

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

DISERTAČNÍ PRÁCE

Adéla Hanáková

Olomouc 2011

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Role multidisciplinárního týmu v péči o rodinu a dítě
s kochleárním implantátem**

disertační práce

Mgr. ADÉLA HANÁKOVÁ

Doktorský studijní program, Speciální pedagogika

Školitel: prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila pouze literaturu a zdroje uvedené v seznamu.

Na Bukové 24. 12. 2011

.....

Velký dík patří mému školiteli Miloni Potměšilovi nejen za cenné rady, ale hlavně lidský přístup během celého doktorského studia. Děkuji také manželovi za trpělivost a všem přátelům, kteří mě v mé práci podporovali.

Děkuji také všem rodičům dětí s kochleárním implantátem, kteří byli ochotni sdílet svoje postoje, emoce a pocity a odborníkům, kteří mi dovolili nahlédnout do jejich každodenního pracovního života a byli ochotni sdílet své postřehy z praxe.

<u>ÚVOD</u>	<u>13</u>
<u>TEORETICKÁ ČÁST</u>	<u>15</u>
<u>1 NÁSTIN ANATOMIE A PATOLOGIE SLUCHOVÉHO ANALYZÁTORU</u>	<u>15</u>
1.1 AURIS EXTERNA	16
1.2 AURIS MEDIA	16
1.3 AURIS INTERNA	17
1.4 FYZIOLOGIE AKUSTIKY A SLUCHU	19
1.5 KLASIFIKACE A STUPEŇ SLUCHOVÝCH VAD A PORUCH SLUCHU	21
<u>2 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE.....</u>	<u>27</u>
2.1 MEZNÍKY VE VÝVOJI KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU.....	27
2.2 TECHNOLOGIE KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU	30
2.3 METODICKÝ POSTUP PRO VYŠETŘOVÁNÍ DĚTÍ PŘED KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACÍ	33
2.4 KRITÉRIA VÝBĚRU KANDIDÁTŮ PRO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACI	36
2.5 OPERACE, PROGRAMOVÁNÍ ŘEČOVÉHO PROCESORU	39
2.6 CÍLE SOUČASNÉHO VÝZKUMU, AKTUÁLNÍ TRENDY, PŘIPRAVOVANÉ PROJEKTY, BUDOUCNOST	40
<u>3 AKVIZICE JAZYKA OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM</u>	<u>42</u>
3.1 HODNOCENÍ KOMUNIKACE S MALÝM DÍTĚTEM S TĚŽKOU SLUCHOVOU VADOU	46
3.2 JEDNOTNÁ MĚŘÍTKA VÝVOJE	49
3.3 ONTOGENEZE MLUVENÉ ŘEČI U OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	49
3.4 NARUŠENÍ ORÁLNÍ KOMUNIKACE V DŮSLEDKU SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ.....	53
3.4.1 LEXIKÁLNĚ – SÉMANTICKÁ ROVINA	53
3.4.2 FONETICKO – FONOLOGICKÁ ROVINA	54
3.4.3 MORFOLOGICKO – SYNTAKTICKÁ ROVINA.....	54
3.4.4 PRAGMATICKÁ ROVINA	55
<u>4 AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ PŘÍSTUP</u>	<u>57</u>
4.1 CHARAKTERISTIKA AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍHO PŘÍSTUPU.....	58

4.2	PRINCIPY AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TERAPIE.....	58
4.3	AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TECHNIKY, STRATEGIE, PROCEDURY.....	61
4.4	AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TERAPEUT.....	62
4.5	PROMĚNNÉ OVLIVŇUJÍCÍ POKROK A VÝVOJ.....	63
4.6	PARTICIPACE RODINY V AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TERAPII.....	63
5	<u>RODINA A DÍTĚ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM</u>	<u>66</u>
5.1	SOUROZENCI DÍTĚTE SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	75
6	<u>TÝMOVÝ PŘÍSTUP K RODINĚ A DÍTĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM.....</u>	<u>77</u>
6.1	CHARAKTERISTIKA TÝMOVÝCH PŘÍSTUPŮ	82
6.1.1	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMOVÝ PŘÍSTUP.....	82
6.1.2	INTERDISCIPLINÁRNÍ TÝMOVÝ PŘÍSTUP.....	83
6.1.3	TRANSDISCIPLINÁRNÍ TÝMOVÝ PŘÍSTUP.....	84
6.1.4	„ARENA-STYLE APPROACH“	86
6.2	VÝCHODISKO TÝMOVÉHO PŘÍSTUPU – GENETICKÉ PORADENSTVÍ	87
6.3	VÝCHODISKO TÝMOVÉHO PŘÍSTUPU - PEDIATRICKÁ PÉČE.....	89
6.4	VÝCHODISKO TÝMOVÉHO SPOLUPRÁCE - NOVOROZENECKÝ SCREENING SLUCHU	90
6.5	VÝCHODISKO TÝMOVÉHO PŘÍSTUPU – VČASNÁ DIAGNOSTIKA	93
6.5.1	VYŠETŘOVACÍ METODY SLUCHOVÉHO ORGÁNU A SLUCHOVÉ FUNKCE.....	95
6.6	ROLE JEDNOTLIVÝCH ODBORNÍKŮ V TÝMU	102
6.6.1	KONCEPCE CENTRA KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ U DĚTÍ (CKID).....	103
6.6.2	SUKI	111
6.6.3	FEDERACE RODIČŮ A PŘÁTEL SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH, O.S.	112
6.6.4	STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAMTAM	112
6.6.5	SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ CENTRA	114
6.7	HODNOCENÍ TÝMOVÝCH PŘÍSTUPŮ.....	115
6.7.1	HODNOCENÍ TÝMOVÝCH PŘÍSTUPŮ DLE MATERIÁLU „QUALITY STANDARDS IN THE EARLY YEARS: GUIDELINES ON WORKING WITH DEAF CHILDREN UNDER TWO YEARS OLD AND THEIR FAMILIES“	116
6.7.2	PSYCHOMETRICKÝ PŘÍSTUP K HODNOCENÍ TÝMU.....	118
	<u>EMPIRICKÁ ČÁST</u>	<u>120</u>

<u>7</u>	<u>UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY.....</u>	<u>120</u>
<u>8</u>	<u>VÝSLEDKY REALIZOVANÉHO PRŮZKUMU</u>	<u>122</u>
8.1	DIAGNOSTIKA VERSUS KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE	124
8.2	INFORMOVANOST, ORIENTACE V DANÉ PROBLEMATICE A OSOBNÍ KOMPETENCE RODIČŮ V OBLASTI LOGOPEDICKÉ PÉČE.....	126
8.3	KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM	128
8.4	DISKUSE A ZÁVĚRY	129
<u>9</u>	<u>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU</u>	<u>132</u>
<u>10</u>	<u>ZÁMĚR, CÍL PRÁCE, STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK</u>	<u>133</u>
10.1	HLAVNÍ A DÍLČÍ CÍLE PRÁCE.....	133
10.2	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY A PŘEDPOKLADY	133
10.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	134
<u>11</u>	<u>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A ORGANIZACE VÝZKUMU</u>	<u>136</u>
11.1	ETICKÉ OTÁZKY VÝZKUMU.....	139
<u>12</u>	<u>METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH DAT A JEJICH FIXACE.....</u>	<u>142</u>
12.1	DOTAZNÍK	142
12.2	INTERVIEW	145
12.3	TEXTOVÉ DOKUMENTY JAKO ZDROJ KVALITATIVNÍCH DAT	148
<u>13</u>	<u>ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU</u>	<u>150</u>
13.1	RODIČE DĚTÍ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM	150
13.1.1	DIAGNOSTIKA VERSUS KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE	154
13.1.2	HODNOCENÍ TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE RODIČI DĚTÍ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM	158
13.2	KOMUNIKACE A KOOPERACE ODBORNÍKŮ NA TRANSDISCIPLINÁRNÍ ÚROVNI.....	176
13.2.1	STŘEDISKA RANÉ PÉČE	176
13.2.2	SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ CENTRA.....	182

13.2.3	CENTRUM PÉČE O PACIENTY S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM.....	187
13.2.4	CENTRA KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ SPOJENÉHO KRÁLOVSTVÍ VELKÉ BRITÁNIE A SEVERNÍHO IRSKA	192
13.3	POTVRZENÍ, RESP. ZAMÍTNUTÍ VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ A HYPOTÉZ	194
<u>DISKUSE.....</u>		<u>197</u>
<u>14 DOPORUČENÍ PRO PRAXI</u>		<u>207</u>
<u>15 ZÁVĚR.....</u>		<u>210</u>
<u>PRAMENY A LITERATURA</u>		<u>212</u>
<u>SEZNAM TABULEK</u>		<u>222</u>
<u>SEZNAM SCHÉMAT</u>		<u>225</u>
<u>SEZNAM GRAFŮ</u>		<u>225</u>
<u>SEZNAM OBRÁZKŮ</u>		<u>226</u>
<u>PŘÍLOHY</u>		<u>227</u>

ÚVOD

Nahlédneme-li do odborných publikací, statí a statistik řešící problematiku osob se sluchovým postižením, dojdeme k závěru, že se v České republice narodí ročně kolem stovky dětí s těžkým sluchovým postižením a asi dalších deset o sluch v dětství přijde. Hluchota představuje jedno z nejtěžších postižení člověka. Pro svoji závažnost je řazena Světovou zdravotnickou organizací na druhé místo, hned za postižení mentální. Sluch je zatím jediným lidským smyslem, který lze úspěšně nahradit pomocí implantovaného elektronického zařízení - kochleárního implantátu. Tato elektronická smyslová funkční náhrada pomohla navrátit sluch mnoha neslyšícím na celém světě. Bohužel ani kochleární implantace není univerzálním řešením sluchového postižení a není vhodná pro všechny osoby s těžkým postižením sluchu. Relativně specifické skupině dětí se sluchovým postižením však může umožnit sluchové vnímání a především poskytuje možnost rozvinout řečové schopnosti a orálně podložené komunikační dovednosti.

Důsledky, které má sluchové postižení na jedince, vyžadují komplexní a dlouhodobé působení z řad odborníků a současně více rovin těchto důsledků vyvolává potřebu široce definovat multidisciplinární, interdisciplinární a transdisciplinární tým odborníků, kteří se podílejí na edukaci a terapii osob s kochleárním implantátem a jejich rodin.

Téma týmových přístupů představuje velice živě diskutovanou problematiku, která nejen v našich podmínkách poskytuje rozsáhlý prostor pro vědecko-výzkumnou činnost. Týmové přístupy mohou mít různý charakter jak z hlediska profesionální skladby týmu, proporcionality působení jednotlivých specialistů, tak i zastoupením jednotlivých odborníků.

Naším cílem je objasnit teoretická východiska a prezentovat komplexní pohled na výše zmíněnou problematiku. Disertační práce je koncipována tak, aby respektovala všechna klíčová témata vztahující se k dané problematice. Kapitoly jsou věnovány nástinu anatomie a patologie sluchového analyzátoru, kochleární implantaci, akvizici jazyka osob se sluchovým postižením, auditivně-verbální terapii, rodině dítěte se sluchovým postižením a v neposlední řadě týmovým přístupům. Oddíl auditivně-verbální terapie představuje určitou spojnicí mezi teoretickou bází práce a jejím empirickým oddílem - reflektuje konkrétní oblasti týmových přístupů v návaznosti na zkušenosti z oblasti týmového přístupu v auditivně-verbální terapii.

V tomto smyslu jsme v tezích zaměřili pozornost směrem k vymezení a rozpracování klíčových témat, která představují aktuální medicínský a taktéž speciálněpedagogický – surdopedický a logopedický problém.

Záměrem naší práce je analyzovat specifika týmových přístupů v péči o rodinu dítěte s kochleárním implantátem, s cílem postihnout dopady, které mají do běžného každodenního života.

Získané výsledky by se měly odrazit v teoretické i praktické rovině. Na teoretické úrovni bude obohacena oblast speciální pedagogiky osob se sluchovým postižením, oblast symptomatických poruch řeči u jedinců se sluchovým postižením a v praktické rovině by pak získané poznatky mohly přispět ke zkvalitnění intervence směřované k rodině dítěte s kochleárním implantátem v oblasti nejen týmového přístupu, ale také v oblasti zkvalitnění komunikace, kooperace a koordinace mezi jednotlivými členy týmu pečující o rodinu a dítě s kochleárním implantátem.

1 NÁSTIN ANATOMIE A PATOLOGIE SLUCHOVÉHO ANALYZÁTORU

V rámci celostního porozumění problematice kochleárních implantátů je nezbytné alespoň částečně nastínit základní anatomii a patologii sluchového analyzátoru s akcentem na anatomii percepční (senzorineurální) části orgánu sluchu a rovnovážného ústrojí a vymezit pojmy fyziologické akustiky, které se budou objevovat v dalších částech tohoto textu.

Složitý smyslový orgán, kterým je ucho, je dokonalým mechanismem, v mezilidské komunikaci nezastupitelný. Hraje významnou roli v sociální interakci a kromě možnosti porozumět všem podstatným zvukům z prostředí, je nezbytný pro vývoj komunikačního procesu člověka.

Ucho se dvěma percepčními systémy (rovnovážným a sluchovým) je uspořádáno tak, že rovnovážné percepční ústrojí vnitřního ucha přijímá příslušné podněty (gravitační a pohybové) přímo ve vnitřním uchu, kdežto sluchový orgán má část pro zachycování zvukových vln, část pro jejich úpravu a převod a část s vlastním percepčním orgánem (Čihák, 2004).

Sluch slouží, z jiného úhlu pohledu, také k vnímání zvuku, který vzniká kmitáním těles ve frekvenčním rozsahu 16 Hz až 20 000 Hz a je přenášen nejen vzduchem, ale i vodou nebo pevnými tělesy. Sluchové ústrojí (ucho – auris) se skládá ze tří oddílů: ze zevního, středního a vnitřního ucha. (Merkunová, Orel, 2009) Z komplexního pohledu sluchový orgán lze rozdělit na část periferní, která zajišťuje zachycení zvuku, jeho transformaci na nervový vzruch a převedení do nitrolebí a dále na část centrální, která zahrnuje sluchovou dráhu od nejnižších etáží prvních jader v mozkovém kmeni až po sluchová centra v korové šedi centrální nervové soustavy. (Jedlička, 2003 in Škodová, Jedlička, 2003) V rámci komplexního pohledu autor řadí do periferní části sluchového analyzátoru zevní, střední a vnitřní ucho a v části centrální upozorňuje na fakt, že sluchovým nervem končí periferní část sluchového orgánu, přičemž první jádra sluchové dráhy jsou v mozkovém kmeni, kde dochází k nadpolovičnímu křížení vláken tak, že asi 90% vláken postupuje dále v opačné polovině mozku. Znamená to, že podněty z jednoho ucha se dostávají do všech etáží sluchové dráhy z obou stran.

1.1 Auris externa

Zevní ucho neboli auris externa je zevně patrná část sluchového ústrojí, která je tvořena ušním boltcem a zevním zvukovodem zakončeným bubínkem. Ušní boltec (auricula) se nalézá po straně hlavy, mezi čelistním kloubem a mastoideálním výběžkem a vykazuje individuální odlišnosti. (Hahn, Šejna, 2007; Merkunová, Orel, 2009) Individuální odlišnosti manifestující se především zprohýbáním boltce a jeho poměrně složitým reliéfem, lze dle Čiháka (2004) považovat za funkční úpravu. „Bylo pokusně ukázáno, že proud vzduchu, narážející z kterékoliv strany na boltec, vytvoří vlivem reliéfu přední plochy boltce vzdušný vír, který vychází od povrchu boltce ven a zabraňuje zanášení prachu do cavitas conchae a do zevního zvukovodu. Auricula má u člověka poměrně malý akustický účinek, který se uplatňuje při směrovém slyšení na vysokých kmitočtech. Jeho podkladem je chrupavka pokrytá jemnou kůží a v dolní části tvoří dolní dupikaturu – lalůček ušní (lobulus auriculae). Vnější zvukovod (meatus acusticus externus) začíná nálevkovitým ústím cavum conchae a má chrupavčitou a kostěnou část, které spolu tvoří tupý úhel, a tak je bubínek chráněn před přímým poraněním. Délka zvukovodu je 25 - 35 mm a průměr 7 mm. Zevní zvukovod pak navazuje na ušní boltec a končí bubínkem (membrana tympani). Bubínek je oválná vazivová blána, na kterou je připojena rukojeť kladívka (viz dále). (Hahn, Šejna, 2007; Merkunová, Orel, 2009)

1.2 Auris media

Střední ucho neboli auris media leží ve středoušní dutině (cavum tympani) uvnitř spánkové kosti. Od zevního ucha je střední ucho odděleno bubínkem, komunikace s vnitřním uchem je zajištěna oválným okénkem (fenestra vestibuli – ovalis) a okrouhlým okénkem (fenestra cochlae – rotunda). Eustachova trubice je tvořena ze dvou třetin chrupavkou a z jedné třetiny kostěnou částí. Spojuje středouší s nosohltanem a otevírá se například při zívání, polykání či žvýkání a vyrovnává tlak středoušní s vnější atmosférou. Výše uvedená středoušní dutina obsahuje tři sluchové kůstky – kladívko (malleus), kovádlíku (incus), třmínek (stapes). Kromě těchto sluchových kůstek, jejichž jména odpovídají jejich tvaru, nacházíme ve středoušní dutině dva drobné svaly – třmínkový sval (m. stapedius) připojený ke třmínku a napínač bubínku (m. tensor tympani), který se upíná na bubínek. (Hahn, Šejna, 2007; Merkunová, Orel, 2009; Čihák, 2004)

Jak uvádí Merkunová a Orel (2009, s. 260), „kontrakce zmíněných svalů fixuje sluchové kůstky a chrání tak střední i vnitřní ucho před poškozením hlukem. Jejich stah je realizován nepodmíněným tympanickým reflexem, který je spouštěn nadměrně silným zvukem.“

Na přenos zvuku středním uchem působí musculus stapedius a musculus tensor tympani, kdy se napnou a ovlivní nízké kmitočty hladiny zvuku (jejich práh bývá zpravidla 70 – 100 dB). Reflex se vybavuje oboustranně, jeho mohutnost je individuální. V důsledku impedančního přizpůsobení středoušním systémem je 70% energie přeneseno do vnitřního ucha. (Hahn, Šejna, 2007; Čihák, 2004)

„Vykoná-li středoušní páková soustava tlak na třmínek, posune se ploténka jako píst a posun se přenesse do scala vestibuli i scala tympani. Vlnění se šíří jako postupující vlna se vzrůstající amplitudou až do určitého místa kochleární přepážky, načež se příkře utlumí. Čím vyšší je frekvence zvuku, tím bude maximální rozkmit blíže okének.“ (Hahn, Šejna, 2007, s. 27)

1.3 Auris interna

Vnitřní ucho (auris interna) leží v kostěném labyrintu (labyrinthus osseus) kosti skalní. Uvnitř kostěného labyrintu je uložen labyrint blanitý (labyrinthus membranaceus), který je vyplněn čirou tekutinou s vysokým obsahem K⁺ iontů – endolymfou. Endolymfa má kromě vysokého obsahu draslíku i vysoký obsah sodíku, který je udržován činností sodíko-draslíkové pumpy, lokalizované ve stria vascularis. Endolymfu obtéká podobná kapalina – perilymfa. Perilymfa má nízký obsah draslíku a vysoký obsah sodíku, její složení je blízké extracelulární tekutině. Výše zmíněný kostěný labyrint se skládá z předsíně (vestibulum), tří polokruhovitých kanálků a kostěného hlemýždě. V kostěném hlemýždi (cochlea) leží hlemýžď blanitý (ductus cochlearis). Ductus cochlearis je slepě ukončená blanitá trubička, která je spirálovitě stočená do 2,5 závitů ve tvaru ulity hlemýždě. (Hahn, Šejna, 2007; Merkunová, Orel, 2009)

„Blanitý hlemýžď rozděljuje prostor kostěného hlemýždě na tři oddíly:

- scala vestibuli je horní prostor nad blanitým hlemýžďem, který sahá od oválného okénka až k vrcholu hlemýždě;
- scala media je vnitřní prostor blanitého hlemýždě;

- scala tympani je prostor pod blanitým hlemýžděm, probíhá od vrcholu blanitého hlemýždě k jeho bazi, kde je zakončen kulatým okénkem, které se vyklenuje do středoušní dutiny.“ (Merkunová, Orel, 2009, s. 261)

Spodní stěnu blanitého hlemýždě tvoří bazilární membrána (bazální), horní stěnu pak vestibulární membrána a zevní stěnu ztlustělý periost kostěného hlemýždě s hojnými cévami (stria vascularis). Vlastní sluchové čidlo – Cortiho orgán leží na bazilární membráně. (Merkunová, Orel, 2009; Čihák, 2004)

- „Vnější vláskové buňky Cortiho orgánu jsou nadány kontraktilitou a modulují sluchového vnímání. Řasinky těchto buněk se zanořují do tektoriální (krycí) membrány (membrana tectoria), která Cortiho orgán překrývá.
- Vnitřní vláskové buňky představují vlastní sluchové receptory. Jejich řasinky (vláskové výběžky – stereocilie) jsou ve volnějším kontaktu s tektoriální membránou.
- Mimo vláskové buňky nacházíme v Cortiho orgánu také buňky podpurné.“ (Merkunová, Orel, 2009, s. 261)

Baze vnitřních vláskových buněk jsou opředeny dendrity bipolárních senzoričkých neuronů. Těla těchto neuronů leží v drobných dutinkách v kostěné ose hlemýždě – v tzv. modiolu. Soubor těl neuronů se nazývá spirální ganglion hlemýždě a jejich axony tvoří kochleární nerv, který představuje sluchovou část sluchově-rovnovážného nervu, který je tvořen asi 30 tisíci vlákny, převážně aferentními (pars cochlearis nervi statoacustici). (Merkunová, Orel, 2009; Hahn, Šejna, 2007) Spolu s mozečkem a dalšími podkorovými strukturami centrální nervové soustavy se vestibulární systém podílí na udržování rovnováhy a posturace. Z těchto důvodů úzký vztah mezi sluchovým a rovnovážným systémem způsobuje, že mnohé nemoci sluchového aparátu mají jako součást svých příznaků závratě, poruchy rovnováhy apod. (Jedlička, 2003 in Škodová, Jedlička, 2003) Aferentní sluchové informace jdou do kochleárních jader mozkového kmene, dále do retikulární formace, talamu a dále pak do korových oblastí (Heschlových závitů, asociačních oblastí, Wernickeho centra). (Merkunová, Orel, 2009; Hahn, Šejna, 2007)

1.4 Fyziologie akustiky a sluchu

Vzhledem ke skutečnosti, že je zvuk předmětem studie fyziologické akustiky, která zkoumá, jak se zvuk přenesse do sluchového orgánu, jak se změní na sluchový vjem a jak je tento vjem dále zpracováván, aby přenesl žádoucí informace do centrální nervové soustavy, pro účely tohoto oddílu textu považujeme za přínosné v krátkosti vymežit proces sluchového vnímání a dále pojmy, které s tématem úzce souvisí a s kterými budeme operovat v dalších částech práce.

„Proces sluchového vnímání začíná příjmem zvukových vln zevním uchem a jejich příchodem na bubínek, který je tím uveden v kmitavý pohyb; kmity bubínku se přenášejí řetězcem sluchových kůstek do fenestra vestibuli; při tom se kmity bubínku o velké amplitudě a malé intenzitě mění tak, že na bazi třmínku jsou to kmity o malé amplitudě, avšak velké intenzitě.“ (Čihák, 2004, s. 639) Při zesílení intenzity kmitů hraje roli nejen systém nerovnoramenných pák kůstek, ale i poměr plochy bubínku k ploše fenestra ovalis, takže celkové zvýšení intenzity kmitů je asi 22násobné. Tím se rozkmitá perilymfa a kmity se přenášejí na stěny blanitého hlemýždě a přes ně do endolymfy. Toto chvění endolymfy vyvolá chvění baziliární membrány a pohyb membrán se přenáší na vláskové buňky, dále na nervové vzruchy, které pak pokračují kochleárním nervem a sluchovou dráhou. (Čihák, 2004)

Základní pojmy související s fyziologií akustiky, sluchu a jejich výklad jsou shrnuty v rámci přehlednosti v následující tabulce.

ZÁKLADNÍ POJMY A JEDNOTKY FYZIOLOGICKÉ AKUSTIKY	VÝKLAD POJMU
ZVUK	Mechanické vlnění pružného prostředí, které může vnímat člověk prostřednictvím sluchu.
TÓN	Zvuk, jehož kmit se opakuje pravidelně.
ŠUM	Zvuk s nepravidelným kmitáním.

KMITOČET/FREKVENCE	Výška tónu, která je dána počtem kmitů za sekundu, hluboké tóny mají nízkou frekvenci, vysoké tóny vysokou frekvenci. Jednotkou frekvence je Hz (Hertz). Frekvenční rozsah u mladého jedince je 16 – 20 000 kmitů za sekundu.
ZDROJ ZVUKU	Zdroj zvuku vyzařuje zvukovou energii v podobě zvukových vln. Fyzikální veličiny, které vyjadřují vlastnosti zvukové energie, jsou rychlost šíření zvuku, která závisí na prostředí, v němž se šíří, a udává se v m/s, a akustický tlak (změna atmosférického tlaku způsobená zvukem). Je to síla, která působí na jednotku plochy a udává se v pascálech (Pa).
INTENZITA ZVUKU	Intenzita je energie vlnění, která prochází v časové jednotce jednotkou plochy kolmou na směr jejího šíření. Rozsah intenzity zvuků, které vnímáme, je veliký, proto se k vyjádření intenzity užívá logaritmické stupnice s jednotkou v decibelech (dB).
DECIBELY	Decibely udávají intenzitu zvuku relativně, vzhledem k základní vztažné jednotce, která odpovídá prahu sluchu člověka pro tón 1000 Hz.
PRÁH SLUCHU	Práh sluchu je minimální intenzita zvuku určité frekvence, kterou je určitá osoba schopna vnímat. Lidský sluch je nejcitlivější ve frekvenční oblasti 1 – 5 kHz. Měření prahu sluchu je nejzákladnější audiologickou vyšetřovací metodou.
PRÁH BOLESTI	Práh bolesti je intenzita zvuku, při které již vznikne bolestivý pocit.
SLUCHOVÉ POLE	Sluchové pole je rozsah zvuků, které můžeme vnímat, intenzitou je omezeno prahem sluchu a prahem bolesti, frekvenčně 16 – 20 000 Hz.
HLASITOST ZVUKU	Hlasitost zvuku odpovídá subjektivně vnímané intenzitě zvuku. Udává se ve fonech. Hodnota hlasitosti ve fonech odpovídá intenzitě frekvence 1000 Hz. Vzrůst intenzity tónů různé frekvence způsobí rozdílný vjem subjektivně vnímané hlasitosti.

HLADINA PŘÍJEMNÉHO POSLECHU	(MCL z angl. Most Comfortable Level) je intenzita zvuku v dB, kterou vyšetřovaná osoba vnímá jako příjemně hlasitou.
HLADINA (PRÁH) NEPŘÍJEMNÉHO POSLECHU	(TD z angl. Treshold of Discomfort) je pro vyšetřovanou osobu nepříjemně silná.
BARVA TÓNU	Je odrazem výšky tónu, jeho frekvenčního spektra v našem vědomí. Závisí na frekvenčním rozlišení harmonických tónů.
AKUSTICKÁ IMPEDANCE	Odpor prostředí, který brání přenosu akustické energie. Závisí na vzájemné součinnosti svých tří složek (tření, hmotnosti a tuhosti), které jsou reálné a na složce imaginární, která vyjadřuje vztah vlny přicházející a vlny přenesené.

Tabulka 1 - Základní pojmy a jednotky fyziologické akustiky s výkladem pojmů (Hahn, Šejna, 2007).

1.5 Klasifikace a stupeň sluchových vad a poruch sluchu

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

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

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

a používat řeč. V rámci přehlednosti jednotlivých stupňů a škál sluchového postižení, uvádíme klasifikace v tabulkách, které prošly značným vývojem (viz níže).

STUPEŇ	VELIKOST ZTRÁTY SLUCHU PODLE WHO (1980)	NÁZVY SLUCHOVÝCH ZTRÁT	KATEGORIE DLE VYHLÁŠKY MPSV Č.284/1995 Sb.
1.	0 – 25 dB	normální sluch	
2.	26 – 40 dB	lehká ztráta sluchu lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
3.	41 – 55 dB	střední ztráta sluchu střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
4.	56 – 70 dB	středně těžká ztráta sluchu	těžká nedoslýchavost
5.	71 – 90 dB	těžká ztráta sluchu těžké postižení sluchu	praktická hluchota
6.	91 dB a více (body v audiogramu i nad 1 kHz)	velmi těžká sluchová ztráta	hluchota
7.	91 dB a více (v audiogramu žádné body nad 1 kHz)	velmi těžká sluchová ztráta	úplná hluchota

Tabulka 2 - sluchové ztráty dle WHO z roku 1980 (Krahulcová, 2003)

STUPEŇ ZTRÁTY SLUCHU	ODPOVÍDAJÍCÍ AUDIOMETRICKÉ ISO HODNOTY: (PRŮMĚR HODNOT NA FREKVENCÍ 500, 1000, 2000, 4000 Hz)	PROJEVY	DOPORUČENÍ
0 – NORMÁLNÍ SLUCH	25 dB nebo lepší (na lepším uchu)	Žádné nebo velmi mírné problémy se sluchem. Schopnost slyšet šepot.	

1 – LEHKÁ ZTRÁTA SLUCHU	26 - 40 dB (na lepším uchu)	Schopnost slyšet a opakovat slova promluvená normálním hlasem na vzdálenost 1 metru.	Poradenství. Mohou být užívány kompenzační pomůcky.
2 – STŘEDNÍ ZTRÁTA SLUCHU	41 - 60 dB (na lepším uchu)	Schopnost slyšet a opakovat slova promluvená zvýšeným hlasem na vzdálenost 1 metru.	Obvykle jsou doporučovány kompenzační pomůcky.
3 – TĚŽKÁ ZTRÁTA SLUCHU	61 - 80 dB (na lepším uchu)	Schopnost slyšet některá slova, pokud se křičí do lepšího ucha.	Potřeba kompenzačních pomůcek. Pokud kompenzační pomůcky nejsou k dispozici, mělo by se vyučovat odezírání ze rtů a znakový jazyk.
4 – VELMI TĚŽKÁ ZTRÁTA SLUCHU, VČETNĚ HLUCHOTY	81 dB nebo horší (na lepším uchu)	Neschopnost slyšet a porozumět ani hlasu, který je křičen.	Kompenzační pomůcky mohou pomoci při porozumění slov. Nutná podpůrná rehabilitace. Odezírání a někdy nezbytné užití znakového jazyka.
Stupně 2, 3 a 4 jsou klasifikovány jako omezující ztráta sluchu (disabling hearing impairment) ¹			Dospělí: 41 dB a více (lepší ucho)
			Děti do 15 let včetně: 31 dB a více (lepší ucho)

Tabulka 3 - Klasifikace sluchových ztrát dle WHO z roku 1997²

¹ Report of the Informal Working Group on Prevention of Deafness and Hearing Impairment Programme Planning WHO, Geneva 1991, with adaptations from Report of the First Informal Consultation on Future Programme Developments for the Prevention of Deafness and Hearing Impairment, World Health Organization, Geneva, 23-24 January 1997, WHO/PDH/97.3.

² *Grades of hearing impairment*:: WHO. Prevention of blindness and deafness [online]. 1991, [cit. 2009-03-10]. Dostupné z WWW: <http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/index.html>.

ZTRÁTA SLUCHU V DB	NÁZEV KATEGORIE ZTRÁTY SLUCHU
I. 0 – 20 dB	Normální nebo podprůměrný sluch
II. 21 – 40 dB	Lehká ztráta sluchu
III. 41 – 55 dB 56 – 70 dB	Střední ztráta sluchu (2 stupně)
IV. 71 – 80 dB 81 – 90 dB	Těžká ztráta sluchu (2 stupně)
V. 91 – 100 dB 101 – 110 dB 111 – 119 dB	Velmi těžká ztráta sluchu (3 stupně)
VI. nad 120 dB	Úplná ztráta sluchu – hluchota

Tabulka 4 - Klasifikace sluchových vad a poruch dle BIAP 1996³

Výše uvedená tabulka znázorňuje klasifikaci sluchových vad, která byla publikována Vrcholnou mezinárodní společností audiologů (BIAP).

V roce 2001 zveřejnila Světová zdravotnická organizace novou klasifikaci, která rozlišuje čtyři stupně sluchového postižení:

- lehké postižení definované sluchovou ztrátou v rozmezí 26 až 40 dB,
- mírné postižení definované sluchovou ztrátou v rozmezí 41 až 60 dB,
- těžké postižení definované sluchovou ztrátou v rozmezí 60 až 80 dB,
- hluboké postižení zahrnující hluchotu definované sluchovou ztrátou 81 dB a více.

„Stupně mírné, těžké a hluboké postižení jsou označovány termínem omezující porucha sluchu, která se však u dětí mladších 15 let používá již pro permanentní snížení

³ Bureau International d'AudioPhonologie : BIAP Recommendation n° 02/1 bis. Audiometric classification of hearing impairments [online]. 1996, [cit. 2009-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.biap.org/biapanglais/rec021eng.htm>>.

sluchového prahu na lepším uchu o 31 dB a více. Důvodem snížení hranice sluchové ztráty u dětí se jeví opožděný vývoj řeči a jazykových a kognitivních schopností, což se projevuje celkovým opožděným vývojem dítěte nebo poruchami učení ve škole.“ (WHO, 2001; Vítová, 2011, s. 13-14).

V rámci komplexního přehledu uvádíme také klasifikaci dle Vágnerové (2004), která dělí stupně sluchového postižení na:

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

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

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

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

VADY A PORUCHY SLUCHU U DĚTÍ (PŘED FIXACÍ ŘEČI)	Vrozené (hereditární) vady sluchu	geneticky podmíněné
		kongenitálně získané - prenatalně, perinatálně
	Získané vady (postnatální)	po infekčních chorobách
		při degenerativních chorobách
		po traumatech
		po léčbě onkologických onemocnění
při nachlazení a onemocnění horních cest dýchacích		
při opakovaných a chronických zánětech ucha		
VADY A PORUCHY SLUCHU U DOSPĚLÝCH (A STARŠÍCH DĚTÍ PO FIXACI ŘEČI)	Převodní poruchy	původ v poškození zvukovodu
		původ v poškození bubínku
		původ v poškození řetězu kůstek
		původ v poškození pouzdra labyrintu
		Eustachovy trubice
		středoušní dutiny
	Senzorineurální vady	presbyakuzie (stařecká nedoslýchavost)
		traumata
		dlouhodobé působení hluku
		toxiny tělu vlastní a toxiny tělu cizí
		ušní nádory
		onemocnění vnitřního ucha
onemocnění mozkových nervů, drah a sluchových center		

Tabulka 5 - Vady a poruchy sluchu vzhledem k vývoji řeči (Lejska, 2003).

2 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE

Kochleární implantace je velmi náročnou investicí jak z hlediska finančních prostředků, času, tak množství zapojených odborníků, samotného uživatele i jeho rodiny. I přes všechny tyto skutečnosti je považována za obecně přijatou, bezpečnou a účinnou léčbu pro jedince s velmi závažným postižením sluchu, pro které není efekt z konvenčních typů sluchadel dostatečně efektivní zejména z hlediska využití sluchu za účelem komunikace. Z komparací tuzemských i zahraničních zdrojů docházíme k závěrům, že v počátcích kochleárních implantací byla pozornost obrácena na testování sluchového vnímání a schopnost uživatelů kochleárního implantátu rozumět řeči. V současnosti se ohnisko zájmu a pozornost přesouvá na hodnocení studijních výsledků, integrace do běžných škol, studie vynaložených nákladů směrem k využitelnosti kochleárního implantátu, hodnocení týmových přístupů v oblasti kochleární implantace a v neposlední řadě také na aktuálně velmi diskutovanou a široce pojímanou problematiku, kterou reflektuje řada vědních oborů - kvalitu života od okamžiku kochleární implantace až do smrti.

Vzhledem ke skutečnosti, že u většiny uživatelů kochleárního implantátu je možné dosáhnout vynikajících schopností sluchové diferenciací na základě zdokonalených strategií kódování řeči, hlubších zkušeností s programováním, zapojení rodiny a moderních přístupů zkvalitňující komunikaci tohoto uživatele, věnujeme následující subkapitoly právě těmto tématům.

2.1 Mezníky ve vývoji kochleárního implantátu

První zájem o biologickou aplikaci elektrického proudu můžeme pozorovat již u L. Galvaniho, který se uvědomil, že pokud se dva různé kovy umístí do vodní lázně, tak jsou schopny vyvolat kontrakce ve svalstvu nohy žáby. Dalším, velmi důležitým historickým mezníkem v oblasti dnešních kochleárních implantátů bylo pozorování A. Volty. Zjistil, že elektrický proud aplikovaný na kovovou tyč vyvolává pocit „dunění či třesku v hlavě“ a je následován zvukem podobajícím se zvuku vařící se husté polévky. (Lehnhardt, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter01cz.pdf>)

První pokusy o stimulaci sluchového nervu elektrodou provedli v roce 1957 Djourno a Eyries. Pacient s touto stimulací potvrdil vyvinutí schopnosti kvalitněji rozpoznávat běžná slova a schopnost odezírat.

Důležitým mezníkem ve vývoji kochleárních implantátů byl rok 1960, ve kterém nositel Nobelovy ceny Georg von Békésy potvrdil v om Helmholtzovu teorii tonopie bazilární membrány. Ze závěrů jeho pozorování vyplynulo, že na vysoké frekvence reaguje vstupní (bazální) část hlemýždě a na nízké frekvence vzdálenější (apikální) část hlemýždě. (Lehnhardt, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter01cz.pdf>)

Tento důležitý mezník umožnil další významná zkoumání v oblastech vibračních výchylek, které jsou pro různé frekvence v různých místech podél kochleární spirály a dokládají, že hlemýžď vnitřního ucha funguje jako mechanický spektrální analyzátor, rozkládající komplexně utvářený zvuk na jednotlivé frekvenční složky.

V padesátých a šedesátých letech 20. století američtí a australské fyziologové společně s otolaryngology prováděli první pokusy na experimentálních zvířatech, jimiž elektricky dráždili vlákna sluchového nervu. Úspěch pokusů přiměl koncem 70. let vědecké pracovníky a kliniky ze skupiny W. F. House v Los Angeles a ze skupiny G. Clarka v Melbourne k tomu, že nejprve zkoušeli elektricky stimulovat sluchový systém pacientů prostřednictvím elektrody zavedené skrz bubínek na povrch vnitřního ucha a později implantovali jednoduchý aparát přímo do oblasti spánkové kosti a vnitřního ucha. Výsledky pokusů byly povzbudivé, a tak roku 1980 existovalo na světě již několik pracovišť, která se vydala na cestu vývoje moderního kochleárního implantátu. Souběžně s hledáním optimální chirurgické techniky se v Los Angeles, Melbourne, Vídni a Paříži intenzivně vyvíjela technika implantátu. Až na výjimky se všichni rozhodli pro bezkontaktní přenos informace přes kůži. (Syka, 1998)

Vzhledem k tomu, že více než 200.000 lidí ve více než 100 zemích světa, z toho více než polovina dětí používá implantační systém Nucleus firmy Cochlear⁴, vybrali jsme v historickém kontextu právě následující přehled. Navíc, v každé části světa má společnost

⁴ Australská firma Cochlear Ltd se sídlem v Sydney zaujímá celosvětově vedoucí postavení v technologii kochleárních implantátů.

Cochlear tým odborníků, kteří pečují o uživatele implantačního systému Nucleus (pro Českou republiku je to společnost Aima⁵). (www.aima.cz)

1978	První výzkumný vícekanálový implantát.
1982	První operace 22 kanálového implantátu.
1985	První systém, který FDA povolila používat u dospělých.
1990	První systém, který FDA povolila používat u dětí.
1991	První systém povolený k použití v Japonsku.
1993	První operace implantátu do mozkového kmene.
1996	První implantát nabízející desetiletou záruční dobu.
1997	První implantační systém Nucleus® 24.
1998	První aplikace zákaznického systému "Zvuk na míru". Prvních 10 000 dětských uživatelů implantátu První vícekanálový závěsný řečový procesor(BTE).
1999	První neinvazivní test nervových odpovědí na 22 různých místech v hlemýždi Nucleus® NRT™ První implantát se samonavíjecím 22 kanálovým perimodiolárním svazkem elektrod.
2000	Počet uživatelů kochleárního implantátu (dospělých i dětí) přesáhl 30 000 Pouze implantát firmy Cochlear schválila FDA k použití u dětí od 12 měsíců.
2001	Zaveden závěsný řečový procesor (BTE) pro uživatele Nucleus® 22 Nucleus®24 Contour oceněn za vynikající medicínský design.
2002	Vysokorychlostní řečový procesor třetí generace BTE ESPrit™ 3G vybavený nastavením na šepot, vestavěnou snímací cívkou a s životností baterií po celý den.
2003	Závěsný řečový procesor třetí generace ESPrit™ 3G dostupný i pro uživatele systému Nucleus®22.
2006	Nová generace kochleárních implantátů Nucleus Freedom. První závěsný řečový procesor odolný vůči vodě.
2007	Řečový procesor Freedom dostupný pro uživatele systému N24.
2008	Řečový procesor Freedom dostupný pro uživatele systému N22.
2009	Uvedení nejmodernějšího systému kochleárního implantátu Nucleus 5.
8. 7. 2011	K uvedenému datu byl kochleární implantát Nucleus poskytnut již 430 dětem , nejmladší bylo ve věku 17 měsíců a každý rok přibude asi 30 nových dětí, které budou mít kochleární implantát.

Tabulka 6 - Historicky významné mezníky ve vývoji kochleárního implantátu firmy Cochlear (www.aima.cz, www.ckid.cz)

⁵ Společnost Aima, s.r.o. je výhradním dovozcem implantabilních sluchových pomůcek společnosti Cochlear pro Českou republiku a již od roku 1995 zajišťuje spolehlivé zázemí programu kochleárních implantací Nucleus v České republice po stránce obchodní, organizační a odborně poradenské.

Technologie kochleárních implantátů, tak jak ji známe dnes, se neustále zdokonaluje. Firma Cochlear investuje každoročně přes 15% ze svého rozpočtu do výzkumu a vývoje. Vedle jiných inovací Cochlear zavedl pokročilé způsoby, kterými se zpracovává a přenáší zvukový signál, a tak neustále zlepšuje možnosti uživatelů rozumět řeči v různých poslechových podmínkách. Cochlear také zavedl nové možnosti přenosu zvuku, které zlepšují jeho kvalitu a prodlužují životnost baterií. Cochlear se nesoustředí jen na vývoj nových systémů, ale provádí výzkum, jak zlepšit stávající systémy tak, aby z nových technologií měli užitek nejen uživatelé budoucí, ale také ti, kteří již implantát používají. (www.aima.cz)

Od poloviny 80. let 20. století se v mnoha zemích rozvíjí program kochleárních implantací, od roku 1993 i v České republice. (Svobodová, 1997) „Centrum kochleárních implantací u dětí (dále jen CKID) bylo zřízeno Ministerstvem zdravotnictví roku 1996 na ORL klinice UK 2. LF a Fakultní nemocnici Praze-Motole jako jediné pracoviště v České republice, které se zabývá problematikou kochleárních implantací u dětí a mladistvých do 18 let. Vedoucím tohoto centra je doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, přednosta ORL kliniky a Subkatedry pro dětskou otorinolaryngologii IPVZ (www.ckid.cz).“

V roce 2008 vzniklo Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem s působností pro Moravu. (www.neslysi.info) Toto Centrum vzniklo především za účelem vyřešení časových, organizačních a finančních problémů, které u rodičů kandidátů na KI často vznikají. Jak uvádí Komínek (přednosta Otorinolaryngologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava), vzhledem ke skutečnosti, že z pacientů, kteří jsou uživateli nebo kandidáty na využívání kochleárního implantátu, je pětina z Moravskoslezského kraje, má zřízení tohoto centra smysl. (www.fno.cz)

2.2 Technologie kochleárního implantátu

„Kochleární implantát je sluchová náhrada určená pro lidi s velmi těžkým sluchovým postižením nebo pro lidi zcela neslyšící. 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 sejmutý mikrofonom analyzují a přetvářejí na sled elektrických impulzů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu.“ (Tichý, 2009, s. 198)

Výše uvedená definice dává tušit velmi sofistikované zařízení a výsledky, které s ním může dosahovat. Spolupráce soukromých výrobců s výzkumnými pracovníky vedla ke

zlepšení kvality a spolehlivosti kochleárního implantátu, proto v dnešní době z hlediska technologie můžeme hovořit o jeho vysoké bezpečnosti (biokompatibilitě materiálů), spolehlivosti, MRI kompatibilitě (možnost vyšetření magnetickou rezonancí), moderních strategiích kódování řeči atp.

Princip zachycení zvuku touto elektronickou smyslovou náhradou, která umožňuje obnovit sluchové vjemy neslyšícím dětem a ohluchlým dospělým přímou elektrickou stimulací sluchového nervu, je založen na zaregistrování změny tlaku ve zvukovém poli, který je odeslán do řečového procesoru. Řečový procesor pak analyzuje a digitalizuje zvuk na kódované signály, které jsou následně poslány do vysílače a dále přes kůži do vnitřní části implantátu. Vnitřní část kochleárního implantátu je tvořena přijímačem a elektrodami, které jsou za sebou prstencovitě uspořádány a každá přenáší dráždění na zakončení sluchového nervu v různých místech kochley. (Svobodová, 1997; NADP, 2002) Doposud bylo vyvinuto několik typů kochleárních implantátů, které se liší nejen technologií a provedením samotného implantátu, ale také řečovým procesorem, který nosí uživatel v kapse, připevněný na pásku či popruhy na zádech nebo za uchem. I přesto, že mezi jednotlivými implantovanými systémy nacházíme drobné odlišnosti, všechny mají určité společné znaky hardwaru odrážející základní požadavky na jejich funkci. (Lehnhardt, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter01cz.pdf>; NADP, 2002) Tyto znaky – nejdůležitější parametry, jsou shrnuty v následující tabulce.

Mikrofon	Mikrofon je obvykle součástí závěsné jednotky nebo krabičky řečového procesoru. Dále může být použit samostatný „kloповý“ mikrofon, který je spojen s řečovým procesorem tenkým kabelem. Dobrý mikrofon systému implantátu reaguje na široké frekvenční pásmo (jako u sluchadla), ale může minimalizovat reakce na nízkofrekvenční vibrace vznikající pohyby hlavy a chůzí. Směrový mikrofon napomáhá rozumnění řeči v hlučném prostředí. Selektivita směrového mikrofону se může do značné míry zlepšit použitím několika mikrofónů.
Řečový procesor	Řečový procesor proměňuje vstupy z mikrofónu (nebo telefonu, TV, FM systému) na signály vhodné pro elektrickou stimulaci. Výstupy z řečového procesoru by měly představovat nejdůležitější aspekty řeči, aby je příjemce mohl vnímat a rozumět jim. Procesor je napájen bateriemi. Je žádoucí, aby životnost baterií umožnila pacientovi používat zařízení nejméně během jednoho dne. Pokrok v bateriích, integrovaných obvodech a čipových technologiích byl vyvolán obrovským rozvojem trhu s mobilními telefony a přenosnými počítači.

Způsob přenosu	Způsob přenosu může být transkutánním (u všech zařízení dostupných na trhu) nebo perkutánním konektorem. Tyto konektory posílají stimul z externího řečového procesoru do implantovaných elektrod. Nejdůležitější výhodou transkutánního konektoru je fakt, že kůže je neporušená a kryje implantované součásti. Riziko infekce je tedy významně nižší. Výhodou perkutánního konektoru je transparentnost signálu, která je relevantní pro výzkumné pracovníky.
Telemetrie nervových odpovědí	Telemetrie je další, poměrně novou vlastností, která napomáhá při posouzení stavu nervu a nastavení řečových procesorů zejména u velice malých dětí. Je zřejmé, že nastavování kochleárních implantátů u dětí může být někdy velmi složité. Princip této metody spočívá v tom, že implantát stimuluje z určité elektrody definovanými impulzy nerv a následně sousední elektrodou snímá elektrickou odpověď nervu na tuto stimulaci. „Pokud je odpověď nalezena, víme, že nerv reaguje. Pokud intenzitu stimulace snižujeme, můžeme určit hodnotu stimulačního proudu, při které odpověď vymizí (práh NRT odpovědi pro daný kanál.“ (Tichý, 2009, s. 203)
Elektrody	U většiny systémů implantátů jsou elektrody umístěny do scala tympani, některé jsou blízko modiolu (blízko spirálního ganglia). Klasifikace systémů kochleárních implantátů se velmi často řídí právě počtem elektrod, které mají u systému Cochlear Nucleus 24 - 22 intrakochleárních elektrod a 2 extrakochleární elektrody či u systému Med-El Combi 40+ - 24 intrakochleárních elektrod a 1 extrakochleární elektrodu.
Svazek elektrod	Svazek výše uvedených elektrod musí být biokompatibilní, aby vydržel uživateli celý život. Svazek musí být mechanicky stabilní a musí umožňovat atraumatické zavedení (součást tzv. „soft surgery“ - šetrného chirurgického zákroku). Pružné svazky s úzkým průřezem usnadňují zavedení. Zavedení usnadňuje také použití kyseliny hyaluronové (Healon).

Tabulka 7 - Společné znaky hardwaru odrážející základní požadavky na funkci kochleárního implantátu. (Lehnhardt, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter01cz.pdf>)

Z výše uvedených parametrů nemusí jasně vyplývat výhody, nevýhody a přínosy různých systémů pro budoucího uživatele kochleárního implantátu. Rozhodujícím faktorem v této oblasti však zpravidla bude **biokompabilita** (biologická bezpečnost) materiálů, jelikož je potřeba předejít negativní reakci těla na přítomnost cizorodého tělesa. Díky dlouhodobým výzkumům v oblastech reakce tkáně na jednotlivé materiály a složení materiálů, které jsou důkladně testovány a zkušenostem samotných uživatelů můžeme konstatovat, že materiály používané pro současné systémy kochleárního implantátu, splňují veškeré požadavky na biokompatibilitu (Lehnhardt, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter01cz.pdf>).

Spolehlivost je dalším důležitým mezníkem při výběru typu kochleárních implantátů. Asociace „Electronics Industries Association of the United States“ definuje spolehlivost jako pravděpodobnost, že zařízení plní svůj účel odpovídajícím způsobem po dobu zamýšlenou při daných provozních podmínkách a bude fungovat bez poruchy. I přesto, že je v případě zničení implantátu možná reimplantace, která je ve většině případů úspěšná, znamená vždy nový stres pro dítě i rodinu – absence ve škole, pobyt v nemocnici atp. (Tichý, 2009) Výzkumy spolehlivosti firmy Nucleus (2010) hovoří o tom, že každý nový typ kochleárního implantátu je spolehlivější z hlediska reliability. Novější generace těchto implantátů podléhají přísnější pravidlům spolehlivosti, čímž se dosahuje delší doby fungování implantátu.

Magnetická rezonance je dnes běžným diagnostickým vyšetřením a lze předpokládat, že ho bude řada jedinců s kochleárním implantátem během svého života potřebovat. Toto vyšetření se v dnešní době stává oblíbenou metodou využívající velice silné magnetické pole a radiofrekvenční pole k vizualizaci měkkých tkání. Následkem toho je nezbytná **MRI kompatibilita** (možnost vyšetření magnetickou rezonancí) vedoucí ke snaze výrobců kochleárních implantátů pochopit interakce s MRI, neboť vzájemné působení kochleárního implantátu, magnetického a radiofrekvenčního pole vytvořené skenerem může mít za následek tlak na implantát, zhoršení funkce implantátu, zahřívání. (Tichý, 2009)

2.3 Metodický postup pro vyšetřování dětí před kochleární implantací

Preamble metodického postupu pro vyšetřování dětí před kochleární implantací hovoří o tom, že „vyšetření dětí s těžkou sluchovou vadou s cílem verifikovat takovou míru poruchy sluchu, která patří mezi kritéria kochleární implantace, se provádí na žádost rodičů, nebo dětského či ORL lékaře se souhlasem rodičů. Specializovaná vyšetření se provádějí vzhledem k malým počtům indikovaných pacientů, finanční náročnosti diagnostických přístrojů a vzhledem k nezbytnému zabezpečení nejmenších dětí (specializovaná anestézie) – podle zákona 48/1977 o vysoce specializované péči - v centrech ustanovených MZ ČR.“ (Kabelka, 2008)

Z dle výše zmíněné preambule (Kabelka, 2008) vychází postup vyšetření v Centru kochleárních implantací u dětí z kritérií indikací kochleárních implantací přijatých výborem Společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku JEP ČR (dále výbor ORL).

Jako optimální východisko pro adekvátní způsob vyšetření je v Metodickém pokynu uváděn plošný screening sluchu novorozenců a behaviorální test pomocí silných závěsných sluchadel oboustranně předepsaných do půl roku věku dítěte. Tam, kde není screening sluchu u novorozenců dostupný, je potřeba použít všech dostupných prostředků ke zkrácení doby k vyslovení podezření na těžkou sluchovou vadu a dát rodičům doporučení k dalšímu vyšetření na odborných ORL a foniatrických pracovištích. V souladu s dosavadními výsledky vědy a v souladu s uznávanými postupy v okolních evropských státech považuje ORL výbor za adekvátní postup implantaci oboustrannou a to nejlépe v jedné době, optimálně mezi 1. a 2. rokem života dítěte. (<http://www.fnmotol.cz/metodicky-postup-vysetreni-deti-pred-kochlearni-implantaci.html?pracoviste=6>)

Jak dále uvádí Kabelka v Metodickém postupu pro vyšetřování dětí před kochleární implantací: „Při zjištění těžké sluchové vady ošetřující lékař doporučí rodičům specializované vyšetření v centru kochleárních implantací. Centrum má povinnost vyšetřit sluch i u dětí, kde o to požádají sami rodiče. Rodiče dostanou informaci ohledně možností, které implantační systémy mají, včetně rozvahy ekonomické. Rodiče rozhodují sami, zda o kochleární implantaci budou usilovat a zda chtějí své dítě vést sluchově-orální cestou. Pokud rodiče zvolí jinou cestu (znakový jazyk, totální komunikace), je toto příslušným centrem plně respektováno. Vyšetření se skládá ze souborů testů a vyšetření, které musí harmonicky potvrdit velikost poruchy, soustavnost rehabilitace komunikačních schopností a nedostatečný rozvoj odpovědí na sluchové podněty i při binaurálním využívání dostatečně silných, dobře nastavených sluchadel.“ (<http://www.fnmotol.cz/metodicky-postup-vysetreni-deti-pred-kochlearni-implantaci.html?pracoviste=6>)

Postup vyšetření		Vyhodnocení vyšetření
Behaviorální sledování	<p>Období behaviorálního sledování je zároveň přípravné období pro nácvik dovedností potřebných v poimplantační rehabilitaci. Sledování dítěte je podkladem pro predikci přínosu implantace psychologem, který se snaží zprostředkovat rodičům realistickou představu o přínosu implantátu.</p> <p>Délka behaviorálního sledování by měla být 6 měsíců a může být zkrácena u zjevného organického poškození (například po meningitidě). Pokud je pomocí sluchadel zajištěn rozvoj řečových komunikačních schopností zajišťujících školní docházku v běžné škole je další rehabilitace vedena pomocí sluchadel.</p> <p>V případě, že dítě nemá adekvátní sluchadla odpovídající jeho sluchové ztrátě, musí být k ověření jejich účinku zajištěno vyzkoušení zařízení odpovídající tíži sluchové vady. Období behaviorálního sledování je zároveň přípravné období pro nácvik dovedností potřebných v poimplantační rehabilitaci. Vedení dítěte je podkladem pro hodnocení predikce úspěšnosti implantace psychologem.</p> <p>Během tohoto období se kompletují všechna zásadní vyšetření, aby bylo možné rozhodnout o zařazení dítěte do implantačního programu.</p>	<p>Vyšetření jsou zkompletována, závěry je možné doložit adekvátními záznamy ve zdravotnické dokumentaci. K zařazení sluchově postiženého dítěte do programu kochleárních implantací vyžaduje souhlasné stanovisko všech členů základního týmu – implantujícího chirurga, foniatra centra, klinického psychologa, specializovaného logopeda a ORL lékaře – koordinátora programu. Na návrh jednotlivých odborníků mohou být provedena další doplňující vyšetření s odstupem a</p>
Komplexní foniatrické, psychologické a logopedické vyšetření	<p>Při foniatrickém vyšetření budou použity vyšetřovací metody odpovídající věku dítěte, pomocí nichž lze stanovit postižení sluchu a zjistit efekt sluchadel. Součástí hodnocení jsou výsledky objektivního vyšetření sluchu v analgézii, případně celkové anestézii. Psychologické vyšetření zjišťuje, zda má uchazeč schopnosti a vlastnosti, které umožní využití kochleárního implantátu a povedou k rozvoji sluchu a řeči. U dětí s kombinovaným postižením předpokládáme omezený rozvoj komunikačních schopností. Cílem je zde především zlepšení kvality života. V pubertálním a adolescentním věku, ale i u dospělých, je nutno pečlivě zvážit, zda je kandidát dostatečně motivován k trvalému nošení implantačního systému.</p> <p>Logoped provádí rehabilitaci a vede praktický nácvik komunikačních schopností dítěte. Rodiče zaznamenávají pokroky dítěte do deníků podle poučení odborníků. Závěry odborníků nesmí odporovat indikačním kritériím schváleným výborem ORL a musí obsahovat zjištěné problémy, které by mohly ztížit rehabilitaci po implantaci.</p>	<p>chirurga, foniatra centra, klinického psychologa, specializovaného logopeda a ORL lékaře – koordinátora programu. Na návrh jednotlivých odborníků mohou být provedena další doplňující vyšetření s odstupem a</p>

<p>ORL vyšetření a objektivní audiometrická měření</p>	<p>Vyšetření se provedou během krátkodobé hospitalizace na pracovišti se zajištěním dětského ARO a zahrnují podrobné ORL vyšetření, vyšetření bubínek mikroskopem, vyšetření tympanometrické, HRCT (případně NMR) vyšetření pyramid se zaměřením na průchodnost hlemýždě (případně přítomnost sluchového nervu ve vnitřním zvukovodu), objektivní vyšetření sluchu (SSEP) se zjištěním pravděpodobného prahu sluchu. Pokud má dítě adenoidní vegetace, je naplánována adenotomie. Součástí bloku je vyšetření genetické.</p> <p>Závěry vyšetření nesmí odporovat indikačním kritériím schváleným výborem ORL a musí obsahovat zjištěné problémy, které by mohly vést ke komplikacím během operace, případně ztížit rehabilitaci po implantaci.</p>	<p>vyhodnocení je opakováno. Rodiče dítěte jsou adekvátním způsobem o vyhodnocení informováni.</p>
<p>Specializovaná vyšetření ostatní</p>	<p>Součástí základního vyšetření je vyšetření očním lékařem a neurologem. Podle potřeby se doplní příslušná vyšetření pediatrem, kardiologem, dětským anesteziologem, genetikem, radiologem aj. kteří řídí další vyšetření podle svých ordinací.</p> <p>Závěry vyšetření nesmí odporovat indikačním kritériím schváleným výborem ORL a musí obsahovat veškerá běžným způsobem zjistitelná rizika z hlediska předpokládaného výkonu (srdeční vada, hemofilie, hydrocefalus apod.) a požadavky na spolupráci z hlediska časového (posloupnost operací), nebo anatomického (strana neurochirurgického zákroku)</p>	

Tabulka 8 – Metodický postup pro vyšetřování dětí před kochleární implantací. (Betka, Skřivan, Kabelka, Vymlátílová, 2008)

2.4 Kritéria výběru kandidátů pro kochleární implantaci

Kritéria výběru kandidátů pro kochleární implantace byla doporučena implantační komisi Českou společností pro otolaryngologii a chirurgii hlavy a krku J. E. Purkyně a revize z roku 2004 byla schválena výborem této společnosti. Uvedená implantační kritéria pro děti i dospělé byla vypracována v souladu s kritérii implantačních center zemí Evropského společenství a podléhají revizím podle dalšího rozvoje vědeckého poznání.

<p>Obecná pravidla</p>	<p>Doba od požádání o vyšetření uchazečem kochleární implantace (dále jen CI) nebo od doporučení vysílajícím zařízením do stanovení definitivní indikace CI nepřesáhne jeden rok.</p>
	<p>Vyšetření provádějí a o výběru kandidátů CI rozhodují akreditovaná centra kochleárních implantací. Závěr stanoví na základě komplexního posouzení předepsaných vyšetření.</p>

	Implantující centrum vede databázi vyšetřených a implantovaných pacientů, zajišťuje a odpovídá za kompetentnost provedených vyšetření.
	Kritéria podléhají revizi a schválení výboru Společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku.
Všeobecná kritéria pro děti i dospělé	Audiologické podmínky - hluchota („profound deafness“ podle definice WHO) a/nebo těžká nedoslýchavost ⁶
	Tónový audiogram: průměrné ztráty sluchu na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz jsou rovné a vyšší než 80 dB HL.
	Tónový audiogram se sluchadlem: průměrné ztráty sluchu na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz jsou větší než 40 dB HL.
	Sluchadlo s maximálním výkonem na výstupu nejméně 136 SSPL 90 má jen minimální efekt na podstatný rozvoj řeči (tj. skóre nejvíce 40% v rozumění vět z otevřeného souboru, nejvíce 50% v rozumění slov z uzavřeného souboru). Jsou vyzkoušeny alespoň tři typy sluchadel.
	Hodnoty sluchového prahu stanovené metodou SSEP (na frekvencích 0,5 - 4 kHz) nebo metodou BERA (pomocí filtrovaných kliků) jsou větší než 95 dB HL. Vyšetření otoakustických emisí je zpravidla negativní.
	Není interní kontraindikace k provedení operace v celkové anestézii.
	Nejsou známky floridních zánětlivých změn ve středouší.
	Pomocí vyšetření HRCT (výpočetní tomografie s vysokým stupněm rozlišení) je ověřena průchodnost hlemýžďe. U etiologií s vyšší incidencí kochleární obliterace (meningitis, otosklerosa) a při nejasném CT nálezů je nutné provést vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Parciální ani totální obliterace není kontraindikací CI za předpokladu možnosti použití zvláštního typu neuroprotézy („double array“).
	Pomocí promontorní stimulace lze ověřit funkční stav sluchového nervu u stavů, kde lze předpokládat nízký počet přežívajících vláken sluchového nervu (stav po meningitis, délka hluchoty více jak 20 let). U dětí je možné provést toto vyšetření, pokud jsou schopny spolupráce. Případný negativní výsledek promontorního testu u dítěte však není kontraindikací kochleární implantace při pozitivní identifikaci sluchového nervu a průchodného hlemýžďe vyšetřením magnetickou rezonancí.
	Neurologické vyšetření neprokazuje poruchu vyšších etáží sluchové dráhy a CNS, která by znemožňovala využití kochleárního implantátu.
Psychologické vyšetření vylučuje závažné psychopatologické rysy kandidáta. Uchazeč o kochleární implantát by měl mít schopnosti a vlastnosti, které umožní spolehlivé naprogramování řečového procesoru a využití kochleárního implantátu. Výsledky speciálních testů mají posoudit schopnost kandidáta absolvovat rehabilitační program a dobrou prognózu řečového rozvoje. V pubertálním a adolescentním věku, ale i u dospělých, je nutné pečlivě zvážit, zda je kandidát dostatečně motivován k trvalému nošení viditelných částí	

⁶ Nemocní se zbytky sluchu mohou v současné době očekávat u kochleárních implantátů vyšší zisky v rozumění řeči než u konvenčních sluchadel. (Myamoto 1991, Osberger 1991, Fraysse 1998, Manrique 1991, Tomblin 1999)

	implantačního systému.
	Pacient a jeho rodina musí být podrobně informováni o možnostech, omezeních a rizicích kochleární implantace a mají mít realistická očekávání. Souhlasí s povinnými pravidelnými kontrolami a aktivní účastí na pooperační rehabilitaci.
	Dospělý uchazeč musí být sám motivován k operaci. Rodina dětského kandidáta je rozhodnuta vychovávat dítě sluchově-orálním způsobem. Zároveň je ochotná a schopná aktivně se zapojit do dlouhodobé pooperační rehabilitace (zahrnující také pravidelné kontroly) a již před operací s dítětem prokazatelně rodiče tímto způsobem rehabilitovali.
	Rehabilitační péče musí být dobře a předem zajištěna kombinací péče v místě bydliště s vedením a pravidelným sledováním pacienta v CI centru. Rehabilitační péče, včetně kontaktu s logopedem uchazeče, u dětí rovněž s pedagogem v místě bydliště, začíná prokazatelně už v době přípravy uchazeče na operaci.
Výběr dětí	Dítě ohluchlé postlingválně se operuje co nejdříve po ohluchnutí, ne však dříve než za půl roku. V případě jasně prokázané hluchoty po meningitidě lze operovat dříve.
	hluchotou kongenitální nebo ohluchlé prelingválně lze operovat optimálně mezi 2.–4. rokem věku, nejpozději do věku 6 let. U starších dětí je nutné postupovat individuálně a indikaci připustit ve výjimečných případech.
Výběr dospělých	Postlingválně ohluchlí pacienti jsou implantováni co nejdříve po ohluchnutí nebo po stanovení diagnózy hluchoty
	Podmínkou indikace k CI je dobře rozvinutá řeč, vypracovaná schopnost odezírání a orální způsob komunikace.
	Etiologie hluchoty není rozhodující pro indikaci CI. V případě hluchoty postmeningitické se operuje co nejdříve, neboť může dojít k obliteraci hlemýždě.
	Z implantačního programu nelze vyloučit ani pacienty vyššího věku, pokud splňují uvedená implantační kritéria. Délka hluchoty též není rozhodující pro indikaci CI za předpokladu dobré schopnosti odezírání a vybudované srozumitelné řeči.
	Kochleární implantace je indikována i u pacientů s částečným přínosem sluchadel. V tomto případě tzv. bimodální stimulace (sluchadlo + neuroprotéza) prokazatelně zvyšuje skóre rozumění řeči, především v hlučném prostředí.
	Neimplantují se prelingválně neslyšící dospělí, u nichž má kochleární neuroprotéza pouze minimální přínos.
	Kontraindikaci CI představují též všechny stavy s oboustranným nefunkčním sluchovým nervem – pacienti s neurofibromatosou 2 s oboustrannými vestibulárními schwannomy jsou naopak vhodnou indikační skupinou pro kmenovou neuroprotézu (ABI).

