

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

Dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ
Bakalářská práce

Autor: Veronika Fišerová, DiS.
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Lauková
Oponent práce: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Veronika Fišerová, DiS.

Studium: P18K0084

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: **Dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ**

Název bakalářské práce AJ: The child with cochlear implant in the mainstream preschool setting.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tématem bakalářské práce je dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ. Práce obsahuje část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá anatomíí a fyziologií sluchového aparátu. Dále rozdělením sluchových vad, kochleárním implantátem a jeho centry v České republice. Praktická část zahrnuje charakteristiku mateřské školy a příslušné třídy pro výzkumné šetření. Dále standardizovaný rozhovor se zákonnými zástupci. V neposlední řadě také kazuistiku konkrétního dítěte z pohledu jeho rodičů a učitelů.

BENDOVÁ, Petra, JEŘÁBKOVÁ, Kateřina a RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 104 s. Skripta. ISBN 80-244-1436-8.

DOUŠOVÁ, Věra, KRATOCHVÍLOVÁ, Kristina a MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. *Být neslyšící nemusí být problém: jak postupovat při výchově dětí se sluchovým postižením: postřehy z psychologické poradny*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2014. 97 s. ISBN 978-80-86792-38-5.

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

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.

MOTEJZÍKOVÁ, Jitka, ed. a BARVÍKOVÁ, Jana. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009. 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.

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

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Lauková

Oponent: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ“ vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Štěpánky Laukové samostatně a s použitím uvedené literatury a zdrojů.

V Chocni dne

Veronika Fišerová, DiS.

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí práce Mgr. Štěpánce Laukové, za odborné vedení, věcné připomínky a pomoc, kterou mi při zpracování práce poskytla. Zároveň děkuji zákonným zástupcům Mikuláše, za jejich souhlas k výzkumnému šetření, ochotný přístup a cenné informace. V neposlední řadě také Mikulášovi za jeho spolupráci.

Anotace

FIŠEROVÁ, Veronika. *Dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 2021. 65 s. Bakalářská práce.

Tématem bakalářské práce je dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ. Práce obsahuje část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií sluchového aparátu, rozdělením sluchových vad a kochleárním implantátem. Dále také charakteristikou předškolního věku, kognitivním vývojem a školní zralostí. Zmíněn je také celkový popis vývoje dítěte se sluchovým postižením. Tyto kapitoly jsou zakončeny speciálně pedagogickou legislativou s patřičnými podpůrnými opatřeními. Praktická část zahrnuje popis mateřské školy a příslušné třídy pro výzkumné šetření. Dále také případovou studii konkrétního dítěte podloženou zprávami od zákonných zástupců a zkušenostmi třídního pedagoga. V neposlední řadě je také zaznamenána předškolní diagnostika s výsledky celkového pozorování.

Klíčová slova: sluchové postižení, kochleární implantát, předškolní dítě

Annotation

FIŠEROVÁ, Veronika. The topic of Bachelor thesis is The child with cochlear implant in the mainstream preschool setting. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 2021. 65 p. Bachelor's thesis.

The topic of the bachelor's thesis is a child with a cochlear implant in a regular kindergarten. The work contains a theoretical and practical part. The theoretical part deals with anatomy and physiology of the auditory system, division of hearing defects and cochlear implant. Furthermore, the characteristics of preschool age, cognitive development and school maturity. A general description of the development of a child with a hearing impairment is also mentioned. These chapters end with special pedagogical legislation with appropriate support measures. The practical part includes a description of the kindergarten and the relevant class for the research survey. Furthermore, a case study of a specific child based on reports from legal representatives and experience of a class teacher. Last but not least, preschool diagnostics with the results of general observation is also recorded.

Keywords: hearing impairment, cochlear implant, preschool child

Obsah

Úvod.....	10
1 Anatomie ucha.....	11
1.1 Vnější ucho.....	11
1.1.1 Boltec	11
1.1.2 Zevní zvukovod	12
1.1.3 Bubínek.....	12
1.2 Střední ucho	12
1.2.1 Eustachova trubice	13
1.3 Vnitřní ucho	13
1.3.1 Hlemýžď'	13
3 Sluchové vady	14
3.1 Klasifikace sluchových vad podle doby vzniku.....	14
3.2 Klasifikace sluchových vad podle místa vzniku	16
4 Kochleární implantát	17
4.1 Konstrukce kochleárního implantátu	17
4.2 Implantace kochleárního implantátu	18
4.3 Nastavení kochleárního implantátu.....	19
4.4 Kochleární implantáty u dětí.....	21
4.5 Etický přístup k jedincům s kochleárním implantátem.....	21
4.6 Screening sluchových vad u dětí.....	22
4.7 Rehabilitace dětí se sluchovými vadami	23
4.8 Rehabilitační metody	23
4.8.1 Znakový jazyk.....	24
4.8.2 Bilingvální metoda.....	24
4.8.3 Totální komunikace	24
4.8.4 Sluchová protetika	24
4.9 Centra kochleární implantace.....	25
5 Předškolní věk	26
5.1 Základní charakteristika	26
5.2 Kognitivní vývoj	27
5.2.1 Vnímání	27
5.2.2 Představivost.....	27
5.2.3 Paměť'	28

5.2.4	Myšlení	28
5.3	Komunikace v předškolním věku.....	28
5.4	Školní zralost.....	29
5.5	Vývoj dětské řeči.....	30
6	Vývoj dítěte se sluchovým postižením.....	31
6.1	Vývoj řeči u dítěte se sluchovým postižením	31
6.2	Vývoj dítěte se sluchovým postižením v předškolním věku.....	32
7	Legislativní rámec pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami... 33	
7.1	Legislativní opatření upravující vzdělávání žáků a studentů	33
7.2	Legislativní opatření upravující vzdělávání žáků se speciálními potřebami ...	34
8	Praktická část.....	37
8.1	Metodologie	37
8.2	Popis mateřské školy.....	39
8.3	Případová studie	41
8.4	Případová studie z pohledu třídního pedagoga	45
8.5	Diagnostika	47
8.6	Vlastní pozorování	50
8.7	Výsledek výzkumného šetření	54
	Závěr	55
	Seznam použitých zdrojů.....	57
	Seznam tabulek.....	60
	Seznam příloh	61

Seznam použitých zkratk

ATB	antibiotika
FN	fakultní nemocnice
IVP	Individuální vzdělávací plán
KI	kochleární implantát
MŠ	mateřská škola
OAE	otoakustické emise
ORL	otorinolaryngologie
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OŠD	odklad školní docházky
PČ	pracovní činnosti
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolního vzdělávání
SPC	Speciálně poradenské centrum
ŠPP	Školské poradenské pracoviště
ŠPZ	Školské poradenské zařízení
ŠVP PV	Školní vzdělávací program pro předškolního vzdělávání
VV	výtvarná výchova
ZŠ	základní škola

Úvod

Vzhledem ke stále častěji probíranému tématu integrace dětí s postižením do běžných škol, jsem si pro mou práci jsem si vybrala téma dítěte s kochleárním implantátem v běžné MŠ.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyři hlavních kapitol, z nichž se dvě kapitoly věnují anatomii ucha a jeho možnými vadami, dále také kochleárním implantátem a jeho další rehabilitací. Ve zbylých kapitolách nalezneme charakteristiku předškolního věku a podpůrná opatření, která jsou vhodná pro děti se sluchovým postižením.

V jednotlivých podkapitolách najdeme podrobně popsané vnější, střední a vnitřní ucho. Kapitoly o kochleárním implantátu obsahují konstrukci procesoru, samotnou implantaci u dětí a následnou rehabilitaci.

V kapitolách, které se zabývají předškolním věkem je popsána základní diagnostika dítěte včetně kognitivního vývoje, komunikace v předškolním věku a v neposlední řadě také školní zralost. Podpůrná opatření zaznamenávají opatření vhodné pro sluchově postižené a k tomu potřebnou legislativu.

V praktické části je popsána mateřská škola, ve které se provádělo celé výzkumné šetření. Dále také podrobná případová studie, která vznikla z doložených lékařských zpráv, které mi byly propůjčeny od jeho matky, dále také případovou studii, která je popsána z pohledu třídního učitele Mikuláše. Z pozorování Mikuláše, které probíhalo v mé přímé výchovné práci byla zpracována předškolní diagnostika s popisem výsledku pozorování.

Jako poslední kapitolou v mé bakalářské práci je výsledek mého výzkumného šetření, kde je popsané celkové shrnutí a odpovědi na vytyčené dílčí cíle a výzkumnou otázku. V příloze je také přepsán standardizovaný rozhovor s matkou, který byl z důvodu epidemiologických opatření covidu-19 proveden formou on-line.

1 Anatomie ucha

„Ucho je příjemcem informací, které jsou kódovány v akustické formě a slouží jako jeden z nejdůležitějších informačních kanálů člověka s okolním světem.“ (Šlapák, Floriánová in Horáková, 2012, s. 16)

Sluchovým aparátem nazýváme uskupení všech anatomických struktur, díky nimž dokáže lidský organismus přijímat veškeré zevní akustické podněty.

Horáková (2012) popisuje skladbu lidského ucha ze tří vývojově a funkčně odlišných částí. Tyto části mají hlavní úlohu v zachycení či mechanickém převodu zvukových vln. Dále také k digitalizaci a transmisi do centrální nervové soustavy. Hlavním významem není pouze vnímání okolních zvuků, ale také analyzátor pro rovnovážné ústrojí či polohy těla v prostoru.

Správný vývoj řeči u dítěte stojí především na vyhovující funkci analyzátoru. *„Vnímání okolního světa smyslovými orgány označujeme jako komplexní proces, neboť za normálních okolností nerozlišujeme, co přichází do našeho vědomí pomocí zraku a co pomocí sluchu.“* (Horáková, 2012, s. 16)

1.1 Vnější ucho

Sluchový aparát můžeme rozdělit na tři části – vnější ucho, střední ucho a vnitřní ucho. Vnější ucho konkrétně dělíme na boltec a vnější zvukovod.

1.1.1 Boltec

Boltec je plochý útvar, který je symetricky umístěn z boku hlavy, ve spánkové části. Boltec je trychtýřovitého tvaru tvořen převážně z elastické chrupavky. Pouze lalůček chrupavčitou kostru nemá. Lalůček je tvořen bohatě cévně pokrytou kůží, která se pevně upíná k chrupavce.

V článku základy anatomie (Hanzlová, Hemza, 2000) tvrdí, že ušní boltec má horní okraj ucha přibližně ve výši kořene nosu. Spodní část končí ve výši předního nosního trnu, avšak velikost boltece se může různit. Samotný boltec nemá k slyšení žádný význam.

1.1.2 Zevní zvukovod

„Začátek zevního zvukovodu můžeme najít v místě, kde se boltec nálevkovitě zužuje.“ (Hanzlová, Hemza, 2000) Kanálek se podobá zahnuté oválné trubici, která je u dospělého jedince dlouhá asi 2-3 cm. V průřezu můžeme naměřit až 9 mm. Skládá se ze zevní chrupavčité a vnitřní kostěné části. Zvukovod je zakončený bubínkem. (Hanzlová, Hemza, 2000)

Zevní zvukovod převádí kmitavou energii k dalším důležitým částem ucha. *„Jeho délka, průměr a tvar mají vliv na množství akustické energie, což je nutné zohledňovat při korekci sluchových vad u dětí, kterým zvukovod roste a mění se.“* (Horáková, 2012, s. 16)

1.1.3 Bubínek

Bubínek membrána, která vytváří hranici mezi zevním zvukovodem a středním uchem. Je zasazená do kostěného žlábků. Za normální situace má bubínek růžovo šedou barvu a lesklý povrch. Na membráně bubínku nastává změna energie, která rozechvívá její povrch. Akustická energie se náhle mění na mechanickou, která poté rozvibruje řetězec tří kůstek. (Horáková, 2012)

1.2 Střední ucho

Střední ucho je prostor ve skalní kosti, která má nepravidelný tvar vyplněný vzduchem. Dále obsahuje tři kůstky, dva svaly a dvě ústí.

- Kladívko
- Kovadlinka
- Třmínek

Přes uskupení kůstek je přenášen zvuk od bubínku do vnitřního ucha. Na kůstky se vážou dva středoušní svaly – napínač bubínku a sval třmínkový. Oba svaly plní funkci ochrany kůstek před silnými a hlasitými zvuky. (Horáková, 2012)

1.2.1 Eustachova trubice

V dolní části středouší se nachází Eustachova trubice. V článku od Stanford children (Stanfordchildren, 2021) se dočteme, že Eustachova trubice spojuje střední ucho se zadní částí nosu. Hlavní úlohou Eustachovy trubice je vyrovnávání tlaku ve středním uchu, který umožňuje správný přenos zvukových vln.

1.3 Vnitřní ucho

Hlavní funkcí vnitřního ucha je analýza jednotlivých zvuků, které se od sebe různí a následně je převádí na mechanickou energii zvuku v energii bioelektrickou. Tento jev nazýváme diferenciací a transformací zvukového signálu.

Vnitřní ucho je rozloženo v kosti skalní a kosti spánkové, která je také jednou z nejtvrdějších kostí v těle. Vnitřní ucho je díky jeho konstelaci chráněno před otřesy a možným poraněním. (Lejska, 2003)

1.3.1 Hlemýžď

Označení hlemýžď nese kochlea právě kvůli jeho charakteristickému tvaru. Je to dvaapůlkrát stočený kanál, který se podobá hlemýždí ulitě a tvoří sluchovou část. „*Trubice kostěného hlemýždě je vyplněná blanitým hlemýžděm, který obsahuje vlastní sluchové ústrojí – Cortiho orgán.*“ (Horáková, 2012, s. 18)

Průřezem hlemýždě, získáme dva vyplněné prostory – centrální a okrajový. Centrální prostor je vyplněný endolymfou, okrajový prostor perilymfou. V Cortiho orgánu nalezneme vláskové buňky – tři řady zevních a jednu řadu vnitřních, které přiléhají ke sluchovému nervu. Sluchový nerv funguje pouze ve spojení všech nervových vláken, které vycházejí od smyslových buněk labyrintu. Sluchový nerv také můžeme rozdělit na dvě části, a to na část sluchovou a část rovnovážnou. (Lejska, 2003)

3 Sluchové vady

Sluchové vady lze dělit na vady podle stupně, místa poškození sluchového orgánu a doby vzniku. Existuje několik škál dělení vady. Novák (2004, s. 12) ve své knize popisuje „*Rozdílné hodnocení sluchové vady u dětí a dospělých dle Sedláčka.*“

„Normální sluch (0-20 dB)

Lehká nedoslýchavost (21-40 dB)

Sřřední nedoslýchavost:

- *První stupeň (41-55 dB)*
- *Druhý stupeň (56-70 dB)*

Těžké postižení sluchu:

- *První stupeň (71-80 dB)*
- *Druhý stupeň (81-90 dB)*

Velmi závažné postižení sluchu hraničící s hluchotou:

- *První stupeň (91-100 dB)*
- *Druhý stupeň (101-110 dB)*
- *Třetí stupeň (111-119 dB)*

Úplná ztráta sluchu – hluchota (120 dB a více)“

3.1 Klasifikace sluchových vad podle doby vzniku

Sluchové vady podle doby vzniku dělíme na vrozené a získané. K vrozeným vadám dochází kvůli genetickým predispozicím, nebo v perinatálním či prenatalním věku dítěte, které se s vadou již narodí. Za největší rizika v prenatalním období řadíme především infekční onemocnění matky, například spalničkami nebo toxoplazmózou. Kritickým faktorem je také RTG záření v době těhotenství.

