

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

# Bakalářská práce

2024

Eva Buriánková

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

# Raná péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách

Bakalářská práce

Autor: Eva Buriánková

Studijní program: B0111A190019 – Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Pražáková

Oponent práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Eva Buriánková</b>
Studium:	P21P0721
Studijní program:	B0111A190019 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Raná péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách</b>
Název bakalářské práce AJ:	Early intervention for infants and young kids with hearing disability in East Bohemia

### Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku rané péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách.

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku rané péče a její postavení v kontextu legislativy, její cíle a poslání. Dále popisuje systém rané péče u dětí se sluchovým postižením. V závěru teoretické části se bakalářská práce věnuje dětem se sluchovým postižením.

V praktické části je realizováno kvantitativní výzkumné šetření. V úvodu praktické části jsou krátce představeni poskytovatelé rané péče ve Východních Čechách, kteří se věnují rodinám dětí se sluchovým postižením. S vybranými uživateli rané péče autorka bakalářské práce navázala spolupráci a mapovala průběh služby, očekávání a hodnocení služby rané péče uživateli. Z výzkumných metod v praktické části byl využit dotazník.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je úroveň a dostupnost služeb rané péče ve Východních Čechách, a jak je služba rané péče u dětí se sluchovým postižením vnímána samotnými uživateli služby.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. Péče o dítě s postižením sluchu. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.

PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ a Terezie HRADILKOVÁ. Raná péče: příručka pro teorii a praxi. Přeložil Věra KLOUDOVÁ. V Praze: Pasparta, 2020. ISBN 978-80-88290-65-0

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 978-80-7560-054-7

HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Pražáková

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 11.12.2022



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Raná péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce Mgr. Pavly Pražákové samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

## **Anotace**

BURIÁNKOVÁ, Eva. *Raná péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 81 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku rané péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách.

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku rané péče a její postavení v kontextu legislativy, její cíle a poslání. Dále popisuje systém rané péče u dětí se sluchovým postižením. V závěru teoretické části se bakalářská práce věnuje dětem se sluchovým postižením.

V praktické části je realizováno kvantitativní výzkumné šetření. V úvodu praktické části jsou krátce představeni poskytovatelé rané péče ve Východních Čechách, kteří se věnují rodinám dětí se sluchovým postižením. S vybranými uživateli rané péče autorka bakalářské práce navázala spolupráci a mapovala průběh služby, očekávání a hodnocení služby rané péče uživateli. Z výzkumných metod v praktické části byl využit dotazník.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je úroveň a dostupnost služeb rané péče ve Východních Čechách, a jak je služba rané péče u dětí se sluchovým postižením vnímána samotnými uživateli služby.

Klíčová slova:            Raná péče, sluchové postižení, dítě

## **Annotation**

BURIÁNKOVÁ, Eva. *Early intervention for infants and young kids with hearing disability in East Bohemia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024. 81 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor's thesis focuses on the issue of early intervention for infants and young kids with hearing disability in East Bohemia. The theoretical part focuses on the characteristics of early care and its position in the context of legislation, its goals and mission. It also describes the system of early care for children with hearing impairment. At the end of the theoretical part, the bachelor's thesis is devoted to hearing-impaired children.

In the practical part, a quantitative research is performed. In the introduction to the practical part, early care providers in Eastern Bohemia who are dedicated to families of children with hearing impairment are briefly introduced. The author of the bachelor's thesis established cooperation with selected users of early care and mapped the course of the service, expectations and evaluation of the early care service by the users. A questionnaire was used as the research method.

The aim of the bachelor thesis is to explore the level and availability of early care services in Eastern Bohemia, and how the early care service for children with hearing impairment is perceived by the service users themselves.

Key words: Early care, hearing impairment, child

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

## Obsah

Úvod.....	11
1 Raná péče.....	12
1.1 Charakteristika rané péče .....	12
1.2 Vznik a vývoj rané péče.....	13
1.3 Raná péče v kontextu legislativy.....	14
1.3.1 Standardy sociální péče .....	15
1.4 Základní činnosti rané péče.....	16
1.5 Cíle rané péče.....	17
1.6 Tým pracovníků rané péče .....	17
2 Raná péče u dětí se sluchovým postižením .....	19
2.1 Průběh rané péče .....	19
2.2 Nabídka služeb rané péče.....	20
2.3 Principy rané péče .....	20
2.4 Speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené .....	21
2.4.1 Standardní činnosti společné .....	22
2.4.2 Standardní činnosti speciální .....	22
3 Dítě se sluchovým postižením .....	23
3.1 Klasifikace sluchových vad.....	23
3.1.1 Dělení dle místa vzniku .....	23
3.1.2 Dělení dle doby vzniku .....	24
3.1.3 Dělení dle stupně postižení .....	25
3.2 Diagnostika sluchových vad .....	25
3.2.1 Screening sluchu .....	25
3.2.2 Screening sluchu v pěti letech .....	27
3.2.3 Objektivní metody .....	28

3.2.2	Subjektivní metody .....	38
3.3	Možnosti kompenzace sluchových vad.....	30
3.3.1	Sluchadla.....	30
3.3.2	Kochleární implantát.....	31
4	Empirická část.....	33
4.1	Cíle a výzkumné otázky .....	33
4.2	Metody výzkumu .....	33
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
4.4	Spolupracující pracoviště .....	34
4.5	Etické aspekty .....	36
4.6	Předvýzkum.....	36
4.7	Metoda vyhodnocení dat .....	36
5	Grafické znázornění výsledků šetření .....	38
5.1	Shrnutí výsledků šetření .....	59
6	Diskuse.....	62
	Závěr .....	64
	Zdroje.....	66
	Přílohy.....	71

## Úvod

Zjištění sluchové vady u svého dítěte představuje pro rodiče obrovský šok. Nastává nová situace, na kterou nebyli připraveni a pro většinu rodičů je těžké se s takovou situací vyrovnat. Najednou jsou nuceni řešit záležitosti, se kterými se nikdy nesetkali a nemají s nimi zkušenost, např. volba vhodných kompenzačních pomůcek, vhodného komunikačního stylu, zařazení do speciálního vzdělávání, popřípadě do internátního zařízení aj. V takovém případě se rodiče mohou obrátit na služby rané péče, kde jim odborníci mohou poskytnout provázení a podporu a zajistit tak plnohodnotný rozvoj dítěte.

Bohužel u nás raná péče není tak rozšířená jako v zahraničí a informovanost o takových službách je docela nízká. Hlavně z tohoto důvodu jsem zvolila téma rané péče, jelikož já sama jsem o téhle službě neměla velké povědomí. Na popud toho jsem poté absolvovala praxi v zařízení poskytující ranou péči pro děti se sluchovým postižením, abych viděla, jak tyto služby fungují. Setkala jsem se tam s různými případy a příběhy, a to mě utvrdilo v tom, jak je raná péče potřebná.

Teoretická část je rozdělená do tří hlavních kapitol. První kapitola popisuje ranou péči z obecného hlediska, tzn. její charakteristiku, historický vývoj, vymezení z hlediska legislativy, poskytované činnosti, cíle a tým pracovníků. Druhá kapitola je věnována rané péči u dětí se sluchovým postižením, tedy popisu principů, poskytovaných služeb a průběhu služeb, dále je popsána spolupráce se speciálně pedagogickými centry. Třetí kapitola se zabývá dítětem se sluchovým postižením, tedy klasifikací sluchových vad, možnostmi jejich diagnostiky a kompenzace.

Hlavním cílem praktické části je pomocí dotazníkového šetření zjistit úroveň a dostupnost služeb rané péče u dětí se sluchovým postižením, přičemž je práce zaměřena na oblast Východních Čech. Autorka v rámci praktické části osloví dvě zařízení poskytující ranou péči u dětí se sluchovým postižením v této oblasti, jejichž klientům bude poslán dotazník.

# 1 Raná péče

## 1.1 Charakteristika rané péče

Pojem raná péče vznikl v roce 1993 z překladu výrazů používaných v zahraničí. Např. v angličtině „early intervention“, ve francouzštině „intervention precoce“, v němčině „Frühförderung“. Doslovným překladem „early intervention“ je „včasný zásah“, což není úplně vhodný termín, jelikož je označením spíše neprodleného zásahu, nikoli raného věkového období dítěte, tj. od narození do 7 let, které je z hlediska služby zásadní. Proto byl poté zvolen pojem „raná“. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

Termín „péče“ označuje komplexní soustavu služeb poskytovanou rodinám s dítětem se zdravotním postižením nebo ohroženým ve svém vývoji. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

T. Hradilková (1998, str. 6) definuje ranou péči jako *„soustavu služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace.“*

Ze zahraničních autorů můžeme zmínit Guralnicka, M. J. (2001 in Soriano, V. 2005, s. 15), který definuje ranou péči jako *„systém podporující interakční rodinné modely, jež nejlépe podporují správný vývoj dítěte.“* Nejvíce pozornosti klade na *„výměnné procesy mezi rodičem a dítětem, na pozitivní dětské zážitky v rodinném prostředí a na poskytování pomoci rodičům tak, aby mohli v co největší míře zajistit bezpečný a zdravý vývoj svého dítěte.“*

Snahou rané intervence je hlavně podpora rodiny, posilování jejích kompetencí a poskytnutí pomoci při volbě výchovného modelu, na což potom navazuje podpora dítěte při jeho růstu a vývoji, uplatňování a zachování práv a aktivní účasti ve společnosti. (Potměšil a kol., 2015)

Raná péče je především službou terénní a zajišťuje jak primární prevenci, která se snaží předcházet vzniku problémových situací, tak sekundární prevenci, která zajišťuje spolupráci s rodinami, u kterých se již problém vyskytl. (Potměšil a kol., 2015)



Důležitou roli v rané péči hraje mezioborová spolupráce, která začíná již podporou v těhotenství, pokračuje přes zdravotnictví až k dalším sociálním službám. (Potměšil a kol., 2015)

Ve vývoji dítěte jsou první tři roky života klíčové, jelikož jsou v mozku vysoce vyvinuté kompenzační schopnosti, které dokážou podpořit rozvoj náhradních mechanismů i u dětí s vážným handicapem. Právě v raném věku je člověk nejvíce přizpůsobivý vůči změnám a dochází k největšímu rozvoji. (Společnost pro ranou péči, z.s., online)

## **1.2 Vznik a vývoj rané péče**

V zahraničí pojem raná péče představuje nabídku programů a opatření dětem, u kterých se vyskytuje zdravotní postižení nebo jsou ohroženy ve svém vývoji v prvních letech svého života. Od 80. let se tyto programy v Evropě a Americe začaly orientovat na podporu celé rodiny s postiženým či ohroženým dítětem, což souvisí s odstupem od ústavní péče. Vznikaly komunitní a terénní služby a posilovaly se kompetence rodičů. V Evropě prošly programy rané péče právními úpravami, kterými se raná péče přesunula ze zdravotnictví, přes vzdělávání až do sociální oblasti, kde se nakonec ukotvila. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

V České republice se raná péče začala rozvíjet v roce 1989 a její počátky se vážou na tyflopeditii, což byla první rozvinutá speciálně pedagogická disciplína. S ranou péčí je také spojeno jméno Terezie Hradilkové, která stála za vznikem služeb a pracovišť poskytujících podporu rodinám s dětmi s postižením. (Li, Potměšil, 2015)

Po roce 1989 vznikala zařízení hlavně pro rodiče dětí se zrakovým a kombinovaným postižením, po roce 2000 byl vznesen požadavek na zakládání středisek i pro další cílové skupiny. Vznikala tedy střediska rané péče pro rodiny s dětmi se sluchovým, mentálním postižením a poruchami autistického spektra, tělesným postižením a narušenou komunikační schopností. (Šándorová, 2015)

S rozvojem rané péče byla potřeba finančních, materiálních a metodických prostředků. Od roku 1990 přispívalo dotacemi Ministerstvo zdravotnictví ČR, od roku 1996 Ministerstvo práce a sociálních věcí. Postupně vznikaly české nadace a podpora přicházela i od individuálních dárců. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

Raná péče do této doby nebyla jednoznačně definována a zakotvena, její působnost se tedy dělila mezi rezort školství, zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí. (Šándorová, 2015) V roce 1997 byla snaha o zařazení do resortu zdravotnictví. Tam byl ale problém se zařazením rané péče do zákona o zdravotní péči, jelikož by mohla působit jen jako zdravotnické pracoviště, což by byl krok zpátky k medicínskému modelu rané péče. Po několika jednáních a debatách se raná péče nakonec ukotvila v resortu sociálních věcí. Od resortu školství zakladatelky rané péče odradila podmínka, aby se raná péče uchytila ve státním systému speciálního školství. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

V roce 2003 vznikla Asociace pracovníků rané péče, kterou zastřešovala Společnost pro ranou péči. Asociace přijala standarty rané péče, kterými je možné definovat úroveň kvality služeb a personálního zabezpečení. Se standardizací rané péče došlo k jejímu ukotvení v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

Dnes jsou střediska rané péče zaměřena na všechny druhy postižení, nejpozději vznikla střediska pro děti s PAS a jejich rodiny. Stále tyto služby financuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, další příspěvky dostávají od nadací a individuálních či firemních dárců. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

### **1.3 Raná péče v kontextu legislativy**

Raná péče se u nás dočkala formální a legislativní podoby na základě zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006. Raná péče je v tomto zákoně definována jako bezplatná služba sociální prevence. (Potměšil in Valenta, 2014) Do tohoto roku probíhaly dohady o tom, zda bude patřit do resortu školství, zdravotnictví nebo práce a sociálních věcí. Nakonec se ukotvila jako sociální služba v resortu práce a sociálních věcí. (Šándorová, 2015)

Přesné znění je definováno v §54 odst. 1 jako „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ (Zákon č. 108/2006, §54)

V roce 2009 proběhla novelizace tohoto zákona. Do té doby byla raná péče definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v §54 jako „*terénní, popřípadě ambulantní služby poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte na jeho specifické potřeby.*“ (Šándorová, 2015)

Po novelizaci tedy došlo k úpravě, že raná péče poskytuje terénní služby a je pouze doplněna o služby ambulantní. Druhou úpravou bylo odstranění cílové skupiny rodin a dětí ohrožených v důsledku nepříznivé sociální situace, ta byla odkázána na službu sociální prevence „sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi“. (Šándorová, 2015)

### **1.3.1 Standardy sociální péče**

Standardy sociální péče představují souhrn kritérií, která určují kvalitu poskytování sociálních služeb. Kritéria se týkají personálního a provozního zabezpečení a standardních pravidel ve vztahu ke klientovi. (Šándorová, 2017)

Standardy se v roce 2007 staly právním předpisem a jejich znění je definováno v příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (MPSV, online)

V České republice je těchto standardů 15 a dělí se na procedurální, personální a provozní.

