



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

Psychomotorický vývoj dětí předškolního věku se sluchovým postižením

Vypracovala: Kotková Markéta

Vedoucí práce: Mgr. Maria Tobias Samohejlová

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Psychomotorický vývoj dětí předškolního věku se sluchovým postižením* 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 dne 15. dubna 2021

Kotková Markéta

Poděkování:

Děkuji především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Marii Tobias Samohejlové za čas, který mi věnovala po dobu psaní, vstřícnost, připomínky, trpělivost a ochotu při konzultacích. Dále bych velice ráda poděkovala paní učitelce a fyzioterapeutce z mateřské školy, do které jsem docházela, za jejich ochotu a čas při mých návštěvách.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem psychomotorického vývoje dětí předškolního věku se sluchovým postižením. Pro cíle bakalářské práce byly vybrány tři děti se sluchovým postižením. Na základě pozorování v mateřské škole, rozhovoru s fyzioterapeutkou, speciální pedagožkou a analýzou přečtených dokumentů, byl v designu případové studie detailně popsán jejich psychomotorický vývoj. Blíže popisuje, v jaké oblasti psychomotorického vývoje mají děti se sluchovým postižením obtíže.

Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část přibližuje základní okruhy týkající se sluchového postižení, popisuje dítě v předškolním věku a specifikuje vývoj dítěte se sluchovým postižením. Hlavní myšlenkou této části je přiblížit čtenáři problematiku sluchového postižení.

Empirická část se zabývá psychomotorickým vývojem tří dětí se sluchovým postižením předškolního věku, které navštěvují mateřskou školu pro sluchově postižené. Jsou zde popsány složky psychomotorického vývoje každého z těchto dětí a doporučený návrh pro zlepšení nedostatků v určité oslabené oblasti.

Klíčová slova

sluchové postižení; psychomotorický vývoj; mateřská škola

Abstract

This bachelor thesis analyzes the issue of psychomotor development of preschool children with hearing impairment. Particularly, the sample consists of three children with hearing impairment. Consequently, the objective of this thesis is predominantly based on the observations within the kindergarten environment, as well as on qualitative interviews with a physiotherapist and pedagogues followed by the analysis of documents. Furthermore, a detailed empirical research was conducted in order to qualitatively describe psychomotor development of preschool children with hearing impairments.

The thesis has been divided into theoretical and empirical parts. Firstly, the theoretical part introduces the basic areas related to hearing impairment, describes the child in preschool age, and specifies the development of a child with hearing impairment, as the main objective is to increase the readers' eagerness and knowledge regarding this topic. Secondly, the empirical part focuses on the psychomotor development of children with hearing impairment, more specifically the three sampled children. Finally, the thesis concludes with summarized components of psychomotor developments regarding each sampled individual, followed by a recommended improvement-focused proposal with a reference to the current insufficiency within certain weakened areas of this issue.

Keywords

hearing impairment; psychomotor development; preschool development

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	9
1 Úvod do problematiky.....	9
1.1 Anatomie a fyziologie ucha	9
1.2 Terminologie sluchového postižení	12
1.3 Klasifikace sluchového postižení.....	13
1.3.1 Klasifikace podle velikosti ztráty sluchu	13
1.3.2 Klasifikace sluchového postižení podle místa	15
1.3.3 Klasifikace podle doby vzniku	15
1.4 Etiologie sluchového postižení.....	16
1.5 Korekce sluchových vad	17
1.5.1 Sluchadla	18
1.5.2 Kochleární implantát.....	19
2 Dítě v předškolním věku.....	20
2.1 Psychomotorický vývoj.....	20
2.2 Vývoj sluchového vnímání a základů řeči.....	23
3 Dítě se sluchovým postižením.....	25
3.1 Specifika ontogenetického a psychického vývoje dítěte se sluchovým postižením od narození do předškolního věku.....	25
3.2 Rozvoj řeči u dětí se sluchovým postižením.....	28
3.3 Způsoby komunikace dětí se sluchovým postižením	29
3.4 Vzdělávání dítěte se sluchovým postižením v mateřské škole	31
3.4.1 Mateřské školy pro sluchově postižené	31
3.4.2 Mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu	32
3.5 Systém poradenství pro jedince se sluchovým postižením	32
3.5.1 Raná intervence (raná péče)	32
3.5.2 Speciálně pedagogická centra	33
Praktická část	35
4 Psychomotorický vývoj dětí předškolního věku se sluchovým postižením	35

4.1	Výzkumné téma a cíle práce	35
4.2	Metodika výzkumné práce	35
4.3	Etická stránka výzkumného šetření.....	36
4.4	Proces sběru dat a charakteristika zkoumaného vzorku	36
4.5	Analýza získaných dat.....	38
4.5.1	Případová studie č. 1	38
4.5.2	Případová studie č. 2	46
4.5.3	Případová studie č. 3	52
4.6	Výsledky případových studií.....	58
	Diskuze	59
	Závěr.....	62
	Seznam použité literatury	64
	Seznam příloh.....	69
	Seznam obrázků	70
	Seznam zkratk	71

Úvod

Podnětem ke zvolení tématu „*Psychomotorický vývoj dětí v předškolním věku se sluchovým postižením*“ bylo mé studium a především setkání s neslyšícím dítětem na mé praxi na zahraniční stáži. Během detailnějšího poznávání problematiky těchto dětí jsem pociťovala potřebu do tohoto tématu více proniknout. V budoucnu bych se ráda věnovala této cílové skupině, a také proto jsem se rozhodla zaměřit se na toto téma. Pro jedince, kteří pracují s dětmi se sluchovým postižením, je nezbytně nutné znát a uvědomovat si možnosti dětí a správným směrem je podněcovat ke zdravému rozvoji.

Během psaní a studování odborné literatury týkající se sluchového postižení u dětí, jsem došla k závěru, že bude přínosnější se zaměřit pouze na děti se sluchovým postižením bez komparace výsledků s dětmi bez tohoto postižení.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je přiblížena problematika sluchového postižení u dětí v předškolním věku.

První kapitola se zabývá sluchovým postižením jako takovým. Jeho terminologií, klasifikací, etiologií a jaké jsou možnosti korekce sluchových vad. Druhá kapitola popisuje dítě v předškolním věku a třetí kapitola představuje specifika vývoje dítěte se sluchovým postižením. Jak se u těchto dětí rozvíjí řeč, jakými způsoby je možné s dětmi komunikovat, jaké jsou možnosti při předškolním vzdělávání a v neposlední řadě je zde také zmíněno poradenství pro tuto cílovou skupinu.

Praktická část je věnována samotnému výzkumu s cílem detailně popsat psychomotorický vývoj třech dětí v designu případové studie. Nejprve bude popsáno téma a cíle práce, její metodologie a etické hledisko. Dále budou následovat analýzy získaných dat u každého dítěte a jejich výsledné shrnutí. Závěr bakalářské práce bude vymezen pro diskuzi a komparaci získaných informací s odbornou literaturou a návrh na kompenzaci v oslabených oblastech.

V bakalářské práci lze zaznamenat, jak důležitá je včasná diagnóza a brzké řešení kompenzačních pomůcek, aby mohlo dítě správně prospívat.

Teoretická část

1 Úvod do problematiky

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

Kellerová H.

Sluch je smyslem, pomocí kterého můžeme být v interakci s ostatními lidmi a je zvláště důležitý pro vznik a rozvoj řečové komunikace (Pokorný in Kittnar, 2011). Jak uvádí Nosková (2013) důležitou roli hraje sluch při orientaci v okolním světě, umožňuje mozku správné hodnocení signálů z jiných smyslů a orgánů a v neposlední řadě je předpokladem pro rozvoj abstraktního myšlení. Na kvalitu života postiženého jedince má značný dopad jakákoliv jeho závažná porucha či vada.

Podle Slowíka (2016, s. 73) *„mají lidé s vrozenou sluchovou vadou velmi dobře rozvinuté kompenzační schopnosti, ale i přesto se vada odráží v jejich životě.“*

Sluchová vada dle Slowíka (2016, s. 73) totiž vytváří:

- komunikační bariéru (schopnost porozumění ostatním je značně omezená)
- deficit v orientačních schopnostech (jedinec nemůže sluchem doplnit zrakovou orientaci)
- psychickou zátěž („uvěznění v tichu“)
- omezení sítě sociálních vztahů (z důvodů problémů v komunikaci)
- negativní vliv na vývoj myšlení (vnitřní řeč, která je velmi důležitá pro rozvoj myšlení, se u jedinců s vrozenou sluchovou vadou prakticky nevyvíjí)

1.1 Anatomie a fyziologie ucha

Abychom se mohli v práci zabývat sluchovými vadami, příčinami vzniku i jejich dopadem, je nezbytné znát také anatomii a fyziologii sluchového analyzátoru.

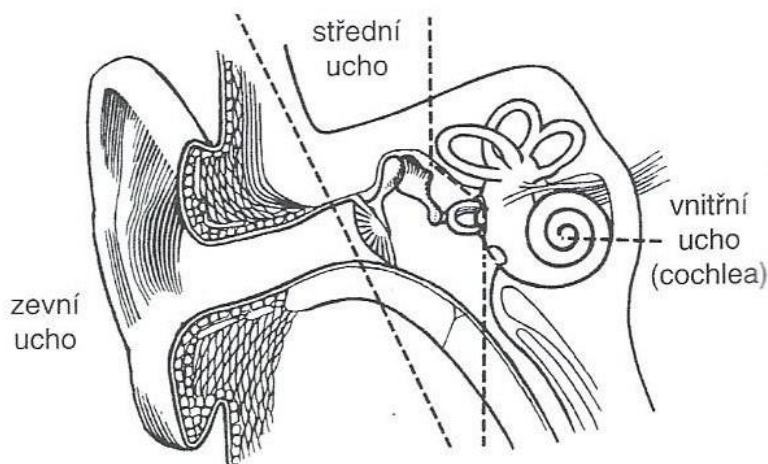
Anatomie ucha

Lidské ucho je tvořeno třemi vývojově a funkčně odlišnými částmi, které slouží k zachycení, mechanickému převodu, digitalizaci a transmisi zvukových vln do centrální nervové soustavy (Horáková, 2012).

Pomocí ucha dokážeme nejen vnímat a uvědomovat si zvuky přicházející z okolí, ale také vnímat pocit rovnováhy. Dále nesmíme zapomenout, že funkcí sluchového orgánu je správný vývoj řeči jedince, která je nezbytně nutná pro rozvoj myšlení (Horáková, 2012).

Sluchový orgán se anatomicky dělí na tři části – *vnější ucho*, *střední ucho* a *vnitřní ucho* (Horáková, 2012).

Obr. 1: Periferní sluchový orgán



Zdroj: Škodová & Jedlička, 2007, s. 444

1. Vnější ucho

Vnější ucho se skládá z boltce a vnějšího zvukovodu, který je zakončený bubínkem.

- *Boltec* – chrupavčitý útvar umístěn ve spánkové oblasti hlavy (Horáková, 2012). V momentě absence boltce nastává problém v oblasti směrového myšlení, které je významné při sluchové orientaci v prostředí (Souralová & Langer in Renotiérová & Ludíková, 2006) .
- *Vnější zvukovod* je esovitě zahnutá trubice oválného průřezu, umožňující přenos akustických vln k bubínku, který vytváří hranici mezi vnějším a středním uchem (Nosková, 2013).

2. Střední ucho

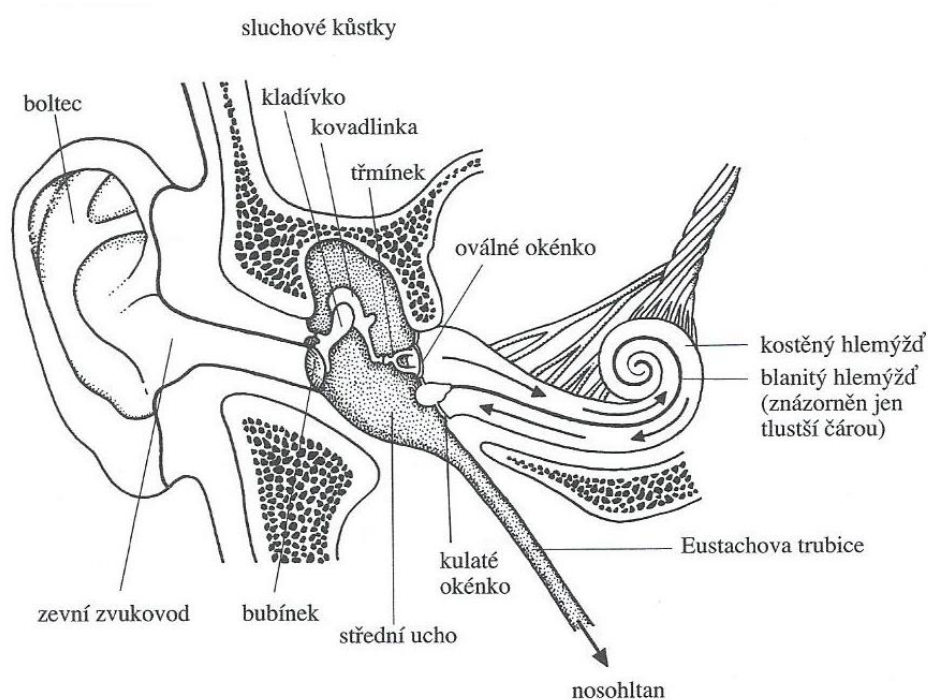
Střední ucho se nachází ve skalní kosti a je tvořeno třemi sluchovými kůstkami: *kladívkem*, které je zčásti přímo přirostlé na bubínek, *kovadlinkou* a *třmínkem*. S nosohltanem je propojeno Eustachovou trubicí, která plní funkci při vyrovnávání tlaku vzduchu v bubínkové dutině s tlakem vzduchu ve vnějším prostředí (Souralová & Langer in Renotiérová & Ludíková, 2006).

3. Vnitřní ucho

Vnitřní ucho je uloženo ve skalní kosti a dělí se na dvě části – vestibulární a sluchovou.

- *Vestibulární část* – slouží k vnímání polohy a změny polohy (Souralová & Langer in Renotiérová & Ludíková, 2006).
- *Sluchová část* – slouží k přeměně akustického vlnění na nervové vzruchy. Sluchovou část vytváří kostěný a blanitý hlemýžď. Hruška, Novotný (2010, s. 153) popisují blanitý hlemýžď jako „*vazivovou, slepě uzavřenou trubičku stočenou do tvaru ulity (2,5 závitů), vyplněnou tekutinou - endolymfou.*“ V blanitém hlemýždi se nachází vlastní receptory zvukových vln – vláskové buňky, které jsou uloženy v Cortiho orgánu polohy (Souralová & Langer in Renotiérová & Ludíková, 2006).

Obr. 2: Sluchové ústrojí



Zdroj: Novotný & Hruška, 2010, s. 152

Fyziologie ucha

Vzduchem se zvuk šíří jako zvuková vlna vnějším zvukovodem směrem k bubínku. Bubínek kopíruje svými kmity kmitání vzduchu a jeho pohyb se přenáší přes středoušní kůstky na oválné okénko vnitřního ucha. Pro správný přenos energie zvukového vlnění je podmínkou volný zevní zvukovod a vzdušné středouší, které umožňuje volný pohyb sluchových kůstek. Vlna vznikající v perilymfě pohybem oválného okénka, postupuje podél blanitého hlemýždě přes jeho vrchol zpátky k okrouhlému okénku. Okrouhlé okénko vykoná pohyb v opačném směru než oválné okénko ve smyslu ke středoušní dutině. Zvuková vlna, která postupuje perilymfou, podráždí blanitý hlemýžď a pohybem tektoriální membrány nastane podráždění vláskových buněk, na kterých vzniká nervový potenciál. Nervový potenciál se dále šíří sluchovým nervem a sluchovou dráhou až do sluchové kůry. V momentě, kdy vzruch dorazí do sluchové kůry, jsme schopni diferencovat kvalitu a význam zvuku a následně dekodovat řeč (Jedlička in Škodová & Jedlička a kol., 2007).

1.2 Terminologie sluchového postižení

Termín sluchově postižení je označení velmi různorodé skupiny osob, kterou diferencujeme především dle stupně a typu sluchového postižení. Týká se základní kategorie osob, představujících různorodou kvalitou. Jedná se o osoby neslyšící, nedoslýchavé a osoby ohluchlé. Struktura každé této kategorie je limitována dalšími faktory, především kvalitou a kvantitou sluchového postižení, věkem, kdy k postižení došlo, mentální dispozicí jedince, poskytovanou péčí a případně dalším přidruženým postižením (Horáková, 2012). Slowík (2016, s. 74) definuje sluchové **postižení** jako „*následek organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch*“.

V literatuře se můžeme setkat s termíny vada a porucha sluchu. Mezi nimi je značný rozdíl. **Porucha sluchu** je charakterizována *onemocněním sluchového orgánu různé etiologie. Nezpůsobuje úplnou hluchotu, hlavním příznakem je nedoslýchavost různého stupně. Porucha sluchu je reverzibilní a reparaibilní, což znamená, že se jedná o stav přechodný a po odstranění příčiny dochází k nápravě, sluch je opět v normě. Vada*

sluchu je naopak charakteristická ireparabilitou a ireverzibilitou, jedná se tedy o stav trvalý. Sluchová vada již může dosahovat i stupňů praktické či úplné hluchoty“ (Hampl, 2013, s. 28). Nosková (2013) se shoduje s Hamplem (2013) a vysvětluje **sluchovou vadu** jako „stav, ve kterém je snížena kvalita i kvantita funkce sluchového orgánu. Jedná se o stav trvalý, není možné jej zlepšit léčbou“. Jakékoliv sociální důsledky, které s sebou sluchová vada přináší, označuje Nosková (2013) jako **sluchové postižení**.

1.3 Klasifikace sluchového postižení

Pro správnou terminologii je důležité se seznámit s odlišným pojmenování osob se sluchovým postižením, které je následující:

- Nedoslýchaví – jedinci, kteří mají zachované zbytky sluchu a lze je za pomoci sluchové protetiky využít v komunikaci (Hampl, 2013).
- neslyšící – termín neslyšící popisuje Valenta (2015, s. 107) jako „označení pro jedince, jehož sluchová ztráta i při kompenzaci technickými pomůckami neumožňuje rozumět lidské řeči, a který je tak při příjmu informací odkázán na jiné způsoby komunikace“.
- Neslyšící (velké „N“) – kulturní a jazyková menšina, se kterou se ztotožňují lidé, kteří nechtějí být zařazováni mezi sluchově postižené. Ke komunikaci využívají vlastní jazyk (znakový jazyk) (Horáková, 2012).
- Ohluchlí – osoby se sluchovou ztrátou, ke které došlo v době ukončování rozvoje mluvené řeči nebo až po ukončení základního vývoje mluvené řeči (Hampl, 2013).

