

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

POHYBOVÉ AKTIVITY U DĚTÍ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Michaela Voskárová

Rekreologie – Pedagogika volného času

Vedoucí práce: Mgr. Svatava Panská

Olomouc 2012

Jméno a příjmení autora: Michaela Voskárová

Název závěrečné písemné práce: Pohybové aktivity u dětí s kochleárním implantátem

Pracoviště: Katedra Aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí: Mgr. Svatava Panská

Rok obhajoby: 2012

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřena na uživatele kochleárního implantátu na základních a středních školách pro sluchově postižené v Olomouci, Brně, Ostravě a Českých Budějovicích a školách, ve kterých jsou integrováni žáci s kochleárním implantátem a na jejich činnosti při pohybových aktivitách. Teoretická část obsahuje informace o vývoji dítěte, sluchovém postižení, kochleárním implantátu a pohybové aktivitě. Praktická část zahrnuje výsledky dotazníkového šetření, které je zaměřeno na oblast pohybových aktivit u osob s kochleárním implantátem.

Klíčová slova: vývoj dítěte, sluchové postižení, životní styl, zdraví, motorika, tělesná výchova, volný čas

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Michaela Voskárová

Title of the thesis: Physical activities for children with cochlear implant

Department: Department of Adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Svatava Panská

The year of presentation: 2012

Abstract:

The thesis is aimed at users of cochlear implants in primary and secondary schools for the hearing impaired children in Olomouc, Brno, Ostrava, České Budějovice and schools in which are integrated students with a cochlear implant. The thesis studies their actions during physical activities. The theoretical section provides information about child development, hearing impairment, cochlear implants and physical activity. The practical part includes the results of a survey that focuses on the area of physical activity in people with cochlear implant.

Keywords: child development, hearing impairment, lifestyle, motor skills, physical education, free time

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Svatavy Panské a konzultanta Mgr. Alexandry Tiché, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etikety.

V Olomouci dne 26. 6. 2012

.....

Děkuji Mgr. Svatavě Panské za odborné vedení bakalářské práce a poskytování rad při konzultacích, Mgr. Alexandře Tiché děkuji za cenné rady a připomínky, ale i pracovníkům školských zařízení, kde jsem prováděla šetření.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 8 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 VÝVOJ DÍTĚTE | 11 |
| 1.1 Oblasti vývoje | 12 |
| 1.2 Rozdělení podle věku..... | 13 |
| 1.2.1 Prenatální období | 13 |
| 1.2.2 Novorozenec | 14 |
| 1.2.2.1 Motorický vývoj..... | 14 |
| 1.2.2.2 Sensorický vývoj..... | 15 |
| 1.2.3 Kojenec | 15 |
| 1.2.3.1 Motorický vývoj..... | 15 |
| 1.2.3.2 Sensorický vývoj..... | 16 |
| 1.2.4 Batole | 16 |
| 1.2.4.1 Motorický vývoj..... | 17 |
| 1.2.4.2 Sensorický vývoj..... | 17 |
| 1.2.5 Předškolní věk..... | 18 |
| 1.2.5.1 Motorický vývoj..... | 18 |
| 1.2.5.2 Sensorický vývoj..... | 19 |
| 1.2.6 Školní věk | 19 |
| 1.2.6.1 Motorický vývoj..... | 19 |
| 1.2.6.2 Sensorický vývoj..... | 20 |
| 1.2.7 Dospívání | 20 |
| 1.2.7.1 Motorický vývoj..... | 20 |
| 2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ | 21 |
| 2.1 Význam sluchu..... | 21 |
| 2.2 Vymezení sluchového postižení..... | 21 |
| 2.3 Anatomická stavba ucha | 23 |
| 2.4 Vedení zvuku..... | 23 |
| 2.5 Klasifikace sluchových poruch..... | 24 |
| 2.6 Etiologie vzniku poruch..... | 26 |
| 2.7 Vývoj sluchově postiženého dítěte | 26 |
| 2.7.1 Hrubá motorika..... | 26 |
| 2.7.2 Jemná motorika..... | 27 |
| 2.8 Jak poznám, že dítě neslyší..... | 27 |
| 2.9 Integrace osob se sluchovým postižením | 28 |
| 3 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT | 30 |
| 3.1 Vymezení pojmu..... | 30 |
| 3.2 Funkce kochleárního implantátu | 30 |
| 3.3 Výběr kandidátů | 31 |
| 3.4 Implantace | 31 |
| 3.5 Zásady přístupu k dítěti s KI..... | 32 |
| 3.6 Přednosti a omezení implantace | 33 |
| 4 POHYBOVÁ AKTIVITA | 34 |
| 4.1 Vymezení pojmů | 34 |
| 4.2 Současný životní styl | 36 |
| 4.3 Dělení rekreace | 37 |
| 4.4 Determinanty pohybové výchovy | 38 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.5 | Aplikované pohybové aktivity | 39 |
| 4.6 | Integrace | 39 |
| 4.6.1 | Pohybové aktivity sluchově postižených | 40 |
| 4.6.2 | Sluchově postižení ve školní tělesné výchově | 40 |
| 4.6.3 | Specifika sluchově postižených při pohybových aktivitách | 41 |
| 4.6.3.1 | Pohybové aktivity uživatelů kochleárního implantátu | 41 |
| 5 | VYMEZENÍ PROBLÉMU A CÍLE | 42 |
| 6 | METODIKA PRÁCE | 43 |
| 6.1 | Kooperující pracovníci | 43 |
| 6.2 | Výzkumný vzorek | 43 |
| 6.3 | Dotazník | 45 |
| 6.4 | Charakteristika použitého dotazníku | 45 |
| 6.5 | Organizační zajištění šetření | 45 |
| 6.6 | Návratnost dotazníku | 46 |
| 7 | ANALÝZA VÝSLEDKŮ | 48 |
| 7.1 | Zpracování dotazníků | 48 |
| 7.2 | Diskuze | 68 |
| 8 | DOPORUČENÍ DO PRAXE | 70 |
| | ZÁVĚR | 71 |
| | SOUHRN | 73 |
| | SUMMARY | 74 |
| | REFERENČNÍ SEZNAM | 75 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 80 |

ÚVOD

Již na základní škole se učíme, že každý člověk je osobnost. Je jedinečný, má své charakteristiky, zájmy, potřeby, hodnoty, cíle. Také vyrůstá v různém okolí, v různých rodinách, které mají vlastní zvyky, tradice, možnosti, preference. Ne každá rodina je sportovně založená a vede své potomky k pohybovým aktivitám. Tak, jak člověk bez postižení nemusí sportovat, může být naopak jedinec s postižením vrcholový sportovec. Člověk je svobodná bytost, která si může víceméně vybrat, čím bude, co bude dělat. Tedy to, jestli bude ke svému zdraví pomáhat tělesným cvičením, je čistě jeho záležitost.

V minulosti bylo na zdravotně postižené jedince nahlíženo jako na „méněcenné“ občany. Dnes se tyto osoby integrují do společnosti. Lidé se tak mohou setkat s jedinci s různými druhy postižení ve školských, volnočasových, zdravotních, kulturních, aj. zařízeních.

S rozvojem vědy vznikl kochleárním implantát (v textu dále jako „KI“), který umožňuje sluchově postiženým lidem vnímat mluvenou řeč. Jakožto studentka pedagogiky volného času a zároveň speciální pedagogiky jsem se rozhodla zaměřit svou pozornost na uživatele KI, přesněji na žáky základních a středních škol. S těmito dětmi se v rámci pohybových aktivit můžeme setkat jako učitelé v hodinách tělesné výchovy (dále v textu jako „TV“) v mateřských, základních či středních školách, jako vychovatelé, trenéři ve sportovním kroužku nebo kdekoliv jako instruktoři volnočasových aktivit. Právě v těchto oblastech bychom měli vědět, co je pro toto dítě bezpečné a co naopak, jaká jsou rizika cvičení a co v rizikových případech dělat a v neposlední řadě bychom měli znát zásady správné komunikace. Uživatelům KI mohou z pohledu pohybových aktivit určitá omezení. Jelikož moje matka pracuje ve Speciálně pedagogickém centru (v textu dále „SPC“) pro sluchově postižené, od útlého věku se pohybuji mezi takto postiženými lidmi. S těmito dětmi jsem byla na několika výletech, na mezinárodní akci i na sportovních hrách. V rámci svého dalšího studia na Pedagogické fakultě v Olomouci jsem absolvovala i na praxi na základní škole pro sluchově postižené. Tyto zkušenosti vedly k mému zájmu o problematiku sluchové vady a k napsání této práce.

Cílem mé práce je podrobnější zmapování škály pohybových aktivit u dětí, kterým byl voperován KI.

Dílčími cíly je zjistit, zda osoby s KI pohybové aktivity baví nebo mají z některých strach, dále zda v hodinách TV nosí kompenzační pomůcku a jestli rozumí pokynům pedagoga. Jako poslední parciální cíl jsme si určili, jestli nosí ochranné prostředky při cvičení.

I TEORETICKÁ ČÁST

V části teoretické se zabýváme čtyřmi oblastmi. První kapitola pojednává o vývoji dítěte od prenatálního období do dospívání, kde jmenujeme znaky motorického a senzorického vývoje každé etapy. V následující kapitole se věnujeme sluchovému postižení. Uvádíme význam schopnosti sluchového vnímání, vymezujeme osoby se sluchovým postižením, příčiny a stupně sluchového postižení, popisujeme stavbu ucha. Dále charakterizujeme, jak se sluchové postižení projevuje a poukazujeme na difference vývoje zdravého a sluchově postiženého dítěte. V operování KI se zabýváme v kapitole třetí. Poslední kapitola se zaměřuje na pohybovou aktivitu, její roli v životě člověka a na specifika u sluchově postižených při pohybových aktivitách. Rozebrali jsme právě tyto oblasti, protože člověk s KI je považován za osobu s těžkým sluchovým postižením, což s sebou může přinášet odlišnosti v psychomotorickém vývoji.

1 VÝVOJ DÍTĚTE

Vývoj dítěte je „*proces změn, díky němuž může dítě dále rozvíjet své vědomosti, chování a dovednosti*“ (Allen, Marotz, 2002, s. 27). To, jak dítě roste a vyvíjí se, závisí na několika faktorech – vliv prostředí, dědičnost, výchova. Každé dítě je jiné a také má své vývojové tempo (Allen, Marotz, 2002). Vágnerová (2000, s. 21) uvádí, že „*individuální rozdíly se mohou projevat v rychlosti, rovnoměrnosti vývoje a v aktuální úrovni konkrétních variant. Zrání je podmínkou dosažení stavu určité vnitřní připravenosti k učení, a tím i k rozvoji různých psychických vlastností*“. Tímto potvrzuje, že vývoj dítěte je čistě individuální a odchylky v určitých oblastech jsou považovány za normální.

Pro správný vývoj dítěte bychom měli zabezpečit jeho dobrý duševní i tělesný stav, správnou péči, výživu, dostatek spánku, bezpečný domov, lásku, úctu, umožnit navazování kontaktů, všestranný rozvoj, projevovat se i zažít úspěch (Franková, Kuncová, 2004). Allen, Marotz (2002) vyzdvihují ten fakt, že i mnoho psychologů považuje uspokojování těchto základních potřeb v prvních letech života za nejdůležitější. V tomto období dochází také k nejrychlejšímu vývoji, dítě se naučí komunikovat, přemýšlet, vzpřímeně se pohybovat. Vágnerová (2000) připouští, že zkušenosti získané v prvních letech života jsou důležité, ale poukazuje i na skutečnost, že i zkušenosti z pozdějšího vývoje člověka na něj mají značný vliv.

V této kapitole bychom vysvětlili pojmy normální (typický) a atypický vývoj. Normální vývoj popisují Allen, Marotz (2002) jako vývoj jedince, který roste a osvojuje si vlastnosti, jež jsou charakteristické pro určitou věkovou skupinu. V souvislosti s normálním vývojem určujeme tzv. normy, kdy se stanoví průměrný věk, kdy by mělo dítě zvládnout určitou dovednost. Taktéž zdůrazňují, že „*podstatné pro hodnocení pokroku dítěte je poslušnost, nikoli věk*“ (Allen, Marotz, 2002, s. 21). Atypický vývoj charakterizují jako dítě „*s opožděným vývojem, s vývojovými rozdíly či odchylkami*“ (Allen, Marotz, 2002, s. 23). Vývojová odchylka se může nebo nemusí projevit jako handicap. Dítě s atypickým vývojem se v jeho projevech jeví jakoby mladší.

1.1 Oblasti vývoje

Allen, Marotz (2002) sledují ve vývoji dítěte několik oblastí:

- Tělesný vývoj – je složitý individuální proces, na který má největší vliv prostředí i dědičnost. Tělesný stav označuje celkový pohled na zdraví dítěte. V tomto procesu dochází k růstu mozku, zesilování svalů, zlepšování prostorové orientace.
- Motorický vývoj – vychází z charakteristik tělesného vývoje. Můžeme jej rozdělit na tři části:
 - Cefalokaudální – označuje zpevňování kostí a vývoj svalů směrem shora dolů, tzn. od hlavy až po prsty u nohou.
 - Proximodistální – schopnost ovládat svaly vychází z centra těla a postupuje dále směrem ven z těla, ke končetinám.
 - Kultivační - motorika se jako každá schopnost vyvíjí od obecného ke specifickému.
- Senzorický vývoj – udává, jak je dítě schopné vnímat okolní svět pomocí smyslů, rozlišovat podstatné vjemy od nepodstatných. Tuto schopnost získává dítě již v prenatálním období, zkušenostmi a učením ji zdokonaluje a učí se ji ovládat a pracovat s ní. Percepční oblast můžeme rovněž rozdělit do dalších úseků:
 - Multimodalita znamená získávání vjemu více smysly najednou.
 - Habituační je schopnost soustředění se na jednu činnost a nebyť při tom rušen jinou.
 - Smyslová integrace převádí informace získané smysly do určitého chování.
- Kognitivní vývoj – týká se přímo rozvoje mentálních schopností a intelektu dítěte. Mezi kognitivní schopnosti zahrnují zachycování, zpracovávání, třídění informací a jejich využití, dále pak interpretaci, zjišťování, uchovávání a klasifikaci informací.

- Jazykový vývoj – postupný vývoj jazyka umožňuje komunikaci. Jeho přesnost a bohatost závisí na zralosti jedince a na jeho možnostech učení. Zprvu dítě komunikuje pomocí pláče nebo křiku, postupně pak zapojuje i verbální stránku řeči.
- Osobnostní a sociální vývoj – tato oblast popisuje, jak dítě vnímá samo sebe i ostatní, jak reaguje na své okolí, jak přijímá své role, respektuje daná pravidla. Vágnerová (2000) do této části zahrnuje i působení sociálních skupin na jedince, který je jejich názory a hodnotami ovlivňován. Za nejvýznamnějšího činitele považuje rodinu, jež funguje jako primární sociální skupina.

1.2 Rozdělení podle věku

V následující kapitole se budeme podrobně věnovat jednotlivým vývojovým oblastem v určitých fázích života. Pro účely této práce si vymezíme pouze oblasti, které jsou nejdůležitější, konkrétně se jedná o oblast motorického a senzorického vývoje.

„Rozvoj motoriky a poznávacích procesů je ve vzájemné interakci: zvědavost a potřeba poznávat okolí podporuje rozvoj motoriky, motorické kompetence naopak umožňují rozvoj poznávání“ (Vágnerová, 2000, s. 50).

1.2.1 Prenatální období

Vágnerová (2000) vymezuje pojem prenatální období jako dobu biologického vývoje dítěte od jeho početí do porodu, který trvá 9 kalendářních měsíců. Podotýká, že již v této fázi je dítě schopno reakce na různé podněty i komunikovat s matkou. Allen, Marotz (2002) zdůrazňují zodpovědnost matky za zdravotní stav svého dítěte, jelikož mu poskytuje vše potřebné, ale i to nepotřebné. Na temperamentu a vzhledu mají ovšem podíl oba rodiče.

Vágnerová (2000) rozděluje toto období na tři fáze:

- Fáze oplození – základem je uhníždění blastocytu v děloze. Tato fáze trvá tři týdny a na konci se tvoří nervová trubice.
- Embryonální období – trvá od 4. – 12. týdne a dochází k vytvoření všech základních orgánových soustav. V tomto období je embryo citlivé na působení různých vlivů, které mohou způsobit vývojové vady.
- Fetální období – začíná 12. týdnem a končí porodem. V této etapě se dokončuje vývoj orgánů a již začínají fungovat. Allen, Marotz (2002) dodávají, že plod má také oční víčka, rty a jde u něj určit pohlaví. Aby se matce narodilo zdravé dítě, měla by dodržovat správné zásady, mezi které patří zejména profesionální péče, správná životospráva, pravidelné cvičení spojené s dostatkem odpočinku a pozitivní naladění.

1.2.2 Novorozenec

Vágnerová (2000) popisuje novorozence jako dítě narozené mezi 38. - 42. týdnem těhotenství, o průměrné délce 50 cm a hmotnosti 3300 g. Dítě můžeme považovat za novorozené po dobu jednoho měsíce. Po narození nastává doba adaptace a zvykání si na nové prostředí. Franková, Kuncová (2004) jmenují základní reflexy dětí: sací, polykací, obranný, hledací, polohový, vyměšovací, orientační.

1.2.2.1 Motorický vývoj

Podle Allena, Marotze (2002) jsou pohyby novorozence pouze reflexy (viz výše). Ty jej ochraňují a umožňují jeho přežití. Vývojem nervového systému se ovšem vytrácejí a pohyby se stávají řízenými. Vágnerová (2000) dodává, že tento proces probíhá kvůli zájmu dítěte na určitý efekt, který je výsledkem jeho činnosti, např. pohyby rukou nejsou bezděčné, ale používají je k rozhoupání hračky, apod. Později dítě začne rozumět vztahům mezi příčinou a následkem.

1.2.2.2 Senzorický vývoj

Franková, Kuncová (2004) popisují jednotlivé oblasti sensorického vývoje.

Zrak – jakmile je dítě schopno rozeznat světlo a tmu, začne se krátce soustředit na předmět v jeho zorném úhlu. Jeho vidění se zaostruje a rozeznává základní barvy. Vágnerová (2000); Franková, Kuncová (2004) se shodují, že dítě dokonce preferuje červenou a modrou barvu před ostatními.

Sluch – sluchové ústrojí je funkční již od narození. Novorozenec se učí naslouchat a od třetího měsíce se za zvukem začíná i otáčet.

Od 2. dne dítě cítí silné pachy a od 2. měsíce začíná vydávat různé zvuky.

1.2.3 Kojenec

Franková, Kuncová (2004) za kojence považují dítě do jeho prvního roku, tj. do 12. měsíce. Po tuto dobu dochází k velmi důležitým pochodům nezbytných pro život. Autorky vyzdvihují zejména propojování nervových vláken, a tím vznikání nových spojení. Ty reagují na podněty, které jsou dítěti dávány. Jestliže dítě nedostává dostatek stimulací, nejsou rovnoměrně rozvinuty všechny oblasti mozkové kůry. Ty pak mohou následně zakrnět.

1.2.3.1 Motorický vývoj

Allen, Marotz (2002) vysvětlují, že v této fázi vývoje kojeneček pomalu ztrácí uchopovací reflexy, začíná předměty uchopovat celou rukou a prsty nesvívá v pěst, ale má je úplně nebo napůl rozevřené. Dochází také k posilování svalů a k prvním účelným pohybům dítěte. Postupem času se vytrácí další z reflexů – sací a místo něj se objevuje polykací. Dítě předměty uchopuje oběma rukama, později jen jednou, předměty přendává z jedné do druhé a samozřejmě vše strká do úst. Začne se objevovat tzv. parašutistický reflex – dítě dává ruce před sebe, když s ním jakoby padáme kolmo na zem (Allen, Marotz, 2002). Franková, Kuncová (2004) dodávají, že se dítě již dokáže samo obrátit na bok a na břicho.

