

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením
The course of an early intervention in a child with a hearing impairment

Bc. Lucie Odvářková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.
Studijní program: Učitelství pro základní a střední školy
Studijní obor: N ČJ – SPG

Odevzdáním této diplomové práce na téma Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 19. 4. 2022

Děkuji paní doc. PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D. za odborné vedení práce, věcné komentáře, a především její trpělivost, ochotu a čas, které mi věnovala po celou dobu vzdělávání.

Dále děkuji za spolupráci paní Mgr. Martině Pěčové z Centra pro dětských sluch Tamtam, o. p. s. a všem maminkám, které mi svěřily své příběhy, jež zažily se svými dětmi, z nichž jsem mohla vycházet během výzkumného šetření.

V neposlední řadě děkuji také svým rodičům a blízkým, kteří mě během studia plně podporovali.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá průběhem rané intervence u dětí se sluchovým postižením. Hlavním cílem této závěrečné práce je zmapování poskytovaných služeb rané intervence v České republice, konkrétně v okolí jejího hlavního města. Dílčím cílem pak je zhodnocení těchto služeb z pohledu rodičů i odborníka. Teoretická část se v úvodu zabývá osobností dítěte a počátečního období jeho života, nebylo opomenuto ani jeho historické pojetí či důležitost v rodině. Následuje kapitola věnována samotné rané intervenci, která pojednává o jejím významu, cílech a legislativním začlenění. Část této práce je věnována také historii a jednotlivým resortům, které poskytují své služby rodinám a dětem se sluchovým postižením. Další kapitoly se zabývají nabízenými možnostmi vzdělávání dětí se sluchovým postižením a diagnostikou sluchových vad, zahrnují rovněž kompenzační pomůcky, terapii i komunikační systémy. Praktická část se týká především průběhu a hodnocení rané intervence včetně služeb rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány z uskutečněných rozhovorů s rodiči a poradkyní rané péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

raná intervence

raná péče

průběh rané intervence

rodiče dítěte se sluchovým postižením

dítě se sluchovým postižením

sluchové postižení

ABSTRACT

The thesis deals with the course of early intervention in children with a hearing impairment. The main goal of this work is to map the services of early intervention in the Czech Republic, specifically in the vicinity of its capital. One of the goals is to evaluate these services from the perspective of both the parents and the professionals. The theoretical part deals with the child's personality and the initial period of his/her life, including its historical concept and importance in the family. The chapter is devoted to early intervention itself, discussing its importance, objectives and legislative inclusion. Part of this work is also devoted to the history and individual ministries that provide their services to families and children with hearing impairments. The following chapters deal with the offered possibilities of education of children with a hearing impairment and diagnostics of hearing defects, as well as compensatory aids, therapy and communication systems. The practical part mainly concerns the course of evaluation of early intervention, including early care services in the Center for Children's Hearing Tamtam, o. p. s. The results of the research survey were processed from interviews with parents and early care counselors.

KEYWORDS

early intervention

early care

a course of early intervention

parents of a child with hearing impairment

a child with a hearing impairment

hearing disability

Obsah

Úvod	7
1 Dítě a dětství	8
1.1 Vývoj dítěte v raném věku	9
1.2 Pojetí dítěte z historického hlediska	17
1.3 Rodina	19
2 Diagnostika sluchových vad a jejich kompenzace	21
2.1 Diagnostika sluchových vad	21
2.2 Terapie a kompenzace sluchových vad	23
2.3 Možnosti komunikace a komunikační systémy	26
3 Raná intervence u dětí se sluchovým postižením	29
3.1 Raná intervence, její význam a cíle	29
3.2 Historie a vývoj rané intervence v České republice	32
3.3 Poskytovatelé a klienti rané intervence	35
3.4 Příklad rané intervence v zahraničí	38
4 Preprimární vzdělávání	40
4.1 Dítě v mateřské škole hlavního vzdělávacího proudu	40
4.2 Dítě se sluchovým postižením v mateřské škole speciální	41
4.3 Dítě v mateřské škole pro sluchově postižené (§16 zákon č. 561/2004)	42
5 Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením	46
5.1 Stanovení výzkumných cílů	46
5.2 Metodologie a design výzkumného šetření	46
5.3 Interpretace výzkumného šetření	50
6 Hodnocení rané intervence v České republice	58
6.1 Shrnutí výzkumného šetření	58

6.2 Doporučení pro praxi	60
Závěr	62
Seznam použitých informačních zdrojů	64
Seznam použitých elektronických informačních zdrojů	66
Seznam příloh	70

Úvod

„V úplné tmě a tichu, které mě oddělují od světa, mi ze všeho nejvíc chybí přátelský zvuk lidského hlasu. Slepota odděluje člověka od věcí – hluchota od lidí.“

(Helen Kellerová)

Citát americké spisovatelky, jež v raném období života přišla o zrak i sluch, by se mohl stát mottem pro prevenci a novorozenecký screening sluchového a zrakového ústrojí. Včasné odhalení sluchového postižení je v raném stádiu života bezesporu zásadní.

Raná intervence je ve společnosti stále aktuální a diskutovaná, z těchto důvodů je zvolené i téma této diplomové práce, která se podrobně zabývá průběhem rané intervence u nejzranitelnější skupiny lidstva, tj. dětí, u nichž se zjistilo sluchové postižení. Sluchové vnímání je pro vývoj dítěte důležité hlavně pro rozvoj jeho komunikačních dovedností v mluveném jazyce. Poskytování ucelených služeb napříč různými odvětvími, které by mezi sebou spolupracovaly a vzájemně se podporovaly, by mělo být samozřejmostí nabízené kvalitní péče o člověka. Kromě mezioborové spolupráce a komplexnosti služeb by do poskytovaných služeb měl být zahrnut také individuální přístup k dítěti, ale také i k jeho rodině.

Závěrečná práce obsahuje kapitoly popisující osobnost dítěte a jeho vývojové pojetí z pohledu fyziologie i historie. Součástí je i kapitola věnující se významu rané intervence, jejího legislativního uspořádání, historickému progresu a jednotlivým sektorům, jež působí v oblasti rané intervence. Samostatná část je věnována předškolnímu vzdělávání dětí se sluchovým postižením, která vyobrazuje tři nejčastější možnosti edukace, konkrétně vzdělávání ve školách speciálních, školách hlavního vzdělávacího proudu nebo školách zřízených podle § 16. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá možnostmi diagnostiky, terapie, kompenzace a komunikačních metod a systémů.

Empirická část obsahuje výzkumné šetření, jehož cílem bylo zobrazit průběh služeb rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. z pohledu poradkyně rané péče i některých rodičů.

1 Dítě a dětství

Dítě je osobnost, kolem které se točí „celý svět“ a jejíž příchod je vždy spojován s velkým očekáváním. Vzhledem k individuálnosti každé osobnosti není možné přesně vymezit definici, jež by popsala dětskou bytost, proto se od sebe autoři v některých aspektech mohou odlišovat.

Matějček (2017) nahlíží na dítě z několika hledisek, jedním z nich je potřeba stimulace, která nás nutí k činnosti, to znamená „že dítě je nevyčerpatelným zdrojem podnětů. Je nesmírně pohyblivým živlem, přináší plno vzruchu do života a nikdy s ním není nouze o zábavu ani o starosti a úzkosti (Matějček, 2017, s. 21).“

Pokud bychom se na děti dívali z pohledu legislativy, tak dle mezinárodní Úmluvy o právech dítěte, kterou vydala Organizace spojených národů v New Yorku roku 1989¹, se za dítě považuje:

„Pro účely této úmluvy se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve (Úmluva o právech dítěte, 2016, část I, článek 1).“

Dětství je období plné radosti, objevování, seznamování a učení se novým dovednostem. Můžeme jej rozdělit do několika období. Vobr (2013) rozděluje dětství do pěti stádií:

- *Novorozence* (6 týdnů) stádium vrozených reflexních pohybů
- *Kojence* (6 týdnů až 1 rok) stádium vývoje vzpřimování, uchopování a lokomoce²
- *Rané dětství* (1 až 3 roky) stádium vývoje chůze, běhu a manipulace s předměty
- *Předškolní dětství* (3 až 7 let) stádium rozvoje nových převážně celostních pohybů
- *Školní dětství* (7 až 11 let) stádium zvýšené motorické učenlivosti

¹ Pro Českou a Slovenskou federativní republiku vstoupila Úmluva o právech dítěte v platnost 6. února 1991.

² „Lokomoci definujeme jako pohyb z místa na místo. (Bernaciková, 2013)“ Autorka dále pohyb dělí na přirozený a arteficiální, tj. uměle vytvořený, např. za pomoci zvířete či jiné pomůcky, např. mobilního stroje.

Šándorová (2015) ve své publikaci uvádí, že dětství je pojem, o kterém máme konkrétní představu na základě vlastní nebo jiné zkušenosti, ale nedokážeme jej jednoznačně definovat, je to pro nás příliš obtížné.

Jean Piaget charakterizuje dětství podle vývoje kognitivních vlastností dítěte. První stádium je **senzomotorické**, které probíhá od narození do dvou let věku. Další etapou je období **předoperační** (od 2 do 6 – 7 let), kdy se dítě učí vědomě používat jazyk, popisuje své představy a věci pomocí slov. Poté následuje stádium **konkrétních operací**, to trvá zhruba od sedmi do dvanácti let. Podle Piageta (in Ptáček a Kuželová, 2013) dokáže dítě logicky přemýšlet o předmětech i událostech, chápe stálost počtů a třídí předměty na základě daných kritérií např. velikosti. Poslední fázi, která vzniká okolo dvanáctého roku, jsou **formální operace**. Autor tuto dobu popisuje jako období, kdy dítě dokáže přemýšlet o abstraktních pojmech a hypotézách. Ptáček se Stehlíkovou (2013) dodávají, že se dítě zabývá budoucností či ideologickými problémy.

1.1 Vývoj dítěte v raném věku

Podkapitola podrobněji shrnuje vývoj dítěte v prvních letech jeho života. Důraz je kladen především na vývoj řeči a sluchu v jednotlivých etapách života. Za raný věk se považuje doba od narození až po nástup na základní školu, to znamená do 6 nebo 7 let.

Novorozenecké období

Novorozenecké období je doba³ od narození zhruba do čtyř týdnů věku dítěte. Podle Šándorové (2015) se jedná o čas, kdy se jedinec přizpůsobuje novému prostředí, jeho biorytmus je charakteristický krátkými úseky bdění, jenž je zpočátku spojený s biologickými potřebami a minimálně dvaceti hodinami spánku.

Dítě je na počátku života vybaveno několika reflexy, to znamená pohyby, které dělá zcela impulzivně na základě podnětů. Například začne automaticky sát, pokud mu do úst vložíme prs či dudlík. Mezi další vrozené vlastnosti, mimo sání, můžeme zmínit polykací, hledací, uchopovací nebo vyměšovací reflexy. Tyto vrozené zautomatizované pohyby se postupem času vytrácejí, některé dříve, jiné později.

³ Přesné rozmezí novorozeneckého věku se liší s ohledem na různé autory a jejich vymezení. Vobr (2013) uvádí 6 týdnů, Šándorová (2015) 4 týdny.

Následující tabulka uvádí reflektivní pohyby, jež je možné pozorovat u novorozenců již během prvních týdnů.

Název reflexu	Věk, kdy se reflex objeví	Věk, kdy reflex mizí
Stepping (krokový)	Narození	2 měsíce
Rooting (hledací)	Narození	4 měsíce
Palmar grasp (Palmarův úchop)	Narození	5 – 6 měsíců
Moro reflex (Morův reflex)	Narození	5 – 7 měsíců
Tonic neck reflex (tonický krční reflex)	Narození	5 – 7 měsíců
Plantar grasp (Plantarův úchop)	Narození	9 – 12 měsíců

Tab. č. 1 Novorozenecké reflexy (HealthyChildren.org, 2021)

U dítěte se sluchovým postižením si jeho handicapu nemusíme v prvních týdnech života vůbec všimnout, pokud jej neodhalí novorozenecký screening provedený po porodu. Neslyšící novorozenec má stejné reflexy, jako dítě slyšící. Komunikačním systémem je křik (pláč), jímž dává dítě najevo své potřeby, ale také jím reaguje na podněty z okolí. Potměšil (2007 in Hádková 2016) tvrdí, že nejvyvinutějším smyslem s ohledem na kognitivní vývoj a percepci je sluch. Novorozenec pozná a reaguje na hlas matky, který si pamatuje už z prenatálního období. Podle Mukšnáblové (2014) má dítě vrozenou motivaci ke komunikaci, která se projevuje: krátkou fixací matky očima, napodobováním jednoduchých mimických výrazů, otevírání úst nebo plazení jazyka. Tyto projevy jsou podle autorky důkazem a předpokladem pro počátky dialogů.

Kojenecké období

Za kojenecké období se považuje čas od jednoho měsíce do roka života dítěte. Kojenec si během prvních čtyř týdnů přivykl na nové prostředí a začíná jej prozkoumávat. Nejvíce nových informací získává dítě pomocí zraku, který se v tomto období stále zdokonaluje. Kromě vidění se rozvíjí také motorika, jak jemná, tak i hrubá. Dítě se přetáčí na břicho, bere

hračky do ruky, čímž si postupně zlepšuje úchop, mává rukama, díky nimž se učí chápání příčin a následků, viz příklad níže. Šándorová (2015) tuto dobu označuje za senzomotorickou, protože aktivity jsou vázány na konkrétní činnosti, v nichž se uplatňují motoriky i vnímání.

„Zpočátku jsou to jednoduché aktivity (např. mávání rukama), které nemají žádný vědomý cíl; pak se ale stane například to, že dítě při mávání strčí rukou do hračky nad sebou, čímž ji rozhoupe. Původní činnost – mávání rukama – již není samoučelná, nýbrž se stává účelným prostředkem k dosažení určitého cíle – rozhoupání hračky (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 14).“

Později se dítě zdokonaluje v pohybu, začíná se plazit, lézt, sedět s oporou i bez a kolem jednoho roku samo chodit. Všechny výše zmíněné dovednosti jej posouvají dál nejen ve vývoji, ale také v samostatnosti a orientaci.

V kojeneckém věku dítě také poprvé navazuje komunikační kontakt s rodiči a to konkrétně pomocí úsměvu a broukání. Tyto projevy můžeme pozorovat i u dětí se sluchovým nebo zrakovým postižením, u nichž později sociální úsměv⁴ nebo broukání může zmizet v důsledku nulové odezvy na jejich projev. Nevidomé dítě nevidí, že se na něho rodiče také usmívají, stejně tak dítě s postižením sluchu rodiče neslyší, pokud mu doposud nebyla poskytnuta vhodná kompenzační pomůcka, více viz kapitola č. 4.2 Terapie a kompenzace sluchových vad.

Ptáček s Kuželovou (2013) popisují broukání jako snahu o nápodobu zvuků, které se podobají slovům, což by se ve vývoji dítěte mělo dít okolo čtvrtého měsíce života. Zhruba o dva měsíce později, tj. mezi šestým až osmým měsícem by dítě mělo přejít do fáze žvatlání, kdy opakuje podobné slabiky. Klenková (2006) rozlišuje na víc pudové žvatlání, což není napodobování konkrétních hlásek jazyka, ale pouze dětské zvuky, při kterých si dítě opakuje sací a polykací pohyby, i když žádnou stravu nepřijímá. Pudové žvatlání se podle autorky (2006) prolíná s obdobím broukání.

⁴ Sociální úsměv: vrozený úsměv, kterým dítě reaguje na úsměv jiné osoby (rodiče) při interakci, nebo v pozdějším věku na situaci či oblíbenou věc. V druhé polovině 2. měsíce života se rodiče dočkají při radostné komunikaci s miminkem jeho prvního úmyslného úsměvu (Sobotková, Dittrichová, 2012)

Dítě se v této fázi řečového vývoje učí a osvojuje sluchovou i zrakovou kontrolu mluveného jazyka, všímá si pohybu řečového ústrojí, rytmu, výšky a dalších akustických vlastností hlasu. Zde se mohou objevit první známky sluchové vady, kdy dítě má nedostatečnou nebo žádnou zpětnou sluchovou vazbu. To může vést k problematickému vývoji další fáze.

Okolo desátého měsíce nastupuje fáze porozumění řeči. V tomto stádiu, podle Klenkové (2006), dítě ještě úplně nechápe obsah slova, ale vše si spojuje se zrakovými vjemy nebo konkrétními situacemi, jichž se zúčastnilo. Porozumění se projevuje pohybem, například:

„Udělej paci, paci.“ – „Jak jsi velký?“ (...). Reakci dítěte vyvolává melodie řeči, velký význam má mimika a gestikulace mluvící osoby, vzájemné citové vztahy dítěte a jeho okolí. V tomto období je důležité poskytovat dítěti dostatek kontaktů s ostatními lidmi. Snažíme se mluvit s dítětem jen o tom, co právě vidí. (Klenková, 2006, s. 36)“

S blížícími se prvními narozeninami se objevují první slova, někteří jedinci dokáží v prvním roce říci několik slov, u jiných si rodiče musí na první slůvka počkat déle než dvanáct měsíců.

