

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Nicola Lampová

Speciálněpedagogická intervence u dítěte se sluchovým
postižením

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně, a že veškeré zdroje, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

.....

Poděkování

Touto cestou bych velice ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, prof. PhDr. PaedDr. Miloni Potměšilovi, Ph.D., za odborné vedení práce, umožnění konzultačních setkání, poskytnutí veškerých potřebných informací a věcné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům rané péče pro Moravu a Slezsko, MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Olomouci, MŠ a ZŠ pro sluchově postižené v Brně, SPC Liberec, MŠ, ZŠ a SŠ Holečkova v Praze, SUKI a jmenovitě paní Mgr. Barvíkové ze Speciálně pedagogického centra pro sluchově postižené v Ostravě, za pomoc s realizací praktické části. Mé největší poděkování patří samotným rodičům dětí se sluchovým postižením, kteří mi s obrovskou ochotou a vstřícností umožnili nahlédnout do jejich vlastního života. Poděkování ale patří také mým rodičům, kteří mě po celou dobu podporovali a doprovázeli mě na cestách za rodiči dětí se sluchovým postižením.

Obsah

Úvod	5
1. Vada sluchu v raném věku a její důsledky	7
1.1 Vada sluchu	7
1.2 Dítě raného věku a jeho vývoj	9
1.3 Důsledky sluchového postižení v raném věku.....	13
2. Vyšetření sluchu	18
2.1 Subjektivní vyšetřovací metody	18
2.2 Objektivní vyšetřovací metody.....	22
2.3 Novorozenecký screening sluchu a jeho důležitost.....	25
3. Speciálněpedagogická intervence	27
3.1 Speciálněpedagogická intervence zaměřená na dítě se sluchovým postižením .	27
3.1.1 Sluchová výchova	31
3.1.2 Rozvoj odezírání.....	31
3.1.3 Řečová výchova.....	33
3.2 Speciálněpedagogická intervence zaměřená na rodinu	34
3.3 Pracoviště zajišťující speciálněpedagogickou intervenci	35
4. Praktická část	50
4.1 Cíle výzkumu.....	50
4.2 Výsledky výzkumu	51
Závěr	87
Seznam literatury	88
Seznam příloh	93

Úvod

První tři roky v životě dítěte jsou těmi nejdůležitějšími, a to co se dítě v průběhu těchto tří let naučí, je základem pro celý další život. V případě, že má sluchové postižení, jeho vývoj je tím velmi ovlivněn a je důležité, aby byla vada sluchu co nejdříve rozpoznána, diagnostikována a aby byla zahájena co nejdříve adekvátní intervence. Čím dříve toto všechno proběhne, tím větší má dítě šanci, že bude jeho vývoj srovnatelný s vývojem jeho slyšících vrstevníků.

Dříve, a není tomu tak dávno, se vada sluchu odhalovala pro správný vývoj až velmi pozdě. Mnohdy se také stávalo, že byla dokonce zaměňována za jiný druh postižení. Dítě se sluchovým postižením bývalo nejčastěji diagnostikováno jako dítě s mentálním postižením a podle toho se k němu přistupovalo a bylo zařazováno do příslušného vzdělávacího systému. Ztratilo tak velkou část svého nejdůležitějšího období, kdy mu nebyla poskytována adekvátně péče. V tom, pro dítě méně ohrožujícím případě, bylo dítě označováno za nevychované, což mnohdy ještě více ztěžovalo situaci rodičům.

A právě to byl důvod, proč jsem se rozhodla pro toto téma. V současné době se již provádí novorozenecký screening sluchu hned v porodnici a je tak velká pravděpodobnost odhalení sluchové vady ihned po narození. Mým cílem bylo zjistit, zda zavedení tohoto novorozeneckého screeningu sluchu přispělo ke zlepšení situace tak, jak by mělo. Diplomová práce tak zjišťuje, zda dochází k dřívějšímu odhalování vady sluchu, což se zavedením screeningu očekává, ale pak také, zda se zkrátila doba mezi odhalením vady sluchu a stanovením diagnózy a doba od stanovení diagnózy, po přidělení kompenzační pomůcky. Záměrně jsem si tedy zvolila pro svou výzkumnou část větší věkové rozpětí dětí, tedy od narození po první třídu, aby bylo možné porovnat informace o dětech, u kterých ještě nebylo využíváno novorozeneckého screeningu s informacemi o dětech, které tímto vyšetřením prošly. Dále budou získané výsledky porovnány s výsledky výzkumu provedeného prof. PhDr. PaedDr. Miloněm Potměšilem, Ph.D., Mgr. Evou Urbanovskou, Ph.D. a Mgr. Adélou Hanákovou, Ph.D., který byl vydán v časopise E-pedagogium v roce 2012.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má tři kapitoly. První kapitola je vstupem do této oblasti. Popisuje v krátkosti, co znamená vada sluchu a čím může být způsobena. Druhá část této kapitoly se věnuje důležitým vývojovým oblastem ve vývoji dítěte. Ty je potřeba dobře znát, abychom mohli zjistit, zda je vývoj dítěte

se sluchovým postižením v normě nebo se v některých oblastech odchyluje. Na to navazuje část věnující se přímo možným důsledkům sluchového postižení ve vývoji dítěte.

Druhá kapitola seznamuje s možnostmi vyšetření sluchu. Tato vyšetření se dělí na objektivní metody, tedy ty, které nevyžadují spolupráci vyšetřované osoby a subjektivní metody, při kterých je tato spolupráce nutná. Součástí této kapitoly je pak také právě novorozenecký screening sluchu. Třetí kapitola je zaměřena na speciálněpedagogickou intervenci, kde mimo jiné popisuje zařízení, ve kterých tato intervence probíhá.

Na teoretickou část diplomové práce pak navazuje část praktická, která je již pospaná výše.

1. Vada sluchu v raném věku a její důsledky

1.1 Vada sluchu

Sluch je velmi důležitý pro správný vývoj řeči. V případě zhoršení sluchu může docházet k narušení komunikačních procesů, je proto velmi důležité, aby byla vada sluchu co nejdříve odhalena a kompenzována.

Vada sluchu může být vrozená nebo získaná. Vrozené vady sluchu mohou být způsobeny vnějšími vlivy v době těhotenství, např. různá onemocnění matky, antibiotika v době těhotenství, návykové látky v těhotenství, RTG záření apod. nebo různými komplikacemi u porodu, případně krátce po něm, např. protrahovaný porod, asfyxie, nízká porodní hmotnost apod. Vrozené vady sluchu mohou být také geneticky podmíněné. Příčinou mohou být genetické faktory, kdy dítě tuto vadu sluchu zdědí po jednom nebo obou rodičích nebo po širším příbuzenstvu. Nejčastější příčinou geneticky podmíněné vady sluchu je mutace genu GJB2 pro Connexin 26. Rodiče jsou oba slyšící, ale dítěti předají každý jeden poškozený gen, jehož jsou nositeli. Každý z rodičů tedy nese genetickou informaci, která při spojení způsobí vadu sluchu. Dále mohou být vrozené vady sluchu způsobené syndromem, př. Usherův syndrom, Penderův syndrom, Waardenburgův syndrom nebo syndrom CHARGE. (Horáková, 2012; Šedivá, 2006)

Získané vady sluchu se podle doby vzniku dělí na vadu sluchu vzniklou v prelingválním období a na vadu sluchu vzniklou v postlingválním období. Prelingvální období znamená, že vada sluchu vznikla před rozvojem řeči. Nejčastější příčinou bývá v tomto období infekční onemocnění dítěte, např. zánět mozkových blan, průšnice, ale také např. úrazy hlavy, poškození mozku, opakované záněty středního ucha. Postlingválně vzniklé sluchové vady jsou nejčastěji způsobeny různými úrazy hlavy, vnitřního ucha, dlouhodobým silným hlukem, hormonálními či metabolickými poruchami nebo degenerativním onemocněním. (Horáková, 2012; Šedivá, 2006)

Dále se vada sluchu dělí podle místa vzniku na převodní, percepční a smíšenou, která je kombinací převodní a percepční. Převodní vada sluchu způsobuje nedoslýchavost, nikdy nevede k hluchotě a je velmi dobře kompenzovatelná sluchadly. Převodní vadu sluchu může způsobit mimo jiné ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem (dochází ke zhoršení sluchu o 30 až 40 dB). Dalšími příčinami mohou být zánět středního ucha, zánět vnějšího zvukovodu,

přerušení řetězu středoušních kůstek (př. úrazem, operativní léčba nebo středoušní implantáty). (Hrubý, 1998)

Percepční neboli senzoneurální vada sluchu vzniká v nervové části sluchové dráhy na jakémkoliv místě. Jedná se o závažnější vadu sluchu, než jsou vady převodní, protože mohou vést až k úplné hluchotě. Příčinou percepční vady sluchu mohou být antibiotika. Ty způsobují, že po jejich podání vzroste hladina antibiotik v krvi, která postupně klesá a až klesne pod účinnou hladinu, je potřeba podat další. Existují však také ototoxická antibiotika. (Hrubý, 1998) „V okamžiku podání ototoxického antibiotika však také vzroste jeho koncentrace ve vnitřním uchu, zde však tato koncentrace klesá pomaleji než v krvi. Po podání dalších dávek se koncentrace postupně zvyšuje, až překročí mez, která poškozuje vláskové buňky. Může tak dojít k likvidaci většího počtu vláskových buněk a k velmi těžké vadě sluchu, i když jenom zřídka k úplné hluchotě.“ (Hrubý, 1998, str. 42) Dalšími příčinami mohou být infekční onemocnění matky v době těhotenství, př. zarděnky nebo toxoplazmóza, zánět mozkových blan, úrazy hlavy, postupné odumírání vláskových buněk (v průběhu života odumírají a mohou způsobit presbykuzii – stařeckou nedoslýchavost) nebo nadměrný hluk. (Hrubý, 1998)

Klasifikace sluchových vad dle WHO:

0-25 dB	Normální sluch
26-40 dB	Lehká nedoslýchavost
31-60 dB	Středně těžká nedoslýchavost u dítěte
41-60 dB	Středně těžká nedoslýchavost u dospělého
61-80 dB	Těžká nedoslýchavost
81 dB a více	Velmi těžké postižení sluchu

(dostupné na: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/)

1.2 Dítě raného věku a jeho vývoj

Proto, abychom poznali, jaký má vada sluchu vliv na vývoj dítěte, je potřeba znát jeho přirozený vývoj, abychom viděli, ve kterých oblastech dochází ke změně.

Novorozenec

Dítě přichází na svět s určitými, vrozenými nepodmíněnými reflexy. Mezi nejznámější patří například reflex úchopový, pátrací, sací, úlekový, polykací, vyměšovací, tonicko-šijový, reflex chůze apod. Celkově se jedná asi o čtyřicet reflexů.

Novorozenec období je nazýváno obdobím senzomotorickým. Smysly se rozvíjejí směrem od hmatu ke zraku a sluchu, motorika má pak směr vývoje od hlavy ke končetinám a od středu těla ke konečkům prstů. Motorika má zpočátku reflexní charakter, postupně se však rozvíjí nejprve v oblasti úst a obličeje a postupuje k trupu a končetinám.

Čich se rozvíjí až po narození a v tomto období tedy ještě není tak dokonalý jako u dospělého člověka. Aby dítě na nějaký pach zareagovalo, musí být mnohem silnější, než jsou běžné pachy, které novorozenec obvykle nevnímá. Jedinou výjimkou je pach matky, kterou právě díky tomu dítě rozpozná od ostatních osob. Co se chuti týče, dítě novorozenec věku upřednostňuje chuť sladkou. Je dokázáno, že dokonce již v prenatálním vývoji spotřebuje více tekutin, pokud mají sladkou chuť. (Šulová, 2004)

Sluch se vyvíjí již v období prenatálním, kdy je dítě klidné, pokud slyší matčin hlas. Již v pátém měsíci těhotenství je dítě schopno vnímat zvuk, v tuto chvíli se jedná o tlukot srdce matky. (Mukšnáblova, 2014) Po narození má sluch opět reflexní charakter. Na nečekané a příliš hlasité zvuky reaguje dítě úlekem a pláčem. Novorozenec upřednostňuje lidskou řeč před ostatními zvuky a je schopen rozpoznat hlas matky. Rozpozná od ostatních hlasů ten, který slyšelo ještě v prenatálním období a to i přesto, že je tento zvuk trochu odlišný. (Šulová, 2004). Novorozenec lépe vnímá vysoké tóny, protože má s nimi více zkušeností, lépe je vnímá již v prenatálním období. Z toho důvodu dítě reaguje méně na otcův hlas, nemá s těmito hlubokými tóny tolik zkušeností. (Mukšnáblova, 2014)

Také zrak je vyvíjen již v prenatálním období, dítě reaguje úlekem na přílišné světlo. Avšak po porodu je zrak ještě velmi nedokonalý. Jeho vývoj je ukončen až kolem šestého měsíce. U novorozenců se také často objevuje poměrně často strabismus, který však velmi brzy vymizí, už několik dní po porodu. Novorozenec ještě nedokáže fixovat zrak, dává

přednost velkým kontrastům a především pak obličejí. Během prvních 48 hodin se zdokonalí schopnost pozorovat pohybující se předmět. (Šulová, 2004)

Pohyby jsou velmi výbušné a nekoordinované, spíše křečovité. Dítě ještě nedokáže udržet hlavičku, v poloze na zádech leží v asymetrické poloze. Již v období novorozence vzniká intenzivní vztah mezi matkou a dítětem, jehož základ tvoří kojení. (Šulová, 2004). Tento vztah má počátky v prenatálním vývoji, kdy se matka a dítě vzájemně ovlivňují. Na matčin hlas a její doteky na břicho dítě reaguje pohybem. A taky obráceně, matka postupně pozná, na co dítě reaguje klidně a na co naopak přílišnými pohyby, tedy nelibostí (Muknšnáblová, 2014). Díky této interakci se rozvíjí nápodoba, která je zpočátku opačná, dospělý napodobuje dítě. Někteří autoři se domnívají, že dítě je schopné nápodoby již pár hodin po porodu. Tato schopnost pak na nějakou dobu vymizí a zase se objeví až později. Považují to za základ sociální interakce. Jiní autoři to však vyvracejí a logickými způsoby vysvětlují chování novorozence, př. vyplazuje jazyk – není to proto, že to opakuje, ale jedná se o sací reflex. Muknšnáblová potvrzuje teorii predispozice k sociální interakci. Také říká, že dítě napodobuje výrazy obličejí nebo vyplazuje jazyk. Uvádí, že se sice jedná zpočátku o reflex, ten se ale postupně mění v cílevědomou aktivitu. Podle autorky má dítě také predispozice pro vyjadřování emocí jako jsou úsměv, když je spokojené a pláč při nespokojenosti. Tuto predispozici autorka dokazuje tím, že je přítomna i u dětí nevidomých a neslyšících.

Kojenec

Kojenecké období je obdobím velmi výrazných změn. Tyto změny jsou způsobovány sluchovým vnímáním, dítě se v šesti měsících otáčí i za tichými tóny. Zvuk má pro dítě komunikační význam a je tedy velmi důležitý pro sociální interakci. Křik přestává být reflexní. Ve čtyřech měsících začíná dítě broukat. To znamená, že experimentuje se zvukem. Toto experimentování se okolo šestého měsíce mění na opakování slabik, tedy ve žvatlání. Dítě je motivováno pro pokračování v této aktivitě, protože se samo slyší a protože okolí na to pozitivně reaguje. Koncem kojeneckého období se začínají objevovat první slova. (Šulová, 2004)

Dítě kojeneckého věku má potřebu učit se a poznávat. Je proto potřeba, aby mělo stále dostatek podnětů, ale zároveň, aby nebylo přehlceno. Poznává předměty skrze manipulaci s nimi, kdy matka dítěti tyto předměty zprostředkovává. Dítě na začátku období ještě nemá dostatečně vyvinutou zrakovou ostrost, ta dozrává ve druhém měsíci. Ve třech měsících dokáže pozorovat věci vzdálené 12-50 cm. Pro dítě je to dostatečná vzdálenost, protože tak

může sledovat věci, které drží v ruce. Tato vzdálenost se postupně zvětšuje, už v půl toce vidí na 1 m. Od narození dítě rozezná dvě barvy, zelenou a červenou. Základní barvy pak dokáže rozlišit od dvou měsíců. Mezi čtvrtým a šestým měsícem se u kojence začínají objevovat oční pohyby. Do té doby dítě nebylo schopné sledovat pohybující se předmět pouze očima. Nejzajímavějším je pro kojence lidský obličej. Ve dvou měsících dokáže dítě v poloze na břiše udržet pevně zvednutou hlavičku, díky čemuž se zvětšuje jeho zorné pole a dítě může vnímat více předmětů. Okolo 6 měsíců je dítě schopno samo sedět, čímž opět získává jiný pohled na okolí. Dítě začne ložit a chodit v období od 9 do 12 měsíce. V tuto chvíli již nepotřebuje k poznávání dospělého, ale k předmětu se dostane samo. Co se socializace kojence týče, v prvních dvou měsících se jedná o preobjektální období. To znamená, že dítě nerozlišuje mezi jednotlivými lidmi. Je orientované samo na sebe, nedokáže rozlišit, kdo způsobil tyto jeho pocity, jen je dokáže rozdělit na příjemné a nepříjemné. Od druhého měsíce nastupuje období předběžných objektů. Dítě začíná mít zájem o ostatní lidi a s člověkem, který na něj mluví, dokáže navázat zrakový kontakt. Kolem třetího měsíce se objevuje sociální úsměv. Od čtvrtého měsíce dokáže dítě rozlišit předmět živý a neživý. V tomto období je kojeneček v kontaktu s lidmi aktivnější. Od šestého měsíce začíná rozeznávat známé a neznámé lidi a odlišně na ně reaguje. Období je nazýváno obdobím specifického objektu. Známí lidé přinášejí pocit jistoty a bezpečí a cizích lidí se začíná bát. (Vágnerová, 2012)

V období kojence bývají za stěžejní označována určitá období. Konkrétně se jedná o třetí, šestý, devátý a dvanáctý měsíc. Jsou to právě tyto, protože v nich dochází k důležitým změnám. (Vágnerová, 2012)

Hrubá motorika

- 3. měsíc – „pase koníčky“, na zádech leží v symetrické poloze
- 6. měsíc – přitahuje se do sedu, sedí s oporou, převrací se z břicha na záda, mezi šestým a devátým měsícem se staví na kolena a dlaně
- 9. měsíc – leze po čtyřech, sedí bez opory, posadí se, staví se na nohy s oporou, př. okolo nábytku
- 12. měsíc – chodí za ruku nebo s oporou

Jemná motorika

- 3. měsíc – nekoordinované pohyby rukou, mezi třetím a šestým měsícem náhodně uchopuje jednou rukou ruku druhou, následuje „hraní si s rukama“, a to je již činnost záměrná

- 6. měsíc – hrabavý úchop, věci uchopuje oběma rukama a překládá z ruky do ruky
- 9. měsíc – klešťový úchop, objevuje se aktivní pouštění – vyhazování věci
- 12. měsíc – manipulace s předměty

Vývoj řeči

- 3. měsíc – broukání
- 6. měsíc – žvatlání
- 9. měsíc – rozumí jednoduchým výzvám, př. paci – paci, rozvíjí se pasivní slovní zásoba
- 12. měsíc – první slova (Vágnerová, 2012)

Batole

„Úroveň řečového projevu batolete je odrazem kvality sluchového vnímání a výchovného působení rodiny (okolí)“ (Mukšnáblová, 2014, str. 77) Dítě potřebuje ve svém životě přijímat nové informace a komunikovat s okolím pro zapojení se do společnosti a pochopení reality. Zpočátku se v mluvě dítěte vyskytují výrazy, kterým rozumí jen ti nejbližší. V tomto období však dochází k obrovskému rozvoji jak pasivní, tak i aktivní složky řeči. Pro dítě mladšího batolecího věku je nejdůležitější obsah řeči, proto používá jednoslovné věty. Dítě v roce a půl aktivně používá asi 20-30 slov, již ve dvou letech toto číslo naroste na 200-300 slov a ve třech letech dítě používá 900 slov. (Šulová, 2004) Přibližně ve věku dvou let se u dítěte objevuje tzv. první ptací období, pro které je typická otázka „Co je to?“. Ve třetím až čtvrtém roce přichází druhé ptací období, kdy se dítě ptá „Proč?“ a „Jak?“. (Vágnerová, 2012)

Dítě v období batolete sice stále upřednostňuje hmatový kontakt, začíná se však prohlubovat zrak a sluch. Dítě ve třetím roce dokáže rozlišit základních geometrické tvary, např. koule, kostka, válec. Období batolete je obdobím prudkého vývoje motoriky. Co se hrubé motoriky týče, dítě okolo jednoho roku se teprve učí udržovat rovnováhu a jeho chůze není příliš jistá, již v roce a půl dokáže utíkat, ve dvou letech mu nedělá problém nerovný terén nebo chůze do schodů a ve třech letech pak dokáže i jezdit na tříkolce. Podobně jako jsou ve vývoji hrubé motoriky velmi výrazné rychlé změny, je to i s vývojem jemné motoriky. U dítěte batolecího věku se začíná rozvíjet koordinace „oko-ruka“. Dítě dokáže vhadzovat předměty do otvoru, navlékat korálky, listovat v knize, nebo například stavět kostky. V roce a půl zvládne teprve dát dvě kostky na sebe a již ve třech letech z kostek postaví komín nebo

most. Právě v tomto období dítě využívá nejvíce mimovolní paměť. (zdroj: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/P/1266/vyvoj-ditete-v-nekterych-oblastech-od-narozeni-do-zahajeni-skolni-dochazky.html/>)

1.3 Důsledky sluchového postižení v raném věku

Sluchové postižení ovlivňuje vývoj osobnosti dítěte. Dítě navazuje svůj první kontakt s matkou, kdy kvůli sluchovému postižení je již tento první kontakt narušen. Raná komunikace mezi matkou a dítětem je nedostatečná, dochází k neporozumění, jelikož každý z obou komunikačních partnerů používá odlišný komunikační kód. Je jen velmi málo případů, kdy se dítě se sluchovým postižením narodí rodičům se sluchovým postižením. Toto dítě má pak srovnatelné podmínky jako slyšící dítě slyšících rodičů. (Potměšil, 2015)

Dítě vnímá zvuk již někdy v pátém měsíci těhotenství. Proto také novorozenec reaguje pozitivně na hlas matky, tento zvuk je mu totiž známý. (Houdková, 2005)

Již v období novorozence využívá dítě svého sluchu. V tomto období dítě vnímá okolí prostřednictvím zraku neostře a pohled fixuje jen na vzdálenost 30 cm. Proto spíše využívá ostatních smyslů, především právě sluchu. Dítě pozná své blízké podle hlasu, kdy pokud na dítě promluví máma, je mnohem klidnější, než když na něj promluví cizí osoba.

U tak malého dítěte je mnohdy velmi náročné odhalit sluchovou vadu. Dítě se sluchovým postižením v období novorozence může také reagovat na silné zvuky, protože vnímá jejich vibrace. (Horáková, 2012.)

V období do 4. měsíce si dítě brouká. Broukání má však reflexní charakter a vyskytuje se tedy i u dítěte se sluchovým postižením. Pro další rozvoj je ale potřeba zpětné vazby, které se dítěti se sluchovým postižením nedostává a tak tento reflex ustupuje a postupně zcela vymizí. U slyšícího dítěte se začíná vytvářet akusticko-fonační reflex. To znamená, že dítě začíná zjišťovat, že v případě, že hýbe svými mluvidly, způsobuje to zvuk. V období od 4. do 8. měsíce začíná dítě napodobovat zvuky z okolí, k čemuž už je zapotřebí funkční sluch. Vada sluchu v tomto věku vede k opoždění celkového vývoje. V období do jednoho roku začíná být více znatelná komunikační bariéra, která má velký vliv na psychický vývoj dítěte. (Potměšil, 2015; Houdková, 2005)

Herdová uvádí několik základních odlišností v reakcích dítěte se sluchovým postižením, které mohou vést k podezření na vadu sluchu:

„Novorozenec a kojeneček

- Nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)
- Nepochytí se, když je kolem hluk
- Nenapodobuje zvuky v okolí
- Neotáčí hlavu ve směru zvuku
- Plačící dítě nelze utišit pouhým hlasem.

Dítě v období 6-12 měsíců

- Neukáže na známou osobu či věc
- Dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává
- Ani ve věku jednoho roku nereaguje na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme.

