

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Bakalářská práce

2019

Johana Marková

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Inkluze dítěte s kochleárním implantátem

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Klára Daďová, Ph.D.

Vypracovala:

Johana Marková

Praha, duben 2019

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

Podpis

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své bakalářské práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto bakalářskou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Kláře Daďové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Dále děkuji všem anonymním účastníkům anketního šetření, bez jejichž ochoty by práce nemohla vzniknout. A v neposlední řadě děkuji rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali a pomáhali.

Abstrakt

- Název:** Inkluze dítěte s kochleárním implantátem
- Cíle:** Cílem práce bylo posoudit úspěšnost inkluze žáků se sluchovým postižením, kteří jsou uživatelé kochleárního implantátu (KI) do běžného vzdělávacího proudu na prvním stupni základní školy, a to z pohledu jejich rodičů.
- Metody:** Výzkum byl realizován anonymní anketou vlastní konstrukce, která se skládala z 39 otázek. Anketu, vyvěšenou na webových stránkách, vyplnilo 17 rodičů sluchově postižených dětí, vzdělávajících se na 1. stupni ZŠ.
- Výsledky:** Všichni z dotazovaných rodičů jsou přesvědčeni, že jejich dítě je v běžné škole spokojené nebo spíše spokojené, zároveň většina z nich (82 %) se při zápisu dítěte do školy nesetkala s obtížemi. Žáci jsou obvykle dobře integrováni i v tělesné výchově. Rozhodování rodičů ohledně výběru školy pro dítě s KI je ovlivněno více faktory, např. školní docházkou sourozence nebo místní dostupností školy. Obavy většiny rodičů po nástupu jejich dítěte do běžné školy obvykle končí.
- Závěr:** Výsledky ankety naznačují, že inkluze dítěte s kochleárním implantátem byla z pohledu respondentů úspěšná. Začleňování neslyšícího dítěte s kochleárním implantátem do běžného proudu vzdělávání není v současné době problém. Úspěšnost inkluze je však dána mnoha faktory, včetně osobnosti dítěte. Je-li žák s implantátem dobře a s dostatečnou dobou zrehabilitovaný, pak se tento handicap jeví pro inkluzi jako optimální.

Klíčová slova: sluchové postižení, integrace, základní škola, tělesná výchova

Abstract

Title: Inclusion of a child with a cochlear implant

Objectives: The aim of the work was to assess the success of inclusion of pupils with hearing impairment who are users of the cochlear implant in the current educational process at the first level of elementary school from parents' point of view.

Methods: The research was conducted by an anonymous questionnaire consisting of 39 questions. 17 parents of children with cochlear implant who attend elementary school participated in the study.

Results: All respondents think that their child is satisfied at school and majority (82 %) of them did not face difficulties with enrolment of their child to mainstream school. Pupils are usually well integrated in physical education. Parents' choices of school type is usually influenced by more factors such as sibling and distance of the school from their home. Majority of parents lost their worries about their child's education in mainstream school within few months of school attendance.

Conclusion: Results show that inclusion of a deaf child with cochlear implant into mainstream education was perceived by parents as a success and is currently not perceived as a problem. Obviously, in addition to the hearing defect must be taken his personality, which makes each person different. If a pupil with an implant undergoes a good rehabilitation with sufficient time, then this handicap appears to be optimal for inclusion, unlike other types of disability.

Keywords: hearing impairment, integration, elementary school, physical education

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	11
1 Osoba se sluchovým postižením	11
1.1 Anatomická stavba sluchového orgánu.....	11
1.2 Lidské ucho a sluch.....	14
1.3 Sluchové vady	14
1.3.1 Období vzniku sluchové vady	15
1.3.2 Místo vzniku sluchového postižení	17
1.3.3 Stupeň sluchové ztráty (intenzita postižení).....	18
1.4 Technické pomůcky pro sluchově postižené.....	19
1.4.1 Sluchadla	20
1.4.2 Kochleární implantát	22
1.4.3 Ostatní kompenzační pomůcky	24
2 Možnosti výchovy a vzdělávání sluchově postižených žáků	25
2.1 Surdopedie.....	26
2.2 Integrace a inkluze	27
2.2.1 Inkluzivní vzdělávání žáků se sluchovým postižením	27
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	30
3 Cíle, úkoly práce a vědecké otázky	30
3.1 Cíl práce	30
3.2 Úkoly práce	30
3.3 Vědecké otázky	30
4 Metodika práce	32
4.1 Popis výzkumného souboru	32
4.2 Použité metody.....	35
4.3 Sběr dat.....	36
4.4 Analýza dat.....	37
5 Výsledky	38
6 Diskuze	50
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56

SEZNAM OBRÁZKŮ	59
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM GRAFŮ	61
PŘÍLOHY	62

SEZNAM ZKRATEK

Zkratka	Význam
ADD	Porucha pozornosti
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AP	Asistent pedagoga
CKID	Centrum kochleárních implantací u dětí
CNS	Centrální nervový systém
dB	Decibel
DMO	Dětská mozková obrna
KI	Kochleární implantát
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
MRI	Magnetická rezonance
MŠ	Mateřská škola
OA	Osobní asistent
ORL	Otorhinolaryngologie (ušní specialista)
PAS	Poruchy autistického spektra
PPP	Pedagogicko-psychologické poradny
SOŠ	Střední odborná škola
SOU	Střední odborné učiliště
SP	Sluchové postižení
SPC	Speciálně pedagogická centra
SŠ	Střední škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZŠ	Základní škola

ÚVOD

Důvodem výběru tématu bakalářské práce je, že s problematikou sluchového postižení mám osobní zkušenosti. Jelikož jsem sama uživatel kochleárního implantátu (KI), dokážu si plně představit, jaké to může obnášet problémy po sociální stránce života člověka.

Ne nadarmo se říká, že hluchota je obtížnější než slepota. Zatímco slepota odděluje člověka od věcí, hluchota naopak od lidí. Proto největším problémem u neslyšících je, že mívají potíže při komunikaci, kdy se ne zcela snadno dorozumí s druhou osobou. Ale protože dnes existuje pomůcka, která koriguje možnou sluchovou ztrátu, je možnost neslyšící osoby se plně začlenit do slyšící společnosti. Samozřejmě existuje menšinová skupina s vlastním jazykem a kulturou, která vnímá možnost kochleární implantace jako poškozování této skupiny.

Ve své práci bych chtěla přiblížit možné problémy začleňování dítěte s kochleárním implantátem do běžného proudu vzdělávání, především na první stupeň ZŠ. Je to z toho důvodu, že si myslím, že mnoho lidí má právě o pojmech kochleární implantát a inkluze malé povědomí.

Inkluze je pojem, s kterým se ve světě setkáváme čím dál častěji, nejen u sluchově postižených, a také nejen v oblasti školství. Mnoho lidí ho buď nesprávně zaměňuje za pojem integrace, nebo si myslí, že integrace a inkluze je jedno a totéž. Proto se v teoretické části bakalářské práce budu snažit tyto dva pojmy od sebe odlišit, abychom je poté ve výzkumné části plně chápali a mohli se tak zabývat tzv. inkluzivním vzděláváním. Zároveň v teorii více objasním, co je to kochleární implantát, pro koho je určen a na jakém principu funguje.

Výzkumná část je založena na polostrukturovaném anketním šetření, které se snaží zjistit od rodičů případné potíže při začleňování jejich dětí na běžné ZŠ. Otázky jsou položeny tak, abych zjistila, zda inkluze dítěte s kochleárním implantátem může být úspěšná či ne. Jsou zde i otázky zaměřené na oblast využití kompenzačních pomůcek a možné podpory těchto žáků ve školním prostředí.

I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Teoretická část je rozdělena na dvě části. V té první se zabýváme sluchovým postižením (dále jen SP), kde se především zaměřujeme na stavbu sluchového orgánu a příčiny sluchového postižení. Vysvětlujeme, co je a jak funguje kochleární implantát. V druhé části se podrobněji věnujeme možnostem výchovy a vzdělání osob se sluchovým postižením.

1 Osoba se sluchovým postižením

Na začátek je třeba uvést, že SP je zdravotní postižení, kterým se z hlediska medicínského zabývá Světová zdravotnická organizace – WHO (World Health Organization), která má tak hlavní úlohu posílit program veřejného zdraví, tzn. zlepšit zdraví a blahobyt (*I.*). WHO vydává Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů – MKN. Zde jsou uvedeny všechny chorobné stavy v podobě kategorií. SP je zařazeno v VIII. kapitole pro Nemoci ucha a bradavkového výběžku se značením H60 - H95 (*II.*). Kapitola je dále rozdělena na tyto podkapitoly:

- H60 - H62 Nemoci zevního ucha
- H65 - H75 Nemoci středního ucha a bradavkového výběžku
- H80 - H83 Nemoci vnitřního ucha
- H90 - H95 Jiná onemocnění ucha

1.1 Anatomická stavba sluchového orgánu

Abychom se mohli věnovat problematice sluchového postižení, musíme nejdříve vědět, z čeho se lidské ucho skládá (viz obr. 1, str. 13).

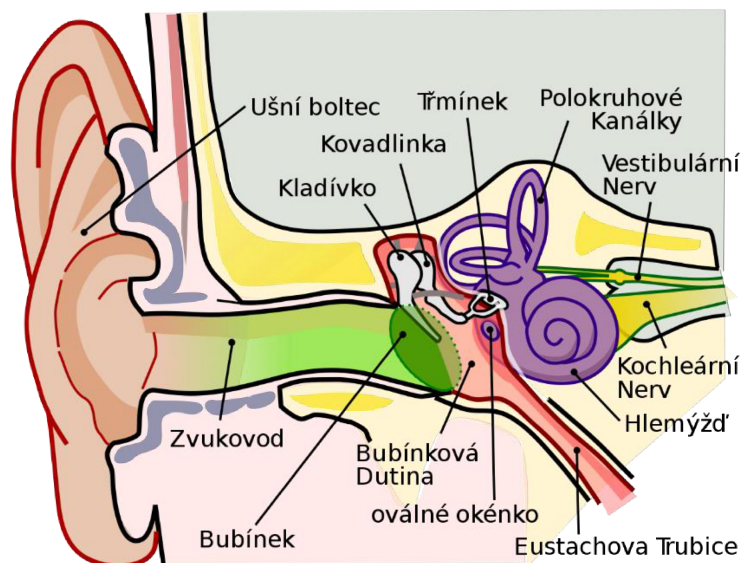
Řada autorů, jako např. Horáková (2012), Lejska (2003), Šlapák a Floriánová (1999) se shodují na tom, že lidské ucho se skládá ze tří částí – **vnějšího (zevního) ucha, středního ucha a vnitřního ucha**. Lejska (2003) společně se Šlapákem a Floriánovou (1999) rozšiřují stavbu ucha o čtvrtou část (za vnitřním uchem), kterými jsou **nervové dráhy**.

Vnější (zevní) ucho se skládá z boltce (auricula) a vnějšího zvukovodu, který je zakončen **bubínkem**.

Boltec se nachází ve spánkové oblasti hlavy a je tvořen chrupavkou. Je však důležité zmínit, že lalůček chrupavčitou kostru nemá. Co se týče tvaru a velikosti, tak ty jsou u každého jedince jiné. Jsou především závislé na jeho genetické informaci, kterou získá od obou rodičů. Jak však Šlapák a Floriánová (1999) zmiňují, pro samotné slyšení to nemá žádný vliv. Dodávají, že v boltci se provádí tzv. ušní akupunktura, která se snaží pomocí akupunkturních jehel dráždit jednotlivé body na ušním boltci. Tato činnost slouží k ovlivnění poruch funkcí všech orgánů těla.

Zevní zvukovod se dělí na dvě části – chrupavčitá (související s boltcem) a kostěná (tvořena spánkovou kostí). U dospělého člověka je dlouhá zhruba 3 cm. Horáková (2012) doplňuje, že ve zevním zvukovodu dochází ke koncentraci zvukové energie do dalších částí ucha. Z toho vyplývá, že jeho délka, průměr a tvar jsou závislé na množství zvukové energie. Pokud se tedy budeme zabývat korekcí sluchových vad u dětí, musíme brát v potaz to, že kromě rostoucího zvukovodu se mění i množství zvukové energie.

Střední ucho je více propracovanější část lidského ucha, které obsahuje vzdušné prostory a dutiny vyplněné sliznicí. Nachází se ve spánkové kosti, kde je mj. napojena Eustachova trubice s nosohltanem. Eustachova trubice má za úkol vyrovnávat tlak vzduchu na obou stranách bubínku. Středoušní dutina je hlavní součástí středního ucha. Vnější a střední ucho odděluje bubínek, který lze vidět pouze pomocí speciálních přístrojů. Dutina bubínková se skládá ze tří sluchových kůstek – **kladívko** (malleus), **kovadlinka** (incus) a **třmínek** (stapes). Ploténka třmínku souvisí s vnitřním uchem, který se podle jeho tvaru nazývá oválné okénko. Autoři Šlapák a Floriánová (1999) sdělují, že tyto tři sluchové kůstky jsou vzájemně propojené, kdy dochází k přenosu zvuku od bubínku do vnitřního ucha. Zároveň zmiňují, že se zde nachází dva středoušní svaly – třmínkový a napínač bubínku. Horáková (2012) dodává, že tyto svaly mají na starost ochránit vnitřní ucho před silnými zvuky tak, že se bezpečně stáhnou.

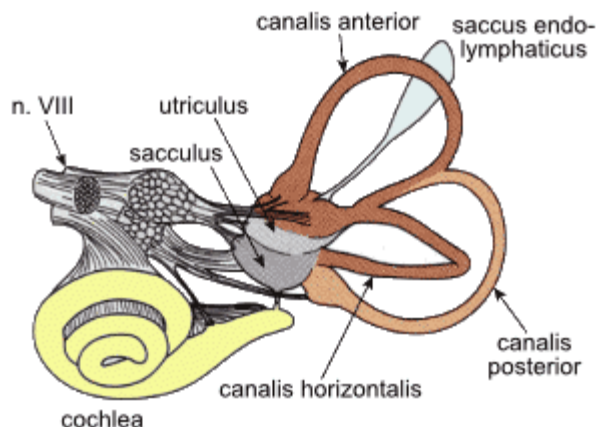


Obrázek 1: Stavba sluchového orgánu (III.)

Vnitřní ucho se nachází v nejtvrdější části lidského těla – v kosti spánkové. Chrání tak ucho proti možným otřesům a poranění. Skládá se ze dvou částí, které jsou pojmenované podle tvaru: hlemýžď (kochlea) a tři polokruhovitě kanálky a předsíň (labyrint).

Hlemýžď – jak už sám název napovídá, jedná se o dvaapůlkrát stočený kanál v podobě ulity. Je důležitý pro to, abychom mohli zachycovat sluch. Trubice se skládá z kostěného hlemýždě, který se nachází na povrchu a z blanitého hlemýždě, který je pod kostěným hlemýžděm. Pod blanitým hlemýžděm tak nalézáme vlastní sluchové ústrojí – Cortiho orgán. Zde se nachází sluchové buňky, k němuž náleží sluchový nerv. Jak Lejska (2003) definuje, tyto buňky slouží k tomu, že dokáží převádět mechanickou energii zvuku na bioelektrickou.

Tři polokruhovitě kanálky a předsíň – v této části se nachází vestibulární aparát (viz obr. 2, str. 14), který je zodpovědný za vnímání rovnováhy. Stejně jako hlemýžď je obalen kostěným a blanitým labyrintem. V kostěném labyrintu se nachází tekutina perilymfa, která ochraňuje ucho proti různým otřesům hlavy, skocích či prudkých nárazů do hlavy apod. Zatímco blanitý labyrint je vyplněn tekutinou endolymfou, který má právě na starosti udržení rovnováhy (Horáková, 2012).



Obrázek 2: Vestibulární aparát (III.)

Nervové dráhy neboli **sluchově rovnovážné dráhy** se nacházejí centrálně za hlemýžděm. Vedou sluchový nerv do kůry mozkové. V oblasti mozkového kmene se kříží pravý a levý nerv a dostává se do spánkového laloku kůry mozkové. Spánkový lalok tak vyhodnotí sluchový vjem z vnějšího prostředí (Lejska, 2003).

1.2 Lidské ucho a sluch

Horáková (2012) uvádí, že lidské ucho je orgán, který slouží kromě vnímání zvuků z okolního prostředí jako analyzátor pro vnímání pocitu rovnováhy, pohybu přímočarého i otáčivého a polohy těla v prostoru. Autoři Šlapák a Floriánová (1999) k tomu dodávají, že uchem tak přijímáme informace, které jsou důležité pro spojení člověka s okolním světem. Zmiňují, že normální fungování analyzátoru je nezbytné pro tvorbu řeči u dítěte, což má za následek utváření myšlenek, ale také přispění pro vývoj inteligence.