Rok	Měsíc	Funkce
0	1	Reflexní slyšení: reakce křikem při hlasitém hluku.
0	2	Pozornost při akustických podnětech, naslouchání.
0	3	Otáčení hlavy ve směru zdroje zvuku.
0	4	Hledá zvuk – pohybuje hlavou a očima, uklidnění při hlasech a hudbě.
0	5	Rozlišování zvuků příjemných (známé hlasy, smích, hudba, zvony) a zvuků nepříjemných.
0	7	Zdokonalení hledání zdroje zvuku, lokalizace tónu mimo oblast obličeje pomocí otáčení hlavy a pohledu.
0	8	Napodobení hluku (např. klepání, zvuk gumové hračky)
0	10	Zpozorní při známých slovech.

1	0	Uposlechne jednoduché pokyny (dej mi míč) a zákazy (ne).
---	---	--

Tabulka č. 2 Vývoj sluchu (Ptáček, Kuželová, 2013)

Batolecí období

„Toto období je nazýváno obdobím autonomie (Šándorová, 2015, s. 34).“

Dítě je ve věku dvou až tří let (od dvanácti zhruba do šestatřiceti měsíců věku) a v jeho vývoji dochází k několika podstatným schopnostem a dovednostem, které podle Šándorové (2015) umožňují batoleti kvalitnější a vyšší úroveň psychických projevů jak v oblasti chování, tak i prožívání. V tomto období se dítě osamostatňuje, odpoutává se od matky⁵ a vytváří se jeho osobnost. Uvědomuje si sebe samého jako bytost. Je to doba, kdy se u dítěte projeví první vzdorování a negativní smýšlení.

Kromě motorických dovedností, jež se v době mezi 2. – 3. rokem výrazně zlepší (dítě kolem druhého roku chodí bez pomoci a běhá, ve třech letech by mělo zvládat např. chůzi do a ze schodů a střídat přitom nohy), taktéž by mělo docházet k rozvoji řeči a učení se základním hygienickým návykům. Autoři Ptáček s Kuželovou (2013) odkazují na Jeana Piageta a jeho teorii kognitivního vývoje, (viz výše in kapitola 1 Dítě a dětství), kromě toho zmiňují také jeho definici pro batolecí období.

„Batolecí období je charakterizováno Jeanem Piagetem jako tzv. období předpojmové. Dítě pro určitý objekt používá slovo, které pro něj označuje konkrétně jeden objekt, ale označení objektu nemá obecnou platnost (Ptáček, Kuželová, 2013 s. 27).“

K formování řeči dochází na základě sluchových informací, jež jsou získávány z okolních podnětů. Ty by měly být dle Mukšnáblové (2014) dostatečně velké a časté, ale zároveň pro batole srozumitelné. Podněty by neměly vyvolávat v dítěti strach, mělo by se jednat o pozitivní vjemy (např. vypravování, čtení pohádek, říkadel, zpěv, apod.)

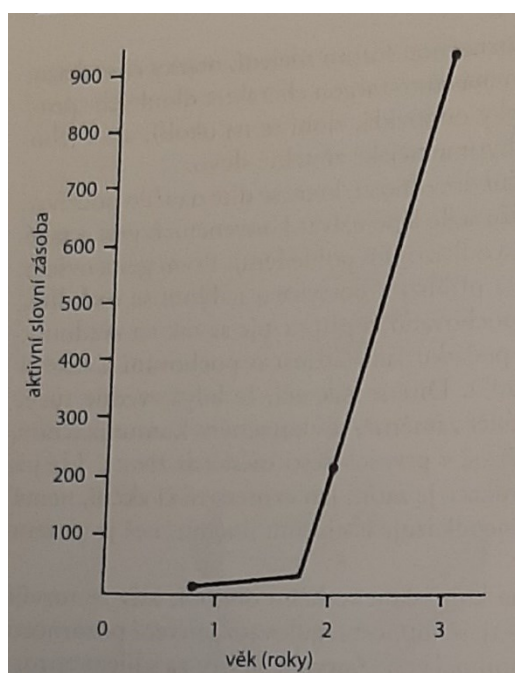
„Úroveň řečového projevu batolete je odrazem kvality sluchového vnímání a výchovného působení rodiny (okolí) (Mukšnáblová, 2014, s. 77).“

⁵ Vycházíme z předpokladu, že dítě vyrůstá v heterogenní rodině, která v dnešní době stále převažuje a většinu času tráví s matkou. Pokud by se jednalo o homosexuální rodinu, může se samozřejmě jednat i o otce. To samé platí i v případě, kdy na rodičovské dovolené nezůstane žena, nýbrž muž.

Jak již bylo zmíněno v předešlé podkapitole, s příchodem prvního roku se dítě začne verbálně vyjadřovat, konkrétními slabikami či slovy. Většinou se jedná o jednoslovné věty (např. „Pá. Ham. Ble.“), kterými dítě dokáže komplexně vyjádřit své pocity nebo přání a jeho nejbližší okolí mu rozumí. Klenková (2006) pojmenovává tuto část vývoje řeči jako emocionálně-volní. Autorka dále popisuje egocentrické stádium, které se objevuje okolo osmnáctého měsíce, kdy dítě začíná napodobovat dospělé, ale také si samo pro sebe slova opakuje.

Sovák (1972, in Klenková, 2006) tvrdí, že dítě v další fázi dokáže slova, která již někdy slyšelo použít a aplikovat (spojit) s totožným nebo podobným předmětem či dějem. Toto období Klenková (2006) pojmenovává jako asociačně-reprodukční. Dítě si vytváří asociace, k nimž přiřazuje slova z vlastní slovní zásoby.

Stejně jako Klenková (2006) i Langmeier (2006) ve své publikaci uvádí, že radikální zlom ve vývoji řeči nastává v druhé polovině druhého roku života. Dítě doopravdy rozumí významu slov – jejich symbolice. Slovní zásoba, které dítě rozumí, se velmi rychle rozšiřuje a její velká část je používána aktivně, i když slov, jež jsou uložena v pasivní slovní zásobě, je více. Nárůst slovní zásoby popisuje obrázek 1 na následující straně.



Obr. č. 1 Růst slovní zásoby v prvních třech letech (Langmeier, 2006, s. 76)

Prudký nárůst slovní zásoby popisuje i Muknšnáblova (2014), která zastává názor, že pro dítě je důležitější obsah než forma mluveného projevu. Stejně jako Langmeier (2006) i Muknšnáblova (2014) uvádí počty, kdy dítě ve věku 18 měsíců používá průměrně 20 – 30 slov, ve dvou letech se jeho slovní zásoba pohybuje již na 200 – 300 slovech a okolo třetího roku se slovní zásoba pohybuje až na 900 heslech, i když zaznamenat v tomto období veškeré pojmy je velmi náročné, ne-li nemožné.

S přidáváním nových pojmů do slovní zásoby souvisí také zvýšené nároky na výslovnost (mnohdy víceslabičných slov) a učení se novým hláskám. Dítě se zpočátku vyhýbá problematickým konsonantům, jakými jsou např. „R“, „Ř“, „L“ a vynechává je nebo nahrazuje jinými hláskami, které ovládá.

„Např. dvouleté dítě místo slova „marmeláda“ je schopno říci pouze „láda“ či „áda“, kolem dvou a půl let dítě již říká „meláda“, kolem tří let dítě říká celé slovo nebo vynechává či nahrazuje hlásku „r“ (Stehlík, Kuželová, 2013, s. 28).“

Kolem třetího roku nastává v životě dítěte další zvrat, tj. stadium logických pojmů. Klenková (2006) upozorňuje na náročnost myšlenkových operací, které dítě musí zvládat (pojmy, dosud spojené s konkrétní věcí se pomocí abstrakce stávají všeobecným pojmem), a s nimi spojené komplikace ve vývoji řeči – opakování hlásek, slabik, slov, zadržávání, apod. Odborníci⁶ uvádějí, že v tomto věku může u dětí docházet k frustraci z neúspěšné komunikace s jejich blízkými, která pramení z neporozumění dětského sdělení.

Sluchové vnímání je podstatné pro začlenění do sociální sféry, kde dítě zažívá úspěch i neúspěch, radost či strach. Muknšnáblova (2014) dále uvádí, že sluch je důležitý pro nalezení rovnováhy v oblasti samostatnosti a k potřebám jistoty v okolním prostředí. Pro seberealizaci dítěte, je zásadní, aby již od počátku svého života získávalo postupně důvěru samo v sebe.

Předškolní období

Předškolní období můžeme charakterizovat jako čas před nástupem do základní školy, tudíž se jedná o věk jedince od 3 do 6 let, respektive sedmi, pokud je rodině ze závažných

⁶Odborníci Lechta (1990), Klenková (2006), Stehlík, Kuželová (2013) vycházejí z výzkumu Wendlera a Seidnera.

důvodů doporučeno školní docházku o rok odložit. Pro většinu dětí to znamená novou etapu jejich života, která souvisí s nástupem do mateřské školy buď hlavního vzdělávacího proudu, nebo speciální MŠ či zřízenou dle §16 školského zákona⁷, kde jsou všestranně rozvíjeny jejich schopnosti tak, aby byly připraveny na vzdělávání na základní škole.

Tato doba je pro dítě důležitá i po sociální stránce. Dochází ke zjištění, že nejen jeho potřeby jsou důležité, ale dle Potměšila (2007) si uvědomuje i potřeby ostatních. Kromě toho se učí soupeřit, spolupracovat a upevňovat svou pozici v kolektivu (Muknšnáblova, 2014). Nezbytností je, aby dítě vyrůstalo a bylo vzděláváno v podnětném prostředí, jenž jej bude přirozenou a nenásilnou formou rozvíjet. Hádková (2016) upozorňuje na důležitost pohádek, díky nimž se utváří osobnost dítěte, jeho morální a mravní hodnoty, ale také ovlivňují i jazykové kompetence. S pohádkami souvisí hry, což jsou nejčastější formy vzdělávání v předškolním věku.

S tímto obdobím je spojována také představivost, pomocí níž vytváří předškoláci své příběhy. Někdy tak dítě interpretuje své reálné vzpomínky, které si podle svých představ dokreslí do konečné podoby. Vágnerová (2006 in Hádková, 2016) píše, že právě „*fantazie má v tomto období harmonizující význam*“. Dětská představivost v tomto směru hraje důležitou roli, protože napomáhá k rozvíjení myšlení, slovní zásoby, ale také podává vysvětlení nepochopitelných věcí. Malé děti jsou v tomto věku velmi zvědavé a chtějí na všechno znát odpověď. Velká část dětí prochází fází „Proč?“, které se nemálo rodičů obává, z důvodu nekonečného kolotoče otázek: „A proč ...?“

I přesto, že se některým rodičům může toto období zdát nekonečné, tak je pro vývoj řeči nezbytné. Kromě obohacování vlastních vědomostí se dítě podle Muknšnáblové (2014) zdokonaluje v komunikaci, konkrétně se zlepšuje větná stavba, odstraňují se gramatické nebo artikulační chyby. Aktivní slovní zásoba se ve třech letech pohybuje dle Holmanové (2003, in Hádková, 2016) okolo osmi seti slov a ve čtyřech letech se tento počet může vyšplhat až na patnáct set hesel, avšak dítě v těchto letech rozumí až dvěma tisícům slov.

⁷ Zákon č. 561/2004 Sb., § 16 Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných.

„Předškolák rád komentuje svou činnost, kdy je jeho řeč zaměřena egocentricky pro něho samého. Slouží k snazší orientaci, uvědomování a návrhu řešení problému (Mukšnáblova, 2014, s. 78).“

U jedinců s těžkým sluchovým postižením je nutnost seberealizace realizována hlavně manuálně, tzn. znaky nebo gesty⁸. Hádková (2016) popisuje tuto aktivitu jako spontánní, špatně ovlivnitelnou, s impulzivním a výbušným chováním dětí, které si neuvědomují normy standardního chování. U dětí se sluchovým postižením dochází k výraznému opoždění z důvodu změny v myšlenkových pochodech na tzv. názorové, intuitivní myšlení (Hádková, 2016). Pokud dítěti se sluchovým postižením nebude v předškolním věku poskytnuta vhodná speciálně pedagogická intervence, pak je dítě, dle Hádkové (2016), odsouzeno k dalšímu zaostávání ve vývoji, z důvodů nerozvíjení mluvené řeči a používání znakového jazyka pouze v omezené formě.

1.2 Pojetí dítěte z historického hlediska

V současnosti vnímáme dítě jako svébytnou bytost mající svá práva a potřeby, které se snažíme poskytnout co nejlepší podmínky pro její rozvoj. Ne vždy tomu tak ale bylo, pokud se ohlédneme do minulosti, tak zjistíme, že teprve v době humanismu a osvícenství přicházejí první reformy týkající se vzdělávání a výchovy dítěte.

Vzhledem k tomu, že cílem této práce není seznámení s pedagogickou historií, uvedeme pouze několik vybraných osobností, které mají na změně pojetí vnímání dítěte svůj podíl a z nichž si bereme příklad i dnes.

Jan Amos Komenský (1592 – 1670)

„Učitel národů“, tak byl nazýván významný český myslitel, poslední biskup Jednoty bratrské a pedagog, který se zasloužil o průlom v českém školství již v období, kdy Evropou, zejména střední, otřásala třicetiletá válka a osvícenská doba byla v nedohlednu.

J. A. Komenský vydal několik průlomových pedagogických děl (Informatorium školy mateřské, Velká didaktika, Orbis pictus, aj.), která ovlivnila výchovu i školství v českých zemích. Znamé Komenského dílo a motto Škola hrou, které je i v současnosti

⁸ Znak: konkrétní znak patřící k příslušnému znakovému jazyku; gesto: projev komunikace, při kterém jsou zapojeny nejen pohyby rukou, ale i celého těla (Doherty–Sneddon, 2005, s. 45–46).

někdy mylně chápáno tak, že učení by mělo pouze zábava, vysvětluje ve své práci Jaromír Kopecký (1992): „*Komenský sám charakterizuje učebnici Schola ludus⁹ jako živou encyklopedii, to znamená scénické, divadelní zpracování učebnice Janua linguarum, v níž jsou „všechny věci včetně jejich názvů předvedeny lidským smyslem v živé činnosti“*“.

Podle Kopeckého (1992 in Škola hrou, nebo hraní si ve škole?, 2015) bylo dílo Orbis pictus založeno na názornosti, zatímco Schola ludus na jiné metodě vyučování, viz výše.

Jean Jacques Rousseau (1707 – 1778)

Již v osmnáctém století francouzský osvícenský filosof Rousseau ve své knize Emil, čili o výchově píše:

„Vychování člověka začíná jeho narozením: dříve nežli mluví, dříve nežli chápe, již se vychovává. Před učením předchází zkušenost; v okamžiku, kdy dítě zná svou kojnou, naučilo se již mnoho. (Rousseau, 1926, s. 76)“

Ellen Key (1849 – 1936)

V novodobé historii byla největší průkopnicí ve změně chápání dítěte švédská psychologka a pedagožka Ellen Keyová, která své názory publikovala v knize Století dítěte (1903). Její publikace navrhuje systém vzdělávání, kde ústřední roli zastává rodina.

Škodová (2011) ve své závěrečné práci dále uvádí, že Keyová upozorňuje na hrubé zacházení s dětmi, problematiku tělesných trestů, jež byly v rodinách běžné i na vztahy mezi rodiči a dětmi, které z velké části byly stavěny na strachu. Ellen Keyová mimo jiné představila i ideální koncept, který má mít základ na důvěře a rovnosti mezi dítětem a členy rodiny.

Maria Montessori (1870 – 1952)

Jméno této Italky je v současnosti spojováno s jedním z nejznámějších alternativních pedagogických směrů. V minulosti se Maria Montessori zaměřovala především na děti duševně zaostalé a defektní děti¹⁰ (Šándorová, 2015). Kladla důraz na manuální a pohybovou aktivitu dětí, kterou praktikovala ve své škole v Římě. V pedagogovi spatřovala „pouze“

⁹ Škola hrou

¹⁰ Dnes již tato terminologie není korektní, názvosloví bylo zachováno tak, jak se používalo v minulém století.

průvodce, který pomáhá připravovat vhodné a podnětné prostředí, nenápadně vede dítě procesem učení a nezasahuje přímo do činnosti dítěte.

„(...) přispěla k tomu, aby se předškolní výchovné zařízení stalo současně místem radostného života dítěte a počátkem soustavného a cílevědomého řízení jeho duševního a fyzického rozvoje (Cipro, 1984 in Šándorová, s. 28, 2015)“

1.3 Rodina

„Rodina je soubor lidí spojených krví, manželstvím, adopcí a sdílející základní zodpovědnost za reprodukci a péči o členy společnosti, zabezpečení biologického přežívání, citového a rozumového vývoje a místa společenské kontroly v procesu socializace (Sekot, 2006).“

Profesor Amato¹¹, který se dlouhodobě věnuje studiu vztahů v rodinách a zabývá se rodinou obecně, tvrdí, že není schopen na jednoduchou otázku: „Co je rodina?“ odpovědět. Na rodinu je totiž možné nahlížet z mnoha úhlů a každý člen rodiny může vnímat za součást rodiny různé osoby, z toho vyplývá, že členové se mohou v různých obdobích měnit. Amato uvádí příklad, kdy rozvedená žena svého bývalého manžela nepovažuje již za svou rodinu, nicméně jejich děti ho tak stále mohou vnímat (jestliže s ním tráví dostatek času), protože je to jejich otec.