Tabulka 9 – Kritéria výběru kandidátů pro kochleární implantace. (Betka, Skřivan, Kabelka, Vymlátílová, 2008)

2.5 Operace, programování řečového procesoru

Jak uvádí Kabelka (2009), pokud základní testy nasvědčují, že by mohlo být dítě vhodným kandidátem kochleární implantace, zároveň jsou pak podnikány další kroky. Základním krokem je zjištění, zda-li je implantace vhodným řešením pro konkrétní dítě (kontraindikací kochleární implantace je nevyvinutí hlemýždě, chybění sluchového nervu). Snahou celého týmu je zkompletovat všechna vyšetření před ukončením půlročního období testování sluchadel.

Vzhledem k tomu, že schopnost vnímat a v mozku zpracovávat sluchové signály je vrozená, platí pro ni totéž co pro vývoj řeči. Flexer, Cole (2007 in Jungwirthová, <http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>, s. 6) uvádí: „...existence kritické periody pro zrání sluchových drah, které pro svůj správný rozvoj potřebují v prvních čtyřech letech života dostatečný přísun sluchových podnětů. Teprve maturace těchto drah a sluchového centra v mozkové kůře umožní správný vývoj sluchu a řeči. Právě z tohoto důvodu je nesmírně důležité co nejčasnější přidělení a denní užívání kvalitních a dobře nastavených sluchadel, neustálá akustická stimulace sluchu dítěte a, pokud to velikost sluchové vady vyžaduje, také optimálně do 6 let věku provedená kochleární implantace.“

Častou otázkou z řad rodičů i odborníků je volba ucha pro kochleární implantaci. Kabelka (2009) uvádí, že volba strany pro implantaci závisí na řadě faktorů jako jsou pravorukost resp. levorukost dítěte, poměr v hlemýždi při zobrazení na HRCT (vysoce rozlišující výpočetní tomografie), opakované záněty ve středouší na jedné straně a následné procesy ve středouší. Rozhodující je také volba rodičů s přihlédnutím na všechny klady i zápory.

Pomocí sluchových vjemů před kochleární implantací posílených ostatními vjemy (zrakovými), učíme dítě vyjadřovat míru slyšení (málo/ příjemné/ moc), která bude zapotřebí především při prvních nastaveních zvukového procesoru. K samotné operaci je nezbytné přivést dítě v co nejlepším zdravotním stavu. Těsně před zákrokem je dítěti vyholena hlava v rozsahu minimálně jedné čtvrtiny. Po nezbytné předoperační přípravě je zahájen samotný zákrok, je uvolněn pohled do středouší a otevřen 1 mm velký otvor do hlemýždě a zaveden svazek elektrod a zafixována vnitřní část. „Po ověření její funkčnosti pomocí tzv. stapediálního reflexu (podráždění sluchového nervu miniaturním elektrickým impulzem

vyvolá reflexní stah drobného svalíčku ve středouší, stah pozorujeme mikroskopem) se uzavře rána a změří se odpověď sluchového nervu na podráždění. Po skončení operace tak máme představu, jak sluchový nerv reaguje na stimulaci pomocí implantátu.“ (Kabelka, 2009, s. 153)

Pobyt na sále trvá necelé tři hodiny s důrazem na strategii jemné chirurgie – tzv. „soft surgery“, která vede k možnosti zachování zbytků sluchu a zabraňující nežádoucím pooperačním pochodům v hlemýždi. „Primárně je však nutno počítat s tím, že na operovaném uchu zbytky sluchu nebudou.“ (Kabelka, 2009, s. 153)

Za 4 – 6 týdnů po operaci je poprvé zapojen a naprogramován řečový procesor pacienta, přičemž programování řečového procesoru je třeba provádět během prvního roku opakovaně asi desetkrát, později po třech měsících, po půl roce a pokud je nastavení procesoru stabilní, stačí provádět kontroly jednou ročně. Cílem je nastavení optimálního rozsahu stimulace jednotlivých elektrod tak, aby vyhovoval individuálním potřebám pacienta. (www.ckid.cz)

2.6 Cíle současného výzkumu, aktuální trendy, připravované projekty, budoucnost

Technologie kochleárních implantátů se neustále zdokonaluje. Výzkumné aktivity se soustředí na přenášení zvukového signálu, zlepšování možnosti uživatelů rozumět řeči v různých poslechových podmínkách, zavedení nové možnosti přenosu zvuku, které zlepšují jeho kvalitu a prodlužují životnost baterií. Výzkumné aktivity se nezaměřují jen na vývoj nových systémů, ale také na zlepšení stávajících systémů tak, aby z nových technologií měli užitek nejen uživatelé budoucí, ale také ti, kteří již implantát používají.

Vedle kvalitativního i kvantitativního rozvoje v oblasti diagnostiky (visual reinforcement audiometry, steady state evoked potentials), vstupují do popředí projekty řešící problematiku tzv. hybridních systémů, bimodálních systémů, bilaterálních systémů a kombinovaných systémů. Pacienti, kteří ohluchli následkem růstu nádoru sluchového nervu nebo operací při jeho odstraňování – pacienti s neurofibromatózou typu 2 (NF2), mají možnost využít implantát do mozkového kmene (ABI = Auditory Brainstem Implant).

Kromě pokroku v oblasti technologií spatřujeme pokrok také ve využití kochleárního implantátu u dětí s kombinovaným postižením. Jak uvádí Potměšil (2004, s. 85): „V minulých

letech se vzhledem k nedostatku zkušeností z oblasti medicíny i speciální pedagogiky neuvažovalo o kandidátech s kombinovaným postižením, dokonce některé kombinace byly považovány přímo za kontraindikace, nyní však považujeme za důležité s odvoláním na pokrok ve zmíněných oborech tuto problematiku otevřít.“ Jak připomíná Vymlátilová (2009), u nás i ve světě jsou stále častěji uživateli kochleárního implantátu děti s kombinovaným postižením, neboť bylo prokázáno, že kochleární implantát u této skupiny osob příznivě ovlivňuje kvalitu života, a to navzdory skutečnosti, že zde probíhá rehabilitace pomaleji a v mnoha případech lze hovořit o tom, že je přínos implantátu výrazně omezený. „Ve většině případů kochleární implantát pouze přiblíží neslyšící dítě s kombinovanou vadou úrovni stejně postiženého slyšícího dítěte, zlepší jeho soběstačnost a zajistí mu lepší přístup ke speciálnímu vzdělávacímu programu.“ (Vymlátilová, 2009, s. 108).

Na schůzi výboru České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP (dne 3. 2. 2011) se výbor vyjádřil k návrhu doc. Kabelky o nutnosti prosazování oboustranné kochleární implantace. Výbor považuje návrh za správný, pokud se bude vycházet z reálné ekonomické situace, aby byla kochleární implantace umožněna co největšímu počtu osob se sluchovým postižením. Nejen z těchto důvodů navrhuje výbor následující formulaci: „Pokud ekonomická situace dovolí, výbor České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku doporučuje v individuálních případech provádět kochleární implantaci bilaterálně.“ (Betka, Kostřica, Vokurka, Chrobok, Kabelka, Rosická, Vydrová, Lejska, Sláma, Dlouhá, 2011)

Jak uvádí CKID, cílem současných projektů je také analýza faktorů, které se podílejí na využití kochleárního implantátu. Výsledky dětí, které byly již implantovány, se porovnávají s faktory, které přínos implantace ovlivňují, a určuje se jejich významnost. Sledován je především kalendářní věk dítěte, perinatální anamnéza, trvání hluchoty, rozumové schopnosti, stupeň rozvoje řeči, rodinné prostředí, očekávání rodičů a blízkých, aktuální způsob komunikace a v neposlední řadě kvalita a dostupnost péče. (www.ckid.cz)

Naše pozornost se, vzhledem ke klíčovým záměrům práce, obrací především směrem k těmto faktorům, které budeme v praktické části práce analyzovat.

3 AKVIZICE JAZYKA OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Kapitola vývoje jazyka s podkapitolami věnovaným problematice využití orální řeči a znakového jazyka u jedinců s kochleárním implantátem je zařazena cíleně vzhledem ke skutečnosti, že předpokládáme postupy zaměřované zejména na zdokonalování funkce sluchového vnímání, které především poskytuje možnost rozvinout řečové schopnosti a orálně podložené komunikační dovednosti. Dalším argumentem k zařazení této kapitoly je skutečnost, že rodiče jsou velmi často na pochybách, který komunikační způsob do komunikace s dítětem zařadit. Odpovíme na často kladené otázky ze strany rodičů i samotných odborníků, kteří často sami neví, jakou rodičům, z hlediska výběru komunikačního systému, poskytnout radu.

Koukolík (2008) uvádí, že vznik jazyka je tak dávné a sporné téma, že v roce 1866 Pařížská lingvistická společnost debaty na toto téma prostě zakázala – jejich jediným výsledkem totiž byli rozběsnění a do krve se hádající akademici. Jinak tomu není v oblasti využití jazyka u osob se sluchovým postižením. Diskuse o používání mluveného jazyka nebo znakového jazyka má tak dlouhou historii, jako je historie vzdělávání osob se sluchovým postižením. Fenomén jazyka je předmětem studia mnoha vědních oborů, mezi které patří například lingvistika, neurolingvistika, psycholingvistika, psychologie a mnoho jiných. Základní přelom v teorii a výzkumu osvojování jazyka u dětí nastal se vznikem psycholingvistiky a vývojové psycholingvistiky v 60. letech minulého století. Jak uvádí Průcha (2011, s. 12): „psycholingvistika přinášela významný pokrok v tom, že propojila teorie, poznatky i metody dvou až vzájemně izolovaných věd, tj. lingvistiky a psychologie.“

Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, jež je schopna vyjádřit představy člověka o světě, o jeho vlastních vnitřních prožitcích a je základním prostředkem lidské komunikace, jehož prostřednictvím si lidé předávají významnou část informací a významně prostupuje mnoha aspekty lidského vývoje, především sociálního, kognitivního a emocionálního. Odlišujeme jazyk jako schopnost ovládat symbolický vyjadřovací systém a jazykovou kompetenci, která dle de Vita (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, s. 13) „...zahrnuje znalost kulturních, interpersonálních a lingvistických náležitostí mluvy v určitých kontextech.“

Přehled tuzemských i zahraničních informačních zdrojů k výzkumu dětské řeči a komunikace velmi přehledně představuje Průcha (2011). Tyto informační zdroje uvádíme

přehledně v příloze této práce. Na tomto místě je však nezbytné upozornit na mnoho tuzemských i zahraničních studií hovořících o dlouhodobých zkušenostech s raným použitím znakového jazyka u kandidátů na kochleární implantaci. Jak připomíná k tématu využití znakového jazyka u adeptů na kochleární implantaci Potměšil (2003, s. 144): „...zajišťuje dítěti kontakt s praktickým jazykem a jazykovým chováním. Vzhledem k tomu, že je založen na vizuálně motorickém modu, dává dítěti možnost využít funkčního smyslu – zraku a plnohodnotně s ohledem na věk a mentální schopnosti se zapojit do funkční komunikace.“ Jak dále autor dodává (tamtéž): „Není snad sporu o tom, že pokud se podaří po implantaci využít nově získaného sluchu pro zavedení dalšího komunikačního způsobu a tím je mluvená řeč, nelze se než radovat z toho, že dítě vládne dvěma funkčními jazyky.“

Pokud si tedy dítě v období kritické periody osvojí na dostatečné úrovni jeden jazyk, nebude mít v budoucnosti velký problém osvojit si jazyk další. Pokud si však neslyšící dítě neosvojí na dostatečné úrovni jazyk žádný, pravděpodobně tím bude do budoucna negativně ovlivněna i schopnost zvládnout mluvenou řeč. (Jungwirthová, 2009)

Pojem akvizice, se kterým budeme v následujících částech operovat, je dle názorů autorů Krashena, Tse a Mc Quillana (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) nutné diferencovat od pojmu učení. Akvizice reprezentuje přirozené osvojování jazyka, zatímco učení představuje formální učení se jazyku pomocí přesně definovaných gramatických pravidel a přesně určených paradigmat. Americkými psycholingvisty je v této souvislosti vymezován pojem bootstrapping jako: „...učení od samého začátku, bez opory o předchozí znalost.“ (Průcha, 2011, s. 27) Lustová (2006 in Průcha, 2011, s. 27) definuje tento pojem jako: „...mechanismus, jímž subjekt zahajuje učení při počáteční absenci znalosti (knowledge); týká se sémantického, syntaktického nebo prozodického mechanismu.“

V rámci raného věku je pozornost odborníků obrácena k širším základům kompetencí, vědomostí a sociálních dovedností, které jsou využívány v pozdějším věku. Nejedná se pouze o okruh dovedností, které souvisí s komunikací a interakcí, ale o celý soubor předpokladů charakterizovaný jako pochopení a orientace v koncepci interpersonálních vztahů. Nenaplnění této širší základny kompetencí může vyústit ve sníženou sociální adaptabilitu, kterou lze dávat mimo jiné do souvislosti s obtížemi s chápáním tzv. prosociálních pojmů (Potměšil, 2007; Romančíková in Lechta, 2010).

Dítě si jazyk osvojuje na základě již vrozených „znalostí o jazyce“. Nebeská ve své práci uvádí, že: „...dítěti je znalost o jazyce vrozena, rodí se s určitým očekáváním, jak bude

jazyk, se kterým se dostává do kontaktu, vypadat.“ (1992, s. 94) Každé dítě se tedy rodí se základními informacemi o jazyce (s nástroji či jistým vybavením), které mu zajistí, aby se naučilo jakémukoliv přirozenému jazyku. Tyto vrozené dispozice mohou být všeobecně nazývané univerzální gramatika. Teorie Chomského hovořící o procesu, jenž se dává do pohybu na základě vrozené schopnosti člověka k tomuto osvojování, je vystihována pojmem „Language Acquisition Device“ – s obvyklou zkratkou LAD, tedy „zařízení pro osvojování jazyka“. LAD – biologická dispozice pro osvojování jazyka, je mentálním programem, s nímž se rodí každé dítě. Člověk se rodí s mentální dispozicí osvojit si kterýkoliv jazyk na světě. Záleží jen na tom, s kterým jazykem se dítě setkává od narození, aby se jeho vrozený program začal aktivovat. Vzhledem k tomu je LAD v některých pracích nazývána také jako univerzální gramatika. (Průcha, 2011)

Kritika vrozené schopnosti LAD a univerzální gramatiky vedla k řadě výzkumů zaměřených na dětskou řeč v různých obdobích věku dětí a v různých jazycích, čímž rozhojnila poznatky o jednotlivých stádiích osvojování jazyka. Ke kritice jednoho předpokladů přispěla manželka Chomského – Carol Chomsky, která provedla důkladnou analýzu osvojování syntaxe u dětí ve věku 5 – 10 let a zjistila, že neplatí názor, podle něž je vývoj gramatických struktur u dětí završen kolem věku šesti let. Bylo prokázáno, že formování gramatiky pokračuje u dětí až do věku devíti let i později (tamtéž), což je v opozici s názorem neurologisty Erika Lenneberga a dalších (viz níže).

Přední světový lingvista Noam Chomsky (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) upozorňuje na fakt, že řeč je dána člověku biologicky, něco jako genetické dědictví, přičemž v této souvislosti zmiňuje přítomnost objektivních podmínek, mezi které patří sluch, intelekt a podnětné prostředí. Novorozenci projevují citlivost vůči zvukům lidské řeči a žvatlající děti nacvičují zvuky, které budou dále potřebovat k mluvení. Děti se učí jazyku pozoruhodně rychle. Za pouhé první čtyři roky jejich života vývoj a rozvoj jejich slovní zásoby dosahuje více než deset tisíc slov, což znamená naučit se denně průměrně sedmi slovům.

Jak uvádí Průcha (2011, s. 27): „...v nativistické teorii se postupně začaly uplatňovat některé pojmy a hypotézy, jež se také staly předmětem diskusí (bootstrapping, Initial State, language instinct). Všechny tyto pojmy jsou spjaty s představou, že osvojování jazyka má základ ve vrozené schopnosti či dokonce v jazykovém genu či jazykovém instinktu.“ Teorie tohoto jazykového instinktu předpokládá, že člověk je vybaven vrozeným instinktem pro „nabývání“ jazyka. Dle Pinkera (1994 in Průcha, 2011) je toto instinktivní osvojování jazyka

založeno geneticky na specifické organizaci neuronových sítí v lidském mozku. Někteří autoři se dokonce přiklání k teorii jazykového genu na základě hypotézy o vrozené schopnosti pro osvojování jazyka.

Čukovskij in Průcha (2011) potvrzuje, že proces ovládnutí řeči se uskutečňuje nejrychlejším tempem od dvou do pěti let, kdy v tomto období probíhá v dětském mozku nejintenzivněji osvojování gramatických vztahů.

Chomsky (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) se ztotožňuje s Konrádem Lorenzem, objevitelem imprintačních (vpečetovacích) období ve vývoji. Uvádí, že když člověk nenabude přirozenou cestou řečových schopností do puberty, nikdy později už tento deficit plnohodnotně nevyváží a nenahradí. Stejný názor na získávání lingvistických schopností zastával i neurolingvista Erik Lenneberg, který uvádí, že rychlý raný vývoj jazykových schopností dítěte kopíruje křivku rychlého nárůstu váhy mozku. Podle něj dítě získá základní lingvistické schopnosti kolem 4. – 5. roku života. Schopnost osvojit si jazyk po pubertě (tedy v době, kdy mozek dosáhne maximální možné velikosti) strmě klesá. (Lenneberg in Love, Webb, 2009) Následující tabulka ukazuje nárůst váhy mozku, která je jedním ze zřejmých ukazatelů neurologického vývoje. (Lowe, Webb, 2009, s. 290)

VĚK	MILNÍK VE VÝVOJI JAZYKA	VÁHA MOZKU V GRAMECH
NAROZENÍ	křik	335g
3 MĚSÍCE	broukání a křik	516 g
6 MĚSÍCŮ	žvatlání	660 g
9 MĚSÍCŮ	vokalizovaný žargon s intonací	750 g
12 MĚSÍCŮ	první slova	925 g
18 MĚSÍCŮ	první pojmenování	1024 g
24 MĚSÍCŮ	tvorba dvouslovných spojení	1064 g

Tabulka 10 – Růst mozku a vývoj jazyka do 2 let

Rozvoj komunikačních kompetencí je, v závislosti na výše uvedených poznatcích, jednou z hlavních prostředků výchovy, vzdělávání a taktéž rozvoje osobnosti dětí se sluchovým postižením.

K propojení jazyka a kultury uveďme, že jedním z názorů (Šedivá, 2006) na postavení osob se sluchovým postižením ve společnosti je přístup etnický, kdy sami sluchově postižení

(případně jejich okolí) vnímají sebe jako etnickou menšinu se všemi atributy, kterými jsou společný jazyk (tj. znakový jazyk), historie, kultura atd. Označují se jako Neslyšící. Velké počáteční písmeno ve slově Neslyšící signalizuje identifikaci s kulturní a jazykovou menšinou Neslyšících a jejími hodnotami, zvyky, tradicemi a jsou hrdí na svou identitu Neslyšícího člověka. K této minoritě se mohou hlásit všichni sluchově postižení bez ohledu na míru sluchových ztrát, ale i slyšící rodinní příslušníci nebo blízcí lidé, kteří jsou schopni komunikovat znakovým jazykem a považují ho za svůj podstatný komunikační systém.

I přes rozšíření znakového jazyka, jehož svébytnost je zpravidla plně respektována, je jedním ze základních systémů komunikace orální řeč. Orální řeč u neslyšících byla, je a pravděpodobně i nadále bude velice diskutovanou problematikou. Důvodem neutuchajících sporů mezi odborníky je hned několik problematických aspektů – snížená kvalita řeči, problémy v obousměrné komunikaci, společenská upotřebitelnost, efektivita vyučovacího procesu založeného na orálním principu atd.

Nový rozměr na danou problematiku nám však dává využití orální komunikace u osob, které mohou velmi intenzivně využít kvalitativního a kvantitativního rozmachu v oblasti medicíny a techniky. V době, kdy lze využít rozvoje v oblasti kochleárních implantátů a další vyspělé technologie, mohou být pro většinu sluchově postižených dětí výrazným přínosem moderně (na rozvoj orální komunikace auditivní cestou) orientované přístupy.

I přes všechna možná negativa ve využití orální komunikace, nacházíme početná pozitiva spočívající v historicky dlouhé a všestranně propracované metodice. Propracovaná metodika je velmi závislá na mnoha faktorech, mezi které bezpochyby patří včasná diagnostika, okamžitá intenzivní lékařská a audiologická péče, včetně výběru vhodných sluchadel či kochleárního implantátu. Tyto faktory budou následně teoreticky i prakticky ověřovány v dalších částech naší práce. Z prezentovaných údajů je tedy zřejmé, že jakmile jsou zajištěny protetické pomůcky, nic nebrání zapojení poslechu do procesu rozvíjení orální komunikace včetně sociálních dovedností.

3.1 Hodnocení komunikace s malým dítětem s těžkou sluchovou vadou

Na základě výzkumu zaměřeného na používání znakového jazyka (Jungwirthová, <http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>) docházíme k závěru,

že používání znakového jazyka s dětmi, které budou pravděpodobně implantovány do 2 let věku je velmi přínosné zejména ze dvou důvodů. Jungwirthová (<http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>, s. 8) uvádí, že: „Dvouleté slyšící dítě toho již spoustu zná a umí. Používá desítky slov, rozumí spíše stovkám. Začíná do řeči vkládat gramatická pravidla. Můžeme si s ním vyprávět, co se dnes událo a co nás čeká zítra- Objevujeme spolu kouzelný svět pohádek. V tomto věku obvykle bojujeme s obdobím vzdoru a možnost vysvětlit pravidla a společně se dobrat kompromisu a dohody nám pomáhá toto období přečkat. To vše nemůže zažít dítě, jehož řečový vývoj zůstává na úrovni nanejvýš ročního batolete.“

Jako druhý důvod uvádí Jungwirthová (<http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>, s. 8 - 9) statistiku: „Ačkoli si všichni rodiče přejí, aby měl kochleární implantát co nejlepší efekt na rozvoj slyšení a mluvené řeči jejich dítěte, ne vždy je realita úplně optimistická. Podle V. Meyera (Centrum kochleárních implantací v Hannoveru, Německo) potřebuje 20 – 25 % německých implantovaných dětí alternativní způsob komunikace. Podle údajů CKID navštěvuje téměř polovina českých dětí s kochleárním implantátem speciální školy pro děti se sluchovým postižením. Zdaleka ne všechny tyto děti mají kombinované postižení. Tyto údaje nám tedy říkají, že ne vše po implantaci musí jít ideálně. Má-li naše dítě osvojený znakový jazyk již před kochleární implantací, bude mít případný pomalejší rozvoj mluvené řeči pro jeho kognitivní a sociální vývoj podstatně menší následky.“

Jungwirthová (tamtéž) potvrzuje, že v žádné jiné oblasti speciální pedagogiky nenajdeme tak rozporuplné názory jako v otázce komunikace neslyšících dětí. Spektrum názorů je velmi široké. Budeme-li hledat odpověď ve vědeckých studiích, najdeme výsledky odpovídající oběma názorovým školám. Existují studie, které prokazují o něco pomalejší vývoj řeči dětí po implantaci v rodinách, kde používali znakový jazyk. Tyto práce však nspecifikují, jak přesně v rodinách s dětmi komunikovali. Jiné studie naopak využívání znaků doporučují a prokazují pozitivní vliv na pozdější osvojení mluvené řeči i u dětí, které slyší dobře, ale mají vývojovou dysfázii.

Zasvěcení odborníci se zpravidla shodují na tom, že v době po nastavení řečového procesoru probíhá komunikace s dítětem stejně jako před implantací s důrazem na auditivně – verbální terapii (viz další kapitola). „Implantované děti s narůstající sluchovou zkušeností velmi rychle překodují znaky do slov a zcela přirozeně začínají postupně preferovat známá

slova před znaky.“ (Jungwirthová, <http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>, s. 16)

Výsledky výše uvedeného výzkumu ukázaly několik modelových situací. V případě, že rodina začíná brzy po zjištění diagnózy používat prvky znakového jazyka, po implantaci se rozvíjí mluvená řeč, současně se dále rozvíjí i znakový jazyk. Jungwirthová (<http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>) uvádí, že toto schéma není obvyklé – setkáváme se s ním pouze u implantovaných dětí z neslyšících rodin, kde jeden z rodičů na dítě především mluví, druhý používá znakový jazyk a společným komunikačním prostředkem mezi rodiči je znakový jazyk.

Druhý model ukazuje situaci ve slyšících rodinách – v tomto případě začne rodina po zjištění diagnózy používat prvky znakového jazyka. Po implantaci se prudce rozvíjí mluvená řeč a význam znakového jazyka se postupně snižuje.

Třetí model je v počátečních situacích stejný jako u předchozích dvou modelů, ale z blíže neurčených příčin je řečový vývoj po implantaci velice pomalý. Dítě se může přesto vyvíjet prostřednictvím znakového jazyka, nedochází k sekundárnímu komunikačnímu, kognitivnímu a sociálnímu opoždění.

Čtvrté schéma, se kterým se autorka (<http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>, s. 19) během výzkumu v okruhu klientských rodin nesešla je následující: „Rodina v období před KI neznakuje a komunikační úroveň dítěte je tím negativně poznamenána. Po implantaci nastává prudký rozvoj mluvené řeči a dítě své kognitivní a sociální opoždění rychle dohání. Podmínkou je implantace v raném věku dítěte.“

Poslední model je dle autorky alarmující. Rodina v období před kochleárních implantací neznakuje a komunikační úroveň dítěte je tím velmi negativně poznamenána. Po implantaci je rozvoj mluvené řeči velice pomalý. Dochází k sekundárnímu kognitivnímu a sociálnímu opoždění dítěte. Velice omezena je také možnost školního vzdělávání, integrace do běžné školy není možná kvůli nedostatečnému rozvoji mluvené řeči. Dítě ale nemá dobře osvojen znakový jazyk, jehož prostřednictvím by se mohlo vzdělávat ve speciální škole pro sluchově postižené. Dlouhodobě setrvává v hluboké sociální izolaci.

3.2 Jednotná měřítka vývoje

Následující podkapitola řeší problematiku „měřítek vývoje“, které v hlavních rysech naznačují typické fáze vývoje poslechu, receptivní a expresivní řeči, schopnosti mluvit, poznávat okolní svět. „Jednotná měřítka vývoje“ byla zpracována Centrem kochleárních implantací u dětí na základě následujících materiálů:

- Škály zachycující rozvoj jazyka v domácím prostředí;
- Škály rozvoje jazyka zaměřená na předškolní období;
- Bzochova receptivně-expresivní škála rozvoje řeči;
- The Early Learning Accomplishment Profile Kit (E-LAP);
- The Learning Accomplishment Profile Revise Edition Kit (LAP-R);
- Rosettiho škála pro kojence a batolata;
- St' Gabriel's program rozvoje jazyka.

Výše uvedená „měřítka vývoje“ (Czech translation of Integrated Scales of Development from Listen Learn and Talk) (viz přílohy této práce) jsou CKID používána a hodnotí šest klíčových oblastí vývoje u dětí od 0 – 48 měsíců:

- Poslech
- Receptivní řeč
- Expresivní řeč
- Mluva
- Poznávací schopnost
- Pragmatická rovina komunikace

Materiál je pouze orientační a má dát především jasný přehled o pokrocích ve výše uvedených šesti klíčových oblastech vývoje.

3.3 Ontogeneze mluvené řeči u osob se sluchovým postižením

Jak uvádí Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005), základním zdrojem informací o jednotlivých etapách vývoje mluvené řeči u osob se sluchovým postižením, jsou nám především interpretace výsledků komparačních výzkumů, které jsou založeny především na identifikaci, deskripci a následnou analýzu rozdílů vybraných komunikačních charakteristik a porovnání se slyšící populací stejné věkové kategorie.

Podle Lechty (2002), je pro většinu dětí s těžkým sluchovým postižením typický omezený, přerušovaný a opožděný vývoj řeči, přičemž charakteristika řečového vývoje se odvíjí od stupně sluchového postižení, věku a dosaženého stadia vývoje řeči před vznikem sluchové vady, případně na přítomnosti dalšího, přidruženého postižení (zrakového, somatického, mentálního, psychického). Dalšími faktory determinujícími řečový vývoj z kvalitativního hlediska, jsou zejména exogenní sociální činitele – podnětnost rodinného prostředí především z hlediska efektivní obousměrné komunikace, dále včasná diagnostika, reedukace a rehabilitace sluchových funkcí. Charakteristické změny ve vývoji řeči lze u dětí s těžkým sluchovým postižením zjišťovat již od hranice 60 dB sluchové ztráty. Těžce sluchově postižené dítě prochází ve vývoji řeči postupně stadiem reflexního křiku, broukání a částečně stadiem pudového žvatlání. Téměř každé sluchově postižené dítě je schopno žvatlat.

V období mezi 17. - 26. týdnem života však dochází k výraznému omezení žvatlání a postupně až k jeho zastavení (Sovák, 1978; Lechta, 1983 a další in Krahulcová, 2003). Právě v této etapě je patrná disproporce mezi řečovým vývojem u intaktních dětí, kdy se naopak žvatlání intenzivně rozvíjí na základě napodobování, a dětí s těžkým sluchovým postižením (Krahulcová, 2003).

S odkazem na pojem rehabilitace v oblasti sluchového postižení považujeme za nezbytné zahrnout osvětlení tohoto pojmu. Jak uvádí Diller (2000, s. 3), „... habilitace zahrnuje rozvíjení a posilování schopností, které dítě ještě nemá. Rehabilitace však znamená obnovení těch schopností, které dítě již má, ale které z celé řady nejrůznějších okolností zůstaly nerozvinuté. Obě dvě je možné aplikovat v případě sluchově postiženého dítěte, u něhož došlo ke sluchovému postižení buď perinatálně či během prvních měsíců života. Zde se zcela jasně jedná o rehabilitaci, tj. obnovu slyšení, např. pomocí lékařského zásahu a poskytnutím (a optimálním nastavením) kompenzačních sluchových pomůcek jako např. sluchadel a kochleárních implantátů, vedoucí k nově nalezené schopnosti slyšet. Dalším důvodem, proč v takovém případě hovoříme o rehabilitaci, je skutečnost, že centrální nervový systém – skutečné sídlo sluchu – je schopen plnit tento úkol v 98 % případů. Sluchově postižené dítě má tedy schopnost slyšet, což je schopnost vlastní centrálnímu nervovému systému a z našeho pedagogického/terapeutického/audiologického hlediska obnovujeme tuto schopnost tím, že dítěti poskytneme sluchadla či kochleární implantáty. Dále pak stavíme na tomto základě a můžeme habilitovat další schopnosti sluchově postiženého dítěte.“

Jak uvádí Švestková, výrazná změna pohledu na rehabilitaci se v České republice zatím v posuzování disability (invalidity) nebere v úvahu. „Při hodnocení funkční schopnosti se vychází z etiologie a morfologicko-funkčních změn na úrovni orgánů, ale funkční diagnostika osobnosti je velmi nedokonalá a prakticky se vůbec nedagnostikuje faktor prostředí. V ČR se vlastně jedná o odškodnění zdravotního postižení a nejde o vyrovnání příležitostí, tedy o stejné (equal) možnosti pro občany zdravé a občany s disability.“ (Švestková in MKF, 2001, s. 11) Následující tabulka znázorňuje tři základní stupně rehabilitace podle MKF⁷.

1. STUPEŇ	Funkce a struktura orgánů
2. STUPEŇ	Projekce do úrovně osobnosti
	Aktivita (hodnocení kapacity) a jejich limity
3. STUPEŇ	Participace (hodnocení výkonu) a faktory prostředí (facilitující, bariérové)
	Dostupnost nejrůznějších pomůcek, zákonodárství, legislativa, postoje spoluobčanů apod.
	Jde o „disabilitní situace“, pro jejich vyřešení jedinec může využívat svoje „zbytkové zdraví“

Tabulka 11 - Rehabilitace podle MKF (Švestková in MKF, 2001).

Lechta (2002) uvádí, že vývoj řeči u dětí s vrozenou hluchotou má odlišnou genezi od řečového vývoje u slyšících dětí, respektive jde o rozdíl mezi spontánním řečovým vývojem u intaktních jedinců a vývojem u sluchově postižených dětí s absencí včasné stimulace, reedukace a rehabilitace ze strany erudovaných odborníků. Těžká sluchová vada determinuje řečový vývoj z hlediska jeho tempa, kvantity i kvality. Při hodnocení ontogeneze řeči u dětí s těžkým sluchovým postižením dominuje věkový faktor. Rovněž předverbální zvukové projevy mohou být typicky deformovány na základě absence zpětné sluchové vazby - křik je obvykle tlumený, žvatlání monotónní. Zjištěné jevy musí být vždy hodnoceny s ohledem na aktuální emocionální stav dítěte. V období nástupu stadia napodobujícího žvatlání, které je výsledkem vědomého zapojení sluchové kontroly, naopak zvukové projevy neslyšícího kojence postupně zanikají. Jak uvádí Eckertová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005),

⁷ MKF je klasifikace vyvinutá Světovou zdravotnickou organizací WHO, která je určená k aplikaci pro různá zdravotní hlediska. Mezinárodní klasifikace obstarává rámec ke kódování širokého okruhu informací, vztahujících se ke zdraví a používá standardní společný jazyk, který umožňuje komunikaci v oblasti zdraví a zdravotní péče po celém světě v různých disciplínách a vědách (MKF, 2001).

rodiče považují vokalizace neslyšících dětí v preverbálním období často za „matoucí“ fázi, především vzhledem k relativně normálnímu průběhu vokalizace dítěte. Rodiče dítěte proto často nemusí pojmout žádné podezření na přítomnost sluchové vady.

U dětí se získanou hluchotou je základním determinujícím faktorem pro vývoj řeči věk, v němž ke ztrátě sluchových funkcí došlo. Cole (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí, že pokud je u dítěte zjištěna těžká sluchová vada ve věku mezi šestým až osmým měsícem, mohou se u něj objevit symptomy nefyziologické fonace, jako je zřídka, náhodná vokalizace, nepřirozená kvalita hlasu a vokalizace poskytující dítěti větší orosenzorickou zpětnou vazbu, omezený repertoár vokalizace či nepřiměřená intenzita hlasu.

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

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

Seeman (in Lechta, 2002) uvádí, že velice záhy po ohluchnutí se v důsledku ztráty sluchové kontroly mění zvuk řeči. Nejdříve se ztrácejí vysoké tóny, později dochází postupně ke změnám artikulace a prozodie řeči vůbec. Úplná, totální hluchota se vyskytuje poměrně vzácně. U těžce sluchově postižených dětí lze pomocí kvalitního digitálního sluchadla a dalších elektroakustických pomůcek maximálně využít veškeré zbytky sluchu a zlepšit práh slyšení i v oblasti vnímání řečových frekvencí.

U dětí s vrozenou těžkou percepční nedoslýchavostí probíhá vývoj řeči obdobně jako u dětí s vrozenou hluchotou. Narušení řečového vývoje u dětí s převodním typem nedoslýchavosti není tak markantní. Vývoj řeči se víceméně blíží řečovému vývoji u intaktních dětí. (Lechta, 2002)

3.4 Narušení orální komunikace v důsledku sluchového postižení

Pro vymezení narušené orální komunikace v důsledku sluchového postižení máme k dispozici skupinu tzv. symptomatických poruch řeči při poruchách a vadách sluchu. Symptomatické poruchy řeči jsou dle Lechty (2002) definovány jako narušená komunikační schopnost doprovázející jiné, dominující postižení, poruchu či onemocnění. Vymezení narušené komunikační schopnosti operuje s nejcitovanější definicí, která hovoří o tom, že komunikační schopnost je narušená tehdy, jestliže některá rovina⁸ či několik rovin najednou jeho jazykových projevů působí interferenčně na jeho komunikační záměr (Lechta, 1990). Nutno však doplnit, jak uvádí Lechta (2003), že za narušenou komunikační schopnost nemůžeme považovat přítomnost interference mezi komunikačním záměrem v případě, že příjemce nebo vysílatel informace nepoužívají stejný kód čili společný jazyk.

V kontextu hodnocení a vymezení narušené orální komunikace je nutné na danou problematiku pohlížet širokospektrálně. V závěru práce uvádíme přílohy vycházející z klasifikace dle MKF - znázorňují aspekty hodnocení vztahující se k hlavním a specifickým rysům komunikace prostřednictvím jazyka, znaků a symbolů, včetně přijímání a vydávání zpráv, vedení konverzace a používání komunikačních pomůcek a technik.

3.4.1 Lexikálně – sémantická rovina

Z kvalitativního hlediska probíhá výstavba pojmů u dětí se sluchovým postižením na jiné bázi než u dětí slyšících - probíhá celkově zdlouhavěji. Zpočátku chápou pojmy buď velmi všeobecně, široce, nebo naopak velmi zúženě. Pozvolna se význam pojmů zpřesňuje (v návaznosti na rozvoj slovní zásoby a větší jazykovou zkušenost). Význam abstraktních pojmů je pro neslyšící mlhavý, což vede k jejich tendenci chápat význam slov názorně. V malé míře používají nadřazené pojmy, které nahrazují pojmy konkrétními. Jussen (in Lechta, 2002) uvádí, že nedoslýchavé děti často znají jen jeden hlavní význam slova a jejich představa o tomto významu bývá nepřesná. V oblasti rozvoje slovní zásoby dosahují lepších výsledků podle Krahulcové (2003) děti, u kterých byla provedena včasná diagnostika a zahájen kvalitní rehabilitační program. Chudá slovní zásoba determinuje oblast recepce čteného textu.

⁸ Narušení se může objevit v kterékoli rovině, ať již foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, či pragmatické.

V kontextu recepce čteného textu upozorňuje Souralová (2006) na fakt, že snaha naučit neslyšící číst s porozuměním se prolíná celým edukačním procesem, neboť čtení představuje alternativní cestu k informacím. Je součástí všech vzdělávacích koncepcí a na recepci psaného textu je založena řada nových informačních technologií (SMS, fax, teletext, skryté titulky, Internet). „Přesto má mnoho neslyšících k četbě velmi negativní vztah, neboť jejich aktuální jazyková kompetence v mluveném jazyce jim neumožňuje vždy správně identifikovat záměr autora textu, protože inventář jazykových prostředků neslyšícího často nekoreluje s jazykovými prostředky užívanými v textu (jak odborném, tak literárním). Přikloníme-li se k názoru, že pro prelingválně neslyšící vyrůstající v neslyšícím prostředí je přirozeným (případně i mateřským) jazykem jazyk znakový, pak pro ně čeština představuje vlastně cizí jazyk a její osvojování může mít podobná pravidla, jako učení se cizímu jazyku u slyšící populace.“ (Souralová, 2006, s. 5)

3.4.2 Foneticko – fonologická rovina

Jak bylo již řečeno, vývoj osvojování si výslovnosti hlásek se u dětí se sluchovým postižením zastavuje v období napodobujícího žvatlání v důsledku absence sluchové kontroly a zvukové stimulace. Spontánní vývoj není možný, u nedoslýchavých je značně omezený. Výslovnost dětí s těžkou poruchou sluchu je velice nápadná. Seeman (in Lechta, 2003) zdůrazňuje, že výslovnost neslyšících dětí je vždy narušená, namáhavá a realizuje se s přehnanou silou.

3.4.3 Morfologicko – syntaktická rovina

V této rovině je pro děti se sluchovým postižením charakteristický dysgramatismus. Jednou z příčin je nekonzistentnost obou jazykových kódů (čeština versus znakový jazyk), u kterých dochází k vzájemné interferenci⁹. Často se vyskytuje nesprávné používání rodů, pádů, časů. Z hlediska morfologie si můžeme v řeči neslyšících všimnout nadměrného výskytu množství podstatných jmen, častého vynechávání sloves a malé frekvence používání příslovcí. Neslyšící děti si často neuvědomují význam morfologické složky - neumí rozlišit slovní druhy, dochází i k nesprávnému chápání a tvoření vět. V syntaktické rovině je

⁹ Čermák popisuje interferenci jako negativní jazykový transfer struktury z mateřského jazyka do jazyka jiného, který se jeví jako (cizinecká) chyba (Čermák, 1997)

charakteristické prosté hromadění slov a typické je také časté používání nadbytečných slov. Opět připomeňme, že důležitými faktory jsou zejména stupeň nedoslýchavosti, věk, kdy k postižení došlo, charakter, včasnost diagnostiky a kochleární implantace.

3.4.4 Pragmatická rovina

Komunikace sluchově postižených je mimořádně nápadná, tudíž znakový jazyk ani orální projev sluchově postiženého jedince málokdy unikne pozornosti intaktní společnosti. Omezené komunikační možnosti působí nejen na rozvoj poznávacích procesů, ale i na sociální kontakty, děti často nechápuou jednání svého okolí a neorientují se v mezilidských vztazích. Nemohou slyšet citové zabarvení řeči svých nejbližších. Dopad, který má hluchota na komunikaci, je často označován za příčinu emočních poruch.

Jak uvádí Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005), na obtíže vyplývající z existence sluchové vady či poruchy¹⁰, je nutno nahlížet nikoliv a priori jako na narušenou komunikační schopnost, ale jako na specifika ovlivňující akvizici orální řeči, která může, ale nemusí vést k omezení v jiných složkách komunikace, tedy i v osvojování jazyka.

Odlišnost komunikačních kompetencí, resp. způsobu komunikace je podle Vágnerové (2004) nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení. Omezení možnosti vnímat a rozlišovat zvukové podněty a chápat jejich význam se projeví potížemi v oblasti osvojení a využití orální řeči. Řeč je prostředkem sociálního kontaktu i zdrojem poznání. Osoby s těžkou sluchovou vadou užívají běžné komunikační prostředky odlišným způsobem nebo používají jiný komunikační systém, který lépe vyhovuje jejich potřebám a možnostem. Z výše uvedených poznatků můžeme usuzovat, že jedinci se sluchovým postižením mají obtíže v dorozumívání s příslušníky majoritní slyšící společnosti a komunikační komplikace bývají i největším subjektivním problémem, který ze sluchové vady vyplývá.

Vytvoření funkčního dorozumívacího prostředku, jehož prostřednictvím lze u jedinců se sluchovým postižením realizovat sociální interakci a je jednou z hlavních priorit edukace sluchově postižených. Hledání vhodného komunikačního systému bylo, je a bude předmětem zájmu i sporů zainteresovaných odborníků.

¹⁰ Termínem vada označujeme stav léčebně neovlivnitelný, ireverzibilní. Pojem porucha vyjadřuje možnost léčebné restituce.

Freeman (1992) nepovažuje u neslyšících dětí za největší problém ztrátu sluchu, ale právě deficit ve vytvoření adekvátního komunikačního systému.

Krahulcová (2003) považuje orální mluvenou řeč za velmi účinnou komunikační formu z hlediska stimulace pojmotvorného procesu, tvorby slovních forem myšlení a zvládnutí psané podoby mateřského jazyka, přičemž rozvíjené dovednosti vztahující se k mluvené řeči, sluchu, nácvičku odezírání musí být diferencovány podle příčin, velikosti sluchových ztrát i schopnosti dítěte.

Jak upozorňuje Suralová (in Renotiérová, Ludíková, 2003), četné snahy o získání náležité jazykové kompetence¹¹ v audioorálním komunikačním systému nemusí být pokaždé úspěšné. Hlavním důvodem, proč se rozvoj mluvené řeči, která je nezbytná pro komunikaci ve slyšící společnosti, nedaří, je skutečnost, že pro její auditivní recepci není sluchově postižený náležitě smyslově vybaven.

Jak dále připomíná Potměšil (2003), o orálním přístupu bychom měli uvažovat primárně spíše jako o filozofii výchovy než o pouhé metodě vzdělávání. Dle autora je tedy třeba přihlížet k celému komplexu vlivů působících na dítě, jeho rodinu a vztahy mezi nimi.

¹¹ Komunikační kompetence tvoří soubor všech znalostí, které umožňují mluvčímu, aby mohl komunikovat v určitém kulturním společenství. Tento soubor nezahrnuje pouze znalost jazyka (tzv. jazykovou kompetenci), ale i znalost toho, jak užívat jazyk v různých komunikačních situacích (Encyklopedický slovník češtiny. 1. vyd. Praha : Lidové noviny, 2002, 604 s. ISBN 80-7106-484-X).

4 AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ PŘÍSTUP

Cílem následující kapitoly není podat vyčerpávající výčet informací o používání orálních metod u nás a ve světě, ale především zaměřit téma orální koncepce vzhledem ke klíčovým oblastem celé práce.

Oblast rozvoje orální komunikace u dětí s kochleárním implantátem vyžaduje týmový přístup, který ctí jedinečnou osobnost každého dítěte, jeho rodiny a jejich očekávání. Odborný tým by měl naslouchat dítěti a jeho rodině stejně jako se učí dítě naslouchat ostatním. Domníváme se, že zahraniční pozitivní zkušenosti auditivně-verbální terapie v oblasti spolupráce rodiny s ostatními členy odborného týmu by nám mohly být inspirací, která by měla být, pokud možno, následována snahou o aplikaci těchto principů v našich podmínkách.

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

V posledních letech jsme měli možnost setkat se s různými novými koncepty nabízejícími konkrétní, mnohdy netradiční, diagnostické, metodické či terapeutické postupy. Moderní přístupy k problematice osob se sluchovým postižením velmi intenzivně využívají kvalitativního a kvantitativního rozmachu medicíny a techniky. V současné době, kdy existují vhodná sluchadla, kochleární implantáty a další vyspělá technologie, mohou být pro většinu sluchově postižených dětí výrazným přínosem moderně orientované přístupy. V poslední době se vžilo třídění těchto přístupů na polysenzorické, mezi které patří reflexivní metoda mateřské řeči a verbotonální metoda a dále pak monosenzorické, mezi něž patří auditivně-verbální přístup.

4.1 Charakteristika auditivně-verbálního přístupu

Rokem 1985 bylo zahájeno tzv. čtvrté sluchové hnutí, které sebou přineslo diskuse o významu slyšení a řečového vývoje. Vývoj v oblasti technických prostředků, včetně kochleárních implantátů, umožnil značná zlepšení v kvantitě i kvalitě slyšení u sluchově postižených jedinců (Diller, 2000).

Hlavní myšlenka auditivně-verbální terapie je založena na využívání, byť jen minimálního množství, zesílených zbytků sluchu. Filozofie tohoto přístupu pracuje s příležitostmi rozvíjet svou schopnost poslouchat a používat verbální komunikaci v rodině a ve společnosti. Můžeme se domnívat, že řada dětí se sluchovým postižením může pomocí auditivně-verbální terapie a vyspělé technologie využít svého sluchového potenciálu a „naučit se mluvit pomocí poslechu“. Nutno dodat, že bez kvalitativního rozvoje v oblasti elektroakustiky by tento princip nemohl být aplikován.

4.2 Principy auditivně-verbální terapie

Odborníci v oblasti auditivně-verbální terapie se řídí několika zásadními principy, které vychází z výše uvedené filozofie tohoto přístupu.

Základním principem tohoto přístupu a zároveň klíčovým momentem v životě dítěte se sluchovým postižením a jeho rodiny je včasná diagnostika (dále viz níže).

Včasné zjištění sluchové vady či poruchy je zásadní především kvůli možnému opoždění v řečovém vývoji dítěte. V případě, že dítě nebude vystaveno dostatečnému množství jazykových stimulů, nebo naopak bude v raném a předškolním věku vystaveno bilingválnímu a bikulturnímu prostředí (Redlich, 2004), hrozí, že si neosvojí žádný jazykový systém, který Macurová (1998) označuje jako bezjazyčí.

V určité fázi vývoje dítěte dozrává centrální nervová soustava a organismus je biologicky připraven na vývoj některé nové funkce. (Strnadová, 1998) Je tedy nezbytně nutné vystihnout správné období pro osvojení si jazykového vzoru. Vývojové období, je označováno jako senzitivní vývojová perioda, která je vhodná pro osvojení si prvního jazyka. V tomto období má dojít k intenzivnímu kontaktu s jakýmkoliv jazykem, aby se v mozku vytvořily potřebné spoje. Pokud však dítě zmešká kritické období pro osvojení si prvních jazykových vzorců, je velmi těžké, ba i nemožné, je plnohodnotně dohnat a nahradit způsobené škody. Podle některých profesionálů to bývá období od 2 - 2,5 roku života, které je nazýváno

gramatickým obdobím, kdy dítě za velmi krátkou dobu učiní obrovský pokrok ve svém jazykovém rozvoji. Bohužel bývá tento proces kompenzačních mechanismů v některých případech narušen nevhodnými umělými zásahy. Dochází tím pádem k vývojovým deformacím a různým funkčním poruchám. Ty mají pak vliv na celou osobnost jedince, přestože by byl umožněn úspěšný rozvoj jedince i přes dané postižení. (Horáková, 2006)

Okamžitá a intenzivní lékařská a audiologická péče, včetně výběru vhodného sluchadla nebo kochleárního implantátu bezprostředně po zjištění sluchového postižení, je další z principů auditivně-verbální terapie. Vedle dalších nezbytně nutných intervenčních postupů je velmi důležitý výběr vhodného sluchadla, které může být ve spojení s auditivně-verbální terapií cennou diagnostickou informací nutnou pro výběr potencionálního kandidáta pro kochleární implantaci. Audiology, kteří jsou součástí týmu auditivně-verbální terapie, byl vypracován návrh protokolu systematické audiologické péče, který doporučují použít pro možnost maximálního využití zbytků sluchu během této terapie. Součástí každého plánu vypracovaného auditivně-verbálním terapeutem by měl být záznam z audiologického vyšetření. (AVI, 1993)

Neméně důležitým principem je poskytovat podporu rodičům dítěte se sluchovým postižením, jakožto základním vzorům rozvoje jazyka dítěte a pomáhat jim uchopit dopad sluchového postižení na celou rodinu. Základním cílem logopedické péče není „slyšet“, ale rozumět. Rodiče by měli zaměřit své výchovné působení na maximální a především harmonický rozvoj svého dítěte. Nezbytnou součástí zde musí být průběžné pozitivní hodnocení i sebemenších úspěchů a přirozený rozvoj individuálních schopností dítěte. Dodejme, že rodiči míníme také širší rodinu včetně prarodičů, kteří v celém procesu hrají taktéž důležitou roli a často jsou základními vzory pro rozvoj poslechu a mluveného jazyka v raném dětství.

Podpora z řad auditivně-verbálních terapeutů či jiných odborníků má především za úkol poskytnout emoční podporu při překonání krize, korigovat stávající pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti, hledat přiměřené perspektivy a přiměřené pozitivní cíle a posílit integritu rodinu.

Dalším principem je integrování poslechu do celého osobnostního rozvoje. Jak uvádí Estabrooks, mezi rozvojem komunikace a dovednostmi nezbytnými k osvojení gramatických pravidel daného jazyka musí existovat rovnováha. Z těchto důvodů je nutné zaměřit se na

zapojení poslechu do celého osobnostního rozvoje, přičemž konečným ideálním cílem je integrovaný člověk využívající poslech doma i ve společnosti. (Estabrooks, 2006)

K podpoře tohoto výše uvedeného principu lze kvalitně dosáhnout prostřednictvím individuální výuky, kdy auditivně-verbální terapie umožňuje dosáhnout maximálního rozvoje dítěte, ale také rodiče, jako základního vzoru. Při sezeních je kladen důraz na sledování vlastního hlasu dítěte a hlasů ostatních za účelem zlepšení srozumitelnosti řečového projevu. Účinné naslouchání svému vlastnímu hlasu připravuje tak dítě se sluchovým postižením na nezávislou verbální komunikaci vyžadující minimální vysvětlování či dokonce vyžadující odezírání. (Estabrooks, Marlowe, 2000)

Auditivně-verbální terapie využívá přirozených vývojových vzorců poslechu, jazyka, řeči, komunikace a poznávání za účelem stimulace přirozené komunikace, přičemž postupuje od detekce přes diskriminaci a identifikaci až porozumění a osvojení si náročných dovedností v oblasti vzdělávání - viz tabulka hierarchie sluchových dovedností. (Estabrooks, Marlowe, 2000)

DETEKCE	Schopnost reagovat na přítomnost či nepřítomnost zvuku. Dítě se učí reagovat na zvuk, věnovat mu pozornost a nereagovat v případě neexistence zvuku.
DISKRIMINACE	Schopnost vnímat podobnosti a rozdíly mezi dvěma nebo třemi řečovými podněty. Dítě se učí rozdílu mezi zvuky.
IDENTIFIKACE	Schopnost dítěte označit to, co slyšelo tím, že to zopakuje, ukáže na to, či to napíše.
POROZUMĚNÍ	Schopnost porozumět smyslu sdělením odpovídáním na otázky, prováděním pokynů, parafrázováním nebo účastí v rozhovoru. Reakce dítěte musí být kvalitativně odlišná od prezentovaného podnětu.

Tabulka 12 – Hierarchie sluchových dovedností

Jak jsme již výše uvedli, nezbytnou součástí celého procesu je kvalitní diagnostika. Stále častěji se prosazuje prolínání procesu diagnostiky s terapeutickým procesem, resp. hovoříme o průběžné diagnostice, která zajišťuje dostatečné množství informací o věkové úrovni a stádiu rozvoje dítěte k tomu, aby mohl být sestaven individuální plán auditivně-verbální terapie, který je následně prodiskutován s rodiči dítěte a v případě potřeby je v průběhu terapií pozměněn. Potřeba respektování zásady týmového přístupu je především v tomto případě zcela nepochybná.

Prudký rozvoj techniky, který se projevil zejména v oblasti kompenzačních pomůcek, není jediným pokrokem. Vedle screeningu sluchu u novorozenců, diagnostiky sluchových vad, kochleární implantace, pokroků v genetice, je to také institucionální vzdělávání sluchově postižených, které nelze v rámci principů auditivně-verbální terapie opomenout. Jak uvádí Schmidtová (in Lechta, 2010, s. 218) „v této oblasti došlo v současnosti k velkým změnám, ať už v oblasti filozofie vzdělávání jako takové nebo v oblasti aplikace výsledků výzkumů... .“ Změny ve způsobu edukace dětí a mládeže využívající nejnovější kompenzační techniky, zvláště kochleárních implantátů, podnítily reakce školské politiky a v neposlední řadě i management škol. (Schmidtová in Lechta, 2010)

Před zahájením edukačního procesu by rodina a jedinec se sluchovým postižením měli dostat všechny nezbytné informace týkající se inkluzivního vzdělávání. Pokud běžná škola nevytvoří patřičné podmínky pro úspěšnou komunikaci/socializaci dětí se sluchovým postižením, bude celý proces inkluzivní edukace neúspěšný. (Romančíková in Lechta, 2010) Je nezbytně důležité, aby pedagog v průběhu výchovy a vzdělávání zohledňoval specifika osobnosti, komunikační schopnosti a systémy jednotlivce, tak, jak jsme je charakterizovali výše. Pro žáky se sluchovým postižením je nutné zajistit vhodné akustické podmínky.

4.3 Auditivně-verbální techniky, strategie, procedury

Během každé auditivně-verbální terapie je využívána kromě výše uvedených principů celá řada technik. Mezi tyto techniky patří například tzv. „akustické zdůrazňování“, které lze popsat jako škálu technik používajících se ke zlepšení „slyšitelnosti“ mluveného sdělení. (Estabrooks, Marlowe, 2000; Datta, Harbor, 2006, 2007; NDCS, 2009)

Proměnná	Nejslyšitelnější	→	Nejméně
Okolní hluk	Nepřítomnost	→	Přítomnost
Vzdálenost od mikrofonu sluch. či KI	Malá	→	Větší
Opakování sdělení	Vyžadováno	→	Prezentováno pouze jednou
Délka promluvy	Krátká	→	Dlouhá
Složitost promluvy	Jednoduchá	→	Složitá
Tempo	Pomalé	→	Individuální
Suprasegmentální prostředky	Řeč s důrazem	→	Jen malý akustický důraz

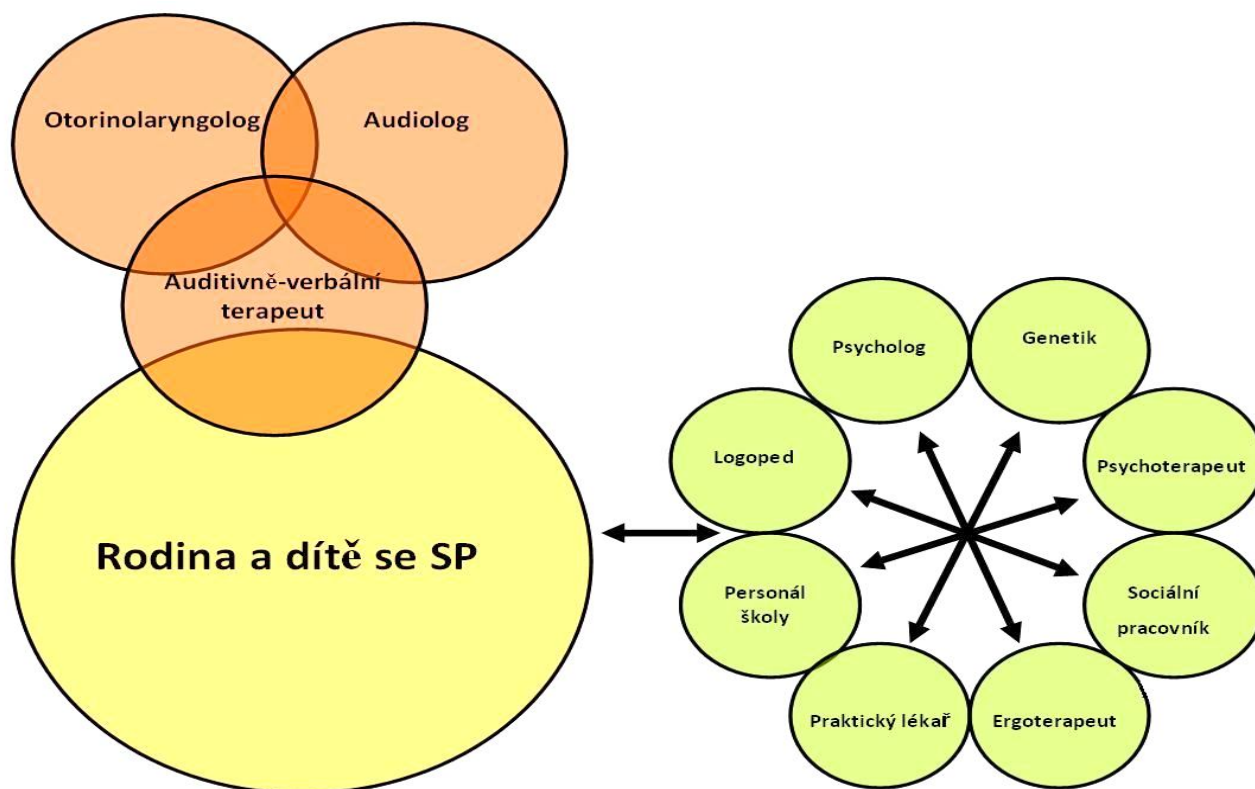
Cílová pozice slova	Konec → Střed → Střed až začátek slova
Soubor	Uzavřený → Otevřený
Obeznamenost s hlasy	Známý → Neznámý

Tabulka 13 – Techniky akustického zdůrazňování

4.4 Auditivně-verbální terapeut

Auditivně-verbálním terapeutem může být surdoped, logoped či audiolog, který se řídí principy tohoto přístupu a má aprobaci auditivně-verbálního terapeuta od organizace AVI (Auditory-Verbal International, Inc.). Auditivně-verbální terapeut je součástí týmu, který sehrává velmi důležitou interaktivní roli v průběhu trvání celé komplexní péče. Níže uvedené schéma (Estabrooks, Marlowe, 2000) popisuje tým odborníků participujících na komplexní péči o rodinu a dítě se sluchovým postižením. Níže uvedený model je používán a dle odborníků (Estabrooks, Marlowe apod.) vysoce funkční.

Schéma 1 - Tým odborníků auditivně-verbální terapie



4.5 Proměnné ovlivňující pokrok a vývoj

Každá rodina a dítě se sluchovým postižením jsou ojedinelí svým stylem života a učením, proto je odlišný i rozvoj jejich komunikace. (Luterman, 1991) Pokrok a výsledky jsou závislé na několika proměnných, mezi které patří:

- věk, ve kterém byla stanovena diagnóza,
- příčina sluchového postižení,
- stupeň sluchového postižení,
- účinnost sluchadel nebo kochleárního implantátu,
- účinnost audiologické péče,
- sluchový potenciál dítěte,
- celkový zdravotní stav dítěte,
- vztahy v rodině,
- míra účasti rodiny v celém procesu terapie,
- dovednosti a schopnosti terapeuta,
- dovednosti a schopnosti rodičů či prarodičů,
- styl, jakým se dítě učí,
- inteligence dítěte. (Estabrooks, Marlowe, 2000)

4.6 Participace rodiny v auditivně-verbální terapii

Mnoho rodičů chce udělat nějaký krok okamžitě - za účelem zmírnění svých obav z toho, že se jejich dítě nenaučí mluvit. Jak bylo řečeno výše, každý rodič má právo na učinění rozhodnutí o komunikačním systému svého dítěte. Bohužel jsou i tato zasvěcená rozhodnutí relativním pojmem a každý si je vykládá po svém. Jak již bylo řečeno výše, odborník v oblasti auditivně-verbální terapie nese odpovědnost za to, aby poskytl rodičům dostatečné množství informací, zkušeností a rad do té míry, aby jim pomohl znovu nabýt pocitu, že jsou v této chvíli nejdůležitějším článkem celého procesu.

