



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Role pedagoga v adaptivním procesu dětí se sluchovým postižením v prostředí mateřské školy

Vypracovala: Aneta Hrušková
Vedoucí práce: Mgr. Marie Tobias Samohejlová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 11. dubna 2018

.....

Aneta Hrušková

Poděkování

Je pro mě milou povinností poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Tobias Samohejlové za odborné vedení, cenné rady a připomínky a také za čas a podporu, kterou mi věnovala při tvorbě této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem učitelkám mateřských škol, které mi věnovaly svůj čas a poskytly mi rozhovor. Na závěr děkuji své rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá prevencí rizikového chování u dětí se sluchovým postižením předškolního věku. Teoretická část práce se zabývá problematikou sluchu a sluchového postižení. Představuje tudíž základní teoretická východiska oboru surdopedie. Praktickou část tvoří pedagogický kvalitativní výzkum zaměřený na zmapování procesu socializace dítěte se sluchovým postižením do prostředí mateřské školy s důrazem na prevenci rizikového chování. Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jaké způsoby prevence preferují a využívají vybrané mateřské školy zprostředkovávající předškolní vzdělávání jedincům se sluchovým postižením.

Klíčová slova: sluchové postižení, sluchadla, kochleární implantát, komunikace, edukace, rizikové chování, porucha chování, prevence

Annotation

This bachelor thesis focuses on the prevention of risky behaviour in pre-school hearing-impaired children. The theoretical part deals with the sense of hearing and hearing impairment. It presents the theoretical basis of surdopedy. It is followed by the practical part which consists of pedagogical qualitative research focused on the mapping of the hearing-impaired child socialization process in the environment of kindergarten. The prevention of risky behavior is stressed. Main goal of the above-mentioned research is to reveal which methods of prevention are preferred and used by the selected kindergartens which provide pre-school education to hearing-impaired individuals.

Keywords: hearing impairment, hearing aids, cochlear implant, communication, education, risky behavior, behavior disorder, prevention

Obsah

Úvod	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Problematika sluchového postižení	8
1.1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí	9
1.2 Klasifikace a etiologie sluchových vad a poruch	11
1.2.1 Klasifikace dle místa postižení	12
1.2.2 Klasifikace dle stupně postižení	13
1.2.3 Klasifikace dle doby vzniku	14
1.2.4 Etiologie sluchových vad a poruch	14
1.3 Vyšetřování a diagnostika sluchového postižení	15
1.4 Léčba a kompenzace sluchového postižení	18
1.4.1 Sluchadla	19
1.4.2 Kochleární implantát	21
1.5 Možnosti komunikace	22
1.6 Dopad sluchových poruch na psychický vývoj jedince	24
2 Výchova a vzdělávání dětí se sluchovým postižením	26
2.1 Výchovné přístupy	26
2.2 Školy a školská zařízení pro jedince se sluchovým postižením	28
2.2.1 Integrace	30
2.2.2 Přístupy ke vzdělávání osob se sluchovým postižením	31
3 Poruchy chování a emocí	32
3.1 Rizikové chování u dětí se sluchovým postižením	33
3.2 Činitelé rizikového chování	36
3.3 Prevence a intervence poruch chování	37
II. PRAKTICKÁ ČÁST	39

1	Téma výzkumu	39
2	Výzkumný problém	39
2.1	Výzkumné otázky	39
3	Cíl a metodologie výzkumného šetření	41
4	Průběh výzkumného šetření	41
5	Výzkumný vzorek	42
6	Analýza a interpretace dat	43
6.1	Proces socializace dítěte do prostředí mateřské školy	43
6.2	Emocionální hledisko prevence rizikového chování	48
6.3	Behaviorální hledisko prevence rizikového chování	51
6.4	Rozdílnost preventivních opatření	56
	Diskuze	59
	Závěr	61
	Seznam použitých zdrojů	63
	Seznam obrázků	66
	Seznam tabulek	66
	Seznam příloh	66

Úvod

Speciálně pedagogická disciplína zaměřená na rozvoj, výchovu a vzdělávání osob se sluchovým postižením je velmi rozmanitá. Obor surdopedie nabízí mnoho výzkumných možností. V kombinaci s často diskutovaným tématem týkajícího se rizikového chování u dětí předškolního věku se zrodila myšlenka k uskutečnění výzkumného šetření na toto téma.

Jedinci se sluchovým postižením mohou mít výrazně narušenou schopnost navazovat interpersonální vztahy a komunikovat. Komunikační bariéra má za následek negativní dopad na složku kognitivní, emocionální a také sociální, což může vést k výskytu nežádoucích projevů chování u těchto dětí.

Bakalářská práce je rozdělena na dva hlavní celky. První část obsahuje základní teoretická východiska surdopedie. Lze zde najít anatomii a fyziologii sluchového orgánu, klasifikaci sluchových vad a poruch, jejich možné příčiny, poznatky z oblasti diagnostiky, terapie a kompenzace sluchového postižení, komunikace a v neposlední řadě také z oblasti dopadu sluchového postižení na osobnost jedince. Dále se tato část zabývá výchovou a vzděláváním a možným výskytem poruch chování a emocí.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumnému šetření zaměřeného na využívání rozmanitých způsobů prevence rizikového chování v institucích zajišťujících preprimární vzdělávání dětem se sluchovým postižením. Výzkumný vzorek tvoří šest učitelek z různých typů mateřských škol. Získané informace jsou přesně interpretovány, analyzovány a následně vyhodnoceny v závěru.

Práce může posloužit jako ukazatel nezbytnosti prevence rizikového chování a odlišného postoje různých mateřských škol k ní, což je jedním z cílů praktické části práce. Zároveň může přispět jako inspirace pro začínající učitele vzdělávající děti se sluchovým postižením, kteří zde mohou čerpat inspirativní podněty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika sluchového postižení

Terminologie speciální pedagogiky není stále ustálená. Ve vývoji speciálně pedagogické disciplíny zaměřené na jedince se sluchovým postižením tomu není jinak, a stále dochází ke změnám některých termínů. Proto se úvodní kapitola zabývá deskripcí základních pojmů vztahujících se k problematice osob se sluchovým postižením.

Sluch je jedním z nejdůležitějších smyslů, díky němuž přijímáme sluchové vjemy, které nás informují o dění okolního světa. Sluch nám usnadňuje dorozumívání, kontakt s ostatními, orientaci v prostředí a dává nám pocit bezpečí. Pokud je člověk o tento smysl ochuzen, přijde až o 60 % poskytovaných informací, a zároveň přijde o nezbytný předpoklad pro rozvoj mluvené řeči, což může mít hlavně u dětí závažné důsledky v oblasti celkového vývoje osobnosti. (Mukšnáblová, 2014; Renotierová a další, 2006)

Termín sluchové postižení zahrnuje základní kategorie osob, jimiž jsou neslyšící, nedoslýchaví a ohluchlí. Jedná se o velmi heterogenní skupinu jedinců, kterou limituje nejen samotné sluchové postižení, ale i další vztahující se faktory, jimiž jsou například věk, doba vzniku sluchové vady, úroveň inteligence, přidružené postižení a další činitele mající dopad na vývoj jedince. Český jazyk nám poskytuje možnost v písemné podobě rozlišit dva stejně znějící pojmy nesoucí rozdílný význam. Umožňuje nám odlišit postižení od kulturní a jazykové menšiny, tedy neslyšící a Neslyšící. Tímto způsobem rozlišujeme různá hlediska interpretace sluchového postižení. Neslyšící s velkým „N“ se za jedince s postižením vůbec nepovažují, cítí se být příslušníky minority, a proto je na sluchové postižení nahlíženo z hlediska etnického. Pro účely práce je rozhodující pojem neslyšící jako jedna z kategorií sluchového postižení, kdy se jedná o interpretaci sluchového postižení z hlediska klinického přístupu. (Hrubý, 1998, 1999; Horáková in Pipeková a další, 2006)

Výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína nesoucí název surdopedie. Pojem surdopedie vznikl ze spojení dvou slov, z latinského *surdus* – hluchý a řeckého *paideia* – výchova. Surdopedie úzce spolupracuje s ostatními speciálně pedagogickými obory, pedagogickými,

psychologickými, biologickými, sociologickými, filozofickými a také medicínskými disciplínami. Z tohoto výčtu je patrné, že na problematiku sluchového postižení je potřeba pohlížet komplexně, a stejně k ní i přistupovat. (Horáková, 2012)

1.1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí

Popis anatomie ucha je doplněn o číselné indexy. Čísla u jednotlivých částí sluchového orgánu odkazují na obrázek, jenž koresponduje s deskripcí. Ze zobrazení ucha jsou vybrány pouze části, které jsou nejpodstatnější pro porozumění základnímu fungování sluchového vnímání.

Sluchový orgán se anatomicky dělí na tři části:

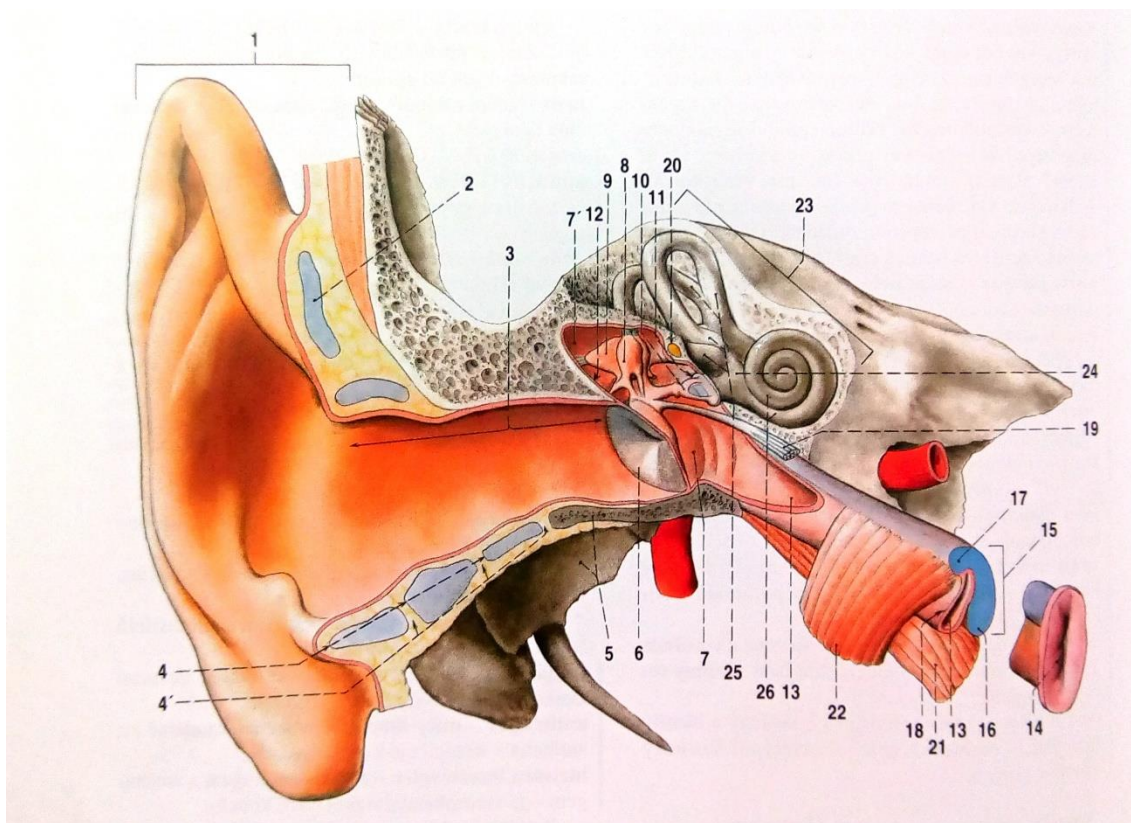
- **zevní ucho**
- **střední ucho**
- **vnitřní ucho**

Zevní ucho se skládá z chrupavčitého boltce a zevního zvukovodu, jehož zakončením je bubínek. Boltce¹ s charakteristickými reliéfními útvary koncentruje zvukovou energii z okolního prostoru do vchodu zvukovodu. Zvukovod³ je esovitě zahnutá trubice oválného průřezu. Jeho tvar, délka i šířka má vliv na zesílení tónů. Tato část sluchového orgánu slouží k vedení akustických vln k bubínku. Má tedy nejen funkci sluchovou, ale i ochrannou, při které pomocí ušního mazu zabraňuje průniku nečistot k bubínku. Bubínek⁶ je oválná vazivová blanka perleťové barvy, která je nálevkovitě vtlačena do středního ucha. Na blance bubínku se mění energie z akustické na mechanickou kinetickou.

Střední ucho je uloženo ve spánkové kosti a je tvořeno dutinou středoušní⁷ a ^{7'}, která začíná bubínkem a končí kostěnou stěnou, v níž je oválné okénko¹¹. Obsahem středoušní dutiny jsou tři převodní kůstky – jedná se o kladívko⁸, kovadlinku⁹ a třmínek¹⁰. Kůstky jsou spojeny v kloubech, upevněny vazy a drobným středoušním svalem, tzv. třmínkovým svalem, jenž spolu se svalem bubínku chrání sluchový orgán při nadměrném hluku. Ušní kůstky přenáší kmity bubínku vyvolaných zvukovými vlnami na tekutiny vnitřního ucha. Funkčně ke střednímu uchu přísluší i Eustachova trubice¹³ ústící

z nosohltanu, která slouží k vyrovnávání tlaků – atmosférického, který je v nosohltanu, a tlaku ve středoušní dutině.

Vnitřní ucho je uloženo ve skalní kosti v kostěném²³ a blanitém labyrintu pyramid. Dutiny kostěného labyrintu jsou vyplněné perilymfou, a v dutinách blanitého labyrintu se nachází endolymfa. V kostěném labyrintu jsou uloženy receptory dvou analyzátorů – sluchového a vestibulárního. Vestibulární aparát²⁴ je tvořen dvěma blanitými váčky a třemi polokruhovitými navzájem kolmými kanálky²⁵ určených pro vnímání polohy a rovnováhy lidského těla. Sluchová část je tvořena hlemýžděm²⁶, který vytváří 2,5 závitů a je po celé délce rozdělen na dvě patra. Horní patro slouží k vnímání tónů hluboké frekvence (A, O, U, K, H, T) a spodní patro se zaslouhuje o detekci tónů vysoké frekvence (I, E, S, Z, C, Š, Č, Ž). Na jeho základní membráně je umístěn Cortiho orgán, jehož smyslové (vláskové) buňky převádějí mechanickou energii akustického vlnění na elektrické proudy, díky kterým dochází k podráždění vláken VIII. hlavového nervu, tzv. sluchového nervu. Ten zvukové podněty ve formě nervových vzruchů převádí dále do mozku.



Obrázek 1: Anatomie sluchového ústrojí (Čihák, 2004)

K vlastnímu sluchovému orgánu je nutné přiřadit sluchovou dráhu včetně center v kůře mozkové. Sluchové dráhy z vnitřního ucha se v oblasti mozkového kmene kříží a vzruch postupuje zkříženě přes podkorovou oblast do korových oblastí spánkových laloků do vlastního centra sluchu, tzv. Heschlových závitů. Díky zkřížení jsme schopni rozlišit směr zvuku, ale umožňuje například i rozumění řeči ve velmi hlučném prostředí.

Lidské ucho je schopno vnímat zvukové vlny v rozsahu 16-20 000 Hz. Pro komunikaci je důležitá řečová frekvence, oblast její hlavní akustické energie se nachází v rozpětí 500-2000 Hz. (Nosková, 2013; Muknšnáblova, 2014; Čihák, 2004; Renotiérová a další, 2006)

1.2 Klasifikace a etiologie sluchových vad a poruch

Před vlastním rozdělením sluchových vad a poruch je na místě blíže definovat tři termíny, kterými jsou sluchová vada, sluchové postižení a sluchová porucha. Nosková (2013, str. 21) definuje sluchovou vadu jako: „stav, ve kterém je snížena kvalita i kvantita funkce sluchového orgánu. Jedná se o stav trvalý, není možné jej zlepšit léčbou.“. Muknšnáblova věcně dodává (2014), že vady lze, pokud je to možné, pouze korigovat kompenzačními pomůckami. Sluchové postižení zahrnuje veškeré sociální důsledky, které s sebou sluchová vada přináší. O těchto dopadech bakalářská práce pojednává v kapitole 1.6. Sluchová porucha jest přechodné zhoršení sluchu, jenž lze léčbou odstranit. Po nalezení a odstranění příčiny je jedinec zdravý.

Pro účely práce byly vybrány takové klasifikace sluchového postižení, které odpovídají speciálně pedagogickému komplexnímu přístupu. Kritéria dělení byla vybrána z důvodu významu pro volbu vhodného vzdělávacího programu, komunikačního systému a rehabilitace. Členění sluchových vad a poruch se zaměřuje na rozdělení dle místa postižení, stupně postižení a doby jeho vzniku.

1.2.1 Klasifikace dle místa postižení

Pro hledisko lokalizace sluchového postižení je nutné zjistit, která část sluchové dráhy je postižena. Podle toho dělíme sluchové postižení následujícím způsobem:

- **periferní postižení sluchu**, které dále dělíme na vady:
 - převodní
 - percepční
 - smíšené
- **centrální postižení sluchu**

Převodní vady sluchu vznikají v případě, dojde-li k poruše v mechanické části sluchové dráhy, tedy na úrovni vnějšího nebo středního ucha. Poté dochází k nedokonalému převodu zvukových vln do vnitřního ucha. Důsledkem převodní vady sluchu je vždy nedoslýchavost. Vady lze kompenzovat pomocí sluchadel, nebo operativně. Příkladem příčiny může být ucpání zvukovodu ušním mazem, deformity zevního či středního ucha nebo znehybnění ploténky třmínku způsobené otosklerózou.

