

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rozvoj mluvené řeči u dítěte se sluchovým postižením
Speech development of children with hearing impairment

Tereza Povolná

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: B SPPG (7506R002)

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Rozvoj mluvené řeči u dítěte se sluchovým postižením vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 14. 7. 2017

.....

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Miroslavě Kotkové za odborné vedení a cenné rady, které mi v rámci psaní této práce poskytla. Mé poděkování patří také Centru dětského sluchu Tamtam o.p.s. a všem jeho pracovníkům a klientům za jejich trpělivou účast na výzkumném šetření.

ANOTACE

Práce se zabývá metodami rozvoje řeči u dětí se sluchovým postižením. Shrnuje problematiku sluchového postižení, jeho diagnostiky a také možnosti předškolního vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Velká část teoretické práce je věnována komunikaci osob se sluchovým postižením, zejména pak její orální podobě. Cílem empirické části práce je za pomoci případových studií osmi vybraných dětí předškolního věku popsat metody rozvoje jejich řeči.

KLÍČOVÁ SLOVA

diagnostika, kochleární implantát, komunikace, logopedie, předškolní věk, sluchadla, sluchové postižení, řeč, znakový jazyk

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the development of speech of children with hearing impairment. It summarizes the problems of hearing impairment, diagnostics and the possibilities of pre-school education. Much of the theoretical part thesis is focused to the communication of people with hearing impairment, especially its speech. The objective of the empirical part of the thesis is to describe methods of developing their speech using case studies of eight preschool children.

KEYWORDS

Diagnostics, cochlear implant, communication, logotherapy, preschool age, hearing aids, hearing impairment, speech, sign language

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Úvod do problematiky sluchového postižení.....	8
2.1	Anatomie sluchového ústrojí.....	8
2.2	Klasifikace sluchových vad.....	10
2.2.1	Dělení podle doby vzniku	10
2.2.2	Dělení dle lokace postižení	11
2.2.3	Dělení dle sluchové ztráty.....	12
2.3	Etiologie sluchových vad	13
2.3.1	Exogenní příčiny sluchového postižení	14
2.3.2	Endogenní příčiny sluchového postižení	15
2.4	Diagnostika sluchových vad	15
2.4.1	Subjektivní metody vyšetření sluchu	16
2.4.2	Objektivní metody vyšetření sluchu	17
2.5	Sluchová protetika.....	18
2.5.1	Sluchadla.....	18
2.5.2	Kochleární implantace	18
2.6	Možnosti předškolního vzdělávání v České republice.....	19
3	Komunikace a její role v lidském životě	21
3.1	Komunikace osob se sluchovým postižením	21
3.1.1	Auditivně-orální komunikační systémy.....	22
3.1.2	Vizuálně-motorické komunikační systémy	25
4	Rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením.....	28
4.1	Stručná historie vývoje orální metody v českých zemích.....	29
4.2	Charakteristika řeči osob se sluchovým postižením	30

4.3	Metody rozvoje řeči u dětí se sluchovým postižením.....	32
4.4	Metodika tvoření hlásky.....	33
4.5	Zásady komunikace s dětmi se sluchovým postižením.....	34
5	Rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením.....	35
5.1	Metodologie a cíle výzkumu.....	35
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
5.3	Zpracování výzkumného šetření	37
5.3.1	Případová studie č. 1	37
5.3.2	Případová studie č. 2	39
5.3.3	Případová studie č. 3	41
5.3.4	Případová studie č. 4	42
5.3.5	Případová studie č. 5	44
5.3.6	Případová studie č. 6	46
5.3.7	Případová studie č. 7	48
5.3.8	Případová studie č. 8	51
5.4	Dílčí shrnutí.....	53
6	Závěr	58
7	Seznam použitých informačních zdrojů	59
8	Seznam příloh	61

1 Úvod

Komunikace – jedna z naprosto základních lidských potřeb, která přichází automaticky s touhou poznávat svět, dorozumívat se s ostatními, žít v sociální interakci. Ne vždy jsou však pro rozvoj této potřeby ideální podmínky. Na stránkách této práce bude tomuto tématu věnován prostor z hlediska dítěte se sluchovým postižením. Pro takové dítě totiž není ovládnutí této dovednosti tak jednoduché a samozřejmé. Mluvenou řeč neslyší a nemůže ji tedy začít spontánně rozvíjet.

Aby bylo možné problematiku lépe pochopit a proniknout do ní, je potřeba se seznámit s pojmem sluchové postižení. Tomuto tématu je věnována první kapitola, která se zaměřuje na anatomii sluchového ústrojí, klasifikaci sluchových vad, na příčiny vzniku sluchového postižení a také na možnosti diagnostiky, které nám současná medicína nabízí. Se správnou diagnostikou souvisí také vhodně zvolená kompenzační pomůcka. Tato práce stručně shrnuje možnosti sluchové protetiky, a to buď ve formě sluchadel anebo kochleárních implantátů.

Další kapitola je věnována komunikaci, zejména pak komunikaci osob se sluchovým postižením a komunikačním systémům, které využívají. Další, čtvrtá kapitola, se věnuje zejména možnostem rozvoje mluvené řeči, stručně shrnuje historii orální metody v českých zemích a také charakteristiku mluveného projevu osob se sluchovým postižením.

Následuje empirická část práce, v jejímž úvodu je uvedena metodologie výzkumu a také charakteristika výzkumného vzorku. Samotné výzkumné šetření vychází z několikaměsíčního pozorování a práce s dětmi v Centru dětského sluchu Tamtam, o. p. s. a také z analýzy dokumentů.

Právě ze spolupráce s touto organizací vzešla možnost v rámci výzkumného šetření zpracovat případové studie osmi dětí s různými stupni a typy sluchových vad. Výzkumné šetření je zaměřené na rozvoj mluvené řeči, jak samotný název této práce napovídá. Za cíl si klade přinést poznatky týkající se aktuálních možností rozvoje mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením a také zodpovědět výzkumné otázky vycházející z dílčích cílů práce.

2 Úvod do problematiky sluchového postižení

Sluch je jedním z našich nejzákladnějších a nejdůležitějších smyslů. Informuje nás o světě kolem nás, umožňuje nám přijímat informace, na něž následně reagujeme, signalizuje přicházející nebezpečí, pomáhá nám s orientací v prostoru. Přináší nám podněty, které následně přispívají k celkovému rozvoji naší osobnosti, našich kognitivních funkcí – a to zejména v raném období našeho života.

„Sluchové postižení u dětí je zvláště závažné, jelikož naruší ontogenetický vývoj řeči. Poškození sluchu s sebou nese narušení komunikačních technik dítěte, což se odráží následně také v procesu myšlení a celkového vývoje, především mentálního a sociálního. Dítě se často potýká s problémy při socializaci.“ (Mukšnáblová, 2014, s. 9)

Houdková (2005, s. 16) uvádí, že za pomoci sluchu přijmeme až 60 % informací z okolního světa – z čehož jasně vyplývá, že ztráta či omezení tohoto smyslu náš život významně ovlivňuje – a to tedy zejména v oblasti komunikace, orientace a sociálních vztahů. Sluchový handicap s sebou zároveň přináší negativní vliv na rozvoj myšlení a také velkou psychickou zátěž – někdy bývá zmiňována též jako uvěznění v tichu. Velmi dobře vystihla problematiku svým známým výrokem Helena Kellerová: *„Slepotu odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“* (Slowík, 2007, s. 72)

Tématem sluchového postižení se zabývá surdopedie, což je speciálně pedagogická disciplína zabývající se vzděláváním, rozvojem a výchovou osob s postižením sluchu. Surdopedie však není jedinou disciplínou, která se této oblasti věnuje – úzce spolupracuje s dalšími speciálně pedagogickými obory, s logopedií, lékařskými obory – a to zejména ORL a foniatrií, sociálními, filosofickými a psychologickými obory. Je to logické a vyplývá to právě z faktu, že ztráta nebo omezení sluchu ovlivňuje všechny oblasti lidského života.

2.1 Anatomie sluchového ústrojí

Horáková (2005, s. 15-16) popisuje lidské ucho jako tři vývojově i funkčně odlišné části, které slouží k zachycení, převodu a přenosu zvukových vln do centrální nervové soustavy. Jeho význam nespočívá pouze ve vnímání zvuku, ale také ve vnímání polohy těla v prostoru, rovnováhy a otáčivého i přímočarého pohybu.

„Sluchový orgán se skládá z vnějšího, středního a vnitřního ucha, sluchového nervu a neuronové sítě, které se říká sluchová dráha. Sluchová dráha začíná nervovými vlákny

vystupujícími z hlemýžďe a končí sluchovým centrem v mozku, které je v zářezu spánkového laloku. (Hrubý, 2010, s. 51)“ (Skákalová, 2011, s. 6)

Vnější ucho

Často bývá označováno též jako zevní ucho. Sestává z boltce, zevního zvukovodu a bubínku. Jeho úkolem je vést akustické vlny – ty zachytí boltec a vede je dále do zevního zvukovodu a do bubínku. Bubínek se na základě zvukových vln rozkmitá a přenáší signál dále do středoušních kůstek. (Skákalová, 2011, s. 7)

Střední ucho

Tato část ucha je tvořena systémem dutin. „*Středoušní dutina je spojena Eustachovou trubicí se zadní částí nosohltanu. Toto propojení umožňuje vyrovnávání tlaku vzduchu před a za bubínkem pro jeho správnou funkci (trubice se při polykání otevírá a vypouští do dutiny středoušní vzduchovou bublinu).*“ (Skákalová, 2011, s. 7)

Výše zmiňovaná trubice má bohužel za následek různé středoušní infekce.

Ve středním uchu se dále nacházejí tři kůstky, tzv. středoušní. Jedná se o třmínek, kovadlinku a kladívko – všechny tři dále převádí kmitání bubínku. „*Kladívko dosedá jedním koncem na bubínek, druhým koncem je kloubně spojeno s kovadlinkou. Kovadlinka je spojena s třmínkem, který dosedá na oválné okénko. Oválné okénko je pružná blanka na rozhraní středního a vnitřního ucha.*“ (Skákalová, 2011, s. 7)

Dále se ve středním uchu nacházejí dva svaly – napínač bubínku a sval třmínkový, které mají ochrannou funkci.

Vnitřní ucho

Vnitřní ucho je tvořeno kostěným pouzdrém a je uloženo v kosti skalní, neboli v kostěném labyrintu. Nachází se zde rovnovážné ústrojí, tvořené polokruhovitými kanálky a hlemýžď.

Hlemýžď je naplněn tekutinou – tzv. perilymfou. Uvnitř hlemýžďe, neboli kochley, se nachází blanitý labyrint a v něm následně tzv. Cortiho orgán, což je vlastní sluchové ústrojí obsahující vláskové buňky s napojeným sluchovým nervem, který dál vede informace do sluchových jader nacházejících se v mozkovém kmeni.

Centrální částí sluchového ústrojí jsou sluchové dráhy a sluchové centrum nacházející se v mozku. Z vnitřního ucha přechází zvukový signál až do této centrální části sluchového ústrojí, v mozkovém kmeni pak dochází ke sloučení informací vedených z levého a pravého

ucha. Většina informací se pak v mozku tzv. kříží a vede z levého ucha do pravé hemisféry a naopak. (Skákalová, 2011, s. 7-8)

2.2 Klasifikace sluchových vad

Sluchové vady můžeme klasifikovat podle několika různých faktorů – podle doby vzniku, podle toho, která část sluchového aparátu je narušena či podle velikosti sluchové ztráty. Jednotlivé klasifikace se v rámci různých publikací a různých autorů trochu liší, stejně tak jako terminologie v této souvislosti užívaná. Rozlišovat můžeme také sluchovou vadu a sluchovou poruchu – sluchová vada je, na rozdíl od poruchy, nezvratná.

2.2.1 Dělení podle doby vzniku

Hrubý (1998, s. 40) rozlišuje vady podle doby vzniku na vrozené a získané, zvláště potom uvádí ještě kategorii vad dědičných.

Vady vrozené

Vrozené vady sluchu mohou podle Horákové (2012, s. 19-20) být geneticky podmíněné anebo kongenitálně získané, a to buď v průběhu těhotenství anebo v průběhu porodu.

Lejska (2003, s. 25) uvádí, že jednou z možností hereditárních, tedy vrozených vad, jsou případy, kdy se porucha genetické informace předává z jedné generace na druhou a můžeme tak její vznik předvídat. Druhou a častější možností pak jsou tzv. autosomálně-recesivně děděné vady. Porucha vzniká ve chvíli, kdy oba rodiče předají dítěti poškozený gen. Naopak, je-li alespoň od jednoho rodiče gen nepoškozený, porucha nenastane. Mukšnáblová (2014, s. 21) uvádí, že do této kategorie spadá 75 % všech dědičných poruch.

Vady vrozené bývají často označovány také jako tzv. vady prelingvální, vznikají totiž ještě před možným rozvojem a zafixováním řeči a mají proto největší následky na vývoji řeči. Lejska (2003, s. 25) uvádí, že do skupiny autosomálně-recesivně dědičných a kongenitálně získaných vad spadá více jak polovina sluchově postižených. Zároveň udává, že 60% sluchově postižených dětí se narodí slyšícím rodičům.

Kongenitálně získané vady pak mohou vzniknout např. proděláním infekční choroby matky v průběhu těhotenství či podáním ototoxických léků anebo perinatálně, tedy v průběhu porodu. V souvislosti s prenatálně získanými kongenitálními vadami Mukšnáblová (2014, s. 21) uvádí jako nejcitlivější období vzhledem k vývoji ucha dítěte prvních 12 týdnů

těhotenství. Jako příklady perinatálně získaných vad uvádí Lejska (2003, s. 25) například asfyxii, poporodní žloutenku nebo krevní inkompatibilitu.

Vady získané

Tuto skupinu sluchových vad dělíme zejména podle toho, zda ji jedinec získal prelingválně anebo postlingválně.

„Dítě prelingválně postižené je hluché, dítě postlingválně sluchově postižené je tzv. ohluchlé a ztratí-li člověk sluch až v dospělosti, je nazýván tzv. později ohluchlý.“ (Mukšnáblová, 2014, s. 20)

Prelingvální vady sluchu jsou takové, které se projeví ještě před ukončením řečového vývoje. Jedinec se již jako neslyšící narodí anebo sluch ztratí, a to buď absolutně, nebo mu zůstanou pouze nevyužitelné zbytky sluchu.

Postlingvální vady naopak vznikají až po ukončeném řečovém vývoji. Údaj o tom, kdy je řečový vývoj ukončen je samozřejmě jako všechny vývojové fáze dítěte individuální a tyto údaje se liší i u jednotlivých autorů. Podle Mukšnáblové (2014, s. 20) dochází k fixaci řeči ve věku 5-7 let, Lechta (2011, s. 144) uvádí věkovou hranici od dovršení 7. věku života, Slowík (2007, s. 75) zmiňuje věkovou hranici 4-6 let a Lejska (2003, s. 26) 6-8 let věku.

Lejska (2003, s. 26) zároveň uvádí nejčastější příčiny vzniku získaných sluchových vad u dětí. Patří sem traumata hlavy a uší, infekční choroby, sklerosa multiplex, onkologická onemocnění a s nimi související terapie ozařováním a chemoterapií či časté záněty.

Vady dědičné

Hrubý (1998, s. 40) zdůrazňuje, že dědičná vada nemusí být nutně taková, se kterou se dítě již narodí. Naopak to může být vada, která se projeví až v pozdějším věku.

2.2.2 Dělení dle lokace postižení

Horáková (2012, s. 12) uvádí, že rozlišujeme dvě základní skupiny sluchových vad – a to vady centrální a vady periferní.

Periferní sluchové vady

Tyto sluchové vady podle Horákové (2012, s. 13-14) dále dělíme na převodní, percepční a smíšené.

Percepční sluchové vady

U těchto typů vad jsou poškozeny sluchové buňky, sluchový nerv či vnitřní ucho. Jedná se většinou o nezvratná postižení a zároveň o vady s těžkými sluchovými ztrátami. Horáková (2012, s. 13) ve své publikaci uvádí další dělení, a to na vady kochleární a retrokochleární. U kochleárních vad se jedná o poruchu přeměny zvuku v elektrický signál ve vnitřním uchu, zatímco u retrokochleárních se jedná o poruchu vedení zvukového signálu VIII. hlavovým nervem a sluchovou drahou v mozkovém kmeni.

