

UNIVERZITA KARLOVA

Pedagogická fakulta

Diplomová práce

2022

Mgr. Johana Marková

UNIVERZITA KARLOVA

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Uplatnění dospělých uživatelů kochleárního implantátu na trhu práce

Participation of Adult Users of Cochlear Implant in the Labour Market

Mgr. Johana Marková

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

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2022

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Uplatnění dospělých uživatelů kochleárního implantátu na trhu práce* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 09. 07. 2022

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D., za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce. Mé poděkování též patří všem, kteří mi pomohli sehnat vhodné adepty pro výzkumné šetření a zároveň děkuji i samotným anonymním účastníkům, že se tohoto šetření zúčastnili. Bez jejich ochoty by tato práce nemohla nikdy vzniknout. Ráda bych poděkovala také své rodině a přátelům, kteří mi byli podporou po celou dobu mého studia.

Abstrakt

Cílem práce bylo zjišťování problematiky začleňování postlingválně dospělých ohluchlých do profesní činnosti – jaký vliv měl kochleární implantát na pracovní uplatnění, tj. jaký dopad měl kochleární implantát na pracovní život jeho uživatele. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí anonymního dotazníku polostrukturovaného typu, který se dohromady skládal z 33 otázek. Poskytnutý dotazník skrze webové stránky či rozeslanou prostřednictvím e-mailových adres celkem vyplnilo 19 dospělých respondentů. Valná většina (74 %) dotazovaných uvedla, že vykonávala stejné zaměstnání i po implantaci kochleárního implantátu. Z důvodu sluchového postižení se podpory od svých zaměstnavatelů dohromady dočkalo 37 % dotazovaných. Avšak musí být bráno v potaz, že 26 % respondentů se svému zaměstnavateli s problematikou vůbec nesvěřilo. Nadpoloviční počet (95 %) respondentů se shodlo, že jim kochleární implantát poskytl očekávaný přínos pro zapojení se do pracovního života. Zároveň hodnotili zlepšení situace v jednotlivých oblastech číslem 2 (z pěti možných čísel od 1-5) – tedy, že došlo k nepatrné změně k lepšímu. Převážná část (79 %) dotazovaných se dokonce svěřila, že jim kochleární implantát v pracovním prostředí pomohl získat sebevědomí a větší jistotu. Výsledky dotazníkového šetření naznačují, že kompenzační pomůcka zvaný kochleární implantát významně přispívá k celkové spokojenosti pracovního života postlingválně ohluchlých jedinců. Ukázalo se, že uživatelé jsou díky KI schopni se bez velkých obtíží začlenit zpět do pracovního procesu. Je však důležité si uvědomit, že aby bylo dosaženo pozitivních výsledků, je nezbytná dlouhodobá rehabilitace, která svým uživatelům zajistí co nejlepší možné využití sluchového implantátu. Je proto vyžadována především trpělivost nejen u samotných uživatelů, ale také u lidí z jejich okolí, mezi které se řadí i zaměstnavatelé.

Klíčová slova: sluchové postižení, pracovní spokojenost, zaměstnání, integrace, postlingválně neslyšící.

Abstract

The aim of the study was to determine the issue of integration of postlingually deaf adults into professional activities – what effect did the cochlear implant have on employment, i.e. what impact did the cochlear implant have on the working life of its user. The research was realized by an anonymous semi-structured type questionnaire, which contained 33 questions overall. 19 adult respondents filled out the questionnaire in total, the questionnaire was provided through the website or sent out via e-mail addresses. The predominant majority (74 %) of respondents stated that they do the same job even after implantation of a cochlear implant. Thanks to the hearing impairment, a total of 37 % of respondents received support from their employers. However, should be taken into consideration that 26 % of respondents haven't confided to their employer about the issue at all. More than half (95 %) of respondents agreed that the cochlear implant provided them expected benefits for participation in working life. At the same time, they assessed the improvement of the situation in individual areas by the number 2 (out of five possible numbers from 1-5) – it is, that there was a slight change for the better. The predominant majority (79 %) of respondents even confided that a cochlear implant in the work environment helped them gain self-confidence and greater confidence. The results of the questionnaire suggest that a compensatory device called a cochlear implant significantly contributed to the overall satisfaction of working life of postlingually deaf individuals. It turned out that thanks to CI, users are able to integrate back into the work process without much difficulty. However, it is important to realize that to achieve positive results is necessary long-term rehabilitation to ensure the best possible use of the hearing implant by its users. Therefore, patience is required not only for the users themselves, but also for the people around them, including employers.

Keywords: hearing impairment, job satisfaction, employment, integration, postlingually deaf.

OBSAH

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	10
1 Uvedení do problematiky sluchového postižení	10
1. 1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí.....	12
1. 2 Užitá terminologie ve vztahu k osobám se sluchovým postižením	16
1. 3 Klasifikace sluchových vad.....	21
2 Kochleární implantát	31
2. 1 Stavba a princip fungování kochleárního implantátu.....	31
2. 2 Vývoj kochleárního implantátu (minulost a současnost)	34
2. 3 Výběr kandidátů	36
2. 4 Rehabilitace po kochleární implantaci	39
2. 5 Výsledky kochleárního implantátu	41
3 Zaměstnávání osob se sluchovým postižením	44
3. 1 Důležitost práce pro člověka se zdravotním postižením.....	44
3. 2 Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením	45
3. 3 Problematika zaměstnávání osob se sluchovým postižením.....	48
3. 4 Legislativní ukotvení problematiky	51
3. 5 Organizace poskytující pracovní pomoc osobám se sluchovým postižením	55
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	60
4 Cíle, úkoly práce a výzkumné otázky	60
4.1 Cíl práce	60
4.2 Úkoly práce	60
4.3 Výzkumné otázky.....	61
5 Metodika práce	62
5.1 Popis výzkumného souboru	62
5.2 Použité metody.....	66
5.3 Sběr dat.....	69
6 Výsledky	71
7 Diskuze	86
ZÁVĚR	92
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	102

SEZNAM TABULEK	103
SEZNAM GRAFŮ	104
PŘÍLOHY	106

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Zkratka	Název zkratky
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
BERA	Brainstem Evoked Response Audiometry
CKID	Centrum kochleárních implantací u dětí
CKIO	Centrum kochleárních implantací v Ostravě
dB	Decibel
DMO	Dětská mozková obrna
Hz	Hertz
KI	Kochleární implantát
LF	Lékařská fakulta
MKF	Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví
MRI	Magnetická rezonance
NKS	Narušená komunikační schopnost
NRT	Neutral Response Telemetry
ORL	Otorhinolaryngologie
PAS	Poruchy autistického spektra
SUKI	Spolek uživatelů kochleárního implantátu
UK	Univerzita Karlova

ÚVOD

Téma diplomové práce vzniklo na základě autorčiny osobní zkušenosti, kterou se sluchovým postižením má. Je to problematika, která ji vždy velice zajímala, protože se s ní sama potýká celý svůj vlastní život. Je si proto plně vědoma toho, co všechno kompenzační pomůcka s názvem kochleární implantát umožňuje jedincům, kteří jsou vrozeně (prelingválně) neslyšící. S opačnou stranou, tedy s jedinci, kteří sluchové postižení mají získané (postlingvální), se však blíže setkala teprve v loňském roce, kdy prováděla výzkum na kvalitu života ve spojení s již zmíněnou kompenzační pomůckou.

V této návaznosti, výzkumem zaměřeným na postlingválně ohluhlé jedince, chtěla nadále pokračovat i nyní v této práci. Z výsledků minulé práce bylo zjištěno, že kvalita života u jedinců se získanou sluchovou vadou se zlepšila, protože se jedinci za pomoci kochleárního implantátu dokázali začlenit zpět do slyšící společnosti.

Proto v této souvislosti bude dále zjišťováno, zda postlingválně neslyšící jedinci vnímají zlepšení i v pracovní oblasti. Jak hodnotí celou situaci v pracovním prostředí, která nastala ještě tehdy před a následně již po implantaci kochleárního implantátu. Zda spatřují určité rozdíly nejen ve slyšení a porozumění, ale také v osobní rovině. Tedy, zda nachází změny v různých aspektech, jako je například oblast diskriminace, sebevědomí či motivace.

Proč výzkumná část bude zaměřena přímo na pracovní stránku? Je to z toho důvodu, že práce má velký význam, jak v existenční rovině (tj. získávání odměny v podobě peněz), tak v rovině sociální. Člověk v práci tráví velkou část svého života, i díky ní se začleňuje do společnosti, dosahuje uznání, seberealizace a dodává mu sebevědomí. Sluchově postižení jedinci se nepotýkají jen s postižením sluchu, ale figuruje zde i „druhé postižení“, které souvisí se sociálním vyloučením, a tudíž i s vyloučením z pracovního procesu.

Ve výzkumné části diplomové práce bude použita metoda dotazníkového šetření, která se bude skládat ze standardizovaných a otevřených otázek – tj. bude se jednat o polostrukturovaný typ dotazníku. Otázky budou položeny tak, aby bylo zjištěno, zda kochleární implantát přispívá k celkové spokojenosti respondentů v pracovním životě.

I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Pro pochopení celého tématu diplomové práce je zapotřebí, abychom se seznámili s dílčími částmi teoretické oblasti. *První okruh* práce nás podrobněji zavede do problematiky sluchového postižení, kde se čtenář seznámí s **anatomickou stavbou sluchového ústrojí**; správně **užívanou terminologií**; dále nebudou chybět ani informace o **příčinách sluchového postižení**. *Druhý okruh* nás informuje o kompenzační pomůcce zvaný **kochleární implantát**. *A třetí okruh* bude více zaměřený na **zaměstnávání** jedinců se sluchovým postižením.

1 Uvedení do problematiky sluchového postižení

„Sluch je jedním z našich nejdůležitějších smyslů. Sluchové vjemy nás informují o důležitém i méně důležitém dění v okolním prostředí. Díky sluchu přijímáme informace a můžeme na ně následně reagovat či je předávat dál.“ (Muknšnáblová, 2014, s. 8).

Sluch v životě člověka zaujímá velice významné postavení. Sluch patří mezi klíčové smysly především pro získávání informací o okolním světě a má zásadní význam pro rozvíjení myšlení, jazyka a mluvené řeči. Sluch nás bezprostředně dokáže upozornit na různé přicházející nebezpečí, se kterými se můžeme ve svém okolí setkávat (Muknšnáblová, 2014, Potměšil, 2003, Hádková, 2016, Pulda, 1994).

Pro sluch je velice specifické, že na rozdíl od zraku se jedná o jeden z mála lidských orgánů, který pracuje nepřetržitě 24 hodin denně, což si moc neuvědomujeme. Díky tomu jeho nositel ustavičně vnímá zvukové informace o zdroji v blízkém okolí (Skřivan, 2000, Šťastná, 2007). Proto osoba se sluchovým postižením, která se nemůže příliš spoléhat na zvukový přenos, vynakládá veliké úsilí pro zrakovou kontrolu (Šťastná, 2007).

Při poškození sluchu je člověk zpravidla ochuzen až o 60 % poskytovaných informací, což má za následek společenskou izolaci, kdy dochází ke vzniku komunikační a informační bariéry (Muknšnáblová, 2014, Krahulcová, 2014, Blažková, 2014). Měli bychom mít však na paměti, že míra izolace závisí nejen na stupni, typu či době vzniku sluchové vady, ale také na osobnosti daného člověka (Krahulcová, 2014). Slyšící člověk si tudíž málokdy uvědomuje, jak velký význam pro něho sluch má a kolik informací pomocí sluchu lze získat (Hádková, 2016).

Obor, který se zaměřuje na problematiku sluchového postižení, se nazývá **surdopedie**. Vznikla složením ze dvou slov, latinského *surdus*, což v překladu znamená hluchý a z řeckého *paideia*, tedy výchova. Jedná se o speciálně pedagogickou disciplínu, jejímž posláním je rozvoj, výchova a vzdělání osob se sluchovým postižením. Tato definice oboru je v literatuře hojně využívána, ale lze ji označit i jinými, méně známými pojmy – surdologie, surdopedagogika či pedagogika sluchově postižených (Horáková: In Pipeková a kol., 2010, Horáková, 2011).

Disciplína surdopedie byla v minulosti součástí oboru logopedie. V roce 1983 však došlo k vyčlenění, protože se usoudilo, že sluchově postižené dítě se od slyšícího dítěte s narušenou komunikační schopností odlišuje. Diferencuje se zejména v osobnostní oblasti, kdy jedinec se sluchovým postižením spatřuje potíže v rozvoji psychiky, vzdělání, komunikace a řeči. Odlišnost můžeme hledat i v metodice práce. Zatímco u slyšícího dítěte s NKS se můžeme opřít o sluchovou kontrolu, u dítěte neslyšícího se řeč musí vytvářet uměle za pomoci zraku, hmatu a propriocepce (Potměšil, 2003, Horáková, 2011, Šlapák a Floriánová, 1999).

Surdopedie jako disciplína speciální pedagogiky však nefiguruje pouze samostatně, ale spolupracuje s dalšími speciálně pedagogickými disciplínami (např. s tyflopédií či somatopedií) (Horáková, 2011). Z medicínských disciplín k ní zařazujeme pediatrii, ORL a foniatrii (Bulová: In Pipeková, 1998).

Autor Potměšil (2003) ve své publikaci uvádí, že mezi cílovou skupinu surdopedie patří především děti a mládež se sluchovým postižením. Autorka Horáková (2011) však neopomíná dodat, že mezi surdopedickou intervencí se sem mohou řadit i jedinci s kombinovaným postižením, např. zrakovým, somatickým či mentálním apod.

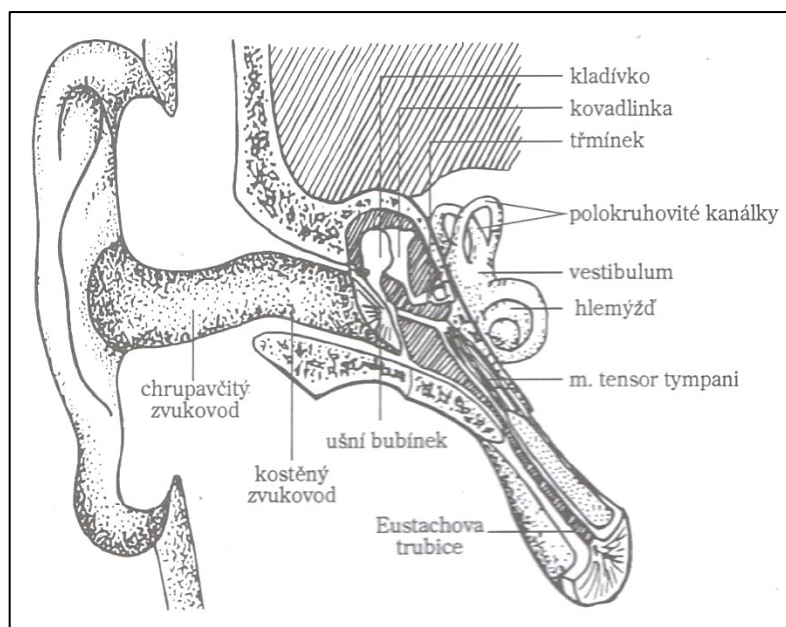
Hlavním cílem surdopedie je celoživotní rozvoj jedince se sluchovým postižením, který by měl být zaměřený všestranným způsobem (Skákalová, 2011). Autorka Horáková (2011) považuje za jeden ze zásadních cílů zprostředkování komunikačních kompetencí. Jedná se o soubor pravidel, který slouží k produkování promluv a jejich rozumění. Jak uvádí autorka Leonhardt (2001), komunikační kompetence jsou velice důležité, neboť díky nim jedinec se sluchovým postižením získává kulturní hodnoty a stává se tak samostatnou existencí.

1. 1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí

„Lidské ucho je komplikovaný orgán pro vnímání zvuků okolního prostředí a zároveň obsahuje i analyzátor pro vnímání pocitu rovnováhy, pohybu přímočarého i otáčivého a polohy těla v prostoru.“ (Šlapák a Floriánová, 1999, s. 14).

Sluchový orgán se začíná vyvíjet již v prenatálním období, kdy řada výzkumů v tomto období zaznamenala možné vnímání zvuků a jejich ukládání do paměti. Nejvyšší riziko poškození sluchu však bývá v prvních třech měsících těhotenství, kdy na nenarozený plod působí infekční či chemické vlivy. Zvláště nejčastěji to bývá ovlivněno účinky tzv. ototoxických léků¹ – např. antibiotiky (Potměšil: In Michalík a kol., 2011).

Mnoho autorů, jako např. Horáková (2011), Muknšnáblova (2014), Černý (In: Neubauer a kol., 2018), Šlapák a Floriánová (1999) či Lejska (2003) ve svých publikacích vychází ze tří základních částí, ze kterých se lidské ucho skládá – **zevního** (vnějšího), **středního** a **vnitřního ucha** (viz obr. 1, str. 12). Muknšnáblova (2014), Lejska (2003) a Šlapák a Floriánová (1999) do stavby přiřazují ještě čtvrtou část – **sluchovou nervovou dráhu**.



Obrázek č. 1: Průřez sluchového ústrojí dle Šlapáka a Floriánové (1999, s. 14)

¹ Léky, které nevratně poškozují sluch – zejména vnitřní sluch, kde je uloženo sluchové ústrojí (Černý: In Neubauer a kol., 2018).

1. ZEVNÍ UCHO (auris externa) obsahuje dva komponenty, tím je ušní *boltec* a *zevní zvukovod*. Ten je ještě zakončen *bubínkem*. Hlavní úloha zevního ucha je převod akustických vln k bubínku (Mukšnáblová, 2014, Skákalová, 2011).

Boltec je symetricky uložen ve spánkové oblasti hlavy a obsahuje chrupavku, přičemž lalůček chrupavčitou kostru nemá. *Boltec* se vyznačuje různou velikostí a tvarem, který je u každého člověka velmi jedinečný, protože konečná podoba tvaru a velikosti závisí na genetické informaci získanou od obou rodičů. Stane-li se, že jedinec o *boltec* přijde, k patrné změně sluchu nedojde, protože pro samotné slyšení *boltec* nemá příliš velký význam, na rozdíl od zvířat (Horáková, 2011, Šlapák a Floriánová, 1999, Lejska, 2003).

Zevní zvukovod stejně jako *boltec* je složen z chrupavky, ale pouze ze dvou třetin, jednou třetinou je pokryt samotnou kostí. V průběhu jeho vývoje má podobu esovitého tvaru, který v dospělosti dosahuje délky 2,5 až 3 centimetrů. Podle toho, jaký tvar, délku a šířku *zvukovod* má, to následně ovlivňuje množství převodu akustické kmitavé energie do dalších částí ucha. Může se proto zdát, že *zevní zvukovod* má pouze sluchovou úlohu, ale jeho další funkcí je zabraňovat nečistotám proniknutí k bubínku. Ušní maz tyto nečistoty zachycuje, ale při jeho nahromadění dochází k nepříznivému vlivu na vedení zvuku (Mukšnáblová, 2014, Černý: In Neubauer a kol., 2018, Horáková, 2011).

2. STŘEDNÍ UCHO (auris media) se vyznačuje zejména tím, že se jedná o uzavřenou dutinku ve skalní kosti, která má podobu šestihranné kostky vyplněnou vzduchem. Střední ucho je odděleno od zevního ucha za pomoci již výše zmíněného *bubínku*, který má za normálních okolností perleťově lesklou šedou barvu a lze ho vidět pouze prostřednictvím speciálního nástroje. Rozmezí zevního a středního ucha je ukončeno sluchovými kůstkami – *kladívkem*, *kovadlinkou* a *třmínkem*. *Kladívko* je z jedné části přirostlé přímo na *bubínek* a *ploténka třmínku* má spojitost s vnitřním uchem, který podle jeho tvaru dostal název *oválné okénko* (Mukšnáblová, 2014, Horáková, 2011, Šlapák a Floriánová, 1999, Lejska, 2003).

Na blance *bubínku* dochází k prvotním změnám přenosu energie z akustické na mechanickou – pohybovou. Tato energie následně rozechvívá řetězec sluchových kůstek. Tyto kůstky potom přenášejí zvuk od *bubínku* do vnitřního ucha. Pro ochranu vnitřního ucha slouží dva středoušní svaly – sval *třmínkový* a sval *napínač bubínku*. Při jakémkoliv nadměrném hluku dojde ke smrštění těchto svalů, ty celkově zpevní

sluchové kůstky a ochrání tak vnitřní ucho (Horáková, 2011, Lejska, 2003, Šlapák a Floriánová, 1999).

Pro to, aby blanka bubínku byla v ideálním napětí, tedy aby mohla přenášet akustickou energii, je k zapotřebí ústí trubice – Eustachova trubice. Ta spojuje středoušní dutinu s nosohltanem a umožňuje vyrovnávání tlaku vzduchu před a za bubínkem (Horáková, 2011). Autorka Skákalová (2011) ve své publikaci popisuje její přesný mechanismus fungování, kdy se při polykání trubice otevírá a do dutiny středoušní se dostává vzduchová bublina. Neopomíná však zmínit, že kromě vzduchové bubliny mohou trubicí pronikat i různé infekce.

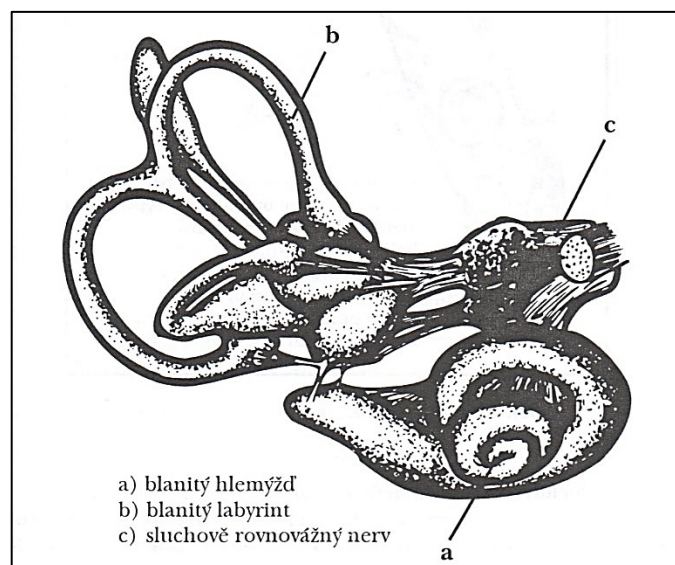
3. VNITŘNÍ UCHO (auris interna) je uloženo v nejtvrdější části lidského těla, ve skalní kosti, v části kosti spánkové. Díky tomu je vnitřní ucho v bezpečí před možným otřesem či poraněním (Lejska, 2003). Dle autorky Mukšnáblové (2014) můžeme vnitřní ucho rozdělit na dva základní komponenty, na sluchové a vestibulární (rovnovážné). Mezi vestibulární komponent řadíme především *tři polokruhovitě kanálky* (labyrint) a mezi sluchovou *hlemýžď* (kochlea) (viz obr. č. 2, str. 15).

Hlemýžď (kochlea) dostal svého jména podle jeho typického tvaru, tvaru ulity. Jedná se o dvaapůlkrát stočený kanálek do spirály, který je tvořen kostěným a blanitým hlemýžděm. Kostěná složka se nachází na povrchu, zatímco blanitá část je pod ním. Pod blanitým hlemýžděm je uložena složitá soustava podpůrných a smyslových buněk – Cortiho orgán. (Horáková, 2011, Šlapák a Floriánová, 1999). Jedná se o sluchové ústrojí, které obsahuje sluchové (vláskové) buňky. Jsou to jediné buňky v lidském organismu, které dokážou provést přeměnu mechanické energie zvuku na bioelektrickou. Proto se ztráta těchto buněk nedá nahradit ničím jiným (Mukšnáblová, 2014). Šlapák a Floriánová (1999, str. 18) dodávají, že: „*Ucho je schopno nejen zvuky přijímat, ale je také schopno zvuky vytvářet. Zevní vláskové buňky se totiž mohou aktivně smršťovat až o 1/4 své délky, způsobit tím vibrace, které je možno objektivně registrovat jako zvuky citlivým mikrofonom se zesilovačem v zevním zvukovodu.*“

Tři polokruhovitě kanálky (labyrint) stejně jako hlemýžď, obsahují kostěný a blanitý labyrint. Polokruhovitě kanálky jsou vyplněné tekutinou. Tekutina, která proniká do dutiny kostěného labyrintu, se nazývá perilymfa. Tato tekutina ochraňuje ucho proti běžným činnostem lidského těla, zejména opatruje jedince v případech otřesů či nárazů hlavy při různých pohybových aktivitách – skoky,

hlavičkování, při boxu apod. Endolymfa je naopak tekutina, kterou nalezneme uvnitř blanitého labyrintu a zaktivuje se vždy, když dojde ke různým změnám poloh těla člověka. Hlavní náplní je tedy udržovat rovnováhu (Horáková, 2011, Šlapák a Floriánová, 1999, Muknšnáblova, 2014).

4. SLUCHOVĚ NERVOVÁ DRÁHA (či sluchově rovnovážná dráha) má svou oblast působení centrálně za hlemýžděm. Vyskytuje se v hlavovém nervu s označením římským číslem VIII. Týká se to sluchového nervu, kterým prochází bioelektrický impulz přímo do centrální mozkové části sluchového orgánu. Tento bioelektrický impulz vzniká bezprostředně ve vnitřním uchu. Následně dochází ke křížení pravého a levého nervu v mozkovém kmeni. Díky tomuto možnému zkrřížení jsme schopni rozpoznávat směr, odkud zvuk pochází. Tento stimul z větší části, udává se 60 %, postupuje dále do korových oblastí spánkových laloků přes podkorovou oblast. Do spánkových laloků, tzv. Heschlových závitů, kde se nachází vlastní centrum sluchu. Obecné zvuky bez pojmového významu, jako je např. smích, kašel či pláč, jsou právě rozpoznávány v podkorové oblasti. Zatímco porozumění řeči se vyskytuje v mozkové kůře (Horáková, 2011, Lejska, 2003, Muknšnáblova, 2014).



Obrázek č. 2: Podrobnější stavba vnitřního ucha dle Lejsky (2003, s. 17)

Autorka Muknšnáblova (2014) ve své publikaci popisuje, že každá mozková hemisféra pro zpracování sluchových vjemů má rozdílný význam. Na základě různých

výzkumů poukazuje na to, že vedoucí hemisféra (tj. pro praváka se bude jednat o levou hemisféru) zpracovává obsahovou stránku řeči. Zatímco u nevedoucí hemisféry (tj. u praváka pravá hemisféra) se zpracovává melodie, rytmus a dynamika řeči. Dále autorka vysvětluje, že pro to, aby člověk mohl používat řeč (tedy možnost hovořit) a analyzovat řeč, musí dojít k vytvoření řečových center již od útlého dětství. Dvou center, první z nich se jmenuje Wernickovo senzoričné centrum řeči a druhé Brocovo motorické řečové centrum.

1. 2 Užitá terminologie ve vztahu k osobám se sluchovým postižením

„Odborná terminologie oboru surdopedie, resp. terminologie vztahující se k problematice osob se sluchovým postižením, je v našich podmínkách dosud nepřiliš jednotná a neustálená. Liší se v rámci publikací jednotlivých autorů, i v rámci jednotlivých resortů (školsství, zdravotnictví, sociální oblast).“ (Skákalová, 2016, s. 8).

Autorka Procházková (2014) vysvětluje, že postižení lze definovat různými způsoby podle jednotlivých hledisek, kdy se některé definice zaměřují nejen na druh postižení, ale také například na věkovou kategorii, některé zajímají důsledky či konkrétní oblasti života. Ve školství se hovoří o tzv. „speciálních vzdělávacích potřebách“, v sociální oblasti se jedná o snížení soběstačnosti či v pracovní oblasti je ve středu zájmu míra pracovní schopnosti.

Jakou správnou terminologii bychom měli však užívat vzhledem k problematice sluchového postižení? To je záležitost, se kterou se dennodenně setkáváme, protože pojem sluchové postižení je pojem velmi obecný, který zahrnuje širokou škálu osob s různým stupněm či druhem sluchového postižení (Potměšil, 2007, Jurkovičová a kol., 2010).

Jak i sám autor Hrubý (1997) popisuje, laická veřejnost má tendenci prakticky všechny sluchově postižené označovat termínem „neslyšící“, což ale bohužel není správné pojmenování. Viz níže si pro pochopení vysvětlíme, proč je tento výraz špatně užíván. Z tohoto důvodu jsou vyčleněny tři základní kategorie, kam se řadí již zmínění neslyšící, dále nedoslýchaví a ohluchlí.

Za **NESLYŠÍCÍ** osobu považujeme tu, která vzhledem ke sluchové ztrátě není schopna cokoliv slyšet, a tudíž ani porozumět mluvené řeči, ať již právě se sluchadlem či

bez něj (Hrubý, 2010, Potměšil: In Michalík a kol., 2011). Přesnou definici pojmu neslyšící můžeme nalézt ve sbírce zákonů. Konkrétně se tím zabývá zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, který zní přesně takto: „*Za neslyšící se pro účely tohoto zákona považují osoby, které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem.*“

Autor Hrubý (2010) dodává, že neslyšícím jedincům může zcela významně pomoci kochleární implantát². Upozorňuje však na to, že je zde důležitá včasnost, kdy podstoupit danou operaci, protože později nedochází ke zpracování stimulů sluchovým nervem z důvodu atrofie sluchové kůry v mozku.

I přesto, že již známe přesnou definici významu neslyšící, můžeme se setkat i s pojmem Neslyšící s velkým „N“, což může být pro laickou veřejnost opět velice matoucí. Rozdílem mezi těmito dvěma koncepty je z hlediska nahlížení na sluchové postižení. Na neslyšící pohlížíme z hlediska medicínského, kdy je snaha korigovat sluchovou vadu různými prostředky pro zmírnění celkového dopadu postižení. Zatímco na Neslyšící se díváme z hlediska kulturně antropologického, tedy jako na kulturní menšinu, která se být postižená rozhodně necítí. Odmítají jakýkoliv kompenzační zásah a vyznačují se tím, že mají vlastní kulturu, tradice i jazyk – tj. znakový jazyk (Procházková a Vysuček, 2007, Horáková, 2011). „*Jde o sdružování nikoliv na základě stavu sluchu, ale na základě shodných potřeb.*“ (Strnadová, 1998, s. 53).

Mezi **NEDOSLÝCHAVOU** osobu řadíme tu, u které nedochází k úplnému vymizení sluchu, ale k jejímu zhoršení. Nejlépe nám budou rozumět v tiché místnosti bez hlasitých zvuků v pozadí. Jsou to jedinci, jimž mohou sluchadla velice usnadnit rozvoj mluvené řeči. Musíme si však uvědomit, že u nedoslýchavosti rozlišujeme několik jejích stupňů³ – od lehké až po velmi těžké. Přičemž každý stupeň se projevuje jinak a pro člověka tak představuje jiný sociální dopad (Procházková a Vysuček, 2007, Potměšil, 2003, Skákalová, 2011).

² Více podrobnějších informací o kochleárním implantátu a o jejích specifikách se zabývá okruh 2.

³ Bližší informace o klasifikaci sluchových vad podle stupně pojednává kapitola 1. 3.

Nedoslýchaví představují velice široké spektrum lidí, kam se nejčastěji řadí lidé ve starším věku, protože zhoršování sluchu je důsledkem fyziologických změn stárnutí. Autor Hrubý (2010) zmiňuje, že nedoslýchaví jedinci mohou být velice osamoceni, protože ve světě slyšících se setkávají s ne příliš vřelým přijetím. Ale stejně si mohou připadat i ve světě Neslyšících, protože většina nedoslýchavých neovládá znakový jazyk na potřebné úrovni.

OHLUCHLÝ jedinec se vyznačuje tím, že u něho došlo ke ztrátě sluchu již v období ukončeného vývoje mluvené řeči. Jazyk je nedotčen a je na úrovni jako před ohluchnutím. U tohoto typu postižení nedochází ke ztrátě řeči, ale vytrácí se její formální úroveň. Také chybí běžné tempo rozšiřování slovní zásoby. Je proto důležité z hlediska logopedie udržovat srozumitelně znějící mluvu (Potměšil: In Michalík a kol., 2011, Potměšil, 2003). Autor Hrubý (2010) poukazuje na psychologickou stránku věci, kdy za největší potíže považuje to, že ohluchlí lidé vědí, jaké bylo slyšení před samotným ohluchnutím, a tudíž tento chybějící zvuk velice postrádají. Dodává však, že jim může velice pomoci již zmíněný kochleární implantát.

V rámci terminologie existuje velmi závazný dokument – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (známý též pod zkratkou MKF), který přesně formuluje klíčové pojmy, které označují funkční změny vzniklé následkem zdravotního postižení. Jak je tedy z tohoto popisu patrné, tato listina nenahlíží na postižení jako na kategorii (jak bylo uvedeno viz výše), ale hodnotí její funkční schopnosti. Je to jakýsi kompromis mezi medicínským a sociálním modelem. Jedná se o tyto pojmy – impairment, disability a handicap (Skákalová, 2016, Procházková, 2014).

Impairment by se dalo označit jako *porucha* vyskytující se na úrovni orgánu či tělního systému, přičemž jde o jakoukoliv ztrátu či abnormalitu psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce (Slowík, 2016). Jak ale autorka Skákalová (2016) poznamenává, tento doslovný překlad z angličtiny může znamenat, jak *porucha*, tak i *vada*. Na tom by nebylo nic neobvyklého, ale slova *porucha* a *vada* mají zcela odlišný význam, který je potřeba rozlišovat, protože v českém jazyce se nesprávně používají jako synonyma.

Porucha sluchu značí stav, který je pouze přechodného charakteru, kdy se po vhodné léčbě sluch může navrátit zpět k normálním hodnotám. Zatímco *vada sluchu* se vyznačuje trvalým poškozením, což znamená, že nelze dojít k jeho úplnému zlepšení.

