

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Jana Soldanová

Primární zdravotní péče: Kojenecký screening sluchu z pohledu speciální  
pedagogiky

Olomouc 2015

vedoucí práce: prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením prof. PhDr. PaedDr. Miloně Potměšila, Ph.D. a použila jen uvedené prameny a literaturu.

V Olomouci dne

.....

## **Poděkování**

Děkuji prof. PhDr. PaedDr. Miloni Potměšilovi, Ph.D. za odborné vedení a poskytování podkladů a cenných rad pro zpracování diplomové práce, pracovním Speciálně pedagogického centra a Mateřské školy pro sluchově postižené v Olomouci, Centru pro dětský sluch Tamtam, rodičům dětí se sluchovým postižením, kteří se podíleli na mém výzkumu, pracovním Mateřské školy pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí a Ing. Pavlu Zvědělíkovi.

V Olomouci dne

.....

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Jana Soldanová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Primární zdravotní péče: Kojenecký screening sluchu z pohledu speciální pedagogiky
<b>Název v angličtině:</b>	Primary healthcare: Infant screening for hearing impairment of special education
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce je zaměřena na diagnostiku sluchového postižení u dětí ve věku od 0 do 7 let. V teoretické části je popsána problematika sluchového postižení a vývoj dítěte od narození do předškolního věku. Praktická část interpretuje zkušenosti s diagnostikou sluchu rodičů a pracovníků SPC, výsledky měření sluchu u dětí se sluchovým postižením a popisuje případové studie dětí se sluchovým postižením.
<b>Klíčová slova:</b>	sluchový screening, dětství, diagnostika, sluchové postižení
<b>Anotace v angličtině:</b>	The masters thesis is focused on diagnostics of hearing impairment children aged 0 – 7 years. The theoretical part describes the issue of hearing impairment and child development from birth to preschool age. The practical part interprets experience parents and staff SPC with the diagnostics of hearing impairment, results of measurement hearing in children with hearing impairment and describes case studies of children with hearing impairment.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	hearing screening, childhood, diagnostics, hearing impairment
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky SPC Příloha č. 2: Dotazník pro rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let
<b>Rozsah práce:</b>	118
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

## Obsah

ÚVOD.....	- 7 -
1 Kapitola o sluchu.....	- 8 -
1.1 Klasifikace sluchových vad .....	- 8 -
1.2 Anatomie a fyziologie sluchového orgánu .....	- 10 -
1.3 Sluchová protetika .....	- 12 -
2 Charakteristika vývoje dítěte od 0 do 6 let.....	- 16 -
2.1 Prenatální a perinatální období .....	- 16 -
2.2 Rané dětství.....	- 17 -
2.2.1 Novorozenecké období .....	- 17 -
2.2.2 Kojenecké období.....	- 19 -
2.2.3 Batolecí období.....	- 24 -
2.3 Střední dětství .....	- 27 -
2.3.1 Předškolní období.....	- 27 -
3 Charakteristika vývoje dítěte se sluchovým postižením od 0 do 6 let .....	- 29 -
3.1 Prenatální a perinatální období .....	- 29 -
3.2 Rané dětství.....	- 31 -
3.2.1 Novorozenecké období .....	- 31 -
3.2.2 Kojenecké období .....	- 34 -
3.2.3 Batolecí období.....	- 36 -
3.3 Střední dětství .....	- 37 -

3.3.1	Předškolní období .....	- 37 -
4	Diagnostika poruch sluchu u dětí .....	- 39 -
4.1	Medicínské hledisko .....	- 39 -
4.1.1	Subjektivní zkoušky sluchu .....	- 39 -
4.1.2	Objektivní zkoušky sluchu .....	- 40 -
4.2	Speciálněpedagogické hledisko .....	- 42 -
5	Dopady sluchového postižení .....	- 47 -
5.1	Dopad na jedince .....	- 47 -
5.2	Dopad na rodinu.....	- 50 -
6	Výzkumná část .....	- 56 -
6.1	Metodologická východiska .....	- 56 -
6.2	Realizace výzkumu .....	- 56 -
6.3	Vlastní výzkumná práce.....	- 57 -
6.3.1	Analýza výsledků dotazníků pro speciálně pedagogická centra .....	- 57 -
6.3.2	Analýza výsledků orientační zkoušky sluchu.....	- 64 -
6.3.3	Analýza výsledků dotazníků pro rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let.....	- 72 -
6.3.4	Analýza případových studií .....	- 91 -
	ZÁVĚR.....	- 113 -
	Seznam zdrojů .....	- 115 -
	Seznam příloh.....	- 118 -

## ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou diagnostiky sluchového postižení dětí od 0 do 7 let. Včasnost odhalení sluchového postižení dítěte je velmi zásadní pro jeho následný vývoj. Velkou část sluchových vad je možné odhalit již pár dnů po narození dítěte pomocí novorozeneckého screeningu sluchu. Novorozenecký screening sluchu je u nás aktuálně velmi diskutované téma. Legislativně je ukotven ve vyhlášce č. 7 z roku 2012 Ministerstva zdravotnictví České republiky, i přesto se stále neprovádí celoplošně.

Kromě objektivních zkoušek sluchu – nezávislých na spolupráci dítěte, jsou také velmi důležité subjektivní zkoušky sluchu – závislé na spolupráci a intelektu dítěte. Aby byla speciálněpedagogická intervence co nejučinnější, je třeba se nespoléhat pouze na objektivní zkoušky sluchu, ale učit dítě nácvik na subjektivní zkoušku sluchu, kterou lze provést již v raném věku. Nácvik na subjektivní zkoušku sluchu probíhá ve speciálněpedagogických zařízeních. Lékařské zařízení – ORL subjektivní zkoušky sluchu provádí až u dětí školního věku.

Autorka si toto téma vybrala, protože považuje včasné odhalení sluchového postižení a následnou kompenzaci za zcela zásadní. Sama má oba rodiče neslyšící a včasnost odhalení vady sluchu a následné zahájení speciálněpedagogické intervence bylo zásadní v jejich životě. Bohužel v té době chyběla jejím prarodičům možnost podílet se na speciálněpedagogické intervenci, takže vznikaly mnohé neshody a u jednoho z rodičů došlo k narušení vztahu se svým rodičem.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána kapitola o sluchu, která obsahuje klasifikaci sluchových vad, anatomii a fyziologii sluchového orgánu a sluchová protetika. Další dvě kapitoly jsou věnovány charakteristice vývoje dítěte od narození do předškolního věku a to dítěte intaktního a dítěte se sluchovým postižením. Ve čtvrté kapitole je popsána diagnostika poruch sluchu u dětí a v páté kapitole jsou popsány dopady sluchového postižení na jedince a na jeho rodinu. V praktické části jsme se zaměřili na zkušenosti rodičů s novorozeneckým screeninem sluchu a na zkušenosti pracovníků SPC se subjektivními zkouškami sluchu. Nabídli jsme osloveným SPC možnost orientační zkoušky sluchu u jejich klientů a sepsali případové studie dětí se sluchovým postižením v předškolním věku, abychom zmapovali jejich úroveň v různých oblastech vzhledem k faktorům ovlivňujícím jejich vývoj.

# 1 Kapitola o sluchu

*„Obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců se sluchovým postižením, se nazývá surdopedie a je součástí vědecké disciplíny speciální pedagogika.“ (Souralová & Langer, 2006, p. 175)*

## 1.1 Klasifikace sluchových vad

Osoby se sluchovým postižením jsou velmi heterogenní skupina, která se odlišuje především podle typu a stupně sluchového postižení. Hned na začátku bychom měli zmínit rozdíl mezi sluchovou vadou a sluchovým postižením, jak ji rozlišuje Sovák (In Potměšil, 2003). Sluchová vada je poškození sluchového orgánu, nebo jeho funkce, a proto dochází ke snížení kvality či kvantity slyšení. Oproti tomu sluchové postižení je širší pojem, který obsahuje i sociální důsledky, včetně narušení řeči.

Podle období vzniku vady sluchu, je rozdělujeme na vrozené a získané. Za vrozené sluchové vady považujeme sluchové postižení projevené díky genetické zátěži. 80 – 90% sluchových vad se projeví díky autozomálně recesivním alelám. Je známo přibližně 30 genů, které způsobují autozomálně recesivní nesyndromickou ztrátu sluchu. Mezi vrozené sluchové vady také řadíme kongenitálně získané sluchové vady. Jedná se o prenatálně a perinatálně vzniklé vady sluchu, blíže specifikované ve 3. kapitole. Získané vady sluchu se dělí na prelingvální – získané před fixací řeči (přibližně do 6. roku života dítěte) a postlingvální – získané po fixaci řeči. Příčinou prelingválních vad sluchu jsou častá infekční onemocnění dítěte jako zánět mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice, opakované záněty středního ucha, ale může se jednat i o úrazy hlavy. Příčinou postlingválních vad sluchu mohou být poranění hlavy a vnitřního ucha, působení dlouhodobé hlukové zátěže nad 85 dB, hormonální a metabolické poruchy, degenerativní onemocnění apod. Podle místa, kde vada sluchu vznikla, dělíme vady na převodní, percepční a centrální. Převodní porucha sluchu vzniká postižením vnějšího nebo středního ucha. Percepční vada sluchu (kochleární) je porucha přeměny zvuku v nervový vzruch ve vnitřním uchu. Centrální vada sluchu (retrokokleární) je porucha vedení zvukového signálu VIII. hlavovým nervem (tj. vestibulokokleárním) a sluchovou dráhou v mozkovém kmeni. Odborníky nejčastěji užívané dělení je klasifikace sluchových vad dle WHO z hlediska ztráty v decibelech na lépe slyšícím uchu, viz tabulka č. 1. (Horáková, 2012, Potměšil, 2003, Lejska, 1994)



<b>Stupeň poruchy sluchu</b>	<b>Ztráta sluchu v dB</b>	<b>Projev poruchy</b>
žádná porucha	0 – 25 dB	Jedinec je bez sluchových obtíží, případně lehké obtíže, je schopen slyšet šepot.
lehká porucha	26 – 40 dB	Jedinec slyší a je schopen zopakovat slova, která jsou řečena hlasitou řečí ze vzdálenosti větší než 1 m.
střední porucha	41 – 60 dB	Jedinec slyší a je schopen zopakovat slova, která jsou řečena hlasitou řečí ze vzdálenosti 1 m.
těžká porucha	61 – 80 dB	Jedinec slyší některá slova, která jsou křičena do lépe slyšícího ucha.
velmi těžká porucha včetně hluchoty	81 dB a více	Jedinec není schopen slyšet a rozumět hlasu, přestože je křičen.
Omezující porucha sluchu		U dospělých osob: ztráta 41 dB a více na lépe slyšícím uchu U dětí do 15 let (včetně): ztráta 31 dB a více na lépe slyšícím uchu

*Klasifikace stupňů poruch sluchu (Tarciová 2008)*

Znalost tohoto dělení souvisí se schopností čtení v audiogramu. Potměšil (2003, p. 17) uvádí, že ... „Pro běžnou praxi speciálního pedagoga je snad nejdůležitější dovedností dokonalá orientace v audiogramu jako záznamu o vyšetření sluchu, na kterou je možno navázat v dalších diagnostických činnostech a následně také při sestavování individuálního plánu. To se týká zároveň i schopnosti informovat správně rodiče, žáky nebo klienty s odvoláním na stav sluchu, o možnostech zařazení do konkrétního programu výstavby komunikativních dovedností a dále o potřebě používání sluchadel nebo jiných kompenzačních pomůcek.“

Ve speciální pedagogice se setkáváme s termíny ohluchlost, hluchota, zbytky sluchu a nedoslýchavost. Za ohluchlost považujeme ztrátu sluchu, která vznikla v období dokončování vývoje mluvené řeči, případně vznikla v období, kdy řeč byla již vytvořena. Řečové schopnosti jedince se nevytrácí, ale řeč postupně ztrácí formální úroveň a nedochází k rozšiřování slovní zásoby v běžném tempu. Hluchota je zpravidla vrozená nebo v raném

věku získaná ztráta sluchu. Termín zbytky sluchu používáme u jedinců s neúplnou ztrátou sluchu zpravidla spojenou s retardací řečového projevu nebo jeho absencí. Nedoslýchavost je získaná nebo vrozená částečná ztráta sluchu. Dle Sováka se dělí na velmi těžkou nedoslýchavost - kdy jedinec vnímá řeč v těsné blízkosti u ucha v značně deformované podobě, těžkou nedoslýchavost – kdy jedinec vnímá řeč do vzdálenosti jednoho metru od ucha. Střední nedoslýchavost – jedinec porozumí řeči ve vzdálenostech jeden až tři metry. A lehká nedoslýchavost – jedinec nemá nápadné problémy při běžné komunikaci, pokud se nenachází ve hlučném prostředí, nebo je při komunikaci použita šeptaná řeč. Nesmíme taktéž opomenout termín presbyakuzie - stařeckou nedoslýchavost. (Horáková, 2012, Potměšil, 2003)

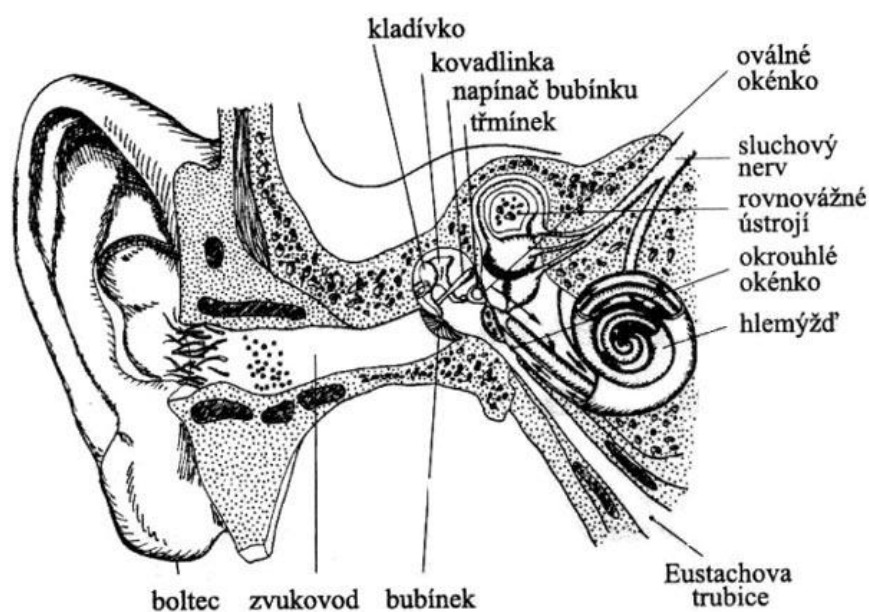
## **1.2 Anatomie a fyziologie sluchového orgánu**

Abychom mohli správně informovat jedince (ať už dospělého či rodiče dítěte) o stavu sluchu, v případě patologií o možnostech výstavby komunikačního systému a možnostech kompenzace sluchové vady a jejích limitech, je třeba znát základní stavbu a funkci sluchového orgánu.

Anatomicky sluchový orgán dělíme na periferní a centrální část. Periferní část se skládá ze zevního, středního a vnitřního ucha. Centrální část ze sluchových drah a sluchového centra. Zevní ucho se skládá z ušního boltce a zevního zvukovodu. Ušní boltec je chrupavčitá symetrická plotýnka, která se zužuje a přechází v oválnou trubici - zevní zvukovod, která má cca 2,5 cm. Zevní zvukovod je hranicí mezi vnějším a středním uchem, protože končí bubínkem. Střední ucho se skládá právě z bubínku, dutiny bubínkové, sluchových kůstek, sluchové trubice a sklípkového systému. Bubínek je napnutá trychtýřová membrána, která je postavena šikmo k ose zvukovodu. Za bubínkem se nachází středoušní dutina – dutina bubínková. Je uložena ve spánkové kosti a v ní jsou tři sluchové kůstky – kladívko, kovádlíka a třmínek. K bubínku je pevně fixována středoušní kůstka kladívko, která však může volně kmitat. Středoušní kůstky vytvářejí kloubně spojený řetěz, přitom třmínek tvoří hranici mezi středním a vnitřním uchem. Celé vnitřní ucho je uloženo hluboko ve spánkové kosti a celkově se nazývá labyrintem. Kostní labyrint je kostěné pouzdro pro blanitý labyrint. Vestibulum je vstupní část do vnitřního ucha, ústí sem jak polokruhové chodbičky,

tak hlemýžď - kochlea. Polokruhové chodbičky leží ve třech navzájem kolmých rovinách, jedna horizontální a dvě vertikální. Obsahují buňky, které zajišťují rovnováhu lidského těla. Hlemýžď je vyplněn perilymfou a endolymfou. Sluchový orgán (Cortiho orgán) má tři řady zevních a jednu řadu vnitřních vláskových sluchových buněk. Sluchový nerv má část sluchovou a rovnovážnou. Kmen mozkový spojuje nervová vlákna z obou uší. (Lejska, 1994)

Fyziologie sluchového orgánu je velmi složitý proces, který obsahuje transport zvukových vln k vlastním sluchovým buňkám, podráždění sluchových buněk, transformaci zvukového podnětu v nervový impuls, vedení nervového vzruchu do mozkového sluchového centra a zpracování nervového podnětů ve sluchovém centru. Boltec sám o sobě nemá význam pro transformaci zvuků, resp. jeho ztráta nebo poškození nezpůsobí poruchu sluchu. Zevní zvukovod koncentruje a převádí zvuky k bláně bubínku, ten je rozkmitáván zvukovými vlnami. Kmitání se dále přenáší na sluchové kůstky. Ploténkou třmínku je kmitání přeneseno do vestibula vnitřního ucha, kde uvede do pohybu endolymfu, která rozkmitá vláskové sluchové buňky a tím se mění sluchový podnět na nervový vzruch. Nervový vzruch je přenášen nejprve sluchovým nervem, pak sluchovou dráhou. Sluchové dráhy a podkorová centra se spojují se sluchovým centrem kůry mozkové, kde dochází k uvědomění sluchového vjemu. (Lejska, 1994)



Obr. 1 Anatomie sluchového orgánu (Zdroj: <http://tomatis-praha.cz/index.php?id=o-metode-tomatis&idp=teorie-a-vyzkum>)

### 1.3 Sluchová protetika

Surdopedie úzce spolupracuje s mnoha dalšími pedagogickými, biologickými, psychologickými, sociologickými, medicínskými a také technickými obory jako je sluchová protetika. Technické pomůcky pro osoby se sluchovým postižením zahrnují široké spektrum speciálních elektroakustických přístrojů. Ne každá sluchová vada lze však kompenzovat a každá kompenzace sluchové vady má své limity. Při indikaci korekce sluchové vady je nutné posuzovat každého jedince velmi individuálně. Havlík (2007, In Horáková, 2012) uvádí, že každý nedoslýchavý prožívá svůj handicap z emocionálního a komunikačního hlediska různorodě. Hrboň, Jedlička a Hořejší (1998, In Horáková, 2012) uvádějí, že pouze třetina osob se sluchovým postižením využívá kompenzační pomůcku, ačkoliv by jim mohla účinně pomoci. Jako důvody uvádějí, že někteří lidé si nechťejí své problémy se sluchem přiznat a odmítají jakoukoliv pomoc. Jako jeden z důvodů také uvádějí obavu, že užíváním kompenzační pomůcky zviditelní svůj handicap a ovlivní tak postoj společnosti vůči sobě. Lékaři ORL se někdy setkávají s osobami, které kompenzační pomůcku vyzkoušely, ale nepomohla jim. Problém těchto osob spočívá ve špatném výběru kompenzační pomůcky, nebo nesprávném užívání. Havlík (2007, In Horáková, 2012) tvrdí, že zvolit správnou sluchovou protetiku je nejobtížnější u dětí, a proto by měla spadat do kompetence jen špičkových odborníků ve specializovaných centech. (Horáková, 2012)

Nejčastější kompenzační pomůckou jsou sluchadla, tzv. individuální zesilovače zvuku. Jedná se o miniaturní elektroakustický přístroj, který zesiluje a moduluje zvukový vjem. Základní částí sluchadla jsou mikrofon, zesilovač, reproduktor, přepínač programů, regulátor hlasitosti, indukční cívka, případně přímý audio vstup. Zvuk je sluchadlem dostatečně zesílen a modulován dle nastavení foniatra. Sluchadla jsou určena osobám s lehkou, středně těžkou i těžkou nedoslýchavostí. Před samotnou indikací sluchadla lékař zjišťuje, jaká je nejnižší hlasitost zvuku, kterou je člověk schopen slyšet na určité frekvenci. Pokud má dítě větší ztrátu než 30 dB na frekvencích 500, 1000 a 2000 Hz, doporučuje se korekce sluchadly, pokud se jedná o ztrátu větší než 40 dB, je korekce sluchadly nezbytně nutná. Horáková (2012) uvádí také tvrzení Jungwirthové (2010), která vyvrací mýtus o trénování sluchu bez sluchadel. Tvrdí, že toto cvičení nemá žádné opodstatnění. Nejčastější dělení sluchadel je dle akustického signálu – jedná se o sluchadla analogová a digitální, dle charakteru přenosu zvuku – sluchadla, která přenášejí zvuk vzduchem (způsob, který využívají všechny modely závěsných a nitroušních sluchadel) a sluchadla, která přenášejí zvuk kostním vedením

(BAHA sluchadlo). Poslední dělení je dle tvaru – závěsná sluchadla, nitroušní (sem spadají kanálová, zvukovodová, boltcová – dle velikosti), kapesní a brýlová. U malých dětí jsou sluchadla přidělena na základě vyšetření BERA, případně OAE, nebo SSEP. Sluchadla jsou pořizována osobám se sluchovým postižením z prostředků všeobecného zdravotního postižení na základě zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Budoucí uživatel sluchadla si může vybrat základní verzi sluchadla bez doplatku, případně dražší s vlastním doplatkem. (Horáková, 2012, Suralová & Langer, 2006)



Obr. 2 (Zdroj: [http://www2.teiresias.muni.cz/comin/images/brozura/sluchadla\\_p\\_15.png](http://www2.teiresias.muni.cz/comin/images/brozura/sluchadla_p_15.png))

Kochleární implantát je nitroušní elektronická smyslová náhrada, která je indikována lidem s těžkým sluchovým postižením, nebo neslyšícím. Kochleární implantát získaný zvuk analyzuje a přetváří na sled elektronických impulsů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu. Kochleární implantace je zpravidla indikována u jedinců ohluchlých v jakémkoliv věku, nebo u prelingválně neslyšících, kterým ani výkonná sluchadla neumožňují recepci a rozvoj mluvené řeči. U dětí, které ohluchly po meningitidě, často dochází ke zkostratění hlemýždě, proto je nutné provést kochleární implantaci co nejdříve po ohluchnutí – zpravidla do půl roku. Kontraindikací je sluchové postižení způsobené poruchou sluchového nervu, nebo centrálních sluchových drah. (Horáková, 2012)

Indikační kritéria pro kochleární implantaci v roce 2014 můžeme najít na webových stránkách České společnosti otolaryngologie a chirurgie hlavy a části krku ČLS JEP

(<http://www.otolaryngologie.cz/dokumenty/indikace.pdf>). V tomto dokumentu se poprvé hovoří i o bilaterální kochleární implantaci, kterou již začaly zdravotní pojišťovny proplácet. Bilaterální kochleární implantace je možná u dětí, které mají diagnostikovanou kongenitální prelingvální hluchotu, od půl roku do tří let věku dítěte. Standardem má být synchronní oboustranná implantace. Podmínkou je dobře spolupracující rodina a sluchové postižení bez přidružených vad. Pokud má dítě již dříve implantovaný kochleární implantát, druhá implantace je možná, pokud od první neuplynul více jak rok, ale je možná výjimka do tří let, podmínkou je dobře spolupracující rodina (reálné očekávání, sociální zázemí apod.) U dětí, které mají přidružené postižení, je možná kochleární implantace jednostranná. Výjimkou jsou osoby se slepotou, případně s hrozící slepotou. V zahraničí je oboustranná kochleární implantace běžnou praxí. Ze zkušeností takto implantovaných uživatelů víme, že oboustranná implantace jim poskytuje výhody jako je snížení únavy, schopnost směrového slyšení, prostorové orientace a lepší srozumitelnost v hluku.

V České republice se kochleární implantace provádějí v centech kochleárních implantací, a to na čtyřech pracovištích – Fakultní nemocnice Motol Praha, Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně, Fakultní nemocnice Ostrava a Fakultní nemocnice Hradec Králové. Osoby se sluchovým postižením si také mohou zvolit konkrétní produkt od konkrétní firmy. V České republice je aktuálně jedná o firmy Medel a Cochear.

Kochleární implantát se skládá ze dvou částí – z vnější a vnitřní části. Vnější část obsahuje mikrofon, zvukový (řečový) procesor a vysílací cívku. Vnitřní část obsahuje přijímač a svazek 22 elektrod implantovaných do hlemýžďe.



- 1) Zvukový procesor
- 2) Vysílací cívka
- 3) Vlastní implantát a svazek elektrod v hlemýždi
- 4) Sluchový nerv

*Obr. 3 Schéma fungování kochleárního implantátu (Zdroj: <https://telemedicina.med.muni.cz/auth/detsk-a-orl/images/9/9f/CI3.jpg>)*

Dalším méně užívaným sluchovým protetikem je kmenový implantát. Kmenový implantát obnovuje sluchové vjemy pomocí elektrické stimulace elektrodami v blízkosti kochleárních jader v mozkovém kmenu. Jedná se o neurochirurgický zákrok, kdy se do hlemýždě implantují elektrody ve tvaru terčíku k jádrům sluchové dráhy. Vnější část kmenového implantátu vypadá stejně jako kochleární implantát. Horáková (2012) uvádí, že přínos kmenového implantátu není tak výrazný jako kochleárního implantátu. I přesto hovoří o takovéto stimulaci mozku jako o nejmodernější a nejefektivnější léčebné metodě. Kmenový implantát je určen osobám starším 18 let, takto implantovaná osoba je schopna rozlišovat zvuky, nikoliv mluvenou řeč bez zrakové opory – odezírání.

## 2 Charakteristika vývoje dítěte od 0 do 6 let

### 2.1 Prenatální a perinatální období

#### Prenatální období

Život člověka začíná početím, tím také začíná prenatální období, které trvá až do porodu dítěte (perinatálního období). Prenatální období lze rozdělit do tří fází.

1. Fáze – období oplodnění a vytvoření zárodku, trvá cca první 3 týdny, do první srdeční ozvy. V tomto období se vytváří placenta a koncem 3. - 4. týdne vzniká nervová trubice. (Pugerová, 2008)
2. Fáze – embryonální období, trvá od 4. do 12. týdne. Vytvářejí se základy jednotlivých orgánů. Toto období je nejvíce rizikové pro budoucí vývoj plodu.
3. Fáze – fetální období, začíná 12. týdnem a končí porodem. V tomto období dochází ke zrání orgánů a většina z nich začíná uskutečňovat svoji funkci. (Langmeier & Krejčířová, 2006)

*„V prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Lidský mozek, jehož funkce je základním předpokladem přiměřeného duševního vývoje, se rozvíjí v průběhu celého prenatálního období (a ještě dlouho po tom). Vzhledem k tomu je také vnímavý vůči všem možným toxickým vlivům. Je třeba si uvědomit, že v této době není zvýšeně citlivý na působení různých faktorů jenom plod, ale i matka. Organismus gravidní ženy reaguje v důsledku hormonálních změn intenzivněji i na běžné zátěže.“ (Vágnerová, 2005, p. 63)*

Podle nejnovějších studií je dokázáno, že dítě již v prenatálním období má schopnost se učit a používá některé smysly. U schopnosti učení mluvíme o nejjednodušších formách učení. Od sedmého a půl týdne začíná nervový systém pracovat, proto dítě reaguje na lehký dotek či tlak. Pugerová (2008) uvádí, že dotýkání se a hlazení jsou prospěšné pro zdravý psychický vývoj dítěte a že dítě tímto navazuje citový vztah s rodiči a sourozenci. Kolem 9. týdne se objevuje schopnost sání v podobě cucání prstů. Empirická zjištění potvrdila schopnost dítěte rozpoznat i chuť. Dítě je obdařeno sluchem a umí diferenciovaně reagovat na různé zvuky, což se potvrdilo při experimentech s reakcemi dětí na vážnou hudbu. Sluch však může být poškozen, pokud bude vystaven vyšší intenzitě než 90 dB. Lékaři učinili



zajímavé zjištění. Podle nich je plod od 28. týdne schopen snít. Změna dýchání, srdečního rytmu a mimiky, v níž se zobrazuje úsměv, údiv a překvapení to potvrzují. Dříve tyto projevy byly považovány nevolní pohyby a křeče. Dnes víme, že jsou to projevy vnitřního prožívání, které jsou závislé i na interakci s matkou. (Pugnerová, 2008)

### Perinatální období

*„Porod je v životě dítěte i matky významným mezníkem, ale zároveň určitou zátěží. Dítě přestává být součástí mateřského organismu, stává se samostatnou bytostí, přinejmenším z biologického hlediska. Pro dítě znamená narození dost zásadní změnu jeho způsobu života. V perinatálním období přebývalo v plodové vodě, v prostředí, které mělo stabilní teplotu a tlumilo zvuky i doteky. Po porodu se ocitá ve zcela odlišných podmínkách. Leží na pevné podložce, v intenzivním osvětlení, relativním hluku a chladu, vnímá svou tělesnou hmotnost jinak než dřív. Musí samo dýchat, přijímat potravu, vyměšovat a udržovat tělesnou teplotu.“*  
(Vágnerová, 2005, pp. 67 - 68)

V dnešní době existují různé varianty předporodních kurzů, ale i různé druhy alternativních porodů, které vznikly proto, aby byl porod pro matku i dítě co nejpříjemnější. Dnes je zcela běžný systém „rooming-in“. Je to metoda, kdy se dítě ihned po narození neodděluje od matky, ale je na pokoji společně s matkou. Čím dál častější je také přítomnost otce u porodu, která snižuje strach a úzkost rodičky. (Pugnerová, 2008)

## **2.2 Rané dětství**

Za rané dětství je považován vývoj dítěte od narození do 3 let věku, obsahuje tedy novorozenecké, kojenecké a batolecí období.

### **2.2.1 Novorozenecké období**

Po perinatálním období nastává období novorozenecké. Novorozenec v průměru měří 50 cm a průměrná hmotnost se pohybuje kolem 3300g – 3400g. Je to období, kdy se dítě adaptuje na nové prostředí, trvá od narození do 28. dne. (Vágnerová, 2005)

*„Vývoj vysoce diferencovaných orgánů (játra, ledviny, nadledvinky a vývoj CNS) není po porodu dokončen. Nejpomaleji a nejdéle se vyvíjí systém vyšší nervové činnosti. A to proto,*

*že je to systém nejdokonalejší a nejsložitější, který potřebuje k dokončení své vyzrálosti nejvíce času.*“ (Pugnerová, 2008, p. 43)

Novorozenec je vybaven nepodmíněnými reflexy a má vrozené způsoby chování, které mu usnadňují přežití. Všechny jeho projevy jsou závislé na jeho biorytmu. Potřeba spánku novorozence je 20 – 22 hodin denně. Krátké úseky bdění zpočátku využívá především k uspokojení biologických potřeb, postupně ho zaujmou i jiné podněty a bdění využívá k poznávání a učení. Vrozené nepodmíněné reflexy – hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranné, orientační, úchopové a polohové napomáhají k primární orientaci a adaptaci na prostředí. Jsou základem dalšího vývoje a v průběhu života dítěte postupně vyhasínají. (Langmeier & Krejčířová, 2006; Pugnerová, 2008; Vágnerová, 2005)

Pugnerová (2008) uvádí fakta z výzkumů minulých desetiletí, která prokazují, že děti narozené v řádném termínu se rodí se všemi dobře fungujícími smyslovými systémy a jsou připravené vnímat podněty z okolí.