Jako možné příčiny uvádí Houdková (2005, s. 21-22) genetické příčiny, vlivy prostředí – a to jak prenatálně, tak postnatálně, či nezjištěné příčiny.

Převodní sluchové vady

Jedná se o takový typ vady, při které jsou sluchové buňky v pořádku, ale ve středouší se nacházejí překážky, které brání samotnému mechanickému převodu zvuku. Jako příčinu zde uvádí Horáková (2012, s. 13) např. ucpání zvukovodu nahromaděným ušním mazem, zvětšenou nosní mandli, opakované záněty středního ucha, perforaci bubínku či otosklerózu.

Smišené poruchy

Tyto poruchy pak tvoří kombinaci vad převodních a percepčních, a to v různých variantách a poměrech.

Centrální sluchové vady

„Zahrnuje komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují korový a podkorový systém sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku.“ (Horáková, 2012, s. 14)

Houdková (2005, s. 20) uvádí, že příčiny centrálních sluchových vad jsou velmi rozmanité, způsobeny mohou být buď funkční anebo organickou změnou.

2.2.3 Dělení dle sluchové ztráty

Stav sluchu se dá měřit pomocí tzv. audiometrie, která nám ukáže ztrátu sluchu v decibelech.

Klasifikace sluchových vad dle WHO (Horáková, 2012, s. 15) uvedená v tabulce č. 1:

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

Tabulka 1

Zdroj: Horáková (2012, s. 15)

Mukšnáblová (2014, s. 19) ve své publikaci uvádí také tzv. českou klasifikaci vad sluchového postižení dětí podle Sedláčka, viz tabulka č. 2:

Ztráta sluchu	Kategorie ztráty sluchu
do 20 Db	normální sluch
20-40 Db	lehká nedoslýchavost
40-50 Db	střední nedoslýchavost
50-60 Db	těžká nedoslýchavost
60 dB a více	malé zbytky sluchu, praktická hluchota
nad 90 dB	úplná hluchota

Tabulka 2

Zdroj: Mukšnáblová (2014, s. 19)

Horáková (2012, s. 15) dále uvádí, že člověk s normálním sluchem bez problému slyší např. šepot či tikot hodinek, člověk s lehkým až středním postižením sluchu má pak potíže s komunikací v hlučnějším prostředí, zatímco při těžkém až velmi těžkém sluchovém postižení se bez vhodných kompenzačních pomůcek projevuje buď žádná anebo jen velmi malá reakce na mluvenou řeč či jiné hlasitější zvuky – ať už se jedná o hudbu z reproduktoru či např. zvuk vysavače.

2.3 Etiologie sluchových vad

O příčinách vzniku sluchových vad je již zmínka v té části práce, která se věnuje popisu percepčních a převodních vad. Jedná se ale o tak obsáhlé a důležité téma, že je mu věnována i samostatná kapitola.

Zjistit příčinu sluchové vady má význam z hlediska diagnostického, preventivního, rehabilitačního i prognostického.

Základní dělení příčin vzniku sluchového postižení je na vady vzniklé endogenními nebo exogenními příčinami.

2.3.1 Exogenní příčiny sluchového postižení

Jedná se o tzv. vnější patologické jevy, které způsobí vznik sluchové vady. Můžeme se setkat s fyzikálními, biologickými a chemickými příčinami a ty se mohou projevit prenatálně, perinatálně i postnatálně. Lze je tedy rozdělit na tři skupiny:

Prenatální příčiny

Jedná se o vady, jejichž vznik datujeme do období před narozením dítěte – tedy období v děloze matky. Mukušnáblová (2014, s. 21) uvádí, že nejdůležitějším obdobím pro vývoj ucha je prvních 12 týdnů těhotenství. Zároveň jako příčiny uvádí podání ototoxických léků matce či prodělání některé z následujících virových infekcí: zarděnky, spalničky, syfilis, herpetická onemocnění, toxoplazmóza či cytomegalovirus. Dále může vznik sluchové vady způsobit fetální alkoholový syndrom, tzv. FAS, či nedostatek kyslíku nebo živin potřebných pro výživu a správný vývoj plodu. Riziková jsou také metabolická a oběhová onemocnění matky, typicky diabetes mellitus. Za rizikové jsou považovány též děti nedonošené, ale také přenášené.

Perinatální příčiny

Těmito příčinami rozumíme ty, které se vyskytují během samotného porodu či těsně po něm. Do této kategorie Mukušnáblová (2014, s. 22) řadí hypoxii, asfyxii, těžké porody spojené s krvácením do vnitřního ucha anebo do mozku, poporodní žloutenku, ale také Rh inkompatibilitu. Riziková je též intubace či umělá ventilace novorozenců.

Postnatální příčiny

Do této skupiny spadají vlivy, které na jedince působí po narození a v průběhu celého života. Patří sem mechanická poškození (způsobená úrazem, nadměrným hlukem, ...), sluch mohou poškodit též zánětlivé procesy – zejména již zmíněné chronické záněty středního ucha či záněty centrálního nervového systému. Rizikové jsou také komplikace při prodělání nemoci typu zarděnek, spály, spalniček, herpetických infekcí a dalších. Dále mohou sluch poškodit různé chemické látky, a to jak v podobě léků, tak v podobě např. nikotinu, chininu či některých kovů a rozpouštědel. V neposlední řadě sem patří také nádorová onemocnění.

2.3.2 Endogenní příčiny sluchového postižení

Do této kategorie spadají všechny geneticky podmíněné vady.

„Uvádí se, že genetické vady sluchu jsou téměř z 80-90 % způsobeny autozomálně recesivní formou onemocnění, daleko méně se vyskytují poruchy sluchu s autozomálně dominantní formou. V současné době je známo přibližně 30 genů, které jsou odpovědné za autozomálně recesivní nesyndromickou ztrátu sluchu“ (Horáková, 2012, s. 19)

Zde se objevuje rozpor s výše citovaným tvrzením Muknšnáblové (2014, s. 21), která tvrdí, že do skupiny autosomálně recesivních poruch spadá 75 % dědičných poruch.

Existují vady syndromové – tedy takové, jež se vyskytují v rámci některého ze syndromů jako je např. Usherův syndrom, syndrom CHARGE, Alportův syndrom a další. Druhou kategorií jsou tedy vady tzv. nesyndromové, které se objevují náhodně.

Muknšnáblová (2014, s. 21) zmiňuje, že se v klinické praxi objevuje až 370 syndromů, jejichž projevy nějakým způsobem ovlivňují komunikační systém. Uvádí zároveň, že dva neslyšící rodiče nemusejí nutně počít neslyšící dítě. Způsobeno je to tím, že alespoň jeden rodič má často poruchu sluchu exogenní příčiny.

2.4 Diagnostika sluchových vad

Obor, který se zabývá vyšetřováním, léčbou a kompenzací sluchu se nazývá audiologie. Správná diagnostika sluchového postižení je velmi důležitá, jak již bylo výše zmíněno, a to hned z několika důvodů. Jen u správně diagnostikované vady se může zvolit správný léčebný postup a stanovit prognóza stavu dítěte nebo dospělého jedince. Bohužel i přes medicínský pokrok se můžeme i dnes setkat s případy, kdy byla sluchová vada diagnostikována pozdě. Pozdní diagnostika má negativní důsledky v podobě opožděného vývoje řeči či nedostatečné sociální interakce a získávání sluchových podnětů z okolí dítěte. To pak může mít přidružené důsledky v podobě komplikovaného kognitivního, emocionálního i osobnostního vývoje.

Důležitá je též prevence vzniku sluchových vad – zodpovědný přístup těhotné matky, preventivní prohlídky, screening OAE, spolupráce odborníků z řad lékařů i pedagogů.

Možnosti vyšetření sluchu u dětí shrnuje celá řada autorů, např. Houdková (2005, s. 28-33) nebo Lejska (2003, s. 28-49). Rozlišují se dva druhy vyšetřovacích metod – subjektivní a objektivní.

2.4.1 Subjektivní metody vyšetření sluchu

Subjektivními metodami se rozumí takové metody vyšetření sluchu, u kterých je zapotřebí spolupráce pacienta. Vyšetřující očekává a potřebuje obdržet pravdivou odpověď na otázky ohledně toho, co vyšetřovaný skutečně slyší.

Orientační jednoduchá vyšetření sluchu novorozenců

Houdková (2005, s. 28) u tohoto typu vyšetření sluchu uvádí několik druhů reflexů, které lze u novorozenců pozorovat po akustickém signálu. Jedná se o reflex víčkový, zornicový, orientační a pátrací. U tohoto typu vyšetření je třeba dát pozor na vibrace, které zvuky způsobují, dále také na leknutí dítěte a jiné nežádoucí vedlejší faktory, které mohou výsledky zkreslit.

Klasická zkouška sluchová

Jedná se o vyšetření sluchu, při kterém pacient opakuje slova, která mu vyšetřující předříkává. Hodnotí se, při jaké intenzitě hlasu a jaké vzdálenosti od vyšetřujícího je pacient schopen slova opakovat. Vyšetřuje se také, jestli má vyšetřovaný potíže spíše se slovy vysokofrekvenčními (např. takovými obsahující sykavky) anebo se slovy tvořenými hlubokými frekvencemi (příkladem je slovo auto).

Subjektivní audiometrie

U tohoto typu vyšetření je zapotřebí součinnost dítěte, je důležité, aby dítě chápalo, co se po něm vyžaduje. Horáková (2005, s. 26) uvádí, že dítě je schopno toto vyšetření úspěšně absolvovat již od věku 3-4 let. Mukšnáblová (2014, s. 32-33) uvádí, že pomocí tónové audiometrie je možné vyšetřit děti již od 2-3 let věku s tím, že může trvat několik opakování, než dítě pochopí, co se od něho vyžaduje. Slovní audiometrii pak lze aplikovat u dětí, která rozumí používaným slovům.

Audiometrické vyšetření se provádí v tiché komoře, kde sedí pacient s nasazenými sluchátky, do kterých jsou mu pouštěny tóny v různých intenzitách. Zaznamenává se frekvence, při které se daný tón stává pro vyšetřovaného slyšitelným. Začíná se vždy lepším uchem. Druhou částí vyšetření je kostní vedení zvukového signálu, které se testuje přiložením tzv. kostního vibrátoru na kost za ušním boltcem. Zaznamenané hodnoty se zapisují do tzv. audiogramu, což je písemný záznam audiometrického vyšetření. Plná čára na audiogramu značí vzdušné vedení, přerušovaná čára vedení kostní, pravé ucho označuje kolečko a levé ucho křížek.

„Vodorovné čáry jsou grafickým záznamem intenzitních hladin a jsou značeny v dB. Čáry svislé ukazují frekvenci a jsou označeny v Hz. Nahoře na audiogramu lze nalézt vodorovnou hladinu intenzity „0“ (nula dB). Nejedná se o absolutní nulu, tedy žádný sluch, ale o relativní hodnotu, která byla získána zprůměrněním zdravého sluchu množství mladých, dobře slyšících osob.“ (Lejska, 2003, s.29)

2.4.2 Objektivní metody vyšetření sluchu

Jedná se o metody, při kterých nepotřebujeme součinnost pacienta. Při těchto metodách sluchového vyšetření se využívají přístroje a řadíme je pod objektivní audiometrii. Lejska (2003, s. 29) uvádí, že se dále dělí na metody akustické, kam řadíme tympanometrii a vyšetření otoakustických emisí, a metody elektrofyziologické, tedy ERA, CERA.

ERA – Electrical Response Audiometry

Jedná se o nejdůležitější objektivní metodu vyšetřování sluchu. Toto vyšetření lze provádět i u novorozenců. Nejčastěji se pak používá tzv. BERA metoda – kmenová audiometrie. U této metody se zjišťuje odezva elektrického signálu v mozkovém kmeni.

CERA – Cortex Electric Response Audiometry

Hrubý (1998, s. 60-64) ve své knize zmiňuje také metodu zvanou CERA. Jedná se o vyšetření, kdy se pomocí tří elektrod umístěných na hlavě pacienta za postupného snižování hlasitosti akustického signálu odhaluje a částečně i měří velikost vady sluchu.

Screening OAE

Jedná se o metodu vyšetření otoakustických emisí. Při tomto neinvazivním a rychlém vyšetření se testuje odezva vláskových buněk. OAE se provádí u novorozenců v porodnici, v tiché místnosti, pomocí malé sondy, která se zavede do ucha.

Většina porodnic v České republice disponuje tzv. novorozeneckým screeningem sluchu, povinně se toto vyšetření dělá u novorozenců, kteří jsou jakýmkoliv způsobem riziková (např. po těžkém porodu, při výskytu sluchových vad v rodině apod.).

Tympanometrie

Horáková (2012, s. 28) uvádí ještě další druh objektivní audiometrie, tzv. tympanometrii. Ta vyšetřuje tlak před a za bubínkem a tím umožňuje vyšetřit funkci středního ucha. Lejska (2003, s. 43-44) zmiňuje dva výstupy z tohoto vyšetření – jedním z nich je tympanometrická křivka a druhým vyšetření reflexu třmínkového svalu.

2.5 Sluchová protetika

Sluchová protetika má za úkol kompenzovat sluchovou vadu. Užití pomůcky vždy indikuje odborný lékař, foniatr, a to na základě výsledků vyšetření sluchu. Rozdíl mezi jednotlivými pomůckami je v tom, jakým způsobem se zvukovým signálem pracují. Zatímco sluchadla zvuk zesilují, kochleární implantáty zvuk vytváří a vedou úplně jiným způsobem.

2.5.1 Sluchadla

Sluchadla jsou kompenzační pomůckou sluchově postižených s velmi dlouhou historií, kterou shrnuje Hrubý (1998, s. 72-102) a to již od neelektrických sluchadel, přes sluchadla uhlíková, elektronková, tranzistorová, kapesní, brýlová, závěsná až po sluchadla do ucha. Trend miniaturizace sluchadel je zde patrný a umožňuje dnes neslyšícím daleko větší komfort než dříve.

„Sluchadlo je elektroakustický přístroj, jehož úkolem je zesilovat a modulovat zvuky. Zesílený zvuk je veden do sluchového analyzátoru do ucha. Zvuk musí být sluchadlem nejen dostatečně zesílen, ale i speciálně modulován podle typu a charakteru individuální sluchové vady.“ (Houdková, 2005, s. 50-51)

Sluchadla do několika kategorií dělí Horáková (2012, s. 95-99), a to podle způsobu zpracování akustického signálu na analogová a digitální, dle charakteru přenosu zvuku na sluchadla, která zvuk přivádějí vzduchem anebo kostí. Poslední uvedenou možností dělení sluchadel do kategorií je podle tvaru, a to na závěsná, brýlová, zvukovodová neboli nitroušní a kapesní.

Dnes se nejčastěji využívají sluchadla závěsná a nitroušní. Méně se již využívají sluchadla kapesní a brýlová.

2.5.2 Kochleární implantace

Kochleární implantace se využívá u jedinců (nejčastěji dětí) s těžkým sluchovým postižením, kterým ke kompenzaci sluchu nestačí sluchadla.

„Kochleární implantát užívaný v současné klinické praxi nahrazuje nefunkční vláskové sluchové buňky v hlemýždi a převádí mechanické zvukové vlnění na elektrické dráždění přímo sluchovým nervem do korové sluchové oblasti mozku.“ (Šándorová, 2003, s. 43)

Kochleární implantát se skládá ze dvou částí, a to vnitřní a vnější. Vnitřní část implantátu je tvořena přijímačem a svazkem elektrod, který je implantovaný přímo do hlemýždě. Vnější

část se skládá z mikrofону, zvukového (neboli řečového) procesoru a vysílací cívky. „Mikrofon zachytí zvuk z prostředí a odešle jej do řečového procesoru. Procesor zvuk zanalyzuje, digitalizuje jej na kódované signály a ty pošle vysílací cívkou, která je umístěna na hlavě za uchem, přímo do přijímače. Energie i informace je přenášena přes kůži elektromagnetickou indukci.“ (Horáková, 2012, s. 101)

Kochleární implantát se indikuje u osob ohluchlých anebo u dětí prelingválně neslyšících nejčastěji do 6 let věku. Úspěch implantace však nezáleží pouze na včasném zákroku – svou roli zde hraje rehabilitace, intelekt dítěte, existence dalších postižení (např. přítomnost různých syndromů, lehké mozkové dysfunkce apod.) a také tzv. nadání dítěte pro řeč. Nezastupitelnou roli zde mají rodiče, kteří musí dbát na pravidelnou rehabilitaci, aktivně se na ní podílet a také dítě motivovat k neustálému nošení vnější části implantátu.