Percepční vady sluchu jsou takové vady, kdy je poškozeno vnitřní ucho nebo dojde k poškození na vyšších úrovních sluchové dráhy. Vada může vzniknout v kterémkoli úseku sluchové dráhy. V tomto případě je narušená percepce zvuků, dokonce může dojít i k úplné hluchotě. Původem vady může být například virová infekce matky v těhotenství, zánětlivé onemocnění mozku nebo úraz hlavy.

V případě podílu převodní i percepční složky nazýváme poruchy smíšenými. Při výskytu smíšené vady sluchu se lékaři snaží odstranit její percepční složku, aby se mohla korigovat převodní vada pomocí kompenzačních pomůcek. (Hrubý, 1998; Nosková, 2013; Šedivá, 2006)

Centrální postižení sluchu mají příčinu v korových či podkorových oblastech, tudíž zvukové vjemy nejsou v mozku zpracovávány. Takový jedinec sice slyší, ale nerozpozná význam slyšených slov, tzn. že jedinec není schopen rozumět jejich obsahu. (Muknšánblová, 2014)

1.2.2 Klasifikace dle stupně postižení

Pro účely členění dle velikosti sluchové ztráty dělíme osoby se sluchovým postižením na jedince:

- **nedoslýchavé**
- **neslyšící**
- **ohluchlé**

Hrubý (1999, str. 43) definuje nedoslýchavost jako: „každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci“. Nedoslýchavost může být různého stupně – od lehkého po velmi těžké poškození sluchu, viz tabulka č. 1.

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název stupně sluchové ztráty
0-25 dB	normální sluch
26-40 dB	lehká nedoslýchavost
41-60 dB	středně těžká nedoslýchavost
61-80 dB	těžká nedoslýchavost
81 dB a více	praktická hluchota

Tabulka 1: Klasifikace sluchových vad (WHO, 2004)

Normálním sluchem se rozumí slyšení i těch nejslabších zvuků jako je tikot hodinek nebo šustění listů. Jedinec s lehkou nedoslýchavostí má problém slyšet a rozumět šepotu, hovoru z velké vzdálenosti nebo mluvě v hlučném prostředí. Osoba se středně těžkou nedoslýchavostí a bez kompenzačních pomůcek špatně rozumí běžné řeči, a to i na krátkou vzdálenost. Těžce nedoslýchavý může slyšet pouze velmi hlasité zvuky okolního prostředí. Mezi ně patří například siréna nebo bouchnutí dveří. Reakce na mluvenou řeč je velmi špatná nebo žádná. Jedinec s praktickou hluchotou vnímá i silné zvuky pouze jako vibrace. (Nosková, 2013; World Health Organization, 2004)

Světová zdravotnická organizace definuje neslyšícího jako toho člověka, který má hlubokou ztrátu sluchu, a kvůli tomu ani nejvíce zesílený zvuk neslyší. Tedy ani sluchadlo jim neumožňuje porozumět mluvené řeči, jejich sluchová ztráta je totiž větší než 90 dB. Vzhledem k chybějící akustické kontrole je pro ně charakteristická silně zkreslená a pro okolí nesrozumitelná řeč. (Hrubý, 1999; Vymlátílová in Říčan a další, 2006)

Ohluchlý jedinec má již fixovanou řeč, jelikož ztratil sluch v průběhu života. Jejich mluva se v závislosti na uplynulé době od vzniku sluchového postižení může zhoršit, obvykle je ale pro slyšící jedince srozumitelná. Více se problematikou neslyšících a ohluchlých zabývá následující kapitola. (Vymlátilová in Říčan a další, 2006)

1.2.3 Klasifikace dle doby vzniku

Podle stanoveného kritéria dělíme vady na:

- **vrozené**
- **získané**

Vrozené vady sluchu se dále dělí na geneticky podmíněné, které jsou nejčastěji způsobeny autozomálně recesivní formou onemocnění nebo jsou spojeny s danými syndromy. Vrozené vady jsou i tzv. kongenitálně získané, které vznikají prenatálně či perinatálně. Prenatálně vzniklé vady vznikají na základě působení negativních vlivů na plod v průběhu těhotenství, zejména v prvním trimestru, jenž je označován za kritickou periodu. Perinatálně způsobené sluchové vady vznikají v průběhu porodu nebo bezprostředně po něm. (Horáková, 2012)

Získaná vada může vzniknout kdykoli v průběhu života. Získanou sluchovou vadu, která se projeví před ukončením vývoje řeči, označujeme jako prelingvální. U osoby, která má dostatečně upevněnou řečovou komunikaci, se vady nazývají postlingvální. Mukšnáblová (2014, str. 20) ještě výstižně dodává: „Dítě prelingválně postižené je hluché, dítě postlingválně postižené je tzv. ohluchlé a ztratí-li člověk sluch až v dospělosti, je nazýván tzv. později ohluchlý.“

1.2.4 Etiologie sluchových vad a poruch

Některé příčiny sluchových vad jsou již vypsány v předešlém textu. Následně práce přiblíží další z nich. Příčiny sluchového postižení lze rozdělit do dvou základních skupin:

- **endogenní**, tzn. vnitřní
- **exogenní**, tzn. vnější

Spousta příčin sluchového postižení je neznámého původu. Objasnění etiologie je důležité z důvodu volby léčby a následné rehabilitace osob s postižením sluchu.

Vnitřní příčiny jsou zakotveny v genetickém kódu, který může být narušen genovou mutací, nebo se může jednat o zděděnou genetickou informaci přímo od rodičů.

Vnější příčiny působí na základě zevních vlivů, které mohou na sluchové ústrojí působit prenatálně, perinatálně a postnatálně. Prenatálně na vývoj plodu mohou působit **vlivy biologické** – prodělání virových či bakteriálních infekcí v době těhotenství nebo metabolická a hormonální onemocnění matky. Dále **vlivy chemické** – nadměrné požívání alkoholu či jiných teratogenních látek, nebo **vlivy fyzikální** – působení rentgenového záření, sálavého tepla, úrazy matky v době těhotenství apod.

Perinatální příčiny působí v průběhu porodu nebo bezprostředně po něm. Jedná se například o asfyxii, hypoxii, těžký protražovaný porod spojený s krvácením do mozku nebo vnitřního ucha, poporodní žloutenku nebo Rh inkompatibilitu.

Mezi postnatální příčiny můžeme zařadit nahromadění ušního mazu před bubínkem, přirozený proces stárnutí, zánětlivá onemocnění, mechanická poškození sluchového ústrojí, dlouhodobé působení nadměrného hluku, chronické záněty středního ucha, záněty CNS, působení chemických látek jako jsou kovy, organická rozpouštědla nebo léky, onkologická onemocnění atd. Všechny výše uvedené příklady mohou vést ke vzniku sluchové vady různého stupně. (Muknšáňblová, 2014)

1.3 Vyšetřování a diagnostika sluchového postižení

Muknšáňblová (2014) uvádí, že sluchovou vadu je potřeba identifikovat co nejdříve, u vrozených vad nejpozději do 6. měsíce věku, aby mohla být adekvátně řešena, a zabránilo se tak závažnému narušení vývoje dítěte. Od včasné a kvalitní diagnostiky se odvíjí veškerá práce s dítětem. Diagnóza sluchového postižení je základním předpokladem úspěšné rehabilitace. Čím dříve se s rehabilitací začne, tím menší jsou dopady sluchového postižení na vývoj osobnosti dítěte. (Horáková in Pipeková a další, 2006)

Hrubý (1998) dělí diagnostiku na tři základní kroky:

- **odhalení vady**
- **zjištění velikosti vady**
- **zjištění příčiny vady**

Nejdůležitější jsou první dva kroky, protože rozhodují o volbě optimální strategie práce s dítětem. Nejprve je potřeba zjistit, zda daný jedinec sluchovou vadu má. V případě, že se výskyt vady sluchu potvrdí, je důležité zjistit její závažnost. Nakonec následuje zjištění její etiologie.

Před samotným seznámením s diagnostickými metodami je nutné definovat některé termíny vztahující se k diagnostice sluchových vad. Mezi základní multidisciplinární obory zabývající se sluchovým vnímáním patří audiologie, foniatrie, jenž se zabývá diagnostikou a léčbou poruch komunikačních funkcí (hlasem, řečí a sluchem), a logopedie, která se zabývá nápravou řečových poruch. Audiologii definuje Mukšnáblová (2014, str. 15) jako: „lékařský obor zabývající se zdravým normálním sluchem i jeho poškozením, posuzuje funkce sluchu, zkoumá způsoby a možnosti vnímání zvuku,“ což je rozhodující pro diagnostické metody. Audiologie pracuje s dalšími základními termíny jako je sluchový práh a sluchové pole. Sluchový práh je popisován jako nejslabší slyšitelný zvuk, který jedinec dokáže vnímat uchem. Přestoupí-li intenzita zvuku snesitelnou mez, hovoříme o prahu bolesti. Sluchové pole je rozsah zvuků různé intenzity a frekvence, které je sluchové ústrojí schopno zachytit. Jde o oblast mezi prahem slyšení a prahem bolesti.

Audiologie, má k dispozici celou řadu vyšetřovacích metod. Odborné vyšetření je v kompetenci foniatra. Základem diagnostiky je osobní a rodinná anamnéza. Poté se přistupuje k vyšetření pohmatem a otoskopii, tzn. vyšetření vnějšího ucha, kdy lékař zhodnotí případné jizvy, srůsty, uzávěry, anomálie a vyšetří bubínek pomocí zrcátka.

U novorozenců a kojenců se provádí screeningové vyšetření a vyšetření sluchu založené na sledování a posuzování nepodmíněných reflexů na silné zvukové podněty do vzdálenosti 1 metru od hlavy dítěte. Dále je u dětí povinností každého pediatra provádět orientační zkoušky sluchu, a to ve 3 měsících, 9-12 měsících, ve třech letech a před nástupem do školy.

Základní vyšetřovací metody se dělí na subjektivní a objektivní zkoušky sluchu, ale při diagnostice dochází k jejich kombinaci. Subjektivní vyžadují spolupráci vyšetřovaného, který odpovídá na sluchové podněty. Mezi ně můžeme zařadit klasickou zkoušku sluchu (hlasitou, šeptanou), vyšetření ladičkami, subjektivní audiometrii

tónovou a slovní. U objektivních metod naopak spolupráce pacienta není nutná. Řadíme sem například tympanometrii, vyšetření otoakustických emisí (OAE), elektrofyziologickou metodu vyšetření pomocí evokovaných potenciálů (BERA), zkoušku ustálených evokovaných potenciálů (SSEP) a vyšetření aktivity sluchových drah (NN-ABR).

Pro porozumění výše vyjmenovaným zkouškám se práce v následujících odstavcích zabývá jejich krátkou charakteristikou. Pro účely práce není podstatné více přibližovat jednotlivé zkoušky a popisovat jejich průběh. Zájemci se o nich mohou podrobněji dočíst například v Horákové (2012) nebo Muknšáňblové (2014), která metody popisuje více z odborného lékařského hlediska. Klasická sluchová zkouška se provádí za účelem zjistit stav slyšení a rozumění na základě opakování řady slov obsahující tóny vysoké i hluboké frekvence. Díky vyšetření ladičkami je foniatr schopen upřesnit typ sluchové vady. Při prahové tónové audiometrii lékař sleduje stav funkčnosti vnitřního ucha a zjišťuje práh sluchu. Slovní audiometrie je založena na porozumění řeči. Schopnost slyšení se prokazuje opakováním slov či přiřazováním obrázkového vyjádření k jednotlivým slovům.

Tympanometrie je objektivní audiometrickou vyšetřovací metodou, jenž se zabývá funkcemi středouší. Muknšáňblová (2014, str. 35) tvrdí, že účelem tympanometrie je: „zjistit stav převodního systému, funkci sluchové trubice, obsah středoušní dutiny, celistvost bubínku či celistvost řetězu středoušních kůstek“. Metoda OAE je založena na zaznamenání velmi slabých zvuků vytvořených vláskovými buňkami. Měření otoakustických emisí se používá při novorozeneckém screeningu. BERA je vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene, při kterém se měří elektrobiologické signály. SSEP je vyšetření ustálených evokovaných potenciálů, které se měří u dětí, u kterých není možné provést audiometrické vyšetření. SSEP se provádí kvůli zjištění sluchového prahu. NN-ABR je metoda, která specifickým způsobem hodnotí aktivitu sluchové dráhy na základě odpovědí na stimulaci pomocí testovacího tónu.

1.4 Léčba a kompenzace sluchového postižení

Terapie sluchového postižení se odvíjí od zjištění etiologie sluchové vady. Cílem léčby by mělo být odstranění příčiny, náprava sluchového vnímání, zprostředkování komunikačních kompetencí a v neposlední řadě snaha o sociální uplatnění jedince.

Péče o jedince se sluchovým postižením je zaměřena interdisciplinárně. Na ucelené rehabilitaci se podílí léčebné, sociální, pedagogicko-psychologické a pracovní prostředky rehabilitace. Celý systém využívá základní metody jako je reedukace, tj. rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností, kompenzace, tj. náhradu postižené funkce, a také akceptaci sluchového postižení a života s ním, jež je velmi důležitá pro utváření a rozvíjení osobnosti jedince s postižením.

Sluchové postižení lze léčit symptomaticky nebo kauzálně. Pokud tato léčba nijak neovlivní sluchovou vadu, je potřeba ji korigovat a kompenzovat. Kompenzační pomůcky zahrnují široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů zaměřujících se na překonání komunikačních bariér. Níže se práce podrobněji zmiňuje k pomůckám určených ke kompenzaci sluchové ztráty – sluchadlům a kochleárnímu implantátu. (Muknšnáblova, 2014; Horáková, 2012)

Mezi terapeutické metody sluchového postižení je potřeba zahrnout i speciálně pedagogickou péči, práci s rodinou a socioterapii. Speciálně pedagogická péče je zabezpečována středisky rané péče, speciálně pedagogickými centry a speciálními školami pro sluchově postižené. Její významnou součástí je logopedická terapie pomáhající v rozvoji řečových dovedností. Rodina s dítětem se sluchovým postižením potřebuje podporu, kterou může dostat například od poradců středisek rané péče, od pracovníků SPC i speciálních škol, ale také od skupin rodičů s dětmi se stejným postižením. Sdružení rodičů mají pro rodinu, z vlastní zkušenosti autorky, největší váhu podpory. To potvrzuje i Vágnerová (2008), která popisuje terapeutický efekt v pocitu pochopení, sdílení obdobných problémů a také v možnosti získat užitečné informace a zkušenosti. Socioterapie souvisí s procesem socializace, tzn. že pomáhá při začleňování jedince se sluchovým postižením do slyšící společnosti.

1.4.1 Sluchadla

Nejdůležitější pomůckou pro osoby se sluchovým postižením alespoň se zbytky sluchu jsou elektronická sluchadla, jejichž cílem je zesílení přijímaného zvuku, který následně postupuje běžnou sluchovou dráhou přes střední a vnitřní ucho až do mozkového centra sluchu. Přidělené sluchadlo musí odpovídat míře i typu postižení, pak zajišťuje jedinci rozvoj sluchového centra v mozku, což je velmi významné pro rozvoj mluvené řeči.

Dnešní moderní sluchadla dokážou kompenzovat i ty nejtěžší stupně nedoslýchavosti, které by bez sluchové protetiky znamenaly pro jedince se sluchovým postižením praktickou hluchotu. Veškeré nastavení je individuální, odvíjející se od věku, druhu a charakteristiky sluchové vady. Existuje velké množství druhů sluchadel, ale většina z nich se skládá ze stejných součástí – z mikrofonu, zesilovače, reproduktoru, regulátoru hlasitosti, přepínače programů, zdroje, ušní tvarovky a hadičky. (Horáková, 2012; Hrubý, 1998)

Hrubý (1998) uvádí základní dělení sluchadel na:

- **druhy sluchadel podle konstrukčního provedení:**
 - kapesní
 - závěsná
 - brýlová
 - nitroušní
 - boltcová
 - zvukovodová
 - kanálová
- **druhy sluchadel podle způsobu zpracování akustického signálu:**
 - analogová
 - digitální

Kapesní sluchadla mají podobu malé krabičky, proto bývají nazývána též krabičkovými. Obsahují mikrofon, zesilovač a napájecí zdroj – tyto části jsou umístěny ve zmiňované krabičce, ke které je připevněná ohebná šňůrka se sluchátkem. Na sluchátku je nasazena tvarovka, díky které drží sluchadlo v uchu. Tvarovka je vytvořena jako

u ostatních sluchadel na míru uživatele pomocí otisků boltce a zvukovodu. Užívání tohoto typu sluchadla je na ústupu. Většinou jej používají starší osoby se sluchovým postižením, pro nichž je manipulace s moderními menšími až miniaturními sluchadly obtížná, a proto ji odmítají.