Pouze vývoj zrakového vnímání teprve začíná, protože v prenatalním období se rozvíjet nemohlo. Novorozencova zraková ostrost je oproti dospělému až 30krát menší. Novorozenec vnímá objekty pouze ve svém zorném poli do vzdálenosti 20 – 30 cm. Nejvíce ho zaujmají barevné a světelné kontrasty, pohyblivé objekty a lidský obličej. Proto je při komunikaci matky s dítětem velmi důležitý zrakový kontakt a zvýrazněná mimika. Co se sluchu v prenatalním období týče, dítě umí diferenciovaně reagovat na různé zvuky. Po narození má značný rozsah slyšení a dokáže rozlišovat i vysoké tóny. Je schopen odlišit hlas matky od hlasu jiných žen. Hlas otce však rozeznává až později. Novorozenec reaguje na silné zvukové podněty (např. bouchnutí, tlesknutí) pohybem celého těla – trhnutí, mrknutí, úlek. Novorozenec má také časnou schopnost lokalizace zdroje zvuku, často přivrací pohled ke zdroji zvuku. Tuto schopnost má dítě pouze v novorozeneckém období, poté ji ztrácí a znovu si ji osvojí v období 3. – 4. měsíce života. Novorozenec má i velmi dobře vyvinutý hmat, teplo a taktilní uklidňování je pro něj velmi příjemné. Dítě chuťově a čichově vnímá již v prenatalním období. Avšak chybí zde ještě diferenciaci podnětů střední intenzity. Novorozenec preferuje sladkou chuť a sladkou vůni. Na chuť reaguje mimickými svaly, v případě sladké chuti je mimika v obličejí dítěte uvolněná, u kyselé či hořké chuti je tomu naopak. Pokud novorozenec cítí sladkou vůni, natáčí se směrem k ní, v případě nelibé vůně

hlavičku odvrací. Je dokázáno, že pozná vůni matky do 45 hodin po narození, pokud byl v její těsné blízkosti. (Langmeier & Krejčířová, 2006; Pugnerová, 2008; Vágnerová, 2005)

*„Učení je v raném věku spojeno se základními smyslovými informacemi, které jsou za normálních okolností snadno dostupné a nevyžadují žádné zvláštní úsilí. První zjevné projevy učení se objevují již v 2. – 5. dnu života a souvisejí s aktem krmení. ... Například dítě pozná matku podle hlasu a natáčí hlavičku ve směru tohoto signálu apod. Postupně se pod vlivem zkušenosti mění i vrozené reflexní mechanismy.“* (Vágnerová, 2005, p. 70)

To, co se novorozenec naučí, je schopen si uchovat i déle než 24 hodin. Velmi brzy chápe vztah svého chování a následky tohoto chování. Učí se rozlišovat informace a snaží se porozumět svému okolí, učí se vyhledávat pouze příjemné podněty a nepříjemným se snaží vyhýbat. (Langmeier & Krejčířová, 2006; Pugnerová, 2008)

## **2.2.2 Kojenecké období**

Kojenecké období trvá od 29. dne života dítěte do jednoho roku. Je to nejintenzivnější vývojový úsek. Průměrná výška dítěte na konci prvního roku je 75 cm a průměrná hmotnost 10 – 11 kg. V prvním roce života se projevují největší individuální rozdíly. Rozdílnost najdeme jak v celkovém vývoji, tak i v temperamentu dítěte. Osobnost dítěte ovlivňuje jeho chování, prožívání i způsob učení. Kojenec vnímá různé podněty z okolí a také na ně reaguje. Má potřebu přiměřené stimulace a učení. Přiměřená stimulace je velmi důležitá pro další vývoj dítěte. V případě nepřiměřené stimulace mluvíme o dvou extrémech a to nedostatečné stimulaci a nadbytečné stimulaci. Nemá-li kojenec dostatek podnětů, jeho vývoj se zpomaluje. Nadbytek podnětů kojence přetěžuje a může být proto vyčerpán. Vždy musíme uvážit individuální potřeby dítěte, úroveň jeho zralosti a emoční naladění. V kojeneckém věku můžeme již mluvit o učení v širším slova smyslu. Kojenci si vytvářejí krátké řetězce podmíněných reflexů. Paměť, která s učením souvisí, je zastoupena rozpoznáváním, resp. znovupoznáním. Kojenec až v 10 měsíci dokáže své chování cíleně utlumit, cítí-li bolest při doteku horkého podnětu, do té doby se o to vždy znovu pokusí. Základem poznávacího procesu kojence je praktická činnost. Mezi 4. a 8. měsícem preferuje taktilní a kinestetické počítky. Specifickým způsobem poznávání je vkládání předmětů do úst. (Pugnerová, 2008; Vágnerová, 2005)

Vágnerová (2005) uvádí, že zrakové vnímání je pro rozvoj poznávacích procesů nejdůležitější, protože podněty tohoto druhu jsou četné, dostatečně variabilní a dostupné. Zrakové vnímání je významným prostředkem orientace a zdrojem mnoha informací. V prvním roce života se zrakové vnímání rozvíjí na základě interakce zrání a učení. Ve dvou měsících vidí dítě spíše obrysy objektu, až od 3. měsíce je vnímání detailnější. Tříměsíční dítě vidí předměty ve vzdálenosti 12 – 50 cm, v půl roce zvládne dítě fixovat předměty vzdálené až jeden metr. Zhruba v 6 měsících života se výrazně zlepšuje zraková ostrost, ale kojeneček ještě nevidí stejně dobře různě vzdálené objekty. Periferní vidění se rozvíjí od 3. měsíce. Schopnost barvocitu mají děti ihned po narození, kdy umí rozlišit červenou a zelenou barvu. Ve druhém měsíci života dokážou rozlišit základní barvy. Sledovat pohyblivý objekt dokáže kojeneček v 8. týdnu, ale pouze předměty pohybující se ze středu ke straně nebo opačně. Nezvládne přejít pohledem tzv. středovou čáru, která pomyslně leží vertikálně mezi očima kojence. Ještě nedokáže pohyby očí dobře koordinovat. Rozvoji zrakového vnímání napomáhá pohyb hlavičky, ale i naopak. Zrakové vjemy motivují dítě k pohybu hlavičky. Ve třech měsících dítě pozoruje pohyby svých rukou v tzv. střední linii. Mezi 3. a 5. měsícem již dokáže pozorovat pomalu se kutálející míč ze strany na stranu, není již omezován středovou linií. V 6. měsíci dokáže sledovat vertikální pohyb.

*„Malí kojenci vnímají jednotlivé vizuální podněty jako oddělené prvky a teprve později je dovedou zařadit do jednoho celku, chápat je v jejich vzájemném vztahu. Ve 3 měsících začínají diferencovat objekty jako koherentní, ohraničené jednotky. Jejich odlišení je snazší, pokud se pohybují, a tak se oddělují od svého pozadí. Percepci, resp. interpretaci vnímaného, ovlivňuje zkušenost, dítě si zafixuje konfigurace, které mělo možnost častěji vnímat.“*  
(Vágnerová, 2005, p. 78)

Na rozdíl od zraku sluchové vnímání fungovalo již v prenatálním období. Další jeho rozvoj závisí na zrání recepčního systému vnitřního ucha a sluchového kortexu. V prvním měsíci života dítě slyší a reaguje na širokou škálu zvuků. Některé jsou pro něj však atraktivnější. Preferuje zvuk lidského hlasu. Ten je pro něj nejčastějším zvukovým podnětem. Malé děti upřednostňují vyšší tóny, které dokážou lépe diferencovat. Již novorozenec má schopnost lokalizovat zvukový podnět. Jak už jsme zmiňovali v předchozí kapitole, tuto schopnost má pouze v novorozeneckém období, poté ji ztrácí a znovu si ji osvojí v období 3. – 4. měsíce života. Na začátku 4. měsíce se také prohlubuje koordinace sluchu a pohybů krční

páteře při vyhledávání zvukového podnětu. Kojenec nejprve otáčí oči, potom zvedá hlavu. Až v 7. měsíci dokáže dítě lokalizovat i vzdálenější zdroj zvuku. (Vágnerová, 2005; Pugnerová, 2008)

*„Sociální prostředí poskytuje dítěti prostřednictvím dospělých jedinců množství nejrůznějších podnětů, které se odrážejí v rozvoji motorických schopností, řečového chování a také ve vývoji sociálních vztahů.“* (Pugnerová, 2008, p. 58)

Arnold Gesell zpracoval zákonitosti vývoje kojenecké motoriky.

- 1) Princip vývojového směru – postupně dochází k ovládnutí jednotlivých částí těla podle tělesného růstu.
  - a) zákon cefalokaudální – dítě ovládá tělo postupně od hlavy k patě, nejprve zvedá hlavičku, pak v sedu vyrovnává krční páteř, nakonec i bederní. Začíná ložit a staví se na nohy.
  - b) zákon proximodistální – pohyb vychází z centra těla k periférii. Pohyby horních i dolních končetin nejprve vycházejí z ramenního a kyčelního kloubu, přechází na pohyb v zápěstí a na prsty a chodidla.
  - c) zákon ulnoradiální – popisuje vývoj úchopu, od malíkové k palcové strany dlaně.
- 2) Princip střídavého postupování neuromotorických funkcí – dítě si osvojuje specifické funkce dosáhnutím určitého stupně dokonalosti a poté se zdánlivě vrací k dřívějším způsobům, aby mohlo překonat dosavadní výkon a postoupit na vyšší úroveň.
- 3) Princip funkční asymetrie – hned po narození dítěte pozorujeme symetrické rozložení končetin, ke konci novorozeneckého období se však objevuje asymetrický tonicko-šíjový reflex, který ve třech měsících vyhasíná a opět nastupuje symetrie, ale již s vědomým ovládnutím.
- 4) Princip individualizace – vývoj každého dítěte je individuální, podléhá individuálním vrozeným tendencím a zároveň i obecným zákonitostem.
- 5) Princip autoregulace – v pokrocích vývoje dítěte můžeme pozorovat výkyvy řízené dítětem samotným při přechodu na vyšší stupeň. Např. prodlužuje interval mezi dávkami jídla apod. (Langmeier & Krejčířová, 2006; Pugnerová, 2008)

Vývoj motoriky kojeneckého věku dělíme na klíčová (věková) pásma. Mezníky jsou 3., 6., 9. a 12. měsíc.

	<b>Rozvoj hrubé motoriky</b>	<b>Rozvoj jemné motoriky</b>
<b>3. měsíc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V poloze na břiše udrží pevně zvednutou hlavičku s oporou o předloktí, tzv. „pase koníčky“;</li> <li>• V poloze na zádech leží v symetrické poloze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyhasnul úchopový reflex</li> <li>• Většinou má dlaně otevřené</li> <li>• Pozvolná příprava na aktivní úchop</li> <li>• Tzv. „uchopování“ předmětů zrakem</li> </ul>
<b>3. – 6. měsíc</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• spontánně pohybuje rukama, náhodně jedna ruka uchopuje druhou, to se během 4. měsíce stane záměrnou činností</li> </ul>
<b>6. měsíc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spontánně se přitahuje do sedu</li> <li>• sedí s oporou</li> <li>• sedí bez opory v předklonu, tzv. žabí pozice</li> <li>• aktivně se přetáčí z břicha na záda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uchopuje dlaňovým úchopem oběma rukama současně</li> <li>• později uchopování z ruky do ruky</li> </ul>
<b>6. – 9. měsíc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V poloze na břiše se začíná stavět na dlaně a kolena, připravuje se na lezení</li> </ul>	
<b>9. měsíc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• leze po čtyřech</li> <li>• dokáže se samo posadit, sedí pevně bez opory</li> <li>• vzpřimuje se do stoje u opory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• začíná k uchopování zapojovat palec, tzv. klešťový úchop</li> <li>• pouštění předmětů – vyhazování věcí z postýlky, kočárku</li> </ul>
<b>12. měsíc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chodí za ruku nebo s oporou kolem nábytku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manipuluje s předměty, objevuje se funkční hra</li> </ul>

(Pugnerová, 2008)

Co se týká vývoje řeči, v kojeneckém období mluvíme převážně o předřečovém vývoji. Pomyslným prvním stupněm předřečového vývoje je křik. Děti křičí od narození, vyjadřují tak své aktuální rozpoložení a své potřeby. Čím více ubývá potřeby spánku, tím více dítě začíná experimentovat s hlasem. Ve 3. měsíci si dítě začíná broukat a to zejména v době klidu. Je dokázáno, že děti, jejichž matky na broukání reagují podobným způsobem, broukají více. Tato aktivita má zpočátku reflexní charakter, tudíž se objevuje i u neslyšících dětí. Koncem 6. měsíce začíná dítě žvatlat, napodobuje slyšené zvuky. Určitou roli hraje i zrak, dítě odezírá a napodobuje pohyb rtů. V období mezi 6. a 9. měsícem je pro dítě velmi důležité zvýšené množství osobních kontaktů a opakování žvatlaných projevů. Dochází k rozvoji artikulační schopnosti. V 7. – 8. měsíci se objevují ve vokalizaci rytmické a intonační modulace. Schopnost porozumět řeči se objevuje mezi 8. – 10. měsícem, tedy dříve než první slova. V jednom roce má dítě bohatou pasivní slovní zásobu, aktivní slovní zásoba obsahuje 2 – 3 jednoduchá slova. (Pugnerová, 2008; Vágnerová, 2005)

Rodina je základním socializačním činitelem. Psychoanalytik René Spitz sledoval sociální vývoj dětí do 1 roku, které vyrůstaly v rodině, a porovnával je s vývojem dětí vyrůstajících v ústavěch. Zjistil, že dítě v prvním roce života projde třemi stádii:

- 1) stadium preobjektální – od narození do 3 měsíců, dítě ještě nerozlišuje mezi okolními objekty. Jeho chování k objektům věcným a sociálním objektům není rozdílné.
- 2) stadium předběžného objektu – od 3. měsíce do 6. – 8. měsíce, dítě reaguje na lidský obličej úsměvem, odlišuje jej tedy od ostatních objektů. Zatím si nevytváří trvalý vztah k jedné osobě – jednomu obličej, úsměv vyvolá spatření každé tváře, i na masku lidského obličeje.
- 3) stadium objektu – začíná mezi 6. – 8. měsícem, dítě začíná rozlišovat mezi známou a cizí tváří, matka (nebo osoba, která o dítě souvisle pečuje místo matky) začíná utvářet v životě dítěte jedinečné místo. Pro vytvoření specifického vztahu mezi dítětem a matkou je nejintenzivnější období 7. měsíc. V tomto období se začíná objevovat tzv. separační úzkost, pokud se matka vzdálí. Objevuje se také strach z cizích lidí, dítě si začíná udržovat „odstup“, který si nese až do dospělosti. Projev separační úzkosti a strachu z cizích lidí je znak naprosto normálního emočního vývoje.

### 2.2.3 Batolecí období

Batolecím obdobím nazýváme druhý a třetí rok života. Často se setkáme s rozdělením na období mladšího batolete a období staršího batolete. Za mladší batole považujeme dítě od jednoho roku do druhého roku života. Za starší batole od druhého do třetího roku života. V průběhu batolecího období dítě vyrostne v průměru o 17 až 18 cm a jeho hmotnost se navýší o 4 kg. Zvyšuje se výkonnost nervové soustavy, mění se potřeba spánku. Do roku a půl je potřeba spánku batolete kolem 21 hodin. Během následujícího půl roku se tato potřeba zkracuje na 18 – 19 hodin. Ve třech letech zdravé dítě potřebuje 12 – 13 hodin spánku. Batole se začíná učit osobní hygieně a sebeobsluze. Mladší batole ke konci svého období je schopno hlásit potřebu vyprazdňování. Kolem třetího roku se potřeba vyprazdňování dostává pod psychickou kontrolu. Ta v případě nemoci či zátěžové situace může ještě selhat. Potřeba samostatnosti se promítá do sebeobsluhy. Batole se učí svlékat, oblékat, pít z hrníčku, jíst lžičkou apod. Velmi záleží na podmínkách učení a přístupu dospělých. (Plevová, 2008)

Rozvoj samostatnosti je podmíněn i rozvojem motoriky. Vývoj hrubé motoriky je viditelný na první pohled. Mladší batole se učí udržet rovnováhu a ovládat své tělo. V jednom roce začíná s nedokonalými prvními krůčky. O tři měsíce později již chodí samostatně a začíná utíkat na široké bázi. Ve dvou letech zvládá i nerovný terén. Zpočátku batole do schodů leze. Zhruba v roce a půl je schopno vyjít schody s dopomocí držení jedné ruky. Ve dvou letech již většina dětí vyjde schody samostatně s přisouváním jedné nohy na každém schodu. Ve dvou a půl letech už nohy střídá. Chůze ze schodů je podstatně náročnější. Tuto dovednost batole získá zpravidla až kolem tří let. Ve třech letech je batole schopno jezdit na tříkolce a učí se chytat míč. Jemná motorika se také zdokonaluje. Po dosažení jednoho roku se zpřesňuje upouštění předmětů. Již kojeneček umí dobře uchopovat i malé předměty, ale upouštění bylo spíše vyhazování či vrhání předmětů. Batole v roce a půl dokáže postavit věž z několika kostek. Kolem dvou let začíná čmárat, dokáže postavit z kostek most a je schopné vložit základní geometrické tvary do příslušných otvorů. Ve třech letech dokáže navlékat korálky. (Langmeier & Krejčířová, 2006; Plevová, 2008)

Batole pro poznávání upřednostňuje taktilní kontakt. Ve druhém roce života má velký význam zrak a sluch. Starší batole rozezná základní geometrické tvary jako kouli, kostku, válec apod. Zrakové vnímání se rozvíjí při pozorování sama sebe v zrcadle. Ve sluchovém vnímání je patrný pokrok ve zlepšení rozlišování intenzity a výšky tónu. Typické pro toto



období je spojení sluchové aktivity s pohybem - básničky s pohybem, pohybové hry. (Plevová, 2008)

Koncem prvního roku dává kojeneček najevo, že rozumí řeči. Na výzvu „udělej paci-paci“ či zákaz „ne-ne“ předvede jednoduchou reakci. Na konci kojeneckého období dochází k rozvoji důležité schopnosti – sdílení pozornosti. V prvním roce se objevují první slova, mají charakter dětského žargonu. Batole v roce a půl zná 20 – 30 slov a vyjadřuje se převážně jedním slovem, které má mnohoznačný obsah. Do konce druhého roku dojde k radikálnímu pokroku v řeči. Ve dvou letech už používá 200 – 300 slov. Tvoří jednoduché věty s gramatickými chybami. Výslovnost je nesprávná. Batole o sobě mluví ve třetí osobě (nazývá se svým jménem), teprve ve třech letech začíná o sobě mluvit v první osobě (já). Do třetího roku vzroste slovní zásoba o 1000 slov. Toto období nazýváme prvním ptacím obdobím. Dítě se ptá na otázky „Co to je?“ apod. a tím si osvojuje nové slovní pojmy. Řečový vývoj je značně individuální, je podmíněn podnětností prostředí, správným řečovým vzorem a individuálními schopnostmi dítěte. (Langmeier & Krejčířová, 2006; Plevová, 2008)

Paměťové procesy batolete nejsou spojeny s volným úsilím. Zapamatovává si a vybavuje bez vědomé aktivity. Uchovává si především zážitky s emočním nábojem - kladným i záporným. Batole má schopnost vybavit si konkrétní zážitky, které samo prožilo. Zapamatování převažuje mechanické, uchování je řízeno subjektivně a vybavování se uskutečňuje reprodukcí a znovupoznáváním. Kojeneček nepozná osobu, se kterou byl denně, pokud ji 5 – 6 dnů nevidí. Batole pozná osobu i po dvouměsíční přestávce. Mladší batole je citlivé na rušivé podněty, jeho pozornost je mimovolní, bez záměru a úsilí. Starší batole se dokáže soustředit déle v závislosti na činnosti, kterou provádí. U zajímavých činností vydrží až 19 minut. S vnímáním a pamětí je úzce provázána představivost. Ta se nejčastěji rozvíjí ve hře. Obsahem jsou prožitkové, vzpomínkové představy. Ve druhém roce začínají fantazijní představy, uplatňují se zpočátku v personifikaci předmětů. (Plevová, 2008)

Batole je stále silně fixováno na matku, případně na několik dospělých členů rodiny. Krátkodobé odloučení od něj vyvolává prudké separační reakce. Robertson a Bowlby (1952, 1957, In Langmeier & Krejčířová, 2006) popsali separační reakce dětí ve věku 18 až 24 měsíců. Tyto děti byly poprvé odloučeny od svých matek a umístěny v nemocnici. Popsali tři typické fáze, které mají u jednotlivých dětí různou délku.

1. fáze protestu - batole křičí a volá na matku, na základě své zkušenosti očekává, že přijde, pokud ji bude dost vytrvale volat
2. fáze zoufalství - batole postupně ztrácí naději, křičí méně, odmítá jakýkoliv kontakt i hračky
3. fáze odpoutání od matky - batole postupně potlačí své city k matce, je schopno se připoutat k jiné dospělé osobě, najde-li někoho, kdo mu mateřskou péči připomíná. Jinak ztrácí vztah k lidem a upoutává se spíš na věci.

Batole se při hře samo aktivně vzdaluje od matky. Čím je starší, tím více. Úzkost u něj vzbuzují situace, kdy je násilně odňato cizí osobou. City ve dvou letech jsou krátkodobé, ale zato intenzivní. Vzдорovité reakce, lítostivý nebo vzteklý pláč zaznamenejme již u mladšího batolete. Strach je reakcí na hrozící nebezpečí. Mladší batole se bojí intenzivních podnětů - zvukových, pohybových, vizuálních apod. Starší batole má již „naučený“ strach. Bojí se předmětů a situací připomínajících mu jeho nepříjemné zážitky. S rozvojem fantazijních představ roste i strach z nereálných nebezpečí. Naproti tomu nevnímá reálná nebezpečí - např. vypadnutí z okna. Při omezování spontánní aktivity batolete se setkáme se zlostí. Také však začíná projevovat soucit. Nejčastější emoci je radost. City se prohlubují pomocí sociálních kontaktů. U staršího batolete můžeme vidět i stud, ostych, žárlivost či smutek. Sociální citění se váže především na dospělé osoby. Starší batole začíná upřednostňovat i vztahy s vrstevníky. Starší batolata hrají pohybové a manipulační hry. V manipulačních hrách se uplatňuje nápodoba činnosti, kterou vidělo u dospělého. Nejedná se ovšem o hru společnou-kooperativní, batolata si hrají „vedle sebe“. Jde jim vždy o samotnou činnost, nikoliv o vztahy vyplývající z činnosti. Pomocí hry si batole začíná formulovat poznatky o sobě samém. Nejprve se rozvíjí „tělové já“ jako vědomí fyzické odlišnosti od vnějšího světa. Později se rozvíjí vědomí „sociálního já“. Do té doby se batole označuje vlastním jménem. Nastává proces osamostatňování se. Objevuje se období prvního vzdoru, míra vzdorovitosti závisí na temperamentu, aktuálním tělesném a psychickém stavu, sociálním prostředí a výchově. Jednotný a jasný výchovný přístup hraje velkou roli pro rozvoj osobnosti a pro budoucí komunikaci s okolím. (Plevová, 2008)

## 2.3 Střední dětství

### 2.3.1 Předškolní období

Předškolní období trvá od 3 do 6 (případně 7) let. Končí sociální událostí - nástupem do školy. Typická baculatost batolete se mění ve štíhlost a vznikají disproporce mezi růstem končetin, trupu a hlavy. Na konci tohoto období mluvíme o období vytáhlosti. Motorický vývoj v předškolním věku se neustále zdokonaluje, zlepšuje se pohybová koordinace. Na počátku tohoto období jsou pohyby končetin ještě málo koordinované, v průběhu se automatizují. Zhruba v šesti letech dítě zvládá složitější pohybovou koordinaci, jako je např. jízda na koloběžce, kole apod. Rozvíjí se manuální zručnost, dítě manipuluje s tužkou, nůžkami, jí příborem. Kolem čtyř let dochází k vyhranění laterality. V šesti letech se dokončuje osifikace zápěstních kůstek a jemná motorika se zdokonaluje. Poznávací procesy se intenzivně vyvíjejí. Převládá synkretické (celistvé) vnímání. Dítě nerozlišuje podstatné znaky a nezná základní vztahy mezi nimi. Zaujímají ho nápadné podněty a předměty, které mají vztah k činnosti. Zdokonaluje se barvocit, začíná rozlišovat doplňkové barvy. Dokáže analyzovat zvuky ptáků, různých druhů aut apod. Chuťové i čichové vnímání se zpřesňuje. Hmat je i nadále důležitým zdrojem zážitků, dle něj dokáže rozlišit vlastnosti předmětu a také je pojmenovat. Vnímání je egocentrické a subjektivně zabarvené. Ovlivňuje jej stav analyzátorů, myšlení a hlavně vlastní zkušenost dítěte. Je spojeno s aktivní činností a experimentováním. Dítě nepřesně vnímá čas a prostor. Pozornost je z počátku ještě nestálá, postupně se vytvářejí počátky úmyslné pozornosti. Rozvoj vnímání obohacuje představivost. Schopnost dítěte reprodukovat pohádky značí o plynulosti vybavování představ. Fantazijní představy jsou intenzivnější. Uplatňují se ve výtvarném projevu, v námětových hrách. Dítě si dle nich vysvětluje i skutečnost. Představy jsou tak živé, že je dítě považuje za skutečnost. Paměť je stále ještě mechanická, ale rozvíjí se i paměť slovně logická. (Plevová, 2008)

Myšlení nerespektuje zákony logiky, je nepřesné a má mnohá omezení. Typickým znakem uvažování předškolního dítěte je ulpívání na jednom výrazném znaku, nedokáže vzít v úvahu více než jeden aspekt. Neustále se zaměřuje na vlastní zkušenost. Objevuje se egocentrismus. Dítě je subjektivně přesvědčeno o své pravdě, nechápe, proč by se mělo dívat na věc i z jiných pohledů. Zkresluje úsudky na základě vlastního postoje. Dalším znakem je fenomenismus - svět je takový, jak ho dítě vnímá. S tím úzce souvisí poslední znak myšlení - prezentismus. Ten představuje subjektivní jistotu, že pohled dítěte je skutečný. Dítě třídí

předměty dle jedné vlastnosti. Umí již vyvozovat závěry. Úsudky jsou závislé na názornosti. Dominují zrakové vjemy. Rozvíjí se pojmové myšlení, používá prvky analýzy, syntézy a srovnání. Objevuje se tzv. předčasné zevšeobecňování. Dítě ví, že když na květinu zaprší, ona po dešti vyroste. Samo tak usuzuje, zmoknu-li, také vyrostu. (Plevová, 2008; Vágnerová, 2005)

Ve vývoji řeči se objevuje tzv. druhé ptací období. Dítě se zajímá o příčinu a ptá se „proč?“. V předškolním období si osvojí 2000 až 2500 nových výrazů. V šesti letech zná 3000 až 4000 slov. Zlepšuje se mluvnická struktura slovníku, začíná skloňovat a časovat. Na začátku předškolního věku řeč zaostává za myšlením. Dítě úspěšně vykoná činnost, ale nedokáže ji pojmenovat. Počátkem druhé poloviny předškolního věku nastává prudký vývoj řeči a řeč předbíhá myšlení. Dítě si samo vymýšlí nové pojmy pro označení neznámých věcí a situací. Kolem čtyř let ještě přetrvává strach z cizích osob, potom postupně ustupuje. Narůstá potřeba vrstevnických kontaktů. Objevuje se tzv. sebecit, tzn. cit k sobě samému. Dítě začíná chápat, co je dobré a špatné, co smí a nesmí. Socializace probíhá především prostřednictvím hry. Uplatňuje se v ní práce i učení. Práci a učení od sebe začíná rozlišovat na konci předškolního období. (Plevová, 2008)

### **3 Charakteristika vývoje dítěte se sluchovým postižením od 0 do 6 let**

Vzhledem k různorodosti sluchového postižení, lišícího se v závislosti na stupni sluchové vady a na době, kdy sluchová vada vznikla, rozdělujeme děti se sluchovým postižením na děti nedoslýchavé, neslyšící a ohluchlé.

*„Když se obecně podíváme na skupinu stejně starých sluchově postižených dětí, vidíme, jak jsou si podobné co do velikosti a proporcí. Zároveň si ale uvědomíme, jak se v daném rámci od sebe odlišují. Tempo vývoje a stupeň vývoje velmi úzce souvisí s fyziologickou vyzrálostí, zvláště nervového systému svalů a kostí. Dále si musíme uvědomit, že vývoj ovlivňují individuální dědičné faktory a u sluchově postižených dětí sociální prostředí, ve kterém jsou vychovávány a vzdělávány. Působením všech těchto činitelů může docházet i k výrazným odchýlkám ve vývoji jednotlivých sluchově postižených dětí.“*  
(Potměšil, 2012, p. 10)

#### **3.1 Prenatální a perinatální období**

##### Prenatální období

Mnoho lidí považuje za nejdůležitější smysl zrak. Ten nám zajišťuje prostorovou orientaci. Sluch nám však předává mnohem více informací. (Horáková, 2008)

Helen Kellerová, americká hluchoslepá básnířka a spisovatelka, řekla: *„V úplné tmě a tichu, které mě oddělují od světa, mi ze všeho nejvíc chybí přátelský zvuk lidského hlasu. Slepota odděluje člověka od věcí - hluchota od lidí.“*

Podle Světové zdravotnické organizace je dle závažnosti sluchové postižení hned na druhém místě za mentálním postižením. Sluchem získáváme 60 % všech informací, proto je sluch pro rozvoj dítěte v raném věku velmi významný. Dítě v prenatálním období má schopnost slyšet a umí diferenciovaně reagovat na různé zvuky. (Pugnerová, 2008; Sekeráková & Skybová, 2011)

*„U fyziologicky probíhajícího prenatalního vývoje je na konci prvního měsíce těhotenství plod přibližně 8 mm veliký. Na hlavičce lze pozorovat výčnělky, z nichž se postupně vyvíjejí oči, uši a nos. Vnitřní ucho se zakládá již počátkem 4. týdne gravidity. Začátkem 6. týdne se začíná vytvářet budoucí hlemýžď. Na konci 7. týdne se nad primitivní bubínkovou dutinou přeměňují v chrupavkovité základy tři kůstky, které postupně osifikují v kladívko, kovádlínku a třmínek. Cortigo orgán dítěte je přibližně od 18. - 20. týdne funkčně způsobilý k vnímání akustických podnětů přicházejících jak z vnitřního prostředí, tak mimoděložního vnějšího prostředí. Po celou dobu zrání sluchového orgánu, které je ukončeno kolem 8. měsíce gravidity, se v těle matky objevuje velké množství sluchových podnětů (převážně gastrointestinálních a kardiovaskulárních), ale tyto zvuky mají tak nízkou frekvenci, že na ně je lidské ucho jen málo citlivé. Na základě akustické analýzy nahrávek zvuků z dělohy je dokázáno, že zvuky pocházející z vnějšího prostředí vydávané v dostatečné intenzitě (60dB) vystupují ze zvuků uvnitř dělohy. Jde-li o zvuky nízkofrekvenční, dochází v děloze k jejich oslabování. To ovšem neplatí u zvuků pohybujících se na frekvencích vyšších než 2 000 Hz. V děloze se od ostatních zde vznikajících zvuků dobře odlišuje matčin hlas, více než jakýkoliv jiný stejně silný hlas. Tento jev je vysvětlován zesilovací funkcí dělohy, která je především ke konci těhotenství silně napjatá a roztažená.“ (Horáková, 2008, p. 250)*

Pokud se dítě narodí se sluchovým postižením, mluvíme o vrozené vadě sluchu, a to vlivem dědičnosti nebo narušení vývoje v průběhu těhotenství. Z pohledu vývoje dítěte je prenatalní období velmi rizikové. Dítě je nejcitlivější vůči infekcím a chemickým vlivům z okolí, obzvláště v prvních třech měsících. Mezi prenatalní rizika patří především infekční onemocnění matky jako například zarděnky, spalničky, spála, příušnice, viróza, toxoplazmóza, syfilis. Velký vliv má také metabolické onemocnění matky jako je neléčený vysoký krevní tlak, cukrovka apod. Ty mohou způsobit během těhotenství různé změny a vést tak k předčasnému porodu. Také inkompatibilita krevních skupin a podávání tzv. ototoxických léků může poškodit vývoj sluchového orgánu embrya. Nejrizikovějším obdobím pro vývoj sluchového aparátu je 3. gestační týden. (Sekeráková & Skybová, 2011)

## Perinatální období

K postižení sluchu může dojít i v období porodu. Například při těžkém porodu s následným krvácením do mozku, lymfatických prostor mozku a okolí vnitřního ucha. U protahovaných porodů může dojít k poporodní asfyxii. Není výjimkou postižení sluchu u dětí předčasně narozených s velmi nízkou porodní hmotností. (Souralová, 2006)

Sekeráková a Skybová (2011) uvádějí jako perinatální rizikový faktor Rh-inkompatibilitu matky s plodem nebo anomálie hlavy a krku.

Horáková (2008) zmiňuje syndromatické postižení zahrnující i postižení sluchu, mitochondriální poruchy a metabolická onemocnění, postnatální infekce, syndromy spojené s progresivní poruchou sluchu (Usherův syndrom), neurodegenerativní onemocnění (Hunterův syndrom) a úrazy hlavy při porodu.

## **3.2 Rané dětství**

### **3.2.1 Novorozenecké období**

Vývoj sluchového aparátu byl ukončen již v prenatálním období. Novorozenec velmi brzo po narození dokáže odlišit hlas matky od ostatních ženských hlasů. Na příjemné zvukové podněty dítě reaguje zklidněním, či zvýšenou pozorností. Na nepříjemné (hlasité) zvuky reaguje pláčem. (Sekeráková & Skybová, 2011)

Novorozenec má schopnost lokalizovat zdroj zvuku. Tuto schopnost poté ztrácí a znovu ji získává ve 3. – 4. měsíci života. Pohybové možnosti novorozence nejsou tak dokonalé jako v kojeneckém období. Zdroj zvuku lokalizuje přivrácením pohledu. Vzhledem k vysoké potřebě spánku novorozence může dospělý snadno přehlédnout, že dítě zvukový podnět nevyhledává. Novorozenec je ovšem vybaven nepodmíněnými reflexy, mezi které patří i úlekový reflex. Na silné zvukové podněty reaguje úlekem. Při zkoušení úlekového reflexu, je důležité vyhnout se ostatním nežádoucím podnětům (zrakový, taktilní). I neslyšící novorozenec může reagovat na silný zvukový podnět, pokud bude spojený s vibrací.

Horáková (2008) uvádí jako důvodné podezření na možnou poruchu sluchu přítomnost rizikových faktorů, samostatnou odezvu novorozence považuje za výrazně nespecifickou.

Vrozené sluchové postižení je nejčastější vrozenou poruchou. Vrozená porucha sluchu je 20x častější než fenylketonurie. Signifikantní poruchu sluchu má zhruba 1 – 3 na 1000 novorozenců. Nějaké sluchové obtíže má však 1 z 22 novorozenců, většinou se jedná o přetrvávající tekutinu ve středu uší. (Horáková, 2008)

*„Řečový, a s tím související sociální a kognitivní vývoj dítěte nezačíná v době, kdy dítě začíná aktivně mluvit, ale již podstatně dříve, a to v době, kdy jen zdánlivě pasivně naslouchá, kdy se učí rozumět jednotlivým slovům, rozpoznávat citové zabarvení řeči, rozlišovat různé typy hlasů apod. Zatímco odhalení zrakové vady u novorozence obvykle netrvá dlouho, s vadou sluchovou je tomu jinak. Rozpoznání sluchové vady je obtížnější, nejedná-li se o úplnou hluchotu, ale o lehčí až středně těžkou nedoslýchavost, při které nemusí mít dítě od narození žádné výrazné problémy. Každý měsíc, kdy dítě nemůže vnímat zvukové podněty, se na jeho vývoji negativně podepisuje. Tam, kde mozek nemá možnost zpracovávat určité vjemy, specializovanou oblast mozkové tkáně začíná zabírat jiná činnost. Část mozkové kůry, která je původně vyčleněna pro sluch, tak řídí jemné pohyby ruky, část se obsadí zrakovými vjemy a dalšími informacemi. Postupně se celá oblast mozkové kůry určené pro sluch jakoby uzavře a zjednodušeně lze říci, že ztrácí výkonnost pro rozumění řeči. Proto má včasná diagnostika sluchové vady zásadní význam pro přirozený vývoj dítěte.“ (Sekeráková & Skybová, 2011, p. 1)*

Obecně platí, že čím dříve vznikne sluchová vada, tím závažnější jsou její důsledky. Proto je důležitá včasná diagnostika sluchového postižení. Screening sluchu u novorozenců se provádí ve většině západoevropských států, ve Spojených státech amerických, ale také v našich sousedních zemích - Německo, Rakousko, Slovensko (od r. 2006) či Polsko. (Komínek, 2009)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo v roce 2012 Věstník č. 7, který obsahuje metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců. K provádění screeningu se využívá vyšetření transientně evokovaných otoakustických emisí (TEOAE). Jedná se o měření aktivity zevních vláskových buněk sluchového aparátu. Zpravidla se



provádí 2. – 4. den po porodu, u předčasně narozených dětí 2. – 4. den korigovaného věku z důvodů dosažení zralosti sluchové dráhy. V případně negativního výsledku dochází k rescreeningu do 24 hodin, pokud je emise opět nevýbavná, je dítě odesláno do 1 měsíce na druhý rescreening sluchu na příslušné pracoviště ORL/foniatrie. Pokud toto pracoviště potvrdí sluchové postižení, plánuje se další postup. Věstník udává také možnost neprovedení novorozeneckého screeningu sluchu. Lékař má v tomto případě doporučit jeho provedení. Zodpovědnost, zda bude nebo nebude screening sluchu proveden, je pak na rodičích. (Věstník MZ ČR 7/2012)

Z praxe však víme, že neprovedení novorozeneckého screeningu je v ČR poměrně časté. Porodnicím často chybí technické prostředky k provádění screeningu sluchu novorozenců, nebo chybí personální zabezpečení. Stává se také, že rodiče dítěte jsou špatně informováni a po neprovedení novorozeneckého screeningu navštíví běžné ORL, které není vybaveno na vyšetření sluchu s nespolupracujícími pacienty. Dle výsledků zmapování situace novorozeneckého screeningu v roce 2010, prezentované MUDr. Evou Havlíkovou na konferenci „Včasná diagnostika“ v Ostravě, se plošný screening sluchu v ČR provádí pouze v Moravskoslezském kraji. Rozhodli jsme se tedy kontaktovat porodnice v Olomouckém kraji s dotazy:

Pokud provádíte novorozenecký screening sluchu

- 1) Kolik se ve vaší porodnici narodilo dětí za rok 2013?
- 2) U kolika z narozených dětí v roce 2013 byl proveden novorozenecký screening sluchu?