1.3.1 Klasifikace podle velikosti ztráty sluchu

V literatuře se nejčastěji setkáme s klasifikací podle velikosti ztráty sluchu od docenta Lejsky a od Světové zdravotnické organizace (dále již WHO), které se od sebe ve svých hodnotách liší. Vyšetření ztráty sluchu se provádí pomocí audiometrie a velikost ztráty sluchu se uvádí v decibelech (Horáková, 2012).

Horáková (2013) popisuje normální sluch jako schopnost jedince slyšet tikot hodinek, šumění listů nebo porozumět šeptané řeči. Lehká až středně těžká nedoslýchavost přináší komunikační problémy v hlučném prostředí. V případě těžké až velmi těžké nedoslýchavosti jedinec bez správně zvolených kompenzačních pomůcek jen velmi těžko, nebo dokonce vůbec, reaguje na mluvenou řeč, zvuky vysavače, hudbu

z reproduktoru apod. Hamppl (2013, s. 32) popisuje praktickou a úplnou hluchotu jako „stav, kdy u jedince se sluchovým postižením existují zbytky sluchu, jsou však tak malé, že je nelze, ani za použití adekvátní sluchové protetiky využít v procesu budování mluvené řeči. Úplná hluchota je charakteristická tím, že u jedince s tímto stupněm sluchové vady nedojde ani při nejsilnějším zvukovém podnětu ke sluchovému vjemu.“

Tab. 1: Klasifikace sluchových vad podle WHO

Název kategorie	Velikost ztráty sluchu
Normální sluch	0 -25 dB
Lehké poškození sluchu	26-40 dB
Střední poškození sluchu	41-60 dB
Těžké poškození sluchu	61-80 dB
Velmi těžké poškození sluchu	81 dB a více

Zdroj: WHO (WHO [online])

Tab. 2: Klasifikace sluchových vad dle docenta Lejsky

Název kategorie	Velikost ztráty sluchu
Normální stav sluchu	0 - 20 dB
Lehká nedoslýchavost	20 - 40 dB
Středně těžká nedoslýchavost	40 - 60 dB
Těžká nedoslýchavost	60 - 80 dB
Velmi těžká nedoslýchavost	80 - 90 dB
Hluchota komunikační (praktická)	90 dB a více
Hluchota úplná (totální)	Bez audiometrické odpovědi

Zdroj: Lejska, 2003, s. 36

1.3.2 Klasifikace sluchového postižení podle místa

Toto hledisko lokalizace rozděluje vady sluchu na „dvě základní skupiny – centrální nedoslýchavost či hluchotu a periferní nedoslýchavost či hluchotu“ (Horáková, 2012, s. 12). Při **centrální** nedoslýchavosti či hluchotě „se jedná o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku“ vysvětluje Horáková (2012, s. 14). Podle Slowíka (2016, s. 76) vady a poruchy centrální části „postihují sluchový nerv, respektive mozková centra ve spánkovém laloku (Wernickovo sensorické centrum sluchu a Brocovo motorické centrum řeči)“. **Periferní** nedoslýchavost či hluchotu dále dělí Horáková (2012) a také Hampl (2013) na *převodní (konduktivní)*, *percepční (senzorieurální)* a *smíšenou (mixta)*.

- *Převodní (konduktivní)* – vzniká při poškození v oblasti zevního a středního ucha až po oválné okénko a jedná se tzv. poruchy kvantity slyšení. Dají se řešit operativně či pomocí medikamentů. Mezi nejčastější příčiny lze zařadit mazovou zátku ve zvukovodu, vrozené vývojové vady týkající se nevyvinutí zevního zvukovodu nebo ušního boltce, cizí těleso ve zvukovodu, zánět zvukovodu či bubínku a také chronické záněty středního ucha apod (Hampl, 2013). Horáková (2012) doplňuje, že jsou sluchové buňky u tohoto typu vady v pořádku, ale nejsou drážděny zvukem z důvodu překážky ve středouší.
- *Percepční (senzorieurální)* – vzniká při poškození v oblasti vnitřního ucha. „Jsou typické poruchou kvantity i kvality slyšení a mohou vést k úplné hluchotě“ (Souralová, 2005, s. 12). Lidé s percepční vadou mají problémy v oblasti percepcce (vnímání) zvuků. Většinou hůře vnímají vysoké tóny, čímž se objevují nedostatky při porozumění mluvené řeči. Oproti převodním vadám jsou nevratné. (Hampl, 2013). Horáková (2012, s. 14) dále zmiňuje, že „je percepčních poruch mnohem více než převodních a představují závažnější problém diagnostický i léčebný“. Hampl (2013) uvádí mezi nejčastější příčiny stařeckou nedoslýchavost (presbyakuzi).
- *Smíšená (mixta)* – vzniká kombinací vad převodních a percepčních (Hampl, 2013).

1.3.3 Klasifikace podle doby vzniku

Z důvodu vhodné volby rehabilitace sluchu a řeči je pro nás důležité, zda je sluchová vada vrozená, či získaná (Nosková, 2013). Horáková (2012) s Noskovou (2013) rozdělují sluchové vady na dvě základní skupiny: *vrozené a získané*.

Vrozené vady sluchu – dítě se s vadou narodí. Sluchová vada mohla být zděděná, získaná v prenatalním období nebo mohly vzniknout komplikace během porodu (tzv. perinatální období) či těsně po porodu (období postnatální) (Nosková, 2013). Vrozené vady sluchu dále dělí Horáková (2012) následovně:

- *Geneticky podmíněné sluchové vady* – z 80-90 % jsou způsobeny autozomálně recesivní formou onemocnění. Již je známo přibližně 30 genů, které jsou odpovědné za autozomálně recesivní nesyndromickou ztrátu sluchu. Sluchová vada se může vyskytovat současně s jinými vadami v syndromech – např. Usherův syndrom (způsobuje postižení zraku i sluchu zároveň) a Pendredův syndrom (postižený sluch, štítná žláza a další) (Horáková, 2012).
- *Kongenitálně získané sluchové vady* – z časového hlediska je můžeme dále dělit na prenatalní a perinatální. Prenatální vznikají během těhotenství, kdy na plod působí negativní vlivy, zejména v 1. trimestru. Za negativní vlivy považujeme např. onemocnění matky toxoplazmózou, léčba matky antibiotiky s ototoxickými účinky, RTG záření apod. Vady perinatální vznikají během porodu či bezprostředně po něm (např. protahovaný porod, asfyxie, nízká porodní hmotnost...) (Horáková, 2012).

Získané vady sluchu – získané vady sluchu lze dále rozdělit na prelingvální a postlingvální. Získaná vada, která vznikla ještě před ukončením vývoje řeči je označována jako prelingvální (Hampl, 2013). Říčan (1997, s. 97) dodává, že „*prelingválně získaná sluchová vada představuje sluchovou deprivaci, na základě které dochází k nerovnoměrnému rozvoji vrozených inteligenčních předpokladů zejména ve verbální oblasti*“. Vada vzniklá po ukončení vývoje řeči jako vada postlingvální (Nosková, 2013). Horáková (2012) uvádí, že k fixaci řeči dochází přibližně do 6. roku věku dítěte. Hampl (2013, s. 32–33) dodává, že je tato klasifikace „*pro výchovně vzdělávací působení stěžejní, neboť doba vzniku sluchové vady v kombinaci s jejím stupněm významně determinuje volbu pedagogických postupů, metod, způsobů rehabilitace sluchu a řeči a je stěžejní také při volbě vhodného komunikačního stylu*“.

1.4 Etiologie sluchového postižení

„*Etiologie sluchových postižení je velmi pestrá a není možno podat úplný výčet příčin vzniku sluchových postižení. Ve velkém počtu případů můžeme na pravděpodobnou*

příčinu pouze usuzovat. Všeobecně se v odborné literatuře uvádí, že asi v 25 % případů sluchových postižení zůstává jejich skutečná příčina neobjasněna“ (Strnadová, 2002, s. 18). Dle Suralové (2002) je pro speciálního pedagoga znalost etiologie sluchového postižení velmi podstatná při zajištění potřebného individuálního režimu dítěte. Příčiny rozděluje Hampl (2013) na *endogenní (vnitřní)* a *exogenní (vnější)*. U **endogenních příčin** má dle Hampla (2013) významnou roli dědičnost a jsou přítomny ještě před početím dítěte v genetickém kódu (Strnadová, 2002). Hampl (2013) udává, že 75–80 % dědičných hluchot vzniká na podkladě autozomálně recesivní dědičnosti, tzn., že matka i otec jsou nositelé recesivního genu, avšak nemají žádné postižení. **Exogenní příčiny** se dále dělí na fyzikální, chemické a biologické, které působí v prenatálním, perinatálním či postnatálním období (Hampl, 2013).

1.5 Korekce sluchových vad

Sluchová vada určitého stupně způsobuje u jedince komunikační bariéru. V případě, že není sluchová vada kompenzována, způsobuje problémy ve společenské, profesní i rodinné oblasti a negativně tím ovlivňuje život jedince. Existuje spousta kompenzačních pomůcek, které pomáhají překonat komunikační bariéru a tím pozitivně ovlivnit život člověka se sluchovou vadou (Jedlička in Škodová & Jedlička, 2007).

Podle Havlíka (2007, s. 7) „*patří korekce sluchových vad u dětí v oblasti sluchadlové protetiky k nejobtížnějším a měla by spadat do kompetence jen špičkových odborníků ve specializovaných centrech*“.

Při korekci sluchových vad je velmi důležité začít s korekcí co nejdříve, tzn. ihned po diagnostice. Pokud se jedná o vrozenou vadu, s korekcí je nutné začít během prvního roku života. U dětí se zásadně nasazují sluchadla na obě uši. Odpovědnost za korekci má lékař-foniatr. Jakmile dítěti přidělí sluchadla, jeho povinností je také zajistit odbornou rehabilitační péči, tedy edukaci řeči a sluchu, kterou se zabývá klinický logoped. Do foniatrické péče o sluchově postižené dítě patří také pravidelné kontroly s vyšetřováním prahu sluchu, posouzení efektu sluchadel, jejich nastavení a výroba ušních tvarovek (Jedlička in Škodová & Jedlička, 2007).

1.5.1 Sluchadla

Jedná se o miniaturní elektroakustický přístroj, jehož princip můžeme popsat jako speciální zesilovač zvukového vjemu (Horáková, 2012).

Dělení sluchadel je různé. Havlík (2007) používá následující nejčastější rozdělení:

1. Dle způsobu zpracování akustického signálu – sluchadla analogová a digitální.

Princip analogových sluchadel je zachycení zvuku mikrofonem a následný převod do formy elektrického proudu, který je dále zpracován v zesilovači a následně veden do reproduktoru, ve kterém je elektrický signál zpětně přeměněn do podoby zvuku. V dnešní době už některé firmy výrobu těchto typů sluchadel ukončily a zaměřují se na rozvoj sluchadel digitálních (Horáková, 2012).

Princip digitálních sluchadel je převod analogového zvuku na zvuk digitální a zpět. Zvukový signál se převede pomocí analogově-digitálním převodníkem na binární kód (kombinace čísel), který se dále zpracovává v mikroprocesoru pomocí komplikovaného algoritmu. Následně se digitálně-analogovým převodníkem převede digitální signál zpět na signál analogový, který je veden do reproduktoru (Kašpar, c2008).

2. Dle charakteru přenosu zvuku – vzduchem nebo kostí.

U sluchadel, která přenáší zvuk vzduchem, je akustická energie reproduktorem předána tvarovkou do zvukovodu. Následně se rozkmitá bubínek a energie je dále vedena přes středoušní kůstky až do vnitřního ucha. Tento princip využíváme u všech modelů závěsných a nitroušních sluchadel. U sluchadel brýlových a kapesních závisí na jejich provedení (Horáková, 2012).

Sluchadla tohoto typu fungují tak, že elektrického signálu vycházející ze zesilovače je převeden do vibrátoru. U těchto typů sluchadel je vibrátor umístěn na spánkové kosti, která vede vibrace do vnitřního ucha. Způsob kostního vedení zvuku využívají sluchadla brýlová i kapesní (Horáková, 2012).

Vedle vzdušného a kostního vedení zvuku, které jsme popsali výše, existuje ještě speciální typ sluchadla zvané BAHA sluchadlo (Bone Anchored Hearing Aid), které funguje na principu kostního přenosu zvuku. Ve spánkové kosti je zapuštěný titanový čep, který umožňuje přenos zvuku. Přenos vibrací není tlumen kůží, jak tomu bývá při

použití klasického vibrátoru, z toho důvodu je poslech srozumitelnější a čistší (Horáková, 2012).

3. Dle tvaru

Závěsná sluchadla

Závěsná sluchadla mají základní součástky umístěny v pouzdře, které se nosí za uchem. Pouzdro je zakončené ušní tvarovkou, která je pro každého individuálně vyrobena. Pomocí tvarovky je zvuk veden do zvukovodu (Jedlička in Škodová & Jedlička, 2007).

Zvukovodová (nitroušní) sluchadla

Podle toho, kam se sluchadla vkládají, se označují jako sluchadla boltcová, zvukovodová a kanálová. Jsou složitější na údržbu a ovládání. Tento typ sluchadel se nedoporučuje dětem do 18 let z důvodu rostoucímu zvukovodu (Horáková, 2012; Škodová & Jedlička, 2007).

Kapesní sluchadla

Tento typ sluchadel má podobu krabičky, která obsahuje mikrofon a zesilovač. Mimo krabičku je potom sluchátko na ohebném kablíku, které je zakončeno koncovkou, jež je individuálně vytvořena podle otisku zvukovodu a boltce. Kapesní sluchadla jsou přidělována dětem do 1-2 let a výjimečně starým pacientům, pro které je používání menších sluchadel příliš obtížné (Jedlička in Škodová & Jedlička, 2007).

Brýlová sluchadla

Jak bylo již zmíněno, jedná se hlavně o sluchadla kostní, u kterých je vibrátor umístěn do zakončení brýlového raménka za uchem. Tento typ sluchadel pro vzdušné vedení se již téměř na trhu nevyskytuje (Horáková, 2012).

1.5.2 Kochleární implantát

Pokud je ztráta sluchu větší než 90 dB, je znemožněno porozumění řeči, a to i při aplikaci moderních digitálních sluchadel. V momentě, kdy je zachována sluchová nervová dráha, lze komunikaci řeči rozvinout či obnovit pomocí elektrické stimulace nervových vláken (Skřivan et al., 2015). Jedná se o speciální elektronickou funkční smyslovou protézu, která je určena lidem s těžkým sluchovým postižením, nebo zcela neslyšícím. U dětí se jedná o prelingválně neslyšící děti, které se narodily s oboustranným těžkým postižením

sluchu, tzn. do 6. roku věku dítěte. Pro implantaci je základní podmínkou neporušený sluchový nerv (Horáková, 2012). Tichý (2009, s. 198) uvádí, že *„činnost je založena na zcela jiných principech než činnost sluchadel. Zatímco sluchadla zvuk zesilují a tím kompenzují ztrátu citlivosti vnitřního ucha, kochleární implantáty zvuk sejmутý mikrofonom analyzují a přetvářejí na sled elektrických impulsů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu. Tím se v nervových vláknech vytvářejí vzruchy, které jsou ve sluchových centrech vyhodnoceny jako zvuk“*.

Implantát se skládá ze dvou částí – vnější a vnitřní.

Vnitřní část obsahuje přijímač a svazek 22 elektrod implantovaných přímo do hlemýždě vnitřního ucha (Horáková, 2012).

Vnější část se skládá z mikrofону, zvukového (řečového) procesoru a vysílací cívky. Z okolního prostředí je zvuk zachycen mikrofonom, který jej dále odešle do procesoru. V procesoru se zvuk analyzuje a zpracovává do kódovaných signálů, které pošle vysílací cívku do přijímače (Horáková, 2012).

Kmenový implantát

Kmenový implantát je určen v momentě, kdy je u jedince poškozen sluchový nerv. U kochleárního implantátu umísťujeme destičku s elektrodami do hlemýždě, avšak u kmenového implantátu ji implantujeme pod strop čtvrté mozkové komory k jádrům nejnižší etáže sluchové dráhy. Princip přenosu signálů je stejný (Škodová & Jedlička, 2007).

2 Dítě v předškolním věku

2.1 Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj vysvětluje Půstová (1997, s. 5) jako *„vzájemnou vazbu vývoje psychického a tělesného“*. Vývoj jedince probíhá v etapách a je zcela individuální. Pro jednotlivé etapy neexistují striktní normy, tedy přesné vymezení, co a kdy by měl jedinec zvládat (Půstová, 1997). Vágnerová (2012a, s. 80) popisuje souvislost mezi poznáváním a rozvojem motoriky následovně: *„Zvídavost a potřeba poznávat okolí podporuje rozvoj motoriky, motorické kompetence naopak umožňují rozvoj poznávání“*. Jak píše Bílková (2019), centrální nervový systém je u čerstvě narozených dětí nezralý. Vyvíjí se zhruba

do věku šesti let. V období 1. měsíce dítě leží na zádech a jeho pohyby jsou závislé na míšních reflexech, vegetativním a nervovém systému a popřípadě řízení prodloužené míchy (např. dýchání a činnost srdce). Okolo 2. měsíce dítě začíná v pozici vleže na břišku zvedat hlavičku za účelem, aby rozšířilo své zorné pole a tím získalo více stimulů. Vágnerová (2012a) upozorňuje na nepřiměřenost stimulů, která může další vývoj jedince spíše narušovat. V momentě, kdy dítě není dostatečně stimulováno, je vývoj zpomalen a zdeformován. Naopak při nadměrné stimulaci může dojít k vyčerpání či přetížení. Nepřiměřenost stimulů s sebou nese následky odlišnosti v pojetí okolního světa, resp. i sebe sama. Ve 4. měsíci dítě začíná zkoumat své okolí v poloze na břiše, na základě pohybů hlavy. Bednářová (2015) dále popisuje zájem dítěte o své ruce, které si dává do úst a uchopuje hračky. K úchopu nevyužívá opozici palce, jedná se o tzv. dlaňový úchop. V 7. měsíci si umí přendat hračku z ruky do ruky a k jejímu úchopu již začíná používat i své prsty. K sezení bez pomoci dospělého dochází obvykle po 6-7 měsících, čímž pro dítě nastává pohled na svět kolem sebe z výhodnější pozice a má příležitost pozorovat větší část svého okolí (Vágnerová, 2012a). Hračky a předměty kolem sebe uchopuje mezi palec a ukazováček (tzv. klešťový úchop) (Bednářová, 2015). V 8. měsíci dochází k významné vývojové fázi v sociálním chování, kdy dítě reaguje na cizí osoby odstupem a strachem (Hellbrügge, 2010). Plazení popisuje Hellbrügge (2010, s. 153) jako „*pohyb, kdy je trup na rozdíl od lezení v kontaktu s podložkou*“. K plazení dochází kolem 9. měsíce a dítě tím získává schopnost dosáhnout stanoveného cíle. Fáze lezení trvá zpravidla jen krátce a je nahrazená lezením (Hellbrügge, 2010). Počátky samostatné lokomoce označuje Vágnerová (2012a) jako lezení, ke kterému dochází v 9-12 měsících a postupně by se mělo měnit v chůzi. Samostatný pohyb umožňuje dítěti dosáhnout vybraného předmětu, aniž by potřebovalo pomoc od dospělého (Bednářová, 2015).