Jak je tedy z tohoto textu patrné, tato práce se bude zabývat jedinci s vadami sluchu (Houdková, 2005).

Disability neboli *postižení* označuje stav, který může vést následně po impairmentu a znamená to určité omezení či nedostatek schopností, tedy jako důsledek poruchy, vykonávat jakékoliv běžné denní činnosti. Což pochopitelně člověka začne velice omezovat a naráží tak na společenskou bariéru (Skákalová, 2011).

Na společenskou bariéru, kterou jedinec vnímá jako určité znevýhodnění a pociťuje ji jako handicap. **Handicap** tudíž představuje *znevýhodnění* určitého jedince, které vyplývá z jeho postižení. Jedinci se tak setkávají s potížemi při zapojování do různých životních situací (Skákalová, 2016). Autorky Hudáková (2005) a Strnadová (1998) proto vysvětlují, že handicapem pro sluchově postiženou osobu není jeho hluchota, ale to, že má potíže se srozumitelností hovořící osoby v místnosti. Můžeme to přirovnat k tomu, že pro slyšícího člověka by bylo handicapem to, že se mezi neslyšící společností nedorozumí, protože neumí znakový jazyk.

Čeština je jazykem velmi bohatým, který umožňuje vytvářet nekonečnou podobu slov a spojení. Což má bohužel za následek ten, že vzniká nesprávné označování osob se sluchovým postižením, jak již bylo poukázáno viz výše na slovech sluchová vada a porucha. Autor Potměšil (2003) upozorňuje, že v souvislosti se *sluchovou vadou* se setkáváme ještě s jedním, již zmíněným termínem, a to *sluchové postižení*, kdy se vada a postižení považují v běžné praxi opět za synonyma.

Oba pojmy v sobě zahrnují tu definici, že se jedná o poškození orgánu či funkce, kdy je snížena kvalita či kvantita slyšení. Ale markantním rozdílem je, že *sluchové postižení* zahrnuje i sociální důsledky vady, což tedy znamená, že se jedná o širší termín (Potměšil, 2003).

Z těchto výčtů informací můžeme dojít k úsudku, že tyto definice jsou velice široké a neřeknou nám nic konkrétnějšího o projevech jednotlivce. K tomu je zapotřebí znát další informace, jako je období vzniku vady, stupeň či její druh (Skákalová, 2016). Jak však upozorňují autorky Horáková (2012) a Jurkovičová a kol. (2010) pro vhodnou odpovídající práci s člověkem musíme brát v potaz i jeho osobnost, protože i kdyby se sešli dva jedinci se shodným stupněm sluchové ztráty, neznamená to automaticky, že k nim budeme přistupovat stejným způsobem.

Nabízí se však otázka, jak bychom měli tedy oslovovat celé spektrum lidí, u nichž se každý z nich vyznačuje jiným stavem sluchu? Na to nám může odpovědět autorka Skákalová (2016), která ve své publikaci vytvořila přehled autorů věnující se surdopedii (viz obr. č 3, str. 20) a došla k závěru, že nejvhodnějším spojením pro oslovení celé skupiny se v současnosti jeví „**osoba se sluchovým postižením**“.

Na prvním místě je vždy člověk, tj. jeho osobitost, což vychází z myšlenky, že každý z nás má různou charakteristiku. A až poté přichází na řadu druhotné slovo, slovo postižení (Procházková, 2014, Langer, 2013, Skákalová, 2016).

Autor Hrubý (2010) nicméně upozorňuje na fakt, že bychom přeci jen měli volit patričná slova podle konkrétní situace, protože nevhodným slovem můžeme u daného člověka vzbuzovat rozhořčení. Jak totiž autorka Horáková (2011) vysvětluje, někteří sluchově postižení se opravdu necítí být postižení, jak bylo poukázáno viz výše u komunity Neslyšících, kteří jsou na svoji hluchotu náležitě hrdí.

Autor, publikace	Terminologie
Doležalová*	- osoba se sluchovým postižením
Hádková*	- <i>sluchově postižení</i> - osoba se sluchovým postižením
Holmanová, 2005	- osoba se sluchovým postižením
Horáková, 2012	- jedinec/osoba se sluchovým postižením - osoba s postižením sluchu
Hricová*	- osoba se sluchovým postižením - <i>sluchově postižení</i>
Hrubý, 1997, 1998, 2010	- <i>sluchově postižení</i> - neslyšící a nedoslýchaví - s vadou sluchu
Janotová, 1996, 1999	- <i>sluchově postižení</i>
Kučera*	- osoba se sluchovým postižením
Langer*	- osoba se sluchovým postižením - <i>sluchově postižení</i> - osoba s postižením sluchu
Neubauer, 2009	- <i>sluchově postižení</i>
Potměšil*	- <i>sluchově postižení</i> - osoba se sluchovým postižením
Poul, 1992	- s vadou sluchu
Pulda, 1998	- <i>sluchově postižení</i>
Souralová*	- osoba se sluchovým postižením - <i>sluchově postižení</i> - osoba s postižením sluchu
Vaněčková, 1996	- <i>sluchově postižení</i>
Vitásková*	- <i>sluchově postižení</i> - osoba se sluchovým postižením

* Byl proveden rozbor terminologie z přehledu dosavadní tvorby dotýčných autorů. Užívané termíny jsou seřazeny podle četnosti výskytu sestupně.

Obrázek č. 3: Přehled terminologie dle Skákalové (2016, s. 12)

1. 3 Klasifikace sluchových vad

„Vyšetření ucha, jeho stavby i funkce patří k základním otolaryngologickým vyšetřením, a to nejen u pacientů, kteří přicházejí s poruchou sluchu, ale i u ostatních poruch, jako jsou poruchy řeči, poruchy intelektu, pozornosti ve škole i poruchy orientace v prostoru.“ (Šlapák a Floriánová, 1999, s. 20).

Lékařský obor, který dokáže odhalit příčinu vzniku poruch či vad sluchu, se nazývá ORL. Za pomoci různých moderních přístrojů jsou tito specialisté schopni diagnostikovat, ve které části sluchové dráhy došlo k jejímu poškození. Důležitá je včasnost jejího zjištění, jinak by to mohlo mít fatální důsledky pro jedince (Šlapák a Floriánová, 1999, Muknšnáblová, 2014). Jak ale doplňuje autorka Strnadová (2002), ne každé sluchové postižení má objasněnou příčinu. Udává se, že se jedná zhruba o 25 % takovýchto případů.

Vzniklo nespočet publikací, jejichž autoři rozdělují sluchové vady podle několika různých kritérií. Pro naše účely práce si sluchové vady rozčleníme do tří základních kategorií:

- Klasifikace sluchových vad podle **období vzniku**
- Klasifikace sluchových vad podle **místa vzniku**
- Klasifikace sluchových vad podle **stupně**

Klasifikace sluchových vad podle období vzniku

„Sluchová vada neovlivňuje jenom řeč, ale celý vývoj jedince; je-li vada vrozená, jsou její důsledky těžší než u vad získaných v pozdějším věku.“ (Janotová a Svobodová, 1998, s. 8).

Základním dělením sluchových vad podle období vzniku je na **vrozené** (hereditární) a **získané** (postnatální) (Horáková, 2011, Černý: In Neubauer a kol., 2018, Lejska, 2003). V několika málo publikacích, jako je například od autora Hrubého (2010), se můžeme setkat ještě s třetím dělením, a to na **dědičné** vady. Jak si totiž lze povšimnout, mnoho autorů dědičné vady považuje jako součást vrozených vad. Čímž autor Hrubý (2010) nesouhlasí, protože dědičná vada se neprojeví ihned po narození, ale vlivem predispozice jedince ke sluchové ztrátě až po nějaký čas. Abychom však zachovali strukturu dělení, budou v této práci dědičné vady obsažené ve vadách vrozených.

Vrozené vady se dále rozčleňují na *geneticky podmíněné sluchové vady* a *kongenitálně získané sluchové vady*. Zatímco mezi **získanými vadami** se vyskytuje *prelingvální a postlingvální sluchová vada* (viz pro lepší porozumění poslouží obr. č. 4, s. 24) (Horáková, 2011, Lejska, 2003).

Geneticky podmíněné sluchové vady jsou takové vady, kdy se přenáší porucha genetické informace z jedné generace na generaci další. Znamená to tedy, že pokud se v předchozích generacích vyskytovala tato tzv. *autosomálně dominantní forma*, můžeme jednoznačně předpokládat, že vada se bude vyskytovat i u dalšího potomka. V odborné literatuře se však udává, že daleko častější jsou sluchové vady děděné *autosomálně recesivně*, která pokrývá více než 2/3 všech případů. Vzniká tak, že potomkovi jsou předány dva poškozené dvojice znaků od každého z rodičů. Vyplývá z toho tedy to, že aby k poruše nedošlo, musel by jeden z rodičů předat znak nepoškozený (Horáková: In Pipeková a kol., 2010, Lejska, 2003). Autorka Mukšnáblová (2014) doplňuje, že pravděpodobnost přenosu obou poškozených znaků od každého rodiče potomkovi je 25 %. Stejně tak je 25% šance, že se dítě narodí zdravé či z 50 % bude přenašečem (tj. vada se u něho neprojeví).

Co musíme však brát ještě v potaz, je, zda se u těchto forem jedná o tzv. *syndromovou* či *nesyndromovou sluchovou vadu*. Tj., zda se sluchová vada pojí s další anomálií. Pokud ano, hovoříme o tzv. syndromové sluchové vadě. Je známo zhruba 100 takových syndromů, mezi něž patří například Usherův⁴, Pendredův⁵ či Sticklerův⁶ syndrom. Naopak nejčastěji převažují již zmíněné nesyndromové poruchy, u nichž dochází až k 200 různým mutacím genů, přičemž 30 genů jsou odpovědné za autozomálně recesivní nesyndromovou ztrátu sluchu. Nejčastěji se vyskytuje gen GJB2, který kóduje bílkovinu Connexin 26. Bez této bílkoviny není vnitřní ucho schopno fungovat běžným způsobem (Černý: In Neubauer a kol., 2018, Horáková, 2012).

Kongenitálně získané sluchové vady jsou vady, které vznikají v jednom ze dvou možných časových období – *prenatálně* (v průběhu těhotenství) či *perinatálně* (během porodu). Zde sluchové vady nevznikají na genetickém podkladě, jak bylo uvedeno

⁴ Usherův syndrom zapříčiňuje vzniku hluchoslepoty (Černý: In Neubauer a kol., 2018).

⁵ Pendredův syndrom způsobuje vedle poruchy sluchu i hypofunkci štítné žlázy (Černý: In Neubauer a kol., 2018).

⁶ Sticklerův syndrom vede k postižení pojivové tkáně (Černý: In Neubauer a kol., 2018).

viz výše, ale jsou ovlivněny faktory, které působí na samotný plod v průběhu těhotenství matky (Lejska, 2003, Horáková, 2011).

V *prenatálním* období se tak může jednat o různá prodělaná onemocnění matky – např. spalničky, černý kašel, zarděnky nebo toxoplazmóza. Uvádí se, že toxoplazmóza se v prvním trimestru přenáší na plod až v 90 % všech případů, z nichž se u 25 % následně vyskytne sluchové postižení. Řadíme sem i oběhová či metabolická onemocnění matky, nejčastěji se jedná o diabetes mellitus či hypertenzi (Mukšnáblová, 2014). Dále plod mohou poškozovat toxické látky, kdy těhotná matka užívá drogy, nikotin, léky s ototoxickým účinkem či pije velké množství alkoholu (Skákalová, 2011, Horáková, 2011).

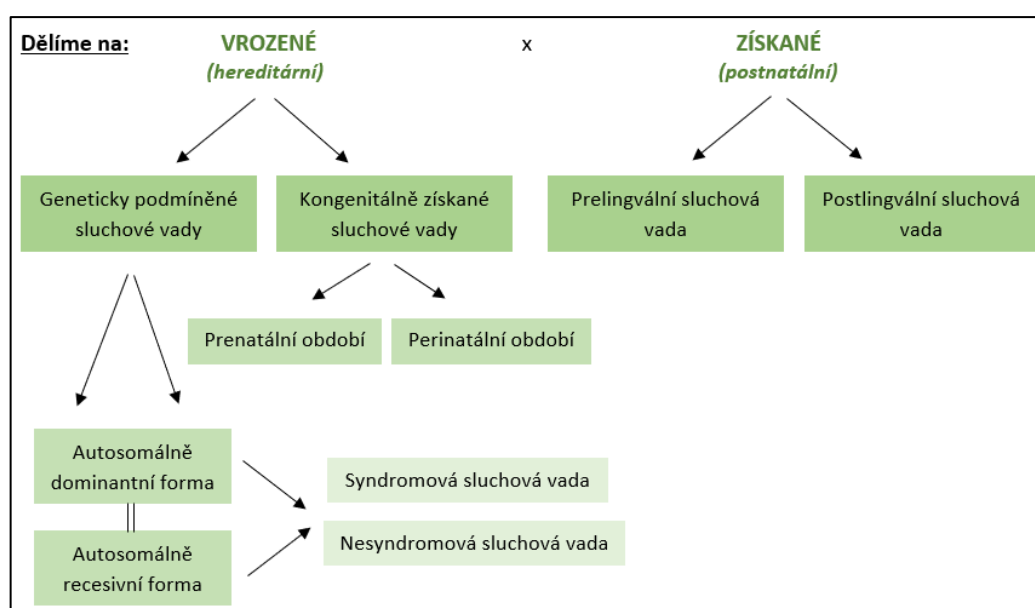
Za *perinatální* příčiny můžeme považovat nízkou porodní hmotnost (uvádí se váha pod 1 500 g); protražovaný porod; poporodní žloutenku; asfyxii, která následně může vést k hypoxii; nebo také Rh inkompatibilitu (Horáková: In Pipeková a kol., 2010). Autorka Mukšnáblová (2014) zmiňuje číselnou statistiku, že děti, které jsou déle než čtyři dny umělé ventilované, mají desetkrát vyšší riziko opětovně vracejících se ušních zánětů, přičemž u 2-4 % dětí vzniknou vážné sluchové vady.

Získané vady sluchu jsou vady, které vznikly v *postnatálním* období (v období po narození). Zde nás konkrétně zajímá časové hledisko, zda získané vady vznikly před nebo následně po upevnění řečových schopností daného jedince. Bude se tudíž jednat o *prelingvální* či *postlingvální* sluchovou vadu (Lejska, 2003, Horáková, 2011).

Prelingvální sluchová vada je mnohem těžšího rázu, protože vznikla před fixací řeči, tj. vznikla v době, kdy si člověk řeč ještě nedokázal osvojit. Což znamená, že se převážně bude jednat o jedince, kteří se zcela neslyšícími narodili či u nich došlo ke ztrátě sluchu těsně před přivlastněním jazyka (Skákalová, 2016, Mukšnáblová, 2014). Mezi hlavní příčiny těchto vad můžeme považovat zejména infekční choroby virového charakteru, jako jsou například příušnice, záněty mozkových blan, malárie, zarděnky či meningitida, která sluch postihuje v 8 %. Kromě infekčních chorob můžou sluch poškodit různé úrazy hlavy – od zlomeniny skalní kosti, k protržení či otřesu labyrintu, až po úrazové záněty středouší (Hádková, 2016, Horáková, 2012).

Z předchozího popisu je tedy zřejmé, že **postlingvální sluchová vada** bude naopak vznikat v době po fixaci řeči, tj. v době již ukončeného vývoje řeči, což se udává zhruba po 6. roce života. Příčinou sluchových vad můžou být opět různá poranění v oblasti hlavy.

Dále akustická traumata – tj. traumata vznikající při náhlých explozích či silného hluku. Poškozovat sluch může i každodenní vystavování se nadměrnému hluku (např. v hlučném pracovním prostředí, kde hodnoty dennodenně přesahují 85 dB). Nadměrný hluk způsobuje postupné vymírání sluchových buněk, což je ve stáří projevem tzv. presbyakuzie, tj. stařecké nedoslýchavosti. Patřit sem mohou také tumory, hormonální či metabolické poruchy, ale i další různá degenerativní onemocnění, jako je například Meniérova choroba⁷ (Horáková, 2012, Hádková, 2016, Mukšnáblová, 2014, Černý: In Neubauer a kol., 2018).



Obrázek č. 4: Sluchové vady podle období vzniku dle Markové (2021, s. 18)

Klasifikace sluchových vad podle místa vzniku

Podle toho, v jaké části sluchového ústrojí došlo k poškození, rozdělujeme sluchové vady do dvou základních skupin – na **periferní** a **centrální nedoslýchavost či hluchotu**. Jelikož k poškození dochází u obou skupin, základním rozdílem bude, zda bude snižená kvalita či kvantita sluchového vnímání, nebo se bude jednat až o celkovou ztrátu sluchové funkce (Hádková, 2016, Šlapák a Floriánová, 1999).

⁷ Onemocnění vnitřního ucha, kdy je postiženo sluchově rovnovážné ústrojí. Kromě zhoršení sluchu postižený jedinec pociťuje silné závratě. Přítomen bývá i tinnitus neboli ušní šelest (Černý: In Neubauer a kol., 2018).

U periferní nedoslýchavosti či hluchotě nalézáme tři podskupiny vad – **převodní, percepční a smíšenou** (opět pro lepší přehled může výrazně pomoci obr. č. 5, str. 27) (Šlapák a Floriánová, 1999, Horáková, 2012).

Převodní vady se vyznačují tím, že vada vzniká konkrétně v zevním nebo středním uchu. U těchto vad je narušena kvantita slyšení. To znamená, že člověk zachycuje tóny v daleko menší intenzitě. Dochází tedy ke snížení sluchového vjemu, ale ne k jeho zkreslení. Jedinec může mít potíže i při vnímání melodie a dynamiky hlasu, což je důležitá součást zejména neverbální komunikace, neboť díky tomu můžeme například vystihnout náladu komunikujícího partnera. Maximální ztráta slyšitelnosti je však do 60 dB (tj. oblast pro vnímání řeči), což znamená, že nikdy nedojde k úplné hluchotě, ale nanejvýš k nedoslýchavosti. Ke kompenzaci této vady dostatečně postačují sluchadla, pomocí nich jedinec opět může slyšet a porozumět mluvené řeči jako předtím (Mukšnáblová, 2014, Vágnerová, 2012, Skákalová, 2011).

Hlavní příčinou převodních vad proto bývá, že se ve středouší vyskytuje překážka, která ztěžuje kvalitní poslech zvuku. Mnohdy bývají důsledkem špatné funkce Eustachovy trubice, která zvláště způsobuje poruchu ventilace středouší. Překážkou proto může být například zvětšená nosní mandle. Zúžení nebo uzávěr zvukovodu může také zapříčinit hromadění ušního mazu či cizí těleso. Po odstranění těchto překážek by se sluch měl vrátit do předešlého stavu. Podstatně mezi závažnější sluchové vady spadají ty, které lze řešit pouze operativním zákrokem. Jedná se například o perforaci bubínku (tj. proděravění), otosklerózu⁸ či atrézii zvukovodu⁹ (Horáková, 2011, Černý: In Neubauer a kol., 2018, Skákalová, 2011, Šlapák a Floriánová, 1999).

Percepční vada je způsobena špatnou funkcí vnitřního ucha, sluchových nervů či sluchové kůry. Na rozdíl od převodní vady může mít percepční vada jakýkoliv rozsah závažnosti, od lehkých ztrát až po úplnou hluchotu (Jungwirthová, 2015, Šlapák a Floriánová, 1999). Percepční vada může způsobovat úplnou hluchotu i přesto, že převodní aparát je v naprostém pořádku (Langer, 2013). Při poškození funkce vnitřního ucha hovoříme o tzv. *kochleárním postižení*, kdy jsou poškozené především vláskové buňky Cortiho orgánu. Naopak při *retrokocheárním postižení* dochází k poruše drah sluchového nervu, který prochází VIII. hlavovým nervem a sluchovou dráhou

⁸ Postupně dochází ke změnám chrupavčitého spojení středoušního třmínku a oválného okénka (Černý: In Neubauer a kol., 2018).

⁹ Jedná se o vrozenou neprůchodnost orgánu (Šlapák a Floriánová, 1999).

v mozkovém kmeni (Mukšnáblová, 2014, Černý: In Neubauer a kol., 2018, Horáková, 2012).

Jedinci s percepční vadou mají potíže vnímat zvuky, při kterých dochází k výraznému zkreslení sluchových vjemů, zvláště u vysokých tónů. Zkreslení právě způsobuje to, že jedinec není schopen porozumět mluvené řeči. Často nám říkají velice známou větu, že slyší, ale nerozumí, o čem dotyčný hovoří (Vágnerová, 2012, Skákalová, 2011, Janotová a Svobodová, 1998). Proto i jakékoliv zesílení hlasitosti této podskupině vad moc nepomůže, neboť vnímané sluchové vjemy se stávají velmi nepříjemnými (Mukšnáblová, 2012, Vágnerová, 2012).

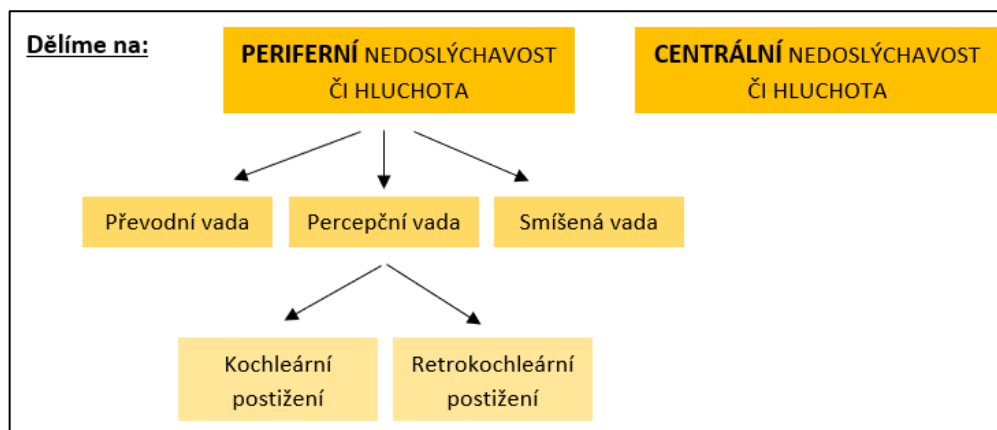
Z hlediska četnosti zastoupení se percepční typ sluchové vady vyskytuje daleko častěji než typ převodní a také oproti převodnímu typu bývá trvalého charakteru (Jungwirthová, 2012, Vágnerová, 2012). Častokrát se také vyskytuje více u vrozeně neslyšících dětí, ale výjimkou nejsou ani sami dospělí, u nichž je sluchová vada způsobena především fyzikálními vlivy (Šlapák a Floriánová, 1999, Lejska, 2003).

Fyzikální vlivy, které byly zmíněny již v předchozí podkapitole, kdy za opětovnou zmínku stojí především presbyakuzie, která postihuje čím dál mladší jedince, za což může nadměrné zvyšování hluku v životním prostředí. Vláškové buňky v hlemýždi ničí i užívání ototoxických látek, kdy kromě antibiotik z tzv. „mycinové“ řady (gentamycin, kanamycin, neomycin aj.) vadu sluchu mohou způsobovat i průmyslově chemické látky, jako jsou například soli rtuti, olova či organická rozpouštědla. Percepční vady mohou také vznikat vlivem úrazu či různě prodělaného onemocnění (meningitida, příušnice aj.) (Hrubý, 2010).

Obě vady (jak převodní, tak percepční) se však mohou různě kombinovat, proto hovoříme o **smíšených vadách** (Mukšnáblová, 2012). Obecně člověk s tímto typem má potíže se slyšením a porozuměním, kdy slyší málo a rozumí špatně (Janotová a Svobodová, 1998). Z tohoto popisu tedy vyplývá, že poškozeno může být jak zevní, tak střední, ale i vnitřní ucho.

Centrální nedoslýchavost či hluchota má samotnou příčinu přímo v korových či podkorových oblastech, odkud se zpracovává zvukový signál v mozku. V tomto případě je sluchový orgán naprosto v pořádku, ucho dokáže zcela správně přenášet zvukové vjemy, ale v mozku nedojde k jejich zpracování (Mukšnáblová, 2014, Horáková, 2011). Člověk s tímto typem vady má obtíže rozpoznat jednotlivé zvuky a přiřadit jim určitý

význam. Například nedokáže rozlišit řeč od zvonění telefonu. Jedná se o tzv. akustickou agnózii (Vágnerová, 2012, Černý: In Neubauer a kol., 2018). Autorka Muknšnáblova (2014) však dodává, že tento typ vady je velice vzácný, neboť postihuje 1:200 všech sluchových lézí.



Obrázek č. 5: Sluchové vady podle místa vzniku dle Markové (2021, s. 20)

Klasifikace sluchových vad podle stupně

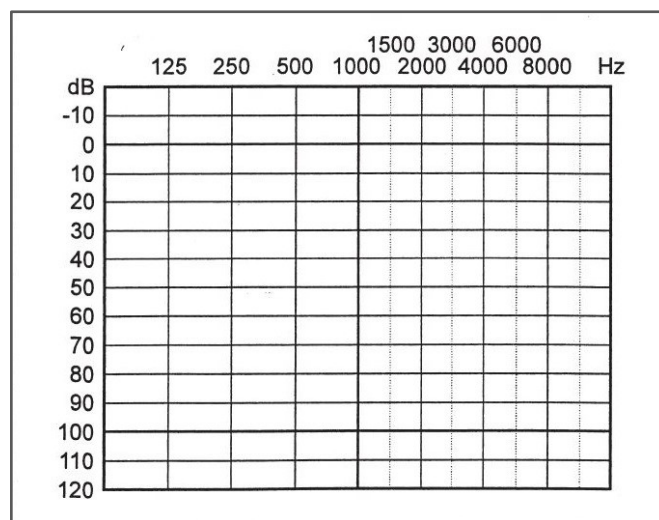
„Sluchové vady v praxi většinou posuzujeme podle vzdálenosti, ze které postižený slyší řeč; v odborné praxi se stupně sluchových vad často hodnotí podle výsledku audiometrického vyšetření, kdy se sluchová ztráta vypočítává určitým způsobem a je vyjádřena hodnotou v decibelech.“ (Janotová a Svobodová, 1998, s. 9).

Každý jedinec se sluchovým postižením může mít různou velikost ztráty sluchu, přičemž jeho ztráta nemusí být na obou uších totožná. Někdo bude mít malou ztrátu sluchu, která půjde dobře kompenzovat sluchadly. Naopak se můžeme setkat i s velmi závažným postižením sluchu, které je potřeba kompenzovat již za pomoci kochleárního implantátu (Horáková: In Pipeková a kol., 2010).

Velikost ztráty sluchu jedince má následně celkový vliv na schopnosti vnímat zvuky z okolního prostředí. Znalost stupně ztráty sluchu je tudíž velice důležitá, protože určuje, o jak moc závažné postižení z hlediska způsobu komunikace se bude jednat (Langer, 2013).

Pro zjištění přesné ztráty sluchu proto využíváme přístroj, který se nazývá audiometr. Naměřené výsledky jsou vyjádřené v decibelech. Jedná se o subjektivní

vyšetřovací metodu, což znamená, že pro stanovení diagnostických závěrů je k zapotřebí plná spolupráce pacienta (Horáková, 2012). Vyšetřovaný má totiž za úkol vždy hlásit zaslechnutí tónu (vždy na každém uchu zvlášť), který má různě nastavitelnou výšku a hladinu frekvence. Nejnižší hodnoty prahu sluchu se poté vyznačují do tzv. audiogramu, což je grafický záznam (viz obr. č. 6, str. 28) (Slowík, 2016, Suralová a Langer, 2005). Hodnoty se vypočítávají na kmitočtech o různých frekvencích, nejčastěji se jedná o hodnoty 125 – 8 000 Hz. Práh sluchu je naopak zaznamenán od -10 do 120 dB (Lejska, 2003).



Obrázek č. 6: Prázdný formulář audiogramu dle Lejsky (2003, s. 30)

Alternativou může být i slovní audiometrie, která za pomoci slovních sestav zjišťuje úroveň porozumění. Není však vhodná pro jedince s vrozenou těžkou sluchovou vadou či pro jedince s kombinovaným postižením, neboť nikdy neslyšeli nezkreslenou řeč (Horáková: In Pipeková a kol., 2006).

Podle výpočtu ztráty sluchu vznikají konkrétní kategorie, které se však mohou od jednotlivých autorů lišit. Je to dáno především tím, že hlavním hlediskem je účel, pro něj jsou kritéria stanovena. To znamená, že kategorie se budou odlišovat napříč obory. Jinak to bude pro lékařství, pedagogiku a jinak to bude vyhodnocovat odbor sociálních věcí (Suralová, 2005).

Podíváme-li se na tabulku č. 1 a porovnáme ji s obrázkem č. 7. můžeme zjistit, že hodnota **normálního sluchu** se pohybuje v rozmezí od **0 dB do 25 dB**. Zde je člověk schopen zachycovat i ty nejslabší zvuky, což může například být šumění listů či počítače, tikot hodinek, let mouchy, nebo i obyčejný šepot (Hádková, 2016, Horáková, 2012).

Člověk s **lehkou nedoslýchavostí (26 dB – 40 dB)** není schopen moc dobře slyšet nejnižší zvuky, například tikot hodinek nezachytí už ze vzdálenosti dvou metrů. Zde se setkává zejména i s komunikačními obtížemi, kdy špatně rozumí tichému rozhovoru v uzavřeném prostoru (Janotová a Svobodová, 1998, Blažková, 2014). Potměšil (In: Michalík a kol., 2011) dodává, že již jedinci s tímto stupněm ztráty sluchu vykazují vysokou unavitelnost, což je dáno tím, že pro obyčejnou konverzaci se snaží potlačit rušivé zvuky v okolí.

Středně těžká nedoslýchavost (41 dB – 60 dB) se vyznačuje tím, že jedinec má potíže se slyšením ve velmi hlučném prostředí, kde hovoří více lidí najednou. Při zapojování do těchto rozhovorů na hlasitých místech se jedinec mnohdy setkává s nedorozuměním. I zde se projevuje zvýšená únava, ale dostavují se i bolesti hlavy (Potměšil: In Michalík a kol., 2011, Horáková, 2012).

U **těžké nedoslýchavosti (61 dB – 80 dB)** má jedinec potíže slyšet zvuky především v domácím prostředí – např. poslech televize, vysavače či zvonění budíku. Setkáváme se se zvýšením narušení komunikačního procesu, což má za následek, že je člověk více izolován od společnosti. Jedinci se cítí být společností odmítaní, což nenarušuje jenom jejich běžný život, ale i ten pracovní (Blažková, 2014, Hádková, 2016, Potměšil: In Michalík a kol., 2011).

Jedinec s **velmi těžkou nedoslýchavostí (81 dB – 90 dB)** nedokáže rozpoznat zvuky z ulice, především zvuky motorových vozidel, jako například motocyklu, osobního či nákladního automobilu. Odezva na mluvenou řeč bývá také špatná či žádná. Stejně jako u těžké nedoslýchavosti se ani tady člověk neobejde již bez vhodných kompenzačních pomůcek (Blažková, 2014, Horáková, 2012).

Při **ztrátě sluchu nad 91 dB** člověk není schopen slyšet a ani reagovat na zvuky, jako je například zvuk sekačky na trávu, rockový koncert či cirkulárka (Potměšil, 2003). Jakýkoliv nepříznivý hluk nad 120 dB vede k trvalému poškození sluchu (Hádková, 2016).

2 Kochleární implantát

Nyní se dostáváme k dalšímu okruhu, který je pro naši práci velmi důležitý. Zabývá se tématem, jenž je zaměřené na jedince, kteří jsou uživateli kochleárního implantátu. Jedná se o jednu z mnoha dostupných kompenzačních pomůcek na trhu, sloužící k překonání komunikační bariéry vzniklé z důvodu sluchové vady (Horáková, 2012).

Kochleární implantát je určen jednak dětem, které se narodily s vrozeným oboustranným těžkým postižením sluchu. Tedy prelingválně neslyšícím dětem, jenž se musí operativního zákroku podrobit zhruba do 6 let věku, neboť, jak bylo zmíněno již v předchozích kapitolách, později dochází k atrofii sluchové kůry v mozku. Dále jsou vhodnými adepty jedinci, kteří ohluchli v jakémkoliv věku, přičemž u dospělých to bývá nejčastěji následkem úrazu či zhoršením stavu sluchu. Jsou to tudíž jedinci, u nichž ani nejvýkonnější sluchadla neumožňují vnímat a rozvíjet mluvenou řeč (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, Horáková, 2012).

Názory na kochleární implantát se velice různí. Odborníci z řad lékařů, kteří se problematikou sluchového postižení zabývají, kochleární implantát vnímají jako velice prospěšnou věc. Díky němu mohou sluch vnímat i úplně neslyšící jedinci, kteří by ani za pomoci sluchadla nedokázali vůbec slyšet. Negativní postoj zastává komunita Neslyšících, která kochleární implantát vnímá jako nepotřebnou věc. Jak již bylo řečeno, Neslyšící se nepovažují být postižení, a proto hluchotu nepovažují za nemoc. Na jakýkoliv kompenzační zásah nahlížíjí jako na nerespektování jejich identity, kultury a jejich (znakového) jazyka. Považují tento zásah za násilné zařazování do slyšící, tedy majoritní společnosti (Horáková, 2012).

2. 1 Stavba a princip fungování kochleárního implantátu

Jak bychom mohli správně definovat pojem kochleární implantát, když už víme, že je určen především pro jedince, kteří ani po užití nejvýkonnějších sluchadel nedokáží slyšet mluvenou řeč? Autorka Holmanová (2002, s. 59) říká, že: „*Kochleární (nitroušní) implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací (drážděním) sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha.*“

Na základě této definice můžeme proto zjednodušeně říct, že se jedná o převod zvuku na elektrické impulsy, které stimulují sluchový nerv. To znamená, že kochleární implantát funguje zcela na jiném principu než sluchadlo, protože u sluchadla se nejedná o nahrazení celého vnitřního ucha. Kochleární implantát na rozdíl od sluchadla nezesiluje zvuky, které se ze zvukovodu dostávají postupně do vnitřního ucha, kde je pak zvuk zpracován. Kochleární implantát vnitřní ucho naopak úplně obchází. Obchází poškozené sluchové buňky a sluchový nerv je tak drážděn přímo v hlemýždi – cochley. Odtud informace dále putují do mozku, kde jsou vyhodnoceny jako zvuk (Tichý: In Motejzíkova a kol., 2009, Hádková, 2016, Janotová a Svobodová, 1998).

Aby tento způsob přenosu zvuku do vnitřního ucha mohl fungovat, jsou k tomu zapotřebí dvě části (viz obr. č. 8, str. 33), ze které se kochleární implantát skládá – z vnější a vnitřní části (Janotová a Svobodová, 1998).

Vnější část se skládá ze tří komponentů – *zvukového procesoru, mikrofonu a vysílací cívký*. Je to část, kterou můžeme na člověku zpozorovat pouhým okem a je umístěna v blízkosti ucha, respektive přímo za ušním boltcem. Jelikož je tato část dennodenně vystavována vnějším vlivům (např. vlivům teplot, prachu či potu), je zapotřebí, aby její uživatel tuto část udržoval v naprostém pořádku (Horáková, 2012, Tichý: In Motejzíkova a kol., 2009). U novějších modelů je možnost si i za pomoci dálkového ovladače zkontrolovat funkci procesoru či jeho celkový stav (Mukšnáblová, 2014).

Pro uložení vhodných dílů do **vnitřní části** se jedinec musí podrobit invazivnímu zákroku. Tj. podstoupit operaci, kdy mu je přímo pod kůží do jamky skalní kosti voperován *přijímací stimulátor* a do hlemýžďe *svazek 22 stimulačních elektrod*. Elektrody mají tvar tenkého drátku a jsou v prstencovitém uspořádání. Každá elektroda jejímu uživateli umožňuje rozlišovat spousty tónů o různých frekvencích. Další 2 elektrody (referenční) jsou umístěné vně (pod temporálním svalem a na pouzdru implantátu). Tyto dvě elektrody v hlemýždi rozšiřují možnost stimulace sluchových vláken (Janotová a Svobodová, 1998, Hádková, 2016).

Operativní zákrok trvá přibližně tři hodiny, u oboustranné implantaci se čas prodlužuje zhruba na pět hodin. Pacient je v plné anestezii a zkušený chirurg provádí operaci za pomoci operačního mikroskopu. Přijímací stimulátor operatér vkládá přímo pod kůží v blízkosti ucha, kde vytvoří mělké lůžko a svazek elektrod zavede přímo

do hlemýžďe. Svazek elektrod musí být velice ohebný, aby právě snáz pronikl do hlemýžďe (Hádková, 2016, Holmanová: In Neubauer a kol., 2018).

Následně hned po operativním zákroku je důležité ověřit účinnost implantátu, což se provádí za speciálního měření, tzv. NRT (Neutral Response Telemetry). Zhruba po pěti až sedmi dnech, kdy je zcela zhojená rána, se pacient propouští domů. Rizika kochleární implantace jsou běžná, tak jako u každých operacích prováděných v narkóze (Holmanová, 2002, Hádková, 2016).

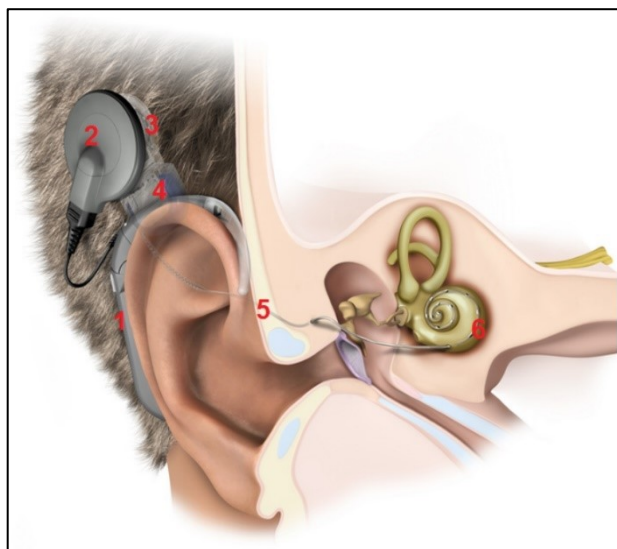


Obrázek č. 8: Stavba kochleárního implantátu dle Markové (2021, s. 27)

Po vysvětlení jednotlivých komponentů stavby kochleárního implantátu si vysvětlíme způsob přenosu zvuku z vnější části do té vnitřní (za pomoci obrázku č. 9 na straně 34). Aby jeho uživatel mohl slyšet, je v první řadě zapotřebí, aby vysílací cívka (vnější část) a přijímací stimulátor (vnitřní část) byly na sobě za pomoci sil magnetů napojené. **Princip přenosu zvuku funguje takto:**

1. Za pomoci mikrofону jsou zachycovány zvuky z vnějšího prostředí, které dále putují do zvukového procesoru.
2. Ze zvukového procesoru zpracovaný signál odchází přes kablík do vysílací cívky.
3. Z vysílací cívky probíhá přenos za pomoci elektroakustických vln do implantované části, tj. do přijímacího stimulátoru.
4. Ve vnitřní části implantátu je informace dekódována, to znamená, že zvuk je převeden na elektrické impulsy.
5. Tyto impulsy jsou dále vedeny do svazku elektrod za pomoci drátků, které lze vidět pouze pod mikroskopickým zařízením.

6. Svazky elektrod se nachází uvnitř hlemýždě, kde dochází ke stimulaci sluchového nervu. Sluchový nerv vydá výslednou informaci do vyšších pater sluchových drah a následně mozku, kde dochází k rozeznání konkrétního zvuku (Holmanová, 2002, Hádková, 2016).



Obrázek č. 9: Princip slyšení s KI (zdroj: Audionika)

2. 2 Vývoj kochleárního implantátu (minulost a současnost)

„Sluchová vada brání, případně znemožňuje orientaci v prostoru podle zvuku, omezuje příjem zvukových informací, znesnadňuje rozvíjení řeči a komunikaci se slyšícími. Proto odborníci uvažovali několik desítek let, jak nahradit chybějící sluch pacientům, kterým ani nejvýkonnější sluchadlo neumožní rozumět řeči.“ (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, s. 671).

Pohlédneme-li se zpět do minulosti, zjistíme, že první pokusy o přímou stimulaci sluchového nervu se datují již v druhé polovině 20. století. Konkrétně roku 1956 ve Francii tento koncept vyvinuli dva vědci, fyzik André Djourno a otolaryngolog Charles Eyries. O rok později, tedy v únoru roku 1957 implantovali prvního pacienta, který trpěl oboustrannou hluchotou. Jednalo se o jednovodičový systém, který umožňoval vnímat zvuky. Jak však sám pacient udával, dokázal časem rozumět jednotlivým slovům a zlepšila se i jeho schopnost odezírat (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, Hádková, 2012).

O této metodě se dozvěděli další vědci, jeden z nich byl Američan William House, který roku 1961 voperoval pětielektrodový systém. I tyto výsledky byly celkem příznivé, avšak k dalšímu rozvoji došlo až o dva roky později. Tedy v roce 1963, kdy němečtí lékaři Fritz Zöllner a Wolf Dieter Keidel pro zprostředkování lidské řeči vytvořili kochleární neuroprotézu a uvedli hlavní kritéria pro funkci zvukového procesu. Roku 1971 proběhla v USA již první kochleární implantace touto jednokanálovou neuroprotézou. Rovněž roku 1967 Australan Graeme Clark prováděl výzkumy na vývoji neuroprotézy, z něhož se vyvinula do dnešní podoby nejvíce využívána neuroprotéza Nucleus¹⁰ (Hádková, 2012).

První multikanálový mikroelektronický kochleární implantát se v roce 1977 povedlo vyvinout rakouským manželům Hochmairovým. A v témž roce došlo i na první operaci. O rok později vznikl vícekanálový implantát Nucleus a o další čtyři roky později došlo i na vytvoření 22kanálové kochleárního implantátu, který se vyznačuje titanovým pouzdem. Toto pouzdro má za úkol chránit část implantátu proti jeho zlomení. Tento implantát (Nucleus 22) se stal nejrozšířenějším na světě, neboť v roce 1985 došlo ke schválení, že ho mohou použít dospělé osoby. A o pět let později, v roce 1990 bylo schválení přijato i pro děti od dvou do sedmnácti let. V roce 2000 se opět změnila implantační kritéria, kdy komise schválila, že novější implantační systém Nucleus 24 (se dvěma elektrodami navíc) může být využit u dětí už od 12 měsíců (Hádková, 2016, Holmanová: In Neubauer a kol., 2018).

V roce 1989 vznikla v rakouském Innsbrucku firma Med-El, která v roce 1991 jako první na světě přišla se závěsným zvukovým procesorem. Med-El o tři roky později zavedla nový model, který se poprvé implantoval bilaterálně, což umožňovalo oboustranné slyšení. Roku 1993 přichází na scénu americká firma Advanced Bionics (AB), která se též zabývá výrobou a distribucí kochleárních implantátů. V roce 2009 dokonce zahájila spolupráci s Phonak (firma se sluchadly), aby mohla lépe vyvíjet oblast slyšení při používání obou kompenzačních pomůcek současně. Samozřejmě existují další firmy, které se ale na českém trhu již nevyskytují. Jedná se například o belgickou firmu Philips Hearing Implants či francouzskou firmu MXM – Neurelec (Hádková, 2016).

U nás v České republice vznikaly první pokusy o jednokanálové kochleární implantáty v Ústavu radiotechniky a elektroniky Československé akademie věd.

¹⁰ Nucleus dnes patří k nejstarším modelům od australské firmy **Cochlear**. V České republice jsou ještě k dostání další dvě značky – rakouský **Med-El** a americký **AB** (Advanced Bionics) (Hádková, 2016).

Zabývala se tím výzkumná skupina, která mimo jiné pracovala i na jiných elektronických pomůckách pro různé spektrum osob se sluchovým postižením. Důvodem, proč vědci takto experimentovali, bylo, že dovoz kochleárních implantátů z cizích zemí tehdy nebylo možné. 19. ledna 1987 první implantát dostal ohluchlý pacient, který dokázal slyšet zvuky. Postupně bylo implantováno dalších deset pacientů, ale kvůli technické vadě všech deset implantátů selhalo. Po roce 1989 se však zahraniční stránka věci zlepšila a dovoz implantátů, zejména implantátů australské značky Cochlear probíhal už od roku 1993. První český pacient byl však implantován ještě v německém Hannoveru v roce 1992. Značka Med-El je na českém trhu k dostání od roku 2005 a novější AB od podzimu 2015 (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, Hádková, 2016, Muknšnáblová, 2014).

V České republice máme dohromady **čtyři centra** kochleárních implantací, přičemž v roce 1993 se poprvé začalo implantovat ve Fakultní nemocnici Motol v **Praze**. Zde bylo v roce 1996 na ORL klinice 2. LF UK Ministerstvem zdravotnictví zřízeno Centrum kochleárních implantací u dětí (CKID). Tehdy zřízené jako jediné pracoviště v České republice, které mělo na starosti kochleární implantace dětí a mladistvých do 18 let. Dospělá část se nachází přímo na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK (Hádková, 2012, Holmanová, 2002).

V roce 2012 bylo zřízeno implantační centrum v **Brně** při Fakultní nemocnici u sv. Anny, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku. Zde byl první pacient operován rakouskou značkou Med-El. O rok později, tedy v roce 2013 vzniklo další implantační centrum v **Ostravě** – Centrum kochleárních implantací v Ostravě (CKIO) na ORL klinice FN Ostrava (Hádková, 2016). A čtvrtým, zatím posledním implantačním centrem je **Hradec Králové**, které provedlo svou první operaci kochleárního implantátu v roce 2016. Leží při Fakultní nemocnici Hradec Králové, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku (Fakultní nemocnice Hradec Králové).

2. 3 Výběr kandidátů

„Základní podmínkou implantace je neporušený sluchový nerv. Vzhledem k následné náročné rehabilitaci sluchu a rovněž i ceně zařízení kandidáti na implantaci podléhají přesným kritériím výběru, zahrnujícím hlediska audiologická, psychologická, ale i rehabilitační a sociální.“ (Škodová a kol., 2003, s. 459).

Podmínky pro implantaci se v historii téměř skokově měnily. Jak bylo možné si povšimnout, dříve implantát byl určen zejména pro ohluchlé osoby. Až v roce 1990 se přistoupilo i na implantaci neslyšících dětí, přičemž se postupně snižovala hranice věku, kdy je dnes možné zavést kochleární implantát i téměř dvouletému dítěti. Snižování věku je velice důležité, protože při implantaci hraje obzvláště čas velkou roli. Čím dříve se implantát zavede, tím menší dopad to má na jeho uživatele. Proto platí, že čím dříve dojde k obnovení sluchových vjemů, tím je menší riziko vzniku senzorické deprivace, která má vliv na rozvoj sluchu a řeči (Hádková, 2012, Hádková, 2016).

Protože kochleární implantace je velice nákladná operace, rozhoduje o její vhodnosti zavedení vícečlenná komise, která se skládá z různých odborníků – od lékařů, psychologů, zástupců od zdravotní pojišťovny či po zástupců z ministerstva zdravotnictví (Muknšnáblova, 2014).

Aby se jedinec mohl plnohodnotně stát uživatelem kochleárního implantátu, je zapotřebí splnit několik určitých kritérií a nejméně po dobu šesti měsíců je pod dohledem odborníků sledován. V prvé řadě jsou to kritéria, která byla již na začátku nastíněná, a to, že ani s nejvýkonnějším sluchadlem není jedinec schopen slyšet ani porozumět řeči. U dětí se jedná především o vrozeně (prelingválně) neslyšící, které mají oboustranné těžké postižení sluchu, přičemž zde figuruje věk, do kdy je provedení operace vhodné. Doporučuje se zejména operovat mezi druhým a čtvrtým rokem věku, ale nejpozději však do šesti let. Jsou mezi nimi i děti ohluchlé (způsobené např. virózou či meningitidou), u nichž se implantace provádí od stanovení diagnózy co nejdříve, aby nedošlo k osifikaci cochleary, protože poté by už nešlo do hlemýždě zavést svazek elektrod. Dospělí jedinci se potýkají se získanou (postlingválně) vadou sluchu, kdy ohluchli např. následkem úrazu či vlivem stáří (Holmanová, 2002, Holmanová: In Neubauer a kol., 2018).

Pro zjištění stupně ztráty se proto potenciálně vhodný kandidát na implantaci musí dostavit k **audiologickému vyšetření**, kde hodnoty sluchového prahu na frekvencích 500 – 4000 Hz musí být horší než 75 dB, za pomoci sluchadla hladina slyšení horší než 50 dB. U audiologického vyšetření se využívá tónová a slovní audiometrie, při kterém je však zapotřebí spolupráce adepta. Proto se hlavně u malých dětí využívá objektivní audiometrie, přičemž nejvíce rozšířená je BERA. Ta za pomoci přístroje zaznamenává reakce mozku na podněty o různé hlasitosti (Holmanová, 2002, Holmanová: In Neubauer

a kol., 2018). Pokud se neimplantuje bilaterálně, vybírá se většinou ucho s horšími audiologickými výsledky (Hádková, 2012).

Zdravotní vyšetření spočívá v tom, že foniatr zjistí, zda adept na implantaci nemá porušený sluchový nerv, což se provádí prostřednictvím zobrazovacích metod vnitřního ucha, zejména pomocí počítačové tomografie či MRI. Pokud se totiž ukáže, že sluchový nerv je poškozený, pak je osoba spíše vhodným kandidátem na kmenovou implantaci¹¹. Pomocí zobrazovacích metod se ověřuje i průchodnost hlemýždě, který je nezbytný pro zavedení potřebného svazku elektrod. Kontraindikací bývají i chronické záněty středouší a pro samotnou operaci při celkové anestezii se musí vyloučit další onemocnění, jako je například závažná srdeční vada, hemofilie či hydrocefalus aj. (Holmanová: In Neubauer a kol. 2018, Hádková, 2012).

Psychologickým vyšetřením se posuzují schopnosti, vlastnosti a pracovní návyky pro každodenní využívání kochleárního implantátu. To znamená, zda potenciální adept bude motivován v průběhu rehabilitace za této kompenzační pomůcky rozvíjet sluchové a řečové schopnosti. Zvláště u rodičů malých dětí se zjišťuje, zda bude z jejich strany ochota s dítětem dlouhodobě spolupracovat, protože implantací proces zdaleka nekončí. Vhodnost kochleární implantace u malých dětí nelze hned posoudit, proto se provádí předoperační rehabilitace, kde se po určité době stanoví konečné závěry. Pokud není žádný zájem za pomoci implantátu rozvíjet sluch a řeč, nemá smysl takového člověka implantovat, neboť by se pozitivní výsledky nedostavily (Šlapák a Floriánová, 1999, Holmanová, 2002, Hádková, 2012).

U **logopedického vyšetření** se zkoumá aktivní spolupráce uchazeče na zadaných úkolech. Součástí je zaměření na řečovou a sluchovou výchovu, ale i na odezírání. Logoped také posuzuje chování u těchto jednotlivých činností. U malých dětí logoped ještě hodnotí spolupráci rodičů, kteří získávají určité návody pro rehabilitaci na procvičování s dítětem doma (Vymlátílová: In Motejzíkova a kol., 2009).

Důležitá je celková **informovanost** kandidáta či rodičů dětského kandidáta, kteří získají konkrétní představu o tom, co všechno kochleární implantace obnáší. Seznámí se s přínosy, omezením, ale také s riziky spojené s implantací. Také jsou obeznámeni o současných modelech implantačních systémů a o jejich způsobech hrazení, kdy je vše

¹¹ Implantuje se malá destička ve tvaru terčíku s elektrodami pod strop čtvrté mozkové komory, kde se nachází nejnižší etáže sluchové dráhy. Znamená to tedy, že hlemýžď zůstává úplně nedotčen (Horáková, 2011).

v kompetenci zdravotních pojišťoven. Dospělí kandidáti jsou připraveni i na to, že při programování budou zvuky slyšet odlišně, než byli doposud zvyklí (Hádková, 2012, Holmanová: In Neubauer a kol., 2018).

2. 4 Rehabilitace po kochleární implantaci

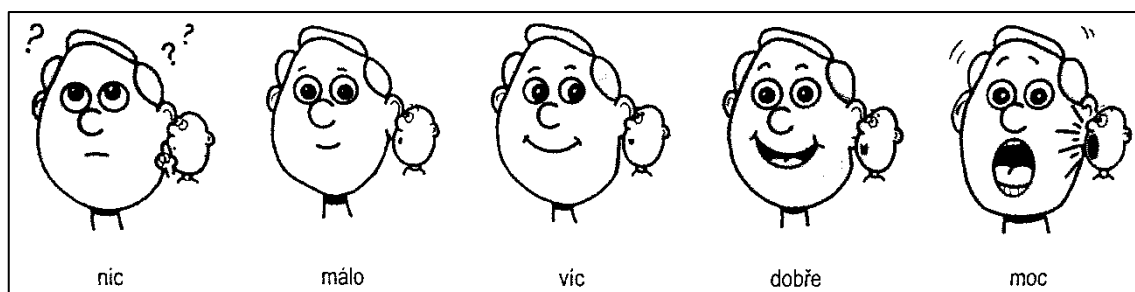
Jelikož pro získání kochleárního implantátu je zapotřebí se podrobit operativního zákroku a následně docházení na jeho programování, podílí se na této akci řada odborníků z multidisciplinárního týmu – od ORL lékaře, implantujícího otochirurga, foniatra, psychologa, logopeda, inženýra až po audiologické sestry (Hádková, 2016).

Po operativním zákroku, zhruba po čtyřech až šesti týdnech, dochází k prvnímu programování zvukového procesoru, se kterým je jeho nový uživatel seznámen. Aby vše fungovalo, jak má, je nezbytnou podmínkou dokonalá souhra mezi zkušeným logopedem a inženýrem, který za speciálního programu nastavuje vhodný práh pro slyšení a porozumění. Zpočátku nebývají všechny elektrody zapojené, rozsah je velmi úzký, protože si nový uživatel musí na nové vjemy postupně zvykat. Neměli bychom z tohoto důvodu překračovat práh bolesti, protože bychom tímto způsobem mohli nového uživatele polekat, což by se mohlo odrážet v negativním výsledku celkového odmítnutí implantátu (Holmanová, 2002).

Během programování je důležitá aktivní spolupráce uživatele, který dokáže určit, který zvuk je mu ještě příjemný a který nikoliv, případně hlásit, že nic neslyší. To vše se nejčastěji určuje za pomoci škály, kterou má uživatel před sebou (viz pro ukázkou poslouží obr. č. 10, str. 40). Na základě toho se vytvoří tzv. mapa, která se v průběhu dalších nastavování upravuje do konečné podoby. U malých dětí bývá spolupráce velice problematická, neboť většina dětí není schopna poskytnout přibližný odhad úrovně slyšení. Mohou také pociťovat strach z vnější části – zvukového procesoru. Také bývají daleko dříve unavené, což má vliv na délce soustředěnosti. U postlingválně neslyšících dospělých uživatelů se naopak zpočátku setkáváme s tím, že mají pocit, že slyší velice nepřirozeně, ale stačí pár dní, aby si na nový zvuk zvykli a poté ho považují již za normální (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018).

K nastavování zvukového procesoru by mělo docházet alespoň jednou za rok. U nových uživatelů zpočátku návštěvnost programování bývá častější, většinou v intervalu až desetkrát za rok. Zprvu to bývá dvakrát týdně, poté se interval prodlužuje

na týden, následně čtrnáctidenní až měsíční návštěvy. Je to ovšem velice individuální, takže pokud uživatelé či rodiče uživatelů zpozorují jakékoliv změny sluchového vnímání, mohou se s logopedem domluvit na neodkladné schůzce (Holmanová, 2012).



Obrázek č. 10: Škála intenzity zvuku dle Holmanové (In: Neubauer a kol., 2018, s. 676)

Pokud uživatel chce naplno rozvíjet sluchové vnímání skrze kochleární implantát, je nezbytná pooperační rehabilitační péče. Jak dlouhá a úspěšná bude, se odvíjí od každého jedince zvlášť. Každý jedinec disponuje určitými faktory, které ovlivňují její výsledek. Je to především věk, kdy došlo k odhalení sluchové vady a zahájení rehabilitace, ale také například věk implantace. Udává se, že u dětí s prelingvální sluchovou vadou je rehabilitace mnohdy složitější a delší, protože na rozdíl od postlingválně ohluchlých, zejména dospělých jedinců, předtím nikdy neslyšely, a proto nemají zkušenosti se sluchovou percepcí. Na druhou stranu ani u dospělých ohluchlých nemusí dojít k hladkému průběhu, neboť u některých uběhla velmi dlouhá doba od ohluchnutí k implantaci. Pro rozvoj mluvené řeči u prelingválně neslyšících je potřebná rehabilitace minimálně dva roky a další tři roky pro bezproblémovou komunikaci se slyšícími (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, Mukšnáblová, 2014).

Mezi další faktory řadíme i to, zda má uživatel další zdravotní problémy, protože dnes je možné do implantačního programu zařazovat jedince s různým kombinovaným postižením. Velkou roli hrají i osobnostní předpoklady, ve kterých například figuruje nadání pro řeč a jazyk, ale také povahové vlastnosti a schopnosti. Nezbytnou podmínkou pro úspěšnou rehabilitaci se jeví i inteligence a psychická odolnost (Houdková, 2005, Horáková, 2012). Velmi důležitým předpokladem pro zdařilou rehabilitaci však je: „...celodenní užívání vnějších částí kochleárního implantátu a optimální nastavení zvukového procesoru.“ (Hádková, 2016, s. 90).

Při rehabilitaci dbáme především na to, aby uživatel poznával přítomnost zvuků a uměl na ně vzápětí reagovat. Taktéž ho upozorňujeme na různé zvuky, které lze v určité chvíli slyšet. Učíme ho i poslouchat okolní hlasy přítomných lidí. Vedeme klienta k rozpoznávání různě znějících zvuků – například zvuky s vysokým či hlubokým tónem, zvuky tiché a hlasité či zvuky s krátkým a dlouhým obsahem. Postupně přecházíme i k identifikaci zvukového nebo řečového podnětu, tj. dáváme jednotlivým zvukům a slovům určitý význam. Tímto postupem se snažíme docílit k rozumění každodenního rozhovoru, kdy uživatel nepotřebuje využívat zrakovou kontrolu pro odezírání. Využívají se různé pomůcky úměrné k věku klienta. To znamená, že například u malých dětí ke spolupráci motivujeme pomocí různých her (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, Muknšnáblova, 2014, Kašpar, 2008).

2. 5 Výsledky kochleárního implantátu

Jak bylo již výše řečeno, výsledky implantace se budou odvíjet od různých faktorů, které ovlivňují každého jedince rozdílným způsobem. Ukazuje se však, že kochleární implantát je velice užitečná pomůcka, která umožňuje všem jejím uživatelům rozvíjet sluchové vnímání a budovat řečovou produkci, což je nezbytný předpoklad pro zapojení se do slyšící společnosti (Holmanová: In Neubauer a kol., 2018, Horáková, 2012).

Existuje nespočetné množství různých studií, které se zabývaly otázkou, jaký je vhodný věk implantace u neslyšících dětí a došlo se k závěru, že děti operované před třetím rokem života dosahují lepších výsledků než ty děti, které podstupují implantaci až po třetím roce života. Je to dáno tím, že o čím mladší dítě půjde, tím více pro něho bude přirozené rozvíjet sluchovou percepci a řeč. Přičemž se brzy dostane na stejnou úroveň, jako jeho slyšící vrstevníci. U dospělých ohluchlých se také ukazuje, že včasnost implantace je důležitá, neboť čím dříve dojde k implantaci od jejího ohluchnutí, tím lépe se bude rozvíjet pooperační rehabilitace, která umožňuje co nejrychlejší návrat mezi slyšící společnost (Hádková, 2012, Holmanová: In Neubauer a kol., 2018).

Výsledky, tedy přínosy kochleárního implantátu, lze určovat za pomoci tzv. Nottinghamské škály (viz obr. č. 11, str. 42), která na základě osmi stupňů stanovuje možnou účinnost využití kochleárního implantátu. To znamená, že uživatel, který dosáhne nejvyššího možného čísla, tedy v tomto případě čísla sedm, je u něho

přínos kochleárního implantátu na velmi vysoké úrovni (Potměšil: In Michalík a kol., 2011).

0	nedetekuje zvuky okolí
1	vnímá zvuky okolí (ověřeno aspoň ve čtyřech situacích)
2	reaguje na zvuky řeči (bú, pápá, hop)
3	identifikuje zvuky okolí (pravidelně pozorujeme, že dítě monitoruje zvuky okolí sluchem)
4	diskriminuje zvuky řeči bez odezírání (rozezná jakoukolí kombinaci dvou Lingových zvuků)
5	rozumí běžným frázím bez odezírání (Jak se jmenuješ?)
6	rozumí řeči bez odezírání (rozhovor se známou osobou)
7	používá telefon

Obrázek č. 11: Nottinghamská škála dle Vymlátilové (In: Škodová a kol., 2007, s. 486)

Na základě této Nottinghamské stupnice (obr. č. 11) sama autorka Vymlátilová (In: Škodová a kol., 2007) prováděla výzkum v Tuzemsku, kdy zkoumala, jak na tom jsou prelingválně neslyšící děti, jež pravidelně rehabilitují více než tři roky. Došla k velice uspokojivému výsledku, při kterém zjistila, že 65 % dětí bez problémů rozumí druhým lidem, aniž by potřebovaly odezírat – tj. tyto děti se nachází na stupnici číslo 6. Děti, které dokážou bez potíží telefonovat, je zhruba polovina z 65 %. Dalších 25 % dětí rozumí běžně používaným frázím bez odezírání, což ale neznamená, že by se jejich vývoj pozastavil. Naopak se u nich ještě předpokládá, že dojde k dalšímu zlepšení sluchových percepčí. Zbýlých 10 % dětí se na stupnici nachází pod číslem pět, což znamená, že bez pomoci odezírání jsou schopné porozumět jen známým slovům. Předpokládá se, že 10 % zastupují ty děti, které mají různé kombinované postižení.

Jak zmiňuje autorka Holmanová (In: Neubauer a kol., 2018), celkové výsledky implantací se budou v budoucnosti více měnit, protože, jak bylo již zmíněno, narůstá počet dětí s přidruženými poruchami, které jsou zařazené do implantačního programu. Jedná se například o děti s DMO, PAS, ADHD, s mentálním či zrakovým postižením. Například děti s těžšími formami DMO se potýkají s potížemi, kdy se jim ne zcela daří rozvinout mluvenou řeč do potřebné úrovně. Na druhou stranu díky kochleárnímu

implantátu mohou zachycovat různé zvuky, na které se v rámci svých možností snaží adekvátně reagovat.

Abychom však nezůstávali pouze u výsledků prelingválně neslyšících dětí, přesuneme se i k postlingválně ohluchlým, zejména dospělým, protože na ně je více zaměřená tato práce. I u dospělých uživatelů má kochleární implantát velké přínosy, což se můžeme přesvědčit na následujících řádkách. Jelikož dospělí ohluchlí jsou specifická skupina, která o sluch přišla v průběhu života, dokážou velice dobře zhodnotit přínosy na základě porovnání slyšení a porozumění před a následně po implantaci. Z jednoho výzkumu, který proběhl v zahraničí od autorů Fabera a Grøntveda (2000), se můžeme dozvědět, že u dospělých uživatelů došlo ke zlepšení v různých oblastech – například udávali, že díky kochleárnímu implantátu se zdokonalili v komunikačních schopnostech, kdy se neostýchali a naplno začali komunikovat s ostatními lidmi. U zmiňovaného telefonování si kupříkladu velice pochvalovali, že skrze telefon výborně rozumí druhé osobě.

Tento výzkum potvrzuje i další zahraniční studie, tentokrát od autora Birgera et al. (2005), který se více detailněji zaměřil na komunikační oblast. Stejně jako jeho předchozí kolegové zaregistroval výrazné zlepšení v komunikačních schopnostech, u kterého si noví uživatelé ve společnosti nepřipadali méněcenní. Dokonce se velmi zlepšily dosavadní vztahy s jejich přáteli.

Z těchto studií vyplývá, že implantace má velký smysl, protože uživatelé jsou schopni se bez větších obtíží integrovat zpět do slyšící společnosti. Jak dokonce zjistila jedna česká studie, začleňování mělo pozitivní vliv i po pracovní stránce, kdy jeden respondent zmiňoval, že díky kochleárnímu implantátu nemusel opouštět své dosavadní pracovní místo (Marková, 2021).

Nicméně, jak bylo již avizováno v předchozí kapitole (2. 4 Rehabilitace po kochleární implantaci) a zjištěno ze studie od autorky Markové (2021), aby se přínosy z implantace dostavily, je zapotřebí se podrobit pooperační rehabilitační péči. Její doba trvání závisí na individuálních schopnostech a možnostech každého jedince. Avšak platí, že při pravidelné a dlouhodobé rehabilitaci se u každého uživatele dostaví pozitivní výsledky v oblasti slyšení a porozumění.

3 Zaměstnávání osob se sluchovým postižením

Nyní se dostáváme k poslednímu okruhu teoretické práce, kde se podrobněji zaměříme na problematiku zaměstnávání jedinců se sluchovým postižením. Řekneme si, jaký význam má práce pro člověka s postižením; podíváme se na příslušnou legislativu, která vymezuje pracovní podmínky; a v neposlední řadě nebudou chybět ani organizace, které pomáhají jedincům se sluchovým postižením se začlenit do pracovního procesu.

3. 1 Důležitost práce pro člověka se zdravotním postižením

Práce představuje další významnou etapu života každého z nás, která poskytuje nové příležitosti pro vlastní seberealizaci. „*Z lidské práce není jen výtěžek, ona má také smysl.*“ (Jahoda, 1983, s. 9). Když se řekne slovo práce, mnoho lidí si pod tímto pojmem představí určitou činnost, která je vykonávána pro získání odměny, nejčastěji v podobě peněz. Málokdo si však uvědomuje, že práce je velmi důležitá i pro oblast sociální – tj. možnost se plnohodnotně začleňovat do společenského života. „*Prostřednictvím práce lidé dosahují uznání, seberealizace i lepší kvality života, práce dává pocit společenské užitečnosti.*“ (Procházková, 2014, s. 57).

Společenská užitečnost se projevuje tím způsobem, že je jedinci svěřena určitá zodpovědnost za odvedenou práci, která je nezbytně důležitá pro celý chod firmy. Je tam snaha podávat co nejlepší výkony a zároveň se učit novým potřebným věcem pro rozvoj celého podniku, přičemž dochází i k osobnostnímu rozvoji. A protože v určitých pracovních úkonech je důležitá spolupráce s ostatními kolegy, dochází k navazování mezilidských vztahů. Jedinec je pro svou práci velice zapálený, práce ho velice naplňuje, což vede k tomu, že nevnímá své postižení. Naopak v sobě vidí velmi schopného a samostatného člověka, to přispívá ke zvyšování jeho sebevědomí. Rozvíjí se tak jeho osobnostní potenciál, při kterém na sebe začíná nahlížet v pozitivním slova smyslu (Procházková, 2014, Buchtová a kol., 2002).

Mít pracovní místo znamená být nezávislý na druhém člověku. To se poté odráží i v kvalitě života, protože díky zaměstnání osoba s postižením nepocítuje sociální vyloučení a následnou izolaci, což má vliv na prožití plnohodnotného a důstojného života. Postižený jedinec je tak součástí společnosti, kdy se na jejím chodu plně podílí a co je

nejdůležitější, vidí smysl vlastního života (Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011).