Pokud neprovádíte novorozenecký screening sluchu

- 3) Doporučujete rodičům provedení screeningu sluchu na konkrétním ORL?

Z šesti oslovených porodnic odpověděly čtyři.

<b>Porodnice</b>	<b>1) Počet dětí narozených v roce 2013</b>	<b>2) Proveden screening sluchu</b>	<b>Pozn.</b>
Přerov	864	957	u 11% novorozenců byl proveden rescreening
Jeseník	320	295	screening sluchu prováděn od 2/2013

Olomouc	2212	„u všech“	
Šternberk	941	336	
Šumperk	-	-	Bez reakce – součást skupiny Agel*, na webových stránkách uvádí novorozenecký screening sluchu
Prostějov	-	-	Bez reakce – Nemocnice Prostějov je součástí skupiny Agel (*)tak jako porodnice Přerov a Olomouc. Předpokládáme tedy, že u nich screening sluchu probíhá.

### 3.2.2 Kojenecké období

V kojeneckém období závisí rozvoj sluchového vnímání na zrání recepčního systému vnitřního ucha a sluchového kortexu. To umožňuje dítěti jemnější diferenciaci zvukových podnětů. Jak víme, kolem 3. – 4. měsíce kojeneček umí lokalizovat zdroj zvuku. Nejprve otáčí oči ke zdroji zvuku, poté zvedá hlavičku. Vzdálenější zdroj zvuku dokáže lokalizovat až v 7. měsíci. Kojeneček reaguje i na ostatní smyslové podněty. Od 3. měsíce se zdokonaluje zrakové vnímání, je detailnější. (Pugnerová, 2008; Vágnerová, 2005)

Nedostatečné sluchové vnímání způsobuje opoždění pohybové koordinace. U nedoslýchavých dětí jsou reakce na zvukové podněty závislé na jejich intenzitě. Velmi dobře se však vyvíjí taktilní a zrakové vnímání. (Potměšil, 2012)

Půstová (1997) přirovnává tělesný vývoj dítěte se sluchovým postižením k vývoji dítěte intaktního. Uvádí však rozdíl v podmínkách vývoje dítěte. Ty jsou ztíženy v závislosti na stupni a typu sluchového postižení. Zdůrazňuje potřebu soustředit se na ostatní smysly a dovednosti dítěte, které mu mohou napomoci v psychomotorickém rozvoji.

*„Autoři R. D. Feeman, C. F. Garbin, R. J. Boes uvádějí, ... některé neslyšící děti mají poškozené ústrojí rovnováhy, a mohou se proto naučit chodit později než slyšící děti. U některých dětí mohou problémy s rovnováhou přetrvávat až do pozdějšího věku.“*  
(Potměšil, 2012, p. 10)

Dále Půstová (1997) uvádí stav psychomotorického vývoje dítěte se sluchovým postižením. Ten je většinou opožděný, zvláště pak v oblasti sluchového vnímání. Pokud lze

sluchovou vadu dítěte korigovat, je třeba dítě nejprve naučit vnímat a rozlišovat zvuky pomocí kompenzační pomůcky.

*„Případná korekce sluchové vady pomocí konvenčních sluchadel by měla být provedena do 6. měsíce věku dítěte, resp. do 6. měsíce korigovaného věku u předčasně narozených dětí, u ošetřujícího foniatra. Děti s velmi těžkou poruchou sluchu jsou odesílány na specializované pracoviště ORL k ověření vhodnosti kochleární implantace a navržení způsobu rehabilitace komunikace.“ (Věstník 7/2012, p. 18)*

Potměšil (2007) uvádí závěry pozorování C. Ita a H. Friedmana, kteří tvrdí, že všechny děti se sluchovým postižením jsou nějakým způsobem ohroženy ve vývoji. Autoři předpokládají narušenou ranou interakci mezi intaktní matkou a dítětem se sluchovým postižením. Zmiňují negativní působení sluchového postižení na vývoj sociálních vztahů a následné emocionální poruchy. Předpokládají větší výskyt poruch chování než u dětí intaktních.

V předchozí kapitole jsme popisovali předřečový vývoj dítěte. Vágnerová (2005) dělí předřečový vývoj do čtyř fází: křik, broukání, žvatlání, první slova. (Broukání je někdy označováno jako pudové žvatlání a žvatlání jako napodobivé žvatlání.) První dvě fáze jsou reflexního charakteru, tudíž se objevují i u dětí se sluchovým postižením. Třetí fáze – žvatlání (napodobivé) – začíná při uvědomění, že samo dítě vydává zvuky. Předpokladem k žvatlání je propojení koordinace mluvidel a sluchového vnímání. K žvatlání dítě využívá také zrak – dítě odezírá a napodobuje postavení rtů a jazyka.

V 6. až 8. měsíci, kdy má nastoupit žvatlání, zvukové projevy neslyšícího kojence zanikají. Jeho předřečové projevy však bývají typicky deformované. Křik a broukání jsou obvykle monotónní a tlumené. V dalším vývoji se spontánně bez odborného vedení řeč nevyvine.

U dětí s vrozenou těžkou percepční nedoslýchavostí je vývoj řeči podobný vývoji řeči dětí neslyšících. U dětí s převodní nedoslýchavostí je vývoj řeči méně narušen a více se přibližuje vývoji řeči dítěte slyšícího. V raném věku, kdy matka přestane dítě nosit, je typické přerušování vývoje řeči. S větší vzdáleností od matky dítě méně rozumí. V lehčích případech se vývoj řeči opozdí, při středním stupni nedoslýchavosti může vývoj probíhat v rámci normy, v těžkých případech dítě přestane mluvit úplně. (Lechta, 2011)

### 3.2.3 Batolecí období

Jak už jsme výše uvedli, v rozvoji hrubé motoriky nejsou výraznější rozdíly mezi vývojem dítěte se sluchovým postižením a dítětem intaktním. V rozvoji jemné motoriky se setkáváme s nedostatky v jemné koordinaci prstů a rukou, nebývá však zhoršena celková pohyblivost.

Batole se začíná učit sebeobsluhy a osobní hygieně. Děti se sluchovým postižením bývají v oblasti sebeobsluhy opožděné. Týká se to především dětí se závažným sluchovým postižením, které se svými intaktními rodiči využívají ke komunikaci výhradně mluvenou řeč. Rodiče těmto dětem výrazně pomáhají a nevedou je k samostatnosti. Je to funkčně jednodušší. (Potměšil, 2012)

V batolecím období je sluchové postižení příčinou opoždění řečových dovedností ovlivňujících kognitivní rozvoj dítěte. Je tedy nutné odborné vedení a podpora rodiny. V tomto období myšlení dítěte přechází na úroveň symbolického myšlení. Děti se sluchovým postižením poznávají pomocí manipulace a pozorování, proto je jejich informovanost omezenější. (Svoboda In Potměšil, 2012)

Proces, kdy dítě začíná chápat, že ono i matka jsou každý samostatnou existencí, je založen na komunikaci mezi matkou a dítětem. Dítě postupně zjišťuje, kde je jeho tělo a kde končí. To mu potvrzuje matka pomocí zpětné vazby, manipulace a společných aktivit. Neslyšící matka a neslyšící dítě mají přirozený komunikační mód. U dětí se sluchovým postižením v komunikaci se slyšícími rodiči však často dochází k nejasnostem. Zcela jistě bude docházet k chybám v přenosu informací i v tomto procesu. (Potměšil, 2007)

*„V řečových projevech neslyšícího dítěte a těžce nedoslýchavého dítěte bývá narušeno dýchání, fonace a artikulace. Objevuje se i narušená modulace jeho řeči. Je možné konstatovat, že dominující poruchou řeči je u sluchově postižených dětí dyslálie různého typu a stupně. U neslyšícího dítěte z hlediska jeho artikulace můžeme hovořit o tzv. typickém způsobu mluvení, který se liší od slyšícího dítěte, ale i lehce nedoslýchavého dítěte. U dítěte prelingviálně neslyšícího je řeč těžko srozumitelná, musí se věnovat velké úsilí precizování výslovnosti.“* (Potměšil, 2012, p. 28)

Potměšil (2012) charakterizuje projevy nedoslýchavosti u dětí. Děti nedoslýchavé zpravidla nereagují na slabé a vysokofrekvenční zvuky, reagují na silné zvuky a vibrace. Nevyhledávají zdroj zvuku, často se dotýkají, nebo si mačkají jedno nebo obě uši. Při běžných činnostech potřebují vyšší hlasitost – např. sedí příliš blízko televize. Nereagují na zavolání

a nerozumí běžným pokynům. Většinou se straní společnosti, nevyhledávají sociální kontakty. Někdy se mohou jevit jako agresivní, což způsobuje frustrace z neporozumění. Nedostatek sluchových signálů si kompenzují větší citlivostí na ostatní signály kolem nich.

### **3.3 Střední dětství**

#### **3.3.1 Předškolní období**

V období předškolního věku se rodiče rozhodují, kam své dítě se sluchovým postižením umístí. Zda do běžné mateřské školy, či do speciální mateřské školy pro sluchově postižené. Děti s těžkým sluchovým postižením, které nemají korigovanou vadu sluchu, jsou zpravidla přijímány k předškolnímu vzdělávání do speciálních mateřských škol. Kdežto děti, které mají lehkou, nebo těžkou sluchovou vadu korigovanou sluchadly, popř. kochleárním implantátem, jsou zpravidla integrovány do běžných mateřských škol. Integrace probíhá na základě doporučení poradenského zařízení se souhlasem zákonných zástupců. Nejběžněji jsou však děti se sluchovým postižením integrovány až v období mladšího školního věku na spádové základní školy. Díky zařazení do kolektivu a následným častějším onemocněním se v tomto období setkáváme se získáním sluchového postižení kvůli opakovaným zánětům středního ucha.

V předškolním věku se nejvíce projeví výše zmiňované nedostatky v jemné motorice. Dítě se sluchovým postižením má problémy při manipulaci s drobnými předměty. Jeho grafická a písemná tvorba bývá méně upravená a nepřesná. Při volné hře nepreferuje hru s konstrukčními stavebnicemi. Problémy v motorice se následně odráží v jeho zájmech. Obratnost a tělesné aktivity výrazně pomáhají dítěti se sluchovým postižením k zapojení mezi ostatní děti. Pokud je dítě v některých činnostech neobratné, dále je nevyhledává. Dítě, které není záměrně k činnostem vedeno, nekompensuje tato oslabení. Tím jsou ovlivněny jeho další dovednosti, schopnosti a sociální vztahy. Bývá i v předškolním období více vázán na matku, většinou jeho psychomotorika vykazuje známky nezralosti, protože dohání ještě předcházející vývojové fáze. V předškolním období je pro rozumový vývoj nejdůležitější smyslové vnímání, které přímo definuje způsob vnímání světa, celkový rozvoj a učení. Pokud je některý ze smyslů narušen, změní se způsob učení a jeho výsledky. Výrazně také ovlivňuje vývoj řeči. Narušení vývoje řeči se projeví i v socializaci dítěte. Dítě může projevovat větší sklon k agresivním reakcím a negativismu pramenícím z nepochopení sociálních situací. Neslyšící děti mají dobré pozorovací

schopnosti a schopnost udržení pozornosti má velmi příznivý vliv na vzdělávání. Neslyšící dítě se plně soustředí na činnost a není vyrušováno zvukovými podněty. (Potměšil, 2012)

Porucha sluchu se může v malém procentu objevit i v pozdějším věku. Je důležité, aby pediatři pravidelně prováděli orientační zkoušky sluchu i u dětí, které screeningem sluchu prošly. Někdy sami rodiče vyslovují podezření na „špatný sluch“. Nikdy by neměl být rodič odbyt, jak se bohužel občas stává. Rodiče jsou zdravotníky ubezpečováni, že je dítě ještě malé a že bude v pořádku. Komínek (2012) uvádí, že by mělo být pravidlem každé podezření na sluchovou ztrátu vyslovené rodiči ověřit podrobným vyšetřením sluchu. Uvádí také skutečnost, že na Slovensku je běžné audiometrické vyšetření sluchu u dětí před nástupem do základní školy.

## 4 Diagnostika poruch sluchu u dětí

### 4.1 Medicínské hledisko

Diagnostikou sluchu se z medicínského hlediska zabývá audiologie, která zkoumá možnosti a způsoby vnímání zvukových podnětů. Audiologie disponuje celou řadou metod k vyšetření sluchu. Zkoušky sluchu dělíme na subjektivní a objektivní. Subjektivní vyšetření sluchu závisí na vůli spolupráce vyšetřovaného, jeho inteligenci a sluchových možnostech. Je tedy nezbytná jasná instruktáž. Objektivní zkoušky sluchu nevyžadují aktivní spolupráci pacienta. Mezi subjektivní patří klasická zkouška sluchu a subjektivní audiometrie – prahová (tónová) a slovní (řečová). Mezi objektivní patří tympanometrie, otoakustické emise, BERA, NN-ABR a SSEP . (Horáková, 2012; Lejska, 1994)

Samostatný zvukový podnět definujeme pomocí dvou fyzikálních veličin a to frekvence a intenzity. Frekvence je kmitočet tónu, který my jako posluchači vnímáme jako výšku tónu. Vysoké tóny mají velkou frekvenci a hluboké tóny mají nízkou frekvenci. Frekvence se uvádí v Hertzech - Hz. Naproti tomu intenzita zvuku je síla zvuku, uvádí se v decibelech - dB. Například šepot má 20 dB, hlasitá řeč 80 dB. Práh sluchu je 0 dB a práh bolesti je 140 dB. (Lejska, 1994)

#### 4.1.1 Subjektivní zkoušky sluchu

##### Klasická sluchová zkouška

Klasická sluchová zkouška je základní vyšetření sluchové funkce. Lejska (1994) označuje klasickou sluchovou zkoušku jako ocenění sluchu pomocí řeči. Ta má dvě neoddelitelné části – vyšetření hlasitou řečí (vox) a vyšetření šeptanou řečí (vox sibilans). V obou zjišťujeme porozumění slov a kvalitu slyšení. Používáme slova známá a srozumitelná. Slova s hlubokými hláskami a slova s vysokými hláskami. Vyšetření probíhá tak, že pacient stojí bokem k vyšetřujícímu. Ten vyslovuje slova, která pacient opakuje. Zároveň se vyšetřující od pacienta vzdaluje. Jako výsledek zapisujeme v metrech největší vzdálenost, ze které vyšetřovaný slyší a rozumí. Vyšetřovaný má vždy ohlušené opačné ucho. V případě zkoušky hlasitou řečí pomocí Bárányho ohlušovače, v případě zkoušky šeptanou řečí pomocí zacpání ucha tlakem na tragus. Ve výsledku posuzujeme vzdálenost, ze které vyšetřovaný bezchybně zopakuje slova, rozdíl v porozumění vysokofrekvenčních a nízkofrekvenčních

hlásek a porovnání srozumitelnosti hlasité a šeptané řeči. Součástí klasické sluchové zkoušky je i vyšetření pomocí ladiček. Tyto kovové nástroje vydávají definované jednoduché tóny. Při posuzování vjemu pacienta u vzdušného vedení se ladička přikládá k ušnímu boltci. U zkoušky kostního vedení přikládáme ladičku patkou na určitou část lebky. Základní zkoušky ladičkami jsou Weberova, Rinného a Schwabachova.

### Prahová audiometrie

Audiometrie využívá k vyšetření sluchu speciálních přístrojů - audiometrů. Každý audiometr je specifikován na měření určitého signálu. Audiometr tónový je nejrozšířenějším typem. Dle něj stanovujeme sluchový práh pro přesně definované tóny. Vyšetření probíhá ve zvukotěsné audiologické komoře, kde se vyšetřovanému do sluchátek pouští zvukové signály o určité intenzitě a frekvenci. Po zaslechnutí tónu vyšetřovaný zmáčkne tlačítko. Výsledkem je audiogram. Graf, který na vodorovných úsečkách ukazuje intenzitu v dB a na svislých úsečkách frekvenci v Hz. Kdy hladina 0 dB označuje ideální práh slyšení. (Lejska, 1994)

Audiometr slovní (řečový) stanovuje srozumitelnost složek řeči. Jedná se o speciální sestavu slov. V České republice využíváme sestavu slov zpracovanou prof. Seemanem a jeho spolupracovníky. Slova jsou sestavena do skupin po deseti slovech. Zastoupena jsou slova jednoslabičná, dvojslabičná a víceslabičná. Slova jsou obecně známá a používaná. Obsahují hluboké a vysoké hlásky. Vyšetřující vyšetřovanému pouští do sluchátek slova o určité intenzitě, kterou následně mění. Vyšetřovaný po zaznění slova slovo opakuje. Vyšetřující zaznamenává správně porozuměná slova. Výsledkem je slovní audiogram – tzv. křivka srozumitelnosti. (Lejska, 1994)

## **4.1.2 Objektivní zkoušky sluchu**

### Impedanční audiometrie

Impedanční audiometrie se také nazývá tympanometrie. Je to vyšetření, které zjišťuje stav blanky bubínku – její celistvost a tuhost, stav řetězu středoušních kůstek a středoušní tlak vzduchu. Zjišťuje také přítomnost tekutin ve středouší. Výsledky jsou zobrazeny v tzv. tympanometrické křivce. Dle ní lékař vyhodnocuje, o jaký typ nedoslýchavosti se jedná. Impedanční audiometrie, kromě zobrazení tympanometrické křivky, umožňuje vyšetření



třmínkového reflexu. Jedná se o vyšetření funkčnosti třmínkového svalu, který je trvale napojen na třmínek a uložen ve středoušní dutině. Třmínkový reflex je oboustranný a nepodmíněný. (Horáková, 2012; Lejska, 1994)

### Otoakustické emise

Měření otoakustických emisí využívá toho, že člověk má již před narozením funkční vláskové buňky v hlemýždi. Ty odpovídají na podráždění přibližně po 24 hodinách po narození. Proto se toto vyšetření používá při novorozeneckém screeningu sluchu. Měření emisí a jejich výbavnost nás informuje o stavu sluchu. Nedokáže však vyloučit poruchu sluchu způsobenou poruchou v oblasti sluchové dráhy nebo selektivním poškozením zevních vláskových buněk. V případě nevýbavnosti emisí nelze přesně určit, o jaké a jaký stupeň sluchového postižení se jedná. (Horáková, 2012)

### BERA

BERA anglicky Brainstem Evoked Responses Audiometry je vyšetření evokovaných potencionálů mozkového kmene. Toto vyšetření se používá především u jedinců, kteří nemohou absolvovat subjektivní audiometrické vyšetření z důvodu nízkého věku či inteligence. Vyšetření se provádí ve spánku, u malých dětí se využívá přirozeného spánku, starší děti jsou vyšetřovány v celkové anestezii. Pomocí tohoto vyšetření jsme schopni změřit celou sluchovou dráhu od kochlei po korovou oblast. (Horáková, 2012)

Proto se po zjištění nevýbavných emisí při novorozeneckém screeningu (otoakustické emise) novorozenci odesílají na vyšetření evokovaných potencionálů mozkového kmene a měla by být zahájena následná intervence.

### NN-ABR

NN-ABR anglicky Notched-Noise Auditory Brainstem Response je vyšetření, které vychází z aktivity EEG sluchových drah. Jedná se o specifické vyhodnocení testovacího tónu v mezeře a na nosném šumu. Při vyšetření je dítě usnáno, výsledek hodnotí lékař. (Horáková, 2012)

Toto vyšetření odhalí vady sluchu, které po zkoušce otoakustických emisí vyjdou falešně pozitivní. Jedná se o tzv. sluchovou neuropatii, kdy ztráta sluchu je způsobena

poškozením hlavového nervu mezi vnitřním uchem a mozkovým kmenem. Vnější vláskové buňky a kochlea jsou zcela v pořádku. V současnosti je ve světě standardem (především v USA) vyšetřovat stav sluchu pomocí kombinace metod otoakustických emisí a ABR. Použitím pouze jedné metody dochází ke zkreslení výsledků. (Lejska & Havlík, 2008)

## SSEP

SSEP anglicky Steady State Evoked Potentials je vyšetření ustálených evokovaných potencionálů. Přístroj měří a zachycuje do grafu zvukové podněty o frekvenci v rozsahu od 250 Hz do 8 000 Hz a intenzitě od 10 dB do 125 dB. Výsledkem vyšetření je tzv. odhadovaný audiogram prahového slyšení. Vyšetření probíhá ve spánku, případně v celkové narkóze. (Horáková, 2012)

## **4.2 Speciálněpedagogické hledisko**

Při zahájení speciálněpedagogické intervence v rodině s dítětem se sluchovým postižením je nezbytně nutná multidisciplinární spolupráce. Vždy vycházíme z anamnézy jedince, rodiny, lékařských zpráv. Diagnostika sluchu je výhradně záležitostí medicíny. I přesto, většina speciálně pedagogických center pro sluchově postižené vlastní dětský audiometr pro orientační vyšetření sluchu. Sluchová výchova dítěte v SPC se provádí také z důvodů nácviku na subjektivní zkoušky sluchu.

*„...v některých individuálních případech, může výsledek vyšetření pomocí BERA nebo SSEP signalizovat velký rozdíl mezi naměřenými hodnotami a skutečným stavem sluchu. Příčina může být v abnormální elektrické aktivitě mozku. (Např. u dětí předčasně narozených může být prostřednictvím objektivních zkoušek sluchu diagnostikována těžká sluchová vada. Podle výsledků z kontrolního vyšetření však po určité době nemusí být vykazována žádná patologie v oblasti slyšení nebo sluchová vada je daleko lehčího stupně, protože dozrává centrální nervová soustava.) Proto je potřeba mít na paměti, že nelze spoléhat pouze na objektivní metody prokazující, jak dítě slyší určitý zvuk, ale je nutné zohledňovat i výsledky získané z behaviorálních metod, tzn. zda dítě doma na nějaké zvuky reaguje, na jaké zvuky v běžném prostředí reaguje apod. V tomto případě je nezbytná spolupráce rodičů dítěte, foniatra a speciálních pedagogů.“ (Horáková, 2012, p. 29)*

Dle statistik novorozenecký screening odhalí těžkou sluchovou ztrátu u 1 – 3 dětí z 1000. U dítěte však může dojít ke ztrátě sluchu i v průběhu raného dětství. Foust a jeho kolegové dokonce uvádí, že výskyt trvalých ztrát sluchu se dvojnásobí v období mezi narozením a školním věkem. American Academy of Pediatrics doporučuje provádění objektivních zkoušek sluchu v novorozeneckém věku a provádění subjektivních zkoušek sluchu ve věku 4 let dítěte, kdy je schopno spolehlivě reagovat na tónovou audiometrii. Věk 3 – 5 let je kritický, pozdní odhalení sluchového postižení má výrazně negativní vliv na vývoj jedince, intervence v tomto věku je nezbytně nutná. (Foust & Eiserman & Shisler, 2013)

V červnu 2011 ve Varšavě proběhl kongres Evropské federace audiologických společností, kde proběhla diskuze týkající se problematiky screeningu sluchu školních dětí. Bylo učiněno prohlášení, na kterém se shodli odborníci z různých oborů. Byl vytvořen Návrh prohlášení evropského konsenzu týkající se screeningu sluchu předškolních a školních dětí, který má 13 bodů. V bodu 13. je uvedeno, že evropské zdravotnické systémy se od sebe vzájemně liší jak organizačně, tak ekonomicky, proto se Evropský konsenzus ohledně screeningu sluchu u předškolních a školních dětí zaměřuje na odpovídající mocenské orgány evropských zemí. (Kabelka, 2011)

Sluchový screening předškolních dětí by měl být součástí preventivních prohlídek u pediatra. Dle Myšky (2013) by měl být pediatr první, kdo dá podnět na vyšetření sluchu, ať už na základě rizikových podnětů v anamnéze, nebo dle provedené sluchové zkoušky. Dle vlastních zkušeností uvádí, že ve většině případů, kdy rodiče upozornili na možnou ztrátu sluchu, se podezření potvrdilo. Sluchová zkouška dětí do 6 měsíců věku vychází z pozorování nepodmíněného reflexu - tzv. Moorův reflex. U dětí ve věku 7 – 9 měsíců, za předpokladu, že dítě již sedí, využívají pediatři pátracího reflexu. U starších dětí využívají zkoušky pomocí hovorové řeči, kdy dítěti dávají jednoduché příkazy. Od věku tří let se provádí klasická sluchová zkouška – vyšetření hlasitou a šeptanou řečí.

Na českém trhu jsou subjektivní audiometrické přístroje, vhodné pro děti od tří let, kdy vyšetření probíhá pomocí tzv. interaktivního psychoakustického testu. Dítě si doslova hraje s přístrojem, který má dotykový display, na kterém se postupně zobrazují různé obrázky. Dítě intuitivním a hravým způsobem reaguje na slyšené zvuky. V průběhu „hry“ audiometr

postupně vyhodnocuje prahový audiogram dítěte. Vytvoření audiogramu pro jedno ucho trvá přibližně dvě minuty. Přístroje jsou klinicky testovány a praxí ověřeny. (AudioNika)

Domníváme se, že by tyto typy přístrojů mohly doplnit sluchovou zkouškou na pediatrických pracovištích při preventivních prohlídkách. Stále se ještě vyskytují případy, kdy rodič navštíví pediatra s podezřením na „špatný“ sluch a rodiče jsou ubezpečováni, že se nejedná o ztrátu sluchu, ale dítě je pouze líné apod. Jak už jsme zmiňovali v předchozí kapitole, Komínek (2012) zdůrazňuje, že při jakémkoliv podezření na sluchovou ztrátu by mělo být pravidlem prověřit toto tvrzení podrobným vyšetřením sluchu.

Po zjištění ztráty sluchu dítěte následuje korekce sluchového postižení (pokud je možná) pomocí sluchových protetik. Ty ale nezajistí dítěti se sluchovým postižením vhodnou péči, rozvoj a podporu rodiny. S dítětem a celou jeho rodinou je potřeba dále pracovat. Naučit rodiče, jak s dítětem komunikovat, spolupracovat a dítě dále rozvíjet. Jeden z mýtů, který v naší společnosti stále přetrvává, je, že po korekci sluchové vady pomocí sluchadel, kochleárního implantátu či jiných sluchových protetik, dítě slyší. Sluchové vjemy zprostředkované kompenzačními pomůckami však nikdy plnohodnotně sluch nenahradí. Kvalita slyšení skrze kompenzační pomůcku je u každého jedince individuální.

*„Péče o jedince se sluchovým postižením raného věku by měla mít komplexní charakter. Provázanost spatřujeme mezi resortem školským, zdravotnickým a sociálním. Cílem komplexně výchovně-vzdělávací péče by měl být maximální rozvoj osobnosti jedinců se sluchovým postižením a jejich úspěšná socializace.“* (Horáková, 2012, p. 31)

Zdravotnický resort zastupuje obor ORL a foniatrie a nesmíme opomenout logopedii prováděnou ve zdravotnických zařízeních. Školský resort zastupují speciálně pedagogická centra a sociální resort služba raná péče.

Speciálně pedagogické centrum je poradenské školské zařízení, jeho činnost upravuje školský zákon č. 561/2004 Sb. a vyhláška č. 116/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. SPC má v péči zpravidla děti od 3 let, ale může poskytovat i tzv. včasnou intervenci, proto jsou přijímány do péče i děti mladší. SPC poskytuje primárně ambulantní péči přímo v centru, sekundárně terénní péči ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách

a zařízení pečujících o žáky se zdravotním postižením. Standardní poradenské služby jsou poskytovány bezplatně.

Raná péče je sociální služba definovaná zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Primárně se jedná o terénní službu, kdy klíčový pracovník – sociální pracovník navštěvuje rodinu v jejím domácím prostředí. Raná péče poskytuje sekundárně i ambulantní služby. V České republice ranou péčí pro rodiny dětí se sluchovým postižením a kombinovaným postižením od narození do věku 7 let provozuje Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. Raná péče je klientům poskytována bezplatně, zpoplatněny mohou být některé nabízené fakultativní služby. Doležalová a Hricová (2012) považují ranou péči za jeden z nejvýznamnějších pokroků v České republice v oblasti surdopedie za posledních 10 let. Především zdůrazňují zaměření se na celou rodinu.

Za důležité zde považujeme zdůraznit, že každý speciální pedagog by se měl umět orientovat v audiogramu, aby mohl kvalitně navázat intervenci. Standardem při práci s klientem - dítětem by měly být zásady, které Potměšil (2003) uvádí jako zásady surdopedické péče:

- Včasnost – zásada včasnosti by měla platit hned v několika kategoriích. Nejprve je důležitá včasná diagnóza, následně včasné zahájení rehabilitační péče, včasné přidělení kompenzačních pomůcek, včasné zahájení komunikace a v neposlední řadě je třeba včas hovořit o případné integraci.
- Komunikativnost – by měla být hlavní zásadou při výchově každého dítěte, dítě by mělo být co nejčastěji vystavováno komunikativním situacím. Četnost příležitostí ke komunikaci by měla být přiměřená individualitě dítěte. Je důležité, aby nedocházelo k nadměrné stimulaci dítěte a tím pádem tzv. „overstimulation“.
- Udržování zrakového kontaktu – potřeba udržet směr komunikace. Dítě je třeba přesvědčit, že obličej druhé osoby je důležitým zdrojem informací. Dětem se sluchovým postižením, které neudrží zrakový kontakt, je občas špatně diagnostikován atypický autismus. Následného označení „autista“ se dítě jen velmi těžko zbavuje. Tuto zásadu Potměšil doplňuje o zásadu „Neukazování do tabule“ – udržet směr komunikace musí všichni komunikační partneři.

- Diference podle preferovaného komunikačního stylu – každá osoba má právo na preferenci komunikačního stylu a u dětí o něm rozhodují rodiče. Komunikační partneři to musí vždy respektovat. Proto se velmi často samotná komunikace s osobou se sluchovým postižením zahajuje dohodou o typu komunikace. O něco více tato zásada platí školství. Škola musí respektovat komunikační styl dítěte a dle něj ho hodnotit. Hodnocení žáků musí být objektivní. Neslyšící dítě vedené orální cestou bude mít pravděpodobně lepší verbální projev, než neslyšící dítě vyrůstající v neslyšící rodině. Velký rozdíl bude ale i v obsahu sdělení a chápání pojmů. Pevně doufáme, že hodnocení typu „Ten je chytrý, on pěkně mluví.“ již zcela vymizela.
- Zásada přiměřené náročnosti a důslednosti – aktivity by měly být přiměřené věku, schopnostem a míře postižení dítěte. Ochranitelský postoj rodičů k dítěti není vhodný, ale zároveň by dítě nemělo být přetěžováno. Důslednost je základem pro vytvoření vhodných vzorců chování.
- Zásada názornosti – jedna z nejdůležitějších zásad, naším cílem je zajistit dítěti dostatek informací tak, aby dítě věci a jevy opravdu chápalo, je třeba věci názorně uvádět i do vztahů. Zpětnou vazbou je pro nás uvědomělá otázka „Proč?“
- Zásada systematičnosti – systematičnost ve spojení výchovného stylu rodinného a institucionálního a s tím související systematičnost ve výstavbě komunikačního systému dítěte. Přístupy by se neměly rozcházet v cílech ani metodách, obzvlášť u volby komunikačního stylu a jeho budování.
- Zásada výstavby hodnotového systému – hodnotový systém získáváme zpravidla z rodiny, jedná se spíše o kulturní záležitost. Zahrnuje v sobě i schopnost hodnotit. Omezení pojmové banky může způsobovat černobílé hodnocení, které se následně negativně odráží v mezilidských vztazích.
- Rozšiřování pojmové banky – slovní zásoba a pojmová banka by se měly permanentně rozšiřovat. Nelze využívat slova bez pochopení jejich obsahu. Každý pojem je třeba vysvětlit a uvést do souvislostí. I u neslyšících osob je potřeba rozvíjet abstraktní myšlení.

## 5 Dopady sluchového postižení

### 5.1 Dopad na jedince

Každý z nás je individuum, je v něčem jedinečný, výjimečný – zvláštní. Někteří nám mohou být svými povahovými rysy a temperamentem bližší, někteří naprosto vzdálení - nepochopení. I každý jedinec se sluchovým postižením je individuum. Osobnost každého člověka, ať už intaktního či s handicapem, ovlivňuje prostředí, ve kterém vyrůstal, a také osobnostní rysy. Pokud tedy budeme tvrdit, že při nepochopení situace narůstá stres u každého jedince, a proto se častěji vyskytují výbušné reakce, musíme očekávat jinou četnost u cholera a jinou u flegmatika. Budeme se tedy snažit generalizovat dopady sluchového postižení na jedince, ale míra dopadu vždy záleží na temperamentu jedince.

I přes individualitu každého jedince najdeme ve skupině osob se stejným postižením společné znaky psychických zvláštností. Jak už bylo řečeno, jakékoliv znevýhodnění má dopad nejen na určitý orgánový systém, ale i na osobnost jedince s postižením, protože vytváří specifickou sociální situaci. Primárně zdravotní postižení v psychické oblasti omezuje rozvoj normálních funkcí a podle typu a závažnosti postižení se objevuje i riziko vzniku psychické odchylky. Sekundárně může ovlivnit vlastnosti osobnosti jedince s postižením i vnější prostředí. Trvalé postižení mění životní situaci jedince, mění jeho vývoj, ale i chování a postoje ostatních lidí. (Vágnerová, 1999)

*„Obecně se uvádí, že vývoj osobnosti jedince se sluchovým postižením je ovlivněn závažností sluchového postižení, dobou vzniku, obdobím diagnostikování vady, úrovní poskytované péče a v neposlední řadě prostředím, v němž dítě vyrůstá.“ (Horáková, 2012, p. 42)*

Jeden z nejvýznamnějších dopadů sluchového postižení je komunikační bariéra. Troufáme si tvrdit, že i u osob s lehkým stupněm sluchového postižení, které není korigováno, vzniká komunikační bariéra - komunikační obtíže. Osoby slyšící považují osobu s lehkým sluchovým postižením za intaktní, je možné, že o jejím handicapu ani nevědí, a proto nepřizpůsobují při komunikaci směr ani rychlost řeči. Zpravidla u osob s lehkým sluchovým postižením nebývá řeč nápadná. Z vlastní zkušenosti víme, že tyto osoby neužívají kompenzační

pomůcky z osobních důvodů a při nepochopení v komunikaci málokdy projeví zájem o zopakování informace.

U osob se střední poruchou sluchu nebo těžším stupněm bývá řeč nápadná. Pro děti, které ztratily sluch již v raném věku, je velmi těžké osvojit si mluvenou řeč. Aby si neslyšící dítě osvojilo mluvenou řeč, musí si zapamatovat kombinace pohybů mluvidel a vibrací. Neslyšící děti se učí orální řeč proto, aby nebyly tolik izolované od majoritní společnosti, kde je právě mluvená řeč hlavním způsobem předávání informací. Děti s postlingvální ztrátou sluchu jsou na tom o něco lépe, sluch ztratily po osvojení řeči, tudíž pokud má dítě nadání pro řeč a odezírání, nečekají ho ve společnosti takové obtíže jako dítě s prelingvální ztrátou sluchu.

Vágnerová (2012) uvádí, že nápadnost řečového projevu osob se sluchovým postižením je pro ně obrovskou zátěží a stresem. Uvádí pocity nejistoty a někdy i zlostné a výbušné reakce. Tvrdí, že komunikační bariéra způsobuje sociální izolaci, a že osoby se sluchovým postižením bývají snáze dezorientovány, protože nerozumí všem informacím. Také uvádí obtíže pochopit význam sociálních situací a z toho plynoucí nepřiměřené reakce. Současně uvádí, že intaktním osobám bývá nepříjemné, když jsou upřeně sledováni osobou se sluchovým postižením. Neuvědomují si, že pokud takto handicapovaný člověk ztratí zrakový kontakt, komunikace pro něj končí. Nepříjemně pro ně mohou působit i mimické projevy, které nahrazují modulaci hlasu.

Pro srovnání – slyšícímu dítěti trvá osvojení mluvené řeči dva až tři roky. Dítě se sluchovým postižením není na recepci ani produkci mluveného jazyka sensoricky vybaveno, tudíž osvojování mluvené řeči trvá podstatně déle a výsledek bývá zřídka tak dokonalý jako u dětí intaktních. Komunikační obtíže plynoucí z omezení či chybění zvukových podnětů se mohou promítat do kognitivní, psychosociální a emocionální oblasti. Proto je pro dítě se sluchovým postižením přirozenější přijímat informace pomocí vizuálně komunikačního systému. (Souralová, Langer, 2006)

O emocionální oblasti neslyšících dětí hovoří Vymlátlová (In Horáková, 2012). Tvrdí, že neslyšící děti jsou výrazně ohroženy ve svém citovém vývoji, protože jsou prakticky trvale vystaveny podnětové deprivaci a stresu. Vztah mezi rodičem a dítětem je podroben větší zátěži a tím u nich častěji dochází k citové deprivaci. V anamnéze mají vyšší počet



perinatálních traumat a mozkových dysfunkcí. Velmi často a opakovaně prožívají pocity zklamání, protože nejsou schopni splnit vysoké nároky pedagogů, a mluvená řeč a odezírání pro ně obvykle stresující.

Komunikační bariéra spočívá také v odlišném způsobu komunikace. Bohužel podnětů, které lze vnímat, a současně mají informační charakter, je podstatně méně než u osob slyšících. Velmi důležité je, aby všichni členové rodiny používali stejný komunikační styl, který vyhovuje osobě se sluchovým postižením. Mohlo by dojít k narušení vzájemných vazeb a porozumění. Rodiče by měli velmi dobře zvážit, jaký komunikační přístup budou se svým dítětem používat. Odlišný způsob komunikace způsobuje obtíže v dorozumívání a nestandardní vývoj řeči ovlivňuje negativně další psychické funkce. (Potměšil, 2003; Vágnerová, 2012)

Vágnerová (2012) uvádí, že kvůli získávání poznatků pouze z vizuálního nebo hmatového kontaktu je myšlení osob se sluchovým postižením více vázáno na realitu. Děti, které mají nestandardní vývoj řeči, se dostatečně nevěnují vzájemným souvislostem a obecnějším vztahům. Tvrdí, že rozvoj logického a pojmového myšlení je u osob se sluchovým postižením obtížnější. Uvádí také problém čtení s porozuměním, a že čtení nemůže být náhradním zdrojem poznatků.

*„Formální zvládnutí dovednosti čtení není dostatečným předpokladem, protože je třeba chápat obsah jednotlivých slov, slovních vazeb i celkového kontextu tištěné informace... Podobné, a leckdy ještě větší problémy mívají sluchově postižení s psaným vyjádřením. Protože neznají dobře jazyk, dělají mnoho chyb, a to příslušníky majoritní společnosti posiluje v přesvědčení, že jde zřejmě o jedince s nižší úrovní inteligence.“ (Vágnerová, 2012, p. 221)*

Považujeme za důležité zdůraznit, že Potměšil (2003) uvádí jako surdopedickou zásadu rozšiřování pojmové banky.

*„O tom, že lze i u zcela hluchých osob budovat pojmy a pracovat s abstraktním myšlením, vypovídají naše četná setkání s dospělými neslyšícími spolupracovníky, kteří i přes mohutnou ztrátu sluchu byli schopni číst s porozuměním odbornou literaturu a hovořit zasvěceně o jazykovědě a oborech s výzkumem znakového jazyka souvisejících. Opět se můžeme opřít o vlastní zkušenost, kdy se dokonce pracovník školské správy – speciální*

*pedagog domníval, že neslyšící mají pouze konkrétní myšlení, a proto není možné po nich požadovat ve škole abstraktní vědomosti. Pokud bude převládat taková informovanost u odborníků, pak jen těžko budeme prosazovat jiné pohledy na cíle výchovy a vzdělávání ve školách pro sluchově postižené. Všechno, co je spojeno s výchovou a vzděláváním, je postaveno na pojmech a pokud se setkáme s absencí pojmů, není možné vystavět vědomostní aparát v žádném učebním předmětu nebo studovaném oboru.“ (Potměšil, 2003, p. 41)*

Jako pozitivní změnu uvádíme tvrzení Suralové a Langer (2006). Ti uvádí, že pohled společnosti na osoby se sluchovým postižením se mění. Díky odlišnému způsobu komunikace se začíná na osoby se sluchovým postižením pohlížet spíše jako na minoritu, než na osoby s postižením.

## **5.2 Dopad na rodinu**

Kromě dopadu sluchového postižení na jedince samotného má také významný dopad na celou rodinu. Narození dítěte v rodině bývá zpravidla radostnou událostí. Během těhotenství si rodiče vytvoří mentální obraz dítěte, ke kterému si zejména žena vytvoří emocionální vztah. Často matky svým nenarozeným dětem přisuzují kladné vlastnosti a schopnosti. Narození dítěte s postižením pak pro rodiče představuje většinou neočekávanou psychickou zátěž. Nejtěžším úkolem po porodu je vyrovnání se s rozdíly mezi „idealizovaným“ dítětem a „reálným“ dítětem. Objevují se pocity selhání v rodičovské roli a následné trauma. Rodiče prožívají pocity méněcennosti, ztrátu sebedůvěry. Ta bývá umocněna reakcí okolí, zejména pokud se jedná o vrozený a hlavně nápadný handicap. Matoušek (In Vágnerová) srovnává narození dítěte s postižením s traumatem po zohyzďujícím úrazu. Matka se s dítětem identifikuje, tudíž se cítí méněcenná. Období, kdy je postižení dítěte sděleno rodičům, označujeme jako krizi rodičovské identity. Reakce rodičů na toto sdělení prochází typickými fázemi, které se v průběhu mění. (Sobotková, 2004, Vágnerová, 1999)

Fáze vyrovnávání se s postižením dítěte jsou interpretovány různě. Např. Küblerová-Rossová popisuje 5 fází: šok; popření; smutek – zlost – úzkost – pocity viny; rovnováha; reorganizace. (Sobotková, 2004)

Vágnerová (2012) popisuje 5 fází:

- Fáze šoku a popření – Zjištění, že dítě má trvale postižení je pro rodiče subjektivně nepřijatelné. Velmi záleží na tom, kdy a jakým způsobem se o postižení svého dítěte dozvěděli. Popřením se snaží udržet si vlastní psychickou rovnováhu. V této fázi rodiče nechtějí být informováni o možnostech péče o dítě, nejprve musí informaci o postižení dítěte přijmout. V tomto období se objevují obranné reakce rodičů.
- Fáze bezmocnosti – Pro rodiče je tato situace nová, s podobným problémem se nikdy nesetkali a neví, jak jej řešit.
- Fáze postupné akceptace a vyrovnání s problémem – Rodiče si postupně připouštějí postižení dítěte. Způsob vyrovnání se s postižením záleží na mnoha faktorech. Např. na jejich zkušenostech, vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského stavu, počtu dětí, na příčině postižení atd. V tomto období je zajímavá budoucnost jejich dítěte. Chtějí získat více informací, hledají příčinu – viníka. Objevují pocity viny, hanby a bezmoci. Tendence najít viníka bývá doprovázena depresemi a hněvem. U rodičů, kteří se neovládou vyrovnat s postižením svého dítěte, se objevuje pasivní obrana – únik. Jedná se o přetrvávající popření, nebo v krajním případě předání dítěte do institucionální péče, případně odchod z rodiny.
- Fáze smlouvání – Vyrovnat se s postižením svého dítěte může trvat různě dlouho, rodiče se upínají k naději pozitivního vývoje dítěte, částečně dítě přijali.
- Fáze realismu – Jedná se o smíření se skutečností, že jejich dítě nebude nikdy zdravé. Reakce a chování rodičů začíná být přiměřenější. Dosáhnutí této fáze trvá dlouho, někteří rodiče ji nedosáhnou nikdy.

*„Současné poznatky o intuitivním rodičovství ukazují, že raná rodičovská péče má v základě univerzální psychobiologické predispozice. V průběhu každodenních interakcí mezi rodičem a dítětem intuitivní rodičovské chování poskytuje dítěti podporu a usnadňuje mu učení, komunikaci a regulaci vlastního chování. Za tuto podporu jsou rodiče odměňováni pozitivními signály ze strany dítěte. Tím se zpevňuje kladný vztah rodičů k dítěti a rodiče získávají důvěru ve své vychovatelské schopnosti. Intuitivní rodičovství však může být negativně ovlivněno různými nepříznivými biologickými nebo sociálně-kulturními vlivy. Kdykoli jsou intuitivní rodičovské schopnosti narušeny, dítě nedostává potřebnou podporu*

*učení, komunikace a regulace svého chování. Proto je třeba věnovat péči nejen dítěti, ale i rodičům.*“ (Dittrichová & Papoušek & Paul, 2004, p. 159)

Rodičům v této situaci poskytují podporu střediska rané péče, speciálněpedagogická centra, různé podpůrné skupiny apod. Rodiče dítěte s postižením potřebují podporu, protože prožívají pocit ztráty kontroly nad situací. To často vede k bezúčelnému hyperaktivnímu chování, nebo naopak k ustrnutí a neschopnosti cokoliv dělat. Jsou vystaveni většímu výchovnému zatížení, které se v průběhu vývoje kvalitativně mění. Výchovné problémy se objevují vždy tematicky v určité době. Například vstup do školy je pro rodiče novou fází psychického zatížení. Často pak rodiče tíhnou k extrémním výchovným stylům. Objevuje se hyperprotektivní přístup, nebo naopak přetěžování a odmítání dítěte. Oba extrémy působí nepříznivě na vývoj dítěte. Stále více se ukazuje, že společenské poměry výrazně ovlivňují rodinu, a proto rodina v některých případech nedokáže vytvořit podmínky pro zdárný vývoj dítěte a vytvoření jeho stabilní identity. Čím dříve rodina zjistí postižení svého dítěte, tím výrazněji se změní jejich rodičovské postoje. Proto tvrdíme, že po každém odborném vyšetření dítěte je potřeba odkázat rodiče na další možnosti podpory, aby nepříznivé vlivy byly co nejvíce eliminovány. (Bartoňová & Pipeková, 2006, Sobotková, 2004, Vágnerová, 1999)

Důležitou informací je, že v 90% dětí s různým stupněm sluchového postižení se rodí slyšícím rodičům. Pokud se dítě se sluchovým postižením narodí do slyšící rodiny, rodiče si zpočátku nemusí uvědomovat, že pokud budou na dítě pouze mluvit, nemusí je vůbec slyšet (dle stupně postižení). Děti se sluchovým postižením jsou odkázány na příjem informací pomocí zraku, který v novorozeneckém ani kojeneckém období není dokonalý. Oproti tomu sluch se vyvíjí již v prenatálním období, a proto v prvním měsíci života dítě slyší a reaguje na širokou škálu zvuků. Slyšícímu dítěti tak sluch zajišťuje nepřetržitý kontakt s okolím. (Horáková, 2012)

Dopady psychické zátěže intaktních rodičů spojené se zvládáním stresu popisuje Kročanová (In Horáková, 2012). Intaktní rodiče čeká dlouhodobá adaptace a vyrovnání se s postižením svého dítěte, následná akceptace dítěte i s jeho sluchovou vadou. Musí vhodně zvolit výchovný styl, rozhodnout o volbě komunikačního systému – budovat plnohodnotnou komunikaci a utvářet vzájemný komunikační vztah. Mají se vyrovnat se společenským a pracovním omezením jejich dítěte a čeká je také zkouška stability a zralosti partnerského

vztahu. To vše je spojené s prožíváním negativních pocitů způsobených pomalými pokroky dítěte a nesplněným očekáváním.

Je tedy jasné, že sluchové postižení dítěte výrazně ovlivňuje vztah rodičů a dítěte a jejich vzájemnou interakci. Braden (In Horáková, 2012) uvádí výsledky psychologických studií, které prokázaly, že slyšící matky dětí se sluchovým postižením mají vyšší tendenci řídit činnost svých dětí a tím dítěti určují roli, kterou přijímá. Poukazuje na případy, kdy lepší schopnost komunikace jednoho člena rodiny s dítětem se sluchovým postižením vede ke komunikaci s ostatními členy rodiny prostřednictvím lépe komunikujícího člena, většinou matky. To ovšem negativně ovlivňuje sociálně-emocionální vývoj dítěte.

Oproti tomu dítě se sluchovým postižením, které se narodí do neslyšící rodiny, je přijímáno naprosto přirozeně. Od počátku rodiče s dítětem komunikují přirozeně – znakovým jazykem. Proto u těchto dětí tolik nedochází k narušení kognitivní a emocionální oblasti. (Horáková, 2012)

Za důležité považujeme zmínit i základní potřeby rodiny s dítětem s postižením. Bartoňová s Pipekovou (2006) uvádějí jako základní potřeby potřebu poskytnutí vhodných informací o postižení a možnostech dítěte, dále potřebu emocionální podpory a potřebu finanční a sociální podpory. Co se týče sociální podpory od státu, rodiče mohou žádat na své dítě příspěvek na péči (více zákon č. 108/2006. o sociálních službách).

S dopadem sluchového postižení na rodinu souvisí resilience rodiny. Resilienci rodiny definoval Břicháček (2002, In Šolcová, 2009, p. 68) *jako dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů rodiny vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnat se s obtížemi.*

Právě resilienci rodin dětí se sluchovým postižením zkoumali Potměšil a Pospíšil (2013). Z jejich výzkumu vyplývá, že úroveň příjmů rodiny výrazně ovlivňuje společenský život a emocionální klima rodiny. Zajímavým faktem je, že resilienci rodiny neovlivňuje složení rodiny, úroveň vzdělanosti rodičů, ani zda jsou věřící či nikoliv. Dá se předpokládat, že rodiče, kteří se podíleli na výzkumném šetření, byli již ve fázi, kdy své dítě plně přijali a přizpůsobili se důsledkům sluchového postižení. Jako hlavní zdroje podpory rodiče uvedli lékařství, speciální vzdělávání a v poněkud menší míře byla uvedena i psychologie. Nejdůležitějšími faktory, které umožnily rodičům reagovat pružným způsobem, byly:

včasná diagnóza, zapojení do společenského života, profesionální podpora na základě psychologické a speciální vzdělávací služby pro rodinné příslušníky. Dalším zajímavým zjištěním byl fakt, že pokud rodiče uvažují nad možností kochleární implantace, jsou vystaveni další zátěžové situaci. Rodiče jsou nuceni si vybrat konkrétní produkt od konkrétní firmy a účastní se tedy hospodářské soutěže mezi výrobci kochleárních implantátů.

Potměšil a Pospíšil (2013) ve svém článku „*Resilience factors in families of children with hearing impairment*“ zmiňují výzkum Venneta Lampropoulou a Mary M. Konstantareas z roku 1998. Ti zkoumali míru zapojení matek dětí se sluchovým postižením při každodenních činnostech a zároveň sledovali jejich psychické zatížení. Z výzkumu vyplývá, že matky dětí se sluchovým postižením nejlépe zvládaly krmení, o něco hůře koupání a hraní a největší psychickou zátěží pro ně bylo oblékání. Všechny činnosti jsou standardně doprovázeny komunikací mezi matkou a dítětem. Z výsledků lze vyvodit, že nedostatek zpětné vazby je pro matku pravděpodobně nejsilnějším stresovým faktorem.

Při řešení vlivu sluchového postižení dítěte na rodinu nesmíme opomenout slyšící sourozence. Obecně role sourozence postiženého dítěte je zátěží, která vždy ovlivní chování a postoje intaktního dítěte, a to pozitivním nebo negativním směrem. Sourozenec si uvědomuje rozdíly v přístupu rodičů, kteří mohou své postoje dohánět k extrémům. Nejčastěji se jedná o dvě extrémní varianty – koncentrace pozornosti a zájmu na dítě s postižením, nebo koncentrace pozornosti a zájmu na dítě bez postižení. V prvním případě rodiče nevěnují intaktnímu sourozenci dostatečnou pozornost a očekávají od něj zralejší chování, než jakého je dítě schopno. Rodiče jsou zahlceni péčí a starostmi o dítě s handicapem a proto očekávají od intaktního sourozence spolupráci a pomoc. Pro dítě to však může být velkou zátěží. Může se za projevy svého sourozence na veřejnosti stydět a to může vyvolat obrannou reakci dítěte a narušení vzájemných vztahů. Druhý případ se objevuje při neuspokojení potřeb rodičů. Intaktní dítě má rodičům vynahradit strádání a starost o sourozence s postižením. Úspěšnost intaktního dítěte rodičům zvyšuje sebevědomí a snáze se jim řeší problémy, které mají. Rodiče ovšem mohou klást na dítě nepřiměřeně vysoké nároky, které nebude schopno dítě zvládnout. Velmi záleží na tom, jak rodina překoná krizi rodičovské identity, jak dítě přijme a jak bude začleněno do domácnosti a následně do společnosti. Od toho se budou odvíjet vzájemné vztahy mezi sourozenci. Dítě s postižením může pozitivně ovlivnit vývoj svého

intaktního sourozence, který postupně přijme dominantně ochrannou roli a osvojí si větší toleranci k lidské rozmanitosti. (Vágnerová, 2012)

## 6 Výzkumná část

V praktické části jsme se zaměřili na zkušenosti s diagnostikou sluchového postižení - jak u rodičů dětí se sluchovým postižením, tak u pracovníků speciálně pedagogických center pro sluchově postižené na Moravě. Provedli jsme vyšetření sluchu některých klientů Speciálně pedagogického centra pro sluchově postižené v Olomouci a snažili se zmapovat a porovnat současnou úroveň dětí se sluchovým postižením.

### 6.1 Metodologická východiska

K realizaci praktické části jsme zvolili metody kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Z metod kvantitativního výzkumu jsme zvolili metodu dotazníku. Dotazník je „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ (Chráska, 2007, p. 163). Vytvořili jsme dva dotazníky. První dotazník byl určen pracovníkům speciálně pedagogických center na Moravě, druhý dotazník byl určen rodičům dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let. Z metod kvalitativního výzkumu jsme pro sběr dat zvolili pozorování a případovou studii. Pozorování je „*sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob...*“ (Průcha & Waltrová & Mareš, 2001, In Chráska, 2007, p. 151). Jednalo se o vlastní, krátkodobé, přímé pozorování za účelem sledování smyslově vnímatelných jevů, které byly vyvolány zásahem pozorovatele. Konkrétně se jednalo o orientační zkoušku sluchu pomocí dětského audiometru PA5 u dětí se sluchovým postižením.

### 6.2 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován ve čtyřech fázích. V první fázi byla telefonicky oslovena speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené (dále SPC) na Moravě a po telefonním rozhovoru byl na e-mail, uvedený pracovníky, odeslán dotazník určený pro SPC. V druhé fázi byl šířen dotazník pro rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let v období od dubna 2014 do února 2015 a to jak osobně, tak elektronicky. Třetí fáze byla provedena na základě



vyhodnocení dotazníkového šetření z SPC. Jednalo se o orientační zkoušku sluchu pomocí dětského audiometru PA5, která proběhla v listopadu 2014. Ve čtvrté fázi byly sepsány případové studie v březnu 2015.

## 6.3 Vlastní výzkumná práce

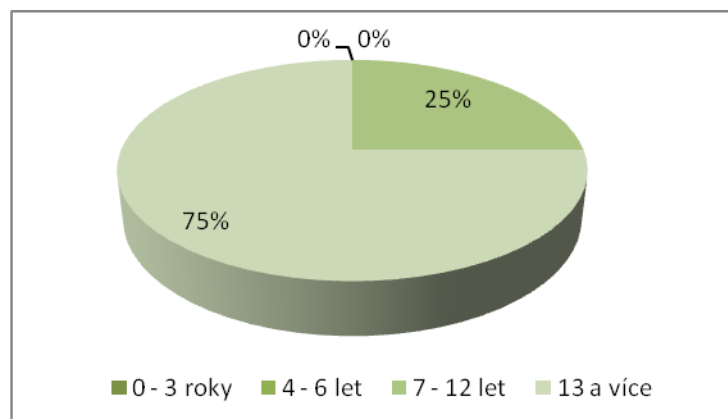
### 6.3.1 Analýza výsledků dotazníků pro speciálně pedagogická centra

V rámci výzkumu proběhlo dotazníkové šetření ve speciálně pedagogických centrech na Moravě s cílovou skupinou dětí, žáků a studentů se sluchovým postižením, které mělo za cíl zmapovat zkušenosti pracovníků se screeningem sluchu, ověřit spolupráci rodičů a nabídnout možnost vyšetření některých klientů pomocí dětského audiometru PA5.

Celkem bylo osloveno 7 speciálně pedagogických center. Konkrétně: Olomouc, Valašské Meziříčí, Zlín, Frýdek-Místek, Ostrava, Brno, Kyjov. Z toho šest SPC bylo kontaktováno nejprve telefonicky a na základě telefonické domluvy byl odeslán e-mail s odkazem na dotazník umístěný na webu. Jeden dotazník byl předán osobně v rámci praxe. Ze 7 dotazníků se vrátily 4. Návratnost byla 57%.

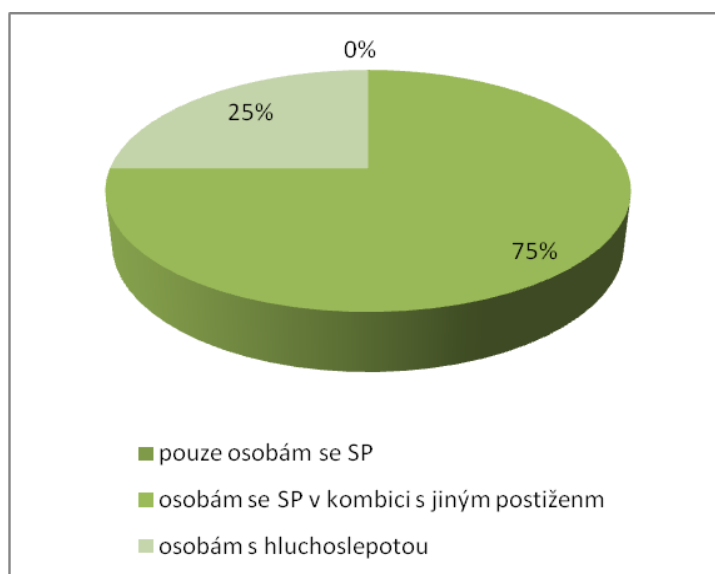
Dotazník byl složen ze dvou částí. V první části se nacházelo 8 uzavřených otázek a v druhé části dvě otevřené otázky a 5 výroků hodnocených Likertovou škálou.

1) Jaká je délka Vaší praxe?			
0 - 3 roky	4 - 6 let	7 - 12 let	13 a více
0	0	1	3



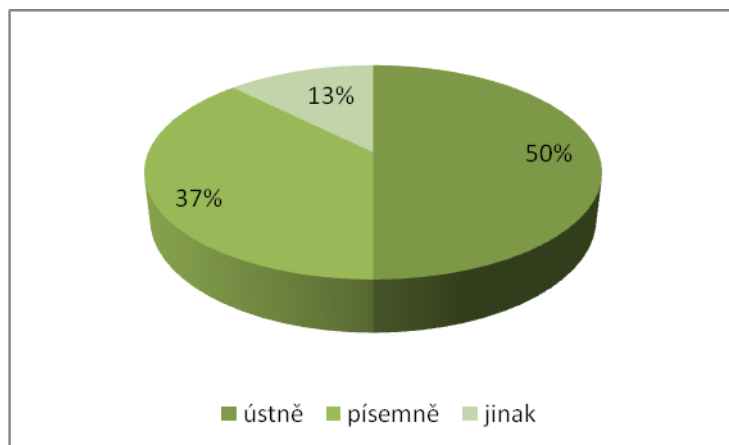
V první otázce nás zajímala délka praxe pracovníků v SPC. Překvapilo nás, že všichni z pracovníků mají praxi delší než 7 let. Z toho 25% má praxi 7 – 12 let a 75% má praxi 13 a více let.

<b>2) Vaše SPC poskytuje služby klientům</b>		
pouze osobám se sluchovým postižením	osobám se sluchovým postižením v kombinaci s jiným postižením	osobám s hluchoslepotou
0	3	1



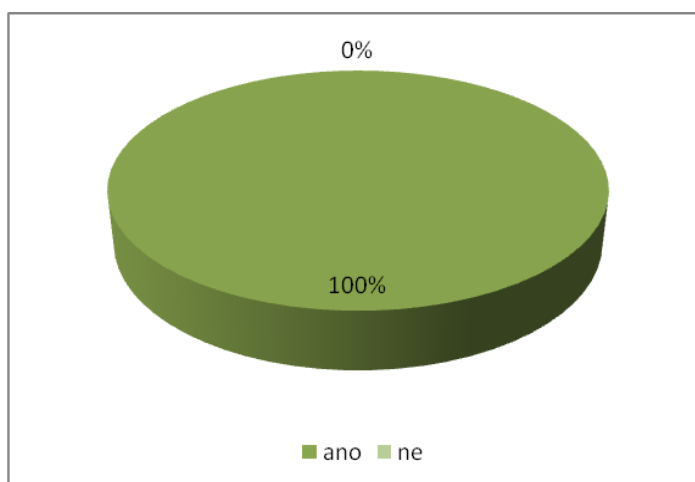
V druhé otázce jsme se zaměřili na cílovou skupinu SPC. Žádné z SPC neposkytuje služby pouze dětem, žákům a studentům se sluchovým postižením. 75% poskytuje službu i dětem, žákům a studentům se sluchovým postižením v kombinaci s jiným postižením. Pouze 25% SPC se zaměřuje i na klienty s hluchoslepotou.

<b>3) Jakou formou předáváte rodičům informace o činnosti s dítětem?</b>		
ústně	písemně	Jinak
4	3	1



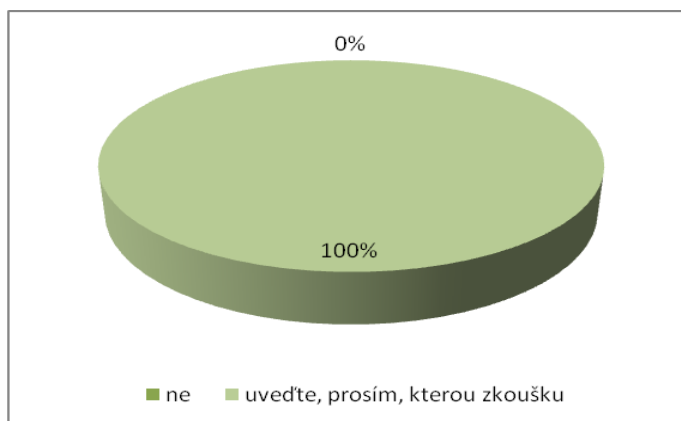
Pracovníci SPC předávají rodičům informace o činnosti s dítětem z 50% ústně, z 37% písemně a v jednom případě (13%) jinak - „*názorně - rodič je u terapie*“. Na tuto odpověď navazuje další otázka.

<b>4) Ukazujete prakticky rodičům jak s dětmi pracovat?</b>	
ano	Ne
4	0



Ač pouze jeden pracovník SPC (13%) odpověděl v předchozí otázce, že předává informace rodičům jak s dítětem pracovat názorně, všichni (100%) shodně tvrdí, že prakticky ukazují rodičům jak s dítětem pracovat.

5) Děláte sami orientační vyšetření sluchu?	
ne	ano – uveďte, prosím, kterou zkoušku
0	4



Všichni pracovníci SPC provádějí orientační zkoušku sluchu. Metody jsou různé:

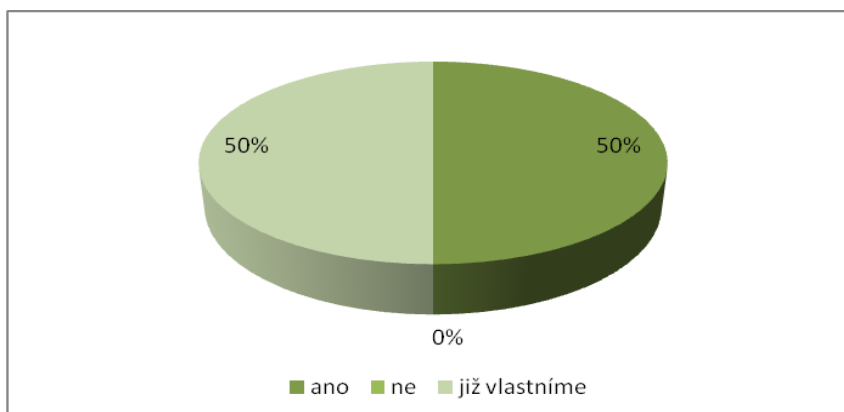
*„audiometrie - máme akreditovanou audiologickou sestru“*

*„slovní audiometrie, dětské audio - přístroj Senti“*

*„podle věku, zvukovými hračkami, audiometrem“*

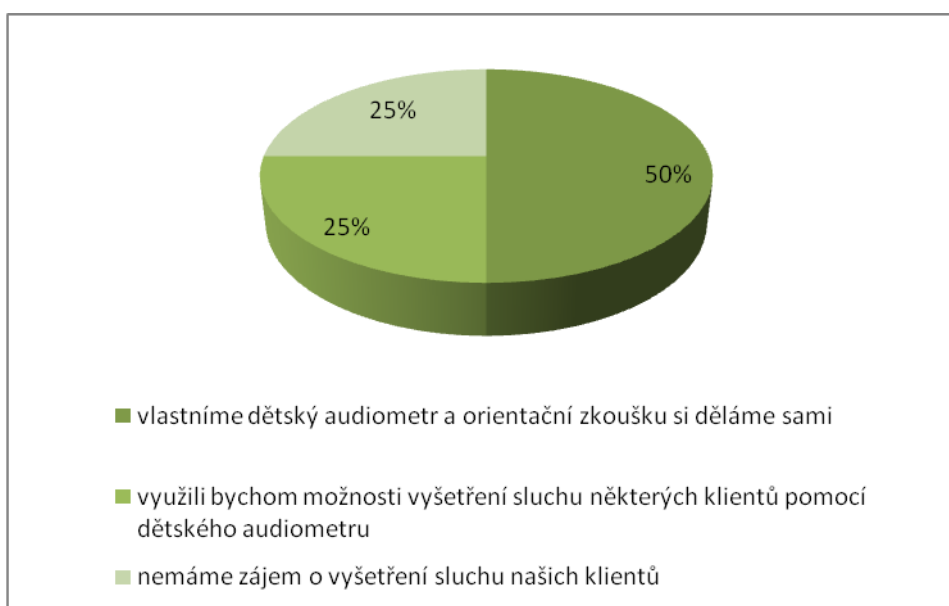
*„audiometr Senti, slovní audiometrie“*

6) Chtěli byste vlastnit dětský audiometr na orientační zkoušku sluchu?		
ano	ne	již vlastníme
2	0	2



V šesté otázce nás zajímalo, zda by SPC chtěly vlastnit dětský audiometr na orientační zkoušku sluchu. 50% dotázaných zodpovědělo, že již dětský audiometr vlastní a 50% by o něj mělo zájem.