Obsahem procedurálních standardů jsou činnosti vztahující se k uživatelům sociální služby: vypracování zásad, cílů a principů při poskytování služby, vypracování pravidel pro ochranu práv a jednání s klienty, způsoby jednání se zájemcem o službu, plánování a individuální vedení klientů, vedení smluv a další dokumentace, podávání stížností a zprostředkování kontaktu s dalšími službami. (Šándorová, 2015)

Personální standardy zahrnují veškeré podmínky týkající se zaměstnaných osob: počet zaměstnanců a způsob jejich přijímání, kvalifikační a osobnostní předpoklady, profesní rozvoj a hodnocení zaměstnanců, vnitřní organizační struktura a pracovní náplň každého zaměstnance. (Šándorová, 2017)

Provozní standardy se týkají organizace a provozu služby: místní a časové podmínky pro poskytování služby, způsob informovanosti o službě, zajištění materiálních, technických

a hygienických podmínek a dalších prostředků, provozní řád, postup při nouzových situacích, hodnocení kvality služby a její následné zvyšování. (Šáňdorová, 2017)

#### **1.4 Základní činnosti rané péče**

Poskytované služby rané péče jsou definovány v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách v §54 odst. 2:

- a) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) Sociálně terapeutické činnosti,
- d) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54)

Raná péče poskytuje rodinám hlavně terénní poradenské služby a konzultace, a to prostřednictvím poradce rané péče, který rodiny navštěvuje v jejich místě bydliště. Návštěvy probíhají v intervalu 1-3 měsíců, každá konzultace trvá cca 2 hodiny, popřípadě dle dohody. (Společnost pro ranou péči, z.s., online) Na konzultaci se poradci věnují především dítěti a zhodnocení jeho vývoje, na základě kterého poté stanoví vhodný návrh opatření. K práci využívají různé stimulační a speciální hračky a pomůcky, které jsou poté předkládány a doporučovány rodičům. Kromě práce s dítětem se poradci věnují i rodičům. Řeší s nimi především možnosti práce s dítětem, lékařská vyšetření, sociální dávky nebo začlenění dítěte do školního zařízení. (Pecháčková, 2014)

Terénní služby jsou doplněny i ambulantními službami, které probíhají v místě pracoviště rané péče. Tyto služby se poskytují podle kapacity pracoviště a zahrnují stimulaci a terapii pro děti s postižením, např. logopedii, bazální stimulaci, zrakovou terapii. (Hradilková, 2018)

Střediska rané péče nabízí i doprovázení rodičů s dětmi do různých institucí, např. k lékaři. Za zmínku určitě stojí i pobyty pro rodiny s dětmi, které bývají víkendové či týdenní. Pobyt jsou zásadní pro navázání kontaktu rodin v podobné situaci a sdílení si vlastních zkušeností a informací. Součástí programu, který zajišťují poradkyně rané péče nebo externisté, jsou stimulační hry pro děti, procházky, besedy s odborníky a samozřejmě odpočinek. (Hradilková, 2018)

V nabídce služeb rané péče je i půjčování speciálních pomůcek a hraček, které bývají často velmi nákladné, tudíž je pro rodiče jednodušší si je vypůjčit, popřípadě se inspirovat, zda dítěti nějakou pomůcku vyrobit. Kromě pomůcek a hraček se půjčují i knihy či filmy. Pro rodiče se pořádají i semináře, dílny či setkání s odborníky pro rozšíření informací. (Hradilková, 2018)

## **1.5 Cíle rané péče**

Raná péče má za cíl působit proti vzniku postižení, popřípadě eliminovat jeho negativní důsledky jak na dítě, tak na rodinu. Dále podporovat emocionální, senzomotorický, sociální a intelektuální vývoj dítěte a vytvořit vhodné podmínky pro sociální integraci tak, aby se dítě aktivně zapojilo do společnosti a dokázalo žít samostatně. S tím souvisí i snaha o zachování co nejlepší kvality života rodiny a dítěte s postižením, tzn. podporovat rodinu a posilovat její kompetence, podněcovat vývoj dítěte a eliminovat vznik sekundárních postižení, předávat rodině odborné informace a nabídnout potřebné služby poskytované multidisciplinárním týmem. (Šáňdorová, 2017)

Potměšil in Valenta (2014) uvádí za cíle poskytnout rodičům takové informace a dovednosti, které jim umožňují eliminovat či snižovat míru negativních vlivů postižení na vývoj jedince, poskytnout rodičům takové informace, díky kterým mají přehled v systému sociálního zabezpečení a stávají se tak nezávislými klienty, vést dítě a rodiče k takovým aktivitám, které podporují integraci do běžného života a poskytnout podporu při přípravě dítěte na výchovně vzdělávací proces.

## **1.6 Tým pracovníků rané péče**

Tým pracovníků tvoří tzv. poradci rané péče, kteří získali vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, sociální práce, případně jiných zdravotně-sociálních oborů. (Pecháčková, 2014) Profesi poradce rané péče můžeme zařadit do tzv. pomáhajících profesí. To jsou takové, které jsou schopny vytvářet pro klienty takové podmínky, za kterých mohou zvládat nečekané životní situace a emoční problémy. (Matoušek, 2003 in Šáňdorová, 2015)

Mezi potřebné kompetence poradců rané péče patří schopnost naslouchat klientům, rozvíjet a iniciovat komunikaci a spolupráci a motivovat klienty ke změně. Schopnost

adekvátně reagovat na zjištěnou situaci a plánovat postupy vedoucí k jejímu vyřešení, popřípadě zajistit spolupráci s dalšími organizacemi, osobami, komunitami. Dále podpora rodiny k samostatnosti a soběstačnosti, aby mohla za své činy a chování převzít zodpovědnost a orientovala se ve svých právech. Poradce rané péče je součástí organizace, tudíž se podílí na zdokonalování a hodnocení její práce, vytváření kvalitního prostředí pro rodiny a zabezpečování efektivních služeb. Samozřejmá je spolupráce s kolegy. Důležitý je i odborný a osobní růst, tzn. věnovat se vlastnímu sebevzdělávání v oboru, rozvíjet své schopnosti, vědomosti a dovednosti, orientovat se ve změnách v legislativě a dalších souvislostech. (Hradílková, 2018) Pracovníci rané péče se řídí etickým kodexem sociálních pracovníků České republiky. (Šándorová, 2015)

## **2 Raná péče u dětí se sluchovým postižením**

Primárním poskytovatelem rané péče u dětí se sluchovým postižením je Centrum pro dětský sluch Tamtam, které má pobočky v Čechách a na Moravě. Služba se zaměřuje na rodiny s dětmi se sluchovým postižením ve věku od narození do sedmi let. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., online) Klienty služby mohou být i děti s kombinovaným postižením, s poruchou vývoje řeči nebo rodiny, kde je sluchově postižený jeden nebo oba rodiče. (Pitnerová, 2010) Služba zapadá do zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako služba sociální prevence. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., online) Na činnost středisek rané péče poté navazují speciálně pedagogická centra, která se taktéž věnují dětem se sluchovým postižením a jejich rodinám. (Doležalová, Hricová, 2002)

### **2.1 Průběh rané péče**

V případě zájmu o službu je možné se na organizaci obrátit prostřednictvím telefonu či e-mailu. Rodina se většinou o službě rané péče dozví prostřednictvím svého pediatra, foniatra či dalšího odborného lékaře, od ostatních uživatelů služby nebo z internetu. (Doležalová, Hricová, 2002)

První návštěva v rodině probíhá 3-4 týdny po kontaktování střediska. Návštěvy se účastní vedoucí střediska a vybraný poradce rané péče. Během návštěvy se projednají podrobnější informace o poskytované službě, cíle a potřeby rodiny, poradce rané péče poznává dítě a jeho diagnózu. Součástí bývá i orientační posouzení stavu dítěte. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., online)

Po úvodní konzultaci následuje vstupní konzultace přímo na pracovišti, které se účastní vedoucí pracoviště, poradce rané péče a další členové týmu. Rodiče vyplní krátký dotazník, který uvádí informace o diagnóze a aktuálním stavu jednotlivých oblastí dítěte, hlavně sluchu a řeči. Na pracovišti se provádí orientační vyšetření sluchu dítěte formou vizuálně podpořené audiometrie (VPA), uzavře se smlouva a sestaví se individuální plán, kde jsou stanoveny veškeré cíle, na kterých se po celou dobu pracuje. Poradenský pracovník informuje se souhlasem rodiny ošetřujícího foniatra o navázané spolupráci s ranou péčí. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

Konzultace v rodině se opakují jednou za 4-6 týdnů a trvají cca 1,5-3 hodiny. Spolupráce trvá obvykle 3-4 roky, nejpozději do 6 let dítěte, u kombinovaných postižení do 7 let.

Podmínkou úspěšnosti je spolupráce a připravenost rodiny. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

## **2.2 Nabídka služeb rané péče**

- Poskytnutí podpory, provázení a krizová intervence, hledání dalších zdrojů podpory
- Poskytování informací týkajících se sluchové vady
- Posouzení stavu dítěte, návrh a realizace vhodného stimulačního programu
- Pravidelné návštěvy za účelem zhodnocení vývoje dítěte (minimálně jednou ročně)
- Nabídka kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
- Návčik používání a péče o kompenzační pomůcky (sluchadla, kochleární implantát)
- Seznámení s dalšími subjekty, organizacemi, nadacemi, které mohou poskytnout podporu
- Seznámení s dalšími odborníky (foniatr, logoped)
- Podávání informací o nárocích na sociální pomoc dle zdravotního stavu dítěte
- Předávání kontaktu na další rodiny, které se nachází v podobné situaci
- Organizace pobytů, akcí, programů pro rodiny s dětmi
- Volba vhodného způsobu komunikace
- Pomoc při řešení otázek školní docházky, vyhledávání předškolních a školních zařízení
- Doprovod k lékaři či do jiných zařízení
- Nabídka kurzů českého znakového jazyka (Tamtam, online, in Doležalová, Hricová, 2002)

## **2.3. Principy rané péče**

### Partnerský přístup

Rodiče jsou v multidisciplinárním týmu přijímáni jako partneři a podílí se tak na plánování a realizaci péče o dítě. Zároveň jsou rodičům poskytovány veškeré potřebné



informace, aby se mohli lépe rozhodovat, respektive rozhodovat o svém dítěti se sluchovým postižením. (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., online)

#### V domácím prostředí

Pro práci s rodinou je přirozené prostředí důležitou podmínkou, proto služby probíhají přímo v rodinách. K práci se využívá přirozených pomůcek a prostředků a samozřejmě je respektování tradic a chodu rodiny. (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., online)

#### Nezávislost

Služby rané péče se snaží u rodiny vytvořit nezávislost na sociálním systému tak, aby byla schopna zvládnout situaci vlastními silami a využívala vlastní zdroje. Zároveň jsou odborníci na problematiku dětského sluchu nezávislí na ostatních institucích, tudíž rodině poskytují jednostranné posuzování situace a doporučení dalšího postupu. (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., online)

#### Mezioborová spolupráce

Aby byla dětem se sluchovým postižením zajištěna kvalitní a komplexní péče, služba spolupracuje s dalšími interními a externími odborníky, kteří vytváří multidisciplinární tým. Do něj jsou zahrnuti i rodiče. (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., online)

### **2.4. Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené**

Speciálně pedagogická centra se řadí mezi školská poradenská zařízení a svou činností navazují na střediska rané péče. Od služeb rané péče se ale odlišují zejména financováním, které poskytuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a poskytovanými službami, které jsou hlavně ambulantní. (Doležalová, Hricová, 2002)

Jejich náplní je poskytování bezplatných služeb dětem a jejich rodičům, popřípadě pedagogickým pracovníkům. Tyto služby jsou definovány ve Vyhlášce č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. (Horáková, 2017) Služby SPC jsou poskytovány dětem od 3 let až do ukončení studia na střední škole. (Dršata, Havlík, 2017) Činnost center se dělí na standardní společné a standardní speciální. (Horáková, 2017)

#### **2.4.1. Standardní činnosti společné**

Do těchto činností řadíme depistáž, tedy vyhledávání žáků s postižením, speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, na jejichž základě mohou pracovníci určit konkrétní stupeň podpůrných opatření a stanovit tak další opatření a postupy. Dále je poskytována přímá práce s žáky a pomoc s jejich zařazením do škol, tříd či studijních skupin, poradenská, metodická a informační činnost. (Horáková, 2017)

#### **2.4.2. Standardní činnosti speciální**

U jedinců se sluchovým postižením můžeme mezi tyto činnosti zařadit rozvoj orálních a vizuálně motorických komunikačních schopností, nácvik odezírání a čtení s porozuměním, kurzy českého znakového jazyka pro rodiny či pedagogické pracovníky, seznámení s kompenzačními pomůckami a nácvik jejich používání, seznámení s odbornou literaturou, příprava na vyšetření audiometrem či kochleární implantaci, poskytnutí podpory při následující rehabilitaci, spolupráci s dalšími odborníky. (Horáková, 2012)

Speciálně pedagogická centra bývají zřizována při školách pro sluchově postižené, v současné době je můžeme najít v Praze, Liberci, Hradci Králové, Českých Budějovicích a dalších městech. (Horáková, 2017) Odborný tým speciálně pedagogických center tvoří speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník a popřípadě další odborníci (lektor znakového jazyka). (Dršata, Havlík, 2017)

### 3. Dítě se sluchovým postižením

Pojmenování osob se sluchovým postižením se v minulosti dost měnilo. Dříve se pro označení těchto osob používal termín „hluchoněmý“, jelikož se osoby narozené bez známek sluchu považovaly za nevzdělatelné. (Strnadová, 1998 in Skákalová, 2014) V současné době se nejčastěji používá termín „osoba či jedinec se sluchovým postižením“, který na prvním místě vyzdvihuje osobnosti jedince, nikoli jeho omezení nebo charakteristiku. (Potměšilová, 2015)

Někdy dochází k záměně pojmu sluchově postižený s označením neslyšící. Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, kterým se mění zákon č. 155/1998 o znakové řeči a o změně dalších zákonů ale říká, že *„za neslyšící se pro účely tohoto zákona považují osoby, které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem.“* (Zákon č. 384/2008 Sb.)

#### 3.1. Klasifikace sluchových vad

##### 3.1.1. Dělení dle místa vzniku

###### Periferní vady

Převodní sluchové vady – Postihují zevní nebo střední ucho, kde různé překážky brání mechanickému přenosu energie. (Langer, 2013) Těmito překážkami mohou být např. překážky ve zvukovodu (maz, cizí těleso), úrazy ucha, které vedou k poškození bubínku či sluchových kůstek, zvětšená nosní mandle, zánět středního ucha, narušená ventilace středouší. Jedinec slyší mluvenou řeč huře, ale sluchová vada je dobře kompenzovatelná sluchadlem. Někdy vada nemusí být ani trvalá. (Kejklíčková, 2011)

Percepční sluchové vady – postihují vnitřní ucho, konkrétně bývá narušen zejména Cortiho orgán v hlemýždi nebo sluchová dráha ve sluchovém nervu. (Langer, 2013) Pokud se změny nachází v hlemýždi, hovoříme o nedoslýchavosti nitroušní (intrakochleární), která bývá častější. Pokud je poškozen sluchový nerv, jedná se o nedoslýchavost nervovou (retrokochleární). (Kejklíčková, 2011)

Příčinou může být např. nadměrný hluk, virové a bakteriální infekce, hypoxie, zánět mozkových blan, působení toxických látek. (Kejklíčková, 2011) Jedinec má zkrácené sluchové vnímání, což narušuje porozumění řeči. (Skákalová, 2017) Oproti převodním vadám jsou trvalé. (Langer, 2013)

Smíšené sluchové vady – vznikají při současném výskytu převodní a percepční sluchové vady. Pokud převažuje převodní složka, bývá vada příznivější a lépe kompenzovatelná sluchadly. (Kejklíčková, 2011)

### **Centrální vady**

Dochází k poškození korových a podkorových oblastí. Ucho dokáže zachytit zvukový vjem, který ale není v mozku zpracován. Jedinec tedy zvuky slyší, ale neporozumí obsahové stránce řeči. (Mukšnáblová, 2014)

### **3.1.2. Dělení dle doby vzniku**

#### **Vrozené**

Sluchová vada může být podmíněna geneticky, tzn. přenáší se z generace na generaci. (Skákalová, 2017) Můžou zde působit i prenatální vlivy, např. infekční onemocnění matky v těhotenství (zarděnky, spalničky, příušnice, toxoplazmóza), (Sekeráková, Skybová, 2011) dále podávání ototoxických látek, drog nebo alkoholu v těhotenství, systémové onemocnění nebo AIDS. (Hahn, 2019)

#### **Získané**

Vznikají působením různých vlivů v období perinatálním nebo postnatálním. (Skákalová, 2017)

Perinatální příčiny – sluchová vada vzniklá při porodu bývá způsobena nízkou porodní váhou (do 1500 g), komplikacemi během porodu, které mohou způsobit krvácení v oblasti vnitřního ucha či center v mozku důležitých pro sluch, asfyxií nebo naopak hypoxií, anomálií hlavy a krku. (Sekeráková, Skybová, 2011)

Postnatální příčiny – sluchová vada vzniklá po porodu jedince bývá zapříčiněná novorozeneckou žloutenkou, zánětem mozkových blan, ototoxickými látkami, úrazem

hlavy, (Sekeráková, Skybová, 2011) meningitidou, encefalitidou, infekcemi či ototoxickými látkami. (Hahn, 2019)

Z hlediska vývoje řeči a komunikace dělíme sluchové vady na prelingvální a postlingvální. Prelingvální vada sluchu je získaná ještě před rozvinutím či ukončením vývoje řeči, tedy před 7. rokem života. Postlingvální vada sluchu je získaná po ukončení vývoje řeči, tedy po 7. roce života. (Hádková, 2016)

### 3.1.3. Dělení dle stupně postižení

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je uvedena klasifikace sluchových vad následovně:

Velikost ztráty sluchu	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle vyhlášky MPSV ČR č. 284/1995 Sb.
0-25 dB	Normální sluch	
26-40 dB	Lehká nedoslýchavost	Lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41-55 dB	Středně těžká nedoslýchavost	Středně těžká nedoslýchavost
56-70 dB	Těžká nedoslýchavost	Těžká nedoslýchavost
71-90 dB	Těžké poškození sluchu	Praktická hluchota
Více než 90 dB, body v audiogramu i nad 1 kHz	Velmi závažné poškození sluchu	Úplná hluchota
V audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	neslyšící	Úplná hluchota

Tabulka č. 1 – klasifikace sluchových vad dle WHO – Mukšnáblová, 2014

## 3.2. Diagnostika sluchových vad

### 3.2.1. Screening sluchu

Cílem screeningu sluchu je zaregistrovat sluchovou vadu co nejdříve, aby byla včas zahájena rehabilitace a s tím zajištěny vhodné podmínky pro řečový vývoj jedince.