Rizikové faktory v perinatálním období jsou především nízká porodní váha novorozence, inkompatibilita Rh faktoru, protahovaný porod či poporodní žloutenka. Získané vady vznikají až v době po narození dítěte. U získaných vad je kritická doba vzniku, kvůli rozvoji mluvené řeči. Avšak i tak není jednoduché správně odhadnout, zda se jedná o získanou vadu **prelingvální** či **postlingvální**. (Neubauer, 2009)

Neubauer (2009) píše, že prelingválně neslyšící jsou zpravidla děti, které se hluché narodily či ohluchly ještě před tím, než u nich došlo k rozvoji řeči. Tito pacienti

i přes možnosti sluchadel či sluchového výcviku musejí spoléhat především na odezírání ze rtů. „Vzhledem k chybějící akustické kontrole je jejich řeč silně zkreslená a pro své okolí špatně srozumitelná. Má pomalé tempo, nepřirozenou melodii a rytmus.“ (Neubauer, 2009, s.9) Především kvůli nemožnosti srozumitelné sémanticky a syntakticky rozvinuté řeči, je většina neslyšících nucena používat znakový jazyk či dopomoc tlumočníka.

Postlingvální sluchová vada postihuje osoby, u kterých došlo k náhlé nebo postupné ztrátě sluchu, avšak řeč již byla na určité úrovni vyvinuta. Hraniční věk pro postlingvální vady bývá označován věk mezi 4. – 6. rokem. Podle Neubauera (2009) se výslovnost může s postupem času zhoršovat. Pozitivem pro postlingválně neslyšící je fakt, že i přes zhoršující se řeč, nejbližší okolí může s postiženým stále velmi dobře komunikovat. Do postlingválně neslyšících můžeme také zařadit sluchové ztráty u dětí, dospělých či seniorů. Důsledkem bývá nemoc nebo různá traumata, kvůli kterým byla narušena schopnost slyšet. (Kochlear)

Klasifikace sluchových vad podle stupně postižení:

1. Nedoslýchavost
2. Hluchota
3. Ohluchlost

Nedoslýchavost řadíme na dva typy – percepční a převodní vady. Při převodní nedoslýchavosti je jedinec schopen rozeznávat řeč a zvuky, ale jeho sluch je omezen. Slyší méně než zdravý člověk. Percepční nedoslýchavost se projevuje zkreslením vnímání řeči. Dále se také dělí na lehkou, střední a těžkou ztrátu sluchu.

Jako sníženou schopnost či neschopnost vnímat zvuky nazýváme hluchotou. U jedinců, kteří disponují zbytky sluchu jde o hluchotu praktickou. Jako totální hluchotu považujeme naprostou ztrátu sluchu.

Úplnou nebo alespoň těžkou ztrátu sluchu, která přichází postlingválně, nazýváme ohluchlost. U ohluchlých jedinců, kteří ke ztrátě sluchu přišli v průběhu života, zůstává řeč zachována. (Neubauer, 2009)

3.2 Klasifikace sluchových vad podle místa vzniku

Z fyziologického hlediska dělíme vady sluchu podle vzniku na dvě místa, a to na převodní a percepční.

Převodní vady – při převodní vadě dochází k poruše mechanické části, a to ve vnějším nebo středním uchu. Jedinec špatně slyší právě kvůli neschopnosti přijímat zvukové vibrace do hlemýždě. Převodní vady nevedou k úplné ztrátě sluchu, jde pouze o zeslabení nejvýše o 65 dB.

Podle místa vady, můžeme handicap kompenzovat operativním zákrokem či sluchadly. *„Nejjednodušší převodní vadou je ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem. To může způsobit zhoršení sluchu až o 30-40 dB. Náprava je poměrně snadná, vždy ji však musí učinit lékař.“* (Kochlear) Při deformitě vnějšího či středního ucha se jedná o převodní vadu vrozenou. Při deformitě vnějšího ucha dochází k nevytvoření boltce nebo vnějšího zvukovodu.

Percepční vady – u percepční vady dochází k poškození vnitřního ucha či nastává problém na sluchové dráze. Jedná se o kvalitativní postižení sluchu, kdy se jedinec špatně dorozumívá. Oproti výše popsaným převodním vadám, bývají vady percepční daleko závažnější, mnohdy vedou až k úplné hluchotě. Příčiny percepčních vad můžeme dělit na získané a vrozené. K získaným percepčním vadám řadíme například vliv ototoxických antibiotik, která pro sluchové buňky mohou být jedovaté. *„Zhoubný vliv ototoxických antibiotik na Cortiho orgán je způsoben tím, že jejich hladina v kapalinách hlemýždě klesá pomaleji než hladina v krvi. V okamžiku podání dalších dávek ototoxického antibiotika se koncentrace postupně zvyšuje, až překročí mez, která poškozuje vlasové buňky.“* (Kochlear)

O sluchové vadě, která byla zapříčiněná ototoxickými antibiotiky mluvíme jako o získané. Vady spojené s antibiotiky mohou být ale i vrozené. Vrozené jsou v případě, jestliže matka v těhotenství užívá návykové látky.

Percepční vadu získanou může získat dítě v prenatálním či postnatálním stadiu. Jedná se především o infekce matky, které jsou přeneseny na plod. Jde například o zarděnky, toxoplazmózu, nekompatibilní Rh faktor v krvi matky a dítěte, meningitida a jiné. Získané vady se mohou projevit i ve vysokém věku například jako presbyakuzie. (Kochlear)

4 Kochleární implantát

„Kochleární implantát představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která je určena lidem s těžkým sluchovým postižením, nebo lidem zcela neslyšícím.“ (Horáková, 2012, s. 100)

„Kochleární implantát zprostředkovává sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha, kde nahrazuje poškozené či chybějící vláskové buňky.“ (Jungwirthová, 2015, s. 34)

Kochleární implantát (hlemýžď = cochley – od toho slova odvozený název kochleární implantát) se implantuje jedincům bez věkového omezení. Implantace nastává, pokud je jedinec ohluchlý, nebo prelingválně neslyšící. U prelingválně neslyšících – do 6 let dítěte, který trpí oboustranným těžkým postižením sluchu a žádná jiná možnost neumožňuje plné využití zbytku sluchu. Kochleární implantace ne nedoporučuje jedincům, kteří trpí poruchou sluchového nervu, poruchou centrální sluchové dráhy, chronického zánětu středouší nebo jakýkoliv anatomických abnormalit vnitřního ucha. (Horáková, 2012) Po implantaci kochleárního implantátu nastává změna ve vnímání zvuků, zprostředkovávání podnětů, které vede k porozumění mluvené řeči a mluvením samotným.

Podle I. Jungwirthové (2015) není implantace pouze banální operace, kdežto operace srovnatelná s těžkými chirurgickým operacemi, která nesou také svoje rizika.

4.1 Konstrukce kochleárního implantátu

Oproti sluchadlům, které zvuk pouze zesilují, kochleární implantát zvuk analyzuje a posléze jej převádí na sled elektrických impulsů a nahrazuje tím zmíněné nefunkční buňky v hlemýždi ucha. (Horáková, 2012) Kochleární implantát se skládá ze dvou částí, a to z části implantované vnitřní a vnější části.

Vnitřní implantabilní část – *„Je tvořena svazkem elektrod zakončených cívkou a implantuje se přímo do hlemýžďe vnitřního ucha – cívka je tedy pod kůží za ušním boltcem.“* (Škodová, 2012, s. 463) Každá elektroda končí v jiné části hlemýžďe, aby bylo možno přijímat a diferenciovat co největší rozsah zvukových podnětů. (Jungwirthová, 2015)

Zevní část – Vnější část je složena ze zvukového procesoru a mikrofonu, které jsou umístěny za uchem stejně jako sluchadlo. Další součástí je vysílací cívka,

kteřá je připevněna magnetem k vnitřní straně ucha. Mikrofon zachytí zvuk a signálový procesor převádí informaci do vysílací cívky, ze které je následně vysílán pomocí elektromagnetických vln do vnitřní části kochleárních implantátů. Ve vnitřní části ucha je informace dekódována a odeslána svazkem elektrod do hlemýždě, ze kterého vedou signály do sluchového nervu a následně mozku. (Jungwirthová, 2015)

„Zvuk je zachycován mikrofonem a signál je veden do zvukového procesoru. V procesoru je signál zakódován tak, aby mohla být informace o přenášeném zvuku co nejdříve předána prostřednictvím elektrických stimulů sluchového nervu.“
(Jungwirthová, 2015, s. 34)

4.2 Implantace kochleárního implantátu

Implantaci kochleárního implantátu lze provést pouze tehdy, kdy je vada sluchu natolik závažná, že ke korekci sluchu nedojde ani pomocí sluchadel.

Vzhledem k nákladné léčbě a následné rehabilitaci, klienti a žadatelé o kochleární implantát podléhají přísným kritériím a pečlivému výběru. Výsledky implantací nejsou vždy stoprocentně úspěšné. Nelze určit, zda jedinec bude schopen se dorozumět či porozumět řeči bez odezírání. *„Přesto i u vrozených hluchot se u implantovaných dětí nastoluje možnost orální komunikace“* (Škodová, 2012, s. 463)

Před kochleární implantací musí být provedeno základní audiologické vyšetření, kde bude přesně určena velikost sluchové vady. Pokud bude implantace schválena, nastávají další specializovaná vyšetření. Specializovaná vyšetření probíhají zejména proto, aby se s jistotou určilo, zda vybraný kandidát je opravdu vhodný.

- **ORL vyšetření** – U kterého se provádí mikroskopické vyšetření ucha, konkrétně vyšetření tónovou a slovní audiometrií. U některých kandidátů se setkáváme také s vyšetřením objektivní audiometrie BERA, které by ovšem mělo být provedeno již při první návštěvě, nebo v předešlých vyšetření.
- **Otoneurologické vyšetření** – Kde se zjišťuje možné postižení rovnovážného ústrojí.
- **Vyšetření klinickým logopedem.**
- **Vyšetření klinickým psychologem.**
- **CT vyšetření, kde je zhotoven scan spánkových kostí.**

Dle míry postižení se určují další možné specializované vyšetření. Výše zmíněná vyšetření se provádí za krátkodobé hospitalizace, nebo také ambulantně.

Výsledky ze specializovaných center jsou schvalovány odbornou indikační komisí, ve které zasedá ušní chirurg, foniatr a logoped. Na základě pečlivého zhodnocení stavu pacienta se indikační komise dohodne, zda je kochleární implantace schválena či nikoli. Po schválení kochleární implantace je naplánován termín operace a termín předoperačního vyšetření.

Operace, kde probíhá implantace kochleárního implantátu musí být prováděna za celkově anestezie. Operace trvá přibližně 2–3 hodiny. *„Principem operace je vytvoření šetrného přístupu do vnitřního ucha přes spánkovou kost a následně zavedení elektrodového svazku implantátu do hlemýždě. Během operace je prováděno kontrolní měření, díky kterému je možné ověřit funkčnost zavedených elektrod i celého implantátu a je také možné detekovat odezvy sluchového nervu pacienta.“* (fnusa) Během operace musí být přítomni specializovaní pracovníci jako jsou ušní chirurg, instrumentační sestra, pomocná sestra a klinický inženýr.

Celková operace je prováděna pod operačním mikroskopem spolu se speciálními mikrochirurgickými nástroji a ušním mikroskopem. Dále je také zaznamenávána funkce lícního nervu, aby bylo sníženo riziko jeho poškození.

Hospitalizace se pohybuje okolo 8–10 dnů podle míry komplikací. Pacient je po implantaci přemístěn na JIP, kde může pociťovat nevolnost, zvracení či závratě. Po zlepšení stavu je přemístěn na standardní nemocniční pokoj.

První zapojení implantátu probíhá zpravidla okolo 4–6 týdnů od implantace. *„Pacient obdrží zevní audioprocesor a další příslušenství k implantátu. Je provedeno propojení audioprocesoru s implantátem a pacient tak může slyšet první zvuky. Společně s klinickým inženýrem či foniatrem je provedeno softwarové nastavení implantátu. První sluchové vjemy z kochleárního implantátu mohou být dočasně pro pacienta i nepříjemné.“* (fnusa)

4.3 Nastavení kochleárního implantátu

Na internetových stránkách www.idetskysluch.cz nalezneme nepřehledné množství článků o sluchovém postižení, včetně článků o kochleární implantaci. Konkrétně článek, který nese název *„Naší snahou je, aby dítě slyšelo s kochleárním implantátem co nejlépe“* (2018) obsahuje rozhovor s klinickým inženýrem Ing.

Lukášem Bauerem z Centra kochleárních implantací u dětí při FN Motol Praha o nastavování kochleárních implantátů.

Redaktor se táže na otázky ohledně kochleární implantace, včetně zmíněného nastavení samotného procesu. V této části budou citovány tři otázky a odpovědi, které přibližují proces nastavení.

„Jaký se volí postup při nastavování, co vše se nastavuje?“

To, jaký se volí postup, záleží na více faktorech: na tom, zda se jedná o dětského nebo dospělého uživatele, jak nastavení snese, jak dlouho neslyšel. Již při samotné implantaci se měří odezva sluchového nervu. Výsledky pomáhají technikovi nalézt optimální parametry pro nastavení kochleárního implantátu tak, aby s ním uživatelé, a hlavně děti dříve a optimálně slyšeli. Měření odezvy sluchového nervu umožňují všechny implantační systémy, které jsou v ČR na trhu.

Co se děje při prvním nastavování? Co vše se nastavuje?

Na prvním nastavení hledáme nějakou reakci na zvukový stimul. Reakci nehledáme vždy na všech elektrodách, které kochleární implantát má, protože zvlášť děti by kontrolu všech elektrod pro časovou náročnost nevydržely. U každé měřené elektrody začínáme s velmi nízkou intenzitou elektrického proudu, kterou pomaličku zvyšujeme až do úrovně, kdy se podle reakcí domníváme, že vyvolala zvukový vjem. Intenzitu přidáváme velmi pomalu, protože každý člověk má intenzitu elektrického proudu, která u něj vyvolá sluchový vjem, rozdílnou, každý je jinak citlivý. Tím, že postupujeme pomalu, chceme zabránit tomu, aby elektrická stimulace byla pro dítě, ale i dospělého, nepříjemná, aby mu nezpůsobila nějaký nepříjemný vjem, třeba i bolestivý.