2.6 Možnosti předškolního vzdělávání v České republice

V České republice je vytvořena síť zařízení pro osoby se sluchovým postižením pokrývající všechny stupně vzdělávání.

U dětí, kterým byla diagnostikována sluchová vada by primární podporu a pomoc měla zajistit Raná péče. Raná péče je sociální službou, kterou upravuje zákon č. 108/2006 Sb. a jedná se o terénní, případně ambulantní službu poskytovanou dítěti zdravotně postiženému nebo ohroženému na základě nepříznivého zdravotního stavu a jeho rodičům do 7 let věku dítěte. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Jak uvádí Skákalová (2011, s. 66-67), poskytovateli této služby jsou zejména speciálně pedagogická centra. Speciálně pedagogická centra charakterizuje Horáková (2005, s. 34). Jsou to školská poradenská zařízení, která zastřešují diagnostické, poradenské, terapeutické a metodické činnosti, a to bezplatně přímo dětem, jejich rodičům či jiným zákonným zástupcům a také školám a školským zařízením. Jejich činnost je upravena školským zákonem.

Předškolní výchovu je možno realizovat několika způsoby. Jednou z možností jsou mateřské školy pro děti s vadami sluchu – v Praze je to například bilingvní MŠ Pipan nebo MŠ pro sluchově postižené Ječná a řada dalších. Předškolní vzdělávání je možné absolvovat též formou integrace do běžných MŠ, popřípadě vytvořením speciální třídy při běžné MŠ. Možnosti předškolního i dalšího vzdělávání dětí se speciálními potřebami upravuje školský zákon, tedy zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Školský zákon zároveň stanovuje právo dětí se speciálními potřebami na

bezplatné poskytování podpůrných opatření. Těmi jsou například využití asistenta pedagoga, použití kompenzačních pomůcek, využití komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu a řada dalších (Zákon č. 561/2004 Sb.).

3 Komunikace a její role v lidském životě

Význam a důležitost komunikace v lidském životě nelze zpochybňovat. Jedná se o jednu z nejdůležitějších lidských potřeb, která je zároveň vzdělávacím, sdělovacím a interakčním prostředkem.

Komunikaci můžeme rozdělit na dvě základní skupiny, těmi je komunikace verbální a nonverbální. Pod verbální část spadá veškerá komunikace slovní, a to v psané i mluvené podobě. Naopak nonverbální komunikace znamená veškerá naše mimoslovní sdělení – ta předáváme buď vědomě anebo nevědomě. Spadá sem například styl řeči, mimika či postoj těla.

„Komunikace, její způsoby, komunikační prostředky a cesty jsou základem pro vytvoření efektivního lidského společenství. Jakákoli překážka v ontogenetickém nabývání komunikačních schopností má dalekosáhlé a závažné důsledky.“ (Krauhlová, 2003, s. 11)

Na význam komunikace ve své knize poukazuje též Bendová (2011, s. 7), která zdůrazňuje její nezbytnost v rámci edukačního procesu.

Z toho vyplývá, že hledání a nalezení kvalitního a adekvátního komunikačního systému pro osoby se sluchovým postižením bylo a je velkým tématem nejen surdopedie, ale hlavně samotných osob se sluchovým postižením.

3.1 Komunikace osob se sluchovým postižením

„Významný rozdíl v pedagogice sluchově handicapovaných osob je mezi lidmi s vrozeným a získaným sluchovým postižením. Při velmi výrazném omezení nebo naprosté absenci sluchových vjemů v raném dětství totiž dochází ke značnému deficitu ve vývoji myšlení a řeči, zaostává především porozumění pojmům a souvislostem, schopnost abstrakce, zvládnutí logických operací a nevytváří se vnitřní řeč. Tím je narušeno také vnímání osobní identity člověka (včetně jeho sebepojetí).“ (Slowík, 2007, s. 76)

Z výše uvedené citace jasně vyplývá nutnost rozvíjení všech dostupných možností a prostředků náhradní komunikace.

Komunikačních možností mají osoby se sluchovým postižením několik. Často se ale v rámci komunikace musejí spoléhat také na svůj další smysl, na zrak – právě ten jim poskytuje potřebnou oporu v rámci dorozumívání se s ostatními lidmi.

Způsobů, jak navázat komunikaci s neslyšícím/nedoslýchavým je taktéž několik. Při využívání zbytku sluchu dotyčné osoby na sebe můžeme upozornit zvukem (hlasitějším zvoláním, tlesknutím apod.) nebo za pomoci vibrací (poklepání na pracovní stůl apod.), lehkým dotekem, zamáváním, či například prostřednictvím jiné osoby v místnosti.

Co se týká základních možností komunikace mezi osobami se sluchovým postižením, nejčastěji se bavíme o auditivně-orálním nebo o vizuálně-motorickém komunikačním systému.

Existuje několik přístupů ke komunikaci lidí se sluchovým postižením. Mají však společný cíl, kterým je pomocí optimálního komunikačního systému zabránit omezení vývoje. V rámci orální komunikace rozvíjíme mluvenou řeč, simultánní komunikace pak staví do popředí nejen orální ale také vizuálně-motorické metody – využívá se např. v rámci tlumočení mluvené řeči do znakového jazyka a obráceně. Příkladem simultánního přístupu ke komunikaci u nás je znakovaná čeština.

Dalším přístupem je pak tzv. totální komunikace, což znamená využití všech dostupných dorozumívacích forem tak, aby bylo dosaženo co nejvyšší možné efektivity komunikace. Dochází zde ke kombinaci mluveného jazyka, znakové řeči, gestikulace, mimiky, prstové abecedy, ale i psaní či kresby. Jak uvádí Mukšnábllová (2014, s. 58), jedinec se učí všechny složky komunikace, které následně propojuje a používá. Žádná z těchto složek však není preferovaná či naopak zavrhaná. Mukšnábllová (2014, s. 59) a Krahulcová (2003, 34-39) se shodují, že totální komunikace je přístupem, který umožňuje rehabilitaci i integraci zároveň.

Poslední možnost pak tvoří tzv. bilingvální komunikace, kdy jedinec používá dva jazyky, nikoliv však současně – právě tím se liší od výše jmenovaných forem. Jedná se o komunikační přístup, při kterém se jedinec učí komunikovat jak znakovým jazykem, tak jazykem většinovým – tedy v případě České republiky komunikuje českým znakovým jazykem a zároveň se učí český jazyk. Obzvlášť výhodným je tento systém v případech, kdy neslyšící dítě vyrůstá ve slyšící rodině a naopak.

3.1.1 Auditivně-orální komunikační systémy

Do této kategorie řadíme nejen mluvenou řeč, ale také její psanou formu a s tím související čtení. Patří sem také odezírání.

Mluvená řeč

Mluvená řeč je pro kategorii lidí neslyšících či nedoslýchavých nejlepší variantou, pokud se zaměříme na možnosti plnohodnotné komunikace s většinovou společností, která neovládá znakový jazyk ani žádnou jinou alternativní metodu dorozumívání. Dříve byla dokonce tzv. orální metoda v řadě vzdělávacích zařízeních významně preferována a dětem bylo využívání znakového jazyka zakazováno.

Dítě s postižením sluchu má však rozvoj mluvené řeči značně ztížený, a to zejména děti s prelingválním postižením sluchu. Velký důraz je pak kladen na co nejdřívější započetí logopedické péče. *„Vady a poruchy sluchu u dětí před fixací řeči způsobují vždy poruchu vývoje řeči, a tím i komunikačních schopností. Vady a poruchy sluchu menšího stupně a časově kratšího období vedou jen k opoždování ve vývoji řeči.“* (Houdková, 2005, s. 22)

Krahulcová-Žatková (1996, s. 26–27) ve své knize popisuje 3 rozdílné metodické přístupy v rámci orálních komunikačních metod. Jedná se o **čisté orální monolingvální systémy**, jejichž využití se postupně vytrácí, a to zejména vzhledem k faktu nerespektování přirozené potřeby lidí se sluchovým postižením – čímž je vizualizace mluvené řeči. Další jsou pak **orální systémy doplněné vizuálně-motorickými markery slovní podstaty** – nejčastěji se zde mluvený jazyk doplňuje prstovou abecedou, psaným textem, daktylními abecedami či artikulačními znaky. Jako poslední pak zmiňuje **orální systémy doplňované vizuálně-motorickými znaky neslovního typu** – označované též jako bimodální. *„Jsou to smíšené systémy, jejichž východiskem je vysoká komunikativní hodnota znaku, gesta, mimicko-gestikulačních komunikačních možností již u malých dětí i dospělých. Přínosem bimodálních systémů, jak výzkumně doložili Torres a Ruiz (In Proceedings..., 1995) je významná stimulace verbálního rozvoje, zlepšování vnímání mluvy a podpora komunikace.“* (Krahulcová-Žatková, 1996, s. 27)

Rozvoji mluvené řeči u osob a zejména dětí se sluchovým postižením je věnována samostatná kapitola této bakalářské práce.

Odezírání

„Odezíráním nazýváme schopnost jedince vnímat mluvenou řeč zrakem a pochopit obsah sdělení nejen podle pohybu úst, ale i podle mimiky obličeje, výrazu očí a gestikulace. Je to tedy specifická forma vizuální percepce řeči.“ (Janotová, 1996, s. 5)

Častým mýtem v souvislosti s odezíráním je, že tuto schopnost ovládá člověk s postižením sluchu. To ale není samozřejmostí, odezírání není žádnou automatickou schopností – pro ovládnutí této techniky musí mít člověk předpoklady.

Pro úspěšné odezírání musí být dodrženy základní podmínky. Strnadová (2001, s. 12) tyto podmínky dělí do třech kategorií. Jedná se o prostředí, které ovlivňuje kvalitu odezírání (osvětlení, prostorové uspořádání, velikost prostoru a další). Dále o podmínky na straně mluvící osoby, svou roli hraje styl řeči mluvčího, schopnost artikulovat a také znalost toho, jak by správně měl člověk hovořit, je-li jeho řeč odezírána. V neposlední řadě jsou to pak podmínky na straně odezírající osoby. Schopnost odezírat ovlivňuje znalost jazyka, slovní zásoba odezírajícího, ale také psychická i fyzická pohoda. Svou roli zde hraje také stav zraku odezírající osoby.

Krahulcová-Žatková (1996, s. 164-165) ve své knize rozlišuje celkem **tři stupně odezírání**. První stupeň je **odezírání globální** (neboli pasivní, primární, ideovizuální). Jedná se o nejjednodušší formu odezírání, v rámci které si dítě spojuje tzv. faciální obraz s představou, nikoliv slovy – ta ještě nezná. Jako výhody jsou zde uvedeny v první řadě rychlé dorozumění se se širokým okolím, časná výchova zraku a také potřebné pozornosti a vytvoření základu k tzv. pojmotvornému procesu. Druhým stupněm je pak **odezírání vizuálně-fonetické** (neboli technické, lexikální). Jedná se o stádium, ve kterém dítě začíná mluvit, popřípadě, na počátku nácviky, odezírání u ohluchlých. Posledním zmiňovaným stupněm je **odezírání ideativní** (neboli rozumové, integrální). To tvoří nejvyšší stupeň schopnosti odezírání – jeho konečnou a komplexní formu, při které si jedinec uloží do zrakové paměti globální obraz slov a pak z nich vyvozuje význam sdělení. Pro úspěšné odezírání je nezbytná znalost mluveného jazyka.

Čtení a psaní

Co se týká psané podoby mluveného jazyka – ta je pro dítě se sluchovým postižením velmi obtížná. Na straně slyšícího dítěte totiž stojí poměrně zásadní výhoda, která spočívá v dobré znalosti mluveného jazyka ještě před zahájením učení se jeho psané formě.

Jak zmiňuje Krahulcová (2003, s. 211) psaná podoba jazyka je záležitostí mnohem abstraktnější než mluvená řeč. Navíc při vnímání psaného textu není možné se opírat o situaci, gestikulaci a mimiku, tedy o náležitosti, které při mluveném projevu výrazně pomáhají porozumění obsahu. Ani pro slyšící dítě není úplně jednoduché vyrovnat se s rozdíly zvukové a psané podoby jazyka.

Mukšnáblová (2014, s. 56-57) uvádí, že moderní technologie jsou významnou pomocí pro osoby s postižením sluchu v rámci užívání psané formy jazyka. Komunikaci významně ulehčují mobilní telefony a možnost kontaktování jiné osoby formou SMS, počítače spolu s internetovým připojením umožňují komunikaci e-mailovou a využití programu Skype. Existuje také asistenční služba, která reprodukuje psaný projev na mluvenou řeč a naopak nebo speciální počítačové programy, které převádí mluvenou řeč do její psané podoby.

Znalost psané formy jazyka může někdy člověku se sluchovým handicapem umožnit komunikaci se zástupci většinové společnosti – např. při vyřizování úředních záležitostí, nikdy se však pravděpodobně nestane hlavním komunikačním kanálem, a to zejména kvůli vysoké časové náročnosti tohoto způsobu komunikace.

3.1.2 Vizualně-motorické komunikační systémy

Do této kategorie řadíme znakový jazyk, uměle vytvořené jazykové systémy a taktéž prstovou abecedu a pomocné artikulační znaky.

Používání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob v České republice upravuje zákon č. 384/2008 Sb. Tento zákon stanovuje právo osob neslyšících a hluchoslepých zvolit si svobodně jeden z komunikačních systémů, který je v zákoně uveden. Tím je český znakový jazyk a také komunikační systémy vycházející z českého jazyka. *„Komunikační systémy neslyšících a hluchoslepých osob vycházejícími z českého jazyka jsou znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma.“* (Zákon č. 384/2008 Sb.)

Tyto komunikační systémy můžeme dále dělit na přirozené jazykové systémy, což je znakový jazyk a na umělé znakové systémy, jako je znakovaná čeština, prstová abeceda, daktylografie či pomocné artikulační znaky.

Znakový jazyk

Český znakový jazyk je komunikačním systémem se svou vlastní gramatikou a slovníkem, který není odvozen z českého jazyka mluveného. Je to přirozený a plnohodnotný jazyk neslyšících. Jeho základním prvkem je znak, který je tvořen manuální a nemanuální složkou. Manuální složkou znakového jazyka rozumíme tvar rukou, jejich postavení v prostoru a pohyb, zároveň také orientaci prstů a dlaně. Nemanuální složku znaku pak tvoří zejména gestikulace a mimika, které znakový projev doprovází. Její význam je v rámci znakového

jazyka velmi důležitý, v případě ukazování některých znaků hraje dokonce klíčovou roli. „*Obě tyto složky existují simultánně, to znamená, že vzhledem k trojrozměrnosti artikulačního prostoru lze jednotlivé znaky provádět současně. Tím se znakové jazyky zásadně odlišují od jazyků mluvených (Macurová, 2001).*“ (Horáková, 2012, s. 56-57)

Znakovaná čeština

Často bývá znakový jazyk zaměňován za znakovanou češtinu, což je ale zásadní omyl. Znakovaná čeština je umělým jazykovým systémem, který kombinuje dva na sobě nezávislé komunikační systémy – český jazyk a český znakový jazyk. Jak uvádí Skákalová (2011, s. 51-52) znakovaná čeština má stejný gramatický základ jako český jazyk, který je současně artikulován spolu se znaky, převzatými z českého znakového jazyka.

Gestuno

Jak uvádí ve své knize Krahulcová (2003, s. 66), jedná se o nadnárodní a mezinárodní znakový systém, který byl určený zejména pro tlumočení oficiálních textů. Příliš se však neujal a je užíván spíše úzkou skupinou profesionálů.

Prstová abeceda

Prstová abeceda je komunikačním systémem vycházejícím ze znalosti mluveného jazyka. Jedná se o systém znaků pro jednotlivá písmena tvořená různým postavením prstů. Existuje její jednoruční i obouruční podoba. Prstová abeceda bývá užívána spíše jako doplňková forma jiných komunikačních systémů, a to zejména vzhledem k pomalému tempu dorozumívání se tímto způsobem. Často ji můžeme vidět např. v rámci znakového jazyka jako pomoc k ukázání názvů, např. měst či jmen.

Pomocné artikulační znaky

Používají se jako pomůcka při rozvoji řeči. Jednotlivé znaky děti upozorňují na správnou polohu mluvidel, na jejich chvění či na specifika výdechového proudu – jedná se tedy o využití multisenzoriálního vnímání.

„*Každé dítě při vyvozování, identifikaci, fixaci a automatizaci hlásky (mluvního celku) současně odezírá – zrakem sleduje nastavení mluvidel u dané hlásky, přičemž pomocný artikulační znak toto postavení a pohyb mluvidel výrazně zpřítomňuje. Dále dítě hmatem zjišťuje znělost hlásky, rezonanci ústní nebo nosovou, sílu a směr výdechového proudu i další charakteristiky hlásky. Současně se dbá na využití zbytku sluchu.*“ (Krahulcová, 2003, s. 231-232)

Daktylografie

Dalším komunikačním systémem je tzv. daktylografie. Jedná se o komunikační systém, při kterém se „píše“ ukazováčkem pravé ruky do dlaně levé ruky člověka, kterému chceme něco sdělit. Daktylografické znaky se shodují s tvary písmen abecedy. Je to také jedna z možností komunikace pro lidi hluchoslepé. Daktylografie se, podobně jako prstová abeceda, nevyužívá jakožto hlavní forma komunikace, a to zejména z hlediska časové náročnosti této metody.

Cued Speech, Mund-Hand systém

V zahraničí jsou pro rozvoj mluvené řeči používané systémy Cued speech a Mund-Hand systém. Zmiňuje se o nich Mukšnáblová (2014, s. 52-53). Cued Speech metoda je systém znaků naznačovaných v okolí mluvidel s cílem ukázat slabiky, které nejsou při odezírání jasně rozpoznatelné. **Mund-Hand systém** je metodou, při které prsty/ruka naznačují pohyb mluvidel, který je při běžné mluvě neviditelný – např. činnost hlasivek anebo polohu hlasové štěrbin.

4 Rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením

U dětí s těžkým sluchovým postižením lze sledovat omezený, přerušovaný anebo opožděný vývoj řeči. Jak uvádí Krauhlová (2003, s. 71-72), rozvoj řeči ovlivňuje řada faktorů. Jedním z nich je stupeň postižení sluchu, přítomnost dalšího postižení, věk a dosažené stádium vývoje řeči v době, kdy k postižení došlo a také stimulace ze strany rodiny a v neposlední řadě včasná diagnostika a zahájení rehabilitační péče. Lechta (2011, s. 143) zmiňuje ještě jeden faktor a tím je individuální psycholingvistické nadání dítěte. Jak dále upřesňuje Krauhlová (2003, s. 72), tak charakteristické změny v rámci vývoje řeči můžeme pozorovat již od hranice 60 dB sluchové ztráty.

Krauhlová (2003, s. 72-73) uvádí, že i těžce postižené děti ve svém vývoji prochází fází reflexního křiku, broukání a do určité míry i fází pudového žvatlání a každé nebo takřka každé těžce postižené dítě podle ní žvatlá. Zásadní rozdíly jsou pak patrné v období od 17. do 26. týdne života, kdy se u dětí sluchově postižených omezuje až zastavuje žvatlání, zatímco u dětí slyšících naopak dochází k silnému rozvoji žvatlání na základě napodobování řeči.

Vysvětlením je, že u dětí s postižením sluchu chybí zpětná vazba a zvuková kontrola vlastního hlasu, a právě proto postupně dochází k útlumu žvatlání. Lechta (2011, s. 144) uvádí i další projevy, které má za následek nedostatečná sluchová kontrola – jsou jimi např. hlasité mlaskání, dupání nebo skřípání zuby.

U dítěte prelingválně neslyšícího chybí možnost imitace hlasu, dítě nenapodobuje zvuky, není možné na něj uplatnit hlasové pobídky k činnostem a podobně. Jak uvádí Krauhlová (2003, s. 74), důsledků sluchového postižení ve vztahu k mluvené řeči je hned několik – vývoj řeči se zastaví ve fázi zrakového napodobování mluvního pohybu, pudový křik a jiné hlasové projevy jsou deformovány. Žvatlání těchto dětí je často tlumené, monotónní. Přesto ale, v průběhu prvního roka života není rozdíl mezi slyšícím a neslyšícím dítětem nijak propastný. Rozdíly se pak naopak zvyšují s přibývajícím věkem, což je logické, jelikož spontánní vývoj řeči u dítěte neslyšícího neprobíhá.

Dítě svou pozornost logicky upíná směrem k mimice a gestům, hodně se spoléhá na zrak. *„Neslyšící dítě pochopí, že výraz obličeje má nějaký význam, a postupně se začne zaměřovat na detaily lidského sdělování a situace. K tomu, aby pochopilo aspoň něco, musí upřeně pozorovat zrakem a obvykle přerušovat hru nebo jinou činnost. Když soustředěně pozoruje*

obličej, unikne mu pohyb rukou, změny v okolí. Mnoho souvislostí pochopí nesprávně, nepřesně, dochází k mnoha nevyjasněným situacím a v mysli dítěte vzniká často chaos.“ (Krahulcová, 2003, s. 74)

Jak uvádí Skákalová (2011, s. 43), již v batolecím věku se mohou projevit důsledky nedostatečného rozvoje řeči v podobě snížené sociální adaptace a opožděným vývojem kognitivních funkcí. To může mít za následek snížené sebevědomí nebo špatnou náladu a podobné projevy emočního prožívání. U dětí se sluchovým postižením také častěji přetrvává období záchvatů vzteku do vyššího věku, než je tomu u slyšících vrstevníků. Příčinou je frustrace z nedostatečného porozumění si s okolím.

U dětí, které ohluchly postlingválně nejvíce ovlivňuje jejich řečový vývoj doba, kdy ke ztrátě sluchu došlo. Jako mezní bývá uváděn 7. rok věku (Lechta, 2011, s. 144), kdy je již vyvinuta dostatečná slovní zásoba, vnitřní řeč, myšlení ve slovech i stereotypy s řečí spojené.

Krahulcová (2003, s. 76) dále uvádí, že období do tří let věku dítěte je naprosto klíčové z hlediska komunikačních bariér a potřeby vytvoření základů pro kognitivní funkce. Právě proto se rehabilitační programy po celém světě soustředí zejména na rodinu, její odborné ovlivňování a rehabilitaci přímo v rodině. Zmiňuje také fakt, že byl dlouhé roky podceňován význam gest, a to i přes to, že gesta jsou přirozená a pozorovatelná i u dětí slyšících – zhruba do dvou let věku to dokonce bývá preferovaná nebo minimálně doplňující forma mluvené řeči. Krahulcová (2003, s. 77-78) definuje dva základní typy gest. Jedním z nich jsou tzv. **akční gesta**, která mají na něco upozornit, sdělit žádost dítěte. Druhým typem jsou tzv. **referenční gesta**, která vyjadřují symbolické věci jako např. pití nebo telefonování.

S rozvojem řeči úzce souvisí rozvoj myšlení. Jak uvádí Skákalová (2011, s. 44), s opožděným vývojem řeči dochází také k omezení rozvoje pojmového myšlení. Myšlení dětí se sluchovým postižením je založeno na konkrétních činnostech s předměty a na jejich pozorování.

4.1 Stručná historie vývoje orální metody v českých zemích

Vstup orální metody na území Čech a Moravy úzce souvisí se založením prvního ústavu pro hluchoněmé v Praze (Krahulcová, 2003, s. 25). Jak uvádí Mukšnáblová (2014, s. 53), vyučovalo se zde pod vedením Václava Frosta až do r. 1840 čistě orální metodou. Od roku 1841 se pak vyučovaly některé předměty orální metodou a jiné posunkovým, neboli znakovým jazykem, který Frost nadále rozvíjel a zdokonaloval po vídeňském vzoru. Podle

Muknšnáblové (2014, s. 53) Frost zdůrazňoval nutnost učit osoby se sluchovým postižením znakový jazyk jako jejich mateřský, zároveň ale pro potřeby komunikace s většinou společností vyučovat i mluvenou řeč. Právě tak vznikla tzv. Frostova metoda, zvaná též pražská syntetická metoda, která položila základy pro bilingvální komunikační přístup.

Krahulcová (2003, s. 27) zmiňuje, že v Čechách se metody orální komunikace rozvíjely zejména pod vlivem Frostovy metody, zatímco na Moravě pod vlivem Vatterovy metody. Uvádí zároveň, že v Moravských ústavech se na počátku uplatňovala zejména syntetická orální metoda, která má své kořeny v Lipsku.

Další významnou osobností na poli vývoje orální komunikace v českých zemích byl Karel Malý, který zavedl názorné vyučování hláskové řeči vycházející ze specifického prožívání dětí se sluchovým postižením (Krahulcová, 2003, s. 26). Pulda (1992, s. 44) uvádí i další významné české osobnosti podílející se na rozvoji orální metody, objevují se mezi nimi např. Václav Kořátko, Josef Kolář či Václav Souček. Postupně vznikaly další ústavy pro sluchově postižené osoby, konkrétně v Českých Budějovicích, Litoměřicích, Hradci Králové, v Brně či v Ivančicích a Lipníku nad Bečvou.

V roce 1984 pak byla orální řeč uznána za jediný vyučovací jazyk ve všech zemských ústavech pro neslyšící děti (Krahulcová, 2003, s. 26). Až od 60. let 20. století se podle Muknšnáblové (2014, s. 53) i Krahulcové (2003, s. 28) začaly hledat a znovu prosazovat i jiné oficiální metody výuky osob se sluchovým postižením.

4.2 Charakteristika řeči osob se sluchovým postižením

Autoři se různí v pojetí dělení charakteristik řeči u osob se sluchovým postižením. Lechta (2011, s. 146–150) postupuje podle základních jazykových rovin, které jsou celkem čtyři. Jsou to lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická a pragmatická rovina jazyka.

Krahulcová-Žatková (1996, s. 62-67) v souvislosti s touto charakteristikou zmiňuje pět různých skupin, jimiž jsou: dýchání, fonace, artikulace, mluvní technika a modulační faktory řeči.

V rámci prevence poruch těchto oblastí se zaměřujeme na hlasovou hygienu, nácvik správné techniky mluvení, dýchání i artikulace a také na hygienu prostředí.

Mluvní technika

Z toho, že dětem s vadou sluchu chybí možnost „odposlouchání“ a následné nápodoby mluvené řeči vyplývá, že jejich vlastní mluvený projev je určitým způsobem pozměněn. Typické jsou i projevy tzv. dysgramatismu a do jejich řeči se promítají i některá specifika daná jinak probíhajícím poznávacím procesem.

Fonace

Zde opět hraje roli chybějící hlasová kontrola, která má za následek specifické tvoření hlasu. Typicky si u osob se sluchovým postižením můžeme povšimnout monotónnosti hlasu, častých hlasových vad, změny síly i barvy hlasu a zvláštního kolísání řeči. Dalším typickým projevem je špatný odhad hlasitosti.

Lechta (2011, s. 156-157) zmiňuje v souvislosti s poruchami fonace tzv. audiogenní dysfonii. Hlasové poruchy pak popisuje ve třech různých oblastech, jimiž jsou síla, výška a barva hlasu.

Dýchání

U osob se sluchovým postižením se setkáváme s tzv. narušeným dýcháním. Podle Lechty (2011, s. 157) tento fakt vyplývá ze změněné podoby artikulace lidí sluchově postižených.

Krahulcová-Žatková (1996, s. 62) uvádí, že čím dříve došlo k poškození sluchu dítěte, tím výraznější změny v dýchání po dobu mluvení u něj můžeme pozorovat. U dětí s kongenitální anebo prelingvální hluchotou je možné konstatovat, že dýchání v rámci fonace není koordinováno s pohyby mluvidel.

Artikulace

I u této složky hlasového projevu se významně projevuje nemožnost odposlouchání správné výslovnosti jednotlivých hlásek, kterou ani sebelepší odezírání nemůže v žádném případě nahradit. Proto v mluveném projevu neslyšících osob vnímáme méně či více výrazné nuance artikulace. Tato specifika samozřejmě přímo souvisí s typem sluchové vady a dobou jejího vzniku. Zároveň existují hlásky na artikulaci náročnější a méně náročné.

Lechta (2011, s. 153-154) uvádí v souvislosti s artikulací jako nejčastější poruchu řeči tzv. audiogenní dyslálii, případně kofolálii – hovoříme-li o postlingválních sluchových vadách.

Krahulcová-Žatková (1996, s. 65-66) i Lechta (2011, s. 153-154) se shodují na nejčastějších projevech audiogenní dyslálie u osob sluhově postižených. Patří sem například potíže při

výslovnosti samohlásek „E“, „I“, zatímco samohláska „A“ bývá nejméně problematická. Objevuje se též zhoršená výslovnost sykavek, některých samohlásek nebo například hlásek s podobnou artikulací, ale rozdílnou znělostí (příkladem může být „B“, „P“).

Modulační faktory souvislé řeči

Sem řadíme melodii, intonaci, přízvuk, rytmus a také např. měnění síly a hloubky hlasu. To všechno jsou věci, které zdravé, tedy slyšící, dítě odposlouchá a do svého mluveného projevu zařadí naprosto přirozeně. Navíc přízvuk či intonaci, stejně jako další faktory, není možné odpozorovat odezíráním. Právě odtud tedy pramení typická monotónní řeč osob s vadami sluchu.

Jako typickou řečovou vadu související s modulačními faktory řeči u osob se sluchovým postižením uvádí Lechta (2011, s. 154-155) dysprozódii. Jedná se o poruchu narušení tempa, melodie a rytmu řeči.

Další poruchy řeči objevující se u osob se sluchovým postižením

Lechta (2011, s. 157-158) zmiňuje ještě další objevující se řečové vady u sluchově postižených osob. Jedná se o huhňavost, neboli rhinolálii a poruchy plynulosti řeči jako např. bradylalii.

Klenková (2006, s. 130) charakterizuje rhinolálii jako poruchu řeči postihující jak artikulaci, tak zvuk řeči. Jedná se o vadu, při které dochází k narušení oronazální rovnováhy.

V souvislosti s bradylalií uvádí Lechta (2011, s. 158), že tempo řeči u dětí bez sluchových vad je asi dvakrát rychlejší než u dětí se sluchovým postižením.

4.3 Metody rozvoje řeči u dětí se sluchovým postižením

Rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením je úkolem logopeda. Jak již bylo zmíněno, zásadní a v jistém slova smyslu nejdůležitější roli, však hrají rodiče.

„Logoped při práci s dítětem se sluchovým postižením respektuje speciálněpedagogické zásady diagnostické, intervenční a zohledňuje zejména jeho individualitu. Klíčovým cílem práce logopeda je rozvinout u dítěte maximální možnou funkční komunikaci.“ (Horáková, 2012, s. 67)

Logoped samozřejmě musí zohledňovat nejen schopnosti a možnosti dítěte, ale také rozhodnutí rodičů a prostředí, ve kterém se dítě pohybuje – na tom záleží i výběr komunikačního systému, který bude dále s dítětem rozvíjet. Horáková (2012, s. 67-72) uvádí

základní oblasti, kterým se logoped v rámci této intervence věnuje. Patří k nim vyvozování hlasy, rozvíjení motorických schopností, navazování zrakových kontaktů, nácvik reakcí na zvuk a v neposlední řadě vyvozování hlásek.

Logopedickou prací s dítětem by měla provázet hra, ke zvýšení motivace se používají výukové programy na počítači. Využívají se také výše zmiňované pomocné artikulační znaky, odhmatávání vibrací mluvidel a v rámci manuálního ovlivňování postavení mluvidel různé špachtle a jiné logopedické pomůcky.

Velmi důležitá je fixace všech nově osvojených návyků, která je věcí dlouhodobou a úspěch závisí ve velké míře na spolupráci rodiny.

4.4 Metodika tvoření hlásky

Pro názornost je v této práci uveden příklad toho, jak dochází k nácviku vyslovování jednotlivých hlásek. Tuto problematiku podrobně rozpracovává Krahulcová-Žatková (1996, s. 94-96). Jako příklad jsem vybrala autorkou zpracovanou samohlásku „U“.

