

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



Rozvoj komunikace u dětí s kochleárním implantátem

Vypracovala: Michaela Beznosková
Nad elektrárnou 2074
288 02 Nymburk

Obor studia: SPPG - učitelství
Typ studia: Magisterské prezenční studium

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

Duben 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zkušeností z vlastní praxe.

Místo vypracování: Praha

. J í í A ^ f

datum

Poděkování

Děkuji PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její rady, připomínky, které mi trpělivě poskytovala. Dále velice děkuji všem, kteří mě při psaní této práci podporovali. V neposlední řadě také děkuji rodičům dětí s kochleárním implantátem za pečlivé vyplnění mého dotazníku, neboť bez nich by se má diplomová práce neobešla.

Michaela Beznosková

Anotace

Tato práce se věnuje rozvoji komunikace u dětí s kochleárním implantátem.

První část se zabývá problematikou sluchových vad a jejich diagnostikou, která je důležitá pro správnou a včasnou kompenzaci sluchové ztráty. Další kapitola se věnuje kochleárním implantacím, výběru vhodných kandidátů se zaměřením na děti.

Následujících částech se práce zaměřuje na komunikaci a vývoj řeči. Velká pozornost je věnována také rehabilitaci sluchu a řeči nezbytnou pro rozvoj komunikace.

Poslední část se věnuje vyhodnocení dotazníkového šetření, kterým jsem zjišťovala jak rodiče se svým dítětem komunikují, jak komunikují v době před implantací a jak v době po implantaci. Také jsem zjišťovala jak se u těchto dětí rozvíjí řeč a zda implantace splnila očekávání ze strany rodičů.

Annotation

This diploma work is devoted to the development of the communication of children with cochlear implantant.

The first part (Issue) engages in problems of auditory defects and their diagnosis, which is important for the right and timeous compensation of the auditory defect. Another chapter is devoted to cochlear implantions, choice of acceptable candidates with intention to children.

In the following parts the work is aimed at comunication and development of the speech. Big attention is devoted on rehabilitation of hearing and speech too, necessary for the right development of their communication.

The discuss evaluation of questionnaire inquiry, that I was investigating how parents try to comunicate with their children, how they comunicate before implantation and how after it. I was motitoring how the speech is developping at these children and if the implantation realized parents' expectations.

ÚVOD	7
1 VYMEZENÍ POJMŮ	8
2 SLUCHOVÉ VADY	10
2.1 KLASIFIKACE SLUCHOVÝCH PORUCH A VAD PODLE MÍSTA VZNIKU.	10
2.2 KLASIFIKACE SLUCHOVÝCH VAD PODLE STUPNĚ POSTIŽENÍ.....	13
2.3 KLASIFIKACE SLUCHOVÝCH VAD PODLE DOBY VZNIKU.....	14
3 DIAGNOSTIKA SLUCHOVÝCH VAD	16
4 ZÁSADY KOREKCE SLUCHOVÝCH VAD	18
4.1 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY.....	18
4.1.1 SLUCHADLA.....	18
4.1.2 OSOBNÍ ZESILOVAČE.	20
4.1.3 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT (KI).....	20
5 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT (KI)	21
5.1 STRUČNÁ HISTORIE KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ.....	21
5.2 CO JE KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT A JAK FUNGUJE.....	22
5.3 CENTRUM KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ (CKID).....	24
5.4 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT U DĚTÍ.....	24
5.5 KRITÉRIA VÝBĚRU DĚTÍ KE KI.....	25
5.6 OPERACE.....	27
6 KOMUNIKACE	28
6.1 RANÁ KOMUNIKACE.....	28
6.2 VOLBA KOMUNIKAČNÍ METODY.....	29
6.2.1 ORÁLNĚ AUDITIVNÍ METODA.....	29
6.2.2 BILINGVÁLNÍ METODA.....	30
6.2.3 TOTÁLNÍ KOMUNIKACE.....	30
7 ŘEČ	32
7.1 VÝVOJ ŘEČI.....	32
7.1.1 PŘÍPRAVNÉ (PŘEDŘEČOVÉ) OBDOBÍ VÝVOJE ŘEČI.....	32
7.1.2 STÁDIUM VLASTNÍHO VÝVOJE ŘEČI.....	33
12 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.	34
7.2.1 ROZVOJ ŘEČI U SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE.....	34
7.3 ZÁSADY PŘI VÝCHOVĚ SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE.....	36
8 REHABILITACE SLUCHU A ŘEČI	38
8.1 REHABILITACE PŘED KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACÍ.....	38
8.2 REHABILITACE SLUCHU PO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACÍ.....	39
8.2.1 SLUCHOVÁ VÝCHOVA.....	40
8.2.2 ODEZÍRÁNÍ.....	42
8.2.3 ŘEČOVÁ VÝCHOVA.....	43
8.3 ÚSPĚŠNOST REHABILITACE.	44

9	VYUŽITÍ ZNAKOVÉ ŘEČI U DĚTÍ S KL.....	47
10	PORADENSKÉ INSTITUCE V OBLASTI KL.....	49
10.1	SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ CENTRA - SPC.....	49
10.2	SDRUŽENÍ UŽIVATELŮ KOCHLEÁRNÍHO IMPLANTÁTU - SUKL.....	50
10.3	FEDERACE RODIČŮ A PŘÁTEL SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH (FRPSP).....	51
10.4	STŘEDISKO RANÉ PÉČE PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ TAMTAM.....	52
11	PRAKTICKÁ ČÁST.....	54
	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Všechny lidské bytosti mají neobyčejně velkou snahu komunikovat. Všichni novorozenci, ať slyšící či neslyšící přicházejí na svět vybaveni celou řadou schopností. Tyto schopnosti je však třeba včas aktivovat a posilovat. Velmi důležitá je dle odborníků stimulace sluchového centra v mozku. Pokud toto centrum není včas stimulováno, zaniká. Doba zániku je stanovena přibližně na 3. - 4. rok života dítěte. Z tohoto důvodu by rodiče neměli s komunikací u svého dítěte otálet. Komunikace je velice důležitá pro rozvoj kognitivních schopností a také celkové osobnosti dítěte. Neexistuje jediná nebo nejlepší metoda jak rozvíjet jazykové a kognitivní schopnosti dítěte se sluchovým postižením. Důležité však je vybrat pro dítě tu nejvhodnější.

V České republice se ročně narodí asi 50 dětí s různým stupněm sluchového postižení a přibližně 10 dětí ohluchne následkem nemoci nebo úrazu. Ztráta sluchu způsobuje u těchto dětí problémy při rozvoji řeči a komunikace. Sluchová ztráta těchto dětí bývá nejčastěji kompenzována sluchadly. Některým dětem tato kompenzační pomůcka pomáhá, ale jsou děti, které ani s nejdokonalejším sluchadlem nejsou schopny vnímat žádné zvuky. I těmto dětem lze v dnešní době pomoci. Může jim být voperován kochleární implantát.

V teoretických částech své práce se budu věnovat sluchovému postižení, jeho diagnostice u dětí a také kompenzačním pomůckám. Ve větší míře se zaměřím na kochleární implantát a témata s ním spojená, např. kritéria výběru vhodných kandidátů.

Následující kapitoly budou věnované komunikaci, vývoji řeči a rehabilitaci sluchu a řeči po implantad. Ráda bych také přiblížila možnost využití znakové řeči u dětí s kochleárním implantátem.

V praktické části budu zjišťovat, jak rodiče nejčastěji komunikují se svým dítětem před implantad, zda a jak se tato komunikace po implantad mění. Dále se budu zabývat rozvojem řeči u těchto dětí.

Cílem mé práce je ukázat, že rozvoj komunikace u dětí s implantátem je dlouhodobý proces, při kterém je důležitá trpělivost a vytrvalost. Není potřeba ztrácet naději a mít pocit neúspěchu, když se dítě nerozvíjí tak rychle, jak rodiče doufali. Je to proces náročný pro dítě i rodiče, ale výsledek stojí zato.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

V první kapitole bych ráda vymezila pojmy, které budu ve své diplomové práci používat. V používání těchto pojmů bývají občas nesrovnalosti.

Neslyšící x neslyšící

Rozhodnout se, kdy použít v psaném projevu Neslyšící s velkým „N“ a neslyšící s malým „n“, bývá někdy obtížné. Je důležité si uvědomit, o které skupině píšete.

Velké „N“ znamená, že člověk není pojmenován takto podle jeho postižení, ale podle příslušnosti k určité skupině lidí.

„Velké písmeno symbolizuje, že hluchý člověk není posuzován podle stavu sluchu, ale jako příslušník menšinové společnosti. Nejde o etnickou, ale o jazykovou a kulturní menšinu.“ (Strnadova, 1998, s. 53)

„Jazykovou a kulturní menšinu z nich dělá existence znakového jazyka, podobné osudy a problémy, historie a často i společní vnější nepřátelé. Neslyšící jsou navíc jednou z nejsoudržnějších menšin vůbec, protože je stmeluje velmi snadná vzájemná komunikace a naopak velmi nesnadná komunikace a tisíce každodenních nedorozumění s vnějším světem.“ (Hrubý, 1998, s. 48)

Ve své práci budu respektovat tuto kulturní a jazykovou menšinu a pokud budu záměrně mluvit o jejích příslušnících, budu používat termín *Neslyšící*.

V případě, že budu mluvit obecně o lidech s určitým stupněm sluchového postižení, budu používat termín *neslyšící*.

Jako nadřazený pojem - obecný pojem používám také termín *lidé se sluchovým postižením*.

Znaková řeč

V roce 1998 vyšel zákon č. 155/1998 Sb. o znakové řeči. Vláda letos schválila novelu tohoto zákona. V zákoně jsou nově zohledněny potřeby hluchoslepých osob.

Znakovou řečí se rozumí český znakový jazyk a znakovaná čeština.

Český znakový jazyk je základním dorozumívacím prostředkem Neslyšících v České republice. Je přirozeným a plnohodnotným komunikačním systémem. Má základní atributy jazyka a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. Je považován za mateřský jazyk Neslyšících.

Znakovaná čeština je uměle vytvořený systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a Neslyšícími. Využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována.

Termín *znaková řeč* budu v mé práci používat pro většinu komunikačních systémů, které využívají znaky znakového jazyka (*český znakový jazyk, znakovaná čeština, izolované znaky*). Důvodem je, že rodiče a laická veřejnost termíny český znakový jazyk a znaková řeč nevědomě zaměňují. Rodiče, kteří se svým dítětem znakují používají většinou znakovanou češtinu, kterou nazývají znakovým jazykem.

Pro *český znakový jazyk* budu používat termín *znakový jazyk*, neboť o jiných znakových jazycích se v této práci nezmiňuji.

2 SLUCHOVÉ VADY

Sluchové poruchy můžeme rozdělit dle místa vzniku, dle míry, stupně poškození sluchu a dle doby vzniku. (*Jedlička, 2003*)

Je-li poškození sluchu trvalé, mluvíme o sluchové vadě.

2.1 Klasifikace sluchových poruch a vad podle místa vzniku

Typy sluchových poruch jsou obvykle charakterizovány podle toho, ve které části sluchového ústrojí k poškození sluchu došlo. (*Hrubý, 1998*)

I. Periferní

1) Převodní (konduktivní) poruchy (kvantitativní)

Vady převodní jsou poměrně časté, ale nikdy nevedou k úplné hluchotě. Lze je velice dobře kompenzovat moderními elektronickými sluchadly. Bývá však možné odstranit je i operativně. Jsou to poruchy zevního ucha po oválné okénko. Člověk postižený převodní vadou špatně slyší hluboké tóny, hlas a zvuky. Je postiženo vnímání melodie, přízvuku. Pacient nedoslýchá. Je zde pokles sluchové ostrosti na všech frekvencích. Tak zvané kostní vedení zvuku je v pořádku.

Tato vada se zjišťuje **Rinneho zkouškou** - ladička se rozezvučí a dá se na kost za ucho. Počkáme, až přestane být slyšet a dáme ji před zvukovod, před ucho, aby byl zvuk slyšet dál. Když pacient slyší lépe na kosti, jedná se o převodní poruchu.

Příčiny:

- ucpaní vnějšího zvukovodu mazem
- záněty vnějšího zvukovodu způsobované bakteriemi, plísněmi, viry nebo alergií
- perforace bubínku (po zánětu, úrazu)
- zánět středního ucha
- ztuhnutí převodního systému (kůstky se pohybují ztuhle)
- přerušení řetězu středoušních kůstek (při úrazu)

- otoskleróza - jedná se o dědičnou chorobu, jejíž přenašeči jsou muži. Objevuje se spíše u žen při hormonálních změnách (např. po porodu). Dochází k zarůstání třmínku do kosti oválného okénka. Tím dochází k přestavování kostí v oblasti středního a vnitřního ucha. Dochází ke srůstu třmínku a oválného okénka.
- atrézie - vývojová vada, kdy není vytvořen zevní zvukovod
- nevyvin zvukovodu, znetvoření nebo chybění boltce

2) Percepční (senzoneurální) poruchy (kvalitativní)

Jsou to poruchy vnitřního ucha nebo sluchového nervu. Většinou jsou mnohem závažnější než vady převodní. Jedná se o trvalé postižení sluchu. Člověk postižený percepční poruchou slyší špatně vysoké tóny, hlas a zvuky. Kostní vedení je zhoršené. Typický je rozdíl mezi hlasitou řečí a šepotem. Slyší lépe šepot než hlasitou řeč, neboť šepot je hluboký. Je zde špatná výslovnost sykavek. Tato porucha je charakteristická výrokem: „Já slyším, ale nerozumím!“ Pacienti mají tendence ke zvyšování a zintenzivňování hlasu.

Příčiny:

- a) v období prenatalním** (během těhotenství) - vada vznikne tehdy, jestliže matka onemocní infekční nemocí během prvního trimestru.
 - infekce cytomegalovirem
 - zarděnky
 - virózy
 - toxoplazmóza
 - ototoxické látky, léky
 - dědičné vady (nevyvine se hlemýžď ...)
- b) v období perinatálním** (během porodu)
 - Rh inkompatibilita - matka je faktor Rh - , a plod je RH + po otci

- nedonošené děti - děti s nízkou porodní hmotností. Nejsou plně funkční plíce, riziko infekce, poškození sítnice, anémie (chudokrevnost), neurologické postižení, sluchová vada.
- Asfyktické děti - dítě není schopno se nadechnout, reverzibilní změny Cortiho orgánu.

c) v období postnatálním (po porodu)

- infekce (meningitida, parotitida - příušnice)
- virosy
- úrazy (fraktura báze lební - přerušení sluchového nervu, poškození Cortiho orgánu)
- ototoxické látky (chemoterapeutika)
- nádory (v oblasti nervu, středouší)

3) Smíšené (kombinované) poruchy

Jsou kombinované z obou předchozích typů - podílí se na nich jak převodní, tak percepční složka. Příkladem jsou chronické záněty středouší s toxickým postižením vnitřního ucha produkty zánětu nebo kochleární forma otosklerózy.

4) Ušní šelesty - tinnitus

Ušní šelesty nebo hluky jsou velice nepříjemnou vadou sluchu. Ušní šelest je sluchový vjem v jednom nebo obou uších bez vnějšího podnětu. Může mít různou lokalizaci, hlasitost, výšku, dobu trvání, může ovlivnit kvalitu života. Postižená osoba slyší různě silné hučení, syčení, pískání, šustění..., a to trvale nebo záchvatovitě. Tinnitus může být doprovázen zhoršením sluchu. Je třeba navštívit lékaře. Ušní šelest může signalizovat jiné onemocnění.

II. Centrální

Postižení podkorového a korového systému i sluchových drah a center.

2.2 Klasifikace sluchových vad podle stupně postižení

Podle stupně postižení lze poruchy sluchu rozdělit na: (*Jedlička, 2003*)

- Lehkou nedoslýchavost (20 - 40 dB)
- Středně těžkou nedoslýchavost (40 - 60 dB)
- Těžkou nedoslýchavost (60 - 80 dB)
- Praktickou hluchotu (nad 80 dB)
- Úplnou hluchotu při žádném sluchovém vjemu

Každý stupeň s sebou přináší nějaká omezení. Lehká nedoslýchavost působí člověku komunikační obtíže v hlučném prostředí, při komunikaci ve skupině lidí a také při poslechu televize. Děti lehce nedoslýchavé nemají nápadnější poruchy komunikace. Tato vada se dá velmi dobře kompenzovat. Při středně těžké nedoslýchavosti je člověk schopen rozumět dostatečně hlasité řeči, ale pouze v tichém prostředí. Při tomto stupni postižení umožňuje sluchadlo dětem běžnou komunikaci (za určitých podmínek). Řeč bývá srozumitelná. U těžce nedoslýchavých již sluch nestačí pro běžnou komunikaci. Děti se učí spontánně odezírat. U dětí s praktickou hluchotou je významně narušen rozvoj řeči.

Světová zdravotnická organizace (WHO) má dělení z roku 1980 trochu jiné.

<i>Průměrná ztráta sluchu</i>	<i>Slovní označení</i>
• 0 až 25 dB	normální sluch
• 26 až 40 dB	lehká nedoslýchavost
• 41 až 55 dB	střední nedoslýchavost
• 56 až 70 dB	středně těžká vada sluchu
• 71 až 90 dB	těžká vada sluchu

- více než 91 dB velmi závažná vada sluchu

(Za neslyšícího se pak považuje pouze ten, kterému ani sebevětší zesílení sluchu neposkytuje žádné sluchové vjemy.)

2.3 Klasifikace sluchových vad podle doby vzniku

Sluchové vady mohou být vrozené, získané nebo také zděděné.

1) vrozené - jsou dědičné mnohdy v řadě generací nebo vznikají v důsledku onemocnění matky v prvním třech měsících těhotenství. Příčinou mohou být infekční onemocnění (zarděnky), poruchy látkové výměny (diabetes), ozáření rentgenem, rozdílný Rh faktor, nezjištěné příčiny.