Rodina, bez ohledu na to, jak je rozvětvená nebo kdo ji tvoří, je základem nás všech. V určitých obdobích našeho života jsme na ni odkázáni a závisí na ní naše potřeby, ať už fyziologické či psychické. Závislost a doba, během níž jsme na členy rodiny odkázáni, je u každého jedince individuální a může být ovlivněna věkem, jeho fyzickým nebo psychickým stavem.

Rodiče dítěte se sluchovým postižením

Jestliže se do rodiny narodí dítě s postižením nebo se u něho projeví vada či porucha následně, je velmi pravděpodobné, že to ovlivní chod celé domácnosti i chování jejich příslušníků. Nutné je brát v potaz, že na změny má vliv stupeň a charakter sluchového postižení, později také výběr vhodného komunikačního systému.

¹¹ Paul R. Amato, Ph.D., emeritní profesor na Pensylvánské státní univerzitě (USA).

Rodina prodělává krizi, která je ve většině případů narozených dětí se sluchovým postižením a nejen s ním, nečekaná, složitější a skličující. Pro vyrovnání se s takovou stresovou situací je podle Vágnerové (2012) nejdůležitější čas.

„Taková zátěž je vždycky testem rodinné soudržnosti – buď posílí, nebo vede k jejímu rozpadu. Péče o nemocného je aktivována emocionálně i rozumově, citovým vztahem i vědomím povinnosti (Vágnerová, 2012, s. 92 - 93).“

Reakce na nově vzniklou nenadálou situaci se v různých mírách ve všech rodinách opakuje. Vágnerová (in Slowík, 2016) uvádí několik fází procesu, kterými si rodina projde:

a) Fáze šoku a popření

Rodiče, ani blízké okolí rodiny nechápe, co se stalo a proč se jejich potomek narodil s postižením. Popírají jeho znevýhodnění, namlouvají si, že se lékaři pletou nebo že z toho dítě s postupem času vyroste.

b) Fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem (s postižením)

Ve fázi akceptace dochází k přijetí postižení dítěte a vyrovnání se s danou problematickou situací.

c) Fáze smíření a realismu

Závěrečnou částí celého procesu je smíření se s postižením potomka a začátek nového procesu – reality, kdy se rodiče sami nebo i za pomoci odborníků snaží nalézt co nejlepší možnou cestu (kompenzační a edukační pomůcky, výchova, vzdělávání), která by co nejvíce pomohla a vyhovovala všem zúčastněným.

Sluchové postižení může, podle Holmanové (2002), ovlivnit očekávání nebo změnit způsob komunikace mezi jednotlivými členy. V oblasti komunikace pak mohou vzniknout bariéry při dorozumívání se s širším příbuzenstvím.

Podrobněji bude tato problematika rozebrána v následující kapitole.

2 Diagnostika sluchových vad a jejich kompenzace

Světová zdravotnická organizace¹² v Mezinárodní klasifikaci onemocnění (MKN-10) řadí sluchové postižení do kapitoly Nemoci ucha a bradavkového výběžku, konkrétně do sekce H90 – H95 Jiná onemocnění ucha. Díky nové revizi MKN-11 platné od začátku roku 2022 se nám dostává přehlednější a hlavně podrobnější rozdělení sluchového postižení, které nalezneme pod kódy AB50 – AB5Z (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2022).

2.1 Diagnostika sluchových vad

Včasnost zjištění sluchového postižení je pro další vývoj dítěte velmi zásadní. Jedním z důsledků pozdního odhalení sluchové vady v prelingválním období může být, podle Hádkové (2016), narušení komunikačních schopností, jejich opoždění nebo úplné zastavení rozvoje mluveného jazyka. Diagnostikou sluchu se zabývá audiologie. Všeobecně známým faktem je, že sluchové pole člověka se pohybuje od 20 do 20 000 Hz.

Jak jsme již uvedli výše (kapitola 2.3.1 Zdravotnický resort) v odhalení sluchové vady nám může pomoci novorozenecký screening, konkrétně metoda **TEOAE**. Jedlička (2003, in Hádková, 2016) popisuje funkci otoakustických emisí jako zkoušku, která registruje velmi slabé zvuky v Cortiho ústrojí, vzniklé vláskovými buňkami reagujícími na zvukový podnět. Tato objektivní zkouška je naprosto neinvazivní a není pro její uskutečnění potřebná spolupráce s vyšetřovaným, tudíž je vhodná a používá se ve většině zemí právě pro novorozenecký screening. Jestliže by se při prvním provedení zkoušky ukázalo, že OAE nejsou výbavné, doporučuje se zopakovat test znovu, pokud by i ten ukázal nevýbavnost, přistupuje se k dalšímu testování.

Další objektivní metodou, jež je možné provést již v útlém věku je **AABR**¹³ tato sluchová zkouška se provádí pro upřesňování a potvrzování diagnózy, nebo při jejím vyvracování.

Horáková (2011) uvádí i další objektivní metody. Jednou z nich je i **tympanometrie**, jejímž hlavním cílem je dle Horákové (2011) změření tlaku před i za bubínkem. Jedná se

¹² World Health Organization (WHO)

¹³ Automatic Auditory Brainstem Response

tedy o vyšetření, které se na rozdíl od předchozích metod zabývá středním uchem, konkrétně přetlakem či podtlakem, stavem bubínku nebo přítomností tekutiny nebo hlenu ve středouší (Horáková, 2011).

*„Elektrofyzilogická metoda vyšetření pomocí evokovaných potenciálů neboli **BERA**¹⁴(Brainstem Evoked Response Audiometry) měří bioelektrické signály, které se šíří po sluchových mozkových drahách (Mukšnáblová, 2014, s. 36).“*

Jedná se o další objektivní metodu, která podle Mukšnáblové (2014) sleduje, díky zachyceným signálům z mozku, funkčnost periferní část sluchového ústrojí, případně může konkrétně určit, o jaký typ vady se jedná.

I v případě, že novorozenecký screening neobjevil žádné sluchové postižení, může nastat situace, kdy se sluchová vada objeví v pozdějším stádiu raného věku. Vada či porucha může být objevena buď rodiči, nebo dětským pediatrem. Hádková (2016) upozorňuje na to, že sluchové znevýhodnění může využívat i dětských reflexů (podmíněných i nepodmíněných), v příkladech uvádí např. nepodmíněný reflex víčkový (sevření víček při hlasitém zvuku), zornicový (při zvuku se dítěti rychle stáhnou a pomalu rozšíří zornice), orientační (dítě zadrží dech a pak se rozpláče, pokud uslyší nečekaně hlasitý zvukový podnět) či pátrací (zhruba v 6 měsících se dítě začíná otáčet za zvukem, odkud vychází). Právě nereagování na zvukové podněty bývá nejčastější příčinou, kdy si rodiče uvědomí, že něco není v pořádku. Holmanová (2002) uvádí dobu, během níž rodiče rozpoznají u svých potomků sluchovou vadu od 2. do 6. měsíců věku dítěte, s dodatkem, že se nejčastěji jedná o děti, u nichž nebyl proveden novorozenecký screening.

Kromě objektivních metod, u nichž není zapotřebí spolupráce dítěte, existují i **metody subjektivní**. Mezi takové diagnostické metody se řadí i **klasická zvuková zkouška**, jejíž průběh je stejný u dětí i dospělých. Tato zkouška je vhodná pro děti, které dokáží spolupracovat a mluvit. Tyto požadavky jsou vyžadovány z důvodu průběhu zkoušky. Hádková (2016), stejně tak i Horáková (2011) píše, že se jedná o orientační zkoušku, při níž dítě opakuje slova předříkávané vyšetřujícím. Hádková (2016) dodává bližší podrobnosti o procesu vyšetření, které by mělo probíhat v tiché místnosti, mezi oběma aktéry

¹⁴ Brainstem Evoked Response Audiometry

by mělo být minimálně šest metrů. Dále by vyšetřované dítě mělo stát bokem nebo zády, aby se předešlo odezírání a každé ucho by mělo být vyšetřené zvlášť. Vybraná slova by měla obsahovat, dle Hádkové (2016), hlásky o různých frekvencích, tj. hlubokých (A, O, U, H, K, T) i vysokých (I, E, sykavky). Hádková (2016) také doporučuje u dětí šeptat pokyny, které by mohly plnit, než izolovaná slova, jež by opakovaly. Kromě klasické zvukové zkoušky je možné provést vyšetření za pomoci různých ladiček, jmenovitě např. Weberovu, Rinného nebo Schwabachovu zkoušku.

Všechna zmíněná diagnostická vyšetření předcházejí **audiometrii**, což je typ zkoušky, díky které můžeme přesně zaznamenat ztrátu slyšení jednotlivých uší. S ohledem na komunikační schopnosti dítěti doporučuje Muknšnáblová (2014) provádět audiometrii u dětí strašičích 2 – 3 let. Celé zkoušce předchází krátká instruktáž, během níž je dítěti vysvětleno, co se po něm bude chtít (např. pokud uslyší zvuk, navleče kroužek na tyč, nebo zmáčkne signalizační tlačítko, apod.). Během vyšetření má dítě nasazená sluchátka, do nichž jsou mu z audiometru pouštěny různé zvuky a šумы v odlišné frekvenci a intenzitě. Audiolog postupně zaznamenává vyšetření do audiogramu, kdy pravé ucho se značí červeným kroužkem a levé modrým křížkem. Hádková (2016) uvádí, že celý test je standardizovaný. Na základě výsledků vyšetření, které se u malých dětí musí, podle Muknšnáblové (2014), často opakovat, než dítě pochopí, jak má zareagovat na slyšení zvukových jevů, se dále rozhoduje o vhodné kompenzační pomůcce.

2.2 Terapie a kompenzace sluchových vad

Jestliže se u dítěte projeví nebo je objevena sluchová porucha či vada, je nutné začít ihned jednat, pokud se jedná o poruchu, tak se jí snažit co nejdříve odstranit, aby nedošlo k dlouhodobému poškození sluchu. V případě, že byla potvrzena sluchová vada, měli bychom co nejrychleji začít s rehabilitací a výběrem vhodné kompenzace smyslu. Muknšnáblová (2014) považuje rehabilitaci sluchu za další interdisciplinární obor, na němž se podílí lidé ze zdravotnické, sociální právní i pedagogicko-psychologické péče. Celý tento systém je, podle Muknšnáblové (2014), zaměřen kromě výše zmíněné kompenzace také na reedukaci (tj. rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), ale i akceptaci postižení, se kterým se člověk musí naučit žít. K rychlému vývoji a pokroku dochází nejen ve vědě, ale také i mezi kompenzačními pomůckami nahrazující sluchové vnímání. V současné době

nabízí trh nepřehledné množství sluchadel i kochleárních implantátů od různých výrobců. Tyto kompenzační pomůcky jsou hlavně u dětí raného věku nejčastěji zvolenými náhradami sluchu.

Sluchadla

Sluchadla patří mezi nejefektivnější a nejpoužívanější pomůcky zejména u nedoslýchavosti, uvádí Muknšnáblova (2014). Jedná se o elektroakustické zařízení, které dokáže zesílit a modulovat zvuk podle potřeby uživatele. Hádková (2016) ve své publikaci popisuje celý proces fungování. Slabé zvuky, které jsou mikrofonem zachyceny, se v něm změny na elektrický proud, který je poté zesilovačem zesílen na požadovanou hlasitost, dle individuálních potřeb uživatele. Proud je přiveden, dle Hádkové (2016), do reproduktoru, kde se znovu přemění na zvukové vlny, tímto způsobem vznikne velmi silný zvuk, jenž je zaváděn přímo do zvukovodu. Část zvukovodu je zaplněna ušní tvarovkou, která podle Hádkové (2016) zabraňuje zpětné akustické vazbě.

Existuje celá řada druhů sluchadel, která se liší způsobem zpracování signálů (například analogová nebo digitální) či zaváděním zesíleného zvuku (vedení zvuku přes kost nebo vzduchem). V současné době můžeme nejčastěji u dětí se sluchovým postižením vidět závěsná sluchadla.

Muknšnáblova (2014) uvádí další příklady sluchadel, jako jsou například sluchadla kapesní, nitroušní, brýlová nebo systém BAHA¹⁵, který zvuk přenáší skrz skalní kost.

Kochleární implantát

Další možností, jež se nabízí rodičům dětí se sluchovým postižením, jsou kochleární implantáty. V České republice je možné vybrat si KI od třech různých zahraničních firem (Advanced Bionics, Cochlear a MED-EL). Center pro kochleární implantaci máme u nás celkem čtyři, v pražském Motole, v Brně, Ostravě a Hradci Králové.

Hádková (2016) popisuje kochleární implantát jako elektronickou funkční smyslovou náhradu, která umožňuje přenášení sluchových vjemů a následně přímou elektrickou stimulaci sluchového nervu ve vnitřním uchu – v hlemýždi. Celý tento proces

¹⁵ BAHA – Bone Anchored Hearing Aid (Muknšnáblova, 2014)

obejde nenapravitelně poškozené vláskové buňky, které jsou jinak nezbytné pro slyšení. Veškeré nashromážděné informace jsou poté přeneseny do mozku, jenž je posoudí jako zvuk.

Kochleární implantát od firmy Advanced Bionics se skládá z vnitřního implantátu HiRes™ Ultra 3D a elektrodových svazků, které přijímají zpracované zvukové vjemy a dále stimulují sluchový nerv. Vnější část implantátu se skládá z mikrofonů, jež jsou umístěny na cívce a procesoru a zachycují a transportují okolní zvuky do procesoru. Úkolem zvukového procesoru je analýza zvuků, které jsou dále poslány skrz cívku do vnitřního implantátu. Ta je připojena k vnitřní části připojena magnetem, díky němuž je možné cívku odejmout.



Obrázek č. 3 – Uživatel zvukového procesoru Sky CI™ M¹⁶ (Abionic).

Příhodová (2021) uvádí počty implantovaných dětí pomocí KI od značky Advanced Bionics. Ve Fakultní nemocnici Motol činí tento počet 41 dětí, z toho 28 dětí bylo implantováno oboustranně a 13 jednostranně. Motolská nemocnice má nejnižší věkový průměr implantovaných pacientů. Děti, které mají jeden kochleární implantát, jsou většinou uživateli, jež jsou starší, nebo mají na druhém uchu zbytky sluchu anebo se jedná o děti s vícečetným postižením. V případě, že dítě má zbytky sluchu, které by potřebovaly taktéž kompenzaci, nevylučuje se podle Příhodové (2021) kombinace se sluchadly značky Phonak, které jsou kompatibilní s kochleárními implantáty firmy Advanced Bionics. Příhodová (2021) dále uvedla, že 20 dětí bylo implantováno mezi prvním a druhým rokem života, mezi 3. – 4. rokem to bylo 26 a od 3 – 5 let pak 14 dětí.

¹⁶ Tento systém umožňuje několik variant nošení, klasické, za uchem nebo připnuté na svrchním oděvu, pokud dítě nemá dostatečně velké uši.

Logopedická péče

Logopedie je neodmyslitelnou součástí rané intervence u dětí se sluchovým postižením, zvláště pak pokud se rodiče rozhodnou pro mluvenou řeč jako hlavní komunikační systém. Rossetti (2001, in Bytešníková, 2015) upozorňuje, že komunikační dovednosti představují nejdůležitější ukazatel školní úspěšnosti. Z tohoto důvodu by se logopedická péče neměla podceňovat a odbývat, ať už se jedná o dítě slyšící či se sluchovou vadou. Stejně jako u sluchového postižení, i zde je podle Bytešníkové (2015) důležité provést včasnou diagnostiku a předejít tak zbytečným komplikacím. Logopedická intervence u dětí by měla sloužit především jako ukázka toho, jak by rodina měla s dítětem pracovat. Někteří rodiče se mohou mylně domnívat, že jejich dítěti stačí, když 1x za dva týdny (měsíc) půjde na hodinu k logopedovi, který ho naučí mluvit. Bohužel tomu tak není, rodiče by si měli uvědomovat, že oni jsou ti, kteří mají dítě vést a učit ho, logoped v tomto případě zastává pozici odborníka (učitele), jenž může rodině poskytnout návod. Stejně je to i v případě, kdy má dítě v rámci vzdělávání lekce individuální logopedické péče. Vzhledem k počtu dětí na jednoho logopeda je nemožné, aby každé dítě mělo několikrát v týdnu individuální péči. Tyto hodiny většinou probíhají skupinově.

2.3 Možnosti komunikace a komunikační systémy

Pro úspěšnou rehabilitaci sluchového postižení je nutné, aby byl co nejdříve zvolen vhodný komunikační systém. Jeho volba záleží na rodičích, ti si mohou nechat poradit od odborníků z různých odvětví, ale konečné rozhodnutí zůstává stále na nich. Hádková (2016) předkládá data od Wildmanna (2010), který tvrdí, že 95 % neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům. Většina těchto rodičů netuší, že se jim narodí dítě se sluchovou vadou a často nemají zkušenosti ani informace o sluchovém postižení.

