

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013 – 2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Milada Zahradníková

**Komunikační dovednosti dítěte s kochleárním
implantátem**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2013 - 2015

DIPLOMA THESIS

Milada Zahradníková

Communication skills of a child with a cochlear implant

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Vimperku dne 22. 5. 2015

Bc. Milada Zahradníková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PaedDr. Jarmile Klugerové, Ph.D za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této diplomové práce. Mé poděkování rovněž patří vedoucí SPC, paní PaedDr. Květě Tibitzlové, která mi poskytla praktické zázemí pro empirickou část mé práce.

Anotace

Předmětem práce jsou komunikační dovednosti dítěte s kochleárním implantátem. Prostřednictvím sluchu člověk přijímá informace a vnímá svět. Pokud je dítě sluchově postižené, má problém v jedné z nejzákladnějších potřeb člověka, kterou je právě komunikace. Sluchové postižení hodnotíme z medicínského hlediska a speciálně pedagogické péče. Velmi důležitá je včasná a správná diagnostika postižení. Pokud je dítě postiženo ztrátou sluchu, dochází k ovlivnění vývoje celé osobnosti. Z praktické části mé diplomové práce vyplývá, že komunikační dovednosti dítěte jsou ovlivněny mnoha faktory. Velmi záleží na rodině, která musí spolupracovat s odborníky a zároveň poskytnout dítěti maximální péči. Dále i na genetickém potenciálu nadání dítěte a v neposlední řadě na zdravotní péči.

Kochleární implantát pomáhá a dává neslyšícím dětem obrovský dar, slyšet zvuky z vnějšího prostředí.

Klíčová slova

Diagnostika, dítě, kochleární implantát, komunikace, logopedie, rodina, řeč, sluchové postižení, vada, vzdělávání.

Annotation

The subject of the work are the communication skills of a child with a cochlear implant. Through hearing person receives information and perceives the world. If the child is hearing impaired, has a problem in one of the most basic human need, which is communication. Hearing impairment is evaluated from a medical point of view and special educational needs. Very important is the timely and correct diagnosis of disability. If a child is affected by hearing loss, is influencing the development of the whole person. The practical part of my thesis shows that the communication skills of the child are influenced by many factors. Much depends on the family, which must work with professionals while providing maximum child care. Furthermore, the genetic potential talents of the child and not the least on health care.

Cochlear implant helps deaf children and gives great gift, hear sounds from outside.

Key words

Cochlear implant, communication, diagnostics, education, family, child, impair, imperfection, speech, speech therapy.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ PROBLEMATIKY SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ | 12 |
| 1.1 Sluchové postižení | 12 |
| 1.2 Klasifikace a etiologie sluchových vad | 13 |
| 1.2.1 Stupně postižení | 13 |
| 1.2.2 Podle místa vzniku postižení | 15 |
| 1.2.3 Období vzniku sluchové vady | 16 |
| 1.2.4 Etiologie sluchových vad | 17 |
| 1.3 Výskyt sluchového postižení v běžné populaci | 19 |
| 1.4 Diagnostika sluchových vad | 20 |
| 2 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY DĚTÍ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM | 23 |
| 2.1 Charakteristika komunikace | 23 |
| 2.2 Prostředky komunikace a komunikační systémy | 25 |
| 2.2.1 Odezírání | 25 |
| 2.3 Komunikační systémy sluchově postižených ve výchově a vzdělávání | 27 |
| 3 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT | 30 |
| 3.1 Princip a funkce kochleárního implantátu | 30 |
| 3.2 Výběr vhodných kandidátů | 32 |
| 3.3 Operace kochleárního implantátu | 35 |
| 3.4 Proces rehabilitace | 35 |
| 4 KOMUNIKACE A VÝVOJ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DÍTĚTE S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM | 39 |
| 4.1 Vývojové poruchy řečové komunikace u neslyšících dětí | 39 |
| 4.2 Motorické řečové poruchy | 43 |
| 4.3 Poruchy vývoje jazykových schopností dítěte | 45 |
| 4.4 Poruchy kognitivních schopností | 49 |
| 4.5 Poruchy na základě postižení percepce | 50 |
| 5 SYSTÉM PÉČE O DĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM | 53 |
| 5.1 Faktory ovlivňující rehabilitační proces | 53 |
| 5.2 Speciálně pedagogická péče dětí s kochleárním implantátem | 54 |

| | |
|--|------------|
| 5.3 Kochleární implantát a vývoj řeči | 56 |
| 5.4 Logopedická péče dětí s kochleárním implantátem | 57 |
| 5.5 Vzdělávání neslyšícího dítěte s kochleárním implantátem | 60 |
| 5.5.1. Speciální vzdělávání dítěte s kochleárním implantátem | 61 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 67 |
| 6 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ŠETŘENÍ | 67 |
| 6.1 Stanovení výzkumného problému | 67 |
| 6.2 Informační příprava | 67 |
| 6.3 Výzkumná metoda | 68 |
| 6.3.1 Předvýzkum | 70 |
| 6.3.2 Dotazník | 70 |
| 6.4 Časový harmonogram realizace diplomové práce | 73 |
| 6.4.1 Fáze přípravná | 73 |
| 6.4.2 Fáze realizace | 73 |
| 6.4.3 Fáze vyhodnocování | 75 |
| ZÁVĚR | 102 |
| DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 104 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 107 |
| SEZNAM ZKRATEK | 115 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK | 116 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 117 |

ÚVOD

Komunikace člověka je spjata s každodenním životem ve společnosti, je předpokladem i důsledkem mezilidských vztahů. Jedná se o určitou sociální interakci, která člověku zprostředkuje získávání informací různého druhu z okolního prostředí. Hlavním dorozumivacím prostředkem jsou slova. Každá kultura má svůj národní jazyk, pomocí kterého se dorozumívá, vlastní charakteristická gesta a odlišné způsoby chování.

„Člověk se rodí se schopností zvládnout jazyk jako systém výrazových prostředků a naučit se ho užívat v řečových projevech. Tato schopnost se změní ve skutečné zvládnutí jazyka díky tomu, že dítě vyrůstá v mluvícím prostředí. To mu dává vzor řeči, vítá pokusy dítěte o jejich nápodobu a reaguje na ně, čímž znalost jazyka upevňuje a prohlubuje. Bez tohoto kontaktu se řeč u člověka nevyvine. Ztratí-li dítě v dětství s mluvícím prostředím styk (např. ohluchne-li), vytvářející řeč vymizí.“¹

Řeč se může rozvíjet za předpokladu vytvoření fyziologických podmínek, mezi které patří nepoškozený zrak a sluch, zdravě utvořené mluvní orgány a psychické předpoklady, které musí být podpořené vhodně stimulujícím sociálním prostředím.

V průběhu vývoje dítěte s těžkou sluchovou vadou chybí právě jedna z podmínek pro správný vývoj řeči, kterou je nepoškozená činnost sluchového analyzátoru. Pokud dojde ke ztrátě sluchu, je možnost dorozumívání se mluvenou řečí narušena absencí sluchových vjemů. Vývoj dítěte je v důsledku nedostatečného sluchového vnímání zcela odlišný. Děti s těžkým sluchovým postižením nemohou bez včasné diagnostiky, volby kompenzační pomůcky a následné rehabilitace rozvíjet řeč.

Ve své diplomové práci se budu zabývat komunikačními dovednostmi dětí, s kochleárním implantátem. Téma práce jsem si zvolila s ohledem na vlastní zkušenosti při práci s dítětem se sluchovým postižením. Cílem práce je zjistit úroveň komunikačních dovedností dětí s kochleárním implantátem. Dílčím cílem bylo sledovat úspěšnost rehabilitačního programu a další perspektivy dítěte a jeho rodiny v souvislosti s mírou osvojených komunikačních dovedností.

První kapitola diplomové práce je věnována teoretickému vymezení základních pojmů problematiky sluchového postižení, klasifikaci a etiologii, výskytu a včasné diagnostice sluchových vad.

¹ KRČMOVÁ, M. RICHTEROVÁ, L. *Metodika jazykové výchovy v předškolním věku*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, s. 17. s. 128. ISBN 14-373-87.

Druhá kapitola pojednává o komunikačních systémech dětí s kochleárním implantátem. Podrobněji popisuje prostředky a komunikační systémy sluchově postižených využívané ve výchově a vzdělávání.

Třetí kapitola je zaměřena na podrobný popis kochleárního implantátu, jeho principu a funkce. Je zde uveden proces výběru kandidátů operace kochleárního implantátu, průběh vlastní operace a nástin procesu rehabilitace.

Čtvrtá kapitola blíže vymezuje vývojové poruchy řečové komunikace u neslyšících dětí, pojednává o narušení vývoje jednotlivých jazykových rovin a schopností. Další oblastí jsou motorické poruchy řeči, poruchy kognitivních schopností a poruchy na základě percepce.

Poslední kapitola teoretické části mé diplomové práce komplexně popisuje systém péče o děti s kochleárním implantátem. Zabývá se problematikou rehabilitačního procesu a jeho faktory ovlivňujícími úspěšnost péče. Podrobněji sleduje oblast řečových dovedností dětí s kochleárním implantátem, možnosti logopedické intervence a systém speciálně pedagogické péče. V poslední podkapitole jsou uvedeny možné způsoby vzdělávání dětí se sluchovým postižením.

V empirické části mé práce byl proveden výzkum, který si kladl za cíl zhodnocení komunikačních dovedností dětí s kochleárním implantátem. Na základě studia odborné literatury byl postupně stanoven postup výzkumné práce. V přípravné části výzkumu bylo provedeno dotazníkové šetření, které poskytlo mnohé informace a životní zkušenosti ze života rodin pečujících o dítě s kochleárním implantátem. Na základě dotazníkového šetření byly získány potřebné informace a kontakty s rodiči dětí s kochleárním implantátem. V tomto období byla také navázána spolupráce s odborníky Speciálně pedagogického centra v Českých Budějovicích, kteří pečují o děti s kochleárním implantátem v procesu integrace.

Vlastní výzkum byl zpracován kvalitativní metodou. V průběhu šetření byly použity metody pozorování, rozhovoru, analýzy písemných a odborných materiálů. Byly zpracovány tři podrobné případové studie zaměřené na oblast komunikačních dovedností. Dílčí oblastí zájmu bylo zjištění, jakou měrou ovlivňuje úroveň komunikačních dovedností další perspektivu dítěte a život celé jeho rodiny.

TEORETICKÁ ČÁST

*Sluchově postižené dítě je stejně inteligentní, stejně dychtivé poznávat svět jako každé jiné dítě. Na první pohled na něm žádnou odlišnost nespatříme. A přece je zde přítomno něco, co způsobí, že toto dítě – a než se nadějeme dospělý člověk – bude vždycky jiné než ostatní. Jeho odlišnosti zabránit nemůžeme, i kdyby nám to třeba někdo sliboval. Můžeme však docílit, že ač bude jiné, nebude horší než ostatní!*²

² HRUBÝ, J. [online]. [cit. 2008 – 22-11]. Motto. Dostupné z: <http://www.cun.cz/?clanek=10>.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ PROBLEMATIKY SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

1.1 Sluchové postižení

Sluch a zrak jsou hlavními smysly, prostřednictvím kterých člověk přijímá informace z vnějšího prostředí. Komunikace mezi lidmi je jednou z nejzákladnějších potřeb člověka. Komunikujeme pomocí zvukových informací, které umíme přijímat i dávat.

Podle Kabelky patří hluchota mezi nejtěžší postižení člověka. Uvádí se, že narodit se jako neslyšící je pro člověka těžší, než jako nevidomý. Z historického hlediska společnost nevidomé vnímala mnohem lépe, neslyšící brala jako slaboduché. Záznamy o péči o neslyšící se objevily až v období Velké francouzské revoluce.³

Dojde-li ke ztrátě sluchu, je možnost dorozumívání se mluvenou řečí narušena absencí sluchových vjemů. Tento proces lze blíže specifikovat jako přechod kvality sluchových vjemů, které se v normálním a předpokládaném prostředí neobjevují, jako zvednutí hladiny sluchového prahu, což redukuje možnost slyšet zvuk.

Zásadním způsobem je tak ovlivňováno přijímání zvukových vjemů.

*„Závažné sluchové postižení vede k eliminaci zvukových podnětů a tím i k informační deprivaci, ale nejde jen o omezení v oblasti vnímání řeči, nevýhodné je i chybění možnosti orientace v prostoru, který je mimo dosah zorného pole (např. zvuk jedoucího auta)“*⁴ Vzniká tak informační bariéra negativně ovlivňující výstavbu komunikačního systému, kognitivního, psychosociálního a emocionálního vývoje osobnosti jedince. V případě ztráty sluchu, přichází člověk až o 60% informací ze svého okolí.

³ KABELKA, Z. *Screening sluchu – podkladové materiály pro jednání o možnostech podpory screeningu sluchu. Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Sekce dětské ORL, 2009,[cit. 2010 – 07-16]. Dostupné na World Wide Web: <http://otolaryngologie.cz/screening-sluchu-podkladove-materialy-pro-jednani-o-moznostech-podpory-screeningu-sluchu-2/>*

⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 2005. s. 382. ISBN 80–246–1074–4.*

1.2 Klasifikace a etiologie sluchových vad

Sluchové postižení je zpravidla zhodnoceno a pojmenováno nejprve z hlediska medicínského a následně jako problém speciálně pedagogické péče. Je proto nutné rozlišovat pojmy vada sluchu a sluchové postižení.

Vada sluchu představuje hledisko zdravotnické, tedy diagnostiku míry využití sluchového vnímání pro běžný život z hlediska kvantitativního oslabení sluchové ostrosti a kvalitativní změny sluchového vjemu.

Dle Potměšila je sluchové postižení chápáno komplexněji s ohledem na psychosociální odraz vady zpět k jedinci.⁵

Michalík je názoru, že na zařazení vad sluchu je možné nalézt několik pohledů. Klasifikaci škály, která hodnotí situaci sluchu u dítěte, můžeme najít v odborné literatuře.⁶

V odborné literatuře je klasifikace sluchových poruch nejčastěji členěna podle:

- Stupně postižení
- Podle místa vzniku postižení
- Období vzniku sluchové vady
- Podle etiologie

1.2.1 Stupně postižení

Podle stupně postižení jsou v praxi sluchové vady posuzovány zejména podle vzdálenosti, ze které jedinec s postižením slyší mluvenou řeč. Z pohledu odborného vyšetření se stupně sluchových vad často hodnotí podle výsledku audiometrického vyšetření, kdy je sluchový deficit vypočítán určitým způsobem a vyjádřen hodnotou v decibelech.⁷

⁵ POTMĚŠIL, M. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Karolinum, 2007. s. 9-10. ISBN 978-80-246-1300-0.

⁶ MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách České republiky*. vyd. UP Olomouc:2005. s. 184. ISBN 80-244-1045-1.

⁷ JANOTOVÁ, N., SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 1998. s. 9. ISBN 80-7216-050-8.

Z hlediska kvantitativního měření sluchového deficitu byla stanovena světovou zdravotnickou organizací WHO v roce 1980 mezinárodní škála stupňů sluchových vad.

Tabulka 1 : Klasifikace sluchových vad podle WHO

| Velikost ztráty sluchu podle WHO | Název kategorie ztráty sluchu | Název kategorie podle Vyhl. MPSV č. 284 / 1995 Sb. |
|--|--------------------------------------|---|
| 0 – 25 dB | normální sluch | |
| 26 – 40 dB | lehká nedoslýchavost | lehká nedoslýchavost (již od 20 dB) |
| 41 – 55 dB | střední nedoslýchavost | středně těžká nedoslýchavost |
| 56 – 70 dB | středně těžké Poškození sluchu | těžká nedoslýchavost |
| 71 – 90 dB | těžké poškození sluchu | praktická hluchota |
| více než 90 dB, ale body v audiogramu i nad 1kHz | velmi závažné poškození sluchu | úplná hluchota |
| v audiogramu nejsou žádné Body nad 1 kHz | neslyšící | úplná hluchota |

Zdroj: HRUBÝ, J. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, s. 133. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

Z hlediska speciálně pedagogické intervence se sluchové postižení dělí podle stupně sluchové ztráty na nedoslýchavé, neslyšící, ohluchlé a osoby s kochleárním implantátem.

„Nedoslýchavost, ohluchnutí a prelingvální hluchota jsou tři úplně rozdílná postižení se zcela odlišnými a často dokonce vzájemně protichůdnými potřebami.“⁸

„Nedoslýchavost znamená každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci, nikoliv však jeho úplné vymizení.“ Každá nedoslýchavost může být do určité míry kompenzována elektronickými sluchadly.

⁸ HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. Praha: FRPSP, 1999. s. 42. ISBN 80-7216-096-6.

Neslyšící - „Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje jako neslyšícího toho člověka, který ani s největším zesílením neslyší zvuk.“⁹

Ohluchlí - jedná se o skupinu osob, které ztratily sluch během života. Důležitou okolností je období, kdy došlo ke ztrátě sluchu, zda v období dokončování vývoje řeči, nebo po jeho ukončení.

„Termín sluchově postižení - zahrnuje i osoby s kochleárním implantátem, přístrojem voperovaným do hlemýždě vnitřního ucha, který umožňuje vnímat zvuky jedincům s poškozeným Cortiho orgánem, ale se zachovalou funkcí sluchového nervu.“¹⁰

1.2.2 Podle místa vzniku postižení

Dělení sluchových vad podle místa poškození sluchového orgánu není samoučelné s ohledem na diagnostiku a následné volby způsobu léčby.

Pokud jde o místo vzniku postižení, můžeme vady rozdělit na dvě primární skupiny sluchových vad.¹¹

a) Převodní vada

„Pokud je porucha sluchu způsobena poruchou převodu mechanické energie v zevním nebo středním uchu (zvukovod, bubínek, řetěz kůstek až po oválné okénko včetně), jedná se o poruchu převodní - *hypacusis conductiva*.“¹² Čistá převodní porucha nemůže zapříčinit úplnou hluchotu, minimální pokles sluchu nepřekročí 60 dB. Převodní poruchy lze dobře kompenzovat.

⁹ HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. Praha : FRPSP, 1999. s. 45. ISBN 80-7216-096-6.

¹⁰ SOURALOVÁ, E. a LANGER, J. *Surdopedie I. Studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: SCV PdF UP a Vydavatelství UP, 2005. s. 10 ISBN 80-244-1007-9.

¹¹ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s. 131. ISBN:80-7315-120-0.

¹² HLOŽEK, *Základy audiologie*. Olomouc: UP, 1995. s. 13. ISBN 8070674989.

b) Percepční vada

Hložek uvádí, že porucha percepce – hypacusis perceptiva - je zapříčiněna poruchou Cortiho orgánu nebo části sluchové dráhy. „*Percepční poruchy se podle místa vzniku dělí na kochleární, které jsou lokalizované v Cortiho orgánu, a na suprakochleární, které jsou lokalizovány kdekoliv v dalším průběhu sluchové dráhy*“. Percepční poruchy jsou trvalé, jde o postižení v pásmu od střední nedoslýchavosti až po hluchotu. Představují závažnější problém z pohledu diagnostiky i léčby.¹³

c) Smíšené (mixta) vady

Pokud vadu způsobuje převod i percepce, jedná se o vadu smíšenou. Postižený slyší málo a špatně rozumí. Centrální vady představují obvykle komplikované patologické vady v podkorovém a korovém systému sluchové dráhy (sluchové centrum) a projevují se velmi rozmanitými příznaky např. tak, že daná osoba je schopna diferencovat a zaznamenat některé zvuky, nerozumí však mluvené řeči stejné intenzity.

1.2.3 Období vzniku sluchové vady

Dle časového úseku, kdy vada sluchu vznikla, je dělíme na vrozené nebo získané. Genetika (dědičnost) hraje velkou roli u vad vrozených, k poškození sluchu však může dojít i při zrání plodu.¹⁴

a) Vrozené vady (hereditární)

Podkladem těchto vad jsou zděděné genové defekty.

b) Získané vady (postnatální)

K postnatálním vadám dochází až v období po narození dítěte. Velmi důležitá je doba vzniku, jelikož ta určuje, zdali je vada získána prelingválně nebo postlingválně.¹⁵

¹³ HLOŽEK, *Základy audiologie*. Olomouc: UP, 1995. s. 13 - 14. ISBN 8070674989.

¹⁴ HRUBÝ J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu* (2. díl). Praha: FRPSP, 1998b. s. 15. ISBN 80-7216-075-3.

¹⁵ HRUBÝ J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu* (2. díl). Praha: FRPSP, 1998b. s. 15. ISBN 80-7216-075-3.

Prelingválně získaná sluchová vada

Jedná se o postižení vzniklé do šesti let věku dítěte, před fixací řeči.

Postlingválně získaná sluchová vada

Jedná se o získané postižení v období po fixaci řeči a ukončení základního vývoje řečových schopností po šestém roce života jedince. Do této skupiny jsou zahrnuty sluchové ztráty jak u dětí, dospělých, tak i seniorů, u nichž v důsledku nemoci či jiných traumat byla narušena schopnost slyšet. Vrozené i získané vady mohou být jak percepčního typu, tak i převodního. Speciální skupinou jsou vady dědičné.

1.2.4 Etiologie sluchových vad

Etiologie vysvětluje a zjišťuje příčiny nemocí sluchových poruch a vad. Je klíčová pro zjištění přesné diagnózy, prognózy a nastavení následného rehabilitačního procesu. Příčiny sluchových vad jsou děleny na dvě skupiny.

Endogenní (vnitřní) příčiny sluchových vad

Vrozené vady mohou být získány geneticky nebo kongenitálně v prenatalním nebo perinatálním období. „V souvislosti s dědičnými poruchami sluchu jsou zmiňovány syndromové příčiny, kdy dochází ke kombinaci jedné nebo několika anomálií a charakter jejich vzájemné mutace ovlivňuje závažnost postižení (např. Syndromy Usher, Waardenburg, Alport aj.)“¹⁶

Častější výskyt v populaci zaujímají nesyndromové vady dědičné autozomálně recesivně (nejčastějším typem přenosu např. mutace genu pro connexin 26). Vedou k opoždování vývoje řeči, těžší forma postižení může vést k defektnímu vývoji řečové funkce.

¹⁶ SOURALOVÁ, E. a LANGER, J. *Surdopedie I. Studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: SCV PdF UP a Vydavatelství UP, 2005. s. 12 ISBN 80-244-1007-9.

Exogenní (vnější) příčiny sluchových vad

Podle Nováka mohou v období prenatálním na plod působit různé vlivy biologického, chemického či fyzikálního původu. V perinatálním období může být toto riziko spojováno s protahovaným porodem. Mezi postnatální příčiny patří infekční nemoci a úrazy hlavy.¹⁷

Tabulka 2 : Příčiny sluchových vad

| prenatální příčiny | perinatální příčiny | postnatální příčiny |
|---|-----------------------------|---|
| dědičné podmíněné poruchy sluchu | porodní hmotnost pod 1500 g | meningitida |
| četné syndromy jako např. Usherův, Waardenburgův, Treacher-Collinsův, Pendrevův, Alportův aj. | předčasný porod | encefalitida |
| onemocnění matky během těhotenství: <ul style="list-style-type: none">• zarděnky• spalničky• černý kašel• toxoplasmóza• syfilis• cytomegalovirus | hypoxie | herpes zoster oticus |
| toxické látky (drogy, alkohol, nikotin) | asfyxie při porodu | dystrofie |
| kraniofaciální anomálie (také rozštěpy rtů a patra) | poranění lebky | příušnice |
| | novorozenecká seps | záškrt |
| | novorozenecká Žloutenka | bakteriální tympanogenní labyrintitida (bakteriální zánět labyrintu ušního bubínku) |
| | | lymská borelióza |
| | | toxoplasmóza |
| | | syfilis |
| | | HIV infekce |
| | | Akustické trauma z exploze nebo silného hluku |
| | | Meniérova choroba |
| | | presbyakuzis |

Zdroj: HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 21. ISBN 978-80-262-0084-0.

¹⁷ NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie*. Praha: Novák.

1.3 Výskyt sluchového postižení v běžné populaci

„Sluchové postižení je u obyvatelstva jedno s nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení“¹⁸

V odborné literatuře však nejsou k dispozici přesné údaje o výskytu a příčinách sluchového postižení. Číselné údaje o počtu sluchového postižení v populaci jsou v naší i zahraniční literatuře značně rozdílné.

Novák uvádí: *„ V české literatuře chybí statistické údaje z poslední doby o příčinách sluchových vad, bohužel nejsou ani přesné údaje, v jaké frekvenci se sluchové vady vyskytují v populaci. Ze zahraniční literatury se proto traduje, že přibližně 2 % osob z veškeré populace trpí různým stupněm sluchové vady.“¹⁹*

Hrubý hovoří v České republice o 3 900 osobách s praktickou hluchotou a asi 3 700 osobách s úplnou hluchotou trvající od narození anebo vzniklou před nástupem či v průběhu školní docházky. Ze zhruba 0,5 milionu sluchově postižených obyvatel je jen kolem 15 000 osob se sluchovým postižením, které se s vadou narodili nebo jejichž vada vznikla v dětství. Dále je publikováno, že v ČR žije přibližně 7 300 uživatelů znakového jazyka.²⁰

Podle zdravotnických statistických údajů se na každých 1 000 narozených dětí rodí 1-2 děti s těžkými percepčními ztrátami až hluchotou. Tato incidence narůstá na 6-12 z 1 000 dětí, pokud jsou do statistik zahrnuty i děti se středně těžkou sluchovou vadou.