Jak poznáte, že dítě zvuk registruje?

Někdy to poznáme lépe, jindy hůře. Jsou tři typy dětí. První skupinou jsou děti, které už nějakou zkušenost se zvukem mají. Ty ukážou nebo řeknou: „Slyším“ a nastavování je jednodušší. Pak jsou děti, které neukáží vůbec nic. U těch je pro nás hodně těžké poznat, kdy zvuk registrují, abychom jim intenzitu elektrické stimulace nenastavili příliš vysoko. Pak by byla nepříjemná. U dětí se pak může stát, že se poměrně hodně odradí a nějakou dobu nebudou chtít procesor vůbec nasazovat, protože se budou poslechu bát. Poslední skupinou jsou děti, na kterých je nějaká odezva vidět – zpozorní, začnou se rozhlížet nebo ztuhnou a podobně. Když si myslíme,

že dítě reagovalo na zvukové stimuly, zapneme procesor do režimu poslechu. Během nastavování totiž uživatel slyší pouze zvuky z počítače – na každé elektrodě o jiné frekvenci. Přepneme tedy procesor do tzv. režimu poslechu, kdy přenáší reálné zvuky. Uživatel nás slyší a může si tak s námi i povídat.“ (Höferová, Bauer, 2018)

4.4 Kochleární implantáty u dětí

Škodová (2012) uvádí, že se v České republice narodí okolo padesáti dětí neslyšících. Zhruba deset dětí ročně ohluchne. Pro dítě, které ztratí sluch během života je velkou nevýhodou a handicapem nejen ztráta samotná, ale také verbální komunikace s okolím.

U dětí s těžkou sluchovou vadou lze rozvinout řeč i u prelingválně neslyšících pomocí výkonných sluchadel. Avšak ne všem dětem výkonná sluchadla umožní přijímat a osvojit si mluvenou řeč. Těmto jedincům lze pomoci právě díky implantaci kochleárního implantátu. (Škodová, 2012)

4.5 Etický přístup k jedincům s kochleárním implantátem

Možnosti kochleárního implantátu v současné době využívají desítky tisíc dětí a dospělých na celém světě. Díky statistikám se ukázalo, že kochleární implantát je velmi užitečný a fungující prostředek, zejména pro jedince s těžkým postižením sluchu. (Škodová, 2012)

„Zatímco bylo vzneseno relativně málo námitek k užívání implantátů u ohluchlých dospělých, připomínek k implantaci malých dětí s vrozenou hluchotou je celá řada a stále se opakují.“ (Škodová, 2012, s. 478)

Stále přetrvává názor nebezpečnosti operace u malých dětí. Tato tvrzení jsou vyvraceny, kvůli jejich irelevantnosti. Implantace u dětí jsou stejně bezpečné, jako operace u dospělých. Ani pooperační komplikace se nevyskytují výrazně více, oproti jiným ušním či ostatním operacím.

I přes velká pozitiva implantace se objevují odpůrci kochleárního implantátu. Vyzdvihují fakt, že rodič nemá právo rozhodovat za své malé neslyšící dítě. Podle nich by bylo vhodné počkat až dítě bude plnoleté a bude se moci rozhodnout, zda implantaci podstoupí, či nikoli.

Avšak Škodová (2012) upozorňuje na včasnost implantace. Pokud zákonný zástupce odloží operaci, je velká pravděpodobnost, že kochleární implantát nebude

mít takový smysl, jako u operace včasné. U jedinců, kteří byli operováni až v dospělosti umožníme dobře rozlišovat okolní zvukové vjemy, kdežto samotná percepce řeči se u nich obvykle nezlepší. Naopak u dětí v prelingválním věku, se percepce řeči dosáhne. (Škodová, 2012)

4.6 Screening sluchových vad u dětí

Nynější moderní technologie jsou natolik vyspělé, že usnadňují proces odhalení sluchových vad. V 60. letech minulého století byli lékaři odkázáni na jednoduché prostředky, jako například vyšetření sluchu kojenců pomocí Urbantschitschových píšťal. Později bylo zařazena metodika zvukových hraček – zvonkohrou, píšťalou, zvonem, klaksonem a dalšími. „*Při podezření na sluchovou poruchu se provádělo vyšetření pneumografické a byly sledovány změny dýchání a frekvence pulsově.*“ (Novák, 2004, s. 28) Touto metodou bylo odhaleno až 95 % velmi těžkých sluchových vad u dětí do tří let věku. Kompenzační pomůcky, jako byly zesilovací sluchadla dostávaly děti až od tří let nebo později.

Nynější screeningové vyšetřovací metody umožňují podchytit sluchovou vadu prakticky ihned po narození. „*Objektivní audiometrie, evokované sluchové potenciály korové, kmenové, později vyšetření otoakustických emisí a v poslední době vyšetření ustálených odpovědí (SSEP) nám přiblížilo dlouho vytouženému cíli, diagnostikovat sluchovou vadu v prvních měsících nebo týdnech po narození.*“ (Novák, 2004, s. 30)

Velmi diskutované téma je, zda sluchový screening u novorozenců provádět celoplošně v celé České republice, nebo jen u jedinců, která ke sluchovým vadám mají určité predispozice. V rozhodování hraje největší roli finanční náročnost pořízení příslušných vyšetřovacích přístrojů.

Do konce 70. let minulého století, se provádělo vyšetření korových nebo kmenových sluchových potenciálů – CERA a BERA a audiometrie, které byly považovány za nejlepší.

V současné době se jako nejvýhodnější zdá vyšetření evokovaných otoakustických emisí, nebo vyšetření ustálených potenciálů, které je prováděno na foniatrickém pracovišti, nebo ORL. Podle Dlouhé (Dlouhá sec. Novák, 2004, s. 31) „*vyplývá, že děti s vysokým rizikem nemají jen vady sluchu, ale ve větší míře také vývojové poruchy řeči.*“

Dnešní zařízení jsou natolik spolehlivé, že při vyšetření kmenových evokovaných sluchových potenciálů použijí software, který vyhodnotí výsledky a tím se snižuje riziko falešných výsledků.

Novák (2004) poznamenává, že jako nejvhodnější vyšetřovací metodou se jeví vyšetření otoakustických emisí v kombinaci s vyšetřením evokovaných sluchových kmenových odpovědí. Toto vyšetření by bylo možné uskutečnit v prvních třech měsících života novorozence.

Novák (2004, s. 33) píše, že nebude jednoduché se ve společnosti dohodnout na jednotnou vyšetřovací metodu. Dále je popsán jejich názor, že *„nelze vnutit jednotnou metodiku, protože vyšetřovací metody, které jsou k použití, mají prakticky stejnou výpovědní hodnotu. Podle našeho názoru by bylo nejvhodnější, aby screening byl proveden do 6 měsíců života dítěte včetně event. vypracování rehabilitačního programu.“*

4.7 Rehabilitace dětí se sluchovými vadami

Vývoj osobnosti dítěte spočívá především ve velikosti sluchové vady a posléze vážnosti jejích důsledků. Zdali se jedná o vrozenou těžkou vadu nebo sluchovou vadu získanou v prelingválním období. Aby následky sluchové vady měly co nejmenší dopad na zdravý vývoj dítěte je nutné, sluchovou vadu včas a správně diagnostikovat. Především zjistit typ a velikost vady.

„Tyto diagnostikované děti by měly být vybaveny co nejdříve po zjištění sluchové vady vhodnými, technicky vysoce kvalitními, dobře seřízenými sluchadly“ (Škodová, 2012, s. 493)

Po diagnostice dítěte je zapotřebí zahájit rehabilitační péči, která je založena na sluchové výchově, nácviku odezírání a rozvoji řeči. Dále je také nutná spolupráce s terapeutem dítěte a v neposlední řadě také spolupráce s rodiči, která je nezbytnou součástí správné rehabilitace dítěte. (Škodová, 2012).

4.8 Rehabilitační metody

Škodová (2012) poukazuje na to, že rehabilitační práci je nutné zahájit rozhovorem se zákonnými zástupci, které musíme obeznámit s možnostmi rehabilitačních a metodických přístupů.

4.8.1 Znakový jazyk

Pro neslyšícího jedince je hlavním komunikačním prostředkem znakový jazyk. Pro dítě, které znakuje, je ale důležité, aby jeho úzká rodina nebo nejbližší příbuzní znakový jazyk ovládali také. V rodinách, které nekomunikují společně znakovým jazykem, dochází k odstrčení až izolovanosti dítěte, které nemá jinou možnost se dorozumět. (Škodová, 2012)

4.8.2 Bilingvální metoda

„Platí zde zásada, že mluvený jazyk se dítě má učit, až když si plně osvojí svůj první jazyk, tj. jazyk znakový.“ (Škodová, 2012, s. 494)

V roce 1996 v České republice vznikla první experimentální mateřská škola, kde pracují sluchově postižené vychovatelky a slyšící paní učitelky. S neslyšícím vychovatelem se dítě učí a trénuje znakový jazyk, kdežto se slyšící učitelkou dítě trénuje mluvenou řeč.

4.8.3 Totální komunikace

U totální komunikace je snaha používat všech dostupných prostředků, které umožňují naučit dítě komunikovat. *„Bohužel, komunikační schopnosti takto vedených dětí mnohdy zůstávají na velmi nízké úrovni, zbytky jejich sluchu nebývají dostatečně využívány, slovní zásoba bývá omezená a srozumitelnost jejich řeči bývá pro okolí velmi špatná.“* (Škodová, 2012, s. 494)

Škodová (2012) poukazuje na fakt, že každé dítě potřebuje individuální přístup a potřeby. Pracovníci v oblasti sluchové výchovy mohou potvrdit, že žádný přístup, který je určený ke komunikačním schopnostem není ten nejlepší a každé dítě potřebuje něco jiného.

4.8.4 Sluchová protetika

Za sluchovou protetiku považujeme širokou škálu technických a kompenzačních pomůcek, které jsou primárně uzpůsobené osobám se sluchovým postižením. Mezi ně řadíme výkonná elektronická nebo kostní sluchadla, kochleární implantáty, ale také řadu jiných pomůcek.

„Jejich funkce je založena na zesílení signálu řeči nebo okolních zvuků tak, aby se dostal do frekvenčního a intenzivního rozsahu v oblasti, ve které má jedinec zachován sluch.“ (Horáková, 2017, s. 20)

Pro správný vývoj sluchových center je zapotřebí trvalý přístup k úplnému zvuku, který díky přiděláním sluchadel či voperování kochleárního implantátu dokáže stimulovat specifické oblasti mozku, *„které ještě nebyly reorganizovány a mají ještě zachovanou sluchovou kapacitu. Včasná kompenzace tak synchronizuje mozkovou aktivitu v kortikálních vrstvách.“ (Horáková, 2017, s. 21)*

O rozhodování, jaká kompenzační pomůcka je pro klienta nejvhodnější se podílí foniatr, který podle požadavků a individuálních nároků pacienta navrhne vyhovující léčbu. Zejména u malých dětí se tento proces požaduje za velmi důležitý.

4.9 Centra kochleární implantace

V České republice se provádí kochleární implantace jak u dětí, tak dospělých. V nynější době jsou tu již čtyři centra, která se implantací zabývají.

Největší a nejdéle působící je centrum při Fakultní nemocnici Motol v Praze. Centrum funguje již od roku 1993, kdy k datu 2017 podle Horákové (2017) bylo již voperován kochleární implantát 600 dětem a přibližně 90 dospělým.

„Další dvě centra vznikla v roce 2013 při Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně a Fakultní nemocnici v Ostravě.“ (Horáková, 2017, s. 24) V roce 2016 se mezi centra kochleárních implantací také zařadila Fakultní nemocnice Hradec Králové. (fnhk)

V současné době zdravotní pojištění hradí plně implantaci kochleárního implantátu. Do roku 2014 byla běžná implantace pouze na jednom uchu. Od června 2014 se začíná implantovat již oboustranně. Stejný postup aplikují v USA, Dánsku, Finsku, Německu, Švédsku a dalších zemích. (Horáková, 2017)

5 Předškolní věk

Předškolní věk můžeme datovat od třech let dítěte až po nástup do základní školy, tedy v šesti nebo sedmi letech. Před nástupem do školy, by dítě mělo být jak psychicky, tak fyzicky dozrálé, aby školní docházku zvládlo bez obtíží. Jedním z důležitých parametrů je závislost na rodině, která by se měla postupem času zmenšovat a dítě by se již mělo učit samostatnosti. (Sodomková in Fuchs E. a kol., 2015)

5.1 Základní charakteristika

Děti předškolního věku je jednoduché naučit návykům a zvykům, jako jsou například hygienické návyky, které jsou posléze zautomatizovány a vykonávají je bez častého připomínání a upozorňování.

Jak říká Sodomková (2015, s. 8) „*Velice důležité je dbát na to, aby se dítě už od začátku učilo všemu správně. Něco jako odnaučovat nebo přecvičovat dá poměrně více práce než něco od začátku učit tak, jak se má.*“

Předškolní věk je označován za věk hry. Pro děti předškolního věku je hra velice důležitá činnost, která rozvíjí fantazii, a hlavně sebepoznání u dítěte.

Okolo třetího věku života začíná brát dítě hru vše, co jezdí, lítá, má kolečka. Do hry také zapojuje sociální vztahy, proto se setkáváme s hrou, která znázorňuje princezny, policisty, rytíře. Můžeme se také setkat s imitací běžného života – prodávání, úklid domácnosti, rodina. (Bednářová a Šmardová, 2011)

Od čtvrtého roku dítěte, je pro něho velice důležitý kolektiv vrstevníků. Při hře vyhledává kooperaci, například u stavění stavebnic či konstruktivních her. U čtyřletých dětí lze také pozorovat nárůst vytrvalosti u hry. Hru tak často nemění a snaží se ji dokončit. Důležité je také dodržování pravidel a střídání se svým spoluhráčem.

Mezi pátým a šestým rokem pozorujeme zdokonalení hrubé motoriky. Dítě zvládá složitější pohybovou aktivitu, jako například lyžování, plavání či jízdu na kole. Pozorujeme zde dobrý koordinovaný pohyb oko ruka. V tomto roce dochází také ke zlepšení jemné motoriky, která je viditelná především na výtvarných dílech dětí. Stále je pro děti v tomto roce důležitý kolektiv mateřské školy, se kterým i nadále navazují a utužují vzájemné vztahy. (Bednářová a Šmardová, 2011)

5.2 Kognitivní vývoj

Kognitivním vývojem rozumíme zvyšování inteligence u dětí v předškolním věku. Tento typ vývoje závisí na rozvoji poznávacích funkcí jako jsou vnímání, paměť, představivost, fantazie, usuzování, inteligence a jiné.

