaké další přidružené postižení. Každý týden by děti na konzultace rádi zvali čtyři z respondentů, jednou za čtrnáct dní jeden respondent, jedenkrát za tři týdny též jeden a návštěva jednou měsíčně se jeví jako optimální jednomu účastníkovi průzkumu.

Otázka číslo 7: Skutečný stav četnosti návštěv dětí ve speciálně pedagogickém centru

Reálná četnost návštěv se v drtivé většině případů liší od přání pracovníku ideálního počtu návštěv uváděných v předchozí otázce – konkrétně jen ve dvou z celkového počtu odpovědí se realita frekvence návštěv shodovala s požadovaným přáním na počet konzultací.

Otázka číslo 8: Spolupráce s rodiči

Co se spolupráce speciálních pedagogů ze speciálně pedagogických center s rodiči dětí týče, většina (pět respondentů) tuto spolupráci hodnotí slovy jako „výborná“ a „bezproblémová“. Jeden respondent tuto spolupráci shledává „dobrou“ a zbývající tři se vyjadřují, že se jedná o individuální případy od obtížnějších po výborné.

Otázka číslo 9: Spolupráce s dalšími subjekty

Všichni dotazovaní pracovníci v rámci intervence u dítěte s kochleárním implantátem samozřejmě spolupracují se školami, které dané děti navštěvují. Dále mají v osmi případech z devíti též navázanu spolupráci s foniatrem, shodně v sedmi případech též s klinickým logopedem, ke kterému dítě dochází a s Centrem kochleárních implantací. Se střediskem rané péče, potažmo s poradcem rané péče spolupracují tři respondenti. Dva účastníci průzkumu spolupracují s obecně prospěšnou společností Centrum pro dětský sluch Tamtam. Jedenkrát se v odpovědích objevily následující subjekty: orgán sociálně-právní ochrany dětí,

pedagogicko-psychologická poradna, obecně prospěšná společnost Tichý svět a jiná speciálně pedagogická centra s dodatkem, že se jedná o případy dětí s kombinovaným postižením.

Otázka číslo 10: Spokojenost s úrovní spolupráce s ostatními subjekty

V této otázce měli respondenti za úkol zhodnotit úroveň své spokojenosti se spoluprací se subjekty, které zmínili v předchozí otázce, pomocí stupnice (Likertova škála) známek podobající se klasickému školnímu hodnocení (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). V tabulce je zobrazen přehled průměrných hodnocení, které jednotlivé subjekty obdržely:

Tabulka č. 5 Přehled průměrné spokojenosti respondentů s úrovní spolupráce s jednotlivými subjekty

Subjekty, se kterými zařízení spolupracují	Průměr hodnocení respondentů
Školy, které děti navštěvují	1,6
Foniatři	2
Kliničtí logopedi	2
Centrum kochleárních implantací	1,9
Střediska rané péče	2,7
Pediatři	1,5
Odbor sociálně právní ochrany dětí	1
Jiná speciálně pedagogická centra	1
Pedagogicko-psychologické poradny	1
Obecně prospěšné společnosti	1

Otázka číslo 11: Pořádání speciálních akcí pro děti s kochleárním implantátem

Devět z pěti zařízení, ve kterých respondenti pracují, nepořádá žádné speciální akce typu pobyty, setkání apod. pro děti s kochleárním implantátem. Ostatní odpovědi na danou otázku byly kladné, specifikované následovně: „Ano, pořádné víkendové pobyty, které se konají pravidelně jednou ročně před koncem

školního roku. Jsou na ně zvány i rodiče. Pro děti tam připravujeme zábavné programy a pro rodiče odborné přednášky, např. na téma seznámení se s novými typy implantátů apod.“ či „Ano, pořádáme setkání dětí s kochleárním implantátem.“ Dva respondenti odpověděli na otázku též kladně, avšak charakter odpovědi ukazuje, že se nejedná o akce pro děti, nýbrž pro pedagogy či rodiče: „Pořádáme přednášky pro učitele dětí s kochleárním implantátem, případně pro rodiče ve spolupráci s foniatry“ a „Ano. Nyní máme seminář pro učitele.“

Otázka číslo 12: Zkušenosti zaměstnanců s účinnými metodami práce s cílovou skupinou

Nejčtenější odpovědi v otázce osvědčených způsobů práce, metod či postupů s touto cílovou skupinou byly charakteru zdůrazňujícího důležitost spolupráce s ostatními subjekty, které se podílejí na rehabilitaci dětí s kochleárním implantátem. Celkem tato spolupráce byla zmíněna sedmkrát. Rodina byla ohledně spolupráce zmíněna dvakrát, stejně jako důležitost intenzivní spolupráce se školami, které tyto děti navštěvují, i s jejich učiteli. Čtyři respondenti se v této otevřené otázce vyjádřili, že dle nich je pro tyto děti užitečné využití znakového jazyka jako formy podpory. V jednom případě respondent uvedl, že je důležité dbát na správné nastavení kochleárního implantátu, a proto je důležitá dobrá spolupráce s foniatry a Centrem kochleárních implantací.

Otázka číslo 13: Účast na odborných kurzech a školeních

Z devíti respondentů označilo pět odpověď, že se žádných odborných kurzů neúčastní. Dalšími kladnými odpověďmi byly následující: „Dle aktuální nabídky se účastním. V minulosti se jednalo např. o konference, semináře, foniatrické kongresy.“, „Ano. Klasická školení pořádaná CKID a semináře a školení v rámci speciálně pedagogického centra“, „Ano – od CKID informace o novém implantátu na trhu, kazuistiky dětí.“ a „Samozřejmě, od CKID, ORL a foniatrické společnosti.“

Otázka číslo 14: Doba trvání péče o dítě s kochleárním implantátem

Již od stanovení diagnózy sluchové vady mívá v péči takové dítě pět z devíti respondentů. Tato péče je z druhé strany ohraničena ukončením středoškolského studia, či přestěhováním se dítěte do jiného vzdálenějšího místa apod. Tři zaměstnanci speciálně pedagogických center účastníci se výzkumu uvedli, že mají

děti v péči po dobu povinné školní docházky, čili v tomto případě je intervence započata nástupem dítěte na základní školu. Devátý respondent v dotazníku sdělil odpověď, že oficiálně pracuje s dětmi od třech let. V případě, že nefunguje raná péče, přijímají i dvouleté děti. Tato péče většinou končí ukončením středního vzdělání (ve dvou případech respondent pracoval i se studenty vyšších odborných škol).