¹⁸ NEUBERT, In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s. 129. ISBN:80-7315-120-0.

¹⁹ NOVÁK, A. In: JANOTOVÁ, N. SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, s.r.o., 1998. s. 8. ISBN 80-7216-050-8.

²⁰ HRUBÝ, J. In: JANOTOVÁ, N. SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, s.r.o., 1998. s. 130. ISBN 80-7216-050-8.

1.4 Diagnostika sluchových vad

Sluchové vady jsou z hlediska svých následků na vývoj osobnosti dítěte posuzovány jako jedny z nejzávažnějších.

Pokud je dítě postiženo ztrátou sluchu, jsou ohrožena nejvíce mozková centra sluchu a syntaxe, části, díky kterým má dítě možnost mluvit a číst s porozuměním. Při jejich postižení tato centra nemohou být rozvíjena. Rozvoj center je omezen dobou čtyř až šesti let, pak jejich vývoj zakrní, jelikož nedostává podněty z vnějšího prostředí.²¹ Aby se důsledky sluchové vady co nejvíce eliminovaly, je nejdůležitější včasná diagnostika, která je základním předpokladem úspěšné rehabilitace. Diagnostikou sluchu se zabývá medicínský obor audiologie. Aby došlo ke správnému vyšetření sluchu, je nutné brát v potaz fyziologické vlastnosti sluchu a objektivní i subjektivní veličiny měřené v akustice.

V současnosti je možné díky moderní diagnostické technice rozpoznat vadu sluchu již několik dnů po narození dítěte. Stále je však v mnohých případech vada rozpoznána ve dvou až třech letech. „70% dětí se získanými sluchovými vadami je objeveno nejprve rodiči a diagnóza sluchové vady nebývá učiněna u dětí v prelinguálním věku, tj. před 2. a 3. rokem věku, což je po kritickém období pro rozvoj řeči a jazyka.“²²

V České republice stále chybí zavedení celoplošného screeningu sluchu u novorozenců. Screening sluchových vad u dětí podporuje i primář oddělení ORL Nemocnice Na Bulovce MUDr. Tomáš Podlešák: *“K normálnímu rozvoji řeči je nezbytný sluch. Neslyšící dítě se navíc nemůže naučit ani číst a psát. Jen málo lidí si uvědomuje, jak nezbytný je sluch a řeč k zařazení do společnosti. Bez sluchu a možnosti komunikace s lidmi se může člověk snadno ocitnout v sociální izolaci.”*²³

Samotná diagnostika sluchu se provádí přístrojem na měření otoakustických emisí. Tato metoda je časově nenáročná a výsledky ve smyslu záchytu možných sluchových vad u novorozenců jsou velice uspokojivé.

Vyšetření probíhá na novorozeneckém oddělení mezi 2. a 5. dnem pobytu, většinou po kojení, ve spánku v tiché místnosti, aby bylo klidné a bylo možné ho dobře vyšetřit.

²¹ VÁGNEROVÁ, M. In: BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*, Brno: MSD, spol s.r.o., 2005. s. 25. ISBN 80-86633-37-3.

²² HLOŽEK, Z. *Základy audiologie*. Olomouc: UP, 1995. s. 74. ISBN 8070674989.

²³ ŠALEK, M. *Včasná diagnostika vad sluchu* [online]. Praha, 2012. [cit. 2012-06-03]. Dostupné z <http://zdraviamy.cz/m/news/view/Vcasna-diagnostika-vad-sluchu>.

Do ucha se mu vloží malá sonda, která vysílá zvuky a zároveň zaznamenává tzv. emise - zvukem ze sondy evokované (vzniklé) „odpovědi“ zevních vláskových buněk hlemýždě (vnitřního ucha).

U dětí od 8. měsíců do tří let jsou sledovány pátrací reakce na zvukové podněty (chrastítka, hračky) ze vzdálenosti 0,5 až 1m od hlavy vyšetřovaného dítěte ve spolupráci s rodiči. Dítě nesmí vidět zdroj zvuku. Lejska má názor, že pokud během této zkoušky dítě nereaguje, je zkouška doplněna dalšími metodami. Odborné vyšetření provádí lékaři na odděleních foniatrie a otorinolaryngologie (ORL- ušní, nosní, krční). Vymezuje tyto základní vyšetřovací metody jako subjektivní zkoušky sluchu a objektivní zkoušky sluchu.²⁴

Subjektivní zkoušky sluchu – vyžadují spolupráci vyšetřovaného. Klasická sluchová zkouška – jedná se o orientační zkoušku na základě opakování slov hlasitou (vox magna) a šeptanou řečí (vox sibilant), hodnotí se vzdálenost, ze které vyšetřovaný slova opakoval. Slovní audiometrií se pomocí sestavy slov šetří rozumění řeči, vyšetřovaný slova opakuje z nahrávky.

Mezi další subjektivní audiometrie patří prahová tónová audiometrie pomocí přístroje nazvaného audiometr, který generuje čisté tóny na frekvencích od 125 do 8000Hz. Je prováděna v dobře izolované místnosti. Vyšetřuje se zvláště vzdušné vedení a kostní vedení. Tato metoda vyžaduje spolupráci s vyšetřovaným pacientem. Provedením tohoto audiometrického vyšetření, které je vyhodnoceno na základě audiogramu, lze získat prahové hodnoty sluchu na různých frekvencích.²⁵

„Z audiogramu lze určit jak závažnost poruchy sluchu, tak i její typ.“²⁶ Součástí základního vyšetření jsou zkoušky sluchu ladičkami (zkouška Rinneho, Weberova, Schwabachova), které upřesňují typ sluchové poruchy. Výše uvedené metody nelze považovat za objektivní, protože jsou ovlivňovány mírou spolupráce vyšetřovaného.

Tam, kde spolupráce klienta není možná, je využíváno objektivních vyšetřovacích metod sluchu. V praxi se jedná zejména o malé děti nebo osoby s mentálním či kombinovaným postižením.

²⁴ LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

²⁵ LEJSKA, M. In: HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 29-30. ISBN 978-80-262-0084-0.

²⁶ ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 452. 978-80-7367-340-6.

Tympanometrie – měření tlaku před a za bubínkem, posuzuje se tlak ve středoušní dutině. Lékař vyhodnocuje typ nedoslýchavosti. „*Vyšetření evokovaných potenciálů sluchových (evoked response audiometry; ERA) spočívá v registraci vzruchu ze sluchové dráhy na zvukový podmět. V podstatě se jedná o speciálně modifikované elektroencefalografické vyšetření. Při správně vyvrálé sluchové dráze lze určit práh sluchu u dětí již během prvního půlroku jejich života. Potenciály se snímají z úrovně podkorové (BERA, ABR) či korové (CERA) třemi elektrodami umístěnými na povrchu hlavy, nejlépe ve spánku. ERA je rutinní metoda k zjištění stavu sluchu malých dětí pro správné nastavení sluchadel nebo indikaci kochleárního implantátu.*“²⁷

Otoakustické emise - jsou jinou metodou postavenou na registraci velmi slabých zvuků vznikajících na pohybové aktivitě vláskových buněk Cortiho orgánu po zvukovém dráždění. Na základě pohybů vláskových buněk se rozvlní endolymfa a perilymfa a přes převodní systém dojde k zakmitání bubínku. Ve zvukovodu je možné citlivým mikrofonem registrovat zvuk, který svědčí o nenarušené funkci vnitřního ucha. Toto vyšetření je velmi neinvazivní, podmínkou je neporušená funkce středoušního systému. Vyšetření je využíváno také pro screeningové programy.

“ *Audio vyšetření nám přesně spočítá rozsah sluchové ztráty a poradí, o kolik zesílit zvuk, ale už nepopíše, nakolik je člověk schopný vnímat a rozeznávat řeč.*“²⁸

Potměšil shrnuje dohady o lékařské diagnostice a konstatuje, že pro pedagogický proces není možno využít pouze lékařskou zprávu o stavu sluchu, která uvádí pouze hodnoty.²⁹

²⁷ ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 435. 978-80-7367-340-6.

²⁸ HELING, K.: *The Development of GeafChildren ,Academic Achievement Levels and Social Processes*, Hamburg, Signum, 1995. s. 20.

²⁹ POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999. s. 13. ISBN 80-7168-744-8.

2 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY DĚTÍ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

2.1 Charakteristika komunikace

Komunikace je přenos informací v průběhu sdělovacího procesu, kdy dochází k určité interakci ve společnosti. Nástrojem komunikace je především řeč a sluch.

“Sdělovací proces lze chápat jako široce klenutý reflexní okruh. Podněty pro sdělování vznikají ve společenském prostředí, jsou zachyceny vnímacími orgány a převedeny do příslušných oblastí centrálního nervového systému, kde se zpracují v příslušné impulsy k vlastnímu projevu, který se promítá ve společenském prostředí v dialekticky vzájemném ovlivňování.”³⁰

V důsledku sluchové vady nedochází spontánně k vývoji artikulované řeči, bez sluchu se řeč nevyvine, té se může naučit jen určitým výchovným postupem pomocí vjemů zrakových, kinesteticko motorických a hmatových.

„Ontogenetický vývoj orální řeči u dětí se sluchovým postižením je, v důsledku nedostatečné nebo neexistující sluchové zpětné vazby a v závislosti na dalších faktorech, odlišný od průběhu vývoje řeči u dětí slyšících.”³¹ Způsobuje omezení příjmu zvukových informací z okolního prostředí včetně hlasité řeči. Informace ze svého okolí získává jedinec zejména na základě zrakového vnímání, čímž se zvyšují nároky na koncentraci pozornosti. Myšlení se opírá zejména o konkrétní činnosti. Obtížně jsou utvářeny a chápány abstraktní a obecné pojmy, chudá slovní zásoba, je narušeno chápání sdělované informace.

Potíže se projevují i v oblasti porozumění čtených textů. Tyto deficity způsobují potíže v mluveném i psaném projevu osob se sluchovou ztrátou. Každá sluchová vada má své závažné důsledky v mezilidské komunikaci z hlediska formální i obsahové stránky řeči a tím ovlivňuje přirozený vývoj osobnosti dítěte a jeho společenských vztahů.

³⁰ SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. s. 162. ISBN 14-072-86.

³¹ HORÁKOVÁ, R. *Surdopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011. s. 76. ISBN 978-80-7315-225-3.

Osoby se sluchovým postižením představují velmi heterogenní skupinu, která se odlišuje z hlediska etiologie postižení, stupně sluchové ztráty, doby vzniku a rizika kombinace s dalšími postiženími. Způsob komunikace sluchově postižených je ovlivněn typem a stupněm sluchové vady. V rámci výchovně vzdělávacího procesu i v běžné komunikaci je zapotřebí volby adekvátního komunikačního systému, který zprostředkuje v maximální možné míře předávání a přijímání informací z okolního prostředí.

“ Sjednocujícím faktorem všech názorů na optimální komunikaci sluchově postižených je potřeba obousměrně přijatelného kódu informace. Tato potřeba je žádoucí, až nevyhnutelná, mezi matkou a dítětem, učitelem a žákem nebo profesionálem a jeho sluchově postiženým klientem. Limitujícím faktorem je absence nebo významná deformace zpětné sluchově - kognitivní vazby těžce sluchově postižených, a tím vyvolaná zcela přirozená preference vizuálně - motorických kódů komunikace. Stěžejním problémem je ale mimořádně vysoká individuální odlišnost jedinců se sluchovým postižením.“ ³²

Lidé s těžkou sluchovou vadou zpravidla užívají běžné komunikační prostředky odlišným způsobem, nebo jiný komunikační systém, vyhovující jejich potřebám. Komunikační prostředky osob se sluchovým postižením jsou ošetřeny zákonem č. 384/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Tento právní předpis definuje komunikační prostředky osob se sluchovým postižením - prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma. Je zde zakotveno právo na užívání těchto systémů, vzdělávání s jejich pomocí a právo na jejich výuku.

*„Při dorozumívání se sluchově postiženými se nejčastěji setkáváme se dvěma základními komunikačními systémy: audioorálním – reprezentovaným mluveným jazykem společnosti - a vizuálně motorickým - zastoupeným především znakovým jazykem, znakovým jazykem a prstovými abecedami.“*³³

³² KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2001. s. 15. ISBN 80-246-0329-2

³³ HORÁKOVÁ, R. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s. 138. ISBN:80-7315-120-0.

Neslyšící a lidé s těžkou sluchovou vadou zpravidla užívají běžné komunikační prostředky odlišným způsobem, nebo jiný komunikační systém, vyhovující jejich potřebám.

2.2. Prostředky komunikace a komunikační systémy

„Vizualizace mluvené češtiny je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace.“³⁴

Základní prvky při osvojování mluvené řeči tvoří rozvíjení funkčních schopností zbytků sluchu a nácvik odezírání. Nezbytným předpokladem osvojení orální metody je schopnost dobrého zvládnutí odezírání ze rtů komunikujícího člověka.

2.2.1 Odezírání

„Odezíráním nazýváme schopnost jedince vnímat mluvenou řeč zrakem a pochopit obsah sdělení nejen podle pohybů úst, ale i podle mimiky obličeje, výrazu očí a gestikulace.“³⁵

Dítě odezírá přirozeně. Vnímá pohyby mluvidel a gestikulaci obličeje. Proces odezírání je však velmi náročný. Podle Krahulcové můžeme odezírání chápat jako „přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, aktem mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného.“³⁶

³⁴ ZÁKON ZE DNE 23. ZÁŘÍ 2008, KTERÝM SE MĚNÍ ZÁKON Č. 155/1998 SB., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony [online].[2008-20-10]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-23-zari-2008-kterym-se-meni-zakon-c-1551998-sb-o-znakove-reci-a-o-zmene-dalsich-zakonu-a-dalsi-souvisejici-zakony-16832.html>.

³⁵ JANOTOVÁ, N. *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. Septima, s.r.o.:1996, s. 5. ISBN 80-85801-84-1.

³⁶ KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 193. ISBN 80-246-0329-2.

Odezírání se vyznačuje celistvostí sledování mluvené řeči v určitém prostoru, lze jej chápat jako „*komplexní čtení artikulačních pohybů pomáhá sledování mimiky a gestikulace.*“³⁷

- odezírání viditelných artikulačních pohybů mluvidel
- pohybů celého těla
- celkového postoje mluvícího
- proměnlivé vzdálenosti mezi mluvícími
- pauz v čase mluvení
- odvozování významů viditelných artikulačních pohybů mluvidel, při odezírání

Nejlépe se naučí dítě odezírat v domácím prostředí. Naučí se rozumět větám i slovům. „*Odezírání je nezbytné před kochleární implantací, ale i pro velkou část dětí je důležité i později, například při poslouchání v hluku či na větší vzdálenost, ve chvílích, kdy je nutné sluchadla či vnější části implantátu odložit.*“³⁸

Cílem této orální metody je osvojení si mluvené řeči, což je jedna ze základních podmínek pro začlenění do společnosti. S ohledem na vyspělou technickou úroveň kompenzačních pomůcek mají dnes sluchově postižení lepší zpětnou sluchovou vazbu.

Vizuálně – motorická

Znakový jazyk – je komunikační systém s vlastní gramatikou a slovní zásobou.

V zákoně je definován jako „přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně - pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu.“³⁹

Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitý členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

³⁷ KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 193. ISBN 80-246-0329-2

³⁸ ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 483. ISBN 978-80-7367-340-6.

³⁹ ZÁKON ZE DNE 23. ZÁŘÍ 2008, KTERÝM SE MĚNÍ ZÁKON Č. 155/1998 SB., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony [online].[2008-20-10]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-23-zari-2008-kterym-se-meni-zakon-c-1551998-sb-o-znakove-rci-a-o-zmene-dalsich-zakonu-a-dalsi-souvisejici-zakony-16832.html>

Znakovaná čeština – je uměle vytvořený komunikační systém v České republice, jedná se o běžně mluvený jazyk doplněný pohyby, které ukazují odpovídající znaky českého znakového jazyka.

Prstová abeceda neboli daktyl – využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je využívána zejména k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů.

Psaná podoba jazyka – obnáší osvojení si psané podoby jazyka, jeho porozumění. Psanou formou řeči jedinec vyjadřuje své pocity a myšlenky v grafické podobě.

Nejdůležitějším úkolem rodičů a odborníků je včasná volba funkčního komunikačního systému, který dítěti se sluchovým postižením zprostředkuje příjem informací z okolního prostředí.

2.3 Komunikační systémy sluchově postižených ve výchově a vzdělávání

Podle Krahulcové se v průběhu odborné péče o sluchově postižené vyprofilovaly čtyři komunikační systémy:

- Systém orální komunikace
- Systém simultánní komunikace
- Systém totální komunikace
- Systém bilingvální komunikace

Systém orální komunikace – jedná se o nejstarší komunikační systém, který je uplatňován ve výchovně vzdělávacím procesu. Předpokladem orální komunikace je Podle definice M. Sováka, *“Orální metoda. Jak naznačuje název, jde o mluvenou řeč. Neslyšící děti se učí mluvené řeči a jejím prostřednictvím pronikají do života společnosti a do jejího kulturního a společenského bohatství. Základními součástmi orální metody je vyvíjení a osvojování mluvené řeči, výcvik odezírání, rozvíjení funkční schopnosti zbytků sluchu.”*⁴⁰

⁴⁰ SOVÁK, M. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Aktuální problémy speciální pedagogiky. 1. vyd. Praha: SPN, 1978. s. 94. ISBN 14-759-78.

Krahulcová uvádí, že systém simultánní komunikace – jedná se o překlad mluveného jazyka do znakové řeči a obráceně v průběhu komunikačního procesu formálního charakteru. Cílem je zpřesnění výpovědi a vyrovnání orálního a vizuálně motorického způsobu komunikace.⁴¹

System totální komunikace podle Krahulcové a Žatkové je „komunikační systém, který v sobě spojuje všechny použité komunikační formy (sluchové, slovní, ruční atd.) k dosažení účinného a oboustranného dorozumívání se sluchově postiženými a mezi nimi navzájem.“⁴²

„ System bilingvální komunikace - je takový systém práce ve výchově a vzdělávání sluchově postižených, kdy jsou užity dva jazyky nezávisle na sobě. Znakový jazyk jako první a později je uveden jazyk většinové společnosti, v našem případě češtiny“.⁴³

Nejdůležitějším úkolem rodičů a odborníků je včasná volba funkčního komunikačního systému, který dítěti se sluchovým postižením zprostředkuje příjem informací z okolního prostředí. Tato volba představuje vždy obtížný proces rozhodování.

Podle Leonhardta je potřeba osvojit si přiměřené řečové, komunikační a sociální kompetence k osvojení kulturních hodnot společnosti, umožňující odbourání komunikační bariéry a postupného budování nezávislé existence.⁴⁴

⁴¹ KRAHULCOVÁ, B. Komunikace sluchově postižených. Praha: Karolinum, 2002, ISBN 80-246-0329-2.

⁴² KRAHULCOVÁ, B. ŽATKOVÁ, B., *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: UK, 1996, s. 29. ISBN 80-7184-239-7.

⁴³ POTMĚŠIL, M. In: KRAHULCOVÁ, ŽATKOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: UK, 1996. s. 81. ISBN 80-7184-239-7.

⁴⁴ LEONHARDT, A. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. s. 30. ISBN 80-967180-8-8.

*„Neexistuje jediná nebo nejlepší metoda, cesta, způsob, komunikační strategie nebo vzdělávací program, ale široké spektrum možností k překonání komunikační bariéry na podkladě individuálních schopností sluchově postižených. Největším omylem historie speciálně pedagogické péče byla jednostrannost a hledání jediného nejlepšího reedukačního a rehabilitačního programu. Budoucností je pouze otevřený systém diferenciovaných edukačních a rehabilitačních programů pro sluchově postižené.“*⁴⁵

Po zjištění sluchové vady je tedy nutná volba vhodného rehabilitačního programu, která předpokládá nejprve včasnou komplexní diagnostiku, přidělení adekvátní sluchové protetiky a pokračuje následnou speciálně pedagogickou péčí.⁴⁶

⁴⁵ KRAHULCOVÁ, ŽATKOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: UK, 1996. s. 14. ISBN 80-7184-239-7.

⁴⁶ JANOTOVÁ, N., SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, s.r.o., 1998. s. 10. ISBN 80-7216-050-8.

3 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT

„Včasné vybavení dítěte zesilovačem zvuku je nezbytnou podmínkou kompenzace sluchové vady.“⁴⁷ Nové typy sluchadel pomáhají nejen lehce a středně nedoslýchavým dětem, ale i dětem s těžkými vadami sluchu. „Především díky moderním technickým pomůckám je možné integrovat i většinu sluchově postižených, konkrétně děti nedoslýchavé, které se sluchadly rozumějí mluvené řeči, a ty děti s implantovanou kochleární neuroprotézou, které se po implantaci dostanou na úroveň nedoslýchavých.“⁴⁸

Přidělením kompenzační sluchové náhrady je dítěti umožněno slyšení zvuků ze svého okolí, dítě je může lépe identifikovat, jsou vytvořeny základní podmínky pro vývoj řeči a orientaci v okolním prostředí slyšících.

3.1 Princip a funkce kochleárního implantátu

Stále více pacientů s těžkou sluchovou vadou má voperován kochleární implantát. *„Kochleární (nitroušní) implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektronickou stimulací (drážděním) sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha.“⁴⁹*

Tichý uvádí, že *„jeho činnost je založena na zcela jiných principech než činnost sluchadel. Zatímco sluchadla zvuk zesilují, a tím kompenzují ztrátu citlivosti vnitřního ucha, kochleární implantáty zvuk sejmutý mikrofonom analyzují a přetvářejí na sled elektrických impulsů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu.“⁵⁰*

V nervových vláknech dochází k vytváření vzruchů, které jsou následně ve sluchových centrech vyhodnoceny jako sluchové vjemy.

⁴⁷ MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách České republiky*. vyd. UP Olomouc:2005. s. 182. ISBN 80-244-1045-1.

⁴⁸ BAREŠOVÁ, J. a HRUBÝ, J. *Didaktické a technické pomůcky pro sluchově postižené v MŠ a ZŠ*. Praha: Septima, s.r.o., 1999. s. 4. ISBN 80-7216-105-9.

⁴⁹ HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. s. 59. ISBN 80-7216-213-6.

⁵⁰ TICHÝ, T. *Technické aspekty kochleárních implantací I. In: Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.

Kochleární neuroprotéza je elektronická sluchová náhrada, která obchází nefungující vláskové buňky a vyvolává sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací zachovalých vláken sluchového nervu.⁵¹

Kochleární implantát se skládá ze dvou částí:

vnější části - zvukový (řečový) procesor, mikrofon, vysílací cívka s kabely

vnitřní části - přijímač, svazek elektrod (vlastní implantát)

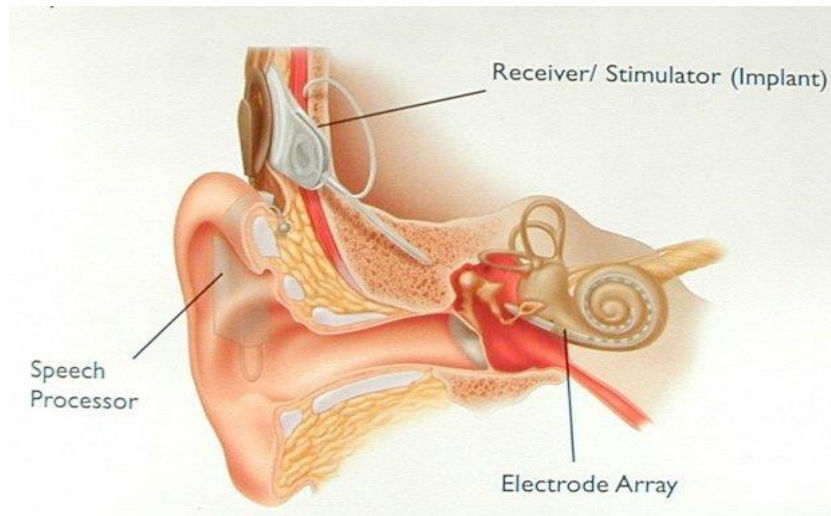
Vnější část je zavěšena na ušním boltci, tvoří ji mikrofon (buď v podobě krabičky, nebo ve tvaru závěsného sluchadla), který zachytí zvuk z prostředí a vysílací cívka. Zvukový (řečový) procesor tyto přichozí zvuky elektronicky zpracuje, zvuk analyzuje, digitalizuje na kódované signály a ty jsou vyslány vysílací cívkou, která pomocí magnetu drží přes kůži na cívce vnitřní části přímo do přijímače. Tyto kódované signály se přenáší přes kůži elektromagnetickou indukci do vnitřní části kochleárního implantátu. Součástí zvukového procesoru jsou baterie, poskytující zdroj energie, a přepínače, které umožňují uživateli nastavit nejen hlasitost či citlivost, ale i druh programu v závislosti na prostředí. Cílem je dosáhnout co nejoptimálnějšího zvukového vjemu v daném prostředí. *Vnitřní část* tedy obsahuje přijímač a svazek 22 elektrod. Přijímač je voperován do jamky skalní kosti. Elektrody jsou implantovány do hlemýžďe (cochley), „*zasunutý svazek elektrod dráždí přímo nervová vlákna vedoucí do ganglion spirale a dále do sluchového nervu.*“⁵²

Nervová vlákna podrážděná elektrickými impulsy vedou informaci do vyšších sluchových drah a dále pokračují tyto signály do mozku, který je rozeznává jako zvuk.

