

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Raná péče a její význam v oblasti intervence rodin dítěte se sluchovým postižením

Early Intevention Care and its Importance Considering Intervention for
Families of Chlidren with Hearing Impairment

Bc. Barbora Šamsová

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Studijní program: Logopedie

Studijní obor: N LOGO

2024

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma „Raná péče a její význam v oblasti intervence rodin dítěte se sluchovým postižením“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze a dne 2.7. 2024

Poděkování

Za cenné a odborné rady bych ráda poděkovala vedoucí této práce paní PhDr. Miroslavě Kotvové PhD. Za zajímavé informace a jejich čas děkuji všem účastníkům výzkumu této práce. Za trpělivost a psychickou i finanční podporu při studiu bych ráda poděkovala mé rodině.

ABSTRAKT

Diplomová práce je věnována významu intervence rané péče v rodinách dětí se sluchovým postižením. Teoretická část se zabývá sluchovým postižením, jeho kategorizací, včasnou diagnostikou a možnostmi kompenzace. Dále je popsána osobnost dítěte se sluchovým postižením raného věku, představena jsou jednotlivá vývojová a stadia a specifika pro tuto konkrétní skupinu dětí. Jedna z podkapitol je věnována vývoji komunikace a nejběžněji využívaným komunikačním systémům. Popsána je také rodina dítěte se sluchovým postižením. A v neposlední řadě se tato část práce zabývá teorií rané péče a jejím legislativním vymezením v tuzemském kontextu a následně předškolním vzděláváním a inkluzí dětí se sluchovým postižením. Výzkumné šetření je realizováno kvalitativním přístupem. Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit aktuální způsob poskytování odborné intervence rodinám dětí se sluchovým postižením a popsat probíhající spolupráci mezi jednotlivými subjekty. Konkrétně je kladen důraz na popsání vztahu mateřských škol a rané péče, především jsou pak zkoumány důvody a přínosy této spolupráce. Výzkumný vzorek pochází z jednoho regionu, popisovaná spolupráce je tak reálná. Využitou výzkumnou metodou jsou polostrukturované rozhovory, které byly distribuovány odborníkům věnujícím se rané intervenci a jsou vyhodnoceny otevřeným kódováním. Představena je také jedna případová studie, která ilustruje výzkumný problém této práce. Závěry výzkumného šetření jsou shrnuty v diskusi, kde jsou konfrontovány se současnou odbornou literaturou a legislativou, která se rané intervenci věnuje.

KLÍČOVÁ SLOVA

raná péče, sluchové postižení, rodiny dětí se sluchovým postižením, význam rané péče, mateřská škola

ABSTRACT

The thesis is dedicated to the importance of early childhood intervention in families of children with hearing impairment. The theoretical part deals with hearing impairment, its categorization, early diagnosis and possibilities of compensation. Furthermore, the personality of the child with early hearing impairment is described, the different developmental stages and specifics for this particular group of children are presented. One of the subchapters is devoted to the development of communication and the most commonly used communication systems. The family of the child with hearing impairment is also described. Last but not least, this part of the thesis deals with the theory of early childhood intervention and its legislative definition in the domestic context, followed by preschool education and inclusion of children with hearing impairment. The research is conducted using a qualitative approach. The main research aim of this thesis is to identify the current way of providing professional intervention to families of children with hearing impairment and to describe the ongoing cooperation between the different subjects. Specifically, the focus is on describing the relationship between preschools and early childhood care, and in particular the reasons for and benefits of this collaboration are explored. The research sample comes from one region, so the cooperation described is real. The research method used is semi-structured interviews, which were distributed to professionals involved in early intervention and are evaluated by open coding. One case study is also presented to illustrate the research problem of this thesis. The findings of the research investigation are summarised in a discussion where they are confronted with current academic writings and legislation, which are dedicated to early intervention.

KEYWORDS

Early Childhood Intervention, Hearing Impairment, Families of Children with Hearing Impairment, Importance of ECI, Preschool

Obsah

Úvod	7
1 Sluchové postižení	8
1.1 Vymezení termínu a klasifikace sluchových vad	8
1.2 Prevalence a možnosti včasné diagnostiky	11
1.3 Diagnostické metody nejčastěji využívané k odhalení sluchového postižení	12
1.4 Sluchová kompenzace	13
2 Dítě se sluchovým postižením	16
2.1 Vývojová období dětského věku a psychický vývoj jedince	16
2.1.1 Prenatální období	16
2.1.2 Novorozenecké období	17
2.1.3 Kojenecké období	17
2.1.4 Batolecí období	18
2.1.5 Období předškolního věku	18
2.2 Komunikace, rozvoj řeči a osvojování jazyka	19
2.2.1 Komunikace, jazyk a řeč	19
2.2.2 Rozvoj mluvené řeči	19
2.2.3 Rozvoj znakového jazyka	21
2.3 Komunikační přístupy	22
2.3.1 Orální přístupy	22
2.3.2 Vizuálně-motorické systémy	23
2.3.3 Bilingvismus	25
2.3.4 Totální komunikace	26
2.4 Rodina dítěte se sluchovým postižením	26
3 Raná péče	29

3.1	Teoretická východiska rané péče.....	29
3.2	Raná péče v České republice – vymezení a vývoj.....	31
3.3	Raná péče o dítě se sluchovým postižením	33
3.4	Proces rané péče	34
3.5	Raná péče v zahraničí – příklady z praxe	36
4	Dítě se sluchovým postižením v mateřské škole	39
4.1	Dítě se sluchovým postižením v inkluzivním prostředí	40
4.2	Mateřské školy pro děti se sluchovým postižením	41
5	Výzkumné šetření	43
5.1	Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	44
5.2	Metodologie výzkumného šetření	45
5.3	Etické aspekty výzkumu	48
5.4	Interpretace získaných údajů	49
6	Diskuse	58
7	Závěr	63
8	Seznam použitých informačních zdrojů	65
9	Seznam příloh	72

Úvod

„*Raná intervence je investicí do naší budoucnosti.*“ (Ross, 2018, s. 24)

Sluchové postižení je mezi jinými znevýhodněními, kterým se speciální pedagogika věnuje, unikátní zejména pro skutečnost, že je zasažen jeden ze dvou, pro člověka nejdůležitějších smyslů. Postižení sluchu nejenže způsobuje odlišné vnímání reality, ale také staví bariéru v jedné z nejpřirozenějších lidských činností, a to v komunikaci. Důsledky sluchového postižení nezasahují jenom prostý akt slyšení, ale prostupují celou osobnost jedince. Sluchová ztráta je ze své podstaty spektrum, počínající u lehké nedoslýchavosti až po tu těžkou, proto také nelze jeho důsledky a dopady generalizovat a je nutné přistupovat ke každému člověku individuálně a adekvátně k jeho potřebám.

Na rozdíl od mnoha jiných postižení, není u člověka sluchové postižení na první pohled patrné, ne nadarmo bývá označováno za „*neviditelné postižení*“. Proto obzvlášť v raném věku, v období citlivých vývojových milníků, je stěžejní sluchové postižení včas odhalit a následně správně kompenzovat. Vývoj dítěte se sluchovým postižením je konfrontován s řadou překážek a potíží, kterým spolu s ním čelí mnohdy bezradní rodiče. Používání znakového jazyka, zavedení kochleárního implantátu či možnost speciálního školství jsou jen výseč z okruhu výzev, se kterými se rodiny dětí se sluchovým postižením běžně potýkají. Z těchto důvodů je v sociální agendě státu ustanovena pomoc takto zatíženým rodinám. Raná péče je služba sociální prevence, která podporuje děti do věku sedmi let s vývojovými a vrozenými vadami a jejich rodiny. Jejím cílem je pomoci dosáhnout těmto dětem maximálního rozvoje vzhledem k jejich potenciálu.

Diplomová práce čtenářům přibližuje význam rané péče v intervenci rodin dítěte se sluchovým postižením. Jejím hlavním cílem je proto zjistit, jak je aktuálně zajišťována odborná raná intervence nabízená rodinám dětí se sluchovým postižením. Proto se práce bude zabývat otázkou, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi institucemi, které do rané intervence dětí se sluchovým postižením vstupují a jaké jsou důvody a následně přínosy takové spolupráce. Konkrétně je práce věnována neformální spolupráci mateřských škol a rané péče v jednom regionu. V praktické části bude představena případová studie a výsledky polostrukturovaných rozhovorů s poradkyní rané péče a ředitelkami mateřských škol.

1 Sluchové postižení

První kapitola bude věnována obecnému vymezení problematiky sluchového postižení, základní klasifikaci, možnostem diagnostiky a sluchové kompenzace.

1.1 Vymezení termínu a klasifikace sluchových vad

Sluchové postižení je komplexní termín, jenž je v současné speciálně pedagogické terminologii využíván zásadně ve spojení s označením osoby, jediná korektní verze označení je tedy člověk se sluchovým postižením.

Sluchové postižení můžeme nahlížet z medicínského hlediska jako na jakoukoliv vadu sluchového ústrojí, v jejímž důsledku je kvantita či kvalita sluchového vjemu funkčně narušena. V Mezinárodní klasifikaci nemocí se sluchové postižení nalézá pod kódy *H60-H95* „*Nemoci ucha a bradavkového výběžku*“ a *Q16* „*Vrozené vady ucha působící poruchu sluchu*“ a *Q17* „*Jiné vrozené vady ucha*“ v nadřazené kategorii „*Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality*“. Toto členění vychází z desáté revize klasifikace; od roku 2022 vyšla v platnost již revize jedenáctá, která zatím není kodifikována pro české prostředí. (MKN-10 2023 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2023)

Skupina osob se sluchovým postižením je značně heterogenní zahrnuje dle Hradilové tyto skupiny osob (2023, s. 27):

- „*osoby nedoslýchavé,*
- *osoby N/neslyšící,*
- *osoby ohluchlé,*
- *osoby s kochleárním implantátem/uživatelé kochleárního implantátu,*
- *osoby se stařeckou nedoslýchavostí (presbyakuzií).*“

Toto dělení nabízí přehled o skutečné rozmanitosti a individualitě jednotlivých nositelů sluchového postižení, oproti tomu legislativní ukotvení dle novely č. 384/2008 Sb. zákona č. 155/1998 Sb. pro své účely všechny výše uvedené kategorie označuje jednotným termínem „*osoby neslyšící*“ a obecně se soustředí spíše na preferovaný komunikační přístup.

Z hlediska komunikačního přístupu můžeme také zmínit skupinu Neslyšících. Jedná se o sociokulturní jazykovou menšinu, která se namísto svým postižením sebeurčuje používáním českého znakového jazyka. (Horáková, 2012) (Hrubý, 1999)

Zahraniční literatura běžně pracuje s pojmy „*deaf*“ a „*person with a hearing impairment*“, publikace Cole (2020) však podobně jako výše uváděná aktuální tuzemská literatura zdůrazňuje rozmanitost této skupiny osob. Argumentuje novými kontexty označení „neslyšící“, jež jsou v posledních letech zásadně ovlivněny stále se zdokonalující sluchovou protetikou. Navrhuje nový souhrnný termín „*person with hearing differences*“ (s. 23), tedy osoba s odlišnou sluchovou zkušeností spíše než osoba se sluchovým postižením.

Sluchové postižení je narušením jednoho ze základních lidských smyslů. Zatímco zrakové postižení znamená ztrátu vizuální informace, sluchové postižení ústí ve ztrátu akustické informace, která je základem mezilidské komunikace. Proces komunikace, jenž je realizován pomocí jazykového systému je totiž založen na sluchovém vnímání a procesu slyšení. Postižení sluchu vede k mnohým bariérám v mezilidské komunikaci, v rozvoji myšlení založeném na jazykové struktuře a k obtížnějšímu společenskému začlenění. (Potměšil, 2003)

Sluchová vada je označení funkční poruchy sluchového systému, bez sociálního kontextu sluchového postižení (Michalík, 2011), který jako senzorycký systém dle Dlouhé (2022, s. 65) „*zahrnuje periferní orgány percepcce, nervy a dráhy k přenosu nervových impulzů a korová centra.*“ Klasifikace sluchových vad se odvíjí od mnoha kritérií, nejenom od postižení jednotlivých výše jmenovaných modalit a bude rozvedeno v následující podkapitole. (Černý, 2022)

Základní klasifikace sluchových vad

Prvním kritériem sluchové vady je *stupeň sluchového postižení*. Existuje několik stupnic, které klasifikují sluchové postižení (například stupnice Sedláčka nebo Fowlera), nejzákladnější a nejčastěji uváděnou je nicméně klasifikace Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO). (Černý, 2022)

Tato klasifikace uvádí sluchovou ztrátu v decibelech naměřenou na významných frekvencích a v současnosti je uváděna takto:

Stupeň	Odpovídající audiometrická hodnota ISO	Název kategorií
0	0-25 dB	Normální sluch
1	26-40 dB	Lehké postižení sluchu – lehká nedoslýchavost
2	41-60 dB	Středně těžké postižení sluchu – středně těžká nedoslýchavost
3	61-80 dB	Těžké postižení sluchu – těžká nedoslýchavost
4	81 dB	Velmi závažné postižení sluchu včetně hluchoty

(Tabl.:Klasifikace sluchových vad podle stupně postižení WHO, převzato z: (Hádková, 2016)

Dalšími možnými kritérii klasifikace vad sluchu jsou :

1. *doba vzniku* (vrozená a získaná) ,
2. *jednostrannost či oboustrannost vady*,
3. *místo vzniku* (převodní, percepční, smíšená, centrální),
4. *vztah vady k vývoji jazyka a řeči* (prelingvální a postlingvální). (Hádková, 2016)

Doba vzniku vady je ovlivněna etiologií vady, tedy příčinou vzniku. Zde můžeme hovořit o genetických predispozicích, pre-, peri- či postnatálních vlivech a také o syndromálních vadách, kdy je sluchové postižení součástí komplexu jiných příznaků, tvořící charakteristickou kondici. (Černý, 2022)

Kritérium *místa vzniku* bývá uváděno jako klasické dělení sluchových vad, které se soustředí na určení místa léze, jenž vadu působí. Velmi obecně můžeme hovořit o **periferní a centrální nedoslýchavosti** v závislosti na to, zda vada vzniká na periferním sluchovém systému nebo na úrovni podkorových a korových center. (Škodová, 2003)

Do **periferní nedoslýchavosti** by pak byla zařazena nedoslýchavost **převodní, percepční a smíšená**. Celý sluchový systém funguje na principu přeměny akustické informace na mechanickou vibraci, která je přenášena středouším k sensorickým buňkám, kde se mění na nervový vzruch putující sluchovým nervem do centrálního nervového systému. **Převodní vada** vzniká ve chvíli, kdy je tento proces narušen v prvních fázích a vzniklá vibrace se kvůli

překážce či přerušení středoušních kůstek nepřenáší k nervovým zakončením. **Percepční vada** se objevuje na úrovni vnitřního ucha, a to buď na úrovni kochley (sluchového hlemýžďe) či sluchového nervu. Jelikož tyto vady zasahují percepci sluchové informace i její zpracování nervovým systémem, můžeme také hovořit o vadách *senzoneurálních*. (Černý, 2022)

Centrální nedoslýchavost vzniká již na úrovni podkorových a korových center, proces přenosu mechanické vibrace i následné zpracování ve vnitřním uchu, může proběhnout zcela intaktně, zaznamenaný zvuk je však chybně zpracovaný v mozkových centrech. Dotyčný tak zvuk může slyšet, narušený je ale proces porozumění akustické informaci. Centrální vady sluchu jsou oproti periferním velmi vzácné. (Mukšnáblová, 2014)

1.2 Prevalence a možnosti včasné diagnostiky

Dle WHO v současnosti se sluchovou ztrátou větší než 35 dB žije po celém světě zhruba 34 milionů dětí. Dále organizace uvádí, že až v 60 % případů je příčina vzniku vady ovlivnitelná. (American Speech-Language-Hearing Association, c1997-2024)

Ovlivnitelný je také zásah sluchového postižení na kvalitu života daného jedince – především jeho schopnost funkčně komunikovat se svým okolím. Proto je zvlášť u sluchového postižení, o kterém se také někdy mluví také jako o „*neviditelném postižení*“ (Opatřilová, 2012) nebo také jako o „*neviditelném akustickém filtru*“ (Cole, 2020), klíčová včasná diagnostika, jenž může sloužit jako prevence zameškání senzitivního období vzniku jazykových struktur. (Vágnerová, 2021)

Zahraniční organizace jako jsou *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) a *Royal College of Speech and Language Therapist* (RCSLT) z těchto důvodů propagují celoplošný novorozenecký screening, který by případné sluchové postižení včas odhalil. (American Speech-Language-Hearing Association, c1997-2024) (Royal College of Speech and Language Therapists, c2024)

V roce 2019 vydala americká organizace *Joint Comitee on Infant Hearing* (JCIH) doporučení pro celosvětové standardy testování novorozenců v podobě 1-3-6. Tato zkratka vyjadřuje stáří dítěte v měsících, ve kterých by v ideálním případě mělo být podrobena prvním vyšetřením. Zcela první diagnostika je doporučována ještě dříve, než novorozenec

opustí porodnici. Další vyšetření v rozestupu tří měsíců jsou pak prováděny, pokud jsou první výsledky nevybavné. (American Speech-Language-Hearing Association, c1997-2024)

I v našem prostředí je v současné době obecně přijímána doporučená diagnostika do 6. měsíce života dítěte za účelem nastavení vhodné sluchadlové kompenzace nebo případné kochleární implantace do 1. roku. Screening nicméně ještě není plošný pro všechny novorozence, na první vyšetření bývají odkazovány především rizikové děti, za něž jsou považovány všechny s komplikacemi v prenatálním, perinatálním, a i raně postnatálním vývoji. Zásadním dokumentem v ČR, který uvádí informace o plošném screeningu fyziologických novorozenců je pak „*Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců*“, platný od roku 2012. (Hádková, 2016)