Janotová a Svobodová (1998) dále podotýkají, že pokud tak nedochází ke správnému fungování sluchového analyzátoru, může se jednat o vadu vrozenou, kde jsou její důsledky těžší než u vad získaných v pozdějším věku.

1.3 Sluchové vady

Sluchovými vadami se zabývají specialisté z oboru ORL, kteří mají na starost zjistit, ve které části sluchové dráhy došlo k poškození sluchu a co je její hlavní příčinou (Šlapák, Floriánová, 1999). Slowík (2007) zmiňuje, že k poškození může docházet

v organické nebo funkční části sluchového ústrojí. Jak už víme ze stavby sluchového orgánu z anatomického hlediska, tak v periferní části může být porušena vnější část ucha (ušní boltec, zvukovod), střední ucho (Eustachova trubice, bubínek, sluchové kůstky), nebo vnitřní ucho (hlemýžď, rovnovážné ústrojí). Centrální část se zabývá sluchovými nervy, které se nachází ve spánkovém laloku (Wernickeovo senzoričné centrum sluchu a Brocovo motorické centrum řeči).

Sluchové vady lze dělit dle různých kritérií, nejčastěji do těchto tří základních:

- Období vzniku sluchové vady
- Místo vzniku sluchového postižení
- Podle stupně sluchové ztráty

1. 3. 1 Období vzniku sluchové vady

Základní dělení podle období vzniku sluchové vady rozlišujeme na **vrozené** a **získané**. Vrozené vady se dále člení na **geneticky podmíněné sluchové vady** a **kongenitálně získané sluchové vady**. Mezi získané vady patří **prelingvální** nebo **postlingvální** sluchová vada (Horáková, 2012).

Mezi geneticky podmíněné sluchové vady se předpokládá porucha genetické informace, která se přenáší z jedné generace na druhou. Lze tedy předpokládat, že pokud se stejný typ poškození objevil v několika předchozích generacích, je zde velká pravděpodobnost, že tato vada se bude vyskytovat i u dalšího potomka. Lejska (2003) k tomu dodává, že tento typ vrozené sluchové vady je velmi vzácný, neboť z literatury popisuje jen několik málo takových případů. Vyzdvihuje však, že častěji se vyskytují sluchové vady děděné autosomálně recesivně. To znamená, že potomkovi jsou předány dvojice znaků, kdy jednu získá od matky a druhou od otce. Na to, aby bylo jisté, že sluchovou poruchu nezíská, musí získat z dvojice znaků alespoň jeden nepoškozený. Pokud však dítě získá oba poškozené znaky, porucha nastane. Horáková (2012) u toho zmiňuje, že existuje přibližně 30 genů, které mohou mít vliv na vrozený stav sluchu. Nejčastější je mutace genu GJB2, která dekoduje protein Connexin 26, který zajišťuje normální funkci vnitřního ucha (Banjara et al., 2016). Proto oba slyšící rodiče, kteří mají jeden zdravý a druhý poškozený znak, mohou mít jedno nebo více sluchově postižených dětí.

Kongenitálně získané sluchové vady dělíme z časového hlediska na **prenatální, perinatální a postnatální období**. Nastává v případech, kdy oba zdraví slyšící rodiče očekávají zdravého potomka, ale během jednoho z těchto tří období může dojít k různým komplikacím. Prenatální období je období před porodem, kdy matka v prvním trimestru může prodělat různé infekční choroby (Lejska, 2003). Jako typické příklady uvádí Horáková (2012) zarděnky, spalničky, černý kašel, syfilis, drogy apod. (viz tabulka č. 1). V perinatálním období – v období během porodu může dojít k předčasnému porodu, což může mít za následek nízkou porodní váhu (pod 1 500 g), hypoxii či poranění lebky. Postnatálním obdobím se rozumí období, které nastane po porodu. Jako příklad udává Hádková (2016) zánět mozkových blan, příušnice, neštovice, ale i různé úrazy, jako např. zlomeninu skalní kosti, fraktury sluchových kůstek apod.

Tabulka č. 1: Příčiny vzniku sluchového postižení dle Horákové (2012, s. 21)

Prenatální příčiny	Perinatální příčiny	Postnatální příčiny
dědičně podmíněné poruchy sluchu	porodní hmotnost pod 1 500 g	meningitida
četné syndromy jako např. Usherův, Waardenburgův, Treacher-Collinsův, Pendredův, Alportův aj.	předčasný porod	encefalitida
onemocnění matky během těhotenství: <ul style="list-style-type: none"> • zarděnky • spalničky • černý kašel • toxoplazmóza • syfilis • cytomegalovirus 	hypoxie	herpes zoster oticus
toxické látky (drogy, alkohol, nikotin)	asfyxie při porodu	dystrofie
kraniofaciální anomálie (také rozštěpy rtů a patra)	poranění lebky	příušnice
	novorozenecká seps	záškrt
	novorozenecká žloutenka	bakteriální tympanogenní labyrintitida (bakteriální zánět labyrintu ušního bubínku)
		lymská borelióza
		toxoplazmóza
		syfilis
		HIV infekce
		akustické trauma z exploze nebo silného hluku
		Meniérova choroba
		presbyakuzis

Prelingvální sluchová ztráta znamená, že je získaná před vývojem řeči. Čili nedochází ke fixaci řeči. Udává se, že je to přibližně do 6. roku dítěte. Horáková (2012) dále udává, že nejčastějšími příčinami jsou infekční choroby dítěte, které mají virový charakter (záněty mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice apod.), ale může se jednat i o traumata, úrazy hlavy, opakované hnisavé záněty středního ucha apod.

S postlingvální sluchovou ztrátou se setkávají osoby, u kterých nastala sluchová ztráta již po ukončeném vývoji řeči, tj. po fixaci řeči. Za hraniční věk se považuje období mezi 4.-6. rokem věku (Slowík, 2007). Mezi možné příčiny patří poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha či působení intenzity zvuku po několik hodin denně v průběhu řady let nad 85 dB, kdy tak dochází k odumírání potřebných buněk (Lejska, 2003).

1. 3. 2 Místo vzniku sluchového postižení

Dalším kritériem dělení sluchových vad je lokalizace vzniku sluchového postižení. Zde nalézáme dvě základní skupiny sluchových vad – periferní a centrální nedoslýchavost či hluchota. Periferní vady se ještě dále rozdělují na převodní, percepční a smíšené (Horáková, 2012).

U **převodních** vad bývají sluchové buňky v pořádku, ale ve středouší se vyskytuje překážka, která nám brání kvalitnímu poslechu. Člověk má tak problém zachycovat hluboké tóny a řeč slyší v menší intenzitě. Nemá však problém s vnímáním základních prvků řeči (Janotová, Svobodová, 1998). Nejčastější příčinou je ucpaný zevní zvukovod ušním mazem či cizím tělesem. Překážkou může být i zvětšená nosní mandle, která tlačí na středouší a způsobuje tak poruchu ventilace přes Eustachovu trubici (Horáková, 2012). Autoři Šlapák, Floriánová (1999) vyzdvihují, že další zábranou může být vrozená neprůchodnost orgánu, tzv. atrezie zvukovodu. Ta se musí řešit operativně ve spolupráci s plastickým chirurgem. Po odstranění příčin se sluch opět vrací do původních kolejí.

Percepční vadu způsobuje porucha vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry. Jedinec má tak problém vnímat vysoké tóny, a proto slyší řeč zkresleně. To znamená, že řeč slyší, ale nerozumí, co mu dotyčný říká (Janotová a Svobodová, 1998). Jak zmiňují Šlapák a Floriánová (1999), tato vada je u dětí vrozená, u dospělých je to způsobeno nedostatečným prokrvením, úrazem či nejčastěji zánětem mozkových

blan, které ničí buňky vnitřního ucha. Podle etiologie je tato porucha častější než převodní a pro diagnostiku a léčbu je tento problém vážnější (Horáková, 2012).

U **smíšených** vad jde o kombinaci převodních a percepčních poruch, kdy jedinec slyší málo a špatně rozumí druhé osobě (Janotová a Svobodová, 1998).

Centrální nedoslýchavost či hluchota je způsobena poškozením sluchových drah, které se nacházejí v CNS v podkorovém a korovém systému. Pro jejich diagnostiku je proto velmi obtížné určit přesnou lokalizaci, což vyžaduje mnohdy opakované a časově náročné lékařské vyšetření (Šlapák a Floriánová, 1999).

1. 3. 3 Stupeň sluchové ztráty (intenzita postižení)

Stupeň ztráty sluchu můžeme měřit na každém uchu zvlášť pomocí hlasité řeči, šepotu či ladičkami. Výsledky nám však neposkytnou přesný odhad, ale pouze orientační. Pro podrobnější výsledky proto využíváme přístroj, který se nazývá audiometr. Sluchová ztráta se tak vypočítává určitým způsobem a výsledky jsou vyjádřené hodnotami v decibelech (Janotová a Svobodová, 1998). Tento přístroj se využívá nejen pro slyšitelnost různě vysokých tónů, ale i pro slovní sestavy, kdy se zjišťuje úroveň porozumění. Bohužel to však není vhodné pro děti s vrozenou sluchovou vadou, neboť nikdy neslyšely mluvenou řeč (Slowík, 2007).

Řada autorů (Horáková, 2012, Slowík, 2007, Janotová a Svobodová, 1998, Winnick, 2000, Lieberman a Cowart, 1996) se neshodují na přesných číslech ve velikostech ztráty sluchu v decibelech, ale víceméně souhlasí s řazením kategorií na lehkou, střední (popřípadě středně těžkou), těžkou a velmi těžkou sluchovou ztrátou. Pro nejpřehlednější členění uvádím tabulku č. 2.

Tabulka č. 2: Klasifikace sluchových vad

Název kategorie	Velikost ztráty sluchu (v dB)
Lehká <i>nedoslýchavost</i>	20 dB – 40 dB
Středně těžká <i>nedoslýchavost</i>	40 dB – 60 dB
Těžká <i>nedoslýchavost</i>	60 dB – 80 dB
Velmi těžká <i>nedoslýchavost</i>	80 dB – 90 dB
Praktická hluchota (<i>neslyšící</i>)	90 dB a více
Úplná hluchota (<i>neslyšící</i>)	Bez audiometrické odpovědi

Za normální slyšení se považují hodnoty mezi 0 dB – 20 dB, kdy je člověk schopen porozumět nejslabším zvukům (šepotu, tikotu hodin apod.). Při lehké až středně těžké ztrátě už má člověk problémy porozumět v hlučném prostředí. U těžké až velmi těžké nedoslýchavosti se už málokdo obejde bez kompenzačních pomůcek jako jsou sluchadla. U praktické hluchoty už například člověk neslyší zvuk motoru automobilu. Pokud tady už není možnost vadu korigovat sluchadly, nabízí se kochleární implantát (Horáková, 2012).

1.4 Technické pomůcky pro sluchově postižené

V dnešním světě technický pokrok zaznamenáváme i v elektronických pomůckách pro neslyšící. Modernizace sluchadel jde rychlým krokem dopředu, jejich velikost se neustále zmenšuje a dochází tak k jejich celkovému zdokonalování (Šlapák, Floriánová, 1999).

Mezi základní kompenzační pomůcky, které usnadňují vnímání mluvené řeči, řadíme: sluchadla, kochleární implantáty, individuální zesilovače, indukční smyčky, pojítka s infračerveným a rádiovým přenosem. Existuje však mnoho dalších, jako jsou například vibrační a světelné budíky, logopedické pomůcky pro usnadnění tvorby mluvené řeči či pro motivaci ke čtení využíváme teletext a skryté titulky (Barešová a Hrubý, 1999).

Než přejdeme k charakteristice jednotlivých pomůcek, měli bychom vědět, jaký je základní rozdíl mezi neslyšícím a nedoslýchavým, protože tato definice nám následně pomůže lépe pochopit, pro koho jsou přesně určena sluchadla a pro koho kochleární implantát.

Neslyšící člověk nedokáže porozumět řeči pouze sluchem, ať již se sluchadlem, nebo bez něj. Z této formulace vyplývá, že neslyšící osoba je vhodným adeptem na kochleární implantát. Naopak **nedoslýchavá** osoba rozumí mluvené řeči bez odezírání, ale pouze v místnosti bez okolního hluku. Čili tato osoba se bez sluchadel málokdy obejde (Hrubý, 1999).

1.4.1 Sluchadla

Sluchadlo je nejčastější protetickou pomůckou pro osoby, které jsou nedoslýchavé. Podle klasifikace sluchových vad tento přístroj využívají jednotlivci s lehkou, středně těžkou a těžkou nedoslýchavostí. Sluchadlo přenáší zvuk do vnitřního ucha, tzn. že zesiluje zvuk. Mezi základní součásti patří: mikrofon, zesilovač, reproduktor a zdroj elektrické energie. Mikrofon zachycuje slabé zvuky z okolního prostředí, ale zároveň se snaží korigovat hlasité zvuky. Zesilovač má za úkol zesílit frekvence o různé intenzitě. Nastavení je proto pro každého člověka individuální, kde hlavní roli hraje velikost a tvar zvukovodu, velikost ztráty sluchu a samozřejmě věk. Typ a nastavení sluchadla tudíž provádí foniatr, popřípadě ušní specialista. Reproduktor je dnes u většiny moderních sluchadel zaveden přímo do zvukovodu. Hlavním zdrojem energie sluchadel jsou baterie nebo akumulátory, které lze přes noc dobít (Šlapák a Floriánová, 1999, Barešová a Hrubý, 1999).

Dnes na světě máme mnoho druhů sluchadel (viz obr. 3, str. 21), které lze dělit z hlediska konstrukčního provedení, podle způsobu zpracování signálu a podle charakteru přenosu zvuku.

U **konstrukčního provedení** rozlišujeme sluchadla krabičková, brýlová, závěsná a zvukvodová. **Krabičkové** sluchadlo je starší verze již dnes využívaných miniaturních (závěsných) sluchadel. Můžeme je však ještě vidět u malých dětí, u kterých to funguje jako prevence proti případné ztrátě při různých pohybových aktivitách. Bohužel mají nevýhodu v tom, že tam překáží drobné kabely, do kterých se člověk snadno zamotá a důsledkem toho se snadno poškozuje. **Závěsné** sluchadlo má tvar rohlíčku, které se zavěsí na horní část boltce. Je často i natolik nenápadné, že málokdo zřídka pozná, že má jedinec něco za uchem. Sluchadlo **brýlové** je vhodné řešení pro jedince s kombinovanou vadou zraku a sluchu, které nám tak umožňuje mít sluchadlo a brýle v jednom zařízení. **Zvukvodová** sluchadla se ještě dělí podle velikosti na to, kam se vkládají, zvukvodová a boltcová. Zvukvodová sluchadla se nicméně dětem nezavádí, neboť u nich ještě dochází k samotnému růstu zvukovodu (Janotová a Svobodová, 1998). V novější literatuře se dočteme, že zvukvodová sluchadla můžeme ještě rozdělit na kanálová. Ta se nachází přímo ve zvukovodu (Horáková, 2012).

Podle **způsobu zpracování signálu** odlišujeme sluchadla analogová a digitální. U **analogových** sluchadel se zvuk zachycuje mikrofonem a následně pokračuje v podobě elektrického proudu do reproduktoru, kde přechází do podoby zvuku. U **digitálních** sluchadel je naopak zvukový signál převáděn na binární kód, což jsou kombinace čísel 0 a 1, které slouží jako převodník mezi analogově-digitálním a digitálně-analogovým procesem (Horáková, 2012).

Podle toho, jak je **zvuk přenesen** do vnitřního ucha, rozlišujeme sluchadla se vzdušným vedením a s kostním vedením. Přenos zvuku **vzduchem** probíhá na základě akustické energie, která prochází přes zvukovod, kde je rozkmitán bubínek a následně pokračuje do středoušní kůstky až se dostane do vnitřního ucha (Hádková, 2016). U **kostního** vedení zvuku je konec přenosu stejný jako u přenosu zvuku. Jen s tím rozdílem, že je k tomu zapotřebí kostní vibrátor, který se přikládá ke spánkové kosti. Při signálu tak proudí vibrace přímo do vnitřního ucha (Horáková, 2012).



