

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

BAKALÁŘSKÉ / KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vladěna Kuželková

Herní činnost dětí se sluchovým postižením

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslava Kotvová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR / COMBINED
STUDIES**

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Vladěna Kuželková

Gaming activities for children with hearing impairment

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Miroslava Kotvová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce na téma „Herní činnost dětí se sluchovým postižením“ je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 26. 3. 2013

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Miroslavě Kotvové za odborné vedení a cenné metodické rady při zpracování bakalářské práce a všem, kteří mi svými radami a připomínkami pomohli k úspěšnému vypracování bakalářské práce.

ANOTACE

Cílem bakalářské práce je popsat a analyzovat herní činnosti dětí používané v rámci vzdělávacích aktivit u dětí se sluchovým postižením. Teoretická část vymezuje základní terminologii a klasifikaci sluchových vad a poruch. Zabývá se rozdělením podle velikosti sluchové ztráty, místa a doby vzniku sluchového postižení. Další část je zaměřena na vývojové stadium předškolního věku dítěte s důrazem na vývoj dítěte se sluchovým postižením. Následující kapitola popisuje hru dítěte jako základní aktivitu v tomto období. Praktická část navazuje podrobnou kazuistikou, která se opírá o metody rozhovoru a pozorování. Na závěr je provedena analýza a souhrn získaných poznatků.

Klíčové pojmy:

Dítě, hra, předškolní věk, předškolní vzdělávání, sluch, sluchová porucha, sluchové postižení, sluchová vada, speciální vzdělávání.

ABSTRACT

The aim of the bachelor's work is to describe and analyse gaming activities of children which are used within the educational activities of the children with hearing impairment. The theoretical part defines basic terminology and clasification of hearing defects and disorders. It deals with the dividing by the greatness of hearing loss, place and origin time of hearing impairment. The next part is directed the developmental period of the prescholl child accent on the development of the child with hearing impairment. The following part describes the child game as a basic aktivity in this period. The practical part continues in detailed interpretation which is based on the methods of interview and observation. At the end there is axecuted analysis and summary of gained knowledge.

Keywords:

Child, game, preschool age, preschool education, hearing, hearing impairment, hearing disorder, hearing defect, special education.

OBSAH

ÚVOD	8
1. UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ	10
1.1 Klasifikace sluchových vad a poruch	11
1.1.1 Rozdělení podle velikosti sluchové ztráty	11
1.1.2 Rozdělení podle místa vzniku sluchového postižení.....	13
1.1.3 Rozdělení podle doby vzniku sluchového postižení	13
1.2 Etiologie sluchového postižení, vývoj sluchu a důsledky	14
sluchového postižení	14
1.3 Vady a poruchy sluchu u dětí (před fixací řeči).....	16
1.3.1 Vrozené (hereditární) vady sluchu.....	16
1.3.2 Získané (postnatální) sluchové vady dětí před fixací řeči	17
1.4 Vady a poruchy sluchu u dospělých a větších dětí po fixaci řeči	18
1.4.1 Převodní poruchy sluchu u starších dětí a dospělých.....	18
1.4.2 Senzorineurální vady sluchu u dospělých	19
1.5 Sluchová protetika	20
1.5.1 Korekce sluchových vad	20
1.5.2 Sluchadla	20
1.5.3 Kochleární implantát	24
2. VÝVOJOVÉ STADIUM – PŘEDŠKOLNÍ VĚK.....	26
2.1 Vymezení předškolního věku	26
2.2 Psychomotorický vývoj	27
2.3 Vývoj sluchově postiženého dítěte.....	28
3. MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE	31
3.1 Legislativní opatření pro vzdělání	31
3.1.1 Zásady a cíle vzdělávání.....	31
3.1.2 Cíle a obsahy předškolního vzdělávání	32
3.1.3 Zásady a cíle speciálního vzdělávání	32
3.1.4 Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením	33
3.2 Možnosti vzdělávání u sluchově postižených dětí předškolního	33
věku	33
3.2.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání	35

4. HRA JAKO ZPŮSOB VYJÁDŘENÍ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	38
4.1 Definice hry	38
4.2 Význam hry v předškolním věku	38
4.3 Druhy her.....	39
4.4 Znaký her.....	40
5. METODY ŠETŘENÍ.....	42
5.1 Vymezení výzkumných cílů a popis výzkumných technik	42
5.2 Rozhovor	42
5.3 Pozorování.....	44
5.4 Kazuistika.....	45
6. HRA DÍTĚTE SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM V MATEŘSKÉ ŠKOLE	46
6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku	46
6.2 Charakteristika dítěte.....	47
6.3 Interpretace výsledků vyšetření.....	54
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
INTERNETOVÉ ZDROJE	61
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	62
SEZNAM PŘÍLOH	63
PŘÍLOHY	64

ÚVOD

Herní činnost je hlavní náplní života dítěte předškolního věku, proto je také toto vývojové stadium označováno jako zlatý věk hry dítěte. V tomto období si dítě dokáže hrát všude, jakkoli a na cokoli, ať s vrstevníky nebo samo. Hrají si všechny děti, jak zdravé tak handicapované. Jako téma své bakalářské práce jsem si proto zvolila herní činnost dětí. Rozhodla jsem se zaměřit na děti se sluchovým postižením, protože mne toto téma zajímá a v místě, kde pracuji, mám možnost se s touto problematikou setkávat každý den.

Bakalářská práce je rozčleněna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou po studiu odborné literatury zpracovány poznatky, které se vztahují k problematice sluchového postižení. Po krátkém uvedení do této problematiky je přiblížena klasifikace sluchových vad a poruch, etiologie sluchového postižení a sluchová protetika. Tato kapitola se také zabývá rozdělením podle velikosti sluchové ztráty, místa a doby vzniku sluchového postižení. Dále jsou zde popsány vady a poruchy sluchu dle věku a fixace řeči. Druhá kapitola popisuje vývojové stadium předškolního věku, kde je nejdříve obecné vymezení tohoto období vývoje u intaktního jedince a následuje zaměření na vývojová specifika sluchově postiženého dítěte a jeho psychomotorický vývoj. Třetí kapitola se zaměřuje na možnosti vzdělávání sluchově postiženého dítěte, na legislativní opatření pro vzdělávání sluchově postižených, na Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání a také jsou zde zmíněny poradenské služby pro jedince či rodiny s dětmi se sluchovým postižením. Obsahem čtvrté kapitoly je hra jako hlavní činnost dítěte v předškolním věku. Jsou v ní zmíněny některé definice hry, druhy a znaky her, ale také význam, který mají v životě dítěte.

Dále pokračuje praktická část, která plynule navazuje na část teoretickou. Do této části jsou zařazeny poslední dvě kapitoly, které se zabývají hrou dítěte se sluchovým postižením v předškolním věku. Cílem práce bylo zjistit specifika hry u těchto dětí z pedagogického hlediska. Pro dosažení svého cíle jsem použila metodu rozhovoru a pozorování, neboť se jedná o kvalitativní

výzkumné šetření. Součástí této části je rovněž podrobná kazuistika sluchově postiženého dítěte, které bylo spolu s pedagogickým pracovníkem a odborníkem součástí zkoumané skupiny.

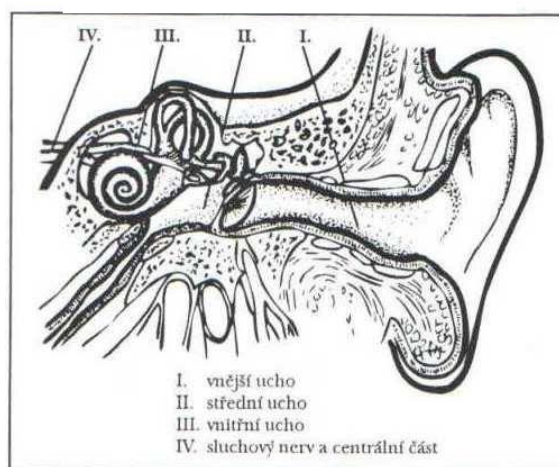
1. UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

Sluch je jedním z nejdůležitějších smyslů pro získávání informací a tím i pro rozvoj myšlení a řeči. Je hlavním kanálem pro příjem informací již od raného věku dítěte a zásadním způsobem se podílí na využívání náhodného učení a procesu sociálního učení. Sluchové ústrojí je zároveň ústrojím rovnováhy a má zásadní vliv na tělesnou polohu a stabilitu těla (Potměšil, 2003).

Sluch jako distanční smysl se vyvíjí již v prenatální fázi, nejcitlivější vůči atakům z okolí, infekcím a chemickým vlivům, je v prvním trimestru (Pipeková a kol., 1998). První propojení sluchu a produkce zvuku lze zaznamenat již mezi 17. a 26. týdnem, kdy dítě slyšící začíná spojovat svůj hlasový projev s možností reakce na něj formou zvuků nebo broukáním a žvatláním (Potměšil, 2003). Sluch je pro život člověka velice důležitým smyslem, neboť se podílí na komunikaci, proto také sluchové postižení představuje nejtěžší bariéru v komunikaci a následně se odráží do celého vývoje osobnosti (Pipeková a kol., 1998).

Sluchový orgán, jak se někdy nazývá ucho komplexně ve všech jeho částech, má hlavní úkol, a to umožnit slyšení vnějších akustických signálů. Sluchový orgán se člení na čtyři různé části: 1. ucho vnější, 2. střední, 3. vnitřní, 4. sluchové dráhy a sluchová kůra (viz obr. 1) (Lejska, 2003).

Obr. 1: Sluchový orgán - ucho



(Zdroj: Lejska M., *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*. Brno: Paido, 2003. s. 15)

1.1 Klasifikace sluchových vad a poruch

Zatímco porucha sluchu je postižení funkce, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se může vrátit po vhodné intervenci k normálním hodnotám, vada sluchu je stavem trvalým bez možnosti úplné nápravy. V případě podezření na přítomnost sluchového postižení je důležitá včasná diagnostika, kterou se odhalí, ve které části sluchové dráhy se porucha sluchu nachází a co je její možnou příčinou. Rovněž je nutné zjistit rozsah sluchového postižení (Houdková, 2005).

Sluchově postižené dítě je stejné jako každé jiné dítě. Je stejně inteligentní a stejně touží poznávat svět. Na první pohled tak žádnou odlišnost nespatříme a přece bude vždy jiné než ostatní. Naším cílem by proto mělo být, aby takovému dítěti, i přes tuto odlišnost, byla dopřána dostatečná péče, aby nebylo horší než ostatní (Hrubý, 1999).

„V úplné tmě a tichu, které mne oddělují od světa, mi ze všeho nejvíce chybí přátelský zvuk lidského hlasu. Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“ (Kellerová in Hrubý, 1999, s. 13).

Sluchové vnímání řadíme mezi důležité složky dorozumivacího procesu. Je vymezeno sluchovým prahem a prahem bolestivosti. Intenzitu zvuku, která se vyjadřuje v decibelech, člověk vnímá jako zvukové vlny v rozmezí od 16 do 20 000 Hz. U člověka je maximální práh intenzity zvuku 120 dB, přičemž větší intenzita způsobuje člověku bolest (Souralová, 2011).

Klasifikace sluchových poruch je v odborné literatuře nejčastěji uvedena podle následujících kritérií:

- *podle velikosti sluchové ztráty,*
- *podle místa vzniku sluchového postižení,*
- *podle doby, kdy k sluchovému postižení došlo.*

1.1.1 Rozdělení podle velikosti sluchové ztráty

Rozdělujeme-li sluchové poruchy podle velikosti sluchové ztráty, setkáváme se s různými hodnotami stupňů. Důvodem takového vymezení bývá účel, pro který jsou kritéria stanovena, tedy jedná-li se o lékařskou či

pedagogickou praxi nebo posuzování pro účely státní sociální podpory (Souralová, 2005).

V surdopedické praxi se pro označení velikosti ztráty sluchu užívají termíny: **nedoslýchavost** (lehká, střední, těžká), **zbytky sluchu**, **hluchota a ohluchlost**.

Nedoslýchavost můžeme definovat jako vrozenou nebo částečnou ztrátu sluchu a může to být jedna z příčin opožděného nebo omezeného vývoje mluvené řeči. Odborníci ji člení dále na nedoslýchavost: těžkou – tato porucha umožňuje slyšení mluvené řeči do vzdálenosti jednoho metru od ucha, střední – umožňuje poslech a rozumění mluvené řeči ve vzdálenosti od jednoho do tří metrů od ucha mluvícího, lehkou – tato porucha nepřináší nápadnější potíže postiženému a umožňuje mu využití sluchu pro běžnou komunikaci. Jisté omezení bývá v případě komunikace v hlučném prostředí nebo při použití tiché nebo šeptané řeči.

Zbytky sluchu je termín, který se používá pro postižení jedince s neúplnou nebo získanou ztrátou sluchu. Ta je často spojována s absencí mluvené řeči nebo retardací ve vývoji mluvené řeči. Při výstavbě mluvené řeči je možné využít zbytku sluchu.

Hluchota je charakterizována jako vrozená nebo v časném věku získaná ztráta sluchu. Velký zásah v pojetí a vnímání hluchoty jako postižení přineslo zavedení kochleárního implantátu a přijetí tzv. bilingválního systému ve výchově a vzdělávání.

Ohluchlost je ztráta sluchu, jež vznikla v době dokončování vývoje řeči nebo zasáhla do již vytvořené mluvené řeči jako komunikačního nástroje. Řeč se při tomto postižení nevytrácí, ale člověk postupně ztrácí formální úroveň a chybí běžné tempo rozšiřování slovní i pojmové zásoby. V tomto případě samotný jazyk zůstává nedotčen, drží se na úrovni před ohluchnutím a jediným limitujícím faktorem bývá mentální kapacita a schopnosti postiženého (Potměšil, 2003).