⁵¹ KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE [online]. [cit. 2012-23-11]. Dostupné z: <http://orl.lf1.cuni.cz/centrum-pro-kochlearni-a-kmenove-implantace-7797>

⁵² ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 459. 978-80-7367-340-6.

Obrázek 1: Kochleární implantát



Zdroj: *Centrum kochleárních implantací u dětí* [online]. Praha [cit. 2013-02-14]. Dostupné z <http://www.ckid.cz/kochimp.asp>.

Kochleární implantát je určen pro malé děti s vrozenou hluchotou, ohluchlé starší děti a dospělé s oboustranným postižením sluchu, kterým ani intenzivní rehabilitace s výkonnými sluchadly nezprostředkují percepci řeči. Jedná se o sensorineurální poruchu sluchu, označovanou také jako percepční, kdy je porušena funkce vláskových buněk v hlemýždi vnitřního ucha, sluchový nerv je však zachován a může reagovat na elektrické impulsy z implantátu.

Dále pak pro děti ohluchlé po zánětu centrálního nervového systému např. po virózách, po meningitidě. V těchto případech se implantace provádí po půl roce od stanovení diagnózy.

3.2 Výběr vhodných kandidátů

Možnost implantace se posuzuje na základě odborného vyšetření specializovaného pracoviště zabývajícího se problematikou kochleárních implantací u dětí a mladistvých do 18 let. Centrum kochleárních implantací bylo zřízeno v roce 1996 Ministerstvem zdravotnictví na Klinice ušní, nosní a krční 2. LF a FN v Motole.

Do centra CIKD přicházejí rodiče dítěte s těžkou sluchovou vadou k posouzení vhodnosti kochleární implantace pro své dítě, které je „ většinou doporučeno foniatrem, ORL lékařem a pediatrem – někdy žádají informace a vyšetření sami rodiče.“⁵³

Implantaci předchází výběr vhodných kandidátů, který je prováděn velmi zodpovědně, a výchozí předpoklady každého pacienta jsou pečlivě zvažovány. S ohledem na náročnost následné několikaleté rehabilitace sluchu a velké finanční investice jsou vhodní kandidáti na implantaci podrobeni přísným kritériím výběru, která stanovila Česká společnost pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku J. E. Purkyně.

Správné posouzení toho, zda dítě bude schopno plně využít kochleární implantát, je základním předpokladem k provedení chirurgického zákroku. Psychologická kritéria výběru se prolínají s kritérii audiologickými a logopedickými, přičemž respektují ekonomické a etické požadavky na implantaci dětí.

Kandidát kochleární implantace

- Má mít schopnosti a vlastnosti, které umožní spolehlivé naprogramování řečového procesoru a využití kochleárního implantátu.
- Výsledky speciálních testů použitých k jeho vyšetření mají ukazovat na dobrou prognózu řečového rozvoje.
- U kandidáta v pubertálním nebo adolescentním věku je nezbytné pečlivě zvážit, zda je dostatečně motivovaný k trvalému nošení viditelných částí implantátu.
- Rodiče kandidáta musí být podrobně informováni o možnostech, omezeních a rizicích kochleární implantace.
- Je nutné, aby měli o přínosu implantace realistickou představu a chtěli své dítě vychovávat orálně.
- Měli by být ochotní a schopní spolupracovat při dlouhodobé pooperační rehabilitaci.
- Rehabilitační péče musí být zahájena a dobře zajištěna již před operací.
- Je nutné, aby ji souběžně poskytoval klinický logoped nebo speciální pedagog v místě bydliště dítěte a klinický logoped z centra kochleárních implantací u dětí, odkud je potom pooperační péče řízena.

⁵³ HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. s. 61. ISBN 80-7216-213-6.

- Na organizačním zajištění rehabilitace se podílí i klinický psycholog z centra kochleárních implantací, který je nejen zdrojem opory pro rodinu, ale působí i jako koordinátor služeb. Pomáhá rodičům při vytvoření komplexního plánu předoperační i pooperační péče, seznamuje je se všemi dostupnými službami, které by mohly stimulovat vývoj jejich dítěte, a zprostředkovává jim kontakt na svépomocné organizace rodičů.

Děti jsou před implantací vyšetřeny týmem odborníků. V procesu jsou zapojeni audiolog, foniatr, ORL odborník, psycholog, neurolog, specialista na vyšetření CT, NMR, klinický inženýr a specializovaný logoped. Výběr kandidátů a pooperační rehabilitace vyžadují spolupráci všech zúčastněných specialistů. Podrobná vyšetření a sledování dítěte před stanovením diagnózy trvá přibližně šest měsíců, probíhá ve dvou fázích. *“ První fáze probíhá až do doby, kdy jsou materiály dítěte předloženy implantační komisi. “*⁵⁴

Provádí se foniatrické, psychologické a logopedické vyšetření v tříměsíčních intervalech. Vyhodnocuje se závažnost sluchové vady a její dopad na vývoj řeči a jazyka.

Audiometrická vyšetření subjektivními metodami – tónový audiogram, zisková křivka se sluchadly, slovní audiogram a vyšetření VRA - se doplňují o metody objektivní audiometrie (OAE, BERA, ERA – SSEP), kdy přístroj zaznamenává reakce mozku spícího dítěte na podněty různé hlasitosti. *“ Po třech měsících se uskuteční kontrola u foniatra a psychologa, kteří společně s logopedem zhodnotí pokroky dítěte, splňuje-li dítě i audiologická kritéria, stává se kandidátem kochleární implantace. “*⁵⁵

Dle Holmanové se ve druhé fázi provádí během krátké hospitalizace na ORL klinice v Praze v Motole komplexní vyšetření otorinolaryngologické, vestibulární, pediatrické, neurologické, magnetická rezonance nebo počítačová tomografie a u starších dětí elektrická stimulace sluchového nervu.⁵⁶

Pokud dítě na základě výsledků provedených vyšetření splňuje všechna kritéria, je dokumentace předána ke schválení Komisi pro posuzování oprávněnosti úhrady kochleárních implantací zřízené při VZP ČR. Kladné rozhodnutí komise je předpokladem pro hrazení implantace příslušnými zdravotními pojišťovnami.

⁵⁴ HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. s. 62. ISBN 80-7216-213-6.

⁵⁵ HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. s. 63. ISBN 80-7216-213-6.

⁵⁶ HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. ISBN 80-7216-213-6.

3.3 Operace kochleárního implantátu

Kochleární implantace je operační výkon, který si klade za cíl nahradit porušenou funkci vnitřního ucha. V průběhu operace vnitřního ucha - hlemýždě - je zaveden svazek elektrod, nahrazujících činnost vláskových buněk ve vnitřním uchu. Elektrody vydávají impulzy a ty jsou následně vedeny sluchovým nervem do sluchových center v mozkové kůře. Operaci provádí zkušený kochlearní chirurg za pomoci operačního mikroskopu. Tento operační zákrok trvá přibližně tři hodiny. Chirurg vede řez za uchem pacienta, kůže je ohrnuta, do kosti je vyvrtána dutina, která je připravena na budoucí uložení implantátu. Chirurg pokračuje v oblasti vnitřního ucha, kde vyvrtá otvor, aby se dostal k okrouhlému okénku a k hlemýždi. Zde prochází pod přesným úhlem svazek elektrod tak, aby se správně vinul kolem hlemýždě. „*Pro co nejšetrnější implantaci je součástí konce elektrody patentovaný Softip, který umožňuje šetrné zasunutí, aby minimalizoval riziko poškození jemných struktur kochley.*“⁵⁷

Než chirurg uzavře operační ránu, ověří se funkčnost implantátu pomocí telemetrických měření impedance a dalšími testy. Pacient je následně probuzen a druhý den po operaci vstává z lůžka. Pokračuje hospitalizace v nemocnici, po týdnu je propuštěn do domácího léčení. Po 4 – 6 týdnech následuje pooperační péče. Rána se hojí a tělo si zvyká na kochleární implantát. Samotná operace nestačí k úspěšnému využití kochleárního implantátu. Velmi důležitý je dlouhodobý rehabilitační proces.

3.4 Proces rehabilitace

Rehabilitační proces je zahájen již před samotnou operací. Zahrnuje komplexní diagnostiku dítěte. Rodiče jsou seznámeni s problematikou kochleární implantace a následným plánem rehabilitace.

Před operací probíhá logopedická příprava. Do péče logopeda spadají děti různého věku, od několika měsíců až po věk několika let. Logoped pravidelně pracuje s dítětem alespoň jednou za měsíc. Nejpočetnější skupinu tvoří děti mladší než jeden rok, tento věk je ideální pro úspěšnou implantaci. Je to období vzájemného poznávání logopeda a rodiny, navazování společnou spolupráci, je neustále zpřesňována diagnostika a ta rodičům poskytuje nové informace o rehabilitaci a péči o dítě.

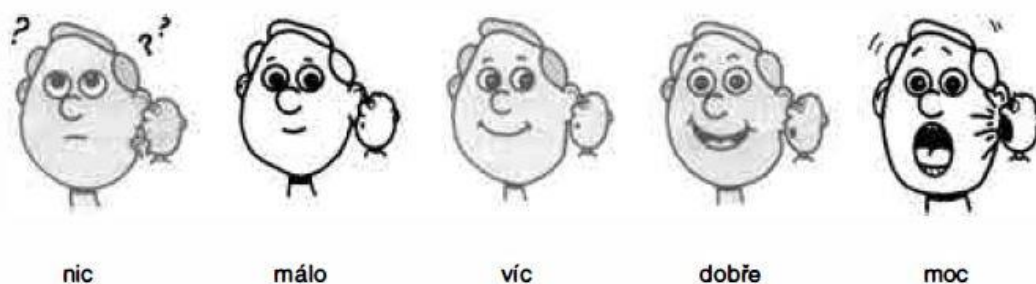
⁵⁷ COCHLEAR™, 2009b. Navržen pro nejlepší sluchový výkon: představujeme systém cochlear™, Nucleus R 5 [propagační materiály]. Czech, 17 s.

Prohlubuje se tak důvěra mezi rodiči a odborníky, která je v těchto případech velmi důležitá, jelikož pouze při správné spolupráci těchto dvou partnerů můžeme předpokládat kladný výsledek. Logoped by se měl snažit podávat reálné informace a rodina by tak měla mít realistickou představu i očekávání. Dochází tak, ze strany odborníka, k přiměřené motivaci rodiny.

Velmi důležitá je však předoperační příprava komunikace dítěte. Před implantací musí být dítě schopno reagovat se sluchadly na zvuky a určit jejich intenzitu. Při vložení nebo použití implantátu v útlém věku musí logoped zajistit dostatečnou přípravu na tuto situaci a nacvičit s dítětem podmíněnou reakci na zvukový podnět. Může nastat situace, že se nácvik bez odezírání nedaří, pak je nutné naučit reakci alespoň se zrakovou či hmatovou kontrolou. Je opravdu nutné, aby dítě, bez ohledu na jeho věk, bylo informováno o nutnosti poslechu a následné reakci na zvuk.

Hlavním úkolem je tedy seznámit dítě s pojmy „nic“, „málo“, „dobře“, „moc“ K seznámení s těmito pojmy logoped používá obrázky, na nichž je vyobrazená gestikulace nakreslených dětí. Programuje tak dítěti představu o jednotlivých pojmech. Výsledkem této přípravy by mělo být správné určení intenzity zvuku po implantaci a následném nastavení aparátu. Z toho důvodu musí být příprava zahájena včas a je nutno jí věnovat zvláštní pozornost.

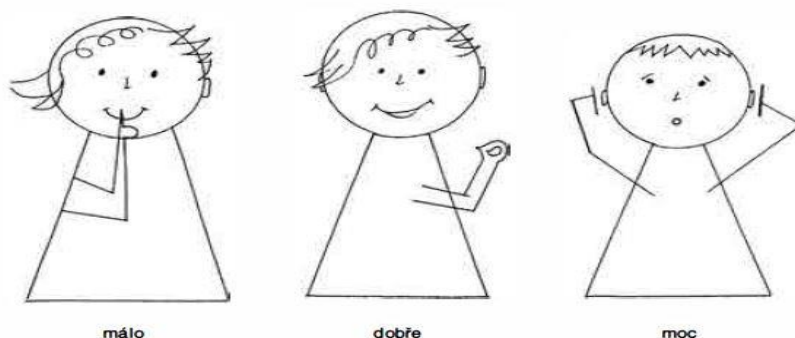
Obrázek 2: Obrázky pro seznamování s pojmy určujícími intenzitu zvuku



Zdroj: ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 517. ISBN 978-80-7367-340-6.

U nejmenších pacientů musí logoped zajistit zjednodušení tohoto úkolu, přizpůsobuje ho věku. Používá k tomu obrázek, kde jsou zobrazeny tři postavy dětí, které pomocí rukou naznačují, jak je intenzita zvuku silná. Pomáhají tak při programování řečového procesoru. Jsou velmi jednoduché a i dvouleté dítě má schopnost určit alespoň přibližnou hlasitost podnětu.

Obrázek 3: Jednodušší verze obrázků k určování intenzity zvuku



Zdroj: ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 518. ISBN 978-80-7367-340-6.

Přibližně šest týdnů po implantaci kochleárního implantátu dochází k prvnímu programování řečového procesoru. V prvním roce je programování řečového procesoru opakováno přibližně desetkrát. Kvůli individuálnímu nastavení je to v dalších letech opakováno nejdříve po třech měsících, po půl roce a následně jedenkrát za rok. Důležité je nastavení optimálního rozsahu stimulace jednotlivých elektrod.

Celé je to poměrně složitý proces, ve kterém se musí synchronizovat několik výkonných složek. Důležitá je perfektní spolupráce logopeda s inženýrem, který provádí technické programování, a velmi aktivní spolupráce dítěte. První programování je pro pacienta velmi klíčové. Dítě během operace prožilo nespočetně situací, které mohou ovlivnit jeho následnou reakci na programování a celý proces. Proto je důležitá souhra, profesionální přístup a podpora rodiny. Většinou mají děti strach obavu z neznámého. Ačkoliv je předoperační příprava kvalitní, mohou mít strach z procesoru, kabelů, mikrofону. Musíme si uvědomit, že některé děti jsou opravdu malé a dostávají se do situace, která je pro ně naprosto neznámá. Proto celý proces ovlivňuje míra schopnosti spolupráce dítěte s odborníky i jeho vlastní rodinou. Každé dítě má individuální schopnosti v míře soustředění a naučení se reakcím, které jsou po nich požadovány. Ačkoliv se logoped snaží naučit dítě reakci na zvuk již před operací, jsou děti často zmateny a překvapeny, jelikož zvuk z implantátu je odlišný.

V počátcích je tento proces velmi náročný jak pro dítě, tak pro jeho rodinu, projevují se zde velmi často různé emoce.

Cílem celého procesu je vytvoření "mapy". Aby mapa mohla být vytvořena, potřebujeme opět spolupráci dítěte. Musí určit nejtišší zvuk a nejhlasitější zvuk. Nejhlasitější zvuk mu však nesmí být nepříjemný. Tato mapa se nevytváří jednorázově, je to dlouhodobý proces spolupráce. U menších dětí je nutná velká obezřetnost, jelikož velmi silný zvuk by mohl dítě polekat a vytvořit pro ně tak negativní zážitek, který může vést k přerušení vazeb a následné spolupráce dítěte na dlouhou dobu. Cílem vytvořené mapy je, aby dítě slyšelo tiché zvuky a aby mu žádný hlasitý zvuk nebyl nepříjemný. Dále se zjišťuje, zdali je dítě schopno správně určit začátek a konec zvuku. Díky tomu rozeznávají, že zvuk dítě slyší, avšak nepředpokládá se 100% přesnost určení. Dalším krokem po naprogramování řečového procesoru, je schopnost poznávání zvuků z okolí. V prvních fází dítě na zvuk upozorňujeme tak, aby začalo vnímat jeho zdroj. Dále je nutné, aby si dítě začalo postupně uvědomovat a zlepšovat vlastní mluvený projev. Je nutné naučit ho rozlišovat krátký, dlouhý, vysoký, hluboký, tichý a hlasitý zvuk. Cílem celého procesu je, aby pacient přirozeně komunikoval mluveným jazykem.

Spolupráce s dítětem musí být dlouhodobá, velmi důležité je rozvíjení slovní zásoby. Používáme k tomu jeho zájmy, pomocí společné hry vedeme dítě k určování zvuků z okolí. Vždy je nutný pozitivní přístup s následnou odměnou za každou snahu použití svého hlasu. Nutný je individuální přístup rodičů, kteří musí s dítětem každý den pracovat, ovšem vždy pod dohledem zkušeného logopeda. Pooperační rehabilitace totiž může přinést úspěch jen v případě, že rodiče mají dostatek objektivních informací o možnostech i omezeních kochleárního implantátu. Důležitým závěrem je, že zlepšení kvality sluchu může přijít až po dostatečné rehabilitaci, jejíž časový harmonogram je individuální.

Všeobecně můžeme říci, že u starších dětí, které ohluchly postlingválně, je rehabilitace jednodušší a kratší. Ovšem u malých dětí trvá až několik let, jelikož ohluchly ještě před osvojením řeči a jazyka, tedy prelingválně. Podmínkou kladného rehabilitačního výsledku je celodenní užívání sluchadel. Dítě se učí pomocí sluchadel podmíněně reagovat na zvukový podnět.

4 KOMUNIKACE A VÝVOJ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DÍTĚTE S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

4.1 Vývojové poruchy řečové komunikace u neslyšících dětí

Pouze lidský rod dostal tu cennou vlastnost, kterou je řeč. Pokud budeme chtít spontánní vývoj řeči charakterizovat u neslyšících dětí, musíme si uvědomit, že je naprosto odlišný od vývoje řeči slyšících dětí. Díky špatné funkci sluchu má postižené dítě zhoršené podmínky, jelikož řeč nemá možnost slyšet, a tím si nemůže vytvářet kvalitní slovní zásobu. Velkou roli hraje věk, ve kterém dítě o sluch přijde.

Dítě s vrozenou, prelingvální hluchotou se projevuje ranými typy předverbálních zvukových projevů. Důležitým momentem v ontogenezi řeči je období přechodu z pudového žvatlání na žvatlání napodobující (6. – 9. měsíc). Může to být křik, křik s emocionálním zabarvením, pudové žvatlání, avšak postupem stárnutí kojence tyto projevy naprosto zanikají. Uvádí se, že již tento typ projevů je obecně velmi tlumený a monotónní, dítě neslyší svůj hlas. Spontánně, bez pomoci odborného vedení se řeč nevyvine. Jediná možnost, jak se tyto děti snaží komunikovat, je odezírání a pozorování mimiky ostatních, avšak zachytí pouze zlomky rozhovoru. Nemůžou tak pochopit souvislost, smysl dané situace a kvůli soustředěnosti musí přerušovat činnost, kterou v danou chvíli vykonávají. Díky tomu zaostávají v citovém vývoji i vývoji myšlení. Neslyšící nedokáží kontrolovat sami sebe, proto jejich projevy bývají hlučné a pro okolí nepříjemné, příkladem je mlaskání, skřípání zuby atd. Tím je negativně ovlivňován proces sociální interakce. To se začíná projevovat okolo prvního roku života. Slyšící dítě v tomto období začíná chápat obsahovou i formální složku řeči, což je pro dítě se sluchovým postižením obtížné.

Pokud dítě hluchotu získá na konci prelingválního nebo i počátkem postlingválního období, vždy záleží na věku a časovém horizontu zajištění péče. Věk, ve kterém ke ztrátě sluchu dojde, je velmi důležitý. Pokud řeč není ještě stabilně a dostatečně zafixována, schopnost řeči se vytrácí. Dítěti musíme poskytnout co nejrychleji odbornou pomoc. V postlingválním období řečové projevy nezanikají, tato hranice nastává dovršením 7. roku života. V tomto věku si dítě fixovalo řeč čtením i psaním, proto ji má dobře upevněnou, má dostatečnou slovní zásobu a zafixovanou artikulaci.

Ovšem k rozpadu již rozvinuté řeči může dojít vždy, proto je nutná rehabilitace a včasné zahájení stavby řeči od začátku.

Ani včasná implantace kochleárního implantátu nevrátí pacientovi řeč do stavu v období před ztrátou sluchu a rozvoj je pomalý.

Dle Lechty je vývoj dětské řeči ovlivněn kvalitou slyšení z hlediska kvalitativního i kvantitativního. I přes dostatečnou kompenzaci pomocí sluchadel či kochleárního implantátu je nutný cílený sluchově řečový výcvik od nejútlejšího věku. Vnímání slyšené řeči je omezené, probíhá pouze ve fragmentech.⁵⁸ S ohledem na tuto skutečnost tak vzniká naléhavá potřeba cílevědomě rozvíjet porozumění a užívání vlastní řeči a to z hlediska všech jazykových rovin. Narušení či úplná absence sluchové percepce vývoj řeči specificky ovlivní ve všech rovinách.

Lexikálně – sémantická rovina jazyka

Pro neslyšící děti je velmi obtížné osvojení znakové řeči, musí podstoupit speciální výchovu řeči v co nejkratší době po zjištění sluchové vady. Je potřeba speciální stimulace, abychom rozvíjeli mluvenou řeč, nejlépe analogicky. Vždy s ohledem na závažnost postižení. Mluvená - tedy zvuková - řeč se u takto postižených dětí rozvíjí jiným způsobem. Podíváme se na celou problematiku z kvalitativního a kvantitativního hlediska. Oba dva aspekty nám vyjadřují kategorické vyjádření smyslového vnímání a jsou podmíněny vnímáním subjektů a okolností.

Kvalitativní aspekt, u něž je třeba klást důraz na proces výstavby pojmů, probíhá u neslyšících dětí problematičtěji, jelikož je založen na úplně jiné bázi než u slyšících dětí. Musíme si uvědomit, že neslyšící dítě má nedostatky myšlení, se kterými musíme pracovat. Jeho způsob myšlení je pod tlakem mimicko - gestulačních prostředků komunikace bez působení zvuku. Nedojde ke každodennímu spojování zvuku a praktického ukazování světa. Obzvláště těžké je to pro děti, které se s vadou sluchu již narodily. Platné je to především pro ty děti, u kterých se řeč speciálními metodami od raného věku nerozvíjí. Proto můžeme říci, že celý proces trvá déle než u dětí slyšících, což lze považovat za logický výsledek.

Můžeme si představit, že jejich chápání pojmů a slovních spojení je buďto velmi široké až všeobecné, nebo naopak úzké. Vše záleží na bohatosti, šíři nebo kvalitě jejich slovní zásoby a stupně chápání.

⁵⁸ LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 146. ISBN 978-80-7367-977-4.

Aby dítě pojmy chápalo, musí docházet k neustálým názorným ukázkám činností, u kterých opakujeme, co děláme. Je individuální, kdy si dítě celý proces spojí a osvojí si pojem. Poměrně těžké je pro neslyšící děti vnímat abstraktní pojmy, lépe vnímají pojmy, které můžeme ukázat názorně. To se projevuje ve fázi, kdy děti ještě neumějí používat nadřazená slova. Ví, že to, co jí, je mrkev, ale už si nedokáží spojit, či uvědomit právě abstraktní pojem, že mrkev je rostlina nebo, že ji řadíme mezi zeleninu. Mají problém s vnímáním i prosociálních pojmů. Činy, které by děti měly vykonat pro druhé, zůstávají bez očekávané odezvy, pojmy jako skutky a pomoc jsou pro ně těžko uchopitelné, často je nechápou, a proto může docházet ke snížené sociální adaptabilitě.

Kvantitativní aspekt sleduje otázku slovní zásoby. Slovní zásoba u neslyšících dětí se tvoří individuálně a je ovlivněna mnoha vlivy okolního prostředí. Samozřejmě víme, že počet slov, které běžně používají neslyšící děti, je mnohonásobně menší než u dětí bez vady sluchu. Slovní zásoba 14letých neslyšících dětí, může být na úrovni 5,5 letého slyšícího dítěte. To znamená, že odlišnost od normy vývoje slovní zásoby je opravdu velká. Získávání slov, které si dítě osvojuje a tvoří tak pasivní slovní zásobu, trvá déle. Zpočátku se projevuje jen zvukový fragment, který formuluje konkrétní slovo. Překážkou je pochopení různých řečových převratů. Stupeň porozumění přeneseného významu slovních spojení je hluboko za hranicí standardu slyšících dětí. Můžeme vycházet z Matuškovy výzkumu, který u šedesáti 6-7 letých nedoslýchavých dětí zjistil, že průměrná aktivní slovní zásoba je pouze 24 slov. Tento fakt ve výsledku znamená, že tyto děti při nástupu do první třídy používají slovní zásobu na úrovni dvouletých slyšících dětí. Dále ve výzkumu poznamenal, že schopnost pochopit obsah řeči se u nedoslýchavých dětí rozvíjí rychleji než schopnost ho vyslovit.⁵⁹

Morfologicko – syntaktická rovina jazyka

Je to rovina jazyka, která se zabývá gramatickou stránkou řeči. V této rovině se objevuje mnoho problémů, se kterými se neslyšící děti potýkají. Dysgramatismus mluveného projevu u neslyšících dětí je jedním z nich, vyskytuje se hlavně u dětí s tradičními metodami výchovy. Je pro něj typické i opětované používání nadbytečných slov. Chybí jim zvukové podněty a podílí se na něm fakt, že gramatický systém posunkového jazyka je jiný než mluvený jazykový systém.