Hrubá motorika

Tichá (in Potěšil a kol., 2012) popisuje, že úroveň motorických schopností a dovedností ovlivňuje celkový vývoj dítěte a také i zdravotní stav. Dítě ji využívá při výběru pohybových aktivit, které úzce souvisí se zapojením se do kolektivu dětí. Jak uvádí Tichá (in Potměšil a kol., 2012, s. 9): „*hrubá motorika zásadně ovlivňuje fyzickou zdatnost, výběr pohybových aktivit, zapojení do kolektivu dětí, vnímání, řeč, kresbu, později psaní. Oslabení a chybné návyky z dětství ovlivňují zdravotní stav jedince po celý jeho život*“.

Autoři R. D. Freeman, C. F. Garbin, R. J. Boes (in Potměšil a kol., 2012) popisují, že sluchové postižení nemá dopad na motorický vývoj tehdy, pokud se postižení netýká více vad. Některé neslyšící dítě může mít poškozené rovnovážné ústrojí, které může mít za následek opožděnou chůzi oproti dítěti, které slyší.

Pro dítě se sluchovým postižením je velmi podstatné mít již od raného dětství dostatek podnětů, které volíme na základě stupně postižení. Stejně tak důležitá je vhodná volba komunikační techniky. Její absence může způsobit opoždění motorického vývoje. Neměli bychom zapomínat na to, že vývoj dítěte ovlivňují dědičné faktory a u dětí se sluchovým postižením především sociální prostředí, ve kterém vyrůstá (Tichá in Potměšil a kol., 2012).

Jemná motorika

Rozvoj jemné motoriky je závislý na rozvoji hrubé motoriky, tj. velké pohyby celého těla a jejich koordinace. Její rozvoj je nezbytně nutný pro rozvoj řeči a poznávacích činností. Týká se zručnosti prstů a ruky a jejich manipulace s drobným materiálem. (Tichá in Potměšil a kol., 2012). Do této oblasti řadíme také grafomotoriku, kterou definuje Průcha (2013) jako „*soubor psychomotorických činností, které jedinec vykonává při psaní*“. Co se týče oblasti motoriky ruky, již zmíněná grafomotorika je dle Tiché (2012, in Potměšil a kol.) její nejvyšší dovedností.

Dle Vágnerové (2012a) je kresba neverbální symbolickou funkcí, ve které dítě promítá realitu tak, jak ji chápe. Fáze kresby podle Vágnerové (2012a):

- *Fáze presymbolická, senzomotorická* – děti batolecího věku baví grafomotorická činnost sama o sobě, nezaobírají se svým výsledkem. Výsledkem je čmárání (Vágnerová, 2012a).
- *Fáze přechodu na symbolickou úroveň* – dítě zjišťuje, že pomocí kresby může ztvárnit realitu. Kresba symbolizuje určitý objekt, který je dítě schopné pojmenovat Vágnerová, 2012a).
- *Fáze primárního symbolického vyjádření* – dle Piageta a kol. (in Vágnerová, 2012a) je dítě schopné nakreslit konkrétní objekt, který si usmyslí. To, jakou má kresba podobu, je závislé na rozvoji celého komplexu schopností a dovedností. Svou roli zde hraje i aktuální emoční stav dítěte (Vágnerová, 2012a).

Vývoj kresby lidské postavy

Ve vývoji kresby lidské postavy lze pozorovat celkový rozvoj dětské psychiky (Vágnerová, 2012, s. 188). Vágnerová (2012a, s. 188 – 189) rozděluje vývoj lidské postavy do třech stádií:

- *Stadium hlavonožce*: Kresbu lidské postavy můžeme pozorovat kolem třetího roku věku dítěte. Zpočátku má velký význam hlava a s ní skoro současně nohy, čímž vzniká ucelený obraz člověka (Uždil, 2002). Přítomnost končetin je důsledkem předpokladu, že děti nejprve kreslí to, co je pro ně důležité. Dítě si velice dobře uvědomuje, k čemu končetiny mohou sloužit (Vágnerová, 2012a).
- *Stadium subjektivně fantazijního zpracování*: Takové zpracování lidské postavy ztvární 4 – 5leté děti. Vyznačuje se detaily, které se jeví jako důležité, avšak příliš nerespektují realitu (Vágnerová, 2012a).
- *Stadium realistického zobrazení*: V tomto stadiu dítě kreslí převážně to, co vidí. Na konci předškolního věku se kresby dítěte stále více a více začínají podobat skutečnosti (Vágnerová, 2012a).

Kresba dítěte se sluchovým postižením

Kresba neslyšících a silně nedoslýchavých dětí na první pohled upoutá pozornost na důležitost přikládající ústům nebo uším. Nedoslýchavé dítě, které nosí sluchadlo se v zrcadle vidí se sluchadlem a pomocí sluchadla také komunikuje se svými vrstevníky. Úlohu úst vnímá jako prvořadou pro zvládnutí mluvy. Ústa jsou pro dítě synonymem pro dorozumívání (Davido, 2008). Vágnerová (2012b) dodává, že kresba postavy dítěte se sluchovým postižením se často vyskytuje bez úst.

2.2 Vývoj sluchového vnímání a základů řeči

Na rozdíl od zrakového vnímání, můžeme o sluchovém vnímání mluvit již v prenatálním období. Již v 5. měsíci prenatálního období plod začíná vnímat matčin tlukot srdce. Během 7.–8. měsíce prenatálního období končí rozvoj struktur středního ucha. Je nezbytné zmínit, že dítě v prenatálním období neustále vnímá zvuky přicházející z organismu matky a samozřejmě také mateřský hlas. Z prenatálního období mají děti zkušenosti a dokáží rozeznat mluvený projev od jiného zvuku. V prvním půlroce života probíhá velmi rychlý rozvoj kognitivního využívání sluchového vnímání. Narůstá

sluchová ostrost, která se zdokonaluje do dvou let. Dále se rozvíjí i schopnost rozpoznat, odkud zvuk přichází (Vágnerová, 2012a). Říčan (1997) dodává, že sluchové postižení nemusíme zpočátku postřehnout. Oproti jiným fyzickým vadám je ztráta sluchu neviditelná. Kojenec se sluchovou vadou také brouká a žvatlá si. Protože neslyší svůj vlastní hlas, jeho žvatlání ale mezi 17. a 26. týdnem ustává.

Lidská řeč je mimo jiné spjatá s několika dalšími, pro kojence uspokojujícími podněty jako je např. jídlo s přítomností matky apod. Neslyšící děti tento uspokojující podnět nemají a je důležité začít s včasnou kompenzací (Vágnerová, 2012a).

Z ontogenetického hlediska rozdělujeme vývoj řeči do následujících období:

Období novorozeneckého křiku, které můžeme popsat jako bezprostřední projev dítěte, který nastává ihned po narození. Tento křik je považován jako reakce příchodu na svět. Křikem dítě vyjadřuje také pocit hladu nebo reaguje např. na změnu teploty. Později se novorozenecký křik mění ve zvukovou podobu s větší melodií a tím přechází řečová produkce do **období broukání**, které nastává kolem 8. – 10. týdne věku dítěte a lze pozorovat reakci na lidskou tvář úsměvem (Jedlička in Škodová & Jedlička, 2007). Vágnerová (2012a) doplňuje, že broukání bývá doprovázeno pozitivními emocemi a je reflexního charakteru. Z tohoto důvodu se objevuje i u dětí s vrozenou sluchovou vadou. Nosková (2013) navazuje na období broukání **obdobím pudového žvatlání**, které nastává kolem 6. měsíce věku dítěte a je výsledkem her mluvidel. V tomto období se objevují tzv. „zvučky“. „Zvučky“ můžeme dle Noskové (2013) charakterizovat jako první slova dítěte, složená obvykle ze dvou slabik (baba, mama) a objevují se právě kolem 6. měsíce, kdy se dítěti vyvíjí pohybové možnosti mluvidel. Kolem 8. měsíce se „zvučky“ vytrácí a pudové žvatlání se dle Klenkové (2006) mění na **žvatlání napodobující**. V tomto období má obrovský význam sluch i zrak. Dítě dokáže diferencovat barvu hlasu, velice dobře reaguje na známé hlasy a reaguje na své jméno (Nosková, 2013). Vágnerová (2012a) označuje křik, broukání a žvatlání jako *předřečovou aktivitu*. Koncem prvního roku života, nastává **období porozumění řeči**. Obsahu slov dítěte prozatím nerozumí, avšak na slova reaguje motorickou reakcí, např. „Udělej paci, paci.“ – „Jak jsi velký?“ (Klenková, 2006).

3 Dítě se sluchovým postižením

3.1 Specifika ontogenetického a psychického vývoje dítěte se sluchovým postižením od narození do předškolního věku

Nakonečný (1995, s. 364) vysvětluje ontogenezi následovně: „*Ontogeneze pojednává o celkovém vývoji jedince, tělesném i duševním. Tento vývoj probíhá určitými stadii a uplatňují se v něm určité zákonitosti, jakož i vliv souhry vrozených dispozic a získaných zkušeností (vývoj psychiky)*“. Obecně platí, že čím dříve sluchová vada vznikne, tím závažnější nastanou její důsledky. V oblasti celkového vývoje dítěte jsou nejzávažnější vrozené sluchové vady nebo *prelingválně* vzniklé *percepční vady*, které s sebou nesou vážné následky. Důsledkem je nevybudovaný komunikační systém. (Horáková, 2012). Nejzávažnějším důsledkem *prelingválně* vzniklé vady uvádí Vágnerová (2012b) komunikační a informační bariéru, která se projeví nerovnoměrným vývojem kognitivních schopností a opožděním socializace.

Novorozenecké období (do 1 měsíce)

Je důležité, aby byla s matkou a novorozencem co nejdříve navázána sociální komunikace, ve které se uplatňuje tělesný kontakt. Tento kontakt je významným činitelem pozitivní citové stimulace dítěte (Hádková, 2016). Dle Vágnerové (2012b) s psychickým vývojem dítěte úzce souvisí jeho výchovné vedení. Velké procento dětí se sluchovým postižením se rodí slyšícím rodičům, pro které je narození dítěte s postižením velkou psychickou zátěží, které může ovlivnit jejich postoj k dítěti. Muknšnáblová (2014) upozorňuje na potřeby dítěte se sluchovým postižením. Některé uspokojování potřeb je z důvodu jejich omezení narušeno, čímž vznikají specifické potřeby. Je nezbytně nutné dětem zajistit individuální podmínky, aby nedošlo k frustraci či deprivaci.

Kojenecké období (do 1 roku)

Jak již bylo zmíněno, ontogeneze řeči dítěte se sluchovým postižením se v prvním roce života výrazně neliší od vývoje dítěte bez sluchového postižení. Novorozenecký křik je reflexního charakteru. Broukání a pudové žvatlání jsou hrou mluvidel, kdy výsledkem je hlas dítěte (Nosková, 2013). Hádková (2016, s. 101) popisuje broukání u dítěte s těžkým sluchovým postižením jako: „*méně rytmické a výrazné, postupně méně časté*

a omezené“. První odlišnosti můžeme pozorovat kolem jednoho roku věku dítěte, tedy v momentě, kdy dítě začíná opakovat svá první slova (Nosková, 2013).

Dále popisuje Hádková (2016), že u dětí s těžkým sluchovým postižením nedochází ke změně pudového žvatlání na napodobovací, jelikož chybí zpětná sluchová vazba. U dětí s lehkým až středně těžkým sluchovým postižením je velmi důležité včasné a správně zvolenit kompenzační pomůcky. Jiná situace nastává, pokud se narodí neslyšící dítě neslyšícím rodičům a má podnětné prostředí, vokalizační žvatlání je nahrazeno *manuálním žvatláním*. Ovšem vnímání znakového jazyka je pro dítě velice náročná souhra operací, kdy musí dítě dělit pozornost mezi matku a předmět komunikace (Hádková, 2016).

Autorky Strnadová (2002) a Hádková (2016) mají stejný názor na opoždění řečových funkcí, na které má významný vliv věk, ve kterém k postižení došlo, a také stupeň a typ sluchového postižení. Jako důležitý mezník označuje Hádková (2016) včasná a právně zvolená volba komunikační strategie. Dítě s prelingvální sluchovou vadou je senzorycky deprivované a z toho vyplývá důsledek nerovnoměrného rozvoje vrozených inteligenčních předpokladů, především v oblasti verbální. Slyšící děti získávají mnoho informací z pouhé přítomnosti z místa, ve kterém aktuálně jsou. U dětí se sluchovou vadou toto neplatí. Tím se dostáváme k problému, že často nechápou souvislosti různých dějů a mají problémy s řešením běžných sociálních situací. Dále mají omezené komunikační systémy a tím je znemožněné i náhodné učení, které je důležitým socializačním faktorem (Nosková, 2013).

Období batolete (1–3 roky)

Vývoj zrakového vnímání je u dětí se sluchovým postižením mnohem rychlejší než vnímání sluchové a hmatové. Prostor kolem sebe zkoumá zrak mnohem pečlivěji než děti slyšící (Hádková, 2016). Aby došlo ke správné edukaci a ke správnému rozvoji dítěte, je podle Mukšnáblové (2014) nutné umisťovat rozvíjející a především motivující (barevné, poutavé) hračky a předměty do zorného pole dítěte. Pozornost je podle Mandzákové a Žatkové (in Hádková, 2016) nezralá, zaměřena na výrazné podněty. Myšlení je konkrétní, na úrovni praktických činností. Pro rozvoj symbolického myšlení, které je nepříznivě ovlivněno, je důležité vytvoření množství představ, které se u těchto dětí často obsahově liší. Jelikož dítě užívá jiný způsob komunikace než používá jeho okolí,

dostává se do osamělosti až izolace od okolního prostředí (Hádková, 2016). Vágnerová (2012b) dodává, že při absenci znakového jazyka by byl vývoj symbolického myšlení nedosažitelný. Koncem batolecího období dítěte by dle Vágnerové (2012b) mělo docházet k osamostatnění, které je velmi důležité pro rozvoj identity. U dětí se sluchovým postižením je osamostatňování komplikovanější, protože blízkost matky je dítě schopné pozorovat pouze zrakem a z toho může pramenit neustálá potřeba dítěte mít matku ve své blízkosti (Kročánová, in Vágnerová, 2012b).

Předškolní období (3-6 let)

Toto období je dle Vágnerové (2012a) označováno jako období iniciativy a zároveň fází přípravy na život ve společnosti. Hádková (2016) dodává, že toto období vyzdvihuje aktivitu a sebeprosazení, které se u dítěte se sluchovým postižením projevují motorickou činností. Muknšnáblová (2014) zmiňuje, že děti se sluchovým postižením mají stejnou či dokonce větší potřebu lásky, něžnosti, sounáležitosti, kontaktu, hry a zábavy, zažívat pocit štěstí, pohody a přijetí a pro jejich sociální rozvoj je důležitý kontakt s vrstevníky, který sami vyhledávají. Dítě, které není součástí kolektivu svých vrstevníků, často reaguje vztekem až agresivitou na svou rodinu či na sebe. V jiném případě se uzavře do sebe a k začlenění do kolektivu nedochází. (Muknšnáblová, 2014). Mandzáková a Žatková (in Hádková, 2016, s. 105) upozorňují: *„jestliže dítěti s těžkým sluchovým postižením chybí v předškolním věku speciálně pedagogická intervence, nerozvíjí se vůbec mluvená řeč a znakový jazyk pouze v omezené míře, dítě ve vývoji ještě více zaostává“*.

Muknšnáblová (2014) zmiňuje negativní Ewingův vyhledávací reflex jako první a hlavní příznak sluchového postižení. Tento reflex se projevuje jako otočení hlavy či očí za výrazným zvukovým podnětem a dodává, že hluché dítě na tyto podněty nereaguje vůbec.

Na sluchovou vadu upozorňuje Herdová (2004, in Horáková, 2012, s. 37 – 38) v reakcích dítěte v různých věkových kategoriích následovně:

Novorozenec a kojeneček:

- nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (bubínek, houkačka, klíče...)
- neprobudí se, když je kolem hluk
- nenapodobuje zvuky v okolí
- neotáčí hlavu ve směru zvuku
- plačící dítě nelze utišit pouhým hlasem

Dítě v období 6-12 měsíců

- neukáže na známou osobu či věc
- dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává
- ani ve věku jednoho roku nereaguje na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme.

Dítě v období 12 měsíců až 2 roky

- neobrací se ve směru hlasu na zavolání
- nevěnuje pozornost zvukům z okolí
- nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které jej obklopují
- nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)
- nemluví stejně jako ostatní děti
- nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost
- postupně se mu nezlepšuje porozumění řeči a nerozvíjí slovní zásoba.

3.2 Rozvoj řeči u dětí se sluchovým postižením

Dítě s nedoslýchavostí

Řeč dítěte s nedoslýchavostí začíná stagnovat v době, kdy se vzdaluje od matky a na větší vzdálenost už matku neslyší. Toto kritické období bývá momentem, kdy řečový vývoj ustrne. Opožděný vývoj se většinou zlepšuje v době, kdy dítě začíná číst. Může se stát, že

problémy s morfologií slov přetrvávají i nadále a v praxi se projeví jako *pseudodysortografie*. Sluchové postižení bývá u dětí s nedoslýchavostí odhaleno mezi 3. a 4. rokem věku dítěte (nereaguje na řeč z větší vzdálenosti, vývoj řeči stagnuje, některé děti můžou mluvit hlasitěji) (Strnadová, 2002). Dle Hampla (2013) je možnost použitím odpovídající sluchové protetiky umožnit výstavbu mluvené řeči.

Dítě neslyšící

Strnadová (2002) upozorňuje na těžké sluchové postižení vzniklé před vytvořením mluvy a jazyka. Dítě nemůže sluchem rozlišovat hlásky lidské řeči, je sekundárně blokováno i spontánní rozvoj řeči. Během 2. a 3. roku věku dítěte se intenzivně rozvíjí řeč a toto období je pro dítě obzvláště významné. Dále popisuje Strnadová (2002) toto období jako období, kdy by se měly děti naučit odposlechem a nápodobou vědomě vytvářet hlásky, následně je skládat do slov a seznamovat se s gramatikou mluveného jazyka. Pouhé zrakové vnímání ke spontánnímu vývoji mluvené řeči nestačí. Řeč se nevyvíjí spontánně a její vývoj by měl být pomocí speciálně pedagogické péče zajištěn. Možností komunikace je (český) znakový jazyk, který je dle Horákové (2012) komunikačním systémem neslyšících osob, jehož slovní zásoba a gramatika není totožná s jazykem mluveným. Blíže je (český) znakový jazyk popsán v následující kapitole.