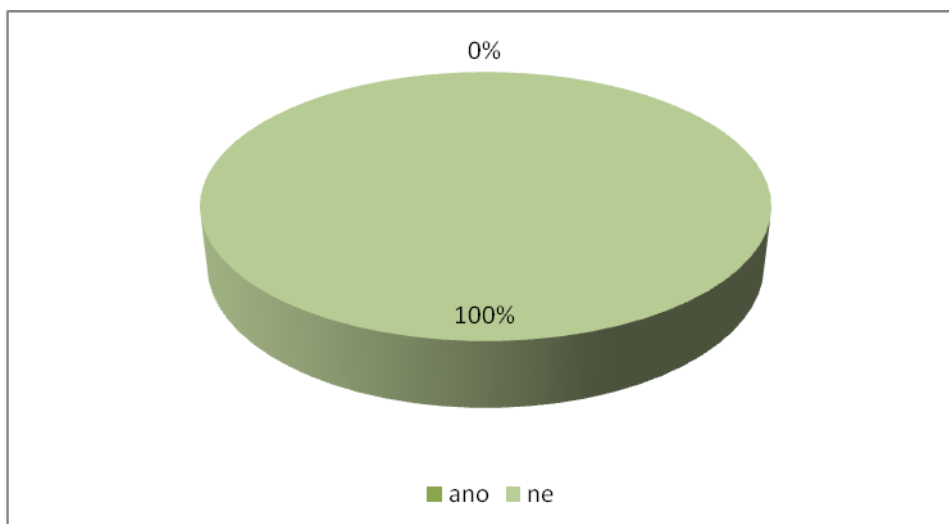
<b>7) Máte klienty, u kterých byste si přáli provést jednoduchou orientační zkoušku sluchu pomocí dětského audiometru?</b>	
vlastníme dětský audiometr a orientační zkoušku si děláme sami	2
využili bychom možnosti vyšetření sluchu některých klientů pomocí dětského audiometru	1
nemáme zájem o vyšetření sluchu našich klientů	1



V jednom případě (25%) SPC projevilo zájem o orientační vyšetření sluchu jejich klientů, které se realizovalo v listopadu 2014.

V rámci otázky „8) *Pokud jste projevili zájem o orientační vyšetření sluchu některých Vašich klientů, uveďte, prosím, telefonní nebo e-mailový kontakt, na kterém Vás můžeme kontaktovat.*“ jsme získali kontakt na Speciálně pedagogické centrum Olomouc.

<b>9) Vlastníte reaktometr?</b>	
ano	Ne
0	4



Žádné z SPC nevlastní reaktometr k orientačnímu vyšetření sluchu.

### 10) Které didaktické pomůcky byste chtěli mít ve Vašem zařízení?

*„v SPC máme audiometr Danplex, ale vzhledem k stále se snižujícímu věku klientů které máme v péči, by byl jistě využitý i reaktometr a dětský audiometr, i když diagnostika sluchové vady je plně v kompetenci foniatrů“*

*„videokamera, další dětský audiometr, lepší PC, další programy ...“*

*„logoprogram na rozvoj hlásek pro děti se sluchovým postižením formou jednoduchých her“*

### 11) Prosím, ohodnoťte

1 - naprosto souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – nevím, 4 – spíše nesouhlasím, 5 - naprosto nesouhlasím

Materiální vybavení mého pracoviště je dostačující.

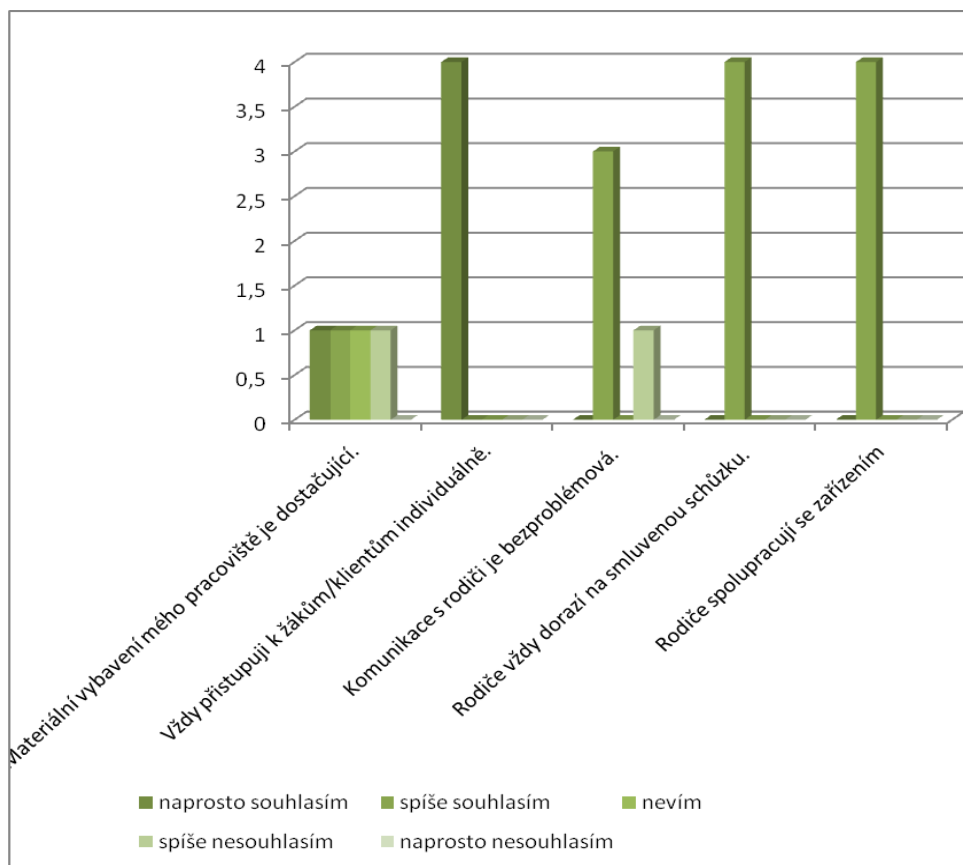
Vždy přistupuji k žákům/klientům individuálně.

Komunikace s rodiči je bezproblémová.

Rodiče vždy dorazí na smlouvenou schůzku.

Rodiče spolupracují se zařízením

	1	2	3	4	5
Materiální vybavení mého pracoviště je dostačující.	1	1	1	1	0
Vždy přistupuji k žákům/klientům individuálně.	4	0	0	0	0
Komunikace s rodiči je bezproblémová.	0	3	0	1	0
Rodiče vždy dorazí na smlouvenou schůzku.	0	4	0	0	0
Rodiče spolupracují se zařízením	0	4	0	0	0



100% pracovníků naprosto souhlasí s výrokem, že vždy přistupují individuálně ke klientům. 100% pracovníků spíše souhlasí s výrokem, že rodiče vždy dorazí na smlouvanou schůzku. Předpokládáme tedy, že zcela výjimečně klienti nedorazí. 100% pracovníků spíše souhlasí s výrokem, že rodiče spolupracují se zařízením, 75% pracovníků spíše souhlasí s výrokem, že komunikace s rodiči je bezproblémová, v jednom případě (25%) pracovník s výrokem spíše nesouhlasí. V tvrzení „materiální vybavení mého pracoviště je dostačující“ se pracovníci SPC nejvíce rozcházel. 25% naprosto souhlasí, 25% spíše nesouhlasí, 25% neví, nebo se nedokázalo rozhodnout a 25% spíše nesouhlasí.

**12) V rámci diplomové práce bychom potřebovali provést anonymní dotazníkové šetření u Vašich klientů. Při jaké příležitosti a kdy by bylo možné se setkat s Vašimi klienty? Případně bylo by možné Vašim klientům zaslat dotazník elektronicky?**

Žádné ze speciálně pedagogických center nám neumožnilo setkat se s klienty. Pouze jedno SPC dotazníky některým svým klientům předalo.

„Myslím, že naši klienti vyplňují podobných dotazníků velmi mnoho, a proto je již více nezatěžujeme. Není to profesionální a kazí to vzájemné vztahy. Omlouvám se.“

**13) Pokud Vás napadanou jakékoliv připomínky k této tématice, budeme velice rádi, když se o ně podělíte.**

Žádné ze SPC nemělo připomínky.

Diskuze: Z dotazníkového šetření vyplývá, že pracovníci daných SPC mají dlouholeté zkušenosti, což považujeme za velmi pozitivní, vzhledem k návratnosti 57%. Jedná se o pracovníky, kteří prakticky ukazují rodičům, jak s dítětem pracovat a mají potřebu ověřovat stupeň poruchy sluchu dítěte pomocí dětského audiometru. K tomuto tématu bychom chtěli dodat tvrzení Horákové (2012, p. 29), že „...je potřeba mít na paměti, že nelze spoléhat pouze na objektivní metody prokazující, jak dítě slyší určitý zvuk, ale je nutné zohledňovat i výsledky získané z behaviorálních metod, tzn. zda dítě doma na nějaké zvuky reaguje, na jaké zvuky v běžném prostředí reaguje apod. V tomto případě je nezbytná spolupráce rodičů dítěte, foniatra a speciálních pedagogů.“

### **6.3.2 Analýza výsledků orientační zkoušky sluchu**

Naši nabídku provést u některých klientů jednoduchou orientační zkoušku sluchu pomocí dětského audiometru vyžilo Speciálně pedagogické centrum (SPC) pro sluchově postižené v Olomouci. Orientační vyšetření sluchu bylo provedeno 5. 11. 2014 přímo v SPC.

Vyšetření proběhlo v úzké obdélníkové místnosti uzpůsobené k sezení s rodiči. V místnosti se nacházel pracovní stůl pracovníka SPC umístěn u okna. Uprostřed místnosti byl dětský stůl a dvě židle naproti sobě. Na levé straně byly v úložných boxech umístěny didaktické hračky a pomůcky, na pravé straně v blízkosti dětského stolu gauč pro rodiče. V blízkosti stolu pracovníka SPC byly skříně pro ukládání dokumentů. Přímo u zdi na dětském stole bylo umístěno logopedické zrcadlo.

Každé dítě bylo posazeno k dětskému stolu tak, aby za sebou mělo vstupní dveře a zhruba 2 metry před sebou pracovní stůl pracovníka SPC. V průběhu vyšetření seděla vedoucí SPC za pracovním stolem a kontrolovala reakce dětí.



Pomocí přístroje PA5 je možno vyšetřit sluch tónovou audiometrií, kdy je třeba výsledky zapsat do audiogramu. Aby vyšetření proběhlo formou hry, vypůjčili jsme si pomůcky z SPC. Konkrétně se jednalo o bubínek, míčky, cca 50 cm dlouhou rouru a plastová exotická zvířátka.

Vzhledem k subjektivní zkoušce sluchu, tedy závislé na spolupráci dítěte, byla občas potřeba pomoci pedagoga. Jedno dítě nám pedagog MŠ předal a odešel. Dítě odmítalo spolupracovat, dokud se pedagog nevrátil. Proto jsme i ostatní doprovody vždy poprosili, aby setrvaly po dobu vyšetření. Devět z deseti dětí s autorkou spolupracovalo bez obtíží. V jednom případě dítě odmítalo spolupracovat, proto jej začala motivovat jeho učitelka z mateřské školy.

Začátek vyšetření probíhal u každého dítěte stejně. Po příchodu si dítě sundalo, případně mu byly odejmuty, kompenzační pomůcky. Na stole ležely v krabici míčky a po pravé straně dítěte byla postavena roura. První reakci na zvuk jsme zkoušeli pomocí bubnu. Dítě si přiložilo míček k opačnému uchu, než jsme testovali. Pokud dítě slyšelo, případně cítilo vibrace bubínku, vhodilo míček do roury. Dítě bylo pochváleno a upozorněno, že teď vyzkoušíme něco o moc těžšího. Bylo mu sděleno, že musí moc dobře poslouchat, jestli uslyší ptáčka. Na řadu přišlo měření pomocí PA5. Po vyšetření byly děti odměněny sladkostí.

Přístroj PA5 má rozsah 20 – 80 dB a 500 – 4000 Hz. Konkrétně jsme měřili sluch na frekvencích 500, 1000, 2000, 3000 a 4000 Hz. Vzdálenost mezi uchem a reproduktorem má být 50 cm. Reálná vzdálenost mezi uchem dítěte a přístroje se pohybovala cca od 40 do 60 cm. K měření jsme využívali přerušovaný tón a danou intenzitu na určité frekvenci vždy ověřila.

Měření proběhlo u 10 klientů ve věkovém rozmezí 2 – 7 let.

Kvůli přesnosti zde uvádíme aktuální klasifikaci sluchových vad dle WHO a starší klasifikaci, dle které jsou děti diagnostikovány.

## Aktuální klasifikace sluchových vad dle WHO

26 – 40 dB	Lehká porucha sluchu
41 – 60 dB	Střední porucha sluchu
61 – 80 dB	Středně těžká porucha sluchu
Nad 81 dB	Velmi těžká porucha sluchu

Starší klasifikace, dnes již neplatná.

0 – 25 dB	Normální sluch
26 – 40 dB	Lehká nedoslýchavost
41 – 55 dB	Střední nedoslýchavost
56 – 70 dB	Středně těžké postižení sluchu
71 – 90 dB	Těžké postižení sluchu – praktická hluchota
Více než 90 dB	Velmi závažné postižení sluchu – úplná hluchota

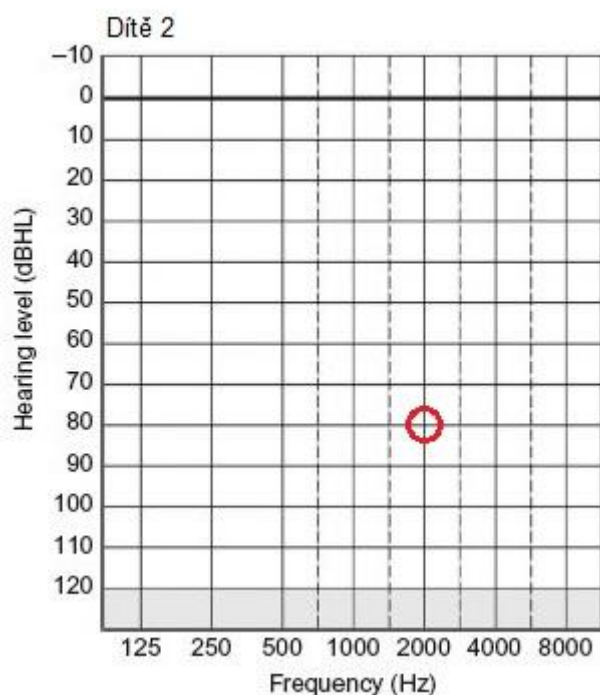
Horáková, R. (2006) Uvedení do surdopedie. In: Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.

### Dítě 1

- OA: věk 3 roky a 7 měsíců, diagnostikováno těžké sluchové postižení
- PA5: bez odezvy
- Výsledek: **odpovídá**

### Dítě 2

- OA: věk 6 let a 2 měsíce, diagnostikována praktická hluchota (71 – 90 dB)
- PA5: naměřeno 80dB při 2000 Hz pravé ucho, ostatní bez odezvy
- Výsledek: **odpovídá**

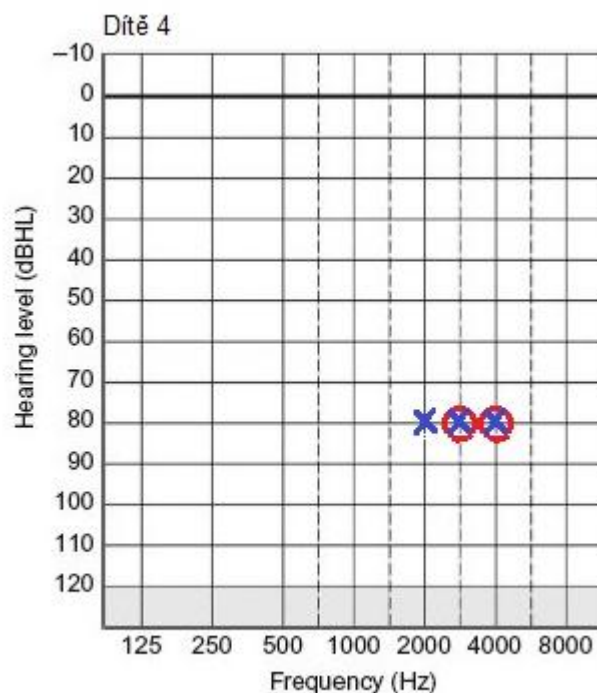


#### Dítě 3

- OA: věk 6 let, diagnostikováno těžké sluchové postižení (70 – 90 dB)
- PA5: bez odezvy
- Výsledek: **odpovídá**

#### Dítě 4

- OA: věk 7 let, diagnostikováno těžké sluchové postižení (80 – 100 dB)
- PA5: na pravém uchu – 80 dB při 3000 a 4000 Hz, na levém uchu – 80 dB při 2000, 3000 a 4000 Hz.
- Výsledek: **odpovídá**

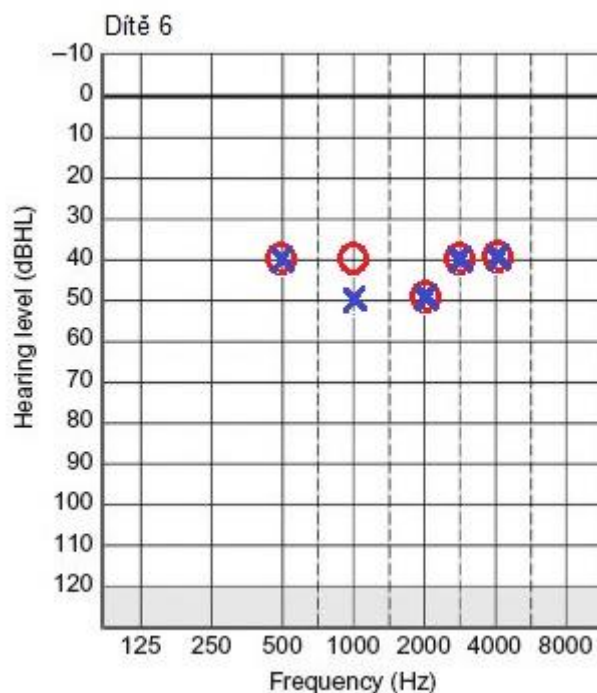


#### Dítě 5

- OA: věk 1 rok a 7 měsíců, diagnostikována praktická hluchota
- PA5: bez odezvy
- Výsledek: **odpovídá**
- Poznámka: I přes nízký věk dítě aktivně spolupracovalo, nebyla potřeba pomoc pedagoga, dítě mělo velmi dobrou slovní zásobu ve znakovém jazyce, bylo jej snadné motivovat, z vyšetření mělo zjevnou radost.

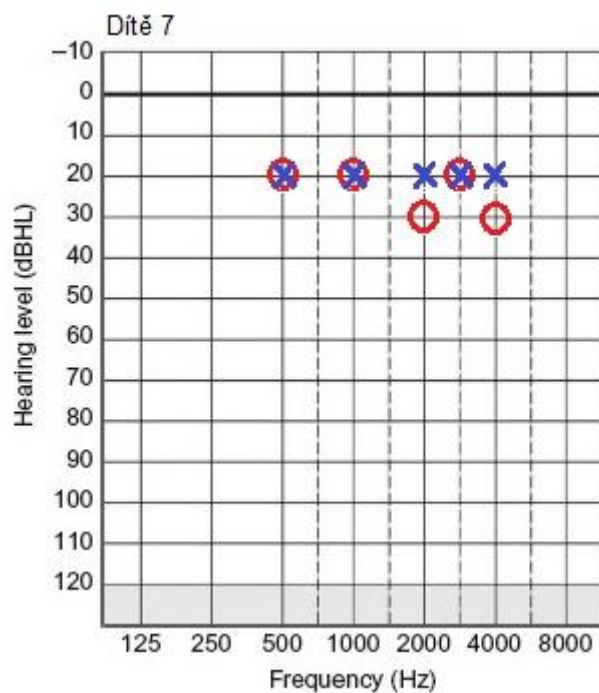
#### Dítě 6

- OA: věk 5 let a 8 měsíců, diagnostikováno lehké sluchové postižení (celková ztráta 23%)
- PA5: naměřena oboustranná ztráta 40 – 50 dB
- Výsledek: **naměřeno těžší sluchové postižení**



#### Dítě 7

- OA: věk 6 let a 1 měsíc, diagnostikováno středně těžké sluchové postižení (50 – 60 dB) a autismus
- PA5: naměřena oboustranná ztráta 20 – 30 dB
- Výsledek: **naměřeno lehčí sluchové postižení**
- Poznámka: V tomto případě se vyšetření aktivně účastnila pedagožka MŠ, která dítě motivovala k činnosti. Dítě na mě vůbec nereagovalo, pouze vnímalo mou přítomnost. Pokaždé, když mělo „poslouchat míček“, zkontrolovalo mou přítomnost v zrcadle a poté se podívalo na vedoucí pracovníci SPC. Dítě tedy reagovalo na zvukový podnět bez zrakové opory. Vzhledem k naměřeným hodnotám jsme vyšetření opakovali, aby bylo validní. Proto toto vyšetření trvalo déle a bez účasti pedagožky MŠ by bylo stěží provedeno.

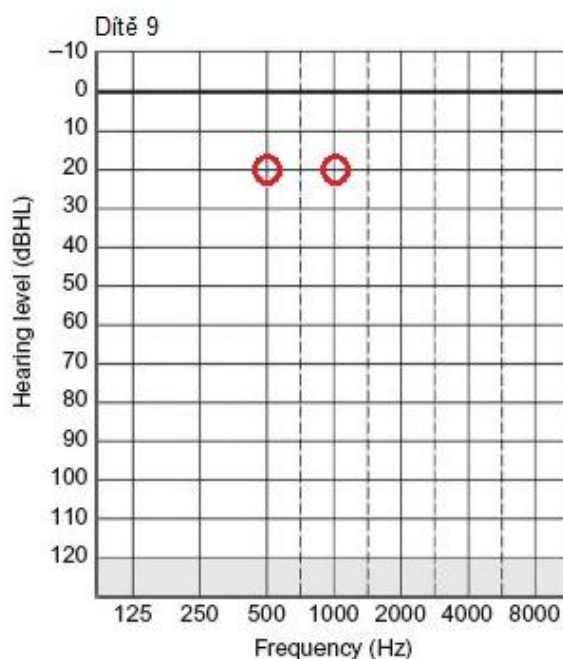


#### Dítě 8

- OA: věk 4 roky a 3 měsíce, diagnostikováno těžké sluchové postižení (100-110 dB)
- PA5: bez odezvy
- Výsledek: **odpovídá**

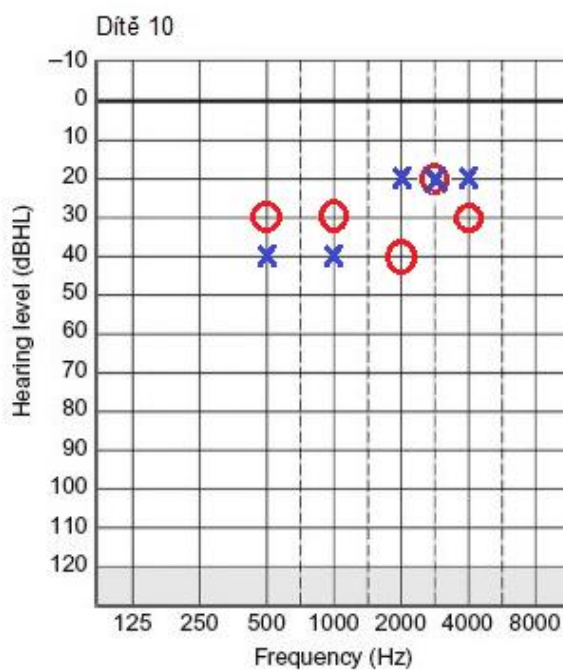
#### Dítě 9

- OA: věk 2 roky, diagnostikováno těžké sluchové postižení na levém uchu ztráta 70 - 80dB, na pravém uchu úplná hluchota
- PA5: Na pravém uchu při 500 a 1000 Hz 20 dB
- Výsledek: **naměřeno lehčí sluchové postižení**
- Poznámka: Dítě přišlo v doprovodu matky ze sezení v SPC. Bylo unavené a pozornost udrželo pouze na vyšetření pravého ucha. Začala jsem na frekvenci 500 Hz a intenzitě 80 dB. Z 80 dB jsme se dostali až na 20dB, na frekvenci 1000Hz se situace opakovala. Vyšetření jsem ověřovala, protože matka dítěte tvrdila, že na pravé ucho neslyší vůbec. Dítě činnost přestala bavit a nedalo se přemluvit k další spolupráci. S vedoucí SPC jsme se shodly, že reakce byly validní. Nabídla jsem rodičům možnost rescreeningu. Matka neměla zájem.



#### Dítě 10

- OA: věk 5 let a 5 měsíců, diagnostikováno středně těžké sluchové postižení (oboustranně 60 dB)
- PA5: naměřena oboustranná ztráta 20 – 40 dB
- Výsledek: **naměřeno lehčí sluchové postižení**
- Poznámka: Vyšetření se z vlastní iniciativy aktivně účastnila pedagožka MŠ, která motivovala dítě k činnosti.



Diskuze: Z deseti měření jsme u šesti dětí získali stejný výsledek, jako uváděl foniatr. V jednom případě jsme naměřili těžší poruchu sluchu a ve třech případech lehčí poruchu sluchu. Horáková (2012, p. 29) uvádí, že „...v některých individuálních případech, může výsledek vyšetření pomocí BERA nebo SSEP signalizovat velký rozdíl mezi naměřenými hodnotami a skutečným stavem sluchu. Příčina může být v abnormální elektrické aktivitě mozku. (Např. u dětí předčasně narozených může být prostřednictvím objektivních zkoušek sluchu diagnostikována těžká sluchová vada. Podle výsledků z kontrolního vyšetření však po určité době nemusí být vykazována žádná patologie v oblasti slyšení nebo sluchová vada je daleko lehčího stupně, protože dozrává centrální nervová soustava.)“

### **6.3.3 Analýza výsledků dotazníků pro rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let**

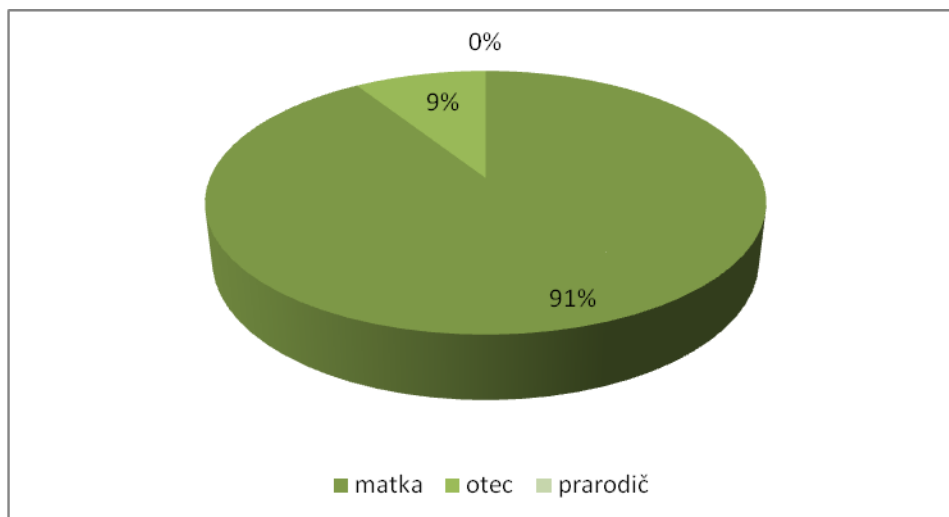
V rámci výzkumu proběhlo dotazníkové šetření zaměřené na rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let, které mělo za cíl zmapovat zkušenost rodičů s diagnostikou sluchového postižení a následnou speciálněpedagogickou péčí.

Sběr dotazníků probíhal od dubna 2014 do února 2015. K šíření dotazníků jsme využili metodu sněhové koule a metodu záměrného výběru. Pomocí prvního dotazníkového šetření pro pracovníky SPC byla oslovena všechna SPC pro sluchově postižené na Moravě s prosbou o šíření dotazníku pro rodiče. Posléze jsme využili vlastních kontaktů s prosbou o šíření dotazníků mezi klienty elektronickou formou. Vyšli nám vstříc v SPC a MŠ ve Valašském Meziříčí, v SPC Skuteč a Centru pro dětský sluch Tamtam – Raná péče pro Moravu a Slezsko. Autorka se zúčastnila jarního pobytu SUKI 2014, kde dotazník šířila osobně, v papírové podobě. Pobytu se účastnilo asi 30 rodin, zájem o vyplnění mělo 11. Dále autorka šířila dotazník na sociální síti ve skupině „Kochleární implantát“. Webový odkaz byl 185x zobrazen. 44 respondentů jej vyplnilo.

Dotazník obsahoval 21 položek, z toho 12 otevřených otázek, 7 uzavřených a 2 položky obsahující po 12 výrocích hodnocených Likertovou škálou.

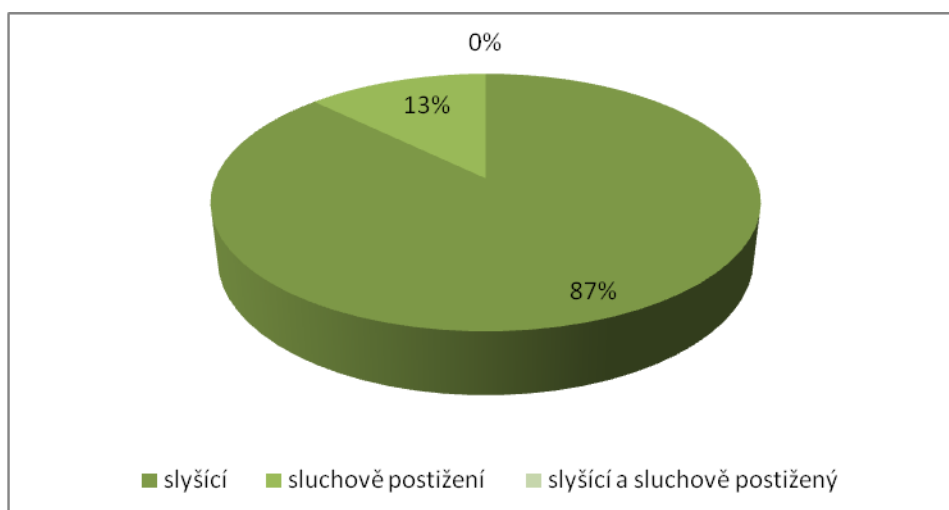


1) Jsem		
Matka	otec	Prarodič
50	5	0



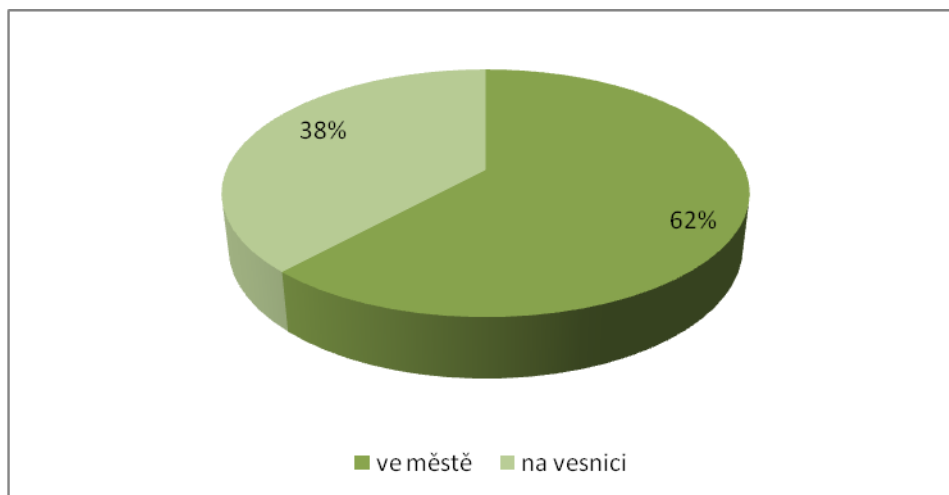
Z celkového počtu 55 dotazníků bylo 91% vyplněno matkou a 9% otcem.

2) Rodiče dítěte jsou		
slyšící	sluchově postižení	slyšící a sluchově postižený
48	7	0



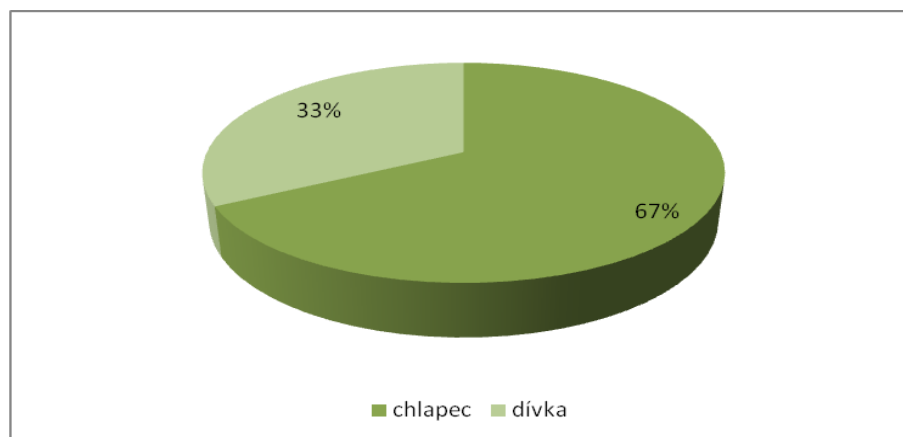
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 87% rodičů dětí se sluchovým postižením jsou slyšící a 13% rodičů jsou neslyšící. To se shoduje s tvrzením Horákové (2012), že v 80 – 90% se děti se sluchovým postižením rodí intaktním rodičům.

<b>3) Bydlíme</b>	
ve městě	na vesnici
34	21



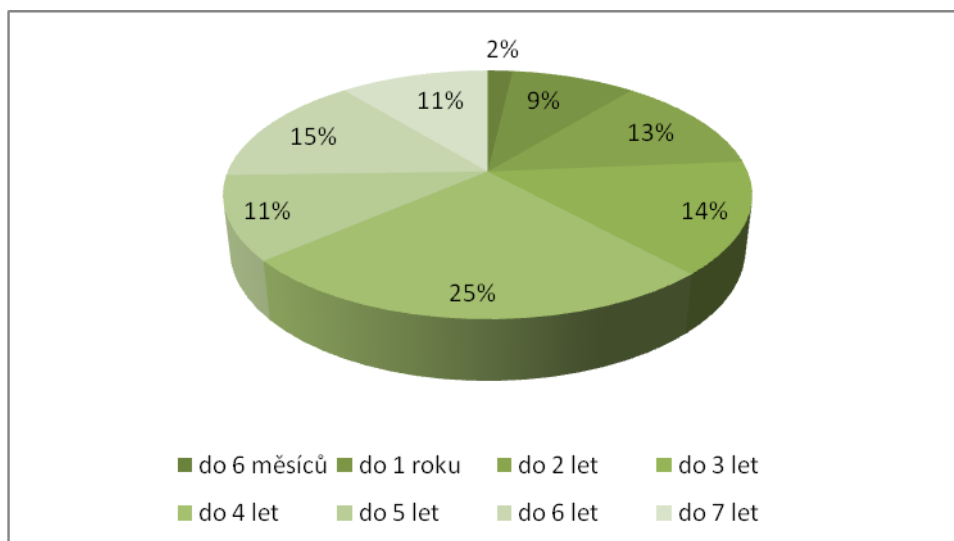
62% respondentů bydlí ve městě a 38% na vesnici.