⁵⁹ MATUŠKA, O. In: LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

Takže může docházet ke vzájemnému ovlivňování těchto dvou systémů. Když se neslyšící děti vyjadřují, často používají špatné tvary slov, špatné pády i časy.

Mají nižší úroveň vyjadřování, která se projevuje nadměrným používáním různých podstatných jmen. Dle světových výzkumů může docházet k rozporům v množství používání sloves, příslovcí atd. Každý národní jazyk je jiný a má různá specifika, proto ho neslyšící děti používají individuálně.

Neslyšící děti mají velký problém s morfologickou stránkou gramatiky. Neumí určit slovní druhy, proto dochází ke špatnému chápání jejich významu a k chybám v tvoření vět. Pro syntaktickou složku jejich mluvených vyjádření je typické hromadění slov, přičemž neumí vytvořit souvislou větu a použijí pouze podstatná jména. Příkladem je třeba vyjádření žádosti o podání hrnku s čajem, kdy neslyšící dítě řekne ``máma hrnek``.

U dětí s nedoslýchavostí trpí morfologická stránka řeči v podstatně menší míře než u dětí neslyšících. Problém je ve špatném postřehu pro nepřízvučné slabiky. Charakteristický způsob myšlení u těžce nedoslýchavých dětí můžeme postřehnout i v syntaktické stránce řeči. Typická je stručná řeč, při které kladou slova za sebe bez správného pádu, formulace a vazby. Takové vyjádření je nepřesné, odráží se i v nevhodné struktuře vět a je těžko pochopitelné.

Dysgramatismus u dětí se sluchovým postižením vnímáme nejvíce, pokud se dítě snaží utvořit víceslovnou větu. Všimneme si toho to v dialogu, ale především v monologickém projevu dítěte.

Foneticko – fonologická rovina jazyka

Jinak také zvuková rovina jazyka. Pro děti se sluchovým postižením je to velmi důležitá jazyková rovina. Jde o proces osvojování artikulace hlásek mateřského jazyka, který má podstatný vliv na napodobování zvukových podnětů. U sluchově postižených dětí, vyrůstajících bez podněcování sluchovými podněty, začne proces napodobování zvuku stagnovat právě v období žvatlání. Proto spontánní vývoj řeči u neslyšících není reálný, u nedoslýchavých dětí je omezen. Výslovnost je tedy takřka vždy narušená, namáhavá a realizována s přehnanou silou.

Fonetické diferenciaci má vývoj způsobilosti, která je pro celkový vývoj řeči velmi důležitá. V celém procesu osvojování je důležitá zpětná kontrola sama sebe. Slyšící dítě má okamžitou odezvu sluchu (slyší samo sebe), avšak neslyšící dítě neslyší žádné zvuky, tudíž ani samo sebe.

Nemá tedy kontrolu nad svou výslovností ani nad tím, co říká. Proto si to kompenzuje hmatem, zrakem a kinestetickou kontrolou. Musíme však zdůraznit, že dítě nikdy není schopno odezírat samo sebe.

Velmi důležitou roli zde hraje logopedická péče, která musí být zahájena ihned po zjištění sluchové vady dítěte. Neslyšící děti mají i prodlouženou artikulační dobu, pomaleji vyslovují, při zrakovém vnímání řeči i při odezírání potřebují více času. V případě kdy dosáhneme osvojení výslovnosti jednotlivých izolovaných hlásek, ve většině případů při spontánní řeči mezi ně děti vkládají nepatřičné zvuky. Foneticko – fonologická rovina řeči patří k nejcharakterističtějším vlastnostem narušeného vývoje řeči.

Pragmatická rovina jazyka

Jedná se o jazykovou rovinu sociálního uplatnění, kde upozorňujeme na sociální aspekty komunikace. Lidé se sluchovým postižením jsou svým mluveným projevem většinou nápadní. Ať už neslyšící používají posunkový jazyk, nebo mluvenou – zvukovou řeč, běžně slyšící člověk si vždy všimne nápadné odlišnosti. Postižení lidé si pak tvoří bariéry a snaží se vyhýbat komunikaci. Pro děti to může být obzvláště stresující, pokud jsou vyčleňovány z kolektivu. Jestliže pedagog nevytvoří dostatečný prostor k začlenění žáka do kolektivu, může nastat problém, kdy dítě nechce dále rozvíjet svou mluvenou řeč.

Stále je otázkou, který komunikační kanál je pro neslyšící ten optimální. Vede se o tom mnoho diskuzí a tento problém je považován za nejvíce zanedbanou oblast výzkumu.

4.2 Motorické řečové poruchy

Pro celkový vývoj dítěte slyšícího i dítěte se sluchovou vadou je zapotřebí dostatečně rozvíjet celkovou motoriku, která je důležitá nejen z hlediska rozvoje řeči, ale i pro rozvoj poznávacích činností a sociálního chování. Vzájemná provázanost motoriky a řeči je patrná z pohledu kvality osvojených řečových dovedností dítěte. Dle Lechty je dialektická vazba tak velká, že u dětí s narušeným vývojem motoriky je pozorován opožděný řečový vývoj a u dětí s narušenou komunikační schopností je patrná snížená úroveň motorických dovedností. Mnozí odborníci již zdůrazňovali souvislost mezi osvojováním hybné a řečové motoriky. Suhrweier (1983) zdůrazňuje, že učení se chůzi a řeči nastupuje obvykle zhruba ve stejnou dobu.

Proces mluvení je podle Lechty závislý na vzájemné koordinaci jemné motoriky a řečového aparátu, jedná se řízenou aktivitu drobných svalů odpovídajících manipulačním schopnostem dítěte. Dítě s obratnou rukou a prsty má i obratná mluvidla.⁶⁰

Vývoj motoriky je nejprogresivnější v prvních letech života. Již první činnosti novorozence a kojence jako je sání a polykání, představují první cviky motoriky mluvidel potřebné k stimulaci řečového vývoje. U dítěte dochází k postupnému lokomočnímu vývoji. Během 6. - 7. měsíce dítě sedí s oporou a u mluvních orgánů se mění jejich poloha z pozice ležení do vertikální, lidské pozice, která umožňuje lehčeji manipulovat s mluvním aparátem. Jazyk již neklesá vlastní vahou dozadu, dítě s ním lépe pohybuje nejen při polykání, ale i při artikulaci. Později dítě leze, chodí a získává tak informace ze svého okolí, zvětšuje se jeho akční rádius, zmocňuje se různých předmětů, uchopuje je, čímž dochází k rozvoji jemné motoriky ruky a v návaznosti na to i k rozvoji slovní zásoby. U batolete je typická nevyzrálá motorika mluvních orgánů, nelze hovořit o koordinaci dutiny ústní, rtů, patra a jazyka na takovém stupni vývoje, aby mohla vzniknout artikulovaná řeč. K tomu dochází později, okolo druhého až třetího roku dítěte. Tehdy začíná velmi složitý proces artikulačního aparátu, jehož funkčnost je závislá na procesu dozrávání mozkových center, na schopnostech dítěte, jeho mluvních vzorech, výchově v rodině a působení prostředí, které je dostatečně stimulující.

Z vývojového hlediska mohou tyto motorické obtíže setrvávat do sedmi let věku dítěte, kdy je možná úprava fyziologických nesprávností.⁶¹

U dítěte se sluchovou vadou je spontánní vývoj artikulované řeči znemožněn v důsledku chybění zpětné vazby slyšením a v důsledku zamezení možnosti fonemické diferenciaci, která je důležitá z hlediska výslovnosti. U dítěte prelingválně neslyšícího bývá narušeno dýchání, fonace, z hlediska artikulace je řeč těžko srozumitelná. Nováková (Vágnerová, 2004) udává, u 30% těžce sluchově postižených se může projevit organické poškození CNS, které může způsobovat narušení koordinace a přesnosti pohybů projevující se právě v oblasti jemné motoriky, která ovlivňuje i motoriku mluvidel, což může zapříčinit další obtíže v řečovém vývoji.

⁶⁰ LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

⁶¹ POTMĚŠIL, M. a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, část II*. [online] Diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením. [cit. 2012]. Dostupné z: http://www.inkluze.upol.cz/portál/velke_publicace/katalogy/final_SP_Kat_ver_diskuze.pdf ISBN 978-80-244-3053-9.

Podle Lechty mezi dominantní motorické poruchy u sluchově postižených dětí řadíme mnohočetné dyslálie různého typu a stupně. ⁶²

Horáková uvádí, že se u sluchově postižených artikulovaná řeč přirozeně nerozvíjí. Musí být utvářena pomocí speciálních metod v rámci individuální logopedické péče, založené na zrakové a hmatové percepci a oromotorice mluvidel. ⁶³

4.3 Poruchy vývoje jazykových schopností dítěte

U neslyšících dětí dochází k poruchám vývoje jazykových schopností v důsledku dominujícího sluchového postižení. Podle Sováka způsobuje sluchové postižení nejzávažnější překážku v komunikaci a promítá se do celkového vývoje osobnosti dítěte. Největší vliv má sluchové postižení na vývoj řeči. Sluchová ztráta se projevuje odlišným vývojem komunikačních dovedností. ⁶⁴

Slyšící děti neustále vnímají a přijímají sluchem všechny druhy informací, ucho zachycuje neustále zvukové podněty z okolí, a dochází tak k bezděčnému učení.

Děti mají okolo prvního roku již bohaté zkušenosti, po celou dobu vývoje vnímaly sluchem správné řečové vzory, správnou výslovnost a gramatickou stavbu jazyka.

Neslyšící dítě nezískává potřebné zkušenosti a informace z okolí, nemůže se učit nápodobou, protože není schopné vnímat mluvní vzor a korigovat tak vlastní řečový projev. Je celkově ochuzeno o potřebné řečové podněty a zkušenosti získané sluchovou cestou.

U neslyšících dětí je situace zcela odlišná, ty získávají informace pomocí zraku, mimovolní slyšení zcela chybí. Mezi rodičem a dítětem se nemohou vytvářet základy funkční komunikace. Rozvoj mluvené řeči bývá u neslyšících dětí omezený, nedosahuje stupně odpovídajícího věku a intelektu. Spontánní vývoj řeči je u neslyšícího dítěte v důsledku sluchového postižení znemožněn. Stav sluchu zásadně ovlivňuje zejména výslovnost dítěte, která se stává velice nápadnou. Je popisována jako nedokonalá, pro dítě velmi namáhavá, dále není možný rozvoj fonemické diference z hlediska výslovnosti.

⁶² LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

⁶³ HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 41. s. 66. ISBN 978-80-262-0084-0.

⁶⁴ SOVÁK, M. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Aktuální problémy speciální pedagogiky. 1. vyd. Praha: SPN, 1978. ISBN 14-759-78.

Neslyšící dítě také nemá okamžitou zpětnou vazbu pomocí sluchu. V řečových projevech dítěte se projevuje narušené dýchání, fonace a artikulace. U dětí s nelingvální hluchotou jde podle Arnolda o audiogenní dyslalii, která vzniká na základě sluchového postižení.⁶⁵

Řeč prelingválně neslyšícího dítěte je velmi těžko srozumitelná, protože vývoj artikulace je specificky změněný. Projevuje se to v oblasti výslovnosti samohlásek. Na základě šetření Seemana (1974) je známo, že nejlépe je vyslovována samohláska A, průměrně jsou vyslovovány samohlásky O, U a nejvíce problémů nastává s výslovností samohlásek E, I. Problematika výslovnosti se týká i dalších hlásek.

Nejhůře jsou osvojovány hlásky CH, J, G, Ď, Ť, Ň, R a slabik DĚ, TĚ, NĚ, DI, TI, NI. Další problémy působí diferenciaci a podobná artikulace hlásek V – F, B – F. Mezi další problémové hlásky patří výslovnost sykavek. Artikulace jednotlivých hlásek nečiní takové obtíže, jaké vznikají v průběhu spojování jednotlivých hlásek do mluvních celků.

⁶⁵ARNOLD, In: LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

Tabulka 3: Artikulace těžce sluchově postižených

| Audiogenní dyslalie | Patologie místa a mechanismu artikulace | Hyperartikulace | Hypoartikulace | Vliv audiogenní dysfonie | Koartikulační vlivy | Patologie modulačních faktorů |
|--|---|-----------------|------------------|--------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 1. Artikulační okrsek p,b,m,f,v | P -b | 0 | 0 | 0 | Záměny p-b, f-v | P,b,m,f,v |
| 2. artikulační okrsek t,d,n,s-z,š-ž, l, r,ř,c-č | t,d,n | r,ř | s-z,š-ž,c-č | 0 | s-z,š-ž,c-č | T,d,n,s- z,š-ž,l,r- ř,c-č |
| 3. artikulační okrsek ť,d',ň,j | Mogilalie ť,d',ň,j | 0 | ť,d',ň | 0 | ť,d',ň | d',ň,j |
| 4. artikulační okrsek k,g,ch | k,g,ch | 0 | ch | 0 | k,g,ch | k,g,ch |
| 5. artikulační okrsek h | h | 0 | h | h | h | h |
| Samohlásky, dvojhásky au, eu, ou | 0 | 0 | e,i, méně o,u | a,e,i,o,u | a,e,i,o,u | a,e,i,o,u |

Zdroj: KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2002. s 83. ISBN 80-246-0329-2.

Od jazykové normy se výrazně odlišují prozodické faktory řeči. Srozumitelnost je narušena také v modulaci řeči, neslyšící dítě nemůže zrakem sledovat melodii řeči. Modulační faktory se velkou měrou podílejí právě na srozumitelnosti a plynulosti řeči, patří mezi ně síla, výška hlasu, intonace, správný přízvuk, melodie a rytmus řeči. Neslyšící děti nemohou napodobit řeč, některé hlásky vyslovují zkráceně, ty artikulačně namáhavější prodlužují. Melodie slabik a slov se stává více kolísavou. Podle šetření více odborníků je možno potvrdit, že změna modulačních faktorů je s ohledem na srozumitelnost řeči neslyšících dětí závažnější než nesprávná artikulace. U těžce sluchově postiženého dítěte je řeč díky deformovaným modulačním faktorům méně srozumitelná.⁶⁶ Další deformace výslovnosti nastávají v důsledku poruch dýchání a fonace. V průběhu namáhavé artikulace dochází k přerušování výdechu a následnému dodatečnému vdechování, to bývá doprovázeno hlasitějším dýcháním. Dýchání při fonaci není koordinováno s pohyby mluvidel při artikulaci.⁶⁷

Vlastní tvoření hlasu z hlediska fonace je patologické. Hlasové poruchy se projevují v oblasti síly, výšky a barvy hlasu. U malých dětí je hlas spíše tichý. Hlas může být vysoký nebo hluboký, to se projeví jen u některých hlásek. Z hlediska barvy hlasu jde o nízký nezvučný tišší hlas nebo hlas huhňavý, chraptivý či tlačný. Někteří odborníci konstatují, že mezi další četné vady řeči patří huhňavost a porucha plynulosti řeči. Řeč je příliš pomalá nebo naopak rychlá.

Individuálně se mohou přidružovat vývojové poruchy řeči dysfázie a to receptivní, kdy jde o špatné vnímání řeči a expresivní, kdy je problémem vyjadřování. Pozorujeme-li problém ve vyjádření, zapomínání výrazů, užívá-li slova v nesprávném významu, chybí-li gramatická struktura a řeč je rozvíjena pomalu, jedná se o expresivní dysfázii. Pokud má dítě těžkou poruchu sluchu, je opět doporučován znakový jazyk. Avšak ani znakový jazyk nezabezpečí optimální rozvoj komunikačních dovedností, vážne chápání psaného textu. Dysfázie pro těžce sluchově postižené dítě představuje velké vzdělávací omezení.⁶⁸

⁶⁶ LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

⁶⁷ KRAHULCOVÁ, ŽATKOVÁ, In: ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Septima: 2006. ISBN 80-7216-232-2.

⁶⁸ ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Septima: 2006. s. 19. ISBN 80-7216-232-2.

4.4 Poruchy kognitivních schopností

Vývoj poznávacích funkcí, jako je vnímání, fantazie, schopnost myšlení, usuzování, inteligence, pozornosti a paměti, dělí Jean Piaget na čtyři hlavní stadia.⁶⁹

V prvním fázi senzomotorického vývoje si zpočátku děti uvědomují pouze počítky z vnějšího i vnitřního prostředí. Děti poznávají svět pomocí pohybů a smyslů, a získávají tak vědomí stálosti objektů. U sluchově postiženého jedince je vývoj poznávacích procesů ovlivňován absencí zvukových podnětů z okolního prostředí. Děti nemohou navazovat nepřetržitý kontakt s prostředím, který zajišťuje sluchové vnímání. Děti se sluchovým postižením se nemohou náhodně učit. Příjem informací je omezený kvalitativně i kvantitativně, dítě je může získávat prostřednictvím zrakových či hmatových vjemů. Tím je způsobeno vnímání informací v úsecích, bez vzájemné souvislosti a provázanosti. Celkově chybí kontinuita dění.

V další fázi předoperačního stádia vývoje poznávacích procesů se již nápadněji projeví komunikační omezení v rozumovém vývoji. U dětí se sluchovým postižením dochází k disproporčnímu rozvoji. Verbální složka se opoždí a neverbální (názorová) složka se rozvíjí na úrovni vrozených geneticky daných dispozic. Ve verbální oblasti bývá často opožděna oblast informační, v chápání slovně logických vztahů i v chápání slovně charakterizovaných sociálních situací. Pro rozvoj myšlení je zcela zásadní řeč. Neslyšící děti, u kterých se řeč vyvíjí opožděně, nevěnují pozornost vzájemným souvislostem a vztahům, získané informace nevyužívají v souvislostech, ulpívají na detailech. Obtížně tvoří obecné pojmy, myšlení obtížně dosahuje stadia symbolických operací. Naopak myšlení je vázáno na určitou realitu, rozvoj logických operací bývá pomalejší, děti nejsou schopny abstrahovat. Logické myšlení je pomalejší, obtížně se utváří pojmové myšlení. Již Piaget poukazoval na to, že sluchový - a tím i jazykový - handicap neslyšících dětí způsobuje menší zdržení nástupu vyšších forem myšlení, než např. u nevidomých.⁷⁰

Další kognitivní vývoj v rámci stadia konkrétních operací, postupuje individuálně podle možností jedince ke stadiu formálních operací.

⁶⁹ KOHOUTEK, R. *Kognitivní vývoj dětí a mládeže*. [online]. 1970 [cit. 2010-03-11] Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1003/kognitivni-vyvoj-deti-a-mladeze>.

⁷⁰ KOHOUTEK, R. *Kognitivní vývoj dětí a mládeže*. [online]. [cit. 2010-03-11] Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1003/kognitivni-vyvoj-deti-a-mladeze>.

“Velmi zásadní význam má kognitivní deprivace z hlediska slovní zásoby a chápání významu slov, proto se čtení nemůže stát náhradním zdrojem informací. Výzkumy ukazují, že absolventi škol pro neslyšící jsou v průměru na čtenářské úrovni slyšícího dítěte 3. třídy základní školy. Mají problémy s významovým obsahem i gramatickou formou textu a obdobné potíže se u nich projevují i při psaní.”⁷¹

Stejně chybují i v psaném projevu. Komunikační omezení dále ovlivňuje i socializační vývoj. Neslyšící děti se těžko orientují ve vztazích ve skupině, často nerozumí kontinuitě dění v okolí. V prostředí, kde se setkávají se slyšícími, vážně vzájemné porozumění, neslyšící dítě nevnímá citové zabarvení řeči, nechápe chování druhých, neodhadne požadavky okolí, cítí se nejisté a bezmocné. Mají problém v sebeovládání. Často reagují zlostně, situace je pro ně stresující, protože komunikaci prožívají jako neuspokojivou.

Mnohé z příčin však mohou být i následkem dysfunkcí centrálního nervového systému, a to v oblasti poruch chování a učení.⁷²

4.5 Poruchy na základě postižení percepce

Smyslové vnímání ovlivňuje celkový rozvoj a učení jedince. Díky smyslovým vjemům rozpoznává jedinec okolní prostředí a přijímá z něj potřebné informace, které získává na základě činnosti smyslových analyzátorů nazývané čítí, jehož výsledkem jsou smyslové vjemy. Jedinec vnímá vjemy zrakové, sluchové, hmatové, čichové, chuťové, nitroorgánové. Dále je vnímán prostor, čas, pohyb, vzdálenost. Jedná se o interaktivní psychický proces, během kterého dítě získává jednotlivé smyslové vjemy, které se vzájemně doplňují, ovlivňují způsoby vnímání okolního prostředí, proces učení a celkový rozvoj jedince. Předpokladem správného vývoje jedince je neporušená funkce smyslových analyzátorů a jejich vzájemná spolupráce.

⁷¹ VYMLÁTILOVÁ IN: P. ŘÍČAN, D. KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*, Praha: GRADA, 1995 s. 87, ISBN 80-7169-168-2.

⁷² POTMĚŠIL, M. a kolektiv. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3310-3. 10.

„Jakýkoliv nedostatek v jednom z nich může změnit celou funkčnost této sítě, změni vývoj, změni způsob a výsledky učení.“⁷³ V případě sluchového postižení je vývoj jedince poznamenán omezením či deformací sluchových vjemů. Kvalita sluchového vnímání je omezena, zdeformována, či zcela chybí, a dochází tak k sensorické deprivaci různého stupně.

Sluchové vnímání se rozvíjí již v prenatálním období, dítě reaguje na zvuky, rozezná hlas matky. Sluch postupně dozrává v období od 5. – 7. roku věku dítěte. Slyšící dítě neustále vnímá zvuky ze svého okolí, čímž se neustále bezděčně učí a získává tak informace ze svého okolí. U dítěte se sluchovou vadou je situace v důsledku nedostatečného sluchového vnímání zcela odlišná. V závislosti na intenzitě sluchových podnětů a stavu sluchu dítě není schopno rozeznávat zvuky ve svém okolí. V kojeneckém věku se projevuje omezená koordinace pohybů, dítě nedostatečně reaguje na zvukové podněty, např. neotočí se za zvukem. Dítě se nemůže bezpečně orientovat v prostoru, protože je omezeno vnímání zvukového pozadí, které je potřebné jak z hlediska bezpečnosti, orientace v prostředí, tak z hlediska náhodného učení. Sluchové vnímání má zásadní význam pro vývoj řečových dovedností. Dítě nemůže kvalitně vnímat mluvní vzor a chybí i kontrola vlastního projevu.⁷⁴

Dále se nedostatečná sluchová percepce projevuje artikulační nepřesností, narušením melodie, rytmu řeči, malou slovní zásobou a primitivnější stavbou věty. Nedostatečné vnímání a chápání zvukových podnětů se projevuje i v socializačním vývoji dítěte a jeho následné integrace do společnosti. Dítě obtížně chápe chování druhých, nerozumí vzniklým sociálním situacím a nedokáže vyjádřit vlastní potřeby a emoce.

Dítě má celkově omezený příjem informací z okolí, protože vnímá jen to, co vidí nebo čeho se dotýká. Informace přijímá zrakem, hmatem, čichem a chutí. Kvalita sluchu způsobuje kvalitativní i kvantitativní omezení činnosti dalších psychických funkcí jako je pozornost, myšlení, paměť. U žáků s kochleárním implantátem je nutné provádět reedukaci sluchu a rozvíjet sluchovou percepci potřebnou pro rozvoj kognitivních schopností.

⁷³ POTMĚŠIL, M. a kol. Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, část II. [online] Diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením. [cit. 2012]. Dostupné z: http://www.inkluze.upol.cz/portal/velke_publikace/katalogy/final_SP_Kat_ver_diskuze.pdf ISBN 978-80-244-3053-9

⁷⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. s. 225. ISBN80-7178-802-3.

Tabulka 4: Poslech v časoprostoru: detekce >> diskriminace >> identifikace >> porozumění

| | |
|---|--|
| <p>Detekce Schopnost reagovat na přítomnost či nepřítomnost zvuku. Dítě se učí reagovat na zvuk, věnovat pozornost zvuku a nereagovat v případě neexistence zvuku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • selektivní pozornost věnovaná zvuku, • vyhledávání nebo lokalizace zvuku, • podmíněná reakce na zvuk, • spontánní vědomí zvuku a živá reakce na něj. <p>Diskriminace Schopnost vnímat podobnosti a rozdílnosti mezi dvěma či třemi řečovými či zvukovými podněty. Dítě se učí věnovat pozornost rozdílům mezi zvuky či reagovat odlišně na různé zvuky.</p> <p>Identifikace Schopnost dítěte označit řečový podnět, který slyšelo, tím, že ho zopakuje, ukáže na něj nebo ho napíše.</p> <p>Suprasegmentální prostředky</p> <ul style="list-style-type: none"> • prozodické znaky řeči (trvání, výška, hlasitost, rytmus, přízvuk, intonace), • rozpoznání mužských, ženských a dětských hlasů, • rozzlobené a smutné hlasy, • „naučit se poslouchat zvuky“. <p>Segmentální jednotky</p> <ul style="list-style-type: none"> • „naučit se poslouchat zvuky“ (počáteční zvuková zásoba), • slova lišící se počtem slabik, • jednoslabičná slova lišící se obsahem samohlásek a souhlásek, • stereotypní sdělení (známé výrazy a pokyny), • slova se shodnými souhláskami, ale odlišnými samohláskami • slova se shodnými samohláskami, ale souhlásky se liší ve způsobu a místu artikulace a ve znělosti, • slova se shodnými samohláskami, ale souhlásky se liší pouze ve způsobu artikulace, • slova se shodnými samohláskami, ale souhlásky se liší pouze znělostí. | <p>Porozumění Schopnost porozumět smyslu řeči odpovídáním na otázky, prováděním pokynů, parafrázováním či účasti v rozhovoru. Reakce dítěte musí být kvalitativně odlišná od prezentovaného podnětu.</p> <p>Sluchové časování (posloupnosti)</p> <ul style="list-style-type: none"> • známé výrazy, • provádění samostatných pokynů, • provádění pokynů při vyučování, • posloupnost dvou–tří–čtyř kritických prvků, • posloupnost tří pokynů, • posloupnost pokynů složených z více prvků. <p>Sluchové/kognitivní dovednosti ve strukturovaném poslechovém souboru</p> <ul style="list-style-type: none"> • řada posloupnosti složených z pokynů obsahujících více prvků, • identifikovat na základě několika souvisejících popisů (deskriptorů), • posloupnost tří–čtyř–pěti událostí, • vybavit si 5 podrobností nějaké události, příběhu/ historky či vyučovací hodiny, • pochopit hlavní myšlenku vyučovací hodiny či složitějšího příběhu. <p>Sluchové/kognitivní dovednosti v rozhovoru</p> <ul style="list-style-type: none"> • odpovídat na otázky vyžadující pochopení hlavní myšlenky krátkého rozhovoru, • parafrázovat poznámky druhého, • nabídnout spontánní relevantní postřehy. |
|---|--|

Zdroj: POTMĚŠIL, M. a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, část II.* [online] Diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením. [cit. 2012]. Dostupné z: http://www.inkluzie.upol.cz/portal/velke_publicace/katalogy/final_SP_Kat_ver_diskuze.pdf ISBN 978-80-244-3053-9.

