

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Intervence v raném a předškolním věku dítěte se sluchovým postižením

Mezioborová spolupráce z pohledu rodičů

Intervention in early and preschool age of child with hearing impairment

Interdisciplinary cooperation from the parents' view

Alena Vovsová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Hádková Kateřina, Ph.D.
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Intervence v raném a předškolním věku dítěte se sluchovým postižením vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

v Praze dne 18.4.2017

.....

podpis

Tímto bych chtěla poděkovat především paní doc. PhDr. Hádková Kateřina, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a doporučení. Dále děkuji Rané péči Čechy, Rané péči pro Moravu a Slezsko, SPC při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Českých Budějovicích a SPC při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené v Brně za distribuci dotazníků a všem respondentům za účast na výzkumném šetření.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá spoluprací odborníků podílejících se na péči o dítě se sluchovým postižením v jeho raném a předškolním věku a jeho rodinu. Teoretická část je zaměřena na diagnostiku sluchových vad, možnosti rehabilitace a komunikace, lékařskou, speciálně pedagogickou a další odbornou péči a podporu dítěte se sluchovým postižením v raném a předškolním věku v České republice. Praktická část práce sestává ze smíšeného designu výzkumu, pro který byla využita metoda dotazníku, jenž je zaměřen na pohled rodičů na spolupráci odborníků při péči o dítě se sluchovým postižením. Cílem práce je získání zpětné vazby odborníkům, pohled na jejich spolupráci očima rodičů jejich pacientů, žáků a klientů.

KLÍČOVÁ SLOVA

raná diagnostika, raná intervence, dítě se sluchovým postižením, názory rodičů, mezioborová spolupráce

ANNOTATION

Bachelor thesis deals with the cooperation of specialists participating in care of child with hearing impairment at early and preschool age and its family. The theoretical part focuses on diagnosis of hearing defects, options of rehabilitation and communication, medical, special-educational and other vocational care and support of child with hearing impairment at early and preschool age in the Czech republic. The practical part of thesis consists of the mixed methods design research, therefore was used questionnaire method, which is focused on the parents' view on the cooperation between specialists during the care of child with hearing impairment. The target of thesis is to get the feedback for the specialists, to get the view on their cooperation from parents of their patients, pupils and clients.

KEYWORDS

early diagnosis, early intervention, child with hearing impairment, opinions of parents, interdisciplinary cooperation

OBSAH

1	ÚVOD.....	6
2	DÍTĚ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	7
2.1	DIAGNOSTIKA SLUCHOVÝCH VAD	8
2.2	REHABILITACE SLUCHOVÝCH VAD, KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	11
2.3	MOŽNOSTI KOMUNIKACE.....	14
2.4	VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ V RANÉM A PŘEDŠKOLNÍM VĚKU.....	17
3	DIAGNOSTIKA A INTERVENCE V RANÉM A PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	20
3.1	LÉKAŘSKÁ DIAGNOSTIKA.....	20
3.2	PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ	24
3.3	CENTRA KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ (CKI)	29
3.4	LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA A INTERVENCE	30
3.5	MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	32
4	MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.....	35
4.1	CÍLE A METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
4.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR	37
4.3	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
4.4	DISKUSE K VÝSLEDKŮM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	57
5	ZÁVĚR.....	61
6	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	63
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

1 Úvod

Obecně je sluchové postižení považováno za jedno z nejzávažnějších postižení vůbec. Sluchové vady rozlišujeme podle jejich druhu, typu a závažnosti (stupně), ale ať je sluchová vada jakákoli, vždy podstatně ovlivňuje celkový vývoj osobnosti dítěte. Proto je velmi důležité vadu včas odhalit a diagnostikovat, aby mohla navázat další péče. Pokud je naším cílem, aby intervence byla komplexní, je třeba aktivní spolupráce všech zúčastněných odborníků různých profesí, zejm. z řad lékařských, psychologických, speciálně pedagogických a pedagogických pracovníků.

Každé dítě se sluchovým postižením je jiné a má své individuální specifické potřeby. U některých dětí se sluchovým postižením se objevují i jiné přidružené vady nebo zdravotní komplikace, od čehož se dále odvíjí, které odborné (především lékařské) profese se budou dítěti věnovat. Teoretická část této bakalářské práce se zaměřuje především na základní odborné profese, resp. specializovaná zařízení, které by v rámci rané intervence měly pracovat s každým dítětem se sluchovým postižením. Dále se zde zabýváme otázkou proč, příp. jakým způsobem, by měla probíhat mezioborová spolupráce odborníků. Stručně zde popisujeme i vývoj dítěte se sluchovou vadou, základní dělení sluchových vad, ale i volbu vhodné rehabilitační metody a specifika diagnostiky a intervence u těchto dětí.

Druhá část práce je zaměřena na výzkumné šetření smíšeného designu metodou dotazníku, pomocí kterého jsme od rodičů dětí se sluchovým postižením zjišťovali, jakým způsobem probíhá, či probíhala, mezioborová spolupráce odborníků v rámci rané intervence u jejich dítěte a co konkrétně jim v komplexu těchto služeb schází nebo čím by bylo možné jej vylepšit.

Za cíl této práce jsme si stanovili shrnutí základních informací o různých službách v rámci rané intervence a o důležitosti mezioborové spolupráce odborníků. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat subjektivní názory rodičů dětí se sluchovým postižením na realizaci rané intervence u těchto dětí v České republice, především pak na mezioborovou spolupráci odborníků. Chtěli jsme také zjistit, v kolika procentech případů byl v porodnici proveden novorozenecký screening sluchu a jaký názor mají respondenti na informovanost lékařů, kteří se specializují na jinou problematiku než je sluch a sluchové vady, o komunikaci s pacienty se sluchovým postižením. Dále jsme chtěli zmapovat, z kterého zdroje získali rodiče doporučení na návštěvu poradenského zařízení.

2 Dítě se sluchovým postižením

„Obecně lze říci, že čím dříve sluchová vada vznikne, tím závažnější jsou její důsledky.“ (Vágnerová, 2008, s. 223). Mezi nejzávažnější důsledky vrozeného nebo prelingválně získaného sluchového postižení patří bezesporu senzická a kulturní deprivace a s tím související komunikační a informační bariéra. Dítě se sluchovým postižením trpí nedostatkem smyslových podnětů a má velmi omezenou možnost osvojení mluvené řeči a komunikace s majoritní společností. Od toho se dále odvíjí kognitivní a sociální vývoj jedince, který bývá více či méně opožděn (Vágnerová, 2008).

Při fyziologickém vývoji v prenatálním období je plod už od 18.-20. týdne schopen vnímat akustické podněty z vnitřního i vnějšího mimoděložního prostředí. Vývoj sluchového orgánu je pak ukončen kolem 8. měsíce gravidity (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

V prvních týdnech života není sluchová vada dítěte nijak nápadná. Dítě díky taktilně-kinestetickému vnímání reaguje na náhlé a silné zvuky pohybem nebo pláčem tak, jako dítě slyšící. Stejně, jako u dítěte bez sluchové vady, probíhá i počátek předřečového vývoje, tedy broukání. Broukání je vrozená reflexní aktivita, která nezávisí na zkušenosti. U sluchově postiženého dítěte, namísto přechodu k napodobivému žvatlání, broukání časem ustává z důvodu nedostatku zpětné vazby. Zde hovoříme přibližně o 17.-26. týdnu života. Mezi 6. a 8. měsícem většina rodičů zpozoruje, že dítě adekvátně nereaguje na zvukové podněty. Často to ale přisuzují jiným okolnostem než možnosti sluchové vady (Horáková, in Opatřilová ed., 2006; Vágnerová, 2008).

„U zhruba 30% dětí je sluchová vada diagnostikována do 2. roku života a do konce čtvrtého roku života je dispensarizována méně než polovina sluchově handicapovaných dětí, čímž se snižuje možnost předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky (...).“ (Horáková, in Opatřilová ed., 2006, s. 252).

Základní potřeby (biologické, psychické, sociální i duchovní) má dítě se sluchovým postižením stejné, jako dítě slyšící. Kvůli omezenému sluchovému vnímání ale vznikají další, specifické potřeby. Abychom předcházeli frustraci a deprivaci, musíme dítěti zajistit takové podmínky, které budou odpovídat jeho individuálním zvláštnostem. U sluchově postiženého dítěte nesmíme zapomínat, že pokud zrak soustředí na nějakou věc či činnost, nemůže zároveň vnímat řeč. Velmi důležité je dopřávat dítěti kvalitní spánek a odpočinek,

který mu zaručíme i vypnutím a sundáním sluchadla či kochleárního implantátu – ovšem pouze na dobu odpočinku (Mukšnáblová, 2014).

Sluchová vada má určitý vliv i na psychické funkce a jejich vývoj. V oblasti inteligence samozřejmě záleží zejména na genetických předpokladech, ale značný vliv má i prostředí, ve kterém se dítě pohybuje, respektive množství a vhodnost podnětů v něm. U dítěte slyšícího se většinou neverbální (názorová) a verbální (slovní) složka inteligence vyvíjejí na srovnatelné úrovni. V případě dítěte se sluchovou vadou pozorujeme vývoj názorové složky odpovídající vrozeným předpokladům, zatímco verbální složka inteligence je opožděna (Šedivá, 2006).

Oblastí, která je sluchovou vadou nejvíce ovlivněna a zasažena, je předřečový a řečový vývoj. Kojenec si už od prvních měsíců života vytváří zvukovou mapu, učí se rozpoznávat zvuky a reagovat na ně. Právě zvuková mapa je u dětí se sluchovým postižením zkreslena a omezena. Šedivá (2006, s. 10) poukazuje na nenápadnost, ale důležitost rozdílu mezi ročním slyšícím dítětem a ročním dítětem se sluchovou vadou, a to zejména v oblasti zkušenosti „vrůstání do okolního světa“. *„Tento rozdíl se v průběhu dalšího vývoje zvětšuje a způsobuje značný deficit v rozvoji a využití vrozených schopností a může se stát limitujícím jak v sociální, tak ve vzdělávací oblasti.“* (Šedivá, 2006, s. 10-11).

Proces socializace začíná bezprostředně po narození a i ten je sluchovou vadou značně negativně ovlivněn. Dítě se sluchovým postižením často nerozumí motivům jednání svého okolí, z čehož vychází i následná špatná orientace v mezilidských vztazích. Neslyšící dítě ve slyšící rodině pak bývá frustrováno omezenou možností komunikace a pocitu bezmoci, nedostatku pochopení a porozumění ze strany blízkých. Odlišná, pro dítě příznivější, situace pak nastává v rodině, kde už se sluchová vada vyskytuje. A to nejen z důvodu včasného diagnostikování kvůli zvýšené rizikovosti, ale především z toho důvodu, že rodina už ví, jak s takovým dítětem pracovat, má určité informace a zkušenosti (Vymlátílová, in Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

2.1 Diagnostika sluchových vad

Z výše zmíněného vyplývá, že vrozená nebo prelingválně získaná sluchová vada má velký vliv na vývoj osobnosti dítěte. Pro omezení důsledků sluchového postižení je třeba vadu identifikovat a diagnostikovat co nejdříve. Holmanová (2002) uvádí nutnost diagnostiky do

6. měsíce věku dítěte pro adekvátní řešení vady sluchu, aniž by došlo k závažnému narušení vývoje dítěte.

Pro včasnou diagnostiku je v některých porodnicích v České republice zaveden novorozenecký screening sluchu. „*Novorozenecký screening (NS) je aktivní a celoplošné (= celostátní) vyhledávání chorob v jejich časném, preklinickém stadiu tak, aby se tyto choroby diagnostikovaly a léčily dříve, než se stačí projevit a způsobit dítěti nevratné poškození zdraví.*” (Chrastina, 2013-2017). Bohužel ovšem co se novorozeneckého screeningu sluchu týče, přestože byl v některých porodnicích prováděn u rizikových novorozenců už od roku 2004 a od roku 2007 zaveden celoplošně, není stále v České republice zákonem nařízen. To v praxi znamená, že některé porodnice provádějí screening sluchu všem novorozencům, některé pouze rizikovým, ale jsou i porodnice, které toto vyšetření neprovádějí vůbec (Chrastina, 2013-2017; Motejzíkova, 2009).

Při zákonem nařízeném celoplošném novorozeneckém screeningu sluchu by byla většina vrozených vad odhalena bezprostředně po porodu a ihned by mohla navázat vhodná léčba a intervence (Chrastina, 2013-2017; Motejzíkova, 2009).

V případě, že vada není odhalena během prvních vyšetření v nemocnici, většinou s podezřením jako první přicházejí rodiče dítěte. Pediatr by je měl ihned poslat na odborné vyšetření, kde je zjišťován stav sluchu pomocí audiometrických vyšetření a místo příčiny vady. Při potvrzení sluchové vady je lékař povinen neprodleně zajistit audiologickou a logopedickou péči (Holmanová, 2002).

Je třeba ale nezapomínat, že osoby se sluchovým postižením nejsou homogenní skupinou a při diagnostice (a následné péči) musíme dbát individuálních zvláštností jedince (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Sluchové vady můžeme dělit podle příčiny vzniku na vady *geneticky podmíněné*, *geneticky podmíněné s přidruženou poruchou centrální nervové soustavy* a *získané vady*. Získané vady dále dělíme podle doby vzniku na *prenatálně*, *perinatálně* a *postnatálně získané*, případně pak *prelingválně* a *postlingválně získané* (Přinosilová, in Opatřilová ed., 2006).

Podle Přinosilové (in Opatřilová ed., 2006, s. 161) rozlišujeme vady podle stupně:

- *Neslyšící děti* – neslyší mluvenou řeč, ztráta sluchu je větší než 110 dB.
- *Děti s velmi těžkou vadou sluchu* (dříve označovány jako se zbytky sluchu) – mluvenou řeč nejsou schopny vnímat ani s využitím sluchadla, sluchová ztráta je v rozmezí 91–110 dB.
- *Děti s těžkou nedoslýchavostí* – mohou vnímat mluvenou řeč pomocí sluchadla, sluchová ztráta je 71–90 dB.

Muknšnáblová (2014, s. 19) uvádí rozdělení dle Mezinárodní klasifikace podle ztráty sluchu:

- *normální sluch* – ztráta do 15dB
- *malá ztráta sluchu* – ztráta 16–25 dB
- *lehká nedoslýchavost* – ztráta 26–40 dB
- *mírná / střední nedoslýchavost* – ztráta 41–55 dB
- *středně těžká nedoslýchavost* – ztráta 56–70 dB
- *těžká nedoslýchavost* – ztráta 71–90 dB
- *velmi těžké postižení sluchu* – ztráta nad 91 dB

Stejná autorka (Muknšnáblová, 2014, s. 19) pak pro srovnání uvádí Českou klasifikaci dělení sluchového postižení:

- *normální sluch* – ztráta do 20 dB
- *lehká nedoslýchavost* – ztráta 20–40 dB
- *střední nedoslýchavost* – ztráta 40–50 dB
- *těžká nedoslýchavost* – ztráta 50–60 dB
- *malé zbytky sluchu / praktická hluchota* – ztráta 60–90 dB
- *úplná hluchota* – ztráta nad 90 dB

Dále můžeme dělit sluchové vady podle jejich druhu, a to na *centrální postižení sluchu* s příčinou v korových a podkorových oblastech, a na *periferní postižení sluchu*, která vznikají organickým poškozením ucha. Periferní vady dále rozlišujeme podle oblasti poškození sluchového orgánu na *převodní a percepční* (Muknšnáblová, 2014).

Převodní vady jsou takové vady, u kterých dochází ke kvantitativním změnám slyšeného, ale kvalitativně zůstávají zvukové podněty nezměněné. Příčinou těchto vad jsou různé překážky, které znemožňují převod zvukových vln vnějším a středním uchem do ucha vnitřního. Někdy se jedná o ambulantně odstranitelné příčiny, někdy je třeba poměrně složitý operativní zákrok. V některých případech však není možné příčinu zcela odstranit (Šlapák, Floriánová, 1999).

O percepčních sluchových vad pak hovoříme v případech, kdy je příčinou zhoršená funkce vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry (Šlapák, Floriánová, 1999).

2.2 Rehabilitace sluchových vad, kompenzační pomůcky

Rehabilitace sluchových vad závisí na stupni, druhu a příčině vady. „*Cílem je pokud možno odstranit příčinu, aby došlo k nápravě sluchu, dobrému rozvoji komunikace a sociálního uplatnění.*“ (Muknšnáblova, 2014, s. 39). U některých vad se ale nedaří zjistit příčinu nebo ji nedokážeme ovlivnit. V takových případech je cílem rehabilitace zmírnit následky vady a naučit dítě účinné možnosti komunikace jinou formou, než za využití sluchu.

Na rehabilitaci sluchového postižení se podílí široká škála odborníků a má léčebnou, pracovní, sociální a výchovně vzdělávací složku. „*Celý systém péče je zaměřen na kompenzaci (náhradu postižené funkce), reedukaci (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností) a akceptaci (přijetí života s postižením).*“ (Muknšnáblova, 2014, s. 39).

Co se efektivnosti rehabilitačního působení týče, nejsnadnější a nejúčinnější je u vad převodních. Percepční vady zatím po medicínské stránce nelze léčit kauzálně. Soustředíme se v takových případech tedy na korekci a kompenzaci vady za využití pomůcek (Muknšnáblova, 2014).

Úspěšnost rehabilitace ovlivňuje velké množství faktorů. Kromě věku diagnostikování vady, její příčiny, druhu, typu a stupně sem ale patří i účinnost kompenzačních pomůcek, nadání dítěte pro řeč, celkový zdravotní stav dítěte a jeho vlastnosti a schopnosti, účinnost logopedické péče a především rodinné zázemí a podpora příbuzných (Holmanová, 2002).

Pro správné tvoření hlasu je velmi důležité správné dýchání – je třeba dítě naučit, že při mluvení vzduch vychází z úst, ale dýcháme nosem. Jako ve všech oblastech rehabilitace

sluchu je i při nácviu vyvozování hlasu nejdůležitější optimální motivace a stimulace. Dítě by mělo nosit sluchadla celý den a učit se vnímat zvuky a poslouchat je. Současně přítomností kvalitních mluvních vzorů, komentováním všech (*i úplně všedních*) situací a využíváním nejrůznějších hraček a pomůcek bychom měli dítě podněcovat k vlastní hlasové aktivitě (Holmanová, 2002).

Důležité je zmínit i možnost využití znakového jazyka při rehabilitaci, resp. při bilingválním vzdělávání. Ta umožňuje osobám se sluchovým postižením totiž přirozenější vnímání a produkci komunikace, její plynulost a simultánní kontrolu zpětné vazby (Stryková, in Škodová, Jedlička, 2007).

(Více o znakovém jazyce a bilingvální metodě v podkapitole 1.3)

Na vývoj dítěte se sluchovým postižením má velký vliv i úroveň jeho celkové motoriky a s ní související motoriky mluvidel (Holmanová, 2002).