5.2.1 Vnímání

Čačka (1997) poukazuje na existenci tří stádií vnímání. Prvním je stádium předmětu, druhým stádium činnosti a třetím posledním je stádium vztahů.

Pro předškolní věk je pro děti důležité především poznávání skutečnosti, jež je děj, který se probíhá okolo nich. Na základě skutečnosti dítě začíná používat celé pojmy a pojmenovává věci, které vidělo. Jeho pozornost stále směřuje na detaily, věci jako celek stále nepozoruje. Zajímá se především o to, co věci dělají a kde jsou, proto se stává, že dítě při hře neplní její hlavní účel, ale hru rozebírá a zkoumá její jednotlivé části. (Sodomková in Fuchs E. a kol., 2015)

Zaměření pozornosti na skutečnost následuje až v další fázi psychického vývoje. Změna vnímání je zřejmá, avšak jsou patrná jistá omezení v logickém myšlení. Nejvíce informací dítě získává zrakem, proto je potřebné trénovat jeho zrakové vnímání a zrakovou perцепci. Jestliže je zrakové vnímání neúplné či oslabené, negativně působí na další schopnosti dítěte. Sodomková (2015) popisuje problematiku oslabeného zrakového vnímání především následném osvojování písmen a číslic, nebo jeho záměnám.

5.2.2 Představivost

Představivost u dětí v předškolním věku je velice bohatá. Představy u dětí jsou konkrétní a velmi detailně prokreslené. Díky bujně a natolik reálné představivosti, se u dětí můžeme setkat s dětskou bájnou lhavostí. Představy jsou natolik reálné, že je dítě nedokáže identifikovat a odrážejí se mu do běžného života. Předměty denní potřeby se mění ve vše, co je právě potřeba k spokojené hře. „*Například židle se mění v trůn, punčocháče navlečené na hlavu v culíky apod.*“ (Sodomková in Fuchs a kol, 2015, s. 13)

5.2.3 Paměť

U předškolních dětí se zatím nesetkáme s dlouhodobou pamětí, nýbrž spíš s krátkodobou a mechanickou. Avšak již začínáme pozorovat náznaky logického myšlení a logické paměti. Dokáží si již zapamatovat krátké texty a následně je reprodukovat, i když se stále nesoustředí na jejich obsah. „*Opakováním úkonů vznikají návyky. Každý požadavek je však dobré dítěti vždy zdůvodnit. Postupně pak bývají děti schopné vykonávat stále složitější příkazy a také v delším časovém odstupu.*“ (Čačka, 1997, s. 56)

I přes to, že dlouhodobá paměť v dětském věku nepřevládá, děti si dokáží zapamatovat silné okamžiky z jejich dětství. Ve většině případu se jedná o pocity lásky, dobré atmosféry či bezpečí. (Čačka, 1997)

5.2.4 Myšlení

Dítě se ze symbolické úrovně myšlení dostává na úroveň názornou. Na základě skutečnosti pojmenovává věci celými jmény. (Langmeier, Krejčíková, 2006) Dítě již dokáže odpovědět na otázky například kde je méně nebo více něčeho. Avšak úsudek stále závisí na tom, co vidělo. „*Aby tomu tak nebylo, je nutná manipulace s předměty. Jeho myšlení tedy dosud nepostupuje podle logických operací – je prelogické.*“ (Sodomková in Fuchs E. a kol., 2015, s. 13)

Sodomková (2015) popisuje několik rysů jejich myšlení, které můžeme u dětí pozorovat, a to například egocentrismus, magičnost, nebo také antropomorfní a artificialistické myšlení. Artificialistickým myšlením myslí převážně představu dítěte, které se domnívá, že všechno existuje samo od sebe – hrníčky nezlobí, protože nemají pusy a jiné.

5.3 Komunikace v předškolním věku

Dětská komunikace by se měla vyvíjet správným směrem především díky komunikaci dítěte s rodičem nebo učitelkou v mateřské škole. V menší míře je také komunikace ovlivněna masmédií, například televizí či jinou elektronikou.

Dítě v předškolním věku by již mělo být schopné správně vyjádřit své pocity a názory druhé osobě. Proto by dospělý jedinec měl brát dítě jako sobě rovné, tak vznikne ta nejefektivnější komunikace. Dospělý člověk by měl volit přátelský a klidný

přístup, kde by se neměla objevovat nadřazená a povýšená gesta. (Sodomková in Fuchs a kol., 2015).

Za velice neefektivní metodu se řadí mocenský přístup. Dospělý člověk dává dítěti jasně najevo jeho nadřazenost a dítěti pocit absolutní podřízenosti. Podceňování dítěte a jeho názoru je pro dítě stresující a budí v něm pocit jeho malé hodnoty. (Sodomková in Fuchs E. a kol., 2015).

5.4 Školní zralost

„Školní zralost je charakterizována jako stav dítěte, který zahrnuje jeho zdravotní, psychickou i sociální způsobilost začít školní docházku a zvládnout požadavky výuky.“ (Kropáčková 2008, s. 12)

Bednářová a Šmardová (2015, s. 2) uvádí, že můžeme *„školní zralost vymezit jako dosažení takového stupně vývoje (v oblasti fyzické, mentální, emocionálně-sociální), aby se dítě bylo schopno bez obtíží účastnit výchovně-vzdělávacího procesu; nebo alespoň bez větších obtíží, nejlépe s radostí a dychtivostí.“*

Jedním z velkým milníků v dětském životě je přechod z mateřské školy do základní. Dítě se stává školákem a přijímá tak novou kapitolu života. Je zapotřebí, aby dítě plnilo podmínky, které jsou se školní docházkou spjaté. Pro velkou většinu dětí, je to obrovská psychická zátěž. Pro děti, které absolvovaly docházku do mateřské školy, není nástup do základní školy natolik stresující. Jediným novým pro ně je, nepoznaná zkušenost docházky a podřízení se nové autoritě v novém kolektivu vrstevníků. (Langmeier, Krejčíková, 2006)

V současné době je často používán termín školní připravenost, která by podle Bednářové a Šmardové (2015, s. 2) měla zahrnovat *„kompetence v oblasti kognitivní, emocionálně-sociální, pracovní a somatické, které dítě nabývá a rozvíjí učním a sociální zkušeností (zejména v MŠ).“*

Velkou roli pro správné zvládnutí nástupu do první třídy hraje fyzická zralost. Zvládání únavy z vyučování nebo odolnost vůči nemocem závisí na jeho fyzické kondici. Při preventivních návštěvách lékaře, pediatr určuje, zda se dítě vyvíjí tak, jak by mělo. (Kropáčková, 2008) Ačkoli fyzická kondice a vyspělost není stěžejní, musí se brát v potaz. Proto je v některých případech důležité, aby pediatr přistoupil k podrobnějšímu vyšetření jiných odborných lékařů. (Bednářová a Šmardová, 2015)

5.5 Vývoj dětské řeči

Vývoj dětské řeči lze rozdělit na různá vývojová stadia, a to až od období prenatálního. Vývoj řeči je individuální, proto musíme počítat s tím, že u některých dětí dochází u vývoje řeči k určitému zrychlení, kdežto některé děti mohou mít vývoj zpomalený. „*Vývoj řeči je ovlivňován nejen vrozenými dispozicemi, ale také zdravotním stavem a sociokulturnímu podmínkami, ve kterých dítě vyrůstá.*“ (Klenková, 2002, s. 5)

První slova u dítěte začínáme pozorovat okolo roku až roku a půl. Prvními slovy jsou podstatná jména. Slovní zásoba se rozrůstá a na konci roku a půl by dítě mělo znát až 80 slov.

Mezi rokem a půl až dvěma lety dítě začíná používat věty o skladbě dvou slov, které jsou však bez správné gramatické struktury.

V období okolo dvou let dítě disponuje slovní zásobou o 200–400 slovy, které začíná pomalu skloňovat a časovat. Zde vidíme prvotní snahu o správnost gramatické struktury vět. Na konci dvou a půl let dítě dokáže používat věty až v rozmezí čtyř slov. V rozmezí dvou a půl až tří let o sobě mluví dítě ve třetí osobě. Začíná navazovat kontakty jak se svými vrstevníky, tak s dospělými osobami. „*Postupně začíná používat otázky „kdy?“ a „proč?“ a stále suverénněji používá věty o více slovech*“ (Klenková, 2002, s. 5)

Ve třech až tři a půl roku dítě disponuje slovní zásobou o více jak tisíc slov. Zná bez problému své jméno, které dokáže sdělit, jména sourozenců nebo těžší všeobecné pojmy. Jeho skladba slov ve větě je již správná. Mnohdy dokáže vytvořit i souvětí. (Klenková, 2002)

Čím blíže je dítě období čtvrtého roku, dokáže reprodukovat z paměti krátké texty, utvořit souvětí či tvořit protiklady. Avšak při vyslovování nebo fonematické diferenciaci některých hlásek, které jsou sluchově příbuzné mívá problém.

Mezi čtvrtým a pátým rokem, by měl být řečový projev dítěte natolik vyspělý, aby obsahoval všechny slovní druhy a byl gramaticky správný. Rozlišování barev dítěti v tomto roce nedělá problém, také jeho výtvarný projev se lepší. Dítě má ve své slovní zásobě okolo 1500–2000 slov. „*Pomocná slůvka ten, ta, to stále více nahrazuje skutečnými názvy osob, zvířat a věcí.*“ (Klenková, 2002, s. 6)

V období pátého až šestého roku dochází u dítěte k velkému rozvoji. Dokáže již pojmenovat předměty které ho obklopují a jasně vymezit, na co se používají. Větné

skladby jsou gramaticky správné. Bez problémů dokáže interpretovat krátké texty nebo zopakovat dlouhé věty. V tomto věku by již dítě mělo ovládat většinu hlásek bez problému, nebo je mít alespoň vyvozeny. Před nástupem do první třídy by dítě předškolního věku mělo být schopné splnit a porozumět těžším příkazům a jeho slovní zásoba by měla obsahovat okolo tří tisíc slov.

6 Vývoj dítěte se sluchovým postižením

„Ontogenetický vývoj orální řeči je u dětí se sluchovým postižením v důsledku nedostatečné nebo neexistující sluchové zpětné vazby a v závislosti na dalších faktorech odlišný od průběhu vývoje řeči u dětí slyšících. (Horáková, 2014, s. 39)

Na celkovém vývoji dítěte se podílejí všechny sluchové vady, avšak vady vrozené nebo prelingválně vzniklé jsou ty nejtěžší. U prelingválních vad nastává největší problém v neukotveném komunikačním systému dítěte.

U dítěte v kojeneckém věku není jednoduché poznat, zda právě vaše dítě je neslyšící. Její projevy nemusejí být nápadné, proto ne vždy všechny signály značí přítomnost smyslového defektu. (Vágnerová sec. Horáková, 2014)

„Dítě s velmi těžkým sluchovým postižením může bez sluchadel reagovat na silné zvukové podněty, jako např. bouchnutí dveří nebo dupání. Jedná se ale především o reakci na vibrace, které cítí.“ (Horáková, 2014, s. 37) Na jiné zvuky – především hlasy, se reakce nedostává.

Herdová (sec. Horáková, 2014, s.37) upozorňuje na jisté odlišnosti, které by rodičům mohli napovědět při odhalování sluchového postižení až do dvou let věku dítěte. Nejnápadnějšími příklady jsou například nenapodobování zvuků v okolí; plačící dítě se nedá utiшит pouhým hlasem; neprobudí se, když je kolem hluk; neobráti se ve směru hlasu na zavolání; nemluví stejně jako ostatní děti a další.

6.1 Vývoj řeči u dítěte se sluchovým postižením

Dalším milným znamením může být broukání a žvatlání u postiženého dítěte, neboť ani to není u sluchově postižených dětí neobvyklý jev. Broukání a žvatlání považujeme za vrozený reflex, který se objevuje už od 6. měsíce života dítěte.

Po 6. měsíci by mělo nadcházet období napodobivého žvatlání, které se ale nedostavuje kvůli chybějící zpětné sluchové vazbě. *„Omezená funkce sluchového*

analyzátoru samozřejmě výrazně negativně ovlivňuje i proces sociální interakce.“
(Horáková, 2014, s. 38)

Vývoj řeči, stejně jako vývoj sluchového vnímání probíhá v několika stádiích, které jdou chronologicky za sebou. Proto je nemožné, některé stádium vynechat. Individuální může být pouze časové zastavení na určitém stádiu.

Krahulcová (sec. Horáková, 2014, s. 39) popisuje nejzávratnější determinující faktory. Které ovlivňují vývoj dítěte:

- *„Stupeň sluchového postižení.*
- *Přítomnost nebo absence dalšího postižení.*
- *Věk v dosaženém stadiu vývoje řeči, kdy sluchové postižení vzniklo.*
- *Exogenní sociální faktory stimulačního rodinného prostředí z hlediska úspěšné nebo neúspěšné obousměrné komunikace.*
- *Včasná diagnostika a včasný start speciální rehabilitační péče, ovlivněná rodinnou výchovou, později kvalita rehabilitační péče a spolupráce s rodinou.*
- *Účinnost sluchadel nebo kochleárního implantátu, schopnost dítěte využít svého sluchového potenciálu, jeho nadání pro řeč.“*

6.2 Vývoj dítěte se sluchovým postižením v předškolním věku

V předškolním věku by již dítě mělo docházet k samostatnosti, ovšem nejen pro dítě bez handicapu je to velmi náročná část života.

Pro sluchově postižené dítě může být odloučení od matky ještě složitější, protože primárním smyslem je pro něho zrak a blízkost matky nemůže kontrolovat jinak než právě zrakem. Podle Vágnerové (sec. Horáková, 2014) vyplývá, že rodiče sluchově postižených dětí nastolují direktivní výchovu. Více koordinují jejich rozhodnutí a na jejich iniciativu se nebere zřetel. Ze strany dítěte dochází k ztrátě zájmu o komunikaci s rodičem prostřednictvím mluvené řeči, ale také k impulzivité či nerespektování autorit.

U dětí se sluchovým postižením se také můžeme setkat s organickým porušením CNS, které se projevuje narušením koordinací pohybů. *„Údajně až u 30 % dětí se sluchovým postižením se objevují určité potíže v oblasti jemné motoriky. Tato porucha ovlivňuje i motoriku mluvidel, což může zapříčinit prohloubení potíží v řečovém vývoji.“* (Horáková, 2014. s. 41)

7 Legislativní rámec pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Zmínku o předškolním vzdělávání nalezneme v zákoně č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Zákon je rozdělen do 22 částí, kdy legislativa pro předškolním vzdělávání je popsána v části druhé.