5 SYSTÉM PÉČE O DĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

5.1 Faktory ovlivňující rehabilitační proces

Zahájení rehabilitačního procesu nastává v momentě zjištění sluchového postižení dítěte. Tento proces je vždy velmi individuálním způsobem terapie přizpůsobeným potřebám klienta. Je ovlivňován řadou faktorů, které určují míru úspěšnosti budoucího začlenění do života společnosti. Tato problematika se netýká pouze dítěte s postižením, ale celé jeho rodiny. Zejména u malých dětí se naléhavě dotýká především rodičů. Narození dítěte je vnímáno jako očekávání naplnění vzájemného vztahu rodičů a jejich tužeb. Je očekáváno dítě zdravé, kterému rodiče plánují skvělou budoucnost. V případě narození dítěte s postižením je situace pro rodiče problematická a musí se vyrovnat s touto skutečností. S ohledem na budoucí perspektivu dítěte je žádoucí včasné zahájení rehabilitace. U sluchového postižení je to ihned po zjištění sluchové vady.

Již v prvním období po zjištění diagnózy by měli rodiče dostat potřebné informace a pomoc při řešení aktuálních problémů. Jako první přichází na řadu léčebná část rehabilitačního procesu týkající se řešení problému z hlediska medicínského. Jedná se o určení typu, příčiny a rozsahu sluchové ztráty, aby bylo možno vadu korigovat sluchadly či kochleárním implantátem. Po zajištění odborné medicínské léčby na specializovaném pracovišti se rehabilitační proces obohacuje o další složky rehabilitačního procesu. Podle jednotlivých institucí, které se postupně zapojují do následné péče, jde o rehabilitaci sociální, pedagogickou a pracovní. Tento proces je dlouhodobý a vyžaduje spolupráci všech odborníků včetně rodiny dítěte s postižením.

Úspěšnost rehabilitace ovlivňují mnohé faktory. Velmi zásadním faktorem úspěšnosti rehabilitačního procesu je v první řadě rodina, pro kterou představuje postižení sluchu dítěte určitou zátěž vyžadující mnohé změny v jejím životě. Rodiče se musí vyrovnávat s postižením svého dítěte. Tento proces není snadný, vyžaduje podporu celé širší rodiny, změnu životního stylu a vzájemné komunikace mezi členy rodiny.

Dalším důležitým faktorem je odpovídající informovanost rodičů. Rodina musí na počátku zahájení rehabilitačního procesu získat potřebné informace o zdravotním stavu dítěte a možnosti řešení problémů týkajících se odborných vyšetření,

kompenzačních pomůcek, komunikačního systému, sociálních potřeb, rodinných vztahů, výchovných a vzdělávacích otázek podle individuálních potřeb dítěte.

Rodiče by se měli stát plnohodnotným členem týmu odborníků a plně spolupracovat na vytváření sluchu a rozvoji komunikačních dovedností dítěte.

Pro zdárnou rehabilitaci u malých dětí je žádoucí přirozený přístup, ten umožňuje výhradně rodinné prostředí a vztah matky k dítěti, neboť právě ona podporuje jeho hlasové projevy.

Mezi další faktory ovlivňující rehabilitační proces patří zejména věk, kdy byla sluchová vada diagnostikována, délka doby trvání hluchoty a věk implantovaného prelingválně neslyšícího dítěte. Důležitá je i osobnost dítěte, jeho povahové vlastnosti a schopnosti, celkový zdravotní stav, inteligence a typ osobnosti jedince s postižením sluchu. Velkou výhodou pro rehabilitaci je i nadání dítěte pro řeč. Svou nezastupitelnou úlohu v průběhu rehabilitace sehraává i úroveň logopedické péče a osobnost logopeda. Rehabilitace dětí se sluchovým postižením je proces, který musí plně respektovat individualitu dítěte s postižením a jeho rodinné zázemí. Je stanoven podle jeho potřeb vyhodnocených na základě diagnostiky a spolupráce všech osob podílejících se na péči o dítě, je zacílen zejména na rozvoj sluchového vnímání a rozvoj komunikačních schopností.

Obecně se dá říci, že usiluje o rozvoj celé osobnosti dítěte s postižením na nejvyšší možnou úroveň. Cílem je zmírnit důsledky postižení, aby bylo dosaženo postupného začleňování jedince do života společnosti.

5.2 Speciálně pedagogická péče dětí s kochleárním implantátem

V počátečním období po zjištění sluchového postižení dítěte se rodiče mohou obracet na první instituci, která je legislativně ošetřena Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako služba sociální prevence, která je poskytována zdarma.

Dne 27. 12. 2013 proběhla transformace občanského sdružení Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s. na *Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.* Organizace nezanikla, pouze změnila svou právní formu na obecně prospěšnou společnost. Název změnilo také Středisko rané péče, nyní pokračuje v poskytování služeb pod názvem *Raná péče Čechy a Raná péče pro Moravu a Slezsko*.

Tato organizace se snaží poskytovat rodinám v prvních obdobích po sdělení diagnózy dítěte potřebné informace a pomoc.

Zaměřují se na podporu rodiny při zvládnání nově vzniklé situace. Služby jsou zajišťovány speciálními pedagogy, psychology a sociálními pracovníky.

Rodiny dítěte se sluchovým postižením se mohou obracet na poskytovatele těchto služeb. Terénní služby jsou poskytovány formou konzultací přímo v domácím prostředí klienta v rozmezí 4 - 6-týdnů. Každá rodina získá svého poradce, který s rodinou spolupracuje od doby narození či sdělení diagnózy až do nástupu dítěte do mateřské školy, zpravidla do čtyř let věku dítěte, u kombinovaného postižení až do 7 let.

Poradce rané péče se stará o rodinu, pomáhá řešit stávající problémy týkající se odborných vyšetření, kompenzačních pomůcek, komunikačního systému, sociálních potřeb, rodinných vztahů, výchovných a vzdělávacích otázek a mnoha dalších podle individuálních potřeb klientské rodiny. Poradci mohou dětem zapůjčit potřebné pomůcky, zprostředkovat kontakt na jinou rodinu, která může předat své zkušenosti.

Pokud rodiče mají zájem o tyto sociální služby, musí sami kontaktovat e-mailem či telefonicky příslušné pracovníky. Rodina, která má sama zájem o odbornou pomoc, se stává plnohodnotným partnerem poradce a nadále rozhoduje, v jaké šíři chce dané služby využívat. Rodinám jsou nabízeny i další programy a služby ambulantní - logopedické, psychologické, pedagogické a sociální poradenství. Mezi oblíbené programy patří setkávání rodičů a dětí, týdenní pobytové akce, různé přednášky a semináře. Rodiče mohou využívat odbornou knihovnu a vydávané publikace.

Speciálně pedagogická centra

Raná péče je u nás poskytována již zmíněným nestátním zařízením Raná péče Praha a též speciálně pedagogickými centry při speciálních školách pro sluchově postižené. První centra byla zřízena v průběhu školního roku 1990/1991 na základě vyhlášky MŠMT č. 399/1991 Sb. o speciálních školách a speciálních mateřských školách. Smyslem speciální péče je pomoc dětem se sluchovým postižením, tu blíže formuluje vyhláška č. 116/ 2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Péče poskytovaná speciálně pedagogickým centrem usiluje o co největší komplexnost. Zaměřuje se na dítě, rodinu, školu a případně i další výchovné instituce. V centru pracují speciální pedagogové, logopedi, psychologka a sociální pracovnice. Hlavním cílem pracovní činnosti je depistáž dětí se sluchovou vadou a jejich diagnostika.

Na základě provedené diagnostiky pak přijde na řadu volba odpovídající kompenzační pomůcky a vhodné rehabilitační metody na podporu komunikačních dovedností od raného dětství až po ukončení přípravy na povolání. SPC se zaměřuje především na systematickou speciálně pedagogickou a logopedickou péči. Rodič s dítětem pravidelně navštěvuje speciálně pedagogické centrum, kde probíhá speciální výchova formou individuální péče. Ta cíleně rozvíjí komunikační dovednosti dítěte zejména orální metodou. Logopedická péče se zaměřuje na reedukaci sluchu, rozvoj sluchového vnímání, rozvoj řeči. Snaží se vytvářet základní předpoklady dítěte potřebné k budoucí integraci do běžného vzdělávacího proudu na základě přiměřeně rozvíjené řeči. Podle dosažených komunikačních dovedností SPC doporučuje vhodný způsob vzdělávání. Dalším okruhem péče je odborná a poradenská pomoc dětem a mladistvým, kteří již byli integrováni do běžných škol. Poskytuje odbornou a metodickou pomoc pedagogům běžné školy formou návštěv, konzultací a hospitací v běžné škole. Podílí se na sestavování individuálně vzdělávacích plánů podle aktuálních potřeb dítěte. SPC má za úkol poskytovat ucelenou a systematickou péči rodinám se sluchově postiženými dětmi. Vzájemná spolupráce rodiny, centra, školy a dobrá informovanost rodiny má směřovat k harmonickému rozvoji osobnosti dítěte se sluchovým postižením a jeho možného budoucího zapojení do života společnosti.

5.3 Kochleární implantát a vývoj řeči

U dětí s těžkou sluchovou vadou je vývoj řeči omezený a dochází tak k opoždování vývoje řeči. Těžce sluchově postižené děti mají odlišnou genezi vývoje mluvené řeči.

Každé dítě s těžkou sluchovou vadou prochází obdobím předřečového vývoje řeči od reflexního křiku, emocionálního křiku, broukání, částečně se objevuje i stádium pudového žvatlání, kdy je patrná hra s mluvidly. Děti napodobují žvatlání na základě zrakových vjemů, kdy pozorují pohyby úst mluvícího člověka. Jedná se o poslední stádium řeči rozvíjené v přirozených podmínkách bez jakéhokoli zásahu z vnějšího prostředí dítěte. I u neslyšícího kojence je pozorováno broukání a žvatlání, které však ustává v období od 17. až 26. týdne, jelikož dítě nemůže svůj hlas kontrolovat sluchem. Kojenec nereaguje na hlasité zvuky okolí, neleká se. Později okolo 6. měsíce nereaguje na zvuky v okolí, nepátrá po zdroji zvuku, nereaguje na melodii ani na rytmus řeči. Mezi 9. a 10. měsícem dítě nereaguje na výzvu. V tomto období je znemožněno vytváření funkčních základů komunikace mezi dítětem a rodičem.

Dítě nereaguje na zvuky z okolí, neidentifikuje je, neotočí se za zvukem, nelekne se, nepátrá po zdroji zvuku, chybí reakce na zvuk. Během prvního roku života není na první pohled opožďování vývoje řeči tak patrné. S přibývajícím věkem se však tento deficit zvětšuje. Po prvním roce života dítěte nastává stadium vlastního vývoje řeči.

Slyšící dítě začíná reagovat na melodii řeči a rytmus, později na slyšené slovo, to je spojeno s určitou osobou či věcí, později reaguje na výzvu. Dítě začíná chodit, přirozeně reaguje na zvuky z okolí, dobře identifikuje zdroj zvuku. Rodiče mohou pozorovat u dítěte, že již začíná chápat význam slov. V 1, 5 - 2 letech dítě napodobuje dospělé a snaží se opakovat slyšená slova, objevuje se mluvení jako činnost. Již od prvních měsíců života dítěte se tak utvářejí mezi rodiči a dítětem potřebné komunikační dovednosti na základě nápodoby.

Těžce sluchově postižené dítě zvuky neslyší, nemůže je napodobit, chybí i snaha k imitaci. Důsledkem je, že spontánní mluvená řeč se dále přirozeně nevyvíjí. Tato skutečnost se projeví v momentě, kdy se začne dítě vzdalovat od matky či osob, které s ním komunikují. Dítě často selhává v průběhu komunikace, nerozumí pokynům, nereaguje na zavolání. Vývoj řeči je v důsledku nedostatečné kontroly sluchem opožděný, nedosahuje stupně odpovídajícího věku dítěte. Řeč je méně srozumitelná, agramatická, se skrovnou lovní zásobou. Tyto důsledky negativně ovlivňují také porozumění řeči. Dále chybí mimovolní slyšení, které výrazně napomáhá při osvojení obsahu mnoha pojmů. Důsledkem je, že spontánní mluvená řeč se dále přirozeně nevyvíjí. Je proto nutné zahájit u dítěte s diagnostikovanou sluchovou vadou komplexní péči v podobě individuálního rehabilitačního programu, aby se podařilo zmírnit důsledky sluchové vady a byl zajištěn rozvoj řeči a myšlení. Dítě by mělo mít možnost slyšet zvuky a řečové vzory ze svého okolí. Zásadním předpokladem je přidělení sluchadel a zahájení intenzivní logopedické péče.

5.4 Logopedická péče dětí s kochleárním implantátem

Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem je zaměřena na rozvoj sluchové funkce a zároveň na rozvoj řeči. Je třeba ji zahrnout do všech etap rehabilitačního programu a postupně umožnit dítěti dobře rozumět jeho okolí i jemu samotnému. Logoped navazuje vztahy s rodinou, snaží se přimět rodiče i dítě ke spolupráci.

V průběhu rehabilitačního programu o dítě pečuje klinický logoped, který působí v místě bydliště dítěte, dále o dítě pečuje logoped SPC a v průběhu operace kochleárního implantátu logoped, který působí v nemocnici a pomáhá při technickém nastavení kochleárního implantátu. Každý logoped by měl v rámci své odbornosti a profesionality pokračovat ve stanovené rehabilitaci a spolupracovat s ostatními odborníky pečující o dítě i jeho rodinu.

Logoped také poskytuje rodině odborné informace a na základě reálných možností dítěte a rodiny, stanovuje základní postupy systematické logopedické péče. Předpokladem dobré spolupráce je získat si důvěru dítěte i rodičů k poskytované odborné péči. Logoped pracuje s dítětem nejméně půl roku již před samotnou operací kochleárního implantátu, což je také jednou z podmínek kochleární implantace. Před implantací je s dítětem nacvičena podmíněná reakce na zvuk. Podle Holmanové dobrá předoperační příprava velmi pomůže při programování. Při programování je potřeba, aby dítě rozpoznalo nejtišší zvuk, který je schopný zaslechnout a nejhlasitější zvuk, který nesmí být nepříjemný. Podle reagování dítěte na slyšené zvuky je vytvořena tzv. „mapa“. Cílem je nastavit „mapu“, tak aby dítě slyšelo tiché zvuky a ty hlasité nebyly při slyšení příliš nepříjemné. V průběhu nastavování řečového procesoru je využíváno nacvičených reakcí. Programování je otázkou několika měsíců po operaci. Pokud je nastavení optimální, probíhá kontrola jednou nebo dvakrát za rok.⁷⁵

Po naprogramování řečového procesoru se dítě učí rozpoznávat zvuky ze svého okolí a reagovat na ně. Předpokladem pooperační logopedické péče je právě rodina, ta sehrává nezastupitelnou roli při rehabilitaci, motivuje dítě, zprostředkovává potřebné podněty směřované pro jeho vývoj, upevňuje správné návyky a chování. Po operaci dítě i rodina intenzivně prožívá slyšení a naslouchání, které umožňuje postupně překonávat nezdary v komunikaci. Podle pokynů logopeda systematicky působí na dítě v přirozeném prostředí. Je proto potřeba využívat každodenních situací a zájmu dítěte. Dítě se zpočátku učí reagovat na zvuky spontánně, je postupně seznamováno se zdrojem zvuku např. hračka nebo denní pokyny, které by měly být komentovány vždy stejným způsobem. Dítě se učí a osvojuje si potřebné návyky jako poděkování, pozdrav. Rodiče musí být velmi aktivní, s dítětem je vhodné zpívat, učit se říkadla, hrát hry.

⁷⁵ HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. ISBN 80-7216-213-6.

Dítě má být zapojováno do práce v rodině, jako je úklid, společné nákupy, rodinné oslavy. Tyto činnosti patří mezi neformální reedukační metody, jejich přínosem je aktivita a komunikace mezi rodiči a dítětem v přirozeném prostředí. Na péči rodiny navazuje cílená logopedická péče, jejíž hlavní činností je reedukace sluchu. Ta je zaměřena nejen na funkce sluchového orgánu a rozvoj řeči, ale u dětí s kochleárním implantátem je reedukace sluchu spojena s rozvojem celé osobnosti dítěte. „S rozvojem sluchového vnímání se rozvíjí řeč dítěte po stránce obsahové a formální, dále též jeho rozumové schopnosti a volní vlastnosti, je ovlivňováno jeho citové prožívání a rozvíjení se jeho sociální dovednosti.“⁷⁶

Reedukace sluchu je vedena vždy podle konkrétní diagnózy, kterou na základě individuality dítěte a jeho potřeb stanovuje logoped. Cvičení jsou řazena podle základních činností: slyšení - detekce podnětu, poznávání dvou zvuků – diskriminace, poznávání slyšeného zvuku, který ze dvou to byl – diferenciací, výběr z více slyšených zvuků – identifikace, opakování určeného podnětu – reprodukce, rozumění, poznání slovního obsahu. Obecně se doporučuje tento metodický postup dodržet. Cvičení se od sebe liší podle náročnosti odpovídající věku dítěte, do pěti let, pro předškolní věk, školní věk, kde jsou ve cvičeních vyžadovány čtenářské dovednosti. Logoped však musí náročnost cvičení volit s ohledem na schopnosti a dovednosti dítěte, aby předcházel případnému neúspěchu, protože zvládnutý úkol a pochvala motivuje k další práci. Na reedukaci sluchu navazuje a vzájemně se prolíná reedukace řeči. Ta je zaměřena na sémantickou oblast řeči - vývoj řečových funkcí, slovní zásoba, tvorba pojmů, jejich rozumění a vyjadřování. Problémem je pochopení významu slov v určité souvislosti. Dále se soustředí na fonologickou oblast – správné dýchání s fonací, přesnější artikulaci, tvorba hlasu v přiměřené hlasové poloze. Další sledovanou oblastí je vývoj jazyka, syntaktická oblast sleduje formální – gramatickou stavbu jazyka. Soustředí se na používání správných tvarů slov a správnou větnou stavbu. Logoped rozvíjí i další dovednosti potřebné ke komunikaci a porozumění řeči, jako jsou odezírání a čtení.

⁷⁶ SVOBODOVÁ, K. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. s. 22. ISBN 80-7216-214-4.

5.5 Vzdělávání neslyšícího dítěte s kochleárním implantátem

Vzdělávání žáka se sluchovým postižením je uskutečňováno na základě školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Způsob vzdělávání neslyšícího dítěte s kochleárním implantátem je v současné pedagogické praxi především otázkou volby nejvhodnějšího způsobu vzdělávání s ohledem na dosahovanou úroveň komunikačních dovedností dítěte v průběhu rehabilitačního procesu. Sluchově postižené děti se mohou vzdělávat ve speciálních školách určených pro žáky s těžkou sluchovou vadou a prelingválně neslyšící nebo ve školách běžného typu formou integrace.

Možnosti forem vzdělávání ve školských zařízeních pro děti, žáky se sluchovým postižením je specifikován vyhláškou č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (§ 3).

Formy speciálního vzdělávání jsou určeny žákům, kteří na základě provedené speciálně pedagogické či psychologické diagnostiky poradenským školním zařízením vyžadují speciální vzdělávání a různě vysokou míru podpůrných opatření vzhledem rozsahu a stupni postižení.

§ 3

Formy speciálního vzdělávání dětí, žáků, a studentů se zdravotním postižením

1) Speciální vzdělávání lze zajistit:

- a) formou integrace
- b) formou skupinové integrace
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením

Speciální školy:

- mateřská škola pro sluchově postižené
- základní škola pro sluchově postižené
- střední škola pro sluchově postižené – střední odborné učiliště pro sluchově postižené, odborné učiliště pro sluchově postižené, praktická škola pro sluchově postižené, gymnázium pro sluchově postižené, střední odborná škola pro sluchově postižené

- d) kombinací forem za a) a b)

2) Speciální vzdělávání individuální integrací

a) ve škole běžného typu

b) v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení

Podle Vágnerové „*volba vhodné školy je v tomto případě ještě o něco složitější, protože jejich hlavním problémem je omezený rozvoj jazykových schopností, spojený s obtížemi v porozumění i v aktivní komunikaci, ale i s opožděním verbálního uvažování a socializace.*“⁷⁷ V současné době jsou v rámci reedukačních programů využívány dokonalejší technické kompenzační pomůcky, které zprostředkují zesílení zbytků sluchu. Korekce sluchu kochleárním implantátem umožní i neslyšícím dětem využití zbytků sluchu, děti lépe vnímají zvuky z okolí i vlastní mluvenou řeč. V průběhu dlouhodobě strukturovaného individuálního rehabilitačního programu probíhá auditivně verbální terapie, která podporuje rozvoj komunikačních dovedností neslyšícího dítěte.

Cílem péče je maximální rozvoj jazykových, kognitivních a sociálních schopností, které umožní neslyšícím dětem vzdělávání a sociální začlenění do škol běžného typu.

5.5.1. Speciální vzdělávání dítěte s kochleárním implantátem

Mateřské školy pro sluchově postižené

Mateřské školy pro sluchově postižené jsou zřizovány při některých základních školách pro sluchově postižené. Děti s vadami sluchu jsou vzdělávány podobně jako v běžné mateřské škole. Hlavním cílem péče je všestranný harmonický rozvoj jedince jako v běžné mateřské škole, který je dán Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání.

Školu navštěvují děti od tří do šesti let s různým stupněm sluchové vady, dětem je poskytována individuální odborná a logopedická péče. V těchto podmínkách probíhá také diagnostika dítěte, ta specifikuje schopnosti a možnosti dítěte, volí vhodnou míru podpory a další postupy individuální péče. Jednotlivé kroky speciální péče konzultuje učitelka mateřské školy s dalšími odborníky a s rodiči.

⁷⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. s. 226. ISBN80-7178-802-3.

Z pohledu speciálně pedagogické péče jde zejména o budování a rozvíjení komunikačních dovedností. Speciální úkoly mateřské školy pro sluchově postižené popisuje Sobotková takto⁷⁸:

- navazování komunikace
- tvoření a rozvíjení hlasu
- reedukace a edukace sluchu
- rozvoj zrakového vnímání, odezírání,
- rozvoj hmatového vnímání, jemné a hrubé motoriky
- rozvoj řeči od nejranějšího věku, budovat kladný vztah k mluvení
- začátky čtení pomocí globální metody
- dosažení funkční komunikace s využitím nonverbálních prostředků

Docházka dětí do mateřské školy je velmi důležitá, připravuje dítě na vstup do školy, probíhá zde i diagnostika školní zralosti. Dítě získává v průběhu pobytu v mateřské škole rozumové, komunikační a sociální dovednosti potřebné k plnění nároků školního vyučování. Na předškolní výchovu a vzdělávání navazují základní školy pro sluchově postižené.

Základní školy pro sluchově postižené

Vzdělávání probíhá ve speciálních základních školách určených pro žáky s těžkou sluchovou vadou a prelingválně neslyšící.

Základní škola pro sluchově postižené může na základě školského zákona č. 564/2004 Sb., Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/ 2005 Sb. může zřídit přípravnou třídu, kde jsou upevňovány dovednosti získané v mateřské škole, docházka do školy může být tedy desetiletá. Děti se mohou vzdělávat pomocí znakového jazyka nebo mluvenou řečí. Učitel má speciálně pedagogickou kvalifikaci, upravené podmínky pro výuku, výhodou je snížený počet žáků ve třídě v počtu od 6 do 14 žáků, podle míry postižení.

⁷⁸ SOBOTKOVÁ, In: PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006. s. 137. ISBN:80-7315-120-0.

Vzdělávání žáků vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, volba vlastního školního vzdělávacího programu je v kompetenci ředitele školy. Děti jsou vzdělávány podle osnov běžné základní školy nebo jsou upraveny podle aktuálních potřeb žáků.

