

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Žaneta Juráková

Úzkost a strach u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku

Olomouc 2019

vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph. D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem a uvedla všechnu použitou literaturu a prameny.

V Olomouci dne:

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové, Ph. D. za odborné vedení práce, konzultace a cenné rady.

Děkuji mému příteli T. Veleckému za jeho lásku, podporu a pochopení.

A díky patří také mé rodině za všechnu její podporu nejen v době mých studií.

Obsah

Úvod	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1. Sluch a sluchové postižení.....	8
1.1. Anatomie sluchového analyzátoru	8
1.2. Sluchové postižení, sluchová vada.....	11
1.2.1. Klasifikace sluchových vad	11
1.3. Diagnostika sluchového postižení.....	14
1.3.1. Klasické sluchové zkoušky	14
1.3.2. Audiometrické metody	15
1.3.3. Objektivní vyšetřovací postupy a metody	16
1.4. Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením	16
1.4.1. Sluchadla.....	17
1.4.2. Kochleární implantát.....	18
2. Úzkost a strach	21
2.1. Vymezení pojmů úzkost a strach	21
2.2. Vznik strachu a úzkosti.....	23
2.2.1. Osobnost člověka jako faktor vzniku úzkosti a strachu	25
2.2.2. Výchovný styl jako faktor vzniku úzkosti a strachu u dětí	26
2.2.3. Specifika úzkosti a strachu v období staršího školního věku	27
2.3. Projevy strachu a úzkosti	29
2.4. Prevence strachu a úzkosti	30
3. Období staršího školního věku	32
3.1. Emoční vývoj.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	36
4.1. Výzkumné otázky	36

5. Výzkumný soubor	38
6. Výzkumná metoda	40
6.1. Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy – KSAT.....	40
7. Prezentace výsledků výzkumného šetření	42
Tabulka popisné statistiky	42
7.1. Výzkumná otázka č. 1: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na pohlaví?	42
7.2. Výzkumná otázka č. 2: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na věk?	47
7.3. Výzkumná otázka č. 3: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na stupeň sluchového postižení?	52
7.4. Výzkumná otázka č. 4: Existuje rozdíl mezi dětmi se sluchovým postižením v rámci škály KSAT a normami?	56
7.5. Výzkumná otázka č. 5: Existuje rozdíl mezi výsledky škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních?	57
8. Diskuse	62
Závěr.....	64
Seznam bibliografických citací	66
Příloha č. 1	71

Úvod

Hlavní motivací pro zpracování této diplomové práce byl můj osobní zájem o problematiku dětí se sluchovým postižením, s čímž koresponduje i můj aktuálně studovaný obor Speciální pedagogika – poradenství a současně učení se znakovému jazyku v Oblastní unii neslyšících. Zaměření na prožívání úzkosti a strachu u těchto dětí předcházela myšlenka obecně zatím nedostatečného prozkoumání psychiky u dětí se sluchovým postižením. Cílovou skupinu – děti staršího školního věku – jsem zvolila na základě míry intenzity a bouřlivosti emocí v tomto životním období člověka.

V teoretické části diplomové práce se zaměřím na anatomii sluchového analyzátoru, vydefinování sluchového postižení, včetně jeho klasifikace dle různých kritérií. Dále se zabývám možnostmi diagnostiky sluchového postižení, včetně popisu jednotlivých audiometrických zkoušek. Stejně tak jsou v této kapitole popsány možnosti kompenzace sluchového postižení, kdy se věnuji především kochleárním implantátům a sluchadlům, a to z důvodu využívání těchto kompenzačních pomůcek respondenty výzkumné části této diplomové práce. Ve druhé kapitole se v návaznosti na téma diplomové práce zaměřuji na přiblížení úzkosti a strachu. Konkrétně se zaměřím na vydefinování pojmů úzkost a strach, na možné důvody jejich vzniku. Z důvodu cílové skupiny této práce se budu zabírat specifiky těchto emocí v době staršího školního věku. Následně provedu výčet projevů pojících se k úzkosti a strachu, stejně tak jako možnost předcházení těmto nepříjemným pocitům. Třetí kapitola se poté věnuje období staršího školního věku, tedy vymezení tohoto životního období dle pohledu různých autorů. V rámci této kapitoly se zaměřuji zejména na emoční vývoj dětí staršího školního věku, a to opět z důvodu tématu této diplomové práce.

Cílem této diplomové práce je analyzovat strach a úzkost u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku. Výsledky této analýzy poté porovná s výsledky u dětí intaktních a stanovím tak případný rozdíl v prožívání mezi těmito skupinami dětí. K dosažení cíle využívám Škálu klasické, sociálně-situační anxiety a trémy. Data budou sbírána na školách pro sluchově postižené v Libereckém, Jihočeském, Zlínském, Olomouckém a Moravskoslezském kraji, data intaktní skupiny pak ve Zlínském kraji na běžných základních školách. Samozřejmě bude informovaný souhlas rodičů dětí. V praktické části budou zohledňovány různé proměnné, konkrétně pohlaví, věk a stupeň sluchového postižení.

I TEORETICKÁ ČÁST

1. Sluch a sluchové postižení

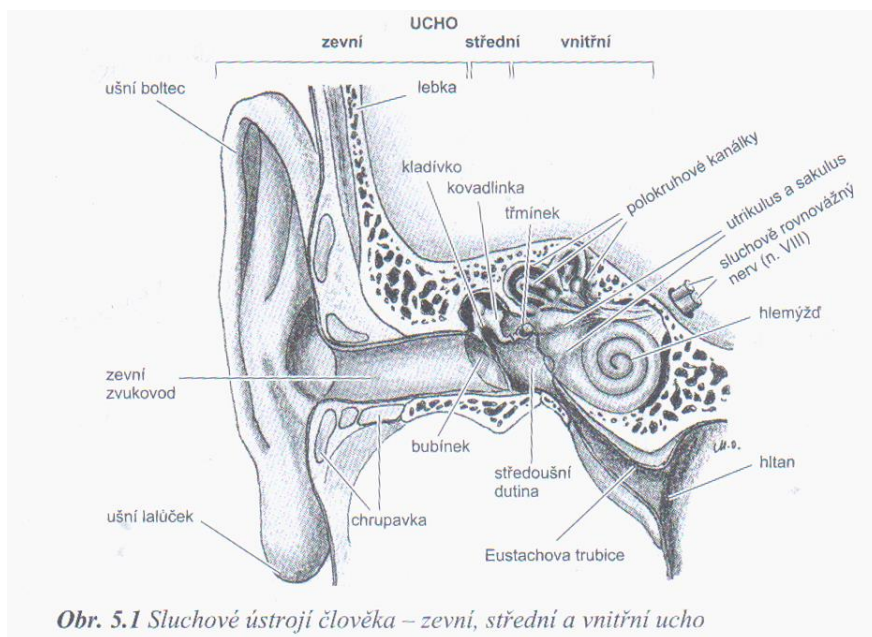
V první kapitole se zaměřím na sluch z hlediska anatomie, vydefinování sluchového postižení, na kategorizaci osob se sluchovým postižením dle několika hledisek. Dále se zabývám popisem jednotlivých diagnostických zkoušek sluchových vad. Na konci kapitoly pak nastíním výčet kompenzačních pomůcek.

„Sluchové ústrojí je určeno k vnímání zvuku, který vzniká kmitáním těles a šíří se jak vzduchem, tak kapalinami a pevnými tělesy“ (Orel, Facová a kol., 2010, s. 97). Muknšnáblová (2014) uvádí, že lidské ucho je schopno vnímat zvukové vlny o frekvenci 16 – 20 000 Hz a dokáže rozlišit až 400 000 druhů zvuku.

Autoři Pulda (1999) či Hádková (2016) se shodují na tom, že je sluch nejdůležitějším smyslem z hlediska nejen vývoje řeči, tedy i pro navazování a udržování mezilidských vztahů, ale také pro získávání fyzických dovedností a rozvíjení myšlení, psychiky. Orel, Facová a kol. (2010, s. 98) uvádí, že sluch *„na rozdíl od zraku přináší v bdělém stavu do mozku informace kontinuálně“*.

1.1. Anatomie sluchového analyzátoru

Sluchové ústrojí dělíme na tři části, a to **zevní**, **střední** a **vnitřní ucho**. Je důležité při popisu sluchového analyzátoru nezapomínat na sluchové nervové dráhy a sluchové centrum, které je uloženo v kůře mozkové, jakožto i na rovnovážné ústrojí nacházející se ve vnitřním uchu (Muknšnáblová, 2014).

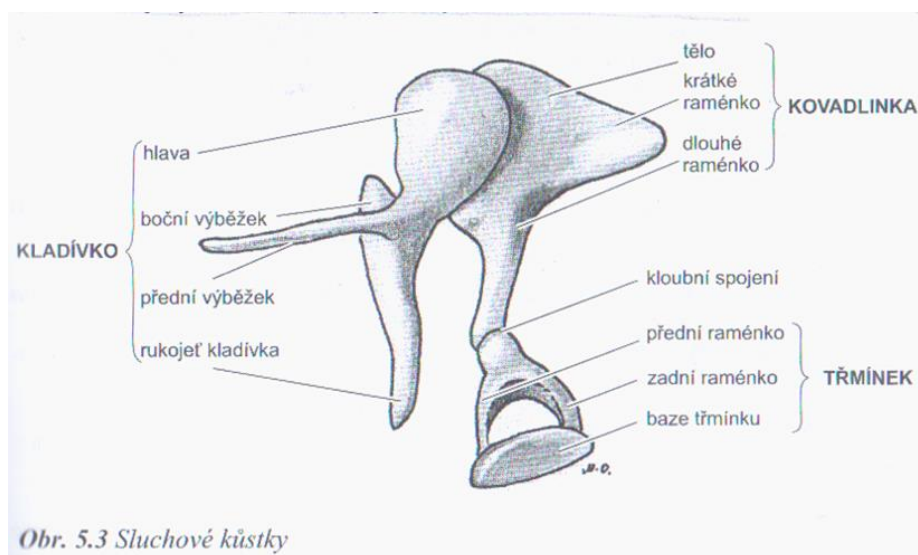


Obr. č. 1 Anatomie sluchového analyzátoru (Orel, Facová a kol., 2010, str. 98)

Vedení akustických vln nám umožňuje **zevní ucho** (*auris externa*), které je složeno z ušního boltce (*auricula*), jež je tvořen chrupavkou pokrytou kůží. Orel, Facová a kol. (2010) nezapomínají také na dolní část ušního boltce bez chrupavkovitého charakteru - ušní lalůček (*lobulus auriculae*). Muknšnáblová (2014) pak pokračuje navazujícím zevním zvukovodem (*meatus acusticus externus*). Zvukovod má vliv na zesilování tónů, je tvořen z větší části chrupavkou, menší část je kostěná (Muknšnáblová, 2014). Horáková (2012) upřesňuje funkci zvukovodu na koncentrování akustické energie a její vedení k dalším částem ucha. Orel, Facová a kol. (2010) popisují zevní zvukovod jako částečně chrupavčitý, částečně tvořený kostí spánkovou nálevkovitý útvar. Konečná část zvukovodu se nazývá bubínek (*membrána tympani*) (Muknšnáblová, 2014). Hrubý (1998) popisuje bubínek jako pružnou blanku rozkmitávající se v rytmu zvukového vlnění.

Na zevní ucho navazuje **ucho střední** (*auris media*), které je tvořeno třemi sluchovými kůstkami – kladívkem (*malleus*), kovádlínkou (*incus*) a třmínkem (*stapes*) – ty jsou spojeny klouby (Muknšnáblová, 2014). Na sluchové kůstky jsou upevněny dva středoušní svaly, které mají především ochrannou funkci – napínač bubínku a sval třmínkový (Horáková, 2012). Hrubý (1998, s. 34) popisuje středoušní kůstky jako „soustavu maličkových páček“, na které působí kmity bubínku. Zdůrazňuje také důležitost atmosférického tlaku před bubínkem, který musí být stejný jako tlak ve středním uchu, a to z důvodu správného pracovního bubínku. Tuto funkci má v našem uchu Eustachova trubice. Horáková (2012) doplňuje, že v místě

rozechvívání bubínku se akustická energie mění na energii mechanickou, která pak působí na zmíněné sluchové kůstky. Ward a Linden (2010) doplňují důležitost funkce sluchových kůstek také pro rozpohybování tekutiny v hlemýždi (část vnitřního ucha – viz níže).



Obr. č. 2 Sluchové kůstky – kladívko, kovadlinka, třmínek (Orel, Facová a kol., 2010, str. 101)

Střední ucho je spojeno oválným okénkem s **uchem vnitřním** (*auris interna*). Tato část je uložena v kostěném a blanitém labyrintu ve spánkové kosti (Muknšnáblova, 2014). Vnitřní ucho dělíme na části: *hlemýžď* (*kochlea*) a *labyrint*. V *hlemýždi* se nachází tzv. Cortiho orgán tvořený sluchovými buňkami, jež mají funkci převádění mechanické energie na energii bioelektrickou, čímž vyvolávají akustický vjem v mozku. Bioelektrický impuls je poté veden sluchovým nervem centrální mozkovou částí až do tzv. Heschlových závitů. V tomto místě najdeme vlastní centrum sluchu (Horáková, 2012). Muknšnáblova (2014, s. 15) dodává „v podkorové oblasti šedé hmoty jsou rozpoznávány obecné zvuky bez pojmového významu – smích, pláč, kašel. V kůře mozkové dochází již ke konkrétnímu porozumění řeči.“. Výzkumy dokazují, že nevedoucí hemisféra zpracuje rytmus, dynamiku a melodii, za to vedoucí hemisféra pak obsah signálu – řeč.

V *labyrintu* se nachází rovnovážné ústrojí. Labyrint rozdělujeme na kostěný – jehož dutina je vyplněna perilymfou – a blanitý labyrint, který je uložen v perilymfě. Blanitý labyrint je tím chráněn před vnějšími otřesy a pohyby lidského těla (Horáková, 2012). Uvnitř blanitého labyrintu se pak nachází endolymfa (Orel, Facová a kol., 2010).

1.2. Sluchové postižení, sluchová vada

Houdková (2005, s. 18) uvádí rozdíl v terminologii mezi poruchou sluchu a vadou sluchu. **Poruchou sluchu** rozumí „*postižení sluchové funkce, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se může vrátit po vhodné intervenci k normálním hodnotám.*“, za to **vada sluchu** je dle autorky „*trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy.*“.

Potměšil (2007, s. 10) pak spatřuje rozdíl v pojmech **sluchová vada**, což je spíše pojem zdravotnický, který vymezuje přesnou míru omezenosti využívání sluchového vnímání, a pojmem **sluchové postižení** který chápe jako „*odraz vady sluchu zpět k jedinci – hovoříme tedy o psychosociálním rozměru vady*“.

Osoby se sluchovým postižením jsou cílovou skupinou speciálněpedagogické disciplíny zvanou **surdopedie**, která se zabývá možnostmi výchovy, vzdělávání a rozvojem těchto osob. Její název vznikl z latinského slova *surdus* – hluchý a řeckého *paideia* – výchova. Mezi osoby se sluchovým postižením řadíme základní kategorie: *neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí* (Horáková, 2011). Potměšil (2003) k základním kategoriím přidává další, a to *osoby se zbytky sluchu*.

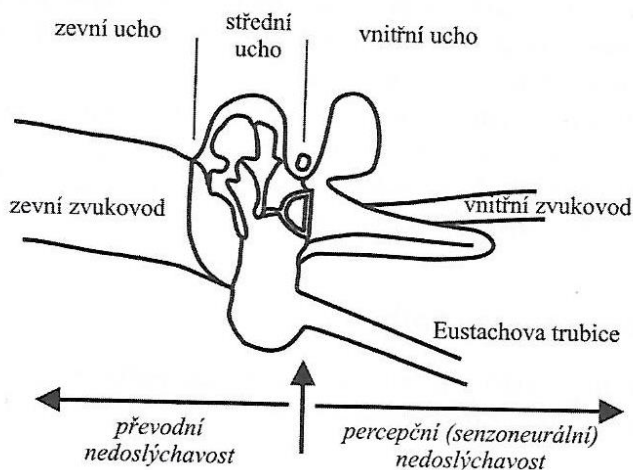
1.2.1. Klasifikace sluchových vad

Existuje řada hledisek, dle kterých můžeme klasifikovat sluchové vady.

Hádková (2016) uvádí rozdělení sluchových vad na vadu jednostrannou či oboustrannou. Dle Mukšnáblové (2014) je základním dělením rozdělení na centrální a periferní postižení sluchu. **Centrálním postižením sluchu** jsou takové vady, které mají příčinu v korových, popř. podkorových oblastech, to znamená, že sluchové vjemy nejsou mozem správně zpracovány, i přesto že ucho vjemy správně přenáší. **Periferní postižení sluchu** vzniká z organického poškození sluchového analyzátoru.

Periferní postižení dále dělíme dle místa vzniku na převodní a percepční vady. Termín **převodní vada sluchu** používáme v případě, že k poškození došlo ve vnějším či vnitřním uchu. V takovémto případě se jedná o poruchu kvantity slyšení, což většinou spraví kompenzační pomůcka – sluchadlo. Jestliže je ale poškození v oblasti vnitřního ucha, nazýváme ho **postižením percepčním**. Dále percepční postižení rozdělujeme na suprakochleární (poškozeny jsou dráhy sluchového nervu) a kochleární vady (postiženy jsou vláskové buňky Cortiho orgánu). Pro přesnou definici místa, kde postižení vzniklo, užíváme

pojmu bazokochleární, mediokochleární, apokochleární a pankochleární¹ (Mukšnáblová, 2014). Tyto vady (myšleno percepční a převodní) se mohou vyskytovat také ve smíšené formě (Souralová in Renotierová a kol., 2003). Hložek (2012, s. 21) využívá termínu nedoslýchavost, který definuje jako: „poškození sluchu, při kterém dojde ke snížení sluchové ostrosti nebo změně kvality sluchového vjemu oproti normálu“. Na základě toho rozděluje 3 druhy nedoslýchavosti – převodní nedoslýchavost (hypacusis conductiva), percepční neboli senzoneurální nedoslýchavost (hypacusis perceptiva), kterou rozděluje dále dle místa vzniku na centrální a periferní nedoslýchavost, a smíšenou nedoslýchavost (hypacusis mixta). Upozorňuje na to, že samotná převodní nedoslýchavost nezpůsobuje úplnou hluchotu, jelikož je zachováno kostní slyšení, pokles sluchu dle něj nepřekročí 60 dB.



Obr. č. 3 Druhy nedoslýchavosti dle místa vzniku (Hložek, 2012, s. 22)

Z hlediska velikosti ztráty sluchu rozlišujeme tyto stupně sluchového postižení (Souralová in Renotierová a kol., 2003):

- lehká sluchová porucha (26 - 40 dB)
- střední sluchová porucha (41 – 55 dB)
- středně těžká sluchová porucha (56 – 70 dB)
- těžká sluchová porucha (71 – 91 dB)
- úplná ztráta sluchu.