Na konci kojeneckého období se dítě dokáže pohybovat „po čtyřech“, leze po schodech, když je mu umožněno opírat se o nábytek, tak samo stojí, při sedu má správnou stabilitu a jestliže jej dospělý drží za ruce, chodí. Některé děti dokážou chodit i samotné (Allen, Marotz, 2002).

1.2.3.2 Senzorický vývoj

Allen, Marotz (2002) popisují, že na začátku kojeneckého období začíná dítě opakovat zvuky, které kolem sebe slyší, začíná si osvojovat různé schopnosti a dovednosti, objevuje kolem sebe stále nové věci. Dokáže onu věc sledovat a otočit se za ní. S přibývajícím časem můžeme u dítěte pozorovat otáčení se za známými hlasy a zvuky, které je velmi důležité pro posouzení stavu sluchu, ale i z hlediska vývoje řeči. Vágnerová (2000, s. 55) vysvětluje závislost rozvoje řeči na vnímání zvuku: „*Rozvoj řeči je závislý na stimulaci, tj. možnosti slyšet v dostatečné míře mluvený projev, ale i na specifickém chování matky*“ a doplňuje, že „*matka funguje v kontaktu s dítětem jako zrcadlo: napodobuje jeho projevy, především mimické a vokalizační*“ (Vágnerová, 2000, s. 60). Rozvíjí se také zaostřování malých předmětů, zkoumání jejich tvaru i napodobování zvuků a činností – mávání, tleskání, apod. Dítěti dělá radost neustálé vyhazování hraček z postýlky, za kterými se nadšeně dívá. Allen, Marotz (2002) dodávají, že před prvními narozeninami si kojeneček stále strká vše do pusy, ukazuje činnosti na hračkách, reaguje na jednoduché pokyny a dokáže určit, k čemu jednotlivé věci slouží.

1.2.4 Batole

Allen, Marotz (2002, s. 81) definují batole jako „*malé dynamo, plné neomezené energie, nadšení a zvědavosti*“. V období mezi prvním a třetím rokem se dítěti vyvíjí motorika, tudíž je schopné samostatně chodit, prozkoumávat okolí a získávat mnoho dalších zkušeností. Franková, Kuncová (2004) podotýkají, že se často ptají „*co je to?*“, „*kdo je to?*“ Erikson (in Vágnerová, 2000) pojmenoval toto období jako období autonomie, kdy se dítě začíná osamostatňovat a získávat si své místo ve společnosti. Není výjimkou ani vzdorovité a neposlušné chování, které k této fázi vývoje nesporně

patří. Zároveň ale Allen, Marotz (2000, s. 89) popisují, že „*děti se často spontánně smějí a umějí dát najevo vřelé city*“.

1.2.4.1 Motorický vývoj

Dítě je schopno samo se pohybovat a přitom za sebou nebo před sebou tlačit nějakou hračku, vstává bez pomoci a zkouší i běhat. V průběhu třetího roku umí chodit i po špičkách (Franková, Kuncová, 2004). Baví jej malovat, obracet stránky v knize, házet hračkami, pomáhat při krmení a oblékání. Také otevírá dveře klikou, hází míčem, zapíná zipy a knoflíky (Allen, Marotz, 2002). Franková, Kuncová (2004) hovoří o schopnosti dítěte stavět na sebe 2-7 kostek, ve třech letech i most. Batole by mělo do druhého roku zvládnout chůzi po schodech, i když není vedeno za ruku. Freeman, Carbin, Boese (1992) píší o problémech při učení chůze vyskytujících se u dětí, které mají poškozené rovnovážné ústrojí. Vágnerová (2000) tuto dobu doplňuje o tvrzení, že dovednost ovládat své tělo je samo o sobě pro děti zajímavá, a tak se jí dokážou bavit po dlouhou dobu. Pro dítě je atraktivní taková aktivita, která nepřináší strach a není stereotypní. Také vysvětluje, že dlouhodobé neuspokojení fyzické aktivity způsobuje napětí, které může přecházet až v záchvaty vzteku. Také vyzdvihuje první výskyt tzv. retence (setrvání) a eliminace (odstranění), který klade i do souvislosti s ovládním svěřačů a tudíž s ovládním vyměšování.

1.2.4.2 Senzorický vývoj

Na začátku batolícího období dítě přestává strkat předměty do pusy, napodobuje výrazy obličeje druhých, začíná dobře chápat tvarové a prostorové rozdíly, pojmenuje věci denní potřeby. Umí dát najevo bolest, chuť nebo nechut (Allen, Marotz, 2002).

1.2.5 Předškolní věk

Předškolní děti bývají plné energie, do všech činností se pouští po hlavě. Rozvíjí se u nich hlavně kreativita a fantazie. Začínají ovládat své chování a zároveň chápou potřeby druhých. Objevují se u nich veselé i agresivní nálady (Allen, Marotz, 2002).

Při hraní imitují pohyby zvířat i věcí a poprvé se začíná projevovat touha po soupeření a po vítězství (Kouba, 1995).

1.2.5.1 Motorický vývoj

V této době u dětí dozrává mozeček, tudíž koordinační i obratnostní schopnosti dosahují vysokého stupně. Díky této skutečnosti dokáží zvládat kombinované pohyby (Kouba, 1995). Pro čtyřleté dítě nejsou schody ani samotné jedení problémem, dokáže stát na jedné noze, házet míčem i kopat do něj. Ohromnou radost dítěti dělá jízda na tříkolce nebo ve šlapacím autě. V tomto vývojovém období se začíná projevovat dominantní ruka (Allen, Marotz, 2002). Franková, Kuncová (2004) doplňují dovednosti o skákání do dálky a plazení se pod překážkou.

Před nástupem do školy děti „objevují a upevňují nové dovednosti, nejen základní lokomoční pohyby“ (Mazal, 2007, s. 26). Také skáčou po jedné noze, chodí pozpátku, šplhají po stromech, žebříkách, utíkají i kolem překážek. Při hodů míčem také míří a také jej z menší vzdálenosti chytí. Některé děti v tomto věku jezdí na kole a skáčou přes švihadlo (Allen, Marotz, 2002). Předškolní dítě by mělo umět kotoul bez pomoci, měnit tempo běhu podle hudby nebo chodit po špičkách. V některých případech se děti naučí plavat již před nástupem na základní školu (Franková, Kuncová, 2004).

1.2.5.2 Senzorický vývoj

Dítě ve čtyřech letech začíná rozeznávat barvy, malovat, vyprávět příběhy, hrát si s hračkami tak, jako by byly živé. Také pomalu chápe vztah mezi více a méně, větší a menší i časové pojmy (Allen, Marotz, 2002).

Před nástupem do školy by mělo dítě znát základní pravidla chování, znát účel dopravních prostředků, budov v jeho okolí, své osobní údaje a v neposlední řadě pojmenovat i základní suroviny. V tomto věku již můžeme trénovat sluchovou i zrakovou paměť různými cviky (Franková, Kuncová, 2004). Některé pětileté děti umí počítat, vyjmenují abecedu nebo psát a číst některá písmena. Rozpoznají hodiny i tvary předmětů (Allen, Marotz, 2002).

1.2.6 Školní věk

Kouba (1995) pokládá období školního věku od zahájení školní docházky do začátku pohlavního vývoje.

Jakmile dítě začne navštěvovat základní školu, jsou na něj najednou kladeny větší nároky, musí plnit určité povinnosti, úkoly, což v něj může vyvolat úzkost nebo strach. Začne být také více samostatné a pokusí se hledat své nejlepší kamarády (Allen, Marotz, 2002).

1.2.6.1 Motorický vývoj

Allen, Marotz (2002, s. 130) uvádí, že dítě *„sebou neustále šije, i když se pokouší sedět klidně“*. Neustále vyvíjí nějakou tělesnou aktivitu a chlapci začínají být silnější než dívky. Podle Mazala (2007) se u dětí sníží množství pohybových aktivit kvůli několika hodinám strávených sezením ve školní lavici, které může mnohdy vést k poruchám páteře a držení těla. Klade také důraz na správné používání pomůcek v TV, protože děti jsou stále ve fázi vývoje. I Vágnerová (2000, s. 137) se vyjadřuje k výuce TV: *„Jakákoliv nápadnější neobratnost dítěte sociálně znevýhodňuje. Určitým problémem bývá fakt, že pohybová neobratnost není pro učitele tak důležitá jako pro děti.“* Tímto tvrzením bychom se vrátili k Mazalovi (2007), který vyzdvihuje fakt, že učitelé TV si neuvědomují, jaký prostředek vlastní. Prostřednictvím pohybové aktivity působíme nejen na fyzickou, ale i na psychickou a sociální stránku dítěte. Postupem času se u dětí zlepšuje jemná i hrubá motorika, učí se různé sporty, pohybové, sociální i samoobslužné aktivity (Allen, Marotz, 2002). Kouba (1995) označuje tuto etapu života jako období se zvýšenou motorickou učenlivostí.

1.2.6.2 Senzorický vývoj

Vágnerová (2000) popisuje rozvoj zrakového ústrojí pro vnímání blízkých předmětů a detailů. Rychleji než zrak se vyvíjí sluch. Matějček (in Vágnerová, 2000, s. 139) objasňuje: *„Schopnost sluchové diferenciacce dozrává v průměru v 6,5 roku.“* U těch dětí, které v tomto věku nejsou schopny rozlišit zvuky řeči, se jedná o percepční

dysfunkci. To se dále projeví i u výslovnosti a chápání řečového projevu (Vágnerová, 2000).

1.2.7 Dospívání

Vágnerová (2000) vymezuje období dospělosti od 11 do 20 let. V tomto období dochází k mnoha důležitým, hlavně tělesným, změnám.

1.2.7.1 Motorický vývoj

V raném období dochází ke zrychlenému růstu, který může vést k neobratnosti v oblasti jemné i hrubé motoriky. Období rané adolescence je vhodné především pro rozvoj rychlostních schopností. Postupem času adolescenti zvládají i pohyby koordinačně náročné a dochází k tzv. harmonizaci motoriky. Závěrečná fáze dospívání má výrazný vliv na naše návyky a životní styl (Čížková, 1999). Kouba (1995) dodává, že dospívající jedinec se v jedné pohybové aktivitě může projevovat velmi aktivně, zatímco k ostatním může být jeho přístup laxní, bez zájmu. V konečné fázi dospívání dochází k završování motorického vývoje, a tím k plynulým a estetickým pohybům.

Uvádíme pouze motorický vývoj, jelikož se domníváme, že v tomto období je již senzorický vývoj ukončen a dochází jen k jeho zdokonalování.

2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

2.1 Význam sluchu

„Význam slova „sluch“ a „slyšení“ se netýká jen výkonu našeho sluchového orgánu, ale také duševního zpracování vnímaných zvuků, to znamená uvědomění si jejich významu, rozumové a citové hodnocení, přemýšlení, rozhodování, zaujetí stanoviska a případné programování odpovědi“ (Pulda, Lejska, 1996, s. 16). Autoři dále objasňují, že to, na jaké úrovni je naše sluchové vnímání, má vliv na duševním zpracování vnímaných zvuků. Funkčnost tohoto orgánu dále závisí na velikosti slovní zásoby, schopnosti rozeznávat zvuky kolem sebe i na reagování na tyto zvuky. V našem okolí je spousta zvuků, které slyšíme, ale nevnímáme. Ty vytvářejí zvukové pozadí a jsou důležité pro orientaci a bezpečnost. Toto zvukové pozadí má u malých dětí význam při rozvíjení koordinace a rovnováhy. Jestliže má dítě vrozenou sluchovou vadu, bývají tyto oblasti narušeny. Sluch má také hlavní význam při rozvoji řeči a komunikace (Pulda, Lejska, 1996).

2.2 Vymezení sluchového postižení

Hrubý (2010, s. 10) uvádí výrok, který vyplynul z Aristotelovy myšlenky, že neslyšící nebudou nikdy schopni mluvit: *„Ti, kteří se narodí neslyšící, budou také všichni neschopni myšlení.“* Tato myšlenka byla považována za pravdivou po takřka dva tisíce let až do 16. století, kdy se o vzdělávání neslyšících začali zajímat první učitelé. První ústav pro neslyšící byl otevřen v Paříži roce 1770 Francouzem abbé de l'Épée. Pojem speciální pedagogika se užívá od roku 1972, avšak surdopedii jako samostatná věda vznikla až v roce 1983, kdy se oddělila od logopedie (Hrubý, 2010).

Renotiérová, Ludíková a kol. (2004) popisují sluchové vnímání jako nepostradatelnou část našeho života. Prostřednictvím sluchu jsme schopni se orientovat v okolí a správně vyvinutý sluchový analyzátor umožňuje rozvoj mluvené řeči. Potměšil (in Jurkovičová a kol., 2010) hovoří o snížené nebo chybějící schopnosti slyšet zvuky, které přináší do života neslyšících mnoho problému, které si intaktní populace

neuvědomuje. Na prvním místě jsou lidé, až následně jejich postižení a mají také více společných rysů s lidmi bez postižení než těch rozdílných (Hudáková, 2005).

Renotiérová, Ludíková a kol. (2004, s. 175) vymezují pojem surdopedie: „*Obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců se sluchovým postižením.*“ Tento obor spolupracuje s dalšími oblastmi, ať již ve speciální pedagogice nebo pedagogice obecné, biologii, psychologii, atd.

Za osoby se sluchovým postižením považuje Suralová (2010) osoby nedoslýchavé, neslyšící, ohluchlé a uživatele KI. Jako zvláštní skupinu autorka označuje skupinu slyšících dětí neslyšících rodičů, kteří „*vyrůstají v prostředí mezi dvěma jazyky a mnohdy i mezi dvěma kulturami*“ (Suralová, 2010, s. 5). Martinková (in Jurkovičová a kol., 2010) pojímá osoby se sluchovým postižením jako skupinu heterogenní. Liší se stupněm i druhem postižení, dobou jeho vzniku, mentální úrovní jedince, přidruženým postižením, sociokulturním prostředím a samozřejmě způsobem komunikace. Sluchově postižení lidé, dle Kennedy (in Potměšil, 1999), mívají často kvůli svému postižení negativní pocity. Mezi tyto pocity se řadí sebeobviňování, nedostatek sebedůvěry, strach, provinilost, izolace, nedůvěřivost, úzkost, v některých případech dokonce až sebevražedné myšlenky.

Kompenzační pomůcky tohoto postižení jmenují Renotiérová, Ludíková a kol. (2004) jako nejznámější sluchadla pro ty, kteří mají zbytky sluchu. Sluchadla se dělí podle tvaru, velikosti, zpracování signálu. Ve výchovně vzdělávacím procesu se využívají kolektivní zesilovací aparatury, mezi něž patří indukční smyčky, které spolupracují se sluchadly žáků. V neposlední řadě nesmíme opomenout KI, který je určený pro děti ohluchlé, neslyšící a ty, jež nemohou využívat své zbytky sluchu. Další pomůckou mohou být individuální bezdrátové zesilovací aparatury, které jsou tvořeny vysílačkou a přijímačem. Komunikaci sluchově postižených velmi usnadňují moderní informační technologie jako například zesílené telefony, faxy, mobilní telefony i počítače, jež jim umožňují vizuální příjem informací. Ovšem mezi základní složku komunikace považují autoři odezírání, jehož kvalita je závislá na vrozených předpokladech neslyšícího. Mezi jiné formy komunikace jmenují daktylní abecedu jednoruční, dvouruční, abecedu do dlaně a znakový jazyk (Renotiérová, Ludíková a kol., 2004).

2.3 Anatomická stavba ucha

Ucho je anatomicky členěno na dvě části: periferní (zevní a střední) a centrální (sluchové dráhy, sluchové centrum) Suralová, Langer (2005).

Popis ucha podle Renotiérové, Ludíkové a kol. (2004):

- Zevní ucho – tvoří ušní boltec a zevní zvukovod. Na rozhraní mezi vnějším a středním uchem je bubínek. Zevní ucho slouží k vedení akustických vln.
- Střední ucho – je tvořeno bubínkem, bubínkovou dutinou a třemi kůstkami – kladívkem, kovádkou a třmínkem. Tyto kůstky jsou nejmenší v lidském těle. Eustachova trubice propojuje střední ucho s nosohltanem, a tím vyrovnává tlak vnějšího prostředí s tlakem vzduchu v bubínkové dutině. Střední ucho převádí zvukové vlny, které dopadají na bubínek.
- Vnitřní ucho – skládá se ze dvou částí – vestibulární a sluchové. Sluchová část je tvořena kostěným a blanitým labyrintem, ve kterém se nachází vlastní smyslové ústrojí – Cortiho orgán. K této části patří sluchový nerv zajišťující převod zvukových podnětů do mozkové kůry i korová centra, která: *„jsou místa, odkud vycházejí sluchové podněty do celé mozkové kůry“* (Renotiérová, Ludíková a kol., 2004, s. 176). Vestibulární část vnímá změny polohy.

Obrázkové znázornění jednotlivých částí ucha viz příloha č. 3.

2.4 Vedení zvuku

Zvuky, které slyšíme, přichází ze vzduchu do zvukovodu, které následně rozechvějí bubínek. Chvěním bubínku dojde k rozkmitání kůstek středního ucha, jež následně rozkmitá tekutinu v kostěném a blanitém labyrintu. Toto kmitání vyvolá chvění vláskových buněk ve vlastním sluchovém ústrojí – Cortiho orgánu. Z něj jsou vzruchy vedeny VIII. hlavovým nervem do sluchového centra ve spánkovém laloku. Poškození vnějšího nebo středního ucha neznamena úplnou ztrátu sluchu, neboť existuje ještě kostní vedení, kdy se zvukové vibrace přenáší ihned do hlemýždě přes lebeční kosti (Freeman, Carbin, Boese, 1992).

Souralová, Langer (2005) vysvětlují pojem sluchové pole, které je vymezeno sluchovým prahem a prahem bolestivosti. Sluchový práh je nejnižší vnímatelná intenzita zvuku, práh bolestivosti je taková intenzita zvuku, která již způsobuje značnou bolest. „Člověk je schopen vnímat zvukové vlny v rozmezí od 16-20000 Hz“ (Souralová, Langer, 2005, s. 8). Renotiérová, Ludíková a kol. (2004) vymezují dolní hranici slyšitelnosti na 32 kmitů za sekundu, horní hranici jako 20000-24000 kmitů za sekundu. Intenzita zvuku se označuje v decibelech [dB]. Souralová, Langer (2005) dodávají, že i ztráty sluchu se udávají v dB a jako nejdůležitější oblast sluchového vnímání je oblast řeči, která se pohybuje přibližně kolem 74 dB.

2.5 Klasifikace sluchových poruch

V rámci terminologie uvedeme termíny sluchová porucha a sluchová vada. Sluchová porucha je přechodný stav, kdy má osoba po vyléčení sluchového orgánu normální sluch. Sluchová vada je trvalé, nevratné poškození sluchu (Jatelová, 2008).

Podle světové zdravotnické organizace WHO se sluchové poruchy dělí do následujících stupňů (Renotiérová, Ludíková a kol., 2004; viz také Potměšil, 1999; Souralová, Langer, 2005) :

- Lehká sluchová porucha (26-40 dB).
- Střední sluchová porucha (41-55 dB).
- Středně těžká sluchová porucha (56-70 dB).
- Těžká sluchová porucha (71-91 dB).
- Úplná ztráta sluchu (92 dB a více).

Hrubý (2010) dělí sluchové poruchy dle místa vzniku, doby vzniku a z hlediska rozvoje řeči.

Podle místa vzniku rozděluje poruchy sluchu na převodní, percepční a kombinované. K převodní poruše dochází, je-li narušena mechanická část ucha, tzn. vnější nebo střední ucho a zvukové vibrace nemohou být přenášeny do hlemýžďe.

