

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Jitka Průšová

Slyšící rodina s neslyšícím dítětem raného věku – copingové strategie

Olomouc 2016

vedoucí práce: doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. Mgr. Jiřího Langer, Ph.D. a uvedla veškerou použitou literaturu a další zdroje.

V Olomouci dne 20. 4. 2016

.....

**Poděkování**

Děkuji doc. Mgr. Jiřímu Langerovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a materiálových podkladů k práci.

Obsah.....	4
ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. SLUCH A SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ.....	7
1.1. KLASIFIKACE SLUCHOVÝVH VAD .....	8
1.2. ORIENTAČNÍ A SCREENINGOVÉ ZKOUŠKY U DĚTÍ .....	10
1.3. AUDIOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ .....	11
1.4. AUDIOLOGICKÉ POMŮCKY .....	17
Sluchadla .....	17
Kochleární implantát.....	19
1.5. URČENÍ DIAGNÓZY .....	19
1.6. VLIV NA RODINU .....	19
1.7. DŮSLEDKY SLUCHOVÉ VADY PRO DÍTĚ.....	20
1.8. DŮSLEDKY SLUCHOVÉ VADY PRO RODIČE.....	20
2. RODINA.....	22
2.1. DEFINICE RODINY A JEJÍ VZTAHOVÁ SÍŤ .....	22
2.2. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA RODINY A JEJÍ FUNKCE.....	22
2.3. TYPY RODINY .....	23
2.3.1. Tradiční rodina .....	23
2.3.2. Moderní rodina .....	23
2.4. RODINA S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM - OBECNĚ.....	24

2.4.1. Jak rodiče přijímají postižení dítěte.....	24
2.4.2. Adaptace rodičů na postižení dítěte .....	25
3. COPINGOVÉ STRATEGIE.....	27
3.1. DEFINICE .....	27
3.2. ZÁTĚŽOVÉ SITUACE .....	27
3.3. TEORIE COPINGOVÝCH STRATEGIÍ .....	30
3.4. CHARAKTERISTIKA COPINGOVÝCH STRATEGIÍ .....	31
3.4.1. Obranné mechanismy .....	32
3.4.2. Stresové situace, stresory .....	32
3.5. COPINGOVÉ STRATEGIE PODEL RICHARDA LAZARUSE .....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
4 Popis výzkumné techniky-rozhovor .....	37
4.1 Druhy rozhovoru .....	37
4.2 Požadavky na tazatele .....	38
5 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	41
5.1 Demografické údaje .....	41
6 Analýza výsledků .....	42
7 Interpretace výsledků a diskuse .....	49
ZÁVĚR.....	51
LITERATURA.....	53

## ÚVOD

Sluch je nedílnou součástí v životě každého člověka. Pomáhá utvářet komplexní představu o veškerém dění kolem nás. V běžném životě si ani neuvědomujeme, nakolik je pro nás důležitý. Stěžejní je při komunikaci jakožto sociální interakci. Nedostatečné dokreslení informací v těchto situacích může vést ke komunikačním obtížím, ovlivnění lidské psychiky, ale stejně tak i společenské vztahy.

Konkrétně potíže se sluchem mohou být závažné v kontextu odhalení daného handicapu ve společnosti. Na první pohled nelze poznat, jestli má druhá strana potíže se sluchem, tudíž ani nelze zvolit hned od začátku adekvátní komunikační styl.

Aby bylo možné s těmito lidmi nejen komunikovat, ale i pracovat, ať už na úrovni vzdělávání ve školství nebo budoucího pracovního uplatnění, rozhodla jsem se k tomuto tématu přistupovat komplexně a ve své bakalářské práci se zabývám ranou péčí o děti se sluchovým postižením, které se narodili intaktním rodičům.

Pro toto téma jsem se rozhodla proto, neboť se právě skupinou lidí se sluchovým postižením zabývám. Kvůli surdopedii jsem se rovněž přihlásila na obor speciální pedagogiky.

Práce je rozdělena do čtyř částí. Nejdříve uvádím terminologii a základním dělení sluchových postižení. Dále následuje téma rodiny a jejího chápání. Teoretický blok je uzavřen copingovými strategiemi. Poslední, čtvrtá kapitola je praktická část, jež se skládá z odpovědí šesti rodin na otázky, které se týkají přímo jejich vlastních zkušeností s počátky zjišťování diagnózy jejich dítěte.

Cílem této práce, je snaha reflektovat, nakolik je v praxi screening a raná péče úspěšná a do jaké míry odpovídá potřebám klientů, stejně jako zjistit přístupy rozdílných rodin vůči stejné situaci.





## TEORETICKÁ ČÁST

### 1. SLUCH A SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Surdopedie (z latinského **surdus**, tj. hluchý a řeckého **paideia**, tj. výchova) je označována jako vědní disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob (dětí, mládeže a dospělých) se sluchovým postižením. (Langer, Suralová, 2006)

Kdo jsou tedy lidé se sluchovým postižením?

*„Jedinci se sluchovým postižením představují velmi nehomogenní skupinu, jejíž variabilita je dána především různou strukturou a hloubkou sluchové vady, dobou, kdy k postižení došlo, celkovou úrovní rozvoje osobnosti a sociokulturními podmínkami, v nichž probíhala časná i následná surdopedická intervence.“* (Suralová, Langer in Renotíerová, Ludíková a kol., 2005)

Z medicínského hlediska, se každá funkční porucha sluchového analyzátoru klasifikuje jako sluchové postižení. Ve vymezení kategorií je brán zřetel zejména na kvalitu a kvantitu sluchového vjemu. Z pedagogického hlediska se jedná o problematiku narušených vztahů jedince se sluchovým postižením s okolním prostředím a dále záleží na komunikačních schopnostech a zvoleném komunikačním systému (Horáková, 2006)

Čtyři základní faktory, které ovlivňují podíl na potencionálním vzniku sluchového postižení, jsou:

- typ a stupeň sluchové poruchy či vady;
  - ◆ rozlišujeme, jestli se jedná o vadu *převodní* nebo *percepční*
- věk, ve kterém byla vada objevena;

◆ čím dříve, tím lépe

- vliv okolního prostředí (především pak sociálního)
- případná kombinace s jinou vadou či zdravotní poruchou (Leonhardt, 2001)

K těmto základním faktorům pak můžeme přiřadit i další:

- úroveň sociální péče;
- úroveň lékařské péče;
- vlastnosti osobnosti;
- kvalita speciálně pedagogického působení. (Leonhardt, 2001)

## 1.1. KLASIFIKACE SLUCHOVÝCH VAD

- dle doby vzniku:

- A) vrozené – dědičné:
- *geneticky podmíněné* - autozomálně dominantní - tyto vady jsou pak dohledatelné v genové struktuře několika generací;
  - autozomálně recesivní - tyto vady vznikají v situaci, kdy dojde ke spojení poškozeného genu s genem, který má vliv na stav sluchu, s nímž se dítě narodí (je jich asi 30);
  - *syndromové* - zde se nejedná o nemoc samotnou, ale o průvodní jev jiné choroby (příkladem jsou: syndrom CHARGE, Alportův syndrom, Pendredův syndrom nebo Usherův syndrom);

- *nesyndromové* - objevují se poměrně často s náhodným výskytem a různými genetickými příčinami.

B) získané - *prenatálně* - vlivy jsou endogenní (dědičné) a exogenní (vzniklé na základě působení vnějších činitelů jako jsou virové či infekční onemocnění matky, intoxikace, rentgenové záření);

- *perinatálně* - vlivy, které se dějí při porodu samotném nebo krátce po něm (hypoxie či afixie plodu, nízká porodní váha novorozence, klešťový porod, komplikovaný porod)

- *postnatálně* - vlivy, které na organismus působí během celého života (úrazy, intoxikace, opakované záněty středního ucha). U těchto poruch dále rozlišujeme, zda k nim došlo *prelingválně* či *postlingválně*.

- *prelingvální sluchové* – vznikají před ukončením základního vývoje jazyka a řeči. Tyto vady omezují až znemožňují spontánní osvojování jazyka. Pokud dojde k náhlé ztrátě sluchu, dosud nabyté jazykové schopnosti se bez včasné odborné logopedické a surdopedické péče začnou vytrácet nebo dokonce zcela zaniknou. Pokud hovoříme o těžkém stupni, naučí se dítě národní znakový jazyk, neboť pro jeho naučení nepotřebuje užívat funkci sluchu.

- *postlingvální sluchové vady (poruchy)* – v rozmezí 4 až 7 let dochází k ukončení základního vývoje jazyka, v průměru je to 6. rok života. Doba, ve které dojde ke vzniku postižení je zlomová. Jazykové i řečové dovednosti jsou dostatečně ukotvené a tudíž nedojde k jejich úplnému vymizení. Ovšem v důsledku scházející zpětné sluchové kontrole

dochází k prozodickým i artikulačním změnám v projevu mluveném.  
Lze jej eliminovat včasným poskytnutím náležité péče.

**- dle lokalizace: - periferní**

- *vady převodní* – porucha ve vnějším nebo středním uchu;

- *vady percepční* (senzoneutrální) – vznik ve vnitřním uchu, nebo ve vyšších částech sluchové dráhy.;

- *vady kombinované* – vyskytují se složky převodních i percepčních vad částech sluchové dráhy.

- **centrální** nedoslýchavost nebo hluchota je způsobena různými procesy postihujícími podkorový a korový systém sluchových drah.

**- dle stupně postižení (dle Hložka):**

a) normální sluch (0 - 25 dB u dospělých, do 15 dB u dětí)

b) lehká nedoslýchavost (26 - 40 dB u dospělých, 16 - 40 u dětí); dítě nerozumí řeči z větší vzdálenosti a špatně rozumí za nepříznivých sluchových podmínek;

c) střední nedoslýchavost (41 - 55 dB); hlavní potíže má postižený při komunikaci na větší vzdálenosti;

d) středně těžká (56 - 70 dB); na vzdálenost větší než 1 m postižený nedoslýchavost nerozumí;

e) těžká nedoslýchavost (71 - 90 dB); velmi těžké porozumění řeči zblízka i řeči zesílené;

- f) hluchota (více než 90 dB); jde o úplnou ztrátu sluchu, ať už získanou či vrozenou.