Všeobecná charakteristika hlásky

Rozborem vybrané hlásky, v našem případě samohlásky, autorka vždy začíná. Rozebere postavení jazyka, rtů, čelistní úhel i měkkého patra ve chvíli, kdy hlásku vyslovujeme. Vybraná samohláska „u“ je zároveň hláskou s dobrou možností odezírání.

Příprava – předartikulační cvičení

Zde je důraz kladen zejména na vyšpulení a zaokrouhlení rtů – někdy i za pomoci manuálního nastavení rtů, jinak zejména napodobováním či za použití logopedického zrcadla. *„Po nácviku vytváření ústního otvoru se začíná s nácvikem výdechu, ze začátku bez účasti hlasu. Surdoped do dlaně dítěte artikuluje bezhlasné „u“, dítě napodobuje. Kromě dlaně jako opěrného bodu pro hmatové vnímání lze využít i různých papírových pomůcek, které se při správném, dostatečně intenzivním výdechu ústy prohnou, zachvějí, vzdálí. Například lze s úspěchem použít větrník, papírové proužky, bublifuk, chomáček vaty, pingpongový míček.“* (Krahulcová-Žatková (1996, s. 94-95)

Fonace a artikulace hlásky přímou metodou

Zde se využívá hmatového vnímání, kdy dítě svou dlaní vnímá vibrace na hrtanu logopeda, zatímco druhou ruku má přiloženou ke svému hrtanu.

Vyvozování hlásky z onomatopoi

Zde využíváme různé situace, například: strašidlo dělá bububu, na bubínek bumbubum.

Na závěr autorka shrnuje nejčastější chyby při tvorbě konkrétní hlásky – příkladem zde může být přílišné sešpulení rtů, čímž se zamezí výdechu nebo např. nepřiměřené vyslovování samohlásky, nachází-li se uprostřed slova.

4.5 Zásady komunikace s dětmi se sluchovým postižením

Pro komunikaci s dítětem se sluchovým postižením je důležité vytvoření vhodných podmínek a zároveň snaha odstranit co největší možnou část komunikační bariéry.

Možnosti, jak takové podmínky vytvořit uvádí ve své knize Bendová (2011, s. 92-97). Jedná se o vhodné osvětlení a uspořádání prostoru (zejména ve školním věku je dobré dítěti vybrat vhodné místo k sezení – tak, aby dobře vidělo na učitele a zároveň bylo jeho místo dostatečně osvětlené, pokud je to možné uspořádat lavice ve třídě např. do tvaru podkovy, ...apod.).

Důležité je správně kompenzovat sluchovou vadu – např. sluchadly nebo kochleárním implantátem a zároveň dítě naučit, jak správně tuto pomůcku využívat a používat. Pokud je to možné, snažíme se využívat speciální pomůcky jakými jsou např. tzv. indukční smyčky, FM pojítka a další.

Potřebné je také zajistit co nejoptimálnější akustické podmínky, jaké jsme schopni zařídit – např. za pomoci využití kobereců, zamezení nadměrnému hluku apod.

Pokud na dítě mluvíme, vždy dodržujeme zrakový kontakt, který je pro dítě s takovýmto druhem handicapu nesmírně důležitým pomocníkem. Popřípadě si pomůžeme lehkým dotekem či na sebe upozorníme za pomoci třetí osoby. S tímto se pojí zásada nikdy nepřistupovat k dítěti zezadu. V rámci komunikace bychom také neměli přecházet a otáčet se a tím znemožňovat dítěti využití odezírání.

V rámci školní docházky pak můžeme pro žáka zajistit podporu ze strany odborníků – např. školského poradenského zařízení, logopeda a popřípadě utvoříme IVP – individuální vzdělávací plán, který dítěti pomůže překonat pro něj obtížné součásti školní docházky. Zároveň je důležité informovat spolužáky o postižení a z něj vyplývajících omezení a potřeb – to může výrazně napomoci k akceptaci a lepšímu přijetí v rámci tak úzkého kolektivu, jakým bezesporu školní třída je.

5 Rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením

Praktická část této práce byla zpracována na základě půl roku trvající stáže v Centru dětského sluchu Tamtam. K pozorování a zároveň práci s dětmi docházelo několikrát v týdnu na tzv. dopolední skupinové práci s dětmi, a to zejména v úterý a ve čtvrtek a také na odpolední skupinové práci s dětmi, většinou ve středu. Jednalo se vždy o dvě až dvě a půl hodiny času stráveného s dětmi se sluchovým postižením. První hodinu se programu účastnili též rodiče, většinou maminky a někdy i prarodiče. V rámci druhé hodiny až hodiny a půl probíhala práce s dětmi bez přítomnosti rodičů, a to individuálně dle potřeb a přání jednotlivých dětí. Rodiče se v těchto chvílích přemístili na hodinu rozvoje komunikačních dovedností (širší rodina se zde učí znaky a zásady komunikace se sluchově postiženými). Každý týden bylo pracovníky zvolené téma, na které se jednotlivé skupinky sejdou a tomu byl zároveň uzpůsobován program. Tématem byl například podzim, pohádka O Koblížkovi, divadélko s loutkami, Halloween, déšť nebo vítr. Program spočíval v tematicky zvolené básničce, která byla prezentována jak orálně, tak za pomoci znakového jazyka a následně v připravených úkolech, které děti ve spolupráci s pedagogy plnily. Jednalo se například o různé opičí dráhy, hledání schovaných loutek, kreslení, hraní magnetického divadla, lepení či vystřihování. Využívaly se také zvukové hračky, puzzle, pomůcky pro rovnováhu nebo hudební nástroje. Hodně oblíbeným bylo kobercové piano, na které se hraje za pomoci nohou a samozřejmě také bubínky, triangly a podobně.

Součástí přípravy empirické části této práce byla též třítydenní stáž v bilingvní MŠ Pipan a v rámci této stáže i individuální lekce s logopedkou, věnující se zejména dětem s postižením sluchu.

5.1 Metodologie a cíle výzkumu

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumu s využitím metody zúčastněného pozorování a analýzy osobní dokumentace v Centru dětského sluchu Tamtam. Na základě těchto metod vznikly případové studie osmi dětí.

Zúčastněné pozorování

Pozorovatel se při tomto typu výzkumné techniky sám podílí na dění, je součástí sociálních situací, které přirozeně vznikají. *„Je v osobním vztahu s pozorovanými, sbírá data, zatímco se účastní přirozeně se vyvíjejících životních situací. To vede k těsnějšímu přiblížení k předmětu a k možnosti odhalit vnitřní perspektivy účastníků. Mnoho otázek se ozřejmí*

pouze tímto přístupem. Výzkumník přistupuje k pozorování s vědomím toho, že sociální svět je spoluvytvářen subjektivními významy a zkušeností konstruovanou účastníky sociální situace.“ (Hendl, 2016, s. 197)

Vzorový záznamový arch ze zmíněných pozorování je umístěn v závěru této práce jako příloha č. 1.

Analýza dokumentů

Na rozdíl od pozorování nebo rozhovorů se jedná o metodu, kterou zásadně nezakresluje a neovlivňuje samotný výzkumník. Ten může ovlivnit pouze to, jaké dokumenty si pro svou práci vybere a které použije, nikoliv však to, co je zaznamenáno. *„Analýza dokumentů patří ke standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak kvantitativním výzkumu. Dokumenty – všechno napsané nebo prostě zaznamenané – mohou být podrobeny analýze z různých hledisek. V dokumentech se projevují osobní nebo skupinové vědomé nebo nevědomé postoje, hodnoty a ideje.*“ (Hendl, 2016, s. 134)

Výzkumné cíle

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je zjistit, jaké metody podporující rozvoj mluvené řeči jsou v současné době využívány u dětí předškolního věku. Dílčí cíle se potom zaměřují na:

- ✓ Analýzu role rodičů při volbě komunikačního systému
- ✓ Analýzu vlivu včasné diagnostiky sluchu na rozvoj mluvené řeči
- ✓ Analýzu vlivu typu a stupně sluchové, popřípadě další vady na možnosti rozvoje řeči

Pro naplnění cílů práce bylo stanoveno několik výzkumných otázek:

1. Jaký vliv mají rodiče při volbě vhodného komunikačního systému dítěte se sluchovým postižením?
2. Jaký vliv má věk, kdy byla diagnostikována sluchová vada na rozvoj mluvené řeči?
3. Jaký dopad má na rozvoj mluvené řeči typ a stupeň sluchového postižení? Jaké další faktory ovlivňují rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením?

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Na základě spolupráce s Centrem dětského sluchu Tamtam o.p.s. a zde absolvované stáže bylo speciálními pedagogy a logopedkou doporučeno několik dětí, které by bylo vhodné zařadit do tohoto výzkumného šetření. Z těchto doporučení pak náhodným výběrem vzešlo

osm dětí, jejichž případové studie jsou zpracovány a uvedeny v této části práce. Mezi těmito dětmi jsou děti s lehkou sluchovou vadou, se středně těžkou sluchovou vadou i s těžkou sluchovou vadou či praktickou hluchotou. Zařazeny jsou zde děti kompenzované sluchadly i kochleárním implantátem a děti ze slyšících rodin i dítě, které se narodilo sluchově postiženým rodičům. Pro úplnost je zde i dívka s Kleefstra syndromem. Případové studie se týkají dívek i chlapců, a to ve věku od 2 do 6 let.

5.3 Zpracování výzkumného šetření

Jména všech dětí byla v zájmu zachování ochrany osobních údajů změněna.

5.3.1 Případová studie č. 1

Hynek B.

Rodinná anamnéza: Hynek se narodil v březnu 2014 jako první a doposud jediné dítě slyšícím rodičům.

Osobní anamnéza: Hynek je chlapec s diagnostikovaným těžkým sluchovým postižením. Již v porodnici v rámci novorozeneckého screeningu byly potvrzené nevybavené emise, následovala další vyšetření a následné nasazení sluchadel, která však nepřinesla žádný efekt. Přikročilo se tedy ke kochleárním implantátům, které má Hynek oboustranně. Implantace u něj proběhla v půl roce věku. U Hynka je potvrzená genetická mutace pro connexin 26 – tedy genu, který způsobuje prelingvální hluchotu.

Do Centra dětského sluchu Tamtam začal chlapec docházet v prosinci 2014, tedy jako devítiměsíční miminko. Rodiče by ho rádi nyní od září zařadili do běžné školky, což s využitím individuálního vzdělávacího plánu doporučili i ve speciálně pedagogickém centru. Hynek v komunikaci využívá zejména mluvenou řeč, zřídka prováděnou znaky.

Diagnóza: Těžké sluchové postižení, praktická hluchota.

Sluchové vnímání: Hynek dobře reaguje na mluvenou řeč. Sluchové vnímání se u chlapce zhoršuje ve velkém hluku nebo v místnostech s tzv. dozvukem. Ke zhoršenému vnímání dochází i při velké vzdálenosti od mluvčího, nebo pokud je mluva nezřetelná či málo intenzivní. Hůře se Hynek sluchově orientuje při mluvě více osob, při nemoci (zejm. dýchacích cest), při únavě či stresu.

Komunikace, jazykové dovednosti: Hynek reaguje na mluvenou řeč, velmi dobře opakuje a učí se nová slova. Je u něj patrná „lačnost“ po nových slovech, velmi soustředěně a rád

nová slova opakuje. Chlapec již mluví ve větách, umí vyslovit všechna písmena a využívá též odezírání. Sám o sobě zatím ještě mluví ve 3. osobě, příklad: „Hynek se napije, Hynek půjde“.

Slovní zásoba je u chlapce odpovídající jeho věku. Nemá výrazné obtíže s artikulací ani s koordinací dechu. Fonace je přiměřená.

Znakový jazyk se u něj objevuje velmi málo – rodiče ho vedou k čistě orální komunikaci. Pokud se mu vybijí baterie v implantátech, sám na to upozorní – sundá si je a odnese někomu dospělému. Ve chvílích bez implantátu je patrné zvýšené navazování očního kontakt a snaha odezírat – Hynek je lačný po informacích a nechce o ně přijít.

Rozumové schopnosti: Hynek je ve svém vývoji na srovnatelném stupni jako slyšící děti – začíná se u něj rozvíjet logické myšlení, je velmi zvědavý a učenlivý. Nejvíce ho baví puzzle – zvládá i ty složitější o více dílcích a jiné logické hry a skládačky. Již nyní rozeznává bez problémů barvy.

Chování, vlastnosti: Jak již bylo několikrát zmíněno, jedná se o velmi zvědavého a bystrého chlapce. Nyní se u něj daří postupně odbourávat velkou fixaci na matce, která se u Hynka v posledním roce a půl projevovala ve velké míře. Má rád individuální přístup a pozornost plně upřenou na sebe. Hynek je velmi snaživý a milý chlapec bez výkyvů nálad a záchvatů vzteku.

Hrubá a jemná motorika: Hynek zvládá vystříhovat, lepit, sám se bez problémů nasvačí. Rád a hezky obtahuje tužkou tvary a poměrně hezky vybarvuje. Potíže mu nedělá ani podlézání či přelézání různých překážek, naopak – miluje tzv. opičí dráhy a projevuje při jejich plnění velkou šikovnost. Umí házet míčem, i ho bez větších potíží chytit.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: Speciální pedagog doporučil u chlapce vzdělávání v rámci běžného školského systému podle individuálního vzdělávacího plánu a zároveň zařazení hudebně pohybové výchovy do vzdělávacího plánu. Důležitým bodem, na který je potřeba se v budoucnu soustředit je podněcování komunikace, poskytování správného řečového vzoru a také dodržování vhodných podmínek pro odezírání. Důležité je i nadále navštěvovat logopedii a pracovat na zlepšování orální komunikace, zejména na správné výslovnosti jednotlivých hlásek. Prognóza týkající se chlapcova mluveného projevu je velmi dobrá, předpokládá se rozvoj řeči srovnatelný se slyšícími vrstevníky za využití logopedické podpory.

5.3.2 Případová studie č. 2

Robert Š.

Rodinná anamnéza: Robert se narodil v březnu 2015 jako druhé dítě slyšícím rodičům. Má ještě o 12 let staršího bratra, který je těž slyšící. V širší rodině se objevuje sluchové postižení u synovce (ze strany matky) a také u jeho strýce.

Osobní anamnéza: Robert má těžké sluchové postižení, jehož přítomnost tušili rodiče již v průběhu těhotenství – a to zejména díky neslyšícímu synovci v rodině. Robert se narodil v Thomayerově nemocnici, kde byl dělán novorozenecký screening s negativním výsledkem. Další vyšetření sluchu pak podstoupil v červenci 2015 v Motole též s negativním výsledkem. Následovalo vyšetření sluchu v srpnu téhož roku, při kterém již byla diagnostikována oboustranná sluchová vada a potvrzena genetická mutace pro connexin 26. Robert má dnes oboustranně kochleární implantát.

Do Centra dětského sluchu Tamtam začal chlapec docházet v lednu 2017.

Diagnóza: Robert má diagnostikované těžké sluchové postižení, které je od září 2016 kompenzováno oboustranně kochleárním implantátem – KI Medel. Od září 2015 až do kochleární implantace užíval sluchadla značky Naida 030-UP, která ovšem nepřinesla takřka žádný efekt.

Sluchové vnímání: Zpočátku u Roberta nebyla patrná žádná reakce na lidský hlas a mluvenou řeč, v posledních týdnech a měsících se toto vnímání zlepšilo – viz odstavec o komunikačních dovednostech. Sluchem vnímá zafixované a známé pojmy.

Reaguje na zvuky hudebních nástrojů – například na bubnování otočením hlavy apod. Na některé zvuky reaguje úlekem a následně pláčem – např. při štěkotu psa či hlasitém bouchnutí dveří.

Komunikace, jazykové dovednosti: Vývoj řeči je u Roberta mírně opožděný, projevuje se zde horší schopnost artikulace, špatná koordinace dýchání a slabší fonace. Navazuje oční kontakt a začíná se u něj objevovat reakce na mluvenou řeč. Brouká si a žvatlá, užívá jednoduchá pojmenování – zejména v situacích, kdy chce něco říct anebo když má hlad apod. Používá například slova typu „hamham“, „mama“, „bumbum“. Potřebuje získat větší kontrolu nad svými mluvidly, na čemž intenzivně pracují s logopedkou. Jednoduchá slova se snaží i opakovat, projev ale stále doprovází znaky. Pomocí kombinace znaků a

jednoduchých slov se umí dorozumět a sdělit, co potřebuje. U Roberta je patrná krásně rozvinutá mimika a schopnost s její pomocí hodně vyjádřit.