¹ bazokochleární (dolní oblast hlemýždě); mediokochleární (střední oblast hlemýždě); apikokochleární (horní oblast hlemýždě); pankochleární (všechny části hlemýždě)

Buethe, Vohr a Herer in Batshaw a kol. (2013) uvádí k výše uvedenému také stupeň minimální ztráty sluchu (15 – 25 dB).

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) uvádí 4 stupně sluchového postižení. Konkrétně mírnou ztrátu sluchu (*slight hearing loss*), ztráta 26-40 dB, kterou charakterizuje obtíže v porozumění a zaregistrování šepotu, při mluvené řeči na větší vzdálenost, nebo v rušném prostředí. Druhý stupeň – střední sluchové postižení (*moderate hearing loss*) - představuje ztrátu 41 – 60 dB, v případě dětí udáváme tento stupeň již při ztrátě 31 dB. Lidé s tímto stupněm sluchového postižení mají obtíže v porozumění řeči i na krátkou vzdálenost. Dalším stupněm je těžké sluchové postižení (*severe hearing loss*), sluchová ztráta 61-80 dB, kdy jedinec slyší pouze velmi hlasitou řeč či hlasité zvuky, jako je například bouchnutí dveří či houkání sirény, běžný rozhovor není schopen ve většině případů zaregistrovat. Nejtěžším stupněm je hluboké sluchové postižení (*profound hearing loss*) se sluchovou ztrátou více jak 81 dB. V takovémto případě je jedinec schopný zaregistrovat velmi silný zvuk pouze jako vibraci. ²

Dle doby vzniku sluchového postižení rozdělujeme na **prelingvální** a **postlingvální**. Mezi prelingvální vady sluchu se řadí vrozené či získané sluchové vady do 7. roku věku – tedy před ukončením vývoje řeči. Postlingvální vadou je pak vada získaná po 7. roku života člověka (Mukšnáblová, 2014). Mezi nejčastější příčiny první kategorie řadíme infekční nemoci dítěte (např. zánět mozkových blan, průšnice apod.), či různá poranění hlavy, opakované hnisavé záněty středního ucha. V případě postlingvální vady příčinou bývá obvykle poranění hlavy a vnitřního ucha, ale také dlouhodobé působení silného zvukového vjemu, různá degenerativní onemocnění atd. (Lejska, 2003).

Stupeň sluchového postižení pak ovlivňuje **průběh řečového vývoje**, který u dětí se sluchovým postižením bývá *omezený* (hlavně v případech neslyšících dětí), *přerušovaný*, jestliže došlo ke ztrátě sluchu v určitém věku, či *opožděný* – především u nedoslýchavých dětí (Lechta, 2011).

² *Grades of hearing impairment* [online]. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

1.3. Diagnostika sluchového postižení

Diagnostikou, stejně jako léčbou a kompenzací sluchového postižení, se zabývá lékařský obor **audiologie** (Houdková, 2005). Včasná diagnostika a zvolení adekvátní kompenzace sluchové vady má významný vliv na další průběh vývoje osobnosti dítěte se sluchovým postižením (Souralová, 2005).

Šlapák a Floriánová (1999) uvádějí možnosti vyšetření již u novorozenců *pomocí akustických reflexů*, mezi něž patří reflex víčkový (auropalpebrální), který se projevuje prudkým sevřením víčka ze strany, z které přichází silně intenzivní zvukový podnět (např. trubka). Dále je to reflex zornicový (kochleopupilární) projevující se rychlým stahem zornice po působení zvukového podnětu, orientační reflex, při němž se dítě často rozpláče, či se zastaví dýchací pohyby při působení silného zvuku a poslední pátrací reflex – dítě se otočí směrem, odkud zvuk přišel.

Vyšetřovací audiologické metody můžeme rozdělit podle Hložka (2012) do 3 skupin: klasické sluchové zkoušky, audiometrické metody a objektivní vyšetřovací metody a postupy.

1.3.1. Klasické sluchové zkoušky

Mezi **klasické sluchové zkoušky** řadíme vyšetření hlasitou řečí, šepotem a vyšetření za pomocí ladiček. Cílem je orientační stanovení stupně a místa vzniku nedoslýchavosti (Hložek, 2012). Orel, Facová a kol. (2010) vysvětlují označení „klasických“ zkoušek jako označení zkoušek nejstarších postupů. Hložek (2012) popisuje nedostatky klasických zkoušek, konkrétně se zmiňuje o subjektivitě těchto zkoušek, o kolísání síle hlasu v průběhu dne, ale i v průběhu vyšetření. Přesto ale klasické zkoušky využíváme především pro jejich jednoduchost, rychlost a nenáročnost na pomůcky.

Při vyšetření hlasitou řečí a šepotem pozorujeme, jak jedinec rozumí vyslovovaným slovům z určité vzdálenosti. Při **vyšetření hlasitou řečí – Vox magna** postupujeme u každého ucha zvlášť, aktuálně nevyšetřované ucho maskujeme hlukem, často využívanou pomůckou je Barányho ohlušovač, který vytváří hluk mechanicky (Hložek, 2012). Orel, Facová a kol. (2010) udávají jako ohlušování princip přerušování tlaku na tragus³ ušního boltce, čímž způsobíme šelest. Hložek (2012) popisuje průběh vyšetření: je nutno využívat hluboké a vysoce znějící hlásky, přítomna je také sestra, která zabraňuje odezírání. U **vyšetření šepotem – Vox sibilans** se využívá zbytkového objemu vzduchu v plicích. U

³ tragus – chrupavčitý výběžek ohraničující vchod do zevního zvukovodu (Orel, Facová a kol., 2010)

tohoto vyšetření již nevyužíváme Barányho ohlušovač pro jeho silnou intenzitu. U obou těchto vyšetření zaznamenáváme vzdálenost, při které jedinec rozumí většině slov.

Pro **vyšetření ladičkami** se využívají ladičky s kmitočtem do 500Hz, konkrétně je to Weberova, Rinneho a Schwabachova zkouška (Orel, Facová a kol., 2010).⁴ Vyšetření ladičkami se používá k rozlišení typu nedoslýchavosti. **Weberova zkouška** z roku 1834 srovnává citlivost kostního vedení pravého a levého ucha. Ladičku umísťujeme na temeno či čelo (Hložek, 2012). Pro zajímavost Kiml (1978) udává dříve využívané příkládání na zuby při otevřených ústech. **Rinneho zkouška** z roku 1855 (Orel, Facová a kol., 2010 udávají rok 1885) napomáhá určit citlivost kostního vedení oproti vzdušnému vedení stejné strany, kdy ladičku příkládáme na mastoid, ve chvíli kdy jedinec udává, že ladičku neslyší, přemísťujeme před ušní boltce stejného ucha. Jestliže slyší vyšetřovaný ladičku déle před ušním boltcem, označujeme výsledek zkoušky za pozitivní (Hložek, 2012). Poslední zkouškou je **zkouška Schwabachova** z roku 1885 (Orel, Facová a kol., 2010 se opět liší, udávají rok 1890). Při této zkoušce srovnáváme kostní vedení vyšetřovaného s kostním vedením kontrolní osoby. Nejdříve příkládáme ladičku k mastoidu vyšetřované osoby, jakmile ladičku neslyší, přemísťujeme ji k mastoidu kontrolní osoby. Poté postup obracíme.

1.3.2. Audiometrické metody

Mezi audiometrické metody řadíme tónovou a slovní audiometrii. **Tónová audiometrie** je subjektivní metoda využívající audiometr. Výsledkem vyšetření je audiogram (Orel, Facová a kol., 2010). Vyšetření se provádí ve speciálně upravených tichých komorách (Hložek, 2012). K **slovní audiometrii** využíváme baterii 100 slov, rozdělených po 10 slovech do tzv. dekád, přičemž v každé dekádě jsou slova lišící se znělostí hlásek (Orel, Facová a kol., 2010). Hložek (2012) upozorňuje na nutnost využívání mateřského jazyka vyšetřované osoby, poukazuje na odlišnosti sestav slov v různých jazycích. Vyšetření se využívá například při ověření efektivity nastavení sluchadel.

Hložek (2012) se dále zamýšlí nad využitelností audiometrických metod u dětí, kdy pro tónovou audiometrii udává hranici věku 5 – 7 let věku dítěte, někdy i dříve. Důležité je zaujmout dítě, například pomocí audiologické hry, být s dítětem v jedné místnosti. Při vyšetření pomocí slovní audiometrie u dětí využíváme obrázků místo slov.

⁴ Dříve se využívala také Gelléova zkouška a Cytovičova zkouška (Kiml, 1978).

1.3.3. Objektívni vyšetřovací postupy a metody

Výsledky těchto zkoušek nejsou ovlivnitelné vůlí vyšetřovaného jedince, nevyžaduje se od něj aktivní spolupráce (Orel, Facová a kol., 2010). Hložek (2012) ale poukazuje na nemožnost provedení vyšetření v případě nemotorického klidu dětí, negativního postoje k vyšetření či projevů vyšetřovaného (mluvení, křik, pláč). V těchto situacích je možno využít sedativ, popřípadě provedení vyšetření ve spánku či celkové anestezii.

V současné době se využívají metody na základě principů sledování otoakustických emisí, impedance bubínku a využívání záznamu akusticky evokovaných potenciálů (Orel, Facová a kol., 2010).

Rozlišujeme **spontánní otoakustické emise**, které se nevyžívají v klinické praxi, a **evokované otoakustické emise**, jež vyvoláme opakovaným zvukovým podnětem (Hložek, 2012). Metoda využívá části energie ve formě zvukového signálu ze zvukovodu. Signál zachycujeme citlivým mikrofonom (Orel, Facová a kol., 2010). Na rozdíl od Hložka (2012) Orel, Facová a kol. (2010) vyžadují využití tiché místnosti k vyšetření otoakustických emisí.

Mezi vyšetření využívající impedanci bubínku řadíme tympanometrii (informace o stavu bubínku a středního ucha) a vyšetření stapediálních reflexů (informace z oblasti vnitřního ucha a prodloužené míchy). **Tympanometrie** užívá změn pohyblivosti bubínku v závislosti na působení tlaku. Vyšetření se provádí například u podezření na perforaci bubínku, či při novorozeneckém screeningu sluchu (Hložek, 2012). **Vyšetření stapediálních reflexů** poukazuje na změnu impedance bubínku při kontrakci třmínkového svalu, tu vyvolá neovlivnitelný, vrozený stapediální reflex (Orel, Facová a kol., 2010).

Další metodou je **vyšetření akusticky evokovaných potenciálů**. Jsou produkovány mozkovými neurony na základě zvukového podráždění sluchu, objevují se po určeném podnětu v různou dobu zpoždění. Měří se citlivými přístroji zvanými ERA (Orel, Facová a kol., 2010).

1.4. Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

V následující podkapitole se zaměřím na kompenzační pomůcky, především tedy na sluchadlo a kochleární implantát, a to z důvodu jejich využívání u respondentů výzkumné části této diplomové práce.

Souralová (2005, s. 25) definuje kompenzační pomůcky jako: „široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů, které umožňují sluchově postiženým překonat následky postižení.“

1.4.1. Sluchadla

Sluchadla můžeme rozdělit na **sluchadla závěsná** (BTE – Behind the Ear) a **sluchadla zvukovodová** (ITE – In the Ear).⁵ Sluchadla závěsná jsou především pro osoby se střední až těžkou nedoslýchavostí, mají různé možnosti barevného provedení, za to sluchadla zvukovodová jsou určena především pro osoby s lehkou a středně těžkou nedoslýchavostí, jsou vyrobená na míru, méně nápadná.⁶

Souralová (2005) dělí sluchadla dle tvaru na kapesní, závěsná, brýlová, kanálová, boltcová a zvukovodová, dle průběhu elektrického signálu pak na analogová a digitální.

Digitální sluchadla již nejsou pouhým zesilovačem zvuku, ale zpracovávají okolní zvuky co nejpřirozeněji. Prakticky nahradila sluchadla analogová, která jsou starším typem zesilujícím všechny zvuky z vašeho okolí, tedy i například hudbu v pozadí, či cinkání přístrojů. V současné době se tedy více využívají digitální sluchadla skládající se z pěti hlavních částí, a to mikrofonu, zesilovače, mikročipu, reproduktoru a baterie. Každá z částí má svůj úkol. Mikrofon nese zásadní význam, jelikož snímá okolní zvuky, využívá k tomu směrový či všesměrový režim. Tyto zvuky pak posílá do zesilovače, kde dochází ke zpracování a zesílení zvuku, přetváří analogový zvuk na digitální a dále odesílá zvuk do reproduktoru, z něj pak putuje zvuk až do ucha. Roli hraje také velikost reproduktoru, která udává, jak silný zvuk může být do ucha předán. Úloha mikročipu spočívá ve zpracování zvuku a umožnění bezdrátové komunikace, díky němu má sluchadlo nižší spotřebu energie. Díky baterii pak celý systém funguje a je udržován v provozu.⁷

⁵ Typy sluchadel a jaké sluchadlo si vybrat?. *AUDIONIKA* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/stranka/typy-sluchadel-a-jake-sluchadlo-si-vybrat>

⁶ Typy sluchadel. *WIDEX* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.widex.cz/cs-cz/hearing-aids/hearing-aid-types>

⁷ Typy sluchadel. *WIDEX* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.widex.cz/cs-cz/hearing-aids/hearing-aid-types>

1.4.2. Kochleární implantát

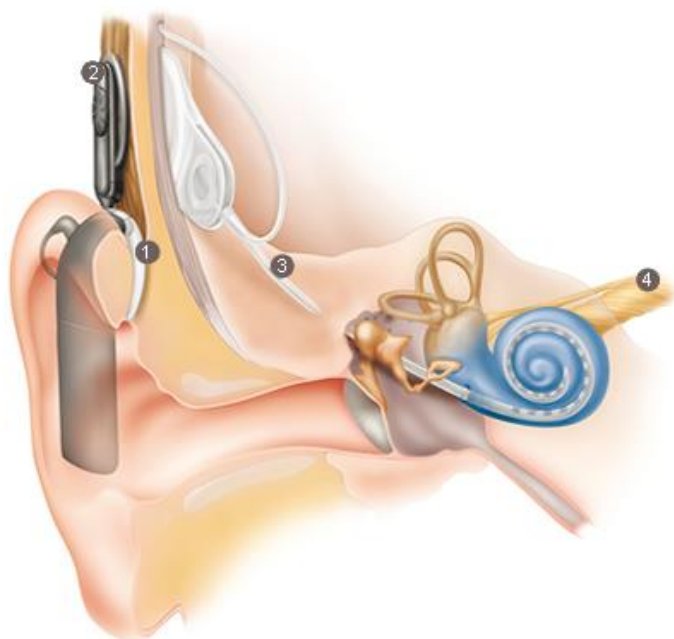
Hložek (2012, s. 115): „*Na rozdíl od sluchadel, která jsou v podstatě zesilovači zvuku a využívají pro převod zvukové energie na nervové vzruchy funkční zbytky Cortiho orgánu, kochleární implantáty jsou neuroprotézy.*“.

Kochleární implantát je zdravotnický prostředek umožňující obnovení sluchu u jedinců s těžkou až úplnou sensorineurální sluchovou vadou. Skládá se ze dvou částí, a to vnitřní kochleární implantát umístěný pod kůží a vnější audio procesor. Celý systém nahrazuje nefunkční vnitřní ucho a umožňuje elektrickou stimulaci vláken sluchových nervů.⁸

Na obrázku č. 4 můžeme vidět jednotlivé části kochleárního implantátu. Pod číslem 1 je zobrazen audio procesor, který je nošen za uchem, představuje vnější část kochleárního implantátu. Jeho úkolem je zachycení zvuku a jeho převedení na digitální kód, obsahuje baterii, která uvádí celý kochleární implantát do provozu. Z audio procesoru se zvuk přenáší cívkou (na obrázku označena číslem 2) do vnitřní části implantátu, jež je znázorněn číslem 3. Implantát pak plní úlohu převedení digitálního kódu na elektrické impulsy směřující do elektrod uložených v hlemýždi, ty pak stimulují vlákna sluchového nervu a přenáší tak signály do mozku.⁹

⁸ Kochleární implantáty. *MED-EL* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.medel.com/cz/cochlear-implants>

⁹ Kochleární implantáty. *Cochlear* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.cochlear.com/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>



Obr. č. 4 Kochleární implantát (Kochleární implantáty: Jak fungují?. In: *Cochlear* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.cochlear.com/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>)

Kochleární implantáty jsou indikovány u jedinců s takovým stupněm sluchového postižení, u kterého sluchadla nepřináší kýžené výsledky. Musí být splněna určitá kritéria vhodného kandidáta, a to: oboustranná hluchota nebo nedoslýchavost (Hložek, 2012).

Dle společnosti MED-EL jsou kochleární implantáty určeny pro děti a dospělé s těžkou až velmi těžkou sensorineurální sluchovou vadou, ale také pro osoby, kterým sluchadla nepřináší žádný užitek.¹⁰

Před získáním kochleárního implantátu je nutné podrobit se vyšetření, kde doktoři zjistí, zda je jedinec vhodným kandidátem. Samotná implantace prováděná v celkové anestezii obvykle trvá jednu až tři hodiny. Po čtyřech týdnech jedinec dostává audio procesor, jež mu nastaví specializovaný technik či audiolog dle jeho individuálních potřeb. Po optimálním nastavení následuje intenzivní spolupráce s logopedem v rámci audioterapie, kdy se jedinec učí rozeznávat nové zvuky a rozvíjí své poslechové dovednosti.¹¹

¹⁰ Kritéria výběru: Žádost o kochleární implantát. *MED-EL* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: https://www.medel.com/cz/show2013/index/id/1435/title/#candidacy_ci

¹¹ Kochleární implantáty: Obdržení kochleárního implantátu. *MED-EL* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.medel.com/cz/cochlear-implants>

Houdková (2005) mezi faktory ovlivňující úspěšnou implantaci řadí včasnost implantace, ale také podnětné rodinné zázemí, zabezpečující motivaci pro nošení vnějších částí kochleárního implantátu. Jako další faktor zmiňuje inteligenci dítěte a jeho jazykový cit.

Souralová, Langer in Renotiérová, Ludíková a kol. (2006) uvádějí **další kompenzační pomůcky**, jako jsou indukční smyčky spolupracující s jednotlivými sluchadly jedinců, využívány jsou například v divadlech. Dále zmiňují takzvaná pojítka využívána ve školách, složená ze dvou částí: jednu část v podobě vysílačky používá učitel, druhou částí je přijímač využívaný žákem. Hrubý, Selicharová (1992) dodávají mimo jiné telefon pro neslyšící, indikátor kouře, indikátor pro pláč dítěte, budíky pro neslyšící, ale také domácí mazlíčky, kteří prošli výcvikem pro porozumění znakům příslušného znakového jazyka.