Rehabilitaci dítěte se sluchovým postižením můžeme podle Holmanové (2002, s. 17-32) rozdělit do tří složek:

- *Sluchová výchova* – odvíjí se od možnosti využití sluchadel, případně pak kochleárních implantátů. Sluchová výchova spočívá ve využívání zvukových hraček, upozorňování dítěte na zvuk, obklopení dítěte zvuky a řečí, naučení dítěte reagovat na zvuky a podporovat ho v jeho snaze o hlasový projev.
- *Odezírání* – schopnost odezírat je přirozená schopnost, ale každý pro ni má jiné vlohy. U dětí se sluchovým postižením je nutno tuto schopnost rozvíjet a stimulovat od nejútlejšího věku. Osoba při odezírání kromě pohybů mluvidel vnímá celkovou mimiku a výraz obličeje mluvící osoby, její postoj, držení těla a gestikulaci. Schopnost odezírání je nejvhodnější rozvíjet zpočátku především v domácím (tedy dobře známém) prostředí s minimálním počtem rušivých jevů.
- *Řečová výchova* – je úzce spjata se sluchovou výchovou a odezíráním, platí zde tedy stejné zásady. Základem řečové výchovy je přiřazení zvuků některým hračkám (ááá = letadlo, úúú = vlak,...) a jejich trénování. Ze zvuků pak můžeme tvořit citoslovce a z těch potom konkrétní plnovýznamová slova.

Kompenzační pomůcky

Jednu z nejdůležitějších rolí hrají při rehabilitaci sluchových vad kompenzační pomůcky, jejich správná volba a efektivní využití. Pro kompenzaci sluchu volíme technické pomůcky – sluchadla nebo kochleární implantáty.

Sluchadla jsou elektronické akustické přístroje zesilující a modulující zvuk, který je pak veden přímo do ucha. Jsou využívána především u osob s nedoslýchavostí. Sluchadla musí být vhodně nastavena, aby zesilovala zvuk v optimální míře, tzn. aby hlasitost nepřekračovala práh nepříjemného sluchu. Při správném nastavení by měl uživatel lépe slyšet, ale není zaručeno, že bude rozumět. Nastavení sluchadla musí být pravidelně kontrolováno v půlročních až ročních intervalech. Druhy sluchadel rozlišujeme podle způsobu jejich využití. Nejčastěji jsou využívána závěsná sluchadla ve tvaru půlměsíce, která si uživatel zavěsí za boltec a hadičku s olivkou vsune do zvukovodu. Individuální nitroušní sluchadla se vyrábí na míru podle odlitku boltce a zvukovodu. Zaručují pak kvalitnější a přirozenější přenos zvuku. Kapesní a brýlová sluchadla jsou poměrně málo častá (Mukšnáblová, 2014).

U pacientů s těžkým sluchovým postižením, kde běžná výkonná sluchadla nepostačují, má pacient možnost *kochleární implantace*. „*Kochleární (...) implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací (drážděním) sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha.*“ (Holmanová, 2002, s. 59). Proto je kochleární implantace nevhodná pro pacienty s poškozením sluchového nervu nebo centrálních sluchových drah, s chronickými záněty středouší či s anatomickými abnormalitami hlemýždě (Holmanová, 2002).

Vnější část implantátu je umístěna za ušním boltcem a tvoří ji mikrofon a vysílací cívka, které přenášejí informace do vnitřní části, a řečový procesor. Vnitřní část sestává z přijímače (stimulátoru) ve skalní kosti a svazku elektrod zavedeného do hlemýždě (Holmanová, 2002).

Podle Šejny (in Hahn a kol., 2007) je za ideální dobu pro kochleární implantaci považován věk mezi 1. a 2. rokem života, etiologie hluchoty není podstatná. Děti s vrozenou hluchotou je třeba operovat do šesti let věku (Holmanová, 2002). Kritéria výběru kandidátů jsou však v České republice poměrně přísná. Kromě již zmíněného věku dítěte je samozřejmě stanovena i sluchová ztráta, při které je vhodné zvolit tuto metodu. Dále se zkoumají případné zdravotní kontraindikace, vlastnosti a schopnosti dítěte, rodinné

zázemí, jsou prováděny psychologické testy apod. Kandidát musí být zvyklý na celodenní užívání sluchadel a je třeba, aby byla zavedena systematická rehabilitace sluchu a řeči (Hahn a kol., 2007; Holmanová, 2002).

2.3 Možnosti komunikace

Při rehabilitaci sluchových vad je jedním z hlavních a nejdůležitějších cílů volba vhodné a účinné metody komunikace. Jednotlivé přístupy můžeme rozdělit na systémy *auditivně orální* a *vizuálně motorické*. Dále můžeme využít metodu *totální komunikace* nebo metodu *bilingvální*. Při volbě komunikačního systému dítěte je nutností, aby měli rodiče dostatek informací a materiálů o jednotlivých metodách komunikace a aby jim odborníci z řad foniatrů, logopedů, psychologů, speciálních pedagogů apod. poradili s výběrem. Definitivně však vždy rozhoduje rodič.

Je ale důležité říci, že neexistuje jeden komunikační systém, jedna metoda, která by byla spolehlivě účinná a vhodná pro všechny osoby se sluchovým postižením. Efektivnost a vhodnost té konkrétní metody ovlivňuje velké množství faktorů osobnostních (vlastnosti, schopnosti, nadání pro řeč...), ale důležitý je i vliv rodiny a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Holmanová, 2002; Mukšnáblová, 2014; Opatřilová ed., 2006).

Co do legislativy, zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb. o znakové řeči), vymezuje těmto osobám: „...*právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů uvedených v tomto zákoně ten, který odpovídá jejich potřebám. Jejich volba musí být v maximální možné míře respektována tak, aby měly možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti i při uplatňování jejich zákonných práv.*“ (Zákon č. 384/2008 Sb., §1 odst. 2).

Vizuálně motorické systémy komunikace

Vizuálně motorické systémy komunikace jsou takové komunikační systémy, které jsou vyjadřovány pohybem a vnímány vizuálně. Jsou tedy realizovány pomocí motorických znaků. „*Znakové jazyky (...) existují ve dvou základních variantách, jejichž odlišnost vyplývá z míry svázanosti s majoritním mluveným jazykem.*“ (Horáková, in Opatřilová ed.,

2006, s. 269). Rozlišujeme tedy znakový jazyk a znakovanou češtinu (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Znakovaná čeština je uměle vytvořený komunikační systém, který využívá gramatických prostředků češtiny. Ta je bezhlasně nebo hlasitě artikulována a současně jsou pomocí pohybů a postavení rukou předváděny znaky českého znakového jazyka odpovídající jednotlivým slovům. Byla vytvořena slyšícími lidmi pro snadnější dorozumívání s neslyšícími (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Znakový jazyk má vlastní gramatiku, na majoritním mluveném jazyku není nijak závislý. Je to tedy samostatný, přirozený, plnohodnotný komunikační systém, který je tvořen tvarem, pohyby a postavením rukou, mimikou a pozicemi hlavy a horní části trupu. Podle zákona č. 384/2008 Sb. je český znakový jazyk „...základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace.“ (Zákon č. 384/2008 Sb., §4 odst. 1).

Na rozdíl od znakované češtiny umožňuje znakový jazyk v jednom znaku spojit více slov. Od mluvených jazyků se liší především trojrozměrností a simultánností – je možné některé znaky produkovat a vnímat současně, tzv. „nad sebou“.

Dítě se rodí s určitými vlohami, díky kterým je následně schopno se naučit jakýkoli přirozený jazyk. Slyšící dítě se mluvenému jazyku učí na základě sluchových vjemů, zatímco dítě se sluchovým postižením vnímá jazykové vzory zrakem – nezáleží, zda se učí mluvenou řeč, nebo znakový jazyk (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Auditivně orální metoda komunikace

„Základním předpokladem orálně auditivní metody je stále se zlepšující možnost zesílit zbytky sluchu dítěte vhodným sluchadlem nebo kochleárním implantátem a umožnit tak neslyšícím či těžce nedoslýchavým dětem, aby se naučily poslouchat, rozumět a mluvit.“ (Holmanová, 2002, s. 9).

Auditivně orální metoda tedy předpokládá dobrou kompenzaci sluchu vhodnými pomůckami. Naprosto nutná je při volbě této metody spolupráce s logopedem a časté procvičování logopedických cvičení a aktivit doma. Je doporučována především z důvodu postupného určení (ne)vhodnosti kochleární implantace u dítěte a případné rychlejší

pokroky v řečovém vývoji po implantaci. Cílem auditivně orální metody je schopnost člověka se sluchovým postižením účinně se dorozumívat s většinou společnosti (Holmanová, 2002).

Důležité je ale podotknout, že tato metoda není vhodná univerzálně pro všechny. Závisí na individuálních schopnostech a možnostech jedince dosáhnout takového rozvoje řeči, který by postačoval k plnohodnotné komunikaci (Šedivá, 2006).

Metoda totální komunikace

Metoda totální komunikace vychází z myšlenky využívání všech dostupných prostředků ke komunikaci s osobami se sluchovým postižením. Jejím cílem je „...rozvíjet jak řeč, tak znakový jazyk a další pomocné systémy (...) současně a využívat pak takový systém komunikace, který je pro daného sluchově postiženého v té které situaci nejpříjemnější.“ (Šedivá, 2006, s. 43). Tato metoda komunikace je doporučována i pro komunikaci s osobami s jinými druhy postižení, např. s poruchami autistického spektra, nebo u kombinovaně postižených osob. U těžkých forem postižení je pak třeba zvážit, zda je totální komunikace vhodnou formou, zda je jedinec schopen vnímat více komunikačních systémů a rozumět jim (Šedivá, 2006).

Bilingvální metoda

Pod pojmem bilingvismus můžeme najít mnoho různých, podobných i méně podobných, definic. Když je shrneme dohromady, můžeme říci, že bilingvismus je schopnost rozumět a mluvit dvěma (nebo více) jazyky perfektně, tedy schopnost dorozumívat se pomocí dvou (nebo více) jazykových systémů. U osob se sluchovým postižením pak bilingvismus bude schopnost využívat ke komunikaci jak mluvený jazyk, tak znakový jazyk.

Bilingvální metoda komunikace má více variant. Někteří odborníci doporučují zvolit jeden z jazyků jako mateřský a následně pak přidat druhý jazyk, jiní zase doporučují simultánní učení znakového a mluveného jazyka. Rozhodnutí je ale vždy na rodičích dítěte (Haroling-Esch, Riley, 2003; Šedivá, 2006).

2.4 Výchova a vzdělávání v raném a předškolním věku

Šedivá (2006, s. 33) definuje základní cíle výchovně vzdělávacího procesu dětí a žáků se sluchovým postižením takto: „(...) *aby sluchová porucha nelimitovala rozvoj schopností člověka a aby sluchově postižení mohli dosáhnout takového vzdělání, ke kterému mají intelektové, motivační a volní předpoklady.*“ Důležité je nezapomínat, že do vzdělanosti nezahrnujeme jen formální vzdělání ve smyslu absolutoria různých škol, nýbrž i získání sociálních dovedností pro začlenění se do společnosti (Šedivá, 2006).

Co se týče zvláštností a doporučení pro výchovu dítěte se sluchovým postižením, nelze je univerzálně stanovit. Každé dítě je jedinečné a jeho vývoj ovlivňují nejrůznější faktory vnitřní i vnější.

Lilli Nielsen (1998) ve své knize popisuje výchovu dětí se zrakovým, případně kombinovaným, postižením, ale její principy můžeme použít i u dětí se sluchovou vadou. Nielsen upozorňuje v rámci metody aktivního učení na to, že je třeba dítěti poskytovat dostatečné množství podnětů, díky kterým se pak bude moci rozvíjet samo. Důležité je v co největší možné míře využívat poškozený smysl a rozvíjet jej, a to právě za pomoci nejrůznějších stimulů, hraček a pomůcek od nejtěplejšího věku dítěte. Rozvíjet musíme také ostatní smysly, které mohou působit jako kompenzační. Stěžejní roli ve vývoji dítěte má i zpětná vazba okolí na jeho aktivitu. Pokud se dítěti za jeho snahu nebude dostávat odpovědi, nebude mít motivaci ve svém úsilí dále pokračovat (Nielsen, 1998).

Ve výchovně vzdělávacím procesu dítěte s postižením hraje významnou roli raná péče. Jedná se o komplex psychologických, medicínských, speciálně pedagogických, rehabilitačních a sociálních služeb poskytovaných dítěti se zdravotním postižením od narození do 7 let věku a jeho rodině. I pro tuto péči je stěžejní včasnost diagnózy, od které se následně vyvíjí veškeré další postupy jako tvorba individuálního plánu, získávání kompenzačních, edukačních a jiných pomůcek, ale i účinnost zvolené rehabilitační metody. Mezi hlavní cíle a poslání rané péče patří poskytnutí podpory a poradenství rodičům, zejména v přijetí postižení dítěte a posílení jejich sebedůvěry při práci s ním. Dále by pracovníci měli rodičům co nejdříve poskytnout co nejvíce informací o sluchových vadách, možnostech jejich korekce a kompenzace a o dalších organizacích, které jim v jejich situaci mohou pomoci (Šedivá, 2006).

Podporu dětem se sluchovým postižením, od diagnostikování vady do jejich zařazení do další odborné péče v rámci MŠ nebo ZŠ pro sluchově postižené, poskytují speciálně pedagogická centra (SPC). Ta svou péči soustřeďují i na děti a žáky se sluchovým

postižením integrované do běžných škol, po celou dobu jejich vzdělávání. SPC rovněž spolupracují na vytváření individuálních vzdělávacích plánů dětí se specifickými vzdělávacími potřebami, poskytují poradenskou činnost, informace o problematice sluchových poruch a možnostech sociálních výhod, pomáhají s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek (Šedivá, 2006).

Prvním školním zařízením, které bude dítě navštěvovat, bývá mateřská škola. Ve vývoji dítěte slyšícího, i dítěte se sluchovou vadou, je zařazení do MŠ důležitým mezníkem především z toho důvodu, že se jedná často o první možnost navázání kontaktu a sociálních vztahů s lidmi mimo rodinu, zvláště pak s vrstevníky. Na rodiče dítěte se sluchovým postižením v tuto chvíli padá další velmi důležité rozhodnutí, a to, zda zvolí běžnou mateřskou školu, nebo MŠ pro sluchově postižené. V případě volby školy pro sluchově postižené pak je dalším hlediskem výběru užívaná rehabilitační metoda. Musíme ale vzpomenout, že jsou stále v České republice místa, odkud je MŠ pro sluchově postižené obtížně dosažitelná a na rodičích je potom zvážit i možnost umístění předškolního dítěte do internátu. To, jak Šedivá (2006) připomíná, vnímají mnohé rodiny jako problematické a subjektivně bolestivé. Z těchto důvodů volí často i rodiče dítěte s těžkou sluchovou vadou běžnou mateřskou školu, i s vědomím toho, že dítě bude mít určité komunikační problémy a nebude mu poskytována odborná podpora speciálních pedagogů a dalších odborníků. V takových případech je více než žádoucí, aby rodina spolupracovala s nejbližším SPC nebo foniatrickým oddělením, kde mu bude výše zmíněná odborná péče zajištěna (Šedivá, 2006).

U dítěte předškolního věku, navštěvujícího běžnou mateřskou školu, je na místě posléze objektivně posoudit, zda je dítě v kolektivu opravdu integrováno – jestli zvládá vykonávání většiny činností na podobné úrovni jako ostatní děti – nebo zda by bylo vhodnější zařazení do zařízení pro sluchově postižené, kde je kromě obecných cílů předškolního vzdělání kladen větší důraz na jiné oblasti vývoje dítěte (Šedivá, 2006).

Horáková (in Opatřilová ed., 2006, s. 260-261) uvádí specifické úkoly mateřské školy pro sluchově postižené:

- *navazování komunikace*
- *tvoření a rozvíjení hlasu*
- *rozvíjení zrakového vnímání, zaměřené na nácvik odezírání*
- *rozvíjení hmatového vnímání, jemné a hrubé motoriky*
- *reedukace či edukace sluchu*

- *rozvíjení řeči od nejranějšího věku a snaha vytvořit u dětí kladný vztah k mluvení*
- *začátky čtení pomocí globální metody*
- *dosažení funkční komunikace s využitím nonverbálních prostředků – mimiky, gestikulace a přirozených posunků, případně znakového jazyka*

Jedním z hlavních cílů předškolního vzdělávání je samozřejmě podíl na přípravě dítěte na školní docházku. V mateřské škole dítě rozvíjí své percepční, kognitivní a sociální schopnosti a dovednosti. Dále je důležité individuální psychologické a speciálně pedagogické posouzení, zda je dítě dostatečně zralé pro nástup do základní školy. U dětí se sluchovým postižením je často využívána možnost odkladu školní docházky o jeden rok, případně pak velmi výjimečně o další rok. V některých případech je ale odklad nástupu do základní školy zbytečný (Šedivá, 2006).

Můžeme se setkat s rodiči, kteří budou mít snahu získat pro své dítě oddálení školní docházky, i když to objektivně nebude nezbytné. Takoví rodiče mívají často strach ze selhání dítěte při brzkém nástupu do školy, nebo doufají, že při pozdějším nástupu bude možné umístění do běžné základní školy. Na druhé straně si někteří rodiče naopak přejí nástup dítěte do školy urychlit (Šedivá, 2006).

Co se výběru základní školy týče, návrh na umístění dítěte podává SPC po důkladném pedagogicko-psychologickém vyšetření a dohodě s rodiči dítěte. O zařazení dítěte do školy pak rozhoduje ředitel školy podle tohoto návrhu (Šedivá, 2006).

3 Diagnostika a intervence v raném a předškolním věku

Speciální poradenství definuje Novosad (2000, s. 61) jako „*komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap má dlouhodobý (chronický) nebo trvalý charakter.*“ Speciální poradenství a podpora lidí se zdravotním znevýhodněním je stěžejní součástí ucelené rehabilitace. Ta spočívá v koordinované spolupráci mezi jednotlivými obory, v jejich provázanosti a posloupnosti. „*Právě nutnou týmovostí, provázaností, posloupností dílčích opatření a mezioborovou kooperací se toto poradenství významně odlišuje od jiných poradenských aktivit, např. od psychologického poradenství.*“ (Novosad, 2000, s. 57). V praxi se jedná o využití kombinace a koordinace lékařských, sociálních, vzdělávacích a profesních prostředků pro nabytí nejvyšší možné funkční schopnosti jedince (Novosad, 2000).

Společným cílem působení všech odborností by mělo být zmírnit, eliminovat nebo kompenzovat ty příčiny, kvůli kterým má dané dítě ztížené podmínky pro integraci do společnosti. Pokud není možné ovlivnit nebo kompenzovat příčiny, cílem se pak stává co největší možná socializace jedince s postižením (Novosad, 2000).