Obrázek č. 3: *Různé typy sluchadel (V).*

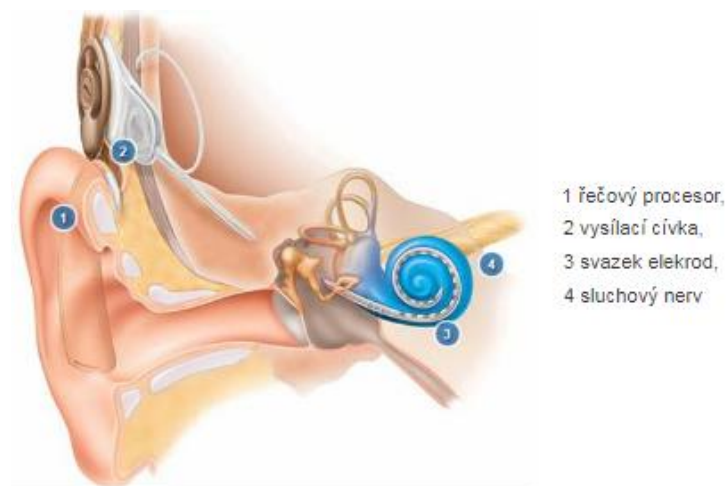
1.4.2 Kochleární implantát

Mezi dalšími možnostmi náhrady sluchu pro osoby s těžkým sluchovým postižením, nebo prakticky neslyšícím lidem se nabízí kochleární implantát. Je to zařízení určené pro ty, co ani s optimálním a prvotřídním sluchadlem nejsou schopni vnímat řeč. Tento přístroj však funguje odlišným způsobem než sluchadlo. Sluchadla zesilují zvuk, který prochází ze zvukovodu přes střední ucho do vnitřního ucha, kde se zpracovává zvuk. Naopak u kochleárního implantátu jde o nahrazení celého vnitřního ucha, kdy je sluchový nerv přímo drážděn v hlemýždi – kochley. Od toho také vznikl název kochleární implantát (Janotová a Svobodová, 1998, Lejska, 2003).

Pro zavedení kochleárního implantátu musí každý kandidát splňovat určité podmínky, protože ne každý je vhodným adeptem pro tuto metodu. Jak už bylo výše nastíněno, jeden z předpokladů je celkové neslyšení se sluchadly, což se zjistí pomocí audiometrie. Dalším kritériem je neporušený sluchový nerv, který se prozkoumává pomocí promontorní stimulace¹ či pomocí MRI. Pro správné fungování implantátu musí být zajištěna i průchodnost hlemýždě. U samotné operace nesmí být kontraindikací celková anestezie a záněty ve středouší. A v neposlední řadě musí adept projít psychologickými testy, které posoudí jeho vhodnost absolvování rehabilitace pro rozvoj řeči (Hádková, 2016, Holmanová, 2012). Šlapák a Floriánová (1999) zdůrazňují, že u rehabilitace malých dětí se vyžaduje spolupráce rodičů, což je také jeden z důvodů, proč někteří nejsou vhodnými kandidáty.

Implantát se skládá ze dvou částí: z vnitřní a vnější (viz obr. 4 a 5, str. 23). **Vnitřní** část je pacientovi trvale voperována pod kůži ve skalní kosti přímo do hlemýždě a obsahuje přijímací stimulátor a svazek 22 elektrod. Elektrody jsou v prstencovém uspořádání a každá z nich končí v jiné části hlemýždě. Způsobují dráždění sluchového nervu, což je výsledkem 22 různých zvukových podnětů (Janotová a Svobodová, 1998). **Vnější** část lze na člověku zpozorovat pouhým okem. Skládá se z mikrofону, řečového procesoru a vysílací cívky. Mikrofon zachycuje zvuky z vnějšího prostředí, které posílá do řečového procesoru. Odtud dále odchází do vysílací cívky a následně přímo do implantovaného přijímače (Horáková, 2012, Durstine a Moore, 2003).

¹ Na středouší se vloží platinová kulička s elektrodou, kterou se vyvolá sluchový vjem (VI).



Obrázek č. 4: Popis kochleárního implantátu (VII.)



Obrázek č. 5: Vnější část kochleárního implantátu (VIII.)

Co se týče výsledků přínosu pro uživatele kochleárního implantátu, tak jsou u každého uživatele individuální. Výsledky jsou zaznamenány u dětí, které jsou 3 roky a déle po operaci. Velké procento dětí (65 %) bez problémů rozumí druhému člověku bez odezírání a polovina z nich dokáže hovořit přes telefon. Dalších 25 % dětí také rozumí bez odezírání, ale při použití běžných vět a frází. U nich se ještě předpokládá, že v průběhu vývoje bude docházet k postupnému zlepšení. Mezi zbylých 10 % patří děti, které bez odezírání rozumí pouze jednoduchým slovům. Horáková (2012) předpokládá, že je to kvůli přidruženým nemocem, jako jsou například mentální postižení, DMO, hluchoslepota apod. Dospělé osoby, které přišly o sluch v průběhu života, uznávají, že

se jejich kvalita života díky kochleárnímu implantátu zlepšila (Šlapák a Floriánová, 1999).

1.4.3 Ostatní kompenzační pomůcky

Individuální zesilovač je pomůcka pro osoby, které protestují proti nošení běžných sluchadel. Většinou se s nimi setkáváme u starších lidí, kteří se brání jakékoliv změně k lepšímu. Má podobu většího a levnějšího kapesního sluchadla, ke kterému jsou připojena sluchátka. Hlavní funkcí je převést hlas mluvící osoby do popředí a zároveň ztlumit okolní hluk v prostředí. Oproti běžným sluchadlům je její nevýhodou právě manipulace se zařízením. Na to, abychom dotyčného totiž dobře slyšeli, musíme zvednout mikrofon sluchadla až k jeho ústům.

Pro kvalitní poslech v místnostech plných lidí, jako jsou například divadelní sály, kina nebo konferenční místnosti, nám slouží **indukční smyčka**. Funguje na principu změny zvukového signálu na elektromagnetické pole. To znamená, že místo poslechu přes mikrofon se využívá indukční snímač, který se nachází v místnosti a umožňuje tak zachytit elektromagnetické pole. Ve výsledku je tento poslech užitečnější než poslech přes samotný mikrofon sluchadla, protože jednak nedochází ke zkreslení zvuků v místnosti a jednak si každý uživatel může nastavit případnou hlasitost podle svých potřeb. Další výhoda, která z toho plyne, je, že se může volně pohybovat po místnosti, aniž by ztrácel zvukový signál.

Ve třídě běžné školy může sluchově postižený žák využívat tzv. **pojítka s infračerveným a rádiovým přenosem**. To je zařízení, u kterého je výsledkem stejně jako u indukční smyčky kvalitní přenos zvuku bez využití poslechu přes mikrofon sluchadla. Skládá se ze dvou krabiček, kdy jednu má učitel a druhý žák. Učitelova krabička obsahuje vysílačku a mikrofon, který má nasazený na klopě. U žáka se nachází přijímač a sluchátka. Pro to, aby to fungovalo, je k tomu zapotřebí infračervené záření nebo rádiové vysílání. Podle frekvenční modulace se pojítkům proto říká FM pojítka. Pojítka s infračerveným zářením fungují v okruhu viditelnosti, zatímco pojítka s rádiovým zářením obvykle v rozsahu 100 m (Barešová a Hrubý, 1999).

2 Možnosti výchovy a vzdělávání sluchově postižených žáků

V této oblasti se zaměříme na to, která disciplína se zabývá vzděláváním sluchově postižených, jaké jsou možnosti výchovy a vzdělávání u těchto jedinců a jaká musí být splněna kritéria pro přijetí dítěte do běžného vzdělávacího proudu.

Výchova sluchově postiženého dítěte začíná hned, jak je zjištěna a stanovená diagnóza. Obecně platí, že čím dříve se zjistí sluchová vada, tím jsou lepší možnosti, jak poskytnout adekvátní péči a tím minimalizovat možné škody na jeho celkovém vývoji. Před tím, než dítě nastoupí do MŠ, se dítěti věnují rodiče (převážně matky), které tak poskytují dítěti speciální výchovu. Ta spočívá v zajištění logopedické péče, kdy matka s dítětem pravidelně dochází na logopedická sezení. Tam jim logoped doporučuje vhodná cvičení na rozvíjení sluchu a řeči, které poté matka formou her provádí s dítětem doma. Zároveň se průběžně sleduje, zda pro rozvoj dítěte stačí sluchadla. Pokud však ne, nabízí se otázka možnosti kochleární implantace. (Holmanová, 2002, Janotová a Svobodová, 1998).

V České republice existují tři způsoby, jak vzdělávat sluchově postižené děti. Tou první a nejčastější možností je docházení do **speciálních škol pro sluchově postižené**. Mezi tyto typy škol patří: MŠ pro sluchově postižené, ZŠ pro sluchově postižené, SŠ pro sluchově postižené (SOU pro sluchově postižené, odborné učiliště pro sluchově postižené, praktická škola pro sluchově postižené, gymnázium pro sluchově postižené a SOŠ pro sluchově postižené). Další možností je **individuální integrace**, kterou se budeme z hlediska teorie zabývat nejvíce. A poslední variantou je **skupinová integrace**. Samozřejmě lze všechny tyto uvedené varianty kombinovat.

Součástí vzdělávání dětí a mládeže jsou školská poradenská zařízení, která poskytují poradenské služby nejen dětem a mládeži, ale i jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Mezi ně spadají Pedagogicko-psychologické poradny (dále PPP) a speciálně pedagogická centra (dále SPC). **PPP** nabízejí převážně psychologickou a speciálně pedagogickou pomoc. Dále nabízejí pomoc pro pracovníky ve školství při problematice odborného vedení žáků s postižením. **SPC** jsou specializovaná pracoviště, která se většinou nachází při základních školách pro sluchově postižené. Jejich hlavní náplní je předběžné vyšetřování sluchově postižených dětí, poskytování speciálně pedagogické a logopedické diagnostiky, pomáhání při zařazení žáka se sluchovým postižením do hlavního vzdělávacího proudu. Mezi další službu

patří také podávání informací o různých kompenzačních pomůckách, popřípadě i možnost jejich zapůjčení. Mezi další poradenské zařízení můžeme považovat i **Centrum kochleárních implantací** u dětí (CKID). CKID je přímo určeno pro uživatele kochleárních implantátů, ale i pro rodinné příslušníky a osoby z jejich okolí. Mimo poskytování odborných poradenských služeb, je jejich hlavní náplní komplexní rehabilitace před a po kochleární implantaci (Hádková, 2016).

2.1 Surdopedie

Disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením, se nazývá surdopedie (Průcha, Walterová, Mareš, 2009). V minulosti byl tento obor součástí disciplíny logopedie², ale v průběhu let se zjistilo, že osoba s vadou komunikace se výrazně liší od osoby se sluchovým postižením. Jako hlavní rozdíl Šlapák a Floriánová (1999) udávají, že osoba s vadou komunikace nemá překážku v osobnostním rozvoji. Zatímco sluchově postižený jedinec se setkává s potížemi jak v psychice, ve vzdělání, komunikaci tak i v řeči. Mezi další rozdíl zmiňují i to, že obě disciplíny se liší ve způsobech práce. Čili neslyšící osoba není schopná využívat sluchové kontroly a řeč se tak musí vytvářet uměle za pomoci zraku, hmatu a propriorecepce³.

Surdopedie úzce spolupracuje nejen s logopedií, ale i s dalšími obory. Zejména u kombinovaných vad je to oftalmopedie⁴ či somatopedie⁵. Mezi medicínské obory patří: pediatrie⁶, ORL a foniatrie⁷.

Podle zjištění stupně sluchové ztráty se v surdopedii rozhoduje o dalších možnostech výchovy a vzdělání. Péče o sluchově postižené děti tak začíná již od útlého věku, kdy se rozhoduje o různých eventualitách navštěvování mateřských, základních či středních škol.

² Zabývá se problematikou narušené komunikační schopnosti ve všech rovinách – od vad řeči až po úplnou nemluvnost (Kejklíčková, 2011).

³ Hluboká citlivost – polohocit, pohybocit, vibrace či hrubý dotyk (Ambler, 2011).

⁴ Výchova a vzdělání osob se zrakovým postižením (Růžičková a Vítová, 2012).

⁵ Výchova a vzdělání osob s tělesným postižením, nemocných a zdravotně oslabených (Kabéle, 1993).

⁶ Péče o kojence, děti a mladistvé (Klíma, 2016).

⁷ Vyšetřování sdělovacích funkcí: hlasu, řeči a sluchu (Dlouhá a Černý, 2012).

2.2 Integrace a inkluze

S pojmem integrace a inkluze se v dnešním světě setkáváme čím dál častěji. Nejen ve školství, ale i ve zdravotnické, ekonomické, kulturní či sociální sféře. Je však důležité zmínit, že integrace a inkluze není totéž, jak se mnoho lidí domnívá. Pro správné pochopení je nutné tyto dva pojmy správně definovat.

Integrace je starší pojem, který se začal používat ve světě v 80. letech 20. století. Jak zmiňuje Slowík (2007), jde o nejvyšší stupeň socializace člověka. Integrací se obecně rozumí jako spojování jednotlivých částí v celek. Opakem integrace zmiňuje, že je segregace, což znamená vyčlenění či vyloučení jedince ze společnosti. Ve speciální pedagogice mluví Jesenský (1995) o integraci jako o soužití postižených se zdravými, kde je třeba, aby vztahy mezi nimi byli v co nejmenším rozporu. Lze to tedy nazvat tak, že minoritní (zdravotně postižená) skupina žije v souladu s majoritní (většinou) skupinou, kde jsou jejich hlavním hlediskem vzájemné hodnoty a ideje. Podle přístupu se integrace může ubíhat dvěma směry. Tím je asimilační a koadaptační přístup. U asimilačního přístupu minoritní skupina přijímá pravidla majoritní skupiny. Kdežto u koadaptačního přístupu dochází ke vzájemnému přizpůsobování obou skupin. Z toho vyplývá, že koadaptační přístup je výhodnější než asimilační. Ale jak Slowík (2007) dodává, budoucnost spíše patří inkluzi.

S termínem **inkluze** se setkáváme o něco později, přesněji v 90. letech 20. století, ale nejvíce se o něm hovoří dnes v současnosti, tj. ve 21. století. V inkluzivním postoji je hlavní myšlenkou to, že lidé s postižením se mohou zúčastňovat všech běžných činností jako lidé zdraví. Čili oproti integrace jsou si lidé rovni ve všech možnostech a mají stejná práva jako ostatní. Ve vzdělávání tento rozdíl můžeme vidět markantněji. V **integrovaném vzdělávání** využívá postižený žák speciální metody a pomůcky, což vede k segregovanému přístupu, kdy je na něho pohlíženo jako na „cizince“. Kdežto u **inkluzivního vzdělávání** využívají všichni žáci, ať s postižením nebo ne, stejné speciální nebo běžné metody a pomůcky. To znamená, že u inkluzivního vzdělávání mají všichni žáci své individuální potřeby, nejen ti postižení (Lechta, 2010).

2.2.1 Inkluzivní vzdělávání žáků se sluchovým postižením

Pro zařazení sluchově postiženého žáka do běžného proudu vzdělávání se objevuje několik překážek, které musí překonávat nejen dítě, ale i jeho rodiče. Mezi

hlavní kritéria Janotová a Svobodová (1998) řadí požadavky na samotné dítě, na jeho rodinu a školu, do které dítě bude pravidelně docházet.

Na to, aby bylo dítě zařazeno mezi zdravé žáky, nemá jeho stupeň ztráty sluchu tak významnou roli, jak si mnoho lidí myslí. Za velmi důležitější se považuje jeho postoj k hluchotě. Čili žák, který se vyrovnal se svým postižením a nemá problém o tom s kýmkoliv mluvit, bude mít většinou příznivou integraci. Za důležité kritérium se považuje i věk, kdy došlo k zahájení speciální výchovy a přidělení sluchadel. Protože obecně platí, že čím později se zjistí sluchová vada, tím hůře dochází k rozvíjení řeči dítěte. S tím souvisí i to, že dítě si pořádně nezvykne na nošení sluchadel a většinu dne je i odmítá. Což ve škole, kdy potřebuje slyšet výuku, není ideální. Dítě by mělo umět i se sluchadlem zacházet. Nejen umět vyměnit baterie či akumulátory, ale i nastavit hlasitost, popřípadě ho sundat a poté nasadit při aktivitách, kde je jeho velké riziko rozbití (zejména při míčových hrách v tělesné výchově). I přesto, že je s tím učitelka obeznámena, všechno zůstává především na dítěti (Janotová a Svobodová, 1998).

Volba je v první řadě na rodičích, kteří se snaží vybrat vhodnou formu vzdělávání pro své dítě. Měli by především získat dostatek informací o této možnosti a nerozhodovat jen na základě toho, že například škola je blízko bydliště. Mohou si tak promluvit se SPC, kam rodiče s dítětem docházejí na logopedii. Logopedka jim pomůže zvážit možnosti a pokud i přesto doporučí speciální školu, rodiče by to neměli brát za neúspěch. Logopedka s nimi nadále spolupracuje i při nástupu do školy, kde s nimi procvičuje například tvrdé a měkké souhlásky, se kterými mají neslyšící děti největší problémy. S nástupem do školy pomáhá i samotná škola, která se po domluvě s učitelkou věnuje dítěti i po škole. Dětem by pravidelně měli pomáhat i sami rodiče, například při plnění různých domácích úkolů a zajistit dítěti i mimoškolní aktivity (Janotová a Svobodová, 1998).