Dítě v období 12 měsíců až 2 roky

- Neobrací se ve směru hlasu na zavolání
- Nevěnuje pozornost zvukům z okolí
- Nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které jej obklopují
- Nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)
- Nemluví stejně jako ostatní děti
- Nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost
- Postupně se mu nezlepšuje porozumění řeči a nerozvíjí slovní zásoba.“ (Herdová, 2004, str. 212)

U dítěte se sluchovým postižením se mohou projevit různé neurotické projevy. U dítěte v období kojeneckého věku to může být nadměrná dráždivost, plačtivost, zvýšená spavost, nebo naopak bdělost. V batolecím věku a později i ve věku předškolním se objevují například problémy s jídlem, vyměšováním, spaním, záchvaty vzteku, neposlušnost, zvláštní rituály a návyky apod. (Vymlátilová in Škodová, 2007)

Tím, že se dítě za zvukem nejprve otáčí, následně za ním i leze, posiluje nejen své svaly, ale především tak rozvíjí sluchové vnímání a myšlení. Slyšící dítě má veškeré zvuky běžně k dispozici, kdežto dítě se sluchovým postižením se musí nejprve naučit zvuk vnímat a

uvědomovat si jej pomocí kompenzační pomůcky. Až poté se může učit zvuk rozlišovat a vyhledávat. Rozvoj sluchového vnímání je tak značně opožděn. (Půstová, 1997)

Velký vliv na vývoj dítěte má věk, kdy byla sluchová vada objevena a věk, ve kterém dostalo dítě první kompenzační pomůcku. Vada sluchu má také vliv na vývoj komunikačních schopností. Jak velký tento vliv bude, je dáno stupněm sluchového postižení, ale také dobou odhalení a dobou zahájení vhodné speciálněpedagogické intervence. (Houdková, 2005)

Slyšící dítě získává životní zkušenosti přirozenou cestou. Aniž by si to uvědomovalo, učí se porozumět okolnímu světu a emocím druhých lidí právě tím, že vnímá, o čem si povídají, jak na sebe vzájemně reagují, jak řeší problém. Dítě se sluchovým postižením má tuto možnost značně omezenou. Vše, co slyšící dítě vnímá mimovolně, bez jakékoliv námahy, dítě se sluchovým postižením musí získat jinou cestou, musí se to naučit. Pro správný vývoj dítěte po všech stránkách, je velmi důležitý raný vztah mezi matkou a dítětem. V případě slyšícího dítěte vznikne tento vztah intuitivně, matka i dítě se na sebe vzájemně naladí. Dítě se sluchovým postižením však reaguje jinak, než matka očekává, nebo jak je zvyklá, čímž znejistí, má pocit, že to nezvládá, je vyčerpaná, a to všechno výrazně ovlivní vztah mezi matkou a dítětem a následný vývoj samotného dítěte. (Šedivá, 2006)

Vada sluchu v důsledku menších sociálních zkušeností získaných přirozenou mimovolní cestou a komunikačních problémů dítěte se sluchovým postižením výrazně ovlivňuje také sociální inteligenci. Obrovský vliv má v této oblasti také mnohdy přehnaně ochranný přístup rodičů, kteří tímto neúmyslně brání rozvoji dítěte. Udělají všechno za něj, se vším mu pomohou, aby to mělo jednodušší, aby se mu nic nestalo, a aniž by si to uvědomili, dítě vlastně k ničemu nepustí a ono je pak na ně odkázáno mnohem více, protože je zvyklé, že to udělá někdo jiný a samo to nedokáže. (Šedivá, 1997)

Sluchová vada ovlivňuje vývoj sebeuvědomování si sebe sama. Již dítě kojeneckého věku si uvědomuje samo sebe a své tělo, a to prostřednictvím manipulace. K tomu však potřebuje zpětnou vazbu matky. V případě dítěte se sluchovým postižením je však vztah mezi ním a matkou narušen, není zde dostatečně funkční komunikace a dítě tak nemá dostatečnou zpětnou vazbu a jeho vývoj sebeuvědomění je tím opět narušen. (Potměšil, 2015)

Pomocí zvuků se dítě může snadno orientovat v prostoru a získává tím pocit jistoty a bezpečí. Právě chybějící zvuky a kontrola okolí způsobují, že je dítě neklidné, nervózní a podrážděné. Nejvíce se sluchová vada projevuje ve ztížené interakci dítěte se sluchovým postižením s okolím a ve ztížené či omezené komunikaci. Dítě se sluchovým postižením se v kolektivu může cítit samo, nepochopeno nebo dokonce odmítáno. V případě, že se k těmto pocitům přidávají časté neúspěchy v komunikaci, může dojít k tomu, že se dítě stáhne, uzavře se

do sebe a ztratí motivaci pro další komunikaci nebo interakci, příště už nebude chtít komunikovat a pokud bude muset, nejdříve si to pořádně promyslí. Nejtěžší je pak pro dítě, když tyto pocity zažívá i mezi svými blízkými. Může docházet ke ztrátě sebevědomí. V těchto případech se pak může stát, že je dítě agresivní vůči ostatním nebo vůči sobě, jeho jednání je impulzivní a nedokáže vyjadřovat své emoce. To, jak se dítě dokáže vyrovnat se svým sluchovým postižením, závisí na velkém množství faktorů, mezi které patří věk dítěte, ve kterém vznikla vada sluchu, na velikosti sluchové ztráty, na temperamentu dítěte, ale především na jeho zkušenostech a na okolí. (Mukšnáblová, 2014)

V pozdějším věku se objevuje další faktor, který má vliv na psychiku dítěte se sluchovým postižením, a týká se to především dětí neslyšících. Jedná se o separaci dítěte od rodiny, jelikož dítě s těžkou vadou sluchu navštěvuje nejčastěji školu pro sluchově postižené. Těchto však není příliš a mnohdy je tedy potřeba, aby bylo dítě, a to velice často už od předškolního věku, na internátě. Jsou sice v kontaktu s dětmi, jejichž stav je velmi podobný, ale nejsou v dostatečném kontaktu s rodinou. Situace pak rodinné vztahy vůbec nezlepšuje. (Vymlátilová in Škodová, 2007)

Děti se sluchovým postižením jsou ohroženy ve svém citovém vývoji, a to především protože:

- „prakticky trvale jsou vystaveny podnětové deprivaci
- častěji u nich dochází k citové deprivaci, vztah rodič – dítě je podroben větší zátěži
- mají v anamnéze vyšší počet perinatálních traumat a mozkových dysfunkcí
- prožívají příliš často a opakovaně zklamání, protože nejsou schopny splnit vysoké nároky učitelů a vychovatelů
- jsou obvykle ve stresu, pokud musejí odezírat a komunikovat slovně.“
(Jedlička in Škodová, 2007, str. 472)

Důsledky sluchového postižení při opožděném zahájení speciálněpedagogické intervence:

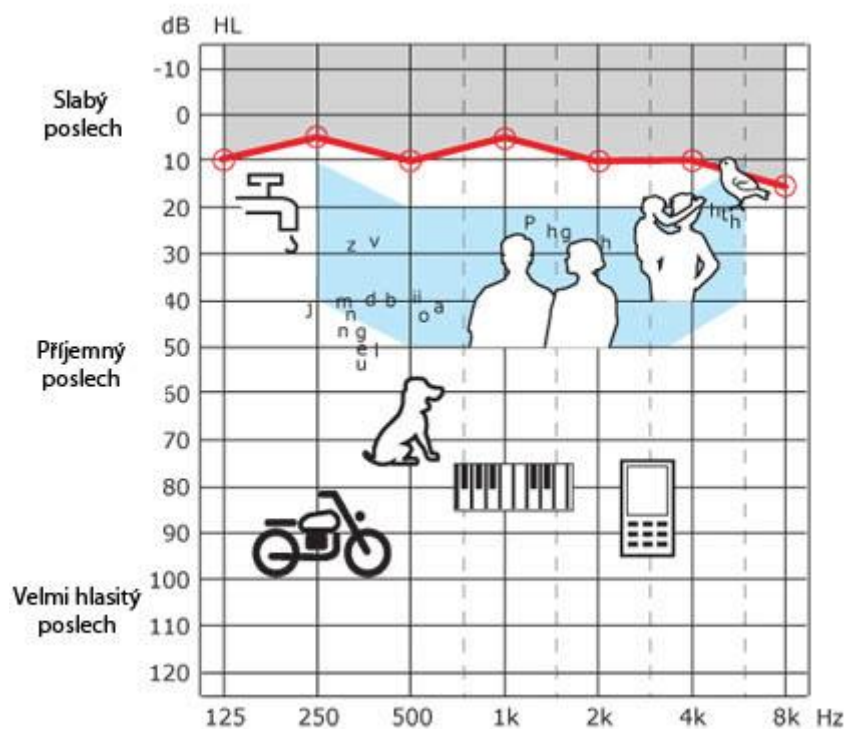
- „porucha vnímání: dítě nemůže identifikovat předměty a děje podle zvuků, které jsou jimi produkovány,
- Porucha vývoje řeči: - dítě nepozná souvislost mezi pohyby svých mluvních orgánů a zvuky, jimi vytvářenými. V důsledku toho nezíská kontrolu nad svými zvukovými projevy,

- Porucha komunikace: dítě se nenaučí svou mateřskou řeč. Své myšlenky může lidem v okolí vyjádřit jen gesty nebo zcela konkrétními úkony,
- Porucha kognice (poznávání): dítě s řečí poznává přirozeně svět pomocí myšlenek jiných lidí, pomocí abstraktivních idejí a informací o minulých dobách a cizích zemích. Dítě bez řeči poznává svět jen pomocí zde a nyní,
- Porucha sociálních vztahů: sluchově postižené dítě má potíže při učení se vhodnému chování k ostatním lidem. Neslyší melodii a barvu hlasu rodičů, která mu naznačuje jejich citový vztah k němu a upozorňuje, když se nechová podle jejich přání. Později je nemožné vysvětlit mu pravidla chování k ostatním lidem. A co je ještě důležitější, dítě si může osvojit manipulativní způsob jednání k získání vlivu na ostatní,
- Porucha emocionální: dítě není schopno uspokojit své citové potřeby pomocí řeči. Není schopné chápat reakce rodičů či dětí, které si s ním hrají a které se mu z jeho hlediska zdají být přehnaně náladové. Má stále pocit, že druzí lidé na ně působí, aniž by ono mohlo působit na ně. Je zmatené a bázlivé a má velmi slabé sebevědomí,
- Poruchy pedagogické: nemluvící dítě získává jen velmi málo výchovných zkušeností,
- Problémy inteligence: i když je dnes možné tzv. nonverbálními testy prokázat u ještě nemluvících nebo málo mluvících těžce sluchově postižených dětí normální nonverbální inteligenci, má dítě nedostatky ve všeobecných znalostech a vyjadřovacích schopnostech,
- Problémy profesionální: sluchově postižené dítě s omezenými vyjadřovacími schopnostmi nebo vůbec nemluvící, se slabými obecnými znalostmi a s neúplným všeobecným vzděláním má v dospívání jen velmi omezené možnosti profesionální přípravy.“ (Pulda, 1996)

Jak uvádějí samotné osoby se sluchovým postižením, v důsledku sluchové vady se mnohdy chovají až paranoidně, kdy mají neustále pocit, že se všichni kolem nich musí bavit právě o nich, protože oni je neslyší, nebo jim nerozumí. Také u nich přetrvává strach z nedorozumění. Velmi často se stává, že nerozumí tomu, co jim daný člověk říká. Malé dítě je více bezprostřední, ale čím je člověk starší, tím více si to uvědomuje a nechce pořád žádat ostatní o zopakování, protože se cítí trapně, že nerozuměl a má obavy z reakce.

2. Vyšetření sluchu

„Lépe je vyšetřit zbytečně 100 zdravých dětí, než nevyšetřit 1 postižené, a tím ho zbavit možnosti včasné nápravy!!“ (Šlapák, 1999, str. 21)



Obr. č 1: Sluchové pole řeči

(zdroj: <http://www.audionika.cz/stranka/o-sluchu-a-sluchovych-vadach>)

2.1 Subjektivní vyšetřovací metody

Základní vyšetření sluchu provádí ušní specialista, který zavede krouživým pohybem trychtýřové ušní zrcátko do zevního zvukovodu a pomocí světla z čelního reflektoru s otvorem uprostřed pozoruje zevní zvukovod a bubínek. Toto vyšetření musí být provedeno velmi opatrně, aby nedošlo k poškození zvukovodu. Střední a vnitřní ucho lze vyšetřit pomocí počítačové tomografie (CT). Ta využívá rentgenového paprsku nebo magnetické nukleární rezonance, která pak využívá silného magnetického pole. Poté lékař zjišťuje sluchovou funkci ucha. U toho je však zapotřebí, aby vyšetřovaná osoba spolupracovala, proto je možné toto vyšetření provádět až od určitého věku. (Šlapák, 1999)

Při vyšetření sluchu u dětí novorozeneckého, kojeneckého a batolecího období se využívá akustických reflexů, mezi které patří:

- „reflex víčkový (auropalpebrální): na zvukový podnět silnější intenzity (chřestítka, trubka, klakson) se prudce sevrou víčka strany, ze které zvuk přichází; může se objevit i současný záškub obličejových svalů;
- Reflex zornicový (kochleopupilární): při něm dojde po zvukovém podnětu k rychlému stahu zornice a k jejímu následnému pomalému rozšíření;
- Orientační reflex: při silném zvuku dojde k reakci novorozence, tak že se zastaví dýchací pohyby, dítě se rozpláče apod.;
- Pátrací reflex: dítě se otáčí po směru, odkud zvuk přichází.“ (Šlapák, 1999, str. 21)

Vždy je potřeba, aby dítě nevědělo, že je vyšetřováno a aby nevidělo na toho, kdo zvuk vytváří. Musí být jasné, že dítě reagovalo na zvuk, a ne na pohyb.

Klasická zkouška sluchu

Vyšetřovaná osoba stojí bokem k lékaři a rukou si zakryje nevyšetřované ucho. Lékař říká různá slova hlasitou řečí a šepotem z různých vzdáleností a vyšetřovaný daná slova opakuje. Poté se strany vymění. Podle normy je člověk schopen slyšet mluvenou řeč z 6–10 m. (Šlapák, 1999)

Vyšetření ladičkami

Pomocí ladiček je možné upřesnit typ sluchové poruchy. Toto vyšetření je součástí základního vyšetření sluchu.

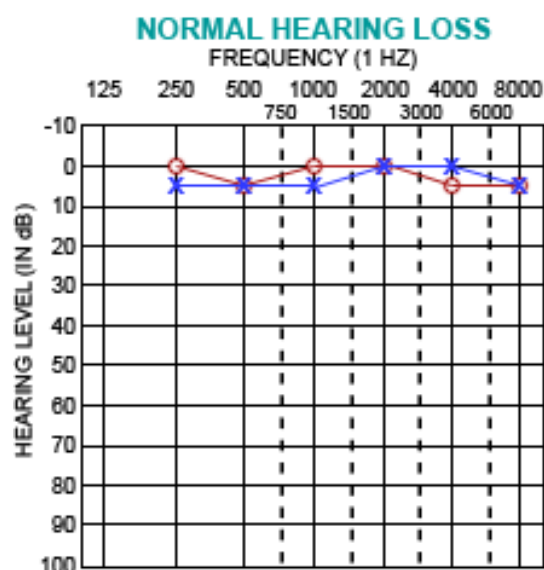
- Rinného zkouška – při tomto vyšetření se rozezvučená ladička přikládá k uchu před zvukovod. Ve chvíli, kdy vyšetřovaná osoba už tón ladičky neslyší, patka ladičky se přitiskne na kost za boltec. V tomto místě by neměl být tón slyšet, jestliže tedy ještě doznívá, je na tomto uchu převodní porucha. Takto se vyšetří postupně obě uši. Zkouška porovnává kostní a vzdušné vedení.
- Weberova zkouška – rozezvučená ladička se u tohoto vyšetření přikládá patkou na kost lebky, a to v místech: na čele, na temeni hlavy, na kořenu nosu a případně na bradě nebo zubech. Vyšetřovaná osoba má určit místo, ve kterém vnímá zvuk. Aby zde nebyla přítomna porucha sluchu, měla by vyšetřovaná osoba vnímat zvuk uprostřed, tedy stejně z obou stran. V případě, že vnímá

zvuk jen z jedné strany, je na tomto uchu převodní porucha, nebo naopak na druhém uchu porucha percepční. Tato zkouška tedy porovnává kostní vedení zvuku na obou uších.

- Schwabachova zkouška – je založena na srovnávání kostního vedení vyšetřovaného a vyšetřujícího. Tato zkouška se již nepoužívá, je totiž závislá na stavu sluchu vyšetřujícího. (Jedlička in Škodová, 2007)

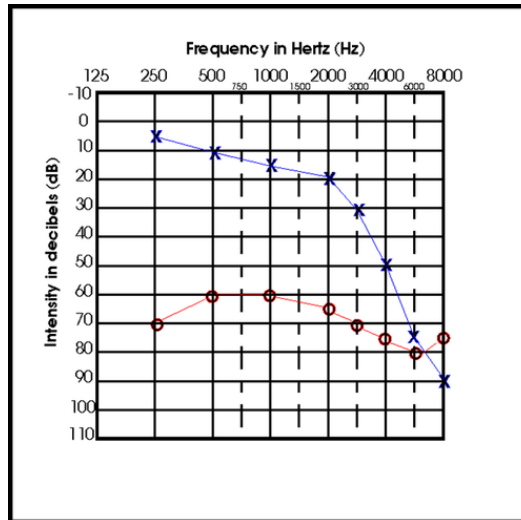
Tónová audiometrie

Vyšetření s použitím elektronického přístroje, audiometru, se používá pro vyšetření vzdušného vedení. Ten se skládá z ovládacích prvků, sluchátek, vibrátoru a tlačítek. Vyšetřovaná osoba má na uších sluchátka a jsou jí vysílány různé čisté tóny s frekvencí 250-8000 Hz. Hlasitost tónu začíná na nule a zvyšuje se do té doby, kdy vyšetřovaná osoba pomocí stisknutí tlačítka oznámí, že tento tón slyšela. V případě, že se vyšetřuje kostní vedení, za ucho vyšetřované osoby se přiloží vibrátor a ten rozkmitá spánkovou kost a sluchové buňky ve vnitřním uchu. Výsledky jsou zaznamenány do audiogramu.



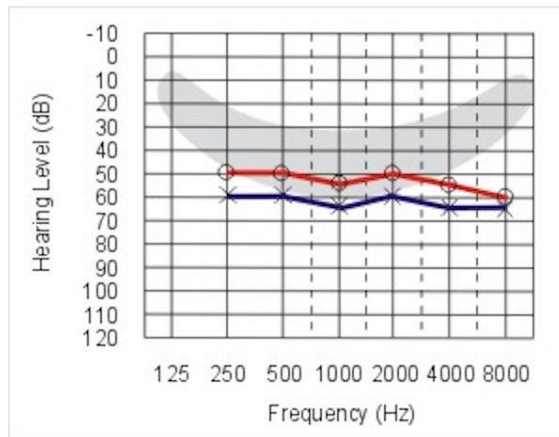
Obr. č 2: Audiogram normálního stavu sluchu

(zdroj: <https://www.babyhearing.org/hearingamplification/HearingLoss/audiogram.asp>)



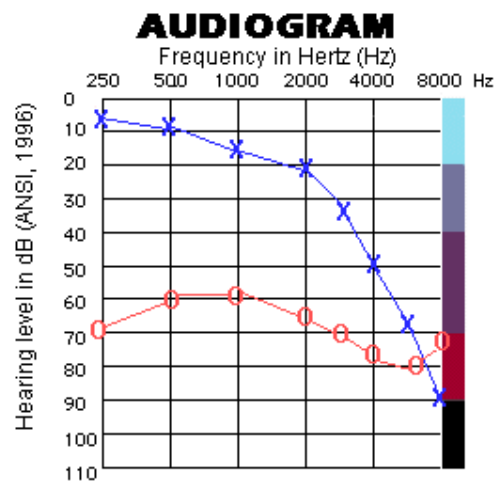
Obr. č 3: Audiogram převodní poruchy sluchu

(zdroj: <http://www.hydeparkschools.org/webpages/JLoeffel/index.cfm?subpage=27532>)



Obr. č 3: Audiogram percepční poruchy sluchu

(zdroj: <http://www.healthyhearing.com/report/52516-The-abc-s-of-audiograms>)

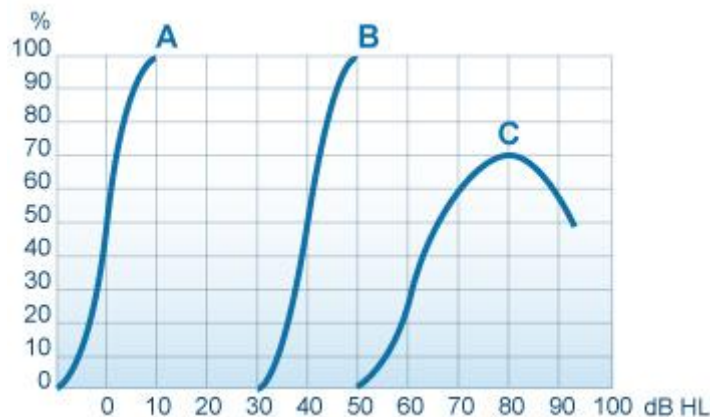


Obr. č 4: Audiogram smíšené poruchy sluchu

(zdroj: <http://www.firstyears.org/lib/howtoread.htm>)

Slovní audiometrie

Jelikož však běžně neexistují čisté tóny, vznikla metoda slovní audiometrie. V tomto případě je do sluchátek nahráno 10 slov o zvyšující se intenzitě. V procentech se pak uvádí, kolik slov vyšetřovaný zaslechl. Práh rozumění je stanoven na 50%. (Šlapák, 1998) Tato metoda vznikla především proto, že není důležité jen slyšet zvuk, ale především rozumět mluvené řeči. (Lejska, 2003)



Obr. č 5: Slovní audiogram

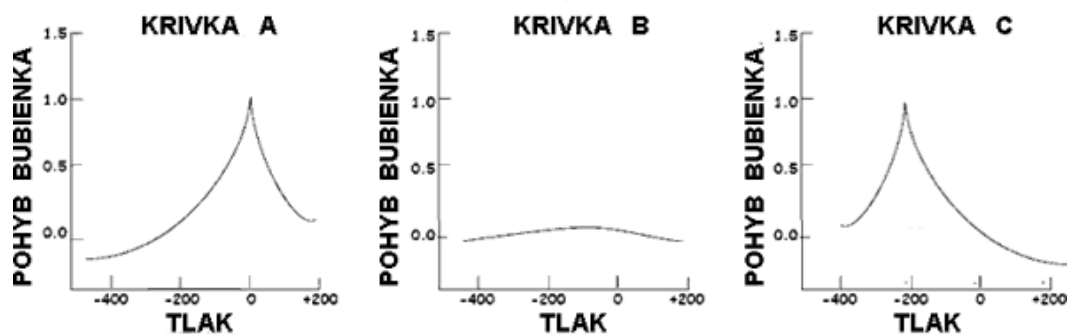
(zdroj: <http://www.cochlea.eu/en/audiometry/subjective-measure/speech-audiometry>)

2.2 Objektivní vyšetřovací metody

Tympanometrie

Jedná se o metodu, která nevyžaduje spolupráci vyšetřovaného a je prvním vyšetřením středního ucha. „Principem této jednoduché metody je měření množství akustické energie ve vnějším zvukovodu, které se odráží od blanky bubínku, a to je závislé na:

- Tuhosti bubínku – čím je bubínek volnějši (lépe vede zvuk), tím méně odráží a naopak čím je napjatější = tužší (hůře vede zvuk), tím více energie se odráží
- Řetězu kůstek – čím jsou kůstky v přesnějším (normálním) postavení, tím lépe se vede zvuková vlna a tím méně se odráží a naopak
- Na obsahu středního ucha – pokud je obsahem vzduch (normálně) vedení je výborné a odráží se minimum. Pokud je středouší vyplněné tuhou tkání (srůsty) odráží se podstatně více. Pokud je výplní tekutina, pohltí celou procházející energii a neodrazí se nic. (Lejska, 2003, str. 43)



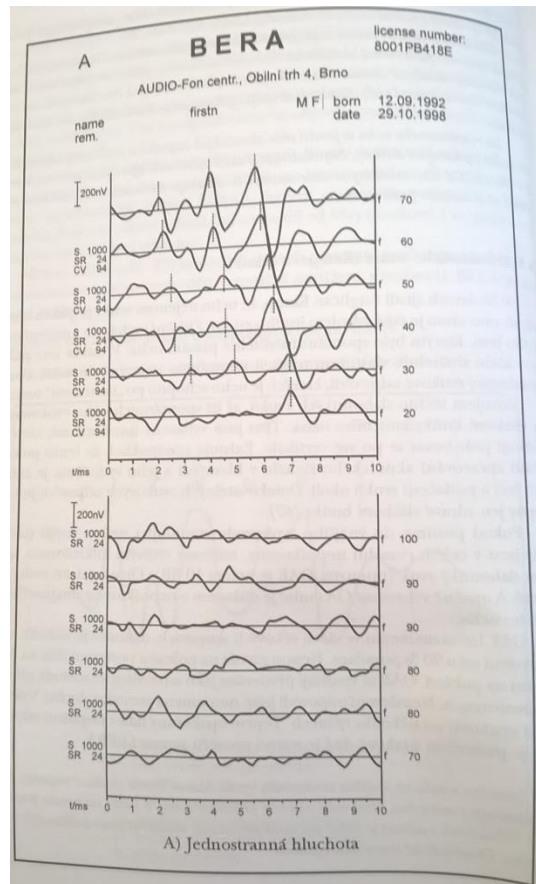
Obr. č 6: Tympanometrické křivky

(zdroj: http://infosluch.sk/wp/?attachment_id=1904)

Objektivní audiometrie (ERA, BERA, CERA)

Opět se jedná o metodu, u které není nutná spolupráce vyšetřovaného a je tedy možné ji použít i u novorozenců. Na rozdíl od klasické audiometrie, kde byl výsledek dán vyšetřovaným, zde celý proces vyhodnocuje počítač pomocí bioelektrického signálu mozku. Metoda je však náročná na čas, na finance i na zkušenosti specialistů provádějící vyšetření. (Šlapák, 1999)

ERA – zastřešující termín pro audiometrii evokovaných potenciálů, tedy BERA i CERA a jedná se o měření změn elektrické aktivity nervové soustavy při působení zvukového podnětu. **BERA** je audiometrie z elektrické odezvy v mozkovém kmeni a **CERA** pak audiometrie z elektrické odezvy mozkové kůry. K vyšetření se využívá tří elektrod a sluchátek. Jednu elektrodu má vyšetřovaný uprostřed spojnice vnějších zvukovodů, tedy na vrcholku lebky a další dvě, každá za jedním uchem ve stejném místě. (dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/1101-metody-vysetreni-sluchu>)



Obr. č 7: výsledky vyšetření BERA
(zdroj: Lejska, 2003)

SSEP

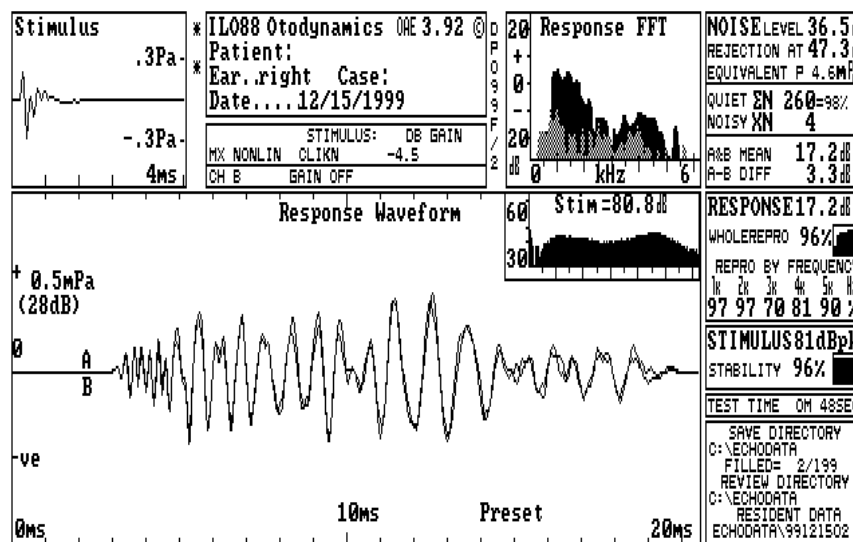
Jedná se o vyšetření ustálených evokovaných potenciálů, snímá se celý průběh sluchové dráhy a výsledkem je odhadovaný audiogram. (dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/1101-metody-vysetreni-sluchu>) Toto vyšetření dokáže odhalit zbytky sluchu v nízkých frekvencích a to i u velmi malých dětí, proto se využívá především před implantací kochleárního implantátu. (Šejna in Hahn, 2007)

Otoakustické emise

Vyšetření využívá toho, že lidské ucho zvuk nejen přijímá, ale i vydává. To dokázal profesor David Thomas Kemp v roce 1978, proto se otoakustickým emisím někdy také říká Kempovo echo. „Do zevního zvukovodu vyšetřovaného je zavedena speciální sonda, která je schopna vysílat tóny a supercitlivým mikrofonom dokáže zachytit tóny vysílané vnitřním uchem po podráždění základním tónem.“ (Šlapák, 1998, str. 24) Vyšetření otoakustických emisí se využívá při vyšetřování novorozenců. Jedná se o screeningovou metodu. V případě, že výsledkem jsou nevybavné otoakustické emise, ještě to neznámá, že se jedná o vadu sluchu. Vyšetření je potřeba zopakovat a především musí být jedinec vyšetřen pomocí

objektivní audiometrie. Příčinou nevýbavných otoakustických emisí může být totiž například plodová voda ve středouší nebo neklid dítěte. (Lejska, 2003)

Při převodní vadě sluchu se využívá vyšetření: otoskopické vyšetření, klasická zkouška, audiometrie, slovní audiometrie a tympanometrie. Percepční vady sluchu se vyšetřují pomocí stejných metod jako převodní a dále je možné využít objektivní audiometrie a otoakustických emisí. (Lejska, 2003).