2. Úzkost a strach

Druhé kapitole patří vymezení úzkosti a strachu, možným důvodům jejich vzniku. Specifičtěji se zaměřím na osobnost a výchovný styl v rodinném prostředí jako faktor vzniku úzkosti a strachu. V návaznosti na uvedené přibližuje práce v podkapitole specifika úzkosti a strachu u dětí ve starším školním věku, a to z důvodu cílové skupiny této diplomové práce. V další části se kapitola věnuje projevům těchto emocí a nakonec také možným preventivním opatřením.

2.1. Vymezení pojmů úzkost a strach

Úzkost a strach řadíme mezi **emoce**, tedy mezi subjektivně prožívané psychické stavy a děje, které mají vrozený základ a bývají doprovázeny fyziologickými projevy nespecifickými i specifickými. Specifickým projevem je myšlen výraz v obličeji – mimika – který je ve většině kultur shodný a tedy i srozumitelný (Vymětal a kol., 2000).

Rozdělení a vymezení úzkosti a strachu je velmi subjektivní, různí autoři na vymezení nahlíží různým způsobem.

Například Vymětal (1979) se zmiňuje o nepřesné hranici mezi těmito pojmy a uvádí jako kritérium rozlišení přítomnost nějakého objektu. Obě emoce, tedy úzkost i strach, definuje jako nepříjemné situace s tím rozdílem, že strach je vyvolán určitým objektem či situací. Na druhou stranu pro úzkost je podle autora typické neuvědomování si konkrétního objektu, či situace, která tento nepříjemný pocit vyvolává. Ve srovnání Honzák (1995) popisuje strach a úzkost jako velmi podobné prožitky se stejnými příznaky, avšak s konkrétní příčinou, jde-li o strach, a příčinou v našem myšlenkovém světě, jde-li o úzkost. Úzkost se tedy objevuje, alespoň v malé míře, při každé nejisté situaci v našem životě. Vymětal (2004) později popisuje neoddělitelnost strachu a úzkosti, jelikož se tyto dvě emoce navzájem prolínají a úzkost často přechází ve strach. Zahraniční autor Rogge (1999) na pojmy nahlíží jako na rozdílné, a to z hlediska vázanosti na objekty. O strachu hovoří v návaznosti na jeden jediný objekt, kdežto úzkost má kořeny v mnohoznačném objektu vytvářejícím nejistotu, a tím i nebezpečí. Úzkost může mít také dle autora trvalejší charakter a je spojena s bezmocností a slabostí člověka.

Dle Honzáka (2005, s. 23) je **úzkost** „nemilý psychický pocit, je to podobně jako bolest komplexní psychosomatický prožitek či zkušenost doprovázející člověka především v situaci ohrožení“. Autor poukazuje na standardnost úzkosti jakožto výbavy každého člověka i zvířete

(Honzák, 1995). Janíček (2008) hovoří o úzkosti jako o jedné z psychických bolestí, která je nepopsatelná a nenapodobitelná, neboť je u každého člověka jiná a jen člověk sám ji pozná. Jako synonyma k úzkosti využívá termínů vnitřní napětí, tenze; neklid, stísněnost.

„Strach je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení.“ (Vymětal a kol., 2000, s. 20). Strach získáváme v situacích, na které nejsme dostatečně připraveni, či si s danou situací nevíme rady. Jakmile řešení najdeme, strach také rychle ustoupí (Rýgl, 1995).

Middleton (2010) avšak poukazuje i na pozitivní aspekty úzkosti. Popisuje úzkost jako souhrn pocitů, které nám mozek vyvolá v době, kdy nás chce na něco důležitého upozornit, ať už je to hrozba v našem okolí, nebo dovedení nás k vysněnému cíli. Úzkost je v tomto slova smyslu i jakýmsi motivátorem. Další pozitivní funkcí úzkosti je možnost zareagování na určité situace, a to díky zaktivování sítě nervů, hormonů a chemických látek v našem těle. Poslední pozitivum autorka spatřuje v nemožnosti myšlení při nebezpečných situacích. Prakticky jde o zrychlenou analýzu situace a rychlejší zareagování. Jako příklad uvádí autorka vyhnutí se automobilu, který nás málem srazil. S pozitivním aspektem úzkosti souhlasí také autoři Morschitzky a Sator (2014). Uvedení autoři hovoří o lepším výkonu, větším úsilí, jestliže je naše tělo aktivováno přiměřenými pocity úzkosti o našem selhání. Zmiňují se také o ochranné funkci úzkosti před nebezpečnými situacemi a činí nás samotných. V neposlední řadě nám úzkost také ukazuje, na čem nám záleží, o co či o koho se v našem životě bojíme.

Hranicí mezi pozitivností úzkosti a okamžikem, kdy se stane úzkost problémem, vidí Middleton (2010) v časté opakovatelnosti pocitů. S tím souhlasí také Janíček (2008), který o úzkosti jako o chorobě mluví v případě, kdy člověku úzkost znemožní či omezí rutinní činnosti. Honzák (1995) pak hovoří o chorobné úzkosti v případech, kdy úzkost celkově narušuje kvalitu života člověka. Úzkostné pocity pak převažují po většinu času; v případě, kdy podněty, vyvolávající zmíněné úzkostné pocity, nejsou nebezpečné, nedochází u ostatních lidí k vyvolání prožitku úzkosti.

Pro doplnění a zajímavost Nersessian (2014) hovoří také o vztahu úzkosti a agrese v pojetí S. Freuda. Ten nepovažuje agresi za spouštěč úzkosti, nýbrž úzkost jako popud k agresivitě člověka¹².

¹² Tato teorie doplňuje i níže popsané projevy úzkosti a strachu.

K závěru vymezení těchto pojmů Morschitzky a Sator (2014) shrnují, že úzkost (myšleno i strach) se objevuje, jakmile zhodnotíme situaci jako nebezpečnou, či nejistou. Vymětal a kol. (2000) pak hovoří o úzkosti a strachu jako o prastarých emocích umožňujících přežití člověka, a to na základě jejich ochranné funkce právě v těchto nebezpečných, život ohrožujících situacích. Obě dvě emoce jsou také faktory, jež se podílejí na utváření osobnosti jedince, na životě člověka a na jeho přizpůsobení se společnosti. Samotná úzkostnost a citlivost ke strachu jsou vlastně osobnostními rysy každého z nás, jen v různé míře (Vymětal, 2004).

2.2. Vznik strachu a úzkosti

V literatuře nalézáme několik způsobů a pokusů vysvětlit vznik úzkosti a strachu. Jednou z novějších teorií je dle Vymětala (2004) teorie neurofyziologické laboratoře, jež stojí na zobrazovacích metodách, jako je magnetická resonance či PET (pozitronová emisní tomografie), umožňujících zkoumat mozek jako takový. Z výsledků těchto studií jsou známy **mozkové struktury** podílející se na vzniku emocí jako je úzkost a strach. Těmito strukturami jsou limbický systém a prefrontální kůra, dále se zejména na vegetativních změnách podílí sympatikus a parasympatikus. Všechny tyto struktury je možno ovlivňovat s využitím psychoterapeutických prvků, tedy pomocí psychologických podnětů. V současné době se také hovoří o významu oxytocinu u úzkostných pacientů. Z výzkumů vzešlo, že především u sociálních úzkostí a strachu se u jedinců objevuje nerovnováha hladiny oxytocinu v mozku. Pojednává se tedy o tom, že by se oxytocin mohl využívat jako terapeutický prostředek v léčbě úzkostných stavů (Neumann a Slattery, 2016).

Z medicínského hlediska na vznik úzkosti a strachu nahlíží i Wolf (2018), jež uvádí jako spouštěče těchto emocí některá onemocnění jako je například porucha funkce štítné žlázy, avitaminóza B1, či různé hormonální změny v průběhu života člověka. Poukazuje také na nežádoucí účinky některých léků – antidepresiva, léky na srdce, prášky na spánek.

Ve srovnání s Vymětalem (2004), který vyvrací teorii strachu jako naučenou reakci, jsou Morschitzky a Sator (2014) přesvědčeni o naučenosti úzkosti (v jejich pojetí zastřešující pojem pro úzkost i strach), a tedy i o jejím odnaučení. Dle jejich názoru je většina úzkostí naučených či získaných v rodině, či širším sociálním prostředím. Z hlediska rodinného prostředí poukazují na autoritativnost rodičů, jež v dítěti vyvolává nedostatek sebedůvěry, stejně jako na přílišnou úzkostnost rodičů. Obě varianty výchovného stylu mohou zapříčinit rozvoj úzkostných stavů u dětí (viz níže).

S autory Morschitzky a Sator (2014) souhlasí také německá autorka Wolf (2018). Ta tvrdí, že si své strachy vytváříme sami, dokládá vysvětlením, že na některé situace, které pro nás dříve představovaly strach, si časem zvykneme, a proto tedy strach nemůže být vrozený. Příčinu strachu vidí v myšlení každého člověka, konkrétně v jeho hodnocení okolních situací. Tyto hodnocení pak vyvolávají pocity, ať už příjemné, tak nepříjemné jako je strach a úzkost.

Nejvíce se úzkostí a strachem zabývá psychologický směr, zvaný **hlubinná psychologie**, jejímž zakladatelem je Sigmund Freud. V jejím pojetí je úzkost jedním z hlavních faktorů utvářejících osobnost člověka. Úzkost je odpovědí na nějaké nebezpečí a vzniká odloučením člověka od matky v době porodu. Tyto situace oddělení pak člověka provázejí i nadále po dobu celého života, přesto ale porod zůstává prvotním faktorem, prvotní zkušeností člověka s úzkostí. V průběhu života člověk v zájmu zachovat si společenský život postupně vytěšňuje pud agresivity a sexuality. Jde vlastně o zatlačení nepříjemných zkušeností člověka, je ale důležité si uvědomit, že přílišné vytěšňování (jeden z obranných mechanismů člověka) zvyšuje úzkostnost (Vymětal, 2004).

Sám S. Freud (v návaznosti na jeho strukturální model lidské psychiky¹³) hovoří o Egu jako o sídlo úzkosti, kde je úzkost jak produkována, tak i pociťována (Nersessian, 2014). Kern, Mehl, Nolz, Peter a Wintersperger (2015) podávají náhled na úzkost v pojetí S. Freuda, který úzkosti člověka rozlišil do 4 základních druhů: separační úzkost, strach ze ztráty lásky, kastroční úzkost a úzkost Superega. Poslední druh úzkosti – úzkost Superega – koresponduje s úzkostí popsanou autorem Nersessian (2014), jež poukazuje na obranné mechanismy uložené v Egu, které nás chrání před vším, co vyvolává strach. Takovýmto spouštěčem mohou být mimo jiné i požadavky Superega přicházející do konfliktu s Id. Tyto konflikty pak má za úkol vyřešit Ego a tím se tedy i stává jakýmsi pomyslným sídlem úzkosti.

Někteří další představitelé hlubinné psychologie vidí původ úzkosti ve strachu ze smrti. Stejně tak vidí původ úzkosti psycholog Heidegger. Dle něj si je člověk jako jediná živá bytost vědom časového omezení své existence. Další teorie hovoří například o příčině úzkosti jako o neustálé nutnosti volby a výběru, který vyplývá ze svobody každého člověka (Vymětal, 2004).

¹³ strukturální model lidské psychiky – obsahuje tři psychické konstanty: Id, Ego a Superego. Id představuje část přítomnu již od narození, jsou v něm uloženy „primitivní“ pudy člověka, sexualita a agrese. Z něj se pak vyvíjí vlivem vnějšího světa Ego, pomocí příkazů a zákazů především od rodičů se vytváří Superego, jež má víceméně funkci našeho svědomí. Ego se pak snaží najít rovnováhu mezi požadavky Id a Superega; jsou v něm také uloženy obranné mechanismy (Kern, Mehl, Nolz, Peter a Wintersperger, 2015)

Wolf (2018) hovoří mimo jiné i o důvodu vzniku strachu při prožití nějaké traumatické situace, která nám vyvolává řetězec nepříjemných pocitů spojených se strachem u nových, pro nás nebezpečných, situací. Člověk na základě traumatu přehodnocuje svůj názor a náhled na určité situace. Strach poté „krmí“ i pouhými myšlenkami na tuto událost.

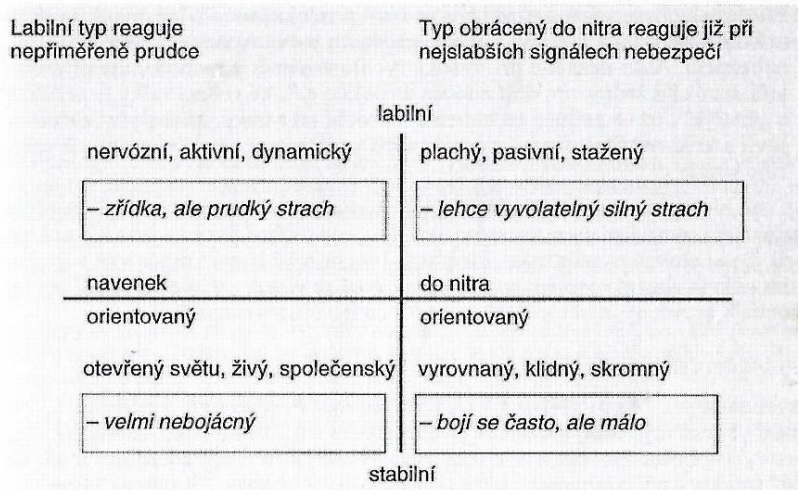
Důvodem vzniku úzkosti či strachu může být také nemožnost uspokojení svých vlastních potřeb, ať už biologických, tak psychosociálních; nemožnost dalšího rozvoje jedince. V humanistické psychologii se hovoří o tzv. *inkongruencích* neboli rozporech, ke kterým dochází při nezpracování dřívějšího zážitku či setkání se s novou neznámou situací v našem životě. Úzkost a strach tedy souvisí také se sebepojetím člověka (Vymětal, 2004).

Úzkost je podmíněna nejen biologicky, ale hrají roli také **kulturní a sociální faktory**. Mohlo by se zdát, že úzkostnými stavy trpí více ženy, avšak není tomu tak, a to především z důvodu utajování a vytěšňování těchto pocitů muži. Mnohé úzkosti vznikají také z dnešního uspěchaného společenského života (Morschitzky a Sator, 2014). Autoři upozorňují také na psychoaktivní látky jako spouštěče úzkostných stavů, především nabádají na opatrnost ve zneužívání kofeinu, alkoholu, kokainu, amfetaminu, hašiše, marihuany, halucinogenů a některých léků. Příčinu připisují hlavně látkám povzbuzujícím a působícím právě v mozkových strukturách souvisejících s emocionálními prožitky.

2.2.1. Osobnost člověka jako faktor vzniku úzkosti a strachu

To, do jaké míry se člověk chová úzkostně, souvisí s jeho vlastním hodnocením okolního světa, okolních podnětů. Takovéto hodnocení probíhá na základě vlastních zkušeností člověka, na jeho celkové osobnosti. Jedním z faktorů podílejícím se na hodnocení je aktuální vývojové období člověka, jelikož čím jsme mladší, tím jsme citlivější a zranitelnější, a tedy i bezbrannější vůči pocitům úzkosti a strachu (Vymětal, 2004).

Další součástí naší osobnosti je již výše popsána úzkostnost člověka, která představuje jedinečnost centrální nervové soustavy každého z nás a její citlivost vůči podnětům, které by mohly představovat nebezpečí (Vymětal, 2004). Kast (2012) hovoří o takovéto vlastnosti jako o *základní úzkosti*. Lidé s vysokou mírou základní úzkosti vidí hrozby a nebezpečí i tam, kde nejsou, jsou neschopni agrese, tedy obrany vůči takovýmto situacím. O úzkostnosti každé osobnosti hovoří také teorie typů osobnosti od H. J. Eysencka (viz Obrázek č. 5)



Obr. č. 5 Strach v pojetí Eysenckovy teorie osobnosti (Kern, Mehl, Nolz, Peter a Wintersperger, 2015, s. 65)

Na druhou stranu Gray (1982) kritizuje Eysenckovu teorii osobnosti v tom smyslu, že není dle ní schopno předurčit náchyllost k úzkostnosti, kdy zejména poukazuje na labilní introverty.

V neposlední řadě se na hodnocení okolních podnětů podílí také dřívější zážitky z dětství, využívání obranných mechanismů, kdy rizikovým je hlavně výše popsané vytěšňování nepříjemných pocitů a hromadění tak úzkosti v nevědomí. Předchozí zkušenosti člověka jsou také velmi důležitým faktorem, a to zejména v situacích, které jsou obdobné těm již prožitým. Záleží na tom, jak tyto situace tehdy vyřešil, zda se s nimi vypořádal dobře, či nedostatečně, čímž by se dala očekávat silnější emoční reakce. Samozřejmě také záleží na aktuálním psychickém i fyzickém stavu člověka (Vymětal, 2004).

Osobnost člověka a její jedinečné vlastnosti jsou tedy významným faktorem při možném vzniku úzkosti či strachu. Každý z nás se s nastalými situacemi vypořádává jiným způsobem a je důležité si uvědomit všechny okolnosti, které k takovému jednání člověka vedly. Nemělo by se také zapomínat na bezpečné okolí jedince, zejména na rodinu či vrstevníky, přátele člověka, které má velký význam při zvládnutí nepříjemných situací a přispívá tím tak k zabránění vzniku emocí jako je strach a úzkost (Vymětal, 2004).

2.2.2. Výchovný styl jako faktor vzniku úzkosti a strachu u dětí

Za výchovu dítěte se považuje záměrné či bezděčné ovlivňování dítěte, a to zejména rodinnými příslušníky, včetně sourozenců, prarodičů (Vymětal, 2004).

Výchova je zprostředkována komunikací, která je velmi důležitá v životě dítěte a v jeho zdravém vývoji. Za negativní formy komunikace jsou považovány komunikace agresivní, či autoritativní, které dítě ponižují a nerespektují, a tím tak narušují přirozený vývoj jeho Já. Další nechtěnou formou je komunikace matoucí, předstíraná, kdy je nutné si uvědomit, že dítě pozná, jakmile rodič předstírá zájem, vylouvá se. Opačný pól, kterým je přílišná a naprostá kontrolovatelnost rodičem, zapříčiňuje nejistotu dítěte, nemožnost vlastního vývoje. Správnou komunikací je komunikace přímá, osobní, taková, ve které jsou využívány slova dle věkových a rozumových možností dítěte (Vymětal, 2004).

Rogge (1999) využívá pojmu tzv. *sociální strachy* neboli strachy podmíněné výchovou. Mezi příčiny těchto strachů pak řadí problematický výchovný vztah mezi partnery, ponižující výchovný styl, nedůslednou výchovu, výchovný styl bez ukotvených hranic, přílišně ochraňující výchovný styl, autoritativní styl orientovaný spíše na budoucnost dítěte, na připravenost dítěte podávat další a další výkony. Při srovnání s Vymětalem (2004) se autoři v podstatě shodují. Vymětal (2004, s. 145) navíc dodává správný výchovný styl popsany jako „*optimální výchovný styl, který bychom mohli označit jako mírně direktivní a výrazně emočně vřelý, akceptující a povzbuzující. Současně musí být vymezená pravidla, která vnášejí do života dítěte řád.*“.

Wolf (2018) poukazuje na sociální učení formou nápodoby u dětí. Dítě takto přejímá i bojácnost rodiče, jeho emotivní reakce a chování při pro ně zdánlivě nebezpečných situacích. S teorií přejímání strachů od rodičů, dokonce i stejných typů, souhlasí také Agras (1985). Tato tvrzení podkládá výzkumem uskutečňovaným již ve 30. letech 20. století; výsledky této studie byly později potvrzeny i dalšími výzkumy.

Pro shrnutí uvedeného můžeme říci, že strach a úzkost bývá vyvolán takovým vedením a výchovným stylem, který u dítěte vytváří nejistotu, nerespektuje jeho psychosociální potřeby. Přílišná tvrdost, chladné prostředí bez milujícího přijetí dítěte, orientovanost pouze na výkon, či naopak přílišná ochrana dítěte a rozmazlující přístup, přímo ohrožují dítě nerovnoměrným psychickým vývojem, a tedy i strachem a úzkostí.

2.2.3. Specifika úzkosti a strachu v období staršího školního věku

Z důvodu cílové skupiny této diplomové práce, kterou jsou děti ve starším školním věku, se dále věnuji specifickým a možným důvodům vedoucím ke vzniku úzkosti a strachu v tomto životním období.

V důsledku změn spojených se schopnostmi regulovat své emoce, s vývojem limbického systému, se v tomto období setkáváme s vysokou četností sdělování diagnózy úzkostných poruch (Drysdale, Hartley et al., 2014).

Již kolem 11. roku života dítě může prožívat silné úzkosti z hrozby vyplývající z porovnávání s vrstevníky. Dítě je citlivé na sociální odezvu. Jestliže je tato odezva negativní, dítě se přirozeně vyhýbá sociálním situacím z obav svých nedostatečných schopností. Z toho důvodu děti často odchází od svých koníčků, aktivit, u kterých by mohlo vyjít najevo, že na tom nejsou s dovednostmi tak dobře jako ostatní (Vymětal a kol., 2000).

Pro dětství jsou tzv. *typické strachy v dětském věku*, které člověk většinou překonává až po období puberty, někteří lidé si jej nesou až do dospělého věku. Wolf (2018) tyto strachy rozděluje do tří kategorií: strach z věcí vytvořených člověkem (jako příklad uvádí strach z výtahu, z hlasitých strojů), strach z nadpřirozených i přirozených událostí (například tma, bouře, oheň, smrt) a strachy a úzkosti související s lidmi, tedy například strach z napadení, strach z opuštění.

Agras (1985) v souvislosti s dětskými strachy hovoří o jakési pomyslné stále stoupající křivce vzniku strachů, která se pomalu zastavuje až v období adolescence, tedy v období staršího školního věku. Navzdory tomu ale stejně tak poukazuje na rozvíjející se sociální strachy v tomto životním období, vedle nichž zároveň „zrají“ strachy z určitých objektů či zvířat – tzv. *určité strachy*.

Později v období staršího školního věku postupně dochází k významným tělesným změnám, které mohou být a často také jsou zdrojem úzkosti. Důsledkem fyzických změn ve smyslu rychlého růstu bývá neobratnost, s čímž souvisí také pokles sportovního výkonu, který pro mnohé pubescenty bývá velmi důležitý pro rozvoj zdravého sebehodnocení. Hlavní příčinou úzkostí pak není jen samotná neohrabanost dětí, ale spíše upozorňování ostatních na tuto dyskoordinaci těla. Poté se nezdá, že se dítě začne vyhýbat takovým situacím, uzavírá se samo do sebe, prožívá nepříjemné pocity z vlastního Já, ze společenských komunikací (Vymětal a kol., 2000).

K tělesným změnám patří také rozvoj sekundárních pohlavních znaků, čímž se projevují individuální fyzické rozdíly u dětí. Tyto rozdíly bývají zdrojem úzkosti. S fyzickými změnami souvisí také pochybnosti o sexuální atraktivnosti, popřípadě o dostatečné vybavenosti dovednostmi pro sexuální styk. Při navazování nových vztahů musí dospívající

volit a učit se novým strategiím. Tento těžký psychický úkol našeho vývoje je předbírán vývojem pudovým. Dochází tak ke konfliktům mezi přáním navazovat milostný vztah a zároveň obavou tento vztah mít. Úzkost je pak prohlubována v případě, kdy jedinec takzvaně zaostává za ostatními (Vymětal a kol., 2000).

V období dospívání jsou časté také úzkostné sny, které mohou mít podobu nemožnosti zachránit se před příšerami, nemožnosti zachytit se nějakého pomocného lana, což může nasvědčovat myšlenkám pubescentů během celého dne, kdy hledají své vlastní Já, svou vlastní identitu, místo ve společenském životě (Vymětal, 2004).

Hledání sebe samého souvisí se sebehodnocením každého z nás, které je v tomto životním období citlivější ke kritice. Často dochází k prožívání méněcennosti, přílišné vztahovačnosti (Vymětal, 2004).

Silné napětí a nepříjemné úzkostné pocity nastávají také z důvodu tzv. *druhotné separační krize*, kdy pubescent zažívá protichůdné myšlenky v touze po nezávislosti a přijímáním podpory od rodičů (Vymětal a kol., 2000). Kast (2012) v tomto směru pojednává o tzv. další fázi autonomie člověka.¹⁴

Závěrem můžeme tedy říci, že jde o „*období hledání, touhy, vnitřních nejistot a konfliktů.*“ (Vymětal, 2004, s. 59).

2.3. Projevy strachu a úzkosti

Úzkost je psychosomatický stav - její projevy prochází jak tělesnou, tak psychickou stránkou člověka (Honzák, 1995). Vymětal a kol. (2000) vedle psychické a somatické stránky hovoří také o mimické stránce a projevech v chování jedince i oblasti výkonu. Tyto úrovně se navzájem ovlivňují a spolu-souvisejí. Přesto ale každý člověk v nepříjemných situacích reaguje buď spíše psychickou, nebo somatickou oblastí projevů. Pro srovnání Morschitzky a Sator (2014) rozlišují tři úrovně projevů úzkosti, konkrétně tělesnou část, subjektivní část, kam řadí myšlenky a pocity, a motorickou součást, tedy chování. Stejně jako Vymětal a kol. (2000), viz výše, hovoří o převážnosti jedné oblasti symptomů.

Mezi **tělesné projevy** řadíme napětí svalů, tachykardii, cévní změny (Morschitzky a Sator, 2014). Stejně tak jako třes, chvění, trávicí potíže, žaludeční křeče, závratě, poruchy spánku, pocení a návaly horka, bolesti hlavy (Middleton, 2010). Honzák (1995) dodává

¹⁴ Počátky autonomie Kast (2012) datuje do období kolem prvního roku života dítěte, kdy se také dítě setkává s prvními úzkostmi spojenými z „odloučení“ od blízké osoby.

bolesti na hrudi, dechové obtíže, průjmy, nauzeu, ale také kožní příznaky – zejména chladnost a opocenost rukou. Jongsma a kol. (2014) hovoří o motorické únavě, třesu či zvýšeném napětí svalů; suchu v ústech, dušnosti.

Psychickými symptomy doprovázející strach a úzkost jsou nervozita, postupné zhoršování se soustředěnosti až nesoustředěnost úplná, s tím spojený snižující se výkon. Úzkost také způsobuje ztrátu soudnosti při dobrém rozhodnutí, ztrátu věřit ve své schopnosti, neschopnost rozhodnout se (Honzák, 1995). Dle Morschitzky a Sator (2014) jsou časté stavy bezmocnosti, obavy a myšlenkové vzorce způsobující úzkosti, soustředěnost převážně na potencionální nebezpečnou situaci, přílišná zahleděnost do svých příznaků, které jsou brány jako příznaky závažného onemocnění, s čímž souvisí také myšlenky na smrt, nemoc a selhání. Honzák (2005) ke svému výčtu přidává také snížení libida a pocity depersonalizace, jejíž příčinou je zvýšená převaha sympatiku, člověk pak vnímá sám sebe i okolí dle jeho slov jinak než obvykle. Jongsma a kol. (2014) dodávají problémy se spánkem, zvýšenou bdělost, s čímž pak souvisí podrážděnost a agresivita člověka.

V návaznosti na krátké přiblížení teorie úzkosti dle S. Freuda viz výše – Freud na jednu stranu mezi projevy strachu řadí také sexuální prožitky v rámci tělesného schématu člověka, na stranu druhou ale hovoří - stejně jako Honzák (2005) viz výše - o snížení sexuální touhy z důvodu úzkosti (Nersessian, 2014).

Rogge (1999) upozorňuje na to, že některé příznaky mohou zůstat okolí skryty, zejména je tomu tak u dětí. Kdy typickým „zastřeným“ příznakem může být pomočování, dobrovolná izolace, pasivita dítěte a jeho přílišná přizpůsobivost, ale také netrpělivost, agrese, neostýchavost či regrese ve vývoji. U dětí pak poukazuje na specifické projevy také Jongsma a kol. (2014), kterými dle něj je přílišná úzkostnost a obavy z opuštění jednoho z rodičů, z neshod mezi rodiči, nadměrné pocity viny dítěte.

2.4. Prevence strachu a úzkosti

V této části se práce věnuje víceméně již výše řečenému, avšak osobně dávám prevenci velký význam, a proto v této podkapitole vidím důležitost. Z důvodu cílové skupiny se zaměřím na dětskou populaci.

První oblastí důležitou pro zdravý vývoj dítěte je bezpodmínečně uspokojování psychosociálních potřeb dítěte. Kdy velký vliv má potřeba bezpodmínečné akceptace dítěte od jeho nejbližší rodiny, což znamená přijetí dítěte a pozitivní vztah nejen pečujících osob.

Takováto akceptace pak dítěti přináší pocit jistoty, který se stává postupně osobnostní strukturou dítěte. Preventivním opatřením je tedy hlavně domov, kde se dítě cítí bezpečně a přijímáno (Vymětal, 2004). Podporu v sociálním prostředí vyzdvihuje také Donovan a Spence (2000), a to na základě výzkumu uskutečněném na populaci dětí ve starším školním věku, který ukázal závěr, že děti bez podpory ve svém sociálním prostředí (myšleno hlavně rodina) vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než děti s takovouto podporou.

Druhé preventivní opatření můžeme nazvat jako vnitřní a emoční stabilitu, jež souvisí se zdravým sebehodnocením dítěte. To jde samozřejmě ruku v ruce také s výše uvedenou potřebou bezpečného domova. Pro dítě je velmi potřebné, aby si vytvořilo zdravé sebepojetí, znalo svou vlastní hodnotu a mělo přiměřené sebevědomí. Se sebepojetím souvisí také hodnotový systém člověka. Dostáváme se tedy zpět k rodinnému prostředí, které naše hodnoty ve velké míře ovlivňuje. Celkově správný vývoj dítěte je zabezpečen také úplnou harmonickou rodinou, kdy je dítě partnerem v rodině, rodiče mají na dítě dostatek času. Poté má dítě pocit, že do rodiny opravdu patří, nachází v ní oporu. Z výchovných prostředků je doporučována pochvala, domluva a vlastní příklad. Rozhodně dítěti neprospívá výchova „strašením“. Dětská fantazie si takové strachy může zgeneralizovat (Vymětal, 2004).

Je důležité si samozřejmě uvědomit, že vše má své hranice. Příliš ochranná a rozmazlující rodina není také dobrým příkladem pro dítě. Děti bychom měli vést k samostatnosti a odvážnosti jednat a také čelit důsledkům svého jednání (Vymětal, 1979). Donovan a Spence (2000) přesněji mluví o tzv. *coping skills*, jež by měly být součástí výchovy dítěte jakožto preventivní prvek před prožíváním úzkosti a strachu. Jsou to takové schopnosti a dovednosti, které nám umožňují vypořádat se s nepříjemnými a negativními situacemi.

Do uskutečňování preventivních opatření by se ale neměli zapojovat pouze rodiče, ale také škola, učitelé i vláda. V takovémto rozsahu byl vytvořen také program „*I CAN DO*“ od autorů Dubow, Schmidt, McBride, Edwards, and Merk z roku 1993 (Donovan a Spence, 2000).

Z uvedeného ale přesto vyvstává, že nejdůležitější prevencí úzkostí a strachu u dětí zůstává bezpečný domov, vřelost a opravdovost nejen v komunikaci rodičů a dětí, ale také v komunikaci mezi samotnými rodiči, stejně tak jako jejich porozumění a láska (Vymětal, 2004).

3. Období staršího školního věku

V následující kapitole se zabývám obdobím staršího školního věku (dospívání, adolescence), a to z důvodu cílové skupiny této diplomové práce. Především se zaměřím na oblast emocí v tomto životním období.

Vágnerová (2012) vymezuje období dospívání neboli adolescenci jako období mezi dětstvím a dospělostí, konkrétně věk mezi 10. a 20. rokem života. Podle autorky dochází ke změně osobnosti člověka jako takového, a to v oblasti sociální, somatické a psychické. Macek (1999) poukazuje na původ slova adolescence, který vychází z latinského slova *adolescere* znamenající dorůstat, dospívat. Z vývojového hlediska je základním úkolem tohoto období „*dokončení pohlavního dozrání, fyzický a duševní rozvoj (růst) a sociální učení v nejširším slova smyslu.*“ (Macek, 1999, s. 12). Thorová (2015) pak adolescenci definuje pomocí změn, které v tomto období nastávají. Počínajícím znakem tohoto období je dle autorky nástup puberty neboli nástup specifických fyzických změn, ke kterým dochází vlivem působení pohlavních hormonů, nadále pak probíhá emoční, sociální i kognitivní vývoj jedince.

Taxová (1987) rozlišuje mezi pojmy adolescence a dospívání. Adolescence je dle autorky období docházky žáků na střední školu, tedy až po 15. roce života. Dospívání je pak spíše chápáno jako nadřazený pojem pro celkové období puberty a adolescence.

V zahraniční literatuře Cobb (2010) definuje adolescenci jako období začínající biologickým zráním člověka, během něž má být splněn určený vývojový úkol, a končící dosáhnutím soběstačnosti.

Obecným zvykem autorů je rozdělit období dospívání na několik fází, tyto fáze se ale u autorů liší. Macek (1999) rozlišuje tři fáze adolescence, a to časnou fází od 10. do 13 roku věku, střední adolescenci trvající přibližně od 14 do 16 let a pozdní adolescenci končící 20. rokem života. Pro srovnání Vágnerová (2012) uvádí fáze dospívání pouze dvě, konkrétně ranou adolescenci trvající od 11 do 15 let a adolescenci pozdní končící také 20. rokem života.

V této diplomové práci se budeme držet rozdělení dle Vágnerové – viz výše, konkrétně se zaměříme na **ranou adolescenci**.

Charakteristickým znakem tohoto období je **puberta**, tedy pohlavní dozrání jedince, což má za následek také výraznou změnu zevnějšku jedince, a to vede ke změně sebepojetí a sebehodnocení jedince. Člověk se stává schopným reprodukce. Z toho vyvstává jeden z úkolů

pubescenta, a to vyrovnat se změnou svého zevnějšku, přijmout svou novou identitu, což může trvat různě dlouhou dobu. Vše se odráží také v chování okolí k pubescentnímu jedinci, jež bývá dost rozmanité, tyto reakce silně ovlivňují sebepojetí daného člověka (Vágnerová, 2012). S tělesným vývojem souvisí pojem *sekulární akcelerace*, který představuje rychlejší dospívání populace ve smyslu dostavení se prvních znaků puberty o přibližně 3 roky dříve, než tomu bylo před několika desítkami let. Tento jev je vysvětlován lepší stravou, hygienou a větším přísunem podnětů (Kern, Mehl, Nolz, Peter a Wintersperger, 2015).

V období dospívání se také rozvíjí **myšlení**, dle Piageta a Inhelder (2014) jde o formální myšlení rozvíjející se od 11. – 12. roku života člověka. Poukazuje na nutnost přeměny myšlení z konkrétních operací na formální pro popisovaný prudký sociální a citový vývoj jedince, a to z důvodu možnosti dítěte pracovat s hypotézami a výroky bez konkrétní názornosti. Thorová (2015) popisuje myšlení adolescenta jako pružnější, komplexnější a systematictější, rozvíjí se a zlepšuje dovednost pochopení metafor, slovních hříček, dítě je schopno přemýšlet o svém myšlení, z čehož vyplývá také zaujatost svými vlastními názory, přeceňování svých schopností. Celkově je myšlení natolik abstraktní, že adolescent může bádát a přemýšlet o složitých otázkách života. Lau et al. in Thorová (2015) hovoří o kognitivních omylech v období dospívání, kterým se adolescent brání nálepkováním, bagatelizací či zkresleným výběrem faktů. Tyto kognitivní omyly pak v období dospělosti mohou vyústit do úzkostných poruch.

Vágnerová (2012) se zamýšlí také na ovlivnění základních psychických potřeb z důvodu změny v procesech myšlení. Z hlediska potřeby jistoty a bezpečí mohou děti v období dospívání ztrácet jistotu, jelikož už se orientují nejen na minulost a současnost, ale také na budoucnost, která pro ně může být leckdy nejistá. Naopak potřeba seberealizace se z důvodu orientování se také na budoucnost naplňuje, dospívající přemýšlí o svých možnostech, což souvisí také s potřebou otevřené budoucnosti.

3.1. Emoční vývoj

Dospívání jak už bylo uvedeno, viz výše, je spojeno s hormonálními proměnami, které mimo jiné způsobují také změny provázející vývoj emocí. Tyto změny se projevují zejména emoční labilitou, tendencemi reagovat citlivě až přecitlivěle na běžné podněty (Vágnerová, 2012). Dle Thorové (2015) je zranitelnost psychiky adolescentů způsobena pomalým rozvojem regulačních dovedností. Dle Speara in Thorová (2015) se u adolescentů projevuje vyšší míra úzkostnosti.

Obecně jsou citové prožitky v období dospívání spíše proměnlivé, velmi intenzivní, ale krátkodobé. Změny vlastních pocitů nejsou ani pro samotné pubescenty mnohdy příjemné, nedokáží si vysvětlit příčinu svého jednání, svého prožívání. Tyto výkyvy jsou spojené také s proměnlivostí aktivity, kdy se střídá velké nadšení pro činnost a naopak apatie a nechuť k činností (Vágnerová, 2012). Jakousi labilitu - střídání euforie a depresivního odmítání - zaznamenává také sebehodnocení dospívajícího (Kern, Mehl, Nolz, Peter a Wintersperger, 2015).

Vágnerová (2012) využívá termínu *emoční egocentrismus* neboli zaujatost pubescentů svými prožitky, přesvědčení o výjimečnosti svých intenzivních citů. Tyto city neradi projevují svému okolí. Obavy z nepochopení od okolí často přerůstají v negativní emoce, mnohdy i úzkosti. K vyrovnání se s těmito pocity pak člověk využívá různé obranné mechanismy, dle Řičana (2004) je to tzv. mechanismus kyvadla, který vysvětluje jako občasné vrácení se do dětských aktivit, i přesto že dosáhl již vyšší zralejší úrovně. Tím se vlastně člověk dostává k pocitům jistoty a relaxace. Vágnerová (2012) pak hovoří o obranném mechanismu zvaném útěk do fantazie, který je dle autorky velmi častým jevem v období dospívání. Jedinec se tak dostává do rolí, či situací, které by v reálném světě nebyl schopen uskutečnit, s čímž může souviset také budování základů vlastní identity.

Nakonečný (2012) období dospívání nazývá jako jedno z kritických období ve vývoji emocí a shoduje se s uvedeným výše – jedná se o zmatečné období pro jedince, jež si nedokáže vysvětlit své pocity. Zdrojem těchto citů je konflikt uznání vlastní dospělosti, nově objevující se neporozumění si s rodiči, ale také první, často naléhavé, sexuální touhy a lásky plné romance.

Nakonečný (2012) poukazuje i na obtížnost vyrovnání se s tělesnými změnami nastupujícími v období staršího školního věku.¹⁵

Na závěr tohoto bouřlivého období - z pohledu emocí - se jedinec, postupným dozráváním a hormonální vyrovnaností, stává emočně stabilním (Vágnerová, 2012).

¹⁵ Téma emocí spojených s fyzickými změnami bylo již přiblíženo - viz výše (2. kapitola).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

V návaznosti na přibližná témata v teoretické části diplomové práce, kterými byly sluch a sluchové postižení, úzkost a strach a některá specifika ve vývojovém období staršího školního věku, se v praktické části zaměřuji na **prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku**. Zaměření na tyto oblasti se odvíjí také od aktuálně probíhající proměny paradigmatu speciální pedagogiky zaměřující se přímo na člověka s postižením, na jeho možná specifika psychických procesů, namísto pouze medicínského zájmu o vadu jako takovou. Dále se věnuji také možným rozdílům v prožívání úzkosti a strachu mezi dívkami a chlapci.

Hlavním cílem vyplývajícím z výše uvedeného je **analýza strachu a úzkosti u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku**. Z hlavního cíle pak vyvstávají dílčí cíle:

- **Analýza strachu a úzkosti u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku ve vztahu k demografickým proměnným (věk, pohlaví, stupeň sluchového postižení)**
- **Srovnání výsledků škály KSAT u dětí se sluchovým postižením s normami**
- **Analýza možných rozdílů v úrovni strachu a úzkosti u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních**

4.1. Výzkumné otázky

Následují výzkumné otázky navazující na výše stanovené cíle této diplomové práce.

Výzkumná otázka č. 1: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na pohlaví?

Výzkumná otázka č. 2: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na věk?

Výzkumná otázka č. 3: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na stupeň sluchového postižení?

Výzkumná otázka č. 4: Existuje rozdíl mezi dětmi se sluchovým postižením v rámci škály KSAT a normami?

Výzkumná otázka č. 5: Existuje rozdíl mezi výsledky škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních?

5. Výzkumný soubor

V následující kapitole se zaměřím na představení respondentů účastnících se výzkumného šetření sloužícího k této diplomové práci. V textu také provedu výčet míst, kde výzkumné šetření probíhalo a délku časového trvání sběru dat.

Výzkum byl prováděn v souladu s etickými principy. Z důvodu nezletilosti respondentů bylo nutné před samotným výzkumným šetřením podepsat Informovaný souhlas od zákonných zástupců dětí, který přikládám níže jako Přílohu č. 1.

Výzkumný soubor tvoří celkem 122 respondentů v období staršího školního věku, tedy ve věku od 11 do 15 let (podrobněji viz Tabulka č. 3). Z toho je 61 respondentů se sluchovým postižením, konkrétně 25 dívek a 36 chlapců, a 61 žáků intaktních, z toho 25 dívek a 36 chlapců představující kontrolní skupinu vyrovnanou dle věku a pohlaví (viz Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Přehled respondentů

	Se sluchovým postižením		Intaktní	
	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci
Četnost	25	36	25	36
Relativní četnost	20%	30%	20%	30%
Celkem žáků	122			

Všechny děti se sluchovým postižením navštěvují základní školu pro sluchově postižené, tedy školu zřízenou podle §9 odst. 16 školského zákona. Ve výzkumném souboru jsou zastoupeny různé stupně sluchového postižení (viz Tabulka č. 2). V případě lehkého sluchového postižení je to 1 respondent bez kompenzace sluchadly či kochleárním implantátem (dále KI), úroveň středně těžkého sluchového postižení kompenzováno oběma sluchadly představuje 21 respondentů, z toho ve dvou případech přidružená lehká mentální retardace¹⁶ (v prvním případě kompenzace pouze jedním sluchadlem). Nejtěžší stupeň je také

¹⁶ lehká mentální retardace – „IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.“ (Mezinárodní klasifikace nemocí - 10.revize: V. kapitola Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>)

nejpočetnějším stupněm výzkumného souboru, 39 respondentů, přičemž ve dvou případech je přítomna také vývojová dysfázie¹⁷ (v jednom případě kompenzace KI, ve druhém obě sluchadla), v 1 případě pak lehká mentální retardace (kompenzace oběma sluchadly). U zbylých 36 respondentů s těžkým sluchovým postižením je postižení kompenzováno ve 13 případech KI, 1 případě jedním sluchadlem a ve 22 případech oběma sluchadly.

Tabulka č. 2: Přehled četností jednotlivých stupňů sluchového postižení ve výzkumném souboru

Stupeň sluchového postižení	Četnost	Relativní četnost
Lehké sluchové postižení	1	2%
Středně těžké sluchové postižení	21	34%
Těžké sluchové postižení	39	64%

Tabulka č. 3: Přehled četností věku respondentů ve výzkumném souboru

Věkové rozmezí	Děti se sluchovým postižením		Děti intaktní	
	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci
11 - 12 let	7	11	7	13
13 – 15 let	18	25	18	23

Pro sběr dat jsem oslovila všechny Základní školy pro sluchově postižené v České republice. Na elektronickou či telefonickou prosbu o provedení výzkumného šetření se mi ozvala zpět pouze část základních škol. Výzkum byl proveden v Libereckém, Jihočeském, Olomouckém, Moravskoslezském a Zlínském kraji v období března 2018 – ledna 2019 v prostorách dané základní školy. U dětí se sluchovým postižením bylo potřeba překladu do českého znakového jazyka, který jsme zajistili společně s pracovníky dané školy. Data kontrolní skupiny (intaktní děti) byla sesbírána na Základních školách ve Zlínském kraji.

¹⁷ vývojová dysfázie – „specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“ (Škodová, Jedlička a kol., s. 106). Příčinou je difúzní oboustranná kortikální léze (tamiéž).

6. Výzkumná metoda

V tomto okamžiku popíši výzkumnou metodu, využitou pro praktickou část této diplomové práce, kterou je škála KSAT.

Vyhodnocení škály KSAT jsem prováděla samostatně pod kontrolou vedoucí práce.

6.1. Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy – KSAT

Autorem škály KSAT je Doc. PhDr. Ondrej Kondáš, CSc., který sám škálu popisuje jako škálu klasického strachu, anxiety a trémy zjišťující výskyt a míru subjektivního prožívání strachu, jež je vyvolán objekty klasických strachů, sociálními situacemi a situacemi spojenými s trémou. Jedná se o sebehodnotící dotazník škálového typu (Kondáš, 1973).

Autor pro sestavení dotazníku vychází z poznatků teorie učení a mezi úzkostí a strachem nerozlišuje. Dle něj se jedná o naučenou reakci na určitý podnět. Využívaným termínem *anxieta* pak souhrnně popisuje strach, fobii, obavy i úzkost (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015).

Test je složen z 31 položek, z čehož je 12 položek zaměřeno na oblast klasických strachů, 10 na sociální situace a zbylých devět situací se týká prožívání trémy. Dotazník je vytvořen ve třech verzích, konkrétně je to verze pro děti a mládež označována jako forma A, kterou jsem využila pro tuto diplomovou práci. Vedle ní pak existuje forma B zaměřující se na dospělost a forma C, jejíž cílovou skupinou jsou osoby s tělesným postižením (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015). Svým obsahem škála KSAT dle autora koreluje se známou škálou MAS – Škála manifestní úzkosti, která se ale spíše zaměřuje na zachycení anxiety jakožto osobnostní charakteristiky (Kondáš, 1973).

Test je možno zadávat jak individuálně, tak skupinově bez časového omezení. Jedná se o škálové hodnocení, to znamená, že respondent kroužkuje po představení si každé situace na škále 1 – 5 (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015). Jednotlivé body znázorňují: 1 – situace mi není nepříjemná; 2 – situace je mi trochu nepříjemná; 3 – hodně nepříjemná situace, nejráději bych se jí vyhnul/a; 4 – situace ve mně vyvolává strach; 5 – velmi nepříjemná, nesnášenlivá situace vyvolávající strach (Kondáš, 1973).

K vyhodnocení dotazníku je třeba součtu všech zakroužkovaných odpovědí – celkový skór. Pro skórování jednotlivých oblastí – klasické strachy, sociálně situační anxiety

a tréma - slouží šablona, pomocí níž sečteme položky dané oblasti (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015).

Celkové skóre dále srovnáváme s průměrným celkovým skóre uvedeným v manuálu škály KSAT. V případě této diplomové práce se zaměříme na děti ve věku do 15 let, kdy je průměrnou hodnotou celkového skóre hodnota 76,0. V manuálu také najdeme tabulku pro srovnání průměrného celkového skóre z hlediska diferenciacce pohlaví a věku (Kondáš, 1973).

Škála KSAT je hojně využívanou vyšetřovací metodou slovenskými psychology, a to jak v praxi, tak ve výzkumu (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015).

7. Prezentace výsledků výzkumného šetření

V následující části budou prezentovány výsledky výzkumného šetření této diplomové práce na základě vyhodnocení škály KSAT (popsána viz výše). Ke stanovení závěrů je využito Studentova T-testu.

Hodnoty dosažených bodů jsou v grafech rozděleny do intervalů na základě rovnoměrného rozdělení vycházejícího z možného maxima a minima dosažených bodů ve škále KSAT.

Tabulka popisné statistiky

DĚTI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

	CHLAPCI						DÍVKY				
	AM	ME	MOD	SD	RANGE		AM	ME	MOD	SD	RANGE
K	25,39	23,5	18	7,99	13-45		30,24	30,0	26	7,74	17-48
S	23,92	24,0	10	9,14	10-47		29,08	28,0	28	6,09	15-41
T	19,14	17,5	15	6,92	9-35		22,08	22,0	22	4,75	14-33
CS	68,44	68,0	52	19,49	35-102		81,40	81,0	81	14,50	46-120

INTAKTNÍ

	CHLAPCI						DÍVKY				
	AM	ME	MOD	SD	RANGE		AM	ME	MOD	SD	RANGE
K	24,56	25,0	15	6,28	14-38		30,20	30,0	22	6,65	18-41
S	24,86	25,5	21	6,70	11-36		31,20	31,0	31	5,66	20-42
T	19,86	18,5	17	5,30	9-33		22,88	23,0	26	4,47	15-34
CS	69,28	71,5	80	14,16	36-91		84,28	87,0	78	13,34	53-109

7.1. Výzkumná otázka č. 1: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na pohlaví?

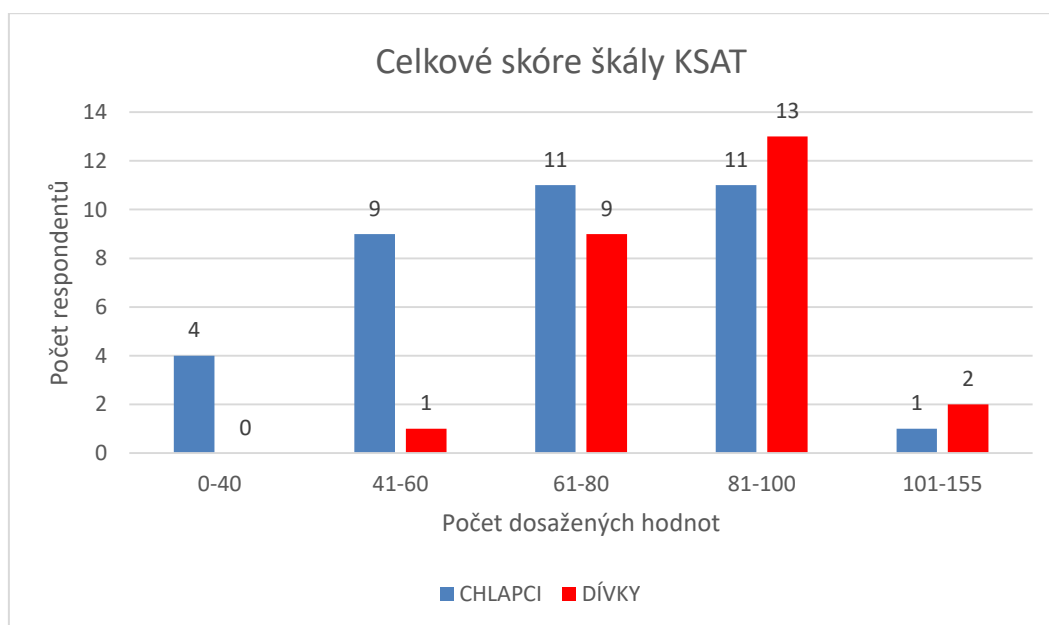
V rámci první výzkumné otázky stanovíme závěr případného rozdílu mezi chlapci a dívkami se sluchovým postižením. Nejdříve se zaměřím na celkové skóre v rámci škály KSAT, poté na jednotlivé oblasti: K – klasické strachy, S – sociálně-situační úzkost a T – tréma.

Děti dosáhly následujících hodnot (viz Tabulka č. 4, Graf č. 1).

Tabulka č. 4: Přehled četností dosažených bodů v rámci celkového skóre škály KSAT u dětí se sluchovým postižením

KSAT-CS		CHLAPCI		DÍVKY	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-40	4	11%	0	0%
	41-60	9	25%	1	4%
	61-80	11	31%	9	36%
	81-100	11	31%	13	52%
	101-155	1	2%	2	8%
CELKEM		36		25	

Graf č. 1: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci celkové skóre škály KSAT s ohledem na pohlaví respondentů se sluchovým postižením



Z grafu č. 1 můžeme vyčíst, že v rámci celkového bodového skóre u dětí se sluchovým postižením jsou úzkostnější spíše dívky, které oproti chlapcům vykazují vyšší hodnoty.

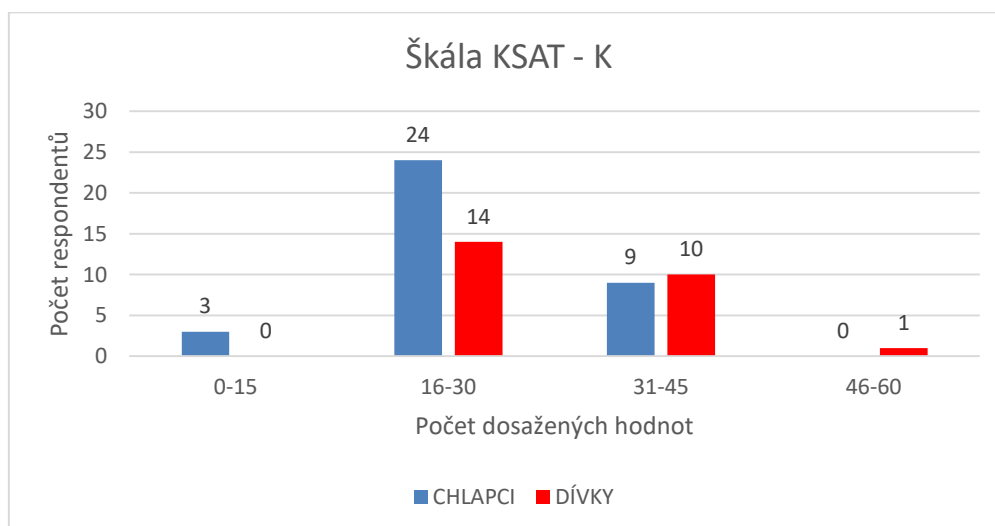
Na základě výsledku Studentova T-testu závěrem můžeme říci, že mezi chlapci a dívkami se sluchovým postižením existuje **statisticky významný rozdíl** ve výsledcích celkového skóre hodnot škály KSAT.

T-test	0,0073
p < 0,05 - významný stat. rozdíl	

Tabulka č. 5: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT u dětí se sluchovým postižením

KSAT-K		CHLAPCI		DÍVKY	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	3	8%	0	0%
	16-30	24	67%	14	56%
	31-45	9	25%	10	40%
	46-60	0	0%	1	4%
	CELKEM	36		25	

Graf č. 2: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT s ohledem na pohlaví respondentů se sluchovým postižením



Z grafu č. 2 vyplývá, že oblast klasických strachů je méně obávanou pro chlapce se sluchovým postižením, přičemž většina z nich nepřesáhla ani polovinu možných získaných bodů.

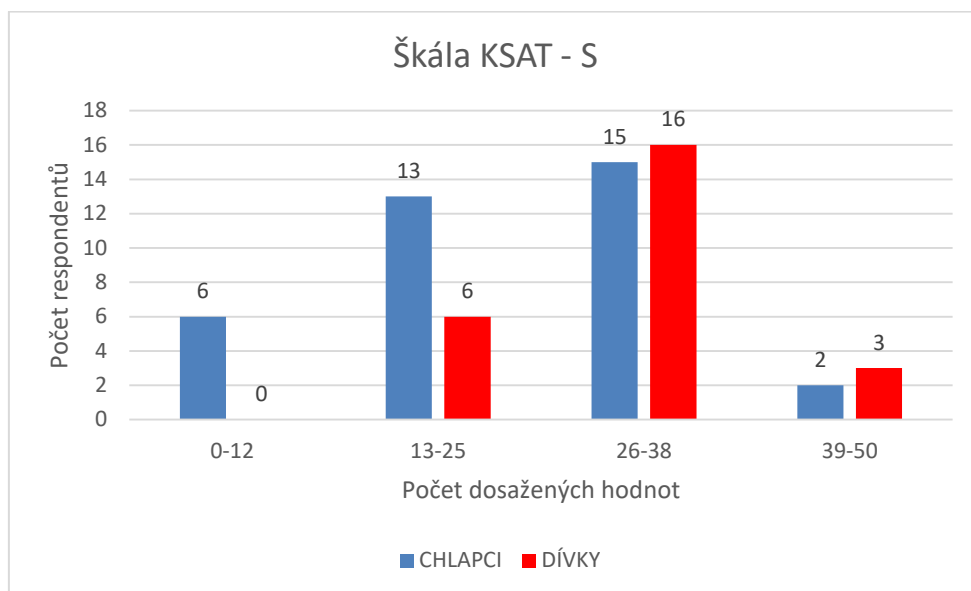
Z uvedeného vyplynul závěr, stanovený na základě Studentova T-testu, že v oblasti klasických strachů existuje **statisticky významný rozdíl** v prožívání úzkosti a strachu u dívek a chlapců se sluchovým postižením.

T-test	0,0236
p < 0,05 - významný stat. rozdíl	

Tabulka č. 6: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT u dětí se sluchovým postižením

KSAT-S		CHLAPCI		DÍVKY	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-12	6	17%	0	0%
	13-25	13	36%	6	24%
	26-38	15	41%	16	64%
	39-50	2	6%	3	12%
	CELKEM	36		25	

Graf č. 3: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT s ohledem na pohlaví respondentů se sluchovým postižením



Graf č. 3 nám ukazuje výsledky v okruhu sociálně-situační úzkosti, které opět stejně jako ve výše popsaných oblastech poukazují na vyšší úzkostnost dívek než chlapců.

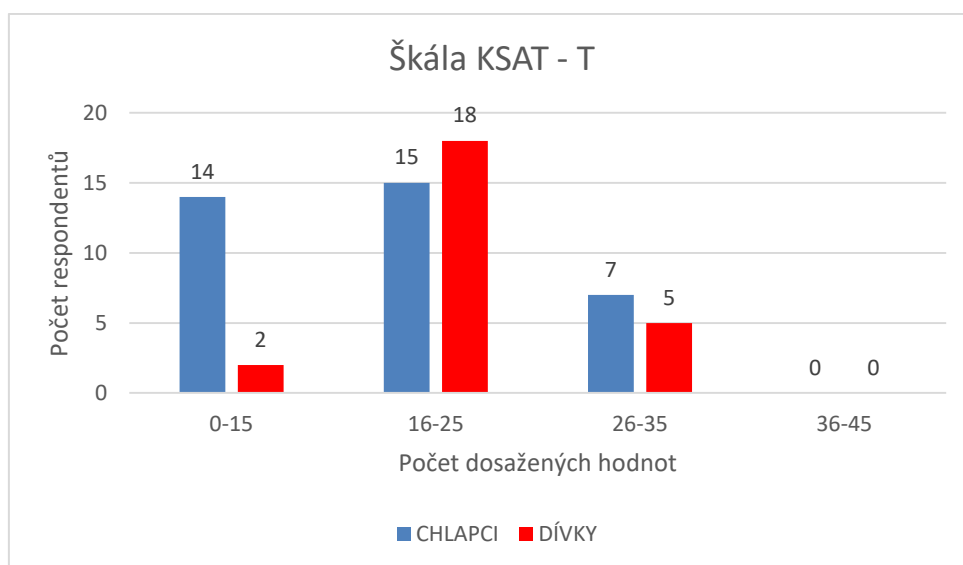
Stejně tak jako v oblasti klasických strachů i v oblasti sociálně-situační úzkosti existuje mezi dívkami a chlapci se sluchovým postižením **statisticky významný rozdíl**.

T-test	0,0116
p < 0,05 - významný stat. rozdíl	

Tabulka č. 7: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti trémy škály KSAT u dětí se sluchovým postižením

KSAT-T		CHLAPCI		DÍVKY	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	14	39%	2	8%
	16-25	15	42%	18	72%
	26-35	7	19%	5	20%
	36-45	0	0%	0	0%
	CELKEM	36		25	

Graf č. 4: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti trémy škály KSAT s ohledem na pohlaví respondentů se sluchovým postižením



Z grafu č. 4 popisující oblast trémy vyplývá, že jde o nejméně stresující situace pro děti se sluchovým postižením. I přesto dívky se sluchovým postižením prožívají častěji pocity trémy než je tomu u chlapců. Žádný z respondentů se zdaleka nepřiblížil maximu dosažených bodů, tedy 45 bodů.

Na rozdíl od výše uvedených oblastí, ze závěru Studentova T-testu vyplývá, že v oblasti trémy u dívek a chlapců se sluchovým postižením **neexistuje statisticky významný rozdíl**.

T-test	0,0748
p > 0,05 - nesignifikantní stat. rozdíl	

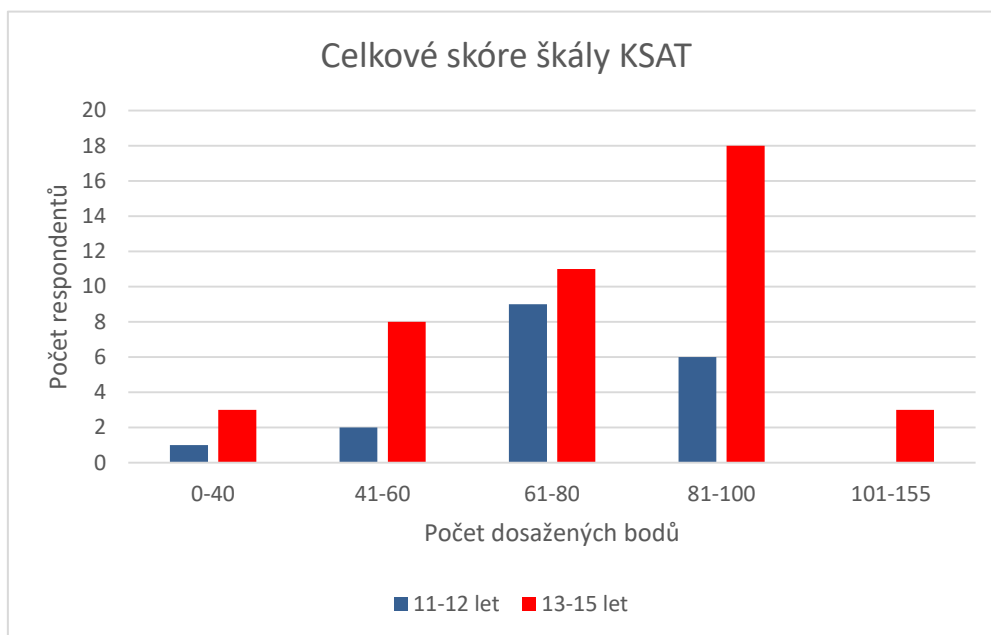
7.2. Výzkumná otázka č. 2: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na věk?

V následující části této práce se zaměřím na možné rozdíly mezi dětmi se sluchovým postižením s ohledem na jejich věk. Věkové kategorie jsou rozděleny na děti ve věku 11-12 let a děti ve věku 13-15 let, a to z důvodu možných rozdílů prožívání úzkosti a strachu v době počínající puberty a v době pozdější. Opět se nejdříve zaměřím na celkové skóre škály KSAT, a poté na jednotlivé suboblasti.

Tabulka č. 8: Přehled četností dosažených bodů v rámci celkového skóre u jednotlivých věkových kategorií dětí se sluchovým postižením

KSAT		11-12 let		13-15 let	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-40	1	6%	3	7%
	41-60	2	11%	8	19%
	61-80	9	50%	11	25%
	81-100	6	33%	18	42%
	101-155	0	0%	3	7%
	CELKEM	18		43	

Graf č. 5: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci celkové skóre škály KSAT s ohledem na věk respondentů se sluchovým postižením



Graf č. 5 poukazuje na nepříliš velký rozdíl v prožívání úzkosti a strachu mezi dětmi se sluchovým postižením ve věku 11-12 let a dětmi se sluchovým postižením ve věku 13-15 let. Přesto ale vyvstává mírný rozdíl - děti v pozdějším věku, tedy mezi 13. až 15. rokem života, dosahují vyšších hodnot, tedy jsou úzkostnější.

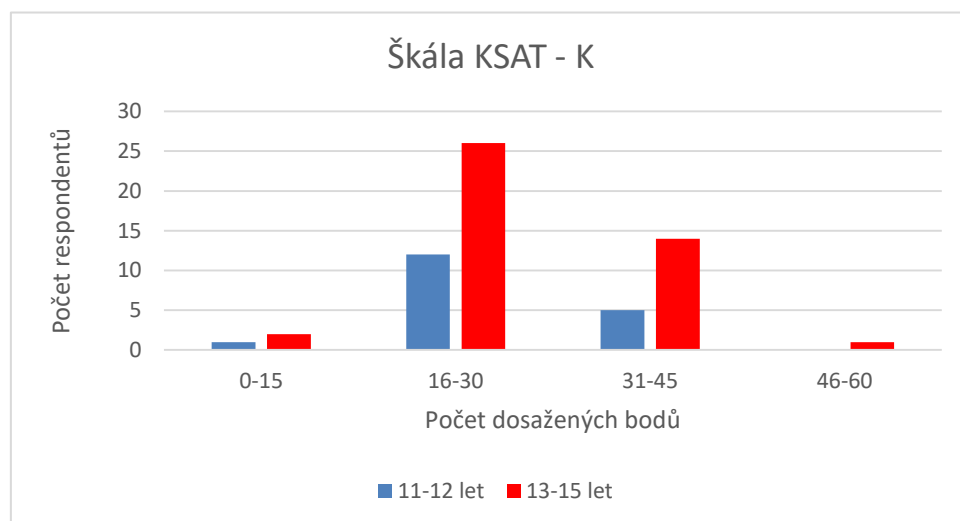
Z pohledu statistické metody Studentova T-testu mezi výsledky v rámci celkového skóre dětí se sluchovým postižením ve věku 11-12 let a dětí se sluchovým postižením ve věku 13-15 let **není signifikantní statistický rozdíl**.

T-test	0,5123
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 9: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti klasických strachů u jednotlivých věkových kategorií dětí se sluchovým postižením

KSAT-K		11-12 let		13-15 let	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	1	6%	2	5%
	16-30	12	66%	26	60%
	31-45	5	28%	14	33%
	46-60	0	0%	1	2%
	CELKEM	18		43	

Graf č. 6: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT s ohledem na věk respondentů se sluchovým postižením



Z grafu č. 6 je patrné, že v oblasti klasických strachů jsou děti se sluchovým postižením mezi 13. a 15. rokem věku mírně úzkostnější než děti se sluchovým postižením ve věku 11-12 let.

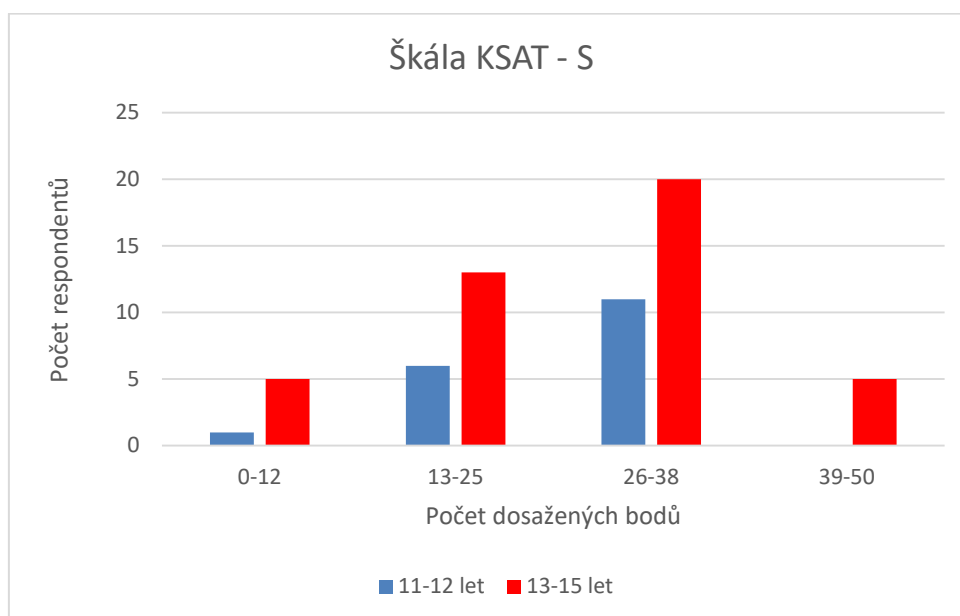
Na základě vyhodnocení Studentova T-testu můžeme říci, že mezi výsledky dosaženými v oblasti klasických strachů u dětí se sluchovým postižením ve věku 11 až 12 let a dětmi se sluchovým postižením ve věku 13-15let **není statisticky významný rozdíl**.

T-test	0,8469
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 10: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti u jednotlivých věkových kategorií dětí se sluchovým postižením

KSAT-S		11-12 let		13-15 let	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-12	1	6%	5	12%
	13-25	6	33%	13	30%
	26-38	11	61%	20	46%
	39-50	0	0%	5	12%
	CELKEM	18		43	

Graf č. 7: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT s ohledem na věk respondentů se sluchovým postižením



I v oblasti sociálně-situační úzkosti (viz Graf č. 7) jsou děti se sluchovým postižením ve věku od 13 do 15 let mírně úzkostnější než děti se sluchovým postižením ve věku od 11 do 12 let.

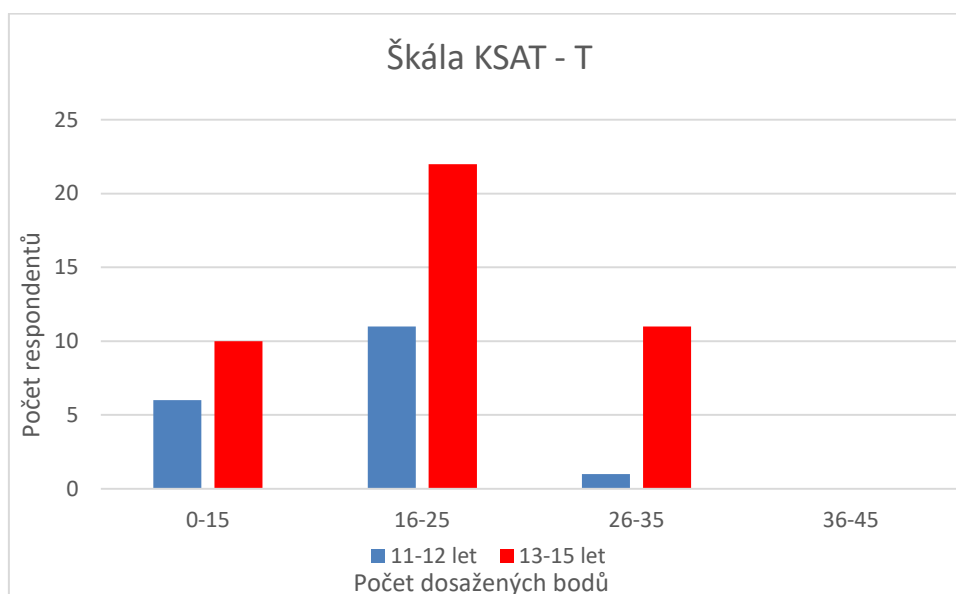
V oblasti sociálně-situační úzkosti existuje mezi dětmi se sluchovým postižením ve vazbě na věk **nesignifikantní statistický rozdíl**.

T-test	0,7791
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 11: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti trémy u jednotlivých věkových kategorií dětí se sluchovým postižením

KSAT-T		11-12 let		13-15 let	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	6	33%	10	23%
	16-25	11	61%	22	51%
	26-35	1	6%	11	26%
	36-45	0	0%	0	0%
	CELKEM	18		43	

Graf č. 8: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti trémy škály KSAT s ohledem na věk respondentů se sluchovým postižením



Stejně tak jako ve výše uvedených oblastech lze z Grafu č. 8, vykazujícím hodnoty v oblasti trémy, vyzorovat mírný rozdíl v prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením ve věku 13-15 let, a to konkrétně ve smyslu větší míry obav v situacích vyvolávajících možnou trému.

Jak vyplynulo z výsledků Studentova T-testu, v oblasti trémy existuje **nesignifikantní statistický rozdíl** mezi dosaženými hodnotami u dětí se sluchovým postižením ve věku 11 až 12 let a dětmi se sluchovým postižením ve věku 13-15 let.

T-test	0,1838
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

7.3. Výzkumná otázka č. 3: Jakých hodnot ve škále KSAT dosahují děti se sluchovým postižením ve vazbě na stupeň sluchového postižení?

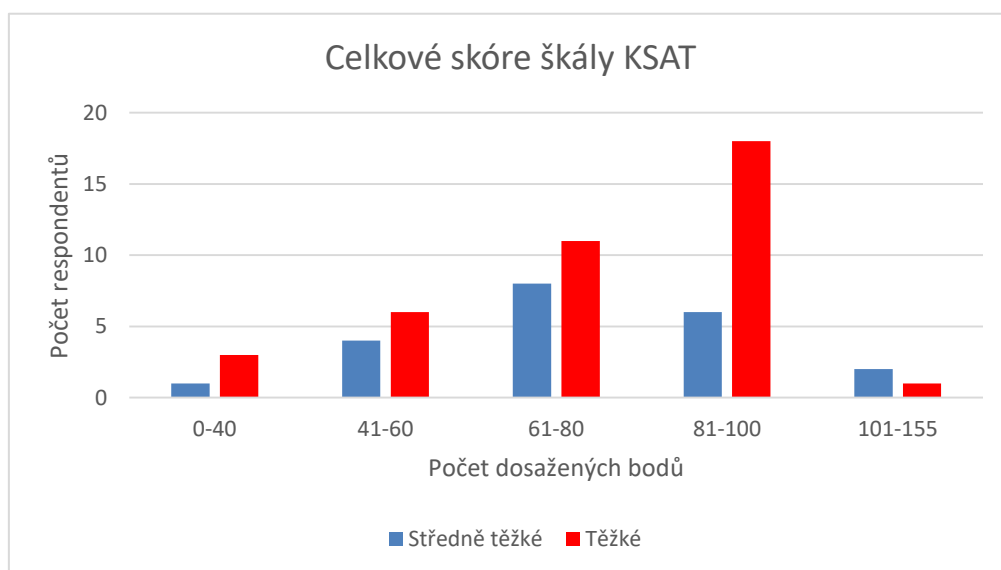
Třetí výzkumná otázka se zabývá možnými rozdíly mezi dětmi se sluchovým postižením ve vztahu ke stupni jejich postižení. Stupeň sluchové vady a četnost viz Tabulka č. 2 výše. Opět se zaměřuji na podotázky v rámci celkového skóre i suboblasti škály KSAT.

Jelikož je lehké postižení ve výzkumném souboru zastoupeno pouze jedním respondentem, nezařazují jeho dosažené hodnoty do výzkumného šetření v rámci této výzkumné otázky a zaměřuji se pouze na sluchové postižení těžké a středně těžké.

Tabulka č. 12: Přehled četností dosažených bodů v rámci celkového skóre škály KSAT u dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení

KSAT-CS		Středně těžké		Těžké	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-40	1	5%	3	8%
	41-60	4	19%	6	15%
	61-80	8	38%	11	28%
	81-100	6	28%	18	46%
	101-155	2	10%	1	3%
	CELKEM	21		39	

Graf č. 9: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci celkového skóre škály KSAT dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení



V rámci celkového skóre z Grafu č. 9 vyplývá, že děti se sluchovým postižením prožívají úzkost a strach obdobným způsobem, a to bez rozdílu stupně jejich sluchového postižení.

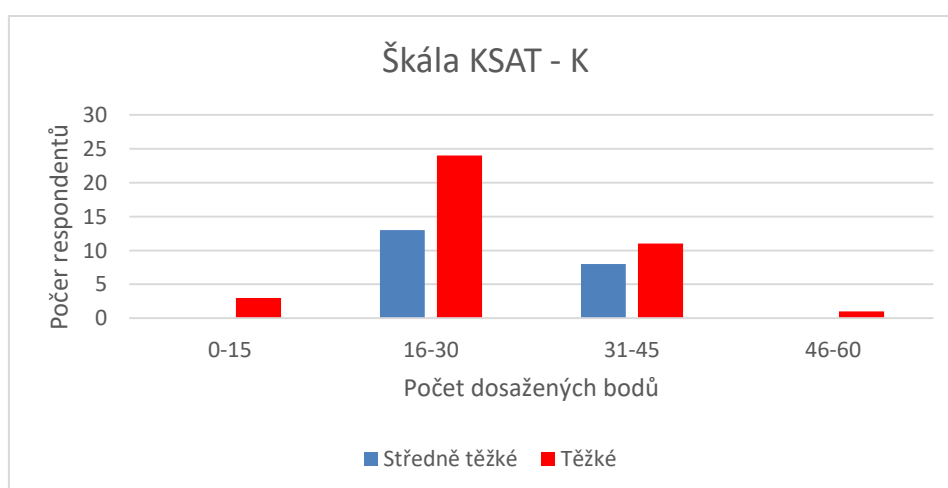
Z výsledku Studentova T-testu vyvstává závěr – mezi dětmi se středně těžkým sluchovým postižením a s těžkým sluchovým postižením v rámci celkového skóre škály KSAT **není významný statistický rozdíl**.

T-test	0,8789
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 13: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT u dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení

KSAT-K		Středně těžké		Těžké	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	0	0%	3	8%
	16-30	13	62%	24	61%
	31-45	8	38%	11	28%
	46-60	0	0%	1	3%
	CELKEM	21		39	

Graf č. 10: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení



Jak vyplývá z Grafu č. 10, děti s těžkým sluchovým postižením inklinují také k maximálnímu a minimálnímu možnému počtu bodů, kdežto děti se středně těžkým sluchovým postižením se spíše pohybují ve středových hodnotách.

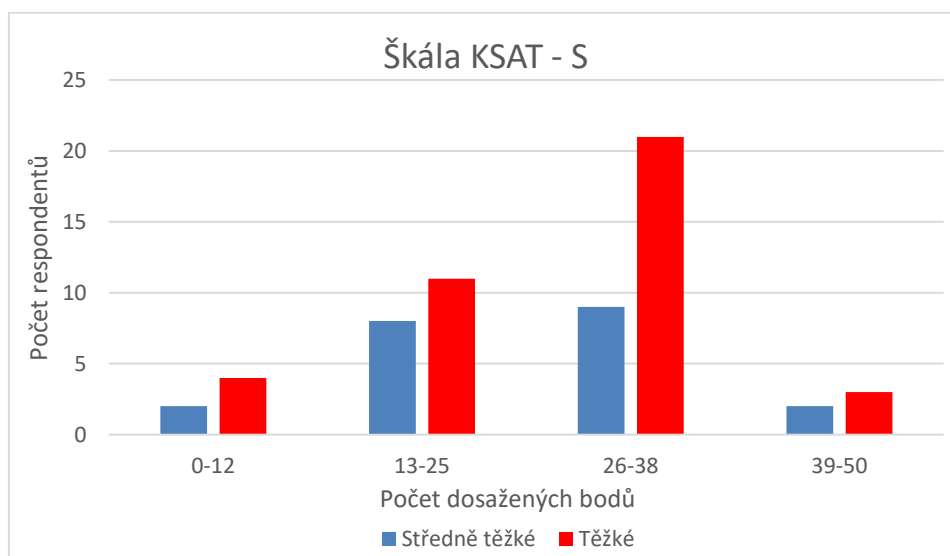
Závěrem ale můžeme říci, že mezi dětmi se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň sluchového postižení je **nesignifikantní statistický rozdíl** v oblasti prožívání klasických strachů.

T-test	0,6492
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 14: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT u dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení

KSAT-S		Středně těžké		Těžké	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-12	2	10%	4	10%
	13-25	8	38%	11	28%
	26-38	9	42%	21	54%
	39-50	2	10%	3	8%
	CELKEM	21		39	

Graf č. 11: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení



V oblasti sociálně-situační úzkosti Graf č. 11 ukazuje minimální rozdíl mezi dětmi se středně těžkým sluchovým postižením a dětmi s těžkým sluchovým postižením.

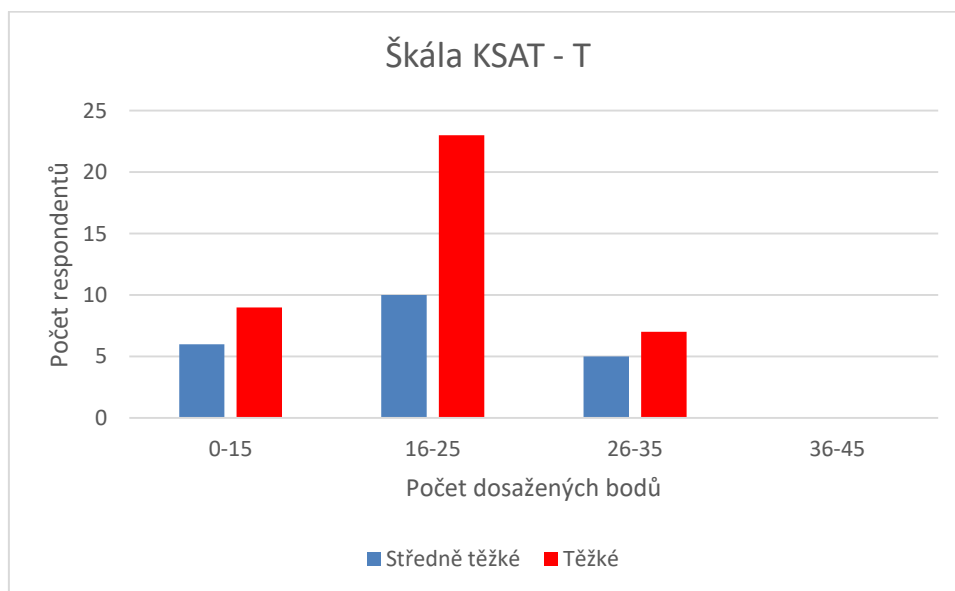
S čímž souhlasí také výsledek Studentova T-testu – **nesignifikantní statistický rozdíl** mezi těmito dvěma skupinami.

T-test	0,4268
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 15: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti trémy škály KSAT u dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení

KSAT-T		Středně těžké		Těžké	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	6	29%	9	23%
	16-25	10	48%	23	59%
	26-35	5	24%	7	18%
	36-45	0	0%	0	0%
	CELKEM	21		39	

Graf č. 12: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti prožívání trémy škály KSAT dětí se sluchovým postižením ve vazbě na jejich stupeň postižení



Jak už bylo výše popsáno, oblast prožívání trémy v rámci škály KSAT je pro děti se sluchovým postižením obecně nejméně nepříjemnými situacemi. Ve vazbě na stupeň sluchového postižení z Grafu č. 12 vyvstává, že mezi prožíváním nepříjemných pocitů trémy u dětí se sluchovým postižením téměř neexistuje rozdíl. Toto tvrzení potvrzuje také Studentův

T-test (viz níže) – mezi skupinou dětí s těžkým sluchovým postižením a skupinou dětí se středně těžkým sluchovým postižením existuje **nesignifikantní statistický rozdíl**.

T-test	0,9933
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

7.4. Výzkumná otázka č. 4: Existuje rozdíl mezi dětmi se sluchovým postižením v rámci škály KSAT a normami?

V návaznosti na vytyčené cíle této diplomové práce se v tuto chvíli zaměřím na případné rozdíly mezi dětmi se sluchovým postižením a normami stanovenými pro škálu KSAT, a to nejprve u celého výzkumného vzorku dětí se sluchovým postižením od 12 do 15 let (věk je stanoven v návaznosti na normu uvedenou v manuálu škály KSAT), později pak pro zajímavost zvlášť ve vazbě na věk a pohlaví. Ve druhé části, tedy při využití proměnných „věk“ a „pohlaví“, jsou normy stanoveny pouze od 13 let věku dětí, proto jsem také využila data od dětí se sluchovým postižením ve věku 13 let a výše.

Tabulka č. 16: Srovnání výzkumného souboru – děti se sluchovým postižením – a normami škály KSAT

Děti ve věku 12-15 let KSAT x NORMA		
	KSAT	NORMA
PRŮMĚR	73,75	76,00
počet (n)	61,00	174,00
směrodatná odchylka	18,89	15,30
rozptyl	350,97	234,09
testovací kritérium (T)		0,8384
kritická hodnota (tp)		1,9950
T < tp	nesignifikantní statistický rozdíl	

Z výsledku Studentova T-testu konstatuji **nesignifikantní statistický rozdíl** mezi skupinou dětí se sluchovým postižením ve věku od 12 do 15 let a normami uvedenými pro škálu KSAT.

Tabulka č. 17: Přehled průměrů u dívek a chlapců se sluchovým postižením a normami stanovenými pro škálu KSAT

PRŮMĚR (AM)	chlapci		dívky	
	KSAT	NORMA	KSAT	NORMA
15let	78,75	62,9	87	83,9
14let	57,125	75,2	81,9	84,5
13let	69,7	70,7	84	79,5

Pro zajímavost uvádím přehled průměrných hodnot – viz tabulka č. 17, z níž vyčteme průměrné hodnoty u jednotlivých věkových kategorií s ohledem na pohlaví dětí. Uvedené hodnoty se ve většině případů příliš neliší, snad jenom u chlapců se sluchovým postižením ve věku 14 let je průměr nižší, než je stanoven v normách.

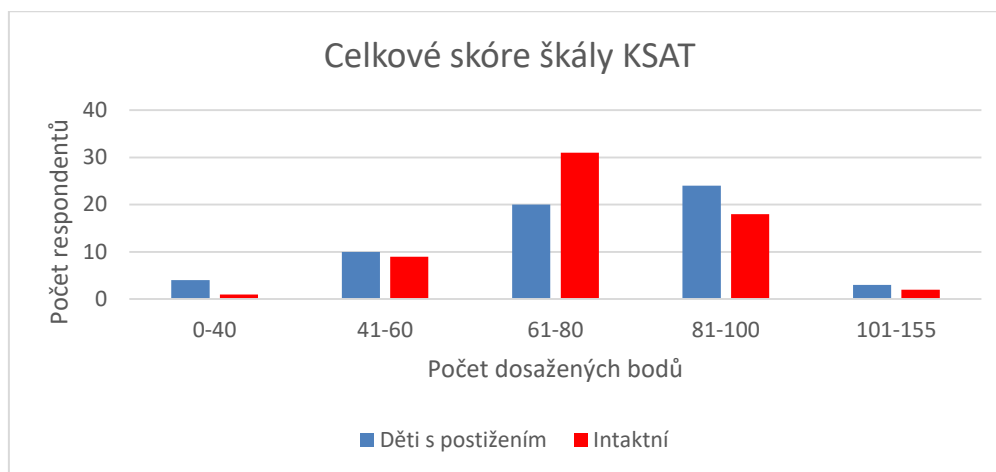
7.5. Výzkumná otázka č. 5: Existuje rozdíl mezi výsledky škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních?

V poslední části prezentace výsledků výzkumného šetření se zabývám možným rozdílem v prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních ve věku od 11 do 15 let. Závěry jsou stanoveny na základě Studentova T-testu a to ve všech oblastech – tedy v rámci celkového skóre škály KSAT i v jednotlivých podoblastech (K, S, T).

Tabulka č. 18: Přehled četností dosažených bodů v rámci celkového skóre škály KSAT u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních

KSAT-CS		Děti s postižením		Intaktní	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-40	4	7%	1	2%
	41-60	10	16%	9	15%
	61-80	20	33%	31	50%
	81-100	24	39%	18	30%
	101-155	3	5%	2	3%
	CELKEM	61		61	

Graf č. 13: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci celkového skóre škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních



Graf č. 13 ukazuje mírné rozdíly mezi prožíváním úzkosti a strachu při porovnání skupiny dětí se sluchovým postižením a skupiny dětí intaktních. U vyšších hodnot, a tedy vyšší míře úzkostnosti, vykazují vyšší počet bodů děti se sluchovým postižením. Děti intaktní se nejvíce pohybují v pásmu průměru (viz výše – 76 bodů).

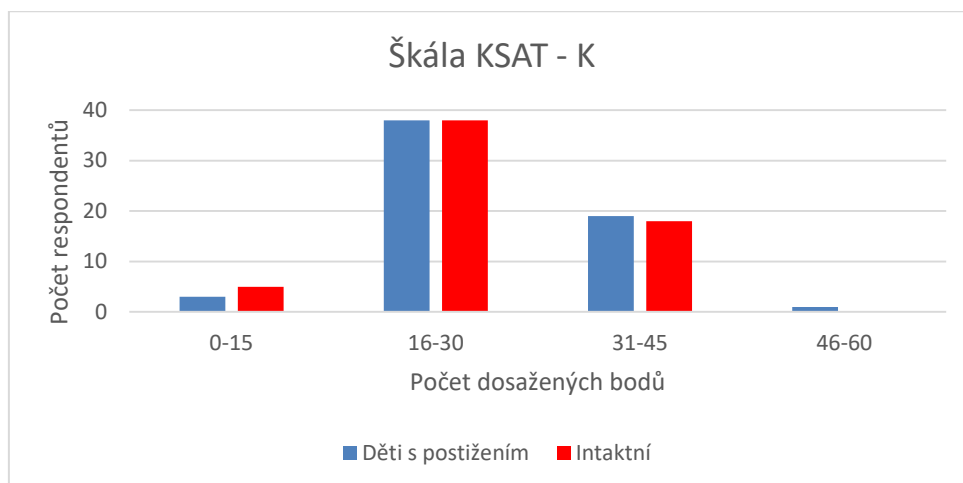
Pro shrnutí stanovuji závěr, že mezi těmito skupinami dětí existuje **nesignifikantní statistický rozdíl** v rámci celkového skóre škály KSAT.

T-test	0,5969
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 19: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních

KSAT-K		Děti s postižením		Intaktní	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	3	5%	5	8%
	16-30	38	62%	38	62%
	31-45	19	31%	18	30%
	46-60	1	2%	0	0%
	CELKEM	61		61	

Graf č. 14: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti klasických strachů škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních



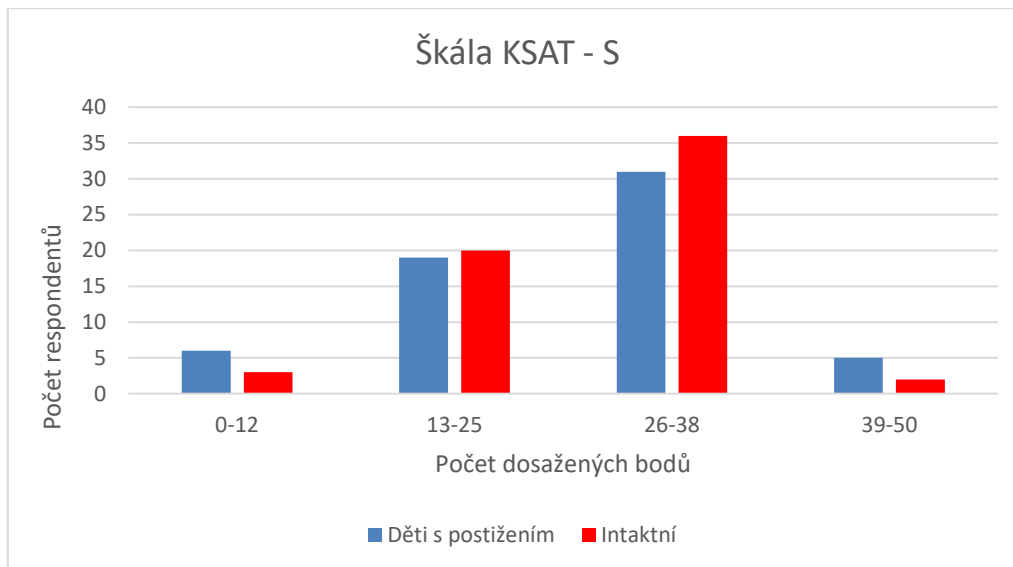
Z grafu č. 14 vyplývají téměř shodné výsledky v rámci suboblasti klasických strachů škály KSAT. Což potvrzuje také Studentův T-test stanovující závěr – **nesignifikantní statistický rozdíl** mezi výsledky v této oblasti u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních.

T-test	0,7165
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 20: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních

KSAT-S		Děti s postižením		Intaktní	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-12	6	10%	3	5%
	13-25	19	31%	20	33%
	26-38	31	51%	36	59%
	39-50	5	8%	2	3%
	CELKEM	61		61	

Graf č. 15: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti sociálně-situační úzkosti škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních



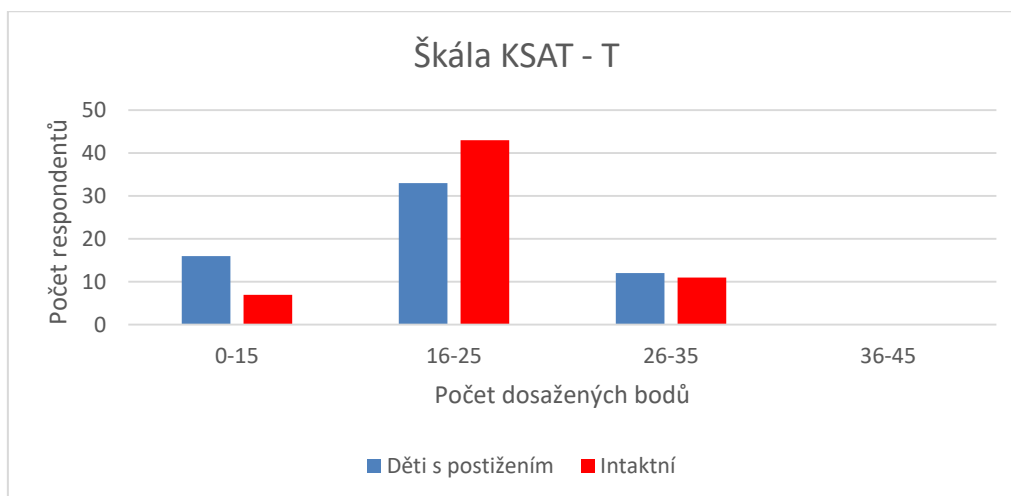
Stejně jako výše, také Graf č. 15 poukazuje na mírné rozdíly mezi dětmi se sluchovým postižením a dětmi intaktními, což je stvrzeno i výsledkem Studentova T-testu – **nesignifikantní statistický rozdíl.**

T-test	0,3158
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

Tabulka č. 21: Přehled četností dosažených bodů v rámci oblasti prožívání trémy škály KSAT u dětí se sluchovým postižením a u dětí intaktních

KSAT-T		Děti s postižením		Intaktní	
		četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
dosažené body	0-15	16	26%	7	11%
	16-25	33	54%	43	71%
	26-35	12	20%	11	18%
	36-45	0	0%	0	0%
	CELKEM	61		61	

Graf č. 16: Přehled počtu dosažených hodnot v rámci oblasti trémy škály KSAT dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních



Z grafu č. 16 vyplývá, že v oblasti trémy se výsledky dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních příliš neliší. Je patrné, že jak pro děti se sluchovým postižením, tak pro děti intaktní, je tato oblast naplněna nejméně nepříjemnými situacemi, jelikož ani jeden respondent z obou skupin se nepřiblížil maximu možných bodů.