3. 2 Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením

V dnešním světě, kdy je vyvíjen velký tlak na produktivitu práce a podávání vysokých pracovních výkonů, má bohužel velký negativní důsledek to, že se valná většina osob se zdravotním postižením potýká s malou šancí, jak se na pracovním trhu uplatnit. Je to velká zátěž nejen pro ně samotné, ale i pro jejich celou rodinu, protože dochází nejen ke strádání po finanční stránce, ale u nezaměstnaného se začíná vytvářet pocit, že je nepotřebný, a tudíž druhým jenom na obtíž (Buchtová, 2002, Michalík: In Michalík a kol., 2011).

Jak říká i sama autorka Buchtová (2002), v dnešní společnosti stále setrvává pohled na nezaměstnanou osobu či osobu s neschopností si najít pracovní místo, jako na někoho, kdo v životě naprosto selhal. Což tento zarytý předsudek nejen jejich situaci nezlepší, ale naopak ještě více prohloubí.

Dlouhodobá ztráta zaměstnání později u člověka vzbuzuje strach a nejistotu z budoucnosti, které později vedou i k pochybnostem o vlastních schopnostech (Buchtová, 2002). Samo o sobě prožívání ztráty práce se nejčastěji projevuje v pěti fázích, které ve své publikaci názorně popsala autorka Vágnerová (2012). Tyto stádia se vždy postupně posunují z aktivní složky do negativní – tj. z aktivity do pasivity a z optimismu do pesimismu. **Mezi fáze reakce na ztrátu zaměstnání proto řadíme:**

1. **Fáze šoku** – šok je vždy prvotní reakcí, který se vyznačuje tím, že každý jedinec postihnutý ztrátou práce nemůže uvěřit, že je něco takového možné. Vše se postupně mění ve vztek, který může být mířen na domnělého viníka, což v tomto případě může být nějaká konkrétní společnost, u které jedinec pracoval či půjde o autoagresi. Ale tyto počáteční pocity nemusí být vždy pouze negativní, protože tuto situaci, kdy má jedinec volno a velké množství času, může využít pro srovnání si svých priorit. Tedy využít čas pro hledání lepšího řešení.
2. Fáze, kdy člověk aktivně hledá práci a věří, že ji skutečně najde, se nazývá **fáze optimismu a aktivního hledání nového místa**. Jeho postoj se však

začne měnit, pokud danou práci nezíská do určitého data či ztrácí naději, že nějakou najde. Proto poté zaujímá negativní stanovisko.

3. Po šesti měsících od ztráty zaměstnání se člověk dostává do **fáze přechodu do kategorie dlouhodobé nezaměstnanosti**. Tady jedinec přemítá nad svojí situací, kdy si uvědomuje, že tento stav je mnohem závažnější, než byl na samém počátku. Tato situace ho nesmírně stresuje, ale nevynakládá velké úsilí pro hledání nového pracovní místa. Naopak se k situaci staví spíše pesimisticky.
4. Ve **fázi adaptace na styl života nezaměstnaného** už převažuje pasivní rezignace hledat si jakoukoliv práci. Setkává se s pocity bezmocnosti. Jedinec celkově ztrácí veškerou naději, kdy převažují myšlenky, že to nemá žádný smysl a snižuje nároky na sebe samu. A z toho plyne i podlomené sebevědomí.
5. Poslední fází je **fáze přetrvávající nedůvěry**. Ta se vyznačuje tím, že i poté, co člověk nakonec získá nějaké pracovní místo, tak u něho stále přetrvávají pocity nejistoty a nezmizí ani nedůvěra. Na jedince jsou opět kladeny vyšší nároky, na což není zvyklý, neboť setrval dlouhou dobu v pozici nezaměstnaného. To se například projevuje tím, že nemá vybudované dostatečné pracovní návyky.

Jak se můžeme z popisu jednotlivých stádií nezaměstnanosti přesvědčit, čím delší doba uplyne od ztráty zaměstnání, tím větší dopad to má na psychiku jejího nositele. Z citové oblasti na ztrátu zaměstnání člověk reaguje čirým zoufalstvím, kdy se postupně dostává do depresí. Objevuje se psychické napětí, které vede k úzkosti a strachu. Pro jedince je ztráta práce velmi stresovou záležitostí. Z rozumové oblasti dochází k tomu, že se u jedince snižuje sebevědomí. Má pocit, že je naprosto zbytečný a nedělá si příliš velké naděje na to, že by mohl znovu uspět (Vágnerová, 2012).

Osoby s různým typem zdravotního postižení jsou na trhu práce nejvíce ohroženou skupinou, která má daleko těžší podmínky pro to, aby měla šanci si zaměstnání vůbec najít. Jsou vystaveni spoustě překážek, které tkví v nedostatečné informovanosti ze strany zaměstnavatelů. *„Mnozí zaměstnavatelé nemají zkušenosti s osobami s postižením ani z běžného života, nemají informace o jejich schopnostech a omezeních*

a nedovedou si představit, co by znamenalo zaměstnat člověka s postižením, jak by mohl být tento člověk začleněn do jejich firmy.“ (Procházková, 2014, s. 62).

Je to především o tom, že nejen zaměstnavatelé, ale obecně laická veřejnost na prvním místě nejdříve vidí určité postižení a spojí si to s tím, že jedinec určitě nebude schopen podávat požadující výkon. Tento mylný předsudek poté vede k tomu, že si společnost myslí, že jedinec bude pro chod firmy jenom přítěží, když určitě nebude schopen pracovat požadovaným tempem. Panuje také názor, že osoby s postižením jsou často nemocní, což znamená, že jejich práci za ně bude muset vykonávat někdo jiný. Ukazuje se však, že tato obava není zcela na místě, neboť naopak jedinci se zdravotním postižením vykazují značně nízkou absenci. Z těchto důvodů nedostanou ani šanci dokázat, že jejich postižení není rozhodně žádnou překážkou (Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011, Procházková, 2014).

Kromě již zmíněných základních předsudků překážkou na trhu práce může být i domnívající se nedostatečná odborná kvalifikace. Potenciální zaměstnavatelé totiž automaticky předpokládají, že jedinci se zdravotním postižením nemají požadovanou kvalifikaci na vykonávání určité pracovní pozice. Z tohoto důvodu jsou jim na trhu práce spíše nabídnuty tradiční řemesla (nejčastěji povolání telefonista či vrátný). Na základě dosažené odbornosti by však měli mít nárok se ucházet o takové zaměstnání, které je v souladu s jejich získanou kvalifikací (Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011).

Další překážku, kterou potenciální zaměstnavatelé vidí, se opět týká nedostatečné informovanosti z jejich strany. Jedná se o legislativní opatření, ve kterém se píše, že osobám se zdravotním postižením je na trhu práce poskytnuta zvýšená ochrana proti vzniku případné diskriminace při jejich zaměstnávání či při jejich následném propouštění. Z tohoto důvodu si potenciální zaměstnavatelé mylně myslí, že se zdravotně postiženou osobou nemají šanci rozvázat pracovní poměr. Možné to je, ale jsou k tomu samozřejmě zapotřebí oprávněné důvody a je potřeba tuto situaci nahlásit Úřadu práce v České republice, která celou záležitost řádně prošetří. A v případě, že se oprávněné důvody pro propuštění ukážou, udělí příslušný úřad souhlas (Procházková, 2009, Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011).

Za velmi problematickou překážku můžeme však ze strany zaměstnavatele považovat i neochotu připravit takové pracovní místo, které by vyhovovalo požadavkům

osobám se zdravotním postižením pro výkon dané profese. Jako hlavní důvod zaměstnavatelé udávají, že na přestavbu pracovního místa je zapotřebí vynaložit nemalé finanční částky. Což, jak se ale v praxi ukazuje, náklady nemusí být nutně u každého člověka s postižením příliš vysoké. Navíc lze vytvořit takové pracovní místo, které by vyhovovalo všem, tedy i jejich spolupracovníkům. Upravené místo by tak přinášelo větší pohodlí i ostatním (Procházková, 2014, Hrdá a kol., 2007).

Na druhou stranu mohou vznikat překážky nejen ze strany potenciálních zaměstnavatelů, ale i ze strany osob se zdravotním postižením. I tito lidé nejsou dostatečně informováni o možnostech, které jako uchazeči či zaměstnanci mají. Týká se to například toho, že si nejsou jistí, jaká mají práva a jak tyto práva mohou uplatnit. Kdo jim poskytne poradenské služby v oblasti výběru profese či jim pomůže s ucházením se o danou práci apod. (Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011).

3. 3 Problematika zaměstnávání osob se sluchovým postižením

Jelikož osoby se sluchovým postižením tvoří široké spektrum lidí od lehce nedoslýchavých až po úplně neslyšící, přičemž každý z nich se vyznačuje jinou osobností i jinou pracovní kvalifikací, můžeme dopředu říct, že se bude jednat o velice rozmanitou skupinu. Co však mají společného, je to, že se s velkou pravděpodobností budou setkávat s komunikační bariérou (Skákalová, 2016).

Protože tito jedinci mají ztížené podmínky, jak se adekvátně s někým domluvit, vzbuzují u druhých lidí, kteří o problematice sluchového postižení nic nevědí, velkou nedůvěru a vznikají vůči nim předsudky. „*Mnozí lidé pak mají tendenci k těmto lidem přistupovat jako k lidem méně inteligentním, ...*“ (Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011, s. 109).

V pracovním procesu se vytváří předpojatost, že jedinci se sluchovou vadou nemají dostatečné schopnosti a dovednosti zvládat určité druhy profesí. Pracovní realita je mnohdy posléze taková, že valná většina jedinců se sluchovým postižením nevykonává povolání, které by odpovídalo jejich odborné kvalifikaci – tj. pracují na pozicích, pro kterou není zapotřebí mít vysokou úroveň vzdělání, jehož sami dosáhli (Skákalová, 2016). Důsledkem tohoto jednání je, že si jedinci v budoucnu vůbec nevěří, snižuje se jejich sebevědomí, a tudíž se považují za méněcenné (Procházková, 2005).

Dalším zádrhelem, který jedinci se sluchovým postižením pociťují, je to, že dnes na otevřeném trhu práce nacházíme více pracovních pozic, kde je mezilidská komunikace (tj. užití mluvené řeči v majoritní společnosti) přímo žádoucí, neboť v minulosti se více pracovalo manuálně, a proto se tehdy hluchota nejevila jako velkou překážkou. Komunikační bariéra u osob se sluchovým postižením se v současnosti z tohoto důvodu jeví jako největší komplikace pro získání pracovního místa na trhu práce (Skákalová, 2016, Krahulcová, 2014).

Jak velkou šanci bude mít osoba se sluchovým postižením být zaměstnána, se odvíjí i od toho, jak moc je sluchová vada závažná. „*Ochota zaměstnat neslyšícího je do značné míry ovlivněna úrovní jeho komunikačních schopností.*“ (Horáková, 2011, s. 70). To znamená, že na otevřeném trhu práce budou mít větší šanci se uplatnit osoby, jež se dokážou dorozumívat mluvenou řečí, a tudíž nebudou mít potíže se orientovat ve slyšící společnosti, což jsou převážně nedoslýchavé a ohluchlé osoby. Zatímco u prelingválně neslyšících je situace obtížnější, neboť značná část z nich pro komunikaci potřebuje využívat znakový jazyk, který většinová společnost neovládá (Skákalová, 2016, Suralová, 2010).

Z výše poskytnutých informací se proto může zdát, že problematika získání pracovního místa je pouze na straně zaměstnavatelů. Jak se ale můžeme následně přesvědčit, i sami sluchově postižené osoby se při hledání zaměstnání dopouštějí různých chyb, které však nemusí být vědomé. Na **tyto problémy** ve své publikaci upozorňuje autorka Skákalová (2016):

- Za jednu z častých chyb je například považováno to, že jedinci při výběru vhodného místa neodhadnou své schopnosti. Mluvili jsme již o jedné straně, kdy příliš podceňují své schopnosti a považují se tak za méněcenné. Na druhé straně však své schopnosti také naopak přeceňují, kdy jejich odborná kvalifikace na danou pozici není dostačující. Důsledkem poté je, že si hledají takové pracovní místo, u něhož nevědí, co všechno nová práce bude obnášet.
- Co se také často objevuje, je, že nesleví ze svých požadavků při hledání ideálního místa. Nechtějí dělat jakýkoliv kompromis, např. pracovat na přechodnou dobu v určitém zaměstnání. A pokud mají dokonce invalidní důchod, tedy jistý příjem, tak ztrácí motivaci si práci vůbec hledat.

- Potíže se mohou projevit i při psaní životopisu, které plynou z nedostatečné znalosti českého jazyka (u prelingválně neslyšících je mateřským jazykem znakový jazyk). To se následně odráží v tom, že nevědí, jak mají vyplnit požadované položky či nejsou schopni dostatečně vyjádřit své schopnosti a dovednosti pro danou pracovní pozici.
- Často se také objevuje nedostatečná znalost nepsaných pravidel slušného chování. To se například projevuje tím, že jedinci se sluchovým postižením mají tendenci prakticky následují den po rozeslání životopisu kontaktovat svého potenciálního zaměstnavatele, po kterém vyžadují okamžitou odpověď na jejich zasláný životopis.
- Leckdy se setkáváme i s tím, že jedincům chybí dostatečné informace o aktuální situaci na pracovním trhu. Například si neuvědomují, že je nedostatek pracovních míst či je potřeba mít doloženou praxi z předchozího zaměstnání apod. A samozřejmě, jak už bylo již zmíněno, chybí jim povědomí o právech a povinnostech, které jako uchazeči či zaměstnanci mají.

Z těchto informací vyplývá, že největší překážkou se při zaměstnávání osob se sluchovým postižením jeví překážka komunikační. Mnohdy na pracovištích vznikají nepříznivé, dalo by se říct až pomalu vyhocené situace mezi slyšícími a sluchově postiženými spolupracovníky, kdy se jako hlavní příčina nakonec ukáže obyčejné nedorozumění. Nedorozumění, které je způsobené tím, že sluchově postižený jedinec nezachytí kompletní sdělení o zadaných úkolech na pracovišti. Informace, které pochytil, si sám může vyložit většinou jinak, než skutečně znamenají (Skákalová, 2016).

Jak zlepšit pracovní podmínky, aby se i lidé (nejen) se sluchovým postižením cítili být také bráni jako plnohodnotnými a potřebnými členy naší společnosti? Pomoci mohou především různé organizace¹², které pořádají různé semináře, kurzy či projekty, aby tito jedinci měli co nejlepší možnou podporu pro vstup na otevřený trh práce (Horáková, 2011, Skákalová, 2016).

¹² Konkrétní činnosti vybraných organizací budou představeny v kapitole 3. 5 Organizace poskytující pracovní pomoc osobám se sluchovým postižením.

3. 4 Legislativní ukotvení problematiky

Jak již víme z předchozích kapitol, jedinci se zdravotním postižením nemají příliš lehké podmínky pro to, aby se dokázali prosadit na volném trhu práce. Bylo již také řečeno, že jim je na základě toho poskytována zvýšená ochrana, aby při vstupu, v průběhu či propouštění ze zaměstnání nevznikala případná diskriminace. Proto existuje příslušná legislativa či dokumenty, které se snaží zabránit nerovnému zacházení jedinců se zdravotním postižením.

Prvním a jedním z velmi důležitých dokumentů je **Listina základních práv a svobod č. 2/1993 Sb.**, ve znění pozdějších předpisů, kde se v článku 26 píše, že: *„Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost. Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací.“* Dále článek 28 hovoří o tom, že: *„Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky.“* A konečně článek 29, který zmiňuje, že osoby zdravotně postižené: *„mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky. A právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“* Jak je tedy z Listiny patrné, každá osoba, i jedinec se zdravotním postižením, má právo vykonávat takovou práci, která odpovídá jeho možnostem i odborné kvalifikaci. Má právo pracovat v podmínkách, ve kterých se cítí v naprostém bezpečí a pohodlí. Tedy pracovat v takových podmínkách, kde není vůči svému postižení diskriminován.

O rovném zacházení se podrobněji zaobírá i **zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)**, který zakazuje diskriminaci v různých oblastech, přičemž pro nás je podstatná pracovní oblast, kde se hovoří o zákazu diskriminace ve věcech: *„práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání, včetně pomoci poskytované Úřadem práce České republiky; přístupu k povolání, včetně začleňování do profesního života...“* Tento zákon ještě dále vysvětluje, že diskriminace může být přímá a nepřímá. Přičemž za přímou diskriminaci považujeme tu, kdy je s jednou osobou zacházeno velmi rozdílně než s osobou druhou ve velmi obdobné situaci. Což je obvyklý přístup jednání u osob se zdravotním postižením. Naopak nepřímá diskriminace se projevuje tím, že dochází k opomenutí či odmítnutí vytvořit takové pracovní podmínky, aby například zdravotně postižená osoba měla přístup vykonávat dané zaměstnání. Nepřímá diskriminace se týká i nevytvoření podmínek pracovního poradenství či

odborného vzdělávání pro získání co nejlepších šancí si najít vhodné zaměstnání, nebo postoupit v daném zaměstnání o úroveň výš.

Dalším dokumentem, který vymezuje pracovněprávní vztah mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, je zákon č. 262/2006 Sb., **zákoník práce**. Ten mimo jiné ukládá zaměstnavateli povinnost: *„zajišťovat rovné zacházení se všemi zaměstnanci, pokud jde o jejich pracovní podmínky, odměňování za práci a o poskytování jiných peněžitých plnění a plnění peněžité hodnoty, o odbornou přípravu a o příležitost dosáhnout funkčního nebo jiného postupu v zaměstnání.“* Tento zákoník také zakazuje jakoukoliv diskriminaci, v našem případě vyjadřuje zákaz diskriminace z důvodu zdravotního stavu. Zákoník dále ukládá povinnost zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. A také povinnost pro ně vytvářet přijatelné pracovní podmínky, jako je například vhodná úprava pracoviště či jejich zaškolení pro vykonávání určité profese.

Naším stěžejním zákonem, který se detailněji zaměřuje na zaměstnávání osob se zdravotním postižením, je **zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti**, ve znění pozdějších předpisů. V paragrafu 67 se píše o zvýšené ochranně na trhu práce, o které jsme se již zmiňovali na samém začátku. V kontextu zaměstnanosti jsou osoby se zdravotním postižením: *„orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen osoba s těžším zdravotním postižením), invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo zdravotně znevýhodněnými (dále jen osoba zdravotně znevýhodněná).“* Na základě těchto stupňů se v **zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění** odlišuje, na který z těchto stupňů invalidního důchodu má osoba nárok. Aby na invalidní důchod měla osoba vůbec nárok, musí být pokles pracovních schopností (z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu) nejméně o 35 %. Pak hovoříme o invaliditě prvního stupně. U invalidity druhého stupně se jedná o pokles o nejméně 50 % a při poklesu o nejméně 70 % už je invalidita třetího stupně. Vše je v kompetenci lékaře, který na základě podané žádosti posoudí zdravotní stav adepta.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti dále ukládá povinnost zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. Tedy v případě, že zaměstnavatelé mají více než 25 zaměstnanců, přičemž osob se zdravotním postižením při tomto počtu musí být zastoupeno 4 %. Což znamená, že v kolektivu 25 zaměstnanců musí být jedna osoba se zdravotním postižením. Pokud však z nějakého důvodu nelze tento závazek plnit požadovaným způsobem, mají zaměstnavatelé ještě další dvě možnosti,

jak tuto povinnost splnit. Jedna z eventualit je: „*odebírání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, či zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům. Třetí možností je odvod do státního rozpočtu.*“ (Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011, str. 108). Povinný podíl pak činí 2,5násobek průměrné měsíční mzdy za první až třetí čtvrtletí kalendářního roku. Nebo lze tyto tři možnosti kombinovat. Jak však říká autor Michalík (In: Michalík a kol., 2011), realita je mnohdy taková, že zaměstnavatelé nejčastěji volí třetí možnost, a to odvádění peněz do státního rozpočtu.

Dle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., v § 69 mají dále osoby se zdravotním postižením právo využít tzv. **pracovní rehabilitaci**. Ta je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání. Pracovní rehabilitaci zajišťují krajské pobočky úřadů práce, přičemž hradí i náklady s rehabilitací spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje: „*poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání či jiné výdělečné činnosti.*“ (Michalík: In Michalík a kol., 2011, str. 75). V souvislosti s krajskou pobočkou úřadu práce dojde k sestavení individuálního plánu pracovní rehabilitace. Z důvodu proměnlivé situace na trhu práce je pracovní rehabilitace určena pro všechny zdravotně postižené osoby, které potřebují zvýšit či změnit svou kvalifikaci (Procházková, 2014).

V zákoně o zaměstnanosti se můžeme ještě dočíst o dalších způsobech podpory zaměstnávání jedinců se zdravotním postižením. Jedná se o zřízení chráněného pracovního místa na chráněném trhu práce. Další možnost, která se tu také naskytuje, je poskytnutí služby v podobě tzv. podporovaného zaměstnávání.

Chráněný trh práce najdeme konkrétně v paragrafu 78 a vyznačuje se tím, že: „*je tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců...*“ Zaměstnavatelé tedy mají uzavřenou dohodu s krajským úřadem práce, kdy vykazují nárok na příspěvek na podporu zaměstnávání těchto jedinců. Jak říká autorka Procházková (2014), tento druh zaměstnávání je výhodný v tom, že je zaměstnancům poskytnut individuální přístup podle jejich možností a dovedností. Například jedinci se sluchovým postižením mohou vykazovat dřívější unavitelnost, a proto v rámci této podpory mohou využívat častější pauzy.

Chráněné pracovní místo je potom blíže specifikováno v novele zákona o zaměstnanosti (konkrétně v zákoně č. 367/2011 Sb.). V paragrafu 75 je ještě dokonce doplněno, že aby zaměstnavatel dostal finanční příspěvek od úřadu práce, tak: „*chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let.*“ I když na jedné straně tento způsob zaměstnávání osob se zdravotním postižením má své určité výhody, jak bylo zmíněno viz výše, setkáváme se i s druhým protipólem. Je to kritizováno z toho důvodu, že tito jedinci jsou od většinové společnosti více izolováni, což tedy znamená, že dochází spíše k segregaci (Procházková, 2014). Jak zmiňuje i autorka Skákalová (2016), sluchově postižené osoby pocítují, že když pracují na chráněném trhu práce, tak v budoucnu mají menší šanci se uplatnit na otevřeném trhu práce. Především jedinci, kteří ohluchli v průběhu života, tento způsob zaměstnávání spatřují za degradující, protože doposud byli zvyklí pracovat v běžném provozu.

Pro získání vyšší šance se uplatnit na běžném trhu práce mohou jedinci se zdravotním postižením využít službu tzv. **podporovaného zaměstnávání**. Tato služba je určena pro všechny, kteří z důvodu svého zdravotního postižení či z důvodu nepříznivých podmínek nejsou schopni získat a následně si udržet dosavadní zaměstnání. Jsou to jedinci, kteří na otevřeném trhu potřebují využít individuální podporu. Tato podpora je jedincům poskytnuta průběžně, jednak při hledání vhodného pracovního místa, tak i po jejím nástupu. Pracovní konzultanti klientům představují aktuální pracovní nabídky. Radí jim, jak na vybrané nabídky reagovat, jak vhodně sestavit životopis a motivační dopis. Ale také, jak vystupovat na samotném pohovoru. Jak bylo řečeno, pracovní konzultanti podporují své klienty i poté, co si práci již našli. Na příslušném pracovišti jim pomáhají se zapracováním, tedy poskytují pomoc s osvojením potřebných pracovních návyků pro vykonávání dané profese. Podporované zaměstnávání se od tradičních služeb proto odlišuje tím, že se hned na začátku hledá takové pracovní místo, které by odpovídalo aktuálním schopnostem a možnostem daného klienta. U tradičních služeb totiž nejdříve probíhá potřebné vzdělání a až poté se hledá příslušné místo. Zapracování klienta přímo na pracovišti je vyhovující i v tom, že klient je v sociálním kontaktu s ostatními pracovníky, čímž nedochází k jeho sociálnímu vyloučení (Procházková, 2014, Procházková: In Opatřilová a Procházková, 2011).

Co bychom však neměli opomenout, je, že s výběrem pracovního místa pomáhají různé neziskové organizace, které v rámci svých projektů umožňují zapojit osoby se sluchovým postižením do pracovního života.

3. 5 Organizace poskytující pracovní pomoc osobám se sluchovým postižením

V České republice máme nespočetné množství organizací, které se věnují osobám se sluchovým postižením. Avšak ne všechny organizace poskytují přímou pomoc s hledáním příslušného pracovního místa či nabízejí odborné poradenství. Níže bude podrobněji popsána činnost tří nejpřednějších organizací, které se zcela zjevně tímto zabývají.

1. Nejvíce proslulou organizací, která se zaměřuje nejen na zaměstnávání osob se sluchovým postižením, je **Tichý svět, o. p. s.** Tato organizace byla založena 15. června 2006 a za tu dobu byl již dvakrát změněn její název. Nejdříve se jmenovala APPN, o. s. (Agentura Profesního poradenství pro neslyšící) a později APPN – Agentura pro neslyšící, o. s. Její hlavní náplní je poskytovat: *„osobám se sluchovým postižením všestrannou podporu v podobě sociálních služeb, které jim ulehčují začlenění se do společnosti.“* Aby začlenění do společnosti probíhalo co nejlépe, tedy nejadekvátněji, zaměřuje organizace svou pomoc na tyto tři okruhy služeb – na sociální rehabilitaci, na odborné sociální poradenství a na tlumočnické služby. Pro nás je nejstěžejnější první okruh, neboť hlavní činností sociální rehabilitace je poskytování podpory v pracovní oblasti. To znamená, že se zaměřují na pomoc s vytvářením životopisu a motivačního dopisu. Dále připravují klienta na vstupní pohovor či ho na pohovor do zaměstnání přímo doprovází aj. Ale také klientovi radí po legislativní stránce věci, kdy ho seznamují s právy a povinnostmi, které jako zdravotně postižený zaměstnanec má (Tichý svět, 2022, Hádková, 2016).

Co však také stojí za zmínku, je, že 13. července 2009 vznikla partnerská společnost Tichého světa, kterým je **Tichý svět – chráněná pracoviště, o. p. s.** (taktéž známý pod původním jménem 365, o. p. s.). Jedná se o pracoviště, kde jsou přímo vytvořena chráněná pracovní místa pro osoby se sluchovým postižením. Posláním je: *„podpora osob s postižením v oblasti zaměstnávání a vzdělávání a vytváření podmínek pro jejich sociální, zdravotní a pracovní začlenění do společnosti.“* Součástí jsou různé projekty, na kterých se podílí sami sluchově postižené osoby. Jedná se například o dlouhodobé projekty Tichá kavárna, Tichá cukrárna, Tiché zprávy, Tichá jehla či Tichá pošta (Tichý svět – chráněná pracoviště, 2022, Hádková, 2016).

Tichá kavárna vznikla v roce 2011 v Praze, přičemž se stala první kavárnou, kterou obsluhují neslyšící zaměstnanci. Na základě tohoto projektu byla snaha ukázat široké veřejnosti, že i neslyšící lidé se mohou realizovat v takto náročném oboru, kterým je právě pohostinství. Z tohoto popisu většina z nás bude usuzovat, že tuto kavárnu navštěvují pouze neslyšící osoby, což tomu tak rozhodně není, protože tato kavárna je ideálním místem, kde se propojuje svět slyšících i neslyšících. Neslyšící hosté si v této kavárně mohou připadat jako doma, protože si mohou objednat ve svém mateřském jazyce (jazyce znakovém). Slyšící hosté mají naopak jedinečnou příležitost si zkusit cokoli objednat z nabídky za pomoci znakového jazyka. Pokud se však nedaří či neumí tento jazyk, nemusí se návštěvníci bát, že by jim obsluha nic nepřinesla, neboť stačí pouze ukázat prstem na příslušnou položku z nabídky. Mimo jiné tato kavárna slouží pro sluchově postižené studenty i jako tréninkové pracoviště, kde mohou získat praktické zkušenosti pro jejich budoucí profesní uplatnění. Navíc v prostorách kavárny panuje příjemná atmosféra, neboť se zde konají různé výstavy, koncerty či jiné kulturní akce (Tichá kavárna, 2022).

Alternativou této kavárny je **Tichá kavárna na kolech**, která díky tomu, že je na kolech, může cestovat kamkoliv, kam považuje za vhodné. Například pravidelně jezdí po celé České republice na různé festivaly či kulturní akce. Kavárnu na kolech si však lze dokonce i objednat, kdy po domluvě dojede například na soukromou oslavu (Tichá kavárna na kolech, 2022).

Všechny výrobky, které lze v Tiché kavárně či Tiché kavárně na kolech spatřit, pochází z **Tiché cukrárny**. Ta taktéž zaměstnává neslyšící cukráře. Tyto výrobky lze také objednat na různé pořádané oslavy, ať už se jedná o firemní večírek či rodinnou oslavu. Zaměstnanci cukrárny se specializují i na rozvoz, takže různé občerstvení mohou zavézt i na požadované místo (Tichá cukrárna, 2022).

Dalším dlouhodobým projektem jsou **Tiché zprávy**. Jedná se o internetové zpravodajství, kde se neslyšící jedinci mohou dozvědět o různých novinkách nejen u nás, ale i ze zahraničí. Přičemž tyto zprávy jsou tematicky rozdělené do rubrik, kde si každý návštěvník najde své oblíbené téma, například téma z oblasti sportu. Na její tvorbě se podílí tým neslyšících pracovníků. Nejen, že jsou tyto zprávy vysílány v mateřském jazyce neslyšících, ale také běží titulky v českém jazyce, což znamená, že tyto zprávy plní osvětovou funkci, neboť se na ně mohou dívat i slyšící. Tým Tichých zpráv také nabízí klientům své další služby, především pro firmy, které zaměstnávají sluchově

postižené osoby. Jedná se například o různé překlady odborných textů z českého jazyka do českého znakového jazyka, aby i sluchově postižená osoba, která ve firmě pracuje, měla plný přístup k těmto informacím (Tiché zprávy, 2022).

Ještě by bylo dobré se zmínit o jedné záslužné činnosti, kterou organizace Tichý svět, o. p. s. vytvořila. Jedná se o pracovní portál s názvem *Neslyším, pracuji*, který běží od roku 2015. Tato webová stránka poskytuje pracovní příležitosti pro jedince se sluchovým postižením. To znamená, že na této stránce mohou hledat pracovní uplatnění osoby se sluchovým postižením, ale zároveň zde mohou potenciální zaměstnavatelé těmto jedincům nabízet práci. Pracovní portál přehledně ukazuje aktuální nabídky míst, ale také ukazuje, jaké pracovní pozice nejčastěji osoby se sluchovým postižením využívají. Například z oblasti vzdělávání, pedagogiky a sociální oblasti se jedná o pracovní pozici speciálního pedagoga, asistenta pedagoga či sociálního pracovníka. Je tam vždy uveden podrobný popis pracovní činnosti a nechybí ani požadovaná kvalifikace. To vše je k dispozici i v českém znakovém jazyce. V tomto portálu lze nalézt i vypracovanou příručku, jak pro zaměstnavatele, tak i pro osobu se sluchovým postižením. Potenciálnímu zaměstnavateli příručka radí, na co všechno se má připravit, pokud bude zaměstnávat osobu se sluchovým postižením. Informace se například týkají toho, že zaměstnavatel může využít služeb asistenta, který osobu se sluchovým postižením přímo na pracovišti zaučí. Nechybí ani informace, že pro osobu, která komunikuje pouze znakovým jazykem, je možnost zajistit tlumočnickou službu. Osoba se sluchovým postižením se ve své příručce naopak dozví, jak postupovat při hledání vhodné pracovní profese, na co vše se má připravit u pohovoru. A při přijetí na pracovní pozici z příručky také zjistí, že má možnost využít služeb pracovního asistenta, který mu pomůže se začátky v novém zaměstnání (Neslyším, pracuji, 2022).

2. Další organizací, která poskytuje služby osobám se sluchovým postižením, je **Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z. s.** Jedná se o svaz, který započal svou působnost dne 8. května 1990 a zaměřuje se na: „realizaci programů zdravotní, sociální a pracovní rehabilitace, poradenství, rekvalifikace a tlumočnických služeb pro sluchově postižené občany.“ V rámci pracovní rehabilitace svaz spolupůsobí při zajišťování: „vzdělávání včetně rekvalifikací osob se sluchovým postižením a těch, kteří o osoby se sluchovým postižením pečují, pracovních příležitostí a podmínek pro pracovní a společenskou rehabilitaci osob se sluchovým postižením...“ Dále se svaz angažuje i při prosazování práv a zájmu osob se sluchovým postižením.

Poskytuje i rehabilitační péči, kdy je součástí distribuce různých kompenzačních či rehabilitačních pomůcek. Snaha Svazu neslyšících a nedoslýchavých ČR je pomocí poskytovaných služeb dosáhnout co nejlepší možné integraci sluchově postižených osob do společnosti. V rámci různých projektů vznikl i projekt na podporu zaměstnávání osob se sluchovým postižením s názvem *I my chceme pracovat!* Tento projekt fungoval dva a půl roku a kladl si za cíl díky různým vzdělávacím kurzům, jako například kurzy finanční gramotnosti, kurz počítačových dovedností, kurz úpravy fotografií, rekvalifikační masérský kurz či kurzy českého jazyka pro neslyšící, zvýšit znalosti a dovednosti jedinců se sluchovým postižením. Aby měli vyšší šance si najít a udržet pracovní místo na trhu práce. Všem jedincům, kteří tento kurz absolvovali, bylo poskytnuto pracovní poradenství a dostali od organizace co nejlepší možnou podporu při hledání dané práce. Poradenství se týkalo zejména pomoci se zorientovat na pracovním trhu či klientovi byl nabídnut doprovod na pracovní pohovor. V tomto projektu bylo dokonce zřízeno několik tréninkových pracovních míst, například na pozici grafika marketingu, webmastera či pracovníka sociálních služeb. O tento kurz byl tak vysoký zájem, že už během prvního půlroku překročil maximální počet zájemců (Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob, 2022).

Současný úspěšný projekt, který v tuto chvíli běží už čtvrtým rokem, se jmenuje *Jsem jedno ucho*. Jedná se o osvětovou kampaň, která lidem přibližuje problematiku sluchového postižení v celé její šíři. V rámci tohoto projektu vznikají besedy na školách, ale i na různých dalších veřejných místech, kde jsou posluchačům představeny osobnosti, které mají sluchové postižení a předávají tak své životní zkušenosti soužití se sluchovou vadou dál. Rovněž vychází dvouměsíční časopis s tímto jménem, kde se nachází informace o akcích, které probíhaly v rámci Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob. Z těchto akcí také nechybí ani různé reportáže. Každé číslo je vždy zaměřené na určité téma, například na téma sluchadel, kochleárních implantátů či na tinnitus. Čtenář se též v časopisu dozví o osobnostech se sluchovým postižením, ale také nechybí rubrika s názvem „Věděli jste, že...“, kde je široké veřejnosti vždy představena zajímavost ohledně sluchového postižení. Vznikly dohromady také tři knihy příběhů *Jsem jedno ucho*, jejíž autorkou je Veronika Cézová. V příbězích vystupují osoby s různým sluchovým postižením, které se nebojí hovořit o všemožných záležitostech, které je se sluchovou vadou pojí. Například problematika se ztížením hledáním pracovního místa na trhu práce či nedostatek tlumočnicků aj. (Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob, 2022).

3. Poslední organizací, kterou zde zmíníme, je **Centrum dětského sluchu Tamtam, o. p. s.** I když se podle názvu zdá, že poskytuje služby jenom dětem a jejich rodinám, jsou služby nabízeny i dospělým klientům. Tato organizace vznikla v roce 1990 tehdy ještě pod názvem Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s. jejichž posláním je: „*pomáhat dětem, mladým lidem a dospělým se sluchovým postižením a jejich rodinám řešit nepříznivou životní situaci anebo jí předcházet tak, aby měli rovné šance žít kvalitní život a začlenit se do většinové slyšící společnosti.*“ Poskytuje komplex služeb, které se každým rokem snaží vylepšovat, aby tyto služby obsahovaly vše, co osoby se sluchovým postižením potřebují. Přístup je proto u každého klienta velmi individuální, hledají se vhodné cesty pro zajištění co nejoptimálnější řešení situace. Centrum dětského sluchu Tamtam, o. p. s. svým klientům nabízí pomoc v těchto oblastech – od rané péče, po sociálně aktivizační služby, až po sociální a odborné poradenství. V rámci sociálního poradenství nabízejí svým klientům pomoc při vzniku nepříznivých situací, jako je právě například ztráta zaměstnání (Centrum dětského sluchu Tamtam, 2022).

Co se týče různých projektů, i zde vznikl projekt s názvem ***Smysluplné pracovní uplatnění osob se sluchovým postižením***, který běžel necelé dva roky. Tento projekt zacílil na osoby se sluchovým postižením, které neměly či měly pouze minimální praxi. Byl zaměřen na vzdělávací a praktické aktivity, které měly účastníkům pomoci získat nejen potřebné vzdělání, ale i sebejistotu pro sebevědomý vstup na trh práce. Jednalo se o získání požadovaného vzdělávání na pracovní pozice regionálních manažerů a redaktorů. Budoucí manažeři a redaktoři se školili v různých oblastech potřebné pro jejich práci. Tj. tvořili základní typy textového mediálního sdělení, jako je např. zpráva, recenze či úvodník, ale také pořizovali fotografie a videozáznamy, které poté zpracovávali v počítačovém programu. Jedenáct z nich (z celkového počtu 25 adeptů) bylo poté zaměstnáno na příslušných pozicích. Přičemž dalším cílem bylo, aby tito manažeři a redaktoři šířili prostřednictvím redakční činnosti povědomí o problematice sluchového postižení. Tedy, aby za pomoci redakční činnosti podpořili integraci mezi slyšící společností (Centrum dětského sluchu Tamtam, 2022).

Mezi další organizace pro sluchově postižené osoby, které tu již nejsou detailně probrané, ale též se zabývají profesní problematikou, patří například Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel, z. s. (zkratka ASNEP, z. s.), Česká unie neslyšících, z. ú. či Audiohelp, z. s.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

V dalším okruhu diplomové práce, tedy ve výzkumné části práce, je posuzováno, jaký vliv má kompenzační pomůcka zvaný kochleární implantát na začleňování dospělých jedinců do pracovního života.

4 Cíle, úkoly práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Cílem práce je za pomoci anonymního dotazníkového šetření zjišťovat problematiku začleňování postlingválně ohluchlých dospělých do profesní činnosti. Na základě anonymního dotazníku je zkoumáno, jaký vliv má kochleární implantát na pracovní uplatnění, tj. jaký dopad má kochleární implantát na pracovní život jeho uživatele. Podle individuálních názorů každého uživatele kochleárního implantátu je snaha nalézt odpověď na otázku, zda jim tato kompenzační pomůcka pomohla navrátit se zpět do profesního života.

4.2 Úkoly práce

Pro vytyčení daného cíle, který se nachází viz výše, bylo zapotřebí si stanovit určitý **postup k jeho dovedení:**

1. Prodiskutování uvažovaného tématu týkajícího se sluchového postižení v souvislosti se zaměstnáním s vedoucí diplomové práce.
2. Vyplnění a podání formuláře Zadání diplomové práce pro příslušné zapsání do Studijního informačního systému.
3. Prostudování odborné literatury se zaměřením na problematiku sluchového postižení v souvislosti se zaměstnáním a následné vypracování teoretické části diplomové práce.
4. Získání podkladů z odborné literatury pro vytvoření anonymního dotazníku.
5. Poskytnutí anonymního dotazníku respondentům pro jeho vyplnění přes webové stránky, které sdružují osoby s kochleárním implantátem;

dále zaslání dotazníku i za pomoci e-mailových adres do jednotlivých implantačních center.

6. Sběr dat a následné zpracování výsledků z dotazníkového šetření.
7. Vyhodnocení výsledků a diskuze nad uvedenou problematikou.

4.3 Výzkumné otázky

Pro empirickou část diplomové práce bylo dohromady stanoveno pět výzkumných otázek, které za pomoci dotazníkového šetření pomohly zjistit, jak osobně respondenti vnímají svou situaci v pracovním prostředí. Za pomoci položených otázek v anonymním dotazníku bylo možné zmapovat celou situaci před a následně po implantaci kochleárního implantátu. Jedna z otázek se týkala toho, zda adepti vykonávali stejné povolání i po implantaci KI. Pokud ne, co bylo primárním důvodem. Dále bylo zjišťováno, zda respondenti od svých zaměstnavatelů následně obdrželi podporu, potom co se dozvěděli o jejich sluchové vadě. Pokud je zaměstnavatelé nepodpořili, zda byli v důsledku svého postižení nuceni ze svého zaměstnání odejít. Další důležitou otázkou bylo, zda kochleární implantát splnil u účastníků jejich očekávání, tedy nejen návrat do slyšící společnosti, ale i možnost zapojit se zpět do pracovního procesu. Další otázka se zaměřovala na konkrétní situaci v pracovním prostředí, a to, zda jedinci shledávají určité zlepšení situace, která nastala po implantaci kochleárního implantátu. A také, zda účastníkům výzkumu kochleární implantát pomohl v pracovním prostředí získat sebevědomí.

Zmíněné výzkumné otázky jsou přehledně uvedeny viz níže:

1. Vykonávali respondenti stejné povolání před i po implantaci kochleárního implantátu?
2. Dostávalo se respondentům podpory od svých zaměstnavatelů poté, co se dozvěděli o jejich sluchové vadě?
3. Poskytnul kochleární implantát účastníkům očekávaný přínos pro zapojení se do pracovního života?
4. Shledávají respondenti zlepšení situace po implantaci kochleárního implantátu v daném pracovním prostředí?
5. Pomohl kochleární implantát respondentům získat v pracovním prostředí sebevědomí a větší jistotu?

5 Metodika práce

5.1 Popis výzkumného souboru

Diplomová práce zahrnovala dospělé účastníky (tzn. účastníky ve věku osmnáct let a starší), kteří byli podrobeni tomuto výzkumnému šetření. Jednalo se o respondenty s postlingvální sluchovou vadou – tj. byli zkoumáni respondenti se získanou sluchovou vadou, se kterou se setkali v průběhu svého života a za pomoci kochleárního implantátu jim bylo umožněno tuto sluchovou vadu korigovat.

Aby byla získána co nejspolehlivější data, bylo jednou z podmínek pro účast ve výzkumu doba ohluchnutí, tedy ohluchnutí během 18. roku života či později. To znamená, že této studii se nemohli zúčastnit jedinci s prelingválním (vrozeným) sluchovým postižením, ale taktéž ani jedinci, kteří ohluchli už před 18. rokem. Další nezbytnou podmínkou bylo, aby zkoumaní účastníci byli zaměstnáni před i po implantaci kochleárního implantátu. A třetí podmínka, která tu již byla několikrát zmíněna, byla, že výzkumu se mohli zúčastnit pouze uživatelé kochleárního implantátu.

Důvodem, proč se mělo jednat o respondenty, kteří byli v pracovním poměru před i po implantaci, bylo, že na základě této zkušenosti účastníci mohli porovnat, jak na ně působilo pracovní prostředí v době, kdy postupně ztráceli sluch či náhle ohluchli a následně, co se již stali uživateli kochleárního implantátu. Mohli spatřovat určité rozdíly slyšení či neslyšení v situacích, které souvisely s jejich pracovní náplní v daném zaměstnání. Na tyto každodenní pracovní situace mohli respondenti nahlížet před a po implantaci kochleárního implantátu velmi odlišným způsobem, kdy zpětně měli možnost vyhodnotit, jak na ně tehdy daná situace působila.

Další podstatnou skutečností pro tuto práci bylo vybrat kompenzační pomůcku, kterou se v tomto případě stal kochleární implantát. Tento krok byl zejména důležitý v tom, že byla specifikována konkrétní skupina sluchově postižených. Neboť, jak bylo již v teoretické části práce uvedeno, skupina sluchově postižených má velmi rozmanité zastoupení, kam se řadí všechny osoby bez ohledu na určité období vzniku, místa či stupně sluchových vad.

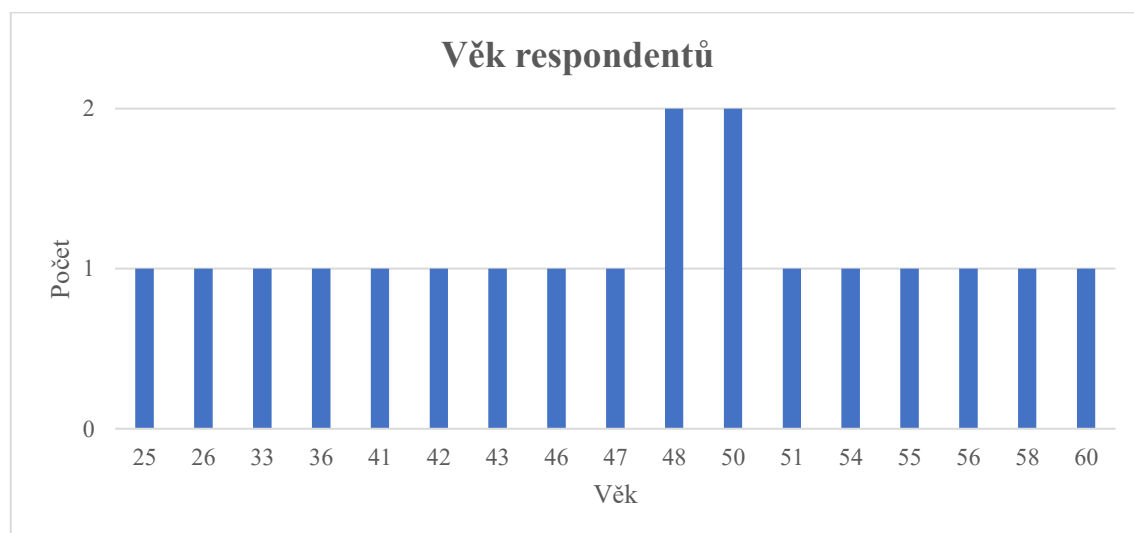
Kochleární implantát si našel místo v této práci i z toho důvodu, že tato kompenzační pomůcka na rozdíl od sluchadel není natolik rozšířená, a proto v této návaznosti bylo rozhodnuto o její co největší možné přiblížení.

Tento anonymní dotazník ve velmi krátké době po jejím zaslání do implantačních center a vyvěšení na webové stránky vyplnilo dohromady 21 účastníků. Bohužel z tohoto celkového počtu respondentů bylo nutné vyřadit 2 (9,5 %) vyplněné dotazníky, které neodpovídaly popisu zkoumaného souboru. To znamená, že se sice jednalo o dotazníky, které vyplňovali uživatelé kochleárního implantátu, ale ve většině případech šlo o jedince, kteří nebyli postlingválně, ale prelingválně neslyšící.

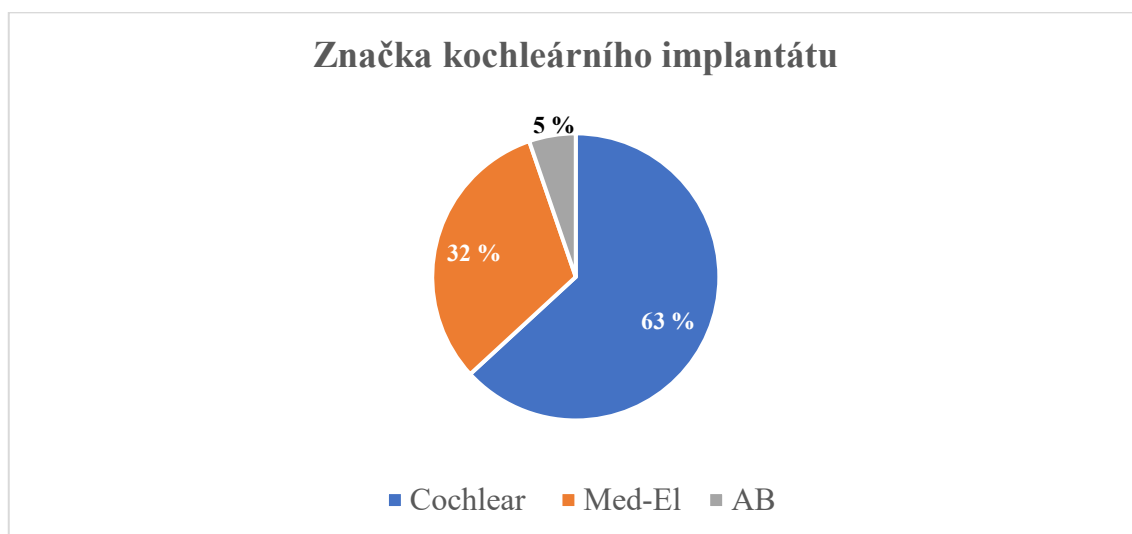
Pro výzkumné šetření se proto adekvátní vzorek skládal dohromady z **19 respondentů**, přičemž největší zastoupení zde měly ženy – **12 žen** (63 %), u opačného pohlaví se představilo celkem **7 mužů** (37 %). Pro zachycení základních charakteristik souboru je pro co nejpřehlednější uspořádání níže využita metoda zobrazování pomocí grafů či tabulek.

46 let je průměrný věk všech zúčastněných respondentů tohoto dotazníkového šetření. Jak lze vidět v grafu č. 1, nejvíce účastníků zastupovala ve shodném složení věková kategorie 48 let a 50 let o celkovém počtu dvou respondentů. Nejmladším účastníkem výzkumného šetření se stala osoba ve věku 25 let a nejstaršímu respondentovi bylo 60 let.

Graf č. 1: Věk respondentů



Graf č. 2: Značka kochleárního implantátu



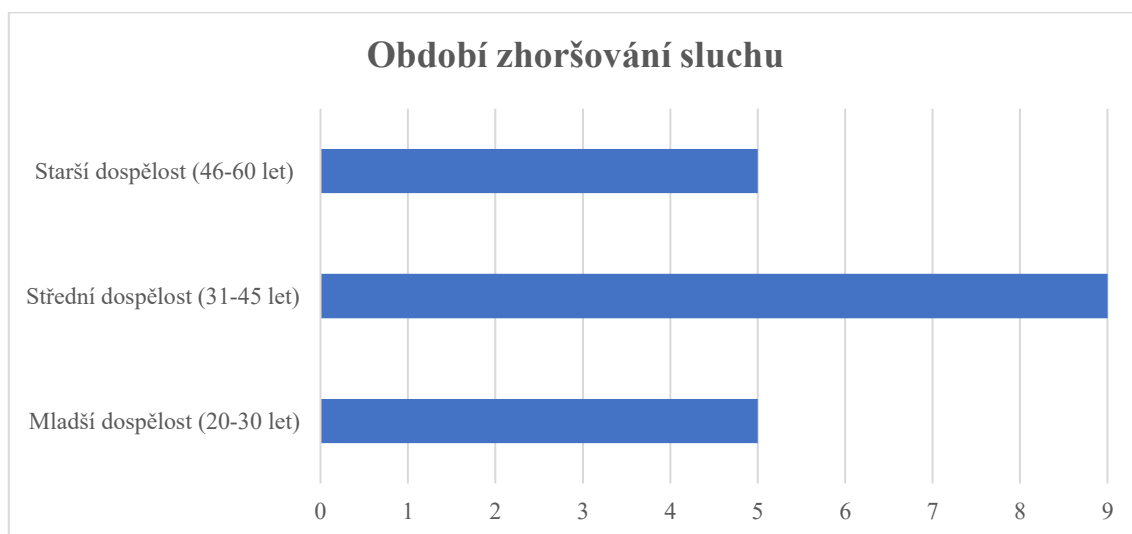
Graf č. 2 zobrazuje, od jaké firmy respondenti mají své kochleární implantáty. Jak si lze povšimnout, největší zastoupení zde má nejstarší, a tedy nejznámější, značka Cochlear v počtu 12 (63 %) dotazovaných. Naopak pouze 1 (5 %) respondent uvedl, že je uživatel KI od AB (Advanced Bionics).

Graf č. 3: Kraj pracovního místa



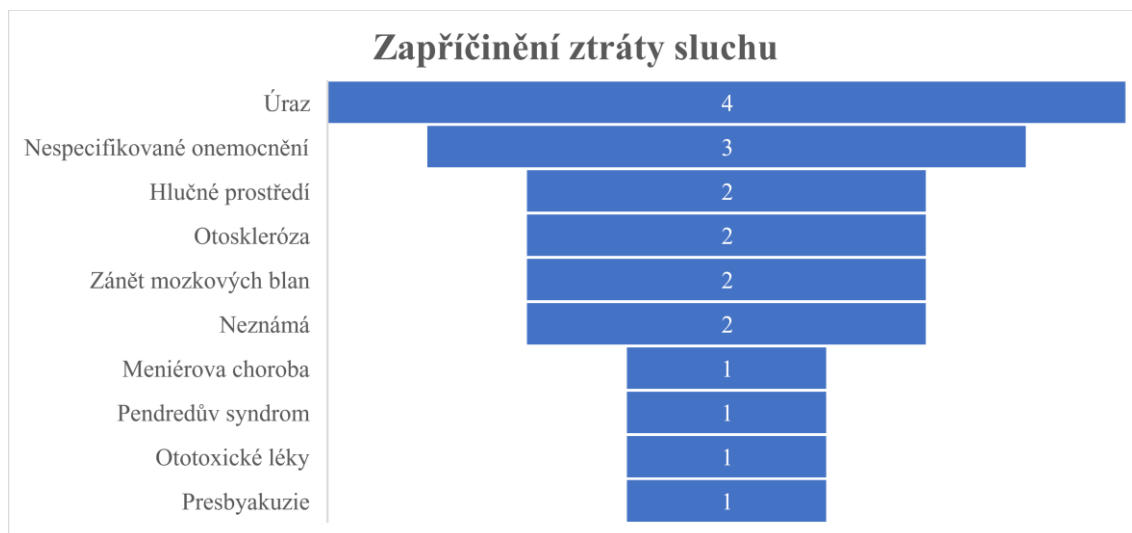
V jakém kraji České republiky dotazovaní respondenti pracují, nám zobrazuje graf č. 3. Jak můžeme tedy vidět, nejvíce respondenti uváděli, že pracují v hlavním městě Praha, a to v celkovém počtu 5 (26 %) dotazovaných. Na druhém místě se umístil Pardubický kraj v zastoupení o 3 (16 %) respondentech.

Graf č. 4: Období zhoršování sluchu

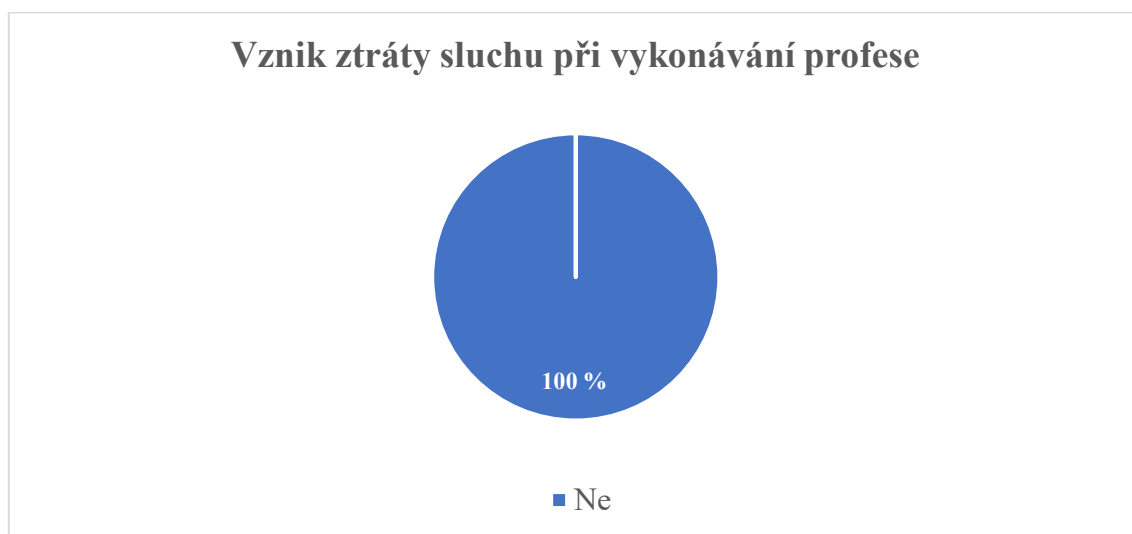


V jakém období se u respondentů začal zhoršovat sluch, znázorňuje graf č. 4. Jak si lze povšimnout, 9 (47 %) respondentů uvedlo, že u nich docházelo ke zhoršení sluchu ve střední dospělosti (30-45 let). Naopak velmi totožné výsledky se projevují, jak u mladší, tak u starší dospělosti, kde je shoda po 5 (26,5 %) respondentech.

Graf č. 5: Zapříčinění ztráty sluchu



Graf č. 6: *Vznik ztráty sluchu při vykonávání profese*



Co zapříčinilo ztrátu sluchu, odpovídali respondenti v grafu č. 5. Zde 4 (21 %) respondenti uvedli, že o sluch přišli následkem úrazu, přičemž jeden respondent dokonce zmiňoval, že o sluch přišel při autonehodě. Účastníci, kteří uváděli jako příčinu ztráty sluchu úraz či hlučné prostředí, v následujícím grafu č. 6 byli dotazováni, zda se jim to stalo během vykonávání dané profese. Všech 6 (100 %) účastníků potvrdilo, že ztráta sluchu nevznikala při úkonech jejich povolání.

5.2 Použité metody

Pro získání potřebných dat pro vytvoření výzkumných závěrů byla v tomto případě využita metoda dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření je jedna z mnoha dalších metod výzkumu, která se především vyznačuje tím, že pro to, abychom získali od respondentů vhodné informace, je zapotřebí od nich získat odpovědi na stanovené otázky. Stanovené otázky, které jakožto výzkumníci pokládáme, jsou zpravidla vytvořené v předstihu a určeny cílovým respondentům – tj. v tomto případě ohluchlým dospělým uživatelům kochleárního implantátu, kteří mají zkušenosti se zaměstnáním před i po její implantaci.

Podíváme-li se na to podrobněji z metodologického hlediska, zjistíme, že půjde převážně o kvantitativní metodu výzkumu. Jak zmiňuje autor Disman (2021), kvantitativní výzkum je specifický tím, že od respondentů získáváme potřebné výsledky, které jsou vyjádřené v matematických číslech. V tomto případě to tedy znamená, že výsledky jsou interpretovány převážně statistickými metodami. Což je tedy úplný opak

kvalitativního výzkumu, kde jsou výsledky podávány spíše ve slovních odpovědích. Mezi těmito výzkumnými metodami existuje ještě jeden zásadní rozdíl, který se nachází v postoji výzkumníka k jevům. „*Výzkumník v kvantitativním výzkumu se snaží držet odstup od zkoumaných jevů.*“ (Gavora, 2010, s. 35). Tento neustranný způsob nahlížení nám pro stanovení výzkumných závěrů zajišťuje menší pravděpodobnost jeho zkreslení. Pro komplexní představu je ještě důležité dodat, že tento typ výzkumu se využívá především u většího počtu zkoumaných respondentů (Gavora, 2010).

Dotazníkové šetření je hojně užívaná metoda mezi výzkumníky, neboť je to nástroj, který poměrně ekonomicky šetří čas. To znamená, že za pomocí této metody je možné získat velký počet informací za poměrně krátkou dobu. Ale jak se později dozvíme, i když se tato metoda na první pohled jeví jako ideální, ve výsledku to tak vždy být nemusí. Otázky by měly být jasně definované, protože tato podmínka nám zajistí lepší kvalitu pro navrácení vyplněných dotazníků. Hlavním znakem dotazníkového šetření je, že účastníci vybírají tu odpověď, u které mají pocit, že se s ní sami ztotožňují. Pro tvorbu dotazníku můžeme vycházet ze tří hlavních druhů otázek – nestandardizované (otevřené), standardizované (uzavřené) a polostandardizované (polouzavřené) otázky (Giddens, 2013, Eger a Egerová, 2017).

Jak bylo již řečeno, dotazníkové šetření s sebou nese své výhody, jako je například v podobě časové úspory. Dále za pozitivum můžeme považovat zajištění plné anonymity respondentů, kdy se nemusí obávat, že budou vyzrazeni. Zvláště je-li dotazník vyplněný skrze webové stránky, je vyšší ochota odpovídat více upřímně. Navíc i finanční prostředky na jeho tvorbu jsou minimální. Výhodu můžeme spatřovat i v reprezentaci výsledků, neboť mohou být pro celou populaci zobecnitelné (Eger a Egerová, 2017, Pána a Somr, 2007).

Bohužel za velké negativum můžeme považovat menší návratnost vyplněných dotazníků, zvláště pokud dotazníky rozesíláme elektronicky. Hrozí proto vysoké riziko, že vhodný adept dotazník ukončí předčasně. Navíc rozesílání dotazníku v elektronické podobě nám nezaručuje, že ji vyplňuje ta osoba, která se s uvedenou problematikou plně ztotožňuje. V důsledku odlišného chápání můžeme za jeden ze záporů této metody považovat i to, že každý z nás položenou otázku pochopí zcela jinak. To v našem případě znamená, že pokud dotazník rozesíláme elektronicky, tedy již skoro v „nepřítomnosti“ výzkumníka, nemůžeme respondenta ujistit o tom, jak daná otázka byla přesně myšlena. Na jedné straně se setkáváme s ochotou odpovídat na dané otázky upřímně, ale na druhé

straně může jeden ze záporů této metody být, že respondenti nám v dotazníku budou podávat lživé informace, protože se chtějí ukázat v co nejlepším světle (Eger a Egerová, 2017, Giddens, 2013).

V této výzkumné práci bylo dohromady vytvořeno 33 otázek (viz příloha č. 1). Na první pohled se může zdát, že otázek pro zodpovězení byl příliš velký počet, ale když se na to podíváme podrobněji, zjistíme, že ne všechny otázky vyžadovaly odpověď, jak bude vysvětleno níže. Otázky byly zformulované jasně a srozumitelně, abychom zamezili vzniku nepochopení dané otázky, což by nám následně neposkytlo relevantní informace pro výzkumné závěry.

Pro tvorbu otázek byl v tomto případě použit polostandardizovaný typ, který je kombinací otevřených a uzavřených otázek. Jak si však lze v tomto dotazníku povšimnout, velká část otázek patřila mezi otázky uzavřené. To znamená, že účastníci výzkumu označovali tu odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňovali. Pokud však respondenti z daného výběru nenalezli odpověď, která by se jim příliš zamlouvala, měli možnost svou odpověď připsat do kolonky „jiná odpověď“. Tento způsob vyplňování dotazníku nám ve větší míře zajistil, že každý účastník výzkumu se mohl libovolně vyjádřit k dané otázce, což bylo důležité zejména pro shromažďování co nejpravdivějších informací o dané problematice. Možnost připsat vlastní odpověď se však nevyskytovala u všech typů otázek, protože některé otázky byly zaměřené na posouzení dané oblasti, která vyžadovala odpověď pomocí škály (např. *výrazná změna k lepšímu / nepatrná změna k lepšímu / žádná změna k lepšímu ani horšímu / nepatrná změna k horšímu / výrazná změna k horšímu*) či postačila jednoslovná odpověď (např. *ano / ne*).

Otevřené otázky sloužily spíše pro doplnění kompletních informací, které souvisely s předchozí otázkou. Jednalo se o otázky, u kterých nestačila vyplněná jednoslovná odpověď, ale bylo požadováno, aby respondenti svou odpověď více podrobněji specifikovali. Proto velmi záleželo na tom, jakou odpověď v předchozí otázce účastník zaškrtnul. To znamená, že z 33 možných otázek v dotazníku nebylo primárním cílem zodpovědět na všechny uvedené, což vzhledem i k povaze otázek nebylo ani možné. Mimo jiné se otevřené otázky vyskytovaly při sběru číselných údajů (tj. např. *Kolik let (případně dní či měsíců) jste již uživatelem kochleárního implantátu; Váš věk apod.*). Otevřenou otázku v dotazníku účastníci mohli vidět i na jejím konci, kde měli prostor se vyjádřit k celému dotazníkovému šetření. Tady respondenti měli možnost zasílat své připomínky či návrhy, které souvisely s uvedeným tématem.

Mohli se zde například vyjádřit k tomu, co jim osobně v dotazníku chybělo za otázky či mohli rozvést své odpovědi, kde to nebylo možné (tj. zejména u uzavřených otázek). Tato poslední otázka posloužila jako zpětná vazba, protože pokud by toto téma bylo nadále rozebírané i v budoucnosti, bylo by dobré na základě této zkušenosti vědět, na co se především zaměřit.

Anonymní dotazník byl respondentům poskytnut v elektronické podobě, přičemž vytvořené otázky byly zasílány přes zkopírovaný odkaz z webové stránky s názvem *Survio*. Což je portál, kde lze bezplatně tvořit nespočetné množství anonymních dotazníků přizpůsobených na míru každému jeho tvůrci.

V úvodu dotazníku se vyskytovaly podstatné informace, které sloužily pro upřesnění toho, kdo je vhodným adeptem pro jeho vyplnění (viz příloha č. 1). Na začátku samotného dotazníku však nechyběly základní údaje o autorce, kde následně požádala vhodné adepty o vyplnění tohoto dotazníku. Autorka představila, jakou vysokou školu, ročník a obor studuje. Následně bylo přistoupeno k žádosti o jeho vyplnění s informací, kde bylo uvedeno, že tento dotazník bude sloužit zejména jako podklad pro vypracování diplomové práce. Bylo vysvětleno, čím se konkrétně práce zabývá a tučným písmem sděleny kritéria pro vyplnění tohoto dotazníku. Nechyběly ani údaje odhadovaného času vyplnění. V případě, že by respondenti měli velký zájem se dozvědět o výsledcích výzkumu, byla jim poskytnuta e-mailová adresa, na kterou se mohli kdykoliv ozvat. Nebylo ani opomenuto poděkování za ochotu a čas věnované dotazníku, které respondenti mohli spatřit před začátkem spuštění dotazníku, ale i na jeho konci před závěrečným odesláním.

5.3 Sběr dat

Aby byl získán co nejméně nejadekvátnější počet (tedy alespoň 20) navrácených odpovědí na vytvořený dotazník, bylo nutné ho rozeslat na všechna potřebná místa, kde se uživatelé kochleárního implantátu sdružují. Po zkušenostech z minulých let, kdy byly též práce zaměřené na kochleární implantát, měla autorka už předem vytipované kontakty, kam se s prosbou o jeho vyplnění obracela.

Prvním kontaktem se stala sociální síť s názvem Facebook. Facebook především disponuje tím, že je zde nespočetné množství otevřených či uzavřených skupin, které spojuje stejná/podobná zkušenost/činnost. V našem případě se jednalo o skupinu

s názvem *Kochleární implantát*. I přestože tuto skupinu spojuje kochleární implantát, neznamená to automaticky, že u všech jejích členů docházelo ke vzniku sluchové vady ve stejném období či všichni její členové mají stejný stupeň, nebo dokonce stejný druh. Bylo proto velmi důležité při poskytnutí odkazu pro vyplnění dotazníku ještě zmínit, že dotazníkové šetření se týká vybrané skupiny – v našem případě dospělých uživatelů s postlingválním sluchovým postižením. Bylo zde podrobněji tučným písmem vysvětleno, který konkrétní dospělý adept splňuje kritéria pro účast v daném dotazníkovém šetření.

Stejný postup platil i pro další skupinu vyskytující se na Facebooku s názvem *Ohluchlí, nedoslýchaví a uživatelé sluchového implantátu*. Ze zkušeností z minulých let však zde oproti první skupině byla menší pravděpodobnost, že se tu objeví vhodný adept pro vyplnění tohoto dotazníku. Je to z důvodu, že většina členů této skupiny pro slyšení využívá sluchadla, a tudíž se z větší části bude jednat spíše o nedoslýchavé jedince.