Obr. č 8: Záznam otoakustické emise

(zdroj: <https://www.hno.uniklinik-bonn.de/patienten/diagnostik/oea.html>)

2.3 Novorozenecký screening sluchu a jeho důležitost

Novorozenecký screening sluchu využívá otoakustických emisí. Je prováděn druhý až čtvrtý den po narození zaškolenou neonatologickou sestrou pomocí přístroje ECHOSCREEN. Druhé vyšetření v případě nevýbavných otoakustických emisí následuje po čtyřech až šesti týdnech od prvního, nejdříve však po 24 hodinách a třetí se provádí čtyři týdny po druhém. Je nutné, aby bylo dítě při vyšetření v klidu, ideálně tedy, aby spalo. Výsledek vyšetření je zaznamenán do zdravotnické dokumentace dítěte. (Věstník MZ, 2012)

Ministerstvo zdravotnictví vydalo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR v čísle 7/2012 „Metodický pokyn k zajištění celoplošného novorozeneckého screeningu sluchu a následné péče“, tedy novorozenecký screening sluchu je legislativně ukotven, avšak daná legislativa nedává porodnicím povinnost jej provádět. „**Pouze na některých pracovištích je screening prováděn pomocí otoakustických emisí (OAE), ale většinou u rizikových novorozenců.**“ (Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se->

[zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/onemocneni-ucha-u-deti/vysetrovani-sluchu-u-novorozencu.shtml](http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/onemocneni-ucha-u-deti/vysetrovani-sluchu-u-novorozencu.shtml))

Právě včasné odhalení sluchové vady a následná adekvátní péče snižují následky této vady, což bylo dokázáno mnohými studiemi a vedlo k zavedení celoplošného screeningu sluchu v řadě zemí. V ideálním případě by měla být vada sluchu diagnostikována do šestého měsíce věku a od šestého měsíce věku by měla být kompenzována za pomoci sluchadel. V případě kompenzace kochleárním implantátem by měla implantace proběhnout ideálně mezi prvním a druhým rokem věku. Je potřeba mít stále na paměti, že nejdůležitějším obdobím vývoje dítěte jsou jeho první tři roky života. U dětí, které neprošly novorozeneckým screeninem sluchu, bývá vada sluchu odhalena průměrně mezi druhým a čtvrtým rokem věku, což je velmi pozdě pro další vývoj dítěte. (Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/09.pdf>)

Tento screening sluchu se však setkává ještě s jednou překážkou. „Novorozenci s nevybavnými otoakustickými emisemi nepokračují v dalším vyšetření, nejsou cíleně odesíláni na specializovaná pracoviště a data nejsou komplexně sledována, ukládána a vyhodnocována.“ (Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/onemocneni-ucha-u-deti/vysetrovani-sluchu-u-novorozencu.shtml>)

3. Speciálněpedagogická intervence

3.1 Speciálněpedagogická intervence zaměřená na dítě se sluchovým postižením

Pro co nejúspěšnější vývoj dítěte se sluchovým postižením je nejdůležitější, jak už bylo výše uvedeno, především co nejdříve diagnostikovat vadu sluchu, adekvátně vadu kompenzovat a zahájit vhodnou intervenci, do které se řadí sluchová výchova, nácvik odezírání a rozvoj řeči.

Rodiče jsou postaveni před velmi důležité, ale také pro ně velmi náročné rozhodnutí, a to vybrat vhodný komunikační systém. (Květoňová – Švecová, 2004)

Čím dříve je odhalena vada sluchu a čím dřív je zahájena speciálněpedagogická intervence, tím větší je pravděpodobnost menšího opoždění ve vývoji řeči. Výzkumy dokazují, že pokud je speciálněpedagogická intervence zahájena do šestého měsíce věku dítěte, jeho vývoj řeči probíhá stejně jako u dítěte slyšícího. (dostupné na: <http://www.asha.org/public/hearing/Early-Intervention-for-Children-with-Hearing-Loss/>)

Faktory ovlivňující intervenci:

- „věk, kdy sluchová vada byla diagnostikována;
- příčina sluchového postižení;
- typ a stupeň sluchové vady;
- účinnosti sluchadel nebo kochleárního implantátu;
- schopnost sluchového vnímání a nadání pro řeč;
- vyspělost dítěte;
- povahové vlastnosti a schopnosti;
- inteligence;
- zdravotní stav dítěte;
- přítomnost či nepřítomnost syndromu LMD;
- citové vztahy v rodině a míra její účasti na rehabilitaci;
- schopnosti a dovednosti terapeuta.“ (Holmanová in Škodová, 2007, str. 497)

Velice důležité je pro úspěšnou rehabilitaci začít co nejdříve, využívat a procvičovat i nejmenší zbytky sluchu, procvičovat hmat, využívat „řeč těla“, která napomáhá porozumění, reagovat na každý pokus dítěte o navázání komunikace, čím ho podporujeme v pokračování a vhodně využít pro nácvik odezírání období kolem prvního roku. V tomto období se dítě spontánně zaměřuje na obličej, tudíž je to nejvhodnější období pro co nejsnazší rozvoj odezírání. (Holmanová, 2002)

Holmanová (2002, str. 33) uvádí několik zásad pro práci s dítětem:

- „Najděte vhodný čas v denním režimu.
- Pracujte pravidelně každý den (i o svátcích a dovolené).
- Měňte často úkoly (nemá-li dítě rádo opakování).
- Zařaďte mezi nové úkoly nějaký úspěšný (oblíbený) starší úkol.
- Zážitek má předcházet mluvení nebo na ně navazovat.
- Nikdy nezapomínejte na pochvalu nebo odměnu.“

Principy rané výchovy dětí se sluchovým postižením:

- pozitivně stimulující prostředí – je potřeba, by dítě žilo v rodině, kde se cítí dobře, která naplňuje jeho potřeby. Toto mnohdy není podmíněno sociální úrovní rodiny, ale komunikací mezi jejími členy. Dítě by mělo být v rodině dostatečně stimulováno. Je potřeba si uvědomit, že nesprávný je nedostatek stimulace, která může vést k nezájmu dítěte, ale také nadbytek stimulace.
- Komunikativnost – je potřeba si uvědomit, že v současné době plné televize nebo počítačů, je komunikativnost velmi narušena. Je tedy nutné rodiče k tomuto o to více vést.
- Efektivní komunikace – učí dítě, že komunikace vede k uspokojování potřeb a přání. Důležitá je v efektivní komunikaci především oboustranná motivace.
- Setkávání – ve smyslu příležitost
- Možnost volby – již velmi malé dítě by mělo mít možnost volby. Může se jednat o výběr hračky, barvy, oblečení a podobně. Dítě tím vedeme k uvědomování si vlastní odpovědnosti.
- Pocit kontroly nad situací – je velmi úzce spojen s možností volby. Právě možnost volby, ale také možnost rozhodovat o svých věcech přináší pocit kontroly nad situací. (Potměšil, 2003)

„Návrh modelových kroků pro začátky ve výchovné práci:

- Včasná diagnostika a poskytnutí jistoty rodičům o stavu sluchu dítěte
- Navázání kontaktu s rodiči při dodržení zásady vlastního rozhodování
- Včasná a vyčerpávající informace rodičům o možných výchovných postupech, způsobech a cílech výchovného snažení
- Včasná a efektivní pomoc rodičům při řešení běžných i nenadálých situací týkajících se přímo dítěte nebo klimatu v rodině
- Nabídnutí kontaktu s dalšími rodiči sluchově postižených dětí za účelem předávání vlastních zkušeností a podpory vytvoření emocionální stability v rodině.“ (Potměšil, 2003, str. 105)

Zásady speciálněpedagogické intervence u dítěte se sluchovým postižením

- **včasnost**
Jedná se, jak o to získat co nejdříve diagnózu dítěte, tak i co nejdříve zahájit vhodnou intervenci s využitím adekvátní kompenzační pomůcky. Patří zde také co nejdříve zahájit komunikaci.
- **Komunikativnost**
Tato zásada znamená, že každá situace by měla být využita pro komunikaci. Je zde ale potřeba dát si pozor na přestimulování dítěte, které může vést k jeho demotivaci.
- **Udržování zrakového kontaktu**
Zrakový kontakt je podmínkou správné komunikace a je tedy potřeba děti k navazování a udržování zrakového kontaktu vést.
- **Diference podle preferovaného komunikačního stylu**
Znamená to, že dítě má právo vybrat si ten komunikační styl, který mu nejvíce vyhovuje a škola by měla být schopna mu v tom vyhovět.
- **Zásada přiměřené náročnosti a důslednosti**
Jedná se o to, že vše by mělo být přiměřené věku, schopnostem a stupni postižení dítěte. Platí to však na obě strany. Samozřejmě by dítě nemělo být přetěžováno a rodiče by měli vědět, kde jsou jeho možnosti. Na druhou stranu by ale neměli dítěti situace příliš ulehčovat, ale jeho možností právě využívat a tím je dále rozvíjet.

- **Zásada názornosti**

Podstatou této zásady je porozumění informacím. Důležité je tedy nejen využívat názorných pomůcek, ale také vytvářet mezi informacemi souvislosti a vést dítě k tomu, aby bylo schopné se v případě nepochopení zeptat.

- **Zásada systematickosti**

Všichni, kteří s dítětem přicházejí do kontaktu, by měli používat stejné metody a postupy, ale také by měli znát slovník dítěte a používat označení věcí tak, jak je zvyklé.

- **Zásada výstavby hodnotového systému**

Dítě se sluchovým postižením mnohdy nemá dostatečnou schopnost hodnotit, což může souviset s nedostatečnou slovní nebo znakovou zásobou. Proto je potřeba se věnovat při práci s dětmi se sluchovým postižením také této oblasti.

- **Zásada pojmové banky**

Neznamená to jen rozšiřovat slovní zásobu dítěte, ale především dbát na to, aby daným slovům rozumělo. Tak, aby potom nedocházelo k situacím, kdy zná spoustu slov, ale nepoužívá je v situacích, do kterých patří. Je to stejné, když následně přečte veškerá slova, ale nerozumí jim, neovládá tedy schopnost čtení s porozuměním. (Potměšil, 2003)

Komunikační techniky

Orální přístup

Žáci jsou vzděláváni pouze mluvenou řečí, což má podle zastánců orálního přístupu vést k lepšímu začlenění do běžné společnosti. Tento přístup je však zcela nevhodný pro žáky neslyšící.

Totální komunikace

Totální komunikace je spojení orální a manuální metody. Každý z komunikačních partnerů tak respektuje komunikační styl toho druhého. Na začátku zavedení totální komunikace se jednalo spíše o orální metodu doplněnou znaky. Jedná se o značný posun i přesto, že zde stále přetrvává jako dominantní mluvený jazyk. Došlo zde k určitému kompromisu, kdy vznikla znakovaná čeština. Tyto jazyky se však vzájemně negativně ovlivňují – jazyková interference. (Potměšil, 2003)

Bilingvální přístup

Uznává neslyšící jako kulturní a jazykovou menšinu. Žák je vzděláván ve dvou jazycích. Znakový jazyk a mluvený jazyk jsou od sebe odděleny a každý je vyučován pedagogem, který je rodilým mluvčím daného jazyka. Dítě se nejprve učí znakový jazyk a po jeho plném zvládnutí, tedy kolem 7 let, je přidán i většinový jazyk. To znamená, že dítě není vystavováno obtížné situaci, kdy je vyučováno tím jazykem, který se teprve učí. Nedochozí tak pouze k osvojování si nových pojmů, ale především k porozumění. (Potměšil, 2012)

3.1.1 Sluchová výchova

V rámci sluchové výchovy je potřeba, aby byla součástí celého dne. Nejdříve dítě vnímá a rozlišuje ty zvuky, které jsou mu blízké a také ty, které ho zajímají. Doma v rodině by měli rodiče dítěti dávat různé zvukové hračky a sledovat jeho reakci na ně, zkoušet, co dítě slyší, co neslyší, co je mu příjemné a co naopak nepříjemné, upozorňovat na zvuk a pokud je to možné, několikrát ho zopakovat, například klepání na dveře. Zprostředkovat dítěti zvuky, které se běžně vyskytují v domácnosti, jako je mixér, vysavač apod. Pro lepší orientaci a snazší identifikaci zvuků je dobré dítěti zvuk spojit s nějakým významem, př. zvuk auta = táta přijel domů, zvuk zvonku = babička přišla na návštěvu. Velice důležité je také neustále na dítě mluvit a využívat jeho zájmu. (Holmanová in Škodová, 2007)

Mezi základní předpoklady úspěšné reedukace sluchu patří kvalitní sluchadlo, vzdálenost při komunikaci, která by neměla přesáhnout dva metry. Obecně je vhodné zpočátku na dítě mluvit z co nejmenší vzdálenosti. Dále zde patří vyšetření sluchu, diagnóza dítěte a motivace rodiny. Pokud je rodina aktivní, podporuje to motivaci dítěte. (Janotová, 1996)

3.1.2 Rozvoj odezírání

Jak vyplývá z výše uvedeného, odezírání je přirozená schopnost. Dítě kolem jednoho roku přirozeně sleduje obličej osoby, která na něj mluví. Odezírání je velice důležitá schopnost, kterou je potřeba rozvíjet, není však možné ji naučit. Pokud tedy dítě nemá schopnost odezírat, tak se jí ani nenaučí. Spousta lidí si myslí, že když má člověk vadu sluchu, automaticky to znamená, že dokáže bez problému odezírat. „odezírání je skutečně schopnost – dar - podobně jako třeba absolutní sluch u slyšících.“ (Hrubý, 1999, str. 74)

Schopnost odezírat je dána znalostí mluveného jazyka, ve kterém probíhá komunikace. Osoba se sluchovým postižením dokáže odezírat pouze to, co zná. Další podmínkou úspěšného odezírání je znalost probíraného tématu. Pokud bude tématem komunikace něco, o čem osoba se sluchovým postižením nic neví, pak i při dokonalé schopnosti odezírat, bude mít obtíže porozumět. V mluvené řeči jsou hlásky, které se odezírají lépe, ale pak také ty, které jsou pro odezírání mnohem obtížnější. Mezi nejlépe odezíratelné hlásky patří samohlásky, kdy dlouhé samohlásky jsou na odezírání ještě jednodušší než krátké. Kvalitu odezírání samohlásek pak také určuje jejich umístění ve slově. Pokud jsou na začátku slova, jsou pro potřeby odezírání nejjednodušší, protože jsou v typickém postavení a nejsou zkreslovány hláskou, která jim předchází. Souhlásky obecně jsou mnohem náročnější na odezírání než samohlásky. I mezi nimi jsou ale takové, které se dají odezírat snadněji. Těmi jsou souhlásky b, p, m, v a f. Mezi souhlásky, které představují pro odezírajícího alespoň částečnou zrakovou oporu, patří t, d, n, c, s, z, č, š, ž, l, r, ř. Naopak souhlásky ť, ď, ň, j, k, g, h, ch jsou v podstatě neodezíratelné. I přesto, že se osoba se sluchovým postižením naučí perfektně odezírat jednotlivé izolované hlásky, může mít při odezírání obtíže způsobené tím, že se hlásky vyskytují jen velmi málo izolovaně. Nejčastěji se pojí s jinými hláskami a vzájemně mění svou podobu. Pro porozumění jsou však mnohem důležitější souhlásky než samohlásky. (Strnadová, 2001)

„Podmínky pro dobré odezírání:

- Doporučujeme vyšetřit zrak dítěte.
- Obličej mluvící osoby má být dobře osvětlen.
- Nejvhodnější vzdálenost mezi obličejem dítěte a mluvícího se doporučuje 50 až 150 cm.
- Oba obličejové mají být ve stejné výšce.
- Předmět, o kterém se mluví, dáváme poblíž obličeje.
- Náš obličej musí být zajímavý a „zaujatý“, mimika výrazná, ale ne přehnaná.
- Artikulace má být zřetelná, ne však nepřirozeně výrazná.
- Rychlost řeči má být přiměřená, tempo pomalejší.
- Dítě musí vědět, o čem se mluví; v každém případě se ho snažte aktivně zapojit do rozhovoru.
- Přizpůsobte řeč jazykovým schopnostem dítěte.

- Mluvte běžným hovorovým jazykem, ne zkomoleně a zjednodušeně (Míša pít voda.).“ (Holmanová, 2002, str. 26)

Odezírání naopak znesnadňuje:

- „Při mluvení nepohybujte před obličejem rukama.
- Během mluvení nedělejte hlavou nečekané pohyby.
- Nechod'te při mluvení – dítě vás nestačí sledovat.
- Neobracejte se při mluvení k dítěti z profilu.
- Nemluvte se žvýkačkou nebo dokonce s cigaretou (!) v ústech.
- Odezírání znesnadňují i sluneční brýle nebo vousy.
- Problémy nastávají v šeru, při vzrušeném a rychlém hovoru, při únavě.
- Odezírání znesnadňuje konverzace mezi více osobami.
- Uvědomte si, že v češtině jsou skupiny hlásek, jejichž obraz na ústech je velmi podobný (PBM, TDN, CSZ), nebo které na ústech prostě nevidíme (K, G, H, CH).“ (Holmanová, 2002, str. 26)

3.1.3 Řečová výchova

Nejdůležitějším obdobím ve vývoji dítěte jsou jeho první tři roky života. V tomto období je jeho vývoj nejprudší ve všech směrech, a proto i rozvíjení řeči by se nemělo opomíjet. Je potřeba dítěti všechno komentovat, často s ním mluvit o běžných každodenních záležitostech tak, aby se z řeči stal, pokud je to možné, základní komunikační prostředek. Rozvíjí se jak řeč zvuková, tedy výslovnost a modulace, tak i obsahová, což znamená rozvíjení gramatické stavby řeči a slovní zásoby. Proto, aby mohlo docházet k rozvíjení řeči, je nutná reedukace sluchu a společně s rozvojem řeči probíhá také rozvoj odezírání. (Vaněčková, 1996)

Co se týká rozvíjení zvukové stránky řeči, jedná se o vytváření výslovnosti a rozvíjení modulačních faktorů řeči. Vytvářením výslovnosti se zabývá logoped, jehož úkolem je upravit mluvidla do žádoucí polohy. Při rozvoji modulačních faktorů řeči se rozvíjí tři faktory, které jsou nutné jednak pro plynulou řeč, ale především pro řeč srozumitelnou. Patří mezi ně modulace tónová, tedy melodie řeči, modulace hlasová – dynamika řeči a modulace časová – rytmus řeči. Rozvíjení obsahové stránky řeči zahrnuje rozvíjení slovní zásoby a rozvíjení

gramatické stavby řeči. Slyšící dítě si osvojuje gramatickou stavbu spontánně, u dětí se sluchovým postižením je potřeba volit správná cvičení. (Vaněčková, 1996)

3.2 Speciálněpedagogická intervence zaměřená na rodinu

Veškeré působení, veškerá péče, by neměli směřovat pouze k dítěti, protože pro správný vývoj dítěte je zapotřebí spolupracujících rodičů. A z počátku jsou to právě oni, kdo potřebují nejvíce péče, jelikož neví, jak k dítěti přistupovat, jak o něj pečovat, jak ho vychovávat, jak s ním komunikovat nebo pracovat. V důsledku nedostatku těchto informací bývá ohrožen vztah mezi rodiči a dítětem, ale také mezi rodiči. Ti se vzájemně obviňují, kdo za to může, pokud neznají pravou příčinu. Problémem také může být, že se každý s danou situací vyrovnává jinak. Pokud pak má dítě se sluchovým postižením i sourozence, může mít sourozenec pocit, že je odsunován, že mu není věnována žádná pozornost. Není tedy možné zaměřit se jen na dané dítě s vadou sluchu a jeho vývoj, ale je velmi důležité pracovat s celou rodinou. (Vymlátílová in Škodová, 2007)

Rodiče dítěte se sluchovým postižením si z pravidla prochází po sdělení diagnózy určitými fázemi vyrovnávání se:

- šok – ztráta veškerých očekávání, souvisí s popřením, tedy odmítáním nepříznivé situace, reakce rodičů: „to nemůže být pravda“, „někdo se musel splést“ apod.
- agrese – v této fázi dochází k hledání viníka a je to nejkritičtější fáze partnerského života, jelikož se partneři vzájemně obviňují
- smlouvání – hledání stále nových odborníků se snahou získat pozitivnější zprávy, obracení se na jiné alternativní způsoby, vyhledávání různých léčitelů, obracení se na víru
- deprese – pocity beznaděje po opakovaném neúspěchu předchozí fáze
- smíření – jedná se spíše o přijetí dítěte takového jaké je

Tyto fáze však probíhají zcela individuálně. U některých rodičů mohou probíhat v tomto pořadí, jiní se mohou vracet do předchozích fází apod. Tak stejně je individuální i délka vyrovnávání se, kdy někteří rodiče nemusí do konečné fáze nikdy dojít. (Vágnerová, 2012)

Rodiče procházejí nelehkým obdobím, kdy především musí zvolit vhodný způsob komunikace s dítětem. Jedná se o zásadní rozhodnutí, a to nemůže být uskutečněno ze dne na den, potřebují k tomu velké množství informací. Obecně je u nejmenších dětí nejvhodnější kombinace obou způsobů, tedy mluvené řeči i znaků. Dítě tak má možnost při komunikaci využívat více smyslů zároveň, což je pro jeho vývoj nejlepší. Dříve se uvádělo, a i v dnešní době z toho mají rodiče obavy, že když budou s dítětem komunikovat prostřednictvím znaků, nebude tak motivováno ke snaze učit se mluvenou řeč. Ve skutečnosti je tomu ale obráceně. Díky znakům dítě lépe pochopí význam slov, jeho slovní zásoba roste rychleji a tím, že má k dispozici způsob, kterým může komunikovat, jeho motivaci to posílí. Velké množství znaků používaných u nejmenších dětí je snadno srozumitelných, jelikož vychází z přirozených pohybů dané činnosti. Mnohdy je rodiče používají při mluvené řeči, aniž by si to uvědomovali. Často u dětí se sluchovým postižením dochází k různým záchvatům vzteku, a to z důvodu nemožnosti se dorozumět a vyjádřit to, co právě potřebuje. Okolí pak takové dítě hodnotí jako nevychované, což rodičům s jejich už tak nesnadnou situací příliš nepomáhá. Většinou to vede k neúmyslné izolaci dítěte od okolí, čímž mu ubírají sociální zkušenosti, které jsou pro jeho vývoj potřebné. S pomocí znaků rodiče zvýší šanci na porozumění a sníží tak situace, kdy se dítě vzteká, protože ho nikdo nechápe, nebo naopak ono nechápe, co se po něm chce. (Roučková, 2006)

3.3 Pracoviště zajišťující speciálněpedagogickou intervenci

Raná péče

„Raná péče je 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 Sb., o sociálních službách)

Raná péče poskytuje podle odstavce 1 činnosti:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Principy rané péče:

- princip důstojnosti
- princip ochrany soukromí klienta
- princip zplnomocnění
- princip nezávislosti
- princip práva volby
- princip týmového přístupu a komplexnosti služeb
- princip přirozenosti prostředí

Standardy rané péče:

- procedurální standardy
 - cíle a způsoby poskytování sociální služby
 - ochrana práv osob
 - jednání se zájemcem o sociální službu
 - smlouva o poskytování sociální služby
 - individuální plánování průběhu sociální služby
 - dokumentace o poskytování sociální služby
 - stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
 - návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- personální standardy
 - personální a organizační zajištění sociální služby
 - profesní rozvoj zaměstnanců
- provozní standardy
 - místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
 - informovanost o poskytované sociální službě
 - prostředí a podmínky
 - nouzové a havarijní situace
 - zvyšování kvality sociální služby

(dostupné

na:

http://www.aprp.cz/dokumenty/druhove_standardy_kvality_sluzby.pdf)

Centrum pro dětský sluch Tamtam

Centrum pro dětský sluch je terénní služba doplněná o ambulantní formu služby, která je určena rodinám s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením do 7 let věku. Služba je poskytována bezplatně, na žádost rodičů. Posláním Centra pro dětský sluch je: „podpora rodiny vychovávající dítě se sluchovým nebo kombinovaným postižením raného věku, pomoc při jejím přirozeném fungování se zapojením všech členů včetně sourozenců, podpora dítěte a jeho optimálního vývoje tak, aby se maximálně využilo jeho přirozených dovedností a rozvíjely se jeho schopnosti v oblastech, které jsou ztíženy sluchovým nebo kombinovaným postižením. Posílení kompetencí rodiny a snížení její závislosti na sociálních systémech, vytváření podmínek sociálního začleňování pro dítě i rodinu.“ (dostupné na: <http://www.detskysluch.cz/>).

Centrum pro dětský sluch se dělí na dvě střediska. První středisko se nachází v Praze a má kapacitu 140 rodin. Druhé pak v Olomouci s kapacitou 125 rodin (platné březen 2017).