(Metodický pokyn k zajištění celoplošného novorozeneckého screeningu sluchu a následné péče, 2021)

V sousedních státech má screening sluchu novorozenců dlouholetou tradici a je takřka samozřejmostí. Na Slovensku byla v roce 2006 zavedena vyhláška ministerstva zdravotnictví nařizující celoplošný screening sluchu, v Německu je screening od roku 2009 uveden do zákona. V České republice byl v roce 2012 zařazen do Věstníku MZ ČR metodický pokyn k provádění sluchu u novorozenců. (Kubáčková, 2014)

Screeningové vyšetření se provádí ve třech úrovních, které jsou popsány v Metodickém pokynu pro k provádění screeningu sluchu u novorozenců.

### 1. úroveň-neonatologické oddělení

Základním vyšetřením u novorozenců bývá vyšetření otoakustických emisí (OAE), které provádí zaškolená neonatologická sestra 2-3 dny po narození. (Skákalová, 2014) Ve středouší už by se v této době neměla vyskytovat plodová voda, která brání převodu energie zvuku. (Kubáčková, 2014)

OAE vznikají aktivitou vnějších vláskových buněk, které se nachází v Cortiho orgánu. Vláškové buňky jsou drážděny buď spontánně nebo zvukovou stimulací. V případě novorozeneckého screeningu se tak děje prostřednictvím krátkých opakujících se zvuků, tzv. kliků. Poté dojde k rozvlnění nitroušních tekutin. Vlnění dosáhne v určitém bodě maximální hodnoty a akustická energie se změní na energii elektrickou, která se jako nervový vzruch šíří sluchovou dráhou. Část mechanické energie je vysílána do vnějšího zvukovodu, kde je možné ji zachytit citlivým mikrofonem jako otoakustickou emisi. (Malá, 2014)

U rizikových novorozenců se využívá vyšetření BERA (kmenové sluchové potenciály).

BERA zaznamenává reakce mozkového kmene na zvukové signály v podobě kliků. (Hahn, 2019) Vyšetření probíhá v audiometrické odhlučněné vyšetřovně, kde jsou pacientovi nalepeny spánkové, týlní a čelní elektrody a nasazena sluchátka, do kterých jsou poušťeny akustické signály, nejčastěji v podobě kliků. Při vyšetření je důležité, aby byl pacient v klidu, jelikož jakýkoli neklid může negativně ovlivnit výsledek vyšetření. (Dršata, Havlík a kol, 2015)

Pokud jsou otoakustické emise výbavné, provádí se kontrolní vyšetření za 6 měsíců a předpokládá se normální vývoj sluchu a řeči. Pokud jsou otoakustické emise nevýbavné, provede se za 6 týdnů rescreening. (Hahn, 2019)

## 2. úroveň-ORL (foniatické) pracoviště

Rescreeningové vyšetření se provádí 3-6 týdnů po narození dítěte. Provádí jej audiologická sestra, ORL lékař nebo foniatr. Vyšetření zahrnuje anamnézu, otoskopii a objektivní audiometrii otoakustických emisí, nebo u rizikových novorozenců vyšetření BERA. Pokud je opět výsledek pozitivní, dítě je posláno na ORL-pedaudiologické pracoviště. (Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců, 2021)

## 3. Úroveň-ORL (pedaudiologické) pracoviště

Prostřednictvím komplexního audiologického vyšetření se určí typ a stupeň sluchové vady, a to do 6 měsíců dítěte. Dále se stanoví korekce sluchu – při oboustranné trvalé poruše sluchu nasazení sluchadel nejpozději do 1 roku, při oboustranné hluchotě kochleární implantace nejpozději do 3 let. (Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců, 2021)

### **3.2.2. Screening sluchu v 5 letech**

Cílem screeningu sluchu v 5 letech je včasné odhalení sluchové vady u dětí ještě před začátkem školní docházky za účelem podpory a zlepšení sluchu a komunikačních schopností. (Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 2019)

O screeningu sluchu informuje rodiče praktický lékař, většinou v rámci preventivní pětileté prohlídky. Vyšetření provádí ORL lékař či foniatr na specializovaných pracovištích. Jako vyšetřovací metoda se používá tónová prahová audiometrie, což je subjektivní vyšetření, které probíhá v audiologické komoře. Zde jsou pacientovi pouštěny do sluchátek definované tóny a pacient pomocí zmáčknutí tlačítka, zamávání či úsměvu ohlašuje, zda tóny slyší či nikoli. Součástí vyšetření je i osobní a rodinná anamnéza a otoskopie. Výsledek o pozitivním či negativním screeningu zasílá ORL lékař či foniatr praktickému lékaři a v případě pozitivního výsledku provede další vyšetření za účelem diagnostiky sluchové vady a navrhne další opatření a postupy. (Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 2019)

Screening sluchu se neprovádí u dětí, u kterých již byla diagnostikována vada sluchu, nebo u dětí se sníženou mentální úrovní. (Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 2019)

### **3.2.3. Objektivní metody**

Nenesou potřebu spolupráce s vyšetřovaným, ale k vyšetření je potřeba speciální technika, probíhá proto na specializovaných pracovištích. (Kisvetrová, 2014) Některé metody jsou zmiňovány v předchozí podkapitole viz. Screening sluchu, dále sem můžeme zařadit tympanometrii nebo měření ustálených evokovaných potenciálů (SSEP). (Skákalová, 2017)

Tympanometrie (impedační audiometrie) – tympanometrie měří velikost akustického odporu, který brání převodu akustické energie z vnějšího prostředí do vnějšího, středního a vnitřního ucha až k hlemýždi. Vyšetřuje se měřicí sondou, jejíž koncovka je vsunuta do vnějšího zvukovodu. Sonda pouští měřicí tón, který je pro pacienta slyšitelný a zároveň měří odpor bubínku. (Lejska, Havlík, 2019)

Ustálené evokované potenciály (SSEP) – Vyšetření probíhá ve spánku vyvolaném chloralhydrátem či v celkové anestezii. (Myška, 2007) Pacient má nasazená sluchátka, přes která jsou vysílány do uší zvukové podněty. Elektrody připevněné na hlavě zaznamenávají odezvu mozkového kmene – thalamu na tyto podněty. (Jugnwithová, 2014) Měření se provádí přes přístroj ERA-SSEP a výsledkem je tzv. odhadovaný audiogram, který ukazuje, jak by vypadal tónový audiogram v případě jeho reálného provedení. (Myška, 2007)

### **3.2.4. Subjektivní metody**

Vyžadují spolupráci s pacientem. Zahrnují sluchovou zkoušku, vyšetření ladičkami, tónovou a slovní audiometrii. Jejich výhodou je snadné provedení a dostupnost. Výsledky však mohou být méně spolehlivé, jelikož je závislé právě na spolupráci pacienta, která nemusí být vždy úspěšná. (Kisvetrová, 2014)

Sluchová zkouška – Vyšetření provádí pediatr či logoped při logopedickém vyšetření. Cílem je zjistit, při jaké vzdálenosti je jedinec schopen slyšet a opakovat slova, která lékař



předřikává. Vzdálenost mezi pacientem a vyšetřujícím činí 6 metrů. Pacient je postaven k lékaři bokem, lékař mu do ucha říká slova, druhé ucho je zakryté, tzn. každé ucho je vyšetřováno zvlášť. (Skákalová, 2017)

Ladičkové zkoušky – K vyšetření se používají ladičky-kovové nástroje, které vyvolávají jednoduché tóny. Rozeznáváme tři základní zkoušky – Weberova, Rinného a Schwabachova. (Lejska, Havlík, 2019)

Weberova zkouška – porovnává kostní vedení pravého a levého ucha. Ladička se přikládá do středu lebky, tzn. na čelo. Porovnává, zda obě uši slyší symetricky nebo zda vzniká jednostranný vjem. (Lejska, Havlík, 2019)

Rinného zkouška – porovnává vzdušné a kostní vedení stejného ucha. Kostní vedení se vyšetřuje přiložením rozeznělé ladičky na vyšetřované ucho. Jakmile vyšetřovaný oznámí, že už nic neslyší, vyšetřuje se vzdušné vedení přiložením ladičky na boltec. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

Schwabachova zkouška – dochází k porovnání kostního vedení pacienta a vyšetřujícího. Vyšetření touto metodou je ale nejméně účinné a praktikuje se velmi zřídka. (Lejska, Havlík, 2019)

Tónová audiometrie – Jedná se o nejčastější diagnostickou metodu ke zjištění sluchové ztráty. (Skákalová, 2017) Vyšetření probíhá v tiché místnosti, kde jsou vyšetřovanému nasazena sluchátka, do kterých jsou pouštěny zvuky různých frekvencí. Vyšetřovaný zareaguje na slyšený zvuk zamáváním, stisknutím tlačítka nebo jiným způsobem. (Jungwirthová, 2015) Vyšetřením se stanoví práh sluchu a velikost sluchové ztráty. (Skákalová, 2015)

Slovní audiometrie – slovní audiometrie posuzuje porozumění řeči, při čemž hlavní úlohu zde hraje soustava slov, která jsou rozdělena do skupin po deseti. K vyšetřování se používá přístroj, ze kterého jsou pouštěna slova a audiometr, který převádí slova do sluchátek. Ta se nasadí pacientovi a první skupina slov je pouštěna do ucha, které slyší lépe. Každé slovo pacient opakuje a vyšetřující si značí správně zaznamenaná slova. Celý proces se několikrát opakuje a pokaždé se intenzita zvýší o 10 dB, dokud se nedocílí maximálního rozumění. (Lejska, Havlík, 2019)

### 3.3. Možnosti kompenzace sluchových vad

#### 3.3.1. Sluchadla

Sluchadla patří mezi základní kompenzační pomůcky u sluchově postižených jedinců, kteří jsou vybaveni alespoň zbytky sluchu. Pomůcka funguje na principu zesílení přijímaného zvuku na takovou hlasitost, kterou je jedinec se sluchovým postižením schopen vnímat. Kromě toho jsou sluchadla vybavena schopností omezit rušivé zvuky a zdůraznit tak mluvenou řeč. (Jungwirthová, 2015)

Sluchadlo obsahuje tři základní komponenty, kterými jsou mikrofon, zesilovač a reproduktor. (Lejska, Havlík, 2019) Nedílnou součástí jsou i ušní tvarovky, které jsou vyráběny dle odlitku zvukovodu daného člověka. Ty slouží k zabránění úniku zvuku od bubínku, což může způsobovat nepříjemné pískání. Tvarovky se pravidelně mění, u dětí to bývá častěji z důvodu vývoje a změny velikosti zvukovodu. (Horáková, 2017) Sluchadlo je umístěno za uchem. Z jeho pouzdra vychází plastová hadička s ušní tvarovkou, která vede do zvukovodu. (Jungwirthová, 2015) Mikrofon zachytí zvuk z vnějšího prostředí a ten je poté převeden na elektrický signál. Tento elektrický signál je zesilovačem zesílen a upraven dle sluchové ztráty. Reproduktor tento upravený signál mění opět na zvuk a vede jej do zevního zvukovodu. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

#### Druhy sluchadel

Kapesní – Kapesní sluchadlo uživatel nosí v kapse. Děti mívají na krku zavěšenou kapsičku, ve které sluchadlo uchovávají a pomocí drátku je připevněno k uchu. Dříve se využívaly právě u malých dětí, aby měli rodiče nad sluchadly kontrolu. Velkým negativem byla ale velikost sluchadla, složité zacházení a časté problémy s funkčností. Dnes už se prakticky nepoužívají. (Muknšáňblová, 2014)

Závěsná – patří mezi nejpoužívanější sluchadla. Jsou zavěšená za boltec a reproduktor může být situován buď přímo ve sluchadle, kdy zvuk převádí úzká hadička do zvukovodu, nebo je plastovým kroužkem upevněn mimo sluchadlo ve zvukovodu nebo v tvarovce. Závěsná sluchadla jsou velmi výkonná a mohou jej využít i osoby se zbytky sluchu. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

Brylová – Podle názvu mají tvar brýlí a fungují jako závěsná sluchadla. Požívají se zejména v případě potřeby kostního vedení nebo při kombinaci sluchového a zrakového postižení. (Muknšáňblová, 2014)

Kanálová – výhodou kanálových sluchadel je jejich malá velikost. Jsou zasazena do skořepiny, která je vyrobena přesně podle odlitku zvukovodu. Ve zvukovodu se pak dobře skryjí, pokud je dostatečně prostorný. Kanálová sluchadla jsou vhodná pro jedince s lehkou či střední ztrátou sluchu. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

Zvukovodová – Oproti kanálovým sluchadlům jsou nápadnější díky jejich většímu provedení. Sluchadlo je umístěno ve zvukovodu i v jeho vchodu a obsahuje spoustu funkcí, např. regulátor hlasitosti, přepínač programů, telefonní cívku. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

BAHA systém – funguje na principu kostního vedení, kdy zvuk je veden přes kůži prostřednictvím zašroubovaného čipu ke kosti až do vnitřního ucha, tudíž se vyhne středouší. (Muknšánblová, 2014)

Boltcová – sluchadlo je vsazeno do boltce, tudíž vyplňuje celý prostor vnějšího ucha. (Kejklíčková, 2011) Díky většímu reproduktoru a baterii je velmi výkonné. Technický pokrok umožnil nové řešení sluchadla – zatímco reproduktor se nachází hluboko ve zvukovodu, mikrofon a zesilovač jsou zasazeny v dutině zvané *cymba conchae*. Toto řešení slouží oproti běžné variantě ke korekci lehkých sluchových vad. (Dršata, Havlík a kolektiv, 2015)

Pomoc s výběrem sluchadla poskytuje lékař-foniatr, který při výběru respektuje individuální možnosti, nároky a požadavky konkrétního jedince. Hlavně při výběru u malých dětí je důležitý zodpovědný přístup a zkušenosti v této oblasti. (Horáková, 2017)

### **3.3.2. Kochleární implantát**

Jedná se o zařízení, které bývá indikováno u těžkých sluchových vad, kdy jsou vláskové buňky vnitřního ucha poškozeny do takové míry, že nedokážou převádět zvuk na elektrický signál. Jedná se tedy o ztráty větší než 90 dB. (Lejska, Havlík, 2019)

Kochleární implantát se skládá z části vnější (mikrofon, řečový procesor a vysílací cívka) a vnitřní (přijímač a svazek elektrod). (Lejska, Havlík, 2019) Mikrofon zaznamenává signál z vnějšího prostředí a procesor jej následně zakóduje. Přes cívky se signál přenesení do přijímače, který je voperován pod kůži za uchem ve spánkové kosti. Přijímač signál

převede na elektrické proudy, které jsou vedeny svazkem elektrod do hlemýždě, kde elektrody dráždí vlákna sluchového nervu. Stimulovaný sluchový nerv pak vede přijímanou informaci sluchovými drahami do mozku, kde se informace převádí na zvukový vjem. (Hádková, 2016)

## 4 Empirická část

### 4.1. Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části je zjistit úroveň a dostupnost služeb rané péče u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách a jak je služba rané péče vnímána samotnými klienty.

#### Výzkumné otázky:

- Jaká je dostupnost služeb rané péče z hlediska informovanosti a vzdálenosti?
- Jak probíhá spolupráce rané péče s rodinami?
- Jak klienti hodnotí služby rané péče?

### 4.2. Metody výzkumu

Ke sběru dat byla využita kvantitativní metoda dotazník, který nám umožňuje popsat vztahy mezi několika pozorovatelnými proměnnými. (Disman, 2002) Díky tomu je tedy možné porovnat odpovědi od několika uživatelů rané péče a získat tak ucelený pohled na poskytování služeb.

*„Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“* (Chráška, 2016, str. 158) Nevýhodou dotazníku bývá nedostatečné zjišťování toho, jací respondenti doopravdy jsou, ale jak sami sebe vnímají nebo chtějí, aby byli vnímáni. Naopak výhodné je relativně rychlé získání údajů od většího počtu respondentů. (Chráška, 2016)

Dotazníkové šetření jsem zvolila z toho důvodu, že umožňuje rychlé získání údajů od většího počtu respondentů, takže je možnost jej rozeslat většímu počtu rodičů využívajících ranou péči. Dalším důvodem je časová a prostorová nenáročnost, tedy skutečnost, že vyplnění dotazníku nezabere moc času a respondenti si mohou sami určit čas, kdy dotazník vyplní a mohou jej vyplnit z pohodlí domova. Respondenti také odpovídají na předem připravené otázky.

Dotazník je rozdělen do 3 oblastí. V první části je představen autor dotazníku, dále cíle a záměry dotazníkového šetření a instrukce k vyplnění. Respondenti jsou také obeznámeni s anonymním zacházením se získanými odpověďmi.