Ztotožňujeme se s názorem Vitáskové (2010, s. 262), která uvádí, že k zapojení rodičů do intervence je potřeba - „... především zohlednit skutečnost, že rodič či členové rodiny na rozdíl od logopeda či jiného odborníka zapojeného do tohoto procesu ve většině případů nemá potřebné speciální vzdělání a tedy dostatečné znalosti daného problému v

celé jeho nezbytné šíří a nemůže proto a priori bezprostředně fungovat jako jazykový či řečový „korektor“, supervizor či facilitátor komunikace. Pro adekvátní teoretické i praktické uchopení problému týkající se narušené komunikační schopnosti je ve jejich případě nezbytný specificky zaměřeny a mnohdy opakovaný výcvik, trénink, proškolení doprovázený průběžným monitoringem ze strany odborníka (např. logopeda), což vyžaduje určitý čas, mentální i emocionální úsilí a v posledních letech mnohdy i ekonomické a organizační náklady a výdaje, které nemohou být zanedbatelným přehlíženým faktorem.“

Jak uvádí Estabrooks a Marlowe (2000), klientem auditivně-verbálního přístupu je především rodič. Přístup k rodičům však nemůže být z řad odborníků stereotypní, neboť každé dítě a každý z rodičů, prarodičů, sourozenců a ostatních angažovaných členů domácnosti je originální. Při auditivně-verbální terapii jsou rodiče vedeni k tomu, aby sledovaly terapii, účastnily se jí a trénovaly níže uvedené:

- modelové techniky pro stimulování řeči, jazyka a komunikační činnosti,
- plánovat strategie pro integrace poslechu, řeči, jazyka a komunikace do každodenního života,
- komunikovat jako partneři v průběhu terapie,
- informovat terapeuta o zájmech a schopnostech dítěte,
- interpretovat význam první komunikace dítěte,
- zaznamenávat a prodiskutovávat pokrok dítěte,
- interpretovat krátkodobé a dlouhodobé cíle,
- dosáhnout důvěry v interakci rodič-dítě,
- stát na straně dítěte (Estabrooks, 1994).

Jak bylo řečeno výše, auditivně-verbální terapie podporuje maximální využití sluchu k rozvoji komunikačních kompetencí. Z těchto a mnoha dalších důvodů je nezbytně důležité, aby byla terapie uskutečňována v co možná nejlepších akustických podmínkách. Za ideální akustické prostředí je považováno mnoha faktorů, mezi které patří následující:

- rodič či terapeut sedí na straně „lepšího“ ucha (závislé na pokročilosti terapií),
- mluvení v blízkosti sluchadla a/či kochleárního implantátu,
- minimalizace okolního hluku,
- používání rytmicky bohaté řeči,

- využívání technik akustického zdůrazňování (viz Tabulka - Techniky akustického zdůrazňování) za účelem zlepšení slyšitelnosti mluvené řeči.

Výše uvedené skutečnosti dávají tušit, že týmový přístup o rodinu a dítě s kochleárním implantátem ze strany zasvěcených odborníků je nezbytný pro harmonický rozvoj osobnosti dítěte a jeho rodičů.

5 RODINA A DÍTĚ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

V průběhu dějin se jednotlivci i celá společnost vždy musela vyrovnávat s jedinci lišících se od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Dle Tizla (in Vojtko, 2005) probíhá uvnitř každého jedince a uvnitř společnosti v každé etapě jejího vývoje spor mezi altruismem a egoismem projevující se markantně na vztahu společenské majority nepostižených k minoritě postižených, přičemž nelze říci, že lidský rod volí jako převažující někdy egoistickou jindy altruistickou variantu chování – obě tyto varianty existují vedle sebe, jedná se o konflikt normálního a jinakého (vyjádření normality a normy) a konflikt mezi dobrem a zlem. Autor dále upozorňuje na skutečnost, že jakmile se jen na okamžik přestane v kultivaci vztahu silnějších k slabším, vynoří se vzorce chování, které bychom velice rádi považovali za překonané.

Vztah k lidem, kteří se psychicky, či například fyzicky, odlišují od ostatních, je v určitém smyslu založen ve způsobu vývoje osobnosti člověka, především v sociální podmíněnosti osobnosti. Závislost jedince je, dle Vágnerové a kol. (1999), zvláště výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Výše uvedený kolektiv autorů uvádí, že čím nižší je úroveň, tím více je člověk závislý na své skupině a méně se od ní individuálně odlišuje - tím pádem identifikuje sám sebe především jako příslušníka rodiny, národa a pak teprve jako nezávislé, jedinečné individuum.

Jako příklad postoje společnosti k osobě s postižením uvedme poznatky Matějčka (2001), který uvádí, že obecně přijímané normy přirozeně ovlivňují postoje nejbližších dítěte a dotýkají se ho nejprve nepřímo a zprostředkovaně. Teprve když jedinec vstupuje do společnosti, pociťuje působení těchto obecných norem přímo. Významným činitelem v postojích okolí je jedinec s postižením sám. Jako svébytná osobnost je se svým sociálním prostředím v neustálé sociální interakci a může vzbuzovat například v rodičích či sourozencích mnohé vlastnosti, kterými jsou obětavost, soucit, empatie, altruismus, nebo také může do svého prostředí vnášet nezvyklé nároky (přitahování pozornosti, provokace, buzení lítosti atd).

Právě rodina, která je definována jako: „...společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí...“ je předmětem naší další kapitoly. (Hartl, Hartlová, 2010, s. 504)

Otřes, šok, ohromení z prvotní informace, reakce zoufalství, obranné tendence a postupné přijetí reality jsou fáze prožitků a reakce na ně, jež můžeme pozorovat u rodičů, kterým se narodilo dítě se sluchovým postižením. V této době mají rodiče zpravidla velmi málo informací o vadách a poruchách sluchu, o možnostech kompenzace apod. Podniknout z jejich strany jakýkoliv krok ovlivňující budoucnost jejich dítěte a vyrovnat se s existencí sluchového postižení u dítěte je dlouhodobý a psychicky náročný proces. Proto to zpočátku bývají rodiče, kteří potřebují pomoc. Jak uvádí Vymlátílová (in Říčan, Krejčířová, 1997) jejich pocity a názory je nutné od prvního setkání považovat pro budoucnost dítěte a celé rodiny za stejně významné jako vlastní stanovení diagnózy. Běžnou reakcí po potvrzení diagnózy je vyrovnávání se s pocity vlastního selhání způsobenými rodičovskou potřebou mít zdravé dítě, které v závislosti na svých povahových vlastnostech, životních zkušenostech a schopnostech různě zpracovávají. Vymlátílová (in Říčan, Krejčířová, 1997, 94) uvádí, že „podle některých autorů můžeme emocionální krizi rodičů na diagnózu trvalého postižení srovnat s prožitkem smrti – zemřela pro ně představa normálního dítěte. Někdy ještě i za rok po prvním vyslovení diagnózy nechtějí rodiče připustit, že by dítě neslyšelo.“ Autorka dále doplňuje, že v této době rodiče navštíví řadu odborníků, lidových léčitelů nebo specialistů na akupunkturu.

Sociální prostředí, ve kterém dítě se sluchovým postižením vyrůstá, determinuje nejen kvalitu a kvantitu získaných zkušeností a dovedností, ale především vzájemný citový vztah utvářející se mezi dítětem a ostatními členy rodiny. Neschopnost rodičů vyrovnat se se zdravotním stavem dítěte a jejich následné pocity selhání mají v budoucnu negativní vliv i na emoční a kognitivní vývoj dítěte.

Slyšící rodiče na začátku dlouhé cesty často neví, jak se mají s dítětem nejlépe dorozumívat. Vzniká nebezpečí, že mu budou dávat najevo jeho odlišnost v oblasti řečových nedostatků. Odborníci zdůrazňují potřeby charakterové a volní vlastnosti dítěte, které jsou východiskem pro překonávání obtíží v průběhu osobnostního rozvoje, procesu edukace a v běžných životních situacích. Důležitou roli zde hraje zájem rodiny, citová podpora a společné prožívání radosti z každého úspěchu.

Po objektivním potvrzení diagnózy sluchové vady mají rodiče před sebou několik měsíců nejistoty, jakým směrem se bude kompenzace sluchové vady ubírat – jestli k výběru co nejlepších sluchadel a jejich preciznímu nastavení, nebo k voperování kochleárního implantátu a dlouhodobému nastavování řečové mapy. (Jungwirthová, 2009)

Autorka dále připomíná, že v těchto měsících nejistoty by měl pokračovat rozvoj řeči a komunikace prostřednictvím běžných opakujících se denních situací: „Na těch se může dítě naučit chápat smysl věcí a souvislosti mezi nimi, uvědomí si, že každá činnost má svůj čas a své zařazení v běhu dne a že každá věc má své pojmenování.“ (Jungwirthová, 2009, s. 33)

Role rodičů v období před kochleární implantací není vůbec lehká. Jak uvádí Potměšil (2003), nepominutelným partnerem jsou rodičům speciální pedagogové, kteří se jim pokouší situaci usnadnit. „Vždyť již rozhodovací proces vedoucí k závěru, zda ano, či ne CI, musí být pro rodiče nesmírně stresující a mějme na paměti skutečnost, že rodiče jsou v této době vystaveni často protichůdným informacím a názorům. Na jedné straně se rodič setká s odporem militantní skupiny neslyšících, kteří aplikaci a rozšíření CI považují z negativní a škodlivý zásah do jejich kultury.“ (Potměšil, 2003, s. 144)

Dalším nelehkým úkolem rodičů je rozhodování v oblasti výběru komunikačního systému, který jsme podrobněji popisovali v kapitole „akvizice jazyka“. Roučková (2006) uvádí, že v době, kdy mají rodiče a jejich logoped potřebné množství konkrétních poznatků o schopnostech a možnostech dítěte, bude perspektiva vývoje dítěte mnohem jasnější a rodiče se mohou kompetentně rozhodovat, co bude nejvhodnější a jakým směrem se bude dále pokračovat. Pokud rodiče zvolí orální program, nesmí podcenit význam přirozené gestikulace pro rozumění mluvené řeči. V případě, že se rozhodnou pro znakový jazyk, nesmí zanedbávat sluchová cvičení – jde o celkový harmonický rozvoj dítěte, a ne o potlačení jedné dovednosti na úkor jiné. Výběr rehabilitační metody je vždy nutné posuzovat individuálně vzhledem ke schopnostem a možnostem dítěte a ve vztahu k předpokládanému vývoji.

V souvislosti s některými metodologickými problémy spojené s možností kochleární implantace u dětí musíme brát v úvahu další aspekty, kterým je především skutečnost, že u velmi malých dětí, které se ještě nemohou rozhodovat, se hodnotiteli musí stát rodiče či jiní profesionálové.

Jak uvádí Vysuček – předseda občanského sdružení Pevnost (České centrum znakového jazyka, o.s.) „To, co bych rád rodičům, zejména slyšícím rodičům vzkádal, je toto: vím, že rozhodování o tom, jestli dáte svému dítěti kochleární implantát, je moc těžké. Je proto důležité snažit se o kochleární implantaci získat co nejvíce informací. Je však dobré nehledat jen informace o této operaci samotné, ale pokusit se najít také informace o tom, jak vypadá život Neslyšících lidí.“ (2009, s. 69)

Rodina a další rodinní příslušníci by měli být předem informováni o předpokládaném vývoji po kochleární implantaci i o výchovných přístupech k dítěti. V práci s rodiči se setkáváme na jedné straně s nedostatky ve vzdělávacích záměrech, nedůsledností, přehnanými požadavky, neadekvátním očekáváním a na straně druhé s extrémně ochrannou výchovou či krajním liberalismem. V období po kochleární implantaci je schopnost dítěte slyšet rodinou silně citově prožívána.

Šedivá (2006) zmiňuje další, velmi důležitý úhel pohledu na danou problematiku – neslyšící rodiče. Neslyšící rodiče dětí se sluchovým postižením nemají zpravidla potíže s přijetím sluchového postižení. „Nemají problém v komunikaci s dítětem, rovněž emoční situace je pro dítě příznivá, stejně jako možnost identifikace. Další dobrou okolností je, že u geneticky daných sluchových vad nebývá přítomno zvýšené množství dalších poruch, zejména ADHD.“ (Šedivá, 2006, s. 35)

Pokud to situace umožňuje, do péče o dítě se sluchovým postižením můžeme zapojit i slyšící prarodiče a tím i mnohdy předejít nejistotám při styku s institucemi. „V jednání s některými z nich mají rodiče se sluchovým postižením vlastní zkušenosti (foniatrická oddělení, školy pro jedince se sluchovým postižením), avšak systém péče o sluchově postižené se už může v některých oblastech lišit, a to je třeba jim vysvětlit. Tyto rodiny však často potřebují odbornou pomoc později, ke svým dětem, tak v emancipaci vůči vlastním rodičům, kteří se k nim někdy i v dospělosti chovají jako k dětem a přebírají jejich zodpovědnost.“ (Šedivá, 2006, s. 35)

Matějček (2005) v této souvislosti zdůrazňuje, že přístup k rodičům nemůže být z řad odborníků stereotypní. Dále uvádí: „V úvahu nutno brát samu etiologii nemoci (např. je-li geneticky podmíněna, které orgány postihuje, do jaké míry lze předejít pocitům viny na straně rodičů apod.), dále věk dítěte a ovšem především pravděpodobný průběh a časový rozměr onemocnění. Přitom samo dítě a každý z rodičů, prarodičů, sourozenců a ostatních angažovaných členů domácnosti je originální, jedinečnou osobností, se svou individuální životní historií a individuálním zaměřením do budoucna. Každý rozhovor s nimi je tedy individuálním ochranným a psychoterapeutickým aktem.“ (Matějček, 2005, s. 317) Dle Vymlátílové (in Říčan, Krejčířová, 1997) jsou ve svých postojích k vadě realističtější matky dětí než otcové. „Je tomu tak snad i proto, že ony tráví s dětmi více času a mívají v průběhu i nižší ambice na vzdělání a uplatnění dítěte v životě. Ve způsobu, jakým se rodiče vyrovnávají se skutečností, hraje významnou roli i úroveň jejich vzdělání. Možnosti a životní omezení

neslyšícího dítěte poměrně brzy a přiměřeně berou na vědomí středoškoláci. Rodiče s vysokoškolským vzděláním se hůře smiřují s faktem, že dítě nebude schopno splnit jejich původně vysoká očekávání. Rodiče s nižším vzděláním zase špatně odhadují druhotné následky poruchy sluchu.“ Velkým přínosem do této problematiky je výzkum Potměšila, Hanákové, Urbanovské (2010 – 2011; viz XII. mezinárodní konference) zaměřující se na resilienci a její projevy ve sledovaných rodinách s dítětem s vadou sluchu. Potměšil uvádí, že cílem projektu „bylo popsat faktory ovlivňující rodinnou resilienci a dát tak základ pro pozdější fázi, jejímž cílem bude charakterizovat metody, formy a efektivitu podpory z pohledu speciální pedagogiky s ohledem na aktualizované potřeby rodin s dětmi se sluchovým postižením.“

„Cílovou skupinou byly rodiny s dětmi se sluchovým postižením. Původním záměrem bylo omezit výběr vzorku na oblast Moravy, ale vzhledem k tomu, že se nám podařilo vytvořit vhodné podmínky, zahrnuje výzkum soubor rodin z celé republiky. Celkový počet spolupracujících rodin (většinou matek) byl N= 58.“ (Potměšil, 2011)

Výzkum (tamtéž) ukázal, že: „Stupeň dosaženého vzdělání rodičů dítěte se sluchovým postižením neovlivňuje faktor stability a prosociální prvky v rodině. Vzdělanostní úroveň rodičů nemůžeme ve vztahu k námi zkoumanému vzorku označit jako rozhodující faktor pro stabilitu a přítomnost prosociálních projevů.“

Výsledky výše uvedeného výzkumu dokonce prokázaly, že: „Společné soužití rodičů neovlivňuje faktor stability a prosociální prvky v rodině. Úplnost rodiny nemůžeme ve vztahu k námi zkoumanému vzorku označit jako rozhodující faktor pro stabilitu a přítomnost prosociálních projevů.“

I přes tyto skutečnosti souhlasíme s tvrzením (Vymlátilová in Říčan, Krejčířová, 1997), že narozením postiženého dítěte je často ohrožen i vztah mezi manželi, a to v souvislosti s otázkami týkajícími se původu poruchy, přičemž mohou rodiče trpět pocitem viny, jestliže spatřují příčinu u sebe či ve své rodině, nebo obviňovat partnera a jeho rodinu.

Většinou není v blízkosti rodičů nikdo, kdo by s nimi jejich pocity mohl sdílet, často se psychologická pomoc omezuje jen na několik málo rozhovorů s lékařem.

Vzhledem ke skutečnosti, že v prvních letech života dítěte má klíčové postavení v rehabilitaci sluchového postižení rodina, je nezbytně důležité, aby rodiče vyhledali i pomoc psychologů a psychoterapeutů. Sdílení prožitků je jedním z nejúčinnějších

psychoterapeutických mechanismů, v tomto ohledu hrají nezastupitelnou roli skupiny a organizace rodičů dětí s podobným typem postižením. Dle Říčana a Krejčířové (2007, s. 95) se opakovaně osvědčila forma rodičovských setkání, a to zejména z těchto důvodů:

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

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

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

Narozením postiženého dítěte je velmi často ohrožen i vztah mezi partnery/manželi. Vymlátílová (1997 in Krejčířová, Říčan, 1997) uvádí, že ohrožení vztahu je především v souvislosti s otázkami týkajícími se původu vady. „Rodiče mohou trpět pocity viny, jestliže spatřují příčinu u sebe či ve své rodině, nebo naopak obviňovat partnera a jeho rodinu.“ (Vymlátílová in Krejčířová, Říčan, 2007, s. 94) Jak dále upozorňuje autorka (tamtéž), životem vedle jedince se sluchovým postižením mohou trpět někdy i slyšící sourozenci, neboť péče o ně je odsunuta na vedlejší kolej.

Ze všech výše uvedených důvodů je nutné psychoterapeutická sezení zaměřit především na poskytnutí emoční podpory při překonání krize, korigování stávajících pocitů bezmocnosti a bezvýchodnosti, hledání přiměřené perspektivy a přiměřených pozitivních cílů a v neposlední řadě posílení integrity rodiny. V počátcích těchto sezení se velmi často objevuje stadium hněvu a kritiky, které je zpravidla spojováno s hledáním viníka. Rodiče jsou zpravidla nespokojeni se způsobem, jakým jim bylo sděleno, že jejich dítě neslyší.

V této souvislosti hraje důležitou roli frustrační tolerance neboli hardiness, který lze chápat jako vyjádření stupně odolnosti, a termín resilience (neboli houževnatost a nezdolnost), který můžeme interpretovat jako schopnost odolávat v průběhu času. Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 54): „Celkově jde o komplex protektivních faktorů, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachované duševní rovnováze. Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat všech pozitivních možností, vynakládat úsilí na překonání potíží, spojená s dostatečnou sebedůvěrou v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení.“

Bahbouda (2009, s. 360 in Hartl, Hartlová, 2010) uvádí následující definici resilience (odolnost, resistance, immunity): „... zdatnost, vnitřní síla, pružnost; schopnost vyrovnávat se s životními situacemi společensky přiměřeně, bez patologických reakcí; závisí na: a) vrozených vlastnostech, b) věku – příkladem je malá zranitelnost dětí přetrvávající až do puberty, c) životních zkušenostech, zvláště na nejranějších vztazích rodičů k dítěti – škodlivě působí odmítání, přehnaná péče, ambivalence, d) získaných postojích k sobě – nadměrná aspirace, přehnané sebevědomí, e) současném stavu organismu – např. nemoc; protipólem je zranitelnost, vulnerabilita.“

Vágnerová (2004) připomíná, že frustrační tolerance se u různých lidí nerozvíjí stejným způsobem a z toho hlediska je především klíčové, jak jedinec zátěžové situace hodnotí a interpretuje jejich význam (zda je považuje za ohrožující), jaké emoční reakce tyto situace vyvolávají (zda převažuje úzkost a pocity bezmocnosti nebo pozitivní ladění a důvěra ve zlepšení situace) a zda si dokáže udržet kontrolu nad situací. Dalšími důležitými mezníky ve sféře protektivních faktorů a mechanismů zvládnání zátěžových situací je schopnost aktivizace ve smyslu hledání účelných způsobů jejího řešení, nebo naopak stav paralyzující, vedoucí velmi často k rezignaci, dále schopnost flexibility ve smyslu zapomenutí na nepříjemné zážitky (zda se jedinec dokáže zotavit po traumatické zkušenosti a zbytečně neulpívá na neúčelném způsobu reagování. Odolnost vůči zátěžovým situacím zahrnuje i schopnost využít pozitivních podnětů – např. především schopnosti udržet sociální kontakty a přijmout nabízenou pomoc a schopnost o problému komunikovat. Zmíněná nabízená pomoc je často chápána ve smyslu sociální opory, která může mít charakter podpory rodin, přátel, partnera, širší sociální sítě, pomoci profesionálů. Vágnerová (2004, s. 55) upozorňuje na to, že je důležité: „...aby vůbec nějaká opora tohoto druhu byla k dispozici a aby ji ohrožený jedinec dokázal rozeznat, přijmout a využít. Její chybění bývá jak příčinou, tak následkem různých psychických problémů.“

Míra odolnosti rodičů vůči zátěžovým situacím závisí především na vrozených předpokladech člověka, na jeho dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu. Obranné reakce následující respektující všechna výše uvedená fakta vychází ze dvou základních fylogeneticky starých mechanismů – jsou jimi útok a únik. Cílem obou těchto obranných mechanismů je znovuzískání psychické pohody a rovnováhy. „Útok je aktivní variantou, vyjadřuje tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, anebo se zaměřit na náhradní

objekt. Agrese může být obrácena i vůči sobě samému, může se projevit verbálním sebeobviňováním, v krajním případě až sebevražednými tendencemi.“ (Vágnerová, 2004, s. 56)

Klíčovým momentem v situacích agrese rodičů je dle zkušeností odborníků tolerance k těmto projevům. Tendence k agresi jsou na základě názoru lékařů verbální i fyzické, ale také pozitivní ve smyslu asertivity, tj. schopnosti sebeprosazení, realizace vlastních plánů a uspokojení potřeb v souladu s platnými normami.

Autoři (Matějček, Vágnerová, 2004) se v názoru na obranné reakce shodují v tom, že do této kategorie by bylo možné zařadit i tendence k upoutávání pozornosti, k sebeprosazení odlišným a nápadným chováním či úpravou zevnějšku.

Opačnou variantou řešení vyjadřující tendenci utéct ze situace, která je subjektivně neřešitelná, je únik. Únik může mít podobu faktického úniku, přenesení zodpovědnosti za řešení na jiného člověka, rezignace na uspokojení. (Vágnerová, 2004)

Mareš, Marešová (in Mareš a kol., 2006; Stejskalová, 2010) v rámci osobnostních charakteristik dětského věku zdůrazňují odlišnou interpretaci a subjektivní hodnocení stresorů, které na dítě působí, s čímž souvisí odlišné hodnocení vlastních možností vyrovnání se s nepříznivými životními situacemi – disponují zpravidla omezenější škálou copingových strategií než dospělí. Dalším zásadním aspektem je menší možnost rozhodování o sobě samém, v zásadních otázkách (kochleární implantace) zpravidla za dítě rozhoduje rodič a participace samotného dítěte na rozhodovacím procesu je minimální.

Vágnerová (2004) ke copingu uvádí, že zvládání zátěžové situace, jako vědomé volby určité strategie závisí na hodnocení dané situace i posouzení vlastních možností. „Smyslem copingu je zlepšení celkové bilance, ať už k němu dojde v důsledku změny situace nebo změny postoje, hodnocení a prožívání problémové situace.“ (tamtéž, s. 57)

V kontextu sdělování nepříznivých zpráv je velmi důležité respektovat potřebu odpovídajícího místa. Jak uvádí Michalík (2010, s. 26): „Ať již zprávu sdělujeme pacientovi či jeho rodinným příslušníkům (typicky rodičům dítěte), je nutno respektovat dva aspekty tohoto pravidla. Prvním je prostorové vyjádření této potřeby. Tj., zjednodušeně řečeno, odpovídající prostor umožňující nerušené sdělování, prosté hluku, přiměřeně vybavené vhodným nábytkem (nevhodná je laboratoř plná cizích přístrojů a blikajících monitorů). Naprosto nevhodná je chodba nemocničního zařízení, pokoj lékařů, v němž další pracovníci právě dopisují zprávu z vyšetření apod. Druhým aspektem téhož pravidla je vytvoření místa

pro sdělení v mysli sdělujícího (nejčastěji lékaře). Pacient musí mít pocit (a vezme, že více než co jiného si z dané chvíle bude do budoucna pamatovat právě pocity), že zdravotnický pracovník se mu chce věnovat, že má na něj čas, že sdělení této zprávy pro něj není „houska na krámě, kterou musí prodat“, ale že, při zachování profesionálního odstupu, má pro obsah sdělovaného i pro příjemce vyhrazenou potřebnou dávku empatie.“

Vymlátílová (2003 in Krahulcová (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>)) dále upozorňuje na to, že obvyklými projevy krize jsou deprese, vegetativní symptomy a také výrazně snížená schopnost přijímat a zapamatovat si nové informace. Autorka dále připomíná, že rychlost a kvalitu adaptace člen rodiny na novou a náročnou situaci ovlivňuje velmi výrazně i způsob, jakým byla diagnóza dítěte rodičům sdělena.

Členové týmu, kteří se podílí na komplexní péči, mohou ovlivnit především tyto faktory:

- „Poskytnout citlivý a pravdivý způsob sdělení,
- umožnit přítomnost obou rodičů při rozhovoru,
- zajistit následnou podporu obou rodičů,
- nabídnout přítomnost dítěte,
- demonstrovat lékařův (psychologův, logopedův a dalších členů týmu) postoj k dítěti,
- umožnit opakované rozhovory o dítěti,
- zapojit prarodiče a sourozence do rozhovorů.“ (Vymlátílová, 2003 in <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>)

Tyto faktory budou analyzovány v praktické části této práce.

Na základě teoretických i praktických zkušeností se sdělováním nepříznivých zpráv, probíhají kurzy projektu Unie zaměstnavatelských svazů České republiky „Efektivní komunikace s pacienty, příbuznými a blízkými osobami“ - se zaměřením na komunikaci s osobami se specifickými potřebami, kde je autorka této práce lektorkou. Probíhající kurzy jsou určeny pro zdravotnické pracovníky vybraných zdravotnických zařízení České republiky. Cílem těchto kurzů je zlepšení komunikace s pacienty, jejich příbuznými a dalšími blízkými osobami se specifickými potřebami, včetně komunikace předcházející a umožňující zvládnutí

agrese. Kurz je určen pro zdravotnické pracovníky jiných než lékárenských zdravotnických zařízení a obsahem kurzu jsou zásady komunikace s pacienty se specifickými potřebami, a to:

- s pacienty s tělesným, smyslovým i mentálním postižením
- s pacienty se závažnými onemocněními, včetně sdělování špatných zpráv,
- s dětskými pacienty,
- s pacienty s odlišným kulturním zázemím (transkulturní komunikace).

Kurzy jsou realizovány v období od září 2010 až března 2012, s výjimkou měsíců července, srpna a prosince, a to v pracovních dnech.

Vzdělávání alespoň 280 zdravotnických pracovníků je zajištěno v následujících městech:

Město	Četnost
Praha	2 x
Brno	3 x
Karlovy Vary	1 x
Ostrava	2 x
Jihlava	1 x
České Budějovice	3 x
Ústí nad Labem	2 x

Tabulka 14 - Četnost kurzů efektivní komunikace v období září 2010 - březen 2012

Zdrojem nespokojenosti rodičů jsou však také názorové rozdíly odborníků na způsob výchovy a vzdělávání, včetně výběru orální metody nebo totální komunikace. Nejen z těchto důvodů je třeba rodiče seznámit se všemi způsoby výchovy a vzdělávání, aby si mohli ujasnit přednosti a nedostatky různých přístupů. I přesto, že jsou to rodiče, kteří hrají v konečném rozhodnutí ve volbě např. komunikačního systému tu nejdůležitější roli, musí se od zasvěcených odborníků dozvědět, do jaké míry má jejich dítě pro zvolenou volbu předpoklady. (Vymlátílová in Krejčířová, Říčan, 2007)

5.1 Sourozenci dítěte se sluchovým postižením

Rodiče dítěte se sluchovým postižením se stávají zpravidla v každém případě partnery lékaře při diagnostice, potažmo intervenci, proto je nezbytně důležité jim zajistit značnou míru podpory a pomoci. Jak uvádí Vymlátílová (1997 in Říčan, Krejčířová, 2007, s. 420):

„Potřeby sourozenců postižených dětí jsou v mnohém analogické uvedeným potřebám rodičů, v praxi je však jejich uspokojování dosud věnováno nepoměrně méně pozornosti.“

Podle Vymlátílové (tamtéž) jsou potřeby sourozenců jedince se sluchovým postižením následující:

- informace – co je sourozenci a jak je léčen,
- otevřená komunikace v rodině o problému a o pozitivních i negativních zkušenostech jednotlivých členů rodiny ve vztahu k němu,
- uznání svých silných stránek i potřeb ze strany rodičů,
- potřeba „kvalitního času“ v individuální interakci s rodiči,
- kontakt a opora od ostatních sourozenců a rodin,
- nalezení způsobů, jak se vyrovnávat se stresujícími událostmi – reakce okolí a vrstevníků a postižení bratra/sestry, neočekávaná pláň rodiny, domácí povinnosti atp.

6 TÝMOVÝ PŘÍSTUP K RODINĚ A DÍTĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Téma týmových přístupů, vzájemné kooperace, koordinace a komunikace je velmi aktuální a diskutovanou problematikou, kterou reflektuje mnoho vědních oborů především proto, že závažné důsledky sluchového postižení vyžadují dlouhodobé a komplexní působení z řad odborníků. Intervence u osob se sluchovým postižením není obvykle věcí jediného izolovaného oboru. Čím komplikovanější je komplexní obraz jedince se sluchovým postižením, tím více zpravidla vyžaduje interdisciplinární, resp. transdisciplinární přístup. Krauhlová (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>, s. 4) hovoří o fenoménu, jež představuje „široké kontinuum stupně postižení, instability příznaků sluchové ztráty, velké variability individuálních schopností kompenzovat omezené a deformované akustické informace i vzrůstající variability dalších souběžných postižení jedince. Variabilita znaků je v populaci osob se sluchovým postižením mnohem vyšší nežli variabilita znaků v intaktní populaci.“ Nejen z těchto důvodů vyvolává tento fenomén potřebu vysoce individualizované péče. Krauhlová (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>) dále uvádí, že sluchová vada v závislosti na charakteristikách ontogeneticky interferuje do kognitivních procesů, ovlivňuje parametry individuální (expresivní i impresivní) i sociální komunikace, ovlivňuje edukativní procesy v jejich průběhu i výsledku a má vliv na mnohé další kvality života člověka se sluchovým postižením. Jak uvádí ke kvalitě života Stejskalová (2010, s. 152): „...vědecký zájem odborníků o sféru kvality života je eminentní. Tomu odpovídá poměrně široké spektrum odborných vědeckých publikací. Jeden z klíčových autorů v intencích dané problematiky sám přiznává, že dnes už je těžké obsáhnout všechnu literaturu, která pojednává o kvalitě života. Zadáte-li do různých bibliografických databází klíčové slovo quality of life, počítač Vám nabídne desetitisíce až statisíce prací, v nichž je kvalita života zmíněna nebo se o ní píše podrobněji.“ (Mareš a kol., 2006, s. 6 in Stejskalová, 2010, s. 152) Mareš a kol. (2006 in Stejskalová, 2010) dále uvádí, že pouze relativně malý zlomek těchto publikací věnuje prostor kvalitě života v souvislosti s dětskou populací nebo dospívajícími.

Cílem této části textu není obsáhnout veškeré poznatky vztahující se k dané oblasti, ale vymezit základní pojmy pojící se k tématu, dále pak východiska týmového přístupu a v neposlední řadě nastínit model týmového přístupu v auditivně-verbální terapii, kde je rodič nejdůležitějším článkem participujícím na komplexní péči o dítě. Tento oddíl práce je taktéž spojnicí mezi teoretickou a empirickou částí. Poznatky získané v teoretické části práce

v kapitole týmových přístupů budeme verifikovat v empirické části analýzou dokumentů a poznatky získanými dotazníkem, který byl distribuován odborníkům.

Vzhledem k tomu, že logopedie, která má v procesu intervence o jedince s kochleárním implantátem specifické zastoupení, musí zůstat interdisciplinární, multiprofesionální, kooperativně a integračně orientovanou vědou. (Günter, 1996 in Lechta, 2002) „Přitom je ovšem nevyhnutelné (ostatně v zájmu lidí s NKS) udržovat rovnováhu vlivů jednotlivých souvztažných věd tak, aby žádná z nich v této interdisciplinární (transdisciplinární) konstelaci nepřevažovala, nedominovala.“ (Lechta, 2000 in Lechta, 2002) Jak dále připomíná Grohnfeldt (1989 in Lechta, 2002), v multiprofesionální spolupráci tedy nemá jít o alternativu (buď a nebo), ani o boj o nadřazené postavení, ale zásadně o symbiózu. Z výše uvedených skutečností vyplývá, že vztah zainteresovaných oborů a odborníků v období před kochleární implantací a po ní musí být komplementární.

Lechta (2002) zdůrazňuje holistický přístup, ve kterém je středobodem pozornosti především člověk jako biopsychosociální bytost včetně jejích speciálních potřeb a specifik jejího životního prostředí. Pro potřeby našeho tématu musíme brát v úvahu také emoční ladění rodiny, očekávání a schopnost podílet se na intervenci. V této souvislosti poukazuje Kerekrétiová (2008) na důležitou skutečnost – v centru zájmu a objektem péče není postižení, ale dítě spolu s rodiči, již se problém bytostně týká. „Proto aktivním a rovnocenným členem týmu, kromě odborníků – specialistů poskytujících péči a podílejících se na společném rozhodování, je stejnou mírou i rodina dítěte.“ (Kerekrétiová, 2008, s. 174)

Je nutné brát v potaz, že ani sebelepší odborná pomoc nemůže ovlivnit prožitky rodičů. Jak uvádí Šedivá (2006, s. 34): „Psycholog, učitel, logoped a další odborník by si měl uvědomit, že i když poskytne tu nejlepší podporu, nejkomplexnější informaci a nejfundovanější radu s velkou mírou empatie, zůstávají rodiče na řešení tohoto problému sami. Měl by proto zůstat v nadhledu i v momentech, kdy rodina nedbá dobře míněných rad a nechová se dle odborného názoru ve prospěch dítěte.“ I přesto všechno autorka dále upozorňuje na nezbytné posilování pocitu rodičovských kompetencí při zacházení s dítětem.

Kompletní tým však mají většinou jen větší nebo specializovaná pracoviště (v našem případě CKID a Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem), kde by vzájemná spolupráce a důvěra mezi jednotlivými členy týmu měla být samozřejmostí. Podstatně složitější je sestavení pracovního týmu v místech, kde jsou jednotliví odborníci od sebe vzdálení i v rámci okresu a často se ani osobně neznají. Pokaždé tedy záleží na odborných i

osobních kvalitách každého ze zainteresovaných odborníků. (Škodová, 2003) Ačkoliv tedy mezi odborníky existuje obecný konsenzus o tom, že týmový přístup je v komplexní péči o dítě s kochleárním implantátem nejefektivnější, nerealizuje se týmový přístup všude. Tindlund a Holmefjord (in Kummerová, 2001 a Kerekrétiová, 2008, s. 174) poukazují na to, že: „...multidisciplinární týmová práce, centralizace poskytovaných služeb, kontinuita týmové práce, plánovaná dlouhodobá péče od narození po dospělost, podrobná dokumentace všech zainteresovaných odborníků, interdisciplinární hodnocení, společné vědecké studie a výzkum spolu s dobrým pojišťovacím systémem, je nejefektivnější přístup nejen pro jednotlivé členy týmu, ale zejména pro jejich pacienty.“

Vysoká potřeba definovat a popsat jednotlivé týmové přístupy vychází z potřeby vícedimenzionální analýzy, která je v našich podmínkách známá jako zásada skutečné komplexnosti vyšetření. Jen vícedimenzionální analýza je totiž zárukou skutečné identifikace hloubky problému, a protože bere v úvahu všechny možné dimenze problému, může na minimum zredukovat riziko diagnostického omylu, jenž by hrozil při subjektivistickém posuzování těchto odchylek. (Lechta, 2003) Dle autora v žádném případě neobstojí námitka, že takovýto způsob vyšetřování je časově o odborně náročný.

I přesto, že neobstojí námitka časové náročnosti, i v tomto případě musí být respektován princip časově ekonomický, který obsahuje požadavek určit co nejpřesnější diagnózu a intervenční postupy za optimální čas. Jak uvádí Lechta (2003, s. 26): „Je jen ve zdánlivém protikladu s uvedenou potřebou vícedimenzionální analýzy, protože jenom touto analýzou se lze dopracovat k co nejpřesnější diagnóze za nejpřiměřenější čas a zejména předejít omylům unáhlené, povrchní diagnostiky, jež je pouze zdánlivě rychlá, protože v konečném důsledku může prodlužovat čas potřebný k vyšetření, ale především ke korekci narušené komunikační schopnosti.“

Ve složitějších případech, kterým je proces kochleární implantace, se čím dál více prosazuje prolínání procesu diagnostiky s terapeutickým procesem, resp. průběžnost diagnostiky. V dnešní době je požadována diagnostika, která doprovází celý proces stimulace dítěte. (Lechta, 2003) Z tohoto hlediska může být pro rodiny právě diagnostikovaného dítěte velmi funkční kontakt s jiným rodičem už staršího dítěte se sluchovým postižením, který už má výsledky a zkušenosti v péči o ně. Důležité je také rodičům v počátcích zdůrazňovat, že každá poradenská, vzdělávací, sociální nebo zdravotnická instituce je servis, jehož služby

mohou nebo nemusejí využít, který však nepřebírá zodpovědnost za jejich dítě. (Šedivá, 2006)

Potřeba respektování zásady týmového přístupu je nepochybná. Při určování konečné diagnózy se často vychází ze zjištění většího počtu odborníků v týmových přístupech, které mohou mít nejrůznější charakter z hlediska odborného působení, profesionální skladby týmu, proporcionality působení jednotlivých odborníků a jejich zastoupení. Z časového hlediska pak mohou působit jako uzavřený a stabilní tým nebo také jako otevřený a proměnlivý tým různých pracovníků.

Jak uvádí Kantorová (2007), často jsou zaměňovány pojmy „tým“ a „pracovní skupina“ i přes skutečnost, že od týmu i od pracovní skupiny můžeme očekávat jak odlišné výkony, tak způsob práce. „Pracovní skupina je skupina lidí, kteří jsou spolu spojeni do pracovního celku náplní práce, při níž jsou na sobě závislí pracovní hierarchií nebo cílem práce.“ (Zahrádková in Kantorová, 2007, s. 8)

Kantorová (2007) dále uvádí, že pracovní skupina nemá zvláštní potřebu zlepšovat svůj výkon. Katzenach a Smith (in Kantorová, 2007), kteří tento rozdíl popsali, upozorňují na fakt, že v některých případech je to nezbytné: „Lidé pracují ve skupině, aby mohli sdílet informace, společně se rozhodovat a koordinovat činnost.“ (Kantorová, 2007, s. 8)

V pracovní skupině je kladen důraz na převzetí zodpovědnosti za svou oblast, přičemž se zodpovědnost nesdílí. Oproti tomu skutečný tým je seskupení lidí, kteří směřují ke společnému cíli. Tyto cíle se sdílejí a každý člen je stejně odpovědný jak za výsledky týmu, tak za obecný pracovní přístup týmu. Skutečný tým by se měl skládat z odborníků, jejichž dovednosti se doplňují a kteří jsou zároveň připraveni osvojit si další dovednosti, bude-li o splnění určité cíle vyžadovat. (Kantorová, 2007)

Za určité odchylky považujeme „pseudotým“ - skupinu lidí označovanou jako tým a potencionálně týmem být může, ale v jejich skupině zcela chybí koordinace činnosti či kolektivní zodpovědnost. Další odchylkou je potencionální tým, který má nedostatečně jasné společné cíle a pracovní postupy, které zdůrazňují osobní odpovědnost a brání skutečné koordinaci činností. S dobrým vedením se tudíž může potencionální tým velmi rychle proměnit v tým skutečný a zvýšit tak své výkony, tak aby se stal vysoce výkonným týmem s možností komunikace, koordinace a kooperace.

Štikar a kol. (2003) uvádí, že členové pracovní skupiny nejsou mechanické částičky „pracovní síly“, ale komunikují spolu jakožto lidské bytosti. „Nejen že nemohou jinak, ale ani

není možné jinak zaplnit mezery v popisech práce, nedostatky v organizaci, předvídat všechny poruchy a změny jak na straně technických, tak sociálních subsystémů organizace. To, že na základě formální organizace práce vznikají autentické pracovní skupiny a nikoli mechanické shluky pasivních jedinců, zásadním, a mnohdy nečekaným způsobem mění její objektivní základ. Např. integrované skupiny vysoce kvalifikovaných pracovníků snadno změny technologický postup, komunikují napříč organizační pyramidou, interpretují po svém znění příkazů a pokynů, účinně vzdorují opatřením, která považují za nekvalifikovaná.“ (Štikar a kol., 2003, s. 145)

Interakce, o které hovoří Štikar (2003) může být často velmi intenzivní. Intenzita může být různého druhu – může vyplývat z doby společné přítomnosti na pracovišti, z naléhavosti, či nároků na tvořivé řešení úkolů, z podílu na moci, kterým skupina disponuje, z tlaku vnějších okolností např. v týmu vyjednávačů apod. Skupina zároveň není pouhým „prostředím“ pro svého člena, i přesto, že má zpravidla určitou demografickou kvalitu, profesionální strukturu, míru koheze, intimity, homogenity a stability; je pro něj za určitých podmínek i jakýmsi „nástrojem“. Podle Shawa (1981 in Štikar, 2003) je definičním znakem skupiny interakce jejích členů. „Zdůrazňuje se pocit vzájemnosti – „my“ oproti okolí skupiny, kde jsou „oni“. Pracovní skupina je navíc nositelem a také tvůrcem profesionálních hodnot, norem a očekávání a tedy dotváří a případně doplňuje kvalifikaci svého člena.“ (Štikar, 2003, s. 146)

Účast na práci týmu znamená zpravidla vysokou energetickou, mentální i emocionální investici. Týmy fungují ve všech oblastech lidské činnosti, ale zvláště v týmech zdravotníků byl „identifikován projev, jímž tým, nebo jeho členové reagují na skutečnost, že požadavky na práci neubývají, ale rezervy, zvláště emocionální pro zvládnutí zátěže jsou konečné. Jde o syndrom „burnout“, neboli „vyhoření“. Člen týmu najednou nemůže, nemá sílu, nevidí perspektivu, končí. Jde o zákonitý projev dynamiky týmu, který, pokud by ve své podobě ideálu fungoval po neomezenou dobu, by byl čímsi jako „Sociálním perpetuum mobile“.“ (Štikar, 2003, s. 149)

Tým ve větší míře (než běžná pracovní skupina) kooperuje, je flexibilní, generuje nové myšlenky, efektivně řeší problémy, je spokojenější a loajálnější. Nová kvalita, jíž je tým zdrojem, však neplyne z vnějšího popudu organizace, ale z povahy týmu samotného a je při tom pro cíle organizace relevantní. (Štikar, 2003)

Je nepochybné, že složitost, dynamika a proměnlivost okruhu odborníků je obrovská, proto vznikají stále nové pokusy o to, jak se s těmito problémy vyrovnat. Jedním z nich je snaha o definování multidisciplinárního, interdisciplinárního, transdisciplinárního přístupu a druhým je kontrola dosažených výsledků s původně plánovaným cílem.

Při výzkumu pracovních skupin se objevily závažné teoretické a metodologické otázky. „Je možné se například ptát, do jaké míry jsou problémy skupin nezávislé, či zda se máme také při studiu skupin zabývat individuálními charakteristikami členů skupin a širšími sociálními podmínkami, za nichž skupina rozvíjí svou činnost. Zamyšlení nad takovými otázkami vede k závěru, že z teoretického hlediska není přijatelné studium skupin bez současného zřetele k individuálním charakteristikám a k širším sociálním podmínkám. Je třeba si však uvědomit, že sociálně psychologické laboratorní experimenty jsou umělé a nemusejí odrážet komplex skutečných přirozených podmínek.“ (Štikar, 2003, s. 314)

6.1 Charakteristika týmových přístupů

Výše uvedená multidimenzionálnost problémů vyžaduje týmový přístup. Nackashi, Dedlowová, Dixon-Woodová, Kerekrétiová, Krahulcová a další uvádějí různé modely týmových přístupů, které byly vyvinuty v posledních desetiletích. Základním kritériem posuzování je vzájemná interakce odborníků, způsob a její frekvence realizace, komunikace mezi jednotlivými členy týmu při diagnostice i terapii. Velký význam vzájemné komunikace zdůrazňují např. Valletutti, Christoplos, Moller, Starr, Kerekrétiová atp. – autoři uvádí, že komunikace je základním předpokladem kooperace a stejně tak důležitou úlohu připisují koordinaci.

Kerekrétiová (2008) uvádí, že v minulosti pracovali jednotliví odborníci samostatně a o dítěti měli informace jen z písemných zpráv, a proto nebyli schopni identifikovat společnou oblast zájmu danou potřebami dítěte a rodiny. Zejména nedostatek vědomostí o úloze jiných odborníků tvořil nepřekonatelnou překážku pro účinnou péči o klienta a jeho rodinu – ti byli často ponecháni sami sobě právě kvůli nedostatku vzájemné spolupráce mezi odborníky, kterým chybělo zejména integrované rozhodování, plánování, pomoc a podpora.

6.1.1 Multidisciplinární týmový přístup

O monodisciplinární péči hovoříme tehdy, pokud se klientovi věnuje jeden odborník – specialista. (Kerekrétiová, 2008) Na druhou stranu multidisciplinární týmový přístup spočívá

v samostatné práci každého odborníka, který pracuje nezávisle na ostatních. I přesto, že každý člen multidisciplinárního týmu má svou specifickou úlohu v oblasti intervence, je komunikace mezi jednotlivými odborníky omezená. Negativem vyplývajícím z tohoto přístupu je pro jedince se sluchovým postižením velké množství hodnocení a informací od různých odborníků s absencí vzájemné komunikace, koordinace a kooperace zejména při konečném rozhodnutí např. při volbě komunikačního systému či intervenčního plánu. Tento přístup je často chápán jako model tradiční se svými zápory (Krahulcová, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>; Kerekrétiová, 2008).

Jak uvádí Hanušová a Hellebrandová, (<http://www.viod.cz/editor/assets/download/inter.pdf>, s. 1) k dosažení fungování této spolupráce je potřeba stanovit základní kroky:

- Vytvořit funkční tým osob.
- Zajistit koordinaci tohoto týmu. Interdisciplinární spolupráce by měla fungovat na pevných pravidlech, nejlépe vytvořit písemnou dohodu o spolupráci;
- Zajistit komunikaci mezi všemi členy (pravidelné schůzky apod.);
- Znat znalosti kompetencí a možností ostatních pracovníků týmu;
- Znalost prostředí (zmapování regionu – zmapování zařízení apod.);
- Jasně definovat možnosti spolupráce, cíle, role apod.;
- Zajistit další vzdělávání pracovníků;
- Vytvořit manuály pro interdisciplinární spolupráci;
- Vypracovat vzorový postup spolupráce;
- Zajistit klientovi vhodnou péči - materiální, zdravotnickou, psychologickou, sociální a právní pomoc.

6.1.2 Interdisciplinární týmový přístup

Moderním přístupem nejen v oblasti péče o jedince se sluchovým postižením je interdisciplinární týmový přístup, který je napovrch podobný modelu multidisciplinárnímu, neboť jednotliví odborníci zajišťují u klientů intervenci. Interdisciplinární přístup se však na rozdíl od multidisciplinárního přístupu vyznačuje vzájemnou komunikací, koordinací a kooperací zajišťující komplexnost a longitudinálnost péče o jedince se sluchovým postižením.

„V tomto týmovém přístupu jednotliví odborníci hodnotí, diagnostikují na vlastním pracovišti, nezávisle na jiných členech týmu. Pravidelně se setkávají při plánování

jednotlivých vyšetření, informují se vzájemně o výsledcích, doporučeních pro další intervenční plán a společně připravují zprávu, která obsahuje diagnostické závěry a doporučení jednotlivých odborníků. V tomto přístupu je přítomen vyšší stupeň interakce mezi členy týmu, který vede k jednotnému intervenčnímu plánu a jeho realizaci. Tento model zabezpečuje spolupráci, interakci, komunikaci a kooperaci mezi různými specialisty, kteří participují na komplexní péči. Při vyšetřování mohou, ale nemusí být nutně spolu. Podstatné však je, že společně plánují intervenční postup. Ten se vytvoří až při setkání členů týmu, kdy proberou své diagnostické nálezy, zjištění, nové poznatky, pozorování a doporučení. Konečný plán péče se vypracuje na základě doporučení všech odborníků.“ (Kerekrétiová, 2008, s. 176)

6.1.3 Transdisciplinární týmový přístup

V případě, že jednotliví členové týmu jsou seznamováni s intervenčními postupy jiných odborníků, hovoříme o týmovém přístupu transdisciplinárním. Tento přístup je považován za nejmodernější a v oblasti péče o osoby s kochleárním implantátem za nejprogresivnější. Jak uvádí Kerekrétiová (2008), transdisciplinární tým tvoří členové, kteří velmi dobře znají problematiku jiných oborů, s jejichž představiteli spolupracují. „Jejich intervenční postupy vzájemně souvisejí a doplňují se v celkové péči o pacienty. Ačkoli i zde jsou vymezeny kompetence jednotlivých odborníků, právě různost úhlů pohledu umožňuje celkové komplexní postižení problému i úloh z něho vyplývajících. Z toho ve vysoké míře a v konečném důsledku profitují pacienti, jimiž je taková péče poskytována.“ (Kummerová, 2001 in Kerekrétiová, 2008, s. 176)

Autorka dále uvádí, že v úloze koordinátora vystupuje jeden nebo dva členové týmu, kteří v rozhovoru s klientem a rodiči zjistí speciální potřeby, závažné problémy, změny za poslední období, s nimiž seznámí všechny členy týmu ještě před realizovaným setkáním. „Každý odborník je zodpovědný za své vyšetření, s jehož výsledky seznámí všechny členy týmu (možnost otevření diskuse). Po vzájemné dohodě koordinátor seznámí celý tým i rodiče s konečnými výsledky vyšetření, dalším terapeutickým postupem a časovým plánem i doporučeními ve verbální, ale i písemné podobě formou závěrečné zprávy.“ (Kerekrétiová, 2008, s. 176) Ideální spolupráce v rámci transdisciplinárního týmového přístupu ústí nejen do rozšíření poznatků členů týmu z jednotlivých participujících oborů, ale pomáhá sjednotit a koordinovat celkovou komplexní péči s ohledem na specifické potřeby každého dítěte a

v konečném důsledku to znamená poskytnutí nejefektivnější předimplantační i poimplantační péče. (srov. Kerekrétiová, 2008) Zároveň však vznikají zcela nové nároky na komunikaci – úzká spolupráce v rámci transdisciplinárního týmu se tak stává nezbytnou podmínkou úspěchu. Schůzka takového týmu je nenahraditelnou příležitostí k tomu, aby se specifické pohledy jednotlivých odborností mohly v jednu chvíli protnout v jednom bodě, a tím je konkrétní klient a jeho rodina.

Vedle typů týmových přístupů, můžeme působení týmu lze vymezit vertikálně i horizontálně. Dělení je znázorněno přehledně v následující tabulce.

	Cíl	Odborníci
Vertikální hledisko	Prevence, časná diagnostika, screening sluchových vad	<ul style="list-style-type: none"> • teratolog – perinatolog • pediatr – neonatolog • pediatr – praktický lékař
	Rané intervenční programy	<ul style="list-style-type: none"> • sociální pracovník • speciální pedagog • klinický logoped • klinický a školní psycholog • audiolog • neurolog • pedopsychiatr
	Přípravné programy pro kandidáty kochleárních implantací	<ul style="list-style-type: none"> • pediatr • foniatr • otolaryngolog • klinický psycholog • audiolog • klinický logoped • speciální pedagog
	Tým zajišťující kochleární implantace	<ul style="list-style-type: none"> • chirurg • audiolog • otolaryngolog • foniatr • neurolog • rentgenolog • anesteziolog • audiologická sestra • klinický inženýr • klinický psycholog • klinický logoped • sociální pracovník • speciální pedagog <p><i>(odborníci se podílejí na implantaci, rehabilitaci sluchové funkce, kognitivních procesů a řeči, edukaci v podmínkách škol běžného typu, nebo</i></p>

		<i>„speciálních škol“, na osobnostním, výkonovém a profesním poradenství)</i>
	Edukace v průběhu předškolní a školní výchovy	<ul style="list-style-type: none"> • učitel běžné školy • učitel školy pro sluchově postižené • speciální pedagog – poradenský pracovník • výchovný poradce školy • klinický logoped • školní logoped • klinický psycholog • školní psycholog • pediatr • foniatr
Horizontální hledisko	Odborníci k řešení specifických individuálních potřeb dětí se sluchovým postižením a jejich rodin	<ul style="list-style-type: none"> • fyzioterapeut • arteterapeut • psychoterapeut • ergoterapeut • muzikoterapeut • zooterapeut atd.

Tabulka 15 - Vertikální a horizontální hledisko týmového přístupu (Krahulcová, 2003).

6.1.4 „Arena-style approach“

Kerekrétiová (2008) uvádí, že rozšířením transdisciplinárního přístupu je přístup zvaný „Arena-style approach“ (více Wolery, Dyk, Bzoch). Tito autoři (in Kerekrétiová, 2008) uvádí, že tento přístup nepovažuje členy týmu jen za pasivní pozorovatele, ale za aktivní účastníky společné diagnostiky. Facilitátor dle těchto autorů (in Kerekrétiová, 2008) naváže kontakt s dítětem a začne ho vyšetřovat v přítomnosti celého týmu, přičemž jednotliví členové týmu mohou vstupovat do interakce s dítětem na různé úrovni a v různém stupni a míře. Tento přístup je výhodný v tom, že redukuje přímou práci s dítětem a zabraňuje opakování úloh a otázek. Úzká spolupráce jednotlivých specialistů se výrazně projeví na kvalitě poskytování intervence.

Je nepochybné, že je nutné znát zásady správného výběru lidí do pracovního týmu a mít přehled o všech potencionálních členech týmu – ty se mají vzájemně doplňovat, aby každý z nich měl možnost a prostor uplatnit a rozvíjet své silné stránky. „Dobrou pomůckou při sestavování pracovních týmů může být Belbinova typologie týmových rolí (viz Hunningher, E., 1998). Ta představuje přehled různých typů chování, jejich vzájemná souhra by měla zaručit „hladký“ chod týmové práce.“ (Kantorová, 2007, s. 10) Za klíčové v kontextu našeho tématu považujeme schopnost odborníků se vzájemně doplňovat, vycházet si vstříc,

včetně dobrých výsledků v dané oblasti. Jak uvádí Kantorová (2007, s. 10): „Paradoxem je, že ani zastoupení všech rolí nezaručí automaticky dobré výsledky a optimální spolupráci uvnitř týmu. Lidé mají své potřeby, zájmy a motivy, které mohou být v protikladu vůči ostatním členům týmu.“

Nutnost porozumět psychologii jednotlivců, týmu a východiskům týmové spolupráce je prvořadou záležitostí, která prochází stále rychlejšími a hlubšími změnami. Struktura společnosti se radikálně mění a odborníci v týmu pečující o dítě s kochleárním implantátem a jeho rodinu mají mnohem větší autonomii, povinnosti a odpovědnost. Organizace omezují centrální řízení a usilují o zplnomocnění jednotlivých zaměstnanců (Hayes označuje toto zplnomocnění jako empowerment). Zaměstnanci vytvářejí týmy, ve kterých je často zastoupeno několik funkcí a jejichž organizujícím prvkem je spíše projekt, než hierarchická struktura. V plné síle zažíváme v dnešní době zároveň dopad informačních technologií se všemi kladnými i zápornými důsledky, které to má pro povahu práce a reakce těch, kteří ji vykonávají.

„Snad víc než kdy dřív, jsou analýza a porozumění pracovní zkušenosti z psychologického hlediska nutné pro úspěšné skloubení pracovního úspěchu a kvality života. To druhé je však až příliš často opomíjeno ve snaze vytvořit konkurenční, na výkon či na zákazníka zaměřenou organizační kulturu.“ (Hayes, 2005, s. 16) Jedním z nejdůležitějších východisek zkoumání týmového přístupu byla skutečnost, že jednou z široce uznávaných potřeb posledních dvou století je větší důraz na inovaci, a ne jen reakce na různé tlaky. Psychologický výzkum a teorie však naznačují, že inovace se mnohem spíše objevují tam, kde se jedinci cítí dostatečně v bezpečí k tomu, aby podstoupili nutné riziko, a kde systém odměn podporuje experimentování a průzkum, v minulém století tak zanedbávané. Psychologie týmové spolupráce čelí velké výzvě – pomoci organizacím naplnit potenciál svých pracovních sil tak, aby se vzájemně obohacovaly.

6.2 Východisko týmového přístupu – genetické poradenství

Dle Centra lékařské genetiky a reprodukční medicíny má vrozená nebo časně získaná hluchota incidenci přibližně 1:1000 živě narozených dětí a více než 60% je způsobena genetickými poruchami a 40% exogenními vlivy. Ze statistik vyplývá, že v České republice se ročně narodí 100 – 120 dětí se závažnou poruchou sluchu, z nichž je 60 - 70 neslyšících

následkem genetické poruchy (<http://www.gennet.cz/vysetreni-gjb2-genu-connexin-26--1404036276.html>).

Světová zdravotnická organizace (WHO in Krahulcová, <http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>, s. 6) definuje prenatální diagnostiku jako: „Všechny prenatální aktivity, které mají za cíl diagnostiku vrozených vad, za které jsou považovány veškeré anomálie na morfológické, strukturální, funkční nebo na molekulární úrovni přítomné za porodu (i když se mohou manifestovat později), vnitřní nebo vnější, familiární nebo sporadicky se vyskytující, zděděné nebo jiné, vyskytující se jednotlivě nebo mnohočetně.“

Jak uvádí Krahulcová (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>), smyslem prenatální diagnostiky je konzultace rodičovského páru o možném riziku výskytu sluchové vady, která má genetický podklad a poskytnutí co nejkompexnějšího obrazu rizik pro vývoj jejich dítěte. Dalším důležitým úkolem je zbavit rodičovský pár neopodstatněných obav souvisejících s reprodukcí a poskytnout možnost aktivního plánování těhotenství párům s rizikem narození dítěte s vrozenou vadou.

Vrozené sluchové vady dědičné a získané jsou znázorněny v následujících tabulkách (viz níže).

AUTOZOMÁLNÍ DOMINANTNÍ DĚDIČNOST	<i>V každé generaci jsou postižení jedinci jak mužského, tak i ženského pohlaví stejnou měrou a zároveň mají obvykle jednu normální a jednu abnormální kopii genu. Jejich potomci mají 50% pravděpodobnost zdědění abnormální alely</i>	SYNDROM TREACHERŮV- COLLINSŮV	deformace boltců, zevního zvukovodu a středouší, z toho rezultující převodní hypacusis, kolobom dolního víčka, vtlačené lícní kosti. Oboustranná převodní nedoslýchavost se vyskytuje u poloviny jedinců.
		BRANCHIO- OTO-RENÁLNÍ SYNDROM	Branchiální rozštěpy, píštěle, cysty, preaurikulární jizvy, porucha sluchu a anomálie ledvin. Pokud se u těchto pacientů vyskytne postižení sluchu, pak se jedná o

			nedoslýchavost převodní, percepční nebo smíšenou.
		NEUROFIBROMATOSIS TYP 2	oboustranně neurinom n. acustici, projevy začínají mezi 15. a 30. rokem věku – progresivní porucha sluchu (jednostranná nebo oboustranná), porucha vestibulární a poškození vizu.
AUTOZOMÁLNÍ RECESIVNÍ DĚDIČNOST SYNDROMOVÁ	<i>Příznaky jsou vyjádřeny pouze tehdy, pokud má genotyp dvě kopie defektních genů. Rodiče jsou nositeli dvou stejných abnormálních alel, proband zdědí dvě abnormální alely, proband tedy má danou vadu, jeho rodiče nikoliv.</i>	USCHERŮV SYNDROM	hypacusis perceptiva a retinopatia pigmentosa. Typy: těžká percepční vada sluchu, vestibulární porucha, retinální degenerace; středně těžká – těžká hypakuze, později vznikající retinální degenerace; progredující sluchová vada, retinální degenerace vzniká v průběhu života
AUTOZOMÁLNÍ RECESIVNÍ DĚDIČNOST NESYNDROMOVÁ		ALPORTŮV SYNDROM	progresivní oboustranná percepční nedoslýchavost, nefritida. Osoby mužského pohlaví jsou postiženy výrazněji v důsledku přítomnosti alel v X-chromozomech na rozdíl od dívek, které mají jednu kopii genu normální. V průběhu života však dominuje postižení ledvin, jež selhávají

Tabulka 16 - Vrozené sluchové vady dědičné (Hahn, 2007, s. 353).

RIZIKA PRENATÁLNÍ	RIZIKA PERINATÁLNÍ	RIZIKA POSTNATÁLNÍ A KOJENECKÁ
kongenitální hereditární vady, rubeola, CMV, syfilitida, ototoxické látky, drogy, alkoholismus, systémová onemocnění, DM, AIDS, ozáření, toxoplazmoza, Rh-inkompatibilita	hypoxie, porodní trauma	hypoxie, infekce, ototoxické látky, fetální erythroblastóza, parotitida, morbilli otitis media, hluk, meningitida, encefalitida, úraz hlavy

Tabulka 17 - Vrozené sluchové vady získané (Hahn, 2007, s. 354).

6.3 Východisko týmového přístupu - pediatriká péče

Krahulcová uvádí, že: „Pediater - neonatolog zahajuje svou péči o novorozence zejména v případě již diagnostikovaného postižení dítěte v průběhu těhotenství, v případě

rizikového novorozence, nebo rané nemocnosti novorozence. Pediatr neonatolog v diagnostikovaném případě je nejčastěji první osobou, s níž matka po porodu přichází do kontaktu již na novorozeneckém oddělení a seznámí ji se zdravotním stavem dítěte. Jeho péče je zaměřena na dosažení optimálního zdravotního stavu novorozence v případě potřeby kooperuje s neurologem, foniatrem a dalšími lékaři a odborníky. Pediatr neonatolog edukací matky zajišťuje dítěti se sluchovým postižením eventuelně postižené syndromem, zdravý životní režim, prevenci infekčních onemocnění, zejména zánětů horních cest dýchacích k nimž jsou tyto děti zvláště náchylné.“ (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>, s. 9)

Jak dále autorka uvádí, praktický lékař provádí dlouhodobou péči zdravotního stavu jedinců se sluchovým postižením, participuje na dosažení optimálního zdravotního stavu zejména v období přípravy dítěte na kochleární implantaci. Dále by měl provádět dle standardů pediatrické audiologie komplexní prohlídky dítěte, včetně vyšetřování aktuálního stavu sluchové funkce, dále sleduje a hodnotí psychomotorický vývoj dítěte. Nutná je v případě sluchového postižení kooperuje s ORL lékařem, audiologem nebo foniatrem, v indikovaných případech také doporučuje psychologické vyšetření a logopedickou péči.