Tato porucha je častá, ovšem nikdy nevede k úplné hluchotě. Nejfrekventovanější příčina převodních poruch bývá ucpaní vnějšího zvukovodu ušním mazem. V dnešní době je možné operativní odstranění. Jestliže dojde k narušení ve vnitřním uchu nebo ve sluchových drahách, jedná se o vady percepční. Tyto vady mohou vzniknout již v období těhotenství důsledkem přidušením, infekcí nebo nemocí matky a nejsou léčitelné. Kombinované vady vznikají kombinací převodních a percepčních poruch.

Jako další dělení uvádí podle doby vzniku na vrozené nebo získané. Pokud k vadě dojde prostřednictvím dědičnosti nebo v prenatálním období, mluvíme o vadách vrozených. Příčina této poruchy je v nevytvoření některé části ucha. Naopak získané poruchy vznikají po narození dítěte např. proděravěním bubínku.

Z hlediska rozvoje řeči se zjišťuje, zda porucha vznikla před rozvojem mluvené řeči – prelingvální nebo až po jejím rozvoji – postlingvální (Hrubý, 2010).

Tabulka zvuků v dB podle Potměšila (1999):

0 dB – Nejnižší zvuk slyšitelný lidským uchem.

30 dB – Šepot.

50 dB – Zvuk ledničky, jemný vánek.

60 dB – Běžný hovor, šicí stroj.

70 dB – Hluk veřejné dopravy, psací stroj.

80 dB – Hluk v továrně, zvonění budíku z 0,5 m.

100 dB – Motorová pila.

120 dB – Diskotéka.

140 dB – Startování letadla.

180 dB – Startující raketa.

Potměšil (1999) uvádí, že začátek kritické hranice, kdy po dlouhodobém vystavování hluku dochází k poruchám sluchu, je už 70 dB. Poškození začne být patrné

po 8 hodinách trvalé expozice hluku. S přibývajícím decibely se doba poškození zkracuje.

2.6 Etiologie vzniku poruch

Souralová, Langer (2005); Renotierová, Ludíková a kol. (2004) se shodují na faktu, že najít příčinu sluchové poruchy je velice obtížné, v některých případech příčina zůstává neznámá.

Renotierová, Ludíková a kol. (2004) rozděluje příčiny následovně:

- Prenatální příčiny – jsou spojeny s onemocnění matky např. zarděnky, chřipka, toxoplasmóza nebo s působením některých léků. Houdková (2005) do tohoto období zařazuje i konzumaci alkoholu matky.
- Perinatální příčiny – poruchy sluchu způsobené dlouhými, těžkými nebo předčasnými porody. Souralová, Langer (2005) v této fázi uvádí jako příčinu i poporodní žloutenku.
- Postnatální příčiny – vzniklé častými záněty středního ucha nebo vedlejšími účinky některých léků. Souralová, Langer (2005) hovoří o ozařování, chemoterapii nebo vystavování silnému hluku, Houdková (2005) o úrazech hlavy spojené s krvácením uší.

2.7 Vývoj sluchově postiženého dítěte

2.7.1 Hrubá motorika

„Hrubá motorika zásadně ovlivňuje zdravotní stav dítěte. Ovlivňuje jeho fyzickou zdatnost, výběr pohybových aktivit, zapojení do kolektivu dětí, vnímání, řeč, kresbu, později psaní“ (Potměšil, 2012 s. 10). Dítě se sluchovým postižením se vyvíjí stejně jako dítě bez postižení, pokud zde není postižení jiné, tj. od hlavy směrem dolů. Neslyšící děti mohou mít poškozené rovnovážné ústrojí a tento problém se může vyskytovat i v pokročilém věku. Kvůli této poruše se mohou děti naučit chodit později než děti slyšící. Je dokázáno, že jestliže byla sluchová vada objevena brzy po narození a byla zvolena vhodná komunikační metoda, má tato skutečnost vliv na vývoj motoriky,

kteřá probíhá bez jakéhokoli opoždění. Je nutno si uvědomit, že vývoj sluchově postiženého dítěte je ovlivněn dědičnými faktory i sociálním prostředím jedince. Pomocí diagnostiky zjišťujeme, zda dítě zvládá ty činnosti, které jsou příhodné pro určitý věk dítěte bez postižení. Používá se Kábeleho test (test rovnováhy a pohybové koordinace), motorické testy, aktuální úroveň vývoje se zjišťuje pomocí vývojových škál (Potměšil, 2012).

2.7.2 Jemná motorika

Rozvoj jemné motoriky je závislý na rozvoji motoriky hrubé. Sluchově postižené dítě, které má potíže v jemné motorice, můžeme poznat podle úrovně kreslení, kdy přikládá zvláštní pozornost uším a ústům. Grafomotorice se záměrně může vyhýbat. Používají se pro tuto oblast motorické testy (škála Oseretzkého) nebo orientační test dynamické praxe.

Do jemné motoriky patří i motorika mluvidel a pohyby jazyka – oromotorika (Potměšil, 2012).

2.8 Jak poznám, že dítě neslyší

„Včasné odhalení vady sluchu umožňuje získat čas pro volbu nejvhodnějších lékařských, výchovných, vzdělávacích a rehabilitačních postupů pro zajištění dalšího, pokud možno nenarušeného vývoje, resp. udržení kvality života sluchově postiženého člověka“ (Souralová, Langer, 2005, s. 14). Včasná diagnostika má být realizovaná do 6. měsíce věku dítěte. Jestliže však dítě vyrůstá v nepodnětném prostředí, na sluchovou vadu se přijde až počátkem nástupu do školního zařízení, kdy začne mít potíže v komunikaci a dalších oblastech života (Houdková, 2005).

Souralová, Langer (2005) představují dva způsoby vyšetření sluchu. První tvoří skupina metod, které při diagnostice potřebují spolupráci pacienta. Jedná se o:

- Orientační screeningové metody, do kterých řadí klasické sluchové zkoušky (šepotem, hlasitou řečí) a vyšetření ladičkami. Tyto metody jsou snadno a levně proveditelné, avšak nedostatečně spolehlivé.

- Tónovou audiometrii, která se provádí pomocí audiometru, pomocí sluchátek v akusticky izolovaných místnostech. Tato metoda určuje stupeň sluchové vady, a tím umožňuje správné nastavení sluchadla.
- Slovní audiometrii, což je metoda vymezující porozumění lidské řeči.

Druhou skupinu metod představují objektivní zkoušky sluchu, které se používají i u novorozeneých dětí a je u nich vyloučené úmyslné ovlivňování výsledků. Jsou vyhodnocovány výkonnými přístroji, které jsou velmi nákladné, tudíž jimi jsou vybavena jenom některá specializovaná pracoviště. Mezi tyto metody zařazujeme vyšetření otoakustických emisí, tympanometrii nebo vyšetření stapediálních reflexů (Souralová, Langer, 2005).

Houdková (2005) uvádí charakteristiky dítěte, které mohou být znakem sluchové poruchy:

- Nereaguje na zavolání ani na zvuky.
- Za zvuky se obrací špatným směrem.
- V batolecím období „nežvatlá“, později nerozumí mluvené řeči a sám není schopen komunikace.
- Hluk jej neprobudí ani nevyleká.

Potměšil (2012) navíc dodává:

- Často se dotýkají uší.
- Sedí blízko u televize, apod.
- Nevyhledávají sociální kontakty nebo jsou ve společnosti agresivní.
- Nerozumí běžným denním pokynům.

2.9 Integrace osob se sluchovým postižením

O problémech, které postihují neslyšící, se vyjadřují Souralová, Langer (2005). Zvuky, o které jsou tito lidé ochuzeni, mohou být pro život nepodstatné, ale i klíčové, např. hlášení požáru, povodně, zvuky přicházejícího nebezpečí a mnoho dalších.

Nejsou to ovšem jen zvuky, o které jsou sluchově postižení ochuzeni. Jsou to také sociální kontakty se slyšícími lidmi a běžnými denními situacemi, obzvláště je-li neslyšící dítě vzděláváno na speciální škole a přes týden pobývá na internátě. Dítě se také neučí tyto situace zvládat, jestliže je o něj ochrannitelsky pečováno, a tím se stává závislé na své rodině. Následně může nastat vyhýbání se sociálním kontaktům kvůli nedostatečné schopnosti řešit všední situace (Šedivá, 1997).

Při integraci sluchově postižených hraje zásadní roli zajištění služeb, které eliminují dopady jejich postižení. Autoři jmenují technickou obsluhu sluchadel, psychosociální pomoc, alternativní komunikaci, tlumočnické služby, pomoc při hledání uplatnění na trhu práce. Jelikož osoby se sluchovým postižením tvoří menšinu, mají svou kulturu a zvyky, které se mohou stát nepochopitelnými pro majoritní slyšící společnost a naopak. Proto svůj volný čas a zájmy směřují do okruhu stejně postižených osob, jako jsou organizace, spolky: ASNEP (Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel), SRPSP (Sdružení rodičů přátel sluchově postižených), Sordos (Sdružení pro kulturu neslyšících), SUKI (Sdružení uživatelů KI), atd., které také poskytují služby usnadňující život sluchově postižených (Souralová, Langer, 2005).

3 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT

3.1 Vymezení pojmu

Holmanová (2002, s. 59) definuje KI jako: „Elektronickou funkční smyslovou náhradu, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha.“ „Kochleární implantát je zařízení, které umožňuje do určité míry obejít nefunkční vláskové buňky v hlemýždě“ (Hrubý, 1998, s. 146).

KI se rozděluje na 2 části – vnější a vnitřní. Vnější část je tvořena mikrofonem, vysílací cívkou a řečovým procesorem. Mikrofon se nachází v závěsném sluchadle, který přidržuje ušní vložka za operovaným uchem. Řečový procesor je dán na takové místo, aby byl chráněn před poškozením a neomezoval uživatele v pohybu. Existují dva typy řečových procesorů, a to krabičkový, který využívají spíše dospělí a starší lidé a jako druhý závěsný, jež je nošen zavěšený spolu s mikrofonem na ušním boltci (Gottwaldová, 2012). Hrubý (1998) dodává, že cívka musí obsahovat magnet, aby držela na hlavě.

Vnitřní část tvoří přijímač, ze kterého vystupuje svazek 22 elektrod. Každá z elektrod dráždí kochleu na jiném místě (Gottwaldová, 2012).

V České republice se implantují přístroje od australské firmy Cochlear (Nucleus Freedom) a od rakouské firmy Med-El (Křestřanová, 2011).

Obrázkové znázornění KI viz příloha č. 3.

3.2 Funkce kochleárního implantátu

Vnější částí implantátu (mikrofonem) je zachycen signál, který je dále zaveden do řečového procesoru. Zde je kódován, aby mohl být přenesen do sluchového nervu pomocí elektrických stimulů. Signál z řečového procesoru je veden do vysílací cívky a následně do vnitřní části implantátu. V této části je informace dekódována a odeslána do elektrod umístěných uvnitř hlemýždě. Jakmile elektrické impulsy podráždí vlákna

sluchového nervu, vedou informace dále do sluchových drah a do mozku, kde je zvuk rozpoznán ([DVD], 2009).

3.3 Výběr kandidátů

KI je určen pro jedince, kteří mají závažné oboustranné postižení sluchu, které již není možné kompenzovat sluchadly. Důležitou podmínkou pro zavedení implantátu je nejen neporušený sluchový nerv, ale i správný anatomický tvar hlemýždě ([DVD], 2009). Holmanová (2002) podotýká, že děti, které mají vrozenou sluchovou vadu, je příhodné operovat mezi druhým až šestým rokem. Při operaci po šestém roce nervová soustava ztrácí schopnost rozeznávat vjemy, se kterými neměla dosud žádnou zkušenost (Motejzíková, 2009). Při ohluchnutí se operace provádí až po půl roce, kdy je stanovena diagnóza. Další podmínkou jsou schopnosti a návyky dítěte, které umožní výkonné využití implantátu a samozřejmě dlouhodobá spolupráce a podpora rodiny (Holmanová, 2002).

Motejzíková jmenuje další kritéria výběru:

- Žadatelé jsou podrobeni vyšetření a následně půl roku sledování.
- Motivace dítěte v nošení implantátu.
- Dítě musí mít takový zdravotní stav, aby mohl být zákrok proveden.
- Žadatel nesmí trpět středoušními záněty a mít poškozenou centrální nervovou soustavu, která by bránila využívání KI.

V roce 2010 bylo v České republice operováno přes 400 dětí. I přesto se však řadila na předposlední místo ve srovnání s jinými státy na světě (Křesťanová, 2011).

3.4 Implantace

Holmanová (2002) vysvětluje, že před implantací probíhají jí dvě fáze vyšetření dítěte. První fáze spočívá ve vyšetření foniatrickém, logopedickém a psychologickém, kdy se zkoumá stupeň sluchové vady, vhodnost kandidáta, spolupráce rodičů a motivace k nošení implantátu. Druhá fáze probíhá při hospitalizaci v nemocnici v Praze – Motole, kdy se provádí otorinolaryngologické vyšetření, dále pediatrické, vestibulární a další.

Operaci provádí ušní chirurg a zákrok trvá přibližně tři hodiny. Operovanému jsou před zavedením oholeny vlasy kvůli zachování sterility. Tato operace nese stejná rizika jako každá jiná operace (Holmanová, 2002).

Samotná operace spočívá v otevření kosti za uchem, projitím skrz stěnu, která je mezi bubínkem a lícním nervem, následným otevřením hlemýždě, do kterého se zavádí svazek elektrod. Dále dodává, že implantace v České republice začaly v roce 1993 a od té doby mají operace 100% úspěšnost (Kabelka; [DVD], 2009).

Celý zákrok i přístroj hradí zdravotní pojišťovna. Dítě po operaci zůstává v nemocnici zhruba týden a už v této době se dá zjistit, do jaké míry byla implantace úspěšná a zdali přístroj funguje správně. Po operaci nastává následná péče, kdy se s dítětem pracuje v Centru kochleárních implantací, kde se implantáty nastavují, a kde probíhá následná pooperační péče ([DVD], 2009).

Reakce na první nastavování implantátu bývají extrémní. Dítěti se buď radostně rozzáří oči, že něco slyší, v opačném případě se rozpláče (Motejzíkova, 2009).

3.5 Zásady přístupu k dítěti s KI

Motejzíkova (2009) uvádí:

- Při komunikaci bychom měli mít dostatek světla, mluvit klidně, správně artikulovat, nekřičet, neměnit rychle témata hovoru a pomáhat neverbální komunikací.
- Dítěti dáme dostatek prostoru na odpověď.
- Při tvoření první komunikace využít znakový jazyk a usilovat o získání chuti k orální komunikaci.
- S dítětem pracovat krátce, ale za to častěji, důsledně a během celého dne.
- Za snahu pochválit.
- Pokusit se o multisenzorický přístup – využití všech smyslů a maximální využití sluchu.
- Snažit se vnímat potřeby dítěte, nemít přehnaná očekávání a respektovat jeho fyziologický vývoj.

3.6 Přednosti a omezení implantace

Hudáková (2005) uvádí několik předností pro voperování KI:

- Implantace je jedinou cestou k uzdravení.
- Po operaci a následné reedukaci sluchu a řeči bude dítě slyšet a mluvit stejně nebo srovnatelně jako děti slyšící.
- Lepší uplatnění v práci a vzdělání.

Čerteková (2009) doplňuje přednosti implantace:

- Naučí se rozlišovat hlasy druhých lidí i užívat hlas svůj.
- V ideálním případě může člověk s KI volat telefonem.
- Děti se mohou integrovat do normálních mateřských i základních škol.

Hudáková (2005) jmenuje také několik omezení po implantaci:

- Není dané, že se dítě po operaci naučí číst, psát, mluvit a chovat jako slyšící děti.
- Při implantaci je dítě malé a není jisté, zda není sluchová vada takového rozsahu, kdy by stačila pouze sluchadla.
- Uživatelé budou omezení při sportování i v každodenním životě.
- Implantát je pouze jednostranný, tudíž je obtížné rozeznat, z které strany zvuky přicházejí.

Čerteková (2009) se opět vyjadřuje i k omezením:

- V některých situacích se implantát musí vypínat – v letadle, u detektorů proti krádežím, apod.
- KI potřebuje údržbu, hrozí zde riziko poškození a následnému opravení.
- Jestli se některé děti více potí, může to mít vliv na nastavení mapy a dítě začne hůř slyšet, upozorňuje Motejzíkova (2009). V takovém případě je nutná návštěva technika.

4 POHYBOVÁ AKTIVITA

4.1 Vymezení pojmů

Pohybová aktivita

Bouchard, Blair, Haskell (2007, s. 12) definují pohybové aktivity jako: *Jakýkoli tělesný pohyb zabezpečený kosterním svalstvem vedoucí ke zvýšení energetického vývoje nad úroveň klidového metabolismu jedince*“. Do této definice řadí cvičení, sport, pohyb v zaměstnání i při domácích pracích a samozřejmě aktivity prováděné ve volném čase. Také se zmiňují, že z celkové denní spotřeby energie u člověka, který má sedavé povolání, představuje fyzická aktivita pouze 25 %. Správně by člověk měl vynaložit alespoň 50 % takového množství energie, kterou vydá vrcholový sportovec při svém tréninku.

Sigmund, Sigmundová (2011) rozdělují pohybovou aktivitu na:

- Habituální - běžně prováděnou ve volném čase i zaměstnání.
- Organizovanou – záměrnou, která probíhá pod vedením trenéra.
- Neorganizovanou - svobodnou bez odborného vedení, která probíhá ve volném čase.

Sigmund, Sigmundová (2011) dále definují pojem fyzická inaktivita jako opak pohybové aktivity, kdy lidé vykonávají minimální tělesný pohyb.

Lidské tělo je stvořeno pro aktivitu, vysvětlují v následujících bodech Bouchard, Blair, Haskell (2007):

- Lidské tělo se dokáže přizpůsobit požadavkům, které vyvíjí práce a cvičení.
- Nízká úroveň pohybové aktivity může způsobovat různé nemoci i předčasnou smrt.
- V minulosti by lidé bez dostatečné pohybové aktivity nebyli schopni přežítí.

Volnočasová aktivita

„*Volnočasová fyzická aktivita je aktivita vykonávaná jedincem v jeho volném čase podle jeho uvážení, která zvyšuje celkový denní energetický výdej*“ (Bouchard, Blair, Haskell, 2007, s. 12). Dále dodávají informaci, že v nejvyspělejších zemích má průměrný člověk po skončení pracovní doby a dalších domácích pracích 3-4 hodiny volného času. Toto číslo je samozřejmě individuální a závisí na délce pracovní doby, dojíždění, věku a dalších aspektech.

Volný čas

Dle Hodaně, Dohnala (2008) se pojmání volného času s rozvojem společnosti mění. Volný čas chápou jako subjektivní kategorii, která závisí na potřebách a možnostech každého jedince. Tímto výběrem řídí svůj volný čas, do kterého zařazuje i pohybové rekreace a sport.

Vážanský (1992, s. 11) uvádí dva typy volného času:

- Pozitivní definuje jako „*volně disponibilní časový prostor, v němž by volný čas mohl pro jedince znamenat svobodu. Je také dobou, v níž se individuum může nezávisle na jakýchkoli povinnostech výhradně svobodně realizovat a dělat to či ono, k čemu jej nikdo nenutí a k čemu také není podvědomě nucen*“.
- Negativní znamená „*zbyváající dobu celkového denního průběhu, která zůstala po studijní nebo pracovní podmíněném čase, povinnostech v domácnosti a uspokojení základních biologických potřeb*“.

Na volný čas můžeme pohlížet i podle několika hledisek, které rozděljuje Pávková (2002):

- Ekonomické – toto hledisko sleduje, „*kolik prostředků společnost investuje do zařízení pro volný čas, zda a jakým způsobem se aspoň část nákladů vrátí*“ (Pávková, 2002, s. 15). Popisuje skutečnost, že lidé získávají při volnočasových aktivitách kontakty, které mohou uplatnit ve svém zaměstnání.
- Sociologické a sociálněpsychologické – pozoruje, jak činnosti ve volném čase přispívají k utváření mezilidských vztahů. To, jak dítě využívá volný čas, závisí na prostředí a nejvíc na rodině. Jestliže rodina má na dítě vliv negativní, školská

zařízení by se měla pokusit o jeho nápravu, aby se předešlo styku dítěte s nežádoucími skupinami.

