

# KOMUNIKAČNÍ PREFERENCE NĚKTERÝCH DĚTSKÝCH A DOSPÍVAJÍCÍCH UŽIVATELŮ KOCHEÁRNÍCH IMPLANTÁTŮ

Milouš Potměšil

## Souhrn

Autor v článku předkládá výsledky a závěry šetření, které proběhlo u 45 dětských a dospívajících uživatelů kochleárních implantátů a bylo zaměřeno na komunikační preference ve světle hodnocení rodičů, pedagogů a samotných uživatelů.

## Klíčová slova

Sluchová vada, kochleární implantát, komunikační preference, audioorální a vizuálně motorický komunikační mód.

## Summary

*Communication preferences of children and teenagers with cochlear implants*

The author presents the results and findings of a study that investigated 45 children and teenagers with cochlear implants. The aim of the research was to examine communicative preferences as seen by parents, educators and the cochlear implant users themselves.

## Key words

Hearing impairment, cochlear implant, communicative preferences, audio-oral and visual motor communicative mode

Kochleární implantát vstoupil do naší doby jako prvek naděje, konfliktů, očekávání i zklamání do životů osob se sluchovým postižením a také všech, kterých se sluchové postižení osobně nebo profesně týká, a způsobil tak jeden ze zcela zásadních přelomů v jejich osobním nebo pracovním životě. Zcela přirozeným očekáváním rodičů dětských kandidátů a uživatelů, dospělých sluchově postižených a dalších zainteresovaných byl zisk nejvyšší – kvalitní

komunikace mluvenou řečí. Máme zde zpravidla na mysli buď stav znovuna-  
bytých komunikačních dovedností v případech ohluchlých osob a nebo také  
představu efektivnější práce zaměřené na rozvoj využití sluchu pro komunikaci  
mluvenou řečí u dětí s těžkými sluchovými ztrátami vrozenými nebo získanými  
v předřečovém období.

Vzhledem ke stále stoupajícímu počtu dětských uživatelů kochleárního  
implantátu v České republice se naše pozornost zaměřila právě do řad dětských  
a adolescentních uživatelů. Hlavním důvodem byla diskuse, probíhající zejména  
v odborných kruzích, pojednávající o účelnosti a prospěšnosti zařazení znako-  
vého jazyka jako komunikačního prostředku v období před implantací a dále  
pak v průběhu poimplantační rehabilitace komplexního rozvoje komunikačních  
kompetencí. Domníváme se, že zejména tam, kde se vyskytují zdánlivě jasné  
odpovědi, jednoznačná řešení a všezahrnující pravidla, je třeba velmi uvážlivě  
hodnotit argumenty a hledat s pokorou cesty k pravdě alespoň podobnému nebo  
dokonce pravdě nejpodobnějšímu výsledku. Tento postup považujeme v přípa-  
dě v individualizovaného přístupu k výchově dětí s kochleárním implantátem  
za přímo nutný. Proto jsme se rozhodli přispět do diskuse výsledky vlastního  
šetření, které bylo opřeno o vyjádření rodičů a pedagogů uživatelů kochleárních  
implantátů. Pokusíme se o pohled na volbu komunikační techniky a vliv této  
volby na další úspěšnost uživatele.

V zásadě můžeme pro další úvahy operovat s dvěma základními názory  
odborníků<sup>1</sup>. Postoj odborníků, kteří **nedoporučují znakový jazyk** (z širšího  
pohledu bývá tato oblast pojímána jako manuální komunikace), je opřen o tvr-  
zení, že většina dětí se sluchovým postižením disponuje využitelnými zbytky  
sluchu, a pokud jsou tyto zbytky využívány v období před implantací, může se  
mluvená řeč rozvíjet. Dokonce se setkáváme s názorem<sup>2</sup>, že pokud není využí-  
váno pouze orální komunikace v předimplantačním období vede tento postup  
k podstatně výraznější závislosti na zrakové komunikaci – tedy zpravidla na  
vizuálně motorickém komunikačním modu. U nás tento názor obhajuje napří-  
klad logopedka J. Holmanová.<sup>3</sup> Ze zahraničních autorů je třeba jmenovat mezi

---

<sup>1</sup> Zde je na místě poznamenat, že se jedná většinou o pracovníky z oblasti medicíny,  
logopedie a surdopedie.

<sup>2</sup> U nás dostupný například v publikaci Estabrooks, Warren. Sluchová a řečová výchova  
dětí s kochleárním implantátem. Sborník k semináři Ostrava 430.5. 2001.

<sup>3</sup> HOLMANOVÁ, Jitka. Raná péče o dítě se sluchovým postižením. Praha: Septima  
2002.

přední odborníky S. Archbolda<sup>4</sup> nebo B. Bertrama<sup>5</sup>, kteří přispěli vlastními poznatky a rozvinuli odbornou diskusi na mezinárodní úrovni. Tento pohled je z hlediska cílů – efektivní komunikace mluvenou řečí – jasný a vzhledem k většinové slyšící populaci, a tedy i k převaze audioorální komunikace, poměrně snadno akceptovatelný i pro rodiče.

Na druhé straně názorového pole je přístup odborníků<sup>6</sup>, kteří **doporučují využití znakového jazyka**, respektive vizuálněmotorického modu již v období raného vývoje komunikace a jazyka. Jsou totiž přesvědčeni, že komunikace, které se dítě může aktivně zúčastnit, dokonce s relativně vysokou mírou uchopení tématu, bude velmi dobrým základem pro výstavbu komunikace mluvenou řečí, a to ve složce exprese i recepce. Zástupci uvedeného přístupu jsou přesvědčeni o tom, že v případě využití vizuálně motorického komunikačního modu má pozitivní vliv nejen na rozvoj jazyka, ale také na rozvoj komunikačních kompetencí jako komplexní dovednosti.

Z hlediska speciální pedagogiky prošla edukace dětí a žáků se sluchovým postižením vývojem, který byl ovlivněn mimo jiné také rozvojem a možnostmi využívání technických prostředků. Zpočátku, když první dětští uživatelé kochleárních implantátů procházeli předimplantační přípravou a poté i rehabilitací, byla očekávání zisku poměrně jasně deklarována jako cesta ke komunikaci mluvenou řečí – tedy rodiče i odborníci byli vesměs zastánci orálního přístupu ke komunikaci. Postupným zvyšováním počtu implantovaných a v následné rehabilitaci úspěšných dětských uživatelů začínalo se rozšiřovat také spektrum osob – potenciálních uživatelů se sluchovým postižením, a to nejen z hlediska věku, druhu a mohutnosti sluchové vady, ale také z hlediska předpokladů v psychosociální oblasti.<sup>7</sup> Zároveň se také rozšiřovaly možnosti vzdělání určené dětem a osobám s vadami sluchu a hranice vymezené pouze orálním přístupem se začínaly postupně stávat otevřenějšími a přístupnějšími i pro jiné metody a alternativy použité v komunikaci a její výstavbě.

---

<sup>4</sup> ARCHBOLD, Sue. TAIT, Margaret.: Rehabilitation: A practical Approach. In: McCormick, et. all. CI for Young Deaf Children. London: Whurr, 1994.

<sup>5</sup> Při osobních návštěvách na pracovišti B. Bertrama (významného a zkušeného německého speciálního pedagoga v oboru rehabilitace dětských uživatelů KI) bylo autorem textu možno zaznamenat posun v názorech na základě vlastních zkušeností.

<sup>6</sup> HARRISSON, Judy. CI and Sign language. GU Laureát Clerc National Center, Proceedings April 2002,

<sup>7</sup> V současné době se i u nás zařazují mezi kandidáty na kochleární implantát děti s kombinovaným postižením, jejichž zařazení by ještě před pěti lety nebylo prakticky ani myslitelné.