Krahulcová v neposlední řadě uvádí, že „zásady preventivní péče, obsah pravidelných vyšetření sluchu a časové rozmezí preventivních prohlídek jsou stanoveny v různých zemích velmi podobně. V České republice je to stanoveno taxativně vyhláškou č. 56/1997 Sb. takto: orientační vyšetření sluchu ve čtyřech až pěti měsících věku, dále v osmi měsících a ve třech letech vyšetření řeči, hlasu a sluchu. Totéž pediatr provádí v pěti letech dítěte, kdykoliv na podnět rodičů nebo při změně chování a reakcí či po nemoci, jež by mohla vést ke snížení výkonu sluchové funkce.“ (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf> s. 9)

6.4 Východisko týmového spolupráce - novorozenecký screening sluchu

Jak uvádí Kabelka (2011), během 10. kongresu EFAS ve Varšavě týkajícího se screeningu sluchu školních dětí, bylo vypracováno konsensuální prohlášení. Přítomni byli odborníci mnoha oborů - audiologie, otolaryngologie, logopedie a biomedicínského inženýrství. Následující body pochází z návrhu evropského konsensu týkající se screeningu sluchu předškolních a školních dětí.

1. Ve většině evropských zemích jsou dobře zavedeny efektivní programy novorozeneckého screeningu sluchu (Lutman, Grandori, 1999 in Kabelka, 2011). Ovšem ne všechny sluchové poruchy dětí mohou být zjištěny po narození.

2. Prevalence sluchové poruchy se zvyšuje s věkem a zahrnuje převodní sluchovou ztrátu, sensorineurální sluchovou ztrátu a poruchy zpracování zvukové informace. Děti s převodní sluchovou poruchou mohou mít vrozené nebo získané vady oblasti středouší. Některé patologické stavy středouší, jako lehké středoušní anomálie s nevýraznou sluchovou ztrátou a sekretorická otitida jsou obvykle záluďné a rodiče nebo pečovatelé si jich nemusí všimnout. Sensorineurální sluchová porucha může vzniknout při poruše vnitřního ucha, nebo porušení sluchového nervu. Známé příčiny sensorineurální sluchové ztráty v dětství zahrnují virové a bakteriální infekce, ototoxické látky a traumata při úrazu hlavy, nebo vystavení nadměrnému hluku. Některé dědičné sluchové poruchy, nebo vrozené anomálie se manifestují při narození dítěte. Vážný zdravotní problém u dětí ovšem vytváří i poškození sluchu hlukem. (Niskar, Kieszak, Holmes, Esteban, Rubin, Broody, 2001 in Kabelka, 2011) Poruchy zpracování zvukové informace které vidíme u dětí mohou být důsledkem neuromorfologických poruch, opožděného vyzrávání centrálního auditorního nervového systému a postižení neurologického. (Chermak, Musiek, 1997 in Kabelka, 2011)

3. Existují solidní důkazy, že neléčená sluchová ztráta > 20 dB může mít negativní vliv na rozvoj řeči, jazyka a kognitivních schopností a následně na výši dosaženého vzdělání. Navíc studie jasně ukazují, že školní děti s lehkou sluchovou poruchou, které se jeví v každodenních situacích normálně, jsou ohroženy problémy v oblasti vzdělávání, sociální a chování. (např. Crandell in Kabelka, 2011) To znamená, že zachycení sluchové ztráty screeningovým programem má největší potenciál v uplatnění efektivní diagnostiky a léčby ohrožených dětí a odstranění škodlivých následků pro jednotlivce i společnost. (Watkin, Baldwin, 2011 in Kabelka, 2011) Všude, kde byl takový program správně zaveden, se prokázala jeho ekonomická návratnost.

4. Screening sluchu je efektivní metoda pro identifikaci podmínek „sluchového zdraví“ u dětí. U dětí by měl být sluch testován kdykoliv je vyjádřena obava ohledně sluchových schopností.

5. Screeningové programy ve školách nejsou v Evropě běžné a měly by být integrální součástí školních preventivních zdravotních programů.

6. Cíle celoplošného screeningového programu vyšetřování sluchu u školních dětí jsou:

- Časná detekce a identifikace sluchových problémů;
- Adekvátní dostupnost odborné péče u všech dětí s podezřením na sluchovou ztrátu a na onemocnění spojená s poruchou zpracování sluchové informace, bez ohledu na ekonomické uvažování.

7. Jako základní test pro screening sluchu školních dětí se doporučuje tónová audiometrie. (Sliwa, Hatzopoulos, Kochanek, Piłka, Senderski, Skarzynski, 2011 in Kabelka, 2011) U dětí, kde je podezření na poruchu zpracování sluchové informace se doporučuje forma dotazníku. (ASHA, 2005 in Kabelka, 2011)

8. Předškolní a školní screening sluchu bude vytvářet množství doporučení k dalšímu vyšetření. Vzhledem k benefitu screeningu pro děti je významnější negativní výsledek než falešně pozitivní. Rodiče vyšetřovaných dětí by měli být informováni o limitech screeningu sluchu.

9. Základní součástí systému screeningu sluchu u školních dětí je systém kontrol kvality. Všechny osoby provádějící screening musí mít adekvátní výcvik a instrukce. Je potřeba podporovat všechny, kteří se programu účastní, aby školením získali a udrželi odpovídající dovednosti.

10. Primární cíl předškolního a školního screeningu sluchu jsou děti ve věku 4 - 7 let. Další screening lze zařadit ve vyšších ročnících.

11. Předškolní a školní screening není povinný u dětí, které mají diagnostikovanou sluchovou vadu a jsou v profesionální péči.

12. Zákonní zástupci všech dětí by měli dostat potvrzení o výsledku screeningu. Pokud dítě ve screeningovém programu neprojde, měl by být zákonný zástupce informovaný, že je potřebné odborné vyšetření ORL lékařem či audiologem a měl by být vybaven doporučující zprávou, která by se po doplnění příslušným odborníkem vrátila do screeningového programu.

13. Protože se evropské zdravotnické systémy liší jak organizačně, tak ekonomicky, zaměřuje se Evropský konsensus ohledně screeningu sluchu u předškolních a školních dětí na odpovídající mocenské orgány evropských zemí, aby se ujaly organizace povinného screeningového programu školních a předškolních dětí. Takto lze vytvořit podstatný

příspěvek idey rovných vzdělávacích možností pro evropské děti, které trpí komunikačními poruchami.

Jak uvedl Kabelka (2011) na konferenci „Včasná diagnostika“, bez zavedení celoplošného screeningu se může opozdit diagnóza i o několik let. „Výsledky časně rehabilitace řeči jsou statisticky významně lepší, než u rehabilitace opožděné. Celosvětově se screening sluchu u novorozenců rozšiřuje řadu let. V České republice probíhal screening nejprve lokálně na základě grantů a výzkumných úkolů vedených pracovišti ORL. V tomto období byla významná podpora některých nadačních fondů při pořizování screeningových přístrojů. Osobní aktivitou ORL odborníků se začala od roku 2007 zapojovat novorozenecká oddělení. V současné době lze odhadovat, že více než polovina z nich screening sluchu aktivně provádí. Na legislativním zakotvení celoplošného screeningu sluchu u novorozenců v České republice se v současné době intenzivně pracuje a podkladové materiály jsou již přijaty ministerstvem zdravotnictví k připomínkovému řízení. Screening sluchu je tří stupňový. Přímo v porodnicích se jednoduchým testem měří, zda je, nebo není přítomna reakce vnitřního ucha na zvukový podnět. Při opakované negativitě je indikováno podrobné vyšetření sluchu. Pokud se potvrdí sluchová porucha, je možné včasné nasazení sluchadel, případně je zvažována i kochleární implantace. Investice, kterou provede zdravotní systém, se celkově vyplácí. V zemích, kde screening sluchu u novorozenců rutinně běží, se prokazuje nejen adekvátní zlepšení kvality života a rozšíření možností uplatnění jedince, ale i dlouhodobé úspory přímých i nepřímých nákladů sociální sféry.“ (http://www.detskysluch.cz/vysledky/Zprava_pro_tisk_Celoplosny_screening_Kabelka.pdf, s. 1)

Výsledky zmapování aktuální situace v oblasti screeningu sluchu, které prezentovala na konferenci „Včasná diagnostika“ (2011) Fenclová, ukázaly v některých krajích velmi pozitivní výsledky (http://www.detskysluch.cz/vysledky/homolka_fenclova.pdf, s. 13 – 26). Konkrétní, graficky znázorněné výsledky uvádíme v příloze práce.

6.5 Východisko týmového přístupu – včasná diagnostika

Jak uvádí Hrubý (1999), moderní diagnostické metody nám umožňují zjistit odchylky od normálu v oblasti sluchového vnímání téměř u každého jedince. Včasná diagnostika je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci dítěte. Přestože současné diagnostické metody umožňují spolehlivě odhalit vadu sluchu ve velmi raném věku dítěte – již ve stáří

několika týdnů, můžeme se bohužel stále ještě setkat s případy, kdy je vada sluchu rozpoznána teprve ve dvou až třech letech, či dokonce později, což je z hlediska reedukace a rehabilitace poměrně pozdě.

Současné technické prostředky umožňují orientačně vyšetřit sluch dítěte již v prvních dnech po narození tzv. měřeními otoakustických emisí. Ve většině porodnic v České republice se již screening sluchu u novorozenců provádí již 3., 4. den po narození, kdy ze středouší vymizí plodová voda, která převod energie zvuku významně tlumí. Včasné sluchové zkoušky selhávají v případě, kdy dítě reaguje na vizuální nebo jiné podněty. Rovněž může dojít k situaci, že zdravé dítě nereaguje správně, i když netrpí žádnou vadou či poruchou sluchu. Ani tyto faktory by však neměly oslabit význam screeningových sluchových zkoušek a jejich nezastupitelné místo ve zjišťování kvalitativní úrovně sluchu u dětí v raném věku. V novorozeneckém období jsme při vyšetřování sluchu odkázáni na vyvolání nepodmíněných vrozených reflexů. Kojenci kolem třetího měsíce věku reagují na silné zvukové podněty (přibližně 80 – 100 dB) úlekem.

V batolecím období jsou využívány při vyšetření dítěte zvuky, které jsou jim známé nebo příjemné. K vyšetření používáme zvukové hračky, později, když už dítě rozumí řeči, lze provést vyšetření pomocí jednoduchých pokynů, které můžeme šeptat nebo pronášet hlasitě. U některých dětí s kochleárním implantátem lze po získání důvěry provést poměrně dobře zkoušku šepotem i hlasitou řečí. Vývoj sluchových reakcí u dětí je přehledně uveden v následující tabulce. (Hahn, 2007)

VĚK	TYP ODPOVĚDI
0 – 6 týdnů	Rozšíření zornic, mrknutí, probuzení ze spánku
6 týdnů	Rozšíření zornic
4 měsíce	Mrknutí, otáčení očí, ztišení, pátrání
4 – 7 měsíců	Otáčení se za zvukem, naslouchání
7 – 9 měsíců	Lokalizování zvuku
9 – 13 měsíců	Lokalizuje zvuk pod i nad úrovní boltce
16 – 21 měsíců	
21 – 24 měsíců	

Tabulka 18 - Vývoj sluchových reakcí u dětí (Hahn, 2007, s. 354).

6.5.1 Vyšetřovací metody sluchového orgánu a sluchové funkce

V práci dále uvádíme metody, které jsou v souvislosti s vyšetřováním dětí s kochleárním implantátem nejfrekventovanější. Audiometrická vyšetření, při kterých je nutná aktivní spolupráce dítěte, tedy subjektivní vyšetřovací metody, jsou v případě potřeby doplňovány metodami objektivní audiometrie. V rámci diagnostiky vyhodnocujeme především závažnost sluchové vady a její funkční dopad na vývoj řeči a jazyka.

6.5.1.1 Vyšetřování sluchu subjektivními metodami

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

Prahová tónová audiometrie

Dosud stále nejpoužívanější metodou je vyšetření sluchu pomocí prahové tónové audiometrie. Při audiometrii provádíme vyšetření vjemu čistých tónů nebo slov (výhodou této metody je možnost posouzení sluchové ztráty nejen jako funkci slyšení, ale také rozumění). Při vyšetření pomocí čistých tónů je zvuk šířen buď vzdušným, nebo kostním vedením. Běžně se vyšetřuje sluchový práh na kmitočtech 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000 a 8000 Hz. V poslední době nachází uplatnění i vysokofrekvenční audiometrie do 20 000 Hz. Výsledkem běžného audiometrického vyšetření je tzv. audiogram, který se zanáší do předtištěného formuláře. V nejběžnější podobě grafického zpracování jsou horizontálně zaznamenávány frekvence v Hz a vertikálně hodnoty v dB. Běžně používaný audiogram je relativní, vyjadřuje ztráty sluchu v dB v porovnání s normálním prahem sluchu (HL z angl. Hearing level). Nevyšetřované ucho zpravidla ohlušujeme pomocí šumu. Cílem audiometrického vyšetření je zhodnocení stavu sluchu. Na základě audiogramu je možno určit, zda je sluchová funkce normální nebo poškozená, o jaký typ poškození se jedná a také jaký je stupeň poškození. Rozdíl mezi vzdušným a kostním vedením se nazývá kochleární rezerva. Kombinovaná (smíšená) sluchová vada znamená poruchu v převodní i percepční části sluchového analyzátoru. Percepční vadu můžeme dělit na bazokochleární, znamenající pokles ve vysokých frekvencích, mediokochleární, znamenající pokles ve středních frekvencích a apikokochleární, znamenající pokles v nízkých frekvencích. V případě, že jsou postiženy všechny frekvence, audiometrická křivka má horizontální průběh a jde o pankochleární vadu. (Lejska, 2003; Hahn, 2007; Novák, 1997)

Slovní audiometrie

Slovní audiometrie je v diagnostickém smyslu důležitá zejména pro stanovení centrálního typu nedoslýchavosti, kdy vykazuje mnohem horší výsledky proti prahovému tónovému audiogramu. Využití slovní audiometrie nalzáme zejména při vyšetřování pacientů před přidělením sluchadla. (Rottenberg, 2008)

Podstata slovní audiometrie spočívá v reprodukci vybraného jazykového materiálu z CD přehrávače, který zprostředkováváme vyšetřovanému prostřednictvím audiometru do sluchátka, kostního vibrátoru či reproduktorem ve volném poli. Poté určujeme procento rozuměných slov, které je vyšetřovaný schopen správně opakovat. Ke stanovení rozsahu rozumění se používají slovní sestavy o deseti slovech. Výběr slov není náhodný, všechny sestavy musí být informačně rovnocenné. Celá sestava má hodnotu 100%, každé slovo tedy představuje 10%. Úroveň rozumění hodnotíme na různých hladinách intenzity. (Lejska, 2003) Tabulka uvádí příklady sestav slov v české řečové audiometrii dle Sedláčka. (in Lejska, 2003)

SESTAVA Č. 1	SESTAVA Č. 2	SESTAVA Č. 3
rád	koně	trať
kolej	vřed	nožka
člen	čert	křen
četa	nálada	dělej
hluk	průvod	vor
brambor	dub	obul
houba	oblouk	pomluva
tisk	dík	čest
sít	tisíc	sice
číšnice	řečník	dívčí

Tabulka 19 - Příklad sestav slov v české řečové audiometrii dle Sedláčka. (in Lejska, 2003)

6.5.1.2 Vyšetřování sluchu objektivními vyšetřovacími metodami

Nejčastěji používanými vyšetřovacími metodami v praxi jsou impedanční audiometrie (tympanometrie a vyšetřování středoušních reflexů) a objektivní - elektrofyziologické

vyšetřovací metody, jejichž podstatou je registrace potenciálů, které vznikají postupem vzruchu z vláskových buněk po sluchové dráze do kůry mozkové.

Tympanometrie

Tympanometrie je vyšetření, kterým hodnotíme: „...závislost odrazu zvukové energie od bubínku zpět k tympanometru na změně tlaku vzduchu v zevním zvukovodu.“ (Šlapák, Janeček, Lavička, <http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/doc/zaklady-orl-a-foniatrie.pdf>, s. 10). Šlapák (2007, s. 43) charakterizuje tympanometrii jako vyšetření, kterým: „zjišťujeme změny v poddajnosti (komplianci) či odporu (impedanci) bubínku a středouší v závislosti na změně tlaku ve zvukovodu.“

Jak dále dodávají autoři Šlapák, Janeček, Lavička (<http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/doc/zaklady-orl-a-foniatrie.pdf>, s. 10): „Čím více jsou tlaky na obou stranách bubínku rozdílné, tím více se snižuje compliance a naopak se zvyšuje admitance (tuhost). Odráží se tedy od bubínku zpět k tympanometru více zvukových vln a méně je jich převáděno středoušními kůstkami. Na základě hodnoty admitance tympanometr zapíše různé typy křivek.“

Elektrokochleografie

Metoda elektrokochleografie se používá v případě nutnosti posouzení funkce hlemýždě, vláskových buněk a sluchového nervu. Záznam elektrokochleografie je monoaurální (není třeba ohlušovat druhé ucho) a výsledky informují detailně o nervovém potenciálu n. VIII a o potenciálech kochley. (Šejna, 2007; Petrak, 2003)

Otoakustické emise

Otoakustické emise neboli transientně evokované otoakustické emise – TEOAE (Transiently Evoked Otoacoustic Emissions) vychází z Kempova poznatku, že kochlea produkuje zvuky, které můžeme zaznamenat. „Tyto zvuky mohou být vyvolány uměle – tzv. transientně evokované otoakustické emise, které vznikají po podráždění velmi krátkým stimulem (např. klikem), kdy stahem zevních vláskových buněk vzniká odpověď, kterou můžeme následně registrovat v zevním zvukovodu. Pokud jsou otoakustické emise výbavné, pak lze předpokládat normální sluch. Při nevýbavnosti otoakustických emisí lze předpokládat sluchovou poruchu nebo vadu různého stupně a je nutné následné vyšetření kmenových

potenciálů (BERA) nebo ustálených evokovaných potenciálů (SSEP). Otoakustické emise jsou přítomny již za 24 hodin po porodu, proto se používají ke screeningu sluchových vad.“ (Myška, 2007, s. 92-94)

BERA

BERA je jednou z nejpodstatnějších metod při vyšetřování sluchového prahu. Umožňuje přesně zmapovat funkci kmenové a podkorové části sluchové dráhy. Nespornou výhodou této metody je její nezávislost na spolupráci pacienta a způsob jejího provedení. U malých sluchově postižených dětí se provádí ve spánku na základě podání sedativních léků. Poté je pomocí počítače zpracováván bioelektronický signál mozku a výsledky jsou znázorněny křivkou, na které lékař hodnotí časové zpoždění jednotlivých vln. Každé prodloužení latence je známkou zhoršené funkce určitého úseku sluchové dráhy (Lejska, 2003).

Tato metoda je velmi náročná na čas, přístrojové vybavení i na zkušenosti vyšetřujících specialistů. Přesto však je, vedle orientačních sluchových zkoušek, nejčastěji využívanou vyšetřovací metodou u dětí. (Schmidt, Sataloff, Jason, Spiegel, Myers, 2001)

SSEP

Vyšetření ustálených evokovaných potenciálů (SSEP Steady State Evoked Potentials) přineslo další zdokonalení objektivní audiometrie a je hojně využíváno zejména při indikaci kochleární implantace u velmi malých pacientů.

„Ustálené evokované potenciály se řadí mezi odpovědi středních latencí, jejichž místem vzniku je mozkový kmen – thalamus. Jsou odezvou na zvukový stimul, se kterým jsou ve stálé fázové závislosti. Přístroj ERA - SSEP umožňuje měření na frekvenčním rozsahu 250 Hz až 8 kHz na hladinách slyšení od 10 do 125 dB. Výsledky se vynášejí do SSEP grafu, z kterého se odečítají odpovědi na řadě frekvencí.“ (Myška, 2007, s. 93)

Výše zmíněný přístroj ERA - SSEP umožňuje odvodit tzv. odhadovaný audiogram (estimated audiogram), který informuje o tom, jak by vypadal tónový audiogram, kdyby ho bylo možné u dítěte vyšetřit. Ustálené evokované potenciály jsou využívány ke stanovení sluchového prahu u dětí různého věku. Tato metoda nám umožňuje u velmi těžkých percepčních vad sluchu stanovit zbytky sluchu na hlubokých frekvencích, které by při vyšetření kmenových potenciálů nebyly zachyceny. Vyšetření SSEP provádíme ve spánku

navozeném chloralhydrátem nebo ve výjimečných případech i v celkové anestezii. (Gary; Dowell,; Rickards; Beer; Clark, 1998)

CERA

Vyšetření akusticky evokovaných potenciálů kůry mozkové (Cortical Auditory Evoked Response) je vyšetřením vhodným, ale časově náročným. Slouží s posouzení skutečného stavu sluchu i stanovení prahu dle frekvence. Jednou z nevýhod je závislost záznamu na spánku či bdění. (Gilley, Sharma, Dorman, Finley, Panch, Martin, 2006)

Testy a metody při práci s jedincem se sluchovým postižením

Standardy pro pedagogické a psychologické testování (2001) uvádí, že zapojením osob se zdravotním postižením vyústilo v naléhavější potřebu testování a hodnocení pro nejrůznější účely. „Třebaže se Standardy zaměřují na technické a odborné otázky spojené s testováním postižených osob, autoři a uživatelé testů by se měli seznámit s právními normami a soudními nařízeními upravujícími testování a hodnocení postižených osob.“ (Testcentrum, 2001, s. 105) Hlavní otázkou spojenou s testováním osob se zdravotním postižením je otázka přizpůsobení, modifikace nebo úprav testování – účelem přizpůsobení nebo modifikace je minimalizovat vliv vlastností testované osoby, které nesouvisí s konstruktem, jež je primárním cílem testování. V žádném případě však neznamena, že dochází ke změnám konstruktů, který má být měřen. Důvodem k přizpůsobení standardizovaného testu vytvořeného pro užívání v běžné populaci, může být smyslová vada, jazyková dovednost apod. (Testcentrum, 2001) „Při úpravách testu je rovněž důležité si uvědomovat, že osoby se stejným typem postižení mohou mít značně rozdílnou potřebu přizpůsobení testu. Je třeba si být vědom především toho, že modifikace testu by měly být prováděny na míru podle specifických potřeb konkrétního testovaného.“ (Testcentrum, 2001, s. 106) Zároveň je důležité mít na paměti to, že modifikace testu může představovat změnu některých aspektů testu původně vytvořeného pro užívání u cílové populace a provedení těchto změn může případně ovlivnit psychometrické vlastnosti testu. Rozhodující je především validita a reliabilita testu. (Testcentrum, 2001)

„Při snaze vyhovět potřebám postižených testovaných osob je uplatňováno množství strategií modifikace testu v nejrůznějších situacích. Některé vyžadují upravit postupy administrace testu (např. instrukce, formát odpovědi), jiné pozměňují vyjadřovací prostředky

testu, časové limity, prostředí testování nebo obsahu testu. V závislosti na povaze a stupni postižení mohou být pro konkrétního testovaného vhodné určité typy úprav.“ (Testcentrum, 2001, s. 107) Následující tabulka nabízí možnosti modifikace potřebné k tomu, abychom mohli dojít k validním závěrům o úrovni testované osoby v měřeném konstrukt.

Strategie modifikace	Popis
Modifikace podoby testových podnětů	Jednou z možných úprav je zaměnit prostředek užívaný k prezentaci instrukcí a testových položek testované osobě. U jedinců se sluchovým postižením lze využít instrukcí prostřednictvím tlumočení do znakového jazyka nebo písemné podoby textu.
Modifikace podoby odpovědí	Modifikace umožňuje jedinci se sluchovým postižením odpovídat na otázky pomocí komunikačních prostředků, které mu vyhovují.
Modifikace časového rozvržení testování	Jiným typem modifikace je prodloužení časového limitu.
Modifikace podmínek testování	Testy lze administrovat individuálně, namísto skupinově – individuální administrace umožní vyvarovat se interference s ostatními testovanými osobami skupinově.
Použití pouze některých částí testu	Tento postup je někdy používán při klinickém vyšetření, kdy určité části testu používají smyslové či jazykové schopnosti, které může mít jedinec se sluchovým postižením omezeny. Pokud například test kognitivních schopností obsahuje položky prezentované písemně i položky prezentované ústně, mohou být u jedinců se sluchovým postižením položky prezentované orálně vynechány, protože by neposkytly adekvátní údaje pro hodnocení kognitivních schopností této osoby. I přesto, že vynechání některých testových položek může představovat účinnou strategii, může také zabránit správnosti psychometrických vlastností testu.
Použití náhradních testů nebo metod hodnocení	Využitím takového testu můžeme dojít k validnějším výsledkům, ale může být obtížné najít vhodnou náhradní metodu, která by měřila stejný konstrukt na srovnatelné technické úrovni a jejíž skóry by

bylo možné převést na stejnou stupnici jako u původního testu.

Tabulka 20 - Strategie modifikace testu (Testcentrum, 2001).

Jak uvádí Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2009), vyšetření dítěte se sluchovým postižením je složité především z hlediska navázání kontaktu i jeho udržení. „Sluchově postižené děti mohou reagovat odlišným způsobem než děti zdravé, tyto nápadnosti zpravidla vyplývají z jejich životní situace, a lze je proto chápat jako sekundární následky komunikačního handicapu. Jde o adaptační obtíže, které se projevují nerespektováním požadavků dospělých (často spíše nepochopení těchto požadavků), větším sklonem k afektivním a agresivním reakcím, event. přetrvávajícím negativismem.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009, s. 438 – 439)

Výše uvedení autoři navrhují při výběru vhodných testových metod i při volbě způsobu jejich administrace respektovat typické vlastnosti těchto dětí: jejich impulzivitu, omezenější komunikační kompetence, resp. odlišný způsob dorozumívání a opoždění v socializačním vývoji.

K problematice psychologického vyšetření osob se sluchovým postižením uvádí Potměšilová (in Potměšil a kol., 2010, s. 141), že: „Při psychologickém vyšetření jedince se sluchovým postižením může dojít ke zkreslení výsledků z těchto důvodů:

- Psycholog nezná problematiku sluchového postižení s ohledem na specifické charakteristiky v sociálně-kognitivní oblasti,
- psycholog nezná problematiku sluchového postižení s ohledem na komunikační úroveň osob se sluchovým postižením.

Potměšilová (in Potměšil a kol., 2010, s. 144) dále uvádí, že se může objevit ještě jeden problém v souvislosti s posuzováním jedince se sluchovým postižením, a to „...neporozumění odpovědi ze strany psychologického pracovníka. Odpověď jedince se sluchovým postižením se na první pohled totiž může jevit jako neadekvátní.“ Autorka (in Potměšil a kol., 2010, s. 151) např. k testům inteligence konstatuje, že „...úprava testu pro využití u osob se sluchovým postižením má význam a přispívá k tomu, že tento test opravdu měří inteligenci, nikoliv čtení s porozuměním.“

V rámci komplexnosti celé kapitoly uvádíme přehled nejčastěji užívaných testů a metod při práci s jedincem se sluchovým postižením.

Název testu	Autor/autoři
B-JEPI	Eysenck
Číselný čtverec	Jirásek
Domino	Vonkomer
DOI – test duševního obzoru a informovanosti	Jirásek
Hiskey-Nebraska Test of Learning Aptitude	Hiskey
I-S-T 2000 R – test struktury inteligence	Amthauer
K-ABC – Kaufmanova hodnotící škála pro děti	Kaufman, A. S; Kaufman N. L.
Kresba postavy	Goodenoughová, F.; Šturma, J.; Vágnerová, M.
Leiter International Performance Scale – Revised	Roid, G. H.; Miller, L. J.
Názorové řady	Vonkomer, J.; Miglierini, B.
PDW – Pražský dětský Wechsler	Wechsler
Projektivní interview	Michal
PEP-R – Psychoedukační profil	Schopler
Ravenovy progresivní matice barevné	Raven
Ravenovy progresivní matice	Raven, J. C.; Ferjenčík, J.; Hromý, J.
Test laterality	Matějček, Z; Žlab, Z.
Test obkreslování	Měťejček, Z.; Strnadová, M
Test rodinných vztahů	Anthony, J.; Bene, E.; Mádrová, E.
TIP – test intelektového materiálu	Říčan
Test školní zralosti	Jirásek
VIT – Váňův inteligenční test	Váňa
WISC-III – Wechslerova inteligenční škála pro děti	Wechsler

Tabulka 21 - Přehled nejčastěji užívaných testů a metod při práci s jedinci se sluchovým postižením (např. Šedivá, 2006).

6.6 Role jednotlivých odborníků v týmu

Pro deskripci problematiky jednotlivých kompetencí odborníků, kteří jsou v týmu zajišťující péči před kochleární implantací a po ní, nám poslouží dokument „Koncepce Centra kochleárních implantací u dětí (CKID)“ doplněný o další, doplněné poznatky, které pak s dokumentem „Hodnocení týmových přístupů“ poslouží k následné analýze v empirické části.

6.6.1 Koncepce Centra kochleárních implantací u dětí (CKID)

Dokumentem, který se stal z hlediska hodnocení kompetencí jednotlivých odborníků v týmu klíčovým, je „Koncepce CKID“ (<http://www.fnmotol.cz/koncepce-centra-kochlearnich-implantaci-u-deti-v-cr.html?pracoviste=6>), jehož autory jsou Betka, Skřivan, Kabelka, Vymlátílová a kol. Na základě studia této koncepce a literatury vztahující se k tomuto tématu jsme došli k níže uvedeným údajům.

Hlavním cílem tohoto Centra je dle dokumentu, komplexní péče o děti s těžkou poruchou sluchu, diagnostika, operační i konzervativní péče, vyšetření kandidátů na kochleární implantace a operace dětí, které splňují kritéria výběru. Centrum zajišťuje jak předoperační, tak dlouhodobou pooperační rehabilitaci. Součástí programu je prosazování celoplošného screeningu sluchu u novorozenců.

Vnitřní organizace (struktura) centra a řízení činnosti	Části CKID	<p>CKID se dělí na dvě části, část chirurgickou a rehabilitační. Chirurgická část se nachází v prostorách ORL kliniky 2. LF UK ve FN v Motole, rehabilitační část je detašované pracoviště této ORL kliniky a je umístěna v Praze 5, U Mrázovky 15 (Betka, Skřivan, Kabelka, Vymlátílová a kol. 2008).</p> <p>Stránky CKID (http://www.ckid.cz/seznamch.asp) rozdělují části následujícím způsobem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Chirurgická (lůžková) část se nachází na ORL klinice ve FN Motol a je zde prováděna druhá baterie předoperačních testů a vyšetření, vysokorozlišovací CT vyšetření i vyšetření NMR (nukleární magnetickou rezonancí) a všechny potřebné operace včetně kofochirurgických zákroků. Pracoviště úzce spolupracuje se specializovaným genetickým pracovištěm.• Rehabilitační část je součástí Foniatrického oddělení 2. LF UK, zajišťuje nejen předoperační a pooperační péči včetně programování řečového procesoru, ale i vyšetření a výběr pacientů. Úzce spolupracuje s logopedy v místě bydliště a s pracovníky speciálněpedagogických center při školách pro sluchově postižené. <p>Ambulantní část zajišťuje předoperační a pooperační rehabilitační péči včetně programování řečového procesoru. Společně s odborníky lůžkové části hodnotí možnost využití kochleárního implantátu u jednotlivých</p>
--	-------------------	---

	kandidátů a vybrané kandidáty předkládá ke schválení Komisi pro posuzování úhrady CI. Úzce spolupracuje s logopedy v místě bydliště a s pracovníky speciálně pedagogických center při školách pro sluchově postižené. (www.ckid.cz)
Vedoucí CKID	Vedoucím CKID je přednosta kliniky (doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, Ph.D.). Vedoucí pracovník rehabilitační části CKID, je mu podřízen a ručí za provoz svěřeného úseku. Vedoucí ambulantní části je PhDr. Eva Vymlátlová
První návštěva v CKID	Děti přicházejí do Centra kochleárních implantací u dětí na žádost lékaře, nebo přímo na žádost rodičů dětí s těžkým sluchovým postižením. Všichni žadatelé se podrobí základnímu klinickému vyšetření sluchu a je navržen způsob kompenzace sluchové ztráty. Pokud je zřejmé, že jde o kandidáta kochleární implantace, je provedeno komplexním předimplantačním vyšetření, které zahrnuje behaviorální sledování po dobu 6 měsíců. Zachování této doby je nutné, aby bylo podezření na hluchotu spolehlivě potvrzeno a aby bylo možno spolehlivě zhodnotit přínos sluchadla (za podmínky, že byla dobře zajištěna rehabilitace se sluchadlem adekvátní síly). Minimálně tuto dobu je nutné zachovat při posuzování vhodnosti kochleární implantace u dětí s kombinovaným postižením, které není možno vždy hodnotit pomocí standardizovaných vyšetřovacích postupů. V průběhu těchto 6 měsíců jsou kandidáti kochleární implantace opakovaně vyšetřováni jednotlivými členy týmu rehabilitační části CKID, foniatrem a psychologem v průměru třikrát za uvedené období, návštěvy u logopeda jsou častější.
Foniatr	Foniatr hodnotí velikost sluchových ztrát, efekt sluchadla a dosavadní výsledky rehabilitace se sluchadlem. Tam, kde to dovoluje věk a mentální úroveň kandidáta, se k vyšetření sluchu nejprve používají subjektivní vyšetřovací metody, které jsou závislé na spolupráci dítěte. Všechny děti jsou vyšetřovány objektivními audiologickými metodami, které se provádí v premedikaci na ambulanci chirurgické části CKID. Foniatr CKID je zodpovědný za dispenzarizaci (aktivní sledování) všech uživatelů kochleárního implantátu.
Psychologické vyšetření	Při psychologickém vyšetření se hodnotí mentální předpoklady dětí pro využití implantátu, posuzuje se jejich rodinné zázemí a schopnost rodičů spolupracovat při rehabilitaci. Cílem je co nejrealističtěji zvážit přínos implantace pro každé jednotlivé dítě a výsledky použít pro vypracování individuálního rehabilitačního plánu. Psycholog používá běžné i speciální metody určené

	<p>k vyšetření dětí a jejich rodičů. Z testových metod dává přednost těm, které byly standardizovány na neslyšící populaci.</p> <p>Práce psychologa s dětmi se sluchovým postižením a jejich rodiči má v sobě mnoho společného se zákonitostmi psychotherapeutického přístupu k handicapovaným jedincům vůbec. (Vymlátilová in Říčan, Krejčířová, 1997)</p>
Logopedická péče	<p>Logoped se při práci s rodinou zaměřuje na sluchovou výchovu, odezírání a řečovou výchovu. Svou činností poskytuje rodičům návody pro rehabilitaci prováděnou doma a postupně vyhodnocuje jejich přístup k práci s dítětem. V průběhu návštěv u logopeda, tzv. diagnostické rehabilitaci jsou závěry psychologa i foniatra ověřovány.</p> <p>Etická charta logopedů AKL ČR schválená v roce 1993 Mezinárodní evropskou organizací CPLOL/LCSTL¹² vymezuje několik členských povinností – osobní zodpovědnost, profesionální chování, odpovědnost vůči pacientům, utajení důvěrných informací, odpovědnost vůči kolegům, odpovědnost vůči veřejnosti a etické směrnice pro výzkum, Profesní etická charta logopedů ve zdravotnictví hovoří v kapitole „Odpovědnost vůči kolegům“ následujícím způsobem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Logoped nesmí žádným způsobem diskreditovat kolegu ani způsobit úhonu osobní nebo profesionální. 2. Jestliže z nějakého důvodu mění pacient terapeuta, je žádoucí, aby praktické mezi sebou komunikovali, pokud pacient není proti tomu. 3. V případě, kdy se zároveň uplatňuje paralelní logopedická léčba, měla by být uskutečněna při vzájemné dohodě klinického logopeda a pacientů. <p>Logopedi jsou povinni snažit se o pokrok znalosti v oboru a podílet se svými zkušenostmi na výzkumu.“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 581)</p>
Hospitalizace, další vyšetření	<p>Děti, které splnily foniatrická, psychologická a logopedická kritéria výběru kandidátů kochleární implantace jsou hospitalizovány na lůžkovém oddělení dětské ORL kliniky, kde jsou doposud provedená vyšetření doplněna o další specializovaná vyšetření. Patří mezi ně vyšetření ORL, pediatrické, neurologické, oční, HRCT, případně</p>

¹² CPLOL/LCSTL= Comité Permanent de Liaison des Ortophonistes-Logopédes de l'Union Européenne (CPLOL)/ Standing Liaison Committee of EU Speech and Language Therapists – Logopedists (LCSTL); stálá styčná logopedicko – ortofonická komise Evropské Unie (francouzsky CPLOL, anglicky LCSTL) byla založena v roce 1988 v Paříži jako mezinárodní nevládní organizace sdružující řečové terapeuty ze zemí Evropské unie. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2003)

		<p>magnetická resonance. Podle potřeby se provedou eventuálně i další vyšetření. Veškerá vyšetření jsou zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci. Pro vyhodnocení používá CKID indikační listy, kde jsou shrnutí nejdůležitějších vyšetření a závěr komise odborníků ohledně vhodnosti kochleární implantace.</p>
	<p>Schvalování kochleární implantace a další, nezbytné záležitosti</p>	<p>Na základě pečlivého prostudování a zhodnocení všech získaných výsledků pak multidisciplinární tým CKID vedený přednostou ORL kliniky schvaluje kochleární implantaci. Komise odborníků se schází podle potřeby, minimálně čtyřikrát do roka. Dokumentace schválených kandidátů je odeslána revizním lékařům pojišťoven, u nichž jsou jednotlivé děti registrovány, a teprve po jejich vyjádření může být dítě implantováno a cena kochleárního implantátu uhrazena.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Formální náležitosti před operací • Operace 	<p>Pořadí dětí k operaci je naplánováno předem. V CKID neexistuje čekací listina, všechny děti jsou operovány krátce po vyjádření revizního lékaře. Před operací dostanou rodiče k vyplnění nebo podepsání několik formulářů.</p> <p>V „Čestném prohlášení“ se zavazují, že po operaci dodrží nezbytnou četnost návštěv CKID a že se budou pravidelně a systematicky podílet na rehabilitaci dítěte. Vyplněním dotazníku „Co očekávám od kochleárního implantátu“ potvrzují, že mají o přínosu implantátu realistickou představu. Na základě „Informací o sociálních dávkách“ jsou seznámeni s možnostmi a omezeními při poskytování sociální podpory a seznámeni s faktem, že veškeré náhradní díly (vnější části kochleárního implantátu) včetně oprav si hradí ze svých prostředků.</p> <p>V neposlední řadě jsou seznámeni s „Rehabilitačním plánem“, ve kterém je pooperační logopedická péče rozvržena a naplánována s ohledem na individuální potřeby a možnosti dítěte.</p> <p>Operace je provedena na ORL klinice UK 2. LF a FN v Motole. Výběr implantačního systému mohou rodiče ovlivnit podle informací, které dostanou v průběhu vyšetření a sledování před operací, včetně internetových adres, kde si mohou vlastnosti jednotlivých systémů ověřit a podle systémů, které splňují náležitosti pro implantaci v České republice.</p>
	<p>Rehabilitace</p>	<p>Po kochleární implantaci přebírá péči o implantované děti rehabilitační část CKID. Pooperační rehabilitace je proces trvající několik let. Vede ji klinický logoped z CKID, souběžně poskytuje komplementární péči i klinický logoped nebo speciální pedagog v místě bydliště dítěte.</p>
	<p>Programování</p>	<p>Za 4 až 6 týdnů po operaci provádí elektroinženýr</p>

	řečového procesoru	programování řečového procesoru. Může ho provádět i lékař nebo vysokoškolák nelékař, pokud absolvoval předepsaný specializační kurz. V prvním roce po implantaci je programování nutné v průměru desetkrát za rok, v druhém roce dvakrát nebo třikrát do roka, pak se četnost návštěv řídí potřebami dítěte.
	Pravidelné hodnocení stavu sluchu a řeči	U všech uživatelů kochleárního implantátu je v pravidelných intervalech hodnocen stav sluchu a řeči. V prvním roce po operaci se provádí u každého dítěte komplexní týmové vyšetření dvakrát za rok a jedenkrát za rok v letech dalších. K hodnocení jsou používány audiometrické metody a dále posuzovací škály a testy zaměřené na stav sluchu a řeči. U dětí, které jsou uživateli kochleárního implantátu dostatečně dlouho, hodnotí tým CKID předpoklady pro integraci do slyšící společnosti. U dětí s omezeným přínosem implantátu zjišťuje příčiny a zajišťuje nápravu. Tu zajišťuje i tam, kde je za nedostatečnou funkci implantátu zodpovědná technická závada zařízení.
Spádová oblast	Dohody s ostatními odborníky poskytujícími následnou péči	CKID zabezpečuje diagnostiku, operaci i rehabilitaci u neslyšících dětí z celé ČR. Komplementární pooperační rehabilitační péče je dětem poskytována v místě bydliště, obvykle v resortu školství (Speciálně pedagogická centra fungující při školách pro sluchově postižené).
Personální zajištění	Multidisciplinární tým	Vedoucím CKID je přednosta ORL kliniky UK, 2. LF a FN v Motole stanovuje koordinátora programu – lékaře ORL kliniky. Na programu spolupracují 2 lékaři audiometrické laboratoře (atestace z ORL) a 3 lékaři spolupracující na měření evokovaných potenciálů během operace, kteří mají školení v nastavování kochleárních implantátů. Audiometrická vyšetření na klinice provádějí 2 audiometrické sestry (specializované školení). Během pobytu na oddělení se o děti starají příslušné zdravotní sestry. Administrativní práce vykonává sekretářka kliniky. Rehabilitační část CKID: vedoucí pracoviště a klinický psycholog 4 logopedky, 1 audiometrická sestra 1 foniatr (atestace ORL, foniatric) 1 ORL lékař (v přípravě k atestaci z foniatric) 1 administrativní pracovnice, 2 zdravotní sestry U všech pracovníků je předpokladem patřičné vzdělání a speciální školení v problematice kochleárních implantátů.
Materiální a technické vybavení	Materiální a technické vybavení v části	Centrum má k dispozici vyšetřovací mikroskopy, audiometry objektivní – BERA, SSEP, OAE, v klinickém provedení, screeningové přístroje, s napojením na

	ambulantní i lůžkové ORL kliniky UK, 2. LF a FN v Motole s rehabilitační částí CKID na foniatrickém oddělení U Mrázovky 15.	<p>vyšetřovací složky FN v Motole (HRCT, NMR) a konziliární služby pokrývající celou oblast medicíny v rámci klinických pracovišť FN v Motole.</p> <p>Rehabilitační část CKID:</p> <p>2 audiometry, tympanometr, audiometrická kabina, audiometr Peep Show, sluchový analyzátor, reaktometr, otoakustické emise, VRA (visual reinforcement audiometry), SSEP (Stedy State Evoced Potentials), PC a software k programování řečových procesorů.</p> <p>Dostupnost konsiliárních služeb:</p> <p>Veškeré konsiliární služby jsou dostupné ve FN v Motole na klinické úrovni.</p>
Finanční zajištění centra	Vykazování péče, činnost rehabilitační části	<p>Péče je vykazována zdravotním pojišťovnam. Činnosti rehabilitační části CKID, které pojišťovny nehradí (návštěvy v SPC, rehabilitační kurzy pro rodiče, školení spolupracovníků z terénu, vedení databází a další administrativní činnosti pro program) jsou dotovány sociálním odborem MZ ČR a Magistrátu hl. m. Prahy, event. nadačními fondy (Prolomené ticho, Svět zvuků).</p>
Kontrolní činnost	Indikátory kvality péče	<p>vyhodnocování peroperačních a pooperačních komplikací</p> <p>rozvoj komunikačních schopností dětí podle modifikované Nottinghamské škály kategorie auditorních schopností</p> <p>indikační listy jsou archivovány a předkládány revizním lékařům pojišťoven</p> <p>metodika sběru dat: veškeré operační protokoly jsou evidovány ve zvláštní složce, s vyhodnocením 1 x ročně</p> <p>rozvoj komunikačních schopností je zaznamenáván do přehledu pro všechny děti 1 x ročně</p> <p>Kvalita péče je vyhodnocována za základě shrnutí výsledků za roční období a jsou podniknuty patřičné kroky podle objeveného problému – na příklad po rozboru dětí s pomalým postupem rehabilitace byla odhalena skupina dysfatických dětí, pro které je rozvíjen speciální program pro rehabilitaci.</p> <p>Výsledky jsou prezentovány jak publikačně, tak formou sdělení na domácím i mezinárodním fóru. Kontrola NKÚ ČR konstatovala adekvátní vyhodnocování dat se zpětnou vazbou od rodičů implantovaných dětí.</p> <p>Výsledky jsou porovnávány s výsledky mezinárodních studií.</p> <p>Vstupní kritéria do programu kochleárních implantací jsou dána implantačními kritérii schválenými výborem ORL společnosti a CHHK ČLS JEP.</p> <p>Činnost Centra podléhá metodickému pokynu schválenému výborem ORL společnosti a CHHK ČLS JEP .</p> <p>Komunikační schopnosti dětí jsou pravidelně vyhodnocovány mezinárodně užívanými posuzovacími</p>

		škálami a standardizovanými testy. Všechny děti jsou vyšetřovány před operací, za půl roku po operaci a pak znovu každý rok. Výsledky jsou statisticky porovnávány s výsledky CKID v Nottinghamu a Hannoveru.
		Rodiče dětí s kochleárním implantátem jsou 3 roky po operaci anonymně dotazováni, zda kochleární implantace splnila jejich očekávání. Získané údaje jsou statisticky vyhodnocovány.
Vědecko-výzkumná činnost	Účast ve výzkumných oblastech a grantech	Vědecko-výzkumný záměr FN Motol, int. č. 6040, dílčí úkol 6.1 – Screening a rehabilitace sluchových vad u dětí, koordinátor doc. MUDr. M. Macek, Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK.
		Vědecko-výzkumný záměr UK, 2. LF č. 11100003 – Komplexní longitudinální klinická a genetická péče o prenatální a postnatální vývoj jedinců a rodin s rizikem zdravotnický a společensky nejzávažnějších chorob a vad., dílčí projekt 6054 -Kongenitální těžká poškození sluchu a kochleární implantace u dětí, koordinátor prof. MUDr. P. Goetz, CSc., Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK.
		Vědecko-výzkumný záměr UK, 2. LF č. 11100004 – Výzkum funkce a onemocnění mozku. Koordinátor prof. MUDr. E. Syková, DrSc., Ústav neurověd UK, 2. LF.
		Vědecko-výzkumný záměr UK, 2. LF č. 11100005 – Optimalizace komplexní péče o děti s nádorovým onemocněním, dílčí úkol Nádorová onemocnění v ORL oblasti u dětí, koordinátor prof. MUDr. J. Koutecký, DrSc., Dětská onkologická klinika UK, 2. LF a FN v Motole.
		Grant GA ČR 304/02/0759: Příprava autologního chrupavčitého transplantátu pro myringoplastiku metodami tkáňového inženýrství, doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, ORL klinika UK, 2. LF a FN v Motole.
		Grant IGA MZ ČR NK 6454/3: Změny v centrální části sluchového systému vyvolané hlukem u dospělých jedinců a v průběhu vývoje, prof. MUDr. Josef. Syka, DrSc., Ústav experimentální medicíny AV ČR.
		Grant IGA MZ ČR NE 7259-3 Program kochleárních implantací u dětí – rozšíření diagnostických možností a hodnocení faktorů ovlivňujících přínos implantace. PhDr. E. Vymlátílová, ORL klinika UK, 2. LF a FN v Motole, foniatrické oddělení.
		Grant IGA MZ ČR E/7443-3, Vliv poruch nutričního stavu u dětí a adolescentů na metabolismus orexinu A. Doc. MUDr. Jiří Nevoral, CSc., 1. dětská klinika UK, 2. LF a FN v Motole.
		Grant IGA MZ 3938-3 „Diagnosticko-rehabilitační program kochleárních implantací u dětí.“, PhDr. Eva Vymlátílová, ORL klinika UK, 2. LF a FN v Motole, foniatrické oddělení.

		Grant IGA MZ 3937-3 „Screening sluchu u novorozenců pomocí otoakustických emisí“, as. MUDr. Daniel Groh, ORL klinika UK, 2. LF a FN v Motole.
		Grant FNM 2003 Aplikace A - mode sonografie při diagnostice patologie vedlejších dutin nosních u dětí. Prospektivní studie srovnání ultrazvukového a RTG vyšetření. MUDr. Michal Jurovčík, ORL klinika UK, 2. LF a FN v Motole.
		VZ FN v Motole 2005 – 2011 Klinicko genetická studie těžkých poruch prenatálního a postnatálního vývoje k časně prevenci, diagnóze a léčbě vybraných VVV, chorob a nádorů. Dílčí projekt 6501 - Přesná diagnostika a komplexní rehabilitace dětí s těžkou vrozenou i získanou poruchou sluchu, koordinátor doc. MUDr. M. Macek, Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK.
		Interní grant FN v Motole “Screening a dispenzarizace fyziologických a patologických novorozenců se sluchovým postižením“ – int.č.9708, as. MUDr. Daniel Groh, ORL klinika UK, 2. LF a FN v Motole.
Spolupráce	<i>Spolupráce s dalšími pracovišti FNM a UK 1. a 2. LF</i>	Rehabilitační část CKID spolupracuje při vyšetřování kandidátů i uživatelů kochleárního implantátu s neurologickou a psychiatrickou klinikou 2. LF UK.
	<i>Spolupráce s jinými zdravotnickými zařízeními, odbornými společnostmi, organizacemi apod.</i>	Rehabilitační část CKID spolupracuje s Asociací klinických psychologů a s Asociací klinických logopedů. Jsou pořádány společné semináře, do učebnic klinické psychologie a klinické logopedie byly napsány kapitoly zabývající se problematikou kochleárních implantací u dětí. CKID spolupracuje také se Sdružením uživatelů kochleárního implantátu (viz níže). Pro tuto organizaci pořádá přednášky a zajišťuje rehabilitaci a psychoterapii na jejích letních pobytových kurzech.
	<i>Mezinárodní spolupráce</i>	CKID v Motole spolupracuje s CKID v Nottinghamu (http://www.nuh.nhs.uk/Default.aspx) a v Zürichu a pomohlo v rozvinutí programu kochleárních implantací v zahraničí: Polsko MUDr. K. Preš, Wrocław, Prof. MUDr. K. Niemczyk, Varšava, Jugoslávie - Doc. Dr. R. Kosanovič, Prof. Dr. R. Dergenc, Prof. Dr. S. Stojanovic, Bělehrad, Doc. Dr. Stankovic, Niz, Doc. Dr. Dankuc, Novi Sad, Litva - Prof. Dr. K. Povilaitis, Kaunas, Ukrajina - Prof. Dr. G. Timen, Kijev, Rumunsko : Prof. Dr. R. Calarasu, Bukurešť, Slovinsko, Doc. Dr. J. Rebol, Maribor.
Vývoj	<i>Koncepce rozvoje, budoucí změny rozsahu péče, event. investiční záměry</i>	Rehabilitační část CKID plánuje zlepšení úrovně poskytované rehabilitační péče u dětí s vícečetným postižením (děti hluchoslepé, děti u kterých je hluchota komplikována DMO nebo mentální retardací. Většinou jde o kombinaci více než dvou vad.) Programování řečových

		<p>procesorů by se mělo provádět v rodině, stejně jako ve většině center západní Evropy. Bude kladen větší důraz na spolupráci mezi CKID a dalšími odborníky, kteří se na péči podílejí. Financování těchto činností bude zajištěno z dotací nebo sponzorských darů.</p>
		<p>Samostatným tématem je zavedení celoplošného screeningu sluchu novorozenců v České republice, které přinese významné zlepšení péče o celou populaci z hlediska prevence nenávratných změn při pozdní diagnostice a léčbě poruch sluchu.</p>

Tabulka 22 - Koncepce Centra kochleárních implantací u dětí v ČR (Betka, Skřivan, Kabelka, Vymlátilová a kol. 2008; Škodová, Jedlička, 2003; Vymlátilová in Řičan, Krejčířová, 1997).

6.6.2 SUKI

SUKI je nezisková organizace založená v roce 1994 na základě potřeb rodičů dětí s kochleárním implantátem. Organizace spolupracuje s Centrem kochleárních implantací u dětí (CKID), s nadačním fondem Prolomené Ticho a s Evropským sdružením uživatelů kochleárního implantátu (EURO – CIU). „Hlavní aktivitou SUKI je organizování pravidelných setkání uživatelů kochleárního implantátu a jejich rodin, výměna zkušeností s využíváním kochleárního implantátu a poskytování potřebných informací potenciálním uživatelům kochleárního implantátu.“ (Beznosková, 2009, s. 228) Na pobytech mají možnost rodiče navázat kontakt s logopedy a dalšími odborníky, kteří se věnují rozvoji řeči a komunikace u osob s kochleárním implantátem. Zároveň je na těchto pobytech poskytována individuální i skupinová intenzivní logopedická péče. Rodiče mají dále možnost konzultovat s psychologem aktuální problémy vyplývající ze sluchového postižení jejich dítěte a témata týkající se náročného období před a po kochleární implantaci. Dalším odborníkem aktivně se účastnícím na těchto pobytech je technik, který předává informace o technických záležitostech a novinkách v oblasti kochleárního implantátu. V neposlední řadě mohou rodiče dětí s kochleárním implantátem získat cenné informace od ostatních rodičů, rady, podporu a optimismus do budoucna. Vzhledem ke skutečnosti, že organizace sdružuje především rodiče implantovaných dětí a odborníky zabývající se touto problematikou, distribuce dotazníků byla provedena prostřednictvím tohoto sdružení.

6.6.3 Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

Subkapitola Federace byla zařazena vzhledem k záměrům práce definovat všechny členy týmu a jejich kompetence, včetně sdružení s celorepublikovou působností sdružující rodiče, příbuzné, ale i odborníky věnující se dětem se sluchovým postižením. Dalším důvodem zařazení této subkapitoly byla skutečnost, že většina rodičů sdružení SUKI je vzhledem k provázanosti těchto sdružení také součástí Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s. (dále jen Federace).

Hlavním motivem vzniku Federace byla snaha pozitivně ovlivnit vzdělávací i integrační možnosti dětí se sluchovým postižením, zvýšení informovanosti v této oblasti a umožnění dětem se sluchovým postižením rovnocenný a plnohodnotný přístup ke vzdělávání a společenskému životu. Federace nabízí komplex vzájemně navazujících služeb, plně pokrývajících potřeby dětí se sluchovým postižením od narození do 18 let a jejich rodin. Aktivita se orientují především na registrované sociální služby, informační a poradenský servis, vzdělávací a kulturně osvětové projekty. Základní poskytované služby jsou bezplatné a jsou využívány širokým okruhem zájemců z řad rodičů, rodinných příslušníků, pedagogů, studentů a dalších odborníků nezávisle na členství ve Federaci. (Fenclová, 2009)

6.6.4 Středisko rané péče Tamtam

Raná péče je zakotvena v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách Ministerstva práce a sociálních věcí mezi tzv. službami sociální prevence. Podle definice tohoto zákona je raná péče „...terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (www. https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf)

Jak uvádí Péčová (2009), z hlediska vzniku můžeme říci, že vznikla přímo z poptávky rodin a ze snahy odborných pracovníků vyhovět této poptávce. To se dle autorky odráží přímo v tom, jaké organizace ranou péči poskytují – jedná se téměř výhradně o nestátní organizace – většinou občanská sdružení (jako Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s., zřizovatel Střediska Tamtam) nebo zařízení církevní.

Jak dále uvádí autorka (2009, s. 223): „Z hlediska profesního zaměření v sobě raná péče kombinuje pedagogickou, psychologickou a sociální práci. Pracovníci – poradci rané

péče – jsou původním povoláním převážně speciální pedagogové, případně psychologové nebo sociální pracovníci, kteří se dále vzdělali v kurzu akreditovaném pro tento druh činnosti.“

Pro Českou republiku je v současné době jeden registrovaný poskytovatel rané péče rodinám s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením – Středisko rané péče Tamtam, která má dvě pracoviště pro klienty z Čech (v Praze) a Moravy (v Olomouci).

Klientem tohoto Střediska se může stát každá rodina, která pečuje o dítě se sluchovým nebo kombinovaným postižením (z nichž jedno je sluchové) ve věku od narození do maximálně sedmi let.

Pokud rodiče projeví o službu zájem, domluví s nimi pracovnice Střediska rané péče konzultaci v rodině, po které následuje vstupní vyšetření na pracovišti, při kterém se větší tým pracovníků s rodiči na základě diagnózy a momentálního obrazu dítěte dohodne na tom, jaké služby budou rodiče odebírat a jakým způsobem. Zmíněná konzultace trvá jednu a půl až tři hodiny. Část konzultace je věnována práci s dítětem, další část dotazům ze strany rodičů. Cílem činností, které se během konzultace provádí je směřovat rodiče k tomu, aby na základě získaných informací a osobních zkušeností ve spolupráci s poradkyní Střediska rané péče přiměřeným způsobem rozvíjeli oblast sluchového a zrakového vnímání, komunikaci, porozumění, mluvenou řeč, paměť, rozumové a motorické dovednosti. (Péčová, 2009)

Služby rané péče jsou ukončeny nejpozději s nástupem dítěte do školního zařízení, tedy do šesti až sedmi let. S dětmi školního věku pak dále pracuje poradenské zařízení – speciálněpedagogická centra a pedagogickopsychologické poradny. Tato poradenská zařízení spadají pod kompetence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a soustředí se především na pomoc žákům a jejich učitelům při začlenění do školního procesu a jeho úspěšném zvládnutí. (Péčová, 2009)

V dokumentu (Kučerová, 2007), který analyzujeme v dalších částech práce je uvedeno, že: „V České republice to může být poradce rané péče, v jiných zemích např. auditivně-verbální terapeut.“ Jak však upozorňuje Šedivá (2006, s. 37): „...obsahová stránka by se měla spíše řídit potřebami dětí a rodičů toho kterého regionu než schematickým přejímáním zahraničních modelů...“ Modely, které jsou mnohdy velmi funkční by neměly být ani zobecňovány.

6.6.5 Speciálněpedagogická centra

Speciálněpedagogické centrum (dále jen centrum) poskytuje dle vyhlášky 72/2005 Sb.: „poradenské služby při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním postižením, jakož i dětí s hlubokým mentálním postižením, v odůvodněných případech, zejména v pochybnostech, zda se jedná o žáka se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním, také při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním.

Žákům základních škol speciálních a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostiky a kontrolní diagnostiky, v odůvodněných případech i v rámci speciální individuální nebo skupinové péče, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen.

Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením.

Centrum dále:

a) zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření, připravuje posudky pro účely uzpůsobení maturitní zkoušky a jednotlivé zkoušky, která svým obsahem a formou odpovídá zkoušce maturitní zkoušky, u žáků a uchazečů se zdravotním postižením³),

b) zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením a žáky se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky,

c) vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti,

d) poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením, případně také se zdravotním znevýhodněním,

e) poskytuje metodickou podporu škole.“

6.7 Hodnocení týmových přístupů

Dyer (1984 in Hayes, 2005) ve své revizi výzkumů týmové práce uvedl, že: „reabilita mnoha způsobů měření týmové práce je nízká, že jsou zbytečně složité, nevnímají jemné odstíny týmové práce a měří proměnné, které jsou pro proces nepodstatné. Nedostatek vhodných technik měření týmového výkonu, uvádí Dyer, vedl k tomu, že většina výzkumů týmové práce trpí nízkou kvalitou nástrojů použitých k hodnocení týmu, které nejsou schopné přinést věrný, ba ani z poloviny věrný obraz týmové práce.“ (Hayes, 2005, s. 111)

Baker a Salas (1992 in Hayes, 2005) označili šest zásad hodnocení dovedností týmu:

1. „Není nic tak praktického jako dobrá teorie“ – porozumění týmové práci vyžaduje solidní teorii, protože právě teorie je základem nástroje měření, který určuje, co se ve skutečnosti hodnotí.
2. „Jak věci vidíme, nemusí nutně odpovídat tomu, jak to skutečně je“ - snažili se vyjádřit myšlenku, že jak situace, tak proces zraní ovlivňuje dovednosti týmu, takže pouze opakovaná pozorování v různých situacích a okamžicích nám mohou odhalit dovednosti týmu, které jsou nejvíce zastoupené a mají největší význam.
3. „Před pozorováním neunikne nikdo“ – její hlavní myšlenkou je, že není praktické hodnotit týmovou práci výhradně na základě nástrojů, které vycházejí z osobní výpovědi nebo jsou „z druhé ruky“. Protože si členové týmu nejspíš během práce neuvědomují sociální dynamiku, která v týmu působí, bude vždy potřeba forma přímého pozorování.
4. Potřeba širokého uplatnění – nástroje měření týmové práce se musí vyvíjet, aplikovat a hodnotit v různých typech týmů a prostředích. Bez toho nebude možné zdokonalit a vyvinout teorii, nástroje měření ani zachytit základní mechanismy a faktory.
5. Potřeba přísného psychometrického přístupu – jak hodnotitel, tak nástroj měření týmové práce musí být reliabilní. Tato reliabilita tvrdí, musí být posuzována na dvou úrovních – za prvé v rovině pozorovatelů, protože pozorovatelé jsou pro celkové hodnocení velmi důležití a za druhé v rovině vnitřní konzistence a stability v čase.

6. Důkladná validizace měření – uživatelé musí mít jistotu, že k hodnocení týmové práce a pro účely školení získávají přesné informace.

Hayes (2005) uvádí, že výše uvedených šest kritérií je nazýváno inventářem týmové atmosféry, který vyvinuly Anderson a West a který vydalo v roce 1994 nakladatelství NFER – Nelson.

V následujícím podkapitole uvádíme další různá hlediska a materiály, dle kterých byly v minulosti hodnoceny týmové přístupy.

6.7.1 Hodnocení týmových přístupů dle materiálu „Quality Standards in the Early Years: Guidelines on working with deaf children under two years old and their families“

Inspirací pro zpracování týmových přístupů s akcentem na rodinu a dítě se sluchovým postižením nám může být mnoho materiálů – např. NDCS, 2008; NDCS, 2010. Vzhledem k vybrané cílové skupině nám byl inspirací materiál „Quality Standards in the Early Years: Guidelines on working with deaf children under two years old and their families“ – „Standardy kvality v raném věku: průvodce prací s neslyšícími dětmi mladšími dvou let a jejich rodinami“. (Kučerová, 2007) Tuto publikaci zveřejnila na svých webových stránkách (www.ndcs.org.uk) v dubnu roku 2007 organizace „The National Deaf Children’s Society“ (NDCS, Národní společnost neslyšících dětí), která působí ve Velké Británii a zaměřuje se na poskytování služeb dětem se sluchovým postižením.