Rád se ujišťuje o tom, že ho okolí slyší a vnímá – například vezme dětské bubínky a obchází všechny v místnosti s tím, že zkouší bubnovat a chce znát zpětnou vazbu, jestli ho okolí slyší. V této souvislosti hezky reaguje na pokyn potichu, nahlas, přestaň a teď již znovu můžeš bubnovat.

Rozumové schopnosti: K upevnění a fixaci nových věcí a schopností potřebuje Robert delší čas, nic však nenasvědčuje tomu, že by se u něho projevovala jakkoliv snížená inteligence. Postupně začíná dohánět vše, co v jeho věku umí průměrné slyšící dítě. Robert má velmi rád různé hudební skládačky (tedy přiřazování stejných zvuků k sobě apod.) a umí si hodiny hrát s hudebními nástroji a ozvučenými hračkami. Poznává základní barvy.

Chování, vlastnosti: Robert je velmi komunikativní a kontaktní dítě, které miluje společnost a navazování kontaktu. Je hodně přátelský a velmi pozitivní, špatná nálada je u něj výjimkou. Občas se u něj ale vyskytují záchvaty nevysvětlitelného strachu provázené pláčem. I při práci ve skupině se stalo, že se bez jakéhokoliv zjevného důvodu začal bát jiného chlapce ze skupiny nebo např. při canisterapii psa. Rodiče podobné záchvatovité strachy popisují též ze své domácí zkušenosti.

Hrubá a jemná motorika: Robert umí lepit, maluje – i když je u něj ještě potřeba zapracovat na správném úchopu tužky a sám se bez problémů nají. Má velmi dobrou rovnováhu, která se projevuje například při cvičení na balančních deskách. Bez větších obtíží přeskakuje a podlézá různé tunely. Zatím mu dělá problémy házení míčem a jeho chytání.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: V rámci logopedické intervence je zapotřebí se dále věnovat rozvíjení motoriky mluvidel a podněcovat chlapce ke komunikaci, a to jak mluvenou formou, tak i znakovým jazykem. Prognóza je u Roberta taková, že se předpokládá další rozvoj a zlepšování jeho komunikačních dovedností a následnou integraci do běžného školského systému za pomoci IVP. Určitě je do budoucna důležité pracovat s jeho strachem, který se objevuje bez zjevné příčiny a chlapci přináší výraznou psychickou nepohodu.

5.3.3 Případová studie č. 3

Felix N.

Rodinná anamnéza: Felix se narodil v únoru roku 2015 jako jedináček dvěma slyšícím rodičům. Jeho maminka nedávno úspěšně zakončila studium speciální pedagogiky, což se projevuje na jejím přístupu k Felixovi – velmi se mu věnuje, snaží se s ním dělat různá cvičení a rozvíjet ho všemi možnými způsoby.

Osobní anamnéza: Felixovi byla sluchová vada diagnostikována velmi brzy. Nyní používá oboustranná sluchadla a v současné době jeho rodiče společně s lékaři uvažují o tom, že by podstoupil kochleární implantaci.

Do Centra pro dětský sluch Tamtam začal Felix docházet v červnu 2016 a to zejména z důvodu socializace v kolektivu a utvoření sociálních vazeb v komunitě lidí se sluchovým postižením.

Od dosažení dvou let věku chlapec navštěvuje bilingvální MŠ pro sluchově postižené Pipan.

Diagnóza: Na pravém uchu má Felix diagnostikovanou praktickou hluchotu, na levém uchu má sluchovou ztrátu 70-80 dB.

Sluchové vnímání: Felix vnímá mluvenou řeč a také má rád hudební nástroje a zvukové hračky. Reaguje na okolní zvuky – otočením hlavy, pátráním po původci zvuku a podobně. Někdy se u něj projevuje špatné vnímání poslední hlásky slova, kterou neslyší a slovo považuje za dokončené bez ní – příkladem je slovo balón, které Felix setrvale vyslovuje jako „baló“.

Komunikace, jazykové dovednosti: Felix začíná mluvit a opakovat slova. Umí již základní slova jako máma, táta, teta a pojmenování některých předmětů. Slova zatím nespojuje do vět. Nyní je ve fázi, kdy rád ukazuje na jednotlivé předměty a pojmenovává je. Pomáhá si též znaky, které v poměru k řeči využívá tak z 50 %. Rodiče ho ale vedou zejména orálně, hodně na něj mluví a podporují ho v mluvené řeči. Dobře navazuje a fixuje oční kontakt.

Potíže mu dělá výslovnost sykavek a též diferenciací hlásek „B“, „P“, „M“. Dochází pravidelně na logopedii, kde na rozvoji řeči pracuje. Artikulace i fonace je v normě, mírné obtíže má se synchronizací dýchání.

Rozumové schopnosti: Felixovi rozumové schopnosti a intelekt odpovídají normě. Při ukázání nové činnosti či hry projevuje zájem a zapojí se. Bezpečně rozezná červenou a modrou barvu. Umí skládat jednoduché puzzle.

Chování, vlastnosti: Felix je hodně živé a komunikativní dítě. Má rád společnost, pozornost a rád je v centru dění. Zatím nevydrží u žádné činnosti dlouho, vyžaduje střídání různých podnětů. U monotónnějších či déle trvajících úkolů se začne nudit a strhávat pozornost jiným směrem. Je pozitivní a usměvavý.

Hrubá a jemná motorika: Felix je na tom motoricky velmi dobře. Sám se bez problémů nají a při ostatních činnostech projevuje manuální zručnost – lepí, vybarvuje prstovými barvičkami a staví z kostiček vysoké komíny. Rád si hraje s dětským nářadím, přitlouká hřebíky dětským kladívkem a podobně. Má velmi dobrou rovnováhu a rád balancuje na dětských balančních pomůckách, prolézá tunelem a přeskakuje přes nižší překážky. Umí dobře hodit balónkem a také se ho snaží chytat, i když to mu jde zatím hůře.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: V rámci logopedické intervence se u chlapce nadále pracuje na zlepšování výslovnosti, na rozšíření slovní zásoby a obecně na zlepšení kvality mluveného projevu. Felix využívá též možnosti komunikace znakovým jazykem, je vhodné ho v tom nadále podporovat, a i zde rozšiřovat slovní zásobu tak, aby byla umožněna co nejefektivnější komunikace s okolím. Vše nasvědčuje tomu, že se chlapec bude v tomto ohledu nadále zlepšovat a bude moci být úspěšně integrován do běžného školského systému, pravděpodobně za využití individuálního vzdělávacího plánu.

5.3.4 Případová studie č. 4

Aneta H.

Rodinná anamnéza: Aneta se narodila v dubnu 2014 jako jediné dítě neslyšící matce a nedoslýchavému otci. Matka holčičky má diagnostikovanou praktickou hluchotu a s okolím se dorozumívá znakovým jazykem, otec Anetky má oboustranně sluchadla a k dorozumívání se s většinou společností používá mluvený jazyk. Významnou roli zde hrají prarodiče z obou stran rodičů, kteří jsou slyšící a na Anetu hodně mluví a rozvíjejí její mluvenou řeč.

Osobní anamnéza: U Anety se dlouho nedařilo dokončit tzv. BERA vyšetření, kompletní diagnózu měli rodiče až po dosažení roku věku.

Do Centra dětského sluchu Tamtam začala Aneta s rodiči docházet v prosinci 2015 a to zejména kvůli všestrannému rozvoji komunikace, podpoře při výchově dcery a také potřebě pracovat s Anetinyým vztekem souvisejícím s nošením sluchadel.

Diagnóza: U Anety byla diagnostikována lehká až středně těžká sluchová vada, nosí oboustranně sluchadla.

Sluchové vnímání: Aneta dobře reaguje na mluvenou řeč i jiné zvuky. Silnější a dobře artikulovanou řeč vnímá i bez nasazených sluchadel. Na zvolání svého jména reaguje bez problémů.

Komunikace, jazykové schopnosti: Aneta je typické bilingvní dítě, které bez jakýchkoliv problémů přechází od komunikace znakovým jazykem k mluvené řeči a naopak. S maminkou znakuje, s prarodiči mluví. Zajímavé je sledovat, jak velmi je v této schopnosti přizpůsobivá a vidí-li, že jí někdo nerozumí, přejde k druhému komunikačnímu systému. Zpočátku komunikovala znaky i mluvenou řečí zároveň, nyní spíše využívá jeden způsob a až když vidí, že má komunikační partner přesto potíže jí porozumět, zkusí použít znaky i mluvenou řeč. Aneta mluví ve větách a vyslovuje všechny hlásky, její vývoj řeči je naprosto srovnatelný s tím u dětí bez sluchového postižení.

Rozumové schopnosti: Aneta má průměrný intelekt, projevuje se srovnatelně jako slyšící vrstevníci v jejím věku. Je zvědavá, má ráda puzzle. Oblíbenou činností je prohlížení obrázkových knížek a pojmenovávání jednotlivých postav či předmětů. Rozeznává základní barvy a má ráda logické hry a hračky přiměřené jejímu věku.

Chování, vlastnosti: U Anety se projevuje velká fixace na maminku a je vidět, že je zvyklá mít všechnu pozornost svého okolí. Přesto je velmi přátelská a komunikativní, velmi dobře navazuje nové vztahy a při příchodu do nového kolektivu se neostýchá.

Hrubá a jemná motorika: I motoricky je na tom Aneta průměrně vzhledem ke svému věku. Ráda se hýbe, je zde znát pohybové nadání a velmi dobrý smysl pro rovnováhu. Má ráda panenky a veškerou hru s nimi, přičemž je dobře vidět její jemná motorika – zapínání drobných knoflíčků a háčků a podobně. Ráda maluje a dobře obtahuje tvary. Svačí sama a bez obtíží.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: Dívčina řeč je srovnatelná s mluvou jejích slyšících vrstevníků, zcela přirozeně rozvíjí též znakový jazyk. Další podpora nejen dívky, ale celé její rodiny je však jistě potřebná. U Anety je patrný pozitivní přínos trávení času

v kolektivu, postupně se díky němu daří odbourávat velká fixace na matku. Velkou roli v jejím rozvoji hrají prarodiče, kteří na dívku mluví a rozvíjí tuto její komunikační schopnost přirozeným způsobem, v čemž je určitě vhodné pokračovat. Důležitá je také další práce s logopedkou, která pracuje na dívčině projevu, správné výslovnosti i práci s hlasem. Zaměřují se také na slovní zásobu, kterou dívka potřebuje obohatit. Prognóza je u Anety, co se týká mluveného projevu velmi dobrá. Předpokládá se další rozvoj mluveného jazyka srovnatelný se slyšícími vrstevníky.

5.3.5 Případová studie č. 5

Helena R.

Rodinná anamnéza: Helenka se narodila v říjnu roku 2011 slyšícím rodičům. Má ještě dva slyšící bratry, jednoho o tři roky staršího a druhého o dva mladšího. V širší rodině se žádné sluchové postižení neobjevilo.

Osobní anamnéza: Sluchová vada byla diagnostikována v roce věku pomocí vyšetření BERA. Do Centra dětského sluchu začala Helena docházet záhy po zjištění sluchového postižení, tedy v listopadu roku 2012 a to zejména proto, aby se rodina seznámila se sluchovým postižením a získala potřebné informace k co nejlepšímu rozvoji dívky.

Diagnóza: Helena má diagnostikovaný Kleefstra syndrom, který způsobuje mentální a psychomotorickou retardaci. Není však jisté, o jak velký stupeň mentální retardace se u dívky jedná, předpokládá se v pásmu středně těžkého až těžkého mentálního postižení.

Zároveň má Helena středně těžké sluchové postižení, percepční nedoslýchavost se ztrátou 50-60 dB. Bohužel jsou zde i další zdravotní omezení v podobě kardiologické vady, hydronefrózy pravé ledviny či špatného vidění na dálku. Helena by správně měla nosit brýle, bohužel je ale netoleruje a nosit je odmítá.

Sluch má kompenzovaný oboustrannými sluchadly, která přináší dobré výsledky a dívka je nosí celý den bez problémů.

Sluchové vnímání: Helenka vnímá mluvenou řeč, není však jisté, do jaké míry jí rozumí – bohužel to zatím vypadá, že ji sice slyší, ale význam nechápe. Na oslovení jménem nereaguje. Běžné zvuky toleruje dobře, na některé silnější zvuky reaguje s delší latencí. Líbí se jí zvukové hračky a zejména knížky, ráda bouchá různými předměty. Poslouchá hudbu a velmi dobře reaguje na zvuky hudebních nástrojů.

Komunikace, jazykové dovednosti: U Heleny přetrvává tzv. pudové žvatlání, vokální nápodoba je u ní spíše občasná a bezvýznamová. Umí pomocí hlasu vyjádřit libost či nelibost.

Zvuky si opakuje sama pro sebe, nikoliv v interakci s někým dalším. Zajímá se ale o zvuky, které po ní jiná osoba opakuje. V posledních měsících se u ní objevuje zdvojování stejných hlásek a hra s mluvidly. Navštěvuje pravidelně logopeda, který s ní pracuje zejména na zlepšení motoriky mluvidel, na napodobování zvuků předmětů a zvířat a podporuje její vokální projevy. Helena je při logopedické práci spokojená a dobře spolupracuje.

Velmi dobře Helena reaguje na mimiku a navazuje oční kontakt, fixuje ho ale spíše krátkodobě. Snaží se též komunikovat pomocí doteku a ráda „odhmatává“ obličej osoby okolo sebe.

Rodina Heleny se dlouho snažila přijít na co nejlepší komunikační systém, který by jim umožnil s dívkou adekvátně komunikovat. Maminka při komunikaci s dívkou využívá tzv. systém totální komunikace – využívá tedy mluvenou řeč, výrazně artikuluje, gestikuluje, používá jednoduchá gesta a názorné obrázky a piktogramy.

Dříve také ke komunikaci využívali systém tzv. zástupných předmětů – což znamená, že jednotlivé činnosti označují předměty – např. plena pro přebalování, kartáček na čištění zubů apod. Tento systém pak při komunikaci s Helenou využívali též v Centru pro dětský sluch Tamtam. V posledním roce od tohoto systému ale rodiče upustili, jelikož se nezdálo, že by Heleně tento systém pomáhal v běžném životě a že by mu porozuměla. S předměty si spíše pohrávala a s činnostmi je nespojovala.

Přešli tedy na systém jednoduchých piktogramů, které maminka sama vyrábí v kontrastním provedení černé a bílé. Jednu kartičku pak nalepí na místo, kde k činnosti dochází (např. šatna – převlékání se) a druhou dají Helence do ruky před tím, než má k činnosti dojít – postupně pak dojdou k místu, kde se činnost vykonává. Dívce tento systém pomáhá a kartičky si již s jednotlivými činnostmi začíná spojovat.

Přesto se rodiče i logopedka nadále snaží rozvíjet mluvenou řeč, pracovat s mluvidly a rozvíjet schopnost vydat artikulovaný zvuk. Situaci ale komplikuje přidružená mentální retardace.

Komunikace ve znakovém jazyce je pak velmi ztížena až znemožněna svalovou atrofií.

Rozumové schopnosti: Helena je v této oblasti následkem Kleefstra syndromu hluboce pod průměrem. Nyní, po nalezení vhodného komunikačního systému jsou ale vidět zřetelné pokroky. Dívka začíná chápat, co bude následovat, jaká činnost ji čeká – viz odstavec o komunikaci.

Chování, vlastnosti: Helena je velmi společenská dívka, která miluje kontakt s ostatními a není ráda sama. Je veselá a ráda a často se směje. Miluje zvířata, což je vidět zejména na individuální canisterapii, kam s ní rodiče docházejí.

Hrubá a jemná motorika: I zde se bohužel významně projevuje postižení motoriky, které doprovází Kleefstra syndrom, a to včetně špatné motoriky mluvidel a postavení jazyka. Helena neumí dobře rozkousat stravu, je krmena kašovitou stravou. V hygieně je zcela odkázána na pomoc okolí.