- Politické – zvažuje, jak stát zasahuje svou činností do ovlivňování volného času lidí. Stát zejména zakládá a financuje zařízení pro volný čas dětí a mládeže, připravuje odborníky pro činnost pedagogů volného času, vytváří podmínky pro uspokojování aktivit dětí a mládeže, apod.
- Zdravotně-hygienické – pozoruje, jak využívání volného času přispívá k fyzickému i duševnímu zdraví.
- Pedagogické a psychologické – zkoumá, do jaké míry aktivity prováděné ve volném čase uspokojují základní potřeby člověka. Aktivity vykonávané dobrovolně by měly přispívat k celkovému tělesnému, duševnímu i sociálnímu rozvoji.

Životní způsob a životní styl

Hodaň, Dohnal (2008) určují rozdíl mezi pojmy životní způsob a životní styl. „*Životní způsob se týká skupiny, třídy, populace, představuje určitou úroveň, „normu“, která je pro danou skupinu typická (životní způsob české populace, životní způsob seniorů, atd.*“ (Hodaň, Dohnal, 2008, s. 84). Životní styl se týká jednotlivce, vyplývá z doby i společnosti, ve které se člověk pohybuje.

Zdraví

Definice podle WHO: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“*, kterou můžeme volně přeložit jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen absencí nemoci či slabosti.

4.2 Současný životní styl

Stejskal (2004) popisuje ve své publikaci ten fakt, že před několika desítkami tisíc let člověk potřeboval dostatečný pohyb k tomu, aby obstaral jídlo i pro to, aby přežil.

Dnešní člověk ovšem žije v moderním, urbanizovaném světě a je zvyklý na zcela odlišné podmínky. Nynější společnost trpí nedostatkem pohybu a nadbytkem energetického příjmu. Tento životní styl vede ke zdravotním poruchám a nemocem. To, že se lidé ve svém volném čase pohybují méně než před několika desítkami let, je způsobeno dobou strávenou pod nátlakem a stresem v zaměstnání, kdy člověk po příchodu domů spíše než aktivní formou odpočívá pasivně. Stres z práce mnoho lidí řeší konzumací velkého množství jídla, a to většinou ve večerních hodinách. Poukazuje, že tímto vznikají tělesné, ale i duševní poruchy. Vyjmenovává nejčastější nemoci, které vznikají právě nesprávným životním stylem - ischemická choroba srdce a cévní mozková příhoda, které vznikají na popud aterosklerózy. S aterosklerózou také spojuje vznik cukrovky II. typu. Do nemocí způsobených nesprávným životním stylem zařazuje i obezitu, dále různé dýchací nebo psychické onemocnění, onemocnění páteře, zhoršení imunity (Stejskal, 2004). Dle Boucharda, Blaira a Haskella (2007) se obezita a nadváha staly epidemickými nemocemi a trpí jimi miliarda lidí po celém světě. Dále uvádí, že na léčení nemocí vzniklých pohybovou inaktivitou vydají ročně vyspělé země 0,5-3 % z celkových finančních prostředků, které jsou vymezeny na lékařskou péči. Sigmund, Sigmundová (2011) píšou o současném způsobu života, který způsobuje pokles pohybových aktivit z důvodu moderních technologií, automobilového průmyslu, atd. a narůstá převaha sedavého způsobu života. Dále zmiňují, že pohybová inaktivita je čtvrtým nejvyšším rizikovým faktorem, který přispívá ke smrti lidí, a které by se dalo zabránit.

Stejskal (2004) doporučuje pravidelné cvičení jako nejlepší preventivní prostředek před civilizačními chorobami. Dlouhodobě prováděnou pohybovou aktivitou se může prodloužit délka lidského života. Cvičením člověk získává lepší náladu a pocity radosti, snižuje agresivitu, zapomene na obavy a strachy každodenního života a zvyšuje pracovní produktivitu (Stejskal, 2004).

4.3 Dělení rekreace

Hodaň, Dohnal (2008) rozdělují rekreaci na kulturně-uměleckou, intelektuální, sociální, zájmovou a pohybovou. Pohybovou rekreaci označují jako zvláštní druh rekreace, kdy se stává dominantní fyzická oblast. Pohybová rekreace je tedy „*jakákoliv*

fyzická, pohybová činnost člověka, jejímž důsledkem jsou prožitky a žádané změny v oblasti fyzické, psychické i sociální“ (Hodaň, Dohnal, 2008, s. 28). S vykonáváním pohybu se dostáváme k pojmu pohybová aktivita, která nemá jednoznačnou definici.

Pod pohybové aktivity zařazují tělocvičnou aktivitu, která je zcela odlišná od ostatních jmenovaných, a která je „*sumou skutečně realizovaných tělesných cvičení“* (Hodaň, Dohnal, 2008, s. 33). Její odlišnost tkví i v tom, že ostatní pohybové aktivity jsou zaměřeny na vnější stránku člověka, na rozdíl od tělocvičné aktivity, která je záměrně zaměřena na rozvoj člověka. Tím přináší člověku kladný výsledek. „*Tělesná cvičení můžeme charakterizovat jako záměrné pohybové chování, jehož cílem je zdokonalování a rozvoj člověka v oblasti fyzické, psychické a sociální s cílem jeho socializace a kultivace“* (Hodaň, Dohnal, 2008, s. 34).

Dále vysvětlují pojem tělocvičná rekreace, který vyčleňují z pohybové rekreace. Tělesná cvičení, která se realizují ve školní TV, mají především výchovný a vzdělávací charakter, u vrcholového sportu jsou zaměřené na výkon a vítězství. Naopak smyslem tělocvičné rekreace je „*udržování úrovně celého organismu nad požadavky života“* (Hodaň, Dohnal, 2008, s. 35). Velice významným činitelem je zde prožitkovost. Tělocvičná rekreace je „*nejvšestrannějším druhem tělocvičné aktivity a z hlediska dopadu na člověka nejúčinnějším naplněním pojmu rekreace v obecném slova smyslu“* (Hodaň, Dohnal, 2008, s. 36).

4.4 Determinanty pohybové výchovy

Z poznatků uvedených Sigmundem, Sigmundovou (2011) o dětech ve věku od 3-18 let vyplývá mnoho faktů. Jestliže mají děti obézní rodiče, vyskytuje se u nich menší zájem o pohybové aktivity. Sledují ovšem celkový pokles pohybové aktivity ve srovnání dnešní doby a doby před 20 lety, který může způsobovat rozvoj moderních technologií – televize, počítače, atd. Naopak vyšší zájem a frekvenci pohybových aktivit zjistili u dětí, které jsou podporovány rodiči i kamarády nebo u dětí, které mají sourozence. Na pohybovou činnost má také vliv počasí, kdy v létě se dítě pohybuje venku více, než na podzim nebo v zimě a samozřejmě atraktivní, zábavné a lákavé nabídky aktivit v okolí jeho bydliště. Autoři se domnívají, že i zdravá výživa a vysoký

socioekonomický status rodiny způsobuje větší zájem pohybu u dětí (Sigmund, Sigmundová, 2011).

4.5 Aplikované pohybové aktivity

Aplikované pohybové aktivity je pojem, který byl v České republice zaveden v 90. letech minulého století. IFAPA znamená International Federation of Adapted Physical Activity. Je to mezinárodní organizace, která vznikla v roce 1973, zaměřená na propagaci a podporu spolupráce v oblasti pohybových aktivit pro osoby s postižením. Do aplikovaných pohybových aktivit patří zajištění speciálních pomůcek, podmínek, obsahu, pravidel, které mají za cíl zlepšit kvalitu života osobám se zdravotním postižením (Ješina, Kudláček, 2011).

Podle vyhlášky č.73/2005 Sb. (ve znění pozdějších předpisů) o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných jsou za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami označováni žáci se zdravotním postižením, se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Tito žáci ke svému vzdělávání potřebují podpurná opatření, která zohlední jeho individuální potřeby.

4.6 Integrace

Slovo integrace se stalo termínem frekventovaně užívaným rodiči, učiteli i dalších zástupců školy a je také velmi často zneužíván (Kudláček in Kudláček, Máchová, 2008). Žáci se zdravotním postižením jsou vzděláváni formou individuální nebo skupinové integrace. Individuální integrace zajišťuje vzdělávání žáka v běžné škole nebo ve speciální škole pro žáky s jiným zdravotním postižením. Žák může být individuálně integrován, pokud to odpovídá jeho schopnostem a podmínkám i možnostem školy. Skupinová integrace znamená vzdělávání žáka ve třídě pro zdravotně postižené zřízené v běžné škole nebo ve škole pro žáky s jiným typem postižení (vyhláška č.73/2005 Sb. (ve znění pozdějších předpisů)).

TV je předmět vyučovaný na základních i středních školách a měly by se ho účastnit všichni žáci, protože „*pohyb (...) je jedním ze základních předpokladů*

komplexního a harmonického rozvoje všech dětí“ (Kudláček in Kudláček, Máchová, s. 11, 2008). Integrací do TV rozumíme začleňování žáků s různým typem postižením do těchto hodin. Při integraci je úkolem pedagoga, aby zajistil takové podmínky, aby všichni žáci byli schopni dosáhnout cílů TV a cítili se spokojeni. Je ale důležité si uvědomit, že integrace není vhodná pro každého žáka a nesprávnými podmínkami bychom situaci zdravotně postiženého žáka jen ztěžovali. V hodinách TV může pedagog využít asistenci pedagoga, vhodné kompenzační pomůcky nebo konzultace s pracovníky aplikovaných pohybových aktivit (Kudláček in Kudláček, Máchová, 2008).

4.6.1 Pohybové aktivity sluchově postižených

Kukolová (in Ješina, Kudláček, 2011) popisuje úspěšnost integrace dítěte se sluchovým postižením, která závisí na stupni jeho postižení. Nejméně problematická bude integrace u dítěte s nedoslýchavostí, naopak největší problémy budou u dítěte zcela neslyšícího. Pro zdárnou integraci je také důležitý přístup učitele, ředitele i rodičů. Na úspěšnosti integrace podle Kudláčka (2008) závisí i zkušenosti, postoje a přesvědčení pedagogů.

4.6.2 Sluchově postižení ve školní tělesné výchově

Podle Ješiny, Kudláčka (2011) se ve školní TV stále setkáváme s tím, že učitel se soustřeďuje na výkonné žáky, kteří s pohybovou činností nemají problém. Tito žáci se jí ovšem často věnují i mimo školu. Tímto učitel nevyužívá z velkého množství aktivit, které může v TV použít, nezapojuje všechny žáky stejně a tím opomíjí zdravotní, sociální i psychickou stránku ostatních žáků. I Mazal (2007) se ve své publikaci zmiňuje o tomto problému, kdy dobří jedinci budou ještě lepší a horší jedinci budou své nedostatky stále více prohlubovat. Ješina, Kudláček (2011) považují za potřebné uvědomit si, že třída je heterogenní a přístup učitele ke každému žákovi by měl být individuální.

4.6.3 Specifika sluchově postižených při pohybových aktivitách

Kukolová (in Ješina, Kudláček, 2011, s. 130) vystihuje specifika neslyšících: „*absence sluchu a další specifika sluchového postižení způsobují především problémy v koordinaci, komunikaci mezi spoluhráči, v přístupu k PA obecně, reakční rychlosti a jiné*“. Další problémy mohou být ve snížené prostorové orientaci, neschopnost slyšet varovné signály, rádio, aj. Při hodině TV je důležitá příprava a zabezpečení, aby při jakékoli změně či nebezpečí byl žák se sluchovým postižením informován. Při komunikaci bychom měli pamatovat na jednoduchou komunikaci doplněnou podle potřeby znakovým jazykem, mimikou, gesty, apod. Nejen při hodině TV bychom měli dbát na artikulaci, zrakový kontakt, světlo a jeho směr, vzdálenost, vizuální pomůcky, ujistit se, jestli rozumí. Je příhodné mít domluvené signály, které budou neslyšícího v případě hluku informovat o změnách činnosti. Skutečnost, že v pohybových činnostech se maximalizuje pohybový výkon a komunikace, se kterou má jedinec se sluchovou vadou problém, je minimalizována, měly by být hodiny TV právě místem, kde bude docházet ke zlepšení postavení žáka se sluchovým postižením, který může být považován za outsidera právě kvůli jeho vadě. Ve hře se jedinec naučí prohrávat i vyhrávat, nést zodpovědnost, být trpělivý i pracovat v kolektivu (Kukolová in Ješina, Kudláček, 2011).

4.6.3.1 Pohybové aktivity uživatelů kochleárního implantátu

Berke (2009) se vyjadřuje o rizicích pohybových aktivit u uživatelů KI. Nositelé by se měli vyvarovat sportů, kde hrozí velké riziko poranění hlavy, např. wrestling, kickboxing, lední hokej nebo rugby. Jestliže jedinec provozuje sport, kde hrozí úraz hlavy, měl by mít hlavu chráněnou, např. helmou nebo odstraněním vnější části implantátu. Plavání je možné, ovšem po odejmutí externí části kochleáru. Jestliže se dítě pohybuje na dětském hřišti, zde hrozí riziko hlavně na dětských skluzavkách, kolotočích nebo trampolínách, kde kvůli elektrostatické energii může dojít k vymazání mapy v řečovém procesoru. Prevencí je opět odejmutí vnější části (Berke, 2009). Některé děti si např. při basketbalu vnější část sundávají, jiné děti kvůli implantátu nechtějí hrát ani fotbal (Motejzíková, 2009).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Teoretické poznatky z výše uvedených oblastí nám slouží k lepší orientaci v praktické části, kde jsme se věnovali poznatkům získaných z dotazníkového šetření a jejich analýzou. Dotazníky byly rozeslány do základních a středních škol pro sluchově postižené v Olomouci, Českých Budějovic, Brna a Ostravy a vyplněny učiteli TV a v některých případech i vychovateli.

V poslední části práce jsme uvedli diskusi na tyto poznatky.

5 VYMEZENÍ PROBLÉMU A CÍLE

V této části práce jsme se věnovali analýze poznatků získaných z dotazníkového šetření o pohybových aktivitách u jedinců s KI. Před započítím tohoto výzkumu jsme si stanovili cíle.

Hlavním cílem bylo zmapování škály pohybových aktivit u těchto jedinců. Poněvadž se pohybuji v oblasti pohybových aktivit i v oboru speciální pedagogiky, zajímalo mě, zda může osoba s KI provádět všechny úkony jako děti bez KI.

Vedlejšími cíly byla zjištění, zda:

- jedinec s KI rozumí pokynům pedagoga v hodinách TV, a jestli implantát v těchto hodinách nosí,
- existují děti s kochleárním implantátem, které mají z pohybových činností strach,
- je pohybové činnosti baví, a jestli mají některé činnosti zakázány.

Posledním parciálním cílem jsme chtěli zjistit, zda uživatelé KI při cvičení nosí zvláštní ochranné pomůcky.

6 METODIKA PRÁCE

Díky mé matce jsem měla velmi dobré podmínky pro vytvoření práce, poněvadž pracuje v SPC při škole pro sluchově postižené v Olomouci. Mezi činnosti SPC patří podle vyhlášky 73/2005 Sb. (ve znění pozdějších předpisů) poskytování ambulantních nebo terénních poradenských a speciálně pedagogických služeb žákům se zdravotním postižením nebo znevýhodněním, speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, integrace, metodická podpora školy, zjišťování školní zralosti, aj. Za důležitou činnost SPC považujeme možnost návštěvy rodinných příslušníků, zvláště pak samotných rodičů. Zde probíhá individuální práce s dítětem – logopedická, sluchová a v neposlední řadě i pohybová výchova. Jelikož velký počet sluchově postižených dětí má potíže s rovnováhou a nechutí ke cvičení, domníváme se, že významným úkolem SPC je motivovat rodiče ke společným pohybovým aktivitám.

6.1 Kooperující pracovníci

Dotazníky byly vyplňovány učiteli TV. Na otázkách týkajících se volného času dětí se podíleli vychovatelé, kteří jakožto pedagogičtí pracovníci tráví s dětmi volný čas po výuce na internátě. Na speciálních školách jsou zřizovány internáty, jelikož ne všechny děti s určitým typem postižení mají bydliště ve stejném městě, jako stojí škola zřízená pro daný druh postižení.

6.2 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem byli učitelé TV ze Střední školy, Základní školy a Mateřské školy pro sluchově postižené v Olomouci a dále učitelé, kteří mají integrované žáky s KI ve školách v Olomouckém kraji. Ve škole pro sluchově postižené v Olomouci jsme se dále zaměřili na vychovatele, jenž tráví volný čas s dětmi s KI, kteří bydlí a internátě a ve volném čase se účastní pohybových aktivit v rámci školy. Všichni tito žáci jsou zařazeni do položky „Olomouc“. Dále učitelé TV z Mateřské školy, Základní školy a Střední školy pro sluchově postižené v Českých Budějovicích, Základní školy pro sluchově postižené a Mateřské školy pro sluchově postižené v Ostravě a Mateřské školy a Základní školy pro sluchově postižené v Brně.

6.3 Dotazník

Výzkumnou metodou jsme pro praktickou část zvolili dotazník. Chráska (2007, s. 163) jej definuje jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“. Dotazník je složen z položek, v některých případech se užívá pojem otázka. Položky lze rozdělit podle cíle, obsahu nebo formy. Forma má dvě podoby – otevřené (nestrukturované) položky, kdy respondent může volně odpovídat, nejsou mu předem navrhnuté odpovědi. Druhým typem jsou položky uzavřené (strukturované), kdy dotazovaný vybírá s předem danou odpovědí. Tyto odpovědi můžeme dále rozdělit na dichotomické (respondent má na výběr ze dvou odpovědí – ano, ne) a polytomické (více než dvě odpovědi). Pro získání co nejvyšší výpovědní hodnoty uspořádáme dotazník po odborné stránce. Při sestavování položek v dotazníku bychom měli upřednostňovat psychologické hledisko, pak následuje hledisko logické. Položky s největší důležitostí směřujeme do střední části dotazníku (Chráska, 2007).

6.4 Charakteristika použitého dotazníku

Při sestavování otázek jsme se snažili o jasnou a srozumitelnou formu všech položek. Ty se týkají pohlaví, věku dítěte, přidruženému postižení a věku, kdy byl dítěti voperován implantát. Dále jsme uvedli otázky týkající se pohybových aktivit v rámci školní TV, zda se žáci hodin aktivně účastní a zda při nich nosí KI, jestli jej cvičení baví, rozumí zadání úkolů, atd. 3 otázky týkající se aktivit ve volném čase žáků jsou určeny pro vychovatele na Střední škole, Základní škole a Mateřské škole pro sluchově postižené v Olomouci. Celkem jsme položili 16 otázek, kdy 11 z nich bylo dichotomického charakteru, zbylých 5 bylo otevřených, kde se respondenti mohli o žácích rozepsat. Na konci dotazníku byl prostor k volnému vyjádření. Užitý dotazník byl samozřejmě anonymní.

6.5 Organizační zajištění šetření

Po vytvoření dotazníku jsem požádala o ověření vhodnosti a správnosti položených otázek pedagoga TV. Po následném doladění detailů byly dotazníky

rozesílány. Několik dotazníků jsem s prosbou o spolupráci předala vyučujícím TV při osobním kontaktu přímo ve škole pro sluchově postižené v Olomouci, které mi obratem vrátili. Při odpoledních aktivitách jsem se účastnila pohybových činností dětí, které jsou přes týden ubytované na internátě ve škole pro sluchově postižené v Olomouci. Vychovatelé dotazníky doplnili o poznatky z oblasti volného času dětí s KI. Do škol v Olomouckém kraji, kde jsou integrované děti s KI, dotazníky předala moje matka. Na několika výjezdech jsem byla s ní a osobně požádala o vyplnění. Některé dotazníky učitelé vyplnili na počkání, jiné poslali později zpět k mým rukám e-mailem. Dotazníky s prosbou a prohlášením o mlčenlivosti jsme také poslali elektronickou poštou do Mateřské školy, Základní školy a Střední školy pro sluchově postižené do Českých Budějovic, Základní školy pro sluchově postižené a Mateřské školy pro sluchově postižené do Ostravy a Mateřské školy a Základní školy pro sluchově postižené v Brně.

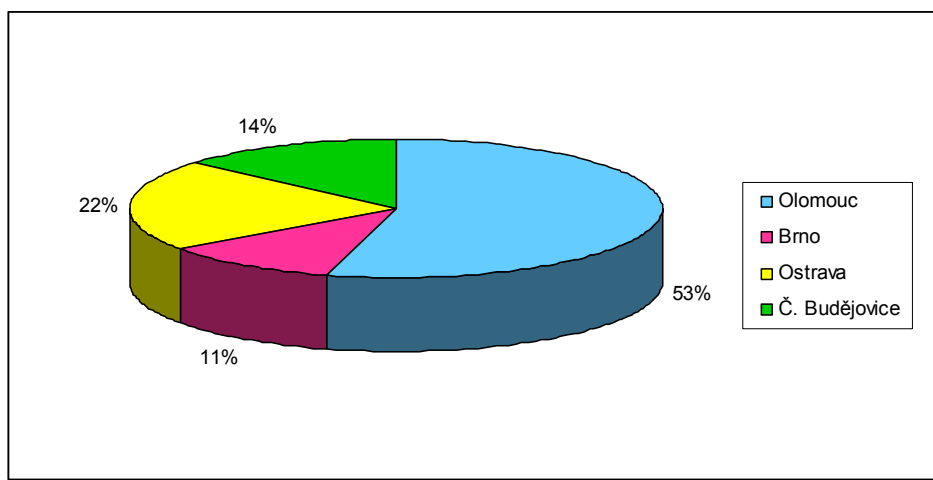
6.6 Návratnost dotazníku

Celkem bylo rozesláno a rozdáno 37 dotazníků. Návratnost činila 100 %.

| | Olomouc | Brno | Ostrava | Č. Budějovice | |
|------------------|----------------|-------------|----------------|----------------------|--------------|
| Celkem | 20 | 4 | 8 | 5 | 37 |
| Počet v % | 53 % | 11 % | 22 % | 14 % | 100 % |

Tab. 1 Počet dotazníků

V tab. 1 uvádíme počet dotazníků, tudíž žáků s KI, z jednotlivých školských zařízení. Nejvyšší počet dotazníků, a to 20 (tj. 53 %), nám zprostředkovala Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené v Olomouci a žáci s KI integrovaní ve školách v Olomouckém kraji. Ze Základní školy pro sluchově postižené a Mateřské školy pro sluchově postižené v Ostravě nám bylo posláno 8 dotazníků (tj. 22 %), z Mateřské školy, Základní školy a Střední školy pro sluchově postižené v Českých Budějovicích přišlo 5 dotazníků (tj. 14 %) a 4 dotazníky (tj. 11 %) máme z Mateřské školy a Základní školy pro sluchově postižené v Brně (tab. 1; graf 1).



Graf 1 Počet dotazníků

7 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

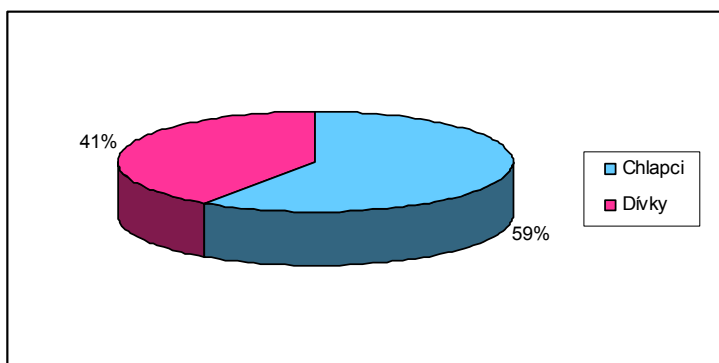
7.1 Zpracování dotazníků

Otázka č. 1 – Pohlaví dítěte s KI

| Pohlaví žáků | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| Chlapci | 22 | 59 % |
| Dívky | 15 | 41 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 2 Celkový počet žáků s KI

Z celkového počtu 37 žáků s KI jsme šetřili 22 chlapců a 15 dívek (tab. 2; graf 2).

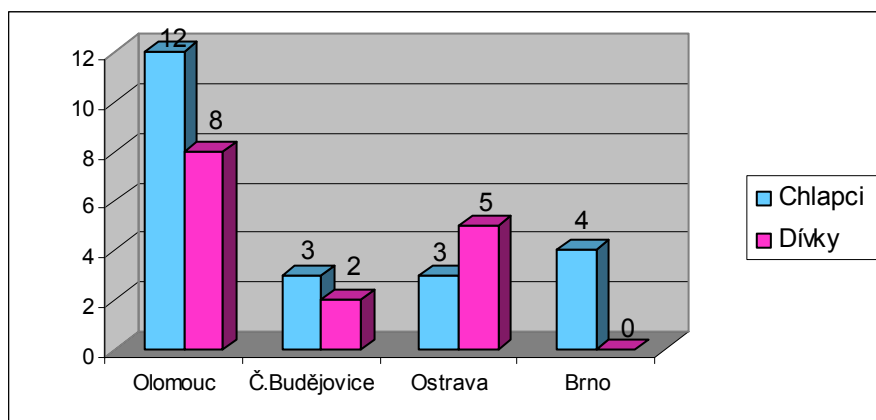


Graf 2 Celkový počet žáků s KI

| Město | Pohlaví | | Celkem |
|------------------|-------------|-------------|--------------|
| | Chlapci | Dívky | |
| Olomouc | 12 | 8 | 20 |
| Č. Budějovice | 3 | 2 | 5 |
| Ostrava | 3 | 5 | 8 |
| Brno | 4 | 0 | 4 |
| Celkem | 22 | 15 | 37 |
| Počet v % | 59 % | 41 % | 100 % |

Tab. 3 Počet žáků podle pohlaví v jednotlivých oblastech

Z Olomouce bylo šetřeno celkem 20 žáků, z toho 12 chlapců a 8 dívek. V Českých Budějovicích to bylo celkem 5 žáků, 3 chlapci a 2 dívky. V Ostravě jsme šetřili 8 žáků, a to 3 chlapce a 5 dívek. Brno poskytlo informace o 4 chlapcích.



Graf 3 Počet žáků podle pohlaví v jednotlivých oblastech

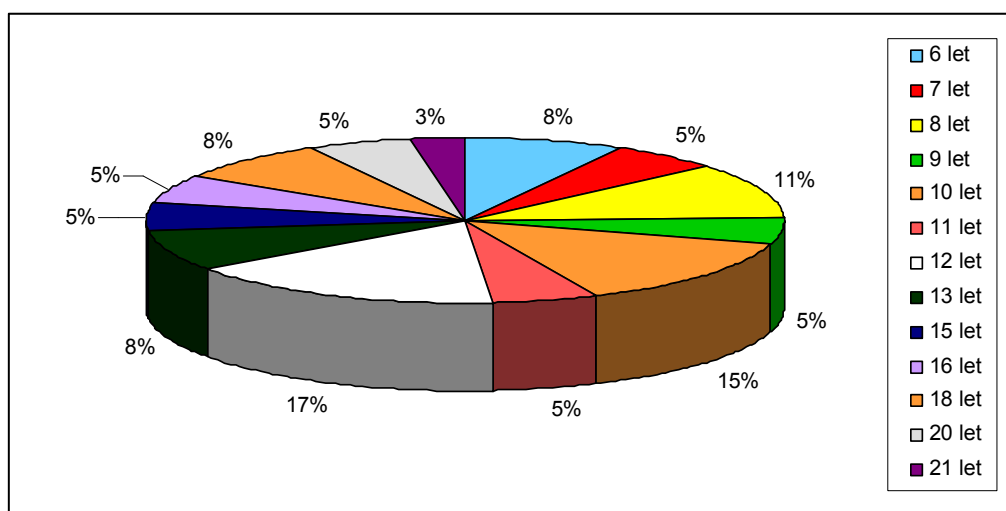
Z grafu je patrné, že největší zastoupení žáků jsme získali ve školském zařízení v Olomouci, následovala Ostrava, poté České Budějovice a jako poslední Brno.

Otázka č. 2 – Věk dítěte s KI

| Věk | Počet | Počet % |
|---------------|-----------|--------------|
| 6 let | 3 | 8 % |
| 7 let | 2 | 5 % |
| 8 let | 4 | 11 % |
| 9 let | 2 | 5 % |
| 10 let | 5 | 15 % |
| 11 let | 2 | 5 % |
| 12 let | 6 | 17 % |
| 13 let | 3 | 8 % |
| 15 let | 2 | 5 % |
| 16 let | 2 | 5 % |
| 18 let | 3 | 8 % |
| 20 let | 2 | 5 % |
| 21 let | 1 | 3 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 4 Věk žáků s KI

Rozmezí věku žáků s KI bylo od 6 do 21 let. Nejčastěji jsme se setkali s 12letými, a to 6krát (tj. 17 %). Další početnou skupinou byly 10leté a 8leté děti. 10letých dětí bylo 5 (tj. 15 %) a 8letých 4 (tj. 11 %). 6letých, 13letých a 18letých dětí jsme šetřili v každé z těchto věkových kategorií po 3 (tj. 8 %). Se dvěma žáky jsme se setkali ve věku 7, 9, 11, 15, 16 a 20 let (tj. 5 %). Jeden šetřený žák byl ve věku 21 let (tj. 3 %). (tab. 4; graf 4).

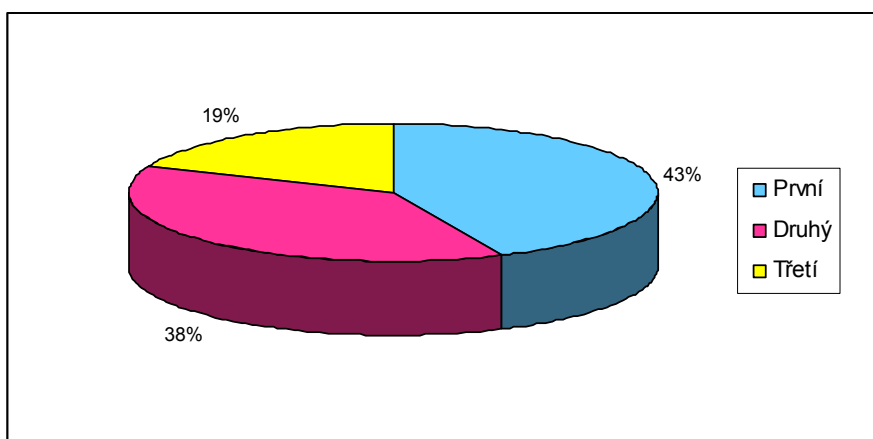


Graf 4 Věk žáků s K

| Stupeň | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| První | 16 | 45 % |
| Druhý | 14 | 41 % |
| Třetí | 7 | 14 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 5 Počet žáků s KI podle věku

Pro lepší orientaci jsme žáky rozdělili do 3 stupňů. První stupeň zahrnuje žáky ve věku od 6 do 10 let. Celkový počet žáků na prvním stupni je 16 (tj. 45 %). Do druhého stupně jsme zařadili žáky od 11 do 15 let, kde spadá 14 dětí (tj. 41 %). Třetí stupeň obsahuje 7 žáků (tj. 14 %) v rozmezí od 16 do 21 let. (tab. 5; graf 5).



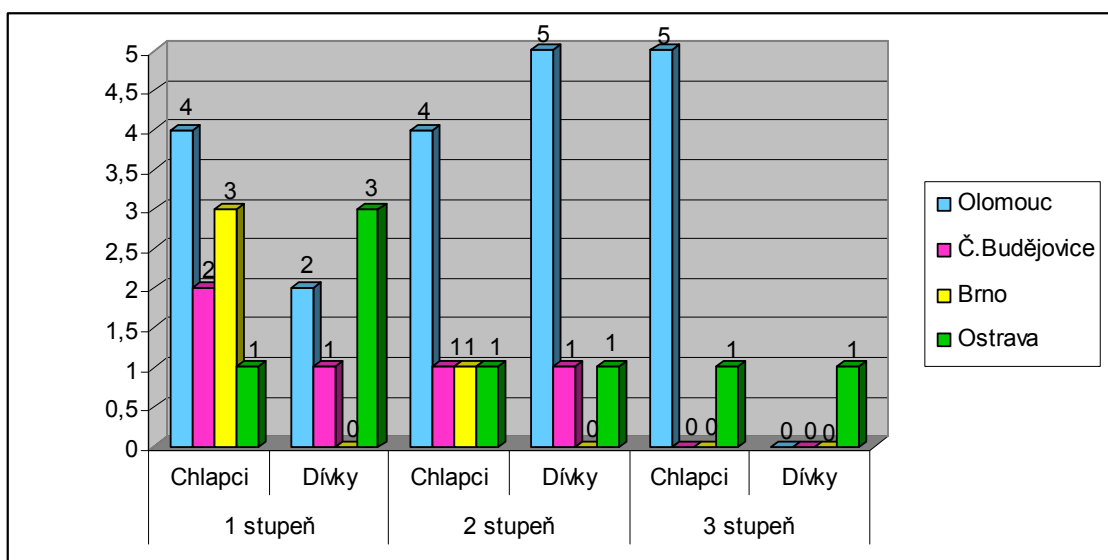
Graf 4 Počet žáků s KI podle věku

Žáci podle věku v jednotlivých zařízeních

| Město | 1. stupeň | | 2. stupeň | | 3. stupeň | | Celkem |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Chlapci | Dívky | Chlapci | Dívky | Chlapci | Dívky | |
| Olomouc | 4 | 2 | 4 | 5 | 5 | 0 | 20 |
| Č. Budějovice | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Brno | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Ostrava | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| Celkem | 10 | 6 | 7 | 7 | 6 | 1 | 37 |
| Počet v % | 27 % | 16 % | 19 % | 19 % | 16 % | 3 % | 100 % |

Tab. 6 Počet žáků podle pohlaví a věku (stupně) v jednotlivých školských zařízeních

Tab. 6 znázorňuje počet žáků podle pohlaví a věku v jednotlivých školských zařízeních. Z celkového počtu 10 chlapců na prvním stupni (tj. 27 %) jsou z Olomouce 4 chlapci, z Českých Budějovic 2, z Brna 3 a z Ostravy jeden chlapec. Dívek je v prvním stupni zahrnuto 6 (tj. 16%), a to z Olomouce 2, z Českých Budějovic 1 a z Ostravy 3. Do druhého stupně jsme zařadili 7 chlapců (tj. 19 %). 4 chlapci jsou z Olomouce a z Českých Budějovic, Brna a Ostravy je vždy jeden chlapec. Druhý stupeň tvoří i 7 dívek (tj. 19 %), a to 5 dívek z Olomouce, 1 z Českých Budějovic a taktéž 1 z Ostravy. Ve třetím stupni se objevuje 6 chlapců (tj. 16 %), z Olomouce 5 a z Ostravy 1. Dívčí zastoupení třetího stupně tvoří 1 dívka (tj. 3 %) z Ostravy (tab. 6; graf 6).



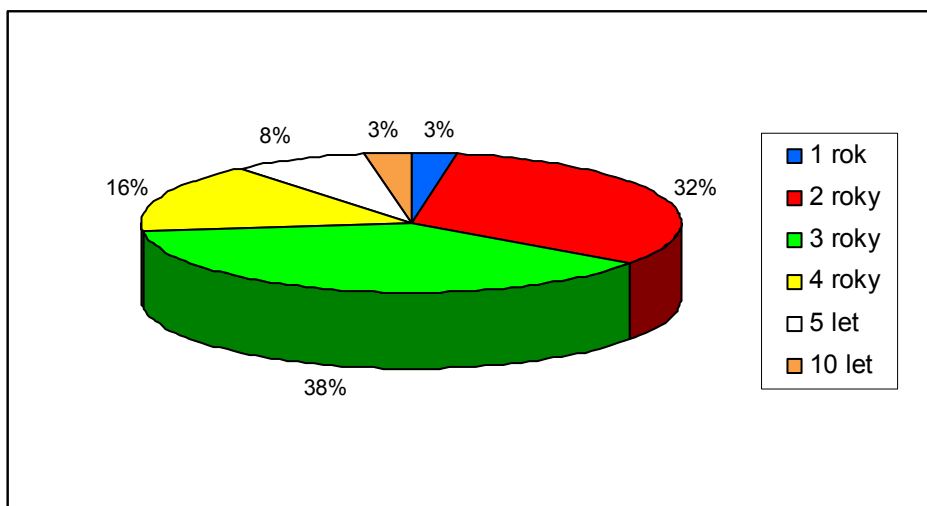
Graf 6 Počet žáků podle pohlaví a věku (stupně) v jednotlivých školských zařízeních

V otázce č. 3 jsme se zabývali otázkou, v kterém roce života byl dítěte KI voperován

| Věk | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| 1 rok | 1 | 3 % |
| 2 roky | 12 | 32 % |
| 3 roky | 14 | 38 % |
| 4 roky | 6 | 16 % |
| 5 let | 3 | 8 % |
| 10 let | 1 | 3 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 7 Věk, kdy byl dítěti KI voperován

Tab. 7 zobrazuje časové vymezení, kdy byl dítěti voperován KI. Z daného šetření nám vyplynulo, že pouze jednomu dítěti byl přístroj implantován v 1. roce života (tj. 3 %) a jednomu v 10 letech (tj. 3 %). Dvanácti žákům byl přístroj aplikován ve 2 letech (tj. 32 %), čtrnácti dětem ve věku 3 let (tj. 38 %), šesti dětem ve 4 letech (tj. 16 %) a třem žákům v 5. roce života (tj. 8 %). (tab. 7; graf 7).



Graf 7 Věk, kdy byl dítěti KI voperován

Otázka č. 4 – Zajímalo nás, zda a jaké má žák s KI přidružené postižení

| Přidružené postižení | Počet | Počet v % |
|----------------------|-------|--------------|
| Není | 18 | 40 % |
| Vývojová dysfázie | 10 | 22 % |
| ADHD | 7 | 16 % |
| Autistické rysy | 3 | 7 % |
| DMO | 3 | 7 % |
| Zrakové | 2 | 4 % |
| LMR | 2 | 4 % |
| | | 100 % |

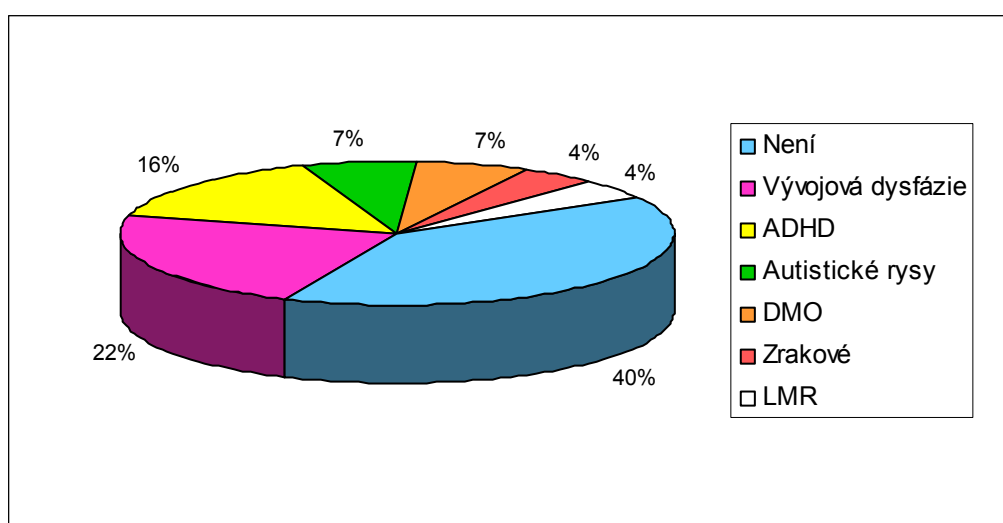
Tab. 8 Přidružené postižení u žáků s KI

Z důvodu přesného vymezení přidružených postižení autorka uvádí jejich charakteristiky:

- Vývojová dysfázie – narušený vývoj řeči.
- ADHD – „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ – hyperaktivita s poruchou pozornosti.
- Autistické rysy – narušení komunikace a jakékoliv interakce s okolím.
- DMO – dětská mozková obrna – porucha hybnosti, vzniká poškozením mozku.