O tom, zda dítě bude přijato na běžnou školu nebo ne, rozhoduje ředitel školy, který obdrží podklady od odborníků ze SPC, kteří provedli speciálně pedagogické a psychologické vyšetření dítěte. To znamená, že kromě intelektu se musí posoudit i emocionální zralost, osobnostní charakteristika⁸, adaptační schopnosti a hlavně i školní zralost. Mimo toho je potřeba ještě vyjádření od logopeda a foniatra (Hádková, 2012). Zásadní otázka však je, zda učitelé jsou ochotni spolupracovat s postiženým žákem,

⁸ Tou je samostatnost, rozhodnost a schopnost přijímat kritiku.

protože to vyžaduje mnoho úsilí a trpělivosti. Takže i přesto, že jsou splněná všechna předchozí potřebná kritéria, může se stát, že škola dítě odmítne přijmout (Janotová a Svobodová, 1998).

Pokud se však škola rozhodne začlenit neslyšícího žáka do běžného proudu vzdělávání, tak to přinese pro samotného žáka mnoho pozitiv. Jinak bychom o této možnosti vzdělávání neuvažovali. Jedním z nich je, že sluchově postižený žák zůstane ve známém prostředí, což je v místě bydliště u rodiny, která mu poskytne citové zázemí. Nemusí tak pobývat na internátě, kde by se mu nedostávaly sociální zkušenosti. Tím, že je dítě začleněno do běžné školy, to mu pomáhá se dobře zapojit do společnosti. Není tak obklopen jenom sluchově postiženými, ale pohybuje se v celé společnosti. Jako argument přikládají rodiče i to, že ve speciální škole by se mu nedostávalo tolik potřebného vzdělání, které by mu následně neumožňovalo větší výběr studijních oborů na středních školách (Horáková, 2012).

Sluchově postižený žák může tak v běžné škole využívat tzv. podpůrná opatření. To jsou opatření, která usnadňují žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami výuku na dané škole. Mezi ně patří především kompenzační pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály. Nesmíme zapomenout, že i do opatření se řadí snížené počty žáků ve třídě či ve studijní skupině. Patří zde i služby asistenta pedagoga (Hájková a Strnadová, 2010). AP je pedagogický pracovník na dané škole, který ve třídě vystupuje jako druhý pedagogický pracovník a pomáhá nejen žákovi se speciálně vzdělávacími potřebami, ale i ostatním žákům (Němec a kol., 2014). Hájková a Strnadová (2010) řadí mezi hlavní náplň práce pomoc žákům při přizpůsobení se prostředí na dané škole. AP pomáhá nejen žákům, ale především i učitelům s výchovou a vzděláváním dětí a mládeže. Spolupracuje i se zákonnými zástupci a komunitou, odkud žák pochází.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části se zabírám otázkou úspěšností inkluze dětí se sluchovým postižením, které jsou uživateli kochleárního implantátu a které jsou začleněny do běžného proudu vzdělávání na prvním stupni základní školy.

3 Cíle, úkoly práce a vědecké otázky

3.1 Cíl práce

Cílem práce je na základě anketního šetření zjistit, jak je úspěšnost inkluze vnímána rodiči žáků se sluchovým postižením, kteří jsou začleněni do běžného proudu vzdělávání, zda se setkávají s určitými problémy ze strany školy a jaké faktory mají vliv na výběr školy pro jejich dítě.

3.2 Úkoly práce

Na základě výše uvedených cílů byl stanoven následující postup:

1. Studium odborné literatury pro zpracování teoretické části bakalářské práce na uvedené téma.
2. Tvorba anonymní ankety.
3. Oslovení rodičů pro vyplnění dotazníku pomocí webových stránek a zaslání emailů do SPC pro sluchově postižené.
4. Zpracování výsledků z anketního šetření.
5. Analýza, vyhodnocení výsledků a diskuze nad danou problematikou.

3.3 Vědecké otázky

Především mě zajímala otázka, zda rodiče vnímají, že je jejich dítě v inkluzivním prostředí spokojené a také to, zda pro své dítě zvažovali jako možnost volby i speciální ZŠ. Pokud ano, co je nakonec přimělo se rozhodnout pro běžnou ZŠ. Dále jsem si pokládala otázku, zda se rodiče sluchově postižených dětí při zápisu do první třídy setkali s určitými problémy ze strany školy, kdy škola odmítala jejich dítě přijmout. Pokud ano, co bylo jejich konkrétním důvodem. Mezi další, pro mě důležitou

otázkou, na kterou jsem chtěla znát odpověď, bylo, zda rodiče přemýšleli během toho, co jejich dítě docházelo do běžné školy, že ho v průběhu roku přehlásí do speciální školy. Pokud ano, tak jaké důvody je k tomu přivedly a jak tento problém nakonec vyřešili.

Proto jsem si stanovila tyto vědecké otázky:

1. Vnímá většina rodičů dětí s KI, že je jejich dítě v inkluzivním vzdělávání spokojeno?
2. Zvažovala většina rodičů před začátkem školní docházky variantu speciální školy?
3. Setkala se většina rodičů s obtížemi při zápisu dítěte do běžné školy (např. nedoporučení ředitele, pochybnosti o úspěšnosti inkluze atd.)?
4. Je většina dětí uvedených respondentů plně a bez obtíží začleněna do tělesné výchovy?
5. Končí obavy většiny rodičů po několika měsících nástupu jejich dítěte na běžnou ZŠ?

4 Metodika práce

4.1 Popis výzkumného souboru

Mezi zkoumanými účastníky byli žáci se sluchovým postižením, kteří jsou uživatelé kochleárního implantátu a navštěvují první stupeň běžné základní školy ve kterémkoliv městě či vesnici po celé České republice.

Pro tento výzkum jsem si stanovila dva zásadní požadavky. Tím prvním bylo, aby se opravdu jednalo o žáky z prvních až pátých tříd. Za druhý požadavek jsem si určila, že to budou respondenti, kterým bude jejich sluchová vada korigována kochleárním implantátem.

Pro takto užší výběr vhodných adeptů jsem zvolila tento postup, protože první stupeň se od toho druhého liší jednak výukou, tak i počtem pedagogů, kteří ve třídě vyučují. Na prvním stupni většinou všechny předměty vyučuje jeden učitel, který má tak o žákovi mnohem větší přehled než učitelé na druhém stupni, kteří už mají příslušnou kvalifikaci a učí žáka například jen dvě hodiny v týdnu. Z tohoto důvodu by pro mě výsledky výzkumu nebyly příliš adekvátní.

Výběr respondentů závisel i na tom, zda se bude jednat o osoby, které využívají kompenzační pomůcku sluchadlo či kochleární implantát. Jedná se totiž o velmi rozmanitou skupinu sluchově postižených, a proto jsem ve své práci chtěla přiblížit jednu z těchto dvou možností. Jelikož KI je ve světě kratší dobu oproti sluchadlům, a tudíž není zatím natolik v povědomí lidí, rozhodla jsem se, že výzkum bude směřován na tento druh pomůcky.

Vzhledem ke krátké době vyvěšení ankety na webových stránkách vyplnilo anketu 17 rodičů sluchově postižených dětí (10 chlapců a 7 dívek). Níže uvádím pro lepší přehlednost základní charakteristiky souboru nejen textem, ale i graficky a tabelárně.

Jak lze vidět podle tabulky č. 3, nejvíce respondentů mělo dítě ve věku 8 let. Tabulka č. 4 ukazuje, kterou třídu děti respondentů navštěvovaly – tedy zastoupení četnosti tříd. Jak je z tabulky patrné, nejvíce respondentů mělo dítě ve 2. třídě (35,3 %).

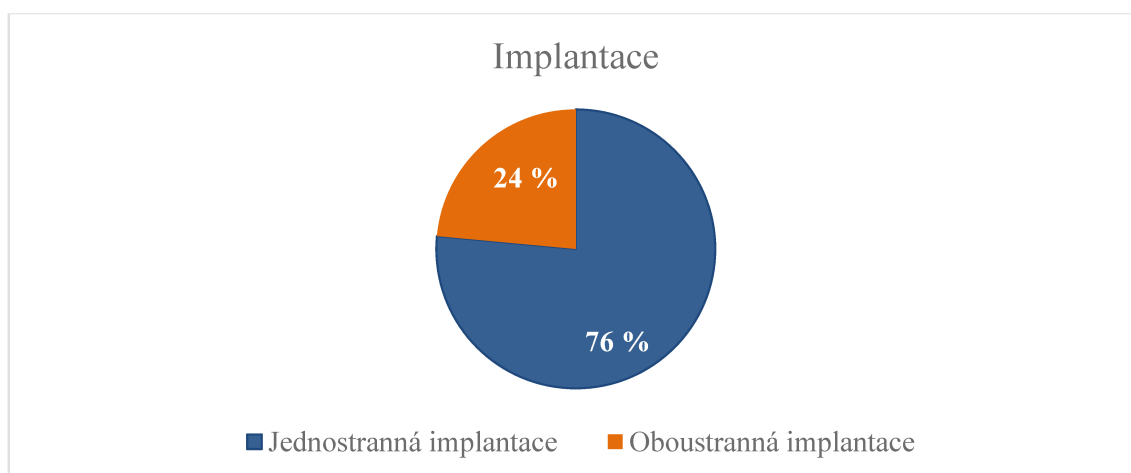
Tabulka č. 3: Věk respondentů

Věk	Počet respondentů
7 let	1
8 let	6
9 let	1
10 let	3
11 let	2
Více než 11 let	4

Tabulka č. 4: Věk a třída respondentů v závislosti na odklad

Třída	Věk	Počet respondentů	Přečet na procenta
1. třída			11,8 %
1. třída	7 let	1	
1. třída	8 let	1	
2. třída			35,3 %
2. třída	8 let	5	
2. třída	9 let	1	
3. třída			11,8 %
3. třída	10 let	2	
4. třída			23,5 %
4. třída	10 let	1	
4. třída	11 let	2	
4. třída	Více než 11 let	1	
5. třída			17,6 %
5. třída	Více než 11 let	3	

Graf č. 1: Jednostranná či oboustranná implantace



Graf č. 1 ukazuje četnost jednostranné/oboustranné implantace u dítěte. Převažuje jednostranná implantace s počtem 13 (76 %) dětí.

Tabulka č. 5: Možnost využití sluchadla

	Počet dětí	V procentech
Ne	11	84,6 %
Ano	2	15,4 %

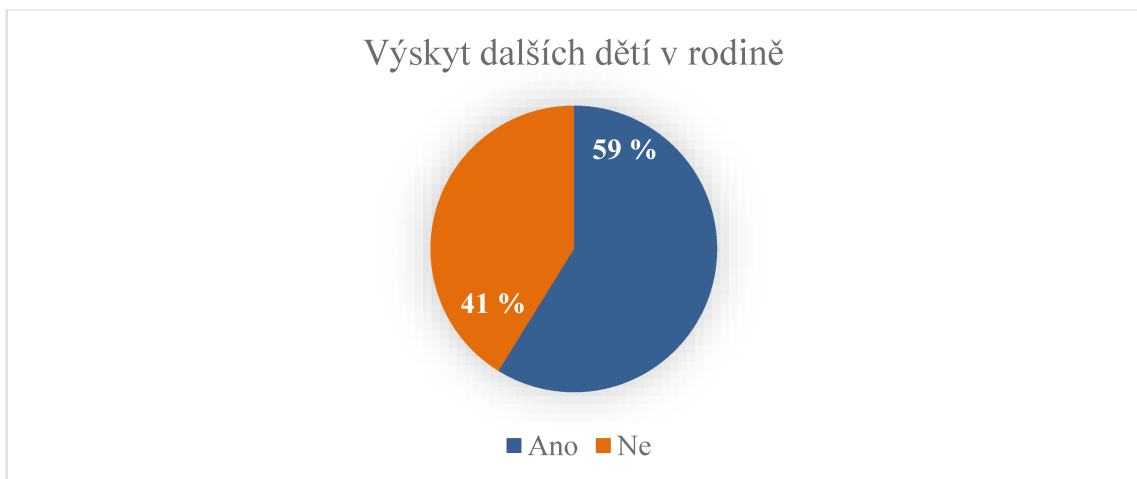
V tabulce č. 5 můžeme vidět výsledky jednostranně implantovaných dětí, kteří využívají na druhém uchu sluchadlo. Jak je z tabulky patrné, pouze 2 (15,4 %) implantované děti nosí sluchadlo na druhém uchu.

Graf č. 2: Sluchové postižení u rodičů

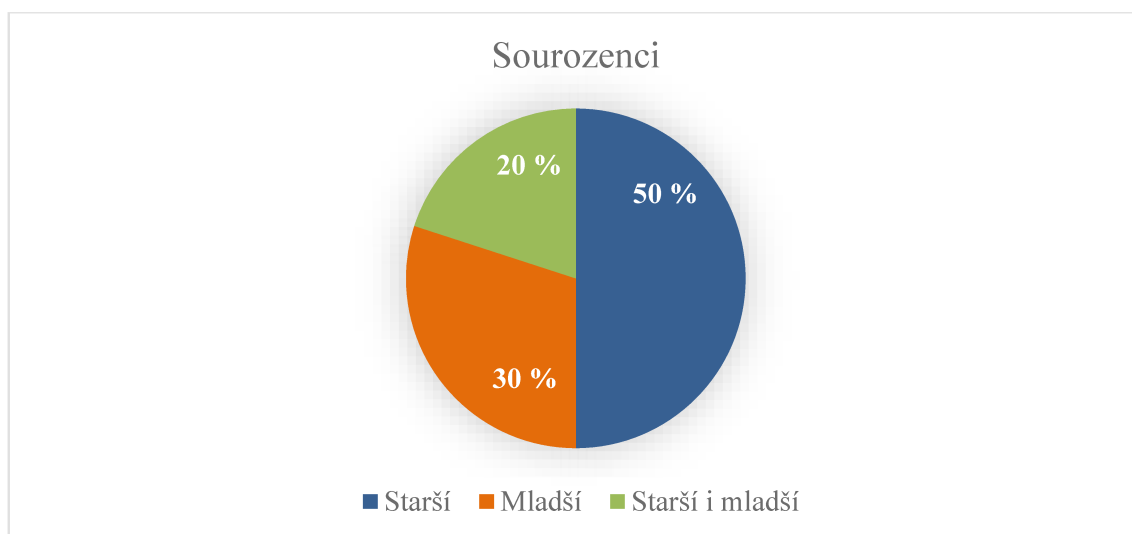


V grafu č. 2 je znázorněn počet rodičů, kteří jsou sami neslyšící. Jak můžeme vidět 16 (19 %) dotazovaných uvedlo, že jsou oba slyšící. 1 (6 %) uvedl, že oba jsou neslyšící.

Graf č. 3: Výskyt dalších dětí v rodině



Graf č. 4: Sourozenci



Jak můžeme vidět v grafu č. 3, ten nám ukazuje výskyt dalších možných dětí v rodině. 10 (59 %) uvedlo, že mají další děti. V následujícím grafu č. 4 polovina rodičů zodpověděla, že jejich ostatní děti jsou starší než sluchově postižený sourozenec.

4.2 Použité metody

K získání potřebných informací pro daný výzkum bylo využito anketní šetření. Jednalo se o získání odpovědí na předem definované otázky. Otázky byly směřované přímo na rodiče sluchově postižených dětí. Jednalo se o kvalitativní metodu výzkumu. Charakteristické pro tento druh výzkumu je získání menšího počtu informací o velkém počtu lidí. Jak však zmiňuje Giddens (2013), tato metoda výzkumu má své výhody i nevýhody. Za velkou nevýhodu považuje, že je tu velká možnost toho, že si respondenti (v tomto případě rodiče dětí) vykreslují své ideály. Čili se mohou pokusit na některé otázky odpovědět lživě. Výhodou však zůstává, že tento druh metody šetří čas a není nijak finančně náročný. Za velké plus se považuje i to, že je zde zachována velká míra anonymity a výsledky mohou být reprezentativní pro zbytek populace.

Vytvořila jsem proto anketu o 39 otázkách, ve které jsem se snažila zformulovat otázky tak, aby rodiče neměli důvod v odpovědích lhát (viz příloha č. 1). Zároveň jsem usilovala o jejich nejjednodušší sestavení, aby rodiče snadno pochopili jejich obsah a neměli tak problém na ně odpovědět. Jednalo se o polostrukturovaný typ ankety, který byl kombinací standardizovaných a otevřených otázek. Velká část ankety byla založena na standardizovaných otázkách, kde rodiče odpovídali pevně danými odpověďmi. Měli

však u většiny otázek na výběr zaškrtnout „jiná“, kde tak mohli připsat vlastní odpověď. Otevřené otázky se vyplňovaly za předpokladu, kdy se v předchozí otázce vyskytla standardizovaná odpověď, ke které jsem chtěla znát podrobnosti a nestačila mi tak odpověď jednoslovná. Cílem ankety proto nebylo odpovědět na všech 39 otázek. To ani z důvodu různě vyskytujících se otázek nebylo možné.