Závěr, který je stanoven Studentovým T-testem, zní – **nesignifikantní statistický rozdíl** mezi prožíváním trémy těmito dvěma skupinami dětí.

T-test	0,4753
p > 0,05 - nesignifikantní statistický rozdíl	

8. Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi prožíváním úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením a dětmi intaktními, stejně tak jako to, jaké jsou rozdíly v prožívání těchto emocí u dívek a chlapců se sluchovým postižením. Motivací pro výběr tématu byla má chuť v budoucnosti pracovat s dětmi se sluchovým postižením, což zahrnuje také poznat a pochopit možná specifika prožívání těchto dětí.

Výzkumná data byla sesbírána v Základních školách pro sluchově postižené po celé České republice. Osloveno bylo všech 13 škol pro děti se sluchovým postižením, avšak na elektronické a telefonické žádosti odpovědělo jen 7 škol, z toho v pěti těchto školách se výzkum uskutečnil. Ostatní školy se nechtěly zapojit z důvodu malého počtu žáků. Výzkum byl tedy uskutečněn v Olomouci, Ostravě, Valašském Meziříčí, Českých Budějovicích a Liberci. Všechny uvedené školy mi vyšly velmi ochotně vstříc i z hlediska potřebných údajů o dětech, jako byl věk a stupeň jejich postižení. Ve všech školách byl dotazník zadáván skupinovou formou v prostoru třídy, v jednom případě v relaxační místnosti. Všechny děti spolupracovaly, v jedné škole chlapec neustále rušil ostatní, což mohlo ovlivnit soustředěnost nad zamyšlením se u daných situací, a tedy i výsledek ostatních. V další škole bych chtěla poukázat na fakt, že paní učitelka nahlížela dětem do dotazníku, což se mi moc nelíbilo z hlediska jejich soukromí a taky možných odpovědí ovlivněných „kontrolou“ učitelky. Někteří žáci potřebovali individuální překlad a vysvětlování daných položek. Komunikace při zadávání dotazníku probíhala v českém znakovém jazyce, stejně tak jako překládání jednotlivých položek v dotazníku. V této chvíli mi pomohla má základní dovednost v tomto jazyce komunikovat. Dále byly přítomni také učitelé dané školy, kteří se do překladu také zapojovali. Je důležité si uvědomit, že odpovědi dětí mohly být ovlivněny právě tímto překladem, mohlo dojít k nepochopení situace, které děti nesdělily. Zajímavostí bylo, že na některých školách šlo cítit „rodinné“ klima, kdy se děti vůbec neostýchaly před učiteli vyjádřit své emoce, byly velmi otevřené. Kontrolní skupinou byly děti intaktní ve starším školním věku, data byla sbírána na Základních školách v Uherském Brodě. I v těchto školách byl dotazník zadáván skupinově, děti pracovaly individuálně. Výhodou byla rychlá organizace výzkumu ze strany pánů ředitelů daných škol.

Pro sběr dat jsem využila standardizovanou škálu klasické úzkosti, strachu a trémy neboli škálu KSAT od docenta Kondáše. Myslím, že výhodou tohoto škálového dotazníku, z hlediska mé cílové skupiny, je jazyková jednoduchost popsaných situací. Určitou nevýhodu

vidím v nepřehlednosti jednotlivých položek a záznamovém archu. Děti využívaly pravítek, ukazovátek pro jistotu dodržení řádků. Jelikož se jedná o dotazník, je patřičné se zamyslet nad možným zkreslením odpovědí mírou subjektivity každého respondenta, stejně tak jako nad mírou pravdivosti odpovědí.

Jeden ze závěrů mé diplomové práce, který zní - v prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením neexistuje signifikantní statistický rozdíl v porovnání se skupinou dětí intaktních - je pro mě mírně překvapující a předčil má očekávání. Oproti tomu studie v zahraničí, konkrétně v Číně (výzkum pod záštitou Florida State University), popisuje rozdíl v prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku ve srovnání s dětmi bez sluchového postižení (Lin a Prevatt, 2010). Stejně tak Theunissen, Rieffe a kol. (2012) ve svém výzkumu zaměřeném na rozdílnost v prožívání u dětí s kochleárním implantátem a dětí využívajících sluchadla uvádějí závěr, že u dětí s kochleárním implantátem a u dětí intaktních se výsledky shodovaly, kdežto u dětí se sluchadly bylo zjištěno, že se obávají více než děti intaktní, a to zejména v sociálních situacích.

Signifikantní rozdíl vyplynul při srovnání prožívání úzkosti a strachu mezi dívkami a chlapci se sluchovým postižením, kdy dívky vzešly jako úzkostnější než chlapci ve všech sledovaných oblastech s výjimkou podoblasti v prožívání trémy, kterou děti se sluchovým postižením obecně zvládají velmi dobře. Je otázkou proč tomu tak je, zda je to jakýmsi zvykem „být na očích“ při komunikaci českým znakovým jazykem či rodinným přístupem ve školách pro sluchově postižené a komunitě neslyšících obecně.

Je důležité si uvědomit limity tohoto výzkumného šetření. Jedním z nich je, i přes větší počet respondentů, nemožnost zobecnění jednotlivých závěrů. Stejně tak - jde o průřezovou studii, proto by podnětem pro další výzkum mohlo být delší časové údobí, po které by výzkum probíhal s rozšířenou baterií výzkumných metod.

Přesto ale může tato diplomová práce sloužit jako vodítko pro práci učitelů, speciálních pedagogů, asistentů a poradenských pracovníků s dětmi se sluchovým postižením. Práce s dětmi s postižením obecně je aktuálním tématem probíhající inkluze a je důležité si uvědomit, že jakákoliv „odlišnost“ nemusí nutně znamenat i odlišnost v prožívání různých mezilidských situací.

Závěr

Ve své diplomové práci se zabývám úzkostí a strachem u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku. Konkrétně jsem se zaměřila na možné rozdíly v prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením a dětí intaktních, dále také na případné rozdíly mezi dívkami se sluchovým postižením a chlapci se sluchovým postižením, stejně tak, zda existuje rozdílnost mezi normami a výsledky dětí se sluchovým postižením. Práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se věnovala anatomii sluchového analyzátoru jako takového, jeho možnými vadami, které jsem klasifikovala dle několika hledisek. Byly popsány také diagnostické metody a možnosti kompenzace sluchového postižení se zaměřením na kochleární implantát a sluchadla, a to z důvodu využití těchto kompenzačních pomůcek u respondentů této diplomové práce. Druhá kapitola se věnovala emocím – úzkosti a strachu z hlediska jejich vymezení, popsala možné faktory vzniku úzkosti a strachu se specifikací staršího školního věku (opět z důvodu cílové skupiny této práce). Následně jsem se zaměřila na popisované projevy těchto emocí a na neméně důležitou prevenci před prožíváním těchto subjektivně nepříjemných emocí. V poslední kapitole teoretické části jsem nastínila bouřlivé období staršího školního věku, specifičtěji byla kapitola zaměřena na emoční vývoj v tomto životním období člověka.

V návaznosti na teoretickou část jsem se dále věnovala praktickému výzkumu, který se uskutečnil v pěti Základních školách pro sluchově postižené, konkrétně v Liberci, Českých Budějovicích, Olomouci, Ostravě a Valašském Meziříčí. Data kontrolní skupiny byla pak sesbírána na běžných Základních školách v Uherském Brodě. V praktické části byly stanoveny výzkumné cíle a konkrétní výzkumné otázky, na které jsem zodpověděla v kapitole nazvané „Prezentace výsledků výzkumného šetření“. Před uvedenou kapitolou je poskytnut popis výzkumného souboru, který tvoří 61 dětí se sluchovým postižením a 61 dětí intaktních představující kontrolní skupinu, která je vyrovnána jak věkově tak také ve vazbě na pohlaví. Dále je popsána využitá výzkumná metoda, kterou je škála KSAT – škála klasické sociálně situační anxiety a trémy od docenta Kondáše. Poté přišla řada na prezentování výsledků výzkumného šetření, ze kterých vyvstaly závěry na základě Studentova T testu: v prožívání úzkosti a strachu mezi dětmi se sluchovým postižením a dětmi intaktními není statisticky významný rozdíl. Stejně tak ve vazbě na věk a stupeň sluchového postižení neexistují signifikantní statistické rozdíly v prožívání těchto emocí u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku. Naopak signifikantní statistický rozdíl byl zjištěn při srovnání

prožívání úzkosti a strachu u dívek a chlapců se sluchovým postižením, kdy dívky představují úzkostnější skupinu dětí ve starším školním věku.

Seznam bibliografických citací

1. AGRAS, STEWART. *Panic: Facing fears, phobias and anxiety*. California, Stanford: Stanford Alumni Association, 1985. ISBN 0-916318-14-8.
2. BATSHAW, Mark L., ROIZEN Nany J. and Gaetano R. LOTRECCHIANO a kol. *Children with disabilities*. 2013. ISBN 978-1-59857-194-3.
3. CARBIN, Clifton F., Robert J. BOESE a Roger D. FREEMAN. *Tvé dítě neslyší?: průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Přeložil Jaroslav HRUBÝ, přeložil Jaroslava SELICHAROVÁ. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1992.
4. COBB, Nancy J. *Adolescence: continuity, change, and diversity*. 7th ed. p. cm. Sinauer Associates, Inc., Massachusetts, 2010. ISBN 978-0-87893-338-9.
5. DONOVAN, Caroline L a Susan H SPENCE. Prevention of childhood anxiety disorders: proposals for reconsideration. *Clinical Psychology Review* [online]. Routledge, 2000, 2018-4-17, **20**(4), 509-531 [cit. 2019-04-22]. DOI: 10.1016/S0272-7358(99)00040-9. ISBN 9780429477836. ISSN 02727358. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735899000409>
6. DRYSDALE, Andrew T., Catherine A. HARTLEY, Siobhan S. PATTWELL, et al. Fear and Anxiety from Principle to Practice: Implications for When to Treat Youth With Anxiety Disorders. *Biological Psychiatry*. 2014, **75**(11), e19-e20. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.08.015. ISSN 00063223. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322313007683>
7. NEUMANN, Inga D. a David A. SLATTERY. Oxytocin in General Anxiety and Social Fear: A Translational Approach. *Biological Psychiatry* [online]. 2016, 2016, **2016**(79), 213-221 [cit. 2019-04-10]. ISSN 0006-3223. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322315004783>
8. GRAY, Jeffrey A. *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press, 1982. ISBN 0-19-852109-X.
9. HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha, Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.
10. HONZÁK, Radkin. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: MAXDORF, 1995. ISBN 80-85800-05-5.
11. HONZÁK, Radkin et al. *Úzkostný pacient*. Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2.

12. HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno, 2011. ISBN 978-80-7315-225-3.
13. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
14. HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Nakladatelství TRITON, s.r.o., 2005. ISBN 80-7254-623-6.
15. JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-366-6.
16. JONGSMA, Arthur E., PETERSON, L. Mark, McInnis, William P. and Timothy J. BRUCE. *The child psychotherapy, Treatment Planner*. Fifth edition, WILEY, 2014. ISBN 978-1-118-06785-7.
17. KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál (Spektrum), 2012. ISBN 978-80-262-0160-1.
18. KERN, Hans, MEHL, Christine, NOLZ, Hellfried, PETER, Martin a Regina Wintersperger. *Přehled psychologie*. 5. vydání, Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0871-6.
19. KIML, Josef. *Základy foniatrie*. Praha, 1978.
20. KONDÁŠ, Ondrej. *Škála klasickej sociálnosituáčnej anxiety a trémy*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1973.
21. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3., přeprac. vydání, Portál, s. r. o., Praha, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
22. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
23. LEONHARDT, Annette. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava: Sapiaenta, 2001. ISBN 80-967180-8-8.
24. LI, Huijun a Frances PREVATT. Deaf and Hard of Hearing Children and Adolescents in China: Their Fears and Anxieties. *American Annals of the Deaf* [online]. 2010, **2010**(155), 458-466 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/26235084?seq=1#page_scan_tab_contents
25. MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
26. MIDDLETON, Kate. *První kroky z úzkosti*. Oxford, 2010. ISBN 978-80-7297-111-4.
27. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0688-0.

28. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.
29. NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.
30. NERSESSIAN, Edward. Psychoanalytic theory of anxiety: proposals for reconsideration. *On Freud's "Inhibitions, Symptoms and Anxiety"* [online]. Routledge, 2018, 2018-4-17, , 172-184 [cit. 2019-04-22]. DOI: 10.4324/9780429477836-8. ISBN 9780429477836. Dostupné z: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429902604/chapters/10.4324/9780429477836-8>
31. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2946-6.
32. PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0691-0.
33. POTMĚŠIL, Miloň. *Čtení k surdopedii*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0766-3.
34. POTMĚŠIL, Miloň. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1300-0.
35. PULDA, Miloš a Mojmír LEJSKA. *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-226-4.
36. RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vydání, Olomouc, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
37. ROGGE, Jan-Uwe. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8.
38. RÝGL, Antonín. ... *a dej na sebe pozor!*. MARSYAS, 1995. ISBN 80-901606-5-4.
39. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071788295.
40. SOURALOVÁ, Eva. *Surdopedie I: studijní opora pro kombinované studium: povinný studijní materiál pro obor Speciální pedagogika předškolního věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1007-9.
41. SVOBODA, Mojmír, KREJČÍŘOVÁ, Dana a Marie Vágnerová. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vydání, Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.
42. ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

43. TAXOVÁ, Jiřina. *Pedagogicko psychologické zvláštnosti dospívání*. Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1987.
44. THEUNISSEN, Stephanie C. P. M., Carolien RIEFFE, Maartje KOUWENBERG, Leo De RAEVE, Wim SOEDE, Jeroen J. BRIAIRE a Johan H. M. FRIJNS. Anxiety in children with hearing aids or cochlear implants compared to normally hearing controls. *The Laryngoscope* [online]. 2012, **2012**(122), 654-659 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lary.22502>
45. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 1. vyd., Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
46. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 2.vyd., dopl. a přeprac., Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
47. VYMĚTAL, Jan. *Úzkostné děti a jejich výchova*. Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1979.
48. VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie: úzkost a strach*. Psychoanalytické nakladatelství Praha, 2000. ISBN 80-86123-15-4.
49. VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.
50. WARD, Jeremy P. T. a Roger W. A. LINDEN. *Základy fyziologie*. Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-667-0.
51. WOLF, Doris. *Jak překonat strach, úzkost, paniku, fobie*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0618-9.
52. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění č. 46/2019 Sb.
53. *Grades of hearing impairment* [online]. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/
54. Kochleární implantáty. *Cochlear* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.cochlear.com/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>
55. Kochleární implantáty: Obdržení kochleárního implantátu. *MED-EL* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.medel.com/cz/cochlear-implants>
56. Kritéria výběru: Žádost o kochleární implantát. *MED-EL* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: https://www.medel.com/cz/show2013/index/id/1435/title//#candidacy_ci

57. *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize: V. kapitola Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>
58. Typy sluchadel. *WIDEX* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.widex.cz/cs-cz/hearing-aids/hearing-aid-types>
59. Typy sluchadel a jaké sluchadlo si vybrat?. *AUDIONIKA* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/stranka/typy-sluchadel-a-jake-sluchadlo-si-vybrat>
60. Typy sluchadel. *WIDEX* [online]. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.widex.cz/cs-cz/hearing-aids/hearing-aid-types>

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlasím s tím, že se můj syn/dcera zúčastní krátkého výzkumného šetření prostřednictvím dotazníkové metody. Šetření bude zaměřeno na problematiku emocí v období staršího školního věku. Výsledky tohoto šetření budou využity ke zpracování diplomové práce s názvem *Úzkost a strach u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku* v rámci oboru Speciální pedagogika – poradenství autorkou Bc. Žanetou Jurákovou (Katedra psychologie a patopsychologie, Pedagogická fakulta, UP Olomouc). Šetření bude realizováno anonymně a proběhne v souladu s veškerými etickými principy testování a zpracování dat.

Dne.....

.....

Podpis zákonného zástupce¹

¹ Podpis zákonného zástupce je nezbytný při práci s nezletilými. Uvedený podpis (rodiče/zákonného zástupce) nebude nikde zveřejněn a je určen pouze jako doklad o souhlasu rodiče/zákonného zástupce s šetřením.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Žaneta Juráková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Úzkost a strach u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku
Název v angličtině:	Anxiety and fear in older school age children with hearing impairment
Anotace práce:	Zpracovaná diplomová práce se zabývá problematikou prožívání úzkosti a strachu u dětí se sluchovým postižením ve starším školním věku. Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol, ve kterých vymezuje základní a dílčí pojmy týkající se sluchu a sluchového postižení, úzkosti a strachu, dále období staršího školního věku obecně, konkrétněji pak emoční vývoj v tomto období. V praktické části jsou srovnány výsledky dětí ve škále KSAT pomocí Studentova T-testu a stanoveny závěry. Součástí praktické části je také diskuse, v níž je mimo jiné uveden závěr - mezi dětmi se sluchovým postižením a dětmi intaktními ve starším školním věku neexistuje signifikantní statistický rozdíl v prožívání úzkosti a strachu.
Klíčová slova:	sluch, anatomie ucha, sluchové postižení, diagnostika sluchového postižení, kochleární implantát, úzkost, strach, prevence úzkosti a strachu, faktory vzniku úzkosti a strachu, období staršího školního věku, puberta, emoce, škála KSAT

Anotace v angličtině:	This thesis deals with the problems of experiencing fear and anxiety in older school age children with hearing impairment. The theoretical section is divided into three chapters, in which defines basic and concepts related to hearing and hear impairment, anxiety and fear, then older school age in general, specifically on emotional development. The practical section compares the results of children in KSAT using the Student T-test and sets out conclusions. This part includes also a discussion which gives a conclusion – there is no significant statistical difference in experiencing anxiety and fear between children with hear impairment and children intact in older school age.
Klíčová slova v angličtině:	Hearing, ear anatomy, hearing impairment, diagnostics of hearing impairment, cochlear implant, anxiety, fear, anxiety and fear prevention, factors of anxiety and fear, older school age, adolescence, emotion, KSAT
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Informovaný souhlas
Rozsah práce:	70 s. + přílohy
Jazyk práce:	Český