Způsob, jakým budou rodiče komunikovat se svým potomkem, může být ovlivněn několika faktory. Důležitým činitelem ale zůstává fakt, aby mezi dítětem a rodičem, popřípadě dítětem a pedagogem, byl ustálen komunikační prostředek, díky němuž bude docházet k bezproblémovému přijímání informací. U neslyšících rodičů probíhá, dle Hádkové (2016), výběr způsobu komunikace naprosto přirozeně, kdy rodič začne na dítě znakovat, přičemž dojde k navázání kontaktu. Slyšící rodiče se ale nacházejí v choulostivější

situaci, kdy se nejprve oni sami musí vypořádat s myšlenkou, že je jejich dítě sluchově znevýhodněno.

Dalšími mezníky, které mohou ovlivnit výběr komunikační metody, jsou kompenzační pomůcky a stupeň sluchové vady. Pokud se jedná o menší ztrátu sluchu, kterou je možno dobře kompenzovat sluchadly nebo se rodiče rozhodnou pro implantaci kochleárního implantátu, nabízí se **auditivně orální** metoda. Což je metoda, za jejíž cíl považuje Hádková (2016) osvojení si mluveného jazyka. Lechta (2002, in Horáková 2012) se domnívá, že při osvojování mluvené řeči naráží děti se sluchovým postižením na problém ve slyšení z kvalitativního i kvantitativního pohledu. Mluvená řeč je, dle Horákové (2011 '2) v písemné i zvukové podobě nezbytná pro dorozumívání se s majoritní společností. Sluchové postižení u auditivně orální metody může narušovat některé z důležitých faktorů, Horáková (2012) zmiňuje respiraci, fonaci a artikulaci (tj. dýchání, tvorba hlasu a výslovnost).

Další možnou metodou je **totální komunikace**. Potměšil (1999) tento způsob popisuje jako spojení manuálních a manuálně-orálních prostředků s ohledem na komunikační a vyjadřovací schopnosti nebo potřeby účastníků rozmluvy. Ve vzdělávacím proudu se rodiče mohou setkat s **metodou bilingvální**. Během této metody jsou využívány dva jazyky, v našem prostředí jsou to český a český znakový jazyk.

Výše uvedené metody jsou taktéž uplatňovány ve vzdělávání dětí a žáků se sluchovým postižením.

Český znakový jazyk

Zákon č. 155/1998 Sb. a jeho novela č. 384 z roku 2008 definují český znakový jazyk následovně:

„Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace (Zákon č. 384/2008).“

Tímto způsobem definuje český znakový jazyk novela zákona č. 384 z roku 2008, která upravuje zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Tento legislativní dokument dále připouští taktilní formu znakového jazyka, jako prostředek komunikace pro osoby s hluchoslepotou. Český znakový jazyk

je vizuálně motorický a zákonem uznáván za plnohodnotný a přirozený komunikační systém, jenž je „*tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu (Zákon č. 155/1998 Sb.)*.“ Muknšnáblová (2014) v souvislosti s českým znakovým jazykem uvádí tyto atributy: „*znakovost, systémovost, členění, produktivnost, svébytnost, historický rozměr a ustálení po stránce lingvistické i gramatické (Muknšnáblová, 2014, s. 60)*.“

Znakovaná čeština

Stejně jako český znakový jazyk, tak i znakovaná češtině umožňuje legislativa taktilní podobu. Oproti znakovému jazyku se jedná o uměle vytvořený systém, Muknšnáblová (2014) jej popisuje jako převedení mluvené řeči do znaků, každé jedno slovo je propojeno znakem. Zákon 155/1998 Sb. dále uvádí, že znakovaná čeština vychází z gramatiky českého jazyka.

Kromě českého znakového jazyka a znakované češtiny připouští zákon 384/2008 Sb. další komunikační systémy, které vyplývají z českého jazyka, jedná se o Lormovu abecedu, prstovou abecedu, vizualizaci mluvené češtiny, písemný záznam mluvené češtiny, daktylografiku, Braillovo písmo v taktilní podobě, vibrační systém Tadoma a v neposlední řadě také taktilní odezírání.

Odezírání

Jedním z prostředků porozumění komunikace u neslyšících je odezírání. Pokud si rodiče neslyšícího dítěte zvolí jako hlavní komunikační prostředek mluvený jazyk, je zapotřebí již od útlého věku učit dítě odezírat. Potměšil (1999, s. 27) definuje odezírání takto:

„Sluchově postižený přijímá zrakovou cestou informace sledováním pohybů rtů a doplňuje si je pozorováním mimiky, gest a využitím případných funkčních zbytků sluchu.“

Zrak nese důležitou funkci v životě neslyšícího i slyšícího dítěte. Podle Hádkové (2016) je zrakové vnímání s ohledem na ostatní smysly jedním z hlavních kompenzačních prostředků, které spolu se sluchem představují pro dítě nejdůležitější poznávací procesy.

Holmanová (2002) tvrdí, že schopnost odezírání je přirozená a i slyšící dítě pozoruje obličej či dospělí pozoruje během komunikace obličej (ústa) řečníka, ovšem vyžaduje to jisté nadání, které je právě u dětí se sluchovým postižením nutné rozvíjet.

3 Raná intervence u dětí se sluchovým postižením

Následující kapitola se bude podrobně zabývat ranou intervencí u novorozenců a dětí se sluchovým znevýhodněním. Kapitola je rozdělena do několika částí, jež se zabývají terminologií, historií, legislativou i konkrétními poskytovateli a klienty rané péče a intervence.

3.1 Raná intervence, její význam a cíle

V této podkapitole bychom rádi podrobněji vysvětlili termín raná intervence z pohledu odborné literatury, legislativy, ale také i praxe.

Vymezit ranou intervencí jednou definicí je velmi obtížné. Pokud bychom chtěli vymezit pouze termín *intervence*, tak podle Akademického slovníku cizích slov jde o zásah, či zákrok v něčí prospěch. Jestliže bychom tuto definici převedli do speciálně pedagogického prostředí, tak by to znamenalo zasáhnutí do rodiny, jejíž součástí je dítě s postižením či sociálním znevýhodněním, nebo dítěte samého, které potřebuje nějakým způsobem pomoc.

Barlová s Hradilkovou (2020) upozorňují na problematiku pojmů raná péče, raná intervence a včasná pomoc nejen u nás, ale i v zahraničí, kdy tyto pojmy „*nejsou z vědeckého hlediska, ani v povědomí široké veřejnosti jasně ukotveny (Barlová, Hradilková, 2020, s. 10)*“ a kvůli tomu může docházet k nedorozuměním jak v odborné, tak i širší populaci.

Němečtí autoři Thurmair a Nagglová (2010, s. 13) definují *die Frühförderung* (včasnou péči) jako

„nabídku pomoci pro děti v kojeneckém, batolecím a předškolním věku, které jsou postižené nebo postižením ohrožené, dále pro jejich rodiče a další osoby pověřené jejich výchovou. Cílem rané péče je nabídnout takovou pomoc, která v případě dětí s postižením nebo ohroženým vývojem včas přispěje k tomu, aby se děti rozvíjely co možná nejlépe, aby docházelo k rozvoji jejich schopností a mohly se integrovat do světa, ve kterém žijí. (Thurmair, Nagglová, 2003 in Barlová, Hradilková, Pretis, 2020, s. 10)“.

Britská organizace Early Intervention Foundantion (EIF) popisuje ranou intervencí jako pomoc a poskytování včasné podpory dětem i mladistvým, kteří jsou ohroženi

negativními vlivy. Efektivní péče by měla předcházet nebo čelit problémům, pokud nastanou, dříve, než se problémy zhorší. EIF také uvádí, že včasná intervence pomáhá a je komplexní oporou všech osobnostních silných stránek a dovedností, jež připravují dítě či mladého člověka na život v dospělosti.

Potměšil a kol. (2015) definují ranou intervenci jako speciálněpedagogickou disciplínu, která podporuje rodiny dítěte s těžkým zdravotním postižením. Autoři (2015) pojetí rané intervence jako sociální služby nazývají ranou péčí podle zákona číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách.

„Raná intervence je zaměřena na podporu rodičů tak, aby došlo k posílení jejich rodičovských kompetencí, stejně tak jako jejich schopnosti správné volby výchovného modelu (Potměšil a kol., 2015, s. 9).“

Kolektiv autorů v čele s Potměšilem (2015) dále uvádějí, že se rodinám dostává podpora v oblasti zdravého rozvoje a růstu dítěte, samozřejmě při dodržování jeho práv a aktivní účasti. Mimo jiné raná intervence v sobě zahrnuje celou řadu opatření ať už konkrétních nebo obecných, které se týkají jak rodičů, tak i samotného dítěte a to z oblastí primární prevence (tj. zdravotního stavu jedince), tak sekundární prevence, zabývající se situací v rodině.

V současném pojetí poskytuje raná intervence podporu a pomoc díky mezioborové spolupráci různých orgánů, jež provázejí rodiče od úplných začátků. Jedná se o podporu jak v průběhu těhotenství, tak i po narození dítěte, ať ze strany rodiny, zdravotníků, pracovníků středisek a center rané péče, logopedických center, školských i školních zařízení a dalších sociálních služeb.

Raná intervence jako služba poskytovaná střediskem je většinou stále pojmenována jako raná péče.

„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do sedmi let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. (Hradilková, 2018, s. 12)“

Podobně definuje včasnou intervenci i Vítková (2012), podle níž se jedná o „*systém služeb a programů, poskytovaných dětem ohrožených v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace* (Vítková, 2012 in Hádková, 2016, s. 181).“

Raná intervence je tedy ve většině případů komplexní terénní službou zaměřující se na práci v rodinném prostředí s cílem, co nejvíce omezit rizikové faktory, jež jsou součástí postižení. Dalším cílem je pak pomoc při vzdělávání a rozvoji individuálních potřeb dítěte.

Pro účely této práce bude použit termín raná intervence, pokud se nebude jednat konkrétně o sociální službu poskytovanou střediskem rané péče.

Legislativní ukotvení

V České republice je raná intervence ukotvena v zákoně číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, tudíž se jedná, jak už bylo zmíněno, o sociální službu. Tento dokument intervenci definuje jako ranou péči v § 54.

„Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54)“

Odstavec dva téhož paragrafu dodává, jaké jsou konkrétní služby poskytované ranou péčí. Jedná se o:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zákon o sociálních službách také neopomíjí dodatek, konkrétně § 72, který říká, že raná péče je poskytována bez nároku finanční úhrady. Z toho vyplývá nárok poskytování

služby komukoli, kdo ji potřebuje a požádá o ni, bez ohledu na jeho sociální nebo náboženskou orientaci, nebo finanční možnosti.

Mezinárodní Úmluva o právech dítěte vytvořena Organizací spojených národů řadí mezi cíle včasné intervence vytváření a posilování podmínek, které jsou prospěšné pro vývoj novorozenců a dětí v raném stádiu života v jejich rodinách, kde mohou od počátku svého života vyrůstat bez násilí a v prostředí, jenž je pro ně co nejvíce přirozené.

Pretis a Barlová (2020) dodávají, že vhodnými opatřeními by tyto cíle měly podporovat mladé lidi v seberozvoji po fyzické i sociální stránce a přispívat tak k odbourání nebo vzniku znevýhodnění. Rodičům nebo osobám, které jsou pověřeny výchovou, podle Pretise a Barlové (2020), by měly služby sloužit zejména v podpoře při výchově, především by se mělo jednat o péči v oblasti poradenství, popřípadě pomoc psychologickou.

3.2 Historie a vývoj rané intervence v České republice

Potměšil (2015) ve své publikaci píše, že pozornost oblasti rané intervence se věnovala již před naším letopočtem, odkazuje na čínského filozofa Konfucia a jeho díla, v nichž se domnívá, že prostředí, ve kterém se plod nachází, může mít vliv na narození dítěte. V českém prostředí však počátky raného zájmu Potměšil spatřuje až v období baroka, a to v Informatoriu školy mateřské od Jana Amose Komenského, konkrétně ve čtvrté kapitole, kde Komenský píše o včasnosti intervence ze strany rodičů a pečovatelů.

Počátky rané intervence, poválečné období a doba socialismu

Vznik rané intervence je, dle Hradilkové (2020), spojen s historií poradenských služeb pro rodiny dětí se zrakovým postižením. Autorka jako důvod uvádí nejvčasnější zformování poskytované pomoci rodinám, díky níž se později formovali i další pracoviště se zaměřením pomoci na jiné druhy postižení. Z této teze vychází i Matějček (2002, in Šándorová, 2017).

Ve střední Evropě má raná péče kořeny už na přelomu devatenáctého a dvacátého století, Šándorová (2017), dále uvádí, že Česká republika byla jednou z prvních zemích, které ranou péči realizovaly.

„Raná péče byla zahrnuta již v programu pražského Pedologického ústavu v době předválečné. Defekty, zvláštnosti, malformace, poruchy smyslové, tělesné a psychické

se detailně popisovaly, fotografovaly, dokumentovaly a ukazovaly (...). (Matějček, 2002 in Šándorová, 2017, s. 46)“

Klenková (2006) uvádí informaci, že již v roce 1928 byla v Praze terénní logopedická služba, kterou zajišťovaly tři učitelky z mateřských škol, pod vedením odborníků z foniatry. Tyto pedagožky měly za úkol vyhledávat v mateřských školách děti s vadami řeči a posílat je na foniatrické vyšetření.

Díky odborníkům z Pedologického ústavu, jakými byli pánové Matějček¹⁷, Vojta¹⁸ či Papoušek¹⁹ se začala v 50. letech minulého století opět ozývat potřeba zkoumání péče o děti se speciálními potřebami. V této době dle Šándorové (2017) pronikly poznatky z pediatrie i psychologie do speciální pedagogiky, v níž udával hlavní směr Miloš Sovák. I on sám nese nemalou zásluhu v oblasti péče o děti v předškolním období, především tím, že založil v roce 1946 Logopedický ústav hlavního města Prahy.

„Logopedický ústav byl organizačně začleněn do rezortu zdravotnictví, hlavní oblast jeho činnosti byla však v rezortu školství. Logopedický ústav byl odborným a vědeckým pracovištěm, jediným tohoto typu v tehdejší Československu; pracovalo zde mnoho významných odborníků z oblasti medicíny, pedagogiky, jazykovědy (...). (Klenková, 2006, s. 20)“

Osobnost Miloše Sováka a její přínos zejména pro českou speciální pedagogiku je obrovská, kromě založení logopedického ústavu a rozšíření sítě logopedické intervence po celé republice se mimo jiné zasloužil také o založení Ústavu pro defektologii na Univerzitě Karlově (dnes Katedra speciální pedagogiky).

Dle Klenkové (2006, s. 20) se Miloš Sovák *„zasloužil o rozvoj terénní péče pro postižené osoby s vadami řeči a sluchu ve školství, zdravotnictví a sociální péči. Z jeho iniciativy byla zřízena škola pro nedoslýchavé a škola pro vadně mluvící²⁰.“* Pro děti

¹⁷ Prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc. byl dětský psycholog, zabývající se vývojovou a klinickou psychologií.

¹⁸ Prof. MUDr. Václav Vojta byl český dětský neurolog, který se proslavil především metodou reflexivní lokomoce, tzv. Vojtovy metody.

¹⁹ Prof. MUDr. Hanuš Papoušek, DrSc. byl český pediatr a psycholog.

²⁰ Dnes Gymnázium, Střední odborná škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, Ječná 27, Praha 2

s přidruženou vadou sluchu po celé zemi dokázal zajistit a bezplatně si nárokovat vhodné kompenzační pomůcky v podobě sluchadel.

V 70. letech minulého století se na rozvoji služeb rané intervence také podílelo vybudování sítě rehabilitačních jeslí, jež byly pod záštitou ministerstva zdravotnictví a otevírání speciálních mateřských škol nebo speciálních tříd při běžných mateřských školách, uvádí Šándorová (2017). Kromě otevřených zařízení pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami k dalšímu rozmachu přispěl vznik pedagogicko-psychologických poraden.

Vývoj rané intervence v porevolučním období

Po revolučním roce 1989 přišel s koncem socialismu a novým desetiletím i nový příliv perspektiv a možností v oblasti rané intervence. Od 80. let se již formulovala střediska rané péče, především pak pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením, která fungovala v rámci neziskového sektoru tehdejšího Československa a poskytla tak základy pro vznik dalších organizací, jež by podporovaly děti s dalšími typy postižení.

V roce 1990 byla založena organizace Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s., jež vznikla především z iniciativy rodičů dětí s těžkým sluchovým postižením, kteří pro své děti chtěli lepší podmínky pro život. Zejména v oblasti vzdělávání, jež nebylo pro děti se sluchovým postižením podle jejich rodičů plnohodnotné. Žáci byli rozdělováni do škol podle stupně sluchové vady, kompenzační pomůcky nebyly dostačující, znakový jazyk nebyl v té době vnímán jako plnohodnotný komunikační systém²¹ a ve společnosti stále ještě převládal názor, že sluchové postižení je propojeno s mentálním postižením. Rodiče tudíž požadovali, aby se vzdělávání jejich potomků zlepšilo, měli možnost integrace do dětského kolektivu, nemuseli již v předškolním věku nastupovat do internátů a pro budoucí život získali lepší výchozí pozici (Historie organizace Tamtam, o.p.s., nedatováno).

Během posledních pěti let minulého tisíciletí se Federace vypracovala na profesionální úroveň. Spolupracovala například na návrhu zákona o znakové řeči a po neúspěchu přesvědčit jednu ze tří škol v Praze, aby vytvořila třídu, kde by se děti vyučovaly bilingválně,

²¹ První zákon, který uznal znakový jazyk za plnohodnotný, byl zákon číslo 155/1998 Sb. o znakové řeči. Tento legislativní dokument byl novelizován v roce 2008 zákonem č. 384 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, který již mluví o českém znakovém jazyce a ne řeči.

bylo rozhodnuto o založení vlastního vzdělávacího institutu, v němž by se vyučovalo po vzoru USA či severských zemí bilingvní metodou.

Téměř po desetiletém úsilí začala Federace poskytovat službu rané péče po celé České republice. Mimo jiné se specializovala i na další služby, zejména v oblasti poradenství, ale také i v nabízení velkého množství kroužků či volnočasových aktivit pro děti. Výjimkou nebyly ani víkendové nebo týdenní pobyty pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením, které jsou pořádány dodnes. Stejně jako osvětové besedy a semináře pro slyšící i neslyšící zájemce. Mezi další milníky, o něž se organizace zasadila, bylo zavedení celoplošného screeningu sluchových vad a vzdělávání zdravotnického personálu v komunikaci s osobami se sluchovým postižením. Těmito zásahy do společnosti se rozšířilo nejen povědomí, ale také tým odborníků z různých oborů, kteří se začlenili do pracovních skupin u příslušných ministerstev. Federace rodičů a přátel neslyšících si tak vydobyla právoplatný respekt a místo v oblasti rané intervence u dětí se sluchovým postižením.

V roce 2013 se Federace změnila na občanské sdružení a od té doby působí jako Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.

3.3 Poskytovatelé a klienti rané intervence

Jak již bylo zmíněno výše, je raná intervence postavena na multidisciplinární spolupráci. V této podkapitole bychom rádi popsali činnost jednotlivých odvětví, které se mohou podílet na pomoci rodině či dítěti se sluchovým postižením v raném období života.

Klient

Včasná intervence je především určena pro děti (od narození - do 7 let věku) a jejich rodiny (viz kapitola 2.1 Terminologie), jež se musejí vypořádat a sžít s novou situací, kterou v tomto případě představuje zdravotní postižení, konkrétně sluchové postižení.

Zdravotnický resort

Od samého počátku prenatálního vývoje jsou dítě a matka sledovány odborníky, již se jim snaží poskytnout co nejlepší možnou péči v oblasti fyzického i psychického zdraví.

Wilhelmová (2021) za obecné cíle prenatální péče považuje hlavně podporu zdraví a pohody ženy a dítěte, které jsou podmíněny schopnostmi, možnostmi, ale i motivací a aktivitou jak zdravotnického personálu, tak příjemci péče. Dalšími dílčími cíli jsou dobrá

zdravotní kondice ženy, snížení rizika vzniku komplikací během těhotenství, fyziologicky probíhající gravidita a porod zdravého novorozence. V případě, kdy by se objevily příznaky patologických jevů, je zásadní včasná diagnostika a řešení problému, aby matka i dítě pocítily co nejmenší dopad.

Prevenici sluchových vad a poruch dělí Muknšnáblová (2014) do tří skupin, na primární, sekundární a terciární.

„**Primární** prevence zabraňuje vzniku sluchových poškození (Muknšnáblová, 2014, s. 24).“

Součástí preventivních prohlídek by tedy mělo být seznámení budoucí matky s rizikovými faktory, které by mohly mít negativní vliv na vývoj plodu. Mezi ně patří podle Muknšnáblové (2014) například alkohol, drogy, dále pak infekční onemocnění jako jsou zarděnky, toxoplazmóza, spalničky, chřipka, cytomegaloviry, syfilis, herpetická onemocnění, kapénkové infekce. Pro těhotné ženy by mělo být samozřejmostí dodržování správné životosprávy a vyhýbání se situacím, které by mohly vést k případným úrazům, jež by vedly k přerušení dodávek kyslíku nebo prokrvení plodu.

Muknšnáblová (2014) dále upozorňuje na nutnost sledovat dítě v prenatálním období i z pohledu genetického zatížení na sluchové ústrojí, zvláště tehdy, pokud matka nebo otec jsou nositeli sluchové vady. Samozřejmě by se neměla opomíjet ani rizika vzniku sluchového znevýhodnění v období raného dětství. Dítě by nemělo být vystavováno přílišnému hluku a oba rodiče by měli dítě chránit před úrazy hlavy, jakými jsou pády, údery nebo zavedení cizího předmětu do zvukovodu.

Za **sekundární** prevenci považuje autorka (Muknšnáblová, 2014) novorozenecký screening. Ten by měl odhalit po narození dítěte případné sluchové nedostatky. Screeningové vyšetření by se mělo provést nejlépe 3. – 4. den po porodu. Desatero novorozeneckého screeningu vydané odborníky České společnosti otorinolaringologie a chirurgie hlavy a krku doporučuje provést screening druhý nebo třetí den. V této době už by ve sluchovém ústrojí neměly být přítomny zbytky plodové vody, jež by zkreslovaly výsledky vyšetření. Novorozenecký screening se provádí za pomoci tranzientních otoakustických emisí (TEOAE).

V minulosti byly TEOAE zjišťovány pouze u rizikových novorozenců, Muknšnáblova (2014) uvádí tyto příklady: děti s nízkou porodní váhou (pod 1 500 g), novorozenci, jejichž matka v době těhotenství prodělala některé z rizikových onemocnění, novorozenec po protražovaném porodu, který nedosáhl požadovaného Apgar²² skóre, dále pak dítě, u něhož jsou patrné anomálie v oblasti hlavy (hlavně v okolí uší) a krku, neopomíjí ani Rh inkompaktibilitu nebo výraznou poporodní žloutenku, v neposlední řadě je vyšetření prováděno u dětí, jejichž rodiče mají sluchové postižení.

Na začátku roku 2021 vyšla novela vyhlášky č. 45/2021 Sb., s níž se změnila vyhláška č. 70/2021 o preventivních prohlídkách. Do vyhlášky byla přidáno doporučení o provedení screeningového vyšetření sluchu u novorozenců metodou TEOAE, AABR a informování o této možnosti rodičů dětí, pokud tak již nebylo učiněno a vyšetření sluchu dětí ve věku 5 let tónovým audiogramem.

Kromě novorozeneckého vyšetření spadají do sekundární prevence pravidelné pediatrické prohlídky, jejichž součástí je mimo jiné i kontrola sluchu a adekvátní léčba akutních či chronických zánětů ucha či nosohltanu.

Za **terciární** prevenci považuje Muknšnáblova (2014) „*odstranění nebo minimalizování následků již vzniklé poruchy*“. V první řadě je důležitá diagnostika sluchové vady a následně její kompenzace a zvolení vhodné kompenzační pomůcky, např. vhodný typ sluchadel či kochleárního implantátu.

Resort sociálních služeb

Sociální služby nám v oblasti rané intervence zajišťují především střediska a centra rané péče. V oblasti surdopedie je touto oporou Centrum pro dětských sluch Tamtam, o. p. s., které poskytuje svým klientům potřebnou pomoc podle § 54 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podrobnější informace o průběhu péče v Centru budou poskytnuty v následující kapitole (5 Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením).

²² Apgar skóre (skóre Apgarové) metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení stavu novorozence těsně po porodu (Velký lékařský slovník, nedatováno)

3.4 Příklad rané intervence v zahraničí

V turecké Ankaře byl v roce 2018 proveden výzkum (*Significance of early diagnosis and early intervention in early childhood hearing loss*) zabývající se ranou intervencí, diagnostikou a novorozeneckým screeningem u dětí se sluchovým postižením. Výzkumné šetření bylo vypracováno pod místní univerzitou Hacettepe. Profesorka Şahlí, jež byla vedoucí výzkumného šetření, uvádí, že základem včasné diagnostiky a intervence je novorozenecký screening. Programy včasné intervence kladou důraz na to, aby každý novorozenec podstoupil vyšetření sluchu do jednoho měsíce po narození. Kojence, které se nepodaří před ukončením prvního měsíce života vyšetřit, by mělo čekat audiologické vyšetření do konce třetího měsíce. Podle Şahlí (a Committee, 2000) by měl každý úspěšný program zahrnovat novorozenecký screening sluchu do jednoho měsíce, diagnózu ztráty sluchu před třetím měsícem, následovat by měla ihned vhodná intervenční služba pro kojence, kteří ztratili sluch před ukončením šestého měsíce věku. Program by samozřejmě měl být koordinován různými službami a poskytovat komplexní podporu rodině s dítětem se sluchovým postižením.

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že průměrný věk dítěte při kompenzaci sluchadly je 5,83 měsíce, zhruba o měsíc později tj. v 6,7 měsících začíná, dle autorky, u batolete probíhat sluchově-verbální trénink. Z celkového počtu zúčastněných novorozenců mělo 73,3 % těžkou nebo velmi těžkou sluchovou vadu, 43,3 % těchto dětí bylo kompenzováno sluchadly, zbývajících 56,7 % se stalo uživateli kochleárních implantátů. Průměrný věk, ve kterém byly děti implantovány, byl 13,17 měsíců.

Şahlí se pozastavuje nad výše uvedenými výsledky, které jsou podle autorky akceptovatelné, v rámci intervenčních programů, po celém světě. Výzkumnice ve své práci dále upozorňuje na pozitivní vliv novorozeneckého screeningu, v jehož důsledku došlo ke zlepšení péče. Şahlí uvádí, že díky programům rané intervence zahrnující novorozenecký screening sluchu a včasnou diagnostiku se počet novorozenců, kteří odcházejí již z porodnice s vyšetřeným sluchem, navýšil až o 90 %²³.

²³ 90% navýšení je bráno jako statistický údaj, do něhož byly zachyceny údaje z celého světa.

Výsledky šetření se také zabývaly složením týmu, který se podílí na rané intervenci u dětí se sluchovým postižením. V první řadě jde o rodinu, která spolupracuje se zbytkem týmu, jenž tvoří odborníci z různých odvětví. Každý zúčastněný by měl mít jasně vymezené své povinnosti a odpovědnost za provedenou činnost. Šahlí mezi členy takového týmu považuje porodnici, rodinu, pediatry, otorinolaryngology, audiology, logopedy, pedagogy zabývající se vzděláváním dětí se sluchovým postižením a další zdravotní pracovníky, kteří se nějakým způsobem podílejí na intervenčním programu. Mezi takové členy patří např. genetici, neurologové, oftalmologové a poradny podporující rodiny. Šahlí v závěru svého výzkumného šetření uvádí, že k více než 50 % vrozených ztrát dochází z genetických příčin, proto by se na genetiky nemělo zapomínat, ale naopak je postavit do popředí v oblasti diagnostiky, novorozeneckém screeningu a intervenčních službách.

4 Preprimární vzdělávání

Člověk se učí nepřetržitě celý život, již od prenatálního období, kdy postupně rozeznává hlas matky. Součástí poskytování včasné intervence je tudíž také vzdělávání. S raným stádiem života souvisí především předškolní vzdělávání. V České republice je od počátku školního roku 2017 – 2018 povinné absolvovat jeden rok předškolní docházky před nástupem do základní školy. Tato povinnost, podle MŠMT ČR²⁴, nabývá platnosti okamžikem, kdy dítě dovrší věku pěti let.

Běhounková (2011) spojuje pojem včasné péče především s vyrovnáváním podmínek v oblasti vzdělávání. Domnívá se, že právě ve vzdělávání by mohlo být dítě se speciálními vzdělávacími potřebami znevýhodněno v dosažení školní úspěšnosti a později i ve výběru povolání.

Rodiče dětí se sluchovým postižením (a nejen ti) si mohou vybrat z několika zařízení, nabízejících různé způsoby a přístupy vzdělávání dětí předškolního věku. Jejich výběr je většinou závislý na stupni sluchové vady, její kompenzaci, na komunikačních dovednostech dítěte a v neposlední řadě preferencích rodičů a místě bydliště. Pro děti se sluchovým postižením se nabízí několik variant předškolní docházky. Jedná se buď o mateřskou školu pro děti se sluchovým postižením zřízenou podle § 16 školského zákona, mateřskou školu hlavního vzdělávacího proudu, kam by dítě docházelo v rámci společného vzdělávání, nebo mateřskou školu speciální, při níž může být zřízena logopedická třída.

4.1 Dítě v mateřské škole hlavního vzdělávacího proudu

U dětí s lehkým postižením sluchu nebo dětí, u nichž je sluchová vada výborně kompenzována, dochází dle Jungwirthové (2015) k začlenění do vzdělávacího proudu mateřské školy bez další administrativy, která by dítě „onálepkovala“ jako dítě zařazené v integraci. Tyto děti většinou nemají velké obtíže v komunikačních dovednostech a za svými vrstevníky nijak nezaostávají, avšak by stále měly být pod dozorem odborníka (speciálního pedagoga – pracovníka speciálně pedagogického centra nebo střediska rané péče), jenž by dohlížel na vývoj dítěte a učitelům z mateřské školy by byl k dispozici

²⁴ MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

pro případné konzultace. Vzdělávání v těchto případech většinou probíhá bez přítomnosti asistenta pedagoga.

Přijetí dítěte se sluchovým postižením do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu často inicializuje pracovník SPC²⁵, PPP²⁶ nebo střediska rané péče na základě žádosti rodičů, kteří mají zájem, aby jejich dítě navštěvovalo vybranou mateřskou školu. Do tří měsíců od podání žádosti SPC by, dle Jungwirthové (2015), měli rodiče obdržet pozvánku na vyšetření dítěte a následně další měsíc dostat výsledky a doporučení k integraci, včetně návrhu, zda dítě potřebuje asistenta pedagoga či nikoli. Tato zpráva, tzv. doporučení k zařazení žáka do MŠ, je pak předána vedení školy, které rozhodne o tom, zda dítě přijme. Díky příslušnému dokumentu je pak škole přidělen finanční příspěvek, jenž může posloužit jako odměna pro pedagogy, navýšení jejich úvazku či zakoupení potřebných pomůcek (knih, edukačních pomůcek pro dítě, apod.). Dítěti je na základě jeho posudku ve spolupráci se SPC, PPP nebo centrem rané péče vypracován individuální vzdělávací plán.

V některých oblastech naší země může být důvodem, proč je mateřská škola vzdělávacího proudu upřednostňována před mateřskou školou zřízenou §16 nebo speciální, dostupnost a možnosti rodičů vozit dítě do specializovaného zařízení. Ne vždy se zařazení do intaktního kolektivu musí povést, ale vždy by se měl klást důraz na to, co je pro celou rodinu a zejména pro dítě nejlepší možnost.

4.2 Dítě se sluchovým postižením v mateřské škole speciální

Důvodů, proč si rodič zvolí MŠ speciální, místo školy zřízené podle §16 nebo hlavního vzdělávacího proudu, se nabízí hned několik, tím nejzávažnějším bývá většinou vzdálenost „paragrafové“ školy od místa bydliště. Další příčinou může být přidružené postižení dítěte nebo doporučení místního SPC či PPP. Jungwirthová (2015) uvádí i příklad, kdy se rodiče rozhodli pro speciální MŠ, i když jejich dítě mělo dobře kompenzovanou sluchovou vadu, nemělo v kombinaci se sluchovým postižením žádné další vady a jeho komunikační schopnosti byli také na dobré cestě, zařadit se v rámci společného vzdělávání do kolektivu intaktních dětí. Rodiny většinou volí speciální MŠ v dobré víře s tím, že tam jejich potomkovi bude věnováno více pozornosti díky menšímu počtu dětí nebo

²⁵ SPC – speciálně pedagogické centrum

²⁶ PPP – pedagogicko-psychologická poradna

z obavy, že by to v běžné škole nezvládalo. Ano, tyto argumenty jsou sice oprávněné, ale neměl by být opomíjen fakt, že děti ve speciálních školách mívají většinou další vady nejen v oblasti sluchu nebo komunikace a stav našeho dítěte se v tomto kolektivu nemusí vyvíjet kupředu, ale může začít stagnovat. Jungwirthová (2015) mezi nejčastější problémy dětí uvádí poruchy chování a nedostatečné sociální zázemí.

4.3 Dítě v mateřské škole pro sluchově postižené (§16 zákon č. 561/2004)

Česká republika nabízí rodičům dětí se sluchovým postižením celkem 14²⁷ mateřských škol, které jsou zřízeny podle §16, z toho čtyři se nacházejí v Praze. V některých oblastech jich je dostatek, do jiných to mají rodiče velmi daleko (viz Obrázek č. 2). Vzdálenost školy bývá hlavním důvodem, proč se rodiče (hlavně) malých dětí brání vzdělávání svých potomků v těchto školách, i když jejich komunikační schopnosti jsou na velmi nízké úrovni, uvádí Jungwirthová (2015). Z pohledu dnešní společnosti nikdo nemůže požadovat po rodičích dítěte v předškolním věku, aby jej nechali od pondělí do pátku na internátě a vídali se s ním jen o víkendech, jak tomu bylo v minulosti.

Důležitým faktorem při výběru vhodného vzdělávacího zařízení bývá pro rodiče také komunikační systém, ve kterém probíhá výuka na dané škole. Výběr komunikačního systému, stejně jako volba kompenzační pomůcky, je zásadní pro další vývoj dítěte a může jej ovlivnit na celý zbytek života.

²⁷ Kompletní seznam všech škol pro děti sluchovým postižením, včetně adres a kontaktů, je dostupný v publikaci Člověk se sluchovým postižením od K. Hádkové, 2016, s. 284 – 286.



Obrázek č. 2 Mapa mateřských a základních škol pro děti a žáky se sluchovým postižením (Jungwirthová, 2015, s. 52)

Všechny mateřské školy pro sluchově postižené mají vzdělávací plán sestavený na základě RVP PV a vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných.

Hádková (2016) upozorňuje na fakt, kdy mateřské školy zřízené podle §16 neplní pouze obecné cíle zadané rámcovým vzdělávacím programem, ale zaměřují se na „rozvoj klíčových kompetencí komunikativních, přičemž úkolem je rozvoj komunikačních schopností k dosažení funkční komunikace dětí s různým stupněm a typem sluchové vady (Hádková, 2016, s. 189)“. Kromě každodenních úkolů a cvičení, díky nimž se děti učí rozvíjet svou osobnost i komunikační schopnost, přispívají k jejich řečovému vývoji také hodiny tzv. individuální logopedické péče. Mezi typické denní činnosti dětí v mateřských školách pro sluchově postižené jsou aktivity rozvíjející zrakové vnímání, sluchové vnímání, hrubou i jemnou motoriku (včetně grafomotoriky). Dále bývá zařazena i dramatizace, nejčastěji pohádek, ale i situací s nimiž se mohou děti setkat v běžném životě, (např. návštěva lékaře). Stejně jako v jiných mateřských školách i zde je prováděno šetření školní zralosti. Vyšetření vedou pracovníci školského poradenského pracoviště, u škol zřízených § 16 je typické, že speciálně pedagogická centra jsou součástí školního objektu, tudíž děti nejsou vytrženy ze známého prostředí a zatíženy stresem z neznámé osoby a místa.

Praha v oblasti předškolního vzdělávání nabízí rodičům dětí se sluchovým postižením čtyři možnosti. První z nich je Bilingvální mateřská škola pro sluchově postižené, s. r. o. ve Stodůlkách. Škola se ve svém úvodním popisu prezentuje pod názvem Pipan a do svého kolektivu přijímá především „*děti se sluchovým postižením, s vadami řeči, s kombinovaným postižením (kde dominuje sluchové postižení), děti neslyšících rodičů, ale i děti slyšící bez postižení*, (Bilingvální mateřská škola pro sluchově postižené, 2012)“, které potřebují individuální přístup, vyhovuje jim menší kolektiv dětí a jsou doporučeny PPP. Kromě těchto dětí mohou Pipan navštěvovat také sourozenci dětí se sluchovým postižením. Pipan je součástí komplexu Centra pro dětský sluch Tamtam, s nímž úzce spolupracuje. Jak již název školy napovídá, vzdělávání probíhá jak v orální podobě jazyka, tak i v českém znakovém jazyce. S ohledem na individuální potřeby, rozmanitost dětí a jejich komunikační schopností se ve třídách můžeme setkat také s alternativními a augmentativními podobami komunikace, či znakem do řeči nebo totální komunikací.

Zbývající pražské mateřské školy jsou zřízeny pod základními školami v ulicích Holečkova, Výmolova a Ječná. Mateřská škola Výmolova nabízí dvě oddělení, bilingvální a logopedické, z nichž si mohou zájemci vybrat. Jak již názvy obou oddělení napovídají, jejich činnost se odlišuje hlavně ve formě komunikace, ale i v programu daného oddělení.

MŠ v Holečkově ulici má rozdělené děti do čtyř tříd. Na svých webových stránkách uvádí následující členění:

- *třída pro děti s vadami sluchu s bilingválním programem („zelená třída“)*
- *třída pro děti s vadami řeči („modrá třída“)*
- *třída s orálním programem („žlutá třída“)*
- *třída běžného typu pro děti zaměstnanců MŠMT („červená třída“)*

(Škola Holečkova, Informace o MŠ, nedatováno)

Poslední ze zmiňovaných pražských škol sídlí v Ječné ulici na Praze 2. Stejně jako předchozí dvě MŠ i tato je součástí školního komplexu zahrnující základní i střední školu a gymnázium, včetně internátu. Na rozdíl od škol v Holečkově a Výmolově ulici a Pipanu, se zde s dětmi komunikuje pouze orálně-auditivní metodou.

„Úkolem auditivně-orální metody je především dosažení trojí souběžné činnosti respirace, fonace a artikulace (Hádková, 2016, s. 189).“

Nácviku správného dýchání by se podle Hádkové (2016) měla věnovat velká pozornost, zvláště u dítěte se sluchovým postižením, špatná respirace může ovlivnit celý proces a jeho kvalitu řeči. Mimo běžné školní aktivity je tento proces procvičován také v hodinách individuální logopedické péče. Děti jsou tímto způsobem připravovány na vzdělávání na základní škole buď hlavního vzdělávacího proudu, nebo tamější základní škole.

Velká část rodičů si myslí, že když jejich dítě navštěvuje MŠ speciální nebo MŠ zřízenou podle §16, kde jim je poskytována logopedická péče, tak se již této oblasti nemusí doma věnovat. Opak je však pravdou, rodiče by neměli spoléhat na logopedii poskytovanou školou, ale sami doma s dítětem procvičovat mluvení, popřípadě docházet na logopedické intervence k odborníkovi. Ve školách je sice poskytována odborná logopedická péče, ale vzhledem k počtu dětí a logopedů je tato péče nedostačující. Hodiny ILP²⁸ by, dle Jungwirthové (2015), měly rodičům sloužit jako návod, jak a nebo co s dětmi procvičovat, výhodou navíc je, pokud se rodič těchto hodin může zúčastnit, doptávat se a informovat o jednotlivých postupech.

Hádková (2016) uvádí konkrétní příklady cvičení, která se využívají během hodin ILP ve škole s auditivně-orálním přístupem, jedná se o sluchová cvičení, dechová cvičení, hlasová cvičení a rozvoj slovní zásoby za pomoci tzv. aktivního a pasivního slovníku.

²⁸ ILP – individuální logopedické péče

5 Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením

5.1 Stanovení výzkumných cílů

Hlavním cílem empirické části této diplomové práce je zmapování poskytovaných služeb rodinám s dítětem se sluchovým postižením. **Dílčím cílem** je zjištění a popsání průběhu rané péče v oblasti hlavního města Prahy a jeho blízkém okolí. **Druhým dílčím cílem** je zhodnocení služeb rodiči, využívajících služeb rané péče nebo jiných služeb souvisejících s ranou intervencí.

Na základě výše stanovených cílů byla vytvořena sada šesti **výzkumných otázek**:

- *Jaké služby rané intervence nabízí Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.?*
- *Jakým způsobem probíhá poskytování služeb rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.?*
- *Jaká jsou očekávání rodičů od služeb rané intervence a do jaké míry je dokáží naplnit poskytované služby?*
- *Jakým způsobem ovlivňují služby rané péče rodiče?*
- *Jak intenzivně využívají rodiny dětí se sluchovým postižením služeb rané intervence (včetně služeb rané péče poskytované Centrem pro dětský sluch Tamtam o. p. s.)?*
- *Jak rodiče hodnotí poskytované služby v rámci rané intervence?*

5.2 Metodologie a design výzkumného šetření

Pro zpracování výzkumné části diplomové práce je zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Švaříček se Šedřovou (2007) vymezují tento typ výzkumu jako proces, při němž se zkoumají jevy a problémy v reálném (autentickém) prostředí a jehož cílem je získání celkového obrazu zkoumaných jevů. Data může výzkumník při kvalitativním výzkumu získat několika způsoby, jeho úkolem je však, podle Švaříčka a Šedřové (2007), tyto získané poznatky rozklíčovat a odprezentovat, jak dotazované osoby vnímají, chápou či prožívají sociální realitu.

Za konkrétní metodu, která se využila pro získání příslušných odpovědí k vytyčeným výzkumným otázkám, jsme zvolili otevřený rozhovor. Švaříček (2007) uvádí, že tato metoda sběru dat, hloubkový rozhovor, je nejčastěji používanou v oblasti kvalitativního výzkumu,

Hendl (2005) dodává, že struktura rozhovoru je dána pořadím otázek a díky tomu je možné interview zopakovat s jinou skupinou dotazovaných. Kromě hloubkového rozhovoru uvádí Hendl (2005) i další typy rozhovorů, např. narativní, skupinový, rozhovor pomocí návodu, fenomenologický či nestrukturovaný. Pro naše účely jsme zvolili polostrukturované interview s předem připravenými otázkami, jež jsou otevřeného charakteru, které jsme místy doplnili o iniciační nebo upřesňující otázky.

Během každého interview jsme použili i dotazníkový formulář, který sloužil hlavně k zachycení osobních, případně kontaktních údajů informantů. Dotazníky jsou dle Gavory (2010) nejfrekventovanější formou používanou v kvantitativních výzkumech, nicméně je možné ji využít i pro kvalitativní šetření.

Výzkumné šetření probíhalo od května do konce října 2021. Vzhledem k tomu, že téma výzkumného šetření se zabývá ranou intervencí a služeb rané péče, oslovili jsme Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. a následně několik rodičů dětí se sluchovým postižením. Z celkem šesti oslovených rodin nakonec s rozhovorem souhlasily pouze tři z nich.

Charakteristika dotazníkového záznamu a rozhovoru

Funkce dotazníkového formuláře je čistě informativní a slouží především výzkumníkovi k zaznamenávání osobních údajů o dítěti a rodině (jméno a věk dítěte, jméno a kontakt na rodiče). Vyplnění tohoto dotazníku proběhlo vždy v úvodu setkání, před zahájením samotného interview.

Celkem byly uskutečněny čtyři rozhovory s dvěma skupinami informantů. První skupina je zastoupena pracovníci Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., druhá část se skládá z rodičů dětí se sluchovým postižením. Všechna interview jsou polostrukturovaná. První rozhovor je složen ze čtrnácti otázek, které jsou určeny pro pracovníka rané péče z Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. Všechny otázky jsou otevřené a strukturované tak, aby se na jejich základě mohlo dojít k vytyčeným výzkumným cílům. Zbylé tři rozhovory jsou provedeny s rodiči dětí se sluchovým postižením. Základem pro každý rozhovor s rodiči je deset otevřených otázek. V průběhu některých rozhovorů se však počet otázek změnil. Témata otázek jsou zvolena tak, aby korespondovala s výzkumnými

otázkami. Jednotlivé okruhy dotazů se týkají využití služeb rané péče, komunikačních systémů, kompenzačních pomůcek a vzdělávání.

Před každým interview byli všichni informanti srozuměni s účelem rozhovoru a souhlasili s použitím získaných odpovědí pro tuto práci. Během rozhovoru měli informanti právo neodpovídat na otázky, které by jim přišly příliš osobní nebo jinak nevhodné. Dialogy s rodiči proběhly ve formě osobního setkání. Rozhovor s pracovníci rané péče s ohledem na nepříznivou situaci byl uskutečněn v on-line podobě přes platformu Zoom. Všechny rozhovory byly se **souhlasem** dotazovaných respondentů nahrávány na audiozáznam a následně převedeny do písemné podoby (viz přílohy č. 1 – 4). Interview provedené se zaměstnankyní rané péče bylo následně ještě písemně doplněno o některé odpovědi z důvodu technických potíží na audiozáznamu.

Písemný záznam rozhovorů je nutný kvůli další analýze, pro niž je zvolena metoda selektivního protokolu. Veškeré získané údaje jsme během transkripce anonymizovali, abychom předešli poškození zúčastněných informantů. Kapitoly 5.3 Interpretace výzkumného šetření a 6 Hodnocení rodičů o poskytovaných službách rané intervence v České republice nabídnou výsledky a některé odpovědi z výzkumného šetření.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro uskutečnění rozhovorů jsme oslovili šest rodin, z nichž souhlasila pouze polovina. Tyto rodiny jsme oslovili skrz vyučující v mateřské škole pro sluchově postižené a jednu rodinu jsme zkontaktovali přes e-mailovou zprávu. Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. bylo osloveno rovněž e-mailem a následný rozhovor proběhl s vedoucí služby rané péče.

Rodiny, které se zúčastnily rozhovorů, jsou zastoupeny ve všech případech matkami dětí. Jedná se o matky dvou chlapců a jednoho děvčete. Tyto děti jsou různého věku, v současné době již všechny navštěvují základní školy. Dvě děti základní školu zřízenou podle §16 školského zákona v Praze, třetí dítě základní školu běžného vzdělávacího proudu na periferii hlavního města.

Raná péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.

Na území České republiky je jediným poskytovatelem služeb rané péče v oblasti sluchového postižení Centrum pro dětských sluch Tamtam, o. p. s. Tato organizace je rozdělena do dvou poboček – Raná péče Čechy, sídlící v Praze a Raná péče Morava a Slezsko, jejíž hlavní pobočku bychom našli v Olomouci. V květnu roku 2021 byl uskutečněn rozhovor s konzultantkou a poskytovatelkou služeb rané péče, dále jen PRP²⁹. V průběhu dalších měsíců byly provedeny další tři rozhovory s rodiči (matkami) dětí se sluchovým postižením, kteří v rámci výzkumného šetření dostali označení M1, M2, M3.

Rodiče (informanti)

M1 je matkou chlapce, který je uživatel kochleárního implantátu. Kromě syna je matkou ještě dvou dcer, z nichž jedna je dvojčetem tohoto chlapce. Děti vyrůstají v bilingvním prostředí, kdy s otcem a hospodyní hovoří anglicky, s matkou, ve škole a s kamarády se dorozumívají česky. Sluchové postižení bylo odhaleno již v porodnici po provedení novorozeneckého screeningu. Po dosažení prvního roku života byl chlapec implantován, bohužel po nějakém čase se porouchala vnitřní část implantátu a dítě muselo podstoupit reoperaci.

M2 má dceru, jež je uživatelkou kochleárního implantátu. Sluchová vada byla této holčičce zjištěna až ve dvou letech, do té doby byla schopna se naučit 15 slov a úspěšně komunikovat s matkou i ostatními členy rodiny.

M3 má syna, jehož sluchové postižení je kompenzováno sluchadly, kromě sluchové vady má chlapec další přidružené zdravotní komplikace.

M1 a M3 využívali služby rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. M2 žádné služby rané péče nevyužívala, veškeré informace si vyhledávala sama v literatuře nebo na internetu.

²⁹ PRP = poskytovatel rané péče

5.3 Interpretace výzkumného šetření

Na základě vytyčených výzkumných otázek jsme získali tyto odpovědi.

VO č.1: Jaké služby rané intervence nabízí Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.?

Centrum pro dětský sluch o. p. s. kromě služeb rané péče poskytuje také sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením. Tato služba pomáhá vyrovnat se s nenadálou krizovou situací a zvládat ji, podporuje rodinu v jejím fungování, posiluje rodičovské kompetence, snaží se vyhledávat jiné osoby s podobným osudem, aby si mohly rodiny vzájemně vypomoct a sdílet své postřehy. Dalším odvětvím v oblasti služeb je poradenství, jak odborné, tak i sociální, které je určeno především pro osoby starší 18 let a poskytuje jim informace např. o kompenzačních pomůckách nebo sociální dávkách (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.). Odborné poradenství nabízí svým klientům hned několik druhů služeb, psychologické, logopedické a ambulantní poradnu. M1 mimo jiné vzpomínala v rozhovoru právě i na psychologickou podporu, která jí byla ze strany zaměstnankyň centra poskytována: „*Ta první návštěva byla hrozně... Víte, oni rodiče hrozně uklidní, protože člověk je z toho celej „Ježiš, jak já budu s tím dítětem mluvit?“ a oni byli hrozně příjemní a uklidnili nás, že to není konec světa.*“

Mimo ambulantní (např. odborné poradenství) a terénní služby (např. raná péče), pořádá centrum také pobyty, pro rodiče s dětmi. Dvě z dotazovaných matek se těchto pobytů zúčastnily. M3: „*Poprvé jsem se tam setkala s těmi kochleárnými implantáty a světem neslyšících, takže těch pět dní byl fakt pro mě šok, ale nakoplo mě to v tom, že jsem se začala zajímat o znakování. Byla jsem jediná matka, která to nevěděla a všichni se divili, proč mi nikdo neřekl, že bychom mohli se synem znakovat (...), ale zpětně to беру jako šok, srážku s realitou.*“ Právě k těmto účelům takové pobyty slouží, aby se rodiče seznámili s jinými lidmi, kteří jim poskytnou svůj příběh a mohou nabídnout jiný úhel pohledu a možnosti řešení.

Tamtam vyvinul i vlastní technologie, které mohou pomoci rodičům i dětem rozvíjet komunikaci pomocí znakového jazyka. Aplikace se jmenují *Medvěd – znakujte s Tamtamem*, *Znakujte s Tamtamem* a *Znakujte s Tamtamem – Pexeso*, všechny aplikace jsou volně přístupné na webových stránkách organizace. M3: „*Koupila jsem si mobil a stáhla si ty aplikace, taky mi to něco dalo (...).*“

VO č. 2: *Jakým způsobem probíhá poskytování služeb rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.*

Z rozhovoru uskutečněného s PRP vyplývá, že se na Centrum pro dětský sluch obrací rodiče hned po zjištění sluchového postižení u jejich potomků, tzn. po vyšetření na foniatrii, kde proběhlo diagnostické vyšetření BERA nebo SSEP. „*Je to velmi individuální, někteří rodiče požádají o službu v době, kdy už jejich dítě má sluchadla, nebo je v procesu, kdy je má brzy dostat.*“ Jedná se většinou o dobu 5 – 12 měsíců věku dítěte. PRP dále uvedla, že někteří rodiče službu začnou vyhledávat až později, např. okolo 2. roku života, kdy si uvědomí vyskytující se problém. M1 v rozhovoru uvedla, že se poprvé dozvěděla o této organizaci v čekárně na foniatrickém oddělení v Motole, kde spatřila jejich plakát.

M1: „*V čekárně na dveřích, tam jsem si vlastně přečetla, že je to organizace, která pomáhá dětem, vlastně rodičům, kterým se narodí neslyšící dítě a když nám pan doktor řekl, že stoprocentně D. neslyší, tak jsme prostě tu organizaci kontaktovali. Takže poprvé jsem viděla jejich plakát v nemocnici, když nám to pan doktor řekl, takže jsme to hned využili a ten den jsem tam hnedka zavolala.*“ Naopak M3 se o centru Tamtam dozvěděla od jiných maminek, které mají děti se sluchovým postižením a kontakt získala od lékaře z jiné foniatrie, „*(...) pan doktor v Žitný, (...) ten mi dal vlastně kontakt na Tamtam, říkal mi teda: „Oni vás asi nevezmou,“ ale oni nás vzali!*“

V době, kdy si rodiče o službu zažádají je započat celý proces rané péče. Po kontaktování centra rodiči je domluvena první intervence „*během vstupních konzultací proběhne úvodní pohovor, kdy jsou rodiče seznámeni se službou, je sepsána smlouva a dle očekávání dohodnuty cíle na určité období, nejčastěji jeden rok,*“ sdělila PRP. Kromě rozhovoru, při němž se stanovují cíle a sdělují očekávání, proběhne také krátká hra s dítětem, jež by měla napomocť podhalit dětskou interakci a sluchové vnímání. Během vstupní konzultace je u dítěte provedena orientační sluchová zkouška.

Každá rodina má přiděleného svého poradce (s ohledem na lokalitu a vytíženost pracovníků). „*Ideální stav s ohledem na úvazek je 20 rodin (PRP).*“ Poradce dojíždí do rodiny pravidelně, většinou jednou za měsíc na konzultace, jejichž časové rozmezí se pohybuje od 1,5 do tří hodin. Předpokladem pro dosažení předem stanových cílů je spolupráce, ochota a připravenost rodičů i dítěte.

M3: „Jezdili k nám asi jednou měsíčně, ale v celku vlastně nevím, všechna čest jim, ale (...) nějak mi to nepomohlo, ani nevím, jak to říct. Vždycky nám přivezli nějaký ty hračky, ale my jsme pomůcky měli.“ Raná péče většinou probíhá v domácím prostředí, kde se dítě cítí nejlépe, zná prostředí okolo něho a není tak vystaveno stresu, ovšem ne pro všechny rodiče je to vždy příjemná situace. M3: „Nevím, bylo to takové povídání, vlastně jsem moc netušila, na co to je. Přišlo mi, že nás to moc neposouvá a spíš mě to občas zatěžovalo, že přijdou.“

Naopak M1 si domácí konzultace nemohla vynachválit a byla s veškerou péčí poskytovanou v domácím prostředí moc spokojená a považovala ji za velmi přínosnou. M1: „(...) nás vlastně učili, jak na to. Vždycky přišla ta konzultantka, hodinu s ním pracovala, všechno mi ukazovala a vysvětlovala, co s ním dělá, jak s ním komunikuje. Takže celkově nás tak vedli tím raným obdobím (...).“

„Aktivní spolupráce a uvědomování si vlastního podílu na řešení situace je základním předpokladem jejího úspěšného zvládnutí (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., nedatováno).“

Během doby, na niž je stanoven plán, neboli dohoda o spolupráci, mohou rodiče spolu s poradcem upravovat a aktualizovat cíle, jichž by chtěli dosáhnout. Jestliže na konci období nejsou už žádné požadavky, je poskytování služeb ukončeno. Legislativa sice hovoří o době raného věku od 0 – 7 let života, nicméně v praxi je běžné, že ve většině případů rodiče ze služeb odcházejí po 3 – 4 letech. Samozřejmě vše záleží na individuálních potřebách klienta. Poradci se vždy snaží, aby závěrečná fáze rané péče navazovala na další péči, která by rodině pomáhala. Může se jednat o spolupráci s SPC, logopedickou péči nebo jinou sociální službu, jež by podporovala fungování rodiny.

VO č. 3: *Jaká jsou očekávání rodičů od služeb rané intervence a do jaké míry je dokáží naplnit poskytované služby?*

Centrum pro dětský sluch nabízí celkem devět oblastí podpory, díky nimž mohou pomáhat rodičům dětí se sluchovým postižením a naplnit tak jejich očekávání.

Jedná se o:

- *orientaci v náročné a neznámé situaci*
Poradci poskytují rodičům informace z oblasti surdopedie, kompenzace sluchového postižení, audiologických vyšetření a jejich výsledků, včetně možných vyhlídek v budoucnosti a seznámení se službami a odborníky. Dále je rodině v rámci podpory nabídnuta pomoc při provázení celou náročnou situací, včetně finanční zátěže, jež se pojí s péčí o dítě.
- *posilování rodičovských kompetencí*
Zahrnuje především vyrovnání se s postižením dítěte nejen u nejbližších, v širším rodinném kruhu a společnosti, ale také i volbu komunikačního systému. Tato část podpory se také zabývá specifickými potřebami jednotlivých členů domácnosti.
- *kontakty rodiny se společenským prostředím*
Programy, při nichž se noví klienti mohou seznámit s jinými rodinami a navzájem si sebou sdílet své zkušenosti. Může se jednat o pobytové služby, ale i jednodenní akce, např. besedy se zástupci firem nabízející sluchadla nebo kochleární implantáty, informační schůzky týkající se možností vzdělávání, sdílení kontaktů na nejbližší speciálně pedagogická centra, aj.
- *kontakt dítěte se společenským prostředím*
Tato oblast se zaměřuje především na komunikační dovednosti dítěte, jeho samostatnost a rozvoj sociálních dovedností. Součástí mohou být taktéž pobytové akce pro rodiny nebo zábavné programy.
- *seberealizace dítěte*
- *běžné úkony v péči o dítě*
- *samostatný pohyb dítěte a orientace sluchem*
- *péče o zdraví dítěte*
- *uplatňování práv a oprávněných zájmů rodiny a dítěte*

(Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., nedatováno)

PRP v rozhovoru uvedla, že rodiče od služby rané péče očekávají především navázání komunikace a začlenění dítěte do kolektivu. „Rodiče se bojí toho, že nedokáží navázat se svým dítětem kontakt.“ Tento fakt je podle pracovnice Tamtamu stejný u slyšících

i neslyšících rodin. Během rozhovoru byla také zjištěna základní obava, s níž se rodiče obracejí na ranou péči, kterou je strach z exkluze jejich potomků ze společnosti (nenajde si přátele, partnera, práci v oboru, a další věci související s běžným životem. Na druhé straně berou rodiče tuto službu jako „*možnost získat nové informace, dovednosti a psychickou podporu*“.

Ze strany rodičů byla očekávání jednoznačná, všechny tři matky M1, M2 i M3 se shodly na tom, že jsou to jednoznačně informace o neznámé situaci, s níž neměly možnost se doposud blíže setkat. M1 na tuto otázku odpověděla: „*V podstatě jsme vůbec nevěděli, jak k tomu přistoupit, jak s tím pracovat, protože jsme nikdo nebyl neslyšící ani jsme nikoho takového neznali, tak jsem si říkala, že nám pomůžou, jak s takovým dítětem pracovat, co můžeme očekávat dál... Takové očekávání, že nás zasvěťí do toho světa, o kterém vědí, kdežto my jsme o tom nevěděli vůbec nic.*“

Matka M3 očekávala stejně jako M1 nějaké informace, kterých se ale podle svého mínění nedočkala. M2 žádné služby Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. nevyužívala, veškeré informace si sháněla sama, ale i přesto v interview zmínila, že by společnosti prospěla větší informovanost a osvěta o sluchovém postižení.

VO č. 4: Jakým způsobem ovlivňují služby rané intervence (nebo rané péče) rodiče?

V průběhu získávání odpovědí vyšlo najevo, že rodiče, služby rané intervence, mohou ovlivňovat rozhodnutí rodičů. Nicméně PRP během interview popsala konkrétní případy, jakými mohou pracovníci rané péče působit na rodiny, nejedná se o žádný nátlak, ale o ukázání možností, které se nabízejí.

„Pomáháme rodičům se nasměrovat, máme nějakou představu o tom, jak fungují nebo jakou zkušenost mají foniatři v různých krajích nebo městech s tím, jaká sluchadla přiřazovat nebo jak se dobrat relevantních výsledků vyšetření, (...)“

Poradci neříkají rodičům, jaká konkrétní sluchadla by si měli pořídit, jakou školu vybrat, konečné rozhodnutí je pouze na rodičích, úkolem rané péče je „pouze“ představit a poradit, případně doporučit možná východiska v oblastech kompenzace sluchové vady, výběru komunikačního systému či vzdělávání dětí. Během schůzek jsou s rodiči probírány výhody a nevýhody jednotlivých možností. Odborníci se vždy snaží najít to nejlepší řešení pro danou

rodinu s ohledem na její individuální potřeby. PRP, kromě výše zmíněného, uvedla, že rodiče nejvíce touží po navázání kontaktu s dítětem a jeho následným začleněním do společnosti vrstevníků, tento požadavek se prý neliší u slyšících nebo neslyšících klientů. Zároveň rodiče od služeb očekávají získání nových informací, dovedností a někteří i psychickou podporu.

Samo šetření také ukázalo, že i rodiče pocítují **pozitivní** vliv rané intervence na jejich rozhodování. M3 v rozhovoru popisovala péči, které se jí a jejímu synovi dostalo ve speciálně pedagogickém centru, v němž se seznámila s dalšími maminkami a byla jí představena mateřská škola pro sluchově postižené (Holečkova), do které následně její syn nastoupil. „*Oni nám tam ty děti hlídali a maminky mohly načerpávat informace.*“ M1 zase velmi oceňovala pomoc poradkyně rané péče při rozhodování o kochleárním implantátu, „*výborná konzultantka, která s námi všechno probírala, procházela a dávala nám doporučení*“.

Shrnutí práce Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.

VO č. 5: Jak intenzivně využívají rodiny dětí se sluchovým postižením služby rané intervence (včetně rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.)?

Podle PRP má Centrum pro Čechy a Prahu v péči 140 rodin, o stejný počet se stará i Raná péče Morava a Slezsko, poradkyně dále uvedla, že každoročně je přijato do služby zhruba čtyřicet nových rodin a dalších asi čtyřicet rodin většinou službu opouští. Tyto počty nejsou zakotveny v žádném legislativním dokumentu, jedná se o rozhodnutí a možnosti poskytovatele služeb. Počty rodin na jednoho pracovníka se samozřejmě liší, situace v jednotlivých krajích se liší hlavně co se týče počtu obyvatel. Z této výpovědi, lze tedy soudit, že vytíženost pracovníků Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. je maximální. Z našich informantů nejvíce využila služby centra M1, M3 pouze částečně. Raná péče byla v rodině M3 ukončena předčasně a matka raději spoléhala na své schopnosti a pomoc odborníků z SPC a foniatrie. M3: „*Já si myslím, že je to hlavně o té mámě, která by s tím dítětem měla pracovat a to mi říkají i ti odborníci. (...) ta máma je prostě důležitá, každý mě trošku navede, ale ta máma s tím dítětem nejvíc pracuje. Když půjdeme k paní logopedce, tak ta mi ho přece jednou za čtrnáct dní nenaučí mluvit, to já s ním musím pracovat.*“

VO č. 6: Jak rodiče hodnotí poskytované služby v rámci rané intervence?

M2 nevyžívala služeb rané péče ani jiného poradenského centra. Téměř vše absolvovala její rodina samostatně, víceméně pouze ve zdravotnickém a později školském sektoru. První setkání s hořkou realitou přišlo v motolské nemocnici, když bylo rodině oznámeno, že jejich dcera má na pravém uchu jen zbytky sluchu. Rodina byla zařazena do programu kochleární implantace. *„My jsme to ze začátku odmítali. Za prvý jsem nevěděla, co to je, takže jsem si to všechno pročetla a zjišťovala.“* Rodiče se najednou ocitli ve svízelné situaci a především matka potřebovala čas na smíření se se situací. V této době by bývala potřebovala psychologickou podporu, naneštěstí se jí dostalo pravého opaku. Na otázku, zda jí byla nabídnuta, případně poskytnuta, psychologická pomoc odpověděla: *„Ne, naopak jsem dostala vynadáno, že kde jsem byla tak dlouho, že jak jsem s ní mohla jako být, co jsem si myslela, že jsem si toho nevšimla, ale já jsem jim pořád opakovala, že L. reagovala a naučila se asi 15 slov.“* Z výpovědi M2 vyšlo najevo, že při prvním seznámení s výsledky vyšetření sluchu na ni nebyly brány ohledy a foniatr s ní jednal velmi hrubě. Naopak služby poskytnuté lékařkou na foniatrii na Mrázovce zhodnotila M2 velmi pozitivně, stejně tak i práci lékařů z Centra kochleárních implantací v Motole. Rodina se na konec pro kochleární implantaci rozhodla a zjišťovala si potřebné informace u dvou firem, které na českém trhu nabízejí tyto kompenzační pomůcky. M2 v interview uvedla, že oba zástupci firem (Advanced Bionics a Cochlear) byli velmi vstřícní. Následná logopedická péče a i preprimární vzdělávání bylo taktéž kladně zhodnoceno. Rodina se rozhodla pro mateřskou školu zřízenou podle §16, *„(...) shodli jsme se na tom, že by to pro ni bylo asi v kolektivu mezi normálními dětmi těžší, když jich je více ve třídě“*.

M1 a M3 využily služby Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. I když M3 sama předčasně ukončila službu, neuvédla žádná negativa, která by pověst této organizace nějak poškodila, *„Já je nechci nijak kritizovat, oni jsou určitě dobrý (...), ale prostě nám to nesedlo“*. Více než terénní služby v domácím prostředí, ocenila M3 seznamovací pobyt, seznámení s českým znakovým jazykem a poskytnuté informace o životě neslyšících a kompenzačních pomůckách. Kromě služeb poskytovaných Centrem pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. hovořila velmi pochvalně M3 i o dalších odbornících, kteří jí s péčí o syna pomohli, jmenovitě foniatrii v Žitné ulici, veškerý zdravotnický personál v motolské

nemocnice a na Karlově a v neposlední řadě také speciálně pedagogické centrum na Smíchově (v Holečkově ulice), které matce poskytlo podporu a náhled do vzdělávání dětí a žáků se sluchovým postižením. V současnosti dochází syn M3 do Základní školy pro sluchově postižené v Ječné na Praze 2. *„Jsme tady hrozně šťastní, pro nás je to vrchol, že tady M. může být a kdyby to tu dodělal, tak je to to nejlepší, co může M. mít.“*

M1 ze všech tří rodičů využila služeb centra Tamtam nejvíce. Z položených otázek vyplynulo, že to bylo ovlivněno hlavně okamžitým zkontaktováním organizace a řešením veškerých problémů či dotazů s přidělenou poradkyní. M1 i její manžel byli se službami Centra pro dětský sluch nadmíru spokojeni, mimo rozhovor bylo řečeno, že všude kde mohou, tak služby Tamtam doporučují. Vyjma služeb rané péče byla rodina spokojena i se vzděláváním v mateřské škole Pipan a s následnou pomocí a přetrvávající spoluprací během začleňování syna do hlavního vzdělávacího proudu.

6 Hodnocení rané intervence v České republice

6.1 Shrnutí výzkumného šetření

Výzkumná část diplomové práce s názvem *Průběh rané intervence u dítěte se sluchovým postižením* byla provedena za pomoci kvalitativního designu výzkumu. Pro uskutečnění výzkumného šetření byla použita metoda polostrukturovaného interview. Hlavním cílem bylo zmapování poskytovaných služeb rodinám, které mají dítě se sluchovým postižením. Dílčími cíli bylo popsání služby rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam a zhodnocení služeb rané intervence rodiči.

Dílčí cíle byly naplněny na základě těchto výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: *Jaké služby rané intervence nabízí Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.?*

Primární službou Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. je poskytování rané péče, jedná se o terénní službu, díky níž se rodiče naučí komunikovat a pracovat se svými dětmi se sluchovým postižením. Kromě této služby se mohou zájemci obrátit i na odborníky z oblasti poradenství, odborného nebo sociálního. Centrum nabízí také sociálně aktivizační služby pro rodiny a děti, jedná se většinou o podporu rodiny po společenské a informační stránce, např. pobytové akce, vzájemné seznamování rodin, které se ocitly v podobné situaci, pořádání informačních schůzek např. o novinkách v oblasti kompenzačních pomůcek. Pracovníci z Tamtamu vytvořili pro své malé i dospělé klienty několik aplikací, díky nimž se mohou zdokonalovat v českém znakovém jazyce (Znakujte s Tamtmem).

Výzkumná otázka č. 2: *Jakým způsobem probíhá poskytování služeb rané péče v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.?*

Rodiče, poté co zjistí, že má jejich dítě sluchovou vadu, si zažádají o pomoc v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. Následně se s nimi organizace spojí a domluví se vstupní intervence, během níž jsou rodiče seznámeni s popisem a cílem rané služby. Během prvního setkání je sepsána dohoda o spolupráci, v níž jsou předběžně sepsány dílčí cíle, jakého pokroku by rodina chtěla za určitou dobu (většinou za 1 rok) dosáhnout. Následně jsou prováděny terénní služby, kdy poskytovatelé dojíždějí za rodinami k nim domů, kde proběhne intervence v rozsahu 1,5 – 3 hodin. Během této doby pracuje poradkyně s dítětem

i rodiči, na rozvoji sluchového vnímání dítěte a jeho komunikačních schopnostech. Rodičům a samozřejmě sourozencům během své práce poradce vše vysvětluje, nebo udává pokyny. Součástí služby je bezplatné zapůjčení pomůcek.

Výzkumná otázka č. 3: *Jaká jsou očekávání rodičů od služeb rané intervence a do jaké míry je dokáží naplnit poskytované služby?*

Dotazovaní informanti uvedli mezi svá očekávání od služby rané péče hlavně získání informací o sluchovém postižení, dále naučení se pracovat s dítětem se sluchovou vadou a především, jak s ním komunikovat. Tyto požadavky, potvrdila i poradkyně rané péče z Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. Poradci rané péče se v těchto oblastech neustále vzdělávají, sbírají novinky a informace o nejnovějších trendech. Rodičům poskytují podporu ve vyrovnávání se s těžkou životní situací, posilují jejich rodičovské kompetence, seznamují mezi sebou různé rodiny, snaží se o to, aby rodiče i dítě se sluchovou vadou byli zapojeni do společnosti a nebyli uzavřeni před okolním světem. Poradkyně se snaží také o nezávislost a samostatnost dítěte, orientaci, péči a v neposlední řadě i zdraví. Rodině pracovníci poskytují také informace o sociální dávkách a jejich dalších právech.

Výzkumná otázka č. 4: *Jakým způsobem ovlivňují služby rané péče rodiče?*

Raná intervence včetně rané péče je založena především na pomoci v krizové situaci. Žádný z odborníků by neměl vynucovat své názory, veškerá rozhodnutí musí učinit rodina. Úkolem odborníků je být při rozhodování oporou, na niž se může rodina spolehnout. Poradci se snaží pro rodinu najít nejlepší nebo naopak nejméně špatné řešení, které by dokázalo uspokojit potřeby všech zainteresovaných osob. Raná péče není o tom, aby někoho ovlivňovala, ale aby pomohla a nasměrovala rodiče správným směrem.

Výzkumná otázka č. 5: *Jak intenzivně využívají rodiny dětí se sluchovým postižením služby rané intervence (včetně služeb rané péče poskytované Centrem pro dětský sluch Tamtam o. p. s.)?*

Podle slov poradkyně rané péče jsou jejich služby plně vytížené - jak středisko Raná péče Čechy, tak i Morava Slezsko mají každý v péči 140 rodin, což je maximální možný počet, který je centrum Tamtam schopné pokrýt. Každý rok je do služby přijato asi 40 rodin a stejný počet službu opouští (přechází např. do péče SPC, jiné sociální služby nebo už si rodina vystačí sama). Z výpovědí poradkyně rané péče vyšlo najevo, že i když legislativa

mluví o službách rané péče pro děti od 0 do 7 let věku, ve skutečnosti jsou rodiče v jejich péči 3 – 4 roky.

S ohledem na malý počet informantů nemůžeme na tuto ani následující otázku pohlížet jako na kvantitativní, protože by její výsledek byl zcela irelevantní.

Výzkumná otázka č. 6: *Jak rodiče hodnotí poskytované služby v rámci rané intervence?*

Dvě z dotazovaných matek uvedly, že využívaly služby Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., z nichž jedna (M3) terénní službu rané péče ukončila z osobních důvodů předčasně. Matka s označením M1 byla se všemi službami, které jí byly poskytnuty nadmíru spokojená. Menší výjimkou byla pouze situace, kdy její syn musel podstoupit reoperaci, ale to spíše souviselo s nespokojeností s vadnou sadou implantátů. Druhá z dotazovaných informantů (M2) službu rané péče nevyužívala, byla v péči zdravotníků a veškeré informace si dohledávala sama.

Ostatní využívané služby v oblasti zdravotnictví či školství byly až na drobné výhrady hodnoceny pozitivně. Jediným nedostatkem, na kterém se všichni tři informanti shodli, je malá informovanost široké veřejnosti o poskytovaných službách pro děti se sluchovým postižením.

Z šetření vyplývá, že raná intervence je důležitou součástí života rodin, kde se nachází dítě se sluchovým postižením, velké zásluhy v oblasti podpory a pomoci při rozvoji dítěte nese i organizace poskytující služby rané i jiné péče. Rodiny nezapomněly zmínit ani důležitost zdravotního nebo vzdělávacího sektoru a jeho vliv na vývoj dítěte.

6.2 Doporučení pro praxi

I když se může zdát, že v současnosti díky různým technologickým vymoženostem je možné se během pár minut dozvědět a najít nejrůznější informace, tak na trhu chybí komplexní služba, která by hned od počátku provázela rodiče a úzce spolupracovala nebo byla součástí zdravotnického systému. Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. sice poskytuje svým klientům různé typy služeb, přes ambulantní až po terénní, ale z výzkumného šetření jasně vyplývá, že ne všichni rodiče se o této službě dozvědí hned a jsou k nim odkázáni. Dalším faktem, který by služby centra mohl omezovat, je jeho kapacita.

Zaměstnanci Centra pro dětských sluch Tamtam, o. p. s. se nijak záměrně nesnaží ovlivňovat rodiče, ale pouze jim nabízejí co nejlepší možnou variantu, která by nejvíce vyhovovala všem zúčastněným. Nejčastěji se jedná o možnosti ve vzdělávání, ať preprimárního nebo primárního, výběru komunikačního systému, či kompenzačních pomůcek. Veškerá závěrečná rozhodnutí vždy leží na rodičích a poradci jim mohou nabídnout pouze svou podporu, i když s řešením rodičů nemusí být plně ztotožnění.

Z tohoto důvodu se domníváme, že by České republice prospělo vytvoření systému, který by úzce spolupracoval s nemocnicemi, jehož součástí by byly týmy odborníků (speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a zástupců přidružených organizací nebo center), na něž by se rodiče mohli obrátit hned po zjištění handicapu u svých dětí. Inspirací by mohl být model, který nabízí uvedená zahraniční studie.

Závěr

Diplomová práce se zabývala průběhem rané intervence u dětí se sluchovým postižením. Cílem závěrečné práce bylo zmapování poskytovaných služeb napříč celým resortem a jejich zhodnocení.

Teoretická část se v úvodní kapitole zabývala pojetím dítě a jeho raného vývojového stádia, konkrétně obdobím novorozeneckým, kojeneckým, batolecím a předškolním. Následovala historická část, kdy jsme stručně načrtli historické hledisko vnímání dítěte z pohledu významných osobností. Prostoru se dostalo i rodině, která je - nebo by měla být - podstatou pro každé dítě. Poslední zmíněná podkapitola podává vhled do situace, kdy se rodiče musí smířit s těžkou životní situací – sluchovým postižením svého potomka.

Druhá kapitola se podrobně zabývá ranou intervencí a jejím významem. Počátek kapitoly je věnován několika pojetím, jak lze vnímat ranou intervenci. Kromě definování pojmu intervence kapitola poskytla také náhled do české legislativy. Stejně jako předešlá část, i tato kapitola nabídla historický pohled, tentokrát na vývoj rané intervence až po její současné poskytovatele v oborech zdravotnictví a sociálních služeb.

Zvláštní kapitola byla věnována možnostem vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Třetí část diplomové práce podrobně popsala všechny typy vzdělávacích institucí, v nichž může být vzděláváno dítě se sluchovým postižením. Kromě popisu vzdělávacích zařízení nabídla kapitola mapu s přehledem všech mateřských a základních škol pro sluchově postižené zřízených podle §16 školského zákona.

Ve čtvrtém oddíle jsme se zabývali diagnostikou sluchových vad. Kromě výčtu a popisu diagnostických metod, jsme se v kapitole věnovali kompenzačním pomůckám (sluchadlům a kochleárním implantátům) a možnostem terapie. Závěr kapitoly byl věnován komunikačním systémům využívaným lidmi se sluchovým postižením, včetně jejich legislativního zakotvení.

Poslední dvě části byly věnovány výzkumnému šetření, během něhož byla zmapována raná intervence a služba raná péče. Empirická část byla provedena kvalitativní metodou za pomoci polostrukturovaného interview, během něhož byly vyzpovídány tři matky dětí se sluchovým postižením a jedna poradkyně rané péče pracující v Centru pro dětský sluch

Tamtam, o. p. s. Výsledkem šetření bylo zjištění, že služby rané péče jsou plně využívány a z rozhovorů s rodiči vyplynulo kladné zhodnocení této služby.

Námět pro další zkoumání této oblasti byl nastíněn v podkapitole 6.2 Doporučení pro praxi.

Seznam použitých informačních zdrojů

- BĚHOUNKOVÁ, Leona, Egle HAVRDOVÁ a Zora SYSLOVÁ. *Význam včasné intervence v raném vývoji dítěte: metodická příručka*. [Praha]: Centrum pro veřejnou politiku, 2011. ISBN 978-80-260-0641-1.
- DOHERTY-SNEDDON, Gwyneth. *Neverbální komunikace dětí: jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7043-7.
- DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Monika KUNHARTOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Veronika RŮŽIČKOVÁ, Kateřina KROUPOVÁ, Eva URBANOVSKÁ a Vladimíra ZEDKOVÁ. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0
- HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016.
- HELUS, Zdeněk. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 2004. Pedagogická praxe. ISBN 80-717-8888-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
- HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-225-3.
- HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
- JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Raná péče a její domácí kořeny*. *Psychologie Dnes* 6/2002, s. 4 – 8, ISSN: 1211-5886
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.
- POTMĚŠIL, Miloň. *Sluchové postižení a sebereflexe*. V Praze: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1300-0.
- PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ a Terezie HRADILKOVÁ. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. V Praze: Pasparta, 2020. ISBN 978-80-88290-65-0.
- PŘÍHODOVÁ, Jaroslava. *Přednáška o kochleárních implantátech firmy Advanced Bionicis*. Praha, 2021, nepublikováno.
- SEKOT, A.: *Sociologie v kostce*. Paido, Brno 2006. ISBN 80-7315-126-X.
- SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. *Vývoj a výchova dítěte do dvou let: psychomotorický vývoj*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3304-3.
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-961-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- THURMAIR, Martin a Monika NAGGL. *Praxis der Frühförderung: Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld*. 4. vyd. München: Ernst Reinhardt, GmbH and Co KG, Verlag, München, 2010. ISBN 978-3-497-02195-6.

Seznam použitých elektronických informačních zdrojů

- AMATO, Paul R. What Is a Family? *National Council on Family Relations* [online]. 2014. Dostupné z: <https://www.ncfr.org/ncfr-report/past-issues/summer-2014/what-family>
- BERNACIKOVÁ, Martina. Kineziologie: Úvod do kineziologie. *Regenerace a výživa ve sportu* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2013. Dostupné z: <https://www.fsps.muni.cz/inovace-RVS/kurzy/kineziologie/>
- *Bilingvální mateřská škola pro sluchově postižené s. r. o.* [online]. Praha: Pipan.cz, 2012. Dostupné také z: <https://pipan.cz/>
- Caring for Your Baby and Young Child. Newborn reflexes. *HealthyChildren.org* [online]. USA: American Academy of Pediatrics, 2021, 3.8.2021. Dostupné z: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/Pages/Newborn-Reflexes.aspx>
- ČESKÁ SPOLEČNOST OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU. *Desatero screeningu sluchu novorozenců* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/screening-sluchu-novorozencu-desatero.pdf>
- Historie organizace. *Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.* [online]. 2022. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/o-nas/historie-organizace/>
- CHROBOK, Viktor a kol. *Příručka pro praxi: Screening sluchu novorozenců* [online]. Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-screening-sluchu-novorozencu.pdf>
- *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [online]. 2022. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1218729044>
- Mateřská škola: Informace o MŠ. *Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené Holečkova* [online]. 2017 - 2022. Dostupné z: <https://www.skolaholeckova.cz/index.php?type=Post&id=58&ids=9>

- MOŠNEROVÁ, Magdalena. *Přínos Marie Montessori pro speciální pedagogiku* [online]. Praha, 2011 [cit. 2021-11-07]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/39129/BPTX_2010_1_0_257714_0_98400.pdf?sequence=1.
- KOPECKÝ, Jaromír. Škola hrou, nebo hraní si ve škole? Jaromír Kopecký o Komenského spisu *Škola hrou. Český jazyk a literatura* [online]. 2015. Dostupné z: <https://www.ascestinaru.cz/skola-hrou-nebo-hrani-si-ve-skole-jaromir-kopeccky-o-komenskeho-spisu-skola-hrou/>
- PTÁČEK, Radek a Hana KUŽELOVÁ. *Vývojová psychologie pro sociální práci* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013. ISBN 978-80-7421-060-0. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/954010/psychologie.pdf/91da3174-0856-99ce-5c24-2704a0cc7d55>
- ROUSSEAU, Jean Jacque. *Emil, čili, o výchování* [online]. Vyd. třetí. Olomouc: R. Promberger, 1926.
Dostupné z: <http://www.digitalniknihovna.cz/nkp/view/uuid:81e57ee0-7eaa-11e6-afc6-005056827e52?page=uuid:0fbf01b0-91ab-11e6-baa5-005056827e51>
- ŞAHLI, Ayşe Sanem. Significance of early diagnosis and early intervention in early childhood hearing loss. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi* [online]. 2018, 2(3), 592-603. ISSN 2564-7601. Dostupné z: doi:10.24130/eccd-jecs.196720182387
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. Retrospektiva služby sociální prevence "raná péče" v kontextu neziskového sektoru v Pardubickém kraji. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí*. Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí, 2017, XIII., str. 72 - 79. ISBN 978-80-7421-121-8. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/035/004463.pdf?seek=1550775128>
- ŠKODOVÁ, Eliška. *Pojetí vztahu učitele a žáka v České republice od začátku 20. století po současnost* [online]. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/b81z3g/Diplomov_prce.pdf
- *Velký lékařský slovník* [online]. Praha, 1998 - 2002 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/>

- VOBR, Radek. *Antropomotorika* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6288-7.
Dostupné z: <https://www.fsps.muni.cz/emuni/data/reader/book-18/Cover.html>
- WILHELMOVÁ, Radka a kol. *Vybrané kapitoly porodnické asistence I a II* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-8204-5. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html

Legislativní dokumenty:

- *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016. ISBN 978-80-7421-120-1. Dostupné také z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>
- Vyhláška č. 45/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 2021, ročník 2021, částka 21, 45/2021. Dostupné také z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2021/03/sb0021-2021.pdf>
- Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: *Sbírka zákonů*. Praha. částka 54. Dostupné také z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=155&r=1998>
- Zákon č. 384/2008 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony. In: *Sbírka zákonů*. 2008, 124/2008. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>
- *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. In: . Praha. Dostupné také z: https://www.msmt.cz/uploads/skolsky_zakon.pdf

Seznam příloh

Příloha 1 – Rozhovor - PRP

Příloha 2 – Rozhovor – M1

Příloha 3 – Rozhovor – M2

Příloha 4 – Rozhovor – M3

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Růst slovní zásoby v prvních třech letech

Obrázek č. 2 – Mapa škol pro děti a žáky se sluchovým postižením

Obrázek č. 3 – Uživatel zvukového procesoru Sky CI™ M.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Novorozenecké reflexy

Tabulka č. 2 – Vývoj sluchu