V roce 1980 stanovila Světová zdravotnická organizace WHO mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch:

lehká sluchová porucha - 26 až 40 dB,

střední sluchová porucha - 41 až 55 dB,

středně těžká sluchová porucha - 56 až 70 dB,

těžká sluchová porucha - 71 až 91 dB,

úplná ztráta sluchu (Souralová, 2005).

1.1.2 Rozdělení podle místa vzniku sluchového postižení

V podstatě rozlišujeme dvě základní skupiny sluchových vad:

1) Periferní nedoslýchavost či hluchota, která se dělí na:

- ***Převodní nedoslýchavost***, což je vada, u které jsou neporušeny sluchové buňky. Nejsou ale stimulovány zvukem, neboť jeho přenosu brání určitá překážka ve středouší (nosní mandle, ucpání zvukovodu, nahromadění ušního mazu). Mezi další příčiny vzniku této vady můžeme zařadit opakované záněty středního ucha, otosklerózu či perforaci bubínku.
- ***Percepční nedoslýchavost***, jež vzniká při poškození vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchového nervu. Může dojít k poruše kvantity, ale i kvality slyšení dokonce až k úplné hluchotě. Těchto poruch se vyskytuje mnohem více než převodních a představují závažnější diagnostický a léčebný problém. V některých případech se obě tyto poruchy mohou různě zkombinovat. Potom hovoříme o nedoslýchavosti smíšené.

2) Centrální nedoslýchavost - vadu, která zahrnuje komplikované defekty způsobené různými procesy. Ty postihují korový a podkorový systém sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku (Horáková, 2012).

1.1.3 Rozdělení podle doby vzniku sluchového postižení

Z hlediska doby vzniku sluchového postižení rozlišujeme sluchové vady na prelingvální a postlingvální. Je-li sluchová vada vrozená nebo získaná před ukončením základního vývoje řeči, kdy nedostatečně fixované řečové

projevy zanikají a řeč se spontánně nevyvíjí, hovoříme o prelingvální sluchové vadě. Dojde-li ke ztrátě sluchových funkcí až po ukončení základního vývoje řeči, jedná se o postlingvální sluchovou vadu, kdy je mluvená řeč dostatečně fixovaná a řečové projevy tak nezanikají. Pro nedostatečnou sluchovou vazbu dochází k určitým artikulačním a prozodickým změnám v projevu dotyčného jedince (Souralová, 2011).

1.2 Etiologie sluchového postižení, vývoj sluchu a důsledky sluchového postižení

„*Etiologie je nauka o příčinách nějakých jevů nebo událostí, zejména chorob, poruch. Snaha vysvětlit určité jevy tím, že se naleznou jiné činitele fungující jako příčiny*“ (Jandourek, 2007, s. 75). V souvislosti s dědičnými poruchami sluchu jsou zmiňovány **syndromové příčiny**, kdy dochází ke kombinaci jedné nebo několika anomálií a charakter jejich vzájemné mutace ovlivňuje závažnost postižení (např. syndromy Usher, Waardenburg, Alport aj.). **Nesyndromové poruchy sluchu** se objevují náhodně (nejčastější jsou nesyndromové poruchy s autosomálně recesivním typem přenosu např. mutace genu pro Connexin 26) a je velmi obtížné je odlišit od postižení nedědičného, které vzniklo na základě působení zevního prostředí. Do skupin autosomálně recesivně dědičných a kongenitálně získaných sluchových vad patří více jak polovina sluchově postižených dětí (Lejska, 2003).

Sluchové vady mohou vzniknout **prenatálně** nebo **perinatálně**. **Prenatálně** jako důsledek exogenních faktorů (infekční onemocnění matky, teratogenní působení některých léků v prvním trimestru gravidity atd.) nebo endogenních faktorů (dominantní i recesivní dědičnost). **Perinatálně** (u rizikových porodů, Rh inkompabilita atd.) a **postnatálně** jako důsledek traumat, onemocnění části sluchového analyzátoru nebo centrálního nervového systému. Ototoxické vlivy některých léčiv a chemických substancí mohou být příčinou některých sluchových vad. Způsobují funkční i organické poruchy tkání vnitřního ucha. K rizikovým lékovým skupinám patří antibiotika (např. streptomycin, kanamycin, gentamycin, chloramfenikol, erytromycin, biseptol), silně účinná diuretika, vyšší dávky analgetik-antipyretik, antiflogistika, některá

antidepresiva (např. amitriptylin, imipramin) a cytostatika, u nichž se projevuje celá řada vedlejších nežádoucích účinků (Souralová, Langer, 2005).

Vývoj sluchu

U fyziologicky probíhajícího prenatálního vývoje je na konci prvního měsíce těhotenství plod přibližně 8 mm veliký. Na hlavičce lze pozorovat výčnělky, z nichž se postupně vyvíjejí oči, uši a nos. Vnitřní ucho se zakládá již počátkem 4. týdne gravidity. Začátkem 6. týdne se začíná vytvářet budoucí hlemýžď. Jeho vývoj bývá ukončen kolem 8. měsíce. Na konci 7. týdne se nad primitivní bubínkovou dutinou přeměňují v chrupavkovité základy tři sluchové kůstky, které postupně osifikují v kladívko, kovádlínku a třmínek. Cortiho orgán dítěte je přibližně od 18. – 20. týdne funkčně způsobilý k vnímání akustických podnětů přicházejících jak z vnitřního prostředí, tak mimoděložního vnějšího prostředí. Dítě je tedy schopno vnímat zvuky již v těle matky. Sluch dítěte se zdokonaluje teprve až po porodu (www.chytrazena.cz). V době těhotenství dítě nejvíce vnímá tlukot srdce matky a dokáže již rozeznat její hlas. Tři měsíce po porodu reaguje dítě na hlas matky s radostí. Od 7. měsíce dítě umí rozeznat, odkud zvuky přicházejí a pomalu rozlišuje jejich význam. Od 9. měsíce dokáže zaznamenat i vzdálenější zvuky, např. z okolních místností a od 12. měsíce dítě chápe mnoho slov, dokáže vydávat určité zvuky, když se soustředí na knížku či hračku (www.siemens.com).

Důsledky sluchového postižení

Sluch je jedním ze dvou smyslů, který je v mezilidské komunikaci nezastupitelný. Sluchový orgán (ucho) zachycuje a zpracovává zvukové podněty neustále, bez přerušení přijímání vjemů (Jedlička, 2003). Sluchové postižení tedy představuje závažnou komunikační bariéru. Nemožnost slyšet zvuky a přijímat akustické informace zapříčiňuje narušení vztahů sluchově postiženého s okolním prostředím. Zároveň omezuje možnost kontaktů takového jedince s ostatními lidmi. Označení sluchově postižení zahrnuje tyto základní kategorie osob: *prelingválně neslyšící, Neslyšící, nedoslýchavé, postlingválně ohluchlé, jedince s kochleárním implantátem*.

Jedinci se sluchovým postižením se během svého života pohybují v biculturním prostředí, v němž může docházet ke střetu kultury slyšících s kulturou neslyšících. Tento střet mnohdy nastává v životních situacích, při kterých neslyšící bývají nepochopeni ze strany slyšící společnosti. Stejně tak může být obtížné pro slyšící orientovat se ve zvycích a kultuře neslyšících.

Mezi nápadné projevy chování lidí se sluchovým postižením řadíme:

- častější vzájemné doteky nahrazující oslovení, zrakovou kontrolu okolí, upřený pohled na ústa mluvícího, vyhýbání se nedostatečně osvětleným místům, výraznou doprovodnou mimiku. Lidé se sluchovým postižením mají mnohem méně možností k profesnímu výběru, proto většinou dosahují nižšího vzdělání než slyšící jedinci (Souralová, 2011).

1.3 Vady a poruchy sluchu u dětí (před fixací řeči)

A) Vrozené (hereditární) vady sluchu

1. geneticky podmíněné
2. kongenitálně získané – prenatalně, perinatálně.

B) Získané vady (postnatální)

1. po infekčních chorobách
2. při degenerativních chorobách
3. po traumatech
4. po léčbě onkologických onemocnění
5. při nachlazení a onemocnění horních cest dýchacích
6. při opakovaných a chronických zánětech ucha.

1.3.1 Vrozené (hereditární) vady sluchu

Vady a poruchy sluchu u dětí před fixací řeči způsobují poruchu vývoje řeči, a tím i komunikačních schopností. Můžeme je rozdělit na vady a poruchy menšího stupně a časově kratšího období (mají za následek opoždování ve vývoji řeči), vady a poruchy těžšího stupně a při dlouhodobém výskytu zpravidla vedou k trvalému defektu vývoje řečové funkce. Čím dříve sluchová vada vznikne, tím nastávají větší problémy v komunikaci.

- 1. Vady sluchu geneticky podmíněné** jsou takové, u kterých lze potvrdit či předpokládat poruchu genetické informace přenášené z generace na generaci. Jedná se o typ vrozené sluchové vady, který je vzácný. Častější jsou sluchové vady děděné autozomálně recesivně (získá-li dítě od obou rodičů znaky poškozené, vzniká porucha). Na možný stav sluchu může mít vliv kolem 30 genů.
- 2. Sluchové vady kongenitálně získané**, mezi které zařazujeme takové, kde budoucí matka v prvním trimestru onemocní infekční chorobou a dítě se rodí s vadou sluchu. U mnoha sluchově postižených dětí vlastní příčinu vady nelze nalézt. Do skupin autozomálně recesivně dědičných a kongenitálně získaných sluchových vad patří více jak polovina sluchově postižených dětí. Šedesát procent dětí sluchově postižených se rodí do rodin zcela zdravých.

1.3.2 Získané (postnatální) sluchové vady dětí před fixací řeči

Vady sluchu, které se objevují až po narození dítěte a jsou označovány jako postnatální. Vzniknou-li v době fixace řeči, tedy mezi 6. až 8. rokem věku dítěte, řeč se přestane vyvíjet a dosud získané řečové stereotypy se rozpadají. Potom je ohrožen vývoj komunikačních schopností. Lepší prognózu mají sluchové vady, které vznikají již u zafixované řeči. Patří sem ty, které neohrožují vývoj komunikačních schopností, vady a poruchy neúplné, částečné či přechodné.

1. Infekční choroby – zvláště virové, jsou hlavní příčinou těžkých získaných sluchových vad u dětí. Řadíme sem: zánět mozkových blan – meningitida, meningoencefalitida (zanechává postižení sluchu různého stupně u 40 % nemocných), příušnice – parotitida (způsobují totální jednostranné hluchoty). Menší význam ve vzniku sluchových vad mají další infekce – chřipka, horečnaté stavy, herpetické infekty, zarděnky, spalničky a spála.
2. Stav sluchu také poškozují onemocnění centrálního nervového systému, jako např. sklerosa multiplex.

3. Traumata patří v dětském věku k nejčastějším příčinám změny zdravotního stavu. Traumata hlavy a uší se přímo podílejí na vzniku trvalých či přechodných sluchových vad a poruch.
4. Přibývá dětských pacientů s onkologickým onemocněním, ozářením a chemoterapií. Moderní agresivní chemoterapie může trvale poškodit sluchové buňky a tím vzniká trvalé postižení sluchu.
5. Nejčastějším typem dětské sluchové poruchy přechodného typu jsou „ucpané“ uši při infektech horních cest dýchacích. I prostá rýma zhoršuje u dětí přechodně sluch.
6. Opakované hnisavé záněty středního ucha mohou poškodit struktury středního ucha přechodně nebo i trvale.

1.4 Vady a poruchy sluchu u dospělých a větších dětí po fixaci řeči

A) Převodní poruchy mají původ v poškození: zvukovodu, bubínku, řetězu kůstek, pouzdra labyrintu, Eustachovy trubice, středoušní dutiny.

B) Senzorineurální vady

1. presbyakuzie (stařecká nedoslýchavost),
2. traumata – akustické + mechanické,
3. dlouhodobé působení hluku,
4. toxiny tělu vlastní a toxiny tělu cizí,
5. ušní nádory,
6. onemocnění vnitřního ucha,
7. onemocnění mozkových nervů, drah a sluchových center.

1.4.1 Převodní poruchy sluchu u starších dětí a dospělých

Převodní poruchy sluchu jsou podmíněny vážnutím přenosu akustické a mechanické energie ve vnějším a středním uchu, a to z nejrůznějších příčin: ucpání zvukovodu mazem, nádorem, cizím tělesem, proděravěním blanky bubínku zánětem nebo traumatem, srůsty nebo roztržením řetězu kůstek, fixací celého středoušního prostoru při chronických zánětech, kostními srůsty

ploténky třmínku při otoskleróze a poruchami provzdušnění středoušní dutiny při afektech v nosohltanu a v oblasti Eustachovy trubice.

1.4.2 Senzorineurální vady sluchu u dospělých

Senzorineurální vady dospělého věku jsou nejčastějšími sluchovými vadami vůbec. Jejich počet narůstá s rostoucím fyzickým věkem, neboť ucho stejně jako každý lidský orgán se vzrůstajícím věkem ztrácí část své funkce. Proto mezi tyto vady patří presbyakuzie (postupné odumírání sluchových buněk). Starý člověk tak slyší hůře. Patologickým se tento stav stává v okamžiku, kdy má vliv na komunikační pohodu jedince.

Dojde-li ke zranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha, může dojít k trvalému poškození sluchové buňky. Příčinami těchto zranění v oblasti mechanické jsou nejčastěji úrazy při dopravních nehodách a silné nekontrolovatelné „třesky“ zvuku v oblasti akustické.

Nejčastější příčinou zvýšeného poškození sluchových buněk vnitřního ucha bývá dlouhodobé působení silné hlukové zátěže. Buňky jsou léta trvale přetěžovány a jejich obnovy sil jsou vyčerpány.