Otázka číslo 15: Převažující charakter péče ve speciálně pedagogických centrech

Z dotazníkového šetření mezi touto skupinou respondentů vyplynula informace, že v rámci „jejich“ zařízení převažuje (shodně v osmi případech) intervence surdopedického charakteru a poradenská činnost. Dále v četnosti odpovědí následuje intervence logopedická (uvedena v šesti případech), a nakonec z nabízených možností byla čtyřikrát označena činnost informační. V jednom případě respondent svou odpověď dále rozvedl a popsal zaměření své pracovní činnosti jako „působení na všestranný rozvoj dítěte“. Mezi další činnosti patří též školení pedagogů, kdy jezdíme po školách a školíme pedagogy, kteří nemají zkušenost s dětmi se sluchovým postižením. V ambulantní péči se zpočátku pracuje spíše s rodiči nežli s dětmi.“ Poslední odpověď zněla, že charakter péče klientů se mění s ohledem na vývoj dítěte a průběh celkové péče.

5.4. Souhrn výsledků výzkumného šetření

Výzkumu se zúčastnili speciální pedagogové z osmi školských a poradenských zařízení pro sluchově postižené na území Čech. Do výzkumu se podařilo zapojit speciální pedagogy ze všech jednotlivých zařízení tohoto typu – s výjimkou jediného speciálně pedagogického centra. Na tomto podkladě se domníváme, že výzkumný vzorek respondentů je dostatečný pro naplnění cíle této diplomové práce.

Ač jsme se v teoretické části práce, na základě dostupné odborné literatury vztahující se k problematice péče o děti s kochleárním implantátem, snažili popsat optimální model této problematiky, je oblast surdologopedie doménou značně neukotvenou. Z tohoto důvodu v práci nejde o *zhodnocení* problematiky v obvyklém slova smyslu zkoumání *míry a četnosti* různých jevů apod., nýbrž o kvalitativní popis

dané skutečnosti, v tomto případě toho, jakou péči poskytují dětem školy a poradenská zařízení, potažmo zaměstnanci těchto institucí.

5.4.1. Výzkumné šetření mezi učiteli na školách pro sluchově postižené

Ve výzkumném šetření zaměřeném na surdologopedickou intervenci na školách pro sluchově postižené bylo zjištěno na základě dotazníkové metody několik poznatků. Pozitivním faktem je, že se podařilo získat pestrý vzorek respondentů – z každé školy pro sluchově postižené na území Čech vyplnil dotazník vždy alespoň jeden učitel dané školy, který zároveň splňoval podmínku, že učí (nebo v průběhu své praxe učil) dítě s kochleárním implantátem. Těchto respondentů bylo celkem devatenáct.

V otázce typu dosaženého vzdělání bylo zjištěno, že všichni tito respondenti splňují požadovanou kvalifikaci, která je opravňuje být speciálními pedagogy působící na školách pro sluchově postižené. Z hlediska průměrné délky praxe se jedná o profesionály s dlouholetou praxí – konkrétní průměrná délka praxe těchto osob je patnáct let. Z hlediska předchozích zkušeností s cílovou skupinou dětí s kochleárním implantátem lze konstatovat, že přibližně polovina respondentů již má s touto prací zkušenosti, polovina nikoli. Většina respondentů poskytla v dotazníkovém šetření informaci o nespokojenosti s objemem financí pro optimální fungování daného zařízení, z hlediska nedostatků prostředků pro nákup potřebných pomůcek atd. Speciální péče o cílovou skupinu v daných zařízeních spočívá dle výpovědí respondentů zejména v individuálním přístupu ke každému dítěti, což je zajištěno zejména nižším počtem žáků ve třídě. Co se týče způsobu zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, potažmo (individuální) logopedické péče do výuky, situace na jednotlivých školách je neobyčejně různá. Důvod této rozličnosti vězí ve skutečnosti, že o časové dotaci, organizaci a formě poskytování individuální logopedické péče rozhoduje ředitel dané školy s přihlédnutím ke specifickým potřebám jednotlivých žáků. Výuka tohoto předmětu se nepočítá do celkové dotace povinné časové dotace. V praktické části diplomové práce je rovněž zmíněno, že tyto předměty jsou včleněny do učebního plánu škol tohoto typu na podkladu příslušného pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Nedílnou součástí úspěšné rehabilitace je spolupráce odborníků s rodiči. Proto jsme zjišťovali, jak učitelé hodnotí tuto spolupráci. Více než polovina respondentů považuje kooperaci rodič – učitel za průměrnou. Na druhou stranu

pouze ve dvou případech z devatenácti byla uvedena odpověď vykazující nespokojenost v této oblasti. Co se týče spolupráce s dalšími subjekty, kromě jednoho případu všichni dotazovaní spolupracují se speciálně pedagogickými centry. Již méně kladných odpovědí se však vyskytuje v otázce spolupráce s klinickými logopedy a s Centrem kochleárních implantací. Toto zjištění považujeme za ne zcela pozitivní, neboť surdologopedická péče o děti s kochleárním implantátem si žádá kvalitní spolupráci klinických logopedů s pedagogy. Taktéž ne zcela uspokojující je informace týkající se účasti speciálních pedagogů na odborných kurzech a školeních. Těchto se účastní (či se v minulosti zúčastnilo) pouze šest z devatenácti respondentů – zbylí respondenti se žádných takovýchto akcí neúčastní, a tudíž se touto cestou dále v oboru nevzdělává.

5.4.2. Výzkumné šetření mezi zaměstnanci speciálně pedagogických center při školách pro sluchově postižené

Výzkumu z řad zaměstnanců ve speciálně pedagogických centrech se zúčastnilo devět respondentů. Zde se bohužel nepodařilo získat vzorek respondentů ze všech speciálně pedagogických center při školách pro sluchově postižené, neboť jedno zařízení se jménem vedoucího centra odmítlo výzkumného šetření účastnit. Jedná se tedy o výzkumný vzorek získaný z celkem sedmi jednotlivých zařízení.

Stejně jako u učitelů na školách pro sluchově postižené, i v případě zaměstnanců speciálně pedagogických center všichni dotazovaní vyhovují požadované kvalifikaci pro výkon práce speciálního pedagoga ve školském poradenském zařízení – všichni mají magisterské vzdělání se specializací na speciální pedagogiku, jeden z nich má doktorský stupeň vzdělání v tomtéž oboru. Kromě jednoho respondenta, který vystudoval speciální pedagogiku bez konkrétní specializace, všichni měli studium zaměřené na logopedii a surdopedii. Průměrná délka praxe respondentů je 16 let, tedy i v této části výzkumu jde o respondenty s dlouholetou praxí. Někteří z nich ve svém předchozím zaměstnání již s dětmi s kochleárním implantátem pracovali, jiní nikoli, tento poměr je zhruba jedna ku jedné. Názory zaměstnanců speciálně pedagogických center na situaci ohledně dostatečných finančních prostředků na zakoupení důležitého vybavení jsou různorodější nežli u učitelů na školách pro sluchově postižené. Odpovědi, že zařízení disponuje dostatkem financí a odpovědi opačného charakteru byly zastoupeny

obdobně, mírně však převažují odpovědi negativního typu. Z toho lze usuzovat, že finanční zázemí každého zařízení je jiné a je nutné posuzovat individuální případy.

Názory na optimální četnost návštěv byly pestré a pohybovali se od požadavku na návštěvy jedenkrát týdně po konzultace uskutečňované jedenkrát měsíčně. Nicméně důležitým faktem je, že reálná frekvence návštěv se v naprosté většině případů liší od názoru respondentů na optimální počet konzultací uváděných v předchozí otázce. Pouze ve dvou případech (z celkového počtu devíti odpovědí) realita četnosti návštěv nekolidovala s požadovaným přáním na počet konzultací. Z tohoto lze odvozovat, že v těchto zařízeních by nebylo na škodu navýšení personálu.

Stejně jako v předchozím dotazníkovém šetření mezi učiteli, i v oblasti práce s dětmi ve speciálně pedagogických centrech je zásadní dobrá úroveň spolupráce s rodiči. Zde jsou výsledky optimističtější, převážná většina respondentů totiž spolupráci s rodiči označila jako výbornou. Nikdo z dotazovaných neuvedl přímo negativní odpověď týkající se této oblasti.

Pochopitelně všichni z respondentů spolupracují se školami, které jejich dětské klienti navštěvují. Toto zjištění je v tomto případě pouhým konstatováním a samozřejmostí, neboť spolupráce speciálně pedagogických center se školami je hlavní náplní jejich samotné existence. Velmi rozšířená je mezi respondenty spolupráce s foniatry a s klinickými logopedy. Zjištěná informace je pozitivní, neboť praktická část práce byla uvedena negativním „proroctvím“, které uvádí i organizace Šťastný úsměv (online, 2016) a sice, že „školští pracovníci, bohužel, často nerespektují dosavadní terapeutické postupy, a po zařazení dítěte do školy rodiče nabádají, aby již s dítětem ke klinickému logopedovi nechodili. Velmi často také nerespektují lékařské zprávy. Nejsou speciálně školeni pro diagnostiku – záměny diagnóz a tím i použití chybných terapeutických postupů vůbec nejsou výjimkou.“ Z tohoto důvodu je příznivým zjištěním, že pracovníci speciálně pedagogických center tuto informaci, týkající se právě spolupráce s klinickými logopedy, v hojné míře v dotazníkovém šetření uváděli. Naopak se, v souladu s ideálním modelem uváděným v teoretické části práce, potvrdilo, že mezi speciálními pedagogy ze speciálně pedagogických center a logopedy z Centra kochleárních implantací, kteří mají dítě v péči, skutečně probíhá vzájemná interakce, která by probíhat měla. Zde tedy funguje vzájemné předávání informací o dítěti, o pokrocích, které dělá a podobně. Potěšujícími zjištěními výzkumného šetření byla také skutečnost, že

v několika případech respondenti uváděli i další různé subjekty, se kterými spolupracují (jedná se například o obecně prospěšné společnosti), a které taktéž příznivě ovlivňují rehabilitaci dětí s kochleárním implantátem. V další otázce hodnotili úroveň své spokojenosti se spoluprací se subjekty, které uvedli.

Bohužel, většina speciálně pedagogických center, ve kterých respondenti pracují, nepořádá žádné speciální akce pro děti s kochleárním implantátem. O organizaci akcí tohoto charakteru se v dotazníkovém šetření zmínili pouze dva respondenti, přičemž šlo o určité formy pobytů či setkávání těchto dětí. Taktéž jen dva respondenti uvedli, že pořádají vzdělávací akce pro pedagogy pracující s uvedenou cílovou skupinou.

V otázce toho, co je v intervenci u této skupiny dětí důležité a co konkrétně se respondentům osvědčilo, byla nejčastěji vyzdvižována klíčovitost spolupráce s ostatními subjekty, které se podílejí na rehabilitaci dětí s kochleárním implantátem. Tuto odpověď lze hodnotit jako solidní informaci, neboť v jedné z předchozích otázek se ukázalo, že speciální pedagogická centra skutečně s ostatními subjekty hojně spolupracují. Téměř polovina respondentů v dotazníkovém šetření vyjádřila názor založený na zkušenosti z praxe. Pro tyto děti považují za užitečné využití podpory ve formě určité znalosti znakového jazyka. S tímto tvrzením lze jistě souhlasit. Přestože tyto děti mají kochleární implantát, stále jsou dětmi neslyšícími a v mnohých situacích (za všechny uvedeme například návštěvu bazénu) může být znalost manuální formy jazyka bezesporu velmi přínosná. Bohužel se mezi odpověďmi v dotaznících neobjevovaly některé body, které byly v teoretické části práce uvedeny jako doporučení odborníků na tuto problematiku. Jde například o doporučení Holmanové (2003), týkající se vedení zvláštního deníku, který může v rehabilitaci pomáhat z hlediska již známých pojmů a námětů ke komunikaci. Dále Svobodová (2005) považuje za vhodné u dětí středního školního věku využití četby. Stejně tak ani v jednom případě nebylo zmíněno zaměření na odezírání, které taktéž bezpochyby může mít pozitivní přínos pro děti s kochleárním implantátem.