Druhá oblast představuje otázky, na které respondent odpovídá. (Gavora, 2010) Dotazník obsahuje celkem 25 otázek, z toho otázky č. 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12 jsou uzavřené s jednou možnou odpovědí, otázky č. 4, 9 jsou polouzavřené s výběrem možnosti s textovou odpovědí („jiné“), otázky č. 8, 11 jsou polouzavřené s možností více odpovědí. U těchto otázek byl proveden součet jednotlivých odpovědí klientů a následně procentuální výpočet z celkového počtu respondentů. otázky č. 2, 13, 15, 16, 22 jsou otevřené, tedy ve kterých respondent formuluje vlastní odpověď. Tyto otázky byly zpracovány slovně. Otázky č. 17, 18, 19, 20, 21 jsou škálové, tedy zjišťující postoj nebo hodnocení daného jevu respondentem a na konci dotazníku jsou otázky zjišťující demografické údaje (otázky č. 23, 24, 25).

V závěru je poděkování za spolupráci. (Gavora, 2010)

Výzkumné otázky budou zpracovány takto: výzkumná otázka č. 1 prostřednictvím odpovědí u otázek č. 4, 5 a 7. Výzkumná otázka č. 2 prostřednictvím odpovědí u otázek č. 3, 6, 9, 10, 11, 12, 15 a výzkumná otázka č. 3 prostřednictvím odpovědí u otázek č. 17, 18, 19, 20, 21, 22.

### **4.3. Charakteristika výzkumného vzorku a metody sběru dat**

Výzkumný vzorek dotazníkového šetření je tvořen uživateli služeb rané péče pro děti se sluchovým postižením v oblasti Východních Čech, konkrétně klienty Centra komplexní odborné podpory pro klienty se sluchovým postižením v Hradci Králové a klienty rané péče v rámci Centra pro dětský sluch Tamtam Čechy. Při výběru výzkumného vzorku autorka bakalářské práce navázala spolupráci s vedoucími výše zmíněných pracovišť, kteří na požádání autorky vybraným klientům rozeslali dotazník prostřednictvím e-mailu. Dotazník byl rozeslán dohromady 117 klientům, z toho 67 jich bylo vráceno.

### **4.4. Spolupracující pracoviště**

#### **4.4.1. Centrum komplexní odborné podpory pro klienty se sluchovým postižením Hradec Králové**

CKOP poskytuje služby v oblasti psychologické, speciálně pedagogické a sociální, a to nejen klientům od raného věku, tedy od zjištění sluchového postižení, ale i rodinám, pedagogům a vychovatelům.

Mezi poskytované služby patří raná péče, což je jediné odborné pracoviště v ČR pro sluchově postižené, které je součástí komplexní kontinuální služby pro děti a jejich rodiče. Na ranou péči poté navazuje speciálně pedagogické centrum (SPC), nabízející všechny odborné služby. Centrum metodické podpory mapuje nové trendy v oblasti péče o klienty se sluchovým postižením a vytváří originální didaktické pomůcky. Služby jsou poskytovány bez úplaty.

Hlavním cílem je zajištění komplexních služeb, které podněcují maximální rozvoj klienta a jeho uplatnění v majoritní společnosti. Veškerá intervence respektuje nejlepší zájem klienta a jeho individuální specifika a je zaměřena na rozvoj sociálních a komunikačních schopností klienta. Cílem je i spolupráce rodiny, školského zařízení a centra (CKOP).

#### **4.4.2. Centrum pro dětský sluch Tamtam**

Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s. je organizace poskytující sociální služby pro rodiny s dětmi se sluchovým a kombinovaným postižením od narození do sedmi let věku. Jejím hlavním cílem je podpora rodiny v nepříznivé situaci tak, aby byla schopna dát dítěti potřebnou péči, popřípadě znala další možnosti podpory, osvojila si potřebné rodičovské kompetence k zajištění přirozeného fungování rodiny, naučila se s dítětem komunikovat, orientovala se ve svých právech a mohla se zapojit do běžného způsobu života. To vše s ohledem na možnosti a potřeby rodiny. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., online)

#### **Poskytované služby**

- Raná péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Odborné poradenství (psychologická, logopedická, ambulantní poradna)
- Sociální poradna
- Informační a vzdělávací služby
- Kulturní akce

Služby jsou poskytovány ambulantní nebo terénní formou. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., online)

#### **4.5. Etické aspekty výzkumného šetření**

Průcha a Švaříček (2009) uvádí etické aspekty pedagogického výzkumu a navrhuje opatření, kde výzkumník:

- Podává respondentům jasné informace o záměru, cíli a průběhu výzkumu
- Obdrží od respondentů dobrovolný souhlas o poučení se záměrem a průběhem šetření a o možnosti kdykoli výzkum ukončit
- Dodržuje anonymitu získaných odpovědí respondentů
- Při výzkumu i po jejím zveřejnění nakládá se získanými daty tak, aby nedošlo k jejich zneužití
- Nepublikuje výsledky výzkumného šetření, pokud by mohlo dojít k porušení práv respondentů
- Nese plnou odpovědnost za správnost a přesnost výzkumného šetření

Respondenti byli na začátku výzkumného šetření obeznámeni s jeho cílem a průběhem, zcela dobrovolně zapojeni do výzkumu a možnostmi kdykoli výzkum opustit. Dále byli ujištěni o anonymním zacházení se získanými daty. Informovanost a souhlas se zapojením do výzkumu respondenti vyjádřili spuštěním dotazníku.

#### **4.6. Předvýzkum**

Předvýzkum slouží k ověření, zda je dotazník srozumitelný a zda opravdu zjišťujeme to, co zjišťovat chceme. Ověřujeme především náročnost, časovou dotaci, srozumitelnost formulovaných otázek a funkčnost analýzy dat. Provádí se před hlavním získáváním údajů na menším vzorku respondentů, se kterými již nadále nebudeme pracovat. (Skutil a kol., 2011)

Pro předvýzkum jsem oslovila pracovníky CKOP, kteří mají do problematiky náhled a mohli by tak mít případné postřehy k dotazníku. Na základě připomínek došlo k úpravě dotazníku. Znění dotazníku před pilotáží a po je uvedeno v přílohách.

#### **4.7. Metoda vyhodnocení dat**

Získaná data z dotazníkového šetření byla vložena do programu Microsoft Excel, kde byla zpracována prostřednictvím statistických funkcí. Ze získaných dat tak vznikly



tabulky s absolutní a relativní četností a následně byla data upravena do přehledných grafů.

## 5. Grafické znázornění výsledků šetření

Tato kapitola se věnuje grafické analýze výsledků, které byly získány prostřednictvím dotazníkového šetření. Výsledky jsou zpracovány jednotně do tabulek a grafů, které slouží ke snadné orientaci ve výsledcích šetření.

Tabulka č. 2 Věk dítěte

Věk dítěte	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Méně než 1 rok	11	16
1-2 roky	16	24
3-4 roky	17	25
5-6 let	20	30
7 let	3	4
Celkem	67	100

Graf č. 1 Věk dítěte

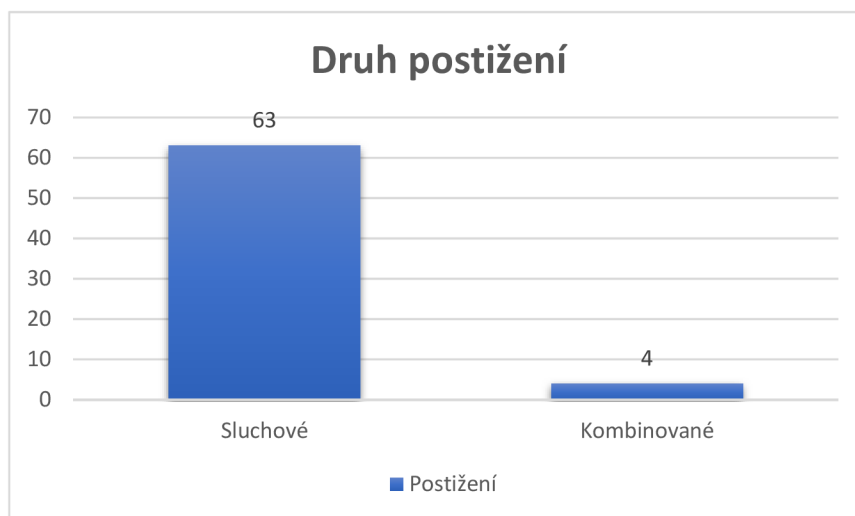


Otázka č. 1 zjišťovala věk dětí respondentů. 11 (16 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě je mladší 1 roku, 16 (24 %) respondentů uvedlo věk dítěte 1-2 roky, 17 (25 %) uvedlo věk dítěte 3-4 roky, 20 (30 %) respondentů uvedlo věk dítěte 5-6 let, pouze 3 (4 %) respondentů uvedlo věk dítěte 7 let.

Tabulka č. 3 Druh postižení

Druh postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Sluchové	63	94
Kombinované	4	6
Celkem	67	100

Graf č. 2 Druh postižení

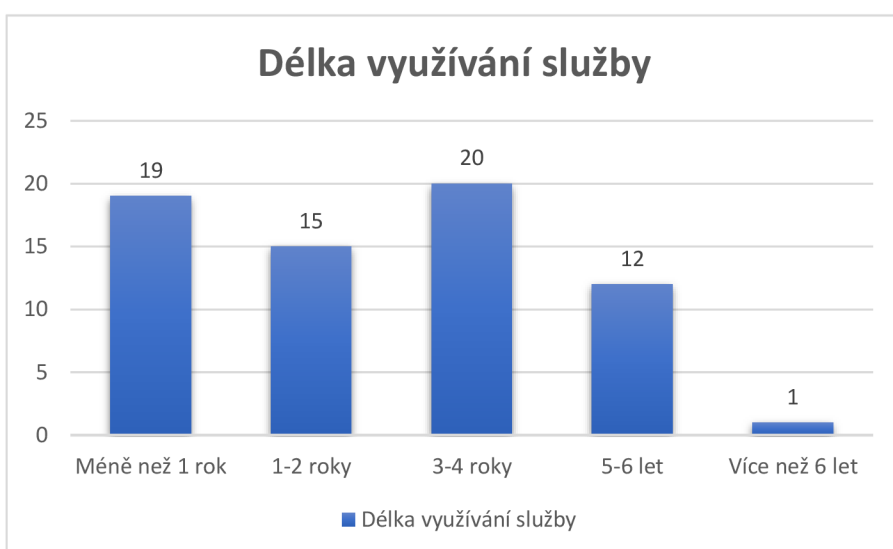


Otázka č. 2 zjišťovala, kvůli jakému druhu postižení dítě využívá ranou péči. 63 (94 %) respondentů uvádí u svého dítěte pouze sluchové postižení, pouze 4 (6 %) respondenti uvádí kombinované postižení. Jelikož byla otázka otevřená, někteří respondenti napsali konkrétní postižení, mezi nimi byla lehká až těžká nedoslýchavost, neslyšící, zatím nepotvrzená sluchová vada, převodní a percepční sluchová vada, uživatel kochleárního implantátu, z kombinovaných vad bylo zmíněno sluchové postižení a lehké mentální postižení, Usherův syndrom a dvakrát sluchové postižení a ADHD.

Tabulka č. 4 Délka využívání služby

Délka využívání služby	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Méně než 1 rok	19	28
1-2 roky	15	22
3-4 roky	20	30
5-6 let	12	18
Více než 6 let	1	1
Celkem	67	100

Graf č. 3 Délka využívání služby

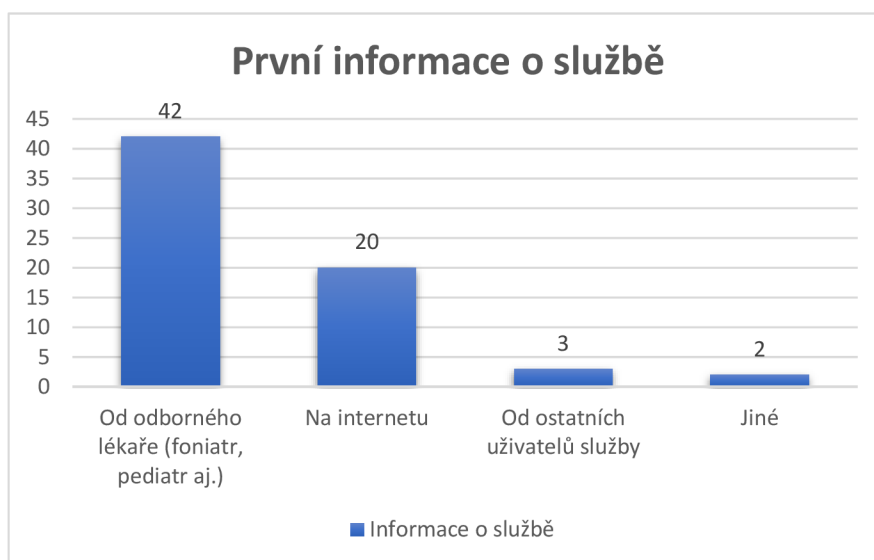


Otázka č. 3 zjišťovala délku využívání služby. 19 (28 %) respondentů uvedlo délku trvání méně než 1 rok, 15 (22 %) uvedlo délku trvání 1-2 roky, 20 (30 %) respondentů uvedlo dobu trvání 3-4 roky, 12 (18 %) respondentů uvedlo dobu trvání 5-6 let, pouze 1 (1 %) respondent uvedl dobu trvání delší než 6 let.

Tabulka č. 5 První informace o službě

První informace o službě	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Od odborného lékaře (foniatr, pediatr aj.)	42	63
Na internetu	20	30
Od ostatních uživatelů služby	3	4
Jiné	2	3
Celkem	67	100

Graf č. 4 První informace o službě

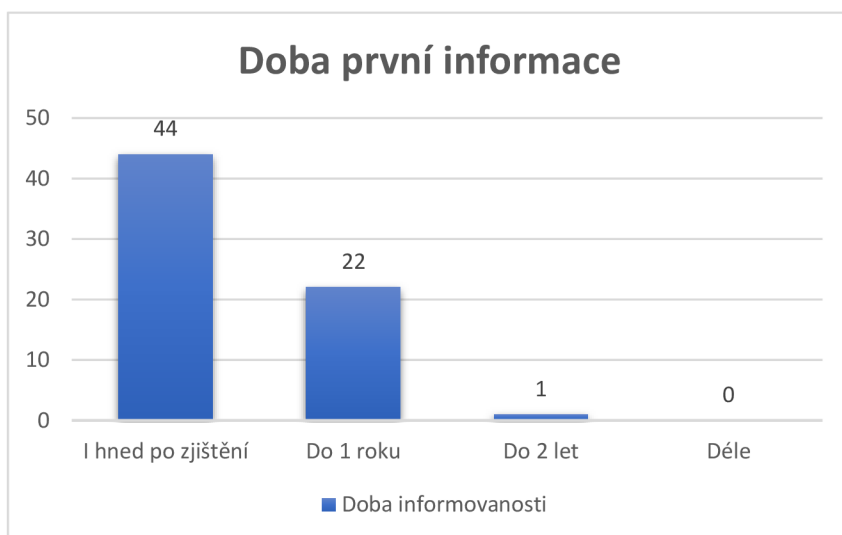


Otázka č. 4 zjišťovala, od koho/kde respondenti získali první informaci o službách rané péče. Více než polovina respondentů, tedy 42 (62 %) respondentů uvedlo, že prvotní informaci získali od odborného lékaře. 20 (30 %) respondentů uvedlo první informaci na internetu, 3 (4 %) respondentů uvedlo první informaci od ostatních uživatelů služby, 2 (3 %) respondenti uvedli jiné. V jednom případě to byla informace od rodiny, ve druhém případě informace od přátel.

Tabulka č. 6 Doba první informace

Doba první informace	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
I hned po zjištění	44	66
Do 1 roku	22	33
Do 2 let	1	1
Déle	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 5 Doba první informace

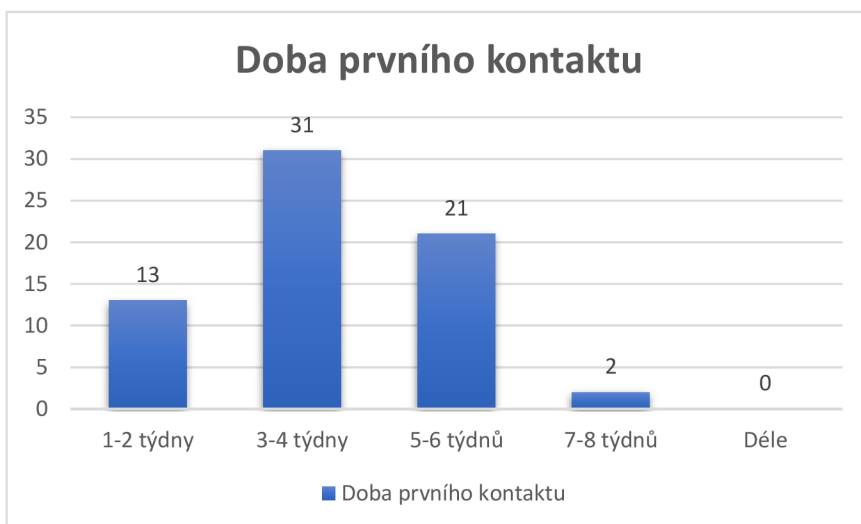


Otázka č. 5 zjišťovala, po jak dlouhé době od zjištění diagnózy respondenti získali informaci o službách rané péče. Opět více než polovina, tedy 44 (66 %) respondentů uvedla i hned po zjištění, 22 (33 %) respondentů uvedlo do 1 roku, pouze 1 (1 %) respondent odpověděl do 2 let. Odpověď déle neuvedl nikdo. Z porovnání otázek č. 4 a 5 lze usoudit, že respondenti získali informaci o rané péči od odborného lékaře i hned po zjištění diagnózy, což značí dobrou informovanost lékařů o těchto službách.

Tabulka č. 7 První schůzka

První schůzka	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1-2 týdny	13	19
3-4 týdny	31	46
5-6 týdnů	21	31
7-8 týdnů	2	3
Déle	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 6

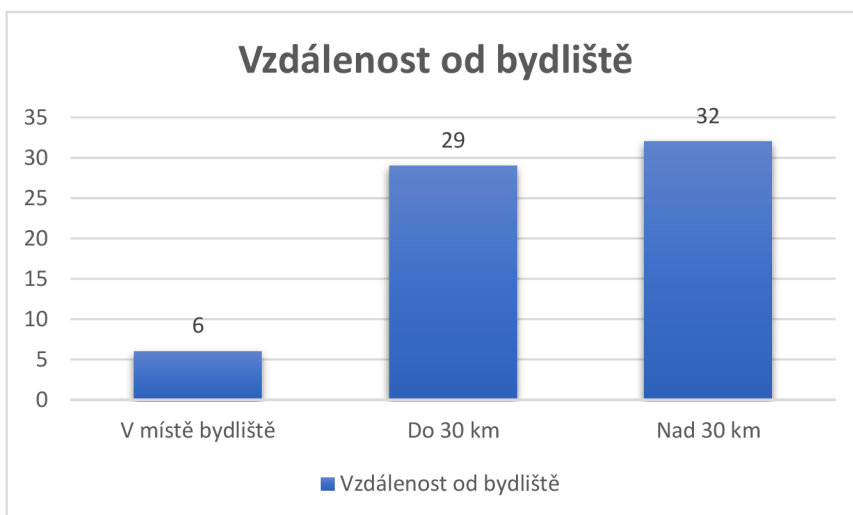


Otázka č. 6 zjišťovala, po jak dlouhé době od prvního kontaktu došlo na první schůzku. 13 (19 %) respondentů uvedlo dobu 1-2 týdny, 31 (46 %) respondentů uvedlo dobu 3-4 týdny, 21 (31 %) respondentů uvedlo dobu 5-6 týdnů, 2 (3 %) respondenti uvedlo dobu 7-8 týdnů. Nikdo neuvedl déle.

Tabulka č. 8 Vzdálenost od bydliště

Vzdálenost od bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
V místě bydliště	6	9
Do 30 km	29	43
Nad 30 km	32	48
Celkem	67	100

Graf č. 7 Vzdálenost od bydliště



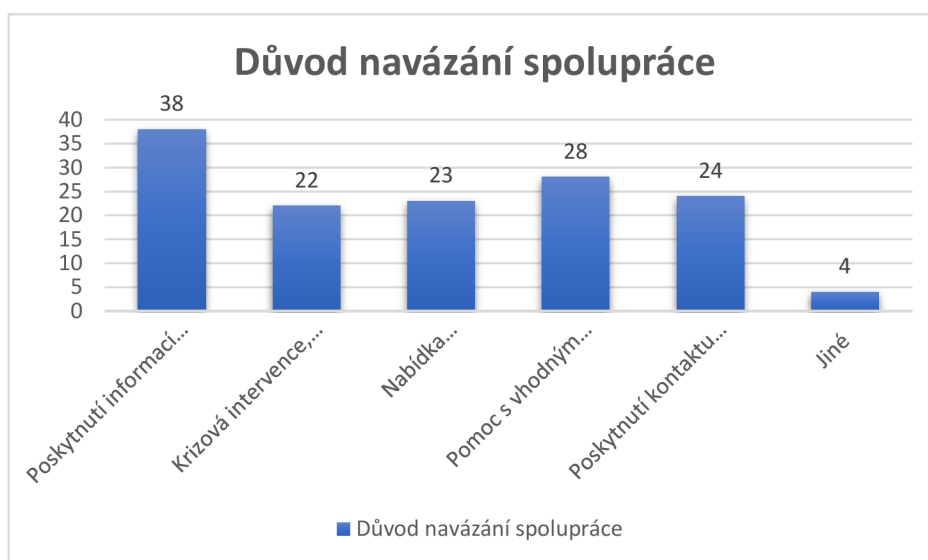
Otázka č. 7 zjišťovala vzdálenost bydliště respondentů od střediska. V místě bydliště uvedlo 6 (9 %) respondentů, do 30 km uvedlo 29 (43 %) respondentů, nad 30 km uvedlo 32 (48 %) respondentů.



Tabulka č. 9 Důvod navázání spolupráce

Důvod navázání spolupráce	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Poskytnutí informací o postižení	38	57
Krizová intervence, poradenství, podpora	22	33
Nabídka kompenzačních a rehabilitačních pomůcek	23	34
Pomoc s vhodným způsobem komunikace	28	42
Poskytnutí kontaktu na jiné rodiny v podobné situaci	24	36
Jiné	4	6

Graf č. 8 Důvod navázání spolupráce

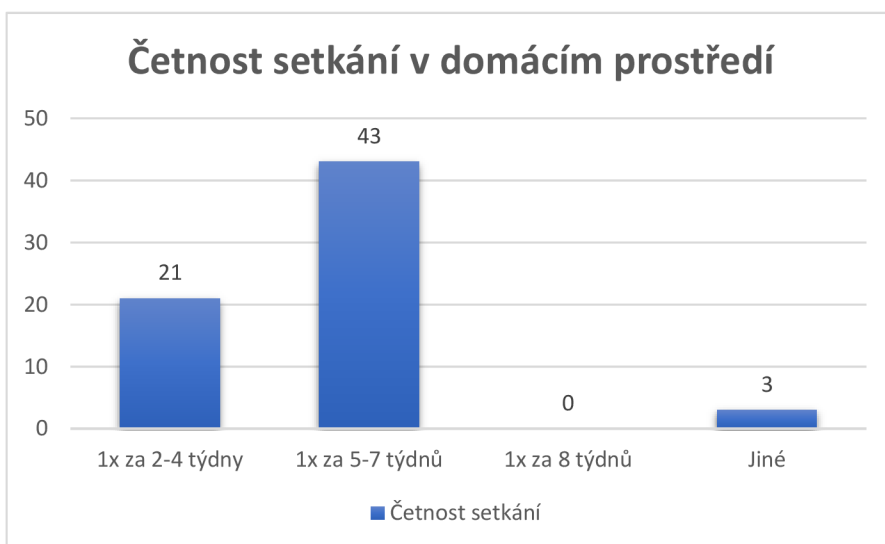


Otázka č. 8 zjišťovala, z jakého důvodu respondenti kontaktovali službu rané péče. 38 (57 %) respondentů uvedlo poskytnutí informací o postižení, 22 (33 %) respondentů uvedlo krizová intervence, poradenství, podpora, 23 (34 %) respondentů uvedlo nabídka kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, 28 (42 %) respondentů uvedlo pomoc s vhodným způsobem komunikace, 24 (36 %) respondentů uvedlo poskytnutí kontaktu na jiné rodiny v podobné situaci. 4 (6 %) respondentů uvedli jiné – doporučení lékaře na navázání rané péče, zjistit co dál, když syn nebyl vhodný kandidát na kochleární implantaci, příprava na kochleární implantaci, seznámení se s dalšími dětmi s KI, cokoli, jelikož to byla nová situace.

Tabulka č. 10 Četnost setkání v domácím prostředí

Četnost setkání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1x za 2-4 týdny	21	31
1x za 5-7 týdnů	43	64
1x za 8 týdnů	0	0
Jiné	3	4
Celkem	67	100

Graf č. 9 Četnost setkání v domácím prostředí

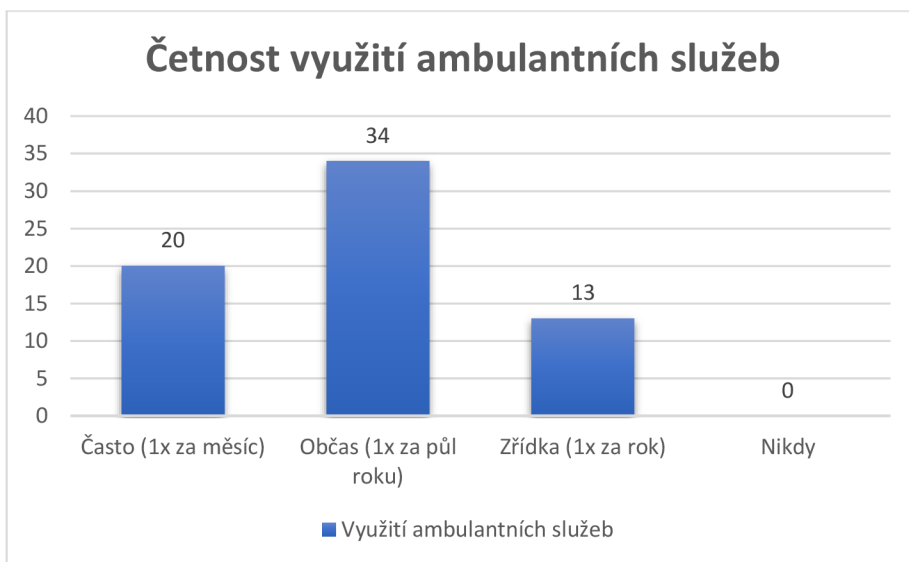


Otázka č. 9 zjišťovala, jak často respondenti využívají setkání v domácím prostředí. 21 (31 %) respondentů uvedlo 1x za 2-4 týdny, 43 (64 %) respondentů uvedlo 1x za 5-7 týdnů, 1x za 8 týdnů neuvedl nikdo, 3 (4 %) respondenti uvedli jiné – dříve častěji, alespoň jednou za 3 týdny, ale nyní už jednou za 5-6 týdnů. Lze usoudit, že při zahájení spolupráce respondenti využívali setkání v domácím prostředí častěji. Při delší spolupráci se četnost návštěv snižuje.

Tabulka č. 11 Četnost využití ambulantních služeb

Využití ambulantních služeb	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Často (1x za měsíc)	20	30
Občas (1x za půl roku)	34	51
Zřídka (1x za rok)	13	19
Nikdy	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 10 Četnost využití ambulantních služeb

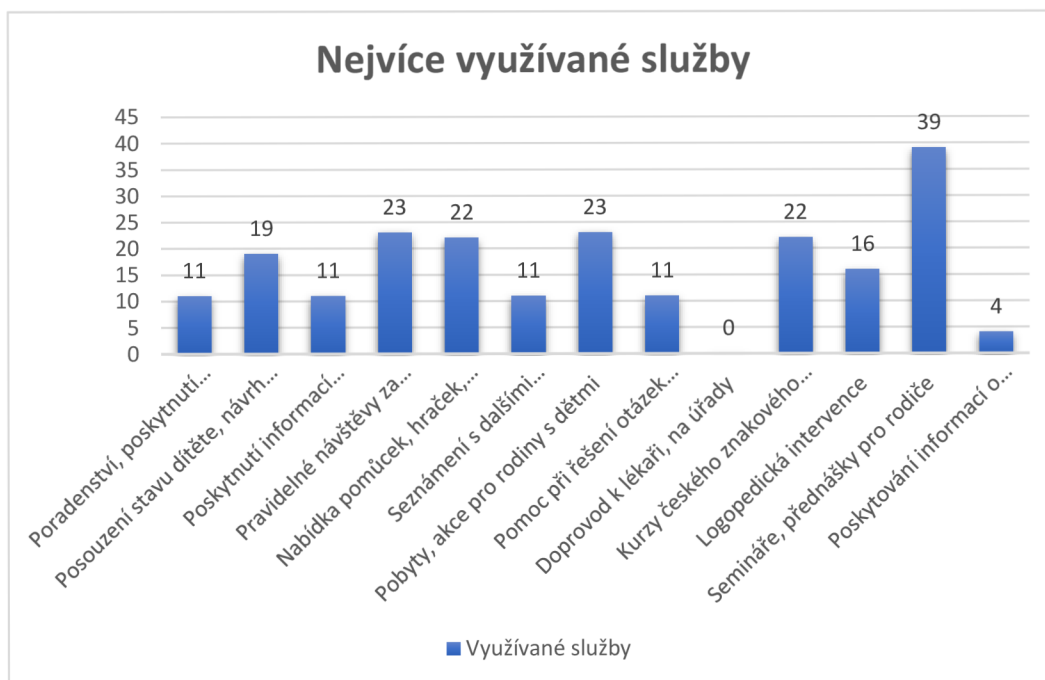


Otázka č. 10 zjišťovala, jak často respondenti využívají ambulantní služby. 20 (30 %) respondentů uvedlo často (1x za měsíc), 34 (51 %) respondentů uvedlo občas (1x za půl roku), 13 (19 %) respondentů uvedlo zřídka (1x za rok), odpověď nikdy neuvedl nikdo z respondentů. Z otázek 9 a 10 můžeme usoudit, že pro klienty jsou pohodlnější návštěvy v domácím prostředí.

Tabulka č. 12 Nejvíce využívané služby

Nejvíce využívané služby	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Poradenství, poskytnutí krizové intervence a podpory	11	16
Posouzení stavu dítěte, návrh vhodného stimulačního programu	19	28
Poskytnutí informací týkajících se sluchové vady	11	16
Pravidelné návštěvy za účelem zhodnocení vývoje dítěte	23	34
Nabídka pomůcek, hraček, vypůjčení odborné literatury	22	33
Seznámení s dalšími odborníky, subjekty, organizacemi	11	16
Pobyty, akce pro rodiny s dětmi	23	34
Pomoc při řešení otázek školní docházky	11	16
Doprovod k lékaři, na úřady	0	0
Kurzy českého znakového jazyka	22	33
Logopedická intervence	16	24
Semináře, přednášky pro rodiče	39	58
Poskytování informací o nárocích na sociální pomoc	4	6

Graf č. 11 Nejvíce využívané služby



Otázka č. 11 zjišťovala, jaké služby nejvíce využívají. Poradenství, poskytnutí krizové intervence a podpory označilo 11 (16 %) respondentů, posouzení stavu dítěte návrh vhodného stimulačního programu uvedlo 19 (28 %) respondentů, poskytnutí informací týkajících se sluchové vady uvedlo 11 (16 %) respondentů, pravidelné návštěvy za účelem zhodnocení vývoje dítěte uvedlo 23 (24 %) respondentů, nabídku pomůcek, hraček, vypůjčení odborné literatury uvedlo 22 (33 %) respondentům seznámení s dalšími odborníky, subjekty, organizacemi uvedlo 11 (16 %) respondentů, pobyty, akce pro rodiny s dětmi uvedlo 23 (34 %) respondentů, pomoc při řešení otázek školní docházky uvedlo 11 (16 %) respondentů, doprovod k lékaři, na úřady neuvedl nikdo, kurzy českého znakového jazyka uvedlo 22 (33 %) respondentů, logopedickou intervenci uvedlo 16 (24 %) respondentů, semináře, přednášky pro rodiče uvedlo 39 (58 %) respondentů, poskytování informací o nárocích na sociální pomoc uvedli 4 (6 %) respondentů. Největší přínos tedy respondenti vidí v seminářích a přednáškách, což ukazuje zájem rodičů o další vzdělávání a získávání nových poznatků z oblasti sluchového postižení.

Tabulka č. 13 Využití kurzů českého znakového jazyka

Využití kurzů českého znakového jazyka	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	22	33
Ne	45	67
Celkem	67	100

Graf č. 12 Využití kurzů českého znakového jazyka



Otázka č. 12 zjišťovala, kolik respondentů využívá kurzy českého znakového jazyka. 22 (33 %) respondentů uvedlo, že ano, 45 (67 %) respondentů uvedlo, že ne. Počet respondentů využívajících kurzů odpovídá počtu v předchozí otázce.