Dalším důležitým dokumentem je vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Setkáme se zde s pěti rozdělenými podpůrnými opatřeními, které se vztahují na žáky se speciálními potřebami.

7.1 Legislativní opatření upravující vzdělávání žáků a studentů

Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání se v první části obecného ustanovení § 1 odkazuje na úpravy „*předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova (dále jen "vzdělávání") uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství.*“ (§ 1 Zákon č. 561/2004 Sb.)

Část druhá zákona, jenž se zaměřuje konkrétně na předškolní vzdělávání popisuje v § 33 zákona č. 561/2004 Sb. cíle předškolního vzdělávání. Je zde vymezeno, že předškolní vzdělávání podporuje celkový rozvoj osobnosti dítěte v předškolním věku, a to jak psychický, tak fyzický. Předškolní vzdělávání dítěti zprostředkovává a vytváří pohled na další vzdělávání a přechod na základní školu. „*Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.*“ (§ 33 Zákon č. 561/2004 Sb.)

V § 37 zákona č. 561/2004 Sb. jsou zaznamenány organizace předškolního vzdělávání, které jsou rozděleny do 11 bodů. Dále v § 37a povinnost předškolního vzdělávání a způsoby jejího plnění. V neposlední řadě také v § 37b individuální vzdělávání dítěte. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

7.2 Legislativní opatření upravující vzdělávání žáků se speciálními potřebami

Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných se dělí na 5 částí. V části první § 1 nalezneme úvodní ustanovení o pravidlech vzdělávání dětí se speciálními potřebami a také dle § 16 odst. 9 zákona vzdělávání žáků nadaných.

Část druhá seznamuje s podpůrnými opatřeními, konkrétně v HLAVA I § 2 obecného ustanovení. V odstavci je popsáno rozdělení podpůrných opatření do 5 stupňů, kdy v 1. stupni nejvíce finanční náročnost, neboť se jedná především o úpravu jak ve vzdělávání, tak v metodách organizace daného žáka. Zda podpůrná opatření nejsou dostačující, projedná situaci školské zřízené poradenské zařízení, které může navrhnout vyšší míru opatření. Podpůrná opatření 2–5 stupně jsou zadány na základě rozhodnutí školského poradenského zařízení, které musí být vždy odsouhlaseno zákonným zástupcem. (Vyhláška č. 27/2016 Sb.)

HLAVA II v § 3 popisuje individuální vzdělávací plán žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Individuální plán zpracovává vždy škola, podle vypracovaného posudku ze školského poradenského zařízení. Individuální plán je závazný dokument, podle kterého se musí řídit pedagogičtí pracovníci, neboť zajišťuje speciální vzdělávací potřeby žáka.

Dále v něm nalezneme také podpůrná opatření, které jsou u daného žáka použita, identifikační údaje jak žáka, tak pedagogických pracovníků a také informace o „a) úpravách obsahu vzdělávání žáka, b) časovém a obsahovém rozvržení vzdělávání, c) úpravách metod a forem výuky a hodnocení žáka, d) případné úpravě očekávaných výstupů vzdělávání žáka.“ (Vyhláška č. 27/2016 Sb.)

Kolektiv autorů nám vymezuje dle míry potřeby podpůrná opatření ve vzdělávání pro sluchově postižené či pro žáky s oslabeným sluchovým vnímáním.

Dle rozdělení opatření, do prvního stupně patří:

- Žáci s oslabeným sluchovým vnímáním v důsledku recidivy zánětů středního ucha či jiných nemocí, které způsobují oslabení horních cest dýchacích. Po vyléčení se sluchové vnímání vrací do normálu, zhoršení nastává pouze dočasně z důvodu nemoci.

- Žáci, kteří jsou postiženi jednostrannou hluchotou. Špatně vnímají přicházející zvuk, neboť se neorientují, ze kterého směru přichází. Hlavním pravidlem je, že musí přijímat informace vždy z té strany, kde se nachází ucho zdravé. Úplná hluchota je sice stálý handicap, avšak neovlivňuje nijak zvlášť osvojení komunikace, tudíž ani výsledky jeho vzdělávání.

Podpůrná opatření prvního stupně jsou určována dle pedagogické diagnostiky, kterou provádí třídní učitel konkrétního žáka. Poradenskou pomoc poskytuje pracoviště ŠPP, ŠPZ či SPC a žák je následně vzděláván dle plánu pedagogické podpory.

Ve druhém stupni se nachází:

- Patří sem žáci, jejichž nemoc přetrvává déle než půl roku. Do této skupiny spadají pacienti trpící chronickým tinnitem, degenerativním či jiným cévním onemocněním a dalšími.
- Žáci, jež pro svůj handicap mají indikována sluchadla.
- *„Žáci se středně těžkou, výjimečně i těžkou nedoslýchavostí, jejichž vada bývá dobře kompenzována sluchadly, nebo i žáci s kochleárním implantátem.“*
(katalog podpůrných opatření) Mívají problém se sluchovou diferenciací či vadu řeči v důsledku jejich postižení.

Péči o žáky, kteří využívají podpůrná opatření ve druhém stupni zajišťují v poradenském, metodickém či intervenčním směru ŠPP a SPC. Žáci s těmito opatřeními jsou vzděláváni podle individuálního vzdělávacího plánu. (katalog podpůrných opatření)

Do třetího stupně patří:

- Žáci se středně těžkou nedoslýchavostí.
- Žáci s kochleárním implantátem, jejichž vada je alespoň z části kompenzována.
- Žáci se smíšeným postižením, přičemž jsou obě lehká, nebo jedno lehké a druhé středně těžké.

Ve třetím stupni podpůrných opatření mají žáci již větší obtíže ve sluchovém vnímání, slovní zásobě či celkové gramatice českého jazyka. Problémy se objevují

také v oblasti čtení s porozuměním, naukových předmětech či výuce cizích jazyků. Obdobně jako ve druhém stupni podpůrných opatření je nezbytné zajištění podpory z ŠPZ, nebo SPC. Žák je taktéž vzděláván dle IVP, kde je možná podpora osobního či asistenta pedagoga.

Čtvrtý stupeň zamezuje již výraznou podporu pro žáky s tímto opatřením:

- Žáci trpící těžkou vadou sluchu.
- Žáci s kombinovaným postižením, z nichž jsou obě středně těžká nebo jedno těžké a druhé středně těžké.

„Tito žáci mívají výrazné obtíže v oblasti sluchového vnímání, v lepším případě řeč slyší, ale nerozumí jí, jsou závislí na odezírání, častěji komunikují českým znakovým jazykem.“ (katalog podpůrných opatření) Mají také problém v gramatice českého jazyka, se slovní zásobou či srozumitelnosti v důsledku sluchové vady. Děti mívají komunikační bariéry, a proto je nutné, vyučovat český jazyk jako jazyk cizí. Pro žáky, jež používají primárně znakový jazyk je nutné zajistit výuku právě ve zmiňovaném znakovém jazyce. Poradenskou podporu opět zajišťuje ŠPZ. Žáci, kteří jsou vzděláváni inkluzivně, pracují de individuálního vzdělávacího plánu s podporou osobního asistenta, asistenta pedagoga či tlumočnicka znakového jazyka nebo přepisovatele mluvené řeči. (katalog podpůrných opatření)

Pátý stupeň opatřuje:

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

Žáci v pátém stupni podpůrných opatření používají převážně český znakový jazyk, nebo komunikují prostřednictvím náhradního komunikačního systému. Pro tyto žáky jsou typické problémy v oblasti porozumění českého a cizího jazyka. Podporu zajišťuje opět ŠPZ, díky kterým je zhotoven individuální vzdělávací plán. Pomoc od druhé osoby, jakožto osobního asistenta, asistenta pedagoga či tlumočnicka znakového jazyka je nutná po celou dobu přímé práce a docházky do zařízení. (katalog podpůrných opatření)

8 Praktická část

Praktická část bakalářské práce se zabývá vývojem u chlapce Mikuláše, který je uživatelem kochleárního implantátu. Po dobu výzkumného šetření byl chlapec v posledním ročníku povinného předškolního vzdělávání.

Cílem výzkumného šetření bakalářské práce je zjistit, zda dítě po implantaci kochleárního implantátu může být plně integrováno do běžné mateřské školy, konkrétně do MŠ Kaštánek v Chocni. Hlavní cíl je realizován pomocí těchto dílčích cílů.

Cíl 1: Shromáždit informace o chlapci, který má implantované KI.

Cíl 2: Použít diagnostické šetření a dlouhodobé pozorování z přímé práce k popisu celkového vývoje.

Cíl 3: S využitím standardizovaného dotazníku určeného pro zákonného zástupce sestavit případovou studii s podrobnými informacemi o chlapci.

K výzkumnému šetření byla stanovena výzkumná otázka: Jaká je mentální a fyzická úroveň chlapce s KI oproti dětem, které navštěvují MŠ bez handicapu?

8.1 Metodologie

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní typ bakalářské práce. Výsledky šetření se vztahují ke konkrétnímu uživateli kochleárního, tudíž jsou individuální a jedinečné, proto je nelze brát jako platnou normu.

Výzkumnou metodou byla vytvořena podrobná případová studie, která byla tvořena podle lékařských zpráv a standardizovaného rozhovoru, který doplnil doposud neznámé informace o konkrétním chlapci. Jako druhá byla taktéž případová studie stejného chlapce, avšak z pohledu učitele. Další metodou bylo užito pozorování a následná předškolní diagnostika dítěte, která byla zhotovena z dlouhodobého pozorování přímé práce v mateřské škole.

V kvalitativní metodě jde především o výstižný a praktický popis osoby, který hodnotí sesbíraná data z intenzivního a dlouhodobého pozorování. Pro kvalitativní typ práce jsou zásadní metody výzkumu takové, kde tázaný může být tváří v tvář se zkoumanou osobou. (Gavora, 2000) Z celkového sběru dat může vzniknout případová

studie, kterou Hendl (2005, s. 104) popisuje jako „*detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromáždíme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců.*“ Případová studie, také nazývaná jako kazuistika je velmi častou výzkumnou metodou. Setkat se s ní můžeme v několika vědních oborech, jak v medicíně, ekonomii, tak v psychologii a pedagogice. Je rozdělena do několika částí, jako první jsou základní informace o popisované osobě, druhým je rodinná anamnéza a třetím je anamnéza jedince neboli osobní anamnéza. (Olecká, Ivanová, 2021)

Další zvolenou výzkumnou metodou, která byla použita byl standardizovaný rozhovor. Jak Gavora (2000) poznamenává, rozhovor je jeden z nejvíce používaných prostředků, při kterých se zjišťují potřebné informace. V mé bakalářské práci je použit rozhovor tzv. strukturovaný s otevřenými otázkami, který byl použit k vypracování případové studie chlapce. Strukturovaný rozhovor se považuje za řízený, kdy tazatel pokládá předem připravené otázky a respondent na ně odpovídá.

Jako poslední bylo zaznamenáváno dlouhodobé pozorování. Za pozorování považujeme smyslové vnímání, přičemž jsou zaznamenávány data, aniž by se pozorovatel aktivně účastnil, nebo se zapojil do činnosti. V této práci nacházíme pozorování v přirozených podmínkách MŠ, kde chování nebylo nikterak ovlivněno pozorovatelem.

Neboť jsou všechny informace podloženy zprávami a informacemi od zákonných zástupců, byl následně podepsán souhlas o jejich zveřejnění. Zmíněno bylo také zpracování osobních údajů o chlapci a jeho jména.

8.2 Popis mateřské školy

Mateřská škola Kaštánek je školkou pro 84 dětí, které se homogenně dělí do tří tříd. Třídy nesou název Mravenci, Berušky a Kořata. V roce 2020–2021 navštěvuje školu 72 dětí od 3 do 7 let. Ve škole je zastoupeno 7 pedagogických pracovníků, 1 asistent pedagoga, 1 osobní asistent a 2 provozní pracovnice.

Jak sama Mateřská škola píše na svých webových stránkách, zakládá si na příznivé atmosféře, kterou doplňuje estetickým a citlivým prostředím. Mateřská škola disponuje menší rozlohou, ale je proslulá rodinným přístupem, jak k dětem, tak jejich zákonným zástupcům.

Při sestavování denního programu mateřská škola respektujeme vývojové a individuální zvláštnosti dětí, vycházíme z konkrétní situace, z věkového složení tříd, z evaluace a jednotlivých hodnocení.

ŠVP PV

ŠVP PV mateřské školy Kaštánek nese název „*Letem, světem se školkou*“ a je uspořádán do 4 podtémat: Já a můj svět, Příroda okolo mě, Svět okolo mě a Dary mého života. Podtémata jsou složeny tak, aby zasahovala do všech vzdělávacích oblastí a byly vhodné pro všechny věkové kategorie, které se ve škole nacházejí. Z celkového ŠVP PV, děti získávají potřebné dovednosti a poznatky, které je připravují na povinnou školní docházku.

Tematická část ŠVP PV obsahuje dílčí vzdělávací cíle. Celková vzdělávací nabídka včetně klíčových kompetencí a očekávaných výstupů je v souladu s RVP PV. Mateřská škola popisuje vzájemnou propojenost tematických celků, které jsou promítnuty oblastí a získávají podobu dílčích cílů.

1. Biologické Dítě a jeho tělo
2. Psychologické Dítě a jeho psychika
3. Interpersonální Dítě a ten druhý
4. Sociálně-kulturní Dítě a společnost
5. Environmentální Dítě a svět

ŠVP PV není přímo uzpůsoben dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Plán podpory, či IVP si vypracovává každá třída individuálně, podle toho, zda do jejich třídy dochází právě takové dítě.

Popis příslušné třídy:

Mikuláš navštěvuje třídu U Mravenců, kde je 7 dětí povinné předškolní docházky, zbylých 18 dětí je ve věku od 4-5 let. Třída je menší, avšak plně vybavená, jak hrami, didaktickými pomůckami, tak například interaktivní tabulí. Ve třídě jsou dvě třídní učitelky a jeden asistent pedagoga, který však není určen Mikulášovi. Mikuláš podle názoru učitelek i SPC osobního asistenta nepotřebuje.

Třída pracuje s Montessori prvky a výchovně vzdělávací část dne probíhá v koutcích, kde je připravená činnost. Ve třídě je celkem 7 koutků – výtvarník, malíř, objevitel, šikula, stavitel, herec a čtenář.

Třída nemá zvláštní podpůrná opatření. Prostorové uspořádání lavic ve třídě je do obdélníků, jen komunitní kruh probíhá na koberci za přímého denního světla. U komunitního kruhu můžeme pozorovat, že si Mikuláš sedá blíže k třídní učitelce. Zda tomu tak je, kvůli lepšímu zpracování zvuku či bližšímu kontaktu s učitelem, není známo.