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že účast speciálních pedagogů ze speciálně pedagogických center na různých vzdělávacích akcích typu odborných kurzů a školení, není příliš vysoká. Nadpoloviční většina respondentů uvedla k tomuto bodu negativní odpověď. Účast na těchto akcích uvedli čtyři z devíti respondentů.

Časový úsek, po jaký mají respondenti v péči dětí s kochleárním implantátem je vždy dlouhodobého charakteru. Od samého stanovení diagnózy sluchové vady

mívá v péči takové dítě většina respondentů. Z druhé strany bývá tento úsek ohraničen ukončením středoškolského studia, případně z jiných důvodů vázaných například na změnu bydliště dítěte a jeho rodiny. V dalších případech není péče započata stanovením diagnózy, nýbrž koresponduje s nástupem povinné školní docházky.

Z hlediska převažujícího charakteru péče ve speciálně pedagogických centrech je nejčastější intervence surdopedického charakteru a poradenská činnost. Logopedická intervence je taktéž exponovanou oblastí, stejně jako informační činnost. Mezi další činnosti pracovníků těchto zařízení náleží též školení pedagogů. Škála činností speciálně pedagogických center je relativně rozmanitá.

6. Diskuze

Cílem diplomové práce byl kvalitativní popis péče, která je poskytována dětem s kochleárním implantátem na školách pro sluchově postižené, potažmo ve speciálně pedagogických centrech při těchto školách. Zhodnocení se podařilo uskutečnit formou analýzy údajů získaných pomocí dotazníkového šetření. Takto získaná data odkrývají způsob realizace speciálně pedagogické intervence v zařízeních určených dětem se sluchovým postižením, dětem s kochleárním implantátem.

Jsme si vědomi možného zkreslení výsledků výzkumného šetření, ke kterému může docházet z důvodu nepravdivosti či nepřesnosti respondenty uvedených dat. V úvodní části dotazníku, která měla respondenty s výzkumným šetřením seznámit, však byla prosba o upřímnost při vyplňování dotazníku s odkazem na skutečnost, že se jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi hodnotu. Jistě by byl ku prospěchu vyšší počet respondentů, avšak díky dostatečnému časovému prostoru pro sběr potřebných dat se podařilo získat vždy alespoň jednoho respondenta z řad učitelů působících na školách pro sluchově postižené, kteří mají ve své třídě dítě s kochleárním implantátem. V případě speciálně pedagogických center při těchto školách se totéž podařilo s výjimkou jednoho případu, kdy byla spolupráce odmítnuta vedoucí pracovnící tohoto konkrétního zařízení s odůvodněním, že nemají časovou kapacitu pro účast na výzkumech realizovaných studenty vysokých škol. Proto se domníváme, že výsledky výzkumného šetření prezentují reálný stav surdologopedické péče na území Čech o danou cílovou skupinu.

Výzkumné šetření, respektive celá diplomová práce se zabývá speciálním vzděláváním dětí s kochleárním implantátem. V teoretické části práce je uvedeno, že na základě statistik pražského Centra kochleárních implantací bylo zjištěno, že počet žáků s kochleárním implantátem navštěvujících školy mírně převažuje nad počtem žáků, kteří docházejí do škol běžného typu. V první fázi výzkumu jsme se domnívali, že část dětí, navštěvující speciální školy, by mohla krom speciálních škol pro sluchově postižené navštěvovat i školy logopedické. Tato hypotéza byla založena na skutečnosti, že děti s kochleárním implantátem mívají, alespoň v prvních letech po implantaci, narušenou komunikační schopnost. Avšak při kontaktování zaměstnanců logopedických škol vyšlo najevo, že nikdo z nich tyto děti v péči nemá. Proto součástí výběrového souboru nejsou logopedické školy. Situaci je možno

vysvětlovat úvahou, že spousta dětí s kochleárním implantátem může po obsahové stránce vykazovat nadprůměrný výkon. Z tohoto důvodu je důležité u těchto dětí posoudit verbální a neverbální úroveň komunikace. Je-li verbální úroveň nadprůměrná, pak je logické, že bude dítě navštěvovat běžnou školu. V logopedických školách může existovat zvýšené riziko nesprávných řečových vzorů. Právě intaktní řečový vzor je zejména pro děti s kochleárním implantátem velmi důležitý. Z tohoto důvodu se zařazení těchto dětí do logopedických škol nejeví jako zcela optimální.

V oblasti kvality surdologopedické péče považujeme za elementární podmínku náležitou pregraduální univerzitní přípravu. Jistě nelze nic namítat proti faktu, že pedagogové, zvláště pak ti speciální, by měli být náležitě teoreticky připraveni. Je potěšujícím faktem, že výzkumné šetření potvrdilo u všech respondentů – jak u učitelů, tak u zaměstnanců speciálně pedagogických center – vysokoškolské magisterské vzdělání. Výsledky výzkumu pak poukázaly krom jiného na skutečnost, že převážná většina respondentů, z řad pedagogů i zaměstnanců speciálně pedagogických center, pociťuje nedostatek financí v jejich zařízení. V resortu školství se jedná o dlouhodobý problém. Pravděpodobně důležitější oblastí pro dobrou úroveň surdologopedické péče je však zcela jistě přístup pedagogů a způsob realizace speciálně pedagogické péče ve vyučování. Neméně podstatná je spolupráce jak s rodiči, tak s mnoha dalšími subjekty. Spolupráce škol a speciálně pedagogických center pro sluchově postižené s ostatními subjekty se na základě výzkumného šetření ukázala jako relativně běžná praxe většiny zařízení participujících na výzkumu. Pozitivní skutečností je poměrně častá spolupráce školských a klinických logopedů.

Ovšem v negativním světle se ukazuje nepříliš frekventovaná účast respondentů na nejrůznějších vzdělávacích akcích, kde by měli příležitost dalšího vzdělávání v oboru. Podnětem k podrobnějšímu výzkumu by mohlo být zjišťování příčin, z jakého důvodu tato skutečnost rezultuje – například je možné, že zařízení svým pracovníkům z různých důvodů neposkytují dostatečné příležitosti se takovýchto akcí účastnit apod. Nicméně účast speciálních pedagogů na odborných kurzech a školeních považujeme za nezbytnou. Oblast kochleárních implantátů je oblastí technickou, která se velmi rychle vyvíjí, na trhu se objevují stále nové typy implantátů. Proto, pokud má být těmto dětem poskytována skutečně kvalitní péče, je důležité mít o tomto stálý přehled. Další výzvou do budoucna pro speciálně

pedagogická centra by mohla být vize většího počtu akcí pořádaných pro cílovou skupinu dětí s kochleárním implantátem. Tyto pobyty mají jistě velký potenciál podpořit v těchto dětech pocit sounáležitosti s dětmi se stejným osudem. Další doporučení pro speciálně pedagogickou praxi by mohlo spočívat ve skutečnosti, kdy mezi respondenty byla pouze okrajově zmíněna podpora odezírání u žáků s kochleárním implantátem. Je zapotřebí si uvědomit, že dítě s kochleárním implantátem zůstává stále dítětem neslyšícím. V životě tohoto dítěte může nastat a často nastává situace, kdy dítě nemůže implantát využívat (vybité baterie, návštěva bazény apod.) Nutno také podotknout, že do speciálních škol jsou vřazovány zejména děti, u kterých není přínos implantátu tak velký – i z tohoto důvodu bychom očekávali u pedagogů na těchto školách frekventovanější zmínky o podpoře odezírání v kontextu poskytované zvláštní péče o tyto děti.

Námětem pro další výzkum by mohlo být např. bližší zkoumání charakteru předmětů speciálně pedagogické péče a způsob jejich zařazení do výuky, neboť náš výzkum zkoumal pouhou přítomnost těchto předmětů ve výuce, nikoli jejich přesnou podobu. Způsob realizace předmětů speciálně pedagogické péče není pevně stanoven a je na každé škole, jakým způsobem tyto předměty do výuky zařadí. Dalším návrhem pro rozšíření výzkumného šetření týkajícího se kvality surdologopedické péče v Čechách je pohled na tuto problematiku z aspektu rodičů dětí s kochleárním implantátem.

Inspirací ve způsobu péče o děti s kochleárním implantátem může být americká provenience. V prostředí amerických škol fungují takzvaní „*educational audiologists*“, což bychom mohli přeložit jako *školští audiologové*. Chute (online, 2016) popisuje tyto odborníky jako jedny z odborníků z oblasti školství, kteří hrají důležitou roli v zajištění úspěšného školního zařazení dětí s kochleárním implantátem. Tento odborník je klíčový v oblasti posouzení a monitorování sluchových schopností dítěte. Je dobře informovaný v oblasti týkající se zvukových podmínek třídy a je hlavním zdrojem pro další odborníky a rodiče, co se týče daného dítěte se sluchovým postižením. Jeho úlohou je též posuzování, rehabilitace, poradenství a hájení zájmů tohoto dítěte. Tatáž autorka považuje „*educational audiologists*“ za klíčové osoby pro úspěšnou rehabilitaci dětí s kochleárním implantátem. Tito pracovníci mají vlastní organizaci, zvanou Educational audiology association. Jedná se o mezinárodní organizaci audiologů a souvisejících odborníků, kteří poskytují široké spektrum audiologických služeb pro děti, zejména v oblasti

školsví. Konkrétní náplní práce „*školských audiologů*“ je zajištění učebny po akustické stránce, eliminace hluku v místnosti, edukace učitelů, jak zacházet s FM systémy, vysvětlení optimálního způsobu komunikace ve třídě, zajištění odpovídajících podmínek pro děti se sluchovým postižením (např. prodloužený časový limit při psaní testů apod.).

Speciálně pedagogická surdologopedická péče by si zasloužila větší pozornost. Proto doporučujeme pohlížet na toto výzkumné šetření jako na předstupeň dalších výzkumu, například v oblastech, které byly výše zmíněny. Při správné rehabilitaci a součinnosti mnoha odborníků je kochleární implantát šancí pro velké množství dětí, které tak mohou dostat šanci na kvalitnější život.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou surdologopedické péče na školách pro sluchově postižené, potažmo ve speciálně pedagogických centrech při těchto školách. Cílem výzkumné části práce bylo kvalitativní zhodnocení stavu surdologopedické péče ve školách a školských poradenských zařízeních pro sluchově postižené na území Čech. Záměrem výzkumu nebyla kritika těchto jednotlivých zařízení, nýbrž podání komplexního popisu surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem na území Čech. Podkladem pro tvorbu této práce byla v její teoretické části analýza dostupné literatury a ve výzkumné části práce se jednalo o dotazníkové šetření s následným využitím metody otevřeného kódování.

V teoretické rovině se práce zabývala problematikou období dětství včetně charakteristiky jednotlivých etap dětského vývoje. Práce se taktéž věnovala vadám sluchu frekventovaně se objevujících v tomto vývojovém období. Dále byl věnován prostor screeningu a diagnostice sluchových vad, neboť jde v případě dětských pacientů o zásadní oblast vzhledem k další rehabilitaci vad tohoto typu. Dále v teoretické části práce najdeme základní informace o kochleárním implantátu jakožto nástroje pro umožnění vnímání zvuku neslyšícím dětem. Aby však tento účel implantát mohl plnit, zcela klíčová je následná optimální surdologopedická rehabilitace, která je stěžejním tématem celé diplomové práce. Proto v teoretické části práci nechybí informace jak o samotné následné rehabilitaci po implantaci, tak ohledně institucionálního zabezpečení surdologopedické péče o tuto cílovou skupinu. Snahou teoretické roviny práce bylo nastínit ideální model péče o děti s kochleárním implantátem, který se jeví jako optimální v odborné literatuře.

Cílem praktické části diplomové práce byla kvalitativní analýza neboli zhodnocení péče poskytované dětem s kochleárním implantátem. Výzkumné dotazníkové šetření proběhlo mezi učiteli na školách pro sluchově postižené a mezi zaměstnanci speciálně pedagogických center při těchto školách. Pro výběr respondentů bylo důležité, aby tito měli mezi svými žáky a klienty děti s kochleárním implantátem, neboť ne všichni tito odborníci v péči implantované děti mají. Podkladem pro tento výzkum je jistá neukotvenost oblasti surdologopedie, respektive péče o tyto děti, například nejasnosti v rozdělení kompetencí školských a klinických logopedů.

Výsledky výzkumu ukázaly, že všichni respondenti – jak učitelé na školách pro sluchově postižené, tak zaměstnanci speciálně pedagogických center – splňují požadovanou kvalifikaci, která je opravňuje k výkonu jejich profese. Průměr praxe všech těchto respondentů ukazuje na skutečnost, že se jedná o profesionály s dlouholetou praxí v oboru. Obě skupiny respondentů se převážně shodují v názoru na nespokojenost s objemem financí pro optimální fungování zařízení, ve kterém pracují. Mezi speciálními pedagogy ze speciálně pedagogických center byly uváděny v této oblasti mírně optimističtější odpovědi nežli u pedagogů na školách pro sluchově postižené. Finanční zázemí každého zařízení je jiné a je nutné posuzovat individuální případy. Problematickou oblastí je účast speciálních pedagogů z obou skupin na odborných kurzech a školeních. Respondenti většinou uváděli, že se těchto akcí neúčastní. Rovněž pořádání speciálních akcí pro děti s kochleárním implantátem není v oblasti péče o tyto děti příliš časté. Tyto informace mohou souviset s faktem nedostatečné finanční podpory těchto zařízení. Výzkumné šetření dále odhalilo skutečnost, že téměř všichni dotazovaní akcentují důležitost spolupráce s ostatními subjekty, které hrají roli v rehabilitaci dětí z dané cílové skupiny. Učitelé na školách pro sluchově postižené nejčastěji kooperují se speciálně pedagogickými centry. Speciální pedagogové ze speciálně pedagogických center v hojné míře uvádějí součinnost s foniatry a klinickými logopedy. V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že tito pracovníci pocítují jako značný problém skutečnost, že by potřebovali s dětmi pracovat častěji, než jim z různých důvodů podmínky umožňují.

Domníváme se, že získaná a následně přehledně prezentovaná a komentovaná data, předkládají ucelený popis stavu surdologopedické péče o děti s kochleárním implantátem na školách pro děti se sluchovým postižením i ve speciálně pedagogických centrech, které bývají při těchto školách zřizovány.

Seznam literatury a dalších pramenů

- ERIKSON, E. H. 2002. *Dětství a společnost*. 1. vydání. Praha: Argo, 387 s. ISBN 80-7203-380-8.
- GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HÁDKOVÁ, K. 2012. *Analýza využití kochleárních implantátů ve vzdělávání žáků a studentu s těžkým sluchovým postižením*. Brno, 2012. Habilitační práce. Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.
- HÁDKOVÁ, K., INGALLOVÁ, L., KVĚTOŇOVÁ, L. Analýza školního zařazení dětí s kochleárním implantátem. In KLENKOVÁ, J. a kol. 2008. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností*. 1. vydání. Brno: Paido, s. 137-149. ISBN 978-80-7315-168-3.
- HOLMANOVÁ, J. 2002. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 1. vydání. Praha: Septima, 90 s. ISBN 80-7216-162-8.
- HOLMANOVÁ, J. 2003. Vady a poruchy sluchu z hlediska klinické logopedie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
- HORÁKOVÁ, R. 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HRUBÝ, J. 1998a. Srozumitelnost mluvy žáků na českých školách pro sluchově postižené. *Speciální pedagogika*, č. 5, s. 17 – 25. ISSN 1211-2720.
- HRUBÝ, J. 1998b. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. díl. 1. vydání. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 321 s. ISBN 80-7216-075-3.
- HRUBÝ, J. 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. 2. vydání. Praha: Septima, 395 s. ISBN 80-7216-096-6.
- KABELKA, Z. Operační zákrok – kochleární implantace u dítěte. In MOTEJZÍKOVÁ, J. a kol., 2009. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. 1. vydání. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, s. 149. ISBN 978-80-86792-23-1.
- KOMORNÁ, M. 2008. *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 87 s. ISBN 978-80-87153-60-4.

- LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
- LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- MACUROVÁ, A. Naše řeč? *Naše řeč*. 1998, č. 4, s. 179. ISSN 0027-8203.
- MOTEJZÍKOVÁ, J. a kol., 2009. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. 1. vydání. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.
- NEBESKÁ, I. 1992. *Úvod do psycholingvistiky*. 1. vydání. Praha: H & H, 127 s. ISBN 80-85467-75-5.
- NEUBAUER, K. 2014. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4.
- PIAGET, J. 1970. *Psychologie inteligence*. 2. vydání. Praha: SPN, 148 s. ISBN.
- POUL, J. 1992. *Dítě s vadou sluchu: jeho včasná výchova v rodině*. 2. doplněné vydání. Praha: Svaz sluchově postižených v ČR: Gong-Press, 191 s.
- PRŮCHA, J. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál, 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SKÁKALOVÁ, T. 2014. *Dítě se sluchovým postižením*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 81 s. ISBN 978-80-7435-502-8.
- SKUTIL, M. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vydání. Praha: Portál, 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOURALOVÁ, E., LANGER, J. 2005. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. 1. vydání. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci, 46 s. ISBN 80-244-1084-2.
- STRAUSS, A. L. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- STRNADOVÁ, V. 2002. *Úvod do surdopedie*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita, 63 s. ISBN 80-7083-564-8.
- SVOBODOVÁ, K. 2005. *Logopedická péče o dítě s kochleárním implantátem*. 2. vydání. Praha: Septima, 151 s. ISBN 80-7216-244-4.

- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
- TICHÝ, T. 2009. Technické aspekty kochleárních implantací I. In MOTEJZÍKOVÁ, J. a kol., *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. 1. vydání. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, s. 84. ISBN 978-80-86792-23-1.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 353 s. ISBN 80-7184-803-4.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VYMLÁTILOVÁ, E. 2003. Vady sluchu z hlediska klinické psychologie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
- VYMLÁTILOVÁ, E. 2009. Kandidáti a uživatelé kochleárního implantátu. In MOTEJZÍKOVÁ, J. a kol., *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. 1. vydání. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, s. 84. ISBN 978-80-86792-23-1.

Seznam elektronických zdrojů

- AUDIONIKA. Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců. [online]. 2015. [cit. 2015–10–10]. Dostupné z WWW: http://www.audionika.cz/public/files/Metodicky_pokyn_MZCR_ke_screeningu_OAE_31-08-2012.pdf.
- ČERMÁKOVÁ, M. Symptomatické poruchy řeči. [online]. 2015. [cit. 2015–08–08]. Dostupné z WWW: <http://www.logopediecr.eu/pro-lekare/symptomaticke-poruchy-reci>.
- HENDL, J. Analýza a interpretace dat. [online]. 2016. [cit. 2016–02–5]. Dostupné z WWW: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/analyza.htm>.
- HERDOVÁ, S. Vyšetřování sluchu u dětí. [online]. 2015. [cit. 2015–08–10]. Dostupné z WWW: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>.
- CHUTE, P. M. Cochlear Implants in the Classroom: The Role of the Educational Audiologist. [online]. [cit. 2016–03–03]. Dostupné z WWW: <http://www.asha.org/aud/articles/educationalaud>.
- JAKUBÍKOVÁ, J. Poruchy sluchu u dětí: principy a postupy pre včasnú diagnostiku, identifikáciu etiológie a liečbu. [online]. 2008. [cit. 2016–03–01]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.sk/pdf/c8686e5e743a36c0752d4fe32d0731bb.pdf>.
- JUNGWIRTHOVÁ, I. Využití znakového jazyka u dětí s kochleárním implantátem. [online]. [cit. 2015–12–06]. Dostupné z WWW: <http://www.tamtam-praha.cz/userfiles/files/vybrano-ze-seminaru.pdf>.
- JUNGWIRTHOVÁ, I. Genetické příčiny percepčních sluchových vad. [online]. [cit. 2016–1–30]. Dostupné z WWW: <http://www.tamtam-praha.cz/informace-provas/o-rodine/geneticke-priciny-percepcnich-sluhovych-vad.html>.
- KOMÍNEK, P. Screening sluchu u novorozenců – jaká je role dětských lékařů? [online]. 2015. [cit. 2015–08–15]. Dostupné z WWW: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/09.pdf>.
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Učební plány vzdělávacích programů základního vzdělávání od 1. září 2010. [online]. 2010. [cit. 2015–10–20] Dostupné na <www.msmt.cz/file/8703_1_1/download/>.
- NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. [online]. 2008. [cit. 2015–10–27] Dostupné

z WWW: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf.

ŠEDÁ, V. *Význam komunikace v životě člověka*. [online]. [cit. 2015–09–10] Dostupné z WWW: http://www.pppuk.cz/soubory/ppp_kadan/kadan_clanek_6.pdf.

ŠŤASTNÝ ÚSMĚV. *Logopedie*. [online]. 2016. [cit. 2016–01–26]. Dostupné na <http://stastny-usmev.cz/logopedie-2>.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. Děti do 18 let. [online]. 2015. [cit. 2015–08–30]. Dostupné z WWW: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/deti-do-18-let> .

Seznam legislativních dokumentů

Vyhláška 70/2012 Sb. ze dne 29. dubna 2012, o preventivních prohlídkách,
v platném znění.

Vyhláška 73/2005 Sb. ze dne 9. února 2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se
speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných,
v platném znění.

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1 Obrázky pro seznamování s pojmy určujícími intenzitu zvuku

Tabulka 1 Participace respondentů z jednotlivých škol na výzkumném šetření

Tabulka 2 Přehled délky praxe respondentů

Tabulka 3 Přehled průměrné spokojenosti respondentů s úrovní spolupráce s jednotlivými subjekty

Tabulka 4 Participace respondentů z jednotlivých speciálně pedagogických center na výzkumném šetření

Tabulka 5 Přehled průměrné spokojenosti respondentů s úrovní spolupráce s jednotlivými subjekty

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro učitele na školách pro sluchově postižené

Příloha B: Dotazník pro speciální pedagogy ze speciálně pedagogických center

Příloha A: Dotazník pro učitele na školách pro sluchově postižené

Milí speciální pedagogové,

jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika – logopedie. Cílem tohoto dotazníku je zjistit úroveň kvality surdologopedické péče poskytované dětem s kochleárním implantátem na území Čech. Je určen speciálním pedagogům na školách pro sluchově postižené. Dotazník je anonymní, proto se nemusíte nikam podepisovat. Na konci dotazníku, prosím, pouze uveďte adresu zařízení, ve kterém pracujete.

Prosím vás o co největší upřímnost při vyplňování - jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi cenu. Zakroužkujte vždy možnost, která odpovídá pravdě – nemusí být vždy jen jedna. U otevřených otázek odpověď dopište. Za Vaši trpělivost při vyplňování dotazníku Vám velice děkuji.

1. Jaké je Vaše vzdělání:

- a) SŠ sociálního zaměření
- b) VŠ speciální pedagogika – bakalářský stupeň
- c) VŠ speciální pedagogika – magisterský stupeň
- d) VŠ jiného zaměření:

.....

- e) Jiná možnost:

.....

2. Jak dlouho působíte v oboru?

.....

3. Jaké jsou Vaše předchozí pracovní zkušenosti s cílovou skupinou dětí s kochleárním implantátem?

- a) Předtím jsem s těmito dětmi nepracoval/a
- b) S dětmi s kochleárním implantátem jsem nepracoval/a, ale pracoval/a jsem s dětmi s jiným druhem sluchového postižení

c) Ano, s dětmi s kochleárním implantátem jsem pracoval/a, šlo o tuto zkušenost:.....

4. Je v zařízení, ve kterém pracujete dle Vašeho názoru dostatek financí pro jeho optimální fungování? (dostatek prostředků pro nákup potřebných pomůcek pro práci s dětmi apod.)

.....

5. Jakou speciální péči mají žáci s kochleárním implantátem v logopedických třídách či v třídách pro SP (oproti vzdělávání se v integraci)?

.....

6. Jakým způsobem je realizováno zařazení předmětů speciálně pedagogické péče? (jaké předměty tohoto charakteru jsou zařazeny do učebního plánu a jaká je jejich časová dotace)

.....

7. Jak by podle Vás měla vypadat optimální péče o dítě s kochleárním implantátem v průběhu školní docházky?

.....

8. Jak hodnotíte úroveň spolupráce s rodiči implantovaných dětí?

.....

9. Spolupracujete i s dalšími subjekty? S kterými?

a) Nespolupracujeme s žádnými dalšími subjekty

b) Foniatr

c) Klinický logoped

d) Pediatr

e) Speciálně pedagogické centrum

f) Centrum kochleárních implantací

g) Jiná zařízení:

.....

10. V případě spolupráce s některými z výše uvedených subjektů – Jak hodnotíte úroveň spolupráce s těmito složkami? (hodnocení jako ve škole):

- | | |
|---|-------------------|
| a) Foniatr | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) Klinický logoped | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| c) Pediatr | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| d) Speciálně pedagogické centrum | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| e) Centrum kochleárních implantací | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| f) V předchozí otázce zmíněné jiné zařízení | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

11. Účastníte se nějakých odborných kurzů a školení? (např. pořádaných CKID či jiných)

.....

Adresa (město) zařízení, ve kterém pracujete:

.....

Velmi děkuji za Vaši ochotu, čas a upřímnost při vyplňování tohoto dotazníku!

Bc. Jana Bártová

Příloha B: **Dotazník pro speciální pedagogy ze speciálně pedagogických center**

Milí speciální pedagogové,

jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika – logopedie. Cílem tohoto dotazníku je zjistit úroveň kvality surdologopedické péče poskytované dětem s kochleárním implantátem na území Čech. Je určen speciálním pedagogům ze speciálně pedagogických center. Dotazník je anonymní, proto se nemusíte nikam podepisovat. Na konci dotazníku, prosím, pouze uveďte adresu zařízení, ve kterém pracujete.

Prosím vás o co největší upřímnost při vyplňování - jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi cenu. Zakroužkujte vždy možnost, která odpovídá pravdě – nemusí být vždy jen jedna. U otevřených otázek odpověď dopište. Za Vaši trpělivost při vyplňování dotazníku Vám velice děkuji.

1. Jaké je Vaše vzdělání:

- a) SŠ sociálního zaměření
- b) VŠ speciální pedagogika – bakalářský stupeň
- c) VŠ speciální pedagogika – magisterský stupeň
- d) VŠ jiného zaměření:

.....

- e) Jiná možnost:

.....

2. Jak dlouho působíte v oboru?

.....

3. Jaké jsou Vaše předchozí pracovní zkušenosti s cílovou skupinou dětí s kochleárním implantátem?

- a) Předtím jsem s těmito dětmi nepracoval/a
- b) S dětmi s kochleárním implantátem jsem nepracoval/a, ale pracoval/a jsem s dětmi s jiným druhem sluchového postižení
- c) Ano, s dětmi s kochleárním implantátem jsem pracoval/a. Šlo o tuto zkušenost:

.....

4. Je v zařízení, ve kterém pracujete dle Vašeho názoru dostatek financí pro jeho optimální fungování? (dostatek prostředků pro nákup pomůcek, které jsou potřebné pro práci s dětmi apod.)

.....

5. Jak často byste s dítětem potřebovali pracovat?

.....

6. Jaká je reálná četnost konzultací (návštěv)?

.....

7. Jak hodnotíte úroveň spolupráce s rodiči implantovaných dětí?

.....

8. Spolupracujete i s dalšími subjekty? S kterými?

- a) Nespolupracujeme s žádnými dalšími subjekty
 - b) Foniatr
 - c) Klinický logoped
 - d) Pediatr
 - e) Škola, kterou dítě navštěvuje
 - f) Centrum kochleárních implantací
 - g) Další jiné zařízení:
-

9. V případě spolupráce s některými z výše uvedených subjektů: Jak hodnotíte úroveň spolupráce s těmito složkami? (hodnocení jako ve škole – 1 znamená výborná, 5 znamená nevyhovující):

- | | |
|------------------------------------|-------------------|
| a) Foniatr | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) Klinický logoped | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| c) Pediatr | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| d) Škola, kterou dítě navštěvuje | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| e) Centrum kochleárních implantací | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| f) Jiný výše zmíněný subjekt | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

10. Pořádáte nějaké speciální akce pro děti s kochleárním implantátem? (pobyty, setkání pro asistenty těchto dětí)? Pokud je odpověď ano, napište, prosím, které to jsou.

.....

11. Co se vám v práci s dětmi s kochleárním implantátem osvědčilo?

.....

12. Účastníte se nějakých odborných kurzů a školení (pořádaných např. CKID)?

.....

13. Jak dlouho (průměrně) máte v péči implantované děti?

.....

14. Jaký charakter péče převažuje?

- a) Surdopedická péče
 - b) Logopedická péče
 - c) informační činnost
 - d) poradenská činnost
 - e) jiný:
-

Adresa (město) zařízení, ve kterém pracujete:

.....

Velmi děkuji za Vaši ochotu, čas a upřímnost při vyplňování tohoto dotazníku!

Bc. Jana Bártová