V rámci výuky mohou školy uplatňovat různé komunikační přístupy, jako jsou orální, bilingvální nebo totální komunikaci. Žáci mají dále nárok na speciální metody, postupy, kompenzační pomůcky, speciální učebnice a předměty speciálně pedagogické péče. Důležité jsou zejména hodiny logopedické péče, znakového jazyka, řečové výchovy.

Cílem základní školy pro sluchově postižené je rozvoj osobnosti žáka podle individuálních schopností, překonání komunikační bariéry a zprostředkování srovnatelné úrovně vzdělání se slyšícími dětmi.

Střední školy pro sluchově postižené

Před ukončením základní školy nastává období výběru středoškolského vzdělávání, které je klíčové pro budoucí profesní přípravu. Nabídka středních škol pro sluchově postižené poskytuje mnoho možností profesního zaměření.

Sluchově postižení žáci mohou získat profesní kvalifikaci v rámci nabídky středních odborných učilišť, středních učilišť a praktických škol. Nabídka a zaměření oborů je poměrně pestrá, mezi frekventované obory patří – strojní mechanik, malíř-lakýrník, krejčí, dámská krejčová, truhlář, kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, zámečnick, klempíř, čalouník. Maturitní zkoušku mohou sluchově postižení získat na střední zdravotnické škole pro sluchově postižené v oboru zubní technik, na průmyslové škole pro sluchově postižené, oděvní škole, pedagogické škole a na gymnáziu pro sluchově postižené. Zajištění odpovídající profesní odbornosti a vzdělání umožní sluchově postiženému jedinci uplatnění na trhu práce.

Studium sluchově postižených na vysokých školách

V současnosti je problematika vzdělávání sluchově postižených řešena i v rámci terciárního vzdělávání. Nabídka se týká bakalářských oborů, např. Výchovná dramatika neslyšících na JAMU v Brně a Čeština v komunikaci neslyšících na Filozofické fakultě UK v Praze. Další nabídka je realizována formou integrace, sluchově postižení se vzdělávají společně s intaktní společností.

Na školách jsou zřízena speciální poradenská centra, která poskytují studentům potřebné služby např. tlumočnické služby, kopírovací služby, přepisy přednášek.

5.5.2. Výchova a vzdělávání osob s kochleárním implantátem v procesu integrace

V současnosti díky kvalitní odborné péči a dobře kompenzované vadě sluchu v rámci rehabilitačního procesu sílí snaha rodičů dětí se sluchovým postižením vzdělávat své děti ve škole běžného typu formou integrace. Výběr vhodného způsobu vzdělávání je v současné době v kompetenci rodičů. Pro dítě i jeho rodinu je nástup do školy velmi důležitým sociálním mezníkem.

Rodiče by měli mít dostatek informací o integraci na základě dlouhodobé spolupráce s odborníky SPC. Rodiče oceňují zejména možnost dítěte vyrůstat v rodinném prostředí mezi svými slyšícími vrstevníky. O integraci žádají rodiče dítěte s postižením, ta musí být podložena písemným doporučením SPC, rodiče musí potvrdit písemným souhlasem spolupráci rodiny s centrem. Rodina se také zavazuje k aktivní spolupráci se školou, kde bude dítě plnit povinnou školní docházku. Pro rodinu je integrace dítěte spojena s mnoha povinnostmi, které souvisí s dopravou dítěte do školy, pravidelným procvičováním učiva a intenzivní komunikací se školou.

Na základě písemného souhlasu je provedena příslušná speciálně pedagogická a psychologická diagnostika komunikačních dovedností, vědomostí a schopností dítěte v SPC. Podle provedené diagnostiky je zpracován odborný posudek pro vzdělávání žáka, který je stěžejní pro stanovení míry a způsobu vyrovnávacích a podpůrných opatření.

V současné době je v této oblasti edukace patrná podpora, která se snaží pomocí dalších podpůrných opatření umožnit ve větší míře zajištění společné výchovy a vzdělávání dětí, žáků a studentů s postižením v běžných školách.

U dětí se sluchovým postižením je tato snaha dlouhodobá, děti jsou integrovány do života společnosti slyšících na základě nezbytné podpory, která je právně specifikována. Současná právní úprava školské integrace je stanovena školským zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který nabyl účinnost prvního ledna 2005. Zásadním hlediskem vedoucím k integraci je legislativní hledisko vlády, tedy přímá podpora státu při začleňování jedinců s postižením do většinové společnosti.

Integrace sluchově postiženého dítěte do běžné mateřské školy

Integrace je doporučována zejména u dítěte, kde je předpoklad rozvoje komunikačních dovedností, zejména mluvené řeči v průběhu výchovně vzdělávacího procesu mateřské školy mezi slyšícími vrstevníky.

Pokud je dítěti se sluchovou vadou doporučeno vzdělávání v běžné mateřské škole, je nutné zajistit spolupráci rodičů, pedagogů a odborníků ze SPC. Rodiče tak musí nejprve vyřešit otázku, jakou mateřskou školu zvolit. S výběrem pomáhá i SPC na základě pedagogicko-psychologického vyšetření. Dané řešení je vždy individuální a vychází z aktuální situace rodiny a vlastností dítěte. Zejména rodiče musí být připraveni na možné obtíže, které budou muset zpočátku řešit.

Pro dítě je vstup do mateřské školy velkou změnou, doposud komunikovalo pouze ve svém přirozeném prostředí, kde se dokázalo dorozumět s ostatními. Dítě bylo v největší míře zvyklé komunikovat s matkou, bylo středem zájmu matky i celé širší rodiny. Vstup dítěte se sluchovou vadou do mateřské školy představuje pro dítě i jeho rodinu velkou psychickou zátěž, proto je nutná příprava dítěte a zajištění postupného začleňování do nového prostředí.

„Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.“⁷⁹

Integrace sluchově postiženého dítěte do běžné základní školy

Rodiče, kteří kladně hodnotí integraci v běžné mateřské škole, mají snahu pokračovat ve vzdělávání svého dítěte formou individuální integrace v základní škole běžného typu. Integrace sluchově postiženého dítěte do běžné školy je individuálně posuzována a uskutečňuje se na základě doporučení logopedů, speciálních pedagogů, psychologů SPC. Tým odborníků hodnotí reálné předpoklady dítěte, zejména z hlediska úrovně intelektové, komunikační schopnosti a sociální zralosti. V průběhu integračního procesu je nutná spolupráce rodiny, učitelů a pracovníků centra.

⁷⁹ ŠKOLSKÝ ZÁKON 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: Sbírka zákonů České republiky č. 561/2004.2004, s. 4826 – 4904. ISSN 1211-1244.[online].[2013-02-20]. Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/uplnenezneni-zakona-c-561-2004-sb>.

Pro integrované vzdělávání je nutné vytvořit vhodné podmínky s ohledem na specifické potřeby žáka vyplývající z daného druhu a stupně postižení, které stanovuje SPC.

„ Podpora představuje pomoc pro handicapované, která nenahrazuje, naopak evokuje aktivitu handicapovaných při řešení problémů jejich života. Pedagogická podpora je orientována na řešení specifik edukačních forem a institucí rozpracovaných v komprehenzivní speciální pedagogice. Intervence-zásah představuje praktickou aplikaci poznatků a zkušeností KPS při řešení konkrétních edukačních situací. Způsoby odpovídají na otázku jak, jakými aktivitami dosahujeme splnění cílů, úkolů a programů KPS. Nacházejí svůj výraz ve volbě různých postupů, prostředků, metod, technik a forem KPS. ‘‘⁸⁰

Legislativní hledisko upravuje a předepisuje podmínky směřující výchovně vzdělávací proces k integraci handicapovaných jedinců do života většinové společnosti. V rámci individuální integrace žáků se sluchovým postižením je vypracován individuální vzdělávací plán na základě vyhlášky č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Mezi další podpůrná opatření patří asistent pedagoga, který pracuje ve třídě s integrovaným žákem na základě doporučení SPC. V průběhu vzdělávání jsou s ohledem na individuální potřeby integrovaného žáka realizována další vyrovnávací a podpůrná opatření. Nedílnou součástí výchovně vzdělávací péče jsou poradenské instituce, jejichž úkoly a cíle jsou dány vyhláškou 116/2011, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., § 1 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších zákonů.

V současné době jsou v rámci reedukačních programů využívány dokonalejší technické kompenzační pomůcky, které zprostředkují zesílení zbytků sluchu. Korekce sluchu kochleárním implantátem umožní i neslyšícím dětem využití zbytků sluchu, děti lépe vnímají zvuky z okolí i vlastní mluvenou řeč. V průběhu dlouhodobě strukturovaného individuálního rehabilitačního programu probíhá auditivně verbální terapie, která podporuje rozvoj komunikačních dovedností neslyšícího dítěte.

Cílem péče je maximální rozvoj jazykových, kognitivních a sociálních schopností, které umožní neslyšícím dětem vzdělávání a sociální začlenění do škol běžného typu. Výběr vhodného způsobu vzdělávání je poměrně náročný, vždy by měl zohlednit reálné možnosti a prospěch dítěte i jeho rodiny.

⁸⁰ JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*.s.174. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000. ISBN 80-7041-196-1.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ŠETŘENÍ

6.1 Stanovení výzkumného problému

V praktické části diplomové práce je hlavním cílem zhodnotit přínos kochleární implantace na vývoj komunikačních dovedností dítěte. Zpracovány budou podrobné kazuistiky dětí s kochleárním implantátem. Na základě prostudované odborné literatury zabývající se touto problematikou budou výstupy šetření porovnány s reálnou situací.

Dílčím cílem je zhodnocení úspěšnosti rehabilitačního programu a vliv míry osvojených komunikačních dovedností na způsob vzdělávání dítěte s kochleárním implantátem. Šetření bylo zaměřeno na klíčové momenty života dítěte s kochleárním implantátem a celé jeho rodiny.

6.2 Informační příprava výzkumu

V průběhu přípravy diplomové práce byla prostudována odborná literatura k dané problematice. Na základě teoretického vhledu byl koncipován další způsob přípravy praktické části diplomové práce. Byla navázána spolupráce se Speciálně pedagogickým centrem v Českých Budějovicích, které pečuje o integrované žáky s kochleárním implantátem v základních školách běžného typu v Jihočeském kraji. Na základě prvních konzultací se SPC provedeno počáteční šetření formou dotazníku. Jedná se o metodu, která slouží ke sběru informací pomocí písemného dotazování a získávání informací písemnou formou. Rodiče dětí s kochleárním implantátem vyplnili dotazník, který byl vyhodnocen, a získané informace byly využity během navazujícího výzkumu.⁸¹

⁸¹ GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

Další výzkumné otázky:

- Kdy a kým byla vada sluchu diagnostikována?
- Využívala rodina služeb Střediska rané péče Tamtam?
- Kdy a jak často probíhala logopedická péče?
- Jakou měrou ovlivňuje kochleární implantát řečovou komunikaci dítěte?
- Jaké jsou komunikační dovednosti dítěte po kochl. implantaci?
- Jakým způsobem se vzdělává vaše dítě?
- Jakou úlohu sehrává rodina v procesu rehabilitace dítěte?
- Jaké jsou pokroky vašeho dítěte?

6.3 Výzkumná metoda

V empirické části diplomové práce jsou uplatněny metody kvalitativního výzkumu.

Výzkum má podle Gavory „*korekční schopnost, hovoří o tom, že se jím potvrzují nebo vyvracejí poznatky, které jsou již o jevu známé. Potvrzení už známých poznatků je nutné, protože realita se mění a naše poznání ji musí dohánět*“.⁸² Poznání člověka nebude nikdy dokonalé, je nutné ho neustále prohlubovat a systematicky ověřovat. V průběhu empirického výzkumu jde o práci s fakty týkajícími se zkoumaného jevu pedagogické praxe. Kvalitativní výzkum uvádí určitá zjištění.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je chápat jednání zkoumaných osob. Důležitou zásadou tohoto výzkumu je respektovat každou osobu či skupinu lidí, která je vždy jedinečná. Skupina má vlastnosti, kterými se odlišuje. Cílem není zobecňování, ale porozumění konkrétnímu případu, objevování vzájemných souvislostí, které se širěji pojatým výzkumem nedají zjistit.

⁸² GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

V průběhu dalšího empirického šetření budou zpracovány podrobné kazuistiky dětí s kochleárním implantátem. Reprezentativní vzorek tvoří tři žáci s kochleárním implantátem, kteří se vzdělávají v běžné základní škole formou integrace a jsou klienty Speciálně pedagogického centra v Českých Budějovicích.

V případových studiích sleduji dosahované komunikační dovednosti dětí po kochleární implantaci v průběhu probíhajícího rehabilitačního procesu a jejich uplatnění ve společnosti. Pozorování bude zaměřeno na oblast komunikačních dovedností, rehabilitačních postupů a současného stavu dítěte i jeho rodiny.

Výzkumné šetření bylo provedeno ve Speciálně pedagogickém centru a na příslušné základní škole, kde je plněna povinná školní docházka dítěte.

V první části výzkumu byla prováděna analýza dokumentace žáků a zpracování osobní a rodinné anamnézy. Kazuistická metoda umožňuje objektivně posoudit aktuální stav sledované osoby, sleduje údaje z předchozích životních období a studuje dostupné materiály potřebné ke zhodnocení závěrů šetření. Jejím cílem je získání a kategorizace relevantních údajů z minulosti, které pomáhají vysvětlit současný stav.⁸³

V druhé části bylo využito aktivní pozorování dětí ve třídě v průběhu vyučování. Sledováno bylo jejich chování, dorozumívání se s ostatními žáky, způsob komunikace, aktivita. Použité výzkumné metody vycházejí především z analytických metod. Při vlastní práci byly informace o jednotlivých dětech získávány z odborných lékařských, psychologických a speciálně pedagogických vyšetření a z rozhovorů se speciálním pedagogem. Velkou měrou čerpáno z vlastní několikaleté zkušenosti z práce s dítětem se sluchovou vadou. Všechny poskytnuté informace o jednotlivých klientech SPC jsou vázány písemným slibem mlčenlivosti v rámci ochrany osobních údajů. Jména uváděná u jednotlivých kazuistik jsou smyšlená.

V rámci kvalitativního šetření byly aplikovány tyto techniky:

Obsahová analýza dokumentů

Pozorování

Kazuistika

Rozhovor

Dotazník

⁸³ GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

6.3.1 Předvýzkum

Z hlediska teoretického pohledu a zjištění aktuální situace v oblasti rehabilitační péče byl sestaven dotazník pro rodiče dětí s kochleárním implantátem. Pomocí písemného dotazování bylo rodičům položeno několik otázek týkajících se komunikace jejich dítěte a průběhu rehabilitační péče. V dotazníku byly použity otázky uzavřené a otevřené. Cílem bylo ověření teoretických poznatků a jejich uplatnění v rámci aktuální praxe. Prvotní šetření bylo velmi podnětné z hlediska přípravy a realizace vlastního výzkumu.

6.3.2. Dotazník

Hodnocení dotazníku

V rámci přípravy výzkumu bylo zpracováno prvotní šetření formou dotazníku pro rodiče. Cílem bylo konfrontovat teoretické poznatky s realitou každodenního života rodiny pečující o dítě s těžkým sluchovým postižením, které bylo kompenzováno kochleární implantací. Na otázky v dotazníku odpovídalo devět rodin. Z hlediska budoucí perspektivy dítěte je důležitým faktorem doba zjištění sluchové vady. Rodiče odpovídali na základě vlastních zkušeností na otázku týkající se okolností zjištění sluchové vady a věku dítěte. Na základě odpovědí bylo zjištěno, že vada sluchu byla diagnostikována většinou samotnými rodiči v 67 % a dětským lékařem ve 22 %. V rámci screeningu bylo diagnostikováno 22 % z celkového počtu dotazovaných a 78 % vad bylo diagnostikováno později v rozmezí od 2 měsíců do 2 let věku dítěte. Následující otázka byla zaměřena na prvního poskytovatele odborné péče rodině dítěte a zprostředkování prvotních informací k problematice sluchového postižení. Z uvedených odpovědí vyplývá, že prvotní informace rodiče získali prostřednictvím střediska rané péče v 56 % a u 44 % rodin byla péče poskytnuta prostřednictvím odborného lékaře ORL nebo foniatrem, který dítě ošetřoval. Z celkového počtu rodin využívalo 78 % služeb střediska rané péče. Další část dotazování byla zaměřena na dobu zahájení logopedické péče a četnosti návštěv logopeda. U 78 % dětí byla logopedická péče zahájena ihned po zjištění sluchové vady, před kochleární implantací u 11 % a po kochleární implantaci také u 11 % dotazovaných. Četnost návštěv logopeda se pohybovala v různých časových intervalech, někdo navštěvoval logopeda každý den, někdo 1x v týdnu někdo 2x týdně nebo 1 x za měsíc či 2x měsíčně.

Dále bylo jednoznačně potvrzeno, že 100 % dětí používalo před kochleární implantací sluchadla. Komunikace probíhala u většiny mluvenou řečí doplněnou znaky u 89 %, u 11 % mluvenou řečí a u 11 % znakovou řečí. Samotná operace kochleárního implantátu byla provedena v rozmezí od druhého roku do pěti let věku dítěte. Rodiče dětí, u nichž došlo k implantaci později, uváděli, že řeč dítěte se i nadále rozvíjela, protože vada byla kompenzována již před kochleární implantací pomocí sluchadel. Kochleární implantace umožnila v 56 % rozvoj a komunikaci pomocí mluvené řeči, v 33 % se řeč rozvíjela a při komunikaci si dítě nadále dopomáhalo znaky a u 11% byl rozvoj řeči pomalejší, komunikace probíhala pomocí znaků. 78 % rodičů uvedlo, že dítě při komunikaci rozumí řeči bez odezírání, 11 % rozumí řeči s odezíráním a 11 % při komunikaci špatně rozumí mluvené řeči. Přínosem operace bylo lepší porozumění řeči, rodiče uvedli, že komunikace dětí po operaci umožnila 67 % snadnější dorozumění i v hlučnějším prostředí, lépe se dorozumí a u 33 % se dobře dorozumí i v hlučnějším prostředí.

Závěrečná část dotazníku sledovala další perspektivu dítěte s kochleárním implantátem a jeho způsob vzdělávání, vztah ke škole a celkové hodnocení naplnění očekávaných výsledků implantace. Z odpovědí vyplynulo, že 56 % dětí se vzdělává v běžné mateřské škole, 22 % v běžné základní škole, 11 % v mateřské škole pro sluchově postižené a 11 % v základní škole pro sluchově postižené. Z celkového počtu respondentů 89 % odpovědělo, že jejich dítě se do školy těší a rádo se učí a 11 % uvedlo, že se do školy těší, ale nerado se učí. Podle vyjádření rodičů logopedická péče pokračuje v současnosti u 78 % dětí i po kochleární implantaci, u 22 % procent je ukončena. 100 % rodičů uvedlo, že kochleární implantace splnila jejich očekávání a že byli dobře informováni o náročnosti rehabilitačního procesu. 67 % rodičů potvrdilo, že se setkávají s rodinami dětí pečujících o dítě s kochleárním implantátem, 33 % rodičů odpovědělo záporně.

Dotazníkové šetření bylo zadáno prostřednictvím internetové sítě. Na sociální síti facebook, si rodiny dětí s kochleárním implantátem tvoří své specializované skupiny, které pomáhají novým i stávajícím uživatelům kochleárního implantátu. Díky tomu, mohou samotní uživatelé a jejich rodiny být v denním kontaktu se svou komunitou. Čerpají nové poznatky, sdělují si informace týkající se nejen praktické části užívání, ale i finančních možností příspěvků, novinek ze světa atd.

Na základě oslovení Sdružení uživatelů kochleárního implantátu se podařilo navázat spoluprací s rodiči dětí, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a nadále spolupracovat a odpovídat na další dotazy v průběhu šetření prostřednictvím sociální sítě. Byli ochotni přijmout žádost členství ve skupině a podělit se o své zkušenosti. V rámci jejich diskuze bylo patrné, že rodiče si ve velké míře vzájemně sdělují vlastní zkušenosti v oblasti péče a kochleární implantace. Častým tématem byla otázka oboustranné implantace. Podle názoru některých rodičů je u nás využívána velmi málo. Sdělují si i postřehy o postupech péče jednotlivých center kochleárních implantací, která jsou na Klinice ušní, nosní a krční FN Motol v Praze, dále ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně a v Centru kochleárních implantací Ostrava. Nejvíce zkušenosti mají rodiče s centrem v Praze, kde oceňují zejména pooperační péči, kvalitní nastavení řečového procesoru a spolupráci s lékaři a dalšími odborníky centra. Rodiče dětí s kochleárním implantátem se zajímají také o nabídku kompenzačních pomůcek firmy MED-EL a australské firmy Cochlear.

Zajímavé zkušenosti mají rodiče i s logopedickou péčí. Někdo dochází k logopedovi pravidelně, jiný zastává názor, že logopedie probíhá každý den zcela přirozeně v domácím prostředí. Rodiče dětí diskutují na mnohá témata, z jejich odpovědí je patrný určitý posun v oblasti péče medicínské, poradenské, ale i vlastního přístupu rodiny. Rodiče aktivně vyhledávají informace, odbornou pomoc a konzultují vzniklé problémy. Časté jsou výtky na sociální systém našeho státu vůči sluchově postiženým. Péče o dítě s kochleárním implantátem je a finančně náročné. Rodiče se setkávají při posuzování stupně postižení a přiznání dávek na péči s názorem, že dítě je zdravé, jenom neslyší. Často má tento názor i posudkový lékař. Ve větší míře si současní rodiče uvědomují vlastní zodpovědnost za budoucnost svého dítěte. Vzájemně si pomáhají, sdělují informace, předávají si vlastní zkušenosti, které jsou vždy individuální. Všechny rodiny sjednocuje víra v lepší budoucnost jejich dítěte a možnost začlenit se do společnosti slyšících díky kochleárnímu implantátu, který umožňuje vnímat sluchové vjemy a osvojit si mluvenou řeč. Ve větší míře si uvědomují vlastní zodpovědnost za výchovu dítěte a respektování jeho potřeb. Rodiče velmi pozitivně vnímají technický pokrok, ale zároveň mají snahu budovat i způsoby komunikace, které děti využijí v případě poruchy či odložení kochleárního implantátu. Sílí snaha rodičů osvojit si znakovou řeč jako náhradní či doplňující komunikační systém. Současná rodina se snaží žít běžným rodinným životem a začlenit dítě do světa kolem něj. Rodiče využívají při vzdělávání dítěte integraci, snaží se, aby dítě vyrůstalo v harmonickém domácím prostředí.

6.4 Časový harmonogram realizace diplomové práce

Z hlediska výzkumu je nutné stanovit jednotlivé kroky sběru dat, práci v institucích naplánovat a dobře organizačně realizovat.

Tabulka 5: Časový harmonogram realizace diplomové práce

| Fáze | Časové období |
|--|-------------------|
| Shromažďování literatury, vypracování projektu | 02/2014 – 04/2014 |
| Teoretická část | 04/2014 – 09/2014 |
| Empirická část | 09/2014 – 2/2015 |
| Zpracování a interpretace výsledků | 1/2015 – 3/2015 |

6.4.1 Fáze přípravná

V této části již bylo připravováno vše na vlastní realizaci výzkumu. Stěžejní bylo navázání kontaktu s institucemi a příslušnými odborníky, kteří mají zkušenosti z práce s dětmi se sluchovým postižením.

6.4.2 Fáze realizace

V rámci kvalitativního výzkumu jsem se zaměřila na zpracování případových studií dětí, které se narodily s těžkou sluchovou vadou. Výzkumný vzorek tvoří tři děti, dvě dívky a jeden chlapec. Dívky jsou v současné době vzdělávány formou integrace na běžných školách, chlapec je nyní žákem speciální školy pro sluchově postižené. Obě dívky jsou v péči Speciálně pedagogického centra. U chlapce nastala změna, spolupráce se SPC byla ukončena na základě přestupu do speciální školy.

V rámci výzkumu jsem mohla navázat na spolupráci s odborníky ze SPC, kteří spolupracují se školami, kde probíhá integrace žáků se sluchovým postižením.

Charakteristika poradenského zařízení:

Speciálně pedagogické centrum SPC je zřízeno při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené České Budějovice, Riegrova 1. Škola poskytuje předškolní vzdělávání dětem se zdravotním postižením v MŠ pro sluchově postižené, základní vzdělávání žákům se zdravotním postižením v ZŠ pro sluchově postižené, ZŠ praktické a v ZŠ speciální pro sluchově postižené, střední vzdělávání studentům se zdravotním postižením v odborném učilišti pro sluchově postižené a v praktické škole pro sluchově postižené. Pro své žáky poskytuje zájmové vzdělávání ve školní družině. Součástí školy je internát pro děti a studenty školy. Škola žákům a studentům nabízí možnost stravování ve školní jídelně. Dětem se sluchovým postižením s nařízenou ústavní výchovou vytváří zázemí dětský domov. Součástí školy je také velká zahrada a samostatné rekreační zařízení pro žáky školy.