Závěsná sluchadla se svým tvarem podobají malému měsíci, v němž je uložena veškerá mechanika, tj. mikrofon, elektronika, sluchátko a napájecí zdroj. Takto zabalené pouzdro se zavěsí za ucho a zesílený zvuk je do zvukovodu veden krátkou elastickou hadičkou zakončenou tvarovkou. Jde o nejčastěji využívaný druh sluchadla těžce nedoslýchavými pacienty a seniory.

Brýlová sluchadla jsou atypickým druhem. Jedná se o spojení sluchové kompenzační pomůcky s brýlemi, respektive jde o zabudování sluchadel do straniček brýlí. Zvuk ze sluchátka je do zvukovodu veden pružnou hadičkou vystupující z nožiček brýlí. Brýlová sluchadla jsou vyráběna pro vzdušné vedení, kdy je akustická energie vedena běžnou sluchovou dráhou, ale i kostní vedení. V tomto případě je ve straničce brýlí zabudován vibrátor, který je přitlačován za uchem na spánkovou kost. Vibrace jsou vedeny přímo do vnitřního ucha. Brýlová sluchadla se nejčastěji využívají u jedinců s kombinovaným smyslovým, tedy zrakovým a sluchovým postižením.

Nitroušní sluchadla jsou v dnešní době vyráběna za účelem skrýt tuto kompenzační pomůcku. Boltcová sluchadla začala být konstruována do prohlubiny ušního boltce na základě odlitku. Svou tvarovkou dosahují do vnější části zvukovodu. Sluchadla do zvukovodu se vkládají do zvukovodového vchodu. Pokud se zavádí až do kostěné části zvukovodu, nazýváme je kanálovými. Tato malá, nenápadná sluchadla jsou pro svou velikost nejčastěji využívána lidmi s lehkou a středně těžkou nedoslýchavostí.

Analogová sluchadla mají průběh všech signálů podobný. Mechanické vlnění zvuku je zachyceno mikrofonem a převedeno do formy elektrického proudu. Ten je následně předán do reproduktoru, který se zpětně změní na zvuk. Analogovými sluchadly jsou všechny výše popisované druhy.

Digitální sluchadla učinila veliký zlom v oblasti sluchové protetiky. Tato sluchadla transformují analogový elektrický signál na signál digitální, převede se na systém 0 a 1.

Z tohoto proudu číslic se opět vyrobí analogový signál. Digitální sluchadla jsou prestižnější formou sluchadel. (Hrubý, 1998; Horáková, 2012)

Mezi výhody digitálních sluchadel patří minimální vnitřní šum, automatické zvýrazňování řeči a potlačování okolních rušivých zvuků, možnost ovládání přes mobilní telefon, bezdrátové propojení s televizorem i mobilním telefonem nebo možnost využití několika sluchových programů zaměřených na řeč, hudbu, telefonování apod. Tento druh sluchadel zaručuje velmi kvalitní poslech a nejlepší srozumitelnost řeči. (Nemocnice Pardubického kraje, 2015)

1.4.2 Kochleární implantát

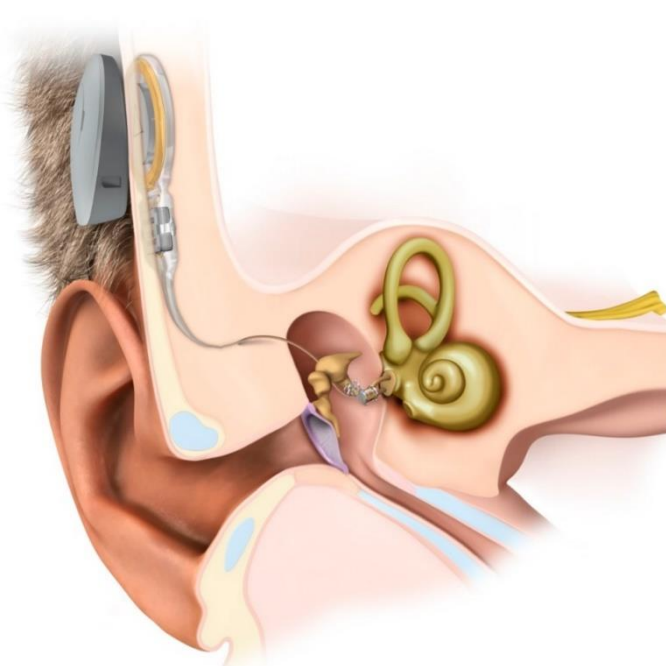
V případech, kdy je velmi malý počet fungujících vláskových buněk, nebo pokud zcela zaniknou, vnitřní ucho není schopno zpracovat i ten nejzesílenější zvuk. Jedinci s těžkým percepčním sluchovým postižením nebo úplnou hluchotou pomůže k vnímání zvuků pouze uměle vyvolané podráždění sluchového nervu. Sluchový nerv je drážděn slabým elektrickým proudem, což je základní princip kochleárních implantátů. Z výše uvedeného vyplývá, že sluchová dráha od hlemýždě až do sluchového centra v mozku musí být funkční.

Implantace je složitý a finančně nákladný medicínský zásah, proto jsou pacienti pro výkon důkladně vybíráni. Kochleární implantát je nitroušní elektronická kompenzační pomůcka, která se skládá z vnější a vnitřní části. Vnější část je tvořena z mikrofону, řečového procesoru a vysílací cívky. Řečový procesor je krabičkový, nošený pod oděvem, nebo závěsný, nošen jako závěsné sluchadlo za uchem. Procesor je drátkem spojen s cívkou připevněnou permanentním magnetem k hlavě. Vnitřní část implantátu obsahuje přijímač a svazek elektrod implantovaných do hlemýždě.

Celá interní část je zapouzdřena v kompatibilních obalech. Tím je implantát chráněn před snahou těla vypudit cizí těleso pryč. Přístroj pracuje na principu příjmu a rozpoznávání zvuku z vnějšího okolí a digitální přeměny signálu na elektrické impulzy, které komunikační cívka odešle do vnitřní implantované části. Impulzy zachytí přijímač umístěný ve spánkové kosti, jenž je posílá dráhou dál. Svazek o 22 elektrodách má za úkol stimulovat různé části hlemýždě tak, aby bylo možno rozlišit co nejvíce zvukových podnětů, což způsobuje vyšší kvalitu poslechu. Je důležité zdůraznit, že počet

samostatně stimulovaných elektrod zdaleka neodpovídá počtu vláken sluchového nervu. Proto se slyšení s implantátem nemůže rovnat kvalitě normálního sluchu.

Stimulace pomocí elektrod napodobuje přirozenou funkci vláskových buněk, díky které lze zvukové signály doručit přímo do sluchového nervu. Sluchový nerv vede výsledné signály do mozku, kde jsou interpretovány jako zvuk. Dítě s voperovaným kochleárním implantátem považuje slyšení pomocí této kompenzační pomůcky jako zcela normální a přirozené. (Hrubý, 1998; Muknšnáblová, 2014; AudioNIKA, 2017)



Obrázek 2: Středoušní implantát (AudioNIKA, 2017)

1.5 Možnosti komunikace

Neslyšící dítě a jeho rozvoj řeči je odlišný od vývoje řeči slyšícího. Neslyšící dítě začne žvatlat přibližně ve stejné době, ale následně přestává kvůli chybějící zpětné vazbě. Dítě neslyší matku ani samo sebe, a tak nemá žádnou motivaci k rozvoji jazyka. Komunikace je jednou z primárních potřeb člověka, a zároveň jde o základní předpoklad mezilidských vztahů, bez kterých se nedá žít. Člověk, a to i člověk se sluchovým postižením, je společenský tvor. Proto je vytvoření adekvátního funkčního komunikačního prostředku prioritou edukace jedinců se sluchovým postižením. (Hrubý, 1999; Horáková, 2012; Muknšnáblová, 2014)

Jak se zmiňuje práce výše, jedinci se sluchovým postižením tvoří velmi heterogenní skupinu. Je zřejmé, že takto různorodí lidé budou preferovat odlišné komunikační systémy. Pro dorozumívání s jedinci s postižením sluchu popisuje Souralová (in Horáková, 2012) dva základní komunikační systémy, do kterých patří následující možnosti komunikace:

- **auditivně-orální systémy komunikace**
 - mluvená řeč
- **vizuálně-motorické systémy komunikace**
 - český znakový jazyk
 - znakovaná čeština
 - prstová abeceda

Mluvená řeč je nezbytná pro komunikaci se slyšící společností, a to v podobě zvukové i grafické. Jak se práce již zmiňuje, u sluchově postižených jedinců bývá mluva narušena v různých stupních a pro slyšící lidi je méně či více nesrozumitelná. Sluchové postižení se výrazně projevuje v narušeném dýchání, tvorbě hlasu i výslovnosti. Čím více je řeč narušena, tím složitější je integrace do majoritní společnosti.

K mluvené řeči neodmyslitelně patří odezírání, které představuje specifickou formu vizuální percepce. Lidem se sluchovým postižením ovšem pomáhá v porozumění ve vzájemné komunikaci. Odezírání je nejvíce využíváno nedoslýchavými a lidmi se zbytky sluchu. Um odezírat má každý jedinec jinak rozvinutý a je velmi důležité jej stále zlepšovat.

Český znakový jazyk je přirozeným a plnohodnotným komunikačním prostředkem neslyšících. Znakový jazyk je tvořený vizuálně pohybovými prostředky, mezi něž patří postavení a pohyby rukou, mimika, poloha hlavy a horní části trupu, a který zároveň využívá vlastní gramatiky. Znakovaná čeština je komunikační prostředek, který vychází z českého jazyka. Jedná se o současné vyslovování slov a jejich pohybové ztvárnění (vyjádření znaku). Prstová abeceda taktéž vychází z českého jazyka. Jde o zobrazení jednotlivých písmen české abecedy za pomoci různých poloh a postavení prstů jedné či obou rukou. Podle toho rozeznáváme prstovou abecedu jednoruční a dvouruční. (Muknšnáblova, 2014)

Jedinci mohou ovládat i několik komunikačních prostředků najednou, z nichž některé jsou pouze pomocnými a doprovodnými. Výběr způsobu komunikace ovlivňuje několik determinantů jako typ a závažnost sluchového postižení, přidružené postižení, úroveň inteligence nebo preference subkultury aj. Komunikačními systémy se zabývá i kapitola 2.2.2, která se orientuje na komunikaci osob se sluchovým postižením z pohledu edukace.

1.6 Dopad sluchových poruch na psychický vývoj jedince

S pojmem sluchové postižení je podstatné spojit termín restringovaná participace, jež je vnímána jako omezená účast v činnostech, které jsou důležité ve vztahu k sociálnímu prostředí. To znamená, že sluchová vada může jedince natolik omezovat, že není schopen vykonávat běžné denní činnosti v daném prostředí. (Jankovský, 2006; Skálová, 2016)

Horáková (2012) uvádí, že největší dopad sluchové vady se vyskytuje u jedinců s vrozenou nebo prelingválně vzniklou percepční vadou. S tímto tvrzením se práce ztotožňuje, jelikož výše uvádí, že převodní poruchy lze snáze terapeuticky ovlivnit a kompenzovat. Tudiž se jedinci snadněji rozvíjí nejen v oblasti komunikace, ale v závislosti na ní i v kognitivní, emocionální a sociální oblasti.

Dítěti se sluchovou vadou je v důsledku jeho postižení ztíženo plnění vývojových úkolů pro dané období. Slyšící děti ve věku 3-6 let se snaží prosadit mezi vrstevníky, učí se spolupracovat a soupeřit, odpoutávat se od matky, rozvíjet svou fantazii a tvořivost, zdokonalovat se v řeči, zajímat se o své tělo, hodnotit sám sebe, obohacovat své znalosti apod. V důsledku obtížnosti, v některých případech i nemožnosti naplnění vývojových úkolů u jedince s vadou sluchu dochází k narušení rozvoje některých z výše uvedených kompetencí. (Muknšnáblova, 2014)

Šedivá (2006) uvádí, že nedostatek vnímání a pochopení zvuků z okolí ovlivňuje psychický vývoj dítěte, a to především v oblasti poznávacích procesů. Ten je těsně spjatý s vývojem emocionálním a sociálním. Dále přirovnává sluchovou poruchu k senzorické formě psychické deprivace, jelikož dítě se sluchovým postižením je dlouhodobě částečně nebo zcela ochuzeno o sluchové podněty. Vliv na psychický vývoj osobnosti nemá jen sám jedinec a jeho postižení, ale také postoj jeho rodiny a okolí. Přijetí sluchové vady je

pro jedince náročnou životní situací. K tomu, aby nedocházelo k frustraci či deprivaci, je potřeba uspokojit tzv. specifické potřeby dítěte zajištěním jeho individuálních podmínek. (Skálová, 2016; Sobotková in Vítková a další, 2004)

Nejpodstatněji je poznamenána řeč. Dítě nechápe obsahový ani formální význam řeči, je ochuzen o podstatný přísun informací sluchovou cestou, a tím vzniká problém při osvojování znalostí, dovedností a vědomostí. Sobotková (in Vítková, 2004) udává, že jazyk je pevně spjatý s poznávacími procesy. Jazyk je nástrojem třibení a formování vědomostí o světě, sloužící k získávání informací. Při narušení vývoje řeči, je podstatně narušena i řeč vnitřní, tedy myšlení. Protože je dítě ochuzeno o jeden z hlavních sensorických smyslů, musí se spoléhat na poznávání především prostřednictvím zraku a hmatu. Myšlení je více vázáno na konkrétní činnosti, dítě obtížněji tvoří obecné pojmy, má chudou slovní zásobu, vyjadřování je agramatické, inteligence se rozvíjí disproporčně, hůře chápe slovně logické vztahy, nedokáže jednotlivé informace přiměřeně využívat v jiných souvislostech, dělá mu obtíže plánovat apod.

Kvůli výše zmiňované součinnosti kognitivního, emocionálního a sociálního vývoje, je na místě vymezit i dopady sluchového postižení na zbývající složky. Mezi typické projevy patří neporozumění motivům jednání druhých lidí, špatná orientace v mezilidských vztazích, obtíže v dodržování pravidel, neschopnost vyjádřit své potřeby a emoce, obtížné chápání cizích potřeb, emocí a postojů, zlostné a výbušné reakce nebo v časté míře i sociální izolace. To znamená, že dítě se sluchovým postižením má méně sociálních zkušeností, a jeho chování může vykazovat specifické rysy jako je vztahovačnost, zvýšený egocentrismus, rigiditu či infantilnost. Nepřiměřené reakce v chování, poruchy emocí a chování jsou důsledkem sociální dezorientace a narušené komunikace. Často se u jedinců v důsledku sluchového postižení objevuje nejen sensorická, ale i citová a podnětová deprivace.

Sluchové vady jsou spojeny s organickými postiženími centrální nervové soustavy, což se projevuje narušením lokomoce, manipulace a narušením motoriky mluvidel. (Vymlátilová in Říčan a další, 2006; Šedivá, 2006; Vágnerová, 2008)

2 Výchova a vzdělávání dětí se sluchovým postižením

Primárním přirozeným prostředím pro výchovu dětí je rodina. Rodina s dítětem se sluchovým postižením potřebuje být odborně vedena a podporována, aby se jedinec mohl v co nejvyšší možné míře začlenit do společnosti a uplatnit se v ní.

Přijetí postižení může být velmi obtížné. Akceptace je ovlivněna mnoha faktory, například věkem rodičů, jejich zkušenostmi, osobnostními rysy, zdravotním stavem, kvalitou partnerského vztahu, počtem dětí v rodině, jejich pořadím, vzájemnými vztahy, dobou vzniku sluchového postižení, motivací postiženého jedince i rodiny apod. (Muknšnáblova, 2014)

Jankovský (2006) popisuje přijetí dítěte s postižením jako nelehký úkol, který má typická stadia průběhu počínaje nenaplněným očekáváním z narození zdravého dítěte a iniciálním šokem, přes popření, agresi, depresi, smlouvání, až po vyrovnání a přijetí postižení dítěte.

Díky působení rodiny dochází k rozvíjení psychického vývoje. Utváří a formuje se celková osobnost jedince. Rodina je tím nejdůležitějším místem. Pouze kvalitní rodinné prostředí dokáže dítěti poskytnout primární socializaci, vzájemné vztahy, vztah k sobě samému, druhým lidem i okolním věcem, formovat hodnoty, postoje, získat základy etikety, je to místo plné lásky, podpory, jistoty, bezpečí apod. Rodina s dítětem se sluchovým postižením by si měla uvědomovat, že i jejich dítě může být vychovááno jako slyšící, protože rodina, především matka, dokáže nenásilně zprostředkovat veškeré poznání, které zkvalitňuje jeho citový a psychický vývoj. Je potřeba k tomu využívat všechny dostupné metody, díky nimž se naučí mluvit a řeči rozumět. Řeč je vstupní bránou do světa majority a předpokladem pro úspěšnou inkluzi. (Sobotková in Vítková a další, 2004; Franclová a další, 2014)

2.1 Výchovné přístupy

Základním atributem vývoje dítěte je attachment, tj. stabilní citové pouto mezi matkou a dítětem. Tento klíčový vztah dává základ pro komplexní výchovu jedince. Kvůli výskytu sluchové vady může dojít k narušení pouta mezi dítětem a pečující osobou a následně i k narušení přístupu ve výchově, protože výchovný styl odpovídá vazbě

primárního pouta. Destrukce vztahu matka – dítě může vést k oslabení emocionální oblasti dítěte. Díky správnému emocionálnímu poutu má dítě pocit jistoty a bezpečí. Zároveň postupně zjišťuje, že je schopné se vzdalovat od matky a samostatně existovat, což vede k postupné autonomii jedince. U dětí s vadou sluchu se z důvodu možnosti narušení či zániku intuitivního mateřství z důvodu nepřijetí smyslového postižení objevuje větší riziko výskytu nesamostatnosti a rizikového chování. Bublíková (in Lhotová, 2013) dodává: „Kvalita vazby hraje významnou roli v případě rozvoje sociálně maladaptivního chování.“ Dále se zmiňuje, že kvalita citového pouta má určující význam pro emoční a sociální adaptaci v celém následujícím životě jedince.

K poruše primárního vztahu může dojít z důvodu neočekávané diagnostiky smyslového postižení, které pro rodiče představuje traumatizující situaci. Rodiče jsou náhle zahlceni zvýšenými nároky na péči o své dítě, nutností řešit problémy vyplývající ze sluchového postižení, jako je například volba vhodného komunikačního prostředku, a proto jsou často psychicky i fyzicky vyčerpaní. Celkové vyčerpání může vést k ohrožení citového zázemí dítěte, jenž se odráží ve výchově.

Mukšnáblová (2014) nebo Langmajer (in Pešová a další, 2006) uvádí, že u rodičů jedinců se sluchovým postižením se častěji vyskytují extrémní výchovné přístupy. Jedná se o ochranný výchovný přístup, autoritativní přístup a ambivalentní výchovné postoje. Hyperprotektivní přístup je charakterizován nadměrným bráněním v rozvoji jedince. V důsledku tohoto přístupu je často jedinec ve vyšším věku nesamostatný a úzkostný, ve vztazích může být chladný a odtahovaný z důvodu chybějícího citového zázemí. Autoritativní rodiče emočně odmítají své děti. Vnímají je jako přínos obtíží, což se projevuje podrážděností, netrpělivostí nebo přehnanými nároky a velkým množstvím příkazů, což může vést k přetěžování jedinců se sluchovým postižením. Ambivalentním přístupem se míní balancování mezi hyperprotektivitou a emočním odmítáním dítěte. Všechny druhy přístupů pečujících osob k dítěti mohou být činitelem pro vznik poruch chování. (Bublíková in Lhotová a další, 2013)

Štúrová (in Labáth, 2001) popisuje dokonce čtyři výchovné přístupy rodičů k dětem, jež mohou vést k výskytu rizikového chování. Jedná se o přístupy, které vznikly na základě kombinace protikladných dimenzí, jimiž je vtaž volnosti a omezenosti ve výchovném přístupu a emocionální povaha přístupu. Po kombinaci těchto kategorií vzniknou následující přístupy:

- **teplý – povolný**
- **chladný – povolný**
- **teplý – omezující**
- **chladný – omezující**

Dítě vychovávané v teplém a povolném přístupu bývá velmi často až příliš aktivním členem v jakémkoli sociálním prostředí, vzdorovité, výbušné až agresivní. Tyto děti často potřebují větší možnosti seberealizace. Dítě vyrůstající v chladném a povolném vztahu charakterizuje Štúrová jako úzkostné, nejisté, vůči lidem nedůvěřivé, hledající vzájemný vztah mezi vrstevníky, a proto ve vyšším věku často tíhnou k rizikovým partám. Pro teplý, ale omezující přístup je typické přílišné omezování dítěte ve smyslu ochrany před nebezpečím a ohrožením na zdraví, což vede k nesamostatnosti a zvýšené závislosti na dospělých. Vliv popisovaného výchovného přístupu na dětskou vznětlivost může být dvojitý – jedinci jsou agresivní vůči druhým, vyskytují-li se v jiném sociálním prostředí než v rodinném, nebo jsou autoagresivní a nadměrně úzkostné. Nebezpečí v chladném a omezujícím přístupu tkví v možnosti výskytu vážné poruchy depresivního nebo neurotického charakteru. Rodiče neprojevují vůči dětem pozitivní emoce, odmítají saturovat jejich základní potřeby, neadekvátně je trestají, vyžadují dodržování nesmyslných pravidel apod. (Štúrová in Labáth, 2001)

Výchovné přístupy nemálo zasahují i do jiného sociálního prostředí než pouze primárního, rodinného. Negativní styly výchovy se odrážejí na chování jedinců i ve školách, v zájmových aktivitách dítěte či společenských akcích.

2.2 Školy a školská zařízení pro jedince se sluchovým postižením

Výchovně vzdělávací péči o jedince se sluchovým postižením zajišťují školy, školská zařízení i neziskové organizace. Aby měla péče komplexní charakter, je potřeba spolupráce resortu školství, zdravotnictví i sociální oblasti. Konkrétně mají o péči zásluhu

střediska rané péče pro sluchově postižené, speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené, mateřské, základní a střední školy zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo mateřské, základní a střední školy umožňující individuální či skupinovou integraci. Jedinci se sluchovým postižením mohou být vzděláváni i na vysokých školách v Praze nebo Brně formou individuální integrace. Míra vzdělávání je závislá na komunikačním prostředí, kterým jedinci disponují. Z hlediska edukace rozlišujeme základní komunikační přístupy umožňující přísun informací, jež zajišťují harmonický vývoj osobnosti a zvyšují kvalitu vzdělání. O nich se práce zmiňuje níže. (Vítková a další, 2004; Pipeková a další, 2006)

Rodiny s dětmi se sluchovým postižením mohou již od útlého věku dítěte využívat služby středisek rané péče. Tuto sociální službu je možné využívat maximálně do 7 let věku dítěte, tedy do zahájení povinné školní docházky. Základním cílem středisek je pomoc při vyrovnávání se se sluchovým postižením a pomoc při integraci jedince do společnosti. Integraci je třeba zahájit v rodinném prostředí, širším příbuzenstvu, prostředí vrstevníků v okolí a následně i spolužáků ve škole či mimoškolních zájmových aktivitách.

Po nástupu do mateřské školy se péče přesouvá do rukou školy a školského poradenského zařízení – speciálně pedagogického centra pro sluchově postižené, jenž se stará o jedince po celou dobu jeho vzdělávání. (Muknšábllová, 2014)

Jedinci se sluchovým postižením, jenž neprospívají v integrovaných podmínkách, mohou využívat nabídku sítě speciálních škol. Suralová (in Valenta, 2003) jmenuje následující instituce zajišťující komplexní výchovně vzdělávací péči o sluchově postižené:

- mateřská škola pro sluchově postižené
- základní škola pro sluchově postižené
- střední škola, SOU a OU pro sluchově postižené
- praktická škola
- některé obory vysokých škol nabízené pro jedince se sluchovým postižením

Mezi důvody rodičů, proč volí pro své děti systém speciálního školství, patří denní individuální logopedická cvičení, snížený počet dětí ve třídě, možnost naučení se znakovat apod. Jungwirthová (2015) svým argumentem jasně přesvědčuje, že je pro dítě i se závažným sluchovým postižením, jenž je dobře kompenzováno, a bez omezujícího přidruženého postižení, lepší integrace do hlavního vzdělávacího proudu. Důvodem je pozitivní řečový vzor vrstevníků a běžného společenského prostředí.

Z tvrzení vyplývá, že ve speciálních zařízeních se vyskytují děti se sluchovým postižením, které mají často přidružené problémy. Běžně mateřskou školu navštěvují i děti s poruchami chování a děti z nepodnětných rodin. (Jungwirthová, 2015)

2.2.1 Integrace

Z důvodu zaměření práce bude věnována pozornost pouze integraci dětí do mateřských škol. Je samozřejmostí, že integrování mohou být i žáci a studenti. Integrace dětí i se závažnějším postižením sluchu je v současné době velmi dobře realizovatelná z důvodu technického pokroku – využívání digitálních sluchadel a kochleárních implantátů.

V celé České republice se nachází pouze 13 speciálních škol pro sluchově postižené. Pro některé rodiny je dennodenní navštěvování těchto zařízení nedostupné, a proto volí raději integraci, i když není zaručena její úspěšnost. (Jungwirthová, 2015)

Jungwirthová (2015) tvrdí, že díky velmi dobré kompenzaci sluchu u dětí i s nejtěžšími vadami, se podstatně zvýšil podíl dětí integrovaných do škol běžného typu. Toto tvrzení potvrzuje i tematická zpráva ČŠI z listopadu roku 2017, která dosvědčuje tvrzení prezenčním šetřením probíhající od října 2016 do března 2017. ČŠI dokazuje, že děti se sluchovým postižením jsou častěji integrovány do běžných tříd než děti s jinými speciálními vzdělávacími potřebami. (Česká školní inspekce, 2017)

Sobotková (in Vítková, 2004) dodává, že integrace dětí se sluchovým postižením do mateřských škol je optimální situací, protože soužití v kolektivu slyšících dětí je nejlepší přípravou na budoucí integraci do základní školy, a především do majoritní společnosti.

2.2.2 Přístupy ke vzdělávání osob se sluchovým postižením

Existuje několik komunikačních způsobů k překonávání dorozumívací bariéry. Z hlediska komunikačních technik a jejich využití při výchovně vzdělávací práci rozlišujeme tři základní přístupy:

- **orální komunikaci**
- **totální komunikaci**
- **bilingvální komunikaci**

Orální metoda je zaměřena na vybudování mluvené (orální) řeči. Existuje spousta orálních metod, pro příklad je možné uvést dvě bipolární. Auditivně-verbální metoda je založena na využitelnosti zbytků sluchu, a proto odmítá veškeré zrakové podněty. Aurálně-orální metoda připouští možnost využití zrakových podnětu, které by mohly pomoci dítěti rozumět mluvené řeči. Jedinec využívající tento multisenzorický přístup může využívat v orální řeči odezírání. Orální metodu nejvíce využívají nedoslýchaví – jedinci s lehkou nedoslýchavostí po využitelné zbytky sluchu používající sluchadla, dále jedinci s kochleárním implantátem a později ohluchlí. Jedincům se sluchovým postižením přináší mluvená řeč velký benefit, kterým je možnost komunikace s majoritní společností.

Hlavním znakem totální komunikace je používání všech dostupných komunikačních prostředků současně. Odborně řečeno se jedná o spojení komunikačních forem akustických, vizuálních, verbálních i neverbálních, tedy gest, mimiky, pantomimy, prstové abecedy, odezírání, znakového jazyka, znakované češtiny, pomocných komunikačních prostředků, čtení, psaní, kresby, mluvené řeči apod. Totální komunikace představuje spíše filozofii než metodu, která usnadňuje jedincům přístup k informacím a zároveň tak umožňuje harmonický vývoj jedince. V současnosti ji preferuje velká část škol zřízených pro jedince se sluchovým postižením.

Bilingvální komunikace spočívá ve využívání dvou jazyků, znakového jazyku a mluvené řeči, ne však simultánně. Jedná se o přístup výuky, kdy slyšící učitel působí jako vzor pro osvojení si mluvené řeči v grafické i zvukové podobě, a neslyšící učitel rozvíjí jedince pomocí znakového jazyka. (Muknšnáblova, 2014; Horáková, 2012)

3 Poruchy chování a emocí

Chování má úzký vztah k emocím, tzn. z vnějšku pozorovatelné projevy psychiky jedince jsou determinovány emocemi, a proto v této spojitosti hovoříme o poruchách chování a emocí. Definování poruch se odvíjí od pojetí normality, která je určena danou společností, jejími morálními a právními normami. Poruchami chování se míní trvalé a opakující se disociální, vzdorovité, popřípadě agresivní chování trvajících minimálně po dobu 6 měsíců. Chování se svou intenzitou méně či více odchyluje od sociální normy přiměřené věku dítěte. (Růžička in Ludíková a další, 2005; Franclová a další, 2014)

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize vymezuje základní poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství spadající pod kapitolu duševních poruch a poruch chování. Jedná se o širokou škálu poruch, které mají odlišné příznaky. Vybranými kategoriemi dle ÚSIZ (2014) jsou:

- **hyperkinetické poruchy (F90)** – spadá sem porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, jiné hyperkinetické poruchy a hyperkinetická porucha nespecifikovaná
- **poruchy chování (F91)** – do skupiny se řadí porucha chování vázaná na vztahy k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování, opoziční vzdorovité chování, jiné poruchy chování a porucha chování nespecifikovaná
- **smíšené poruchy chování a emocí (F92)** – patří sem depresivní porucha chování, jiné smíšené poruchy chování a emocí a smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná
- **emoční poruchy (F93)** – separační úzkostná porucha v dětství, fobická anxiózní porucha v dětství, sociální anxiózní porucha v dětství, porucha sourozenecké rivality, jiné dětské emoční poruchy a dětská emoční porucha nespecifikovaná
- **poruchy sociálních funkcí (F94)** – do skupiny náleží elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti dětí, porucha desinhibovaných vztahů u dětí, jiné dětské poruchy sociálních funkcí a porucha dětských sociálních funkcí nespecifikovaná

Osobnost jedince určuje, jak se daný člověk bude v různých situacích projevovat a jak bude reagovat na běžné podněty. Osoba s poruchou emocí nebo chování odlišně uvažuje, prožívá i jedná, a proto má sklon reagovat abnormálně na běžně se vyskytující stimuly. Chování je ze strany společnosti často přijímáno jako nápadné, rušivé, nežádoucí až nepřijatelné. Již děti v předškolním věku jsou velmi citlivé k vnímání odlišností, a proto jedinec se sluchovým postižením a poruchou emocí či chování může získat pocit izolace. (Vágnerová, 2008)

Na rizikové chování u dětí předškolního věku pohlíží odborníci dvoupólově. Část autorů se shoduje na značném výskytu, ale někteří odborníci naopak sdílí názor, že se u dětí předškolního věku objevuje jen výjimečně. Jak práce zmiňuje výše, výskyt poruch chování se objevuje i u dětí se sluchovým postižením, jejichž symptomy jsou patrné od raného dětství. Tyto děti jsou následně většinou vzdělávány ve speciálních školách pro sluchově postižené. (Leskovjanská, 2010)

3.1 Rizikové chování u dětí se sluchovým postižením

Charakteristika rizikového chování u dětí se sluchovým postižením je velmi specifická a náročná. Je potřeba rozlišit, zda se jedná o dopad sluchového postižení, chování typické pro určitý věk, nebo rizikové chování ve smyslu patologického projevu. Proto je velmi podstatné tyto hlediska rozlišovat. Ať už se jedná o jakoukoli variantu, je nutné projevům nežádoucího chování předcházet, popřípadě je intervenovat. Níže práce popisuje rozlišení projevů disociálního chování příznačných pro určitý věk a projevů patologického chování jako porušení sociální normy.

Vymlátílová (in Říčan a další, 2006) uvádí, že výskyt neurotických projevů (tj. poruch emocí) a poruch chování je u dětí se sluchovým postižením vyšší než u dětí většinové společnosti. Nejčastěji se vyskytují u dětí neslyšících. Tyto projevy mohou být zjevné už od kojeneckého, batolecího a předškolního věku, i když k diagnostice poruch chování v pravém slova smyslu dochází až u dětí středního nebo staršího školního věku.

Deskripce předškolního období je typická svým prvním systematickým navozováním vztahových kontaktů, které vedou k rozvoji socializace dítěte a získávání nových sociálních zkušeností, o něž jsou děti s vadami sluchu ochuzovány. Jedinec se

sluchovým postižením začleněný do prostředí mateřské školy se stává součástí malé společenské skupiny. Pro ni jsou charakteristické teprve primitivní interpersonální vztahy mezi všemi členy. Jedinec se v rozvíjející se skupině učí sociálním emocím a motivačním tendencím jako je sympatie, antipatie, agrese, potřeba dominovat nebo se podřídit, zároveň se učí sebeřízení a novým sociálním dovednostem, schopnostem a zkušenostem. Ve skupině je zapotřebí dodržovat skupinové normy, které představují specifická pravidla chování. Respektování vytvořených pravidel umožňuje jedinci dosahovat svých vytyčených cílů, pochopit, jak se má chovat a jaké chování může očekávat od druhých. Pokud jedinec plní skupinové normy, vytváří si ve společenství tzv. roli, jež je odlišná od té rodinné. Role souvisí s pozicí a také osobností jedince.

Osobnost dítěte s postižením sluchu je často charakterizována úzkostí. Hranice mezi anxiétou a agresivním chováním je velmi tenká, a proto se u jedinců s vadami sluchu může vyskytnout nežádoucí chování, které může být i kompenzačního charakteru. Takoví jedinci mají problémy v sociální adaptaci, a proto se ve skupině chovají nepřiměřeným způsobem z důvodu dostání uznání, osvojení si postavení a dosažení tak svého uspokojení. Projevy rizikového chování přitom mohou být pouhým voláním po pozornosti, nevědomou obranou proti sebepoškozování, ventilováním nahromaděných negativních emocí, které nedokáže vyjádřit, potřebou uspokojit některou z jeho potřeb apod. Tímto chováním dítě dává najevo, že se nachází v diskomfortní situaci. Při začleňování se do kolektivu je tedy vhodné brát ohledy na zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí. (Hrabal, 2003; Štúrová in Labáth, 2001; Mukšnáblová, 2014; Potměšil, 2007)

Z hlediska věku jsou pro předškolní období typické následující příklady projevů chování: neposlušnost, vzdorovitost, negativismus, záchvaty vzteku, bájná lhavost apod. Projevy rizikového chování z hlediska porušování sociálních norem jsou význačné různým stupněm závažnosti. Jde o disociální, asociální a antisociální chování.

V kontextu předškolního věku se u dětí v rámci socializace objevuje převážně nejlehčí forma poruch chování, disociální chování. I přestože se jedná o nejméně závažné přestupky v chování, které jsou příznačné výskytem bezvýraznější agrese, mohou výrazně narušovat denní chod mateřské školy i celkovou atmosféru třídy a emoční ladění ostatních členů skupiny.

Signifikantními projevy disociálního chování jsou:

- emoční nezralost projevující se neschopností odložit uspokojení svých potřeb
- emocionální nevyrovnanost
- neschopnost adekvátního hodnocení sociální situace
- narušené sebehodnocení
- nedodržování sociálních norem
- abnormální reakce v chování na sociální situace
- neschopnost sociální adaptace
- obtíže v navazování a udržení si vztahů s vrstevníky
- zvýšená závislost na dospělých
- selhávání v osvojování si rolí
- chybějící pocit studu či viny za přestupek

Mezi příklady disociálního chování řadí mnoho autorů: krádeže hraček, nedodržování hygienických návyků, pravidel stolování, slušného chování, nadměrnost konfliktů, potíže se spánkem, zvláštní rituály a návyky, agresivní chování, chaotické chování, poruchy pozornosti, maladaptivní chování a mnoho dalších. Potměšil (2007) ve své publikaci upozorňuje na příčinu podobných projevů, kterou je chybějící schopnost sebereflexe. Pro projevy disociálního chování je charakterické vymizení po aplikaci běžných přiměřených pedagogických postupů. Pokud neodezní, jsou předpokladem k projevení se závažnější diagnózy – poruchy chování, která následně může vést k výskytu sociálně patologických jevů. (Vymlátílová in Říčan a další, 2006; Franclová a další, 2014; Vágnerová, 2008; Potměšil, 2007)

Franclová (2014) se z výše uvedených faktů domnívá, že o výskytu sociálně patologických jevů v pravém slova smyslu u dětí v předškolním období nelze hovořit, jedná se pouze o nežádoucí projevy v jejich chování. Toto rizikové chování se může rozvinout v sociálně patologický jev, nachází-li se dítě ve stálých nepříznivých podmínkách.

3.2 Činitelé rizikového chování

Řada autorů, jako je například Vymlátilová (in Říčan, 2006), Franclová (2014), Labáth (2001), Vágnerová (2008), Lukasová (1997), Bublíková (in Lhotová, 2013), Ptáček (2006) a další tvrdí, že na vzniku poruch chování se podílí několik faktorů. Pro porozumění multifaktoriální etiologii práce srovnává a propojuje poznatky jednotlivých autorů a využívá je pro srozumitelné představení činitelů poruch chování.

Poruchy chování mohou vzniknout na základě působení biologických a psychosociálních faktorů. Mezi biologické činitele řadíme genetické predispozice, dysfunkce centrálního a autonomního nervového systému vzniklé především prenatálními a perinatálními vlivy nebo celkové zdraví jedince. Jedním z nejvýznamnějších psychosociálních faktorů je vliv rodiny. Rodinné prostředí může na vznik poruch chování působit z různých hledisek – struktury, funkce, vztahů, komunikace, výskytu sociálně patologických jevů u pečujících osob, výchovného působení, hodnot, životního stylu, vzdělání rodičů, denního režimu, ekonomického a sociálního postavení rodiny atd. Konkrétními činiteli z rodinného prostředí jsou užívání návykových látek rodiči, negativní výchovné styly, psychiatrická onemocnění v rodině nebo vzor agresivního chování u rodičů. Dále lze do psychosociální etiologie zařadit narušené sebehodnocení, osobnostní vlastnosti, schopnosti, narušenou motivaci, frustraci, různé formy psychické deprivace, úzkost, emoční labilitu, psychické přetížení nebo naopak nevytížení, vliv vrstevníků i širšího sociálního prostředí, etnický původ, zneužívání či zanedbávání apod.

Jeden z výše jmenovaných autorů k problematice rizikového chování přistupuje odlišně. Lukasová (1997) se ve své knize nezabývá pouhým obecným výčtem příčin vyvolávajících poruchy chování. Tato autorka spojuje konkrétní činitele s danými poruchami, což umožňuje snadnou a přehlednou orientaci v této oblasti.

3.3 Prevence a intervence poruch chování

Sociální normy představují většinovou populací definovaný žádoucí model chování a zároveň stanovují míru očekávání. Tyto pravidla jsou povinni dodržovat i jedinci s postižením. Prevence odchylek chování je nejdůležitější v předškolním věku dítěte, nejvíce v průběhu adaptačního procesu. Jde o vývojovou fázi, která je charakteristická zvyšující se mírou socializace, jenž je velmi podstatná pro utváření sebepojetí osobnosti dítěte se sluchovým postižením. Tato prvotní prevence je velmi klíčová pro kvalitní socializovaný život v majoritní společnosti, která je u jedinců se sluchovým postižením a poruchou chování o to více ztížena. (Potměšil, 2007; Růžička in Ludíková a další, 2005)

Podstatou prevence je předcházet nežádoucím projevům v chování. Pro účely kapitoly práce pouze obecně popisuje etopedickou prevenci a intervenci. Konkrétními příklady prevenčních opatření jsou: pozitivně laděná a jasně stanovená pravidla ve společenství, spolupodílení se dětí na jejich tvorbě, zavedení pravidelných rituálů, individuální věnování času dítěti, poskytování průběžné zpětné vazby, vyzdvihování pozitivního vztahu a chování k druhým dětem i dospělým, sobě samému a věcem, zajištění pocitu jistoty a bezpečí, mít vzájemnou důvěru, mít vždy připravený dostatek lákavých aktivit, mít pozitivní očekávání apod. Podrobněji se tímto tématem zabývá praktická část práce. (Ptáček, 2006; Vojtová, 2010)

Pokud se nepodaří předejít daným problémům, je zapotřebí je eliminovat nebo alespoň zmírnit pomocí terapie. Základem intervence poruch chování je dlouhodobý a komplexní přístup. Je nezbytné, aby na jedince pozitivně působilo co nejširší okolí, ale je taktéž potřeba zahájit intenzivní práci s rodiči. Komplexním přístupem míní Ptáček (2006) využívání všemožných nápravných metod, kam lze zařadit pedagogicko-psychologické poradenství zaměřené na daný případ, psychoterapii, behaviorální přístup, díky kterému si jedinec osvojuje nové žádoucí vzorce chování, nebo resocializaci, jež se zaměřuje na účelné způsoby komunikace ve vztazích a osvojování si diferencovaných rolí. Dále je potřeba organizovat a smysluplně využívat volný čas nejlépe v kolektivu vrstevníků. Pokud je porucha závažnější formy, je třeba využívat i medikaci, která poruchy chování neléčí, ale zmírňuje. (Labáth, 2001; Vágnerová, 2008)

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, disociální projevy chování u dětí předškolního věku lze zvládnout pomocí přiměřených pedagogických postupů. Práce s takovým dítětem klade na všechny pečující dospělé zvýšené nároky na trpělivost, obezřetnost, emoční stabilitu, psychickou odolnost, motivaci, schopnost pozorovat, znalost dané problematiky, zajištění bezpečného prostředí či eliminaci nežádoucích projevů. (Franclová a další, 2014)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Téma výzkumu

Tématem výzkumu je rizikové chování vyskytující se u dětí se sluchovým postižením. Výzkum je zaměřen na oblast prevence nežádoucích projevů chování u dětí předškolního věku. Toto výzkumné šetření se snaží zjistit, jaké způsoby prevence vybrané mateřské školy preferují.

Výzkum pracuje v průběhu celého šetření s pojmem rizikové chování, který více vystihuje nežádoucí projevy chování u dětí předškolního věku. Užívání této terminologie koresponduje s obsahem teoretické části, která poukazuje na skutečnost, že o poruchách chování jako takových lze hovořit až u dětí školního věku (více v kapitole 3.1 teoretické části).

2 Výzkumný problém

Jak je vnímána prevence rizikového chování v rámci socializace dítěte se sluchovým postižením v prostředí mateřské školy? Na základě takto výzkumného problému je stanovena základní výzkumná otázka. Ta je rozložena na čtyři dílčí výzkumné otázky, které jsou založené na odpovědích otázek tazatelských.

2.1 Výzkumné otázky

Základní výzkumná otázka se zaměřuje na zjištění způsobů prevence rizikového chování, které využívají mateřské školy vzdělávající děti se sluchovým postižením. Jednotlivé otázky zní:

1. Jak probíhá proces socializace dítěte se sluchovým postižením (dále jen SP) do prostředí mateřské školy?

- Zkuste popsat průběh adaptačního procesu dítěte se SP s důrazem na proces začleňování dítěte do společenství vrstevníků.
- Jaký je Váš přístup k dětem? Jako pedagog jste jedním ze „socializátorů“ dítěte, a máte tak významný vliv na jeho socializaci – jakou roli vůči dítěti se SP zaujímáte?

- Na co podle Vás klást důraz při saturaci specifických potřeb dětí se SP, aby byla jejich socializace úspěšná?
- Socializace je mimo jiné založena na sociálním sankcionování – může být dle Vašeho názoru systém odměn a trestů pro děti se SP přínosem? Pokud ano, jaké varianty odměn a trestů využíváte?

2. Jak je vnímána prevence rizikového chování z hlediska emocionální oblasti dítěte se sluchovým postižením?

- Při jakých příležitostech má dítě se SP možnost vyjadřovat a pojmenovávat své pozitivní i negativní pocity a zkušenosti a vyrovnávat se s nimi? Jak často?
- Jakým způsobem vedete dítě se SP k sebekontrolě v oblasti emocí?
- Máte ve třídě stanovené tzv. „únikové místo“, kde může být dítě o samotě a cítit se bezpečně? Pokud ano, co je tím místem?
- Co je podle Vás potřeba k budování příznivých vztahů mezi dětmi navzájem a mezi dítětem se SP a dospělými?

3. Jak je vnímána prevence rizikového chování z hlediska behaviorální oblasti dítěte se sluchovým postižením?

- Jaká pravidla jsou nastavená ve společenství třídy?
- Jakým způsobem jsou pravidla utvářena? Podílí se děti na jejich tvorbě?
- Jakým způsobem jsou pravidla zpracována, interpretována a kde jsou umístěna?
- V čem se podle Vás liší pravidla pro děti se SP? Na co je nutné dbát při jejich tvorbě?
- Jsou pravidla třídy sdílena s rodinou? Pokud ano, jakým způsobem?
- Zkuste popsat postup řešení konfliktů zapříčiněných rizikovým chováním.

4. V čem spočívá rozdílnost prevence rizikového chování u dětí se sluchovým postižením ve Vaší mateřské škole v porovnání s jinými?

- Využíváte pro prevenci rizikového chování prvky arteterapie? Pokud ano, jaké?
- Využíváte jiné prostředky terapií? Pokud ano, o jaké terapie se jedná?
- Jaké způsoby prevence rizikového chování považujete za neefektivnější?

Polostrukturovaný rozhovor se skládá z otázek potřebných k dosažení odpovědi na základní výzkumnou otázku a výzkumný problém. Je zde také prostor pro doplňující otázky, které vyplývají z kontextu rozhovoru. Otázky jsou zpracovány více podrobně. Zúčastnění pedagogičtí pracovníci mají chuť a potřebu o tomto tématu diskutovat, a proto s ochotou odpovídají na všechny stanovené otázky. Veškerá získaná data jsou přepsána, a všechny důležité poznatky jsou zpracovány v interpretaci údajů. Celková podoba polostrukturovaného rozhovoru je dostupná v Příloze č. 2.

3 Cíl a metodologie výzkumného šetření

Cílem výzkumu je zmapování průběhu socializačního procesu dětí se sluchovým postižením do prostředí mateřské školy se snahou zjistit, jaká preventivní opatření pedagogičtí pracovníci daných institucí vnímají jako funkční.

S ohledem na stanovené výzkumné otázky vychází metodika z principů kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat je využita technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory, fixované pomocí zvukového záznamu, probíhají v prostorách konkrétních mateřských škol. Získaná data jsou přesně přepsána a následně analyzována a interpretována.

4 Průběh výzkumného šetření

Prostřednictvím emailu jsou kontaktovány mateřské školy zajišťující předškolní vzdělávání dětem se sluchovým postižením. Jedná se o různé typy škol – běžné, církevní a mateřské školy zřízené dle § 16 odstavce 9 školského zákona vyskytující se na území severních, západních, středních a jižních Čech. Email obsahuje stručné informace o autorce a bakalářské práci. Přiložena je taktéž žádost o poskytnutí rozhovoru. Z celkových 20 oslovených škol kladně odpovídají 4 z nich, které jsou vybrány pro výzkumné šetření.

V rámci předem smluvených schůzek probíhají rozhovory s pedagogickými pracovníci v přirozeném prostředí mateřské školy. V úvodu rozhovoru jsou respondentky více seznámeny s projektem, a jsou ujištěny o zachování anonymity pomocí informovaného souhlasu. Ten je k nalezení v Příloze č. 1. Hlavní část je věnována

samotným výzkumným otázkám. V závěru je ponechán dostatek prostoru pro ověření získaných dat a případné dotazy.

5 Výzkumný vzorek

Výzkum klade důraz na hodnocení prevence rizikového chování pedagogickými pracovníky, kteří mají vlastní zkušenost se vzděláváním dětí s postižením sluchu. Výběrový výzkumný vzorek zahrnuje učitelky mateřských škol zajišťující vzdělání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami a zdravotním postižením, kam spadají i jedinci s vadami sluchu. Z etických důvodů nejsou uváděny názvy institucí. Jména účastníků výzkumu jsou taktéž anonymizována.

Rozhovory jsou uskutečněny ve čtyřech vybraných mateřských školách různého typu vyskytujících se na území jihočeského regionu. Jedná se o mateřskou školu hlavního vzdělávacího proudu, církevní a mateřskou školu pro sluchově postižené. V mateřské škole hlavního vzdělávacího proudu (dále jen mateřská škola A) probíhá rozhovor se dvěma pedagogickými pracovníci – paní učitelkou Olgou a paní učitelkou Janou, která pracuje na odloučeném pracovišti této instituce. Paní učitelka Olga orientuje své odpovědi na svou bývalou třídu, kterou navštěvoval chlapec s jednostranným kochleárním implantátem. Kapacita odloučeného pracoviště je 15 dětí. Současně třídu navštěvuje i dívka, která má taktéž jednostranný kochleární implantát.

Církevní mateřská škola (dále jen mateřská škola B) je primárně určena pro děti většinové populace s možností integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. V této instituci je uskutečněn rozhovor s paní učitelkou Beátou. Mateřská škola B je rozdělena na 4 heterogenní třídy, z nichž jedna je speciální – určena výhradně dětem se zdravotním postižením. Do mateřské školy docházel chlapec s oboustrannými sluchadly.

Druhá církevní škola (dále jen mateřská škola C) vzdělává převážně děti se zdravotním postižením. Instituce nabízí možnost tzv. obrácené inkluze, tedy vzdělávání dětí i bez zdravotního postižení. V této mateřské škole je proveden rozhovor s paní učitelkou Evou a zároveň s paní učitelkou Ivetou. Jednotřídní mateřská škola je součástí širokého střediska poskytující komplexní služby nejen dětem s různým typem postižení.

Mateřskou školu navštěvuje chlapec s kombinovaným postižením – s tělesným a sluchovým postižením kompenzovaným oboustrannými sluchadly.

V mateřské škole pro sluchově postižené (dále jen mateřská škola D) na rozhovor odpovídá paní učitelka Jitka. Mateřská škola D je členěna na 3 třídy, z nichž pouze jedna je určena výhradně pro děti s vadami sluchu. Ve třídě je zapsáno 5 dětí, z nichž 2 mají přítomnou kombinaci dalšího typu postižení.

6 Analýza a interpretace dat

Cílem kapitoly je interpretace získaných dat z rozhovorů s pedagogickými pracovníci z konkrétních anonymně uvedených mateřských škol. Díky zvoleným otázkám je dosaženo stanovených cílů. Na základě analýzy vzniká členění získaných dat do následujících kategorií:

- proces socializace dítěte do prostředí mateřské školy
- emocionální hledisko prevence rizikového chování
- behaviorální hledisko prevence rizikového chování
- rozdílnost preventivních opatření

6.1 Proces socializace dítěte do prostředí mateřské školy

První kategorie se zaměřuje na zmapování socializačního procesu dítěte do nového prostředí. Výzkumnice se zaměřuje zvláště na přijetí dítěte se sluchovým postižením ze strany jeho vrstevníků, ale i pedagogických pracovníků. Dále je kladen důraz na roli pedagoga, jež je velmi důležitá k dosažení úspěšné socializace.

Mateřská škola A

I když je adaptační proces dítěte do prostředí mateřské školy velmi individuální, obě paní učitelky mají s jeho průběhem podobné zkušenosti. Integrované děti do běžné mateřské školy mají výborně kompenzovanou vadu sluchu, jsou velmi dobře vychovávány a vedeny ze strany rodiny, a v neposlední řadě mají klidné povahové vlastnosti.

Paní učitelka Olga vzpomíná na adaptační proces chlapce s jednostranným kochleárním implantátem (pro účely práce Jonáš) s úsměvem. Jeho úplně prvotní

dvouměsíční adaptace na prostředí mateřské školy proběhla v jiné třídě, kde pedagogové zkoumali, zda dobře slyší, a hlavně rozumí daným pokynům. Tento proces, založený na pochopení celého systému a chodu třídy a získání jistoty řádu, popisuje učitelka Olga jako: „*docela dobrou a rychlou adaptaci*“. Poslední dva roky před nástupem do základní školy trávil Jonáš ve třídě učitelky Olgy. Adaptace na tamější podmínky proběhla dle jejích slov: „*naprosto bez problémů... do kolektivu se zapojoval úplně, úplně (důraz) bez problémů*“. Adaptace a akceptace dítěte s postižením sluchu ze strany dětí i učitelek je rychlá, úplná, pozitivní a bezpodmínečná.

Úspěšnost socializace je v tomto případě zásluhou respektování specifických potřeb jedince. Aby docházelo k jejich uspokojování, je velmi důležité: „*hodně spolupracovat s rodinou*“. Díky kooperaci s rodiči dítěte je možné ho optimálně rozvíjet. Právě harmonický vývoj osobnosti dokáže usnadnit komplexní integraci dítěte do většinové společnosti. Díky spolupráci mateřské školy i se střediskem Tamtam získávají obě učitelky třídy informace a zkušenosti přímo od specialistů. Tyto informace mají dle učitelky Olgy významný podíl na úspěšnosti celé socializace. Spolupráci se specializovaným střediskem velmi vyzdvihuje: „*...protože my nejsme až tak zběhlé, i když si načteme literaturu... potřebujeme další zkušenosti...*“. Dle učitelky Olgy hraje velkou roli i příprava třídy na příchod dítěte se sluchovým postižením. O informovanosti říká, že je důležité, aby děti věděly, že: „*...něco je v nepořádku, ale že to je v podstatě normální... někdo má dlouhé vlasy, někdo má náušnice a někdo má kochleární implantát*“. Z těchto informací je zřejmé, že paní učitelka Olga vnímá všechny děti rovnocenně, a zastává roli jejich partnera. To potvrzuje i svými slovy: „*my tady máme se všemi dětmi partnerský vztah*“.

Paní učitelka Jana má obdobnou zkušenost s dívkou s jednostranným kochleárním implantátem (pro účely práce Eliška). Eliška svůj úplně první adaptační proces v rámci vzdělávací instituce prožila v nejmenovaném specializovaném zařízení. Až posléze se adaptovala ve třídě paní učitelky Jany. Tento proces probíhal: „*z pohledu učitelky jako naprosto bez problémů... na chování se to neprojevovalo vůbec nijak (důrazně)... neměla ani ona problémy s dětmi, ale ani děti s ní*“. Učitelka ještě doplňuje informaci, že jediným znakem vyrovnávání se se situací, byl výskyt atopického ekzému. Díky bohatým zkušenostem s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami je přístup

učitelky k dětem podstatným přínosem. Sama učitelka ho popisuje následovně: „snažím se být spravedlivá, nestranná... k dětem přistupuji rovnocenně“. Ještě dodává: „učitelka by měla mít dostatečné buď své znalosti, anebo zase zdroje... neměla by, podle mě, být ochranitel...“ ve smyslu nadměrně ochranné výchovy, jež je jednou z možných příčin vzniku rizikového chování.

Díky roli speciálního pedagoga, ale zároveň partnera, paní učitelka Jana zná podrobně specifické potřeby Elišky. Jako jednu z nejdůležitějších potřeb považuje: „...jistotu řádu – aby měla jistotu, že její místo bude její, že časy se budou dodržovat, že spí stále na stejném místě...“. Paní učitelka Jana vnímá pozitivní akceptaci dítěte jako další klíčovou složku úspěšné socializace. Myslí si, že: „dětí se sluchovým postižením víc, ještě víc než kdokoli jiný, potřebují být pozitivně přijímány“. Má zkušenost, že díky pozitivnímu bezpodmínečnému přijetí, získá dítě potřebnou jistotu a důvěru. To potvrzuje naprosto bezproblémová socializace Elišky do společenství třídy.

Mateřská škola B

Socializační proces do prostředí církevní mateřské školy u chlapce s oboustrannými sluchadly (pro účely práce Zdeněk) již neprobíhal tak snadno jako u předchozích případů. Zdeněk první tři týdny dle popisu paní učitelky Beáty: „*křičel, chtěl mámu... pak už byl zvědavý a zapojoval se... u mladších dětí to nebyl problém*“. Když byl starší a začleňoval se mezi děti předškolního věku v období jeho odkladu školní docházky, popisuje situaci učitelka odlišně: „...*v tom roce odkladu už byly konfliktnější situace*“.

Kvůli výskytu sluchového postižení zaujímá učitelka vůči Zdeňkovi několik rolí: „*v první řadě jsem byla jeho učitelka, potom jsem byla jeho podporovatel, zprostředkovatel a pečující osoba*“. V roli zprostředkovatele a pečující osoby učitelka Zdeňkovi pomáhá při uspokojování specifických potřeb, které představují jednu z cest k úspěšné socializaci. Všechny role jsou podstatné pro zlepšení soužití ve společenství, avšak nejsou dostatečné. Po odpovědích na několik souvisejících otázek je patrné, že se rizikové chování u Zdeňka, ale i jiných dětí ve třídě vyskytovalo. Zdeněk je nejen obětí rizikového chování, ale i tzv. agresorem. Jedním z příkladů jeho nevhodného chování popisuje učitelka následovně: „...*on je prostě zlobil... třeba jim bral židličky, když si*

sedali...“. Z toho důvodu je učitelka nucena přistoupit: *„...k určitým omezením... takže některé hranice jsme mu museli nastavit, aby se choval tak, jak je potřeba“.* K dosažení zdárné socializace využívá učitelka Beáta i systém odměn a trestů: *„většinou pochválím to, co se dítěti povedlo, trest spočívá v tom, že byl odstavený od činnosti“.* Přijetí Zdeňka ze strany dětí je v tomto případě negativní a neúplné, jeho zapojení do kolektivu není vždy automatické, ale často podmíněné pokynem paní učitelky.

Mateřská škola C

Průběh socializace chlapce s kompenzovanou vadou sluchu sluchadly a s přidruženým tělesným postižením (pro účely práce Tomáš) je opět komplikovaný. Z důvodu kombinace postižení má Tomáš přidělenou asistentku pedagoga. Paní učitelka Eva o procesu říká: *„začleňování bylo pozvolné“.* Paní učitelka Iveta dodává: *„držel se stranou... chodil, zkoumal, vysypával hračky... děti nevěděly, jak na něj mají mluvit...“,* jelikož se chlapec i přes dobrou kompenzaci sluchové ztráty dorozumívá znakovým jazykem. Paní učitelka Eva posléze dodává, že děti Tomáše odstrkovaly, když se chtěl připojit do hry.

Pro funkční soužití všech dětí zaujímají učitelky role partnera a zároveň autority. Role autority dbá na důsledné dodržování pravidel, jenž je velmi potřebné a podstatné. Role partnera klade důraz zase na porozumění v komunikaci, prostor pro vyjádření a akceptaci potřeb, což přináší nelehký úkol pro obě paní učitelky – naučit se český znakový jazyk. I přes odstranění komunikační bariéry dochází u Tomáše k výskytu nežádoucích projevů chování. Proto učitelky přistupují k využívání systému odměn a trestů. Díky tomuto sankcionování v kombinaci s kooperací s rodinou dosahují úspěšné socializace Tomáše současného trvání. Trest jako takový učitelky nevyužívají, jedná se spíše o: *„nějaké speciální přístupy“,* jako odměny slouží samolepky. Paní učitelka Iveta říká: *„samolepku do sešitu, a maminka mu za to dala doma nějakou odměnu, třeba sušenku...“.* Více se nežádoucími projevy a jejich možnostmi nápravy zabývá kategorie zaměřená na samotnou dimenzi chování. Závěrem lze říci, že díky stálému a důslednému dodržování preventivních opatření a intervencí disociálního chování, se podařilo dosáhnout úspěšné socializace a pozitivního bezpodmínečného přijetí Tomáše ze strany dětí i všech pedagogických pracovníků.

Mateřská škola D

Popis adaptačního procesu ve škole zřízené pro jedince se sluchovým postižením je odlišného charakteru. Paní učitelka Jitka po dlouhém přemýšlení konstatuje, že za svou praxi neměla ve třídě dítě s rizikovějším či problémovějším průběhem adaptace. Proto popisuje jeho proces z obecného hlediska: *„je možnost, aby ze začátku byly děti ve školce s rodičem... dáváme rodičům na informativní schůzce možnost přijít se podívat s dítětem do školky před nástupem... pak v prvním týdnu můžou být s dítětem ve školce“*. Pro úspěšnost procesu učitelka Jitka využívá rituály a společné hry a jiné aktivity. K tomu dodává: *„...to tmelí třídu, trošku je dává dohromady (děti)...“*. Dále dbá na to, *aby: „se tu děti cítily dobře... musí se tady cítit bezpečně, musí znát to prostředí, musí mít nastavená pravidla...“*. V neposlední řadě také využívá širokou škálu odměn a trestů, které jsou dle učitelky určitým pozitivním přínosem pro socializaci. Na otázku, jaké odměny využívá, odpovídá: *„pochvala, pohlazení, získání výhody (třeba bude mít službu), ocenění, projev sympatie“*, nebrání se ani materiálními odměnami: *„třeba soutěže, tam se to úplně nabízí“*. Mezi tresty naopak řadí: *„vyloučení dítěte z činnosti, odeprít mu výhodu, výtka, zákaz oblíbené činnosti, domluva“*. Ze slov paní učitelky Jitky vyplývá, že zmiňovaná preventivní opatření jsou dostačující k úspěšné socializaci a k předcházení výskytu nežádoucích projevů chování v adaptačním procesu.

Shrnutí

Lze konstatovat, že integrace jedinců se sluchovým postižením může přinášet výhody pro dané jedince, jako je například kvalitní mluvní vzor, a tudíž větší rozvoj v oblasti komunikace. Ale i přesto nenese integrativní vzdělávání pouze samá pozitiva. Z uvedených příkladů vyplývá, že **socializace jedinců se sluchovým postižením může být v integraci problémová**, a jestliže škola nemá dostatečné prostředky, může se u těchto jedinců rozvinout rizikové chování. I přes některé komplikace v průběhu adaptačních procesů lze říci, že děti z mateřské školy A, C a D dosáhly **úspěšné socializace**. K jejímu dosažení se v mnohém mateřské školy shodují – **je nutná spolupráce s rodiči, uspokojování specifických potřeb**, především v oblasti komunikace, pocitu jistoty a bezpečí a **využívání odměn** na bázi vnitřní motivace. Mateřská škola B, C i D považují za efektivní i užívání odměn materiálního charakteru.

I přes spolupráci jednotlivých institucí se specializovanými středisky je zde nutné podotknout, že **znalosti týkající se problematiky sluchového postižení jsou u učitelů mateřských škol omezené**. Své znalosti, dovednosti a schopnosti by měli obohacovat prostřednictvím kurzů. Avšak zde můžeme narazit na problém. Učitelé mateřských škol z provozních důvodů, kdy je nutné překrývání jejich směn v dopoledních hodinách, nemohou navštěvovat zmiňované kurzy i přes jejich širokou nabídku. Vystává na povrch otázka týkající se speciálně pedagogických center – jsou tato školská poradenská zařízení připravena podat dostatečnou pomoc různých rozměrů všem školním institucím v rámci integrace?

6.2 Emocionální hledisko prevence rizikového chování

Kategorie orientovaná na emoce pojímá značnou část rozhovoru. Jedním z důvodů je významný vliv emocí na naše chování a vztahy. Pocity tudíž mohou být výraznou pohnutkou i k tzv. rizikovému chování, na které se výzkum specializuje. I přestože dimenze emocí tvoří neodmyslitelnou část prevence rizikového chování, není na ni v mateřských školách kladen příliš velký důraz. Zdá se, že učitelky nad touto problematikou příliš neuvažují, a tudíž ji nevnímají jako podstatnou či významnou.

Mateřská škola A

Jak práce popisuje v předchozí kapitole, Jonášova adaptace na prostředí mateřské školy proběhla bez jakýchkoli komplikací. Zásahu za to nese sama paní učitelka Olga, která má energickou povahu, a především osvojené kompetence potřebné pro výchovu a vzdělávání dětí. Celá mateřská škola A si zakládá na respektujícím přístupu k dětem a efektivní komunikaci. Paní učitelka Olga dodává: *„...i uklízečky jsou tady tak úžasné, že pomocí efektivní komunikace, kterou si napslouchaly skrz nás, taky mluví k dětem“*. Právě respektující výchova nezapomíná ani na podstatnou oblast emocí a její rozměr. K budování všech vztahů, které se mohou v prostředí mateřské školy navázat, využívá učitelka: *„...všechno prosociálně“*. Veškeré prosociální činnosti v kombinaci s efektivní komunikací navozují dobré vztahy a základy slušného chování. Taktéž umožňují dětem orientovat se ve svém pocitech a pomáhají jim se sebekontrolou.

Jonáš se orientoval ve svých emocích a dokázal je samostatně regulovat. Díky této schopnosti, dokázal pochopit i emoce ostatních. Paní učitelka k tématu říká: *„...on vůbec nepotřeboval kontrolu... nikdy se nevztekal... vždycky přišel naprosto v dobré náladě...“*. Slova učitelky jen potvrzují, že emoční inteligence je v mateřské škole A dostatečně rozvíjena, a tudíž slouží jako vhodná prevence rizikového chování.

U paní učitelky Jany tomu není jinak. Oblast emocí u Elišky je velmi dobře ošetřena. Avšak se zde vyskytují určité rozdíly. Eliška je v oblasti emocí dle slov paní učitelky Jany až příliš kontrolovaná. Učitelka k tomu říká: *„...musíme jí podporovat, aby své emoce dokázala uvolnit a dokázala je vyjádřit...“*, jako důvod její přílišné sebekontroly uvádí, že se v rodině: *„neumí, nebo tolik nevyjadřují emocionálně...“*. Přestože je Eliška bezkonfliktní dítě, které nemá obtíže se zapojováním se do kolektivu, je zde nutná podpora ze strany učitelky v oblasti rozvoje emoční inteligence. Odpovědi poukazují na dobré znalosti učitelky týkající se problematiky sluchového postižení, a proto dbá na její optimální rozvoj. Uvědomuje si, že případné potlačování emocí mohou mít negativní dopad na osobnost dítěte.

Pokud se Eliška cítí nejistě, neorientuje se ve svých pocitech, může využít tzv. únikové místo, kterým je: *„přemýšleci / odpočívací gaučik“*, nebo může své pocity sdílet s paní učitelkou. Učitelka Jana k tomu dodává, že tuto možnost má právo využít každé dítě. Říká: *„v mateřské škole by mělo mít (dítě) příležitost vždycky (důrazně)... pokud cítí potřebu... mělo by mít možnost vždycky se vyjádřit k tomu, jak se cítí“*. Paní učitelka k problematice emoční inteligence přistupuje velmi zodpovědně, aktivně a uvědomuje si její úskalí.

Mateřská škola B

Mateřská škola B se dle odpovědí na otázky nedostatečně orientuje na emoční rozměr prevence rizikového chování. Je tedy pravděpodobné, že jedním z důvodů výskytu nežádoucích projevů chování u Zdeňka může být slabé ošetření zmiňované sféry pocitů. Způsob vedení k regulaci emocí dítěte je autoritativního rázu. Paní učitelka Beáta vedení k sebekontrolě popisuje: *„první týden jsme ho utěšovali, další týden jsme ho už nechávali, ať křičí, třetí týden jsme ho poslali vedle (do vedlejší místnosti s kobercem a přítmím světlem), ať křičí vedle“*. Po ukončení adaptačního procesu byl k sebekontrolě

veden jiným způsobem: „...když se vztekal moc, tak nemohl dělat to, o co měl zájem“. Dle souvisejících odpovědí lze říci, že Zdeněk měl obtíže v kontrole svých pocitů. Právě kvůli dezorientaci ve sféře emocí jedinec těžko rozumí emocím a postojům druhých. Důsledkem pak mohou být narušené vztahy dlouhodobého trvání. Nakonec paní učitelka dodává: „u tohoto kluka nevím, jak by zvládl školu základní... myslím, že by ji nezvládl...“.

Mateřská škola C

Vyjadřování emocí je u Tomáše z hlediska jeho kombinace a stupně jeho postižení znevýhodněné. I přesto se mu snaží všichni pedagogičtí pracovníci poskytnout dostatek příležitostí k uspokojení specifických potřeb zaměřených na vyjadřování svých pocitů, zkušeností a nároků. Paní učitelka Eva uvádí konkrétní situace: „při individuální práci, v rámci komunikativního kruhu... při arteterapii, po pohádce (při odpoledním odpočinku) ...při práci s předškoláky“, následně ještě přidává debatu nad komunikačním notýskem, který slouží jako prostředek pro spolupráci s rodinou. Paní učitelka Iveta dodává: „na logopedii... logopedka taky umí dobře znakovou řeč“. Když má Tomáš naopak potřebu být sám, může: „si lehnout do pytle (sedacího vaku) ...vyndat si naslouchadla... i rád do domečku se schová... odpoledne si vytipuje kout, kde si hraje... kde nejsou děti“. Díky lokaci mateřské školy, zřízené ve středisku nabízející komplexní sociální služby, je zde mnohem více možností, jak Tomášovi poskytnout dostatečný prostor pro sebevyjadřování a sebekontrolu. Sebekontrolu nacvičují především pomocí vysvětlování situací: „snažíme se k situaci postavit a nějak to s ním rozebrat“ a nácvikem základů etiky, které paní učitelky popisují jako schopnosti: „...umět se bránit, anebo někoho pohladit (jako omluva), že to neměl dělat...“. Pochopení emocí svých i cizích vede k dobrým vzájemným vztahům. Na to pedagogičtí pracovníci mateřské školy C kladou velký důraz.

