

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině
Acceptance and development of a child with hearing impairment
in a hearing family

Hana Halamová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20. 7. 2015

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Miroslavě Kotkové za cenné rady a vstřícný přístup. Další poděkování patří matkám dětí se sluchovým postižením, které mi věnovaly svůj čas.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá přijetím a vývojem dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině. Teoretická část se v první kapitole zabývá sluchovým postižením a základní terminologií oboru. Druhá kapitola se věnuje možnostem kompenzace a rehabilitace sluchu. Třetí kapitola pojednává o komunikaci dětí se sluchovým postižením a představuje jednotlivé komunikační systémy. Předposlední kapitola se věnuje vývoji a výchově dítěte se sluchovým postižením. Závěrečná kapitola teoretické části představuje systém výchovně-vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením v České republice.

Praktická část diplomové práce se zabývá zkušenostmi rodičů s výchovou dítěte se sluchovým postižením. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak probíhá přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině. S ohledem na téma práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda.

Výsledky práce by měly umožnit porozumění rodičům v situaci, kdy je jejich úkolem vychovat dítě se sluchovým postižením.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sluchové postižení

Kompenzace sluchu

Komunikace

Vývoj dítěte

Výchovně-vzdělávací péče

Rodina

ABSTRACT

This thesis deals with the acceptance and development of a child with hearing impairment in a hearing family. The first chapter of the theoretical part deals with hearing impairment and the basic terminology of the discipline. The second chapter deals with the possibilities of compensation and rehabilitation of hearing. The third chapter represents the communication of hearing impaired children and different communication systems. The penultimate chapter is devoted to the development and education of children with hearing impairment. The final chapter of the theoretical part represents the system of educational care for children with hearing impairment in the Czech Republic.

The practical part of the thesis deals with the experiences of parents raising a child with hearing impairment. The main objective of the research is to find out how the acceptance and development of a hearing impaired child in a hearing family. According to the character of the research, qualitative research method was used.

The results of the work should facilitate the understanding of parents in a situation where it is their task to raise a child with hearing impairment.

KEY WORDS

Hearing impairment

Compensation of hearing

Communication

Child development

Educational care

Family

Obsah

Úvod.....	8
1 Sluchové postižení.....	9
1.1 Klasifikace poruch a vad sluchu	10
1.2 Příčiny poruch a vad sluchu	13
1.2.1 Příčiny převodních poruch a vad sluchu	13
1.2.2 Příčiny percepčních vad sluchu.....	14
1.2.3 Dědičné vady sluchu	15
1.3 Diagnostika ztráty sluchu	16
1.3.1 Novorozenecký screening sluchu.....	16
1.3.2 Diagnostické metody.....	17
2 Možnosti kompenzace sluchu a rehabilitace.....	22
2.1 Sluchadla	22
2.2 Kochleární implantát.....	24
2.3 Reeducace sluchu.....	26
3 Komunikace dětí se sluchovým postižením.....	28
3.1 Orální komunikace.....	29
3.2 Simultánní komunikace.....	30
3.3 Totální komunikace.....	30
3.4 Bilingvální komunikace	31
3.5 Znakový jazyk	31
3.6 Mluvený jazyk	32
3.7 Odezírání	33
3.8 Komunikační systémy vycházející z českého jazyka	34
3.8.1 Znakovaná čeština.....	34
3.8.2 Prstové abecedy.....	34
3.8.3 Vizualizace mluvené češtiny.....	34
3.8.4 Písemný záznam mluvené řeči.....	35
4 Vývoj a výchova dítěte se sluchovým postižením	36
4.1 Psychomotorický vývoj slyšícího dítěte.....	36
4.2 Vývoj řečových schopností	40
4.3 Vývoj dítěte se sluchovým postižením	41
4.3.1 Vliv sluchové vady na poznávací procesy dítěte	43
4.4 Osobnost a výchova dítěte se sluchovým postižením.....	43
4.5 Rodina dítěte se sluchovým postižením.....	45
5 Systém výchovně-vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením	46
5.1 Centra rané péče pro sluchově postižené	46
5.2 Speciálně pedagogická centra.....	47
5.3 Školy pro děti s vadou sluchu.....	48
5.4 Školská integrace dítěte se sluchovým postižením.....	49
6 Zkušenosti rodičů s výchovou dítěte se sluchovým postižením	50
6.1 Metodologická část	50
6.1.1 Výzkumný problém.....	50
6.1.2 Hlavní výzkumná otázka	50
6.1.3 Podotázky	50
6.1.4 Výzkumná strategie.....	50
6.1.5 Techniky sběru dat	51
6.1.6 Výběr výzkumného vzorku.....	51

6.1.7	Etika výzkumu	53
6.1.8	Zpracování dat.....	53
6.1.9	Hodnocení kvality výzkumu	53
6.1.10	Představení informátorů	53
6.2	Analytická část.....	55
6.2.1	Vliv sluchového postižení na život rodiny	55
6.2.2	Komunikace	64
6.2.3	Odborná péče	69
6.2.4	Doporučení rodičům dětí se sluchovým postižením	73
7	Závěr	74
8	Seznam použitých informačních zdrojů.....	75

Úvod

Během praxe v rámci mého studia, která probíhala na kurzu pro kandidáty na kochleární implantaci, jsem se setkala s jednou z účastnic kurzu. Jednalo se o matku, která chtěla nechat implantovat svou jednoroční dceru. S matkou jsme se bavily o tom, jak se s manželem zcela nečekaně dozvěděli, že jejich dcera má těžkou sluchovou vadu a jak přemýšleli nad možností kochleární implantace. Téma této diplomové práce bylo inspirováno touto rodinou a také skutečností, že většina dětí se sluchovým postižením pochází z rodin, kde žádný další člen není sluchově postižený. Rodiče se tedy dostávají do nečekané a náročné životní situace.

Diplomová práce se zabývá přijetím a vývojem dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině. Práce se skládá z teoretické a praktické části. První kapitola teoretické části se zabývá sluchovým postižením a základní terminologií oboru, obsahuje klasifikaci, příčiny a diagnostiku poruch a vad sluchu. Druhá kapitola pojednává o možnostem kompenzace sluchu a rehabilitace. Třetí kapitola se zabývá komunikací dětí se sluchovým postižením a představuje jednotlivé komunikační systémy. Předposlední kapitola se věnuje vývoji a výchově dítěte se sluchovým postižením. Závěrečná kapitola teoretické části představuje systém výchovně-vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením v České republice.

Praktická část diplomové práce se zabývá zkušenostmi rodičů s výchovou dítěte se sluchovým postižením. Tato část je dále rozdělena na metodologickou část a analytickou část. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak probíhá přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině. Zjistit zkušenosti rodičů s celkovým vývojem dítěte, jakým způsobem byla vada sluchu odhalena, kde a jakým způsobem rodiče hledali potřebné informace, jaké kompenzační pomůcky byly využity, jak probíhal vývoj vzájemné komunikace, jak sluchová vada ovlivnila život rodiny.

S ohledem na téma práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Ke sběru dat byla využita metoda rozhovoru, kdy informátory představovaly matky dětí se sluchovým postižením. Výsledky výzkumu vypovídají o rodinách informátorky a nelze je zobecňovat na všechny rodiče dětí se sluchovým postižením.

Výsledky práce by měly umožnit porozumění rodičům v situaci, kdy je jejich úkolem vychovat dítě se sluchovým postižením.

1 Sluchové postižení

Rozvojem, výchovou a vzděláváním jedinců se sluchovým postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína surdopedie (z latinského *surdus* – hluchý, z řeckého *paideia* – výchova). V literatuře se lze setkat i s jinými názvy, např. surdologie, surdopedagogika nebo pedagogika sluchově postižených. Až do roku 1983 byla výchova a vzdělávání sluchově postižených součástí oboru logopedie (Horáková, 2006).

Surdopedie spolupracuje s mnoha dalšími obory. Kromě dalších speciálněpedagogických oborů to jsou obory obecně pedagogické, biologické, psychologické, sociologické, medicínské i filozofické. Z dalších disciplín se zde uplatní také např. sociologie a lingvistika. Velmi důležitá je i spolupráce s technickými obory, např. sluchovou protetikou, vzhledem k možnosti korekce sluchových vad pomocí sluchadel nebo kochleárních implantátů (Horáková, 2012). „Cílem surdopedie je všestranný rozvoj sluchově postižené osobnosti na podkladě poznání zákonitostí a mechanismů edukace, vzdělávání, pracovního i společenského uplatnění zaměřené na zlepšení jejího psychosomatického stavu s cílem dosažení maximální úrovně socializace při využití speciálně pedagogických metod a zásad a s ohledem ke specifickým potřebám v průběhu celého života postiženého.“ (Šándorová, 2003, s. 10)

Termíny sluchové postižení a vada sluchu jsou často užívána jako synonyma, avšak někteří autoři je rozlišují. Potměšil (1999) uvádí, že v případě sluchové vady je nějakým způsobem snížena kvalita či kvantita slyšení v důsledku poškození orgánu nebo jeho funkce. Sluchové postižení je širší termín, který zahrnuje také sociální důsledky, včetně řečového defektu. Šándorová (2003) uvádí, že za sluchově postiženého jedince lze považovat každého, kdo se ocitá v nevýhodné pozici vůči intaktní společnosti v důsledku narušení, vady nebo absence slyšení a následkem toho obtížemi v komunikačním procesu. Podle Skákalové (2011) jsou termíny sluchová vada a sluchové postižení velmi široké, a proto je potřeba je pro účely výchovné péče, způsobu komunikace a dalších přístupů dále specifikovat např. podle doby vzniku sluchové vady, druhu, typu, rozsahu, stupně a místa poškození).

Běžně se lze setkat s tendencemi nazývat téměř všechny sluchově postižené slovem „neslyšící“. Příčinami mohou být např., že slovo „neslyšící“ vyvolává u laické veřejnosti více soucitu než „nedoslýchavý“, neslyšící mají obvykle nárok na vyšší státní

sociální dávky, některé zahraniční školy mohou přijímat pouze neslyšící studenty, zveličování stupně vady sluchu může být neúmyslnou snahou prezentovat pokroky v rozvoji mluvené řeči jako větší úspěch atd. (Hrubý, 1999).

Pod termín „sluchově postižení“ lze podle Hrubého (2010, s. 110) zahrnout tyto skupiny osob:

- nedoslýchaví;
- ohluchlí – osoby s vadou sluchu získanou až po rozvoji mluvené řeči;
- prelingválně neslyšící – osoby s prelingvální úplnou hluchotou;
- hluchoslepí – osoby s kombinovanou sluchovou a zrakovou vadou;
- šelestáři;
- rodiče sluchově postižených dětí;
- slyšící děti neslyšících rodičů.

Tuto kategorizaci rozšířila Skákalová (2011) o skupinu uživatelů kochleárních implantátů, která se utváří v posledních letech. Každý člověk se sluchovým postižením má zcela individuální vlastnosti a potřeby, proto je možné, že se někteří jedinci nebudou hodit ani do jedné z uvedených skupin.

Je třeba upozornit na existenci další skupiny lidí, kteří sami sebe označují jako Neslyšící (s velkým N) . O příslušnosti k této skupině nerozhoduje medicínské hledisko, ale pouze subjektivní identifikace s jazykem a kulturou Neslyšících. Vadu sluchu nepovažují za handicap, ale jiný životní styl a za svůj primární komunikační kód považují (český) znakový jazyk (Hudáková, 2005).

1.1 Klasifikace poruch a vad sluchu

Pro potřeby specifikace důsledků přechodného a trvalého zhoršení sluchu doporučuje Skákalová (2011) od sebe odlišovat termíny porucha a vada sluchu, které někteří autoři také používají jako synonyma. Rozdíl mezi nimi vysvětluje Hrubý (2010) takto:

Porucha sluchu je stav přechodného zhoršení sluchu, jde o onemocnění nebo změnu sluchového orgánu, přičemž po jeho vyléčení a odeznění se sluch vrací víceméně do normálu.

Sluchová vada je stav trvalého poškození sluchu, který nemá tendenci se zlepšovat.

Kritérií dělení sluchových vad je podle Horákové (2006) bezpočet. Pro vymezení jednotlivých skupin sluchového postižení uvádí tři základní dělení - podle místa poškození sluchového orgánu, podle stupně a podle doby vzniku postižení.

a) Dělení podle místa poškození sluchového orgánu

Z fyziologického hlediska se vady sluchu dělí podle místa vzniku na dvě základní skupiny (příčemž se lze setkat i s kombinací obou):

Převodní vady vznikají ve vnějším nebo středním uchu, při nichž dochází k narušení - přenosu zvukových vibrací.

Percepční (senzoneurální) vady vznikají jako důsledek poškození vnitřního ucha či další části sluchové dráhy. (Hrubý, 1998).

Šlapák a Floriánová (1999) podle části sluchové dráhy, kde se porucha sluchu nachází, rozlišují periferní a centrální poruchy sluchu. Do periferních patří převodní a percepční vady a centrální poruchy zahrnují defekty, jež postihují podkorový a korový systém sluchových drah.

b) Dělení sluchových vad podle stupně

Mezinárodní úřad pro audiologii (Bureau Internationale de l'Audiologie et Phonologie – BIAP) (www.biap.org, 2006) uvádí celkem deset stupňů ztráty sluchu v šesti kategoriích podle rozsahu ztráty v decibelech.

Tab. 1 Klasifikace sluchových vad podle BIAP

I.	Normální (nebo subnormální sluch)	0 – 20 dB
II.	Lehká nedoslýchavost	21 – 40 dB
III.	Střední nedoslýchavost	41 – 55 dB (1. stupeň)
		56 – 70 dB (2. stupeň)
IV.	Těžké poškození sluchu	71 – 80 dB (1. stupeň)
		81 – 90 dB (2. stupeň)
V.	Velmi těžké poškození sluchu	91 – 100 dB (1. stupeň)
		101 – 110 dB (2. stupeň)
		111 – 119 dB (3. stupeň)
VI.	Úplné poškození sluchu (hluchota)	120 dB a více

Klasifikace Světové zdravotnické organizace (www.who.int) dělí vady sluchu do pěti stupňů (0. – 4.) podle velikosti ztráty sluchu:

Tab. 2 Klasifikace sluchových vad podle WHO

0.	Normální sluch	0 – 25 dB
1.	Lehké poškození sluchu	26 – 40 dB
2.	Střední poškození sluchu	41 – 60 dB
3.	Těžké poškození sluchu	61 – 80 dB
4.	Velmi těžké poškození sluchu	81 dB a více

Počet decibelů udává průměrnou ztrátu sluchu v lepším uchu na kmitočtech 500 Hz, 1000 Hz a 2000 Hz. Lze se také setkat s hodnocením ztráty sluchu v procentech, které ale není velmi vhodné (Hrubý, 1998).

Pro porovnání hodnot ztrát sluchu uvádí Potměšil (1999) příklady intenzity běžných zvuků v decibelech: 0 dB – nejnižší zvuk slyšitelný lidským uchem, 30 dB tichý šepot, 40 dB tichá kancelář nebo obývací pokoj, 50 dB mírná veřejná doprava z dálky nebo jemný vánek, 60 dB hovor, 70 dB veřejná doprava nebo hlučná restaurace, 80 dB podzemní dráha nebo hluk v továrně, 90 dB hluk nákladních aut nebo domácích spotřebičů, 100 dB motorová pila, 120 dB rockový koncert nebo zahřmění, 140 dB výstřel z pušky nebo tryskové letadlo, 180 dB startující raketa. Tentýž autor upozorňuje také na nebezpečnou dobu expozice zvukům nad 70 dB (zde začíná kritická hranice).

c) Dělení sluchových vad podle doby jejich vzniku

Z hlediska doby vzniku se vady sluchu dělí na vrozené a získané, přičemž mohou být jak převodní, tak percepční. **Vrozené vady** vznikají vlivem genetických dispozic nebo v době zrání plodu. V případě vrozených vad se tedy dítě se sluchovou vadou již narodí. **Získané vady** vznikají až po narození dítěte (např. vlivem nemoci nebo úrazu). Speciální kategorií vad sluchu jsou z pohledu Hrubého (1998) **vady dědičné**. Dítě se s vadou či poruchou sluchu nemusí narodit, protože některé dědičné vady se mohou projevit až v dospělosti.

Doba vzniku vady je kritická vzhledem ke komunikačním důsledkům. Zde záleží na tom, zda vada sluchu vznikne před (alespoň částečným) rozvojem mluvené řeči, nebo až po jejím rozvinutí. V prvním případě se jedná o **vady prelingvální** a vady získané až po rozvinutí mluvy jsou označovány jako **vady postlingvální**. (Hrubý, 2010).

1.2 Příčiny poruch a vad sluchu

Variabilita příčin poruch a vad sluchu je velmi široká, někdy je etiologie dokonce neznámá anebo dochází ke kombinaci několika příčin. Ne všechny příčiny mají trvalé následky, některé lze odstranit a plně obnovit sluch, jiné bohužel vedou až k úplné ztrátě sluchu – náhle nebo postupně. Příčiny lze obecně shrnout do těchto kategorií:

Vrozené – genetické nebo vrozené vývojové vady, vady způsobené infekčním onemocněním matky v průběhu těhotenství (zarděnky, spalničky, toxoplasmóza aj.) či užíváním toxických látek.

Získané – onemocnění sluchového orgánu: záněty středouší, průšnice, meningitida, nádory, degenerativní onemocnění; traumatické poškození sluchového orgánu: úraz, poškození toxickými látkami (např. léky), poškození hlukem (intenzivní či jednotvárný hluk v pásmu 80 – 90 dB může způsobit ztráty sluchu). (Skákalová, 2011, s. 12)

1.2.1 Příčiny převodních poruch a vad sluchu

Převodní ztráty sluchu vznikají ve vnějším nebo středním uchu, tedy v oblasti mechanického převodu zvukového signálu. Přestože jsou poměrně časté, tak nikdy nevedou k úplné hluchotě. Dochází pouze k zeslabení zvukového vjemu nejvýše o 65 dB, přičemž nedochází ani k žádnému zkreslení vjemu zvuku. Důsledkem převodní vady je vždy nedoslýchavost. Tento typ vad bývá možné odstranit operativně nebo je lze poměrně dobře kompenzovat moderními elektronickými sluchadly. Následující příčiny převodních vad patří mezi nejčastější:

- ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem - ceruminem (či cizím tělesem) – nejjednodušší převodní vada, lze ji odstranit za pomoci lékaře;
- deformity vnějšího nebo středního ucha – může se jednat o vrozenou vadu, kdy není vytvořen boltec nebo vnější zvukovod – v některých případech lze problém operativně odstranit – získanou „deformitou“ může být proděravění

bubínku;

- záněty vnějšího zvukovodu (otitis externa) bývají většinou pouze přechodné a způsobují jen malou ztrátu sluchu – příčinou mohou být viry, plísně, bakterie i alergie;
- zánět středního ucha (otitis media) je obvykle infekce výstelky středoušní dutiny mikrobiálního nebo virového původu – po odeznění zánětu se sluch většinou vrátí do původního stavu, pokud jsou záněty časté, může dojít ke zjizvení bubínku nebo narušení středoušních kůstek, což může mít trvalé následky;
- přerušení řetězu středoušních kůstek (např. při úrazu či zánětu) lze často léčit operativně použitím středoušních implantátů (náhrad kůstek z umělé hmoty či jiných materiálů);
- otoskleróza – jedná se o typickou převodní vadu, která způsobuje znehybnění ploténky třmínku nárůstem kostní tkáně v oblasti oválného okénka – bývá dědičná, ale často ji lze operativně odstranit (třmínek je nahrazen implantátem);
- cholesteatom je cysta tvořená šupinatou hmotou s cholesterolem, vyskytující se nejčastěji ve středním uchu – způsobuje zvětšující se převodní vadu sluchu – postupující cysta rozkládá kost a je tedy nutné podstoupit operativní zásah (Hrubý, 2010).

1.2.2 Příčiny percepčních vad sluchu

Percepční vady sluchu jsou trvalé, někdy progredující a většinou mnohem závažnější než vady převodní. V případě percepčních vad je poškozena elektrická část sluchové dráhy, což může způsobit lehkou nedoslýchavost až úplnou hluchotu. Poškození se projevuje poruchami v intenzitě vnímání zvuků, v rozlišování tónů, zkreslení zvuku nebo změně dynamického rozsahu sluchu. Dochází ke zkreslení zvuků, což znemožňuje rozumění mluvě (Skákalová, 2011). Příčin percepčních vad sluchu je mnoho, následuje několik nejčastějších:

- ototoxické látky (= jedovaté pro sluchové smyslové buňky) – patří sem antibiotika gentamycin, kanamycin, streptomycin, viomycin, neomycin. Užívání těchto antibiotik může vést k překročení jejich hladiny v hlemýždi, což má za následek zničení všech vláskových buněk. Dále sem patří průmyslové

chemické látky, např. soli rtuti, olova, arzenové sloučeniny, organické sloučeniny. Nejčastěji se jedná o vady získané, avšak mohou být i vrozené v případě, že matka ototoxické látky používá během těhotenství, např. nápoje s chininem (tonic) či drogy;

- Přidušení v průběhu porodu – vnitřní ucho je velmi citlivé na zásobení kyslíkem;
- Infekce matky v době těhotenství – cytomegalovirus, zarděnky, toxoplasmóza (způsobuje vadu sluchu až u 17% dětí infikovaných matek), nekompatibilita Rh faktoru v krvi matky a dítěte;
- Meningitida (hnisavý zánět mozkových blan) – může způsobit zánět sluchového nervu, případně jeho přerušení v důsledku srůstů mozkových plen, může zcela poškodit blanitý hlemýžď;
- Úrazy hlavy – může dojít ke vzniku úplných hluchot v důsledku přetěti sluchového nervu;
- Nádor sluchového nervu (neurinom akustiku) – k přetěti sluchového nervu dochází často při operativním odstranění tohoto nádoru;
- Onemocnění a infekce - průšnice, autoimunitní onemocnění a jiné;
- Cévní příčiny – krvácení, spasmy;
- Postupné odumírání vláskových buněk - projeví se až ve vysokém věku (presbyakuzie) zhoršením vnímání vysokých tónů. I vlivem zvyšování hluku v životním prostředí (a diskotékách apod.) postihuje úbytek vláskových buněk čím dál mladší jedince (Hrubý, 2010 ; Skákalová, 2011).