2) získané - příčinou může být protahovaný porod (dlouhotrvající porod, kdy může dojít ke krvácení do mozku), nádory, úrazy, chronické záněty středního ucha, infekce.

3) vady dědičné - tyto vady mají genetickou příčinu, neznamena to však, že by se s ní dítě již muselo narodit. Vada se může projevit třeba až v dospělosti.

V souvislosti s dobou vzniku sluchové vady rozlišujeme tyto skupiny těžce postižených dětí: (*Krahulcova, 2002*)

- děti s hereditálním (dědičným) a kongenitálním (vrozeným) sluchovým postižením
- děti s prelingválním sluchovým postižením (které se narodily plně neslyšící nebo ztratily sluch před rozvojem řeči)
- děti s postlingválním sluchovým postižením (které ohluchly po rozvoji řeči)

Dobou „po rozvoji řeči“ miníme věk kolem sedmého roku života dítěte, kdy by měla být řeč již pevně zafixována. Je zde lepší řečová prognóza vzhledem k tomu, že děti mají již rozvinutou slovní zásobu, slovní formy myšlení a mluvní projevy ani při absenci sluchové kontroly vlastní řeči nezanikají.

3 DIAGNOSTIKA SLUCHOVÝCH VAD

Diagnostika zahrnuje tři základní kroky:

- a) odhalení vady
- b) zjištění velikosti vady
- c) zjištění příčiny vady

Nejprve je třeba zjistit, zda vada sluchu vůbec existuje, a poté, jak je závažná. U sluchových vad je nutnost velice brzké diagnostiky a následné práce s dítětem. Včasná diagnóza vady sluchu je základním předpokladem úspěšné rehabilitace dítěte. Nejčastěji objeví sluchovou vadu u dítěte rodiče, a to mezi 2. až 6. měsícem věku.

Na sluchovou vadu mohou rodiče upozornit následující věci:

- Dítě nevěnuje pozornost zvukům z okolí.
- Nereaguje na první zavolání.
- Nereaguje na zvuky z okolí nebo není schopno poznat, odkud zvuk přichází.
- Nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které je obklopují.

Sluch by měl být alespoň orientačně vyšetřen u každého dítěte nejpozději do 6ti měsíců po narození. Sluch můžeme vyšetřit pomocí orientačních sluchových testů a objektivních vyšetřovacích metod. U novorozenců provádíme sluchovou zkoušku sledováním nepodmíněných reflexů (auropalpebrální reflex a Moroův reflex¹) na silný zvukový podnět (např. tamburína) ve vzdálenosti 50 cm - 1 m od hlavy dítěte.

Také však existují speciální objektivní vyšetření sluchu (např. OAE, BERA, SSEP). V případě vyšetření OAE (otoakustické emise) je možné zjistit zda dítě slyší již pátý den po narození.

Auropalpebrální reflex - víčkový reflex, dítěti se reflektivně prudce sevrou víčka. Moroův reflex - pokud novorozenec něco vyleká, rozhodí ruce a roztáhne prsty, pak ruce před tělem spojí, jako by se pokoušel obejmout mámu.

Jakékoli podezření má být okamžitě ověřeno na odborném pracovišti. Pokud se podezření potvrdí, je povinností lékaře neprodleně zajistit vhodnou audiologickou a intenzivní logopedickou péči.

To, co v raném dětství zmeškáme, již nikdy nemůžeme dohonit. Nejdůležitější věcí je včas navázat s dítětem plnohodnotnou komunikaci. O způsobu komunikace rozhoduje především velikost vady sluchu. V každém případě je třeba sluchovou ztrátu co nejdříve kompenzovat sluchadly. V této době je třeba také zahájit intenzivní rehabilitační péči, sluchovou výchovu, nácvik odezírání a rozvoj řeči. Sluchadlo by v raném dětství mělo používat i dítě, u kterého máme podezření, že je zcela neslyšící. Je totiž lepší zbytečně „pálit baterky“ sluchadla, než něco zanedbat v rozvoji třeba i nepatrných zbytků sluchu.

4 ZÁSADY KOREKCE SLUCHOVÝCH VAD

Dosáhne-li sluchová vada určitého stupně, musí být korigována. Pokud není, může nastat komunikační bariéra, která může mít na jedince psychický i sociální dopad a může negativně ovlivnit jeho život.

U dětí se sluchové vady musí korigovat co nejdříve, tedy ihned po jejich diagnostice. U vrozených vad to v praxi znamená již během prvního roku života. „Opomene-li se nutnost udržovat sluchovou dráhu v činnosti zvukovými podněty ještě před začátkem vývoje řeči, je následná rehabilitace sluchu a řeči velmi svízelná.“ (Jedlička, 2003, s. 458)

U dětí se zásadně korigují obě uši - buď závěsnými sluchadly nebo kapesním sluchadlem. Výhodnější je používat od počátku závěsná sluchadla. U závěsných sluchadel je nezávislá korekce levého a pravého ucha a lze tudíž zachovat efekt směrového slyšení.

Odpovědnost za korekci sluchových vad dětí nese lékař - foniatr. Dětem by měla být přidělována nejkvalitnější sluchadla. Po přidělení sluchadla je foniatr povinen zajistit dítěti odbornou rehabilitační péči - edukaci řeči a sluchu, kterou provádí klinický logoped.

4.1 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky pomáhají kompenzovat sluchovou ztrátu, mají vliv na kvalitu života a přispívají k sociální adaptaci. Z těchto pomůcek jsem vybrala ty, které jsou určeny ke korekci sluchové vady.

4.1.1 Sluchadla

Sluchadla jsou sluchově postiženým dětem přidělována ke kompenzaci jejich sluchové vady. Nové typy sluchadel pomáhají i dětem s těžkým postižením sluchu. Prostřednictvím sluchadla dostávají informaci o zvukových stránkách řeči, o její

melodii, rytmu. Vnímají své vlastní okolí, mohou kontrolovat svou řeč sluchem, což přispívá k jejímu rozvoji a k zlepšení komunikace s ostatními.

Účelem sluchadel je účinnější přenos zvuku do vnitřního ucha. Sluchadlo je miniaturní elektronický zesilovač zvuku. Slabé zvuky dopadají na mikrofon sluchadla, ve kterém se mění na elektrický proud. Proud je zesilovačem zesílen, upraven podle individuální sluchové vady a přiveden do sluchátka. Ve sluchátku se proud opět mění na zvukové vlny. Vzniká tak velmi silný zvuk, který je přiváděn přímo do zvukovodu ucha.

Za posledních třicet let sluchadla výrazně ovlivnila život sluchově postižených. „Díky sluchadlům se nedoslýchaví mohou téměř bez problémů domlouvat se slyšícími, z většiny dřívějších neslyšících se stali nedoslýchaví.“ (Hrubý, 1998, s. 72) Skutečně neslyšícím však bohužel nemůže pomoci ani to nejdokonalejší sluchadlo.

Dle konstrukčního provedení se sluchadla dělí na:

- *kapesní* - setkáváme se s nimi u velmi malých dětí; jejich nevýhodou je, že není možné nastavení (korekce) pro každé ucho zvlášť; přináší navíc množství nepříjemných šumů (mikrofon se otírá o oděv)
- *závěsná* - miniaturní typ; jsou zavěšena za uším boltcem; lze je nastavit individuálně pro každé ucho zvlášť
- *brýlová* - jsou určena pro současnou sluchovou a zrakovou vadu; v dnešní době se již moc nepoužívají
- *sluchadla do boltce* - pro děti se nepoužívají, mění se jim velikost zvukovodu
- *sluchadla do zvukovodu* - pro děti se nepoužívají
- *sluchadla pro kostní vedení BAHA* - u dětí, které nemohou mít sluchadla v uchu (hlavním důvodem jsou atrézie zevního zvukovodu)

Dále se dělí na:

- *analogová* - jsou levnější; zvuk jen zesilují
- *digitální* - jsou kvalitnější, programovatelná; lépe se přizpůsobují potřebám neslyšícího; neruší je tolik mobilní telefony

- *selektivní* - potlačují šumy z okolí, vybírají jen mluvenou řeč
- *programovatelná* - mají přepínání na vhodné programy pro různá prostředí (divadlo, škola, koncert, ulice...)

4.1.2 Osobní zesilovače

Velká část starších lidí trpí nedoslýchavostí různého stupně. Tito lidé se však nošení sluchadla úporně brání. Raději zvolí osobní zesilovač, který je na rozdíl od sluchadel nápadně inzerován v běžném denním tisku jako okamžitá a zázračná pomoc na všechny problémy se sluchem. Osobní zesilovač je větší a levnější kapesní sluchadlo, ke kterému se připojují sluchátka. Osobní zesilovače opravdu pomáhají. Jsou vidět a to ostatním připomíná, aby mluvili pomalu a zřetelně. Systém spočívá v tom, že se zvýší odstup mezi řečí a rušivým hlukem pozadí. Důležité je však umístit mikrofon zesilovače co nejbliže ke zdroji zvuku, k ústům mluvícího.

4.1.3 Kochleární implantát (KI)

Kochleární implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která pomáhá těžce sluchově postiženým, kterým nepomáhá ani nejvýkonnější sluchadlo. (*viz další kapitola*)

5 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT (KI)

5.1 Stručná historie kochleárních implantací

První zpráva o přímé elektrické stimulaci sluchového nervu pochází z roku 1956 z Francie od pánů Djourna a Eyriese. Elektrická stimulace byla provedena prostřednictvím drátku implantovaného do sluchového nervu úplně hluchého pacienta. Umožnilo mu to slyšet zvuky, usnadnilo se mu odezírání a dokázal rozlišit několik slov.

V roce 1961 voperoval dr. William House z Los Angeles pětielektrodotový systém se vzdálenou referenční elektrodou do scala tympani (okrouhlého okénka) zcela neslyšícímu. Tento lékař začal od roku 1972 ve větším měřítku implantovat pacientům jednokanálovou kochleární neuroprotézu navrženou ohluchlým elektroinženýrem Jackem Urbanem.

V roce 1977 nastal velký zájem o kochleární implantáty. Tento rok lze označit rokem velkého třesku v oblasti kochleárních implantací. Ve stejném roce zveřejnili zprávu o svém implantátu také dr. Clark a dr. Tong z Austrálie. Z tohoto implantátu se později vyvinula dnes nejrozšířenější kochleární neuroprotéza Nucleus.

V roce 1983 dosáhl počet implantovaných pacientů již asi 420 a implantace provádělo celkem 12 skupin z osmi zemí.

Od roku 2005 patří mezi tři přední výrobce kochleárních implantátů firmy Advanced Bionics z USA (implantát Clarion nebo Harmony), Cochlear z Austrálie (implantát Nucleus) a MED-EL z Rakouska.

V České republice byla první neuroprotéza Nucleus voperována v roce 1993 na ORL klinice v Praze 5 v Motole. Peníze na tento implantát musely být ještě získány nadační sbírkou Prolomené ticho². Prosadit úhradu implantátů Všeobecnou zdravotní pojišťovnou se podařilo až o rok později, v roce 1994. Všechny speciální operace byly zpočátku prováděny ve spolupráci s prof. Dr.Dr. Ernstem Lehnhardtem z Hannoveru.

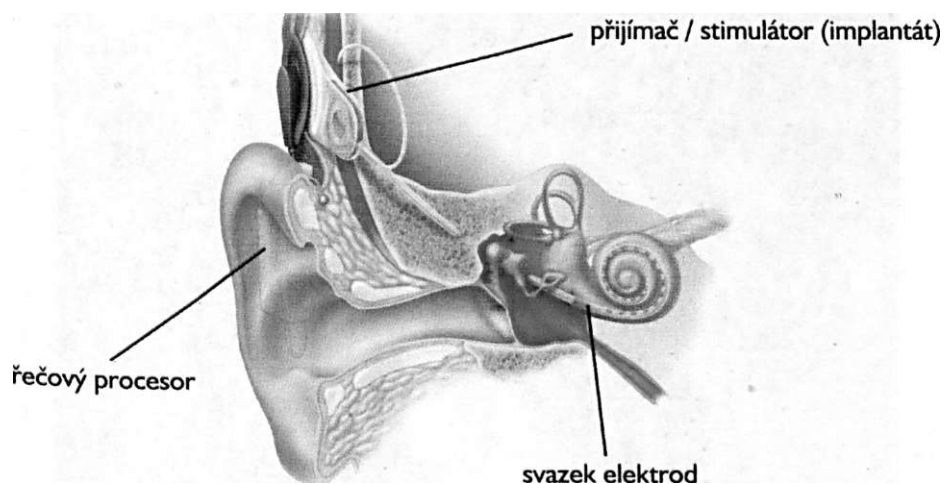
adační fond Prolomené Ticho vznikl v roce 1993 za účelem pomoci navrátit neslyšícím, zejména s ysicím dětem, možnost přirozené komunikace pomocí voperování speciální neuroprotézy - kochleárního implantátu, (<http://www.prolomene-ticho.cz>)

5.2 Co je kochleární implantát a jak funguje

Kochleární neboli nitroušní implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha. Do určité míry pomáhá obejít nefunkční vláskové buňky v hlemýždě a převádí mechanické zvukové vlnění na elektrické dráždění a promontorní stimulací sluchovým nervem do korové sluchové oblasti mozku. Slyšení s kochleárním implantátem je sice nesrovnatelné s kvalitou fyziologického slyšení, ale téměř u všech implantovaných osob přináší velký akustický efekt.

V České republice se používá implantační systém Nucleus australské firmy Cochlear.

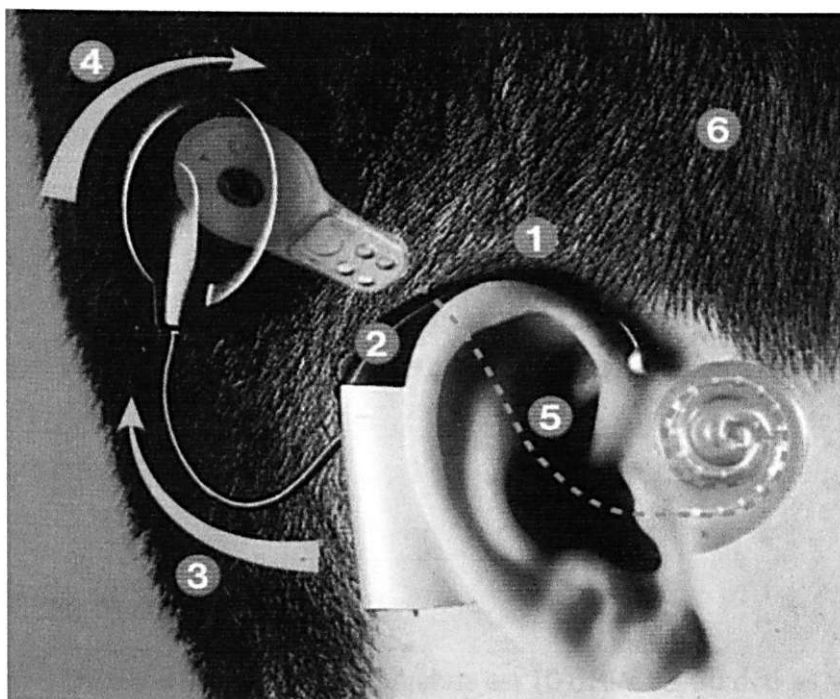
Implantát je tvořen dvěma částmi. Vnější část je tvořena mikrofonem a vysílací cívkou, které jsou umístěny za ušním boltcem a slouží k přenosu informací do vnitřního přijímače, a řečovým procesorem. Řečový procesor je vyráběn ve dvou variantách - *klasický typ*: má tvar krabičky a nosí se v látkové kapse na těle nebo na opasku; *závěsný typ*: se nosí za boltcem jako sluchadlo. Vnitřní část se skládá z přijímače - stimulátoru, umístěného do lůžka ve skalní kosti, a jemného svazku 24 elektrod, který je zaveden do hlemýždě.



Obr. 1 Kochleární implantát Nucleus (propagační materiály firmy Cochlear)

Jak kochleární implantát pracuje:

- 1) Zvuk je zachycován směrovým mikrofonem na horní části řečového procesoru. Nosí se za uchem jako sluchadlo nebo jako krabička na těle.
- 2) Signál je veden tenkým kabelem do řečového procesoru.
V procesoru se zvuk filtruje, analyzuje a digitalizuje do zakódovaných signálů.
- 3) Zakódované signály jsou vedeny z řečového procesoru do vysílací cívky,
- 4) Cívka vysílá prostřednictvím elektromagnetických vln signály do implantátu (přijímače/stimulátoru) zavedeného pod kůži za uchem.
- 5) Implantát vysílá elektrické impulsy do svazku elektrod umístěného uvnitř hlemýždě. Jednotlivé elektrody stimulují zachovaná vlákna sluchového nervu na různých místech uvnitř hlemýždě.
- 6) Sluchový nerv podrážděný elektrickými impulsy vede výslednou informaci do vyšších sluchových drah a dále do mozku, který ji rozeznává jako zvuk.



Obr. 2 Jak pracuje kochleární implantát (propagační materiály firmy Cochlear)

5.3 Centrum kochleárních implantad (CKID)

V České republice zatím existuje jediné specializované pracoviště, které se zabývá kompletní problematikou kochleárních implantad u dětí od základních vyšetření, přes operaci a následnou rehabilitaci.

Centrum kochleárních implantad (CKID) bylo založeno v roce 1993 na ORL klinice, její dětské části a foniatrickém oddělení FN Motol v Praze. Od tohoto roku byl také zahájen program kochleárních implantad pro prakticky neslyšící a zcela neslyšící děti. Letos oslaví CKID spolu se svými klienty, jejich rodiči a dalšími patnáct let implantad v České republice.

V CKID pracuje multidisciplinární tým odborníků složený z otolaryngologů, foniatrů, psychologa, klinických logopedů, klinických inženýrů, neurologa, rentgenologa, anesteziologa a audiologické sestry.

CKID má dvě části - lůžkovou a ambulantní. Lůžková část je na ORL klinice FN Motol na Praze 5 v Motole. Jsou zde prováděny další předoperační testy a vyšetření a všechny potřebné operace včetně kofochirurgických zákroků. Ambulantní neboli rehabilitační část je součástí Foniatrického oddělení ORL kliniky 2. LF UK na Praze 5, na Mrázovce. Zajišťuje předoperační a pooperační rehabilitační péči, programování řečového procesoru a také vyšetření a výběr kandidátů vhodných k implantad. Úzce spolupracuje s logopedy v místě bydliště a s pracovníky speciálně pedagogických center při školách pro sluchově postižené.

V roce 1994 se podařilo prosadit úhradu kochleárních implantátů Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. „Do prosince 2007 byl poskytnut kochleární implantát Nucleus již 306 dětem, nejmladší bylo ve věku 17 měsíců a každý rok přibude asi 30 nových dětí, které budou mít kochleární implantát.“(7j«/r//Ww.ckid.cz/aktual.aspwww.ckid.cz)

5.4 Kochleární implantát u dětí

V České republice každoročně ohluchne asi 10 dětí a asi 50 dětí se se sluchovým postižením narodí. Ztráta sluchu je pro dítě velkým handicapem, hlavně v souvislosti s omezenou možností vytvořit si adekvátní komunikační systém. I u dětí s těžkým

sluchovým postižením lze rozvinout mluvenou řeč a jazyk tím, že jejich sluchová ztráta je kompenzována výkonnými sluchadly. Pokud je vada natolik vážná, že korekce sluchadlem je bez efektu (míněno rozumění řeči), lze těmto dětem pomoci speciální sluchovou protézou označovanou termínem kochleární implantát.

„Kochleární implantace je klinicky osvědčenou a bezpečnou metodou k rehabilitaci pacientů s těžkým sluchovým postižením, kterým obvyklá výkonná sluchadla dostatečně nepomáhají. Jedná se o komplexní proces, který při rehabilitaci vyžaduje dlouhodobé úsilí a využívá dovedností mnoha odborníků." (Holmanová, 2002, s. 59)

Kochleární implantát není určen jen pro děti neslyšící, ale také pro děti ohluchlé následkem onemocnění nebo úrazu. Pro tyto děti představuje implantát téměř zázračnou léčbu.

„To, co představují moderní sluchadla pro nedoslýchavé, představují kochleární implantáty pro ohluchlé." (Hrubý, 1998, s. 146)

5.5 Kritéria výběru dětí ke KI

Kandidáti na KI musí projít celou řadou náročných vyšetření, aby se ukázalo, zda splňují stanovené podmínky.

Výběr kandidátů ke kochleární implantad je prováděn velmi zodpovědně celým týmem odborníků - foniatr, logoped a psycholog. Každý kandidát je posuzován před implantační komisí. Komise se skládá z členů klinických center, která v ČR operaci provádějí, zlogopeda, psychologa, představitelů pojišťoven a zástupců organizací neslyšících. Komise zasedá každého čtvrt roku.

Většina dětí je v evidenci nejméně půl roku. V tříměsíčních intervalech jsou prováděna foniatrická, logopedická a psychologická vyšetření. Při vyšetřování se hodnotí každý pokrok dítěte podle kterého lze předpokládat úspěšnost rehabilitace.

V průběhu rozhodování o implantad se odborníci musí opakovaně přesvědčit, že náročnou rehabilitační péči zvládnou kromě dítěte také rodiče, na kterých velmi závisí úspěch celé rehabilitace.

Kandidáti na implantaci podléhají přesným kritériím výběru zahrnující hlediska audiologická, psychologická, rehabilitační a sociální. Vyhodnocuje se závažnost sluchové vady a její dopad na vývoj řeči a jazyka.

Předpokladem je také celodenní užívání sluchadel v období od zjištění sluchové vady do implantace, systematická rehabilitace sluchu a řeči, důsledně prováděná sluchová cvičení, přirozené vedení dítěte k odezírání a rozšiřování slovní zásoby podle schopností a věku dítěte.

Základní podmínkou implantace je neporušená funkce sluchového nervu!

Dalšími kritérii pro schválení dítěte k implantaci jsou: (Holmanová, 2002)

- Sluch - žádné nebo jen malé zbytky sluchu na obou stranách, nevyužitelné sluchadlem pro rozumění řeči.
- Věk dítěte - děti ohluchlé by měly být implantovány co nejdříve po stanovení diagnózy, ne však dřív než za půl roku, s výjimkou hrozící osifikace kochleý. Děti s vrozenou sluchovou vadou je vhodné operovat co nejdříve, někdy i před druhým rokem, nejpozději však do šesti let. Pokud je dítě starší, je nutné zvažovat indikaci (doporučení) individuálně a lze k ní přistoupit spíše výjimečně.
- Schopnosti, vlastnosti a pracovní návyky, které jsou předpokladem efektivního využití implantátu.
- Rodina je schopná a ochotná dlouhodobě spolupracovat, prokazatelně již spolupracovala a má realistická očekávání z přínosu kochleární implantace.
- Zajištěná kvalitní rehabilitační péče v místě bydliště s vedením a sledováním vCKID.
- Nejsou zdravotní kontraindikace.

Implantace není bohužel vhodná pro každého, kdo o ni má zájem.

Implantace je nevhodná u dětí, které mají:

- využitelné zbytky sluchu, diskriminace řeči se sluchadly
- poruchu sluchového nervu (oboustranně)

- poruchu centrálních sluchových drah
- anatomickou abnormalitu na hlemýždi
- těžká kombinovaná postižení

Zároveň také není vhodná u dětí, jejichž rodiče mají nerealistická očekávání nebo nejsou schopni zajistit pooperační rehabilitační péči.

5.6 Operace

Poté, co je dítě komisí schváleno ke kochleární implantaci, jsou rodičům podány všechny potřebné informace, které se týkají problematiky kochleární implantace i plánu rehabilitace po operaci.

Zavedení kochleárního implantátu provádí zkušený ušní chirurg. Operace je prováděna v celkové anestézii a trvá přibližně tři hodiny. Většina dětí snáší hospitalizaci velmi dobře, zhruba za týden po operaci jsou propuštěny domů.

Asi za šest týdnů po operaci přichází na řadu nastavení řečového procesoru. Po jeho naprogramování se dítě postupně učí rozpoznat přítomnost zvuku, reagovat na zvuky v okolí. Nastává dlouhý rehabilitační proces, (*viz kapitola Rehabilitace sluchu a řeči*)

6 KOMUNIKACE

Komunikaci můžeme definovat jako proces výměny, neboli příjem a zpracování, případně vydávání informací.

„K tomu, aby člověk dobře obstál jak v přírodním, tak společenském prostředí, neobejde se bez vyhledávání, přijímání, zpracování a vzájemné výměny informací.“
(Votava, 2005, s.47)

Komunikace patří nejen k biologickým, ale i společenským potřebám jedince.

Komunikace je vrozená a lze ji počítat mezi instinkty. (Langmeier, 1998) U každého dítěte se tento vrozený komunikační instinkt spontánně rozvíjí.

Komunikace má složku verbální a nonverbální. V nejranějším věku dítěte se uplatňuje především komunikace nonverbální. Neverbální způsob komunikace je základem pro rozvoj jakéhokoli dalšího způsobu komunikace s dítětem, tedy pro rozvoj mluveného jazyka i znakové řeči.

6.1 Raná komunikace

Pro celkový osobnostní rozvoj dítěte je důležitá včasná a aktivní interakce mezi matkou a dítětem. Toto může být narušeno, pokud se matce narodí dítě se sluchovým postižením. Pro matku nastává problém. Neví, jak má se svým dítětem komunikovat.

Hlavním cílem rané komunikace mezi matkou a sluchově postiženým dítětem je zpřístupnění projevu matky dítěti a dostatečná zpětná vazba.

Dítě je motivováno ke komunikaci potřebou sociálního kontaktu. V období žvatlání matka přirozeně reaguje na dítě opakováním, očním kontaktem a využitím složek nonverbální komunikace. Matka tak dítěti poskytuje zpětnou vazbu, která motivuje dítě k dalšímu rozvoji komunikace. Matka by měla využít každé příležitosti k navázání kontaktu se svým dítětem.

Rodiče by měli přizpůsobit svůj projev tak, aby se dítěti stal co nejvíce přístupný a srozumitelný. Rodiče si musí uvědomit, že pokud dítě neslyší, nemohou mu nic sdělit,

dokud snimi dítě nenaváže oční kontakt. Rodiče by měli pro dítě vytvořit vhodné podmínky pro příjem informací.

Raná komunikace je zaměřená na dítě. Matky komentují věci a děje, které může dítě bezprostředně vidět, případně i slyšet. Všechny předměty, které matka pro komunikaci používá, by měla situovat do zorného pole dítěte. Komunikace se většinou orientuje na přítomný čas - tady a teď.

6.2 Volba komunikační metody

Největší problém pro rodiče dětí se sluchovým postižením představuje komunikace. Rodiče neví, jak s dítětem komunikovat. Na výběr mají z několika možností, neboť mluvená řeč není jedinou komunikační metodou. Mohou svůj mluvený projev podpořit znaky, používat znakový jazyk nebo totální komunikaci. Vše však závisí na individuálních schopnostech dítěte. Důležité je, aby rodiče využili všech dostupných prostředků pro rozvoj komunikace.

6.2.1 Orálně auditivní metoda

Tato metoda se snaží o maximální využití zbytků sluchu u dítěte a již od útlého věku ho vést k řečové produkci. Připravuje dítě na orální komunikaci.

Výhodou je, že se dítě učí jazyk většinové společnosti. Rodiče se tedy nemusí učit znakový jazyk ani jiný komunikační systém. Společný komunikační systém ulehčuje akceptování poruchy dítěte. Mluvená řeč souhlasí s její grafickou podobou, při výuce čtení a psaní už nemusí překonávat rozdíly odlišného typu jazyka.

„Zvládnutí mluvené i grafické podoby mateřského jazyka přispívá k integraci sluchově postiženého dítěte do společnosti a účasti na dění v ní." (Šedivá, 2006, s.38)

6.2.2 Bilingvální metoda

Filosofií této metody je osvojit si v první řadě jazyk mateřský, kterým je pro Neslyšící jazyk znakový a až poté se učit jazyk většinové společnosti země, ve které žijí.

Bilingvální metoda vychází z předpokladu, že se neslyšící budou pohybovat v obou "světech" - ve světě Neslyšících i slyšících, a v obou by měli být schopni se domluvit na co nejvyšší kulturní úrovni.

Při bilingvální výchově děti výborně odezírají a mohou se dorozumět orálně i ukazováním. Nedochází přitom u nich k opoždění kognitivního vývoje, který bývá častý u dětí, které nemají po řadu let vlastně žádný dostačující komunikační systém.

Pokud dítě nerozumí mluvené řeči mohou s ním rodiče komunikovat pomocí znakového jazyka. Tato metoda je založena na používání znakového jazyka, mateřského jazyka Neslyšících. Rodič se ho může učit zároveň s dítětem. Organizace pro sluchově postižené otvírají každého půl roku kurzy znakového jazyka, do kterých se může přihlásit každý kdo o něj má zájem. Pokud se rodiny naučí znakovat, zajistí tím svému neslyšícímu dítěti přirozený a jasný nástroj pro komunikaci a tím i pro myšlení.

Znakový jazyk je stejně dokonalý jako český jazyk. Má všechny atributy jazyka, má svou vlastní gramatiku, skladbu věty, atd. Dítě ho může nabývat stejným tempem jako slyšící dítě mluvené řeči.

Používání českého znakového jazyka je zakotveno v zákoně č. 155/1998 Sb. o znakové řeči.

6.2.3 Totální komunikace

Cílem totální komunikace je využít všech dostupných a vhodných metod a prostředků k rozvoji neslyšícího dítěte a k vytvoření a uchování co nejranější komunikace, a to jak k vnitřní (myšlení), tak vnější (komunikace s ostatními). Rodiče by měli využít všech dostupných komunikačních prostředků, aby u svého dítěte co nejdříve dosáhli porozumění. Patří sem - verbální i nonverbální komunikace, pantomima, gestikulace, znaková řeč, umělé systémy posunků, prstová abeceda, artikulace, mimika, odezírání, sluchadla, zesilovací zařízení. Se všemi komunikačními formami pracuje rovnocenně a výběrově, žádná není povinná nebo opomenutelná. Dbá

se také na využití zbytků sluchu a na důkladné využívání mluvené (orální) řeči. Využívají se všechny expresivní i receptivní formy komunikace. *(Krahulcova, 2002)*

Komunikační schopnosti takto vedených dětí však často zůstávají na nízké úrovni, zbytky sluchu nejsou dostatečně využívány a slovní zásoba je omezená.

Hlavní roli při výběru a volbě rehabilitační metody (typu komunikace) hrají rodiče. Právě na nich je konečné rozhodnutí, kterou metodu si pro výchovu svého dítěte zvolí.

Neexistuje žádné univerzální doporučení, kterou metodou je vhodné dítě vychovávat. Žádná metoda určená k rozvoji komunikačních schopností a dovedností nemůže vyhovovat individuálním potřebám všech neslyšících a těžce nedoslýchavých dětí. Každé dítě je jedinečná osobnost, která potřebuje individuální přístup. Důležité je informovat rodiče o všech možnostech výchovy a vzdělávání jejich dítěte, aby se oni sami mohli rozhodnout, která metoda je pro jejich dítě nejlepší.

Není důležité, jakou metodu komunikace k výchově dítěte používáme, důležité je, abychom se s dítětem domluvili!

7 ŘEČ

Jedním z nástrojů komunikace je jazyk. Jazyk jako nástroj komunikace má své určité charakteristiky. Je systematický, symbolický, má sociální funkci. Má svou gramatiku a obsah, v průběhu času se mění a vyvíjí. Tato pravidla platí pro všechny mluvené jazyky a stejně tak i pro znakový jazyk, respektive pro všechny znakové jazyky, (viz *Bilingvální metoda*)

„Zatímco mluvený jazyk je produkován hlasovým ústrojím a je vnímán sluchem (přenáší se tedy kanálem audio-orálním), znakový jazyk je vytvářen pohyby rukou, těla a mimikou a je vnímán zrakem (přenáší se kanálem vizuálně-motorickým).“ (*Hroboň, 1998, s. 90*)

V této a následující kapitole se budu věnovat mluvenému jazyku, tj. rozvoji mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením.

Zdravé dítě si mluvenou řeč osvojí v dostatečné míře během prvních let života. Sluchově postižené dítě má při procesu osvojování mluvené řeči ztížené podmínky, vyplývající z nedostačující funkce sluchu. Děti sluchově postižené, které nemají možnost osvojit si mluvený ani znakový jazyk, jsou značně opožděné ve vývoji řeči, a proto i v myšlení.

7.1 Vývoj řeči

Vývoj řeči má dvě stádia. Tato stádia se dělí na přípravné (předřečové) období vývoje řeči a stádium vlastního vývoje řeči.

7.1.1 Přípravné (předřečové) období vývoje řeči

Toto období probíhá v prvním roce života dítěte. V tomto období si dítě osvojuje návyky, zručnosti a jiné aktivity (sání, žvýkání, polykání) na jejichž základě se později vybuduje skutečná řeč.

První projevem novorozence je křik, který je reakcí organismu na změnu prostředí. Tento křik je jednotvárný co do výšky a barvy hlasu, souvisí s náznakem plicního dýchání. Od 2. - 3. týdne můžeme pozorovat vrozený mimický výrazový pohyb - úsměv. Úsměv na podnět však přichází až později, kdy už souvisí s neverbální komunikací. Po 6. týdnu života dostává křik citové zabarvení (stádium emocionálního křiku). Z počátku vyjadřuje nespokojenost, ale mezi 2. - 3. měsícem jím dítě vyjadřuje i spokojenost. Hlasové projevy v tomto období můžeme nazvat broukáním.

Na období broukání navazuje období pudového žvatlání. Jde vlastně o hru s mluvidly, kdy děti provádí stejné pohyby jako při příjmu potravy a tyto pohyby doprovází hlasem. Pudové žvatlání se v 6. - 8. měsíci mění na napodobující žvatlání. Dítě si začíná všimnout pohybů mluvidel nejbližších osob, hlavně matky. Zapojuje se zde vědomá sluchová i zraková kontrola. Dítě napodobuje hlavně melodii a rytmus řeči. Okolo 10. - 12. měsíce nastupuje stádium rozumění řeči, kdy dítě ještě nechápe obsah slov, ale na základě slyšeného slova pozoruje předmět nebo osobu a reaguje na určitou výzvu motorickou reakcí (např. Udělej paci, paci!, Ukaž, jak jsi veliký!).

7.1.2 Stádium vlastního vývoje řeči

Prvním skutečným verbálním projevem jsou slova, která se objevují kolem 1. roku dítěte. Tato slova, která zpočátku zastupují celou větu, vyjadřují potřebu, přání, cit, prosbu. Toto stádium se nazývá emocionálně volní. Ve věku 1,5 - 2 roky dítě prochází egocentrickým stádiem vývoje řeči, napodobuje dospělé. Objevuje mluvení jako činnost.

V dalších stádiích pozorujeme prudké kvalitativní i kvantitativní zdokonalování řeči. Mezi 2. - 3. rokem je dítě ve stádiu rozvoje komunikační řeči. Vidí, že pomocí řeči může něčeho dosáhnout, může usměrňovat dospělé. Snaží se komunikovat stále častěji.

Důležité stádium ve vývoji řeči se objevuje kolem 3. roku - stádium logických pojmů. Označení a pojmenování doposavad úzce vázaná na konkrétní jevy se postupně stávají všeobecným označením. Pro dítě to jsou náročné myšlenkové operace. Na přelomu 3. a 4. roku se dítě vyjadřuje obsahově i formálně s dostatečnou přesností. Další vývoj spadá do celoživotního procesu, kdy je člověk schopen se učit. Je to proces

intelektualizace řeči. Týká se kvantitativní stránky řeči (osvojování si nových slov, prohlubování a zpřesňování obsahu slov, gramatických forem a rozšiřování slovní zásoby).

7.2 Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením

Děti s těžkým sluchovým postižením prochází ve vývoji řeči stejnými stádii jako děti slyšící.

V předřečovém (přípravném) období vývoje řeči se vývoj řeči slyšícího a neslyšícího dítěte výrazně neliší.

Těžce sluchově postižené dítě prochází stádiem reflexního křiku, emocionálního křiku, broukání a částečně pudového žvatlání. Kolem 17. - 26. týdne života se žvatlání výrazně omezuje (*podle Lechty, 1983 in Krahulcová, 2002*), narozdíl od slyšících dětí, kde se žvatlání za základě napodobování řeči velmi silně rozvíjí. Těžce sluchově postižené děti se částečně dostávají do stádia nápodobovacího - napodobují ovšem žvatlání na základě viděných pohybů úst mluvící osoby. „Stádiem zrakového napodobování mluvních pohybů je posledním dosahovaným stádiem vývoje řeči těžce sluchově postižených dětí v přirozených neovlivňovaných podmínkách.“ (*Krahulcová, 2002, s. 73*)

U dětí s postlingválním postižením sluchu ovlivňuje vývoj řeči věk, kdy k postižení došlo, zda před ukončením rozvoje řeči nebo až po jeho ukončení. Určitou hranici tvoří sedmý rok věku dítěte, kdy se řeč považuje za dostatečně zafixovanou.

7.2.1 Rozvoj řeči u sluchově postiženého dítěte

U sluchově postiženého dítěte je nezbytně nutné začít s rozvojem řeči co nejdříve. „U prelingválně neslyšícího dítěte se spontánní mluvená řeč nevyvíjí.“ (*Krahulcová, 2002, s. 74*)

Od narození do tří let života neslyšícího dítěte je z hlediska komunikační bariéry a potřeby vytvořit základ kognitivních funkcí obdobím nesmírně důležitým.“ (*Krahulcová, 2002, s. 76*) Ve věku do tří let je dítě totiž po fyziologické stránce nejschopnější osvojovat si řeč. V tomto věku je také nejúčinnější použití sluchových

přístrojů. Pod vedením logopeda by měla být co nejdříve zahájena reedukační péče - reedukace sluchu se sluchadlem nebo kochleárním implantátem a nácvik odezírání.

Hlavním činitelem v rozvoji řeči je rodina. Řeč se nejlépe rozvíjí v prostředí, kde si dospělí najdou dost času na rozhovory a komunikaci s dítětem od nejtělejšího věku a jejich řeč je srozumitelná, informačně a citově bohatá. Dítě podněcované k řeči pak samo začne zkoušet tento způsob komunikace.

Každé dítě má jinak vysokou míru nadání pro řeč. Děti s velkým zájmem o mluvení se od začátku snaží komunikovat a napodobovat artikulační pohyby úst. Tyto děti i přes své závažné sluchové postižení dokážou již před druhým rokem označit citoslovci několik oblíbených hraček a na požádání za pomoci odezírání je podat. U těchto dětí se po kochleární implantaci předpokládá dobrý řečový rozvoj.

Rozvoj řeči postupuje stejným způsobem, jako u slyšících dětí, ale samozřejmě se zpožděním a od rodičů vyžaduje velké úsilí a systematickosti. Pro učení využíváme vlastně veškerý čas, který s dítětem trávíme. Na dítě bychom měli mluvit co nejčastěji a přirozeně jako na slyšící dítě. Je však třeba mnohem více opakování. Když je třeba, důležité slovo vícekrát zopakujeme nebo zesílíme hlas. Dobré je využívat opakujících se situací - každodenních rituálů, které se během dne několikrát opakují (jídlo, oblékání, mytí...). Komentujeme dítěti, co dělá, na co se dívá, co ho zajímá. Popisujeme, co vidíme kolem sebe, a hodnotíme i citové stavy dítěte. Při rozvoji řeči je důležité nezůstat jen na konkrétní úrovni, ale ve vhodnou dobu přejít i k abstrakcím. Kdykoli se na nás dítě podívá a naváže oční kontakt, usmějeme se a mluvíme na něj. Na milý a usměvavý obličej bude dítě se zájmem obracet svůj pohled. Měli bychom věnovat dítěti dostatečnou pozornost. Pokud nám nerozumí, můžeme si vypomoct přirozeným gestem. Důležité je dbát na to, aby výraz našeho obličeje odpovídal obsahu řeči. Pokud dítěti budeme říkat „NE“ a budeme se u toho usmívat, dítě bude zmatené a nebude rozumět tomu, co mu chceme sdělit. Stejně tak je důležité používat slova pro dítě srozumitelná a dítěti blízká.

Naše řeč by měla obsahovat správné gramatické tvary a ne příliš mnoho zdvojnásobení.

7.3 Zásady při výchově sluchově postiženého dítěte

Sluchově postižené dítě vychováváme stejně jako dítě slyšící. V souvislosti se sluchovým postižením se však musí rodiče více zaměřit na rozvoj řeči a komunikačních schopností dítěte. Formou hry s dítětem provádí sluchová, zraková, hmatová a dechová cvičení. Pomocí hry se dítě naučí označovat okolní svět slovy.

Pro práci s dítětem bychom si měli najít v denním režimu vhodný čas a pracovat s dítětem pravidelně každý den bez ohledu na víkend, svátek nebo dovolenou. Nikdy bychom neměli zapomenout na pochvalu nebo odměnu, která bude dítě motivovat k další práci!

S. Mašura ve své knize Pedagogická audiologie (1983) shrnul nejdůležitější body výchovy sluchově postiženého dítěte.

Nejdůležitější úlohy výchovy sluchově postiženého dítěte orálně-auditivní metodou:

1. Rodiče musí dbát na to, aby dítě vidělo jejich tvář, hlavně rty.
2. Světlo má co nejlépe osvětlovat rty rodičů, ale nesmí být prudké, svítit přímo do očí, nesmí ho oslňovat.
3. Ústa mají být přibližně ve výšce očí sluchově postiženého dítěte.
4. Tvář má být nejprve obrácená frontálně proti tváři dítěte, později změna polohy tváře, aby ji dítě mohlo pozorovat ze strany.
5. Rodiče nemají přehánět mimiku a dělat grimasy.
6. Doporučuje se co nejméně pohybovat rukama - prudký pohyb dítě upoutá a odvádí pozornost od tváře rodičů.
7. Někdy musí rodiče počkat, dokud se k nim dítě neobrátil, pozornost dítěte se nedá vynucovat násilně.
8. Když se dítě začne zajímat o něco jiného než o činnost rodičů, mají se rodiče zaměřit k zájmům dítěte a hovořit o tom, co dítě zaujalo, a potom se snažit vrátit zpátky k původní výchovné práci.
9. Když dítě něco na dlouho upoutalo (předmět, hračka, činnost...) musí rodiče projevit zájem a hovořit s dítětem o tom, co ho zaujalo, co je předmětem jeho pozornosti.

8 REHABILITACE SLUCHU A ŘEČI

S rozvojem sluchového vnímání stoupá i vlastní řečová aktivita dítěte a zájem o komunikaci s okolím. Rozrůstá se slovní zásoba, nové pojmy se lépe upevňují, u starších dětí vzrůstá zájem o četbu. (Svobodová, 1997)

8.1 Rehabilitace před kochleární implantací

Rehabilitace před kochleární implantací je stejně důležitá jako po ní.

Jelikož se jedná o malé děti útlého věku, je důležitý přirozený přístup, rozvíjení řeči dle zájmu dítěte, každodenní sluchová cvičení a přirozené učení odezírání.

Při vhodně vedené rehabilitaci je dítě schopno reagovat se sluchadly na některé hlasité zvuky a za pomoci odezírání podat několik známých předmětů dle zájmu (auto, vlak, pes, kočka...).

Před implantací musí být také naučena podmíněná reakce na zvukový podnět, která je pak velmi důležitá při nastavování řečového procesoru. Ačkoli to tak nevypadá, velmi to usnadní a urychlí práci při programování řečového procesoru.

Pokud je dítě již natolik vyspělé, že zvládne i složitější úkoly, nacvičujeme s ním tyto úkoly:

- Reakci na ukončení řady přerušovaných zvuků (se sluchadly) - aby bylo schopno reagovat na ukončení řady zvuků, např. vhozením kostky do krabice.
- Seznamujeme dítě s pojmy „nic“ - „málo“ - „víc“ - „dobře“ - „moc“ - u nejmenších dětí se používají jen pojmy „málo“ - „dobře“ - „moc“ pro vyjádření intenzity zvuku, zdaje zvuk tichý, příjemný nebo nepříjemný.
- Seznamujeme dítě s pojmy „stejný“ a „jiný“ - aby bylo možno nastavit sousední elektrody. Dítě určuje, který zde dvou podnětů je hlasitější.

8.2 Rehabilitace sluchu po kochleární implantaci

Propracovaných reedukačních programů po implantaci je několik. Všechny začínají celodenním nošením vnější části implantátu (řečového procesoru). Nebývá to problém, neboť většina dětí si na něj velmi rychle zvykne. Od rodičů vím, že některé děti ráno otevřou oči a první věc, kterou udělají je, že si nasadí řečový procesor. Dítě vnější část implantátu rychle přijímá, stává se faktickou součástí jeho těla.

Dalším krokem, jak jsem již psala, je zapojení a nastavení řečového procesoru. První nastavení probíhá 6 týdnů po operaci. V prvním roce se nastavování provádí opakovaně, zhruba každý měsíc, aby se dosáhlo co nejoptimálnějšího nastavení. Ve druhém roce nastavování probíhá již ve dvouměsíčních intervalech. V dalších letech jsou kontroly nastavení asi jednou až dvakrát do roka nebo vždy při změně sluchového vnímání.

Každá elektroda se nastavuje zvlášť, aby umožnila příjem a vnímání co nejnižšího zvuku. Postupně se nastaví obě mezní hodnoty vnímání zvuku u každé elektrody. Cílem je dosáhnout nastavení optimálního rozsahu individuální stimulace.

Rehabilitace u dětí prelingválně neslyšících, kde se řeč pomocí kochleárního implantátu teprve vytváří, trvá i několik let!

Rehabilitace probíhá pod vedením zkušených odborníků, avšak velmi důležitou a nezastupitelnou složkou je aktivní spolupráce celé rodiny.

Při rehabilitaci jde především o rozvoj sluchového vnímání a rozvoj komunikačních schopností. Cílem rehabilitace je:

- naučit dítě vnímat zvuky
- naučit dítě přiřazovat ke zvukům význam
- vytvořit funkční sluchovou paměť
- přivést dítě ke spontánním reakcím na zvuky
- naučit dítě interpretovat zvukové podněty (smysluplná vokalizace)
- naučit dítě používat sluch při rozvíjení orální řeči

Rehabilitační péče má několik složek:

- Sluchová výchova
- Odezírání
- Řečová výchova

8.2.1 Sluchová výchova

Sluchová výchova je spolu s řečovou výchovou základem celého rehabilitačního procesu. Zakládá se na přirozeném přístupu k dítěti a využívá každodenních situací.

Při sluchové výchově využíváme zájmu dítěte o dění kolem sebe nebo různých sluchových her a cvičení. Na dítě mluvíme co nejčastěji, např. komentování denních rituálů - koupání, oblékání, jídlo... a obklopujeme ho přiměřeným množstvím zvukových podnětů. Učíme dítě reagovat na zvuky, které zaslechne, neboť jen velice málo sluchově postižených nemůže vnímat žádné zvuky. Postupně učíme dítě jednotlivé zvuky od sebe rozlišovat. Cílem sluchové výchovy je spontánní využívání sluchu po celý den. Pravidelným cvičením můžeme sluchové vnímání velmi zkvalitnit, což napomáhá dítěti v odezírání a snadnější orientaci v okolním světě.

Pro všechna sluchová cvičení platí několik zásad:

- Zvuky, slova i věty je potřeba mnohokrát opakovat.
- Na odpověď musíme dát dítěti dostatek času.
- Při práci je třeba mít obličej na jeho úrovni.
- Pokud je to možné, vyslovovat slova bez možnosti odezírání (nejlépe zezadu).

Vývoj slyšení a porozumění postupuje v několika na sebe navazujících fázích:

i. fáze - Detekce

První fází je detekce zvuku neboli schopnost reagovat na přítomnost nebo nepřítomnost zvuku. Učíme dítě reagovat na zvuk, soustředit sluchovou pozornost. V této fázi od dítěte očekáváme nějakou reakci na zvuk, který produkujeme. Například po bouchnutí do pokličky dítě hodí míček, postaví kostku na kostku, navlékne kolečko

na tyčku nebo dá jakýmkoliv způsobem najevo, že zvuk zaznamenalo. Tuto fázi je dobré nacvičovat ve třech a předvádět dítěti žádoucí reakci. Můžeme si role střídat - dítě produkuje zvuk a my reagujeme a naopak. Do této fáze patří ještě vyhledávání nebo lokalizace zvuku. Dítě hledá zvuk pohledem nebo například ustane ve své činnosti. Dítě reaguje na hlasité zvuky nebo na zvuky, které pro něj mají nějaký význam, například zvonek u dveří. Snažíme se, aby u dítěte vzniklo spontánní vědomí zvuku.

2. fáze - Diskriminace

V této fázi se dítě učí rozlišit, o jaký zvuk se jedná. Dítě se učí věnovat pozornost rozdílům mezi zvuky a reagovat odlišně na odlišné zvuky, např. na zvuk bubnu si sedne a na zvuk trianglu se postaví. Takovýchto her je mnoho. Záleží jen na naší fantazii. Pro nácvik rozlišení zvuku můžeme použít prakticky cokoli (např. Orffovy nástroje, které produkují různou škálu zvuků nebo počítačové programy - např. FONO, kde dítě přiřazuje zvuky k obrázkům). Dítě nejprve vybírá ze dvou možných zdrojů zvuku (buben x tamburína). Postupně přidáváme více zdrojů. Zdrojů zvuku je mnoho (zvonek, telefon, tekoucí voda, hudební nástroje, tleskání, dupání, klepání,...) Dítě se učí rozlišovat i zda se jedná o zvuk tichý, nebo hlasitý, o zvuk krátký, nebo dlouhý, o zvuk hluboký, nebo vysoký, a také o zvuk pomalu, nebo rychle se opakující.

3. fáze - Identifikace

V této fázi má být dítě schopno označit zvukový nebo řečový podnět, který slyšelo například tím, že ho zopakuje nebo na něj ukáže. I zde postupně přecházíme od nejjednoduššího k těžšímu.

Dítě nejprve identifikuje nejrůznější zvuky. Poté dítě identifikuje slova v uzavřeném (známém) souboru. Začínáme samohláskami a základními hláskami. Když dítě umí samohlásky poznat a rozlišit můžeme přistoupit ke zvukům zvířat, postupně k jednotlivým slovům. Vybíráme slova, která má dítě ve své slovní zásobě. Vše by mělo být ve spojení s obrázky nebo předměty!

Dalším stupněm je identifikace slov z polootevřeného souboru. Ten je předem určený a omezený nějakou podmínkou, například řazení obrázků, předmětů do

tématických skupin, řazení předmětů dle velikosti, výběr dvojice, která k sobě patří a další.

Identifikace slov v otevřeném souboru je nejtěžší. Dítě se učí reakci na vlastní jméno a jména jiných lidí, identifikuje krátké věty při jednoduché otázce (Kdo dělá hať?...), identifikuje dvouslabičná a jednoslabičná slova...

V této fázi musíme mít na paměti, že všechno vyplývá z přirozených situací v prostředí, ve kterém dítě žije.

4. fáze - Porozumění

V této fázi vývoje slyšení má být dítě schopno porozumět smyslu řeči odpovídáním na otázky (začínáme otázkami, které se týkají dítěte - „Kde je máma?“, „Jak se jmenuješ?“, „Kde máš uši?“), vykonáváním jednoduchých pokynů (např. Počkej. Dávej pozor. Obuj si boty...), parafrázováním nebo účastí v rozhovoru (konverzace týkající se běžného života dítěte a rodiny).

Rozumění řeči stále rozvíjíme a vedeme ho ke komunikaci. Musíme si však uvědomit, že dítě nejdříve rozumí a teprve pak se může učit a naučit komunikovat.

Díky sluchové kontrole se postupně zlepšuje také melodie rytmus a srozumitelnost řeči.

Je velmi důležité mít na paměti, že žádnou fázi není možné přeskočit, i když to rodiče, vzhledem k věku dítěte, občas svádí!

8.2.2 Odezírání

Odezírání je přirozenou schopností člověka. Každý člověk má pro tuto schopnost jiné nadání, proto je nutné u dětí se sluchovým postižením tuto schopnost rozvíjet. Dítě vnímá pohyby mluvidel, výraz obličeje, mimiku, gestikulaci rukou, postavení těla a další složky neverbální komunikace.

Pro rozvoj schopnosti odezírání je třeba zajistit vhodné podmínky. Obličej mluvčího musí být dobře osvětlen, musí být ve správné výšce (oba obličeje jsou ve

stejně výšce) a ve správné vzdálenosti od obličeje dítěte. Artikulace i mimika musí být zřetelná, ne však přehnaná. Řeč musí být přizpůsobena jazykovým schopnostem dítěte, např. pomalejší tempo řeči. Dítě musí vědět o čem se hovoří, aby mohlo být aktivně zapojeno - předmět, o kterém se komunikuje by měl být v blízkosti. Rozvoj odezírání procvičujeme v krátkých intervalech a nejlépe po ránu a v době, kdy není dítě unavené. Využíváme běžných denních rituálů, stejně jako při výchově sluchové a řečové. Právě v těchto situacích užíváme stejná slova, která se dítě učí přirozeně odezírat. Můžeme také využít různých zrakových cvičení, např. hledání stejných tvarů, doplňování části obrázku do celku, hledání, co na obrázku chybí...

Odezírání doplňuje sluchové vnímání. Je důležitým prostředkem dorozumívání, například když dítě odloží řečový procesor před koupáním.

8.2.3 Řečová výchova

Řečová výchova je úzce propojena s výchovou sluchovou a odezíráním. „Cílem řečové výchovy v předškolním věku je dosáhnout toho, aby dítě vstupovalo do školy s dostatečnou slovní zásobou a aby mělo vybudovanou orální řeč na přijatelné úrovni.“ (Vaněčková, 1996, s. 9)

Při řečové výchově rozvíjíme složku zvukovou, do které patří výslovnost hlásek a modulační faktory (melodie řeči, dynamika řeči a rytmus řeči) a také složku obsahovou.

V obsahové složce řeči rozšiřujeme slovní zásobu dítěte a rozvíjíme gramatickou stavbu řeči.

Prvními slovy jsou onomatopoeia (zvukomalebná slova - haf, mňau, bú, bác, ...), kterými označujeme například hračku, zvíře. Jejich používáním vedeme dítě k funkčnímu užívání hlasu, procvičujeme artikulaci, sluch i řeč. Postupně přecházíme k běžným pojmům (pes, kočka, vlak,...).

Měli bychom používat co nejvíce „obyčejných“ slov neboli běžných pojmů, která běžně v každodenní řeči užíváme, aby se je dítě mohlo naučit odezírat, později i identifikovat sluchem a začít je využívat při hře a běžném rozhovoru. Slovní zásoba se rozvíjí především podle specifických podmínek v rodině. V mateřské škole se dítě naopak učí nová slova dle aktuálních tématických celků. Musíme však mít na paměti, že

nejprve se u dítěte rozvíjí pasivní slovní zásoba (slova, kterým dítě rozumí, ale samo je nepoužívá). Aktivní slovní zásoba (slova, která dítě samo používá) se rozvíjí v závislosti na pasivní slovní zásobě. Slova z pasivní slovní zásoby přecházejí do aktivní. Pasivní slovní zásoba vzniká dlouho předtím, než dítě v závislosti na typu komunikace slovo řekne nebo ukáže znakem. „Slovní zásoba neroste nijak rovnoměrně.“ (Kutálková, 1996, s. 41) Mohou se objevovat období, kdy se „nic“ neděje, a pak období, kdy se slovní zásoba začne rychle měnit a rozšiřovat.

8.3 Úspěšnost rehabilitace

Výsledky implantace jsou velmi individuální. Před implantací nelze rodičům v žádném případě zaručit, že jejich dítě bude schopno zakrátko rozumět mluvené řeči bez odezírání.

Kochleární implantace není zázračnou metodou navracející sluch. Za vším stojí trpělivá a důsledná rehabilitační práce respektující vývojovou úroveň dítěte i jeho aktuální stav.

Pokrok a celková úspěšnost rehabilitace je podmíněna řadou faktorů: (Holmanová, 2002)

- Věk, kdy byla sluchová vada diagnostikována a dosažený rozvoj řeči.
- Příčina sluchového postižení.
- Typ a stupeň sluchové vady.
- Účinnost sluchadel nebo kochleárního implantátu.
- Aktivizace sluchového vnímání a nadání pro řeč.
- Vyspělost dítěte a jeho IQ.
- Povahové vlastnosti a schopnosti.
- Celkový zdravotní stav, je-li další postižení.
- Přítomnost nebo nepřítomnost syndromu ADHD.
- Citové vazby v rodině, výchovné klima a míra účasti rodiny na rehabilitaci.

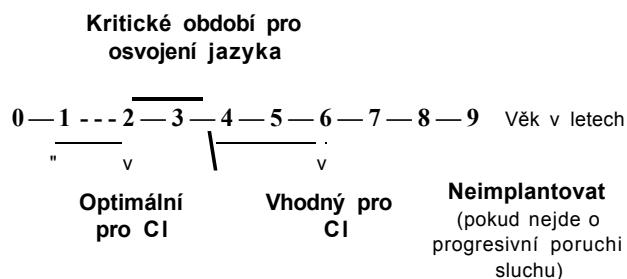
- Schopnosti a dovednosti terapeuta.

Holmanová uvádí řadu faktorů, které ovlivňují úspěšnost rehabilitace. Dalším velmi důležitým faktorem je nadání pro řeč. U nás, ani ve světě bohužel neexistují specifické techniky, které by cíleně zkoumaly předpoklady neslyšícího dítěte pro orální komunikaci a rozvoj řeči. Výjimkou jsou testy eupraxie (schopnost plánování, provádění a koordinace pohybů). Eupraxie je významnou podmínkou pro rozvoj řeči.

Výrazně nám také může pomoci sledování dítěte před implantací. Posuzuje se schopnost dítěte napodobit artikulaci předřikávaných slov, všímáme si kolik opakování dítě potřebuje k zapamatování si nového slova a jak rychle se rozšiřuje jeho slovní zásoba. Ve většině případů výkon před implantací koresponduje s výkonem dítěte po implantaci.

Nejlepší výsledky mají děti operované brzy po ohluchnutí a také ty, které se narodily neslyšící a byly operovány mezi druhým a třetím rokem. U většiny těchto dětí se vyvine mluvený jazyk do té míry, že jsou schopni úspěšně komunikovat se slyšícími. Tento stav je dosažen přibližně po pěti letech. (*Kratochvílová, 2007*) U dětí se zlepšily nejen rozumové a jazykové schopnosti, ale zmírnily se neurotické příznaky. Děti jsou vyrovnanější, mají větší sebevědomí a větší zájem o kontakt se slyšícím okolím. Výsledky u dětí operovaných po pátém roce života se jeví zpravidla méně slibné. (*Kratochvílová, 2007*)

Vliv věku na výsledek CI



Obr. 3 Věk vhodný pro implantaci (Příhodová, 2003)

Díky skutečnosti, že dítě slyší řeč, lépe udržuje pozornost, i když sdělení nerozumí. Děti rády spontánně opakují slova a nazpaměť se učí snadněji než před implantací. Řeč se spontánně vyvíjí a mluvní projev se stává srozumitelnější. Hlasy dětí jsou melodičtější. Jazyk se vyvíjí přirozenějším způsobem.

U dětí s kochleárním implantátem pozorujeme podobné kroky při vývoji, jaké vidíme u dětí slyšících.

0	Nevnímá žádné zvuky	PředKI
1	Vnímá zvuky okolí	3 měsíce po 1. nastavení po KI
2	Rozlišuje zvuky okolí	Do 1 roku po KI
3	Rozlišuje slova bez odezírání podle obrázků	Po 1. roce po KI
4	Rozlišuje věty bez odezírání podle obrázků	Po 2. roce po KI
5	Opakuje jednoslabičná slova bez odezírání	Mezi 2.-3. rokem po KI
6	Odpovídá na jednoduché otázky bez odezírání	Mezi 2.-3. rokem po KI

Tab. 1 Jak se rozvíjí sluchové a řečové schopnosti dětí s KI (Vojtěchovský, 2007)

9 VYUŽITÍ ZNAKOVÉ ŘEČI U DĚTÍ S KI

Názory na využívání znakové řeči u dětí s kochleárním implantátem jsou různé. Někteří odborníci jsou zásadně proti, jiní se mu nebrání a někteří ho doporučují.

„Při rozhodování o implantaci se někdy setkáváme s tím, že rodiče jsou varováni, že pokud bude dítě před implantací používat znakový jazyk, nebude pro implantaci doporučeno, protože možnost orální rehabilitace těchto dětí je pak omezená. Jde však skutečně pouze o ničem nepodloženou diskriminaci znakového jazyka ze strany některých lékařů či psychologů, kteří sami mají ke znakovému jazyku negativní postoj.“ (*Hrubý, 1998, s. 149*)

Za poslední roky se však názory některých odborníků změnilo. Sama zastávám názor Ph.Dr. Ivy Jungwirthové.

„Rodiče by s dítětem měli komunikovat ve znakovém jazyce, i když uvažují o implantaci. Je důležité, aby si dítě vytvořilo jazyk, kterým může myslet. Po implantaci některé děti samy od sebe preferují mluvenou řeč a znaky začínají vynechávat.“ (*Jungwirthová, 2006*)

Osobně znám děti, které znakovou řeč před implantací využívaly. Tyto děti samy přestaly znaky používat ve chvíli, kdy se pro ně komunikace mluvenou řečí stala jednodušší. Děti ke znakům nejprve přidávají slova. Později slova, která bezpečně znají, nevyjadřují už znakem. V další fázi se znaková řeč stává pouze doplňkem mluvené řeči. Děti, které se dobře umí vyjádřit v mluvené řeči a okolí jim rozumí, nemají důvod znakovou řeč dále používat. Jak říká Hrubý: „Pokud je totiž implantace kochleární neuroprotézy úspěšná, zajistí dítěti tak mohutný akustický vstup, že se dítě prostě přepne na to, k čemu je od přírody uzpůsobeno - na přednostní využívání mluvené řeči.“ (*Hrubý, 1998, s. 149*)

Myslím si, že u těchto dětí pak následné osvojování si řeči probíhá rychleji než u dětí, které do implantace neměly vybudovanou „žádnou“ komunikaci. Kognitivní rozvoj těchto dětí je na vyšší úrovni. Jsem toho názoru, že komunikace ve znakové řeči řečový vývoj dětí nebrzdí, naopak. Tyto děti umí pojmenovat věci kolem sebe znaky, které pak jen nahradí slovy. Ovšem pro děti, pro které např. jablko, bylo „to něco, co je sladké a dobré“, začíná tento proces s velkým zpožděním. Některá slova jsou navíc pro

motoriku mluvidel dětí náročná. Dítě, které znakuje může toto slovo zpočátku (než ho bude umět vyslovit) nahradit znakem a stále mít pocit úspěšné komunikace.

Souhlasím tak i s názorem samotných Neslyšících na využívání znakového jazyka před implantad, který je z mého hlediska pravdivý.

„Nejedno dítě čekající na kochleární implantát se ocitá v komunikačním a následně jazykovém, informačním, sociálním i citovém vakuu. V době, kdy dítě konečně podstupuje kochleární implantad, mu jsou dva roky nebo pět, sedm či osm. Ztracená nejdůležitější léta v životě dítěti ani jeho rodičům už nikdo nevrátí." (*Manifest Neslyšících*)

Pokud nemůže být dítě z různých důvodů (např. kvůli vývojové dysfázii³) plnohodnotně rozvíjeno, vzděláváno a vychováno orální metodou, pak je to právě znaková řeč, která může dítěti zajistit přirozený vývoj.

³ porucha vývoje řeči (nejčastěji porucha vnímání řeči a její produkce)

10 PORADENSKÉ INSTITUCE V OBLASTI KI

Hlavní poradenskou institucí v této oblasti je Centrum kocheárních implantací v Praze na Mrázovce. (*viz kapitola Kochleární implantát*)

10.1 Speciálně pedagogická centra - SPC

Tato centra jsou zřízena při MŠ a ZŠ pro sluchově postižené. Jejich hlavním smyslem je poskytovat komplexní speciálně výchovnou péči sluchově postiženým dětem a mládeži od nástupu do mateřské školy až po ukončení přípravy na povolání. Péče je zaměřena na dítě, rodinu, školu. Pracovníky centra jsou logoped, psycholog a sociální pracovníce.

Práce v SPC zahrnuje:

- depistáž a evidenci dětí s vadami sluchu
- péče o děti raného věku
- speciálně-pedagogickou, psychologickou a logopedickou diagnostiku, po dohodě i v terénu
- reedukaci sluchových a řečových vad
- individuální logopedickou péči v SPC, škole, rodině
- metodiku logopedické a výchovné práce se sluchově postiženým dítětem a dítětem s kombinovaným postižením
- metodické vedení učitelů a vychovatelů na školských a sociálních zařízeních, hospitace v kmenové škole
- pomoc integrovaným žákům při vyhledávání vhodných školských zařízení, pomoc při studiu i v sociální oblasti, individuální plány rozvoje, profesní orientace
- poradenské služby rodině integrovaného dítěte
- konzultace o problematice sluchového postižení a s ním související komunikační bariéry

- poradenskou a psychoterapeutickou pomoc rodinám
- zprostředkování dalších služeb pro sluchově postižené
- půjčování pomůcek a metodických materiálů o sluchové problematice
- odborný videotrénink interakcí v terénu i v SPC
- přednáškovou a vzdělávací činnost
- logopedickou péči a pomoc neslyšícím rodičům a jejich slyšícím dětem
- speciálně logopedickou péči o děti s kochleárním implantátem

10.2 Sdružení uživatelů kochleárního implantátu - SUKI

Sdružení uživatelů kochleárního implantátu je nezisková organizace založená v roce 1994 sdružující především rodiče implantovaných dětí, dospělé implantované a odborníky zabývající se problematikou kochleárních implantátů. Toto sdružení má sídlo v Praze na Mrázovce.

SUKI se zaměřuje zejména na následující okruhy činnosti:

- Organizaci pravidelných setkání. Dvakrát ročně vždy na jaře a na podzim se koná víkendové setkání, v létě dále každoročně proběhne týdenní rehabilitační pobyt.
- Pravidelnou účast a prezentaci programu a výsledků našich implantovaných na tuzemských i zahraničních konferencích.
- Vyvíjení stálé snahy o zlepšení péče o implantované, zdůraznění nezbytnosti programu kochleárních implantací v tisku i v televizi a tím zároveň podporu činností CKID (Centrum kochleárních implantací u dětí) při Fakultní nemocnici v Motole.
- Pravidelná setkání se zástupcem firmy Cochlear v České republice, včetně informací o jejich novinkách.
- Přednášky odborníků na téma implantátů během setkání.

- Kontakty na odborníky z řad foniatrů, logopedů, techniků a dalších specialistů zabývajících se problematikou kochleárních implantátů, tyto odborníky pravidelně zve na setkání rodičů dětí s KI.
- Výměnu zkušeností a sdělování osobních prožitků rodičů i samotných implantovaných.
- Lepší přijetí implantátu dítětem po operaci, dítě uvidí stejný přístroj i u ostatních dětí.
- Předávání informací např. jak vybírat školky, školy při integraci dítěte do běžné školy či školky, novinky z oblasti sociální pomoci, atd.
- Možnost zapojení do řešení problémů sluchově postižených v ČR.
- Možnost poskytnutí dotace od Nadačního fondu Prolomené Ticho na pobyty pro sociálně slabší rodiny, které mají zájem účastnit se našich setkání a jejich hmotné poměry jim to neumožňují.

SUKI spolupracuje s:

- Centrum kochleárních implantací u dětí - CKID
- Nadační fond Prolomené ticho
- Evropské sdružení uživatelů kochleárního implantátu - EURO-CIU

10.3 Federace rodičů a přátel sluchově postižených (FRPSP)

Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s. je občanské sdružení rodičů, přátel a profesionálů, které vyjadřuje a hájí zájmy sluchově postižených dětí a jejich rodičů. Můžete ho najít v Praze 5 ve Stodůlkách.

Federace vznikla v roce 1990 z potřeby rodičů sluchově postižených dětí vzájemně si pomáhat při výchově svých dětí. Cílem je přispívat k rozvoji péče o sluchově postižené děti a pomáhat jim a jejich rodičům překonávat následky sluchového postižení. Usiluje o vytváření předpokladů pro co nejdokonalejší integraci

sluchově postižených dětí do společnosti. Napomáhá spolupráci mezi rodiči sluchově postižených dětí a profesionály, kteří o tyto děti pečují.

Zasloužila se o prosazení některých zákonů a předpisů ve prospěch sluchově postižených, např. zákon o znakové řeči, titulkování televizních pořadů.

Federace je zakládajícím členem Evropské federace rodičů sluchově postižených dětí (FEPEDA), která se snaží vytvořit evropské standardy v oblasti titulkování televizních pořadů či rané péče, a pravidelně se zúčastňuje setkání, na nichž si evropské rodiny se sluchově postiženými dětmi vyměňují své zkušenosti.

Federace pořádá odborné přednášky či semináře na aktuální témata, zaměřuje se především na oblast výchovy a vzdělávání sluchově postižených dětí. Je i místem pro pravidelná a oblíbená setkání rodin se sluchově postiženými dětmi. Pro děti je zajištěn program a pro rodiče je vždy připravena odborná přednáška s následnou diskusí a výměnou informací.

V rámci této organizace vyšly odborné knihy a publikace týkající se sluchového postižení.

Federace je jednou z organizací sdružených v Asociaci organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP), jejíž setkání probíhají pravidelně v budově FRPSP ve Stodůlkách. Dále je členem Národní rady zdravotně postižených (NRZP) a České rady humanitárních organizací (ČRHO) sdružujících organizace zdravotně postižených a organizace, které poskytují sociální a zdravotně sociální služby sociálně znevýhodněným skupinám občanů.

10.4 Středisko rané péče pro sluchově postižené Tamtam

Středisko rané péče pro sluchově postižené se nachází v Praze, kde má své hlavní sídlo a v Olomouci, kde má svou pobočku. Jeho zřizovatelem je FRPSP. Středisko rané péče Tamtam poskytuje od roku 2001 komplex sociálních, psychologických a pedagogických služeb a programů rodinám dětí se sluchovým postižením, kombinovaným postižením nebo závažným postižením vývoje řeči ve věku od 0 do 6 let, a také rodinám, kde jeden z rodičů nebo oba mají sluchové postižení bez

ohledu na to, zdaje jejich dítě slyší nebo neslyší. Má působnost na celém území ČR. Jeho činnost je financována z dotací, grantů a darů od sponzorů.

Cílem služeb a programů je zmírnit nebo eliminovat důsledky postižení dítěte a umožnit dítěti a jeho rodině snazší sociální integraci. Služby a programy jsou poskytovány souběžně a provázaně s lékařskou péčí od doby zjištění postižení do přijetí dítěte do vzdělávacích institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy. Jsou zaměřeny na rodinu dítěte s cílem překonat krizi a přijmout aktivní a cílevědomý postoj k výchově dítěte.

Poskytuje:

- konzultace v rodinách, poradenská intervence
- konzultace po telefonu
- ambulance klinického logopeda, psychologa, foniatra, sociálního poradce, nácvik audiovyšetření
- pravidelná setkávání rodičů dětí s postižením doplněná semináři na žádaná témata, skupinovým terapeutickým sezením s psychologem, aj.
- psychorehabilitační pobyty pro rodiče s dětmi
- zprostředkování kontaktů (lékař, úřad, škola) a asistence při jednáních
- propagace včasné diagnostiky a všeobecná prezentace problematiky sluchově postižených
- půjčování literatury, speciálních didaktických pomůcek, ozvučených hraček, počítačových logopedických a didaktických programů
- prodej vlastních logopedických a didaktických pomůcek
- výuka a tlumočení znakového jazyka

11 PRAKTICKÁ ČÁST

A. Cíle šetření

Cílem mého šetření bylo zjistit, jak rodiče nejčastěji komunikují se svým neslyšícím dítětem před kochleární implantací a zda a jak se tato komunikace po voperování kochleárního implantátu mění, a v závislosti na věku a době po implantaci rozvíjí. Také mě zajímalo, zda jsou rodiče s výsledky implantace spokojeni, zda přinesla implantace očekávaný přínos jim a hlavně jejich dětem.

B. Stanovení předpokladů

Mým první předpokladem bylo, že rodiče se svými dětmi před implantací nejčastěji komunikují orální metodou, neboť je to pro ně přirozené a doufají, že následná implantace pomůže jejich dítěti natolik, že bude samo moci komunikovat orální metodou.

Druhým předpokladem, který jsem si pro svůj výzkum stanovila, bylo, že rodiče po implantaci využívají znakovou řeč pro komunikaci v době nebo v situaci, kdy jejich dítě například z důvodu spánku, koupání nebo nemoci musí odložit řečový procesor.

C. Metodický postup

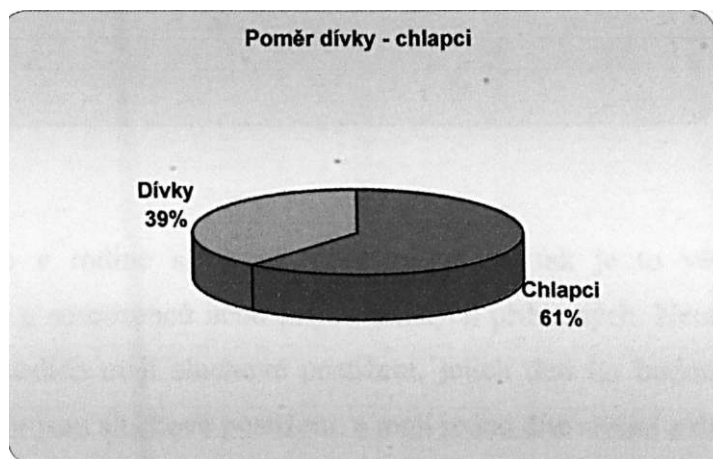
Pro výzkumné účely mé diplomové práce jsem si vytvořila dotazník obsahující 14 otázek. Většina mých otázek použitých v dotazníku je polouzavřených. Nabízím v nich různé možnosti odpovědi, ale také, pokud je to potřeba, možnost doplnění nebo vysvětlení.

Mými respondenty byli rodiče dětí uživatelů kochleárního implantátu. Dotazník byl rodičům distribuován osobně, přes internet a také skrze organizace (institute), které zajišťují a poskytují těmto dětem a jejich rodičům různé druhy péče a služeb - Centrum kochleárních implantací (CKID), Sdružení uživatelů kochleárních implantátů (SUKI), Speciálně pedagogická centra (SPC Ječná, SPC Holečkova) a Středisko rané péče (SRP Tamtam).

D. Zpracování výsledků dotazníků

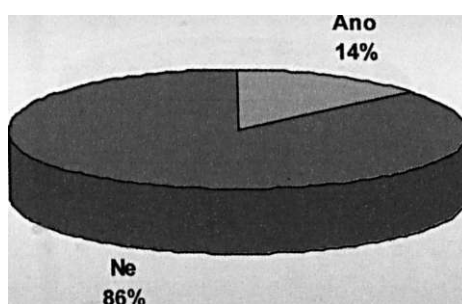
Osobně, přes internet a skrze organizace výše vypsané jsem dotazník doručila 80ti rodičům. Z tohoto množství mi odpovědělo 59 rodičů.

Z celkového počtu 59 dětí bylo 23 dívek a 36 chlapců.



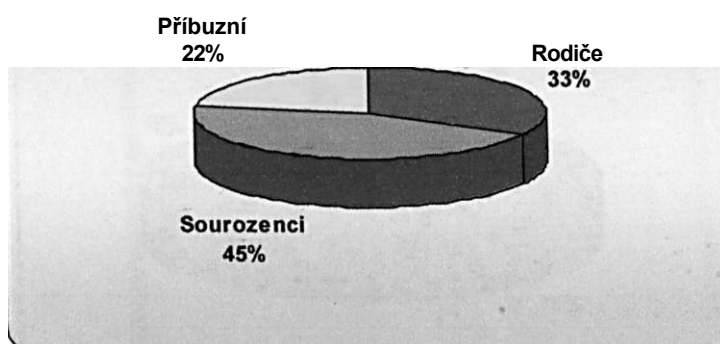
Otázka č. 1 - Vyskytuje se ve Vaší rodině sluchová vada?

Výskyt sluchové vady v rodině



Uživatelé kochleárních implantátů jsou většinou neslyšící děti slyšících rodičů,
v Jejichž rodině se žádná sluchová vada dosud nevyskytla.

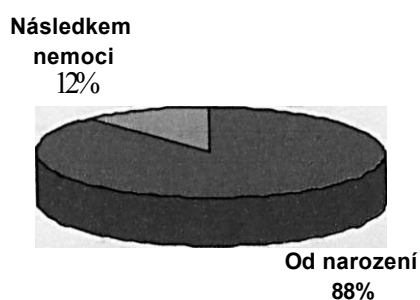
Členové rodiny se sluchovým postižením



Pokud se v rodině sluchová vada vyskytuje, tak je to většinou u rodičů, prarodičů, občas u sourozenců nebo jiných blízkých příbuzných. Není totiž pravidlem, že pokud sami rodiče mají sluchové postižení, jejich děti ho budou mít také. Znáám rodiny, kde rodiče jsou sluchově postiženi, a mají jedno dítě slyšící a druhé neslyšící.

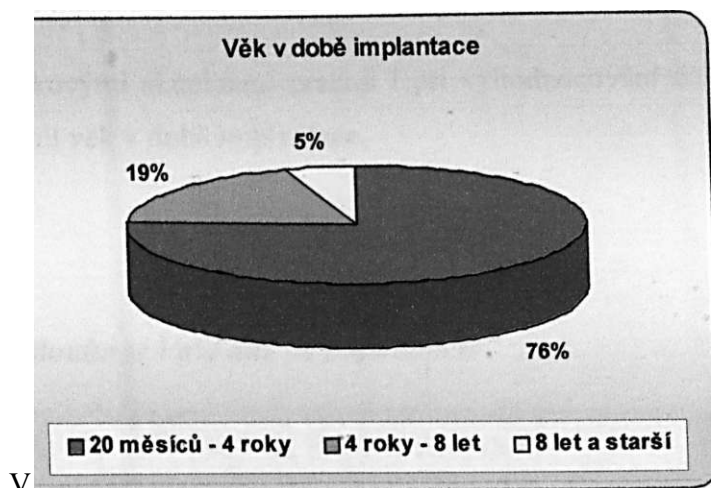
Otázka č. 2- Vaše dítě má sluchovou vadu ...

/ _____ X
Od kdy má Vaše dítě sluchovou vadu?



Z mého šetření vyplývá, že většina dětí má sluchové postižení od narození.

Otázka č. 3- V kolika letech bylo Vaše dítě implantováno?



V tomto případě hraje velkou roli, zda má dítě sluchové postižení od narození, nebo zdaje ztráta sluchu následkem onemocnění.

V mém výzkumu se objevují děti, které ohluchly v době od 8 měsíců do 5ti let po narození a implantát jim byl voperován době od 6 měsíců po onemocnění do 2,5 roku, s jednou výjimkou, kdy dítě bylo operováno až po 5,5 letech od onemocnění.

Děti, které mají sluchové postižení od narození, jsou nejčastěji implantovány kolem druhého roku věku.

Příhodová ve své prezentaci⁴ uvádí, že *optimální* věk pro implantaci je do 4 let od narození, *vhodný* věk je v rozmezí od 4 do 8 let. Po osmém roce nedoporučuje implantovat, pokud nejde o progresivní poruchu řeči.

Děti jsou operovány v různém věku. Pro své potřeby jsem si je rozdělila do skupin podle věku, ve kterém jim byl implantát voperován. Při rozdělování do skupin jsem vycházela právě z již zmíněné prezentace.

Do první skupiny řadím děti, které byly v době implantace v *optimálním* věku pro voperování kochleárního implantátu. V mém případě děti ve věku od 20ti měsíců do 4 let. Věk 20ti měsíců je věkem nejmladšího operovaného dítěte z mého vzorku dětí.

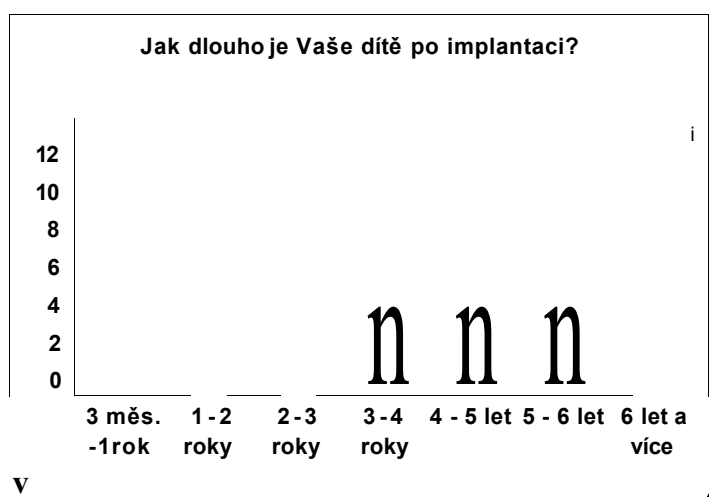
Druhá skupina je vymezena věkem 4 roky až 8 let, tedy dobou, která je *vhodným* obdobím pro implantaci.

⁴ Příhodová, J.: *Prezentace - Praktické aspekty Kochleárního implantátu*, 2003.

Ve třetí skupině jsou děti, kterým byl implantát voperován ve věku osmi let nebo později, kdy se již implantace nedoporučuje.

S těmito věkovými skupinami pracuji i při vyhodnocování dalších otázek, kde hraje významnou roli věk v době implantace.

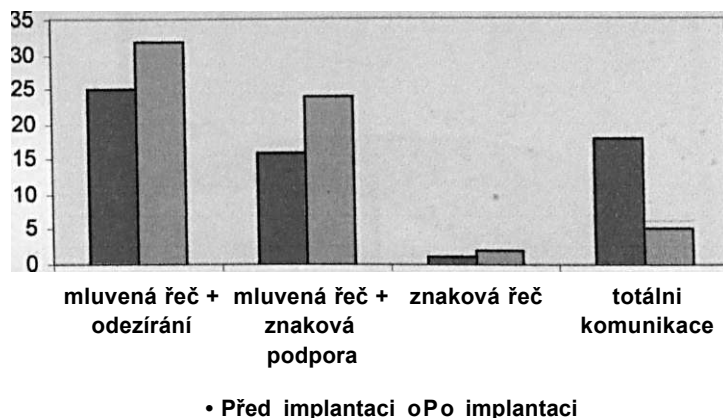
Otázka č. 4 - Jak dlouho je Vaše dítě po implantaci?



Tato otázka souvisí s rozvojem mluvené řeči. Odpovědi rodičů na tuto otázku mi pomohly při hodnocení výsledků otázky č.10 - *Kdy Vaše dítě začalo aktivně používat mluvenou řeč?* Děti jsou po implantaci v rozmezí od třech měsíců do deseti let.

Otázka č. 5 a 6 - Jak jste s dítětem komunikovali před implantací a jak s ním komunikujete nyní?

Komunikace před a po implantaci



Jak je vidět z výše uvedeného grafu rodiče komunikují se svými dětmi před implantací jinak než po implantaci.

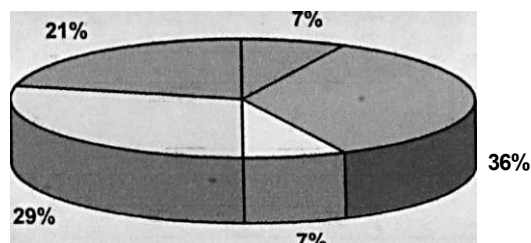
Před implantací rodiče s dítětem nejčastěji komunikují pomocí orální metody, používají mluvenou řeč. Dalším typem komunikace, který rodiče velmi často před implantací využívají je totální komunikace.

Znakovou řeč využívá jen malé procento rodičů. Většinou ji používají rodiče, kteří sami mají sluchovou vadu.

Po implantaci se komunikace s dítětem mění. Jak vidíme z grafu totální komunikaci využívají málo a převažuje mluvená řeč. Někteří rodiče svůj mluvený projev podporují nebo doplňují znaky. Kupodivu tuto metodu po implantaci využívá více rodičů než před implantací.

Otázka č. 7 - Pokud jste používali před implantad znakovou řeč (znakový jazyk, znakovanou češtinu) nebo izolované znaky jako podporu mluvené řeči, jak dlouho po implantad jste začali znakovou řeč opouštět?

Kdy jste začali opouštět znakovou řeč?

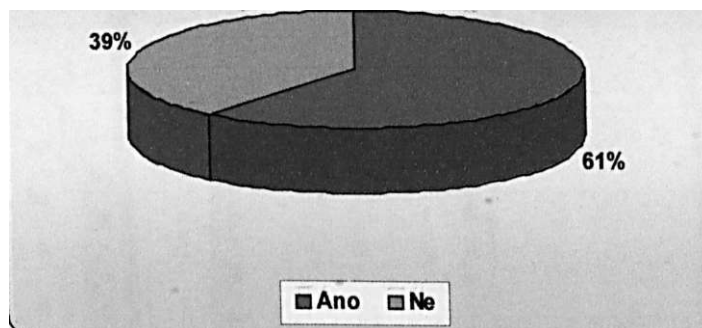


• 2 roky • 1 rok • 9 měsíců • 6 měsíců • 3 měsíce

Většina rodin znakovou řeč používá do určité míry i po implantaci. Někteří ji dokonce začali používat až poté, co jejich dítě dostalo kochleární implantát. Rodiny, které znakovou řeč nebo izolované znaky používaly před implantací, ji dle odpovědí rodičů začaly spontánně opouštět ve chvíli, kdy jejich děti začaly rozumět mluvené řeči a nepotřebovaly ji ke komunikaci, zhruba v období kolem půl až jednoho roku po implantaci.

Otázka č. 8- Využíváte znakovou řeč i nyní?

Používáte znakovou řeč?



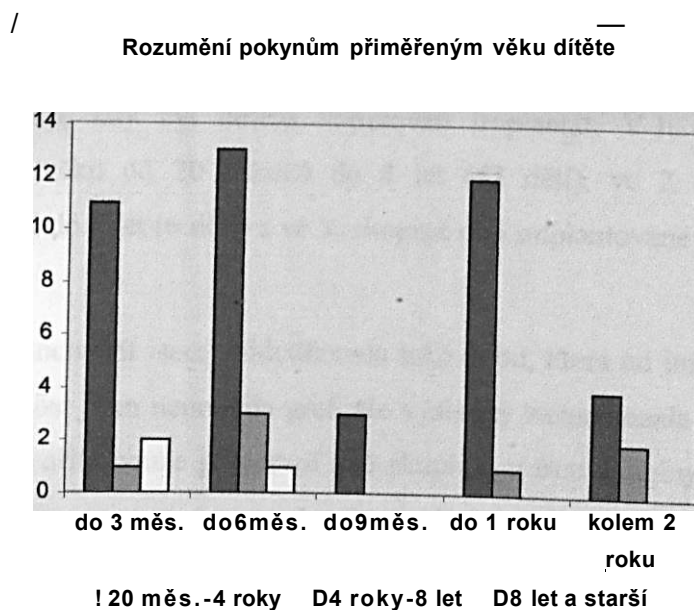
Jak je vidět z grafu, tak i přesto, že odborníci nejsou nadšenými zastánci používání znakové řeči, po implantaci ji více jak polovina rodičů při své komunikaci s dítětem používá. V tomto případě se nejedná o znakový jazyk, ale spíše o izolované znaky nebo znakovanou češtinu, kterou rodiče podporují mluvenou řeč.

Rodiče tuto komunikaci využívají spíše jako doplňkovou v určitých situacích. Nejčastěji je to ve chvíli, kdy má dítě sundaný řečový procesor (při koupání, spaní...). Rodiče uvádí, že znakovou řeč používají také, když vysvětlují dítěti něco nového (nové slovo, situaci...), když nemají jistotu, že jim dítě plně rozumí.

Otázka č. 9 - Po jaké době od implantace začalo Vaše dítě rozumět mluvené řeči? (reagovat na pokyny přiměřené věku)

Doba, kdy děti začaly reagovat na pokyny přiměřené věku a začaly rozumět mluvené řeči, je u každého dítěte jiná. Velmi záleží na době, kdy byly tyto děti implantovány a samozřejmě i na dalších faktorech, které ovlivňují rychlost rehabilitace (viz kapitola 8). Jiný slovník navíc používají 2leté děti a jiný ótileté. Malému dítěti spíše řeknete například „Udělej hačí!“ nebo jen „Hačí!“, ale předškolákovi řeknete většinou „Sedni si!“ To znamená, že míra porozumění musí být jiná u 2letých dětí a jiná u ótiletých.

Z tohoto důvodu jsem použila rozdělení do skupin z otázky č.3 „ *V kolika letech bylo Vaše dítě implantováno?* ”



Děti, které jsou implantované kolem druhého roku věku, reagují na pokyny přiměřené věku většinou kolem 3 měsíců až půl roku. Skoro všechny reagují na pokyny přiměřené věku do roku po implantaci.

Ve skupině dětí implantovaných ve věku 4 roky až 8 let nastalo porozumění kolem půl roku, ale u některých i později, až kolem druhého roku po implantaci.

Děti, které byly implantované v osmi a více letech, rozumí mluvené řeči během 3 až 6ti měsíců od implantace. Domnívám se, že u této skupiny dětí nastává rychlé porozumění z důvodu, že některé děti ohluchly až v pozdějším věku, měly již tak alespoň částečně osvojenou řeč a rehabilitace u nich byla lychlejší.

Otázka č. 10 - Kdy Vaše dítě začalo aktivně používat mluvenou řeč? - jak dlouhou dobu po implantad začalo používat...

Na tuto otázku mi někteří rodiče neodpověděli nebo odpověděli jen částečně. Z tohoto důvodu jsem tyto dotazníky pro vyhodnocení otázky č.10 musela vyřadit. Hodnotím proto jen vzorek 51 dětí. Pro vyhodnocení jsem opět použila rozdělení do skupin podle věku, kdy byl dětem voperován implantát. V 1. skupině jsou děti implantované ve věku od 20 měsíců do 4 let (42 dětí), ve 2. skupině jsou děti implantované od 4 do 8 let (6 dětí) a ve 3. skupině děti implantované ve věku 8 let nebo později (3 děti).

Při vyhodnocování jsem zohledňovala také dobu, která od implantace uplynula. Pro větší přehlednost jsem nepoužila graf, ale výsledky zaznamenala pouze do tabulky. Tabulku jsem vytvořila pouze pro první dvě skupiny, u třetí skupiny nebyla vzhledem k počtu dětí potřeba.

Skoro 70% dětí, které byly implantované ve věku od 20 měsíců do 4 let používá ve své řeči onomatopoeia již před implantad. Ty děti, které je před implantad nepoužívaly si je většinou osvojí do šesti měsíců po implantad. Naproti tomu izolovaná slova používá před implantad jen malé procento dětí. Nejčastěji dochází k přechodu od onomatopoei k izolovaným slovům kolem jednoho roku po implantad. V případě, že dítě zatím izolovaná slova nepoužívá, je většinou po implantad krátkou dobu. Jednoduché, 2slovné věty tvoří brzy po osvojení izolovaných slov, tj. kolem 2. roku po implantaci. Na komunikaci přiměřenou věku dosáhnou většinou až po 3 letech po implantaci. Některé děti však na komunikaci přiměřenou věku dosáhnou až po 4 až 5 ti letech, v některých případech, kde se vyskytuje vývojová dysfázie i později (kolem 6. roku po implantaci).

Důležitá je délka doby od implantace. Děti, které jsou po implantaci od 3 měs. do 3 let, ještě neměli čas dosáhnout určitého vývojového stupně (jednoduchých vět...)

Ve 2. skupině dětí byla onomatopoeia vytvořena již před implantaci. Izolovaná slova si většina osvojila půl roku po implantaci, jednoduché věty kolem roku po implantaci. Komunikaci přiměřené věku zatím polovina nedosáhla ani 5 let po implantaci.

Ve skupině dětí, které byly implantované ve věku osmi a více let a v dnešní době jsou šest let po implantaci, se komunikace přiměřená věku rozvinula již do 2 - 3 měsíců po implantaci.

1. SKUPINA - děti implantované ve věku 20 měs. - 4 roky

doba po KI	3 měs. - 1 rok po KI				1 - 2 roky po KI				2 - 3 roky po KI				3 - 4 roky po KI				4 - 5 let po KI				5 - 6 let po KI				6 let a více po KI			
	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K
před KI	3	2			6	2	2		2				3				1				1				6	1		
před KI v ČZJ	1	1	1																									
hned po KI				1	1				1								1				1							
do 3 měs.			1		2	4	1		1	3												1			1	1		
do 6 měs.			1				2	2	2					1	1				1		2	2			1	4		
do 9 měs.						2	1		1		1																	
do 1 roku		1				1		2	1	5	1			2				2				1	3			2	5	
do 2 let							3				3	2			1				1				1	1			2	
do 3 let												1			1													
nad 3 roky								1								1								2			1	7
zatím ne	2	2	3	5				4			3	5				2				2				1				1

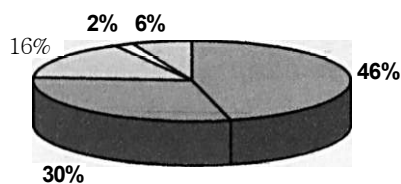
2. SKUP NA - děti implantované ve věku 4 roky -8 let

doba po KI	3 měs. - 1 rok po KI				1 - 2 roky po KI				2 - 3 roky po KI				3 - 4 roky po KI				4 - 5 let po KI				5 - 6 let po KI				6 let a více po KI			
	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K	0	IS	JV	K
před KI									1	1							1	1										
před KI v ČZJ									1	1	1	1																
hned po KI																	1								1	1	1	
do 3 měs.																		1										1
do 6 měs.													1	1					1									
do 9 měs.																												
do 1 roku											1				1													
do 2 let																			1	1								
do 3 let																												
nad 3 roky																												
zatím ne											1				1				1									

0 - onomatopoeia IS - izolovaná slova JV - jednoduché věty (2slovné) K- běžná komunikace přiměřená věku

Otázka č. 11 - Jak často a kam chodíte na logopedii?

Jak často docházíte na logopedii?

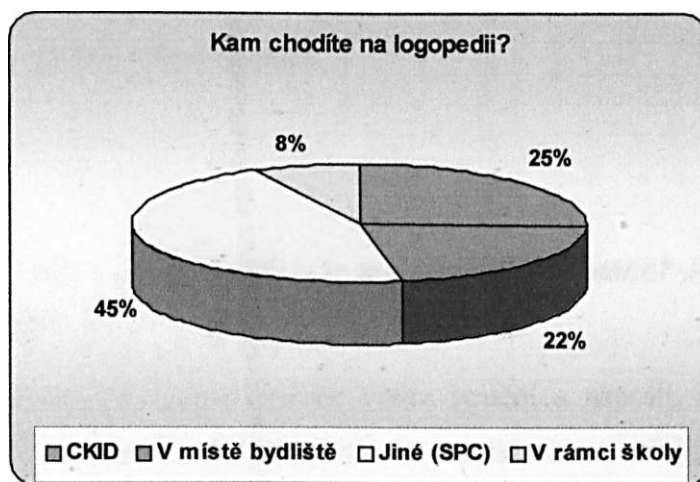


01 x týdně	• 1 x 14 dní	• 1 x měsíčně
• 1 x 1/4 roku	• Nedochází	

J

Vzhledem k tomu, že děti s kochleárním implantátem mohou být v péči dvou logopedií, skoro polovina z nich dochází na logopedii jednou týdně. Zhruba čtvrtina dochází jednou za čtrnáct dní. Frekvence návštěv u logopeda je také závislá na věku dítěte a délce doby po implantaci. Na začátku rehabilitace navštěvují děti logopeda častěji. Příkladem je výpověď jednoho z rodičů, který mi napsal: „Zpočátku jsme docházeli na logopedii skoro každý den, pak 2x - 3x v týdnu, postupem času jen jednou týdně, a to hlavně kvůli odezírání. “

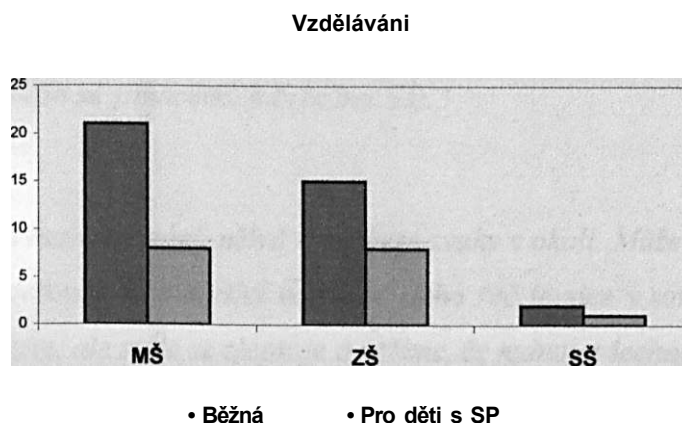
Jak jsem již psala, děti s implantátem mohou být v péči dvou logopedů. Jednoho mají většinou vCKID (Centrum kochleárních implantací) a druhého buď v místě bydliště nebo ve speciálně pedagogickém centru.



Děti, které nedochází na logopedii do CKID pravidelně (každý týden, 1x za 14 dní,...), chodí do CKID na kontrolní vyšetření. Centrum si je všechny eviduje a sleduje, jak na tom jsou, jak se rozvíjejí, jaký udělaly pokrok. Tyto návštěvy pak jsou většinou jednou za čtvrt roku, půl roku a nebo za rok.

Nejčastěji jsou děti pod vedením logopedů ve speciálně pedagogickém centru. Některé děti mají navíc ještě pravidelnou logopedickou péči v rámci mateřské nebo základní školy pro sluchově postižené, kterou navštěvují.

Otázka č. 12 - Navštěvuje Vaše dítě nějaké kolektivní zařízení?



Děti s kochleárním implantátem bývají integrovány do běžných mateřských a základních škol a na střední školy. Také však navštěvují mateřské, základní i střední školy pro děti se sluchovým postižením.

Otázka č. 13 - Vidíte u Vašeho dítěte, že mu implantát pomáhá? Jakým způsobem (v jakých oblastech)?

V této otázce byli někteří rodiče velmi struční a napsali, že implantát dítěti pomáhá ve všech oblastech. Pomáhá dětem v celkovém rozvoji, v zařazení se do běžného života, mezi slyšící vrstevníky.

Z dotazníků dále vyplývá, že rodiče vidí přínos implantátu nejčastěji v rozvoji sluchového vnímání - *reaguje na zvuky, orientuje se ve zvucích kolem sebe, reaguje na pokyny, upozorňuje na věci kolem sebe*; v rozvoji řeči - *rozumí řeči, mluví, odpovídá na otázky*; a také v komunikaci - *může komunikovat s lidmi, kteří neznakují, nebojí se rozhovoru, odstranily se bariéry v komunikaci, větší chuť ke komunikaci*.

Rodiče zaznamenávají rozvoj i v sociální oblasti, kdy děti jsou celkově samostatnější, klidnější, nemají problém s navázáním kontaktu s okolím.

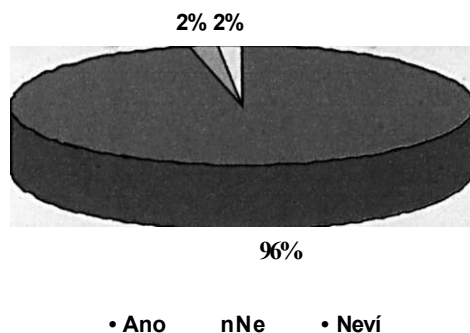
Přikládám některé výpovědi rodičů:

„Její rozvoj probíhá rovnoměrně, přiměřeně věku; slyší na větší vzdálenost (200 - 300m), rozumí i v hluku, vnímá hudbu, ráda „čte“ pohádky, miluje říkadla a básničky, z mluvení má radost, rozumí i jednoduchému hovoru v telefonu, televizi. Celkově s KI je vyrovnanější (srovnávám se situacemi, kdy je bez KI).“

„Velmi dobře rozumí bez odezírání, užívá si veškeré zvuky v okolí. Může být integrován, zkrátka může se pohybovat mezi slyšící většinou. Jeho řeč je sice v současné době na úrovni asi 3letého dítěte, ale stále se zlepšuje a věříme, že jednou všechno dožene.“

Otázka č. 14 - Splnila implantace Vaše očekávání?

Splnila implantace Vaše očekávání?



V poslední otázce jsem se ptala rodičů, zda implantace splnila jejich očekávání. Jak je vidět z uvedeného grafu, ve více jak 95% implantace splnila jejich očekávání. Jedna maminka napsala: „*Implantace splnila očekávání, ale ne naději...*“ Další z maminek mi napsala: „*Stále si myslím, že jsme pro syna udělali to nejlepší.*“ A to i přesto, že u tohoto dítěte neprobíhá rehabilitace tak rychle jako u jiných dětí.

V odpovědích byla i negativní odezva, kdy implantát nesplnil očekávání rodičů. V této chvíli, kdy implantace očekávání nesplnila, bychom si měli položit otázku: „*Byla naše (jejich) očekávání opravdu reálná?* “

Ti, co jsou po operaci teprve krátce, ještě nemusí u dítěte pozorovat pokrok, a tak zatím neví, zda se jejich očekávání naplní, nebo ne.

Zde cituji některé odpovědi, které mluví za vše:

„Splnila jej nad rámec. Rozvoj řeči, porozumění a chápání jde velmi rychle kupředu. “

„ Je to sice dřina, ale stojí to za to. Slyšet mami nebo se otočit na zavolání je přece něco tak krásného, (to se nedá ani popsát). “

„ Očekávali jsme, že syn bude slyšet a rozumět slyšenému slovu. To se splnilo, ale za cenu intenzivní rehabilitace.“

„Ano, splnila. I když jsme si představovali, že vývoj našeho syna bude rychlejší. A to i přesto, že jsme byli upozorněni, že to půjde pomalu. Bez implantátu si to už dnes nedokážeme představit.“

„ Byl to nejlepší a nejdůležitější okamžik v životě. Výsledek stál za to všechno. “

„Pokud nebudete vědět, že dcera nosí Kl, tak to v běžném prostředí ani nepoznáte. Stojí to ovšem velké úsilí „ hlavně“ matky, která se jí věnuje a denně se s ní učí.“

Neslyšící děti neslyšících rodičů

Ze skupiny všech dětí jsem ještě zvlášť vyhodnotila skupinu neslyšících dětí neslyšících rodičů. Nevím, kolik je v České republice těchto dětí. V mém výzkumu mám 4 z nich. Je to velmi zajímavá skupina dětí. Někteří Neslyšící jsou proti implantacím dětí ze slyšících rodin a nesouhlasí ani s implantací dětí z neslyšících rodin. Kochleární implantace dle jejich názoru násilně předělávají neslyšící děti, které patří do jazykové a kulturní menšiny Neslyšících a tím „ohrožují“ její existenci.

Tyto čtyři rodiny se však pro implantaci svých neslyšících dětí rozhodly. Některým neslyšícím rodičům dali podnět k implantaci jejich slyšící příbuzní. Většinou to jsou prarodiče, kteří viděli problémy svých neslyšících dětí v době, kdy jedinou šancí, jak kompenzovat vadu sluchu, byla sluchadla a chtějí pro svá vnoučata to, co svým dětem dopřát nemohli. Domnívám se, že neslyšící rodiče mají k implantaci jiné důvody, než rodiče slyšící. Jedním z důvodů zde není komunikační bariéra, jako u slyšících rodičů. Neslyšící rodiče chtějí svým dětem dát možnost, kterou oni neměli. V době, kdy vyrůstali, neměli například velký výběr ve studiu. Bylo jen pár oborů, kam se mohli hlásit (např. švadlena, truhlář, zámečnick, ...). O studiu na vysoké škole si mohli nechat jen zdát, většina z nich končila jen s výučním listem. Dnes jsou podmínky jiné, ale ani tak nejsou dostačující. Pokud jejich děti budou moci komunikovat se slyšící společností a přiblížit se jí, otvírá se pro ně úplně jiný svět.

Všichni jsou chlapci ve věku od 2 do 9ti let. Všichni pochází z neslyšících rodin, přesněji řečeno mají neslyšící rodiče. Přírozeným (mateřským) jazykem je pro ně znakový jazyk. Operace u nich proběhla v ideální době pro implantaci, kolem druhého roku věku. Pro lepší přehlednost jsem údaje z dotazníků vypsala do tabulky. Jelikož dotazníky byly anonymní, jména chlapců jsem si vymyslela.

	Pét'a	Honza	Pavel	Lukáš
Doba po implantaci	3 měsíce	5 měsíců	4 roky	6,5 roku
Komunikace před KI	totální komunikace + mluvená řeč	mluvená řeč + znaková podpora	znakový jazyk + totální komunikace	mluvená řeč + znaková podpora
Komunikace po KI	totální komunikace + mluvená řeč	mluvená řeč + znaková podpora	mluvená řeč + znaková podpora + znakový jazyk	mluvená řeč
Používání znakového jazyka	ano	ano	ano	ne
Reakce na pokyny přiměřené věku	hned po nastavení	po 5ti měsících	po roce	po roce
V řeči používá onomatopoeia	před KI ve znakovém jazyce	před KI	před KI	před KI
V řeči používá izolovaná slova	před KI ve znakovém jazyce	před KI	po roce	po 6 měsících
V řeči používá jednoduché věty (žslovné)	před KI ve znakovém jazyce	po 5ti měsících	po 2 letech	po roce
Komunikuje přiměřeně svému věku	hned po nastavení	zatím ne	zatím ne	po 3 letech
Logopedie	1x týdně	1x měsíčně	0	1x týdně
Školní zařízení	ne	ne	MŠ pro SP	ZŠ
Rozvoj s KI	rozvíjí se mluvená řeč, zlepšuje se orientace	rozeznává zvuky kolem sebe, reaguje na pokyny, má velkou chuť se učit	rozumí mluvené řeči, ptá se a odpovídá na otázky, je schopen vést jednoduchý rozhovor	rozvoj sluchu a mluvené řeči, odstranění komunikačních bariér, je klidnější a sociálně zdatnější

(*) V dotazníku nebylo uvedeno, jak často dochází na logopedii. Avšak vzhledem k tomu, že na logopedii dochází do SPC a navštěvuje mateřskou školu pro sluchově postižené, dá se předpokládat, že frekvence docházení je asi 1x týdně.