1.3 Diagnostické metody nejčastěji využívané k odhalení sluchového postižení

Diagnostikou sluchových vad se zabývá lékařský obor audiologie. Audiologická vyšetření bývají rozdělována na **objektivní** a **subjektivní**, v závislosti na tom, zda je ke zkoušce potřeba aktivní zapojení pacienta a zda je schopen validně ohodnotit kvalitu svého sluchového vjemu. Tyto metody označujeme za subjektivní. Naproti tomu se v diagnostice dětského sluchu využívají metody **objektivní**. (Černý, 2022)

Mezi **metody subjektivní** řadíme **klasickou sluchovou zkoušku** a **subjektivní audiometrii**. Audiometrie je využívána **tónová**, hodnotíme-li pouze schopnost jedince vnímat zvuk určité frekvence anebo **audiometrie slovní**, chceme-li zjistit i schopnost porozumění mluvené řeči. Audiometrie bývá doporučována pro děti od 2-3 let a jejím výstupem je audiogram, graf zachycující konkrétní sluchovou ztrátu na jednotlivých frekvencích. Jedná se tak o významné vyšetření z hlediska určení stupně sluchové vady.(Hádková, 2016)

Objektivní metody umožňují diagnostiku i nespolupracujícího pacienta, proto jsou tato vyšetření nástrojem novorozeneckého screeningu. Mezi objektivní metody řadíme tympanometrii, vyšetření otoakustických emisí (OAE) a Brainstem Evoked Response Audiometry (BERA). (Mukšnáblova, 2014)

Obzvlášť **vyšetření evokovaných potenciálů (BERA)** je v České republice stěžejním diagnostickým nástrojem u rizikových novorozenců. Lejska (2020) označuje vyšetření BERA za nejspolehlivější metodu založenou na empirickém principu měření bioelektrického napětí procházejícího sluchovým nervem. Oproti tomu u fyziologických novorozenců je upřednostňována **zkouška otoakustických emisí (OAE)**. Jedná se o měření mechanické reakce vláskových buněk, výsledkem vyšetření je tak informace o přítomnosti či nepřítomnosti sluchové vady. Pellant et al. (2019) uvádí, že OAE je nejvhodnějším diagnostickým nástrojem vzhledem k neinvazivnímu způsobu vyšetření a jasnému výsledku. Pokud je však výsledek zkoušky nevybavný, měl by být dětský pacient vždy odeslán na vyšetření BERA. (Lejska, 2020)

1.4 Sluchová kompenzace

Kompenzace sluchu je součástí rehabilitační péče o osoby se sluchovým postižením. Ta kromě technických pomůcek zahrnuje i soubor sociálně terapeutických, logopedických a ostatních postupů, jež mají za cíl komprehensivní rehabilitační péči. Samotná kompenzace je pak jakákoliv pomůcka, která má substituovat ztracenou funkci. (Mukšnáblová, 2014)

Bytešníková et al. (2007) kompenzační pomůcky souhrnně definuje jako: „*soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů.*“ (s. 98) Tato skupina je samozřejmě velmi obsáhlou, níže budou popsány pouze dvě nejobvyklejší, v současnosti nejvíce používané pomůcky: *sluchadla a kochleární implantáty.*

Sluchadla

Sluchadla jsou kompenzační pomůckou využívanou typicky u nedoslýchavosti. Nahrazují decibelovou ztrátu a většinou jsou indikovány do středně těžkého stupně sluchového postižení. Jedná se o elektroakustické přístroje, které fungují na principu přenosu signálu z přijímacího mikrofону do zesilovače a dále do reproduktoru. Moderní sluchadla často obsahují i procesor, jenž zvuk kromě zesílení také moduluje. (Černý, 2022)

Sluchadel existuje mnoho druhů, mohou se lišit technologií, velikostí nebo způsobem nošení. Dle velikosti a způsobu nošení rozlišujeme tři základní typy: **Behind-the-ear (BTE)**, **In-the-ear (ITE)** a **In-the-canal (ITC)**. Typ BTE bychom mohli označit také za závesné sluchadlo; mikrofón, zesilovač i procesor jsou zavěšené za boltcem a do zvukovodu vede

pouze tenká hadička zakončená ušní koncovkou. Typy ITE a ITC si jsou velmi podobné tím, že jsou všechny technické součástky schované ve zvukovodu, případně ve zvukovém kanálu, jsou tedy tvarem mnohem menší a méně nápadné. Vždy jsou individuálně tvarované a bývají využívány pro větší sluchové ztráty. Typy sluchadel jsou přehledně znázorněny na obr. 1 níže. (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2022)

Současnými trendy v dalším vývoji sluchadlové techniky jsou dle *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders* (NIDCD) rozvoj kvalitních směrových mikrofonů, procesory vyvinuté k zachytávání řečových signálů a stále dokonalejší techniky tlumení rušivého šumu a zpětné vazby. (2022)



(Obr. 1: Typy sluchadel, převzato z: (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2022)

Kochleární implantát

Pokud je stupeň sluchové vady natolik závažný, že nelze kompenzovat obyčejným zesílením sluchového vjemu, je v současnosti využívána sluchová protéza, která stimuluje přímo sluchový nerv. (Škodová, 2003) Hádková (2016) kochleární implantát definuje jako „elektronickou funkční smyslovou náhradu“ (s.76), jež dokáže nahradit funkci vláskových buněk.

Kochleární implantát se skládá z vnitřní a zevní části. Vnitřní část je svazek elektrod implantovaných přímo do blanitého hlemýždě napojených na cívku, zatímco zevní část bývá zavěšena za boltcem a skládá se z mikrofonu pro sběr akustické informace, procesoru pro

převod na digitální signál a opět cívkou, jenž je magnetickým polem propojena s vnitřní částí. (Hádková, 2016)

NIDCD (2024) uvádí, že k roku 2019 bylo celosvětově implantováno odhadem 736 900 dospělých a dětí. O vhodnosti kandidáta k implantaci rozhoduje, kromě stupně sluchového postižení, také zdravý sluchový nerv a propustnost blanitého hlemýždě. Velmi diskutovaným tématem je vhodný věk k implantaci. V dospělém věku bývají implantováni zpravidla jedinci s *postlingválním sluchovým postižením*, kteří mají osvojený mluvený jazyk a necítí se být součástí komunity Neslyšících. *Prelingvální implantace* s cílem co nejdříve zpřístupnit dítěti sluchový vjem probíhají také. Díky zdokonalujícím se screeningu a diagnostice novorozenců, se průměrný věk implantace u dětí neustále snižuje. Hádková (2016) uvádí, že ještě v letech 1996-2000 byl průměrný věk implantace 5 let a za necelých třináct let klesl na 2 roky. Tento trend pokračuje i v současnosti; za rok 2020 NICDC uvádí schválený věk implantace již od devíti měsíců dítěte. (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2022)

2 Dítě se sluchovým postižením

Tato kapitola bude věnována psychickému vývoji dítěte se sluchovým postižením v raném věku a jeho rodině. Nejprve budou vymezena specifika vývojových období a psychického zrání dítěte, dále vývoj komunikace a možné komunikační systémy využívané u dětí se sluchovým postižením a v neposlední řadě rodina dítěte se sluchovým postižením.

2.1 Vývojová období dětského věku a psychický vývoj jedince

Psychický vývoj je zastřešující pojem všech citlivých změn odehrávajících se v lidské psychice od narození do úmrtí. Vágnerová (2021) zdůrazňuje princip *interakce*; psychický vývoj může probíhat jen za podmínky souvztažnosti charakteristicky vrozených dědičných dispozic a okolního prostředí. Psychický vývoj se odehrává v následujících oblastech: „*biosociální vývoj, vývoj kognitivních funkcí, vývoj motivačně emoční složky a psychosociální vývoj.*“ (Vágnerová, 2021)

Je zřejmé, že pokud není intaktní jeden ze základních smyslů, pomocí kterého by mohla interakce s prostředím probíhat, přeneseně je tím poznamenán i psychický vývoj, konkrétně v oblastech biosociální a kognitivní. Následně budou popsány charakteristické změny v psychickém vývoji v jednotlivých vývojových etapách a budou uvedena specifika u dětí se sluchovým postižením.

2.1.1 Prenatální období

Langmajer (2006) shodně s Vágnerovou (2021) uvádí jako zcela první období vývoje, období prenatální, kdy, ačkoliv je dítě v interakci se světem pouze zprostředkovaně skrze matku, dochází k zásadním vývojovým změnám. Právě v nepříliš dlouhém období devíti měsíců (od splynutí pohlavních buněk po porod) vznikají nejdůležitější orgánové struktury a centrální nervová soustava. Právě proto je dítě v tomto období velmi citlivé na vnější i vnitřní nepříznivé vlivy. Z hlediska sluchových vad, v prenatálním období může být sluch poškozen ototoxickými látkami nebo se projevit některá z genetických mutací. Nejčastěji je se sluchovým postižením spojována mutace *connexinu 26* – proteinu intercelulárních můstků. Jinak se sluchové vnímání v prenatálním stadiu začíná rozvíjet již ve 22. týdnu stáří plodu. (Hádková, 2016)

2.1.2 Novorozenecké období

Novorozenecké období začíná porodem fyziologicky v 38. – 42. týdnu těhotenství a končí po prvním měsíci života dítěte. Začátek období se samozřejmě může lišit týdnem porodu, pokud je dítě narozeno mezi 27. – 37. týdnem je považováno za nedonošené a je vnímáno jako rizikový novorozenec. (Černý, 2022)

Novorozenec poprvé interaguje s vnějším prostředím a také je zahájen proces učení, který je motorem psychického vývoje až do úmrtí člověka. Novorozenec reaguje na své okolí vrozenými reflexy a vrozenými způsoby chování. Cílem jeho chování je naplnění biologických potřeb a je značně ovlivňováno biorytmem. V novorozeneckém období také dochází k rozvoji smyslové percepce. Novorozenec poznává své prostředí čichem a taktilními vjemy, zrakové vnímání v tomto věku ještě není příliš dokonalé. Naopak sluch je pro novorozence důležitým smyslem, aby dokázal od sebe rozlišit jednotlivé podněty. Pokud je sluch intaktní, novorozenci mají za sebou již 20 týdnů prenatálního vývoje, během kterých měli možnost sluchové zkušenosti. Dítě se sluchovým postižením tuto zkušenost zákonitě postrádá a je odkázáno především na čichové a taktilní vjemy. (Cole, 2020)

2.1.3 Kojenecké období

Vývojová etapa kojeneckého věku trvá od jednoho měsíce do prvního roku života. V tomto období probíhají zásadní změny na úrovni centrální nervové soustavy. Díky neuroplasticitě se jednotlivá centra začínají rozvíjet na základě dosavadních interakcí s prostředím a přibývají nové nervové synapse. Důležité změny se odehrávají také v motorickém vývoji; dítě prochází změnami svalového tonu a ke konci kojeneckého období získává dovednost vlastní mobility. Mezi 6. – 9. měsícem se dítě chystá na lezení a kolem prvního roku začíná s chůzí. V kognitivní oblasti dochází k prudkému rozvoji pozornosti, paměti a myšlení. V psychosociální oblasti vývoje mluvíme o primární vazbě na matku. Sensorické vnímání také prochází zásadními změnami, především v tzv. *senzitivních vývojových obdobích*, kdy jsou struktury mozku připraveny k rychlému rozvoji, dojde-li ke správné stimulaci. Například senzitivní období pro dozrání primární zrakové sítě proběhne úspěšně, pokud má mozek dostatek zrakových stimulů. V kojeneckém věku se také odehrává *senzitivní období pro rozvoj sluchového vnímání a řeči*, které je stěžejní pro další rozvoj mluveného jazyka. Nedojde-li před prvním rokem ke stimulaci této oblasti, je pak další řečový vývoj nevratně

narušen. Podrobná ontogeneze řeči bude popsána až v následujících kapitolách. (Vágnerová, 2021)

2.1.4 Batolecí období

Batolecí období začíná prvním rokem a končí ve třech letech. Vývoj je nadále dynamický, a to především v psychosociální a emoční oblasti. Batolecí období bývá označováno za *období prvního vzdoru*, kdy díky uvědomění si vlastní osoby, děti poprvé hledají hranice a pravidla svého chování. Nedokáží však ještě účinně regulovat vlastní emoce, proto mohou nastávat až nekontrolovatelné afektivní stavy, které by ale měly vývojově odeznít. Vágnerová (2021) uvádí, že emoční zrání souvisí s dalšími změnami centrální nervové soustavy, konkrétně s rozvojem *orbitofrontální kůry*. Z oblasti kognitivních změn dále autorka uvádí prudký rozvoj pamětného učení a myšlení. Na ty je napojen i rychlý růst slovní zásoby a další rozvoj individuální jazykové struktury. (Thorová, 2015; Vágnerová, 2021)

Interakce dítěte s okolím probíhá procesem učení, jehož podstatná část je bezděčná z informací, které dítě přijímá podvědomě smysly. Tento proces je samozřejmě narušen, není-li jeden ze smyslů plně funkční. Říčan (2006) spatřuje právě v bezděčném učení zásadní faktor pro psychický rozvoj dítěte se sluchovým postižením. Zdůrazňuje důsledky ztráty akustických informací pro pochopení situací v jejich plném kontextu. Batole kromě mateřského jazyka přijímá sluchem i ostatní důležité informace o okolním světě, například zvuky, díky kterým se může orientovat v prostoru. Říčan (2006) o bezděčném učení dětí se sluchovým postižením velmi výstižně píše: „*pokud se nedívají, nemají žádné informace.*“ (s. 465)

2.1.5 Období předškolního věku

Předškolní období je jasným předělem raného dětského věku, který dítě zpravidla tráví s primární pečující osobou a školního věku, kdy se na dalším psychickém vývoji dítěte začínou znatelně podílet vzdělávací instituce. Trvá od třetího do šestého roku a jako první vývojové stadium není zakončen fyziologickým, ale sociálním milníkem. (Thorová, 2015) Předškolní dítě, již dokáže regulovat vlastní prožívání, má naplno rozvinuté smyslové vnímání a psychomotoricky je připravené na psaný projev. Ne náhodou jsou právě tyto oblasti předmětem diagnostiky školní připravenosti. (Bednářová, 2017) Z hlediska sluchového vnímání je pro školní docházku stěžejní rozvoj tzv. fonemické diferenciac

(sluchového rozlišování), kdy obtíže v sluchové analýze a syntéze mohou vést k „*problémům s osvojováním si čtení, psaní a tvaroslovného systému jazyka.*“ (Bytešníková, 2012 s. 114)

I proto může být pro neslyšící dítě nebo dítě se sluchovým postižením školní připravenost velmi náročnou záležitostí. Myšlení předškolního dítěte již plně dosáhne stadia symbolických operací. Dítě sice ještě nedokáže pracovat s abstraktními pojmy, chápe však již například princip zástupných pojmů při užívání jazyka. Sluchově postižené dítě stadia symbolických operací dosáhne, ale jak uvádí Říčan (2006) „*myšlenkové pochody se opírají především o konkrétní činnosti.*“ (s. 465) Jistá potřeba názornosti pak přetrvává i do školního věku a sluchově postižené děti obecně upřednostňují vizualizaci a pozorování.

2.2 Komunikace, rozvoj řeči a osvojování jazyka

2.2.1 Komunikace, jazyk a řeč

Vybíral (2009) popisuje **komunikaci** jako akt, jehož cílem je „*společně něco sdílet, činit něco společným.*“ (s. 25) V komunikačním procesu je zapotřebí dvou spolu interagujících účastníků, kteří si navzájem předávají informaci většinou s konkrétním účelem. Jak tedy Vybíral (2009) uvádí komunikace není pouze procesem „*sdělování*“, ale i „*sdílení*“. (s. 25)

Cole (2020) definuje **jazyk** jako „*organizovaný systém komunikace používaný s cílem sdílení informace.*“ (s. 16) Podobně Klenková (2006) vymezuje pojem komunikace jako „*složitého procesu výměny informací.*“ (s. 26) Jazyk vnímá již jako ustálený systém obecně platných znaků a kódů, kterými lze vyjádřit vlastní idey. **Řeč**, ačkoliv úzce souvisí s myšlením a kognitivní výbavou jedince, je pak fonologickou realizací jazyka pomocí hlasového ústrojí. Proto v případě komunikace neslyšících nyní používáme označení znakový jazyk, který odkazuje na svébytnost tohoto komunikačního systému, nikoliv na samotný způsob realizace. (Cole, 2020)

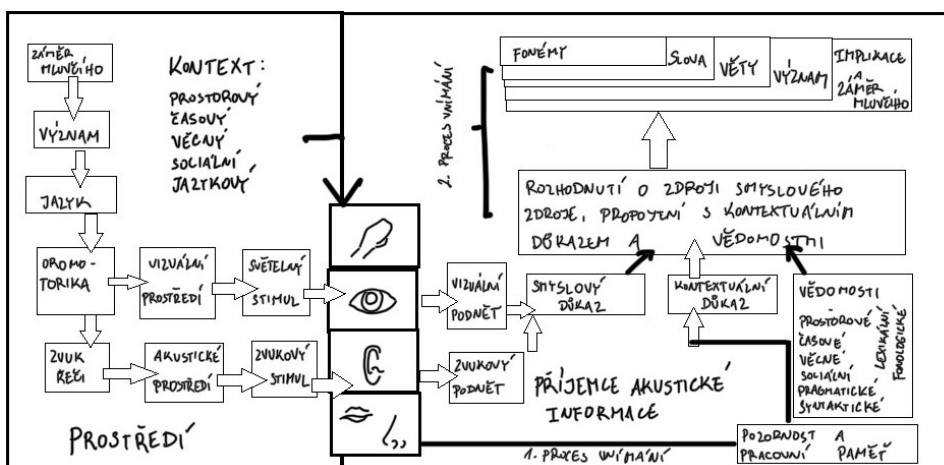
2.2.2 Rozvoj mluvené řeči

Ontogenezi dětské řeči bychom obecně mohli rozdělit na *předřečová (přípravná) stadia* a *stadia vlastního vývoje*. (Bytešníková, 2012; Klenková, 2006)

Lechta (2008) rozvoj řeči u dětí bez sluchového postižení označuje za „spontánní vývoj řeči“ (s. 142), odkazuje tak na fakt, že přípravná stadia vývoje probíhají na úrovni reflexů a pudů, kdežto další stadia jsou podmíněná bezděčným sluchovým učením. Dítě s prelingválním sluchovým postižením tak zpravidla projde přípravnými fázemi a až vlastní vývoj je následně ovlivněn stupněm sluchového postižení. (Marschark, 2016)

Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením může být *opožděný* (při nedoslýchavosti), *přerušen* (při získaném postižení sluchu) či úplně *omezen* (pokud je dítě neslyšící). (Lechta, 2008)

Předřečové stadium ontogeneze řeči začíná již v prenatálním období, a to rozvojem sluchového vnímání. Sluchové vnímání je neoddělitelně propojeno s tvorbou jazyka a řeči, není však jedinou proměnou dorozumívacího procesu. Jak znázorňuje konceptuální model porozumění řeči autorů Bar-On a Ravid (2019) viz Obr. 2 níže, proces slyšení je pouze jednou z mnoha podmínek naplnění komunikačního záměru.