Anketa obsahovala na úvod oslovení rodičů sluchově postižených dětí. (V příloze č. 1 však oslovení nenajdete, neboť Etické komisi to stačilo ve stručném provedení). Dále jsem uvedla své jméno, ročník, obor a zaměření bakalářské práce. Zmínila jsem se i o tom, jak dlouho bude přibližně trvat vyplnění samotné ankety. Neopomenula jsem uvést, že získaná data budou publikována a uchována v anonymní podobě a ochráněna před jiným užitím. Také jsem tam dodala svou emailovou adresu pro případ, že by účastníci výzkumu měli zájem seznámit se s výsledky studie. Před samotnou anketou i po něm jsem ještě poděkovala účastníkům za čas a ochotu věnovaný k vyplnění ankety.

Výzkum byl realizován o týden později ode dne schválení Žádosti o vyjádření Etické komise UK FTVS ze dne 21. února 2019 pod jednacím číslem 005/2019 (viz příloha č. 2).

4.3 Sběr dat

Anonymní anketu jsem vložila na sociální síť facebook, který má svoji skupinu s názvem „Kochleární implantát“. Tam spolu komunikují nejen rodiče sluchově postižených dětí, ale i samotní uživatelé či osoby, které se v průběhu měsíců stanou také uživateli KI a shání tam tak potřebné informace pro implantaci či výběr vhodného druhu implantátu⁹. Dále jsem rozesílala emaily do všech SPC pro sluchově postižené po celé České republice s žádostí o rozeslání ankety v elektronické podobě všem rodičům, kteří mají své dítě s KI a navštěvují první stupeň běžné ZŠ. Emailové adresy SPC jsem získala za pomoci vyhledávání webových stránek, kde byly přímo uvedeny kontakty na jednotlivá SPC.

⁹ Na trhu existují tři druhy – nejstarší Cochlear, druhý MED-EL a nejnovější AB.

4.4 Analýza dat

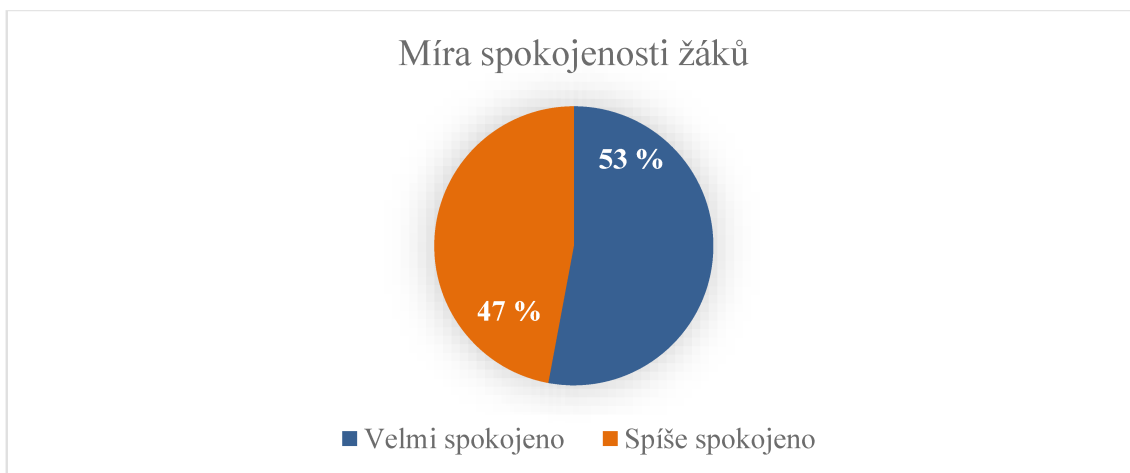
Další fází výzkumu po sběru dat bylo shromáždění všech odpovědí, po kterém jsem přistoupila k jejich následnému zpracování a vyhodnocení. Výsledek z každé otázky jsem pro lepší přehled zanalyzovala pomocí tabulek či grafů.

5 Výsledky

Výsledky jsem rozřadila do pěti kategorií podle vazby k vědeckým otázkám a důležitosti. Jednalo se o *Spokojenost dítěte a škola*; *Uvažování o speciální škole*; *Obtíže při zápisu*; *Tělesná výchova* a *Doplňující údaje*.

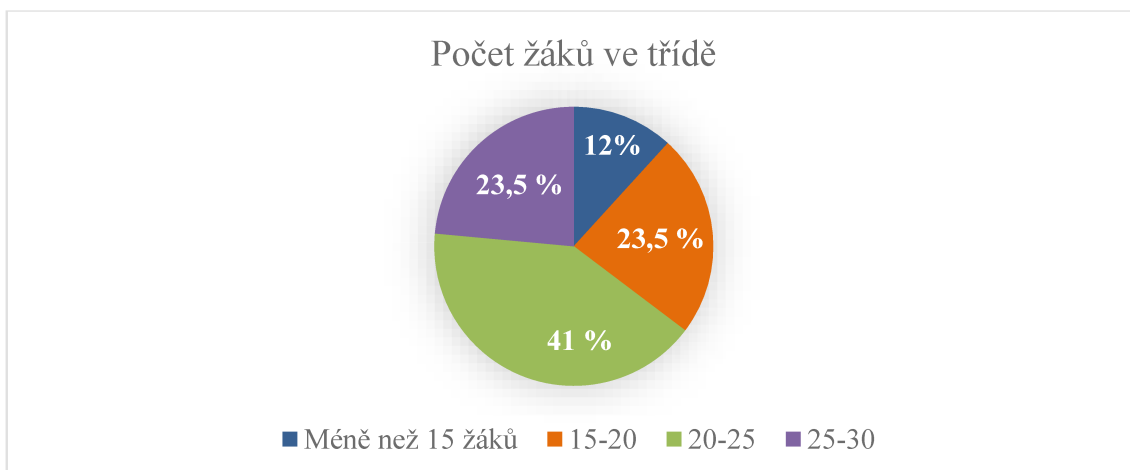
SPOKOJENOST DÍTĚTE A ŠKOLA:

Graf č. 5: Míra spokojenosti žáků



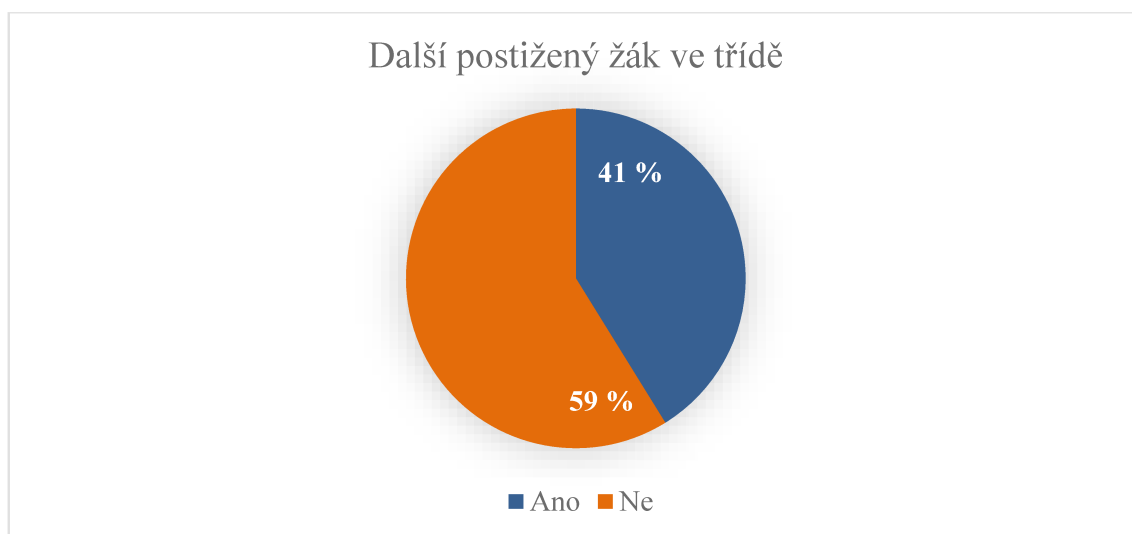
Graf č. 5 ukazuje míru spokojenosti sluchově postižených žáků na běžné ZŠ. 9 (53 %) ze 17 rodičů uvedlo, že je jejich dítě ve třídě velmi spokojené.

Graf č. 6: Počet žáků ve třídě

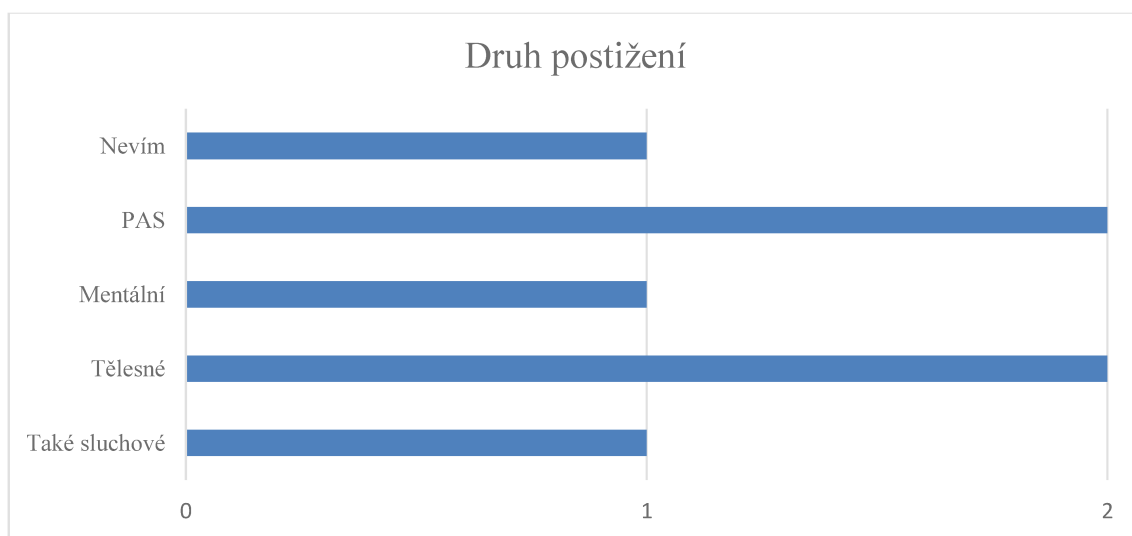


V grafu č. 6 jsem zjišťovala počet žáků ve třídě. Převážná část rodičů 7 (41 %) uvedla, že se ve třídě jejich dítěte nachází kolem 20-25 žáků. Naopak 2 (12 %) rodiče vybrali možnost méně než 15 žáků ve třídě.

Graf 7: Další postižený žák ve třídě



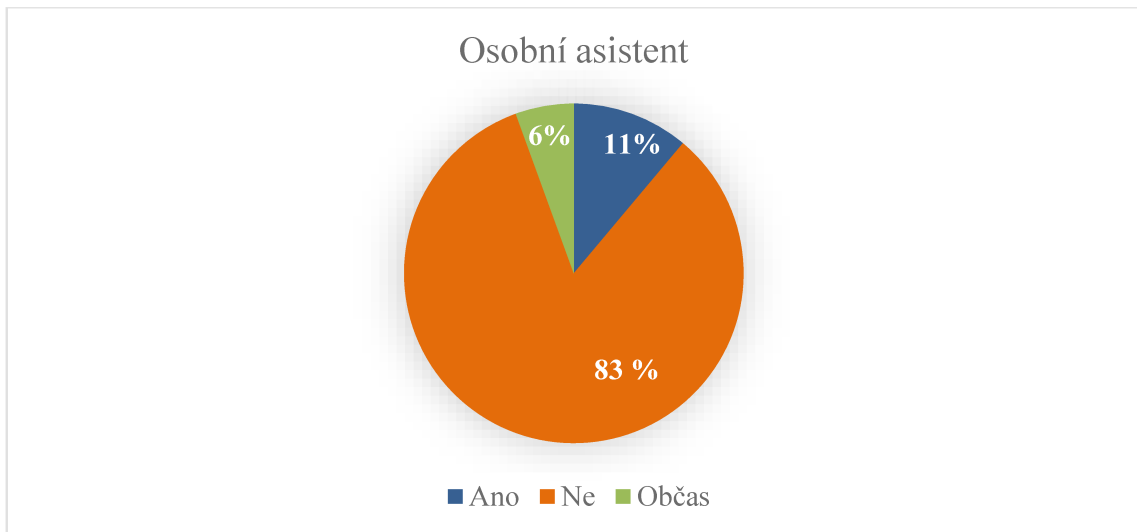
Graf č. 8: Druh postižení



Graf č. 7 znázorňuje počet dalších žáků, kteří mají stejné, popřípadě jiné postižení. Jak je patrné, 10 (59 %) rodičů uvedlo, že se ve třídě nevyskytuje další postižený žák. Zbylých 7 (41 %) rodičů v následujícím grafu č. 8 uváděli, že nejvyšší zastoupení ve třídě jejich dítěte má tělesné postižení a PAS¹⁰. Pro zajímavost přidávám, že u PAS se jednalo o autismus a Aspergerův syndrom.

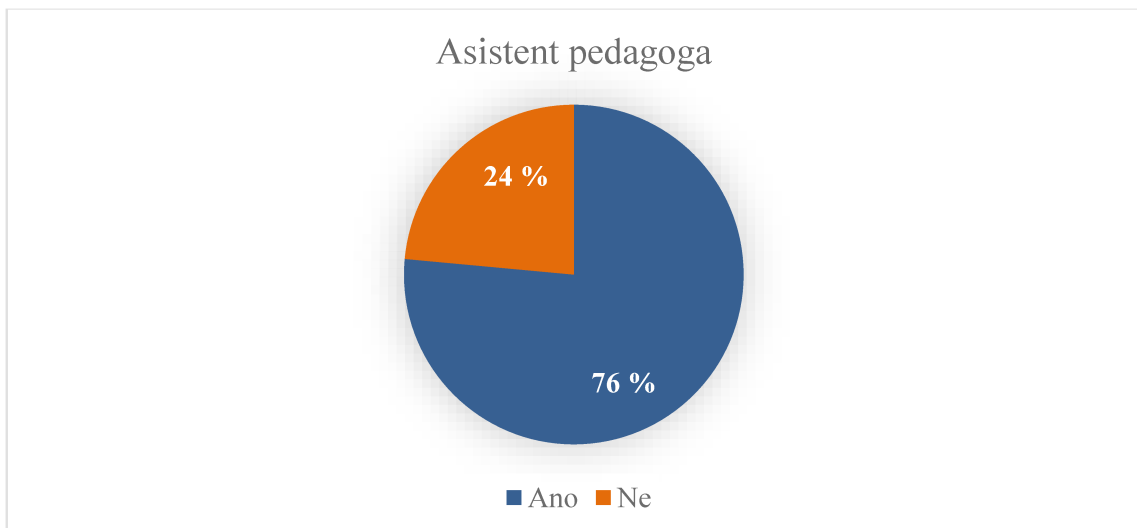
¹⁰ Poruchy autistického spektra.

Graf č. 9: Osobní asistent

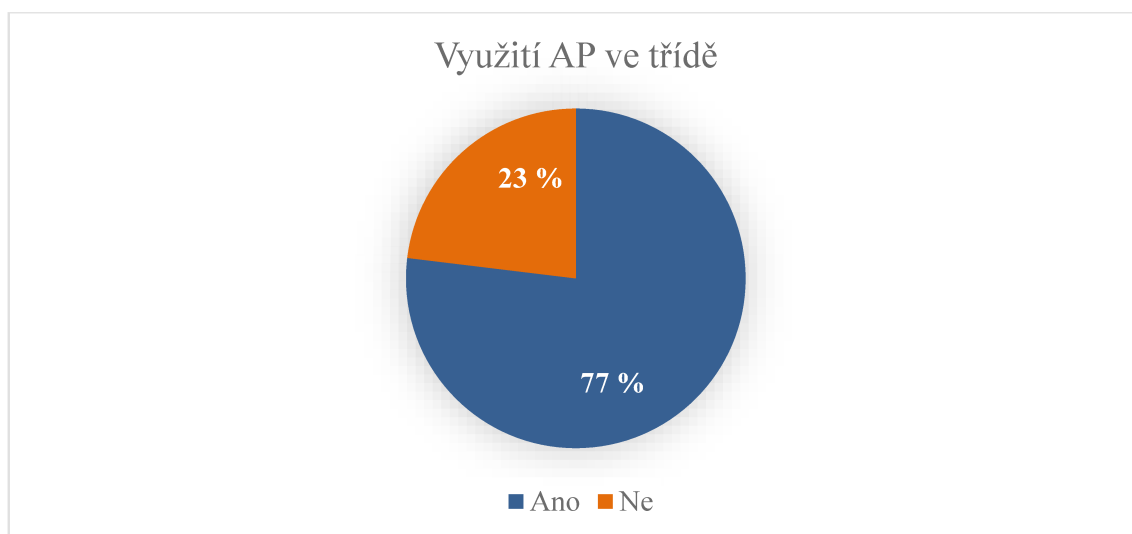


V grafu č. 9 jsem se dotazovala na možnost využití osobního asistenta ve škole. 2 (11 %) rodiče uvedli, že OA využívají. Tito rodiče mi zodpověděli, že jejich dítě využívá asistenta, pokud v hodině nerozumí zadání, při kontrole poznamenaných domácích úkolů a porozumění zadaných prací v hodinách.