Toxiny, jedy poškozující vlastní tělo, se objevují u celé řady obvyklých chorob (poškozené trávení zvyšuje lipidy a cholesterol, cukrovka vede k poškození cév, nemoci jater zatěžují organismus celou řadou jedů, nemoci ledvin hlavně močovinou, nemoci hormonální, imunitní, krevní, alergie také). Toxiny tělu cizí jsou poškozující látky, které tělo samo netvoří, např. nikotin a léky.

I samo vnitřní ucho může onemocnět. Jsou to záněty (celkové i místní), případně degenerativní onemocnění struktur vnitřního ucha. Nejčastější celkové záněty jsou součástí např. meningitidy, parotitidy, herpes zoster, toxoplasmózy, diftérie a dalších. Ložiskové, lokalizované záněty, obvykle vznikají po otevření vnitřního ucha traumatem nebo po lékařském zákroku – operaci. Mohou se vyskytnout i ušní nádory, které jsou naštěstí velmi vzácné (Lejska, 2003).

1.5 Sluchová protetika

1.5.1 Korekce sluchových vad

Korekcí obecně nazýváme postupy, které se snaží o náhradu poškozené funkce. Nejčastěji se užívá při poruchách zraku a sluchu. U sluchových vad se snažíme korigovat poškozené sluchové buňky, tedy patofyziologickou hodnotu a u vad zrakových korigujeme jen poruchu zakřivení oční čočky, tedy fyzikální hodnotu. Proto je korekce u sluchových vad složitější a korekční postupy komplikovanější než u poruch zrakových.

Korekci vady sluchu lze dělit na:

- korekce komunikační sluchové funkce = sluchadlo,
- korekce dalších akustických funkcí = světelné zvonky, vibrační budíky, sluchátkové zesilovač, psací telefony atd.

1.5.2 Sluchadla

Kompenzaci sluchové vady zajišťují sluchadla, která rozlišujeme na několik typů. Skupinová sluchová aparatura se užívá ve vyučovacím procesu. U individuálních sluchadel máme tyto základní typy: **zvukovodová**, **kapesní a závěsná**. **Zvukovodová** sluchadla jsou vhodná především pro lehčí stupně sluchových vad. **Závěsná a kapesní** sluchadla užívají lidé s těžšími vadami sluchu. **Závěsná** sluchadla se používají častěji než **kapesní** (jsou praktičtější, zejména pro děti). Před přidělením sluchadla je nutné audiologické vyšetření. Sluchadlo přiděluje foniatr nebo otolaryngolog. Typ sluchadla musí odpovídat charakteru sluchové vady. Při středních a těžkých sluchových ztrátách je třeba vyrobit individuální ušní tvarovku, která se přizpůsobuje velikosti a tvaru zvukovodu a vnitřní části boltce. Pro každého sluchově postiženého musí být sluchadlo individuálně seřízeno tak, aby bylo schopno zesílit zvukový signál, ale přitom zesílení nepřekročilo nepřijemnou hranici poslechu. Základem sluchové protetiky je zesílení signálu řeči. Signál se tak dostane do

frekvenčního a intenzitního rozsahu řeči v oblasti, ve které má sluchově postižený zachován sluch (Pipeková a kol., 1998).

Sluchadlo je elektroakustický přístroj, jehož úkolem je zesilovat a modulovat zvuky. Zesílený zvuk je veden do sluchového analyzátoru, do ucha. Zvuk musí být sluchadlem nejenom dostatečně zesílen, ale i speciálně modulován podle typu a charakteru individuální sluchové vady.

Konstrukce sluchadla

A) Vnitřní součásti

1. Přijímací část = miniaturní mikrofon, který převádí akustickou (mechanickou) energii zvuku na elektrický signál.
2. Zesilující prvek = zesilovač. Zesilovače podle velikosti a charakteru zesílení jsou děleny do 4 skupin.
3. Modulační a ovládací část – umožňuje měnit zesílení vstupního signálu, ve vztahu k potřebám nedoslýchavého.
4. Výstupní část = reproduktor (sluchátko), který zpětně zpracovává elektrický zesílený a modulovaný signál na akustickou energii.
5. Zdroj – baterie.

B) Vnější součásti

6. Zařízení pro spojení s vnějším uchem – individuální ušní olivka (vločka) je nedílnou součástí sluchadel (kromě sluchadel přímo vkládaných do ucha).

Dělení sluchadel

Sluchadla dělíme podle několika hledisek:

1. *Dělení podle tvaru sluchadla*
2. *Dělení podle způsobu přenosu akustického signálu*
3. *Dělení podle stupně zesílení*
4. *Dělení podle způsobu zpracování akustického signálu*

1. Dělení podle tvaru – je nejjednodušší a nejstarší. Toto dělení nikterak nehodnotí vlastnosti a akustické možnosti sluchadla, ale jen popisuje vnější tvar:

- a) *Sluchadla kapsičková* (kapesní, krabicová)

Tvarově je to hranol se stěnami v centimetrech. Od sluchadla vedou drátkové kablíky do sluchátek. Sluchadlo obsahuje tužkovou baterii. Nosí se skutečně v kapse. Používá se ve zcela specifických situacích. Nejčastěji se používá ve spojení s kostním vibrátorem u vrozených deformit vnějšího ucha u velmi malých dětí, nebo naopak u velmi starých osob s omezením manuální šikovnosti.

b) *Sluchadla závěsná* (BTE = behind the ear)

Jsou nejpoužívanějším typem, který má tvar půlměsíce či háčku. Zavěsí se za boltec ucha. Zvuk je do zvukovodu veden hadičkou a ušní olivkou. Patří mezi nejsilnější sluchadla. Používají se v případech nedoslýchavosti kromě stavů nevyvinutého či zánětlivě deformovaného zvukovodu.

c) *Sluchadla individuální* (tzv. zákaznická = custom)

Jsou vyráběna přímo podle otisků boltce a vnějšího zvukovodu. Podle hloubky zavedení do zvukovodu rozlišujeme boltcová, která vyplňují dutinku boltce (ITG = in the concha), zvukovodová, která jsou vkládána až do vchodu zvukovodu (ITE = in the ear) a sluchadla kanálová, která jsou vkládána až dovnitř zvukovodu (CIC = Completely in the Canal). Jejich největší výhodou je lepší a kvalitnější přenos řeči.

d) *Sluchadla brýlová*

Jsou sluchadla závěsná vyrobená ve tvaru brýlí.

- 2. Dělení podle způsobu přenosu akustického signálu** – akustický signál se ve výjimečných případech, např. při vrozeném nevyvinu vnějšího zvukovodu, nemůže přivádět do ucha vzdušnou cestou, ale cestou kostního vedení:

a) *Sluchadla pro kostní vedení*

Je valná většina sluchadel kapsičkových, závěsných i individuálních.

b) *Sluchadla pro kostní vedení*

Používají se jen výjimečně u těžkých převodních poruch sluchu. Nejčastěji se připojí na kablík kapsičkového sluchadla místo sluchátka tzv. vibrátor, který zvuk převádí na vibrace.

c) Dělení podle stupně zesílení

d) *Sluchadla pro lehké sluchové vady* – řečové frekvence s prahem 40 – 60 dB. Možno použít sluchadla všech typů – kapsičková, závěsná i individuální.

e) *Sluchadla pro středně těžké sluchové vady* – řečové frekvence s prahem 60 – 75 dB. Možno použít všech typů sluchadel.

f) *Sluchadla pro těžké sluchové vady* – řečové frekvence s prahem 75 – 90 dB. Lépe použít jen závěsná nebo kapsičková sluchadla.

g) *Sluchadla pro velmi těžké sluchové vady* – řečové frekvence s prahem nad 90 dB. Možno použít jen velká sluchadla závěsná či kapsičková. Tato sluchadla jsou běžně označována PP (Push Pull).

3. Dělení podle způsobu zpracování akustického signálu – klasické analogové zpracování spočívá v převedení akustické energie na energii elektrickou. Ta je v zesilovači zesílena a v této zesílené podobě převedena zpět na energii akustickou. Moderní zpracování (od r. 1995) využívá digitálních počítačových technologií, kdy se zvuk převádí na digitální systém 1-0 a ten je pak matematicky modelován.

a) Sluchadla s analogovým zpracováním

Jsou dosud nejobvyklejším typem sluchadel. Jejich výhodou je nejen technické zpracování vycházející z mnohaletých zkušeností a možnost použití velkých a silných součástek, ale také jednoduchý fitting.

b) Sluchadla s digitálním zpracováním

Uvnitř sluchadla není klasický zesilovač, ale mikročip podobně jako v počítači. Všechny modulace zvuku musí být naprogramovány a pak jsou beze zbytku a vždy sluchadlem plněny. Výhodou je daleko čistší výstupní zvuk, tedy lepší srozumitelnost.

1.5.3 Kochleární implantát

Kochleární implantát je elektronické zařízení, které dráždí elektrickým proudem nervová zakončení sluchového nervu v hlemýždi (viz obr. 2). Jeho použití zvažujeme vždy, když jsou poškozeny nebo nevyvinuty vláskové buňky Cortiho aparátu. Při zachované sluchové dráze dokážeme vytvořit mozků vjem, který je podobný normálnímu slyšení. Pro naši představu – je to jako když vidíme rozostřeně. V závislosti na schopnostech mozku, na míře „jazykového a hudebního nadání“ se různě rychle a v odlišné míře vytváří, u původně neslyšících dětí, schopnost porozumění slyšenému slovu. Následujícím stupněm vývoje komunikace je samozřejmě vývoj řeči. Záleží na míře stimulace, způsobu rehabilitace a motivaci implantovaného. Nezanedbatelným faktorem je rodinné prostředí a podpora (Lejska, 2003).

Obr. 2: Kochleární implantát – vnější část



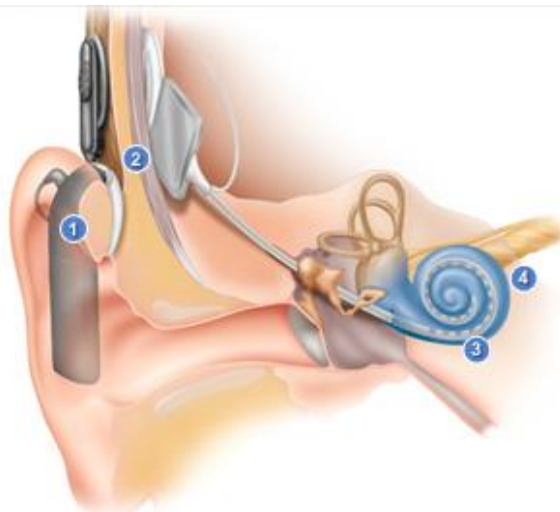
(Zdroj: Kuželková, březen 2013)

Jak Kochleární implantát funguje, popisuje následující diagram (viz obr. 3):

1. *Řečový procesor* (č. 1) zachytí zvuky a předá je cívce (č. 2). Důraz je především na řeč – ostatní zvuky mohou být potlačeny.
2. *Cívka*, která je přichycena na hlavě díky magnetu a "kovové destičce" voperované pod kůží, předá signál svazku elektrod (č. 3).

3. *Svazek elektrod* nese zvukovou informaci, kterou předá "náhradním vláskovým buňkám" (č. 4).
4. *Elektrické signály* z elektrod stimulují sluchový nerv a obcházejí tak příčinu hluchoty - poškozené vláskové buňky.

Obr. 3: Kochleární implantát - funkce



(Zdroj: <http://www.neslysi.cz/index.php/co-je-kochlearni-implantat>)

Následná péče po kochleární implantaci probíhá odlišně u dětí prelingválně ohluchlých a postlingválně ohluchlých. Postlingválně ohluchlé děti začnou většinou opět slyšet a naváží tam, kde skončily. Poslech je trochu jiný, omezený tím, že dítě slyší na jedno ucho. Protože u prelingválně ohluchlých dětí je opožděná aktivace sluchových drah, potřebují tyto děti na rehabilitační péči mnohem více času. Chybí jim základní schopnost k určování zdrojů zvuků, schopnost rozlišit významný zvuk v hluku, schopnost identifikovat různé mluvčí. Dítě se nejdříve učí poslouchat, rozumět slovu, pak ho opakuje a teprve potom ho samo vysloví. Slovní zásoba dítěte je rozvíjena postupně, přirozeně podle jeho zájmu. Chceme-li dosáhnout úspěšné rehabilitace, je velice důležitá spolupráce rodičů a odborníků. Za individuálního přístupu rodičů k dítěti a soustavné práci pod vedením zkušeného logopeda, jsou pokroky především jejich zásluhou (Vymlátlová in Modul, 2011).

2. VÝVOJOVÉ STADIUM – PŘEDŠKOLNÍ VĚK

2.1 Vymezení předškolního věku

Předškolní období trvá od 3 do 6-7 let. Je to období, které bývá označováno obdobím iniciativy, tvořivosti, kdy má dítě potřebu vše zvládnout. I přesto, že se rozvíjí a mění vztah s vrstevníky, přesah rodiny nadále zůstává. Dítě se musí naučit prosadit i spolupracovat s ostatními dětmi. Tuto etapu života je třeba chápat jako přípravnou fázi na život ve společnosti, ve které by dítě mělo přijmout daný fungující a zaběhnutý řád. Konec tohoto období bývá určen fyzickým věkem a sociální změnou, kterou nástup do školy představuje (Vágnerová, 2012).

„Je to jedno z nejzajímavějších vývojových období člověka, čas neutuchající aktivity tělesné i duševní, velkého zájmu o okolní jevy. Doba, která je nazývána obdobím hry, protože právě při hře se aktivita dítěte projevuje především. Celé předškolní období je charakteristické významnými změnami v různých oblastech biologického a psychosociálního vývoje“ (Mertin, 2010, s. 13).