1.2.3 Dědičné vady sluchu

Děti s dědičnými vadami sluchu je až 50% (z dětí se sluch. p.), ale většinou se narodí slyšícím rodičům (pouze 9% sluchově postižených dětí na našich školách má oba rodiče sluchově postižené, z těchto rodičů je převážná většina nedoslýchavých). Dědičnost sluchových vad se často projevuje až v několikáté generaci, přičemž se může stát, že ani v jednom rodě se nepodaří najít poslední případ hluchoty. (Hrubý, 1998).

Bylo zjištěno více než 90 různých typů dědičných sluchových vad, z nichž většina je vrozených, některé se projeví až později a některé se mohou s věkem zhoršovat. Závažnost dědičných sluchových vad je velmi široká, může se dědit lehká

nedoslýchavost, úplná hluchota, ale také závažná kombinovaná postižení - Usherův syndrom nebo Wanderburgův syndrom (Hrubý, 1998).

Podle Freemana (1992) odborníci zabývající se zkoumáním příčin sluchových vad ve svých studiích uvádějí, že u 12 – 50% vyšetřovaných dětí se jim nepodařilo zjistit důvod vady sluchu. Ve většině těchto případů se pravděpodobně jedná o genetickou příčinu, kterou ale nelze dokázat, protože nejsou k dispozici rodokmeny s údaji, zda měl některý z předků sluchové postižení. K odhalení dědičných rysů spojených s dědičnou formou hluchoty nebo přenášení vady sluchu v rodě je potřeba zjistit, jak se vada sluchu u dítěte vyvíjela a také jeho zdravotní stav. Provádí se podrobná lékařská vyšetření a různé testy u dítěte a některé také u ostatních členů rodiny. „Znalost příčiny hluchoty je žádoucí a často může pomoci vyrovnat se se ztrátou.“ (Freeman, 1992, s. 69).

1.3 Diagnostika ztráty sluchu

Hrubý (2010) uvádí, že diagnostika vady sluchu zahrnuje tři základní kroky – odhalení vady, zjištění její velikosti a zjištění její příčiny. Za zcela zásadní považuje první dva kroky, protože na jejich základě se rozhoduje o metodě práce s dítětem. Zjištění příčiny slouží spíše jako odpověď rodičům, kteří usilovně pátrají po tom, kde se stala „chyba“, ale pro výchovu dítěte nemá většinou žádný význam.

Je velmi důležité, aby sluchová vada byla odhalena co nejdříve. U sluchově postižených dětí je nejvíce ohrožena sluchová kůra a struktury rozpoznávající syntax. „Kritické období, během kterého se mohou mozkové systémy rozvinout, trvá pouze několik let. I když hranice není především u postižených dětí zcela ostrá, obvykle se za citlivé období považují první čtyři roky až šest let života dítěte.“ (Hrubý, 2010, s.73).

Dnešní technika umožňuje zjištění všech vad sluchu během prvních tří měsíců života dítěte. „Opožděná diagnóza je vždy někým zaviněna a měla by skončit projednáváním v České lékařské komoře nebo u soudu.“ (Hrubý, 2010, s. 104).

1.3.1 Novorozenecký screening sluchu

Plošný screening sluchu se zatím v České republice neprovádí. Mnoho odborníků se shoduje, že by jeho zavedení bylo vhodné vzhledem k možnosti včas zareagovat na zjištěnou vadu sluchu u novorozence. Podle Kabelky (bývalý přednosta

Ušní, nosní a krční kliniky 2. LF UK a FN v Motole) by mělo dítě dostat sluchadla do půl roku věku pokud je zjištěna závažná vada sluchu. V případech, kdy sluchadla nejsou dostačující, by se mohlo v optimální čas začít s přípravou na kochleární implantaci. Na vývoji dítěte se negativně podepisuje každý měsíc, kdy dítě nemůže vnímat zvukové podněty. Bohužel se ale stává, že děti dostanou dobře nastavené sluchadlo až později – v roce, dvou, někdy i ve třech letech. (Křesťanová, 2007).

Při narození má sluchové postižení jedno dítě z pěti set narozených dětí a jedno z tisíce narozených dětí má velmi těžkou sluchovou poruchu. V zahraničí se plošný screening sluchu rozšiřuje již několik let, např. na Slovensku byl zaveden v roce 2006. U nás se provádí pouze na některých pracovištích a jeho případné plošné zavedení se projednává na základě zkušeností z pracovišť, které screening provádějí (nejdéle a systematicky je prováděn v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze - Podolí) (Křesťanová, 2011). Na některých pracovištích je sluch vyšetřován pouze u rizikových novorozenců. Šándorová (2003, s. 40) označuje jako rizikové novorozence ty, kteří vyhoví některému z těchto kritérií (objeví se u nich alespoň jeden rizikový faktor): pozitivní rodinná anamnéza, kongenitální (vrozená) infekce, porodní hmotnost pod 1500g, porodní trauma, infekce obličejové části hlavy, asfyxie (dušení) při porodu, nutnost dlouhodobé umělé ventilace, primární plicní hypertenze, meningitida / encefalitida, ototoxické léky, inkompabilita Rh faktoru, žloutenka.

V roce 2012 vydalo Ministerstvo zdravotnictví metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců, kde je uvedeno, že v případě neprovedení screeningu sluchu na novorozeneckém oddělení informuje lékař tohoto oddělení zákonného zástupce dítěte o potřebě jeho provedení a o informaci provede záznam do zdravotnické dokumentace dítěte. Prostřednictvím propouštěcí zprávy pak informuje registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost o neprovedení screeningu sluchu a doporučí zajistit jeho provedení (Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců, 2012).

1.3.2 Diagnostické metody

Vyšetřením sluchu se zjišťuje, jestli je sluch v normě nebo jestli je přítomna sluchová ztráta. V případě zjištění ztráty sluchu je dále potřeba určit její typ, lokalizaci a stupeň ztráty. Podle spolupráce s pacientem lze diagnostické metody dělit na objektivní a subjektivní. Subjektivní metody (např. tónová a slovní audiometrie

či zkouška ladičkami) nejsou příliš vhodné pro vyšetření malých dětí, protože vyžadují určitou míru spolupráce s vyšetřovaným. Objektivní metody spolupráci nevyžadují a patří mezi ně např. audiometrie z elektrické odezvy (ERA, BERA, CERA), měření ustálených evokovaných potenciálů (SSEP), tympanometrie a měření otoakustických emisí (OAE) (Hrubý, 2010).

Orientační vyšetření sluchu

Vyšetření prováděné pediatrem nebo také rodiči vzhledem k jeho nenáročnosti. Je sledována změna chování dítěte v reakci na zvuk. Vyšetřující vytvoří zvukový podnět (např. pomocí pískací hračky, cinknutím) a sleduje reakci dítěte. Úskalí tohoto způsobu spočívá v tom, že dítě nemusí reagovat pouze na zvuk, ale i jiné podněty – např. proud vzduchu vycházející z pískací hračky, pohyb vyšetřujícího v periferním zorném poli, vibrace zvuku, odraz pohybu na lesklých plochách nebo úplně jiný podnět z okolí nesouvisející s vyšetřením. Výsledky takové zkoušky je možné využít spíš pro orientační potvrzení sluchové vady než pro její vyvrácení (Skákalová, 2011).

Sluchová zkouška

Při klasické zkoušce sluchu lékař vyslovuje různá slova nejprve šeptem, potom hlasitá slova (u dítěte někdy opačný postup) a vyšetřovaný je opakuje. Lékař se vzdaluje nebo přibližuje k vyšetřovanému a zjišťuje z jaké vzdálenosti předřkávání slova slyší. Pro normální sluch je určena vzdálenost 6 a 10 metrů. Při zkoušce je vyšetřovaný otočen k lékaři vyšetřovanou stranou, přičemž druhé ucho je zakryto a je i zamezeno výhledu na lékaři kvůli znemožnění odezírání. Použitím vhodných slov může lékař posoudit, jestli vyšetřovaný lépe slyší vysoké nebo nízké tóny a použitím sobě podobných slov (např. zahrada- ohrada) může posoudit i porozumění řeči (Šlapák, Floriánová, 1999).

Zkoušky ladičkami

Ladičky mají v diagnostice sluchu dlouholetou tradici. Základní zkoušky jsou Weberova zkouška. Rinneho zkouška a Schwabachova zkouška. Weberova zkouška porovnává kostní vedení obou uší, ladička se přiloží patkou do střední roviny lebky. U Rinneho zkoušky se drží rozkmitaná ladička v určité vzdálenosti od ucha a ve chvíli, kdy vyšetřovaný už zvuk neslyší se ladička přiloží na kost za uchem a zjišťuje se, jestli

je lepší kostní nebi vzdušné vedení. Schwabachova zkouška není příliš využívána. (Hrubý, 2010).

Tónová a slovní audiometrie

Při vyšetření tónovou audiometrií dostane pacient sluchátka a jeho úkolem je dát znamení ve chvíli, kdy ve sluchátku něco zaslechne. Na audiometru (= elektrický generátor čistých tónů) lze nastavit vyšetřování pravého nebo levého ucha. Do sluchátek jsou pouštěny čisté tóny s různou frekvencí a u každého tónu se postupně zvyšuje hlasitost, dokud vyšetřovaný nedá znamení, že zvuk zaslechl. Výsledky na obou uších se zaznamenávají do grafu – tónového audiogramu (znázornění závislosti velikosti ztráty sluchu na frekvenci), z jehož průběhu lze vyčíst závažnost sluchové ztráty. Tónová audiometrie slouží ke zjištění prahu slyšení a velikosti sluchové ztráty. Vzhledem k nutnosti specifické spolupráce je u malých dětí možnost využití této diagnostické metody omezená (Hrubý, 1998).

Tónová audiometrie se většinou doplňuje audiometrií slovní, která informuje o tom, jak vyšetřovaný rozumí mluvené řeči. Pacientovi v tiché komoře jsou do sluchátek nebo reproduktorů přehrávány soubory testovacích slov. Slova jsou přehrávána po deseti a vyšetřovaný musí slova opakovat nebo říci, že neví. Slovní audiometrie je významná v tom, že je možné ji provést bez sluchadla i se sluchadlem, a tím změřit skutečný přínos sluchadla pro pacienta (Hrubý, 1998).

Otoakustické emise (OAE)

Vnější vláskové buňky v hlemýždi se vlivem zvuku pohybují a tyto pohyby vyvolávají zvukové vlny – otoakustické emise. Při vyšetření je do zvukovodu vnějšího ucha zavedena sonda (reproduktor + mikrofon). V případě, že jsou vláskové buňky reproduktorem stimulovány, může mikrofon zachytit odpovídající zvukové vlny. Celé měření musí být prováděno ve velmi tichém prostředí. Pokud nebyly naměřeny žádné otoakustické emise, nemusí to nutně znamenat, že má dítě ztrátu sluchu. Důvodů pro negativní výsledek může být několik: prostředí nebylo dostatečně tiché, zvukovod novorozence může být blokován tkání z matčiny dělohy nebo plodovou vodou (obzvláště v prvních třech dnech života). Infekce středního ucha nebo nachlazení mohou také zapříčinit dočasnou poruchu vedení zvuku (Siemens, online).

Přítomnost OAE potvrzuje, že vnější vláskové buňky fungují v určitých limitech správně. Nicméně na základě detekce není možné činit žádné závěry ohledně funkční kapacity sluchového nervu nebo příslušných oblastí mozku. Pro tento účel jsou využívány např. následující objektivní audiometrické metody pracující s elektrickými signály (Siemens, www.bestsoundtechnology.com).

Audiometrie z elektrické odezvy (ERA, BERA, CERA)

Audiometrie z elektrické odezvy mozku znamená „měření změn elektrické aktivity nervové soustavy při působení zvukového podnětu“ (Hrubý, 2010, s. 89). Audiometrie z elektrické odezvy připomíná měření elektroencefalogramu (EEG). Aktivita sluchové dráhy se dá snímat na povrchu hlavy. Při vyšetření má pacient na hlavě nalepené tři elektrody a k tomu jsou mu nasazena audiometrická sluchátka. Vzhledem k dokonalosti dnešní techniky může měření provádět i méně kvalifikovaný personál, což umožnilo využití ERA při screeningu velmi malých dětí (v tomto případě se nemusí připevňovat elektrody, protože jsou přímo součástí přístroje a je tak možné dítě vyšetřit při spánku). Existuje několik druhů měření, které fungují na stejném principu a liší se pouze podle místa snímání elektrických potenciálů. Příkladem může být BERA (Brainstem Electric Response Audiometry) = audiometrie z elektrické odezvy v mozkovém kmeni, či CERA (Cortex Electric Response Audiometry) = audiometrie z elektrické odezvy mozkové kůry (kortexu) (Hrubý, 2010).

Ustálené evokované potenciály (SSEP)

Ustálené evokované potenciály SSEP (Steady State Evoked Potentials) jsou měřeny přístrojem, který umožňuje odvodit tzv. odhadovaný audiogram. Tento audiogram poskytuje informace o tom, jak by vypadal tónový audiogram, kdyby bylo možné ho u dítěte vyšetřit. Tuto metodu lze považovat za dostatečně spolehlivou a přesnou. Umožňuje u velmi těžkých percepčních vad stanovit zbytky sluchu na hlubokých frekvencích, které by při vyšetření kmenových potenciálů nebyly zachyceny. Vyšetření SSEP slouží ke stanovení sluchového prahu u dětí různého věku a je prováděno ve spánku (navozeném chlorohydrátem) nebo v celkové anestezii (Myška, 2007).

Tympanometrie

Tympanometrie umožňuje zjistit stav středního ucha. Tato objektivní metoda je založena na vyšetření odolnosti ušního bubínku proti zvuku. Do zvukového kanálu je umístěna sonda, jejíž reproduktor vysílá tón. V závislosti na měnícím se tlaku ve zvukovodu jsou zaznamenávány změny energie odražené od bubínku (Siemens, www.bestsoundtechnology.com) Výsledkem měření je graf (tzv. tympanogram) zobrazující závislost poddajnosti středního ucha (bubínku a středoušních kůstek) v závislosti na tlaku ve zvukovodu, podle kterého lze posoudit současný stav středouší (Hrubý, 2010).

2 Možnosti kompenzace sluchu a rehabilitace

Péče o děti se sluchovým postižením se nazývá péčí rehabilitační. Pod rehabilitací je zahrnuta péče zdravotnická, sociálně právní a pedagogicko-psychologická. Komprehenzivní (neboli ucelená) rehabilitace obsahuje složku léčebnou, pracovní, sociální a výchovně vzdělávací. Celý systém rehabilitační péče je pak zaměřen

na kompenzaci – náhradu postižené funkce; reedukaci – rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností; akceptaci – přijetí života s postižením (Muknšnábllová, 2014).

Základním předpokladem úspěšné rehabilitace dítěte je podle Hrubého (2010) včasná diagnóza vady sluchu. Upozorňuje, že po odhalení sluchového postižení (popřípadě vyřčení diagnózy) je nejdůležitější navázat s dítětem včas plnohodnotnou komunikaci. Dítěti by po zjištění vady sluchu mělo být ihned přiděleno sluchadlo. Pokud má dítě zbytky sluchu, zajistí sluchadlo rozvoj sluchové kůry v mozku. Mělo by být používáno také u dětí, u nichž je podezření, že jsou zcela neslyšící. „Pokud se toto podezření potvrdí, nebylo takovému dítěti sluchadlo vůbec nic platné a můžeme ho s povzdechem odložit. Lepší je však nějakou dobu „pálit baterky“ ve sluchadle, než něco zanedbat v rozvoji třeba i jen velmi nepatrných zbytků sluchu. Ve chvíli, kdy je jasné, že ani se sluchadlem dítě nereaguje, je třeba žádat o kochleární implantaci.“ (Hrubý, 2010, s. 73).

2.1 Sluchadla

Sluchadlo je základní komunikační pomůckou nedoslýchavých a v podstatě se jedná o miniaturní zesilovač zvuku. Existuje několik druhů sluchadel;

- podle tvaru: závěsná / nitroušní / kapesní / brýlová (poslední dva typy jsou využívány jen minimálně);
- podle způsobu zpracování signálu zvuku: analogová / digitální;
- podle typu přenosu zvuku: sluchadla pro vzdušné vedení / kostní vedení (Kašpar, 2008).

Přidělení a nastavení sluchadla vychází z výsledků důkladného vyšetření sluchu. Před indikací lékař zjišťuje prahovou hodnotu sluchu (= nejnižší hlasitost zvuku, který je člověk schopen zaslechnout) na určité frekvenci. Zvuk je sluchadlem zesílen

a modulován podle nastavení, které provádí foniatr. Nastavení zohledňuje typ a charakter sluchové vady pacienta a samozřejmě také jeho věk. Sluchadlo má několik základních součástí: mikrofon, zesilovač, reproduktor, regulátor hlasitosti, přepínač programů, indukční cívku, případně přímý audiovstup. (Horáková, 2012)

Závěsné sluchadlo ne nejčastěji užívaný typ u všech věkových kategorií, protože dokáže pokrýt celé spektrum sluchových vad, které lze ještě korigovat. U závěsných sluchadel jsou základní součásti umístěny v pouzdře, které se nosí za uchem. Další částí, která vede zvuk do zvukovodu, je ušní tvarovka (v dnešní době obvykle již individuálně vyrobená) propojená s pouzdem přes hák sluchadla pomocí plastové hadičky. **Nitroušní sluchadla** se označují podle toho, do kterého místa se vkládají. Nejmenší, kanálová sluchadla jsou celá ukryta ve zvukovodu; zvukovodová sluchadla se vkládají do vchodu zvukovodu; největší jsou sluchadla boltcová. Všechna tato sluchadla jsou citlivější na vlhkost a znečištění ušním mazem, proto vyžadují velkou péči. Kvůli rostoucímu zvukovodu nejsou nitroušní sluchadla doporučována dětem do 18 let. (Horáková, 2012)

Podle Muknšnáblové (2014) mají **analogová sluchadla** výhodu v tom, že se používají již mnoho let a technici tak mají zkušenosti s jejich nastavením, ale na druhou stranu mají nevýhodu v podobě slabého šumu. **Digitální sluchadla** mají místo zesilovače mikročip a k jejich nastavení je potřeba speciální počítačové vybavení. Jejich výhodou je absence vedlejšího šumu.

Nitroušní a závěsná sluchadla fungují na principu **přenosu vzduchem**. Zvukový signál je z reproduktoru zvukovodem veden ve formě akustické energie, která rozkmitá bubínek a projde přes středoušní kůstky do vnitřního ucha. **Přenos kostí** funguje tak, že ze zesilovače sluchadla vychází elektrický signál, a ten je předán vibrátoru přiloženému na spánkové kosti. Kostí jsou vibrace vedeny do vnitřního ucha, kde dojde k rozkmitání nitroušních tekutin. Nejmodernějším sluchadlem využívajícím kostní vedení je sluchadlo BAHA ukotvené přímo ve spánkové kosti (Kašpar, 2008 ; Skákalová, 2011). Podle Horákové (2012) je poslech přes toto sluchadlo čistší a srozumitelnější v porovnání s vibrátorem přiloženým na kost, u kterého jsou vibrace tlumeny kůží. Sluchadlo BAHA se indikuje až ve chvíli, kdy je kost dostatečně silná a pevná (po 6. až 8. roku věku dítěte), protože šroub zapaštěný do kosti má délku 3 až 4 milimetry.

Sluchadla jsou přidělována dětem a dospělým se sluchovým postižením z prostředků všeobecného zdravotního pojištění podle zákona č. 47/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Foniatr nabídne sluchadla z kategorie bez doplatku (plně hrazená pojišťovnou) nebo dražší sluchadla s doplatkem. Přidělování příspěvků na sluchadla vychází z Číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny (tímto systémem se řídí všechny pojišťovny v ČR) (Horáková, 2012).

Při výběru a zkoušení sluchadla u malých dětí je potřeba sledovat reakce dítěte. U starších dětí je třeba se ptát na pocity a přínos ze sluchadla. Čím menší je dítě, tím je nastavování složitější a dlouhodobější. Dítě si musí na sluchadlo zvyknout, nebrat ho jako překážku, ale jako pomocníka. Navyknutí může trvat i několik měsíců, záleží zde na mnoha faktorech; na akceptaci má vliv aktuální věk, věk při vzniku vady, typ a stupeň vady, typ sluchadla a jeho nastavení, přizpůsobivost i případná neurotičnost dítěte atd. (Muknšnáblova, 2014).

Pro korekci sluchové vady je důležitá rehabilitace na specializovaném pracovišti, kdy se dítě učí soustředit na správný akustický signál a v mozku odlišovat potřebné a nepotřebné zvuky. O dítě pečuje pediatr, audiolog, foniatr a logoped. Dětem do jednoho roku věku se dává sluchadlo pouze na dobu, kdy komunikuje s matkou a na spaní se sundává, aby nedošlo k poranění. Větší děti by měly sluchadla nosit celý den, aby mohly vnímat všechny zvukové podněty. Děti nosí sluchadla na obou uších, čímž je efektivita korekce sluchu až čtyřnásobná, je lepší prostorové vnímání zvuku, ozvěna zvuku je potlačena a dítě snadněji rozumí řeči v hluku (Muknšnáblova, 2014).

2.2 Kochleární implantát

„Kochleární implantát je funkční smyslová náhrada pro pacienty s velmi závažnou oboustrannou senzoneurální poruchou sluchu, kteří ze sluchadel nemají (téměř) žádný přínos pro porozumění řeči.“ (Hronová, Hudáková, 2005, s. 30)

Kochleární implantát se skládá z vnitřní a vnější části. Vnitřní část obsahuje přijímač a svazek elektrod, přičemž přijímač je umístěn pod kůží za uchem pacienta a svazek elektrod je zaveden do hlemýždě ve vnitřním uchu. Vnější část implantátu je tvořena řečovým procesorem a vysílací cívkou, která je magnetem přichycena na hlavě. Řečový procesor kóduje zvuk a posílá ho do vysílací cívky, která vysílá signál přes kůži do vnitřní části implantátu. Vyrábí se dva typy řečového procesoru – krabičkový nebo

závěsný. Krabičkový se používá hlavně u dětí a nosí se pod oblečením v malém batůžku, v kapse nebo na opasku. Závěsný procesor se nosí za uchem, podobně jako sluchadlo (Hronová, Hudáková, 2005).

Před operací probíhají podrobná vyšetření – foniatrické, audiologické, psychologické a logopedické. Je hodnocena závažnost sluchové vady a její dopad na vývoj jazyka a mluvené řeči. Malé děti jsou sledovány během diagnostické rehabilitace dále je hodnocena kvalita spolupráce rodičů při rehabilitaci a u větších dětí pak motivace k nošení vnějších částí implantátu. Následuje druhá fáze vyšetřování, která probíhá v nemocnici během krátkodobé hospitalizace. Zde se provádí kompletní otorinolaryngologické vyšetření, pediatrické, neurologické, několik dalších podrobných vyšetření sluchu a sluchového ústrojí a běžná předoperační vyšetření (Hronová, Hudáková, 2005). V současné době se implantace provádějí v Praze, Brně nebo Ostravě.

Rodiče dítěte musí s operací souhlasit, být dostatečně poučeni a musí mít realistické představy o možnostech dítěte a přínosu kochleárního implantátu. U dítěte se sleduje i celkový zdravotní stav a případná přítomnost dalšího postižení. Samotná operace trvá zhruba 2 – 3 hodiny a provádí se v celkové anestezii. Zhruba jeden týden po operaci se odstraní stehy a dítě je propuštěno do domácího léčení. Dříve se prováděla pouze jednostranná implantace, dnes je možná i oboustranná. Po zahojení rány (4-6 týdnů po operaci), je provedeno první programování zvukového procesoru – dítě dostane vnější část procesoru a proběhne nastavení. Dítě může vnímat zvuky od této chvíle, ale první pokroky v rozumění řeči se objeví po několika týdnech či měsících po implantaci, přičemž záleží na věku dítěte, schopnostech a spolupráci rodičů (www.fnmotol.cz).

Zouzalík (www.ruce.cz) upozorňuje, že přínosy kochleárního implantátu (KI) ovlivňuje řada faktorů a jsou tedy velmi individuální. Jedním z nejvýznamnějších faktorů je vznik a délka trvání hluchoty. Nejlepších výsledků dosahují děti, které ztratily sluch již v době rozvinuté řeči a pokud došlo k implantaci krátce po ohluchnutí. K rozvinutí mluvené řeči dojde s větší pravděpodobností u dítěte s vrozenou nebo časně získanou hluchotou, které bylo operováno mezi druhým a třetím rokem, nežli u dítěte operovaného později. Nezáleží pouze na včasnosti, ale také na psychických charakteristikách dítěte. I přes technickou vyspělost kochleárního implantátu nelze očekávat, že bude fungovat stejně dokonale jako zdravé vnitřní ucho, a proto nelze uživatele KI považovat za normálně slyšícího. Zvuky, které vznikají elektrickým

drážděním nejsou podobné zvukům vznikajícím běžnou stimulací zdravého hlemýždě. Přínos KI před operací se těžko odhaduje. Většina uživatelů je spokojena a využívá KI jen jako podporu odezírání nebo dokonce rozumí řeči bez zrakové kontroly. Někteří jsou schopni i telefonovat či poslouchat hudbu, ale jsou i tací uživatelé, kterým implantát pomáhá jen minimálně nebo bohužel také vůbec.

Názory na kochleární implantace jsou různé. Zastánci bývají právě slyšící rodiče neslyšících dětí, kteří chtějí dítěti zprostředkovat život ve světě zvuků a také usnadnit vzájemnou komunikaci. Proti implantacím je mnoho N/neslyšících, protože považují takový zásah do těla za nepřírozený nebo prosazují, že se jim žije dobře i bez sluchu (Motejzíkova, 2009).

2.3 Reedukace sluchu

Tři nejdůležitější obecné zásady terapeutické pomoci v surdologopedii (= logopedická pomoc osobám s poruchou sluchu) jsou podle Neubauera (2009, s. 18):

- neodkladná korekce zjištění sluchové vady;
- celodenní užívání sluchové protetiky (sluchadel či kochleárního implantátu);
- užití vhodných postupů, na základě vývojové úrovně dítěte či jeho fyzického věku.

Součástí foniatrické péče jsou pravidelné kontroly, kde se vyšetřuje práh sluchu, posuzuje se efekt sluchadel, kontroluje se nastavení a zhotovují se ušní tvarovky. Kromě správného nastavení a celodenního užívání je důležité využívání zvukových podnětů a neustálé stimulování dítěte k naslouchání. Po přidělení sluchadla je nutné navštěvovat klinického logopeda, který u dítěte provádí terapii řeči a sluchu (Neubauer, 2009).

Součástí terapeutického procesu je rozvoj reedukace sluchu. Podle Suralové a Langerové (2006, s. 184) je reedukace sluchu „nápravná metoda, při níž se cvičením porušeného sluchového analyzátoru může docílit zlepšení jeho funkce.“ Za pomoci moderních zesilovacích přístrojů může aktivizovat i nejmenší zbytky sluchu, což má podstatný vliv na rozvoj zvukové stránky řeči a výchovně-vzdělávací proces. Úkolem reedukace sluchu je rozvinutí počáteční reakce na zvuk a jeho rozlišení, určování vokálů, konsonant, sylabů, poslech slov a vět (a porozumění jim), znázornění rytmu a nácvik modulačních faktorů řeči. Může zde být využito zvukových hraček, hlasu,

zvuku hudební i nehudební povahy či pohybu. (Souralová, Langer, 2006).

Neubauer (2009) píše, že reedukace sluchu začíná rozlišováním zvuků z okolí, základních zvuků řeči a využívá sluchových zkušeností doma v rodině. Doporučuje tyto postupy:

- užívat zvukové hračky a zkoušet, jak dítě zvuky slyší a jak na ně reaguje;
- ukazovat zdroje zvuků a zvuk vícekrát zopakovat (třukání na dveře, zvonění telefonu, štěkání psa apod.);
- upozorňovat na zvuky v domácnosti (vysavač, telefon, mixér, zavírání dveří, manipulace s nádobím apod.);
- podpořit rozlišení nejdůležitějších zvuků z pohledu dítěte (např. domovní zvonek – přichází návštěva, auto – přijíždí táta, mixér – příprava jídla);
- pojmenovat oblíbené hračky snadno napodobitelnými zvuky (Á – letadlo, Ú – vlak, BRR – auto) a snažit se, aby dítě zvuky nejen odezíralo a napodobilo, ale také zkusit zjistit, jestli se mu podaří zvuky rozlišit bez odezírání;
- mluvit na dítě co nejčastěji, využít jeho zájmu o dění a předměty v okolí, využít denních rituálů k opakování slov (např. při koupání – části těla, oblékání – části oblečení, nákup – názvy potravin apod.).

Součástí reedukace sluchu jsou také zadání, při nichž se dítě i rodiče učí podle pokynů terapeuta provádět intenzivní sluchová cvičení a nacvičují podmíněné reakce na zvukový a hlasový podnět (např. při úderu bubínku dítě hodí kostku do krabice). Tato cvičení mají zásadní roli při přípravě dětí na kochleární implantaci, protože následné nastavování řečového procesoru se opírá o aktivní spolupráci dítěte při stimulaci sluchového nervu (Neubauer, 2009).

3 Komunikace dětí se sluchovým postižením

„Komunikace je proces výměny, dorozumění a zprostředkování zpráv nebo informací všeho druhu. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, jímž individuum vzhledem k jiným lidem projevuje své city (složka projevovalá), svou vůli (složka vybavovací) a své myšlenky (složka dorozumívací)“ (Krahulcová, 2014, s.11).

Jedním ze základních předpokladů mezilidských vztahů je vzájemné dorozumívání. Pojem komunikace je odvozen z latinského slova *communis*, což znamená společný. Obousměrná komunikace je velmi důležitá pro péči o dítě a jeho výchovu a vzdělávání. Dítě komunikaci potřebuje především pro vzájemný kontakt se svým okolím a pro vyjádření vlastních potřeb nebo potíží. Rozvojem komunikace dítěte se sluchovým postižením se zabývá obor foniatrie, který usiluje o rozvoj a rehabilitaci celého komunikačního kanálu, do kterého spadá sluch, hlas a řeč. Rozvojem řeči se pak zabývá obor logopedie (Mukšnáblová, 2014).

Z hlediska komunikační techniky a jejího použití vymezuje Potměšil (2003) pět skupin sluchově postižených, které jsou specifické z pohledu nároků na komunikaci. Jsou to skupiny, které vyžadují:

- orální přístup
- přístup s využitím totální komunikace
- přístup postavený na bilingvální komunikaci
- komunikační techniky vhodné pro sluchově postižené žáky v integraci
- komunikační techniky vhodné pro práci s dětmi s kochleárním implantátem.

Podle Horákové (2006) se lze při komunikaci se sluchově postiženými nejčastěji setkat se dvěma základními komunikačními systémy. Audio-orální systém je reprezentován mluveným jazykem majoritní slyšící společnosti a vizuálně-motorický systém je zastoupen především znakovým jazykem, znakovým jazykem a prstovými abecedami.

Krahulcová (2014, s. 23) uvádí, že v průběhu rozvoje odborné péče o osoby se sluchovým postižením se nejvýrazněji profilovaly následující komunikační systémy:

- systém orální komunikace
- systém simultánní komunikace

- systém totální komunikace
- systém bilingvální komunikace

Následující text rozebere tyto čtyři komunikační systémy podle Krahulcové (2014) a poté bude následuje výčet komunikačních systémů vycházející ze zákona č. 348/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

3.1 Orální komunikace

Systém orální komunikace se snaží vytvořit mluvenou – orální řeč pomocí zraku a hmatu. Dítě vnímá změny při jednotlivých hláskách při sledování mluvícího očima a hmatáním na jeho ústa nebo krk. Dítě se učí artikulovat a poté i písmo. K objasnění významu pojmů lze využít předměty, kresby, u starších dětí prstovou abecedu, písmo nebo znakový jazyk. Výhodou orální komunikace je možnost komunikovat s majoritní slyšící společností, větší možnosti vzdělávání a využívání psaného jazyka. Nelze však očekávat od všech dětí se sluchovou vadou srozumitelnost řeči (Muknšnáblova, 2014).

V současnosti se rozlišují následující orální komunikační systémy:

- 1) Čisté orální monolingvální systémy – jejich využití se snižuje, protože nerespektují přirozené potřeby těžce sluchově postižených z hlediska rozvoje jazyka, nejsou zde využity možnosti vizualizace mluveného jazyka.
- 2) Monolingvální systémy doplněné vizuálně-motorickými znaky slovní podstaty.
- 3) Orální systémy permanentně doplňované vizuálně-motorickými znaky neslovního typu, označované nejčastěji jako bimodální (Krahulcová, 2014; Muknšnáblova, 2014).

Systémy jsou často doplněny jednoruční, obouruční nebo smíšenou prstovou abecedou, psaným jazykem, pomocnými artikulačními znaky nebo systémem Cued Speech (náznaková řeč). **Cued speech** je soubor stanovených symbolů rukou v okolí mluvidel, které představují slabiky, jež nemusely být při odezírání postřehnuty nebo mohly být zaměněny. Hřbet jedné ruky je obrácen k posluchači a pomocí postavení prstů a polohy ruky v oblasti obličeje se naznačují slabiky. Existuje podobný systém, tzv. **Mund-Hand systém** (ústa-ruka), který je využíván v německých a severských zemích (zatímco předchozí systém je využíván v anglicky mluvících zemích). Prsty

naznačují činnost mluvidel, která při mluvení není vidět, např. oddálení nebo přiblížení ruky k hrudníku znázorňuje otevření nebo uzávěr hlasové štěrbin. Jako další pomocná technika se nabízí **chirografie** (z řeckého *chjeri* – ruky, *grapho* – píši), kde se využívá poloha prstů ve vztahu k obličejí vždy spolu s artikulací. Používání pomocných artikulačních znaků není v ČR sjednoceno a u doplňujících prostředků převládá vizualizace mluvené řeči. Bimodální postupy s využitím gest významně stimulují verbální rozvoj u malých dětí, bohužel ale pak význam slova hůře chápou, protože si dříve osvojí jednoduché gesto nežli slovo (Muknšnáblova, 2014).

3.2 Simultánní komunikace

„Simultánní didaktická komunikace (bimodální model vzdělávání) je systém, kdy se používá většinového jazyka (mluveného národního jazyka) dané oblasti, státu, ovšem paralelně s ním i nejrůznější další doplňující komunikační formy. Jejich funkční je zpřesňování výpovědi a jsou nejčastěji vizuálně motorické. Simultánní komunikační systém reprezentuje pokus o vyrovnání orální a vizuálně motorické jazykové komunikační produkce.“ (Krahulcová, 2014, s. 40).

V podstatě se jedná o překlad a převod mluveného jazyka do znakového jazyka nebo obráceně při komunikaci ve formálním projevu. Mezi simultánní komunikační formy lze zařadit český znakový jazyk, prstovou abecedu (daktylografie), pomocné artikulační znaky, mimiku, gesta, pantomimu a psanou podobu jazyka. Všechny tyto formy splňují požadavek vizualizace jazyka. Největší význam zde má potřeba vzájemné domluvy mezi slyšícími a neslyšícími. (Krahulcová, 2014).

3.3 Totální komunikace

Krahulcová (2014, s. 43) definuje totální komunikaci jako „komplexní komunikační systém, který v sobě spojuje všechny použitelné komunikační formy (akustické, vizuální, slovní, neslovní, manuální, atd.) k dosažení účinného a obousměrného dorozumívání se sluchově postiženými a mezi nimi navzájem.“

Potměšil (1999) pod pojem totální komunikace zahrnuje znakový jazyk, mluvenou řeč, prstovou abecedu, psaní, čtení, odezírání, mimiku, pantomimu, kresbu, film, divadlo a gesta. Muknšnáblova (2014) upozorňuje, že totální (globální či celostní) komunikace je filozofií komunikace, nikoli vyučovací metodou. Dítě se učí všechny

složky komunikace, které spojuje a uplatňuje, přičemž žádná z nich není vyzdvihována nebo zavržována. Je potřeba trvale a intenzivně využívat orální řeč i znakový jazyk k získávání a upevňování informací. Znakový jazyk je pro neslyšící sítě přirozenější, ale pro slyšící nesrozumitelný. Orální řeč je pro neslyšící velmi náročná, ale pro slyšící více přijatelná než znakový jazyk (i přes agramatické či zjednodušené vyjadřování). Totální komunikace usiluje o rehabilitaci a integraci do světa slyšících i neslyšících. Volba komunikace záleží na vlastním rozhodnutí a cílem je zabránit v omezení vývoje dítěte užitím optimální komunikace.

3.4 Bilingvální komunikace

Bilingvální komunikace znamená přenos informací ve dvou jazykových kódech – ve znakovém jazyce neslyšících a v mluveném jazyce, a to mezi slyšícími a neslyšícími, i mezi neslyšícími navzájem. Nedochází k simultánnímu užívání obou jazyků a nedochází k přímému překladu mezi jazyky (Krahulcová, 2014).

Bilingvální přístup je v současné době považován za nejprogresivnější. Vychází z poznatků, že mluvenou řeč nelze u neslyšícího zvládnout bez předchozí znalosti znakového jazyka. Znakový jazyk zde zajišťuje přirozený vývoj dítěte, dítě i rodiče jsou odborníky vedeni k naučení se znakového jazyka a později mluvené řeči. Tato metoda je považována za výhodnou u neslyšícího dítěte ve slyšící rodině, protože je schopné používat dva jazyky a tudíž se identifikuje jak s neslyšícími, tak se slyšícími lidmi (Mukšnáblová, 2014).

3.5 Znakový jazyk

„Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální a gramatické“ (Zákon č. 348 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, §4).

Podle Suralové a Langerá (2006) je znakový jazyk vizuálně motorickým prostředkem pro komunikaci a má tyto tři složky:

- verbálně nevokální – pohyby a pozice rukou, obličeje, případně i těla;

- neverbálně ne vokální – gesta, mimika (překvapení, strach, odpor atd.);
- neverbálně vokální – mluvené komponenty, které doprovází znakování (hlasitý dech, smích apod.).

Český znakový jazyk nemá podle Hrubého (1999) nic společného s češtinou. Má vlastní gramatiku, která zaručuje, že ukázaná věta bude jednoznačně pochopena (nedá se ale současně vyslovovat česká věta). Znakový jazyk se stejně jako všechny mluvené jazyky vyvíjí např. přejímáním slov z jiných jazyků.

V porovnání s mluveným jazykem je znakový jazyk produkován v trojrozměrném prostoru, vymezeném zhruba rozpaženými lokty, pasem a temenem hlavy a nemá psanou podobu. Je možné jím vyjádřit konkrétní i abstraktní výrazy či symbolizovat (mluvit o minulosti, budoucnosti atd.). Znakový jazyk má také své dialekty (Skákalová, 2011).

3.6 Mluvený jazyk

Logopedické metody jsou v dnešní době natolik rozpracované, že mluvit lze naučit každé dítě bez ohledu na velikost ztráty sluchu (i děti zcela hluché). Avšak čas věnovaný vytvoření mluvy a dosažené výsledky se odvíjí od velikosti ztráty sluchu. U nedoslýchavých dětí vybavených dobře přizpůsobenými sluchadly je potřeba pouze upravit vady výslovnosti některých hlásek, protože tyto děti se naučí mluvit poměrně snadno a podobně jako děti slyšící. U dětí s těžkými vadami sluchu je potřeba vyvodit mluvu z větší části uměle, protože se sluchadlem obvykl vnímají jen zvuk, ale mluvené řeči nerozumějí. U zcela neslyšících dětí, kterým sluchadla neposkytují žádnou oporu je potřeba vyvodit řeč pouze uměle, naučením artikulace. Udržet a zafixovat mluvu je potřeba u dětí, které ohluchly až poté, co se naučily alespoň částečně mluvit (Hrubý, 1999).

Aby nebyl ohrožen vývoj dítěte v ostatních oblastech (čtení s porozuměním a psychosociální vývoj), je podstatná doba, kdy dítě dosáhne dostatečné úrovně mluvené komunikace. Pouze dva roky věku dítěte jsou považovány za krajní mez, kdy by mělo dítě nabýt dostatečné komunikace, aby nebyl ohrožen jeho další rozvoj. Pro komunikaci je důležité nejen vlastní mluvení, ale také rozumění mluvě ostatních. Zde je možné si dopomoci využíváním odezírání. (Hrubý, 1999).

3.7 Odezírání

„Odezírání je odhadování vyslovovaných slov z pohybu mluvidel – rtů, zubů, jazyka, lícních svalů.“ (Hrubý, 1999, s. 74).

Hudáková (2005) upozorňuje na několik důležitých skutečností, ze kterých vyplývá, že se na odezírání nelze při komunikaci spoléhat:

- odezírání je mnohonásobně náročnější proces než poslouchání;
- vlohy k odezírání jsou vrozené stejně jako např. hudební či výtvarné nadání;
- nadání k odezírání není podmíněno špatným slyšením;
- odezírání nelze naučit, ale lze ho do určité míry zlepšit tréninkem;
- při odezírání se uplatňují sluch a zrak, u neslyšících pouze zrak;
- i ten, kdo umí perfektně odezírat, nikdy nezíská pomocí odezírání takové množství informací jako ten, který stejné sdělení poslouchá.

Užití odezírání je v některých situacích pro člověka se sluchovým postižením nezbytné, např. při poslechu v hluku nebo na větší vzdálenosti, při nutnosti odložit sluchadlo či vnější část KI (koupání, před spaním...). Nejlepší podmínky pro odezírání jsou při dostatečném osvětlení obličeje mluvícího, vzdálenosti 50 až 150 cm, umístění předmětu rozhovoru vedle obličeje. Dále je potřeba vyjadřovat doprovodné emoční ladění, zřetelně artikulovat bez zrychlování tempa, vyvarovat se mluvení se žvýkačkou či během jídla. Situaci neusnadňuje ani fakt, že počet rozlišitelných ústních obrazů je v češtině poměrně malý. Téměř totožný obraz mají skupiny hlásek PBM, TDN, ČŽŠ, VF, CSZ. Hlávky, které se artikulují v zadní části mluvidel rozlišitelný ústní obraz nemají (K, G, H, CH). Schopnost odezírat je proto od začátku spojena s vnímáním celého tvaru slov s postupným zlepšováním schopnosti doplnit nedozřené části slov do úplného a smysluplného tvaru slova. Předpokladem je tedy plynulý rozvoj jazykových schopností dítěte v oblasti slovní zásoby a gramatických pravidel při užívání vět (Neubauer, 2009).

3.8 Komunikační systémy vycházející z českého jazyka

3.8.1 Znakovaná čeština

Znakovaná čeština je umělou pomůckou, systémem, který vytvořili slyšící, aby se snadněji domluvili s neslyšícími. Funguje na principu zřetelného vyslovování české věty za současného podsouvání znaků ze slovníku českého znakového jazyka pod jednotlivá slova ve větě. Takto znakovaná čeština usnadňuje neslyšícím větu pochopit. Pokud je ale neslyšící závislý pouze na znacích a neumí odezírat, znaky provázející českou větu obvykle nepochopí, protože v českém znakovém jazyce často nedává žádný smysl. Velký význam má znakovaná čeština při rozhovoru neslyšících se slyšícími, kteří neovládají znakový jazyk. Je využívána rodiči neslyšících dětí a také ve školách, protože pro slyšící je mnohem jednodušší se naučit znakovanou češtinu nežli znakový jazyk (Hrubý, 1999).

3.8.2 Prstové abecedy

Prstová abeceda (též daktylní abeceda či daktylotika) je slovní vizuálně motorická komunikační forma, která využívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen abecedy. Pro každé písmeno existuje zvláštní znak (tzv. daktyl). V případě české abecedy se jedná o 27 poloh s rozšířením o háčky a čárky. Jednotlivé daktyly, které se kladou za sebe, dávají dohromady celá slova. Protože se jedná o viditelný způsob analýzy a syntézy slov, slouží prstová abeceda především těžce sluchově postiženým dětem. Již v předškolním věku umožňuje pochopit a zapamatovat si strukturu slov a dorozumívat se podle potřeby. Rozlišuje se jednoruční a dvouruční prstová abeceda, přičemž dvouruční je více rozšířená a lépe srozumitelná. Prstová abeceda je často využívána pro vyhláskování neznámého jména, názvu, čísla či klíčového slova (Horáková, 2008).

3.8.3 Vizualizace mluvené češtiny

Jedná se o zřetelnou artikulaci jednotlivých českých slov pomocí úst tak, aby bylo umožněno či usnadněno odezíraní mluveného projevu těmi, kteří ovládají český jazyk a jejich preferovaným prostředkem komunikace je právě odezíraní. Osoba, která vizualizaci provádí, je nazývána vizualizátorem mluvené češtiny (Skákalová, 2011).

3.8.4 Písemný záznam mluvené řeči

Písemný záznam mluvené řeči může být někdy jediný prostředek, který splňuje aktuální potřebu domluvy. Z důvodu časové náročnosti jej nelze využívat jako jediný komunikační prostředek pro delší dobu. Pro rychlejší psaný projev je možné využít některé technické pomůcky, mezi které se řadí např. upravená počítačová klávesnice zapisující rovnou celé slabiky místo jednotlivých písmen. Větší děti se sluchovým postižením hojně využívají emailovou komunikaci nebo komunikaci na internetových sociálních sítích, kde se snadno domlouvají i se slyšícími dětmi. Dalšími pomůckami pro psaní jsou mobilní telefony a SMS zprávy či speciální telefon pro neslyšící. Zasláním SMS zprávy mohou neslyšící zavolat záchrannou službu, hasičský sbor či policii přes speciální mobilní číslo, které bylo zřízeno pro snadnější komunikaci v případě nouze (Muknšnáblova, 2014).

4 Vývoj a výchova dítěte se sluchovým postižením

4.1 Psychomotorický vývoj slyšícího dítěte

Psychomotorický vývoj je vzájemná vazba tělesného a psychického vývoje, kde jedno působí na druhé a naopak. Vývoj v jednotlivých etapách je u každého jedince zcela individuální, má své individuální tempo a probíhá celý život. Neexistují žádné přesné normy ani přesné označení toho, co by měl jedinec v určitých fázích vývoje umět. V ovládnutí určitých dovedností jsou rozdíly a časová rozmezí mohou být i několikaměsíční. některá vývojová období probíhají rychleji, jiná pomaleji. Vývoj lze do určité míry ovlivňovat svým působením nebo působením prostředí (povzbudit i zpomalit). Celkový vývoj pak závisí na vývoji jednotlivých částí těla, mozku, nervového systému a dalších. Mezi nejdůležitější smysly ovlivňující vývoj jedince patří hlavně zrak, hmat a sluch. S rozvojem těchto smyslů dochází k rozvoji pohybových dovedností, a naopak – pohybové dovednosti přispívají k lepšímu smyslovému vnímání (Půstová, 1997).

Přehled normálního vývoje dítěte uvádí Holmanová (2002, s. 35), který může sloužit výběru vhodných úkolů z materiálů a také k ověření, zda je dítě v motorických schopnostech a nonverbálních činnostech na úrovni svých vrstevníků:

Do 1 roku

Sedí bez podpory. Leze. Dokáže se vzepřít tak, aby stálo – stojí bez pomoci. Kutálí míčem při hře s dospělým. Bere hračky do ruky a vkládá je do úst. Zvedá věci palcem a jedním prstem (pinzetové uchopení). Překládá předměty z jedné ruky do druhé. Opakovaně upouští a zvedá hračku. Reaguje na řeč tím, že se dívá na mluvčího. Reaguje na jednotlivé aspekty hlasu mluvčího (např. laskavý nebo přísný, mužský nebo ženský. Otáčí se směrem ke zdroji zvuku. Odpovídá gestem na „ahoj“, „pápá“ a „vstaň“, jsou-li tato slova doprovázena vhodným gestem. Ukončí současnou činnost, je-li mu řečeno „ne“ a je-li zápor doprovázen vhodným gestem a tónem. Poslechne pokyn, aby přineslo důvěrně známé hračky a předměty z jiné místnosti. Rozumí běžným větám s klíčovými slovy: „Otevři dveře.“ „Podej míč.“ Opakuje některé samohlásky a souhlásky, brouká a žvatlá, je-li samo, nebo jestliže se na ně mluví. Aktivně komunikuje s jinými osobami tak, že napodobuje jejich řečový projev vydáváním hlasu. Rozpozná význam především prostřednictvím intonace. Pokouší se napodobovat řeč.

1 až 2 roky

Chodí samo. Chodí směrem dopředu i dozadu. Sbírá hračky z podlahy, aniž při tom upadne. Tahá nebo strká hračku. Je schopno samo sedět v dětské židli. Chodí po schodech nahoru a dolů (drží se za ruku). Pohybuje se při hudbě. Staví věž ze tří malých kostek. Navlékne čtyři kola na tyč. Umístí pět kolíčků do desky s otvory. otáčí dvě nebo tři stránky najednou. Čmárá. Otáčí knoflíky a klíčky u nábytku. Hází míčkem. Maluje celým pohybem paže, dělá čáry. Dává malé předměty do krabičky a záměrně je z ní vytahuje. Jí samo rohlík, sušenky atd. Drží hrneček oběma rukama, pije s podporou. Natahuje ruce a nohy, je-li oblékáno. Spontánně se usmívá. Rozdílně reaguje na neznámé a na důvěrně známé lidi. Říká první významová slova. Používá jednoduchá slova doprovázená gesty, aby se zeptalo nebo upozornilo na nějakou událost. Samo sebe označuje jménem. Sleduje pohyb předmětů očima. Poznává rozdíly mezi lidmi; reaguje na cizí osoby pláčem nebo upřeným pohledem. Reaguje na výrazy obličeje jiných lidí nebo je napodobuje.

Reaguje pohybem – např. zvedá ruku, jestliže někdo řekne „Pojď sem“, a otočí hlavu; když se zeptáme například: „Kde je táta?“, vrtí hlavou na znamení nesouhlasu. Napodobuje „paci, paci“ a činnost na pokyn zopakuje. Mává na pokyn: „Udělej pápá.“ Věnuje pozornost vlastnímu jménu. Reaguje na slovo „ne“. Napodobuje jednoduché činnosti a slova jiných osob. Rozumí jednoduchým, důvěrně známým pokynům, například: „Dej mi hrnek.“ „Ukaž mi panenku.“ „Vezmi si boty.“ Odpovídá na slova nebo příkazy vhodnou reakcí, například: „Nech toho.“ „Slez dolů.“ Je schopno k sobě přiřadit dva podobné předměty. Prohlíží s dospělým obrázkovou knihu, ukazuje a jmenuje známé předměty. Poznává rozdíl mezi „ty“ a „já“. Používá k označení vlastnictví slova „můj“ nebo „moje“. Má omezenou délku pozornosti. Používá lžící, ale bryndá. Žvýká potravu. Dokáže si sundat boty, ponožky, kalhoty, svetr a dokáže rozepnout dlouhý zip. Umí oznámit vyměšovací potřeby, přestává nosit pleny. Poznává samo sebe v zrcadle nebo na obraze. Hraje si samo a rozvíjí vlastní hru. Napodobuje chování dospělých při hře. Pomáhá uklízet věci.

2 až 3 roky

S jistotou běží dopředu. Skáče snožmo na místě. Stojí na jedné noze s pomocí. Chodí po špičkách. Kope míč dopředu. Dokáže otáčet stránky po jedné. Stříhá nůžkami. Drží tužky palcem a prsty, ne pěstí. Ve většině činností začíná trvale preferovat pravou

nebo levou ruku. Napodobuje kruhové, vodorovné, svislé čáry, dělá tečky, čárky, kruhy. Válí, dělí, mačká a hněte modelínu, těsto nebo hlinu. Ukazuje na obrázku známé předměty a děje. Dokáže určit předměty, když mu bylo řečeno, k čemu se používají.

Rozumí tázacím zájmenům „co“ a „kde“. Rozumí záporům „ne, nemohu, neudělám“. Rádo poslouchá jednoduché příběhy a žádá o jejich opakování. Spojuje slova svého slovníku do dvouslovných vět. Reaguje na prosté pokyny („Dej mi míč a vlak.“ „Vezmi si boty a ponožky.“) Vybírá si a dívá se na obrázkové knihy, pojmenovává zobrazené předměty a určuje různé předměty na jednom obrázku. Řadí předměty, které k sobě patří: vidlička a nůž, boty ponožky... Skládá kroužky nebo kostky podle pořadí nebo velikosti. Poznává se v zrcadle a označuje se vlastním jménem. Téměř bezchybně používá lžici. Pije z hrnečku nebo ze sklenice. Otevírá dveře stisknutím kliky. Samo si svléká bundu, s pomocí si bundu obléká. S pomocí si myje a utírá ruce. Hraje si v blízkosti jiných dětí. Sleduje jiné děti, krátce se zapojuje do jejich hry. Brání svůj majetek. Symbolicky používá předměty ve hře. Účastní se jednoduchých skupinových aktivit (např. zpívá, tleská, tančí).

3 až 4 roky

Běhá kolem překážek. Chodí po čáře. Balancuje na jedné noze 5 až 10 vteřin. Balancuje na jedné noze 5 až 10 vteřin. Skáče na jedné noze. Strká, tahá, řídí hračky opatřené volantem. Jezdí na tříkolce. Bez pomoci používá skluzavku. Skáče přes předměty vysoké 15 cm a dopadne přitom na obě nohy. Hází míč přes hlavu. Chytá míč, který mu někdo hodil. Staví věž z devíti malých kostek. Přibíjí hřebíky a připínáčky. Napodobuje kruh a kříž. Manipuluje s modelínou, těstem nebo hlinou, např. válí kuličky, hady, formičkou vykrajuje tvary. Rozeznává srovnání velikosti jako „velký“ a „větší“. Provádí série dvou až čtyř na sebe navzájem navazujících pohybů. opakuje alespoň jedno dětské říkadlo a dokáže zaspívat písničku. Řeč je srozumitelná cizím lidem, avšak dítě dosud dělá chyby. Poznává a srovnává šest barev. Záměrně srovnává kostky nebo kroužky podle pořadí nebo velikosti. Kreslí do jisté míry rozpoznatelný obrázek, který má pro dítě význam, i když pro dospělého třeba ne; pojmenovává a stručně vysvětluje co nakreslilo.

Zná vlastní věk a své příjmení. Dokáže stručně říci, co dělá. Napodobuje jednání dospělých (např. hra na domácnost). Začíná chápat funkci důvěrně známých předmětů (např. lžice se používá při jídle) a pojmy části z celku (např. části těla). Má krátkou

délku pozornosti. Učí se pozorováním a napodobováním dospělých, pokyny a příkladem chování dospělých a vysvětlováním. Velice snadno se rozptýlí. Dokáže zařazovat předměty do skupin, kam patří (např. nábytek do pokojíčku, nádobí do kuchyně...), a určovat části z celku (např. jednotlivé části domu). Maže si měkké máslo nožem. Zapíná a rozepíná velké knoflíky. Myje si ruce bez pomoci. Smrká, když ho upozorníme. Samostatně dokáže používat záchod. Zapojuje se do hry s jinými dětmi.

4 až 5 roků

Chodí dozadu špička-pata. Skáče dopředu desetkrát bez upadnutí. Chodí samo do schodů a ze schodů, střídá nohy. Dělá kotrmelce. Dokáže stříhat v jedné lince. Kopíruje kříž a čtverec. Dokáže napsat několik velkých tiskacích písmen. Splní tři navzájem nenavazující příkazy ve správném pořadí. Rozumí 2. a 3. stupni přídavných jmen. Poslouchá dlouhé příběhy, avšak často ještě špatně interpretuje skutečnosti. Začleňuje slovní pokyny do hry. Rozumí návaznosti událostí, když jsou mu vyprávěny (např. nejprve musíme jít do obchodu, koupíme vajíčka a tvaroh, pak uděláme těsto, upečeme koláč a zítra ho budeme jíst). Pojmenuje čtyři až šest barev a ukáže je ve svém okolí. Řadí obrázky do tematických skupin, např. bota, ponožka, noha; jablko, pomeranč, banán. Nakreslí osobu s dvěma až šesti rozpoznatelnými částmi, jako je hlava, paže, nohy. Dokáže pojmenovat nebo ukázat nakreslené části těla. Kreslí, pojmenovává a popisuje rozpoznatelné obrázky. Zvládá základní početní úkony do pěti. Krájí potravu nožem. Umí si zavázat boty. Hraje si společně s dalšími dětmi.

5 až 6 roků

Chodí po lavičce, umí udržet rovnováhu. Skáče přes švihadlo. Bruslí. Umí vystřihnout jednoduché tvary. Napodobí trojúhelník. Opíše křestní jméno, které mu někdo předepsal, opíše číslovky 1-5. Vybarvuje omalovánky. Drží tužku jako dospělý. Výrazně preferuje pravou, nebo levou ruku. Správně lepí a přilepuje. Zvládá předškolní dovednosti. Dokáže převyprávět příběh z obrázkové knihy s přijatelnou přesností. Pojmenovává některá písmena a číslovky. Zvládá základní početní úkony do deseti. Třídí objekty podle jednoduché charakteristiky, např. podle barvy, tvaru nebo velikosti, je-li rozdíl zjevný. Používá účelně známé nástroje, jako jsou nůžky, křídly, vařečka, kleště a podobně. Dokáže se soustředit déle; učí se pozorováním a posloucháním dospělých, stejně tak jako prostřednictvím vlastního zkoumání.

Prodlužuje se délka pozornosti. Dítě se učí prostřednictvím pokynů dospělého; jestliže ho činnost zaujme, nedá se rozptýlit. Pojmy se rozšiřují stejně tak jako pochopení, proč se věci dějí; pojem času se rozšiřuje na pochopení budoucnosti (např. „Vánoce budou za dva týdny“). Je již málo rozdílů mezi gramatikou dítěte a gramatikou dospělého. Obléká se úplně samo. Bez pomoci si čistí zuby. Bezpečně přechází silnici. Hraje jednoduché stolní hry. Hraje soutěživé hry. Účastní se společných her s jinými dětmi.

4.2 Vývoj řečových schopností

Zásadní momenty vývoje dětské řeči u zdravého dítěte popisuje Neubauer (2010), přičemž vychází z poznatků vývojové psychologie.

1. V předřečovém a raném období (první rok dítěte) se rozvíjí především schopnost dítěte reagovat na zvukové podněty, řeč a později i obsah řeči. Od navození stabilních reakcí na zvuky od 4. – 5. měsíců pokračuje vývoj rozuměním základním výzvám a prováděním pohybu na výzvu v 7. – 9. měsících (např. udělej paci-paci), následně vyhledávání známých předmětů na výzvu.

2. Již během prvního roku se mluvní projevy dynamicky vyvíjejí. Po prvotní vokalizaci se od 3. měsíce objevuje broukání s delšími samohláskovými zvuky. Od 6. měsíce se objevují souhlásková opakovaná spojení (např. gagaga, bababa), která jsou často opakováním slyšených zvuků (žvatlání). První slova (spojená s významem) začíná dítě užívat v období 8. – 12. měsíců.

3. V první polovině druhého roku se nejprve pomalu (20 až 30 izolovaných slov) a později rychle zvětšuje slovní zásoba a dochází ke zpřesňování jednotlivých výrazů. V druhé polovině druhého roku se dále rozšiřuje slovní zásoba a dítě začíná užívat víceslovná mluvní spojení.

4. Po druhém roce narůstá slovní zásoba od průměrně 30 až 50 v roce a tři čtvrtě, 200 až 300 slov ve dvou letech, 700 i více slov ve třech letech věku dítěte (dále už počet slov není zjistitelný vzhledem k rozsahu). Dochází ke gramatizaci větného projevu, užívání 1. osoby při mluvě o sobě, množného čísla, minulého času, přičemž se objevují časté odchylky a vlastní úpravy slov a vět.

5. V období prvních tří let je rozvoj řeči velmi dynamický. Mezi jednotlivými dětmi jsou velké individuální rozdíly, které se často během předškolního období vyrovnávají.

Trvalá stagnace rozvoje je vždy velmi závažným signálem.

6. V období předškolního věku 3 až 6 let dochází k dalšímu rozvoji řeči. Na konci tohoto období dítě už obvykle mluví artikulačně správně, užívá delší souvětí (bez závažného dysgramatismu), zvládá mnoho říkanek, písniček, umí vypravovat obsah např. oblíbené pohádky.

U dětí se sluchovým postižením je ontogenetický vývoj orální řeči odlišný od vývoje řeči u slyšících dětí. Důvodem je nedostatečná či neexistující zpětná sluchová vazba v závislosti na dalších faktorech. Vývoj řeči u sluchově postiženého dítěte může být ovlivněn účinností sluchadel či KI, schopností dítěte využít svého sluchového potenciálu, nadáním dítěte pro řeč a také vlivem rodiny. Počátek předřečového vývoje není u dětí se sluchovým postižením neobvyklý. I neslyšící dítě začíná broukat a žvatlat, protože tyto aktivity jsou reflexního charakteru. Tyto projevy mohou ustávat v období napodobivého žvatlání (6. – 8. měsíc věku) kvůli chybějící zpětné sluchové vazbě. Vývoj řeči probíhá ve stádiích s určitou časovou variabilitou, přičemž žádné stádium nemůže být vynecháno nebo přeskočeno. Každé dítě musí projít všemi stádii řečového vývoje, kdy individuální může být pouze doba trvání jednotlivých stádií (Horáková, 2012).

4.3 Vývoj dítěte se sluchovým postižením

Dítě se sluchovým postižením se po tělesné stránce vyvíjí podobně jako zdravé dítě. Má ale ztížené podmínky pro vývoj, které se odvíjí od typu a stupně postižení. Dítěti se sluchovým postižením chybí hlavně plná funkce sluchového vnímání a dostatečně hlasitý sluchový podnět, který podněcuje další rozvoj. Příkladem může být slyšící kojeneček, který se začne otáčet za zvukem, později za ním začne lézt a brát zvukovou hračku do ruky. Tím dochází k posílení svalů, rozvíjení sluchového vnímání a také myšlení. U sluchově postižených dětí je proto potřeba se zaměřit na ostatní smysly a dovednosti, které napomáhají psychomotorickému rozvoji. Zvláště v oblasti sluchového vnímání se psychomotorický vývoj dítěte se sluchovým postižením uskutečňuje opožděně. Dítě se musí nejprve naučit vnímat a uvědomovat si zvuk pomocí sluchadla, potom se ho učí rozeznávat a vyhledávat. Zdravému dítěti jsou podněty zprostředkovány běžně v denním životě, ale dítěti se sluchovým postižením je potřeba podněty upravit (Půstová, 1997).