3.1 Lékařská diagnostika

Lékaři stojí na počátku veškerého odborného působení. Jsou to právě oni, kdo mají na starosti depistáž jedinců se sluchovým postižením, jelikož pro ni mají – v porovnání s ostatními odborníky – nejlepší podmínky (Ferdinand, 1981). Současná medicína umožňuje využití **novorozeneckého screeningu sluchu**, díky kterému mohou být sluchové vady odhaleny ihned po narození dítěte - je prováděn 1. a 4. den pobytu na neonatologickém oddělení. V České republice bohužel ale není screening sluchu zákonem nařízen, tudíž je prováděn pouze v některých porodnicích a často pouze u rizikových novorozenců (Hašková, 2013; Motejzíkova, 2009, Šlapák a kol., 2013).

V současnosti je screening sluchu zaměřen především na odhalení percepčních vad se sluchovou ztrátou vyšší než 30 dB a na sluchové vady se špatným rozpoznáváním řeči, tj. ve frekvenci 500 – 4000 Hz (Hašková, 2013). Právě k tomu slouží vyšetření otoakustických emisí (OAE). Jedná se o objektivní vyšetřovací metodu vycházející z registrace velmi slabých zvuků, jež vznikají po zvukovém podráždění pohybem zevních

vláskových buněk Cortiho orgánu. Přes převodní systém pak dochází k rozkmitání bubínku a pomocí velmi citlivého mikrofónu, umístěného do zevního zvukovodu vyšetřovaného, můžeme zaregistrovat zvuk. Ten je pak známkou neporušené funkce vnitřního ucha. Jedná se o časově nenáročný a neinvazivní vyšetření (Jedlička, in Škodová, Jedlička, 2007).

Jak ale Hašková (2013) připomíná, screeningové testy mají pouze orientační, vyhledávací funkci, nikoli však diagnostickou. V některých, i když vzácných, případech mohou testy vykazovat falešně pozitivní či falešně negativní výsledek. Z toho důvodu je třeba navázat na screening dalšími odbornými vyšetřeními, ze kterých pak lékař může stanovit přesnou diagnózu (Hašková, 2013).

Mezi přesnější objektivní (*tj. nevyžaduje pacientovu aktivní spolupráci*) vyšetřovací metody, které se využívají k diagnostice sluchových vad, patří vyšetření **evokovaných potenciálů sluchových** (*Evoked Response Audiometry = ERA*). U dětí s dobře vyvrážděnou sluchovou dráhou lze toto vyšetření využít už v prvním půlroce jejich života. Metoda je postavena na registraci potenciálů vznikajících postupováním vzruchu z vláskových buněk sluchovou dráhou do mozkové kůry. ERA vyšetření dále dělíme podle místa snímání potenciálů. V případě vyšetření BERA¹ či BAEP² jsou potenciály snímány v podkorové oblasti, zatímco u CERA³ testů pak v oblasti korové (Šejna, in Hahn a kol., 2007; Škodová, Jedlička, 2007).

Při diagnostice sluchových vad u dětí využíváme především metod BERA či BAEP, zatímco CERA vyšetření se provádí u dospělých pacientů. Pro naši práci bude důležitější tedy BERA. BERA je označována jako kmenová audiometrie, která umožňuje přesné zmapování funkčnosti kmenové a podkorové oblasti sluchové dráhy. Z výsledků pak může lékař přesně určit místo organické nebo funkční překážky ve sluchové dráze (Lejska, 1995, Šlapák a kol., 2013).

Zvláštním testem tzv. ustálených evokovaných potenciálů je test SSEP⁴. Ten umožňuje přesné zjištění prahu slyšení pacienta ve velmi krátkém čase, ale není zaměřen na popis sluchové dráhy. Vyšetření probíhá na čtyřech hlavních frekvencích, díky čemuž i u velmi

¹ Brainstem Evoked Responses Audiometry.

² Brainstem Auditory Evoked Potentials.

³ Cortical Evoked Responses Audiometry.

⁴ Steady State Evoked Potentials.

malých dětí můžeme odhalit i zbytky sluchu na nízkých frekvencích (Šejna, in Hahn a kol., 2007, Šlapák a kol., 2013).

Vyšetření evokovaných potenciálů je prováděno ve spánku a pro odečtení jsou umístěny tři elektrody na povrch hlavy. ERA je metoda využívaná u malých dětí kvůli správnému nastavení sluchadel či k indikaci kochleárního implantátu (Hahn & kol., 2007; Škodová, Jedlička, 2007).

Dalším typem objektivních vyšetřovacích metod je **impedanční audiometrie**, která vyšetřuje funkce středního ucha. Zakládá se na měření odražené zvukové energie od bubínku. Dělíme ji na vyšetření poddajnosti bubínku (tympanometrie) a na vyšetření středoušních reflexů (Jedlička, in Škodová, Jedlička, 2007). Při vyšetřování poddajnosti bubínku se pomocí tympanometru vyhodnotí tón, který vysílá a který je následně odražen od bubínku. Současně se v zevním zvukovodu mění tlak vzduchu, čímž je měněno i napětí blány bubínku. Z křivky, která je výsledkem tympanometrického vyšetření, je pak možné rozpoznat příčinu sluchové vady (Šlapák, Floriánová, 1999). Vyšetření středoušních reflexů (stapediálního a tensoriálního reflexu) vychází z toho, že stah svalů středního ucha je reflexní povahy – tzn. zapříčiní ho intenzivní zvuk nad 80 dB, nebo taktilní podráždění. Při stahu středoušních svalů dojde ke změně impedance, a ta je graficky zaznamenána (Šejna, in Hahn a kol., 2007).

Jiné metody vyšetřování sluchu jsou ale sestaveny tak, že vyžadují aktivní spolupráci vyšetřované osoby. V takových případech mluvíme o tzv. subjektivních vyšetřovacích metodách. Naprostý základ vyšetření sluchu je **sluchová zkouška**. Při tomto vyšetření se zaměřujeme zvláště na pravé a levé ucho. Pacient sedí bokem k vyšetřujícímu a druhé ucho je třeba mu ohlušit – u sluchové zkoušky šepotem používáme vsunutí vaty do zevního zvukovodu, u zkoušky hlasitou řečí pak Barányho ohlušovač. Cílem je zjištění vzdálenosti, z jaké je pacient schopen slyšet a opakovat slova vyslovená hlasitou řečí, případně šepotem. Osoba s neporušeným sluchem by měla hlasitou řeč slyšet a zopakovat ze vzdálenosti 10 m, šepot pak z 6 m. Je třeba tedy provádět zkoušku v takovém prostoru, který bude klidný a tichý, s minimální délkou 6 m (Jedlička, in Škodová, Jedlička, 2007; Šejna, in Hahn a kol., 2007).

Typ sluchové poruchy může upřesnit **zkouška ladičkami**. Zde podle Šejny (in Hahn a kol., 2007, str. 36) rozlišujeme následující čtyři typy:

- *Weberova zkouška* funguje na principu přiložení rozezvučené ladičky na kost lebky ve střední čáře, kdy vyšetřovaná osoba má lokalizovat, odkud zvuk vnímá. Pokud má zdravý sluch, lokalizuje zvuk uprostřed hlavy, případně v obou uších.
- *Rinneho zkouška* porovnává, na každém uchu zvlášť, schopnost vzdušného a kostního vedení zvuku. Nejprve rozezvučenou ladičku umístíme před boltec vyšetřovaného a změříme dobu, po kterou slyší tón. Tu následně porovnáme s dobou, po kterou pacient vnímá zvuk po přiložení rozezvučené ladičky na bradavkový výběžek jeho spánkové kosti.
- *Schwabachova zkouška* je zcela orientační, při které je porovnáván sluch vyšetřované osoby se sluchem vyšetřujícího.
- *Galleho zkouška* ověřuje pohyblivost řetězu kůstek středního ucha. Rozezvučená ladička je přiložena na bradavkový výběžek spánkové kosti pacienta a zároveň je pomocí balonku měněn tlak v zevním zvukovodu. Řetězec kůstek je pohyblivý v tom případě, kdy pacient vnímá kolísavost tónu v souvislosti se změnami tlaku v zevním zvukovodu.

Jedlička (in Škodová, Jedlička, 2007) navíc upozorňuje na skutečnost, že výsledky ladičkových zkoušek jsou platné pouze na vyšetřované frekvenci a u některých pacientů mohou tedy celkovou poruchu charakterizovat mylně. Z toho důvodu se poslední dobou zkoušky ladičkami využívají čím dál méně.

Další subjektivní vyšetřovací metodou je **tónová audiometrie**. Audiometr produkuje čisté tóny na různých frekvencích v rozmezí 125 – 8000 Hz v intenzitě do 100 dB. Vyšetřuje se zvlášť na pravém a levém uchu, a to jak vzdušné vedení pomocí sluchátek, tak kostní vedení přes kostní vibrátor. Na audiogramu pak vznikají čtyři křivky, ze kterých lze následně vyčíst typ i závažnost sluchové poruchy. Práh neporušeného slyšení je 0 dB pro

vzdušné i kostní vedení. Tolerovány jsou ztráty do 20 dB, neboť ty při běžné komunikaci nepůsobují problémy (Jedlička, in Škodová, Jedlička, 2007).

Zmínit můžeme i tzv. **Bekésyho audiometrii**, ke které je zapotřebí speciálního audiometru. Ten vydává tóny různé frekvence a délky a vyšetřovaný má stlačit tlačítko vždy v momentě, kdy tón zaslechne. Když tón přestane slyšet, tlačítko pustí. Z vyšetření vzniká prahový audiogram ve tvaru ozubené křivky, ze které je možné vyčíst typ a lokalizaci sluchové vady (Šejna, in Hahn a kol., 2007).

Poslední subjektivní metodou vyšetření sluchu je **slovní audiometrie**. Vnímání řeči je pro člověka a funkční mezilidskou komunikaci mnohem důležitější než vnímání čistých tónů. Toto vyšetření probíhá v audiokomoře, kam jsou pacientovi vysílány z nahrávky běžná slova v různé intenzitě – vzdušným vedením do sluchátek a kostním vedením pomocí kostního vibrátoru, nebo z reproduktorů do volného pole. Vyšetřovaný má následně slyšená slova zopakovat (děti mohou místo opakování slov ukázat obrázek, který slyšené slovo vystihuje). Soustavy slov jsou speciálně vybírány, ale slova z nich mají být všeobecně známá – v České republice se využívá Sedláčkových testů, které vytvořil zvlášť pro dospělé a zvlášť pro děti. Pomocí slovní audiometrie můžeme u osob s nedoslýchavostí zjistit poruchu rozumění řeči a zajistit tak lepší, přesnější nastavení sluchadla. Osobám s převodní vadou vykazuje křivka slovního audiogramu souhlas s křivkou prahového tónového audiogramu a křivka srozumitelnosti je strmá, zatímco osoby s kombinovanými poruchami hůře rozumějí řeči, sluchový práh pro řeč je u nich vyšší než pro čisté tóny (Šejna, in Hahn a kol., 2007; Šlapák a kol., 2013).

3.2 Poradenská zařízení

Raná péče

Raná péče je soustava odborných služeb poskytovaných dítěti se zdravotním znevýhodněním a jeho rodině od narození nebo ihned po zjištění jeho poruchy či postižení (Šedivá, 2006). V současné době ranou intervencí dětem se sluchovým postižením a jejich rodinám v České republice zajišťuje Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. – od roku 2001 pro Čechy se sídlem v Praze (*Raná péče Čechy*) a od roku 2004 pro Moravu a Slezsko v Olomouci (*Raná péče pro Moravu a Slezsko*). Od roku 2003 umožňuje Tamtam stát se klienty i neslyšícím rodičům slyšících dětí (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Centrum pro dětský sluch Tamtam nabízí rodinám s dětmi se sluchovým postižením komplex sociálních, informačních a vzdělávacích služeb. Kromě rané péče a odborného poradenství zde mohou rodiče najít klinického logopeda, bilingvální mateřskou školu Pipan a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Mezi hlavní cíle společnosti patří: „*obhajovat a prosazovat zájmy dětí se sluchovým postižením a jejich rodičů, přispívat k rozvoji péče o děti se sluchovým postižením, pomáhat dětem a jejich rodičům překonávat následky sluchového postižení, usilovat o integraci sluchově postižených do společnosti a zvýšit informovanost odborné i laické veřejnosti o sluchovém postižení.*“ (Poslání a cíle, 2015).

Už jejich nejranější působení je zaměřeno na podporu vztahu celé rodiny a širokého příbuzenstva k péči o dítě se sluchovým postižením, neboť právě to má pak velký vliv na postoj rodičů k jejich dítěti. Dále pomáhá se sociální integrací celé rodiny do společnosti (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Důležité jsou také zásady práce a poskytování služeb, které jsou následující:

- *Princip důstojnosti a individuálního přístupu* dává důraz na individuální zvláštnosti každého jedince a každé rodiny, stejně pak na důstojné jednání s klientem.
- *Princip ochrany soukromí klienta* – společnost může poskytnout informace o uživateli služeb pouze s jeho souhlasem.
- *Princip zplnomocnění* – klient má právo na objektivní a kvalifikované informace v takovém množství jaké si vyžádá, stejně tak má právo a zodpovědnost rozhodovat sám o sobě. Rodiče jsou platným členem interdisciplinárního týmu při plánování a hodnocení služeb rané péče.
- *Princip nezávislosti* – předcházení vzniku závislosti rodičů nebo dítěte na systému služeb a podpora schopnosti využívat vlastních zdrojů ke zvládnutí různých situací. Dalším významem této zásady je nezávislost poskytovatele rané péče na výchovně vzdělávací instituci.
- *Princip práva volby* – klient má právo rozhodnout o přijímání služeb, o jejich výběru a tvorbě individuálního plánu.
- *Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb* souvisí s výše zmiňovaným multidisciplinárním přístupem v rámci rané péče.

- *Princip přirozenosti prostředí* – většina služeb poskytovaných dítěti a rodině v oblasti rané intervence probíhá v domácím prostředí dítěte, kde je dodržován i přirozený chod a rytmus rodiny.
- *Princip kontinuity péče* – po ukončení poskytování služeb rané péče informuje pracovník rodinu o možnostech návazných služeb v jejím kraji. (Principy (zásady) poskytování služby raná péče, 2015).

Činnosti rané péče bychom podle Horákové (in Opatřilová ed., 2006) mohli rozdělit z hlediska způsobu nebo místa jejich poskytování na tři oblasti:

- *Terénní služby.*

Terénními službami rané péče jsou myšleny pravidelné konzultace v domácím prostředí klienta. Ty probíhají jednou za čtyři až šest týdnů a konkrétně jsou zaměřovány na zprostředkování odborných vyšetření nebo konzultací nebo zprostředkování setkání s rodinami, kde je dítě s podobnou vadou, poskytnutí informací o sluchovém postižení a pomoc při výběru vhodného komunikačního systému. Dále může pracovník rané péče rodičům pomoci s výběrem speciálních pomůcek a s jejich koupí, nebo jim je zapůjčit ze společnosti, a následně s nacvičením jejich správného používání.

- *Ambulantní služby.*

Do této oblasti patří služby poskytované pracovníky rané péče přímo ve středisku Tamtam. Sem mohou rodiče docházet na kurzy českého znakového jazyka, vybrat si z individuálních návštěv logopeda, foniatra, neurologa, fyzioterapeuta, psychologa, sociálního pracovníka či technika kompenzačních pomůcek nebo je zde také možnost videotréninku interakcí a nácviků na audiometrické vyšetření.

- *Osvětové vzdělávací a společenské aktivity.*

Obecně prospěšná společnost Tamtam mimo jiné pořádá i pravidelná setkání rodičů, pobytové akce pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením nebo semináře o různých tématech problematiky sluchového postižení.

Tamtam svou činnost rozděluje z hlediska účelu:

- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
 - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
 - *sociálně terapeutické činnosti*
 - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*
- (Základní činnosti služby raná péče, 2015).

Speciálněpedagogická centra

„Speciálněpedagogická centra jsou speciální školská zařízení, která se specializují na určitý typ zdravotního postižení – defektu.“ (Novosad, 2000, s. 105) Jsou tedy zakládána speciálněpedagogická centra (SPC) zvláště pro děti a žáky se sluchovým, zrakovým, mentálním, tělesným, řečovým a kombinovaným postižením (Novosad, 2000). Speciálněpedagogická centra pro sluchově postižené bývají většinou zřizována při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Hlavním posláním SPC je poskytovat poradenské služby nejen dětem a žákům s daným postižením a jejich rodinám, ale i školám a školským zařízením nebo orgánům státní správy (Novosad, 2000). Kromě poradenství zajišťují služby diagnostické, terapeutické i metodické (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

SPC často přebírá klienty středisek rané péče z důvodu jejich věku, nebo v regionech, odkud jsou střediska rané péče obtížně dosažitelná, poskytuje SPC své služby i rodinám s dětmi mladšími tří let (Horáková, in Opatřilová ed., 2006).

Mezi nejzákladnější činnosti speciálněpedagogických center patří depistáž dětí a mladistvých se zdravotním postižením, která probíhá ve spolupráci s dalšími odborníky. Následně eviduje všechny klienty, jež jsou v péči SPC. Speciálněpedagogické centrum provádí i komplexní speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku aktuálního stavu a stupně zdravotního postižení daného dítěte nebo žáka, z níž vyplývají jeho možnosti a možná omezení ve vzdělávání. SPC pak zpracovává veškeré podklady, na základě kterých je rozhodnuto o integraci dítěte nebo žáka do školy běžného typu nebo o jeho zařazení do speciálního zařízení. Vytváří návrhy způsobů vzdělávání dětí a žáků s postižením a metodickou či konzultační podporu. Následně průběžně hodnotí vhodnost zařazení žáka do daného zařízení a jeho školní úspěšnost. Po absolvování základní školní

docházky nabízí centrum i profesní poradenství z hlediska volby dalšího studia, ale i budoucího pracovního uplatnění (Novosad, 2000).

Speciálněpedagogické centrum svou podporu poskytuje ale i dětem, které jsou obtížně zařaditelné nebo obtížně vzdělavatelné. V rodinách dětí a žáků se zdravotním postižením podporují veškerou snahu a aktivitu rodinných příslušníků v oblasti preventivního, sociálně-rehabilitačního i terapeutického působení. Jako takovou nadstavbovou činnost speciálněpedagogických center bychom mohli označit činnost osvětovou, kdy SPC pořádá odborné semináře na různá témata dané problematiky (Novosad, 2000).

Konkrétní zaměření úkolů SPC závisí především na specifických potřebách a hloubce postižení klientely. Mezi kmenové pracovníky každého speciálněpedagogického centra patří speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník, kteří jsou v SPC pro sluchově postižené doplněni logopedem a případně dalšími odborníky přímo zaměstnanými v SPC nebo spolupracujícími externě (Horáková, in Opatřilová ed., 2006; Novosad, 2000).

Pedagogicko-psychologické poradny

Rozdíl mezi pedagogicko-psychologickou poradnou (PPP) a speciálněpedagogickým centrem je takový, že mezi hlavní činnosti PPP patří obecná pedagogicko-psychologická, diagnostická a terapeutická péče o problémové děti a žáky předškolního i školního věku, zatímco SPC je konkrétně zaměřeno na děti a žáky s jedním (*nebo více*) typem zdravotního postižení, kterým poskytuje ucelenou speciálněpedagogickou péči (Novosad, 2000).

V pedagogicko-psychologické poradně může být dítěti vyšetřena úroveň jeho školní zralosti, je zde poskytována diagnostika poruch vývoje osobnosti, chování, nebo komunikace. PPP může také doporučit, zda je u konkrétního dítěte se zdravotním postižením vhodnější volba integrace do běžného školského zařízení, nebo zařazení do speciální školy. Následně sleduje a hodnotí průběh jeho školní docházky ve smyslu školní úspěšnosti, případně diagnostikuje specifické vývojové poruchy učení a podílí se na jejich reedukaci. Poskytuje také poradenství ohledně volby povolání nebo dalšího studia (Novosad, 2000).

Pedagogicko-psychologické poradny spolupracují s různými školskými, zdravotnickými nebo sociálně-právními zařízeními pro efektivnější řešení problémů klientů. V některých

případech je nutná i úzká spolupráce s SPC, když je klient předán z péče PPP do specializované péče speciálněpedagogického centra (Novosad, 2000).

3.3 Centra kochleárních implantací

Centra kochleárních implantací (CKI), neboli implantační centra, poskytují kandidátům kochleární implantace a uživatelům kochleárních implantátů komplexní systém služeb od předoperačních vyšetření po pooperační rehabilitační péči. Ve spolupráci s foniatrickým oddělením nabízí následující služby:

- *foniatrické* – foniatrickou diagnostiku a terapii sluchových vad, přidělování sluchadel nebo pomoc s výběrem kompenzačních pomůcek
- *logopedické* – speciálněpedagogické poradenství a rehabilitaci narušené komunikační schopnosti
- *psychologické* – psychologickou diagnostiku, psychoterapii a poradenství
- *sociální* – poradenství v oblasti nároků na sociální podporu apod.
- *programování řečových procesorů kochleárních implantátů* – individuální nastavení řečových procesorů dle potřeb konkrétního dítěte (Specializace, 2012).

Klientem implantačního centra se stává dítě na doporučení pediatra, foniatra, ORL lékaře nebo na žádost rodičů. Personální obsazení centra kochleárních implantací tvoří především implantující chirurg, foniatr, klinický psycholog, specializovaný logoped a ORL lékař. Na programování řečových procesorů se podílejí i speciálně vyškolení technici. Společnými silami se odborníci snaží dosáhnout nastavení optimální stimulace jednotlivých elektrod kochleárních implantátů tak, aby vyhovovala individuálním potřebám každého implantovaného dítěte nebo dospělého (Hádková, 2012; Talach, 2015).

Jako první implantační centrum v České republice bylo zřízeno Centrum kochleárních implantací u dětí (CKID) na ORL klinice 2. LF UK a FN Motol v Praze. CKID je soustředěno na kochleární implantát značky Nucleus. Výběr kandidátů, předoperační příprava, odborná vyšetření a pooperační rehabilitace dětí probíhá na Foniatrickém oddělení ORL kliniky a v CKID v ulici U Mrázkovky. Pracovníci těchto zařízení kooperují

také s klinickými logopedy a speciálními pedagogy v místě bydliště klientů (Hádková, 2012).

Téměř bezprostředně poté následovalo otevření implantačního centra pro dospělé na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol v Praze. Zde je kromě kochleárních implantací prováděna i tzv. kmenová implantace, neboli implantace do mozkového kmene. Ta se týká pacientů s oboustrannou hluchotou způsobenou poruchou sluchového nervu (Hádková, 2012).

První centrum kochleárních implantací na Moravě vzniklo při Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku FN u svaté Anny v Brně. To bylo následně přetransformováno do dnešní podoby Komplexního centra kochleárních implantací Brno, které poskytuje své služby jak dětským, tak dospělým pacientům. Na rozdíl od pražských implantačních center je zde používán kochleární implantát CI Med-El (Hádková, 2012; Talach, 2015).

O rok později bylo zřízeno implantační centrum v Ostravě (CKIO), pro dětské pacienty. CKIO již několik let spolupracuje se Základní školou pro sluchově postižené v Ostravě a s místním speciálněpedagogickým centrem, které se také podílí na pooperační rehabilitaci (Centrum kochleárních implantací Ostrava – CKIO, 2009).

Nově, od konce roku 2016, jsou kochleární implantáty voperovávány i ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Toto implantační centrum je zatím na počátku svého působení, ale na letošní rok už má v plánu zhruba 10 implantací (První kochleární implantace, 2011).

3.4 Logopedická diagnostika a intervence

„Logopedická diagnostika má za úkol zachytit celkový stav, stupeň a formu poruchy řečové komunikace a s ním spojené deficity praxe, gnóze a kognitivních funkcí.“ (Neubauer, in Škodová, Jedlička, 2007, s. 73). Do základních cílů diagnostiky v klinické logopedii bychom tedy mohli zařadit posouzení, zda je u dítěte přítomna porucha řečové komunikace, její závažnost, diferenciální diagnostika a návrh plánu následné logopedické péče (Neubauer, in Škodová, Jedlička, 2007).

Podle Klenkové (2006, s. 57) je hlavním cílem logopedické diagnostiky *„...co nejpřesnější postihnoutí narušené komunikační schopnosti jako východisko pro správný výběr a aplikaci*

intervenčních metod. “ Kromě druhu NKS⁵ musíme také určit příčiny jejího vzniku, její stupeň, průběh a zvláštnosti, i její následky (Klenková, 2006).

Lechta (2003) rozděluje diagnostiku do tří stupňů:

- *Orientační vyšetření.*
Orientační vyšetření je prováděno na úrovni screeningu, respektive depistáže, zpravidla v mateřských školách. Uskutečněno může být pomocí metody reprodukování, vyšetření výslovnosti izolovaných hlásek, krátkým řízeným rozhovorem nebo popisem situačních obrázků. Cílem je alespoň přibližně stanovit, jaké úrovni ontogeneze řeči dítě dosahuje, tedy zda je jeho komunikační schopnost narušena nebo opožděna.
- *Základní vyšetření.*
Ze základního logopedického vyšetření získáme základní diagnózu, tedy určení druhu narušení komunikační schopnosti. Nejdříve je třeba zkompletovat a vyhodnotit anamnézu, na což můžeme navázat konkrétnějšími vyšetřeními – vyšetřením sluchu, porozumění řeči, řečové produkce, motoriky, laterality a zjištěním sociálního prostředí dítěte.
- *Speciální vyšetření.*
Cílem speciálního vyšetření je pak blíže určit druh narušené komunikační schopnosti, jeho typ, stupeň, formu, patogenezi, zvláštnosti a následky.

Důležitým aspektem, který logopedická diagnostika musí splňovat, aby byla efektivní, je její komplexnost. Je tedy podstatné zaměřit se nejen na verbální složku komunikace, ale i na její neverbální prostředky, na receptivní i expresivní složku řeči, ale i na všechny roviny užívání jazyka (foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou i pragmatickou). (Klenková, 2006).

U logopedické diagnostiky je zásadní týmová spolupráce – dítěti musí být stanovena také diagnóza lékařská a psychologická, díky čemuž je pak možné sestavit komplexní obraz

⁵ Narušená komunikační schopnost.

osobnosti dítěte a jeho komunikačních schopností. Na tomto základě pak můžeme sestavit plán logopedické (*a další*) intervence (Klenková, 2006).

Stěžejní úlohu má také diferenciální diagnostika, při které se zkoumá nebo ověřuje hlavní příčina narušení komunikační schopnosti. Jak upozorňuje Neubauer (in Škodová, Jedlička, 2007, s. 75), „*je třeba zabránit zařazení dětí se specifickou poruchou vývoje jazykových schopností či těžkou poruchou motoriky mluvidel do kategorie mentálního deficitu a také je třeba co nejdříve odhalení možné sluchové vady jako příčiny opoždění vývoje řečové komunikace dítěte.*“

3.5 Mezioborová spolupráce

Aby bylo u dětských pacientů se sluchovým postižením dosaženo nejlepších možných výsledků ve všech oblastech jejich vývoje, je absolutně nezbytné, aby mezi jednotlivými odborníky probíhala spolupráce. Mluvíme především o spolupráci klinického logopeda s otorinolaryngologem, foniatrem a klinickým psychologem, dále je ale třeba, aby fungovala komunikace i s lékaři dalších odborností, pedagogy a speciálními pedagogy (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007; Šlapák, Floriánová, 1999).

Právě v případech dětských pacientů má jednu z nejdůležitějších funkcí v rámci týmu klinický psycholog. Ten určuje, jakým způsobem se bude k dítěti a jeho rodině v rámci odborné péče přistupovat (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007).

Základním kamenem mezioborové spolupráce je znalost náplně práce ostatních kolegů, případně jejich technické vybavení a možnosti práce s pacienty (klienty, žáky...). Důležité je orientovat se především v rámci daného regionu, spádové oblasti. V opačných případech se často stává, že jsou rodiče s dítětem posíláni na odborná vyšetření zbytečně daleko, přestože by jim stejné vyšetření mohl zajistit odborník v místě bydliště (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007).

V každém případě na úplném začátku řady odborníků pracujících s dítětem s postižením vždy stojí lékař. Ten, jak už bylo výše zmíněno, provádí tzv. depistáž neboli vyhledávání jedinců s postižením. Tito pacienti jsou následně sledováni, kontrolováni a vyšetřováni, aby mohl lékař stanovit jejich diagnózu. Tento postup je třeba provést v co nejkratším čase, aby bylo možné efektivně postupovat v léčbě i terapii. „*Porucha sluchu musí být určena do druhého roku života, protože základní reflexy a mechanismy řeči se vytvářejí do*

dvou let věku. Po uplynutí této doby jsou již vyhlídky na nápravu mnohem horší a reedukace obtížnější.“ (Šlapák, Floriánová, 1999, s. 7).

Lékař (*v oblasti sluchového postižení hovoříme především o otorinolaryngologovi nebo spíše foniatrovi*) předává pacienta do další péče ostatním odborníkům, především klinickému logopedovi. V případech, kde jsou na doporučení pediatra nutná další odborná lékařská vyšetření nebo souběžná léčba, klinický logoped by měl tuto skutečnost rodičům připomínat a na daná vyšetření je posílat. Při předávání pacienta z lékařské péče do péče klinického logopeda by měl lékař poskytnout písemnou zprávu s výsledky dosud absolvovaných vyšetření. Na druhou stranu by i klinický logoped měl – po převzetí dítěte do péče – písemně informovat daného lékaře o průběhu a úspěšnosti rehabilitace. Společnými silami by pak měli, na základě nově získaných poznatků, zvolit další, efektivnější terapeutický postup (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007).

Z podstaty mezioborové spolupráce vychází i speciálněpedagogické poradenství, poskytované v rámci středisek rané péče nebo jiných poradenských zařízeních. Je tedy zapotřebí, aby veškeré postupy byly konzultovány i s pracovníky těchto institucí. Rodiče mají možnost docházet ke klinickému logopedovi pracujícímu právě v jejich poradenském zařízení. V takových případech bude kooperace s poradenskými pracovníky o něco jednodušší (Horáková, in Opatřilová, 2006; Šedivá, 2006).

Všichni odborníci pracující s dítětem mají povinnost vést podrobnou dokumentaci o péči o dítě a poskytnout ji k nahlédnutí dalším odborníkům – v případě potřeby a po domluvě. U dětí se závažnějšími poruchami je žádoucí, aby mezioborová komunikace a konzultace problému probíhaly včas. U dětí předškolního věku je často tendence odkládání nástupu do školní docházky, čímž je odsouváno i řešení problému (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007).

Speciální pedagog by se měl velmi dobře orientovat v možnostech vzdělávání dětí se sluchovým postižením – v rozmístění škol speciálních a přizpůsobivosti a kompetencích personálu běžných škol. Právě i při výběru vhodného školského zařízení je pak důležitá konzultace volby s lékaři, psychologem, pedagogy i rodiči dítěte (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007).

Důležitá je také otázka informovanosti odborníků v oblasti sluchového postižení a péče o osoby s tímto znevýhodněním. Na té by měli pracovat především právě kliničtí logopedi a foniatři, kteří mají k vadám sluchu, v porovnání s ostatními profesemi, nejbližše. Pokud

budou odborníci orientováni v oblasti náplně práce ostatních kolegů a budou ochotni vzájemné spolupráce, bude úroveň celkové péče o děti se zdravotním postižením na mnohem lepší úrovni (Škodová, in Škodová, Jedlička, 2007).

4 Mezioborová spolupráce pomáhajících profesí

4.1 Cíle a metodologie výzkumného šetření

Cíle a předpoklady

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat zkušenosti a názory rodičů dětí se sluchovým postižením na realizaci rané intervence u těchto dětí v České republice, především pak na mezioborovou spolupráci odborníků.

Mezi dílčí cíle jsme zařadili zjištění, zda byl u novorozenců proveden novorozenecký screening sluchu a zmapování názorů rodičů na povědomí lékařů, jejichž specializace není v oblasti sluchu a sluchových vad, o této problematice a komunikaci s pacienty se sluchovým postižením. Dále nás zajímalo, kdo jako první doporučil rodičům dítěte se sluchovým postižením návštěvu poradenského zařízení a s tím související, jak rodiče hodnotí mezioborovou spolupráci odborníků.

Na základě výše zmíněných cílů výzkumného šetření byly určeny následující předpoklady:

1. Předpokládáme, že první, kdo vyslovil podezření na sluchovou vadu dítěte, byl ve více případech lékař – neonatolog (*podle výsledků screeningového vyšetření*) než rodiče dítěte nebo jiný odborník.⁶
2. Předpokládáme, že první doporučení na návštěvu poradenského zařízení bylo ve více případech ze strany lékaře – foniatra, než z jiných zdrojů⁷.
3. Předpokládáme, že informovanost lékařů (*kromě ORL specialistů a foniatrů*) o problematice sluchového postižení a komunikaci s takovými pacienty hodnotí většina rodičů negativně.⁸
4. Předpokládáme, že většina rodičů hodnotí mezioborovou spolupráci odborníků v rané intervenci pozitivně.⁹

⁶ Předpokládáme tedy, že během pobytu matky s dítětem v porodnici proběhl novorozenecký screening sluchu, ze kterého mohl lékař - neonatolog vyčíst podezření na sluchovou vadu dítěte.

⁷ „*Jiné zdroje*“ vyjmenované v možnostech odpovědi na dotazníkovou otázku: *pediatr, centrum kochleárních implantací, školské zařízení, rodinný příslušník / vlastní iniciativa, jiné*.

⁸ Pojem „*negativně*“ znamená volbu odpovědi v záporné části intervalové škály použité u přílehlavé dotazníkové otázky, tedy konkrétně možnosti „*špatná*“, „*velmi špatná*“ a „*nedostatečná*“.

⁹ Pojem „*pozitivně*“ znamená volbu odpovědi v kladné části intervalové škály použité u přílehlavé dotazníkové otázky, tedy konkrétně možnosti „*dobrá*“, „*velmi dobrá*“ a „*dostačující*“.

Stanovili jsme si i výzkumnou otázku: „*Jakým způsobem by se – podle rodičů dětí se sluchovým postižením – daly vylepšit služby (příp. spolupráce odborníků) v rané intervenci u těchto dětí?*“

Metoda sběru dat a design výzkumu

Při volbě designu výzkumu jsme volili mezi možnostmi kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Jedná se ale o velmi rozdílné, až protikladné orientace, které bývají často považovány za neslučitelné. Jak ale uvádí Chráska (2007, s. 32), „...*každý z těchto přístupů má své přednosti i nedostatky, a (...) je nejen možné (ale i výhodné) oba v konkrétních výzkumech kombinovat.*“ Proto jsme zvolili možnost smíšeného designu výzkumu. Tento typ výzkumu kombinuje prvky kvalitativní a kvantitativní, a to jak v rámci přístupů a metod sběru dat, ale i při analýze výzkumného šetření. Důležité je, aby při aplikaci smíšeného výzkumu právě kombinace těchto dvou přístupů umožnila lepší pochopení výzkumného problému, než samostatná volba jednoho z nich (Vlčková, 2011).

Pro získání dat ve výzkumném šetření jsme si vybrali metodu dotazníku. Tato metoda, jak uvádí Gavora (2000, str. 99) je „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.*“ Dotazník je tedy soubor předem stanovených otázek (položek), které respondent zodpovídá písemnou formou. Jedná se o jednu z nejčastěji používaných metod získávání dat, které je určeno především pro sběr údajů od většího množství respondentů (Gavora, 2000; Chráska, 2007).

Náš dotazník je zcela anonymní a obsahuje 15 otázek – 13 uzavřených s volbou odpovědi a dvě otevřené. Z uzavřených otázek měla pouze jedna položka možnost volby více odpovědí a u dvou položek (otázka č. 9 a 12) jsme využili intervalovou škálu (Gavora, 2000). Prvních 8 otázek je zaměřeno na faktografické údaje (*místo bydliště, rok narození dítěte, doba získání a zjištění sluchové vady apod.*), zatímco ostatní položky se zabývají přímými zkušenostmi a subjektivními názory konkrétních respondentů.

Průběh sběru dat

Pro uskutečnění výzkumného šetření jsme oslovili následující zařízení:

- Raná péče Čechy (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.)

- Raná péče pro Moravu a Slezsko (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.)
- SPC při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Brně
- SPC při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené v Českých Budějovicích
- SPC Duháček v Hradci Králové
- SPC při ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Plzni
- SPC při Gymnáziu, SOŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Praze, Ječné ul.
- SPC při SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Praze, Výmolově ul.

Tato zařízení jsme oslovili s žádostí o rozeslání dotazníku jejich klientům, rodičům dětí se sluchovým postižením. Některá zařízení na žádost nereagovala vůbec, některá ji odmítla. Kladnou reakci jsme získali pouze od SPC v Českých Budějovicích a v Brně a od obou poboček Tamtam o.p.s.

Kromě SPC při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Brně, které preferovalo tištěnou formu dotazníku, si všechna zařízení vyžádala online verzi, jež byla zhotovena v aplikaci Google Docs.

Dle našich informací bylo rozesláno celkem 338 dotazníků. Konkrétně Raná péče Čechy jich rozeslala dvě stě, Raná péče pro Moravu a Slezsko jej poskytla stovce svých klientů, SPC při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Brně deseti rodinám a SPC při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené v Českých Budějovicích dotazník odeslala dvaceti osmi klientům. Vyplněných dotazníků se nám navrátilo 105, z čehož můžeme určit celkovou návratnost. Návratnost je dle Gavory (2000, s 107) „*poměr počtu odeslaných dotazníků k počtu vyplněných a vrácených dotazníků.*“ V našem případě se tedy jednalo o celkovou návratnost cca 31%.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor našeho šetření byl stanoven záměrným výběrem, tedy výběrem těch respondentů, kteří splňují společný, tzv. relevantní, znak (Gavora, 2000). Tím je v našem případě myšleno, že respondenti museli být rodiče dítěte se sluchovým postižením.

Konkrétně se jednalo o klienty Rané péče Střední Čechy, Rané péče Morava, SPC při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Českých Budějovicích a SPC při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené v Brně.

4.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Prvních osm otázek našeho dotazníku zjišťovalo faktografické údaje.

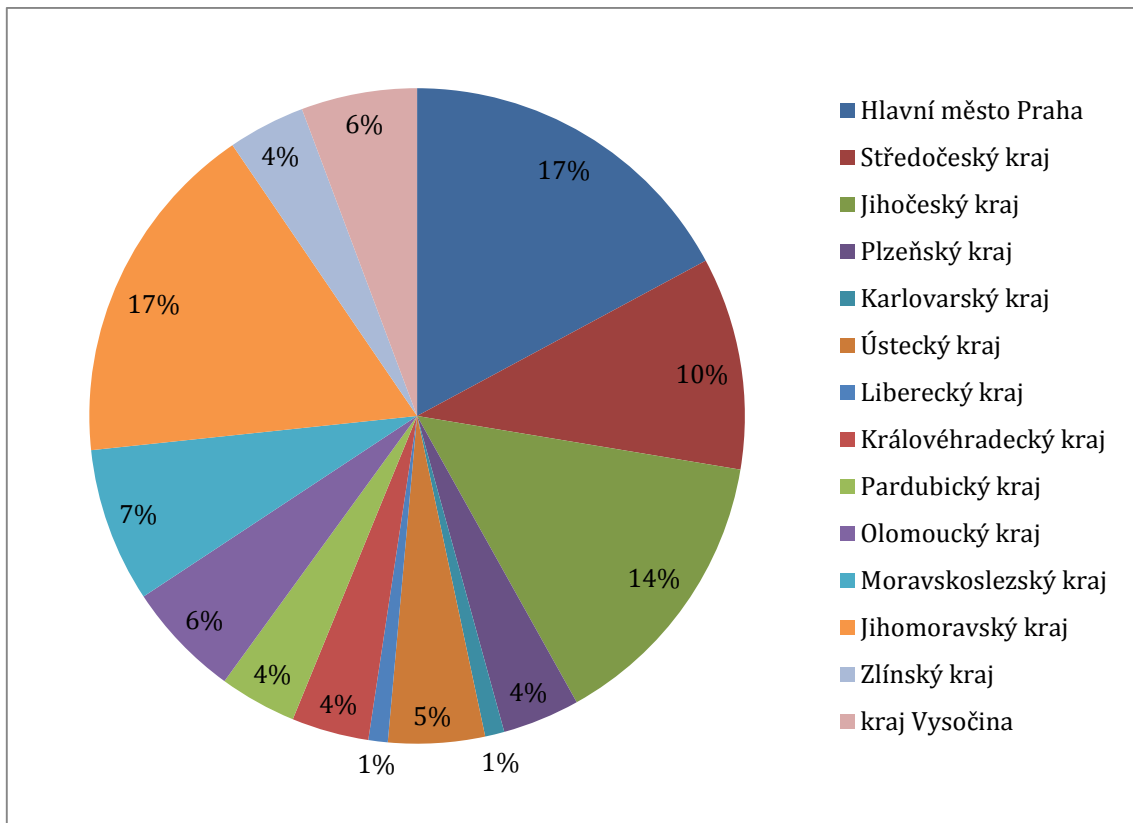
Otázka č. 1: Z jakého kraje pocházíte?

Prostřednictvím první otázky jsme chtěli zmapovat rozložení míst bydliště respondentů v rámci regionů České republiky. Jak z tabulky a grafu vyplývá, každý kraj je v našem výzkumném šetření reprezentován alespoň jedním respondentem. Bohužel ale z důvodu, že zastoupení v jednotlivých regionech není vyvážené, musíme podotknout, že budou výsledky našeho výzkumného šetření zkreslené.

Největší množství respondentů (18) pochází z Hlavního města Prahy a z Jihomoravského kraje, velké zastoupení má i kraj Jihočeský nebo Středočeský. Mezi dva nejméně zastoupené regiony patří pak Karlovarský a Liberecký kraj.

Kraj	Počet respondentů
Hlavní město Praha	18
Středočeský kraj	11
Jihočeský kraj	15
Plzeňský kraj	4
Karlovarský kraj	1
Ústecký kraj	5
Liberecký kraj	1
Královéhradecký kraj	4
Pardubický kraj	4
Olomoucký kraj	6
Moravskoslezský kraj	8
Jihomoravský kraj	18
Zlínský kraj	4
kraj Vysočina	6
Celkem	105

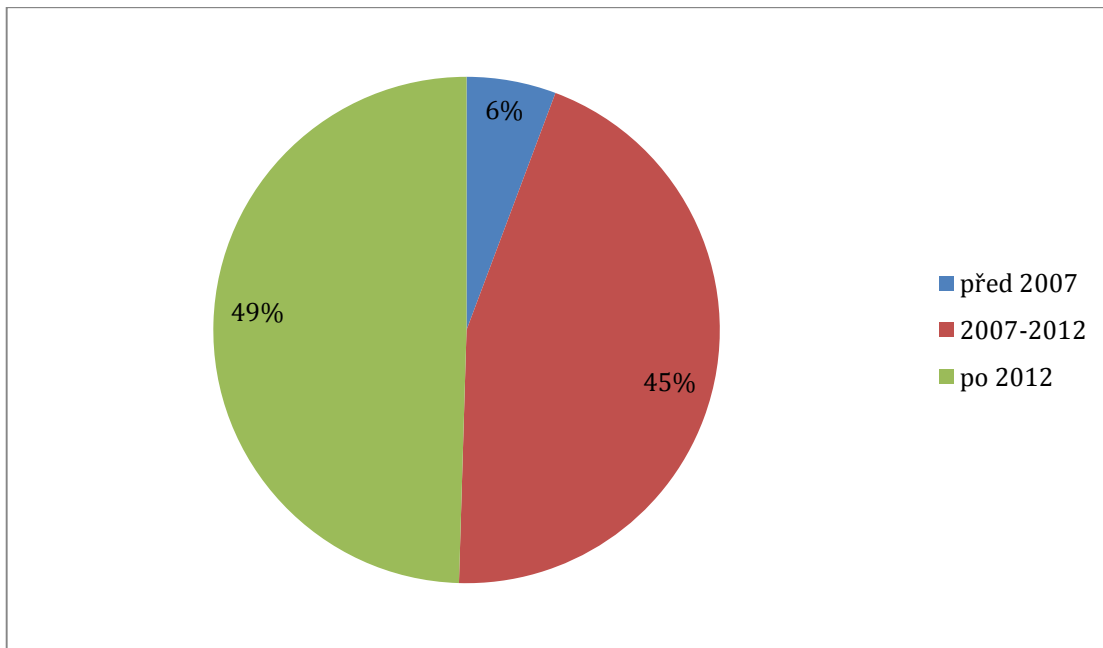
tabulka č. 1



graf č. 1

Otázka č. 2: Rok narození Vašeho dítěte se sluchovou vadou?

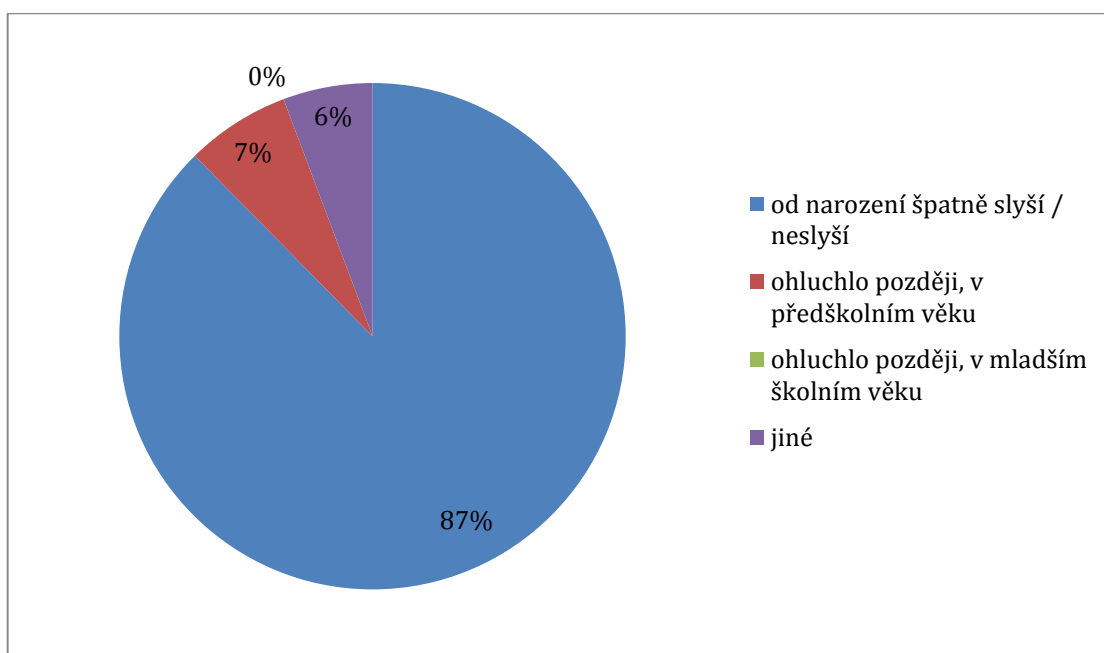
Pro naše šetření bylo důležité i znát věk dětí (resp. rok jejich narození) našich respondentů. Výzkumu se účastnil velmi malý počet rodičů dětí se sluchovou vadou narozených před rokem 2007. Počet rodičů dětí narozených v letech 2007 – 2012 je téměř shodný s počtem rodičů dětí narozených po roce 2012. Tento poznatek vezmeme v úvahu u otázky č. 4, která se zaměřuje na to, zda u dítěte proběhl novorozenecký screening sluchu.



graf č. 2

Otázka č. 3: Kdy začalo mít Vaše dítě problémy se sluchem?

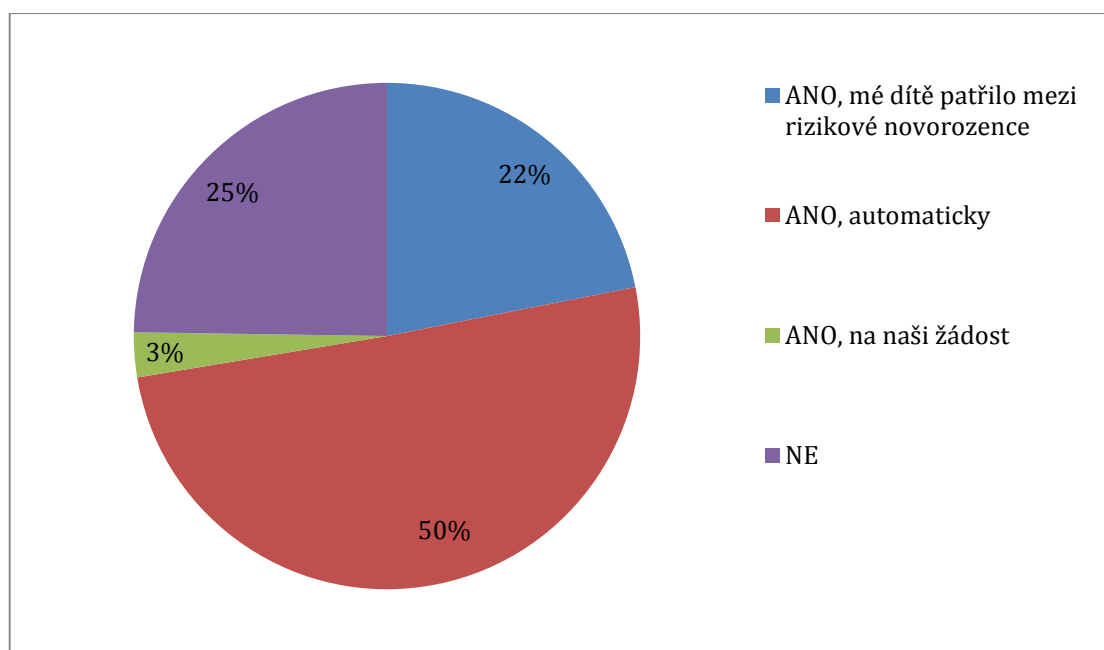
Většina respondentů (87%) odpověděla, že jejich dítě má problémy se sluchem již od narození, zatímco 7% dětí respondentů získalo sluchovou vadu v předškolním věku. Žádný z respondentů neodpověděl, že jeho potomek ohluchl v mladším školním věku. 6% dotazovaných osob zvolilo možnost „jiné“ – do této oblasti bychom mohli zařadit sluchové vady získané ještě později, než v mladším školním věku nebo sluchové vady, jejichž doba vzniku je rodičům neznámá.



graf č. 3

Otázka č. 4: Proběhl u Vašeho dítěte novorozenecký screening?

Nejdříve jsme otázku č. 4 vyhodnocovali z celkového počtu respondentů. U poloviny všech respondentů proběhl v porodnici novorozenecký screening sluchu automaticky. Necelá čtvrtina (22%) respondentů odpověděla, že novorozenecký screening u jejich dítěte proběhl z důvodu rizikovosti. Pouze velmi malé množství (3%) dotazovaných si toto vyšetření samo vyžádalo a jejich žádosti bylo vyhověno a 25% rodičů zúčastněných našeho šetření odpovědělo, že u jejich dítěte novorozenecký screening sluchu neproběhl vůbec. Tuto odpověď ale mohli vybrat i ti respondenti, jejichž dítě nemá sluchovou vadu vrozenou, nýbrž získanou v pozdějším věku a z toho důvodu nevěnovali tomu, zda vyšetření screeningu sluchu proběhlo, pozornost, protože jeho výsledek byl negativní.

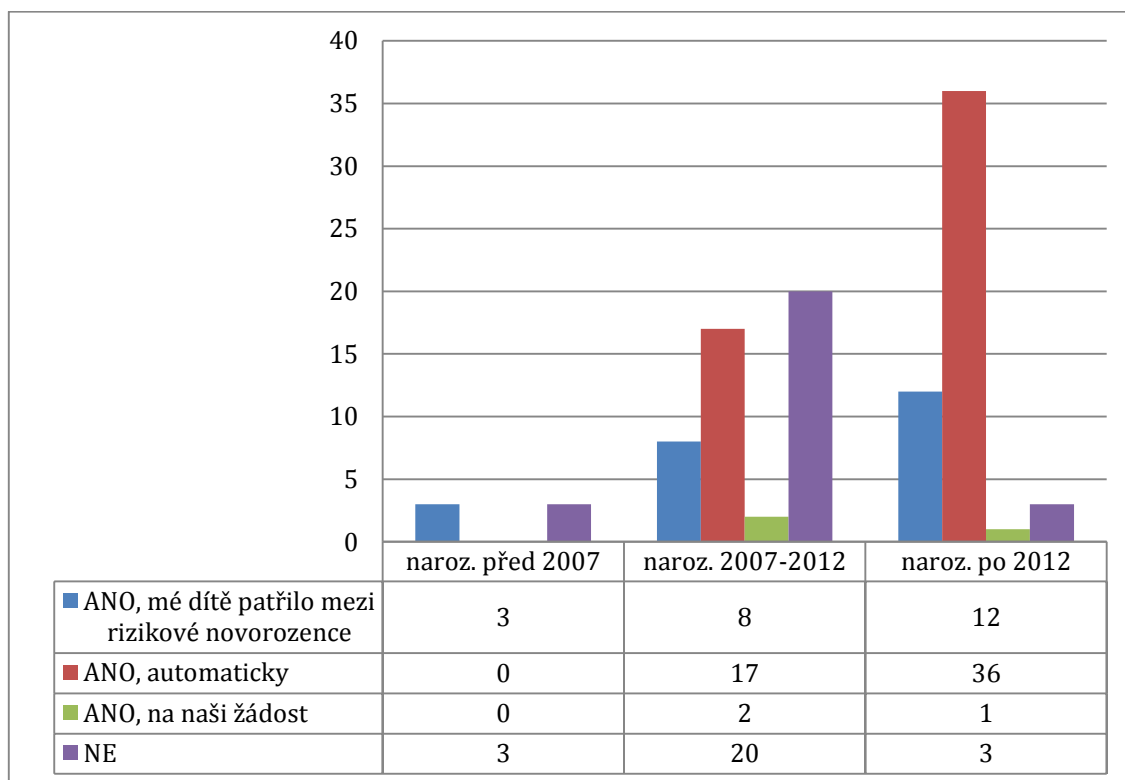


graf č. 4 (1)

Na grafu č. 4 (2) je pak zobrazeno podrobné rozvrstvení rozdělené i podle roku narození dítěte. Vzhledem k tomu, že před rokem 2007 je narozeno pouze 6 dětí respondentů, jsou tato data velmi zkreslená.

U mladších dětí už hovoříme o větším množství odpovědí, které můžeme vyhodnocovat a porovnávat bez většího zkreslení – počet dětí narozených po roce 2012 je v našem šetření o pět větší než počet dětí narozených v letech 2007 – 2012. Když tedy porovnáme problematiku provedení novorozeneckého screeningu sluchu u dětí narozených v tomto

rozmezí a u dětí narozených po roce 2012, u těch později narozených platí, že o polovinu více případů bylo vyšetřeno z důvodu rizikovosti a více než dvojnásobku dětí byl screening proveden automaticky. Počet novorozenců, kterým screening nebyl poskytnut se rapidně snížil. U dětí narozených po roce 2012 zjišťujeme tedy počet pouze čtyřech případů, kdy si rodiče museli screening vyžádat sami, nebo jim nebyl poskytnut vůbec. Z toho můžeme soudit, že i přesto, že v České republice není novorozenecký screening sluchu zákonem nařízen, porodnice se snaží toto vyšetření poskytovat v čím dál větší míře, čímž klesá počet dětí, které vyšetřeny nebyly.

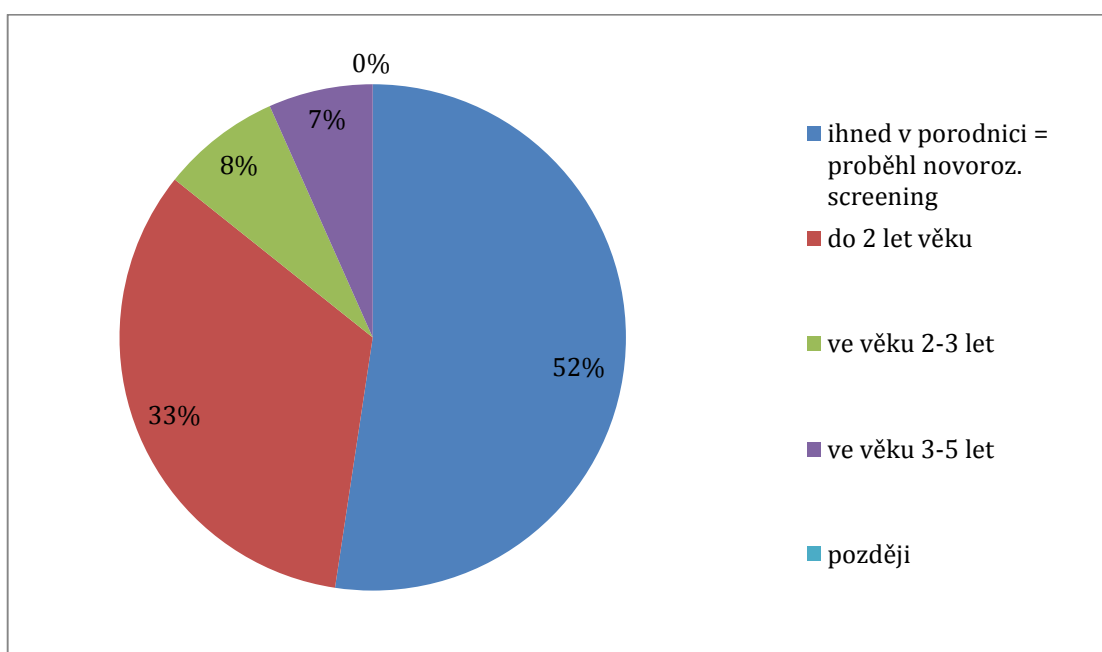


graf č. 4 (2)

Otázka č. 5: V jakém věku byla Vašemu dítěti odhalena sluchová vada?

Na grafu č. 5 (1) můžeme vidět, že během pobytu matky s dítětem v porodnici bylo vysloveno podezření na sluchovou vadu dítěte v 52% a ve 33% byla sluchová vada odhalena do 2 let věku. 15% dětí respondentů má sluchovou vadu odhalenou až v pozdějším věku.

Na tomto grafu však není zohledněné, jaké procento z později odhalených vad bylo vrozených vad a kolik odpovědí se týká vad získaných. Proto jsme udělali podrobnější graf (graf č. 5 (2)).

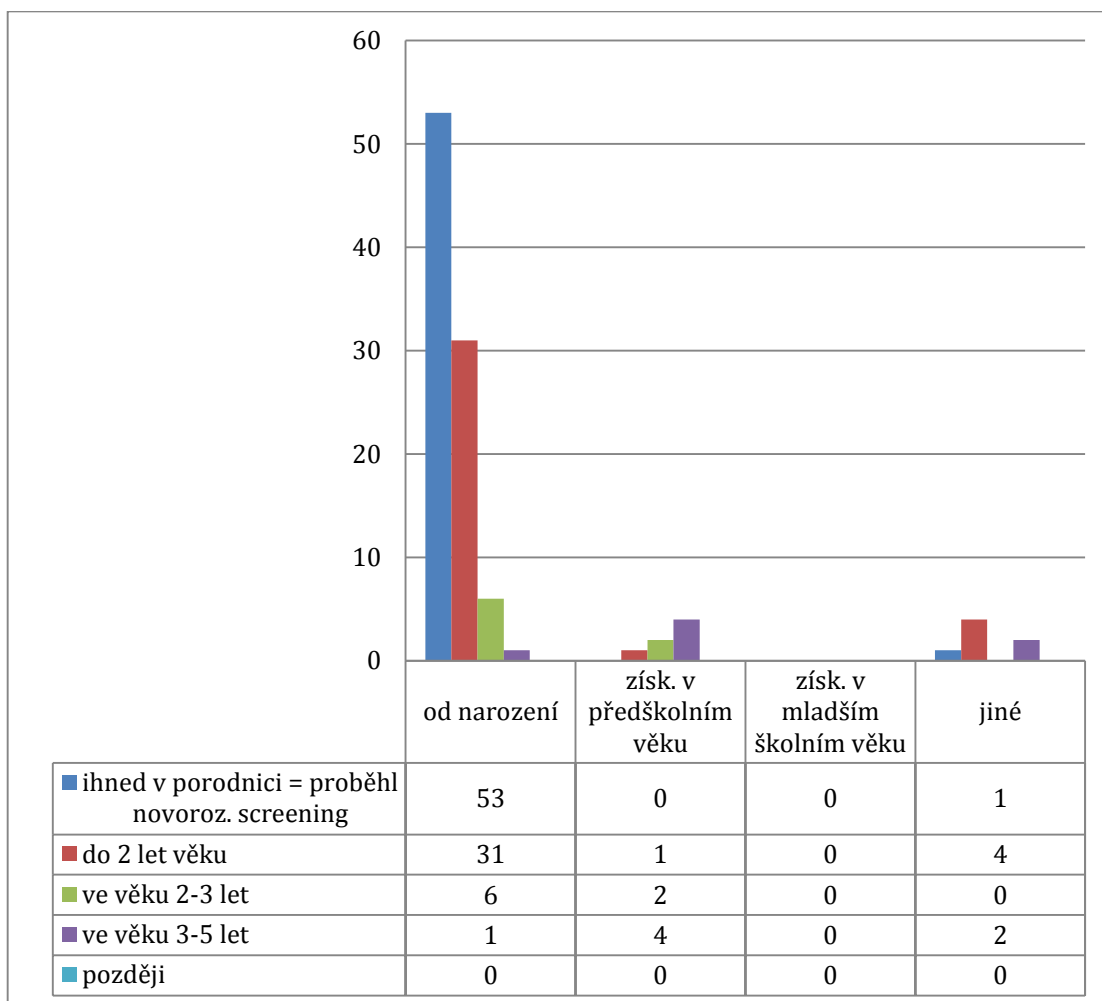


graf č. 5 (1)

Z grafu č. 5 (2) pak vychází, že 95 respondentů má potomka s vrozenou sluchovou vadou a z nich více než polovina byla odhalena již v porodnici po provedení novorozeneckého screeningu sluchu. Do dvou let věku dítěte pak více než třetina. Našeho šetření se tedy zúčastnilo pouze 7 respondentů, kteří mají potomka, jehož vada byla odhalena v pozdějším věku. Troufáme si výsledek v tomto ohledu označit jako velmi uspokojivý.

V předškolním věku získalo sluchovou vadu 7 dětí respondentů. Zde ale nemůžeme posuzovat, zda doba odhalení sluchové vady byla časná, či pozdní, protože nevíme přesný věk dítěte, ve kterém vadu získalo.

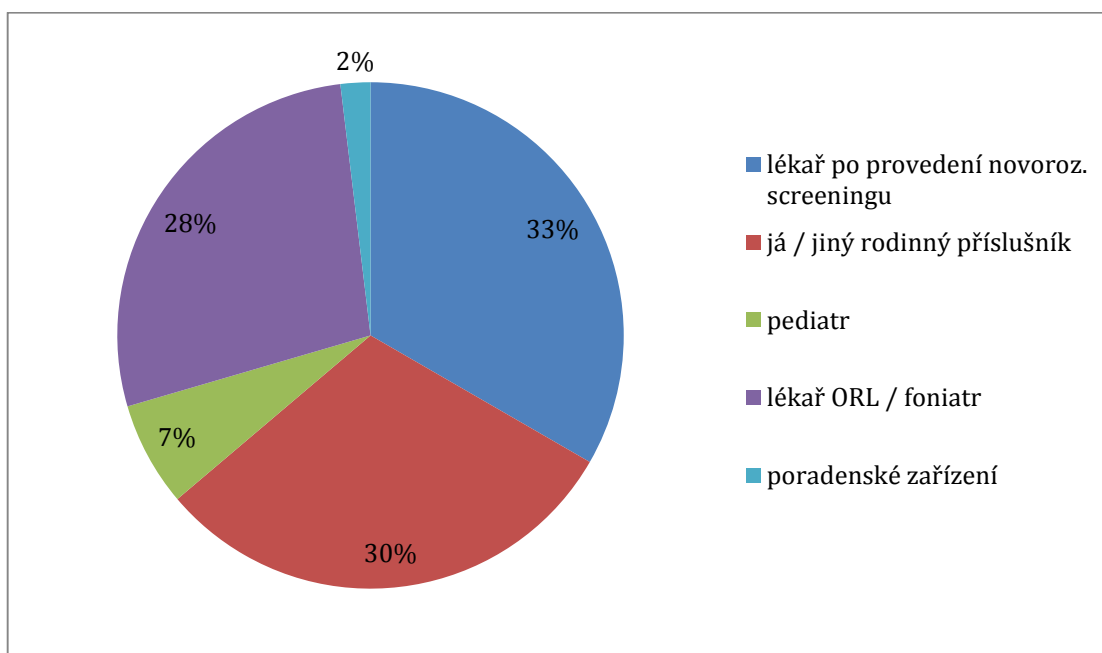
V případech, kdy rodiče označili dobu získání sluchové vady dítěte jako „jiné“, nemáme co hodnotit, jelikož nevíme ani orientačně, kdy dítě vadu získalo.



graf č. 5(2)

Otázka č. 6: Kdo jako první vyslovil podezření na sluchovou vadu dítěte?

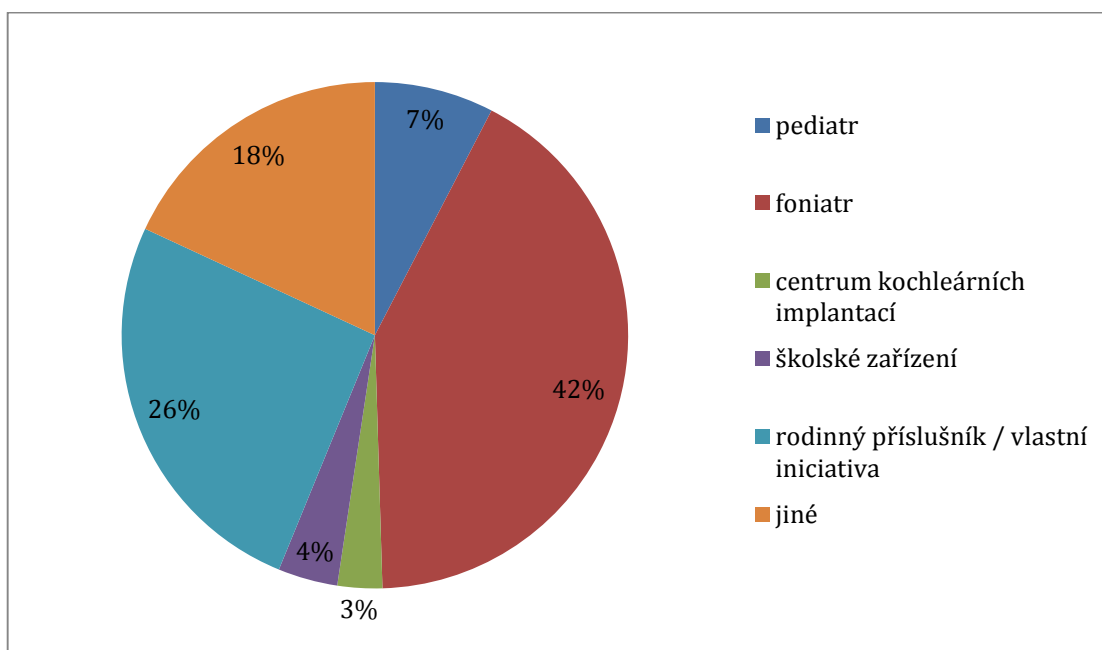
V 7% případů podezření na sluchovou vadu dítěte vyslovil jako první pediatr a ve 2% poradenské zařízení (PPP, SPC nebo raná péče). Ostatní respondenti se v odpovědích na tuto otázku rozdělili zhruba na třetiny, kdy jednu z nich tvoří rodiče, jejichž potomkům bylo vysloveno podezření na sluchovou vadu na neonatologii po provedení screeningového vyšetření. Druhou třetinu odhalil otorinolaryngolog nebo foniatr a poslední třetinu tvoří případy, kdy první, kdo vyslovil podezření na sluchovou vadu dítěte, byl buď jeden z rodičů nebo z příbuzných.



graf č. 6

Otázka č. 7: Kdo Vám doporučil návštěvu poradenského zařízení / rané péče?

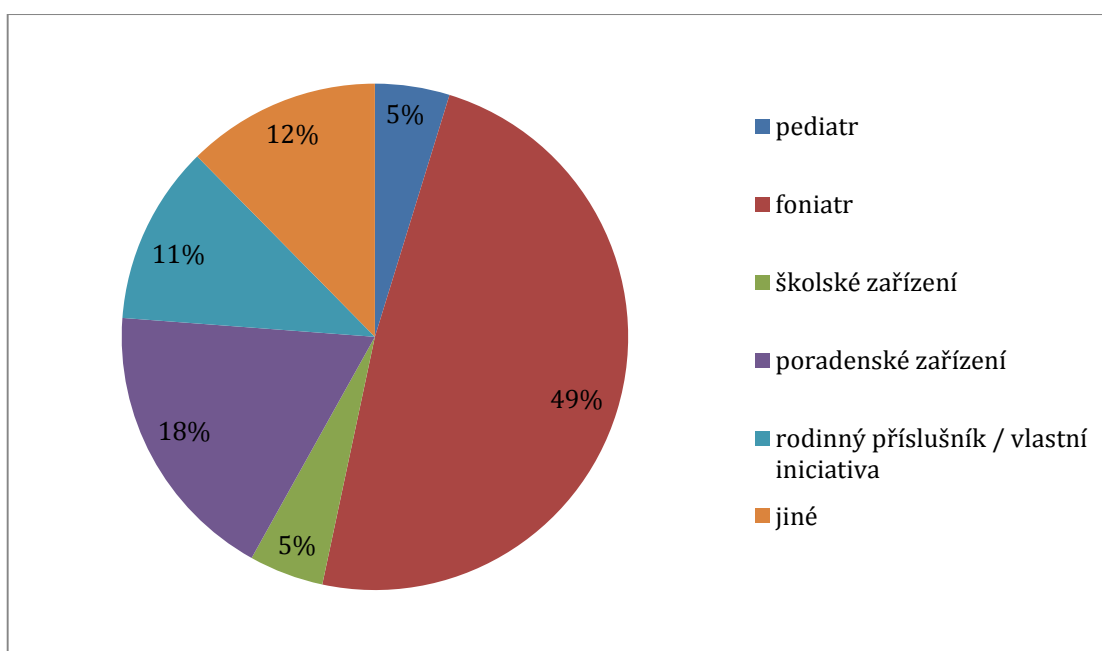
Nejvíce zastoupenou odpovědí na tuto otázku našeho dotazníku je, že návštěvu poradenského zařízení rodičům doporučil lékař foniatr. Pediatr doporučil poradenské zařízení 7% našich respondentů, 4% pak školské zařízení – MŠ nebo ZŠ běžného typu, případně pak specializované školské zařízení pro děti se sluchovým postižením, kdy ve většině případů je ke škole přímo přidružené SPC. Pracovníci implantačního centra doporučili návštěvu poradenského zařízení pouze 3% našich respondentů, zatímco čtvrtina respondentů poradenské zařízení navštívila z vlastní iniciativy nebo na doporučení rodinného příslušníka. Necelá pětina (18%) našich respondentů však při odpovídání na tuto otázku zvolila možnost „jiné“. V takových případech se mohlo jednat o doporučení od lékaře jiné specializace, od jiné rodiny, kde je osoba se sluchovým postižením nebo od známých či přátel.



graf č. 7

Otázka č. 8: Kdo Vám doporučil návštěvu logopeda?

Necelé polovině z celkového počtu respondentů doporučil návštěvu klinického logopeda lékař foniatr, necelé pětině (18%) případů pracovník poradenského zařízení (PPP, SPC nebo rané péče). Dětský lékař logopeda doporučil 5% našich respondentů a stejné procento rodičů zúčastněných výzkumného šetření dostalo doporučení od pracovníka školského zařízení. V 11% případů rodiče odpověděli, že navštívili se svým dítětem logopeda ze své vlastní iniciativy nebo na doporučení rodinného příbuzného a 12% zvolilo odpověď „jiné“. To může znamenat využití logopedické intervence přímo v rámci centra kochleárních implantací, případně na jejich doporučení externího logopeda. V jiných případech mohlo jít o nápad ze strany lékaře jiné specializace.



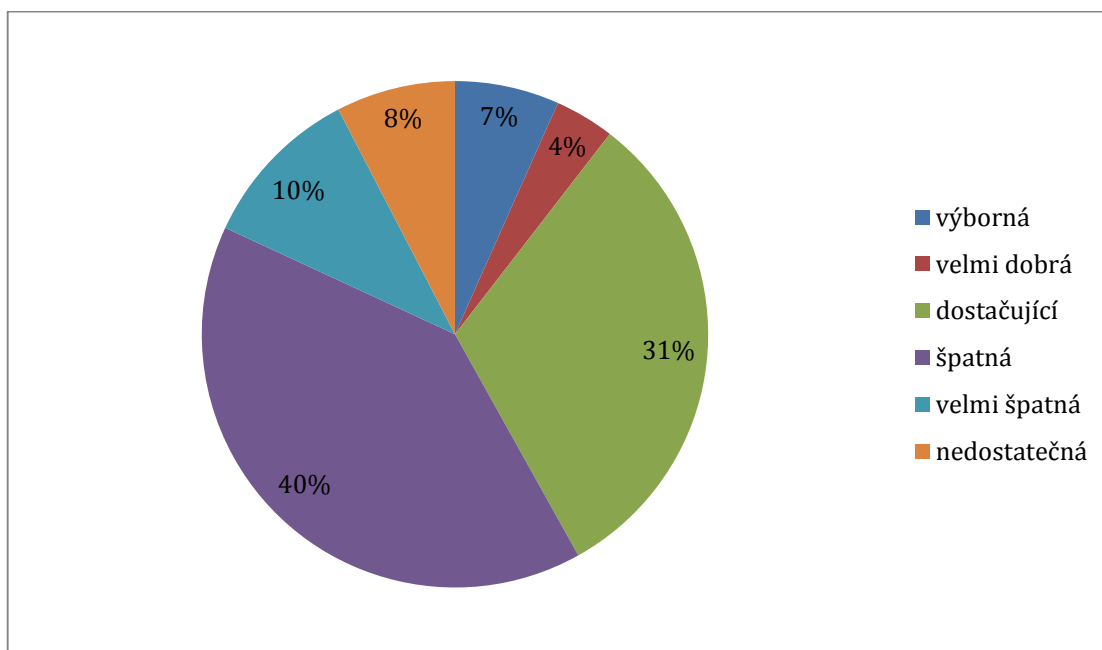
graf č. 8

Následující položky dotazníku už se zabývají přímými zkušenostmi a subjektivními názory našich respondentů.

Otázka č. 9: Jaká je, dle Vašich zkušeností, znalost lékařů (*kromě ORL specialisty a foniatra*) o sluchových vadách a komunikaci s takovým pacientem?

Nadpoloviční většina (58%) respondentů ohodnotila znalost a informovanost lékařů o této problematice na záporné části intervalové škály – 40% dotazovaných rodičů ji označila jako špatnou, 10% jako velmi špatnou a 8% dokonce jako nedostatečnou. Pouhých 7% respondentů považuje orientovanost lékařů v oblasti sluchových vad za výbornou a 4% za velmi dobrou. Necelá třetina respondentů (tj. 31%) ji ohodnotila jako dostačující.

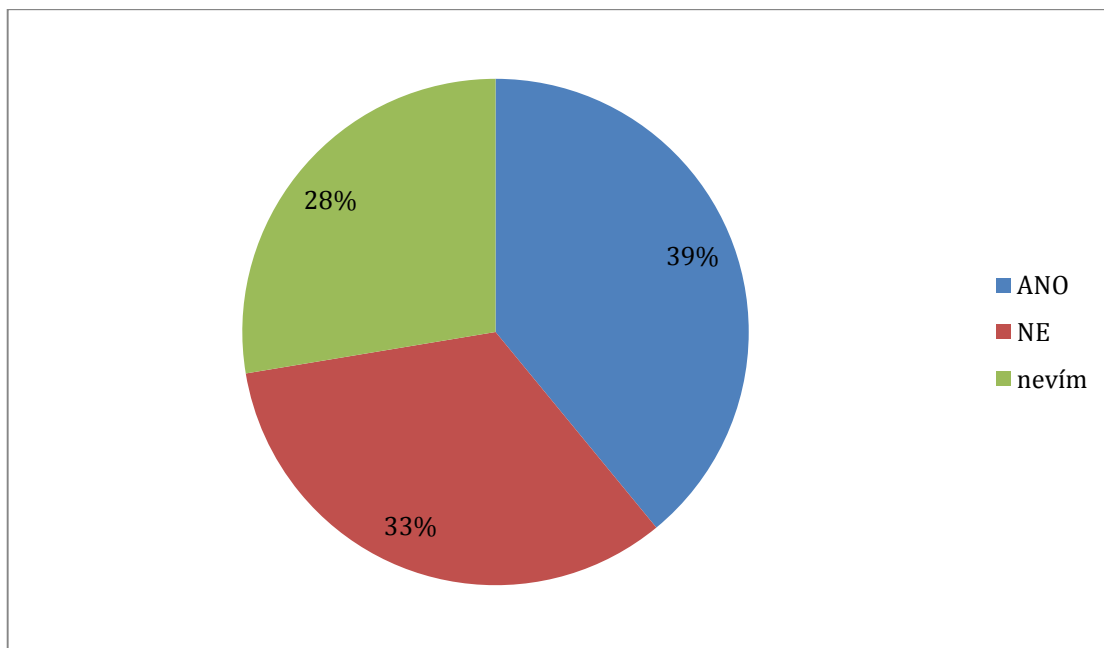
Největší množství rodičů (celkem 71%) při odpovídání na tuto otázku zvolila jednu ze dvou možností ve středu intervalové škály, tedy „dostačující“ nebo „špatná“.



graf č. 9

Otázka č. 10: Probíhá, dle Vašich zkušeností, spolupráce mezi lékaři, poradenskými zařízeními a logopedy?

Mezioborová spolupráce odborníků je pro většinu našich respondentů velice těžko čitelná – více než čtvrtina jich odpověděla, že neví, zda kooperace probíhá. Necelých 40% dotazovaných rodičů ze zkušenosti tvrdí, že spolupráce probíhá, zatímco podle 33% respondentů neprobíhá vůbec.

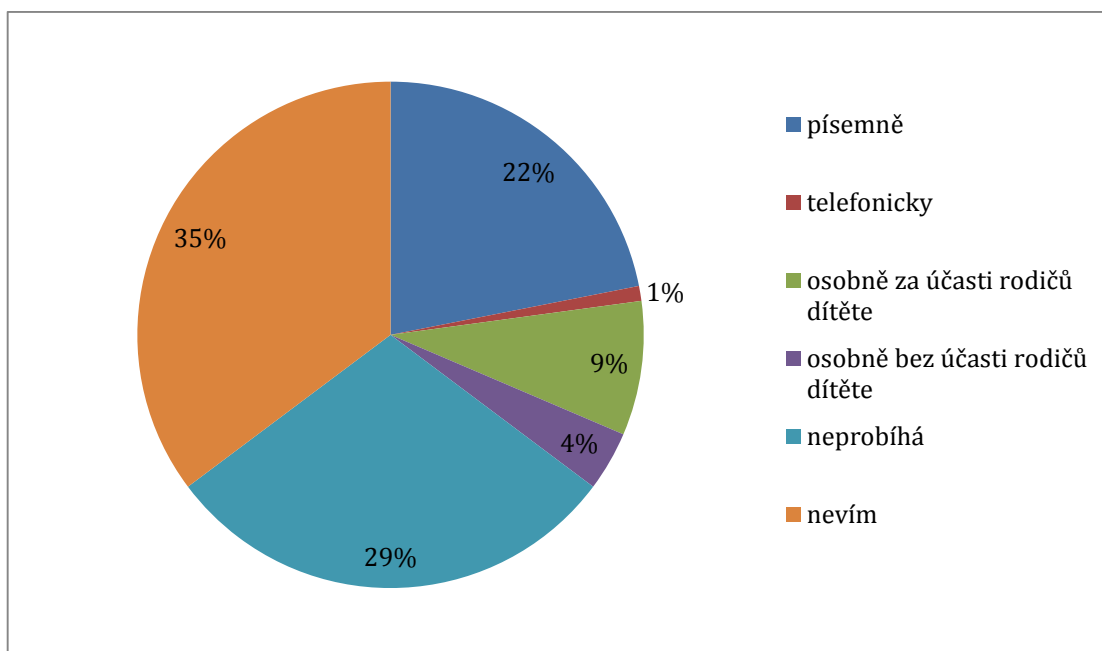


graf č. 10

Otázka č. 11: Jakou formou spolupráce probíhá?

Zde ale můžeme vidět oproti odpovědím na minulou otázku rozdíl. Na jedenáctou položku našeho dotazníku už neodpovědělo 33%, že mezioborová spolupráce neprobíhá, nýbrž pouze 29% respondentů.

Více než třetina (35%) respondentů neví, jakým způsobem spolupráce odborníků probíhá. Nejvíce zastoupená možnost mezioborové kooperace je písemnou cestou – tuto odpověď zvolila necelá čtvrtina (22%) respondentů. Se spoluprací odborníků formou osobních konzultací má zkušenost 13% respondentů, kdy konkrétněji 9% je dokonce samo přítomno na konzultacích a aktivně se jich účastní – ve zbylých 4% případech probíhá spolupráce osobní konzultací odborníků ovšem bez účasti rodičů dítěte. Pouhé 1% respondentů má zkušenost s mezioborovou spoluprací odborníků telefonickou cestou.

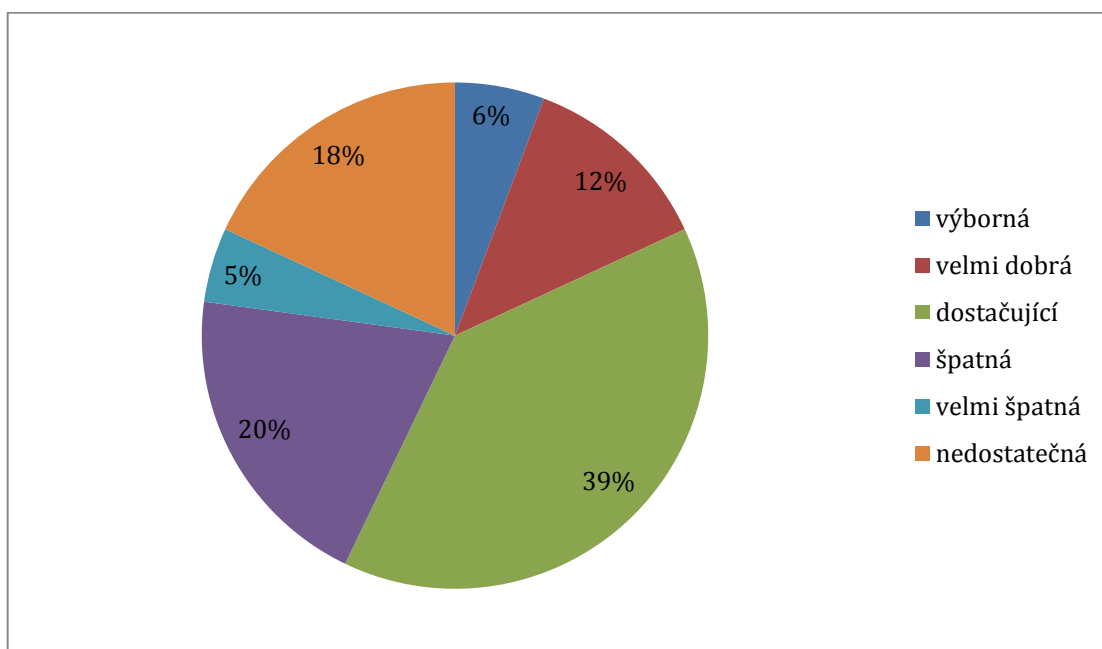


graf č. 11

Otázka č. 12: Jaká je, dle Vašeho názoru, míra spolupráce mezi lékaři, poradenskými zařízeními a logopedy?

Míru spolupráce na naší intervalové škále „výborná – nedostatečná“ subjektivně ohodnotila většina (57%) respondentů na její kladné části. Konkrétně 6% dotazovaných rodičů ji označila za výbornou, 12% za velmi dobrou a necelých 40% za dostačující. Pětina našich respondentů vnímá mezioborovou spolupráci na úrovni „špatná“. V 5% případech byla označena za velmi špatnou a v 18% dokonce za zcela nedostatečnou.

Necelých 60% respondentů ohodnotilo mezioborovou spolupráci odborníků ve střední části intervalové škály – zvolili tedy možnost „dostačující“ nebo „špatná“.

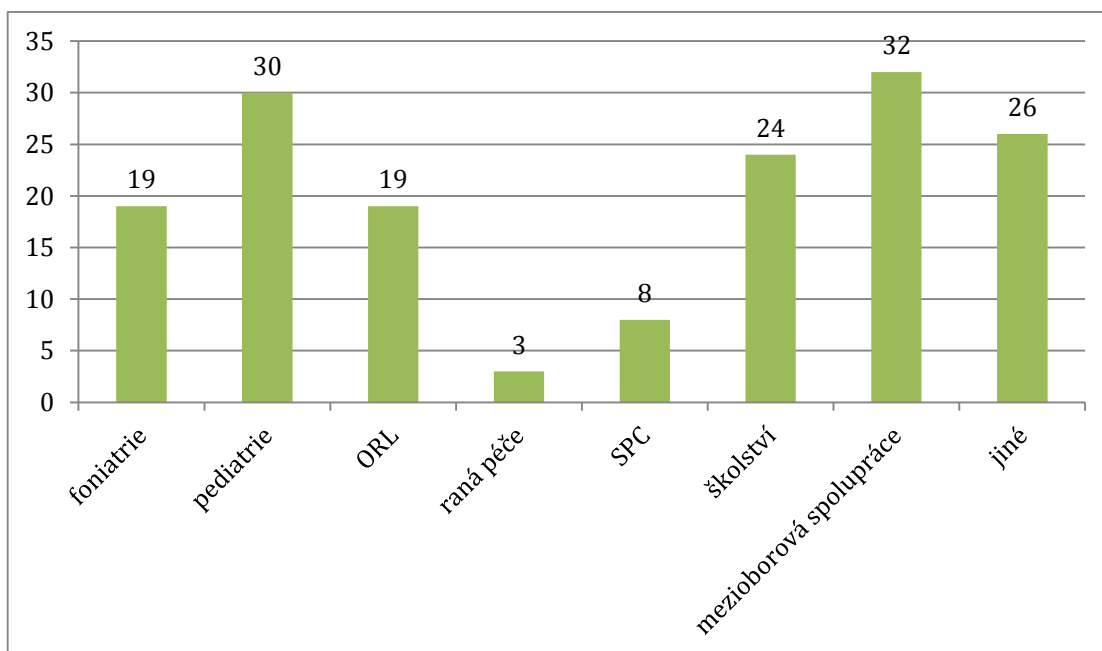


graf č. 12

Otázka č. 13: V jaké oblasti rané intervence u Vašeho dítěte vnímáte nedostatky?

Při odpovídání na třináctou položku našeho dotazníku, tj. poslední uzavřenou otázku, měli respondenti možnost volby více odpovědí. Pro tuto variantu jsme se rozhodli z důvodu předpokladu, že budou mezi respondenty rodiče, kteří v rámci rané intervence u jejich dítěte shledávají nedostatky ve více oblastech.

Nejvíce respondentů vyjádřilo nespokojenost s mezioborovou spoluprací odborníků. Dále vnímají dotazovaní rodiče nedostatky především v oblasti pediatrie a školství. Poměrně velké množství respondentů (19 hlasů) není spokojeno ani se službami a přístupem lékařů ORL a foniatrie. V oblasti poradenství zde máme 8 odpovědí respondentů nespokojených se službami SPC a 3 odpovědi se službami rané péče. 26 odpovědí zaznamenáváme u možnosti „jiné“, která může zahrnovat nedostatky v oblasti péče lékařů jiných než zmíněných specializací, v oblasti péče pedagogicko-psychologických poraden a logopedie. Tuto odpověď mohli respondenti blíže vysvětlit v rámci odpovídání na poslední dvě položky dotazníku.



graf č. 13

Poslední dvě položky dotazníku byly otevřené otázky, na které respondenti měli odpovědět písemně. Podle Gavory (2000, s. 104) jsou otevřené otázky „... *zdrojem nových anebo neznámých údajů, tj. informací, které by výzkumník nemohl získat pomocí uzavřených otázek.*“ Otevřené otázky totiž, na rozdíl od uzavřených, poskytují respondentům volnost odpovědi a volbu mu nijak nevnucují. Gavora (2000)

Prostřednictvím čtrnácté a patnácté otázky jsme chtěli zjistit konkrétní postřehy, nápady a návrhy rodičů dětí se sluchovým postižením na vylepšení komplexních služeb rané intervence.

Otázka č. 14: Jaké služby v rané intervenci postrádáte?

Mezi nejčastější odpovědi na tuto otázku patří odpovědi „*Nevím.*“ a „*Žádné, jsem se službami spokojený / spokojená.*“ Poměrně často zde respondenti vyjádřili nespokojenost s dostupností a množstvím informací o sluchových vadách a o tom, jak s takovým dítětem doma pracovat, které odborníky a instituce kontaktovat. Dále někteří dotazovaní rodiče upozorňovali na nutnost včasnější diagnostiky a intervence a kratších objednávacích lhůt u lékařů, tedy rychlejšího postupu v rámci medicínské péče. Často se v odpovědích opakovala i nedostatečná informovanost lékařů, ale i pedagogických pracovníků, o komunikaci a práci s dětmi se sluchovým postižením. Někteří respondenti v odpovědi zmínili i potřebu psychologické podpory pro rodiče, především v nejbližší době po stanovení diagnózy sluchové vady u jejich dítěte, později i psychologickou podporu pro samotné dítě se sluchovým postižením.

Pro zajímavost uvádíme některé konkrétní odpovědi:

- „*Ochotu lékařů akceptovat názor matky.*“
- „*Mezioborová komunikace a zájem či znalosti přesahující vlastní obor, iniciativa, nápady na péči přesahující vlastní obor, např. doporučení další péče.*“
- „*Myslím si, že by vše mělo být více kontaktní. Stále jsme v nejistotě, každý říká něco jiného. Mám vždy ze všeho okolo sluchových vad a postižení pocit hokusu pokusu, bohužel, bylo by potřeba celkově rozšířit povědomí o tomto druhu postižení.*“

- *„Aby každé ORL, foniatrie apod. zařízení mělo přehled o možnostech, které jsou dostupné pro neslyšící dítě, resp. jeho kvalitní rozvoj a zařazení do společnosti.“*
- *„K logopedovi nás nikdo neposlal, dodnes nechodíme. Zdá se, že postižení není tak velké, jak původně předpokládali, zatím asi není logoped nutný. Ale žádný doktor nám to takto nezdůvodnil.“*
- *„Není dostatek logopedů pracujících s dětmi se sluchovým postižením, nedostatečná informovanost obvodního pediatra, nedostatečná spolupráce s SPC centrem.“*
- *„Dostupnější asistenční pomoc v péči o dítě – starat se 24 hodin o postižené dítě je velmi náročné a z finančních důvodů si málokdo asistentku může dovolit... Kdyby na tuto službu byly příspěvky, bylo by to o něco jednodušší...“*
- *„Mohla by být větší možnost setkávání a rodičů a dětí se sluchovým postižením - v rámci činnosti Rané péče, SPC. Společné hry, besedy, víkendové pobyty, tábory. Tyto akce probíhají, ale jsou dostupné hlavně pro rodiny z větších měst, vybraných lokalit nebo jsou limitované kapacitně a není reálné účastnit se programů opakovaně.“*

Otázka č. 15: Napadá Vás, jak /čím by se dala spolupráce odborníků vylepšit?

Poslední otázka našeho dotazníku poskytla respondentům možnost vyjádřit, jak nebo čím by, dle jejich osobních zkušeností a názorů, bylo možné mezioborovou spoluprací odborníků vylepšit. Poměrně velké množství jich odpovědělo, stejně jako na otázku č. 14, že neví, nebo že je se spoluprací spokojená. Ostatní respondenti ve většině případů ve své odpovědi upozorňuje na přístup lékařů k dítěti se sluchovou vadou, jeho rodičům, ale i k ostatním odborníkům pracujícím s dítětem (viz konkrétní odpovědi).

Někteří dotazovaní rodiče vznesli konkrétní návrhy na možnost vylepšení mezioborové spolupráce, jiní podotýkají především právě osobní přístup odborníků, konkrétně aby ochotně vyslechli a snažili se pochopit rodiče dítěte se sluchovým postižením a aktivně doporučili další možnosti péče a podpory.

Z konkrétních odpovědí uvádíme ty, které přinášejí velmi zajímavé a praktické poznatky nebo návrhy:

- *„Především by to potřebovalo otevřít se a CHTÍT se tomu věnovat a nebrat to jako neuchopitelný a zdržující úkol, který raději hodí pryč a snad se ho někdo ujme, je to problém rodičů - ne doktorů. Ne každý doktor je ochoten poslouchat a naslouchat rodičům.“*
- *„Zrychlila bych návaznost vyšetření. Účelné by bylo uznávání výsledků činnosti odborníků na různých pracovištích - například při žádosti o kochleární implantát má být dítě sledováno logopedem, půl roku nosit sluchadla, toto se počítá až po zažádání o zařazení mezi uchazeče. Pokud by se počítala doba již před žádostí o kochleární implantát, nemusela by běžet lhůta znovu.“*
- *„Mohli by se sejít zástupci různých oborů (SPC, školy, ORL,...) v daném kraji a informovat se vzájemně o různých problematikách. Zástupci škol by měli informace předat všem vyučujícím, aby se rozšiřovalo povědomí a znalost o této problematice.“*
- *„‘Brožura neslyšícího dítěte‘ (něco na způsob zdravotního průkazu dítěte), kde by v určitých intervalech zaznamenávali výsledky a pokroky pediatr, foniatr, CKID, logoped, SPC, školka/škola, raná péče, psycholog a další odborníci, kteří se konkrétnímu dítěti věnují. Informace by tak byly na jednom*

místě, ucelené, sledované v pravidelných intervalech a k nahlédnutí všem zainteresovaným stranám.“

- *„Možná by stačilo vytvořit formulář, který by jednou za čas vyplňoval o dítěti jak pracovník RP, tak logoped a sdíleli by ho mezi sebou. Nebo on-line databáze, kam by měli přístup jak pracovníci RP, tak logopedi – pouze ke konkrétním dětem – kde by se daly vyčíst informace typu „test lingovy zvuky (problematické hlásky: m), rozvoj slovní zásoby – zvířata (pomocí figurek)“, atd.“*
- *„Ideálem by bylo sjednocení základních informací (ostatní si každý najde na netu). Něco jako regionální školení za účasti zástupců rodičů, působících organizací a pediatriů, logopedů... Stačí ten základ, aby o sobě věděli, věděli o možnostech, které jsou kolikrát limitovány věkem (a tak paradoxně jde kolikrát o čas a nikdo nikam nespěchá). Ale právě věděli i o možných skrytých úskalích - protože my se na ně spoléháme a i když je doba trochu jiná, pořád ta důvěra v lékaře a jeho ‚jedinou pravdu‘ přetrvává.“*

4.4 Diskuse k výsledkům výzkumného šetření

Následující část práce se zabývá odpovědí na výzkumnou otázku a vyhodnocením předpokladů výzkumného šetření.

Předpoklad č. 1: Předpokládáme, že první, kdo vyslovil podezření na sluchovou vadu dítěte, byl ve více případech lékař – neonatolog (*podle výsledků screeningového vyšetření*) než rodiče dítěte nebo jiný odborník.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky 4 – 6 našeho dotazníku.

Ze čtvrté otázky (*„Proběhl u Vašeho dítěte novorozenecký screening?“*) vyplývá, že polovina dotazovaných rodičů má zkušenost s provedením novorozeneckého screeningu sluchu u svého dítěte. Zhruba stejný počet (52%) respondentů tvrdí, že sluchová vada jejich dítěte byla odhalena během pobytu v porodnici právě po provedení novorozeneckého screeningu. Z toho můžeme soudit, že minimálně ve většině případů, kdy proběhlo screeningové vyšetření, byla sluchová vada odhalena – tedy vyšetření nevykazovalo falešně negativní výsledek. Z grafu č. 6 k otázce č. 6 (*„Kdo jako první vyslovil podezření*

na sluchovou vadu dítěte?“) však vyplývá, že pouhých 33% respondentů má zkušenost s odhalením sluchové vady dítěte právě lékařem po provedení novorozeneckého screeningu. Toto však může být zavádějící, neboť někteří respondenti na tuto otázku mohli odpovědět ve smyslu prvního podezření na sluchovou vadu dítěte v průběhu těhotenství matky. V takovém případě by tedy lékař na neonatologickém oddělení nemocnice nemohl být první, kdo s podezřením na sluchové postižení přišel. I přesto však počet respondentů, kteří zvolili tuto odpověď je nejvyšší v porovnání s počtem odpovědí jinou variantou.

První předpoklad se tedy potvrdil.

Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že první doporučení na návštěvu poradenského zařízení bylo ve více případech ze strany lékaře – foniatra, než z jiných zdrojů.

Druhý předpoklad potvrzují odpovědi na otázku č. 7 (*„Kdo Vám doporučil návštěvu poradenského zařízení / rané péče?“*), kde největší podíl respondentů (42%) zvolilo odpověď „foniatr“. Druhá nejčastější odpověď (26%) byla návštěva poradenského zařízení z vlastní iniciativy či na doporučení rodinného příbuzného, ostatní odpovědi zastávají v grafu č. 7 nižší procentuální hodnoty.

Předpoklad č. 3: Předpokládáme, že informovanost lékařů (*kromě ORL specialistů a foniatrů*) o problematice sluchového postižení a komunikaci s takovými pacienty hodnotí většina rodičů negativně.

K třetímu předpokladu připadá otázka č. 9 (*„Jaká je, dle Vašich zkušeností, znalost lékařů (kromě ORL specialisty a foniatra) o sluchových vadách a komunikaci s takovým pacientem?“*). Zde, podle grafu č. 9, odpovědělo celkem 42% respondentů pozitivně, resp. na kladné části intervalové škály – informovanost lékařů ohodnotili na úrovni „výborná“, „velmi dobrá“ nebo „dostačující“ – zatímco téměř 60% respondentů ji hodnotila na záporné části intervalové škály (tedy jako „špatnou“, „velmi špatnou“ či dokonce jako „nedostatečnou“), což nám potvrdilo i třetí předpoklad výzkumného šetření.

Předpoklad č. 4: Předpokládáme, že většina rodičů hodnotí mezioborovou spolupráci odborníků v rané intervenci pozitivně.

Poslední předpoklad potvrzují odpovědi na otázku č. 12 (*„Jaká je, dle Vašeho názoru, míra spolupráce mezi lékaři, poradenskými zařízeními a logopedy?“*), kdy 57% respondentů spolupráci odborníků ohodnotilo pozitivně, tedy v rámci intervalové škály jako „výbornou“, „velmi dobrou“ nebo „dostačující“, a 43% dotazovaných rodičů zvolilo jednu z možností na záporné polovině intervalové škály. Rozdíl mezi množstvím pozitivních a negativních odpovědí není velký, ale přesto můžeme říci, že podle grafu č. 12 je většina našich respondentů s mezioborovou spoluprací odborníků v rané intervenci spokojená.

Výzkumná otázka: *„Jakým způsobem by se – podle rodičů dětí se sluchovým postižením – daly vylepšit služby (příp. spolupráce odborníků) v rané intervenci u těchto dětí?“*

Na základě získaných dat můžeme říci, že zatímco zhruba třetina respondentů tvrdí, že mezioborová spolupráce odborníků neprobíhá vůbec, většina dotazovaných rodičů je v této oblasti rané intervence více či méně spokojená. Přesto na otázku, kde respondenti vnímají určité nedostatky, jich nejvíce vybralo pediatrii a právě mezioborovou spolupráci odborníků.

Když měli respondenti konkrétně určit, jaké služby v rané intervenci postrádají, velké množství z nich odpovědělo, že neví. Poměrně často si rodiče stěžovali na špatnou dostupnost informací o sluchových vadách a možnostech péče o takové pacienty a klienty, o specializovaných zařízeních a možnostech podpory. Velké množství respondentů by ocenilo psychologickou podporu pro sebe, své dítě i další rodinné příslušníky, a také lepší informovanost zdravotnických a pedagogických pracovníků o komunikaci s dítětem se sluchovým postižením.

Někteří napsali zajímavé nápady na vylepšení celkové komplexnosti služeb a mezioborové spolupráce v rané intervenci. Z těch nejzajímavějších to byl návrh na vytvoření určité brožury či formuláře, do kterého by byly zapisovány výsledky různých testů a pokroky dítěte z pohledu všech jednotlivých odborníků, kteří s daným dítětem pracují. Tuto brožuru by pak u sebe mohli mít vždy rodiče dítěte a nosit ji na veškerá vyšetření. Dalším návrhem

bylo vytvořit něco podobného s jediným rozdílem, a to, aby byl formulář přístupný online, čímž by se zamezilo jeho zapomínání nebo ztrácení.

Dále zde můžeme zmínit návrh na pořádání regionálních setkání všech odborností pracujících s dětmi se sluchovým postižením, kde by si odborníci měli možnost navzájem sdělit, které služby nabízejí a jak s dětmi pracují, aby vzniklo lepší povědomí a širší rozhled v rámci problematiky. Měli by zde mít možnost promluvit i zástupci rodičů dětí se sluchovou vadou, kteří by přinesli do diskuse i druhý pohled na věc, čímž by dále mohlo být zamezeno různým nedorozuměním.

5 Závěr

Každá dílčí část rané intervence u dítěte se sluchovým postižením, každá služba, podpora a pomoc jemu a jeho rodině v oblasti rozvoje sluchu, kompenzace vady nebo začlenění do společnosti má velkou váhu a důležitost. Efektivita těchto služeb však závisí z velké části i na fungování mezioborové spolupráce odborníků. Je třeba provázat znalosti a možnosti lékařů, pracovníků poradenských zařízení a školských zařízení pro co nejlepší možné výsledky a co nejvyšší možnou kvalitu života osob se sluchovým postižením.

Tato bakalářská práce ve své první části shrnula základní informace o dítěti se sluchovým postižením, o diagnostice a intervenci napříč různými profesemi, i o volbě vhodného komunikačního systému. Zaměřili jsme se zde právě i na problematiku mezioborové spolupráce.

Výzkumné šetření mělo za cíl zmapovat názory a zkušenosti rodičů dětí se sluchovým postižením s tím, jak probíhá či neprobíhá (*probíhala* či *neprobíhala*) mezioborová spolupráce odborníků v rámci rané intervence u jejich dítěte. Také jsme zjišťovali případné návrhy rodičů na změnu a zlepšení komplexnosti služeb.

Po analýze výsledků výzkumného šetření můžeme říci, že ač nadpoloviční většina respondentů vyjádřila spokojenost se službami v rané intervenci a mezioborovou spoluprací odborníků, i tak vznesli poměrně velké množství návrhů na jejich vylepšení. Nedostatky vnímá nejvíce rodičů právě v oblasti mezioborové spolupráce a pediatrie. Respondenti by ocenili lepší dostupnost komplexních informací o sluchových vadách a možnostech podpory a především existenci tištěného či elektronického dokumentu sdíleného mezi všemi odborníky zúčastněnými na práci s daným dítětem.

Můžeme tedy konstatovat, že ačkoliv stále přibývá různých informačních materiálů a příruček, které mají rodičům dítěte se sluchovým postižením poskytnout větší rozhled v rámci problematiky a možné podpory, stále nejsou vnímány jako snadno dohledatelné a dostupné nebo podávají informace pouze z jedné podoblasti této problematiky, nejsou tedy ucelené a komplexní. Z výzkumného šetření dále vyplývá doporučení na prohloubení mezioborové spolupráce odborníků pomocí regionálních konferencí, kde by každé pracoviště mělo možnost se prezentovat, čímž by bylo dosaženo většího povědomí odborníků a předcházeno nedorozuměním nebo nedostatkům v rámci komplexnosti služeb.

Práci je možné v budoucnosti rozšířit o výzkumné šetření v oblasti zkušeností a názorů odborných pracovníků, kteří se na rané intervenci dětí se sluchovým postižením podílejí, a následně porovnat právě s názory rodičů těchto dětí.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

FERDINAND, Oldřich. *Vybrané kapitoly z otolaryngologie a foniatrie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1981.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 8085931796.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Vzdělávání žáků a studentů s kochleárním implantátem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 9788072906185.

HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024705293.

HARDING, Edith, RILEY, Philip. *The bilingual family: a handbook for parents*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press, c2003. ISBN 0521004640.

HAŠKOVÁ, Olga. *Novorozenecký screening sluchu v České republice*. Praha, 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta.

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 2005, 93 s. ISBN 8072162136.

HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. ISBN 8072160966.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024713694.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. Pedagogika. ISBN 8024711109.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8073670569.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, ed. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 8073150638.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071788015.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071785725.

LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2003. ISBN 8073150387.

LEJSKA, Vladislav. *Kompendium ORL dětského věku*. Praha: Grada, 1995. ISBN 8071691321.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024750347.

NIELSEN, Lilli. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Praha: ISV, 1998. Speciální pedagogika (ISV). ISBN 8085866269.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-174-3.

OPATRÍLOVÁ, Dagmar, ed. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 8021039779.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 9788073151577.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.

ŠEDIVÁ, Zoja. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. ISBN 8072162322.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673406.

ŠLAPÁK, Ivo, a kol. *Dětská otorinolaryngologie*. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 9788020429001.

ŠLAPÁK, Ivo, FLORIÁNOVÁ, Pavla. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatric*. Brno: Paido, 1999. ISBN 8085931672.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 9788073674144.

VÁGNEROVÁ, Marie, STRNADOVÁ, Iva, KREJČOVÁ, Lenka. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009, 333 s. ISBN 9788024616162.

Internetové zdroje

Centrum kochleárních implantací Ostrava – CKIO. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. © Fakultní nemocnice Ostrava 2009. [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://www.fno.cz/klinika-otorinolaryngologie-a-chirurgie-hlavy-a-krku/centrum-kochlearnich-implantaci-ostrava-ckio>

ČESKO. Zákon č. 384/2008 Sb. ze dne 23.9.2008 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2008, částka 124. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>

CHRASTINA, Petr. Co je novorozenecký screening. *Novorozenecký screening* [online]. Novorozenecký screening, © 2013 - 2017. [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://www.novorozeneckyscreening.cz/ov-co-je-novorozenecky-screening>

MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Screeningové vyšetření sluchu: zkušenosti a možnosti. In: *ruce.cz – Informační portál o světě neslyšících* [online]. 7. 9. 2009. © RUCE 2004 - 2017. [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/655-screeningove-vysetreni-sluchu-zkusenosti-a-moznosti>

Poslání a cíle. *CENTRUM PRO DĚTSKÝ SLUCH TAMTAM, O.P.S.* [online]. Centrum pro dětský sluch Tamtam, © 2015. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/o-tamtamu/poslani-a-cile>

Principy (zásady) poskytování služby raná péče. *CENTRUM PRO DĚTSKÝ SLUCH TAMTAM, O.P.S.* [pdf]. Centrum pro dětský sluch Tamtam, © 2015. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/co34Dnve32s/uploads/2015/09/Principy-zasady-rana-pece.pdf>

První kochleární implantace. *FAKULTNÍ NEMOCNICE HRDEC KRÁLOVÉ* [online]. © 2011 FN HK. [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/prvni-kochlearni-implantace>

Specializace. *FN MOTOL* [online]. © Fakultní nemocnice v Motole 2012. [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/foniaticke-oddeleni/specializace/>

TALACH, Tomáš. Komplexní centrumkochleárních implantací v Brně. *Universitas: revue Masarykovy univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, 2015, No. 4 (2015), s. 22-26. [cit. 2017-03-09] ISSN 1212-8139. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/universitas/article/view/4624/3703>

VLČKOVÁ, Kateřina. Smíšený výzkum: Jedná se o nové a závažné téma? In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Smíšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* (s. 1–6). Brno: Masarykova univerzita, 2011. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/vlckova.pdf>

Základní činnosti služby raná péče. *CENTRUM PRO DĚTSKÝ SLUCH TAMTAM, O.P.S.* [pdf]. Centrum pro dětský sluch Tamtam, © 2015. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/co34Dnve32s/uploads/2015/09/cinnosti-sluzby-rana-pece.pdf>

7 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dopis přikládáný k dotazníku

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 1 – Dopis přikládáný k dotazníku

Vážení rodiče,

jmenuji se Alena Vovsová a studuji 3. ročník Speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UK v Praze. Zde píší svou bakalářskou práci s tématem Intervence v raném a předškolním věku dítěte se sluchovým postižením, zaměřenou na mezioborovou spolupráci odborníků z pohledu rodičů těchto dětí.

Tento dotazník má sloužit k získání povědomí o názoru Vás, rodičů dětí se sluchovým postižením, na mezioborovou spolupráci odborníků v rané intervenci. Ze získaných dat sestavím praktickou část mé bakalářské práce.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o zcela anonymní vyplnění tohoto krátkého dotazníku a jeho navrácení zpět do rané péče / SPC, kde Vám byl předán a kde si ho na začátku února vyzvednu.

V případě jakýchkoli nejasností či připomínek mne neváhejte kontaktovat na: *alena@vovsova.net*.

Mnohokrát děkuji za spolupráci,

Alena Vovsová

Příloha č. 2 – Dotazník

1. Z jakého kraje pocházíte?
 - a. Hlavní město Praha
 - b. Středočeský kraj
 - c. Jihočeský kraj
 - d. Plzeňský kraj
 - e. Karlovarský kraj
 - f. Ústecký kraj
 - g. Liberecký kraj
 - h. Královéhradecký kraj
 - i. Pardubický kraj
 - j. Olomoucký kraj
 - k. Moravskoslezský kraj
 - l. Jihomoravský kraj
 - m. Zlínský kraj
 - n. kraj Vysočina

2. Rok narození Vašeho dítěte se sluchovou vadou?
 - a. před 2007
 - b. 2007 – 2012
 - c. po 2012

3. Kdy začalo mít Vaše dítě problémy se sluchem?
 - a. od narození špatně slyší / neslyší
 - b. ohluchlo později, v předškolním věku
 - c. ohluchlo později, v mladším školním věku
 - d. jiné

4. Proběhl u Vašeho dítěte novoroz. screening?
 - a. ANO, mé dítě patřilo mezi rizikové novorozence
 - b. ANO, automaticky
 - c. ANO, na naši žádost
 - d. NE

5. V jakém věku byla Vašemu dítěti odhalena sluchová vada?
 - a. ihned v porodnici = proběhl novoroz. screening
 - b. do 2 let věku
 - c. ve věku 2-3 let
 - d. ve věku 3-5 let
 - e. později

6. Kdo jako první vyslovil podezření na sluchovou vadu dítěte?
- lékař po provedení novoroz. screeningu
 - já / jiný rodinný příslušník
 - pediatr
 - lékař ORL / foniatr
 - poradenské zařízení
7. Kdo Vám doporučil návštěvu poradenského zařízení / rané péče?
- pediatr
 - foniatr
 - centrum kochleárních implantací
 - školské zařízení
 - rodinný příslušník / vlastní iniciativa
 - jiné
8. Kdo Vám doporučil návštěvu logopeda?
- pediatr
 - foniatr
 - školské zařízení
 - poradenské zařízení
 - rodinný příslušník / vlastní iniciativa
 - jiné
9. Jaká je, dle Vašich zkušeností, znalost lékařů (*kromě ORL specialisty a foniatra*) o sluchových vadách a komunikaci s takovým pacientem?
- výborná
 - velmi dobrá
 - dostačující
 - špatná
 - velmi špatná
 - nedostatečná
10. Probíhá, dle Vašich zkušeností, spolupráce mezi lékaři, poradenskými zařízeními a logopedy?
- ANO
 - NE
 - nevím
11. Jakou formou spolupráce probíhá?
- písemně
 - telefonicky
 - osobně za účasti rodičů dítěte
 - osobně bez účasti rodičů dítěte
 - neprobíhá
 - nevím

12. Jaká je, dle Vašeho názoru, míra spolupráce mezi lékaři, poradenskými zařízeními a logopedy?
- výborná
 - velmi dobrá
 - dostačující
 - špatná
 - velmi špatná
 - nedostatečná
13. V jaké oblasti rané intervence u Vašeho dítěte vnímáte nedostatky?
- foniatrie
 - pediatrie
 - ORL
 - raná péče
 - SPC
 - školství
 - mezioborová spolupráce
 - jiné
14. Jaké služby v rané intervenci postrádáte?
15. Napadá Vás, jak / čím by se dala spolupráce odborníků vylepšit?