„Základní činnosti služby rané péče:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním,
 - specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám,
 - podpora a posilování rodičovských kompetencí,
 - upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny,
 - vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury,
 - nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte,
 - instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
 - podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů

- sociálně terapeutické činnosti
 - psychosociální podpora formou naslouchání,
 - podpora výměny zkušeností,
 - pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
 - pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,
 - doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.“ (dostupné na: <http://www.detskysluch.cz/co34Dnve32s/uploads/2015/09/cinnosti-sluzby-rana-pece.pdf>)

Speciálněpedagogická centra pro sluchově postižené

Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních:

„Standardní činnosti společné:

- komplexní nebo zaměřená speciálně pedagogická a psychologická diagnostika
 - individuální speciálně pedagogická diagnostika a psychologická diagnostika jako podklad pro:
 - doporučení podpůrných opatření pro účely vzdělávání žáků uvedených v § 6 odst. 1,
 - stanovení speciálně pedagogických intervenčních postupů u žáků uvedených v § 6 odst. 1 včetně způsobů jejich zajištění,
 - zpracování návrhů na zařazování a přeřazování žáků podle písmena uvedených v § 6 odst. 9 školského zákona,
 - zpracování návrhů vzdělávání žáka podle vzdělávacího programu odpovídajícího jeho vzdělávacím potřebám.
 - Diagnostika potřebnosti a zpracování doporučení k uzpůsobení podmínek pro konání maturitní zkoušky žáků uvedených v § 6 odst. 1

- Zjišťování potřebnosti a zpracování návrhů uzpůsobení podmínek konání závěrečných zkoušek nebo přijímacích zkoušek žáků uvedených v § 6 odst. 1
- Zjišťování účinnosti a potřebnosti uplatňování podpůrných opatření a speciálně pedagogických a psychologických intervenčních postupů pro účely vzdělávání žáků, kterým centrum poskytuje poradenské služby.
- Poskytování služeb kariérového poradenství pro žáky uvedené v § 6 odst. 1
- Speciálně pedagogická a psychologická intervence a poradenská podpora
 - Provádění speciálně pedagogické nebo psychologické intervence u žáků uvedených v § 6 odst. 1 vzdělávaných ve třídách, odděleních, studijních skupinách, které nejsou zřízeny podle § 16 odst. 9 školského zákona a ve školských zařízeních v souladu s individuálním vzdělávacím plánem žáka.
 - Provádění speciálně pedagogické nebo psychologické intervence u žáků, kterým speciálně pedagogické centrum doporučilo takovéto podpůrné opatření a kteří se vzdělávají ve třídě zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona a určené žákům s jiným znevýhodněním, v souladu s individuálním vzdělávacím plánem žáka.
 - Poskytování poradenských informací zletilým žákům nebo zákonným zástupcům žáků o souvisejících dalších službách, zejména sociálních nebo zdravotnických.
 - Poskytování poradenských informací o kompenzačních a dalších pomůckách včetně didaktických a jejich dostupnosti, poskytování instrukce k jejich používání v průběhu vzdělávání žáka.
 - Poskytování včasné intervence žákům uvedeným v § 6 odst. 1 pedagogicko-psychologickými prostředky a v propojení a spolupráci s odborníky jiných profesí, kteří se podílejí nebo se mohou podílet na podpoře psychomotorického a sociální vývoje dětí a se zaměřením na celou rodinu.
 - Poskytování krizové intervence žákům uvedeným v § 6 odst. 1 a jejich zákonným zástupcům v propojení a ve spolupráci s odborníky jiných profesí, kteří se podílejí nebo se mohou podílet na řešení vzniklé situace se zaměřením na celou rodinu.

- Informační a metodická činnost, podpora a evidence
 - Poskytování poradenské podpory a informací o možnostech vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, o vzdělávací nabídce a dalších poskytovatelích poradenských služeb, jejich obsahu a dostupnosti pro zákonné zástupce a pedagogické pracovníky žáků, kterým speciálně pedagogické centrum poskytuje služby.
 - Poskytování poradenské podpory a informací o sociálních službách, jejich obsahu, poskytovatelích, síti a dostupnosti pro zákonné zástupce a pedagogické pracovníky žáků, kterým speciálně pedagogické centrum poskytuje služby.
 - Metodická podpora s poskytováním odborných konzultací pedagogickým pracovníkům škol vzdělávajícím žáky uvedené v § 6 odst. 1 při realizaci podpůrných opatření.
 - Metodická pomoc školám při tvorbě inkluzivního prostředí třídy, ve které se vzdělává žák se sluchovým postižením, tělesným postižením, zrakovým postižením, mentálním postižením, s autismem, se souběžným postižením více vadami a s vadami řeči.
 - Vedení dokumentace, vedení evidence činnosti centra a administrativa související se standardními činnostmi, příprava dokumentů pro správní řízení v oblasti vzdělávání žáků, kterým centrum poskytuje poradenské služby.
 - Spolupráce se školou, poradnou, dalšími centry, případně středisky výchovné péče při poskytování souběžných poradenských služeb žákům.
 - Zapůjčování odborné literatury a rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků a nácvik jejich používání žáky a zákonnými zástupci žáků.
 - Tvorba a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáků a nácvik jejich používání žáky a zákonnými zástupci žáků.
 - Poskytování informací o možnostech využití kompenzačních, rehabilitačních a didaktických pomůcek.
 - Metodická podpora asistentů pedagoga, jejichž působení ve třídě centrum doporučilo.

- Koordinace činnosti centra a poradny při vytváření doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami v případě poskytování souběžné péče.

Standardní činnosti speciální

Centrum poskytující služby žákům se sluchovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky

- Individuální speciálně pedagogická a psychologická diagnostika u žáků se sluchovým postižením pro účely stanovení podpůrných opatření a v případě potřeby i zpracování návrhů na vzdělávání žáka ve třídě zřízené pro žáky se sluchovým postižením.
- Budování a rozvoj audioorální komunikace, její složky receptivní, zejména poslechu a odezírání, a složky produktivní.
- Rozvoj českého znakového jazyka a dalších komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob.
- Poskytování informací o možnostech vzdělávání a komunikace osob se sluchovým postižením a jejich životě zákonným zástupcům, popřípadě starším žákům.
- Podpora rodiny v celkovém harmonickém rozvoji dětí, žáků a studentů.
- Pořádání kurzů komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob pro zákonné zástupce, pedagogické i nepedagogické pracovníky škol a školských zařízení.
- Spolupráce s příslušným odborným zdravotnickým zařízením na speciálně pedagogické přípravě žáka na vyšetření, případný zákrok, na využívání kompenzačních pomůcek a participace na následné rehabilitaci.
- Cvičení na posilování nepostižených smyslových funkcí.
- Individuální a skupinové terapie pro zákonné zástupce vedené psychologem.
- Poradensko-terapeutické vedení rodin, krizová terapie, terapie pro neslyšící zákonné zástupce.
- Sluchová výchova, zásady manuální komunikace, rozvoj motoriky dítěte, výstavba orální řeči, alternativních metod čtení, analyticko-syntetická metoda čtení, vedení pojmových deníků, řešení výchovných problémů, nácvik čtení s porozuměním apod.

- Návčik činnosti pro vyšetření audiometrem a příprava na audiometrické vyšetření.“

Speciálněpedagogická centra pro sluchově postižené poskytují:

1. „Speciálněpedagogickou a logopedickou péči

- ambulantní péče - logopedická a speciálněpedagogická
- speciálněpedagogická diagnostika s cílem posouzení speciálních vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se SP ve vztahu k vzdělávání
- zpracování podkladů (doporučení) pro vzdělávání dětí a žáků se SP - návrhy podpůrných opatření
- vystavování Posudků uzpůsobení podmínek maturitní zkoušky
- poskytování intervence žákům i pedagogům v běžných školách
- péče o klienty s kochleárním implantátem
- spolupráce s rodinou při výběru formy vzdělávání
- péče o děti ihned po stanovení diagnózy sluchového postižení

2. Psychologickou péči

- psychologická poradenská péče
- speciální vyšetřování a diagnostika sluchově postižených
- psychoterapie
- psychorehabilitace rodin

3. Sociálně právní pomoc

- sociální diagnostika a aktivní pomoc v oblasti sociálně právního zabezpečení sluchově postižených a jejich rodin

SPC dále nabízí:

- vystavování podkladů k odkladu povinné školní docházky
- navazování kontaktů rodin se sluchově postiženými dětmi
- kurzy znakového jazyka pro rodiče a pedagogy škol, které vzdělávají žáky se sluchovým postižením
- poradenství v oblasti kompenzačních, didaktických a speciálních didaktických pomůcek“ (zdroj: <http://www.deaf-ostrava.cz/spc>)

Základní činnosti speciálněpedagogického centra pro sluchově postižené:

- „soustavná a systematická speciálně pedagogická a logopedická péče o sluchově postižené děti a mladistvé
 - Speciálně pedagogická a logopedická diagnostika
 - Logopedická péče zaměřená na rozvíjení komunikativních dovedností:
 - Reedukace sluchu,
 - Výchova řeči po stránce obsahové i formální,
 - Rozvíjení dovednosti odezírat.
 - Speciální výchova zaměřená na harmonický rozvoj sluchově postiženého dítěte (podněcování vývoje v oblasti dalších analyzátorů – zraku, hmatu; rozvíjení smyslu pro rytmus, rozvoj rozumových schopností, podpora vývoje motoriky apod.)
 - Příprava dítěte na vstup do školy a na školní vyučování
 - Doporučení a pomoc při výběru vhodného školního zařízení
 - Spolupráce s rodinou a poradenské služby při výchově sluchově postiženého dítěte
 - Speciálně pedagogická péče o slyšící děti sluchově postižených rodičů ve spolupráci se školským zařízením a sociální pracovníci
- Péče a pomoc sluchově postiženým dětem integrovaným v běžných školských zařízeních
 - Posouzení vhodnosti integrace a jejího způsobu v týmové spolupráci (logopedka, psychologka, příp. sociální pracovníce)
 - Vytipování a doporučení vhodného předškolního a školního zařízení pro každé jednotlivé dítě
 - Metodickou a odbornou pomoc pedagogům běžné školy či jiných výchovných institucí formou konzultací, návštěv a hospitací pracovníka v běžné škole, případně návštěvy pedagoga ve speciálně pedagogickém centru; informace o vhodných kompenzačních pomůckách a reedukačních materiálech
 - Další speciálně pedagogická a logopedická péče o jednotlivé děti se děje za koordinované spolupráce speciálně pedagogického centra, školy a rodiny.“ (Janotová, Svobodová, 1998, str. 28-29)

Vzdělávání dětí a žáků se sluchovým postižením

Dítě se sluchovým postižením může být vzděláváno v Mateřské a Základní škole pro sluchově postižené nebo formou integrace do běžných škol. V tomto případě je vzděláváno dle IVP. Základní podmínkou úspěšné integrace je především zajištění psychosociálních podmínek, tedy překonání předsudků a stereotypů v hodnocení žáků se sluchovým postižením. Dále musí být zajištěny ekonomické podmínky, mezi které patří dostatek financí na zajištění potřebných kompenzačních či rehabilitačních pomůcek a didaktického materiálu pro žáky se sluchovým postižením. S tímto velmi úzce souvisí také právní podmínky, které zajišťují podpůrná opatření žákům se sluchovým postižením. (Dvořáčková in Potměšil, 2012)

Mezi podpůrná opatření patří:

- „speciální metody, formy a postupy realizované nad rámec běžné kompetence vyučujícího,
- speciální, případně alternativní učebnice a učební materiály využívané při vzdělávání žáka,
- didaktické materiály,
- kompenzační pomůcky,
- rehabilitační pomůcky,
- zařazení předmětů speciálněpedagogické péče,
- snížené počty žáků ve třídě, v oddělení, ve studijní skupině,
- podpůrné služby asistenta pedagoga,
- úpravy podle individuálního vzdělávacího plánu,
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb.“ (Čadová, Hanák, Žampachová in Potměšil, 2012, str. 80)

Zásady integrace:

- „včasnost – požadavek z hlediska provedení diagnostiky a rozhodování o integraci
- zajištění všech ve školní třídě potřebných podmínek – materiálních i sociálních
- zajištění práva na možnost návratu při nepodařené integraci
- komunikativnost situací ve vyšší míře, než je tomu v běžných třídách se slyšícími žáky
- oprávněné očekávání komunikačních obtíží a jejich pozitivní řešení
- zvýšená náročnost na zásadu názornosti

- zvýšená potřeba zpětné vazby mezi učitelem a žákem
- větší pozornost nácviku sociálních situací a jejich řešení
- řízená a efektivní spolupráce se SPC“ (Potměšil, 2003, str. 93)

Žák se sluchovým postižením integrovaný do běžného vzdělávání by měl být schopen zvládat vzdělávání tak, jak je stanoveno v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání, a to ve všech jeho oblastech. Dvořáčková in Potměšil, str. 29 uvádí vhodné speciálněpedagogické postupy, které se uplatňují při vzdělávání: „Mezi ně zařazujeme přiměřené tempo, individuální přístup a dle potřeb úpravu rozsahu učiva. Při ověřování vědomostí by měl pedagog upřednostnit ústní projev žáka před písemným, doplňovací cvičení nebo zkrácení diktátu před velkým množstvím psaného textu apod. V hodnocení je třeba zavést zohledňující přístup ve všech předmětech, v nichž se projevuje postižení žáka (nenadhodnocovat, ale využít spíše jiných forem hodnocení – body, procenta, počet chyb, slovní hodnocení).“

Mezi základní opatření pak řadíme: „Sluchově postižený žák by měl sedět ve 2. – 4. lavici, nejlépe v prostřední řadě či řadě u okna směrem do třídy. Učitel nikdy nesmí mít světlo v zádech, nesmí si zakrývat obličej, sklánět se při výkladu, chodit při výkladu po třídě a otáčet se k dítěti zády. Jeho chování musí být klidné a jednoznačné, řeč jasná a zřetelná, bez zvyšování hlasu. Je nutné vytvořit zásobu standardně používaných výrazů pro určité předměty. Vše důležité musí psát na tabuli, otázkami se přesvědčovat, zda sluchově postižený žák rozumí probírané látce, učivo zapisovat do kontaktního notýsku pro rodiče. Při vyučování by měl umožnit dítěti otáčení v lavici na ostatní vyvolané spolužáky, žáky jmenovat.“ (Dvořáčková in Potměšil, 2012, str. 33)

Mateřské školy pro sluchově postižené jsou zřizovány při základních školách pro sluchově postižené a zaměřují se především na komunikační a jazykovou výchovu. Sobotková (2003, str. 101) uvádí následující úkoly mateřských škol:

- „navazování komunikace
- tvoření a rozvíjení hlasu
- rozvíjení zrakového vnímání, zaměřené na nácvik odezírání
- seznámení dítěte s možnostmi hmatového vnímání
- rozvíjení jemné a hrubé motoriky
- reedukace či edukace sluchu

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

Pro dítě se sluchovým postižením může být zařazení do běžné mateřské školy velkou výhodou. Je zde v kontaktu s dětmi stejného věku, které mu poskytují příležitost ke komunikaci i komunikační vzor. Pro dítě je důležité, aby mělo možnost komunikovat se svými vrstevníky, protože vyžadují při komunikaci totéž. Pokud s dítětem komunikuje dospělý, musí se mu přizpůsobit a nemusí se dostat na potřebnou úroveň. Děti však mezi sebou komunikují spontánně na požadované úrovni. Další výhodou tohoto období je, že se děti ještě příliš nezaměřují na rozdíly. Pokud má dítě se sluchovým postižením menší slovní zásobu, nebo nesprávnou artikulaci, není to pro ně důvod přestat si s ním hrát. Ani kompenzační pomůcky, které dítě se sluchovým postižením používá, nemají vliv na začlenění dítěte do kolektivu. Děti buď kompenzační pomůcku přehlížejí a nevěnují jí pozornost, nebo se o ni zajímají, ale pouze z vlastní zvědavosti. Nevýhodou běžné mateřské školy pak pro dítě může být nedostatek zkušeností pedagogů se vzděláváním dítěte se sluchovým postižením. Pedagog tak může na dítě klást nadměrné nároky nebo na něj nemá žádné požadavky. Obojí je pro vývoj dítěte nevhodné. (Nováková in Potměšil, 2012)

Je potřeba podporovat jakoukoliv snahu dítěte o komunikaci. Nejdříve je podstatné, aby dítě chtělo komunikovat, aby vidělo, že je to pro něj přínosné. To znamená, že je důležitější, aby dítě mluvilo, i když jeho výslovnost není úplně nejdokonalejší než, aby mělo sice dokonalou výslovnost, ale vyhýbalo se komunikaci z důvodu strachu, že dané slovo neřekne správně a zase ho bude někdo opravovat. Než s dítětem navážeme komunikaci, musíme si ověřit, zda nás sleduje. Vhodným způsobem, např. oslovením, upozorněním dotykem apod., upoutat jeho pozornost a zajistit tak, aby se na nás dítě dívalo. Nejdůležitější při jakékoliv aktivitě s dítětem se sluchovým postižením je, aby si pedagog uvědomil, že musí dítěti zajišťovat vhodné podmínky pro odezírání. Pedagog při mluvení na dítě nechodí po místnosti, neotáčí hlavu na stranu ani se neotáčí celý. Na paměti by měl mít, že světlo dopadá na jeho obličej, ne na obličej dítěte, protože by ho oslňovalo. To, co pedagog dítěti se sluchovým postižením sděluje, musí být v souladu s tím, co vyjadřuje neverbálními projevy. Dítě se sluchovým postižením nechápe ironii, takže pokud verbálně sděluje něco jiného než neverbálně, pak je dítě zmatené a dostatečně sdělované informaci neporozumí. Vhodné je mluvit v kratších větách a věty oddělovat pauzou. Není potřeba zvyšovat hlas, protože to

porozumění nezlepší. Pedagog by měl také zajistit, aby na dítě nemluvalo více osob najednou. Dítě pak neví, na koho se má dívat a nemá možnost si doplňovat slyšení odezíráním. Pokud pedagog sděluje dítěti důležitou informaci, kterou chce, aby si zapamatoval, nebo instrukci k nějaké činnosti, měl by se vhodnými otázkami ujistit, že dítě rozumělo správně. Otázky, zda rozumělo, nejsou příliš vhodné i přesto, že bývají těmi prvními, které všechny napadnou, protože dítě vždy odpoví ano. Nemusí to být, ani tím, že nechce přiznat, že nerozumělo, může mít pocit, že všechno, co potřebuje vědět, ví a netuší, že něco přeslechlo. Stejně je to i s otázkou, zda dítě slyšelo. Může totiž nastat situace, kdy dítě sdělení slyší, ale to ještě nemusí znamenat, že tomu rozumí a ví, co má dělat. Proto je vhodnější se ptát přímo, př. co teď budeme dělat, kam půjdeme, co říkal kamarád apod. (Nováková in Potměšil, 2012)

Základní školy

Základní škola pro sluchově postižené může být desetiletá, je zde možnost přípravného ročníku. Výhodou je potom snížený počet žáků ve třídě, který je stanoven vyhláškou č. 27/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, na minimálně 6 a maximálně 14 žáků. Pokud je žák vzděláván v základní škole běžného typu, může zde být maximálně 5 žáků s podpůrným opatřením druhého až pátého stupně.

Do druhého stupně podpůrných opatření se řadí:

- „Žáci, jejichž onemocnění trvá déle než šest měsíců. Tito žáci se dlouhodobě potýkají s chronickými onemocněními, jako jsou např. chronické otitidy, tinnitus, Meniérova nemoc, degenerativní či cévní onemocnění aj.
- Žáci s lehkou nedoslýchavostí, u nichž nejsou indikována sluchadla. Mívají trvalé potíže ve zhoršených poslechových podmínkách, přeslýchají a zaměňují zvukově podobná slova.
- Žáci se středně těžkou, výjimečně i těžkou nedoslýchavostí, jejichž vada bývá dobře kompenzována sluchadly, nebo i žáci s kochleárním implantátem. Mívají obtíže v diferenciaci párových hlásek, vyskytují se u nich přeslechy, záměny zvukově podobných slov, mívají menší slovní zásobu, popřípadě také vadu výslovnosti v důsledku sluchového postižení.

Do třetího stupně podpůrných opatření patří:

- Žáci se středně těžkou nedoslýchavostí, kteří mají výrazně zhoršené sluchové vnímání.
- Žáci s těžší vadou sluchu a žáci s kochleárním implantátem, jejichž vada je částečně kompenzována.
- Žáci se souběžným dalším postižením, kdy jsou obě lehká nebo jedno je lehké a druhé středně těžké.

Do čtvrtého stupně podpůrných opatření patří:

- Žáci s těžkou vadou sluchu.
- Žáci se souběžným dalším postižením, z nichž jsou obě středně těžká nebo jedno postižení je těžké a druhé středně těžké.

V pátém stupni podpory budou všichni žáci, u nichž selhala podpůrná opatření předchozího stupně. Jsou to žáci s potřebou nejvyšší míry podpůrných opatření, žáci s těžkou sluchovou vadou na úrovni oboustranné praktické hluchoty nebo s hluchotou a žáci se souběžným dalším těžkým postižením.“ (Barvíková, 2015, str. 14-15)

Tlumočnick českého znakového jazyka:

(1) „Upřednostňuje-li žák při komunikaci český znakový jazyk a je-li vzděláván ve škole, třídě či studijní skupině, kde český znakový jazyk není komunikačním systémem všech účastníků vzdělávacího procesu, poskytuje mu škola vzdělávání s využitím tlumočnicka českého znakového jazyka.

(2) Tlumočnick provádí přesný překlad obsahu sdělení mezi účastníky komunikace formou, která je jasná a srozumitelná všem zúčastněným, a v komunikačním systému, který si žák zvolil.

(3) Tlumočnick je využíván po celou dobu poskytování vzdělávání, je-li to v zájmu naplnění vzdělávacích potřeb žáka.

(4) Využívá-li žák více způsobů komunikace, stanoví školské poradenské zařízení rozsah působení tlumočnicka při poskytování vzdělávání s ohledem na naplnění vzdělávacích potřeb žáka a komunikační systém, který žák upřednostňuje.

(5) Činnosti tlumočnicka může souběžně využívat více žáků, je-li to možné a vhodné.

(6) Činnost tlumočnicka je využívána při vzdělávání a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání nebo

školské služby.“ (Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, § 7)

Přepisovatel pro neslyšící

(1) „Upřednostňuje-li žák při komunikaci mluvený český jazyk s oporou v psaném textu a je-li vzděláván ve škole, třídě či studijní skupině, kde mluvený český jazyk s oporou v psaném textu není komunikačním systémem všech účastníků vzdělávacího procesu, poskytuje mu škola vzdělávání s využitím přepisovatele pro neslyšící.

(2) Přepisovatel v rámci vzdělávání převádí mluvenou řeč do písemné podoby v reálném čase.

(3) Činnosti přepisovatele může souběžně využívat více žáků, je-li to možné a vhodné.“

(Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, § 8)

V základní škole je potřeba přizpůsobit komunikaci dosaženému stupni sluchového a řečového vývoje dítěte a přibližovat mu gramatickou stavbu věty, což znamená, mluvit na dítě gramaticky správně. Vhodné je za každou větou udělat krátkou pauzu. Tempo řeči by mělo být přiměřené, příliš rychlé tempo dítě vyčerpává, příliš pomalé mu však neposkytuje dostatečný vzor pro odezírání. Učitel by měl žáky vyvolávat jménem, aby se žák se sluchovým postižením dokázal rychle zorientovat. Neměl by dovolit, aby mluvilo více žáků najednou, žák se sluchovým postižením se v tom potom ztrácí. Kontrolními otázkami kontrolovat porozumění, počítat s dřívějším nástupem únavy a s obtížemi s porozuměním v místnostech s horší akustikou, kterou je př. tělocvična a v případě poslechu z magnetofonu, televize či videa. Učitel žákovi se sluchovým postižením zajišťuje vhodné podmínky pro odezírání. Základem je, aby si učitel vždy uvědomil, že k tomuto žákovi nesmí stát zády, tedy chození po třídě při výkladu učiva nebo zadávání úkolu při psaní na tabuli, není vhodné. S tím souvisí také umístění žáka ve třídě, kdy je nejvhodnější 2. - 4. lavice. Z první lavice totiž žák sleduje učitele zdola, a to mu odezírání znesnadňuje. Zda sedí u okna nebo u dveří, závisí na tom, zda má žák sluchadlo, případně kochleární implantát na jednom nebo obou uších. Pokud má kompenzační pomůcku pouze na jednom uchu, pak by toto ucho mělo směřovat do třídy a učitel by se měl pohybovat na této straně žáka. Na žáka není potřeba zvyšovat hlas, to porozumění nepomůže, vhodné je používat při výuce co nejvíce pomůcek. Nutné je, aby učitel toleroval při hodnocení úkoly založené na sluchovém vnímání. V písemném projevu se se mohou objevovat chyby jako např. záměna sykavek, komolení slov se sykavkami nebo obtíže s předložkami. Tyto chyby učitel neklasifikuje. (Nováková in Potměšil, 2012)

4. Praktická část

Pro potřeby diplomové práce byl zvolen kvantitativní typ výzkumu, konkrétně dotazník. Tento dotazník je určen rodičům dětí se sluchovým postižením ve věku od narození po první třídu. Nejprve byl vytvořen dotazník, který obsahuje 38 otázek. Z toho 6 otevřených a 32 uzavřených. Následně byly navštíveny dvě mateřské a základní školy pro děti se sluchovým postižením, konkrétně v Brně a v Olomouci. V těchto mateřských a základních školách byly prostřednictvím učitelek získány vyplněné dotazníky od rodičů. Další vyplněné dotazníky byly získány na pobytu SUKI. Dotazníky byly také získány díky paní magistře Barvíkové ze SPC pro sluchově postižené v Ostravě. Protože bylo tímto způsobem získáno poměrně velké množství odpovědí, byly osloveny se stejnou prosbou také další organizace. Takto pak byly získány odpovědi díky SPC pro sluchově postižené v Liberci, MŠ a ZŠ pro sluchově postižené Praha Holečkova a rané péči pro Moravu a Slezsko, tedy Centrum pro dětský sluch Tamtam. Výzkum probíhal od února 2016 do ledna 2017 a výsledkem bylo 80 vyplněných dotazníků.

4.1 Cíle výzkumu

Dotazník měl za úkol aktualizovat výsledky výzkumu provedeného panem profesorem Potměšilem v roce 2012. Tímto výzkumem bylo zjištěno následující: „průměrná doba od zjištění vady sluchu po první diagnostiku činí 22 měsíců. Průměrná doba od ukončení diagnostiky po první sluchadlo činí 7,1 měsíce.“ Tyto údaje nejsou příliš pozitivní. V současné době je však již dětem prováděn novorozenecký screening sluchu, a právě proto jsem se rozhodla tyto informace aktualizovat a zjistit, zda toto vyšetření přineslo požadované změny. Také právě proto byl zvolen poměrně velký věkový rozdíl, aby mohly být porovnány výsledky žáků v první třídě a nejmenších dětí. Cílem bylo zjistit, u kterých dětí se tyto změny projeví. Dalším, co má dotazník za úkol zjistit bylo, zda byli rodiče spokojeni s péčí, která jim byla poskytována pracovníky speciálněpedagogického centra a rané péče. Dále pak zjišťuje, zda byli spokojeni s přístupem lékařů, jelikož právě na toto si velká část rodičů stěžuje a nejsou spokojeni se způsobem jednání lékařů.