Škola zajišťuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením ve speciálně pedagogickém centru SPC. Toto centrum je zřízeno MŠMT, vzniklo v roce 1991. Poskytuje komplexní péči dětem se sluchovým postižením z Jihočeského kraje. Provádí speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poradenství. Pečuje o děti s kochleárním implantátem, kterým poskytuje ambulantní logopedickou a surdopedickou péči a sjednává podmínky integrace na školách běžného typu. Úzce spolupracuje s odborným pracovištěm CIKD „U Mrázovky“ FN v Motole v rámci předoperační a pooperační péče implantovaných dětí. Pro spolupracující instituce a rodinné příslušníky klientů SPC provádí výuku znakového jazyka, poskytuje sociálně právní poradenství, organizuje víkendové pobyty pro rodiny s dětmi. Svoje služby poskytuje zdarma. Personálně je práce SPC zabezpečena třemi speciálními pedagožkami, psycholožkou, sociální pracovnící a fyzioterapeutem. Pracoviště je vybaveno pracovním psychologem, sociální pracovnící, dvěma pracovišti pro speciální pedagogy a rehabilitačním pracovištěm. V současnosti pečuje přibližně o 150 klientů.⁸⁴

⁸⁴ MACÍKOVÁ, I. *Výroční zpráva o činnosti školy*. [online]. Mateřská škola, základní škola a střední škola pro sluchově postižené, České Budějovice. [cit. 2014-09-30] Dostupné z: <http://www.sluchpostcb.cz/wp-content/uploads/2012/08/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-za-%C5%A1koln%C3%AD-rok-2013-2014.pdf>

6.4.3 Fáze vyhodnocování

Zpracování kazuistik, závěrů a vyhodnocení doporučení pro praxi.

Kazuistika č. 1

Jméno: Anežka

Narozena: 1. 5. 2007

Diagnostika: mutace genu Connexin 26

Charakteristika dítěte:

Dívka je drobnější postavy, její úsměv je milý a přátelský. Působí klidně a vyrovnaně. Mezi svými vrstevníky má mnoho kamarádů. Je celkově přizpůsobivá, stále, dobře reaguje na změny ve svém okolí. Působí vyrovnaně, při práci je vstřícná, dobře se orientuje v dané situaci.

Příčinou je autozomálně recesivní sluchová vada Connexin 26.

Osobní a rodinná anamnéza:

Rodiče Anežky mají středoškolské vzdělání. Rodina je úplná, dítěti poskytuje výborné zázemí. Anežka se narodila jako první dítě v rodině. Těhotenství bylo plánované. Porod proběhl fyziologicky, hlavičkou, bez komplikací. Narodila se v termínu, vážila 3,20 kg a měřila 51 cm. Psychomotorický vývoj nebyl opožděn. Samostatně seděla v sedmi měsících, chůze od jednoho roku.

Vada sluchu byla diagnostikována ihned po narození na základě screeningového vyšetření, které potvrdilo možnou pravděpodobnost sluchového postižení. V rodině otce se vyskytuje genetická zátěž, mutace genu Connexin 26. Vada sluchu byla diagnostikována po narození ve třech měsících. První vyšetření sluchu proběhlo v porodnici pomocí měření otoakustických emisí (OAE), které prokázalo negativní nález. Následovalo podrobnější audiologické a foniatrické vyšetření BERA s výsledkem - vpravo zbytková reakce zaznamenána na cca 97 dB, vlevo bez odpovědi.

Rozvoj komunikačních dovedností:

Rodiče dívky se s touto situací dobře vyrovnali a aktivně se zajímali o její řešení. Život rodiny se plně přizpůsobil potřebám dítěte, rodiče aktivně spolupracovali s lékařem a zajímali se o další postupy v léčbě. V průběhu léčebné rehabilitace přidělil foniatr dívce sluchadla a doporučil rodinu do Centra kochleárních implantací dětí.

V osmém měsíci byla dívka vyšetřena v CIKD, kde byla na základě výsledků vyšetření SSEP potvrzena těžká oboustranná vada sluchu s výsledkem 100dB na všech frekvencích.

Rodiče byli seznámeni s náročností budoucího rehabilitačního programu. Na základě konzultací a doporučení lékařů CIKD získávali potřebné informace a kontakty. O dceru pečovali podle stanovených postupů. Následně sami vyhledali pomoc Střediska rané péče a využívali služby poradce, který pomáhal v rodinném prostředí zajistit vhodné podmínky pro vývoj dítěte v rámci rehabilitačního programu. Zahájena byla logopedická péče důležitá z hlediska plánované operace, a to zejména v přirozeném rodinném prostředí. Komunikace s dcerou probíhala pomocí totální komunikace, která využívá všech dostupných prostředků. Rodiče se učili základy znakové řeči, komunikovali orálně s dopomocí znaků, za pomoci gest a odezírání. Díky sluchadlům se nepatrně zlepšila dívčina reakce na sluchové podněty. Hlasová produkce se na základě odezírání obohatila o neartikulované zvuky ve vyšší poloze a nadále přetrvávalo pudové žvatlání. Odezírání bylo v počátku, objevila se snaha se o nápodobu. Rodiče se dívce plně věnovali, pozornost zaměřili na rozvoj mluvené řeči. Dívka byla implantována ve čtrnácti měsících. Implantát má na pravé straně.

První nastavení řečového procesoru proběhlo v průběhu několika kontrol bez větších problémů. Dívka si dobře zvykla na vnější části kochleárního implantátu, nosí je celodenně bez obtíží.

Vývoj řeči nastal již po měsíci od operace. Dívka dobře reagovala na zvuky z okolí a navazovala oční kontakt, učila se odezírat, kochleární implantát jí poskytl dobrý sluchový zisk. Rodina výborně spolupracovala a cíleně podporovala rozvoj dívky, sama neustále vyhledávala potřebné informace a radila se o dalších postupech v průběhu rehabilitačního programu. Řečová stimulace probíhala zejména v přirozeném prostředí rodiny. Dívka se nejlépe učila v průběhu vycházek, společného vaření a další společné činnosti v rámci širší rodiny. Matka pro dívku tvořila deník, malovala, fotila obrázky, které spojovala s textem. Snažila se dívku podněcovat k hlasovým projevům a budovat si slovní zásobu.

V rámci logopedické péče byl důraz kladen na sluchovou a řečovou výchovu.

Řeč se dobře rozvíjela, dívka se snažila opakovat jednoduché zvuky. V průběhu logopedické péče byla nacvičena detekce zvuku, došlo ke zvládnutí rozlišení zvuku diskriminaci, identifikaci a s převahou i diferenciaci.

Díky zodpovědnému přístupu rodiny se začala výrazně rozvíjet řeč, dívka se sluchem lépe orientovala v běžných činnostech rodiny, došlo k obohacení slovní zásoby, reakcím na běžné pokyny, kterým rozuměla, na vyzvání podávala hračky. Dívka opakovala slova a začala používat jednoduché dvouslovné věty.

Od tří let se velmi dobře rozvíjela řeč, a to fyziologicky dyslalická. Dívka ráda komunikovala, rozšiřovala se její aktivní i pasivní slovní zásoba. Porozumění bylo dobré, občas se objevil problém s abstraktními pojmy. Komunikace probíhala orálně s dopomocí znaku. Modulace a tempo řeči byly přiměřené. Podle psychologického vyšetření byl aktuální mentální věk tři roky a sedm měsíců při chronologickém věku tři roky a deset měsíců.

Ve čtyřech letech věku dítěte nastal velký pokrok, vývoj řeči pokračoval fyziologicky, byl srovnatelný se slyšícími vrstevníky. Modulace a tempo řeči byly v normě. Motorika mluvidel byla procvičena, dívka dokázala volně zavřít a otevřít ústa a dobře artikulovat. Její dýchání při fonaci bylo koordinované, spontánní řečový projev srozumitelný s občasnými agramatismy, verbální paměť odpovídala věku, dívka opakovala jednotlivá slova. Porozumění řeči a běžným otázkám bylo nadprůměrné, mechanická paměť výborná. Pokud byla dívka v hlučném prostředí, porozumění řeči a směrové slyšení vážlo. Měla snahu komunikovat, její slovní zásoba byla na úrovni slyšících vrstevníků.

V pěti letech byl mluvený projev realizován v jednoduchých větách s občasnými agramatismy. Artikulačně byly vyvozeny všechny hlásky, řeč byla dobře srozumitelná. Při komunikaci si dívka přirozeně pomáhala odezíráním. Verbální paměť odpovídala věku, opakovala jednoduchá slova. Měla snahu komunikovat, slovní zásoba odpovídala úrovni slyšících vrstevníků. Sluchem identifikovala bezpečně slova i věty, rozuměla i velmi tiché řeči. Komunikační dovednosti se díky příkladné péči rodičů a pokračující logopedické péči neustále rozvíjely a upevňovaly.

V šesti letech komunikovala orálně, spoléhala na sluchovou perцепci, odezírala jen v akusticky nepříznivých podmínkách, v případě odložení procesoru uměla znakovat. S implantátem dokázala opakovat bez odezírání z šesti metrů slova i věty. Velmi dobře rozuměla, při běžném hovoru užívala rozvité věty se sporadickým výskytem agramatismů, její řeč byla melodická a srozumitelná. Podle testu rozvoje byla aktivní slovní zásoba odpovídající chronologickému věku, pasivní slovní zásoba odpovídala vyššímu věku.

Školní prostředí:

Od ledna 2011 je dívka v péči Speciálně pedagogického centra. Tato instituce provedla vstupní diagnostiku dítěte a na základě hodnocení bylo rozhodnuto o nástupu dívky do mateřské školy v místě bydliště. Posudek byl vypracován na základě odborných vyšetření, která stanovila podmínky integrace. Dívka byla v září 2011 integrována do běžné mateřské školy. Díky značně stimulujícímu rodinnému prostředí a rozvoji komunikačních dovedností splňovala podmínky pro integraci. Anežka se postupně seznámila s novým prostředím mateřské školy, kde se dobře adaptovala. V průběhu docházky se postupně začlenila do kolektivu svých slyšících vrstevníků a do známých aktivit v průběhu činností.

Charakteristika osobnosti dítěte v průběhu předškolního vzdělávání na základě hodnocení SPC.

Dívka se dobře začlenila do kolektivu, byla vstřícná a ráda pomáhala dětem. Dodržovala stanovená pravidla v mateřské škole a postupně se častěji zapojovala do známých aktivit. Reagovala bez zábrán, byla spontánní, s dobrou adaptabilitou, hravá, s bohatou fantazií. Pracovala svým tempem, měla pozitivní přístup k činnostem, ale nevydržela dlouho u jediné. Převažoval zájem o činnosti s možností manipulace s předměty, kde se dokázala velmi dobře koncentrovat, pracovat zcela samostatně. Ve verbální činnosti byla její výkonnost a motivace negativně ovlivněna sluchovou vadou. Dívka byla dominantní, dokázala se v případě potřeby prosadit, sdělit svůj názor. Místy byla netrpělivá, dokázala však systematicky pracovat při činnostech neverbálního charakteru. Měla vynikající představivost, byla tvořivá. Tendence k perfekcionismu poněkud brzdila její pracovní tempo. Hůře se vyrovnávala s případným tlakem na rychlost či s autoritativním přístupem. Mentální unavitelnost byla zvýšená, lehce vázla výslovnost. V průběhu činností bylo potřeba dívku upozornit na nové situace, pokud tomu tak nebylo, ztrácela přehled o dění ve třídě a její pracovní tempo se snižovalo. Při předávání pokynů celé třídě bylo nutné dívce daný úkol ještě zopakovat, zvláště pokud před tím byla zařazena volná aktivita, při které nebyly děti pod přímým vedením učitelky. V průběhu docházky navštěvovala dívka kroužek anglického jazyka a hrála na zobcovou flétnu. Před nástupem do základní školy proběhlo kontrolní vyšetření a test školní zralosti. Z výsledků testu byl potvrzen předpoklad navazující integrace v běžné základní škole.

U dívky byl diagnostikován nadprůměrný intelekt s převahou technického nadání a dobrým názorově logickým úsudkem a vyšší měrou kreativity. Psychomotorický vývoj byl akcelerovaný. Lateralita byla zkřížená s dominancí pravé ruky.

Kresba byla nad úrovní věku. Zrakové rozlišování bylo velmi dobré, nezaměňovala tvary. Dívka byla stále v dobré náladě, měla zájem o nové předměty. Zнала všechna velká tiskací písmena a většinu malých, psala tiskacím písmem, počítala v oboru do deseti. Komunikovala s dobrou slovní zásobou, měla dobré vyjadřovací schopnosti a test školní zralosti splnila na sto procent.

Na základě provedeného šetření školní zralosti a dosahovaných pokroků v rozvoji dítěte bylo rozhodnuto o nástupu školní docházky od září 2013 formou integrace do běžné základní školy v místě bydliště. Vzdělávání bylo realizováno podle učebního plánu daného ročníku a na základě navrženého individuálního vzdělávacího plánu s podporou přítomnosti asistenta pedagoga ve třídě. Tento plán byl sestaven odborníky SPC na každý školní rok, úpravy byly možné podle aktuálních potřeb žákyně.

Dívka je v současné době žákyní druhého ročníku základní školy. Podmínky ve škole jsou nastaveny s ohledem na její individuální potřeby. Nadále probíhá i příkladná spolupráce rodiny se školou a odborníky SPC. Příprava na výuku probíhá na základě vzájemné spolupráce třídní učitelky s asistentkou, která pomáhá zejména při objasňování nových pojmů nebo při případném nepochopení zadání v průběhu školní práce. Dívka ráda chodí do školy, ve třídě má mnoho kamarádů.

Na základě hodnocení paní učitelky je dívka velmi bystrá a chytrá. Při výuce je aktivní, má zájem o nové probírané učivo, reaguje bez zábran, pracuje svým tempem a má pozitivní přístup k činnostem. Snaží se mezi svými spolužáky vyniknout, umí se sama rozhodovat.

V průběhu výuky pozorně sleduje výklad paní učitelky, pokud něčemu nerozumí, umí se zeptat. Snaží se být úspěšná, při práci se dokáže dobře soustředit na výkon. Výsledky její školní práce jsou od první třídy hodnoceny výborně. Dívka vyniká v českém jazyce, má jazykový cit. Od prvního ročníku probíhá výuka čtení analyticko-syntetickou metodou. Čte zřetelně s porozuměním, reprodukce textu je na dobré úrovni. Při práci s textem dokáže adekvátně odpovídat na otázky a interpretovat daný obsah textu. Při doplňování vhodných slov v textu v průběhu opakovacích cvičení dokáže samostatně doplnit požadované slovo.

Písemný projev je velmi úhledný, pečlivý, opis a přepis textu je téměř bez chyb. V matematice pracuje bez obtíží, z paměti sčítá i odčítá do 20.

Řešení slovních úloh nečiní dívce výrazné problémy, dokáže vypracovat zápis slovní úlohy, vyvodit vzájemné souvislosti a zvolit početní operaci ke správnému řešení.

Pokud neporozumí nějakému pojmu, umí se zeptat či požádat o pomoc, aby mohla pokračovat v řešení úlohy a dokončit zadaný úkol. Geometrické učivo má dobře procvičené a osvojené.

Dívka velmi soustředěně a se zájmem sleduje učivo prvouky podpořené obrazovým materiálem. Pracuje na základě vlastních zkušeností, doplňuje a přiřazuje správné odpovědi k otázkám. Zde se uplatní i její výtvarný talent a pracovní dovednosti jako stříhání, lepení. Učivo je dobře strukturováno, staví na poznání a zkušenostech dítěte, které stále obohacuje. Procvičování učiva probíhá vždy aktivní formou her, cvičení a využitím interaktivní tabule. Dívka je velmi nadaná, ráda kreslí a je celkově manuálně zručná. Mezi oblíbené předměty patří i tělocvik, v menší oblibě má pohybové hry, v hluku se hůře orientuje.

Vlastní šetření:

V průběhu výuky je dívka maximálně soustředěná na práci, na první pohled není její sluchové postižení patrné. Na zadané otázky odpovídá dobře a ochotně. Její školní výkon je ve všech ohledech na výborné úrovni. Příkladná je spolupráce všech, kteří se podílejí na integraci. Škola zajišťuje podmínky podle požadavků SPC, zohledňuje individuální potřeby žákyně a spolupracuje s odborníky SPC a rodinou.

Je patrné velmi pozitivní klima ve třídě a začlenění dívky do kolektivu, které vytváří dobré předpoklady pro integraci dítěte. Rodina dívky maximálně spolupracuje s pedagogy a s asistentkou, vždy řeší aktuálně případné problémy. Paní učitelka využívá hodně názorných pomůcek a obrazového materiálu, hodiny jsou metodicky promyšlené. Tento přístup prospívá i dětem, u kterých jsou patrné počáteční specifické výukové problémy. Integrace je kladně hodnocena i odborníky Speciálně pedagogického centra. Pro budoucí školní rok je navrženo další vzdělávání bez asistenta pedagoga. Dívka je již dostatečně samostatná a dobře se orientuje ve způsobu a organizaci výuky a dokáže samostatně pracovat.

Dílčí hodnocení:

U dívky bylo možno na základě včasné diagnostiky provést kochleární implantaci a poskytnout ji potřebné sluchové vjemy. Podařilo se včas zahájit rehabilitační proces. Díky tomu byl vytvořen funkční komunikační systém, který zajistil dobrý sluchový zisk při komunikaci. Se slyšícími dívka preferuje mluvenou řeč a odezírání. Dívka má velké nadání pro řeč, nadprůměrné rozumové schopnosti a dobré osobnostní předpoklady.

Efektivně využívá orální komunikaci, dobře rozumí a sama výborně ovládá mluvenou řeč. Komunikační dovednosti jsou na srovnatelné úrovni se slyšícími vrstevníky.

Kazuistika č. 2

Jméno: Eliška

Narozena: 2002

Diagnostika: Oboustranná percepční vada sluchu

Charakteristika dítěte:

Dívka je pohledná, sympatického zevnějšku. Kontakt s vrstevníky vyhledává a navazuje ho spontánně, ve třídě má svoje kamarády. Komunikuje verbálně i bez odezírání. Občas vážne porozumění významu některých slov v průběhu komunikace. Pokud něčemu nerozumí a špatně se orientuje v určité situaci, jedná poněkud impulsivněji. Při řešení konfliktů se snaží obhajovat a často pociťuje křivdu. Nedokáže se rychle zorientovat v nově vzniklé situaci, prožívá ji negativně. Považuje ji za vlastní selhání, které negativně prožívá, a ztrácí motivaci k další práci. V průběhu vyučování se zapojuje a snaží se plnit zadané úkoly, je však patrná snadná unavitelnost. Potřebuje kontakt s vyučujícím a jeho vedení. Pozornost je kolísavá. U dívky byla v průběhu školní docházky diagnostikována porucha koncentrace a pozornosti ADHD. Patrná je velká unavitelnost a nepozornost. Dívka projevuje zájem o školní práci, prostředí školní třídy vnímá pozitivně. Do školy chodí ráda, ostatní žáci ji respektují.

Osobní a rodinná anamnéza:

Rodiče Elišky mají oba středoškolské vzdělání. Eliška se narodila v pořadí jako první dítě. Těhotenství i porod proběhl bez komplikací. Porodní váha byla 3400 g a délka 51 cm. Porod a poporodní adaptace byly v normě, vývoj dítěte byl od narození zcela bez problémů. Samostatné sezení bylo datováno od sedmého měsíce, lezení od desátého měsíce a chodit začala ve dvanácti měsících. Vada sluchu byla diagnostikována v pěti letech.

V současné době jsou rodiče rozvedeni. Na výchově dcery se neustále podílejí oba, danou situaci dobře zvládli a nyní střídavě pečují o dceru. Eliška má mladšího bratra, který vyrůstá v nové rodině matky. Velmi hezky o bratrovi hovoří a tráví s ním společné chvíle. Dívka má kladný citový vztah i ke svým prarodičům. V rámci širší rodiny ze strany otce i matky jsou vztahy harmonické, všichni vzájemně komunikují a podílí se na společné péči o dívku. Eliška vyrůstá v láskyplném prostředí obklopená lidmi, kteří jí pomáhají a poskytují pomoc a podporu. Dívka často hovoří o svých zážitcích, které prožívá v domácím prostředí a při společných aktivitách.

Ráda jezdí na výlety, sportuje, pracuje na zahradě a hraje si s kamarády. Vada sluchu byla u dívky diagnostikována pozdě, proto došlo k opoždění vývoje řeči, sluchadla jí byla přidělena v pěti letech, kdy byla stanovena diagnóza, a to velmi těžká oboustranná percepční vada sluchu.

Rozvoj komunikačních dovedností:

První mluvené slovo se objevilo ve dvaceti měsících. Dívka komunikovala ukazováním, pomocí gest a vlastních zvuků. Řečový vývoj měla opožděný. Od tří let se její slovní zásoba téměř nerozvíjela. Mluvený projev byl nesrozumitelný. Matka dívce rozuměla, dívka se projevovала velmi hlučně v průběhu komunikace. S přibývajícím věkem byla stagnace vývoje řeči u dívky velmi nápadná, a to zejména při komunikaci s jejími vrstevníky v mateřské škole. Dívka ve čtyřech letech komunikovala pouze pomocí izolovaných slov, spontánní řečový projev byl málo srozumitelný a stále hlasitý. Částečně odezírala, využívala nápadné gestikulace. Orientovala se na základě očního kontaktu, sledovala obličej a pohyby těla komunikující osoby. Pokud se nedívala, dění okolo sebe nerozuměla. Opoždování vývoje řeči bylo stále zřetelnější. Dívka neměla potřebné sociální dovednosti, nezačlenila se do kolektivu dětí v mateřské škole. Stupňovalo se problémové chování a časté konflikty dívky s vrstevníky. Vývoj řeči stagnoval, byl stále nápadnější zejména s ohledem na komunikační dovednosti ostatních dětí.

Rodiče se s problémem obrátili na dětskou lékařku, která jim vystavila doporučení na odborné foniatrické vyšetření. Zde byla diagnostikována velmi těžká oboustranná percepční vada sluchu.

Lékař dívku doporučil na další následné vyšetření do CIKD, kde byla vada potvrzena a navržena kochleární implantace. Byla zahájena příprava na operaci kochleárního implantátu a rodiče byli seznámeni s následným rehabilitačním programem. Kochleární implantát byl voperován v roce 2007. Následovala pooperační péče a nastavení řečové mapy. Dívka si postupně zvykala na kochleární implantát a postupně rozeznávala zvuky v okolí a učila se na ně reagovat. Od března 2008 je v péči odborníků Speciálně pedagogického centra. Péče je zaměřena na odezírání, rozvoj jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, zrakové a sluchové percepce. Následuje intenzivní logopedická péče, která je zaměřena na rozvoj slovní zásoby a aktivní komunikaci. U dívky byl diagnostikován také syndrom ADHD, který ovlivňuje koncentraci pozornosti a celkovou unavitelnost dívky.

Po šesti měsících od operace se dívka začala verbálně velmi rychle rozvíjet. Rodina dojížděla každý měsíc na logopedickou péči do SPC a v místě bydliště navštěvovala jedenkrát v týdnu klinického logopeda. Dívka částečně odezírala, zlepšilo se vnímání a porozumění řeči, komunikovala verbálně i bez odezírání, a to ve větách. V řeči přetrvávaly agramatismy, mluva nebyla ještě gramaticky správná, někdy chyběla předložka. Občas vážlo porozumění významu slov a na otázku se objevovaly echolálie a perseverace. Stále nebyly fixovány sykavky a vibranty. Modulace řeči byla přirozená, tempo řeči v normě. Nutná byla podpora komunikace a rozvoj slovní zásoby. Péče směřovala k přípravě na školní docházku.

V šesti letech, po roční kompenzaci sluchové vady, bylo provedeno šetření školní zralosti, ale o nástupu školní docházky definitivně rozhodnuto nebylo. Školní zralost byla zatím nejednoznačná. Rozhodnutí bude vydáno později na základě dalšího šetření.

Odstraňování řečové vady vzniklé na podkladě sluchového nedostatku probíhalo úspěšně pomocí intenzivní logopedické péče s psychologickým sledováním dalšího vývoje. Verbálně se dívka dobře rozvíjela, používala řeč v interakci se svým okolím, ve větší míře vyhledávala kontakt s vrstevníky. Byla docvičována výslovnost ostrých a tupých sykavek, vyvozeny nebyly hlásky R, Ř. Po implantaci se zlepšilo vnímání a porozumění. Slova, která dívka slyšela, dokázala lépe napodobit. Procvičována byla také grafomotorika, sluchové vnímání a artikulace. Poslechové schopnosti dívky umožnily vnímat zvuky z větší vzdálenosti, lépe rozuměla delším sdělením. Zlepšila se komunikace v rámci sociální skupiny i rodiny.

Kontrolní vyšetření provedené v květnu 2009 potvrdilo verbální rozvoj dívky. Závěry z PDW testu neverbálního profilu vykazaly nadprůměr. Verbální profil strukturovaného testu současně sice ještě zasahoval do podprůměru, ale bylo zřejmé zlepšení proti minulé zkoušce. Bylo však třeba doplňovat a rozšiřovat pojmosloví a trénovat verbální paměť.

Dívka nastoupila do školy v sedmi letech. V průběhu dalšího vývoje komunikačních dovedností neustále docvičovala správnou výslovnost sykavek a hlásek R, Ř. Komunikovala orálně i bez odezírání, srozumitelnost projevu byla dobrá. Vnímání a odezírání řeči bylo velmi náročné. Někdy vážlo porozumění řeči či určité sociální situaci v důsledku menší slovní zásoby, často neporozuměla určitému slovu, zejména pokud ho neměla ve svém slovníku. Komunikovala pomocí jednoduchých vět s agramatismy. Kontakt navazovala spontánně, byla motivovaná, s dobrou náladou, snadno se dala usměrnit.