Čím dříve sluchová vada vznikne, tím závažnější jsou její důsledky ovlivňující vývoj dítěte. Celkový vývoj je nejvíce omezen u dětí, které se se sluchovým postižením narodily nebo k poruše sluchu došlo ukončením vývoje řeči, kdy u dítěte není vybudován funkční komunikační systém (Horáková, 2012). Nedostatek vnímání a pochopení zvuků z okolí vede k výraznému opoždění ve vývoji řeči. Pokud mozek nemá možnost zpracovávat určité vjemy, specializovanou oblast mozkové tkáně, začne zabírat jiná činnost. Někteří autoři považují za nejcitlivější období první 4 – 6 let věku dítěte, jiní uvádějí již dva roky věku. Přibližně do šesti let věku se tedy primární sluchové centrum, pokud není dostatečně stimulováno, začne uzavírat a ztrácet výkonnost pro rozumění řeči. Narušený vývoj řeči pak ovlivňuje rozvoj v dalších oblastech (Skákalová, 2011).

Novorozenecké a kojenecké období

Prvotní fáze vývoje u dítěte s těžkým sluchovým postižením není příliš nápadně opožděna oproti slyšícímu dítěti. Tělesný vývoj probíhá obdobně, ale kvůli absenci zvukové stimulace se kojeneček postupně stává pasivnějším, a protože reaguje pouze na vizuální podněty, opožděje se v motorickém vývoji. Neslyšící dítě potřebuje rodiče vidět, potřebuje častější doteky a blízkost rodičů, aby byly uspokojeny jeho potřeby pocitu jistoty a bezpečí. Neslyšící kojeneček se projevuje křikem jako slyšící dítě, pozdější broukání je ale monotónní. Hra s mluvidly a předřečová produkce postupně ustávají kvůli chybějící zpětné sluchové vazbě.

Batolecí období

V batolecím období se může nedostatečný rozvoj mluvy projevit sníženou sociální adaptací a opoždění ve vývoji dalších poznávacích procesů. Potíže v komunikaci s okolím se odrážejí v náladách dítěte, prožívání i ve sníženém sebevědomí dítěte. V období dvou až tří let všechny děti procházejí obdobím vzdoru, provázené výbuchy a záchvaty vzteku. Děti se sluchovým postižením mají takových záchvatů mnoho, hlavně když jsou frustrovány nefungující komunikací. Tyto projevy často přetrvávají déle než u slyšících dětí.

Předškolní období

V tomto období se může ještě nápadněji projevit nižší úroveň znalostí a omezený rozvoj myšlení (Skákalová, 2011).

4.3.1 Vliv sluchové vady na poznávací procesy dítěte

Nejvíce je sluchovou vadou poznamenána **mluva**. Dítě s těžkou sluchovou vadou nemůže zcela chápat význam mluvy (obsahový ani modulační) a její citové zabarvení, proto je motivace reagovat na sociální situace hlasem malá. S rozvojem řeči (ať už mluvené nebo znakové) se rozvíjí i **myšlení**. Kvůli opožděnému vývoji mluvy je omezen také rozvoj verbální inteligence (pojmového myšlení). Myšlení se zakládá na konkrétní činnosti s předměty a jejím pozorování. Pro děti s těžkým sluchovým postižením je kvůli chudší zásobě představ a jejich časté nepřesnosti obtížné usuzování a tvorba obecných pojmů či abstrakce. Aby se těmto vývojovým potížím předešlo, je v raném období dítěte podstatné rozvíjení jeho komunikace s okolím. Nezáleží tolik na tom, jakou formou je komunikace realizována. Pokud sluchová vada brání plnohodnotnému sluchovému vnímání mluvené řeči, je nutné použít takový způsob dorozumívání, který odpovídá smyslové výbavě dítěte (možnost využití znakového jazyka). Umělé vyvozování řeči je velmi náročné pro dítě, rodiče i logopeda. Dítě se může naučit vyslovovat, ale není zaručeno, že bude kompetentní v komunikaci mluveným jazykem. Naučená mluva obvykle nezní přirozeně kvůli absenci zpětné sluchové vazby a může na určitém bodě vývoje ustrnout. Slyšící pak mohou toto ustrnutí nesprávně chápat jako ustrnutí kognitivního vývoje (Skákalová, 2011).

Pozornost dítěte se sluchovým postižením ovlivňuje fakt, že se dítě většinou soustředí na výrazné vizuální podněty a zaměřuje se více na detaily než na celek. Dítě je i v běžných podmínkách nadměrně zatěžováno soustředěním se na všechny přítomné podněty, proto může působit jako nepozorné. Vlivem této zátěže dochází k častější únavě nebo útlumu, vše ale závisí i na vnějších okolnostech. Pokud nedojde k navázání plnohodnotné komunikace, bude ovlivněna i **paměť** dítěte. Mechanický typ paměti bude pravděpodobně převládat nad logickým, který se bude rozvíjet pomaleji (Skákalová, 2011).

4.4 Osobnost a výchova dítěte se sluchovým postižením

Podle Potměšila (1999) vykazují děti se sluchovým postižením, obzvláště pak neslyšící, vysoký podíl problémového chování a emočních poruch. K řešení výchovných problémů sluchově postižených nelze přistupovat stejně jako u dětí zdravých, které komunikují bez potíží. V sociálně-kognitivní oblasti se objevují nejčastěji tyto důsledky poruch:

- impulzivní chování,
- nedostatek sebeúcty,
- nedostatky ve vývoji empatie,
- neschopnost popsat momentální psychický stav, vysvětlit pocity, obtíže v morálním vývoji,
- zpoždění v chápání některých prosociálních pojmů, týkajících se sociálních vztahů (pomoc druhému, pomoc od druhého apod.)
- zjednodušené až černobílé chápání povahových rysů a vlastností lidí,
- obtíže v koncepci interpersonálních vztahů (Potměšil, 1999, s. 36).

Nelze říci, že kvůli vadě sluchu mají neslyšící specifickou osobnost, ale potvrdilo se, že ztížená komunikace v důsledku sluchové vady někdy negativně ovlivňuje výstavbu osobnosti a její celkový vývoj. Není vhodné vycházet z obecného hlediska, že neslyšící lidé jsou impulzivní, egocentričtí, mají jinou hierarchii hodnot a obtížně se podřizují. Toto tvrzení je zkratkovité a neodborné, na druhou stranu ale existuje řada neslyšících lidí, u kterých se tyto znaky projevují (Potměšil, 1999).

Úkolem dítěte je začleňovat se do společnosti a vytvářet kvalitní sociální vztahy. Navázání primárního vztahu k matce hned po narození je základem pro pozdější emoční a sociální zralost dítěte. Již v této fázi může dojít u dětí s těžkým sluchovým postižením k problémům. Ve většině případů se těžce sluchově postižené dítě narodí slyšícím rodičům, kteří na takovou situaci nejsou připraveni a často nemusí hned rozpoznat, že jejich dítě nějakou vadu sluchu má. Mezi matkou a dítětem se tak může vytvořit oboustranně narušený vztah (dítě reaguje jinak, než matka očekává). S dalším vývojem může mít dítě se sluchovou vadou méně sociálních zkušeností než dítě slyšící, protože je méně vystavováno interakčním situacím. Děje se tak kvůli nižší úrovni komunikačních schopností dítěte. Dítě může zkresleně chápat sociální vztahy, spektrum informací je ochuzeno o náhodné sluchové vnímání. Pokud není navázána plnohodnotná komunikace, znatelně to naruší sociální a psychický vývoj dítěte na celý život. Sociální chování pak může být na nižší vývojové úrovni a vykazovat výše zmíněné rysy (Skákalová, 2011; Potměšil, 1999).

4.5 Rodina dítěte se sluchovým postižením

Podle Leonhardt (In Horáková, 2006) pochází 90% neslyšících z rodin, ve kterých není žádný člen sluchově postižený. Hrubý (1999, s. 41) zařazuje skupinu rodičů sluchově postižených dětí mezi skupiny osob se sluchovým postižením, což zdůvodňuje tvrzením, že „být rodičem jakkoli postiženého dítěte je totiž postižením samo o sobě.“ I dobře adaptovaní rodiče prožívají vše okolo sluchového postižení velmi emocionálně po celý život. Vada sluchu dítěte změnila život, některé rodiny se přestěhují do blízkosti škol pro sluchově postižené, někteří rodiče změnila zaměstnání či dokonce vystudují obor zaměřený na problematiku postižení.

Narození dítěte s postižením rodiče prožívají jako vlastní neschopnost přivést na svět zdravého potomka. Období konfrontace rodičů s postižením dítěte je označováno jako fáze krize rodičovské identity. Jedná se o reakci rodičů na skutečnost, že dítě je jiné a bude se tedy i jinak vyvíjet, ale zatím nevědí jak a celá budoucnost je tak zcela nezřetelná. Velmi záleží na způsobu, jakým je rodičům sdělena takováto závažná informace (Opatřilová, 2006).

Přítomnost sluchového postižení u dítěte přináší rodičům zátěž spojenou se zvládnutím psychického stresu, očekává se od nich:

- dlouhodobá adaptace a vyrovnání se s emocionálně sociálními a adaptačními problémy souvisejícími s přítomností neslyšícího dítěte v rodině;
- akceptace sluchového postižení, respektive dítěte i s jeho sluchovou vadou;
- vhodně volená výchova (řešení problémů ve výchovném přístupu, zvládnutí pocitů nejistoty při výchovném usměrňování) a později i péče o vzdělávání dítěte se sluchovým postižením;
- rozhodnutí o volbě komunikačního kanálu, náročnost při budování úspěšné a plnohodnotné komunikace s neslyšícím dítětem;
- utváření komunikačních vztahů rodiče-dítě;
- vyrovnávání se s přicházejícím pracovním a společenským omezením;
- zkouška stability a zralosti jejich partnerského vztahu a osobnostních kvalit;
- prožívání negativních pocitů způsobených pomalými pokroky ve vývoji dítěte a nesplněnými očekáváním (Kročánová, 2001, s. 91 In Horáková, 2012).

5 System výchovně-vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením

5.1 Centra rané péče pro sluchově postižené

„Raná péče je soustavou služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy.“ (Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998, s. 9)

Služby rané péče jsou poskytovány dětem do čtvrtého roku věku (u dětí se zdravotním postižením či jiným ohrožením vývoje), v případě dětí s kombinovaným postižením do sedmého roku věku. Klientem rané péče není pouze dítě, ale i jeho rodina (Horáková, 2012).

Cíle rané péče charakterizuje Potměšil (2003, s. 119) následovně:

- vybavit rodiče takovými informacemi a dovednostmi, aby mohli aktivně působit na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení nebo ohrožení vývoje dítěte z jiných důvodů;
- vybavit rodiče informacemi a případně i efektivní podporou pro orientaci v systému sociálního zabezpečení a zvyšovat jejich nezávislost;
- podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte a rodiny do běžného života společnosti;
- pomoci nebo podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy.

Raná péče o děti se sluchovým postižením a jejich rodiny je v ČR zajištěna Střediskem rané péče Tamtam, které sídlí v Praze od roku 2001 (od 2013 pod názvem Raná péče Čechy) a v Olomouci od roku 2005. Podle zájmu klientů působí tato dvě střediska na celém území republiky. Středisko Tamtam poskytuje služby rané péče všem dětem se sluchovým a přidruženým zdravotním postižením do 8 let věku (Horáková, 2012).

Základní poskytovanou službou rané péče je terénní péče, kdy poradce dojíždí na konzultace přímo do rodiny. Intervaly konzultací jsou 2-3 týdny, či 4-6 týdnů podle potřeby (po nástupu dítěte do předškolního zařízení se intervaly prodlužují až na 3 měsíce). Dále středisko poskytuje služby ambulantně ve vlastních prostorách v Praze nebo Olomouci, kde probíhají konzultace s širším týmem pracovníků. Další oblastí služeb je pak pořádání vzdělávacích a společenských akcí a také vícedenních pobytů pro rodiny s dětmi (www.tamtam.cz).

5.2 Speciálně pedagogická centra

Speciálně pedagogická centra jsou školská poradenská zařízení, která zabezpečují činnosti diagnostické, poradenské, terapeutické a metodické. Poskytují služby dětem a jejich rodičům, školám a školským zařízením (za podmínky písemného souhlasu žáka, u nezletilých zákonného zástupce) (Horáková, 2012).

Činnost speciálně pedagogických center definuje vyhláška č.116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (vyhláška č. 116/2011 Sb., online). Speciálně pedagogická centra vyhledávají žáky se zdravotním postižením, provádějí komplexní speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku žáka, tvoří plán péče o žáka. Dalšími činnostmi jsou: včasná intervence, přímá práce s žákem, sociálně právní poradenství, kariérové poradenství pro žáky, zapůjčování potřebných pomůcek a odborné literatury, metodická činnost pro zákonné zástupce a pedagogy, pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol; zpracování návrhů individuálně vzdělávacího plánu a další.

Speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené zabezpečuje tyto činnosti: budování a rozvoj komunikačních dovedností žáka; kurzy znakového jazyka pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení; spolupráce s příslušným odborným zdravotnickým zařízením; cvičení na posilování nepostižených smyslových funkcí; nácvik používání kompenzačních pomůcek; terapie pro zákonné zástupce vedené psychologem; sluchová výchova; nácvik činností pro vyšetření audiometrem a příprava na audiometrické vyšetření.

5.3 Školy pro děti s vadou sluchu

Mateřské školy

Některé mateřské školy pro sluchově postižené jsou zřízeny při základních školách pro sluchově postižené. Mateřskou školu většinou navštěvují děti ve věku 3 až 6 let s různým stupněm sluchové vady a také s odlišnou dobou od započetí odborné péče. Škola se proto zabývá diagnostikou, kvůli upřesnění možností dítěte a jejich uplatnění při práci s ním. Úzce spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem a také s rodinou dítěte. Docházku dítěte se sluchovou vadou do mateřské školy pro sluchově postižené považují odborníci za důležité, především v posledním roce před nástupem do základní školy (Horáková, 2006).

Základní školy

Komorná (2008) uvádí, že do roku 2007 platilo, že základní škola pro sluchově postižené mohla své žáky vyučovat podle vlastního vzdělávacího programu, podle některého ze stávajících vzdělávacích programů pro běžné školy nebo podle učebních osnov pro sluchově postižené. Mnoho dětí s vadou sluchu (hlavně prelingválně neslyšících) tak bylo vzděláváno podle obsahově chudších učebních plánů a osnov v porovnání s běžnými učebními programy. Podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání byly dosavadní programy plošně zrušeny a každá škola měla za úkol sestavit vlastní vzdělávací program vycházející z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Tento rámcový vzdělávací program je koncipován i pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro základní školy pro sluchově postižené z toho vyplynuly důležité změny týkající se hlavně změny způsobu vzdělávání a obsahu učiva, ale kromě toho bylo základní vzdělávání prodlouženo na deset let (z původních devíti).

Střední školy

Sekundární vzdělávání dětí se sluchovým postižením zajišťují střední odborná učiliště, odborná učiliště a praktické školy (obory zámečnický, cukrář, elektrikář, kuchař, truhlář, krejčovský, strojní mechanik apod.) Další možností jsou střední školy, které nabízejí obory ukončené maturitou. Žákům s vadami sluchu je k dispozici střední

zdravotnická škola, střední pedagogická škola, střední průmyslová škola oděvní, střední průmyslová škola elektrotechnická a gymnázium (Skákalová, 2011).

Vysoké školy

Skákalová (2011) uvádí, že studenti se sluchovým postižením mají dvě možnosti terciárního vzdělávání. Mohou absolvovat studijní obory určené především studentům se sluchovým postižením, kterými jsou např. Čeština v komunikaci neslyšících na Univerzitě Karlově nebo Výchovná dramatika neslyšících na Janáčkově akademii múzických umění. Druhou možností je zaregistrovat se jako student se speciálními vzdělávacími potřebami a využívat služeb akademických poradenských center zřízených při některých vysokých školách.

5.4 Školská integrace dítěte se sluchovým postižením

Pokud je do školy běžného typu integrováno nedoslýchavé dítě vybavené dobře přizpůsobenými sluchadly, poskytuje mu podporu speciálně pedagogické centrum (viz. kapitola 6.2 Speciálně pedagogická centra). Někteří rodiče nedoslýchavých dětí uvažují, zda dítě zařadit do školy běžného typu hned od počátku nebo jestli ho alespoň po dobu povinné školní docházky zařadit do školy pro sluchově postižené žáky. V případě neslyšícího dítěte nebo nedoslýchavého se zbytky sluchu znemožňujícími spontánní rozvoj mluvené řeči, upozorňuje Hrubý (1999, s. 65), že „rodiče si především musí sami jasně odpovědět na otázku, co považují z hlediska budoucnosti dítěte za důležitější, zda kvalitu mluvy nebo kvalitu vzdělání.“

Při rozhodování o zařazení dítěte do školy může kromě vzdělávacího programu rozhodovat i vzdálenost školy od místa bydliště, protože někteří rodiče nechtějí dávat své děti na internát (zřízený většinou při školách pro sluchově postižené).

6 Zkušenosti rodičů s výchovou dítěte se sluchovým postižením

6.1 Metodologická část

6.1.1 Výzkumný problém

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem probíhá přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině. Zjistit zkušenosti rodičů s celkovým vývojem dítěte, jakým způsobem byla vada sluchu odhalena, kde a jakým způsobem rodiče hledali potřebné informace, jaké kompenzační pomůcky byly využity, jak probíhal vývoj vzájemné komunikace, jak sluchová vada ovlivnila život rodiny.

6.1.2 Hlavní výzkumná otázka

Jak probíhá přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině?

6.1.3 Podotázky

1. Kdy se objevilo podezření, že sluch dítěte není v pořádku?
2. Jakým způsobem byla stanovena a sdělena diagnóza?
3. Jakým způsobem získali rodiče potřebné informace?
4. Jaké kompenzační pomůcky byly pro dítě zvoleny?
5. Jakých nabízených služeb rodiče využívali?
6. Jakým způsobem byla rozvíjena komunikace s dítětem?
7. Jak probíhal vývoj dítěte?
8. Jak sluchová vada dítěte ovlivnila život rodiny?

6.1.4 Výzkumná strategie

Vzhledem k tématu a charakteru výzkumných otázek byla zvolena kvalitativní výzkumnou metodu. Posláním kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem v sociálních situacích (Disman, 2011). Cílem tohoto výzkumu je právě porozumění situaci, kdy se u dítěte ve slyšící rodině nečekaně objeví sluchová vada.

6.1.5 Techniky sběru dat

Ke sběru dat byla použita metoda rozhovoru, podle Švaříčka (2007) nejčastěji používanou metodu v kvalitativním výzkumu. Tentýž autor píše, že pro rozhovor v kvalitativním výzkumu se užívá označení hloubkový rozhovor (in-depth interview) a definuje ho jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.“ (Švaříček, 2007, s. 159). Ze dvou hlavních typů hloubkového rozhovoru (polostrukturovaný a nestrukturovaný) jsem pro tento výzkum zvolila polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připraveného seznamu otázek. Tento typ rozhovoru byl zvolen z důvodu, že umožňuje informátorům díky otevřeným otázkám říci, co sami považují za důležité a zároveň umožňuje výzkumníkovi reagovat a doptávat se na skutečnosti, které se mohou během rozhovoru objevit.

Rozhovory jsem uskutečnila se šesti matkami dětí se sluchovým postižením, účast obou rodičů nebyla podmínkou. Narození dítěte s postižením či postižení odhalené později je pro rodiče bezpochyby velmi náročnou životní událostí, a proto bylo k rozhovoru potřeba zvolit vhodné prostředí a získat si důvěru informátorek. Aby se informátorky při sdělování velmi citlivých a mnohdy bolestivých skutečností cítily co nejlépe, nechala jsem výběr prostředí na nich. Dvě matky si vybraly jejich oblíbenou kavárnu, dvě jsem navštívila přímo u nich doma a se dvěma jsem rozhovor uskutečnila prostřednictvím počítačového programu Skype, vzhledem ke vzdálenosti jejich bydliště. Rušivě mohlo působit nahrávací zařízení, v mém případě se jednalo o dotykový telefon s aplikací suplující funkce diktafonu. Volba telefonu místo diktafonu se nakonec ukázala jako výhodná, jelikož telefon nepůsobí na stole tak nápadně, a proto matky nijak nápadně neznervózňoval. Pouze jedna matka s nahráváním nesouhlasila se zdůvodněním, že by byla opravdu hodně nervózní. V tomto případě byl rozhovor zaznamenán ručně na papír. Při rozhovoru je taktéž důležité se vyvarovat hodnocení odpovědí či podsouvání vlastních názorů, zkrátka zajistit takové podmínky, aby informátorky neměly pocit, že musí odpovídat určitým způsobem, případně odpovědi formulovat tak, aby vyzněly lépe.

6.1.6 Výběr výzkumného vzorku

Výzkum byl proveden u šesti slyšících rodin, které mají dítě se sluchovým postižením. Účastníky výzkumu jsem hledala na základě následujících kritérií: jedná se

o slyšící rodinu (tedy rodinu, kde jiný člen nemá sluchové postižení), dítě má sluchové postižení (v případě kombinovaného postižení je slyšící postižení dominantní). Přítomnost obou rodičů u rozhovoru ani dítěte jsem nevyžadovala. Věková hranice dítěte také nebyla určena, nejen vzhledem k nízkému počtu rodin. Zde jsem uvažovala nad tím, že každý věk dítěte může přinést jiné informace. V případě starších dětí lze získat mnoho informací o životě dítěte se sluchovým postižením od narození až po docházku do školy. V případě malých dětí lze zase zjistit více o tom, jak probíhá rehabilitace sluchu a intervence v současné době. Případně lze i porovnat postupy v současné době s dobou před několika lety.

Informátory jsem hledala především prostřednictvím internetu. Nejprve jsem se zaměřila na organizace poskytující služby dětem s postižením a jejich rodinám, kam jsem rozeslala e-maily s průvodním dopisem a zdvořilou prosbou o zprostředkování klientům. Obrátila jsem se také na zařízení, kde jsem v minulosti vykonávala praxi. Dále jsem svou prosbu umístila na webové stránky určené převážně matkám, kde je možnost založit diskusní téma, na které mohou registrovaní uživatelé reagovat. Jako další způsob získávání informátorů jsem využila internetové sociální síť Facebook, kde jsem se přihlásila do dvou skupin. Jedna skupina sdružuje rodiče dětí s postižením, druhá nese název „Kochleární implantát“. Těm, kteří na mou prosbu reagovali, jsem poslala podrobnější informace o výzkumu v podobě průvodního dopisu a pokud souhlasili, domluvili jsme se na setkání a provedení rozhovoru. Průvodní dopis obsahoval informace o povaze a cíli výzkumu, o přibližných tématech rozhovoru, anonymitě a byly zde uvedeny kontakty na mě (e-mail a telefon).

Shánění informátorů bylo velmi obtížné a zdlouhavé. Mnoho zájemců nejprve souhlasilo a když jsem se s nimi chtěla domluvit na termínu, tak už se z neznámých důvodů neozývali. Jednu informátorku jsem bohužel musela z výzkumu vyřadit, protože u jejího dítěte bylo dominantní jiné postižení. Preferovala jsem osobní setkání a na možnost využití Skypu jsem přistoupila až později kvůli nedostatku informátorů, se kterými by bylo možné se sejít. Z tohoto postupu vyplývá, že výzkum nebyl teritoriálně omezen a mohly se tak zapojit rodiny z celé ČR. Nakonec se podařilo pro výzkum získat šest informátorek. Čtyři rozhovory proběhly při osobním setkání v Praze, zbylé dva přes Skype (kvůli vzdálenosti bydliště rodin).

6.1.7 Etika výzkumu

Všechny informátorky jsem před zahájením výzkumu seznámila s průběhem a podmínkami výzkumu. Přiblížila jsem jim charakter otázek rozhovoru a informovala je o možnosti neodpovídat na otázky, pokud nebudou chtít, dále o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit a o anonymitě rozhovoru (prostřednictvím změny jmen).

Před začátkem rozhovoru jsem se informátorek zeptala, zdali souhlasí se záznamem rozhovoru na mobilní telefon. Ujistila jsem je, že tento záznam bude sloužit pouze mne, abych si následně mohla rozhovor přepsat. Informátorky s nahráváním rozhovoru souhlasily, pouze jedna odmítla. Po zapnutí zařízení jsem se znovu zeptala na jejich souhlas s účastí ve výzkumu a nahráváním. Tímto způsobem jsem získala informovaný souhlas.

6.1.8 Zpracování dat

Nahrané rozhovory jsem doslovně přepsala do textového editoru, poté byly připraveny k analýze. Rozhovory jsem jeden po druhém procházela a jednotlivým částem textu jsem přiřazovala kódy, podle kterých jsem v rozhovorech hledala určité pravidelnosti. Lee a Fielding (In Švaříček, Šed'ová, 2007) uvádějí, že kód je slovo nebo krátká fráze, vystihující určitý typ (typ vyjádření či jednání). Informace získané z rozhovorů jsem se následně podle zjištěných pravidelností pokusila interpretovat.

6.1.9 Hodnocení kvality výzkumu

Tento výzkum zahrnuje jen malý počet osob, a tudíž je potřeba na tomto místě upozornit, že závěry výzkumu nelze zobecnit či vztáhnout na všechny rodiče dětí se sluchovým postižením. Závěry tohoto výzkumu tedy vypovídají pouze o rodinách, které se ho zúčastnily.

6.1.10 Představení informátorů

1) Alena

S Alenou jsme se sešly na neutrálním místě v centru Prahy. Má dvě děti – Martina a Janu. Děti mají stejného otce, který je o 10 let starší než Alena. Prvorozenému Martinovi je nyní 13 let a Janě 9 let. Martinovi byla v roce a půl

diagnostikována těžká nedoslýchavost a nosí sluchadla na obou uších. Příčina sluchové vady je pravděpodobně genetická. Manželé se rozvedli, když bylo Martinovi sedm let a poté se dvakrát přestěhovali. Nyní žijí i s babičkou. Martin je integrován na běžné základní škole.

2) Lucie

S Lucií jsme se setkaly na neutrálním místě v Praze. Má dvě dcery - Petru a Martinu. Prvorozená Petře je nyní 18 let a je o sedm let starší než Martina. Martině je 11 let

a v roce a čtvrt jí byla diagnostikována praktická hluchota, kvůli které nosí sluchadla na obou uších. Mimo vadu sluchu má ještě celiakii a problémy se zrakem. Příčina sluchové vady je genetická. Martina je integrována na běžné základní škole.

3) Monika

Rozhovor s Monikou proběhl v jejím domácím prostředí, kde byly přítomny všechny její tři děti. Druhorozená dcera Tereza má starší sestru a o několik let mladšího bratra. Tereze je 9 let a když jí byl jeden rok, byla jí diagnostikována velmi těžká nedoslýchavost. Nosí sluchadla na obou uších a je integrována do běžné základní školy. příčinou sluchové vady je mutace connexinu 26. Monika si bohužel nepřála rozhovor nahrát, což jsem samozřejmě respektovala. Rozhovor jsem tedy zapisovala ručně na papír, což bylo velmi náročné a i přes pomalejší tempo rozhovoru se mi nepodařilo zaznamenat všechny odpovědi v přesném znění. Děti si během rozhovoru hrály ve vedlejším pokoji.

4) Jitka

Rozhovor s Jitkou proběhl prostřednictvím Skypu. Jitce je 26 let, jejímu manželovi 35 let a mají syna Tomáše, kterému budou brzy 3 roky. Když Tomášovi bylo 14 měsíců, byla mu diagnostikována oboustranná hluchota a k tomu Maldiniho malformace (špatně vyvinutý hlemýžď, má pouze jeden závit). Tomáš má kochleární implantát na obou stranách. Příčina sluchové vady zatím není známá (čeká se na výsledky genetického vyšetření).

5) Markéta

Markétě je 24 let a manželovi 26. Rozhovor proběhl v bytě rodiny, kde byl přítomen i syn David, který nedávno absolvoval druhou implantaci. Davidovi je 2,5 roku a ve věku jednoho roku mu byla podle slov matky diagnostikována těžká nedoslýchavost až praktická hluchota se ztrátami 80 – 100 dB. Má kochleární implantát na obou uších. Příčinou sluchové vady je mutace connexinu 26.

6) Tereza

Rozhovor s Terezou proběhl taktéž přes Skype. Její syn Marek je ze všech dětí informátorek nejmladší, je mu teprve 17 měsíců. Dle slov matky mu byla diagnostikována těžká hluchota ve věku asi šesti týdnů. 26. Nyní má kochleární implantát na obou stranách. Příčinou sluchové vady je mutace connexinu 26.

6.2 Analytická část

Tato část práce je věnována prezentaci výsledků. Rozdělila jsem ji na tři kapitoly – vliv sluchového postižení na život rodiny, komunikace, odborná péče. Každá z těchto kapitol obsahuje několik témat, které se v rozhovorech vyskytovaly. Na konec jsem zařadila zvláštní kapitolu, která obsahuje doporučení informátorek rodičům, kteří se dostanou do podobné situace, kdy náhle zjistí, že jejich dítě má sluchovou vadu.

6.2.1 Vliv sluchového postižení na život rodiny

Tato kapitola obsahuje největší počet témat, proto jsem se rozhodla je rozdělit na dvě části. První část se věnuje odhalení sluchové vady a druhá důsledkům sluchové vady.

Odhalení sluchové vady

Podezření

Signály, které by mohly vyvolat podezření, že sluch dítěte možná není v pořádku, nebyly pro matky po nějakou dobu zcela zřetelné. Ve třech případech na možnou vadu sluchu upozornil jiný člen rodiny. Matky, které tráví s dítětem celý den, nemusí mít žádné podezření, protože se jim zdá, že dítě na běžné zvukové podněty

reaguje. „Manžel si toho všimnul už dřív než já. Ten mi to říkal už tak od půl roka. Říkal, že to je divný. Jenže zas manžel podniká a furt není doma, takže on třeba fakt přijel jenom na večer a viděl, že dítě nereaguje. A já tím, že jsem s ním byla celý den, a občas se na něco otočil, tak jsem si zase říkala, že ne, že to je jenom flegmouš, no ale to prostě mohly bejt takový ty náhody, že se zrovna otočí no.“ (Jitka).

„Ty děti, když jsou chytrý, tak daleko víc využívaj to periferní vidění, to asi všechno znáte. Takže na něm to poznat bylo těžký (...) Byl opravdu takový hrozně líný, obrovský mimino, furt se usmívalo, hodně jedlo, takovej sympaták, ale jako pěkněj lenoch, takže to, že nechtěl žvatlat, jsme přisuzovali tomu, že byl prostě celkově takovej lenoch.“ (Markéta).

V některých rodinách se objevily tendence podezření vznesené někým jiným popírat či omlouvat. „Můj manžel tehdy říkal né, to je blbost, vždyť on je zdravej a trošku byl naštvanej na moji mámu, že tchýně na něm něco vidí.“ (Alena).

„Moje maminka do nás furt hučela, že neslyší. Až to v jednu chvíli bylo takový vyhraněný, že se s ní můj muž pohádal, že přece máme jako ten papír, že slyší. A asi jsme teda nechtěli moc vidět, že na to roční dítě to asi není tam, kde by to mělo bejt.“ (Markéta) (Pozn. „papír, že slyší“ je zpráva z vyšetření, kdy foniatr vyhodnotil negativní OAE tak, že sluch je v pořádku).

V ostatních rodinách bylo na možnou sluchovou vadu upozorněno prostřednictvím vyšetření sluchu s negativním výsledkem. „A když už jsem tam šla potřetí a furt to nevycházelo, tak jsem říkala heled'te se, tak už nás někam objednejte, kde mi řeknou buď jo nebo ne, s tím, že já už jsem tušila, že neuslyší, protože máme velkého psa,, když někdo zazvoní, štěká. Štěká v autě, malej spal a neprobudil se.“ (Tereza). V rodině Moniky odhalila vadu sluchu praktická lékařka, v rodině Lucie měla první podezření neuroložka, ke které jezdili s dcerou na vyšetření.

Testování sluchu rodiči

Poté, co se objevilo podezření na vadu sluchu, zkoušela většina matek sluch svých dětí otestovat různými způsoby. „Já si pomatuju, že jsem tenkrát přišla z toho ORL, dala ho do postýlky, on usnul a já jsem vzala dvě pokličky a mlátila jsem mu pokličkama kolem hlavy a nic prostě, bouchala jsem dveřma, psa jsem nutila, aby štěkal, a prostě nic.“ (Tereza)

„Já jsem zkoušela pokličky, pokličkama za uchem, když usínal – vubec nic.

Jediný na co nám teda reagoval to bylo, když jsme mu za zády zatroubili autem, ale to prostě je cejtít (...) než jsme šli k tý doktorce, tak nám v obýváku montovali novou stěnu a on tady v obýváku spal a oni tady vrtali a bouchali a s ním to vůbec nehlo. Tak to už teda bylo hodně divný“ (Jitka)

Reakce na diagnózu

Z odpovědí na otázku týkající se reakcí a pocitů po sdělení diagnózy je patrné, že to byla rána i pro matky, které již delší dobu tušily, že něco není v pořádku nebo už byly dle jejich slov smířené, že dítě neuslyší. Dvě matky uvedly, že díky sdělení diagnózy konečně věděly, na čem jsou. *„A v ten den co ho vyšetřili to bylo ještě dobrý, říkám jo, tak víme na čem jsme no. Pak nějak druhý den pak už. Tak těch prvních čtrnáct dní to bylo hrozný no, to jsme furt celá rodina chodili, červený oči napuchlý no...“ (Jitka)*

„Takže říkám, já jsem tam okamžitě začla brečet. (...) Já už jsem potom toho doktora ani neposlouchala, to pak přítel to tam s ním dořešil a já jsem nefungovala pak asi deset dní. Prostě vždycky jsem se podívala na to dítě a vždycky jsem začla brečet a nejedla jsem.“ (Tereza)

Alena uvedla, že tuto záležitost raději vytěsnila ze svého života. Alena a Lucie zmínily souvislost mezi negativními pocity a nedostatkem informací.

HH: *„Jaké jste měla pocity bezprostředně po sdělení diagnózy?“*

L: *„No to bylo hodně špatný. Jako člověk se s tím doteďka neumí srovnat, ale teď už vim, že to je všechno v pořádku. Podle mě je nejhorší ta nejistota, že člověk to nezná, neví do čeho jde, neví co z toho dítěte vyroste, jestli bude schopný se začlenit do běžný společnosti nebo jestli bude muset být v nějakých speciálních podmínkách vytvořených pro lidi, který maj takový speciální potřeby. Ta nejistota je nejhorší, ta nejistota a nevědomost. Čím víc jsme měli informací, tím to bylo lepší.“*

Předchozí zkušenost se sluchovým postižením

Jedná se o zkušenosti ze života rodičů před tím, než se jim narodilo dítě se sluchovým postižením. Jde tedy o zkušenost mimo rodinu informátorek (viz. kritérium výběru informátorů – v rodině není další člen se sluchovým postižením). V životě některých matek se objevila určitá zkušenost s osobami se sluchovým

postižením, která se jim vybavila při vyrovnávání se s diagnózou jejich dítěte.

„Jedinou zkušenost jsem měla z doby, kdy jsem byla malá, že moje učitelka přírodopisu na základce měla syna neslyšícího, (...) takže jsem viděla jak znakují. Možná i proto jsem v té první době ten šok z toho, že mam neslyšící dítě, protože mě napadaly otázky jako jak s ním budu komunikovat? Jak ho naučím mluvit? Kam bude chodit do školy? Jaký bude mít kamarády? Tohle byly otázky, ze kterých jsem se právě ze začátku hroutila.“ (Tereza). (Tuto výpověď lze vztáhnout i k předchozímu tématu, kdy negativní pocity pramení z nevědomosti a nejistoty.)

HH: *„Vzpomněla jste si na tuto zkušenost, když jste se dozvěděla diagnózu?“*

T: *„Vzpomněla no. Vzpomněla jsem si na něj a říkala jsem si, že bude nutný se urychleně naučit znakovat.“*

Důsledky sluchové vady

Tato část se zabývá důsledky sluchové vady v sociální a psychologické rovině, vlivem sluchové vady na život rodiny, na vztahy v rodině i vztahy se širším okolím či dalšími rodinami s dětmi se sluchovým postižením. Zařazuji sem i vliv vady na rozhodování rodičů o dalším dítěti a případná omezení způsobená sluchovým postižením.

Prarodiče

Z výpovědí mých informátorek jsem zjistila, že u prarodičů se objevují dva přístupy. První přístup se vyznačuje přijetím skutečnosti, že vnouče je sluchově postižené a snaha se tomu přizpůsobit, např. snaha učit se znakový jazyk včetně celkové podpory rodičů. Tento přístup u rodičů mých informátorek převažuje. Druhý přístup se jeví jako spíše odmítavý. Někteří rodiče se odmítali přizpůsobit např. v rovině komunikace, ať už z opodstatněných či neopodstatněných důvodů. Zde lze uvést odmítání učit se znakový jazyk s tím, že už jsou na to moc staří nebo obava z manipulace s kompenzačními pomůckami. Jedni prarodiče se za postižení dítěte styděli. Odmítavý přístup se ve větší či menší míře negativně projevil ve vztahu mezi rodiči a prarodiči (informátorky uvedly, že je tento přístup ranil). V těchto případech se postupem času situace zlepšila a prarodiče se do určité míry přizpůsobili situaci.

HH: „*Jak na sluchovou vadu reagovali prarodiče?*“

L: „*No tam na jedné straně ta reakce byla strašná, ale postupem času zjistili, že to jde. A že čím víc, my se budem snažit, tím víc ona nám to vrátí. A manželovi rodiče byli úplně úžasný, ty by si dokázali vymyslet sto a jeden příběh jak ji zapojit do hry, jenom třeba mimikou, nebo vařečkou, příborama, tím, že si něco ukazovali. Šlo to. Jako ty byli úplně úžasný, nakonec i ty druhý. Tam se to nakonec zlomilo, zjistili, že to není o tom zavřít dítě do ústavu.*“ Když Lucie oznámila rodičům diagnózu, její maminka reagovala slovy „*no tak bude někde na internátu přes tejdén, nebo teď jsou různé ústavy.*“ (Lucie).

„*Moji rodiče, tam to byl velký průšvih, ani ne tak táta jako moje máma, navíc mě to překvapilo i z toho důvodu, že ona pracuje ve školce jako učitelka. Když jsme jim oznámili, že Mareček je hluchej, tak ta reakce byla taková... (zamyšlení). Když jsem jim řekla tady je telefon s tou aplikací, tak se to můžeš učit, máš prázdniny, máš na to čas. Tak ona mi rovnou řekla, že se to učit nebude, že už je na to stará a že by jí to stejně nelezlo do hlavy. Já jsem říkala no dobrý a jak s tím Marečkem chceš komunikovat? Ona říká no tak holt nebudeme komunikovat znakovkou a bude tady jenom když tady budeš ty. A to mě trošičku jako ranilo, tak jsem řekla, že když takhle, tak teda vůbec ne. Když jsem jim třeba řekla, když jsme byli v nemocnici nebo u doktora, co nám říkal, tak jsem jim to třeba říkala venku na dvorku a ona říká: prosimtě buď ticho, to musíme jít řešit do kuchyně, ať to tady lidi neslyšej. Takže se za to jako řekla bych styděli no. Jenže se to v tom malým městečku stejně rozneslo a máma mi říká hele, a co máme těm lidem říkat, když se mě na to zeptaj? Tak říkám, no říkej jim pravdu, neztrapňuj se, stejně to všichni vědí. Takže tam taková reakce byla, zklamalo mě to a řekla bych, že to udělalo i určitou propast mezi mnou a mámou.*“ (Tereza).

Ukázalo se, že v rodinách, kde se na jedné straně projevil spíše negativní přístup, byl na druhé straně přístup více než pozitivní. Reakce prarodičů mohou být ovlivněny nejen jejich povahovými rysy, ale také jejich věkem a (ne)informovaností o problematice postižení. Zde stojí za to vzít v úvahu skutečnost, že dříve byli jedinci s postižením vychováváni v ústavech mimo dohled společnosti. To se však začalo měnit vlivem deinstitutionalizace a šíření osvěty v intaktní společnosti.

Okolí a vrstevníci

Děti informátorek jsou svými vrstevníky přijímáni bez větších potíží. Některé maminky shodně uvádějí, že ostatní děti často zajímá „co to tam má“ („to“ představuje sluchadla či KI).

Lucie popisuje, že se začínají objevovat drobné potíže se začínající pubertou, kdy Martina začala vnímat větší rozdíly mezi ní a ostatními dětmi, přičemž uvádí, že děti ve škole už jsou na ni zvyklé, problémy se spíš týkají dětí, se kterými si nezná :
„Vidí, že ty děti tam jsou v té komunikaci mnohem rychlejší. Ted' je i taková doba, že ten život je hrozně rychlejší a ty děti se tomu přizpůsobují, takže jí dělá problém pochytit informaci, zpracovat ji a nějakým způsobem na ni rychle reagovat. A ty děti co ji neznají, který nejsou v každodenním kontaktu s ní, tak na to nejsou zvyklí na takový chování, nejsou zvyklí čekat, něco opakovat dvakrát nebo třikrát, a ona už to zjistila, takže už se i třeba stydí zeptat. Někdy, když vidí, že ten člověk je takovej citlivější vnímavější tak se zeptá, ale jsme teďka ve fázi, že mi nechce chodit na kroužky, nechce chodit do kolektivu, kde jsou děti, který vidá třeba jenom jednou týdně, je to málo, ty děti na ni nejsou zvyklý, nevědí jak komunikovat a přesto, že mě se zdá, že ta komunikace je úplně v pohodě a naprosto přirozená, tak my v tom vyrůstáme, ale pro ty lidi, kteří v tom nejsou tak je to pro ně těžký a nejsou připravený na to přizpůsobit slovník, přizpůsobit tu řeč, počkat, bejt pomalejší, bejt trpělivej, zopakovat, když to nejde, zopakovat jinak.“
(Lucie).

Markéta jako příklad reakce okolí uvádí konkrétní situaci. *„Jednou jsme šli na hřiště, byli tam takoví chlapečci starší s dědečkem a Davídek za nima běhal, protože má ty starší děti rád a dědeček jim pošeptal, že Davídek je hluchej a šli jinam. Já si nemyslím, že to je tou hluchotou, ale asi tím jak je obrovskej a prostě fakt křičí a zatím nedokáže pochopit, že by třeba neměl, tak je to takový víc do očí bijící. (...) Třeba mi jedna paní v metru dávala číst Bibli. Když si toho ty lidi všimnou, tak je to občas nepříjemný no.“* (Markéta).

Monika uvedla, že se okolí pravděpodobně bálo jejich znakování. S dcerou znakovaly kamkoliv šly, takže když si např. na zastávce ukazovaly, že přijede autobus, tak se lidé podívovali, ale Monika s dcerou to příliš nevnímaly a netrápily se tím.

Kontakt s dalšími rodinami či lidmi se sluchovým postižením

Téměř všechny informátorky uvedly, že se setkaly s dalšími rodinami, kde také mají dítě se sluchovým postižením. Ve většině případů se potkaly prostřednictvím pobytů pořádaných Tamtamem (viz. kapitola 6.1). Některé rodiny se stále setkávají, mezi některými vzniklo přátelství. Informátorky hodnotí setkání či setkávání velmi pozitivně, protože umožňuje vzájemnou podporu a vyvolává pocit „nejsme v tom sami“. Matky zmiňovaly kontakt s dalšími rodinami i v souvislosti s vyrovnáváním se s postižením vlastního dítěte, protože se setkaly s rodinami, kde měli již starší děti se sluchovou vadou a viděly, že „se to dá“ a že „to bude dobrý“. *„A s těma rodičema jsme se stýkali a zjistili jsme, že to vlastně není jenom náš problém, že těch dětí je spousta a vlastně kolikrát i s nějakým kombinovaným postižením, a že by mohlo být i hůř“.* (Alena).

Lucie zmiňuje přínos setkání s lidmi se sluchovým postižením, s dětmi i dospělými. *„Nejlepší vlastně bylo, když jsme jezdili na nějaký ty soustředění a já jsem tam viděla starší děti nebo i dospělé lidi, kteří žijou běžným životem, mají vystudováno, jsou vyučení, mají střední školy nebo dokonce i vysoký školy, ale normálně žijou plnohodnotným životem, to pro mě bylo nejdůležitější, abych viděla, že bude soběstačná.“* (Lucie).

Omezení a obavy

V rozhovorech se objevilo několik situací, kdy přítomnost sluchové vady představuje určité omezení, které se někdy prolíná s obavami.

Alena zmiňuje omezení při koupání, když musí Martin sluchadla sundat. *„Řeknem jdeme do vody, on už jde a pak tam člověk musí za ním doběhnout, tak to jsou jediný takový, kdy si to člověk jako uvědomí, že to je blbý. On si to taky uvědomuje a říká, to já zase neuslyším, když je sundám, že mi to kolikrát řekne. Takže on to spíš vnímá, že ho to nějak něčím omezuje no.“* Při sportu musí Martin nosit čelenku, která zachytí pot, aby se nedostal do sluchadel. Dále ho rodiče chtěli přihlásit na nějaký bojový sport, ale trenér řekl, že by sluchadla musel sundávat, takže od tohoto nápadu nakonec upustili.

Každá matka se v souvislosti se sluchovou vadou dítěte obává něčeho jiného. *„Já mám strach z lidí. Ale to mě prostě provází už od začátku. Protože ona kvůli tý svý*

sluchový vadě, ona má takovej jednodušší slovník, spoustu věcí nepochopí nebo si to vysvětlí trochu jinak. Jsou i zlí lidi, tak se bojím, aby nenatrefila na někoho, kdo zneužije tý její sluchový vady.“ (Lucie).

„Teď je zdravěj, je v pohodě, ten vývoj tý řeči se nějakým způsobem rozjíždí. Člověk spíš trne hrůzou, aby to tak zůstalo, aby se neobjevilo něco dalšího, co by třeba mohlo ovlivnit jeho eventuální nástup do normální školky nebo rozvoj tý řeči.“ (Tereza).

„Já jediný, na co si teďka vzpomínám, že jsem se vždycky bála, aby ho chtěly holky.“ (Alena).

„Já se třeba bojím, aby ho pak v tý normální škole nešikanovali.“ (Markéta).

„Bojím se, až půjde do školy, že jo, že si bude říkat ježíš proč zrovna já neslyším, proč oni to nemaj a proč já to mam, tak toho se bojíme no...“ (Jitka)

Monika zmínila obavy týkající se shánění zaměstnání, že bude mít dcera užší volbu zaměstnání.

Uvažování o dalším dítěti

Informátorky se shodují, že přítomnost sluchové vady u dítěte měla vliv na rozhodování o dalším dítěti. Některým rodinám, kde byla příčinou sluchové vady genetická vada (např. mutace genu connexin 26), je nabízena možnost umělého oplodnění, kdy je snížena pravděpodobnost, že další dítě bude mít také sluchovou vadu. Dvě informátorky se rozhodly této možnosti využít, další dvě možnost odmítly. U některých matek se objevila shoda v názoru, že když už mají jedno dítě se sluchovým postižením, že by pravděpodobně zvládly i druhé, protože už vědí „jak na to“.

„Já jsem si říkala, že když už jedno neslyšící dítě máme, je implantovaný, víme jak s ním zacházet, víme jakým způsobem vést to dítě, jak ty hry vést k tý logopedii a k rozvoji tý řeči. Tak jsem si říkala, že kdybych měla další dítě s vadou sluchu, tak by mi to až tak nevadilo. Když už tohle znám kvůli jednomu dítěti, tak bych klidně dala i to druhé. (...) Ale přítel o tom nechce slyšet, řek, že kdy tam to riziko je, takže prostě už zákonitě druhé dítě s vadou sluchu nechce. Takže tam to umělý oplodnění je kvůli partnerovi.“ (Tereza)

V rodině Moniky si nebyli využitím možnosti umělého oplodnění jistí, uvažovali o něm dva roky, ale nakonec ho odmítli a narodil se jim zdravý syn.

„Na začátku pro mě bylo nepředstavitelný, že bych měla dvě hluchý děti, ale teď už nám

to je celkem jedno. Jediný co nás straší, je ta finanční náročnost, to živení 4 kochleárních implantátů, ale nám to za to stojí.“ (Markéta).

„No bylo to ovlivněný, protože my už jsme zkoušeli druhý dítě a pak když jsme zjistili, že Tomík neslyší, tak v tu dobu jsem se modlila, aby to nevyšlo, když to může bejt genetický. Tak teď je blbý říct, že naštěstí to nevyšlo. Tak to nevyšlo no a od té doby čekáme na výsledky té genetiky a hned až je budeme mít a řeknou nám jo, je to genetický, tak bysme chtěli jít na umělý oplodnění, co nejdřív prostě, aby byli co nejbliž k sobě.“ (Jitka).

Vliv sluchového postižení na život rodiny

Sluchová vada dítěte více či méně ovlivnila život všech rodin informátorek. Výpovědi o tom, co se v rodině změnilo, se ale podstatně lišily. Tři matky shodně uvedly, že je sluchová vada více semkla jako rodinu, což poukazuje na to, že vliv sluchové vady na život rodiny nemusí být vnímán pouze negativně.

Dvě matky uvedly vliv na jejich zaměstnání. *„Donutilo nás to myslet víc do budoucna kvůli penězům, asi nebudu moct v dohledný době pracovat. Co jsem tak vyzorovala tak ty ženský nepracujou.“ (Markéta).*

„Pro mě tohle byla taková velká změna, že jsem najednou zjistila, že se nebudu moct hnedka vrátit do práce tak, jak jsem si myslela.“ (Lucie).

Polovina informátorek uvedla náročnost péče o dítě se sluchovým postižením, která vyžaduje mnoho času a úsilí. Zmínily ježdění po vyšetřeních, logopedech, studium znakového jazyka, cvičení na rozvoj řeči apod. *„Takže to moje pracovní nasazení, který bylo předtím 100%, tak potom jsem těch 100% věnovala Martince. A řekla bych, že i manžel zjistil, že to není všechno o tom, dávat tu energii tím pracovním směrem, ale hodně té energie dávat i sem. Jenom to dojíždění do školky, po těch logopediích, to bylo takovýho času strávenýho někde v autě, ve vlaku...“ (Lucie).*

„Všechno se tomu přizpůsobuje a všechno je úplně jiný no. Jindy třeba, když jsme třeba někam šli nebo jeli, tak jsme ho dávali hlídat manželovým rodičům. Teď ho zas dáváme hlídat spíš mým rodičům, že se s ním líp domluvej, líp komunikujou. Tak střídáme to no, přizpůsobujeme to všechno jemu no. Televizi třeba přes den vůbec nezapínáme, protože by pak hůř slyšel. Rádio už doma ani nemáme...“ (Jitka).

Sourozenci

Vzhledem k náročnosti péče o dítě o dítě se sluchovým postižením se může stát, že sourozencům nebude věnováno tolik pozornosti. Roli zde jistě hraje i to, jestli se jedná o mladšího či staršího sourozence a jaký je mezi dětmi věkový rozdíl. Monika uvedla, že pro starší dceru byla situace velmi těžká a že později byli odborníky upozorněni, aby se věnovali také prvorozené dceři. Starší dceři Lucie dělalo problém znakování, ale protože je o sedm let starší než Martina, tak spíše matce radila a pomáhala.

„My jsme byli na toho Martina tak jako upnutý, furt aby se mu něco nestalo, takže celý rodině prospělo, že jsme si pořídili druhý dítě, protože se ta péče mezi ně rozmělnila. Pak nám to řekli i známí: vždyť vy jste toho Martina nenechali na pokoji, ještěže jste měli tu Janičku.“ (Alena).

Všechny informátorky, které mají více než jedno dítě uvedly, že vzájemné vztahy mezi sourozenci jsou dobré, bezproblémové.

6.2.2 Komunikace

Tato kapitola se věnuje užívání sluchadel, znakovému jazyku, rozhodování o možnosti kochleární implantace a vývoji mluvené řeči.

Sluchadla

Dětem všech informátorek byla po zjištění sluchové vady přidělena sluchadla. Polovina těchto dětí užívá sluchadla dodnes, zbylé děti se později staly uživateli kochleárních implantátů. Sluchadla by měla být přidělena neprodleně po odhalení sluchové vady. Za jak dlouho dítě sluchadla se liší, záleží na termínech dodání, výrobcích apod. Někteří rodiče vynaložili zvýšené úsilí, aby sluchadla obdrželi co nejdříve. *„Já jsem si tohle všechno řešila v místě bydliště, takže jsem tlačila doktory, abychom to měli všechno co nejdřív, aby měl co nejdřív sluchátka. Takže když mě ta doktorka řekla, že mě objedná za tři měsíce na odlitky, tak jsem řekla, že ne, že chci hned. Tak jsem jí to vysvětlila (...).“* (Tereza).

„Ještě to bylo tak, že jsme vybrali úspory a zaplatili to kešem, a až pozdějc jsme na to dostali ten příspěvek od pojišťovny. My jsme chtěli, aby to měl co nejrychlejc.“ (Markéta).

Všechny děti přijaly sluchadla bez větších potíží. Pouze u syna Aleny se ze začátku objevily odmítavé reakce. „*Bylo to nepříjemný. Když jsme mu ho první den nandali, tak jenom seděl, ani se nehnul. Jen seděl na tom gauči a tak koukal. Tak já jsem šla pak za panem doktorem, že to dítě je tak z toho, jakože zaražený a on nám pak ty sluchadla ztlumil nějak. Oni mu je nastavili nějak podle toho, jak mu tu sluchovou vadu naměřili a jak mu je pak ztlumili, tak s tím začal pak jako nějak fungovat. Takže moc z toho ze začátku nadšenej nebyl, občas skončilo sluchadlo v nočníku plným a tak, ale pak si myslím, že tomu přišel na chuť, že od nějaký doby dobrý.*“ (Alena).

Informátorky popisují, že brzy bylo znát, že má jejich dítě ze sluchadel užitek, protože pozorovaly reakce na zvukové podněty. „*Začal reagovat na psa, na štěkání. Takže nějaký zlepšení sluchu tam bylo.*“ (Tereza).

„*Nosil je hned první den. Na jednom uchu měl špatnou tvarovku, takže mu to pořád pískalo a on hned první den začal napodobovat zvuk toho pískání. Tak jsme si říkali jo, je to dobrý, něco slyší, tak mu to třeba pomůže.*“ (Jitka).

Znakový jazyk

Všechny informátorky začaly ke komunikaci s dítětem záhy po zjištění sluchové vady používat znakový jazyk (dále ZJ). „*Takže jsme pak rychle sehnali ty sluchadla, aby se to co nejdřív nějak kompenzovalo a začali jsme znakovat. Já jsem si v té euforii začla ty znaky i vymyšlet, protože jsem je ještě neuměla, ale bylo to pro mě hrozně důležité. Pak jsem začala chodit do kurzu a začali jsme teda znakovat pořádně.*“ (Markéta).

Některé matky po nějaké době od znaků upustily, protože je dle jejich slov již nepotřebovaly vzhledem k postupujícímu vývoji mluvené řeči.

„*Důležitý bylo tu informaci co jsem jí dávala nějakým znakem podpořit. Myslím si, že i o pro ní to bylo víc pochopitelný. Měli jsme období kdy se u nás hodně znakovalo nebo hodně se mluvilo s podporou toho znaku. Pak když ta řeč šla nahoru během té druhý fáze školky, když jí bylo 5,6 let tak jsme úplně od těch znaků ustoupily protože ta znakovka už nám nestačila, protože jsme zjistili že to co chceme říct, už téma znakama říct neumíme, navíc to už není potřeba, protože nám rozumí i bez toho.*“ (Lucie).

„*David jak šel rychle dopředu s tím sluchem, zároveň začal objevovat ten svět, tak už ty znaky tolik nepoužívá, protože ho to zdržuje.*“ (Markéta).

Monika s dcerou začala znakovat hned po zjištění sluchové vady (přibližně od jednoho roku), kolem druhého roku se pak Terežka víc rozmluvila a v jejích třech letech, když nastoupila do mateřské školy, už neznakovali vůbec. Monika měla z užívání ZJ dobrý pocit, že může něco dělat a také znakování hnalo dopředu řeč.

HH: „*Jak probíhal vývoj komunikace?*“

J: „*Začali jsme znakovat. Já jsem začala znakovat po první návštěvě Tamtamu. Ukazovali jsme mu co ho zajímalo, takže jsme jak blázni třeba blikali dvacetkrát za sebou lustrem a ukazovali jsme mu furt, že to je světlo, a že svítí a že bliká. Tak nějak začal chápat, že nám má koukat na ruce, že někdo bliká, někdo stojí u lustru a něco tam šaškuje no, tak to asi nějak pochopil.*“

HH: „*Takže na to začal reagovat a začal sám znakovat?*“

J: „*Ano, začal sám znakovat, rozjel se rychle. Ted' to je vlastně rok a půl co znakuje a už umí, to se nedá ani spočítat, asi 370 znaků.*“ (Jitka).

V některých rodinách přetrvalo používání alespoň několika znaků, buď v rámci nějakého rituálu (např. přání dobré chuti) nebo pro jejich praktičnost při komunikaci na větší vzdálenost, „abychom na sebe nemuseli křičet“.

Většina matek se ZJ aktivně učila. Často své znalosti pak předávaly kromě dítěte se sluchovou vadou dalším členům rodiny (z nichž někteří se aktivně učili také, nejčastěji babičky). Využívaly přitom možnosti docházky do kurzů (Tamtam nebo v občanském sdružení Pevnost), knížek či počítačových aplikací.

Rozhodování o kochleárním implantátu

Jak již bylo napsáno výše, třem dětem mých informátorek byl implantován kochleární implantát (dále KI). Avšak i ostatní rodiče (s výjimkou jedné rodiny) se ocitli v situaci, kdy nad implantací uvažovali. Při rozhodování o implantaci je potřeba mít dostatek informací a přihlížet k mnoha faktorům (viz. kapitola 3.2).

Nejobtížněji se jeví rozhodování v situaci, kdy sluchadla mají pro dítě přínos, ale možná ne dostatečný pro rozvoj řeči, což vystihuje výpověď Terezy: „*Když nám sdělili tuhle diagnózu, tak jsme rozhodnutí pro ten kochleár byli a spíš jsme se rozhodovali, jestli mu dáme jeden nebo dva.*“ Po přidělení sluchadel Tereza u syna pozorovala zlepšení sluchu, proto si před sérií vyšetření, jejímž účelem bylo zařazení do kochleární

implantace, vyžádala další nezávislé vyšetření. „Dělala nám další BERU a tam najednou nám pravý ucho, který předtím vůbec nebylo měřitelný, spadlo na nějakých 75 dB, a to druhý pak bylo kolem těch 65, 70 dB. Takže potom to už byla otázka jestli implantovat nebo neimplantovat. Zase říkaly doktorky, že kdyby měl opravdu super sluchadla, že by to třeba taky šlo s nima. Ale zase ta doktorka v Praze nám řekla, že by to asi stačilo k tomu, aby se naučil rozumět, ale asi by to úplně nestačilo na rozvoj řeči.. A tahle věta pro nás byla důležitá a na základě toho jsme se rozhodli, že půjde na operaci, na oboustrannou.“ (Tereza).

„Martinka má tu svoji sluchovou vadu takovou, že kdyby neprosperovala se sluchadlami tak ten implantát může okamžitě dostat, protože je to hodně těžká sluchová vada. Ale ona je s těma sluchadlami tak dobrá, že nám i pan doktor řek, že by bylo dobře si to důkladně zvážit a ještě to nechat a i teď nám říkal, že nikdy není řečeno, že kdyby bylo potřeba, že ten kochleár nedostane. Ona by ho dostala kdyby se ta její vada třeba hodně zhoršila. Ale právě díky tomu že má dobře rozvinutou řeč tak by to u ní pořád mělo ten pozitivní efekt.“ (Lucie).

U Moničiny dcera nebylo v roce a půl jejího věku jasné, jestli prosperuje se sluchadly, a proto i v této rodině uvažovali o KI. Přestože Moničina dcera nedosahovala kritérií na KI, zúčastnili se pobytu pro kandidáty na KI (kam se dostali až po roce), kde se dozvěděli mnoho užitečných informací.

Markéta během rozhovoru k tématu implantace zmínila své obavy i užitečnou radu pro váhající rodiče. „On s těma sluchadlami jako jel a rozvíjel se hrozně hezky a já jsem ze začátku o tom kochleáru nechtěla ani slyšet, nechtěla jsem aby mi do něj řezali. Manžel tomu byl nakloněnější. Nicméně na moudrou radu asi naší paní z Tamtamu nám bylo doporučeno vstupte do programu a pak to můžete vždycky odřeknout. Což byla asi jedna z nejužitečnějších rad co jsem kdy dostala, a snažit se to doporučit i ostatním maminkám co váhají. Protože pro tu operaci jsme se rozhodli asi až dva měsíce před ní. Naopak jsme dlouho byli rozhodnutí, že dítě dělá pokroky se sluchadlami, tak to necháme bejt. Ale on ty pokroky pak přestal dělat, takže jsme pak byli rádi, že ta implantace byla rozjednaná. Já jsme se samozřejmě bála narkózy, nechtěla jsem jít na to předoperační vyšetření, ale nakonec to všechno bylo v pohodě.“

Pouze jedni rodiče se vyhnuli váhání a byli jednoznačně rozhodnutí pro implantaci vzhledem k povaze sluchové vady jejich dítěte (Jitka).

Řeč

Vývoj řeči probíhá u každého dítěte s vadou sluchu zcela individuálně, opět záleží na velkém množství faktorů. Informátorky se během vývoje řeči u svých dětí potýkaly či stále potýkají s většími či menšími potížemi.

Lucie popsala vývoj řeči své jedenáctileté dcery. „*A teď bych řekla, že je se na úrovni třeba o dva roky mladšího dítěte se svojí slovní zásobou. Nejvíce to bylo znát když jí bylo těch 4, 5 let, to je beznadějný, ona má slovní zásobu jako dvouletý mluvící dítě, ale postupně se to zlepšovalo a nejvíce jí dali asi ty první dva tři roky ve škole. Ona se dostala do kolektivu více dětí, paní učitelka neustále mluvila, ta paní učitelka celý tři čtyři hodiny v kuse mluví na ty děti, takže pak ta slovní zásoba šla hrozně nahoru. Ted už nemám pocit, že by někde v něčem strádala, občas přijde, že řekne, že něčemu nerozumí. Samozřejmě když čteme knížky, tak vybírám takový jednodušší, aby je pochopila. Odborný věci jí pořád dělají problém. Když se učí ve škole nějakou přírodovědu nebo vlastivědu, tak tam jsou pojmy, který ona nezná. Ale na ten běžnej kontakt na tu běžnou komunikaci jí to úplně stačí. A vzhledem k tomu že má nádherně rovinutou řeč, v podstatě kromě sykavek úplně bezchybnou tak to na ní nikdo nepozná, že má nějakou vadu.*“ (Lucie).

Jitka popsala počátky vývoje řeči u syna nejprve se sluchadly a poté po implantaci. „*S těma sluchadlami, v tu dobu co jsme zjistili, že asi něčemu rozumí, tak začal říkat „á“ a několikrát se mu povedlo říct i „mea“ jako méďa. Tak to bylo s těma sluchadlami jediný a teď s tím implantátem. On když dostal ten první, tak hned po prvním nastavení reagoval, protože už měl vlastně náskok z těch sluchadel, takže hned reagoval. Ten první implantát má osm měsíců a začíná trošku dělat takový jako pulslova. Něco je mu rozumět, něco řekne napůl, tak si k němu sednu a řeknu mu: řekni pořádně „máma“, tak se jako snaží to říct pořádně. Když chce říct víc slov najednou tak to odflákne.*“ (Jitka).

Monika uvedla, že v řeči její devítileté dcery není sluchová vada nápadná. V určité fázi vývoje však nepoznali, jestli Tereza říká básničku, křičí nebo zpívá. Podobný byl vývoj řeči u nyní třináctiletého syna Aleny. „*Některá slova komolil tak, že byly k nepoznání, ale nějak to postupem času tak jako vyšumělo, že už nám pak zbylo, že neuměl říkat Ř, R a L. Postupně jak jsme chodili k tý logopedce a tím, že si myslím, že je fakt šikovnej, jsme to nějak doladili, že si myslím, že už to dneska není vůbec poznat.*“ (Alena).

6.2.3 Odborná péče

Tato kapitola se věnuje vyšetření sluchu, přístupu lékařů, způsobu získávání informací. Dále se pak zabývá významem rané péče a výběrem vzdělávacího zařízení.

První vyšetření sluchu

Z rozhovorů vyplynulo, že první vyšetření sluchu dětí mých informátorek probíhala několika způsoby a v různém věku dětí. Již v porodnici byly vyšetřeny pouze dvě děti. Situaci, kdy mělo vyšetření v porodnici negativní výsledek zmiňuje Tereza. *„Takže nám nevycházely otoakustický emise s tím, že nám doktoři furt říkali, že to mohou být zbytky plodové vody, zbytky mázku a že to ještě do půl roku dítěte může vyjít. A vlastně nás objednali za měsíc znovu na ty otoakustický emise a ty zase nevyšly.“* (Tereza).

Dceru Lucie poslala na vyšetření sluchu neuroložka, ke které chodili na jiná vyšetření, a která měla podezření, že něco není v pořádku.

Pediatřička Jitčina syna si nevšimla, že vyšetření sluchu chybí. Objednala chlapce na otoakustické emise (OAE) až v jedenácti měsících věku poté, co za ní Jitka přišla s podezřením, že sluch není v pořádku.

Moničina dcera byla na vyšetřena pediatřičkou v osmém měsíci věku a následně ji poslali na další vyšetření na ORL. Předtím nikdo v rodině podezření neměl.

Pediatřička Alenina syna provedla orientační zkoušku sluchu poté, co se na ni Alena obrátila s podezřením na sluchovou vadu. Lékařce připadalo, že je vše v pořádku, ale nabídla možnost vyšetření v Motole.

Přístup lékařů

Některé matky popisují negativní zkušenosti s kontaktem s lékaři a s jejich přístupem, zvláště pak ve chvíli sdělení diagnózy. *„Tak mě poslali do Motola, tam ho uspali a udělali nějaký to vyšetření a pan doktor říkal, tak ten je jasnej, těžká nedoslýchavost. Akorát jsem byla tehdy rozčarovaná z toho jak s náma ten doktor jednal, jediný, co ho zajímalo, že můj muž měl tehdy firmu na parkety, tak ho zajímalo jestli mu teda udělá parkety a moc ho nezajímalo, že jsme se teda právě dozvěděli, že máme postižený dítě a že si s tím nevíme moc rady. Pan doktor, což jsem se pak*

dozvěděla i od jinejch maminek, že s nim měly zkušenost, že je takovej jako zvláštní, když to tak řeknu, tak si na něj jako stěžovaly všechny maminky. Já si pak zase jako říkám, tak ten doktor to tam vidí denně, tak to pro něj není asi nic neobvyklýho, zatímco my jsme z toho byli úplně hotový. Tak nám řekl najděte si foniatra a nazdar. Budete rádi, když se naučí mluvit.“ (Alena).

Způsob sdělení diagnózy okomentovala také Tereza. „Bylo to prostě řečený tak jak to je, žádný obaly okolo, což já tenhle způsob sama preferuju, kecy v kleci sou naprd. Prostě říct tak jak to je, ale bez toho obalu to bylo docela drsný no.“ (Tereza). Dále uvedla, že se setkala i s velmi vstřícnými, milými a ochotnými lékaři.

O špatnou zkušenost se podělila Markéta. Jejich foniatrička, ke které přišli kvůli negativním vyšetřením OAE v porodnici, rok tvrdila, že dítě slyší, i když tomu tak podle měření nebylo. „Hodně si s náma povídala, hodně na něj jakoby halekala, mluvila, vždycky mu změřila OAE, ty mu vždycky vyšly nevýbavně, ale ona vždycky řekla, že na tý prostřední frekvenci to nějakým způsobem vychází a že ten zbytek je nepřesnost měření. Pak když se na tyhle výsledky koukali jiný foniatři tak na to koukali jako co to je za hloupost. Pro ostatní foniatry s kterýma jsem se setkala ty OAE bud jsou nebo nejsou, jakmile na jedný frekvenci to není tak už ten test je jako neprůkaznej. Ona nám to vždycky vyhodnotila kladně, i když to měření vycházelo špatně.“ Na žádná další vyšetření je neposlala s tím, že by to bylo moc invazivní.

Zde je třeba zvažovat i skutečnost, že rodiče prožívali v době kontaktu velmi náročné životní období.

Informace

Většina informátorek uvedla, že se po sdělení diagnózy nedozvěděly téměř žádné informace o tom, co v této situaci dělat a na koho se obrátit. Často se dozvěděly pouze to, že mají dítěti sehnat sluchadla apod. Monika uvedla, že jí informační deficit způsobil značnou nervozitu. Podobně hovoří i Lucie, pro kterou byla právě nevědomost nejhorší a s přicházejícími informací se vše zlepšovalo.

„Tak nějak jsme jako odcházeli, neměli jsme žádný informace, odcházeli jsme z tý nemocnice vyřízený, co teda jako máme dělat. No a pak jsme se nakontaktovali na ten spolek Tamtamu, na ranou péči, přes nějakýho známýho, kde měli stejnej problém, čemuž my jsme v minulosti nevěnovali pozornost, ale manžel si tehdy vzpomněl, že

někdy na volejbale byl někdo, kdo takle má taky takový dítě. Pak teprv až přes ně jsme se dozvěděli, co máme dělat, jak s tím dítětem pracovat“ (Alena).

Rodiče tedy nejvíce informací dostaly od Tamtamu, někteří sami hledali na internetu. Jedna maminka za účelem získání informací kontaktovala další rodiče dětí se sluchovým postižením skrz internetové sociální sítě. Odlišný zdroj informací zvolila Tereza, jejíž odpověď jistě potěší nejednoho studenta.

HH: *„Takže ještě předtím, než se to potvrdilo, vyhledávala jste si nějaké informace?“*

T: *„Ano, vyhledávala. Já jsem se vám právě přihlásila z toho důvodu, že jsem právě četla spoustu bakalářských prací o sluchu a o sluchu dětí a o poruchách. takže tohle všechno já jsem studovala dopředu, abych věděla jaký pak třeba eventuelně možnosti budeme mít kdyby to náhodou nevyšlo no. (...) Ale ono potom když se člověk baví s těma doktorama tak třeba něco tuší, už něco ví, tak ten doktor to nemusí tak dalekosáhle vysvětlovat, takže pak i ta komunikace s těma lékařema je možná pak trochu snazší.“*

Raná péče

Všechny matky, které se zúčastnily mého výzkumu, využívaly služeb rané péče v podání Tamtamu (viz. kapitola 6.1). Někteří rodiče se o této možnosti dozvěděli od známých, někteří při hledání informací na internetu. Z rozhovorů je patrné, že raná péče hrála stěžejní roli v životě rodin s dětmi se sluchovým postižením většinou již od chvíle, kdy jim byla sdělena diagnóza. Matky oceňují terénní formu služby i organizované pobyty, kde měly možnost se setkat s dalšími rodinami, které také mají děti se sluchovým postižením.

„Když se zadá neslyšící, tak ten Google ten Tamtam vybírá jako jednu z prvních položek. Tam jsem to rozklikla, zavolala jsem tam, oni mi všechno vysvětlili domluvili si s náma schůzku. Dámy přijely, byly strašně milý, vysvětlily nám že hluchý dítě je sice hendikep, je to postižení, ale není to nic co by tu rodinu tak moc ovlivnilo. Tak ty nám daly takovou první naději když to tak řeknu. Ty nás uklidnily, řekly nám jak budem fungovat. (...) S Tamtmem spolupracujem od začátku co jsme zjistili tu diagnózu. A paní z tý raný péče k nám jezdila každých 14 dní, učila nás jak s tím dítětem komunikovat jak si máme účelně hrát aby to pro něj mělo nějaký smysl. Takže to není jen hraní s dítětem, ale ty hry jsou udělaný účelně, aby splňovaly něco, třeba akci a reakci, a když třeba bouchne do tohodle, tak to začne vibrovat, takže nás učila takový

věci. *Ted jsme byli v květnu v Srbsku u Berouna. Ten pobyt byl úplně báječněj v tom, že tam byly stejný rodiče se stejnou vadou, byly tam děti s těžkýma SP nebo i s lehčíma, bylo to nakombinovaný věkově, ale i v tom jestli mají sluchadla nebo KI.*“ (Tereza).

Výběr mateřské školy a základní školy

Všechny informátorky dávají přednost integraci dítěte do běžných mateřských a základních škol. Některé to zdůvodňují místem bydliště a velkou vzdáleností od speciálních zařízení pro děti se sluchovým postižením. Matky mladších dětí doufají, že jejich dítě bude do integrace přijato a bude se mu tam dařit.

HH: *„Je to ještě hodně brzo, ale nepřemýšlela jste výhledově, jakou školu byste si pro malýho představovala?“*

T: *„Výhledově přemýšlela a doufám, že bude na tak super úrovni, že bude moct chodit do normální školky a do normální školy. To je jedna z věcí co mě trápila, když jsme se dozvěděli že bude hluchej, protože v našem okolí žádnou specializovnou školku nemáme. Takže nějaký dojíždění by asi hodně zkomplikovalo ten život co se týká zaměstnání a tédlech věcí. Takže doufám a blbnem s tou logopedií furt, já ho tu trápím klidně třikrát denně po nějakých 25-30 minutách a ten pokrok tam vidět je a chválí nás i logopedka, ale je to ještě daleko, ale určitě bych to směřovala tak, aby chodil do normální školky mezi normální děti.“* (Tereza).

Markéta při výběru mateřské školy zvažovala užívanou vzdělávací metodu.

HH: *„Podle čeho jste vybírali školku?“*

M: *„Tam byla ještě Žitná a Radlická, ale Pipan je orálně-znakovací a my jako nechcem ani jeden extrém zatím, ale zatím to vypadá že je Davídek šikovnej, že bude moct časem chodit do normální školky, ale zároveň pokud by mu mělo bejt líp v tom speciálním školství, což je možný, tak bysme asi byli spíš pro Ječnou, pro tu orální metodu, než ho cpát do Radlický. Jinak u Davida je ve hře ještě že se objeví nějaká hyperaktivita, ale na to je ještě malej na nějaký diagnózy. Byli jsme u psychologa, protože potřebuje posudek pro tu školku, tak i paní magistra říkala že to je možný ale že zatím nebudeme dělat závěry. To by pak moh bejt duvod pro tu speciální školu no.“* (Markéta).

6.2.4 Doporučení rodičům dětí se sluchovým postižením

Na závěr každého rozhovoru jsem se zeptala, co by informátorky doporučily či vzkázaly rodičům, kteří se dostanou do podobné situace (zjistí, že jejich dítě má sluchovou vadu). Zde uvedu doslovné odpovědi všech matek.

Alena: „No, aby z toho nevěšeli hlavu no. Ale jako já vim, že v ten moment je to těžký, že si tím musí asi každé projít, že se s tím musí, nějaká fáze smíření, pak takový litování proč zrovna my, a pak jako se s tím člověk naučí žít. Spíš je fajn, že existují spolky jako Tamtam, vim že mají nějaký finanční problém, že to není jednoduchý, tak spíš takový, aby bylo víc takových, aby ty rodiče se měli kam obrátit, ale co doporučit těm rodičům, to mě nenapadá.“

Lucie: „Každé na tom je jinak. Mně by asi nejvíc pomohlo, kdybych v té krátké době kdy mě to nejvíc trápilo, tak kdybych měla možnost vidět děti, který už jsou trochu dál, než to co nás trápí. Když bych měla nějakou křišťálovou kouli a mohla nahlídnout do toho abych viděla jak to bude vypadat za deset let. abych se zklidnila. abych sama sebe zklidnila, abych viděla že to bude v pořádku že to bude dobrý. Nejvíc člověka ničí ta nejistota, tak nejlepší je prostě věřit, že člověk dělá maximum, že dělá to nejlepší. Teď už vim, že to je jen na ní, taky jí to říkám. Už nikdo jinej ten tvůj život za tebe neodžije a nikdo to nevybojuje.“

Tereza: „Ono se to blbě říká, určitě bych jim vzkázala at se z toho nehrouťe což se strašně špatně dělá, at si vyhledaj tu odbornou pomoc, ale hlavně at si uvědomí že i když to dítě neslyší tak může žít šťastnej a spokojenej život, tak to si myslim že je to nejdůležitější.“

Markéta: „Určitě Tamtam, potom nechodit k doktorce na Vinohrady. A potom mně přijde fajn, že jak je to na začátku těžký, tak se zařadit do toho programu na tu implantaci, že se to dá odříct, spíš než se rozhodnout třeba za čtvrt roku. Na tom Facebooku tam toho je taky hodně.“

Jitka: „Já vubec nevím, ty začátky, tím si musí každé projít no. Tam právě když jim někdo říká: jo, ježiš i neslyšící mají plnohodnotnej život a takový ty blafy okolo no, to si musí každé přebrat sám no.“

7 Závěr

Ve své diplomové práci, Přijetí a vývoj dítěte se sluchovým postižením ve slyšící rodině, jsem se snažila zjistit, jaké jsou zkušenosti rodičů s výchovou dítěte se sluchovým postižením.

Teoretická část obsahuje důležité základní informace vztahující se k tématu, tedy týkající se sluchového postižení a především dítěte se sluchovým postižením, od diagnostiky až po možnosti vzdělávání.

Náplní praktické části je kvalitativně zaměřené výzkumné šetření. Data k výzkumu jsem sebrala s využitím metody rozhovoru. Data mi poskytly matky dětí se sluchovým postižením.

Vzhledem k tomu, že by se děti mých informátorek daly rozdělit do dvou skupin podle věku (13 měsíců až 3 roky a 9 – 13 let), neobjevila se během zpracování rozhovorů žádná významná příležitost k porovnání těchto dvou věkových skupin. Za rozdíl by se možná mohla považovat skutečnost, že u mladších dětí je větší pravděpodobnost, že jim bylo vyšetření sluchu provedeno již v porodnici.

Na tomto místě bych ráda upozornila na dvě skutečnosti, které z výzkumu vyplynuly. Matky shodně uvedly, že by považovaly za vhodné, kdyby rodiče obdrželi základní informace ohledně dalšího postupu hned po sdělení diagnózy. Ve většině případů se dozvěděli pouze to, že si mají pro dítě sehnat sluchadla. Dle jejich slov by to mohl být alespoň letáček či brožurka s kontaktem na ranou péči. Druhou skutečností je negativní zkušenost jedné z matek s lékařem, který opakovaně chybně vyhodnotil výsledky měření sluchu. I v době moderních měřicích přístrojů se lze setkat s lidskou chybou, která však může mít za následek pozdější odhalení sluchové vady a přidělení sluchadel.

Přínos této diplomové práce spatřuji v tom, že může posloužit jako zdroj informací rodičům, kteří se dostanou do podobné situace jako mé informátorky, tedy do situace, kdy nečekaně čelí skutečnosti, že jejich dítě má sluchovou vadu. Toto byl i jeden z původních záměrů práce. Vhodnost tohoto záměru potvrdila jedna z matek, když v rozhovoru uvedla, že se do výzkumu v rámci práce zapojila proto, že bakalářské a diplomové práce se pro ni staly významným zdrojem informací právě v době, kdy je nejvíce potřebovala.

8 Seznam použitých informačních zdrojů

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2011. 4. vyd. 374 s. ISBN 978-80-246-3619-2.

FREEMAN, RD., CLIFTON, FC., BOESE, RJ. *Tvé dítě neslyší?* 1. vydání. Praha : FRPSP, 1992. 346 s.

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 1. vyd. Praha : Septima, 2002. 90 s. ISBN 80-721-6162-8.

HORÁKOVÁ, M. *Techniky vizualizace – logopedická část*. 2. opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. 101 s. ISBN 978-808-7218-044.

HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení : úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HORÁKOVÁ, R. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-731-5120-0.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha : FRPSP, 1999. 395 s. ISBN 80-7216-096-6.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. díl. 1. vyd. Praha : FRPSP, 1998. 321 s. ISBN 80-7216-075-3.

HUDÁKOVÁ, A. a kol. *Vě světě sluchového postižení*. Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s KI. 2. vyd. Praha : FRPSP, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

KAŠPAR, Zdeněk. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. 2. opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. 117 s. ISBN 978-80-87218-15-0.

KOMORNÁ, M. *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. 2., opr. vyd. Praha : Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. 87 s. ISBN 978-80-87218-18-1.

- KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. 1. vyd. Praha : Beakra, 2014, 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.
- MOTEJZÍKOVÁ, J. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. 1. vyd. Praha : FRPSP, 2009. 234 s. ISBN 978-808-6792-231.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, M. *Péče o dítě s postižením sluchu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
- NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2010. 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.
- NEUBAUER, K. *Úvod do logopedie sluchově postižených: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2009. 43 s. ISBN 978-80-7041-755-3.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 1. vyd. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
- POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. 1. vyd. Praha : Fortuna, 1999. 68 s. ISBN 80-7168-744-8.
- PŮSTOVÁ, Z. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1. vyd. Praha: Septima, 1997, 31 s. ISBN 80-721-6022-2.
- SKÁKALOVÁ, T. *Úvedení do problematiky sluchového postižení*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.
- SOURALOVÁ, E., LANGER, J. Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In: RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- ŠÁNDOROVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z komprehenzivní surdopedie : rady a zkušenosti*. 1. vyd. Hradec králové : Gaudeamus, 2003. 81 s. ISBN 80-704-1605-X.
- ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatry*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-859-3167-2.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

Elektronické zdroje

BIAP (International bureau for Audiophonology). *Reccomendation 02/1 : Audiometric classification of Hearing Impairments*. [online]. 2006. [cit. 2015-06-01]. Dostupné na: http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecommendation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=en.

FN Motol (Fakultní nemocnice v Motole). *Informace pro pacienty*. [online]. [cit. 2015-06-05]. Dostupné na: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/foniaticke-oddeleni/informace-pro-pacienty/>.

HRUBÝ, J. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených : Část 1*. [DVD ROM] Praha : Tiché učení, 2010. 148 s. Multimediální monografie. ISBN 78-80-904786-0-2.

KŘEŠŤANOVÁ, L. *České děti si zaslouží screening sluchu*. [online]. 31. 5. 2007. [cit. 2015-05-21]. Dostupné na: <http://ruce.cz/clanky/217-ceske-deti-si-zaslouzi-screening-sluchu>.

KŘEŠŤANOVÁ, L. *Vyšetříme miminkům sluch už v porodnici?* [online]. 23. 12. 2011. [cit. 2015-05-21]. Dostupné na: <http://www.gong.cz/vysetrimemiminkumsluchuzvporodnici/2011/12/23>.

Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců. *Věstník MZ ČR*. č.7. [online]. 31. 8. 2012. [cit. 2015-06-01]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-k-provadeni-screeningu-sluchu-u-novorozencu_6712_1.html.

MYŠKA, P. Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče. *Pediatric pro praxi*. [online]. Praha : Solen, s. r. o. 2007. č. 2. S. 92 – 94. ISSN 1803-5264. [cit. 2015-06-05]. Dostupné na: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2007/02/06.pdf>.

Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. 1998. [online]. [cit. 2015-06-10]. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/NPVP-98.pdf>.

Siemens. *Objective Audiometry*. [online]. [cit. 2015-06-01]. Dostupné na: <<https://www.bestsoundtechnology.com/children/testing-children/objective-audiometry/>>.

Středisko rané péče Tamtam Praha. [online]. [2015-06-10]. Dostupné na: <<http://www.tamtam-praha.cz/>>.

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online]. [cit. 2015-06-12]. Dostupné na: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb>>.

WHO (World Health Organization). *Grades of hearing impairment*. [online]. [cit. 2015-06-01]. Dostupné na: <http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/>.

Zákon č. 348/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. [online]. [cit. 2015-06-05]. Dostupné na: <<http://www.mdcz.cz/NR/rdonlyres/34F05C76-EC29-416F-9F51608B80DE270C/0/MicrosoftWord384.pdf>>.

ZOUZALÍK, M. *Kochleární implantát – naděje nebo prokletí?* [online]. 1. 3. 2007. [cit. 2015-06-10]. Dostupné na: <<http://ruce.cz/clanky/441-kochlearni-implantat-nadeje-nebo-prokleti>>.