4.2 Výsledky výzkumu

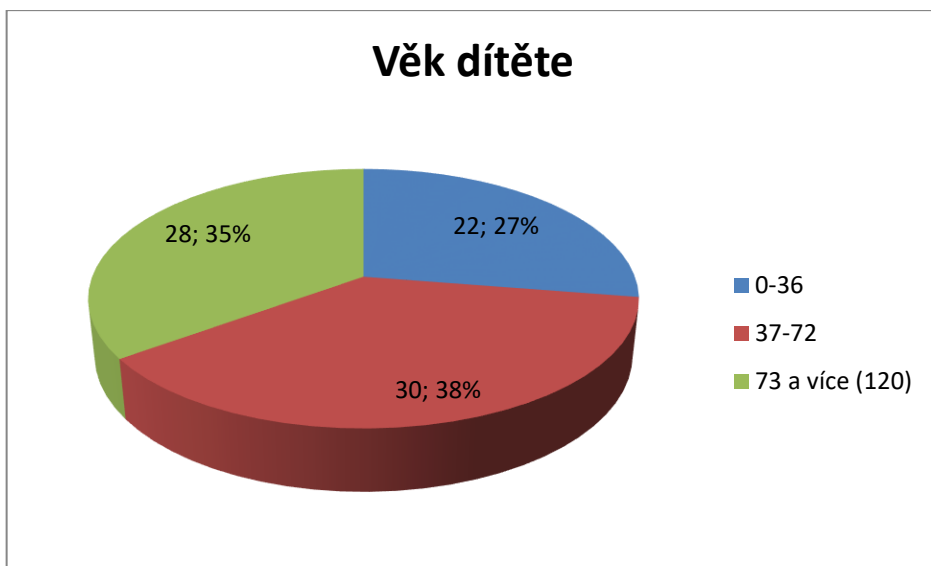
Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 80 dětí ve věku od narození po první ročník základní školy. Některé děti však měly odklad povinné školní docházky, který mohl být i opakovaný. Nejmladší dítě ve výzkumu mělo 9 měsíců, nejstarší pak 10 let. Pro potřeby diplomové práce byly vytvořeny tři kategorie. První zahrnuje všechny děti mladší tři let, tedy ty děti, které ještě nenavštěvují žádné školské zařízení. Druhá kategorie zahrnuje děti od tří do šesti let, tudíž děti navštěvující mateřskou školu. Další kategorii pak tvoří děti, které věkově odpovídají povinné školní docházce.

Demografické údaje vypovídají o tom, že z celého počtu 80 dětí a žáků se jedná o 55 chlapců a 22 dívek. Pouze dvě děti mají oba rodiče se sluchovým postižením, všichni ostatní rodiče, kteří odpovídali, jsou slyšící. 45 dětí má alespoň jednoho sourozence, 35 dětí jsou jedináčci. Z toho 46 dětí bylo narozeno jako první, 14 jako prostřední a 20 jako poslední. Vzdělání rodičů bylo převážně středoškolské, takto odpovědělo 34 respondentů. U dalších 25 odpovědí má jeden z rodičů středoškolské a druhý vysokoškolské vzdělání. Sedmnáct rodičů absolvovalo vysokou školu a pouze čtyři mají vzdělání základní. Nejvíce dětí vyrůstá v úplné rodině, celkem 70. Osm rodin je neúplných a pouze dvě jsou doplněné. Na otázku, jaký druh komunikace dítě preferuje, odpovědělo nejvíce, tedy 51, že se jedná o mluvenou řeč. Čtrnáct dětí komunikuje českým znakovým jazykem a dalších 12 znakovanou češtinou. Jedno dítě preferuje odezírání, jedno je ještě velmi malé a zatím není možné na otázku odpovědět a jedno je současně nevidomé, tudíž využívá pouze hmat.

Věk dítěte:

Věk	Počet odpovědí	Procentuální podíl
0–36	22	27 %
37–72	30	38 %
73 a více	28	35 %

Tab. č. 1 Věk dítěte



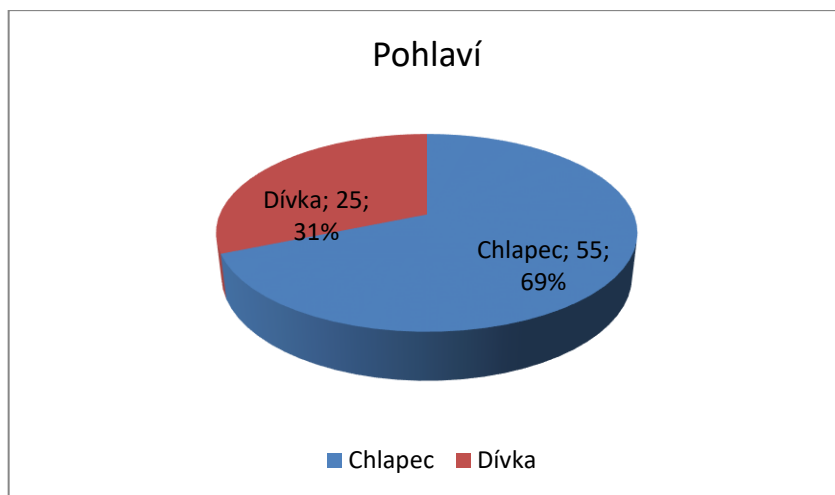
Graf č. 1 Věk dítěte

Druhé údaje vypovídají o tom, že z celého počtu 80 dětí a žáků se jedná o 55 chlapců a 22 dívek. Tyto informace jsou uvedeny v tabulce č. 2. Pouze dvě děti, jak uvádí tabulka č. 3, mají oba rodiče se sluchovým postižením, všichni ostatní rodiče, kteří odpovídali, jsou slyšící. Čtyřicet pět dětí má alespoň jednoho sourozence, 35 dětí jsou jedináčci. Z toho 46 dětí bylo narozeno jako první, 14 jako prostřední a 20 jako poslední. Vzdělání rodičů shrnuje tabulka č. 6 a bylo převážně středoškolské, takto odpovědělo 34. U dalších 25 odpovědí má jeden středoškolské a druhý vysokoškolské vzdělání. Sedmnáct rodičů odpovědělo, že mají oba vysokoškolské a pouze čtyři mají vzdělání základní. Tabulka č. 7 se zabývá stavem rodiny. Nejvíce dětí vyrůstá v úplné rodině, celkem 70. Osm rodin je neúplných a pouze dvě jsou doplněné.

Pohlaví dítěte:

Pohlaví	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Chlapec	55	69 %
Dívka	25	31 %

Tab. č. 2 Pohlaví dítěte

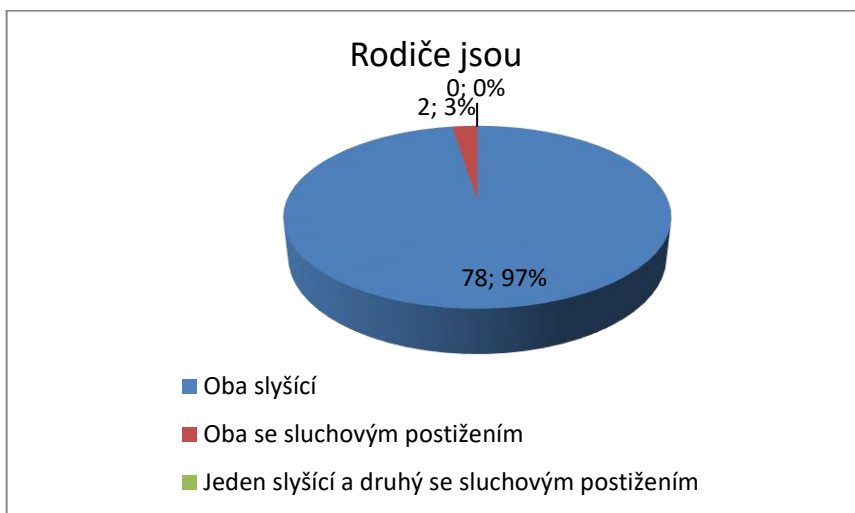


Graf č. 2 Pohlaví dítěte

Rodiče jsou:

Stav sluchu rodičů	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Oba slyšící	78	97 %
Oba se sluchovým postižením	2	3 %
Jeden slyšící a druhý se sluchovým postižením	0	0 %

Tab. č. 3 Stav sluchu rodičů

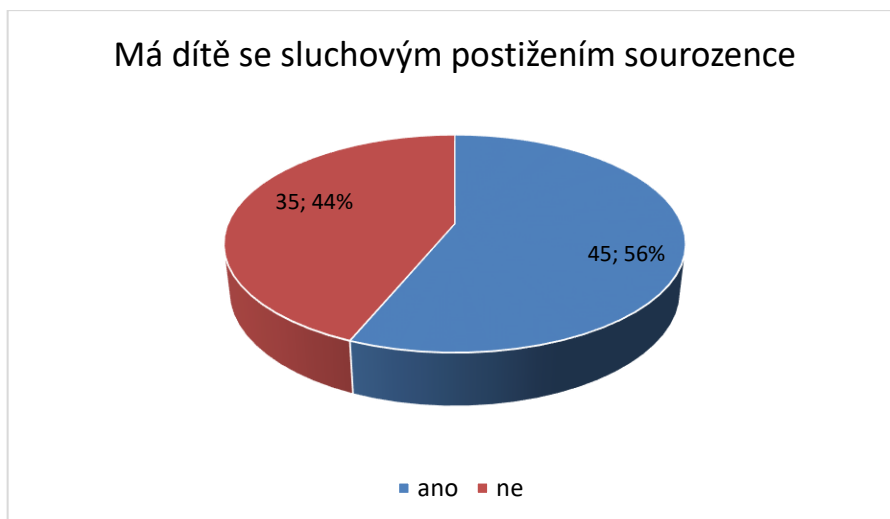


Graf č. 3 Stav sluchu rodičů

Má dítě se sluchovým postižením sourozence?

Má sourozence?	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	45	56 %
Ne	35	44 %

Tab. č. 4 Má dítě sourozence?

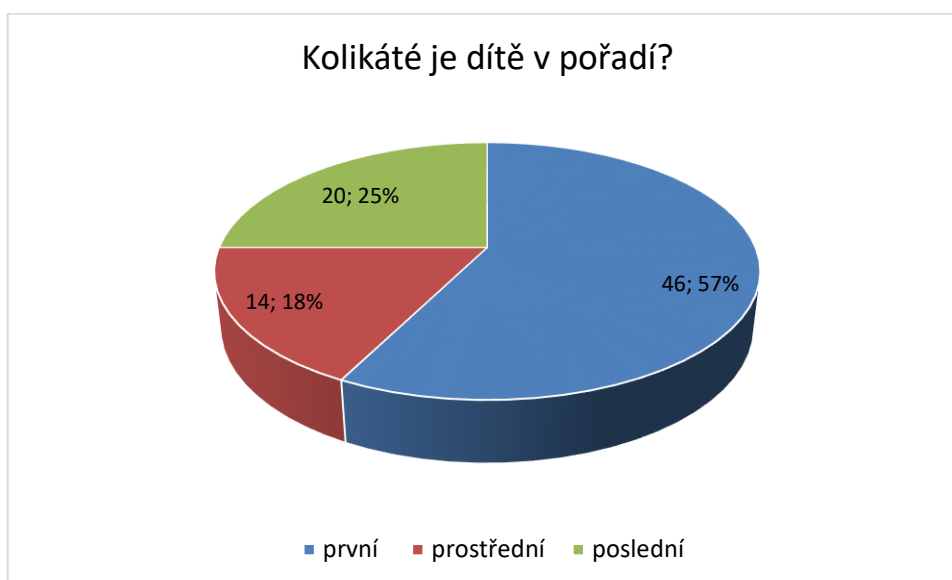


Graf č. 4 Má dítě sourozence?

Kolikáté je dítě v pořadí?

Pořadí dítěte	Počet odpovědí	Procentuální podíl
První	46	57 %
Prostřední	14	18 %
Poslední	20	25 %

Tab. č. 5 Pořadí dítěte

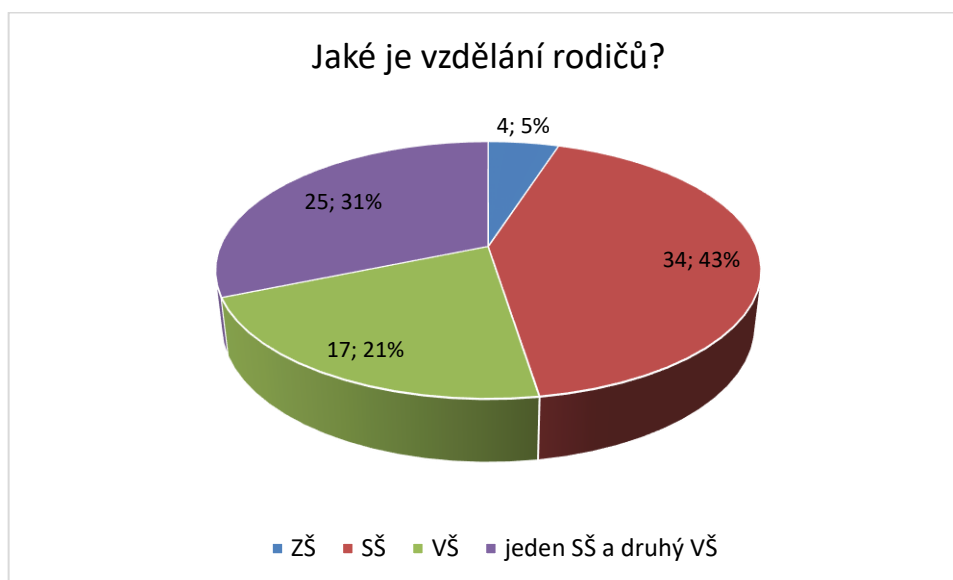


Graf č. 5 Pořadí dítěte

Jaké vzdělání je rodičů?

Vzdělání rodičů	Počet odpovědí	Procentuální podíl
ZŠ	4	5 %
SŠ	34	43 %
VŠ	17	21 %
Jeden SŠ a druhý VŠ	25	31 %

Tab. č. 6 Vzdělání rodičů

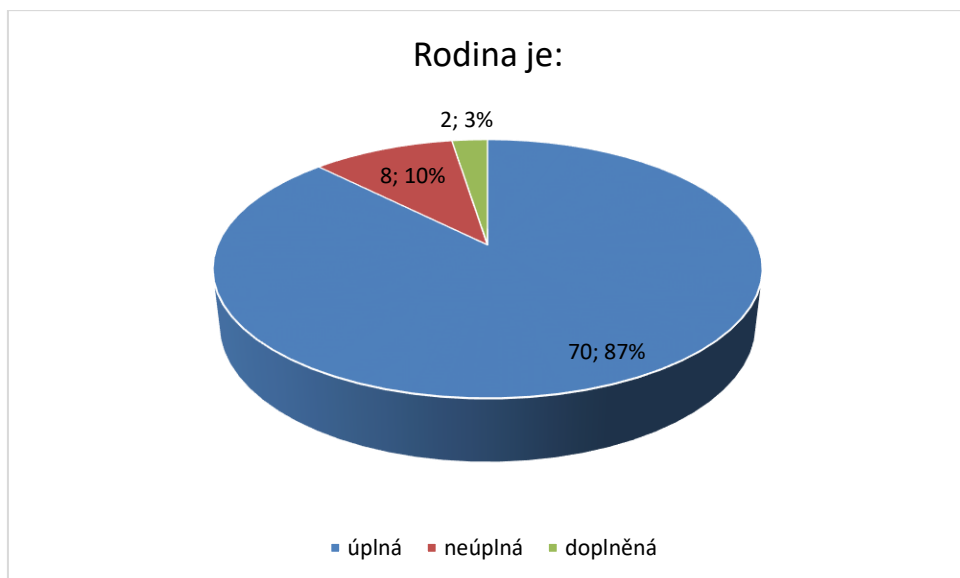


Graf č. 6 Vzdělání rodičů

Rodina je:

Stav rodiny	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Úplná	70	87 %
Neúplná	8	10 %
Doplněná	2	3 %

Tab. č. 7 Stav rodiny



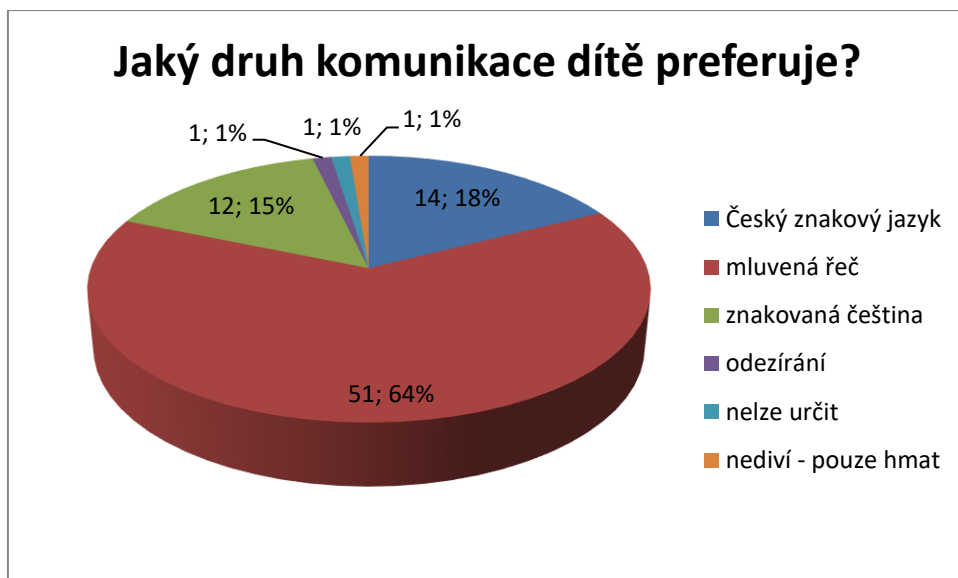
Graf č. 7 Stav rodiny

Děti, které jsou součástí tohoto výzkumu, nejčastěji preferují mluvenou řeč. Jedná se o 51 dětí, které tvoří 64 % z celkového počtu. Český znakový jazyk preferuje 14 dětí a 12 preferuje znakovanou češtinu. Pouze jedno dítě nejvíce využívá odezírání, jedno má zároveň také vadu zraku, tudíž se spoléhá na hmat a jedno dítě je ještě velmi malinké a nekomunikuje.

Jaký druh komunikace dítě preferuje?

Preferovaný druh komunikace	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Český znakový jazyk	14	18 %
Mluvená řeč	51	64 %
Znakovanou češtinu	12	15 %
Odezírání	1	1 %
Nelze určit	1	1 %
Nevidí – pouze hmat	1	1 %

Tab. č. 8 Preferovaný druh komunikace dítěte



Graf č. 8 Preferovaný druh komunikace dítěte

Další otázka poukazuje na to, kdy rodiče zjistili, že se sluchem jejich dítěte není něco v pořádku. Téměř polovina rodičů odpověděla, že tuto informaci zjistili ihned v porodnici. Do půl roku dítěte mělo podezření 47 rodičů. Do jednoho roku dítěte zjistilo celkem 18 rodičů, že se sluchem jejich dítěte není něco v pořádku. Pět rodičů mělo podezření až ve věku do dvou let, pět rodičů ve věku do tří let a pět rodičů dokonce až ve chvíli, kdy bylo dítě starší tři let. V jednom případě bylo dítěti v době zjištění dokonce již 7 let.

Kdy jste získali podezření, že něco se sluchem Vašeho dítěte není v pořádku?

Věk podezření	Počet odpovědí	Procentuální podíl
V porodnici	37	46 %
Do jednoho měsíce	2	3 %
Do tří měsíců	4	5 %
Do šesti měsíců	4	5 %
Do jednoho roku	18	23 %
Do dvou let	5	6 %
Do tří let	5	6 %
Tři a více (max. 7 let)	5	6 %

Tab. č. 9 Věk, kdy rodiče získali podezření



Graf č. 9 Věk, kdy rodiče získali podezření

Jak uvádí následující tabulka i graf, těmi, kdo jako první zaregistroval, že se sluchem dítěte není něco v pořádku, byli rodiče. Velmi podobný výsledek však vyšel také v případě, kdy touto osobou byl lékař. Tato situace je dána tím, že je dětem v současné době prováděn novorozenecký screening sluchu ihned v porodnici, a tudíž právě lékař odhalí případnou vadu sluchu.

Kdo měl toto podezření?

Podezření měli	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Rodiče dítěte	42	52 %
Lékař	36	45 %
Prarodiče	2	3 %

Tab. č. 10 Kdo měl podezření



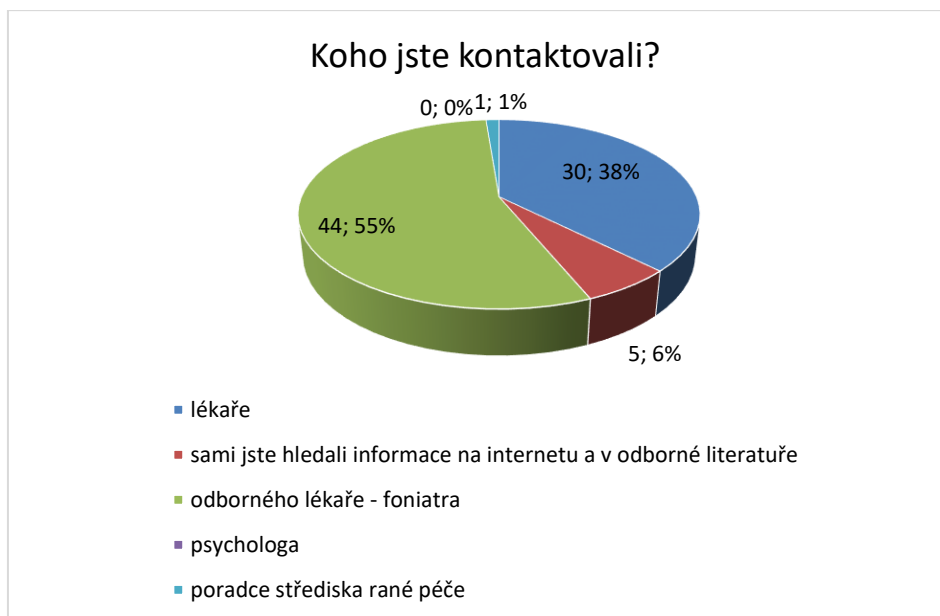
Graf č. 10 Kdo měl podezření

Po té, kdy rodiče získali podezření, že něco se sluchem jejich dítěte není v pořádku, nejčastěji navštívili odborného lékaře, tedy foniatra. Foniatra tak vyhledalo 44 rodičů. Dalších 30 rodičů navštívilo jiného lékaře a pouze 5 z nich si sami hledali informace na internetu dříve, než se rozhodli někam jít. Rodiče jednoho dítěte pak šli přímo za poradci střediska rané péče.

Koho jste kontaktovali?

Kontaktovali	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Lékaře	30	38 %
Sami hledali informace na internetu a v odborné literatuře	5	6 %
Odborného lékaře – foniatra	44	55 %
Psychologa	0	0 %
Poradce střediska rané péče	1	1 %

Tab. č. 11 Koho rodiče kontaktovali



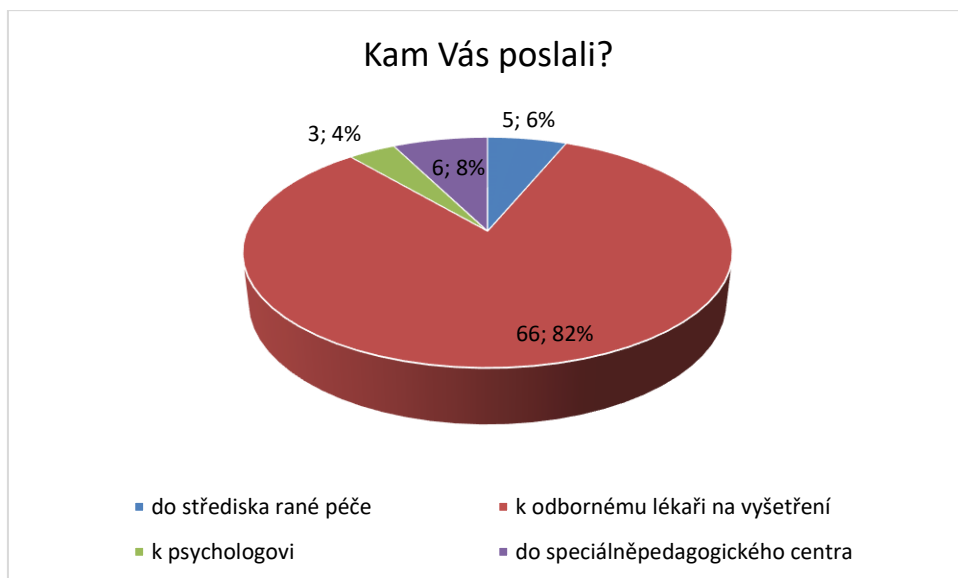
Graf č. 11 Koho rodiče kontaktovali

V okamžiku, kdy rodiče sami vyhledali jakoukoliv pomoc, viz otázka výše, z 82 % tedy v 66 případech byli posláni k odbornému lékaři na vyšetření. Rodiče tří dětí byli posláni na vyšetření k psychologovi a odpovědí, že byli posláni do střediska rané péče a do speciálněpedagogického centra bylo zjištěno téměř stejně.

Kam Vás poslali?

Rodiče poslali	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Do střediska rané péče	5	6 %
K odbornému lékaři na vyšetření	66	82 %
K psychologovi	3	4 %
Do speciálněpedagogického centra	6	8 %

Tab. č. 12 Kam rodiče poslali



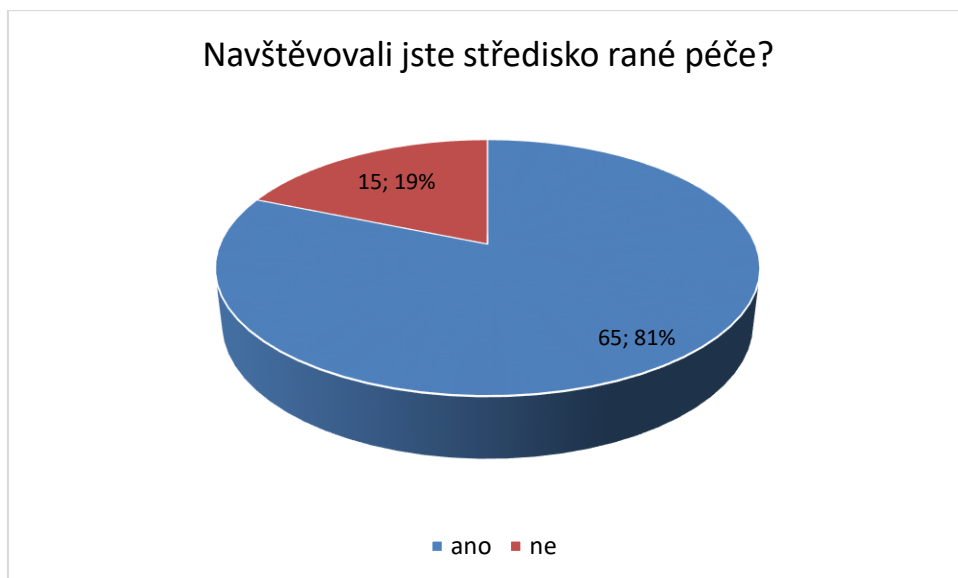
Graf č. 12 Kam rodiče poslali

Z celkového počtu 80 dětí 15 nenavštěvovalo středisko rané péče. Přitom 9 rodičů, kteří uvedli, že středisko rané péče nenavštěvovali, o tomto středisku informace měli. Následující otázka zjišťuje, od koho rodiče získali na středisko rané péče kontakt. Sedm z těchto 15 rodičů uvedlo od lékaře a další dva od známých. To tedy znamená, že se pro nenavštěvování rozhodli sami. Rodiče jednoho dítěte, kterému je nyní 8 let odpověděli, že neví, co je středisko rané péče a rodičům desetiletého dítěte o středisku také nikdo nic neřekl. Odpověď zbývajících 4 rodičů byla, že středisko rané péče nenavštěvují, ale nic jiného se z dotazníku zjistit nedalo.

Navštěvovali jste středisko rané péče?

Navštěvovali středisko rané péče	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	65	81 %
Ne	15	19 %

Tab. č. 13 Navštěvovali středisko rané péče



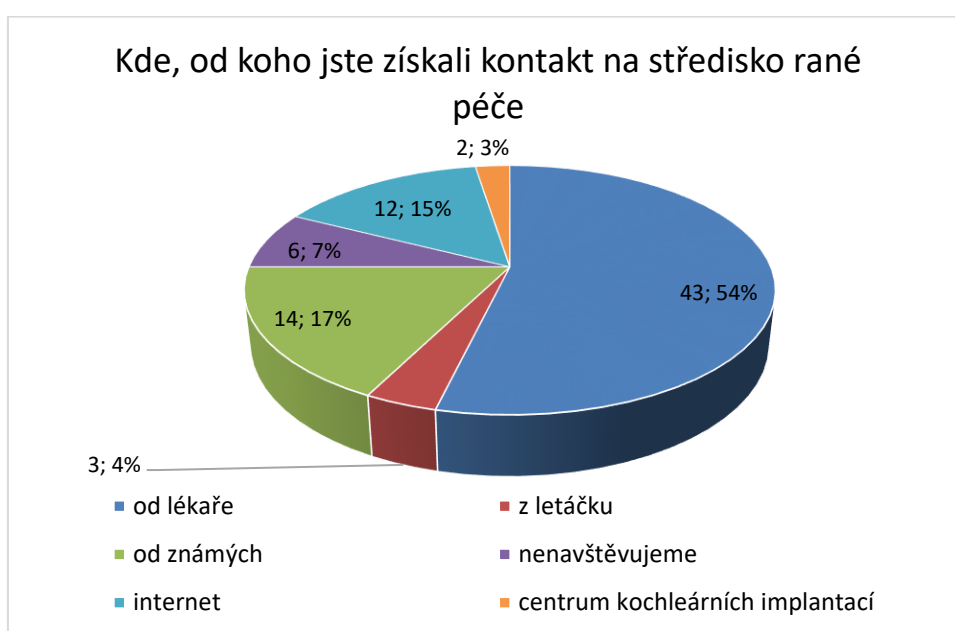
Graf č. 13 Navštěvovali středisko rané péče

Získat kontakt na středisko rané péče může být pro rodiče velmi náročné. Často totiž neví, že taková služba existuje a středisko rané péče nemůže samo vyhledávat klienty. Jelikož je tato služba založena na dobrovolnosti, je potřeba, aby rodiče byli těmi, kdo středisko rané péče kontaktuje. Jako ideální řešení se zdá být stav, kdy lékaři při sdělování výsledků o stavu sluchu dítěte, předali rodičům kontakt na Centrum pro dětský sluch Tamtam. Z výzkumu vyplynulo, že se tak stalo ve 43 případech, což je něco málo přes polovinu. Šest rodičů odpovědělo na tuto otázku, že středisko rané péče nenavštěvují. U předchozí otázky, zda navštěvují středisko rané péče však u odpovědi „NE“ bylo odpovědí 15. To tedy znamená, že většina rodičů, kteří středisko rané péče nenavštěvují, jej nenavštěvují z důvodu, že se tak sami rozhodli, nikoli proto, že by o něm nevěděli. Informovanost o středisku rané péče je tak mezi rodiči, kteří se stali součástí mého výzkumu velická. Druhou nejčastější odpovědí ihned po lékařích byli známí. Čtrnáct rodičů tak právě od svých známých získalo kontakt na středisko rané péče. Tři rodiče se o něm dozvěděli z letáčku a dalších 12 z internetu. Rodiče dvou dětí pak dostali kontakt na středisko rané péče až v centru kochleárních implantací.

Kde, od koho jste získali kontakt na středisko rané péče?

Kontakt na středisko rané péče získali:	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Od lékaře	43	54 %
Z letáčku	3	4 %
Od známých	14	17 %
Nenavštěvují	6	7 %
Z internetu	12	15 %
V centru kochleárních implantací	2	3 %

Tab. č. 14 Od koho získali kontakt na středisko rané péče



Graf č. 14 Od koho získali kontakt na středisko rané péče

Konzultace s poradci rané péče probíhaly nejčastěji jednou za měsíc, a to ve 47 případech. Toto časové rozpětí mezi konzultacemi je vzhledem k možnostem střediska rané péče naprosto ideální. Ve 23 případech probíhaly jednou za dva měsíce a u dvou dětí jednou za dva týdny. Osm rodičů odpovědělo, že konzultace neprobíhaly. Vzhledem k tomu, že ale 15 rodičů odpovědělo, že nenavštěvovalo středisko rané péče, zbývá dalších 7 rodičů, kteří navštěvovali středisko rané péče, ale odpověděli, že konzultace neprobíhaly. Zde se nabízí otázka, zda však věděli, co slovo konzultace znamená.

Jak často probíhaly konzultace?

Konzultace probíhaly:	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Jednou za měsíc	47	59 %
Jednou za dva měsíce	23	29 %
Nikdy	8	10 %
Jednou za dva týdny	2	2 %

Tab. č. 15 Jak často probíhaly konzultace



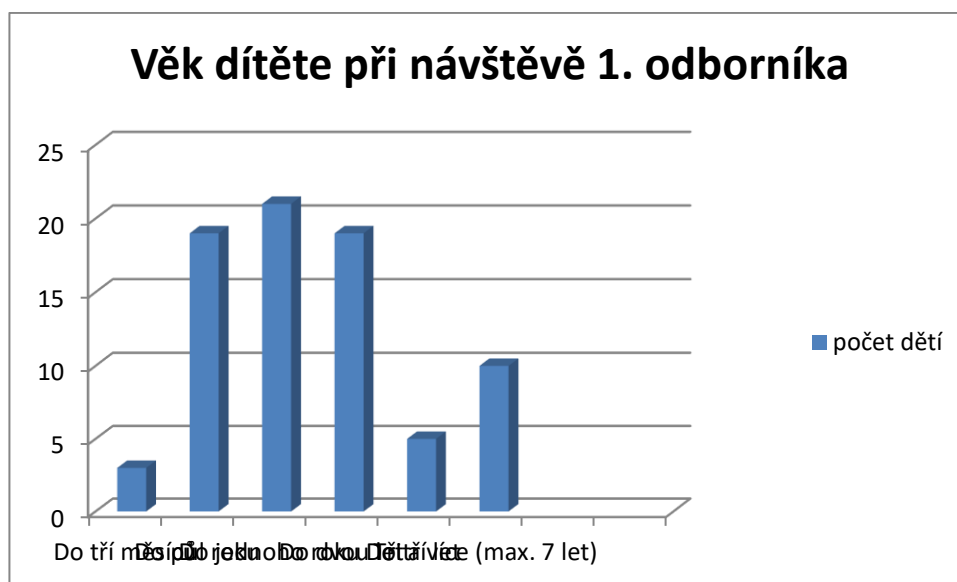
Graf č. 15 Jak často probíhaly konzultace

Na otázku „Ve kterém věku dítěte byli rodiče poprvé u nějakého odborníka“, odpovědělo celkem 20 % rodičů „V porodnici“. Nejčastěji byli rodiče u prvního odborníka do půl roku věku dítěte. Takto odpovědělo 17 rodičů. Šest dětí bylo poprvé u odborníka do jednoho měsíce a 13 dětí do tří měsíců. Nejpozději do půl roku tak bylo poprvé u odborníka celkem 52 dětí, což je poměrně dobrý výsledek. Do jednoho roku se pak jednalo o 14 dětí, do dvou let o tři děti. Ne příliš pozitivními výsledky je pak, že 6 dětí bylo poprvé u odborníka až v rozmezí od dvou do tří let a 5 dětí dokonce ve věku vyšším, než jsou tři roky. Jedno z těchto dětí bylo poprvé u odborníka dokonce až ve věku 5 let 6 měsíců.

V kterém věku dítě jste byli poprvé u nějakého odborníka?

Věk dítěte při první návštěvě odborníka	Počet odpovědí	Procentuální podíl
V porodnici	16	20 %
Do jednoho měsíce	6	7 %
Do tří měsíců	13	16 %
Do půl roku	17	21 %
Do jednoho roku	14	18 %
Do dvou let	3	4 %
Do tří let	6	8 %
Tři a více (max. 5,5 let)	5	6 %

Tab. č. 16 Kdy byli poprvé u odborníka



Graf č. 16 Kdy byli poprvé u odborníka

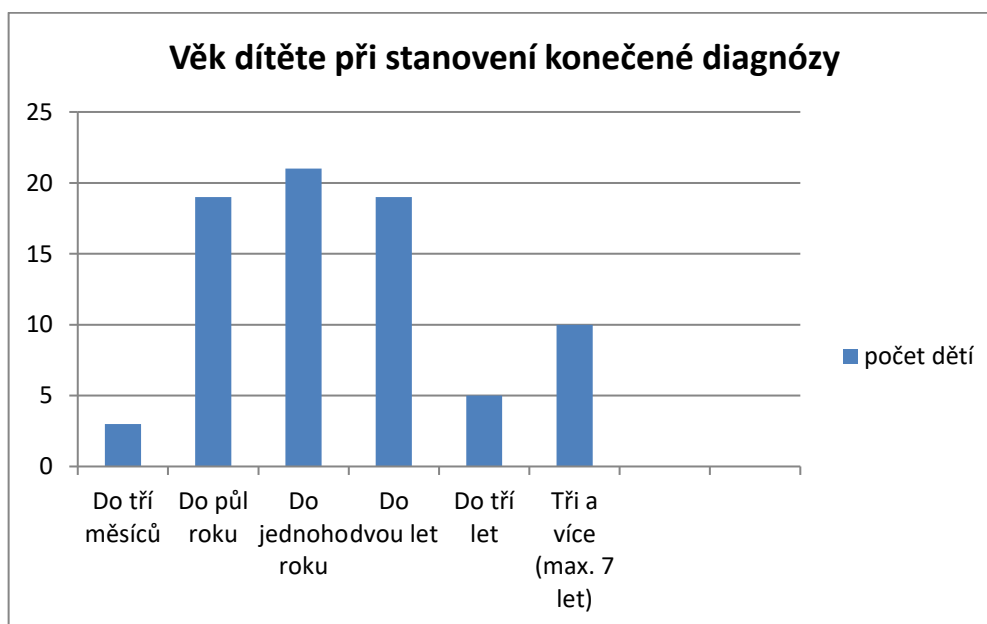
Celkem u 31 dětí byla konečná diagnóza stanovena do jejich půl roku. Z toho 3 děti měly stanovenou diagnózu ihned Po narození, 6 do tří měsíců a 22 do půl roku věku dítěte. Ve 13 případech byla vada sluchu dítěti diagnostikována do jeho jednoho roku. Do dvou let získalo konečnou diagnózu celkem 14 dětí, do tří let jich bylo 17 a 11 dětí mělo diagnózu až v době, kdy byly starší tři let. Nejpozději mělo v rámci výzkumu stanovenou diagnózu dítě ve věku dokonce sedmi let, což je velmi pozdě. Čtyři děti doposud nemají diagnózu stanovenou. Z těchto čtyř dětí je jedno dítě, kterému je v současné době 9 měsíců, tudíž se nejedná o nijak kritický údaj. Další děti jsou pak ve věku – 1 rok 7 měsíců, 3 roky 3 měsíce a 4 roky 8

měsíců. Z toho vyplývá, že především poslední dva údaje nejsou vůbec pozitivní. Přitom u dítěte, které je ve věku 4 let 8 měsíců, si rodiče všimli, že něco není v pořádku již ve 3 měsících dítěte a již v 6 měsících byli u prvního odborníka. V případě dítěte, jehož věk je 3 roky 3 měsíce, bylo dítěti provedeno novorozenecké vyšetření sluchu.

Ve kterém věku byla dítěti stanovena konečná diagnóza?

Věk při stanovení diagnózy	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Po narození	3	4 %
Do tří měsíců	6	7 %
Do půl roku	22	27 %
Do jednoho roku	13	16 %
Do dvou let	14	18 %
Do tří let	17	9 %
Tři a více (max.7 let)	11	14 %
Nebyla stanovena	4	5 %

Tab. č. 17 Kdy byla dítěti stanovena diagnóza



Graf č. 17 Kdy byla dítěti stanovena diagnóza

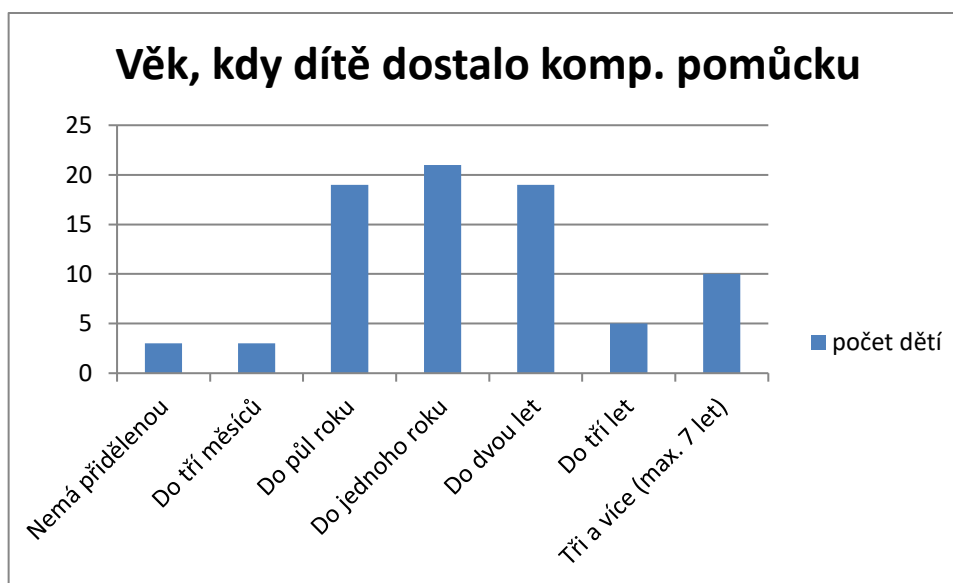
Nejvíce dětí dostalo kompenzační pomůcku ve věku od půl roku do jednoho roku, kdy bylo získáno celkem 21 odpovědí a druhou nejčastější odpovědí bylo od tří měsíců do půl roku a pak od jednoho do dvou let. V obou případech se jednalo o stejný výsledek, a to 19 dětí. To znamená, že nejčastějším obdobím pro přidělování kompenzační pomůcky, je

rozmezí od tří měsíců do dvou let, jelikož se zde nachází 59 odpovědí z 80. Pět dětí dostalo kompenzační pomůcku až od dvou do tří let a 10 dětí dokonce ve věku tři a více. Tři děti z celkového počtu 80, kompenzační pomůcku nemají.

Věk, ve kterém dostalo dítě kompenzační pomůcku?

Věk při přidělení pomůcky	Počet odpovědí	Procentuální poměr
Nemá přidělenou	3	4 %
Do tří měsíců	3	4 %
Do půl roku	19	24 %
Do jednoho roku	21	26 %
Do dvou let	19	24 %
Do tří let	5	6 %
Tři a více (max. 7 let)	10	12 %

Tab. č. 18 Kdy dítě dostalo kompenzační pomůcku



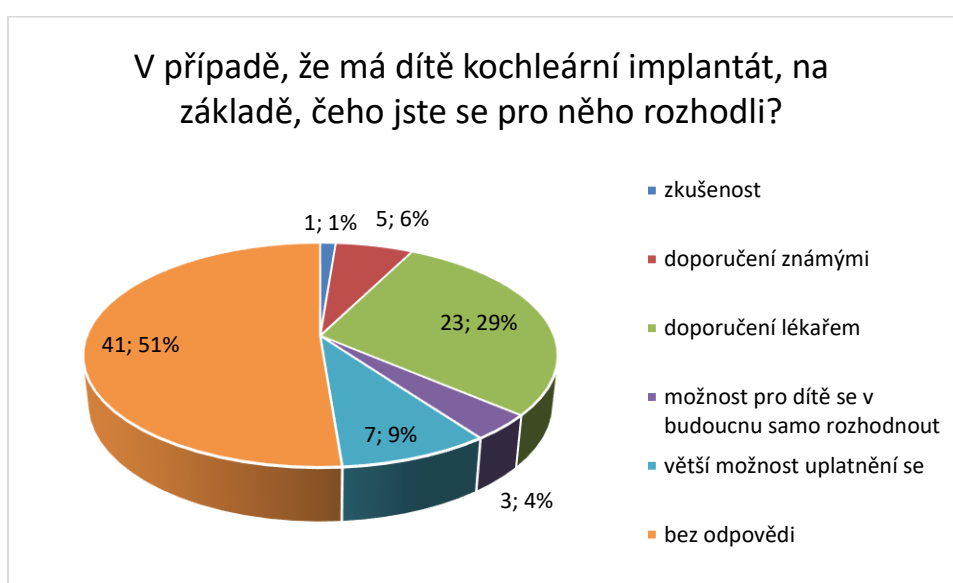
Graf č. 18 Kdy dítě dostalo kompenzační pomůcku

Rodiče dětí, které jsou uživateli kochleárního implantátu, se pro něj rozhodli ve 23 případech díky doporučení lékařem. Rodiče jednoho dítěte se tak rozhodli na základě vlastní zkušenosti, 5 na doporučení známými. Deset rodičů myslelo především na budoucnost dítěte, kdy 7 vidělo větší možnost uplatnění se, a 3 chtěli nechat dítěti možnost se v budoucnu samo rozhodnout. 41 rodičů na tuto otázku neodpovědělo, což znamená, že 41 dětí nemá kochleární implantát.

V případě, že má dítě kochleární implantát, na základě, čeho jste se pro něho rozhodli?

Důvod kochleárního implantátu	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Zkušenost	1	1 %
Doporučení známými	5	6 %
Doporučení lékařem	23	29 %
Možnost pro dítě se v budoucnu samo rozhodnout	3	4 %
Větší možnost uplatnění se	7	9 %
Bez odpovědi	41	51 %

Tab. č. 19 Důvod kochleárního implantátu



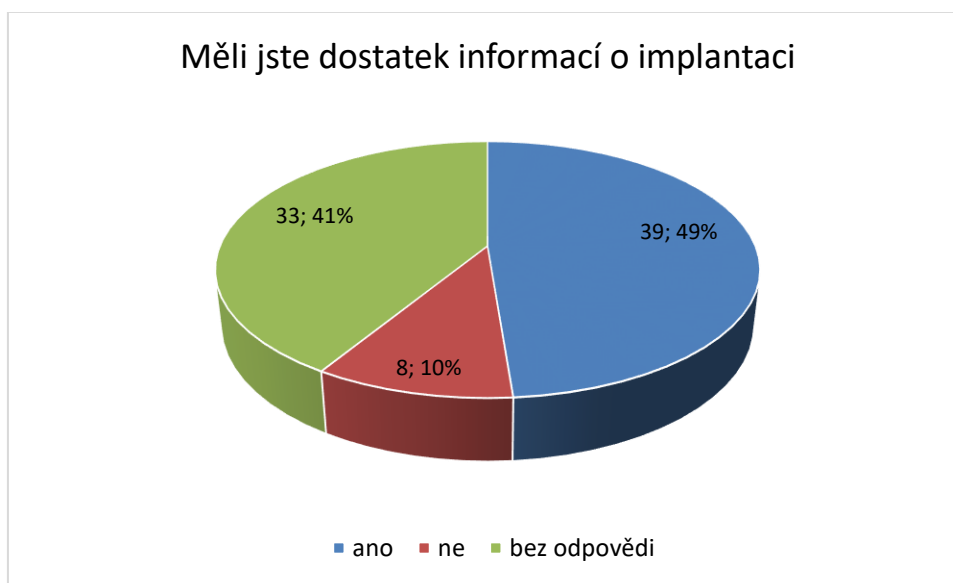
Graf č. 19 Důvod kochleárního implantátu

Rodiče, kteří se rozhodovali, zda dítě nechat implantovat, měli ve 39 případech o implantaci dostatek informací. Z předchozí otázky je patrné, že celkem 39 dětí je implantováno. Na první pohled to vypadá, že všichni rodiče, kteří se rozhodli pro implantaci, měli dostatek informací. Ve skutečnosti však byli tři rodiče, kteří se tak rozhodli na základě doporučení lékařem, ale dostatek informací neměli. Třicet tři rodičů neodpovědělo, tudíž jejich dítě kochleární implantát nemá. Tři rodiče, jejichž dítě kochleární implantát nemá, však dostatek informací mělo a tudíž se mohli rozhodnout, co je pro dítě nejlepší. Rodiče pěti dětí sice implantované dítě nemají, ale dostatek informací neměli.

Měli jste dostatek informací o implantaci kochleárního implantátu?

Dostatek informací	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	39	49 %
Ne	8	10 %
Bez odpovědi	33	41 %

Tab. č. 20 Měli rodiče dostatek informací



Graf č. 20 Měli rodiče dostatek informací

Celkem 23 dětem nebylo po narození provedeno novorozenecké vyšetření sluchu. Všechny tyto děti jsou starší tří let. Jelikož Věstník týkající se novorozeneckého vyšetření sluchu vyšel v roce 2012, tento údaj v podstatě říká, že tyto děti byly narozeny ještě před tímto vyhlášením. Některé děti, které jsou také starší tří let, však tímto vyšetřením prošly, tudíž byly narozeny v porodnicích, kde bylo vyšetření prováděno v době, kdy to vyšetření ještě nebylo tak obvyklé. Naopak všechny děti mladší tří let, které jsou součástí výzkumu, novorozeneckým vyšetřením sluchu prošly, což je pozitivní výsledek.

Bylo dítěti provedeno novorozenecké vyšetření sluchu?

Novorozenecké vyšetření sluchu	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	57	71 %
Ne	23	29 %

Tab. č. 21 Novorozenecké vyšetření sluchu



Graf č. 21 Novorozenecké vyšetření sluchu

Na otázku změny po přidělení kompenzační pomůcky 4 rodiče neodpověděli. Z toho rodiče tří dětí neodpověděli, jelikož dítě žádnou kompenzační pomůcku nemá. Poslední dítě je však uživatelem kochleárního implantátu, a to již cca 3 roky. Pozitivním výsledkem je, že nejčastější odpovědí bylo, že došlo k výraznému zlepšení. Na druhou stranu 39 odpovědí z 80 není až tak moc. K mírnému zlepšení došlo u 17 dětí, takže u 56 dětí měla kompenzační pomůcka pozitivní přínos. U 20 dětí nedošlo k žádné změně a 20 je z 80 poměrně vysoké číslo.

Jaké byly výsledky po použití kompenzační pomůcky?

Výsledky s kompenzační pomůckou	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Došlo k výraznému zlepšení	39	49 %
Došlo k mírnému zlepšení	17	21 %
Nic se nezměnilo	20	25 %
Bez odpovědi	4	5 %

Tab. č. 22 Výsledky po použití kompenzační pomůcky



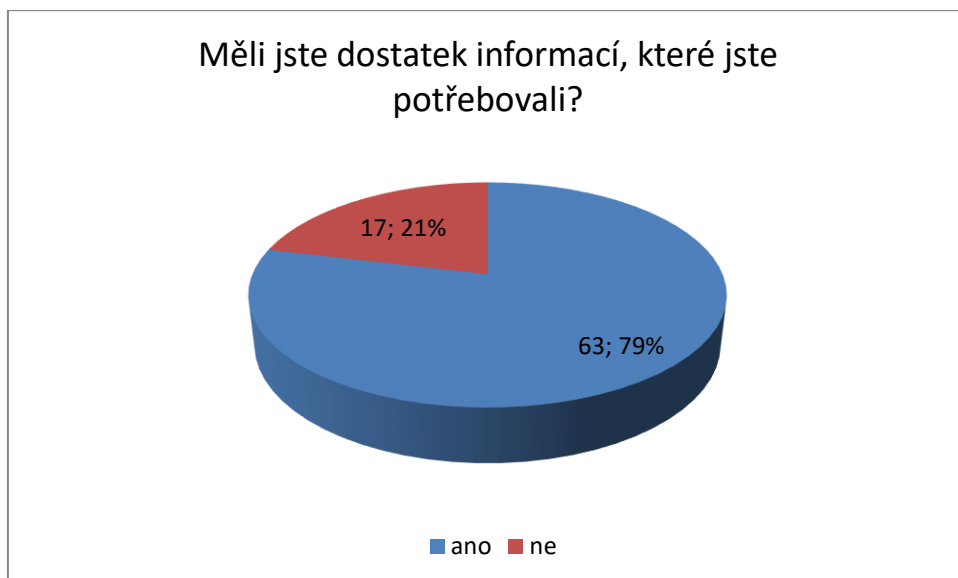
Graf č. 22 Výsledky po použití kompenzační pomůcky

Rodiče byli spokojeni se získanými informacemi v 63 případech. Tyto informace nejčastěji získávali od poradců střediska rané péče, kdy takto odpověděli v 54 případech. Z toho 44 rodičů mělo pocit, že mají všechny potřebné informace. Pouze 10 z nich tento pocit nemělo. Pouze 7 rodičů uvedlo jako nejčastější zdroj informací lékaře, což je hodně málo. Co se ale týká celkově informací, které rodiče získávali, z 90 % pro ně byly srozumitelné.

Měli jste dostatek informací, které jste potřebovali?