Diskuse o komunikačních preferencích se rozšiřovala stejně jako diskuse o nejhodnějším prostředí pro dětské uživatele kochleárních implantátů. Pokud jsme se zmínili o jistých hranicích vymezených pro orální komunikaci a jejich postupném rozšiřování z hlediska dostupnosti komunikačních možností, potom je třeba se zmínit o tom, že se také měnil názor na umístění dítěte do institucionální výchovy. Praxe ukázala, že nezanedbatelné části skupiny dětí s kochleárním implantátem vyhovují podmínky škol pro sluchově postižené. Poučený odborný pedagogický personál, menší počty dětí a žáků ve třídách a speciální přístupy dávají dětským uživatelům kochleárních implantátů lepší možnosti pro rehabilitaci a nabízejí odbornou péči po celou dobu školní docházky nebo velmi efektivní přípravu na edukaci v podmínkách integrace. S touto úvahou je spojena i další úvaha, zaměřená na komunikační preference. V případě, že uživatel nebude komunikovat mluvenou řečí na úrovni sociální integrace, je třeba rozšířit škálu možností a jako jednu z možností připustit i užívání znakového jazyka. Právě tato oblast nás zajímala nejvíce. Ukazuje se, že doba i vyzrálost odborníků pokročily tak daleko, že jsou si jisti svými úspěchy a připouštějí diskuse na témata dříve odmítaná. Je jisté, že medicínské pojetí úspěšnosti kochleární implantace se bude lišit od pohledu speciálněpedagogického.<sup>8</sup> Pacient a jeho uzdravení podléhají jiným kritériím než rozšíření komunikačních možností a podpora sociální integrace dítěte nebo klienta. Celá zmíněná problematika se stala ještě zajímavější v tom okamžiku, kdy se mezi kandidáty a později mezi uživateli objevily první sluchově postižené děti sluchově postižených rodičů (mimořádně většinou velmi dobrých uživatelů znakového jazyka a v jednom případě dokonce znalost znakového jazyka je základem profese jedné z neslyšících maminek), u kterých se jako o prvním jazyce mluvilo zcela jednoznačně o jazyce znakovém.

Pro naše šetření jsme připravili dotazník, který byl konstruován tak, aby jej mohli vyplnit rodiče i pedagogové. Cílovou skupinou byli původně zamýšleni uživatelé kochleárního implantátu ve věkovém rozpětí ohraničeném horní hranicí 15 let. Připravili a rozeslali jsme 70 dotazníků. Návratnost byla poměrně

---

<sup>8</sup> O tom více:

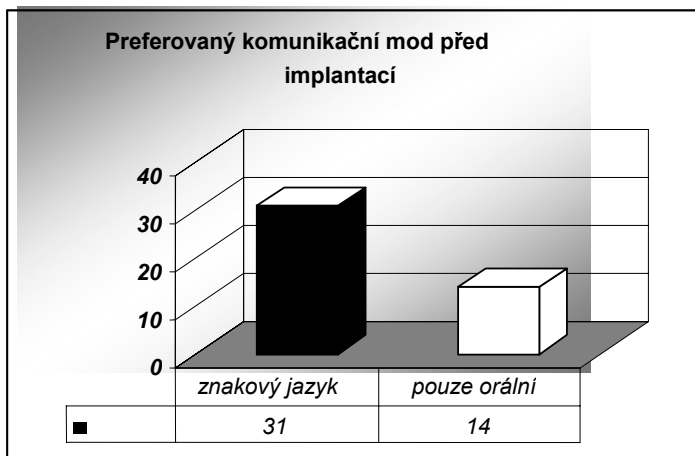
1. O'NEILL, Cindy. Economic evaluation in health care. Proceedings of a Conference on Health Technology Assessment, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK, 2001.
2. POTMĚSIL, Miloň. *Kvalita života dětí s vícečetným postižením a kochleární implantát*. Speciální pedagogika, 2, 2003, s. 125-131. ISSN 1211-2720.
3. POTMĚSIL, Miloň. *Kombinované postižení a kochleární implantát*. E - pedagogium, 1, 2004, s. 84-94. ISSN 1213-7758.

vysoká – 45 dotazníků, tj. 64 %. Věkové rozpětí respondentů se po návratu vyplněných dotazníků pohybovalo mezi 2 lety a 10 měsíci (u nejmladšího) a 27 let. Dotazníky neobsahovaly otázku na školu, kterou dítě navštěvuje, protože nešlo o srovnávání výsledků práce pedagogů či úrovně práce jednotlivých škol. Tato skutečnost ještě více zdůraznila anonymitu šetření, protože počty uživatelů kochleárního implantátu mezi dětmi a žáky nejsou nijak velké a nebylo by proto obtížné zjistit místo, kam dítě dochází a zneužít výsledků pro porovnávání.

Ve sledovaném vzorku měly dvě děti sluchově postižené rodiče. Z celkového počtu 45 respondentů navštěvuje 12 běžné školské zařízení. Pokud plnily děti školní docházku, potom se klasifikace v předmětech matematika, český jazyk, biologie a dějepis (případně jejich ekvivalenty na prvním stupni základní školy) pohybovala mezi hodnocením výborně – chvalitebně, pouze v jednom případě se objevilo hodnocení dobře z matematiky (3. ročník základní školy).

Vzhledem k tomu, že žádné z dětí nebylo ohluchlé, jsou poněkud zarážející údaje o diagnostickém věku – pět let v jednom případě a ve 22 případech věk v rozpětí dvou až pěti let. Znamená to, že u poloviny respondentů nedošlo k diagnostikování vady sluchu včas – tedy nejlépe do ukončení prvního roku věku, aby se mohlo předejít poškození, které zaznamenáváme v oblasti vývoje jazyka a komunikace jako komplexu.

Jednou z nejzajímavějších položek bylo využívání znakového jazyka před implantací. Z celkového počtu 45 respondentů mělo přístup k znakovému jazyku a používalo jej 31 osob a 14 bylo vedeno pouze orální komunikací.



Následující okruh sledovaných položek byl zaměřen na hodnocení komunikačních preferencí a efektivity komunikace. Receptivní složka komunikace byla hodnocena subjektivně. Ukázalo se, že při použití hodnocení pomocí klasifikační stupnice v rozpětí 1–5 (pro respondenty bylo přirovnáno ke školní klasifikaci), jsme zaznamenali hodnocení, která byla rozložena mezi 1–3 (jen výjimečně 4), většina je však mezi 2–3. Složka recepce byla hodnocena také, a to zvláště pro oblast mluvené řeči a zvláště pro znakový jazyk. Podobná rozpětí v hodnocení v obou fázích komunikace jsme shledali ve sledovaném vzorku u respondentů, kteří využívali při recepci spíše nebo také znakový jazyk. V několika případech byly hodnoceny oba komunikační mody. Pouze ve dvou případech, ve kterých recepce mluvené řeči byla hodnocena jako dostatečná, byla složka vizuálně motorická hodnocena výborně a chvalitebně. Ve čtyřech případech byla u respondentů hodnocena pouze recepce vizuálně motorického modu, a to známkou 1 nebo 2.

Porovnáním hodnocení receptivní složky komunikace s hodnocením složky expresivní jsme získali velmi podobné údaje, vzájemně se významně nelišící. Neshledali jsme u sledovaného vzorku respondentů významné rozdíly v hodnocení efektivity použitých modů v obou složkách komunikačního procesu. Tento údaj shledáváme jako důležitý pro odborné diskuse o potřebě komplexnosti metodických postupů i v těch případech, kdy se složka expresivní a receptivní z hlediska preferovaného modu liší.

Dále jsme se dotázali skupiny pedagogů a rodičů na zaměření ve výstavbě komunikačního modu, který je považován u sledovaného dítěte za cílový. V pěti případech se hodnotitelé shodli na preferenci znakového jazyka, tedy komunikace vizuálněmotorické, ve třech případech byly uvedeny oba možné mody – audioorální i vizuálněmotorický – a zbývající počet (37) považuje za preferované zaměření na komunikaci audioorální. Tyto hodnoty jsou totožné s výsledky v následujících dvou položkách zaměřených na preferenci komunikačního modu, ve kterých se měli vyjádřit sami uživatelé kochleárních implantátů a jejich nejbližší osoby – většinou rodiče. U dětí předškolního a mladšího školního věku byly obě tyto položky hodnoceny rodiči s ohledem na spontánně preferovanou komunikační strategii. U starších věkových kategorií byly odpovědi získány přímo od uživatelů kochleárních implantátů.

Závěrem tedy můžeme shrnout zjištěné informace a konstatovat, že u námi sledovaného vzorku 45 dětských uživatelů kochleárních implantátů neshledáváme záporný vliv znakového jazyka nebo vizuálněmotorického komunikačního modu. Znakového jazyka jako plnohodnotného jazykového systému se dostalo zejména těm respondentům, jejichž rodiče byli sami sluchově postižení.

U ostatních se spíše přikláníme k termínu vizuálně motorická komunikace, protože označení znakový jazyk by bylo spíše vyjádřením přání než vystižením komunikační reality.

Důležitá informace, která by mohla sloužit pro urychlení rozhodovacího procesu rodičů, zaměřeného na výběr komunikační preference, je údaj, který je skryt v hodnotách diagnostického věku a věku implantace. Vyhodnocením těchto údajů se ukázalo, že u námi oslovených respondentů byl průměrný věk provedení diagnózy 22,5 měsíce (1,9 roku) a průměrná doba čekání na implantaci od ukončení diagnostických prací byla 33,3 měsíce (2,8 roku). I když se jedná o vzorek reprezentující asi 1/8 dětských uživatelů kochleárních implantátů, rádi bychom upozornili na to, že pokud nebude zajištěna výstavba (*a to i v ojedinělých případech*) funkčního komunikačního systému a přiměřeného jazykového základu, potom v době, kdy se začíná s poimplantační rehabilitací, se kvalitní jazykový systém, a tedy efektivní komunikace založená na využití jazyka, jen velmi obtížně vystaví. Ve vlastní praxi jsme se několikrát setkali s omylem, který byl prezentován rodičům jako metodická strategie pro výstavbu komunikačních kompetencí. *Pokud se, podle těchto vyjádření, v průběhu poimplantační rehabilitace nepodaří vytvořit funkční audioorální komunikaci, potom je stále dost času na výstavbu náhradního způsobu komunikace založeného na znakovém jazyce, a to i v těch případech, ve kterých se dítě se znakovým jazykem dříve nesetkalo.*

Pokud znakový jazyk uznáme za plnohodnotný jazyk z lingvistického pohledu (*a o tom snad již není potřeba v současné době znovu a znovu diskutovat*), potom psycholingvistické teorie vztahující se s obecnou platností i na vývoj znakového jazyka u sluchově postižených dětí nás vedou v kruhu až k místu poruchy syntaxe, která se vznikem datuje do období časného věku dítěte, pro naše potřeby nazývaného obdobím bezjazyčí. Jedná se o období a stav, ve kterém dítě není exponováno žádnému jazyku a nemá proto možnost rozvíjet funkci syntaktických center v mozku. Ze širšího pohledu se zajímáme i o výstavbu komunikačních kompetencí tak, aby bylo možné je sledovat od protokomunikační úrovně až k formě, která ve spojení s jazykem dává dítěti v podobě efektivního nástroje možnost vlastní socializace a tím i rozvoj dalších psychických funkcí.

Pokusíme se v několika poznámkách věnovat možnému postavení znakového jazyka ve speciálněpedagogické péči zaměřené na děti se sluchovým postižením, které jsou kandidáty kochleární implantace.

Vizuálně motorická komunikace s využitím znakového jazyka může sloužit jako základ pro budování komunikačního systému, který je založen na využívání

nepoškozeného smyslu – zraku. Tato teze však v žádném případě nevyklučuje stimulaci existujících stávajících zbytků sluchu, pokud jsou diagnostikovány, které vzhledem k naměřeným hodnotám prakticky vylučují využití sluchu pro založení a rozvoj audioorálního komunikačního modu. V poimplantačním období může tento způsob sloužit jako podpůrný prostředek k rozvoji komunikace postavené na bázi využití sluchu. Jak bylo uvedeno již dříve, vztah jazyk vs. komunikace je zejména v raném dětství velmi těsný.

Předpokládáme, že pomocí znakového jazyka a dalších segmentů – vizuálně-motorické komunikace – se již v období raného věku mohou děti přiměřeně svému postižení a věku aktivně zapojit do rozhovorů o svých přáních, potřebách a problémech tak, aby neztratily motivaci pro další rozvoj vlastních komunikačních kompetencí a byly tak co nejlépe připraveny pro poimplantační rehabilitaci sluchu.

S odvoláním na specifické potřeby některých z respondentů, s nimiž jsme měli možnost se setkat, by fungující vizuálněmotorická komunikace byla jakousi pojistkou pro případ, že se z nějakých důvodů nepodaří audioorální mód založit a následně efektivně rozvíjet. Zatím se při praktickém pozorování ukazuje, že neslyšící děti stejně postižených rodičů jsou po implantaci při postupném rozvoji audioorální komunikace schopny bez příznaků psychické zátěže vykazovat znaky bilingvního komunikačního chování – tedy maximální efektivitu v rozvoji komunikačních kompetencí. Jistou výhodou pro podporu komunikačního a jazykového rozvoje v poimplantačním období spatřujeme také ve využití znakového jazyka nebo jednotlivých jeho segmentů k usnadnění receptivní fáze při komunikaci, a to formou kratších vět nebo izolovaných znaků s klíčovým obsahem usnadnit komunikujícím stranám vzájemné dorozumění. Vzájemné dorozumění považujeme za základní a snad nejdůležitější faktor pro vytvoření oboustranné motivace.

Využití znakového jazyka pro období po úspěšné poimplantační rehabilitaci je stále možné spatřovat jako efektivní. Dítě se sluchovým postižením a funkčním kochleárním implantátem není, jak se dříve uvažovalo, slyšícím dítětem, ale stále se jedná o dítě nebo později dospělou osobu se sluchovým postižením, kteří využívají velice dokonalou technickou pomůcku s takovou efektivitou, díky které je možné takového uživatele srovnávat s osobou s nedoslýchavostí. V takovém případě lze využití znakového jazyka považovat za alternativní komunikační techniku, jejíž efekt se ukáže v prostředí s nevhodnými podmínkami pro akustické vnímání. Považujeme za důležité upozornit na to, že proces socializace – integrace v období dospělosti, se kterým máme zatím v případě dětských uživatelů kochleárních implantátů velmi málo zkušeností,

může být v tomto období ovlivněn, mimo jiné, také schopností komunikace s neslyšícími osobami, protože k této skupině bude zřejmě část uživatelů ve své dospělosti inklinovat.

Úvahy o prvním jazyce a výstavbě vnitřní řeči nás následně dovedou k otázce, zda se znakový jazyk, který je dítěti se sluchovou vadou prvním jazykem, nestává také nástrojem vnitřní řeči a prostředkem pro pojmovný proces. Vycházíme z příkladu, kdy i v pozdějším věku slyšících osob, které při potřebě matematických výpočtů přecházejí z komunikace i v dobře ovládaném cizím jazyce do jazyka prvního – mateřského, ve kterém provedou výpočet, a následně plynule pokračují v započatém rozhovoru, například v angličtině.

Na závěr uvedeme poslední poznámku, která se vztahuje k popisu a hodnocení komunikačních preferencí dětí a osob se sluchovým postižením. Bude potřeba využít zahraničních zkušeností (pokud existují) a vytvořit pro české podmínky a potřeby diagnostický nástroj, který by usnadnil proces rozhodování rodičů i odborníků zaměřený na preferovaný komunikační mód stejně jako rozhodování o výběru komunikační strategie. Obojí je potřeba u dítěte budovat v období před implantací.

### **Použitá a citovaná literatura**

1. ESTABROOKS, W. *Sluchová a řečová výchova dětí s kochleárním implantátem*. Sborník k semináři. Ostrava 30. 5. 2001.
2. HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima 2002.
3. ARCHBOLD, S., TAIT, M. *Rehabilitation: A practical Approach*. In: McCormick, et. all. *CI for Young Deaf Children*. London: Whurr, 1994.
4. O'NEILL, C. *Economic evaluation in health care*. Proceedings of a Conference on Health Technology Assessment, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK, 2001.
5. POTMĚŠIL, M. *Kvalita života dětí s vícečetným postižením a kochleární implantát*. Speciální pedagogika, 2, 2003, s. 125-131. ISSN 1211-2720.

Miloň Potměšil  
Katedra speciální pedagogiky  
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého Olomouc