I přes výbornou prevenci rizikového chování z emocionálního hlediska, se u Tomáše vyskytlo disociální chování. Skutečné příčiny jeho chování se učitelkám nepodařilo odhalit. Paní učitelka Eva k tomu říká: „On pak přestal.“

Mateřská škola D

Paní učitelka Jitka v rámci preventivních opatření emocionálního rozměru dbá na prosociální činnosti a učení prostřednictvím prožitku: „...aby si děti zkusily jednotlivé situace“, říká. Díky těmto způsobům se zaměřuje i na budování příznivých vztahů ve společenství třídy.

K tomu, aby děti se sluchovým postižením uměly ovládat své emoce, využívá tresty ve formě následků za překročení stanovených hranic. Kontrolu a regulaci emocí se děti učí samostatně: „*necháváme to víceméně na tom dítěti*“. Je tedy pouze na něm, jak se vyrovná s danou situací. Přesto paní učitelka Jitka zaujímá roli partnera a je připravena dítěti v případě potřeby pomoci. Rozvíjení emoční inteligence v mateřské škole D je dle krátkých odpovědí na tuto problematiku pouze okrajové.

Shrnutí

Lze říci, že všechny mateřské školy z výzkumného vzorku určitým způsobem dbají na prevenci rizikového chování z hlediska emoční inteligence. Přesto však některé z nich selhávají. Obě paní učitelky z mateřské školy A dosahují úspěchu v prevenci především díky **užívání respektujícího přístupu s efektivní komunikací**. Mateřská škola B k prevenci užívá formy trestů – **vyloučení z činnosti**. Mateřská škola C má velikou výhodu v možnosti využívání nabízených služeb střediska – **logopedie, arteterapie** a další, jejichž výčet se nachází v kategorii zaměřené na rozdílnost preventivních opatření. Díky více příležitostem se vyjadřovat má Tomáš možnost naučit se orientovat ve svých emocích a regulovat je. Mateřská škola D dbá především na **prosociální činnosti, zážitkové učení a následky za překročení hranic**.

6.3 Behaviorální hledisko prevence rizikového chování

Dimenzi chování, nejpodstatnější část rozhovoru, interpretuje právě tato kategorie. Odkrývají se zde zkušenosti učitelky s funkčním užíváním pravidel a způsoby řešení konfliktních situací zapříčiněných rizikovým chováním. U dvou dětí vzdělávajících se ve vybraných institucích se rizikové chování objevilo, proto se zde objeví i krátký popis jejich nežádoucích projevů. Díky důslednému užívání preventivních opatření a dané intervence se jej učitelkám daří eliminovat.

Mateřská škola A

Ani u jednoho dítěte integrovaného do mateřské školy A se neobjevilo rizikové chování. Paní učitelky prozrazují své zkušenosti s funkčními preventivními opatřeními ošetřující behaviorální složku jedince. Obě učitelky dbají dle slov učitelky Jany na: „dobře nastavená jasná pravidla“, při jejichž tvorbě se vždy podílí děti. Důvod uvádí paní učitelka Olga: „(děti) musí vědět proč (důrazně)... ve chvíli, kdy ví proč, tak to dělat nebudou, nebo budou dělat to, co já potřebuji“. Obě paní učitelky mají nastavená obdobná pravidla rozdělená na bezpečnostní pravidla a pravidla třídy. Mezi pravidla řadí paní učitelka Jana pravidlo tzv. ručičkové, talířkové, košťátkové, srdíčkové, kapičkové, nožičkové, ouškové a sluníčkové, které jsou převzaté z knihy Mediální činnosti v předškolním a mladším školním věku.

Pravidla jsou zpracována pomocí piktogramů. Paní učitelka Olga v tom vidí výhodu pro děti se sluchovým postižením. Díky obrázkovému zpracování se mohou s pravidly identifikovat. Obě paní učitelky kladou důraz na stejná pravidla pro všechny děti – tedy i děti s vadou sluchu. Paní učitelka Jana říká: „já si myslím, že pokud ho máme integrovat, tak by mělo mít stejná pravidla jako my všichni ostatní, naprosto stejná“, paní učitelka Olga souhlasí: „pravidla jsou pro všechny úplně stejná“. Neméně důležitá je jejich interpretace a umístění. Jelikož mají obě integrované děti výborně kompenzovanou vadu sluchu, pro vysvětlování pravidel neexistovala žádná bariéra. K umístění se paní učitelka Jana vyjadřuje: „vždy by měla být pravidla tam, kde jsou potřeba“, tedy v jídelně, umývárně a ve třídě.

Obě paní učitelky si vychvalují spolupráci instituce a rodičů dětí. Rodič má možnost se každý den zeptat na průběh celého dne, na chování svého dítěte, a rovnou případné problémy jakéhokoli charakteru konzultovat a řešit. Z uvedeného lze opět podotknout, že prevence rizikového chování z behaviorálního hlediska je v mateřské škole A propracovaná a efektivní.

Mateřská škola B

Jak práce okrajově zmiňuje, Zdeněk byl nejen obětí rizikového chování, ale taktéž se nežádoucí projevy staly součástí jeho vlastního jednání. Jako oběť se dostal do

několika situací, při kterých byl skupinou chlapců vylučován z kolektivu. Paní učitelka situace popisuje: „oni už dělali spolu koalici... nechtěli ho, protože jim nestačil... takový lehce náznak šikany“. V roli agresora se snažil kluky často vyprovokovat, ubližovat jim. Paní učitelka ještě vzpomíná na dobu, kdy byly z jeho strany časté: „takové šarvátky“. Způsoby řešení výskytu rizikového chování byly stále obdobného rázu – vyloučení z činnosti: „...třeba celá skupina nedělala nic“. Z uvedeného jasně vyplývá, že prevence rizikového chování nejen z hlediska behaviorálního není v mateřské škole funkční.

I přesto mateřská škola B klade důraz na pravidla. Paní učitelka Beáta využívá pravidel co nejméně, která jsou zaměřená na základní požadavky slušného chování: „pravidlo, že se neběhá v koupelně a ve třídě; pravidlo, že se zdraví dospělí; pravidlo, že se nepereme; pravidlo, když mluví jeden, tak nemluví ostatní a že si po sobě uklízíme“, tato pravidla jsou pro všechny třídy instituce společná. Paní učitelka však zavádí ještě jedno pravidlo: „nebrat z ruky“, které zaručuje dítěti právo ponechat si hračku a možnost nedělit se o ni. Jejich zpracování se v celém prostoru celé třídy nikde neobjevuje: „nemáme žádné přehledy... pravidla jsou tady poměrně dlouhá, a řekla bych, že se příliš nemění“. Děti se do jejich tvorby nezapojují. Mají alespoň možnost se zapojit do jejich interpretace: „když se to vysvětluje, většinou se děti zapojí do diskuze“.

I přes intenzivní spolupráci mateřské školy s rodinou se nedařilo rizikové chování eliminovat. Kooperace probíhala především formou komunikačního deníku: „s touto rodinou jsme byli v úzkém kontaktu... psali jsme mu tam (do deníku), že zlobil tak a tak, a maminka odpověděla, že si situaci doma vysvětlovali také“.

Mateřská škola C

U Tomáše se vyskytovaly typické projevy disociálního chování, které se podařilo pedagogickými postupy odstranit. Nedodržel pravidla stolování: „dojedl... ale i když nedojedl, hodil talíř, skleničku... všechno házel se stolu... prostě to vzal a hodil, to bylo při každém jídle... sahal ostatním do jídla“, popisují počáteční problémy obě paní učitelky. Dále se u něj vyskytovaly zvláštní rituály a návyky: „...když nebylo to sklo, vždy musel shodit židli, která byla vedle něj... o prázdninách vzal z kabelky peněženku a hodil ji do koše... při vycházce se sluchadla jiné holčičky ztratila... on nám je dal na hřišti do fotbalové branky do trubky...“. I přes všechny popisované projevy se učitelkám podařilo

dostat Tomášovo chování do normy. K tomu využívají mnohá opatření. V první řadě se jedná o pravidla, která jsou tvořená na začátku školního roku ve spolupráci s dětmi. Děti je dokonce výtvarně ztvárňují. Obrázky i s popisem jednotlivých pravidel jsou vyvěšeny na dveřích třídy. Jejich interpretace je Tomášovi přizpůsobena k jeho možnostem: „*když jsme si to vysvětlovali, tak se mu to znakovalo*“, vysvětluje paní učitelka Iveta.

Jednotlivá pravidla jsou velmi dobře zpracovaná. Pusinkové pravidlo se zaměřuje na používání kouzelných slovíček prosím a promiň a na mluvení v takové hlasitosti, aby to bylo všem příjemné. Srdíčkové pravidlo ošetřuje společné soužití, říká: máme se rádi, jsme kamarádi, navzájem si pomáháme. Želvičkové pravidlo zajišťuje bezpečnost: ve školce se pohybujeme pomalu, běháme, skáče a dovádíme venku nebo v tělocvičně. Košťátkové pravidlo dbá na úklid a pořádek. Kapičkové znamená: pouštíme vody jen tolik, kolik nám stačí, šetříme s ní. A kytičkové pravidlo dbá na přírodu, o kterou pečujeme, neničíme ji, doma i ve školce třídíme odpad.

Kromě pravidel využívaly učitelky i speciální přístupy a opatření, která řešila vyskytující se rizikové chování. Například k řešení porušování pravidel stolování využily učitelky opatření, které popisuje paní učitelka Eva: „*vyznačili jsme mu prostor... z izolepy*“, paní učitelka Iveta dodává: „*to mu pomáhalo, když měl svou hranici*“. V neposlední řadě intenzivně spolupracovaly s rodiči: „*konzultovali jsme s maminkou... vyprávěli jsme, co vyvádí, a maminka nám třeba poradila... řešili jsme to společně s rodiči*“. Popisující preventivní a intervenční opatření se stala po důsledném dodržování funkčními, což potvrzují i slova paní učitelky Evy: „*máme radost, kam se to posunulo, že už je rozumný...*“.

Mateřská škola D

Ani v mateřské škole D, která má s dětmi se sluchovým postižením veliké zkušenosti, se rizikové chování neobjevilo. A to opět díky funkčním preventivním opatřením zaměřeným i na oblast chování jedinců. Mateřská škola se zaměřuje na základní pravidla společenství: „*ručičkové – ruce jsou na to, aby pomáhaly, pracovaly, hladily, ale neublížovaly, vlastně i to, že si myjeme ruce; pusinkové – když se ti něco nelíbí, řekni to pusou; košťátkové – to je uklízení hraček; šnečkové – chodíme pomalu a ouškové*“. Při jejich společné tvorbě dbá paní učitelka Jitka na jejich pochopení,

kteřeho dosahuje předeveřím díky prožitkovému učení: „*vřechno si to děti vyzkouří a zařijí... zařijí si to, co je dobre... proč ta pravidla jsou, i tu druhou stranu...*“. Právě učení prožitkem a názornost je dle učitelky hlavní kritériem při tvorbě pravidel pro děti se sluchovým postižením. Jako jediná ze veřech učitelek z výzkumného vzorku odpovídá na otázku, zda se něčím liří pravidla pro jedince se sluchovým postižením: „*určitě*“. Právě na toto měřítko dbá při jejich tvorbě.

Jejich interpretace a umístění mají v mateřské škole také svá specifika. Jejich výklad je založen na verbálním i neverbálním vysvětlení a výře popisovaném prožitkovém učení. Umístění pravidel v piktogramovém zpracování lze najít běžně tam, kde jsou potřeba k jejich dodržování – v umývárně, řatně, třídě, ale zároveň jsou situovány přímo na konkrétních místech: „*třeba kořtátkové – někde na polici, kam se uklízí hračky*“. Jako poslední preventivní opatření navazující na pravidla uvádí paní učitelka spolupřáci s rodiči: „*rodiče s tím seznamujeme... i je na to navádíme, když potom mají doma problém... aby doma taky zavedli pravidla, že ve škole to funguje... ať to zkusí*“. Přístup k užívaným pravidlům mají rodiče na chodbě, v řatně a na webových stránkách školy.

Shrnutí

Mateřská škola A využívá pro svou prevenci jasně a **přijatelně nastavená pravidla**, která jsou pro veřechny děti stejná. Dále prevenci zakládají na dobré **spolupřáci s rodiči**. V mateřské škole B preventivní opatření rizikového chování selhávají. Z hlediska oblasti chování využívají **pravidla**, do jejichž tvorby nemají děti řanci se zapojit. Dále užívají **tresty ve formě vyloučení z činnosti a kooperaci s rodinou**. Preventivní opatření zakládá mateřská škola C na důsledném a funkčním **dodržování společně vytvořených pravidel, užívání specifických přístupů či opatření a intenzivní hluboké spolupřáci s rodiči**. Učitelka z mateřské školy D má oproti ostatním učitelkám větší znalosti a zkušenosti s dětmi se sluchovým postižením, což se odráží i ve funkčnosti jejich způsobů prevence. Mezi ně řadí **pravidla se svými specifiky pro děti s vadami sluchu a spolupřáci rodičů**.

6.4 Rozdílnost preventivních opatření

Co je nejúčinnějším preventivním opatřením rizikového chování? Na tuto otázku odpovídají paní učitelky různorodě, avšak se v mnohém shodují. Některá zařízení překvapují svou nabídkou způsobů prevence, aniž by věděla, že lze dané prostředky považovat za prevenci rizikového chování.

Mateřská škola A

Paní učitelka Olga považuje za klíčový způsob prevence rizikového chování komunikaci, která může u dětí se sluchovým postižením představovat komplikující bariéru. Slovy učitelky je podstatné: *„mluvit, nechat děti mluvit... nechat je vyjádřit, aby si dokázaly vyjádřit, co si myslí, co potřebují, aby dokázaly říct svůj názor... mluvit a dávat jim podněty k tomu, aby mluvily, aby se mohly doplňovat...“*. Tomuto kroku předchází ještě jeden podstatný krok, který je: *„s láskou přijmout... přistupovat ke každému dítěti podle jeho potřeb... najít si k němu cestu a najít to, co potřebuje“*. Z odborného hlediska využívá prvky artefietiky, jež se zaměřuje především na prožitek z tvorby. Ve třídě je využívána především její kolektivní podoba. Dále prvky muzikoterapie, dramaterapie, ale také relaxaci či filozofování s dětmi. Všechny jmenovaná preventivní opatření jsou výbornými prostředky k regulaci emocí a ošetření nejen citové oblasti. Jsou vhodná k uvědomování si své podstaty, vlastních hranic a v neposlední řadě komplexně rozvíjí osobnost jedince.

Paní učitelka Jana na otázku tážající se na nejefektivnější způsoby prevence odpovídá: *„jasně nastavená pravidla, důslednost učitelky, ale také komunikace s rodinou“*. Po dalších souvisejících otázkách ještě doplňuje odpověď o artefietiku, prvky dramaterapie, muzikoterapie a hlavně filozofování, ke kterému užívá obrázkové karty z deskové hry Dix it. Tyto karty využívá jako podpůrný prostředek k vyjadřování myšlenek a emocí. Ve třídě paní učitelky Jany je prevence rizikového chování na vysoké úrovni a lze ji považovat za opravdu účinnou.

Mateřská škola B

Paní učitelka Beáta spoléhá na účinnost odlišných opatření. V některých způsobech prevence se však shoduje s ostatními učitelkami. Odpovídá: *„určitá*

tolerance, podpora / pomoc při běžném provozu... vysvětlování, podpora zapojování a samozřejmě ta pravidla". Jako velkou výhodou lze považovat využívání služeb specializovaného arteterapeuta. Arteterapeutické postupy jsou velmi účinnou metodou prevence i intervence rizikového chování. V neposlední řadě je využívána skupinová logopedie, která pomáhá k odstraňování komunikační bariéry a se sebevyjadřováním.

Mateřská škola C

Mateřská škola C se pyšní velmi bohatou nabídkou způsobů prevence rizikového chování, avšak paní učitelka Iveta některé z nich nepovažuje za preventivní opatření. To potvrzují její slova: *„vůbec by mě nenapadlo to takto nazvat“*. Vnímá je pouze jako prostředky k rozvoji dítěte.

Tomáš využívá všechny uvedené terapie: arteterapii, bazální stimulaci, která rozvíjí jedince v oblasti percepce, komunikace i motoriky, logopedii a Feuersteinovu metodu založenou na zkušenostech a emočních prožitcích dítěte, které jsou správnou cestou k rozvoji kognice. Veškeré jmenované způsoby prevence jsou velikým přínosem pro jedince nejen se sluchovým postižením. Ošetřují, podporují a rozvíjí všechny oblasti osobnosti, potřebné k harmonickému vývoji dítěte. Na eliminaci rizikového chování mohou mít významný podíl všechny uvedené metody.