<b>4) Dítě je</b>	
Chlapec	dívka
37	18



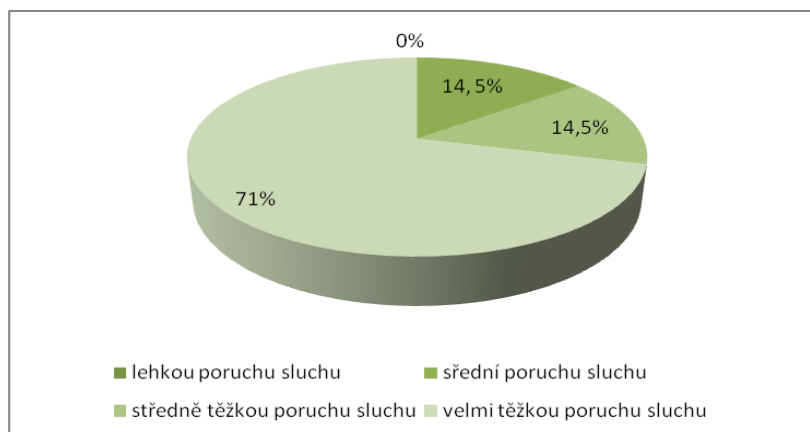
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 67% dětí se sluchovým postižením byli chlapci a 33% dívky. Chlapců se sluchovým postižením je tedy o 1/3 více než dívek.

<b>5) Dítě má .... roků a .... měsíců</b>							
do 6 měsíců	do 1 roku	do 2 let	do 3 let	do 4 let	do 5 let	do 6 let	do 7 let
1	5	7	8	14	6	8	6



Věk dětí respondentů se pohyboval od 6 měsíců do 7 let. Nejčetnější skupinou byly děti ve věku od 3 do 4 let, ty tvořily 25% skupiny. Nejmenší skupinu (2%) tvořilo pouze jedno dítě ve věku půl roku, které bylo zařazeno do skupiny od půl roku do jednoho roku. Průměrný věk dětí respondentů byl okolo 4 let.

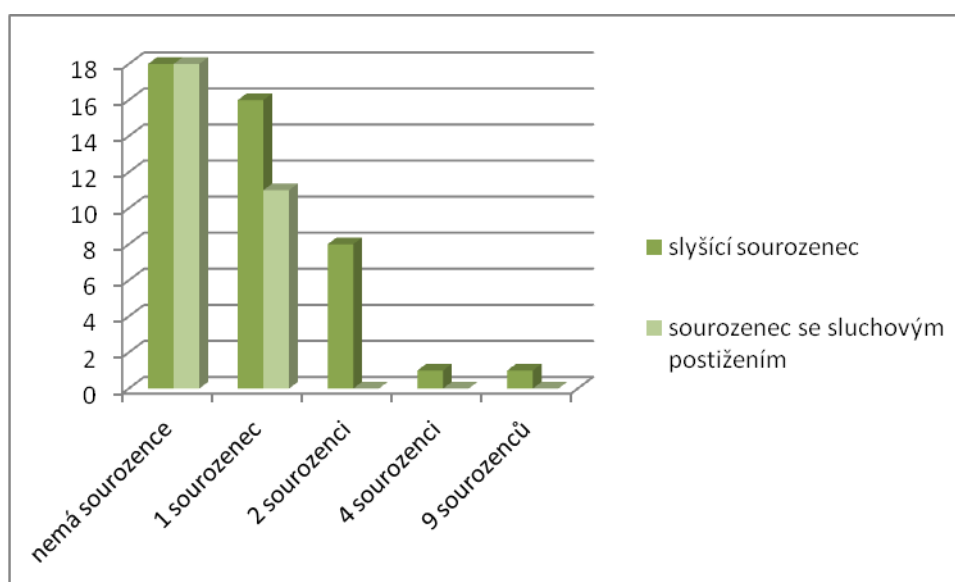
<b>6) Dítě má</b>			
lehkou poruchu sluchu	střední poruchu sluchu	středně těžkou poruchu sluchu	velmi těžkou poruchu sluchu
0	8	8	39



Největší skupinu 71% tvořily děti s velmi těžkou poruchou sluchu, oproti tomu 0% dětí s lehkou poruchou sluchu a 14,5% tvořily dvě skupiny – děti se střední poruchou sluchu a děti se středně těžkou poruchou sluchu.

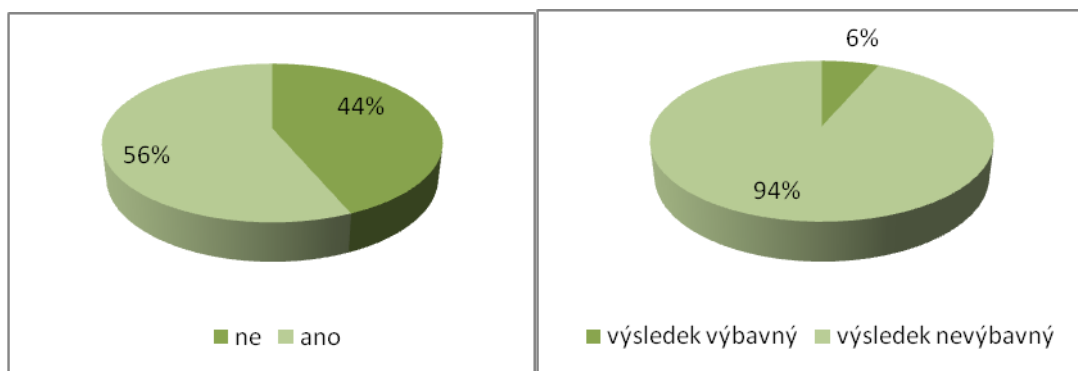
Toto rozložení neodpovídá Výsledkům šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007, které vydal Český statistický úřad v roce 2008.

7) Dítě	1 sourozenec	2 sourozenci	4 sourozenci	9 sourozenců
slyšícího sourozence	16	8	1	1
sourozence se sluchovým postižením	11	0	0	0
nemá sourozence	18			



V otázce č. 7 nás zajímal počet dětí v rodině. 33% respondentů má pouze jedno dítě. 29% respondentů má 2 děti, z toho jedno se sluchovým postižením a druhé intaktní. V 20% respondenti mají 2 děti, obě se sluchovým postižením. 18% respondentů má jedno dítě se sluchovým postižením a 2 nebo více dětí intaktních.

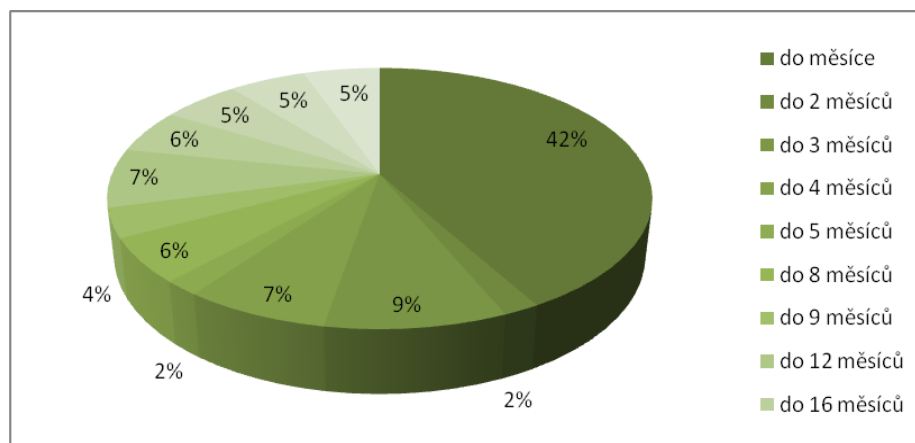
<b>8) Absolvovali jste novorozenecký screening sluchu?</b>			
Ne	ano -->	Výsledek	
24	31	Výbavný	Nevýbavný
		2	29



Věk dětí respondentů se pohyboval od půl roku do sedmi let. Byly tedy narozeny v letech 2007 – 2014. V České republice byl vydán Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců až v roce 2012. I přesto v 56% absolvovaly novorozenecký screening sluchu. V 94% byl výsledek nevýbavný, v 6% (dvou případech) byl výsledek výbavný a i přesto se vada sluchu projevila.

Doležalová a Hricová (2012) uvádí, že výbavnost otoakustických emisí nemusí vždy prokazovat správnou fyziologii sluchového orgánu. Problém se může vyskytovat v oblasti sluchového nervu, či v podporových a korových centrech. Novorozenecký screening pomocí otoakustických emisí zjišťuje funkčnost sluchových buněk.

<b>9) V jakém věku jste získali první podezření na ztrátu sluchu</b>											
do měsíce	do 2 měsíců	do 3 měsíců	do 4 měsíců	do 5 měsíců	do 8 měsíců	do 9 měsíců	do 12 měsíců	do 16 měsíců	do 18 měsíců	kolem 2 let	kolem 3 let
23	1	5	4	1	3	2	4	3	3	3	3



V této otázce 42% rodičů odpovědělo, že výsledek znali již z porodnice. Z předchozí otázky víme, že novorozenecký screening sluchu absolvovalo 50% dětí s nevybavným výsledkem. Předpokládáme tedy, že 8% rodičů bylo ubezpečováno, že nevybavnost emisí nemusí znamenat nic závažného. Tento fakt nám sdělilo několik rodičů v otázce č. 15.

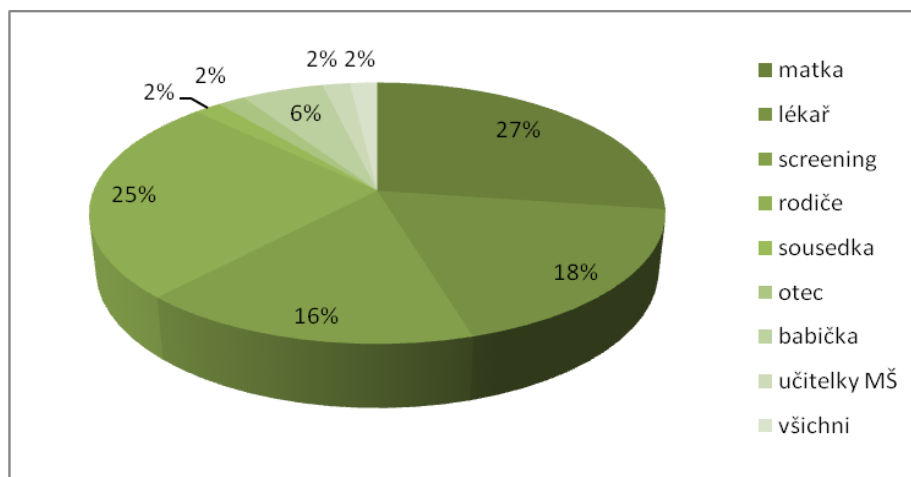
Doležalová a Hricová (2012) uvádí, že nevybavnost emisí může znamenat projev vývojové odchylky, přítomnost plodové vody ve středouší, chybu na přístroji či akusticky nevyhovující podmínky místnosti, kde vyšetření probíhá.

Průměrně rodiče získali první podezření ve věku přibližně osmi měsíců dítěte. Pokud nebudeme počítat rodiče, kteří výsledek novorozeneckého screeningu sluchu přijali za reálný, průměrně první podezření rodiče získali v 12,8 měsících dítěte.

Doležalová a Hricová (2012) dále uvádí, že odhalení sluchového postižení není jednoduché, protože není patrné na první pohled. Tvrdí, že odhalení lehčího stupně sluchové vady může trvat i několik let. Jako diagnostický moment, kdy je možné pozorovat odchylky u dítěte, zmiňují 6. – 9. měsíc, kdy dochází k nápadným změnám v řečovém vývoji dítěte.

Na webu Střediska rané péče Tamtam v Praze je zveřejněn výsledek nejmenované lékařky, která dělala průzkum u 100 dětí a zjistila, že průměrný věk dítěte, kdy rodiče získají podezření na ztrátu sluchu, je 9 měsíců. (Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s.)

10) Kdo získal první podezření na ztrátu sluchu?								
matka	Lékař	screening	rodiče	sousedka	otec	Babička	učitelky MŠ	Všichni
15	10	9	14	1	1	3	1	1



Nejčastější odpovědí, kdo získal první podezření na ztrátu sluchu dítěte, byla matka v 27%. V 18% lékař a v 16% novorozenecký screening. Díky předchozí otázce víme, že 50% rodičů absolvovalo novorozenecký screening s nevybavným výsledkem. Předpokládáme tedy, že v 34% (odpověď lékař a novorozenecký screening) je skryt právě novorozenecký screening. V 25% respondenti uvedli odpověď rodiče a ve zbylých 14% se objevovaly odpovědi jako babička, otec, sousedka, učitelky MŠ apod.

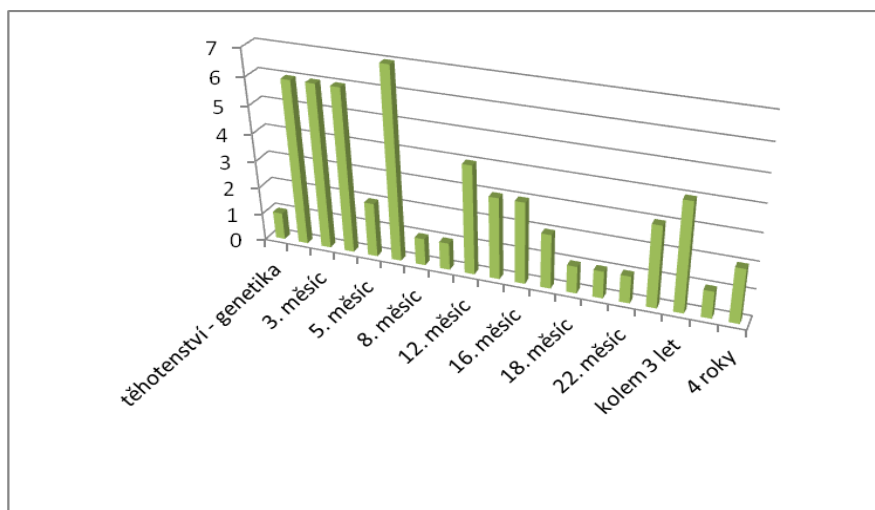
Doležalová a Hricová (2012) uvádí, že rodičům by měl v odhalení sluchové vady napomoci pediatr, který má zákonnou povinnost všimnout si jakýchkoliv odchylek vývoje na preventivních prohlídkách. Odpověď pediatr se objevila v dotazníkovém šetření pouze jednou, proto jsme ji zahrnuli pod odpověď „lékař“.

11) V jakém věku byla diagnostikována vada sluchu?							
těhotenství - genetika	do 1 měsíce	3. měsíc	4. měsíc	5. měsíc	6. měsíc	celkem do půl roku	%
1	6	6	6	2	7	28	50,91%

8. měsíc	9. měsíc	12. měsíc	celkem od půl do 1 roku	
1	1	4	6	10,91%

14. měsíc	16. měsíc	17. měsíc	18. měsíc	20. měsíc	22. měsíc	celkem od 1 do 2 let	
3	3	2	1	1	1	11	20,00%

2 a půl roku	kolem 3 let	3 a půl roku	4 roky	celkem od 2 do 4 let	
3	4	1	2	10	18,18%



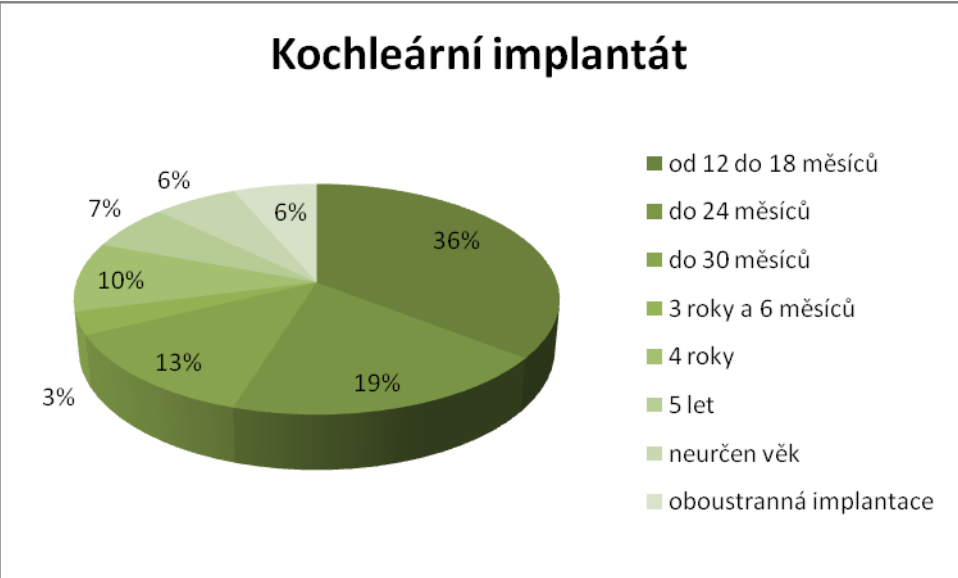
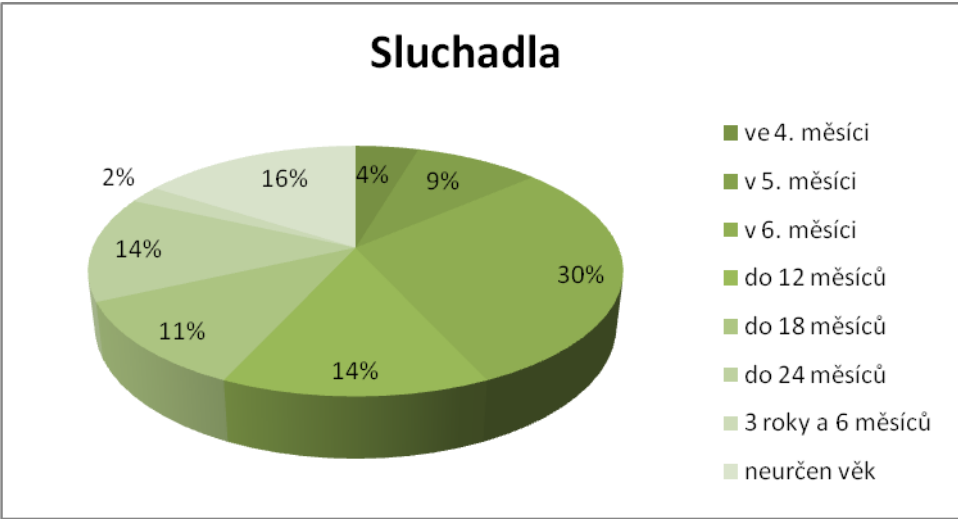
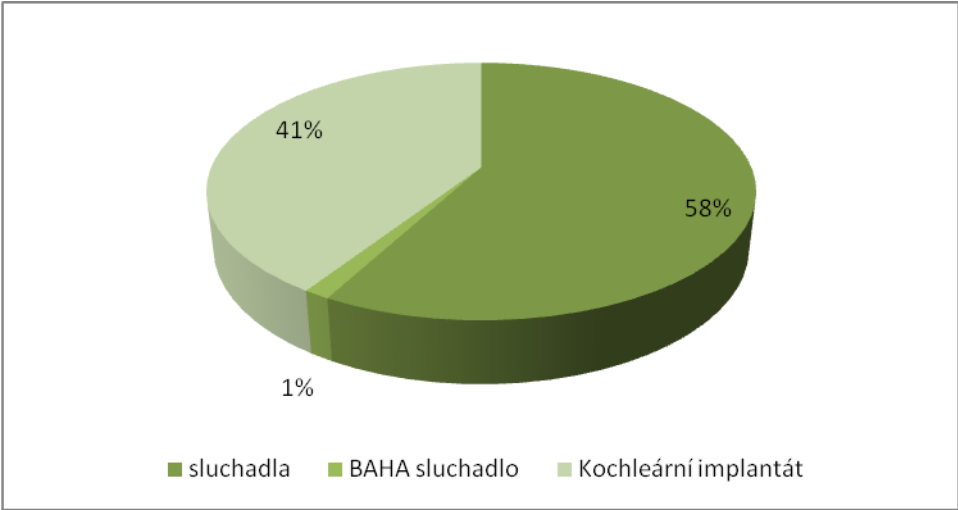
Z dotazníkového šetření vyplývá, že v 51% případů byla sluchová vada diagnostikována do půl roku dítěte. V 11% případů byla sluchová vada diagnostikována v období od půl roku do jednoho roku dítěte. V 20% případů byla sluchová vada diagnostikována v období od jednoho roku do dvou let dítěte. A v 18% případů byla sluchová vada diagnostikována v období od dvou do čtyř let.

Výše jsme zmiňovali průzkum zveřejněný na webu Střediska rané péče Tamtam v Praze nejmenované lékařky, která zjistila, že průměrně byla diagnostikována vada sluchu v 18 měsících. (Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s.)

Z našeho výzkumu vyplynulo, že průměrný věk, kdy byla sluchová vada diagnostikována, je 13 měsíců.

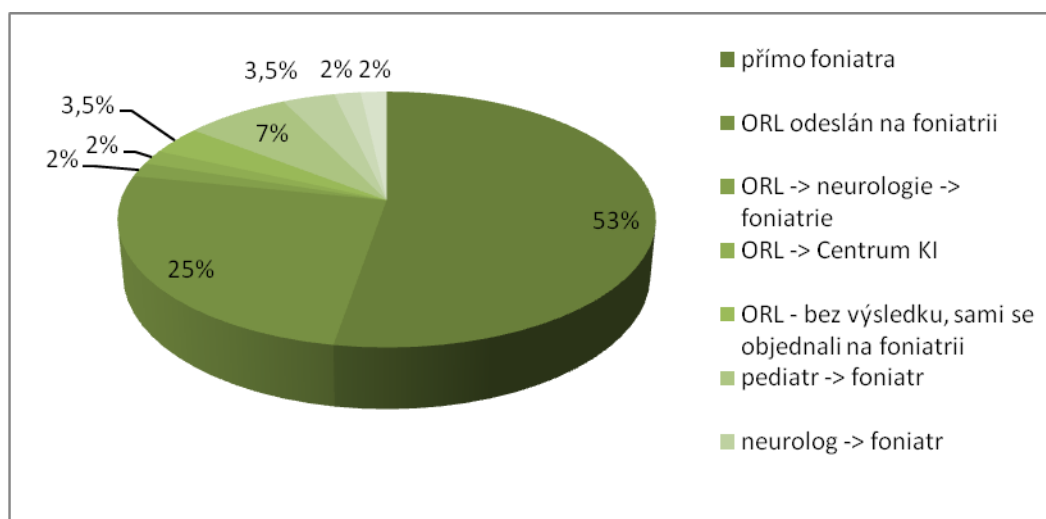
12) Kdy a jak byla korigována vada sluchu?								
Sluchadla	ve 4. měsíci	v 5. měsíci	v 6. měsíci	do 12 měsíců	do 18 měsíců	do 24 měsíců	3 roky a 6 měsíců	neurčen věk
	2	4	13	6	5	6	1	7
<b>BAHA sluchadlo</b>	10. měsíců							
	1							
Kochleární implantát	od 12 do 18 měsíců	do 24 měsíců	do 30 měsíců	3 roky a 6 měsíců	4 roky	5 let	neurčen věk	oboustranná implantace
	11	6	4	1	3	2	2	2





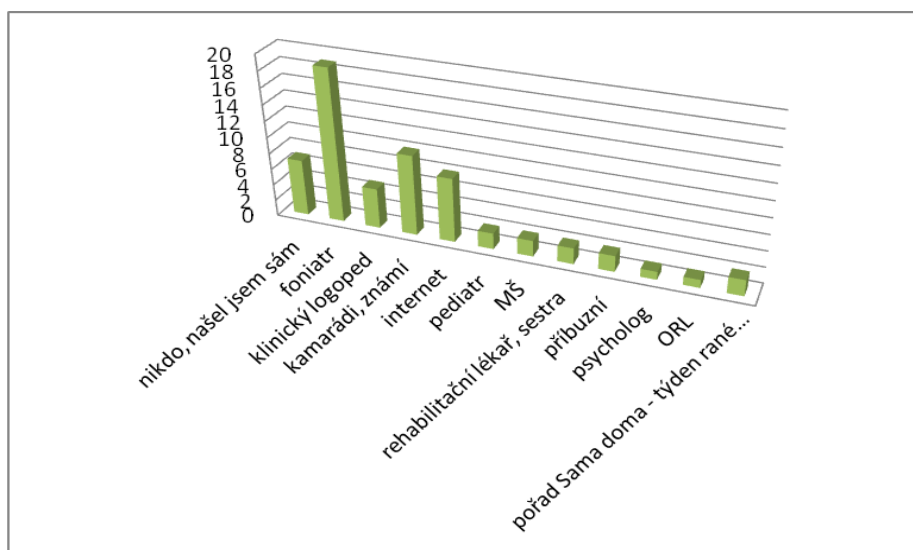
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že průměrný věk přidělení sluchadel byl 12,3 měsíců a kochleární implantace proběhla v průměru ve 22,5 měsících. V jednom případě nebyla vada sluchu korigována. „*Implantát kochleární v žádném případě.*“ Ve dvou případech absolvovaly děti respondentů bilaterální implantaci. V jednom případě mělo dítě sluchové postižení kompenzované BAHA sluchadlem.

13) Kterého odborníka jste navštívili a kam Vás odeslal?								
přímo foniatra	ORL odeslán na foniatrii	ORL → neurologie → foniatrie	ORL → Centrum KI	ORL - bez výsledku, sami se objednali na foniatrii	pediatr → foniatr	neurolog → foniatr	SPC → foniatr	více lékařů
29	14	1	1	2	4	2	1	1



V 53% respondenti samostatně kontaktovali foniatra. V 25% navštívili ORL pracoviště a byli odesláni k foniatrovi. V 7% navštívili pediatra, který je odeslal na foniatrii. V 3,5% navštívili neurologa, který je odeslal na foniatrii a dalších 3,5 % respondentů navštívilo pracoviště ORL, které je nikam neodeslalo a oni sami kontaktovali foniatrii.

14) Kdo Vám doporučil službu rané péče, SPC?											
nikdo, našel jsem sám	foniatr	klinický logoped	kamarádi, známí	internet	pediatr	MŠ	rehabilitační lékař, sestra	Příbuzní	Psycholog	ORL	pořad Sama doma - týden rané péče
7	19	5	10	8	2	2	2	2	1	1	2



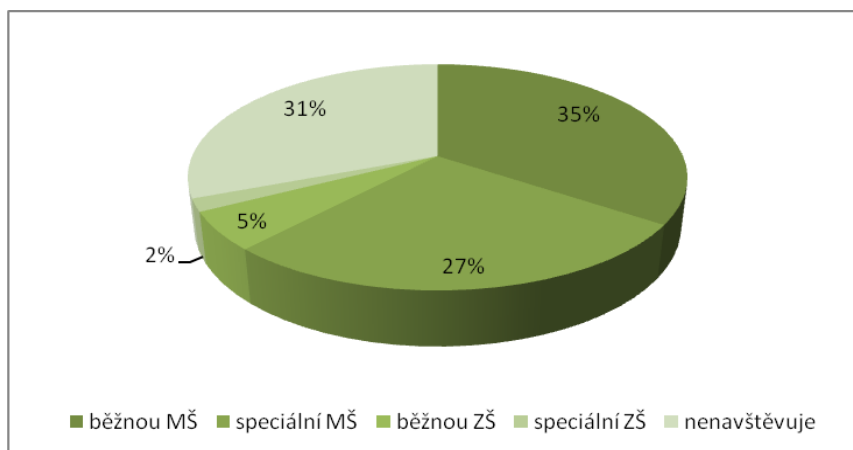
Nejčastěji službu rané péče nebo SPC doporučil v 31 % foniatr. V 16,4 % službu doporučili kamarádi či známí. V 17,6 % uvedli respondenti, že službu vyhledali samostatně, z toho 13 % respondentů uvedlo jako zdroj internet a 3,3 % pořad Sama doma, kdy probíhal týden rané péče. V 8,2 % respondentům doporučil službu klinický logoped, v 3,3 % pediatr, v 1,7 % pracoviště ORL. Ve zbylých 11,8 % byly odpovědi jako učitelky mateřské školy, rehabilitační lékař či sestra, příbuzní a psycholog.

**15) Pokud Vás ještě cokoliv napadne k této problematice, budeme velmi rádi, pokud se s námi o to podělíte a poskytnete nám Vaše cenné zkušenosti a informace.**

- „V současnosti byla služba pro rodiče se sluchově postižením velmi dostupná, ale předtím - před revolucí byla služba nulová, a to nedostatečná informace o kompenzačních pomůckách. Nyní byly kompenzační pomůcky velmi vylepšeny (kvůli rozvoji technologie, např. digitální sluchadla, implantát apod.) a předtím před revolucí byly mnohem horší a bylo nepřesné nastavení sluchadla dle audiogramu.“

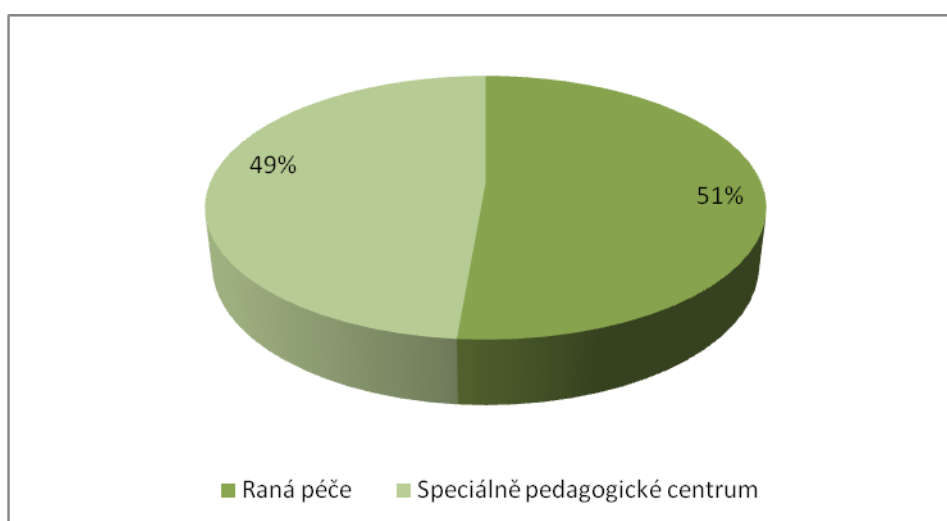
- „Tobiáš má im.3 měsíce a má s ním výborné výsledky. Jsem ráda, že jsme se rozhodli pro implantát“
- „Zbytečné dlouhé objednací doby na vydání tvarovek, sluchadel. Pokud se jedná o dítě a jeho budoucí život, myslím, že by to mělo probíhat rychleji. Foniatr by měl nabídnout nejvýkonnější sluchadla a pak až řešit cenu. Službu rané péče jsme využívaly do 3 let. Velmi nám pomohla. Na pobytové akci jsme se dověděli více věcí než od lékařů, kteří nás měli na starosti.“
- „Synovi bohužel v porodnici nedělali sluchový screening, přestože měl předporodní hypoxii a následně mu podávali gentamicin. Provedli mu vyšetření očí, ale sluchu ne. Ale možná to bylo tím, že asi v té době dost bojoval o život..“
- „Ve 4 měsících vyšetření BERA bylo nám sděleno, že dítě perfektně slyší. V 5 měsících videozáznam, ze kterého teď zpětně vidíme, že naše dítě již tehdy neslyšelo. Věřili jsme lékařům, ale někde se stala chyba :- („
- „Přesto že byl novorozenecký screening negativní, pediatrička nás dlouho utvrzovala, že je naše dítě sluchově v pořádku. Až po několikáté urgenci nás poslala na odborné vyšetření. Z tohoto důvodu byla diagnóza potvrzena v pozdějším věku.“
- „Bez screeningu bychom si mysleli, že je asi něco špatně, ale dlouho by trvalo než by se na to přišlo. Takže pro nás velké plus, že se screening prováděl. Ovšem je také důležitá následná rychlost při přidělování sluchadel.“
- „Díky screeningu v porodnici jsme postižení dítěte identifikovali včas a nyní doufáme, že kochleární implantát napomůže ..... Tamtam funguje velmi profesionálně.“
- „Více informací, ne většinu hledat na internetu.“
- „Z osobního hlediska vím, že péče ve velkých městech je ideální, ale cítím velký nedostatek v menších městech. Problematika není známá, lékaři neví, co mají dělat. Školní zařízení neví, do čeho jdou.“
- „Velice bych přivítala celoplošný novorozenecký screening sluchu.“
- „Uvítala bych kvalitnější přístup ORL oddělení při sdělování výsledků vyšetření (osobní přístup).“

16) Dítě navštěvuje				
běžnou MŠ	speciální MŠ	běžnou ZŠ	speciální ZŠ	nenavštěvuje
19	15	3	1	17



V 35 % děti respondentů navštěvují běžnou mateřskou školu a v 27 % navštěvují speciální mateřskou školu. V 5 % navštěvují běžnou základní školu a v jednom případě (2%) speciální základní školu. Ve 40% jsou děti respondentů v integraci.