Helena sama nechodí a ani se nestaví např. podél stěny. Za ruce je ale schopna několik kroků ujít. Dále dívku v pohybu omezuje svalová atrofie. Má velmi ráda kutálení velkého gymnastického míče a výborně reaguje na vibrace, vibrační hračky patří mezi její nejoblíbenější. Ve všech každodenních činnostech je ale zcela odkázána na cizí pomoc.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: Speciální pedagog u Heleny doporučil podporovat iniciativu dívky a pokusit se u ní podněcovat napodobování zvuků a dále rozvíjet nyní dobře nastavenou komunikaci pomocí piktogramů. V rámci logopedické intervence se u dívky nadále pracuje na zlepšení motoriky mluvidel a také na schopnosti tvořit artikulované zvuky. Doporučení je také nadále rozvíjet sluchovou výchovu, podporovat dívku v pozitivním vztahu k hudbě a nadále poskytovat co největší možné množství různých podnětů. U Helenky je patrná společenská a radostná povaha, důležité jsou u ní tedy možnosti trávení času v kolektivu. Potřeba je zapracovat na nošení dioptrických brýlí, které nyní dívka rezolutně odmítá a při běžných činnostech je pak patrné zhoršené vidění. Do budoucna bude určitě nutná i podpora celé rodiny, zejména matky. Aby se předešlo možnému syndromu vyhoření, bude zapotřebí poskytnutí opory a pomoci při překonávání každodenních těžkostí.

5.3.6 Případová studie č. 6

Vojtěch A.

Rodinná anamnéza: Vojta se narodil v březnu roku 2013 slyšícím rodičům, v roce 2016 se mu narodila slyšící sestřička. V širší rodině se sluchové postižení neobjevilo.

Osobní anamnéza: Diagnostiku Vojtovy sluchové vady provázela celá řada komplikací a nesnází. Při novorozeneckém screeningu se objevily nevybavené emise, lékaři tedy rodinu poslali na další vyšetření, jejichž výsledek byl však negativní. Až do chlapcových tří let se tedy k němu rodina chovala jako ke slyšícímu, a to i přes silící podezření, že vše není úplně v pořádku. Až ve třech letech tedy podstoupil další vyšetření a pomocí BERA mu byla nakonec diagnostikována sluchová vada.

V červenci 2016 tedy Vojta dostal první oboustranná sluchadla, u kterých se bohužel neprojevil žádný velký efekt. Rodiče se tedy rozhodli investovat do lepšího a výkonnějšího typu sluchadel – od té doby, kdy je Vojta má, což je začátkem roku 2017 došlo k výraznému rozvoji.

Do Centra dětského sluchu Tamtam chlapec dochází od října 2016.

Nyní navštěvuje Vojta běžnou MŠ za pomoci vytvořeného individuálního vzdělávacího plánu.

Diagnóza: Středně těžká sluchová vada – v anamnéze uvedena zhruba 60 % ztráta sluchu. Zajímavé je, že má Vojta přibližně stejnou ztrátu, co se týká vysokých i hlubokých tónů.

Sluchové vnímání: Po nasazení výkonnějších sluchadel začal vnímat mluvenou řeč, vnímá běžné zvuky okolí a adekvátně na ně reaguje. Před správnou kompenzací sluchu na mluvenou řeč nebyla reakce žádná a reakce na ostatní zvuky byly nejisté. Nerozumí ještě mluvené řeči jako celku, vnímá slova, která má naučená a zafixovaná – ta je schopen rozlišit i bez pomoci odezírání. V posledních měsících začíná reagovat na své jméno.

Komunikace, jazykové schopnosti: Při příchodu do Centra dětského sluchu Tamtam nemluvil vůbec a uměl jen několik znaků. S novými sluchadly přišel v rámci dvou měsíců obrovský zlom a Vojta začal prakticky ihned mluvit ve větách. Nyní mluví pořád, je zde znát silná potřeba komunikace a radost z mluveného projevu.

Nicméně, opožděný vývoj řeči je zde patrný. Řeč je špatně srozumitelná, objevuje se zde dyslalie, patlavost a špatná artikulace. Patrné jsou také problémy s respirací, zejména v koordinaci nádechu a výdechu. Slovní zásoba je stále silně podprůměrná.

Vojta dochází pravidelně na logopedii a jeho řeč se začíná postupně zlepšovat a některá slova již začínají být srozumitelná.

Rodiče na chlapce z převážné většiny mluví, znaky používají velmi málo. Přesto znaky, které má zafixované nyní usnadňují komunikaci s okolím, jelikož vlastní řeč je stále velmi málo srozumitelná a opora ve znacích tedy zatím vítaná.

Rozumové schopnosti: Je zde patrné mírné opoždění oproti normálnímu vývoji, a to zejména v důsledku pozdní diagnostiky sluchové vady. Vojta potřebuje k fixaci nových činností a návyků delší čas, projevuje se u něj prodleva porozumění. Zatím ještě neumí rozpoznat barvy.

Chování, vlastnosti: U Vojty se projevuje velká fixace na tatínka. Nemá rád větší kolektiv dětí, nenavazuje snadno nové kontakty. Při skupinové canisterapii byl chlapec první hodinu, kdy byly u psa všechny děti v ústraní, a až když ostatní přestal pejsek bavit, odvážil se jít k němu sám. Po celý zbytek času pak seděl u psa a spokojeně si ho hladil. Jinak je Vojta hodně šikovný a trpělivý, rád objevuje, jak fungují nové hračky.

Hrubá a jemná motorika: Vojta rád maluje, obtahuje tvary a vybarvuje. Jeho úchop tužky ještě není úplně správný. Sám se nají a motoricky se projevuje srovnatelně se svými vrstevníky. Rád spojuje magnetické vláčky a hraje si v bazénku s balónky. Má potíže se zapínáním knoflíků, jinak se ale oblékne sám.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: U Vojty je nyní patrná velká snaha o orální komunikaci a velké zlepšení mluveného projevu. Důležité je v rámci logopedické péče pracovat na zlepšení srozumitelnosti řeči, na správné artikulaci i na postupném rozšiřování slovní zásoby. Rodiče po poradě se speciálními pedagogy Vojtovi hodně předčítají pohádky, snaží se ho rozvíjet a intenzivně se věnují logopedické práci.

Prognóza je taková, že by se chlapec měl pomalu zlepšovat a jeho řeč by se měla postupně stávat srozumitelnější. Doporučení speciálních pedagogů je přesto takové, aby byl chlapec v co největší možné míře podporován i ve vyjadřování se znakovým jazykem, což mu usnadní komunikaci se širším okolím. Zároveň by bylo dobré do budoucna pracovat na chlapcově ostýchavosti a bojácnosti, aby se mohl lépe zapojit do kolektivu.

5.3.7 Případová studie č. 7

Anna M.

Rodinná anamnéza: Anna se narodila v dubnu 2013 jako druhé dítě slyšícím rodičům, její o dva roky starší sestřička je též slyšící. V širší rodině se sluchové postižení nikdy neobjevilo.

Osobní anamnéza: U Anny byla sluchová vada diagnostikována v devíti měsících věku vyšetřením BERA na základě podezření rodičů na sluchovou vadu.

Do Centra dětského sluchu Tamtam dochází od prosince roku 2014 a to zejména s cílem porozumění mluvené řeči, komunikaci ve skupině a zlepšení znakové zásoby.

Navštěvovala nejdříve bilingvální MŠ pro sluchově postižené děti Pipan, následně MŠ v Ječné – o tom více při popisu komunikačních dovedností.

Diagnóza: Dívence byla diagnostikována těžká nedoslýchavost, na obou uších má sluchovou ztrátu 60-80 dB. Používá oboustranně sluchadla.

Sluchové vnímání: Díky sluchadlům dívka slyší mluvenou řeč, a to i bez opory v odezírání a vnímá okolní zvuky, na které reaguje zájmem či otočením hlavy. Rodina se hodně angažuje v rozvíjení sluchového vnímání pořizováním různých hlasových a zvukových her a podněcování Annina vývoje novými a novými zvukovými podněty.

Ráda hraje hry, které souvisí se zvukem – například dokud bubnuje bubínek, utíkáme, když přestane, musíme si sednout.

Komunikace, jazykové dovednosti: Při příchodu do Centra dětského sluchu převážně znakovala, mluvenou řeč užívala výrazně méně. Docházelo u ní k častým záchvatům vzteku v důsledku nepochopení si s okolím.

Postupně nastal rozvoj v mluvené řeči a Anna začala spojovat stejné slabiky k sobě – máma, bába, pápá, mimi a podobně.

Další zlom v komunikaci nastal nástupem do mateřské školky Pipan. Děti zde vzdělávají bilingválně a u dívky nastal velký rozvoj ve znakovém jazyce a menší pokroky se dostavovaly i v mluvené řeči. Pak ale přestoupila do MŠ v Ječné, kde se vyučuje orální metodou, což jí zpočátku způsobovalo velké obtíže – chyběla jí opora ve znakovém jazyce, na kterou byla zvyklá. V tu chvíli se rozvoj výrazně zpomalil a trvalo 4-5 měsíců, než si na tento systém „výuky“ dívka zvykla a začaly se u ní znovu objevovat pokroky.

Anna již velmi dobře fixuje oční kontakt.

V určitou chvíli jazykového vývoje se u Anny začalo objevovat nahrazování dětských slov, jako je např. „haf“ za slovo pes a s tím se postupně vytratilo používání znaku vyjadřující slovo pes.

Nyní se vyjadřuje i v krátkých, dvou až tříslavných větách, znaky již používá velmi málo, a i komunikace v rodině se stala spíše orální, bez opory ve znacích. Zde je důležité zmínit, že na dívku znakuje pouze matka, otec znakový jazyk naprosto odmítá a vyžaduje, aby jeho dcera komunikovala pouze mluvenou řečí.

Opožděný vývoj řeči je však u Anny stále patrný, projevuje se u ní horší artikulace a vývojová dysfázie, na obojím intenzivně pracuje s logopedkou, kterou navštěvuje dvakrát týdně. U dívky logopedka využívá též metodu pomocných artikulačních znaků, a to zejména u hlásky „S“, „P“ a „B“.

Slovní zásobu má Anna mírně podprůměrnou.

Rozumové schopnosti: Dívka se v tomto ohledu vyvíjí stejně jako její slyšící vrstevníci. Je zvědavá a trpělivá, u jedné činnosti, která ji zaujme, je schopná vydržet velmi dlouho. Správně třídí předměty na základě společného znaku a diferencuje barvy. Skládá i složitější puzzle a dřevěné skládačky.

Je velmi důležité nově nabyté znalosti a dovednosti dobře fixovat, jinak je Anička může zapomenout nebo přestat používat.

Charakter, vlastnosti: Od chvíle, kdy se se svým okolím dobře dorozumí, odpadly záchvaty vzteku a Anička je pozitivní a usměvavá dívka. Zároveň je to velmi aktivní holčička, která potřebuje řadu podnětů, nových zážitků a zkušeností. Má ráda kolektiv dětí, dobře a rychle se seznamuje, není stydlivá. Velmi špatně snáší změny.

Hrubá a jemná motorika: Motoricky se Anna vyvíjí adekvátně svému věku, bez problémů sama jí, obléká se a plní zadané úkoly co se týká kreslení a obtahování. Pohybově je také zdatná, rovnováhu má průměrnou. Potíže jí dělá házení balónem.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: Anna udělala velký pokrok v rámci svých emočních projevů, takřka u ní vymizely záchvaty vzteku. Velmi dobře se rozvíjí její orální komunikace, je však důležité ji stále upevňovat a fixovat, jelikož přestávky v práci s Annou jsou velmi patrné a negativně se na dívce projevují. Speciální pedagog doporučil, aby byla Anna podporována též v komunikaci znakovým jazykem, dívčin otec ale tuto možnost naprosto odmítá. Matka se snaží v komunikaci s dcerou znaky používat. Dívka špatně snáší změny, které u ní doposud vždy znamenaly alespoň mírné pozastavení rozvoje a upevňování nových schopností, bylo by proto vhodné, aby již neměnila školské zařízení a pokračovala v navštěvování školy v Ječné. Ve spolupráci s logopedkou má Anna nyní hlavní cíl, jímž je

rozšiřování slovní zásoby a práce na poruchách řeči, jako je vývojová dysfázie a zhoršená artikulace.

5.3.8 Případová studie č. 8

Oskar H.

Rodinná anamnéza: Oskar se narodil v červenci roku 2014 jako druhé dítě slyšícím rodičům. Jeho o dva roky starší bratr je též slyšící a v celé rodině se sluchové postižení nikdy neobjevilo.

Osobní anamnéza: U Oskara se ukázala být velmi složitou diagnostika jeho sluchové vady, a to zejména vzhledem k neustálým a vleklým zánětům středouší. Ve 13 měsících mu byla diagnostikována středně těžká sluchová vada s tím, že slyší od 50 dB a do uší mu byly zavedené tzv. grometky (ventilační trubičky, které ze středouší odvádějí přebytečnou tekutinu). Oskarovi byla zároveň nasazena oboustranně sluchadla. Zhruba před půl rokem, po odstranění ventilačních trubiček, ale začal sluchadla odmítat a s pláčem si je sundavat z uší. Při pokusech mu sluchadla nasazovat opakovaně křičel „au“. Rodiče tedy vzali chlapce k lékařům na přenastavení sluchadel a po přeměření sluchu se ukázalo, že jeho sluchová vada je na hranici lehké až středně těžké vady a slyší již od 30-40 dB.

Do Centra dětského sluchu Tamtam dochází Oskar od září 2015.

Nově chlapec navštěvuje běžnou mateřskou školu bez využití asistenta, má však vytvořený individuální vzdělávací plán.

Diagnóza: Sluchová vada na hranici lehkého až středně těžkého sluchového postižení. Slyší od 30-40 dB. Kompenzován oboustranně sluchadly.

Sluchové vnímání: Oskar i bez sluchadel vnímá hlasitou, zřetelnou a dobře artikulovanou řeč. Reaguje i na zvuk zvonku, na různé hudební nástroje či na bouchnutí dveří. Oskar si rád hraje se zvukovými knížkami a rád přiřazuje stejné zvuky k sobě.

Rád si u svého okolí ověřuje, jak dobře ho slyší pomocí bouchání různých předmětů či bubnování na bubínek a podobně.

Komunikace, jazykové dovednosti: V komunikaci udělal Oskar za poslední rok velký pokrok. Když začal navštěvovat centrum pro dětský sluch Tamtam, mluvil velmi málo a používal jen několik základních znaků. Od převážného užívání znaků postupně přešel do

fáze, kdy slova doprovázel znaky a poslední 3-4 měsíce je znatelná tendence vyjadřovat se převážně orální formou a znaky užívá jen jako doprovodné.

Dobře navazuje a udržuje oční kontakt a opakuje slova i kratší věty tvořená maximálně třemi slovy.

Řečový vývoj je oproti slyšícím vrstevníkům opožděný. Oskar má dyslálii a mluví velmi potichu. Často zaměňuje hlásky a přesmykuje jejich pořadí ve slově. Potíže mu dělá výslovnost některých hlásek, zejména „H“, „CH“, „F“, „V“, „B“, „P“, „M“ a sykavky. Slovní zásobu má zatím podprůměrnou. Jednou týdně navštěvuje logopedku a jednou k Oskarovi domů dochází studentka logopedie, která s ním pracuje na nedokonalostech řeči a rozvíjí jeho slovní zásobu.

Rozumové schopnosti: Intelektově je na tom Oskar průměrně, nijak zásadně se neodlišuje od slyšících vrstevníků. Má velmi rád knížky a fotky a rád se učí novým věcem. Je chápavý a bystrý. Rozeznává základní barevnou škálu.

Charakter, vlastnosti: Oskar je tiché dítě bez větších výkyvů nálad a chování. Občas se v jeho chování projevuje velká fixace na maminku. Při příchodu do nového kolektivu je zpočátku stydlivý, za chvíli se ale rozkouká a je přátelský a komunikativní. Je velmi zvědavý, vše nové ho přitahuje a zajímá. Má rád, když se mu někdo individuálně věnuje a vysvětluje mu něco nového.

Jemná a hrubá motorika: Motoricky je na tom Oskar velmi dobře, srovnatelně s vrstevníky. Je hodně šikovný na výtvarné činnosti, rád lepí a dělá drobné věci jako např. navlékání korálků, při kterém užívá špetkový úchop. Při držení tužky ještě není úchop zcela správný. Svačí bez problémů sám a pohybuje se průměrně dobře. Má mírné problémy s rovnováhou, ale nejedná se o nic, co by výrazně vybočovalo z normy.