Když by bylo zapotřebí použít některé z podpůrných opatření, nebyl by to ve třídě problém. I bez opatření je Mikuláš plně soustředěný a není zpozorována sluchová únava.

8.3 Případová studie

Základní informace:

Jméno: Mikuláš

Věk: 7 let

Pohlaví: chlapec

Diagnóza: Prelingválně percepční vada nejasné etiologie

Rodinná anamnéza:

Mikuláš vyrůstá v úplné rodině se dvěma sourozenci. Bratr Filip (10 let) narozen bez sluchové vady, sluch v normě, sestra Tereška (1,5 roku) bez sluchové vady. Oba rodiče zdraví, bez sluchové vady. U dalších příbuzných sluchové vady nejsou zjištěny.

Matka: Lucie (30 let), vyučená jako kadeřnice. Nyní pracuje jako OSVČ ve svém salónu. Je štíhlé postavy, menšího vzrůstu a velmi klidné povahy.

Otec: Filip (32 let), vyučen v oboru stavebnictví. Pracuje ve stavební firmě jako obchodní manager. Je štíhlé postavy, vyššího vzrůstu a klidné povahy.

U obou rodičů je viditelný velký zájem o jejich potomky. Společně jako rodina jezdí na výlety, navštěvují se s blízkými rodinnými příslušníky atd. Ze sociálního a společenského hlediska je rodina naprosto v pořádku.

Osobní anamnéza:

Mikuláš se narodil jako druhé dítě rodičů. Těhotenství probíhalo bez komplikací a bylo bezrizikové. Chlapec se narodil spontánně ve 39.TT s váhou 2900 g a výškou 50 cm. Novorozenec se jevil bez komplikací a jeho poporodní adaptace byla v normě. Mikuláš nebyl kojený, od narození byl krměn umělým mlékem. Novorozenecký screening proběhl a OAE byly údajně v normě.

Od jeho narození byla u Mikuláše zvýšená nemocnost. Přisuzováno bratrově pravidelné docházce do MŠ. Ve 3. měsících byl Mikuláš léčen ATB na bronchitidu. Ve 4 měsících léčena ATB laryngitida. V 5. měsíci léčen akutní zánět středního ucha, též ATB. Během dvou měsíců však docházelo k časté recidivě. V 8. měsíci Mikuláš hospitalizován v nemocnici na nitrožilní ATB léčbě kvůli akutní pneumonii. Opakovaně poté hospitalizován v nemocnici pro respirační infekce.

Psychomotorický vývoj se zdál být od 3. měsíce opožděný. Od 3. měsíců začíná Mikuláš pást koníčky, avšak ve vertikální poloze neudrží hlavičku. V 5. měsících bylo

vysloveno podezření na motorickou vadu. Po vyšetření v 6. měsících byl diagnostikován hypotonicky syndrom, který byl posléze léčen Vojtovou metodou.

Vyšetření sluchu:

Mezi 3. – 4. měsícem matka pozoruje, že Mikuláš nereaguje standartně na zvukové podněty. Pediatr na její podezření ale nebere zřetel. Uklidňuje jí, že sluchová vada je velmi nepravděpodobná, když v porodnici měl OAE v pořádku. Během několika měsíců, když byl Mikuláš hospitalizovaný v nemocnici jeho sluchové problémy nadále pokračovaly. Po další konzultaci s pediatrem, byly jejich obavy nadále vyvraceny.

Matka se na vlastní žádost objednává na neurologii, kde byly jejich pochyby potvrzeny. Po vyšetřeních u neurologa padlo podezření na možnou sluchovou vadu. Na neurologii byli rodiče odkázáni na vyšetření k foniatrovi a na komplexní vyšetření ORL do FNHK. Po prvotních vyšetřeních BERA bylo rodičům sděleno, že Mikuláš trpí lehkou až střední sluchovou vadou. Vzhledem k Mikulášově věku (8 měsíců) bylo další vyšetření provedeno v celkové narkóze. Vyšetření odhalilo těžkou sluchovou vadu 90 dB.

Na základě výsledků byly Mikulášovi v 1 roce přiděleny sluchadla, avšak nesplňovaly očekávání rodičů. Mikuláš kvůli vysoké ztrátě sluchu nereagoval na kompenzovaný zvuk ze sluchadel. Rodiče se s konečnou diagnózou nechtěli smířit především z důvodu neprokázání vrozené vady.

Rodiče se poté objednali na kontrolní vyšetření do ORL kliniky 2. LF UK a FN v Praze – Motol, kde jim byla zjištěna a sdělena ještě horší ztráta sluchu, a to 110 dB. Po konzultacích byla rodičům doporučena implantace KI. Po zjištění úplné hluchoty, rodina začíná komunikovat s organizací TamTam. K Mikulášovi dojížděla pracovnice TamTamu 1x za měsíc a začala rodinu a Mikuláše učit znakovat.

Po zjištění vady docházejí rodiče s Mikulášem k foniatrovi v jejich rodném městě, kde je prováděno VRA vyšetření pro zjištění přínosu zvuku se sluchadly. Z vyšetření bylo zřejmé, že sluchadla pro Mikuláše jsou bezvýznamná a jediná možnost je implantace KI.

V 1,5 roce byla Mikulášovi schválena implantace kochleárního implantátu, především pro výbornou spolupráci rodiny a velkým Mikulášovým pokrokům. Po schválení byl Mikuláš přijat na 5 dní na ORL kliniku 2. LF UK a FN v Praze – Motol, kde mu bylo provedeno NMR vyšetření mozku a pyramid, neurologické a oční

vyšetření a vyšetření ERA-SSEP. Vzhledem k Mikulášovému nízkému věku bylo prováděno NMR vyšetření v celkové anestezii, kde byla posléze odstraněná nosní mandle.

Mikulášovi byl v jeho 2 letech oboustranně implantován KI značky Nucleus 6 Cochlear. Operace proběhla bez komplikací a rekonvalescence byla výborná. Mikuláš byl první den od implantace unavený, ale druhý den již běhal po nemocniční chodbě a cítil se dobře.

Nastavení KI:

První nastavení proběhlo měsíc od implantace bez problémů. Při prvním zvuku, který Mikuláš slyšel se rozplakal, ale vzápětí se začal smát a stydět se. Bez problémů reagoval na zvuky, které vydával buben, trumpetka, ťukání nebo bouchání do stolu, tleskání a další. První týden od nastavení si rodiče všimají Mikulášového klidu. Vše pozoruje; dívá se, jak si u stolu povídají. Reaguje na projíždějící vlak, na štěkot psa nebo také na digestoř. Je patrné pozorování nových věcí, které předtím neznal. Po prvním týdnu od nastavení rodiče zaznamenávají snahu o opakování citoslovce š-š-š – jako mašinka.

Po druhém nastavení Mikuláš slyší a reaguje na cinkání lžičky, při míchání čaje. Je vidět, že zvuky mu nejsou nevadí, ale naopak mu jsou příjemné. Při hře na schovávanou, nebo například při bafnutí se Mikuláš lekne. Rodiče také pozorují první náznaky tance, který předvádí vždy při zapnuté hudbě, nebo zpívání. U Mikuláše je vidět veliká chuť a chtíč opakovat slova. „*Vyslovuje: Fíd'o – Ífo; auto – afto; houba – ouba; bonbón – bobó; ale i táta a máma.*“

Po měsíci od implantace proběhlo 3. nastavení KI. Při prvním nandání Mikuláš reaguje kladně, začne mrkat a ukazovat na ouška, že slyší. Snaží se říkat i těžší slova jako například loď, stačí, a další. Rodiče pozorují, že při větší koncentraci lidí nebo většího hluku, Mikuláš nereaguje na řeč. Po 3. nastavení se také poprvé koupe s AQUA setem. Voda mu nevadí, pobyt v ní si užívá. Nejráději do ní skáče a hraje si se starším bratrem. V tomto období matka nejráději vzpomíná na okamžiky, kdy Mikuláš reaguje kladně na prosby typu „*dej mi pusu*“, kterou jim s radostí opětuje.

Po 4. nastavení, které proběhlo šest týdnů od implantace, rodiče začínají číst pohádky před spaním. Mikuláš vydrží s nasazenými KI poslouchat celou pohádku. Matka zjišťuje, že Mikuláš slyší na zavolání i z 30 m. V tomto období také začíná

opakovat slova po stejně starých dětech. U Mikuláše je již patrné soužití s implantáty. Když mu ouška spadnou, přijde k matce, aby mu je nasadila.

Po 3. měsících od implantace a již po několikátém nastavení si Mikuláš začíná broukat písničky a říkanky – prší, prší; mámo, táto v komoře je myš a jiné. Začíná také používat jednoduché věty o dvou slovech – mámo prší; mámo pálí to. Rád si hraje s plyšáky a stará se o ně. Ukládá je ke spánku, loučí se s nimi, dává jim pusinky, když jde i on spát.

4. měsíc od implantace Mikuláš podstupuje 8. nastavení KI. Začíná skloňovat a zdrobňovat slova – maminka, babička. Bez problémů rozlišuje sykavky – š-š-š je mašinka; s-s-s je had. Po 8. nastavení reaguje na namražování lednice, ptá se, co je to za zvuk. Začíná se také učit rozlišování barev, které si stále osvojuje.

Při 9 nastavení, které bylo v 5. měsíci od implantace Mikuláš začíná používat nová slova. Slova se odvíjí od doby vánoční – stromeček, dárky, sníh, sánky. Začíná také rozlišovat polohové vztahy jako je nahoru a dolů. Začíná komentovat svoje okolí a bez problému rozezná zvuky v domácnosti. Toto nastavení bylo od rodičů zaznamenáno jako poslední.

Současný stav:

Mikuláš od svých 3 let navštěvuje běžnou mateřskou školu bez komplikací. Od nástupu pracuje bez osobního asistenta a je plně integrován do kolektivu.

Rodiče již od 1 roku, kdy byly implantovány KI navštěvují klinického logopeda v Žamberku. Mikuláš k logopedovi docházel pravidelně a v pozdějším věku pravidelně 1x za 14 dní.

V 6 letech byl Mikulášovi doporučen OŠD z důvodů implantace a nezafixováním všech hlásek. Dle zprávy z PPP byl Mikulášovi sepsán plán podpůrných opatření, podle kterého je Mikulášovi vybírána vzdělávací nabídka.

V 7 letech má Mikuláš již zafixované a vyvozené všechny hlásky. Je plně samostatný, řekne si, když má například vybité ouško. Jeho výměnu dokonce zvládne bez pomoci sám.

8.4 Případová studie z pohledu třídního pedagoga

Základní informace:

Jméno: Mikuláš

Věk: 7 let

Pohlaví: chlapec

Diagnóza: Dítě s kochleárním implantátem

Rodinná anamnéza:

Druhé dítě rodičů. Starší bratr Filip (10 let), mladší sestra Tereza (1,5 roku). Rodina je úplná, velmi citově založená. Oba rodiče zdraví, bez sluchové vady.

Osobní anamnéza:

Ve 4,5 letech nastupuje poprvé do Mateřské školy Kaštánek, konkrétně do třídy U Kořat. Zpočátku se Mikuláš jevil jako velmi živé a bezprostřední dítě. Dětem bral hračky, dokonce vyvolával konflikty. Avšak konflikty nebyly vyvolávány schválně, neboť na takové chování byl zvyklý z domu z hry se starším bratrem.

Po dvou týdnech přichází u Mikuláše značné zklidnění. I přes svou tvrdohlavou povahu a snahu si dělat vše po svém, se zapojuje do kolektivu a stává se velmi oblíbeným.

Od započatí školní docházky nebyla u Mikuláše zaznamenána separační krize z odloučení od rodičů. Pobyt v MŠ zvládá bez stesku a pláče.

Okolo 5 let Mikuláš již zvládal bez problému vyjmenovat základní barvy a jeho kresba byla dle věku na dobré úrovni. Dokázal čáranice i hlavonožce. Při pracovních činnostech chtěl sám stříhat, lepit, či navlékat korálky. Celkově ho rukodělné práce velice bavily a ve spontánních činnostech je vyhledával nejvíce.

V 5 letech má Mikuláš již plně zafixované a vyvozené hlásky – M, B, P, T, J, H, Ž, Ď, Ť, Ň a stále dochází ke klinickému logopedovi do Žamberku.

V 5,5 letech již zvládá vyjmenovat některé doplňkové barvy a z geometrických tvarů čtverec a „kolečko“. Při trénování polohových vztahů bez problému zvládne polohové vztahy nahoře a dole.

Při tvorbě slovních spojení, nebo jednoduchých vět dělá gramatické chyby, avšak slova na slabiky již rozděljuje.

V 5,5 letech má Mikuláš již plně zafixované a vyvozené další hlásky – F, V, L, K, nově začal docházet ke klinickému logopedovi do Vysokého Mýta.

V 6 letech je Mikulášova slovní zásoba již bohatá. Zná a jasně popíše polohové vztahy – před, za, uprostřed, mezi a také vpravo či vlevo. Při popisu obrázku používá stále spíše pojmy než celé věty, avšak i tak je popis velmi obsáhlý.

V sebeobsluze zvládá poměrně vše, co je v jeho věku běžné. Problém je akorát u vázání uzlu či tkaničky. V lokomoci je situace obdobná. Po jeho motorické stránce je vše v pořádku. Jediné, na co si musí dávat Mikuláš a ostatní kolektiv pozor jsou nebezpečné údery do hlavy, úrazy hlavy či vysoký hluk, který by mohl poškodit implantát.

V 6 letech a 2 měsících proběhla návštěva SPC, kde byla po podrobné diagnostice zvažena a odsouhlasena OŠD pro Mikulášovu školní nezralost. Nezralost byla vyvozena především kvůli komunikačním problémům a kochleárnímu implantátu. V jeho vývoji nebyly patrné velké nedostatky, oproti dětem, které do školy nastupují včas. Záměrem nejspíš bylo, aby byl Mikuláš 100% připravený na přechod do ZŠ, nový kolektiv, nové třídní učitelky a celkově nový systém, který s jeho handicapem může být složitější.

Současný stav:

V současné době Mikuláš po OŠD dochází posledním rokem do třídy Mravenců. Z důvodu epidemiologické situace covid-19, byl hodně času doma, neboť jeho matka je na mateřské dovolené.

Mikuláš i v době, kdy nedochází do MŠ pracuje na distanční výuce, která mu je podle témat každý týden zasílána. Matka výborně spolupracuje, posílá nám zpětnou vazbu na práci a když si nevědí rady, telefonicky nás kontaktuje. Pracovní listy jsou téměř vždy bez chyby a ostatní úkoly z VV, PČ či secvičení říkanky, jsou také splněny.

Podle slov matky, se Mikuláš do Mateřské školy Kaštánek moc těší, chybí mu kontakt s ostatními dětmi i učitelkami.

Mikuláš má sjednanou schůzku v SPC kvůli možnosti osobního asistenta v ZŠ. Schůzka se bude konat na konci školního roku 2020 / 2021.

8.5 Diagnostika

Jméno: Mikuláš

Geometrické tvary: čtverec X kostka, kruh X kolo, trojúhelník ✓, obdélník ✓

Barvy: žlutá, červená, zelená, modrá, hnědá, bílá, černá, růžová, fialová, **sv. zelená**, sv. modrá, oranžová, **šedá**

Najde odlišnosti pomocí detailů: ✓

Najde neshodné dvojice s vertikální polohou: dělá chyby, nevnímá jejich polohu

	Odpovědi		Odpovědi
Nahoře / dole	✓ ✓	Slabiky	✓
Nad / pod	✓ ✓	Zapínání zipu	✓
Před / za	✓ ✓	Knoflíky	✓
Uprostřed/ mezi	✓ X mezi	Chůze na schodech	✓
První/ poslední	obráceně	Poskoky snožmo	✓
vpravo / vlevo	✓ ✓	Poskoky po 1 noze	✓
Čísla: 1 – 10	✓	Rovnováha	✓
Své jméno	✓	Chytání a hod míčem	✓ ✓
Příjmení	✓	Trhání papíru	✓
Jméno matky	X	Nůžky	✓
Jméno otce	Filip	Úchop tužky	✓
Sourozenci	✓ ✓	Rytmus	✓
Vyprávění	✓	Uzel	✓
Popis obrázku	X	Ruka přes ucho	X
Děj posloupnost	✓	Vedoucí oko	Levé
Časová posloupnost	✓	Vedoucí ruka	Pravá

Mlád'ata	Kráva X	Ovce X	Slepice X	Kočka X
Koza X	Pes ✓	Kůň X	Husa X	Prase X

Sluchová diferenciacie

	Nezvládá	Zvládá s dopomocí	Zvládá samostatně
Počet slabik ve slově			✓
Zopakuje větu z více slov		✓	

	nezvládá	Zvládá s dopomocí	Zvládá samostatně
Napodobí rytmus 2/3/4 slabiky			✓
Zvládá záznam ryt. struktury			✓

	Šeptem z 6 metrů	Nahlas z 10 metrů
Mouka	✓	✓
Bouda	✓	✓
Banán	✓	✓
Buben	✓	✓
Káva	✓	✓
Máma	✓	✓
Čaj	✓	✓
Čas	X	✓
Nos	✓	✓
Cvičí	✓	✓
Léčí	✓	✓
Tisíc	✓	✓
Měsíc	✓	✓
Šest	X	✓

	ANO	NE
Mačkání papíru	✓	
Šustění igelitového pytlíku		✓
Tleskání	✓	
Ťukání	✓	

Vyvozování hlásek						Ť	✓	Z	✓
AEIOU	✓	T	✓	J	✓	Ď	✓	Č	✓
OU AU	✓	D	✓	K	✓	Ň	✓	Š	✓
P	✓	N	✓	G	✓	L	✓	Ž	✓
B	✓	F	✓	H	✓	C	✓	R	✓
M	✓	V	✓	CH	✓	S	✓	Ř	✓

Tabulka 1 - diagnostika; Zdroj: vlastní - zpracováno dle „Diagnostika předškoláka – Jiřina Bednářová“

8.6 Vlastní pozorování

Ve vstupním hodnocení Mikuláše se především zaměřuji na komunikaci a celkově na předškolní dovednosti, které by měl Mikuláš splňovat, vzhledem k tomu, že navštěvuje poslední povinný předškolní rok. Neboť Mikuláš hovoří pouze orální řečí a znakový jazyk už vůbec nepoužívá, v hodnocení se zaměřuji na čtyři jazykové roviny – lexikálně-sémantickou; morfologicko-syntaktická; pragmatická; foneticko-fonologická.

Rodiče Mikuláše se s pomocí organizace TamTam začali učit znakový jazyk. Mikuláš ho ovládal také, ale po implantaci kochleárního implantátu znakový jazyk používat přestal. Po implantaci se téměř okamžitě začal orálně vyjadřovat. Znakový jazyk rodiče používali pouze ve chvílích, když Mikuláš neměl nasazené procesory, a to z důvodu nemoci nebo koupání ve vodě. Rodiče na Mikuláše z těchto důvodů znakují pořád, avšak Mikuláš jim na znakový jazyk již neodpovídá, proto používají pouze jednoduché a jasně srozumitelné znaky.

Lexikálně-sémantická rovina – vlastní pozorování:

Vyjadřování Mikuláše je na velmi dobré úrovni. Slovní zásoba je bohatá a pestrá. Mikuláš kladně a bezprostředně reaguje na zadané úkoly a pokyny. Díky pravidelnému a denně se opakujícímu režimu v MŠ, Mikuláš jasně ví, jak jdou činnosti za sebou a co se nejspíše bude dělat. Ve třídě je znatelné pomáhání mladším dětem z Mikulášovy strany. Upozorňuje je na osobní hygienu, úklid místa a další.

Při zadání pokynu například u výtvarné nebo pracovní činnosti, Mikuláš nepotřebuje zopakování pokynů a zvládá vše udělat na poprvé. Pokud se stane, že si neví rady, zeptá se svých vrstevníků, nebo práci odkouká. U Mikuláše je patrná potřeba být ve všem první. První se ptá na zadání a práci a chce jí mít hotovou jako první.

Pro Mikuláše není problém pochopit a uchopit více úkonů zároveň. Když je mu zadaná práce například s obrázkovou knihou, udělá si rychle svoji práci a pak si v knize listuje sám. Vyhledává knihy s tematikou mořského světa a vypraví zpravidla jen o Titaniku.

Po ukázce obrázku Titaniku Mikuláš bez problému pojmenuje a popíše obrázek. Popíše barvy, tvary, popíše i nehodu, která se stala. Jeho slovní obsahuje slova, která jeho vrstevníci neznají, nebo nepoužívají.

Morfologicko-syntaktická – vlastní pozorování:

Mikuláš ve verbálním projevu používá rozvitá souvětí, která jsou správně poskládána. Užívá správně všechny slovní druhy. Nemá problém také rozlišit polohové vztahy, avšak nastává v užívání slova „mezi“, které neužívá ve správném spojení.

Mikuláš se často dožaduje odpovědi na jeho pokládané otázky. Nerespektuje konverzaci mezi učitelem a jiným vrstevníkem. Občas se stává, že paní učitelku „poplácá“ nebo slovně upozorní, že se na něco ptal. Když se mu dostaví odpovědi, je spokojený a dál poslouchá ostatní. Jeho otázky jsou ale kladeny spontánně bez rozmyšlení, zda se pro danou situaci hodí.

Mikuláš umí napočítat bez problému do 20. Čísla se snaží odříkávat i pozpátku. Dokáže pojmenovat trojúhelník a obdélník. Kruh označuje „kolem“ a čtverec „kostkou“. Při popisu obrázku nepoužívá celé věci, říká pouze, co na obrázku vidí – holčička, pec, sluníčko. Při doplňujících otázkách, co holčička na obrázku dělá? odpoví ve větě. Při pokynu odvyprávění pohádky s pomocí obrázků si Mikuláš vybírá vždy tu pohádku, kterou zná. Obrázky sleduje jen letmo a pohádku vypráví čistě ze své hlavy.

Pragmatická rovina – vlastní pozorování:

Při komunitním kruhu Mikuláš správně odpovídá na dotazované otázky, řekne, co dělal o víkendu, co bude následovat. Jeho povídání se často schyluje k Titaniku, který zpravidla zakomponuje do všech jeho odpovědí.

Mikuláš dokáže také správně popsat jeho pocity, nebo pocity ostatních dětí. Občas se dostává Mikuláš do konfrontace se stejně starými chlapci. Jejich dohadování je zpravidla kvůli uklízení stavebnic, které Mikuláš postavil a chce si jej nechat na výstavě. Ostatní chlapci striktně chtějí všechny hračky uklidit – možná jen z principu.

Při přemísťování do ostatních tříd například na spaní nevznikají žádné problémy. Mikuláš nemá problém s adaptací, ani s komunikací s ostatními dospělými osobami. Všechny pracovnice MŠ oslovuje jménem, navazuje oční kontakt, bez problému pozdraví a poděkuje.

Mluví hezky o jeho rodině, všechny pojmenuje jménem. U matky si na jméno nemohl vzpomenou, mluví o ní pouze jako o „*mamince*“. Když vypráví, mluví často

o bratrovi Filipovi a mladší sestře Tereze. Často říká, že chce být jako Fíd'a – ze slov maminky vyšlo, „že by chtěl být jako Fíd'a, kvůli tomu, že nemá ouška.“

Foneticko-fonologická – vlastní pozorování:

Mikuláš má již zafixované a vyvozené všechny hlásky, tudíž nedochází k chybné mluvě. Mikuláš stále dochází ke klinickému logopedovi, kde spolu prochází pracovní listy a připravuje ho na nástup do ZŠ. V MŠ Mikuláš trénuje logopedii i se svou třídní učitelkou, která má logopedický kurz. Nevyvozují zde hlásky, pouze trénují oromotorické svaly a klad jazyka. Po implantaci kochleárního implantátu je jeho výška hlasu vyšší než u jiných chlapců. Při rozkladu slov, například h-u-s-a, slova z 50 % rozpozná. Když si neví rady, zkusí slova, která se alespoň podobají.

Při otázce „jaké písmeno je na začátku slova?“ pozná bez chyby slova začínající na písmeno M jako jeho jméno. Také rozpoznává slova s začínajícím písmenem F, po jménu jeho bratra. U jiných slov se stává, že řekne celou začáteční slabiku, ale pouze minimálně, že by písmeno vůbec neodvodil.

Při zkoušení „posledního písmena ve slově“ přicházejí problémy. Písmeno nedokáže rozpoznat, chybuje. U jména Mikuláš poslední písmeno rozpoznal, ale bylo to z důvodu, velkého kladení důrazu na písmeno Š. Při podpisu zvládne napsat Miky i Mikuláš. Písmenka odřídá. Zkusí také podepisovat svoje příjmení.

Zvládá vytleskat i 4 slabičné slovo, vytleská s menšími problémy i rytmus. Básničky a říkanky se naučí bez problému. Reprodukce delších písní mu trvá delší dobu, ale text si vždy zapamatuje.

Předškolní dovednosti:

Lateralita u Mikuláše je doposud zkřížená. Jeho vedoucí okolo je levé a vedoucí ruka pravá. Úchop tužky má zafixovaný správně a na tužku neklade velký tlak. Grafomotorické listy vypracovává s chutí a bez chyby.

Při stříhání správně uchopí nůžky a dokáže stříhat po vyznačené linii. Při trhání papíru nastává problém, že papír spíše „rve“ než aby ho trhal. Po názorné ukázce však trhá papír správně.

Kresbu postavy má propracovanou, objevují se dvojité linie, prsty, krk, obličej. Podle oblečení či jiných detailů bez problému rozpoznáme, zda se jedná o muže či ženu. V kresbě je také zastoupena velká škála barev. Kresbu si Mikuláš ve

spontánních činnostech volí často. Často kreslí obrázky pro paní učitelky, nebo pro maminku.

Při sebeobsluze si Mikuláš zvládne obléknout své oblečení, které bez problémů rozpozná. Zvládne zapnout knoflík i zip. Problém mu dělá zavázat si tkaničky, avšak uzel se vázat již naučil.

Při vybití baterií v procesorech si řekne o výměnu. Když se na to cítí a má na to chuť, baterie si chce vyměnit sám. Jasně řekne, které ouško kam patří a zda už je vše v pořádku.

Po motorické stránce je Mikuláš plně připravený na nástup do ZŠ. Při chůzi po schodech střídá nohy a jde jistě, bez držení zábradlí. Udrží rovnováhu na jedné noze a dokáže udělat i holubičku. Zvládá poskoky na jedné noze i snožmo. Chůzi po šikmé ploše, nebo po vytyčené stopě mu také nedělá problémy. Při hodů míčem používá pouze jednu ruku. Při chytání míče, chytá do „koše“ bez spadnutí na zem. Jediný problém je při kladení ruky přes hlavu. Ruku nedá tak, jak by bylo třeba.

Nedostatky se objevily u vyjmenování mláďat našich domácích zvířat. Mládě bez chyby pojmenoval pouze u psa. U kočky například používal „kočičky“, u ovce „ovečky“. Tato oblast bude chtít ještě procvičit.

Sluchová percepce:

Při kontrole sluchové diferenciaci jsem volila postup z knihy p. Bednářové o předškolní diagnostice. Vybrala jsem 14 sluchově podobných slov, které jsem odříkávala potichu ze 6 metrů a nahlas z 10 metrů. U této činnosti jsem si nebyla jistá, protože jsem netušila, jak bude Mikuláš slyšet šepot z takové dálky. Při sluchové diferenciaci jsme byli v tiché třídě, bez jakýkoli šumů a hlasů.

Další zkouškou byly zvuky – mačkání papíru, šustění igelitového pytlíku, tleskání a ťukání, které mu byly dělány za zády, aby neměl zvuk spojen také se zrakovým vjemem. Při šeptání Mikuláš „neslyšel“ pouze dvě slova – čas, šest. Slyšel, že slovo vyslovuji, ale nedokázal ho interpretovat nazpátek. Při hlasitém odříkávání slov z 10 metrů se Mikuláš nespletl ani jednou. Všechny slova jasně a srozumitelně zopakoval. Práce ho bavila a nejevila mu žádnou únavu či nechuť. Při vytváření zvuků za jeho zády Mikuláš poznal bez problému mačkání papíru, tleskání a ťukání. Na odpověď „jaký zvuk slyšel?“ přišla okamžitá reakce s otázkou, kde bude další zvuk. Jediný zvuk, který nepoznal bylo šustění igelitovým pytlíkem. Nejsm si však jistá, jestli to nebylo spíše tím, že si nevěděl rady, jak ten zvuk popsat.

8.7 Výsledek výzkumného šetření

K výzkumnému šetření byla stanovena výzkumná otázka: Jaká je mentální a fyzická úroveň chlapce s KI oproti dětem, které navštěvují MŠ bez handicapu?

K dosažení odpovědi na danou otázku, byla stanoveny tři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo shromáždit takového množství informací, které by mi pomohly sepsat případovou studii a lépe se orientovat v případě Mikuláše. Tento cíl byl splněn, díky velké ochoty matky Mikuláše. Po rozhovoru mi byly poskytnuty lékařské zprávy; osobní deník, který od počátku léčby psala maminka Mikulášovi a zprávy, z jeho logopedického šetření.