V předškolním věku se rozvíjí především hrubá motorika (plavání, běh, tancování apod.). Děti se učí novým pohybovým dovednostem, jsou obratnější, rychlejší a šikovnější. Proto potřebují v tomto období dostatek prostoru k pohybu. Hlavní náplní je hra. Je považována za nejdůležitější činnost v dětském věku a jejím prostřednictvím se rozvíjejí všechny psychické funkce (fantazie, tvořivost, řečové schopnosti apod.). Vnímání je dosud nepřesné, synkretické (převaha syntézy nad analýzou, důraz na celek). Děti žijí přítomností – tzv. dětský prezentismus. Od 3 do 6 - 7 let se zlepšuje pozornost, zvyšuje se odolnost vůči rušivým podnětům, děti se postupně dokážou lépe a déle koncentrovat a formuje se záměrná paměť. Myšlení předškoláka je intuitivní a magické (víra v pohádkové bytosti, kouzelníka apod.). V poznávání a jeho interpretaci dítě uplatňuje subjektivní pohled a předpokládá, že druzí vnímají a chápou jevy jako ono. Nastává obrovský rozvoj dětské fantazie, která se projevuje nejen v dětských hrách, ale také v komfabulaci (vymýšlení), animismu (oživování) a magickém myšlení. Dětská imaginace se rozvíjí

v pohádkách, které jsou v tomto období velmi oblíbené. Jsou blízké dětské psychice svojí záhadností, magičností, jednoduchostí apod. Řeč je více monologická než dialogická. Dítě si povídá samo pro sebe a samo si odpovídá. To je tzv. egocentrická řeč. Řečový rozvoj je závislý na účinné stimulaci a je podporován i hravými aktivitami. Předškolák je hodně zvědavý a používá dětské otázky typu „Proč?“, „Kde?“, „Jak?“. Zvláštním způsobem dětské řeči je kresba. Období od 4. do 7. roku je nazýváno fází schematického (lineárního) náčrtu, kdy dítě jednoduchým způsobem, pomocí několika čar, zobrazuje předměty. Dotváří se sebepojetí a osobnostní identita. Dítě si uvědomuje sebesamo, má elementární svědomí a také pocity viny. Je si vědomo toho, že něco nemá dělat. Je v tomto věku citlivé jak na pochvalu a uznání rodičů, tak obecně. Jeho city vznikají snadno a rychle a jsou značně labilní. Příznačná je výrazovost, tzn. projev emocí v chování, mimice, pantomimice, ale i řeči dítěte. V tomto věku je dítě značně citově ovlivnitelné, sugestibilní. Předškolní věk je považován vývojovými psychology za senzitivní období pro vytváření základu charakteru a osobnosti. Formuje se charakter a povahové vlastnosti. Kolem 4. roku nastává vývojová emancipace, což je odpoutávání dítěte od matky. Zájem se přesouvá na otce a také vrstevníky (Hříchová a kol., 2000).

2.2 Psychomotorický vývoj

Psychomotorickým vývojem rozumíme vzájemnou vazbu vývoje psychického a tělesného, které na sebe navzájem působí. Vývoj jedince probíhá po celý život, v jednotlivých vývojových etapách, a je u každého zcela jedinečný. Pro jednotlivé fáze vývoje neexistují strnulé normy. Ve zvládnutí určitých dovedností jsou individuální rozdíly a časová rozmezí mohou být i několikaměsíční. Některá období vývoje probíhají pomalu, jiná rychleji. Každý jedinec má své individuální tempo vývoje. Vývoj může svým působením a působením prostředí do jisté míry ovlivňovat. Celkový vývoj je závislý na vývoji jednotlivých částí těla – mozku, nervového systému a dalších systémů.

Řeč a pohyb jsou těsně spojeny. Při mluvení probíhá řada motorických procesů (pohyb mluvidel, dýchacích orgánů apod.). Zdokonalováním pohybových dovedností máme možnost napomáhat rozvíjení řečové aktivity.

S rozvojem řeči se rozvíjí myšlení jedince a dochází tak k psychickému rozvoji. Na rozvoji řeči se podílí několik důležitých faktorů, jsou jimi všechny smysly, hlavně sluch, zrak, hmat, dostatečná aktivita, vyzrálost artikulačního aparátu, vhodné podmínky prostředí, stimulace dítěte (Půstová, 1997).

2.3 Vývoj sluchově postiženého dítěte

Vývoj sluchově postiženého dítěte záleží na době vzniku sluchové vady a stupni ztráty. Sluchově postižené děti nebývají v prvním roce života příliš nápadné. Jejich vada není viditelná a ani jejich projevy nejsou natolik odlišné. U novorozenců je ze smyslových orgánů nejvíce vyvinuto ústrojí polohové a pohybové. Dítě reaguje zejména na náhlé a silné zvuky, kterých se leká. Odpovídá na ně buď pohybem celého těla, nebo pláčem.

V prvních měsících života jsou nejdůležitější zrakové a taktilně-kinestetické podněty, které prelingválně sluchově postiženému dítěti nechybějí. Ani počátek předřečového vývoje není neobvyklý. Neslyšící dítě začíná broukat, protože tato aktivita je reflexního charakteru. Je vrozená a nezávisí na zkušenosti. V případě těžce sluchově postiženého dítěte postupně tyto projevy ustávají, protože dítěti chybí zpětná vazba. Jako diagnostický moment bývá označován 17. – 26. týden, kdy u dítěte nenastupuje období napodobivého žvatlání (Vágnerová, 2004).

Podezření na poruchu sluchu můžeme mít, když:

→ *Novorozenec a kojeneček*

- nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče ...), neprobudí se, když je kolem hluk, nenapodobuje zvuky z okolí, neotáčí hlavu ve směru zvuku, plačící dítě nelze utiшит pouhým hlasem

→ *Dítě v období 6 – 12 měsíců*

- neukáže na známou osobu či věc, dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává, ani ve věku jednoho roku nereaguje

na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme

→ *Dítě v období 12 měsíců až 2 roky*

- neobrací se ve směru hlasu na zavolání, nevěnuje pozornost zvukům z okolí, nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které jej obklopují, nemluví stejně jako ostatní děti, nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost, nedochází u něj k postupnému zlepšování porozumění a rozvoji slovní zásoby.

U zhruba 30% dětí je sluchová vada diagnostikovaná do 2. roku života a do konce čtvrtého roku života je dispenzarizována méně než polovina sluchově handicapovaných dětí.

Nejdříve bývá odhalena těžká nedoslýchavost a hluchota. Menší porucha sluchu se hůře prokazuje. Přitom právě menší poruchy sluchu jsou poměrně úspěšně korigovatelné pomocí kompenzačních pomůcek (Horáková, 2011).

Sluchově postižené dítě se vyvíjí po tělesné stránce podobně jako zdravé dítě, záleží ovšem na stupni a typu postižení. Sluchově postižené dítě postrádá především plnou funkci sluchového vnímání, dostatečně hlasitý sluchový podnět, který dává impulzy k dalšímu rozvoji. Například slyšící kojeneček si posiluje své svaly tím, že se zprvu otáčí za zvukem hračky, později za ním začne lézt a brát si hračku do ruky. Sluchově postižené dítě se proto potřebuje více soustředit na ostatní smysly a dovednosti, které by napomohly jeho psychomotorickému rozvoji. Problémy nastávají v předškolním věku, kdy by mělo dojít k určitému osamostatňování. Sluchově postižené dítě nedokáže kontrolovat blízkost matky jinak než zrakem, a proto na ni může být silněji fixováno (Vágnerová 2004). Sluchově postižené dítě se začne od dítěte slyšícího nápadněji odlišovat v době, kdy se snaží komunikovat (Jedlička, 2003).

Faktory ovlivňující psychomotorický vývoj sluchově postiženého dítěte

Psychomotorický vývoj sluchově postiženého dítěte v oblasti sluchového vnímání se uskutečňuje opožděně. Sluchově postižené dítě si musí nejprve zvykat na kompenzační pomůcku – sluchadlo – naučit se zvuk vnímat a uvědomovat si ho, potom se jej teprve učí rozeznávat a vyhledávat. Zprostředkované podněty v denním životě musí být sluchově postiženým přizpůsobeny. Proto je třeba při psychomotorických cvičení respektovat následující podmínky:

- Při pohybových cvičeních se často mění směr a vzdálenost, ze které na dítě mluvíme. To je třeba respektovat a vždy vhodně přizpůsobit dané situaci.
- V místnosti, ve které s dětmi pracujeme, je třeba udržovat optimální světelné podmínky.
- Při mluvení dbáme na vhodně volený slovník a stavbu vět. Je třeba vybírat slova, která se dobře odezírají, nová slova několikrát zopakovat a v daném cvičení jich neužívat mnoho, aby dítě pochopilo smysl sdělení. Volíme věty jasné, stručnější a kratší.
- Artikulace logopeda má být správná a přiměřená, ne příliš rychlá nebo naopak pomalá (Půstová, 1997).

3. MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE

3.1 Legislativní opatření pro vzdělání

3.1.1 Zásady a cíle vzdělávání

Vzdělávání je založeno na rovném přístupu každého občana České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ke vzdělávání. Měly by být zohledňovány: vzdělávací potřeby jednotlivce, vzájemná úcta, respekt, názorová snášenlivost, solidarita a důstojnost všech účastníků vzdělávání, bezplatné základní a střední vzdělávání státních občanů České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ve školách, svobodného šíření poznatků, zdokonalování procesu vzdělávání na základě výsledků dosažených ve vědě, výzkumu a vývoji a co nejširšího uplatňování účinných moderních pedagogických přístupů a metod, hodnocení výsledků vzdělávání vzhledem k dosahování cílů vzdělávání stanovených tímto zákonem a vzdělávacími programy, možnosti každého vzdělávat se po dobu celého života při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání.

Obecnými cíli vzdělávání jsou rozvoj osobnosti člověka, získání všeobecného vzdělání nebo všeobecného a odborného vzdělání, pochopení a uplatňování zásad demokracie a právního státu, základních lidských práv a svobod spolu s odpovědností a smyslem pro sociální soudržnost, pochopení a uplatňování principu rovnosti žen a mužů ve společnosti, utváření vědomí národní a státní příslušnosti a respektu k etnické, národnostní, kulturní, jazykové a náboženské identitě každého, poznání světových a evropských kulturních hodnot a tradic, získání a uplatňování znalostí o životním prostředí a jeho ochraně vycházející ze zásad trvale udržitelného rozvoje a o bezpečnosti a ochraně zdraví. Vzdělávání poskytované podle tohoto zákona je veřejnou službou (Zákon č. 561/2004, § 1).

3.1.2 Cíle a obsahy předškolního vzdělávání

Organizuje se pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti let. „*Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami*“ (Zákon č. 561/2004, § 33).

Cíl předškolního vzdělávání vyjadřuje představu o žádoucím stupni rozvoje osobnosti dítěte, kterého lze dosáhnout výchovou. Tento cíl je v souladu s představou o cílech výchovy člověka obecně. Pro předškolní výchovné instituce je cíl specifikován ve vzdělávacím programu. Obsah předškolního vzdělávání představuje uspořádaný systém hodnot, ideí a sociálních vzorců chování, přiměřený předškolnímu období, které vycházejí z kulturní tradice a stupně rozvoje znalostí ve společnosti. Různě strukturované varianty obsahu předškolního vzdělávání zachycuje kurikulum. Cíle a obsah předškolního vzdělávání jako součásti systému vzdělávání poskytují dětem významné podněty v oblasti kognitivního, sociálního a emocionálního rozvoje (Opravilová in Průcha, 2009).

3.1.3 Zásady a cíle speciálního vzdělávání

Speciální vzdělávání se poskytuje žákům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáků do režimu speciálního vzdělávání. Speciální vzdělávání se poskytuje i žákům zařazeným do škol zřízených při školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

3.1.4 Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením

1. *Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno*
 - a) *formou individuální integrace,*
 - b) *formou skupinové integrace,*
 - c) *ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen „speciální škola“), nebo*
 - d) *kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).*
2. *Individuální integraci se rozumí vzdělávání žáka*
 - a) *v běžné škole, nebo*
 - b) *v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.*
3. *Skupinovou integraci se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.*
4. *Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy (Vyhláška č. 73/2005 Sb., část druhá, § 2 a 3).*

3.2 Možnosti vzdělávání u sluchově postižených dětí předškolního věku

V České republice zajišťuje péči o jedince se sluchovým postižením soustava škol a školských zařízení. Preprimární stupeň vzdělávání zabezpečují **střediska rané péče, speciálně pedagogická centra a mateřské školy**. Střediska rané péče a speciálně pedagogická centra jsou součástí systému poradenských služeb, poskytují odbornou pomoc jedincům se speciálními potřebami, jejich rodinám a pedagogickým pracovníkům. Nabízejí poradenství především v oblasti alternativních forem vzdělávání prostřednictvím individuální integrace a jejich úkolem je včasná edukační intervence. Před samotným zahájením povinné

školní docházky je možné zařadit dítě se sluchovým postižením do předškolního zařízení (Souralová, 2005).

Poradenské služby

Poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních jsou poskytovány dětem, žákům, studentům (dále jen „žák“), jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Školská poradenská zařízení a školy poskytují bezplatně standardní poradenské služby. Mezi školská poradenská zařízení patří:

- pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené (Vyhláška č. 73/2005),
- středisko rané péče.

Děti se sluchovým postižením se mohou vzdělávat v těchto školských zařízeních:

- mateřská škola běžného typu, mateřská škola pro sluchově postižené, základní škola pro sluchově postižené, střední škola pro sluchově postižené (střední odborné učiliště pro sluchově postižené, odborné učiliště pro sluchově postižené, praktická škola pro sluchově postižené, gymnázium pro sluchově postižené, střední odborná škola pro sluchově postižené).