PARTNERSTVÍ S RODINAMI	Standardy zaměřené na klíčové principy práce s rodinami v duchu partnerství ošetřují průběh poskytování odborných služeb v celé	QS (STANDARD KVALITY)
		<p><i>včasná a kvalitní diagnostika</i></p> <p><i>kvalifikovaní odborníci, kteří rozumí problematice sluchového postižení, mají schopnost empatie a porozumění</i></p> <p><i>možnost odborných konzultací o důsledcích, které může mít hluchota na jedince a rodinu</i></p> <p><i>pravidelné a časté konzultace (s akcentem na krátké časové období mezi jednotlivými konzultacemi)</i></p> <p><i>pozitivní postoj k hluchotě</i></p> <p><i>respektování jedinečnosti dítěte a jeho rodiny</i></p>

	širší aspektů	<p><i>spolupráce mezi jednotlivými odborníky pečující o dítě se sluchovým postižením a jeho rodinu, minimalizace konfliktů mezi nimi a vzájemná koordinace, komunikace a kooperace potřeba dostatečného množství jasných informací o jazyku, komunikaci a vývoji dítěte a dalších zdrojích pomoci, které by mohli rodiče využít</i></p>
KOMUNIKACE S RODINAMI	<p>Standardy kladou velký důraz na oboustranně funkční komunikaci mezi rodinou a odborníky. V této oblasti je velký důraz kladen na komunikaci v době diagnostického procesu a zejména v případech potvrzení diagnózy sluchového postižení</p>	<p><i>Zdravotnická pracoviště (zejména audiologická) by měla vyvíjet průvodce (příručky) pro své pracovníky o tom, jak předat informaci o sluchovém postižení a jakým způsobem sdělit rodičům diagnózu jejich dítěte.</i></p> <p><i>Zdravotnická pracoviště by měla své pracovníky vzdělávat v komunikaci s rodinami zejména v době potvrzení diagnózy hluchoty. Sdělení diagnózy by mělo proběhnout citlivě a přiměřeně.</i></p> <p><i>V době přijímání skutečnosti hluchoty musí mít profesionálové dostatek času sdílet s rodinou aktuální situaci, v tuto dobu by měl do rodiny přijít pracovník, který se stane pro rodinu klíčovým pracovníkem. V České republice to může být poradce rané péče, v jiných zemích např. auditivně-verbální terapeut.</i></p> <p><i>Rodiče musí dostat dostatečné množství přístupných materiálů, které si mohou vzít sebou domů k prostudování. Tyto materiály musí obsahovat kontakty a dalších potřebné informace. Většina rodičů si doma po sdělení diagnózy hluchoty jejich dítěte začne klást otázky typu „Rozuměla jsem dobře všemu?“ „Nepřeslechla jsem něco?“ „Jaké dovednosti mám u svého dítěte rozvíjet?“ „Dokážu svému dítěti poskytovat tak odbornou péči?“ atp.</i></p> <p><i>Raná péče, popř. jiný klíčový odborník musí být přístupný rodině nejlépe v den sdělení diagnózy.</i></p>
PRÁCE S RODINAMI	<p>V této skupině standardů je mimo jiné opět kladen důraz na partnerství mezi rodinou a odborníkem</p>	<p><i>Rodiče musí být plně zapojeni do procesu intervence, kterého jsou nedílnou součástí, stejně tak jako mít možnost plně sledovat a hodnotit efektivitu služeb. Poskytovatelé služeb musí rozvíjet průvodce, metodiky obsahující rady, jak zahrnout rodiče do celého procesu intervence jako důležité členy týmu a být vnímaví k možným bariérám týkající se multikulturalismu či bilingvismu.</i></p> <p><i>Většina neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům. Způsob, jakým je hluchota rodičům prezentována, má vliv na očekávání směrem k jejich dítěti. Standardy doporučují nemluvit o hluchotě pouze jako o medicínské či vědecké otázce, ale i možném pozitivním přínosu sluchového postižení</i></p>

pro jejich dítě a celou rodinu.

Profesionálové pracující s rodinami neslyšících dětí musí vytvářet příležitosti k rozvoji znalostí o kultuře, historii, komunitě Neslyšících a také příležitosti k setkávání s ostatními rodiči, kteří měli podobný osud a jejich dětem zprostředkovat setkávání se svými neslyšícími vrstevníky.

Všichni pracovníci působící v oblasti sluchového postižení musí být vzděláváni v oblasti sdělování informací o sluchovém postižení v pozitivním slova smyslu. Toto vzdělávání by mělo v sobě zahrnovat informace o různých modelech hluchoty (medicínský, sociální), stejně jako způsob, jak přenášet tyto modely do svého působení v rodinách s neslyšícími dětmi.

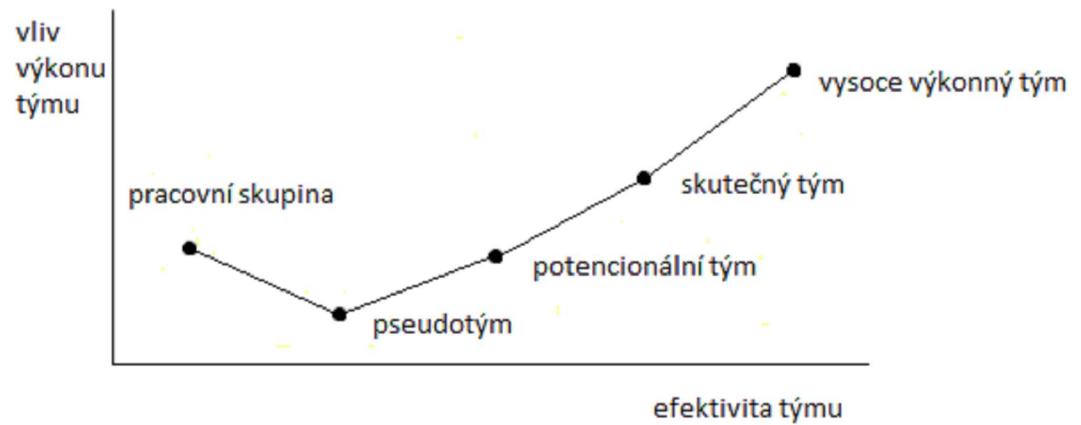
Tabulka 23 - Standardy kvality v raném věku. Průvodce prací s neslyšícími dětmi mladšími dvou let a jejich rodinami (volně přeloženo z NDCS, 2007; srov. s Kučerová, 2007)

Oblast standardů „Práce s rodinami“ v sobě zahrnuje i doporučení pro volbu komunikačního systému dítěte, přičemž klade požadavek na včasnost a dostupnost služby v raném věku dítěte, multidisciplinární přístup v poskytování odborných služeb, věnuje se klíčové roli poradce rané péče, přináší doporučení pro individuální práci s dítětem se sluchovým postižením raného věku a ošetřuje i audiologickou oblast poskytování služeb (požadavek na přesnou diagnostiku sluchového postižení, přínos sluchadel a kochleárních implantátů), doporučení, jak postupovat v případě zhoršení sluchu dítěte, jak a kdy informovat o podpůrných skupinách a dobrovolnických organizacích či jaké jsou možnosti setkávání se s dospělými lidmi se sluchovým postižením. Nezapomíná ani na nástroj hodnocení poskytování služeb jejich samotnými uživateli – rodinami s dětmi se sluchovým postižením raného věku. Poslední část dokumentu s názvem „Rozvoj partnerství ve strategickém řízení služeb“ obsahuje standardy věnující se organizačním záležitostem implementace dokumentu v praxi (pro koho jsou standardy závazné, kdo je za jejich dodržování zodpovědný, jakým způsobem je hodnocena jejich implementace apod.) (Kučerová, 2007).

6.7.2 Psychometrický přístup k hodnocení týmu

„Psychometrický přístup k hodnocení týmu zahrnují Belbinův sebehodnotící inventář týmových rolí (BTRSPI) a specializované systémy měření 16PF a OPQ. Šestnáctifaktorový dotazník (16PF) měří 16 osobnostních faktorů dospělé osobnosti. OPQ měří 30 různých

stránek chování, zájmů a rysů osobnosti v pracovním prostředí. Výkonnostní křivka týmu, kterou navrhli Katzenbach a Smith (1993), nepoužívá psychometrických metod k hodnocení týmového výkonu, ale zaměřuje se na vliv týmu v podniku a úlohu podniku v úspěšném plnění týmového úkolu. Sleduje efektivitu konkrétního týmu na výkonnostní křivce týmu.“ (Polanková, 2011, s. 7)



Obrázek 1 - Výkonnostní křivka týmu (Polanková, 2011, s. 7; srov. Hayes, 2005)

7 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Dopady, které má sluchové postižení na jedince a jeho rodinu, vyžadují komplexní a dlouhodobé působení z řad odborníků. Téma týmových přístupů představuje velice živě diskutovanou problematiku, která nejen v našich podmínkách poskytuje rozsáhlý prostor pro vědecko-výzkumnou činnost. Týmové přístupy mohou mít různý charakter, jak z hlediska profesionální skladby týmu, proporcionality působení jednotlivých specialistů, tak i ve smyslu zastoupení jednotlivých odborníků.

Cílem empirické části práce na téma „Role multidisciplinárního týmu v péči o rodinu dítěte s kochleárním implantátem“ není poukázat na nedostatky či chyby současného systému péče o uživatele kochleárních implantátů, ale poskytnout celkový obraz současné situace v oblasti komplexní péče v našich podmínkách. Akcentován by v této souvislosti měl být zejména přístup odborníků k rodině dítěte s kochleárním implantátem, která je v týmu nejdůležitějším článkem. Změříme se na týmovou spolupráci a oblast kooperace rodiny s příslušnými odborníky.

Pravděpodobně potvrdíme názory mnoha odborníků, že aktuální obraz komplexní péče o jedince se sluchovým postižením je závislý na několika faktorech, mezi které patří především personální konstelace v dané zemi, vědecká orientace, osobní zaměření předních představitelů, specifické regionální podmínky (včetně ekonomických), tradice a místní interdisciplinární vztahy.

V názvu práce je manipulováno s termínem multidisciplinární tým, jehož negativem je pro jedince se sluchovým postižením velké množství hodnocení a informací od různých odborníků s absencí vzájemné komunikace, koordinace a kooperace zejména při konečném rozhodnutí např. při volbě komunikačního systému či intervenčního plánu. Důvodem použití tohoto termínu je skutečnost, že je stále chápán jako model tradiční.

Z výše uvedených informací je patrná velká variabilita a rozmanitost odborníků participujících na péči o dítě s kochleárním implantátem. Ke komplexní péči o dítě s kochleárním implantátem přispívají odborníci z celé řady oborů. Ti by měli rodičům poskytnout nejen podporu, ale i adekvátní, reálné, nezkreslené a ucelené informace o

metodách a formách komunikace v závislosti na subjektivních charakteristikách dítěte a z odborného hlediska doporučit nejvhodnější postupy a strategie.

Výzkumný záměr této práce vycházel ze zahraničních zdrojů - ze studií hodnotících péči o rodinu a dítě s kochleárním implantátem v rámci transdisciplinárního týmu. Ve svých studiích tuto problematiku řešili, avšak z poněkud odlišného úhlu pohledu např. autoři Goldberg, Flexer (1993, 2001), Robertson, Flexer (1993), Roberts, Rickards (1994), Wray, Flexer, Vaccaro (1997). Rhoades, Chistolm (2000, 2001), Duncan (2001), Durieux-Smith, Eriks-Brophy, Olds, Fitzpatrick, Doquette, Whittingham (2001). Studie těchto autorů byly zaměřeny na auditivně-verbální přístup, kde je rodina nejdůležitějším článkem týmu v péči o dítě s kochleárním implantátem.

Výše uvedené důvody nás přivedli k hledání odpovědí na otázky, do jaké míry je zmíněná týmová spolupráce využívána v praxi a aplikována do našich podmínek.

Domníváme se, že jedním z klíčových pilířů naší práce je evaluace týmové spolupráce. Právě tento aspekt našeho výzkumu by mohl posloužit jako zpětnovazební informace ve smyslu určité supervize. Pozitivní zpětná vazba je jedním z nejlepších impulzů do další práce umožňující obnovit entusiasmus a nové síly k dalším aktivitám.

Vzhledem k tomu, že studie má komparativní charakter, kdy vycházíme z aktuálních ověřených zahraničních modelů (např. auditivně-verbální terapie) usilujících o optimalizaci intervenčního procesu u osob se sluchovým postižením s akcentem na jedince s KI, v tomto směru jsme se domnívali, že by odborníkům mohla naše studie zprostředkovat další úhel pohledu. Tato studie byla koncipována mimo jiné s ohledem na zkušenosti nabyté v rámci kurzu Auditory-Verbal Therapy vedený Warrenem Estabrooksem M.Ed., Dip. Ed. Deaf, LSLS Cert. AVT¹³.

V neposlední řadě považujeme za přínos naší studie zkvalitňování pregraduální přípravy studentů, kteří se mohou stát hypoteticky součástí týmu kochleárních implantací v nejširším slova smyslu.

V žádném případě není cílem této studie zpochybňovat, či znehodnocovat kvalitu a přínos práce odborníků, ba naopak by dlouholeté zkušenosti měly posloužit jako výchozí model pro další vědecko-výzkumnou činnost.

¹³ Autorka práce kurz úspěšně absolvovala v roce 2008 – 2009.

8 VÝSLEDKY REALIZOVANÉHO PRŮZKUMU

Cílem průzkumu¹⁴ (Šestáková, 2008) bylo získat předběžné informace o dané problematice – provést první sondu do zákonitostí, které hodláme zkoumat v dalších etapách aplikovaného výzkumu. Domníváme se, že specifickou roli v péči o dítě s kochleárním implantátem hraje logoped. Považovali jsme v rámci tohoto průzkumu za přínosné poukázat na specifické postavení logopeda v celém procesu, na jeho kompetence, možnosti dalšího vzdělávání, kvalitu přípravy současné logopedické generace v ČR se zaměřením na práci s dětmi s kochleárním implantátem a jejich rodinou, s akcentem na aktuální obraz postavení logopedie, která se vyznačuje oscilováním mezi vícero vědními disciplínami v závislosti na několika faktorech, kterými jsou především personální konstelace v dané zemi, vědecká orientace, osobní zaměření předních představitelů, specifické regionální podmínky (včetně ekonomických), tradice a místní interdisciplinární vztahy. Vzhledem k probíhajícím procesům (praktistickému a emancipačnímu), je třeba brát ohledy na uplatňování tzv. pragmalingvistické koncepce s akcentem na pragmatickou jazykovou rovinu.

V tomto smyslu bylo klíčovou snahou zjištění aktuálního stavu logopedické péče o jedince se symptomatickými poruchami řeči se sluchovým postižením s akcentem na uživatele kochleárního implantátu.

Z průzkumu uvádíme část, která se především týká kompetencí rodičů v logopedické péči o dítě s kochleárním implantátem.

Pro další práci v dané oblasti byl v průběhu roku 2008 sestaven a pro průzkum připraven dotazník týkající se kompetencí rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem. Formou elektronické komunikace bylo osloveno Sdružení uživatelů kochleárního implantátu (SUKI), které rozeslalo dotazníky mezi rodiče sledované kategorie dětí. Dále jsme kontaktovali Mateřskou a základní školu pro sluchově postižené v Olomouci, Speciálněpedagogické centrum při Základní škole pro sluchově postižené a Mateřské škole pro sluchově postižené v Ostravě – Porubě, Speciálněpedagogické centrum pro děti s vadami sluchu a řeči při SŠ, ZŠ a MŠ v Hradci Králové. Pracovníci byli velice vstřícní a ochotně přislíbili

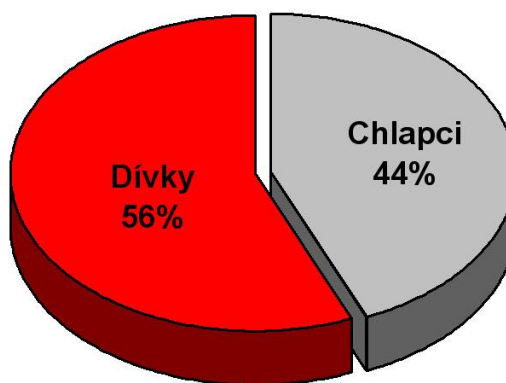
¹⁴ Součást diplomové práce autorky

pomoc při realizaci výzkumu v podobě rozeslání dotazníků rodičům dětí s kochleárním implantátem.

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

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

Zkoumaný výběrový soubor představovalo 39 dětí – 22 dívek a 17 chlapců. Procentuální zastoupení obou pohlaví ve výběrovém souboru je znázorněno v grafu č. 1. Dívky tedy mírně převažovaly nad chlapci. Průměrný věk souboru činil v době výzkumu 8,7 let. Nejmladšímu dítěti byly v době výzkumného šetření dva roky a dva měsíce a nejstaršímu osmnáct let.



Graf 1 - Podíl dívek a chlapců u zkoumaného vzorku

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

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

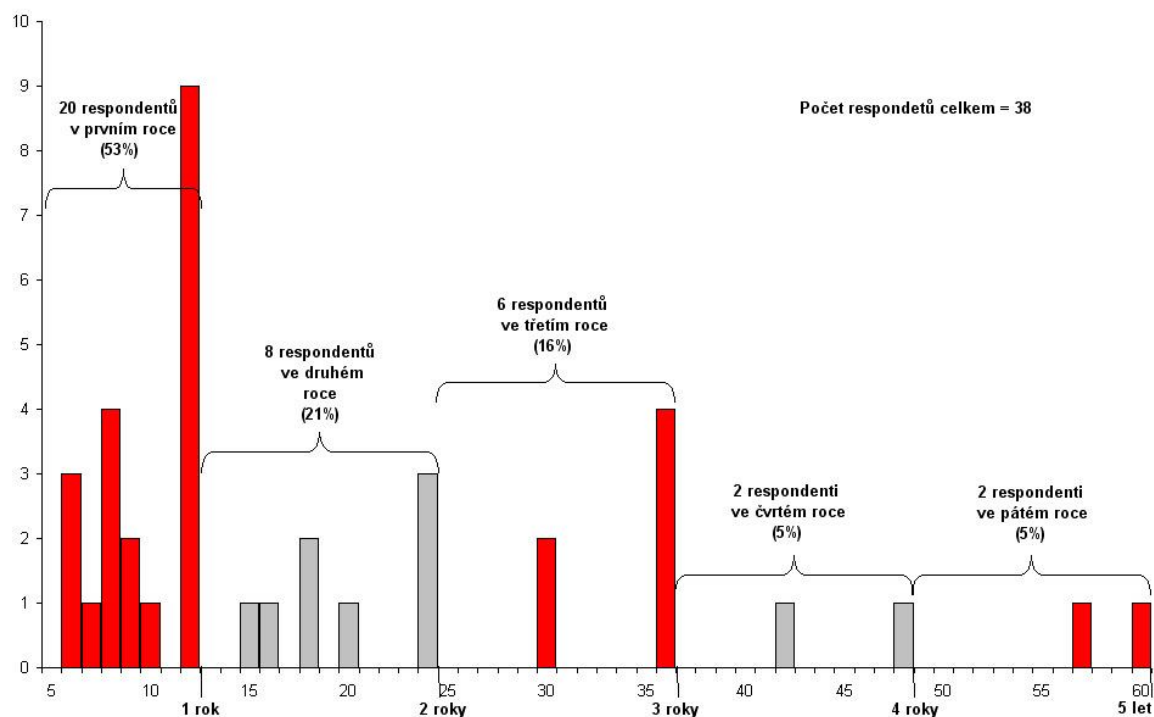
POČET CHLAPCŮ	17
POČET DÍVEK	22
CELKOVÝ POČET	39
PRŮMĚRNÝ VĚK UŽIVATELŮ KI (ROK)	8,7
PRŮMĚRNÝ VĚK STANOVENÍ DIAGNÓZY (MĚSÍC)	18
PRŮMĚRNÝ VĚK PROVEDENÍ KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE	3,8
DĚTI VYRŮSTAJÍCÍ V ÚPLNÉ RODINĚ (%)	87,2

Tabulka 24 - Základní informace o zkoumaném souboru.

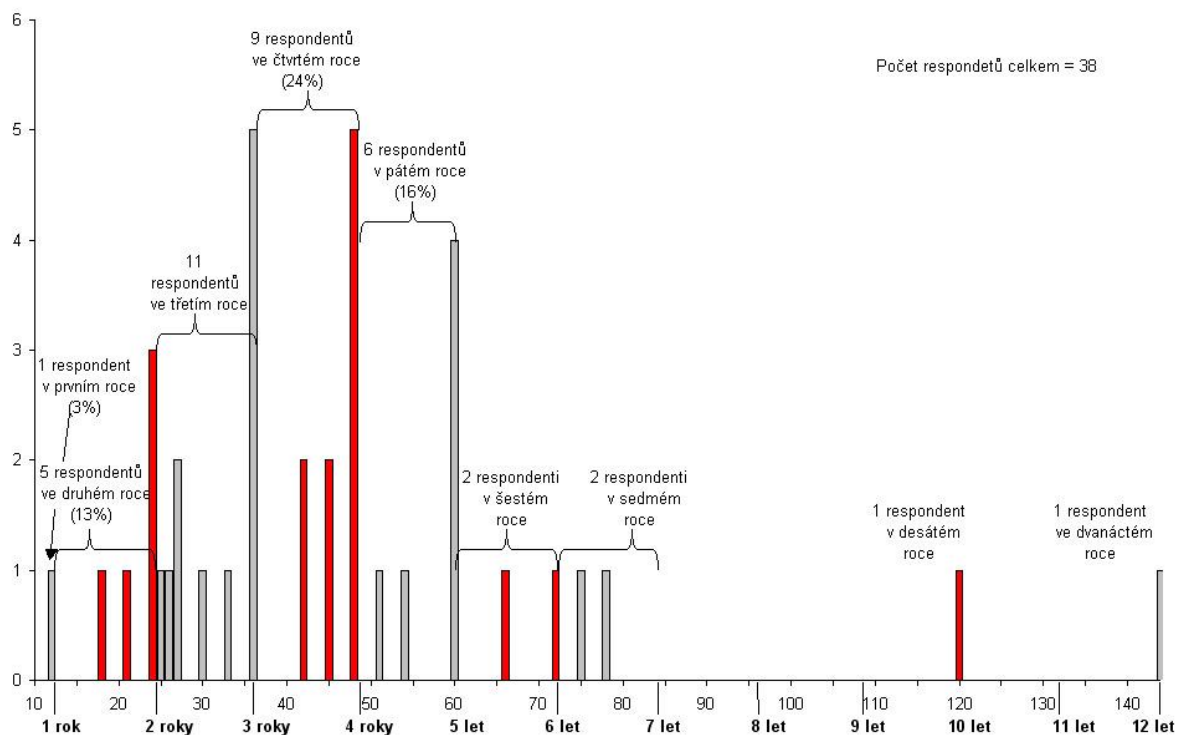
8.1 Diagnostika versus kochleární implantace

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

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



Graf 2 - Počet diagnostikovaných dětí v závislosti na jejich věku



Graf 3 - Provedení kochleární implantace v závislosti na věku

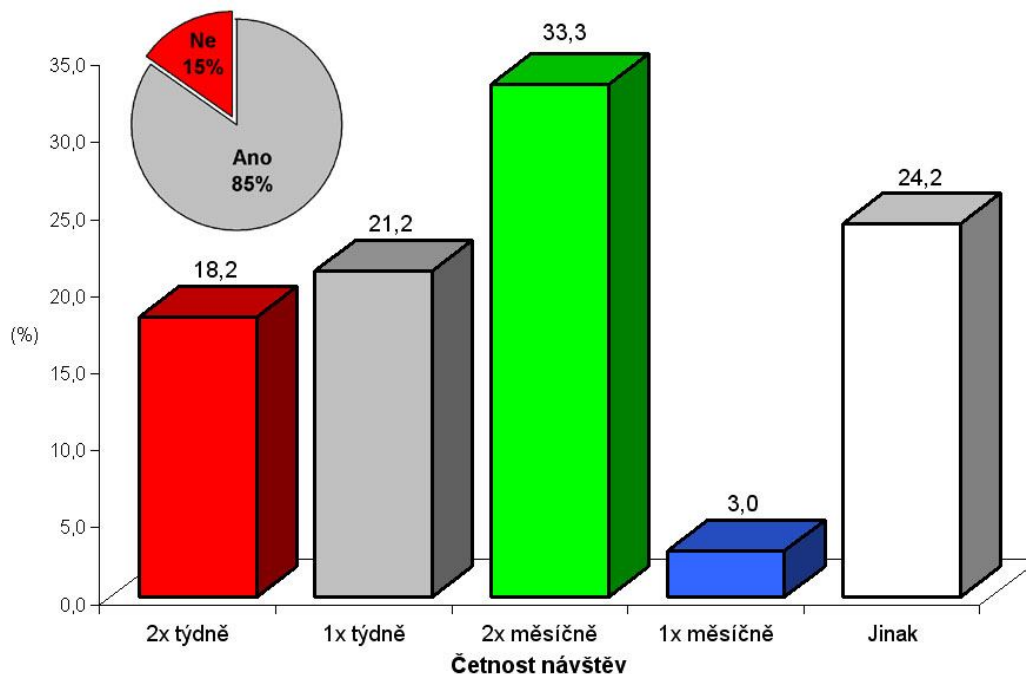
Výše uvedený graf vyjadřuje počet dětí podrobených kochleární implantaci v závislosti na jejich věku. Nejvíce dětí bylo implantováno ve čtvrtém roce života (24%). Do čtvrtého roku bylo implantováno 69% dětí.

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

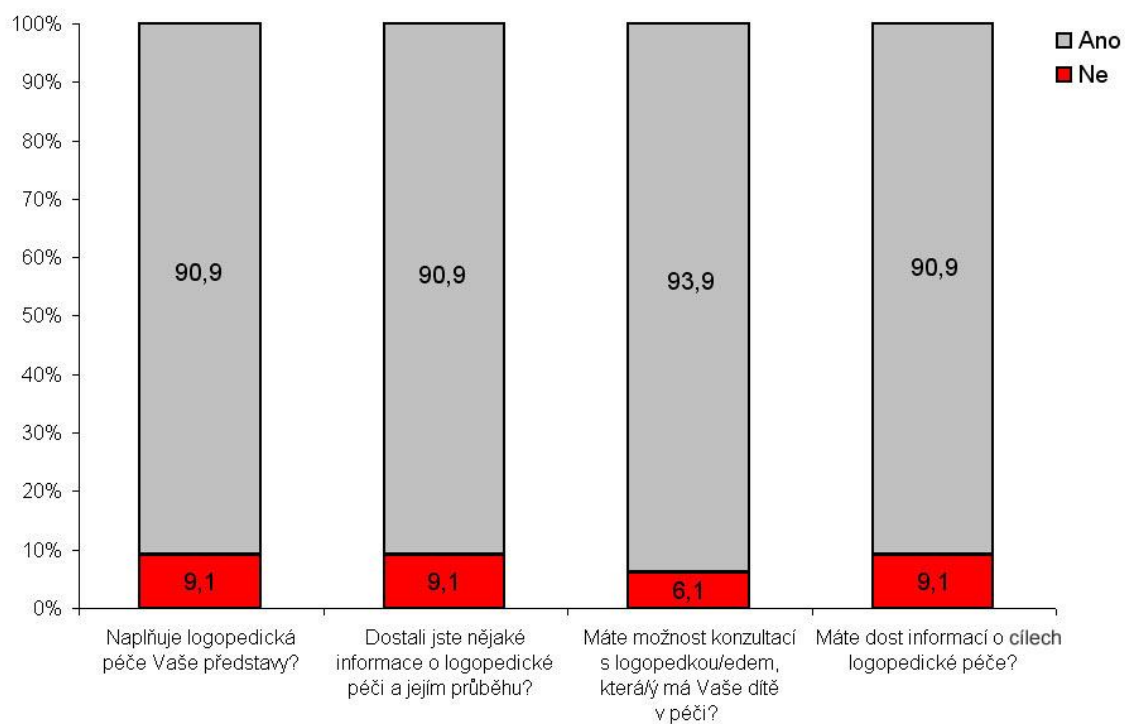
8.2 Informovanost, orientace v dané problematice a osobní kompetence rodičů v oblasti logopedické péče

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

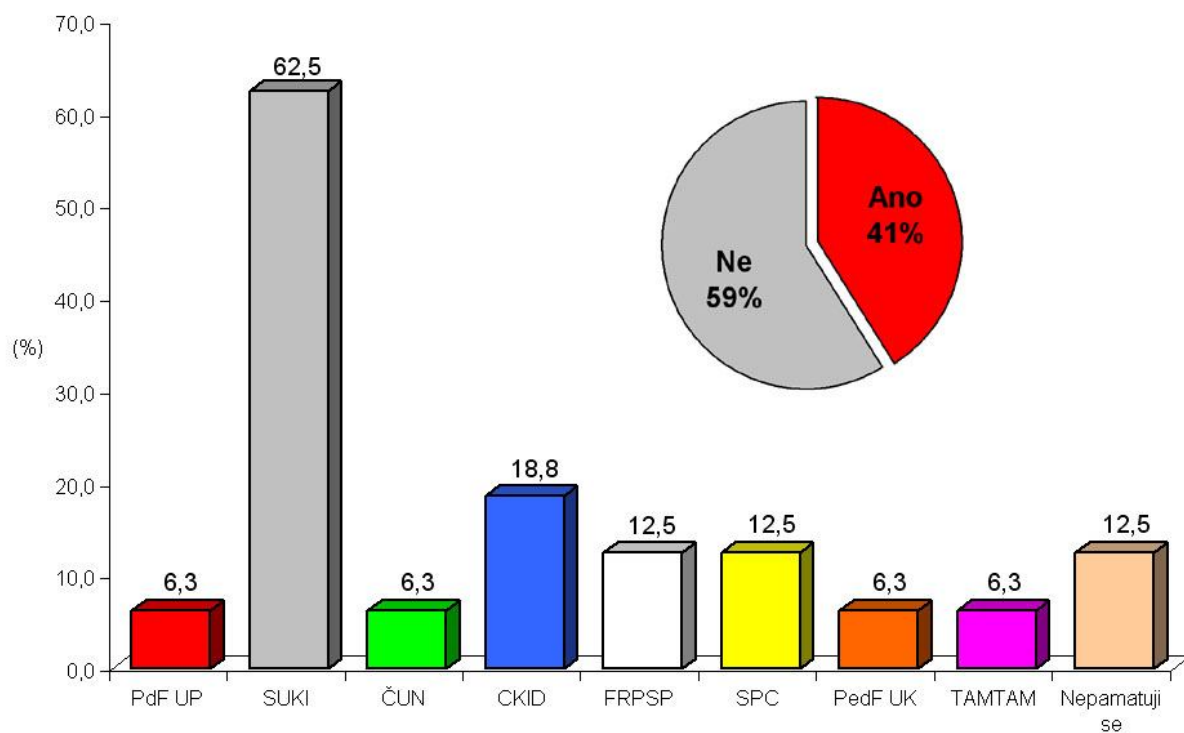
Rodičům bylo položeno několik otázek týkajících se logopedické péče v podobě dichotomických otázek s variantami odpovědí Ano/Ne. Z odpovědí respondentů je patrná relativně vysoká spokojenost s logopedickou péčí, informovaností o jejím průběhu i možnostmi konzultací s logopedem. Podle mínění dotazovaných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



Graf 4 - Docházíte s dítětem na logopedii? Pokud ano, jaká je četnost návštěv vašeho dítěte u logopedky/a?



Graf 5 - Naplňování představ a informovanost rodičů o logopedické péči



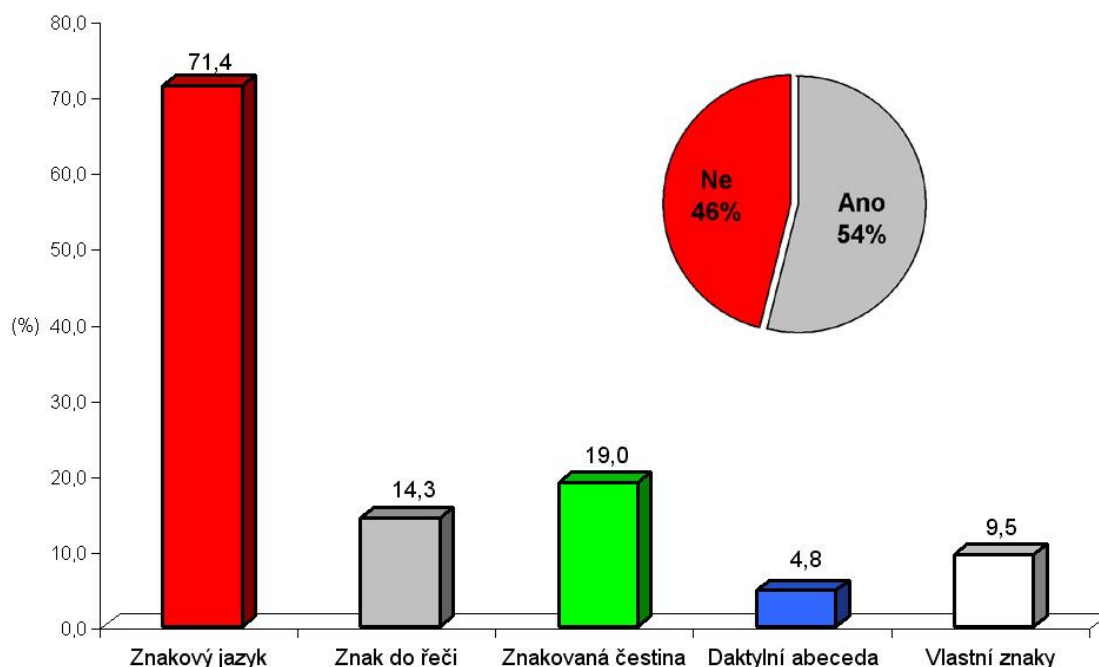
Graf 6 - Účastnili jste se/účastníte se vzdělávacích seminářů týkající se problematiky osob se sluchovým postižením?

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

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

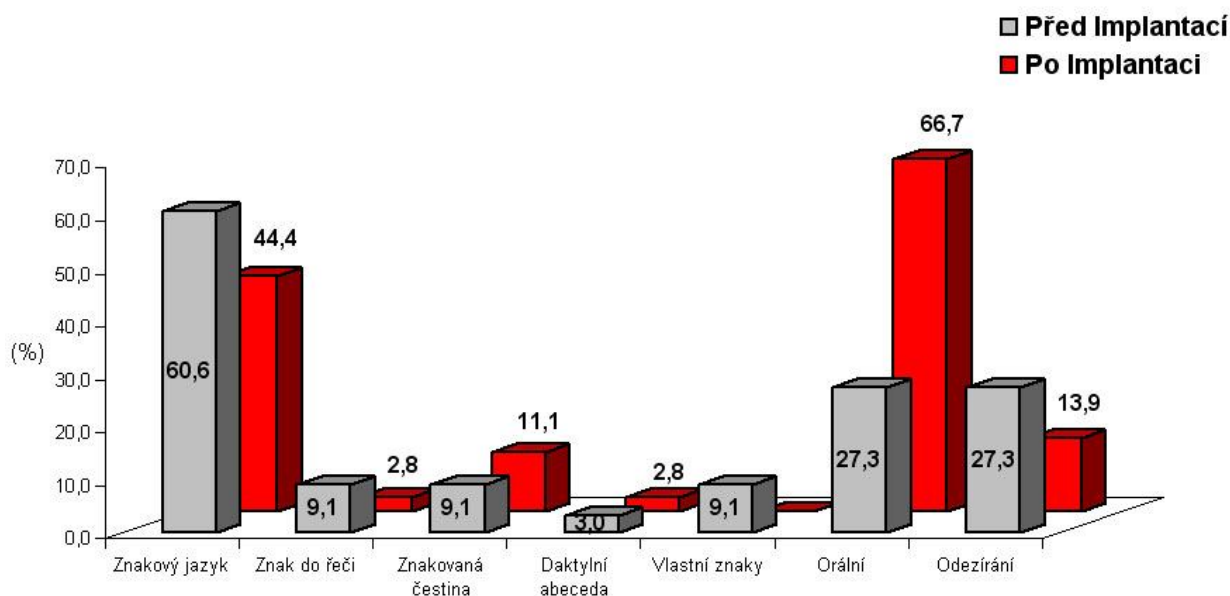
8.3 Komunikační systém

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



Graf 7 - Používáte pro zefektivnění komunikace s dítětem některý ze znakových systémů?

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



Graf 8 - Komunikační systém dítěte před a po kochleární implantaci.

8.4 Diskuse a závěry

Z analýzy získaných údajů vyplynulo, že výzkumu se zúčastnilo celkem 39 rodičů dětí, z toho 22 dívek a 17 chlapců. Průměrný věk souboru činil v době výzkumu 8,7 let. Nejmladšímu dítěti byly v době výzkumného šetření dva roky a dva měsíce, nejstaršímu osmnáct let.

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

měsíce. Na základě této skutečnosti bychom doporučovali, aby byl průběžně posuzován a hodnocen vývoj dítěte a pomocí diagnostických zákroků stanoveny další kroky, popř. upravovány stávající programy. Za stěžejní z tohoto hlediska považujeme zintenzivnění spolupráce logopeda a dalších odborníků s rodiči dítěte s kochleárním implantátem.

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

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

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

Rodičům bylo položeno několik otázek týkajících se logopedické péče. Z odpovědí respondentů je patrná relativně vysoká četnost návštěv dítěte u logopeda, spokojenost s logopedickou péčí, informovaností o jejím průběhu i možnostmi konzultací s logopedem. Podle mínění dotazovaných, je poměrně vysoká i jejich informovanost o cílech logopedické péče. Tuto spokojenost respondentů můžeme doložit hodnotami v grafech, které přesahují ve valné většině 90 %. Další položky dotazníku se týkaly informovanosti a orientace rodičů v této problematice. 41 % oslovených rodičů se zúčastnilo nejméně jednoho ze vzdělávacích seminářů týkajících se problematiky osob se sluchovým postižením. Přibližně jen třetina respondentů (33,3 %) vlastní některou z publikací zaměřeno na problematiku kochleárních implantátů a logopedické péče pro uživatele kochleárního implantátu. Můžeme se domnívat jen, že většina rodičů dětí s kochleárním implantátem je jen částečně informována, orientována v dané problematice a kompetentní v oblasti logopedické péče.

Klíčovým předpokladem pro maximální úroveň socializace jedince s kochleárním implantátem je neustálé zdokonalování úrovně komunikace. Charakter změny

komunikačního systému dítěte po kochleární implantaci markantní zejména v nástupu orální komunikace na úkor znakových komunikačních systémů a odezírání potvrdily i výsledky našeho šetření.

Výsledky realizovaného průzkumu se pak následně promítly do charakteru následného výzkumu, který je předmětem této práce a staly se východiskem při koncepci širokospektrálního výzkumného šetření.

9 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy nám umožňuje klasický kvantitativně orientovaný výzkum (Kerlinger, 1972 in Chráska, 2007). Jak uvádí Chráska (2007), k výhodám kvantitativního přístupu patří zejména přehlednost, stručnost a syntetičnost výsledku, přičemž je eliminována mnohoznačnost slov.

Kvantitativně a kvalitativně orientované druhy výzkumu jsou rozdílné, mnohdy stavěny proti sobě jako naprosto protikladné, navzájem neslučitelné, z nichž má každý své přednosti a nedostatky. Jak uvádí Miovský (2006), různí autoři se v minulosti pokoušeli popsat hlavní rozdíly mezi oběma přístupy. Čermák (2003) poznamenává, že na oba výzkumy lze nahlížet jako na vztah mezi figurou a pozadím – aby mohla vzniknout figura, musí existovat pozadí, a právě pro vztah mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem je příznačné, že neexistencí či neadekvátním upozaděním jednoho dochází k úbytku ostrosti toho druhého. Domníváme se tedy, že je vhodné je v našem výzkumu kombinovat.

Kvalitativní prvky preferujeme zejména z hlediska charakteristik výzkumného souboru. Kvalitativní prvky zde dokreslují samotný pohled rodičů na současný stav spolupráce mezi nimi a odborníky. Jsou tedy obrazem jejich osobního pohledu na danou problematiku. Vzhledem k záměru výzkumu považujeme za přínosnější metodu získávání dat formou polostrukturovaného interview. Klíčovým smyslem této metody je přirozený osobní kontakt s rodiči sluchově postižených a osobami se sluchovým postižením. Jak uvádí Hendl (www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf, s. 11): „Kvalitativní výzkum dává přednost zachycení perspektiv zkoumaných jedinců. Chce osvětlit subjektivní zkušenost, jednání a kontext zkoumaných jedinců. Hlavním kritériem kvalitativního výzkumu je míra, jak se podařilo autenticky zachytit a prezentovat pohledy zkoumaných jedinců.“

Výzkum je koncipován jako širokospektrální, zahrnující zejména subjektivně problematickou oblast komunikace mezi jednotlivými odborníky a kooperace a koordinace rodičů s jednotlivými odborníky.

10 ZÁMĚR, CÍL PRÁCE, STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH

OTÁZEK

10.1 Hlavní a dílčí cíle práce

Jak již bylo řečeno viz výše, hlavním cílem práce bylo získání co nejpodrobnějších informací o vzájemné spolupráci rodičů dětí s kochleárním implantátem a odborníky, kteří jsou součástí týmu a dále zjistit kooperaci, koordinaci a komunikaci mezi jednotlivými odborníky.

Jak uvádí Popper (in Chráska, 2007), výzkum by neměl usilovat o dokazování hypotéz, ale pouze o jejich falzifikacích, tedy hledání faktů, svědčících o jejich neplatnosti. Pokud se nám nepodaří hypotézu ve výzkumu falzifikovat, můžeme ji přijmout, ne však ji považovat za jednu vždy prokázanou.

V kontextu výše uvedených údajů a na základě studia odborné literatury jsme vymezili dílčí cíle:

- Zmapování **přenosu informací mezi rodiči dětí s kochleárním implantátem a mezi odborníky** týmu pečující o jejich dítě.
- Zmapování **přenosu informací mezi jednotlivými odborníky**, kteří jsou součástí týmu pečující o rodinu a dítě s kochleárním implantátem.
- Zmapování **názorů, postojů a potřeb rodičů** dětí s kochleárním implantátem.
- Zmapování **kvality a množství informací**, které dostávají rodiče od odborníků.
- Zmapování **možností být součástí transdisciplinárního týmu v České republice a komparace se zahraničím**.

10.2 Výzkumné hypotézy a předpoklady

Na základě vymezených cílů práce jsme vyjádřili následující předpoklady a věcné hypotézy, které jsme pro potřeby ověřování formulovali na tzv. „statistické hypotézy“ (nulové H_0 a alternativní H_A):

1. Názory na současný stav spolupráce s odborníky jsou totožné u rodičů se středoškolským vzděláním s názory rodičů s vysokoškolským vzděláním.

H1₀: Mezi názory rodičů se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním na současný stav spolupráce s odborníky nejsou statisticky významné rozdíly.

H1_A: Mezi názory rodičů se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním na současný stav spolupráce s odborníky jsou statisticky významné rozdíly.

2. Rodiče, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte, hodnotí množství informací ze strany odborníků hůře než jedinci, kteří jsou se způsobem sdělení nepříznivé zprávy spokojeni.

H2₀: Mezi rodiči, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte a rodiči, kteří jsou spokojeni se způsobem sdělení nepříznivé zprávy není statisticky významný rozdíl v názoru na množství informací ze strany odborníků.

H2_A: Mezi rodiči, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte a rodiči, kteří jsou spokojeni se způsobem sdělení nepříznivé zprávy je statisticky významný rozdíl v názoru na množství informací ze strany odborníků.

Hypotézy budeme verifikovat na základě rozsáhlého sběru dat, jejich tříděním, zpracováním a vyhodnocováním. Na základě výsledků verifikace hypotéz vyslovíme závěry, ke kterým výzkum dospěl a budeme konstatovat přijetí či odmítnutí hypotéz.

10.3 Výzkumné otázky

Zaměření výzkumných otázek v kvalitativním výzkumu je především voleno s ohledem na specifika skupiny rodičů a popis a interpretaci významů, které přisuzují jedinci situacím a jednání (Hendl, www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf).

- *Jakým způsobem ovlivňuje týmová spolupráce život dítěte s kochleárním implantátem a jeho rodinu?*
- *Jaké charakteristiky má týmová spolupráce v očích rodičů dětí s kochleárním implantátem?*
- *Jaké oblasti komunikace pociťují rodiče dětí s kochleárním implantátem jako subjektivně nejvíce problematické?*

- *Kteří odborníci by měli být, dle subjektivního názoru rodičů, součástí transdisciplinárního týmu, který pečuje o jejich dítě - uživatele kochleárního implantátu?*
- *S kterými odborníky pocítují rodiče spolupráci jako neproblematičtější?*
- *Jaké potřeby rodičů nejsou v péči o dítě s KI uspokojovány?*
- *Co by si rodiče subjektivně přáli zlepšit či zkvalitnit z hlediska týmové péče o jejich dítě s KI?*

11 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum je konkrétně zaměřen na průběh a formu kooperace mezi rodiči dětí s kochleárním implantátem a odborníky, kteří jsou součástí týmu pečujícího o dítě. Rodiče musí být plně zapojeni do rozhodování o intervenci jejich dítěte, stejně jako mít možnost plně sledovat a hodnotit efektivitu služeb. Poskytovatelé služeb by měli cíleně rozvíjet metodiky, jak zahrnout rodiče – nejdůležitější členy týmu. V neposlední řadě je velmi důležitá vzájemná spolupráce mezi samotnými odborníky a konstelace pracovních vazeb – jejich charakter pak významným způsobem předurčuje efektivitu intervenčního procesu u dítěte s kochleárním implantátem.

Základní organizace výzkumu byla rozdělena do několika etap:

Období	Náplň
září 2008 – prosinec 2008	Zpracování průzkumu, úpravy
leden 2009 – prosinec 2009	Tvorba teoretické části práce
leden 2010 – prosinec 2010	1. etapa realizace výzkumu
leden 2011 – červen 2011	2. etapa realizace výzkumu
červenec 2011 – září 2011	Zpracování získaných výsledků
říjen 2011 – prosinec 2011	Finální zpracování disertační práce

Tabulka 25 - Základní organizace výzkumu.

Klíčové aktivity byly realizovány zpravidla formou distribuování dotazníků příslušným skupinám osob:

- **Rodiče dětí s kochleárním implantátem,**
- **Odborníci „Centra kochleárních implantací u dětí“ (CKID – Praha),**
- **Odborníci „Centra péče o pacienta s kochleárním implantátem“ (Ostrava),**
- **Centra kochleárních implantací ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska,**
- **Střediska rané péče Tamtam,**
- **Speciálněpedagogická centra pro sluchově postižené.**

Domníváme se, že zahraniční pozitivní zkušenosti v intencích auditivně-verbální terapie v oblasti spolupráce rodiny s ostatními členy odborného týmu by mohly být inspirací,

vedoucí ke snaze o aplikaci těchto principů v našich podmínkách. S ohledem na tento požadavek byl dotazník distribuován výše zmíněnému širokému spektru odborníků, resp. odborných týmů. Komparace zahraničních poznatků s našimi zkušenostmi by mohla otevřít nový úhel pohledu na danou problematiku a být přínosem pro oblast teorie i praxe.

Cílová skupina rodičů dětí s kochleárním implantátem byla oslovena prostřednictvím letního pobytu SUKI (Sdružení uživatelů kochleárního implantátu), které se konalo od 2. – 9. 7. 2011. S laskavým svolením předsedkyně sdružení Mgr. Věry Skopové byl na výše uvedeném letním setkání proveden sběr dat pomocí dotazníkové metody a současně byly realizovány rozhovory směrem k získání kvalitativních dat. V distribuci dotazníků touto cestou spatřujeme hned několik výhod – stoprocentní návratnost dotazníků, osobní přístup zajišťující větší otevřenost rodičů a mimo jiné také možnost interpretace a bližšího upřesnění některých položek. Další distribuce dotazníků směrem k rodičům byla provedena prostřednictvím střediska rané péče Tamtam a dalších odborníků, kteří jsou v kontaktu s rodiči dětí s kochleárním implantátem. Vzhledem ke způsobu distribuce dotazníků rodičům především prostřednictvím jiných odborníků nelze odhadnout počet oslovených rodičů, zřejmá je pouze návratnost (viz tabulka níže). Získaná data byla zpracována a uzavřena k říjnu 2011.

Dále byla oslovena střediska rané péče Tamtam v Praze a v Olomouci, speciálněpedagogická centra pro jedince se sluchovým postižením, CKID, Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem a centra kochleárních implantací ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska. Oslovení respondenti byli požádáni o vyplnění dotazníku zaměřeného na jejich názory a postoje. Domníváme se, že nulová návratnost dotazníků především z řad odborníků Centra kochleárních implantací u dětí (CKID) může být způsobena přesycením těchto odborníků dotazníky ze strany pracovníků, ale i studentů. Dále se domníváme, že jedním z důvodů může být taktéž citlivost daného tématu a obava pracovníků, že poskytnuté údaje by mohly být použity proti nim, i přesto, že v průvodním dopise byl zřetelný apel na důvěrnost dat.

Výzkumný soubor	Počet oslovených respondentů	Návratnost	%
Oslovení rodiče	-	44	-
Realizované rozhovory	6	6	100 %
Speciálněpedagogická	16	5	31 %

centra			
Středisko rané péče Tamtam	18	6	33 %
Centra kochleárních implantací Spojeného království Velké Británie a Severního Irska	21	1	5 %
CKID - Chirurgická část CKID	4	0	0 %
CKID – Rehabilitační část CKID	11	0	0 %
Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem (Ostrava)	(osloveni všichni odborníci v týmu prostřednictvím vedení)	3	-

Tabulka 26 - Charakteristika výzkumného souboru



Obrázek 2 – Oslovená centra kochleárních implantací (Spojené království Velké Británie a Severního Irska)

Ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska jsme oslovili následující centra, průvodní dopis a dotazník jsou přiloženy v přílohách této práce:

- Belfast Regional Cochlear Implant Centre
- Birmingham Adult Cochlear Implant Programme
- Birmingham Children's Cochlear Implant Programme
- Bridgend Cochlear Implant Programme
- Cardiff Adult Cochlear Implant Programme

- Cardiff Paediatric Cochlear Implant Programme
- Dublin Cochlear Implant Programme
- Emmeline Centre Cambridge
- Great Ormond Street Cochlear Implant Programme
- Manchester Cochlear Implant Programme
- Middlesbrough
- Midlands Cochlear Implant Centre
- Newcastle
- North East Cochlear Implant Programme
- North Wales Cochlear Implant Programme
- Nottingham Cochlear Implant Programme
- Oxford Cochlear Implant Programme
- Portland Hospital Cochlear Implant Programme
- RNTNE/UCL Cochlear Implant Programme
- Scottish Cochlear Implant Programme
- South of England Cochlear Implant Centre
- St Georges Hospital Cochlear Implant Program
- St Thomas' Hospital Cochlear Implant Programme
- St Thomas' Hospital Cochlear Implant Programme
- West of England Adult Cochlear Implant Programme
- West of England Paediatric Cochlear Implant Programme
- Yorkshire Cochlear Implant Service

Vzhledem k tomu, že se nám navrátil pouze jeden dotazník z centra ve Velké Británii, jeho výsledky budeme uvádět pouze pro zajímavost.

11.1 Etické otázky výzkumu

Výzkum produkuje z etického hlediska velké množství problémů, proto bylo v tomto směru naším záměrem zařadit i tuto podkapitolu, aniž bychom kritizovali či jinak poukazovali na chyby současného systému.

Etický kodex akademických pracovníků (např. Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci) hovoří o tom, že: „Osobní odpovědnost akademického pracovníka by neměla být v rozporu s právním řádem a uznávaným mravem společnosti. Především je ale založena na osobní mravnosti, poctivosti a čestnosti každého z nich, na jejich lidské, odborné i vědecké erudici, na jejich schopnosti upřednostnit dlouhodobé dopady výsledků před krátkodobým ziskem zaměřeným např. na získání dalších projektů a grantů, či akademických titulů, na schopnosti rozvážit vztah individuálního dobra k dobru obecnému a lidské hodnoty k hodnotám vědeckým. Na těchto pilířích je založena důvěra veřejnosti ve vědu a pedagogickou práci.“

Jak uvádí Ivanová, Zielina (2010, s. 28), ... „ve výzkumu je možné odlišit tři eticky problémové oblasti. První z nich se dotýká ochrany zdraví, psychické rovnováhy a svobody jednotlivce, druhá se vztahuje k nakládání s informacemi a třetí zahrnuje dilematický vztah výsledků výzkumu a jejich užitečnosti pro společnost. Etické problémy ochrany jedince v rámci výzkumu jsou považovány za prvořadé a je nutné každou osobu, která do výzkumu vstupuje náležitě a přiměřeně poučit o možných rizicích.“

Největší etické problémy, které jsme během výzkumu řešili, spadají ve vědě a výzkumu do oblasti etických problémů jednání a nakládání s účastníky výzkumu. Vznikají zejména při střetu sociálních a osobních hodnot (svoboda a soukromí aj.) a hodnot vědeckých, usilujících o co nejkvalitnější a nejvěrnější data. V této kontradikci jde o zásadní rozpor mezi bezprostředním zájmem zúčastněných osob a strategickým cílem výzkumu, jehož výsledky mohou být prospěšné mnohým osobám v budoucnu. (Ivanová, Zielina, 2010)

Evropa intenzivněji buduje tzv. Evropský výzkumný prostor (ERA), jelikož vzrůstají požadavky jak na efektivitu výzkumu, tak na přiměřenou metodiku výzkumu a zároveň jsou kladeny nároky nejen na odbornost výzkumných pracovníků a kvalitu výzkumných institucí, ale ve značné míře také na etiku výzkumu (zdroj - Etický rámec výzkumu, publikovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky – dále jen MŠMT ČR). (Ivanová, Zielina, 2010)

Odborníkům, zvažujícím svou možnou účast ve výzkumu jsme garantovali svobodnou volbu - účastnit se, anebo svou účast odmítnout. Rozhodovali se s vědomím, že jde o účast dobrovolnou a zároveň byli plně poučeni o podstatě výzkumu.

Rovněž rodičům dětí s kochleárním implantátem byl podrobně vysvětlen záměr výzkumu a poskytnuta svobodná možnost volby participovat na výzkumu či ne.

Miovský (2006) k tématu dodává, že etická pravidla neslouží pouze k ochraně účastníků výzkumu, od nichž získáváme data. „Tento mylný názor má své kořeny v uvažování o výzkumníkovi, který má vše pod kontrolou, ovládá situaci, manipuluje proměnnými a je expertem na danou situaci.“ (Miovský, 2006, s. 285) Kooperaci mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu chápeme jako partnerskou, i přesto, že samozřejmě o ní nelze uvažovat v termínu rovnoprávného partnerského vztahu, neboť výzkumník je tím, kdo kontakt iniciuje a kdo má určitý cíl. Ve všech jiných rozměrech výzkumné situace však o kontaktu mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu jako o rovnocenné partnerské kooperaci uvažovat můžeme. (Miovský, 2009)

12 METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH DAT A JEJICH

FIXACE

K výběru výzkumného souboru je využít záměrný výběr, kdy jsou cíleně vyhledávání účastníci disponující určitou vlastností. Konkrétně se jedná o prostý záměrný výběr, tedy výběr ochotných účastníků ze souboru, který splňuje daná kritéria. Konkrétně jsme využili anketní výběr, při němž se jedinci dostávají do výběru sami na základě svého rozhodnutí (Chráska, 2007). Kombinace jednotlivých metod získávání dat, tj. dotazníku a rozhovoru je zvolena záměrně s cílem získat skutečně relevantní data i o subjektivně citlivých otázkách výzkumu. Věříme, že zvolená triangulace metod při současné výrazné heterogenitě oslovených institucí zajistí dostatečnou validitu a reliabilitu získaných dat.

12.1 Dotazník

Pro účely kvantitativně orientovaného výzkumu jsme zvolili dotazníkovou metodu získávání dat při respektování možných nevýhod a negativních aspektů, nedostatečnou návratnost nevyjímaje. Skalková tuto metodu definuje jako „metodu shromažďování dat, která se zakládá na dotazování osob; charakterizuje se tím, že je určena pro hromadné získávání údajů“ (1983, s. 86).

K výzkumu jsme navrhli čtyři typy dotazníků, které byly připraveny k distribuci rodičům a odborníkům (střediska rané péče, speciálněpedagogická centra pro sluchově postižené, centra kochleárních implantací v Praze a v Ostravě). Verzi v anglickém jazyce jsme distribuovali taktéž do center kochleárních implantací Spojeného království Velké Británie a Severního Irska, vzhledem k nízké návratnosti budeme výsledky uvádět spíše pro zajímavost.

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

Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti nebo v tomto případě jejich děti skutečně jsou, ale jen to, jak je sami vidí, nebo chtějí vidět. Dotazník je sestaven na principu kombinací uzavřených (strukturovaných) a otevřených (nestrukturovaných) položek. Dále jsou použity položky kontaktní a filtrační. Podle obsahu položky zjišťující fakta, zjišťující znalosti nebo vědomosti a položky zjišťující mínění, postoje a motivy. Při sestavování dotazníku respektujeme důležité požadavky, mezi které patří jasnost, srozumitelnost, vyhnutí se sugestivním položkám, jednoznačnost a primární zjišťování jen nezbytných údajů a další (Chráska, 2007).

Jak dále uvádí Chráska (2007, s. 169): „...velkým problémem při používání položek, které zjišťují mínění, postoje a motivy, je skutečnost, že respondent může vědomě zkreslovat své odpovědi. Plně to platí u položek, kde je zřejmá souvislost mezi otázkami a tím, co se má zjišťovat. Lze očekávat, že respondenti nebudou ochotni vypovídat pravdivě např. tehdy, jestliže ze zaměření otázek dotazníku vyplývá, že cílem šetření je odhalení jejich negativních vlastností.“

U dotazníku jsme dbali na splnění především kritérií reliability a validity. Uvedený apel na integraci validity vychází ze základního předpokladu – hodnocení musí být optimálně citlivé a jejich výstupy adekvátně interpretovatelné. (Miovský, 2006) Jak uvádí Chráska (2007, s. 37): „Českým ekvivalentem pojmu validita je platnost. Měření má dobrou validitu tehdy, jestliže měří skutečně to, co podle předpokladu měřit má. Pro exaktní posouzení validity měření je třeba mít k dispozici nějaké vnější kritérium (např. jiné měření, u něhož je validita nesporná), se kterým se dané měření srovnává.“

Položky v dotazníku pro rodiče obsahovaly položky běžných údajů demografického typu – pohlaví dítěte, datum narození dítěte, datum ukončení diagnostiky vady sluchu, datum kochleární implantace, stav sluchu rodičů, přítomnost přidruženého postižení u dítěte, nejvyšší dosažené vzdělání rodičů, typ vzdělávacího zařízení a v neposlední řadě bydliště (rodiče měly zvolit kraj ČR). Další samostatný oddíl byl věnován výroky, ke kterým se měli rodiče vyjádřit na stupnici 1 – 5 (1= spíše souhlasím, 5= spíše nesouhlasím). Pro tvrzení byla taktéž připravena položka „nevím“, což pro mělo pro naše další zpracování v mnoha případech taktéž výpovědní hodnotu (např.: „Náš pediatr v případě potřeby komunikuje s jinými odborníky a konzultuje s nimi.“). Další položky se vztahovaly ke znalosti institucí (např. Federace rodičů a přátel sluchově postižených; Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem apod.) a k frekvenci návštěv jednotlivých odborníků. Dotazníky,

kteře byly rodičům distribuovány osobně na letním pobytu SUKI, byly doplněny rodiči i návrhem, jak by dle jejich názoru měl vypadat tým pečující o jejich dítě. Návrhy uvedeme pro dokreslení v dalších částech práce.

Položky v dotazníku pro odborníky (odborníci ve střediscích rané péče Tamtam, speciálněpedagogická centra pro sluchově postižené, Centrum kochleárních implantací u dětí – CKID a Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem – Ostrava) obsahovaly kromě běžných údajů demografického typu – pohlaví, pozice, město a pozici, na které jedinec pracuje také výroky, které byly rozděleny do několika skupin. První skupina se vztahovala k frekvenci užívání uvedených komunikačních prostředků k získávání informací o klientovi, další podskupina otázek sledovala frekvenci užívaných uvedených komunikačních prostředků k předávání informací o klientovi ostatním členům týmu, přičemž v případě středisek rané péče a speciálněpedagogických center byli týmem myšleni i ostatní odborníci mimo SRP nebo SPC – např. Centrum kochleárních implantací u dětí. V další podskupině otázek byli odborníci požádáni o hodnocení kvality informací, které získávají prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků a v neposlední řadě se měli vyjádřit k tvrzením, která se týkala komunikace uvnitř týmu (např. „Informace, které od ostatních členů SPC potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) jsou pro mě dobře dostupné.“) Na závěr se odborníci mohli vyjádřit k tomu, co by rádi změnili na komunikaci mezi členy jejich týmu popř. v komunikaci s jinými odborníky podílejících se na péči o klienta s kochleárním implantátem.

V průvodním dopise, který byl určen odborníkům bylo zdůrazněno, že si velmi vážíme práce, jejíž nesporný přínos je neoddiskutovatelný a která je bezesporu časově velmi náročná. V této souvislosti jsme zároveň chtěli odborníky ujistit, že jedním z dílčích, avšak nezanedbatelných přínosů naší studie je prezentace jejich přínosů.

Po shromáždění vyplněných dotazníků jsme materiál zkontrolovali z hlediska jeho korektnosti. Chráska (2007) doporučuje vyloučit z dalšího zpracování dotazníky, které jsou vyplněny zjevně nesprávně nebo neúplně. V dotazníku byly voleny položky uzavřené (strukturované), které se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Jak dále uvádí Chráska (2007) možnosti dotazníků poskytovat věrohodné informace o pedagogické realitě jsou často přeceňovány, proto by se měl dotazník ve výzkumu používat jedině tehdy, pokud není možné zkoumaný problém objasnit pomocí žádné jiné metody. Nejen z těchto důvodů byly údaje získané dotazníkem objektivizovány pomocí dalších metod (polostrukturované interview, analýza dokumentů).

Přes všechny tyto oprávněné nevýhody však zůstává skutečností, že mnohé oblasti nedokážeme zachytit lepším a efektivnějším způsobem.

12.2 Interview

K hodnocení dané problematiky z pohledu rodičů bylo mimo jiné použito i rozhovorů, které pouze dokreslují a názorně ilustrují současný stav spolupráce mezi rodiči a odborníky. V kvalitativních studiích se obvykle používá několik zdrojů dat. Strategie použití několika zdrojů dat má za cíl „získat komplexnější porozumění fenoménu a někdy se označuje jako triangulace. Její význam při zvyšování kvality dat spočívá v myšlence, že sběr informací pomocí více zdrojů (lidé, události) lépe osvětlí různé stránky situace a zkušenosti, aby bylo možné zobrazit jejich komplexitu. Triangulace datových zdrojů dovoluje lépe vyhodnotit rozdíly a podobnosti informací a prozkoumat co největší počet aspektů zkoumaného problému.“ (<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf>, s.8)

Nejen z výše uvedených důvodů bylo za účelem sběru dat zvoleno polostrukturovaného interview, které je, jak uvádí Miovský (2006), nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Autor (2006, s. 159 – 160) dále upozorňuje na skutečnost, že polostrukturované interview vyžaduje náročnější technickou přípravu: „Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměňovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview.“

Jak dále uvádí autor (2006), při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné použít inquiry (upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka), které znamená, že si necháváme vysvětlit, jak danou věc myslí. „Ověříme si, že jsme ji správně pochopili a interpretovali, klademe různé doplňující otázky a téma rozpracováváme do hloubky, do jaké je to užitečné vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám (Miovský, 2006, s. 160).“

U tohoto typu interview máme definované tzv. jádro interview – minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Za těchto podmínek máme určitý stupeň jistoty, že témata budou probrána, i přesto, že se liší pořadí otázek a nacházíme drobné nuance ve znění a stylu pokládání otázek. Na tento základ – jádro pak jsou nabalovány doplňující témata a otázky, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující

původní zadání. Při zpracování a analýze jsme měli možnost s touto nadstavbou v pozitivním slova smyslu pracovat, neboť doplňující otázky ukazovaly velmi užitečné a kontextuálně vázané informace, které nám pomohly lépe uchopit problém, který nás zajímal a dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při klasickém plně strukturovaném interview (Miovský, 2006).