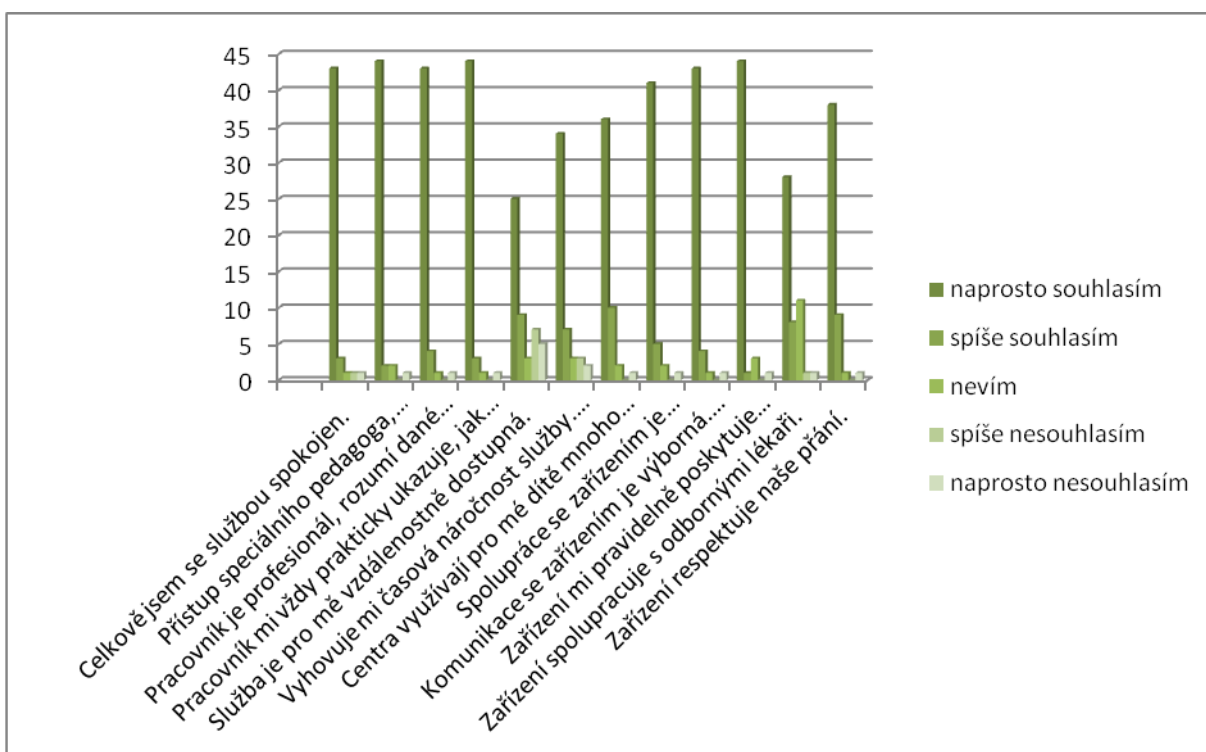
17) Rodina využívá službu	
Raná péče	Speciálně pedagogické centrum
38	36



Aktuálně 51 % rodin využívá služby rané péče a 49 % služby speciálně pedagogického centra.

### 18) Prosím, ohodnoťte

<b>Raná péče</b>	naprosto souhlasím	spíše nesouhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
Celkově jsem se službou spokojen.	43	3	1	1	1
Přístup speciálního pedagoga, sociálního pracovníka je aktivní.	44	2	2	0	1
Pracovník je profesionál, rozumí dané problematice	43	4	1	0	1
Pracovník mi vždy prakticky ukazuje, jak s dítětem pracovat.	44	3	1	0	1
Služba je pro mě vzdálenostně dostupná.	25	9	3	7	5
Vyhovuje mi časová náročnost služby. (délka, četnost návštěv)	34	7	3	3	2
Centra využívají pro mé dítě mnoho různých výukových pomůcek, hraček.	36	10	2	0	1
Spolupráce se zařízením je bezproblémová.	41	5	2	0	1
Komunikace se zařízením je výborná. (osobní, telefonická, e-mail..)	43	4	1	0	1
Zařízení mi pravidelně poskytuje srozumitelné informace.	44	1	3	0	1
Zařízení spolupracuje s odbornými lékaři.	28	8	11	1	1
Zařízení respektuje naše přání.	38	9	1	0	1



V předchozí otázce respondenti uvedli, že 38 rodin využívá službu rané péče. Službu rané péče hodnotilo 49 rodin. Předpokládáme tedy, že 11 rodin hodnotilo službu rané péče zpětně, protože službu rané péče již ukončili.

Celkově se službou rané péče je naprosto spokojeno 88% respondentů. S přístupem speciálního pedagoga či sociálního pracovníka je naprosto spokojeno 90%, považují jeho přístup za aktivní. 88% respondentů považují pracovníka rané péče za profesionála. 90% respondentů tvrdí, že jim pracovník prakticky ukazuje, jak s dítětem pracovat. Pro 69% respondentů je služba vzdálenostně dostupná, z toho 51% naprosto souhlasí s tvrzením a 18% spíše souhlasí. Spíše nesouhlasí 14% a naprosto nesouhlasí 10%. Časová náročnost služby naprosto vyhovuje 70% respondentům. Naprosto spokojeni s materiálním vybavením (výukové pomůcky, hračky) jsou respondenti ve 73%. Spolupráci se zařízením za naprosto bezproblémovou považuje 84% respondentů. Komunikaci se zařízením za naprosto výbornou považuje 88% respondentů. V 90% uvádí respondenti naprostou spokojenost s poskytováním informací (pravidelné a srozumitelné informace). 57% naprosto souhlasí s tvrzením, že zařízení spolupracuje s lékaři. A 78% respondentů je naprosto spokojeno s tím, jak zařízení respektuje jejich přání.

### 19) Vypište, prosím, co by dle Vás bylo možné zlepšit

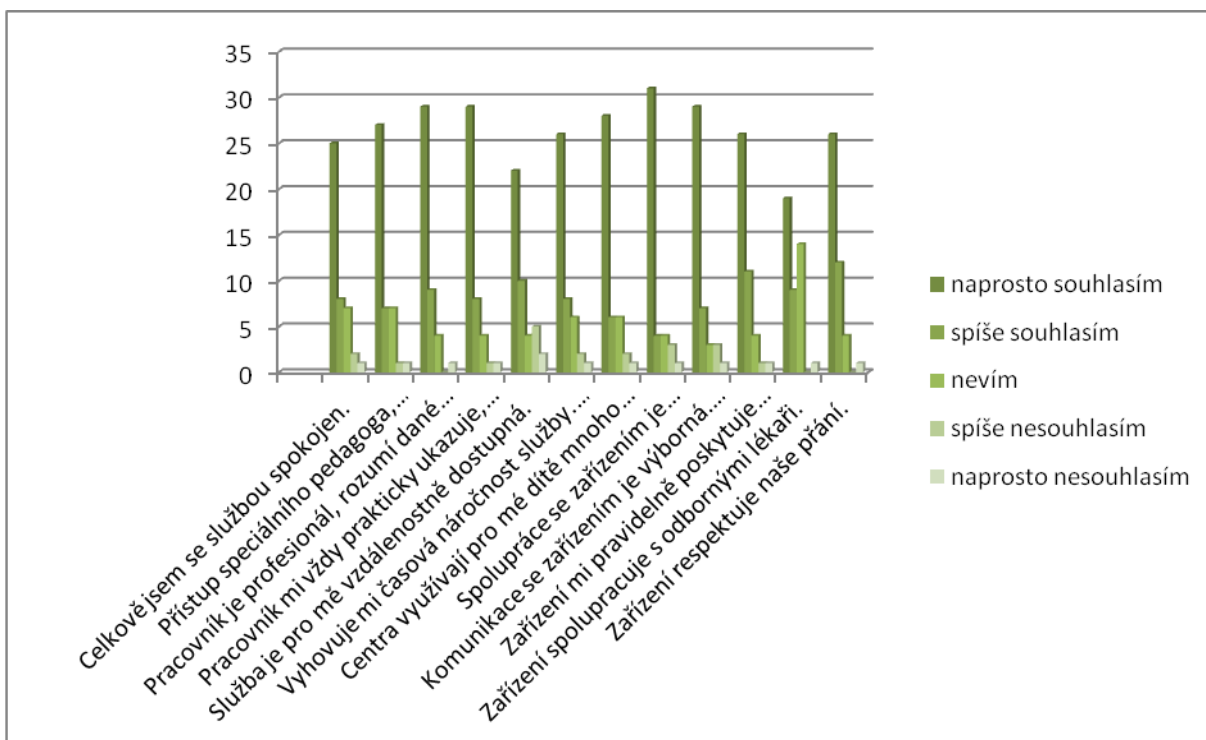
- „Vyšší dotace státu a dalších organizací na provoz Rané péče. Větší frekvence pořádání výletů, pobytů pro rodiny s pracovníky Rané péče a dalšími odborníky.“
- „Státní dotaci pro tuto organizaci. Více poboček.“
- „Aby to bylo blíž, i v krajských městech - myslím možnosti, které raná péče nabízí ve svých centrech v Praze - kurzy znakovky, a různé akce pro děti“
- „Vzdálenost, bydlím v Ostravě, Raná péče sídlí v Olomouci, pracuji“
- „Přístup našich "chlebovárců" k placení této péče.“
- „Dostupnost. Když je dítě malé a chceme na nějaký program, který pořádají, musíme 60 km daleko.“

### 20) Prosím, ohodnoťte

Speciálně pedagogické centrum	naprosto souhlasím	spíše nesouhlasím	Nevím	spíše nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
Celkově jsem se službou spokojen.	25	8	7	2	1
Přístup speciálního pedagoga, sociálního pracovníka je aktivní.	27	7	7	1	1
Pracovník je profesionál, rozumí dané problematice	29	9	4	0	1
Pracovník mi vždy prakticky ukazuje, jak s dítětem pracovat.	29	8	4	1	1
Služba je pro mě vzdálenostně dostupná.	22	10	4	5	2
Vyhovuje mi časová náročnost služby. (délka, četnost návštěv)	26	8	6	2	1
Centra využívají pro mé dítě mnoho různých výukových pomůcek, hraček.	28	6	6	2	1



Spolupráce se zařízením je bezproblémová.	31	4	4	3	1
Komunikace se zařízením je výborná. (osobní, telefonická, e-mail..)	29	7	3	3	1
Zařízení mi pravidelně poskytuje srozumitelné informace.	26	11	4	1	1
Zařízení spolupracuje s odbornými lékaři.	19	9	14	0	1
Zařízení respektuje naše přání.	26	12	4	0	1



Aktuálně služby speciálně pedagogického centra využívá 36 rodin. Službu hodnotilo 43 respondentů, přepokládáme tedy, že 7 rodin již službu přestalo využívat a hodnotilo ji zpětně.

Celkově je se službami SPC naprosto spokojeno 58% respondentů. S přístupem speciálního pedagoga je naprosto spokojeno 63%, považují jeho přístup za aktivní. V 67% respondenti naprosto souhlasí s tvrzením, že pracovník je profesionál a dané problematice rozumí. V 67% respondenti naprosto souhlasí s tvrzením, že jim pracovník vždy prakticky

ukazuje, jak s dítětem pracovat. Pouze 51% respondentů naprosto souhlasí s tím, že je pro ně služba vzdálenostně dostupná a 60% naprosto vyhovuje časová náročnost služby (délka a četnost návštěv). 65% respondentů naprosto souhlasí s tím, že centra využívají pro jejich dítě mnoho různých výukových pomůcek a hraček. 72% považuje spolupráci se zařízením za naprosto bezproblémovou a 67% považuje komunikaci se zařízením za naprosto výbornou. V 60% respondenti naprosto souhlasí s tím, že jim zařízení pravidelně poskytuje srozumitelné informace. 44% naprosto souhlasí s tvrzením, že zařízení spolupracuje s odbornými lékaři a v 60% naprosto souhlasí s tím, že zařízení respektuje jejich přání.

Pokud srovnáme výpovědi respondentů z otázky 18 a otázky 20, jednoznačně vyplývá větší spokojenost se službami rané péče než se službami speciálně pedagogických center.

### **21) Vypište, prosím, co by dle Vás bylo možné zlepšit**

- *„Zlepšit? Snad jen, aby už fungoval celoplošný screening novorozenců a pak přání, aby se přestaly děti sortovat ohledně možnosti implantace. Všude ve světě se implantují i děti s kombinovaným postižením, jen u nás musejí všichni projít tisícem různých vyšetření včetně několika psychologických, zda dítě je nebo není vhodný kandidát. Ještě nikdo neprokázal, že dítě, které má ještě jiné postižení než sluchové by nemohlo zlepšit svůj zdravotní stav, kdyby začalo slyšet. A pokud je implantace možná po technické stránce (v pořádku hlemýžď, nebo alespoň v normě a patrný sluchový nerv), nevidím důvod, proč implantaci odmítnout... Stále je podle mne lepší slyšet alespoň něco než nic.“*
- *„Spolupráce a propojení pracovníků Rané péče a SPC s důrazem na lepší koncentraci na dítě a jeho individuální potřeby.“*
- *„Snaha o integraci dětí do běžné MŠ.“*
- *„Více informací o KI v češtině, vše jsme studovali ze zahraničních zdrojů.“*
- *„Spíše tyto zkušenosti vyplývají z malé četnosti návštěv a velké vzdálenosti. Tudíž vztah není tak pevný.“*

### 6.3.4 Analýza případových studií

Cílem případových studií bylo porovnat současnou úroveň dětí se sluchovým postižením v závislosti na době vzniku a kompenzace sluchové vady. Popsali jsme situace šesti dětí předškolního věku ze speciální mateřské školy pro sluchově postižené a provedli u nich diagnostiku dle Katalogu posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb – Diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením (Potměšil et al., 2012).

#### *Kazuistika č. 1*

##### Anamnestické údaje

Sepsáno dne: 17. 3. 2015

Podle údajů: dotazník pro rodiče při nástupu do MŠ – osobní list dítěte, Zpráva z psychologického vyšetření ze dne 7. 10. 2014, Odborný posudek z SPC ze dne 6. 3. 2012, Zpráva praktického lékaře ze dne 25. 6. 2010, vlastní pozorování dítěte

##### **Osobní anamnéza**

Dívka L.

Věk: 6 let a 2 měsíce

Diagnóza: velmi těžká oboustranná porucha sluchu

Vzhledem ke genetické zátěži sluchového postižení proveden novorozenecký screening sluchu (emise nevýbavné), posléze potvrzena praktická hluchota. Snaha o kompenzaci sluchu pomocí sluchadel - bez úspěchu. Navržena jako kandidát na kochleární implantaci, což rodiče odmítli.

Těhotenství a jeho průběh: chtěné, 3. těhotenství, fyziologický průběh bez obtíží

Porod a poporodní stav dítěte: předčasný porod v 36. týdnu, porodní hmotnost 3000 g, porodní délka 43 cm.

Psychomotorický vývoj dítěte: v normě – sed v 6 měsících, v 10 měsících první stavění na nohy, chůze s oporou 12 měsíců, samostatná chůze 14 měsíců.

Aktuálně: Hrubá i jemná motorika jsou v normě, kresba lidské postavy odpovídá věku, ruka je při kresbě uvolněná, správný úchop psacího náčiní. Pracuje však velmi pečlivě, až pomalu. Motorika mluvidel je fyziologická, psychomotorická koordinace v normě. Lateralita je souhlasná dextralita. Komunikuje pomocí znakového jazyka. Je zřejmé opoždění kognitivních funkcí. Zrakové vnímání odpovídá věku, sluchové vnímání nelze hodnotit vzhledem k nekompensovanému těžkému sluchovému postižení. V sebeobsluze a hygieně je samostatná.

### **Rodinná anamnéza**

Matka	rok narození 1974, vzdělání střední odborné Dg. střední nedoslýchavost, kompenzována sluchadly
Otec	rok narození 1977, vzdělání střední odborné dg. velmi těžké postižení sluchu - neslyšící
Sourozenci	3 vlastní: dívka M. – 16 let, dg. lehká sluchová vada, školská integrace; chlapec D. – 12 let, dg. těžká sluchová vada, kompenzována sluchadly, navštěvuje speciální ZŠ dívka B. – 2 roky, dg. středně těžká sluchová vada

**Výchovná anamnéza** – Dítě je z úplné rodiny, která preferuje demokratický výchovný styl. Přirozeným komunikačním systémem v rodině je znakový jazyk. Od září 2010 do ledna 2012 navštěvovala SPC pro sluchově postižené, od ledna 2012 navštěvuje mateřskou školu speciální pro sluchově postižené.

**Sociální anamnéza** – Z počátku nástupu do mateřské školy obtížněji zvládala adaptaci na nové prostředí, hůře zvládala odloučení od matky. Do kolektivu se začlenila bez výrazných obtíží. Kontakt s vrstevníky aktivně vyhledává a je schopna kooperace, kontakt s novými lidmi samostatně nevyhledává, ale pokud je oslovena, komunikuje. Je 3. dítě ze 4 v rodině, všichni členové rodiny mají sluchové postižení.

## ***Kazuistika č. 2***

### Anamnestické údaje

Sepsáno dne: 17. 3. 2015

Podle údajů: Zpráva z psychologického vyšetření ze dne 21. 10. 2014, vlastní pozorování dítěte

### **Osobní anamnéza**

Chlapec M.

Věk: 6 let a 8 měsíců

Diagnóza: těžká nedoslýchavost kompenzovaná sluchadly

Vzhledem ke genetické zátěži sluchového postižení v rodině získali rodiče podezření na ztrátu sluchu již v raném věku. Diagnostikována byla však až v 5 letech a 6 měsících. V 6 letech a 6 měsících byla nastavena první sluchadla.

Těhotenství a jeho průběh: jedná se o 4. těhotenství matky

Porod a poporodní stav dítěte: neuvedeno

Psychomotorický vývoj dítěte: neuvedeno

Aktuálně: Hrubá i jemná motorika jsou v normě. U grafomotoriky přílišný tlak na podložku, nesprávný úchop psacího náčiní, kresba lidské postavy odpovídá věku. Psychomotorická koordinace je v normě, lateralita je souhlasná dextralita. Komunikuje orálně s podporou sluchadla. Vývoj kognitivních funkcí a sluchového vnímání neodpovídají normě. Zrakové vnímání je přiměřené věku. M. zvládá samostatně sebeobsluhu a hygienu.

### **Rodinná anamnéza**

Matka            rok narození 1985, základní vzdělání, intaktní

Otec             rok narození 1980, základní vzdělání, neslyšící

Sourozenci 2 vlastní, dívka M. – 12 let, chlapec S. – 11 let, dg. sluchové postižení

**Výchovná anamnéza** – Dítě je z úplné rodiny, kde převažuje liberální výchovný styl. Otec chlapce je neslyšící, ale byl vychováván orální metodou, doma tedy znakový jazyk ke komunikaci nevyužívají. Má další dva starší sourozence. Sluchové postižení je v rodině dědičné po mužské linii. Od září 2011 navštěvuje mateřskou školu speciální pro sluchově postižené, kterou navštěvoval i jeho starší sourozenec.

**Sociální anamnéza** – Adaptaci na nové prostředí mateřské školy zvládal dobře, do kolektivu se začlenil bez výraznějších obtíží. Pro následující školní rok má odklad školní docházky. Jedná se o nejmladší, 3. dítě v rodině.

### ***Kazuistika č. 3***

#### Anamnestické údaje

Sepsáno dne: 17. 3. 2015

Podle údajů: dotazník pro rodiče při nástupu do MŠ – osobní list dítěte, Zpráva z vyšetření z ORL ve FN Ol ze dne 28. 7.2013, Zpráva z komplexního vyšetření SPC ze dne 2. 9. 2013, Zpráva z psychologického vyšetření ze dne 3. 11. 2014, Lékařská zpráva z foniatry ze dne 5. 2. 2015

#### **Osobní anamnéza**

Chlapec L1

Věk: 5 let a 6 měsíců

Diagnóza: těžká nedoslýchavost kompenzovaná sluchadly, opožděný vývoj řeči

První podezření na sluchové postižení získaly učitelky v běžné mateřské škole, kam nastoupil ve třech letech. Poté proběhla diagnostika a kompenzace sluchadly. Při nástupu do běžné MŠ neměl vytvořený komunikační systém, nerozuměl okolí a nemohl sdělovat své potřeby. Jevil

se jako agresivní a nepřizpůsobivý. Po roce se rodiče rozhodli jej přesunout do speciální MŠ, kde se nastavil komunikační systém. Dnes ovládá pouze základní znaky a komunikační obtíže přetrvávají jak v receptivní, tak v expresivní složce.

Těhotenství a jeho průběh: fyziologické těhotenství, bez komplikací

Porod a poporodní stav dítěte: porod císařským řezem, bez komplikací, porodní hmotnost 3750g, porodní délka 52 cm

Psychomotorický vývoj dítěte: samostatná chůze ve 14. měsících, ve 4 letech zvládal jízdu na kole, první slova (mama ham) v 18. měsících, v tomto období napodobivé žvatlání, které postupně vymizelo.

Aktuálně: Hrubá i jemná motorika jsou v normě bez grafomotorických obtíží, psychomotorická koordinace je také v normě. Motorika mluvidel je fyziologická, z logopedického hlediska vyvozeny všechny hlásky, i přesto ke komunikaci používá pouze samohlásky, ovládá pár základní znaků znakového jazyka. Lateralita je nevyhraněná. Vzhledem k věku opožděný vývoj kognitivních funkcí a sluchového vnímání. Zrakové vnímání v normě. L1 zvládá samostatně sebeobsluhu a hygienu.

### **Rodinná anamnéza**

Matka	rok narození 1972, vzdělání střední odborné s maturitou
Otec	rok narození 1976, vzdělání střední odborné
Sourozenci	nemá sourozence
Prarodiče	otec otce neslyšící po úrazu ve 3 letech

**Výchovná anamnéza** – Chlapec vyrůstá v úplné rodině, rodinný výchovný styl je velmi liberální, výchova matky je rozmazlující až ochranná, dítě je silně fixováno na matku. Ve třech letech nastoupil do běžné mateřské školy, kde učitelky upozornily na neobvyklé projevy dítěte. Samy učitelky posléze charakterizovaly L. nástup do běžné mateřské školy

jako pro něj přínosný. V běžné mateřské škole měl asistenta pedagoga a nezúčastňoval se kolektivních činností. Přestup do mateřské školy speciální pro sluchově postižené ve 4 letech.

**Sociální anamnéza** – Do kolektivu speciální mateřské školy se stále zcela nezačlenil, obecně se špatně adaptuje na nové prostředí, je výrazně fixován na rodiče. Má kladný vztah k pedagogům speciální MŠ, díky určení pravidel a stereotypních činností u něj došlo ke zklidnění, neobjevuje se ani vzdorovitost, ani agresivita. Je schopen kooperovat s vrstevníky.

#### ***Kazuistika č. 4***

##### Anamnestické údaje

Sepsáno dne: 17. 3. 2015

Podle údajů: dotazník pro rodiče při nástupu do MŠ – osobní list dítěte, Psychologické vyšetření ze dne 18. 11. 2014, Zpráva z ORL a foniatrie FN Ostrava ze dne 3. 10. 2013, vlastní pozorování dítěte

##### **Osobní anamnéza**

Chlapec T.

Věk: 5 let

Diagnóza: těžká oboustranná sluchová vada kompenzována sluchadly, specifické projevy chování

První podezření získali rodiče v 20 měsících dítěte, o 9 měsíců později získal první sluchadla.

Těhotenství a jeho průběh: fyziologické chtěné těhotenství, druhé ze tří

Porod a poporodní stav dítěte: předčasný porod v 36. týdnu

Psychomotorický vývoj dítěte: neuvedeno



Aktuálně: Hrubá motorika, jemná motorika a psychomotorická koordinace v normě. Motorika mluvidel fyziologická. Lateralita je souhlasná dextralita. Komunikuje orálně s podporou sluchadel. Kognitivní funkce, sluchové a zrakové vnímání mírně opožděné. T. zvládá samostatně sebeobsluhu a hygienu.

### **Rodinná anamnéza**

Matka rok narození 1982, střední odborné vzdělání s maturitou

Otec rok narození 1977, střední odborné vzdělání

Sourozenci 2 vlastní, dívka J. – 7 let, chlapec D. – 3 roky, oba intaktní

**Výchovná anamnéza** – Chlapec pochází z úplné rodiny, je prostředním dítětem. Výchovný rodinný styl v rodině je demokratický s ne moc pevnými hranicemi. Od září 2012 v péči SPC pro sluchově postižené. V březnu 2013 nastoupil do mateřské školy pro sluchově postižené. Předtím v péči Centra pro dětský sluch Tamtam, péče ukončena před nástupem do MŠ.

**Sociální anamnéza** – Začlenění do kolektivu mateřské školy bylo velmi problematické, adaptace trvala poměrně dlouho. Aktivně nevyhledává kontakt s vrstevníky, ani dospělými. Je prostřední dítě v rodině. Ostatní členové rodiny jsou intaktní.

### ***Kazuistika č. 5***

#### Anamnestické údaje

Sepsáno dne: 17. 3. 2015

Podle údajů: Zpráva z foniatrického vyšetření ze dne 14. 3. 2014, Psychologická zpráva ze dne 6. 10. 2014, vlastní pozorování dítěte

### **Osobní anamnéza**

Chlapec L2

Věk: 4 roky a 11 měsíců

Diagnóza: praktická hluchota kompenzována sluchadly, strabismus, ADHD

První podezření na sluchové postižení získala babička ve dvou letech chlapce. Následně proběhla diagnostika a kompenzace sluchadly.

Těhotenství a jeho průběh: rizikové těhotenství

Porod a poporodní stav dítěte: po narození umístěn na 3 měsíce do inkubátoru kvůli novorozenecké žloutence

Psychomotorický vývoj dítěte: v normě – seděl v 6 měsících, lezl v 9 měsících, chůze s oporou ve 12 měsících, objevovaly se projevy agrese vůči sobě i ostatním

Aktuálně: Hrubá i jemná motorika jsou v normě, objevují se grafomotorické obtíže. Díky ADHD nedokončuje činnosti. Psychomotorická koordinace odpovídá věku, motorika mluvidel je fyziologická. Lateralita je souhlasná dextralita. Má opožděný vývoj řeči, komunikuje převážně neverbálně. Zná pár základních znaků znakového jazyka, které komolí. Sluchové vnímání a kognitivní funkce jsou vzhledem k věku opožděné, zrakové vnímání v normě, ale díky ADHD často chybuje. L2 zvládá samostatně sebeobsluhu a hygienu.

### **Rodinná anamnéza**

Matka	rok narození 1988, základní vzdělání
Otec	neuveđen
Sourozenci	nemá sourozence

**Výchovná anamnéza** – Dítě je z neúplné rodiny, vychováván pouze matkou, výchovný styl je liberální. Chlapec byl do dvou let vychováván tetou, důvod neuveden. Dnes opět v péči matky. Od září 2013 navštěvoval mateřskou školu speciální pro děti s mentálním postižením. Od září 2014 v mateřské škole speciální pro sluchově postižené, kde je umístěn na internátu.

**Sociální anamnéza** – Do kolektivu mateřské školy pro sluchově postižené se začlenil bez problémů, pedagogy MŠ bere jako autoritu. S dospělým komunikuje bez obtíží. Kontakt s vrstevníky aktivně vyhledává a je schopen kooperace.

### ***Kazuistika č. 6***

#### Anamnestické údaje

Sepsáno dne: 17. 3. 2015

Podle údajů: Zpráva z ambulantního vyšetření na foniatrii ze dne 19. 9. 2010, Zpráva z SPC pro sluchově postižené z 10. 9. 2012, Zpráva z ORL vyšetření ze dne 25. 9. 2012, vlastní pozorování dítěte

#### **Osobní anamnéza**

Dívka D.

Věk: 4 roky a 6 měsíců

Diagnóza: oboustranná těžká sluchová vada kompenzovaná kochleárním implantátem

Ve třech měsících provedena BERA bez odpovědi, do září 2012 byla umístěna v kojeneckém ústavu, od září v pěstounské péči. V září kompenzace sluchové vady prvními sluchadly, po indikaci sluchadel pěstounka sledovala výrazný pokrok ve vývoji dítěte. V říjnu 2012 proběhlo vyšetření SSEP, v říjnu 2013 kochleární implantace. Od prosince 2013 snaha o implantaci druhého ucha. Dívka má velmi bohatou pasivní slovní zásobu, řeči rozumí, reaguje na mluvené slovo bez zrakové opory. Verbálně však nekomunikuje.

Těhotenství a jeho průběh: jedná se o nesledované těhotenství, pravděpodobně nechtěné, matka drogově závislá

Porod a poporodní stav dítěte: porod pravděpodobně předčasný mezi 37. – 38. týdnem, císařským řezem pro alteraci ozev, porodní hmotnost 1480 g, porodní délka 40 cm, ikterus, vrozená cytomegalová infekce

Psychomotorický vývoj dítěte: dle záznamů kojeneckého ústavu mírně opožděný psychomotorický vývoj, seděla v 10 měsících, samostatná chůze v 16 měsících, dle pěstounky ve dvou letech pouze jedno slovo – mama a chůze o široké bázi

Aktuálně: Hrubá motorika odpovídá věku, v jemné motorice přetrvávají obtíže převážně v oblasti grafomotoriky. Kresba lidské postavy odpovídá věku, ale má špatný úchop psacího náčiní – 4 prsty a přílišný tlak na podložku. Motorika mluvidel je fyziologická, psychomotorická koordinace v normě vzhledem k věku. Lateralita je souhlasná dextralita. D. komunikuje převážně neverbálně, ke komunikaci využívá pouze pár znaků znakového jazyka, převážně využívá pointingu. Díky kompenzaci sluchové vady pomocí kochleárního implantátu poměrně dobře rozumí mluvené řeči, má bohatou pasivní slovní zásobu. Je zřejmě opožděný kognitivních funkcí, zrakového i sluchového vnímání. D. zvládá samostatně sebeobsluhu a hygienu.

### **Rodinná anamnéza**

Matka	intaktní, drogová závislost
Otec	neznámý
Pěstounka	rok narození 1981, vzdělání střední odborné s maturitou
Pěstoun	rok narození 1976, vzdělání střední odborné s maturitou
Sourozenci	3 vlastní děti pěstounů (H. – 11 let, A. – 9 let, E. – 7 let)  1 v pěstounské péči – chlapec P. – 6 let, intaktní

**Výchovná anamnéza** – Od narození do září 2012 umístěna v kojeneckém ústavu, od září 2012 v pěstounské péči. Vztah mezi pěstounkou a dítětem je vřelý a láskyplný. Pěstouni preferují demokratický výchovný styl s ne moc pevnými hranicemi. Do mateřské školy speciální pro sluchově postižené nastoupila ve třech letech, od dvou let v péči speciálně pedagogického centra pro sluchově postižené, od zařazení do pěstounské péče spolupracují s Centrem pro dětský sluch Tamtam, spolupráce stále trvá.

**Sociální anamnéza** – Do kolektivu mateřské školy se začlenila bez obtíží, vztah k učitelkám MŠ je pozitivní, vřelý. Vyhýbá se však kontaktu s novými lidmi, v sociální interakci s nimi je ostýchavá. Biologická matka závislá na drogách, proto D. nyní v pěstounské péči. V rodině je celkem 5 dětí, z toho 3 vlastní děti pěstounů a 2 v pěstounské péči. D. vstoupila do rodiny jako poslední.

Výsledek diagnostiky dle Katalogu posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb.