U dětí, které ohluchly

Důležitý ukazatel pro následující rozvoj řeči je stadium řeči, kdy k postižení došlo a dále také jazykové nadání a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Pokud nebyla řeč dostatečně zafixována, dochází k její regresi. Pokud došlo k postižení po osvojení si mluvené řeči, mají dobrý předpoklad pro dobré odezírání. Do věku 11 let je schopnost učit se odezírat na dobré úrovni. Později tato schopnost klesá (Strnadová, 2002).

3.3 Způsoby komunikace dětí se sluchovým postižením

Pro mezilidské vztahy je velmi důležité vzájemné dorozumívání. Komunikace je důležitá pro péči, výchovu a vzdělání dítěte. Na základě komunikace jsme schopni projevovat své city, potřeby, vůli, myšlenky či vědomosti. V momentě, kdy se jedná o lehkou až střední sluchovou poruchu, která je kompenzována sluchadly, je umožněn dobrý rozvoj mluvené řeči a přirozený vývoj dítěte. Pokud je diagnostikované těžké sluchové postižení, komunikace je narušena a bývá největším znevýhodněním jedince. Zejména

u dětí, které ohluchly před 5. až 7. rokem, dochází k narušení přirozeného vývoje řeči (Muknšnáblová, 2014). „*Jednou z hlavních priorit edukace jedinců s postižením sluchu je vytvoření funkčního dorozumivacího prostředku*“ (Souralová, 2005 in Horáková, 2012, s. 49).

Orální řeč vzniká pomocí zraku a hmatu, kdy dítě sleduje mluvícího a hmatá na jeho ústa či krk, čímž vnímá změny při jednotlivých hláskách. Pro bližší vysvětlení se používá kresba, předmět a u starších dětí lze použít prstovou abecedu, znakový jazyk či písmo. Artikulace, které se dítě naučí, posléze může využít pro prstovou abecedu (Muknšnáblová, 2014). **Prstová abeceda (daktylotika)**, která dle Hádkové (2016, s. 134) „*využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy*“. Slouží pro odhláskování cizích slov či odborných termínů a je stejně jako znakový jazyk v každé zemi jiný (Horáková, 2012). Muknšnáblová (2014) dodává, že se nepoužívá jako samostatná metoda komunikace, jelikož je časově náročná. **Simultánní komunikace** využívá národní jazyk a zároveň s ním vizuálně-motorické doplňky. Využití simultánní komunikace je pro překlad mluveného jazyka do jazyka znakového nebo obráceně (Muknšnáblová, 2014). **Mluvená řeč** je nezbytná pro komunikace s většinovou společností a jedincům se sluchovým postižením chybějící sluchová vazba přináší problémy v řečovém projevu. Nejvýrazněji se projevují v narušení respirace (dýchání), fonaci (tvorby hlasu) a artikulaci (výslovnosti). Vada výslovnosti hlásek různého stupně a typu se nazývá *audiogenní dyslalie*. Vada výslovnosti u jedinců postlingválně ohluchlých se nazývá *kopholalie* (Horáková, 2012). Velmi náročným a složitým způsobem dorozumívání je **odezírání**. Krahulcová (2003, in Muknšnáblová, 2014, s. 138) uvádí, že „*odezírání je 10krát náročnější psychický proces než běžné naslouchání mluvené řeči*“. Pro snadnější proces odezírání je důležité dodržovat určitá pravidla jako je např.: intenzita světla, směr světla, dobrá viditelnost mluvícího, přímí pohled na ústa, postavení posluchače čelem k mluvícímu. Pro obě strany je vhodné znát předem téma rozhovoru (Muknšnáblová, 2014). **Totální komunikace** je dle Muknšnáblové (2014, s. 58) „*komplexní komunikační systém, který v sobě spojuje všechny použitelné komunikační formy akustické, vizuální, slovní i neslovní (gesta, mimika, pantomima, prstová abeceda, odezírání, znakový jazyk...)*“. Systém **bilingvální komunikace** užívá dva jazyky. Dítě se nejprve naučí znakový

jazyk, který je pro něj mateřským jazykem a po jeho zvládnutí se učí další (mluvený) jazyk (Strnadová, 2002). Muknšnáblová (2014) se Strnadovou (2002) uvádějí, že tato bilingvální (dvojjazyčná) metoda je v současné době považována za nejprogressivnější. **Český znakový jazyk** byl dříve potlačován a neslyšící byli nuceni ke komunikaci mluveného jazyka. Je definován zákonem 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob jako „*přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické*“ (Zákon č. 384/2008 Sb. [online]). Český znakový jazyk má svoji vlastní gramatiku, která není stejná s gramatikou mluveného českého jazyka (Muknšnáblová, 2014). U **znakované češtiny** je dodržena slovosled české věty a dle Muknšnáblové (2014, s. 61) se jedná o „*uměle vytvořený jazykový systém, mluvená řeč kódovaná do znaků*“. Jednotlivé znaky jsou při komunikaci vnímány spíše jako doplněk při odezírání úst partnera, se kterým právě komunikujeme (Horáková, 2012). Z toho důvodu preferují znakovanou češtinu lidé se sluchovým postižením, kterým vyhovuje odezírání (nedoslýchaví či ohluchlí) (Horáková, 2012).

3.4 Vzdělávání dítěte se sluchovým postižením v mateřské škole

Dítě se sluchovým postižením lze vzdělávat v mateřské škole zřízené dle § 16 odstavce 9 školského zákona, a nebo je možné integrovat dítě do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu.

3.4.1 Mateřské školy pro sluchově postižené

Mateřské školy pro sluchově postižené většinou se základní školou pro sluchově postižené včetně internátu tvoří školský komplex (Hádková, 2016). Nezbytnou součástí správné výchovy a edukace dítěte je úzká spolupráce školy s rodinou. Mimo obecné cíle, které musí mateřská škola plnit, je potřeba u dětí se sluchovým postižením plnit i cíle specifické (Horáková, 2012). Mezi specifické cíle mateřské školy patří dle Sobotkové (in Vítková, 2003, s. 101): „*navazování komunikace, tvoření a rozvíjení hlasu, rozvíjení zrakového vnímání zaměřeného na nácvik odezírání, seznámení dítěte s možnostmi hmatového vnímání, rozvíjení jemné a hrubé motoriky, reedukace či edukace sluchu,*

rozvíjení řeči od nejranějšího věku a snaha vytvořit u dětí kladný vztah k mluvení, začátky čtení pomocí globální metody, dosažení funkční komunikace s využitím nonverbálních prostředků – mimiky, gestikulace a přirozených posunků, případně znakového jazyka“. Cíle jsou totožné s cíli běžné mateřské školy, stanovenými Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání (RVP PV). Hádková (2016) dodává, že mimo rozvoje komunikačních schopností v průběhu každodenních aktivit, dochází k jeho rozvoji tzv. individuální logopedickou péčí. Děti se učí hospodařit s dechovým proudem, protože špatné dýchání má za následek nesprávnou kvalitu řeči. Náviku dýchání je nutno věnovat mimořádné pozornosti. Pro naplnění klíčových kompetencí je potřeba práce speciálního pedagoga, případně asistenta pedagoga s používáním názorných pomůcek a her. Aby mohl probíhat správný vývoj v kognitivní a sociální oblasti, je důležité zajistit dítěti optimální jazykový vývoj. V případě, že dítě nenosí sluchadla a ani nemá kochleární implantát, je vhodný rozvoj komunikace znakovým jazykem (Hádková, 2016).

3.4.2 Mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu

Děti s kochleárním implantátem (a s jakýmkoliv jiným postižením) jsou přijímány svými vrstevníky v mateřské škole bez předsudků za předpokladu, že je dítě akceptováno učitelkou. Složitější bývá integrace na základní škole. Nároky na přijetí do mateřské školy tedy nejsou velké (Hádková, 2016). Barvíková a Konečná (in Hádková, 2016) doporučují ve třídě, ve které je dítě se sluchovým postižením, zajistit odpovídající akustické podmínky jako je např. vybavení místnosti koberci a závěsy. Dále zajistit dobré světelné podmínky pro jednodušší odezírání a při komunikaci udržovat s dítětem oční kontakt a zpětnou vazbou kontrolovat porozumění.

3.5 Systém poradenství pro jedince se sluchovým postižením

3.5.1 Raná intervence (raná péče)

Raná intervence nebo také raná péče je popisována jako komplex služeb, které se orientují na rodiny s dětmi raného věku. Právě v raném věku se vytváří psychika dítěte a její zdravý vývoj ovlivňuje jedince v dalších vývojových etapách až do dospělosti. Je však velmi důležité vnímat jako klienta nejen dítě, ale i celou jeho rodinu (Potměšil, 2007). Aktuálně je v České republice raná péče zajišťována prostřednictvím střediska rané péče, která je jednou ze sociálních služeb definována zákonem č. 108/2006 Sb.,

o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]). Hlavním cílem je podpora rodiny od doby, kdy bylo dítě diagnostikováno, do doby nástupu do školy. Nejvýše však do 7 let věku dítěte (Hádková, 2016). Z pohledu speciální pedagogiky popisuje Potměšil (2007, s. 159) cíle rané péče takto: *„nabídnout rodičům informace a dovednosti, aby mohli aktivně působit na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení; podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte a rodiny do běžného života společnosti; podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy“*.

Středisko rané péče Tamtam sídlí v Praze a má pobočku v Olomouci. Suralová a Langer (2013) kladou důraz na pravidelné konzultace v rodinách klientů, poradenství v oblasti psychologické, pedagogické, sociální, právní a zdravotnické. Tamtam není určen jen rodinám s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením, ale jeho služba je určena i rodinám, které mají jakékoli pochybnosti o vývoji sluchu svého dítěte. Rovněž je možné služby využít i u neslyšících rodičů, kteří vyžadují pomoc při péči o své dítě (jak slyšící, tak i neslyšící) (Langer & Suralová, 2013). Dle Muknšnáblové (2014) je velmi přínosné setkávání se s rodinami v podobné situaci a také tuto službu Tamtam nabízí. Středisko rané péče Tamtam poskytuje služby: *„konzultace a poradenská intervence v rodinách; konzultace po telefonu nebo elektronickou poštou; ambulance klinického logopeda, psychologa, foniatra, fyzioterapeuta, sociálního poradce, nácvik audiovyšetření; pravidelná setkání rodičů dětí s postižením doplněná semináři na žádaná témata skupinovým terapeutickým sezením s psychologem aj.; týdenní a víkendové pobytové akce; videotrénink interakcí; zprostředkování kontaktů (lékař, úřad, škola) a asistence při jednáních; propagace včasné diagnostiky a všeobecná prezentace problematiky osob se sluchovým postižením; půjčování literatury, speciálních didaktických pomůcek, ozvučených hraček, počítačových logopedických a didaktických programů; prodej vlastních logopedických a didaktických pomůcek; výuka a tlumočení znakového jazyka“* (Langer & Suralová, 2013, s. 71-72).

3.5.2 Speciálně pedagogická centra

Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené jsou specializovaná pracoviště obvykle zřizovaná při mateřských a základních školách pro sluchově postižené. Personál by měl být tvořen dvěma speciálními pedagogiky, kteří jsou zaměřeni na předškolní

a školní věk, psychologem a sociálním pracovníkem. Úkolem speciálně pedagogických center je zajistit komplexní speciálně pedagogickou a psychologickou péči dětem a mládeži se sluchovým postižením ve věku od 3 do 19 let (tedy do ukončení přípravy na povolání), dále jejich rodinám a také slyšícím dětem neslyšících rodičů (Hádková, 2016). Činností, které speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené poskytují, je široká škála a lze jejich seznam vyhledat ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, [online]). Langer a Souralová (2013, s. 73) dodávají, že škála činností je velmi široká a činnosti rozdělují do následujících okruhů: *„specifický výcvik (trénink) dětí se sluchovým postižením, specifický výcvik (trénink) rodinných příslušníků, komplexní diagnostika dítěte, psychorehabilitační pomoc rodině, sociální poradenství, podpora integrace ve škole běžného typu“*.

Praktická část

4 Psychomotorický vývoj dětí předškolního věku se sluchovým postižením

4.1 Výzkumné téma a cíle práce

Téma výzkumu naší práce je *Psychomotorický vývoj dětí předškolního věku se sluchovým postižením*. Hlavním cílem bakalářské práce je bližší popis dílčích oblastí psychomotorického vývoje u dětí se sluchovým postižením a v designu případové studie analyzovat problematiku psychomotorických schopností těchto dětí.

Dílčím cílem bakalářské práce je navrhnout dostupné materiály a plán pro rozvoj v oslabených oblastech psychomotorického vývoje.

Byly položeny výzkumné otázky. První otázkou je, *zda souvisí narušený psychomotorický vývoj se sluchovým postižením a s jakými problémy v psychomotorickém vývoji se děti potýkají*. Druhou otázkou je, *zda se materiály na podporu správného vývoje využívají v běžné praxi*.

4.2 Metodika výzkumné práce

Cílem případové studie byl detailní popis jednoho nebo několika málo případů a interpretace jejich interakce mezi případem (popř. případy) v souvislosti s okolím. Déle porozumění jednotlivým případům v jejich přirozeném prostředí na základě analýzy získaných dat (Švaříček, 2007). Pro vypovídající a validní studii budeme na konci celé studie zkoumaný případ dávat do širších souvislostí a v určitých oblastech jej lze srovnat s jinými případy (Hendl, 2008). Data k praktické části byla získávána pomocí zúčastněného pozorování, polostrukturovaným rozhovorem a analýzou získaných dokumentů.

Zúčastněné pozorování bylo realizováno ve třídě během výuky, tzn. v prostředí, kde se výuka běžně odehrává. Jednalo se o přímé a strukturované pozorování, jelikož jsme měli předem vymezeno několik oblastí sledovaných jevů (Švaříček, 2007). Záznamové tabulky z pozorování jsou doloženy v příloze č. 1. Osnova rozhovoru je taktéž uložena v přílohách práce jako příloha č. 2. Jako nástroj pozorování použijeme *Diagnostiku dítěte předškolního věku* od autorek *Bednářové Jiřiny a Šmardové Vlasty* a *Diagnostické*

domény pro žáky se sluchovým postižením od Potměšila Miloně a kolektivu. Analýza dokumentů bude prováděna převážně z odborných vyšetření speciálně pedagogického centra a z informací, které má paní učitelka v MŠ o dětech sesbírané během jejich docházky.

Podle zvolené výzkumné strategie budeme pro kvalitativní výzkum popisovat tři děti. U dvou pozorovaných dětí byla diagnostikována těžká oboustranná nedoslýchavost. Třetí pozorované dítě má stanovenou diagnózu úplná hluchota. Děti navštěvují tutéž třídu ve stejné mateřské škole zřízené pro sluchově postižené dle § 16 odstavce 9 školského zákona a dvě z pozorovaných dětí jsou sourozenci.

4.3 Etická stránka výzkumného šetření

Kvalitativní výzkum by měl být prováděn a zpracován s řádným uchopením etické otázky. Autoři výzkumů by měli dbát na princip důvěrnosti a také na získání souhlasu od účastníků výzkumu (Švaříček, 2007). Celá bakalářská práce byla zpracována na základě informovaného souhlasu zákonného zástupce každého z pozorovaných dětí a svůj souhlas potvrdili svým podpisem, jehož vzor je přiložen v příloze č. 3. Informované souhlasy zákonných zástupců jsou uloženy v osobním archivu autorky této práce. Taktéž lze v příloze č. 4 dohledat informovaný souhlas od paní ředitelky o realizování výzkumné části na půdě mateřské školy.

Součástí tvorby bakalářské práce před konečnou úpravou byla všem respondentů dána možnost k přečtení.

4.4 Proces sběru dat a charakteristika zkoumaného vzorku

S žádostmi o spolupráci při výzkumu byly kontaktovány čtyři mateřské školy v různých krajích po České republice, z nichž pouze s jednou byla navázána spolupráce. Jelikož nastal nouzový stav a epidemiologická situace zkomplikovala sběr dat, musel být výzkum ukončen o dva měsíce dříve, než bylo původně naplánované. S pedagožkou však kontakt přerušen nebyl a spolupráce probíhala na dálku, přes počítač. Návštěvy mateřské školy pro sbírání dat byly realizované v časovém rozmezí od října 2020 do prosince 2020.

Výzkum probíhal v mateřské škole pro děti se sluchovým postižením zřízené dle § 16, odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném

a jiném vzdělávání, v platném znění. Mateřská škola má kapacitu dvaceti osmi dětí, v provozu jsou celkem tři třídy. Je určena dětem se sluchovým postižením a dětem s logopedickými vadami. Logopedické třídy jsou zde zřízené dvě a jedna třída je určena dětem se sluchovým postižením. Všechny tři třídy se společně setkávají na zahradě, procházkách a také při obědě. Děti z vedlejších tříd se navzájem znají.

Výzkum se zaměřoval na tři děti ze třídy určené pro děti se sluchovým postižením, které mají stanoveno podpůrné opatření 4. stupně dle Vyhlášky 27/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pozorování probíhalo ve školním prostředí, za pomoci paní učitelky. Vždy bylo paní učitelce dopředu detailně popsáno zadání, které dětem přeložila do znakového jazyka ihned při mé přítomnosti. Znakový jazyk se stále učí a znaky zdokonalují, z toho důvodu je veškeré vysvětlování co nejpodrobněji doplňováno názornou ukázkou pomocí metody napodobování.

Ve třídě, ve které výzkum probíhal, se nachází pět dětí, z toho tři děti jsou sourozenci. Jedná se o jednu dívku a čtyři chlapce. Působí zde jedna paní učitelka a s ní také asistentka pedagoga. Paní učitelka působící ve třídě je speciální pedagog pro předškolní vzdělávání. Dále má akreditované kurzy Českého znakového jazyka od rodilých mluvčích, úroveň středně pokročilý. Asistentka pedagoga je taktéž schopna konverzace ve znakovém jazyce. Není pravidlem, že asistent pedagoga v zařízeních pro sluchově postižené je neslyšící, avšak v této třídě tomu tak je. Asistentka pedagoga má 95% ztrátu sluchu, kterou má však perfektně kompenzovanou sluchadlem. Komunikace mezi paní učitelkou a asistentkou pedagoga je často doplňována znakovým jazykem. V rámci školy dochází děti na individuální logopedii a jednou týdně na společnou fyzioterapii. Místnost pro fyzioterapii je vybavena zrcadlem, trampolínami, míči či masážním ježkem a vede ji fyzioterapeut. Hodina je rozdělena na tři části. Nejprve se děti rozběhají po tělocvičně a uvolní se. Poté následují cviky dle paní fyzioterapeutky. Cviky jsou zaměřené na správný rozvoj psychomotorického vývoje. Především se jedná o cviky, které provádí děti již v batolecím věku (otáčení, plazení, lezení, opora o horní končetiny, přesouvání do sedu, kleku, stoje a chůze). Dále udržení rovnováhy, koordinace levá – pravá končetina. Ve třetí části si děti hrají a rozvíjí i dovednosti s míčem, se švihadlem nebo také hopsání na velkém míči. V příloze č. 5. je sepsaná ukáзка cvičení, které se s dětmi na fyzioterapeutickém cvičení provádí. Paní fyzioterapeutka také dodává: „*Objevují se*

nedostatky v hrubé i jemné motorice a je třeba to trénovat neustále dokola. U dětí s mentálním či pohybovým postižením se musí opakovat a utvrzovat pořád dokola“.

Dechová cvičení provádí s pomocí lehkého předmětu, do kterého foukají. Paní učitelka používá s dětmi především aromadifuzér. Děti s nadšením vdechují ovoněnou páru. Paní učitelka dodává: „Zatím je to jediná věc, která mi u neslyšících dětí pomáhá trénovat dech nosem do hloubky a výdech pusou. Jinak je to u nich dost obtížné na vysvětlení“.

Každé ráno mají děti s paní učitelkou a asistentkou společný ranní rituál, při kterém se pozdraví a popovídají si o počasí, měsíci a dnu v týdnu. Každé dítě si na koberci najde pomocí globálního čtení kartičku se svým jménem, kterou následně nalepí suchým zipem na třídní nástěnku.

Z důvodu zachování anonymity budou pro účely bakalářské práce všem dětem změněna jména.

4.5 Analýza získaných dat

4.5.1 Případová studie č. 1

Jméno: Marek

Věk: 5 let a 3 měsíce

Měsíc po Markových druhých narozeninách, v srpnu roku 2017, vydal okresní soud v Ústí nad Labem rozsudek o ústavní výchově a Marek i se svými šesti sourozenci byli převzati do péče dětského domova. Jelikož v této době nikdo nevěděl o Markově postižení sluchu a všem sourozencům bylo diagnostikované mentální postižení, jeho péče společně se svými sourozenci byla převzata do dětského domova určeného pro cílovou skupinu mentálně postižených. Ze sesbíraných dat byla získána následující informace o Markově příjezdu do dětského domova. Byl zavšivený a na těle byly zřetelné skvrny tmavého zbarvení, které nešly smýt. Také bylo zaznamenáno rozsáhlé množství jizev, které byly důsledkem impetiga¹. Z důvodu nedoslýchavosti, která však ale v době nástupu do dětského domova nebyla diagnostikována, byl při adaptaci v domově lehce omezen. Snaha o komunikaci probíhala formou skřeků, posunky a ukazováním na lidi či věci. Se

¹ Impetigo = častá povrchová bakteriální infekce způsobená streptokoky nebo stafylokoky postihující děti i dospělé. Rychle se šíří převážně v dětském kolektivu (Štork, 2008).

stejně starými dětmi se učil samostatnému stravování a upevňování hygienických návyků formou her a kreslení. Dále bylo nezbytné zlepšit i stravovací a sociální návyky. Práce s Markem je ve zprávě popisována jako náročná. „*Nereagoval na pokyny a nerozuměl souvislostem ani požadavkům, které po něm byly vyžadovány.*“

V době letních prázdnin v roce 2018 měli rodiče šanci prokázat, zda dovedou děti zabezpečit po stránce fyzické i psychické. Sám otec připustil, že nemají podmínky pro převzetí dětí zpět do vlastní péče. Matka i otec přiznali, že starší děti nezvládají po výchovné stránce. Při navrácení do dětského domova se Marek i se svými sourozenci poměrně rychle zorientovali.

Dne 7. října 2019 bylo Markovi ve Fakultní nemocnici Motol provedeno v celkové anestezii kompletní vyšetření sluchu se závěrem oboustranná těžká nedoslýchavost. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (dále MKN-10) je diagnóza označována pod kódem H90.3 jako percepční ztráta sluchu oboustranná (MKN, 2021 [online]). Následně byla Markovi oboustranně nasazena dne 3. prosince 2019 závěsná sluchadla. V polovině měsíce ledna roku 2020 byl zjištěn nízký stupeň mentálního postižení. Na základě zjištění kombinovaného postižení s oboustrannou těžkou nedoslýchavostí bylo na doporučení lékaře zažádáno o přemístění do zařízení, které poskytuje odbornou péči této cílové skupině. Vzhledem k těžké sluchové vadě bylo potřeba zajistit spolupráci s odbornými lékaři a co nejdříve poskytnout globální komunikaci s užíváním českého znakového jazyka a rozvinout tak komunikační systém. Z důvodu své jazykové bariéry neuměl Marek se svými vrstevníky navázat kontakt, čímž byl izolován od ostatních.

V létě roku 2020 byl Marek přemístěn pro další výkon ústavní výchovy do dětského domova, jejímž součástí je i mateřská škola pro sluchově postižené. I přesto, že měl Marek při nástupu do mateřské školy závěsná sluchadla, stále byla zřejmá masivní podnětová deprivace. V této mateřské škole byl výzkum prováděn.

Oblíbenou činností, kterou při nástupu do MŠ uměl a vyhledával byly puzzle. Dokonce i puzzle s 50 dílky. Paní učitelka se domnívá, že právě puzzle byla jedna z mála činností, které v dětském domově trénoval, protože v jiných činnostech měl velké mezery. Jelikož bylo sluchové postižení odhaleno v pozdějším věku a Marek neměl prostor pro osvojování si českého znakového jazyka od útlého věku, znakům nerozuměl. Jakákoliv činnost v MŠ byla Markovi vysvětlována metodou napodobení a opakování. Znaky se

teprve učí a dvakrát v týdnu dochází na individuální logopedii, která trvá dle jeho soustředěnosti 15–30 minut. Zaměřují se na učení základních znaků pomocí obrázků. Nyní je již schopen odpověď (ve znakovém jazyce) na otázku „Co je na obrázku?“. Dále provádí dechová cvičení pomocí sklíčka a peříčka. Při mém příchodu do třídy Markův úsměv vyloženě vyčníval. Ihned se ke mně přišel a vyžadoval, abych mu věnovala pozornost. Stál v mé těsné blízkosti a na tváři měl úsměv od ucha k uchu.

Dle paní fyzioterapeutky udělal od září (nástupu do MŠ) velký pokrok v komunikaci a také ve spolupráci, což má vliv na jeho zlepšení. Také chodí na rehabilitaci k lékaři. Každý den cvičí individuálně a jednou týdně skupinově s ostatními dětmi ze své třídy. „Když má dobrý den, spolupracuje dobře,“ dodává paní fyzioterapeutka. Cílem Markovo fyzioterapie je zapojení středu těla, které je nezbytně nutné pro celkový správný psychomotorický vývoj. V příloze č. 6 je zaznamenána Markova cvičební jednotka, kde je možné se dočíst cviky, na které se momentálně při cvičení zaměřují.

K adaptaci do MŠ se paní učitelka vyjadřuje: *„Jeho adaptace do školy byla bez problému, až to působilo zvláště. Přijel, usmíval se, sourozence pohládl a zamával jim na cestu. Od začátku byl usměvavej. Sebeobslužně a hygienicky byl v normě, jen neměl žádné komunikační kanál.“*

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky byly nedostatky ve stožení na špičkách s otevřenými očima a v poskocích na jedné noze. Neudržel rovnováhu. Na jedné noze nevydržel ani po dobu pár vteřin stát. Chůze se jeví jako myopatická, kolébá se ze strany na stranu. Schody však vyjde i sejde bez obtíží, se střídáním levé a pravé nohy. Paní učitelka dodává, že mají podezření na neurologickou vadu. Na vyšetření neurologa se nyní ještě čeká, prozatím není stanovena žádná diagnóza, která by se týkala neurologického poškození. Paní učitelka se k hrubé i jemné motorice vyjadřuje jako *„velice opožděná a neodpovídá věku. Cílenou fyzioterapií se jí snažíme posunout.“* Dále dodává, že *„činností nerozumí, nepamatuje si je. Všechno, co dokončí, zvládá jen díky názornosti ve všem a asistenci. Je schopen plnit pouze jednoduché úkoly. Neudrží dýl pozornost u úkolu, obzvláště u takového, který mu nejde.“*

Jemná motorika

Při prvním pokusu zkoušky opozice palce nebyl schopen dotýkat se postupně každého prstu zvlášť. Sklonila jsem se k němu, abychom byli ve stejné úrovni a ukázala mu pohyby prstů. Okamžitě mě začal napodobovat a zkoušel cvik na pravé ruce. Mezitím držel svoji levou ruku v křečovitě pěsti podél těla. Nejprve byl pohyb prstů velmi pomalý a nepřesný. Také se dotkl palce dvěma prsty zároveň. Zkusila jsem zkoušku ukázat znovu a velmi pomalu. Na druhý pokus se s velkou soustředěností dotkl každým prstem zvlášť bříška palce.

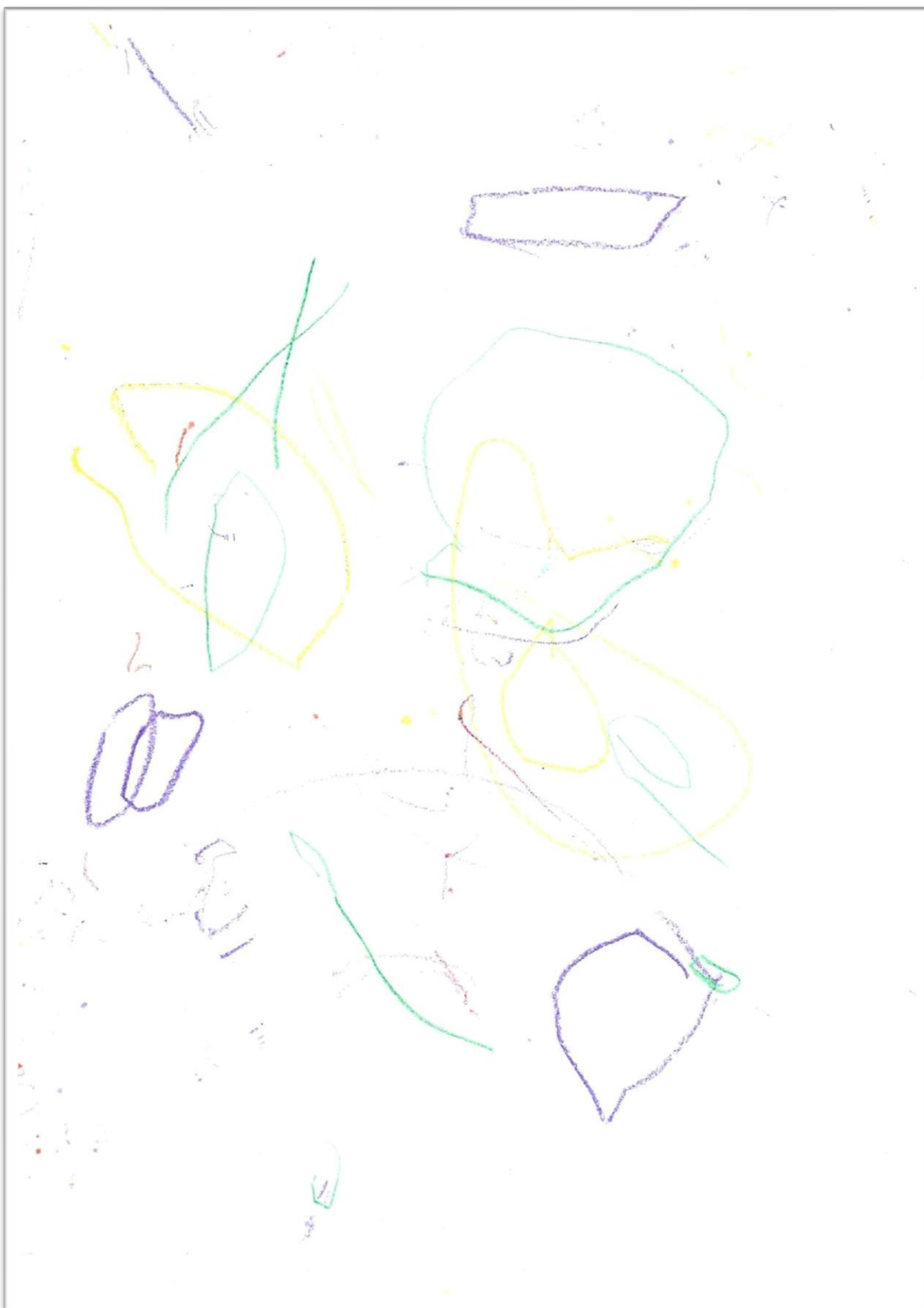
Během stříhání seděl v klidu u stolu, nikam neodbíhal. Z očí mu zářila zvědavost, jakou činnost budeme provádět. Nůžky držel křečovitě. Vystřihnout předkreslený kulatý tvar nedokázal. Velký problém Markovi dělalo zkoordinovat manipulaci nůžek v pravé ruce a zároveň držení papíru v ruce levé. Zajímavá byla situace při lepení menších kusů barevných papírů do nakresleného obrázku. Samotné lepení Marek zvládl bez dopomoci. Při zavírání lepidla nastala situace, ve které si nedokázal pomoci a přišla mu pomoci sama od sebe holčička, která seděla vedle něj. Lepidlo zavíral víčkem se špatným koncem, nedokázal ho otočit správným koncem a lepidlo zavřít. Stále tlačil a čekal, že se mu to přeci jen povede. V ten moment si od něj vzala víčko holčička, víčko otočila a lepidlo zavřela. Marek holčičce poděkoval. S úsměvem se na mě podíval a radostně mi ukázal zavřené lepidlo.

Kresba

Obsahová i formální stránka kresby postavy (viz obr. 3) je pod úrovní věku dítěte. Kresba je ve stadiu čmáranic, úchop je dlaňový s palcem nahoře. Dlaň a prsty jsou při kreslení v křeči a tlak na podložku je slabý. Pro kresbu zvolil více barev. Po dokreslení obrázku mi podal papír. Chtěla jsem vědět, kde má postava oči. Marek ukázal na dvě překrývající se fialová kolečka v horní části papíru. Při kresbě libovolného tématu zvolil pouze modrou barvu a zaplnil celou plochu papíru (viz obr. 4). Během kreslení opakovaně ukazoval znak pro draka. Paní učitelka přemýšlela, jakého draka má na mysli. Sám od sebe se zvedl ze židle a v chodbě nám ukazoval draka, kterého má na mysli. Byl to papírový drak, kterého společně vyráběli před dvěma týdny.

„Kreslení ho nebaví, bere ho jako úkol. Při pozitivní motivaci ho dokončí. Snažíme se uvolňovat, procvičovat a fixovat úchop. Ale bohužel se mu nedaří ovládnout celé tělo, natož ruky nebo úst,“ dodává ke kresbě paní učitelka. Nakreslit čáru mezi dvěma liniemi dělalo Markovi problém. Vybočil z předkreslené dráhy.

Obr. 3: Kresba postavy, Marek



Zdroj: Vlastní

Obr. 4: Kresba, Marek



Zdroj: Vlastní

Při kreslení dráhy (čáry) mezi dvěma liniemi vybočil z předkreslené hranice. Čára byla plynulá s vybočením z vyznačené dráhy. Zadání nejspíš nepochopil, jelikož začal kreslit čáry další.

Lateralita

Při orientační zkoušce laterality byla použita publikace od *Bednářové a Šmardové* „*Diagnostika dítěte předškolního věku*“. V příloze č. 1 je doložena tabulka. Markova laterality ruky i oka se jeví jako vyhraněné praváctví. Při kresbě, stříhání, navlékání korálků, zatloukávání kolíčku volil pokaždé pravou ruku. Při pohledu do lahvičky se přibližoval k pravému oku. Stejným okem se díval také do krasohledu.

Společné aktivity

„Po čase se otrkal a začal být v kolektivu agresivní na jiné děti. Nechápal pravidla školky a her. Byl frustrovaný. Ale neplakal, ani se nevztekal. Potají ubližoval jiným dětem a myslel si, že ho nikdo nevidí,“ popisuje Markovo chování paní učitelka. Při hře se velmi rád zapojuje a kooperuje s dětmi i s paní učitelkou. Jelikož si znakový jazyk osvojuje krátkou dobu, dochází k častému nedorozumění či nepochopení při hře. Při volné hře se upíná na dospělé osoby. Protože si není jistý, jak má danou činnost provádět, neustále si hlídá pedagoga. Při hře v kolektivu je nadšený, společné aktivity ho baví. Paní učitelka dodává: *„Na děti je často fyzicky agresivní, pořád nerozumí pravidlům sociální skupiny. Nerespektuje ostatní.“* Při ranních hrách si sedl do mé těsné blízkosti a odmítal mezi nás pustit kohokoliv jiného. Nesouhlas přítomnosti kamaráda ukázal velmi výstižně svým mimickým výrazem. Při hře jsem do telefonu vysílala v různé intonaci „haló, haló“ a ihned jsem přiložila telefon k Markovo uchu. Naprosto přesně napodobil intonaci mého hlasu. Zkusila jsem změnit hlasitost i intonaci, přidala jsem jedno slovo „haló“ a zkusila, jestli jeho první napodobení nebyla jen pouhá náhoda. Utvrdila jsem se v tom, že nebyla. Intonačně dokáže napodobit jakýkoliv zvuk. Toto zjištění mi potvrdila také paní učitelka. Kompenzace sluchadly se zřejmě zdařila přinejmenším na úrovni zvuků.

4.5.2 Případová studie č. 2

Jméno: Vilém

Věk: 5 let a 7 měsíců

Jelikož matka i otec jsou neslyšící, diagnóza oboustranná úplná hluchota byla zjištěna brzy (ihned po porodu). Je prvorozené dítě, narozené ve 35. týdnu s hmotnostní váhou 2120 g. Porod proběhl bez jakýchkoliv problémů. Sestra má diagnostikovanou těžkou nedoslýchavost a bratr nedoslýchavost. Rodiče u svých dětí odmítají implantaci kochleárního implantátu. Sami se ztotožňují s kulturou Neslyšících, čímž lze vysvětlit odmítnutí kochleárního implantátu. Matka i otec pracovali v lakovně. Otec byl mistr na dílně. Je však vyučený kuchař. Nyní změnil profesi. Závěsná sluchadla byla Vilémovi nasazena v 9. měsíci. Začal chodit v 1,5 roce. Do mateřské školy nastoupil v září roku 2017, tedy ve 2,5 letech.

Vilémova diagnóza je percepční ztráta sluchu NS, kterou uvádí MKN-10 pod kódem H90.5. Dále má diagnostikovanou poruchu pozornosti s hyperaktivitou (dále jen ADHD²), astigmatismus a krátkozrakost. Druhým rokem nosí brýle. Při rozřazování předmětů zelené a červené barvy na podklady o stejné barvě, Vilém neustále chybuje a předměty pokládá na podložku barvy opačné. Stejný problém má také s kombinací barev modré a fialové. Tato činnost je důkazem diagnostikované barvosleposti.

Kombinace sluchového postižení a ADHD způsobuje řadu obtíží při dorozumívání ve znakovém jazyce. Dle paní učitelky je tato kombinace postižení pro dítě velmi náročná pro orientaci v určité situaci. Při odpoledních činnostech se objevuje psychomotorický neklid a kolísavá koncentrace pozornosti. Vytrácí se pozornost na paní učitelku, pobíhá po třídě, potřebuje být fyzicky zaměstnán. Také na fyzioterapeutickém cvičení se projevují typické projevy ADHD, tj. neklid, neustálé pobíhání, nesoustředěnost na prováděné cviky. Paní fyzioterapeutka většinou opravuje nebo dopomáhá. Ovšem při soustředěnosti je schopen spolupracovat a cviky správně napodobovat sám bez dopomoci. Dalším, častým problémem je udržení pozornosti a soustředěnost při znakovém jazyce. Je pro něj obtížné udržet oční kontakt, často musí být upozorňován

² ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) = porucha pozornosti s hyperaktivitou, která je v dětské psychiatrii nejčastěji diagnostikovanou poruchou. Vyskytuje se častěji u chlapců než u dívek v poměru 3 : 1 (Paclt I., 2009).

a aktivován z vnějšku. Paní učitelka popisuje situaci při komunikaci ve znakovém jazyce: „*znakům nerozumí. Dnes má sluchadla po roce. Sluchadla doma má, ale rodiče, i přesto, že sami sluchadla nosí, neustále vodí děti do školy bez nich*“. Sluchadlo má z domova zalepené lepící páskou, jelikož mu ho přestříhl nůžkami mladší sourozenec. V komunikaci preferuje znakový jazyk jako jazyk mateřský.

Nepozornost a motorický neklid jsme zaznamenali také při uklízení pastelek. Byl natolik zbrklý, že se ani na čtvrtý pokus nemohl trefit do kelímku se zbylými pastelkami. Následoval neklid a rozrušení, začal sebou ošívát a byl nespokojený, že se mu úklid pastelky stále nedaří.

„*Adaptace do školy v úplný normě. Byl veselé dítě. Občas měl ráno tesklivé projevy po matce, která odcházela se sourozenci domů a on nechápal situaci, proč musí zůstat. Často měl problém při vymezování hranic, hysterické záchvaty s agresivním chováním vůči důslednému dospělým. Dnes se to občas taky objeví, ale už ví, že ve školce jsou pravidla, která se dodržují*“ popisuje paní učitelka adaptaci Viléma. Dále zmiňuje: „*Popis Vilémova adaptace se může zdát špatná, ale není tomu tak. Vzhledem ke kombinaci postižení se zvládl se vším vypořádat vcelku dobře a brzy.*“

Ze zprávy speciálně pedagogického centra (dále jen SPC), které Vilém navštívil v dubnu roku 2019, se lze dočíst, že se Vilémova řeč nerozvíjí. Vydává pouze zvuky, na oslovení nereaguje, avšak na silné zvuky jsou patrné reakce rychlým otočením či cuknutím. Nedochází k porozumění slovům. Ohledně rozvoje znakového jazyka dochází převážně k jeho pasivnímu rozvoji. Porozumí jednoduchým otázkám, pamatuje si opakující se říkanky a také rozumí konkrétním pojům, které se týkají denní potřeby. Aktivní způsob používání znakového jazyka je ovšem menší. Pro práci s Vilémem je důležité časté střídání činností, které zamezí jeho velmi nízké koncentraci.

Při fyzioterapii se u Viléma paní fyzioterapeutka zaměřuje především na cvičení na točně, kdy má za úkol zvládnutí více úkolů najednou; stání oběma chodidly stejně; držení madla oběma rukama; dívání se do zrcadla; pohyby s točením se v pase či jakkoliv jinak. Cílem cvičení je udržení pozornosti na aktuálně prováděnou činnost a jeho správné provedení i několikrát za sebou.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky má menší problém při poskocích na jedné noze a taktéž při chůzi po mírně zvýšené ploše či chůzi přes kladinu. Během konání cviku sebou neustále šije. *„Na kladinu musí mít náladu, čas a dostatek prostoru. Pokud cvik nezvládne, důvodem může být únava. Motoricky na to má, jen se mu třeba nechce“* dodává paní učitelka. V oblasti hrubé motoriky je velmi zdatný. Paní učitelka vysvětluje Vilémovu zdařilost: *„Vilém je pohybově nadaný. Jejich mamka je sportovkyně, děti jsou na pohyb zvyklí“*.

Jemná motorika

Při zkoušce opozice palce na mě ihned reagoval a cvik s radostí zkoušel. Avšak opět zde bylo pozorovatelné Vilémovo ADHD. Nedíval se na své prsty, očima se rozhlížel kolem sebe a několikrát po sobě vynechal prostředníček. Názornou ukázkou, kdy jsem schovala palec do dlaně, nebyl schopen napodobit. Stříhání zvládá samostatně. Nůžky držel v pravé ruce a výborně zvládal i manipulaci s papírem, který měl v levé ruce a stříhal jej na malé kusy, které následně lepil podél okrajů předkresleného vzoru. Lepení provedl sám taktéž bez jakýchkoliv problémů. Aktivita u stolečků byla pro Viléma příliš dlouhá. Pozorovali jsme neklid, který nejprve projevil zvednutím se ze židle a následným otočením se zády ke stolu, u kterého se společně pracovalo. Rozhlížel se po prostoru a po pár minutách začal chodit kolem stolu.

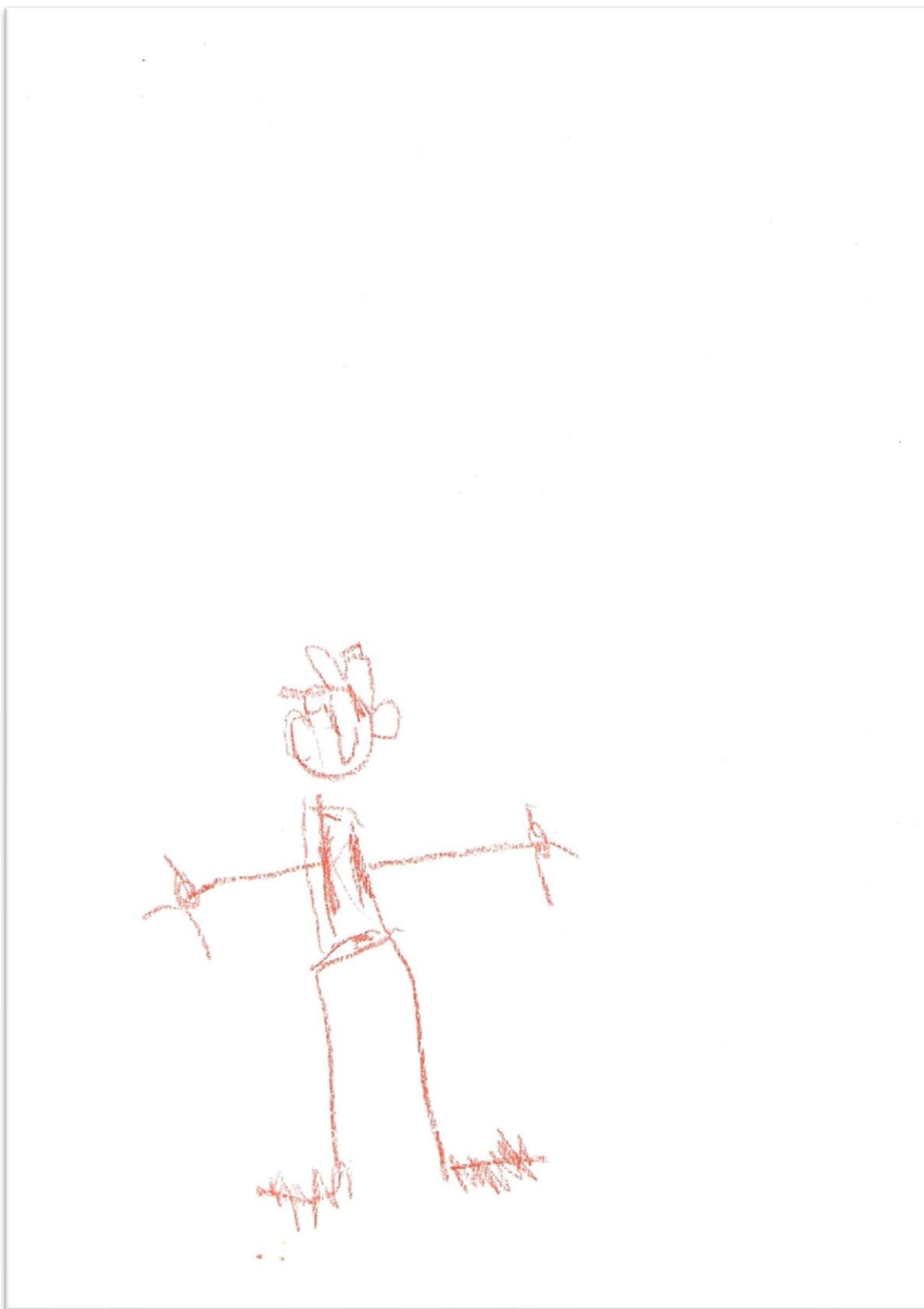
Kresba

Kresba postavy je vzhledem k Vilémovu věku podprůměrná (viz obr. 5). Postava muže je ve srovnání s plochou papíru poměrně malá a nevyspělá. Avšak nejedná se o hlavonožce. Má hlavu, trup a končetiny. Hlava není spojena s tělem. Počet prstů na ruce je nesprávný. Ruce a nohy znázorňuje pomocí jedné čáry, nikoli dvojrozměrně. Zaznamenané jsou i poměrně výrazné uši a na obličejí jsou i známky pusy, nosu a očí. Čáry jsou plynulé a je zde vidět i správný tlak na pastelku. Pastelku uchopil špetkovým úchopem spíše nahoře, ale po upozornění úchop opravil a posunul blíž k podložce. Při libovolné kresbě si orientaci papíru zvolil na šířku. Tentokrát zvolil i více barev a zaplnil celou plochu papíru. Velká, barevná postava představuje dinosaura, který má dlouhý jazyk a míří s ním ke stroji určenému pro lidi. Nad strojem i pod strojem jsou lidé

a červená barva kolem nich znázorňuje krev (viz obr. 6). Paní učitelka dodává, že má kreslení moc rád a činnost sám vyhledává. *„Nevydrží u toho ale příliš dlouho a radši maluje štětcem.“*

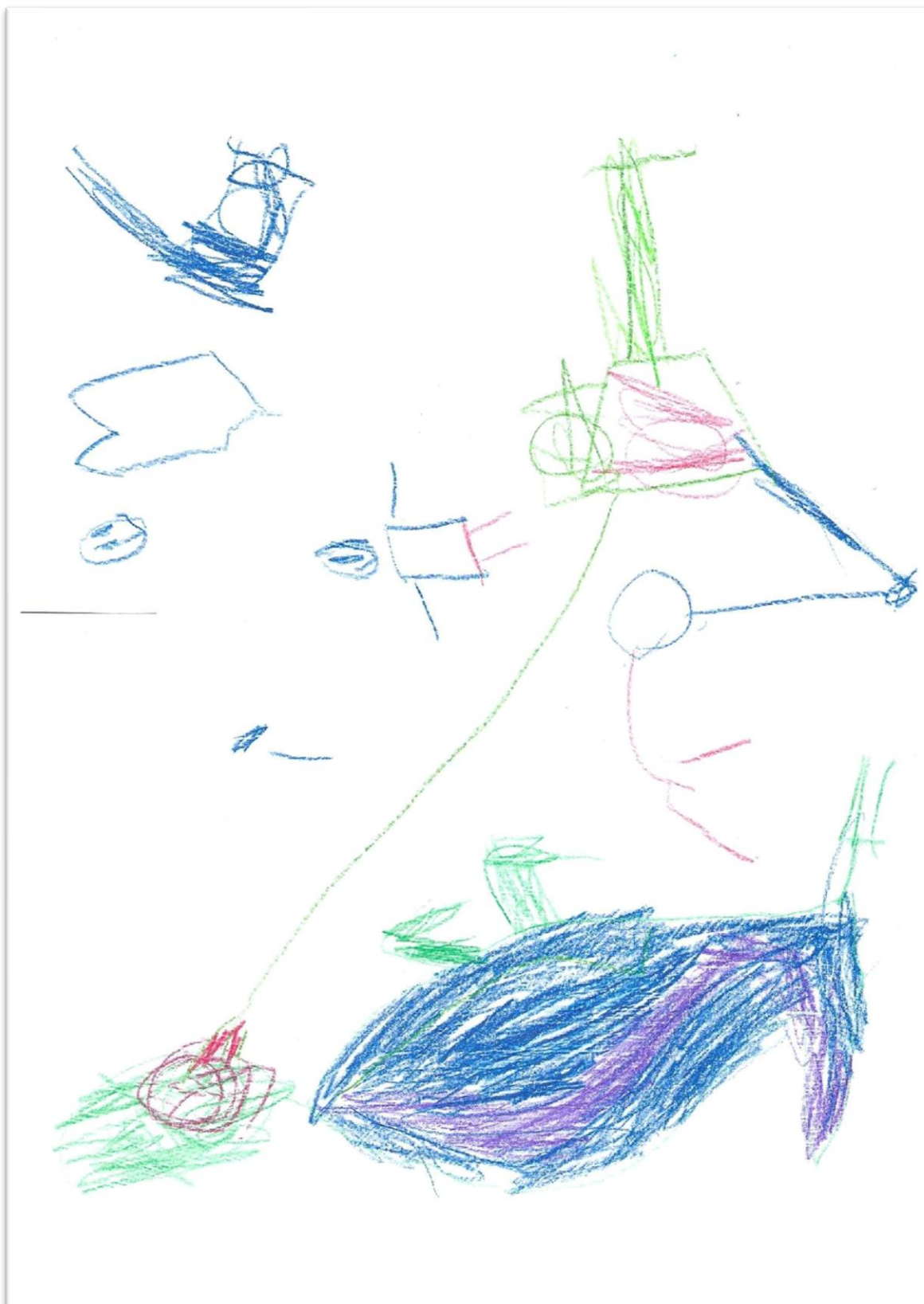
Nakreslená čára mezi dvěma liniemi je plynulá a bez vybočení.

Obr. 5: Kresba postavy, Vilém



Zdroj: Vlastní

Obr. 6: Kresba, Vilém



Zdroj: Vlastní

Lateralita

Při orientační zkoušce na rozpoznání laterality dle autorek Bednářové a Šmardové (viz příloha č. 1) se Vilémova lateralita jeví jako pravostranná. Hračky, předměty i psací náčiní bere do pravé ruky. Taktéž při stříhání má nůžky v pravé ruce a korálky navlíkal taktéž pravou rukou. Při stavění svého velkého dinosaura umísťoval předměty pravou rukou. Oko má taktéž dominantní pravé. Krasohled i lahvičku si přiblížil k pravému oku.

Společné aktivity

Oblíbenou činností v mateřské škole je momentálně stavění dinosaurů z plyšové stavebnice různých tvarů. Malý model dinosaura, který představoval vzor, si položil na parapet a z plyšových tvarů poskládal jeho napodobeninu. Nikdy nezapomněl na ocas. Finální verze velkého dinosaura měla opravdu podobu Vilémovy vybrané předlohy. Prokázal výbornou představivost i orientaci v prostoru. Každý výtvar dinosaura byl vyšší než Vilém sám. Tvary přidával opatrně pravou rukou a pokaždé si přál pracovat zcela sám, bez jakékoliv pomoci. S nadšením za námi utíkal, výtvar ukazoval a ihned s nadšením v obličeji a s výrazným gestikulováním ukazoval, kde je ocas, noha a v neposlední řadě také ostny, které mají dinosauři na zádech. Rád si hraje na pana doktora.

Při společných aktivitách v kolektivu dětí je vůdčí typ. Chce rozdávat role a je frustrovaný, pokud mu děti nerozumí. Pokud dojde k nepochopení ze strany vrstevníků, má sklony k agresivnímu chování. U dospělých se frustrace projevuje vzteklým projevem. Při soustředění na činnost nebo při hře, vydává zvuky jako je pískání, chrčení, houkání. Často nereaguje na první pokyn, jako je např. úklid hraček. Jeho nesouhlas vyjádří zakroucením hlavy.

4.5.3 Případová studie č. 3

Jméno: Aneta

Věk: 4 roky a 8 měsíců

Aneta je ze tří sourozenců. Starší bratr má diagnostikovanou oboustrannou úplnou hluchotu a bratr nedoslýchavost. Matka i otec se ztotožňují s kulturou Neslyšících. Oba rodiče nosí sluchadla. Matka i otec pracovali v lakovně. Otec byl mistr na dílně. Je však

vyučení kuchař. Nyní došlo ke změně v jeho zaměstnání. Z důvodu neslyšících rodičů byla percepční ztráta sluchu oboustranná (v MKN-10 po kódem H90.3) diagnostikovaná pomocí screeningu ihned po narození. Stejně jako u svých dvou sourozenců rodiče odmítají kochleární implantát. V prosinci roku 2016, kdy bylo Anetě deset měsíců, byla nasazena závěsná sluchadla. Dle zvukového deníku lze zjistit, že sluchadla byla nošena pouhou hodinu denně. Se svými sourozenci pravidelně docházejí do mateřské školy bez sluchadel. Aneta nastoupila do mateřské školy v září roku 2018 ve svých 2,5 letech. Na adaptaci se paní učitelka vyjádřila následovně: *„Anetka se adaptovala parádně, sebeobslužně na jedničku. Jen cca měsíc dva problém s vymezováním hranic a porušováním pravidel. Byla hodně vzteklá, ale jí občas hysterák chytne i teď. To ale mají všichni tito sourozenci. Mají vzteky s válením na zemi. Občas se dost urazí, když je ukřivděná. Chce být ve všem nejlepší a je hodně snaživá, takže když jí to ujede, tak je nafouklá“*. Prostředí v MŠ znala, jelikož doprovázela se svými rodiči staršího bratra do mateřské školy již od útlého věku. Během spaní v mateřské škole si paní učitelka všimla nočních děsů, které se u Anety objevují šubnutím těla, náhlým probuzením doprovázeným bušením srdce a hrůzou v obličeji. Rodiče přiznali, že jeden čas byla na medikamentózní léčbě, nyní již medikamenty neužívá. Děsy se však objevují i nadále. Za svůj mateřský jazyk považuje český znakový jazyk. Pokud má obě sluchadla, reaguje na svoje jméno i na silné zvukové podněty. Je v péči foniatra a neurologa. V MŠ navštěvuje dvakrát v týdnu logopedku. Logopedka pracuje s Anetou dle soustředěnosti 15–30 minut. Do logopedického sešitu, do kterého zaznamenávají logopedická cvičení, si vkládá úkoly a doma je následně trénuje. S paní učitelkou pracují na rozvoji orofaciálního svalstva (jazykové a retní cviky), které se pomoci její snaživosti rychle rozvíjí.

Paní fyzioterapeutka popisuje Anetu jako pohybově nadanou. Při cvičení spolupracuje velmi dobře, má paměť nácviky. Dokonce i ostatním napovídá jednotlivé cviky. I na cvičení se občas projevuje zbrkllost a potřeba zkusit rychle všechno. Zaměřují se na správné provedení jednotlivých cviků.

Hrubá motorika

V hrubé motorice jsme nezaznamenali žádné nedostatky. Motoricky je Aneta velmi zdatná. Bez problému zvládne přeskočit snožmo nízkou překážku. Cviky dělá ráda. Matka je sportovně založena a děti jsou od mala vedeny k pohybu. Bez problému dokáže hodit

míč dospělému. Do míče kope pravou nohou. Paní učitelka se k motorice vyjadřuje následovně: „*Je pohybově nadaná, takže rozvoj hrubé i jemné motoriky je v normě, ve vztahu k běžným dětem*“.

Jemná motorika

Zkoušku opozice palce provedla hned na první pokus výborně. Stačilo ji cvik jednou ukázat a ihned byla schopná cvik napodobit. I když má Aneta dominantní ruku pravou, zvládla se dotknout každým prstem palce i na své levé ruce. Problém ji nedělal ani cvik provést na obou rukách zároveň. Při stříhání držela nůžky v pravé ruce a manipulace s nůžkami a papírem ji nedělalo sebemenší problém. Při lepení malých kusů papíru na vyznačená místa byla velmi soustředěná a poté si začala lepit malé kusy papíru i na svůj výtvar. Navlékání korálků jí taktéž nedělá sebemenší problém. Paní učitelka dodává, že co se jemné motoriky týče, je Aneta výborná.

Kresba

Při zadání, aby děti nakreslily postavu (jednu), Aneta nakreslila postavu a k ní celou rodinu (viz obr. 7). Nejoblíbenějším tématem je momentálně rodina. Jakýkoliv obrázek prezentuje rovnou v celé rodině. Zaplnila celou plochu papíru. První postavu, kterou nakreslila na papír nakreslila červenou barvu a symbolizuje matku. Využila velkou část papíru. Tělo a hlava nejsou odděleny krkem. Na obličejí jsou však zaznamenány detaily. Dvě oči, nosní dírky, pusa. Postava má vlasy a na krku jsou zaznamenány výrazné korále. Ruce představují dvě čáry směřující k zemi. Při dotázání, kdo jsou ty tři malé postavičky, Aneta vyjmenovala pomocí znaků sebe a své dva sourozence, tedy svoji rodinu. Postava nakreslená černou barvou znázorňuje otce. Kreslené čáry jsou plynulé a zaznamenáme i velký tlak na podložku. Pastelku držela správným špetkovým úchopem, avšak s loktem nad podložkou. Na podložce měla položenou pouze dlaň. Při volné kresbě nakreslila opět svoji rodinu, tentokrát v ptačí podobě. Červenou barvu pastelky zvolila pro mámu, černou pro tátu, žlutou barvou nakreslila staršího bratra a zelenou bratra mladšího. Nezapomněla ani na sebe a zvolila žlutou barvou. Ptáci mají oči, křídla a výrazné zobáky (viz obr. 8).

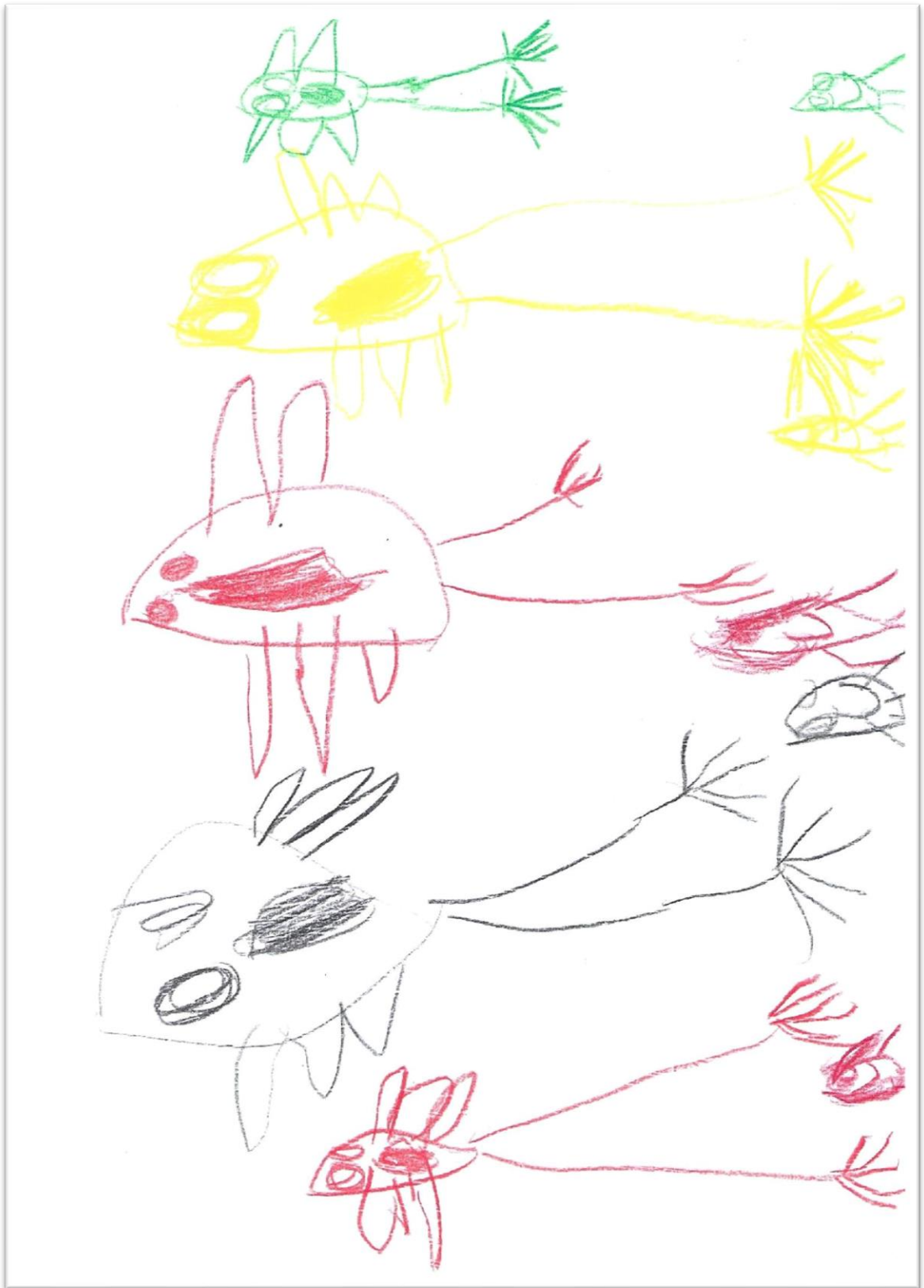
Čára mezi liniemi je taktéž plynulá a bez vybočení. Úkol zvládla výborně.

Obr. 7: Kresba postavy, Aneta



Zdroj: Vlastní

Obr. 8: Kresba, Aneta



Zdroj: Vlastní

Lateralita

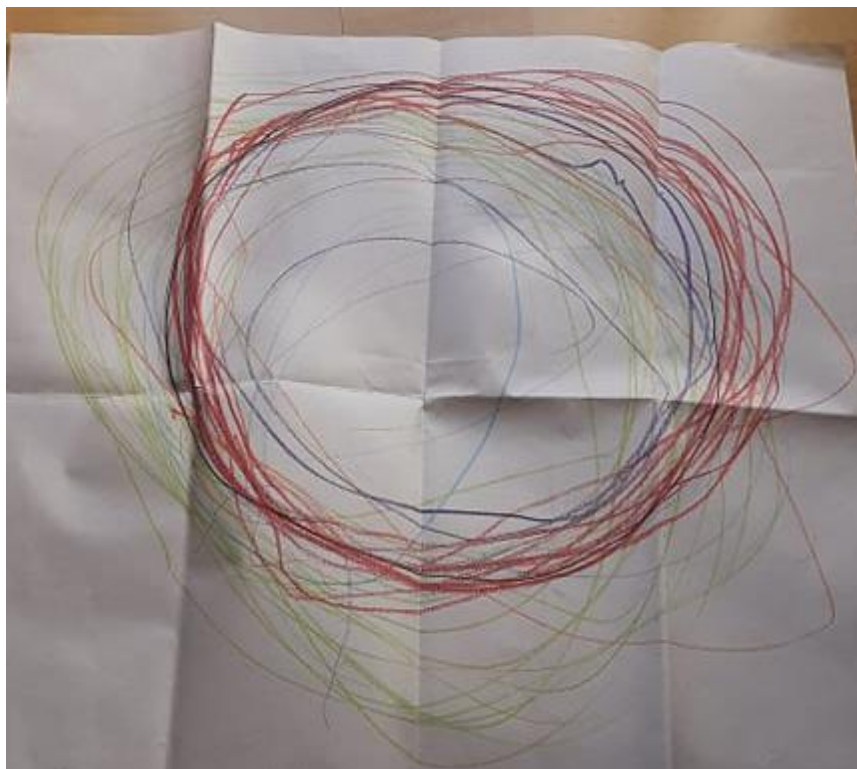
V rámci určení laterality byl u Aničky použitý stejným materiál jako v předešlých případových studiích (viz příloha č. 1). Na základě úchopu psacího náčiní, kresbě, stříhání, navlékání korálků, zatloukávání kolíčku pokaždé volila pravou ruku. Při pohledu do lahvičky a do krasohledu si předměty přibližovala taktéž ke svému pravému oku. Lateralita ruky i oka se jeví jako vyhraněné praváctví.

Společné aktivity

Při společných aktivitách se velmi ráda zapojuje. „Anetka je velice snaživá a kamarádká. Při volné hře si vždy hraje s ostatními dětmi. Ráda si prosazuje svoje přání a občas se pře o vedoucí roli s Vilémem,“ popisuje paní učitelka. Při nedosáhnutí svého však nereaguje agresivitou. Vyžaduje plnění předškolních aktivit a plní více, než by musela.

Společně provádí uvolňovací cvičení na velký formát papíru. Paní učitelka předkreslí kruh a každé dítě se snaží svojí barvou pastelky předkreslený kruh několikrát obtáhnout.

Obr. 9: Grafomotorický uvolňovací kruh



Zdroj: Vlastní

4.6 Výsledky případových studií

U každého pozorovaného dítěte byly zjištěny nedostatky v určitých oblastech.

Případová studie č. 1

U Marka došlo ke kompenzaci sluchového postižení pozdě a jsou u něj pozorovatelné velké nedostatky v oblasti komunikace a jemné motorice. Aktuálně začíná rozumět teprve základním znakům v českém znakovém jazyce. To s sebou nese následky při činnostech v MŠ, navázání komunikace se svými vrstevníky, se svým okolím. Činnosti byl schopný provést pouze s názornou ukázkou. U kresby jsou velké nedostatky především ve špatném úchopu. Obsahová stránka kresby postavy je podprůměrná, u které je možné zvážit také hledisko neporozumění zadání.

Případová studie č. 2

Vilém je cílevědomý kluk, který se snaží provést vše bezchybně. Každý cvik pochopil bez problému a provedl ho správně. Motoricky je zdatný a v jemné motorice jsme pozorovali problém při dotýkání se bříškem každého prstu na ruce bříška palce. Při větší soustředěnosti cvik provedl správně. Nedostatky můžeme zaznamenat při kresbě postavy, která neodpovídá jeho věkové kategorii. Diagnóza ADHD a sluchového postižení je problematická kombinace a u Viléma jsme zaznamenali problémy, které z této kombinace diagnóz mohou pramenit. Nejzávažnější se jeví učení se českého znakového jazyka, při kterém je důležitá koncentrace na aktuálně prováděné znaky. S tím souvisí nepřesné znakování prováděné v příliš rychlém tempu a malá soustředěnost na protějšího člověka, se kterým ke komunikaci dochází. Pro učení dětí znaků je toto velká komplikace.

Případová studie č. 3

Aneta zvládla všechna motorická cvičení výborně. Je velmi motoricky nadaná, snaživá a vše, co dělá, se snaží provádět správně. Těžko nese své selhání. Pokud se cítí ukřivděná, urazí se. Do jakékoliv aktivity se pouští s nadšením. Ve třídě fungovala naprosto samostatně. Ráda tvoří a má velkou fantazii. Nedostatky jsme zaznamenali v úchopu psacího náčiní.

Diskuze

Bakalářská práce v designu případových studií se zabývá a představuje jednotlivé oblasti psychomotorického vývoje u dětí předškolního věku se sluchovým postižením. Zkoumá oblasti jemné a hrubé motoriky, kresby, laterality a vizuomotoriky.

Případové studie nám poskytly informace o tom, jak odlišný dopad má sluchové postižení na každého jedince v různých oblastech a jak důležitá je včasná diagnóza pro správný rozvoj a zvolení vhodné komunikační metody. Dle Kábeleho (1992, in Vágnerová, 2012b) bylo zjištěno, že přibližně u 30 % dětí se sluchovým postižením se objevují nedostatky v jemné motorice. Opoždění vývoje se týká v jeho plynulosti, rychlosti a přesnosti pohybů. Na základě našeho výzkumného šetření jsme potvrdili nedostatky v jemné motorice, které byly pozorovatelné u zkoušky opozice palce a u každého dítěte se nedostatky objevily u kresby, resp. držení psacího náčiní. V obsahové stránce kresby dle Tiché (in Potměšil a kol., 2012) se často objevuje nepřesnost a menší úprava. V oblasti kresby postavy je patrný nedostatek detailů a spíše podprůměrný výkon vzhledem k věku každého dítěte.

Taktéž je důležité zmínit rozdíly v prospívání dítěte, u kterého bylo sluchové postižení diagnostikováno v relativně krátkém čase ihned po porodu a dítětem, u kterého se na postižení přišlo až v předškolním věku. U dětí včasně diagnostikovaných probíhá řečový rozvoj stejným způsobem jako rozvoj jazyka mluveného a dětí bez sluchového postižení (Tichá, in Potměšil a kol., 2012). Děti lépe rozuměly zadání a snadnější byla i vzájemná komunikace. U chlapce, kterému bylo sluchové postižení diagnostikováno v předškolním věku byly pozorovatelné nedostatky v oblasti interakce s ostatními dětmi. Ostatním nerozuměl a zapojení se ve společných aktivitách bylo o to složitější. V předchozím věkovém stadiu byla přítomna i podnětová deprivace, která může mít na vývoj dítěte taktéž negativní vliv. I tento poznatek může být vysvětlením k podprůměrnému výsledku v úkolu kresby postavy či volného tématu při kreslení. Z důvodu neurčení diagnózy záhy po porodu nebyla zvolena vhodná komunikační technika a tím byl blokován spontánní vývoj řeči, který souvisí s rozvojem myšlení. Na základě tohoto případu vnímám jako zásadní problém neprovedení screeningu sluchu ihned po narození. Pokud by byl prováděn screening sluchu všem dětem ihned po narození, nedocházelo by k určitým problémům. V případě Marka by nedošlo k podnětové deprivaci, která úzce souvisí

s nedostatky například v oblasti komunikace. Celoplošný screening sluchu novorozenců vnímám jako velmi zásadní vyšetření v každé nemocnici, a to každému narozenému dítěti. Rozdíly mezi dětmi diagnostikovanými záhy po narození a dětmi diagnostikovanými v pozdějším věku taktéž zmiňuje Tichá (in Potměšil a kol., 2012). Pro správný rozvoj je velmi důležité s tímto chlapcem rozvíjet znakovou řeč, která byla doposud zanedbaná. Do každodenních činností je vhodné zapojovat jemnou motoriku.

V průběhu výzkumného šetření jsme se setkali se souběžnou diagnózou sluchového postižení a ADHD, které má negativní vliv na rozvoj a učení se znakového jazyka. Je důležité podporovat cvičení zaměřené na udržení pozornosti, relaxační cvičení a pravidelná návštěva logopeda. U chlapce s touto kombinací diagnóz je žádoucí časté střídání činností, mezi činnosti vkládat prostor pro relaxaci. Vyžaduje přítomnost dospělého a pochvalu za správně provedenou činnost, úkol. Pro rozvoj grafomotoriky bychom u Viléma mohli zkusit v MŠ pracovat se Šimonovými listy, které jsou jednoduše přístupné.

U Anety, které bylo sluchové postižení diagnostikováno záhy po porodu, nebyly zaznamenány žádné problémy. Hraje zde roli celková motorická zdatnost, která je zřejmě důsledkem sportovního založení matky. Od relativně útlého věku měla dostatek stimulů a nyní se u Anety neobjevuje výrazná odchylka. Pro správný vývoj je prospěšná fyzioterapie a psychomotorická cvičení, která se v MŠ s dětmi provádí. Vhodné jsou také grafomotorické uvolňovací cviky na velkém rozměru.

Odpověď na první výzkumnou otázku, která zněla, zda souvisí narušený psychomotorický vývoj se sluchovým postižením a s jakými problémy v psychomotorickém vývoji se děti potýkají.

Vzhledem k nedostatku informací a zkrácení časového intervalu výzkumného šetření z důvodu pandemické situace, nebylo možné vyvodit závěr této otázky. Vzhledem k prvnímu respondentovi se na psychomotorickém vývoji výrazněji než sluchové postižení projevila zanedbanost, která s sebou nese následky i v dalších vývojových etapách. Z výzkumného šetření plyne, že se děti se sluchovým postižením potýkají s problémem v oblasti jemné motoriky. Výrazně potom v kresbě, především při úchopu psacího náčiní. Naopak problémy v udržení rovnováhy jsme nezaznamenali u žádného

dítěte. Pro objektivnější posouzení by bylo přínosnější zvolit širší výzkumný vzorek a delší časové hledisko výzkumného šetření.

Druhá výzkumná otázka zněla, *zda se materiály na podporu správného vývoje využívají v běžné praxi.*

Prostudované materiály během výzkumného šetření jsou jednoduše dostupné pro každou MŠ. Jako příklad uvádím *Grafomotorické listy* od Jiřiny Bednářové, u kterých je také příručka, jak s listy pracovat. Pro podporu správného vývoje vnímám jako významné sociální nácviky se speciálním pedagogem nebo psychologem. Sociální nácviky by u dětí mohly vést ke zmírnění agrese, která může pramenit z frustrace v oblasti komunikace, v momentě, kdy ostatním nerozumí nebo naopak ostatní nerozumí jim. Se spoluprací logopeda a fyzioterapeuta jsem se během praxe taktéž setkala a vnímám to jako velmi pozitivní krok k lepšímu vývoji.

Vhodné knižní materiály pro rozvoj dětí se sluchovým postižením považujeme za přínosné:

Grafomotorické listy od Jiřiny Bednářové.

Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti od Marie Blahutové, Jiřiny Klenkové a Dany Zichové.

Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku od Zuzany Půstové. V této publikaci nalezneme psychomotorická cvičení týkající se chůze, běhu, orientace na vlastním těle, házení, chytání...

Hry pro rozvoj psychomotoriky pro děti s ADHD, PAS, smyslovým postižením a dalšími handicap od Kurtz, Lisa A. Tato autorka je fyzioterapeutkou a zaměřuje se na děti s postižením.

How to Help a Clumsy Child - Strategies for Young Children with Developmental Motor Concerns od autorky Kurtz, Lisa A.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na oblasti psychomotorického vývoje tří dětí předškolního věku se sluchovým postižením. Zejména na oblast hrubé a jemné motoriky a oblast kresby. Děti chodí do stejné třídy pro sluchově postižené v MŠ. Během mého proniknutí do oblasti problematiky dětí se sluchovým postižením jsem dospěla k závěru, že bude přínosnější podrobnější popis dětí bez komparace s dětmi bez sluchového postižení.

Hlavním cílem bylo popsat děti v oblastech psychomotoriky na základě pozorování a analýzou získaných dokumentů. Jako diagnostický materiál byla použita Diagnostika dítěte předškolního věku od autorek Bednářové Jiřiny a Šmardové Vlasty, který byl doplněn Katalogem posuzování míry speciálních potřeb od Potměšila Miloně a kol. Dílčím cílem bylo navrhnout dostupné materiály a plán pro rozvoj v oslabených oblastech psychomotorického vývoje v prostředí mateřské školy.

Cíle, které si bakalářská práce kladla, byly naplněny.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má tři kapitoly. První kapitola přibližuje čtenáři problém sluchového postižení, anatomii a fyziologii ucha, terminologii, klasifikací, etiologii a možnosti korekce sluchových vad. Smyslem teoretické části je proniknutí do této problematiky a seznámení se základními termíny, které se záhy objevují k části praktické.

V empirické části je popsáno výzkumné šetření, které bylo realizováno jako kvalitativní v designu případové studie. Třída s třemi pozorovanými dětmi byla navštěvována v měsících říjen 2020 až prosinec 2020. Během každé návštěvy jsme s dětmi plnili zadané úkoly, docházeli na fyzioterapii a účastnili se běžných aktivit. Jako diagnostické materiály byly použity tabulky od autorek Bednářové Jiřiny a Šmardové Vlasty (tabulky jsou přiloženy v přílohách) doplněné Katalogem posouzení míry speciálních potřeb od Potměšila Miloně. Konec empirické části shrnuje jednotlivou případovou studii.

Z případových studií plyne zcela individuální vývoj dětí se sluchovým postižením, na který má významný vliv výchova a speciálně pedagogický přístup. Důležitým faktorem v psychomotorickém vývoji se taktéž prokázala včasná diagnostika. Na základě diagnostiky se stanovují vhodné kompenzační pomůcky a komunikační metody, které

jsou nezbytně nutné pro správný vývoj. U jedince, kterému byla stanovena diagnóza sluchového postižení až v předškolním věku, byly v porovnání s ostatními dětmi pozorovatelné velké nedostatky v oblasti jemné motoriky a taktéž v interakci se svým okolím. V našem výzkumném šetření se objevila kombinace sluchového postižení s ADHD, která s sebou může nést následky v opožděném vývoji. V momentě, kdy má jedinec ztrátu sluchu, je odkázaný na kompenzaci tohoto smyslu smyslem jiným. V tomto případě (sluchové postižení s ADHD) je pozornost, která je pro jedince se sluchovým postižením významná v oblasti komunikace, narušena. U chlapce byly zaznamenány problémy v oblasti komunikace ve znakovém jazyce. Je pro něj velice náročné porozumět partnerovi, se kterým komunikuje, jelikož není schopen udržet svoji pozornost na znaky. V našem výzkumném šetření jsme se také setkali s kombinací sluchového postižení a sníženého intelektu. Na základě těchto poznatků docházíme k závěru četných komplikací, které vznikají při kombinaci sluchové postižení s jiným postižením.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje

1. BARVÍKOVÁ, Jana a Jarmila KONEČNÁ, 2016. Adaptace vzdělávacího procesu pro neslyšící děti s kochleárním implantátem – úloha speciálně pedagogického centra. In: HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-619-2.
2. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ, 2015. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0658-1.
3. DAVIDO, Roseline, 2008. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-415-1.
4. FREEMAN, R. D., CARBIN, C. F., BOESE, R. J, Tvé dítě neslyší? 2012. In: POTMĚŠIL, Miloš. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3053-9.
5. HÁDKOVÁ, Kateřina, 2016. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-619-2.
6. HAMPL, Igor, 2013. *Surdopedie*. Ostrava: OU. ISBN 978-80-7464-327-9
7. HAVLÍK, Radan, 2007. *Sluchadlová propedeutika*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-458-0.
8. HAVLÍK, Radan, 2007. *Sluchadlová propedeutika*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-458-0.
9. HELLBRÜGGE, Theodor, 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3457-6.
10. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. HERDOVÁ, Stanislava, 2012. *Pediatric pro praxi*. In: HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení – úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.
12. HORÁKOVÁ, Radka, 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.
13. HRUBÝ, Jaroslav, 2010. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. [Praha]: Tiché učení. ISBN 978-80-904786-1-9.

14. JEDLIČKA, Ivan, 2007. Vady sluchu z hlediska otorinolaryngologie a foniatrie. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol., *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
15. KAŠPAR, Zdeněk, c2008. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. ISBN 978-80-87218-15-0.
16. KÁBELE, 1992. Zkušenosti s orientačním testem dynamické praxe u neslyšících dětí předškolního věku. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 27, 3, 251-257. In: VÁGNEROVÁ, Marie, 2012b. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
17. KITTNAR, Otomar, 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
18. KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
19. KRAHULCOVÁ, Beáta, 2014. Komunikace sluchově postižených. In: MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5034-7.
20. KROČANOVÁ, L'ubica, 2012. Psychická zátěž v rodinách so sluchovo postihnutým dieťaťom. In: VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7. 978-80-246-1640-7.
21. LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ, 2013. *Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3701-9.
22. LEJSKA, Mojmir, 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7.
23. MANDZÁKOVÁ, Mária a Beáta ŽATKOVÁ, 2016. Surdopédia. In: HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-619-2.
24. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka a Jana BARVÍKOVÁ, 2009. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 978-80-86792-23-1.
25. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina, 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5034-7.
26. NAKONEČNÝ, Milan, 1995. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář. ISBN 80-85255-74-x.

27. NOSKOVÁ, Milena, 2013. *Produkce řeči u zdravého dítěte a u dítěte prelingválně neslyšícího po kochleární implantaci*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-439-1.
28. NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA, 2010. *Biologie člověka*. Vyd. 4., Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7373-007-9.
29. PACLT, Ivo, 2009. *Attention-deficit, hyperactivity disorder (ADHD) biochemical, genetic and clinical studies*. Prague: Karolinum. Acta Universitatis Carolinae. ISBN 978-80-246-1640-7.
30. POKORNÝ, Jaroslav, 2011. *Senzorický nervový systém*. In: KITTNAR, Otomar. Lékařská fyziologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
31. POTMĚŠIL, Miloň, 2007. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1300-0.
32. POTMĚŠIL, Miloň a kol., 2012. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3053-9.
33. PULDA, Miloš, 1992. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-0476-2.
34. PŮSTOVÁ, Zuzana, 1997. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku: [metodická příručka pro učitele]*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-022-2.
35. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ, 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.
36. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1997. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 80-7169-512-2.
37. SKŘIVAN, J., Z. KABELKA a R. HAVLÍK, 2015. *Implantabilní systémy pro korekci sluchu*. In: DRŠATA, Jakub a Radan HAVLÍK. *Foniatrie - sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-159-5.
38. SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
39. SOBOTKOVÁ, Alena, 2003. *Edukace žáků se sluchovým postižením*. In: VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD. ISBN 80-214-2359-5.

40. SOURALOVÁ, Eva a Jiří LANGER, 2005. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1084-2.
41. SOURALOVÁ, Eva a Jiří LANGER, 2006. Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In: RENOTIÉROVÁ, Marie. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.
42. SOURALOVÁ, Eva, 2012. *Surdopedie I*. Studijní opora pro kombinované studium. In: HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.
43. STRNADOVÁ, Věra, 2002. *Úvod do surdopedie*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-564-8.
44. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA, 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
45. ŠTORK, Jiří, c2008. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1360-4.
46. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
47. TICHÁ, Alexandra, 2012. Oblast tělesného výkonu. In: POTMĚŠIL, Miloň. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3053-9.
48. TICHÝ, Tomáš. 2009. Technické aspekty kochleárních implantací I. In: MOTEJZÍKOVÁ, Jitka a Jana BARVÍKOVÁ. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.
49. UŽDIL, Jaromír, 2002. *Čáry, klikyháky, paňáci a auta: výtvarný projev a psychický život dítěte*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-599-7.
50. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012a. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
51. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012b. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
52. VALENTA, Milan, 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

Internetové zdroje

1. BÍLKOVÁ, Iva. Psychomotorický vývoj dítěte (11.–12. měsíc), 17.12.2019. [online]. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/psychomotoricky-vyvoj-ditete-11-12-mesic>
2. HERDOVÁ, Stanislava. Vyšetření sluchu dětí: Pediatrie pro praxi, 2004/4. [online]. s. 211-212 [cit. 2021-03-02].
Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>
3. Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/H90.3>
4. Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/H90.5>
5. Školský zákon č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění účinném od 25. 8. 2020 [online]. [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-25-8-2020>
6. Vyhláška č. 27/2006 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných [online]. [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27/zneni-20210101>
7. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>
8. World Health Organisation Grades of Hearing Impairment, 2008. [online]. [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/en/hearing-loss-personal-music-player-mp3/figtableboxes/table-4.htm
9. Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Zákon pro lidi [online]. [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384/>
10. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam příloh

Příloha č. 1. Záznamové tabulky

Příloha č. 2. Osnova rozhovoru

Příloha č. 3. Informovaný souhlas

Příloha č. 4. Cvičební jednotka

Příloha č. 5. Markova cvičební jednotka

Seznam obrázků

Obr. 1	Periferní sluchový orgán	str. 10
Obr. 2	Sluchové ústrojí	str. 11
Obr. 3	Kresba postavy, Marek	str. 42
Obr. 4	Kresba, Marek	str. 43
Obr. 5	Kresba postavy, Vilém	str. 48
Obr. 6	Kresba, Vilém	str. 49
Obr. 7	Kresba postavy, Aneta	str. 53
Obr. 8	Kresba, Aneta	str. 54
Obr. 9	Grafomotorický uvolňovací kruh	str. 55

Seznam zkratk

WHO	Světová zdravotnická organizace
MŠ	mateřská škola
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
RVP PV	Rámcový vzdělávací plán pro předškolní vzdělávání

Přílohy

Příloha č. 1. Záznamové tabulky

	Hrubá motorika	věk	nezvládá	zvládá s dopomocí	zvládá samostatně
1	Skok sounož	3			
2	Překročí nízkou překážku	3			
3	Chůze po schodech nahoru – střídá nohy	3			
4	Stoj se zavřenýma očima	3,5			
5	Přeskok přes čáru	3,5–4			
6	Chůze po schodech dolů – střídá nohy	4			
7	Přejde po čáře	4–5			
8	Stoj na špičkách s otevřenýma očima	4–5			
9	Poskoky na jedné noze	4–5			
10	Chůze po mírně zvýšené ploše	4–5			
11	Přejde přes kladinu	5			
12	Přeskočí s nožmo nízkou překážku	6			

	Jemná motorika	věk	nezvládá	zvládá s dopomocí	zvládá samostatně
13	Manipulace s drobnými předměty (navlékání korálků, zasouvání kolíčků do otvorů...)	3–4			
14	Stříhání	4			
15	Otevírání dlaně postupně po jednom prstu	4			
16	Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce	5			
17	Další činnosti:				

	Hmatové vnímání (taktilní percepce)	věk	nezvládá	zvládá s dopomocí	zvládá samostatně
18	Pozná hmatem výrazně odlišné hračky	4			
19	Pozná hmatem zvířátka (vel. 10 cm)	4–5			
20	Rozliší různé povrchy, materiály	5			
21	Pozná hmatem geometrické tvary	5–6			

	Spontánní kresba	věk	nezvládá	zvládá s dopomocí	zvládá samostatně
22	Kreslení nevyhledává				
23	Čáranice	2			
24	Pojmenování čáranice	2,5–3,5			
25	Hlavonožec	3–4			
26	Postava (hlava, trup, končetiny)	4–5			
27	Přibývající detaily:	5–6			
28	Různorodost námětů, nejčastěji kreslí:				

	Grafomotorické prvky	věk	nezvládá	zvládá s dopomocí	zvládá samostatně
29	Čára svislá	3			
30	Čára vodorovná	3			
31	Kruh	3–3,5			
32	Spirála	4–4,5			
33	Vlnovka	4–5			
34	Šikmá čára	4–5			
35	„Zuby“	5,5			
36	Horní smyčka	5,5			
37	Spodní smyčka	5,5–6			
38	Horní oblouk s vratným tahem	6			
39	Spodní oblouk s vratným tahem	6			

	Návyky při kreslení	
40	Držení tužky	
41	Postavení ruky	
42	Uvolnění ruky, tlak na podložku	
43	Plynulost tahů	

	Vizuomotorika	věk	nezvládá	zvládá s dopomocí	zvládá samostatně
44	Čára mezi dvěma liniemi (dráhy)	4			
45	Jedna linie (rozcvičovací cviky)	4,5–5			
46	Překreslí obrázek podle předlohy	6			

	Lateralita ruky	pravá ruka	levá ruka	ruce střídá
47	Navlékání korálek			
48	Zasouvání kostek do otvorů			
49	Skládání mozaiky z korálek, či hříbečků			
50	Roztáčení káči			
51	Zvonění zvonečkem			
52	Gumování			
53	Hod míčem			
54	Kutálení míče, trefování kuželek			
55	Šroubování uzávěrů lahví			
56	Šroubování matic			
57	Zatloukání kladívkem			
58	Hra s pískem – používání lopatky			
59	Zvedání kbelíčku s pískem			
60	Stříhání			

	Lateralita oka	pravé oko	levé oko	oči střídá
61	Dívání se do kukátka, krasohledu			
62	Dívání se do lahvičky			
63	Dívání se do klíčové dírky			

	Lateralita	věk	nevyhraněná	vyhraněná, praváctví, leváctví
64	Ruky			
65	Oka			

Příloha č. 2. Osnova rozhovoru

1. Mohla byste se, prosím, ke každému dítěti vyjádřit z pohledu Vaší profese?
2. Jak probíhá fyzioterapie s dětmi a jak často k Vám děti dochází?
3. Na jaké cvičení se s dětmi převážně zaměřujete?
4. Jsou u nějakého dítěte nedostatky v oblasti hrubé/jemné motorice? Pokud ano, mohla byste je specifikovat? Jak tyto nedostatky kompenzujete?

Příloha č. 3. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je popsat motoriku u dětí předškolního věku se sluchovým postižením na základě pozorování. Děti budu pozorovat od října 2020 do února 2021. Pozorování dětí bude probíhat za přítomnosti a pomoci paní učitelky. Budu se zaměřovat zejména na pohybové aktivity, práci s tužkou, stříhání a také kresbu.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumném šetření. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumném šetření používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne u účasti výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnosti si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnosti se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumného šetření (zákonného zástupce):

_____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studentky:

Příloha č. 4 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní ředitelko,

Obracím se na Vás s prosbou o realizování mé bakalářské práce na téma „*Psychomotorický vývoj dětí předškolního věku se sluchovým v postižením*“. Jedná se o provedení praktické části ve vaší mateřské škole.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumného šetření (nebo zákonný zástupce) a druhý studentka.

Jméno a podpis ředitelky

Jméno a podpis studentky

V _____ dne _____

Příloha č. 5. Cvičební jednotka

Cvičební jednotka – třída SLUNÍČKA

Úvod: Pozdrav – *Dobré ráno, Dobrý den*

- honička

Hlavní část: - skoky (trampolína)

- rovnováha (bosy)

- houpačka

- ježci (na ploché nohy)

- točna

- bublina

- koulení

Ve dvojicích: - pobíhání – jako koník

- lezení – jako pes

- plazení – jako had, jako rak

- cvičení mluvidel, mimiky, dechová cvičení

- **napodobují:** - mračení

- úsměv

- nafukování tváří

- pohyb jazykem

- posílání pusinek

- foukání

- zvuky – halóóóó, vlak (ššššš), had (sssss), motorka

(prrr), traktor (trrr), letadlo (fúúúú), auto (túúú)

- sedy – na paty, překážkový, turecký

- posílání míče

- mávání – levá x pravá ruka

- **další cvičení:** - na velkém míči – reflexy – koulení, padání, otáčení

- rytmus – hopsání

- rovnováha

Závěr: hra – házení polštářů do prostoru, na cíl

- rozlišování barev

- dupání, mávání

Naším cílem je, aby: - *pochopily*, co znamená – nahoru x dolů, dopředu x dozadu, pomalu, stůj

- *vydržely* opakovat cvik

- *udržely* pozornost

- *rozuměly* – dobře x špatně

- *vyjádřily* emoce – jáééé, júúúú

Příloha č. 6. Markova cvičební jednotka

Cvičební jednotka

1. návštěva – výchozí poloha na zádech, DK na míči, úhel asi 90°

1. dýchání do břicha – pomocí hračky na břichu nadechnout – nafouknout břicho – nadzvedne se hračka (nadechovat nosem) – vydechovat – vyfouknout vzduch přes rty „fú“

2. přitáhnout kolena k břichu – při nadechování tlačit kolena do dlaní, při vydechování přitáhnout kolena k břichu

3. na boku „motýlí křídla“ – začínáme na pravém boku a první cvičí DK
- 1 HK pod hlavou, 2 HK před tělem – opřená dlaň, natažené prsty, pokrčená kolena úhel asi 90° - zvedat horní koleno

- nahoru – nadechnout

- dolů – vydechovat

4. zpět na zádech – DK opřené o míč, 1HK leží vedle těla, 2 HK – začínáme levou – dlaň leží na pravém rameni, zvedat loket proti stropu – nadechovat, a zpět nechat klesnout rameno – vydechovat

2. návštěva – přidáváme dva nové cviky

5. na zádech – levá HK drží levé koleno, kroužit jemně na jednu stranu, výměna, na druhou stranu

- potom pravá HK drží pravé koleno, a to samé, kroužení nejdříve na jednu stranu, potom na druhou stranu, dýchání volné

6. na boku – zvedat nataženou DK nahoru – nadechovat, vracet zpět – vydechovat

3. návštěva – další dva cviky

7. „kočička“ – vyhrbit záda do oblouku, sklonit hlavu – nadechovat, prohnout bedra, zvednout hlavu – vydechovat

8. „zajíček“ – sedět na patách, schovat hlavu – nadechnout, protáhnout se za nataženou HK (za hračkou, míčkem...), zvednout hlavu – vydechovat