(Obr. 2: Konceptuální model porozumění řeči, převzato a přeloženo z: (Bar-On, 2019)

Vývoj mluvené řeči pokračuje v novorozeneckém a kojeneckém období přípravnými stádii. Nejprve vrozenými vzorci chování jako je *sání*, *polykání* a *žvýkání* (Bytešniková, 2012; Lechta, 2008) a pokračuje první hlasovou aktivitou, kterou děti reagují na změnu okolního prostředí, a tou je křik mezi 1. a 2. měsícem života. Následuje broukání, schopnost vyvodit první fonémy a období experimentace s vlastním hlasem. Okolo 6. měsíce následuje žvatlání a kolem 9. měsíce první slabiky. V tomto období se při poslechu lidské řeči u dětí aktivuje Brocovo centrum, další rozvoj je tedy nastartován interakcí slyšeného a vlastní produkce.

Kolem prvního roku děti začínají používat víceobsažná první slova. (Vágnerová, 2021) Dalšími *stadii vlastního vývoje řeči* pak jsou: „*emocionálně-volní, egocentrické, asociačně-reprodukční, rozvoj komunikační řeči, logických pojmů a intelektualizace řeči.*“ (Bytešníková, 2012, s. 19)

Bytešníková (2012) s Klenkovou (2006) uvádí vývojový milník šestý až osmý měsíc, kdy se žvatlání (broukání) stává z *pudového napodobujícím*. První fonémy jsou dle autorek zvuky vyvozené náhodným postavením mluvidel, a právě až v těchto měsících je aktivně zapojena sluchová zpětná kontrola ovlivňující další vývoj řeči.

Neslyšící děti fázi pudového žvatlání prochází, řečový vývoj však ustane po osmém měsíci nebo je značně opožděn. (Hádková, 2016) Sluchové postižení vytváří bariéru k nejpřirozenější cestě osvojení si mluveného jazyka a vývoj následně může pokračovat, až po nastavení vhodné sluchové kompenzace. Lechta (2008) uvádí, že i přes rozvinutou mluvenou řeč se u sluchově postižených dětí vyskytuje narušená komunikační schopnost jako je „*audiogenní dyslalie*“ a „*audiogenní dysfonie*“. (s. 151, 153)

2.2.3 Rozvoj znakového jazyka

Mluvená řeč však není jediný komunikační systém, který mohou sluchově postižení jedinci využívat. Jak uvádí Thorová (2015) jazyk je sice „*hlavním a komplexním nástrojem komunikace*“, může mít ale více forem: „*mluvenou, znakovou nebo psanou.*“ (s. 223) Pro neslyšící děti v neslyšících rodinách je přirozené osvojit si znakový jazyk. (Marschark, 2016)

Jeho osvojování probíhá v podobných stádiích jako výše popsany rozvoj jazyka mluveného. Děti se znaky nejprve experimentují, Potměšil (2011) mluví o tzv. „*manuálním žvatlání*“ (s. 351), první tvary ruky, které zatím nenesou význam, pouze napodobují vizuální podnět. Dále si děti osvojují správný tvar znaku, kolem prvního roku vytvoří první „*správný znak*“ a následně, stejně jako děti slyšící, znaky spojují do delších komunikačních celků. Také si postupně osvojují gramatiku znakového jazyka. První znaky, podobně jako první slova, jsou výrazy běžně používané v komunikaci rodičů a dětí. Ve třech letech, v prvním věku otázek, přicházejí tázací znaky a také znaky vyjadřující pocity a emoce. V tomto věku je znaková zásoba zcela srovnatelná se zásobou slovní, kolem 350 znaků. (Hádková, 2016)

Podobně jako mluvící děti chybují ve správné artikulaci fonémů, znakující děti chybují ve správné realizaci znaku a až kolem pátého roku zapojují správně i nemanuální složku. Mezi pátým až šestým rokem jsou jejich vyjadřovací schopnosti obdobné slyšícímu předškolnímu dítěti. Znakovým jazykem dokáží vyjádřit své potřeby, komunikují v souvislých celcích a dokáží zprostředkovat jednoduché vypravování. (Schick, 2006)

Hall (2017) zdůrazňuje neopodstatněnost obav, že znakový jazyk znemožní nebo vytlačí jazyk mluvený, například po kochleární implantaci. Ve svém článku zdůrazňuje důležitost rozvoje jakékoliv jazykové struktury v senzitivním období. A Jungwirthová (2015) vylučuje i všechny ostatní negativní vlivy na celkový psychomotorický vývoj dítěte, které by mohl znakový jazyk zdánlivě mít. „*Pokud se dítě začne komunikačně rozvíjet pomocí znaků už v době, kdy ještě nemá dost dlouhou sluchovou zkušenost...nedojde u něho k žádnému sociálnímu ani rozumovému opoždění.*“ (s. 41)

2.3 Komunikační přístupy

V komunikaci osob se sluchovým postižením jsou využívány dva hlavní *komunikační systémy*: auditivně-orální a vizuálně-motorické. V oblasti vzdělávání a intervence však spíše místo obecného komunikačního systému, hovoříme o volbě konkrétního *komunikačního přístupu*, který bude rodina dítěte se sluchovým postižením využívat. Níže jsou popsány komunikační přístupy používané v současné praxi. (Hádková, 2016)

2.3.1 Orální přístupy

Orální přístupy nebo také metody mají dlouhou historii a vycházejí z předpokladu, že je pro sluchově postižené dítě stěžejní osvojit si jazyk majority. Toho je možné docílit různými cestami, základem je osvojení mluvené řeči, jejíž rozvoj je možné podpořit například psanou formou jazyka nebo odezíráním. (Langer, 2013)

Především kvůli důrazu na mluvenou řeč, která není pro kulturu Neslyšících přirozeným jazykem, provází historii orálních metod bouřlivá kontroverze. Ta vyplývá především ze snah v 19. století ustanovit orální přístup jako jediný možný ve vzdělávacím procesu. Nyní, kdy je orální metoda pouze jedním z nabízených komunikačních přístupů, stává se jednou z legitimních variant. (Michalík, 2011)

Spencer in Hádková (2016, s.112) rozlišuje čtyři základní orální přístupy:

1. „*Auditivně-verbální metodu (Auditory-Verbal)*“
2. *Auditivně-orální metodu (Auditory-Oral)*
3. *Přirozený oralismus (Natural Oralism)*
4. *Reflektivní mateřskou metodu (Maternal Reflective Method)*“

Všechny tyto metody zdůrazňují důležitost brzkého sluchového zážitku a tím pádem potřebu včasné diagnostiky a sluchové kompenzace. Metody jako *Maternal Reflective Method* také podtrhují význam zapojení primární rodiny v rozvoji mluvené řeči. Holmanová (2002) mluví o tzv. „*přirozeném přístupu*“ (s. 7) a dále navrhuje systém podpory pro celé rodiny, který by zahrnoval osvětovou činnost v podobě přednášek s odborníky, ale i sdílení životních zkušeností v komunitě rodičů neslyšících dětí.

Efektivita orálních komunikačních přístupů se může velmi lišit, vždy záleží na konkrétních okolnostech a možnostech dítěte. V současné surdopedii je nejčastěji přijímaným názorem ten, že orální přístupy jsou přínosné především pro děti nedoslýchavé, s menší sluchovou ztrátou, kdy je stále možné zbytky sluchu stimulovat. (Michalík, 2011)

2.3.2 Vizually-motorické systémy

Termín vizually-motorické systémy odkazuje na všechny jazyky a komunikační systémy, které jsou produkovány motorikou a vnímány zrakem. Potměšil in Michalík (2011) znakový jazyk označuje za „*vizually gestický, prostorově realizovaný jazyk*.“ (s. 349) Tento koncept naprosto narušuje zažitou představu, že lidský jazyk tvoří jednotu s řečí a procesem slyšení. Lingvista William Stokoe v roce 1960 publikoval jako první studii amerického znakového jazyka, kterou dokládá lingvistickou *přirozenost znakového jazyka*, jež ho nijak neodlišuje od jazyka mluveného. (Macurová, 2018)

Vizually-motorické komunikační systémy můžeme rozdělit na *přirozené* (především národní znakové jazyky) a na *uměle vytvořené* (v našem prostředí nejběžněji prstová abeceda a znakovaná čeština), jejichž struktura a gramatika jsou navázány na jazyky mluvené. (Langer, 2013)

Znakový jazyk

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, znakový jazyk je pro neslyšící děti z neslyšících rodin považován za mateřský a pro ostatní neslyšící děti za přirozený a naprosto plnohodnotný komunikační systém.

Právo na komunikaci znakovým jazykem je legislativně ukotveno zákonem č. 384/2008 Sb., „o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob“, který je novelou zákona č. 155/1998 Sb. Zákon český znakový jazyk, tedy naši národní podobu, definuje následovně: „Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace.“ (Čl. 1 bod 7. zákona č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých)

Zákonně je ukotvené i právo tlumočnické služby do znakového jazyka, kromě novely č. 384/2008 Sb. je služba zanesena i do zákona č. 108/2006 Sb. „o sociálních službách“. V současné době poskytují v České republice tlumočnické služby neziskové organizace jako jsou: Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR z.s., Česká unie neslyšících z.ú. nebo Tichý svět o.p.s. (Hradilová, 2023)

Znakový jazyk má svou manuální a nemanuální složku, přičemž obě mohou nést význam pro obsah sdělení. V českém znakovém jazyce je nemanuální složkou například typicky vyjadřován zápor. Znaky podobně jako fonémy mají svoje významné rysy, které se v českém znakovém jazyce označují jako komponenty; jsou to: *místo artikulace (kde je znak realizován)*, *tvář ruky/rukou*, *vztah ruky/rukou k tělu (orientace dlaně, orientace prstů)*, *vzájemná poloha rukou*, *pohyb ruky/rukou*. (Macurová, 2001)

Současné lingvistické výzkumy českého znakového jazyka se kromě shodných rysů s mluvenými jazyky soustředí i na odlišné a charakteristické znaky realizace znakového jazyka. Macurová (2018) uvádí tři hlavní oblasti odlišnosti: „*strukturální, sociokulturní a psycholingvistické*.“ (s.12) Strukturální odlišnosti dále definuje jako možnost *simultánního kódování*, tedy možnost předat více sdělení jedním pohybem, *prostorovost* – vyjádření informace postavením znaku v prostoru a *ikoničnost* – odkaz na vizuální podobu ve znakové podobě.

Prstové abecedy a znakovaná čeština

Prstové abecedy jsou založeny na vizualizaci hláskového systému mluveného jazyka. Poloha a tvar ruky vyjadřují jednotlivé fonémy. Slouží, tak k interkulturní komunikaci a tlumočení slov, které nemají znakový protějšek. Prstová abeceda má *jednoruční* a *dvouruční* formu. Některé formy prstové abecedy jsou také využívány jako pomocné artikulační znaky využívané při odezírání v orálních přístupech. *Znakovaná čeština* není přirozeným vizuálně-motorickým systémem, pouze vizuálně zprostředkovanou mluvenou češtinou, ze které přebírá gramatická a syntaktická pravidla. Vytvořena byla za účelem vzdělávání neslyšících dětí v českém jazyce, protože je pro slyšící učitele zpravidla snáze osvojitelná než znakový jazyk. (Langer, 2013)

2.3.3 Bilingvismus

Bilingvismus je dovednost ovládat více než jeden mateřský jazyk bez nutnosti formálního vzdělání a dochází k němu přirozenou interakcí s cizojazyčným prostředím. Můžeme rozlišovat „*simultánní vyvážený bilingvismus*“, kdy se dítě v obou jazykových prostředí vyskytuje už od narození a „*ráný částečně simultánní bilingvismus*“, který je typický, pokud se dítě s druhým jazykem setká například až ve vzdělávací instituci. (Thorová, 2015)

Marschark a Spencer (2008) uvádí, že bilingvismus, pokud je dítě v senzitivní etapě vývoje vystaveno oběma jazykům, je přirozenou záležitostí. Bilingvismus ve znakovém a mluveném jazyce označují za „*bimodální*“ (s. 21) – je realizován na dvou modalitách. Dle autorů je také obvyklá různá plynulost v těchto jazycích, často se odvíjející od roznosti prostředí, ve kterých jsou oba jazyky využívány.

Bilingvní komunikační přístup u sluchově postižených dětí nejčastěji funguje jako výše popsany *ráný částečně simultánní bilingvismus*, kdy, pokud dítě pochází ze znakové rodiny, učitel ve vzdělávací instituci funguje jako přirozený vzor mluveného jazyka. V situaci, že dítě pochází ze slyšící rodiny, bilingvní komunikace probíhá opačně. Přístup byl poprvé používán v 80. letech ve skandinávských zemích, v našem prostředí se rozšířil až v letech devadesátých. Zároveň byl v devadesátých letech představen i tzv. *hamburský model*, který prosazoval bilingvní výuku i ve školním prostředí, postavenou na spolupráci neslyšícího a slyšícího pedagoga. (Horáková, 2012)

2.3.4 Totální komunikace

Přístup *totální komunikace* se odvíjí od filosofie nabídnout dětem se sluchovým postižením co nejširší paletu možných sensorických a komunikačních podnětů. Potměšil (2007) popisuje tento přístup jako propojující: „*aurální, manuální a orální mody komunikace.*“ (s. 42) Postupy a metody by měly vždy respektovat individuální potřeby dítěte a maximalizovat jeho schopnost sluch a komunikaci efektivně využívat. V totální komunikaci dítě může naplňovat svůj komunikační záměr znakovým jazykem, mluveným jazykem, umělými znakovými systémy, zápisem mluvené řeči, poslechem, čtením či odezíráním. Jednoznačným přínosem totální komunikace je flexibilita a rozmanitost tohoto přístupu; zároveň se ale tyto přednosti mohou stát i slabinou. Kvůli velké variabilitě přístupů i komunikujících osob nedochází výzkumy totální komunikace k uceleným a objektivním závěrům o jejím přínosu. (Horáková, 2012)

2.4 Rodina dítěte se sluchovým postižením

Rodina je neformální sociální skupinou skládající se z dospělých osob odpovědných za výchovu a jejich dětí. Pro děti je funkční rodinné prostředí naprosto stěžejní, probíhá zde primární socializace, na jejímž základě si dítě bude utvářet další vztahy s vnějším světem. Pro dítě raného věku je rodinné prostředí bezpečným místem, kde tráví zdaleka nejvíce času a s vhodným působením se také může nejvíce a nejpřirozeněji rozvíjet. I proto je proces rané péče situován do rodinného prostředí a vychovávající osoby pozváni do partnerského vztahu s informovaným odborníkem. (Potměšil, 2015) Než nicméně přejdeme k modelu podpory rodiny v rámci rané intervence, popíšeme v této kapitole nejčastější výchozí situaci, ve které se tyto rodiny nacházejí.

Přes 90 % dětí neslyšících nebo dětí se sluchovým postižením se rodí do slyšících rodin, tedy rodičům bez zkušeností a vědomostí potřebných k výchově, ale i k navázání vztahu s vlastním dítětem. (World report on hearing, 2021)

Oproti tomu zbylých 5-10 % dětí se sluchovým se rodí rodičům se stejným postižením. Tyto rodiny jsou schopny velmi rychle přijmout situaci svého dítěte. Dokáží k němu přistupovat přirozeně, na základě svých dosavadních zkušeností, rozumějí tomu, co znamená život se sluchovou vadou a mohou s dítětem navázat přirozenou komunikaci a vztah díky znakovému jazyku. (Hradilová, 2023)

Otázka přijetí a vyrovnání se s nastalou situací se tak zpravidla týká slyšících rodin, kterým se narodí sluchově postižené dítě. Běžnou reakcí na narození postiženého dítěte je šok. Rodiče mohou zažít osobní krizi až trauma ze situace, která neodpovídá jejich běžnému chápání světa, je neočekávatelná a těžko kontrolovatelná. Vzniká tak dlouhodobý stres, jež rodiče ovlivňuje v každodenním životě. Dalším zátěžovým faktorem může být odlišná reakce každého z rodičů a následný partnerský rozkol. (Vágnerová, 2009)

Řičan et al. (2006, s. 115) popisuje fáze přijetí dítěte se sluchovým postižením zdravými rodiči následovně:

„1. *Stadium šoku a popření skutečnosti*“ – u rodičů dětí se sluchovým postižením může trvat déle, kvůli „neviditelnosti“ postižení; v prvních měsících života dítěte ho mohou rodiče považovat za zdravé, o to horší je pak šok z diagnózy.

„2. *Stadium hněvu a kritiky*“ – v této fázi rodič hledá viníka svých problémů, často si oprávněně může stěžovat na dobu i způsob diagnostiky sluchové vady nebo na nejednotný přístup profesionálů. Kvůli manuálně-orální kontroverzi se může setkávat s protichůdnými názory na výchovu svého dítěte, přičemž se sám, bez vlastních zkušeností, nedokáže v situace zorientovat. V této fázi je důležité citlivé vedení rodiče a podpoření jeho vlastní informované volby.

„3. *Stadium smlouvání*“ – oproti předchozím fázím, nyní se rodič snaží usilovně hledat možnosti a řešení své situace, pochopil svou novou životní realitu a přistupuje k ní programovým optimismem.

„4. *Stadium deprese*“ – při setkání se s prvními překážkami mohou přicházet pocity beznaděje a bezvýchodnosti, typická otázka rodiče je „Proč právě já?“.

„5. *Stadium přijetí*“ – stadium přijetí nastává realistickým zhodnocením nové situace a nových možností, rodič může změnit svůj životní cíl či očekávání v souladu s přijatým.

Jak uvádí Chudožilov Bendová (2023) reakce rodičů na narození sluchově postiženého dítěte a jeho přijetí je velmi důležitá pro další zdravý vývoj dítěte. Každé dítě si se svou primární pečující osobou vytváří citovou vazbu, v níž potřebuje prožít jaké to je být milováno a bezpodmínečně přijímáno. I proto je důležitá rychlá a odborná pomoc celé rodině, tak aby

rodiče dokázali zdravě vyřešit zátěžovou situaci a co nejdříve navázali s dítětem milující a rozvíjející vztah. (Hradilová, 2023)

3 Raná péče

Tato kapitola bude dedikována rané péči, jejímu vymezení, stručnému vývoji, tuzemské legislativě a v neposlední řadě také specifickým rané péče o dítě se sluchovým postižením a příkladům ze zahraničních praktik.

3.1 Teoretická východiska rané péče

Děti jsou ve společnosti symbolem nástupu nové generace, která zaručí pokračování tradic a civilizace. Každá vyspělá společnost proto věnuje nemalé úsilí ochraně a vzdělání svých důležitých, ale také velmi zranitelných členů. A nejzranitelnější skupinou jsou děti, které se narodily s omezením, jež může být překážkou v jejich vývoji. Cílem každé vyspělé společnosti je postarat se o své nejvíce zranitelné občany a zde přichází role rané péče, jejímž úkolem je postarat se o prospívání těchto dětí a jejich rodin. (Mesisels & Shonkoff, 2000)

Raná péče v našem prostředí zatím není jasně definovaným pojmem. V anglické literatuře bývá používán termín **Early childhood intervention (ECI)**, který stejně jako český ekvivalent **raná intervence** může zahrnovat jakékoliv preventivní kroky vedoucí ke zdraví dítěte nebo jakékoliv aktivity podporující dítě a jeho rodinu. (Prestis, Barlová, & Hradilková, 2020)

Dále je také důležité odlišit termín **raná péče** od pojmu **včasná pomoc**, který se mnohem více vztahuje k dětem z nepříznivých sociálních podmínek. Tento model je spíše uplatňován v našich sousedních státech jako je Německo. Pokud bychom měli hledat českou obdobu, mohli bychom na základě české legislativy za jistou formu včasné pomoci označit *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*.

Thurmair a Naggl in Prestis et al. definují **ranou péči** následovně (2003, s.25):

„...nabídka pomoci pro děti v kojeneckém, batolecím a předškolním věku, které jsou postižené nebo postižením ohrožené, dále pro jejich rodiče a další osoby pověřené jejich výchovou. Cílem rané péče je nabídnout takovou pomoc, která v případě dětí s postižením nebo ohroženým vývojem zavčas přispěje k tomu, aby se děti rozvíjely co možná nejlépe, aby docházelo k rozvoji jejich schopností a mohly se integrovat do světa, ve kterém žijí.“

Ačkoliv se tato definice vypořádává s vymezením cílové skupiny rané péče a stanovuje její hlavní program, nenahlíží na ranou péči v kontextech, ve kterých se zpravidla vyskytuje.

Šándorová (2017) se proto zabývá ranou péčí v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb odděleně a náležitě popisuje oba kontexty. Sama autorka pak uvádí, že v současné době lze ranou péči vnímat i jako samostatný obor, jedná se o obor induktivní, který je definován na základě problémů, se kterými se vypořádává, je tak problémově a systematicky orientován.

I přes odlišné způsoby nahlížení problematiky rané péče, nejběžněji bývá vnímána (i v mezinárodním kontextu) jako sociální služba věnující se dětem s postižením či dětem ohroženým na vývoji a jejich rodině. Zabývá se dětmi raného věku, zpravidla do nástupu do vzdělávací instituce. Provádí potřebné terapeutické a vzdělávací postupy vedoucí k co největšímu rozvoji dítěte a celý proces probíhá v rodinném prostředí, které je pro dítě nejpřirozenější. (Hradilková in Pretis, Barlová & Hradilková, 2020; Potměšil, 2015)

Programy rané péče mohou být důležitou součástí psychického vývoje dítěte, mohou pomoci ustanovit první pevný základ pro pozdější učení ve školním i pracovním procesu. Jsou stěžejní pro včasné uzavření mezer mezi vývojovými milníky jednotlivých dětí a také jsou prevencí proti tvoření takových mezer v budoucnosti. (DeCicca, 2013)

Vývoj koncepce rané péče

Prestis (2020) se z hlediska vývoje rané péče ve dvacátém století věnuje posunu paradigmat v intervenčních modelech. První polovinu dvacátého století spojuje s **medicínským přístupem**; jakékoliv omezení dítěte je vnímáno jako zdravotní problém, který řeší odborníci ve zdravotnictví, rodina dítěte nemá v tomto modelu žádnou autoritu, protože laičtí rodiče jeho postižení „nerozumí“. V sedmdesátých letech pak v západních zemích dochází k posunu k tzv. **koterapeutickému modelu**, rodič je k terapii dítěte přizván jako partner, péče o dítě se přesouvá z ústavního prostředí do domácího. Rodič je ale pouhým vykonavatelem odborníkem předepsané péče a také pod neustálým tlakem zodpovědnosti, která je v otázce úspěchu dítěte kladena pouze na něj. V osmdesátých letech pak dochází k poslední revizi a odborníci přistupují ke **kooperačnímu partnerskému modelu**. Předmětem péče již tak není izolovaně pouze ohrožené dítě, ale celá jeho rodina, které je

postupně dopomáháno ke kompetenci se o dítě kvalitně postarat. (Prestis, Barlová, & Hradilková, 2020)

3.2 Raná péče v České republice – vymezení a vývoj

V tuzemsku je vývoj rané péče spjat s vývojem pediatrie a pedologie a s velkými osobnostmi těchto disciplín v minulém století jako byli profesori Matějček, Vojta a Papoušek. První zařízení pro zdravotně postižené děti podle Matějčka vznikaly už v předválečném období a později v padesátých letech; na našem území byly zakládány poradny pro rodiče inspirované mnichovským dětským centrem. V padesátých letech byla nicméně zrušena pěstounská péče a jiné individualizované programy a pedagogika se vydala cestou ústavní kolektivní výchovy od raného věku. V tomto trendu také byla v sedmdesátých letech vybudována síť tzv. *rehabilitačních jeslí* pro děti do tří let pod ministerstvem zdravotnictví. V resortu školství vznikaly *pedagogicko-psychologické poradny* a následně v osmdesátých letech tzv. *střediska rané péče* zřizované z potřeby péče o děti s těžkým sensorickým postižením (typicky zrakovým). Všechny tyto subjekty byly nicméně velmi početně i kapacitně omezené. Další velká i legislativní změna v rané péči pak přichází až v demokratickém zřízení v roce 2006. (Šándorová, 2017)

Přesto v osmdesátých letech vzniká ještě jedno pozoruhodné společenské hnutí, které jde „navzdory systému“. Z důvodu nedostatku zdrojů v péči o postižené dítě, začaly v rámci praxe studentky Pedf UK docházet do rodin pod vedením doktora Oldřicha Čálka a pracovat s dětmi i rodiči v jejich přirozeném prostředí. O jejich pomoc byl velký zájem a znamenal zcela novou cestu v rané intervenci. Hned po sametové revoluci získala tato neoficiální poradenská služba první dotaci na poradnu pro děti se zrakovým postižením a následně vznikala nová střediska rané péče, specializovaná na potřeby dětí dle typu postižení. V oblasti péče o děti se sluchovým postižením byla prvním porevolučním subjektem *Federace rodičů a přátel sluchově postižených pro rodiny dětí se sluchovým postižením*, a to již v roce 1990. V roce 1997 bylo poradenství přejmenováno na ranou péči a jeho financování převzalo Ministerstvo práce a sociálních věcí. (Hradilková, 2018; *TAMTAM Historie Organizace*, c2024)

První legislativní ukotvení rané péče a také její vymezení v tuzemském prostředí pochází tedy z již zmiňovaného roku 2006, kdy byla raná péče zařazena do *Zákona o sociálních službách* jako **služba sociální prevence**.

Zákonem o sociálních službách je raná péče vymezena následovně:

„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (§ 54 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách – znění platné od 01.02.2023)

Dále zákon definuje činnosti rané péče:

„a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

c) sociálně terapeutické činnosti,

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (§ 54 odst. 2 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách – znění platné od 01.02.2023)

Další činnosti a úkony rané péče jsou pak podrobněji uvedené v § 19 Vyhlášky č. 505/2006 Sb. *„kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách“*.

Mezi lety 2001-2005 vznikají v rámci organizace *Federace rodičů a přátel sluchově postižených pro rodiny dětí se sluchovým postižením* dvě střediska Rané péče: *Raná péče Čechy* a *Raná péče Morava a Slezsko*. Od roku 2014 se Federace přejmenovává na **Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s.**, a kromě rané péče poskytuje také sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a sociální poradenství. Centrum je také významnou členskou organizací *„Asociace rané péče České republiky.“* (Asociace rané péče České republiky, c2024)

3.3 Raná péče o dítě se sluchovým postižením

Sluchové postižení není, jak bylo popsáno v předchozích kapitolách, pouze formou somatického postižení. Pokud není poskytnuta vhodná intervence, může se také stát komunikační a sociální bariérou prostupující všechny oblasti vývoje dítěte. Rodina dítěte se sluchovým postižením zpravidla nemá dostatečné zkušenosti a informace pro dobré zvládnutí nastalé situace. Proto je obzvláště v případě sluchového postižení raná péče stěžejní jako včasná a respektující pomoc. Čím dříve rodiče dostanou kvalitní informace o možnostech sluchové kompenzace a komunikačních systémech, tím vyšší pravděpodobnost je, že nebude docházet k zásadním opožděním v psychomotorickém vývoji dítěte. (Opatřilová, 2012)

Potměšil in Michalík (2011) zdůrazňuje, jak složité může být pro neinformovaného laika zorientovat se v často velmi technických informacích o sluchové kompenzaci nebo v různých se názorech na komunikační systémy. Podle autora je tak přínos rané péče nejenom v odborném poradenství, ale právě v možnosti podpory informované volby. Pokud bude rodič kvalitně a zodpovědně provázen, může být včas zahájena reedukace sluchu nebo výuka znakového jazyka v rodině, na základě posouzení individuální situace klienta a vlastního přání rodiče.

Pro děti nedoslýchavé se zpravidla doporučuje vydat se cestou vhodného sluchadla a rozvoj komunikace probíhá auditivně orálním přístupem. Naopak pro dítě neslyšící, které nemá nebo nemůže dostat kochleární implantát, je stěžejní osvojení znakového jazyka. (Holmanová, 2002) Zvláštní skupinu tvoří děti s kochleárním implantátem, u kterých také většinou bývá prosazován orální přístup, novější výzkumy nicméně ukazují, že vhodnější je zvolit přístup bilingvní, který dětem nabídne více možností. (Clark, 2020) Nutno zároveň dodat, že toto jsou pouze velmi schématická řešení a reálné příběhy a potřeby klientů často vyžadují komplexnější řešení.

Význam a přínos rané péče pro rodiny dětí se sluchovým postižením v aktuálním výzkumu

Horáková (2020) ve své studii uvádí přínos rané péče pro rodiny dětí se sluchovým postižením především „v oblasti získávání informací...o kompenzačních pomůckách, o systému sociální pomoci, o zdravotních otázkách, ale hlavně o tom, jak s dítětem

komunikovat a jak ho všestranně rozvíjet.“ (s. 12) Publikace WHO „*World Report on Hearing*“ (2021) ranou intervenci označuje za základ pro rozvoj jazykových dovedností, sociálních dovedností, vyšší kvality života a praktických životních dovedností pro děti i dospělé. Výzkum z roku 2011 publikovaný v „*Gallaudet University Press*“ dokonce poukazuje na korelaci mezi zahájením rané intervence před 6 měsícem života dítěte se sluchovým postižením a pozdějším dosažením věku přiměřených milníků ve vývoji jazyka. (Meinzen-Derr, 2011) Studie Holzinger et al. (2022) jako stěžejní pro rozvoj jazyka u sluchově postiženého dítěte vnímá na rodinu orientovaný model rané intervence, která podporuje interakci rodič-dítě v nejpřirozenějším prostředí. Clark et al. (2020) ve svém článku zase upozorňuje na nebezpečí příliš jednostranného přístupu v rané intervenci, který v konečném důsledku může rozvoj jazykových dovedností zpozdit. Shrnuje nepochybný význam rané péče pro rozvoj mluveného i znakového jazyka a z těchto důvodů navrhuje **bimodální bilingvní přístup**, který by dětem nabízel nejvíce možností.

3.4 Proces rané péče

V této kapitole se zaměříme na konkrétní fungování středisek *Rané péče Čechy* a *Rané péče Morava a Slezsko* Centra pro dětský sluch Tamtam, jakožto na jediné subjekty poskytující ranou péči pro děti se sluchovým postižením v České republice. Proces poskytování podpory vychází ve střediscích ze standardů práce rané péče i všeobecných principů fungování kvalitní sociální služby. Všechny služby jsou poskytovány zdarma, středisko rané péče funguje nevýdělečně jako obecně prospěšná společnost. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., c2024)

Horáková (2012) rozděluje činnosti rané péče Tamtam do tří oblastí:

1. „*Pravidelné terénní návštěvy v rodinách*“ – základ intervence na rodinně orientovaném modelu;
2. „*Ambulantní návštěvy střediska*“ – například při diagnostice sluchu;
3. „*Osvětové, vzdělávací a společenské programy.*“ (s. 32)

Níže bude podrobně popsán průběh celé intervence od navázání prvního kontaktu s klientem až po typické ukončení péče.

Kontaktování střediska rané péče

Dle Opatřilové (2012) se rodič o působení *Centra pro dětský sluch Tamtam* nejčastěji dozvídá z internetových stránek či od informovaného lékaře (pediatra, foniatra). V některých případech dochází k prvnímu kontaktu na základě hovoru s jiným rodičem nebo díky sociální pracovníci.

Navázání spolupráce

Po kontaktování rané péče probíhá první schůzka v rodinném prostředí a následuje ambulantní konzultace ve středisku rané péče, kde může být uskutečněno orientační sluchové vyšetření metodou **vizuálně posílené audiometrie**. Na základě vstupních konzultací je podepsána *Smlouva o poskytování terénní služby*. Od této chvíle se celá rodina stává klientem rané péče a přichází fáze samotné intervence. (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., c2024)

Průběh intervence

Z platné legislativy vyplývá, že sociální služba, tedy i raná péče, probíhá na principu **individuálního plánování**. V rané péči je navíc uplatňován **model plánování zaměřené na osobu** (v případě rané péče na rodinu), který klade největší důraz na přání a potřeby klienta, zkoumá a zohledňuje jeho unikátní situaci a vede k autonomní volbě a k nezávislosti na vnější pomoci. (Matoušek, 2007) Klienti společně se svými průvodci formulují zakázku a následně podnikají praktické kroky vedoucí k jejímu naplnění. (Horáková, 2020) Hlavní cíl spolupráce je vymezen v individuálním plánu a stvrzen *Dohodou o spolupráci*. Nastavovány jsou i dílčí cíle, všechny by ale měly zohledňovat individuální situaci dítěte a potřeby rodiny. Obsahem zakázky mohou být následující oblasti:

- *„orientace v náročné a neznámé situaci,*
- *posilování rodičovských kompetencí,*
- *kontakty rodiny s širším okolím,*
- *kontakt dítěte se společenským prostředím,*
- *seberealizace dítěte,*
- *běžné úkony péče o dítě,*
- *samostatný pohyb dítěte a orientace sluchem,*

- *péče o zdraví dítěte,*
- *uplatňování práv a oprávněných zájmů rodiny i dítěte.“ (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., c2024)*

Každá návštěva rodiny probíhá zhruba jednou za měsíc a typicky trvá dvě až tři hodiny. Kromě terénních návštěv mohou konzultace probíhat i telefonickou či mailovou podporou. Dohoda má platnost jednoho roku, po kterém rodina s poradcem vyhodnocuje nakolik byl naplněn cíl zakázky. Další rok může rodina v zakázce pokračovat či stanovit novou. Intervence Centra pro dětský sluch Tamtam většinou trvá 3-4 roky. (Opatřilová, 2012)

Osoba poradce rané péči

Poradce rané péče je dle zákona č. 108/2006 Sb. „*o sociálních službách*“ sociální pracovník. Jedná se o absolventa vysoké nebo vyšší odborné školy v oblasti sociální práce, speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, psychologie, fyzioterapie nebo ergoterapie, který své kompetence rozšiřuje celoživotním vzděláváním. Dokument „*Profil poradce rané péče*“ od *Asociace rané péče České republiky*, který jako závazný vnímá i Centrum pro dětský sluch Tamtam, vymezuje následující kompetence pro práci poradce:

- *„kompetence budovat vztah s klientem,*
 - *orientovat se v komplexní situaci klienta a plánovat postup práce s ním,*
 - *podporovat vlastní kompetence klienta,*
 - *poskytovat přiměřené služby,*
 - *přispívat k rozvoji oboru, organizace, svého pracoviště a kompetence odborně růst.“*
- (Profil poradce rané péče – kompetence v praxi rané péče, c2024)

3.5 Raná péče v zahraničí – příklady z praxe

Jak již bylo naznačeno v předchozích kapitolách systém rané péče není unikátní pro naše prostředí, jeho obměny, často i s delší tradicí, jsou v ostatních západních zemích základem sociálního systému.

V evropském prostředí se pracovníci rané péče napříč zeměmi organizují v asociaci *Eurly Aid*. Ta kromě organizování společných konferencí vydává sborník „*Early Intervention Guidebook*“. Aktuální verze pochází od portugalských odborníků a dopodrobna se věnuje

tamnímu systému. (EURLYAID – The European Association on Early Childhood Intervention, c2024)

Portugalský program rané péče *National System of Early Childhood Intervention* se věnuje dětem od 0-6 let ohroženým na vývoji. Pro portugalský systém je na rozdíl od toho českého typická mezirezortní spolupráce mezi ministerstvem sociálních věcí, ministerstvem školství a ministerstvem zdravotnictví. Tyto tři resorty spolupracují na bázi celonárodní komise a krajských výborů, které dále přerozdělují práci lokálním týmům. Lokální tým je základem portugalské rané péče a je zpravidla složen z praktického lékaře, zdravotní sestry, učitele, sociálního pracovníka, psychologa a terapeuta. Obdobně jako v českém systému rané péče lokální týmy spolupracují s rodinami v kooperativním modelu na individuálně nastavených cílech. (Brandão, 2022)

Ve zprávě WHO z roku 2021 „*Report on Hearing*“ je podrobně popsána rané péče o děti se sluchovým postižením v Rakousku. *Family-centred Early Intervention Program Linz* (FLIP) pracuje na principu multidisciplinárního týmu zahrnujícího logopedy, odborníky na vzdělávání, sociální pracovníky, peer pracovníky (ostatní rodiče dětí se sluchovým postižením) a neslyšící průvodce. Samotná raná péče probíhá v domově dítěte, kam pravidelně dochází logoped řídící průběh rané péče. Rodiče, kteří si zvolí znakový jazyk jako hlavní komunikační systém dále spolupracují s neslyšícími průvodci na zapojení znakového jazyka do každodenního rodinného života. Pokud si rodič zvolí orální přístup za pomoci sluchové protetiky, sociální pracovník pomáhá s dohledáním vhodných služeb a financí na kompenzační pomůcku. Zajímavostí rakouského systému jsou také peer pracovníci, kteří mohou ostatním rodičům poskytnout osobní zkušenosti a podporu v procesu, kterým si sami prošli. Každá rodina si má také příležitost ve spolupráci s odborníky vytvořit vlastní vzdělávací program zohledňující jejich individuální potřeby. (WHO,2021)

Ve Velké Británii ranou péči dětem se sluchovým postižením poskytuje organizace *National Deaf Children's Society* (NDCS), která se, na rozdíl od české organizace, věnuje dětem se sluchovým postižením od narození po dokončení vysokoškolského studia. Sekce NDCS věnující se malým dětem a jejich rodinám navazuje na systém celoplošného screeningu sluchu poskytovaný *National Health Service* (NHS), jenž je kromě porodnic prováděn i v

domácím prostředí. Zde také můžeme nalézt největší odlišnost od českého prostředí, ve kterém propracovaný systém screeningu stále chybí a „propadnutí“ dítěte systémem je mnohem pravděpodobnější. NDCS poskytuje klasické služby rané péče, velký důraz také klade na rodičovské skupiny, pobytové akce a workshopy. (Screening sluchu a následná péče ve Velké Británii, 2019)

Ve Spojených státech v současné době funguje, na rozdíl od evropských zemí, decentralizovaný systém rané péče. Každý ze států organizuje vlastní program na základě závazného principu „*Individualized Family Service Plan*“ (IFSP), tedy na principu individuálního plánování. Raná péče by měla být v každém státě přístupná zdarma nebo za dosažitelný poplatek. (National Association of the Deaf, c2024)

Současnému stavu rané péče o děti se sluchovým postižením ve Spojených státech se věnuje rozsáhlá kvantitativní studie z roku 2022 uskutečněná v Ohio. Studie se účastnilo 1262 participantů a hlavním výzkumným problémem byla intenzita rané péče obdržené v minutách za měsíc. Za významné komponenty tamního systému rané péče studie uvádí poskytování podpory v domácím prostředí rodiny, podporu informované rodičovské volby, asistenci s audiologickou protetikou a kontakty na komunitní zdroje, vedení v rozvoji komunikace a jazyka, možnosti propojení s komunitou Neslyšících, peer podporu a podporu v zařazení do předškolního vzdělávání. Kromě výzkumného problému, studie řeší i rizikové faktory. Uvádí, že typický recipient rané péče v ohiojském systému, je bílé dítě ze střední třídy, s dobrým zdravotním pojištěním. Kromě etnického a finančního faktoru je poskytnutí rané péče navázané často i na místo, děti z rozsáhlých rurálních oblastí jsou mnohem méně pravděpodobnými klienty rané péče. (Meinzen-Derr, 2022)

4 Dítě se sluchovým postižením v mateřské škole

Systém školského vzdělávání v České republice vychází z platné legislativy, kterou je „Školský zákon“ č. 561/2004 Sb. Druhá část zákona je věnována právě předškolnímu vzdělávání, které má ze zákona v některých ohledech obdobné cíle jako raná péče. Například cíl dosažení maximálního potenciálu dítěte: „*předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji*“, ale i cíl „*poskytnutí speciálně-pedagogické péče*“ jsou ve shodě s cíli služby sociální prevence. (§ 33 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon – znění platné od 01.01.2024) Předškolní vzdělávání je také nově podle aktuální legislativy pro děti od pěti let „*povinné*“. (§ 34 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon – znění platné od 01.01.2024) A protože dítě může nastoupit do vzdělávací instituce již ve dvou letech, je právě prostředí mateřské školy často místem, kde dochází k intervenci v raném dětském věku. (Opravitová, 2016)

Cíle současného předškolního vzdělávání by se daly označit za „*konvergentní*“ (Opravitová, 2016, s. 285), tedy takové, které zohledňují individuální a specifické potřeby každého vzdělávaného dítěte. Vzdělávací instituce zároveň musí mít stanovený program nebo také kurikulum, jenž by nastiňoval obsah vzdělání. V českém školství je v tomto ohledu závazným dokumentem „Rámcový vzdělávací program předškolního vzdělávání“ (RVP PV), jenž obsahuje několik vzdělávacích oblastí: „*Dítě a jeho tělo, Dítě a psychika, Dítě a ten druhý, Dítě a společnost a Dítě a svět*“ a také posuzované výstupy vzdělávání. Ty jsou v RVP PV zaneseny jako „*klíčové kompetence*“ a jedná se o více činnostně a prakticky formulované dosažené znalosti a dovednosti. (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2021)

Dětem se sluchovým postižením nabízí české školství dvě možné cesty předškolního vzdělávání. Jedná se o vzdělávání o tzv. hlavním vzdělávacím proudu na principu inkluze či o zařazení do speciální mateřské školy pro děti se sluchovým postižením. (Jungwirthová, 2015) V následujících dvou kapitolách budou obě možnosti probrány samostatně.

4.1 Dítě se sluchovým postižením v inkluzivním prostředí

Inkluze je někdy v našem prostředí stále vnímána jako nový revoluční koncept, přestože první inkluzivní legislativa pochází již z roku 2005. Současnou podobu inkluzivního vzdělávání upravuje výše zmíněný školský zákon, který vymezuje podporu **žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP)**. Žák s SVP je podle zákona: „osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“ (§ 16 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon – znění platné od 01.01.2024) **Podpůrnými opatřeními** se pak rozumí jakékoliv úpravy organizace a forem vzdělávání, kterými je cíle dosahováno. V případě žáků se sluchovým postižením je v rámci podpůrných opatření samozřejmě zohledněn i vhodný komunikační systém. Dalším legislativním ukotvením je vyhláška č. 27/2016 Sb. „o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných“, ve které je zaneseno i právo neslyšícího žáka na tlumočníka do znakového jazyka a přepisovatele pro neslyšící.

Inkluzivní vzdělávání je dle Lechty (2010) edukační prostředí, kde je „heterogenita vnímána jako nová normalita.“ (s. 27) I přesto, se dnes rodič dítěte se sluchovým postižením může setkat s odmítavým nebo nechápavým přístupem vedení školy. To ale nemá právo dítě odmítnout jen na základě speciálních vzdělávacích potřeb. Pokud je to přáním rodiče, dítě se sluchovým postižením má nárok navštěvovat svou běžnou spádovou mateřskou školu. (Jungwirthová, 2015)

Komorná (2008) jmenuje některé možné důvody rodičů volit, i navzdory překážkám, hlavní vzdělávací proud. Může se jednat o dobrou dostupnost školy a vyhnutí se tak nutnosti umístit dítě na internát u školy speciální. Jiným důvodem může být snaha nevyčlenit dítě z vrstevnických vztahů v bydlišti anebo obava o pracovní uplatnění svého potomka po základní škole speciální.

Speciálně pedagogické centrum

Při zařazení dítěte se sluchovým postižením do běžné mateřské školy má rodič možnost využít podpůrné služby. Inkluzi dětí s tímto postižením se konkrétně věnuje školské poradenské zařízení *Speciálně pedagogické centrum*, jehož provoz je zanesen ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. V některých případech s prvním kontaktem s mateřskou školou může asistovat

i *raná péče*. Když dítě do mateřské školy nastoupí, SPC pomáhá nastavit výše jmenovaná podpůrná opatření a může dítěti přidělit asistent pedagoga nebo tlumočnicka. (Jungwirthová, 2015)

Hlavním rozdílem mezi službami SPC a ranou péčí je, že služby SPC jsou primárně poskytovány *ambulantně*. Centrum provádí psychologickou a pedagogickou diagnostiku u klientů s mentálním, tělesným, sensorickým a souběžným postižením. Rozhoduje o školní připravenosti těchto dětí a vydává zprávu a doporučení pro vzdělávací instituce, kterými nastavuje vhodnou podporu. Zároveň stejně jako raná péče, se věnuje i poradenské činnosti, svým klientům nabízí informační, konzultační a metodickou podporu. (§ 6 vyhlášky č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních - znění platné od 01.01.2021)

4.2 Mateřské školy pro děti se sluchovým postižením

„Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny.“ (§ 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon – znění od 01.01.2024)

Komorná (2008) uvádí, že děti jsou do speciálních škol, tedy mateřských, základních a středních škol pro sluchově postižené, zařazovány především na základě *„preferovaného způsobu komunikace a nadání.“* (s. 25) Do mateřských škol pro sluchově postižené většinou docházejí děti, které užívají jako primární komunikační systém znakový jazyk, ale také děti, které potřebují intenzivní logopedickou intervenci či děti s kombinovanými vadami. (Jungwirthová, 2015)

V České republice je v současnosti patnáct mateřských škol pro děti se sluchovým postižením, z čehož čtyři se nacházejí v Praze a zbylých jedenáct ve větších krajských městech. (viz mapa na Obr. 3 níže) Je tak běžnou praxí, že děti už v předškolním věku bydlí na internátu, na kterém většinou zůstávají až do ukončení středoškolského studia. Většina škol pro sluchově postižené propojuje všechny tři stupně vzdělávání. (Hádková, 2016) Unikátní je z tohoto ohledu Mateřská škola Pipan, zřízená přímo Centrem pro dětský sluch

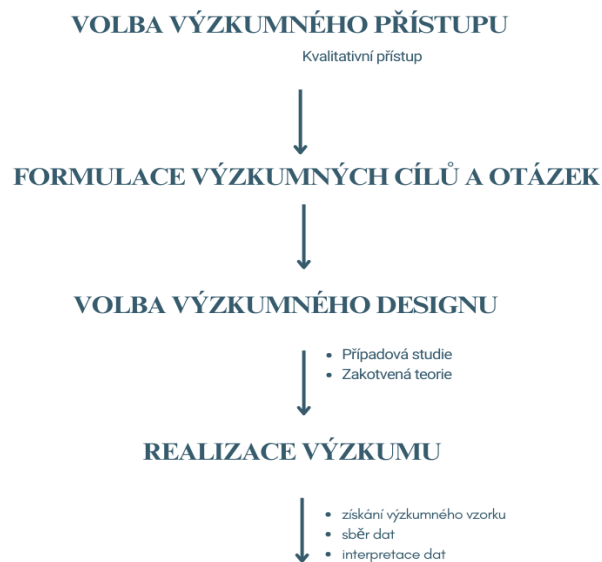
Tamtam, poskytující bilingvní vzdělávání. (Bilingvní mateřská škola pro sluchově postižené Pipan, c2024)



(Obr. 3: Mapa mateřských škol pro děti se sluchovým postižením, převzato z: (Petráňová, c2024)

5 Výzkumné šetření

K uskutečnění výzkumného šetření byl využit kvalitativní přístup. Jak uvádí Hendl (2005) ve spojitosti s tímto výzkumným přístupem, bylo totiž i našim cílem „hloubkové pochopení případu.“ (s. 53) Kvalitativní výzkum umožňuje rozkrytí schémat v intencionálním jednání jednotlivých aktérů, odhalení různých motivací a pochopení příčin jevu. Na zřeteli by měl být především reálný popis konkrétního fenoménu, spíše než pouhý sběr faktů. (Švaříček, 2007) Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999) právě na základě těchto vlastností je kvalitativní přístup využíván především ve společenských vědách, jako jsou psychologie a sociologie. Naše výzkumné šetření má zaměření surdopedické. Spadá tedy do disciplíny speciální pedagogiky soustředěné na osoby s postižením sluchu, i proto je kvalitativní přístup v tomto případě vhodný. (Hradilová, 2023) Dalším krokem výzkumu bylo stanovení cílů tohoto šetření, jež jsou základem výzkumných otázek, ty budou podrobněji představeny v následující kapitole.



(Obr. 4: Schéma výzkumného šetření: zdroj vlastní)

5.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Jak bylo nastíněno v předchozí kapitole hlavní a dílčí cíle tohoto výzkumného šetření odpovídají principům kvalitativního výzkumného přístupu. Naším cílem bylo zkoumat aktuální jev v jeho přirozeném prostředí. Konkrétně se jedná o vztah a formy spolupráce subjektů rané intervence, jejichž operacionalizace byla provedena v praktické části práce, tedy o vztah *rané péče, mateřské školy a speciálně pedagogického centra*. Největší důraz je pak kladen především na neformální vztah *rané péče a mateřské školy*, který není podložen legislativním ukotvením.

Hlavní cíl výzkumného šetření je pak stanoven následovně:

- **Zjistit, jak je aktuálně zajišťována odborná raná intervence nabízená rodinám dětí se sluchovým postižením.**

Z hlavního cíle vyplývají dva dílčí výzkumné cíle:

- **Zjistit, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi institucemi, které do rané intervence dětí se sluchovým postižením vstupují.**
- **Zjistit, jaké jsou důvody a následně přínos takové spolupráce.**

Z cílů výzkumu můžeme následně definovat výzkumný problém: **význam spolupráce mezi subjekty odborné rané intervence v oblasti podpory rodin dětí se sluchovým postižením.**

Následně bylo stanoveno pět výzkumných otázek:

1. *Jakým způsobem probíhá spolupráce s vybranou rodinou ze strany rané péče a ze strany mateřské školy?*
2. *Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi mateřskou školou a ranou péčí v intervenci u vybrané rodiny?*
3. *Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi speciálně pedagogickým centrem, ranou péčí a mateřskou školou?*
4. *Jaké jsou důvody k navázání spolupráce mezi mateřskou školou a ranou péčí v intervenci u vybrané rodiny?*
5. *Jaké jsou vnímané přínosy spolupráce rané péče a mateřské školy z pohledu obou subjektů?*

5.2 Metodologie výzkumného šetření

Na základě cílů je pak nutno zvolit adekvátní výzkumné metody sběru dat a celý design výzkumu. Design je jakýsi rámeček, v němž se výzkum může vyskytovat udávající základní podmínky jeho realizace. Pro potřeby této práce byla zvolena *případová studie*. Yin (2009) označuje případovou studii za vhodný design, pokud se výzkumník ptá po příčinách zkoumaného jevu, pokud je jev studován ve svém přirozeném prostředí a pokud je jev aktuální. Naše výzkumné cíle a z nich vycházející výzkumný problém, splňují všechna tři autorova kritéria. V naší práci je případová studie vnímána jako *výzkumný přístup*, spíše než *výzkumná metoda* a prostřednictvím pochopení jednotlivého případu se snažíme zprostředkovat pochopení případů podobných. V rámci výzkumného přístupu rozlišujeme několik druhů případových studií, které jsou voleny na základě vhodnosti vzhledem ke zkoumanému vzorku a cíli. Pro naše účely byla využita *případová studie instrumentální*, jejíž cílem je objasnit některé příčinné vztahy obecného případu popsáním tohoto jevu v reálném prostředí a kontextu. (Švaříček, 2007; Mareš, 2015)

Pro interpretaci výzkumných otázek byla zvolena *zakotvená teorie*, která umožňuje systematickou prezentaci získaných dat. Při využití zakotvené teorie „...začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.“ (Strauss, 1999) Předem je sice stanoveno pole výzkumu, v našem případě je to výzkumná otázka, vzniklé proměnné nicméně vychází přímo ze získaného datového materiálu. (Švaříček, 2007)

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek našeho šetření byl vybrán se záměrem získání specifického typu informací. (Mareš, 2015) Výzkumný cíl a otázky vyžadovaly respondenty ze spolupracujících institucí. Informace ze strany rané péče poskytla 1 poradkyně rané péče a informace ze strany mateřských škol 3 ředitelky. K zapojení byla pozvána také speciální pedagožka ze speciálně pedagogického centra, ta však svou účast odmítla. Všichni oslovení účastníci působí v rámci jednoho regionu, spolupráce mezi institucemi popisovaná ve výzkumu je tak reálná, nicméně na druhou stranu neumožňuje příliš velkou šíři výzkumného vzorku. Při konzultaci s SPC se autorka práce dozvěděla, že v regionu je v současnosti v péči

školského poradenského zařízení pouze 6 surdopedických klientů. Spolupráce se konkrétně týká 4 klientů rané péče, kteří navštěvují běžné mateřské školy:

Honza

Šestiletý chlapec se středně těžkou nedoslýchavostí, pochází z rodiny neslyšících sociálně znevýhodněných rodičů. Do běžné MŠ chodí od svých čtyř let a v rané péči je jen o rok déle. V současné době navštěvuje třídu pro předškolní třídu a kvůli odkladu školní docházky bude do MŠ chodit ještě rok. Honzova sluchová vada je kompenzována sluchadly.

Terezka

Honzova mladší tříletá sestra, která je na rozdíl od Honzy neslyšící. Chodí do stejné MŠ jako Honza a navštěvuje třídu podle odstavce 9 paragrafu 16. Do MŠ zatím chodí pouze rok a sluchová vada není nijak kompenzovaná. Je velmi pravděpodobné, že Terezka bude přerazena do mateřské školy pro sluchově postižené, zatím ale navštěvuje MŠ ve svém bydlišti, aby si zvykla být sama bez rodičů.

Filip

Filip je pětiletý chlapec s lehkou nedoslýchavostí ze slyšící rodiny. Do své spádové MŠ chodí rok a v programu rané péče je jeho rodina tři roky. Sluchová vada je kompenzována sluchadly.

Anička

Anička je šestiletá dívka se středně těžkou sluchovou vadou a narodila se do slyšící rodiny. Sluchová vada je kompenzována sluchadly, které Anička nosí zatím pouze dva roky. Anička do MŠ chodí dva roky a tři roky je klientem rané péče.

Poradkyně rané péče (PRP)	Ředitelka 1 (Ř1)	Honza (H) Terezka (T)
	Ředitelka 2 (Ř2)	Filip (F)
	Ředitelka 3 (Ř3)	Anička (A)

(Tab. 2: Přehled participantů výzkumu: zdroj vlastní, 2024)

Sběr dat

Jak bylo uvedeno výše, výzkumným přístupem této práce je případová studie, tento fakt ovšem pouze odkazuje na povahu našeho výzkumu a neudává metodu sběru dat z terénu. Jako výzkumná metoda byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda dává výzkumníkovi jistou strukturu sběru dat, například by tazatelské otázky měly odrážet hlavní výzkumné otázky, zároveň však dává prostor ke svobodnému vyjádření participanta a k zohlednění informací objevených až v terénu. (Švaříček, 2007) Připravena tak byla dvě rozdílná schémata rozhovoru, první okruh otázek pro poradkyni rané péče (viz příloha B) a druhý okruh pro ředitelky mateřských škol (viz příloha C).

První kontakt s participanty výzkumu proběhl přes poradkyni rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam o.p.s. Následně byly kontaktovány ředitelky mateřských škol. Participantů byli osloveni přes e-mailovou korespondenci a bylo jim nabídnuto zapojení do výzkumu. Dále byly respondentům zaslány okruhy polostrukturovaného rozhovoru. Jeden z rozhovorů byl uskutečněn osobně, ostatní rozhovory přes online komunikační platformy, rozhovory byly nahrávány a následně z nich vytvořeny přepisy (viz příloha D).

Dále měla autorka této práce možnost přístupu do terénu v podobě pravidelných návštěv mateřské školy, kde se mohla věnovat jednomu z klientů rané péče (Honzovi). Kontakt začal v lednu 2024 a na základě těchto dat byla zpracována případová studie této práce.

5.3 Etické aspekty výzkumu

Kvalitativní výzkum často pracuje s citlivými údaji respondentů a ze své podstaty do hloubky popisuje jejich intencionální jednání a motivace. Proto je důležité držet se etického přístupu, který zabrání zneužití údajů a dat či předejde jiným negativním dopadům, jež by zveřejnění závěrů výzkumu mohlo přinést. Jankovský (2003) charakterizuje etiku jako filosofickou vědu, jež zkoumá morálku, tedy soubor společensky platných norem, podle kterých jedná většina a v daném kontextu je vnímáno jako korektní. V případě výzkumu je běžně přijímanou praxí vyjádřit se k etickým aspektům a zmínit konkrétní kroky, které byly za tímto účelem podniknuty. Švaříček a Šed'ová (2007) udávají tři etické dimenze, jež by měly být ve výzkumu standardně dodrženy a kterými se řídí i tato práce. První dimenzí je „důvěrnost“, neboť jak bylo zmíněno výše, je v kvalitativním výzkumu nanejvýš důležité dodržet skrytou identitu participantů výzkumu. Tato norma je zakotvena i legislativně zákonem č. 101/2000 Sb. „o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů.“ I v našem výzkumu jsou tak pro jednotlivé participanty použity zobecňující pojmenování a v rámci prepisů jejich výpovědí změněna jména osob i míst. Upravena byla jména klientů rané péče i názvy mateřských škol v prepisech rozhovorů, v samotném výzkumu jsou pro označení informantů použity zkratky. Jediným neanonimizovaným údajem zůstává název organizace poskytující ranou péči. Tento údaj byl v práci zachován pro *reabilitu* a *validitu* výzkumu (Hendl, 2005), aby bylo poukázáno na to, že data pochází z jediného registrovaného pracoviště rané péče primárně se soustředící na děti se sluchovým postižením v České republice. (Asociace rané péče České republiky, c2024)

Další důležitou dimenzí etiky kvalitativního výzkumu je „poučený souhlas“. V případě naší práce se jedná o „informovaný souhlas“ (viz příloha A), který byl dán k podepsání všem participantům výzkumu a v rámci kterého byli seznámeni s cíli a průběhem výzkumu. V současnosti se obzvláště v humanitních oborech nepřipouští design výzkumu, jehož principem by bylo záměrné klamání respondentů, naopak je požadována transparentnost a plná informovanost. (Švaříček, 2007) Poslední etickou dimenzí výzkumu je zpřístupnění výsledků výzkumu participantům. V našem případě probíhala průběžná komunikace s respondenty a zpřístupněny jim byly i prepisy polostrukturovaných rozhovorů, ke kterým se účastníci výzkumu měli příležitost vyjádřit.

5.4 Interpretace získaných údajů

Ve výsledcích výzkumného šetření je představena jedna případová studie a následně jsou zodpovězeny výzkumné otázky na základě uskutečněných rozhovorů.

Případová studie – spolupráce běžné mateřské školy a rané péče v intervenci u nedoslýchavého dítěte

Honza je šestiletý chlapec se středně těžkou nedoslýchavostí. Narodil se neslyšícím rodičům ze sociálně znevýhodněného prostředí. Má mladší a starší sestru, přičemž starší sestra má Downův syndrom se středně těžkou mentální retardací a navštěvuje základní školu speciální. Komunikuje pouze alternativními komunikačními systémy. Honzova mladší sestra je neslyšící a dochází do stejné MŠ jako Honza. Honzovi rodiče byli s ranou péčí propojeni přes sociální pracovníci a pobočku Svazu neslyšících a nedoslýchavých, která jim pomáhá s tlumočením. Tak získali první kontakt na poradkyni rané péče, které se nyní věnuje Honzovi i jeho mladší sestře. Do rodiny pravidelně dojíždí a poskytuje služby rané péče, především aktivizační činnosti v podobě her pro děti a informační a sociální průvodcovství pro rodiče. Ve čtyřech letech přišla otázka Honzova zařazení do MŠ. Matka si přála, aby Honza navštěvoval svou spádovou MŠ, se kterou již měla zkušenosti ze školní docházky staršího syna z prvního manželství. Docházku do běžné MŠ doporučil i obvodní lékař, takže matka přivedla Honzu k zápisu tam. Paní ředitelka MŠ se po přijetí chlapce zkontaktovala s místním speciálně pedagogickým centrem (SPC), které doporučilo zařadit Honzu do speciální třídy, kterou má tato konkrétní MŠ zřízenou (§ 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon – znění od 01.01.2024). Když byl chlapec do MŠ přijat, personál MŠ nezískal od rodičů relevantní informace ohledně stupně sluchového postižení, na základě čehož byl Honza ze začátku považován za neslyšící dítě. Následně s MŠ navázala kontakt poradkyně rané péče, která seznámila pedagogický personál školy s rozsahem Honzova sluchového postižení a s ostatními důležitými informacemi ohledně Honzova rodinného prostředí. MŠ a poradkyně rané péče tak navázali dlouhodobou spolupráci, poradkyně rané péče mohla pedagogický sbor informovat o závěrech z terénních návštěv rodiny, pomáhala při komunikaci s neslyšícími rodiči a pravidelně navštěvovala Honzu v MŠ. Dále také zprostředkovala kontakt na klinického logopeda, který nabídl spolupráci i ředitelce MŠ. V rámci socializace Honzy v MŠ poradkyně spolu s paní ředitelkou ze začátku zvaly do

školy i Honzovu matku, která měla příležitost vidět, jaké aktivity MŠ s dětmi realizuje. I když ze začátku přítomnost matky Honzovi pomáhala, z dlouhodobého hlediska se ukázalo, že bez její přítomnosti je víc samostatný a lépe spolupracuje s pedagogickým sborem MŠ. Po roce docházení do speciální třídy se MŠ ve spolupráci s SPC a poradkyní rané péče rozhodla přeradit Honzu do běžné předškolní třídy, protože se učitelky ze svých zkušeností domnívaly, že kontakt s vrstevníky pomůže Honzovu vývoji. Chlapec měl největší obtíže ve verbální komunikaci, které přirozeně vycházely z vlivu vnějšího prostředí (v domácím prostředí Honzy se mluvená řeč vůbec nepoužívá, rodiče komunikují znakovým jazykem) a ze samotného stupně sluchového postižení. Jak uvádí Lechta (2008) je opožděný řečový vývoj u nedoslýchavých dětí očekávatelný. Zařazení Honzy mezi slyšící vrstevníky opravdu rozvoji jeho mluvené řeči velmi pomohlo. Další otázkou, kterou poradkyně rané péče společně s vedením MŠ řešila, byl odklad školní docházky. Rozhodnout o odkladu školní docházky má v kompetenci pouze školní poradenské zařízení, v tomto konkrétním případě SPC. (§ 37 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon – znění od 01.01.2024) Honzovy verbální dovednosti zatím neodpovídají takové úrovni, aby zvládl předčtenářské dovednosti a následně první třídu, přesto si jeho rodiče nástup do běžné základní školy velmi přáli. Poradkyně rané péče proto preferenci rodičů komunikovala s MŠ, která následně odklad školní docházky pro Honzu s SPC zařídila.

Vyhodnocení výzkumných otázek

Data získaná rozhovory byla zpracována pomocí *kódování*. Jedná se o „*operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.*“ (Strauss, 1999; s. 39) Pro účely našeho výzkumu bylo využito *otevřené kódování*, které postupuje od popisu jednotlivých jevů, k řazení těchto jevů na základě podobnosti do širších kódů. Z jednotlivých kódů jsou pak tvořeny širší kategorie. Otevřené kódování bylo v našem výzkumu provedeno metodou tužky a papíru.

Výzkumné otázky formulované v kapitole „Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky“ budou interpretovány na základě rozhovorů s poradkyní rané péče (PRP) a třemi ředitelkami mateřských škol (Ř1, Ř2, Ř3) z jednoho regionu. Tito odborníci se věnují třem klientským rodinám a jejich čtyřem dětem se sluchovým postižením (viz tabulka v kapitole 5.2) Ke zpracování dat bylo použito výše zmíněné otevřené kódování. Ke klíčovým informacím byly

přiřazeny zastřešující kódy a ty byly následně rozčleněny do širších kategorií, které jsou níže prezentovány u odpovídajících výzkumných otázek. Kategorie a kódy jsou očíslovány pro větší přehlednost způsobem kategorie – kód – podkód: 1.1.1. a takto jsou seřazeny v Tab. 3 viz níže. V interpretaci výzkumných otázek jsou také využity přímé citace z polostrukturovaných rozhovorů jako ukázky konkrétních vyjádření participantů výzkumu.

Využití kategorie a kódy ve výzkumu:

Rozhovor s poradkyní rané péče (PRP)	Rozhovory s ředitelkami MŠ (Ř1, Ř2, Ř3)
<p>1. Kategorie: Kontakt s klienty</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.1 zprostředkování kontaktu • 1.2 podepsání dohody 	<p>6. Kategorie: Přijetí dítěte do MŠ</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6.1 zkušenosti s ranou péčí • 6.2 zkušenosti s inkluzí dítěte se sluchovým postižením
<p>2. Kategorie: Specifika spolupráce s rodinami</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.1 preferovaný komunikační systém • 2.2 sociální zázemí 	<p>7. Kategorie: Spolupráce s rodinou</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.1 kulturní rozdíly • 7.2 komunikační bariéra
<p>3. Kategorie: Intervence z rané péče</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3.1 cíle intervence • 3.2 průběh terénních intervencí 	<p>8. Kategorie: Intervence v MŠ</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8.1 nastavení podpůrných opatření • 8.2 asistent pedagoga
<p>4. Kategorie: Spolupráce s MŠ</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>4.1 navázání spolupráce</u> • 4.2 inkluze dítěte: 	<p>9. Kategorie: Spolupráce s ranou péčí</p> <p>Kódy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>9.1 navázání spolupráce</u>

<ul style="list-style-type: none"> - 4.2.1 podpora při výběru MŠ, - 4.2.2 PRP jako prostředník • 4.3. podpora MŠ: <ul style="list-style-type: none"> - <u>4.3.1 předávání odborných informací,</u> - <u>4.3.2 psychomotorický vývoj dítěte,</u> - <u>4.3.3 kontrola sluchové kompenzace</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2 intenzita spolupráce • 9.3 podpora od rané péče: <ul style="list-style-type: none"> - <u>9.3.1 předávání odborných informací,</u> - <u>9.3.2 psychomotorický vývoj dítěte,</u> - <u>9.3.3. kontrola sluchové kompenzace</u> - 9.3.4 komunikace s rodinou
<p>5. Kategorie: Spolupráce rané péče s SPC</p> <p>Kódy: 5.1 předávání informací SPC</p>	<p>10. Kategorie: Spolupráce MŠ s SPC</p> <p>Kódy: 10.1 vyhodnocení doporučení SPC</p>

(Tab. 3: Představení kategorií a kódů: zdroj vlastní, 2024)

1. Jakým způsobem probíhá intervence u vybrané rodiny ze strany rané péče a ze strany mateřské školy?

Jednou z oblastí intervence rané péče je zapojení do **rozhodovacího procesu** rodiny, jakou cestu pro své dítě zvolí, tedy jestli, bude inkludováno v běžné MŠ nebo bude docházet do MŠ pro děti se sluchovým postižením. PRP nicméně vždy respektuje individuální rozhodnutí rodičů. „*Já jsem vlastně věděla, kam H bude docházet nebo jaké je to rozhodnutí, protože jsem byla úplně na začátku té služby, a ještě jsem vlastně úplně neznala tu diagnostickou mozaiku a celou tu situaci, tak jsem byla do toho zapojena, byla jsem o tom informovaná.*“ (PRP) Takto například PRP popisuje rozhodovací proces ohledně MŠ v rodině H, kde rodiče byli o formě vzdělávání rozhodnutí již před příchodem PRP do rodiny, nicméně svou situaci ještě komunikovali. V dalších dvou případech PRP poskytla rodičům informace o obou proudech vzdělávání, aby byl naplněn princip **informované volby** a zároveň vyplněno **přání rodičů**. PRP uvádí, jak je v těchto případech důležitá **důvěra** a **zodpovědnost** ze strany poradce i klientské rodiny. „*...poradkyně rané péče, tím, že vlastně často znáte to dítě od miminka a s tou rodinou jste v intenzivním kontaktu třeba dva roky, než to dítě jde do*

mateřské školy, tak je tam velká důvěra. Vy jste jejich a oni se na vás obrací ve všech těchto otázkách, které společně komunikujete. Takže to je velká zodpovědnost...“ (PRP)

Dále se věnuje PRP rodině v rámci terénních návštěv, na základě dohody o spolupráci pracují na společném cíli, který může zahrnovat vše od podpory a rozvoje komunikace až po praktickou pomoc s kontakty na logopedii nebo jiné odborníky.