Specifické moduly určené k získání dat z rozhovorů zjišťovaly především následující oblasti:

- Atmosféra v rodině, zázemí;
- Charakteristika vývoje (edukační proces, kooperace s odborníky, rodinný kontext, socializační proces, osobnostní charakteristiky)
- Charakteristika komunikace s odborníky (přesnost, úplnost a srozumitelnost poskytovaných informací, poradenství, úroveň empatie, celkový přístup)

Součástí rozhovorů byla i tvrzení, která měli rodiče pouze doplnit dle svého názoru, pocitů a zkušeností. Za všechny vybíráme některá z nich:

- Při hledání potřebných informací o problematice KI nacházím informace (doplnit zdroj či osobu apod.):
- Největší nedostatky v oblasti „kochleární implantace“ mám konkrétně ve sféře:
- Instrukce o sledování vývoje řeči dítěte po kochleární implantaci jsme dostali od:
- Myslím si, že pro naše dítě je důležitá logopedická péče, protože:
- Myslím si, že z odborníků, které navštívujeme, je pro nás nejdůležitější:
- Pokud nám není něco jasné, obracíme se nejčastěji na:
- S výběrem komunikační metody u našeho dítěte mi/nám pomohl/a především:
- Která oblast péče by se dle Vašeho názoru měla změnit k lepšímu?
- O možnosti kochleární implantace jsem se dozvěděl/a od:
- Ze služeb pro osoby se sluchovým postižením jsem doposud využil/a:
- Ocenil/a bych další informace o problematice kochleárního implantátu v podobě:
- Nejefektivnějším komunikačním systémem je pro naše dítě:
- Nejčastěji nám postoj k dítěti demonstruje (ukazuje „jak se to dělá“):
- Kdybych mohl/a odborníkům něco sdělit jednou větou, tak mi bych jim řekl/a, že:
- Mé očekávání především zklamal (odborník):

- Jako rodič dítěte s kochleárním implantátem bych udělal jinak (uveďte prosím co):
- V týmu období **před** kochleární implantací postrádám:
- V týmu v období **po** kochleární implantaci postrádám:

V závislosti na složitosti a délce interview bylo využito audiozáznamu, který představuje pro výzkumníka velikou podporu a pomoc. Tazatel si nemusí dělat záznamy, aby zaznamenal obsah interview pro analýzu, ale dělá si poznámky výhradně pro své potřeby, případně poznámky týkající se zajímavých pozorování, která se v záznamu z technických důvodů nemohou objevit nebo by je bylo možné snadno přehlédnout. Jak uvádí Miovský (2006, s. 197): „Zvukový záznam navíc zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlky, různé doprovodné zvuky popř. další řečové vady atd.“

Jak uvádí Stejskalová (2010, s. 232): „Integrální součástí data managementu je fáze systematizace dat – úprav usnadňujících a urychlujících další práci s kvalitativními daty, je předpokladem pro analýzu a následnou interpretaci.“ Hendl (2008 in Stejskalová, 2010) prezentuje čtyři techniky transkripce textového materiálu získaného v našem případě metodou polostrukturovaného interview – doslovnou transkripci, komentovanou transkripci, shrnující protokol a selektivní protokol. Vzhledem k relativně dobré znalosti dané problematiky, získané na základě studia odborné literatury a osobní zkušenosti považujeme za relevantní využití techniky shrnujícího protokolu. Hendl (2008, s. 209) in Stejskalová (2010, s. 232) uvádí, že: „Tato technika nezachovává celý text. Předpokládá se, že v textu jsou zbytečná místa nebo že by jeho kompletní transkripce byla nákladná. Proto se např. hned při poslechu magnetofonu provádí jistý způsob shrnutí. Může se tak dít technikami kvalitativní obsahové analýzy. Základní myšlenkou přitom je, že v první řadě jde o sjednocení úrovně obecnosti podávaných informací, pak se přistupuje ke stále větší abstrakci. Tou se snižuje rozsah materiálu, jednotlivé významové části se integrují nebo se mohou vypustit, protože již jsou obsaženy v jiných jednotkách textu (Hendl, 2008, s. 209).“ Zmiňovanou redukci je možné realizovat několika způsoby – výše uvedení autoři uvádí vypuštěním opakujících se výpovědí, zobecněním výpovědí (dosažení vyšší úrovně obecnosti), konstrukcí několika specifických výpovědí do jedné globální, integrace určitého obsahu výpovědi do jiného globálního celku, selekcí ponechávající stěžejní výpovědi a vázáním umožňujícím propojení obsahově souvisejících výpovědí z různých „lokací“ rozhovoru (Hendl, 2008; Stejskalová, 2010).

Samotný audiozáznam je nestranný a je na něm autenticky zaznamenáno to, co se ve výzkumné situaci odehrálo. Procedury provádění transkripce podléhají vlivům výzkumníka, proto používáme několik technik, jejichž prostřednictvím se snažíme tyto vlivy minimalizovat. Pro účely transkripce audiozáznamu naší výzkumné situace byla využita kontrola transkripce opakovaným poslechem- jednoduchou technikou, kdy po dokončení přepisu nebo s určitým časovým odstupem po jeho ukončení byl záznam procházen znovu (i vícekrát) a porovnáván s původní záznam s jeho transkribovanou podobou (Miovský, 2006).

Interview byla po dohodě s respondenty realizována v příjemném prostředí budovy, kde probíhalo letní setkání pořádané SUKI. V iniciální fázi rozhovoru byly jednotlivě respondentům prezentovány základní informace o smyslu a účelu výzkumu, byl získán informovaný souhlas vztahující se k nakládání s citlivými údaji, nastíněn průběh a obsah rozhovoru a zejména byla respondenti upozorněni na možnost odmítnutí jakékoli otázky či ukončení rozhovoru v případě subjektivně nepříjemné situace. Atmosféra všech rozhovorů byla od počátku velmi vstřícná, uvolněná a domníváme se, že pro respondenty vytvářející i „bezpečné“ prostředí.

12.3 Textové dokumenty jako zdroj dat

Práce s dokumenty tvoří velmi specifickou oblast. „Její specifičnost je dána tím, že materiály existují nezávisle na naší výzkumné činnosti v tom smyslu, že je obvykle nevytváříme.“ (Miovský, 2006, s. 189)

Ve smyslu hodnocení kompetencí jednotlivých odborníků souvisejících s problematikou péče o rodinu a uživatele s kochleárním implantátem jsme vycházeli ze studia následujících dokumentů, které jsme uvedli v teoretické části této práce:

- Koncepce Centra kochleárních implantací u dětí (CKID);
- Metodického postupu pro vyšetřování dětí před Kochleární implantací;
- Kritérií výběru kandidáta pro kochleární implantaci;
- Standardy kvality v raném věku.

Na základě těchto dokumentů byly sestaveny otázky do dotazníku a rozhovorů.

Analýzu těchto dokumentů (koncepce CKID; metodický postup pro vyšetřování dětí před kochleární implantací, kritéria výběru kandidáta pro kochleární implantaci a standardy

kvality v raném věku) můžeme charakterizovat jako intenzivní rozbor, který je ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňován a interpretován, přičemž připouštíme kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod a jejich vzájemné doplňování (Miovský, 2006). Dokumentem v užším slova smyslu chápeme jakýkoli textový dokument mající jakoukoli formu (Nováková, 1972 in Miovský, 2006). Pod termínem analýza pak chápeme výzkumnou strategii založenou na zkoumání již existujícího materiálu, respektive jeho výpovědní hodnoty. Výzkumník v procesu výzkumu již obvykle nevytváří nové zdrojové materiály pro analýzu, nová data, ale naopak pracuje s materiálem, který již existuje. Nejde tedy v tomto případě o metodu získávání dat v pravém slova smyslu, kdy data v průběhu výzkumu různými postupy a metodami vytváříme. Zde již máme data vytvořená, fixovaná a pouze je musíme shromáždit. To s sebou přináší výhody i omezení – nemůžeme ovlivnit podobu těchto dat (Miovský, 2006).

Analýza výše uvedených materiálů vedla k sestavení dotazníků, které byly následně distribuovány odborníkům, kteří jsou součástí týmu v péči o rodinu a dítě s kochleárním implantátem a rodičům těchto dětí. Analýza dále posloužila k sestavení otázek do polostrukturovaného interview.

13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

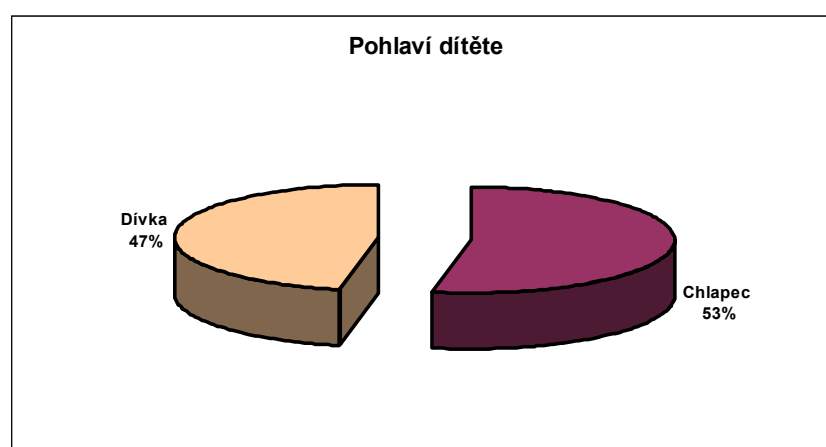
V rámci přehlednosti uvádíme výsledky výzkumu ve formě tabulek a grafů, jejichž součástí jsou i interpretace dle jednotlivých okruhů našeho zájmu a charakteru položek. První okruh je zaměřen na rodiče dětí s kochleárním implantátem a druhý okruh je zaměřen na odborníky, kteří jsou součástí týmu pečující o tohoto klienta. Text je dále doplněn o záznamy z rozhovorů, které se vztahují k dané oblasti.

Závěr kapitoly je věnován ověření stanovených hypotéz prostřednictvím statistického zpracování.

V tabulkách je vedle hodnoty (průměrné známky) uvedena také směrodatná odchylka. Směrodatná odchylka je jednou z nejpoužívanějších měr kolísavosti výkonnosti. Vyjadřuje rozptyl hodnot kolem střední hodnoty, tj. vypovídá o tom, jak se hodnoty od této střední hodnoty (průměru) liší, resp. jak hustě jsou kolem tohoto průměru seskupeny. (Chráska, 2007)

13.1 Rodiče dětí s kochleárním implantátem

Výzkumu se zúčastnilo 49 respondentů – rodičů dětí s kochleárním implantátem, přičemž všichni rodiče jsou slyšící. Z dotazníku vyplynulo, že ho častěji vyplňovala matka a to v 92 %. V době zpracování výzkumu bylo nejstaršímu dítěti 14 let a nejmladšímu 8 měsíců. Následující graf znázorňuje rozložení pohlaví dětí s kochleárním implantátem zmíněných respondentů (47 % dívek, 53 % chlapců).

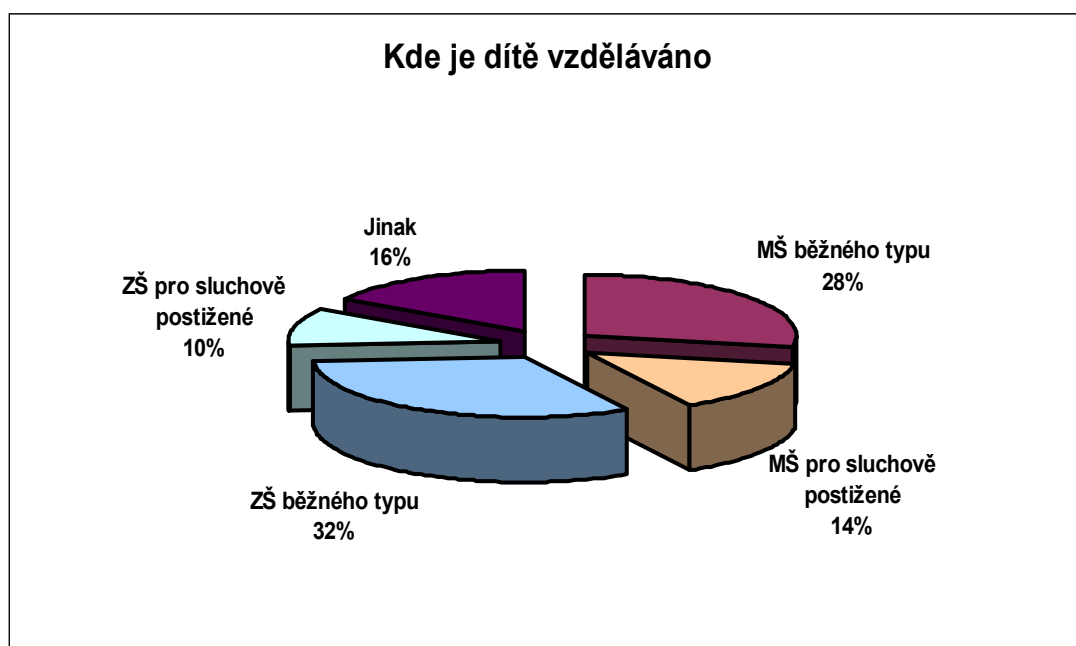


Graf 9 - Rozložení dívek a chlapců ve výzkumném vzorku.

Z údajů uvedených rodiči dále vyplývá, že 80 % dětí nemá žádné přidružené postižení, 20 % rodičů uvedlo, že jejich dítě má jiné přidružené postižení, v těchto případech se jednalo o syndrom Noonanové, zrakovou vadu, onemocnění jater a dětskou mozkovou obrnu. V kontextu aktuálně vzrůstající incidence kombinovaných vad, respektive výskytu přidružených postižení, je z našeho pohledu toto zastoupení tzv. „čistých“ vad poměrně překvapivé. Situaci lze interpretovat několika způsoby – věkovou heterogenitou výzkumného souboru, v němž se prozatím výrazněji neprojevila problematika kombinovaného postižení typická pro nejmladší populaci. Druhou, méně příznivou interpretační variantou, může být nedostatečná diagnostika, případně absentující znalost rodičů.

Rodiče dále uvedli, že ve 23 % je jejich dítě jedináček, 73 % dětí má sourozence.

Další položka se vztahovala k typu vzdělávacího zařízení. Z výsledků vyplynulo, že 24 % dětí je vzděláváno ve školách pro sluchově postižené, 60 % dětí je vzděláváno ve školách běžného typu, 16 % dětí je vzdělávání jinak. Pod položkou „jinak“ se skrývaly děti, které ještě nenavštěvují předškolní zařízení nebo děti, které jsou vzdělávány např. v osmiletém gymnáziu.



Graf 10 - Vzdělávání dítěte s kochleárním implantátem.

V současné době je na celém světě moderním fenoménem model zařazování dětí se sluchovým postižením do systému běžných škol. Každý člen transdisciplinárního týmu, který pracuje s dětmi s kochleárním implantátem, se musí seznámit s koncepcí vzdělávání i jejich možnostmi, aby byl schopný poskytovat fundované poradenství v dané oblasti. Doporučení

by měli navzájem odborníci konzultovat dříve, než s ním seznámí rodiče. Doporučení by mělo respektovat možnosti dítěte a přání a očekávání rodičů. Rodiče dětí s kochleárním implantátem, jak dokládají i výsledky našeho výzkumu, ve většině případů předpokládají, že běžná škola bude pro dítě lepší přípravou pro život ve slyšící společnosti než škola určená pro jedince se sluchovým postižením. Někdy však tento názor nekriticky prosazují a neberou v úvahu individuální možnosti dítěte. Můžeme se taktéž domnívat, že část rodičů usiluje o zařazení dítěte mezi slyšící vrstevníky hlavně proto, aby nemuselo být ve speciální škole umístěno internátně a separováno tak od rodiny.

Jak dokládá např. Krauhulcová, začlenění dětí s kochleárním implantátem do běžné mateřské školy obvykle probíhá bez problémů. „Nároky na integraci nejsou velké a slyšící vrstevníci předškolního věku přijímají ochotně a bez předsudků dítě s jakýmkoli handicapem, pokud je akceptováno učitelkou. V podmínkách běžných základních škol je reálná i integrace dětí ohluchlých, pokud měly rozvinutou řeč již před operací.“ (<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>, s. 44) Nejen z těchto důvodů by měly být tito klienti sledováni i pracovníky speciálněpedagogických center při školách pro sluchově postižené, kteří poskytují odborné konzultace učitelům integrovaných dětí.

Je obecně platným názorem, že pokud je dítě s kochleárním implantátem zařazeno do školy pro sluchově postižené, mělo by navštěvovat třídu, kde se vyučuje auditivně-verbální metodou. Tento přístup má (jak jsme již uvedli výše) dlouholetou tradici a klade na učitele velké odborné požadavky. Zařazení do školy pro jedince se sluchovým postižením je pro jedince s kochleárním implantátem vhodné i u dětí s relativně dobře rozvinutou řečí, pokud je výchova a vzdělávání tohoto dítěte vedena auditivně-verbální cestou.

Zajímavé výsledky přineslo tvrzení č. 35: „Myslím si, že pokud je dítě s KI zařazeno do školy pro sluchově postižené, mělo by navštěvovat třídu, ve které se vyučuje sluchově-verbální metodou bez použití znaků“. Výsledky ukázaly, že rodiče na stupnici 1 – 5, pomyslně převedeno na stupnici školního známkování, volí pro toto tvrzení průměrnou známku 2,53. Pro přehlednost uvádíme data v následující tabulce.

1	2	3	4	5	Nevím
12	7	7	1	7	14

Tabulka 27 - Odpovědi na tvrzení č. 35: "Myslím si, že pokud je dítě s KI zařazeno do školy pro sluchově postižené, mělo by navštěvovat třídu, ve které se vyučuje sluchově-verbální metodou bez použití znaků."

		Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,53	1,500

Tabulka 28 - Průměrná známka k tvrzení č. 35, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Výsledky z tohoto tvrzení prokazují taktéž malou informovanost v oblasti sluchově-verbální metody – dokladem toho je velké množství odpovědí „nevím“. Důvodem tohoto výsledku je s největší pravděpodobností neznalost termínu vyjadřující „naučení se řeči pomocí poslechu“. Můžeme se taktéž domnívat, že rodiče nemají povědomí o charakteristikách akvizice jazyka osob se sluchovým postižením a zákonitostech, které jsme uvedli v příslušné kapitole teoretické části.

Následující tabulka znázorňuje názory rodičů na tvrzení č. 34 - vztahující se ke vzdělávání a jeho specifikům. Stupnice „1 – 5“ opět znázorňuje škálu „souhlasím – spíše nesouhlasím“.

1	2	3	4	5	Nevím
31	6	3	1	2	5

Tabulka 29 - Odpovědi na tvrzení č. 34: "Předpokládám, že běžná škola bude pro naše dítě lepší přípravou pro život ve slyšící společnosti, než škola pro sluchově postižené."

		Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,53	1,042

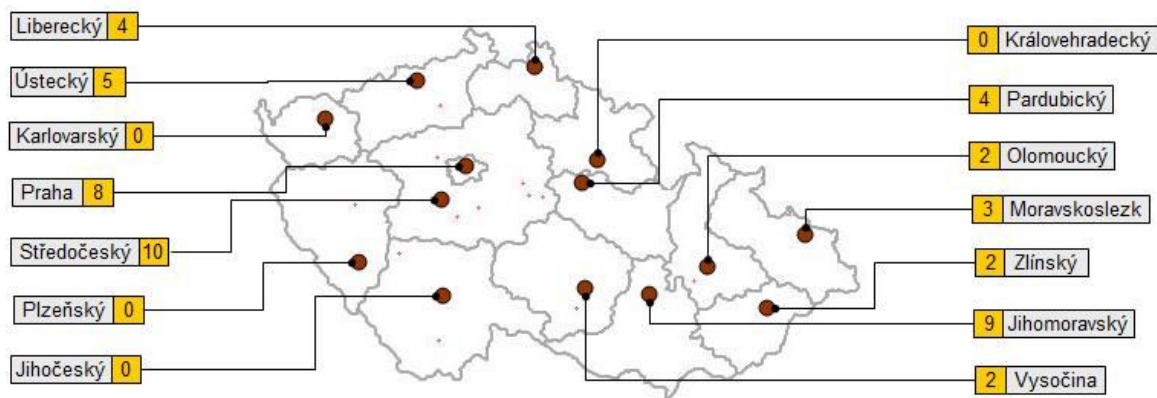
Tabulka 30 - Průměrná známka k tvrzení č. 34, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Po převedení na danou škálu můžeme potvrdit, že většina rodičů naprosto souhlasí s tvrzením, že běžná škola bude pro jejich dítě lepší přípravou pro život ve slyšící společnosti, než škola pro sluchově postižené. Tato situace ilustruje psychology popisovaný efekt zařazení dítěte s postižením do běžného proudu vzdělávání jako prostředek k potvrzení normality dítěte a saturace potřeby realizace v rodičovské roli ve smyslu „úspěšného“ rodiče.

Příznivé výsledky dokládá 90 % výskyt úplných rodin, v nichž vyrůstá dítě s KI, 10 % dětí s KI vyrůstá v neúplné rodině. Další položky první části dotazníku se vztahovaly k nejvyššímu dosaženému vzdělání a současnému místu trvalého bydliště s přesností na kraj ČR.

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Základní	1	2%
Středoškolské	25	51%
Vysokoškolské	23	47%

Tabulka 31 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



Obrázek 3 - Současné místo trvalého bydliště respondentů s přesností na kraj ČR.

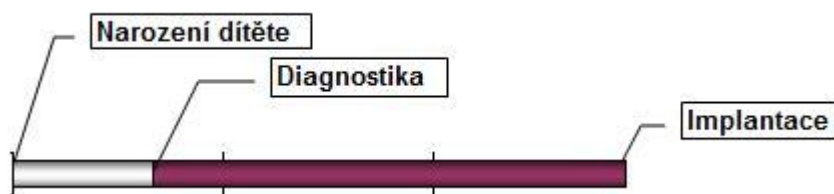
13.1.1 Diagnostika versus kochleární implantace

Jak jsme již výše uvedli, nezbytnou součástí celého procesu je kvalitní diagnostika. Stále častěji se prosazuje prolínání procesu diagnostiky s terapeutickým procesem, resp. hovoříme o průběžné diagnostice, která zajišťuje dostatečné množství informací o věkové úrovni a stádiu rozvoje dítěte k tomu, aby mohl být sestaven individuální plán intervence. V dnešní době je požadována diagnostika, která doprovází celý proces stimulace dítěte. Jak uvedl Kabelka (2011) na konferenci „Včasná diagnostika“, bez zavedení celoplošného screeningu se může opozdit diagnóza i o několik let. Výsledky časně rehabilitace řeči jsou statisticky významně lepší, než u rehabilitace opožděné. Včasná diagnostika je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci dítěte. Jak uvádí „Standardy kvality v raném věku“ (dokument viz výše), základním standardem kvality je včasná a přesná diagnostika, která má za výsledek nejen včasnou rehabilitaci, či případnou kochleární implantaci, ale také rozvoj celé osobnosti dítěte.

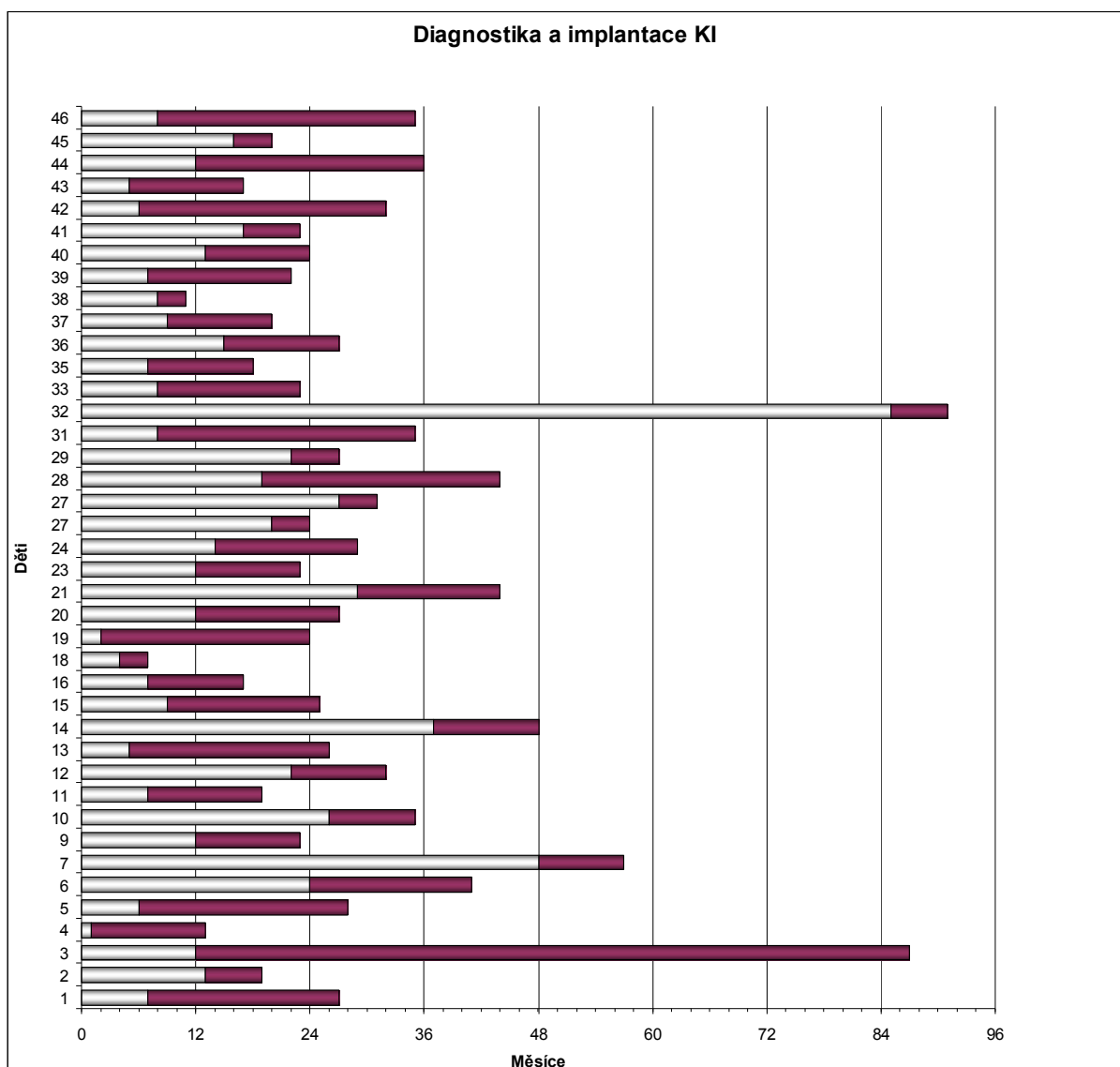
V období před kochleární implantací jsou to právě odborníci, kteří mají rodičům usnadnit nelehkou úlohu rozhodování. Jedna z respondentek (R1) na otázku: „Co byste nyní jako rodič dítěte s kochleárním implantátem udělala jinak?“ odpovídá následujícím

způsobem: „Asi bych tak dlouho neotálela a třeba by naše dítě bylo mnohem dříve implantováno po tom, co u něj byla zjištěna sluchová vada - asi jsem potřebovala mnohem víc času, abych to mohla zpracovat.“

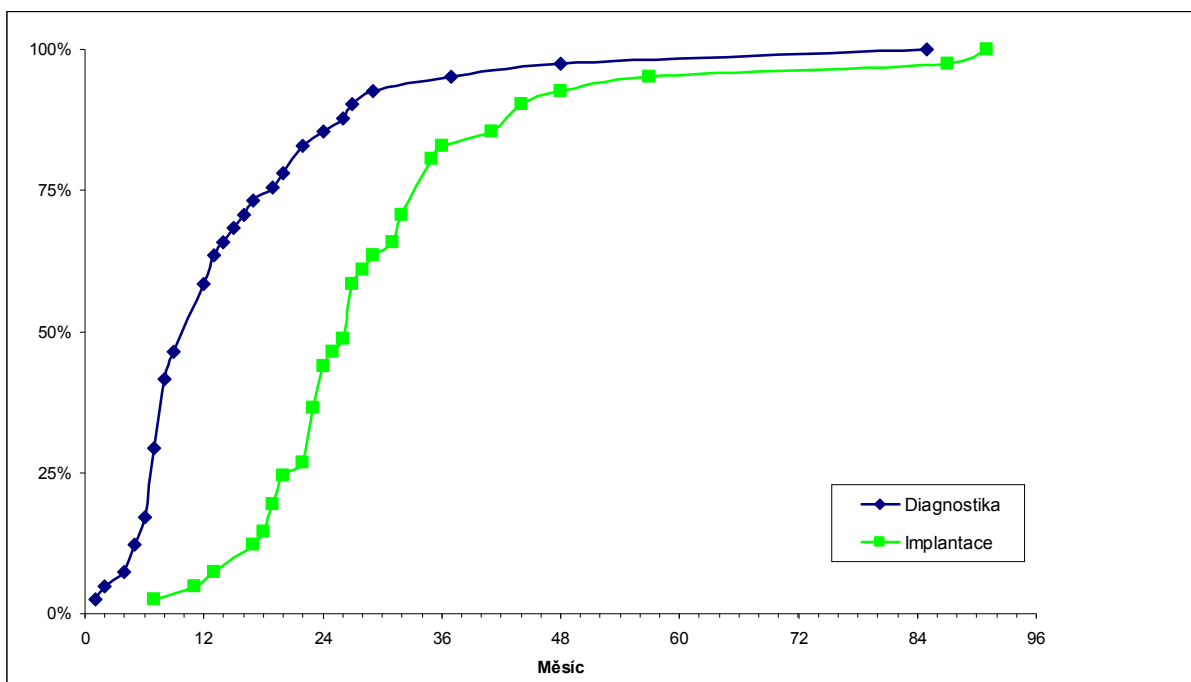
Níže uvedené grafy znázorňují údaje o narození dítěte, věk ukončení diagnostiky a dobu kochleární implantace. Uvádíme tři ilustrativní grafy prezentující různá hlediska na daný aspekt této problematiky. Pro názornost prvního grafu této tematiky uvádíme zvětšenou legendu vybrané položky. Z grafu je patrná uplynutá doba mezi narozením a ukončenou diagnostikou vady sluchu a kochleární implantací.



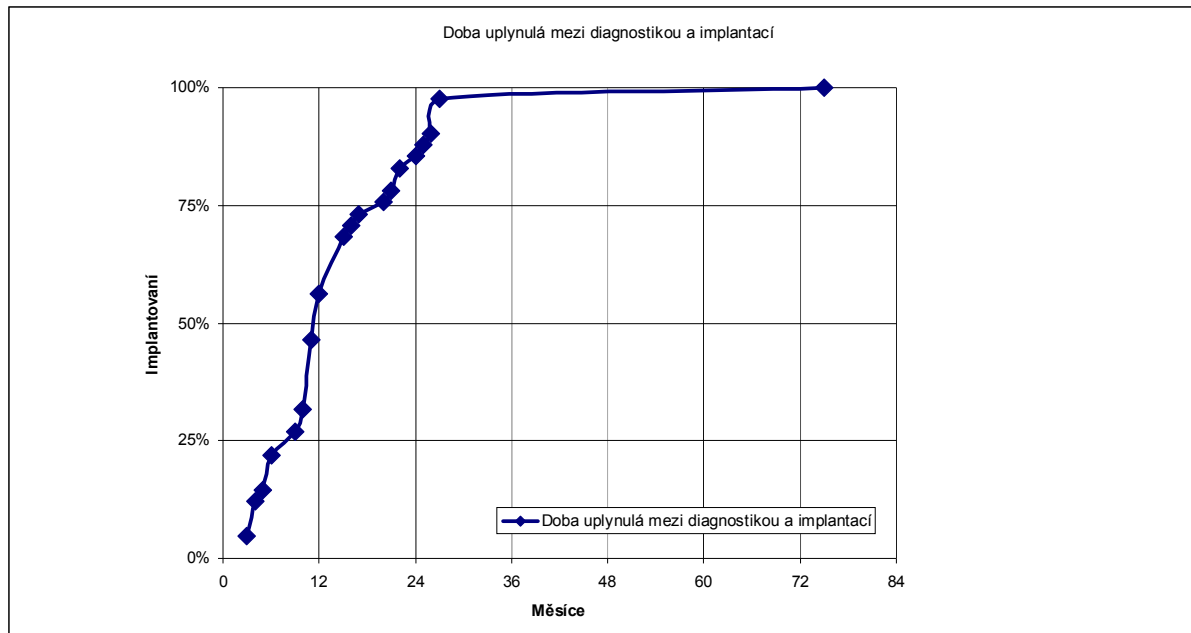
Graf 12 - Legenda ke grafu znázorňující narození dítěte, diagnostiku a dobu kochleární implantace.



Graf 11 - Graf znázorňující narození dětí, dobu ukončení diagnostiky a provedenou kochleární implantaci.



Graf 13 - Ukončená diagnostika a kochleární implantace ve vztahu k procentuálnímu zastoupení.



Graf 14 - Graf znázorňující dobu uplynulou mezi diagnostikou a kochleární implantací.

1	2	3	4	5	Nevím
16	19	10	6	7	0

Tabulka 32 - Odpovědi na otázku č. 31: "Naše dítě prošlo včasnou a přesnou diagnostikou v odpovídajícím prostředí."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,56
	1,428

Tabulka 33 - Průměrná známka k tvrzení č. 31, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
26	16	1	5	0	0

Tabulka 34 - Odpovědi na tvrzení č. 32: "Po diagnostice byla zahájena brzká návazná péče."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,69
	0,939

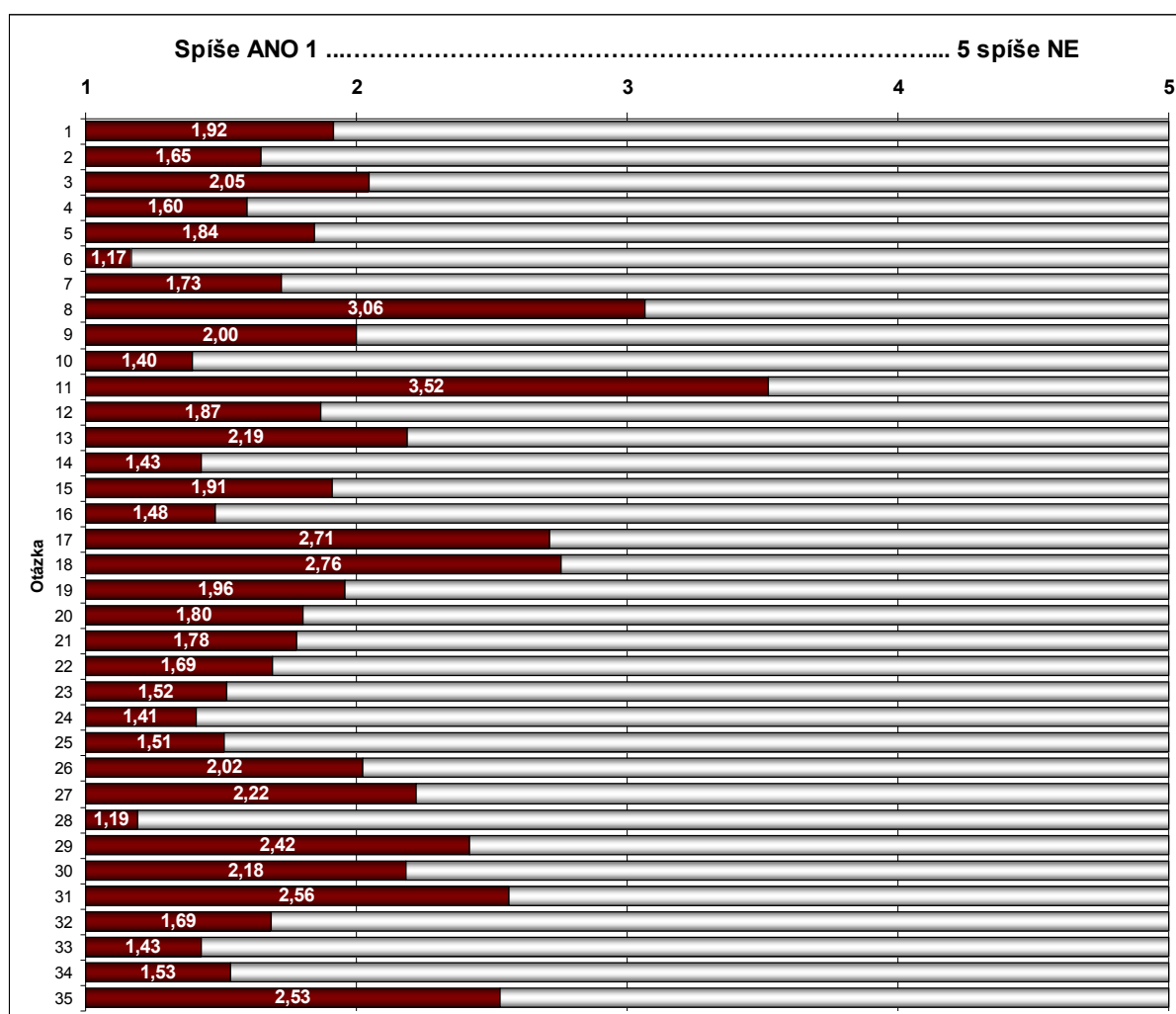
Tabulka 35 - Průměrná známka k tvrzení č. 32, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Do vyhodnocení těchto položek nebyli záměrně, v rámci validity dat, zařazeni respondenti, kteří neuvedli některý z údajů (věk, ukončení diagnostiky nebo dobu kochleární implantace). Z uvedených odpovědí respondentů je patrné, že nejdelší doba mezi diagnostikou a kochleární implantací byla 75 měsíců – v tomto případě se jednalo o klientku, která onemocněla meningitidou, která měla za následek ohluchnutí. Nejkratší doba mezi diagnostikou a kochleární implantací byla 3 měsíce. Průměrná doba mezi diagnostikou a kochleární implantací je dle výpočtu aritmetického průměru 14,7 měsíců se směrodatnou odchylkou 11,7. Výsledky byly doplněny ilustrativními odpověďmi respondentů na tvrzení č. 31 a 32, tato tvrzení byla ohodnocena průměrnými známkami „2,56“ a „1,69“.

13.1.2 Hodnocení týmové spolupráce rodiči dětí s kochleárním implantátem

V následujícím oddíle textu uvádíme výsledky z druhé části dotazníku, který byl distribuován také rodičům dětí s kochleárním implantátem. Druhá část dotazníku spočívala ve vyjádření se rodičů k jednotlivým tvrzením. Následující tvrzení budou doplněna o informace z rozhovorů. Souhlas s tvrzením měli rodiče označit na stupnici:

„Spíše souhlasím 1 2 3 4 5 Spíše nesouhlasím“



Graf 15 - Graf znázorňující hodnocení jednotlivých tvrzení.

13.1.2.1 Názory rodičů na kvalitu získaných informací od odborníků

Jedna z dílčích oblastí hodnocení týmové spolupráce byla zaměřena na názory rodičů na kvalitu a kvantitu získávaných informací od odborníků v souladu s jejich zkušenostmi. Rodiče se k tvrzením opět vyjadřovali na stupnici 1 – 5, tak jak jsme to uvedli viz výše. K této oblasti vztahujeme výsledky z následujících tvrzení:

1	2	3	4	5	Nevím
20	17	6	5	0	0

Tabulka 36 – Odpovědi na tvrzení č. 1: „Dostává se nám dostatečného množství informací od odborníků.“

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,92
	0,975

Tabulka 37 - Průměrná známka k tvrzení č. 1, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Otázku kvantity informací ze strany odborníků ohodnotili rodiče průměrnou známkou 1,92, můžeme tudíž z této obecné otázky usuzovat, že jsou rodiče zpravidla spokojeni s množstvím obdržných informací. K oblasti dostupných informací dodává jedna z respondentek následující:

R3: „...když mám pocit, že mám nedostatek informací nebo jsem něco nepochopila, hledám to na internetu. Hodně mi pomáhají diskuse na internetu, kde si uživatelé kochleárního implantátu a rodiče těchto dětí vyměňují své zkušenosti a dojmy. Hodně by mi taky pomohla nějaká publikace, kde by byly něco jako kazuistiky implantovaných dětí.“

V této souvislosti si dovolíme snad jen krátkou poznámku vztahující se k charakteru informací prezentovaných v elektronických médiích. Stěžejním informačním zdrojem by měl být bezesporu erudovaný odborník, respektive tedy tým odborníků, nikoliv elektronický zdroj. Nicméně psychology popisovaný efekt similarity, tzn. možnosti sdílet obdobné problémy a prožívat totožné situace, mohou být internetové diskuse jedna z cest k usnadnění procesu přijetí nepříznivé zprávy v podobě sluchového postižení dítěte.

1	2	3	4	5	Nevím
28	6	3	6	2	3

Tabulka 38 - Odpovědi na tvrzení č. 5: "Dostali jsme instrukce, jak sledovat vývoj řeči dítěte po KI."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,84
	1,264

Tabulka 39 - Průměrná známka k tvrzení č. 5, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Tvrzení "Dostali jsme instrukce, jak sledovat vývoj řeči dítěte po KI" bylo ohodnoceno průměrnou známkou 1,84. Z rozhovorů vyplývá, že instrukce o sledování vývoje řeči dítěte po kochleární implantaci získávají rodiče především ze střediska rané péče Tamtam a z CKID.

R2: „V Tamtamu a CKID nám řekli, že máme sledovat vývoj řeči po implantaci a v Tamtamu nám dokonce pomohli s výběrem komunikační metody u našeho dítěte .“

1	2	3	4	5	Nevím
14	4	6	11	12	1

Tabulka 40 - Odpovědi na tvrzení č. 8: "Jsem spokojený/á se způsobem, kterým nám lékař sdělil zprávu o sluchovém postižení našeho dítěte."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	3,06
	1,590

Tabulka 41 - Průměrná známka k tvrzení č. 8, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Výsledky odvozené průměrné známky (3,06) na stupnici spokojenosti dokládají, že rodiče jsou zpravidla nespokojeni se způsobem, kterým jim byla sdělena zpráva o sluchovém postižení jejich dítěte. Respondenti potvrzují spíše racionální přístup personálu, větší otevřenost v prezentovaných informacích, s menším podílem emocionality. Výsledky dokládáme i některými výpověďmi z realizovaných rozhovorů.

V: „Máte nějaké zásadní negativní zkušenosti, které byste chtěla sdělit?“

R6: „Jako první mě napadá negativní zkušenost se sdělováním toho, že má naše dítě sluchové postižení no ona nám doktorka vlastně nejdřív řekla, že je nachlazený, že máme přijít za dva měsíce. Tehdy jsem si řekla, že to tak nenechám a obrátila jsem se na někoho jiného a teď jsem ráda – v této oblasti by byly ztracené dva měsíce velká chyba.“

Jiná respondentka odpovídá na stejnou otázku následovně:

R2: „Štvalo mě, že mi nikdo nevěřil, že moje dítě neslyší. Každý mi tvrdil, že moje dítě jen neposlouchá, že je chyba ve mně. V době, kdy se u našeho dítěte potvrdila sluchová vada, jsme byli zaskočeni přístupem foniatra - připadalo mi, že se neumí do naší situace vcítit. Museli jsme si všechno zjistit sami – od známých, přes internet. Přišla mi dlouhá doba čekat dva měsíce na sluchadla, tak jsme museli zařizovat všechno sami. Na logopedii a do Tamtamu jsme docházeli, když ještě neměl sluchadla. Myslím, že nejlepší způsob by byl, kdyby nám i klidně dali do ruky spoustu letáčků, které by byly o tom všem, co nás čeká a my

bychom si to klidně nastudovali všechno sami. Bylo by asi lepší, aby nám řekli - až to všechno vstřebáte, tady máte telefonní číslo, ozvěte se.“

Další respondentka (R1) na otázku: „Která oblast péče by se dle Vašeho názoru měla změnit k lepšímu?“ odpovídá následovně: „No já si myslím, že především by se měl změnit přístup odborníků v oblasti sdělování takové nepříznivé zprávy jako je sluchové postižení.“ Nakonec ještě dodává: „My už to nevrátíme zpátky, ale přála bych si, aby těm dalším se to nestalo...“

Zde bychom pouze chtěli zdůraznit individuální průběh procesu přijetí nepříznivé zprávy o zdravotním stavu dítěte. Současně je nejen z uvedených výpovědí rodičů patrná nedostatečná informovanost pracovníků ve zdravotnictví v oblasti komunikace s pacientem ve smyslu nerespektování charakteristik fáze šoku a popření zdravotního postižení dítěte. Ačkoli může být tento problém pouze lokálního charakteru, i přesto jej nelze pominout vzhledem k vlivu na osud jedince se sluchovým postižením a jeho rodiny.

Celkové hodnocení spolupráce s odborníky na různých úrovních péče a služeb vyznělo ze strany respondentů spíše negativně, a to jak z hlediska přístupu, tak poskytovaných informací.

1	2	3	4	5	Nevím
22	12	8	4	0	2

Tabulka 42 - Odpovědi na tvrzení č. 12: "Cítím z odborníků otevřený přístup, mohu se kdykoliv, na cokoliv zeptat."

	Směrodatná odchylnka
Průměrná známka	1,87
	0,991

Tabulka 43 - Průměrná známka k tvrzení č. 12, včetně uvedené směrodatné odchylnky.

Z odpovědí na toto tvrzení můžeme konstatovat, že jsou rodiče spokojeni s otevřeným přístupem z řad odborníků. Plně spokojeno je 22 respondentů, 12 respondentů oznámkovalo toto tvrzení číslem „2“.

1	2	3	4	5	Nevím
22	11	8	5	0	2

Tabulka 44 - Odpovědi na tvrzení č. 15: "Každý odborník nám vždy demonstruje postoj k dítěti (ukáže nám "jak se to dělá")."

		Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,91	1,039

Tabulka 45 - Průměrná známka k tvrzení č. 15, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Z další průměrné známky „1,91“, kterou rodiče udělili tvrzení „Každý odborník nám vždy demonstruje postoj k dítěti (ukáže nám "jak se to dělá"), můžeme konstatovat, že jsou rodiče spíše spokojení. Osm respondentů však tvrzení hodnotí známkou průměrnou, tj. 3.

Na základě dokumentu „Kritéria výběru kandidátů pro kochleární implantace“ byla do dotazníku zahrnuta otázka č. 25.

1	2	3	4	5	Nevím
32	9	4	1	1	1

Tabulka 46 - Odpovědi na tvrzení č. 25: "Byli jsme centrem kochleární implantace podrobně informováni o možnostech, omezeních a riziku kochleární implantace."

		Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,51	0,896

Tabulka 47 - Průměrná známka k tvrzení č. 25, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Převážná většina respondentů uvedla, že byli centrem kochleárních implantací podrobně informováni o možnostech, omezeních a riziku kochleární implantace. Negativní zkušenosti rodičů s riziky po kochleární implantaci souvisí především s osobní anamnézou dítěte a komplikacemi před kochleární implantací.

Jedna z respondentek uvádí:

R4: „Problémy byly, protože J. byla 5 týdnů na JIP, z toho tři týdny byla převazovaná, takže ji ochablo veškeré svalstvo, takže jsme začínali skoro od znova. Můžu říct, že skoro všechno se vrátilo zpět do normy, akorát měla operované vnitřní ucho a od té doby má problémy s rovnováhou, následně byla u ní provedena kochleární implantace. Nevím, který zákrok byl pro ní z hlediska zásahu do rovnováhy zásadnější, každopádně teď už je to velmi málo znatelné. Musím říct, že meningitida mě pěkně vylekala, takže každá její rýma mě teď vyplaší.“

1	2	3	4	5	Nevím
34	9	2	1	1	0

Tabulka 48 - Odpovědi na tvrzení č. 33: "Byli jsme seznámeni se všemi způsoby komunikace (mluvený jazyk x znakový jazyk)."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,43
	0,844

Tabulka 49 - Průměrná známka k tvrzení č. 33, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Převážná většina rodičů uvádí, že byli seznámeni se všemi způsoby komunikace, dvě respondentky v rámci rozhovorů uvedly, že s dítětem používají orální komunikaci i znakový jazyk. Jedna respondentka v rozhovoru uvádí, že i přesto, že byli seznámeni se všemi způsoby komunikace, jejich dcera využívá především orální komunikaci a znakový systém při některých činnostech odmítá používat.

R4: „Při koupání, kdy nemá J. kochleární implantát bychom potřebovali oporu ve znakovém jazyce, ale J. ho velmi nerada používá.“

13.1.2.2 Komunikace, kooperace a koordinace rodičů dětí s kochleárním implantátem s odborníky

Další dílčí oblast je zaměřena na subjektivně velmi problematickou oblast spolupráce a komunikace rodičů s jednotlivými odborníky. Tento oddíl je dále věnován rozboru názorů rodičů na úroveň a kvalitu péče o jejich dítě.

1	2	3	4	5	Nevím
26	13	9	0	0	0

Tabulka 50 - Odpovědi na tvrzení č. 2: "Úroveň péče o naše dítě je ze strany odborníků výborná."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,65
	0,777

Tabulka 51 - Průměrná známka k tvrzení č. 2, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Rodiče ohodnotili tvrzení č. 2 průměrnou známkou 1,65. Z výsledků rozhovorů taktéž plyne relativně velká spokojenost s úrovní péče. Přes značně subjektivní hodnocení, které

nelze zobecňovat, vnímáme velmi pozitivně, že nejen z pohledu odborníků, ale i laické veřejnosti kvalita péče o děti s kochleárním implantátem stoupá.

1	2	3	4	5	Nevím
16	13	10	4	0	5

Tabulka 52 - Odpovědi na tvrzení č. 3: "Kvalita péče o naše dítě stoupá."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,05
	0,978

Tabulka 53 - Průměrná známka k tvrzení č. 3, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
23	8	6	3	0	8

Tabulka 54 - Odpovědi na tvrzení č. 7: "Pociťuji posun péče o klienty s KI k lepšímu."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,73
	0,974

Tabulka 55 - Průměrná známka k tvrzení č. 7, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Tvrzení č. 3 ohodnotili rodiče průměrnou známkou „2,05“, tvrzení č. 7 známkou „1,73“. Dva respondenti v rozhovorech uvedli, že tuto oblast nemohou posoudit vzhledem ke skutečnosti, že je jejich dítě implantováno krátce. Další z respondentek v rozhovoru uvedla, že vzhledem k věku svého syna (pubescent) dokáže posoudit kvalitu péče o klienty se sluchovým postižením, která stoupá.

1	2	3	4	5	Nevím
42	3	1	1	0	1

Tabulka 56 - Odpovědi na tvrzení č. 6: "Pro naše dítě je důležitá logopedická péče."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,17
	0,558

Tabulka 57 - Průměrná známka k tvrzení č. 6, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Z odpovědí rodičů na tvrzení č. 6 můžeme konstatovat, že převážná část respondentů považuje logopedickou péči za velmi důležitou. Dokladem jsou i odpovědi získané rozhovory:

R1: „Myslím si, že z odborníků, které navštěvujeme, je pro nás nejdůležitější logoped.“

R2: „Myslím si, že pro naše dítě je důležitá logopedická péče nejen z hlediska vývoje řeči, ale mám pocit, že má příznivý vliv i na rozvoj myšlení a celkově osobnosti.“

1	2	3	4	5	Nevím
9	4	6	8	19	2

Tabulka 58 - Odpovědi na tvrzení č. 11: "Ze strany odborníků cítím povýšené jednání."

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
	3,52	1,557

Tabulka 59 - Průměrná známka k tvrzení č. 11, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Výše uvedené tabulky vztahují k tvrzení č. 11 – „Ze strany odborníků cítím povýšené jednání.“ Průměrná známka tohoto tvrzení je respondenty stanovena na 3,52, což reprezentuje nesouhlas respondentů s tímto tvrzením. Domníváme se, že toto tvrzení bylo vágní, při vhodnější formulaci by se pravděpodobně hodnoty přibližovaly k číslu 5, tedy „spíše nesouhlasím“. Navzdory uvedeným výsledkům můžeme vysledovat řadu negativních zkušeností rodičů s nevhodným (arogantním, povýšeným) přístupem odborníků, což potvrdila i provedená interview.

1	2	3	4	5	Nevím
13	7	8	7	7	6

Tabulka 60 - Odpovědi na tvrzení č. 17: "Náš pediatr sleduje výkonnost sluchové funkce našeho dítěte v průběhu celého dětství."

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
	2,71	1,468

Tabulka 61 - Průměrná známka k tvrzení č. 17, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Průměrná známka na stupnici spokojenosti k tvrzení č. 17 vyšla „2,71“ v intencích uvedeného tvrzení. Za zmínku však stojí ohodnocení tohoto tvrzení osmi respondenty známkou „3“, sedmi respondenty známkou „4“ a dalších sedm respondentů ohodnotilo

tento výrok známku „5“. Otázkou zůstává, jak je vnímána role pediatra v celkovém obrazu péče o dítě s KI, nejen rodiči, ale i samotnými pediatry.

Jedna z respondentek vysvětluje svoji nespokojenost následovně:

R3: „Když jsem se pediatrovi svěřila, že mám pocit, že mé dítě neslyší, řekl mi, že jsem zbytečně vyplašená matka a své dítě moc pozoruju.“

Další respondentka se vyjadřuje k informovanosti pediatra:

R4: „Od pediatra jsme nedostali žádné informace, ba naopak jsme mu informace poskytovali my.“

1	2	3	4	5	Nevím
25	10	5	3	4	1

Tabulka 62 - Odpovědi na otázku č. 19: "Audiolog nás seznámil s technickými parametry kochleárního implantátu."

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
	1,96	1,288

Tabulka 63 - Průměrná známka k tvrzení č. 19, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
28	9	3	2	4	2

Tabulka 64 - Odpovědi na tvrzení č. 20: "Audiolog nás srozumitelnou cestou seznámil s tím, jak zacházet s KI."

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
	1,80	1,262

Tabulka 65 - Průměrná známka k tvrzení č. 20, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Výše uvedená tvrzení vztahující se k práci audiologa jsou ohodnocena průměrnými známkami „1,96“ a „1,80“, rodiče tedy hodnotí informovanost ze strany audiologa zpravidla velmi dobře (převáděno analogicky na stupnici školního známkování). Jedna z respondentek uvádí:

R5: „Potřebovala bych audiologa, který by si se mnou sednul a všechno mi vysvětlil. My sice dostaneme uživatelskou příručku, ale potřebovala bych hodně věcí dovysvětlit. Vzhledem k tomu, že je implantát tak drahý, tak se s ním bojím manipulovat, abych něco nerozbila - raději nějakou funkci ani nepoužiju, protože se bojím.“

Na individuální úrovni je tedy zřejmé, že spokojenost s informovaností je relativní a značně subjektivní oproti získaným kvantitativním datům.

1	2	3	4	5	Nevím
32	5	4	2	1	4

Tabulka 66 - Odpovědi na tvrzení č. 23: " Pracovník rané péče poskytuje jasné a úplné a ověřené informace ve srozumitelné formě."

	Směrodatná odchylnka
Průměrná známka	1,52
	0,988

Tabulka 67 - Průměrná známka k tvrzení č. 23, včetně uvedené směrodatné odchylnky.

1	2	3	4	5	Nevím
36	1	5	1	1	4

Tabulka 68 - Odpovědi na tvrzení č. 24: "Od pracovníků rané péče dostávám dostatečnou podporu v dovednostech, jak stimulovat vývoj našeho dítěte."

	Směrodatná odchylnka
Průměrná známka	1,41
	0,937

Tabulka 69 - Průměrná známka k tvrzení č. 24, včetně uvedené směrodatné odchylnky.

Velmi pozitivně vyzněly položky vztahující se ke spokojenosti rodičů se službami střediska rané péče. Tvrzení týkající se rané péče, ohodnotili průměrnými známkami „1,52“ a „1,41“. Výsledky dále dokládáme částmi rozhovorů:

R3: „Středisko rané péče Tamtam nám celkově velmi pomohlo. Pomohlo nám s výběrem komunikační metody, dali nám instrukce o sledování vývoje řeči po kochleární implantaci, také nám nejčastěji demonstrují přístup k našemu dítěti. Z jejich služeb využíváme hlavně aktivační centrum.“

1	2	3	4	5	Nevím
41	5	0	0	1	1

Tabulka 70 - Odpovědi na tvrzení č. 28: "Chirurg nás informoval i o možných komplikacích operativního zákroku."

		Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,19	0,640

Tabulka 71 - Průměrná známka k tvrzení č. 28, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Respondenti uvádí velkou spokojenost s informovaností o možných komplikacích operativního zákroku. Dokladem je velmi kladné ohodnocení tvrzení průměrnou známkou „1,19“.

Na úrovni kooperace s odborníky participujícími na péči o rodinu a dítě s kochleárním implantátem by se měly uvedené výsledky vztahující se od distribuce informací, k přístupu odborníků a úrovně empatie, přes spolupráci na transdisciplinární úrovni promítnout do optimalizace komplexně pojaté intervence u osob se sluchovým postižením a ke zvýšení jejich kvality života.

Ke spolupráci s odborníky, kteří jsou součástí nejširšího týmu pečujícího o klienta s kochleárním implantátem a jeho rodinu, směřuje naše doporučení, zejména pak ke zdravotnickým pracovníkům, do problematické oblasti komunikace s rodinou, oblasti empatie, sdělování nepříznivé zprávy v adekvátní podobě a míře poskytovaných informací.

Velký důraz klademe na stále aktuálnější potřebu dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ale i v dalších pomáhajících profesích. V tomto kontextu je dle našeho názoru nezbytné zvyšování podílu zejména transdisciplinární úrovně péče a služeb.

Nespokojenost s distribucí informací zdravotnickým personálem směrem k rodině prokázaly i výsledky naší studie. Považujeme rovněž za žádoucí podporovat a intenzivně rozvíjet participaci rodin ve smyslu aktivní spolupráce nejen se zdravotnickým personálem center kochleárních implantací, ale i středisky rané péče a speciálněpedagogickými centry.

Po překonání prvotní fáze šoku je nezbytné zajistit kontinuální přístup rodičů k informacím o jejich dítěti se sluchovým postižením a usilovat o komplexní podporu rodiny ze strany odborníků na různých úrovních péče. Úroveň komunikace s rodinou predikuje do značné míry úspěšnost intervenčního procesu.

13.1.2.3 Názory rodičů na komunikaci odborníků s odborníky

Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, rodiče jsou nejdůležitějším článkem týmu pečujícího o dítě s kochleárním implantátem. V následujících tabulkách jsou zaznamenána hodnocení rodičů jednotlivých výroků průměrnou známkou, včetně směrodatné odchylky. U

některých tvrzení se můžeme setkat s odpovědí „nevím“. Již samotná položka „nevím“ a její zastoupení svým způsobem do určité míry ilustruje nedostatečnou úroveň komunikace. Domníváme se, že to může být způsobeno nedostatečnou výměnou informací mezi rodiči a odborníky o intervenčních postupech, které odborníci aplikují.

1	2	3	4	5	Nevím
12	8	8	4	9	7

Tabulka 72 - Odpovědi na tvrzení č. 18: "Náš pediatr v případě potřeby komunikuje s jinými odborníky a konzultuje s nimi."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,76
	1,511

Tabulka 73 - Průměrná známka k tvrzení č. 18, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
20	9	4	1	2	12

Tabulka 74 - Odpovědi na tvrzení č. 21: "Náš audiolog konzultuje péči o naše dítě s foniatrem a logopedem."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,78
	1,108

Tabulka 75 - Průměrná známka k tvrzení č. 21, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
30	5	1	2	4	6

Tabulka 76 - Odpovědi na tvrzení č. 22: "Raná péče nám na základě naší žádosti zprostředkovává spolupráci s jinými odborníky."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,69
	1,300

Tabulka 77 - Průměrná známka k tvrzení č. 22, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Na základě dokumentu „Kritéria výběru kandidátů pro kochleární implantace“ byla do dotazníků zahrnuty otázky č. 26. Názor rodičů na rehabilitační péči s pravidelným sledováním klienta, je průměrnými známkami znázorněn viz níže.

1	2	3	4	5	Nevím
23	10	7	4	3	1

Tabulka 78 - Odpovědi na tvrzení č. 26: "Rehabilitační péče je dobře a předem zajištěna kombinací péče v místě bydliště s vedením a pravidelným sledováním pacienta v centru KI."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,02
	1,246

Tabulka 79 - Průměrná známka k tvrzení č. 26, včetně uvedené směrodatné odchylky.

13.1.2.4 *Participace rodičů na komplexní péči o dítě s kochleárním implantátem*

Transdisciplinární přístup je považován za nejmodernější a nejprogresivnější v oblasti péče o osoby s kochleárním implantátem. Tento tým tvoří členové, jejichž intervenční postupy vzájemně souvisejí a doplňují se v celkové péči o pacienty, kteří z toho ve vysoké míře a v konečném důsledku mohou profitovat. I přes všechny tyto skutečnosti jsou to právě rodiče, kteří zůstávají na řešení tohoto problému sami a musí aktivně participovat.

Do následující části byla zahrnuta data, která se týkají právě participace rodiny v celém procesu.

1	2	3	4	5	Nevím
25	17	4	1	0	1

Tabulka 80 - Odpovědi na tvrzení č. 4: "Získané poznatky a rady od odborníků dokážu aplikovat doma (rozvoj orální řeči, znakových systémů apod.)."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,60
	0,734

Tabulka 81 - Průměrná známka k tvrzení č. 4, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Výsledná průměrná známka svědčí ve prospěch dobré informovanosti rodičů a efektivní komunikaci s odborníky na této úrovni péče.

1	2	3	4	5	Nevím
21	9	11	5	0	2

Tabulka 82 - Odpovědi na tvrzení č. 9: "Jako rodič dítěte s kochleárním implantátem mám příležitost aktivně spolupracovat s odborníky."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,00 1,063

Tabulka 83 - Průměrná známka k tvrzení č. 9, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
37	5	4	2	0	0

Tabulka 84 - Odpovědi na tvrzení č. 10: "Cítím se jako nejdůležitější členek týmu, který pečuje o naše/mé dítě."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,40 0,810

Tabulka 85 - Průměrná známka k tvrzení č. 10, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
21	8	6	1	7	5

Tabulka 86 - Odpovědi na tvrzení č. 13: "Setkal/a jsem se minimálně jednou s přístupem, že jsme s více odborníky najednou řešili otázky týkající se péče o naše dítě."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,19 1,467

Tabulka 87 - Průměrná známka k tvrzení č. 13, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
34	7	5	1	0	1

Tabulka 88 - Odpovědi na tvrzení č. 14: "Při každém setkání s odborníky je nám vždy oběma (mně a manželce/lovi) umožněno být součástí rozhovorů."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,43 0,765

Tabulka 89 - Průměrná známka k tvrzení č. 14, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Průměrné známky k tvrzením č. 13 a 14 vypovídají o úrovni transdisciplinární spolupráce, zejména pak položka 13 nevyznívá zcela uspokojivě.

Většina rodičů (viz tvrzení č. 10) se cítí jako nejdůležitější člen týmu. Jedna z respondentek na otázku, kdo ji v týmu po kochleární implantaci chyběl odpovídá:

R4: „Manžel.“

Následující položky se vztahovaly k zapojení širší rodiny a možnostem sdílení a facilitace při kontaktu s dalšími rodinami. Vzájemný kontakt rodin má jistě svá pozitiva, mezi něž patří efekt similarity, ale i úskalí spočívající např. ve vzájemném srovnávání vývojové úrovně dětí.

1	2	3	4	5	Nevím
36	5	4	2	1	0

Tabulka 90 - Odpovědi na tvrzení č. 16: "Zapojujeme prarodiče dítěte a jeho sourozence do rozhovorů o kochleárním implantátu."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	1,48
	0,957

Tabulka 91 - Průměrná známka k tvrzení č. 16, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
20	8	9	2	9	0

Tabulka 92 - Odpovědi na tvrzení č. 29: "Pravidelně se setkáváme s jinými rodinami a dětmi s kochleárním implantátem."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,42
	1,512

Tabulka 93 - Průměrná známka k tvrzení č. 29, včetně uvedené směrodatné odchylky.