## 1.2. ORIENTAČNÍ A SCREENINGOVÉ ZKOUŠKY U DĚTÍ

Mluvíme-li o orientačních zkouškách, musíme mít na paměti, že jimi nezjistíme charakter ani stupeň postižení. Slouží pouze jako opora k případné návštěvě odborného audiologického vyšetření. (Dostupné z <http://www.lekari-online.cz/orl-otorinolaryngologie/zakroky/casna-diagnostika-vad-sluchu-u-novorozencu-a-kojencu>)

- *nepodmíněné reflexy* - víčkový, zornicový, psychogalvanický, vyhledávací -
- *podmíněné reflexy* - ty vznikají ve spojení s tzv. podmíněnými stimuly; nejčastěji uváděným příkladem je zazvonění zvonku, které znamená přísun jídla a vyvolá u psa slinění) „ibid“
- *zvuková zkouška řeči.*

Screeningové vyšetření provádí pediatr. K prvnímu vyšetření dochází ve věku tří měsíců a vypadá následovně: dítěti, které je rozbalené, se za hlavou pouští ve vzdálenosti 0,5 metru silné zvukové podněty (rozbití talíře, houkačky, sirény). Je nezbytné vyvarovat se vibrací, které by se mohly přenášet na dítě, neboť by tato situace zkreslovala výsledky. Co se úlekových reakcí týče, projevy jsou tyto: *změna frekvence dýchání, mrknutí, probuzení se ze spánku či změna frekvence sacích pohybů.* „ibid“

Specifické projevy nedoslýchavého dítěte jsou následující: opakované dotazy, snaha odezírat, dítě neužívá mluvenou řeč na úrovni odpovídající věku, nereaguje na zavolání, natáčí hlavu ke zdroji zvuku, zaměňuje podobně znějící slova, nerovnoměrně reaguje na zvukové podněty. „ibid“

## 1.3. AUDIOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

### Diagnostika a metody vyšetření sluchu:

#### 1. Klasické sluchové zkoušky (jsou pouze orientační):

A) Vyšetření hlasitou řečí (*vox magna*) a šepotem (*vox sibilans*):

- značí se V, případně Vs

- jde o základní vyšetření sluchu, které se provádí hlasitou řečí nebo šepotem. Při vyšetření je přítomen lékař, který vykovává samotnou zvukovou zkoušku, a asistent, který pak druhé, nezkoušené ucho ucpává či ohlušuje (pomocí Barányho ohlušovače)

- je proveden zápis, který sestává z pravidelně opakovaných slov z jednotlivých vzdáleností, ze kterých jsou vyslovována

- Např.: 6m Vs 3m – pacient slyší šeptanou řeč vpravo ze šesti a vlevo ze tří metrů;

1m V 5m – pacient slyší hlasitou řeč vpravo z jednoho a vlevo z pěti metrů.

- Výsledek závisí na zkušenostech vyšetřujícího lékaře a asistenta, spolupráci pacienta a kvalitě místnosti, kde vyšetření probíhá (dostatečná délka a ticho). Proto mluvíme o orientační zkoušce

- Hlasitá řeč má většinu akustické energie tvořenu vokály, samohláskami, které mají výraznou formantovou strukturu (vycházejí ze základního hrtanového tónu) s maximem akustické energie mezi 100 – 1000 Hz. Proto je tato část zkoušky pro dítě hůře rozlišitelná.

- Šeptaná řeč má většinu energie tvořenu konsonantami, souhláskami, které jsou šumové a mají tudíž maximum akustické energie posunuto do oblastí 2000 – 8000 Hz. Proto je tato část zkoušky pro dítě hůře srozumitelná v případě postižení v oblasti vyšších frekvencí sluchu. (Dostupné z [http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1\\_2\\_vysetrovaci\\_metody\\_uch\\_a.html](http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1_2_vysetrovaci_metody_uch_a.html) )

Účelem sluchové zkoušky je schopnost vyšetřit centrální složku sluchu. Rozumění u lehkých až středních převodních nedoslýchavostí je relativně dobré. Naopak čím centrálněji je porucha sluchu, tím více je postiženo rozumění a méně je zhoršena detekce tónů. Jako typický příklady lze uvést afázii, kdy může být rozumění zásadně narušeno, ale na tónové audiometrii zjistíme normakusi. „ibid“

#### B) Ladičkové zkoušky:

Zpočátku se vyšetřovalo sadou ladiček o různých frekvencích. Dnes se od tohoto modelu upouští a vyšetřuje se omezeným počtem ladiček (většinou jednou). Třebaže význam ladičkových zkoušek postupně upadá, jsou stále dobrým vodítkem před tónovou audiometrií, především jsou pak nedocenitelné v chápání teorie diagnostiky převodní a sensorineurální nedoslýchavosti. „ibid“

- **Rinneho zkouška** – touto zkouškou zjistíme, zda je slyšení lepší *vzdušnou cestou* (ladička přiložená před ústí zvukovodu produkuje zvuk, který je skrze zvukovod, bubínek a středoušní kůstky převáděn do vnitřního ucha), nebo *kostní cestou* (ladička přiložená na lebku za uchem rozvibrovává celou lebku i kost skalní, ve které je uložen blanitý hlemýžď a tím následně stimuluje vnitřní ucho). „ibid“



Abychom rozvibrovali lebku stejnou intenzitou jako u zdravé vzdušné cesty, je třeba energii zvýšit zhruba o 40dB. „ibid“

Praktické provedení je následovné: pacientovi přiložíme rozvibrovanou ladičku před boltec a vyzveme ho, aby nám sdělil, kdy ji přestane slyšet. Poté ji přiložíme na bradavkový výběžek (součást spánkové kosti) a zeptáme se, zda ji rovněž slyší. Pokud tomu tak není, je převodní systém neporušený a sluch je normální, nebo je přítomna senzorieurální nedoslýchavost. Pokud ano, postup obrátíme, a slyší-li pacient lépe ladičku přiloženou na lebku, tak je přítomna převodní složka nedoslýchavosti (nevylučuje to ovšem nedoslýchavost smíšenou). „ibid“

- **Weberova zkouška** - srovnává kostní vedení v obou uších.

Praktické provedení je následovné: rozezvučenou ladičku přiložíme patkou na lebku vyšetřovaného ve střední čáře (na čelo nebo na temeno) a ptáme se, kde zvuk slyší (popř. kde ho slyší silněji). „ibid“

O nelateralizaci hovoříme, pokud dítě udává, že slyší tón ladičky uprostřed hlavy nebo v obou uších stejně. Do záznamu pak zapisujeme velké písmeno W a znázorníme šipky na obě strany. „ibid“

Pokud dítěti tón ladičky zní silněji např. v levém uchu, říkáme, že *lateralizuje doleva* a v záznamu od písmena W znázorníme šipku směrem doprava (jako bychom se dívali na pacienta - jeho levé ucho je pro nás vpravo). „ibid“

- **Schwabachova zkouška** - srovnává délku kostního slyšení nemocného a lékaře (lze využít za předpokladu, že má lékař normální sluch).

Pokud slyší nemocný ladičku stejně dlouho z *planum mastoideum* (místo za uchem) jako lékař, pak je Schwabachova zkouška normální „ibid“

## 2) Tónová audiometrie

Jedná se o vyšetřování slyšení čistých tónů. Provádět ji může audiologická sestra nebo lékař pomocí audiometru, přístroje obsahujícího generátor tónů. Vyšetření probíhá v tiché místnosti, nejlépe však v audiokomoře (speciálně odhlučněná místnost nebo box). Zvuk je veden buď vzdušnou cestou (sluchátkem, nebo reproduktorem), nebo kostní cestou kostním vibrátorem přiloženým na lebku za uchem (*procesus mastoideus*). „ibid“

Pacient reaguje na přítomnost prezentovaného tónu:

- *klasická tónová audiometrie* – zmáčknutím tlačítka (školní děti až dospělí)
- *klasická tónová audiometrie u dětí* – zvednutím ruky (zhruba předškolní děti)
- *tónová audiometrie hrou* – stavěním věže s kostek, navlékání kroužků na tyč (děti 2 až 3 roky, často z reproduktoru, protože sluchátka mohou být vnímána dítětem příliš negativně)
- *behaviorální audiometrie* – nespecifické reakce jako mrknutí, přerušování činnosti, otočení za zvukem (věk 6 až 24 měsíců, kromě tónů mohou být podnětem i další zvuky, většinou z reproduktorů)
- *audiometrie se zrakovým posílením* – na podkladě podmíněné reakce, kterou je třeba nejdříve vybudovat, se dítě otáčí za zvukem s předpokládanou odměnou, což může být např. panenka s blikajícíma očima (věk 6 až 24 měsíců, kromě tónů mohou být podnětem i další zvuky, většinou z reproduktorů) „ibid“

Výsledkem vyšetření tónovou audiometrií je pak graf – tónový audiogram.

## 3) Slovní audiometrie

Jedná se o vyšetření, při němž dítě opakuje slova, která jsou přehrávána o různé intenzitě. Vše se odehrává v tiché místnosti, nebo audiokomoře a intenzita stimulů je kalibrována. Zvukové nahrávky se používají z mikrofону, nebo nahrávky na nosiči (CD). Standardně se používá deset slov o stejné intenzitě. Z výsledného počtu správných odpovědí se spočítá procento srozumitelnosti. Základními popisovanými hodnotami jsou 50 % rozumění – práh rozumění (tam, kde pacient dosahuje aspoň 50 % srozumitelnosti) a nejnižší hodnota na které pacient rozumí nejvíce (nejčastěji 100 %). „ibid“

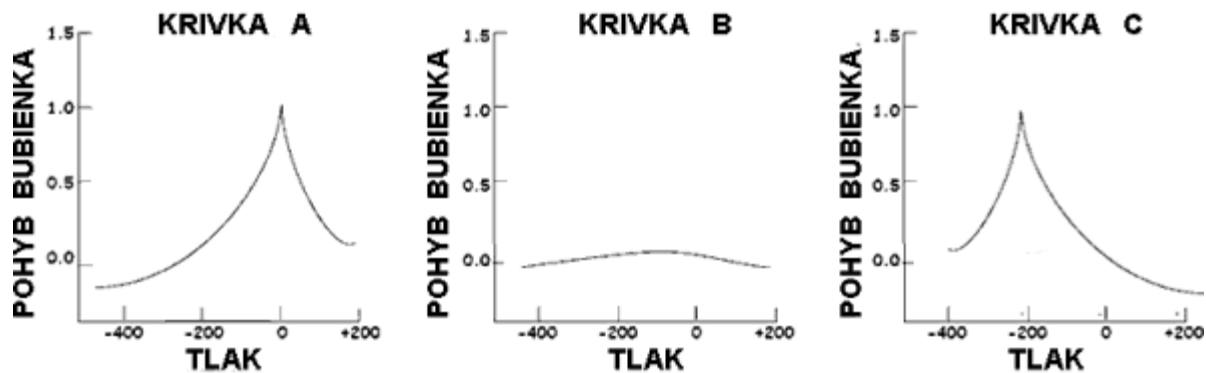
- Význam: Pomocí slovní audiometrie hodnotíme efekt sluchadel. Pro dítě v předškolním věku je tato metoda příznivější, neboť je to pro ně často jednodušší než detekovat signály. „ibid“

#### **4) Objektivní vyšetření sluchu**

A) Impedanční audiometrie – je založena na odporu vnitřního bubínku

Tympanometrie - jedná se o vyšetřovací metodu, která hodnotí závislost odrazu zvukové energie od bubínku zpět směrem k tympanometru.

Podle toho, nakolik jsou rozdílné tlaky na obou stranách bubínků, zvyšuje se tuhost (admittance) a snižuje se poddajnost (compliance). V praxi to znamená, že většina zvukových vln se vrací zpět k tympanometru a menšina putuje přes středoušní kůstky. Na základě těchto poznatků pak vznikají tři druhy křivek. Ty se nejčastěji hodnotí podle klasifikace Jergera : A, B, C. „ibid“



**Graf č. 1:**

Křivka A značí stejný tlak na obou stranách bubínku. Křivka B nám zachycuje stav, kdy se i přes různé tlaky v zevním zvukovodu od bubínků odráží stejné množství vzduchu. Nejčastější příčina tohoto jevu je sekret ve středoušní dutině. Křivka C ukazuje na ventilační poruchu Eustachovy trubice. „ibid“

#### Vyšetření stapediálních reflexů

Zde je měřena změna impedance bubínku, kterou vyvolává kontrakce třmínkového svalu. Využívá se při nich nepodmíněných reflexů (ty jsou vrozené, nelze je ovlivnit vůlí), které reagují na zvuk o intenzitě 65 - 100 dB nad sluchovým prahem.

Tento reflex funguje křížově. Kontrakce třmínkového svalu není jen na vyšetřované straně, ale i na straně druhé, než do které je zvuk pouštěn. „ibid“

#### B) Otoakustické emise (OAE)

V roce 1978 David Kemp popsal měření zvuku v zevním zvukovodu, který byl produkován hlemýžděm.

Otoakustické emise jsou generovány jako nelineární vedlejší produkt biomechanické aktivity hlemýždě na úrovni zevních vláskových buněk. Jsou produkovány výhradně

preneurálně a neukazují schopnost přenášet zvuk dále. Vyšetření OAE je rychlé, neinvazivní a objektivní.,,ibid“

Rozlišují se dvě hlavní kategorie OAE: *spontánní (SOAE)* a *evokované (EOAE)*. Evokované OAE mají významné využití v klinické praxi: umožňují odhad funkce zevních vláskových buněk, které mechanickým dotykem generují emise jako odpověď na přítomnost zvuku. OAE nejsou významné pokud je přítomna porucha sluchu nad 30 dB. „ibid“

#### C) Vyšetření evokovaných sluchových potenciálů

Vyšetření ERA (*electrical responsy audiometry*) či AEP (*auditory evoked potentials*) vychází z EEG (elektroencefalografie) záznamu, který je zprůměrován. Hodnotíme elektrické potenciály s různou latencí. Nejčastěji se provádí vyšetření potenciálů z oblasti mozkového kmene (BERA). Pro stanovení prahu se hodnotí výbavnost a latence jednotlivých vln. Pro popis sluchové dráhy se popisují latence, intervaly a mezistranové rozdíly. „ibid“

## 1.4. AUDIOLOGICKÉ POMŮCKY

### Sluchadla

Sluchadlo je elektroakustický přístroj, který má za úkol modulovat a zesilovat zvuky. Zesílený zvuk je veden do sluchového analyzátoru. Zvuk musí být jak dostatečně zesílen, tak i speciálně modulován dle charakteru a individuální sluchové vady. (Langmeier, 1998)

Fitting je pojem definující nastavení sluchadla pro daného uživatele tak, aby mu umožnilo rozumění řeči a co nejlepší slyšení.

U dětí pak má významnou roli akceptace sluchadla a spolupráce dítěte. Obzvláště pak v případech, kdy k poruše sluchu došlo prelingválně, chybí dětem zkušenost se slyšením řeči a tím i některé schopnosti jako jsou:

- schopnost zaměření pozornosti na konkrétní (akustický) signál;
- schopnost výběru relevantního signálu, např. rozpoznání jedné řeči ve směsici dalších;
- schopnost porovnání dvou akustických signálů (ať už se jedná o stejný, či rozličný);
- schopnost doplnění chybějící části slova na základě slovního vzoru uloženého v paměti;
- schopnost doplnění slova do věty takovým způsobem, aby dávala smysl;
- schopnost tvorby slov dle nabídnutých hlásek;
- schopnost směrovaného slyšení. (Langmeier, 1998)

Dnes existuje několik typů sluchadel:

**a) kapesní** - největší z jmenovaných a dnes využívané nejméně. Jedná se o malou krabičku, ve které je umístěn mikrofon, zesilovač a baterie. Z krabičky vede cca 50 cm dlouhá šňůrka, na jejímž konci je sluchátko samotné. Krabička se připevňuje k šatům, případně se vkládá do kapes a sluchátko je umístěno do ucha. Právě díky zmíněným parametrům a způsobu užití se stává omezujícím pro uživatele. (Houdková, 2005)

**b) závěsné** - zavěšuje se za ušní boltec a tvarem vypadá jako malý rohlíček. Oproti předchozímu typu obsahuje navíc reproduktor. Zároveň se podařilo zachovat poměrně malé velikosti. Díky zmíněné velikosti je méně nápadné a lépe se obsluhuje. (Houdková, 2005)

**c) nitroušní** - díky velikostně nejmenším rozměrům jej lze vložit přímo do ucha. Podle jeho umístění pak lze rozlišovat:

-sluchadlo boltcové;

-sluchadlo zvukovodové;

-sluchadlo kanálové.

Tyto typy sluchadel neomezují nositele v pohybu zdaleka tolik, jako předešlé. Jsou méně nápadné a zajišťují kvalitní odposlech. Nevýhodu, kterou skrývají je náročnější ovládání a samotná manipulace se sluchadlem (tzn. vkládání a vyjímání). Nehodí se pro jedince s velmi těžkou sluchovou vadou. (Houdková, 2005)

### **Kochleární implantát**

Tato metoda se využívá u dětí s těžkým sluchovým postižením. Těm totiž běžná sluchadla dostatečně nekompensují vnímané zvuky. V tomto případě hovoříme o žádném či jen zbytkovém sluchu na obou stranách.

Kochleární implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímo elektrickou stimulací (drážděním) sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha. (Habešová in Houdková, 2005)

## **1.5. URČENÍ DIAGNÓZY**

Pro co možná nejmenší dopad sluchové poruchy na přirozený vývoj dítěte je vhodné ji objevit co nejdříve – ideálně v kojeneckém věku. Rodiče vadu nejčastěji objeví mezi druhým a šestým měsícem věku života. (Ježková, 2008)

Pokud mají rodiče podezření, svěřují se s ním pediatrovi. Ten je pak nucen bezpodmínečně poslat dítě na specializované pracoviště. Není záhodno tuto návštěvu nikterak odkládat. Čím časnější je podchycení a zahájení léčby, tím lepší jsou pak vyhlídky k nápravě. Je-li z nějakého důvodu odborné vyšetření lékařem odkládáno, je povinností rodičů chopit se iniciativy a navštívit jiného odborníka. (Ježková, 2008)

Po vyšetření a stanovení diagnózy je důležité co nejdříve dítěti obstarat potřebná a vhodná sluchadla. (Ježková, 2008)

## **1.6. VLIV NA RODINU**

Ať už se jedná o jakékoli postižení, vždy se to nějakým způsobem odrazí na chodu rodiny. V neposlední řadě se to může odrazit na komunikaci rodiny. „ibid“

Rodiče a rodinní příslušníci se k nastávající situaci musí postavit čelem. Nápomocné jim jsou rady a konzultace s nejrůznějšími středisky, spolky a rodiči, které jsou na tuto problematiku zaměřeny. „ibid“

Pro děti jsou rodiče celoživotním vzorem. Nejvíce se od nich učí v útlém věku. Učí se napodobováním, ovšem pokud mají problém se sluchem, těžko se pak dítěti osvojují slova a hůře pak uplatňují řeč v běžném životě. Pro dítě je důležité, aby se pohybovalo ve svém přirozeném, domácím, prostředí. Jsou účastní situací, které se opakují a je při nich opakovaná tatáž fráze či totéž slovo; dítě si jej pak snáze zapamatuje a spojuje s konkrétní situací. „ibid“

## **1.7. DŮSLEDKY SLUCHOVÉ VADY PRO DÍTĚ**

Důsledky sluchové vady jsou pro každé dítě individuální. Nejvíce se na tom ovšem podepisují faktory stupně postižení, doba vzniku a péče, jaká se dítěti dostala. Zjednodušenost až deformovanost světa je vnímána dítětem na základě nedostatečných zážitků a zkušeností, ke kterým přichází sluchovou cestou. Pro dítě samotné to také není lehká situace. Není schopno se vyjádřit na výši své intelektuální úrovně, neboť mu to neumožňuje jeho nižší úroveň řeči. Neméně důležité je i ztížené sociální chování a orientace v mravních hodnotách, které jsou zprostředkované především díky řeči. „ibid“



## 1.8. DŮSLEDKY SLUCHOVÉ VADY PRO RODIČE

Mimo vše zmíněné je zde přítomna i emocionální stránka věci. Nejvíce tím pak trpí matky. Můžeme pozorovat neopodstatněnou vinu, bezmocnost, zklamaná očekávání, frustrace z nedostatečné a neuspokojivé komunikace s dítětem, neodpovídající citovou odezvu. Je-li matka prvorodička a jsou-li to její první zkušenosti s vývojem a výchovou dítěte, je pro ni tato situace obzvláště náročná. Na základě těchto faktorů může matka sklouznout k výchovným extrémům. „ibid“

V tomto případě mohou nastat dvě situace:

1) Rodina dítěti poskytuje dobrou citovou podporu, ale výchovně je dítě zanedbáno. A to konkrétně absolutní nesamostatností, neboť rodiče za něj vše dělají. To se pak odráží především ve škole, kde za veškeré chyby a neúspěchy dle rodičů může učitel, škola. „ibid“

2) Rodiče obrazně řečeno přenechají dítě v péči odborníků a spoléhají na to, že ho k veškerým úspěchům a pokrokům dovedou oni, ale sami na tom nehodlají být účastní. To však neprospívá dítěti, neboť nemá ideální domácí prostředí. „ibid“

Z výše uvedeného je tedy jasné, že je nezbytné, aby rodiče i škola měli stejný zájem na zlepšování se dítěte. Jedině tak se dítě může dostat na svůj maximální možný rozvojový vrchol. „ibid“

## 2. RODINA

Podle psychologického slovníku je rodina „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.*“ (Psychologický slovník, s. 512)

### 2.1. DEFINICE RODINY A JEJÍ VZTAHOVÁ SÍŤ

Definovat jednoznačně pojem rodiny je velmi problematické. Záleží na tom, jaký vědecký přístup uplatníme, ačkoli definice antropologické, sociologické, psychologické či demografické přes svou odlišnost mají vždy společné chápání rodiny jako jistého uskupení lidí. Také různé oblasti téže vědy přistupují k pojmu rodina rozdílně. (Dostupné z [https://is.muni.cz/th/123803/pedf\\_m/Text\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/123803/pedf_m/Text_prace.pdf))

### 2.2. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA RODINY A JEJÍ FUNKCE

Rodina by měla mít nejdůležitější roli ve výchově a socializaci dítěte. Je totiž tím nejpřirozenějším prostředím, ve kterém je dítě ve styku a ve kterém vyrůstá. To má navíc důležité předpoklady k ovlivnění některých limitujících faktorů, jež z postižení vyplývají. (Valenta, Müller, 2003)

*„Rodina je místo, kde se jedinci dostává přirozenou formou četných podnětů a zkušeností, kde se na každém kroku učí přístupu ke skutečnosti a kde si osvojuje základy svého sociálního chování.“* (Jůva, 2003).

Většina autorů se na následujících základních funkcích rodiny shoduje. Jsou to funkce tyto:

**1. biologicko – reprodukční (sexuální) funkce** - zajišťuje zachování života na zemi. Zajišťuje zplození, početí, stejně jako zabezpečení nutných podmínek pro vývoj a rozvoj lidského individua;

**2. socializačně – výchovná funkce** - zde hovoříme o dalších, leč stejně nezbytných podnětech, které přispívají k adekvátnímu vývoji jedince. Jsou jimi podněty *emotivní, psychologické, fyzické, sociální návyky, včetně výchovy, porozumění a vzdělávání*. Důležitou funkcí rodiny je rovněž dítě ochránit a naučit je vyrovnávat se s překážkami a překonávat je;

**3. ekonomicko – zabezpečovací funkce** - jedná se o povinnost starat se o děti, ale stejně tak i o staré rodiče. Lze sem zařadit i vnitřní činnost rodiny vytvářející hmotné zabezpečení (úklid, příprava potravy, domácí práce apod.);

**4. emocionální funkce** - je vázána na plně rozvinutého člověka: tvorba domova, zájem o dítě a sledování jeho prospěchu atd.

## **2.3. TYPY RODINY**

### **2.3.1. Tradiční rodina**

Z historického hlediska je pojem tradiční rodiny spojován především do období průmyslové revoluce. Hlavní rozdíl mezi tradiční a moderní rodinou je v míře porodnosti a mortality, existenci masově rozšířené regulace porodnosti v moderní společnosti. Díky tomuto kardinálnímu rozdílu lze pozorovat postoj k životu a představy o jistém životním standardu na základě morálních norem, náboženských představ a jejich případných absencí. Zároveň je pro tento druh rodiny funkce jako ekonomické jednotky. (Dostupné z [https://is.muni.cz/th/123803/pdf\\_m/Text\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/123803/pdf_m/Text_prace.pdf))

### **2.3.2. Moderní rodina**

V České republice se o konci tradiční rodině hovoří s datem 70. let 20. století. V této době dochází ke konečnému překonání společenského odsudku rozvodu. To se odráží na dnešní generaci padesátníků. Ti kvůli přeměně hodnot neměli stejné vzorce chování jako

jejich rodiče. Neumějí v dostatečné míře řešit vlastní problémy, nezvládají adekvátně pracovat s úctou vůči partnerovi ani vlastním předkům. „ibid“

Tento rozdíl měl také za důsledek nárůst rozvodovosti. Dnes již vyrůstá třetí generace, která má větší potíže v orientaci tradičních hodnot. Neméně významně se na této situaci podílel i vliv totalitního systému, kdy sice rodina měla být teoreticky bezpečným územím, ale už v sobě nesla rozkladné prvky zvenčí. „ibid“

I přes výše zmíněné se v současnosti ukazuje, že snaha o zachování péče o děti a jejich výchovu v tradičním smyslu zůstává. Dítě potřebuje znát vzorce chování, jaké se mimo úplnou rodinu, pokud možno i s širším okruhem příbuzných, nikdy později nemůže „doučit“ „ibid“

## **2.4. RODINA S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM - OBECNĚ**

### **2.4.1. Jak rodiče přijímají postižení dítěte**

Rodina s dítětem s postižením je něčím výjimečná, má jinou sociální identitu. Je-li v rodině dítě s postižením, bezpodmínečně dochází k jistým změnám životního stylu rodiny, protože ten musí být přizpůsoben možnostem a potřebám postiženého dítěte. Důsledkem tohoto faktu je změna chování nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti (zejména pak mohou členové rodiny reagovat jinak, než je jejich okolí zvyklé, či se od něj dokonce izolovat). (Vágnerová, 2004)

Reakce rodičů na postižení jejich dítěte, způsob zvládnání této situace, stejně i přijetí určitého způsobu jejího řešení závisí na mnoha okolnostech. Nepopíratelně se na tom podílí i předpokládaná příčina vzniku postižení. V tomto ohledu sehrává důležitou roli očekávání rodičů vůči jejich rodičovské roli. Často se jedná o neočekávanou událost, která sebou nese

trauma selhání v této roli. Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. (Vágnerová, 2004)

Vliv na reakci rodičů má i obecně převažující postoj společnosti, ve které rodina žije. Zároveň je rozdílné, jaké reakce od společnosti očekávají a jakých se jim ve skutečnosti dostane. To má dopad na vyrovnávání se a nastalou situaci. S negativní odezvou ve svém okolí se rodiče setkávají zejména tehdy, pokud jde o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit (např. infekcí či úrazem). (Vágnerová, 2004)

Matka se s postiženým dítětem hůře identifikuje a dochází k pocitu méněcennosti. I otcové prožívají úzkost z této nové situace, ale jde o jinou podobu. A to sice takovou, která je mužům bližší. Odlišné reakce jsou podloženy rozdílnou biologickou a sociální rolí. Nelze pochybovat o tom, že jakékoli závažnější postižení dítěte ovlivní jak vztah manželský, tak i celkovou změnu klimatu v rodině. Může vést k utužení vazeb a poskytované podpory, nebo k jeho rozpadu. (Vágnerová, 2004)

Podstatné je, že za těchto okolností budou rodičovské postoje a chování k dítěti jiné, než kdyby bylo zdravé. Kvůli tomu existuje mnohem větší riziko, že tyto postoje budou v určitém směru výchovy extrémní. Na jedné straně můžeme hovořit o zvýšení pravděpodobnosti hyperprotektivního přístupu, na druhé straně se lze častěji setkat i s odmítáním dítěte s postižením. (Vágnerová, 2004)

Jako fázi krize rodičovské identity lze označit období, ve kterém jsou rodiče postaveni před skutečnost, že je jejich dítě postižené. Tuto fázi může předcházet fáze nejistoty. Během té si rodiče uvědomují, že jejich dítě je v něčem jiné. Jeho odlišný vzhled, jiné projevy se. Nemusí se jednat jen o dlouhodobější stav, lze jej pozorovat i v krátkodobém měřítku. Příkladem může být matčino povšimnutí již v porodnici, že dítě nereaguje obvyklým způsobem, a vzápětí se dozví proč. Obecně platí že čím dříve se rodiče dozvědí o postižení svého dítěte, tím zásadněji se změní i jejich postoj. (Vágnerová, 2004)

## 2.4.2. Adaptace rodičů na postižení dítěte

Přijetí skutečnosti, že má rodina nově člena s postižením, je pro rodiče velmi těžké. Pomoc hledají u odborníků, stejně tak jako i u příbuzných a nejlepších přátel. Naopak pokud mají tito příbuzní a přátelé dojem, že tuto situaci rodiče zvládají, nemají pak takovou tendenci rodinu podporovat. Očekávání narození zdravého dítěte se po porodu nečekaně změní a na tuto situaci rodiče nejsou připraveni. Dítě s postižením hůře naplňuje rodičovské ambice. Cesta k vybudování vztahů mezi rodinnými příslušníky bude delší a jeho osobní vývoj pomalejší. (Matoušek 2003)

*„O adekvátních rodičovských přístupech se dá hovořit až po zvládnutí tíživé situace, která vznikem postižení nastává.“ (Valenta, Möller, 2003).*

Při zvládání této situace procházejí rodiče tzv. krizí rodičovské identity. Vágnerová (2004) dělí fáze vyrovnávání se rodičů s postižením dítěte následovně:

**1. Fáze šoku a popření** – jde se o prvotní reakci na zjištění, že dítě bude postižené. Popření této zkušenosti je projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. Zároveň je to předstupeň „boje“ za normální život dítěte. V tomto období se rodiče musejí s novou a zásadní informací vyrovnat. Teprve poté můžou přemýšlet o budoucnosti a nejbližších krocích, které podniknou.

**2. Fáze postupné akceptace a vyrovnání se s problémem** – rodiče se dostávají do fáze nárůstu zájmu o problematiku a vyhledávání dostatku informací. Často jsou na hraně mezi emočním a racionálním zpracováním problému. Částečný podíl na tom mají i zkušenosti, zdravotní stav, osobnostní výbava, počet společných dětí, druh a příčina postižení, kvalita partnerského vztahu, ale stejně tak i dostatečné informace ke konkrétním postižení, týkající se jejich dítěte. Subjektivní zvládnutí onoho zpracování má nezastupitelný význam pro další postoje a přístupy k dítěti.

**3. Fáze realismu** – zde hovoříme o reálném rodičovském smíření s problémem. Zároveň dochází ke změně chování rodičů, které bude vůči situaci přiměřenější. Až v této fázi by mělo být adekvátně připravené prostředí pro výchovný přístup k dítěti, ale i pro tvorbu žádoucího rodinného klimatu.

## 3. COPINGOVÉ STRATEGIE

### 3.1. DEFINICE

**Hartl a Hartlová** (2010) popisují **coping** jako „*schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěže; může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje.*“

### 3.2. ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Zátěžové situace nejsou primárně chápány jako nežádoucí. Naopak, jejich přítomnost je brána spíše pozitivně. Dochází k mobilizaci organismu, vedou jedince k vyšším výkonům, podněcují jej k učení, k hledání nových cest atd. To však neznamená, že jde o záležitost ryze přínosnou. U některých autorů lze pozorovat dva hlavní pojmy, *stres a zátěž*. Přičemž jde o obsahový rozdíl slov. *Zátěž* je chápána jako stav, kterému je schopný organismus s to odolat, Zároveň díky tomuto působení organismus nestagnuje. (Kebza, 2005)

**Hošek** (2001) uvádí, že náročné životní situace lze rozdělit do následujících kategorií: *nepřiměřené úkoly* (požadavky jsou vyšší než schopnost jejich naplnění), *problémové situace* (jedinec řeší takový problém, který zvládá svými schopnostmi a dovednostmi, jež tuto situaci řeší pouze částečně), *konflikty* (podstatou je spor), *frustrace* (blokace postupu k žádoucímu cíli) a *deprivace* (dlouhodobě neuspokojené potřeby).

Všechny výše zmíněné situace můžeme zastřešit jedním pojmem „**stresor**“. Jedná se tedy o událost či situaci, ke které se musí jedinec přizpůsobit a v kombinaci s dalšími nevyhovujícími podmínkami prostředí narušují pak jeho tělesné i duševní zdraví. (Hošek 2001)

Kvalita a kvantita zdravotních obtíží úzce souvisí s adaptabilitou člověka. Přizpůsobivost umožňuje člověku reagovat na změny ve vnějším i vnitřním prostředí a směřovat k biopsychosociální rovnováze a pohodě. (Hošek 2001)



Kvůli stresorům se zvyšují potenciaální podmínky pravděpodobnosti výskytu stresu. Důležitou roli hraje u psychických zátěží objektivní vlastnosti vnějšího prostředí, ale i subjektivní hodnocení jejich významu. (Hošek 2001)

Dle **Bernsteina** (2005) jsou u většiny stresorů zahrnuty fyzické i psychologické komponenty, a v důsledku jejich překrývání je obtížné je v rámci analýzy separovat. Bernstein uvádí následující klasifikaci psychologických stresorů:

### **1. katastrofické životní události (catastrophic events)**

- K těmto událostem patří ty, které mají nejzávažnější vliv na zdraví jedince. Závažné životní události eustresového charakteru mohou mít zároveň i rizikový dopad na zdraví jedince.
- Příležitost k sebepoznání lze chápat jako situaci s pozitivním faktorem. Může se jednat o podnět pro osobnostní zrání, poznání různých možností jedince. Z tohoto faktu lze soudit, že jistá míra stresu je nezbytná pro růst duševní a fyzické výkonnosti a odolnosti (Machač et al., 1988).
- Koncept životních události vypracovali **Thomas H. Holmes** a **Richard H. Rahe** v 50. letech 20. století. Vypracovali seznam 43 životních událostí (*Social Readjustment Rating Scale*) seřazených od nejzávažnější po ty nejméně zátěžové. Každá z nich je obodovaná, přičemž hraniční zátěž a stres reprezentuje 250 bodů za rok (Mikšík, 2009).

### **2. chronické stresory (chronic stressors)**

- Do této kategorie patří ty stresory, které jsou dlouhodobého charakteru.

### **3. běžné každodenní starosti (daily hassles)**

- Zdánlivě nepodstatné každodenní nepříjemné události, které mohou ovlivňovat jedince svým kumulovaným efektem, ale stejně tak jimi rozumíme i střet s jinými životními událostmi. Každodenní pozitivní životní situace mohou mít zase na jedince vliv protektivní (daily uplifts).

### **4. životní změny a napětí (life changes and strains)**

- Sem patří např. rozvod, nemoc v rodině, stěhování apod., jde o situace, které vytvářejí nároky, se kterými se jedinci musí vypořádat.

**David Elkind** (1984) z hlediska míry kontroly a možnosti předzvěsti vzniku zátěže, popisuje tři kategorie stresorů:

***1. předvídatelný a může být kontrolován***

- o tomto stresoru víme předem a jsem schopni s ním pracovat;

***2. předvídatelný, ale nemůže být kontrolován***

- tento stresor si žádá různé coping strategie;

***3. nepředvídatelný, který nemůže být kontrolován***

- na tento typ stresorů se nemůžeme připravit, musíme se jim přizpůsobit až ve chvíli, kdy nastanou.

**Rita L. Atkinsonová** (2003) rozlišuje charakteristické znaky stresových situací. Konkrétně pak ty, které zvyšují stresogenní vliv na jedince:

***1. neovlivnitelnost situace***

- domněnka, že lze ovlivnit průběh událostí, prožitek ze stresu snižuje a naopak;

***2. nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace***

- neschopnost předvídat tyto situace, a tak možnost se na ně připravit, se podepisuje na jejich přijetí a řešení;

***3. subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky***

- některé situace mohou svou náročností dosahovat na hranici možností daného jedince;

***4. životní změna vyžadující značné přizpůsobení***

- taková změna omezuje a narušuje doposud funkční strategie chování jedince;

***5. subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty***

- v těchto situacích chce jedinec dosáhnout cílů, které jsou nad jeho síly či schopnosti. Jde zejména o ty, kde dochází ke střetu mezi vlastním uspokojením a morálním tlakem.

### 3.3. TEORIE COPINGOVÝCH STRATEGIÍ

Osobnostní charakteristiky jsou jedny z podílejících se faktorů, které spolurozhodují o úspěšnosti copingu a následné adaptace. (Shanan a kol., 1976)

Neméně důležité jsou však situace, ve kterých se jedinci nacházejí. Opakují-li se stresové situace, u kterých člověk není schopen ovlivnit jejich změnu či vývoj a kontrolovat je, zažívá bezmoc, důsledkem které se stává pasivním a eventuálně i depresivním. Toto se může objevovat zejména v situacích dlouhodobějších pocitů osamocení a úzkosti, které narušují zranitelnost člověka. (Shanan a kol., 1976)

Právě zmíněné osobnostní charakteristiky pomáhají zvládat ty situace, které nám poskytují menší možnost kontroly (např. v práci), zatímco copingové strategie se uplatňují spíše tam, kde je možnost kontroly vyšší a je vyžadována naše snaha o zvládnutí situace. (Pearlin, Schooler, 1978)

**Lazarus a Folkmanová** (1986) rozlišili dva procesy, podílející se na zvládnutí stresu jedince vůči okolí a na případných krátko- či dlouhodobých dopadech. Jsou jimi *kognitivní zhodnocení a coping*.

Pocit kontroly nad situací je často nevědomý a je dalším faktorem při volbě copingové strategie. Přirozeně dáváme přednost těm, které jsou z našeho pohledu ovlivnitelné a změnitelné. Jako příklad lze uvést znehodnocení problému a nahlížení na něj jako na možnost přínosu. To může podpořit jedincův dojem kontroly nad vlastním stresem. (Folkman, 1984)

Model vnímané kontroly pak **Rothbaum a kol.** (1982) dále popisují ve dvou stupních. Primární (na problém zaměřené copingové strategie), kde je hlavním záměrem změna prostředí, čímž by mělo být dosaženo vyřešení problému. Sekundární (na emoce zaměřené

coping) se naopak zaměřuje sám na sebe, svá očekávání, naděje a interpretace situací. Další klasifikace kontroly vypadá takto:

- 1. Prediktivní** - jedinec si je vědom svých limitů a zná své možnosti. Díky tomu je chráněn před zklamáním z neúspěchu;
- 2. Iluzorní (klamná)** – díky náhodě dojde k získání pocitu kontroly;
- 3. Zástupná** - jedinec přisoudí kontrolu někomu jinému, „lepšímu“;
- 4. Výkladová** – snaha o pochopení nekontrolovatelné události, aby mohla být akceptována. (Raudenská, Javůrková, 2011)

### **3.4. CHARAKTERISTIKA COPINGOVÝCH STRATEGIÍ**

I v těchto strategiích je nutno brát v úvahu rozdílnost pohlaví, kulturní a sociální postoje stejně jako nároky, které jsou kladeny na muže i ženy. (Brougham a kol., 2009)

Z výsledků amerického výzkumu vysokoškolských studentů vyplývá, že ženy obecně více zažívají stres. Zejména se jedná o oblasti rodinných a jiných sociálních vztahů a financí, s využitím více negativních a na emoce zaměřených copingových strategií. I muži využívají strategie zaměřené na emoce, a to i ty pozitivní. Nicméně únik od problému a sebeobviňování používají obě pohlaví, především v reakci na drobné denní mrzutosti (daily hassles). Každopádně i zde je otázka, do jaké míry jsou tyto výsledky ovlivněny americkou kulturou a zkreslením, které vyplývá z dat získaných z dotazníků a očekávanou sociální rolí (Brougham a kol., 2009).

Realizované výzkumy (tentokrát na české populaci, Paulík, 2010) uvádějí souvislost s osobnostními charakteristikami. Vyšší hladina neuroticismu u žen souvisí se sklony vyhledávání sociální opory a ventilace emocí s nižším využitím humoru ve stresových situacích. Naopak u mužů lze pozorovat využití humoru a pozitivního náhledu na situaci. (Paulík, 2012)

Paulík v roce 2010 uskutečnil rozsáhlý výzkum, ve kterém se zaměřil na souvislost mezi maskulinitou/feminitou, optimismem, věkem a délkou praxe. Výsledky hovoří následovně: optimisté volí aktivnější, efektivnější přístupy k řešení problému, kontrolu nad situací si chtějí zachovat, kognitivně se přizpůsobit se záměrem pozitivního přerámování a vyhledání sociální opory. To vše podporuje jejich lepší náladovost, sebejistotu, asertivitu a nezávislost. U žen s věkem stoupá sklon k větší sociální izolaci, zatímco u mužů je to naopak. Ti pomoc u druhých vyhledávají. „ibid“

### **3.4.1. Obranné mechanismy**

K úspěšné adaptaci a následnému překonání situace slouží naše obranné mechanismy. Jsou většinou nevědomého rázu a mají za následek omezení úzkosti. Mění pouze naše vnímání a hodnocení dané situace se záměrem udržení integrity osobnosti, dokud nedojde k vyřešení či vymizení stresu. To je podstatné, že nemění situaci. Lze to chápat jako jistý prvek sebeklamu. Dojde-li však k plnému začlenění mechanismů do struktury osobnosti a je jím následně nadužívána, schopnost nadhledu mizí a může vznikat falešné sebepojetí. (Vašina, 2002)

Vašina (2002) uvádí tyto obranné mechanismy: agrese, hostilita, únik, potlačení, vytěsnění, racionalizace, introjekce, projekce, intelektualizace, splývání, retroflexe, kompenzace, substituce, sublimace, odčinění a reaktivní výtvar.

### **3.4.2. Stresové situace, stresory**

Paulík (2010) obecně uvádí všechny stresové situace jako ty, při nichž dochází k rozporu mezi pozitivními a negativními faktory. Konkrétně tam, kde se vyskytují silnější, déle trvající či kulminované nároky na jedince, než jaké jsou jeho dispozice a výkonová kapacita. Či v situacích nedostatečné stimulace, kdy jedinec nevyužívá svoji pracovní kapacitu.

Stanou-li se ze stresorů potencionálních reálné, o tom rozhoduje několik faktorů. Svoji účast na tom má nejen subjektivní hodnocení a individuální osobnostní charakteristiky ve

spojení s hodnocením zátěže, ale i způsob vyrovnávání se se zátěží (coping, obranné reakce), přítomnost závažných důležitých životních událostí a nejrůznějších denních nepříjemností (daily hassles), existující zkušenosti jedince se stresem, sociální opora a sociální status. (Paulík, 2010)

K situacím, při nichž nejčastěji dochází ke stresovým okamžikům řadíme problém, kdy je jedinec nespokojen se stávající situací a touží ji změnit. Po změně jistě touží i ten, kdo prožívá frustraci, tedy „stav zklamání, zmarnění“ (Hartl, Hartlová, 2010), kdy je motivován k zasazení se o vytyčený cíl, ale brání mu v tom různé překážky. Relativně častá reakce na frustraci je i intra- nebo extrapunitivní agrese (hledání viny u sebe/u jiných). Konfrontace situací, při nichž může docházet ke srážce dvou opačných sil, zájmů, cílů, lze rozdělit na intra- a interpersonální. Stres může zapříčinit i strach, anebo úzkost - ať už hovoříme o podobě úzkostnosti (anxiety) jako osobnostního rysu, nebo reakci na aktuální příčiny. Nedílnou součástí skupin stresorů mohou být nemoci a choroby a na ně nasedající bolest, strádání a utrpení. Hovoříme-li o nahromadění několika stresorů a stresová zátěž se stane mezní, lze mluvit o krizi (např. akutní, kumulovaná, chronická, situační, vývojová, psychopatologická, psychospirituální, případně i přírodně-klimatické a sociálně-ekonomické katastrofy). „ibid“

### **3.5. COPINGOVÉ STRATEGIE PODEL RICHARDA LAZARUSE**

Normální stav člověka lze popsat jako rovnovážnou situaci. Zároveň jsou zde faktory, které ho neustále napadají – fyzikální, fyziologické, psychické a sociální. V rámci obrany vůči výše zmíněnému má člověk k dispozici jistý soubor zdrojů. Jedná se zejména o fyzickou zdatnost, určité znalosti a dovednosti, zkušenosti, inteligenci, vazby na druhé lidi, odolnost a nezdolnost. Richard Lazarus ve své rané práci vytvořil koncept zvládání stresu ve čtyřech základních kategoriích:

- a) **strategie netečnosti** - apatické chování, úpadek do bezmocných pocitů, deprese či beznaděj;
- b) **strategie úniku** - vyhnutí se tomu, co na emocionální poli vyvolává pocity obav, bázně a strachu;
- c) **strategie útoku** - napadení toho, co vyvolává pocity nebezpečí;
- d) **strategie posilování** vlastních zdrojů síly (výcvik sebevlády a sebekontroly).

Lazarusovo pojetí copingu lze pokládat za prvotní klasifikaci zvládacích strategií. Lazarus také klade ve svém pojetí zvládání stresu důraz na myšlenkové zpracování toho, co se děje:

**1. Primární myšlenkové hodnocení** (*primary appraisal*): První kontakt se stresorem představuje pro jedince jednoznačný šok. Člověk vždy vyhledává význam určité události s ohledem na to, jak moc pro něj může být ohrožující. Posouzení tohoto rázu je subjektivní a neexistuje žádné obecné kritérium, které by rozlišovalo, zda se jedná o situace ohrožující či zatěžující pro daného člověka. V tento moment je rozhodující, zda jedinec považuje situaci za ovlivnitelnou nebo nikoli.

**2. Sekundární hodnocení** (*secondary appraisal*): Tato fáze má kognitivní charakter, člověk vyhodnocuje a aktivuje možnosti, kterými disponuje, aby zároveň mohly pomoci při zvládnutí toho, čím je ohrožen (přehled „zbraní“ a jejich účinnosti). Člověk si klade otázku: „*Co mohu v dané situaci dělat?*“ Hledá dostupné zdroje, díky kterým by danou situaci zvládl. Jedná se o zdroje *fyzické* (zdraví, vitalita), *psychologické* (schopnosti, dovednosti), *sociální* (vztahy k druhým lidem – tzv. social resources, social support, pomoc odborníků), a v neposlední řadě *materiální*.

**3. „Přehodnocování situace“**: Primární i sekundární hodnocení neustává, neboť může dojít ke změně situace během boje. Zvládání stresu je celou sérií těžkostí, které na sebe navazují.

Člověk reflektuje předchozí kroky. Je třeba vědět, co se v důsledku použité strategie změnilo a podle toho je třeba měnit strategie

V další etapě bádání dochází Richard. S. Lazarus (a S. Folkmanová) k odlišení dvou forem zvládání:

**1. Zvládání zaměřené na problém:** Jedná se o zaměření na danou situaci, ve které se snaží jedinec hledat takové způsoby, které ji změní, nebo dokonce zajistí, že se jí v budoucnu vyhne. Záměrem je konstruktivní řešení situace, zmenšení stresových situačních vlivů a změna podmínek, které zhoršují celkový stav.

**2. Zvládání zaměřené na emoce:** Člověk se zaměřuje na zmírnění prožívaných emocí ve stresové situaci, přičemž ke změně situace nemusí dojít.

Lazarus se svými spolupracovníky rozlišují chování jedince v zátěži situačně kognitivními faktory. Výběr vhodné strategie se opírá o vyhodnocení situace – je-li možné udělat něco, co změní danou situaci. V tomto případě dochází ke zvolení strategie zaměřené ke zvládání situace, která je zaměřena na jednání se samotným stresorem. Stěžejní zásadou této strategie je vymezení problému, hledání alternativního řešení, zvolit jej a následně zrealizovat. Strategie zaměřené na problém mohou být stejně tak směřované dovnitř. Pak se jedná o změnu v sobě samém, místo aby šlo o změnu v prostředí. Zejména při neovlivnitelných problémech je tohoto způsobu využíváno. Druhá kategorie zahrnuje strategie, které redukuje emocionální distres, mírní emoce spojené se stresovou situací (Křivohlavý, 1994).

Během měnících se stádií zvládání problémové situace se můžou měnit i copingové strategie. Je důležité mít na vědomí, že ta strategie, která funguje v jednom případě, bude efektivně řešit i druhý. (Křivohlavý, 1994)





## **Praktická část**

Ráda bych se ve své profesní kariéře věnovala práci s dětmi se sluchovým postižením. Ač je mé zaměření až od 2. stupně ZŠ, rozhodla jsem se bakalářskou práci orientovat na ranou péči. Domnívám se totiž, že abych mohla obstát jako dobrá pedagožka před dětmi i před rodiči, měla bych mít znalosti o této problematice komplexní.

Jedním z důvodů, proč se zabývám ranou péčí je i snaha reflektovat nakolik funguje v praxi screening, raná péče a celková komplexnost služeb, konkrétně ve slyšících rodinách, které mají dítě se sluchovým postižením, neb stejně jak je důležité zdokonalování této péče, je nutné mít k ní i zpětnou vazbu, je-li v praxi adekvátně funkční pro potřeby klientů.

## 4 Popis výzkumné techniky-rozhovor

Rozhovor je metoda získávání dat a ovlivňování druhých osob slovním kontaktem (verbální komunikací). (Kohoutek, 2001)

Rozhovor lze označit jako nejdůležitější, nejnáročnější, nejstarší a nejčastěji používanou metodou pro získávání informací. Tato metoda je co do času náročnější, obzvláště individuální (dvousměrová) forma rozhovoru. Za skupinový (vícesměrný) rozhovor se považuje forma plánovité verbální (slovní) explorace celé skupiny osob, která se zakládá na využití vzájemného působení. Skupina 8 -10 osob je vnímána jako ideální počet pro tento typ rozhovoru.

Problematické se může zdát i zaznamenání získaných dat. Pokud nelze využít skrytého magnetofonu, pro zachycení celého obsahu výpovědi, ale i způsobu řeči, jeho tónu v různých okamžicích, pauzy, odmlky apod, je nutno zvolit jinou metodu.

Narušení plynulosti, spontánnosti a příznovosti rozhovoru jsou naopak na snadě při zapisování poznámek během hovoru. (Kohoutek, 2001)

### 4.1 Druhy rozhovoru

**1. Poznávací (diagnostický) rozhovor**, jehož cílem je odhalení fakt, která se týkají životní historie člověka, jeho názorů, postojů, osobních zkušeností, vědomostí a dovedností.. Na výsledné informace lze pohlížet jako na tzv. tvrdá fakta, t. j. takové informace, mající objektivní a poměrně trvalou povahu, a měkká fakta, která jsou subjektivní a nestabilní v čase. Zároveň subjektivní charakter informací může být ovlivněn evaluační obavou (t. j. obava, budou-li jeho odpovědi tazatelem hodnoceny kladně). „ibid“

**2. Ve výzkumném (heuristickém) rozhovoru** se tazatel zajímá o dotazovaného jen do té míry, pokud je schopen svými informacemi přispět k vyřešení určitého problému. „ibid“

**3. V nápravném (korektivním) typu** jde především o optimální ovlivnění rozvoje osobnosti a sociální situace dané osoby. Tyto rozhovory mají za cíl, o něčem člověka přesvědčit a přimět ho ke změně v jistém směru, (např. v profesní orientaci, sociálních vztazích atd.). „ibid“

Diagnostická a psychagogická složka rozhovoru by měla utvářet neříznou jednotu. Odborník by měl být schopen naznačit odpovídající cestu, která klienta navede k dosažení cílů a k uspokojování potřeb. Někdy je lépe bagatelizovat a pacifikovat některé z konfliktů, v jiných situacích je vhodnější umožnit abreakci (necháme vyjádřit agresi, vyplakat se apod.). „ibid“

**4. Hodnotící rozhovor.** V tomto případě se doporučuje technika "obloženého chlebičku": nejprve poukážeme některé přednosti hodnoceného, pak zmíníme jeho nedostatky (aby věděl, co by měl změnit) a v závěru opět zdůrazníme jeho přednosti. „ibid“

Podle *míry plánovanosti* rozlišujeme rozhovor spontánní a plánovaný.

**Plánovaný** (standardizovaný) rozhovor se může svou standardizací blížit dotazníku. Někteří badatelé např. z obavy, aby snad intonací svého hlasu nesugerovali odpověď, si připravují své otázky písemně, napíší např. na psacím stroji na jednotlivé lístky své dotazy, které následně jednotlivě předkládají zkoumaným jedincům. „ibid“

**Spontánní** (volný, nestandardizovaný) rozhovor nemá stanovené žádné pevné pořadí otázek. Tazatel se snaží přimět klienta, dostat jej ze své "ulity", aby se expresivně projevil. Tazatel obrací směr hovoru tam, kde se v jeho průběhu objeví "světlo". „ibid“

## **4.2 Požadavky na tazatele**

Při této metodě, mají nezastupitelnou roli osobní vlastnosti tazatele. Úspěch rozhovoru závisí na jeho erudovanosti a praxi a na jeho osobnosti vůbec. Tazatele hodnotíme především

podle toho, do jaké míry se mu podaří přimět člověka, aby se volně a pravdivě rozhovořil.(Kohoutek, 2001)

Kontrétně pak hovoříme o těchto vlastnostech:

-měl by být důkladně obeznámen s oborem svého zkoumání

-bystré a logické uvažování je také nezbytné, pozorně si všímat formy výpovědí, změn v chování ale i emotivity vypovídajícího

-pružnost naplánovaného rozhovoru je důležitá, neboť spontánní výpověď dokáže někdy poskytnout mnohem více důležitých informací než přesný postup podle předem připraveného plánu

-nedílnou součástí je praktická znalost psychologie, která by měla zahrnovat:

**projekci** (promítání vlastních motivů, přání, cílů, emocí atd. do prožívání a chování jiných osob),

**racionalizaci** (hledání a předkládání rádoby rozumových důvodů jako omluvy nežádoucího jednání),

**alibismus** (odmítání osobní zodpovědnosti za určité činy)

-sám by měl být klidným, přirozeným a harmonickým člověkem

-neměl by se příliš nechat sugestivně neovlivnit emočními reakcemi a postoji tázaného člověka

-vzbuzovat respekt, ale zátověň se vyvarovat příliš autoritativními tendencím, kterými by mohl nahánět hrůzu

- osobní zjev by měl být přijatelný a jeho zevnějšek ani jeho způsoby vystupování by neměly odpuzovat nebo dokonce urážet
- nepřetěžovat tázaného přílišnou délkou, ani přehnanou intelektuální náročností rozhovoru
- nepředstíraně se zajímat o problémy stejně tak i potíže tázaného
- dotazovaný by měl být přesvědčen, že hovoří s člověkem, který ho nezradí a současně má na mysli především jeho dobro
- tazatel musí nastavit takové tempo rozhovoru, v jakém probíhá myšlení tázaného
- pokud je tazatel úspěšný, dosahuje u klienta uvědomování si nových vztahů, souvislostí a důsledků jeho chování. Jde o tzv. heuristické prvky rozhovoru „ibid“

## **5 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Moje základní otázka: Jak probíhal proces zjištění, přijetí situace a vyrovnání se s ní.

Cílem výzkumu je snaha reflektovat, nakolik je v praxi screening a raná péče úspěšná a do jaké míry odpovídá potřebám klientů, stejně jako zjistit přístupy rozdílných rodin vůči stejné situaci.

### **5.1 Demografické údaje**

Respondenti, kteří se podíleli na této kvalitativní části, svým rozsahem pokrývají celou Moravu. Jsou to tato města: Napajedla, Havířov, Nový Jičín, Slavkov pod Hostýnem, Olomouc, Prostějov. Co se týče poměru postižení vůči pohlaví, jedná se o 4 chlapce a 2 dívky. V opačném zastoupení, tedy 2:4 byli hlavními komunikátory otcové a matky. Jak již bylo uvedeno, co se pořadí početí týče, jedná se o shodu 3 prvorození ku 3 druhorozeným. Věk dětí, na které je tato práce zaměřená se pohyboval od 21 měsíců až po 4 roky.

## 6 Analýza výsledků

Vše začíná objevem, odhalením, zjištěním. Tudiž ani tyto úvodní otázky vůči respondentům nemohly být jiného charakteru.

Dnes je již prenatální screening na poměrně vysoké úrovni a tak mě nemohlo zajímat nic jiného, než doba, kdy se dozvěděli o postižení svého dítěte. Zdali před či až po narození dítěte.

1.otázka: Dozvěděli jste se o postižení dítěte ještě před jeho narozením ?

5 ze 6ti rodičů uvedlo, že ke zjištění došlo až po porodu. Může se to zdát matoucí, vzhledem k výše uvedené úspěšnosti screeningů,ale mějme na mysli, že se stále jedná o vyšetření, které není schopno pokrýt celých 100% možných výskytů onemocnění zvláště tehdy, jedná-li se o případné poškození sluchu.

Důkazem právě zmíněného může být rodina, která znala diagnózu právě díky předporodnímu vyšetření. Ovšem ani v tomto případě nebyly závěry zcela jisté . Měli podezření, že tomu tak bude a po porodu, při zkouškách pomocí vyšetření BERA byly předešlé domněnky potvrzeny.

2. otázka: Kolik bylo dítěti, když jste to zjistili?

I samotný proces zjištění je impozantní. Jak vůči věku, tak i vůči tomu, kde se na sluchovou ztrátu přišlo. Jsou zde rodiny, které k odhalení došly doma. Během vývoje dítěte si všimly, že zřejmě nereaguje (na zvukové podněty), jak by mělo.

U tříletého chlapce měli rodiče podezření až díky narození mladšího sourozence,„kdy na něj začali mluvit tišeji, a bylo vidět, že ten starší neví, o čem je řeč.“ Po návštěvě pediatra dostali potvrzení svých domněnek. Jiný případ uvádí, že měli tušení, když měl syn ¾ roku.



Absolvovali testy v Brně, kde jim bylo sděleno, že syn slyší v pořádku. Když jejich podezření neustávalo, v roce a půl se objednali na testy znovu. Výsledkem bylo, že neslyší na obě uši.

A pak jsou rodiny, kterým diagnózu sdělili lékaři. Jak bylo řečeno, pouze jedni z dotazovaných rodičů věděli o možné ztrátě sluchu už před narozením. To se také potvrdilo díky negativním výsledkům OAE. V dalším případě se jednalo o postupné zjištění, kdy syn v porodnici neprošel přes povinné zkoušky. Tuto otázku uzavírá „logopedka, která chtěla mít jistotu,“ ohledně tvorby plánu pro 2,3letého chlapce. Po vyšetření BERA se zjistilo, že chlapec má středně těžkou oboustrannou vadu sluchu.

3. otázka: Měli jste genetickou predispozici?

Dalším zajímavým faktorem, který se významně podílí na této problematice, je genetická predispozice. Dvě rodiny uvádí, že neměly predispozice. Dvě naopak věděly, že tato možnost u nich je, přičemž u jedněch z nich, to nebylo přímo na postižení sluchu, ale nakonec se tak projevila. Zbývající respondenti neměli potvrzené genetické faktory tohoto charakteru, ale někteří členové rodiny měli potíže se sluchem. V prvním případě šlo přímo o matku dítěte, „která špatně doslýchá na jedno ucho,“ v tom druhém o „hluchoněmou“ praradu. Jak matka uvedla, „jedná se o příbuznou z její strany a tento následek získala díky úrazu. Jakého, to už nikdo neví.“

4. otázka: Vzpomenete si, jak jste reagovali po zjištění diagnózy?

Co nepopíratelně souvisí s touto situací je přijetí informace o tom, že „naše dítě“ neslyší, je postižené, má omezení na celý život. Zde jsou reakce velmi rozličné. Velkou roli hraje šok. Rodiče nepředpokládali, že by se jich toto podezření mohlo týkat a tak neočekávali negativní výsledky testů. Nečekanost informace jako takové, která byla dokonce podpořena neadekvátním sdělením lékařky, kdy se „jen tak mimochodem dozvěděli“, že jejich syn z 60 % neslyší. V tomto případě došlo ke klasickým fázím, jak je uváděno v odborné literatuře: šok a popření, bezmocnost, adaptace, smlouvání, přijetí.

Další podobou reakce může být reakce postupná. Ta byla provázená postupným zjišťováním diagnózy syna. Rodiče zpočátku netušili, o jak velké postižení se bude jednat. Jestli o nedoslýchavost, částečnou či úplnou hluchotu. Výsledkem zkoušek byla úplná hluchota. Což byl i tak šok, protože nečekali, že dítě bude mít nějaké postižení.

Následující rodina přijala tuto novou informaci poměrně klidně. Vzhledem k předchozím zkušenostem se starším autistickým synem to brali tak, že to není nic zásadního a mohlo by být hůř.“

Jiní z respondentů uvádí, že ač i pro ně bylo oficiální zjištění šokující, zpracovali ho poměrně rychle. Důvodem byl již diagnostikovaný lehký autismus s lehkou mentální retardací. Jak sami rodiče uvedli „nebyla to čistá rána z nebe.“

Stejně tak i další odezva byla relativně pozitivní. Poslední výpověď maminky je ryze krásná: „Já to беру tak, že když bůh rozdával, tak někde jí přidal a na ty ouška už nezbylo.“

5. otázka: Kdo vám poradil, seznámil vás s touto problematikou? (gynekolog, lékař, známý, internet, poradna, středisko..?)

Poté, co je sdělena diagnóza, přirozeně nastává proces zjišťování a vyhledávání podpůrných či naučných materiálů. Jsou různé možnosti, na koho se obrátit a zdroje, ze kterých čerpat. Zúčastnění respondenti jsou toho důkazem. Dvě rodiny se shodly v tom, že prvotních informací se jim dostalo od lékařů, při samotném vyšetřování sluchu jejich dětí. Jedné z maminek poradila její sestra. Ta jí řekla, že existuje raná péče a středisko TAMTAM. Podobné to bylo v dalším případě. Matka se obrátila na svoji kamarádku, která je pediatřička. Od ní získala podklady k surdopedii i s kontaktem na TAMTAM. Do jedné z rodin docházela pracovnice MATANY za jejich starším synem, od které se dozvěděli o TAMTAMU a základních informacích ohledně péče o druhého syna. Další ukázkou vyhledávání adekvátní vědomostní opory je samostudium a hodiny strávené na internetu, jako u poslední z dotazových rodin.

6. otázka: Co Vám pomohlo se s novou situací vyrovnat?

Je-li vytvořená dostačující základna informací, jak k dítěti přistupovat, nastane prostor pro vyrovnání se s tím, vyhledání adekvátní pomoci a podpory. Zde všichni dotazovaní uvádějí rozličné formy.

Jedním ze způsobů je mluvení. „Hodně mi pomohlo, že jsme se o tom s manželem bavili. Mluvením jsme to ze sebe dostali.“

Sdílení. Toho využívá jedna z respondentek, která se schází s jinou matkou. Ta prochází stejným úskalím a to sice na rovině obecné, dítě s postižením. Vyjma ní jsou jí oporou přátelé.

Podobným směrem se vydala i další rodina. Poté, co se uskutečnila operace kochleárních implantátů jejich syna, se zúčastnili setkání rodičů s dětmi se sluchovým postižením. Akce to pro ně však byla nárazová, víckrát ji neopakovali. Kromě této události „neměli nic konkrétního, co by jim výrazně pomohlo se se situací vyrovnat.“

Nemalý podíl v těchto chvílích sehraává i životní přístup. Názorným příkladem je matka jedné z holčiček. „Jsem optimista a taky věřím, že jednou bude slyšet úplně.“

Nápomocnou může být i předchozí zkušenost. Tak je tomu v rodině, která má dva syny. Starší má poruchu autistického spektra a u mladšího se původně nepředpokládalo, že by měl být postižen. „Šlo jen o překonání překvapení, že druhý syn není zdravý.“

Každý z dotazovaných potřebuje jinou dobu pro to, aby se s takovou situací vyrovnal a tak nemůže být divem, když se mi dostalo i poměrně strohé odpovědi, že „s nikým se stejným problémem se nestýkají.“

7. otázka: Prožili jste nějakou krizi ve vztahu a byl pro Vás partner oporou?

Další otázky se týkaly partnerství, konkrétně vzájemné podpory, krize a jaké zanechala následky.

Z výše uvedeného se všichni dotazovaní shodli v bodě podpory. Ať je pro ně tato situace jakkoli nová a těžká, nikdo neuvedl jinak, než že jsou si s manželkou či manželem oporou navzájem.

Velkým tématem je krize. Jestli proběhla, jakou měla podobu, rozsah a dobu trvání. 5 ze 6 respondentů uvádí, že krize u nich neproběhla. Zde jsou jejich výpovědi:

„Krizi jsme neměli. Já jsem byla překvapená víc než manžel. Myslela jsem si, že bude mladší syn zdravý, ale on čekal nějakou zradu a pak se ukázalo, že měl pravdu,“ říká jedna z matek, která dodává „teď už je pohled na situaci pozitivní, pořád by mohlo být hůř.“

Spíše než krizi, prožili šok ze zjištění. „Manžel to nesl o něco hůř než já, ale vzájemnou komunikací a podporou jsme se s tím vyrovnali.“

Podobný průběh je možno vidět i u dalších manželů. „Manžel si prošel stejnou situací jako já, šok a popření, ale spolu to zvládáme.“

„U nás to proběhlo bez krize a s manželkou jsme si oporou,“ takto odpověděl jeden z dotazovaných otců.

Výčet rodin bez krize uzavírá svojí výpovědí jedna z matek takto: „Krise nebyla žádná. Tušili jsme to už před narozením, ale bereme to tak, že o nic vlastně nejde.“

Pouze jeden respondent uvádí, že „krize ve vztahu byla velká. Teď, když už má syn kochleární implantáty se krize zmenšila, protože syn už lépe reaguje na hlasové projevy, ale jinak stále trvá a situaci neseme špatně.“

8. otázka: Jak vnímají prarodiče svoje vnouče?

Nedílnou součástí rodiny jsou prarodiče. Zajímalo mne, jaký je jejich vztah s vnoučaty, jestli měli problém s akceptací nebo přizpůsobením se vůči novým požadavkům, které děti potřebují. Všichni dotazovaní se shodli, že prarodiče tuto situaci zvládli a s přijetím a péčí o vnoučata si počínají bez problémů.

Můžeme zde mluvit pouze o drobných nuancích, jakým je například přístup rodičů samotných k dítěti. „Když viděli, že my si z toho nic neděláme a jsme v pohodě, tak jim ani nic jiného nezbylo, než to brát stejně jako my. Neměli ani ten prostor o tom uvažovat, jako o něčem špatném.“ Zároveň však dodává: „Jenom jsou stará škola a tak mají tendenci věřit spíš doktorům, než matce, která s dítětem tráví veškerý čas.“

Podobné úskalí se ukázalo i v další rodině. „Jedni to berou v pohodě, ale ti druzí měli trochu problém, protože jsou staršího věku, ale pracují s tím a snaží se.“

„Babičky to zvládly rychleji než dědečkové, ti potřebovali trochu víc času, ale teď už je to bez problémů. Jsou iniciativní a snaží se o co největší rozvoj vnuka.“ I taková byla jedna z výpovědí.

Uzavírají to dvě rodiny, které žijí s jedněmi prarodiči pod stejnou střechou. „Oporou jsou určitě. O něco víc nám pomáhají ti, co s námi bydlí ve stejném domě, jako my. Druzí měli menší problém s akceptací, ale rozhodně vnouče neodstrčili a nyní se mu běžně věnují.“ Druzí respondenti bydlí ve dvojdomech. „Díky staršímu synovi už s tím mají zkušenost a spolupráce je bez problémů. Snaží se dbát našich rad, protože víme, co je pro něj dobré.“

9. otázka: Jaké panují vztahy mezi sourozenci?

Další důležitou rolí je vztah k sourozencům, případné upřednostňování jednoho z dětí (k tomu dle výpovědí nedošlo u nikoho). Zajímavý je zároveň fakt, jsou-li sourozenci také s postižením, či bez něj. Nemalý vliv na vnímání celé situace a její přijetí, má skutečnost, jestli se jedná o prvorozené dítě. Co se pořadí narození týče, 3 jsou prvorození a 3 druhorození.

Z výpovědí rodičů vyplývá, že 4 ze 6 mají sourozence. Pouze jedna rodina má jen jedno dítě, přičemž ta druhá je právě v očekávání dalšího potomka. Třetí z prvorozených má mladšího sourozence (15 měsíců) a jak uvádí sama matka: „Je ještě malý na to, aby si spolu nějak víc hráli a měli mezi sebou silnější vztah, ale vycházejí spolu dobře.“

Ve dvou případech lze pozorovat postižení i u starších sourozenců. Jedná se o dva bratry, kteří jsou oba autisté a mladší z nich má i vadu sluchu. Nicméně vztah spolu mají dobrý. „Se starším bratrem se doplňují. Ten je akčnější, mladší je spíše pasivní.“ Druzí dotazovaní mají situaci ještě o něco specifičtější. Nejenže je starší bratr autista, ale dcera se sluchovou vadou je z dvojčat, přičemž druhé dvojče je zdravé.

Poslední z dotazovaných má také dvě děti. Starší z nich je intaktní dcera. „Mají spolu hezký vztah, vycházejí dobře. Syn začíná být iniciativní a zajímá se o to, co sestra dělá.“

10. otázka: Proběhly v domácnosti nějaké změny? Máte vyřízené příspěvky?

Závěrečná otázka se zaměřovala na eventuelní změny v domácnosti a příspěvky. Co se změn týče, byly minimální a týkaly se výhradně hraček. Jedni z dotazovaných vypověděli, že „první rok, obzvlášť o vánocích se vyhýbali zvukovým podnětům obecně: písničky, včetně koled a hračkám se zvukovým doprovodem. Naopak jsme pro něj měli například ty se světelnými efekty. Po implantátech jsme zařadili i zvuky do synova dětství.“ Zbylí respondenti se shodli na podpoře rozvoje sluchu, ať už se jedná o zesílenou hudbu, či vnímané zvuky obecně, hlasitější mluvení či již zmiňovaných hračkách se zvukem.

Pokud jde o zmíněné příspěvky, vyřídily si je 2 rodiny. Konkrétně jde o ZTP I. stupně. Pouze jedna z rodin uvedla: „žádost nám zamítli pro nízký věk syna a taky s tím, že se jeho stav může ještě zlepšit.“

Z výpovědí dotazovaných vyplynula i spokojenost, ale také nespokojenost s poskytováním daných služeb ve zdravotnických zařízeních. Pouze dva z nich byli spokojeni.

U čtyř zbývajících se jednalo o nespokojenost na jednom z pracovišť foniatricí, na kterých byla zjišťována diagnóza jejich dětí. Týká se to následujících středisek. Dvě rodiny mají negativní zkušenost v Olomouci s přístupem lékařů ve Fakultní nemocnici, tak i s foniatricíčkou. Ta jedné ze zmíněných řekla, „že by měli rok počkat, jak se situace se sluchem vyvine.“ Díky neuposlechnutí a vyhledání dalšího posudku a názoru v Brně, se dostalo jejich dítěti včasné péče a brzkému zahájení léčby.

Dalším pracovištěm je pobočka v ostravské Porubě. Bohužel ani zde nebyli rodiče spokojeni s poskytováním služeb.

Poslední z uvedených se nachází v Kroměříži. Jak bylo zmíněno dříve, šlo o způsob komunikace a sdělení výsledků testů. Rodiče se domnívali, že dítě bude zdravé. „Doktorka nás neinformovala nijak dopředu o možném negativním výsledku a pak nám to řekla jako hotovou věc, jen tak mezi řečí.“

## **7 Interpretace výsledků a diskuse**

Zjištění. O postižení svého dítěte věděla pouze jedna rodina před narozením. Přičemž konkrétní věk, ve kterém došlo k odhalení se různí. Od časného poporodního vyšetření, přes  $\frac{3}{4}$  roku, 2 let až po 3 roky. Přijetí nové situace je provázeno odlišnou reakcí. Ať už jde o překvapení, šok, či relativně klidný přístup, jak někteří s odstupem času uvedli.

Informovanost. Nezbytná součást vztahující se k neznámé situaci. Zdroje byly rozličné. Přímí doktoři, iniciativa samotných rodičů, zaměstnanci středisek, nebo příbuzní.

Vyrovnaní se. Nelehký úkol, který musí zvládnout každý. Vedou k němu odlišné cesty. Někteří to zvládli sami mezi sebou jako partneři, jiní sdíleli své zážitky s jinými, kteří si touto fází již prošli, vlastní zkušeností, kterou získali díky předešlé péči o dítě s postižením, nebo životním přístupem.

Partnerství. Všichni z dotazovaných uvedli, že jsou si se svými partnery vzájemnou oporou. Pouze jedni z nich pak dodávají, že proběhla velká krize, jejíž následky sic mírné, ale ještě doznívají.

Prarodiče. Ač byla pro většinu z nich tato skutečnost nová, přijali ji bez problémů a věnují se vnoučatům stejně plnohodnotně, jako by byli intaktní.

Sourozenci. 4 ze 6 dotazovaných uvádějí, že mají více než jedno dítě. Zároveň dodávají, že sourozenci mezi sebou vycházejí bez jakýchkoli problémů.

Změny v domácnosti. Jediné změny, ke kterým se uchýlili je zesílení zvuků, aby i jejich děti měly dostatek kvalitních zvukových podnětů a mohly tak adekvátně rozvíjet sluch.

Ač byly rozhovory uskutečňovány telefonicky, bylo zřejmé, že dotazovaní se chtějí podělit o své zkušenosti a jejich motivace byla různá. Pomoci studentce s bakalářskou prací, přispět svou výpovědí jiným domácnostem, které se potkají se stejnou situací, či naopak sami byli zvědaví, jak se s tím vypořádali jiní.

Odpovědi obecně jsou napříč respondenty v celku rozličné. Každý má jiné zkušenosti, jiný přístup, vůli, odhodlání. Všechno jsou to faktory, které se významně podílejí na celkové atmosféře domácnosti a přijetí nové a nečekané situace



## **Závěr**

Tato bakalářská práce měla za cíl nahlédnout do rodin, kterým se narodily děti se sluchovým postižením. Konkrétně pak postihuje celkové vypořádání se těchto rodin s novou situací a ranou péčí, která je v souvislosti s tím nezbytná.

Teoretická část se zabývá obecným nástinem potřebných informací, jež jsou důležité pro adekvátní porozumění praktické části. Jsou jimi především termíny sluch a sluchové postižení, rodina a copingové strategie.

V praktické části jsou pak kladeny respondentům jednotlivé otázky, které mají za úkol reflektovat reálnou kvalitu poskytovaných služeb v rané péči jako celku. Zajišťují tím alespoň částečnou zpětnou vazbu. Vyjma toho také ukazují rozličné možnosti a způsoby vyrovnání a vypořádání se s takovou situací.

Rozhovory s respondenty byly zajímavé. Ač byly uskutečněny telefonicky, přece bylo možné sledovat odlišnost lidských povah a přístupů. Zároveň všechny sjednocovala myšlenka podělit se o své zkušenosti, které jednak pomohou studentce při psaní bakalářské práce, ale také dalším rodinám s podobným příběhem.

Současně je toto téma natolik komplexní a obšírné, že by se jím dalo zabývat dále a hlouběji.

This Bachelor Thesis deals with the families which have got children with hearing defect. Particularly, it comprehends these families' coping with such a new situation and the early care which is absolutely essential in this situation.

The theoretical part of the Theses deals with a general sketch of needful details which are significant for appropriate understanding the practical part of the Theses. These details are especially terms like sense of hearing and hearing defect, the family a coping strategies.

In the practical part the respondents are asked various questions. These questions reflect the real quality of provided services in the early care and guarantee a partial feedback at least. Except this, various possibilities and ways of coping with such a situation.

The interviews with the respondents were very interesting. Although these interviews were telephonic, it was possible to observe the difference of human characters and approaches. All the respondents were united by the idea to share their experiences which will help the student to write her Bachelor Theses. Those experiences will help even the other families with a similar story.

Simultaneously this topic is very complex and lengthy. Therefore it is possible to deal with it further and much deeply.



## Literatura

1. ATKINSON, R. L. (2003). *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
2. BROUGHAM, R., ZAIL, C., MENDOZA, C., MILLER, J. (2009). *Stress, Sex Differences, and Coping Strategies Among College Students*. In *Current Psychology*, 28(2), 85-97.
3. FOLKMAN, S. (1984). *Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis*. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 46(4), 839-852.
4. HABEŠOVÁ, A. *Screening evokovaných OAE u novorozených do 2500 g či narozených do 38. týdne těhotenství bez závažné patologie*. Ročníková práce, České Budějovice, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2002.
5. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7368-686-5.
6. HOUDKOVÁ, Z. (2005). *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-623-6.
7. HOŠEK, V. (2001). *Psychologie odolnosti*. 2. vydání, Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.
8. JEŽKOVÁ, M. *Dítě s postižením a jeho rodina*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. 2008.
9. JŮVA, V. (2003). *Stručné dějiny pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-062-X.
10. KEBZA, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
11. KOHOUTEK, R. (2001). *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: CERM Brno, Akademické nakladatelství. ISBN 8072042009.

12. KŘIVOHLAVÝ, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-121-6.
13. LANGER, J., SOURALOVÁ, E. (2006). *Surdopedie - andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN- 80-244-1206-3.
14. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-195-X.
15. LUDÍKOVÁ, L. a kol. (2005). *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.
16. MACHAČ, M., MACHAČOVÁ H., HOSKOVEC J. (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
17. MATOUŠEK, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-19-9.
18. MIKŠÍK, O. (1985). *Psychická integrita osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova.
19. PAULÍK, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2959-6.
20. PAULÍK, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-736-8993-3.
21. PEARLIN, L. I., SCHOOLER, C. (1978). *The structure of coping*. J. Health Behavior, 19, 2-21.
22. PIPEKOVÁ, J. (ed.). (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
23. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2223-8.
24. ROTHBAUM, F., WEISZ, J. R., SNYDER, S. S. (1982). *Changing the World and Changing the Self: A Two-Process Model of Perceived Control*. Journal Of Personality & Social Psychology, 42(1), 5-37.

25. VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

26. VALENTA, M., MULLER, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta. ISBN 80-7320-063-5.

27. VAŠINA, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*, díl I. Brno: Neptun.

### **Internetové zdroje**

1. Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky [online]. [cit. 2016-14-04]. Dostupné na WWW: <[http://is.muni.cz/elportal/estud/pdf/js09/orl/web/pages/1\\_2\\_vysetrovaci\\_metody\\_ucha.html](http://is.muni.cz/elportal/estud/pdf/js09/orl/web/pages/1_2_vysetrovaci_metody_ucha.html)>.

2. Informační systém Masarykovy univerzity [online]. [cit. 2016-14-04]. Dostupné na WWW: <[https://is.muni.cz/th/123803/pdf\\_m/Text\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/123803/pdf_m/Text_prace.pdf)>.

3. Lékaři-online [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/orl-otorinolaryngologie/zakroky/casna-diagnostika-vad-sluchu-u-novorozencu-a-kojencu>>.

## Seznam zkratk

apod	a podobně
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
popř.	popřípadě
příp.	případně
např.	například
resp.	respektive
tj.	to je
tzv.	tak zvané





## **Seznam grafů**

Graf č. 1: Druhy křivek při tympanometrickém vyšetření



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Jitka Průšová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Slyšící rodina s neslyšícím dítětem raného věku – copingové strategie
<b>Název v angličtině:</b>	Hearing parents with a deaf child in an early age – coping strategy
<b>Anotace práce:</b>	Tato práce se zaměřuje na ranou péči dětí se sluchovým postižením, které vyrůstají ve slyšící rodině. Nastiňuje tematiku sluchu a sluchového postižení, rodiny a copingových strategií. Praktická část má pak cíleně reflektovat úroveň screeningu a rané péče v této oblasti, stejně jako konkrétní způsoby vyrovnání se s touto situací v různých rodinách.
<b>Klíčová slova:</b>	Slyšící, rodina, dítě, raný věk, coping, strategie
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis handles issue of an early age care of children with hearing disabilities growing up in hearing families. It outlines the theme of hearing sense and hearing deficiencies, family and coping strategies. The practical part of the thesis aims at reflecting the level of screening and early childcare in this context as well as resolving the particular methods of how to cope with this situation

	in different families.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Hearing, family, child, early age, coping, strategy
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	1 CD
<b>Rozsah práce:</b>	59
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk