

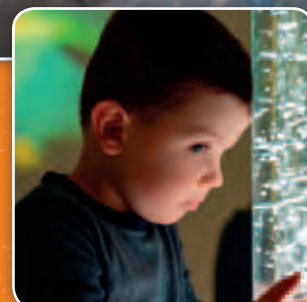
DĚTSKÝ SLUCH

02/2024



TÉMA DIAGNOSTICKÁ MOZAIKA 2. část – Diferenciální diagnostika

- S profesorem Viktorem Chrobokem nejen o screeningu sluchu
- Zkušenosti rodičů dětí s kombinovaným postižením
- Lektorka Dagmar Mega představuje magickou terapii Snoezelenu



WWW.IDETSKYSLUCH.CZ

Unikátní portál představuje přirozenou vstupní bránu do problematiky sluchu. Je komplexním, seriózním a aktuálním zdrojem informací o sluchu a sluchových postiženích se zaměřením na děti od 0 do 18 let. Na jednom místě zde naleznete články a videa o sluchových vadách a jejich diagnostice, o kompenzačních pomůckách, rehabilitaci sluchu, výchově a vzdělávání dětí se sluchovým postižením i o službách, které se pro ně a jejich rodiče nabízejí.

Portál je určen všem rodičům dětí se sluchovým postižením, lékařům, pedagogům, studentům i dalším zájemcům o problematiku sluchového postižení. Nechybějí ani rozhovory s odborníky či příběhy rodin dětí se sluchovým postižením. Svoje dotazy ohledně postižení sluchu můžete poslat do interaktivní poradny.



Provozovatelem portálu je Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., které čerpá ze svých mnohaletých zkušeností s rodiči a dětmi se sluchovým postižením.

DIAGNOSTICKÁ MOZAIKA

2. část – Diferenciální diagnostika

Vážené čtenářky, vážení čtenáři, možnosti diferenciální diagnostiky se neustále zlepšují. Za posledních 10 let došlo k mnoha změnám v diagnostických postupech, k získání řady podkladů pro další včasné a přesné hledání a určování specifických potřeb dětí. Co bohužel stále pokulhává, je využití získaných dat a statistických údajů k nastavení systémových opatření tak, aby byla zajištěna specializovaná péče o děti i jejich rodiny ve chvíli, kdy jsou postaveny před výsledky diagnostického zjištění.

Velmi rychle přibývá dětí s poruchami autistického spektra, s neurovývojovými poruchami, s opožděným vývojem řeči, ale chybí dostatek specializovaných předškolních i školních zařízení, chybí systémové zajištění sociálních služeb nabízejících podporu rodinám dětí s různými typy postižení. Rodiče jsou často velmi vytížení svou rolí neformálních

pečujících, kteří jen obtížně hledají a dokazují, že jejich dítě i oni mají právo na pomoc a podporu. Přesto jsou právě rodiče tím nejsilnějším hnacím motorem, protože přirozeně hledají pro své děti ta nejlepší možná řešení. Jsou schopni ovlivnit i nutné legislativní změny, například uznání práv „neformálních pečujících“. Jsem velmi ráda, že Centrum pro dětský sluch Tamtam může nabídnout komplexní služby, nejen ranou péči, sociálně aktivizační služby, odborné sociální poradenství, ale i logopedické, speciálně pedagogické a psychologické poradenství. V tomto vydání magazínu proto doporučuji zamyslet se nad vývojovými milníky popsanými psycholožkou Marií Holyanskou. V přemýšlení o tom, jak podpořit dítě a uklidnit sebe sama, vám také může pomoci lektorka Snoezelenu Dagmar Mega, která vysvětluje, jak co nejlépe využít naše smysly. Podporou pro vás jistě bude i rozhovor s paní Janou Polýnkovou, maminkou, která nic nevzdává!

Inspirativní čtení vám přeje

Jana Fenclová



OBSAH

Slovo úvodem	1
Když se až během školní docházky zjistí, že dítě je jednostranně hluché, je to špatně	2
Dítě musíte přijmout takové, jaké je	6
Zvládání neurovývojových poruch chce čas a trpělivost	10
Snoezelen – hravá cesta k rozvoji	13
Zeptali jsme se	16
Stále doufáme, že Lukáše uslyšíme říct máma a táta	18
Někdy učitel míní a žáci mění	20
Je důležité přizpůsobit vyšetření danému dítěti	22
Řekla jsem si, že budu dělat vše pro to, aby na tom moje dítě bylo co nejlépe	26
Logopedie vede k sebevědomí a sebevyjádření	29

CHCETE PODPOŘIT NAŠI ČINNOST?

Darujte přes www.darujme.cz/tamtam



Podporou Tamtamu pomáháte rodinám dětí se sluchovým postižením, aby lépe zvládaly náročné životní situace, naučily se komunikovat s dítětem a mohly žít běžným způsobem života.

**POSTIŽENÍ SLUCHU NENÍ VIDĚT.
DĚKUJEME, ŽE VY HO VIDÍTE!**

KDYŽ SE AŽ BĚHEM ŠKOLNÍ DOCHÁZKY ZJISTÍ, ŽE DÍTĚ JE JEDNOSTRANNĚ HLUCHÉ, JE TO ŠPATNĚ

ROZHOVOR S VIKTOREM CHROBOKEM, PŘEDNOSTOU KLINIKY ORL A CHIRURGIE HLAVY A KRKU FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

Hráč, který v jednom zápase vstřelí tři branky, dosáhne takzvaného hattricku. Stejným výrazem označil výsledek několikaletého úsilí České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP její místopředseda profesor Viktor Chrobok. V roce 2018 se této skupině odborníků podařilo ve třech dílčích etapách prosadit v českém zdravotnictví screening sluchu 5letých dětí, který se stal významným milníkem v diagnostice sluchových vad. S profesorem Chrobokem jsme na ORL klinice v Hradci Králové hovořili také o dalších krocích vedoucích k lepší koordinaci péče o dětský sluch – založení pedaudiologických center a zavedení tradice mezioborových setkání „nad dítětem“.

Pane profesore, na vaší klinice se mimo jiné zabýváte léčbou a rehabilitací sluchových vad, včetně jejich diagnostiky. Jak obvykle probíhá diagnostika sluchových vad u dětských pacientů?

Dětské pacienty na naší ORL klinice musíme rozdělit do dvou velkých skupin. Jedna skupina jsou děti, které mají „běžnou“ nedoslýchavost. Nejčastěji jde o tzv. zvětšenou hltanovou mandli v oblasti nosohltanu, nesprávně se jí říká nosní mandle. Zvětšená mandle může tlačit na ústí sluchové trubice, čímž není středoušní dutina dobře provzdušňována. Výsledkem je, že ve středouši vznikne nezánnětlivý sekret, který způsobí nedoslýchavost. Děti jsou na naší ambulanci vyšetřeny lékařem, a pokud se jim diagnostikuje tato choroba, které se říká chronický tubotympanální katar nebo sekretorická otitida, jsou objednány k odstranění mandle z nosohltanu

(adenotomie) a současně je možno u nich provést paracentézu. To znamená propíchnutí bubínku a odsátí nezánnětlivého sekretu z bubínkové dutiny. Dětem, u nichž se tento stav nedoslýchavosti opakuje, je možné zavést tzv. ventilační trubičku. Tím nahradíme špatnou funkci sluchové trubice, protože přes ventilační trubičku ze zevního zvukovodu se dostane vzduch do středouši. Dítě potřebuje mít provzdušněné středouši, aby ucho správně slyšelo. Tuto velkou skupinu dětí, které mají tzv. převodní nedoslýchavost, bychom měli zjistit také pomocí screeningu 5letých dětí.

Dostaneme se k němu. A ta druhá skupina dětí?

Druhou, výrazně menší skupinu, tvoří děti, u nichž je podezření, nebo které skutečně mají nedoslýchavost ve vnitřním uchu, v hlemýždi, tzv. percepční nedoslýchavost. To jsou děti, které nám „vypadnou“ ze screeningu sluchu novorozenců a dostávají se na foniatrické pracoviště v rámci ORL kliniky, kde foniatri společně s audiology vyšetřují sluch. K tomu u malých dětí ve věku 3 až 12 měsíců používáme objektivní metody vyšetření sluchu, k jakým patří otoakustické emise (OAE), screeningová BERA a prahová frekvenčně specifická BERA. Pomocí té zjistíme práh sluchu a víme, jestli dítě slyší, nebo má nedoslýchavost, kterou lze kompenzovat sluchadly, či zda je oboustranně hluché a může se stát kandidátem na kochleární implantaci. Na foniatrické pracoviště pak přichází ještě další podskupina dětí, které už jsou ve věku 1 a více let, a ne zcela ideálně se u nich rozvíjí řeč. Foniatri s komplexní znalostí o sluchu, hlasu a řeči dítě vyšetří, proč u něj nenastoupila řeč. Jednou

Prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.

Po studiu na lékařské fakultě nastoupil v roce 1988 na ORL kliniku Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Od roku 1998 pracoval na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Krajské nemocnice Pardubice. Na základě habilitačního řízení na Lékařské fakultě v Plzni získal titul docent otorinolaryngologie a v roce 2007 byl jmenován profesorem otorinolaryngologie v Brně. V roce 2010 se stal přednostou Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice a Univerzity Karlovy, Lékařské fakulty v Hradci Králové. Věnuje se pedagogické činnosti, je členem Schuknecht Society a čestným členem české, maďarské a německé ORL společnosti. V letech 2008–2011 byl místopředsedou a v letech 2012–2019 předsedou výboru České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP. V současné době je opět jejím místopředsedou. S profesorem Pavlem Komínkem založil edici *Medicína hlavy a krku* (2005), *Příručky pro praxi* (od r. 2013), *ORL akademii* (od r. 2014) a organizoval další aktivity podporující mladé ORL lékaře. Zabývá se otorinolaryngologií v celé šíři oboru, zvláštní pozornost věnuje otochirurgii, fonochirurgii a histopatologii spánkové kosti. Organizuje celostátní screening sluchu novorozenců a 5letých dětí.



z příčin může být i nedoslýchavost. Pokud dítě slyší, hledají se další příčiny opožděného vývoje řeči a dítě musí absolvovat řadu dalších vyšetření, třeba neurologické, psychologické, logopedické nebo někdy i oční, pokud dítě má poruchu zraku. Úkolem foniatra je zařídit vyšetření od všech odborníků, dát výsledky dohromady a stanovit diagnózu, o který typ poruchy řeči se jedná.

Zmínil jste se o screeningu sluchu. Začneme u toho novorozeneckého. Odkdy u nás probíhá?

Probíhá od roku 2012, kdy byl vydán metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví, který doporučuje, aby každé dítě narozené v České republice mělo provedený screening sluchu. První úroveň se odehrává v porodnici, kde neonatologická sestra vyšetří dítěti tzv. otoakustické emise. Je to objektivní neinvazivní vyšetření nebolestivé pro dítě. Spočívá v tom, že 2. nebo 3. den po porodu se dítěti vloží do zvukovodu citlivý mikrofon, který má za úkol zjistit přítomnost otoakustických emisí. U každého člověka, a u dítěte zvláště, je vysoká aktivita zevních vláskových buněk. Pohybují se ve vnitřním uchu a vydávají energii, která přejde až do zvukovodu. To je emise, kterou nemůžeme slyšet naším uchem, ale citlivý mikrofon ji může změřit a zachytit. Pokud je přítomná, znamená to, že celý úsek od zevních vláskových buněk až po zevní zvukovod je v pořádku. Říkáme, že screening sluchu novorozence je negativní, sluch je v pořádku a dítě dále stran sluchu nevyšetřujeme. Pokud u novorozence 2. až 3. den po porodu emise nejsou přítomné, nastupuje 2. úroveň screeningu, které říkáme rescreening.

Kde se dělá rescreening?

Provádí se na pracovištích ORL. Ta mají za úkol v následujících 2–3 měsících zopakovat otoakustické emise, a pokud jsou přítomné, sluch funguje a dítě je ze screeningu vyřazeno. Pokud nejsou přítomné, nebo nejsou přítomné na jednom uchu, dítě by mělo jít do centra. Od konce minulého roku máme ustanovená metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví tzv. pedaudiologická centra.

Co mají za úkol?

Jejich úkolem je vyšetřit sluch dítěte a stanovit práh sluchu, jinými slovy, jestli dítě má nedoslýchavost lehkou, středně těžkou nebo těžkou, hluchotu nebo normální sluch. Podle toho, jestli je vada oboustranná a jak je vážná, dítě v pedaudiologickém centru dostává sluchadla, nebo se stává kandidátem na kochleární implantaci.

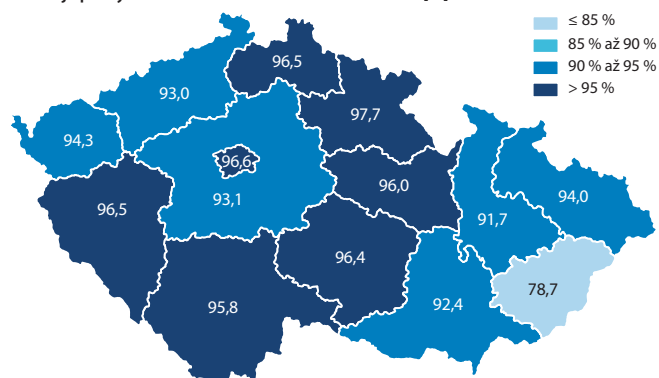
A co u jednostranné nedoslýchavosti?

Když se na základě všech vyšetření ukáže, že jedno ucho slyší a druhé ne, předpokládá se správný vývoj řeči. Dítě zůstává dál ve sledování foniatrem v pedaudiologickém centru, které v následujících měsících a letech sleduje, zda se správně rozvíjí řeč. Pokud ne, je třeba zasáhnout. My, jakožto odborná ORL společnost, jsme metodický pokyn ministerstva ohledně novorozeneckého screeningu v roce 2019 upravili – spolu s Ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami a dalšími odbornými společnostmi, neonatologickou a pediatrikou, a stanovili jsme pravidla uvedená na stránkách naší České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP (www.otorinolaryngologie.cz). Zde je jasně ukázaná cesta, kudy má dítě pokračovat z neonatologického pracoviště na rescreening a dále do pedaudiologických center. Co je nové, že narozené děti dělíme do 2 skupin. V první je fyziologický novorozenec, který má vyšetřené OAE, a rizikový novorozenec, který nemá vyšetřené OAE, ale má tzv. screeningovou BERU (AABR). Přístroj by měl být na všech pracovištích neonatologické JIPky, kam automaticky putuje každé dítě s nálepkou rizikový novorozenec, tj. takové, u něhož je větší pravděpodobnost postižení sluchového nervu. Touto metodou měříme elektrické potenciály ze sluchové dráhy. Vyšetření trvá 15–20 minut a díky němu víme o tom, jak funguje sluchový nerv. To nám OAE neřeknou. Neonatologická pracoviště tvoří první úroveň novorozeneckého screeningu.

Jaké další úrovně následují?

Na další úrovni je rescreening, což dělá každé okresní ORL pracoviště. Pak jsou již zmíněná centra. My se musíme dostat k té takzvané „velké“ diagnostické BEŘE, frekvenčně specifické. Toto vyšetření trvá třeba až 2 hodiny, provádí se v celkové anestezii nebo v přirozeném spánku. Zde se zjišťuje přesně práh sluchu a jde o velmi náročné vyšetření – nejen pro lékaře a sestry, ale především pro dítě. To musí být v klidu a nesmí se hýbat. Děti tedy přijímáme na lůžko. Po tomto vyšetření už víme, zda je u dítěte lehká, střední, středně těžká či těžká nedoslýchavost nebo hluchota. Celý tento proces jsme až do loňského roku plně zajišťovali a veškerá data z celé republiky shromažďovali zde u nás ve Fakultní nemocnici HK, protože jsme povinni mít výsledek – říct, kolik se narodí dětí, kolik z nich má sluchadlo a kolik je kandidátem na kochleární implantát. Na to jsme měli systém, který nám umožňoval říci, jak screening probíhá v jednotlivých krajích v porodnicích a nemocnicích.

Obr. 1: Screening sluchu u živě narozených dětí dle kraje poskytovatele zdravotních služeb – rok 2022 [%]



Screeningem sluchu bylo v roce 2022 pokryto 93,9 % novorozeneckých dětí. (Zdroj: NSC – Národní screeningové centrum)

Od roku 2023 tedy probíhá shromažďování dat jinak?

Ano, je to obrovský průlom. V minulém roce jsme navázali spolupráci s Národním screeningovým centrem Ministerstva zdravotnictví a v současnosti všechna data pocházející z neonatologické úrovně lékaři přesně daným způsobem kódují pro pojišťovny a dělají o tom záznam. Všechna zdravotnická zařízení jsou propojena online s Ministerstvem zdravotnictví a zmíněným screeningovým centrem. Z dat, která vykážeme do systému, jsou v centru schopni vytáhnout počet narozených dětí, počet vyšetřených dětí, počet dětí, které slyší/neslyší na pravém/levém uchu či slyší nebo neslyší na obě uši. To nyní budujeme a dáváme dohromady. Učíme se vytvářet systém, abychom mohli zpětně informovat každé zdravotnické zařízení o tom, jak probíhá screening sluchu a jaké jsou výsledky. Oni pak budou moci srovnat jejich výsledky s ostatními a posoudit, zda to dělají dobře.

Jaké procento dětí projde novorozeneckým screeningem sluchu?

My nyní víme, že více než 95 až 97 % dětí má provedený screening sluchu v porodnici. Na té první úrovni je to tedy v pořádku. Je otázkou, jak následně děti, respektive jejich rodiče, chodí na rescreening a zda se dostanou do pedaudiologického centra, aby se dotáhla definitivní diagnóza a rozhodlo se, zda dítě potřebuje sluchadlo, nebo kochleární implantát. Ale na to se snažíme data postupně získávat. Může se samozřejmě také stát, že dítě se narodí, má sluch v pořádku, ale může mít nikoli vrozenou, ale získanou vadu sluchu, která se projeví až v 1, 2 nebo 5 letech. Nebo může mít meningitidu, zánět mozkových blan aj. a na základě toho vznikne hluchota. Může prodělat cytomegalovirovou infekci od matky ještě v prenatálním věku a nedoslýchavost se vyvine postupně.

Hovořili jsme také o screeningu 5letých dětí. Odkdy funguje a jak probíhá?

Ten se nám povedlo po 2leté práci ustanovit metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví v roce 2018. Já tomu říkám, že se nám v té době podařil takový hattrick (*smích*) – vznikl metodický pokyn, registrační list, kdy vykážeme výkon a zdravotní pojišťovna ho zaplatí, a také jsme v té době do zdravotnického a očkovacího průkazu nechali zaznamenat, že dítě má v 5 letech jít na screening sluchu. To znamená, že jde na ORL pracoviště, které mu provede tzv. tónovou audiometrii. Na základě toho se zjistí, zda dítě má nebo nemá nedoslýchavost a kde.

Proč jste zvolili právě hranici 5 let?

Naprostě cíleně jsme vybrali 5 let, protože děti v tomto věku chodí na preventivní prohlídky k pediatrům. A když už tam jsou, je úkolem pediatra poslat je na vyšetření sluchu. Bohužel, zde jsou data taková, že například loni byl screening sluchu proveden ve 40, maximálně 50 %.

Napadá vás, co může být důvodem?

Myslíme si, že největší problém jsou maminky, které se svým dítětem na vyšetření nejdou. My ho považujeme

v předškolním věku za velmi důležitý. Je dobré kompenzovat nedoslýchavost dítěte, pokud ji má, ještě před zahájením školní docházky. Jinak se stává, že dítě nastoupí do školy, o jeho nedoslýchavosti se neví a až třeba ve 2. nebo 3. třídě začne mít špatné známky z diktátu a my u něj následně objevíme středně těžkou až těžkou nedoslýchavost. Nebo se zjistí, když rodiče dítěti koupí první mobil a ono začne telefonovat, že na jedno ucho neslyší. Najednou se ví o jednostranné hluchotě, kterou má velmi pravděpodobně od narození, ale nikdo ji neodhalil. Dítěti se rozvinula řeč na základě jediného slyšícího ucha, ale když se až v průběhu školní docházky zjistí, že dítě je jednostranně hluché, je to špatně. To bychom měli dneska vědět mnohem dřív, protože jdou udělat spousty věcí, aby pak dítě nemělo starosti ve škole. Zajímavé na celém procesu screeningu je to, že Světová zdravotnická organizace doporučila screening novorozenců a 5letých dětí v roce 2021.

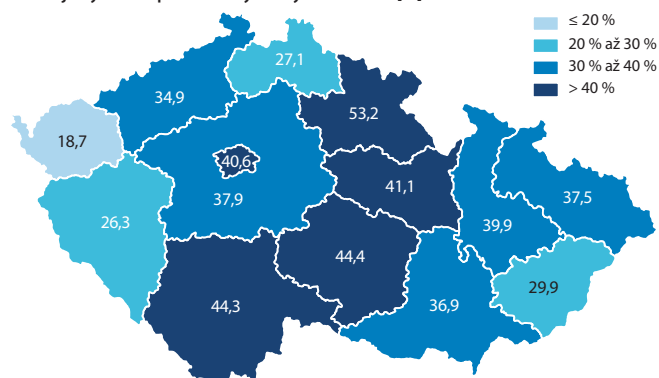
To jste tedy v obou případech Světovou zdravotnickou organizaci předběhli, že?

Ano, ale v čem jsme ji nepředběhli, ona za třetí říká, že by se měl dělat ještě screening sluchu u starších osob, to znamená – a teď to tedy vyzní nehezky – nad 50 let a více. (*Vzhledem k tomu, že v této věkové kategorii s panem profesorem již oba jsme, zasmějeme se tomu.*) Takže řekněme u starších dospělých. To nám tedy ještě v České republice chybí, nad tím bychom se měli zamyslet.

Co by se dalo udělat pro to, aby v rámci 5leté prohlídky prošlo vyšetřením sluchu více dětí?

Máme například letáčky ke stažení na našich webových stránkách, které by si pediatři měli vylepit do svých čekáren, protože maminky tam s dětmi čekají, a pokud si na zdi přečtou, že je nějaký screening 5letých dětí, řeknou si: „Aha, tak tam bych měla jít!“ Také jsme screening sluchu v roce 2018 zařadili do zdravotního a očkovacího průkazu dítěte. U dětí narozených v roce 2019 tedy až nyní přichází čas na pětiletou prohlídku. Až letos půjdou na screening první děti, jejichž maminky mají vyšetření

Obr. 2: Pokrytí screeningovým výkonem nebo audiometrií u 5letých dětí dle kraje bydliště – průběžné výsledky za rok 2023 [%]



Pokrytí screeningovým výkonem nebo audiometrií u 5letých dětí byl v roce 2023 v intervalu od 18,7 % do 44,4 %. (Zdroj: NSC)

sluchu v průkazce. Normální maminka chce, aby všechny chlívěčky v průkazu byly vyplněné. Já tedy předpokládám, že by se to mohlo letos zlomit a v roce 2025 už by mohlo být více maminek, které s dětmi na screening v 5 letech přijdou.

Vratme se ještě k pedaudiologickým centrům. V královéhradecké fakultní nemocnici takové centrum funguje od prosince 2023. Jaké profese sdružuje? Jak bylo založeno?

Příběh je takový, že v České republice může dítěti sluchadlo přidělit foniatr. V roce 2018 se konal foniatrický kongres a na něm členská základna foniatrů odhlasovala, že by se problematika dětského sluchadla a vyšetření sluchu měla centralizovat, že by to neměl dělat každý foniatr. Od té doby my, jakožto odborná společnost, pracujeme na tom, abychom to nějak zoficiálníli. Byla za tím spousta práce, protože myšlenka pedaudiologických center musela být projednána se zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví. Pedaudiologické centrum by mělo mít několik charakteristik. Musí mít lidi, kteří to umí – tedy vyškolený personál. Není to jen foniatr, ale i biomedicínský inženýr, audiolog, logoped, psychiatr, psycholog, neurolog, surdoped a řada dalších. Centrum také musí mít přístroje. Ve spolupráci s ministerstvem jsme připravili takzvanou výzvu na pedaudiologická centra. Jednotlivá pracoviště napsala žádost na ministerstvo, že chtějí být pedaudiologickým centrem. Historicky se rekrutovala z center pro screening sluchu novorozenců, kde jsme už měli připravené koordinátory pro screening.

Takže jde o foniatrická pracoviště?

Jsou to foniatrická pracoviště většinou z krajských měst. Speciální komise Ministerstva zdravotnictví musela všechny žádosti projít a centra jmenovat. K datu, které uvádíte, bylo jmenováno 13 pedaudiologických center v České republice, která mají akreditaci na 5 let. Audiologická pracoviště musí určitým způsobem hlásit výsledky své práce, kolik měla dětí a tak dále, protože za 5 let budou žádat o reakreditaci. Pokud všechno budou splňovat, mohou pokračovat v činnosti. Může se také stát, že některá centra nebudou znovu akreditována a vzniknou nová.

O koho centra pečují?

Do center přijde dítě buď ze screeningu novorozenců, nebo dítě, u kterého se nerozvíjí řeč. Centrum musí umět a mít k dispozici baterii vyšetřovacích metod na sluch, protože v různém věku ho vyšetřujete různou metodou – vyšetření sluchu jsou subjektivní, kdy dítě musí spolupracovat, i objektivní. Centra musí stanovit diagnózu, zda dítě má či nemá nedoslýchavost a provést diferenciální diagnostiku, tedy jaký typ a jaké výše je nedoslýchavost. Pak následuje další krok – rehabilitace nedoslýchavosti. Buď foniatr zjistí, že dítě má ve 4 letech zvětšenou mandličku a pošle ho na operaci, nebo zjistí, že má nedoslýchavost ve vnitřním uchu a přidělí mu sluchadlo. Anebo zjistí, že dítě by mohlo být kandidátem ke kochleární implantaci

nebo jiné implantaci, například implantát pro kostní vedení apod. To má ve svém repertoáru foniatr a konzultuje s ušním chirurgem. Potom se dítě vrací zpět do pedaudiologického centra, které musí umět zajistit i rehabilitaci sluchu implantátem. Některá pedaudiologická centra jsou současně implantační centra, pokud tedy budeme hovořit o kochleárních implantacích, jsou to implantační centra v Praze, Brně, Ostravě a Hradci Králové. Nyní nás čeká ještě další etapa, že budeme muset naučit pracovníky center reportovat data do centrálního systému.

V rámci center funguje i řada odborníků z profesí, které jste už zmiňoval. Ale určitě nemohou být všichni přítomní na jednom pracovišti. Jak spolupráce funguje?

V rámci centra zde v Hradci Králové už několik let pěstujeme tzv. mezioborové semináře, kam přijdou naši foniatri, třeba i pedagogičtí pracovníci ze školy pro neslyšící, kteří mají děti v péči, či pracovníci z Tamtamu, klinické logopedky a probírají konkrétní dítě. Náš foniatr s nimi na tomto mezioborovém konziliu vše probere. Jestli rodiče dítěti dávají sluchadlo, jestli nemá vybité baterky, jak se u něj rozvíjí řeč apod. To je součást práce pedaudiologického centra. Právě připravujeme červnový Česko-slovenský foniatrický kongres, kam zveme i zástupce Tamtamu, SUKI a jiných organizací.

Zastavím se u mezioborových setkání „nad dítětem“. Jakou máte s nimi zkušenost?

Úžasnou. Jsou strašně důležitá a přinášejí spousty informací. Pro všechny odborníky, kteří mají dítě v nějaké péči, protože každý se na ně dívá trochu z jiného pohledu. A když se dají informace dohromady, je to ku prospěchu dítěte – aby se lépe kompenzovala jeho sluchová vada, aby se „naučilo“ i rozvoj řeči. Samozřejmě, bohužel, někdy se stane, že chyba je v rodičích, že se dítěti v tomto ohledu nevěnují a je třeba zasáhnout, aby dítě nebylo celý život handicapované.

Jak často tato setkání probíhají?

My je organizujeme jednou za 3 měsíce. Na starosti je má pan asistent Jakub Dršata, který vše skvěle organizuje. Rodiče a dítě na setkání nejsou přítomni, ale jsou o nich samozřejmě informováni. Není to tak, že bychom se bavili za jejich zády. Funguje to u nás asi 2–3 roky. Myslím, že jsme jediné foniatrické pracoviště, které je provádí a chceme to na foniatrickém kongresu naučit i zástupce pedaudiologických center.

*Připravila Lucie Křesťanová,
šéfredaktorka magazínu Dětský sluch
Fotografie archiv Viktora Chroboka*



DÍTĚ MUSÍTE PŘIJMOUT TAKOVÉ, JAKÉ JE

ZDÁNLIVĚ OBYČEJNÝ ŽIVOT PLNÝ NELEHKÝCH ROZHODNUTÍ, MALÝCH NAPLŇUJÍCÍCH VÍTĚZSTVÍ, RADOSTNÝCH CHVIL, ALE I KAŽDODENNÍ PÍLE A SPOUPRÁCE S MNOHA ODBORNÍKY A LÉKAŘI. TAK BY SE DAL V KOSTCE SHRNOT ŽIVOT TŘÍČLENNÉ RODINY, VE KTERÉ DEVÍTILETÁ KRISTÝNKA DOSTALA DO VÍNKU NEJEN INTELEKT, ALE TAKÉ KOMBINACI PROGRESIVNÍ VADY SLUCHU A VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE. O TOM, JAKÝ JE ŽIVOT S DÍTĚTEM, KTERÉ VYŽADUJE SPECIFICKOU PÉČI, ALE I O TOM, CO SE OD SVÉ DCERY NAUČILI, MI VYPRÁVĚLI RODIČE KRISTÝNKY, EVA A PAVEL.

Na začátku příběhu mladé rodiny stálo rizikové těhotenství. Jelikož nastávající maminka má vrozenou srdeční vadu, byla sledována z důvodu stoupajících nároků na kardiovaskulární systém. Přesto tehdy nemyslela na sebe, ale na své dítě. „*S obavami jsme očekávali, zda Kristýnka po mně zdědí srdeční vadu,*“ vzpomíná paní Eva na dobu před narozením dcerky. Kristýnka se narodila v plánovaném termínu císařským řezem a vypadalo to, že bude zdravá. Ještě v porodnici však ukázal novorozenecký screening na možnou vadu sluchu.

„*Jiné zdravotní postižení? To pro mě bylo něco nepředstavitelného a vůbec jsem si nepřipouštěla, že by se mohlo něco takového stát,*“ vzpomíná Eva na začátky jejich života ve třech. S úlevou se proto chopila oznámení lékařů, že nevybavné emise mohou být způsobené plodovou vodou ve středouší. Když i další vyšetření vyšlo negativně, rodině bylo doporučeno kontaktovat ORL pracoviště ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Přestože pro rodiče bylo nesmírně obtížné přijmout myšlenku, že jejich holčička může mít sluchové postižení, nechtěli nic zanedbat a objednali se na kontrolu. První měsíce života Kristýnky tak probíhaly ve znamení pravidelných kontrol na ORL.

Když bylo Kristýnce devět měsíců, následovala hospitalizace a vyšetření BERA s konečnou diagnózou oboustranné středně těžké nedoslýchavosti. „*Pro nás to byl šok! Kristýnka se nám jevila jako normálně slyšící miminko. Reagovala na zvuky, když jsme na ni promluvíli, otočila se. A to dokonce i bez sluchadel, která si neustále sundávala a která jsme jí z toho důvodu pak přestali dávat,*“ přiznávají Eva s Pavlem. Když však víte, že vaše dítě může mít zdravotní postižení, i když se té myšlenky bráníte, pořád vám to někde v podvědomí visí. Nejinak to vnímala i paní Eva. Vyhledávala si informace,



četla články, všímala si a snažila se při hovoru s dcerkou uplatňovat hlavní komunikační zásady: mluvila dostatečně nahlas, zřetelně, dodržovala oční kontakt.

DYSFÁZIE – CO TO JE?

Kristýnka se v láskyplném prostředí rodiny rozvíjela, ale scházel jí komunikační apetit. Neměla zájem o komunikaci a zdálo se, že nerozumí obsahu sdělení. Rodičům bylo doporučeno logopedické, psychologické a neurologické vyšetření. Po všech vyšetřeních a návštěvě speciálně pedagogického centra byla stanovena diagnóza smíšené vývojové dysfázie. Před rodiči stála další výzva. „*Bylo to náročné, ale paradoxně v něčem i úlevné.*“

Po prostudování článků a doporučení jsme začali s Kristýnkou mluvit co nejvíce konkrétně. Neptali jsme se, zda chce pít, ale dali jí na výběr: chceš pomerančové, nebo jahodové pít?“ vypráví maminka a tatínek přitakává. S dcerkou procvičovali úkoly, jež jim zadala logopedka.

„Postupem doby jsme zjistili, že dysfatici přemýšlí trochu jinak. Žijí více v přítomnosti, v daném okamžiku,“ popisuje Eva. Na můj dotaz, co si pod tím představit, uvádí konkrétní příklad. „Když se Kristýnky někdo v době školních prázdnin zeptá, zda chodí do školy, odpoví, že ne. Není schopná sdělit, že ano, chodí sice do školy, ale teď aktuálně ne, protože mají prázdniny.“

Pavel partnerku doplňuje další situací: „Kristýnce jsme kladli na srdce, že se nemá bavit s cizími lidmi. Tato rada se nám vymstila při první konzultaci s očním lékařem, kdy Kristýnka mlčela. Když jsme se jí pak zeptali, proč nemluví, odpověděla nám, že jsme jí přece říkali, ať se nebaví s cizími lidmi,“ smějí se rodiče. Vzápětí se však svěří, že kombinace vývojové dysfázie a sluchového postižení je náročná a vyčerpávající.

Kristýnka nastoupila do běžné mateřské školy v místě bydliště. V té době stále ještě neměla sluchadla, byt vyšetření ukazovala na středně těžkou vadu sluchu. Kristýnka se ve školce spíše stranila dětí, nekomunikovala. Maminka to přičítala tomu, že je dcerka uzavřenější, a navíc se během krátké doby musela vypořádat s celou řadou změn: stěhování do rodinného domu, nástup maminky do zaměstnání, celodenní pobyt ve školce i přes odmítání poobědového spánku. Adaptace na školku se nedařila.

„Navštívili jsme psychologa a začali jsme jezdit do Speciálně pedagogického centra Dubáček, kde nám bylo doporučeno přestoupit do logopedické školky. V místě trvalého bydliště však žádná logoškola nebyla a vzhledem k dojezdové vzdálenosti a zaměstnání nás obou tato možnost prostě nepřipadala v úvahu,“ shodují se rodiče.

Kdyby však měli před pár lety zkušenosti, které mají nyní, říkají, že by nedávali Kristýnku do školky od jejích tří let.

„Nespěchala bych tolik do práce a soustředila se spíše na to, adaptovat Kristýnku doma,“ zamýšlí se maminka.

Jelikož potíže v komunikaci přetrvávaly, ze stávající školky vzešel návrh na přestup do jiného pavilonu, kde byla paní učitelka s absolvovaným kurzem logopedie a mohla se tedy dítce více věnovat. Tento krok se ukázal jako správný. Učitelky a asistentka Kristýnce dopomáhaly v orientaci a komunikaci s dětmi. Kristýnka se začala do školky těšit, a co je hlavní, postupně se rozmlouvala a bylo na ní vidět, že je šťastnější.

A JSTE SPÁDOVÍ?

Před nástupem do základní školy a na doporučení paní logopedky se rodiče rozhodli opětovně absolvovat s dcerkou vyšetření na ORL.

„S rozvojem komunikace už byla Kristýnka schopna pochopit, co se od ní během subjektivního vyšetření chce,“ říká maminka a sděluje, že výstupem z vizuálně posílené audiometrie byla diagnóza těžké nedoslýchavosti.

„Dceři byla přidělena nová sluchadla, která najednou vůbec neodmítala. Tady se ukázalo, že sluchadla již skutečně potřebuje.“

Po skončení mateřské školy byli rodiče postaveni před volbu, kam na základní vzdělávání. V hledáčku měli více institucí, ale naráželi na neochotu se zařazením dítěte s kombinovaným postižením.

„První otázka, kterou nám také většinou položili, byla, zda jsme spádoví. To nás odrazovalo,“ sdělují rodiče. Se vstřícným přístupem a pozitivně naladěným personálem se setkali na základní škole kousek od místa bydliště, kam Kristýnka nastoupila po odkladu školní docházky v sedmi letech.

„Dcera zatím školu zvládá bez větších problémů. Má přidělenou asistentku a od druhého pololetí druhé třídy individuální vzdělávací plán pouze na český jazyk,“ říká paní Eva. Kristýnka je ve třídě spíše pozorovatelkou, protože mluvním projevem dětem nestačí, ale je snaživá a cílevědomá. S paní učitelkou má pravidelnou doplňkovou hodinu, kterou doporučilo Speciálně pedagogické centrum Skuteč.

„Z paní učitelky jsme skutečně nadšení,“ sdělují rodiče a vypočítávají, co oceňují: „Při výuce se řídí zprávami z SPC, Kristýnce se snaží všechno vizualizovat, o všem nás informuje e-mailem, dle možností se snaží pořizovat speciální pomůcky do školy.“

Kristýnka dělá pokroky. „Už jen v oblasti grafomotoriky, kdy ze začátku nebyla schopna nakreslit rovnou čáru,“



říká maminka. „*Tam je obrovský posun. Vyzkoušeli jsme také kroužek sportovek při škole, ale Kristýnka byla po nějakém čase velmi unavená, tak jsme kroužky nakonec zrušili a necháváme jí prostor na odpočinek.*“

I ve volném čase však rodiče nenápadně pracují na rozvoji komunikace. Osvědčilo se jim malované čtení, hry Logico primo, Kristýnka má povolená i některá videa na YouTube, kde i naposlouchává mluvu.

Na základě doporučení z rodiny rodiče vyzkoušeli biofeedback, na který pravidelně s dcerkou dojíždějí každý týden. „*Tato terapeutická metoda přinesla obrovský posun v koncentraci a soustředění. Kristýnka vydržela následně sedět u úkolů a ve škole při hodinách,*“ říká maminka.

„*Pravidelné dojíždění a samotná terapie byly sice nákladné, ale říkali jsme si, že to je to nejmenší, co můžeme pro dcerku udělat,*“ sdělují rodiče.

Nakonec na doporučení pediatra zkusili podat žádost o příspěvek na péči, který jim byl po roční anabázi schválen. Na rodičích je během vyprávění patrné, že se dosud neztotožnili s myšlenkou získání financí od státu či nadací. „*Chtěli jsme se o dcerku postarat sami, ale vzhledem k finančním nárokům kladeným na dojíždění k lékařům, na zajištění servisu a provozu sluchadel jsme rádi, že ten příspěvek máme,*“ přiznávají.



RODINA A LOGOPED, PSYCHOLOG, FONIATR, GENETIKA, PORADCE SPC

Péče o dítě se zdravotním postižením leží převážně na bedrech rodičů. Bylo by to však ještě mnohem těžší, nebýt spolupráce s odborníky z různých oblastí. S Kristýnkou rodiče stále docházejí na foniatrii, k psychologovi, do SPC Skuteč, na logopedii, kde postupně pracují na odbourání zadrhávání, na poruchách plynulosti řeči, na celostním rozvoji dítěte.

„*Jsmo rádi, že se na ORL v Hradci Králové konají mezioborová kazuistická setkání, během kterých si mohou odborníci sdělit poznatky k jednotlivým dětem a nám tak odpadá role prostředníků,*“ oceňují Pavel s Evou.

Během posledního roku se Kristýnce výrazně zhoršil sluch. „*Má vysokofrekvenční vadu sluchu, kdy na hlubokých tónech slyší celkem dobře, ale vysoké tóny vnímá velmi špatně, spíše nevnímá vůbec,*“ zasněcuje mě maminka do aktuálního stavu a sděluje, že jim byl doporučen kochleární implantát. Zatím jsou rodiče ve fázi studování materiálů o možnostech a značkách kochleárních implantátů.

„*Je to těžké,*“ přiznává Eva. „*Kristýnka je první dítě, kladli jsme si otázku, proč zrovna my. Neustále jsem přemýšlela, co jsem udělala špatně, zda jsem to třeba nezavinila něčím v těhotenství. Bylo pro mě úlevné zjistit, že sluchové postižení máme geneticky podmíněné.*“

Eva s Pavlem říkají, že jim pomáhá i přístup širší rodiny. Prarodiče mají s vnučkou od narození krásný vztah a snaží se vypomáhat.

Přesto rodiče při pomyšlení do budoucna pocítují obavy. Kladou si otázky, jak bude dcerka zvládat přestup na druhý stupeň, kde jsou na děti kladeny větší nároky, a hlavně nastupuje puberta. „*Ale snad to zvládneme. Máme nastaveno, že si hodně povídáme. Když nevíme, co se děje, tak nedokážeme pomoci. A když to víme, tak umíme pomoci, vid’?*“ obrací se maminka na Kristýnku. Ta souhlasně přikyvuje.

Oba rodiče se shodují, že ve výchově se snaží nezlehčovat dceřiny pocity, emoce, strachy a říkají jí pravdu, byt nemusí být zrovna příjemná. „*Ještě jsme se úplně nesmířili s dceřinou vadou sluchu, ale naučili jsme se s tím nějak žít. Dítě musíte přijmout takové, jaké je,*“ říkají. „*Je prostě naše!*“ spočinou rodiče láskyplným pohledem na své dcerce.

Kristýnka má s rodiči před sebou ještě náročnou cestu. Důležité však je, že mají podporu osob, které je mohou na jejich cestě doprovázet.

Připravila Bc. Romana Procházková, DiS.,
vedoucí Sociálně aktivizačních služeb
pro rodiny s dětmi CDS Tamtam v Pardubicích
Fotografie archiv rodiny





RONDO 3

Neuvěřitelně jednoduché. Jednoduše neuvěřitelné.

Ranní procházka do školy. Oběd v jídelně. Poslední vyučovací hodina. Zvukové okolí dítěte se neustále mění. To je důvod, proč se RONDO 3 umí automaticky přizpůsobit jakémukoliv zvukovému prostředí, utlumit rušivé zvuky pozadí a poskytnout tak Vašemu dítěti co nejlepší možný sluchový zážitek. Ať už se jedná o poslech učitele ve výuce nebo při hraní venku s kamarády.



Chcete se dozvědět víc?

medel.com/RONDO3

ZVLÁDÁNÍ NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH CHCE ČAS A TRPĚLIVOST

DĚTSKÝ SVĚT JE PLNÝ FASCINUJÍCÍCH PROMĚN A ÚŽASNÝCH OBJEVŮ. KAŽDÝ DEN PŘINÁŠÍ NOVÁ DOBRODRUŽSTVÍ A S NIMI I VÝZVY, KTERÉ JE NUTNÉ ZDOLÁVAT. PRO NĚKTERÉ DĚTI VŠAK CESTA VÝVOJE ZAHRNÚJE I PŘEKÁŽKY V PODOBĚ NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH. TYTO PORUCHY, MEZI KTERÉ PATŘÍ NAPŘÍKLAD DYSFÁZIE, PORUCHY KOMUNIKACE, AUTISMUS ČI ADHD, OVLIVŇUJÍ ZPŮSOB, JAKÝM MOZEK ZPRACOVÁVÁ INFORMACE A ŘÍDÍ CHOVÁNÍ JEDINCE. DO TAJEMNÉHO SVĚTA (NEJEN) DĚTSKÉHO MOZKU A PROBLEMATIKY NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH JSME NAHLÉDLI S DĚTSKOU NEUROLOŽKOU KATARÍNOU ČESKOU.

Která onemocnění řadíme mezi neurovývojové poruchy?

K nejčastějším neurovývojovým poruchám, se kterými se jako dětský neurologové setkáváme, patří poruchy autistického spektra, poruchy řeči jako vývojová dysfázie, různé dyslálie, poruchy aktivity a pozornosti, tikové poruchy až po Tourettův syndrom a mentální retardace různého původu.

Dá se říci, jaké jsou příčiny těchto onemocnění?

To se, bohužel, úplně přesně říci nedá. Samozřejmě, že došetřování původu těchto onemocnění je mnohem dál než třeba před 5 lety. Dnes už mnoha dětem děláme i genetické vyšetření, které v nějakém procentu a v závislosti na diagnóze dokáže stanovit i etiologii, tedy původ onemocnění. Třeba u autismu je to už kolem 15 procent. Jasná příčina těchto neurovývojových poruch se ale stanovit nedá, což je celosvětově velký problém. Předpokládá se, že je ovlivňuje jednak genetika, ale i vliv prostředí ve smyslu urbanizace a znečištění, a také vyšší věk rodičů. Jasnou kauzalitu ve většině případů nemáme, ale jde o multifaktoriální onemocnění.

Mohou si někde rodiče najít relevantní informace o těchto poruchách?

Před nějakým časem jsem informace sama dohledávala pro studenty a díky tomu jsem zjistila, že neexistuje jedna webová stránka, kde by byly informace pohromadě. Existují spíše dílčí stránky, které patří většinou neziskovým organizacím jako například *Paspoint* o dětech s autismem. Často bývají lépe propracované zahraniční stránky psané v angličtině, takže pokud někdo nemá jazykovou bariéru, může je využít. U česky psaných internetových stránek je to spíše o hledání než o jednom webu, kde by si rodiče opravdu přehledně mohli projít základní informace.

Pojďme se teď věnovat nejčastějším neurovývojovým poruchám. Jak se projevují? Co může být znamením, že něco není v pořádku? A kdy to začít řešit?



Začneme dysfatickými dětmi. Dovolila bych si je rozdělit na takové dvě hlavní skupiny. První je čistý dysfatick, který nemá žádné další neurovývojové onemocnění, nebo se u něj jen minimálně projevuje motorická dyspraxie a podobně. Toto dítě je ve většině případů velice zdatné v neverbální komunikaci, zatímco ta verbální hodně pokulhává. Dítě nedosahuje ve svých věkových milnících standardizovaného množství slov, což je například ve dvou letech zhruba 100 slov. Dítě tedy už v batolecím období nenaplní tyto milníky, ale velice dobře rozumí a nahradí si komunikaci neverbálním způsobem. Používá gesta, posunky, domlouvá se očním kontaktem. Je velice společenské, ale vývoj řeči prostě stagnuje. To je asi ta nejpříznivější situace. Horší je ta druhá, velice častá skupina – když dítě ani nerozumí. Pak se k tomu nabalují další potíže, protože dítě nedokáže adekvátně navázat ani tu neverbální komunikaci. Cítí se ztraceno ve světě a opravdu se projevuje spíše jako kalendářně mladší dítě, v podstatě může působit autisticky nebo i retardovaně, protože v batolecím věku se řeč stává hlavním nástrojem, jak dítě získává informace. Takové dítě prostě nemluví a rodič má pocit, že mu nerozumí, neotáčí se na pokyny. Tyto děti mívají výrazné stavy vzteku a agresivity, ale ono to opravdu často plyne, samozřejmě kromě temperamentu a povahy, z pocitu nepochopení. Pozorovat můžeme i další příznaky. Dítě může být hypersenzitivní nebo hyposenzitivní na nějaký senzorický vjem, například zvuk – zacpává si uši. Nebo naopak na nějaký hmatový podnět, taktilní dotek, na vestibulární podněty, třeba se rádo a často točí. Dysfatické děti také mají často problém s příjmem potravy, a to už od kojeneckého věku. Vyhybají se některým konzistencím nebo barvám jídla, strukturám, texturám. Rodiče někdy popisují také problémy se spánkem. To jsou takové ty velice jemné náznaky, které ale ještě nemusí ve vývoji batolátka nic znamenat, pokud jsou ojedinělé, nebo pokud mají tendenci mizet. Ale pokud mají tendenci se fixovat a zvyrazňovat, je třeba to řešit. Markantní rozdíly mezi standardním a nestandardním neurovývojem pak vykazuje dítě ve školce.

Jaké další poruchy patří k těm nejčastějším?

Autismus je dnes u dětí, bohužel, také velmi častý. U této diagnózy lze jmenovat náznaky pozorovat už kolem prvního roku života. Děti ztrácejí zájem o nějakou řízenou činnost, nemají rádi kolektivní zábavu, vyžadují samostatnou hru, nebo naopak přísně přítomnost matky, aby se třeba jen koukala. Často nechtějí, aby do hry, která je obvykle stereotypní, zasahovala. Zase je ale třeba na to nahlížet trochu „z výšky“. Občas přijdou rodiče, že dítě stále řadí autíčka do řady a jsou vyděšení, že se jedná o autismus. Jde ale často o dysfatické děti. Ty totiž, jak jsou trochu znatené v prostoru a nemohou se plně orientovat podle řeči, mají rády řád a někdy předměty nebo barvy řadí podle nějakého klíče a vzorce. A pak to působí autisticky. U autistických dětí absentují gesta. Ukazování není cíleně prstem, ale celou rukou nebo různým stočením ruky bez navázání očního kontaktu. Dítě se neotáčí na oslovení. Vběhne do cesty bez toho, aby si vyžádalo pohledem souhlas, nebo odejde s cizí osobou. A pak to samozřejmě také často jsou i při této diagnóze poruchy příjmu potravy.

A co hyperaktivní děti? Kdy se dá u dítěte diagnostikovat ADHD?

S ADHD je to velice těžké. Podle zahraničních zdrojů by se před 4 rokem života dítěte odborník s rodiči o ADHD vůbec neměl bavit. Dítě se v tomto věku vyjadřuje často pohybem. Není ještě úplně jazykově zdatné, má velice rádo pohyb a pohybem se i učí. Proto si třeba děti ve školce tak často vytleskávají, k básničkám používají různé motorické pomůcky. Po 4. roce života už je ale třeba to sledovat. Rodiče mohou pozorovat, že dítě nemá úplně ideální pozornost, má sklon k destruktivnímu chování, velice rádo a často mění činnosti. Typicky vydrží u řízené činnosti jen několik vteřin, déle jen u té, která ho baví – například stavění lega. Dítě často odbíhá i od jídla, nebo je u něj výrazně neklidné, houpe se a podobně. Často jsou to nespavci, nebo jim stačí jen krátká doba spánku. Je-li diagnózou opravdu čisté ADHD, pak jde

vesměs o velice inteligentní děti, které nemají problém v kognitivním smyslu. Ale samozřejmě, neurovývojová onemocnění se ráda nabalují jako efekt sněhové koule. Tak se často s ADHD pojí třeba neobratnost jmen motoriky, grafomotoriky. Diagnóza ADHD stojí na dotazníkových šetřeních, takže je tam hodně subjektivní pohled rodičů. Pro někoho je něco už moc, pro někoho je to ještě v pohodě. Myslím si, že se tato diagnóza dnes hodně nadužívá, že v podstatě každý druhý chlapec ji má, i když jeho nervová soustava ještě není úplně zralá. Podle mne je třeba mezi 4. a 6. rokem sledovat dynamiku pozornosti dítěte. Pokud s ní má dítě problém, diagnóze neunikne a pak jsou na místě podpůrná opatření při vstupu do základní školy.

Jak probíhá diagnostika u neurologa? Na co se mají rodiče a dítě připravit?

Základem neurologického vyšetření je anamnéza. A samozřejmě vyšetření neurologickým kladívkem, vyšetření hlavových nervů a hybnosti končetin, zjištění obvodu hlavičky, případně nějakých obličejových stigmat. Ve většině případů to není pro dítě náročné. Pokud není diagnóza, například u dysfázie či autismu zcela jasná, dítě si pozvu za 2–3 měsíce na kontrolu. Dítě u té první návštěvy může být hodně nervózní, může působit hyperaktivně, může být nevyspalé. Vstupuje do toho mnoho aspektů, a tak není často možné posuzovat nález a stanovit závěry z jednoho sezení. To by mohlo pacienta poškodit.

Já se vždy snažím pečlivě odebrat anamnézu, i tu rodinnou, jestli je tam v rámci neurovývojových onemocnění nějaká zátěž. Ptám se na celkový vývoj dítěte, zda tam není od začátku nějaký problém, který si rodiče neuvědomují, ale zpětně na něj přijdeme. Jestli se ten problém objevil najednou, dítě doposud bylo v pořádku a došlo k regresi, což je pro neurologa velice významná záležitost. Pak se musí vyšetření rozšířit třeba o magnetickou rezonanci mozku, genetické vyšetření nebo o metabolický screening. A pak mě zajímá, zda došlo k zhoršení po nějaké události, očkování či infektu. Sleduji i další komorbidity, nejen neurologické, ale třeba i psychiatrické. A zajímá mě i socializace toho dítěte. Jak se od batolecího období začleňuje do kolektivu, jak probíhala adaptace ve školce, zda má dítě kamarády a podobně. Zajímám se o spánek, o příjem jídla, o případné slinění. Všímám si dítěte i v průběhu vyšetření.

Na neurologické vyšetření je třeba si udělat čas. Chci také, aby dítě viděl psycholog, logoped, foniatr a oční lékař. Abychom – laicky řečeno – měli jistotu, že se vstupují do hlavičky dostávají, že tam není třeba sluchové či zrakové postižení. Za ztrátou pozornosti nebo neobratností může stát sluchová či oční vada, která „utekla“ pediatrii.

Trochu jste mi už odpověděla. Chtěla jsem se zeptat, zda je součástí neurologické anamnézy, například u poruchy komunikace, vyšetření u foniatra, aby se vyloučila sluchová vada. Měla jste v praxi případ, že nešlo, řekněme, o dysfázii, ale o sluchové postižení?

MUDr. Katarína Česká, Ph.D.,

je absolventkou Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Již 10 let pracuje jako lékař na Klinice dětské neurologie FN Brno a LF MU a také na Soukromé klinice LOGO jako dětský neurolog. V průběhu klinické práce si na Masarykově univerzitě doplnila vzdělání 3. stupně a dosáhla tak titulu Ph.D. Doktorská práce byla zaměřená na potenciální diagnostické a terapeutické markery dětských epilepsií. Na Klinice dětské neurologie se věnuje přednáškové, publikační činnosti a výukové činnosti mediků a nelékařských pracovníků. Ve své klinické ambulantní práci se věnuje pacientům zejména s neurovývojovými onemocněními, dále také pacientům s postižením motorického systému, a to především v rámci dětské mozkové obrny.

Určitě ano, ale nebývá to časté. Sluch se už výrazně sleduje, je jednak novorozenecké screeningové vyšetření a pak screening v 5 letech. A mám pocit, že sluch bývá to první, co pediatři řeší. Pokud se dítě neotáčí na jméno či nereaguje na zvukové podněty, lékař je pošle na vyšetření sluchu.

Máme stanovenou diagnózu. Víme, že jde o některou z neurovývojových vad. Co se děje dál?

Bavíme-li se o dysfázii, ta by měla splnit nějaké psycholingvistické charakteristiky. To znamená, že neurolog by v podstatě tuto diagnózu stanovit neměl. Víme samozřejmě, jaké to má příznaky, ale dítě by měl vidět foniatr, otestovat klinický logoped a samozřejmě psycholog, který stanoví intelektovou rovinu. Neurolog má spíše vyloučit případný organický problém. Pacienti chodí i k nám do ambulance opakovaně na kontroly, ale v případě čisté dysfázie následuje intenzivní logopedie. Jde-li o významné opoždění, určitě doplňujeme i magnetickou rezonanci a genetické testy. A pokud má dítě přidružená i postižení motoriky a podobně, následuje ergoterapie, fyzioterapie, terapie sensorické integrace. Vždy upozorňuji rodiče, že je třeba vybrat určitý počet terapií, na které dítě chodí pravidelně a ze kterých profituje. Nemíchat všechno dohromady, aby dítě nebylo přetížené a vše zvládlo.

Včasnost diagnostiky je tedy důležitá?

Myslím si, že je klíčová. Zejména u dětí s poruchou autistického spektra. Screening M-CHAT-R (*Screeningové vyšetření batolete, skládající se z dotazníkového šetření, kdy rodič odpovídá na 20 otázek ohledně vývoje dítěte a jeho dovedností v sociálně komunikační i psychomotorické oblasti – pozn. redakce*), který probíhá v 18 měsících věku dítěte, je nezbytnost. Bohužel se setkávám i s tím, že byl dotazník vyplněn přes internet nebo nebyl vyplněn vůbec, přesto že jde o povinný screening.

Existují nějaké strategie, případně pomůcky, díky nimž je možné lépe zvládat tyto poruchy?

Záleží to samozřejmě na diagnóze, ale kauzální terapie neexistuje. Neurologové ještě doporučují komplexní péči v rámci doplňování omega mastných kyselin a vitamínů a oxygenoterapie. V rámci terapie ADHD mají psychiatři možnost lékové intervence, u dětí s autismem dokážeme ovlivnit poruchu spánku, logopedi umí ovlivnit orofaciální stimulaci, rehabilitace pomůže i s příjmem potravy. Ale neexistuje žádný lék, který bychom pacientovi s touto diagnózou podali, a ona by se přes noc vytratila. Všechno jsou to spíše podpůrná opatření.

Zvládání neurovývojových poruch je tedy hodně o rodičích a širší rodině...

Ano. Určitě to chce čas a trpělivost. To je pro dítě nejvíc. Někdy je to těžké, protože i přes dobrou práci logopeda i rodiny terapie nepostupuje tak, jak by si rodiče i lékaři přáli. Chce to čas. A rodiče právě více než čas, trpělivost a bezpodmínečnou lásku dát nemohou. Tyto děti jsou chytré, ale jsou jiné, zkrátka nezapadají do nějakého obecného průměru. Třeba u diagnózy ADHD říkám maminkám: Využijte přednosti dítěte. Má dobré motorické schopnosti, bude vynikat ve sportu. A ta nepozornost? Je to neurovývojová porucha, to znamená, že má tendenci se s věkem lépešit. Teď je třeba dítě podpořit a brát ho takové, jaké je. Nic lepšího rodič dítěti dát nemůže.

Mají tedy rodiče naději, že se neurovývojová porucha s věkem upraví?

Ano, ale záleží na tom, o jakou vadu jde. Víme, že u poruch autistického spektra hodně rozhoduje, do jaké míry je poškozen kognitivní profil, zdali má dítě i mentální retardaci. Pokud ano, s velkou pravděpodobností bude doživotně závislé na rodičích. Při lehké formě, jako je Aspergerův syndrom, děti v dospělosti budou normálně pracovat, i když v oblastech, kde nejsou tolik vyžadované sociální interakce. Ale budou soběstačné. Prognóza lehké dysfázie je také velice dobrá, většinou se v předškolním či mladším školním věku vytrácí a zůstává v podobě nějaké lehké poruchy školních dovedností jako je dyslexie, dysgrafie a podobně, ale to jde časem také významně zlepšovat. S motorickou dyspraxií člověk nebude v budoucnu vyšívat, ale najde si zaměstnání podle svých možností. S těmito mírnějšími formami vad mnoho z nás žije, jen nejsme diagnostikováni,

protože dříve diagnostika nebyla tak přístupná. Pacienti s těžkým ADHD to mohou mít samozřejmě v dospělosti těžší. ADHD roste s nimi, pozornost i nadále zůstává mírně poškozena. Hyperaktivita už třeba není tak významná, ale pořád je vidět. A tak mohou častěji měnit zaměstnání, mohou být nespokojeni v rodinných vztazích, emočně nestabilní a s tím mohou souviset úzkosti či deprese. Takže, budoucnost závisí na diagnóze, její závažnosti a postižení. Ale rozhodně to neznamenal, že má-li dítě neurovývojovou vadu, je diskvalifikováno. Naopak, dnes jsou výsledky léčby a tím i vyhlídky pro dítě velice dobré.



Připravila Mgr. Radana Ardelťová,
koordinátorka komunikace CDS Tamtam
Fotografie Canva.com



SNOEZELLEN – HRAVÁ CESTA K ROZVOJI



Představte si prostor plný tlumeného světla, polštářů, zajímavých světelných prvků a uklidňujících zvuků a vůní. Místo, kde se příjemnou formou stimuluje a rozvíjí smyslové vnímání. Takový svět nabízí Snoezelen terapie, která se stává stále populárnější metodou podpory nejen pro děti a dospělé se zdravotním postižením, ale třeba i pro unavené a přetížené zaměstnance. Principy fungování multisenzorických místností, jejich benefity a využití v praxi nám přiblížila lektorka a poradkyně Dagmar Mega, která se smyslovému vnímání, fungování mozku a osobnímu rozvoji věnuje již patnáct let.

Snoezelen je terapeutický přístup, který vychází z holandských slov snuffelen (čichat) a doezenen (odpočívat). Jde o vytvoření multisenzorického prostředí a specifického přístupu, který může fungovat i bez tohoto prostředí, pokud se aplikuje „snoezelenově“. Snoezelen bývá speciálně upravená místnost, v níž lze regulovat množství podnětů a jejich intenzitu. Tím se liší od běžných prostředí, protože tady se pracuje intenzivně se smysly a smyslovým vnímáním cestou pozitivního zážitku. Pomáhá to například lidem s hypersenzitivitou, kteří jsou přecitlivělí na určité

smyslové podněty, například některé zvuky. Kvůli nim mohou být nepozorní, neklidní. Prostorů prospívá i lidem s hyposenzitivitou, jejichž citlivost je snížena a potřebují intenzivnější podněty, proto si je sami „vyrábějí“. Děti třeba více běhají, skáčou, bouchají. Snoezelen jim nabídne podnět, který vyhledávají, v intenzitě, jakou potřebují. Druhá věc je přístup Snoezelen. Tady jde o doprovázející činnost, pro kterou je důležitá volba klienta. Tedy, že si sám vybere, co by chtěl dělat. Pracovník zaškolený do tohoto přístupu – často to bývá speciální pedagog, psycholog, psychoterapeut – jeho výběr respektuje. Ačkoliv vzhledem k odbornosti ví, co by klientovi mělo a mohlo pomoci, ve Snoezelenu je v roli průvodce. Respektuje klientovo tempo, výrazně zpomaluje, v naší uspěchané době nahradí kvantitu kvalitou. A s tímto snoezelenovým přístupem mohou pracovat i v běžném prostředí – ve škole nebo v přírodě. Jen pak není taková možnost zredukovat podněty, které mě mohou rozptylovat jako např. vítr, zpěv ptáků apod.

PRO KOHO JE SNOEZELLEN VHODNÝ

Úplně pro všechny. Opakovaně vyvracím mýtus, že Snoezelen je pouze pro děti s postižením. Multisenzorické prostředí využíváme ke zklidnění a relaxaci, ale i aktivizaci a stimulaci. Prostřednictvím smyslového vnímání urychlujeme všechny tyto procesy. A tak tento princip funguje u dětí, u seniorů, ale také u výkonných manažerů, přetíženého personálu či unavených rodičů, kteří si také potřebují odpočinout nebo zaktivizovat. Snoezelen je pro všechny, ale potřebujeme v něm průvodce, který umí pracovat s danou cílovou skupinou. A potřeby dětí s postižením, třeba i se sluchovým postižením, jsou samozřejmě jiné než potřeby rodičů či workoholiků.

Před první návštěvou Snoezelenu se doptávám rodičů nebo doprovázející osoby, jestli dítě netrpí epileptickými záchvaty, nemá fyzická omezení, případně jiné specifické potřeby. Místnost dopředu připravím tak, aby byla pěkná a pro dítě zajímavá. Dítě vejde, vidí světýlka, cítí vůni, na pozadí hraje tlumená hudba. Nejprve se dívá, vše si prohlíží, zkoumá. Prvním velkým lákadlem je bublinkový válec, tak si ho jde prohlédnout, chytne si světelná vlákna. První návštěva je tedy o objevování prostředí. Až pak přijde aktivní zapojení, kde už pracujeme se stimulací. I když to nevypadá úplně aktivně, mozek intenzivně vnímá nové podněty, zpracovává, co se mu líbí nebo ne, zapojuje kognitivní funkce. A nakonec přijde neméně důležitá

Mgr. Dagmar Mega se specializuje na využití smyslů pro aktivizaci mozku – paměti, pozornosti i odolnosti vůči stresu. Jedním z jejích stěžejních témat je multisenzorické prostředí Snoezelen pro relaxaci, posílení mentální odolnosti a zlepšování kognitivní rezervy, což pomáhá zvládání stresu a lepšímu učení. Vnímání těla a typologii osobnosti zohledňuje i v tématech komunikace, osobního rozvoje. Absolvovala akreditované kurzy výcviku pro vedení terapeutického rozhovoru, výcviky koučinku, neurolingvistického programování aj. Zkušenosti s multisenzorickým prostředím Snoezelen získala na zahraničních stážích a školeních ve Velké Británii, v uceleném certifikovaném výcviku ISNA ve Švýcarsku i prací v dalších evropských zemích. Je autorkou projektu *Mozek a smysly* a vedle školení také pravidelně pořádá online konference s tematikou smyslového vnímání a Snoezelen.

relaxační část. Dítě si na chvilku lehne, prohlíží si podnět, už vlastně nic nemusí. V této části dochází k zakotvení nových poznatků, nového učení, všeho, co dítě prožilo. Na konci ještě děláme reflexi, co bylo nejlepší, jak by to mohlo vypadat příště. To jsou naše první setkání, seznamujeme se s prostředím.

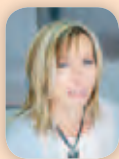
Abych mohla nastavit správný program, ptám se, na co se chceme zaměřit. Rodiče často přicházejí s tím, že dítě je neklidné, potřebujeme ho tedy zklidnit. Neudrží pozornost. Nebo nekomunikuje, má svou bublinu a my bychom chtěli, aby začalo komunikovat. Ve Snoezelenu pomalu, nenásilným přístupem pootevíráme ta dvířka. Dítě zjišťuje, že tam vše může být podle něj, že není do ničeho tlačeno.

Díky tomu je otevřenější a odkrývá správnou cestu. Někdy rodiče přijdou jen ze zvědavosti, protože slyšeli, že místnost je krásná a chtějí to s dítětem zažít. Teprve potom se domlouváme, co bychom z návštěv mohli vytěžit. Případně, že stačí jen zážitek a relaxace, protože dítě chodí na spoustu jiných terapií. A ve Snoezelenu se mu líbí a potřebuje si v něm hlavně odpočinout. Jako kontraindikace se často uvádí epilepsie. V multisenzorických místnostech zpravidla svítí světýlka, blikají různé pomůcky, jsou tam točivé pohyby – to bývají nejčastější spouštěče epileptických záchvatů. Ale neznamená to, že by lidé s epilepsií nemohli Snoezelen využívat, jen se prostředí nastavuje méně kontrastně. Výhodou je, pokud

JAK SNOEZELEN POMÁHÁ – ZKUŠENOSTI Z PRAXE

Přišla za mnou maminka s holčičkou s podezřením na problémy v autistickém spektru s obavou, že dcera nezvládne docházku do školy. Těšila se, má ráda děti, ale po příchodu jí to tam nesvědčilo, byla nesvá a časem se škole vyhýbala. Ale mrzelo ji to, protože do školy chtěla chodit. Maminka zvažovala domácí výuku. Pak přišly do Snoezelenu, protože se dozvěděly, že dětem s poruchou autistického spektra prospívá. Holčička byla komunikativní. Hrály jsme si s různými věcmi, mimo jiné i se světýlky. Ukázalo se, že jí vadí ostré bílé světlo. A byly jsme „doma“. Ve škole jí vadily bílé zářivky na stropě. Tak jsme si začaly víc hrát s barevnými brýlemi, nebo stačila kapuce či kšiltovka. Příčinou jejího neklidu nebyl velký dětský kolektiv a ruch, jak to u lidí s PAS často bývá, ale ostré bílé světlo. Dnes učitelé i spolužáci vědí, že když má ve třídě na hlavě kšiltovku nebo na očích barevné brýle, je spokojená. I ona o tomto problému ví a může si vyžádat tlumenější osvětlení. Znalost vlastního senzorického profilu je velká výhoda. Snižuje smyslové přetížení, redukuje stres a dává nám nástroje, jak s tím pracovat. A právě multisenzorické prostředí v tom výrazně pomáhá.

Mgr. Dagmar Mega,
lektorka Snoezelenu



Ze své praxe se mohu podělit o dvě zkušenosti, kde Snoezelen plní velkou úlohu v sebepěči v rámci terapie a navrácení klienta zpět k sobě pomocí relaxace a zapojení více smyslových vjemů. V našem Snoezelenu v Centru pro dětský sluch Tamtam je mezi dětmi (i dospělými) nejoblíbenější houpačka ve světlé místnosti (viz foto str. 14). Někdy dítěti stačí stočit se v ní do klubíčka a celá konzultace nebo její významná část proběhne odamtud. Dítě se těsně u země houpe, terapeut sedí naproti němu na koberci. Oba jsou blíže podlaze, jsou stejně naladěni a jejich rozhovor má jiný nádech než v běžné pracovně. Je v tom hravost i bezpečí. Jedním z mých klientů, který využívá jistoty prostředí houpačky, je i chlapec s kombinovaným postižením. Chodí do 6. třídy základní školy, ale jeho vnitřní svět je stále velmi dětský. Se Snoezelenem získal první zkušenosti již v lázních a kvůli neklidu a napětí jsem mu ho nabídla znovu. Kromě houpačky miluje i vodní postel. Jednou jsme měli Snoezelen připravený do tématu moře – projekce, vodní válec, vůně, zvuky a plyšová mořská zvířátka. Chlapec se pohupoval na posteli jako na vlnách a předstíral, že je delfín. Nejdříve šlo jen o houpání, náznaky plavání a zvuky, později ale začal vyprávět příběhy z delfíního života – jak je sám, stýská se mu po kamarádech, co prožívá. Někdy to takhle zůstane. Ale u některých dětí – a zrovna u toho chlapce se to velmi daří – mu nabídnu pomocí jemných otázek možnost přemostění do běžného života. Dítě si skrze hru ve velmi bezpečném prostředí odehraje příběh, který odráží, co samo nyní prožívá. Vžije se do toho, protože to tam šplouchá, voní, hraje i tělem. A to je úžasné. Málokdy to u dítěte navodíte, když je v místnosti jen židle a stůl. Prostřednictvím bezpečného, hravého, projektivního materiálu, kterým tady byl plyšový delfín, dítě příběh snáze popíše. Je v tom pro něj velké bezpečí. Protože nemusíme jít dál, do reality, pokud samo nechce, vždy záleží jen na něm.

Mgr. Marie Holyanská,
psycholožka z CDS Tamtam



klient zná své spouštěče a můžeme se jim vyhnout. Je určitě dobré zjistit i případná fyzická omezení. A vždy se ptám, zdali je ještě něco, co bych měla vědět. U nových klientů, především těch s kombinovaným postižením, беру do Snoezelenu i osobu, která je zná a dokáže mi říci, zda jejich projevy jsou výrazem radosti, nebo naopak. Vždy musím mít komunikační kanál s klientem.

DĚTI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

To, že mám sluchové postižení, neznamena, že mám úplně stejné potřeby jako jiní lidé se sluchovým postižením. Ve Snoezelenu můžu často upřesňovat svůj senzorický profil. To znamená, jestli jsem třeba citlivější na hmat, nebo jestli potřebuji více proprioceptivních podnětů, což jsou podněty z oblasti těla. Například, některé děti se potřebují více válet, potřebují intenzivněji cítit protitlak, takže se zapírají, kopou nohama apod. Někdo si pak řekne: Vzteká se, protože neslyší, on tomu nerozumí. Přitom se může jednat o fyziologickou potřebu mozku, který si chce dovytvořit tyto podněty, protože je ke svému rozvoji potřebuje. Sluchové postižení může působit stres. Když něco neslyším, nerozumím, způsobuje to frustraci a brzdí ve vývoji komunikační dovednosti. Proto multisenzorické prostředí a přístup Snoezelen může těmto dětem přinést úlevu a snížení stresové zátěže, kterou si často okolí ani neuvědomuje. Přístup je respektující a rodičům, pečujícím osobám, odborníkům, specialistům i terapeutům přináší vhled do toho, co by dítě doopravdy potřebovalo. Na to v běžné terapii často chybí čas, protože tam jdu se svým expertním přístupem: „Vím líp než ty, co potřebuješ, tak to pro tebe udělám.“ Ale dítě nám může ukázat, že potřebuje více točení, více pohybu, protože v běžném prostředí je má v nedostatečné intenzitě. Podle toho pak můžeme vytvořit nebo upravit tzv. senzorickou dietu, což je soubor aktivit a podnětů, které se zařazují během dne, aby doplnily potřebné podněty pro lepší učení i zklidnění. Ve Snoezelenu mohu také dobře vytvářet nové smyslové emoční kotvy – např. vůně, které si spojí s pohodou, úlevou, že tady nic nemusím, že máme věci pod kontrolou. Pak takovou vůni můžeme použít v situaci, kdy je dítě přetížené. Kdy je vyžadována jeho pozornost, například při učení. Snaží se, ale ono mu to nejde, postupně se dostává do stresu, tak si vytáhne tuto vůni, nadechne se, vydechne, a tím se snadněji uklidní, sníží stresovou zátěž. Ve Snoezelenu také můžeme více rozvíjet komunikaci, znakování atd., protože tam dítě udrží pozornost delší dobu.



KDE SNOEZELENY NAJDEME

Speciální školy, domovy pro osoby se zdravotním postižením, integrační či rehabilitační centra často Snoezelen mají. Snažím se dostávat multisenzorické místnosti do běžných škol a školek, kam určitě patří. A jsem ráda, že Snoezeleny vznikají čím dál více i v komunitních centrech, kde jsou přístupné širší veřejnosti. Tak, jak potřebujeme wellness centra na odpočinek pro tělo, potřebujeme i Snoezeleny, aby si odpočinuly i naše smysly. Není přesně dané, co má ve Snoezelenu být. Platí pravidlo, že méně je více. Místnosti mohou být malé i velké. Mají být ale zrakově sjednocené – bílé, černé – a spíše prázdné, aby podnětů nebylo příliš. Vše má být nastavitelné – množstvím i intenzitou. Častým prvkem, který bývá se Snoezelenem spojený, je bublinkový válec, někdy i s rybičkami. Oblíbená jsou i optická vlákna – to jsou prvky, které doma běžně nemáme. Často tam doplňují zrcadla ve velké ploše, protože znásobí prostor i efekty a jsou skvělá pro terapeutickou práci. Snoezelen by měl být především útulný, proto tam najdeme spoustu textilií, baldachýny, polštáře, různé vaky a zátěžové deky. Zní tam hudba, jsou tam různé projekce, vůně.

Zakládejme Snoezeleny, nebojme se toho. Pokud dodržíme Snoezelen přístup, dá se začít i s málem. Stačí malá místnost, v ní polštáře, příjemný koberec, nastavitelné osvětlení. Nebo lze udělat z malého prostoru i černou místnost, do které dáme zpočátku jen ledkové pásky, UV světlo a zrcadla. Potom krůček po krůčku můžeme vybavovat dalšími prvky. Není třeba čekat na velké finance, abychom mohli začít.

Určitě je ale dobré už při zařizování absolvovat školení a doplnit si znalosti postupů a souvislostí o smyslovém vnímání. Navíc na školení jsou zážitkové aktivity,

abychom si Snoezelen princip zažili, navnímali, utvrdili se v tom podpůrném přístupu. Někomu to jde lépe, intuitivněji. Někdo se stále musí hlídat, aby se více upozadil, nedával klientovi dopředu pomůcky, ale počkal, až si je vyžádá – prostě i trpělivost se musí trénovat. S nadsázkou říkám, že nejhorší je prvních deset let.

Připravila Mgr. Dagmar Mega,
lektorka Snoezelenu,
redakce Mgr. Radana Ardelťová,
koordinátorka komunikace
CDS Tamtam

Fotografie archiv Dagmar Mega,
Canva.com a archiv CDS Tamtam



ZEPTALI JSME SE



Jaké existují diagnostické milníky při sledování vývoje dítěte z pohledu psychologie?

Tuto velice komplexní otázku lze zkoumat skrze mnoho pohledů. Historicky dle různých psychologických škol a autorit se lze zaměřovat na milníky psychosexuálního či psychosociálního vývoje, kognitivního vývoje, attachmentu, vývoje self, ale také na morální vývoj nebo vývoj genderu, sexuality a vrstevnických vztahů. Každým tímto „okénkem“ bychom nazírali na životní cyklus od raného dětství, přes batole, předškoláka, střední dětství po preadolescenci, adolescenci a pozdní adolescenci.

Čtenáři budou mít v tomto článku možnost blíže nahlédnout na milníky, které popsal psycholog Erik Erikson. Tato teorie zaujímá přední místo mezi teoriemi popisujícími duševní vývoj dítěte.

Psychosociálních stadií je zde popsáno osm a zjednodušeně se dá říci, že každá fáze je spojená se zásadním životním úkolem, zároveň každá fáze obsahuje určitý vnitřní konflikt, neboli síly, které působí na formování osobnosti dítěte.

Z hlediska diagnostiky dítěte tedy psycholog může zkoumat, jak a jestli byla vývojová krize vyřešena a jestli se dítě posunulo do dalšího stádia, nebo konflikt vyřešen nebyl a může to vysvětlovat potíže, specifické projevy, které například neodpovídají věku, historicky popsané například jako „pocity méněcennosti“.

Od narození do 1. roku je otázkou **základní důvěra vs. základní nedůvěra**. Hlavním úkolem tohoto období je získat důvěru v život a svět. Dítě důvěřuje sobě, svým blízkým, že mu pomohou naplňovat jeho potřeby. V opačném případě dítě nedůvěřuje a v lidech ani okolí se neorientuje, má pocit nejistoty. Zjednodušeně se dá říci, že tento první rok života ovlivňuje člověka v tom, jaký pohled na svět si odnese.

Získanou ctností je pak **naděje**.

Mezi 1. a 3. rokem je vývojovou otázkou **autonomie vs. stud, pochyby**. V tomto období velmi záleží na okolí a na tom, jestli dítětko v určitých oblastech může získávat

autonomii. Rádo by si svou samostatnost chtělo prosadit a začíná mnoho činností dělat samo. Zlobí ho, když se mu nedaří. Úkolem rodiče je nalézt rovnováhu v situacích, kdy dítě chce dělat to, co mu ještě nejde, například tu činnost celou neudělat za dítě, nebrat mu to a nepojmenovávat to jako nešikovnost, ale pouze dopomocť. V opačném případě se může stát, že dítě to zkoušet přestane a raději ve všem čeká na pomoc.

Dle v psychologii známého termínu (zóna proximálního vývoje) je dobré dítě v tomto období přiměřeně stimulovat tak, že mu nabízíme činnosti a úkoly o malou úroveň výše, než co již umí, toto dítě velmi baví a podněcuje k aktivitě, zvědavosti a rozvoji.

Získanou ctností je pak **vůle, síla chtění**.

Mezi 3. a 6. rokem je vývojová otázka popsána jako **iniciativa vs. vina**. V tomto období dítě poprvé začíná samo sebe hodnotit, začíná se tvořit sebevědomí i svědomí. Stěžejní je aktivita dítěte, především spontánní hra, činnosti, které ho baví. Dítě je potřeba v této spontánní aktivitě podporovat, podporovat jeho chuť poznávat svět i sebe, nepřehlášovat to vlastní iniciativou a nabídkami, a to z toho důvodu, aby se jedinec v budoucnu nebal dělat rozhodnutí, riskovat a zároveň vnímat zodpovědnost za své činy.

Získanou ctností je pak **účelnost, směřování k cíli**.

Další období mezi 6. a 12. rokem je charakterizováno konfliktem mezi **snaživostí a méněcenností**. Klíčová myšlenka tohoto rozporu by se dala shrnout do povzbuzení, aby děti od začátku školní docházky často zažívaly, že jsou v něčem dobré, a neměly neustálý pocit méněcennosti, že jsou například pořád „na chvostu“ celé třídy. Dítě se v tomto období začíná více porovnávat s ostatními. Toto je nutné brát v potaz například, když se (často po rozdělení první třídy) přerazují děti ze škol pro sluchově postižené do běžných škol. Vždy je potřeba vzít v potaz, jestli dítě, které bylo nejlepší ze třídy, nebude v běžné třídě o 30 žáků najednou zatíženo neustálými pocity neúspěchu či selhání. Primární je, aby dítě neztratilo chuť se učit a také jeho psychická pohoda.

Získanou ctností je pak **píle a kompetence**.

V následujícím období (12–19 let) se řeší konflikt mezi **nalezením identity vs. pocity nejistoty ve vlastní roli**.

V tomto období hraje vrstevnická skupina jedinečnou a nezastupitelnou roli, i když je v tom i určitá ambivalence, protože na jednu stranu by dospívající rád byl jedinečný a vůči vrstevníkům se vymezil, na druhou stranu si přeje a potřebuje s nimi co nejvíce splynout. Díky těmto procesům a také zpětné vazbě pak hledá vlastní jedinečnost a identitu, pozici mezi lidmi. Dospělý by pro ně měl být v tomto období někým, vůči komu se mohou vymezovat a také **díky těmto konfliktům a situacím získávat hlubší** sebeobraz o sobě a o své vztahovosti.

Zásadní potřebou pro dospívající je se od rodičů sociálně a emocionálně začít odpoutávat, aby se poté mohli do rodiny a vztahu vrátit v kvalitativně odlišné roli.

Dospívající v tomto období zápasí a hledají i hodnoty, smysluplnost života a svou roli v budoucnosti.

Při pozitivním vyřešení tohoto konfliktu se jedinec cítí sám sebou, přijímá se takový, jaký je, a dokáže sebe sama sdílet s ostatními. Věří, že má své místo na světě, má svou vizi života.

Získanou ctností je pak **poctivost, věrnost.**

Protože toto číslo DS se týká diferenciální diagnostiky u dětí, zůstaneme u tohoto „pátého věku“ a zbývající tři si lze dohledat v publikacích Osm věků člověka nebo Životní

cyklus rozšířený a dokončený. Zejména pozdní dospělost, tedy stáří, opravdu stojí za prozkoumání, jedná se o inspirativní vbleady.

Dotazy do psychologické poradny můžete posílat i vy na e-mail holyanska@tamtam.cz. V případě zájmu lze domluvit termín osobní návštěvy.

Je zaměstnavatel povinen mi poskytnout placené volno (propustku) při doprovodu dítěte ke klinickému logopedovi nebo klinickému psychologovi?

Doprovod dítěte do zdravotnického nebo sociálního zařízení patří dle zákoníku práce mezi takzvané jiné důležité osobní překážky zaměstnance v práci. Je nutné, aby poskytovatelem služby bylo zdravotnické zařízení, musí být tedy smluvním zařízením vaší zdravotní pojišťovny. Podmínkou také je, že úkony nešlo provést mimo pracovní dobu. Maximální délka volna je jeden den. V případě atestovaného klinického logopeda nebo klinického psychologa se tedy návštěva jejich ambulance bere za překážku v práci s nárokem na placené volno a oba titi odborníci vám mohou vystavit propustku.

Jiná situace je při docházení do soukromé psychoterapeutické praxe, nebo i při návštěvě speciálně pedagogického centra a pedagogicko-psychologické poradny. Zde zákon neukládá povinnost zaměstnavatele poskytnout zaměstnanci volno s náhradou mzdy. V tomto případě záleží poskytnutí neplaceného volna na individuální dohodě. Naopak nárok na placené volno vzniká i při doprovodu dítěte se zdravotním postižením do zařízení sociálních služeb.

Jsou nějaké možnosti na získání příspěvků ze strany nadací na neurovývojovou terapii/rehabilitaci a další podpůrné terapie?

Příspěvek na neurovývojovou rehabilitaci lze čerpat z vybraných nadací. Některé z nich mají vypsány přímo specializované programy na úhradu těchto nákladů. Ve většině případů musí terapie nebo rehabilitace probíhat na území České republiky.

Program *Fond Rehabilitace pro děti/pacienty s DMO* nebo jiným získaným postižením mozku má otevřený Nadace Agrofert. Finance lze čerpat za účelem hipoterapie u certifikovaných poskytovatelů této péče, pravidelnou ambulantní rehabilitaci a intenzivní rehabilitační péči, lázeňské pobyty.

Taktéž Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové má otevřen program v rámci *Fondu pomoci dětem s neurologickým onemocněním*. Příspěvek je poskytnut na úhradu neurorehabilitace dětí a mladých lidí do 26 let s neurologickým onemocněním v léčebných zařízeních v České republice a na Slovensku. Více informací a potřebný formulář naleznete na webu vdv.cz.

Rehabilitace pomáhá financovat také NADACE AGEL,

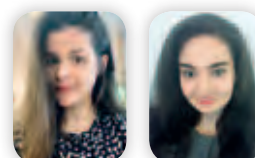


kteřá má na svých webových stránkách (nadace.agel.cz) přímo ke stažení formulář pro fyzické osoby k individuální žádosti o příspěvek. Podobným způsobem přispívá na rehabilitace a terapie i Nadace ADRA (nadace-adra.cz). Na spolufinancování nákladů na rehabilitace a terapie se lze obrátit i na Nadaci Z+M – Rovné šance. Formuláře a postup v žádosti o příspěvek naleznete na nadacezm.cz. V rámci programu *Individuální pomoc dětem s handicapem* nabízí možnost poskytnutí finančního příspěvku na terapie a rehabilitace i Nadace Naše dítě. Veškeré potřebné informace naleznete na webu nasedite.cz. Nadace J&T neposkytuje příspěvek na rehabilitace, ale má otevřený speciální program pro úhradu psychoterapeutických sezení nejen pro dítě, ale i pro pečující osoby. Více informací naleznete na webu nadacejt.cz, sekce Pomoc ohroženým rodinám s dětmi.

Samozejmě je také možné požádat o vypsání sbírky na některém ze sbírkových portálů – Donio, Z nesnáze, Patron dětí. Zde je ale nutné počítat s medializací příběhu.

V případě dalších dotazů se můžete obrátit na Sociální poradnu pro osoby se sluchovým postižením a jejich blízké na telefonním čísle +420 734 674 849 nebo na e-mailu socpor@tamtam.cz.

*Připravily Mgr. Marie Holyanská,
psycholog v Psychologické poradně
CDS Tamtam a Mgr. Denisa Poláčková,
sociální pracovnice CDS Tamtam
Fotografie Shutterstock.com*



STÁLE DOUFÁME, ŽE LUKÁŠE USLYŠÍME ŘÍCT MÁMA A TÁTA

PŘED 6 LETY SE MANŽELŮM WYSOGLADOVÝM Z VELKÉ POLOMI NARODIL SYN LUKÁŠ COBY JEJICH TŘETÍ DÍTĚ. POROD PROBĚHL NORMÁLNĚ A V TERMÍNU, AVŠAK NEDLOUHO PO NĚM DOŠLO U LUKÁŠKA K NEČEKANÝM ZDRAVOTNÍM KOMPLIKACÍM A NASTAL BOJ O ŽIVOT. Z PORODNICE SI HO MAMINKA IVANA NAKONEC ODVÁŽELA DOMŮ AŽ PO 2 MĚSÍCÍCH A NAD CHLAPCOVÝM DALŠÍM VÝVOJEM SE VZNÁŠELA SPOUSTA OTAZNÍKŮ. RODINA VŠAK SVÉHO NOVÉHO ČLENA PŘIJALA OKAMŽITĚ S VELKOU LÁSKOU A JEŠTĚ VÍCE SE SEMKLA – I DÍKY NÍ DĚLÁ LUKÁŠ OBROVSKÉ POKROKY.

„Začátek byl velice náročný pro celou rodinu,“ vzpomíná maminka Ivana. „U Lukáška došlo chvíli po porodu k septickému šoku. Jeho stav se rychle zhoršoval a nastalo respirační a oběhové selhání.“

Za Lukášem přiletěli do Ostravy lékaři ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kteří ho operovali s pomocí přístroje umožňujícího pacientovi dočasně nahradit funkci plic a srdce. Poté chlapce převezli do Prahy na jednotku intenzivní péče. Maminka přibližuje dramatické okamžiky: *„Lékaři dělali maximum, aby Lukáška zachránili. I přes všechny komplikace, které nastaly posléze, to zvládli a jsme jim za to moc vděční.“*

BOJ O ŽIVOT

Lukáš si v Praze poležel 2 měsíce. Doma na něj čekali jeho starší sourozenci. První měsíc rodiče „pendlovali“ mezi Ostravou a Prahou. Lukáš byl v umělém spánku. Druhý měsíc už s ním mohla být v nemocnici i maminka: *„V té době nám byla velkou oporou především rodina, přátelé a lékaři. Vždy se snažili nám dodat optimismus a naději, že se zdravotní stav Lukáška bude zlepšovat.“*

Lukáš je velký bojovník, a svůj boj o život vyhrál. Tím ale jeho zdravotní problémy neskončily, později mu byl diagnostikován opožděný vývoj, celková hypotonie (svalová ochablost). *„To, že Lukášek nejspíš neuslyší, jsme se dozvěděli v jeho 6 týdnech, kdy mu na JIRP dělali první screening sluchu a následné vyšetření v jeho 2 měsících potvrdilo těžkou ztrátu sluchu. Byl to pro nás velký šok. V rodině nikoho se sluchovou vadou nemáme. Nedokázali jsme si představit, jak s ním budeme komunikovat. Srovnávali jsme se s tím pomalu, ale na druhou stranu jsme byli moc rádi, že Lukáš žije,“* vysvětluje paní Ivana.



Rodičům na počátku vše ohledně sluchového postižení dobře vysvětlila lékařka na foniatrii ve Fakultní nemocnici Ostrava a doporučila jim využít služeb Centra pro dětský sluch Tamtam. *„Co 3 až 4 týdny k nám začala jezdit poradkyně rané péče Marcela. V těch krátkých začátcích nám dokázala poradit, podpořit nás, uklidnit, což dělá dodnes. Díky ní jsme na začátku neztráceli optimismus a věřili v to, že Lukáš někdy, byť s kompenzačními pomůckami, uslyší a třeba i bude mluvit.“*

Lukášovi však vzhledem k jeho velké ztrátě sluchu nepomáhala ani ta nejvýkonnější sluchadla. Po konzultaci s poradkyní rané péče a s lékaři rodina nakonec zvolila cestu kochleární implantace – operace se zavedením neuroprotezy, která pomáhá „slyšet“ i při těch nejtěžších vadách sluchu. Vzhledem k chlapcovým dalším zdravotním problémům mu nemohly být voperovány oba implantáty během jedné operace. Ve 2 letech mu tedy operovali pravé



a ve 3 levé ucho. „Naivně jsme si mysleli, že hned po nasazení kochleárního implantátu nás Lukáš uslyší, ale mylili jsme se. Trvalo to velmi dlouho. Jebo první reakce na zvuk přišla až asi po 9 měsících od implantace. Ale bylo to tam,“ Ivana s dojetím vzpomíná na zvláštní pocit, kdy se syn poprvé otočil za hlasy rodičů. Po druhé implantaci se vše už jen zlepšovalo.

ROZVOJ KOMUNIKACE

Nyní je Lukášovi 6 let. „Víme, že slyší, ale bohužel se u něj ještě nerozvíjí řeč. Stále nemluví, jen si tak brblá. Na zvuky reaguje moc bezky a dobře rozumí, co kdo po něm chce, což je naprosto úžasné. Naši komunikací mezi sebou je proto zatím znakový jazyk. Vůbec jsme si ze začátku nedokázali představit, že bychom se ho mohli naučit, natož ho používat a pomoci něj se domlouvat. Ze začátku nám i se znakovým jazykem pomohla poradkyně rané péče Marcela. Naučila nás základy a také poradila, jak začít s Lukáškem znakovat, aby nám rozuměl. Velmi nám pomohla komunikace pomocí obrázků. Momentálně je znakový jazyk mezi námi a Lukáškem jediným zdrojem komunikace. Dnes už je pro nás znakování samozřejmost a Lukášek ho zvládá skvěle. Doma s ním znakuji především já, ale snaží se i ostatní členové rodiny. Sourozenci i tatínek základy již ovládají a dokážou se domluvit. Horší je to u babiček, které mnohdy vůbec netuší, co jim Lukynek ukazuje,“ říká s úsměvem maminka, která chodí také do kurzů znakového jazyka v České unii neslyšících a mezi skupinku znakujících rodičů s neslyšícími dětmi. Skupina se schází v rámci sociálně aktivizačních služeb Tamtamu v Ostravě. „Chodíme tam co 14 dní na skupinky, které nám také pomáhají rozvíjet se ve znakovém jazyce a v různých aktivitách.“

POKROKY V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Lukáš navštěvuje mateřskou školu pro sluchově postižené děti v Ostravě-Porubě, se kterou jsou rodiče moc spokojeni. „První rok byl opravdu těžký, nechťel ve školce být. S aklimatizací jsme proto začali velmi pomalu. Letos už je ale spokojený a chodí tam velmi rád. Každý den ho do školky vozíme na 4 hodiny. Ve školce s ním znakuji, ale má zde také logopedii. Ještě navštěvujeme logopedii ve speciálně pedagogickém centru, které je součástí školky. Lukáškově ve školce věnují maximální pozornost. Co do ní chodí, je vidět jeho pokrok jak ve znakovém jazyce, tak v tom, že začal být malinko samostatnější. Snese vedle



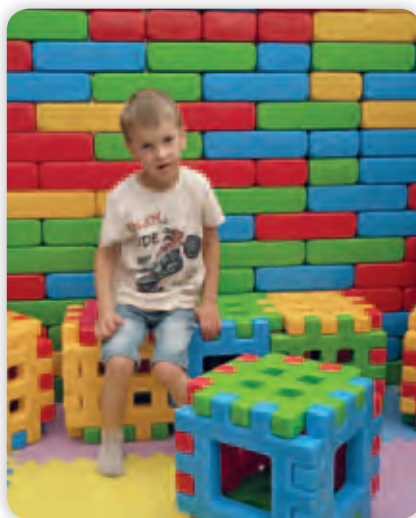
sebe cizí děti, zvládne si s nimi i brát, s čímž byl ze začátku problém. Děti ho posunují dopředu, snaží se jim vyrovnat, a to je pro něj strašně důležité a pro nás pozitivní,“ vyjmenovává výhody školního prostředí maminka. Lukáš bude mít odklad školní docházky minimálně jeden rok s ohledem na jeho další zdravotní problémy. Kvůli oslabeným svalům špatně chodí a má potíže s jemnou motorikou a soustředěním. Jezdí proto také na rehabilitace do stacionáře v Hlučíně a na neurorehabilitace do Centra Pokrok.

LUKÁŠ JE ZLATÍČKO

Lukáš má dva starší sourozence – Julii (16) a Matyáše (20). Ti se s příchodem mladšího brášky rychle vyrovnali, přijali ho s velkou láskou a stejně tak širší rodina. Paní Ivana říká, že Lukášův příchod rodinu semkl. „Děti už našťestí byly větší, což bylo asi jediné štěstí, protože bych si to s dalšími dvěma malými dětmi nedokázala představit. Byli samozřejmě velmi smutní, ale rozumní, velmi rychle dospěli, jelikož se museli naučit starat se sami o sebe více, než byli zvyklí. V té době se svět u nás točil jen kolem Lukáše a vše ostatní šlo do pozadí,“ komentuje maminka tehdejší rodinnou situaci.

Lukáš je velký mazal. Miluje lidský kontakt a rád se tulí. Nelíbí se mu velké změny, má rád určitý řád věcí, a když ho nemá, vzteká se. Má velmi dobrou paměť, baví ho ruční práce, ale ze všeho nejraději pomáhá tatínkovi v garáži. „Stále doufáme, že se to s řečí u něj v budoucnu prolomí a uslyšíme ho říct máma a táta. Ale je to všechno ještě běh na dlouhou trať... I když je Lukáš jiný než jeho vrstevníci a má tobo ještě moc před sebou, aby je dohnal, a třeba je nikdy nedožene, je šťastný. A to je pro nás to nejdůležitější. Když je šťastný

Lukášek, jsme šťastní i my. Děláme vše pro to, aby tomu tak bylo, i když je to občas těžké a jsme hodně unavení, jelikož péče o Lukáška je psychicky i fyzicky náročná a vyčerpávající. Ale neměnili bychom. Je to naše zlatíčko,“ uzavírá příběh paní Ivana.



Připravila Lucie Křestánová,
šéfredaktorka magazínu Dětský sluch
Fotografie archiv rodiny



NĚKDY UČITEL MÍNÍ A ŽÁCI MĚNÍ

UČITELKA MARKÉTA SÝKOROVÁ NASTOUPILA NA ZÁKLADNÍ ŠKOLU PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ A VADY ŘEČI PO UKONČENÍ STUDIA V ROCE 2001. NYNÍ JE ZÁSTUPKYNÍ ŘEDITELE A PŘES ŠIRŠÍ ZÁBĚR SE DOPRACOVALA PŘEDEVŠÍM K VÝUCE ANGLICKÉHO A ČESKÉHO JAZYKA. ANGLIČTINU VYUČUJE V RŮZNÝCH ROČNÍCÍCH, ALE NĚKDY SE PODAŘÍ, ŽE VEDE JEDNU TŘÍDU OD 4. AŽ DO 10. ROČNÍKU. S ŽÁKY TAK STRÁVÍ 7 LET A ZA TU DOBU JE POZNÁ VELMI DOBŘE. JAKÉ JSOU JEJÍ ZKUŠENOSTI?

Markéto, jak se připravujete na nástup nových žáků? Co o nich potřebujete vědět?

Určitě potřebuji do začátku o všech žácích vědět informace týkající se jejich znevýhodnění, takže si nastuduji doporučení vydané speciálně pedagogickým centrem a to, co tam nenajdu, mi doplní třeba třídní učitelka. Nejdůležitější pro mě ale je samotná práce s dětmi. První týdnů si na sebe zvykáme a já zjišťuji, jak to bude s komunikací, jak jednotliví žáci reagují na řeč, znak, na odezírání, jaký způsob komunikace preferují. Vzájemné porozumění je předpoklad, aby výuka fungovala. Důležité je pro mě také poznat osobnost dětí. Každé je jiné a já musím rozlišit, jak k nim přistupovat, co si mohou a nemohu dovolit, aby se cítily v hodině dobře.

Pracujete také s žáky, kteří mají kromě sluchové ztráty i jiné potíže. Liší se jejich výuka?

Když jsem vzpomínala na třídy, ve kterých jsem učila, zjistila jsem, že skoro v každé bylo dítě, které kromě sluchové ztráty mělo také další specifika. Někdy bylo sluchové postižení například součástí určitého syndromu, jindy v kombinaci s lehkým mentálním postižením, poruchou autistického spektra nebo dysfázií. S těmito žáky se musí pracovat vždy s ohledem na jejich jedinečnost. Mnohdy se kromě jiných podpůrných opatření přistupuje k vypracování individuálního vzdělávacího plánu, ať už v jednom nebo více předmětech. Záleží také na složení třídy, do které je žák zařazen, nakolik zvládá pracovat společně se třídou nebo naopak potřebuje pracovat individuálně. Stejně je opět najít fungující komunikační kanál. Pokud mají žáci „pouze“ sluchové znevýhodnění, a to je kompenzováno sluchadly nebo

kochleárním implantátem, nebo jsou to žáci neslyšící, komunikující znakovým jazykem, je komunikace funkční. Vzdělávání u nich samozřejmě ovlivňuje nadání a další aspekty. Naopak pokud je sluchová vada v kombinaci například s dysfázií nebo poruchou autistického spektra (PAS), ani dobrá kompenzace sluchové vady není schopná pokrýt narušení komunikační schopnosti.

Můžete nám to více přiblížit?

Například dysfázie se projevuje narušením komunikační schopnosti v oblasti recepce nebo exprese (*porozumění nebo vyjadřování – pozn. redakce*), často v obou oblastech současně. Může se projevit v českém jazyce v mluvené nebo psané podobě, při poslechu či čtení. Stejně tak se projeví u žáka s různým stupněm sluchového postižení. Dysfázie se může projevit i ve znakovém jazyce, ač je vizuálně motorický, a to jak v recepci, tak v expresi tohoto jazyka. Narušená je oblast porozumění, v expresi se projevuje určitá neobratnost ve zpracování znaků, obsahově je znaková zásoba nižší, narušená může být paměť a celkově také jazykový cit.



Aby komunikace byla alespoň částečně funkční, musí se maximálně zjednodušit, a to jak forma, tak obsah. To v praxi znamená používat známou slovní či znakovou zásobu a postupně ji rozšiřovat, užívat krátké věty, pokyny a úkoly rozdělit do jednotlivých kroků, a především neustále kontrolovat porozumění. Získávat zpětnou vazbu, vysvětlovat znovu jinak, opakovat, vizualizovat, používat názorné pomůcky, obrázky, videa. Zaplatpánbůh za Google (*smích*).

Máte možnost dále se vzdělávat v oblastech, které pro svou práci potřebujete?

Nejčastěji se účastním školení a seminářů týkajících se výuky angličtiny, kde se snažím čerpat nápady a náměty do výuky, roz-

víjet se metodicky, protože nejtěžší není jazyk samotný, ale hledání vhodných způsobů, jak ho co nejlépe předat žákům s různým znevýhodněním.

Také se stále snažím zlepšovat ve znakovém jazyce, protože při výuce angličtiny i češtiny potřebuji velmi různorodou znakovou zásobu. Ve škole míváme i semináře na různá pedagogická, případně psychologická témata. Centrum kochleárních implantací Ostrava zase každoročně pořádá seminář na odborná foniatrická témata.

Používáte při výuce anglického jazyka český znakový jazyk?

Ano, cizí znakový jazyk neovládám a ani to není ve výuce třeba. Používání znaků je pro mě i žáky při výuce

angličtiny výhodou. Třídy jsou většinou naplněné žáky s různým stupněm sluchového znevýhodnění, takže i s různou schopností poslechu anglického jazyka. Na žáky se snažím co nejvíce mluvit anglicky a ti individuálně buď poslouchají, nebo odezírají, případně mají oporu v psaném textu. Je to důležité, protože angličtina má psanou formu jinou než mluvenou, a také s tou se musí seznámit. Setkávají se s ní například u sledování filmů a různého jiného obsahu na internetu. A tady přichází výhoda znaků, kdy vlastně sama sebe simultánně doplňují znaky a tím se překládám. Pokud žáci chtějí a snaží se o mluvení nebo čtení, vůbec nehodnotím výslovnost. Ale mohou je také doprovázet znaky a tím mám vlastně okamžitě zpětnou vazbu o jejich porozumění.

Setkala jste se při výuce také s přítomností tlumočnicka znakového jazyka?

Ano. V tomto případě se jednalo o třídu, kde bylo více neslyšících žáků. Výhodou bylo zajištění kvalitní komunikace ve znakovém jazyce, ovšem byli tam právě i žáci s kombinací vady sluchu a dysfázie, takže samotné tlumočení do znakového jazyka nemohlo zajistit porozumění všech a bylo třeba se věnovat žákům velmi individuálně a s velkou dopomocí.

V podobných třídách bývá přítomen také asistent pedagoga či druhý pedagog...

Nejčastěji spolupracuji s asistenty pedagoga. Většinou je to u žáků, kteří nemohou pracovat společně se třídou, nejsou samostatní a mají vypracovaný individuální vzdělávací plán. Ten se snažíme naplňovat. Je důležité ho nastavit tak, aby byl splnitelný a zároveň přiměřeně náročný, aby žák stále pokračoval ve svém rozvoji a byl motivován. S asistentem pedagoga si řekneme, jaké učivo je před námi a jaké by z něj měly být výstupy. Konzultujeme, co by žák, případně žáci, měli v hodině splnit, a jaká mám očekávání. Nakonec zhodnotíme, jak se to dařilo. Od toho se odvíjejí další hodiny. V jedné hodině češtiny spolupracuji také s druhým pedagogem. Můžeme plánovat dlouhodoběji a pedagog si již sám připravuje obsahy hodin pro část třídy.

S jakými dalšími odborníky spolupracujete?

S pedagogy ze speciálně pedagogických center (SPC), kteří mají naše žáky v péči. Pokud se jedná o žáka s více vadami, je v péči více SPC. Konzultujeme vzdělávání žáka, poskytujeme jim zprávu o žákovi jako jeden z podkladů pro vypracování doporučení, jehož součástí může být také individuální vzdělávací plán. Speciální pedagogové chodí i do hodin na náslechy.

Kdo vám pomáhá nejvíce?

Důležitá je možnost denně sdílet zkušenosti a informace s kolegyněmi. Někdy učíme jednoho žáka v různých předmětech a můžeme tedy porovnat, jak pracuje v jednotlivých hodinách, jaké formy učení se daří a nedaří, co se osvědčilo a podobně. Jindy sdílíme zkušenosti,

poznatky a třeba materiály z předmětů, které vyučujeme. Je nás v kabinetě šest, má to tedy i své výhody. Přímou v hodinách je pak největší pomocí asistent pedagoga. Ten se může věnovat žákům, kteří se nemohou zapojit do společné výuky či aktivit nebo k tomuto zapojení potřebují dopomoc.

Rozvoji dítěte pomáhá i spolupráce s rodiči. Daří se vždy navazovat s nimi kontakt?

Spolupráce s rodiči je samozřejmě důležitá a pokud rodiče doma podporují a prohlubují to, co se děti učí ve škole, je potom efekt výuky mnohem větší a výsledky rychlejší a zároveň trvalejší. Řekla bych, že na začátku školní docházky jsou rodiče nejvíce motivovaní a spolupráce s učitelkou bývá úzká. S přibývajícím věkem dětí tomu někteří rodiče nechávají volnější průběh, pokud vidí, že ve škole nejsou žádné „problémy“. Bohužel jsou ale i rodiče, se kterými kooperace nefunguje a ve výsledku tím trpí dítě.

Jak mohou rodiče syna či dceru co nejvíce podpořit?

Ze strany rodičů je důležité budovat v dítěti dobrý vztah ke škole, motivovat ho ke vzdělání, podporovat ho v přípravě a poskytnout mu vhodné podmínky. Pokud děti do školy chodí rády, je pro pedagoga mnohem příjemnější vést výuku. S přibývajícím věkem žáků se přirozeně stává, že je těžší hledat pro vzdělávání motivaci, pro rodiče i pedagogy. Pokud do školy děti nechodí rády, je dobré, aby věděly, že rodiče s pedagogy táhnou za jeden provaz. Důležitá je i vzájemná informovanost a zpětná vazba mezi rodiči a učiteli, protože děti se často ve škole a doma chovají rozdílně. Navíc děti, jejichž jazykové kompetence jsou oslabené, nejsou často relevantním zdrojem informací o tom, co se ve škole děje.

Mezi našimi čtenáři jsou i studenti pedagogiky. Jaké atributy by podle vás měli mít speciální pedagogové a pedagogové, aby v profesi obstáli?

Je to asi klišé, ale měli by svou práci mít rádi a měla by je bavit. Pokud to žáci pocítí, bude pro ně pedagog více uvěřitelný a může žáky snadněji motivovat, zaujmout, přenést na ně své nadšení. V některých předmětech je to ale asi jednodušší než v jiných.

U speciálních pedagogů je také fajn disponovat velkou trpělivostí, nenechat se zviklat neúspěchy. Často to prostě nejde na poprvé, ani na popáté, musíme hledat různé způsoby a možnosti, a nakonec se úspěch dostaví. S tím souvisí i kreativita a schopnost improvizace. Můžeme mít perfektně naplánovanou hodinu, ale někdy učitel mění a žáci mění a pak se pohotovými dobrými nápady velmi hodí. A také je potřebná schopnost empatie, smysl pro humor a spravedlnost, ale i určitá přísnost a důslednost.

*Připravila Mgr. Veronika Kovalová,
pracovnice Sociálně aktivizačních služeb
pro rodiny s dětmi CDS Tamtam v Ostravě
Fotografie archiv Markéty Sýkorové*



JE DŮLEŽITÉ PŘIZPŮSOBIT VYŠETŘENÍ DANÉMU DÍTĚTI

O DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE A VÝVOJOVÝCH PORUCHÁCH
U DĚTÍ NEJEN SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM HOVOŘÍME SE DVĚMA
NESLYŠÍCÍMI PSYCHOLOŽKAMI – KATEŘINOU HOLUBOVOU A MARIÍ
CHUDOŽILOV BENDOVOU.

Jak mohou rodiče a další pečující poznat, že by bylo dobré navštívit psychologa?

K. H.: Je to velmi individuální a dala bych tu spíše na pocity samotných rodičů či pečujících. Pokud mají pocit, že je u dítěte něco zvláštního, něco není v pořádku, mají s ním potíže, se kterými si nevědí rady, či tápou v tom, jak své dítě v dané situaci podpořit, neváhala bych se obrátit na odborníka. Přinejlepším zjistí, že je vše v pořádku, a dozví se něco více o svém dítěti, respektive o tom, kvůli čemu za odborníkem zašli.

M. Ch. B.: Také bych řekla, že potom, co rodičům dělá něco starost a trvá to delší dobu, může být čas navštívit psychologa nebo jiného odborníka.



Jaké jsou specifické vývojové poruchy učení?

K. H.: Specifické poruchy učení, ve zprávách často i pod zkratkou SPU, jsou skupinou obtíží, mezi které patří například dyslexie, tedy porucha čtenářských dovedností, dysortografie – porucha písemného projevu, dysgrafie – porucha písemných dovedností nebo dyskalkulie, porucha matematických dovedností. Patří sem i například dyspraxie, tedy polybová neobratnost, které ale u nás není věnováno příliš pozornosti. Není neobvyklé, že jich má dítě více. Tyto poruchy přetrvávají do dospělosti, nicméně obtíže mohou být díky intenzivní práci ve školním věku, postupnému osvojení různých strategií a nalezení své vlastní cesty, kde člověk uplatní především své silné stránky, výrazně menší.

M. Ch. B.: Začínají být zřetelné především během školní docházky; u každého mohou vypadat jinak, hraje roli více faktorů.

Jak se projevuje afázie a jak dysfázie?

K. H.: Afázie i dysfázie jsou poruchy jazykových schopností, které se mohou týkat produkce i porozumění. Jejich rozdíl spočívá v tom, že zatímco dysfázie je narušení vývoje těchto schopností, u afázie dochází k poškození náhle v důsledku poškození jazykových oblastí v mozku. U afázie tedy měl člověk jazyk před úrazem nebo onemocněním už osvojený, u dysfázie naopak dochází

u obtíží při osvojování. Poruchy se mohou projevit u mluvených jazyků včetně jejich psané podobny, ale i u znakových jazyků.

Jak mohou potíže způsobené afázií, dysfázií či ADHD souviset se sluchovým postižením?

K. H.: Sluchové postižení není primární příčinou ani jedné ze zmíněných poruch. Všechny tyto poruchy se vyskytují i u slyšících dětí. Může být ale příčinou projevů, které jsou velmi podobné, ne-li stejné jako u těchto poruch. Například pokud dítě kvůli sluchu nemá dostatečné jazykové podněty, může to negativně ovlivnit jeho vývoj a jeho produkce či porozumění se může podobat vývojové dysfázii. Avšak primární příčinou by tu byla spíše jazyková deprivace – takové dítě by třeba tyto projevy nemělo, pokud by jazykové podněty v kritickém období vývoje mělo dostatečné, třeba pokud by mělo sluch opravdu velmi dobře kompenzován, nebo si osvojovalo jazyk, který by bylo schopné vnímat, tedy znakový. Podmínkou by tu však bylo, že by se muselo jednat skutečně o český znakový jazyk v plnohodnotné podobě, aby se dítěti správně vyvinuly jazykové oblasti v mozku. Avšak i děti se sluchovým postižením mohou mít specifické poruchy učení, ADHD či vývojovou dysfázii bez ohledu na sluch.

M. Ch. B.: Doplním, že v některých případech, například u nedonošených dětí, se může určité zasažení mozku

projevit ve více oblastech, kdy jednou z nich může být sluch a další například právě nějaká neurovývojová porucha.

Kateřino, ve speciálně pedagogickém centru se věnujete i vyšetření intelektu. Co obnáší?

K. H.: Obnáší to zejména pečlivý sběr anamnézy, osobní, školní... Ptám se rodičů, učitelů a dalších osob, které s dítětem pracují, a následně použití různých metod, zejména inteligenčních testů a v případě potřeby i doplňujících testů. Nedílnou součástí je i pozorování dítěte v průběhu celého vyšetření.

M. Ch. B.: Mě k intelektu napadá, že je potřeba rodičům zdůraznit, že vyšetření intelektu neznamena, že určíme: toto dítě je „chytřé“ nebo toto dítě je „hloupé“. Číslo IQ rodičům samo o sobě bez kontextu nic moc neřekne. Výstupem by měl být popis silných a slabších stránek – každý máme nějaké. Je také důležité přizpůsobit vyšetření danému dítěti. Pokud by například neslyšícímu dal někdo test poslechovou formou, mohl by klidně vyjít velmi špatný výsledek. Musí se vždy ověřit, že dítě rozumí zadání a že má test vhodnou formu s ohledem na to, že dítě je neslyšící, ale zároveň, aby tyto úpravy co nejméně zatížily spolehlivost testu, aby se daly výsledky správně interpretovat. O tomhle by se dal napsat celý článek, možná i kniha.

Na co se mohou rodiče s dítětem připravit, že bude během diagnostiky probíhat?

K. H.: Velmi záleží na zakázce, tedy na tom, s čím dítě, respektive rodič dítěte přichází, ale v zásadě podobně jako u inteligence. U diferenciální diagnostiky je velmi důležitý pečlivý sběr anamnézy, jde se opravdu až do historie, do období těhotenství. Pro diagnostiku jsou důležité i informace o rodičích, prarodičích, například zda se u někoho v rodině nevyskytovalo něco podobného. Dále se používají různé diagnostické metody, pozorování atd. Někdy může být kvůli délce vyšetření rozděleno třeba na dva dny. Konkrétní podoba vyšetření závisí na zakázce.

M. Ch. B.: S dítětem je z mého pohledu dobré mluvit o vyšetření na rovinu přiměřeně věku a neříkat mu například, že si tam jde jen hrát. Ale ani jej nestrašit. Lze například říct, že je to podobné, jako když chodí k paní doktorce na prohlídku, takže tady taky půjde na takovou prohlídku, aby se zjistilo, zda v něčem potřebuje lépe podpořit. Následně zpracování výsledků a sepsání zprávy

trvá zpravidla několik měsíců. Výsledek diagnostiky vždy záleží na zakázce, podle toho se může měnit i délka vyšetření a výstup z něj. Speciálně pedagogické centrum (SPC) vystavuje právně závazný dokument, psycholog mimo SPC může napsat svůj pohled. V rámci nějakých doporučení by například dítě mělo být vystavováno přiměřené zátěži, která jej motivuje, ale neodrazuje. U malých dětí bývá důležité, aby se doporučená aktivita, procvičování něčeho apod. odehrávalo každý den, i kdyby jen na pár minut.

V čem všem je specifická situace dítěte s kombinovaným postižením?

K. H.: Specifické je to, že u dítěte se mnohdy nejedná o pouhý součet projevů jednotlivých diagnóz, ale jednotlivé obtíže často ovlivňují další oblasti obtíží a jejich projevy se lámou i v jedinečné osobnosti každého dítěte.

Zvyšuje se výskyt některých diagnóz?

K. H.: Spíše se zvyšuje počet diagnostikovaných díky větší informovanosti a lepším metodám, postupům.

M. Ch. B.: To je otázka spíše na statistika a s časovým odstupem.

Setkáváte se s dětmi, které by se v ideálním případě měly do SPC dostat dříve?

K. H.: Není to v našem SPC tak časté, ale někdy ano. Jedná se zejména o děti s jazykovou deprivací. Dnes se to týká zejména mnoha neslyšících ukrajinských dětí, které ve své zemi dosud neměly odbornou péči, kterou by potřebovaly.

Čím vším může být způsoben tzv. opožděný vývoj dítěte? Jak může souviset se sluchem?

K. H.: Opožděný vývoj se může týkat psychomotoriky nebo řeči či dalších oblastí a může být způsoben mnoha faktory. Primární příčina může mít biologický základ – třeba v nějaké genetické poruše nebo například ve sluchovém postižení, sekundárně na to potom mohou nasedat další faktory – třeba jazyková deprivace u sluchového postižení, pokud není vyřešena cesta, jak by mohlo jazykové podněty vnímat. Někdy příčina známá není nebo se na ni přijde zpětně až právě tím, že se v nějaké oblasti dítě nevyvíjí standardně. Dítě má například potíže s řečí, s orientací, v sociálních dovednostech a až později se při zjišťování příčin zjistí, že má potíže se sluchem.

Mgr. Kateřina Holubová

pracuje jako vedoucí Centra Paluba pro studium se specifickými potřebami na FF UK. Na částečný úvazek působí také ve speciálně pedagogickém centru, kde se mimo jiné věnuje diagnostice. Vystudovala též ergoterapii a lingvistiku znakových jazyků.



PhDr. Marie Chudožilov Bendová

je v současné době na rodičovské dovolené. Absolvovala psychologii na FF UK a výcvik v kognitivně behaviorální terapii, studuje doktorské studium na 3. LF UK. Působí na Klinice ambulantní psychiatrie a psychoterapie, má zkušenosti ze zdravotnického i školního prostředí i z výzkumu.



M. Ch. B.: Snažím se srovnávání dětí vyhybat, ale zároveň pokud si rodiče všimnou, že dítě reaguje v něčem výrazně jinak než vrstevníci, bývá užitečné vyhledat odborníka.

Čeho bývá užitečné si všimnat, pokud je dítě vývojově o něco pozadu za vrstevníky?

K. H.: Vývoj je velmi složitý proces a jakékoli opoždění dítěte v nějaké oblasti oproti vrstevníkům ještě nemusí znamenat problém. Každé dítě se vyvíjí svým tempem, v některé oblasti rychleji, v jiné zase pomaleji. V případě obav, ale i jen pocitů, že je něco v nepořádku, doporučuji obrátit se na pediatra či další odborníky. Věřím, že většina z nás ráda poradí.

M. Ch. B.: Čím je dítě menší, tím více bych vše směřovala na pediatra. Psychomotorický vývoj má sledovat primárně on. Čím menší dítě, tím obecnější projevy může nějaký problém mít, je proto důležité, aby byla nejdříve provedena všechna lékařská vyšetření a sledování.

Co následuje po návštěvě dítěte v SPC a obdržení zprávy?

K. H.: Zde záleží na zakázce. V SPC se posuzují speciální vzdělávací potřeby. Často se u mne jedná o zhodnocení aktuálního vývoje rozumových schopností. Poté pokračuje dítě u speciálního pedagoga v řešení svých vzdělávacích potřeb (často má např. sluchové postižení, vývojovou dysfázii atd.) a píše se zpráva a doporučení například podpůrných opatření pro účely vzdělávání nebo třeba pro uzpůsobení podmínek pro konání maturitní zkoušky. Konzultuji s námi především rodiče a učitelé, děti samozřejmě mohou také. Řešíme ale speciální vzdělávací potřeby. Pokud mají i jiné potíže, které by chtěly probrat, třeba osobní, rodinné, vztahové ve škole, je jim k dispozici školní psycholog.

Představuji si, že vaší velkou výhodou je, že s dětmi můžete pracovat mluvenou češtinou i českým znakovým jazykem...

K. H.: Ano, je to výhoda, zejména při práci s rodilými mluvčími českého znakového jazyka. Můj mateřský jazyk je český znakový jazyk. Jsem zároveň i lingvista, to mi hodně pomáhá v úvahách ohledně použití diagnostických testů, které mají verbální část.

M. Ch. B.: Můj mateřský jazyk je mluvená čeština a český znakový jazyk jsem se naučila až na vysoké škole. Pracuji v rámci svých schopností i českým znakovým jazykem, jen se snažím mít vždy na mysli, že český znakový jazyk není můj mateřský, moje vnímání situace může být díky tomu částečně zkreslené (diagnostika navíc nikdy není exaktně přesná). Stejně jako u dětí, které neznakují, se vždy snažím vycházet z co nejvíce zdrojů a informací.

Kateřino, zabýváte se jazykovými poruchami u českého znakového jazyka. Jaké to jsou a jak se projevují?

K. H.: Afázie a dysfázie. Projevují se podobně jako u mluvených jazyků. Jen to vypadá trochu jinak, protože se jedná o strukturně odlišné jazyky. Například v obou jazycích u afázie může docházet k záměnám fonémů, avšak v českém jazyce by pacient zaměnil „t“ za „b“ a vyslovil by „auBobus“, ale mluvčí českého znakového jazyka by zaměnil konkrétní tvar ruky, to je jeden foném, za jiný konkrétní tvar ruky. Vzhledem k tomu, že mluvené i znakové jazyky mají své jazykové prostředky, které se u druhých jazyků nevyskytují (např. u mluvených některé předložky, u znakových simultánní konstrukce), existují u mluvčích znakových jazyků projevy, které bychom u mluvčích mluvených jazyků neviděli, a naopak.

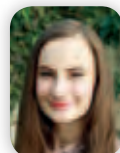
Jak děti reagují na to, že jste neslyšící? V čem všem je to při vaší práci výhodou?

K. H.: Zatím velmi dobře. Výhodou je kromě českého znakového jazyka i skutečnost, že jsem na „stejné lodi“ a u některých dětí také, že jsem ze stejné kultury – znám její specifika.

M. Ch. B.: Některé děti, se kterými jsem pracovala, mohly vnímat, že mám sluchadla stejně jako ony, že jsem dospělá neslyšící, která funguje normálně, a třeba i vidět, že to tak mohou mít také, až vyrostou. Obecně pro mě „neslyšet“ znamená mít zkušenost, ze které mohu čerpat, možná i lépe pochopit, čím si neslyšící dítě může procházet. Zároveň je ale pro mě důležité si stále uvědomovat, že každý máme cestu trochu jinou a dávat si pozor na to, abych si na základě svých zkušeností nedomyšlela příliš.



*Připravila Mgr. Lucie Brandtlová,
publicistka Informačního centra
rodičů a přátel sluchově postižených
Fotografie archiv PhDr. Marie Chudožilov
Bendové, archiv Mgr. Kateřiny Holubové
a Shutterstock.com*



Zvukový procesor
Cochlear™ Nucleus® 8

Zvukový procesor
Cochlear™ Nucleus® Kanso® 2

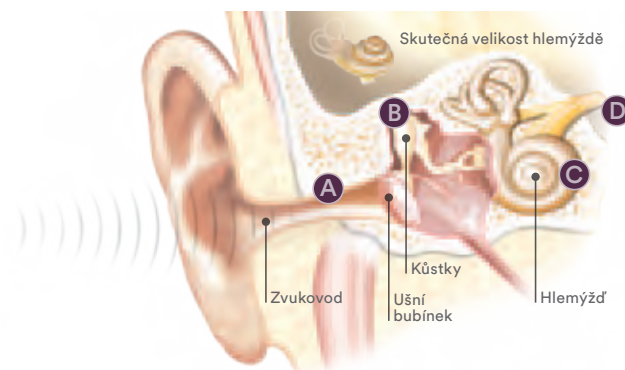
Jak slyšíme s kochleárním implantátem

Jak slyšíme s kochleárním implantátem

Kochleární implantát Nucleus® obchází tu část ucha, která nefunguje správně, a přenáší zvukové signály přímo na sluchový nerv.

- 1 Mikrofony na zvukovém procesoru zachycují zvuky a procesor je převádí na digitální informace.
- 2 Tyto informace jsou přenášeny cívkou do implantátu těsně pod kůží.
- 3 Implantát odesílá elektrické signály přes elektrody do hlemýždě.
- 4 Vlákna sluchového nervu v hlemýždi jsou drážděna těmito signály a odesílají je do mozku, což je vnímáno jako sluchový vjem.
- 5 **Volitelně,** V případě, že v implantovaném uchu zůstávají zbytky sluchu, je k dispozici i dodatečná akustická komponenta, která se nosí ve zvukovodu.

Pro mnohé pacienty může použití sluchadla na jednom uchu a kochleárního implantátu na druhém uchu přinést vylepšený poslechový výkon.¹ Této kombinaci se říká bimodální slyšení.



Jak funguje přirozený sluch

Přirozené slyšení využívá vzdušné i kostní vedení.

- A Zvuky procházejí zvukovodem a narážejí na ušní bubínek.
- B Tyto zvukové vlny způsobují, že se ušní bubínek a tři kůstky ve středním uchu rozvibrují.
- C Vibrace se dále přenášejí na tekutinu v hlemýždi – kochlee – a způsobují pohyb malinkých vláskových buněk.
- D Pohyb vláskových buněk vytváří nervové impulzy, které se pak přenášejí sluchovým nervem do mozku, a ten je interpretuje jako zvuk.

www.cochlear.com



Reference: 1. Sammeth CA, Bundy SM, Miller, DA. Bimodal Hearing or Bilateral Cochlear Implants: A Review of the Research Literature. Semin Hear. 2011; 32:3-31.
O způsobech léčby ztráty sluchu se poraďte se svým odborným zdravotníkem. Výsledky se mohou lišit a váš odborný zdravotník vám poradí s faktory, které by mohly výsledek ovlivnit. Vždy dodržujte návod k použití. Některé produkty nemusí být dostupné ve všech zemích. Informace o produktech vám poskytne místní zástupce společnosti Cochlear.
Zvukové procesory Cochlear Nucleus 8 a Kanso 2 jsou kompatibilní se zařízeními Apple a Android. Aplikace Cochlear Nucleus Smart App je k dispozici v App Store a Google Play.
Informace o kompatibilitě naleznete na webových stránkách www.cochlear.com/compatibility. Android a Google Play jsou ochranné známky společnosti Google LLC. Apple je ochranná známka společnosti Apple Inc. registrovaná v USA a jiných zemích. App Store je servisní ochranná známka společnosti Apple Inc. registrovaná v USA a jiných zemích.
Cochlear, Hear now. And always. Kanso, Nucleus a eliptické logo jsou buď ochranné známky, nebo registrované ochranné známky skupiny společností Cochlear.
© Cochlear Limited 2024. D2190296-V1 2024-02 Czech Translation of D2189695-V1 2024-02


Cochlear®
Hear now. And always

ŘEKLA JSEM SI, ŽE BUDU DĚLAT VŠE PRO TO, ABY NA TOM MOJE DÍTĚ BYLO CO NEJLÉPE

ŘÍKÁ JANA POLÝNKOVÁ, MATKA 15LETÉHO MARTINA S CHARGE SYNDROMEM

JANA POLÝNKOVÁ BYLA PO VĚTŠINU MARTINOVA DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ SAMOŽIVITELKA A K NÁROČNÉ PÉČI, KTEROU VYŽADOVAL SYNŮV STAV, PRACOVALA NA ČÁSTEČNÝ ÚVAZEK JAKO UČITELKA VE ŠKOLCE. SDĚLILA NÁM, CO OBNÁŠÍ CHARGE SYNDROM, PROČ BY PODLE NÍ MĚLA BÝT PSYCHOTERAPEUTICKÁ PÉČE NABÍZENA VŠEM PEČUJÍCÍM O DÍTĚ S POSTIŽENÍM, I JAK SE MARTIN TĚŠÍ NA SESTRÍČKU, KTERÁ BRZY PŘIJDE NA SVĚT.

Povězte mi o vašem synovi Martinovi. Jaký je, co má rád?

Martin je svým způsobem jiný než ostatní děti. Jako učitelka v mateřské škole jsem poznala hodně dětí a jeho reakce na určité situace jsou odlišné. Například když měl ve třech letech zůstat poprvé sám ve školce – měl tracheostomii a gastrostomii, takže jsem běžně fungovala jako jeho asistentka – ani se neotočil, nemávl, šel rovnou mezi děti a dospělé. Já to obřečela, ale on to má jinak. A tohle mu zůstalo. Na první pohled negativní věci si nechává pro sebe. Když jako malý spadl a zakrvácel si koleno, neřekl mi to. Vysvlékl si tepláky, dal je do prádelního koše a vzal si jiné. Přitom většina dětí běží s každou bolístkou za rodičem. Kolikrát z něj ani nemůžu dostat informaci, že ho něco trápí, ať fyzicky, nebo psychicky.

Byla v poslední době nějaká taková situace?

Ano. Martin je na internátě – a přišlo to na jeho žádost už ve 12 letech. Těžko jsem se s tím srovnávala, protože jsme spolu velmi propojení... Jednak to tak bývá ve vztahu matka-syn, a pak o to více, když dítě má nějaké postižení a navíc, když spolu žijeme sami. Když přišel s tím, že chce být na internátě, říkala jsem si, proč? Do Olomouce, kam chodí do školy, stejně dojíždím kvůli práci. Ale zkusili jsme to. A zase to bylo podobné. Když jsem se tam s ním loučila, brečela jsem, ale on jen zamával a šel. Vychovatelé a učitelé mi pak řekli, že to bylo dobře. Začal se hodně osamostatňovat. A co se týče té situace v poslední době, nedávno byly rodičovské schůzky a až tam jsem se dozvěděla, že Martin sám učitelům řekl, že se cítí přetížený a že pokud nebude mít druhý den úkol, je to proto, že má tolik povinností po vyučování, že už na něj nebude mít sílu.



Co všechno absolvujete po vyučování?

Denně ho vyzvedávám a jezdíme na fyzioterapii, různé rehabilitace a další kontroly v nemocnicích, v poslední době také kvůli plánované operaci páteře. Dochází i na logopedii, protože si hrozně přeje mluvit, několik slov řekne. Chodí také od letoška na plavání se studenty z Fakulty tělesné kultury, za což jsem vděčná. Dlouho jsme čekali, až se uvolní místo. Vychází to třikrát až čtyřikrát týdně. V podstatě nikdy nemá volné odpoledne kromě pátku. Ani jednou mi ale neřekl, že už na něco z toho nechce docházet nebo že chce nějakou pauzu. Sice se teď začíná víc vymezovat jako dospívající, ale pořád je až moc poslušný. Je navyklý na situaci, kterou zažívá od narození – vždy mu řeknu, kdy ho vyzvednu a ke kterému

doktorovi jedeme. Až když se vrátí večer na internát, teprve se učí a připravuje na další den. Třídní učitelka naštěstí pochopila, že to není o tom, že by se nechtěl učit, ale je jenom člověk a je přetížený. Sama mi řekla, že musíme dělat vše pro to, aby se to zlepšilo a zkoumaly jsme, co by se z odpoledního programu dalo vypustit, ale na nic moc jsme bohužel nepřišly. Informovaly jsme pak ostatní učitele a vyšli nám vstříc – jsem velmi vděčná za školu, kam chodí už od mateřské školy a navázal dále.

Martin má CHARGE syndrom. Ten se může projevovat u každého jinak. Jak se projevuje u Martina?

Hodně se to proměňovalo. Netušili jsme, že se nám narodí dítě s tímto syndromem. Během těhotenství jsme věděli jen to, že bude mít rozštěp rtu. Pak v 7. měsíci nám řekli, že možná má nádor na mozku a já tři týdny čekala na výsledky testů, zda má vadu sluchovou se životem nebo ne. Naštěstí se to nepotvrdilo a řekli nám, že je možné, že se narodí s drobnou neurologickou vadou. Jenže po narození měl Martin jen dvě a půl kila a vůbec nepřibýval na váze. Byl asi měsíc na novorozeneckém oddělení JIP a měl sondu. Kojení nebylo možné a umělou stravu vypil vždy maličko a musel se pořád odsávat, protože byl hrozně zahleněný. Když Martina viděl ortoped, řekl, že budeme muset čtyřikrát denně cvičit Vojtovu metodu. Martin má totiž parézu faciálního nervu na levé straně obličeje, takže nedovírá oko a rty mu nefungují. Lícní nerv je taky postižený a ušní boltce má atypické stejně jako držení horní poloviny těla. Do konce života bude muset podstupovat různé rehabilitace. Má i oční vadu a artrogrypózu rukou: ruce jakoby zkroucené k sobě, takže má potíže s jemnou motorikou – třeba při zavazování bot, rozdělávání sáčku atd. Ohledně toho jsme byli včera poprvé na ergoterapii. Všechno se rehabilitací posunulo, ale co nešlo ovlivnit, byl sluch. Martin má oboustrannou hluchotu a je nekompenzovatelná.

Jak jste přišli na to, že Martin neslyší?

Mně se to nezdálo už ve třech měsících. Jenže tím, že v půl roce zkolaboval a bojoval nějakou dobu o život, řešení sluchu ustoupilo do pozadí. Byl napojený na dýchací přístroje, měl i zástavu srdce. Ale zvládl to, vybojoval to! Následujících 5 let měl tracheostomii a gastrostomii.

Kdy jste se dozvěděli, že má Martin CHARGE syndrom?

Poté, co Marta v půl roce zkolabovala, mu dělali různé testy včetně genetických a v jeho asi 9 měsících věku nám genetička sdělila, že se jedná o CHARGE syndrom.

V podstatě nic dalšího nám nebylo řečeno. Kdybych nebyla sama aktivní, nevyhledávala si, tak nevím, jak by to bylo, protože osvěta byla nulová. Řekli nám, že mají v evidenci nemocnice jen 5 dětí s CHARGE syndromem. Dohledávala jsem si věci na internetu, ale většina byla tehdy v angličtině s lékařskými termíny. U každého dítěte se navíc syndrom projevuje jinak, takže jsem si potom ani nechtěla číst, jak to mají jiné děti se syndromem. Mohlo se stát, že bude nevidomý, mohlo se stát, že bude muset být v ústavní péči, nebo se může stát, že z něj bude doktor. Řekla jsem si, že budu dělat všechno pro to, aby na tom moje dítě bylo co nejlépe. A tomu se věnuji již šestnáctý rok. Když mi někde řekli, že něco nejde, zamávala jsem jim, a šla hledat jinak. Když přijely poradkyně z Tamtamu, byla jsem ráda, že si můžu promluvit s někým, kdo tomu rozumí a zná situaci, protože mezi kamarádkami jsem jediná, kdo má dítě s postižením.

Jste v kontaktu s někým dalším s CHARGE syndromem?

Ano, genetička mi nabídla, zda bych měla zájem o kontakt na dvě rodiny, kde mají dítě s CHARGE syndromem a jsou v okolí. S jednou rodinou jsme se skamarádili a dokonce zjistili, že bydlí jen 5 kilometrů od nás. Doted jsme v kontaktu.

S čím se jako matka dítěte s CHARGE syndromem setkáváte?

Zažíváme různé situace, kdy jsme středem pozornosti. Martin se chová tak, jak chce a vcelku kašle na to, co si bude okolí myslet. Navíc se neslyší, takže je hlasitý v projevech. Během mého současného těhotenství mi kdekoli hladí břicho. A lidi se dívají. Teď ještě víc: že mám postižené dítě a jsem znovu těhotná! Když byl Martin malý, tak se nejen dívali, ale ještě za mnou občas někdo přišel a upřímně mě litoval. Doted se to děje na dovolených, že ke mně přijdou cizí ženy a začnou mě litovat, jak to mám těžké a jaký je Marta chudáček. To samozřejmě nepomáhá, ale naopak! Já je většinou zarazím, že Marta jen prostě neslyší. Říkám jim: nemusíte mě litovat, ani syna. Je to puberták jako ostatní, jen možná trochu upozaděnější než vrstevníci. A je šikovný a spokojený.

Zvažovala jste pro sebe někdy psychologickou podporu?

Ano, byla jsem totiž na celou péči a výchovu sama. S Martinovým otcem jsme se rozvedli, když byly Martinovi 4 roky. Několik let jsem k Martinovi vstávala v noci kvůli kanyle, až jsem postupně přestala úplně spát. Navíc jsem bohužel



perfekcionistka. Denně jsem dojížděla do práce, vše zařizovala, starala se o dům a zahradu a do toho, když chcete mít všechno perfektní (*úsměv*)? Věděla jsem ale, že nemůžu čekat, až se zhroutím, že potřebuju fungovat, když Marta nastoupí do školy. Tehdy jsem poprvé vyhledala paní doktorku a začala jsem také brát prášky na spaní. Jsem pořád v tenzi, protože je na mě vyvíjen velký tlak a potřebovala bych, aby mi víc věcí bylo jedno. Teď jsem ze stejného důvodu vyhledala lékaře, protože za 2 týdny rodím. Zrovna po našem rozhovoru pojedu na psychoterapii. Vůbec se za to nestydím. Už jsem byla fyzicky a psychicky vyčerpaná, což před porodem není ideální stav, takže abych byla dobrou mámou i druhému dítěti a byla jsem spokojená a moje děti byly spokojené, zašla jsem si pro pomoc. A už teď se cítím o něco lépe. Myslím, že je to pořád hodně opomíjené: pečujícím o děti s postižením by taková pomoc měla být nabízena automaticky.

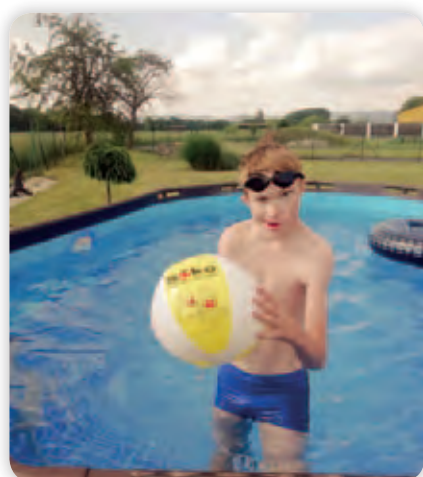
Jak se Martinovi líbí na internátě?

Má tam úžasnou neslyšící asistentku pedagoga, které jsem velmi vděčná. Chápe ho a velmi pomáhá i mně, jsme v dennodenním kontaktu. Aktuálně společně plánujeme trénování samostatné jízdy v MHD. Oproti školce, kde jsem musela platit osobní asistentku sama, je to velká výhoda. Tehdy byl příspěvek na péči asi 3 000 Kč a jen školka mě stála 16 000 Kč, takže to bylo velmi náročné utáhnout finančně. Martin chce také hodně být jako ostatní. I třeba v tom, že si tolik přeje mluvit. Je hrozně těžké, když se mi snaží něco sdělit a já mu nerozumím.

Kdy jste se dozvěděli, že má Martin ztrátu sluchu?

Před druhým rokem, ale nejdříve jsme si mysleli, že to bude vada kompenzovatelná. Zakoupili jsme nejlepší sluchadla na trhu, ale bez jakékoliv reakce. Pak jsme se začali připravovat na kochleární implantaci, měli jsme už i termín operace. Jenže po magnetické rezonanci mozku těsně před termínem mě jeden pan docent zastavil na chodbě a povídá: „*Tak jen at víte... ty testy... vaše dítě nebude nikdy slyšet.*“ Zjistilo se, že nemá vyvinutý sluchový nerv. Jen si to představte! Jdete na pokoj, kde je pár dalších maminek, tajně si utírete pár slz a bojujete dál. Druhý den vstanete a říkáte si, co teda budu dělat? Ok, tak se naučím

znakovku. Nebyl prostor lomit rukama a nadávat na osud! Od té doby čistě znakujeme, přestože na první hodině znakovky jsem měla pocit, že se to nikdy nenaučím (*smích*). Znakovka je Martinův hlavní komunikační prostředek a využívá také odezírání. Marta je hodně zvědavý

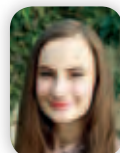


a potřebuje vědět o všem kolem. Rychle pochopil, že věci mají nějaký název. Barvy uměl v roce a půl.

Martin bude mít brzy sourozence. Jak se na novou rodinnou situaci připravujete?

Říkám si, že k malé budu přistupovat stejně jako k Martovi s nějakým svým vnitřním mateřským pudem. Martin se na sestru také hrozně těší, už by si s ní chtěl hrát.

Připravila Mgr. Lucie Brandtlová,
publicistka Informačního centra
rodičů a přátel sluchově postižených
Fotografie archiv Jany Polýnkové



LOGOPEDIE VEDE K SEBEVĚDOMÍ A SEBEVYJÁDŘENÍ

LOGOPEDIE SE NEVĚNUJE JEN SPRÁVNÉ VÝSLOVNOSTI HLÁSEK, JAK SE NĚKTERÍ LIDÉ DOMNÍVAJÍ. JE TO KOMPLEXNÍ OBOR ZABÝVAJÍCÍ SE DIAGNOSTIKOU A LÉČBOU PORUCH VÝVOJE ŘEČI, JAZYKA A SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE. LIDÉ VŠECH VĚKOVÝCH KATEGORIÍ MOHOU S POMOCÍ LOGOPEDŮ PŘEKONÁVAT BARIÉRY, KTERÉ JIM BRÁNÍ PLNOHODNOTNĚ KOMUNIKOVAT S NEJBLIŽŠÍMI I S OKOLNÍM SVĚTEM. O TOM, JAK LOGOPEDIE FUNGUJE A JAKÉ NÁSTROJE POUŽÍVÁ K TOMU, ABYCHOM VŠICHNI MOHLI LÉPE VYJÁDŘIT, CO MÁME NA SRDCI, JSME SI POVÍDALI S KLINICKOU LOGOPEDKOU BARBOROU RICHTROVOU.

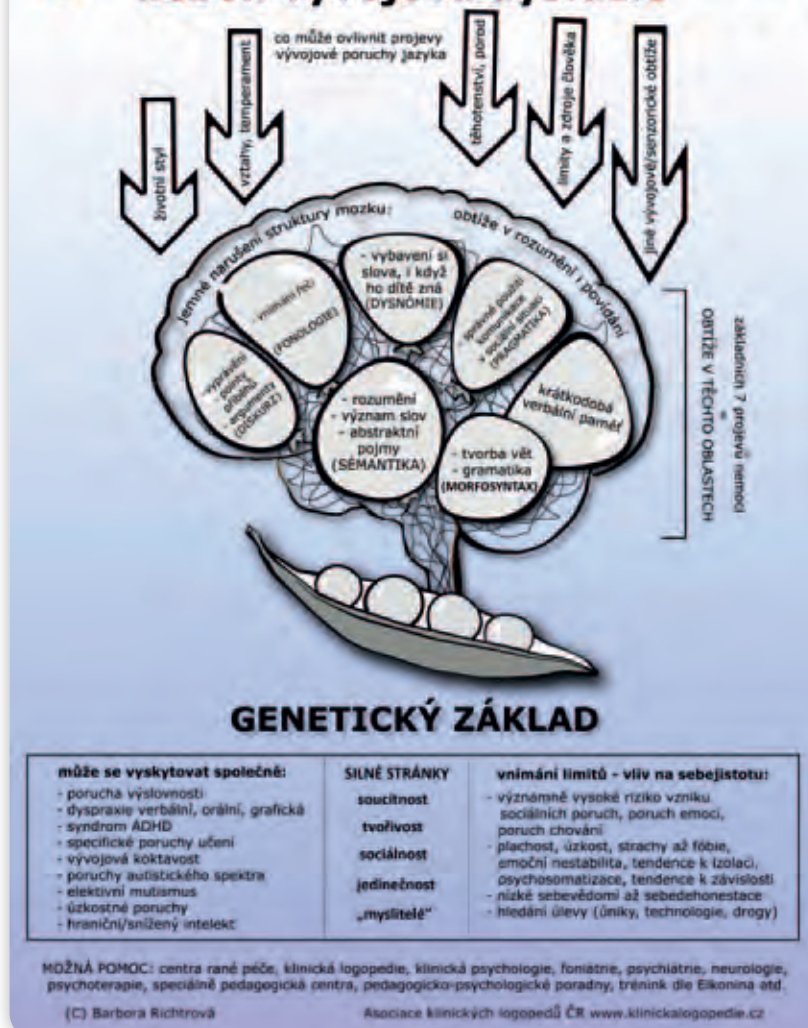
Jaké jsou nejčastější poruchy vývoje jazyka a řeči, se kterými se u dětí setkáváte?

Nejčastěji ke mně do ambulantní péče chodí děti s narušeným vývojem jazyka nebo řeči, to znamená s vývojovou dysfázií, poruchami plynulosti řeči (koktavost nebo breptavost), poruchami autistického spektra a selektivním mutismem, ale velká skupina dětí má i myofunkční poruchy (*narušení svalové činnosti – pozn. redakce*). S většinou jmenovaného se pojí obtíže s vyslovováním hlásek. Vcelku často mám v ordinaci i děti s převodní nedoslýchavostí. A všechny tyto diagnózy spojuje to, že děti jsou více emočně a sociálně nezralé, jsou dráždivější a mohou mít úzkostnější prožívání.

Čím to je?

Faktorů je hodně. Jednak jsou to faktory neurovývojové. Obecně je dáno, že děti jsou zranitelnější v emočně-sociální oblasti do doby, než jejich mozek dozraje a k tomu se přidá neurobiologický faktor, že mozek má nějaké strukturální nebo funkční změny. Z toho je zřejmé, že emočně-sociální kompetence budou více negativně ovlivněny. Navíc kvalita jazyka a rozumění podmiňuje emočně-sociální pohodu. K tomu všemu se přidává i velký vliv environmentu (vnějšího prostředí), které je velmi stresové, rychlé, plné „blikajících“ technologií, jednoduchých jídel atd. Rodiče jsou také ve stresu, jsou na ně kladeny velké nároky. A děti projektivně ten stres a tlak pocítují taky. Rodiče jsou dnes možná až moc informovaní a trochu se vytrácí selský rozum. Obecně děti moc nepodporujeme v samostatnosti, a tím vlastně v jistém směru limitujeme jejich vývoj a zdravé sebevědomí. Díky strachu

Vývojová porucha jazyka "DLD" neboli vývojová dysfázie



nenecháváme běhat děti v partách venku, hrát si, budovat si sociální vztahy a vlastní zkušenost. Rozumím tomu, sama jsem máma. Na druhou stranu, naše i ty předchozí generace to zažily a díky tomu se utužily a více se dokázaly samy o sebe postarat, i když také přibližně 15 % z nich mělo neurovývojové poruchy.

Vzrůstá tedy v poslední době počet dětí s poruchami vývoje jazyka a řeči?

Vzrůstá hlavně počet dětí s vývojovými obtížemi, ale zároveň i se získanými obtížemi (po úrazech, nemocích, operacích). Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) během 10 let stoupl počet lidí v péči téměř o 50 %. A to hovoříme o lidech v péči, celá řada jich evidovaných není. Obecně ve světě i v Čechách vychází, že v populaci je nad 20 % lidí, kteří mají nějaké obtíže s jazykem nebo řečí, což je velmi vysoké procento.

Jaké důsledky může mít nárůst počtu dětí s těmito poruchami pro společnost?

Ve společnosti je dnes 20 % lidí, kteří mají poruchy jazyka a řeči obecně. 7–15 % lidí v populaci má vývojovou dysfázii. Většina lidí s neurovývojovými poruchami má problém se sociálním použitím jazyka, s funkční komunikací a s porozuměním. To má velký vliv na vzájemné naladění, na kritické myšlení, na sociální uvažování. Souvisí to s teorií myslí, proto si lidé mohou přestávat vzájemně rozumět, být schopní kriticky smýšlet, vyhledávat si zdroje, zda jsou pravdivé či nepravdivé. Budou reagovat spíše emočně. Téměř všichni mají emočně sociální deficity, takže tady bude velká skupina lidí s emočně sociálními problémy, úzkostným prožíváním, kteří k tomu nebudou rozumět nuancím v českém jazyce a budou brát spoustu věcí doslova. To může mít velký vliv na to, kam bude společnost směřovat.

Logopedii má většina z nás spojenou především s poruchami artikulace, klasicky nejčastěji R, Ř, sykavky...

Podle ÚZIS se obecně snížil počet čistých dyslálií (*nesprávná výslovnost určité hlásky – pozn. redakce*), tedy čistých poruch artikulace, ty dnes téměř nejsou. Pokud jsou, tak k jejich odstranění stačí zhruba 3–5 společných sezení, v případě zpožděného vývoje odborník sleduje, zdali jde vývoj správným směrem. Děti to umí, jsou na hlásku připravené, jen to prostě dozrávalo malinko jinak. Těžší poruchy artikulace jsou většinou právě navázané buď na myofunkční poruchu či ortodontické obtíže, nebo na jinou vývojovou poruchu jazyka či řeči.

Existuje souvislost mezi poruchami vývoje jazyka a řeči a neurovývojovými poruchami?

Jednoznačně ano. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí verze 11, kterou vydala Světová zdravotnická organizace v roce 2022, spadá většina logopedických diagnóz do kategorie Mental, behavioral and neurodevelopment disorders, což znamená, že jde o psychiatrické diagnózy. Pod ně spadají vývojové poruchy jazyka a řeči, vývojové poruchy intelektu, porucha autistického spektra, vývojová porucha motorické koordinace (dyspraxie), porucha

pozornosti, vývojová porucha učení a tikové poruchy. Zajímavé je, že tam nepatří selektivní mutismus (*dítě v konkrétních, jasně definovaných sociálních situacích prokazuje adekvátní jazykové kompetence, nejčastěji v domácím prostředí, ale v jiných situacích, např. ve škole není schopno mluvit – pozn. redakce*), který je zařazený mezi úzkostné poruchy i přesto, že je často komorbidní (*přidružený k jiným vadám – pozn. redakce*) s různými neurovývojovými poruchami. Podle posledních studií by tato diagnóza měla také správně patřit mezi neurovývojové poruchy, které pojí jedna společná věc – jsou geneticky podmíněné, heterogenní, komplexní, mají vždy funkční a strukturální abnormality v mozku a vzájemně se často překrývají a mohou být pospolu v různých kombinacích. Diferenciální diagnostika je tedy velmi důležitá. Co se týká poruch sluchu, je skvělé, že existuje jak novorozenecký screening, tak screening v 5 letech. Avšak 5leté mezidobí je velmi dlouhé a je potřeba být vnímavý, jelikož dítě s nepoznanou sluchovou vadou se může projevovat jako dítě s PAS nebo ADHD apod. Je nutná dobrá mezioborová diagnostika. Protože člověk se sluchovou vadou může mít i neurovývojové poruchy, tzn. může mít vývojovou dysfázii, dyspraxii, PAS, ADHD či mentální handicap jako sekundární, řečový nebo jazykový syndrom.

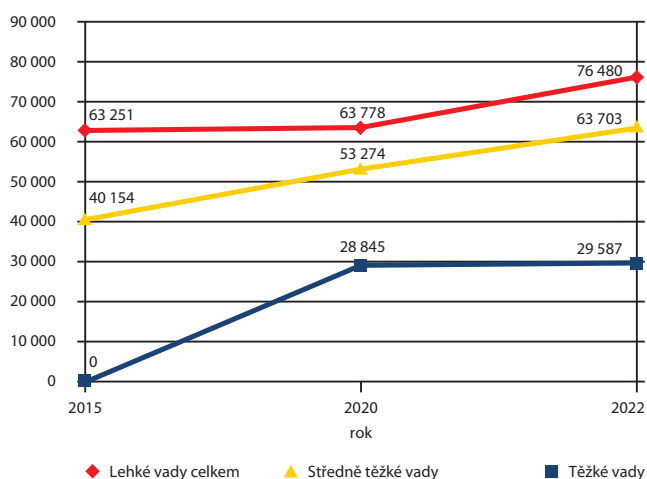
Máte v péči nějaké děti se sluchovým postižením?

Ano, mám v péči děti se sluchadly i s kochleárními implantáty. A mnoho dětí s převodními vadami, nejčastěji se zvětšenými nosními mandlemi nebo četnými otitidami (*záněty*).

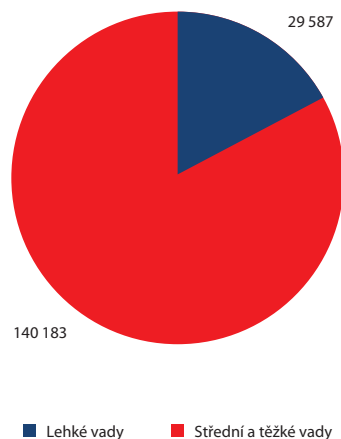
Logopedie řeší poruchy vývoje řeči a poruchy vývoje jazyka. Jaký je mezi nimi rozdíl?

Vývojová porucha řeči se týká zvukové stránky věci, což je vlastně porucha artikulace, plynulost a zvuk řeči, jak nám zní. Patří sem i myofunkční poruchy. A pak jsou poruchy vývoje jazyka, a to je vývojová dysfázie, tedy narušený jazykový systém. Děti s vývojovou dysfází nemusejí mít poruchu artikulace. Často ji mají, ale nemusí tam být.

Počty léčených osob dle závažnosti diagnózy v čase dle ÚZIS



Počty léčených osob dle závažnosti diagnózy dle ÚZIS (rok 2022)



Mohou mluvit „jako z partesu“, ale neumějí správně použít jazyk – mluvní, psaný i znakový – ke sdílení myšlenek. Většinou se porucha artikulace upraví a porucha jazyka přetrvává.

Jak s dysfatickými dětmi pracujete?

Je to velmi individuální. Záleží na tom, jaké dítě je, kolik je mu let a jaké jsou jeho další možnosti, kolik dalších komorbidit k té dysfázii má. Dysfázie má 7 symptomů (viz obrázek na straně 29), které když si diagnostikují, na jaké jsou úrovni, vidím největší deficity. A ty se snažím co nejvíce podpořit, na těch stavím terapii. Když vím, že dítě nemá dobrý morfosyntax a výbavnost slov, ale rozumění je relativně v pořádku, trénujeme výbavnost slov, skladbu věty, skloňování a verbální paměť. Když vidím, že je hodně deficitní rozumění, které mu následně ovlivní školní dovednosti a potom pracovní schopnosti, pracujeme výrazně na rozumění.

Zásadní je, že děti s vývojovými poruchami jsou opravdu emočně-sociálně dráždivější a mají úzkostné prožívání. Dominantou terapie proto je, podpořit to, co jim jde, v čem jsou dobré, talentované. Spousta z nich jsou dobrými sportovci, dělám tedy terapii s pohybem, házením, skákáním. Ale také trénujeme soustředěnou práci u stolku.

Logopedie tedy není jen „R a Ř“. Potýkáte se ve své práci ještě s dalšími mýty?

Například, že pracujeme pouze s dětmi. Ano, pracujeme, někteří i s miminky – třeba kvůli poruchám polykání a příjmu potravy. Ale další dominantou jsou děti v pubertálním věku a dospělí. Osoby s jinými pozdně jazykovými obtížemi, které získaly po nehodě, po operaci, po mozkové příhodě nebo neurodegenerativním onemocnění. Další mýtus je, že jenom drílujeme něco u stolečků. Naše práce je celostní a je vhodné pracovat maximálně multimodálně a v součinnosti s ostatními odborníky. A hlavně umět zapojit rodiče do celkového přístupu k dítěti, např. aby znali způsob, jak s dítětem komunikovat.

Mgr. Barbora Richtrová

vystudovala obor Speciální pedagogika se zaměřením na logopedii, surdopedii a arteterapii na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Pracuje jako klinická logopedka. Ve své práci preferuje komplexní péči pro osoby s obtížemi v komunikaci (jazyk, řeč, sociální komunikace) a propojuje obor klinické logopedie, arteterapie, psychoterapie v Gestalt modalitě, aby terapie byla maximálně efektivní. Je předsedkyní Asociace klinických logopedů ČR, věnuje se přednáškové a osvětové činnosti a publikaci odborných textů, je hlavní pořadatelkou Logopedického sympozia. Vyrábí také pomůcky pro terapii narušené komunikační schopnosti.



Vaše ordinace vypadá trochu i jako herna a tělocvična...

Většina dětí má prosociální chování. Ony chtějí mluvit, ale z nějakých důvodů to nejde. A to, že nemohou, některé děti opravdu prožívají a jsou úzkostné. Proto je třeba udělat si společně dobrý, bezpečný vztah, vazbu, jistotu. Na to fungují různé psychotherapeutické prvky – práce na pís-kovišti, Práce v hliněném poli®, práce se senzorickou integrací, protože děti jsou v dnešní době velmi smyslově předrážděné. Po zklidnění se dá daleko lépe pracovat a cílená logopedická terapie jde pak snáz. Dominantou naší péče je dobře diagnostikovat. Na základě toho stanovíme terapeutický plán. Ale důležité je to, že zkvalitníme život pacientům a rodičům tak, že dítě se zklidní, ví, kdo je, a má jisté sebevědomí. Nebojí se argumentovat, říkat myšlenky, má se rádo a bere se takové, jaké je. A pak se dá dělat spousta divů.

Jaké jsou nejnovější trendy v diagnostice a léčbě vývojových poruch řeči a jazyka?

Asociace klinických logopedů za posledních pět let udělala mnoho pro to, aby se zvedla úroveň diagnostiky. Máme např. nové standardizované testy na poruchu rozumění ve větných strukturách a poruchu produkce řeči. Také diagnostický kurz pod vedením doktorky Pospíšilové, ve kterém se kolegové učí diagnosticky myslet, užívat testy a vývojové škály. Velkým záměrem je nyní vybudovat projekt screeningu prostřednictvím rodičovských dotazníků. Tak, aby rodiče sami mohli včas zjistit případné vývojové poruchy jazyka a řeči. Chceme tam zahrnout i poruchy příjmu potravy a selektivní mutismus. Rádi bychom během roku udělali projekt a sehnali grant. Za nás by šlo o nejlepší řešení, jak zachytit problém včas. Školní depistáže či depistáže u pediatriů probíhají kolem 5. roku dítěte, a to je často pozdě.

Doporučíte rodičům nějaký vhodný web coby zdroj informací z oblasti logopedie?

Nejnovější informace najdou na webu Asociace klinických logopedů. A máme i veřejný Facebook a Instagram, kam dáváme výtahy z různých studií, články, informace i letáky k diagnózám. Je také spousta rodičů, kteří jsou sami aktivní a vytvářejí webové portály, kde se propojují s odborníky. Doporučit mohu i web vyvojovadysfазie.cz nebo Autismport.cz na screenování možných rizik autismu. Snad můžu doporučit i Instagram kolegyně Zuzany Blažkové Logopedie jinak, která tam velmi odborně a srozumitelně informuje o naší práci.



Připravila Mgr. Radana Ardelťová,
koordinátorka komunikace CDS Tamtam
Fotografie archiv Barbory Richtrové

34 let pro děti se sluchovým postižením a jejich rodiny z celé České republiky



Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., je nestátní nezisková organizace s celorepublikovou působností, která poskytuje komplex vzájemně navazujících služeb pokrývajících potřeby dětí se sluchovým postižením a jejich rodin z celé České republiky.



RANÁ PÉČE
ČECHY



RANÁ PÉČE
PRO MORAVU
A SLEZSKO



SOCIÁLNĚ
AKTIVIZAČNÍ
SLUŽBY



ODBORNÉ
SOCIÁLNÍ
PORADENSTVÍ



INFORMAČNÍ
A VZDĚLÁVACÍ
SLUŽBY



Dětský sluch, odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.
Vydává Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., Hábova 1571, 155 00 Praha 5 – Stodůlky
IČO 00499811, tel.: 235 517 313, e-mail: redakce@tamtam.cz, www.tamtam.cz
Číslo 02/2024 vychází 10. června 2024.

Redakční rada: Mgr. Jana Fenclová, Mgr. Martina Péčová, Mgr. Anna Kučerová, Ph.D., Mgr. Lucie Hanzíková
Šéfredaktor: Ing. Lucie Křestanová
Redakce: Mgr. Lucie Brandtlová, Mgr. Veronika Kovalová, Mgr. Radana Ardelťová, Bc. Romana Procházková, DiS.
Grafické práce, sazba: Ing. Markéta Hovorková
Jazyková korekce: Michaela Šimková
Cena výtisku: 100 Kč
Roční předplatné (4 čísla včetně poštovného): 400 Kč
Tisk: Tiskárna Grafotechna Plus, Lýskova 1594/33, 155 00 Praha 5 – Stodůlky
ISSN 2570-8473

Magazín Dětský sluch vychází za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky.



ODBORNÝ MAGAZÍN DĚTSKÝ SLUCH PŘEDPLATNÉ

Časopis přináší názory odborníků, zkušenosti rodičů i informace ze zahraničí na aktuální témata. Je určen především rodinám s dětmi se sluchovým postižením z celé České republiky, ale i odborníkům – lékařům, pedagogům, psychologům, sociálním pracovníkům a studentům těchto oborů.



Vychází 4x ročně.

Cena předplatného časopisu v roce 2024 je 400 Kč včetně poštovného.

Objednávky zasílejte na e-mail redakce@tamtam.cz.

Magazín Dětský sluch vychází za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

ReSound GN

Nová éra poslechu

Menší.
Chytřejší.
Skvěle propojitelné.

Přirozený poslech bez kompromisů, s dosud nejmenšími sluchadly.

- Jedinečná srozumitelnost v hluku
- Výjimečný komfort nošení: jsou sotva vidět, sotva cítit
- Energie na celý den: až 30 hodin na jedno nabití*
- Konektivita připravena pro budoucnost díky Bluetooth® LE Audio a Auracast™

* v závislosti na způsobu použití

© 2023 GN Hearing A/S. Všechna práva vyhrazena. ReSound je registrovaná obchodní značka GN Hearing A/S. Názvy a loga Bluetooth® jsou registrované obchodní značky Bluetooth SIG, Inc. Názvy a loga Auracast™ jsou značky společnosti Bluetooth SIG, Inc.

Veškeré příslušenství ke sluchadlům značek ReSound, Beltone a Interton můžete zakoupit i v našem E-shopu.

Naleznete zde filtry, baterie, nabíječky, kolínka, hadičky, kloboučky, bezdrátové příslušenství, sortiment k údržbě sluchadel a další.

Pro vstup do E-shopu zadejte do svého internetového prohlížeče adresu

eshop-gnhearing.cz

nebo naskenujte níže uvedený QR kód.



ReSound Nexia

GN Hearing Czech Republic spol. s r. o. | Prokopových 3
158 00 Praha 5 | IČ: 48593273 | Tel: +420 224 941 641
Email: CZ.info@gnhearing.cz | Web: www.gnhearing.cz

AURACAST™
A BLUETOOTH® TECHNOLOGY