Plán dalšího rozvoje, prognóza, doporučení: Oskar zaznamenal v rámci orální komunikace významný pokrok, zatímco před rokem komunikoval velmi málo a orálně téměř vůbec, nyní opakuje a tvoří i krátké věty. Znaky jsou u něj spíše doprovodné. Důležité je pracovat na rozvoji jak orální komunikace, tak na rozvoji znakového jazyka. Hlavním cílem je v současné době rozšířit slovní zásobu a pracovat na zmírnění důsledků dyslálie. Prognóza vypadá u Oskara dobře, očekává se zlepšování jeho orálního projevu s větší srozumitelností řeči.

5.4 Dílčí shrnutí

Vzhledem k charakteru výzkumné práce, jímž je kvalitativní výzkum, nelze zobecňovat získané údaje a vyvozovat tak obecně platné závěry. Na tento fakt upozorňuje také Švaříček a Šeďová (2007, s. 25).

Hlavním cílem empirické části této práce bylo **zjistit, jaké metody se u dětí předškolního věku s postižením sluchu využívají pro rozvoj mluvené řeči**. K naplnění tohoto cíle došlo prostřednictvím pozorování práce s dětmi v Centru dětského sluchu Tamtam, a to v období od září 2016 do dubna 2017. Pedagogičtí pracovníci zde pro komunikaci s dětmi využívají simultánní komunikaci, tedy znaky i mluvenou řeč zároveň. Řeč je možno rozvíjet u jakékoliv činnosti, čímž se všichni pracovníci řídí a na děti neustále mluví, veškerou činnost komentují a pojmenovávají vše, s čím děti přijdou do styku. Svou řeč zároveň doprovází znaky. K osvojování nových slov jsou zde využívány zejména básničky, říkanky, písničky a různé, tematicky orientované hry. Děti se zde pomocí hry setkávají s novými slovy anebo je pomocí zábavných činností upevňují, učí se je lépe vyslovovat. Důležitou součástí práce s dětmi je sluchový trénink za pomoci zvukových her, zvukových hraček a hudebních nástrojů. Dále se s dětmi dělají činnosti zaměřené na pohyb úst a mluvidel v podobě her s využitím dechu, foukání a vyvozování zvuků za pomoci pohybu rtů. Významnou součástí jsou pak hry zaměřené na nácvik mimiky.

Dětem v komunikaci při návštěvách Tamtamu pomáhá též kolektiv a chuť nebo potřeba domluvit se s vrstevníky. Tuto oblast u starších dětí pracovníci Centra pro dětský sluch podporují hrou ve skupinách či herními úkoly, při kterých děti musí spolupracovat.

Jako velký stimulační prvek k podpoře mluvené řeči se opakovaně ukázala být canisterapie. Děti se snažily po majitelce psa opakovat povely, mluvit na psa a měly zájem učit se nová slova, která s ním souvisela.

Všichni rodiče dětí, jejichž případové studie jsou v této práci uvedeny, navštěvují se svými potomky pravidelně logopedii, kde na rozvoji mluvené řeči pracují pod odborným dohledem. Zde děti pomocí logopedických technik zlepšují svou artikulaci, výslovnost hlásek či fonaci. Z případových studií vyplývá, že některé děti pro podporu správného rozvoje řeči pracují i s pomocnými artikulačními znaky.

Rodiče a jejich práce s potomky mají nezastupitelnou a velmi důležitou roli, doma se svými dětmi usilovně pracují na rozvoji výslovnosti a slovní zásoby, logoped a Centrum pro dětský

sluch Tamtam jim v této práci pomáhají, radí, poskytují možnosti a návody, jak s dětmi pracovat. Volbu toho nejvhodnějšího komunikačního systému pro konkrétní dítě zásadně ovlivňuje typ sluchové vady a také průměrná ztráta sluchu. Rodičům i celým rodinám dětí se sluchovým postižením je v Centru pro dětský sluch poskytováno poradenství a pomoc při rozvíjení dítěte a jeho komunikace, a to jakoukoliv zvolenou formou. Vzdělávat se zde mohou i rodiče, kteří zde získávají oporu a podklady např. pro učení se znakového jazyka. Největší část práce ale zůstává právě na rodičích a dětech samotných.

Pro naplnění dílčích cílů byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Jaký vliv mají rodiče při volbě vhodného komunikačního systému dítěte se sluchovým postižením?

Výzkumné šetření dokazuje, že pro výběr komunikačního systému jsou zásadní rodiče dítěte a jejich preference. Zatímco u dětí pocházejících ze slyšících rodin rodiče vždy preferovali mluvenou formu řeči, u Anety, pocházející ze vztahu neslyšící matky a nedoslýchavého otce nebyla tato forma řeči preferována a Anetka je typickým bilingválním dítětem. U dětí slyšících rodičů postupně dochází k ústupu znaků, a naopak výraznějšímu zastoupení mluvené řeči.

Případ Anny a přístupu jejího také tatínka potvrzuje tezi, že preference rodičů jsou při volbě komunikačního systému naprosto zásadní. Anny tatínek komunikaci ve znakovém jazyce naprosto odmítá a trvá na tom, že Anna je schopná se naučit pro komunikaci využívat pouze mluvený jazyk bez jakékoliv opory ve znacích.

Výzkumné šetření potvrdilo významný vliv rodiny a zejména rodičů při volbě toho nejvhodnějšího komunikačního systému pro dítě se sluchovým postižením. Navíc z případových studií vyplývá, že toto rozhodnutí nemusí vždy vyplývat pouze z objektivních potřeb dítěte, ale také ze subjektivního vnímání komunikace – viz odmítání znakového jazyka jako vhodného komunikačního prostředku pro svou dceru v případě Anny. Jedná se o jednotlivé zjištění, které by se mohlo stát námětem pro další studii. Kvalitativní výzkum na větším vzorku by pak mohl přinést zjištění o různých přístupech v oblasti komunikace, která by mohla vyústit v doporučení odborné populaci, popřípadě rodičům.

2. Jaký vliv má doba, kdy došlo k diagnostice sluchu na rozvoj mluvené řeči?

Případové studie uvedené v empirické části práce poukazují na naprosto zásadní vliv včasné diagnostiky sluchového postižení ve vztahu k následnému vývoji dítěte.

Tento závěr dokazuje příběh Vojty, na jehož rozvoj mělo podstatný vliv pozdní zjištění sluchové vady. Ta byla zjištěna až ve 3 letech jeho věku, a právě to mělo za následek opožděný vývoj, a to jak v oblasti řeči, tak v oblasti rozvoje kognitivních funkcí. Významnou roli zde sehrál fakt, že rodiče měli k dispozici potvrzená vyšetření sluchu s negativním výsledkem a opominuli tak prvotní příznaky signalizující, že by se u chlapce přeci jen mohlo jednat o sluchové postižení.

Případová studie Hynka, u kterého byla sluchová vada zjištěna velmi brzy, prakticky hned po narození tento závěr potvrzuje také. Díky včasné kompenzaci sluchu a následné rehabilitaci sluchové vady bylo Hynkovi umožněno rozvíjet komunikaci a mluvenou řeč velmi brzy. V tuto chvíli je, za pomoci logopedické péče a ucelené rehabilitace, chlapcův mluvený projev srovnatelný s projevem slyšících vrstevníků.

Případová studie Oskara pak poukazuje na opačnou a zřejmě ne tak častou možnost vývoje situace. Díky opakovaným zánětům středouší, a následně vsazeným grometám, byla chlapci naopak diagnostikována výrazně větší sluchová vada, než jakou pravděpodobně ve skutečnosti má.

Data získaná z případové studie Vojty ukazují, že negativní výsledky screeningu sluchu nelze považovat za dogma, a naopak je třeba si i nadále všimnout signálů, které by mohly značit sluchovou vadu. Podobný případ, kdy byla u dítěte s výbavnými otoakustickými emisemi nakonec ve třech letech diagnostikována těžká oboustranná nedoslýchavost, popisuje již MUDr. Zeleník (2015, s. 121-123). Za zmínku stojí též údaje získané z případové studie Oskara, kterému se po odstranění ušních gromet výrazně změnila diagnóza. Vzhledem k povaze oboru a tomu, že průběh každé vady je individuální, je důležité zmínit i takto ojedinělé zjištění, které nemůže vést k žádnému zobecnění. Výhodou kvalitativního výzkumu, jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007, s. 13-17), je právě možnost zaměřit se na problém do větší hloubky a odkrýt jeho zásadní aspekty, což naopak kvantitativní výzkum neumožňuje.

3. Jaký dopad má na rozvoj mluvené řeči typ a stupeň sluchového postižení, případně další přidružené vady? Jaké další faktory ovlivňují rozvoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením?

Rozvoj řeči jako takový je samozřejmě závislý na mnoha faktorech – na prostředí, v jakém dítě vyrůstá a v jakém se pohybuje, na jeho věku, na kompenzaci sluchové vady a v neposlední řadě na tom, zda se objevují přidružené vady například v návaznosti na některý

syndrom. To jasně dokazuje případ Helenky, která má velmi ztíženou až znemožněnou komunikaci znakovým jazykem kvůli svalové atrofii a také zhoršený přístup k mluvené řeči díky špatné motorice mluvidel. Navíc správnému komunikačnímu rozvoji zde brání mentální retardace.

Ačkoliv je jisté, že typ sluchové vady a velikost sluchové ztráty má na rozvoj mluvené řeči vliv, vzhledem k celé řadě dalších faktorů, které rozvoj mluvené řeči také ovlivňují se na tak malém vzorku dětí nedá vyslovit žádné zobecnění. Rozvoj mluvené řeči ovlivňuje též věk, kdy byla vada diagnostikována, kvalita odborné intervence, spolupráce s rodinou či například motivace dítěte a všechny tyto faktory na sebe navzájem působí. Na základě tohoto empirického šetření tedy není možné stanovit ani zobecnit, jak velkou částí souvisí právě s velikostí sluchové ztráty.

Pro příklad, v empirickém šetření této práce byla použita případová studie Hynka, který má diagnostikovanou těžkou sluchovou vadu až praktickou hluchotu a Anety, která má diagnostikovanou lehkou až středně těžkou poruchu sluchu. Úroveň jejich orální komunikace je ale srovnatelná. Jedná se o takřka stejně staré děti, přičemž oba dva by úrovní své mluvené řeči obstáli v porovnání se slyšícími vrstevníky. Svou roli tu tedy rozhodně sehrály i jiné faktory, než jen a pouze velikost sluchové ztráty. Hynkovi bylo sluchové postižení velmi brzy diagnostikováno, což vedlo k brzké kochleární implantaci a následně včasné logopedické péči, která má za následek úroveň Hynkova mluveného projevu. Na to, abychom mohli porovnávat případové studie jiných dětí uvedených v empirické části této práce a vyvodit z toho závěr týkající se souvislosti rozvoje mluvené řeči a velikosti či typu sluchové vady, je vzorek dětí příliš malý a zároveň příliš různorodý. Nejsou zde alespoň dvě děti stejně staré, vedené stejnými odborníky a s alespoň srovnatelným rodinným zázemím a odlišným typem a stupněm sluchové vady.

Další faktor, který ovlivňuje rozvoj mluvené řeči je správná kompenzace sluchové vady. Důležitost správně zvolené kompenzační pomůcky dokazuje případová studie malého Vojty, který zaznamenal skokové zlepšení ve svém vývoji po nasazení výkonnějších sluchadel. Zatímco v období, po které byl kompenzován pro něj nevhodnými sluchadly se jeho vývoj takřka zastavil, po přechodu na pro něj vhodnější sluchadla začal mluvit v rámci týdnů.

Na dílčí cíle a z nich vyplývající výzkumné otázky se podařilo najít odpovědi, byť v případě poslední otázky vzhledem k povaze výzkumného vzorku ne zcela. Pro zodpovězení otázky,

jak souvisí stupeň a typ sluchové vady s rozvojem mluvené řeči by bylo zapotřebí zvolit za a) větší výzkumný vzorek a za b) děti s co nejpodobnější charakteristikou. To znamená děti stejně staré, s podobnou dobou diagnostiky sluchové vady a dalšími rysy, které by napomohly co nejpřesnější analýze tohoto problému a relevantnímu zodpovězení této výzkumné otázky. Jedná se o velmi komplexní problematiku ovlivněnou takovou řadou faktorů, že by tato samotná otázka mohla tvořit námět pro nový výzkum.

6 Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké metody se v současné době používají k rozvoji mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením.

Práce byla rozdělena do dvou částí, z nichž jedna se zabývá teorií a druhou tvoří empirické šetření. Obě části propojuje téma sluchového postižení, komunikace a komunikačních systémů osob se sluchovým postižením a zejména pak rozvoj mluvené řeči.

První část práce obsahuje čtyři velké kapitoly, které se následně dělí do podkapitol tak, aby byla zachována co největší přehlednost textu. V prvních kapitolách je vymezen pojem sluchové postižení, popsána klasifikace sluchových vad a také jejich etiologie. Stručně je zde popsána anatomie sluchového ústrojí a také diagnostika sluchových vad, včetně jednotlivých diagnostických metod a v neposlední řadě také nejrozšířenější sluchová protetika, konkrétně sluchadla a kochleární implantáty.

Práce pokračuje kapitolou o komunikaci osob se sluchovým postižením a popsáním jednotlivých komunikačních systémů, které využívají. Jedním z nich je systém orální komunikace, kterému byla věnována celá následující kapitola. V té byla popsána stručná historie této metody v českých zemích, charakteristické oblasti mluveného projevu osob se sluchovým postižením a metody rozvoje řeči dětí se sluchovým postižením.

Na tuto teoretickou část navázalo výzkumné šetření, které probíhalo v Centru pro dětský sluch tamtam, o.p.s. V úvodu empirické části práce je popsána metodologie práce a charakteristika výzkumného vzorku. Na základě analýzy dat a pozorování byly zpracovány případové studie osmi dětí předškolního věku se sluchovým postižením. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké metody se v současné době používají k rozvoji mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením. Stanoveny byly také dílčí cíle a z nich plynoucí výzkumné otázky, na které se postupně podařilo nalézt odpovědi.

Kompletní podoba práce přinesla ucelený vhled do problematiky sluchového postižení, a to zejména ve spojitosti s mluvenou řečí.

7 Seznam použitých informačních zdrojů

- BENDOVÁ, Petra, 2011. Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3853-6
- HENDL, Jan, 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9
- HORÁKOVÁ, Radka, 2012. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0
- HOUDKOVÁ, Zuzana, 2005. Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. Praha: Triton. ISBN 80-7254-623-6
- HRUBÝ, Jaroslav, 1998. Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-075-3
- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. Logopedie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1110-9
- KRAHULCOVÁ – ŽATKOVÁ, Beáta, 1996. Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-239-7
- KRAHULCOVÁ, Beáta, 2003. Komunikace sluchově postižených. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2
- LECHTA, Viktor, 2011. Symptomatické poruchy řeči u dětí. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4
- LEJSKA, Mojmír, 2003. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina, 2014. Péče o dítě s postižením sluchu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5034-7
- PULDA, Miloš, 1992. Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-0476-2
- SKÁKALOVÁ, Tereza, 2011. Uvedení do problematiky sluchového postižení. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-098-6
- SLOWÍK, Josef, 2007. Speciální pedagogika. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1733-3

STRNADOVÁ, Věra, 2001. Hádej, co říkám, aneb, Odezírání je nejisté umění. 2. doplněné vydání. Praha: ASNEP. ISBN 80-903035-0-1

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2003. Vybrané kapitoly z komprehenzivní surdopedie. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-605-X

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

ZELENÍK, Karol, 2015. Pediatrie pro praxi. Těžká oboustranná nedoslýchavost u dítěte s výbavnými otoakustickými emisemi [online]. Olomouc: Solen, 16(2) [cit. 13. 7. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201502-0013_Tezka_oboustranna_nedoslychavost_u_ditete_s_vybavnymi_otoakustickymi_emisemi.php

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Záznamový arch z pozorování v centru dětského sluchu Tamtam

Záznamový arch - pozorování

Datum:

Pozorovatel:

Organizace:

Počet přítomných pedagogických pracovníků

Počet přítomných dětí

Pořadí uskutečněného pozorování

Téma hodiny

Průběh hodiny

Doplňující informace poskytnuté pedagogickými pracovníky

Doplňující informace a poznámky pozorovatele