0 = (téměř) vždy    1 = poměrně často    2 = občas    3 = méně často    4 = (téměř) nikdy

	dívka L	dívka D	chlapec T	chlapec M	chlapec L1	chlapec L2
<b>HRUBÁ MOTORIKA</b>	L	D	T	M	L1	L2
plně ovládá pohyby hlavy	0	0	0	0	0	0
může sedět v normální pozici	0	0	0	0	0	0
pohotově vyběhne na smluvený signál	1	1	1	1	1	1
pohybuje dlaněmi vpřed	0	0	0	0	0	0
pohybuje dlaněmi vzad	0	0	0	0	0	0
pohybuje dlaněmi vpravo	1	1	1	1	1	1
pohybuje dlaněmi vlevo	1	1	1	1	1	1
zvládne kroužení dlaněmi	0	2	0	0	0	0
kývá dlaněmi	0	0	0	0	0	0
mává dlaněmi	0	0	0	0	0	0
zavírá dlaň v pěst	0	0	0	0	0	0
otevívá a zavírá pěst	0	0	0	0	0	0
střídá pravidelně údery dlaní a pěstí o podložku	0	1	0	0	0	1
<b>MEDIÁN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>0,231</b>	<b>0,4615</b>	<b>0,231</b>	<b>0,231</b>	<b>0,231</b>	<b>0,308</b>
<b>JEMNÁ MOTORIKA</b>	L	D	T	M	L1	L2
otevře dlaně postupně po jednom prstu	0	0	0	0	0	0
přivítá prsty – dotyky prstů obou rukou	1	1	1	1	0	1
postupně spojuje prsty obou rukou bříšky k sobě	0	1	1	0	0	3

přibližuje a oddaluje prsty – prostředníku a ukazováku (znázorňuje nůžky)	0	2	0	0	0	0
třepotá prsty při mávání – „pá pá“	0	0	0	0	0	0
prsty se pohybují (dlouhý nos)	0	2	0	0	0	0
odpočítává na prstech po jednom	0	0	0	0	0	0
kreslení kruhu ukazováčkem	0	0	0	0	0	0
krouží ukazováky kolem sebe	0	0	0	0	0	0
uloží palec mezi ostatní prsty, ruku v pěst	0	0	0	0	0	0
roztáhne prsty	1	0	0	0	0	0
palec se neúčastní pohybu – ulnární	0	2	1	2	1	1
palec je v opozici – radiální	0	1	0	0	0	0
prsty má při úchopu aktivní, předmět sevře v dlani jako rukojeť (úchop válcový, rukojeťový, palec v opozici)	0	0	0	0	0	0
uchopí věc špetkovitě, úchop třemi prsty (solení)	0	0	0	0	0	0
<b>MEDIÁN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>0,133</b>	<b>0,6</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,067</b>	<b>0,333</b>
<b>MOTORIKA MLUVIDEL</b>	L	D	T	M	L1	L2
mluvidla jsou bez anatomických odchylek	0	0	0	0	0	0
napodobuje pohyby rtů	1	1	0	1	1	2
napodobuje pohyby jazyka	1	1	0	1	1	2
dentice je přiměřená věku	0	0	0	0	0	0
polyká	0	0	0	0	0	0
fyziologické slinění	0	0	0	0	0	0
nafoukne obě tváře vzduchem a několik vteřin udrží	0	0	0	0	0	0
nafoukne jednu tvář a vytlačí vzduchovou bublinu prstem	0	0	0	0	0	0
foukne do bublifuku	0	0	0	0	0	0
fyziologicky dýchá	0	0	0	0	0	0
<b>MEDIÁN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>
<b>PSYCHOMOTORICKÁ KOORDINACE</b>	L	D	T	M	L1	L2
rytmické střídání pravá pěst – levá dlaň	0	4	1	2	1	1

rozpojí a spojí natažené prsty (provádí několikrát za sebou)	0	0	0	0	0	0
položí jednu ruku dlaní na stůl a druhou současně zvedne asi 5 cm nad desku a zamění za sevřenou dlaň a natažené prsty a současně položí na desku	0	0	0	0	0	0
<b>MEDIÁN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>0</b>	<b>1,3333</b>	<b>0,333</b>	<b>0,667</b>	<b>0,333</b>	<b>0,333</b>
<b>LATERALITA</b>	P	P	P	P	A	P
<b>KOMUNIKAČNÍ TECHNIKA</b>	ZJ	ZJ	TK	Orálně	-	-
<b>VNÍMÁNÍ</b>	L	D	T	M	L1	L2
rozliší a pojmenuje základní barvy	0	2	0	1	0	2
rozliší a pojmenuje doplňkové barvy	0	3	1	2	0	3
sluchem analyzuje a označí zvuky různých zdrojů	4	4	3	2	4	4
hmatem rozliší vlastnosti předmětů a pojmenuje je	3	4	4	2	3	4
<b>MEDIÁN</b>	<b>1,5</b>	<b>3,5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,5</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>1,75</b>	<b>3,25</b>	<b>2</b>	<b>1,75</b>	<b>1,75</b>	<b>3,25</b>
<b>PAMĚŤ</b>	L	D	T	M	L1	L2
reprodukce textu (krátkodobá paměť)	4	4	4	3	4	4
dovede reprodukovat známé, opakující se události na základě logického sledu	4	4	4	3	4	4
<b>MEDIÁN</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>POZORNOST</b>	L	D	T	M	L1	L2
je odolný vůči rušivému elementu	2	4	3	3	2	4
dokáže koncentrovat pozornost po dobu odpovídající věku (5–6 minut)	0	2	1	0	0	4
<b>MEDIÁN</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>PŘEDSTAVIVOST</b>	L	D	T	M	L1	L2
dokončí smysluplně větu	4	4	4	2	4	4
je schopno reprodukovat děj pohádky	2	4	4	3	4	4
je schopno pomocí fantazie dokončit kresbou pohádku	4	4	4	3	4	4
<b>MEDIÁN</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

<b>PRŮMĚR</b>	<b>3,333</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2,667</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>MYŠLENÍ</b>	L	D	T	M	L1	L2
třídí předměty podle společného znaku	0	2	0	0	0	0
umí vyvozovat závěry vycházející z názornosti	2	4	4	2	4	2
začíná používat prvky analýzy, syntézy a srovnávání	3	4	4	1	4	4
utváří všeobecné rodové pojmy (stromy, hračky, zvířata...)	0	0	0	0	0	0
je schopno verbalizace obrázku (slovem nebo znakem)	0	2	0	0	0	0
<b>MEDIÁN</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>
<b>KOMUNIKACE</b>	L	D	T	M	L1	L2
na výzvu vypráví krátký příběh (pohádku)	3	4	4	3	4	4
spolupracuje při tvorbě opozit (velký – malý, nahoru – dolů, hlasitě – tiše, ...)	0	2	1	1	0	2
začíná klást otázky (kdy, kde, proč)	2	4	0	2	4	4
v rozhovoru užívá souvětí	4	4	0	4	4	4
s porozuměním sleduje pohádku nebo příběh	1	4	3	0	1	2
při rozhovoru používá s porozuměním spojky „a“ a „ale“	4	4	4	4	4	4
vypráví příběh podle obrázkové osnovy	2	4	4	3	4	4
podílí se aktivně na tvorbě příběhů	2	4	4	4	4	4
popisuje a vypráví souvisle více větami	4	4	4	3	4	4
zvládá tykání a vykání	4	4	4	4	4	4
užívá asi 6 000 slov/znaků	4	4	4	4	4	4
<b>MEDIÁN</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>2,727</b>	<b>3,8182</b>	<b>2,909</b>	<b>2,909</b>	<b>3,364</b>	<b>3,636</b>
<b>SEBEOBSLUHA</b>	L	D	T	M	L1	L2
přiměřeně věku je schopno se samostatně najíst	0	0	0	0	0	0
přiměřeně věku udržuje osobní hygienu	0	0	0	0	0	0
přiměřeně věku je schopno se oblékat	0	0	0	0	0	0



MEDIÁN	0	0	0	0	0	0
PRŮMĚR	0	0	0	0	0	0
<b>SMYLOVÉ VNÍMÁNÍ</b>	L	D	T	M	L1	L2
<b>SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ</b>	---	---	---	---	---	---
rozliší slova s vizuálním podnětem	4	0	0	0	3	1
rozliší slova s vizuálním podnětem (změna délky: páni – paní)	4	3	4	3	4	4
rozliší slova bez vizuálního podnětu (změna délky: vila – víla, dráha – drahá)	4	4	4	4	4	4
rozliší slabiky	4	0	0	0	0	0
MEDIÁN	4	1,5	2	1,5	3,5	2,5
PRŮMĚR	4	1,75	2	1,75	2,75	2,25
<b>ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ</b>	L	D	T	M	L1	L2
zrková diferenciacie	0	2	1	1	1	1
hledání rozdílů	0	3	2	0	0	2
MEDIÁN	0	2,5	1,5	0,5	0,5	1,5
PRŮMĚR	0	2,5	1,5	0,5	0,5	1,5
<b>SOCIÁLNÍ KOMPETENCE</b>	L	D	T	M	L1	L2
zvládne odloučení od matky na přiměřenou dobu	1	1	1	3	1	0
projevuje zájem o ostatní děti	1	0	0	0	1	0
postupně ovládá své chování s ohledem na ostatní děti	1	1	1	1	3	4
začíná kooperovat s dětmi, učí se počkat, až na něj přijde řada	2	1	1	0	3	2
používá výraz „děkuji, prosím“ na vyzvání	0	2	0	0	2	0
poprosí o pomoc, když má problém	0	1	0	0	2	0
v případě konfliktu se uchyluje spíše k verbálním než tělesným výpadům	2	0	2	2	3	0
snaží se částečně pomoci při různých činnostech	1	2	0	0	2	2
efektivně provede dichotomickou volbu	0	2	0	3	3	4
chápe různé pocity	0	1	0	0	2	0
dodržuje pravidla hry nápodobou	1	1	1	2	1	2
známé dospělé zdraví bez vyzvání	3	4	3	4	4	0
dodržuje pravidla hry ve skupině, kterou vede dospělý	2	2	2	2	2	2

dovolí se, může-li si vzít hračku, se kterou si hraje jiné dítě	3	3	2	2	3	4
bez potíží komunikuje s dospělými	3	4	4	3	4	0
respektuje střídání rolí	3	2	4	4	4	4
přiměřeně věku expanduje do společnosti	3	2	4	4	4	0
dokáže si hrát s druhými dětmi	1	1	1	2	1	0
požadavku dospělých vyhoví alespoň v 50 %	0	1	0	2	0	2
rádo se kamarádí	1	1	2	3	1	0
vůči mladším dětem se chová ochranně	2	3	0	4	2	2
umí se podělit, půjčit, dát dárek	2	3	2	4	2	4
vědomě dodržuje základní pravidla zdvořilosti i slušnosti	3	2	3	4	3	2
umí vyjádřit svůj nápad, potřeby, hájit svůj názor	3	1	3	3	3	4
účastní se přijatelně konverzace dospělých	2	4	4	4	4	4
předvede krátké vystoupení na veřejnosti	2	1	2	4	2	2
dokáže se zabavit 20–30 minut	1	3	1	1	1	2
na veřejnosti se chová přijatelně (kino, divadlo, lékař, obchod)	0	0	0	0	0	0
akceptuje sdílení pozornosti	0	1	0	2	0	4
pod vedením dospělého zhodnotí následky svého chování (jednoduché situace)	3	4	4	4	4	4
postupně uplatňuje vlastní iniciativu v různých činnostech	2	2	3	3	3	4
domluví se s ostatními, je zdvořilý k dětem i dospělým	2	3	3	3	3	2
přizpůsobí se režimu dne	0	0	0	0	0	2
zapojuje se do činností a umí se dorozumět ve skupině vrstevníků	0	2	2	3	0	2
postupně pomáhá s drobnými pracemi	1	1	1	1	1	2
postupně se zapojuje do příprav oslav, svátků, umí blahopřát	0	1	0	0	0	0
správně reaguje na pokyn autority (prosba, požadavek, zákaz)	1	1	1	1	1	2
požadavku dospělých vyhoví alespoň v 70 %	0	1	0	0	0	3

uplatňuje smysl pro morálku (vhodné či nevhodné chování)	2	3	2	2	2	4
vykazuje prvky empatie	1	1	2	3	2	2
dokáže odmítnout nežádoucí chování (lež, ubližování, ...)	2	2	2	2	3	4
zná základní pravidla chování	1	1	1	1	1	2
provede zhodnocení	3	4	3	3	3	4
projevuje samostatnost, vytrvalost	1	3	2	2	2	4
rozlišuje mezi hrou a úkolem	0	0	0	0	0	4
udržuje pořádek ve vlastních věcech i ve společných prostorách	1	1	1	1	1	4
trpělivě překonává překážky	2	3	2	2	2	4
zapojí se do společné hry s vrstevníky	1	1	1	1	1	0
přijímá pravidla hry	1	2	1	1	1	2
napodobuje role ostatních	1	1	1	1	1	3
využije možnosti zúčastnit se konverzace	0	4	1	1	1	2
vybírá si uvědoměle své kamarády	0	2	0	0	1	4
<b>MEDIÁN</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>PRŮMĚR</b>	<b>1,308</b>	<b>1,7885</b>	<b>1,462</b>	<b>1,885</b>	<b>1,846</b>	<b>2,192</b>

<b>pořadí komplexní diagnostiky dle průměru</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
hrubá motorika	L + T + M + L1			L2		D
jemná motorika	L1	L	T + M		L2	D
motorika mluvidel	T	L + D + M + L1				L2
psychomotorická koordinace	L	T + L1 + L2			M	D
vnímání	L + M + L1			T	D + L2	
paměť	M	L + D + T + L1 + L2				
pozornost	L + L1		M	T	D	L2
představitost	M	L	D + T + L1 + L2			
myšlení	M	L	L2	T + L1		D
komunikace	L	T + M		L1 + L2		D
sebeobsluha	L + D + M + T + L1 + L2					
sluchové vnímání	D + M		T	L2	L1	L
zrakové vnímání	L	M + L1		T + L2		D
sociální kompetence	L	T	D	M	L1	L2

<b>četnost pořadí dle průměru</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
dívka L	8	9	5	4	2	3
chlapec M	7	7	8	5	3	1
chlapec L1	5	7	8	8	7	3
chlapec T	3	5	7	10	5	3
chlapec L2	1	3	5	7	8	7
dívka D	2	4	5	4	6	10

Plně si uvědomujeme, že každé dítě je individuum a jeho vývoj ovlivňuje mnoho faktorů a nelze tedy výsledky našeho porovnávání těchto šesti konkrétních dětí globalizovat. I přesto se budeme snažit srovnat děti vzájemně mezi sebou a zohlednit faktory jejich vývoje. Pro lepší přehled budeme používat řazení dětí od prvního – „nejlepšího“, po šestého – „nejslabšího“.

Ve výsledku komplexní diagnostiky se nejlépe umístila dívka L, která je druhá nejstarší z uvedených dětí. Na druhém místě se umístily děti dvě. Chlapec M, který je nejstarší a chlapec L1, který je o 1 rok a dva měsíce mladší než chlapec M a o 8 měsíců mladší než dívka L. Pokud budeme porovnávat faktory ovlivňující vývoj dívky L a chlapce M, zjistíme, že oba mají těžkou sluchovou vadu, která nebyla kompenzována. U dívky L byla snaha o kompenzaci, ale bez výsledku, chlapec M má sluchadla poslední dva měsíce. Z rodinných důvodů kompenzace nebyla řešena dříve. U obou dětí se sluchové postižení zjistilo již v raném věku. Dívka L pochází z rodiny, kde jsou všichni členové se sluchovým postižením. Chlapec M pochází z rodiny, kde všichni muži mají sluchové postižení. Speciálněpedagogická intervence byla zahájena dříve u dívky L – v 1 roce a 8 měsících než u chlapce M – ve 3 letech a 2 měsících. Oproti nim chlapec L1 má diagnostikovanou těžkou sluchovou vadu od tří let, kompenzovanou sluchadly a speciálněpedagogická péče byla zahájena ve 4 letech.

Mohli bychom tedy říci, že dívka L, která je o půl roku mladší než chlapec M, v celkovém hodnocení dopadla lépe, protože u ní byla dříve zahájena speciálněpedagogická intervence. My si to však tvrdit netroufáme. Brzké zahájení speciálněpedagogické intervence jistě správnému vývoji dívky přispělo, ale uvědomujeme si, že by bylo možné oponovat obecným tvrzením, že dívky dospívají rychleji než chlapci. Při srovnání chlapce M a chlapce L1 jistě hraje roli dříve kompenzované sluchové postižení.

Jako 3. se umístil chlapec T, který má 5 let a má diagnostikované specifické projevy chování a těžkou oboustrannou poruchu sluchu kompenzovanou sluchadly. Hned za ním se umístil chlapec L2, který má 4 roky a 11 měsíců a diagnostikové ADHD a praktickou hluchotu kompenzovanou sluchadly. Chlapec T získal sluchadla o měsíc dříve než chlapec L2. U chlapce T byla speciálněpedagogická intervence zahájena o rok dříve než u chlapce L2.

Potvrzuje se tedy, že značný vliv na úroveň vývoje dítěte má včasné zahájení speciálněpedagogické intervence.

Jako důležitý faktor ovlivňující vývoj chlapce L2 musíme zmínit, že byl od narození do dvou let v péči tety, poté opět v péči matky. První podezření na ztrátu sluchu měla babička chlapce ve dvou letech, od dvou a půl let má sluchové postižení kompenzováno sluchadly. Ve speciálněpedagogické péči je od 3 let.

Poslední se umístila nejmladší dívka D, která má 4 roky a 6 měsíců a má diagnostikovanou těžkou oboustrannou poruchu sluchu, kompenzovanou jednostranným kochleárním implantátem. Dívka D měla diagnostikované těžké sluchové postižení již ve třech měsících. Důležitým faktorem ovlivňujícím vývoj dívky bylo umístění v ústavní péči, kde sluchové postižení nebylo nijak kompenzováno. Od dvou let je v pěstounské péči, od dvou let bylo sluchové postižení kompenzováno sluchadly, poté podstoupila kochleární implantaci.

<b>vyhodnocení oblastí tělesného výkonu</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
hrubá motorika	L + T + M + L1				L2	D
jemná motorika	L1	L	T + M		L2	D
motorika mluvidel	T	L + D + M + L1				L2
psychomotorická koordinace	L	T + L1 + L2			M	D

<b>četnost pořadí oblastí tělesného výkonu</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
dívka L	2	3	2	2	1	0
chlapec T	2	2	3	3	0	0
chlapec L1	2	3	3	3	1	0
chlapec M	1	2	3	3	2	0
chlapec L2	0	1	1	1	2	1
dívka D	0	1	1	1	1	3

V oblasti tělesného výkonu se nejlépe umístila dívka L, na druhém místě chlapec L1, na třetím chlapec T, až na čtvrtém místě chlapec M, na pátém místě chlapec L2 a na posledním místě dívka D. Až na jednu výjimku jsou výkony dětí seřazeny od nejstaršího po nejmladšího. Výjimku tvoří chlapec M, který se umístil na 4. místě a je ze všech dětí nejstarší.

<b>vyhodnocení oblasti kognitivních funkcí</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
vnímání	L + M + L1			T	D + L2	
Paměť	M	L + D + T + L1 + L2				
pozornost	L + L1		M	T	D	L2
představivost	M	L	D + T + L1 + L2			
myšlení	M	L	L2	T + L1		D

<b>četnost pořadí oblasti kognitivních funkcí</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
chlapec M	4	1	2	0	0	0
dívka L	2	5	2	1	1	0
chlapec L1	2	3	3	3	3	2
chlapec T	0	1	2	5	3	2
chlapec L2	0	1	3	2	3	4
dívka D	0	1	2	2	3	4

V oblasti kognitivních funkcí se děti umístily od nejstaršího po nejmladšího. Tedy v pořadí: chlapec M, dívka L, chlapec L1, chlapec T, chlapec L2 a dívka D.

<b>oblast komunikace</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
Komunikace	L	T + M		L1 + L2		D

V oblasti komunikace se nejlépe umístila dívka L, která pochází z rodiny, kde mateřským jazykem je znakový jazyk. Na druhém místě se umístili dva chlapci – chlapec T a chlapec M. Oba chlapci doma komunikují orální metodou s oporou sluchadel. U chlapce T získali rodiče podezření na ztrátu sluchu ve 20 měsících. U chlapce M již po narození, vzhledem ke genetické zátěži v rodině. Na čtvrtém místě se umístili dva chlapci – chlapec L1 a chlapec L2. Chlapec L1 má diagnostikovanou těžkou nedoslýchavost kompenzovanou sluchadly, speciálněpedagogická intervence u něj byla zahájena ve čtyřech letech,

což znamená před rokem a půl. Chlapec L2 má diagnostikovanou praktickou hluchotu kompenzovanou sluchadly, speciálněpedagogická intervence u něj byla zahájena ve třech letech, tedy před rokem a 11 měsíci. Velkou roli zde sehrává fakt, že chlapec L1 je velmi fixován na matku a chlapec L2 byl v minulosti v péči tety, nyní v péči matky, v mateřské škole je umístěn na internátu. Oba chlapci mají opožděný vývoj řeči. Poslední se umístila nejmladší dívka s velmi dobrou pasivní slovní zásobou. Díky kompenzaci sluchové vady pomocí kochleárního implantátu poměrně dobře rozumí mluvené řeči, má nadání pro odezírání. Sama však komunikaci nevyhledává, komunikuje pomocí pointingu a ovládá pár základních znaků znakového jazyka.

Předpokládáme, že důležitým faktem, kromě včasné speciálněpedagogické intervence, je i rodinné působení a doba, kdy rodina získala první podezření na ztrátu sluchu dítěte.

V oblasti sebeobsluhy se všechny děti umístily na stejné pozici. Předpokládáme, že se jedná o vliv mateřské školy, kam všechny dochází déle než rok.

<b>oblast sociálních kompetencí</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>
sociální kompetence	L	T	D	M	L1	L2

V oblasti sociálních dovedností se první umístila dívka L, druhý chlapec T, třetí dívka D, čtvrtý chlapec M, pátý chlapec L1 a šestý chlapec L2. Úspěšnost dětí v sociálních kompetencích odpovídá seřazení dětí dle délky speciálněpedagogické intervence. Výjimku tvoří pouze chlapec M, který se místo 2. místa umístil až na 4. místě.

Dívka L pochází z úplné rodiny, která uplatňuje demokratický výchovný styl a speciálněpedagogická intervence u ní byla zahájena před 4 lety a 6 měsíci. Chlapec T pochází z úplné rodiny, která preferuje demokratický výchovný styl. Speciálněpedagogická intervence u něj byla zahájena před 3 lety. Dívka D je již 2 roky a 6 měsíců umístěna v pěstounské péči, její pěstouni preferují demokratický výchovný styl. Stejnou dobu je i ve speciálněpedagogické péči. Chlapec M pochází z úplné rodiny, která preferuje liberální výchovný styl, speciálněpedagogická intervence u něj byla zahájena před 3 lety a 6 měsíci, kdy stále ještě neměl potvrzenou diagnózu sluchového postižení z rodinných důvodů. Chlapec L1 pochází z úplné rodiny, kde matka aplikuje ochrannou výchovu, speciálněpedagogická

intervence u něj byla zahájena před rokem a 6 měsíci. Chlapec je velmi silně fixován na matku. Chlapec L2 pochází z neúplné rodiny, matka preferuje liberální výchovu, dítě je umístěno na internátu. Speciálněpedagogická intervence u něj byla zahájena před rokem a 11 měsíci.

Zde předpokládáme, že pořadí ovlivňuje především rodinné působení a až následně vliv speciálněpedagogické intervence.

Diskuze: Z případových studií vyplývá, že úroveň dětí se sluchovým postižením ovlivňuje věk a zralost dítěte, doba, kdy rodina získala první podezření na ztrátu sluchu, včasné zahájení speciálněpedagogické intervence, výchovný přístup rodičů a pobyt ve speciální mateřské škole. Doležalová a Hricová (2012, pp. 115 - 116) uvádí, že *„v rámci péče o dítě se sluchovým postižením ... je velice žádoucí, aby tato péče byla poskytnuta co nejčasněji. Je důležitá až nezbytná pro správný celkový rozvoj dítěte a zejména pro rozvoj jeho myšlení, komunikačních kompetencí a jazykových dovedností. Je ideální, aby péče byla zaměřena na celou rodinu dítěte s postižením, jelikož zpočátku je třeba pomáhat s řešením těžké a neznámé situace, do které se dostávají v momentu narození dítěte či zjištění přítomnosti sluchové vady právě hlavně rodičům těchto dětí.“*



## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo získat komplexní obraz o diagnostice sluchu z pohledu speciální pedagogiky. Abychom cíle dosáhli, byl rozdělen do čtyř dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zmapovat zkušenosti rodičů s novorozeneckým screeningem sluchu, případně pozdější diagnostikou sluchového postižení a následnou speciálněpedagogickou péčí. Děti respondentů v 56% absolvovaly novorozenecký screening sluchu, z toho 50% mělo nevýbavné emise. Dalších 50% respondentů průměrně získalo první podezření na ztrátu sluchu dítěte ve věku 12,8 měsíců. Průměrně byla vada sluchu u dětí respondentů diagnostikována ve 13 měsících (včetně dětí, které absolvovaly novorozenecký screening sluchu). První kompenzace sluchové vady pomocí sluchadel proběhla u 58% dětí respondentů. Průměrný věk přidělení prvních sluchadel dětí respondentů byl 12,3 měsíců. Speciálněpedagogickou péčí doporučili v 45,9% odborníci, z toho v 31% foniatr, v 8,2% klinický logoped, v 3,3% pediatr, v jednom případě (1,7%) ORL pracoviště a v 1,7% psycholog. Z dotazníkového šetření také vyplynula větší spokojenost respondentů se službami rané péče než se službami speciálně pedagogického centra.

Dalším dílčím cílem bylo zmapovat zkušenosti pracovníků SPC se subjektivními zkouškami sluchu a ověřit spolupráci rodičů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pracovníci SPC sami dělají orientační vyšetření sluchu svých klientů a uvítali by, případně již vlastní, dětský audiometr. Spolupráci s rodiči hodnotí jako chvalitebnou a vždy rodičům ukazují, jak s dítětem pracovat.

Třetím dílčím cílem bylo provést orientační vyšetření sluchu u dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let a porovnat výsledek s lékařskou diagnózou. Orientační vyšetření sluchu jsme provedli u deseti dětí, z toho šest výsledků se shodovalo se stupněm sluchového postižení, jaké uvedl foniatr. U jednoho dítěte jsme naměřili těžší ztrátu sluchu a u dalších tři lehčí stupeň. U dvou dětí se jednalo o diagnostikované středně těžké postižení sluchu, které dle našeho měření vyšlo jako lehká porucha sluchu a třetí dítě mělo na pravém uchu diagnostikovanou praktickou hluchotu a podařilo se nám naměřit na frekvencích 500 a 1000 Hz 20 dB. To potvrzuje tvrzení, že nelze spoléhat pouze na objektivní zkoušky sluchu, ale je nutné provádět i subjektivní zkoušky sluchu.

Posledním dílčím cílem bylo porovnat úroveň dětí se sluchovým postižením vzhledem k faktorům ovlivňujícím jejich vývoj. Z případových studií vyplynulo, že úroveň dětí

ovlivňuje věk dítěte, doba, kdy rodiče získali první podezření na možné sluchové postižení, včasnost zahájení speciálněpedagogické intervence, ale i výchovný přístup rodičů a zařazení dítěte do kolektivu speciální mateřské školy.

Domníváme se, že velkým přínosem pro praxi by bylo výzkum zopakovat v rozhraní cca 5 let, abychom zjistili, zda došlo k posunu v jednotlivých oblastech. Zda novorozenecký screening sluchu je již celoplošný, zda je přesnější a včasnější diagnostika sluchového postižení a tím pádem i lepší úroveň dětí se sluchovým postižením.

## Seznam zdrojů

- AudioNika. *Screening v předškolním věku* [online]. Přístup dne 17. 8. 2014, z <http://www.audionika.cz/stranka/screening-v-predskolnim-veku>
- Bartoňová, M. & Pipeková, J. (2006) Rodina dítěte se zdravotním postižením. In Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky* (pp. 39 – 46). Brno, Czechia: Paido.
- Česká republika (2012) *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky (Částka 7)*. Praha, Czechia: Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Česká společnost otolaryngologie a chirurgie hlavy a části krku ČLS JEP (2014) *Indikační kritéria pro kochleární implantaci 2014* [online]. Přístup dne 20. 12. 2014, z <http://www.otolaryngologie.cz/dokumenty/indikace.pdf>
- Dittrichová, M. & Papoušek, K. & Paul et al. (2004) *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha, Czechia: Grada.
- Doležalová, L. & Hricová, L. (2012) Raná intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s hluchoslepotou. In Opatřilová, D. & Nováková, Z. et al. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. (pp. 115 - 135). Brno, Czechia: Masarykova univerzita.
- Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s. *O sluchových vadách a vyšetření sluchu* [online]. Přístup dne 13. 3. 2014, z <http://www.tamtam-praha.cz/informace-provas/o-sluchu/o-sluchovych-vadach-a-vysetreni-sluchu.html>
- Foust, T. Eiserman, W. & Shisler, L. (2013) *Using Otoacoustic Emissions to Screen Young Children for Hearing Loss in Primary Care Settings*. Illinois, United States: the American Academy of Pediatrics [online]. Přístup dne 17. 8. 2014, z <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/1/118.full.pdf+html>
- Horáková, R. (2006) Uvedení do surdopedie. In: Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Horáková, R. (2008) Specifika vývoje a včasná pedagogické intervence u dětí se sluchovým postižením. In Opatřilová, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami* (pp. 243 – 281). Brno, Czechia: Masarykova univerzita.
- Horáková, R. (2012) *Sluchové postižení. Úvod do surdopedie*. Praha, Czechia: Portál.
- Chráska, M. (2007) *Metody pedagogického výzkumu*. Praha, Czechia: Grada Publishing.

- Kabelka, Z. (2011) Návrh prohlášení evropského konsenzu týkající se screeningu sluchu předškolních a školních dětí. proLékaře.cz [online]. Přístup dne 17. 8. 2014, z <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatric-clanek/navrh-prohlaseni-evropskeho-konsenzu-tykajici-se-screeningu-sluchu-predskolnich-a-skolnich-deti-36165>
- Komínek, P. (2009) *Screening sluchu – současné možnosti vyšetřování*. Medical Tribune CZ [online]. Přístup dne 16. 7. 2014, z <http://www.tribune.cz/clanek/13748-screening-sluchu-amp-soucasne-moznosti-vysetrovani>
- Komínek, P. et al. (2012) *Screening sluchu u novorozenců – jaká je role dětských lékařů?* Pediatrie pro praxi [online]. Přístup dne 16. 7. 2014, z <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/09.pdf>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Havlíčkův Brod, Czechia: Grada
- Lechta, V. (2011) *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, Praha, Czechia: Portál.
- Lejska, M. (1994) *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Brno, Czechia: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Lejska, M. & Havlík, R. (2008) *Auditory Neuropathy*. proLékaře.cz [online]. Přístup dne 17. 8. 2014, z [http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatric-clanek/auditory-neuropathy-2140?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatric-clanek/auditory-neuropathy-2140?confirm_rules=1)
- Myška, P. (2013) *Nedoslýchavé dítě v ordinaci pediatra – pohled foniatra*. Pediatrie pro praxi [online]. Přístup dne 20. 8. 2014, z <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/09.pdf>
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *Vybrané statistické údaje o OZP z roku 2007* [online]. Přístup dne 13. 3. 2015, z [http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane\\_statisticke\\_udaje\\_OZP\\_2007.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf)
- Plevová, I. (2008). Období batolete. In J. Šimíčková-Čížková et al. (Eds.), *Přehled vývojové psychologie* (pp. 61-66). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Plevová, I. (2008). Období předškolního věku. In J. Šimíčková-Čížková et al. (Eds.), *Přehled vývojové psychologie* (pp. 68-72). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Potměšil, M. (2003) *Čtení k surdopedii*. Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Potměšil, M. (2007) *Sluchové postižení a sebereflexe*, Praha, Czechia: Karolinum.

- Potměšil, M. et al. (2012). *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb (Část II)*. Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Potměšil, M. & Pospíšil, J. (2013) Resilience factors in families of children with hearing impairment. In Kielar-Turska, M. *Psychologia Rozwojowa* (pp. 9 – 25). Poland.
- Pugnerová, M. (2008). Kojenecké období. In J. Šimíčková-Čížková et al. (Eds.), *Přehled vývojové psychologie* (pp. 49-60). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pugnerová, M. (2008). Období prenatální, perinatální, postnatální. In J. Šimíčková-Čížková et al. (Eds.), *Přehled vývojové psychologie* (pp. 32-48). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Půstová, Z. (1997) *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí*, Praha, Czechia: Septima.
- Sekeráková, M. Skybová, J. (2011) *Screening sluchu u novorozence*. *Pediatric pro praxi* [online]. Přístup dne 15. 7. 2014, z <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/11.pdf>
- Sobotková, I. (2004) Intrapsychická ztráta. In Špaténková, N. *Krizová intervence pro praxi*. (pp. 77 – 85). Praha, Czechia: Grada.
- Souralová, E. & Langer, J. (2006) Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In Renotierová, M. et al. (Eds.), *Speciální pedagogika* (pp. 175-189). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šolcová, I. (2009) *Vývoj resilience v dětství a v dospělosti*. Praha, Czechia: Grada Publishing.
- Tarcsiová, D. (2008) *Pedagogika sluchovo postihnutých*. Bratislava: MABAG.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. [online] Přístup dne 31. 8. 2014, z <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/432.pdf>
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha, Czechia: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Czechia: Portál.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky SPC

Příloha č. 2: Dotazník pro rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let

Příloha č. 1 – Dotazník pro pracovníky SPC

1) Jaká je délka Vaší praxe?

- 0 - 3 roky       4 - 6 let       7 - 12 let       13 a více let

2) Vaše SPC poskytuje služby klientům

- se sluchovým postižením     se SP v kombinaci s jiným postižením     s hluchoslepotou

3) Jakou formou předáváte rodičům informace o činnosti s dítětem?

- ústně       písemně       jinak \_\_\_\_\_

4) Ukazujete prakticky rodičům jak s dětmi pracovat?

- ano       ne

5) Děláte sami orientační vyšetření sluchu?

- ne       ano – uveďte, prosím, kterou zkoušku \_\_\_\_\_

6) Chtěli byste vlastnit dětský audiometr na orientační zkoušku sluchu? (Např. získaný v rámci grantu)

- ano       ne       již vlastníme

7) Máte klienty, u kterých byste si přáli provést jednoduchou orientační zkoušku sluchu pomocí dětského audiometru?

- vlastníme dětský audiometr a orientační zkoušku si děláme sami  
 využili bychom možnosti vyšetření sluchu některých klientů pomocí dětského audiometru  
 nemáme zájem o vyšetření sluchu našich klientů

8) Vlastníte reaktometr?

- ano       ne

Které didaktické pomůcky byste chtěli mít ve Vašem zařízení?

---

---

---

---

Prosím ohodnoťte

1 - naprosto souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – nevím, 4 – spíše nesouhlasím, 5 - naprosto nesouhlasím

Materiální vybavení mého pracoviště je dostačující.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Vždy přistupuji k žákům/klientům individuálně.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Komunikace s rodiči je bezproblémová.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Rodiče vždy dorazí na smlouvanou schůzku.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Rodiče spolupracují se zařízením.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

V rámci diplomové práce bychom potřebovali provést anonymní dotazníkové šetření u Vašich klientů. Při jaké příležitosti a kdy by bylo možné se setkat s Vašimi klienty?

---

---

---

Pokud Vás napadnou nějaké připomínky k této tématice, budeme velice rádi, když se o ně podělíte.

---

---

---

---

---

---

---

---



Příloha č. 2 – Dotazník pro rodiče dětí se sluchovým postižením od 0 do 7 let

**Jsem**  matka  otec  prarodič

**Rodiče dítěte jsou**  slyšící  sluchově postižení  slyšící a sluchově postižený

**Bydlíme**  ve městě  na vesnici

**Dítě** je  chlapec  dívka má \_\_\_ roků a \_\_\_ měsíců

má  lehkou poruchu sluchu (ztráta 26 – 40 dB)  střední poruchu sluchu (41 – 60 dB)

středně těžkou poruchu sluchu (61 – 80 dB)  velmi těžkou poruchu sluchu (nad 81 dB)

Má  slyšící sourozence (kolik \_\_\_)  sourozence se sluchovým postižením (kolik \_\_\_)

nemá sourozence

Vypište prosím:

Absolvovali jste novorozenecký screening sluchu? Jaký byl výsledek? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V jakém věku dítěte jste získali první podezření na ztrátu sluchu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kdo získal první podezření na ztrátu sluchu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V jakém věku dítěte byla diagnostikována vada sluchu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kdy a jak byla korigována vada sluchu? (sluchadla, kochleární implantát) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kterého odborníka (lékaře) jste navštívili a kam Vás odeslal? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kdo Vám doporučil službu rané péče, SPC? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pokud Vás ještě cokoliv napadne k této problematice, budeme velmi rádi, pokud se s námi o to podělíte a poskytnete nám Vaše cenné zkušenosti a informace.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dítě navštěvuje  běžnou mateřskou školu  speciální mateřskou školu  
 běžnou základní školu  speciální základní školu

Rodina využívá služby  Raná péče  Speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené

Ohodnoťte, prosím

1 = naprosto souhlasím 2 = spíše souhlasím 3 = nevím 4 = spíše nesouhlasím 5 = naprosto nesouhlasím

Jak hodnotíte ...	Raná péče	Speciálně pedagogické centrum
Celkově jsem se službou spokojen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Přístup speciálního pedagoga, sociálního pracovníka je aktivní.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Pracovník je profesionál, rozumí dané problematice.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Pracovník mi vždy prakticky ukazuje, jak s dítětem pracovat.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Služba je pro mě vzdálenostně dostupná.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Vyhovuje mi časová náročnost služby. (délka, četnost návštěv)	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Centra využívají pro mé dítě mnoho různých výukových pomůcek, hraček.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Spolupráce se zařízením je bezproblémová.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Komunikace se zařízením je výborná. (osobní, telefonická, e-mail..)	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Zařízení mi pravidelně poskytuje srozumitelné informace.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Zařízení spolupracuje s odbornými lékaři.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Zařízení respektuje naše přání.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Vypište, prosím, co by dle Vás bylo možné zlepšit:

---



---



---



---