Graf č. 10: Asistent pedagoga



Graf č. 11: Využití AP ve třídě



V grafu č. 10 jsem zjišťovala, zda se ve třídě nachází asistent pedagoga. Jak je z výsledků patrné, 13 (76 %) uvedlo, že ano. V následujícím grafu č. 11 jsem se dozvěděla, že 10 (77 %) rodičů uvedlo, že asistent pedagoga se věnuje i zbytku třídy.

UVAŽOVÁNÍ O SPECIÁLNÍ ŠKOLE:

Graf č. 12: Volba speciální ZŠ



Graf č. 13: Důvod výběru běžné školy



V grafu č. 12 jsem zjišťovala, zda rodiče zvažovali možnost volby i speciální ZŠ. 11 (65 %) potvrdilo, že o speciální škole uvažovali. V následujícím grafu č. 13 jsem se u většiny rodičů dozvěděla, že se nakonec rozhodli pro běžnou ZŠ z důvodu, že se jednalo o školu, kterou navštěvovali starší sourozenci, tudíž měli více informací o dané škole či se jednalo o školu blízko domova.

Graf č. 14: Přehlášení žáka z běžné do speciální ZŠ



Zda rodiče přemýšleli o přehlášení svého dítěte z běžné školy v průběhu roku, zodpověděli 3 (18 %) rodiče v grafu č. 14, že tuto možnost zvažovali. Jako jeden ze tří důvodů se uváděl ten, že učitelé měli málo zkušeností s problematikou sluchově postižených. Rodič to vyřešil tím, že absolvoval pravidelné schůzky s pedagogem, kde pravidelně docházelo ke vzájemné spolupráci. Další rodič uvedl, že jeho dítě se setkala

se šikanou ze strany spolužáků, kdy významně pomohla poučná přednáška o problematice sluchově postižených. Třetí rodič považoval za tu školu, kam pravidelně docházelo jeho dítě, za nepřiliš adekvátní, neboť učitelé se nechtěli moc zabývat problematikou sluchově postižených. Proto rodič přistoupil na jiné řešení a to, že své dítě přehlásil na jinou běžnou školu, kde je teď dítě velmi spokojené.

OBTÍŽE PŘI ZÁPISU:

Graf č. 15: Potíže při začleňování žáka

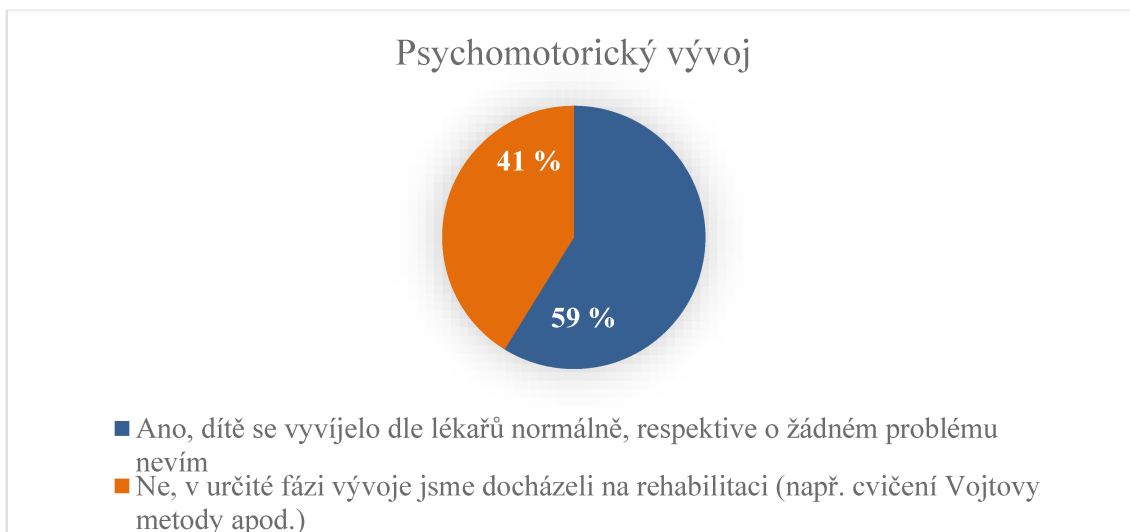


V grafu č. 15 jsem se rodičů dotazovala, zda se při zápisu do první třídy setkali s určitými problémy ze strany školy, kdy jejich dítě odmítali přijmout. 3 (18 %) rodiče uvedli, že ano. Jako důvod jeden rodič uváděl, že škola měla pochybnosti z kombinace diagnóz, především se více obávala z ADHD¹¹. Další rodič se setkal s tím, že škola neměla příliš mnoho zkušeností s problematikou sluchově postižených. Poslední rodič jako důvod uvedl, že škola měla strach, že dítě nebude stíhat tempo výuky.

¹¹ Porucha pozornosti s hyperaktivitou.

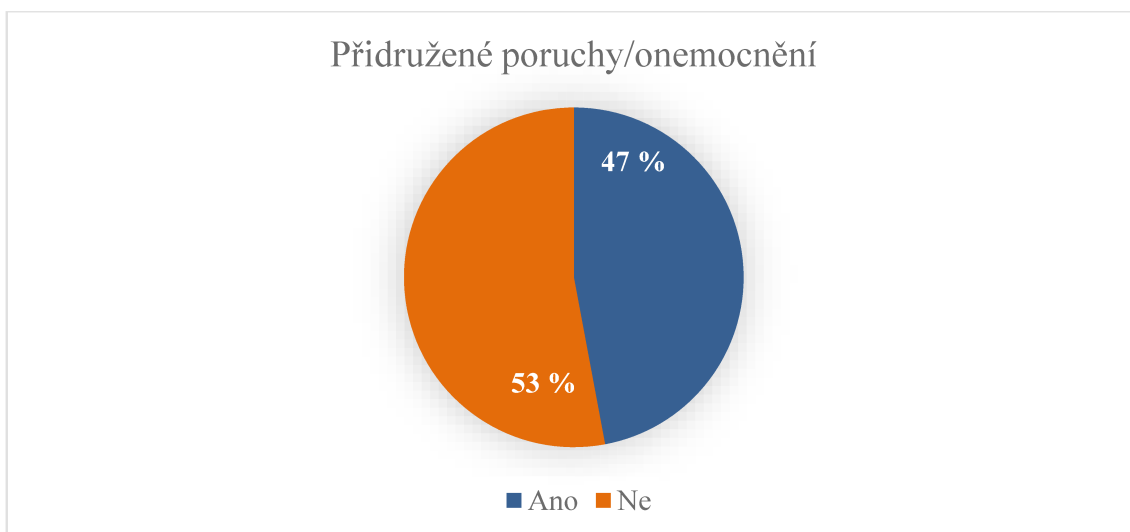
TĚLESNÁ VÝCHOVA:

Graf č. 16: Psychomotorický vývoj

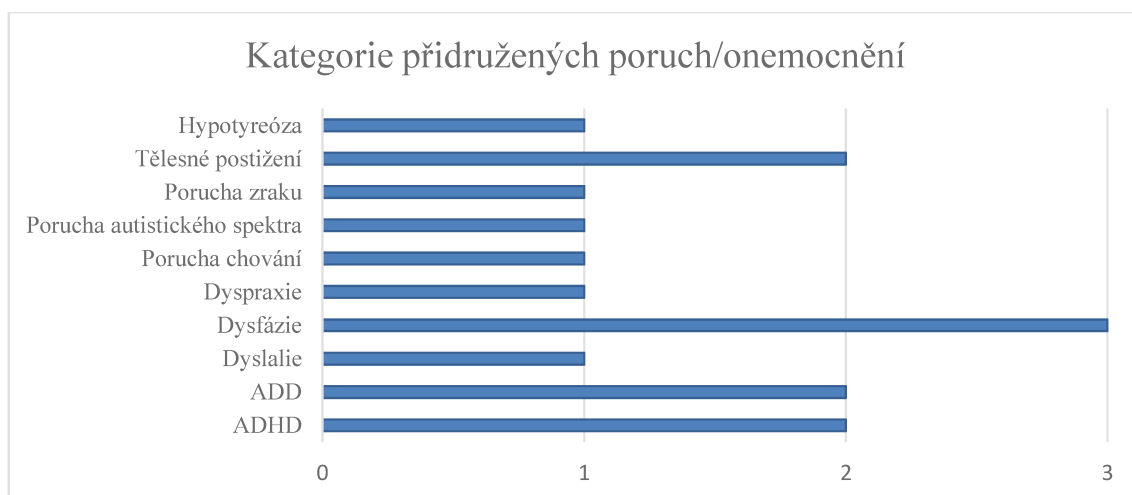


V grafu č. 16 jsem se rodičů dotazovala, zda po narození jejich dítěte sledovali odchylky od normálního psychomotorického vývoje. 10 (59 %) rodičů uvedlo, že jejich dítě se vyvíjelo dle lékařů normálně, respektive o žádném problému sami neví.

Graf č. 17: Přidružené poruchy/onemocnění



Graf č. 18: Kategorie přidružených poruch/onemocnění



Graf č. 17 znázorňuje počet dětí s přidruženými poruchami/onemocnění, kdy 8 (47 %) rodičů uvedlo, že jejich dítě má přidružené poruchy/onemocnění. Jak můžeme vidět v grafu č. 18, nejvíce se převážně jedná o dysfázii¹² s počtem 3 (20 %) respondentů.

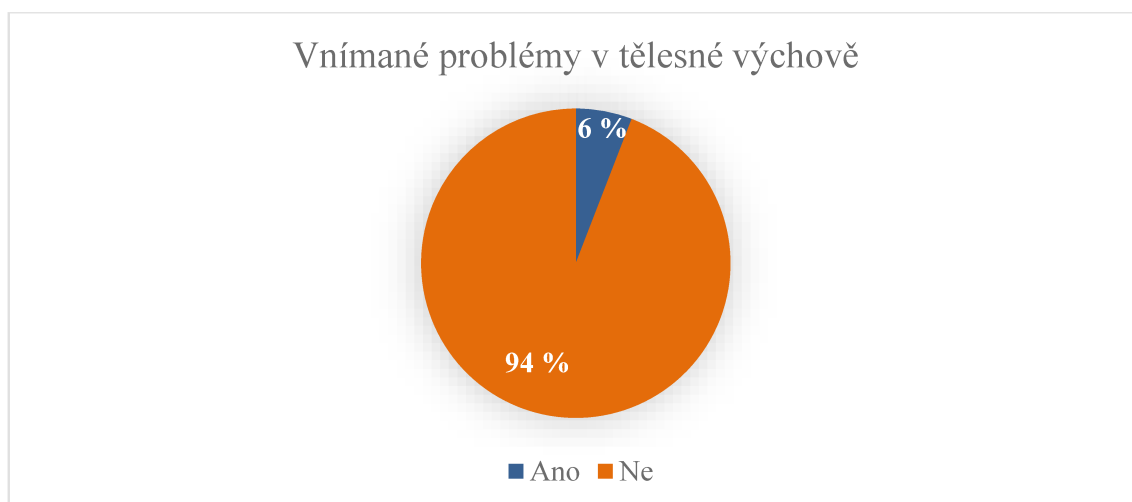
Graf č. 19: Osvobození z tělesné výchovy



V grafu č. 19 jsem se rodičů dotazovala na to, zda je jejich dítě osvobozené z tělesné výchovy. Jak můžeme vidět, ani jeden rodič neuvedl, že je jeho dítě osvobozené z tělesné výchovy. 4 (24 %) rodiče však uvedli, že jejich dítě má určitá omezení od lékaře, o kterých je učitel informován. Jako příklad rodiče zmiňovali, že se jejich děti neúčastní pouze míčových her, především vybíjené, kde je vysoké riziko úderu do hlavy v místě implantace.

¹² Ztížená schopnost nebo neschopnost se naučit verbálně komunikovat (Kutálková, 2002).

Graf č. 20: Vnímané problémy v TV



Graf č. 20 znázorňuje vnímané problémy dítěte v tělesné výchově ze strany učitelů. Pouze 1 (6 %) rodič uvedl, že se setkal s problémem, kdy učitelé nedovolili dítěti provádět některá tělesná cvičení, přestože je nemá od lékaře zakázané.

Graf č. 21: Sportovně nadané dítě



U grafu č. 21 rodiče odpovídali na dotaz, zda mají pocit, že je jejich dítě šikovné na sporty. 9 (53 %) rodičů uvedlo, že si myslí, že je jejich dítě nadané.

Graf č. 22: Zájmové činnosti/kroužky po škole



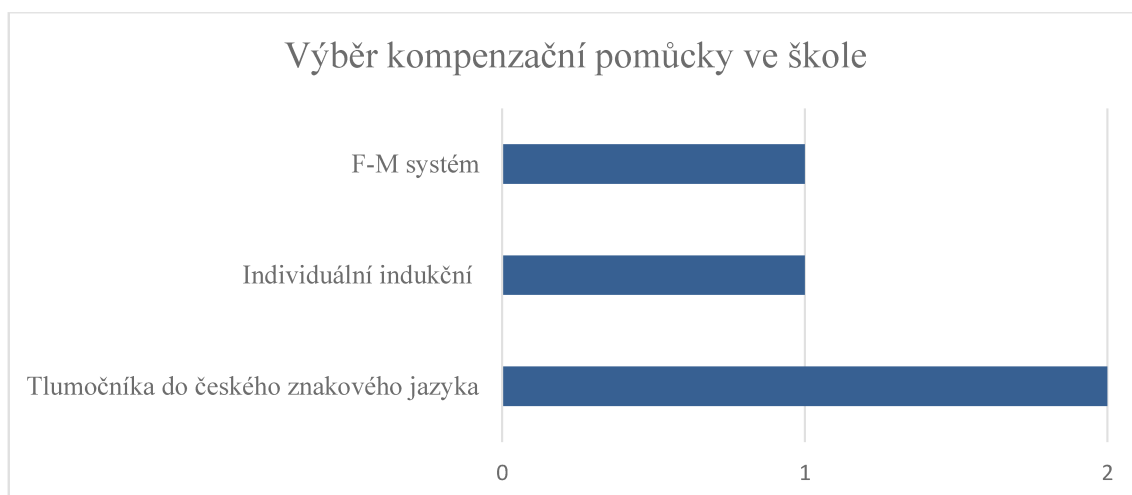
15 (88 %) rodičů v grafu č. 22 uvedlo, že jejich dítě má zájmové činnosti/kroužky po škole. Mezi nejčastějšími kroužky, které děti navštěvují, jsou ty sportovní: volejbal, plavání, florbal, jízda na koni, fotbal, lezení po stěně, basketbal, zumba, hasičský sport, posilovací cvičení na balóněch. Dále se tu objevily i tvořivé kroužky, například keramický, kreativní a výtvarný. Mezi počítačové kroužky rodiče vypisovali programování, animace a Minecraft. Za zmínku stojí i kurz navštěvování anglického jazyka.

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

Graf č. 23: Kompenzační pomůcka ve škole

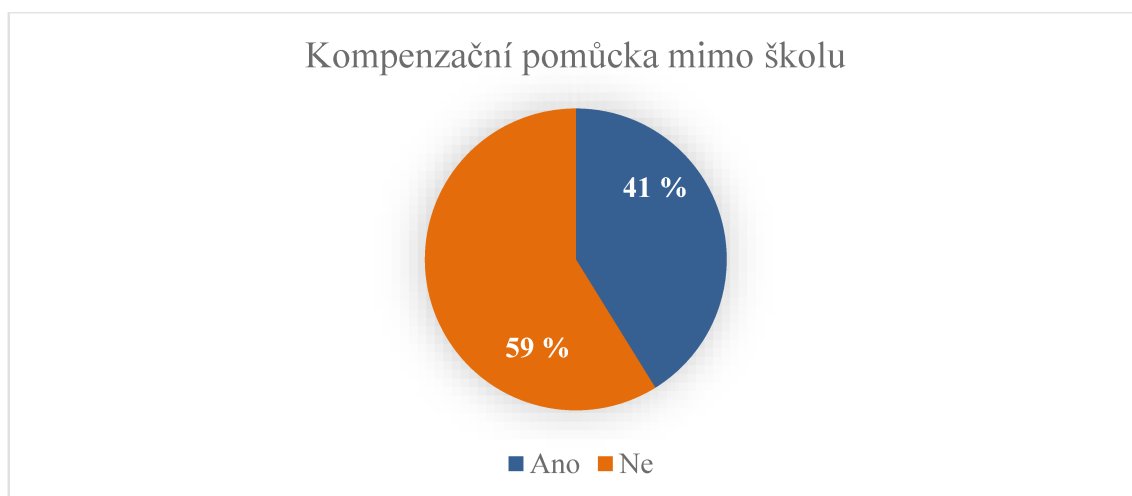


Graf č. 24: Výběr kompenzační pomůcky ve škole

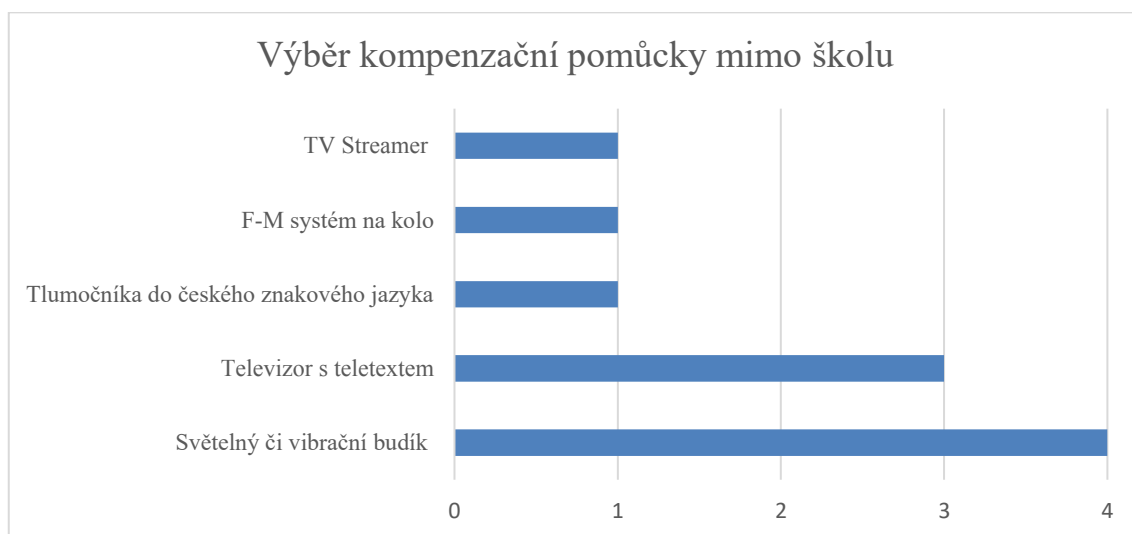


Pro další získávání informací jsem se rodičů dotazovala, zda jejich dítě využívá kompenzační pomůcku ve škole. Jak je z grafu č. 23 patrné, pouze 4 (24 %) žáci nějakou využívají. Jak můžeme vidět v grafu č. 24, jedná se převážně o Tlumočnicka do českého znakového jazyka.

Graf č. 25: Kompenzační pomůcka mimo školu



Graf č. 26: *Výběr kompenzační pomůcky mimo školu*



Zda využívají i kompenzační pomůcku mimo školu, zodpovědělo 7 (41 %) rodičů v grafu č. 25, že ano. Jak můžeme vidět v grafu č. 26, 4 (40 %) děti využívají Světelný či vibrační budík.

6 Diskuze

S pojmem inkluze se ve světě setkáváme čím dál častěji, zejména v oblasti školství jako inkluzivní vzdělávání žáků a mládeže. Cílem inkluze je začleňování zdravotně postižených osob mezi zdravé jedince tak, že mezi nimi nevznikají žádné rozdíly. Ve všech možnostech jsou si rovni a mají i stejná práva jako ostatní.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě mých zkušeností, které jsem získala jako sluchově postižený žák v běžném proudu vzdělávání. Jelikož při mém nástupu do první třídy (cca před patnácti lety) se tehdy mluvilo o integraci, mohu porovnat svoji situaci s tou dnešní. Proto na bázi výsledků z dotazníků, které jsem získala od rodičů sluchově postižených dětí, mám možnost celou situaci posoudit z vlastního úhlu pohledu.

V praktické části jsem si stanovila pět vědeckých otázek, které mi pomohly zjistit, jak moc bylo úspěšné začleňování sluchově postižených žáků do běžného proudu vzdělávání. Na to, abych získala co nejvíce ohlasů od rodičů, jsem si stanovila, že potřebuji, aby anonymní anketu vyplnilo alespoň 20 rodičů. Na sběr dat jsem si však nestanovila příliš mnoho času, anketu jsem na webovou stránku zavěsila v relativně pozdním termínu, a to se odrazilo i v návratnosti odpovědí a celkových výsledcích. Především získat potřebná data přes sociální síť facebook se mi moc nedařilo, neboť mnoho rodičů k této variantě nepřistupovalo. Proto jsem přikročila ke druhému řešení, a to zasílání emailů do všech SPC pro sluchově postižené po celé České republice s žádostí o zaslání anonymní ankety všem rodičům, kteří mají dítě s kochleárním implantátem na prvním stupni ZŠ. To už mělo vyšší odezvu a postupně tak anketu vyplnilo dohromady 17 rodičů. I přes veškeré nepříjemnosti hodnotím získání 17 respondentů za úspěšné a dostačující k tomu, abych z toho mohla udělat výzkumné závěry.

První vědecká otázka: Vnímá většina rodičů dětí s KI, že je jejich dítě v inkluzivním vzdělávání spokojeno?

Na tuto otázku lze na základě výsledků odpovědět, že ano. Z dotazu: Máte pocit, že je Vaše dítě ve třídě spokojené? 9 (53 %) rodičů uvedlo, že je jejich dítě ve třídě „velmi spokojené“. 8 (47 %) rodičů uvedlo, že je jejich dítě „spíše spokojené“. Tyto výsledky nás přesvědčují o tom, že inkluzivní vzdělávání má smysl, protože sluchově postižené děti nepocítují, že jsou vnímány jako „cizinci“. Na to, zda bude dítě

šikanováno nebo ne, totiž nezáleží na jeho sluchovém postižení, ale spíše na tom, jakou má dítě osobnost, zda je introvert či extrovert. Záleží i na tom, zda dítě má staršího či mladšího sourozence, protože se na kolektiv dětí lépe adaptuje. Ke spokojenosti ve škole můžou totiž vést takové drobnosti, které dítěti zvýší sluchový komfort jako je vybavení třídy vzhledem k akustickým podmínkám (závěsy, záclony, eventuálně koberce).

Druhá vědecká otázka: Zvažovala většina rodičů před začátkem školní docházky variantu speciální školy?

I na druhou otázku lze odpovědět, že ano. Tak zněla odpověď většiny (65 %) rodičů položená v anketě takto: Zvažovali jste pro Vaše dítě možnost volby i speciální ZŠ? Z výzkumu vyplynulo, že všichni dotazovaní rodiče se staví k inkluzi v pozitivním slova smyslu, ale i přesto mají určité obavy o své dítě. Zahrnuje to otázky typu: Bude pedagog vědět, jak přistupovat k neslyšícímu žákovi? Nebude brzdit ostatní spolužáky ve výuce? Bude mít pedagog dostatek trpělivosti? Volba je především na rodičích, kteří tak rozhodují o vhodné škole. To ovšem není jednoduché, neboť rodiče musí probrat všechny možné varianty, než přistoupí k výslednému řešení – inkluzivnímu vzdělávání.

Ačkoliv autorky Janotová a Svobodová (1998) tvrdí, že není vhodné rozhodovat se o tom, zda zvolit běžnou nebo speciální ZŠ na základě blízkosti bydliště, většina respondentů mi v dotazníku však odpověděla, že školu pro své dítě zvolila právě kvůli této možnosti (36,3 %). Další nejčastější důvod rodiče udávali, že se jednalo o školu, kterou navštěvovali starší sourozenci (36,3 %). Dále na základě toho, že se jednalo o školu s menším počtem žáků (9,1 %). O školu, na které učí někdo známý (9,1 %) či jeden rodič dokonce uvedl, že se jednalo o školu, která měla již předchozí zkušenosti s neslyšícím žákem.

Třetí vědecká otázka: Setkala se většina rodičů s obtížemi při zápisu dítěte do běžné školy (např. nedoporučení ředitele, pochybnosti o úspěšnosti inkluze atd.)?

Zde můžeme na základě výsledků odpovědět, že nikoli. Z dotazu: Setkali jste se při zápisu do první třídy s určitými problémy ze strany školy, kdy Vaše dítě odmítali z nějakého důvodu přijmout? Valná většina rodičů (82 %) uvedla, že se při pokusu o začlenění svého dítěte do běžného proudu s žádnými potížemi ze strany školy nesetkala. U zbylých 18 %, u kterých jsem se dále dotazovala, jaký byl konkrétní důvod, mi bylo zodpovězeno, že se škola obávala z kombinace diagnóz, kdy měla zvláště větší strach ze

samotného ADHD. Dalšího rodiče odmítala škola z toho důvodu, že měla málo zkušeností s problematikou sluchově postižených a u třetího rodiče se obávali, že dítě nebude stíhat tempo výuky.

Řada autorů však veškeré obavy škol vyvrací. Například autor Booth et al. (2011) dokázal, že žáci, kteří se vzdělávají v běžném proudu, mají z inkluze větší prospěch v oblasti vzdělávání a sociálního chování než ti žáci, kteří se vzdělávají ve speciálních školách. Jak zmiňuje další autor Jordan et al. (2009), postoj inkluze je ovlivňován i osobností samotného pedagoga. Považuje-li pedagog vzdělání osob se specifickými potřebami za svou zodpovědnost, pak je celkově efektivnější při práci se všemi žáky ve třídě.

Je však třeba dodat, že do procesu inkluzivního vzdělávání nejsou zapojeni jen pedagogové, ale i samotní rodiče, kteří tak spolupracují s danou školou. Jsou to především rodiče, kteří mají o svém dítěti vždy lepší přehled než samotní učitelé. Proto při plánování vhodného přístupu k žákovi jsou tyto informace od rodičů velmi neocenitelné.

Čtvrtá vědecká otázka: Je většina dětí uvedených respondentů plně a bez obtíží začleněna do tělesné výchovy?

Výsledky ukazují, že ano. Tak zněla odpověď všech rodičů na tuto položenou otázku. Ani jedno dítě není osvobozené z tělesné výchovy. 13 (76 %) dětí dělá stejné aktivity jako jejich spolužáci. Avšak 4 (24 %) žáci, jak uvedli sami rodiče, mají určitá omezení od lékaře, o kterých je učitel informován. Jako příklad rodiče zmiňovali to, že se jejich děti neúčastní pouze míčových her, především vybíjené, kde je vysoké riziko úderu do hlavy v místě implantace.

Je však důležité zmínit, že i přesto, že žádné dítě není osvobozené z tělesné výchovy, se může setkat i s potížemi ze strany učitelů. V mém výzkumu se však jednalo pouze o jednoho žáka. Jako důvod rodič uvedl to, že jeho dítěti učitelé nedovolili provádět některá tělesná cvičení, přestože je nemá od lékaře zakázané. Je to dáno tím, že učitelé mají strach, aby nemuseli být zodpovědní za to, že se dítěti něco stane.

Tyto výsledky nás přesvědčují o tom, že sluchově postižené dítě není obvykle omezené pohybem, tudíž není důvod, proč by mělo být z tělesné výchovy osvobozené. Ale sama si myslím, že začlenit dítě do hodiny tělesné výchovy dnes není až takový problém, protože sami učitelé uvádějí, že děti této generace jsou méně tělesně zdatné, a

proto i nároky v hodině tělesné výchovy se snižují. Proto v hodinách tělesné výchovy je učitel daleko opatrnější, než by byl u dětí ještě před patnácti lety. Jiná věc jsou lekce plavání ve škole. V tuto chvíli se dítě stává absolutně neslyšícím a učitel s ním v bazénu nemůže komunikovat.

Pátá vědecká otázka: Končí obavy většiny rodičů po několika měsících nástupu jejich dítěte na běžnou ZŠ?

Zde lze odpovědět, že ano. Na otázku: Přemýšleli jste během toho, co Vaše dítě pravidelně docházelo do běžné školy, že ho v průběhu roku přehlásíte do speciální školy? 82 % rodičů uvedlo, že poté, co se rozhodli, že své dítě dají do inkluzivního vzdělávání, jejich veškeré obavy v průběhu několika měsíců o jejich dítě opadly. U zbylých 18 % rodičů jsem se nadále ptala na konkrétní důvod jejich obav. Dva rodiče uvedli, že učitelé měli málo zkušeností s problematikou sluchově postižených. Další rodič přemýšlel o speciální škole pro své dítě z důvodu šikany ze strany jeho spolužáků.

Jak můžeme z šetření zjistit, rodiče, kteří se o své dítě obávali i při nástupu do běžné školy a uvažovali tak i o speciální škole, nakonec k této variantě nepřistoupili a problém s danou školou vyřešili následovně: jeden rodič na vlastní pěst nabídnul pravidelné schůzky s pedagogem, kde docházelo ke vzájemné spolupráci a pedagog tak dostal širší obzor o problematice sluchově postižených. Jiný rodič se stejný problém snažil vyřešit stejně jako předchozí rodič. Bohužel učitelé to nadále nebrali v potaz, proto přistoupil k jiné variantě. Svě dítě přehlásil do jiné běžné školy, kde již učitelé měli kladný postoj ke sluchově postiženým, a proto neodmítali tento problém s rodičem řešit. Proti nadále objevující se šikaně jeden rodič uspořádal poučnou přednášku, která významně pomohla vyřešit napjaté vztahy mezi spolužáky.

Učitelé se většinou k inkluzi staví stejně jako rodiče v pozitivním slova smyslu. Jak však ale vyšlo najevo z jednoho šetření od autorů Kaufmanna a Hallahana (1995), ne každá inkluze funguje tím správným způsobem. Jako nejčastější důvody pro neúspěch inkluze uvádí autoři to, že do této problematiky jsou vztaženi pedagogové, kteří nejsou dostatečně informováni o této možnosti vzdělávání. A pak se stává to, že tuto změnu přijmou příliš rychle nebo příliš pomalu až nakonec upadne jakýkoliv zájem o změny. Za hlavní důvod považují i to, že škola nepřijímá rodiče jako rovnocenné partnery a naopak, rodiče mají potíže s domluvou s pedagogy. V každém případě je třeba aby se obě zúčastněné strany shodly, vždyť jednají v zájmu dítěte.

Z celého výzkumu vyplývá, že začleňování neslyšícího žáka se substitucí kochleárního implantátu do běžného proudu vzdělávání není problém. Pokud je žák s implantátem dobře a s dostatečnou dobou zrehabilitovaný, pak se tento handicap jeví pro inkluzi optimální na rozdíl od jiných druhů postižení.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo posoudit úspěšnost začleňování dítěte s kochleárním implantátem do běžného proudu vzdělávání. Na základě získání informací z anonymní ankety od rodičů jsem došla k závěru, že inkluze dítěte s kochleárním implantátem byla úspěšná.

Neznamená to však, že by se jakýkoliv rodič nepotýkal s žádným problémem, ať už ze strany školy či ze strany spolužáků. Je proto dobré si uvědomit, že při začleňování kteréhokoliv dítěte na běžnou ZŠ se musí kromě sluchové vady brát v potaz i to, že každé dítě je jiné, vlastním způsobem originál. A proto v praxi nefunguje, že co nedělá potíže někomu jinému, bude automaticky nedělat potíže i následujícímu.

Problematika inkluzivního vzdělávání dětí s kochleárním implantátem je velmi úzké téma, neboť v České republice byla dohromady provedena implantace kochleárního implantátu cca 1 100 lidem. Z toho počet mezi dospělými činí kolem 300 lidí a dětí je něco mezi 750 až 800. V minulosti byla ještě zejména kritéria k získání kochleárního implantátu složitější než dnes. Především byl omezený počet adeptů ročně na implantaci, nesměli mít žádné kombinované postižení a samotná implantace se prováděla na jednom uchu. Dalším měřítkem bylo, že přednost na získání implantátu měli ohluchlí (postlingválně neslyšící) před vrozeně neslyšícími (prelingválně neslyšící).