Odkaz na anonymní dotazník byl dále rozeslán i za pomoci e-mailových adres, které byly obdrženy z minulých let či byly získány za pomoci webových stránek, kde zmíněné adresy byly veřejně k dispozici komukoliv, kdo shání vhodný kontakt pro spojení. Kontaktována byla předsedkyně SUKI (Spolek uživatelů kochleárního implantátu), která byla požádána o nasdílení tohoto dotazníku na jejich facebookových stránkách. SUKI je organizace, která má dlouholetou tradici v poskytování služeb týkající se problematiky kochleárních implantátů. Každoročně pořádá víkendová setkání nejen pro samotné uživatele KI, ale i jejich rodiny a přátel či pro všechny, která uvedená problematika zajímá. Součástí setkání jsou různé besedy s odborníky, kteří se v oblasti KI dlouhodobě angažují.

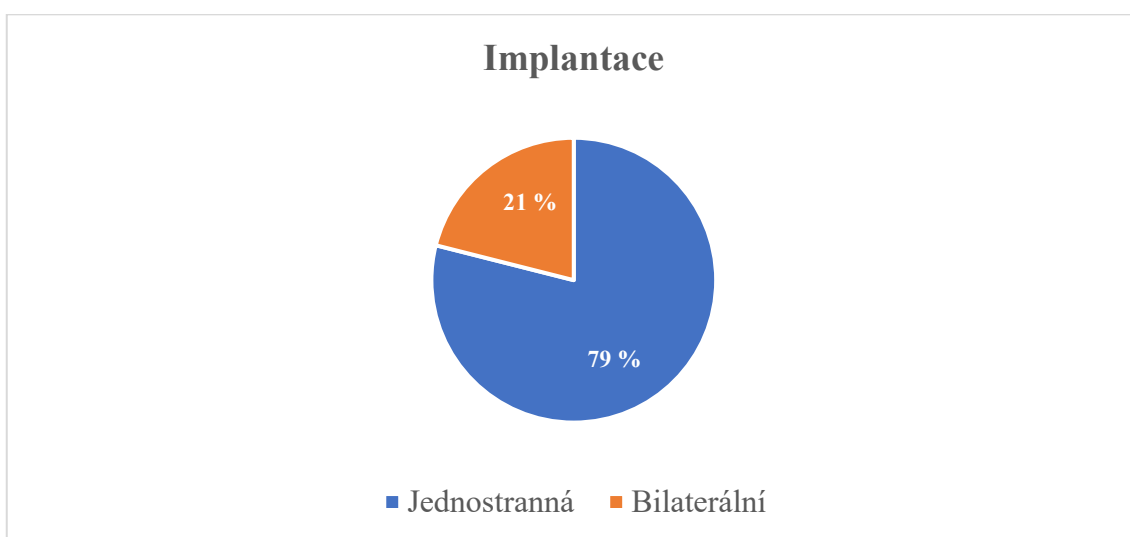
Mimo jiné byla také kontaktována vybraná implantační centra, kdy byli osloveni odborníci z řad lékařů. Ale také inženýři, kteří spolu s logopedy mají na starosti poimplantační rehabilitační péči, přičemž inženýři se věnují vhodnému nastavování zvukového procesoru pro co nejlepší slyšení a porozumění každého jeho uživatele. Jelikož zvukový procesor je technický výrobek, který se jako každý jiný výrobek může poškodit (např. při pádu na zem), existují servisy pro jejich opravení. Proto v této návaznosti byl kontaktován i servis firmy AB (Advanced Bionics) opět s žádostí o rozeslání odkazu anonymního dotazníku všem jejím klientům.

6 Výsledky

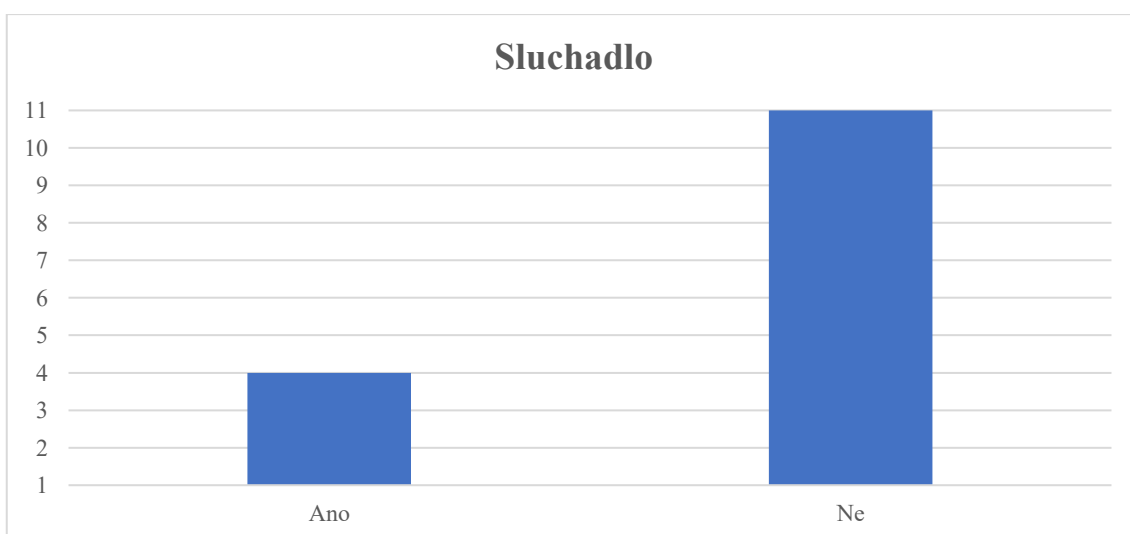
Výsledky výzkumného šetření byly následně pro lepší přehlednost rozčleněné do třech okruhů v závislosti na zkoumanou problematiku – *Doplňující údaje výzkumného souboru; Situace před implantací kochleárního implantátu a Situace po implantaci kochleárního implantátu.*

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Graf č. 7: Implantace

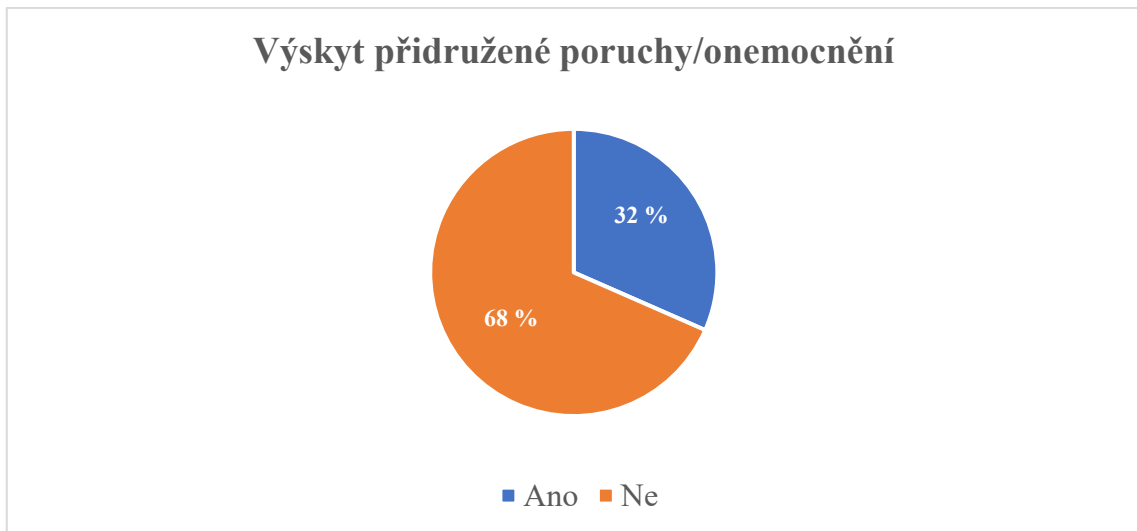


Graf č. 8: Použití sluchadla u jednostranné implantace

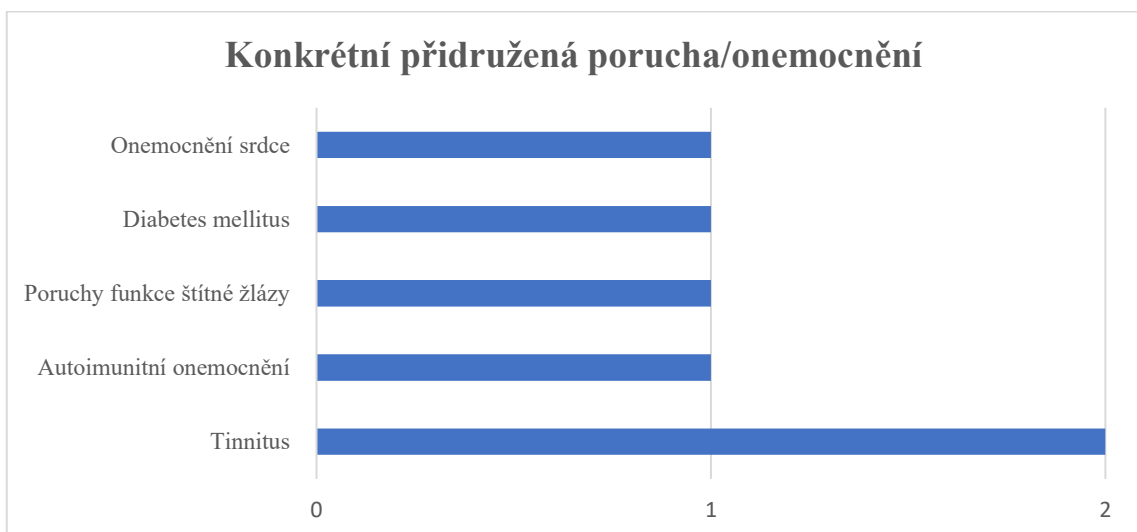


Znázorněný graf č. 7 ukazuje, zda respondenti mají jednostrannou či bilaterální implantaci. Nadpoloviční většina, konkrétně 15 (79 %) respondentů uvedlo, že má jednostrannou implantaci. U těchto respondentů bylo nadále v grafu č. 8 zjišťováno, zda při jednostranné implantaci využívají na druhém uchu sluchadlo. Zde pouze 4 (27 %) respondenti odpověděli kladně, že současně se zvukovým procesorem nosí i sluchadlo.

Graf č. 9: Výskyt přidružené poruchy/onemocnění



Graf č. 10: Konkrétní přidružená porucha/onemocnění

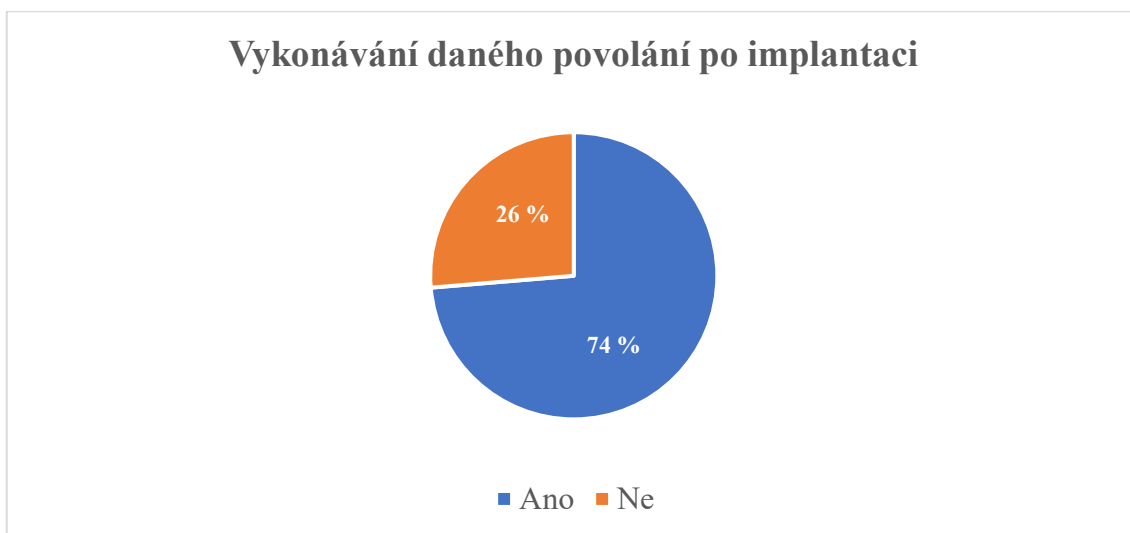


Zda se u respondentů vyskytuje další přidružená porucha/onemocnění, znázorňuje graf č. 9, kde 6 (32 %) dotazovaných uvedlo, že mají další přidruženou

poruchu/onemocnění. O jakou konkrétní se jedná, znázorňuje následující graf č. 10. Zde nejvíce respondenti uváděli tinnitus neboli ušní šelest.

SITUACE PŘED IMPLANTACÍ KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU

Graf č. 11: Vykonávání daného povolání po implantaci



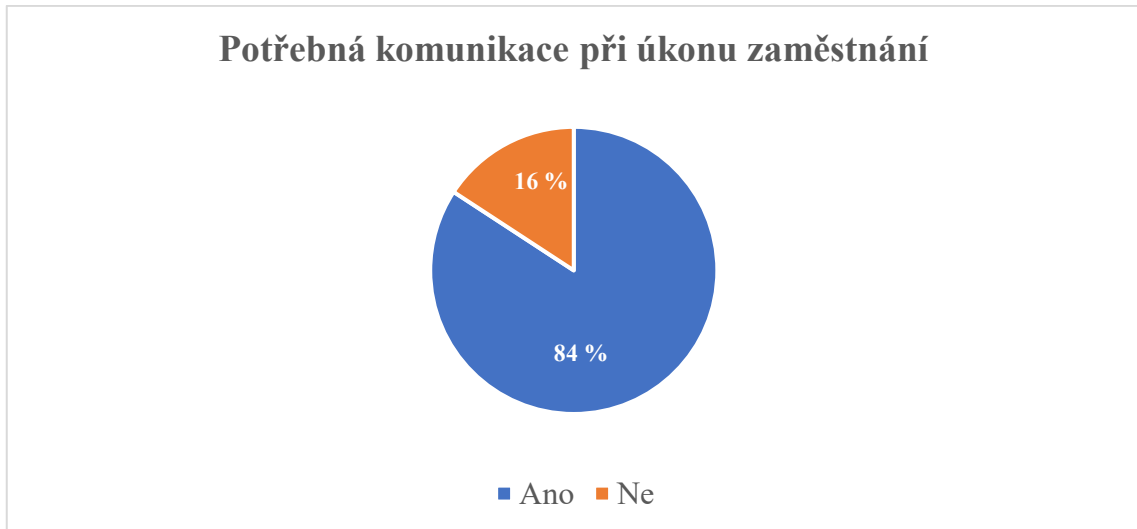
Graf č. 12: Opuštění pracovního místa z důvodu sluchového postižení



V grafu č. 11 se otázka týkala toho, zda respondenti vykonávají stejné povolání i po implantaci kochleárního implantátu. Jednalo se o různá povolání, jako například o učitele, prodavače, pekaře, pracovníka v sociálních službách či v administrativě, očního optika, nebo také o instalátéra. Zde 5 (26 %) respondentů uvedlo, že již nevykonávají

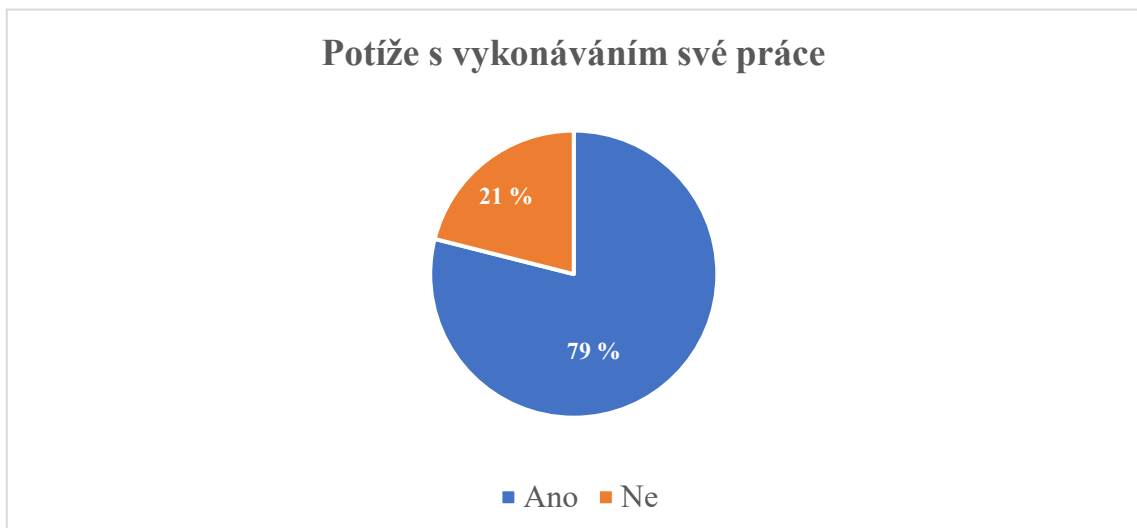
stejně povolání jako po implantaci KI. V následujícím grafu č. 12 všech 5 (100 %) respondentů uvedlo, že to bylo z důvodu sluchového postižení, které je v životě potkalo.

Graf č. 13: Potřebná komunikace při úkonu zaměstnání

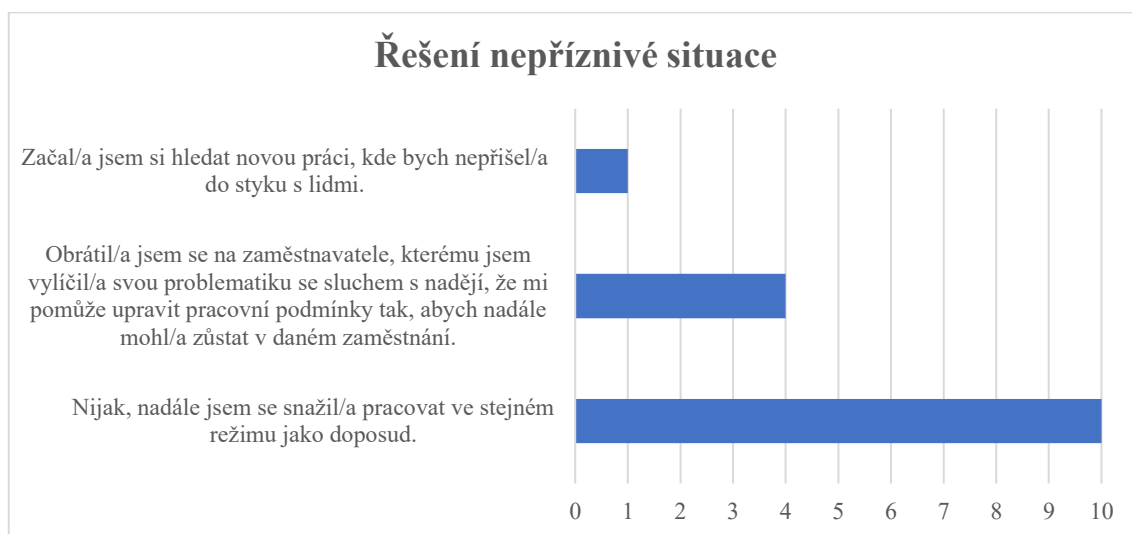


Zda při úkonu zaměstnání (před implantací) byla potřebná komunikace s ostatními lidmi, tedy například se spolupracovníky či se zákazníky, nám ukazuje graf č. 13. Nadpoloviční většina 16 (84 %) respondentů uvedla, že v jejich zaměstnání bylo zapotřebí komunikovat s ostatními lidmi.

Graf č. 14: Potíže s vykonáváním své práce



Graf č. 15: Řešení nepříznivé situace

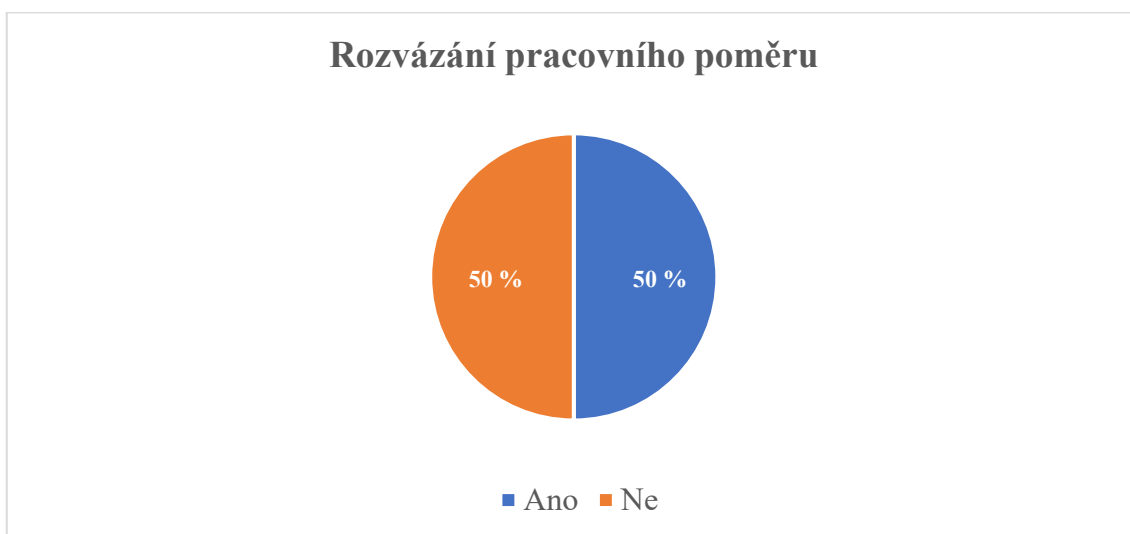


Graf č. 14 nám ukazuje, zda respondenti měli potíže vykonávat svoji práci z důvodu komunikační překážky na pracovišti. 15 (79 %) respondentů uvedlo, že se s touto situací setkali. V závislosti na dalším grafu č. 15 bylo nadále zjišťováno, jak tuto nepříznivou situaci řešili. 10 (67 %) respondentů uvedlo, že nijak, nadále se snažili pracovat ve stejném režimu jako doposud.

Graf č. 16: Reakce zaměstnavatele na ztrátu sluchu

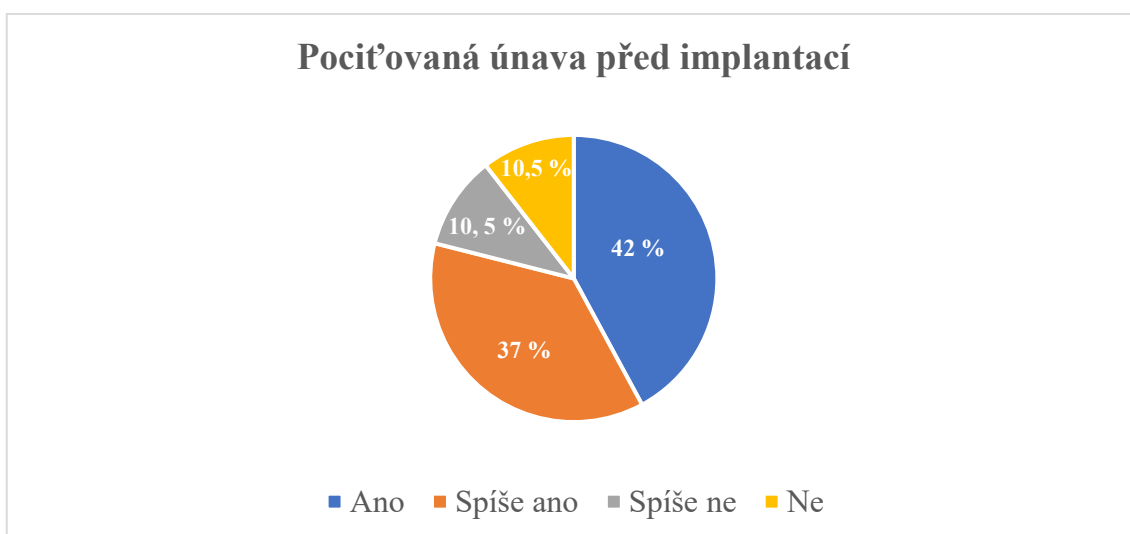


Graf č. 17: Rozvázání pracovního poměru

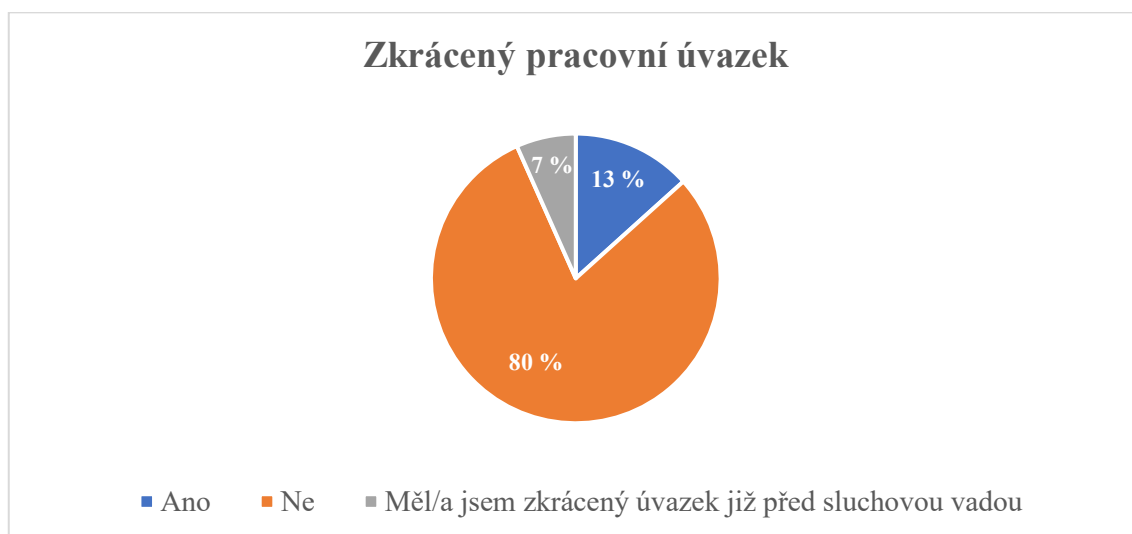


Jak zareagoval zaměstnavatel na ztrátu sluchu u svého zaměstnance, nám zobrazuje graf č. 16. Zde 7 (37 %) účastníků zmiňovalo, že se jejich zaměstnavatel snažil podpořit, pomoci jim přizpůsobit pracovní podmínky tak, aby mohli nadále vykonávat svoji profesi. U 2 (11 %) respondentů, u kterých jim zaměstnavatel dal najevo, že kvůli ztrátě sluchu není možné adekvátně vykonávat danou profesi, bylo v následujícím grafu č. 17 zjišťováno, zda na základě této odpovědi byli nuceni rozvázat pracovní poměr, aniž by s tím plně souhlasili. 1 (50 %) respondent zmínil, že bohužel i na tuto situaci došlo.

Graf č. 18: Pociťovaná únava před implantací

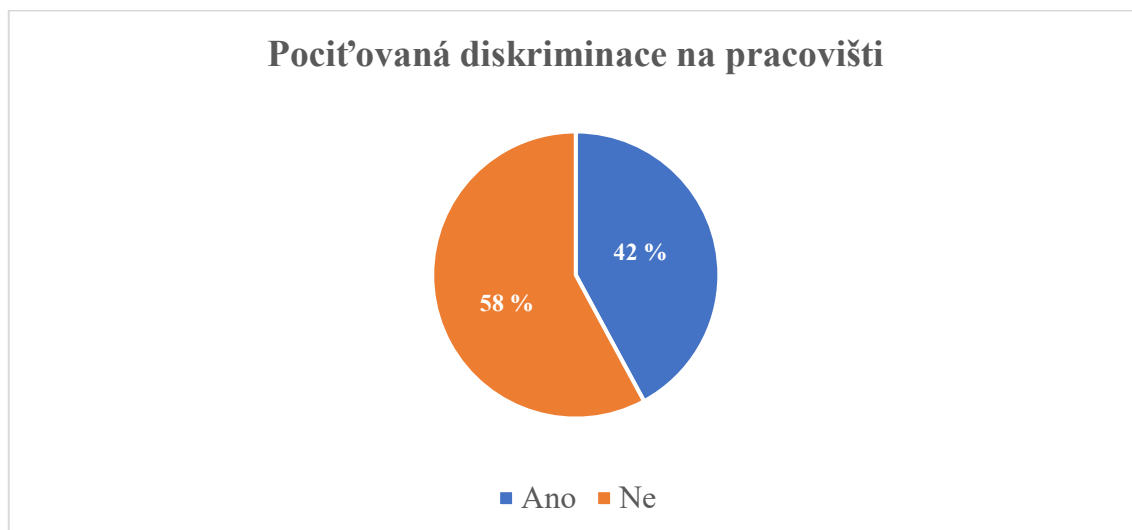


Graf č. 19: Zkrácený pracovní úvazek



Zda respondenti pociťovali únavu před implantací kochleárního implantátu, která mohla mít zároveň dopad na nižší soustřednost při podávání pracovního výkonu, v grafu č. 18 dohromady 8 (42 %) účastníků odpovědělo kladným způsobem. U respondentů, kteří odpovídali nejen „ano“, ale také „spíše ano“, bylo v následném grafu č. 19 zjišťováno, zda se domlouvali se svým zaměstnavatelem na zkráceném úvazku. 12 (80 %) respondentů se vyjádřilo záporným způsobem, 1 (7 %) respondent dokonce uváděl, že měl zkrácený úvazek již před sluchovou vadou.

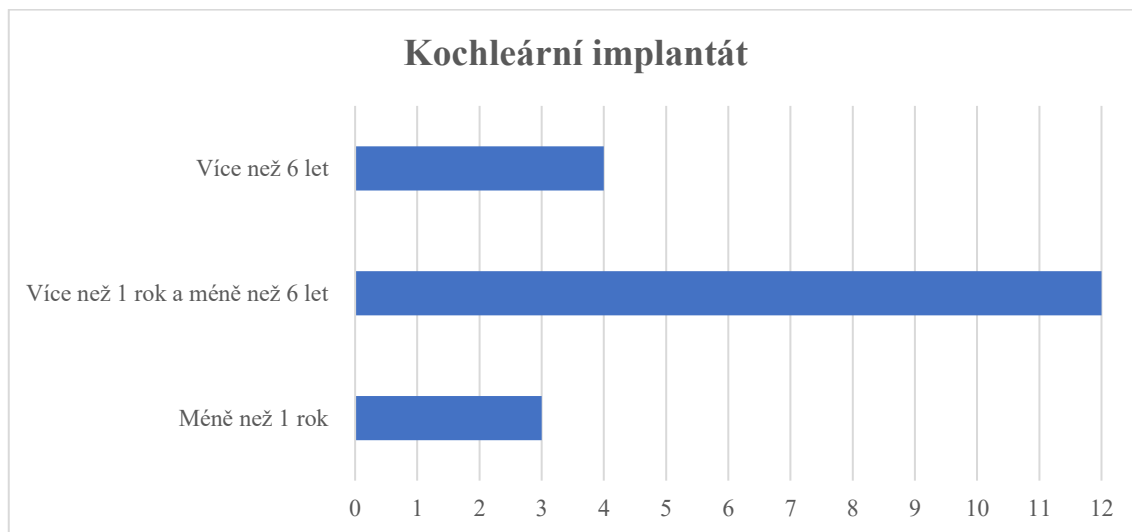
Graf č. 20: Pociťovaná diskriminace na pracovišti



Graf č. 20 znázorňuje, zda se respondenti setkali z důvodu svého postižení s diskriminací na pracovišti, kdy například vnímali, že sluchová vada byla překážkou pro získání pracovního povýšení apod. 11 (58 %) respondentů však uvedlo, že nikoliv.

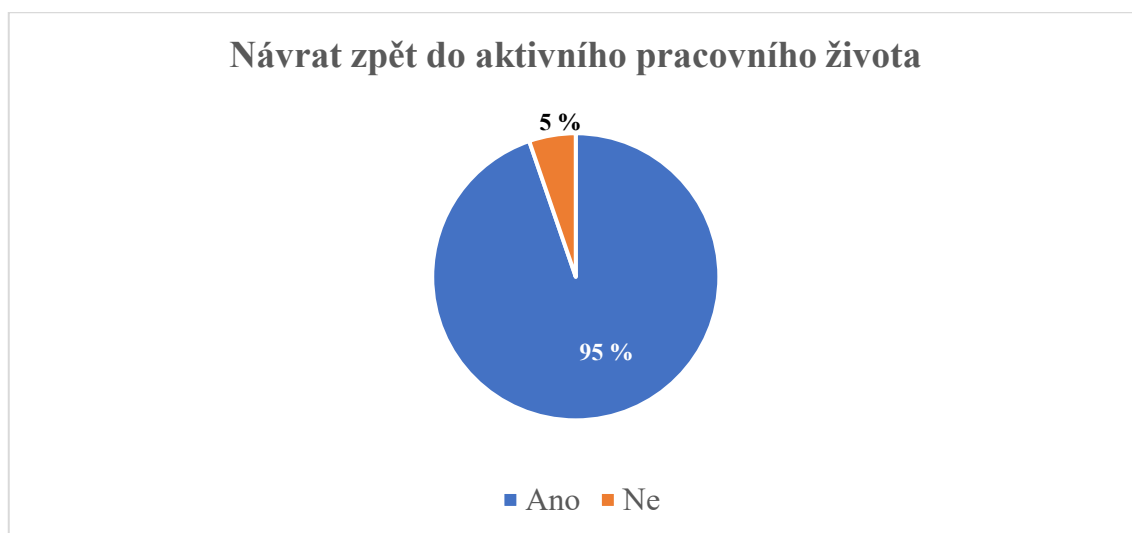
SITUACE PO IMPLANTACI KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU

Graf č. 21: Kochleární implantát



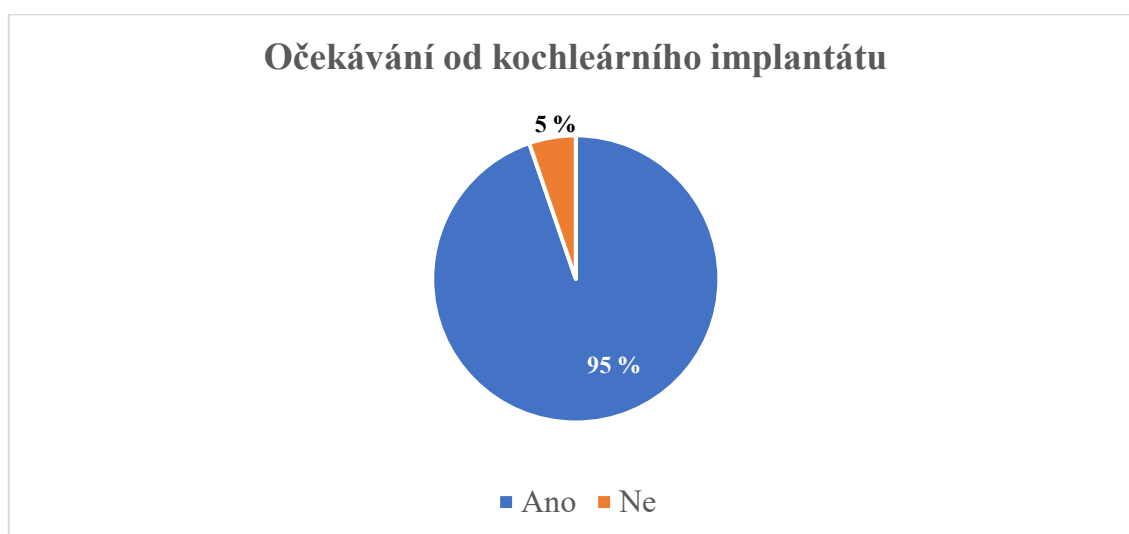
V grafu č. 21 bylo u respondentů zjišťováno, jak dlouho jsou již uživateli kochleárního implantátu. 12 (63 %) respondentů uvedlo, že za pomoci kochleárního implantátu mohou slyšet a rozumět více než 1 rok a méně než 6 let. V tomto šetření se nejmladším uživatelem stala osoba, která využívá KI pouhé 2 měsíce a nejstarší jedinec přes osm let.

Graf č. 22: Návrat zpět do aktivního pracovního života



Zda jeden z impulsů pro podrobení se operace kochleárního implantátu byl návrat zpět do aktivního pracovního života, znázorňuje graf č. 22. Nadpoloviční většina, tedy 18 (95 %) respondentů odpovědělo kladně, že ano.

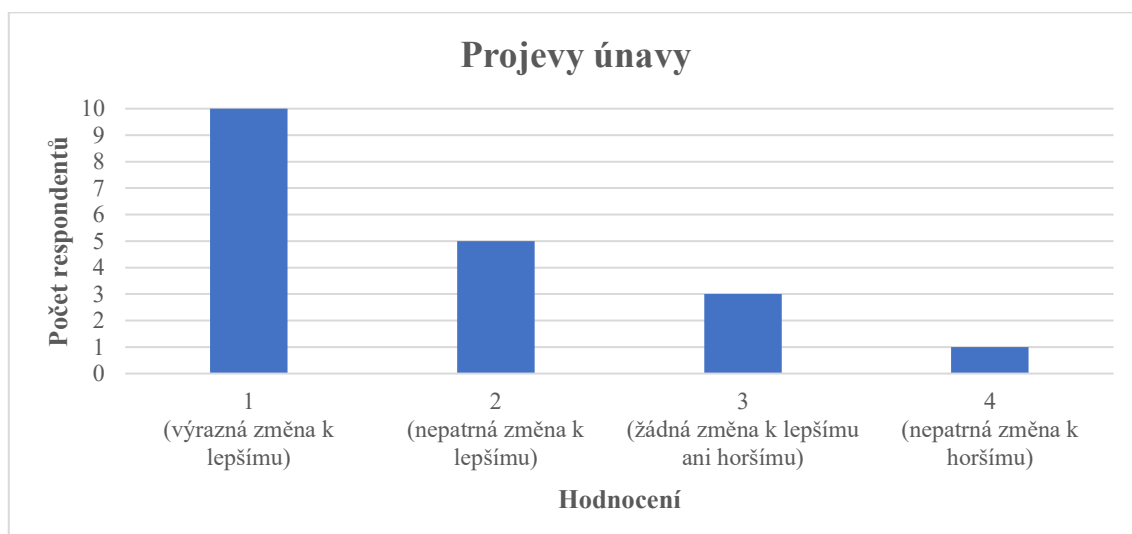
Graf č. 23: Očekávání od kochleárního implantátu



Graf č. 23 znázorňuje, zda kochleární implantát splnil očekávání, a to návrat zpět nejen do slyšící společnosti, ale i možnost se zapojit do pracovního procesu. Zde 18 (95 %) respondentů odpovídalo kladně. 1 (5 %) respondent se však k této situaci vyjádřil negativně. Proto bylo nadále zjišťováno, s čím konkrétně není spokojený. Jako příklad uvedl, že stále špatně rozumí svým klientům, kdy s nimi musí komunikovat převážně přes přepážku. Na druhou stranu však zmiňoval, že během covidových opatření, kdy bylo povinné nošení roušek, se cítil více bezbranný.

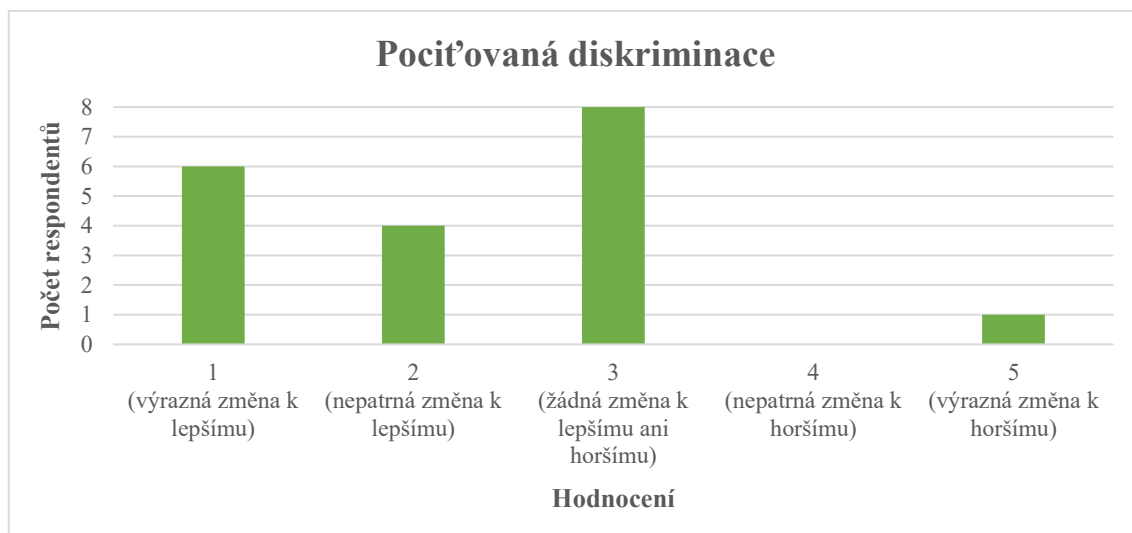
V následujících šesti grafech respondenti měli za úkol zhodnotit, zda po implantaci KI docházelo/nedocházelo ke změnám v jednotlivých oblastech v jejich pracovním životě. Jednalo se o oblasti – *Projevy únavy při podávání pracovního výkonu; Pociťovaná diskriminace na pracovišti; Komunikace se spolupracovníky či se zákazníky; Porozumění řeči na frekventovaných místech; Porozumění telefonnímu rozhovoru a Motivace chodit do zaměstnání*. Na škále uváděli tyto hodnoty: 1 – výrazná změna k lepšímu; 2 – nepatrná změna k lepšímu; 3 – žádná změna k lepšímu ani horšímu; 4 – nepatrná změna k horšímu; 5 – výrazná změna k horšímu.

Graf č. 24: Projevy únavy při podávání pracovního výkonu



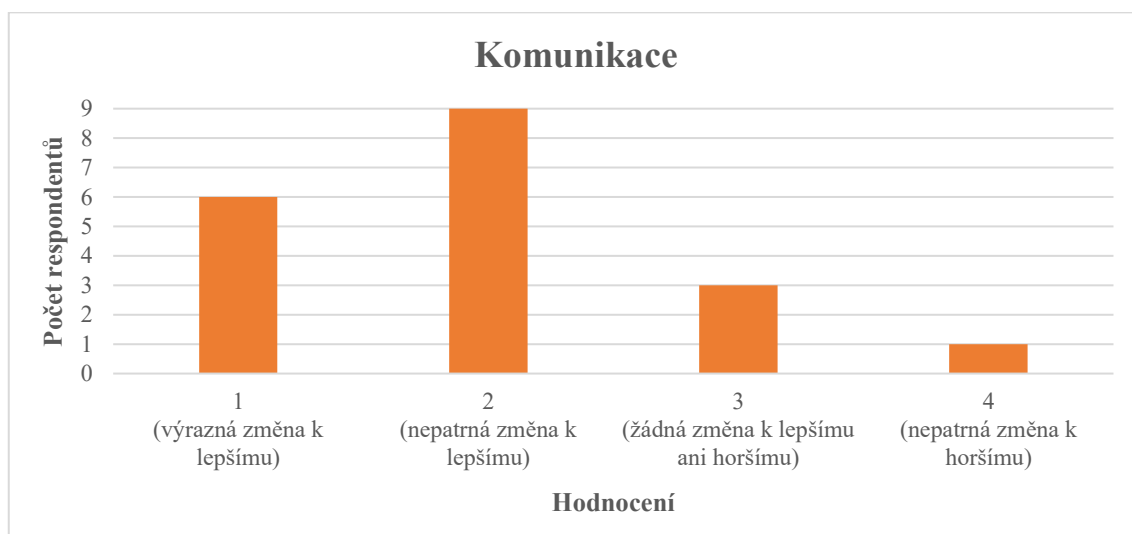
V grafu č. 24 respondenti hodnotili, zda po implantaci docházelo ke změnám v projevech únavy při podávání pracovního výkonu. Zde se 10 (53 %) respondentů vyjádřilo kladným způsobem, kdy spatřovali „výraznou změnu k lepšímu“. Naopak 1 (5 %) respondent uvedl, že u něho docházelo k „nepatrné změně k horšímu“.

Graf č. 25: Pociťovaná diskriminace na pracovišti



Zda respondenti pociťovali diskriminaci na pracovišti i po implantaci KI, znázorňuje graf č. 25. Zde se 8 (42 %) účastníků vyjádřilo, že nedocházelo k „žádné změně k lepšímu ani horšímu“, tudíž vše zůstalo stejné jako dopsud. Pouze 1 (5 %) účastník zmiňoval, že docházelo k „výrazné změně k horšímu“.

Graf č. 26: Komunikace se spolupracovníky či se zákazníky



Jak respondenti hodnotili změny v oblasti komunikace se spolupracovníky či se zákazníky, se 9 (47 %) respondentů v grafu č. 26 vyjádřilo, že u nich docházelo k „nepatrné změně k lepšímu“. Ani jeden respondent však neuvedl na škále číslo 5, tedy, že by u nich docházelo k „výrazné změně k horšímu“.

Graf č. 27: Porozumění řeči na frekventovaných místech



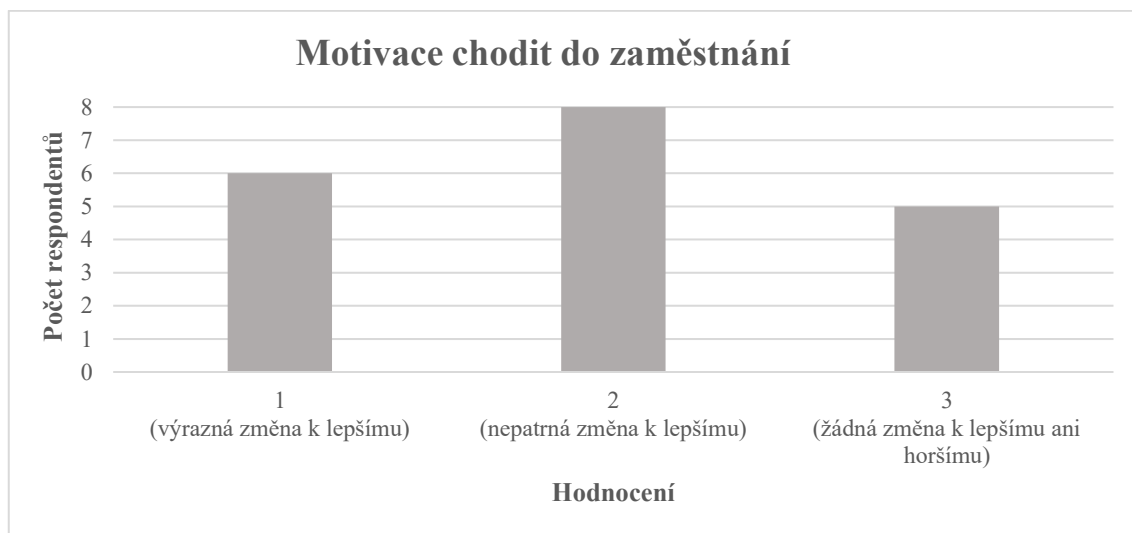
Graf č. 27 znázorňuje porozumění řeči na frekventovaných místech, např. při pracovních poradách apod. Zde 7 (37 %) respondentů hodnotilo, že vidí „nepatrnou změnu k lepšímu“. Pouze 4 (21 %) respondenti v této oblasti spatřují „výraznou změnu k lepšímu“.

Graf č. 28: Porozumění telefonnímu rozhovoru



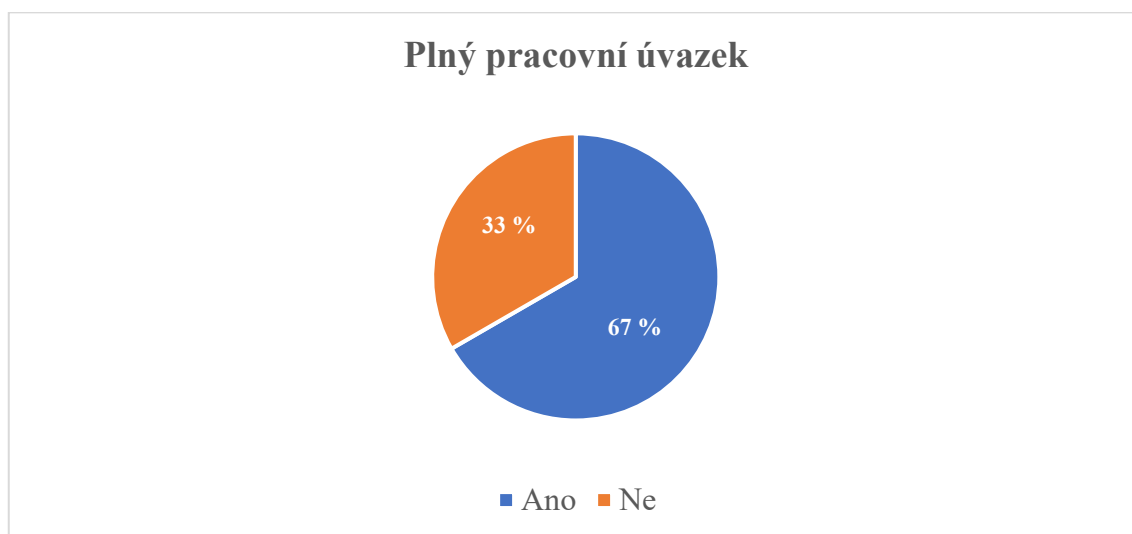
Jak respondenti hodnotili oblast porozumění telefonnímu rozhovoru, můžeme vidět na grafu č. 28. Zde se 9 (47 %) respondentů vyjádřilo, že spatřují „výraznou změnu k lepšímu“. Pouze 1 (5 %) respondent uvedl, že tuto oblast posuzuje jako „nepatrnou změnu k horšímu“.

Graf č. 29: Motivace chodit do zaměstnání



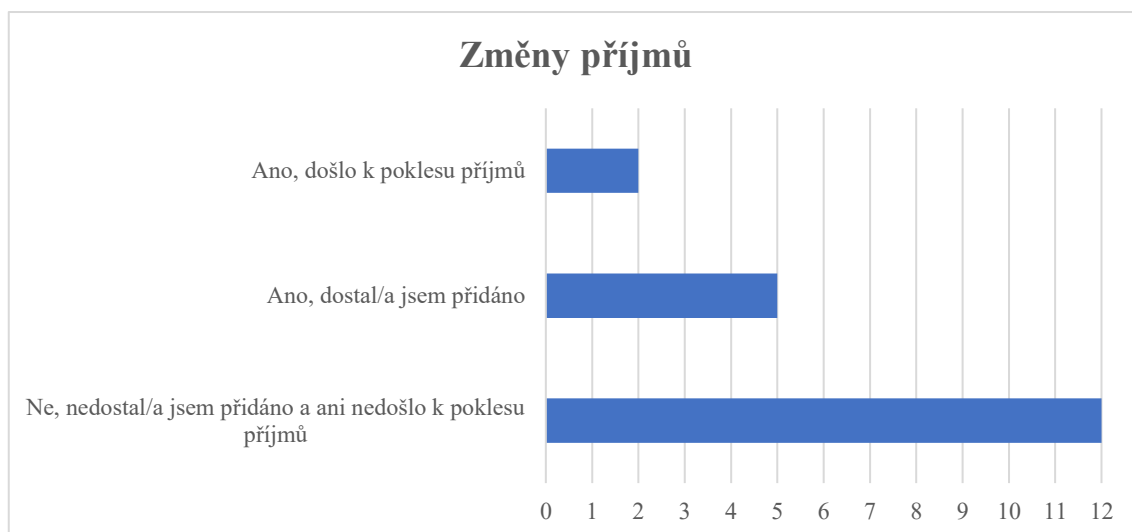
Graf č. 29 znázorňuje, zda respondenti měli po implantaci motivaci chodit do zaměstnání. Zde 8 (42 %) respondentů uvedlo, že v této oblasti docházelo k „nepatrné změně k lepšímu“. Pouze 5 (26 %) respondentů nespatořovalo „žádnou změnu k lepšímu ani horšímu“.

Graf č. 30: Plný pracovní úvazek



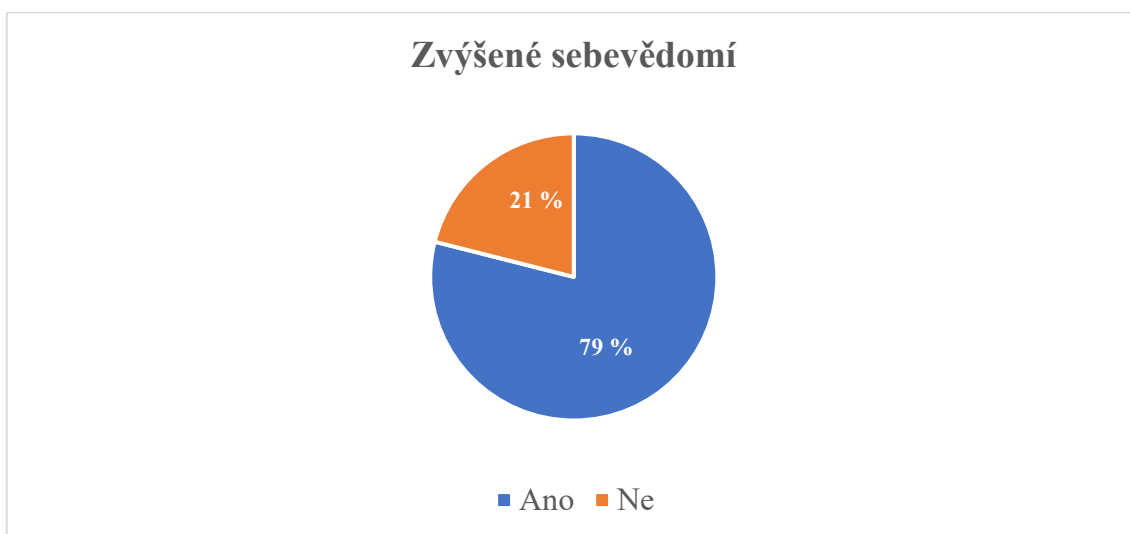
Respondenti, kteří v grafu č. 19 odpověděli, že se se svým zaměstnavatelem před implantací domlouvali na zkráceném úvazku či měli zkrácený úvazek již před sluchovou vadou, bylo v tomto grafu č. 30 zjišťováno, zda se po implantaci vrátili již k plnému úvazku. Zde se 2 (67 %) respondenti vyjádřili, že se k plnému pracovnímu úvazku již vrátili.

Graf č. 31: Změny příjmů



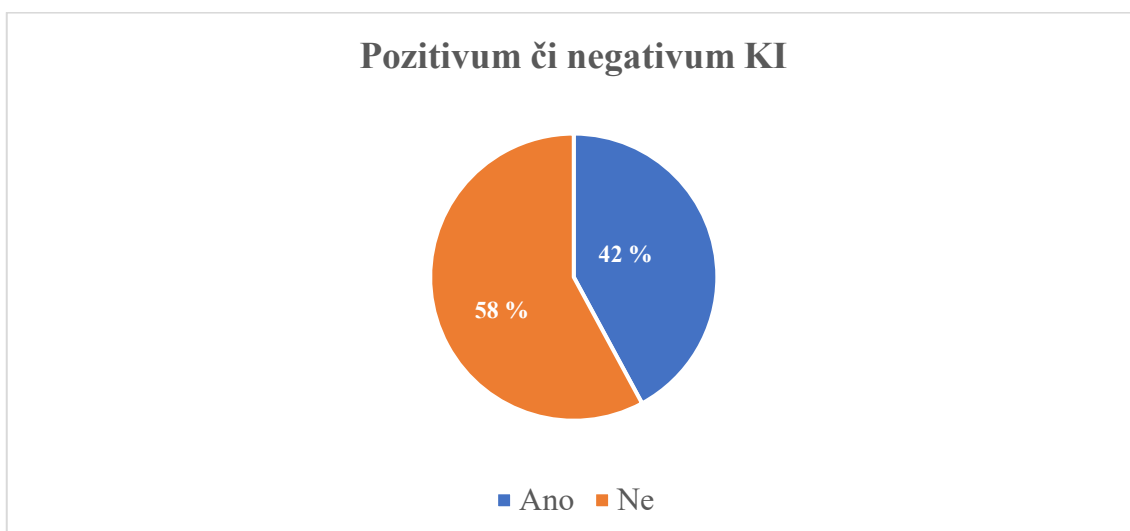
Graf č. 31 zobrazuje, zda u respondentů po implantaci docházelo ke změnám příjmů. Zde se 12 (63 %) respondentů vyjádřilo, že ke změnám nedošlo, kdy nedostali přidáno a ani nedošlo k poklesu příjmů. Naopak 2 (11 %) respondenti uvedli, že u nich došlo k poklesu příjmů.

Graf č. 32: Zvýšené sebevědomí v pracovním prostředí



Zda se respondenti po implantaci cítili v pracovním prostředí sebevědomější, nám znázorňuje graf č. 32. Zde se nadpoloviční většina – 15 (79 %) respondentů vyjádřila, že díky kochleárnímu implantátu se stali sebevědomějšími.

Graf č. 33: Pozitivum či negativum KI



Graf č. 33 znázorňuje, zda se u respondentů po implantaci vyskytlo něco, co je překvapilo, ať už se jednalo o pozitivum či negativum. Zde se 11 (58 %) respondentů vyjádřilo, že už nespatořovali nic, co zde nebylo řečeno. U zbylých 8 (42 %) respondentů byla přímo zjišťována jejich konkrétní zažitá situace. Nejvíce respondenti hovořili o tom, že za velké pozitivum považují to, že velmi dobře rozuměli svým kolegům v pracovním prostředí. Rozuměli dobře i přesto, že hovořili pouze mezi sebou a byli k nim otočení přímo zády. Někteří respondenti dokonce zmiňovali, že to, co tehdy neslyšeli ani

se sluchadlem, byť ho měli silnější a silnější, nyní s kochleárním implantátem mohou konečně dobře slyšet. I jedna pedagožka se vyjádřila těmito slovy: *„Ze začátku jsem byla méně soustředěná, rušily mě zvuky, na které jsem nebyla zvyklá (tikání hodin, popotahování žáků, vrzání židli), ale postupem času jsem si zvykla, a naopak to vše беру jako pozitivum.“*

7 Diskuze

Jedinec se sluchovou ztrátou se v životě potýká s řadou překážek, překážek související s komunikačními potížemi, které mu znemožňují se plně začlenit do majoritní společnosti. To má následně negativní vliv na izolaci od ostatních, čímž se mu výrazně snižuje kvalita života. Je zřejmé, že s kvalitou života úzce souvisí i pracovní zařazení, protože, jak bylo již několikrát řečeno, práce má nejen existenční, ale hlavně sociální význam.

Empirická část diplomové práce se proto zabývala otázkou, jaký vliv má kompenzační pomůcka zvaný kochleární implantát na začleňování dospělých jedinců do pracovního života. Diplomová práce zjišťovala konkrétní dopady kochleárního implantátu na profesní stránku každého jeho uživatele. Aby mohly být získány tyto podstatné informace, bylo dohromady stanoveno pět výzkumných otázek, které pomohly nalézt konečnou odpověď, zda se kochleární implantát jeví jako velmi důležitá kompenzační pomůcka pro navrácení postlingválně ohluchlých jedinců zpět do pracovního života.

Pro získání odpovědí na stanovené výzkumné otázky bylo zapotřebí získat co nejvíce ohlasů pro vyplnění anonymního dotazníku. Bylo velmi důležité, aby se tohoto šetření zúčastnilo alespoň 20 respondentů. Bohužel, jak si lze povšimnout, do minimálního počtu chyběl jeden výzkumný vzorek. Proč se tak stalo, souvisí s tím, že anonymní dotazník nebyl dostatečně dlouho vyvěšený na potřebných webových stránkách či rozesílání dotazníku za pomoci e-mailových adres nemělo natolik pozitivní odezvu, jak bylo původně očekáváno.

Jelikož toto šetření bylo specifické především tím, že bylo určené omezené skupině jedinců, znamenalo to, že pro sběr dat byly ztížené podmínky, které se následně projeví v počtu navrácených odpovědí. Nicméně tím vzniklo důležité ponaučení pro příště, aby pro potřebný sběr dat bylo vymezeno více času, pokud by v budoucnu nadále byla práce zaměřena na stejnou či podobnou problematiku.

Na druhou stranu, i když se podařilo získat dohromady pouze 19 odpovědí, můžeme to považovat vzhledem ke vzniklé situaci za velmi pozitivní a dostačující k tomu, aby z navrácených odpovědí mohly být stanoveny výzkumné závěry. Musíme mít však na paměti, že vzhledem k malému výzkumnému vzorku tyto výsledky nelze zobecňovat.

První výzkumná otázka: Vykonávali respondenti stejné povolání před i po implantaci kochleárního implantátu?

Na základě výsledků lze na tuto otázku odpovědět, že ANO. Více než polovina, tedy v tomto případě 14 (74 %) respondentů takto odpovídalo na danou otázku: Vykonáváte výše uvedené povolání¹³ již i po implantaci kochleárního implantátu? Pouze 5 (26 %) respondentů uvedlo, že již stejné povolání nevykonávají, kdy jako hlavní důvod právě udávali sluchové postižení, které je v životě potkalo. Nicméně tyto výsledky nám ukazují, že kochleární implantát jejich uživatelům zvyšuje šanci si udržet svá dosavadní zaměstnání. Zejména zaměstnání, u kterých je při pracovních úkonech nezbytná komunikace mezi spolupracovníky či se zákazníky.

Podobné přesvědčení nám podávají i dvě zahraniční studie od španělské autorky Huarte et. al. (2017) a kanadského autora Monteiro et al. (2012). Ti taktéž zjišťovali, zda kochleární implantát opravdu jedincům pomáhá udržet či rozvíjet jejich profesionální dráhu. Na základě výsledků došli k závěru, že kochleární implantát je kompenzační pomůcka, která umožňuje svým uživatelům se snadněji začlenit zpět do pracovního procesu. Ze studie od autora Monteiro et al. (2012) dokonce vzešlo, že tento zaměstnanecký status připisuje kochleárnímu implantátu až 83,8 % respondentů.

Na základě těchto výsledků šetření je však důležité zmínit, že ačkoliv kochleární implantát má pozitivní vliv na navrácení jejich uživatelů zpět do pracovního života, musíme mít na paměti, že se nebude jednat o okamžitý proces. Naopak bude vyžadována dlouhodobá rehabilitace, při které si jedinci postupně navykají na slyšení a porozumění se zvukovým procesorem v pracovní prostředí.

Druhá výzkumná otázka: Dostávalo se respondentům podpory od svých zaměstnavatelů poté, co se dozvěděli o jejich sluchové vadě?

I zde můžeme získat odpověď, že ANO. Na konkrétní otázku: Jak se ke ztrátě sluchu stavěl Váš zaměstnavatel? 7 (37 %) respondentů odpovědělo, že se jejich zaměstnavatel snažil podpořit, pomoci jim přizpůsobit pracovní podmínky tak, aby mohli nadále vykonávat svoji profesi. Naopak 32 % respondentů se setkala s negativní zkušeností. Konkrétně 3 (16 %) respondenti zmiňovali, že se od svého zaměstnavatele nedočkali absolutně žádné reakce. U 1 (5 %) dotazovaného docházelo k negativní reakci,

¹³ Konkrétní povolání respondenti vypisovali v předchozí otázce anonymního dotazníku.

kdy ho zaměstnavatel velice omezoval. 2 (11 %) dotazovaným zaměstnavatel dal najevo, že kvůli ztrátě sluchu není možné tuto profesi vykonávat adekvátně, přičemž na základě této reakce byl jeden z těchto respondentů nucen rozvázat pracovní poměr, aniž by s tím plně souhlasil. 5 (26 %) respondentů se svému zaměstnavateli vůbec nezmínili, že se u nich vyskytují potíže se sluchem.

Jak si lze na základě těchto výsledků povšimnout, vyskytuje se zde velmi pomyslně tenká hranice mezi ochotou či neochotou ze strany zaměstnavatele plně podpořit svého zaměstnance, když se od něho dozvídá o sluchovém postižení. Vzniká nám také otázka, proč se někteří dotazovaní respondenti svému zaměstnavateli raději nesvěřili a nechali si tak pro sebe, že mají sluchovou vadu? Bylo to například z důvodu, že se báli, že na základě této problematiky je zaměstnavatel propustí, protože nemá dostatečné povědomí či dostatek informací o tom, co to znamená zaměstnávat osobu se sluchovým postižením?

Z mnoha zahraničních studií, například od švýcarského autora Kosa et al. (2007) vyplynulo, že jedinci se sluchovým postižením jsou ve svém zaměstnání velmi zranitelní, protože když kupříkladu z důvodu ekonomických reforem dochází k propouštění zaměstnanců, jsou to oni, kteří jako první opouštějí svá pracovní místa. To se proto může jevit jako jeden z klíčových okamžiků, proč se respondenti v našem šetření nesvěřovali svým zaměstnavatelům se svojí problematikou.

V této zahraniční studii od autora Kosa et al. (2007) se mimo jiné také zjistilo, že respondenti, kteří byli dlouhodobě nezaměstnaní a ač si aktivně hledali práci, byli při přijímacích pohovorech z důvodu sluchového postižení diskriminováni. Tato vyskytující se překážka má však ještě velmi hluboký sociální dopad na samotnou psychiku nezaměstnaného, protože následně převažuje pasivní rezignace nadále si hledat jinou práci.

Třetí výzkumná otázka: **Poskytnul kochleární implantát účastníkům očekávaný přínos pro zapojení se do pracovního života?**

I na třetí otázku lze odpovědět, že ANO. Tak zněla odpověď nadpoloviční většiny, konkrétně 18 (95 %) respondentů takto odpovídalo na otázku: Máte pocit, že kochleární implantát splnil Vaše očekávání, a to návrat zpět do slyšící společnosti, a tedy i možnost se zapojit do pracovního procesu? Pouze 1 (5 %) dotazovaný uvedl, že kochleární implantát u něho nesplnil očekávaný přínos. Konkrétně zmiňoval, že má

neustále potíže s komunikací se svými klienty, se kterými musí hovořit převážně přes skleněnou přepážku. Vyzdvihnul však, že v době pandemie Covidu-19, kdy bylo povinné nošení roušek, tuto situaci prožíval ještě daleko hůře než nyní.

Tyto výsledky nás i přesto přesvědčují o tom, že implantace má velký smysl, neboť díky tomu jsou postlingválně ohluchlí jedinci schopni se bez větších potíží integrovat zpět do pracovního procesu. Jak však zmiňuje kanadský autor Clinkard et al. (2015), aby se očekávaný přínos mohl dostavit, je nutné, aby se vhodní kandidáti podrobili implantaci od ohluchnutí co nejdříve, protože tím se zajistí, že poimplantační rehabilitační péče bude probíhat co nejobtímněji. A následně se tím zvyšuje šance na to, že uživatel bude schopen se co nejdříve vrátit zpět do svého zaměstnání.

Očekávaný přínos kochleárního implantátu pro znovuzapojení se do pracovního procesu respondenti vyzdvihovali i v jedné zahraniční studii od norského autora Rembara et al. (2013), který zpozoroval, že zaměstnanost zkoumaných se výrazně zlepšila, neboť si po implantaci v zaměstnání vedli lépe či byli dokonce ve své práci povýšeni. Tento výzkum svědčí o tom, že kochleární implantát svým respondentům splnil jejich očekávanou představu o tom, co jsou díky této kompenzační pomůcce schopni zvládnout.

Je však velice zajímavé, že ač sami respondenti v našem či v zahraničním výzkumu od Rembara et al. (2013) udávali pozitivní vlivy očekávání od kochleárního implantátu, v jiném výzkumu, konkrétně od skotského autora Rosse et al. (2007) naopak respondenti nezaznamenali očekávaný přínos. Nakonec se ukázalo, že tak tomu bylo zejména kvůli jejich zaměstnavatelům, kteří očekávali, že zaměstnancům se po implantaci vrátí normální sluch.

Musíme mít proto na paměti, že ačkoliv díky kochleárnímu implantátu je dnes možné opět slyšet a oprostít se tak od ticha, neznamená to automaticky, že slyšení bude stejné jako před vzniklou sluchovou vadou. Z tohoto důvodu by mělo být nejen vhodným kandidátům na implantaci, ale následně i lidem, se kterými budou pozdější uživatelé přicházet do styku (tedy i zaměstnavatelům), vysvětleno, jaké výhody a omezení s sebou kochleární implantát nese. Díky těmto podstatným informacím mohou získat ucelenou představu o tom, co lze reálně od kochleárního implantátu očekávat.

Čtvrtá výzkumná otázka: **Shledávají respondenti zlepšení situace po implantaci kochleárního implantátu v daném pracovním prostředí?**

Po získání průměrných výsledků v jednotlivých oblastech můžeme říci, že ANO. Za pomoci škály měli respondenti zhodnotit, zda po implantaci docházelo/nedocházelo ke změnám v jednotlivých oblastech v jejich pracovním životě. Jednalo se o zhodnocení dohromady šesti položek – projevy únavy při podávání pracovního výkonu; pocíťovaná diskriminace na pracovišti; komunikace se spolupracovníky či se zákazníky; porozumění řeči na frekventovaných místech (např. při pracovních poradách apod.); porozumění telefonnímu rozhovoru; motivace chodit do zaměstnání. Respondenti nejčastěji vybírali číslo dvě, což znamená, že u nich došlo k „nepatrné změně k lepšímu“. Na první pohled se proto může zdát, že dosažená známka není vzhledem k situaci optimální, ale podíváme-li se na to detailněji, zjistíme, že respondenti volili dohromady z celkových pěti možných čísel (tj. čísla od 1 do 5), které měli k dispozici. To pak v tuto chvíli znamená, že s výsledkem můžeme být jediné spokojeni. Je to pro nás přesvědčení, že implantace kochleárního implantátu má velký význam, neboť mnoha respondentům KI pomohl bez větších obtíží se znovu navrátit zpět do pracovního procesu.

Tyto nepochybné výsledky nám poskytuje i zahraniční výzkum od švédské autorky Granberg et al. (2021), která vyzdvihla oblasti, ve kterých docházelo ke zlepšení. Zlepšila se především komunikační oblast, kdy respondenti udávali, že po kochleární implantaci nepocíťovali velké obtíže komunikovat s ostatními spolupracovníky. Dále se zlepšovaly telefonické schopnosti, kdy se respondenti neostýchali hovořit se svými klienty. Také se u nich zvýšilo povědomí o varovných signálech a dalších zvucích, které se vyskytovaly v pracovním prostředí.

Finská autorka Härkönen et al. (2015) ze své studie zjistila další aspekty, které se u dotazovaných po implantaci zlepšovaly. Mezi nimi tak patřila například oblast motivace, kdy u respondentů docházelo ke zvýšené motivaci chodit do zaměstnání. Zkoumaní účastníci také udávali, že po implantaci pocíťovali menší vliv diskriminace. Mimo jiné se u respondentů taktéž zvýšil pracovní výkon a díky snadnější komunikaci se spolupracovníky či s klienty docházelo k tomu, že respondenti byli v pracovním prostředí aktivnější. To vše mělo následně překvapivě pozitivní odezvu i na snížení celkového vyčerpání po pracovním dni. Jak sama autorka uvádí, tyto faktory díky kochleárnímu implantátu snižují riziko pracovní neschopnosti, zvláště u profesí, kde je sluch zapotřebí.

Pátá výzkumná otázka: **Pomohl kochleární implantát respondentům získat v pracovním prostředí sebevědomí a větší jistotu?**

I na tuto otázku lze získat odpověď, že ANO. Takto odpovídalo dohromady 15 (79 %) respondentů na otázku: Stal/a jste se díky kochleárnímu implantátu sebevědomější? (Např. jste požádal/a o vyšší plat apod.)? I tyto výsledky šetření nám ukazují, že nadpoloviční většině respondentů kochleární implantát pomohl získat ztracené sebevědomí, které před implantací neměli či ho měli velmi nízké.

Tyto výsledky nám také přinášejí i dánští autoři Faber a Grøntved (2000), kteří ve svém výzkumu posuzovali vliv kochleárního implantátu na kvalitu života, kde zahrnovali již zmíněnou položku sebevědomí. Na základě jejich šetření dospěli k závěru, že se u dotazovaných po implantaci sebevědomí zvyšovalo. To přisuzovali zejména tomu, že se respondentům po celodenním užívání zvukového procesoru výrazně zlepšovala oblast slyšení a porozumění. Výsledkem poté bylo, že se nebáli s kýmkoliv komunikovat, čímž jejich sebevědomí narůstalo.

O velmi podobných výsledcích se hovoří i v zahraničním výzkumu od australského autora Hogana (2013), který se zabýval otázkou, zda se kochleární implantát u dotazovaných podílel na změně pracovního života v pozitivním slova smyslu. Za pomocí osobních rozhovorů s respondenty vyzkoumal, že respondenti se po kochleární implantaci na pracovištích stali sebevědomějšími ale také více nezávislími. Také hlásili celkovou vyšší spokojenost s prací a vyhlídkami do budoucna. O tom svědčí například důkazy, že někteří respondenti se před implantací snažili za každou cenu udržet v dosavadním zaměstnání, ve kterém vykonávali pracovní činnosti, jež byly pod úrovní jejich dosažených schopností. Po implantaci se však jejich životnost výrazně zlepšila, kdy uváděli, že si dokázali najít takové pracovní místo, které bylo v souladu s jejich odbornou kvalifikací. Také se nebáli ozvat, když měli pocit, že v zaměstnání vykonávají pracovní úkoly, které nejsou v jejich kompetenci. Tato studie dokonce naznačuje, že po implantaci i někteří respondenti dosáhli ve svých stávajících profesích vyšších příjmů.

Výzkumné šetření naší práce ukázalo, že kompenzační pomůcka zvaný kochleární implantát významně přispívá k celkové spokojenosti pracovního života postlingválně ohluhlých jedinců. Naše šetření ukázalo, že jsou uživatelé díky kochleárnímu implantátu schopni se bez obtíží začlenit zpět do pracovního procesu.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjišťování problematiky začleňování dospělých ohluhlých jedinců do profesní činnosti. Zjistit, jaký dopad má kochleární implantát na pracovní život jejich uživatelů. Na základě získaných výsledků z anonymního šetření bylo zjištěno, že kochleární implantát se jeví jako vhodná kompenzační pomůcka, která významně napomáhá jejich uživatelům začlenit se zpět do pracovního procesu. Ukázalo se, že kochleární implantát přispívá k celkové spokojenosti respondentů v pracovním životě.

Na základě pěti položených výzkumných otázek vyšlo najevo, že respondenti považují kochleární implantát za velmi přínosnou pomůcku, která jim velmi usnadnila integraci do pracovní činnosti. Tyto dosažené výsledky vypovídají o tom, že jedinci se sluchovým postižením, jimž je sluch dobře kompenzován kochleárním implantátem, mají menší riziko sociálního vyloučení. Tedy menší riziko vystavení sociální izolaci.

Mimo jiné se z výzkumného šetření zjistilo, že respondenti nedosahují pozitivních výsledků pouze v oblasti slyšení a porozumění, kdy jsou schopni bez velkých obtíží porozumět ostatním lidem i v hlučném prostředí či hovořit za pomoci telefonu, ale i v dalších posuzovaných aspektech. Aspektech, mezi nimiž byla zejména oblast sebevědomí, únava, ale také motivace chodit do zaměstnání.

Vyšlo tak najevo, že sebevědomí a jistota se u dotazovaných respondentů po implantaci zvyšovaly, což mohlo mít následně kladný dopad na postup v jejich kariérním rozvoji. Únava se naopak výrazně snížila, což znamená, že respondenti mohli vykazovat vyšší aktivitu v daném pracovním prostředí. A díky tomu, že se dokázali s kochleárním implantátem dobře zadaptovat, mohli být více motivováni chodit do zaměstnání.

Ačkoliv tyto výsledky poukazují na to, že kochleární implantát se jeví jako vhodná kompenzační pomůcka, která zajisté svým uživatelům pomáhá slyšet a porozumět, musíme si uvědomit, že se nebude jednat o okamžitý proces. Aby každý jeho uživatel dosáhl pozitivních výsledků, tedy zejména pozitivních výsledků v slyšení a porozumění, je vyžadována dlouhodobá rehabilitace. Ta svým uživatelům zajistí co nejlepší využití sluchového implantátu, což je zvláště důležité pro znovuzapojení se zpět nejen do společenského života, ale také do toho pracovního. Je vyžadována především trpělivost nejen u uživatelů kochleárního implantátu, ale i u lidí z jejich okolí, mezi které se řadí i zaměstnavatelé.

Z výsledků dotazníkového šetření bylo však patrné, že podpory od svých zaměstnavatelů se dohromady dočkalo 37 % dotazovaných. Naopak 26 % respondentů se se svou problematikou svému zaměstnavateli vůbec nesvěřilo. Proto hlavním doporučením pro speciálně pedagogickou praxi v oblasti pracovního života osob se sluchovým postižením je především zvyšování povědomí o této problematice. Informovat potenciální zaměstnavatele o kompenzační pomůcce zvaný kochleární implantát.

Za pomoci odborného školení, které je řízeno specialisty, je seznamovat s určitými přínosy, ale také omezením, které kochleární implantát přináší. V rámci tohoto školení představit i skutečné zaměstnavatele, kteří mají pozitivní zkušenost se zaměstnáním jedinců s kochleárním implantátem. Pozváni by měli být především i samotní uživatelé, již mohou hovořit o svých pocitech a obavách, jak obstat v pracovním procesu se svým znevýhodněním.

Na základě těchto doložených zkušeností mohou potenciální zaměstnavatelé získat ucelenou představu o tom, co znamená zaměstnávat osobu se sluchovým postižením. Získají náležitě informace, díky kterým mohou být motivováni, proč zaměstnávat osobu se sluchovým postižením, u nichž je sluchová vada korigována pomocí kochleárního implantátu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

1. BLAŽKOVÁ, Veronika. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014, 68 s. ISBN 978-80-7290-646-8.
2. BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 236 s. ISBN 80-247-9006-8.
3. BULOVÁ, Alena. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Brno: Paido, 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
4. ČERNÝ, Libor. Sluch – fyziologie a patologie. In: NEUBAUER, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018, 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
5. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Vyd. 5. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021, 367 s. ISBN 978-80-246-5053-1.
6. EGER, L., EGEROVÁ, D. *Základy metodologie výzkumu*. Vyd. 2. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017, 184 s. ISBN 978-80-261-0735-4.
7. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
8. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2013, 1049 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
9. HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Vyd. 1. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2016, 302 s. ISBN 978-80-7290-619-2.
10. HÁDKOVÁ, Kateřina. *Vzdělávání žáků a studentů s kochleárním implantátem*. Vyd. 1. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2012, 226 s. ISBN 978-80-7290-618-5.
11. HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Vyd. 1. Praha: Septima, 2002, 92 s. ISBN 80-7216-162-8.
12. HOLMANOVÁ, Jitka. Rehabilitace vad sluchu v klinické logopedii. In: NEUBAUER, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018, 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
13. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
14. HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělání*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2011, 126 s. ISBN 978-80-7315-225-3.

15. HORÁKOVÁ, Radka. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 3. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
16. HORÁKOVÁ, Radka. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
17. HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 117 s. ISBN 80-7254-623-6.
18. HRDÁ, J. a kol. *Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: JÚŠ, 2007, 75 s. ISBN 978-80-903676-1-6.
19. HRUBÝ, Jaroslav. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených: Část 1*. Vyd. 1. Hradec Králové: Pedagogická fakulta UHK, 2010, 148 s. ISBN 978-80-904786-1-9.
20. HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu – 1. díl*. Vyd. 1. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1997, 235 s. ISBN 80-7216-006-0.
21. HUDÁKOVÁ, Andrea. *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Vyd. 1. Praha: Středisko rané péče Tamtam, 2005, 101 s. ISBN 80-86792-27-7.
22. JAHODA, Marie. *Wieviel Arbeit braucht der Mensch?* 2. ed. Weinheim: Beltz, 1983, 174 p. ISBN 978-34-078-5033-1.
23. JANOTOVÁ N., SVOBODOVÁ K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Vyd. 1. Praha: Septima, 1998, 58 s. ISBN 80-7216-050-8.
24. JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015, 192 s. ISBN 978-80-262-0944-7.
25. JURKOVIČOVÁ, P. a kol. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.
26. KAŠPAR, Zdeněk. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. Vyd. 2. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008, 117 s. ISBN 978-80-87218-15-0.
27. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Vyd. 1. Praha: Beakra, 2014, 376 s. ISBN 978-80-903863-2-7.

28. LANGER, Jiří. *Základy surdopedie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 109 s. ISBN 978-80-244-3702-6.
29. LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
30. LEONHARDT, Annette. *Úvod do pedagogiky sluchovo postižených*. Vyd. 1. Bratislava: Sapientia, 2001, 247 s. ISBN 80-967180-8-8.
31. MICHALÍK, Jan. Vybrané oblasti, ve kterých je postavení občanů se zdravotním postižením nerovné. In: Michalík, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
32. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 128 s. ISBN 97-80-247-5034-7.
33. PÁNA, L., SOMR, M. *Metodologie a metody výzkumu*. Vyd. 1. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2007, 164 s. ISBN 978-80-86708-52-2.
34. POTMĚŠIL, Miloň. *Čtení k surdopedii*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
35. POTMĚŠIL, Miloň. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. In: Michalík, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
36. POTMĚŠIL, Miloň. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 197 s. ISBN 978-246-1300-0.
37. POTMĚŠIL, Miloň. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 1999, 69 s. ISBN: 80-7168-744-8.
38. PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Možnosti pracovního uplatnění lidí s postižením – současné trendy v České republice a v zahraničí*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 195 s. ISBN 978-80-210-7607-5.
39. PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 172 s. ISBN 978-80-7392-094-4.
40. PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Zdravotní postižení a zaměstnávání. In: OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 159 s. ISBN 978-80-210-5536-0.

41. PROCHÁZKOVÁ, V., VYSUČEK, P. *Jak komunikovat s neslyšícím klientem*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 28 s. ISBN 978-80-86991-18-4.
42. PULDA, Miloš. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 1994, 143 s. ISBN 80-210-0476-2.
43. SKÁKALOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016, 287 s. ISBN 978-80-7435-628-5.
44. SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.
45. SKŘIVAN, Jiří. *Záněty středního ucha. Sluch a jeho poruchy. Hluchota*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000. 44 s. ISBN 80-7254-128-5.
46. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2016, 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
47. SOURALOVÁ, E., LANGER, J. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 46 s. ISBN 80-244-1084-2.
48. SOURALOVÁ, Eva. *Surdopedie I.: studijní opora pro kombinované studium*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 54 s. ISBN 80-244-1007-9.
49. SOURALOVÁ, Eva. *Základy surdopedie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 56 s. ISBN 978-80-244-2619-8.
50. STRNADOVÁ, Věra. *Současné problémy české komunity neslyšících*. I. Hluchota a jazyková komunikace. Vyd. 1. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 1998, 279 s. ISBN 80-85899-45-0.
51. STRNADOVÁ, Věra. *Úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002, 63 s. ISBN 80-7083-564-8.
52. ŠKODOVÁ, E. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
53. ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ P. *Kapitoly z otorinolaryngologie a foniatry*. Vyd. 1. Brno: Paido, 1999, 85 s. ISBN 80-85931-67-2.
54. TICHÝ, Tomáš. *Technické aspekty kochleárních implantací I*. In: MOTEJZÍKOVÁ, J. a kol. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Vyd. 1. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009, 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.
55. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 872 s. ISBN 978-80-262-0255-7.

56. VYMLÁTILOVÁ, Eva. Kandidáti a uživatelé kochleárního implantátu. In: MOTEJZÍKOVÁ, J. a kol. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Vyd. 1. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009, 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.
57. VYMLÁTILOVÁ, Eva. Vady sluchu z hlediska klinické psychologie. In: ŠKODOVÁ, E. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Články v časopisech:

1. BIRGER, M. et al. Cochlear Implants and Quality of Life: A Prospective Study. *Ear and Hearing* [online]. 2005, **26**(2), 186-194 [cit. 2022-05-06]. ISSN 0196-0202. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00003446-200504000-00006>.
2. CLINKARD, D. et al. The economic and societal benefits of adult cochlear implant implantation: A pilot exploratory study. *Cochlear Implants International* [online]. 2015, **16**(4), 181-185 [cit. 2022-06-21]. ISSN 1467-0100. Dostupné z: <https://doi.org/10.1179/1754762814Y.0000000096>.
3. FABER E., GRØNTVED, A. M. Cochlear Implantation and Change in Quality of Life. *Acta Oto-Laryngologica* [online]. 2000, **120**(543), 151-153 [cit. 2022-05-06]. ISSN 0001-6489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/000164800750000801-1>.
4. GRANBERG, S. et al. Key findings about hearing loss in the working-life: a scoping review from a well-being perspective. *International Journal of Audiology* [online]. 2021, **60**(sup2), 60-70 [cit. 2022-06-22]. ISSN 1499-2027. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1881628>.
5. HÄRKÖNEN, K. et al. Single-Sided Deafness: The Effect of Cochlear Implantation on Quality of Life, Quality of Hearing, and Working Performance. *ORL* [online]. 2015, **77**(6), 339-345 [cit. 2022-06-23]. ISSN 0301-1569. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000439176>.
6. HOGAN, A. et al. It's a whole new ball game! Employment experiences of people with a cochlear implant. *Cochlear Implants International* [online]. 2013, **3**(1), 54-67 [cit. 2022-06-23]. ISSN 1467-0100. Dostupné z: <https://doi.org/10.1179/cim.2002.3.1.54>.
7. HUARTE, A. et al. Actividad laboral en pacientes tratados con implantes cocleares. *Acta Otorrinolaringológica Española* [online]. 2017, **68**(2), 92-97 [cit. 2022-06-23]. ISSN 0001-6489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/000164800750000801-1>.

- 2022-06-20]. ISSN 00016519. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2016.05.003>.
8. KOS, M. I. et al. Professional occupation after cochlear implantation. *The Journal of Laryngology & Otology* [online]. 2007, **121**(3), 215-218 [cit. 2022-06-20]. ISSN 0022-2151. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0022215106003641>.
 9. MONTEIRO, E. et al. Cochlear Implantation: A Personal and Societal Economic Perspective Examining the Effects of Cochlear Implantation on Personal Income. *Journal of Otolaryngology – Head & Neck Surgery* [online]. 2012, **41**(1), S43-S48 [cit. 2022-06-20]. ISSN 19160216. Dostupné z: <https://doi.org/10.2310/7070.2011.110080>.
 10. PROCHÁZKOVÁ, Věra. Situace v zaměstnání. *INFO-Zpravodaj*, 2005, roč. 13, č. 1., s. 19.
 11. REMBAR, S. et al. Effects of cochlear implants: a qualitative study. *Cochlear Implants International* [online]. 2013, **10**(4), 179-197 [cit. 2022-06-21]. ISSN 1467-0100. Dostupné z: <https://doi.org/10.1179/cim.2009.10.4.179>.
 12. ROSS, L. et al. Escaping a silent world: profound hearing loss, cochlear implants and household interaction. *International Journal of Consumer Studies* [online]. 2007, **31**(4), 357-362 [cit. 2022-06-22]. ISSN 1470-6423. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2006.00561.x>.

Legislativa:

1. Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění*. [online]. [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>.
2. Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)*. [online]. [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>.
3. Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod*. [online]. [cit. 2022-05-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.
4. Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce*. [online]. [cit. 2022-05-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

5. Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.* [online]. [cit. 2022-05-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>.
6. Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.* [online]. [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>.

Bakalářské a diplomové publikace:

1. MARKOVÁ, Johana. *Kvalita života dospělých osob před a po implantaci kochleárního implantátu: diplomová práce.* Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2021. 83 s., 2 přílohy. Vedoucí diplomové práce Klára Daďová.
2. ŠŤASTNÁ, Julie. *Sluchové postižení a komunikace: bakalářská práce.* Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2007. 40 s., 6 příloh. Vedoucí bakalářské práce Kateřina Hádková.

Jiné zdroje:

1. *Audionika* [online]. Jak pracuje kochleární implantát [cit. 2022-05-11]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/medel/stranka/jak-pracuje-kochlearni-implantat>.
2. *Centrum dětského sluchu Tamtam* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-22]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/>.
3. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. První kochleární implantace [cit. 2022-05-12]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/prvnikochlearni-implantace>.
4. *Neslyším, pracuji* [online]. Praha, 2014 [cit. 2022-05-21]. Dostupné z: <https://www.neslysimpracuji.cz/>.
5. *Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-22]. Dostupné z: <https://www.snn-cr.cz/>.
6. *Tichá cukrárna* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-21]. Dostupné z: <https://www.tichacukrarna.cz/>.
7. *Tichá kavárna* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-21]. Dostupné z: <https://www.tichakavarna.cz/>.

8. *Tichá kavárna na kolech* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-21]. Dostupné z: <https://www.kavarna-na-kolech.cz/>.
9. *Tiché zprávy* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-21]. Dostupné z: <https://www.tichezpravy.cz/>.
10. *Tichý svět – chráněná pracoviště* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: <https://www.tschp.cz/>.
11. *Tichý svět* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: <https://www.tichy Svet.cz/>.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Průřez sluchového ústrojí dle Šlapáka a Floriánové (1999, s. 14).....	12
Obrázek č. 2: Podrobnější stavba vnitřního ucha dle Lejsky (2003, s. 17).....	15
Obrázek č. 3: Přehled terminologie dle Skákalové (2016, s. 12).....	20
Obrázek č. 4: Sluchové vady podle období vzniku dle Markové (2021, s. 18)	24
Obrázek č. 5: Sluchové vady podle místa vzniku dle Markové (2021, s. 20).....	27
Obrázek č. 6: Prázdný formulář audiogramu dle Lejsky (2003, s. 30)	28
Obrázek č. 7: Hodnoty slyšených zvuků dle Potměšila (1999, s. 9).....	29
Obrázek č. 8: Stavba kochleárního implantátu dle Markové (2021, s. 27).....	33
Obrázek č. 9: Princip slyšení s KI (zdroj: Audionika)	34
Obrázek č. 10: Škála intenzity zvuku dle Holmanové (In: Neubauer a kol., 2018, s. 676).....	40
Obrázek č. 11: Nottinghamská škála dle Vymlátílové (In: Škodová a kol., 2007, s. 486)	42

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Kategorie sluchových vad podle stupně dle Markové (2021, s. 21) 29

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentů	63
Graf č. 2: Značka kochleárního implantátu	64
Graf č. 3: Kraj pracovního místa	64
Graf č. 4: Období zhoršování sluchu	65
Graf č. 5: Zapříčinění ztráty sluchu	65
Graf č. 6: Vznik ztráty sluchu při vykonávání profese	66
Graf č. 7: Implantace	71
Graf č. 8: Použití sluchadla u jednostranné implantace	71
Graf č. 9: Výskyt přidružené poruchy/onemocnění	72
Graf č. 10: Konkrétní přidružená porucha/onemocnění	72
Graf č. 11: Vykonávání daného povolání po implantaci	73
Graf č. 12: Opuštění pracovního místa z důvodu sluchového postižení	73
Graf č. 13: Potřebná komunikace při úkonu zaměstnání	74
Graf č. 14: Potíže s vykonáváním své práce	74
Graf č. 15: Řešení nepříznivé situace	75
Graf č. 16: Reakce zaměstnavatele na ztrátu sluchu	75
Graf č. 17: Rozvázání pracovního poměru	76
Graf č. 18: Pociťovaná únava před implantací	76
Graf č. 19: Zkrácený pracovní úvazek	77
Graf č. 20: Pociťovaná diskriminace na pracovišti	77
Graf č. 21: Kochleární implantát	78
Graf č. 22: Návrat zpět do aktivního pracovního života	78
Graf č. 23: Očekávání od kochleárního implantátu	79
Graf č. 24: Projevy únavy při podávání pracovního výkonu	80
Graf č. 25: Pociťovaná diskriminace na pracovišti	80
Graf č. 26: Komunikace se spolupracovníky či se zákazníky	81
Graf č. 27: Porozumění řeči na frekventovaných místech	81
Graf č. 28: Porozumění telefonnímu rozhovoru	82
Graf č. 29: Motivace chodit do zaměstnání	82
Graf č. 30: Plný pracovní úvazek	83
Graf č. 31: Změny příjmů	83
Graf č. 32: Zvýšené sebevědomí v pracovním prostředí	84

Graf č. 33: Pozitivum či negativum KI..... 84

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazníkové šetření

Příloha č. 1: Dotazníkové šetření

Já, Johana Marková, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Speciální pedagogiky na PedF Univerzity Karlovy. Tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou diplomovou práci.

Ve své práci zkoumám problematiku začleňování do profesní činnosti – jaký vliv má kochleární implantát na pracovní uplatnění u postlingválně neslyšících osob, tj. jaký dopad má kochleární implantát na pracovní život jeho uživatele.

Moc prosím o vyplnění dotazníku všech, kteří jste **dospělí** – tj. ve věku od 18 let a starší; jste byli **zaměstnaní před a po implantaci** kochleárního implantátu; máte **získanou** (postlingvální) sluchovou vadu – ALE PROSÍM POZOR! Sluch se Vám zhoršil či jste úplně ztratil během svého dospělého života (nikoliv v dětství), kdy jste už byli v pracovním poměru.

Chtěla bych Vás tedy požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který Vám zabere cca 15 minut. Pokud budete mít zájem seznámit se s výsledky studie, napište mi na tuto e-mailovou adresu: markovajohana@seznam.cz.

Předem děkuji za Vaši ochotu při vyplnění tohoto dotazníku.

1. Vaše pohlaví:

- Muž
- Žena
- Jiné (prosím specifikujte):

2. Váš věk:

.....

3. Od jaké firmy máte kochleární implantát/y?

- Cochlear
- Med-El
- AB (Advanced Bionics)

4. Ve kterém kraji pracujete?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Karlovarský kraj
- Plzeňský kraj

- Liberecký kraj
- Královehradecký kraj
- Ústecký kraj
- Olomoucký kraj
- Jihomoravský kraj
- Kraj Vysočina
- Pardubický kraj
- Moravskoslezský kraj
- Zlínský kraj

5. Prosím uveďte věk, ve kterém jste zjistil/a, že se Vám zhoršuje sluch?

.....

6. Co je Vaší příčinou ztráty sluchu? (*Např. různé onemocnění – zánět mozkových blan či otoskleróza; úraz; hlučné prostředí apod.*)

.....

7. Pokud jste mezi příčinu ztráty sluchu uvedl/a *úraz* či *hlučné prostředí*, stalo se Vám to během vykonávání Vaší dané profese?

- Ano
- Ne

8. Jste implantován/a jednostranně či bilaterálně?

- Jednostranně
- Bilaterálně

9. Jste-li jednostranně implantován/a, používáte na druhém uchu sluchadlo?

- Ano
- Ne

10. Potýkáte se mimo sluchové vady i s další přidruženou poruchou/onemocněním?

- Ano
- Ne

11. Odpověděl/a jste-li na předchozí otázku „ano“, můžete prosím uvést, o jakou konkrétní přidruženou poruchu/onemocnění se jedná?

.....

SITUACE PŘED IMPLANTACÍ KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU

12. Jaké povolání jste vykonával/a **před** implantací kochleárního implantátu?
.....
13. Vykonáváte výše uvedené povolání již i **po** implantaci kochleárního implantátu?
- Ano
 - Ne
14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“, bylo to z důvodu sluchového postižení, které Vás v životě potkalo?
- Ano
 - Ne
15. Byla při úkonu Vašeho zaměstnání (před implantací) potřebná komunikace s ostatními lidmi? (*Tzn. např. nezbytná komunikace s ostatními spolupracovníky pro běžný chod firmy či komunikace se zákazníky apod.*)
- Ano
 - Ne
16. Setkal/a jste se s tím, že z důvodu zhoršujícího stavu sluchu (ještě tehdy před implantací) jste se nemohl/a pořádně věnovat své práci, neboť při vykonávání daného povolání se vyskytovala komunikační překážka, kdy jste lidem ve svém okolí pořádně nerozuměl/a? (*Např. při firemních poradách, při telefonování apod.*)
- Ano
 - Ne
17. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, jak jste tuto situaci řešil/a?
- Nijak, nadále jsem se snažil/a pracovat ve stejném režimu jako doposud.
 - Začal/a jsem si hledat novou práci, kde bych nepřišel/a do styku s lidmi.
 - Obrátil/a jsem se na zaměstnavatele, kterému jsem vyličil/a svou problematiku se sluchem s nadějí, že mi pomůže upravit pracovní podmínky tak, abych nadále mohl/a zůstat v daném zaměstnání.
 - Jiná odpověď:
18. Jak se ke ztrátě sluchu stavěl Váš zaměstnavatel? (*Pokud pracujete jako OSVČ, napište prosím tuto informaci k „jiná odpověď“*).
- Snažil se mě podpořit, pomohl mi přizpůsobit pracovní podmínky tak, abych nadále mohl/a vykonávat danou profesi.
 - Dal mi jasně najevo, že kvůli ztrátě sluchu není možné tuto profesi adekvátně vykonávat.
 - Nijak, můj zaměstnavatel na moji ztrátu sluchu vůbec nezareagoval.

- Nijak, můj zaměstnavatel o potížích se sluchem vůbec nevěděl.
 - Jiná odpověď:
19. Pokud jste v předchozí odpovědi vybral/a druhou variantu – „*Dal mi jasně najevo, že kvůli ztrátě sluchu není možné tuto profesi adekvátně vykonávat*“, byl/a jste donucen/a na základě této odpovědi zaměstnavatele rozvázat pracovní poměr, aniž byste s tím plně souhlasil/a?
- Ano
 - Ne
20. Pociťoval/a jste se ztrátou sluchu i vyšší unavitelnost, která mohla mít zároveň dopad i na nižší soustředěnost při podávání pracovního výkonu?
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
21. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „*ano*“ či „*spíše ano*“, domlouval/a jste se se svým zaměstnavatelem na zkráceném pracovním úvazku?
- Ano
 - Ne
 - Měl/a jsem zkrácený úvazek již před sluchovou vadou
22. Pociťoval/a jste vůči svému postižení diskriminaci na pracovišti? (*Např. jste vnímal/a, že sluchová vada byla překážkou pro získání pracovního povýšení; Měl/a jste pocit, že dostáváte pracovní úkoly, které neodpovídají Vašemu popisu práce aj.*).
- Ano
 - Ne

SITUACE PO IMPLANTACI KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU

23. Kolik let (případně dní či měsíců) jste již uživatelem kochleárního implantátu?

24. Byl jedním z hlavních impulsů pro podrobení se operace kochleárního implantátu návrat zpět do aktivního pracovního života?
- Ano
 - Ne

25. Máte pocit, že kochleární implantát splnil Vaše očekávání, a to návrat zpět do slyšící společnosti, a tedy i možnost se zapojit do pracovního procesu?

- Ano
- Ne

26. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „ne“, prosím uveďte, s čím nejste spokojený/á?

.....

27. Prosím zhodnoťte, zda po implantaci KI docházelo/nedocházelo ke změnám v jednotlivých oblastech ve Vašem pracovním životě. (Prosím uveďte na škále tyto hodnoty: 1 – výrazná změna k lepšímu; 2 – nepatrná změna k lepšímu; 3 – žádná změna k lepšímu ani horšímu; 4 – nepatrná změna k horšímu; 5 – výrazná změna k horšímu).

Položka	1	2	3	4	5
Projevy únavy při podávání pracovního výkonu					
Pociťovaná diskriminace na pracovišti					
Komunikace se spolupracovníky či se zákazníky					
Porozumění řeči na frekventovaných místech (např. při pracovních poradách apod.)					
Porozumění telefonnímu rozhovoru					
Motivace chodit do zaměstnání					

28. Měl/a jste-li před implantací kochleárního implantátu zkrácený pracovní úvazek, vrátil/a jste se zpět k plnému pracovnímu úvazku?

- Ano
- Ne
- Neměl/a jsem plný pracovní úvazek ani před implantací KI

29. Docházelo u Vás po implantaci kochleárního implantátu ke změně příjmů?

- Ano, dostal/a jsem přidáno
- Ano, došlo k poklesu příjmů
- Ne, nedostal/a jsem přidáno a ani nedošlo k poklesu příjmů

30. Stal/a jste se díky kochleárnímu implantátu sebevědomější? (Např. jste požádal/a o vyšší plat apod.).

- Ano
- Ne

31. Vyskytlo se něco, co Vás po implantaci překvapilo, ať už se jednalo o pozitivum či negativum (a nebylo tu ještě řečeno) související s Vaším zaměstnáním? (Např. jste byl/a překvapen/a, že slyšíte kolegovu tukaní do počítače apod.).

- Ano
- Ne

32. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „ano“, můžete říci, o jaké pozitivum či negativum se jednalo?

.....
.....

33. Zde můžete využít prostor pro Vaše případné návrhy či připomínky ohledně tohoto tématu :).

.....
.....

Moc Vám děkuji za ochotu a čas, který jste si našel/a pro vyplnění tohoto anonymního dotazníku.