Jak můžete vidět z tabulky, rozvoj sluchu a řeči probíhá stejně jako u neslyšících dětí ze slyšících rodin. V některých případech i lépe. Jedním z ovlivňujících faktorů byla včasná doba voperování kochleárního implantátu. U všech chlapců implantace

splnila očekávání rodičů. Nejvíce v oblasti sluchové, kdy děti reagují na zvuky ve svém okolí a rozvíjí se u nich mluvená řeč. V případě Lukáše implantace očekávání předčila. Mluvená řeč a sluch jsou u něho na takové úrovni, že i přestože pochází z neslyšící rodiny, je integrovaný v běžné základní škole.

Ráda bych ještě poukázala na fakt, že všichni chlapci před implantací přišli do kontaktu se znakovým jazykem a dle jejich dosažených výsledků to na rozvoj jejich řeči nemělo negativní vliv.

Na logopedii dochází zhruba jednou týdně (do CKID a do SPC). Tyto děti potřebují co největší kontakt se slyšícím okolím, aby měli co nejvíce podnětů pro rozvoj mluvené řeči.

ZÁVĚR

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit, jak rodiče komunikují se svým dítětem před kochleární implantad. Výsledky mého výzkumu potvrdily, že většina rodičů před implantad komunikuje se svými neslyšícími dětmi orální metodou. Není to však jediný prostředek, který rodiče ke komunikaci používají. Velká část využívá před implantad také totální komunikaci. Snaží se přizpůsobit možnostem a schopnostem dítěte a využít všech dostupných prostředků proto, aby se jim co nejdříve podařilo najít se svým dítětem „společnou řeč.“

Implantace znamená v životě rodičů a jejich neslyšících dětí velký zlom. U všech dětí, ale i u rodičů dochází po implantad ke změně. Rodiče mají radost, že jejich dítě dostalo novou šanci pro rozvoj sluchu a řeči. Se svými dětmi se snaží více komunikovat. Rodiče používají běžnou komunikaci, kterou v případech potřeby doplňují o prvky znakové řeči. Využívají izolovaných znaků jako podpory pro mluvenou řeč. Znakovou řeč využívají také v případech, kdy dítě nemá řečový procesor a odezírání pro komunikaci nestačí.

Rozvoj sluchu a řeči je závislý na věku, ve kterém bylo dítě implantováno. Děti, které mají těžké sluchové postižení od narození, jsou nejčastěji implantovány kolem 2. roku věku. U těchto dětí jsou také zaznamenávány nejlepší výsledky ve verbální komunikaci. Velkou roli hraje i délka doby po implantad. Děti, které jsou po implantaci rok nebo dva, jsou na jiném stupni vývoje než děti, které jsou po implantad pět let. To, jak rychle se bude dítě po implantaci rozvíjet, je velmi individuální a závisí na mnoha faktorech. Některé děti dosahují komunikace přiměřené věku již po pár letech, jiným to trvá mnohem déle.

Na začátku je pomoc a rady od odborníků a další už je na rodině. Z vlastních zkušeností vím, že především na matkách, které s dítětem tráví nejvíce času. Některé maminky svému dítěti „obětovali“ spoustu věcí, ale myslím si, že žádná z nich, když se ohlédne zpět, nelituje.

U většiny dotazovaných implantace splnila - a v některých případech i předčila - jejich očekávání. Přínos implantace vidí hlavně v rozvoji sluchu, řeči a také v sociální oblasti. Děti se s implantátem cítí bezpečněji, stávají se méně izolovanými, jsou více

samostatné a více nezávislé. Implantát jim pomáhá snáze se zapojit do „slyšící“ společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Cochlear Implantants and Deaf Children. 1. vyd. London: NDCS, 1992.

DOSKOČILOVÁ, K. *Kochleární implantáty, různé pohledy na problematiku kochleárních implantad*, [bakalářská práce]. Praha: FFUK, 2005

Firma Cochlear. *Slyšet s kochleárním implantátem Nucleus*. Cochlear, Švýcarsko, 1995.

Firma Cochlear. *Cochlear - Nucleus freedom. Hear now. And always*. Cochlear, 2005.

FREEMAN, R. D., CARBIN, C., F., BOESE, R. J. *Tvé dítě neslyší?* 1. vyd. Praha: FRPSP, 1992.

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 1. vyd. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-162-8.

HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

HROBONĚ, M., JEDLIČKA, I., HOŘEJŠÍ, J. *Nedoslychavost*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1998. ISBN 80-86003-13-2.

HRONOVÁ, A., MOTEJZÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha: FRPSP, 2002.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslychavých po jejich vlastním osudu 1. díl*. 2. vyd. Praha: FRPSP, Septima, 1999. ISBN 80-7216-092-6.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslychavých po jejich vlastním osudu 2. díl*. 1. vyd. Praha: FRPSP, Septima, 1998. ISBN 80-7216-075-3.

CHRISTIANSEN, J., B., LEIGH, W., I. *Cochlear Implantants in Children*. Washington, D. C.: Gallaudet University, 2002. ISBN 1-56368-116-1.

CHUTĚ, M., P., NEVINS, M., E. *The Parents' Guide to Cochlear Implantants*. Washington, D. C.: Gallaudet University, 2002. ISBN 1-56368-129-3.

JANOTOVÁ, N. *Odezírání u sluchově postižených*. 1. vyd. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-82-6.

JANOTOVÁ, N. *Reedukace sluchu sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1. vyd. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-90-6.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie* / . Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-41-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Ve světě sluchového postižení*. Praha: FRPSP, SRP Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

KRAHULCOVA, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0329-2.

KUTALKOVA, D. *Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-71-78-667-5.

MAŠURA, S. *Pedagogická audiológi*a. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 1983. ISBN 85-551-83.

PŘÍHODOVÁ, J. *Prezentace - Praktické aspekty Kochleárního implantátu*, Praha: Aima, 2003, [CD-ROM].

ROUČKOVÁ, J. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-158-1.

STRNADOVÁ, V. *Současné problémy české komunity neslyšících* /.. Praha: DeskTop Publishing FF UK, 1998. ISBN 80-85899-45-0.

SVOBODOVÁ, K. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. 1. vyd. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-002-8.

ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

TYE-MURRAY, N. *Cochlear Implantants and Children: A Handbook for Parents, Teachers and Speech and Hearing Professionals*. Alexander Graham Bell Association for the Deaf, 1992. ISBN 0-88200-173-6.

VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1. vyd. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-83-3.

VOJTĚCHOVSKÝ, R. *Život n/Nepočujících osob s kochleárním implantátem*. SNEPEDA, 2007. ISBN 978-80-969695-0-0.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

ČASOPISY

JUNGWIRTHOVÁ, I. *Využití znakového jazyka u dětí s implantátem*, in: Gong, 2006, č. 2, s. 7.

MOTEJZIKOVA, J. *Vzdělávání neslyšícího dítěte s kochleárním implantátem*. in: Info-Zpravodaj 2006, roč. 14, č. 1, s. 3-5.

KRATOCHVÍLOVA, K. *Vzdělávání sluchově postižených. Zpráva z mezinárodní konference*, in: Speciální pedagogika 2007, roč. 17, číslo 1 - 2, s. 112 - 117. ISSN 1211-2720.

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ

<http://www.bionicear.com>

<http://www.cochlear.com/>

<http://www.medel.com>

<http://www.ckid.cz>

<http://www.kochlear.cz>

<http://www.suki.cz>

<http://www.frpsp.cz>

<http://www.tamtam-praha.cz>

<http://www.prolomene-ticho.cz>

SEZNAM ČLÁNKŮ V ELEKTRONICKÉ PODOBĚ

<http://articles.qourt.com/en/cochlear%20implant> Články o KI - Gourt: Cochlear Implantant (20.3.2008)

<http://ruce.cz/clanky/264> Časopis Gong, Rozhovor s A.Uherikem: Kochleární implantát a genocida neslyšících? (20.3.2008)

<http://www.gong.cz/clanky.php?c=187> Časopis Gong, Kochleární implantát (5.3.2008)

<http://www.tont.cz/clanky.php?c=23ft> Časopis Gong, Kochleární implantáty - téma, které je stále živé (5.3.2008)

<http://www.solen.cz/pdfs/pcd/2004/04/13.pdf> Vyšetřování sluchu u dětí (2.4.2008)

<http://www.clsiep.c7yukazclanek2.asp?clanck=10650&iazvk=&cislo^653> - Diagnostika a léčba těžce sluchově postižených nejmenších dětí (2.4.2008)

<http://www.hzr.cz/main/clanck.phr?id=1627> Husitská zaměstnanecká pojišťovna, Magazín - Prevence sluchových vad (2.4.2008)

<http://manifcst.rucc.cz/> Manifest Neslyšících proti KI (19.10.2006)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník pro rodiče dětí s kochleárním implantátem

Příloha č. 2 - Zákon o znakové řeči

Příloha č. 3. - Řečové procesory (krabičkový typ, závěsný typ)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník pro rodiče dětí s kochleárním implantátem

Příloha č. 2 - Zákon o znakové řeči

Příloha č. 3. - Řečové procesory (krabičkový typ, závěsný typ)

Příloha č. 1 - Dotazník pro rodiče dětí s kochleárním implantátem

Dobrý den,

Tento dotazník, o jehož vyplnění Vás prosím, byl vytvořen pro potřeby mé diplomové práce. Poskytnuté údaje a informace z dotazníku budou použity pouze pro účely diplomové práce „Rozvoj komunikace u dětí s kochleárním implantátem“. Vaše spolupráce mi pomůže získat důležité informace o tom, jak rodiče s dětmi s implantátem nejčastěji komunikují a jak se komunikace těchto dětí rozvíjí.

Věk dítěte:

Dívka - chlapec

1. Vyskytuje se ve Vaší rodině sluchová vada?

a) Ano

U koho?

b) Ne

2. Vaše dítě má sluchovou vadu ...

a) od narození

b) ohluchlo po virovém či jiném onemocnění

V jakém věku?

3. V kolika letech bylo Vaše dítě implantováno?

4. Jak dlouho je Vaše dítě po implantaci?

5. Jak jste s dítětem komunikovali před implantací?

a) mluvená řeč + (odezírání)

b) mluvená řeč + znaková podpora

c) znaková řeč

d) totální komunikace (artikulace, mimika, gesta, pantomima, znakový jazyk, umělé systémy posunků, prstová abeceda, odezírání,...)

6. Jak nyní komunikujete s Vaším dítětem?

a) mluvená řeč (+ odezírání)

b) mluvená řeč + znaková podpora

c) znaková řeč

d) totální komunikace (artikulace, mimika, gesta, pantomima, znakový jazyk, umělé systémy posunků, prstová abeceda, odezírání,...)

7. Pokud jste používali před implantací znakovou řeč (znakový jazyk, znakovanou češtinu) nebo izolované znaky jako podporu mluvené řeči, jak dlouho po implantaci jste začali znakovou řeč opouštět?

8. Využíváte znakovou řeč i nyní?

a) Ano

V jakých situacích a proč?

b) Ne

9. Po jaké době od implantace začalo Vaše dítě rozumět mluvené řeči? (reagovat na pokyny přiměřené věku)

10. Kdy Vaše dítě začalo aktivně používat mluvenou řeč? - jak dlouhou dobu po implantaci začalo používat...

a) onomatopoeia (zvuky zvířat, citoslovce ...)

b) izolovaná slova

c) jednoduché věty (2slovné)

d) běžnou komunikaci přiměřenou věku

11. Jak často a kam chodíte na logopedii?

a) do CKID

b) v místě bydliště

c) jiné místo (SPC, MŠ ...)

12. Navštěvuje Vaše dítě nějaké kolektivní zařízení?

a) Ano

Jaké?

b) Ne

13. Vidíte u Vašeho dítěte, že mu implantát pomáhá? Jakým způsobem (v jakých oblastech)?

14. Splnila implantace Vaše očekávání?

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku!

Michaela Beznosková

155

ZÁKON

ze dne 11. června 1998

o znakové řeči a o změně dalších zákonů

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Úvodní ustanovení

Zákon upravuje používání znakové řeči jako dorozumívacího prostředku neslyšících.

Definice základních pojmů

§2

Za neslyšící se pro účely tohoto zákona považují osoby, které ohluchly před rozvinutím mluvené řeči a u nichž velikost a charakter sluchové vady neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, a dále osoby později ohluchlé a nedoslýchavé, které samy považují znakovou řeč za primární formu své komunikace.

§3

Znaková řeč

Znakovou řečí se pro účely tohoto zákona rozumí český znakový jazyk a znakovaná čeština.

§4

(1) Český znakový jazyk je základním dorozumívacím jazykem neslyšících v České republice.

(2) Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

§5

Znakovaná čeština

(1) Znakovaná čeština je umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími.

(2) Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány odpovídající znaky českého znakového jazyka.

§6 Prstová abeceda

(1) Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy.

(2) Prstová abeceda je integrální součástí českého znakového jazyka a znakované češtiny, kde se využívá k odhláškování cizích slov, odborných termínů a pojmů, pro které dosud nejsou ustáleny znaky českého znakového jazyka.

Používání znakové řeči

§7

Neslyšící mají právo na

- a) používání znakové řeči,
- b) vzdělávání s využitím znakové řeči,¹⁾
- c) výuku znakové řeči.

§8

(1) Neslyšící mají při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb právo na tlumočnickou znakovou řeči. Tlumočnická služba se poskytuje bezplatně v rozsahu podmínek stanovených zákonem.²⁾

(2) Neslyšícím, kterým byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), jsou tlumočnické služby při soudním řízení poskytovány bezplatně.

(3) Neslyšícím studentům středních a vysokých škol, kterým byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), jsou tlumočnické služby poskytovány bezplatně za podmínek stanovených zvláštním předpisem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

§9

Rodiče dětí, u kterých byla diagnostikována praktická nebo úplná hluchota,³⁾ mají právo na bezplatnou výuku v kursech znakové řeči.

§10

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy stanoví prováděcím právním předpisem

a) rozsah a obsah přípravy a způsob ověřování znalosti znakové řeči učitelů pro neslyšící,

a) rozsah a obsah přípravy a způsob ověřování znalosti znakové řeči učitelů pro neslyšící,

b) podmínky a rozsah tlumočnických služeb poskytovaných bezplatně neslyšícím studentům podle § 8 odst. 3 a způsob jejich úhrady,

c) obsah, rozsah a způsob úhrady kursů podle § 9.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

§ 11

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 110/1990 Sb., zákona č. 180/1990 Sb., zákona č. 1/1991 Sb., zákona č. 46/1991 Sb., zákona č. 306/1991 Sb., zákona č. 482/1991 Sb., zákona č. 578/1991 Sb., zákona č. 582/1991 Sb., zákona č. 235/1992 Sb., zákona č. 589/1992 Sb., zákona č. 37/1993 Sb., zákona č. 84/1993 Sb., zákona č. 160/1993 Sb., zákona č. 266/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., zákona č. 182/1994 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 118/1995 Sb., zákona č. 155/1995 Sb., zákona č. 160/1995 Sb., zákona č. 133/1997 Sb. a zákona č. 91/1998 Sb., se mění takto:

1. Za § 86 se vkládá nový § 86a, který zní:

"§ 86a

Občan, jemuž byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody **II.** stupně (průkaz ZTP) nebo **III.** stupně (průkaz ZTP/P), má nárok na bezplatné poskytnutí tlumočnické služby formou úkonu pečovatelské služby při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb, a to v rozsahu nejvýše 24 hodiny za kalendářní rok."

2. Za § 94 se vkládá nový § 94a, který zní:

"§ 94a

Nárok na poskytnutí pečovatelské služby podle § 86a vzniká dnem splnění podmínek stanovených tímto zákonem, nejdříve však od počátku měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o jejím poskytnutí."

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

§ 12

V zákoně č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 125/1990 Sb., zákona č. 210/1990 Sb., zákona č. 425/1990 Sb., zákona č. 459/1990 Sb., zákona č. 9/1991 Sb., zákona č. 144/1991 Sb., zákona č. 582/1991 Sb., zákona č. 84/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., nálezu Ústavního soudu č. 72/1995 Sb., zákona č. 118/1995 Sb., zákona č. 238/1995 Sb., zákona č. 289/1997 Sb. a zákona č. 91/1998 Sb., se v § 34 dosavadní text označuje jako odstavec 1 a doplňuje se odstavcem 2, který včetně poznámky č. 21a) zní:

"(2) Okresní úřad zabezpečuje pečovatelskou službu podle zvláštního zákona^{21a)} a rozhoduje o jejím poskytnutí.

21a) § 86a zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 155/1998 Sb."

ČÁST ČTVRTÁ

, §13 Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem vyhlášení, s výjimkou § 8 až 12, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 1999.

Zeman v. r.
Havel v. r.
Tošovský v. r.

- 1) § 3 odst. 3 zákona č. 29/1984 Sb., o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.
- 2) § 86a zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 155/1998 Sb.
- 3) Vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, ve znění vyhlášky č. 156/1997 Sb.

Příloha č. 3 - Řečové procesory (krabičkový typ, závěsný typ)



vysílací cívka

vysílací cívka

/
závěsný řečový procesor
ESPrint™ 3G