Učitelky také využívají základní preventivní opatření, která jsou shodná s ostatními mateřskými školami. Kladou důraz na komunikaci: *„hlavně porozumět dítěti, a aby rozuměl nám“*, pravidla třídy a spolupráci s rodinou.

Mateřská škola D

Již zmiňovanými, ale i novými neobvyklými způsoby prevence se může pyšnit i mateřská škola zaměřená na vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Paní učitelka Jitka mezi nejefektivnější způsoby prevence řadí: *„nastavená pravidla, zdravý životní styl, prosociální hry“*, po delším uvažování přidává i komunikaci a spolupráci s rodinou. Jako jediná paní učitelka z celého výzkumného vzorku si uvědomuje přesah preventivních opatření i do jiné sféry než institucionální. To dokazuje uvedení zdravého životního stylu jako preventivního opatření. Právě životní styl, který je dětem předáván a formován rodiči, může být příčinou vzniku poruch chování, pokud je negativního

zaměření. Dále škola využívá prvky artefiletiky, muzikoterapie, dramaterapie a logopedie. Významnou součástí prevence je i canisterapie a hipoterapie, díky kterým si děti osvojují nejen slušné chování k druhým, ale pomáhá jim se sebekontrolou emocí a vnímáním vlastních hranic.

Shrnutí

Mateřská škola A uplatňuje velmi **širokou škálu preventivních opatření – pozitivní bezpodmínečné přijetí, komunikaci, spolupráci s rodiči, pravidla společenství, samotnou roli pedagoga a její kompetence, artefiletiku, prvky muzikoterapie, dramaterapie, relaxaci a filozofování**. Zřejmým důkazem jejich efektivity je bezproblémová integrace dvou prospívajících dětí se sluchovým postižením. Mateřská škola B využívá prostředky orientované především na podporu začleňování dítěte. Jedná se o **toleranci, pomoc při běžném provozu, komunikaci, podporu při zapojování a pravidla**. Jako velmi vhodný prostředek prevence využívá **skupinovou logopedii a arteterapii**. Mateřská škola C se pyšní spousty možnostmi preventivních opatření. Jde o **arteterapii, bazální stimulaci, logopedii, Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování, spolupráci s rodiči, společenství třídy a komunikaci**. Mateřská škola D využívá kromě shodných zmiňovaných opatření ještě **canisterapii, hipoterapii** a klade důraz na **zdravý životní styl**.

Diskuze

Výběr výzkumného vzorku byl na počátku tvorby bakalářské práce velmi komplikovaný. Prvotně se zaměřovala na případové studie dětí se sluchovým postižením, u kterých se vyskytovalo rizikové chování. Bylo plánováno zmapovat vývoj jejich chování se zaměřením na jejich nežádoucí projevy a zjistit, jakými prostředky bylo dosaženo jejich eliminace. Po neúspěchu založeném na nedostatečném množství dětí s těmito obtížemi došlo k přeformulování výzkumného problému a změně výzkumného vzorku. I přes počáteční úskalí bylo dosaženo relevantních výsledků.

V průběhu výzkumného šetření se výzkumnice setkala s řadou chyb a nepřesností. Sama autorka je také jejich zdrojem. Během rozhovoru se ukázalo, že nemá dostatečné zkušenosti s realizací polostrukturovaného rozhovoru, což se projevuje i na nedostatečně hluboké interpretaci dat. Zde chybí například zaznamenaná neverbální sdělení účastníků rozhovoru, jež dotvářejí konečný efekt výpovědí učitelek. Vysvětlením je i nedostatečná zkušenost s pozorováním a jeho zaznamenáváním. Důvod nedostatků je připisován teprve prvnímu uskutečnění výzkumu tohoto typu. I přes různé obtíže byl každý další rozhovor hlubší, dynamičtější a bohatší na nové informace. Další problém se objevoval při definici rizikového chování v praxi. Jeho deskripce je zakotvená v teoretické části, která dobře vysvětluje nežádoucí projevy chování vyskytujících se u dětí předškolního věku. Učitelky mateřských škol však raději užívají pojetí problémové chování. Tento pojem lze sice najít převážně v zahraniční literatuře, přesto je, dle vlastní zkušenosti autorky, středisky výchovné péče považován za nevhodný a nedostačující.

Rozdílnost preventivních opatření je u vybraných mateřských škol velmi širokého charakteru. Mateřská škola A a B se orientuje spíše na obecné pedagogické postupy, které lze využít jako efektivní preventivní opatření. Avšak celková prevence v mateřské škole B selhává. Mateřská škola C a D využívají mnohem bohatší spektrum preventivních opatření. Díky tomu lze říci, že jejich prevence je velmi účinná a efektivní. I přes výskyt rizikového chování u dítěte se sluchovým postižením navštěvující mateřskou školu C, se instituci daří předcházet rozvoji poruch chování. Tomu je dosaženo díky jejich důslednému dodržování prevence v kombinaci s intervenčními opatřeními.

Po shrnutí všech preventivních opatřeních mateřských škol je zjištěno, že využívají takové způsoby prevence, které jsou uvedeny i v odborné literatuře. Tyto způsoby korespondují s poznatky z teoretické části práce, kde jsou uvedena i další zatím nezmiňovaná preventivní opatření. Jedná se o zpětnou vazbu, vyzdvihování správného chování dětí k druhým lidem, zvířatům, vlastní osobě i věcem, dostatek připravených aktivit a pozitivní očekávání. Přínosem pro všechny mateřské školy z výzkumného vzorku by bylo rozšíření jejich preventivních opatření o další, které využívají ostatní mateřské školy a které jsou doporučeny v literatuře zabývající se touto problematikou. Po aplikaci by měl být výskyt rizikového chování u dětí se sluchovým postižením minimální.

I přestože je zvolené výzkumné šetření úzkého zaměření, šlo by jej rozšířit. Jeho výsledky by mohly být podkladem pro další oblasti bádání. V první řadě je možné se zaměřit na prevenci rizikového chování v předškolním vzdělávání i u dětí s jiným typem postižení, a vytvořit tak základní příručku shrnující efektivní preventivní opatření rizikových projevů chování od zkušených pedagogických pracovníků. Její využití by bylo prospěšné pro všechny učitelky mateřských škol, které vzdělávají děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Další zajímavou oblastí výzkumu je vnímání prevence rizikového chování pouze v mateřských školách pro sluchově postižené, jejichž vědomosti jsou hlubší, a proto by jejich zkušenosti s prevencí nežádoucích projevů chování mohly být velkým přínosem pro mateřské školy umožňující integraci těmto dětem.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala prevencí rizikového chování u dětí se sluchovým postižením předškolního věku. V teoretické části byly popsány základní poznatky z oboru surdopedie. Jednalo se o uvedení znalostí z anatomie a fyziologie sluchového orgánu, klasifikaci sluchových vad a poruch a jejich etiologii. Dále práce čtenáře seznámila s diagnostikou, následnou terapií a kompenzací sluchového postižení, ale také s možnostmi komunikace a dopadem vady sluchu na osobnost jedince. V závěru teoretické části se zaměřila na výchovu a vzdělávání těchto jedinců a tematiku poruch chování. Více přiblížila rozdíly mezi pojmy rizikové chování a porucha chování, poté se zaměřila na příčiny, možnou prevenci a případnou intervenci. Empirická část se orientovala na přímou zkušenost učitelek mateřských škol zajišťujících předškolní vzdělávání dětem se sluchovým postižením. Konkrétně se zabývala jejich praxí v oblasti prevence rizikového chování. Hlavním cílem bylo zjistit, jak je vnímána prevence rizikového chování v rámci socializace dítěte se sluchovým postižením v prostředí mateřské školy.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že učitelky s menší zkušeností s výchovou a vzděláváním dětí se sluchovým postižením vnímají prevenci rizikového chování ne zcela komplexně. Některé její oblasti vnímají pouze okrajově, dokonce konkrétní známé účinné způsoby prevence vůbec nepovažují za preventivní opatření. Avšak se ve výzkumném vzorku objevily i paní učitelky, které vnímají prevenci celostně, dokonce si uvědomují nutný přesah do jiných sfér, převážně rodinné. Tyto učitelky mají výrazněji pestřejší a hlubší znalosti, schopnosti a dovednosti pro výchovu a vzdělávání dětí se sluchovým postižením.

Výzkumným šetřením bylo také zjištěno, jaká konkrétní preventivní opatření jsou vybranými mateřskými školami považována za efektivní. Jedná se o pozitivní bezpodmínečné přijetí dítěte, uspokojování specifických potřeb v oblasti komunikace, využívání efektivní komunikace, intenzivní spolupráci s rodinou, prosociální činnosti, rituály, systém odměn a trestů, rozvoj emoční inteligence, učení prožitkem, využívání metod názorně demonstračních, jasně nastavená přijatelná pravidla, artefietiku, arteterapii, canisterapii, hipoterapii, prvky muzikoterapie a dramaterapie, relaxaci,

filozofování s dětmi, důslednost a trpělivost učitelky, důvěru, individuální věnování času dítěti, zajištění pocitu bezpečí, podporu dítěte se sluchovým postižením, logopedii, bazální stimulaci, Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování a zdravý životní styl.

Bohatý výčet preventivních opatření všech mateřských škol však nezaručuje absolutní prevenci rizikového chování. Některé integrující mateřské školy pravděpodobně nedostávají adekvátní pomoc od speciálně pedagogických center. Jejich podpora integrace není taková, jakou by společnost očekávala, a proto je výskyt rizikových projevů chování nejen u dětí se sluchovým postižením předškolního věku tématem, které je nutno řešit.

Seznam použitých zdrojů

AudioNIKA. *Sluch a sluchové vady.* [Online] 2017. [Citace: 1. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/medel/stranka/vidoa-k-shlednuti>.

AudioNIKA. *Středoušní implantáty.* [Online] 2017. [Citace: 27. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/medel/stranka/stredousni-implantaty>.

Česká školní inspekce. *Vzdělávání dětí a žáků se sluchovým postižením.* [Online] 2017. [Citace: 29. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.csicr.cz/cz/Dokumenty/Tematicke-zpravy/Tematicka-zprava-Vzdelavani-deti-a-zaku-se-sluchov>.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-1132-X.

FRANCLOVÁ, Marta, Zdeněk, MARTÍNEK a Miroslav, PROCHÁZKA. *Prevence sociálně patologických jevů v MŠ.* [Online] 2014. [Citace: 7. 1. 2018]. Dostupné z: http://podpora-ms.pf.jcu.cz/opory/KA1.8_Patologie.pdf.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie.* Praha: Portál, 2012. ISBN 8978-80-262-0084-0.

HRABAL, Vladimír. *Sociální psychologie pro učitele: vybraná témata.* Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0436-1.

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

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

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska.* 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

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

LABÁTH, Vladimír. *Riziková mládež: možnosti potenciálních změn.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-66-4.

LESKOVJANSKÁ, Gabriela. Poruchy chování u dětí předškolního věku. *Informatorium* 3-8. 2010. 4. ISSN 1210-7506.

LHOTOVÁ, Marie a kolektiv. *Arteterapie ve speciálním vzdělávání I.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013. ISBN 978-80-7394-414-8.

LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. *Kombinované vady.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

LUKASOVÁ, Elizabeth. *Logoterapie ve výchově.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-180-0.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.

Nemocnice Pardubického kraje. *Informace o sluchadlech.* [Online] 2015. [Citace: 29. 1. 2018]. Dostupné z: <http://svitavy.nempk.cz/informace-o-sluchadlech>.

NOSKOVÁ, Milena. *Produkce řeči u zdravého dítěte a u dítěte prelingválně neslyšícího po kochleární implantaci.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013. ISBN 978-80-7394-439-1.

PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav, ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kolektiv. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

POTMĚŠIL, Miloň. *Sluchové postižení a sebereflexe.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1300-0.

PTÁČEK, Radek. *Poruchy v dětském věku.* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-81-4.

RENOTIÉROVÁ, Marie, Libuše, LUDÍKOVÁ a kolektiv. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, Pavel a Dana, KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SKÁLOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. ISBN 978-80-7435-628.

ŠEDIVÁ, Zoja. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2.

ÚSIZ. *Poruchy duševní a poruchy chování*. [Online] 2014. [Citace: 12. 1. 2018].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, Milan a kolektiv. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VÍTKOVÁ, Marie a kolektiv. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD, s. r. o., 2004. ISBN 80-86633-22-5.

VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5159-1.

World Health Organization. *Grades of hearing impairment*. [Online] 2004. [Citace: 17. 11. 2017.] Dostupné z:
http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Anatomie sluchového ústrojí (Čihák, 2004).....	10
Obrázek 2: Středoušní implantát (AusioNIKA, 2017)	22

Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace sluchových vad (WHO, 2004).....	13
--	----

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho užitím	67
Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor	68

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho užitím

Žádám Vás o souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu ve formě audio nahrávky rozhovoru a následné analýzy výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu pro účely bakalářské práce na téma „Role pedagoga v adaptivním procesu dětí se sluchovým postižením v prostředí mateřské školy“. Jejím cílem je prozkoumat proces socializace dítěte se sluchovým postižením v prostředí mateřské školy s důrazem na prevenci rizikového chování.

Zvukový záznam bude k dispozici pouze výzkumnici. Doslovný přepis bude anonymizován tak, aby byla zaručena anonymita účastníků rozhovoru i institucí zajišťující předškolní vzdělávání. Proto budou změněna všechna jména osob a míst. Doslovné citace částí anonymizovaného doslovného přepisu mohou být použity v bakalářské práci.

Opatření týkající se etiky výzkumu, která zajišťují bezpečí informantů:

- účastník výzkumu má právo neodpovídat na obtížné téma, ke kterému se nechce vyjadřovat
- účastník může kdykoli zrušit svou účast na výzkumu a ukončit spolupráci s výzkumníci
- po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu, tzn., že výzkumnice má právo vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je (jména účastníků výzkumu a institucí)
- výzkumnice se zavazuje k mlčenlivosti ohledně osobních údajů účastníků výzkumu
- účastník výzkumu se zavazuje k souhlasu s použitím materiálů v bakalářské práci

Dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

V případě jakýchkoli dotazů se obraťte přímo na výzkumnici.

E-mail: anet.hru@gmail.com

Jméno výzkumnice: Aneta Hrušková

Tel.: +420 608 558 581

Podpis výzkumnice:

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor

ZVO: Jaké způsoby prevence rizikového chování využívají mateřské školy vzdělávající děti se sluchovým postižením?

SVO1: Jak probíhá proces socializace dítěte se sluchovým postižením (dále jen SP) do prostředí mateřské školy?

- **TO1:** Zkuste popsat průběh adaptačního procesu dítěte se SP s důrazem na proces začleňování dítěte do společenství vrstevníků.
- **TO2:** Jaký je Váš přístup k dětem? Jako pedagog jste jedním ze „socializátorů“ dítěte, a máte tak významný vliv na jeho socializaci – jakou roli vůči dítěti se SP zaujímáte?
- **TO3:** Na co podle Vás kláste důraz při saturaci specifických potřeb dětí se SP, aby byla jejich socializace úspěšná?
- **TO4:** Socializace je mimo jiné založena na sociálním sankcionování – může být dle Vašeho názoru systém odměn a trestů pro děti se SP přínosem? Pokud ano, jaké varianty odměn a trestů využíváte?

SVO2: Jak je vnímána prevence rizikového chování z hlediska emocionální oblasti dítěte se SP?

- **TO5:** Při jakých příležitostech má dítě se SP možnost vyjadřovat a pojmenovávat své pozitivní i negativní pocity a zkušenosti a vyrovnávat se s nimi? Jak často?
- **TO6:** Jakým způsobem vedete dítě se SP k sebekontrolě v oblasti emocí?
- **TO7:** Máte ve třídě stanovené tzv. „únikové místo“, kde může být dítě o samotě a cítit se bezpečně? Pokud ano, co je tím místem?
- **TO8:** Co je podle Vás potřeba k budování příznivých vztahů mezi dětmi navzájem a mezi dítětem se SP a dospělými?

SVO3: Jak je vnímána prevence rizikového chování z hlediska behaviorální oblasti dítěte se SP?

- **TO9:** Jaká pravidla jsou nastavená ve společenství třídy?
- **TO10:** Jakým způsobem jsou pravidla utvářena? Podílí se děti na jejich tvorbě?
- **TO11:** Jakým způsobem jsou pravidla zpracována, interpretována a kde jsou umístěna?
- **TO12:** v čem se podle Vás liší pravidla pro děti se SP? Na co je nutné dbát při jejich tvorbě?
- **TO13:** Jsou pravidla třídy sdílena s rodinou? Pokud ano, jakým způsobem?
- **TO14:** Zkuste popsat postup řešení konfliktů zapříčiněných rizikovým chováním.

SVO4: v čem spočívá rozdílnost prevence rizikového chování u dětí se sluchovým postižením ve Vaší mateřské škole v porovnání s jinými?

- **TO15:** Využíváte pro prevenci rizikového chování prvky arteterapie? Pokud ano, jaké?
- **TO16:** Využíváte jiné prostředky terapií? Pokud ano, o jaké terapie se jedná?
- **TO17:** Jaké způsoby prevence rizikového chování považujete za nejeftektivnější?

Doplňující otázka: Je ještě něco, co byste k tomuto tématu chtěla říci?