1	2	3	4	5	Nevím
18	13	6	1	6	4

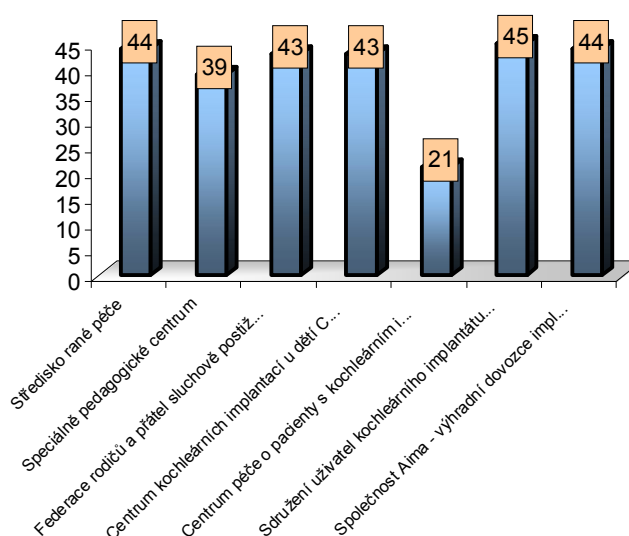
Tabulka 94 - Odpovědi na tvrzení č. 30: "Myslím si, že naše prožívání a jednání může pochopit pouze rodič postiženého dítěte."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,18
	1,353

Tabulka 95 - Průměrná známka k tvrzení č. 30, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Respondenti byli dále dotazováni na znalost uvedených institucí. Respondenti se velmi dobře orientují v dostupné nabídce péče a komplexních služeb – jsou velmi aktivní a z rozhovorů můžeme také soudit, že zejména zpočátku si informace zjišťovali z několika zdrojů. Výsledky dále ukázaly, že nejméně rodičů zná „Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem“ v Ostravě. Domníváme se, že důvodem je krátká doba existence tohoto centra (od roku 2008), dalším důvodem může být taktéž malá propagace v médiích a pouze relativní dostupnost tohoto centra na regionální úrovni při současné prestižnosti a již tradičním fungování Centra kochleárních implantací u dětí (CKID) v Praze.

O kterých z následujících institucí jste slyšeli a víte, že existují?



Graf 16 - Počet odpovědí respondentů na otázku: "O kterých z následujících institucí jste slyšeli a víte, že existují?"

Poslední otázkou byli rodiče dotazováni, jak často navštěvují uvedené odborníky. Respondenti měli na výběr několik odborníků s možností vypsát i dalšího odborníka, kterého navštěvují např. z důvodu dalšího, přidruženého postižení dítěte. Tak, jak jsme očekávali, přinesla zajímavé údaje např. položka „Psychoterapeut“. Z grafu viz níže vyplývá, že psychoterapeuta navštívili pouze čtyři rodiče. Dalším z důvodů nevyužívání služeb psychoterapeuta mohou být přetrvávající předsudky a stereotypy laické veřejnosti v naše případě rodičů. Svou roli zde může hrát rovněž nedostatečná informovanost rodičů ze strany odborníků. Výsledky můžeme doložit taktéž odpovědí respondentky získanou rozhovorem:

V: „Která oblast péče by se dle Vašeho názoru měla změnit k lepšímu?“

R1: „Pomoc rodině – abychom uměli přijmout skutečnost, že má naše dítě sluchové postižení a dále s tou informací uměli pracovat...myslím, že nám chybí péče ze strany psychoterapeuta.“

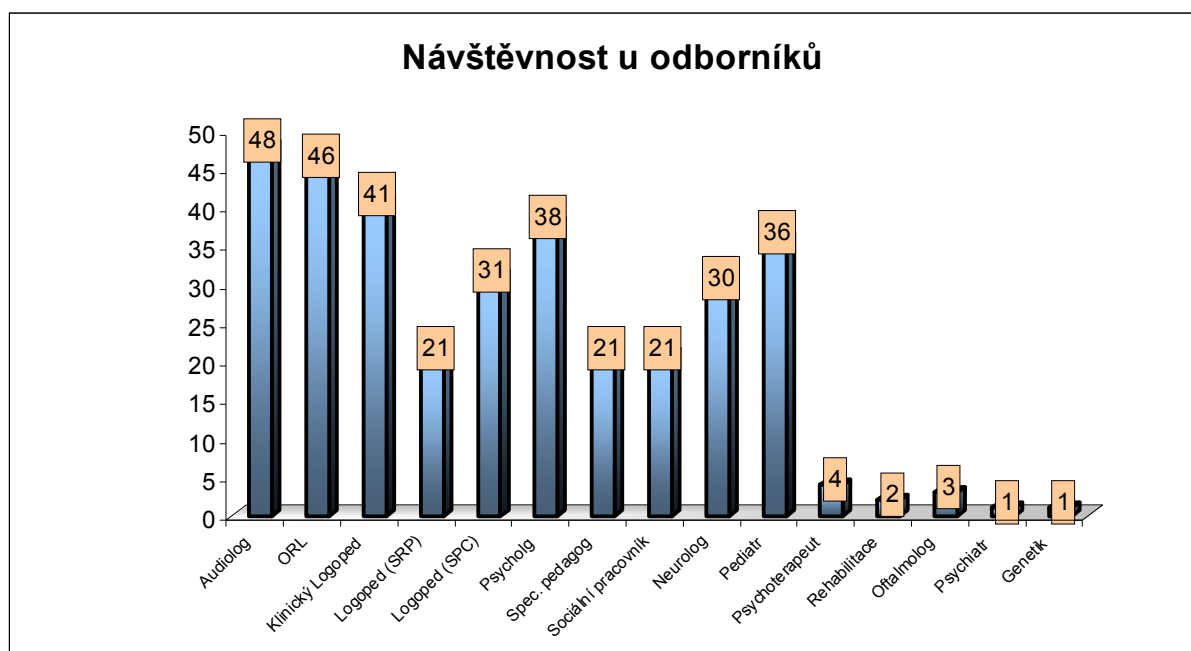
1	2	3	4	5	Nevím
17	5	3	0	7	16

Tabulka 96 - Odpovědi na tvrzení č. 27: "Psychoterapeut nám poskytuje informace o tom, jak o dítě pečovat, jak ho vychovávat, jak s ním pracovat a komunikovat s ním."

	Směrodatná odchylka
Průměrná známka	2,22
	1,596

Tabulka 97 - Průměrná známka k tvrzení č. 27, včetně uvedené směrodatné odchylky.

Z tabulek viz výše vyplývá, že 16 rodičů neví, jestli jim psychoterapeut poskytuje informace o komunikaci s dítětem. Důvodem výsledku bude pravděpodobně skutečnost, že rodiče psychoterapeuta nenavštěvují.



Graf 17 - Četnost návštěv u jednotlivých odborníků.

Jak jsme uvedli již výše, domníváme se, že logoped má v celém procesu péče o klienta s kochleárním implantátem specifickou a jednu z dominujících rolí. Následující graf demonstruje četnost návštěv u logopeda ve středisku rané péče, ve speciálněpedagogickém

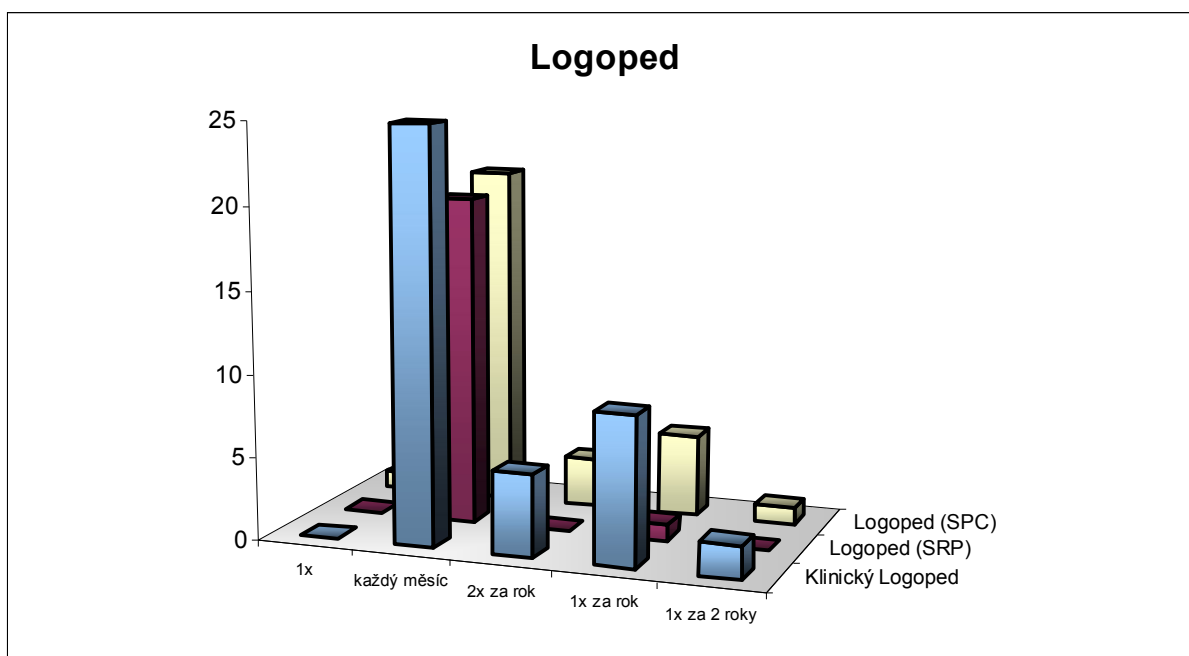
centru a návštěvnost klinického logopeda. Výsledky potvrdily i náš předpoklad, že respondenti budou se svými dětmi navštěvovat nejčastěji klinického logopeda.

Ke kompetencím klinického logopeda uvedla jedna z respondentek v rozhovoru následující:

V: „Kdybyste mohla odborníkům něco sdělit jednou větou, co byste jim řekla?“

R6: „My teď žijeme logopedií, takže bych logopedům vzkázala, že bychom péči potřebovali více komplexněji, ne jen rozvíjet řeč a sluch, ale také rozvoj komunikace jako takové, kognitivní schopnosti a také na rozvoj osobnosti dítěte.“

To současně otevírá otázku komplexní připravenosti logopedů a nezbytnosti jejich dalšího vzdělávání.



Graf 18 - Četnost návštěv u logopeda.

Velmi výmluvně shrnují aspekty péče o dítě s KI výpovědi rodičů, pro něž jim byl poskytnut prostor v závěru rozhovoru. „Kdybyste mohli odborníkům něco sdělit jednou větou, co by to bylo?“ odpovídají:

R1: „Chtěla bych jim všem poděkovat za to, co pro nás udělali.“

R2: „Děkuji všem, kteří pracují s těmito dětmi a mají lidský přístup.“

R3: „Víc komunikujte a scházejte se, víc hlav, víc ví.“

R4: „Děkujeme.“

R5: „Buďte lidštější.“

13.2 Komunikace a kooperace odborníků na transdisciplinární úrovni

13.2.1 Střediska rané péče

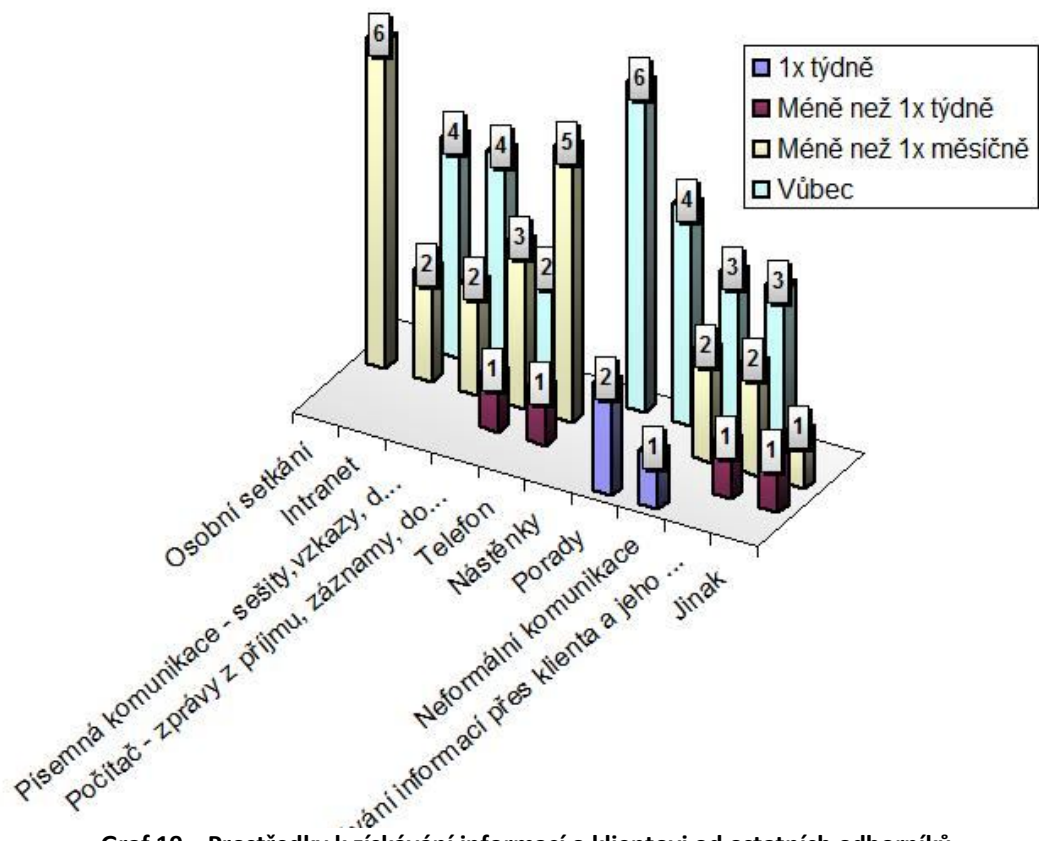
Výzkumu se zúčastnilo 6 poradkyň střediska rané péče Tamtam, 4 z Prahy, 2 z Olomouce, ve věku 40 – 49 let (80 %) a 30 – 39 let (20 %). Na otázku „Kolik let jste zaměstnán/a na dané pozici?“ odpověděly následovně:

méně než 1 rok	0	0%
1 až 4 roky	3	50%
5 až 8 let	1	17%
9 a více let	2	33%

Tabulka 98 - Odpovědi na otázku: "Kolik let jste zaměstnán/a na dané pozici?"

V první otázce byli respondenti dotazováni „Jak často využíváte komunikační prostředky k získávání informací o klientovi s kochleárním implantátem od ostatních členů týmu?“ V dotazníku byla k této položce uvedena poznámka, že týmem jsou myšleni i odborníci mimo středisko rané péče. Mezi prostředky k získávání informací měli respondenti na výběr položku osobní setkání, intranet, písemnou komunikaci (sešity, vzkazy, dopisy), počítač (zprávy z příjmu, záznamy, dokumentace spod.), telefon, nástěnky, porady, neformální komunikaci, položku získávání informací od ostatních členů týmu přes klienta a jeho rodinu a uvedena byla také možnost jinak, kterou využily dvě respondentky k odpovědi email. Ke každé položce měli respondenti označit, jak často tento způsob komunikace používají – denně, 2 – 3 x týdně, 1 x týdně, méně než 1 x týdně, méně než 1 x měsíčně nebo vůbec.

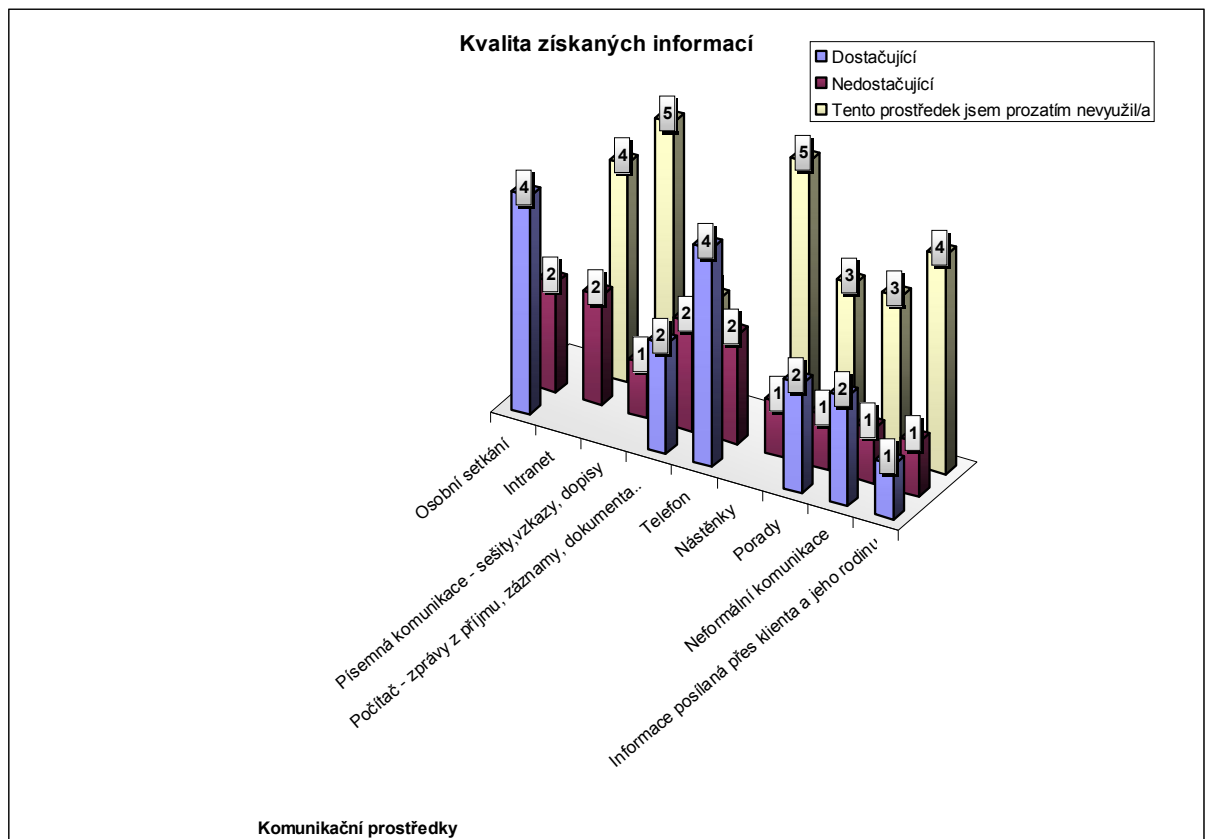
Nejvíce se nás zajímala položka „osobní setkání“. Osobní konzultace by z našeho pohledu měla mít nezastupitelné místo v rámci celého týmu. Kooperace tohoto charakteru může být i jedním z prostředků určité supervize. K získávání informací o klientovi s kochleárním implantátem využívá osobní setkání 100 % respondentů SRP méně než 1 x měsíčně.



Graf 19 – Prostředky k získávání informací o klientovi od ostatních odborníků.

Další odpovědí v zájmu naší pozornosti, byla položka získávání informací o klientovi od jiných odborníků prostřednictvím samotného klienta a jeho rodiny. Tato položka byla zařazena cíleně vzhledem k charakteru zkušeností rodin dítěte s KI. Respondenti rané péče tento prostředek k získání informací v 50 % nepoužívají vůbec.

Další otázka byla zaměřena na **hodnocení kvality získaných informací prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků**. Ve výběru opět stejných komunikačních prostředků měli respondenti volit odpověď „dostačující“, „nedostačující“ nebo „tento prostředek jsem zatím nevyužil/a“. Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu. Nejpozitivněji, z hlediska kvality získaných informací prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků, vyšla osobní setkání a komunikace přes telefon.



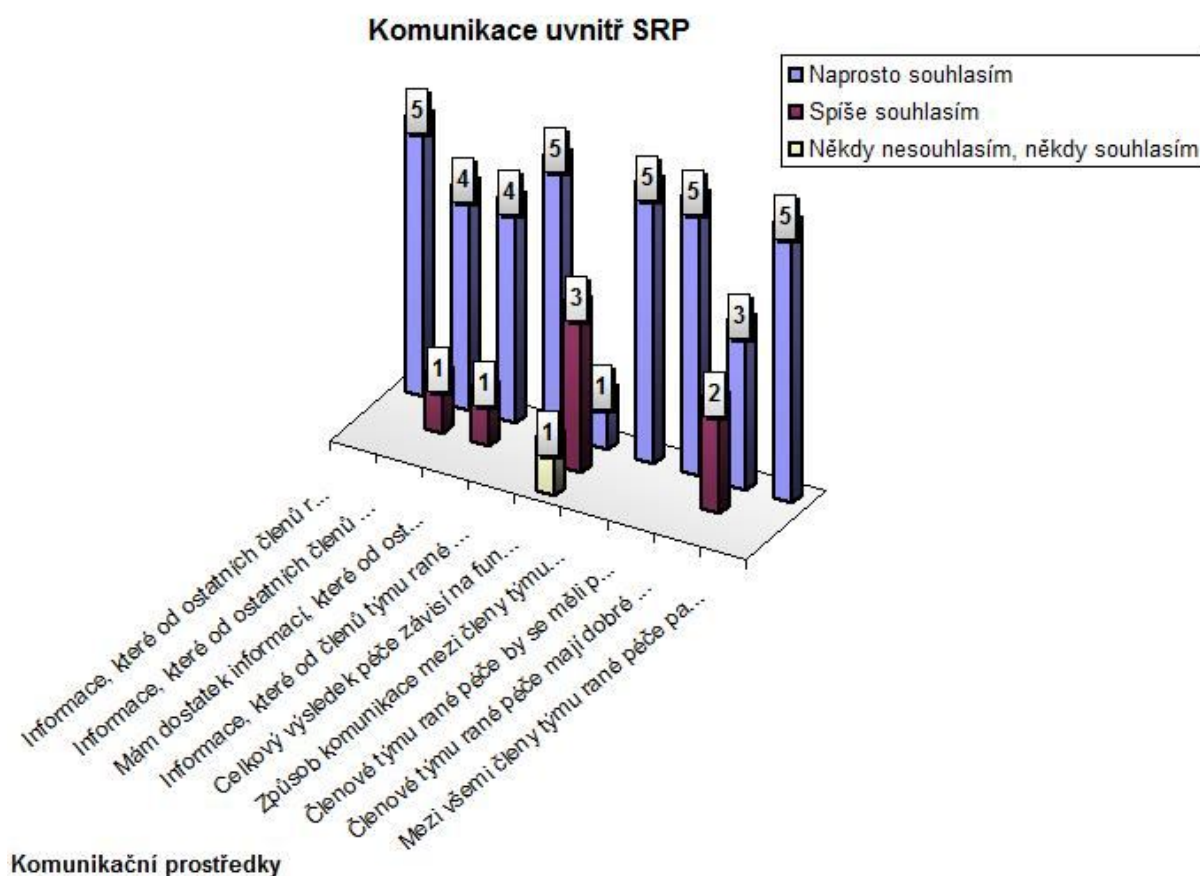
Graf 20 - Kvalita získaných informací (SRP)

V další otázce byli respondenti požádáni o vyjádření se k výrokům (tvrzením) za pomoci škály „naprosto souhlasím“, „spíše souhlasím“, „někdy souhlasím/někdy nesouhlasím“, „spíše nesouhlasím“ nebo „rozhodně nesouhlasím“. V této otázce byli respondenti upozorněni na to, že se týká jejich hodnocení pouze komunikace uvnitř střediska rané péče. Respondenti odpovídali na následující tvrzení:

- Informace, které od ostatních členů rané péče potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) jsou pro mě dostupné;
- Informace, které od ostatních členů týmu rané péče potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) dostávám včas;
- Mám dostatek informací, které od ostatních členů týmu rané péče potřebuji ke své práci;
- Informace, které od členů týmu rané péče získávám pro svou práci, jsou pro mě srozumitelné;
- Celkový výsledek péče závisí na funkčnosti komunikaci mezi členy našeho týmu, kteří o klienta pečují;

- Způsob komunikace mezi členy týmu rané péče ovlivňuje mou spokojenost v práci;
- Členové týmu rané péče by se měli pravidelně setkávat a konzultovat postup péče u jednotlivých klientů;
- Členové týmu rané péče mají dobré komunikační dovednosti, umí komunikovat a spolupracovat;
- Mezi všemi členy týmu rané péče panuje důvěrná a otevřená atmosféra.

Odpovědi na tvrzení jsou znázorněna v dalším grafu. Záměrně byly zobrazeny jen zodpovězené kategorie, kategorie „spíše nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“ nezvolil žádný respondent.



Graf 21 - Vyjádření k tvrzením - týmová spolupráce ve SRP.

Pokud jsou získaná dat skutečně pravdivá, pak jsou výsledky i na této místní úrovni velmi pozitivní. Z reakcí odborníků SRP je patrná jejich dobrá úroveň sebereflexe – jsou si vědomi toho, jak konstelace vztahů na pracovišti ovlivňuje pracovní klima.

V souladu s předpokladem „Členové týmu rané péče mají dobré komunikační dovednosti, umí komunikovat a spolupracovat“ vyznívá tato položka velmi pozitivně. Praktické zkušenosti řady odborníků však mají zcela opačný charakter.

Přestože se u položky „Mezi členy týmu rané péče panuje důvěrná a otevřená atmosféra“ jedná o čistě subjektivní a místně individuální zkušenost, považujeme výsledky na této úrovni za velmi pozitivní.

V poslední otázce měli možnost respondenti vyjádřit svůj názor na komunikaci mezi členy týmu střediska rané péče, popř. na komunikaci s centry kochleárních implantací. Respondenti mohli v otázce navrhnout změny, vylepšení apod. Respondenti středisek rané péče byli pro tyto účely označeni písmeny *RSRP*.

RSRP1: „Mezi členy týmu rané péče bych nic neměnila, to není nutné, tam je vše v pořádku. Ve vztahu k CKID bych si přála častější a pružnější informovanost o tom, co se na pracovišti děje, abychom byly v obraze. Dále bych chtěla, aby se ze strany CKID zlepšilo předávání informací rodičům o možnosti využít naší službu. Dále bych ráda uvedla, že veškeré předávání informací s kýmkoliv mimo interní zaměstnance pracoviště je možné pouze v konkrétních případech při výslovném souhlasu ze strany klientů. Jiné informace nepředáváme, ani je nepožadujeme.“

RSRP2: „Byla bych ráda, kdyby klienti CKID dostávali informace o naší službě a my více informací o změnách, novinkách apod.“

RSRP3: „Poradce rané péče je pro rodinu jen jeden, takže tam ta týmová spolupráce tak není. CKID oslovujeme zásadně my (někdy s lepší, někdy s nulovou odezvou), foniatry skoro vždycky oslovujeme my (jednoho z nich vůbec ani neoslovujeme, protože nás nesnáší). Logopedi se čím dál častěji ozývají sami, (ale ne ti z CKID). SPC oslovujeme my s různou odezvou.“

RSRP4: „Chtěla bych, aby se pravidelně setkávali foniatr, logoped, psycholog, poradce rané péče nad každým konkrétním klientem.“

RSRP5: „Myslím, že nic.“

RSRP6: „Co se týká komunikace mezi členy týmu našeho Střediska, tak bych řekla, že je vše v pořádku. Informace o klientech si předáváme na pravidelných kazuistických

poradách. Do budoucna bych si přála, aby bylo více času spolupracovat a vyměňovat si informace i s druhým Střediskem Tamtam. Co se týká komunikace s CKID, tak ta podle mě nefunguje vůbec. Víím, že CKID o nás ví. Spolupracuje spíše s pražským Střediskem. Tudiž veškeré informace, které potřebuji, získávám od klientských rodin.“

Z prezentovaných výpovědí je zřejmé, že koncepce našeho výzkumu měla reálný základ a odraz nejen v teoretické rovině, ale i v praktické dimenzi. Aplikace principů transdisciplinární spolupráce je stále aktuální směrem ke zkvalitnění kooperace mezi odborníky na všech úrovních.

13.2.2 Speciálněpedagogická centra

Výzkumu se zúčastnilo 5 pracovníků speciálněpedagogických center (dále SPC) – 3 speciální pedagogové, 1 logoped – surdoped a 1 zástupce ředitele. Respondenti SPC ve věku 50 – 59 let (60 %) a 60 a více let (20%) pracují na dané pozici 9 a více let, což nám umožňuje zhodnotit i případný posun ve vzájemné kooperaci mezi odborníky a v návaznosti péče, další z respondentů je ve věku 21 – 29 let, pracující na dané pozici 1 – 4 roky. Respondenti působí v Moravskoslezském kraji, Olomouckém kraji, Pardubickém kraji, Ústeckém kraji a hl. m. Praha.

Tak jako pracovníci středisek rané péče, byli zaměstnanci SPC v první otázce dotazováni na to, jak často využíváte komunikační prostředky k získávání informací o klientovi s kochleárním implantátem od ostatních členů týmu. V dotazníku byla k této položce opět uvedena poznámka, že týmem jsou myšleni i odborníci mimo SPC.

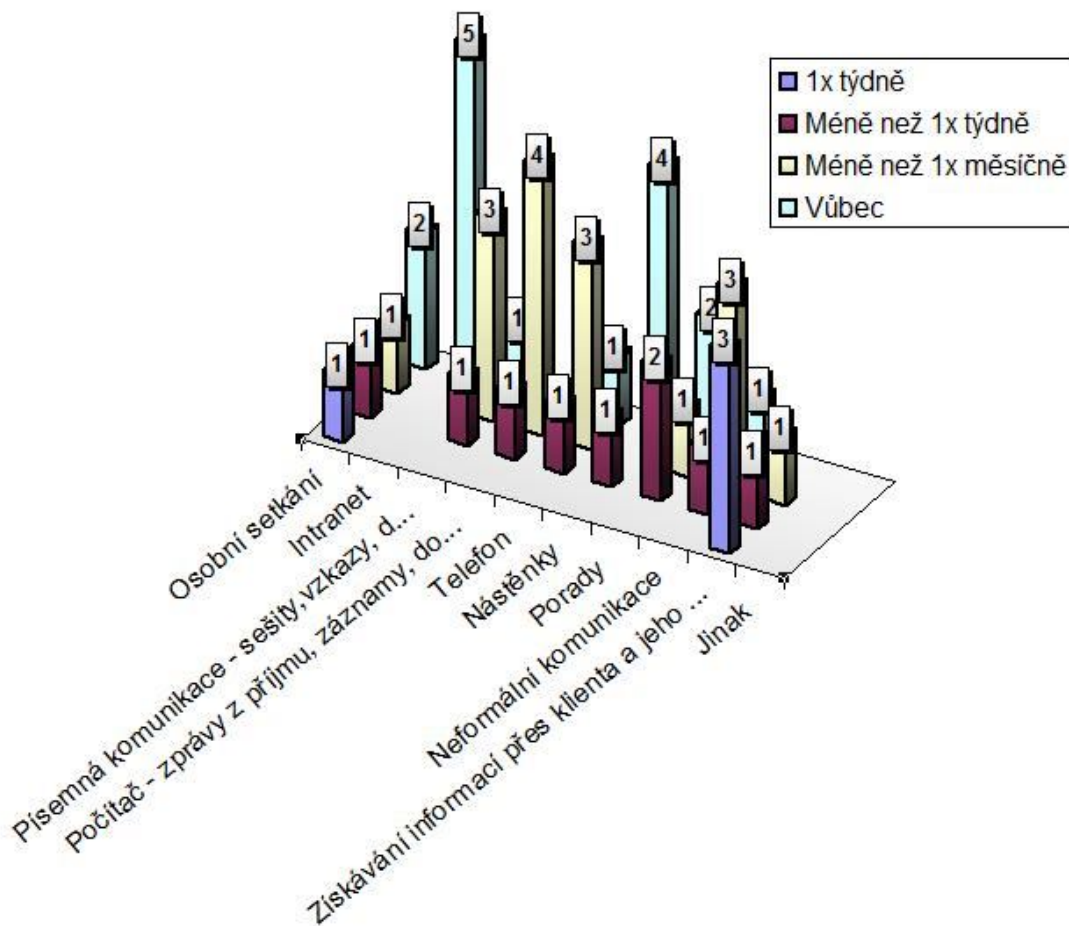
Mezi prostředky k získávání informací měli respondenti na výběr položku osobní setkání, intranet, písemnou komunikaci (sešity, vzkazy, dopisy), počítač (zprávy z příjmu, záznamy, dokumentace spod.), telefon, nástěnky, porady, neformální komunikaci, položku získávání informací od ostatních členů týmu přes klienta a jeho rodinu a uvedena byla také možnost jinak, kterou žádný respondent k odpovědi nevyužil. Ke každé položce měli respondenti na výběr frekvenci používání dané komunikace – denně, 2 – 3 x týdně, 1 x týdně, méně než 1 x týdně, méně než 1 x měsíčně nebo vůbec.

Předmětem našeho zájmu byly opět výsledky získané položkou „osobní setkání“. Tento způsob komunikace k získávání informací o klientovi s KI od ostatních členů týmu nevyužívají 2 respondenti SPC vůbec. Zajímavé výsledky přineslo i používání intranetu – soukromého rozšíření internetu, omezeného na danou organizaci. Domníváme se, že intranet může pomoci uživatelům najít informace o klientovi rychleji. S pomocí webového prohlížeče mohou uživatelé přistupovat k údajům, které jsou v databázi organizace, a které se rozhodla dát organizace k dispozici. Přístup je pak možný kdykoliv po přihlášení z libovolného místa v rámci pracovní stanice, což pak následně zvyšuje schopnost zaměstnanců vykonávat svou práci rychleji, přesně a s jistotou, že mají ty správné a aktuální informace o klientovi s kochleárním implantátem. Intranet může sloužit zároveň jako účinný nástroj pro komunikaci v rámci SPC. Velkou výhodou, podporující transdisciplinaritu, je okamžitá aktualizace údajů o klientovi – pracovník SPC, který jednal např. s CKID či SRP tyto

údaje upraví a zbytek zaměstnanců, kteří přijdou s klientem do styku už má přístup k novým informacím. I přes všechny tyto výhody si uvědomujeme hodnotu osobního setkání před používáním informačních technologií.

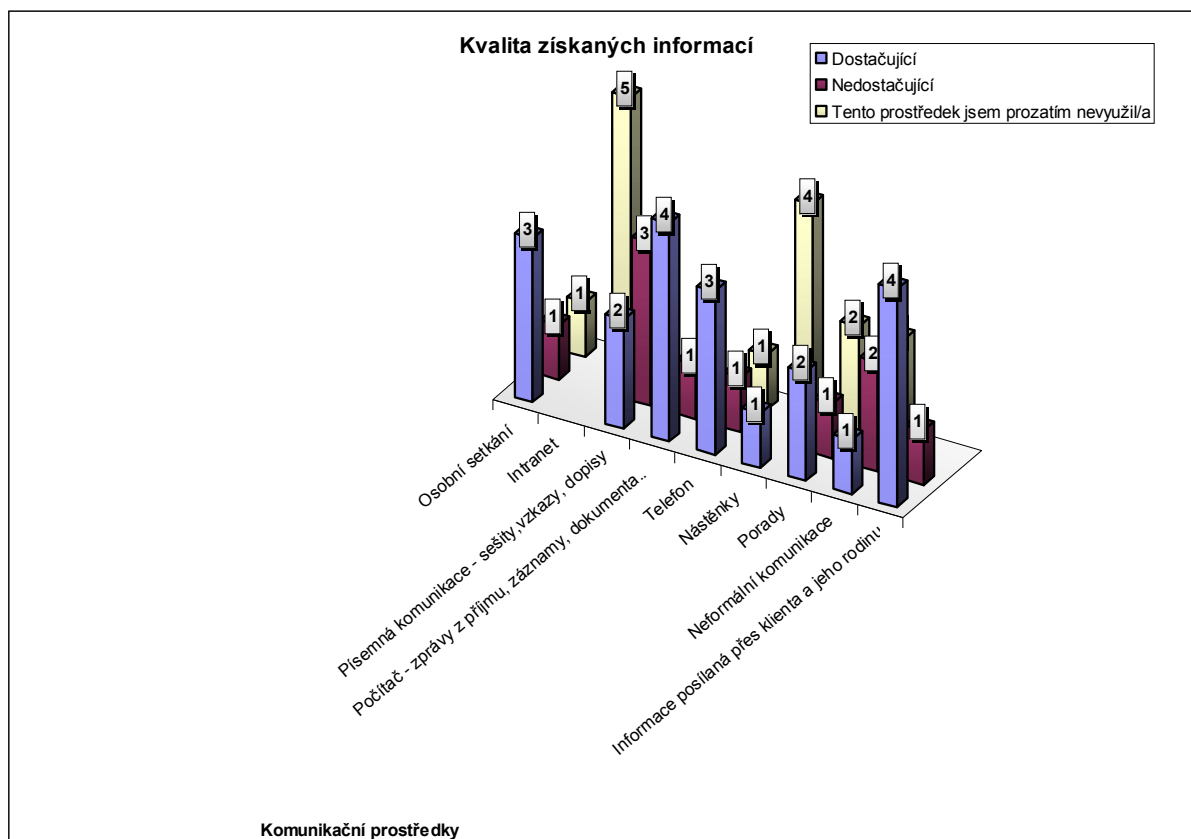
Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu.

Získávání informací o klientovi



Graf 22 - Získávání informací o klientovi - SPC.

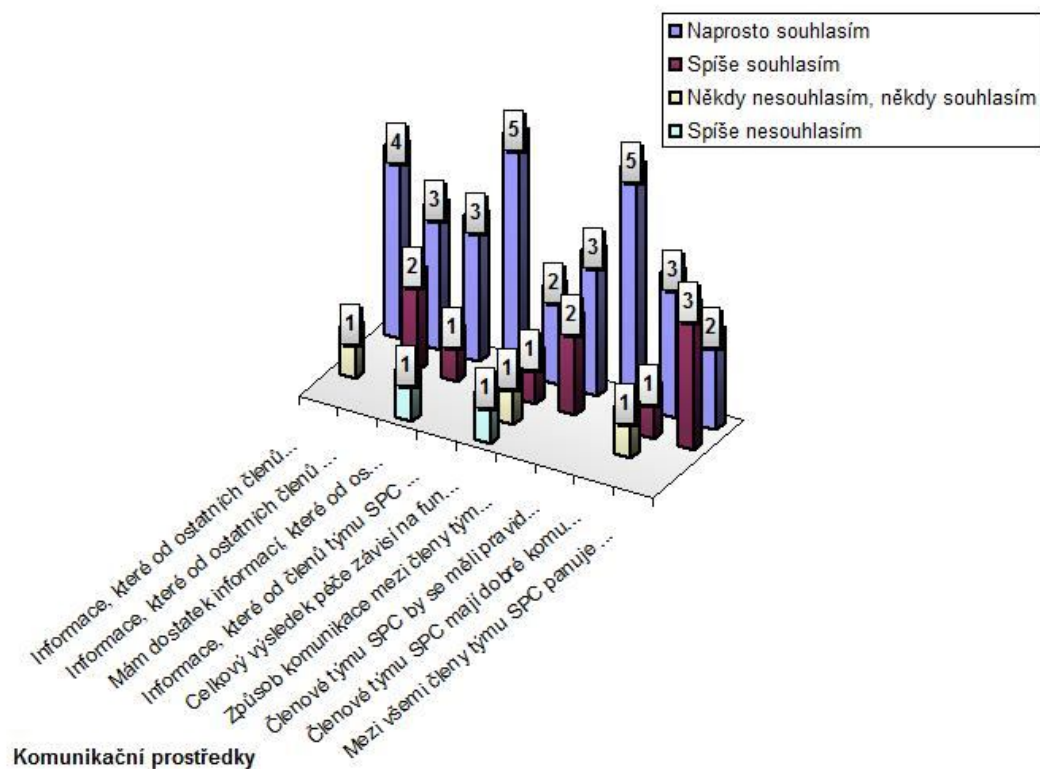
Další otázka byla zaměřena na hodnocení kvality získaných informací prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků. Pracovníci SPC měli na výběr odpověď „dostačující“, „nedostačující“ nebo „tento prostředek jsem zatím nevyužil/a“. Z výsledků vyplývá relativně velká spokojenost s kvalitou získaných informací přes klienta a jeho rodinu. Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu.



Graf 23 - Názory pracovníků SPC na kvalitu získaných informací prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků.

V další otázce byli respondenti požádáni o vyjádření se k výroková (tvrzení), které jsme již uvedli u středisek rané péče. Pracovníci SPC se k nim měli vyjádřit pomocí škály „naprosto souhlasím“, „spíše souhlasím“, „někdy souhlasím/někdy nesouhlasím“, „spíše nesouhlasím“ nebo „rozhodně nesouhlasím“. V této otázce byli respondenti upozorněni na to, že se otázka týká pouze hodnocení komunikace uvnitř SPC.

Výsledky tvrzení znázorňuje následující graf:



Graf 24 - Názory pracovníků SPC na komunikaci uvnitř SPC.

V poslední otázce měli respondenti možnost vyjádřit svůj vlastní názor na komunikaci mezi členy týmu SPC, popř. na komunikaci s centry kochleárních implantací. Respondenti mohli v otázce navrhnout změny, vylepšení apod. Respondenti SPC byli pro tyto účely označeni písmeny RSPC.

RSPC2: „Moc bych si přála, aby byla zorganizována pravidelná setkávání členů týmu v širším slova smyslu, rodiče jsou jediní, s kým komunikuji pravidelně.“

RSPC4: „V současné době není dostatek finančních prostředků na služební cesty do Prahy, kde bychom se mohli společně setkávat s pracovníky Centra kochleárních implantací u dětí a jejich klienty. Při těchto příležitostech je osobní konzultace s pracovníky CKID, zákonným zástupcem a pracovníkem SPC nejpřínosnější.“

RSPC5: „Moc bych uvítala zprávu každého odborníka z vyšetření klienta a z nastavování řečového procesoru dítěte. Přivítala bych taky užší spolupráci s logopedem a foniatrem CKID.“

I zde se potvrdil náš předpoklad, že i přes relativně pozitivní vyznění kvantitativních dat, z otevřených otázek vyplývá, že i z hlediska odborníků SPC je stále prostor pro další

zkvalitňování kooperace, koordinace a komunikace mezi odborníky v rámci institucí i na transdisciplinární úrovni.

13.2.3 Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem

Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem s působností pro Moravu vzniklo 2008 v Ostravě především za účelem vyřešení časových, organizačních a finančních problémů, které u rodičů kandidátů na kochleární implantaci často vznikají. Jak uvádí přednosta Otorinolaryngologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava - „vzhledem ke skutečnosti, že z pacientů, kteří jsou uživateli nebo kandidáty na využívání kochleárního implantátu, je pětina z Moravskoslezského kraje, má zřízení tohoto centra smysl.“ (www.fno.cz)

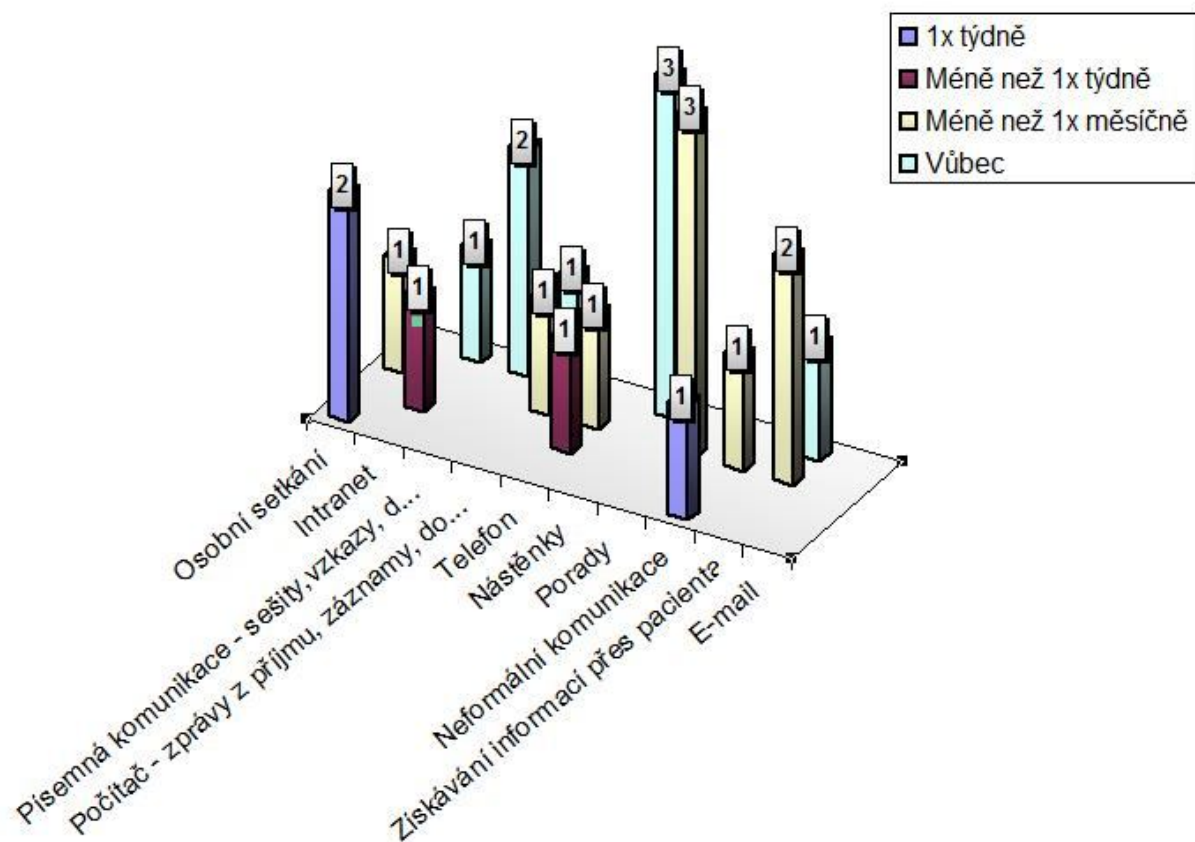
Z Centra péče o pacienty s kochleárním implantátem se výzkumu zúčastnili 3 respondenti (koordinátor centra, ORL lékař a technik). Respondenti pracují na daných pozicích 9 a více let. Přes nízký počet respondentů můžeme vyzdvihnout jako pozitivní aspekt, že se šetření zúčastnil koordinátor tohoto centra, který mohl komunikaci v týmu zhodnotit.

V první otázce byli respondenti tohoto centra dotazováni „Jak často využíváte komunikační prostředky **k získávání informací o klientovi s kochleárním implantátem od ostatních členů týmu?**“ Mezi prostředky k získávání informací měli respondenti na výběr položku osobní setkání, intranet, písemnou komunikaci (sešity, vzkazy, dopisy), počítač (zprávy z příjmu, záznamy, dokumentace spod.), telefon, nástěnky, porady, neformální komunikace a položku získávání informací od ostatních členů týmu přes klienta a jeho rodinu. Ke každé položce měli respondenti označit, jak často tento způsob komunikace používají – denně, 2 – 3 x týdně, 1 x týdně, méně než 1 x týdně, méně než 1 x měsíčně nebo vůbec.

I přes, výše zmíněný nízký počet respondentů, můžeme dále vyzdvihnout jako pozitivní aspekt osobní setkávání odborníků jako prostředek komunikace v týmu, který považujeme za přínosný z řady hledisek. Oslovení odborníci z tohoto Centra se setkávají méně než 1 x měsíčně na poradách za účelem získávání informací o klientovi.

Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu.

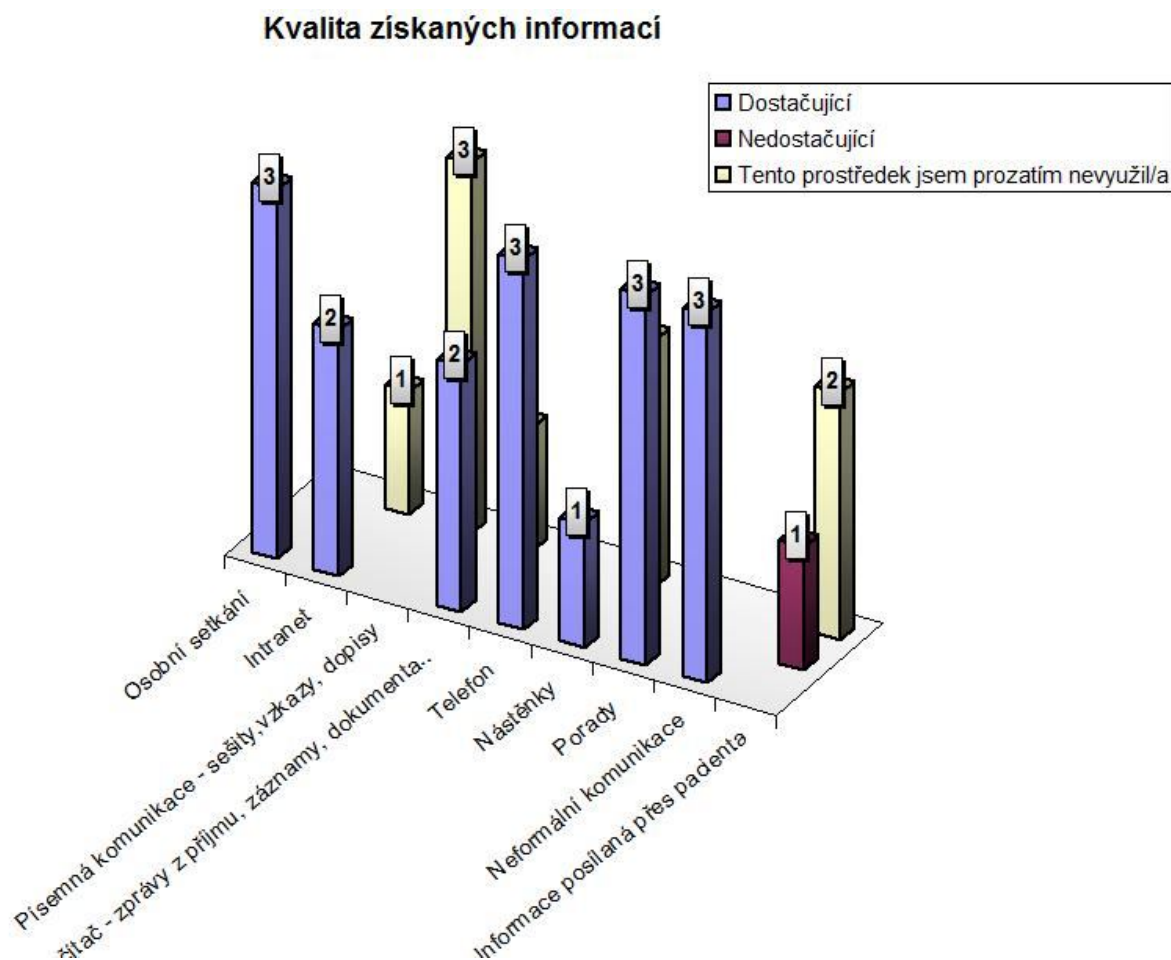
Získávání informací o pacientovi



Graf 25 - Získávání informací o pacientovi s kochleárním implantátem od ostatních členů týmu.

Další otázka byla zaměřena na **hodnocení kvality získaných informací** prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků. Ve výběru opět stejných komunikačních prostředků měli respondenti volit odpověď „dostačující“, „nedostačující“ nebo „tento prostředek jsem zatím nevyužil/a“. Z výsledků položky „informace předávaná přes pacienta“ je zřejmé, že problémy v komunikaci nejsou pouze jednostranným problémem odborníků, ale významnou roli zde hraje i sám pacient a jeho kompetence k přijímání a distribuci informací dalším odborníkům.

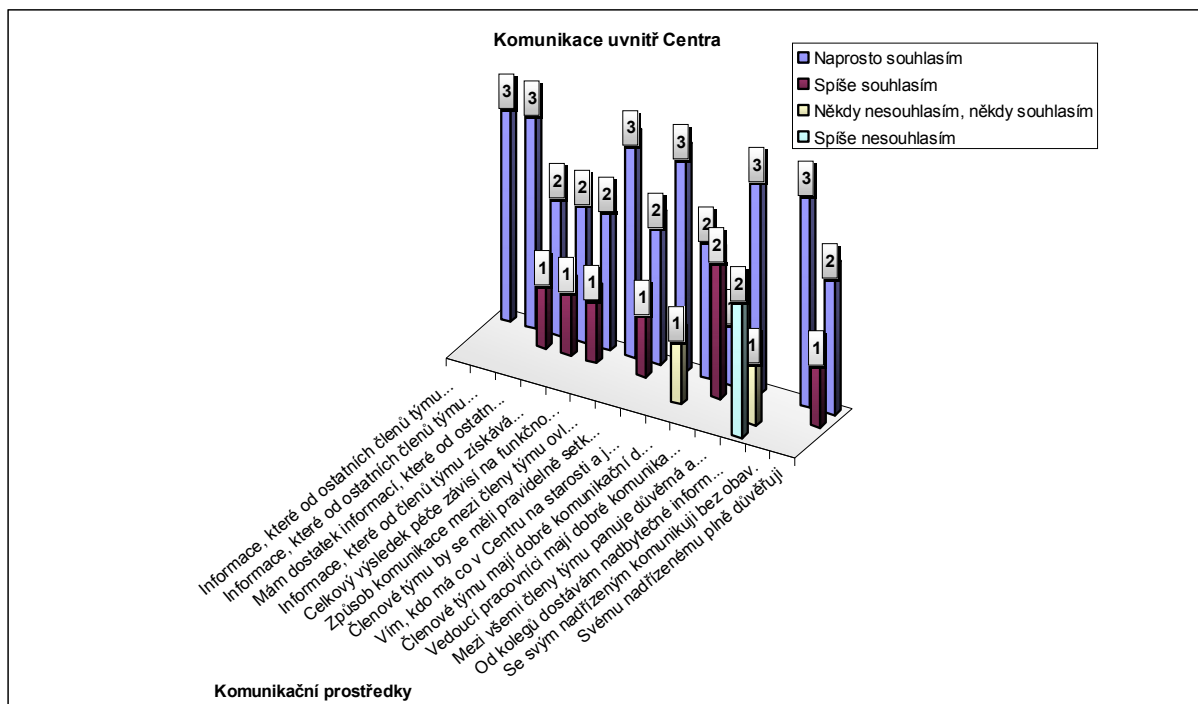
Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu.



Graf 26 - Kvalita získaných informací - Ostrava

V další otázce byli respondenti opět požádáni o vyjádření se k výroky (tvrzení) za pomoci škály „naprosto souhlasím“, „spíše souhlasím“, „někdy souhlasím/někdy nesouhlasím“, „spíše nesouhlasím“ nebo „rozhodně nesouhlasím“. Respondenti odpovídali na tvrzení:

- Informace, které od ostatních členů potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) jsou pro mě dostupné;
- Informace, které od ostatních členů týmu rané péče potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) dostávám včas;
- Mám dostatek informací, které od ostatních členů týmu rané péče potřebuji ke své práci;
- Informace, které od členů týmu rané péče získávám pro svou práci, jsou pro mě srozumitelné;
- Celkový výsledek péče závisí na funkčnosti komunikaci mezi členy našeho týmu, kteří o klienta pečují;
- Způsob komunikace mezi členy týmu rané péče ovlivňuje mou spokojenost v práci;
- Členové týmu rané péče by se měli pravidelně setkávat a konzultovat postup péče u jednotlivých klientů;
- Víím, kdo má co v Centru na starosti a jsem si jistý, na koho se můžu obrátit;
- Členové týmu mají dobré komunikační dovednosti, umí komunikovat a spolupracovat;
- Mezi všemi členy týmu rané péče panuje důvěrná a otevřená atmosféra;
- Od kolegů dostávám nadbytečné informace;
- Se svým nadřízeným komunikuji bez obav;
- Svému nadřízenému plně důvěřuji.



Graf 27 - Odpovědi zaměstnanců Centra péče o pacienty s kochleárním implantátem na jednotlivá tvrzení.

V poslední otázce se respondenti vyjádřili, že komunikace v týmu je bez problémů.

Jak uvedl jeden z respondentů: „*Naše spolupráce je vynikající, pravidelně se setkáváme a řešíme, co je potřeba.*“

13.2.4 Centra kochleárních implantací Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku

Dotazník byl v anglické mutaci i s průvodním dopisem (viz příloha) rozeslán do 21 center kochleárních implantací Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku.

Vzhledem k návratnosti jednoho dotazníku považujeme informace pouze za doplňující. Domníváme se, že nízká návratnost dotazníků je způsobena nedoručením na některé emailové adresy (4 dotazníky se navrátily vzhledem k neexistující emailové adrese), důvodem může být rovněž pracovní vytíženost pracovníků, přesycenost dotazníky podobného typu či nedůvěra k emailové adrese pocházející z jiného státu.

Ze všech oslovených center kochleárních implantací Velké Británie a Severního Irsku odpověděla za centrum **Oxford Cochlear Implant programme** jeho **koordinátorka**. Respondentka shrnuje komunikaci v jejím týmu jako velice příznivou, velmi kladně hodnotí komunikaci s logopedem, audiologem, psychologem a auditivně-verbálním terapeutem. Na otázku „Jak často využíváte komunikační prostředky k získávání informací o pacientovi od ostatních členů týmu?“ uvádí, že denně užívá v práci neformální komunikaci a získávání informací od ostatních členů týmu přes pacienta, 2 – 3 x týdně využívá osobní setkání, intranet, zprávy z příjmu a dokumentace, 1 x týdně porady a písemnou komunikaci s kolegy a méně než 1 x týdně komunikaci po telefonu a prostřednictvím vzkazů přes nástěnky.

Na otázku „Jak často využíváte uvedené komunikační prostředky k předávání informací o pacientovi s kochleárním implantátem ostatním členům týmu?“ odpovídá, že každodenně využívá osobní setkání s kolegy a neformální komunikaci. Intranet a dokumentaci 2 – 3 x týdně, vzkazy a porady 1 x týdně a méně než 1 x týdně telefon a nástěnky.

Koordinátorka „Oxford Cochlear Implant programme“ naprosto souhlasí s tvrzením, že informace, které od ostatních členů potřebuje ke své práci, jsou pro ni dobře dostupné. Tvrzení „Informace, které od ostatních členů týmu potřebuji ke své práci dostávám včas“ hodnotí stupněm 2= spíše souhlasím. Naprosto souhlasí s tvrzeními, že má dostatek informací ke své práci, které jsou srozumitelné. Taktéž naprosto souhlasí s tvrzením, že celkový výsledek péče závisí na funkčnosti komunikace mezi členy týmu, kteří o klienta pečují. Respondentka uvádí, že způsob komunikace mezi členy týmu ovlivňuje její

spokojenost v práci. Domnívá se, že členové týmu by se měli pravidelně setkávat a konzultovat postup péče u jednotlivých klientů.

Koordinátorka tohoto centra byla velmi ráda za poslaný dotazník, který ji umožnil zamyslet se nad týmovou spoluprací centra. Na závěr dotazníku dodává: „I think it is a useful questionnaire and makes us think about our practice.“

13.3 Potvrzení, resp. zamítnutí výzkumných předpokladů a hypotéz

Na základě vymezených cílů jsme stanovili konkrétní předpoklady a hypotézy. Aby bylo možné věcné hypotézy ověřovat pomocí statistických metod, převedli jsme je na tzv. statistické hypotézy (nulové H_0 a alternativní H_A). Pracovali jsme na hladině významnosti 0,05 (5 %), která se volí ve většině pedagogických výzkumů.

1. *Názory na současný stav spolupráce s odborníky jsou totožné u rodičů se středoškolským vzděláním s názory rodičů s vysokoškolským vzděláním.*

H₁₀: Mezi názory rodičů se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním na současný stav spolupráce s odborníky nejsou statisticky významné rozdíly.

H_{1A}: Mezi názory rodičů se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním na současný stav spolupráce s odborníky jsou statisticky významné rozdíly.

Pro potřeby verifikace první hypotézy jsme použili Test závislosti Chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Vypočítaná hodnota nám vyšla menší než hodnota kritická, a proto **přijímáme** na hladině statistické významnosti 0,05 **nulovou hypotézu. Nebylo prokázáno, že by stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání měl vliv na názory rodičů na spolupráci s odborníky. Naše hypotéza se potvrdila.**

	Známky 1,2	Známky 4,5	součet
SŠ	20	2	22
VŠ	14	6	20
součet	34	8	42

Tabulka 99 - Pozorované početnosti

	Známky 1, 2	Známky 4, 5	součet
SŠ	17,81	4,19	22,00
VŠ	16,19	3,81	20,00
součet	34,00	8,00	42,00

Tabulka 100 - Teoretické početnosti

	Známky 1,2	Známky 4,5	součet
SŠ	0,16	0,68	0,84
VŠ	0,18	0,75	0,93
součet	0,34	1,43	1,769

Tabulka 101 - Příspěvky k Chí-kvadrátu

alfa	Chi2	1,769
0,05	Chi2-krit	3,841

Tabulka 102 - Vypočítané hodnota a hodnota kritická.

2. Rodiče, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte, hodnotí množství informací ze strany odborníků hůře než jedinci, kteří jsou se způsobem sdělení nepříznivé zprávy spokojeni.

H₂₀: Mezi rodiči, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte a rodiči, kteří jsou spokojeni se způsobem sdělení nepříznivé zprávy není statisticky významný rozdíl v názoru na množství informací ze strany odborníků.

H_{2A}: Mezi rodiči, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte a rodiči, kteří jsou spokojeni se způsobem sdělení nepříznivé zprávy je statisticky významný rozdíl v názoru na množství informací ze strany odborníků.

Pro potřeby verifikace druhé hypotézy jsme použili Fisherův kombinatorický test. Tento test byl použit kvůli malým četnostem v čtyřpolní tabulce. Po dosazení do vzorce nám hodnota vyšla větší než hladina významnosti 0,05, **proto platnost nulové hypotézy připouštíme. Mezi rodiči, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte a rodiči, kteří jsou spokojeni se způsobem sdělení nepříznivé zprávy není statisticky významný rozdíl v názoru na množství informací ze strany odborníků. Naše hypotéza nebyla potvrzena.**

a	b	a+b
c	d	c+d
a+c	b+d	n

Tabulka 103 - Schéma čtyřpolní tabulky.

	známka 1, 2 (otázka č. 1)	známka 4, 5 (otázka č. 1)	součet
Nespokojeni se způsobem sdělení	13	4	17
Spokojeni se způsobem sdělení	17	1	18
součet	30	5	35

Tabulka 104 - Čtyřpolní tabulka s malými četnostmi.

A		
12	5	17
18	0	18
30	5	35

Tabulka 105 - Pomocná tabulka pro Fisherův test.

$$p = \frac{\binom{a+b}{a} \binom{c+d}{c}}{\binom{n}{a+c}} = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n!a!b!c!d!}$$

Tabulka 106 - Vzorec pro Fisherův kombinatorický test

$$p = 0,15102$$

14 DISKUSE

Obsahem této části práce je interpretace získaných dat v kontextu celé práce a potvrzení, resp. zamítnutí výzkumných předpokladů a hypotéz. V tomto směru bychom chtěli opětovně upozornit na fakt, že cílem práce na téma „Role multidisciplinárního týmu v péči o rodinu a dítě s kochleárním implantátem“ nebylo poukázat na nedostatky či chyby současného systému péče o uživatele kochleárních implantátů a jejich rodiny, ale poskytnout celkový obraz situace v oblasti komplexní péče v našich podmínkách.

Vzhledem ke kombinaci kvantitativního výzkumu, který měl širokospektrální charakter a výrazně heterogenní výzkumný soubor a současně nebyl dostatečně nasycen z hlediska zúčastněných respondentů, s kvalitativními prvky zastoupenými rozhovory, nebudeme vyhodnocovat jednotlivé hypotézy a výzkumné otázky izolovaně, ale souhrnně zhodnotíme naplnění dílčích cílů této práce.

14.1 Výzkumné závěry a diskuse - Rodiče dětí s kochleárním implantátem

První oslovenou skupinou respondentů byli rodiče dětí s kochleárním implantátem. Druhou oslovenou skupinu tvořili odborníci z Centra kochleárních implantací u dětí (CKID), Centra péče o pacienty s kochleárním implantátem v Ostravě, odborníci ze středisek rané péče Tamtam, zaměstnanci speciálněpedagogických center pro jedince se sluchovým postižením a centra kochleárních implantací ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irsku.