- Zrakové – poškození zrakového ústrojí.
- LMR – lehká mentální retardace.

V 18 případech přidružené postižení nevidujeme, avšak u některých žáků s KI se jedno nebo více přidružených postižení vyskytují. U 10 žáků se projevuje vývojová dysfázie, 7 žáků má diagnostikováno ADHD. U 3 žáků se objevují autistické rysy a DMO. 3 děti mají stanovenou LMR a zrakové postižení (tab. 8; graf 8).



Graf 8 Přidružené postižení u žáků s KI

Otázka č. 5 – Druh komunikace, který dítě s KI preferuje

| Komunikace | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň | Celkem |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Orální | 10 | 11 | 1 | 22 |
| Orální + ZJ | 4 | 3 | 3 | 10 |
| ZJ + odezírání | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Totální | 1 | 0 | 1 | 2 |
| VOKS | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Celkem | 17 | 15 | 5 | 37 |

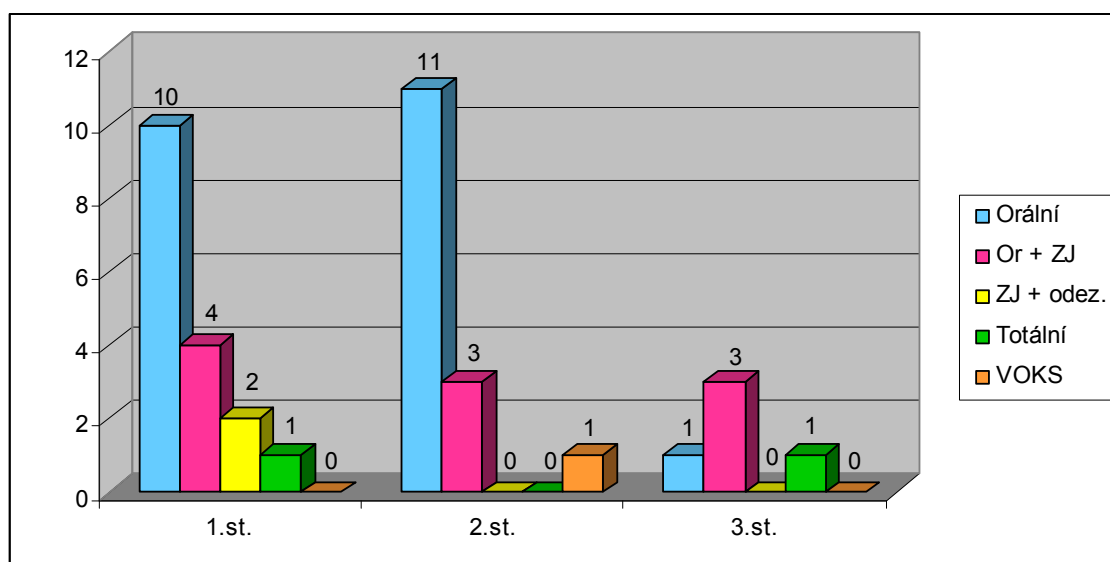
Tab. 9 Preference druhu komunikace podle věku (stupně)

Upřesnění pojmů a zkratk uvedených v tab. 9:

- ZJ – znakový jazyk.

- Totální komunikace – „pro předání informací se užívá mluvená řeč, prstová abeceda, psaní, čtení, odezírání, mimika, pantomima, kresba, film, divadlo, gesta, znakový jazyk“ (Dernie, 2004).
- VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém.

Tab. 9 zobrazuje preference komunikace podle věku dítěte. Na prvním stupni převažuje orální komunikace, a to u 10 žáků. Dále pak u 4 žáků orální komunikace doplněná o znakový jazyk, u 2 žáků znakový jazyk s pomocí odezírání a u jednoho žáka komunikace totální. Orální komunikace je ve druhém stupni využívána k dorozumívání 11 žáky a orální způsob doplněný o znakový jazyk upřednostňují 3 žáci. Na druhém stupni také hovoří jeden žák pomocí systému VOKS. 3 žáci ve třetím stupni komunikují orálně s doplněním znakového jazyka a vždy jeden žák dává přednost orální a totální komunikaci (tab. 9; graf 9).

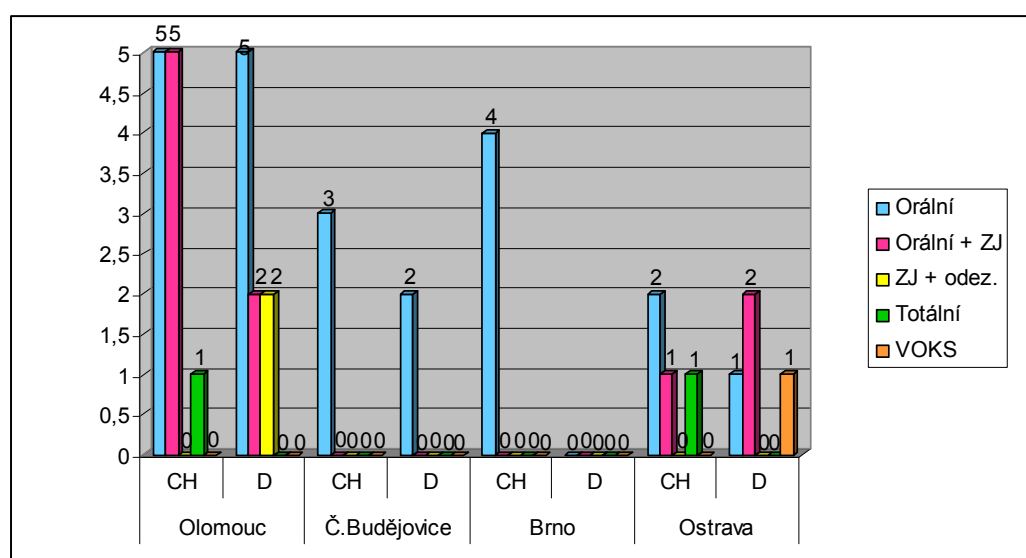


Graf 9 Preference druhu komunikace podle věku (stupně)

| Komunikace | Olomouc | | Č. Budějovice | | Brno | | Ostrava | | |
|----------------|---------|---|---------------|---|------|---|---------|---|-----------|
| | CH | D | CH | D | CH | D | CH | D | |
| Orální | 5 | 5 | 3 | 2 | 4 | 0 | 2 | 1 | 22 |
| Orální + ZJ | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 10 |
| ZJ + odezírání | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Totální | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| VOKS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Celkem | | | | | | | | | 37 |

Tab. 10 Druh komunikace, který žák s KI preferuje v jednotlivých školských zařízeních podle pohlaví

Z celkového počtu 37 dětí preferuje 22 žáků orální komunikaci. Z Olomouckého školského zařízení je to 5 chlapců a 5 děvčat, z Českých Budějovic 3 chlapci a 2 dívky. V Brněnském školském zařízení preferují orální komunikaci všichni 4 chlapci a v Ostravě chlapci 2 a dívka 1. Orální komunikaci doplněnou znakovým jazykem dává přednost celkem 10 dětí, a to 5 chlapců a 2 dívky z Olomouce a 1 chlapec a 2 dívky z Ostravy. 2 dívky z Olomouckého školského zařízení se dorozumívají znakovým jazykem doplněným dorozumíváním. Totální komunikaci upřednostňuje 1 chlapec z Olomouce a taktéž 1 chlapec z Ostravy. Komunikačním systémem VOKS se dorozumí 1 dívka z Ostravy. V Českých Budějovicích a Brně všichni žáci preferují orální způsob komunikace, což je pro tyto zařízení 100 % (tab. 10; graf 10).



Graf 10 Druh komunikace, který žák s KI preferuje v jednotlivých školských zařízeních podle pohlaví

Otázka č. 6 – Zajímalo nás, jestli se žáci s KI aktivně účastní hodin TV

| | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| Ano | 36 | 97 % |
| S asistentem | 1 | 3 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 11 Počet žáků s KI účastnících se školní TV

Z tab. 11 vyplývá skutečnost, že z celkového počtu 37 žáků se TV ve škole účastní všichni, vyjma jednoho žáka, ke kterému je přidělený asistent.

Otázka č. 7 – Zjišťovali jsme, zda žáci v TV používají speciální ochranné pomůcky

| | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| Ano | 0 | 0 % |
| Ne | 37 | 100 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 12 Zastoupení žáků s KI využívající speciální ochranné pomůcky při cvičení

Z celkového počtu 37 žáků ani jeden z nich žádné speciální ochranné pomůcky nevyužívá.

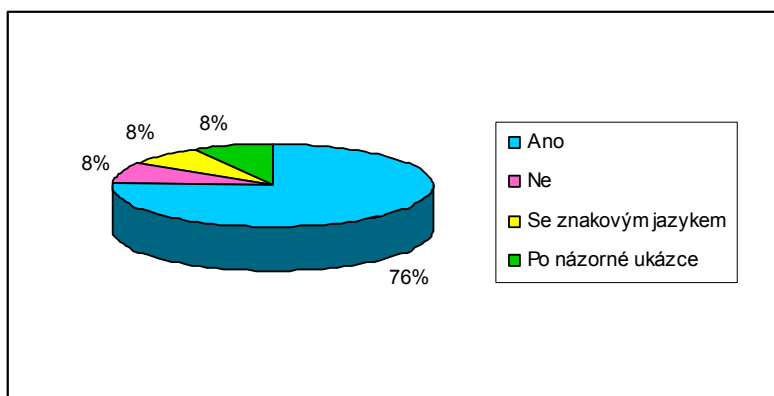
Otázka č. 8 – Chápe dítě s KI zadání pokynů v TV?

| | Počet | Počet v % |
|---------------------|-----------|--------------|
| Ano | 28 | 76 % |
| Ne | 3 | 8 % |
| Se znakovým jazykem | 3 | 8 % |
| Po názorné ukázce | 3 | 8 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 13 Jak žáci s KI rozumí zadání

O tom, zdali žáci rozumí zadání, pojednává tab. 12 a graf 10. Z celkového počtu 37 žáků zadání rozumí 28 žáků (tj. 76 %). Zadání nerozumí 3 žáci (tj. 8 %), pomoc

znakového jazyka využívají 3 žáci (tj. 8 %) a po názorné ukázce chápou zadání taktéž 3 žáci (tj. 8 %). (tab. 13; graf 11).



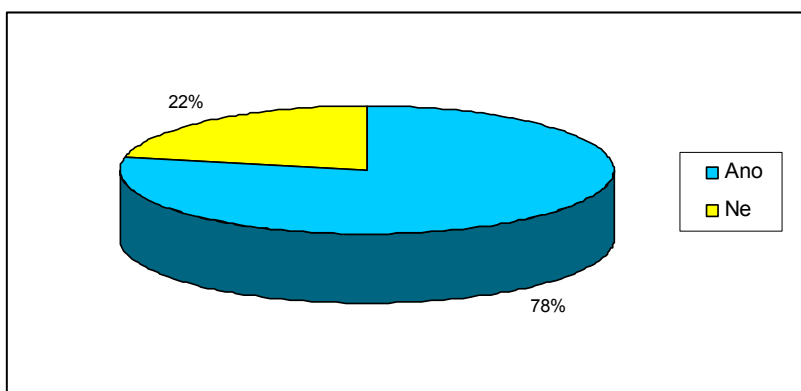
Graf 11 Jak žáci s KI rozumí zadání

Otázka č. 9 – Nosí žák s KI přístroj při cvičení?

| | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| Ano, nosí | 29 | 78 % |
| Ne, nenosí | 8 | 22 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 14 Používání KI v TV

Z daného šetření nám vyplynulo, že z 37 žáků v TV KI nosí 29 žáků (tj. 78 %) a pouze 8 žáků (tj. 22 %) KI v TV nenosí (tab. 14; graf 12).

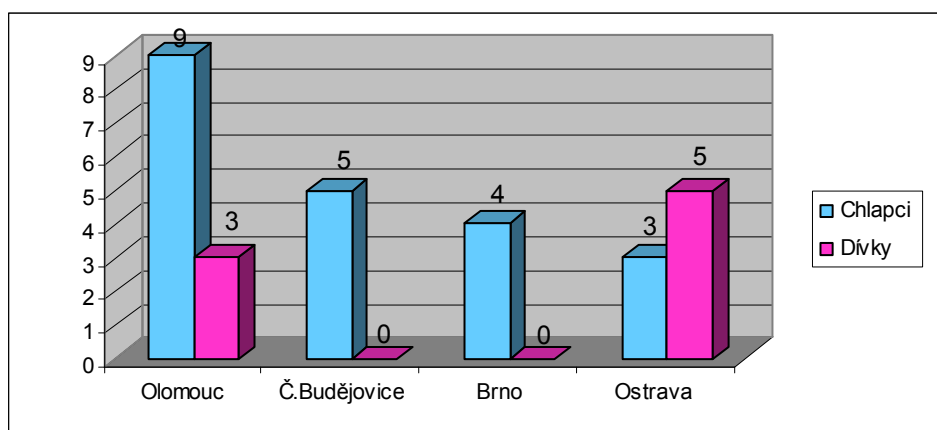


Graf 12 Používání KI v TV

| | Olomouc | | Č. Budějovice | | Brno | | Ostrava | | Celkem |
|----------------|---------|---|---------------|---|------|---|---------|---|--------------|
| | CH | D | CH | D | CH | D | CH | D | |
| Nosí | 9 | 3 | 3 | 2 | 4 | 0 | 3 | 5 | |
| Celkem | 12 | | 5 | | 4 | | 8 | | 29 |
| Počet % | 41 % | | 17 % | | 14 % | | 28 % | | 100 % |

Tab. 15 Používání KI v TV v jednotlivých školských zařízeních podle pohlaví

Vycházíme z tab. 14 a grafu 12, kde 29 žáků nosí KI v TV. V Olomouckém školském zařízení nosí KI v TV celkem 12 žáků (tj. 41 %), z toho 9 chlapců a 3 dívky, v Českých Budějovicích celkem 5 žáků (tj. 17%), a to 3 chlapci a 2 dívky. Brněnské školské zařízení odpovědělo, že 4 žáci (tj. 14%) nosí KI v TV a jsou to pouze chlapci, v Ostravě z celkového počtu 8 žáků (tj. 28%) nosí KI v TV 3 chlapci a 5 dívek. U všech zařízení, kromě Olomouckého, KI nosí všichni žáci, tudíž je to pro tyto zařízení 100 %. (tab. 15; graf 13).



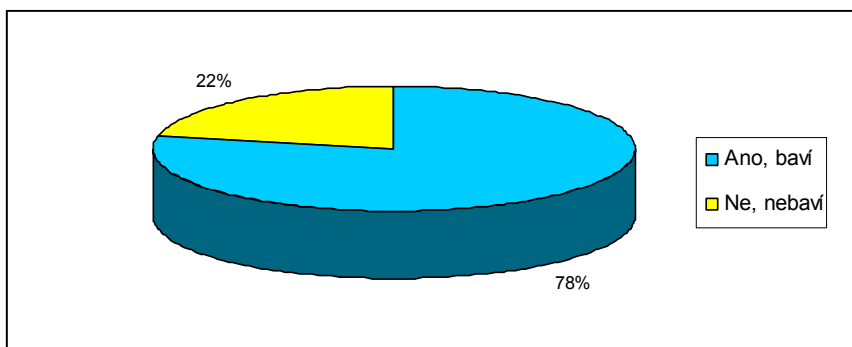
Graf 13 Používání KI v TV v jednotlivých školských zařízeních podle pohlaví

V otázce č. 10 jsme se dozvěděli, zda děti s KI baví cvičení nebo nebaví

| | Počet | Počet v % |
|---------------|-----------|--------------|
| Ano, baví | 29 | 78 % |
| Ne, nebaví | 8 | 22 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 16 Žáci s KI, které (ne)baví pohybové aktivity

Z celkového počtu 37 dětí bylo zjištěno, že 29 žáků (tj. 78 %) pohybové aktivity baví, zbylých 8 žáků (tj. 22 %) pohybové aktivity nebaví (tab. 16; graf 14).



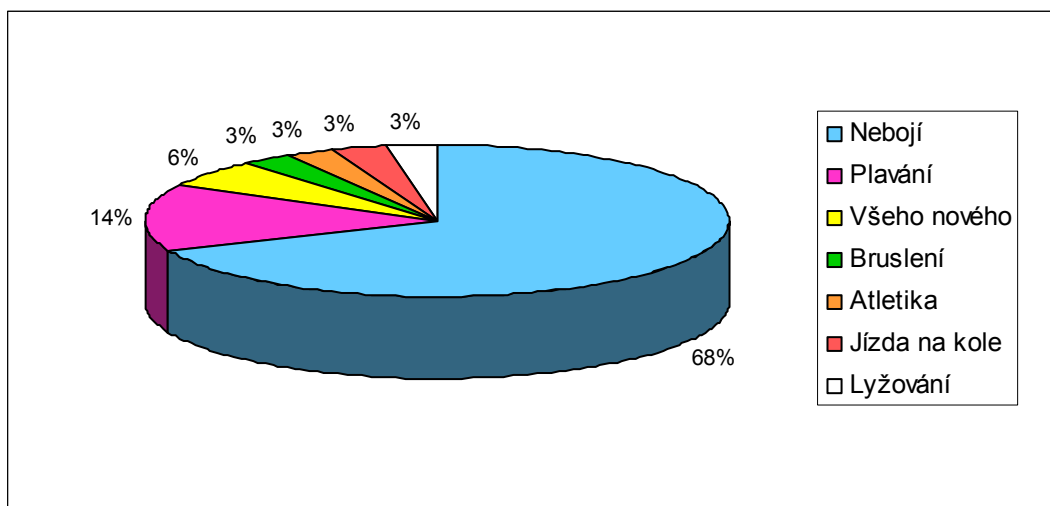
Graf 14 Žáci s KI, které (ne)baví pohybové aktivity

Otázka č. 11 – Bojí se žák nějaké pohybové aktivity?

| Aktivita | Počet | Počet v % |
|----------------|-----------|--------------|
| Žádná (nebojí) | 26 | 68 % |
| Plavání | 5 | 14 % |
| Všeho nového | 2 | 6 % |
| Bruslení | 1 | 3 % |
| Atletika | 1 | 3 % |
| Jízda na kole | 1 | 3 % |
| Lyžování | 1 | 3 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 17 Žáci s KI, kteří se (ne)bojí pohybové aktivity

Z celkového počtu 37 žáků 24 dětí (tj. 68 %) strach z pohybových aktivit nemá. Plavání se obává 5 dětí (tj. 14 %) a veškerých nových pohybových činností se bojí 2 žáci (tj. 6 %). Z bruslení, atletiky, jízdy na kole a lyžování má obavy vždy 1 žák (tj. 3 %). (tab. 17; graf 15).