Osobní tempo měla rychlé, v řešení byla často stále impulsivnější, její pozornost kolísala podle únavy. Myšlenkové operace probíhaly podle analogie, řešení realizovala pokusem a omylem. Měla problém v prostorové a časové orientaci a pochopení vzájemných souvislostí. Grafomotorické tempo měla až nadprůměrně rychlé, ukázala se potřeba uvolněnějšího držení tužky. Nedostatečnost slovní zásoby se projevovala v porozumění čtenému textu. Slovní zásoba byla rozvíjena pod vedením klinické logopedky.

V devíti letech dále přetrvávaly deficity v oblasti rozvoje slovní zásoby patrné v porozumění čtenému textu, technika čtení byla zvládnuta. Dívka komunikovala slovně, vyjadřovala se v jednoduchých větách. Řeč byla stále lehce dyslalická, obsahově chudší, někdy méně srozumitelná s agramatismy. Melodie a rytmus řeči byly v normě. V důsledku nedostatečné sluchové kontroly bylo patrné problémové vnímání slabik dy, ty, ny a di, ti ni a dlouhých a krátkých slabik. Byla docvičována výslovnost ostrých i tupých sykavek, stále nebyly vyvozeny hlásky R, Ř. Artikulace zaznamenala nepatrné zlepšení. Dívka byla motivována k práci, dílčí neúspěchy v důsledku případného neporozumění nesla negativně.

Od deseti let věku se u dívky projevovала nedostatečná slovní zásoba a deficit v oblasti sluchové paměti. Zejména práce s textem se jevila jako náročnější, jednotlivá cvičení i souvětí v textu byla delší, bylo nutné pochopit děj příběhu a vzájemné souvislosti, různá přirovnání a abstraktní pojmy. Přetrvávaly občasné dramatismy. Problémy se objevily v oblasti spodoby znělosti a gramatických pravidel obecně. Podle opakovaného testu PDW se oproti minulému výsledku slovní zásoba opět rozšířila a kvalitativně se posunula i verbální pohotovost. Řeči dívka rozuměla i v běžném hovoru, orientovala se pomocí sluchu. Řečový projev měla srozumitelný. Logopedická péče byla nadále zaměřena na fixaci vyvozených hlásek a upevňování hlásek R, Ř, na měkčení a rozvoj slovní zásoby. Logopedická péče je v současnosti ukončena.

Ve dvanácti letech se komunikační dovednosti kvalitativně posunuly, řečový projev je dobře srozumitelný, hlásky fixovány, částečně i hlásky R, Ř. Osvojování učiva je pro dívku díky komunikačním deficitům plynoucím z důsledků sluchové vady značně náročné. Stále není v plné míře osvojena slovní zásoba, vážne porozumění čtenému textu. Je patrná jiná podoba vyslovovaného a psaného slova v závislosti na oslabenou sluchovou kontrolu a sluchovou paměť. Výrazné problémy má dívka v oblasti osvojování cizího jazyka. Projevuje se celkově menší nadání pro řeč a průměrné rozumové schopnosti. Náročné je pro ni i po delší dobu odezírat výklad učitele. Narůstá objem učiva a důraz je kladen i na tempo práce.

Je potřeba rychle reagovat na případné změny, což je pro dívku velmi náročné s ohledem na sluchovou percepci a pomalejší plnění pracovních úkolů. Sluchová kontrola a pozornost v důsledku syndromu ADHD je značně unavitelná.

Komunikační dovednosti se stále velkou měrou podílejí na průměrných až podprůměrných výsledcích, a to zejména v oblasti všech jazykových rovin českého i anglického jazyka.

Školní prostředí:

Předškolní vzdělávání bylo zahájeno ve třech letech věku. Adaptace na nové prostředí probíhala bez obtíží, dívka si na něj zvykala postupně. Problematické bylo začlenění dívky do kolektivu dětí. V průběhu docházky se dívka často dostávala se svými vrstevníky do konfliktních situací, které řešila agresivním chováním. Ostatní děti strkala, kousala nebo štípala, chovala se velice impulsivně. Problémové chování se projevovalo i během jednotlivých činností mateřské školy, dívka se nedokázala soustředit na jednotlivá zaměstnání.

V rámci výchovně vzdělávací činnosti v mateřské škole byly stále patrnější projevy opožďování vývoje řeči a nárůst konfliktních situací v podobě agrese vůči ostatním dětem. Časté konflikty byly řešeny s matkou, navrhovaná výchovná opatření zůstávala bez odezvy. Matka začala problém řešit s dětskou lékařkou. Dívka byla odeslána na odborné vyšetření sluchu, kde byla diagnostikována velmi těžká oboustranná percepční vada sluchu. Vada sluchu byla zjištěna v pěti letech věku. V roce 2007 podstoupila kochleární implantaci.

Od roku 2008 byla zahájena speciálně pedagogická péče, dívka byla klientem SPC. Pokračovala v docházce do mateřské školy formou individuální integrace a byla postupně začleňována do všech jejích činností. Péče byla zaměřena na rozvoj hrubé a jemné motoriky, zrakové a sluchové percepce. V průběhu předškolní docházky se dívka lépe začlenila do kolektivu vrstevníků, problémové situace byly řešeny v menší míře. Konflikty díky její impulsivitě stále přetrvávaly, zejména pokud něčemu nerozuměla. Podle doporučení bylo nutné pracovat v rámci jednotlivých činností mateřské školy v kratších úsecích. Dívka byla snadno unavitelná, impulsivní a byl u ní diagnostikován syndrom ADHD. Následkem hyperaktivity rychle klesá pozornost, proto bylo nutné se přesvědčovat, zda dívka rozuměla daným úkolům. Bylo nutné intenzivně budovat a rozvíjet slovní zásobu a podporovat slovní komunikaci.

U dívky probíhala intenzivní logopedická péče, která se zaměřovala na rozvoj slovní zásoby a terapii dyslalie.

V průběhu předškolní docházky se dívka lépe začlenila do kolektivu vrstevníků, problémové situace byly řešeny v menší míře. Konflikty díky její impulsivitě stále přetrvávají, zejména pokud něčemu nerozumí. Dívka měla dobrý sluchový zisk, začala se verbálně rychle rozvíjet. Došlo k rozvoji řečové komunikace i v běžném životě, dívka ve větší míře vyhledávala komunikaci s vrstevníky. V průběhu činností v mateřské škole byla dívka připravována na školní docházku. V roce 2009 bylo provedeno kontrolní vyšetření školní zralosti - test splnila na sto procent. Obecné rozumové dispozice byly vzhledem k věku průměrné. Nástup školní docházky byl doporučen s ohledem na malý počet dětí ve třídě. Pod vedením SPC byla sjednána integrace. Rodiče s nástupem do školy souhlasili.

V sedmi letech dívka nastoupila do prvního ročníku základní školy v místě bydliště a byla vzdělávána podle učebního plánu pro první ročník na základě vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu, který byl zpracován ve spolupráci se SPC. Učivo první třídy zvládla v plném rozsahu. Dobře se začlenila do kolektivu třídy. Při řešení konfliktních situací ještě přetrvávalo agresivní chování, které nastávalo v důsledku špatné orientace v dané situaci. Největší výukové problémy nastaly v oblasti českého jazyka. Řeč byla stále méně srozumitelná, s dramatismy. Při čtení vážla plynulost, objevovala se nesprávná výslovnost a závažné nedostatky v porozumění textu. Opis a přepis textu byl téměř bez chyb. Početní operace si osvojila dobře, ale špatně rozuměla diktovaným číslicím. V oblasti prvouky si osvojila základní vědomosti, špatně se orientovala v čase, prostoru, chyběla jí vlastní zkušenost. V oblasti estetické výchovy dosahovala výborných výsledků, je velmi talentovaná. V tělesné výchově se snažila, ráda cvičila, v otevřeném prostoru byl pohyb dívky nejistý, zejména v hluku.

Výsledky školní práce a začlenění dívky do kolektivu bylo hodnoceno kladně s ohledem na pozdní diagnostiku sluchové vady a vrozené dispozice dívky.

V průběhu druhého ročníku byla dívka vzdělávána formou integrace na základě zpracovaného individuálního vzdělávacího plánu. Dobře si osvojila techniku čtení. Výukové obtíže nadále přetrvávaly v oblasti porozumění, dívka špatně rozuměla čtenému textu, ale i mluvené řeči. Děni kolem sebe musela kontrolovat pomocí odezírání, často nerozuměla zadávaným úkolům a pokynům. Sluchové vnímání bylo pro ni velmi vyčerpávající, neustále musela sledovat výklad učitelky, plně se soustředit. Pozornost byla u dívky omezená, nedokázala ji dlouho udržet. Dívka byla celkově živější, v chování byly zřetelné rysy ADHD. Negativně se projevila její malá slovní zásoba a horší srozumitelnost vlastní řeči.

V důsledku omezené sluchové kontroly špatně rozlišovala měkké a tvrdé slabiky a jejich délku. Pokud něčemu nerozuměla nebo chybovala, byla nespokojená, někdy odmítala dál pracovat. Byla nutná individuální péče a kontrola porozumění zadaným úkolům.

Matematické operace měla dobře osvojeny, uměla sčítat i odčítat a zvládla malou násobilku. V oblasti matematiky se výukové deficity objevily také v souvislosti s porozuměním čtenému textu u zadání slovních úloh, při následném vypracování zápisu, volbě správného řešení a psaní odpovědi. V oblasti prvouky nebylo výrazných problémů, učivo bylo osvojováno pomocí názoru a interaktivní tabule. Dívka ráda pracovala v hodinách výtvarné a pracovní výchovy. Oblíbila si pohybové hry v hodinách tělesné výchovy. V průběhu přestávek byly řešeny mnohé konfliktní situace se spolužáky, dívka nebyla mnohdy připravena na další vyučování.

Ve třetím ročníku nadále pokračovala integrace žákyně, IVP byl zpracován na základě spolupráce všech osob podílejících se na procesu integrace. Učivo je náročnější, rozšiřuje se o nové pojmy, jako jsou slovní druhy, pádové otázky, pravopis vyjmenovaných slov. Dívka se v nových pojmech špatně orientovala, těžko si vybavovala vzájemné souvislosti a pravidla. V diktátech byly patrné chyby týkající se spodoby znělosti, sykavek a měkčení. V průběhu školní práce bylo možné pozorovat pomalé pracovní tempo. Dívka nedokázala pohotově reagovat na změnu práce, osvojování učiva negativně ovlivňuje zejména nedostatečné porozumění přečtenému textu.

Od třetího ročníku je vyučován anglický jazyk. Problematické je osvojit si jeho slovní zásobu a gramatická pravidla, slova mají jinou zvukovou a grafickou podobu. U dívky se projevila výrazně menší sluchová paměť a sluchová kontrola, některá slova si nebyla schopná zapamatovat. Náročný byl rovněž překlad vět. Dívka musela delší dobu odezírat cizí jazyk a soustředit se. Při práci byla patrná únava a neklid.

V oblasti společenskovedních předmětů vzrostlo výrazně množství osvojované látky. Informace byly získávány na základě četby textu a plnění následných úkolů. Dívka často nerozuměla přečtenému textu, její pracovní tempo bylo pomalé. V matematice přetrvávaly problémy u slovních úloh. V oblasti výchov měla nadále výborné výsledky. Při vyučování se snažila plnit úkoly, reagovat na změny. Pokud dívka nezachytila další pokyn vyučujícího, prožívala situaci negativně. V sociální oblasti musely být nadále řešeny konfliktní situace se spolužáky, dívka rychle reagovala, bránila se.

Ve čtvrtém a pátém ročníku byla dívka vzdělávána formou integrace, byl zpracován IVP a výuku podpořila přítomnost asistenta pedagoga na čtyři hodiny v týdnu. Další vzdělávání a perspektivu žákyně ovlivnilo nedostatečné osvojení učiva z nižších ročníků. Dívka měla nadále výukové problémy v oblasti jazyků. Vázlo porozumění čtenému textu, získávání informací bylo obtížné. S většími nároky a podrobněji probíraným učivem narůstala chybovost žákyně, takže často prožívala neúspěch při školní práci.

V současné době je žákyní šestého ročníku. Je u ní viditelná snaha přizpůsobit se nárokům druhého stupně. Během výuky jsou patrné jazykové důsledky sluchového postižení. Komunikační dovednosti se stále velkou měrou podílejí na průměrných až podprůměrných výsledcích, a to zejména v oblasti všech jazykových rovin českého i anglického jazyka.

Vlastní šetření:

V současné době je žákyní šestého ročníku. Je patrná snaha přizpůsobit se nárokům druhého stupně. Během výuky jsou patrné důsledky sluchového postižení. Komunikační dovednosti se stále velkou měrou podílejí na průměrných až podprůměrných výsledcích zejména v oblasti všech jazykových rovin českého i anglického jazyka. Stále není v plné míře osvojena slovní zásoba, vážne porozumění čtenému textu. Patrná jiná podoba vyslovovaného a psaného slova v závislosti s oslabenou sluchovou kontrolou a sluchovou pamětí. Výrazné problémy v oblasti osvojování cizího jazyka. Projevuje se celkově menší nadání pro řeč a průměrné rozumové schopnosti. Náročné je i po delší dobu odezírat výklad učitele. Narůstá objem učiva a důraz je kladen i na tempo práce. Je potřeba rychle reagovat na případné změny, což je pro dívku velmi náročné s ohledem na sluchovou percepci a pomalejší pracovní plnění úkolů. Sluchová kontrola a pozornost dívky je v průběhu školní práce značně unavitelná.

Dílčí hodnocení:

V průběhu školní práce pracuje žákyně podle svých možností. Na práci se musí velice soustředit, její pracovní tempo je pomalejší, pokud nestihne zadanou práci, je nespokojená a hodnotí situaci jako vlastní neúspěch. Výukové problémy nadále přetrvávají ve výuce jazyků. V průběhu výuky českého jazyka se projevuje menší míra slovní zásoby a nedostatečné chápání čteného textu.

Pokud dívka něčemu nerozumí v průběhu výuky, hledá pomoc a navazuje kontakt s učitelem, dotazuje se a žádá o vysvětlení. Snaží se plnit zadávané úkoly během práce. V průběhu práce, která vyžaduje delší koncentraci pozornosti, je patrná únava a vyčerpání. Problémy se projevují v oblasti osvojování gramatických pravidel, po procvičení a zažití dané látky učivo ovládá a umí určit např. druhy přídavných jmen. V další navazující etapě výuky, kdy je učivo opakováno a již probrané učivo rozšiřováno, je výbavnost osvojených znalostí omezená a je potřeba vše zopakovat. Problémy se projevují i v průběhu výuky anglického jazyka. Orientace v pojmech při osvojování gramatických pravidel je náročná, např. slovní druhy, slovesný čas, stupňování přídavných jmen, příslovce aj. Výbavnost učiva je časově limitována, je potřeba neustále opakovat probranou látku. V oblasti cizího jazyka jsou výukové obtížné podobné, týkají se oblastí osvojování slovní zásoby, přepisu slov, četby textu, jeho porozumění a překladu. Náročné je odezírání cizího jazyka. Dívka je v průběhu výuky soustředěná, snaží se dávat pozor, pokud něčemu nerozumí nebo nepostřehne další pokyn, je rozmrzelá a nespokojená. Její snaha neodpovídá dosahovaným výsledkům. Sluchová kontrola a pozornost dívky v průběhu vyučovací hodiny kolísá. Při hodinách matematiky je patrné větší uspokojení při plnění úkolů, dívka dobře ovládá matematické operace, dobře počítá. Snaží se řešit slovní úlohy, pokud nerozumí textu, požádá o vysvětlení. Je patrná větší jistota žákyně podpořená menší chybovostí, více si věří, je celkově klidnější. V oblasti společensko- vědních předmětů je nejnáročnější učivo dějepisu. Jednotlivé vědomosti musí vnímat v časové a dějové souvislosti, je potřeba pamatovat si řadu událostí, jejich popisy a posloupnost. V průběhu výuky je pro ni náročné delší dobu vnímat a odezírat mluvenou řeč, zapisovat jednotlivé informace do sešitu. Mezi oblíbené předměty patří zeměpis, kde se dobře orientuje v atlase, umí samostatně vyhledávat informace. Dívka pracuje svým tempem, pokud nestihne další práci, ptá se na další postup. Při těchto hodinách je aktivní, snaží se, může uplatnit i vlastní zkušenosti ze života. Velmi šikovná je na pracovní a výtvarnou výchovu, je velice tvořivá a nadaná. U dívky je patrná snaha zvládat nároky výuky, učivo je náročnější a vyžaduje intenzivní domácí přípravu. Dívka si domácí úkoly zapisuje do sešitu, přesto je často zapomíná stejně jako pomůcky. Rodina se snaží dívku podporovat a pomáhat jí. I přes bezproblémovou spolupráci rodin jsou patrné odlišné přístupy k dívčině domácí přípravě.

V oblasti sociálních vztahů se začlenila do kolektivu dětí, má zde své kamarády. Někteří spolužáci ji však provokují, zejména o přestávkách. Dívka se brání a nenechá si to líbit.

Pokud se ocitá v konfliktní situaci, řeší ji impulsivně, brání se, nikdy nechce uznat vlastní chybu. Nejvíce konfliktů je řešeno o přestávkách. Dívka si zvykla na prostředí školní třídy a způsob školní práce, do školy chodí ráda.

Kazuistika č. 3

Jméno: Ondra

Narozen: 2004

Diagnostika: Oboustranná percepční vada sluchu

Charakteristika dítěte:

Chlapec je drobnější postavy, spíše introvertně laděný, je hodný a tichý. V sociální interakci s okolím je nejistý, raději navazuje kontakt s dospělou osobou. Kolektiv sám nevyhledává, v průběhu činností volí raději samostatnou hru, ve třídě nemá mnoho kamarádů. Jeho řeč je v důsledku sluchové vady hůře srozumitelná, ostatní děti mu mnohdy neporozumí, chlapec neúspěšnou komunikaci s vrstevníky negativně prožívá jako vlastní selhání. Často se uzavírá a je samotářský. Při práci navazuje kontakt s učitelem, každá pochvala a povzbuzení ho motivuje k další práci.

Rodinná a osobní anamnéza:

Ondra vyrůstá v úplné rodině, má jednoho staršího sourozence. Oba rodiče jsou středního věku, mají vysokoškolské vzdělání, žádné vrozené poruchy se u nich nevyskytují. Porod proběhl v termínu bez komplikací. Chlapec vážil 3200 g a měřil 51 cm. V rodině otce a matky se žádné genetické předpoklady sluchového postižení nevyskytují. Příčina onemocnění není známa.

Psychomotorický vývoj chlapce byl na spodní hranici normy, první sezení i stoj u Ondry nastaly v průběhu devátého a desátého měsíce, samostatná chůze od čtrnácti měsíců věku. V průběhu dalšího vývoje byl rodiči pozorován opožděný vývoj řeči, jemné a hrubé motoriky.

Sluchová vada byla zjištěna ve 12 měsících věku dítěte na základě podezření matky. Doporučeno bylo odborné vyšetření na ORL, kde byla diagnostikována oboustranná percepční vada sluchu. Sluchadlo bylo přiděleno v roce a půl. Operace kochleárního implantátu proběhla po roční přípravě v roce 2007. Rodina se s onemocněním syna rychle vyrovnala a zahájila spolupráci s odborníky Střediska rané péče. V průběhu rehabilitačního programu se aktivně podílela na léčbě syna a plně respektovala aktuální potřeby a individualitu svého dítěte.

Rozvoj komunikačních dovedností:

Vývoj dítěte v prvním roce života probíhal zpočátku v mezích normy. Mírně se opožďoval vývoj lokomoce, chůze nastala ve čtrnácti měsících. Od osmého měsíce matka postrádala výraznější reakce na zvuky v okolí, dítě se méně hlasově projevovalo. Ondra nejistě reagoval i na hlasité zvukové podněty ve své bezprostřední blízkosti, nereagoval na zavolání, zvukově se méně projevoval, nežvatlal, byl často plačtivý a mrzutý. Rodiče sami vyhledali odbornou pomoc a na základě vyšetření na ORL byli doporučeni do CIKD v Praze. Zde byla potvrzena předchozí diagnostika oboustranné percepční vady sluchu, která byla kompenzována sluchadly. Rodiče zde dostali kontakt na pracovníky Střediska rané péče a zahájili vzájemnou spolupráci. Rodina se dobře přizpůsobila a dítěti věnovala potřebnou péči. Po kompenzaci sluchové vady sluchadly nedošlo k rozvoji mluvené řeči, sluchadla neposkytovala žádný sluchový zisk. Chlapec vydával spíše neartikulované zvuky. V průběhu rehabilitace byl důraz kladen zejména na sluchovou výchovu, dechová cvičení, nácvik reakce na zvukové a zrakové podněty. Sluchová výchova byla ale bez výrazných výsledků. Péče probíhala v rámci běžných činností v rodině a konzultací odborníků Střediska rané péče. Speciální pedagog doporučil při komunikaci s dítětem využívat základní znaky a gesta. Byla doporučena kochleární implantace, která proběhla po roční kompenzaci sluchové vady ve třech letech věku dítěte v roce 2007.

V průběhu nastavování řečového procesoru se objevily plačtivé reakce. Chlapec odmítal vnější části kochleárního implantátu, nechtěl je nasazovat na ucho. Postupně si zvykl a začal reagovat na sluchové podněty a zvuky z okolí. V průběhu rehabilitace byl důraz kladen zejména na sluchovou výchovu, dechová cvičení, nácvik reakce na zvukové a zrakové podněty. Sluchová výchova byla ale bez výrazných výsledků. Péče probíhala v rámci běžných činností v rodině a konzultací odborníků Střediska rané péče. Později se u chlapce objevily reakce na vlastní jméno v průběhu hry. Běžným pokynům a otázkám zatím nerozuměl, spoléhal na zrakovou perцепci a rozuměl základním znakům znakové řeči. Rehabilitační proces byl zaměřen na intenzivní sluchovou výchovu, kdy šlo o nacvičování rozpoznání dvou po sobě jdoucích zvuků ve správném pořadí a rozeznávání dvou hlásek daného pořadí, nácvik fonace a rozvoj zrakového vnímání.

Ve čtyřech letech věku, po roce od implantace, se rehabilitace ukázala jako pomalá a bez velkých pokroků. Chlapec nejevil zájem o komunikaci, nadále spoléhal na odezírání a základní znaky znakové řeči. Jeho aktivní slovní zásoba byla velice malá, tvořilo ji pouze několik slov.

V průběhu logopedické péče chlapec obtížně napodoboval správnou výslovnost, přesmykoval slabiky ve slovech, hůře si je vybavoval, neměl potřebu aktivně používat řeč. Rodiče přistupovali k rehabilitačnímu programu velmi zodpovědně, aktivně spolupracovali se všemi odborníky, přesto byl řečový a psychomotorický vývoj značně zpožděn.

Rodiče navázali spolupráci se Speciálně pedagogickým centrem. U chlapce bylo provedeno odborné vyšetření. Chlapec měl horší krátkodobou paměť a poruchu vizuomotorické koordinace. Opožděn byl v oblasti jemné a hrubé motoriky, koordinace pohybů. Lateralizace byla nevyhraněná a vývoj kresby byl celkově opožděn. U chlapce nebyly vyvozeny a fixovány hlásky Č, Š, S, Z, Ž, D, H, R, Ř, vážla hybnost mluvidel. Na základě stagnujícího vývoje komunikace bylo provedeno další psychologické vyšetření. Byla diagnostikována vývojová dysfázie, která posléze objasnila deficity v oblasti vývoje mluvené řeči, obtíže s porozuměním řeči a nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Následující péče se zaměřila na oblast rozvoje jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, paměti, pozornosti, aktivní i pasivní slovní zásoby a komunikace.

V pěti letech věku byl chlapec integrován do běžné mateřské školy s podporou asistenta pedagoga. Mluvený projev měl stále nesrozumitelný, objevovaly se časté přesmyky a záměna hlásek ve slovech, špatná srozumitelnost odpovědí. V mateřské škole byl chlapec vzděláván podle IVP, hlavní důraz byl kladen na rozvoj komunikačních dovedností a sociální začlenění chlapce, který si delší dobu zvykal na nové prostředí. Při komunikaci byl nejistý, děti mu špatně rozuměly. Chlapec proto nerad komunikoval, vyjadřoval se pomocí gest, neverbální komunikace, citoslovcí, jednoslabičných slov a znaků. Vyhledával komunikační partnery mezi dospělými. V průběhu docházky do mateřské školy se jeho řeč nepatrně rozvinula, chlapec začal používat slova, a i když byla aktivní slovní zásoba malá, rozšířila se pasivní slovní zásoba. Chlapec stále spoléhal na znakovou řeč a odezírání. V průběhu činností v mateřské škole byla práce s dítětem zaměřena na rozvoj celé osobnosti. Chlapec se zlepšil v sebeobslužných činnostech, při práci s tužkou začal upřednostňovat pravou ruku. Byl neustále motivován k verbální komunikaci. V průběhu logopedických cvičení se snažil správně artikulovat, procvičovaná slova si ale těžko pamatoval. Hlasový projev byl spontánní.

V šesti letech byla u chlapce provedena diagnostika školní zralosti. Podle aktuálního psychického vývoje byla oslabena jemná i hrubá motorika.

Rozumové schopnosti byly v pásmu průměru, celkově byla narušena prostorová představivost a koordinace oka a ruky. