

POSTAVENÍ RODINY V SYSTÉMU PÉČE O DÍTĚ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

PhDr. Pavla Pitnerová

Katedra speciální pedagogiky PdF MU Brno

Klíčová slova

Dítě se sluchovým postižením rodina, ranná péče, komunikační prostředky.

Key words

Hearing-impaired child, family, early care, communication means.

Rodina je důležitým činitelem vývoje jedince, vývoje lidské osobnosti. Vždyť i v rámci diagnostiky se používá kresba (začarované) rodiny jako jedna z projektivních psychodiagnostických metod. Matějček (2005) uvádí pět základních psychických potřeb:

1. potřeba náležité stimulace,
2. potřeba určitého řádu v přijímaných podnětech (tzv. „smysluplný svět“),
3. potřeba životní jistoty,
4. potřeba pozitivní identity,
5. potřeba otevřené budoucnosti.

Každá z těchto potřeb má svůj základ v rodině.

Sluchové postižení

Člověk spolu se ztrátou sluchu ztrácí (kromě přímé řeči) i zvukové pozadí, chybí mu zvuková kontrola (přístroje, dopravní ruch, ...), je narušen jeho pocit osobní bezpečnosti, sebejistoty. V oblasti sociální se objeví narušení sociálních kontaktů s intaktní společností, dochází ke společenské izolaci, k psychické zátěži, dítě může vnímat svět zjednodušeně a zdeformovaně. Při rozvoji řeči dochází díky nedostatečné sluchové kontrole k nižší úrovni řeči a tím k menší srozumitelnosti. Myšlení může být statické, nepohotové, založené na konkrétních pojmech. U sluchově postižených jedinců také hrozí zvýšené nebezpečí nesamostatnosti, nerozhodnosti, mnohdy i snadné ovlivnitelnosti, závislosti na rodičích (nebo tlumočnickovi). Pro správný vývoj osobnosti je potřeba zapojit do rehabilitace, výchovy a vzdělávání co

nejširší tým osob (lékaři, pedagogové, rodiče). Tato spolupráce, pokud není jen formální, může vést k co největší adaptaci (integraci až inkluzi) do většinové společnosti. Mezi předpoklady úspěšné rehabilitační péče o sluchově postižené dítě patří:

- včasná diagnostika,
- včasné přidělení sluchadel,
- včasná a správná reedukace sluchu a řeči,
- rodinné zázemí,
- spolupráce všech složek komplexní péče (rodina, lékaři, pedagogové, poradenství).

Rodina

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou pro vývoj dětské osobnosti. Poskytuje zázemí, uspokojuje jeho potřeby. Dítě získává informace o sobě samém i o okolním světě, rozvíjí své schopnosti a dovednosti, formuje hodnotový systém, vytváří si určité sebepojetí, napodobuje a identifikuje se s modelem vztahů mezi členy rodiny. Vzájemné vztahy mezi rodiči a dětmi ovlivňují psychickou pohodu nejen v dětství, ale v celém dalším životě. Při hodnocení dítěte rodiči je důležité, zda je spíše pozitivní či negativní – dává základ budoucímu sebepojetí. Pro postižené dítě pak může být rodina jedinou sociální skupinou, která poskytuje podporu a emoční zázemí. Tento fakt často mění chování členů rodiny vzájemně, mezi sebou, i navenek – ve vztahu k okolní společnosti. Negativní projevy a reakce okolí mohou ovlivnit postoje, chování a přístup rodičů k dítěti. Zvyšuje se riziko hraničního přístupu – buď hyperprotektivního, nebo naopak odmítavého (Vágnerová, M. 2004).

Odhalení sluchové vady u dítěte představuje pro rodinu jednu z nejtěžších životních zkoušek. Nastává období citově náročné, období pocitu bezmocnosti, nejistoty, neznalosti, strachu, obav z budoucnosti. Kübler-Ross (1969 in Říčan, P., Vágnerová, M. 1991) popisuje pět fází, kterými prochází každý člověk, když se dozví o nevléčitelném onemocnění.

1. stadium šoku a popření skutečnosti,
2. stadium hněvu a kritiky,
3. stadium smlouvání,
4. stadium deprese,
5. stadium přijetí.

Stejnými fázemi procházejí i rodiče sluchově postižených dětí poté, co se dozvědí o diagnóze.

Pod vlivem zjištění sluchového postižení často klesá přísun akustických podnětů směřujících k dítěti od matky. Matka si říká: „Proč na něj mluvit, když mě stejně neslyší?“ Dítě se tak dostává v raném věku do „stimulační podvýživy“. Dalšími reakcemi na komplexní zátěž, související s emočním traumatem a péčí o sluchově postižené dítě, mohou být úzkost a strach z možnosti dalšího ohrožení, hněv a vztek z nespravedlnosti, smutek a deprese ze ztráty představy zdravého dítěte a omezené možnosti pomoci (Vágnerová, M. 2004).

Postižení dítěte ovlivní život celé rodiny, mění se životní styl jejich jednotlivých členů, jejich hodnoty a normy. Tato změna je zátěží, může být i vyčerpávající a vést k syndromu vyhoření, ke změně sebehodnocení zdravých členů rodiny. Je také testem rodinné soudržnosti, který může vést buď k jejímu posílení, nebo naopak k rozpadu (Vágnerová, M. 2004).

Pokud máme dítě se sluchovým postižením, je nutné mu věnovat komplexní péči – spolupráci odborníků (foniatr, logoped, psycholog, speciální pedagog, neurolog, ...). Přesto nejdůležitějším článkem je rodina. Je třeba v rodině nastolit správné emoční klima (Svobodová, K. 2006).

Rodina je hlavním prostředím pro vývoj dítěte, obzvlášť pro malé dítě. Vzorce chování, představy o ztrátě sluchu, emocionální reakce na ztráty, interakce s dítětem, a tak dále, všechno má silný vliv na vývoj. Navíc je rodina silně ovlivněna vývojem dítěte a požadavky na výchovu neslyšícího nebo nedoslýchavého dítěte. V tomto smyslu dítě ovlivňuje všechno od využití času a prostoru, finanční opatření, modely komunikace mezi všemi členy rodiny, a dokonce i vlastní obraz rodiny jako dobré, nebo špatné, nebo přístup kompetentní, nekompetentní, pečovatelský nebo nepečující. Neslyšící nebo nedoslýchavé dítě ovlivňuje a je ovlivňováno slyšícími sourozenci, prarodiči a členy širší rodiny (Harvey, M. A., 2003).

Role v rodině se stávají součástí identity jedince. Rodina umožňuje prvotní sociální zkušenost, poskytuje dítěti potřebný pocit důvěry a zpětnou vazbu jeho chování. Dítě se učí a rozvíjí především v oblasti kognitivní a socializační, získává podněty různé kvantity a kvality (Vágnerová, 2004). Dítě se musí naučit, že není na světě samo. Nesmíme je litovat. Soucit tu nemá co dělat. To platí jak pro rodinu, tak i pro následující začlenění do školy, do zaměstnání, do společnosti. Minimálně na začátku této cesty musí stát

celý tým lidí. Vyváženou komplexní péčí se nastartuje správný vývoj osobnosti a proces integrace.

Sluchově postižení se víc naučí v chápavějším prostředí než v konkurenčním. Děti potřebují komunikačního partnera. Když chybí v rodině, hledají si ho mezi vrstevníky. Proto hrozí nebezpečí, že se chytí party a odejdou brzy z domu (Potměšil, M. 1999).

Raná péče v USA

Programy pro děti se sluchovým postižením a jejich rodiny jsou v mnoha ohledech podobné programům, určeným dětem bez speciálních potřeb i dětem s jinými druhy postižení. Jedinečnost povahy podpory a šíření informací rodinám tkví v tom, že profesionální tým se zaměřuje na osvojování jazyka, základního prostředku komunikace mezi dítětem a rodiči.

V interdisciplinárním týmu jsou neslyšící vychovatelé, logopedové, audiologové, specialisté na znakový jazyk, profesionálové na ranou, předškolní a speciální pedagogiku, ergo- a fyzioterapeuti, sociální pracovníci, poradci a zdravotníci. Důraz je kladen na účast dospělého jedince se sluchovým postižením. Spolupráce dospělého neslyšícího nebo nedoslýchavého je prospěšná jak pro klienty – děti, tak pro jejich rodiče. Přináší modely komunikačních strategií, sdílí informace o kultuře neslyšících a jejich komunitě. Je „jazykovým a kulturním vzorem“.

Podpora rodiny je důležitou, ale často přehlíženou součástí programu rané péče. Navzdory její důležitosti, méně než polovina rodičů v národním výzkumu uvedla, že jim byly poradenské služby v programu rané péče dostupné. Rodičům programy rané péče nabízejí setkávání rodičů ať už skupinově, nebo při individuálních schůzkách, přináší jim zprávy, novinky, články a jiné tištěné materiály o problematice sluchového postižení. Některé programy (Seattle, Washington) nabízejí pravidelná setkávání skupin, podporovaná zážitky a vedená rodinnými terapeuti. Děti a jejich sourozenci se účastní her, usnadňujících interakci s ostatními dětmi a s dospělými neslyšícími, nedoslýchavými i slyšícími. Tato skupinová podpora podněcuje rodiče ke sdílení zážitků a starostí, jako je např. individuální boj o to „udělat správnou věc“ pro své dítě i pro další členy rodiny.

Raná péče je možná díky všeobecné realizaci screeningů sluchu u novorozenat, např. UNHS Universal newborn hearing screening nebo EHDI Early Hearing and Intervention.

EHDI zahrnuje screening, hodnocení a intervenční služby. Úspěch tohoto systému závisí jak na rodině, tak na rozmanitosti nabídky veřejných a soukromých institucí, agentur, skupin, služeb profesionálů a dalších pomáhajících profesí. Systém EHDI vyvíjí aktivity k tomu, aby byla zajištěna včasná identifikace dětí, nejlépe novorozenců, se sluchovou ztrátou. Dále odpovídá za to, aby se těmto dětem dostalo včasné a odpovídající následné péče. Konečným cílem programů EHDI je rozvoj komunikace a dalších souvisejících dovedností u všech dětí se sluchovým postižením tak, aby byl srovnatelný s jejich slyšícími vrstevníky.

Všechny služby by měly být nabízeny v přiměřené formě komunikace, vhodné pro dítě i rodinu. Ta je základním předpokladem k dobrému startu do budoucnosti, k možnosti stejného přístupu ke vzdělání, k volbě povolání a k sociálním příležitostem po celý svůj život stejně, jako děti bez sluchového postižení (Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Potřeby rodin nedoslýchavých dětí

Nedoslýchavé děti zůstávají podskupinou populace dětí se sluchovým postižením s nejmenší podporou, protože jsou často přehlíženy a jejich potřeby jsou často nepochopeny. Někdy bývají označovány jako „ne dost hluché“ nebo „naše zapomenuté děti“ (srov. Easterbrooks, S. R., Baker, S. 2002, Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Stejně mylná je představa odborníků a některých rodičů neslyšících dětí, že odhalení méně těžké ztráty sluchu se rodinám snáší snadněji, než objev hluchoty, a že tyto rodiny i děti mají méně potřeb. Rodiče nedoslýchavých dětí slyšávají od rodičů neslyšících dětí: „Ach, ty jsi tak šťastná, že tolik slyší a tak dobře mluví.“ Přesto potřeby rodiny s nedoslýchavým dítětem jsou srovnatelné s rodinami s dítětem neslyšícím. Existují však některé důležité rozdíly, které se objevují už od počátku v rodinném systému, v němž je diagnostikováno nedoslýchavé dítě a v rodinách, ve kterých je diagnostikováno dítě s hluchotou. Odborníci podrobně popsali výrazné rozdíly mezi neslyšícími a nedoslýchavými osobami, ale neudělali další krok k vysvětlení samotných důsledků částečné ztráty sluchu. Je chyba zjednodušeně nazývat mírnou sluchovou ztrátu jako „menší hluchotu“ nebo osoby nedoslýchavé jako „téměř slyšící“. Nedoslýchaví se pohybují někde uprostřed, mezi dvěma světy: světem slyšících a světem neslyšících (srov. Harvey, M. A., 2003 a Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Z pohledu rodiče malých nedoslýchavých dětí ale nejsou dopady ztráty o nic méně vážné. Ve zprávách z průzkumu 218 rodin nedoslýchavých dětí, mladších 7 let, Sass-Lehrer (2003) uvádí zvláštní obavy o své děti, které tyto rodiny měly v raném dětství: sociální rozvoj, rozvoj řeči a jazyka, používání sluchadel, kognitivní vývoj, rozmístění a vhodnost služeb, a změny ve sluchových schopnostech.

Požadavky na profesionální poradenství zahrnují žádosti o podporu skupin, lepší komunikaci s rodiči, úctu k pocitům rodičů, specifikace možností následovat příslušné doporučení a také potřebu rodičů „být vyslyšeni“ (Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Raná péče v ČR

Ranou péčí dětem se sluchovým postižením v naší republice poskytují dvě Střediska rané péče Tamtam – v Praze a v Olomouci. Služby zajišťují profesionální poradci rané péče – speciální pedagogové, lektor znakového jazyka, logoped, psycholog, sociální pracovník a další. Služby jsou poskytovány dětem do šesti (sedmi) let se závažným postižením sluchu nebo s postižením kombinovaným, ať již smyslovým nebo tělesným a jejich rodinám. Dalšími klienty jsou děti se závažnou poruchou vývoje řeči a rodiny, ve kterých jeden nebo oba rodiče mají sluchové postižení. Střediska rané péče pomáhají rodinám s řešením aktuálních problémů, souvisejících s odhalenou sluchovou vadou jejich dítěte (problematika odborných vyšetření, kompenzačních pomůcek, komunikačního systému, sociálních potřeb, rodinných vztahů, výchovných a vzdělávacích otázek, ...). Dále pořádají setkávání rodičů a dětí spojené s přednáškami, nabízejí ambulantní logopedické, psychologické a pedagogické poradenství a také specifický kurz znakového jazyka, zaměřený na komunikaci rodičů s malým dítětem.

Tamtam

Pokud se ale Střediska rané péče starají o děti se závažným postižením sluchu, kdo se zabývá nedoslýchavými dětmi a jejich rodinami? Jsou i u nás opomíjené? Pomoc dětem s lehkými a středně těžkými vadami sluchu sice nabízí speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené, ale až od věku tří let, případně od nástupu do (před)školního zařízení. Podle vyhlášky 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních totiž mohou tato centra poskytovat služby pouze žákům,

integrovaným v běžných školách a jejich učitelům. Bess a Tharpe (1986 in Tharpe, 2006) uvádějí, že ke 20 % případů odhalení minimální sluchové vady dochází mezi třetím a čtvrtým rokem věku, 50 % dětí s touto lehkou sluchovou ztrátou dokonce až mezi 5. a 6. rokem. Komínek (2009) uvádí průměrný věk odhalení vady sluchu mezi druhým až čtvrtým rokem (včetně závažnějších stupňů vady). Absence povinného celoplošného screeningu sluchových vad u novorozenců způsobuje pozdní identifikaci středně těžkých a lehkých stupňů vad. Tím se zmenšuje počet dětí a jejich rodičů, kteří vyhledávají speciálně pedagogickou pomoc a podporu, protože zatím neví, že ji potřebují.

Výběr komunikační formy v rodině

Komunikace ovlivňuje naše jednání, chování, myšlení, kulturu. Jejím výsledkem má být dorozumění, pochopení, shoda myšlenek, případně poučení. Je jedním z hlavních nástrojů k socializaci.

Protože asi 90 % neslyšících osob má slyšící rodiče a sourozence a mnoho rodin užívá mluvenou řeč ke komunikaci, na rozdíl od dosažení dovedností v manuální komunikaci, existuje často jazyková bariéra uvnitř rodiny (Lane a kol., 1996, Rawlings, 1971, Stuckles, Birch, 1996 in Harvey, M. A., 2003).

Výběr dorozumívání, přijatelného pro dítě i rodiče, je také klíčovou podmínkou pro vytvoření příznivého prostředí pro vývoj a výchovu. Rodinám zpočátku může chybět dostatek objektivních informací o komunikačních prostředcích, výchově dítěte se sluchovým postižením a poté i jeho vzdělávání. Z tohoto důvodu mohou vytvořit ve své rodině takové komunikační prostředí, které nemusí vyhovovat přirozeným potřebám dítěte. To může omezit množství a kvalitu předávaných vědomostí, zkušeností, dovedností, ale především ohrozit utvářející se vzájemný citový vztah mezi rodiči a dítětem (srov. Hronová, A., Motejzíkova, J. 2002, Strnadová, V. 1998).

Výzkumné šetření

Charakteristika zkoumaného vzorku a vymezení výzkumných cílů

Pro své zkoumání jsem si vybrala dvě skupinky slyšících rodičů se sluchově postiženými dětmi. V první skupině byly maminky a jeden tatínek, se kterými jsem se setkala na psychorehabilitačním pobytu pro matky se sluchově postiženými dětmi, který se uskutečnil v říjnu 2006 v Praze. Ve druhé skupině jsou rodiče dětí, které navštěvují Speciální pedagogické centrum a Mateřskou školu a Základní školu pro sluchově postižené děti v Brně na Lesné. Celkem jsem získala odpovědi od 17 osob.

Zajímalo mě především to, jak dlouho vědí o sluchovém postižení svého dítěte, jak se s touto skutečností vyrovnávali (a někteří ještě vyrovnávají), kdo jim byl oporou, jaký způsob komunikace se svým dítětem zvolili (a proč) a zda uvažovali o znakovém jazyku. Dále mě zajímalo, kde získávají informace o sluchových vadách, o výchově a vzdělávání sluchově postižených.

Popis výzkumných technik

Vzhledem k menšímu počtu otázek a nejednoznačnosti odpovědí (tj. nutnosti vysvětlujících a doplňujících otázek – v závislosti na odpovědi) jsem si vybrala techniku řízeného rozhovoru s rodiči. Jejich odpovědi jsem zaznamenávala do záznamových archů.

Zpracování výzkumného šetření

Z odpovědí získaných od sedmnácti rodičů jsem zpracovala následující přehled.

1. Jak dlouho víte, že má vaše dítě sluchovou vadu?
Jeden rok (5×),
dva roky (4×),
tři roky (5×),
čtyři roky (2×),
pět let (1×).
2. Jakou má ztrátu?
Středně těžká vada (10×),
těžká vada (7×),
zbytky sluchu (5×),
úplná hluchota (3×) – seřazeno podle stupně ztráty.
Součet nedává počet dotazovaných, protože se liší sluchové ztráty na pravém a levém uchu u některých dětí dotazovaných.
3. Jak jste se srovn(áv)ali s tím, že vám vaše dítě „nerozumí“?
Většina z rodičů se s tímto faktem pořád ještě srovnává (9×).
Nejčastěji rodičům pomohlo (a stále ještě pomáhá) speciální pedagogické centrum (7×) – psycholog, speciální pedagog a rodiče ostatních sluchově postižených dětí.

Dalším důležitým „pomocníkem“ byl někdo z rodiny – manželé (4×), někdo další (3×), babičky i sestřenice.

Občas si s postižením dítěte musí poradit matka sama, někdy i díky zkušenostem se starším autistickým dítětem (4×).

Jedné matce pomohlo studium oboru speciální pedagogika, do kterého se pustila na základě zjištění synovy vady.

4. Kde získáváte informace o sluchovém postižení a o výchově postižených dětí?

Nejčastějším zdrojem informací jsou speciální pedagogická centra (12×), dále pak

čtení literatury (6×),

vyhledávání informací na internetu (5×),

sledování odborných pořadů v televizi (3×),

kontakty s rodiči jiných sluchově postižených dětí (3×),

informace od lékaře (3×),

na přednáškách a odborných pobytech (3×),

z časopisů (2×),

psycholog a logoped a všude, kde se dá (2×).

5. Učíte se znakový jazyk? Proč? Když ne, uvažujete o tom?

Devět rodičů odpovědělo, že se znakový jazyk učí,

osm odpovědělo záporně.

Důvody rodičů, proč se neučí znakový jazyk: není na to čas, odezírám, doufám, že nebude třeba, nevím kde, nechtěli by mluvit, nikdo mě to nechtěl naučit, odrazovali mě, nebylo třeba (lehká vada – pozn. autorky), nesetkala jsem se s touto možností. Tito rodiče pak na otázku, zda o tom uvažují, odpovídali: ne (3×), ano (2×), časem ano, asi ano – nejsem proti, jen, když bude třeba, nebyla bych proti – líbilo by se mi to.

Důvody rodičů, učících se znakový jazyk: abych se domluvila (3×), pomáhá to (2×), lépe spolupracuje (2×), když ukazuje – snaží se mluvit, chci rozumět, nic jiného nezbývalo. Většina těchto maminek se příliš dlouho nerozmýšlela.

Závěrečné shrnutí a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Na základě vlastních zkušeností bych všem, kteří pracují s dětmi se sluchovou vadou, v rámci předcházení vzniku problémů a poruch chování a emocí, doporučila následující:

Lékař (foniatr), který rodičům sděluje první informace o sluchovém postižení jejich dítěte, by jim měl současně předat kontakt na nejbližší Středisko rané péče nebo Speciálně pedagogické centrum, kde jim bude poskytnuta odpovídající péče a podpora.

Je nezbytné co nejdříve po odhalení sluchové vady informovat slyšící rodiče o specifických potřebách jejich neslyšících a nedoslýchavých dětí a seznámit je s průběhem jejich výchovy, učení, začleňování do chodu rodiny a později školního zařízení.

Je ideální, když se všichni členové rodiny (pochopitelně co nejdříve po zjištění sluchové vady jejich dítěte) začnou učit společně alespoň základy znakového jazyka. U dětí neslyšících je to nezbytnost, ale i u dětí nedoslýchavých nastanou situace, kdy dítě zůstane bez sluchadel a znalost znakování se hodí.

Zdůrazňuji správný výběr a zakoupení kvalitních sluchadel v případě, kdy mohou pomoci kompenzovat vadu.

Pochopitelně nejdůležitější pro rodiče a jejich vztah s dětmi je využívat možností neverbální komunikace a projevovat dítěti lásku, uznání, důvěru tak, aby tomu i beze slov rozumělo.

Vady sluchu jsou nejtěžší ze smyslových postižení. Mohou vést ke komplikacím v komunikačním procesu a tím ovlivňují přijetí žáka učitelem i školním kolektivem. S integrací do běžné MŠ a ZŠ přichází povinnost vypracovat individuální vzdělávací plán, který vychází z Rámcového vzdělávacího programu a školního vzdělávacího programu příslušné školy. Existují určitá pravidla pro přístup pedagoga, pro změnu prostředí ve třídě, pro snížení počtu žáků, pro používání různých kompenzačních pomůcek. V získávání těchto informací jsou školám nápomocna Speciálně pedagogická centra pro žáky s vadami sluchu. Ta také zajišťují metodickou a konzultační činnost jednotlivým učitelům.

Ve výchovném a vzdělávacím procesu je potřeba neustálá zpětná vazba, zda dítě/žák slyší, rozumí a chápe sdělované informace, výklad látky nebo zadání úkolu.

Závěr

V tomto příspěvku jsem se zabývala postavením rodinné péče na vývoj dítěte s ohledem na sluchové postižení.

Poukazuji na nutnost komplexní péče o sluchově postižené dítě, zaměřuji se zejména na rodinu. Především tato péče má vliv na adaptaci a úspěšnost v životě těchto dětí. Narození postiženého dítěte bývá nečekaným traumatem pro rodinu, zásahem do rodičovské role, označovaným jako krize rodičovské identity (Vágnerová, 2004). Tento stav je přirovnáván ke ztrátě představ o zdravém dítěti. Kübler-Ross (1969 in Říčan, Vágnerová, 1991) popisuje pět fází, kterými prochází každý člověk, když se dozví o nevléčitelném onemocnění. Stejnými fázemi procházejí i rodiče sluchově postižených dětí poté, co se dozvědí o diagnóze.

Pokud se postižení objeví nebo projeví později (u nedoslýchavosti se může jednat i o tři až šest let), může být narušení rodičovské identity nahrazeno specifickou stresovou situací, danou obdobím nejistoty mezi prvním podezřením a potvrzením diagnózy (Vágnerová, 2004).

Postižení dítěte znamená komplexní a dlouhodobou zátěž a vyrovnávání se s ní bývá pro rodinu psychicky a někdy i fyzicky náročné. (Vágnerová, 2004) Za nejdůležitější rozhodnutí pak považují výběr formy komunikace mezi dítětem a jeho nejbližším okolím.

Dále v textu popisují cíl, techniky a výsledky svého šetření a doporučení z něho vyplývající. Nezabývala jsem se zde rozdíly v rámci pohlaví, inteligence, ve schopnostech jedinců se sluchovou vadou, jejich charakterem a temperamentem. Tato témata mohou být předmětem dalšího zkoumání.

Literatura

- BODNER-JOHNSON, B., SASS-LEHRER M. The Young Deaf or Hard of Hearing Child: A Family-Centered Approach to Early Education. Baltimore: Brookes Publishing Company, 2003. ISBN-10: 1557665796.
- EASTERBROOKS, S. R., BAKER, S. Language Learning in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing: Multiple Pathways.
- HRUBÝ, J. Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. Praha: FRPSP a Septima, 1999. ISBN 80-7216-096-6.
- MATĚJČEK, Z. Výbor z díla. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
- HARVEY, M. A. Psychotherapy with deaf and hard-of-hearing persons. A Systemic Model. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2003. ISBN 978-0805843750.

- HRONOVÁ, A., MOTEJZÍKOVÁ, J. Raná komunikace mezi matkou a dítětem. Praha: FRPSP, 2002.
- POTMĚŠIL, M., Některé příčiny a důsledky nesprávné výchovy sluchově postižených dětí. Speciální pedagogika, 9, 1999, 5, s. 8-15.
- ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M. Dětská klinická psychologie. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 8020101314.
- STRNADOVÁ, V. Potom ti to povíme. Praha: MZ ČR 1998. ISSN 0323-0732.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- Psychorehabilitační pobyt pro matky se sluchově postiženými dětmi, říjen 2006, Praha: ROUČKOVÁ J., SVOBODOVÁ K., ŠKODOVÁ E., VYMLÁTILOVÁ E.
- KOMÍNEK, P. Screening sluchu – současné možnosti vyšetřování <<http://www.tribune.cz/clanek/13748>> [on-line, cit. 24. 1. 2010].
- THARPE, A. M. The Impact of Minimal and Mild Hearing Loss on Children <http://www.medicalhomeinfo.org/screening/EHDI/June_26_2006_FINAL_MildHearingLoss.pdf> [on-line, cit. 24. 1. 2010].
- Středisko rané péče Tamtam Praha <www.tamtam-praha.cz> [on-line, cit. 24. 1. 2010].
- Středisko rané péče Tamtam Olomouc <www.tamtam-olomouc.cz> [on-line, cit. 24. 1. 2010].

Summary

For the appropriate personality development of a child with hearing impairment, it is necessary to involve a broad team of people – physicians, teachers, and parents. This collaboration, unless it is just formal, can lead to the best incorporation to the majority society. However, family is the most important element of a complex care. Family is the most significant social group for personal development of a child, providing a background and satisfies its needs. The paper discusses the importance of the right choice of communication channel between a hearing-impaired child and its parents.