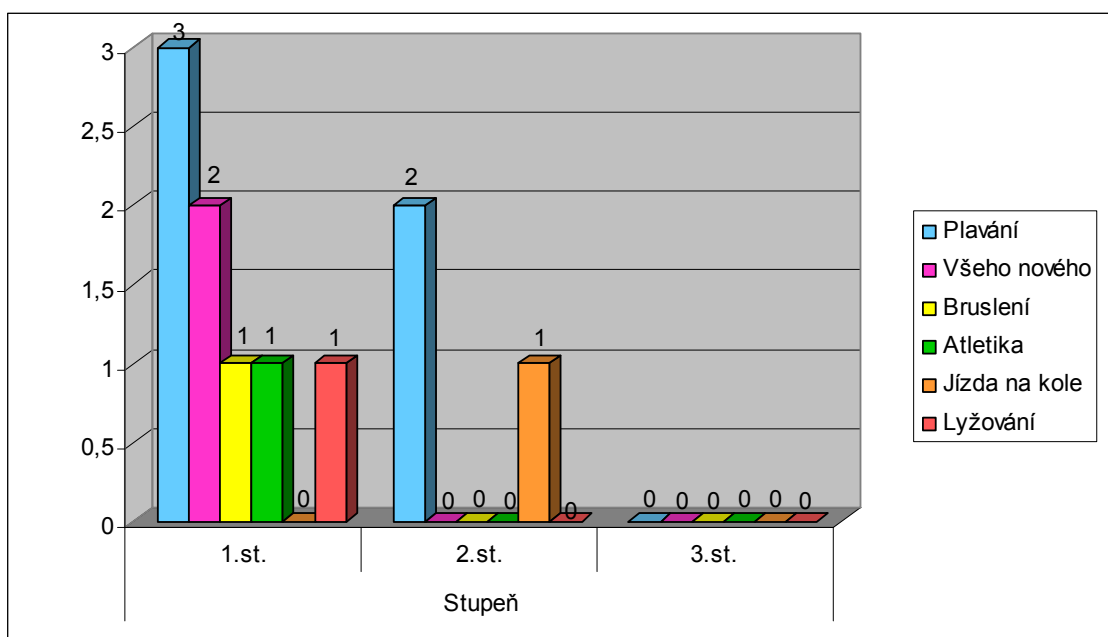


Graf 15 Žáci s KI, kteří se (ne)bojí pohybové aktivity

| Aktivita | Stupeň | | |
|------------------|-------------|-------------|------------|
| | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň |
| Plavání | 3 | 2 | 0 |
| Všeho nového | 2 | 0 | 0 |
| Bruslení | 1 | 0 | 0 |
| Atletika | 1 | 0 | 0 |
| Jízda na kole | 0 | 1 | 0 |
| Lyžování | 1 | 0 | 0 |
| Celkem | 8 | 3 | 0 |
| Počet v % | 73 % | 27 % | 0 % |

Tab. 18 Žáci, kteří se bojí pohybové aktivity podle věku (stupně)

Na prvním stupni se obávají z celkového počtu 8 žáků (tj. 73 %) plavání 3 děti, všeho nového 2 děti a bruslení, atletiky a lyžování 1 žák. Na druhém stupni se z celkového počtu 3 žáků (tj. 27 %) obávají 2 žáci plavání a 1 žák jízdy na kole (tab. 18; graf 16).



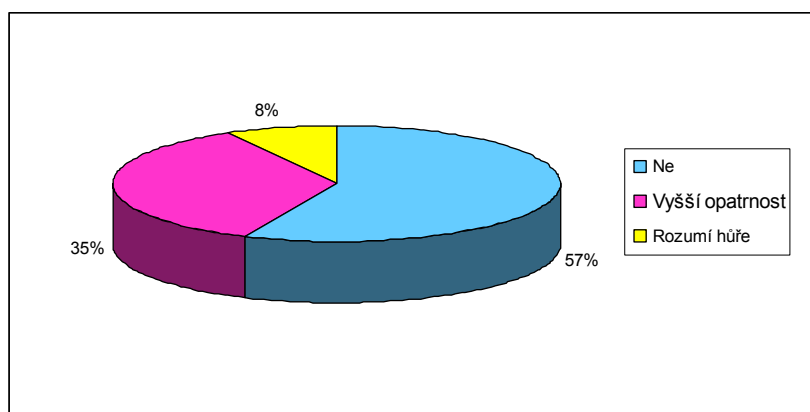
Graf 16 Žáci, kteří se bojí pohybové aktivity podle věku (stupně)

Otázka č. 12 - Projevuje se žák s KI v tělesné výchově jinak než ostatní děti?

| Jiné projevování | Počet | Počet v % |
|------------------|-----------|--------------|
| Ne | 21 | 57 % |
| Vyšší opatrnost | 13 | 35 % |
| Rozumí hůře | 3 | 8 % |
| Celkem | 37 | 100 % |

Tab. 19 Jiné projevování oproti dětem bez KI

Z celkového počtu 37 žáků se u 21 z nich (tj. 57 %) nepozorují jiné projevy než u dětí bez KI. Vyšší opatrnost kvůli KI byla zaznamenána u 13 žáků (tj. 35 %) a horší porozumění výkladu u 3 žáků (tj. 8 %). (tab. 19; graf 17).



Graf 17 Jiné projevování oproti dětem bez KI

V otázce č. 13 jsme zjišťovali, jaká je oblíbená aktivita dítěte s KI

| Aktivity | Počet | Počet v % |
|---------------|-------|--------------|
| Jízda na kole | 16 | 27 % |
| Fotbal | 9 | 16 % |
| Míčové hry | 7 | 12 % |
| Florbal | 3 | 5 % |
| Basketbal | 3 | 5 % |
| Lyžování | 3 | 5 % |
| Běh | 3 | 5 % |
| Plavání | 3 | 5 % |
| Aerobic | 2 | 4 % |
| Stolní tenis | 2 | 4 % |
| Posilovna | 2 | 4 % |
| Hokej | 1 | 2 % |
| Snowboard | 1 | 2 % |
| Tenis | 1 | 2 % |
| Volejbal | 1 | 2 % |
| | | 100 % |

Tab. 20 Oblíbené pohybové aktivity u žáků s KI

Tab. 20 vyjadřuje oblíbenost jednotlivých aktivit dětí s KI. Nejoblíbenější činností je jízda na kole, a to u 16 dětí (tj. 27 %). Mezi další velmi oblíbené aktivity patří fotbal, který byl uveden u 9 žáků (tj. 16 %) a u 7 žáků míčové hry (tj. 12 %). Následující

aktivity byly uvedeny vždy u 3 žáků (tj. 5 %) – florbal, basketbal, lyžování, běh a plavání. Aerobic, posilovna a stolní tenis patří mezi oblíbené činnosti vždy u 2 dětí (tj. 4 %). Každá z následujících fyzických aktivit byla jmenována vždy právě u 1 žáka (tj. 2 %) – hokej, snowboard, tenis a volejbal.

Pozn. Není zde uveden celkový počet, jelikož u několika dětí bylo uvedeno více aktivit.

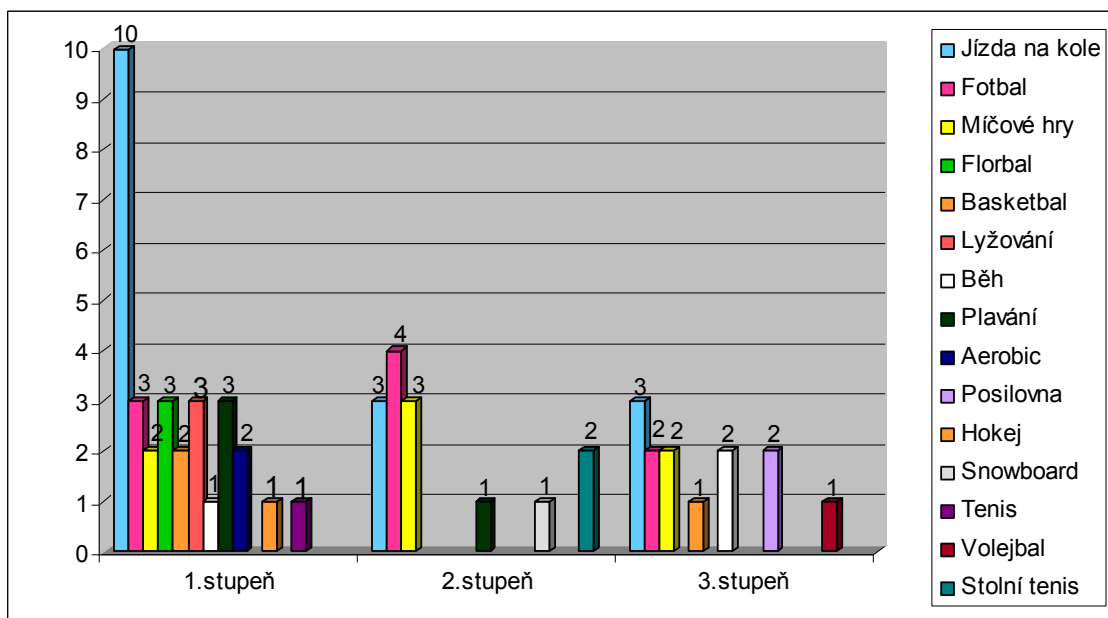
| Aktivity | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Jízda na kole | 10 | 3 | 3 |
| Fotbal | 3 | 4 | 2 |
| Míčové hry | 2 | 3 | 2 |
| Florbal | 3 | 0 | 0 |
| Basketbal | 2 | 0 | 1 |
| Lyžování | 3 | 0 | 0 |
| Běh | 1 | 0 | 2 |
| Plavání | 3 | 1 | 0 |
| Aerobic | 2 | 0 | 0 |
| Stolní tenis | 0 | 2 | 0 |
| Posilovna | 0 | 0 | 2 |
| Hokej | 1 | 0 | 0 |
| Snowboard | 0 | 1 | 0 |
| Tenis | 1 | 0 | 0 |
| Volejbal | 0 | 0 | 1 |

Tab. 21 Oblíbené pohybové aktivity u žáků s KI podle věku (stupně)

Na prvním stupni je nejoblíbenější aktivitou jízda na kole, která byla uvedena u 10 žáků. Vždy u 3 dětí byl napsán fotbal, florbal, lyžování a plavání. Míčové hry, basketbal a aerobic mají rádi na prvním stupni vždy 2 žáci a běh, hokej a tenis vždy 1 žák. Žáci druhého stupně mají nejvíce v oblibě fotbal 4 žáci, dále jízdu na kole a míčové hry 3 žáci, stolní tenis 2 žáci a plavání a snowboard byl uveden vždy u 1 žáka. Jízda na kole je opět nejoblíbenější činností i na třetím stupni, a to u 3 žáků. Následuje

fotbal, míčové hry, běh a posilovna, kterou mají v oblíbeně vždy 2 žáci a basketbal s volejbalem byl uveden vždy právě u 1 žáka (tab. 21; graf 18).

Pozn. Není zde uveden celkový počet ani počet v %, jelikož u několika dětí bylo uvedeno více aktivit.



Graf 18 Oblíbené pohybové aktivity u žáků s KI podle věku (stupně)

Následující otázky byly zodpovězeny vychovateli na škole pro sluchově postižené v Olomouci o dětech s KI, které bydlí na internátě. Děti bylo celkem 8.

Otázka č. 14 - Vedou rodiče dítě k pohybové aktivitě?

| | Počet | Počet v % |
|---------------|----------|--------------|
| Ano, vedou | 4 | 50 % |
| Ne, nevedou | 4 | 50 % |
| Celkem | 8 | 100 % |

Tab. 22 Rodiče (ne)vedoucí děti k pohybové aktivitě

Z tab. 22 je patrné, že 4 rodiče (tj. 50 %) vedou své děti k pohybovým aktivitám, kdežto další 4 rodiče (tj. 50 %) děti nevedou.

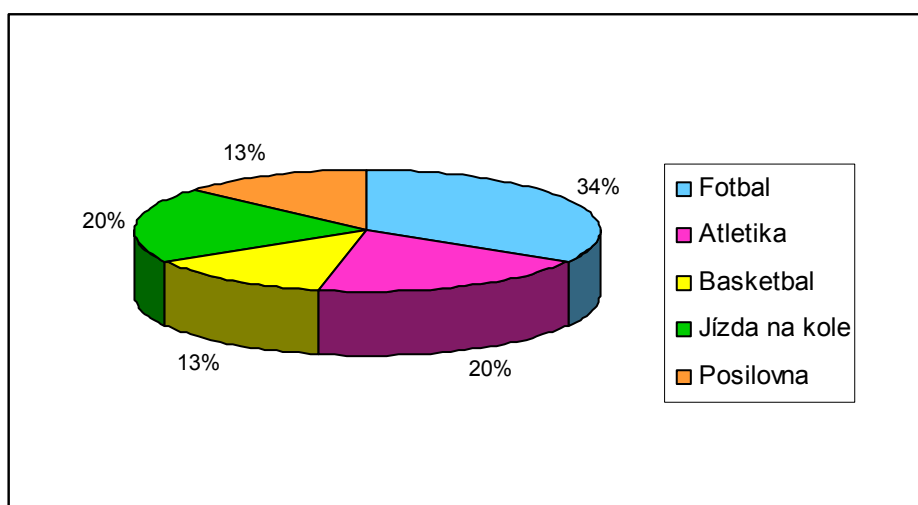
Otázka č. 15 - Účastní se dítě s KI pohybových aktivit v rámci školy?

| Aktivita | Počet | Počet v % |
|---------------|-------|--------------|
| Fotbal | 5 | 34 % |
| Atletika | 3 | 20 % |
| Jízda na kole | 3 | 20 % |
| Basketbal | 2 | 13 % |
| Posilovna | 2 | 13% |
| | | 100 % |

Tab. 23 Zastoupení pohybových aktivit u žáků s KI v rámci školy

Tab. 23 ukazuje, že v rámci školy se děti s KI nejvíce věnují fotbalu, a to celkem 5 dětí (tj. 34 %). Dále 3 žáci tráví volný čas atletikou nebo jízdou na kole (tj. 20 %) nebo 2 žáci basketbalem a posilovnou (tj. 13 %). (tab. 23; graf 19).

Pozn. Není zde uveden celkový počet dětí, protože u některých dětí bylo uvedeno více aktivit.



Graf 19 Zastoupení pohybových aktivit u žáků s KI v rámci školy

Otázka č. 16 - Účastní se žák s KI i mimoškolních aktivit?

| Aktivita | Počet | Počet v % |
|-----------------|--------------|------------------|
| Taneční kroužek | 1 | 50 % |
| Atletika | 1 | 50 % |
| Celkem | 2 | 100 % |

Tab. 24 Zastoupení pohybových aktivit ve volném čase mimo školní aktivity

Z tabulky je patrné, že pouze 2 děti s KI navštěvují kroužky mimo možnosti školních aktivit, a to 1 dítě (tj. 50 %) taneční kroužek a 1 dítě (tj. 50 %) se věnuje atletice.

7.2 Diskuze

Nyní si uvedeme nejdůležitější body této práce. Jak vyplývá z výsledků, škála pohybových aktivit u dětí s KI je široká. Ve výčtu oblíbených aktivit lze nalézt činnosti, které jsou populární i u dětí bez postižení. Ze šetření lze vyvodit, že s vzrůstajícím věkem klesá zájem o pohybové aktivity. Jako příčinu můžeme uvést fakt, že žáci na druhém stupni a na středních školách prochází pubertou a začínají mít jiné zájmy. Také může hrát roli vyhraněnost jedné aktivity a opomíjení dalších. Dále můžeme sledovat, že žáci bydlící na internátě využívají více pohybové aktivity v rámci školy než mimo ni. Lze se tedy domnívat, že se děti s KI lépe cítí v prostředí, které znají a nemají potřebu hledat jiná sportovní zařízení. Tato skutečnost může mít souvislost i s tím, zda rodiče děti v pohybových činnostech podporují a hledají možnosti jeho uplatnění i jinde než ve škole nebo v místě bydliště.

Za zajímavé zjištění považujeme fakt, že několik dětí má strach z plavání a skoro stejný počet dětí má naopak plavání velmi rádo. Obávané aktivity mohou být uvedeny z důvodu strachu z poškození implantátu nebo rizika zranění. Uvedené aktivity opět se zvyšováním věku klesají a můžeme se domnívat, že si žáci na KI zvykají a vědí, že se fyzických činností nemusí bát. Za platný předpoklad lze považovat tu skutečnost, že se nevyskytuje jen u dětí s KI, ale u i všech ostatních, ať už s postižením nebo bez něj.

Ze šetření také vyplývá, že všichni žáci s KI se účastní hodin TV a většina z nich v hodinách tuto kompenzační pomůcku nosí. Tato skutečnost může mít vliv na prostorovou orientaci dítěte a zejména může ulehčit komunikaci s učitelem i s dalšími osobami, se kterými se jedinec s KI setká v rámci volnočasových aktivit. Dále také pozorujeme fakt, že orální komunikace je nejčastějším dorozumívacím prostředkem. Komunikaci však může narušit to, jestliže má dítě s KI přidružené postižení (vývojovou dysfázií, zrakové, apod.), a tím pádem potřebuje i doplňující formu sdělování, kterou ne každý učitel nebo instruktor ovládá. Komunikaci samozřejmě naruší nepřítomnost KI.

Pozoruhodným poznatkem je, že žáci s KI v hodinách TV nepoužívají žádné speciální ochranné pomůcky. Můžeme se tedy domnívat, že se při sportech spokojí s běžným vybavením (helma), které v rámci bezpečnosti používají všichni jedinci.

Podrobnější popis výsledků najde čtenář v praktické části přímo pod tabulkami a grafy.

8 DOPORUČENÍ DO PRAXE

Výsledky této bakalářské práce mohou sloužit jako manuál pro pedagogy, trenéry, vychovatele, instruktory, a další osoby, které se setkají s dětmi s KI v rámci pohybových aktivit. Teoretická část, kde jsou popsána specifika a potřeby osob se sluchovým postižením, by mohla přiblížit, jak s těmito jedinci pracovat, jak s nimi komunikovat, na co je potřeba dávat pozor či zda potřebují zvláštní podmínky pro cvičení. Díky popsanému vývoji dítěte a přiblížených odlišností v motorice neslyšících je možno odhadnout, jaké pohybové aktivity je dítě v určitém věku schopno zvládnout. Kapitola o KI charakterizuje stavbu a funkci přístroje, tudíž si instruktor a další osoby mohou představit, jak implantát vypadá, také mohou rozpoznat, jaká existují rizika poškození a v neposlední řadě se dozvědět, při jakých činnostech se KI sundává. Skutečnost, že při plavání musí být vnější část KI odložena, měl by vyučující, trenér, apod. dbát na obezřetnost, ale i speciální metodiku pro výcvik této aktivity. Ať už z důvodu, že dítě neslyší, tak i proto, že velké procento dětí se plavání bojí.

Tato práce také může vést k prohloubení podvědomí lidí o problematice sluchového postižení, dále nabytí dojmu, že i tito lidé mají právo vést plnohodnotný život a snad i k odstranění předsudků a získání pochopení pro individuální potřeby osob se sluchovým postižením.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsme se zabývali motorickým a senzorickým vývojem dítěte od prenatálního období do dospělosti. Uvedli jsme tyto jednotlivé etapy, jelikož jsme se v praktické části zaměřili na děti základních a středních škol. Popsali jsme i prenatální vývoj, protože již v období těhotenství dochází k důležitým pochodům v těle plodu i matky a také ke vzniku sluchového ústrojí. O poškozeních a vadách sluchové soustavy, které v jednotlivých fázích života mohou nastat, se zabýváme v kapitole následující nazvanou sluchové postižení. Dále jsme se také zaměřili na objasnění důležitosti schopnosti vnímat zvuky kolem sebe, na vymezení osoby se sluchovým postižením, klasifikací poruch podle vzniku i do jednotlivých stupňů. Ve třetí kapitole jsme se věnovali problematice KI, jeho popisu, přiblížili jsme jeho fungování. V neposlední řadě jsme uvedli přednosti a omezení voperování KI a jaká jsou kritéria výběru osob pro implantaci. V poslední kapitole jsme se seznámili s pojmy související s pohybovou aktivitou a její nepostradatelnou rolí v životě člověka. Dále jsme uvedli specifika sluchově postižených ve školní TV a aktivity uživatelů KI, při kterých hrozí riziko poškození přístroje. Tyto témata nám pomohla při šetření v praktické části.