Dostatek informací	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	63	79 %
Ne	17	21 %

Tab. č. 23 Měli rodiče dostatek informací

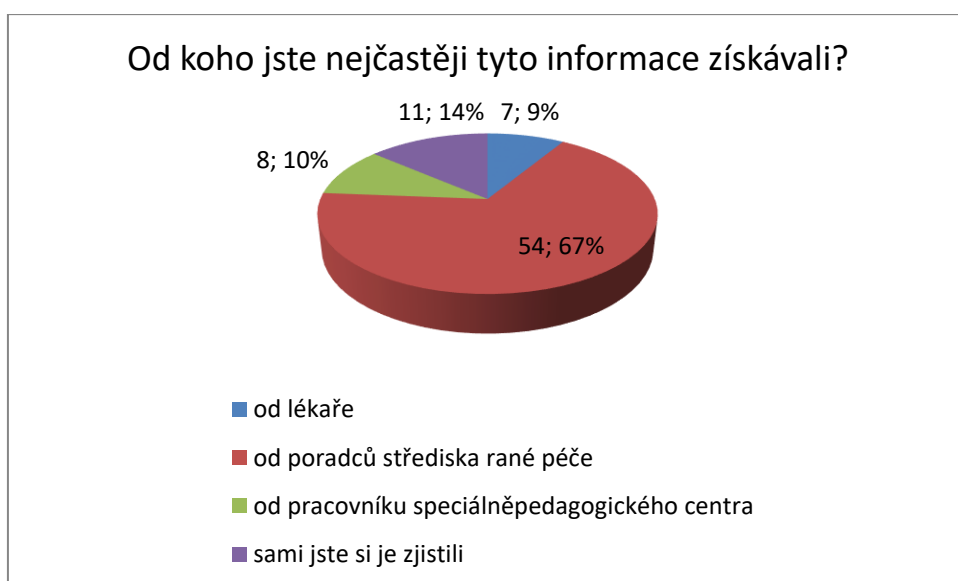


Graf č. 23 Měli rodiče dostatek informací

Od koho jste nejčastěji tyto informace získávali?

Informace získávali od:	Počet odpovědí	Procentuální podíl
lékaře	7	9 %
Poradců střediska rané péče	54	67 %
Pracovníků speciálněpedagogického centra	8	10 %
Sami si je zjišťovali	11	14 %

Tab. č. 24 Od koho získávali informace

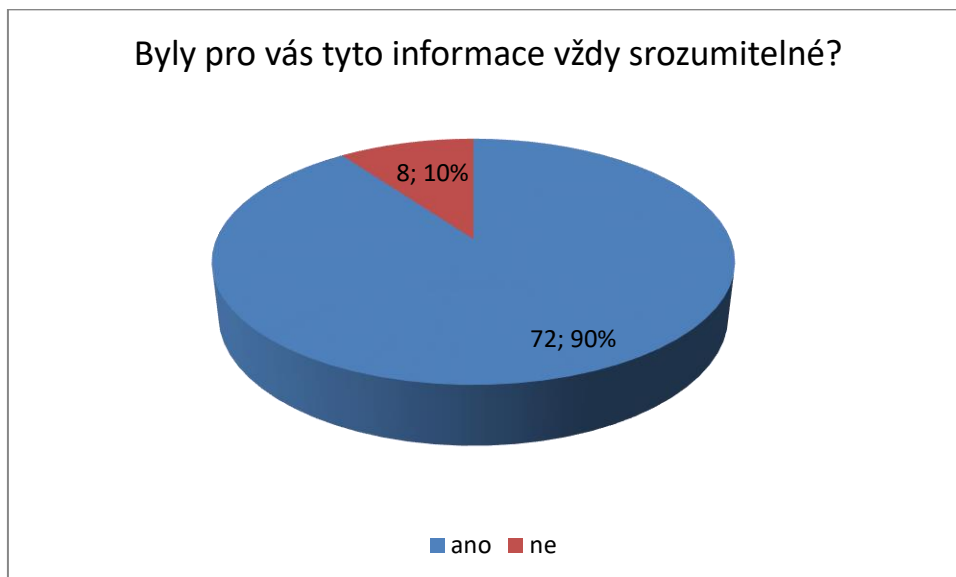


Graf č. 24 Od koho získávali informace

Byly pro vás tyto informace vždy srozumitelné?

Informace byly srozumitelné	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	72	90 %
Ne	8	10 %

Tab. č. 25 Srozumitelnost informací



Graf č. 25 Srozumitelnost informací

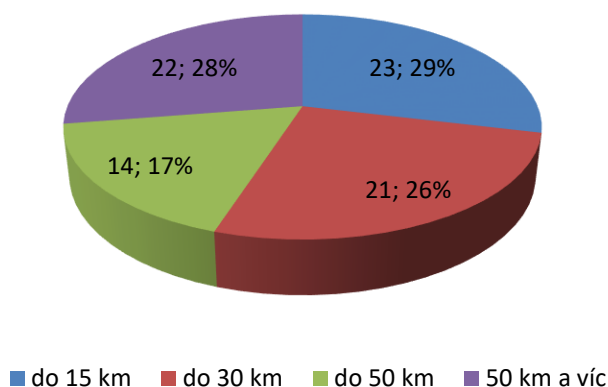
Další otázka zjišťovala, jaká je vzdálenost střediska rané péče, případně speciálněpedagogického centra od místa bydliště. Rodičům byly nabídnuty 4 odpovědi, kdy výsledky jsou poměrně rovnoměrně rozloženy. Nelze tak přímo říci, která odpověď je nejčastější. Pouze je možné říci, že u 14 rodičů je tato vzdálenost od 30 do 50 km a u 22 rodičů je vzdálenost dokonce 50 km a více.

Jaká je vzdálenost vašeho bydliště od střediska rané péče, speciálněpedagogického centra?

Vzdálenost	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Do 15 km	23	29 %
Do 30 km	21	26 %
Do 50 km	14	17 %
50 km a více	22	28 %

Tab. č. 26 Vzdálenost od bydliště

Jaká je vzdálenost vašeho bydliště od střediska rané péče, speciálněpedagogického centra?



Graf č. 26 Vzdálenost od bydliště

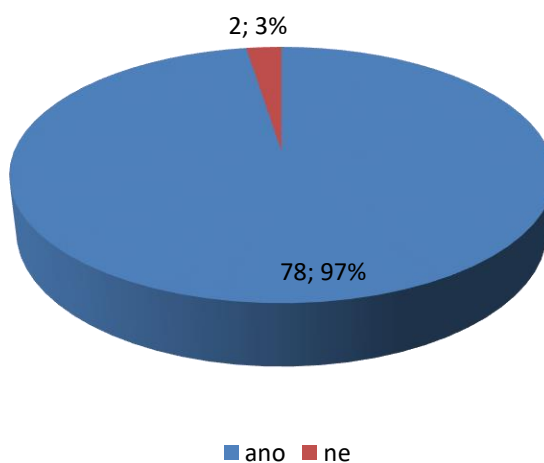
Rodiče na otázku, zda jim bylo ukázáno, jak s dítětem pracovat, odpovídali z 97 % „ANO“. Pouze rodiče dvou dětí tuto možnost neměli, což je velice dobrý výsledek.

Ukazovali vám, jak s dítětem pracovat?

Ukazovali, jak pracovat	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	78	97 %
Ne	2	3 %

Tab. č. 27 Ukazovali rodičům, jak pracovat

Ukazovali vám, jak s dítětem pracovat?



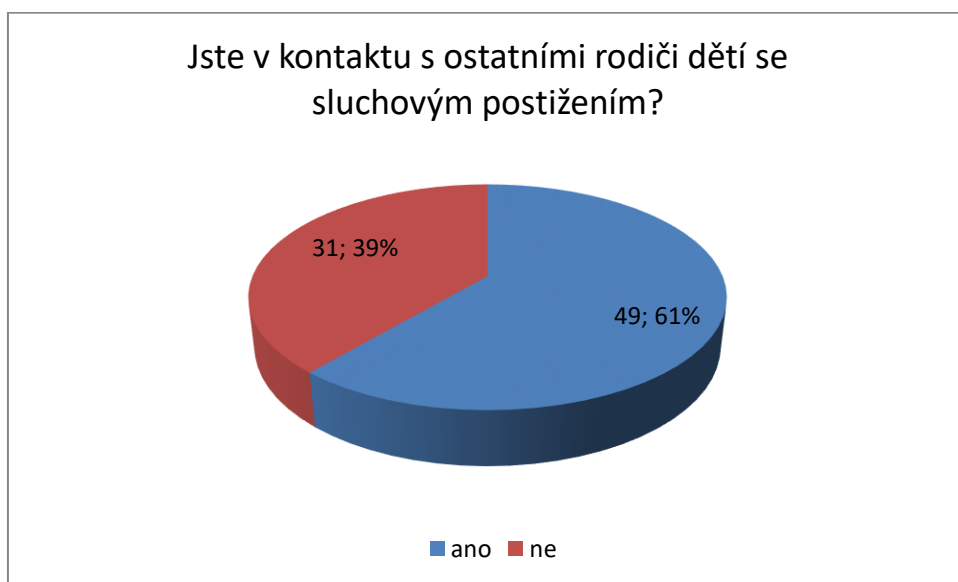
Graf č. 27 Ukazovali rodičům, jak pracovat

Některým rodičům pomáhá, když jsou v kontaktu s jinými rodiči dětí se sluchovým postižením. Získají tak větší pocit jistoty a mohou si vyměňovat své zkušenosti i s jinými rodiči. Rodičů, kteří jsou v kontaktu s ostatními rodiči, bylo 49. Zbývajících 31 rodičů s jinými rodiči v kontaktu není. Tito rodiče buď nevyžadují kontakt s ostatními a naopak jsou radši sami, nebo k tomuto kontaktu nemají příležitost.

Jste v kontaktu s ostatními rodiči dětí se sluchovým postižením?

Rodiče jsou v kontaktu s ostatními rodiči	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	49	61 %
Ne	31	39 %

Tab. č. 28 Jsou rodiče v kontaktu s jinými rodiči



Graf č. 28 Jsou rodiče v kontaktu s jinými rodiči

Z celkového počtu 80 dětí, pouze 29 rodičů jezdí na pobyty organizované střediskem rané péče. Toto číslo není z celkového počtu příliš vysoké, avšak situace je dána především tím, že se do výzkumu zapojilo 23 rodičů dětí, které jsou mladší tří let. Službu rané péče využívají nejvíce rodiče dětí mladších tří let. Po nástupu do mateřské školy začínají spíše navštěvovat speciálněpedagogické centrum.

Jezdíte na pobyty organizované střediskem rané péče, speciálněpedagogickým centrem?

Rodiče jezdí na pobyty	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	29	36 %
Ne	51	64 %

Tab. č. 29 Jezdí rodiče na pobyty



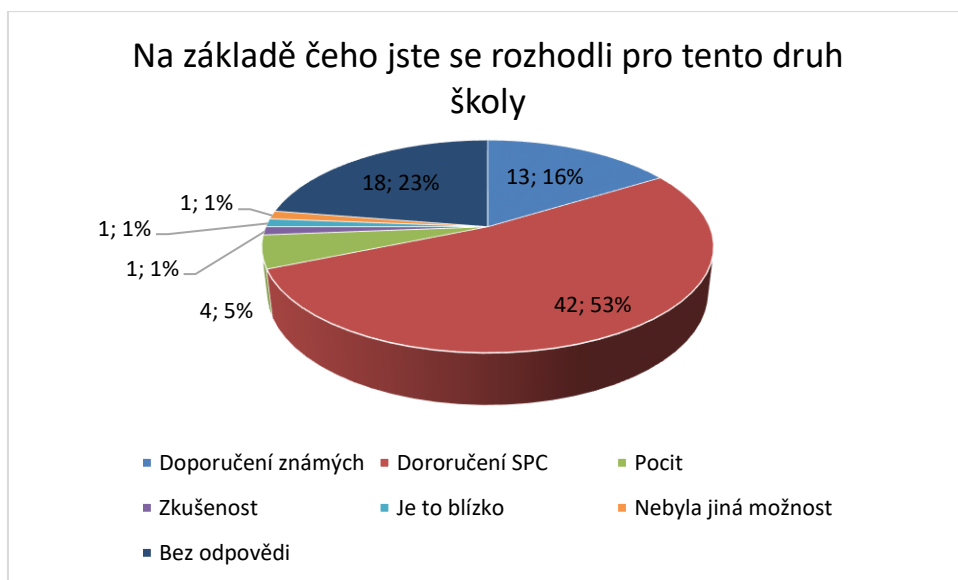
Graf č. 29 Jezdí rodiče na pobyty

Druh školy, kterou dítě nebo žák navštěvuje, rodiče zvolili nejčastěji na doporučení speciálněpedagogického centra. Takto se rozhodlo celkem 42 rodičů. Školu si nechalo doporučit svými známými 13 rodičů a 18 rodičů na tuto otázku neodpovědělo. Nabízené odpovědi na tuto otázku byly jen první dvě s možností podle potřeby zvolit odpověď vlastní. Sedm rodičů tuto možnost využilo, jelikož se jim ani jedna nabízená odpověď nehodila. Čtyři rodiče zvolili druh školy podle svého pocitu. Dále pak byly zaznamenány tři další zvolené odpovědi, kdy si každou odpověď zvolili jen rodiče jednoho dítěte. Jedni rodiče tak uvedli, že druh školy vybrali proto, že je to blízko, jedni na základě své zkušenosti a jedni proto, že nebyla jiná možnost.

Na základě čeho jste se rozhodli pro tento druh školy?

Důvod volby školy	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Doporučení známými	13	16 %
Doporučení speciálněpedagogického centra	42	53 %
Pocit	4	5 %
Zkušenost	1	1 %
Je blízko	1	1 %
Nebyla jiná možnost	1	1 %
Bez odpovědi	18	23 %

Tab. č. 30 Důvod volby školy



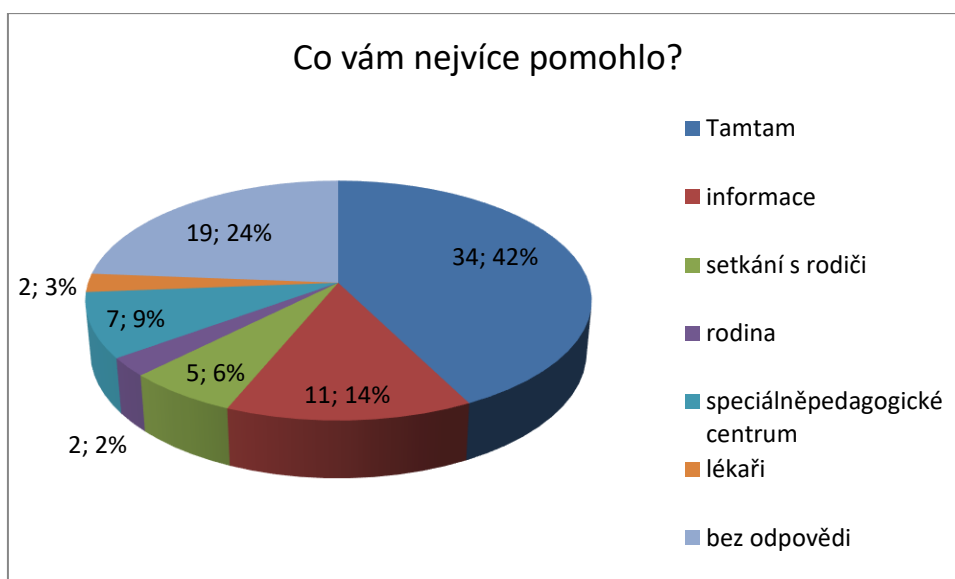
Graf č. 30 Důvod volby školy

Jednou z volných otázek byla otázka, která měla za cíl zjistit, co rodičům v jejich nelehké situaci nejvíce pomohlo. Z výzkumu jasně vyplynulo, že největší pomocí pro rodiče byli pracovníci Centra pro dětský sluch Tamtam. Tato odpověď byla zaznamenána ve 34 případech. Někteří rodičům nejvíce pomohlo speciálněpedagogické centrum, kde takto odpovědělo 7 rodičů. Jedenácti rodičům pomohly nejvíce samotné informace, které měli k dispozici, 5 rodičům setkání s jinými rodiči dětí se sluchovým postižením, dva odpověděli, že jim největší pomocí byla rodina a pouze dva rodiče zde uvedli lékaře. Celkem v 19 případech, zde nebyla žádná odpověď.

Co vám nejvíce pomohlo?

Rodičům pomohlo	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Tamtam	34	42 %
Informace	11	14 %
Setkání s rodiči	5	6 %
Rodina	2	2 %
Speciálněpedagogické centrum	7	9 %
Lékaři	2	3 %
Bez odpovědi	19	24 %

Tab. č. 31 Rodičům nejvíce pomohlo



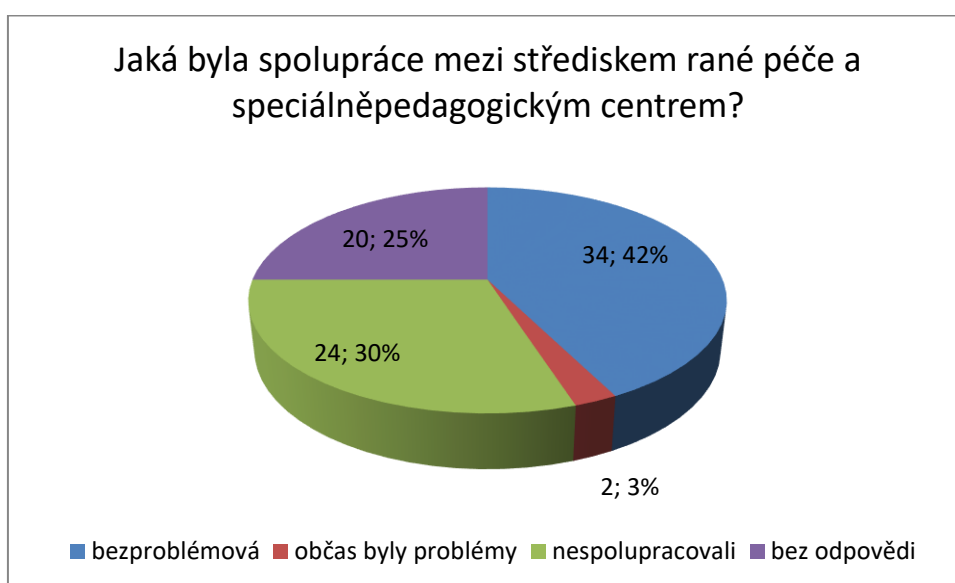
Graf č. 31 Rodičům nejvíce pomohlo

Následující otázky zjišťují, jak jsou rodiče spokojeni s podporou, kterou jim poskytovalo středisko rané péče, speciálněpedagogické centrum a s přístupem lékařů. První otázka tak zjišťovala spolupráci speciálněpedagogického centra a Centra pro dětský sluch Tamtam. Jako bezproblémovou označilo tuto spolupráci 34 rodičů a dva rodiče zde občas zaznamenali problémy. Ve 24 případech se objevovala odpověď, že tyto dvě organizace nespolupracovaly a 20 rodičů neodpovědělo. Někteří rodiče na tyto otázky neodpověděli s vysvětlením, že neví, jaká byla mezi těmito organizacemi spolupráce.

Jaká byla spolupráce mezi střediskem rané péče a speciálněpedagogickým centrem?

Spolupráce SRP a SPC	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Bezproblémová	34	42 %
Občas byly problémy	2	3 %
Nespolupracovali	24	30 %
Bez odpovědi	20	25 %

Tab. č. 32 Spolupráce SRP a SPC



Graf č. 32 Spolupráce SRP a SPC

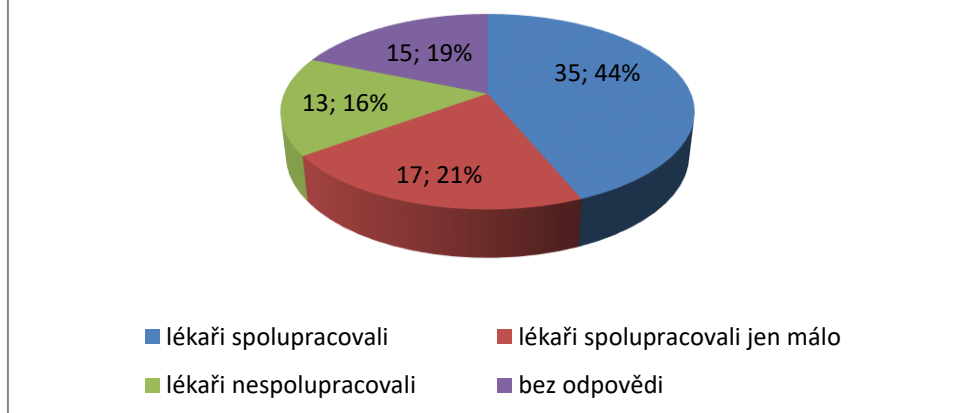
Cílem následující otázky bylo, zda s výše uvedenými organizacemi spolupracovali také lékaři. Opět se zde objevily dotazníky, ve kterých otázka nebyla zodpovězena. Stalo se tak v 15 případech a opět zde bylo několikrát uvedeno, že o tom nic neví. Třicet pět rodičů však odpovědělo, že lékaři spolupracovali a celkem 30 dalších rodičů odpovědělo, že buď spolupracovali jen málo nebo nespolutpracovali vůbec.

Jaká byla spolupráce mezi střediskem rané péče/speciálněpedagogickým centrem a lékaři?

Spolupráce SRP/SPC a lékařů	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Lékaři spolupracovali	35	44 %
Lékaři spolupracovali jen málo	17	21 %
Lékaři nespolutpracovali	13	16 %
Bez odpovědi	15	19 %

Tab. č. 33 Spolupráce SRP/SPC a lékařů

Jaká byla spolupráce mezi střediskem rané péče/speciálněpedagogickým centrem a lékaři?



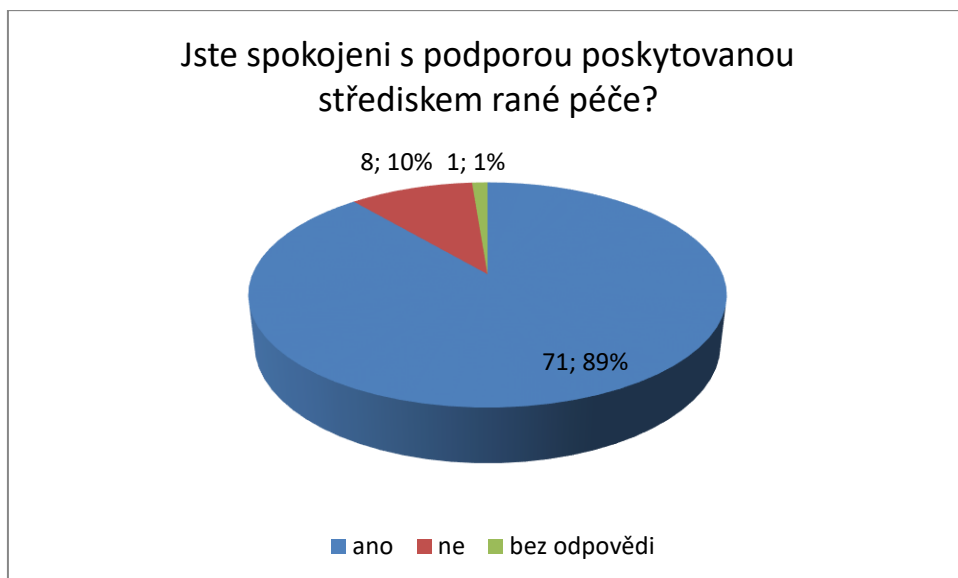
Graf č. 33 Spolupráce SRP/SPC a lékařů

Velmi pozitivní výsledky byly zaznamenány na otázku, zda byli rodiče spokojeni s podporou, kterou jim poskytovalo Centrum pro dětský sluch Tamtam. Odpověď ano totiž odpovědělo 71 z 80 rodičů. To je, domníváme se, pro poradce Centra pro dětský sluch Tamtam velmi dobrá a potěšující zpráva, která tak poskytuje zpětnou vazbu a dává jistotu, že svou práci dělají opravdu velmi dobře. Objevilo se zde však i 8 odpovědí rodičů, kteří vyhodnotili podporu jako nedostatečnou. Z toho ale pouze tři uvedli, že středisko rané péče navštěvovali. Pět rodičů sice odpovědělo, že s podporou střediska rané péče nebyli spokojeni, ale tito rodiče středisko ani nenavštěvovali. Jenom jedni rodiče v podstatě v této souvislosti odpověděli správně. Neuvedli totiž vůbec žádnou odpověď, jelikož středisko nenavštěvovali.

Jste spokojeni s podporou poskytovanou střediskem rané péče?

Spokojenost se SRP	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	71	89 %
Ne	8	10 %
Bez odpovědi	1	1 %

Tab. č. 34 Spokojenost rodičů se SRP



Graf č. 34 Spokojenost rodičů se SRP

Naprosto totožně výsledky jako u předchozí otázky vyšly i zde. Tudíž rodiče, kteří byli spokojeni s podporou, uvedli také, že komunikace s Centrem pro dětský sluch Tamtam byla vždy bezproblémová. A stejně jako je uvedeno výše, pět rodičů z těch, co odpověděli ne, Centrum pro dětský sluch Tamtam vůbec nenavštěvovali.

Byla komunikace se střediskem rané péče vždy bezproblémová?

Bezproblémová komunikace se SRP	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	71	89 %
Ne	8	10 %
Bez odpovědi	1	1 %

Tab. č. 35 Bezproblémová komunikace se SRP



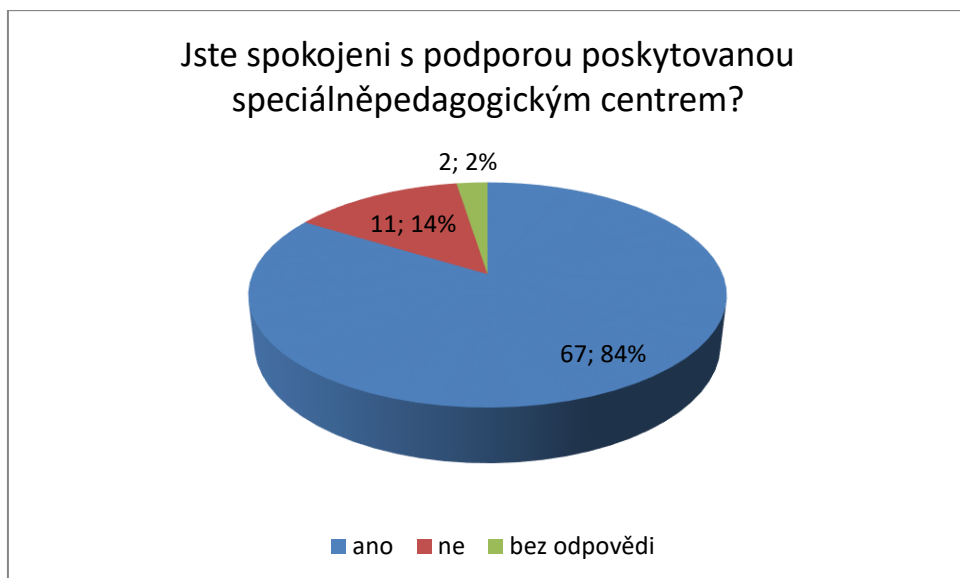
Graf č. 35 Bezproblémová komunikace se SRP

S podporou poskytovanou speciálněpedagogickým centrem bylo spokojeno 67 rodičů, což je opět z celkového počtu 80, velmi dobrý výsledek. Musíme si také navíc uvědomit, že do výzkumu bylo zařazeno také několik dětí, které jsou ještě na speciálněpedagogické centrum malé. Někteří rodiče, celkem 11, s touto podporou spokojeni nebyli. Opět však takto odpověděli také někteří rodiče, jejich dítě je právě ještě malé a do speciálněpedagogického centra nedocházejí, tudíž opravdu nespokojených rodičů příliš nebylo. V následující otázce však odpovědi nejsou totožné, i když by se tam dalo předpokládat. Čtyři rodiče, kteří jsou sice spokojeni s podporou poskytovanou speciálněpedagogickým centrem uvedlo, že komunikace s centrem nebyla vždy bezproblémová.

Jste spokojeni s podporou poskytovanou speciálněpedagogickým centrem?

Spokojeno se SPC	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	67	84 %
Ne	11	14 %
Bez odpovědi	2	2 %

Tab. č. 36 Spokojenost rodičů se SPC

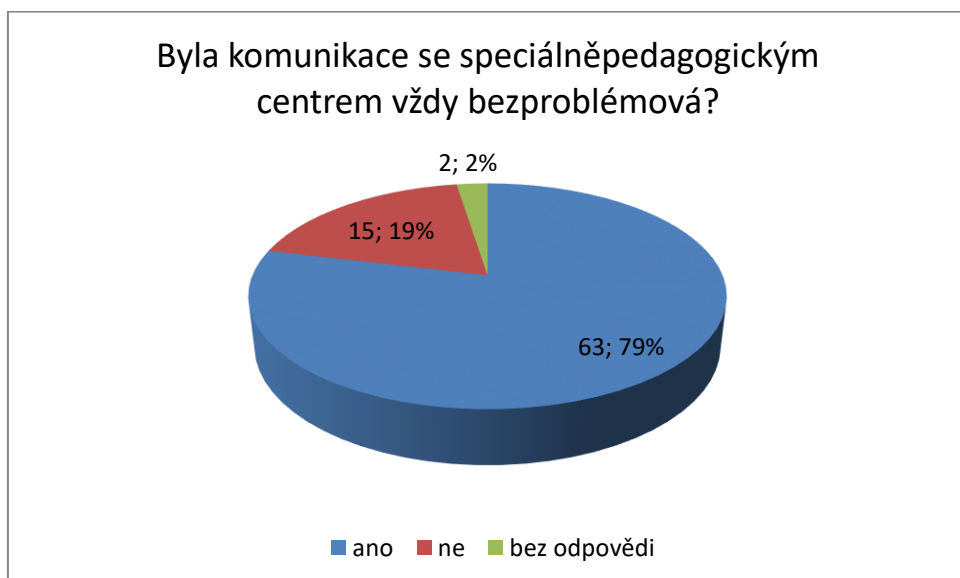


Graf č. 36 Spokojenost rodičů se SPC

Byla komunikace se speciálněpedagogickým centrem vždy bezproblémová?

Bezproblémová komunikace se SPC	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	63	79 %
Ne	15	19 %
Bez odpovědi	2	2 %

Tab. č. 37 Bezproblémová komunikace se SPC



Graf č. 37 Bezproblémová komunikace se SPC

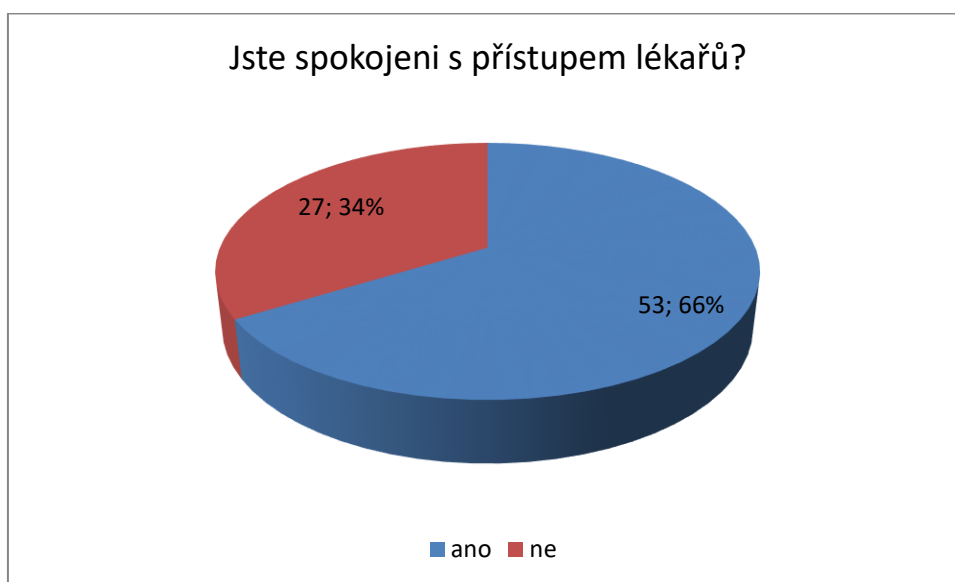
Poslední otázka se zaměřovala na spokojenost s přístupem lékařů. Spokojeno bylo 66% rodičů, což není příliš, avšak na druhou stranu, podle zkušeností některých rodičů, je to

ještě poměrně vysoké číslo. Rodiče, se kterými jsem měla možnost se na toto téma bavit, většinou spokojeni nebyli a spíše si na přístup stěžovali. Nejčastěji uváděli, že jim už tak velmi nepříjemné výsledky lékaři sdělovali na chodbě mezi dveřmi nebo způsobem, který se rozhodně nehodil. Docházíme tak k závěru, že ze strany lékařů by bylo vhodné více empatie.

Jste spokojeni s přístupem lékařů?

Spokojenost s lékaři	Počet odpovědí	Procentuální podíl
Ano	53	66 %
Ne	27	34 %

Tab. č. 38 Spokojenost rodičů s lékaři



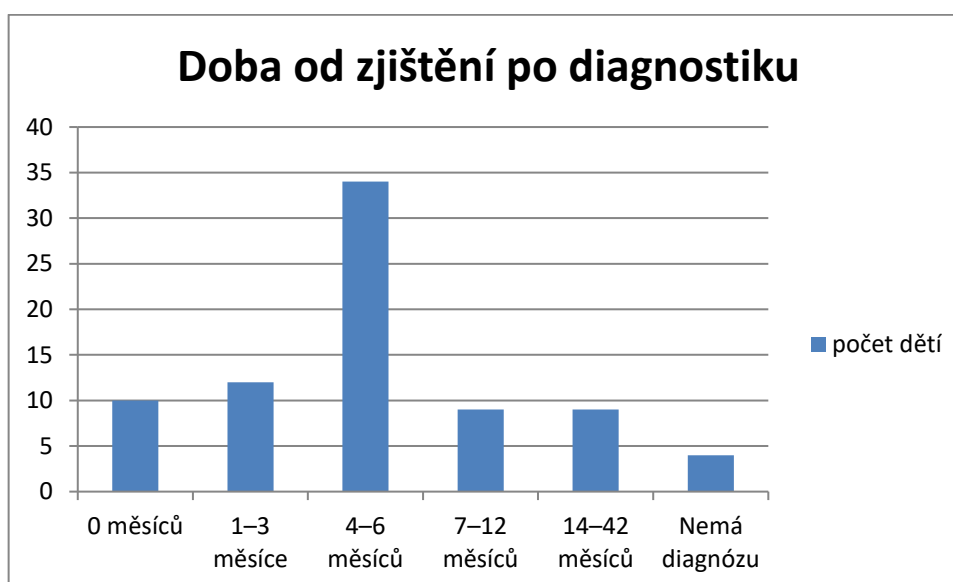
Graf č. 38 Spokojenost rodičů s lékaři

Nejčastěji byla doba od zjištění vady sluchu po diagnostiku v rozmezí 4–6 měsíců. Takto odpovědělo 44 % rodičů. Nejdůležitější informací pak byla průměrná doba mezi zjištěním vady sluchu a diagnostikou. Do výzkumu bylo zapojeno také 10 dětí, u kterých byla stanovena diagnostika ve stejném měsíci, kdy došlo k podezření. Naopak 4 děti nemají stanovenou diagnózu. Jedná se o 8,7 měsíců. Takto získaný výsledek je nyní potřeba porovnat s již zmiňovaným výzkumem pana profesora Potměšila. V jeho výzkumu vyšla tato průměrná doba 22 měsíců. To znamená, že v této oblasti došlo rozhodně ke zlepšení, jelikož se jedná o mnohem nižší číslo. Je to také dáno tím, že byl zaveden novorozenecký screening sluchu, který pomáhá velmi brzkému odhalení vady sluchu, a tudíž umožňuje i dřívější diagnostiku.

Jaká byla doba od zjištění vady sluchu po diagnostiku?

Doba od zjištění po diagnostiku	Počet dětí	Procentuální podíl
0 měsíců	10	13 %
1–3 měsíce	12	15 %
4–6 měsíců	34	44 %
7–12 měsíců	9	11 %
14–42 měsíců	9	12 %
Nemá diagnózu	4	5 %

Tab. č. 39 Doba od zjištění po diagnostiku



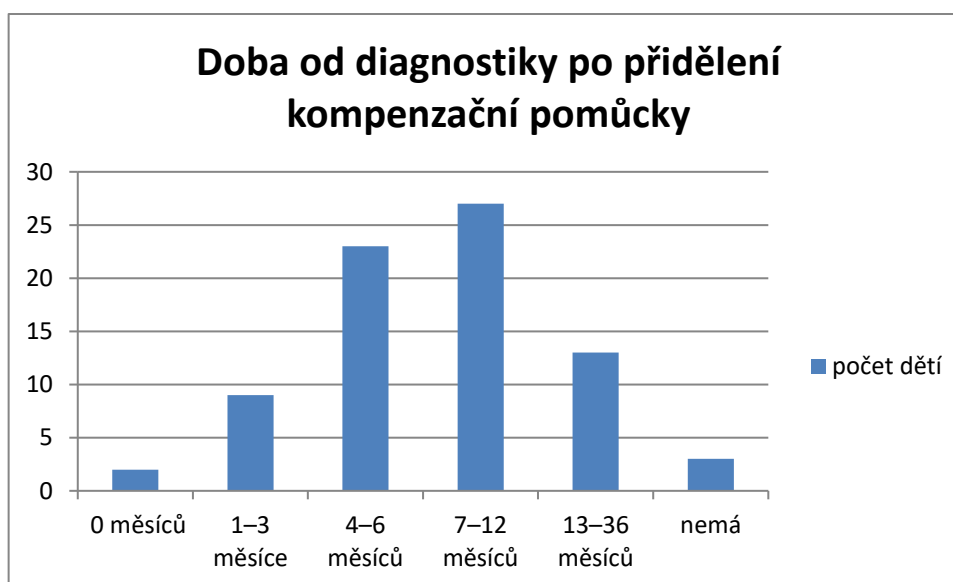
Graf č. 39 Doba od zjištění po diagnostiku

Doba od ukončení diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky byla nejčastěji v rozmezí od 7 do 12 měsíců, kdy se v tomto rozmezí nachází celkem 27 dětí. Stejně jako u předchozí otázky se zde objevilo několik dětí, u kterých byla kompenzační pomůcka přidělena ve stejném věku, kdy byla ukončena diagnostika. Tři děti nemají kompenzační pomůcku, proto je nebylo možné zahrnout do výsledků. Tak jako u předchozí otázky je potřeba porovnat výsledky. Výsledek výzkumu pana profesora Potměšila uvádí průměrnou dobu od ukončení diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky 7,1 měsíců. Při porovnávání předchozí otázky vyšly mnohem lepší výsledky, což je velmi pozitivní závěr. V tomto případě je tomu však jinak. Mnou zjištěná doba od ukončení diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky je 9,3 měsíců, což je naopak ještě o dva měsíce déle.

Jaká byla doba od ukončení diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky?

Doba od ukončení diagnostiky po kompenzační pomůcku	Počet dětí	Procentuální podíl
0 měsíců	2	2 %
1–3 měsíce	9	12 %
4–6 měsíců	23	30 %
7–12 měsíců	27	35 %
13–36 měsíců	13	17 %
Nemá pomůcku	3	4 %

Tab. č. 40 Doba od diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky



Graf č. 40 Doba od diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky

Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo aktualizovat výsledky získané panem profesorem Potměšilem v roce 2012 a zjistit, zda došlo k nějaké změně. Jelikož je již v současné době zaveden novorozenecký screening sluchu, očekávalo se zlepšení výsledků. Tyto výsledky však nedopadly zcela podle očekávání. Výzkum pana profesora Potměšila uvádí: „Průměrná doba od zjištění vady sluchu po první diagnostiku činí 22 měsíců. Průměrná doba od ukončení diagnostiky po první sluchadlo činí 7,1 měsíce.“ Výsledkem této diplomové práce bylo zjištění, že první údaj, tedy doba od podezření po diagnostiku je skutečně kratší, jak se předpokládalo. Tato doba je 8,7 měsíců, kdy mezi zjištěnými údaji je rozdíl cca 13 měsíců. K tomuto rozhodně přispěl právě novorozenecký screening sluchu, díky kterému bývá vada sluchu odhalena často již v porodnici, což velmi zkrátí už jen dobu, než vůbec došlo ke zjištění, že se sluchem dítěte něco není v pořádku. Novorozenecký screening sluchu byl proveden u 57 dětí, což je z celkového počtu 80 dětí 71 %. Na otázku, kdy rodiče zjistili, že se sluchem dítěte není něco v pořádku, odpovídali ze 46 %, že to bylo právě již v porodnici. Druhý údaj získaný diplomovou prací je doba od ukončení diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky. Tato zjištěná průměrná doba je 9,3 měsíců. Při porovnání tak zjistíme, že je údaj o cca 2 měsíce delší a to rozhodně není pozitivní informace.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit spokojenost rodičů s péčí, která jim je poskytována střediskem rané péče a speciálněpedagogickým centrem a s přístupem lékařů. S péčí poskytovanou střediskem rané péče bylo spokojeno 89 % rodičů. V této souvislosti bylo cílem diplomové práce také zjistit, od koho rodiče nejčastěji získali kontakt na středisko rané péče. Rodiče z 54 % získali tento kontakt od lékařů. Se speciálněpedagogickým centrem bylo spokojeno 84 % rodičů. Jelikož si spousta rodičů stěžuje na přístup lékařů, byla zvolena také otázka, která zjišťovala právě tuto spokojenost. V tomto případě byla s přístupem lékařů spokojena více než polovina rodičů. Veškeré potřebné informace nejčastěji získávali od střediska rané péče a tyto informace byly dokonce z 90 % srozumitelné. Jednou z otázek v tomto výzkumu bylo, co rodičům nejvíce pomohlo. Tady odpovědělo 42% rodičů, že největší pomocí jim bylo právě Centrum pro dětský sluch Tamtam.

Seznam literatury

All About Hearing Loss. *Boys town* [online]. [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <https://www.babyhearing.org/hearingamplification/HearingLoss/audiogram.asp>

BARVÍKOVÁ, J. a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 206 s. ISBN 978-80-244-4690-5

Centrum pro dětský sluch Tamtam [online]. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/>

Druhé standardy kvality služby raná péče. *Asociace pracovníků v rané péči, z.s.* [online]. 24.11.2016 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/druhoe_standardy_kvality_sluzby.pdf

Early Intervention for Children with Hearing Loss. *American Speech-Language-Hearing Association* [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.asha.org/public/hearing/Early-Intervention-for-Children-with-Hearing-Loss/Ame>

Grades of hearing impairment. *World Health Organization* [online]. 2017 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

GROH, D. Vyšetřování sluchu u novorozenců. *Šance dětem*. [online]. 24.11.2016 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/onemocneni-ucha-u-deti/vysetrovani-sluchu-u-novorozencu.shtml>

HAHN, A. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, c2007, 390 s. ISBN 978-80-247-0529-3.

HERDOVÁ, S. Vyšetřování sluchu u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, **2004**(4), 2 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 1. vyd. Praha: Septima, 2002, 90 s. ISBN 8072161628.

HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí: komplexní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 117 s. ISBN 8072546236.

How to Read the Audiogram. *Hearing support services* [online]. [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.hydeparkschools.org/webpages/JLoeffel/index.cfm?subpage=27532>

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. vyd. Praha: Septima, 1998, 321 s. ISBN 8072160753.

JANOTOVÁ, N. *Reedukace sluchu sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1996, 16 s. ISBN 8085801906.

JANOTOVÁ, N., SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. 2. upr. vyd. Praha: Septima, 1998, 63 s. ISBN 8072160508.

KOMÍNEK, P. Screening sluchu u novorozenců – jaká je role dětských lékařů? *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, **2012**(13(5), 2 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/09.pdf>

Krivky tympanogramu. *InfoSluch* [online]. 2017 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: http://infosluch.sk/wp/?attachment_id=1904

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004, 126 s. ISBN 8073150638.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 8073150387.

Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců, Věstník MZ ČR
částka 7/2012

MICHALOVÁ, Z. Vývoj dítěte v některých oblastech od narození do zahájení školní docházky. *Metodický portál RVP* [online]. 2007 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/P/1266/vyvoj-ditete-v-nekterych-oblastech-od-narozeni-do-zahajeni-skolni-dochazky.html/>

MUKNŠNÁBLOVÁ, M. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2014, 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5034-7.

O sluchu a sluchových vadách. *AudioNIKA Služby pro sluchově postižené* [online]. ©2017 [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/stranka/o-sluchu-a-sluchovych-vadach>

Otoakustische Emissionen. *HNO Klinik Bonn* [online]. 2016 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <https://www.hno.uniklinik-bonn.de/patienten/diagnostik/oe.html>

POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 217 s. Učebnice. ISBN 80-244-0766-3.

POTMĚŠIL, M. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 136 s. ISBN 978-80-244-3310-3.

POTMĚŠIL, M. *Osobnost dítěte v kontextu vady sluchu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 227 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4729-2.

PULDA, M. *Včasná sluchově-řečová výchova malých sluchově postižených dětí*. Brno: Masarykova univerzita, 1996, 55 s. ISBN 802101296X.

PŮSTOVÁ, Z. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1997, 32 s. ISBN 8072160222.

ROUČKOVÁ, J. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením: praktické návody a důležité informace*. Praha: Portál, 2006, 151 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-158-1.

Speciálně pedagogické centrum (SPC). *Deaf Ostrava* [online]. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.deaf-ostrava.cz/spc>

Speech audiometry. *Journey into the world of hearing* [online]. 2016 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.cochlea.eu/en/audiometry/subjective-measure/speech-audiometry>

STRNADOVÁ, V. *Hádej, co říkám, aneb, Odezírání je nejisté umění*. 2., dopl. vyd. Praha: ASNEP, 2001, 186 s. ISBN 8090303501.

Stručné vymezení sluchového postižení a oslabení sluchového vnímání. *Sluchové postižení nebo oslabení sluchového vnímání* [online]. ©2015-2017 [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/sluchove-postizeni-nebo-oslabeni-sluchoveho-vnimani/1-strucne-vymezeni-sluchoveho-postizeni-a-oslabeni-sluchoveho-vnimani/>

ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Septima, 2006, 64 s. ISBN 8072162322.

ŠEDIVÁ, Z. *Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených. [Díl] 1, Zvládání důležitých životních situací*. 1. vyd. Praha: Septima, 1997, 23 s. ISBN 8072160346.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido, 1999, 85 s. ISBN 8085931672.

ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. Vyd. 1. Praha: Vydala Univerzita Karlova Nakladatelství Karolinum, 2004, 247 s. ISBN 8024608774.

Terminology and Symbols. *First years* [online]. 2011 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.firstyears.org/lib/howtoread.htm>

The ABCs of audiograms. *Healthy hearing* [online]. 2017 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.healthyhearing.com/report/52516-The-abc-s-of-audiograms>

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1996, 16 s. ISBN 8085801833.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Základní činnosti služby rané péče. *Centrum pro dětský sluch Tamtam* [online]. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/co34Dnve32s/uploads/2015/09/cinnosti-sluzby-rana-pece.pdf>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro rodiče dětí se sluchovým postižením

Příloha č. 1 Dotazník pro rodiče se sluchovým postižením

1. Věk dítěte roků měsíců

2. Pohlaví:

1) chlapec

2) děvče

3. Rodiče jsou:

1) oba slyšící

2) oba se sluchovým postižením

3) jeden slyšící a druhý se sluchovým postižením

4. Má dítě se sluchovým postižením sourozence?

1) ano

2) ne

5. Kolikáté je dítě v pořadí?

1) první

2) prostřední

3) poslední

6. Jaké je vzdělání rodičů?

1) ZŠ

2) SŠ

3) VŠ

7. Rodina je:

1) úplná

2) neúplná

3) doplněná

8. Kdy jste získali podezření, že něco se sluchem Vašeho dítěte není v pořádku?

9. Kdo měl toto podezření?

- 1) rodiče dítěte
- 2) lékař
- 3) prarodiče
- 4) někdo jiný (kdo?)

10. Koho jste kontaktovali?

- 1) lékaře
- 2) sami jste hledali informace na internetu a v odborné literatuře
- 3) odborného lékaře - foniatra
- 4) psychologa
- 5) poradce střediska rané péče
- 6) jiné (koho?)

11. Kam Vás poslali?

- 1) do střediska rané péče
- 2) k odbornému lékaři na vyšetření
- 3) k psychologovi
- 4) do speciálněpedagogického centra
- 5) jinam (kam?)

12. Navštěvovali jste středisko rané péče?

- 1) ano
- 2) ne

13. Kde, od koho jste získali kontakt na středisko rané péče?

- 1) od lékaře
- 2) z letáčku
- 3) od známých
- 4) od někoho jiného (koho?)

14. Jak často probíhaly konzultace?

- 1) jednou za měsíc
- 2) jednou za dva měsíce
- 3) jinak (jak?)

15. V kterém věku dítěte jste byli poprvé u nějakého odborníka? Kterého?

16. Ve kterém věku byla dítěti stanovena konečná diagnóza?

17. Ve kterém věku dostalo dítě kompenzační pomůcku a jakou?

18. V případě, že má dítě kochleární implantát, na základě čeho jste se pro něho rozhodli?

- 1) zkušenost
- 2) doporučení známými
- 3) doporučení lékařem
- 4) možnost pro dítě se v budoucnu samo rozhodnout
- 5) větší možnost uplatnění se
- 6) jiné (proč?)

19. Měli jste dostatek informací o implantaci kochleárního implantátu?

- 1) ano
- 2) ne

20. Bylo dítěti provedeno novorozenecké vyšetření sluchu?

- 1) ano
- 2) ne

21. Jaké byly výsledky po použití kompenzační pomůcky?

- 1) došlo k výraznému zlepšení
- 2) došlo k mírnému zlepšení
- 3) nic se nezměnilo

22. Jaký druh komunikace dítě preferuje?

- 1) Český znakový jazyk
- 2) mluvenou řeč
- 3) znakovanou češtinu
- 4) odezírání
- 5) jiné (jaký?)

23. Měli jste dostatek informací, které jste potřebovali?

- 1) ano
- 2) ne

24. Od koho jste nejčastěji tyto informace získávali?

- 1) od lékaře
- 2) od poradců střediska rané péče
- 3) od pracovníku speciálněpedagogického centra
- 4) sami jste si je zjistili
- 5) od někoho jiného (koho?)

25. Byly pro vás tyto informace vždy srozumitelné?

- 1) ano
- 2) ne

26. Jaká je vzdálenost vašeho bydliště od střediska rané péče, speciálněpedagogického centra?

- 1) do 15 km
- 2) do 30 km
- 3) do 50 km
- 4) 50 km a víc

27. Ukazovali vám, jak s dítětem pracovat?

- 1) ano
- 2) ne

28. Jste v kontaktu s ostatními rodiči dětí se sluchovým postižením?

1) ano

2) ne

29. Jezdíte na pobyty organizované střediskem rané péče, speciálněpedagogickým centrem?

1) ano

2) ne

30. Na základě čeho jste se rozhodli pro tento druh školy?

1) doporučení známých

2) doporučení speciálněpedagogického centra

3) jiné (proč?)

31. Jaká byla spolupráce mezi střediskem rané péče a speciálněpedagogickým centrem?

1) bezproblémová

2) občas byly problémy

3) nespolupracovali

32. Jaká byla spolupráce mezi střediskem rané péče/ speciálněpedagogickým centrem a lékaři?

1) lékaři spolupracovali

2) lékaři spolupracovali jen málo

3) lékaři nespolupracovali

33. Co vám nejvíce pomohlo?

34. Jste spokojeni s podporou poskytovanou střediskem rané péče?

1) ano

2) ne

35. Byla komunikace se střediskem rané péče vždy bezproblémová?

1) ano

2) ne

36. Jste spokojeni s podporou poskytovanou speciálněpedagogickým centrem?

1) ano

2) ne

37. Byla komunikace se speciálněpedagogickým centrem vždy bezproblémová?

1) ano

2) ne

38. Jste spokojeni s přístupem lékařů?

1) ano

2) ne

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Nicola Lampová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Speciálněpedagogická intervence u dítěte se sluchovým postižením
Název v angličtině:	The special educational intervention for a child with hearing impairment
Abstrakt:	Diplomová práce je zaměřena na speciálněpedagogickou intervenci u dítěte se sluchovým postižením. Teoretická část se zabývá důsledky vady sluchu u dítěte raného věku, vyšetřovacími metodami a speciálněpedagogickou intervencí. Praktická část práce především zjišťuje, jaká je doba od zjištění vady sluchu po její diagnostiku a jaká je doba od diagnostiky po přidělení kompenzační pomůcky.
Klíčová slova:	Sluchové postižení, speciálněpedagogická intervence, vyšetřovací metody, důsledky vady sluchu, rodina
Abstract:	The thesis is focused on special educational intervention for children with hearing impairment. The theoretical part deals with the consequences of hearing impairment at an early age of the child, investigative methods and special educational interventions. The practical part mainly determines what is the time from discovery of hearing impairment to diagnosis and what is the time from diagnosis to allocation of compensatory aids.
Keywords:	Hearing impairment, special educational intervention,

	investigative methods, consequences of hearing impairment, family.
Přílohy:	Příloha č. 1 Dotazník pro rodiče dětí se sluchovým postižením
Rozsah práce:	93 stran + 6 stran přílohy
Jazyk práce:	Český jazyk