MŠ má nástroj intervence v podobě podpůrných opatření, která jsou nastavována ve spolupráci s SPC. Každé dítě má vypracovaný individuální plán, kterým se pedagogové v MŠ řídí. Ř2 například uvádí individuální přístup v zařazení dítěte do menší třídy a v oblasti komunikace: „*No, to byla ta menší třída, pak právě ta komunikace, že aby F líp slyšel, musí nám koukat do obličeje.*“ (Ř2) Ř3 zase v rámci intervence mluvila o roli asistenta pedagoga: „*A dostala ten stupeň těch opatření čtyři, což je docela dost, ale aspoň pak nám vlastně z SPCčka řekli, že díky tomu může mít asistenta, tak to bylo super. Protože hned jsme věděli s učitelkami, že ta asistentka dost pomůže a že tam A bude mít někoho, za kým vždycky může jít.*“ (Ř3)

2. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi mateřskou školou a ranou péčí v intervenci u vybrané rodiny?

Celý proces zákonitě začíná navázáním spolupráce mezi ranou péčí a mateřskou školou, kontakt na sebe tyto dva subjekty typicky získají přes rodiče sluchově postiženého dítěte. Klient buď sám přichází s přáním zapojit ranou péčí do vzdělávacího procesu nebo je mu tato podpora nabídnuta. Ve všech případech prezentovaných v našem výzkumu iniciovala spolupráci poradkyně rané péče (PRP). „*Takže paní poradkyně vyhledala vlastně nás. Že chtěla, aby fungovala ta spolupráce rodiny, raný péče a H, takže se paní poradkyně zajímala.*“ (Ř1)

V našem výzkumném vzorku navázání spolupráce ve dvou ze tří případů nejprve proběhlo **telefonicky**, přičemž v jednom z těchto případů pokračovalo i **osobními návštěvami** poradkyně rané péče v MŠ. V jednom případě probíhala spolupráce jen telefonicky a ve třetím případě pouze jednou osobní návštěvou.

Poradkyně rané péče (PRP) také uvádí, že spolupráce se může lišit, na základě toho jedná-li se o spolupráci se slyšícími nebo neslyšícími rodiči, jde tedy o preferovaný komunikační systém. „...je pravda, že pokud je spolupráce mezi školkou, ranou péčí, potom tou neslyšící rodinou, pokud se teda jedná o neslyšící rodinu, tak ta komunikace s tou školkou je někde intenzivnější. A to z toho důvodu, že já jsem vlastně takový most mezi tím světem neslyšících, mezi tou rodinou a mezi tou školkou...“ (PRP) Naopak v případě slyšících rodičů je podpora zaměřena spíš na informovanost MŠ a běžnější komunikace nevyžaduje podporu rané péče. Ř2 se k nutnosti pokračování spolupráce s ranou péčí vyjádřila následovně: „Pak už dál nebylo úplně třeba, protože nám paní poradkyně řekla, že oni jsou hlavně sociální služba, takže školku bude řešit SPC. Tak jsme se tím já i maminka řídili.“ (Ř2)

Spolupráce tak nejintenzivněji probíhá v případě rodiny H a T. „...my se domlouváme tak jednou za čtvrt roku, že určitě se po těch třech měsících vidíme. Když je potřeba nějaká akutní situace, tak kdykoliv si prostě zavoláme odpoledne, večer... Ale jezdí sem právě koukat na H a teď už sem vlastně jezdí koukat i na T, takže jsme takhle v častém kontaktu...“ (Ř1)

3. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi speciálně pedagogickým centrem, ranou péčí a mateřskou školou?

SPC na rozdíl od rané péče má kompetenci reálně zasáhnout od vzdělávacího procesu dítěte a v inkluzi je jeho role nezastupitelná. Proto je ideální, pokud všechny tři subjekty, tedy MŠ, raná péče a SPC spolupracují a navzájem si sdílí informace o dítěti, tak aby byla podpora co nejlépe nastavena. „Vlastně jsem byla docela zaskočená, že se nás jako ptaj (SPC), co bychom potřebovali nebo jako s čím potřebujeme pomoci. To jsem vlastně asi ani nečekala, že dostaneme ty papíry, ale zároveň je i zajímavá, jestli nám to k něčemu je. Tak jsme pak v tom dalším roce už psali zprávu, že teda potřebujeme navýšit úvazek asistentky a fakt to v tom dalším doporučení bylo.“ (Ř3) Podobně spolupráci s SPC hodnotí i Ř1: „Ale taky myslím si, že to vždycky víc vychází, pokud to dítě už je naše, takže my samozřejmě napíšeme, jak se to dítě během toho minulého roku posouvalo. A oni to tak jakoby nastavují, že hodně dají na nás ten náš názor, pokud dítě chodí pravidelně a máme k němu co napsat, sepsat a jak ho ohodnotit. Takže nám tady v tom i vycházejí vstříc.“ (Ř1) Ředitelky MŠ se shodovaly na tom,

že SPC zohledňuje jejich zkušenosti při tvorbě doporučení a upravuje je dle jejich vyhodnocení.

Spolupráce rané péče a SPC je také vítaná, raná péče může SPC přinést informace z domácího prostředí a nabídnout vlastní perspektivu na potřeby dítěte, ale i celé rodiny. Zároveň ale raná péče vnímá své působení především jako **sociální služba**. PRP se ke spolupráci vyjádřila takto: „...*spolupracujeme, pokud SPC uvítá, sdělíme informace o vývoji dítěte.*“ (PRP)

4. Jaké jsou důvody k navázání spolupráce mezi mateřskou školou a ranou péčí v intervenci u vybrané rodiny?

Jako hlavní důvody spolupráce informanti ve výzkumu udávali tyto tři oblasti: předávání odborných informací, psychomotorický vývoj dítěte, kontrolu sluchové kompenzace a také komunikace s rodinou. Téma komunikace s rodinou bylo nejdůležitější pro informanta Ř1, kde je komunikační bariéra mezi MŠ a neslyšícími rodiči největší. „*Tam je to hlavně o tom, že paní PRP vlastně přereprodukuje to, co my potřebujeme rodičům. Ne prvotně, že bych ji používala vyloženě jako tlumočnici, protože rodina má ještě tlumočnici, takže když potřebujeme nějakou rychlou informaci, tak se tím určitě nezabývá se PRP...Ale tím, že zase paní poradkyně se dostane do rodiny, tak my máme takový to kukátko do té rodiny. Ona nám tam udělá to zrcadlo, jak to v té rodině probíhá.*“ (Ř1) Zároveň informant poukazuje na důležitost výměny informací, podobně tento fakt popisuje ještě v další části rozhovoru: „...*my prostě potřebujeme vědět, co v té rodině je, co se tam odehrává, jak to tam funguje, aby my jsme se tady na to mohli nastavit, připravit.*“ (Ř1)

Předávání informací mezi ranou péčí a MŠ je důležité pro obě strany, v případě neslyšící rodiny PRP vnímá nezastupitelnou roli MŠ v rozvoji mluveného jazyka: „*A tím pádem, když je nějaký ten náš společný cíl třeba i podporovat dítě, facilitovat ho, v tom rozvoji mluveného jazyka a mluvené řeči, tak potom já vlastně se na spoustu věcí musím doptávat v té školce, protože ten slyšící pedagog je ten, kdo vlastně vidí, slyší a může to monitorovat, může mi dát tu reflexy...*“ (PRP) Ale i v případě Ř3, tedy v případě slyšící rodiny se sluchově postiženým dítětem si MŠ v oblasti rozvoje řeči informace s ranou péčí předává. „*My si vlastně voláme kvůli tý řeči, to je prostě slabý místo a pro mě je super vědět, co všechno PRP s A dělá a na*

co třeba my můžeme navázat, taky PRP od maminky ví víc věcí třeba z logopedie, jako jestli je tam posun, na co se soustředit. Tak mi to pak taky může říct.“ (Ř3) MŠ a PRP zároveň mohou sdílet i ostatní obecné informace o psychomotorickém vývoji dítěte.

Všichni tři informanti z MŠ také udávaly jako důvod kontaktu s ranou péčí předání odborných informací. Ř1 a Ř2 například uvítaly informace o sluchové kompenzaci. „...mě hlavně zajímalo jak fungují ty sluchadla. Tak mi vysvětlila (PRP), že je to fakt důležitý, že se musí každý ráno čistit a kontrolovat, jestli jsou nabitý.... Trochu právě i vysvětlila, jak to je s těmi speckami pro hluché děti (školy pro sluchově postižené děti) a že tam se třeba hodně učí v té znakového řeči a to vlastně F ani moc nepotřebuje, protože on může používat sluchadla a mluví.“ (Ř2) „...teda zase jsme nějakým kolečkem dospěli k tomu, že my vlastně nevíme, jestli ty sluchadla má funkční, takže zase PRP nám poradila, takže my jsme kupovali měřák na baterky.“ (Ř1) Dál také MŠ oceňovali informace o komunikačních systémech a možnostech vzdělávání dětí se sluchovým postižením. „Tak jsem se vlastně začla ptát, jestli tedy by nebylo lepší, kdyby spíš A znakovala nebo prostě ještě se učila něco dalšího, když ta řeč je taková všelijaká. A to mi právě PRP vysvětlila, že víte, ono to by právě bylo v té speciální MŠ, tam že se takhle děti učí od mala, ale že rodiče si přejí, aby A spíš mluvila a znaky, že sice doma nějaký používají, ale že i kdyby A jenom znakovala, tak se stejně s těmi rodiči jako nedomluví.“ (Ř3)

5. Jaké jsou vnímané přínosy spolupráce rané péče a mateřské školy z pohledu obou subjektů?

Raná péče je terénní službou a PRP může znát dítě z domácího prostředí, na druhou stranu není intenzita návštěv taková, aby mohla PRP zjistit vše potřebné. Oproti tomu má MŠ s dítětem téměř každodenní kontakt a může PRP předat informace, které nešlo získat od rodičů. „A potom vlastně postupně v tom druhém roce už jsme začali hodně s paní učitelkou komunikovat vývoj... To jsou ty naše interní integrované vývojové škály, protože tam jsou nějaké určité oblasti vývoje, na které já jsem se neměla koho doptat v rodině. A jednou za měsíc je práce s dítětem strašně malinko intenzivní. Takže já spoustu věcí nevidím a nemůžu odečíst. A musím se vlastně pro ten nástroj doptat, abychom dostali nějaký výsledek. Musím potom spolupracovat s rodiči anebo když to nejde se školkou.“ (PRP)

Podobně přínos v podobě sdílení informací z jiného prostředí hodnotí Ř1: „Protože já to nevím vlastně, že to v té rodině takhle je, takže proto ta raná péče, tady si myslím, že je úplně úžasná. Jo, že prostě ta paní poradkyně se tam dostane do té rodiny a může to jakoby zkontrolovat, ale ne zkontrolovat, ale hlavně jim tam může ona dát něco nového, co ta rodina může dělat.“ (Ř1) Dál informanti z MŠ označovaly jako přínosné možnost na základě kontaktu s ranou péčí lépe pochopit kulturní rozdíly a situaci konkrétních dětí. „Já se o tom všem právě nic moc nevěděla, jako moje znalosti se omezovaly na to, že je nějaká znaková řeč a že se do ní tlumočí zprávy na jedničce. Takže fakt pomohlo, že můžu mluvit s někým, kdo to prostředí zná a rozumí tomu, co ta sluchová vada doopravdy znamená. A taky je vlastně hezký slyšet, že je kolem toho taková celá kultura.“ (Ř3) „A pak jsme si uvědomili, že ten H si takhle přešlapuje z toho naprosto slyšícího, běžného, rozběhaného světa do toho jeho tichého...“ (Ř1) A jako velice přínosný celý koncept rané péče hodnotil informant Ř2: „Tak to je taky dobře, že se jim takhle věnujou, vím, že pro tu maminku je to asi velká pomoc. Ona je taková nejistá, hodně se o F bojí, tak určitě pomáhá, že to má s kým sdílet. To bychom ji asi my tak nedokázali nabídnout a je pravda, že jsme se ze začátku taky vlastně docela báli.“ (Ř2)

6 Diskuse

Diskuse této práce bude věnována nejprve shrnutí výsledků výzkumného šetření a následně porovnání těchto výsledků s aktuálním tuzemským i zahraničním výzkumem a také s platnou legislativou.

1. Jakým způsobem probíhá spolupráce s vybranou rodinou ze strany rané péče a ze strany mateřské školy?

Poradkyně rané péče u sledovaných rodin může rodině nabídnout široké spektrum činností v rámci terénních návštěv, tedy v nejpřirozenějším prostředí rodiny, které mohou mít za cíl, jakkoliv podpořit vývoj dítěte i rodinu jako celek. Kromě sledování posunu dítěte a nabízení dalších vhodných aktivit, které by vývoj podpořily, může se také věnovat sociálnímu poradenství rodičů a v rámci intervence propojené se zařazením dítěte do vzdělávacího proudu, nabízí rodičům informace, které mohou ústit v informované rozhodnutí.

MŠ a její pedagogický sbor se pak věnuje především dítěti, spíše než celé rodině. Zde můžeme pozorovat jeden z hlavních rozdílů mezi těmito subjekty, ale také jejich specifickou funkci. Zatímco raná péče je sociální služba a jejím klientem je celá rodina dítěte se sluchovým postižením, MŠ je vzdělávací instituce, která se vždy primárně věnuje především dítěti. V rámci inkluzivního prostředí je dále stěžejní, aby byla vhodně nastavena podpůrná opatření a například přidělen asistent pedagoga. Veškerou podporu dítěti se speciálními vzdělávacími potřebami, může nicméně MŠ poskytovat pouze na základě doporučení speciálního pedagogického centra. Úlohou MŠ je pak na základě doporučení zpracovat vhodný individuální vzdělávací plán, který by tyto speciální potřeby zohledňoval. Dítěte se sluchovým postižením se týkají především úpravy organizace výuky a správná práce s kompenzačními pomůckami.

2. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi mateřskou školou a ranou péčí v intervenci u vybrané rodiny?

Spolupráce mezi MŠ a ranou péčí vzniká v případě našeho vzorku z iniciativy poradkyně rané péče, která bývá o podporu při zařazování dítěte do vzdělávacího proudu požádána rodiči. První impulz začlenění rané péče do tohoto procesu tak vychází od zákonného

zástupce, který je spokojený s intervencí rané péče a může poradkyni přizvat jako jakéhosi prostředníka pro jednání s MŠ. Ze strany rané péče tak dochází k naplnění některých činností intervence, jakou jsou: „*posilování rodičovských kompetencí*“ nebo „*kontakt dítěte se společenským prostředím*.“ Například při prvních schůzkách s vedením MŠ se může rodič cítit sebevědoměji, ví-li, že je doprovázen člověkem, který se pohybuje v oboru a rozumí podmínkám vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Další intenzita a nutnost spolupráce mezi MŠ a ranou péčí se pak může odvíjet od mnoha dalších faktorů, přičemž tím nejvýraznějším bezpochyby je, doprovází-li raná péče neslyšící či slyšící rodiče. V případě neslyšící rodiny může běžná MŠ narazit nejen na komunikační, ale i na kulturní bariéru a poradce rané péče se v této situaci stává jakýmsi „mostem“ předcházejícím nedorozuměním a nepochopením. V tomto případě také byla udávána největší intenzita spolupráce, kdy poradkyně rané péče navštěvuje MŠ až jednou za tři měsíce. V ostatních případech spolupráce probíhá na základě aktuální potřeby a jedná se hlavně o telefonické konzultace s cílem sdílení informací o vývoji dítěte.

3. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi speciálně pedagogickým centrem, ranou péčí a mateřskou školou?

Speciálně pedagogické centrum, stejně jako výše zmíněné MŠ a raná péče, má své specifické cíle a poslání. Je jediným subjektem, které má kompetenci udělit dítěti podpůrná opatření a rozhodnout o odkladu školní docházky. V tomto ohledu je nezastupitelná a správná spolupráce s MŠ má na intervenci dítěte velký dopad. Podobně jako MŠ se také SPC zaměřuje především na dítě, i proto pro některá SPC mohou být přínosné informace od rané péče, tedy data „z terénu“, přímo z rodinného prostředí. Poradkyně rané péče rodinu dlouhodobě zná a rozumí některým fenoménům, které lze v průběhu ambulantní návštěvy jen těžko rozklíčovat. I proto raná péče svou spolupráci SPC nabízí, nicméně do nastavování podpory pro dítě ve školním prostředí přímo nevstupuje. Z výsledků našeho výzkumného šetření také vyplývá zjištění, že SPC zároveň není jen pasivním příjemcem informací „z terénu“, ale aktivně zpětnou vazbu vyhledává a informace získané od MŠ v tvorbě doporučení zohledňuje.

4. *Jaké jsou důvody k navázání spolupráce mezi mateřskou školou a ranou péčí v intervenci u vybrané rodiny?*

Prvním zajímavým zjištěním je fakt, že spolupráce mezi MŠ a ranou péčí neprobíhá, aby nahradila intervenci SPC. Naopak všechny ředitelky MŠ zároveň udávaly spolupráci i se školským poradenským zařízením. Ve dvou ze tří případů prezentovaných ve výzkumu spolupráce mezi institucemi probíhá paralelně, v jednom případě byl kontakt mezi ranou péčí a mateřskou školou přerušen, protože ani jeden z aktérů nespatořoval v komunikaci další potřebu.

Důvody k udržení spolupráce se hlavně týkají výše zmiňovaného sdílení informací, díky kterým obě instituce mohou vhodněji nastavit intervenci dítěte. Předávané informace mohou být odborného rázu, pokud MŠ stojí například o přiblížení fungování sluchové kompenzace nebo jiných specifických surdopedických otázek. Těmi mohou být například komunikační systémy nebo jiné možnosti vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Dále funguje i sdílení informací ohledně psychomotorického vývoje dítěte. V MŠ dítě tráví někdy i přes polovinu pracovního dne, proto mohou mít pedagogové dobrou představu o jeho reálných dovednostech a pokrocích. V námi prezentované případové studii také může být MŠ jediným zdrojem informací pro poradkyni rané péče v oblasti rozvoje mluvené řeči. V tomto konkrétním případě je spolupráce rané péče a MŠ důležitá i z hlediska překonání sociálního znevýhodnění rodiny, která tak může obdržet komplexní podporu.

5. *Jaké jsou vnímané přínosy spolupráce rané péče a mateřské školy z pohledu obou subjektů?*

Tři participanti výzkumu označily spolupráci mezi MŠ a ranou péčí jako velmi přínosnou. Každý ze subjektů zapojených do výzkumu vnímá svou specifickou roli v systému intervence pro rodiny dětí se sluchovým postižením. Díky této specifické roli, každý do spolupráce vnáší vlastní úhel pohledu a sdílí s ostatními aktéry určitý druh informací. Velikou devizou rané péče je terénní způsob služby a podpora nabízená dítěti, rodině, ale i jejich sociálnímu zázemí. Obzvláště v případě setkání slyšící většiny a neslyšící menšiny může být raná péče jedinečným propojením s hlubokým vhledem do rodinné situace a zároveň relevantním partnerem pro ostatní odborníky.

Konfrontování závěrů výzkumu s odbornými zdroji

Mezirezortní spolupráce, která by mohla probíhat mezi ranou péčí, školstvím, ale i zdravotnictvím, není v rámci sociální práce zcela novou myšlenkou a přínosy tohoto přístupu již byly popsány. Tomuto tématu byl například věnován článek z roku 2021 v časopise „*Sociální práce*“. Článek mimo jiné popisuje metodiku využívanou zlínskou ranou péčí pojmenovanou „Tým okolo dítěte“, která propojuje odborníky přesně z těchto tří oblastí. Na plánu podporu se tak podílejí samotní rodiče s multidisciplinárním týmem odborníků a na společných setkání konzultují průběh intervence. (Freibergová, 2021)

Raná péče Centra pro dětský sluch Tamtam o.p.s. využívá individuální plánování, ve kterém rodina dítěte na principu partnerského přístupu stanoví cíle a priority následně zpracované do Dohody o spolupráci či Karty potřeb uživatele služby. Až na základě tohoto vyhodnocení poradce rané péče kontaktuje další odborníky, se kterými rodině pomáhá navázat spolupráci. Může se jednat o klinického logopeda nebo právě mateřskou školu. Spolupráce mezi sociální a školským resortem tak vlastně vychází přímo z potřeb rodiny dítěte se sluchovým postižením.

Ačkoliv jsou filosofie těchto přístupů v podstatě opačné, kdy metodika „Týmu okolo dítěte“ využívá již fungující síť spolupráce odborníků, kam je rodina jako klient přizván, kdežto postup individuálního plánování Tamtamu síť spolupráce vytváří dle aktuálních potřeb, můžeme konstatovat, že oba přístupy jsou funkční a pro klienta sociální služby přináší benefity.

Fakt, že mateřská škola vnímá potřebu zachování spolupráce s ranou péčí, i přesto, že ve výchovně-vzdělávacím procesu je podpora poskytována především speciálně-pedagogickým centrem, je v rozporu s názorem často uváděným v odborné literatuře. Tedy že školský resort intervenci dítěte se sluchovým postižením ve chvíli jeho nástupu do vzdělávací instituce zcela převezme. (Hradílková, 2018; Prestis, 2020) Takový náhled vylučuje přínosnou spolupráci mezi více sektory, která je v jistých ohledech nenahraditelná. Například informace z intervencí v rodinném prostředí, které může poskytnout pouze raná péče, jsou velmi přínosné i pro vzdělávací instituce. Tento fakt můžeme podpořit i zahraniční studií z „*Journal of Deaf Studies and Education*“, která se věnuje přechodu dítěte ze služeb rané péče do vzdělávacího procesu. Autoři výstižně konstatují, že zahájení školní docházky

nemusí nutně znamenat ukončení sociální služby, ze které může čerpat celá rodina a zároveň zdůrazňují potřebu kvalitní a účinné komunikace mezi těmito institucemi. (Curle, 2016)

Spolupráce mateřských škol a rané péče se z těchto důvodů zdá spíše žádoucí a není v rozporu ani s českým legislativním ukotvením, které jako jediné kritérium ukončení rané péče udává sedmý rok věku dítěte. (§ 54 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách – znění od 01.02.2023)

Právě případová studie prezentovaná ve výzkumu této práce ilustruje, že existují specifické situace, ve kterých naopak spolupráce všech čtyř stran, tedy: rodičů, rané péče, mateřské školy a speciálně pedagogického centra může vytvořit jedinečné podmínky pro příznivý rozvoj dítěte z komplikovaného prostředí.

7 Závěr

Diplomová práce byla zpracována na téma „Raná péče a její význam v oblasti intervence rodin dítěte se sluchovým postižením“. První čtyři kapitoly se věnují dílčím tématům a vymezení teoretických východisek pro zpracování výzkumného šetření. Konkrétně to jsou sluchové postižení a specifika dítěte se sluchovým postižením raného věku. Následně byly vymezeny termíny raná péče a intervence a také kontext, ve kterých se tyto pojmy vyskytují. Ve čtvrté kapitole pak byly popsány možnosti předškolního vzdělávání dětí se sluchovým postižením v České republice a bylo vysvětleno jak systém mateřských škol a školských poradenských zařízení vstupuje do rané intervence těchto dětí.

Druhá část této diplomové práce je věnována prezentaci výzkumného šetření, které sleduje způsob, jakým je v současnosti nabízena odborná raná intervence rodinám dětí se sluchovým postižením. Konkrétně je v této části práce sledována spolupráce rané péče a běžných mateřských škol, do kterých v rámci procesu inkluze dochází děti se sluchovým postižením. Data byla sesbírána o čtyřech klientech z jednoho regionu, na jejichž případech byla ukázána spolupráce těchto institucí. Byly uskutečněny polostrukturované rozhovory s poradkyní rané péče a třemi ředitelkami mateřských škol a zpracována instrumentální případová studie.

Z výzkumného šetření vyplývá, že v některých případech mateřské školy mohou preferovat spolupráci za účelem podpory dítěte se sluchovým postižením se speciálně pedagogickým centrem i ranou péčí. Ačkoliv se v odborné literatuře hovoří o tom, že podporu rodiny i školy by při příchodu do vzdělávací instituce mělo převzít školské poradenské zařízení, ze závěrů našeho šetření vyplývá, že mateřské školy mohou z různých důvodů preferovat zachování spolupráce i s ranou péčí. Tento postup sice neodpovídá zaběhlým představám, tedy striktnímu oddělování sociálního a školského sektoru, přesto není v rozporu s platnou legislativou, která uvádí, že raná péče může poskytovat podporu dítěti s ohledem na jeho specifické potřeby až do věku sedmi let. Některé z důvodů, proč by mohly být mateřské školy motivované využít tuto formu podpory byly představeny v závěrech našeho výzkumu. Například se může jednat o odborné, ale i praktické informace, které může raná péče předat o sluchové kompenzaci a komunikačních systémech. Dále se ukazuje, že raná péče i mateřská škola má přístup ke specifickým informacím, které mohou druhé straně pomoci

k optimální intervenci dítěte. Zároveň je v případové studii prezentován konkrétní příklad, kdy raná péče s mateřskou školou vytváří spolupráci, nejenom za účelem překonání komunikační bariéry, ale i bariéry kulturní a sociální. Do intervence dítěte se sluchovým postižením zároveň nutně vstupuje i speciálně pedagogické centrum, které má v podpoře dítěte v hlavním vzdělávacím proudu nezastupitelnou roli. Jedině na základě rozhodnutí SPC mohou být nastavena adekvátní podpůrná opatření nebo udělen odklad školní docházky. Z těchto závěrů vyplývá, že opravdu přínosná by pro rodiny dětí se sluchovým postižením mohla být spolupráce všech tří subjektů.

8 Seznam použitých informačních zdrojů

1. *American Speech-Language-Hearing Association* [online], c1997-2024. [cit. 2024-02-19]. Dostupné z: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/hearing-loss-in-children/#collapse_5
2. *Asociace rané péče České republiky* [online], c2024. [cit. 2024-05-27]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/clenstvi/clenske-organizace/>
3. BAR-ON, Amalia a Dorit RAVID, 2019. *Handbook of Communication Disorders*. De Gruyter Mouton. ISBN 978-1-61451--6859.
4. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, Eva DANDOVÁ, Jana KRATOCHVÍLOVÁ, Hana NÁDVORNÍKOVÁ, Zora SYSLOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, 2017. *Školní zralost a její diagnostika*. Praha: Raabe. Školní zralost. ISBN 978-80-7496-319-3.
5. *Bilingvní mateřská škola pro sluchově postižené Pipan* [online], c2024. [cit. 2024-05-25]. Dostupné z: <https://pipan.cz/o-nas/>
6. BRANDÃO, Maria, Anna Teresa BRITO, Ana SERANO, et al., 2022. *Recommended Practices in Early Intervention: a guidebook for professionals* [online]. Eurllyaid- E.A.E.C.I.- Luxembourg [cit. 2024-05-21]. ISBN 978-2-9199584-0-5. Dostupné z: <https://www.eurllyaid.eu/eciguidebook-englishversion/>
7. *Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s.* [online], c2024. [cit. 2024-05-27]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/co-delame/rana-pecce/>
8. CLARK, M. Diane, Katrina R. CUE, Natalie J. DELGADO, Ashley N. GREENE-WOODS a Ju-Lee A. WOLSEY, 2020. Early Intervention Protocols: Proposing a Default Bimodal Bilingual Approach for Deaf Children. *Maternal and Child Health Journal* [online]. **24**(11), 1339–1344 [cit. 2024-05-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7477485/>
9. COLE, Elizabeth a Carol FLEXER, 2020. *Children With Hearing Loss: Developing Listening and Talking*. 4. Plural Publishing. ISBN 9781635501544.
10. CURLE, Deirdre, Janet JAMIESON, Marla BUCHANAN, Brenda T. POON, Anat Z Aidman-Zait a Nancy Norman, 2016. The Transition From Early Intervention to School for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: Administrator Perspectives. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* [online]. 2016-12-27,

- 22(1), 131-140 [cit. 2024-06-28]. ISSN 1081-4159. Dostupné z: doi:10.1093/deafed/enw067
11. ČERNÝ, Libor a Olga DLOUHÁ, 2022. *Foniatric*. Karolinum. ISBN 978-80-246-5397-6.
 12. DECICCA, Philip a Justin SMITH, 2013. The long-run impacts of early childhood education: Evidence from a failed policy experiment. *Economics of Education Review* [online]. **36**, 41-59 [cit. 2023-12-01]. ISSN 02727757. Dostupné z: doi:10.1016/j.econedurev.2013.05.003
 13. *EURLY AID – The European Association on Early Childhood Intervention* [online], c2024. [cit. 2024-05-21]. Dostupné z: <https://www.eurlyaid.eu/>
 14. FREIBERGOVÁ, Lucie, 2021. Raná péče mezi resorty. *Sociální práce* [online]. **9**(2), 1 [cit. 2024-06-28]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/rana-pece-mezi-resorty/>
 15. HÁDKOVÁ, Kateřina, 2016. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 9788072906192.
 16. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
 17. HOLMANOVÁ, Jitka, 2002. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-162-8.
 18. HORÁKOVÁ, Radka, 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.
 19. HORÁKOVÁ, Radka, Kristýna GÁBOVÁ a prof.Ing.Mgr.et MGR.PETER TAVEL, 2020. Diagnostic process and subsequent care of children with early-age hearing impairment: parents' experience. *Listy klinické logopedie* [online]. 2020-12-14, **4**(2), 84-91 [cit. 2024-04-10]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2020.037
 20. HRADILOVÁ, Tereza, Marie CHUDOŽILOV BENDOVÁ, Marie KOMORNÁ a Miroslava KOTVOVÁ, 2023. *Surdopedie a dospělý věk: sluchová ztráta v mezilidském kontaktu*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-3125-9.

21. HRUBÝ, Jaroslav, 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-096-6.
22. JUNGWIRTHOVÁ, Iva, 2015. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0944-7.
23. LANGER, Jiří, 2013. *Komunikace osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3674-6.
24. LEJSKA, Mojmir, 2020. Hearing examination with methods of evoked potentials and its limitations in the youngest children. *Listy klinické logopedie* [online]. 2020-12-14, 4(2), 30-36 [cit. 2024-04-12]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2020.041
25. MACUROVÁ, Alena a Radka ZBOŘILOVÁ, 2018. *Jazyky v komunikaci neslyšících: český znakový jazyk a čeština*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3412-8.
26. MACUROVÁ, Alena, 2001. Poznáváme český znakový jazyk: Úvodní poznámky. *Speciální pedagogika*. 11.(2.), 69-75.
27. MAREŠ, Jiří, 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika* [online]. 65(2.), 113-142 [cit. 2024-06-07]. Dostupné z: <http://userweb.pedf.cuni.cz/wp/pedagogika/>
28. MARSCHARK, Marc a Patricia Elizabeth SPENCER, 2016. *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language*. Oxford University Press. ISBN 9780190241414.
29. MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
30. MEINZEN-DERR, Jareen, Meredith E. TABANGIN, Mekibib ALTAYE, Jennifer EHRHARDT a Susan WILEY, 2022. Factors Associated with Early Intervention Intensity for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Children* [online]. 9.(22), 1-16 [cit. 2024-05-21]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.3390/children9020224>
31. MEINZEN-DERR, Jareen, Susan WILEY a Daniel I. CHOO, 2011. Impact of Early Intervention on Expressive and Receptive Language Development Among Young Children with Permanent Hearing Loss. *American Annals of the Deaf* [online].

- 155(5), 580-591 [cit. 2023-12-01]. ISSN 1543-0375. Dostupné z: doi:10.1353/aad.2011.0010
32. MICHALÍK, Jan, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
33. *MKN-10 2023 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online], 2023. [cit. 2024-03-07]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Q00-Q99>
34. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina, 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978_80-247-5034-7.
35. *National Association of the Deaf* [online], c2024. [cit. 2024-05-21]. Dostupné z: <https://www.nad.org/resources/early-intervention-for-infants-and-toddlers/information-for-parents/early-intervention-services/>
36. *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders* [online], 2022. [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: https://www.nidcd.nih.gov/health/hearing-aids#hearingaid_12
37. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Zita NOVÁKOVÁ, 2012. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5880-4.
38. OPRAVILOVÁ, Eva, 2016. *Předškolní pedagogika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5107-8.
39. PETRÁŇNOVÁ, Lucie, c2024. *Vzdělávací zařízení pro děti, žáky a studenty neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé v České republice, stav k 1. březnu 2012*. In: *Ústav bohemistiky pro cizince a komunikace neslyšících* [online]. [cit. 2024-06-20]. Dostupné z: https://ujknnew.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/64/2016/11ce.-FF-UK-v-Praze._1.pdf
40. POTMĚŠIL, Miloň, 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0766-3.
41. PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ a Terezie HRADILKOVÁ, 2020. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Přeložil Věra KLOUDOVÁ. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88290-65-0.
42. *Profil poradce rané péče – kompetence v praxi rané péče, c2024*. Asociace rané péče české republiky.

43. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*, 2021. Aktuální znění. MŠMT.
44. ROSS, Kathleen D., 2018. *Speech-Language Pathologists in Early Childhood Intervention: Working with Infants, Toddlers, Families, and Other Care Providers*. Plural Publishing. ISBN 978-1-59756-985-9.
45. *Royal College of Speech and Language Therapists* [online], c2024. [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <https://www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/clinical-information/deafness/>
46. *Screening sluchu a následná péče ve Velké Británii* [online], 2019. [cit. 2024-05-21]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/trendy-v-zahranici/screening-sluchu-a-nasledna-pece-ve-velke-britanii/>
47. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
48. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-756-0054-7.
49. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA, 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
50. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
51. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
52. VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ, 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.
53. VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ, 2009. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1616-2.
54. *World report on hearing* [online], 2021. Geneva: World Health Organization [cit. 2024-05-17]. ISBN 978-92-4-002048-1. Dostupné z:

www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/highlighting-priorities-for-ear-and-hearing-care

Legislativní dokumenty

- Vyhláška č. 27/2016 Sb. „o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných“
- Vyhláška č. 72/2005 Sb. „o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních“
- Vyhláška č. 505/2006 Sb. „kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách“
- Zákon č. 561/2004 Sb. „školský zákon“
- Zákon č. 101/2000 Sb. „o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů“
- Zákon č. 108/2006 Sb. „o sociálních službách“
- Zákon č. 384/2008 Sb. „o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob“
- Zákon č. 155/1998 Sb. „o znakové řeči“
- Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců, platný od roku 2012

9 Seznam příloh

Příloha A – Informovaný souhlas

Příloha B – Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor s poradkyní rané péče

Příloha C – Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor s ředitelkami MŠ

Příloha D – Přepisy polostrukturovaných rozhovorů