Dříve se ani neočekával tak velký úspěch v rozvíjení řeči, kdy kochleární implantát sloužil spíše jako podpůrné řešení handicapu. Dnes je naprosto jasné, že kochleární implantát vrozeně neslyšícímu postaví řeč. Důležité u dětí však je, aby implantace byla provedena co nejdříve. To znamená zhruba do dvou let, protože je to období, kdy u dítěte dochází k rozvoji řeči. Proto je podstatné zahájit následnou rehabilitaci co nejdříve po implantaci.

Kochleární implantát tak umožňuje každodenní slyšení všemožných zvuků a porozumění řeči, které by jinak neslyšící člověk neměl šanci nikdy zachytit. Především by neměl příliš velké vyhlídky na začlenění se do slyšící společnosti a neměl by ani tu možnost okusit eventualitu inkluzivního vzdělávání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografické zdroje

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Vyd. 7. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. BANJARA, H. et al. Detection of Connexion 26 GENE (GJB2) Mutations in Cases of Congenital Non Syndromic Deafness. *Indian Journal of otolaryngology and head and neck surgery*, 2015, 68 (2), 248-253.
3. BAREŠOVÁ J., HRUBÝ J. *Didaktické a technické pomůcky pro sluchově postižené v MŠ a ZŠ*. Vyd. 1. Praha: Septima, 1999, 24 s. ISBN 80-7216-105-9.
4. BOOTH, T. et al. *Index for Inclusion: Developing learning and participation in schools*. 3. ed. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education, 2011, 190 p. ISBN 978-1-872001-68-5.
5. DLOUHÁ, O., ČERNÝ, L. *Foniatric*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 152 s. ISBN 978-80-246-2048-0.
6. DURSTINE, J. L., MOORE, G. E. *ACSM's Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities*. 2. ed. Champaign: Human Kinetics, 2003, 439 p. ISBN 978-0-7360-3872-0.
7. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2013, 1049 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
8. HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Vyd. 1. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2016, 302 s. ISBN 978-80-7290-619-2.
9. HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I. *Inkluzivní vzdělávání*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 224 s. ISBN 978-80-247-3070-7.
10. HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Vyd. 1. Praha: Septima, 2012, 92 s. ISBN 80-7216-162-8.
11. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
12. HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. Vyd. 2. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999, 395 s. ISBN 80-7216-096-6.
13. JANOTOVÁ N., SVOBODOVÁ K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Vyd. 1. Praha: Septima, 1998, 58 s. ISBN 80-7216-050-8.

14. JESENSKÝ, Ján. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995, 175 s. ISBN 80-7184-030-0.
15. JORDAN, A. et al. Preparing teachers for inclusive classrooms. In *Teaching and Teacher Education*, 2009, 25 (4), 535-542.
16. KABÉLE, František. *Somatopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, 1993, 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
17. KAUFMANN, J. M., HALLAHAN, D. P. *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current educational bandwagon*. 1. ed. Austin, TX: Pro-Ed, 1995, 362 p. ISBN 0-89079-612-2.
18. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
19. KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2016, 327 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
20. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči; Dysfázie: metodika a reedukace*. Vyd. 1. Praha: Septima, 2002, 102 s. ISBN 80-7216-177-6.
21. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
22. LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
23. LIEBERMAN, L. J., COWART, J. F. *Games for people with sensory impairments: strategies for Including Individuals of All Ages*. 1. ed. Champaign: Human Kinetics, 1996, 145 p. ISBN 0-87322-890-1.
24. NĚMEC, Z. a kol. *Asistent pedagoga v inkluzivní škole*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2014, 80 s. ISBN 978-80-7290-712-0.
25. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2009, 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6
26. RŮŽIČKOVÁ, K., VÍTOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 146 s. ISBN 978-80-7435-424-3.
27. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
28. ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatricie*. Vyd. 1. Brno: Paido, 1999, 85 s. ISBN 80-85931-67-2.

29. WINNICK, Joseph P. *Adapted Physical Education and Sport*. 3. ed. New York: Human Kinetics, 2000, 490 p. ISBN 0-7360-3324-6.

Elektronické zdroje

(I.) *World Health Organization* [online]. [cit. 2019-02-02]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/countries/czech-republic>

(II.) *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2017, 2018, ISBN 978-80-7472-168-7.

(III.) *Wikipedia* [online]. Ucho [cit. 2019-02-06]. Poslední aktualizace 28. 10. 2018. GND 4133604-5. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Ucho>

(IV.) *Wikiskripta* [online]. Vestibulární aparát [cit. 2019-02-03]. Poslední aktualizace 3. 1. 2019. ISSN 1804-6517. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Vestibul%C3%A1rn%C3%AD_apar%C3%A1t

(V.) *Pomůcky pro neslyšící* [online]. Ztrácíte sluch? [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <http://www.pomuckyproneslysici.cz/ztracite-sluch/t1130>

(VI.) *Wikiskripta* [online]. Chirurgická léčba hluchoty [cit. 2019-02-07]. Poslední aktualizace 10. 1. 2016. ISSN 1804-6517. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Chirurgick%C3%A1_l%C3%A9%C4%8Dba_hluchoty

(VII. a VIII.) *Telemedicina* [online]. Kochleární implantát [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-ork/index.php?pg=ucho--choroby-vnitriho-ucha--rehabilitace-sluhovych-vad--kochlearni-implantat>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Stavba sluchového orgánu (III.).....	13
Obrázek 2: Vestibulární aparát (III.).....	14
Obrázek č. 3: Různé typy sluchadel (V).	21
Obrázek č. 4: Popis kochleárního implantátu (VII.).....	23
Obrázek č. 5: Vnější část kochleárního implantátu (VIII.).....	23

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Příčiny vzniku sluchového postižení dle Horákové (2012, s. 21)	16
Tabulka č. 2: Klasifikace sluchových vad	18
Tabulka č. 3: Věk respondentů	33
Tabulka č. 4: Věk a třída respondentů v závislosti na odklad	33
Tabulka č. 5: Možnost využití sluchadla	34

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Jednostranná či oboustranná implantace	33
Graf č. 2: Sluchové postižení u rodičů.....	34
Graf č. 3: Výskyt dalších dětí v rodině	34
Graf č. 4: Sourozenci	35
Graf č. 5: Míra spokojenosti žáků.....	38
Graf č. 6: Počet žáků ve třídě.....	38
Graf 7: Další postižený žák ve třídě.....	39
Graf č. 8: Druh postižení.....	39
Graf č. 9: Osobní asistent.....	40
Graf č. 10: Asistent pedagoga.....	40
Graf č. 11: Využití AP ve třídě	41
Graf č. 12: Volba speciální ZŠ.....	41
Graf č. 13: Důvod výběru běžné školy	42
Graf č. 14: Přehlášení žáka z běžné do speciální ZŠ	42
Graf č. 15: Potíže při začleňování žáka	43
Graf č. 16: Psychomotorický vývoj	44
Graf č. 17: Přidružené poruchy/onemocnění	44
Graf č. 18: Kategorie přidružených poruch/onemocnění.....	45
Graf č. 19: Osвобоzení z tělesné výchovy	45
Graf č. 20: Vnímané problémy v TV	46
Graf č. 21: Sportovně nadané dítě	46
Graf č. 22: Zájmové činnosti/kroužky po škole.....	47
Graf č. 23: Kompenzační pomůcka ve škole	47
Graf č. 24: Výběr kompenzační pomůcky ve škole.....	48
Graf č. 25: Kompenzační pomůcka mimo školu	48
Graf č. 26: Výběr kompenzační pomůcky mimo školu	49

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Anketní šetření

Příloha č. 2: Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

Příloha č. 1: Anketní šetření

Já, Johana Marková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na FTVS Univerzity Karlovy. Tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění ankety, která bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci. Ve své práci zkoumám problematiku začleňování dítěte s kochleárním implantátem na prvním stupni základní školy. Chtěla bych Vás tedy požádat o vyplnění této ankety, která Vám zabere cca 15 minut.

Získaná data budou využita ke zpracování bakalářské práce, případně dalšímu výzkumu na UK FTVS; budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě a ochráněna před jiným užitím. Pokud budete mít zájem seznámit se s výsledky studie, napište mi na adresu: markovajohana@seznam.cz. Vyplněním a odevzdáním ankety potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byl(a) informován(a), jakož i o právu odmítnout účast nebo svůj souhlas kdykoliv odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS.

Předem děkuji za Vaši ochotu při vyplnění ankety.

1. Vaše dítě je:

- Chlapec
- Děvče

2. Věk Vašeho dítěte:

- 6 let
- 7 let
- 8 let
- 9 let
- 10 let
- 11 let
- Více než 11 let

3. Třída, v níž je Vaše dítě v tomto školním roce:

- 1. třída
- 2. třída
- 3. třída
- 4. třída
- 5. třída

4. Prodělalo Vaše dítě jednostrannou nebo oboustrannou implantaci?

- Jednostrannou
- Oboustrannou

5. Pokud má Vaše dítě jednostrannou implantaci, používá na druhém uchu sluchadlo?

- Ano
- Ne

6. Prošlo Vaše dítě normálním psychomotorickým vývojem?

- Ano, dítě se vyvíjelo dle lékařů normálně, respektive o žádném problému nevím
- Ne, v určité fázi vývoje jsme docházeli na rehabilitaci (např. cvičení Vojtovy metody apod.)

7. Má Vaše dítě nějaké přidružené poruchy / onemocnění?

- Ano
- Ne

8. Pokud ano, prosím zaškrtněte která:

- Porucha pozornosti, ADD
- Porucha pozornosti s hyperaktivitou, ADHD
- Dyslexie
- Dysgrafie
- Dysortografie
- Dyskalkulie
- Dyslalie
- Dysfázie
- Afázie
- Dyspraxie
- Porucha chování
- Porucha autistického spektra
- Porucha zraku
- Porucha intelektu
- Tělesné postižení (např. dětská mozková obrna)
- Epilepsie
- Cukrovka
- Obezita
- Jiná (prosím specifikujte)

9. Otázka pro rodiče – jste oba slyšící?

- Ano
- Ne

10. Pokud jste zaškrtnli „ne“, kdo z Vás je neslyšící?

- Matka
- Otec
- Oba

11. Otázka pro rodiče – máte další děti?

- Ano
- Ne

12. Pokud jste zaškrtnuli „ano“, jsou starší či mladší?

- Starší
- Mladší
- Starší i mladší

13. Kolik žáků je ve třídě Vašeho dítěte?

- Méně než 15 žáků
- 15 - 20
- 20 - 25
- 30 - 35
- Více než 35 žáků

14. Je ve třídě další žák, který má sluchové, popřípadě jiné postižení?

- Ano
- Ne

15. Pokud ano, jaké má postižení?

- Také sluchové
- Zrakové
- Tělesné
- Jiná (prosím specifikujte)
- Nevím

16. Využívá Vaše dítě osobního asistenta?

(OA pomáhá v běžných činnostech, které postižená osoba nezvládne sama – např. oblékání, při hygieně, příprava pomůcek na hodinu apod.)

- Ano
- Ne
- Občas

17. Pokud jste zaškrtnuli „ano“ nebo „občas“, s čím konkrétně pomáhá Vašemu dítěti?

.....
.....

18. Nachází se v jeho/její třídě asistent pedagoga?

(AP je pomocník pedagoga, který se podílí na vzdělávacím procesu.)

- Ano
- Ne
- Občas

19. Pokud jste zaškrtnuli „ano“ nebo „občas“, věnuje se ještě někomu jinému, kromě Vašeho dítěte?

- Ano
- Ne

20. Využívá Vaše dítě ve škole kompenzační pomůcku?

- Ano
- Ne

21. Pokud ano, jakou? *(Možnost zaškrtnout více odpovědí).*

- Individuální indukční smyčka
- F-M systém
- Tlumočnicka do českého znakového jazyka
- Jiná (prosím specifikujte)

22. Využívá Vaše dítě kompenzační pomůcku mimo školu?

- Ano
- Ne

23. Pokud ano, jakou? *(Možnost zaškrtnout více odpovědí).*

- Světelný či vibrační budík
- Televizor s teletextem
- Psací telefon
- Signalizace bytového a domovního zvonku
- Jiná (prosím specifikujte)

24. Otázka pro rodiče – zvažovali jste pro Vaše dítě možnost volby i speciální ZŠ?

- Ano
- Ne

25. Pokud ano, co Vás nakonec přimělo se rozhodnout pro běžnou ZŠ?

- Škola blízko domova
- Škola s menším počtem žáků
- Škola, kterou navštěvovali starší sourozenci, tudíž více informací o dané škole
- Někdo známý, kdo na dané škole učí
- Jiná (prosím specifikujte)

26. Máte pocit, že je Vaše dítě ve třídě spokojené?

- Velmi spokojeno
- Spíše spokojeno
- Spíše nespokojeno
- Velmi nespokojeno

27. Zaškrtnli-li jste „spíše nespokojeno“ nebo „velmi nespokojeno“, uveďte, prosím, důvod.

.....
.....

28. Setkali jste se při zápisu do první třídy s určitými problémy ze strany školy, kdy Vaše dítě odmítali z nějakého důvodu přijmout?

- Ano
- Ne

29. Pokud ano, můžete, prosím, říct, z jakého konkrétního důvodu?

.....
.....

30. Přemýšleli jste během toho, co Vaše dítě pravidelně docházelo do běžné školy, že ho v průběhu roku přehlásíte do speciální školy?

- Ano
- Ne

31. Pokud ano, uveďte, prosím, z jakého důvodu.

- Šikana ze strany spolužáků
- Dítě mělo problémy stíhat tempo výuky
- Učitelé měli málo zkušeností s problematikou sluchově postižených
- Jiná (prosím specifikujte)

32. Jak jste tento problém nakonec vyřešili?

.....
.....

33. Je Vaše dítě osvobozeno z tělesné výchovy?

- Ano
- Ne, dělá všechny aktivity jako jeho spolužáci
- Ne, ale má určitá omezení od lékaře, o kterých je učitel informován

34. Pokud je Vaše dítě osvobozeno z TV, z jakého důvodu?

.....
.....

35. Setkalo se Vaše dítě s některým problémem v tělesné výchově ze strany učitelů?

- Ano
- Ne

36. Pokud ano, o co se jednalo?

- Učitelé nedovolili dítěti provádět některá tělesná cvičení (např. provádění výmyku, skoku do dálky apod.), přestože je nemá od lékaře zakázané
- Dítěti nedovolili cvičit vůbec
- Jiná (prosím specifikujte)

37. Máte pocit, že je Vaše dítě sportovně nadané?

- Ano
- Ne

38. Má Vaše dítě po škole zájmové činnosti/kroužky?

- Ano
- Ne

39. Pokud ano, jaké?

.....
.....

Ještě jednou Vám děkuji za čas a ochotu věnovaný k vyplnění anonymní ankety.

Příloha č. 2: Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

(Na následujícím listu)

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Inkluze dítěte s kochleárním implantátem

Forma projektu: výzkumná práce - bakalářská práce

Období realizace: únor 2019 – duben 2019

Předkladatel: Johana Marková

Hlavní řešitel: Johana Marková

Místo výzkumu (pracoviště): Katedra ZTV a TVL, FTVS UK

Vedoucí práce (v případě studentské práce): PhDr. Klára Daďová, Ph.D. (UK FTVS, katedra ZTV a TVL)

Finanční podpora: žádná

Popis projektu: Cílem práce bude zjišťovat problematiku začleňování dítěte s kochleárním implantátem na prvním stupni základní školy. Výzkum bude realizován anonymní anketou, která bude rozeslána přes webové stránky. Dotazy budou směřovat jednak na zjištění charakteristiky souboru (např. pohlaví, věk, jednostranná či oboustranná implantace, využití kompenzačních pomůcek apod.), jednak na úspěšnost inkluze u dítěte s kochleárním implantátem do běžné základní školy.

Charakteristika účastníků výzkumu: Anketu budou vyplňovat rodiče sluchově postižených dětí, kteří budou předem informováni o cílech výzkumu, nakládání s daty a o faktu, že vyplněním ankety dávají souhlas se zpracováním dat pro bakalářskou práci. Pro zpracování dat bude třeba, aby tuto anketu vyplnilo alespoň 20 rodičů.

Zajištění bezpečnosti: Výzkum používá neinvazivní metody. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu.

Etické aspekty výzkumu: Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v bakalářské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Text informovaného souhlasu: úvod k anketě

Povinností všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně. Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 19. 2. 2019

Podpis předkladatele: *J. Marková*

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.

Členové: prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

doc. MUDr. Jan Heller, CSc.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: *005/2019*

dne: *21.2.2019*

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
José Martího 31, 162 52, Praha 6

- 20 -
razítko UK FTVS

PPM
podpis předsedkyně EK UK FTVS