Praktickou část práce jsme zhotovili za pomoci dotazníků, které byly vyplněny pedagogy TV ve školách pro sluchově postižené v jednotlivých oblastech. Z předložených odpovědí jsme následně byli schopni provést vyhodnocení a adekvátně reagovat na zadané cíle této práce. Jako hlavní úkol jsme zjistili škálu pohybových aktivit žáků s KI. Dalším cílem považujeme zjištění, že nejčastější formou dorozumívání je orální komunikace, tudíž je dítě schopno rozumět učiteli při zadávání činnosti. Tuto skutečnost ovšem ovlivňují různé aspekty, např. jestli má jedinec přidružené postižení nebo zda při fyzických aktivitách implantát nosí. Tato otázka byla stanovena jako další parciální cíl, ze kterého vyplývá, že většina dětí s KI jej při cvičení nosí. Z toho lze vyvodit další důsledky, a to lepší porozumění a orientaci v prostoru. Jako další úkol jsme si určili zjištění, zda děti při pohybových aktivitách nosí nějaké ochranné pomůcky. Ze šetření vyplynulo, že žádné dítě speciální ochranné pomůcky při fyzických činnostech nenosí. Dále jsme se zabývali otázkou, jestli se některých pohybových aktivit bojí a zda je cvičení baví. Většina žáků se pohybových aktivit účastní ráda, ovšem existují i jedinci, kteří mají z některých aktivit strach.

V doporučení pro praxi jsem uvedla možnosti využití této práce pro účely zlepšení spolupráce s osobami s KI a přiblížení problematiky sluchového postižení pro pracovníky ve volnočasové i sportovní oblasti.

SOUHRN

Tato bakalářská práce je tvořena teoretickými a praktickými poznatky o pohybových aktivitách dětí s KI. V úvodní části se zabýváme danou problematikou, důvody k napsání této práce a vymezením základních cílů. Teoretická část je tvořena 4 oblastmi, na které navazují poznatky ze šetření v praktické části. Ta je tvořena metodikou práce a analýzou výsledků prezentovanou tabulkami a grafickým znázorněním získaných dat z dotazníkového šetření. V diskuzi uvádíme a objasňujeme dosažené výsledky šetření. Také se vyjadřujeme k možnému uplatnění této práce v praxi. Na závěr shrnujeme dosažené výsledky této práce.

SUMMARY

This thesis consists of theoretical and practical knowledge of physical activities for children with CIs. In the introductory part we deal with the issue, the reasons for writing this work and determination of the fundamental objectives. The theoretical part consists of 4 areas, which are base for findings for the survey in the practical part. This part consists of methodology and analysis of the results presented in tables and graphical representations. We obtained the data from questionnaires. We mention and clarify the results of the investigation in the discussion. We also wrote about the possible application of this work in practice. In conclusion, we summarize the results of this work.

REFERENČNÍ SEZNAM

ALLEN, K.E., MAROTZ, L.R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-614-4.

BERKE, J. *Physical Activity with a Cochlear Implant*. [online]. 2009. [cit. 8.6.2012]
Dostupné na World Wide Web:

<<http://deafness.about.com/od/basicsofcochlearimplants/a/cisports.htm>>.

BOUCHARD, C., BLAIR, S.N., HASKELL, W.L. *Physical Activity and Health*. Champaign, IL : Human Kinetics, 2007. 409 s. ISBN 978-0-7360-5092-0.

ČERTEKOVÁ, V. *Přednosti a omezení kochleárním implantace*. [online]. 2009. [cit. 8.6.2012] Dostupné na World Wide Web:

<<http://kochlear.cz/index.php?text=78-prednosti-a-omezeni-kochlearni-implantace>>.

ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Dotisk 1.vyd. Olomouc : VUP, 1999. 175 s. ISBN 80-7067-953-0.

DERNIE, V. *Metody, postupy a zásady práce s neslyšícím žákem*. [online]. 2004. [cit. 20.6.2012] Dostupné na World Wide Web:
<<http://www.zkola.cz/zkedu/pedagogictipracovnici/kabinetvychovehoporadenstvispeci alnipedagogikyaskolnipsychologie/specialnipedagogika/2034.aspx>>.

FREEMAN, R.D., CARBIN, C.F., BOESE, R.J. *Tvé dítě neslyší? Průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Přeložil Jaroslav HRUBÝ, Jaroslava

SELICHAROVÁ. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1992. ISBN není.

GOTTWALDOVÁ, L. 2012. *Rozvoj motoriky u dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.

HODAŇ, B., DOHNAL, T. *Rekreologie*. 2.rozš.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 281 s. ISBN 978-80-244-2197-1

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 1.vyd. Praha : Septima, 2002. 92 s. ISBN 80-7216-162-8.

HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. 1.vyd. Praha : Triton, 2005. 152 s. ISBN 80-7254-623-6.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce světem neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. Díl 2*. 1. vyd. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. 321 s. ISBN 80-7216-075-3.

HUDÁKOVÁ, A. *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených - Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením, 2005. 101 s. ISBN 80-86792-27-7.

JATELOVÁ, Z. (2008). *Analýza současných trendů a možností financování sluchadel pro sluchově postižené*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Pedagogická Fakulta, Brno.

JEŠINA O., KUDLÁČEK, M. a kol. *Aplikovaná tělesná výchova*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 180 s. ISBN 978-80-244-2738-6.

JURKOVIČOVÁ, P. a kol. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.

Kochleární implantace. Slyším, mluvím... učím se... [DVD] Cittadella Production, 2009.

KOUBA, M. *Motorika dítěte*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1995. 100 s. ISBN 80-7040-137-0.

KŘEŠŤANOVÁ, L. *Beseda o kochleárních implantátech*. [online]. 2011. [cit. 8.6.2012] Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.gong.cz/beseda-o-kochlearnich-implantatech/2011/05/12>>.

KUDLÁČEK, M., MACHOVÁ, I. *Integrace – jiná cesta. Sborník příspěvků ze semináře Olomouc 30.11.2007*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. 100 s. 2008. ISBN 978-80-244-1954-1.

KUNCOVÁ, M., FRANKOVÁ, J. a kol. *Tabulky rozvoje dítěte 0 – 3 roky*. Brno : Ped. Fak. MU, 2004. ISBN – nemá.

LANGER, J., SOURALOVÁ, E. *Surdopedie – andragogika. Studijní opora pro kombinované studium*. [Učební texty]. Olomouc : 2005.

MAZAL, F. *Hry a hraní pohledem ŠVP*. Olomouc : Nakladatelství Hanex, 2007. 394 s. ISBN 978-80-85783-77-3.

MOTEJZLÍKOVÁ, J. et al. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009. 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 1999. 72 s. ISBN 80-7168-744-8.

POTMĚŠIL, M. a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II (diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením)*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011.

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

PULDA, M., LEJSKA, M. *Jak žít se sluchovou vadou*. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 80-7013-226-4.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 2.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D. *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 171 s. ISBN 978-80-244-2811-6.

SOURALOVÁ, E. *Základy surdopedie*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 56 s. ISBN 978-80-244-2619-8.

STEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. 1.vyd. Břeclav : Presstempus, 2004. 125 s. ISBN 80-903350-2-0.

ŠEDIVÁ, Z. *Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených 1. Zvládání důležitých životních situací*. 1.vyd. Praha : SEPTIMA, 1997. ISBN 80-7216-034-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁŽANSKÝ, M. *Volný čas a pedagogika zážitku*. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1992. 64 s. ISBN 80-210-0428-2.

Vyhláška č.73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. 2005. [cit. 7.6.2012] Dostupné na World Wide Web: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Seznam zkratk

Příloha č. 2. Dotazník pro učitele tělesné výchovy

Příloha č. 3. Obrázky

Příloha č. 1. Seznam zkratk

V této bakalářské práci bylo použito několik zkratk:

KI – kochleární implantát

TV – tělesná výchova

SPC – speciální pedagogické centrum

ADHD – hyperaktivita s poruchou pozornosti

DMO – dětská mozková obrna

LMR – lehká mentální retardace

ZJ – znakový jazyk

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

Příloha č. 2.

Dotazník pro učitele tělesné výchovy o žácích s kochleárním implantátem

Vážení pedagogové,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který by pomohl zpracování mé bakalářské práce na téma *Pohybové aktivity u dětí s kochleárním implantátem* na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem dotazníku je zmapování škály pohybových aktivit u dětí s kochleárním implantátem, dále zjistit, zda osoby s kochleárním implantátem pohybové aktivity baví nebo mají z některých strach, dále jestli v hodinách tělesné výchovy nosí kompenzační pomůcky, jestli rozumí pokynům pedagoga a zda nosí ochranné prostředky při cvičení.

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pouze účelům mé práce. Daná data budou anonymní a řídí se zákonem 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Děkuji za vyplnění a Váš čas

S pozdravem

Michaela Voskárová

Dítě s kochleárním implantátem

1) Pohlaví chlapec dívka

2) Věk žáka s KI

3) Věk, kdy byl dítěti voperován KI

4) Přidružené postižení žáka

5) Druh komunikace, který dítě preferuje

6) Účastní se žák hodin tělesné výchovy?

ano ne

Jestliže ne, uveďte, prosím, důvod:

7) Používá při pohybových aktivitách speciální ochranné pomůcky?

ano ne

8) Chápe zadání pokynů v tělocviku?

ano ne

9) Nosí v tělesné výchově KI?

ano ne

10) Baví žáka pohybové aktivity?

ano ne

11) Bojí se provádět nějakou pohybovou aktivitu?

ano (jakou).....

ne

12) Projevuje se žák s KI v tělesné výchově jinak než ostatní děti?

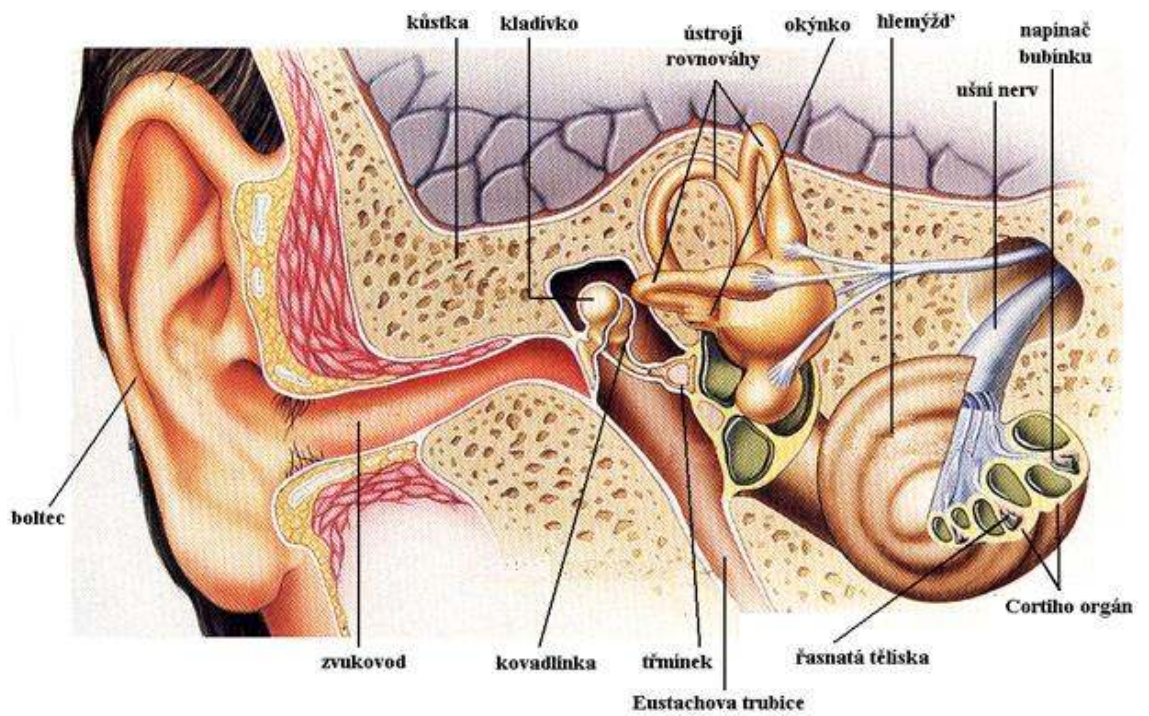
ano ne

13) Oblíbená pohybová aktivita žáka?

Poznámky:

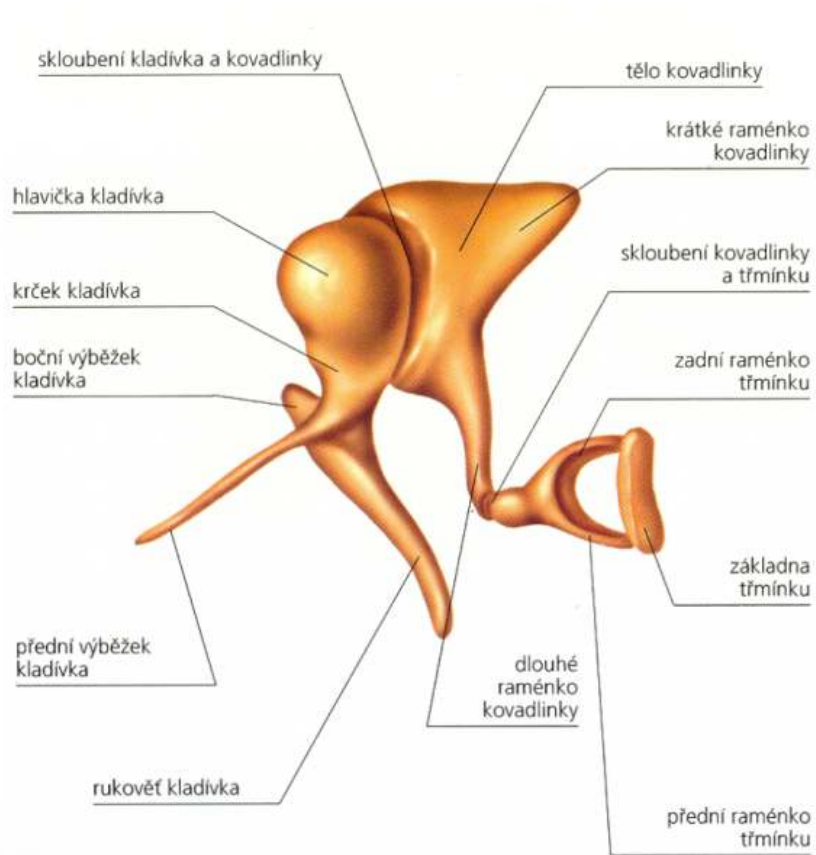
.....

Příloha č. 3. Obrázky

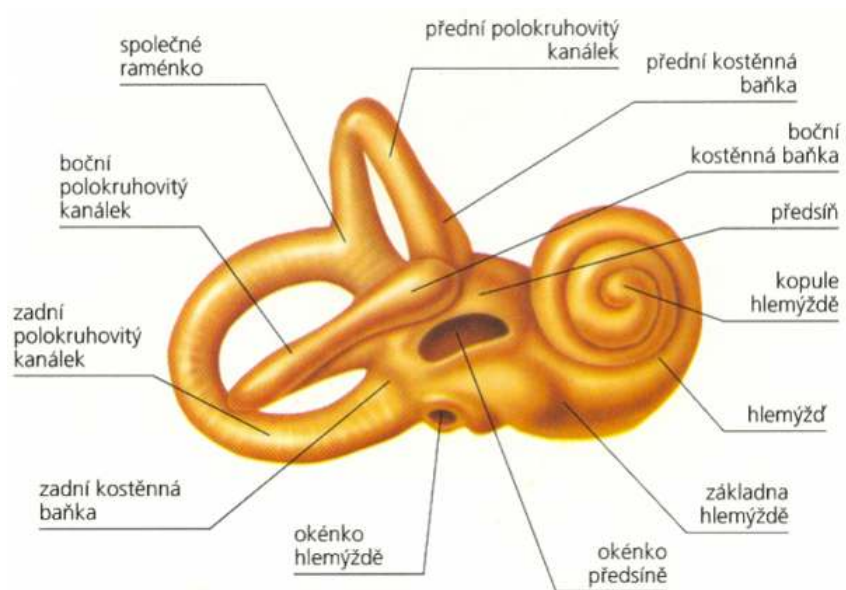


Stavba a popis sluchového ústrojí

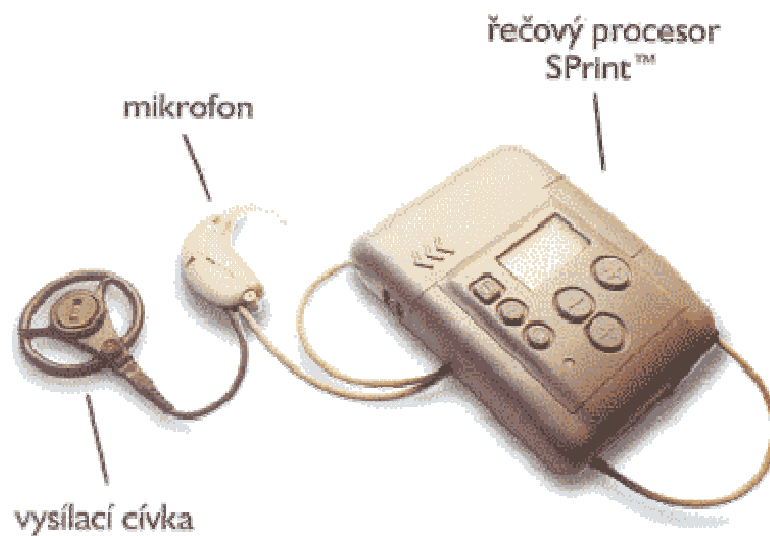
(Zdroj: <http://fyzika.jreichl.com/main.article/view/201-stavba-a-popis>)



Stavba a popis středního ucha (Zdroj: <http://adykacer.blog.cz/0811/ucho>)

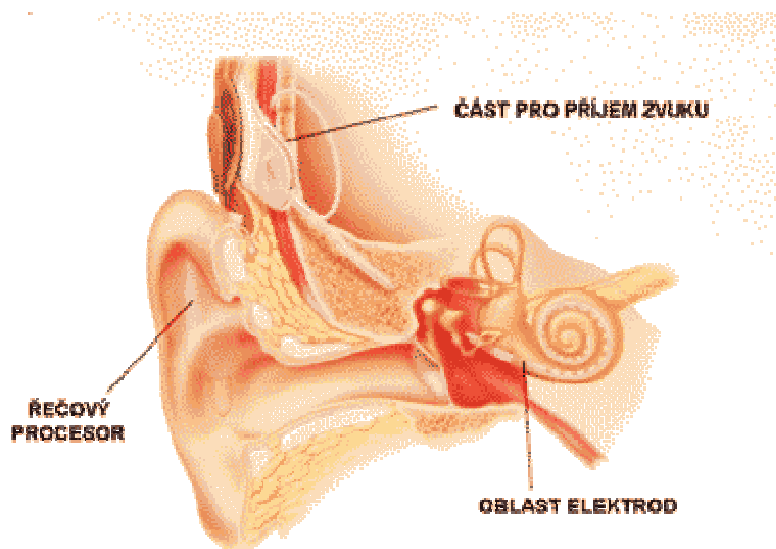


Stavba a popis vnitřního ucha (Zdroj: <http://adykacer.blog.cz/0811/ucho>)



Stavba kochleárního implantátu

(Zdroj: <http://www.kochlear.cz/index.php?text=3-kochlearni-implantat-recovy-procesor>)



Vnitřní část kochleárního implantátu

(Zdroj: <http://www.kochlear.cz/index.php?text=2-kochlearni-implantat-vseobecne-informace>)



Kochleární implantát

(Zdroj: http://www.tyden.cz/rubriky/veda-a-technika/veda/kochlearni-implantat-vraci-sluch-a-co-umele-oci_151455.html)