Druhým cílem bylo uplatnit diagnostické šetření a dlouhodobé pozorování z přímé práce k popisu celkového vývoje. K tomuto cíli dopomohlo právě zmiňované pozorování, které mohlo být uskutečněno díky mému třídnictví ve třídě, do které Mikuláš tento rok dochází. Diagnostika byla pravidelně prováděna každý týden, kde bylo voleno pokaždé jiné šetření – sluchová diferenciací, motorické schopnosti, logopedická prevence a jiné.

K třetímu dílčímu cíli byl využit standardizovaný rozhovor se zákonným zástupcem, kde byly voleny otázky tak, aby přiblížily život po implantaci, jež nebyl nikde popsán. Otázky byly také zaměřeny na docházku v běžné MŠ, spokojenost rodičů, či samotného chlapce.

Dle všech cílů bylo patrné, že i přes Mikulášovu diagnózu se nijak neodlišuje od dětí, které docházejí do běžné MŠ bez jakéhokoli handicapu. Jeho mentální úroveň je na velmi dobré úrovni. Diagnostika značí, že je Mikuláš plně připravený na vstup do ZŠ. U fyzické zdatnosti je Mikuláš na stejné úrovni jak ostatní chlapci ve třídě. Nedělá mu problém chůze po šikmé ploše, hod či chytání míče, rovnovážná cvičení a jiné. I přes to, že Mikulášův zdravotní stav od kojence byl náročný, díky několikanásobné antibiotické léčbě s následnou hospitalizací, v jeho nynějších 7 letech, je téměř bez nemoci. Občas se u Mikuláše vyskytne nachlazení doprovázené kašlem, ale antibiotická léčba není potřeba.

Hlavním výzkumným cílem bylo tedy zjistit, zda dítě po implantaci kochleárního implantátu může být plně integrováno do běžné mateřské školy, konkrétně do MŠ Kaštánek v Chocni. Dle všech výzkumných metod, které byly použity i dle slov rodičů, je plná integrace Mikuláše možná.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ, konkrétně v Mateřské škole Kaštánek v Chocni.

V teoretické části jsem rozebrala anatomii sluchového aparátu a sluchové vady, které jsou rozděleny podle doby a místa vzniku. Dále jsem poukázala na kochleární implantát a následnou rehabilitaci. V neposlední řadě také kochleární centra, která se nachází v České republice. V další kapitole jsem se zaměřila na předškolní věk, jeho základní charakteristiku a kognitivní vývoj dětí. Nebyla také opomenuta podkapitola komunikace dětí, vývoj dětské řeči a školní zralost, právě kvůli následnému výzkumnému šetření. Zmíněn je také vývoj dítěte se sluchovým postižením v předškolním věku. V poslední kapitole jsou zaznamenána podpůrná opatření a příslušná legislativa, která se vztahuje právě na sluchově postižené žáky. Sepsání teoretické části pro mě bylo velice zajímavé. Rozšířila jsem své poznatky o sluchových vadách a samotné kochleární implantaci, které mi byly k dopomoci v praktické části.

Praktická část byla založena na popisu Mateřské školy Kaštánek a konkrétní třídy, kam pravidelně dochází chlapec s kochleárním implantátem. V další části je popsána podrobná případová studie, která byla podložena podrobnými lékařskými zprávami. Druhá sepsaná případová studie je z pohledu třídní učitelky Mikuláše. Jako další byla sepsána diagnostika dítěte, kde bylo zaznamenáno mnoho faktorů, jež by mohly ovlivnit nástup do ZŠ. V diagnostice nalezneme jak mentální, fyzické či například sluchové schopnosti dítěte. K diagnostice je také přiloženo dlouhodobé pozorování chlapce, které je následně sepsáno do několika bodů. V neposlední řadě je v praktické části taky přepis standardizovaného rozhovoru s matkou.

V bakalářské práci byl stanoven hlavní výzkumný cíl a tomu zhotovené tři dílčí cíle. Zhodnocení všech cílů je sepsané v předešlé kapitole, a to ve výsledku výzkumného šetření. Hlavní otázkou bylo, zda může být dítě s kochleárním implantátem plně integrováno do běžné MŠ. Po zhodnocení všech dílčích cílů, diagnostiky a celkového pozorování, jsem došla k závěru, že dítě může být plně integrováno do běžné MŠ. Šetření bylo uzpůsobeno na konkrétního chlapce, tudíž z něho nelze vyvozovat závěry, které by se mohly týkat jiných implantovaných dětí.

K celkovému zpracování praktické části mé bakalářské práce, byl zákonným zástupcem podepsán souhlas o zpracování osobních údajů.

Napsání této práce pro mě bylo přínosné, neboť nastudování odborné literatury hodící se k mému tématu mě rozšířilo obzory o problematice sluchových postižených. Také vyhotovení případových studií, diagnostiky, nebo celkové pozorování mě utvrdilo v tom, že i dítě s handicapem, může být plně integrováno.

Na základě celkového šetření či po komunikaci s Mikulášem bylo jasné, že je Mikuláš v MŠ Kaštánek spokojený, necítí se odtrkovaný či dokonce „šikanovaný“. Jeho docházka je pravidelná, bez separačních krizí z důvodu odloučení od matky. Mikuláš se také často dožaduje odchodu z MŠ až po odpoledním odpočinku, neboť si chce „pohrát“ s kamarády. Domnívám se, že rozhodnutí rodičů zařadit Mikuláše do běžné MŠ, bylo to nejlepší, co mohli pro jeho bezproblémový rozvoj a následný přechod do běžné ZŠ podniknout.

Seznam použitých zdrojů

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Computer Press, 2010. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-251-2569-4.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Ilustroval Richard ŠMARDA. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0658-1.

ČAČKA, Otto. *Psychologie dítěte*. 3. dopl. vyd. Tišnov: Sursum, 1997. ISBN (váz.).
FUCHS, Eduard, Hana LIŠKOVÁ a Eva ZELENDOVÁ, ed. *Rozvoj předmatematických představ dětí předškolního věku: metodický průvodce*. Praha: Jednota českých matematiků a fyziků, 2015. ISBN 978-80-7015-022-1.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

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

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové vnímání dětí raného věku s postižením sluchu: funkční hodnocení*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8130-7.

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

KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2003. ISBN 80-239-0082-X.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, c2006. ISBN 978-80-247-1284-0

LEJSKA, Mojmir. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. Učební text (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-7013-178-0.

MOTEJZÍKOVÁ, Jitka a Jana BARVÍKOVÁ. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.

NEUBAUER, Karel. *Úvod do logopedie sluchově postižených: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-755-3.

Internetové zdroje:

Anatomy and Physiology of the Ear. Stanford Children's Health – Lucile Packard Children's Hospital Stanford [online]. Copyright © 2021 Stanford Children [cit. 15.01.2021]. Dostupné z: <https://www.stanfordchildrens.org/>

Kochleární implantace krok za krokem – FNUSA. Domovská stránka – FNUSA [online]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/pro-pacienty-a-navstevy/pracoviste/orl-zakladni-informace/orl-komplexni-implantacni-centrum/kochlearni-implantace-krok-za-krokem>

Naší snahou je, aby dítě slyšelo s kochleárním implantátem co nejlépe - iDětskýSluch.cz. iDětskýSluch.cz - informační portál - iDětskýSluch.cz [online]. Copyright © 2021 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/kompenzace/kochlearni-implantaty/nasi-snahou-je-aby-dite-slyselo-s-kochlearnim-implantatem-co-nejlepe-123/>

První kochleární implantace | Fakultní nemocnice Hradec Králové. Fakultní nemocnice Hradec Králové [online]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/prvni-kochlearni-implantace>

Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku - <http://ceskakinantropologie.cz/> [online]. Copyright © 2021 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <http://ceskakinantropologie.cz/hendl/metodologie>

Typy sluchových vad– kochlear.cz. [online]. Copyright © 2021 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <http://www.kochlear.cz/rs/print.php?t=66>

Základy anatomie – nervový systém a čivy | Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity. Informační systém [online]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_IV/pages/civy.html

Pedagogické a legislativní dokumenty

Stupně podpory – Katalog podpůrných opatření. *Katalog podpůrných opatření* [online]. Copyright © 2015 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/sluchove-postizeni-nebo-oslabeni-sluchoveho-vnimani/1-strucne-vymezeni-sluchoveho-postizeni-a-oslabeni-sluchoveho-vnimani/1-2-stupne-podpory/>

Tiskopisy ke stažení a dokumenty MŠ: MŠ Kaštánek, Choceň. *Mateřská škola Na Herzánce* [online]. Copyright © 2010 Všechna práva vyhrazena. [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <https://www.skolkakastanek.cz/dokumentace/>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Seznam tabulek

Tabulka 1 - diagnostika; Zdroj: vlastní - zpracováno dle „Diagnostika předškoláka – Jiřina Bednářová“	49
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru

Příloha B: Souhlas zákonných zástupců o zpracování osobních údajů

Příloha A: Přepis rozhovoru

Kvůli epidemiologické situaci covid-19 neproběhla osobní schůzka s rodiči. Otázky byly po předešlé domluvě poslané přes email a následně odeslány vyplněné zpět od Mikulášové maminky.

1. Máte v rodině někdo se sluchovým postižením?

V rodině nikoho se sluchovým postižením nemáme. S manželem jsme podstoupili genetické testy, kde bylo vyloučeno, že bychom byli přenašeči špatného genu, díky němuž by postižení u Mikuláška mohlo vzniknout. Nikdo nám neřekl, jaká byla primární příčina hluchoty.

2. Byl proveden novorozenecký screening? Pokud ano, s jakými výsledky?

Screening byl proveden v porodnici a byl v pořádku.

3. Kdy jste začali pozorovat, že Mikulášek špatně slyší?

Poprvé jsem si toho všimla, když Mikuláškoví byly 3 měsíce. Spadl mi v kuchyni hrnec a Mikuláš se vůbec nelekl. Nereagoval na hluk ani na mluvení, a i přes to, nám byla sluchová vada vymlouvána.

4. Kdo vám první řekl o implantaci KI? Jaká centra KI jste navštěvovali?

První, kdo nám řekl o kochleární implantaci byl MUDr. Myška ve FN Motol.

5. Byl před implantací sluch kompenzován sluchadly?

Ano, v roce dostal svá sluchadla, avšak jejich kompenzace byla neúspěšná.

6. Jak probíhala komunikace mezi vámi a Mikulášem? Byl užíván znakový jazyk, nebo probíhala komunikace pomocí odebírání?

Od roku jsme s pomocí organizace TamTam a jejich příslušné pracovnice pracovali na znakovém jazyku. Dojížděla k nám 1x za měsíc po dobu několika měsíců.

7. Byla hned doporučená oboustranná implantace?

Po zjištění úplné oboustranné hluchoty byla doporučena okamžitě oboustranná implantace kochleárního implantátu.

8. Byla jste kvůli implantaci ve spojení např. s centrem TamTam, nebo jinou organizací?

Byli jsme ve spojení pouze s organizací TamTam.

9.V kolika letech proběhla implantace a jak následně probíhalo nastavování KI?

Implantace proběhla ve 2 letech. Nastavování začalo probíhat 6 týdnů od implantace. Na nastavování jsme byli 9x.

10.Jaký KI byl implantován?

Implantován byl aparát Nucleus 6 Cochlear.

11.Jak probíhala léčba a celková rekonvalescence?

Po operaci byl Mikuláš jeden den unavený. Druhý den již běhal po chodbě. Hojil se dobře bez větších problémů.

12.Pamatujete si okamžik, kdy jste si plně vědoma toho, že Mikulášek slyší?

Když jsme seděli u stolu a Miky na nás koukal, pozoroval nás a bylo patrné, že naší řeč vnímá a slyší.

13.Nastávaly situace, kdy se Mikuláš ptal, co to slyší za zvuk, nebo mu nějaký zvuk vadil?

Ptal se například na zvuk letadla. Když si zvuk osvojil, vždy když letadlo znovu slyšel ukazoval na oblohu, že tam někde je (když nebylo vidět).

14.Po jak dlouhé době s vámi začal pracovat klinický logopedie?

Na logopedie s Mikuláškem docházíme od doby, co dostal sluchadla, tudíž od 1 roku.

15.Jak probíhala integrace do běžné MŠ?

Ve školce se začlenil velmi dobře. S dětmi ani s paní učitelkami nebyl žádný problém.

16.Byla jste spokojená s přístupem učitelek ve třídě MŠ?

Jediné, co jsem s paními učitelkami musela řešit, bylo, když se Mikymu vybily baterky a on si o výměnu neřekl a neslyšel. Další problém byl, když se děti stěhovaly do jiných tříd například na spaní. Ostatní paní učitelky nebyly s výměnou baterek obeznámeny a nevěděly, co mají dělat. Třídní učitelka ale všechny paní učitelky obešla a vše jim vysvětlila. Velmi si cením přístupu všech učitelek v MŠ.

17.Chtěla jste pro Mikuláška osobního asistenta?

Bylo nám řečeno v KI centru v Praze Na Mrázovce, že osobní asistent není potřeba. Stejný pocit jsme měli i my, včetně třídních učitelek.

18. Vyskytl se v MŠ problém kvůli Mikulášovému handicapu? (odmítání dětí,..)

Nevím o tom. Jediné, co bylo, že se děti ptaly, co to má Miky na uších.

19. Vznikly někdy situace, kdy Mikulášek nechtěl do MŠ?

Samozřejmě ano, ale netýkalo se to KI.

20. Byla Vám doporučena běžná MŠ, nebo jste ji volili kvůli dostupnosti v místě bydliště?

Běžná MŠ nám byla doporučena a po shlédnutí MŠ Duháček v HK pro neslyšící jsem si byla 100% jistá, že tam nepatří. Chtěla jsem, aby byl zařazen mezi zdravé děti, a ne ho separovat a vytvářet si jakousi komunitu.

21. Vybrala byste si opět běžnou MŠ, nebo MŠ zaměřenou na sluchové vady?

Určitě bych si opět vybrala běžnou mateřskou školu. Díky přístupu k Mikymu jako ke „zdravém“ ze strany MŠ si Miky nepřijde ostrčený a řekla bych, že se zařadil do kolektivu bez problémů. Jediné, co se stává je, že se občas Miky ptá, kdy už mu tyhle ouška sundají. Prý bych chtěl vypadat jako Fíd'a (starší bratr).

Příloha B

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ NEZLETILÉ OSOBY

Já, níže podepsaný/á

Jméno a příjmení:

.....

Jakožto zákonný zástupce:

.....

Tímto uděluji souhlas Veronice Fišerové, DiS., ke zpracování osobních údajů mého syna, za účely vytvoření bakalářské práce na Univerzitě Hradec Králové, se sídlem Hradecká 1227/4, 500 03 Hradec Králové, která nese název „Dítě s kochleárním implantátem v běžné MŠ“.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____