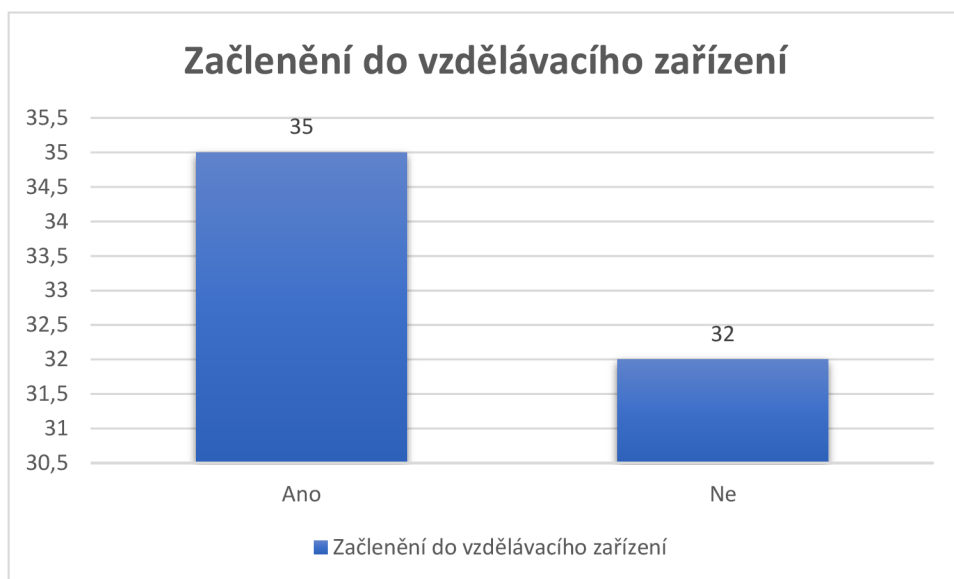
Otázka č. 13 Práce rané péče se sourozenci.

Otázka byla otevřená. Objevily se zde odpovědi, že raná péče se sourozencem nijak nepracuje, např. z důvodu, že se sourozenec neúčastní setkání, nebo že dítě žádné sourozence nemá. Z pozitivních odpovědí zde byly zmíněny aktivity pro sourozence na akcích a pobytech pro rodiny, dále se sourozenci účastní kurzu českého znakového jazyka nebo samotných schůzek, kde pro ně mají poradkyně připravené hry, aktivity, povídají si s nimi, vysvětlují jim situaci se sourozencem.

Tabulka č. 14 Začlenění do vzdělávacího zařízení

Začlenění do vzdělávacího zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	35	52
Ne	32	48
Celkem	67	100

Graf č. 13 Začlenění do vzdělávacího zařízení



Otázka č. 14 zjišťovala, kdo z respondentů má zkušenost se začleněním dítěte do vzdělávacího zařízení. 35 (52 %) respondentů odpovědělo, že ano, 32 (48 %) respondentů odpovědělo, že ne.

Otázka č. 15 Podíl rané péče na začlenění dítěte do vzdělávání.

Otázka byla otevřená pro získání hodnotnějších informací. Objevily se zde odpovědi, které vyvrátily jakoukoli spolupráci rané péče na začlenění dítěte do vzdělávacího zařízení, dále se objevily i pozitivní odpovědi, kdy raná péče poskytla respondentům kontakt na SPC nebo doporučení a kontakt na mateřskou nebo základní školu. Někteří respondenti uvedli, že jim byla nabídnuta pomoc, ale nevyužili ji.

Otázka č. 16 Spolupráce rané péče a SPC při začlenění dítěte do vzdělávání.

Otázka byla opět otevřená pro získání ucelenějších informací. Byly zde odpovědi, kdy respondenti uvedli, že raná péče a SPC spolu nijak nespolupracovaly, dále proběhla společná schůzka nebo pouze předání informací mez službami. Výhodou CKOP v Hradci Králové je, že zde funguje raná péče a SPC zároveň, tudíž služby jsou poskytovány v rámci jedné instituce a je tak snadnější komunikace a práce.

Tabulka č. 15 Profesionalita pracovníků rané péče

Profesionalita pracovníků rané péče	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	56	84
Spíše ano	10	15
Nevím	1	1
Spíše ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 14 Profesionalita pracovníků rané péče



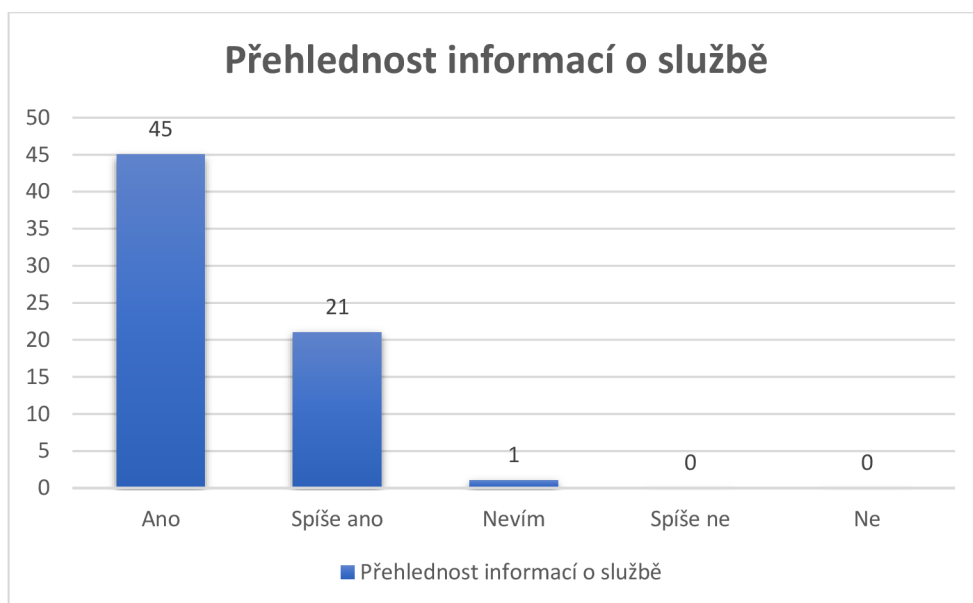
Otázka č. 17 zjišťovala, zda respondenti považují přístup pracovníků rané péče za profesionální. 56 (84 %) respondentů uvedlo, že přístup považují za zcela profesionální, 10 (15 %) respondentů uvedlo spíše ano, 1 (1 %) respondent uvedl nevím. Odpověď spíše ne a ne, tedy nejméně vyhovující, neuvedl nikdo.



Tabulka č. 16 Přehlednost informací o službě

Přehlednost informací o službě	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	45	67
Spíše ano	21	31
Nevím	1	1
Spíše ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 15 Přehlednost informací o službách

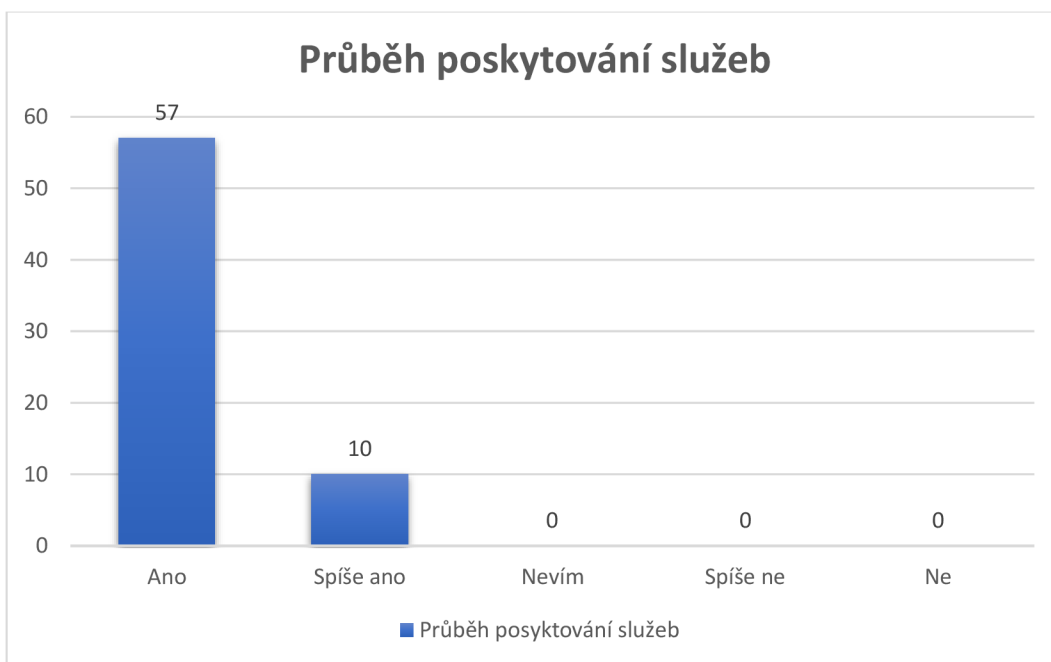


Otázka č. 18 zjišťovala, zda jsou informace o službách přehledné. 45 (67 %) respondentů uvedlo ano, 21 (31 %) respondentů uvedlo spíše ano, 1 (1 %) respondent uvedl nevím. Spíše ne a ne neuvedl nikdo.

Tabulka č. 17 Průběh poskytování služeb

Průběh poskytování služeb	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	57	85
Spíše ano	10	15
Nevím	0	0
Spíše ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 16 Průběh poskytování služeb

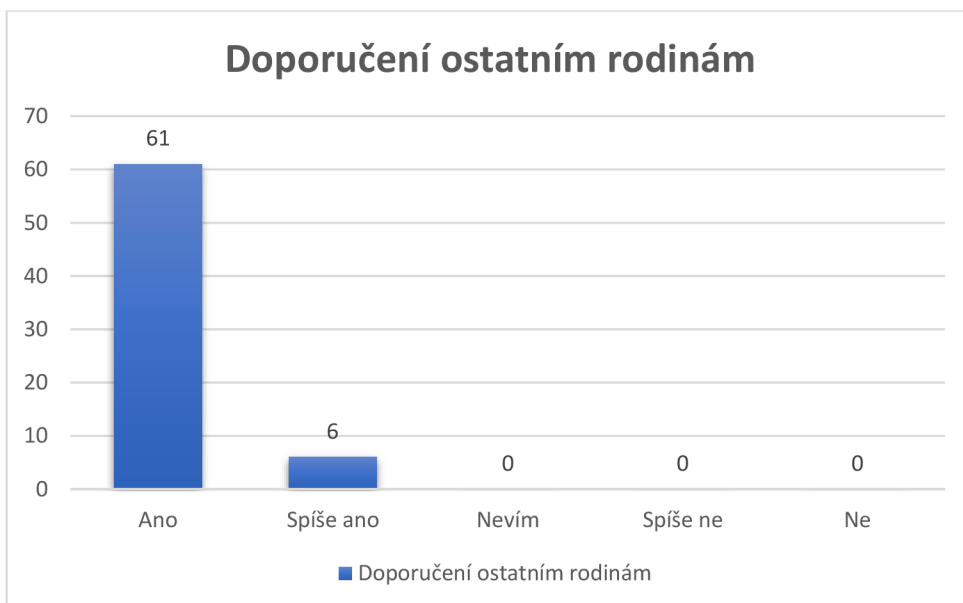


Otázka č. 20 zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni s průběhem služeb rané péče. 57 (85 %) respondentů uvedlo ano, 10 (15 %) respondentů uvedlo spíše ano, odpovědi nevím, spíše ne, a ne neuvedl nikdo.

Tabulka č. 18 Doporučení ostatním rodinám

Doporučení ostatním rodinám	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	61	91
Spíše ano	6	9
Nevím	0	0
Spíše ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 17 Doporučení ostatním rodinám

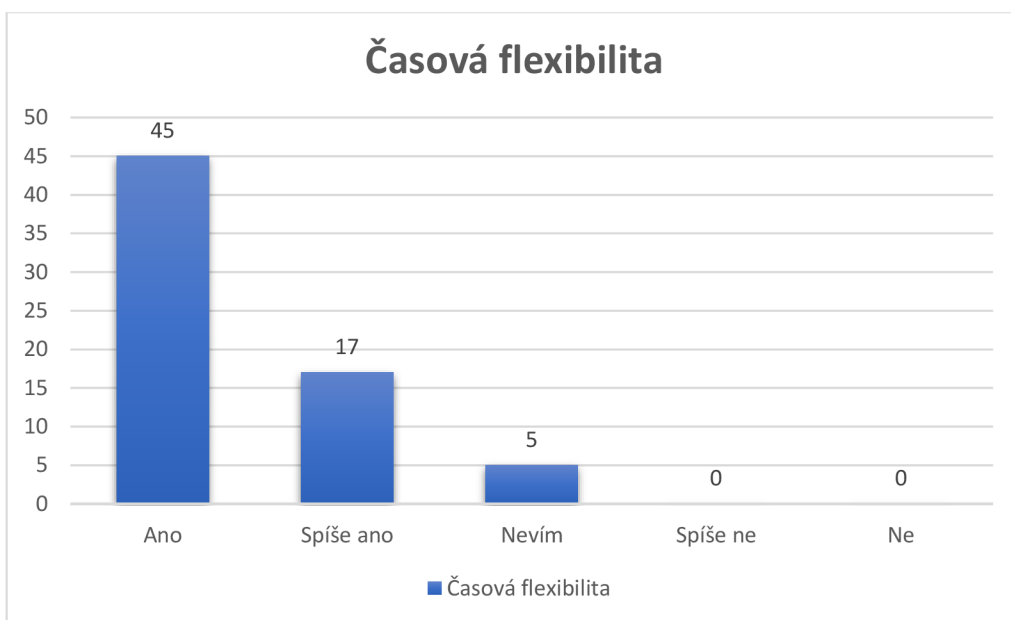


Otázka č. 21 zjišťovala, zda by respondenti doporučili služby rané péče jiným rodinám. 61 (91 %) respondentů uvedlo ano, 6 (9 %) respondentů uvedlo spíše ano, odpovědi nevíím spíše ne, a ne neuvedl nikdo.

Tabulka č. 19 Časová flexibilita

Časová flexibilita	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	45	67
Spíše ano	17	25
Nevím	5	7
Spíše ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	67	100

Graf č. 18 Časová flexibilita



Otázka č. 22 zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni s časovou flexibilitou pracovníků. 45 (67 %) respondentů uvedlo ano, 17 (25 %) respondentů uvedlo spíše ano, 5 (7 %) respondentů uvedlo nevím, hodnocení „4“ a „5“ neuvedl nikdo.

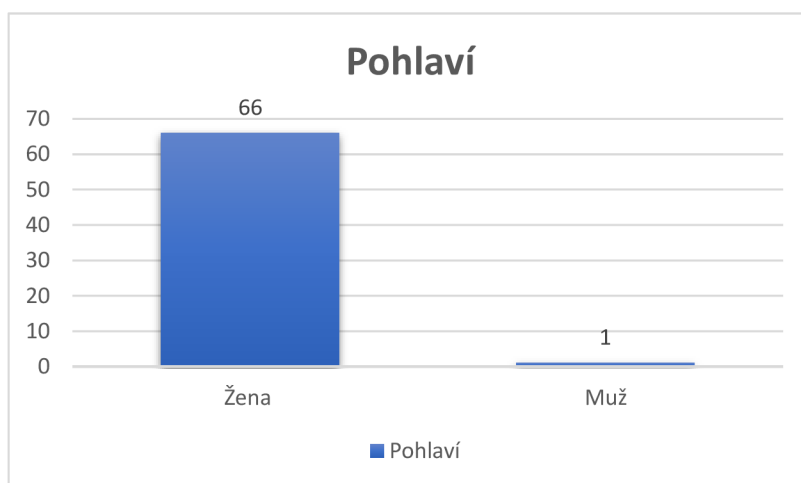
Otázka č. 22 Zlepšení, doporučení.

Otázka byla otevřená z důvodu možnosti respondentů vyjádřit svůj názor na službu. Mezi odpověďmi se vyskytovaly požadavky na více pobytů a akcí pro rodiny s dětmi, lepší časová flexibilita, bližší vzdálenost, více informací o pomůckách, logopedii, navazujících službách. Byly zde ale i odpovědi, které nepožadovaly žádná zlepšení a službu si spíše vychvalovaly. Nevyhovující počet pobytů a akcí pro rodiny může být způsoben nedostatečnými financemi, časovou nebo organizační náročností. Časová flexibilita se odvíjí od toho, jak jsou služby zahlcené.

Tabulka č. 20 Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žena	66	99
Muž	1	1
Celkem	67	100

Graf č. 19 Pohlaví



Otázka č. 23 zjišťovala pohlaví respondentů. 66 (99 %) respondentů odpovědělo žena, 1 (1 %) respondentů odpovědělo muž. Lze tedy usoudit, že většina respondentů byly matky dětí.

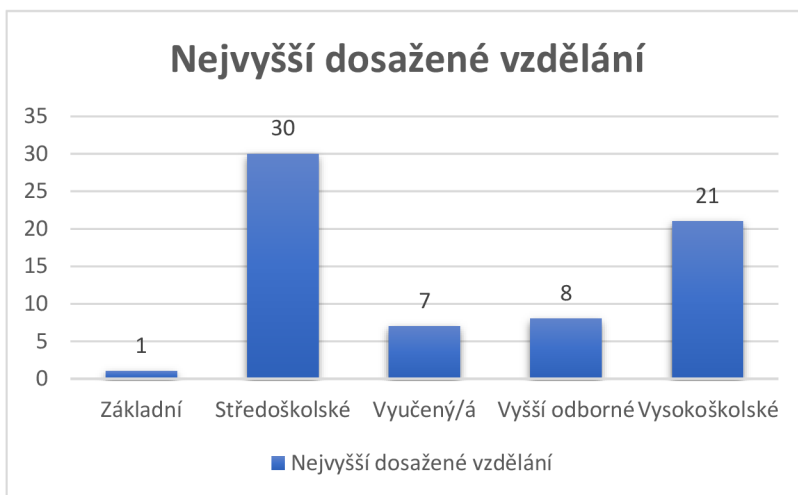
Otázka č. 24 Věk

Otázka č. 24 zjišťovala věk respondentů. Respondenti jsou ve věku 27-46 let, průměrný věk činí 34 let.

Tabulka č. 21 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní	1	1
Středoškolské	30	45
Vyučený/á	7	10
Vyšší odborné	8	12
Vysokoškolské	21	31
Celkem	67	100

Graf č. 20 Nejvyšší dosažené vzdělání



Otázka č. 25 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 1 (1 %) respondent odpověděl základní vzdělání, 30 (45 %) respondentů odpovědělo středoškolské vzdělání, 7 (10 %) respondentů odpovědělo vyučený/á, 8 (12 %) respondentů odpovědělo vyšší odborné vzdělání, 21 (31 %) respondentů odpovědělo vysokoškolské vzdělání.

## **5.1. Shrnutí výsledků výzkumného šetření**

Výsledky výzkumného šetření v grafické přehlednější podobě jsou zpracovány v kapitole č. 4. 7. V této kapitole provedu sumarizaci výsledků šetření pro následné zodpovězení výzkumných otázek.

### **Výzkumná otázka č. 1 Jaká je dostupnost služeb rané péče z hlediska informovanosti a vzdálenosti?**

Výzkumná otázka č. 1 byla ověřována otázkami č. 4, 5 a 7. Co se týče informovanosti o službách rané péče, většina respondentů uvedla, že prvotní informaci získali od odborného lékaře. Podobný počet respondentů uvedl odpověď, že informaci získali ihned po zjištění diagnózy, z čehož můžeme usoudit dobrou informovanost lékařů o službách rané péče a spolupráci s těmito službami. Zároveň odpovědi ukazují, že mají lékaři snahu rodičům v nečekané situaci pomoci a nabídnout jim další možnosti. Necelá čtvrtina respondentů uvedla, že se poprvé o službách rané péče dozvěděli na internetu, z toho opět podobný počet respondentů uvedl, že informaci získali do 1 roku. V dnešní době je internet velmi rozvinutý a v podstatě každá služba rané péče má své internetové stránky. Existují i různé facebookové skupiny sdružující rodiny s postižením, rodiny využívající ranou péči aj., takže je určitě snadné na informace o těchto službách na internetu narazit. Ne každý se ale na internetu tak snadno orientuje. Dostupnost služeb z hlediska informovanosti je tedy dle výsledků na vysoké úrovni.

Co se týče dostupnosti z hlediska vzdálenosti, když dáme dohromady počet respondentů, který uvedl v místě bydliště a vzdálenost do 30 km, máme 35 (52 %) s bližší vzdáleností. 32 (48 %) respondentů uvedlo vzdálenost nad 30 km. Vzdálenost se ale liší pouze o 4 %, tudíž nelze úplně jednoznačně určit dostupnost z hlediska vzdálenosti. Pořád ale převažuje vzdálenost do 30 km.

### **Výzkumná otázka č. 2 Jak probíhá spolupráce rané péče s rodinami?**

Výzkumná otázka č. 2 byla ověřována otázkami č. 3, 6, 9, 10, 11, 12, 15. Co se týče délky využívání služby, odpovědi jsou velmi různorodé, závisí samozřejmě na věku dítěte a také na době získání prvotní informace o službách rané péče. U otázky č. 6 zjišťující dobu první schůzky od prvního kontaktu uvedlo nejvíce respondentů za 3-4 týdny, což je

optimální doba pro první schůzku a nejsou teda nijak dlouhé čekací lhůty. Čtvrtina uvedla za 5-6 týdnů, méně než čtvrtina rodičů uvedla první schůzku za 1-2 týdny a 7-8 týdnů.

Setkání v domácím prostředí probíhají u většiny respondentů 1x za 5-7 týdnů, nelze ale opomenout odpověď jiné, kde někteří respondenti odpověděli, že dříve setkání v domácím prostředí probíhali častěji, ale nyní už po kratších časových úsecích. Z toho lze usoudit, že někteří rodiče využívali tato setkání na začátku spolupráce častěji z toho důvodu, že potřebovali nějakou oporu, potřebovali zjistit, jaké mají poskytnout kroky k zajištění kvalitní péče o své dítě, s přibývajícím délkou spolupráce se četnost těchto setkání snižuje, jelikož jsou rodiče jistější a vědí, co mají dělat. Na to navazuje i otázka č. 10, která zjišťuje četnost využití ambulantních služeb. Polovina respondentů využívá ambulantní služby cca 1x za půl roku, čtvrtina 1x za měsíc a méně než čtvrtina 1x za rok. Více využívané jsou tedy u respondentů návštěvy v domácím prostředí, což jsou primární služby poskytované ranou péčí. Otázka č. 11 zjišťuje nejvíce využívané služby, kde respondenti mohli uvést více odpovědí. Největší zastoupení měla odpověď semináře, přednášky pro rodiče, kterou uvedla více než polovina respondentů. Tato odpověď ukazuje zájem rodičů o sluchové postižení a potřebu se neustále vzdělávat a získávat nové poznatky, aby zajistili kvalitní péči svým dětem. Respondenti neprojeví žádný zájem o doprovod k lékaři, na úřady nebo do dalších institucí. Kurzy čj využívá čtvrtina respondentů, tento údaj odpovídá i v následující otázce č. 12, která zjišťovala využití kurzů. Lze ale konstatovat, že někteří rodiče využívají kurzy v jiných institucích mimo ranou péči.

Otázka č. 16 zjišťovala, zda se raná péče podílela na zapojení dítěte do vzdělávacího zařízení. Otázka byla otevřená k získání hodnotnějších informací. Na otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce, která se dotazovala, zda respondenti mají zkušenost se začleněním dítěte do vzdělávacího procesu, odpověděli kladně. Takových respondentů byla polovina. Objevovali se zde odpovědi, že raná péče nijak nespolupracovala, že jim byla nabídnuta pomoc, ale tu nevyužili, poté že raná péče předala kontakt na SPC nebo doporučila MŠ či ZŠ.



### **Výzkumná otázka č. 3 Jak klienti hodnotí služby rané péče?**

Výzkumná otázka byla ověřována otázkami č. 17, 18, 19, 20, 21, 22. Otázky byly škálové, otázka č. 22 byla otevřená. Při porovnání těchto otázek můžeme vidět, že naprostá většina respondentů ve všech otázkách zjišťujících spokojenost se službami uvedla odpověď ano, která značí nejvyšší spokojenost. Méně než čtvrtina respondentů v těchto otázkách uvedla odpověď spíše ano, což ukazuje drobné nedostatky. V některých otázkách, konkrétně v otázkách hodnotících profesionální přístup pracovníků, přehlednost informací o službách rané péče a časovou flexibilitu se objevila odpověď nevím, ale pouze ve velmi malém počtu. Požadavek na zlepšení časové flexibility byl zmíněn i v otázce č. 22, kde respondenti měli možnost uvést, co by na službě zlepšili. Časová flexibilita se ovšem odvíjí od zahlcení služby a časových možností poradců. Pokud se i jedná o klienty, kteří uvedli vzdálenost bydliště od střediska nad 30 km, je zde určitá náročnost s dojížděním do rodin. V požadavcích na zlepšení byla zmíněna i větší informovanost o pomůckách, logopedii, navazujících službách aj. V otázce dále respondenti zmiňovali požadavek na více pobytů a akcí pro rodiny s dětmi, čímž vyjadřují zájem o setkávání s dalšími rodinami, kdy se mohou seznámit s rodinami v podobné situaci, vyměnit si zkušenosti, rady, děti si mohou najít kamarády mezi sluchově postiženými a nemusí se tak bát předsudků. Někteří respondenti požadovali i bližší vzdálenost střediska, což je ovšem bohužel nesplnitelné. Velká většina ale odpověděla pozitivně, že jim ve službě nic nechybí a se službou jsou velmi spokojeni.

Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň a dostupnost služeb rané péče a jak jsou služby vnímány samotnými uživateli. Úroveň služeb je dle výsledků velmi dobrá, klienti jsou se službami spokojeni, naprostá většina uvedla kladné hodnocení, objevilo se pouze pár doporučení na zlepšení. Dostupnost je dle výsledků také dostatečná, hlavně z hlediska informovanosti. I dle uváděné doby první schůzky jsou služby dostupné a nejsou nijak dlouhé čekací lhůty. **Hlavní cíl byl tedy splněn.**

## 6. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je úroveň a dostupnost služeb rané péče ve Východních Čechách, a jak je služba rané péče u dětí se sluchovým postižením vnímána samotnými uživateli služby. Výzkumnými otázkami bylo jaká je dostupnost služeb rané péče z hlediska informovanosti a vzdálenosti, jak probíhá spolupráce rané péče s rodinami a jak klienti hodnotí služby rané péče.

Překvapivým pozitivním zjištěním při zkoumání dostupnosti z hlediska informovanosti bylo, že prvotní informaci o službách rané péče získala většina respondentů od odborného lékaře, a to i hned po zjištění diagnózy dítěte. I hned v úvodu jsem totiž konstatovala, že její informovanost je poněkud nízká. Bakalářských či diplomových prací na podobné téma vzniklo v posledních letech mnoho, proto je možné výsledky porovnat. Když se podíváme na bakalářskou práci Petry Křížové z Technické univerzity v Liberci z roku 2015, která se zabývala ranou péčí u dětí se zdravotním postižením, pouhých 31 % respondentů získalo první informaci od lékaře a 3 % v porodnici. Rozdíl mezi bakalářskými pracemi je 9 let, z čehož lze usoudit zvýšení povědomí a informovanosti lékařů o službách rané péče a jejich spolupráce. Výše zmíněná bakalářská práce se ale zabývala ranou péčí v rámci celé České republiky u všech typů postižení, tahle bakalářská práce se zabývá pouze ranou péčí u dětí se sluchovým postižením v oblasti Východních Čech, což může mít také vliv na výsledky. Ne ve všech oblastech České republiky je totiž navazující služba, o které by lékaři měli povědomí. Např. během praxe v CKOP v Hradci Králové jsem si všimla úzké spolupráce s MUDr. Dršatou Ph.D., který působí na foniatrii a poradně pro sluchadla a sluchové implantáty.

Když se podíváme na průběh služeb rané péče a porovnáme jej s informacemi v teoretické části, konkrétně s podkapitolou 2.1 zabývající se průběhem rané péče, a s výsledky v praktické části, údaje jsou zcela souhlasné. Dobu první schůzky uvedlo nejvíce respondentů po 3-4 týdnech, což souhlasí s údajem v teoretické části, kde Centrum pro dětský sluch Tamtam uvedl stejný časový údaj. V otázce zjišťující četnost návštěv v domácím prostředí byla nejvíce zastoupena odpověď 1x za 5-7 týdnů, kterou uvedlo 64 %, 1x za 2-4 týdny uvedlo 31 % respondentů. V teoretické části je uvedena informace o pravidelných návštěvách jednou za 4-6 týdnů od Dršaty a Havlíka, Společnost pro ranou péči uvádí rozpětí 1-3 měsíce. Tady ovšem závisí i na časových možnostech rodičů a poradců a také na potřebách rodičů. Někteří rodiče upřednostňují častější návštěvy,

zejména na začátku spolupráce, některým rodičům stačí menší četnost návštěv. Četnost se v průběhu spolupráce také může měnit, což uvedlo 4 % respondentů. 85 % respondentů také uvedlo průběh služeb jako velmi vyhovující.

Jak jsem již zmínila výše, nejvyužívanějšími službami byly semináře a přednášky pro rodiče, což značí zájem rodičů o další vzdělávání a získávání nových poznatků v oblasti sluchového postižení. Naopak žádný z rodičů neuvedl, že by využíval doprovod k lékaři, na úřady či do dalších institucí. Myslím si, že tato služba by byla více využita u Neslyšících či jinak sluchově postižených rodičů, kde by hrozila komunikační bariéra.

Jako důvod navázání spolupráce se službou rané péče mělo největší zastoupení získání informací o postižení a navázání vhodného způsobu komunikace. V diplomové práci od Bc. Lucie Odvárkové z Univerzity Karlovy v Praze z roku 2022, která spolupracovala s klienty Tamtamu, uvedli respondenti jako největší očekávání získání informací o sluchovém postižení, naučit se s dítětem pracovat a komunikovat. Očekávání od služby se tedy v obou pracích shodují a lze usoudit, že se v průběhu let moc nemění.

Ve výše zmíněné diplomové práci mě zaujala slova jedné respondentky, která tvrdila, že měla pocit, že jí tahle služba nic moc nedala a že ji návštěvy spíše zatěžovaly a službu tedy předčasně ukončila. Tady lze vidět, že ne každému tato služba sedne, záleží i na určitých sympatiích mezi rodiči a poradci. Ve většině dalších podobných pracích jsou ale služby hodnoceny pozitivně, stejně jako v mojí práci.

Co se týče návrhů opatření, které vzešly z výsledků šetření, i když byla informovanost o službách hodnocena jako vysoká, je potřeba o nich neustále mluvit. Napadá mě posilovat informovanost lékařů prostřednictvím vzdělávacích programů, přednášek, seminářů, osvěty, aby o službě měli povědomí a dokázali ji doporučit cílovým skupinám. Určitě je potřeba informovat i učitele, kteří s touto cílovou skupinou pracují, aby věděli, jaké postupy a opatření při práci zvolit. Dále určitě nechávat letáky, brožury, plakáty o službách v porodnicích, nemocnicích, čekárnách, zkrátka všude, kde by si rodiny vyžadující tuto péči mohli této nabídce všimnout. Respondenti vyjádřili zájem o častější akce a pobyty pro rodiny s dětmi. V současné době se pracuje na zvýšení finančních prostředků pro sociální služby, které poskytují klientům podporu v přirozeném prostředí, ale i pro další sociální služby. V takovém případě by mohlo dojít také ke zvýšení těchto akcí.

## Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze dvou kapitol. První kapitola se věnuje rané péči obecně. Je zde definována, vymezena z hlediska historie a legislativy, jsou zde popsány poskytované činnosti, cíle a tým pracovníků, ze kterých se raná péče skládá. Druhá kapitola se věnuje rané péči u dětí se sluchovým postižením, kde je popsán průběh, nabídka služeb, dále jsou zde zmiňována speciálně pedagogická centra jako návazná a doplňková služba. Třetí kapitola se věnuje dítěti se sluchovým postižením, tedy klasifikaci sluchových vad, diagnostice a možnostem kompenzace sluchových vad.

Empirická část je zpracována prostřednictvím kvantitativního dotazníkového šetření. V úvodu empirické části jsou stanoveny cíle a výzkumné otázky. Dále jsou popsány metody výzkumu, charakteristika výzkumného vzorku, etické aspekty a metody vyhodnocení dat.

Hlavním cílem bylo zjistit úroveň a dostupnost služeb rané péče a jak jsou služby vnímány samotnými uživateli. Největším zjištěním bylo, že první informace o službách rané péče byla rodičům poskytnuta od odborného lékaře, a to i hned po zjištění diagnózy. Dále bylo zjištěno, že služby rané péče jsou pro rodiny poměrně dostupné, nejsou nijak dlouhé čekací lhůty. Průběh poskytování služeb odpovídá teoretickým předpokladům a většina rodičů jsou s tímto průběhem spokojeni. Celkově respondenti vyjádřili spokojenost se službami, objevila se zde některá doporučení na zlepšení, ale velká většina respondentů by na službě nic neměnili a vyjadřovali službě velký dík za to, co dělají.

Myslím si, že raná péče hraje v životě rodin s dítětem s postižením významnou roli, čemuž odpovídají i ohlasy ve výzkumném šetření. Vyvíjela se dlouhé období, měnily se její podmínky, postupy, metodiky a celkově ušla velmi dlouhou cestu, než se nějakým způsobem ustálila. Dnes tato služba představuje kvalitní, odbornou službu, která přispívá životu mnoha rodinám. Velký význam konkrétně u sluchového postižení má novorozenecký screening, který může pomoci včasnému odhalení sluchové vady a zahájení podpůrné péče. V České republice ale bohužel ještě není dostatečný oproti jiným státům, jelikož není povinný.

Limitem této práce byl malý vzorek respondentů, jelikož se bakalářská práce zaměřovala pouze na dvě organizace, bylo tedy náročné získat co nejvíce odpovědí. Jako možnost

dalšího zkoumání se mi jeví například průzkum informovanosti o službách rané péče v jednotlivých lékařských oborech, jelikož v mém výzkumu nebylo uvedeno, od jakých lékařů získali respondenti první informaci či porovnat dostupnost služeb rané péče u jednotlivých cílových skupin.

## Zdroje

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Monika KUNHARTOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Veronika RŮŽIČKOVÁ, Kateřina KROUPOVÁ, Eva URBANOVSKÁ a Vladimíra ZEDKOVÁ. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1

DOLEŽALOVÁ, L., HRICOVÁ, L. Raná intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s hluchoslepotou. In OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z. et al. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. Brno: MU, 2002. ISBN 978-80-210-5880-4.

DRŠATA, Jakub a HAVLÍK, Radan, CHROBOK, Viktor (ed.). *Foniatrie – sluch*. Medicína hlavy a krku. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. ISBN 978-80-7311-159-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.

HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, [2019?]. ISBN 978-80-271-0572-4.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové vnímání dětí raného věku s postižením sluchu: funkční hodnocení*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 9788021081307.

HRADILKOVÁ, Terezie. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: vybrané příspěvky z kurzu "Poradce rané péče"*. Praha: Středisko rané péče, 1998. ISBN 80-238-3267-0.

HRADILKOVÁ, Terezie. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1386-4

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KISVETROVÁ, Helena. *Persons with disabilities: selected chapters II : hearing impairments*. Olomouc: Palacký University in Olomouc, 2014. ISBN 978-80-244-4442-0.

KUBÁČKOVÁ, Kateřina. *Vzácná onemocnění: v kostce*. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 9788020431493.

LANGER, Jiří. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3702-6.

LEJSKA, Mojmír a HAVLÍK, Radan. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Vydání: druhé rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-599-0.

LI, Xinrui a POTMĚŠIL, Miloň. *Early intervention for children with developmental disabilities a family centred approach*. Olomouc: Published and printed by Palacký University, 2015. ISBN 978-80-244-4925-8.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.

POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Pojmotvorný proces u dětí se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4812-1.

PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ a Terezie HRADILKOVÁ. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Přeložil Věra KLOUDOVÁ. V Praze: Pasparta, 2020. ISBN 978-80-88290-65-0

- PRŮCHA, J., ŠVARÍČEK, R. *Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu*. Pedagogická orientace 2009, roč. 19, č. 2., s. 89-105. ISSN 1211-4669
- SKÁKALOVÁ, Tereza. *Dítě se sluchovým postižením*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-502-8.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Vydání: druhé. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 978-80-7435-675-9.
- SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SORIANO, V. *Raná péče: Analýza situace v Evropě*. 1. vyd. Brusel: Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky, 2005. 53 s. ISBN 8791500-58-3
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *(Re)socializace v rané péči*. [Pardubice]: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-961-6
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 978-80-7560-120-9
- VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.



## Elektronické zdroje

Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s. *Raná péče*. [online]. [cit. 2023-07-18]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/co-delame/rana-pece/>

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. *Jak v praxi raná péče probíhá?* [online]. [cit. 2023-07-18]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/jak-v-praxi-rana-pece-probiha/>

ČESKÁ SPOLEČNOST OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU. *Příručka pro praxi: screening sluchu dětí ve věku 5 let* [online]. 1. vydání, Praha, 2019. [citováno 2023-10-27]. Dostupné z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-screening-sluchu-deti-5et.pdf>

Křížová, Petra. *Raná péče u dětí se zdravotním postižením*. Bakalářská práce [online]. Liberec: Technická univerzita v Liberci, fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická. 2015. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/server/api/core/bitstreams/4a30a3fb-06ca-4cd1-a4c7-f1aecdeea785/content>

MALÁ, Gabriela. *Včasná diagnostika sluchového postižení u nejmenších dětí*. Časopis praktických lékařů pro děti a dorost [online]. 2014, č. 6, str. 13-14 [citováno 2023-10-03] Dostupné z: [https://www.detskylekar.cz/files/show-node-file?attachment\\_id=6820&node\\_id=18435](https://www.detskylekar.cz/files/show-node-file?attachment_id=6820&node_id=18435)

Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců. Věstník MZ č. 7/2012. [online]. [cit. 2023-10-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/metodicky-pokyn-k-provadeni-screeningu-sluchu-novorozencu/>

MYŠKA, Petr. *Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče*. Pediatrie pro praxi [online]. Praha: Solen, s.r.o., 2007, č. 2., s. 92-94. ISSN 1803-5264. [cit. 11-13-2023]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/06.pdf>

ODVÁRKOVÁ, Lucie. *Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením*. Diplomová práce [online]. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, 2022. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/172517/120415719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PECHÁČKOVÁ, Zuzana. *Raná péče*. Časopis praktických lékařů pro děti a dorost [online]. Praha, 2014, č. 6., str. 19. [cit. 04-16-2024]. Dostupné z: <https://www.detskylekar.cz/vox/vox-pediatricae-62014>

PITNEROVÁ, Pavla. *Postavení rodiny v systému péče o dítě se sluchovým postižením*. e-pedagogium [online]. 2010, č. 2, str. 90-101 [cit. 2023-10-18]. Dostupné z: [http://old.pdf.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/PdF/e-pedagogium/e-pedagogium\\_2010/e-pedagogium\\_2-2010\\_mimoradne.pdf](http://old.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/e-pedagogium_2010/e-pedagogium_2-2010_mimoradne.pdf)

SEKERÁKOVÁ, Marie, SKYBOVÁ, Jana. *Screening sluchu u novorozence*. Pediatrie pro praxi [online]. Praha: Solen, s.r.o., 2011, č. 1., s. 45-47. ISSN 1803-5264. [cit. 11-13-2023]. dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/11.pdf>

Společnost pro ranou péči. *Co je raná péče*. [online]. [cit. 2023-07-13]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/>

*Standardy kvality sociálních služeb*. MPSV [online]. [cit. 2023-09-26] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů* [cit. 2023-07-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 384/2008 Sb. o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony. In: *Sbírka zákonů* [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>

## **Seznam příloh**

**Příloha A** Znění dotazníku před pilotáží

**Příloha B** Znění dotazníku po pilotáží

**Příloha C** Seznam tabulek

**Příloha D** Seznam grafů

## Příloha A

Vážení rodiče,

jsem studentkou 3. ročníku speciální pedagogiky na Univerzitě Hradec Králové a tímto bych Vás chtěla poprosit o spolupráci na empirické části mé bakalářské práce, která se zabývá ranou péčí u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách. Cílem je zjistit kvalitu, dostupnost a průběh služeb rané péče u dětí se sluchovým postižením v oblasti Východních Čech a jak je služba rané péče vnímána samotnými uživateli. Dotazník se skládá z 25 otázek, zabere Vám cca 5 minut a je zcela anonymní. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je možné jej kdykoli ukončit. Informovanost a souhlas se zapojením do výzkumného šetření vyjádříte spuštěním dotazníku.

Předem děkuji za Vaše odpovědi, Eva Buriánková.

1. Kde jste se dozvěděli o službách rané péče?
  - Od odborného lékaře (pediatr, foniatr aj.)
  - Na internetu
  - Od jiných uživatelů služby
  - Jiné
  
2. Kdy po zjištění diagnózy jste se dozvěděli o službách rané péče?
  - Ihned po zjištění
  - Do 1 roku
  - Do 2 let
  - Déle
  
3. Byla dle Vašeho názoru tato doba dostačující?
  - Ano
  - Ne
  
4. Jak dlouho již využíváte služeb rané péče?
  - Méně než 1 rok
  - 1-2 roky
  - 3-4 roky
  - 5-6 let
  - Více než 6 let

5. Po jak dlouhé době od prvního kontaktu došlo na první schůzku?
- 3-4 týdny
  - 5-6 týdnů
  - 7-8 týdnů
  - Déle
6. Jak často probíhají setkání v domácím prostředí?
- 1x za 4-6 týdnů
  - 1x za 8 týdnů
  - 1x za 12 týdnů
  - Méně
7. Jak často využíváte ambulantní služby?
- Často (1x za měsíc)
  - Občas (1x za půl roku)
  - Velmi zřídka (1x za rok)
  - Nikdy
8. Které z poskytovaných činností nejvíce využíváte? (Lze vybrat více možností)
- Poradenství, poskytnutí krizové intervence a podpory
  - Posouzení stavu dítěte, návrh vhodného stimulačního programu
  - Poskytování informací týkajících se sluchové vady
  - Pravidelné návštěvy za účelem zhodnocení vývoje dítěte
  - Nabídka pomůcek, hraček, vypůjčení odborné literatury
  - Seznámení s dalšími odborníky, subjekty, organizacemi
  - Pobyty, akce pro rodiny s dětmi
  - Pomoc při řešení otázek školní docházky
  - Doprovod k lékaři, na úřady aj.
  - Kurzy českého znakového jazyka
  - Semináře, přednášky pro rodiče
  - Poskytování informací o nárocích na sociální pomoc

9. Za jakým účelem jste kontaktovali ranou péči? (Lze vybrat více možností)
- Poskytnutí informací o postižení
  - Krizová intervence, poradenství, podpora
  - Nabídka kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
  - Pomoc s vhodným způsobem komunikace (kurzy čzj...)
  - Poskytnutí kontaktu na rodiny v podobné situaci
  - Jiné
10. Jak hodnotíte přístup pracovníků rané péče? (vyznačte na škále – 1 nejvíce vyhovující, 5 nejméně vyhovující)
- Nejvyšší hodnocení 1 2 3 4 5 Nejnižší hodnocení
11. Jak hodnotíte informovanost o službách rané péče po zjištění diagnózy? (vyznačte na škále – 1 nejvíce vyhovující, 5 nejméně vyhovující)
- Nejvyšší hodnocení 1 2 3 4 5 Nejnižší hodnocení
12. Jak hodnotíte přehlednost informací o službě, kterou využíváte? (vyznačte na škále – 1 nejvíce vyhovující, 5 nejméně vyhovující)
- Nejvyšší hodnocení 1 2 3 4 5 Nejnižší hodnocení
13. Doporučili byste služby rané péče jiným rodinám?
- Určitě doporučila 1 2 3 4 5 Určitě nedoporučila
14. Jak hodnotíte svoji spokojenost se službami? (vyznačte na škále – 1 nejvíce vyhovující, 5 nejméně vyhovující)
- Nejvyšší hodnocení 1 2 3 4 5 Nejnižší hodnocení
15. Jaká zlepšení byste doporučili? Co Vám ve službách chybí?
- .....

Děkuji za spolupráci.

## Příloha B

Vážení rodiče,

jsem studentkou 3. ročníku speciální pedagogiky na Univerzitě Hradec Králové a tímto bych Vás chtěla poprosit o spolupráci na empirické části mé bakalářské práce, která se zabývá ranou péčí u dětí se sluchovým postižením ve Východních Čechách. Cílem je zjistit kvalitu, dostupnost a průběh služeb rané péče u dětí se sluchovým postižením v oblasti Východních Čech a jak je služba rané péče vnímána samotnými uživateli. Dotazník se skládá z 25 otázek, zabere Vám cca 5 minut a je zcela anonymní. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je možné jej kdykoli ukončit. Informovanost a souhlas se zapojením do výzkumného šetření vyjádříte spuštěním dotazníku.

Předem děkuji za Vaše odpovědi, Eva Buriánková.

1. Jaký je věk Vašeho dítěte?

- Méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 3-4 roky
- 5-6 let
- 7 let

2. Kvůli jakému druhu postižení Vaše dítě využívá ranou péči?

.....

3. Jak dlouho již využíváte služeb rané péče?

- Méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 3-4 roky
- 5-6 let
- Více než 6 let

4. Kde/od koho jste se dozvěděl/a o službách rané péče?

- Od odborného lékaře (pediatr, foniatr aj.)
- Na internetu
- Od ostatních uživatelů služby
- Jiné:

5. Za jak dlouho po zjištění diagnózy Vašeho dítěte jste se dozvěděl/a o službách rané péče?
- I hned po zjištění
  - Do 1 roku
  - Do 2 let
  - Déle
6. Po jak dlouhé době od prvního kontaktu došlo na první schůzku?
- 1-2 týdny
  - 3-4 týdny
  - 5-6 týdnů
  - 7-8 týdnů
  - Déle
7. Jaká je vzdálenost Vašeho bydliště od střediska rané péče?
- V místě bydliště
  - do 30 km
  - nad 30 km
8. Z jakého důvodu jste ranou péčí kontaktovali? (Lze vybrat více odpovědí)
- Poskytnutí informací o postižení
  - Krizová intervence, poradenství, podpora
  - Nabídka kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
  - Pomoc s vhodným způsobem komunikace
  - Poskytnutí kontaktu na rodiny v podobné situaci
  - Jiné:
9. Jak často probíhají setkání v domácím prostředí?
- 1x za 2-4 týdny
  - 1x za 4-6 týdnů
  - 1x za 8 týdnů



- Jiné:

10. Jak často využíváte ambulantní služby?

- Často (1x za měsíc)
- Občas (1x za půl roku)
- Zřídka (1x za rok)
- Nikdy

11. Které z poskytovaných služeb jsou pro Vás nejpřínosnější? (lze vybrat více možností)

- Poradenství, poskytnutí krizové intervence a podpory
- Posouzení stavu dítěte, návrh vhodného stimulačního programu
- Poskytování informací týkajících se sluchové vady
- Pravidelné návštěvy za účelem zhodnocení vývoje dítěte
- Nabídka pomůcek, hraček, vypůjčení odborné literatury
- Seznámení s dalšími odborníky, subjekty, organizacemi
- Pobyty, akce pro rodiny s dětmi
- Pomoc při řešení otázek školní docházky
- Doprovod k lékaři, na úřady aj.
- Kurzy českého znakového jazyka
- Logopedická intervence
- Semináře, přednášky pro rodiče
- Poskytování informací o nárocích na sociální pomoc
- Jiné:

12. Využil/a jste/využíváte kurzů českého znakového jazyka pro navázání funkční komunikace s Vaším dítětem v rámci rané péče?

- Ano
- Ne

13. Pracuje služba rané péče i se sourozencem dítěte? Pokud ano, jak?

.....

14. Máte zkušenost se začleněním dítěte do vzdělávacího zařízení? (základní nebo mateřská škola)

- Ano
- Ne

15. Podílela se raná péče na začlenění Vašeho dítěte do vzdělávacího zařízení? Pokud ano, jak?

.....

16. Spolupracovala raná péče a SPC (speciálně pedagogické centrum) při zahájení vzdělávacího procesu? Pokud ano, jak?

.....

17. Považujete přístup pracovníků rané péče za profesionální?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

18. Považujete informace o službě, kterou využíváte, dostatečně přehledné?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

19. Jste spokojen/a s poskytováním služeb rané péče?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

20. Doporučil/a byste služby rané péče jiným rodinám?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

21. Jste spokojen/a s časovou flexibilitou (dostupnost při výběru termínu a času konzultace) pracovníka?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

22. Jaká zlepšení byste doporučili? Co Vám ve službách chybí?

.....

23. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

24. Kolik je Vám let?

.....

25. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské
- Vyučený/á
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

Děkuji za spolupráci.

## **Příloha C Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Klasifikace sluchových vad dle WHO

Tabulka č. 2 Věk dítěte

Tabulka č. 3 Druh sluchového postižení

Tabulka č. 4 Délka využívání služby

Tabulka č. 5 První informace o službě

Tabulka č. 6 Doba první informace

Tabulka č. 7 První schůzka

Tabulka č. 8 Vzdálenost od bydliště

Tabulka č. 9 Důvod navázání spolupráce

Tabulka č. 10 Četnost návštěv v domácím prostředí

Tabulka č. 11 Četnost ambulantních služeb

Tabulka č. 12 Nejvíce využívané služby

Tabulka č. 13 Využití kurzů českého znakového jazyka

Tabulka č. 14 Zkušenost se začleněním do vzdělávání

Tabulka č. 15 Profesionalita pracovníků rané péče

Tabulka č. 16 Přehlednost informací o službě

Tabulka č. 17 Průběh služby

Tabulka č. 18 Doporučení jiným rodinám

Tabulka č. 19 Časová flexibilita

Tabulka č. 20 Pohlaví

Tabulka č. 21 Nejvyšší dosažené vzdělání

## **Příloha D Seznam grafů**

Graf č. 1 Věk dítěte

Graf č. 2 Druh sluchového postižení

Graf č. 3 Délka využívání služby

Graf č. 4 První informace o službě

Graf č. 5 Doba první informace

Graf č. 6 První schůzka

Graf č. 7 Vzdálenost od bydliště

Graf č. 8 Důvod navázání spolupráce

Graf č. 9 Četnost návštěv v domácím prostředí

Graf č. 10 Četnost ambulantních služeb

Graf č. 11 Nejvíce využívané služby

Graf č. 12 Využití kurzů českého znakového jazyka

Graf č. 13 Zkušenost se začleněním do vzdělávání

Graf č. 14 Profesionalita pracovníků rané péče

Graf č. 15 Přehlednost informací o službě

Graf č. 16 Průběh služby

Graf č. 17 Doporučení jiným rodinám

Graf č. 18 Časová flexibilita

Graf č. 19 Pohlaví

Graf č. 20 Nejvyšší dosažené vzdělání