Výzkum produkoval z etického hlediska velké množství problémů, proto jsme rodičům i odborníkům garantovali svobodou volby – možnost volby participovat na výzkumu či ne. V průvodním dopise, který byl určen odborníkům bylo dále zdůrazněno, že si velmi vážíme práce, jejíž nesporný přínos je neoddiskutovatelný a která je bezesporu časově velmi náročná. V této souvislosti jsme chtěli zároveň odborníky ujistit, že jedním, avšak nezanedbatelným přínosem naší práce je prezentace jejich přínosů.

K výběru výzkumných souborů byl využit záměrný výběr, kdy byli cíleně vyhledávání účastníci disponující určitou vlastností. Kombinací jednotlivých metod získávání dat -

dotazníku a rozhovoru jsme usilovali o získání skutečně relevantních dat i o subjektivně citlivých otázkách výzkumu.

K výzkumu byly navrženy čtyři typy dotazníků (+ jedna verze v anglické mutaci), které byli připraveny k distribuci rodičům a odborníkům. Dotazníky pro odborníky se lišily jen v detailech.

Položky v dotazníku pro rodiče obsahovaly položky běžných údajů demografického typu – pohlaví respondenta, pohlaví dítěte, datum narození dítěte, datum ukončení diagnostiky vady sluchu, datum kochleární implantace, stav sluchu rodičů, přítomnost přidruženého postižení u dítěte, nejvyšší dosažené vzdělání rodičů, typ vzdělávacího zařízení dítěte a v neposlední řadě bydliště (rodiče měli zvolit kraj ČR). Další samostatný oddíl byl věnován výroky (tvrzením), ke kterým se měli rodiče vyjádřit na stupnici 1 – 5 (1= spíše souhlasím, 5= spíše nesouhlasím; s pomůckou hodnocení analogicky se školní klasifikací). Pro tvrzení byla taktéž připravena položka „nevím“, která, jak se později ukázalo, měla pro naše další zpracování v mnoha případech výpovědní hodnotu. Další položky dotazníku pro rodiče se vztahovaly ke znalosti institucí a k frekvenci návštěv u jednotlivých odborníků.

K hodnocení dané problematiky z pohledu rodičů bylo použito i rozhovorů, které dokreslují a názorně ilustrují současný stav spolupráce mezi rodiči a odborníky. Specifické moduly určené k získání dat z rozhovorů zjišťovaly především následující oblasti:

- Atmosféra v rodině, zázemí;
- Charakteristika vývoje (edukační proces, kooperace s odborníky, rodinný kontext apod.)
- Charakteristika komunikace s odborníky (přesnost, úplnost a srozumitelnost poskytovaných informací, poradenství, úroveň empatie, celkový přístup)

Jako doplňková metoda k získání zdroje dat, byla použita analýza dokumentů. Analýzu těchto dokumentů (koncepte CKID; metodický postup pro vyšetřování dětí před kochleární implantací, kritéria výběru kandidáta pro kochleární implantaci a standardy kvality v raném věku) můžeme charakterizovat jako intenzivní rozbor, který je ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňován a interpretován a posloužil jako prostředek k vytvoření otázek do dotazníků a rozhovorů.

Výzkumu se zúčastnilo 49 respondentů – rodičů dětí s kochleárním implantátem, přičemž všichni rodiče byli slyšící. Z dotazníku vyplynulo, že ho častěji vyplňovala matka a to v 92 %. V době zpracování výzkumu bylo nejstaršímu dítěti 14 let a nejmladšímu 8 měsíců. Rozložení pohlaví dětí s kochleárním implantátem zmíněných respondentů bylo 47 % dívek, 53 % chlapců. Z údajů uvedených rodiči dále vyplývá, že 80 % dětí nemá žádné přidružené postižení, 20 % rodičů uvedlo, že jejich dítě má jiné přidružené postižení, v těchto případech se jednalo o syndrom Noonanové, zrakovou vadu, onemocnění jater a dětskou mozkovou obrnu. V kontextu aktuálně vzrůstající incidence kombinovaných vad, respektive výskytu přidružených postižení, je z našeho pohledu toto zastoupení tzv. „čistých“ vad poměrně překvapivé. Situaci lze interpretovat několika způsoby – věkovou heterogenitou výzkumného souboru, v němž se prozatím výrazněji neprojevila problematika kombinovaného postižení typická pro nejmladší populaci. Druhou, méně příznivou interpretační variantou, může být nedostatečná diagnostika, případně absentující znalost rodičů.

K době ukončení diagnostiky a době provedení kochleární implantace se vztahovaly další položky dotazníku. Z uvedených odpovědí respondentů je patrné, že nejdelší doba mezi diagnostikou a kochleární implantací byla 75 měsíců – v tomto případě se jednalo o klientku, která onemocněla meningitidou, která měla z následků ohluchnutí. Nejkratší doba mezi diagnostikou a kochleární implantací byla 3 měsíce. Průměrná doba mezi diagnostikou a kochleární implantací je dle výpočtu aritmetického průměru 14,7 měsíců se směrodatnou odchylkou 11,7. Ze závěrů rozhovorů s rodiči vyplývá, že v období před kochleární implantací jsou to právě odborníci, kteří by jim měli usnadnit nelehkou úlohu rozhodování vedoucí k přijetí či naopak odmítnutí možnosti kochleární implantace.

Rodiče dále uvedli, že ve 23 % je jejich dítě jedináček, 73 % dětí má sourozence. Příznivé výsledky dokládá 90 % výskyt úplných rodin, v nichž vyrůstá dítě s KI, 10 % dětí s KI vyrůstá v neúplné rodině. Další položky první části dotazníků se vztahovaly k nejvyššímu dosaženému vzdělání a současnému místu trvalého bydliště s přesností na kraj ČR.

K nejvyššímu dosaženému vzdělání se vázala naše první **hypotéza (H1)**. Na základě zkušeností z jiných, podobně zaměřených výzkumů, jsme předpokládali, že **názory na současný stav spolupráce s odborníky jsou totožné u rodičů se středoškolským vzděláním s názory rodičů s vysokoškolským vzděláním**. Daná hypotéza se nám **potvrdila**.

Další položka se vztahovala k typu vzdělávacího zařízení. Z výsledků vyplynulo, že 24 % dětí je vzděláváno ve školách pro sluchově postižené, 60 % dětí je vzděláváno ve školách

běžného typu, 16 % dětí je vzdělávání jinak. Pod položkou „jinak“ se skrývaly děti, které ještě nenavštěvují předškolní zařízení nebo děti, které jsou vzdělávány např. v osmiletém gymnáziu. Rodiče dětí s kochleárním implantátem, jak dokládají i výsledky našeho výzkumu, ve většině případů předpokládají, že běžná škola bude pro dítě lepší průpravou pro život ve slyšící společnosti, než škola určená pro jedince se sluchovým postižením. Můžeme se taktéž domnívat, že část rodičů usiluje o zařazení dítěte mezi slyšící vrstevníky hlavně proto, aby nemuselo být ve speciální škole umístěno internátně a separováno tak od rodiny. Tato situace zároveň může ilustrovat psychology popisovaný efekt zařazení dítěte s postižením do běžného proudu vzdělávání jako prostředek k potvrzení normality dítěte a saturace potřeby realizace v rodičovské roli ve smyslu „úspěšného“ rodiče.

Je obecně platným názorem, že pokud je dítě s kochleárním implantátem zařazeno do školy pro sluchově postižené, mělo by navštěvovat třídu, kde se vyučuje auditivně-verbální metodou. Tento přístup však klade na učitele velké odborné požadavky. Výsledky našeho výzkumu prokazují malou informovanost rodičů v oblasti auditivně-verbální metody – dokladem toho je velké množství odpovědí „nevím“ na tvrzení „Myslím si, že pokud je dítě s KI zařazeno do školy pro sluchově postižené, mělo by navštěvovat třídu, ve které se vyučuje auditivně-verbální metodou bez použití znaků.“

Jedna z dílčích oblastí hodnocení týmové spolupráce byla zaměřena na názory rodičů na kvalitu a kvantitu získávaných informací od odborníků v souladu s jejich zkušenostmi. Rodiče se k tvrzením měli vyjadřovat na stupnici 1 – 5 tak, jak jsme to uvedli viz výše. Otázku kvantity informací hodnotili rodiče průměrnou známkou 1,92. Z odpovědí rodičů dále vyplývá, že využívají internet k hledání informací a k vyměňování svých zkušeností. V této souvislosti se domníváme, že stěžejním informačním zdrojem by měl být bezesporu erudovaný odborník, resp. tým odborníků. Nicméně psychology popisovaný efekt similarity je jedna z cest k usnadnění procesu přijetí nepříznivé zprávy v podobě sluchového postižení dítěte.

Výsledky odvozené známky na stupnici spokojenosti 3,06 k tvrzení „Jsem spokojený/á se způsobem, kterým nám lékař sdělil zprávu o sluchovém postižení dítěte“ dokládají, že rodiče zpravidla nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim byla sdělena zpráva o sluchovém postižení dítěte. Dokládáme to i zkušenostmi respondentů, kteří v rozhovorech potvrzují spíše racionální přístup personálu, větší otevřenost v prezentovaných informacích, s menším podílem emocionality. Celkové hodnocení spolupráce s odborníky na různých úrovních péče

a služeb vyznělo ze strany respondentů spíše negativně, a to jak z hlediska přístupu, tak poskytovaných informací. K oblasti spokojenosti rodičů se způsobem, kterým jim byla sdělena zpráva o sluchovém postižení dítěte se vztahuje naše druhá **hypotéza (H2)**. **Předpokládali jsme, že rodiče, kteří nejsou spokojeni se způsobem, kterým jim lékař sdělil nepříznivou zprávu o sluchovém postižení dítěte, hodnotí množství informací ze strany odborníků hůře než jedince, kteří jsou se způsobem sdělení nepříznivé zprávy spokojeni.** Naše **hypotéza nebyla potvrzena**, mezi těmito rodiči není, na hladině významnosti 0,05, statisticky významný rozdíl.

Rodiče jsou, dle transdisciplinárního modelu týmové spolupráce, nejdůležitějším článkem týmu pečujícího o dítě s kochleárním implantátem. Tento tým tvoří členové, jejichž intervenční postupy vzájemně a doplňují se v celkové péči o pacienty, kteří z toho ve vysoké míře a v konečném důsledku mohou profitovat. Rodiče měli hodnotit jednotlivé odborníky a jejich práci průměrnými známkami. Často se objevovala odpověď „nevím“, kterou můžeme vykládat jako nedostatečnou výměnu informací mezi rodiči a odborníky o intervenčních postupech, které odborníci aplikují. Za oblast názorů rodičů na komunikaci s odborníky vyzdvihneme rodiči zvolenou průměrnou známku 2,76 k tvrzení „Náš pediatr v případě potřeby komunikuje s jinými odborníky a konzultuje s nimi“, u tohoto tvrzení byla často volena také možnost „nevím“. Průměrná známka 2,19 k tvrzení „Setkala jsem se minimálně jednou s přístupem, že jsme s více odborníky najednou řešili otázky týkající se péče o naše dítě“ vypovídala o úrovni transdisciplinární spolupráce. Většina rodičů - 42 (odvozeno z tvrzení č. 10) se cítí jako nejdůležitější člen týmu.

Respondenti byli dále dotazováni na znalost uvedených institucí. Respondenti se velmi dobře orientují v dostupné nabídce péče a komplexních služeb – jsou velmi aktivní a z rozhovorů můžeme také soudit, že zejména zpočátku si informace zjišťovali z několika zdrojů. Výsledky dále ukázaly, že nejméně rodičů zná „Centrum péče o pacienty s kochleárním implantátem“ v Ostravě. Domníváme se, že důvodem je krátká doba existence tohoto centra (od roku 2008), dalším důvodem může být taktéž malá propagace v médiích a pouze relativní dostupnost tohoto centra na regionální úrovni při současné prestižnosti a již tradičním fungování Centra kochleárních implantací u dětí (CKID) v Praze.

Poslední otázkou byli rodiče dotazováni, jak často navštěvují uvedené odborníky. Respondenti měli na výběr několik odborníků s možností vypsát i dalšího odborníka, kterého navštěvují např. z důvodu dalšího, přidruženého postižení dítěte. Tak, jak jsme očekávali,

přinesla zajímavé údaje např. položka „Psychoterapeut“. Z údajů vyplývá, že psychoterapeuta navštívili pouze čtyři rodiče. Jeden z důvodů nevyužívání služeb psychoterapeuta mohou být přetrvávající předsudky a stereotypy laické veřejnosti v našem případě rodičů.

Domníváme se, že logoped má v celém procesu péče o klienta s kochleárním implantátem specifickou a jednu z dominujících rolí. Rodiče volili četnost návštěv u logopeda ve středisku rané péče, ve speciálněpedagogickém centru a návštěvnost klinického logopeda. Výsledky potvrdily i náš předpoklad, že respondenti budou se svými dětmi navštěvovat nejčastěji klinického logopeda.

Na základě jedné z respondentek, která uvedla ke kompetencím logopeda: *„...péči bychom potřebovali více komplexněji, ne jen rozvíjet řeč a sluch, ale také rozvoj komunikace jako takové, kognitivní schopnosti a také na rozvoj osobnosti dítěte.“* otevíráme současně i otázku komplexní připravenosti logopedů a nezbytnosti jejich dalšího vzdělávání.

Velmi výmluvně shrnují aspekty péče o dítě s KI výpovědi rodičů, pro něž jim byl poskytnut prostor v závěru rozhovoru. *„Kdybyste mohli odborníkům něco sdělit jednou větou, co by to bylo?“* odpovídají:

R1: „Chtěla bych jim všem poděkovat za to, co pro nás udělali.“

R2: „Děkuji všem, kteří pracují s těmito dětmi a mají lidský přístup.“

R3: „Víc komunikujte a scházejte se, víc hlav, víc ví.“

R4: „Děkujeme.“

14.2 Výzkumné závěry a diskuse – odborníci

Výzkumu se zúčastnilo 6 poradkyň (33 % z celkového počtu oslovených) střediska rané péče Tamtam, ve věku 40 – 49 let (90 %) a 30 – 39 let (20 %). Poradkyně střediska pracují na dané pozici v 50 % 1 – 4 roky, v 17 % 5 – 8 let a 9 více let pracuje v Tamtamu 33 % respondentek.

Ze speciálněpedagogických center se výzkumu zúčastnilo 5 respondentů (31 %) – 3 speciální pedagogové, 1 logoped – surdoped a 1 zástupce ředitele. Respondenti SPC ve věku 50 – 59 let (60 %) a 60 a více let (20%) pracují na dané pozici 9 a více let, což nám umožňuje zhodnotit i případný posun ve vzájemné kooperaci mezi odborníky a v návaznosti péče, další z respondentů je ve věku 21 – 29 let, pracující na dané pozici 1 – 4 roky. Respondenti působí

v Moravskoslezském kraji, Olomouckém kraji, Pardubickém kraji, Ústeckém kraji a hl. m. Praha.

Z Centra péče o pacienty s kochleárním implantátem v Ostravě se výzkumu zúčastnili 3 respondenti (koordinátor Centra, ORL lékař a technik). Vzhledem k tomu, že respondenti byli osloveni vedením, neznáme celkový počet oslovených respondentů. Respondenti pracují na daných pozicích 9 a více let. I přes nízký počet respondentů můžeme vyzdvihnout jako pozitivní aspekt, že se šetření zúčastnil sám koordinátor tohoto Centra, který mohl komunikaci v týmu ze své pozice zhodnotit.

Dále bylo osloveno 15 odborníků z CKID s nulovou odpovědí. Domníváme se, že nulová návratnost dotazníků z tohoto Centra může být způsobena přesycením těchto odborníků dotazníky ze strany pracovníků, ale i studentů. Dále se domníváme, že jedním z důvodů může být taktéž citlivost daného tématu a obava pracovníků, že poskytnuté údaje by mohly být použity proti nim i přesto, že v průvodním dopise byl zřetelný apel na důvěrnost dat.

Dotazník byl v anglické mutaci i s průvodním dopisem rozeslán do 21 center kochleárních implantací Spojeného království Velké Británie a Severního Irska. Vzhledem k návratnosti jednoho dotazníku (byť od koordinátorky centra Oxford Cochlear Implant programme) považujeme informace z něj pouze za doplňující.

V první otázce byli respondenti dotazováni „Jak často využíváte komunikační prostředky k získávání informací o klientovi s kochleárním implantátem od ostatních členů týmu“? V dotazníku byla k této položce poznámka, že týmem jsou myšleni i odborníci mimo jejich pracoviště. Mezi prostředky k získávání informací měli respondenti na výběr položku osobní setkání, intranet, písemnou komunikaci (sešity, vzkazy, dopisy), počítač (zprávy z příjmu, záznamy, dokumentace spod.), telefon, nástěnky, porady, neformální komunikaci, položku získávání informací od ostatních členů týmu přes klienta a jeho rodinu a uvedena byla také možnost jinak, kterou využily dvě respondentky rané péče k odpovědi email. Ke každé položce měli respondenti označit, jak často tento způsob komunikace používají – denně, 2 – 3 x týdně, 1 x týdně, méně než 1 x týdně, méně než 1 x měsíčně nebo vůbec.

Nejvíce se nás zajímala položka „osobní setkání“. Osobní konzultace by z našeho pohledu měla mít nezastupitelné místo v rámci celého týmu. Kooperace tohoto charakteru může být i jedním z prostředků určité supervize. K získávání informací o klientovi s kochleárním implantátem využívá osobní setkání 100 % respondentů SRP méně než 1 x

měsíčně, 2 respondenti SPC vůbec. I přes, výše zmíněný nízký počet respondentů v Centru v Ostravě, můžeme vyzdvihnout jako pozitivní aspekt osobní setkávání odborníků 1x týdně jako prostředek komunikace v týmu, který považujeme za přínosný z řady hledisek. Oslovení odborníci Centra se setkávají méně než 1x měsíčně na poradách za účelem získávání informací o klientovi. Koordinátorka Oxford centra uvádí, že denně užívá v práci k získávání informací o klientovi neformální komunikaci, 2x – 3x týdně osobní komunikaci a 1x týdně porady.

Zajímavé výsledky přineslo i používání intranetu – soukromého rozšíření internetu, omezeného na danou organizaci. Někteří odborníci (např. z SPC) uvedli, že ho nepoužívají. Domníváme se, že intranet může pomoci uživatelům najít informace o klientovi rychleji. S pomocí webového prohlížeče mohou uživatelů přistupovat k údajům, které jsou v databázi organizace, a které se rozhodla dát organizace k dispozici. Přístup je pak možný kdykoliv po přihlášení z libovolného místa v rámci pracovní stanice, což pak následně zvyšuje schopnost zaměstnanců vykonávat svou práci rychleji, přesně a s jistotou, že mají ty správné a aktuální informace o klientovi s kochleárním implantátem. Intranet může sloužit zároveň jako účinný nástroj pro komunikaci v rámci nejen SPC. Velkou výhodou, podporující transdisciplinaritu, je okamžitá aktualizace údajů o klientovi – pracovník SPC, který jednal např. s CKID či SRP tyto údaje upraví a zbytek zaměstnanců, kteří přijdou s klientem do styku už má přístup k novým informacím. I přes všechny tyto výhody si uvědomujeme hodnotu osobního setkání před používáním informačních technologií a citlivou otázku osobních údajů klienta a jeho rodiny.

Další otázka byla zaměřena na hodnocení kvality získaných informací prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků. Ve výběru stejných komunikačních prostředků měli respondenti možnost volit odpověď „dostačující“, „nedostačující“ nebo „tento prostředek jsem doposud nevyužil/a“. Nejpozitivněji, z hlediska kvality získaných informací prostřednictvím uvedených komunikačních prostředků, vyšla u SRP osobní setkání a komunikace přes telefon. Z výsledků této otázky u SPC vyplývá relativně velká spokojenost s kvalitou získaných informací přes klienta a jeho rodinu, nedostačující je dle pracovníků SPC písemná komunikace. Z výsledků položky „informace předávaná přes pacienta“ je u pracovníků Centra v Ostravě zřejmé, že problémy v komunikaci nejsou pouze jednostranným problémem odborníků, ale významnou roli zde hraje i sám pacient a jeho kompetence k přijímání a distribuci informací dalším odborníkům.

V další otázce byli respondenti požádáni o vyjádření se k výročkům (tvrzením) za pomoci škály „naprosto souhlasím“, „spíše souhlasím“, „někdy souhlasím/někdy nesouhlasím“, „spíše nesouhlasím“ nebo „rozhodně nesouhlasím“. V této otázce byli respondenti upozorněni na to, že se týká jejich hodnocení pouze komunikace uvnitř jejich organizace. Respondenti odpovídali na následující tvrzení:

- Informace, které od ostatních členů potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) jsou pro mě dostupné;
- Informace, které od ostatních členů týmu potřebuji ke své práci (péči o klienta s KI) dostávám včas;
- Mám dostatek informací, které od ostatních členů týmu potřebuji ke své práci;
- Informace, které od členů týmu rané péče získávám pro svou práci, jsou pro mě srozumitelné;
- Celkový výsledek péče závisí na funkčnosti komunikaci mezi členy našeho týmu, kteří o klienta pečují;
- Způsob komunikace mezi členy týmu ovlivňuje mou spokojenost v práci;
- Členové týmu rané péče by se měli pravidelně setkávat a konzultovat postup péče u jednotlivých klientů;
- Členové týmu rané péče mají dobré komunikační dovednosti, umí komunikovat a spolupracovat;
- Mezi všemi členy týmu rané péče panuje důvěrná a otevřená atmosféra.

Pokud jsou získaná data skutečně pravdivá, jsou výsledky na místní úrovni SRP velmi pozitivní. Z reakcí odborníků SRP je patrná jejich dobrá úroveň sebereflexe – jsou si vědomi toho, jak konstelace vztahů na pracovišti ovlivňuje pracovní klima. V souladu s předpokladem „Členové týmu rané péče mají dobré komunikační dovednosti, umí komunikovat a spolupracovat“ vyznívá tato položka velmi pozitivně jak u SRP, SPC i Centra v Ostravě. Přestože se u položky „Mezi členy týmu panuje důvěrná a otevřená atmosféra“ jedná o čistě subjektivní a místně individuální zkušenost, považujeme výsledky na této úrovni za velmi pozitivní.

V poslední otázce měli možnost respondenti vyjádřit svůj názor na komunikaci mezi členy svého pracovního týmu střediska rané péče, popř. na komunikaci s týmem v širším

slova smyslu. Respondenti mohli v otázce navrhnout změny, vylepšení apod. Respondenti středisek rané péče byli pro tyto účely označeni písmeny *RSRP*, respondenti speciálněpedagogických center *RSPC*. Za všechny vybíráme z našeho subjektivního hlediska ta klíčová.

RSRP1: „Mezi členy týmu rané péče bych nic neměnila, to není nutné, tam je vše v pořádku. Ve vztahu k CKID bych si přála častější a pružnější informovanost o tom, co se na pracovišti děje, abychom byly v obraze. Dále bych chtěla, aby se ze strany CKID zlepšilo předávání informací rodičům o možnosti využít naší službu.“

RSRP4: „Chtěla bych, aby se pravidelně setkávali foniatr, logoped, psycholog, poradce rané péče nad každým konkrétním klientem.“

RSPC2: „Moc bych si přála, aby byla zorganizována pravidelná setkávání členů týmu v širším slova smyslu, rodiče jsou jediní, s kým komunikuji pravidelně.“

RSPC5: „Moc bych uvítala zprávu každého odborníka z vyšetření klienta a z nastavování řečového procesoru dítěte. Přivítala bych taky užší spolupráci s logopedem a foniatrem CKID.“

I zde se potvrdil náš předpoklad, že i přes relativně pozitivní vyznění kvantitativních dat, z otevřených otázek vyplývá, že i z hlediska odborníků SPC je stále prostor pro další zkvalitňování kooperace, koordinace a komunikace mezi odborníky v rámci institucí i na transdisciplinární úrovni.

Z prezentovaných výpovědí je zřejmé, že koncepce našeho výzkumu měla reálný základ a odraz nejen v teoretické rovině, ale i v praktické dimenzi. Aplikace principů transdisciplinární spolupráce je stále aktuální směrem ke zkvalitnění kooperace mezi odborníky na všech úrovních.

15 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Základním ideovým pilířem komunikace na transdisciplinární úrovni je funkční komunikace mezi rodinou a odborníky. Standardy kvality v raném věku upozorňují na posun v chápání principů práce s rodinami v duchu partnerství a ošetřování průběhu poskytování odborných služeb v celé šíři aspektů – tímto směrem se budou ubírat i naše následující doporučení pro praxi.

V tomto kontextu – v návaznosti na předchozí diskusi, lze doporučit směrem ke zlepšení týmové spolupráce kvalifikovanost odborníků, kteří rozumí problematice sluchového postižení a mají schopnost empatie a porozumění. V době přijímání nepříznivé zprávy o sluchovém postižení by měli mít všichni zainteresovaní odborníci dostatek času sdílet s rodinou aktuální situaci. V návaznosti na to bychom doporučovali, aby zdravotnická pracoviště vzdělávala své pracovníky v efektivní komunikaci s rodinami především v době potvrzení sluchového postižení. Toto vzdělání by nemělo zahrnovat jen otázky hluchoty jako vědeckého a medicínského zaměření, ale také možné aspekty pozitivního přínosu sluchového postižení pro jejich dítě a celou rodinu.

Rodina by měla mít dostatek materiálů, které si mohou vzít sebou domů k prostudování – tyto materiály by měly obsahovat všechny dostupné kontakty na centra kochleárních implantací, ranou péči a organizace, na které se mohou obrátit.

Doporučujeme, aby byli rodiče plně zapojeni do procesu intervence, kterého jsou nejdůležitějším článkem, stejně tak jako měli možnost plně sledovat, hodnotit efektivitu poskytovaných služeb a poskytovat odborníkům zpětnou vazbu. V této souvislosti bylo naší snahou poskytnout rodičům prostor napříč jednotlivými rozhovory, ve kterých mohly sekundárně poskytnout odborníkům prostřednictvím této práce, onu zpětnou vazbu.

Poskytovatelé služeb by měli rozvíjet materiály obsahující rady, jak zahrnout rodiče do celého procesu intervence jako nejdůležitější členy týmu a být vnímaví k možným specifikům týkající se multikulturalismu či bilingvismu.

Při koncipování této práce jsme vycházeli z idey zachytit týmovou spolupráci o rodinu a dítě s kochleárním implantátem, přičemž jsme neusilovali o vytvoření zobecňující teorie, ale o umožnění primárního náhledu do života rodin dětí s kochleárním implantátem a odborníků, kteří s nimi přicházejí do styku.

V kontextu efektivity sdělování nepříznivých zpráv lze obecně doporučit integrování psychologických služeb jako zcela přirozené části poskytovaných služeb napříč věkovým spektrem.

Žádoucí je také posilování kompetencí rodičů ve smyslu rozvoje dítěte, sledování vývoje řeči po kochleární implantaci, sledování dostupnosti přednášek a seminářů, které efektivně zajišťují možnosti sdílení vlastních zkušeností mezi rodiči.

Na úrovni kooperace s odborníky by se měly uvedené charakteristiky transdisciplinární spolupráce promítnout do optimalizace služeb rodině a klientovi s KI. Jedním z východisek je pediatrická – neonatologická péče. Základním ideovým pilířem je dle našeho názoru péče zaměřená na dosažení optimálního zdravotního stavu novorozence a kooperace s dalšími odborníky. Pediatr – neonatolog by měl zajišťovat edukaci matky dítěte se sluchovým postižením v oblasti prevence zánětů horních cest dýchacích, k nimž jsou tyto děti zvláště náchylné, poskytovat informace z další – návazné péče a participovat na dosažení optimálního zdravotního stavu zejména v období přípravy dítěte na kochleární implantaci.

Výsledky posledního mapování aktuální situace v oblasti screeningu sluchu ukázaly v některých krajích velmi pozitivní výsledky. Doporučujeme zavést screening sluchu u novorozenců rutinně, který vede, dle zkušenosti mnoha zemí, ke zlepšení kvality života a rozšíření možností uplatnění jedince.

Potřeba respektování zásady týmového přístupu je nepochybná. Doporučujeme, aby se nejen při určování konečné diagnózy vycházelo ze zjištění většího počtu odborníků v týmových přístupech, které mohou mít nejrůznější charakter z hlediska odborného působení či profesionální skladby týmu.

Jedním z nejdůležitějších východisek zkoumání týmového přístupu v péči o rodinu a dítě s kochleárním implantátem byla skutečnost, že jednou z široce uznávaných potřeb je větší důraz na inovaci, a ne jen reakce na různé tlaky. Jak však naznačují psychologické teorie a výzkumy, inovace se mnohem víc objevuje tam, kde se odborníci cítí dostatečně v bezpečí k tomu, aby podstoupili nutné riziko. Psychologie týmové spolupráce čelí velké výzvě – pomoci organizacím naplnit potenciál svých pracovních sil tak, aby se vzájemně obohacovaly.

Je nepochybné, že složitost, dynamika a proměnlivost okruhu odborníků pečující o rodinu a dítě s kochleárním implantátem je obrovská, proto vznikají stále nové pokusy o to,

jak se s těmito mezerami v popisech práce, nedostacích v organizaci, problémy na straně technických, tak sociálních subsystemů organizace vyrovnat.

ZÁVĚR

Předložená disertační práce na téma „Role multidisciplinárního týmu v péči o rodinu dítěte s kochleárním implantátem“ si kladla za cíl poskytnout celkový obraz současné situace v oblasti komplexní péče v našich podmínkách. Akcentován byl v této souvislosti zejména přístup odborníků k rodině dítěte s kochleárním implantátem, která je v týmu nejdůležitějším článkem. Zaměřili jsme se na týmovou spolupráci a oblast kooperace rodiny s příslušnými odborníky.

Disertační práce je koncipována tak, aby respektovala všechna klíčová témata vztahující se k dané problematice. V rámci teoretické části jsme se věnovali otázkám anatomie a patologie sluchového analyzátoru, kochleární implantaci, akvizici jazyka osob se sluchovým postižením, auditivně-verbální terapii, rodině dítěte se sluchovým postižením a v neposlední řadě týmovým přístupům. Oddíl auditivně-verbální terapie představuje určitou spojnici mezi teoretickou bází práce a jejím empirickým oddílem - reflektuje konkrétní oblasti týmových přístupů v návaznosti na zkušenosti z oblasti týmového přístupu v auditivně-verbální terapii. V tomto smyslu jsme v tezi zaměřili pozornost směrem k vymezení a rozpracování klíčových témat, která představují aktuální medicínský a taktéž speciálněpedagogický – surdopedický a logopedický problém.

Záměrem bylo analyzovat specifika týmového přístupu v péči o rodinu dítěte s kochleárním implantátem, s cílem postihnout dopady, které mají do běžného každodenního života.

Výzkumný záměr této práce vycházel ze zahraničních zdrojů - ze studií hodnotících péči o rodinu a dítě s kochleárním implantátem v rámci transdisciplinárního týmu. Tyto důvody nás přivedli k hledání odpovědí na otázky, do jaké míry je zmíněná týmová spolupráce využívána v praxi a aplikována do našich podmínek.

Domníváme se, že jedním z klíčových pilířů naší práce je evaluace týmové spolupráce. Právě tento aspekt našeho výzkumu by mohl posloužit jako zpětnovazební informace ve smyslu určité supervize. Pozitivní zpětná vazba je jedním z nejlepších impulzů do další práce umožňující obnovit entusiasmus a nové síly k dalším aktivitám.

V neposlední řadě považujeme za přínos naší studie zkvalitňování pregraduální přípravy studentů, kteří se mohou stát hypoteticky součástí týmu kochleárních implantací v nejširším slova smyslu.

V žádném případě nebylo cílem této studie zpochybňovat, či znehodnocovat kvalitu a přínos práce odborníků, ba naopak by dlouholeté zkušenosti měly posloužit jako výchozí model pro další vědecko-výzkumnou činnost.

PRAMENY A LITERATURA

1. (<http://www.neslysci.info/index.php?ID=369>)
2. <<http://www.fnmotol.cz/metodicky-postup-vysetreni-deti-pred-kochlearni-implantaci.html?pracoviste=6>>.
3. ARCHIBOLD, S.; LUTMAN, M. *Children with cochlear implants: parental perspectives*. UK: RNID.
4. ARNOLD, J.; SILVESTER, J.; PATTERSON, F.; ROBERTSON, I.; COOPER, C.; BURNES, B. *Psychologie práce pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press, 2007. 629 s. ISBN 978-80-251-1518-3.
5. BETKA, KOSTŘICA, VOKURKA, CHROBOK, KABELKA, ROSICKÁ, VYDROVÁ, LEJSKA, SLÁMA, DLOUHÁ. *Zápis ze schůze výboru České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP*. Dostupné na World Wide Web <http://www.otolaryngologie.cz/wp-content/uploads/Zapis_K_3.2.2011.doc>.
6. BEZNOSKOVÁ, M. *Sdružení uživatelů kochleárního implantátu - SUKI in Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
7. Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát: Operace, programování řečového procesoru a rehabilitace* [online]. 28.2.2008 [cit. 2007-10-25]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/operace.asp>>.
8. Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát: Organizace* [online]. [cit. 2007-10-24]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/>>.
9. Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát: Výsledky-aktuální stav* [online]. [cit. 2008-02-28]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/aktual.asp>>.
10. Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát: Způsob přenosu zvukového signálu* [online]. [cit. 2008-02-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/kochimp.asp>>.
11. COLE E.B., FLEXER C. *Children with hearing loss*. Plural Publishing: 2007. ISBN 978-1-59756-158-7.
12. ČERMÁK, F. *Jazyk a jazykověda*. Praha: Pražská imaginace, 1997. 341 s. ISBN 80-7178-183-4.

13. ČERMÁK, I. *Psychologie v narativní tónině se vynořila v souvislostech*. Čs. psychologie. 6 (47), s. 513-532.
14. ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-X.
15. DATTA, G.; HARBOR, D. *Cochlear Implants for Deaf Babies and Toddlers: A Sound Start*. Nottingham: The Ear Foundation, 2006.
16. DATTA, G.; HARBOR, D. *Cochlear Implants for young children (Moving On: Listening & Language)*. Nottingham: The Ear Foundation, 2007.
17. DILLER, G. *Sluchová hnutí*. in KOLEKTIV AUTORŮ. *Sluchové postižení - možnosti edukace*. Qualification of educational staff working with hearing impaired children – QESWHIC Project. Praha, 2000. Dostupné na http://www.snk.sk/swift_data/source/casopis_kniznica/2006/februar/03.pdf
18. ERBER, N. *Auditory training*. Washington, DC: AGBell Association for the Deaf, 1982.
19. ESTABROOKS, W. (Ed.) *Auditory-Verbal Therapy and Practice*. USA: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing, Inc., 2006. ISBN 978-0-88200-223-1.
20. ESTABROOKS, W. *Auditory-Verbal Therapy for parents and professionals*. Washington DC: AGBell, 1994.
21. ESTABROOKS, W; MARLOWE, J. *The baby is listening*. USA: AGBell, 2000. 78 s. ISBN 0-88200-211-2.
22. FENCLOVÁ, J. *Aktivizačně socializační centrum pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
23. FENCLOVÁ, J. *Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
24. FREEMAN, R. D., CARBIN, C. F., BOESE, R. J. *Tvé dítě neslyší*. Praha: FRPSP, 1992. 359 s.
25. GARY; DOWELL,; RICKARDS; BEER; CLARK. *Steady-State Evoked Potential and Behavioral Hearing Thresholds in a Group of Children with Absent Click-Evoked Auditory Brain Stem Response*. *Hear & Hearing*, 1998, Volume 19, Issue 1, p. 48-61.
26. GILLEY, SHARMA, DORMAN, FINLEY, PANCH, MARTIN. *Minimization of cochlear implant stimulus artifact in cortical auditory evoked potentials*. *Clinical Neurophysiology*. 2006, 117, p. 1772 – 1872.

27. HADFIELD, G. (ed.). *An Introduction to Cochlear Implants*. 3rd Revised Edition. Amersham: NATIONAL ASSOCIATION OF DEAFENED PEOPLE (NADP), 2002. ISBN 0 951244 5 1.
28. HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada, 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
29. HANUŠOVÁ, J.; HELLEBRANDOVÁ, K. *Interdisciplinární spolupráce - Komplexní, mezioborová, multidisciplinární spolupráce*. Praha: VIOD. Dostupné na <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/inter.pdf>>
30. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., v Portálu 1. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
31. HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
32. HAYES, N. *Psychologie týmové práce – strategie efektivního vedení týmu*. Praha: Portál, 2005. 192 s. ISBN 80-7178-983-6.
33. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum v pedagogice*. [cit. 13. 10. 2010]. Dostupné na WWW: <www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf>.
34. HOLMANOVÁ, J. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem in Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
35. HORÁKOVÁ, R. *Vybudování funkčního komunikačního prostředí u sluchově postiženého dítěte a jeho vliv na další vzdělávání*. In <http://svp.muni.cz/dokumenty.php?klic=1.5.1>, 2006.
36. HRONOVÁ, A; MOTEJZÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha: FRPSP, 2002. ISBN neuváděno
37. HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1. díl. 2. přeprac. a rozš. vyd.* Praha: FRPSP, 1999. ISBN 8072160966
38. <http://www.bcig.org.uk/site/contact/centres/default.htm>.
39. http://www.detskysluch.cz/vysledky/Zprava_pro_tisk_Celoplosny_screening_Kabelka.pdf
40. <http://www.nuh.nhs.uk/Default.aspx>
41. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Havlíčkův Brod: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

42. IVANOVÁ, K.; ZIELINA, M. *Etika pro vědecko-výzkumné pracovníky*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc o.p.s., 2010. Dostupné na <http://www.mvso.cz/Files/WEB/APSYS/42Etika_pro_vedecko-vyzkumne_pracovniky.pdf>.
43. JANOTOVÁ, N., ŘEHÁKOVÁ, K. *Surdopedie. Komunikace sluchově postižených*. Praha: SPN, 1990. ISBN 80–7066-004-X.
44. Jednotná měřítka vývoje (from Listen and Talk). Czech translation of Integrated Scales of Development from Listen Learn and Talk. N34335F ISS1 APR10 CZ
45. JUNGWIRTHOVÁ, I. *Jak komunikovat s malým dítětem s těžkou sluchovou vadou* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
46. JUNGWIRTHOVÁ, I. *Komunikace s malým dítětem s těžkou sluchovou vadou*. Dostupné na <<http://www.tamtam-praha.cz/data/komunikace-s-malym-ditetem.pdf>>.
47. KABELKA, Z. *Metodický postup pro vyšetřování dětí před kochleární implantací*. Dostupné na <<http://www.fnmotol.cz/metodicky-postup-vysetreni-deti-pred-kochlearni-implantaci.html?pracoviste=6>>.
48. KABELKA, Z. *Návrh prohlášení evropského konsensu týkající se screeningu sluchu předškolních a školních dětí*. Dostupné na <<http://otolaryngologie.cz/navrh-prohlaseni-evropskeho-konsensu-tykajici-se-screeningu-sluchu-predskolnich-a-skolnich-deti/#more-1654>>.
49. KABELKA, Z. *Operační zákrok – kochleární implantace u dítěte* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1
50. KANTOROVÁ, K. *Týmová práce*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě, 2007. Dostupné na <<http://www.fs.vsb.cz/euprojekty/415/tymova-prace.pdf>>.
51. KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2264-1.
52. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
53. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
54. *Kochleární implantáty - Přestože jedna pětina českých dětí využívajících kochleární implantáty je z Moravskoslezského kraje, specializované centrum je až v Praze*.

- Dostupné na World Wide Web: <<http://www.fno.cz/tiskove-zpravy/kochlearni-implantaty>>.
55. KOLEKTIV AUTORŮ. *Encyklopedický slovník češtiny*. NLN s.r.o., 2002. 604 s. ISBN 80-7106-484-X.
 56. KOLEKTIV AUTORŮ. *MKF. WHO*, 1991. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
 57. *Koncepce Centra kochleárních implantací u dětí v ČR*. Dostupné na World Wide Web <<http://www.fnmotol.cz/koncepce-centra-kochlearnich-implantaci-u-deti-v-cr.html?pracoviste=6>>.
 58. KONEČNÁ, J.; BARVÍKOVÁ, J. *Adaptace vzdělávacího procesu pro neslyšící děti s kochleárním implantátem – úloha speciálně pedagogického centra* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
 59. KOPECKÁ, P. *Faktory ovlivňující rehabilitaci dětí s kochleárním implantátem* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
 60. KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2002. 415 s. ISBN 80-7178-632-2.
 61. KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-26-1496-0.
 62. KRAHULCOVÁ, B. *Interdisciplinární přístupy, kooperace a poradenství*. QESWHIC. Dostupné na <<http://www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf>>.
 63. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Univerzita Karlova, 2003. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
 64. KUČEROVÁ, A. *Zkušenosti ze zahraničí*. In STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAMTAM. *Zjištění potřebnosti rané péče rodinám dětí se sluchovým postižením a dětí s duálním postižením sluchu a zraku v Moravskoslezském kraji*. Olomouc, 2007. Dostupné na <www.verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/wai_studie01.doc>.
 65. LECHTA, V. (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
 66. LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
 67. LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990. 278 s. ISBN 80-0800-447-9.
 68. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.

69. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.
70. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
71. LOWE, R. J.; WEBB W. G. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
72. LUTERMAN, D. *When your child is deaf*. Timonium, MD: York Press, 1991.
73. MANOLSON, A.; WARD, B.; DODINGTON, N. *You Make The Difference In Helping Your Child Learn*. First Edition. Toronto: The Hanen Centre, 2007. ISBN 0-921145-06-3.
74. MAŠURA, S. *Pedagogická audiológia*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1983. 340 s. ISBN neuvedeno.
75. MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. 344 s. ISBN 978-80-262-0000-0.
76. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
77. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
78. MERKUNOVÁ, A.; OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2009. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
79. MICHALÍK, J. *Sdělování nepříznivých zpráv* in HANÁKOVÁ, A.; LANGER, J.; MICHALÍK, J.; STEJSKALOVÁ, K.; VALENTA, M. *Efektivní komunikace s pacienty, příbuznými a blízkými osobami*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2010.
80. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
81. MYŠKA, P. *Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče*. *Pediatr pro praxi*, 2007, roč. 2, s. 92 – 94.
82. NEBESKÁ, I. *Úvod do psycholingvistiky*. Jinočany: H & H, 1992. 127 s. ISBN 80-8546-775-5.
83. NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie. Základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: Vlastní náklad, 1997.

84. NUCLEUS. *Setting a new benchmark in cochlear implant reliability*. June 2010, Volume 6, p. 2 – 14.
85. PÉČOVÁ, M. *Středisko rané péče Tamtam in Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
86. PETRAK, M. *Electrocochleography (ECochG)*. In ICS medical. *Auditory Evoked Potentials. Guide to Testing Procedures*. USA: ICS Medical, 2003.
87. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 89 s. ISBN 80-244-1233-0.
88. POLANKOVÁ, M. *Psychologie týmové práce*. Fakulta textilní Technické Univerzity v Liberci, 2011. Dostupné na <<http://www.kht.tul.cz/items/PER10-11/PER-s/Polankov%C3%A1.pdf>>.
89. POLÍNEK, M., D. (ed.). *Poradenství pro osoby se specifickými potřebami v zemích Evropské unie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1733-2.
90. POTMĚŠIL A KOL. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 197 s. ISBN 978-80-210-5184-3.
91. POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: UP PdF, 2003. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
92. POTMĚŠIL, M. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Karolinum nakladatelství UK v Praze, 2007. 194 s. ISBN 978-80-246-1300-0.
93. POTMĚŠIL, M. *Kombinované postižení a kochleární implantát*. E pedagogium, 1, 2004, s. 84 - 94. ISSN 1213-7758.
94. PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3181-0.
95. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2
96. ROTTENBERG, J. *Diagnostika a terapie nedoslýchavosti*. Interní Medicína pro praxi, 2008, roč. 10, s. 470–473.
97. ROUČKOVÁ, J. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 152 s. ISBN 80-7367-158-1.
98. ŘÍČAN P.; KREJČÍŘOVÁ D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-7169-512-2
99. SANDERS, D. M. *Teaching Deaf Children*. USA: College-Hill Press, 1988.

100. SEDLÁČEK, K. *Pokroky v otolaryngologii*. Praha: Avicenum, 1970.
101. SCHMIDT; SATALOFF; JASON; SPIEGEL; MYERS. *The Sensitivity of Auditory Brainstem Response Testing for the Diagnosis of Acoustic Neuromas*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001, volume 127, p. 19-22.
102. SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: SPN, 1986.
103. SOURALOVÁ, E. *Recepce psaného textu jedinci se sluchovým postižením*. Knižnica, 2006, roč. 7, č. 2, s. 3 - 6.
104. SOVÁK, M. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Praha: SPN, 1978.
105. STEJSKALOVÁ, K. 2010. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Olomouc. 369 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Školitel: Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
106. SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
107. SVOBODOVÁ, K. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. ISBN 80-7216-214-4.
108. SYKA, J. *Neuroprotéza náhradou sluchu. Řečový procesor zastupuje receptory vnitřního ucha*. Vesmír. 1998, 77. s. 667 – 668. <Dostupné z <http://cs.vesmir.cz/files/file/fid/746/aid/1949>>.
109. ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2.
110. ŠESTÁKOVÁ, A. 2008. *Kompetence rodičů v logopedické péči o dítě s kochleárním implantátem*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Školitel: Prof. Ph.Dr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
111. ŠKODOVÁ, E; JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
112. ŠTIKAR, J. A KOL. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. 460 s. ISBN 80-246-0448-5.

113. TESTCENTRUM. *Standardy pro pedagogické a psychologické testování*. Vyd. 1. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 80-86471-07-1.
114. THE NATIONAL DEAF CHILDREN'S SOCIETY (NDCS). *Bone anchored hearing aids for children and young people: Guidelines for professional working with deaf children and young people*. London: NDCS, 2010. ISNM 978-0-904691-81-8.
115. THE NATIONAL DEAF CHILDREN'S SOCIETY (NDCS). *Deaf Friendly Nurseries & Pre-schools (A guide for people working with deaf children in early education settings)*. London: NDCS, 2009.
116. THE NATIONAL DEAF CHILDREN'S SOCIETY (NDCS). *Starting school*. London: NDCS, 2007.
117. TICHÝ, T. *Technické aspekty kochleárních implantací I., II.* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
118. UK CHILDREN'S FM WORKING GROUP. *Quality Standards for the use of personal FM systems*. London: National Deaf Children's Society, 2008.
119. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
120. VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
121. VITÁSKOVÁ, K. *Využití rodiny v intervenci narušené komunikační schopnosti – některé limitace a specifika vyplývající z etiologických vazeb*. Olomouc: E-pedagogium, 2. mimořádné číslo, 2010. ISSN 1213-7499 Dostupné na <http://www.upol.cz/fakulty/pdf/e-pedagogium/>.
122. VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5.
123. VÍTOVÁ, J. 2011. *Rozvoj matematických představ u dětí se sluchovým postižením v předškolním věku*. Olomouc. 237 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Školitel: Prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
124. VOJTKO, T. *Postižený člověk v dějinách I.: vybrané přednášky k dějinám speciálněpedagogické teorie a praxe*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 45 s. ISBN 80-7041-007-8.

125. VYMLÁTILOVÁ, E. *Kandidáti a uživatelé kochleárního implantátu* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
126. VYMLÁTILOVÁ, E. *Kochleární implantáty – zkušenosti s dětmi s kombinovaným postižením* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
127. VYSUČEK, P. *Proč je důležité setkávat se s neslyšícími dětmi a dospělými?* in *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 - ZÁKLADNÍ POJMY A JEDNOTKY FYZIOLOGICKÉ AKUSTIKY S VÝKLADEM POJMŮ (HAHN, ŠEJNA, 2007).	21
TABULKA 2 - SLUCHOVÉ ZTRÁTY DLE WHO Z ROKU 1980 (KRAHULCOVÁ, 2003)	22
TABULKA 3 - KLASIFIKACE SLUCHOVÝCH ZTRÁT DLE WHO Z ROKU 1997	23
TABULKA 4 - KLASIFIKACE SLUCHOVÝCH VAD A PORUCH DLE BIAP 1996	24
TABULKA 5 - VADY A PORUCHY SLUCHU VZHEDEM K VÝVOJI ŘEČI (LEJSKA, 2003).	26
TABULKA 6 - HISTORICKY VÝZNAMNÉ MEZNÍKY VE VÝVOJI KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU FIRMY COCHLEAR (WWW.AIMA.CZ, WWW.CKID.CZ)	29
TABULKA 7 - SPOLEČNÉ ZNAKY HARDWARU ODRÁŽEJÍCÍ ZÁKLADNÍ POŽADAVKY NA FUNKCI KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU. (LEHNHARDT, HTTP://WWW.QESWHIC.EU/DOWNLOADS/LETTER01CZ.PDF)	32
TABULKA 8 – METODICKÝ POSTUP PRO VYŠETŘOVÁNÍ DĚTÍ PŘED KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACÍ. (BETKA, SKŘIVAN, KABELKA, VYMLÁTILOVÁ, 2008)	36
TABULKA 9 – KRITÉRIA VÝBĚRU KANDIDÁTŮ PRO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE. (BETKA, SKŘIVAN, KABELKA, VYMLÁTILOVÁ, 2008)	38
TABULKA 10 – RŮST MOZKU A VÝVOJ JAZYKA DO 2 LET	45
TABULKA 11 - REHABILITACE PODLE MKF (ŠVESTKOVÁ IN MKF, 2001).	51
TABULKA 12 – HIERARCHIE SLUCHOVÝCH DOVEDNOSTÍ	60
TABULKA 13 – TECHNIKY AKUSTICKÉHO ZDŮRAŽŇOVÁNÍ	62
TABULKA 14 - ČETNOST KURZŮ EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE V OBDOBÍ ZÁŘÍ 2010 - BŘEZEN 2012	75
TABULKA 15 - VERTIKÁLNÍ A HORIZONTÁLNÍ HLEDISKO TÝMOVÉHO PŘÍSTUPU (KRAHULCOVÁ, 2003).	86
TABULKA 16 - VROZENÉ SLUCHOVÉ VADY DĚDIČNÉ (HAHN, 2007, s. 353).	89
TABULKA 17 - VROZENÉ SLUCHOVÉ VADY ZÍSKANÉ (HAHN, 2007, s. 354).	89
TABULKA 18 - VÝVOJ SLUCHOVÝCH REAKCÍ U DĚTÍ (HAHN, 2007, s. 354).	94
TABULKA 19 - PŘÍKLAD SESTAV SLOV V ČESKÉ ŘEČOVÉ AUDIOMETRII DLE SEDLÁČKA. (IN LEJSKA, 2003)	96
TABULKA 20 - STRATEGIE MODIFIKACE TESTU (TESTCENTRUM, 2001).	101
TABULKA 21 - PŘEHLED NEJČASTĚJI UŽÍVANÝCH TESTŮ A METOD PŘI PRÁCI S JEDINCI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM (NAPŘ. ŠEDIVÁ, 2006).	102
TABULKA 22 - KONCEPCE CENTRA KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ U DĚTÍ V ČR (BETKA, SKŘIVAN, KABELKA, VYMLÁTILOVÁ A KOL. 2008; ŠKODOVÁ, JEDLIČKA, 2003; VYMLÁTILOVÁ IN ŘÍČAN, KREJČÍROVÁ, 1997).	111
TABULKA 23 - STANDARDY KVALITY V RANÉM VĚKU. PRŮVODCE PRACÍ S NESLYŠÍCÍMI DĚTMI MLADŠÍMI DVOU LET A JEJICH RODINAMI (VOLNĚ PŘELOŽENO Z NDCS, 2007; SROV. S KUČEROVÁ, 2007)	118
TABULKA 24 - ZÁKLADNÍ INFORMACE O ZKOUMANÉM SOUBORU	124
TABULKA 25 - ZÁKLADNÍ ORGANIZACE VÝZKUMU.	136
TABULKA 26 - CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	138
TABULKA 27 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 35: "MYSLÍM SI, ŽE POKUD JE DÍTĚ S KI ZAŘAZENO DO ŠKOLY PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ, MĚLO BY NAVŠTĚVOVAT TŘÍDU, VE KTERÉ SE VYUČUJE SLUCHOVĚ-VERBÁLNÍ METODOU BEZ POUŽITÍ ZNAKŮ."	152
TABULKA 28 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 35, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	153
TABULKA 29 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 34: "PŘEDPOKLÁDÁM, ŽE BĚŽNÁ ŠKOLA BUDE PRO NAŠE DÍTĚ LEPŠÍ PŘÍPRAVOU PRO ŽIVOT VE SLYŠÍCÍ SPOLEČNOSTI, NEŽ ŠKOLA PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ."	153

TABULKA 30 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 34, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	153
TABULKA 31 - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ.	154
TABULKA 32 - ODPOVĚDI NA OTÁZKU Č. 31: "NAŠE DÍTĚ PROŠLO VČASNOU A PŘESNOU DIAGNOSTIKOU V ODPOVÍDAJÍCÍM PROSTŘEDÍ."	157
TABULKA 33 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 31, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	157
TABULKA 34 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 32: "PO DIAGNOSTICE BYLA ZAHÁJENA BRZKÁ NÁVAZNÁ PÉČE."	157
TABULKA 35 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 32, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	157
TABULKA 36 – ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 1: „DOSTÁVÁ SE NÁM DOSTATEČNÉHO MNOŽSTVÍ INFORMACÍ OD ODBORNÍKŮ.“	159
TABULKA 37 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 1, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	159
TABULKA 38 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 5: "DOSTALI JSME INSTRUKCE, JAK SLEDOVAT VÝVOJ ŘEČI DÍTĚTE PO KI."	159
TABULKA 39 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 5, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	159
TABULKA 40 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 8: "JSEM SPOKOJENÝ/Á SE ZPŮSOBEM, KTERÝM NÁM LÉKAŘ SDĚLIL ZPRÁVU O SLUCHOVÉM POSTIŽENÍ NAŠEHO DÍTĚTE."	160
TABULKA 41 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 8, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	160
TABULKA 42 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 12: "CÍTÍM Z ODBORNÍKŮ OTEVŘENÝ PŘÍSTUP, MOHU SE KDYKOLIV, NA COKOLIV ZEPTAT."	161
TABULKA 43 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 12, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	161
TABULKA 44 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 15: "KAŽDÝ ODBORNÍK NÁM VŽDY DEMONSTRUJE POSTOJ K DÍTĚTI (UKÁŽE NÁM "JAK SE TO DĚLÁ")."	161
TABULKA 45 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 15, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	162
TABULKA 46 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 25: "BYLI JSME CENTREM KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE PODROBNĚ INFORMOVÁNÍ O MOŽNOSTECH, OMEZENÍCH A RIZIKU KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE."	162
TABULKA 47 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 25, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	162
TABULKA 48 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 33: "BYLI JSME SEZNÁMENI SE VŠEMI ZPŮSOBY KOMUNIKACE (MLUVENÝ JAZYK X ZNAKOVÝ JAZYK)."	163
TABULKA 49 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 33, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	163
TABULKA 50 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 2: "ÚROVEŇ PÉČE O NAŠE DÍTĚ JE ZE STRANY ODBORNÍKŮ VÝBORNÁ."	163
TABULKA 51 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 2, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	163
TABULKA 52 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 3: "KVALITA PÉČE O NAŠE DÍTĚ STOUPÁ."	164
TABULKA 53 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 3, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	164
TABULKA 54 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 7: "POCÍŤUJI POSUN PÉČE O KLIENTY S KI K LEPŠÍMU."	164
TABULKA 55 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 7, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	164
TABULKA 56 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 6: "PRO NAŠE DÍTĚ JE DŮLEŽITÁ LOGOPEDICKÁ PÉČE."	164
TABULKA 57 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 6, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	164
TABULKA 58 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 11: "ZE STRANY ODBORNÍKŮ CÍTÍM POVÝŠENÉ JEDNÁNÍ."	165
TABULKA 59 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 11, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	165
TABULKA 60 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 17: "NÁŠ PEDIATR SLEDUJE VÝKONNOST SLUCHOVÉ FUNKCE NAŠEHO DÍTĚTE V PRŮBĚHU CELÉHO DĚTSTVÍ."	165
TABULKA 61 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 17, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	165

TABULKA 62 - ODPOVĚDI NA OTÁZKU Č. 19: "AUDIOLOG NÁS SEZNÁMIL S TECHNICKÝMI PARAMETRY KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU."	166
TABULKA 63 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 19, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	166
TABULKA 64 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 20: "AUDIOLOG NÁS SROZUMITELNOU CESTOU SEZNÁMIL S TÍM, JAK ZACHÁZET S KI."	166
TABULKA 65 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 20, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	166
TABULKA 66 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 23: "PRACOVNÍK RANÉ PÉČE POSKYTUJE JASNÉ A ÚPLNÉ A OVĚŘENÉ INFORMACE VE SROZUMITELNÉ FORMĚ."	167
TABULKA 67 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 23, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	167
TABULKA 68 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 24: "OD PRACOVNÍKŮ RANÉ PÉČE DOSTÁVÁM DOSTATEČNOU PODPORU V DOVEDNOSTECH, JAK STIMULOVAT VÝVOJ NAŠEHO DÍTĚTE."	167
TABULKA 69 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 24, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	167
TABULKA 70 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 28: "CHIRURG NÁS INFORMOVAL I O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH OPERATIVNÍHO ZÁKROKU."	167
TABULKA 71 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 28, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	168
TABULKA 72 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 18: "NÁŠ PEDIATR V PŘÍPADĚ POTŘEBY KOMUNIKUJE S JINÝMI ODBORNÍKY A KONZULTUJE S NIMI."	169
TABULKA 73 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 18, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	169
TABULKA 74 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 21: "NÁŠ AUDIOLOG KONZULTUJE PÉČI O NAŠE DÍTĚ S FONIATREM A LOGOPEDEM."	169
TABULKA 75 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 21, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	169
TABULKA 76 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 22: "RANÁ PÉČE NÁM NA ZÁKLADĚ NAŠÍ ŽÁDOSTI ZPROSTŘEDKOVÁVÁ SPOLUPRÁCI S JINÝMI ODBORNÍKY."	169
TABULKA 77 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 22, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	169
TABULKA 78 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 26: "REHABILITAČNÍ PÉČE JE DOBRĚ A PŘEDEM ZAJIŠTĚNA KOMBINACÍ PÉČE V MÍSTĚ BYDLIŠTĚ S VEDENÍM A PRAVIDELNÝM SLEDOVÁNÍM PACIENTA V CENTRU KI."	170
TABULKA 79 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 26, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	170
TABULKA 80 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 4: "ZÍSKANÉ POZNATKY A RADY OD ODBORNÍKŮ DOKÁŽU APLIKOVAT DOMA (ROZVOJ ORÁLNÍ ŘEČI, ZNAKOVÝCH SYSTÉMŮ APOD.)."	170
TABULKA 81 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 4, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	170
TABULKA 82 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 9: "JAKO RODIČ DÍTĚTE S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM MÁM PŘÍLEŽITOST AKTIVNĚ SPOLUPRACOVAT S ODBORNÍKY."	170
TABULKA 83 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 9, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	171
TABULKA 84 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 10: "CÍTÍM SE JAKO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ČLÁNEK TÝMU, KTERÝ PEČUJE O NAŠE/MÉ DÍTĚ."	171
TABULKA 85 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 10, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	171
TABULKA 86 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 13: "SETKAL/A JSEM SE MINIMÁLNĚ JEDNOU S PŘÍSTUPEM, ŽE JSME S VÍCE ODBORNÍKY NAJEDNOU ŘEŠILI OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE PÉČE O NAŠE DÍTĚ."	171
TABULKA 87 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 13, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	171
TABULKA 88 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 14: "PŘI KAŽDÉM SETKÁNÍ S ODBORNÍKY JE NÁM VŽDY OBĚMA (MNĚ A MANŽELCE/LOVI) UMOŽNĚNO BÝT SOUČÁSTÍ ROZHOVORŮ."	171

TABULKA 89 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 14, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	171
TABULKA 90 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 16: "ZAPOJUJEME PRARODIČE DÍTĚTE A JEHO SOUROZENCE DO ROZHOVORŮ O KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTU."	172
TABULKA 91 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 16, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	172
TABULKA 92 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 29: "PRAVIDELNĚ SE SETKÁVÁME S JINÝMI RODINAMI A DĚTMI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM."	172
TABULKA 93 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 29, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	172
TABULKA 94 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 30: "MYSLÍM SI, ŽE NAŠE PROŽÍVÁNÍ A JEDNÁNÍ MŮŽE POCHOPIŤ POUZE RODIČ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE."	172
TABULKA 95 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 30, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	172
TABULKA 96 - ODPOVĚDI NA TVRZENÍ Č. 27: "PSYCHOTERAPEUT NÁM POSKYTUJE INFORMACE O TOM, JAK O DÍTĚ PEČOVAT, JAK HO VYCHOVÁVAT, JAK S NÍM PRACOVAT A KOMUNIKOVAT S NÍM."	174
TABULKA 97 - PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA K TVRZENÍ Č. 27, VČETNĚ UVEDENÉ SMĚRODATNÉ ODCHYLKY.	174
TABULKA 98 - ODPOVĚDI NA OTÁZKU: "KOLIK LET JSTE ZAMĚŠTNÁN/A NA DANÉ POZICI?"	176
TABULKA 99 - POZOROVANÉ POČETNOSTI	194
TABULKA 100 - TEORETICKÉ POČETNOSTI	194
TABULKA 101 - PŘÍSPĚVKY K CHÍ-KVADRÁTU	194
TABULKA 102 - VYPOČÍTANÉ HODNOTA A HODNOTA KRITICKÁ.	195
TABULKA 103 - SCHÉMA ČTYŘPOLNÍ TABULKY.	195
TABULKA 104 - ČTYŘPOLNÍ TABULKA S MALÝMI ČETNOSTMI.	195
TABULKA 105 - POMOCNÁ TABULKA PRO FISHERŮV TEST.....	196
TABULKA 106 - VZOREC PRO FISHERŮV KOMBINATORICKÝ TEST.....	196

SEZNAM SCHÉMÁT

SCHÉMA 1 - TÝM ODBORNÍKŮ AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TERAPIE	62
---	----

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 - PODÍL DÍVEK A CHLAPCŮ U ZKOUMANÉHO VZORKU	123
GRAF 2 - POČET DIAGNOSTIKOVANÝCH DĚTÍ V ZÁVISLOSTI NA JEJICH VĚKU	125
GRAF 3 - PROVEDENÍ KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE V ZÁVISLOSTI NA VĚKU	125
GRAF 4 - DOCHÁZÍTE S DÍTĚTEM NA LOGOPEDII? POKUD ANO, JAKÁ JE ČETNOST NÁVŠTĚV VAŠEHO DÍTĚTE U LOGOPEDKY/A?	126
GRAF 5 - NAPLŇOVÁNÍ PŘEDSTAV A INFORMOVANOST RODIČŮ O LOGOPEDICKÉ PÉČI.....	127
GRAF 6 - ÚČASTNILI JSTE SE/ÚČASTNÍTE SE VZDĚLÁVACÍCH SEMINÁŘŮ TÝKAJÍCÍ SE PROBLEMATIKY OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM?	127
GRAF 7 - POUŽÍVÁTE PRO ZEFEKTIVNĚNÍ KOMUNIKACE S DÍTĚTEM NĚKTERÝ ZE ZNAKOVÝCH SYSTÉMŮ?	128
GRAF 8 - KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM DÍTĚTE PŘED A PO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACI.	129
GRAF 12 - LEGENDA KE GRAFU ZNÁZORŇUJÍCÍ NAROZENÍ DÍTĚTE, DIAGNOSTIKU A DOBU KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE.....	155

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 - VÝKONNOSTNÍ KŘIVKA TÝMU (POLANKOVÁ, 2011, s. 7; SROV. HAYES, 2005)	119
OBRÁZEK 2 – OSLOVENÁ CENTRA KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ (SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ VELKÉ BRITÁNIE A SEVERNÍHO IRSKA)	138

PŘÍLOHY