Mateřské školy pro sluchově postižené fungují při základních školách pro sluchově postižené a kromě obecných cílů a běžných funkcí plní i další specifické úkoly, jakými jsou například pomoc při překonávání komunikační bariéry způsobené sluchovou vadou dítěte. Školu většinou navštěvují děti ve věku od 3 do 6 až 7 let s různým stupněm sluchové vady. Důležité je pracovat s dítětem na základě individuálního přístupu dle jeho možností a schopností. K tomu samozřejmě velkou měrou napomáhá úzká spolupráce školy s rodinou dítěte. Specifické úkoly mateřské školy můžeme vymezit takto: navazování komunikace, tvoření a rozvíjení hlasu, rozvíjení zrakového vnímání zaměřeného na nácvik odezírání, seznámení dítěte s možnostmi hmatového

vnímání, rozvíjení jemné a hrubé motoriky, reedukace či edukace sluchu, rozvíjení řeči od nejranějšího věku a snaha vytvořit u dětí kladný vztah k mluvení, začátky čtení pomocí globální metody, dosažení funkční komunikace s využitím nonverbálních prostředků – mimiky, gestikulace a přirozených posunků, případně znakového jazyka (Horáková, 2012).

3.2.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Hlavní cílovou kategorií RVP PV je rozvíjení dítěte, jeho učení a poznání, osvojení základů hodnot, na nichž je založena naše společnost, a získání osobní samostatnosti a schopnosti projevit se jako osobnost.

Klíčové kompetence

Cíl v podobě výstupů reprezentují klíčové kompetence, které se jako soubory předpokládaných vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot v zásadě shodují s univerzálním utříděním kompetencí: *kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence činnosti a občanské.*

Obsah předškolního vzdělávání tvoří integrovaný, vnitřně propojený celek, v němž je učivo vyjádřeno v podobě praktických nebo intelektových činností či příležitostí a pojem učivo nahrazuje pojmem „vzdělávací nabídka“.

Vzdělávací oblasti

Vzdělávací obsah je uspořádán do pěti vzdělávacích oblastí – biologické, psychologické, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální, které jsou odvozeny z přirozených interakcí, do nichž dítě postupně vstupuje a k nimž si vytváří vztah: *dítě a jeho tělo, dítě a jeho psychika, dítě a ten druhý, dítě a společnost, dítě a svět* (Opravilová in Průcha 2005).

Vzdělávání sluchově postižených

Výchova a vzdělávání sluchově postižených žáků je dnes na mnohem vyšší úrovni než v minulých letech. Děti a mládež se sluchovým postižením se mohou vzdělávat ve speciálních školách pro sluchově postižené nebo mohou

být integrováni do běžného typu škol za podpory odborníků a pomoci asistentů. Dnes existují mateřské, základní a střední školy pro sluchově postižené i odborná učiliště. I některé vysoké školy nabízejí studium některého z oborů pro sluchově postižené. Tvorba školních vzdělávacích programů na základních školách vychází z **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání**.

Základní školy pro sluchově postižené mají oproti běžným školám možnost otevřít přípravnou třídu, kde se formou her a přímé práce s dětmi rozvíjejí a upevňují dovednosti získané v mateřské škole. Školní docházka tedy může být desetiletá. Výhodou škol pro sluchově postižené je také nižší počet žáků ve třídě. Žáci se sluchovým postižením mají nárok na speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání, kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály. Škola má povinnost zařadit předměty speciálněpedagogické péče, jako jsou např. hodiny individuální logopedické péče, znakového jazyka, řečové výchovy či komunikačních dovedností.

Síť **středních škol** pro žáky se sluchovým postižením zahrnuje praktické školy, střední odborná učiliště, střední odborné školy a gymnázia. Speciální střední školy by měly mládeži se specifickými potřebami poskytovat nejen odbornou kvalifikaci umožňující najít odpovídající uplatnění na trhu práce, ale i dostatečně hluboké všeobecné vzdělání, které by jim pomohlo vyrovnávat se s nároky soudobé společnosti a pružně se přizpůsobovat měnícím se požadavkům trhu práce.

V současné době nabízejí školy pro sluchově postižené poměrně širokou škálu možností profesního zaměření. Nejčastěji se jedná o učební obory strojní mechanik, malíř-lakýrník, krejčí, dámská krejčová, truhlář, kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, zámečnick, klempíř, čalouník, prodavač apod.

Nabídka speciálních studijních oborů pro studenty se sluchovým postižením na **vysoké škole** obsahuje dva bakalářské obory s možností navazujícího magisterského studia – Výchovná dramatika neslyšících, kterou lze studovat v komunikaci neslyšících na Filozofické fakultě UK v Praze. Jiné

studijní obory jsou pro zájemce se sluchovým postižením přístupny v integrované formě. Počet studentů se sluchovým postižením na vysokých školách v České republice se stále zvyšuje a pro mnohé z nich je to vlastně první společné vzdělávání s intaktní populací (Horáková, 2012).

4. HRA JAKO ZPŮSOB VYJÁDŘENÍ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

4.1 Definice hry

„Hra je forma činnosti, která se liší od práce i od učení. Člověk se hrou zabývá po celý život, avšak v předškolním věku má specifické postavení – je vůdčím typem činnosti. Hra má řadu aspektů: aspekt poznávací, procvičovací, emocionální, pohybový, motivační, tvořivostní, fantazijní, sociální, rekreační, diagnostický, terapeutický. Zahrnuje činnosti jednotlivce, dvojice, malé skupiny i velké skupiny. Existují hry, k jejichž provozování jsou nutné speciální pomůcky (hračky, herní pomůcky, sportovní náčiní, nástroje, přístroje). Většina her má podobu sociální interakce s explicitně formulovanými pravidly (danými dohodou aktérů nebo společenskými konvencemi). Ve hře se mnoho pozornosti věnuje jejímu průběhu (hry s převahou spolupráce, s převahou soutěžení). Výchozí situace, průběh a výsledky některých her lze formalizovat a rozhodování aktérů exaktně studovat“ (Průcha, 2009, s. 92).

Hra souvisí s rozvojem motoriky, s rozvojem kognitivních struktur, s motivačně-volními vývojovými faktory, s rozvojem a naplňováním sociálních vztahů. Pestrost a spontánnost her, zapojení dítěte v nich a jeho soustředění závisí na mnoha činitelích předchozího vývoje i aktuálního stavu (na emoční atmosféře, na dostatku času a podnětů, na přiměřenosti podnětů, na „hravých kamarádech“). Zároveň však platí, že si dítě může hrát přinejmenším stejně kvalitně a s plným nasazením v lese s kůrou, dřívky a kamínky jako se složitou hračkou. Hra jako spontánní dětská činnost poskytuje dítěti bezprostřední uspokojení, radost, uvolňuje napětí, přináší pocit svobody, dítě může jednat iniciativně, pokusem a omylem si vyzkoušet nové způsoby chování.

4.2 Význam hry v předškolním věku

Pro dítě předškolního věku je hra analogická pozdějšímu učení se či ještě vzdálenější práci. Podle toho, jak si dítě hraje, můžeme předpokládat, že

se tak bude i učit a později pracovat, neboť preference určitých typů her napovídá o zaměření dítěte. Dítě by proto mělo mít možnost hrát si spontánně, aby dobrý pozorovatel zjistil, pro co má předpoklady. Jsou děti, které si vydrží hodiny tiše hrát se stavebnicí, jsou děti, které musí stále mluvit a hrát „rolí“ a jsou děti, které se zase stále někde „honí“ s jinými dětmi. Potom také jsou děti, jež si chtějí hrát stále s jedním z rodičů (Mertin, 2010).

Hra je projevem zdravého vývoje a dítě se do ní skutečně celé vkládá. Naplňuje volný čas dítěte, přináší mu uvolnění, radost, zábavu, napětí i vzrušení. Je to činnost, ke které dítě nikdo nenutí, a přesto je k ní přitahováno magickou silou vlastního zájmu. Hra pomáhá navazovat kontakt s dospělými i s vrstevníky, vede ke spolupráci a soutěžení, modeluje reálně sociální situace, přispívá k utváření rolí, zvnitřňování sociálních norem při podřizování se obecným pravidlům hry, ale zároveň pomáhá regulovat a rozlišovat vlastní city, uvolňovat a vyrovnávat napětí a přetížení, a dokonce ovlivňuje utváření pojetí sebe sama (Dostál a Opravilová, 1985).

4.3 Druhy her

Přibližně kolem 2 let věku dítěte se začíná rozvíjet tzv. **souběžná (paralelní) hra**, kdy si děti hrají podobným způsobem, na stejném místě, ale každé samo. V předškolním věku začíná převažovat **společná (asociativní) hra**, kdy si děti začínají hrát spolu a vzájemně si poskytují ke hře pomůcky a hračky. Tento typ hry se vyvíjí přibližně kolem 2 a půl roku věku dítěte. **Hra kooperativní** je organizována ve vzájemné spolupráci, role a úkoly participujících dětí jsou ve hře rozděleny, takže každé dítě, které se hry účastní, zde má svůj úkol, který plní v rámci společného projektu. Tato forma hry převažuje asi od 4-5 let věku dětí a vede k organizované spolupráci dětí při hře. Dochází při ní k rozdělení úkolů a sociálních rolí, což vede k získávání zkušeností dětí v oblasti sociální komunikace a interakce s vrstevnickou skupinou. Děti se zdravotním postižením mohou být v tomto směru znevýhodněny, protože jim může chybět příležitost a podmínky v prostředí k rozvíjení společných her s vrstevníky. To bývá i jeden z důvodů, proč tyto

děti bývají sociálně méně zkušené v kontaktu se zdravými vrstevníky (Přinosilová, 2007).

Podle Svobodové (2007) můžeme dělit hry různými způsoby např.:

- **podle činnosti** na *hry pohybové* – honičky, překovávání překážek, kolotoče, houpačky, řízené pohybové hry (na kočku a myš, chodí Pešek okolo, ovečky a vlk aj.), *hry námětové* (na rodinu, na obchod, na autobus, na doktora aj.), *konstruktivní* (se stavebnicemi, s pískem, s vodou, materiály aj.), *společenské* (člověče nezlob se, karty, hádanky, řešení labyrintů aj.), *didaktické* – organizované za vzdělávacím účelem (smyslové, tvořivé, fantazijní i kognitivní hry).
- **podle motivace** na *hry založené na principu nápodoby* (mimikry), *na principu závratí* (ilinx), *na principu náhodě* (alea), *na principu soutěže* (má tři motivace – zápolení a škádlení, chuť se posunout a zlepšit svůj výkon, být nejlepší a vyniknout nad ostatními).

4.4 Znaký her

Hra zahrnuje vztah ke skutečnosti, má svůj řád, řeší úkoly reálného života v představovaných podmínkách a s použitím různých předmětů a nástrojů. Možnost sebeuplatnění, kterou hra dává, přináší dítěti radost a uspokojení, jež jsou základním a nejvýznamnějším znakem hry. Hra má svůj vnitřní smysl, jejím prostřednictvím osobnost dítěte vyjadřuje vztah k okolnímu světu, nezávisle, samostatně a s fantazií. Hra je dobrovolnou, spontánní činností dítěte (Dostál a Opravilová, 1985).

Hra je základní aktivitou dětské seberealizace. Volnou hru můžeme chápat jako činnost, při které si dítě samo volí námět, záměr a chce spontánně cosi prozkoumávat, zkoušet, ověřovat, vytvářet. Volí si k tomu podle vlastního uvážení nebo dohody s dětským partnerem hračky, zástupné nebo doplňkové předměty, místo ke hře a jeho úpravu, role a způsob jejich ztvárnění, možnosti a podmínky pro souhru s druhými. Hru dětí bychom měli brát vážně, neboť tato činnost vytváří prostor pro celkový rozvoj dítěte, které se tak přirozeně učí.

Mezi základní znaky hry, které se při této aktivitě projevují, patří:
Spontánnost, zaujetí, radost, tvořivost, fantazie, opakování, přijetí role
(Kořátková, 2005).

5. METODY ŠETŘENÍ

5.1 Vymezení výzkumných cílů a popis výzkumných technik

Hlavním cílem mé práce je prozkoumat, zda se liší hry u dětí se sluchovým postižením a intaktních dětí.

Další cíle:

- zjistit, které hry děti se sluchovým postižením upřednostňují
- zjistit, zda se sluchově postižené děti vyhýbají některým druhům hry

V praktické části své bakalářské práce jsem použila metody – kazuistiku, rozhovory a pozorování.

5.2 Rozhovor

Jak uvádí Průcha (2009) rozhovor je výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem či informantem. Je zaznamenáván na magnetofon či jinak a pak analyzován z hlediska obsahu rozhovoru, chování respondentů aj.

Rozhovor umožňuje bezprostřední interakci s klientem a měli bychom jeho prostřednictvím získat důležité informace pro svou další odbornou činnost. Tato metoda je využívána v oblasti diagnostiky, terapie, poradenství, výzkumu apod. (Přinosilová, 2007).

Rozhovor můžeme rozdělit na:

1. **Neřízený**, při které má respondent možnost výběru tématu, rozhovor není předem programován.
2. **Řízený**, při němž examinátor zaměřeným a organizovaným způsobem získává informace o zkoumané osobě (Svoboda, 2009).

V rámci řízeného rozhovoru zpravidla rozlišujeme následující varianty:

- *standardizovaný rozhovor* – pracuje s předem daným schématem, otázky jsou předem připraveny, nutnost zachovat jejich znění i pořadí,

- *částečně standardizovaný rozhovor* – má předem určený cíl a záměr, který sleduje, kladené otázky směřují do předem stanovených oblastí, jejich pořadí a formulace nemusí být dodržena,
- *volný rozhovor* – má vytyčený cíl, který sleduje, ale způsob jak ho dosáhnout není předem stanoven (Přinosilová, 2007).

Rozhovor má následující fáze, které by se měly dodržovat:

1. ***Úvodní fáze*** – navázání kontaktu – měla by být vytvořena optimální a uvolněná atmosféra pomáhající odstranit nedůvěru
2. ***Jádro rozhovoru*** – nejdůležitější část rozhovoru, při které se snažíme získat co nejvíce využitelných informací, postupujeme od obecnějších problémů ke konkrétním údajům, od běžných a méně osobních údajů postupně přecházíme k intimnějším tématům.
3. ***Závěr rozhovoru*** – uvolňujeme případnou tenzi, respondent by měl být naladěn pro další eventuelní spolupráci, měl by odcházet s vědomím pohody (Svoboda, 2009).

Z hlediska kvality rozhovoru je důležité správně kladení otázek. Je výhodnější klást otevřené otázky, protože v odpovědích má klient více možností se projevit. Otázky by neměly být rovněž sugestivní, není vhodné se v jedné otázce ptát na dvě věci a otázky by také neměly obsahovat dvojí zápor. Při vedení rozhovoru je nutné dodržovat určité zásady – *vymezit si na rozhovor dostatek nerušeného času (15 – 45 minut), zvolit vhodné prostředí, mluvit zřetelně a udržovat klidný přátelský tón hlasu, zapisovat poznámky tak, abychom klienta nerušili* (Přinosilová, 2007).

Úspěšnost rozhovoru je závislá na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah k respondentovi a na vytvoření přátelské a otevřené atmosféry (Chráška, 2007).

5.3 Pozorování

Je nedílnou součástí diagnostického procesu a nejčastěji bývá vymezováno jako záměrné zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznání nejdůležitějších znaků pozorovaného subjektu, popř. i jejich příčin (Přinosilová, 2007). Průcha (2009) uvádí pozorování jako sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, interakce učitel-žáci, průběhu skupinové práce, průběhu konfliktu aj. Předmětem pozorování bývají jiní lidé, objekty, jevy, ale též pozorovatel sám (introspekce). Podle míry záměrnosti a formalizovanosti průběhu pozorování rozlišujeme pozorování standardizované, polostandardizované a nestandardizované (volné). Pozorování můžeme dále třídit na terénní a laboratorní, přímé a zprostředkované technickým zařízením (nahrávání průběhu děje), nezúčastněné (pozorovatel je „cizí“ osoba) a zúčastněné (pozorovatel se stává členem skupiny, spoluvůrcem dění).

Pozorování nám umožňuje zkoumat jedince v různých životních podmínkách a situacích. Prostřednictvím pozorování můžeme zjišťovat na zjevné úrovni schopnosti, osobnostní charakteristiky, sociální a psychické vztahy daného jedince. Pozorování se může týkat buď vlastní osoby, v tom případě hovoříme o introspekci, nebo jiných osob, což je extrospekce. Z časového hlediska se může jednat o **krátkodobé pozorování** nebo **dlouhodobé pozorování**. Pozorování může probíhat těmito způsoby:

- *Volné (orientační) pozorování* – náhodné a bezděčné, vzniká na základě nápadnosti nějakého projevu či jiné charakteristiky daného nebo pozorovaného jedince, není nám známo přesné zaměření pozorování.
- *Zaměřené (systematické, kontrolované) pozorování* – probíhá podle předem stanoveného plánu a schématu, kdy svou pozornost zaměřujeme na pro nás diagnosticky významné jevy a charakteristiky.

Pozorování jako diagnostická metoda by mělo splňovat následující kritéria:

- *Plánovitost* (předem jsou stanoveny cíle, plán a postupy pozorování)

- *Systematičnost* (soustavné, dlouhodobé pozorování s přesně určenými časovými intervaly)
- *Soustředěnost* (pozorování zaměřené na podstatné jevy)
- *Objektivnost* (vymezení kritéria posuzování, nezávislost na osobě pozorovatele)
- *Přesnost* (způsob registrace a záznamu pozorování)
- *Diskrétnost* (důležité zejména u dětí, aby osoba nevěděla, že je objektem naší pozornosti).

Pokud má být pozorování spolehlivé, mělo by být objektivní. Měli bychom se tedy vyhýbat subjektivnímu přístupu a těmto působícím faktorům: *haló efektu, logické chybě, předsudkům, stereotypizaci a analogii, tradici, figuře a pozadí, aktuálnímu psychickému stavu, tendenci k průměru, kontrastu, shovívavosti pozorovatele* (Chráska, 2007).

5.4 Kazuistika

Je studií případu konkrétního jedince s postižením. Dá se využít jako pomocná diagnostická metoda. Tato metoda zpracovává konkrétní případ od doby zjištění postižení až po současnost. Pracuje s výsledky různých odborných vyšetření (lékařské, psychologické, sociální, speciálněpedagogické), využívá i posudky různých institucí (PPP a SPC), školní vysvědčení, soudní spisy atd. Součástí informačních zdrojů o daném jedinci jsou i anamnestické metody, zejména údaje vztahující se k jeho vývoji.

Jedná se o metodu sumarizační, která shromažďuje všechny dostupné informace, ale současně není jen jejich pouhým výčtem, nýbrž se snaží mezi nimi postihnout vzájemné vztahy, nacházet souvislosti a příčiny (Přinosilová, 2007).

6. HRA DÍTĚTE SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM V MATEŘSKÉ ŠKOLE

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pozorování

Pozorování dítěte se sluchovým postižením v předškolním věku probíhalo v Mateřské škole, ve třídě, kde je dívka integrována. Výběr byl záměrný, neboť mateřská škola je místo, které děti předškolního věku navštěvují a kde jsou hry součástí jejich každodenních činností. Pozorování probíhalo v období od října do února, po domluvě s matkou a paní učitelkou. Vzhledem k tomu, že v této třídě také někdy pracuji a děti mě znají, nepůsobila jsem nijak rušivě. Dívku jsem měla možnost sledovat při hře celé dopoledne, výjimečně i při odpoledních hrách. U dívky jsem se zaměřovala na hry pohybové, konstrukční, hraní rolí, hry s pravidly a skupinové. Zkoumala jsem, jestli si dívka hraje jinak než děti slyšící a jestli jsou nějaké hry, kterým dává přednost nebo naopak, kterým se vyhýbá. Usadila jsem se vždy tak, abych na děti i dívku dobře viděla a zapisovala jsem si své poznámky, které jsem ještě týž den vyhodnotila.

Rozhovor

Rozhovor se zúčastněnými – matka, pedagog, a odborník na danou problematiku – probíhal individuálně podle jejich časových možností. Nejdříve jsem oslovila matku dívky a poprosila ji o krátkou neformální schůzku, kde jsem ji stručně informovala o tématu mé bakalářské práce. Dále jsem ji požádala o poskytnutí odborné dokumentace z vyšetření a o souhlas s pozorováním její dcery v MŠ. Matka byla velice ochotná, se vším souhlasila. Před samotným rozhovorem s matkou jsem si ještě upřesnila údaje z rodinné a osobní anamnézy dívky. Rozhovor probíhal v prostředí třídy MŠ, kde pracuji jako učitelka speciální třídy. Po krátkém přivítání jsem matku seznámila s tématy rozhovoru a přistoupila jsem k připraveným otázkám. Otázky byly kladeny postupně dle předem daného harmonogramu. Matka odpovídala

ochotně, otázkám rozuměla. Odpovídala pomalu a zřetelně, příležitostné pauzy jsem využila k zapsání získaných informací. Celý rozhovor probíhal v příjemné atmosféře a trval necelých 20 minut. S matkou jsem se rozloučila.

Rozhovory s pedagožkou (viz příloha A) a odbornicí (viz příloha B) ze střediska TAMTAM probíhaly opět v MŠ. Atmosféra byla příjemná, obě dámy ochotně odpovídaly na mnou kladené otázky. Při rozhovoru s odbornicí jsem získala přesnější náhled na problematiku sluchového postižení. Každý z rozhovorů trval zhruba 30 minut.

6.2 Charakteristika dítěte

Dívka, 4 roky, 4 měsíce

Percepční nedoslýchavost, oboustranná ztráta sluchu, provedena kochleární implantace

Rodinná anamnéza

Matka (1983), vzdělání vyučena. Bez zdravotních obtíží, bez rodinné zátěže.

Otec (1980), vzdělání středoškolské. Pravostranná hluchota.

Matka pochází ze dvou sourozenců (bratr a sestra), narozená jako první. Její porod neprovázely žádné komplikace, stejně tak i následný psychomotorický vývoj.

Otec je z několika sourozenců. Svým rodičům se narodil v pozdějším věku. Otec se narodil svojí matce přirozenou cestou. Psychomotorický vývoj probíhal zpočátku normálně až do věku 4 let, kdy při pravidelné kontrole pediatr zjistil, že vývoj sluchu není v pořádku, proto poslal rodiče i se synem na podrobné vyšetření sluchu. Byla prokázána pravostranná hluchota, levé ucho v normě. Naslouchadla otec nikdy nepoužíval. Aktuálně otci vyhovuje slyšení na levé ucho. O naslouchadle neuvažuje ani nyní. U sestry otce prokázána DMO.

Genetické vyšetření při těhotenství nebylo provedeno, těhotenství rizikové po předchozích samovolných potratech. Po prokázání vady sluchu u dcery byli

rodiče doporučení na genetické vyšetření, které proběhlo v únoru 2011 – prokázána mutace genu pro Connexin 26.

Osobní anamnéza

Těhotenství třetí, bylo označeno za rizikové – předchozí dva samovolné potraty. Během těhotenství nebyly žádné obtíže. Porod proběhl ve 36. týdnu. Porodní hmotnost dítěte byla 3170 g, porodní délka 48 cm. U dítěte se po narození vyskytla novorozenecká žloutenka (až po propuštění, v domácím prostředí). Dítě je aktuálně v péči foniatra, logopeda, speciálního pedagoga, SPC pro děti s vadami sluchu.

V kojeneckém věku nebyly zjištěny žádné závažné patologie. Dítě bylo plně kojeno do 8 měsíců, kyčle se vyvíjeli normálně, byl užíván vitamín K a vitamín D. V 8 měsících sedělo, ve 13 měsících chodilo. Vývoj řeči probíhal normálně (dle slov matky) až do července 2010, kdy prodělala silnou rýmu, bylo provedeno vyšetření na ORL – dívka nespolupracovala, proto odesláni na Foniatrii, kde byla v říjnu 2010 vyšetřena a dostala naslouchátka. Vážněji nestonala, očkování probíhalo bez větších reakcí. Neprodělala žádnou operaci ani neutrpěla žádný úraz. Nevyskytla se u ní žádná alergická reakce.

Ve 2 letech a 3 měsících byla zahájena logopedická péče v PPP Domažlice. Dívka si hraje s hračkami, reaguje na zvuky a vibrace, ale pouze omezeně.

Logopedem doporučeno kontaktovat středisko TAMTAM pro konzultaci kochleární implantace. Používá vokály A, U, dokáže vyslovit slabiky MA a BE, ale nedokáže je používat. Doma znakují, vokalizovat nechce. Zvládá používat dvacet znaků, snaží se odezírat.

V dubnu 2011 kontaktovali rodiče středisko TAMTAM, kam začali pravidelně dojíždět. Byly domluveny návštěvy i v domácím prostředí – PhDr. I. Jungwirthová. Dívka začíná lépe spolupracovat, používá 40 znaků, odezírá velké množství slov – rozvíjí se porozumění řeči. Hlásky ani slova nepoužívá, pouze ojediněle vykřikuje, ale hlas neovládá. Během letních prázdnin 2011 byli zařazeni do seznamu čekatelů na kochleární implantát. V září proběhla vyšetření před kochleární implantací ve Fakultní nemocnici v Motole.

Komunikuje pomocí gestikulace a mimiky, rozumí a aktivně používá 90 znaků, brouká, žvatlá, vokalizuje. Produkce řeči se zatím nerozvíjí, ale snaha komunikovat je velká. Z logopedického hlediska byla dívka shledána jako vhodný kandidát pro kochleární implantát.

V říjnu 2011 nastoupila dívka do běžné MŠ v místě bydliště spolu s pedagogickým asistentem. Adaptace probíhala bez obtíží, do dětského kolektivu se zařadila pohotově.

Kochleární implantace byla provedena v dubnu 2012, pobyt v nemocnici probíhal s matkou (týden). Kochleární implantát voperován do pravého ucha (viz obr. 4), levé ucho bez naslouchátka. Po dobu dvou měsíců trvalo dívce, než si zvykla na zvuky, které přijímala při zapnutí kochleárního implantátu. Při prvním a dalším opakovaném zapnutí plakala a odmítala jeho používání. Rozvíjí se schopnost odezírání i zásoba znaků (150 znaků).

Obr. 4: Použití kochleárního implantátu



(Zdroj: Kuželková, březen 2013)

Vyšetření dívky

Nemocnice v Motole - před implantací

V péči nemocnice v Motole je dívka od července 2011, kdy byla poprvé vyšetřena – diagnóza percepční nedoslýchavost, přítomnost zevní zvukové sluchové pomůcky (naslouchadla) (viz příloha D).

Logopedické vyšetření v září 2011 – vrozená oboustranná hluchota, odezírá, vhodný kandidát pro kochleární implantaci.

Psychologické vyšetření v lednu 2012 – intelektové schopnosti mají nadprůměrnou hodnotu, má dobré předpoklady pro rozvoj mluvené řeči.

Foniatrické vyšetření v lednu 2012 – proveden audiogram, percepční vada sluchu oboustranně, zbytky sluchu, práh na frekvenci 0,5 – 4 kHz.

Nemocnice v Motole – po implantaci

Logopedické vyšetření v listopadu 2012 – komunikace vedena orálně, zatím převažuje znakový jazyk. Aktivně používá 150 znaků, ale již rozumí jednoduchým denním pokynům, začíná se rozvíjet produkce řeči. Užívá 30 slov včetně citoslovcí. Má tendenci napodobovat a opakovat nová slova. Snaha a zájem o komunikaci je velký.

Foniatrické vyšetření v listopadu 2012 – postup rehabilitace se jeví jako prospěšný a příznivý, stav sluchu je trvalý. Vyžaduje každodenní péči rodiny.

ORL, Foniatrie, Sluchová protetika s.r.o.

Březen 2011 – kontrola sluchadel, provedeno genetické vyšetření.

Červen 2011 – provedeny otisky na nová ušní sluchadla, provedeno audiometrické vyšetření.

Srpen 2011 – audiogram – zbytky sluchu, vada korigována sluchadly, prokázána genetická mutace.

Leden 2013 – slovní audiometrie provedena, předpokládá se 100% srozumitelnost při intenzitě 60 dB, ještě nezná pojmy. Rozšířený pasivní i aktivní slovník, slova spojuje do dvou až tří slovných vět.

Průběh docházky do MŠ

Dívka nastoupila do „malé třídy“ v MŠ roce 2011. V průběhu docházky do této třídy používala sluchadla. Docházka byla pravidelná, dívka chodila do MŠ na dopoledne. Po implantaci zůstala měsíc doma a potom nastoupila zpět do školky, ale již na celý den. Od té doby je její docházka stejná. Matka ji ráno přiveze do školky a odpoledne ji vyzvedává. Někdy ji vyzvedává babička, která v MŠ pracuje jako kuchařka. Aktuálně dochází do třídy pro předškoláky, kam byla v září přeřazena po domluvě s rodiči, aby se podpořil rozvoj řeči. Adaptace na novou třídu probíhala bez obtíží, neboť s dívkou do této třídy přecházely i jiné děti, které dívka znala. Také paní asistentka, která s ní pracovala už v malé třídě. Musela si zvykat na nový režim stejně jako ostatní děti. V lednu 2013 nastoupila k dívce nová paní asistentka, na kterou si dívka i děti ve třídě rychle zvykly. Dívka teď dělá veliké pokroky.

Pedagogická diagnostika

Jemná motorika je na odpovídající úrovni. Dívka drží tužku mezi palcem a prsty. Navléká korále na trn, na šňůru. Uchopí drobné předměty palcem a ukazováčkem. Střídá pravou a levou ruku. Skládá jednoduchá puzzle. Ráda maluje, vybarvuje.

Poznávací schopnosti odpovídají věku. Dívka přiřadí základní barvy (znak, slovo po odezírání). Páruje stejné obrázky. Vsune tvar do otvoru. Všechny úkoly plní se zaujetím, je velmi vnímavá, potřebuje neustálou stimulaci pro svůj rozvoj.

Ukáže známé pojmenované obrázky – snaží se používat zvuk i znak (odezírání slova). Splní jednoduchý slovní pokyn při odezírání.

Analýza logopedické intervence

Logopedická péče u dívky byla zahájena ve městě, kde rodina bydlela. Dívce byly 2 roky. Osobní kontakt byl navazován postupně bez předchozí adaptace na prostředí, ve kterém se pohybovala. Na první schůzku přišla s dívkou pouze matka. Dívka měla naslouchátka, reagovala jen na silné zvuky, na slova reagovala pouze při možnosti odezírání. Komunikovala znakováním. Při prvním kontaktu byly použity hračky a knihy, o které jevila zájem. Dívka byla shledána velmi vnímavou. Měla snahu komunikovat s okolím.

Dívka je v péči foniatra, speciálního pedagoga a ORL. Naslouchátka nosí na obou uších.

Logopedická péče začala probíhat jednou týdně za doprovodu matky. Matka byla instruována i pro práci doma.

Před kochleární implantací se logopedická péče zaměřila na používání a rozvíjení zásoby znaků a postupný rozvoj odezírání a vokalizace.

Řeč

K vývoji mluvené řeči dochází až nyní, doposud dívka používala pouze gesta, mimiku a znaky. Při hře bylo patrné broukání. Aktuálně zvládá dívka pojmenovat barvy, zvířata (dokáže napodobit i zvuky), rodinné příslušníky, děti v MŠ, předměty denní potřeby. V současné době dokáže již tvořit jednoduché věty, které často používá, umí poprosit, poděkovat i bez použití znaků.

Před implantací u dívky v rozvoji řeči nedocházelo, vnímala pouze vysoké a hlasité tóny. Po implantaci si dívka 2 měsíce zvykala na zapnutí implantátu a jeho používání. Zpočátku nevydržela mít implantát zapnutý – bolest. Vyhovující program našli odborníci po dvou měsících, kdy si dívka bez problémů nechala implantát zapnutý a snažila se vnímat zvuky z okolí.

Porozumění řeči

K rozvoji řeči docházelo již před implantací, neboť dívka odezírala ze rtů a odpovídala činy nebo znaky, gesty a mimikou. Při logopedické péči spolupracuje výborně.

Motorika mluvidel

Hrubá i jemná motorika u dívky odpovídá jejímu věku. Oromotorika je aktuálně oslabená. Dívka dokáže plazit jazyk, ale nedokáže již vědomě jazyk zvednout k nosu, stejně tak i v puse na horní patro. Při cvičení jazyka je patrné kmitání do stran, které nedokáže ovládnout.

Aktuální stav

Dívka dokáže používat již asi 60 slov, ale je nutné ji k mluvenému projevu vybízet. Samostatně se stále vyjadřuje znaky, gesty a mimikou. Vyvozeny jsou již všechny vokály a hlásky P, B, M, T, D, N, Č, Š, Ť, Ď, Ň. Na logopedickou terapii dochází dívka s matkou pravidelně 1x týdně, spolupracují i nadále s TAMTAMem a SPC Plzeň. Chodí do běžné MŠ, kde je ve třídě pedagogický asistent, který s dívkou individuálně pracuje každý den. Socializace probíhá bez obtíží.

Prognóza

Rehabilitace po implantaci začala tím, že si dívka postupně zvykala na zapnutý implantát, který jí umožňoval vnímat zvuky. Postupně se učila poznávat přítomnost či nepřítomnost zvuků v okolí, učila se na tyto zvuky reagovat a určovat odkud přichází. Aktuálně se dívka učí rozlišovat zvuky: krátké, dlouhé, vysoké, hluboké, tiché, hlasité (což zatím nedokáže). Cílem logopedické terapie je naučit dívku využívat kochleární implantát v maximální možné míře tak, aby se naučila komunikovat mluveným jazykem. Logopedická rehabilitace probíhá formou hry, stále je nutné dívku motivovat pro používání vlastního hlasu (nejen doma, ale i v MŠ). V současné době dochází k pokrokům ve vnímání zvuků a následném opakování. Vyvozování hlásek zatím není prioritou logopedické terapie. Aktivní i pasivní slovník si dívka rozšířila a nadále v tom

pokračuje. Při individuální péči, aktivní spolupráci rodiny i dívky samotné bude rozvoj řeči na vzestupu, jako je tomu již dnes.

6.3 Interpretace výsledků vyšetření

Na základě rozhovoru s odborníci na tuto problematiku (viz příloha B) je specifické u hry sluchově postižených dětí, že tyto děti nemluví. Důvodem může být nižší verbální úroveň a tím i snížená potřeba verbální interakce. Určit, které hry děti se sluchovým postižením upřednostňují, je velice obtížné, neboť záleží na osobnosti dítěte. Nelze tedy určit, jakým hrám dávají tyto děti přednost, stejně tak nelze jednoznačně říci, co činí těmto dětem potíže během hravé činnosti. Vyhýbat se mohou hrám typu: tichá pošta, slepá bába a příliš hlučné aktivitě, např. tanec s hudbou a tleskáním dohromady. U některých dětí nastává problém při relaxaci spojené s hudbou, když mají zavřít oči. Při hře by měla být pozornost zaměřena na verbální a neverbální komunikaci sluchově postiženého dítěte s ostatními dětmi. Děti s SP se dokážou dříve a lépe koncentrovat než děti slyšící. Zajímavé je, že zatímco hra dětí se SP a dětí intaktních probíhá zcela běžně, bez jakékoli specifikace, když si hrají mezi sebou pouze sluchově postižené děti, užívají méně verbální i neverbální komunikaci. Vzhledem k typu sluchové vady se hra neliší, záleží ale na velikosti sluchové vady, řečové úrovni dítěte, na kompenzaci a verbálním opoždění. Později se u dětí se sluchovým postižením mohou objevit námětové hry a příčinou bývá komunikační bariéra. Ve třídě, kterou navštěvují děti se sluchovým postižením, se dodržují stejná bezpečnostní pravidla jako v běžné MŠ, pouze při pobytu mimo budovu (zahrada, návštěva bazénu, divadla) by mělo takové dítě dostat instrukce dříve. Při klidové činnosti je vhodnější dát přednost čtené pohádce.

Během posledních dvou měsíců nastalo u dívky velké zlepšení v řeči a komunikaci. Od ledna se po domluvě odborníků s dívkou méně znakuje, aby se více rozvíjela řeč. Dívka začíná odpovídat, mezi děti se již bez problémů zapojí. Před několika měsíci dívka stála a ostatní děti jen pozorovala, hrála si spíše sama, byla zde patrná komunikační bariéra. Později začala dívka děti napodobovat, např. když šly ostatní dívky malovat ke stolečku, šla také. Nyní

se dívka k dětem přidává a hraje si spolu s nimi. Sama ještě hru s ostatními dětmi neinicuje. U dívky nejsou pozorovány žádné specifické znaky při hře. Ta probíhá stejně jako u ostatních dětí ve třídě. Dívka tíhne spíše k holčičím hrám a již několik týdnů má oblíbené námětové hry – v kadeřnictví, kuchyňce, na domácnost. Dívka je nepořádná, paní učitelka (viz příloha A) ji musí upozorňovat, aby po sobě uklízela hračky. Pozornost jí věnuje stejnou jako ostatním dětem. Problémem při hře dívky se slyšícími dětmi je verbální komunikace, která se postupně zlepšuje, protože se dívka více snaží používat slova, která umí. Z vývojového hlediska nebyl zaznamenán žádný rozdíl, dívka se zpočátku vyhýbala pohybovým hrám. Nebylo to ale kvůli sluchovému postižení, ale spíše z její pohodlnosti, loudala se s jídlem i převlékáním. Dívka si hraje s běžnými hračkami jako ostatní děti. Hra dětí se sluchovým postižením se nijak neliší od hry dětí slyšících. Speciální pomůcky při hře dětí se sluchovým postižením nejsou využívány. Dívka si hraje se stejnými hračkami jako ostatní děti. Není nutné dodržovat speciální bezpečnostní pravidla, dívce pouze někdy vadí hluk ve třídě. Při řízené hře s pravidly dívka někdy pravidlům nerozumí ani po několikatém opakování hry. Vypozorovala jsem, že dívka nyní působí veseleji a činnosti si více užívá. Pohybově dozrála, je zdatnější. Někdy se po třídě jen tak proběhne, proskočí, někdy se ráda projede na odrážedle. Přestup do předškolní třídy se jí jako velice pozitivní a dívce prospěl.

Pohybové hry

Pohybové hry se u dívky se sluchovým postižením v předškolním věku objevovaly pouze ojediněle. Ve třídě, kterou dívka navštěvuje, probíhá jednou týdně tzv. „velké cvičení“. Dívka se ze začátku příliš nezapojovala, spíše děti pozorovala, někdy se držela stranou nebo si sedla na lavičku. Po několika týdnech se dívka přestala stranit a přidala se k ostatním dětem. Začala cvičit společně s nimi. Snaží se a domnívám se, že jí pohyb dělá radost.

Konstrukční hry

Konstrukční hry mají děti se sluchovým postižením velmi rády. Celkově je baví s něčím manipulovat. Dívku baví skládat a přiřazovat obrázky, je hodně

vnímavá, pracuje se zaujetím a v posledních týdnech se rychle rozvíjí. Doma si ráda hraje s legem (viz příloha C).

Hraní rolí (Námětové hry)

Námětové hry si dívka oblíbila. Ráda si hraje na kadeřnický salon, na domácnost a v kuchyňce. Vydrží si hrát sama nebo se přidá k ostatním dětem. Vypořadala jsem, že rozdělení rolí při těchto hrách většinou navrhuji děti, dívka zatím v tomto směru iniciativu nevyvíjí.

Hry s pravidly

Hry s pravidly jsou poměrně časté, ale u dětí se sluchovým postižením v předškolním věku se objevují pouze v rámci hry řízené pedagogem. Pokud učitelka chce dětem vysvětlit nějakou hru, která má pravidla, musí jí dříve vysvětlit podrobněji a ujistit se, že jí dívka rozumí. Podle paní učitelky některé z těchto her činí dříve problémy. I když se hra po několikáté opakuje, dívka pravidlům nerozumí.

Skupinové hry

Skupinové hry se vyskytují u dětí v rámci hry řízené i volné. Ze začátku měla dívka tendence děti spíše pozorovat a napodobovat, teď se k nim přidá a hraje si společně s nimi. S konflikty si zpočátku také neuměla poradit, řešila je tím, že na děti „pištěla“ nebo došla za dospělým a žalovala. Ráda děti organizuje a komanduje.

ZÁVĚR

Tato práce je věnována analýze herních činností dětí předškolního věku se sluchovým postižením. Hra je velice důležitou aktivitou v předškolním věku dítěte a zcela naplňuje tuto životní etapu. Hrají si všechny děti bez rozdílu a dokážou si hrát téměř všude. Hra má proto nezastupitelný význam v životě předškolního dítěte, ať už slyšícího, neslyšícího nebo jinak znevýhodněného. Je to spontánní činnost, která dítěti přináší radost, uvolnění, vzrušení a naplňuje jeho volný čas. Při této aktivitě se rozvíjejí všechny důležité oblasti ve vývoji dítěte (motorika, kognitivní procesy, motivačně-volní vlastnosti a naplňují se sociální vztahy).

Při hře dítěte se sluchovým postižením se objevila jen malá specifika, dalo by se říci, že hra dětí se sluchovým postižením je ve své podstatě stejná jako hra dětí slyšících. Nezáleží ani na typu sluchového postižení, ale spíše na velikosti sluchové vady, řečové úrovni dítěte a kompenzační pomůcce. Odlišnosti nastávají v komunikaci. Děti slyšící si u her povídají, kdežto děti neslyšící mezi sebou při hrách nekomunikují. Pokud si hraje neslyšící dítě se slyšícím a jeho řečové schopnosti jsou na určité úrovni, snaží se verbálně komunikovat.

Děti se sluchovým postižením se dokážou dříve a lépe koncentrovat a zrakové vnímání mají lépe vyvinuto než slyšící děti. Kvůli komunikační bariéře se u neslyšících dětí mohou objevovat námětové hry později než u dětí intaktních. U některých neslyšících mohou tyto hry patřit mezi oblíbené. Stejně tak pro jiné mohou být problémem hry pohybové a řízené. Relaxace při hudbě, pokud by se trvalo na zavřených očích, nemusí být pro neslyšícího vůbec příjemná. Při pobytu venku, návštěvě bazénu či divadelního představení by mělo neslyšící dítě dostat instrukce dříve. Pokud tyto děti upřednostňují určitý typ hry, nesouvisí to se sluchovým postižením, ale jedná se o individuální záležitost. Neslyšící děti se mohou záměrně vyhýbat snad hrám typu: tichá pošta, slepá bába a pohybové aktivity spojené s hudbou a ještě s tleskáním.

Hlavní cíl mé práce se podařilo splnit jen částečně, neboť výrazné odlišnosti mezi hrou dětí neslyšících a slyšících se nepodařilo určit. Pokud se nějaké rozdíly podařilo prokázat, jednalo se spíše o rozdíly menšího

charakteru, které závisely na osobnosti daného dítěte. Důvodem by mohlo být úzké zaměření tématu. Do budoucna by proto bylo vhodné toto téma prozkoumat ze širšího pohledu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DOSTÁL M. A., OPRAVILOVÁ E.** – *Úvod do předškolní pedagogiky*, 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n.p., 1988. 264 s.
- HORÁKOVÁ R.** – *Sluchové postižení: úvod do surdopdie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HORÁKOVÁ R.** – *Specifika vývoje a včasná pedagogická intervence u dětí se sluchovým postižením in Sborník přednášek a statí specializovaného vzdělávání logopedů ve školství Modul 3 Poruchy sluchu*. Asociace logopedů ve školství, o. s. Měcholupy 2011, s. 200.
- HOUDKOVÁ Z.** – *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*, 1. vyd. Praha: TRITON 2005. 112 s. ISBN 80-7254-623-6.
- HRUBÝ J.** – *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 1. díl*, 2. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, SEPTIMA, 1999. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.
- HRUBÝ J.** – *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 2. díl*, 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, SEPTIMA, 1998. 328 s. ISBN 80-7216-075-3.
- HŘÍCHOVÁ M., NOVOTNÁ L., MIŇHOVÁ J.** – *Vývojová psychologie pro učitele*, Plzeň: ZČU Pedagogická fakulta, 2000. 82 s. ISBN 80-7082-626-6.
- CHRÁSKA M.** – *Metody pedagogického výzkumu*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANDOUREK J.** *Sociologický slovník*, 2.vyd. Praha:Portál s.r.o., 2007. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0
- KLUGEROVÁ J. a kolektiv** – *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*, 3. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 48 s. ISBN 978-80-7452-004-4.
- KOŤÁTKOVÁ S.** – *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 184 s. ISBN 80-247-0852-3.
- LEJSKA M.** – *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*, 147. publikace Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- MERTIN V., GILLERNOVÁ I.** – *Psychologie pro učitelky mateřské školy*, 2.

- vyd., Praha: Portál s.r.o., 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-627-8.
- PIPEKOVÁ J. a kol.** – *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, 81. publikace Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- POTMĚŠIL M.** – *Čtení k surdopedii*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
- PRŮCHA J.** – *Pedagogická encyklopedie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 936 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
- PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J.** – *Pedagogický slovník*, 6. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PŘINOSILOVÁ D.** – *Diagnostika ve speciální pedagogice*, 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
- PŮSTOVÁ Z.** – *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*, 1. vyd. Praha:SEPTIMA, 1997.30 s. ISBN 80-7216-022-2.
- SOURALOVÁ E.** – *Problematika sluchového postižení z pohledu speciálního pedagoga, přiblížení problematiky logopedům in Sborník přednášek a statí specializovaného vzdělávání logopedů ve školství Modul 3 Poruchy sluchu*. Asociace logopedů ve školství, o. s. Měcholupy 2011, s. 200.
- SOURALOVÁ E., LANGER J.** – *Surdopedie - studijní obora pro kombinované studium*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2005. 45 s. ISBN 80-244-1084-2.
- SVOBODA M., KREJČÍŘOVÁ D., VÁGNEROVÁ M.** – *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, 2. vyd. Praha:Portál,2009.792 s.ISBN 978-80-7367-566-0.
- SVOBODOVÁ E.** – *Obsah a formy předškolního vzdělávání*, České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007. 74 s. ISBN 978-80-7040-940-4.
- VÁGNEROVÁ M.** – *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*, 2. Vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁGNEROVÁ M.** – *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VYMLÁTILOVÁ E.** – *Neslyšící děti a kochleární implantace s pohledu klinického psychologa in Sborník přednášek a statí specializovaného vzdělávání logopedů ve školství Modul 3 Poruchy sluchu*. Asociace logopedů ve školství, o. s. Měcholupy 2011, s. 200).

INTERNETOVÉ ZDROJE

CENTRUM KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ U DĚTÍ. *Kochleární implantát.* [Online]. [Cit 2008-2-28]. Dostupné na WWW: <<http://www.ckid.cz/kochimp.asp>>.

FEDERACE RODIČŮ A PŘÁTEL SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH, O. S. *Ediční činnost FRSPS.* [Online]. [Cit 2013-01-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.frpsp.cz/edicni-cinnost-frpsp>>.

CHYTRÁ ŽENA. *Vývoj sluchu u dětí.* [Online]. [Cit 2013-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.chytrazena.cz/vyvoj-sluchu-u-deti-18685.html>>.

MŠMT 2005/73 Sb. *Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.* [Online]. [Cit. 2013-02-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.atre.cz/zakony/page0283.htm>>.

MŠMT Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [Online]. [Cit. 2012-12-20]. Dostupné na WWW:

<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/Uplne_zneni_SZ_317_08.pdf>.

NESLYŠÍCÍ.CZ. *Jak funguje kochleární implantát.* [Online]. [Cit 2013-03-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.neslysici.cz/index.php/co-je-kochlearni-implantat>>.

SDRUŽENÍ UŽIVATELŮ KOCHLEÁRNÍHO INPLANTÁTU. *Kochleární implantát.* [Online]. [Cit 2013-01-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.suki.cz/index.php?body=implantat.php>>.

SIEMENS. *Vývoj sluchu.* [Online]. [Cit 2013-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://w1.hearing.siemens.com/cz/09-children-hearing-loss/01-hearing/02-hearing-development/hearing-development.jsp>>.

STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAMTAM. *O nás.* [Online]. [Cit 2013-02-26]. Dostupné na WWW: <http://www.tamtam-praha.cz/o_nas_kdo-jsme>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Sluchový orgán – ucho.....	10
Obr. 2 Kochleární implantát – vnější část.....	24
Obr. 3 Kochleární implantát – funkce.....	25
Obr. 4 Použití kochleárního implantátu.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovor	I
Příloha B – Rozhovor	II
Příloha C – Rozhovor	III
Příloha D – Zpráva z vyšetření....	IV

PŘÍLOHY

Příloha A

Jméno a příjmení	
Zařízení	
Vzdělání	
Kvalifikace	
Délka praxe	

Typ rozhovoru A (pedagogičtí pracovníci + asistent)

1. Má hra u dětí se sluchovým postižením specifické znaky?
2. Které druhy her upřednostňují děti se sluchovým postižením v předškolním věku?
3. Kterým hrám se děti se sluchovým postižením v předškolním věku vyhýbají?
4. Čemu věnujete pozornost při hře s dítětem se sluchovým postižením?
5. Co činí dítěti se sluchovým postižením v předškolním věku největší potíže během hry?
6. Můžeme si všimnout rozdílu hry z vývojového hlediska? Zda u dětí se sluchovým postižením dochází k některým etapám později nebo naopak dříve?
7. Jak vypadá hra dětí se sluchovým postižením a intaktních dětí?
8. Které typy hraček byste nedoporučovali při hře dětí se sluchovým postižením v předškolním věku? Na mysli mám pomůcky?
9. Je důležité dodržovat nějaká bezpečnostní pravidla, která se nemusejí objevovat při hře dětí z intaktní společnosti?
10. Máte nějakou zkušenost s hrou dětí se sluchovým postižením v předškolním věku, která nezazněla v rozhovoru? Pokud ano, jmenujte prosím.

Příloha B

Jméno a příjmení	
Zařízení	
Vzdělání	
Kvalifikace	
Délka praxe	

Typ rozhovoru B (odborníci na tuto problematiku)

1. Má hra u dětí se sluchovým postižením specifické znaky?
2. Které druhy her upřednostňují děti se sluchovým postižením v předškolním věku?
3. Kterým hram se děti se sluchovým postižením v předškolním věku vyhýbají?
4. Čemu věnujete pozornost při hře s dítětem se sluchovým postižením?
5. Co činí dítěti se sluchovým postižením v předškolním věku největší potíže během hry?
6. Můžeme si všimnout rozdílu hry z vývojového hlediska? Zda u dětí se sluchovým postižením dochází k některým etapám později nebo naopak dříve?
7. Jak vypadá hra dětí se sluchovým postižením a intaktních dětí?
8. Je něco charakteristické, když si hrají děti se sluchovým postižením společně?
9. Liší se hra dítěte se sluchově postižením vzhledem k jejich typu a stupni sluchové vady?
10. Je důležité dodržovat nějaká bezpečnostní pravidla, která se nemusejí objevovat při hře dětí z intaktní společnosti?
11. Máte nějakou zkušenost s hrou dětí se sluchovým postižením v předškolním věku, která nezazněla v rozhovoru? Pokud ano, jmenujte prosím.

Příloha C

Typ rozhovoru C (rodina)

1. Má hra u dětí se sluchově postižením specifické znaky?
2. Které hry má Vaše dítě nejraději?
3. Co Vašemu dítěti vadí při hře s vrstevníky?
4. Jak vypadá hra Vašeho dítěte s ostatními kamarády bez sluchového postižení?
5. Jak vypadá hra Vašeho dítěte, když si hraje samo?
6. Jak vypadá hra Vašeho dítěte, když si hraje s Vámi?
7. Jakým způsobem spolu komunikujete při hře?
8. Je důležité dodržovat nějaká pravidla, která se nemusí objevovat při hře dětí bez sluchového postižení?
9. Využíváte některé pomůcky pro sluchově postižené doma?

Příloha D - Zpráva z vyšetření



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
Klinika ORL dětské UK 2.LF a FN MOTOL
Přednosta: Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka
Detašované pracoviště
Foniatrické oddělení a rehabilitační centrum kochleárních implantací u dětí
U Mrázovky 15, 150 00 Praha 5, tel. 251013811

Foniatrie

Foniatrické vyšetření

Dg: Vrozená oboustranná hluchota geneticky podmíněná (mutace v genu pro Connexin 26)
Stp. kochleární implantací v 4/2012

Subj. bez obtíží, chodí do běžné MŠ s asistentem, logopedii má u Mgr. Látkové v místě bydliště a zde u Mgr. Jedličkové

Implantát – vnější části nosí celodenně, bez technických obtíží

Komunikace - vedena k orální komunikaci, výrazně si pomáhá odezíráním, zatím ještě hodně znakují,

Řeč - rozumí pouze běžným pokynům, sama použije asi 30 slov, včetně citoslovců, pro laika zatím hůře srozumitelná

Obj. ORL nález – boltce a okolí bez patologie, zvukovody volné, bubínky šedé, konturované, nitro nosní volné, hrdlo klidné, bez známek akutního zánětu.

Sluch s implantátem bez odezírání - 6m

Audiologické vyšetření s kochleárním implantátem:

Zisková křivka ve frekvencích 500-1000-2000-4000 Hz : 40-40-30 dB
tj. v průměru : 36,66 dB

Slovní audiometrie - zatím není schopná vyšetření

Audiologické vyšetření bez kochleárního implantátu:

Audiogram: vpravo i vlevo bez odezvy

Ztráty dle Fowlera: vlevo 100%, vpravo 100%, celkem 100%

Závěr:

Uživatelka kochleárního implantátu v počátcích rehabilitace. Postup rehabilitace se jeví jako příznivý. I přes voperovaný implantát trvá z posudkového hlediska oboustranná hluchota, stav sluchu je trvalý. Sluchová vada dítěte vyžaduje soustavnou každodenní rehabilitační péči rodiny. Tato individuálně poskytovaná péče svým rozsahem a náročností značně převyšuje péči o zdravé dítě stejného věku.

Diagnóza:

H905 Perceptční nedoslýchavost, ztráta sluchu NS

Z962 Přítomnost otologických a audiologických implantátů

Tisk ze dne: 07.11.2012-10:47



Ošetřující lékař
MUDr. Aksenovová Zdenka

MUDr. Zdenka Aksenovová

Bibliografické údaje

Jméno autora: Vladěna Kuželková

Obor: Bc. SPPGV

Forma studia: Kombinované

Název práce: Herní činnost dětí se sluchovým postižením

Rok: 2013

Počet stran bez příloh: 62

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 26

Počet internetových zdrojů: 9

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová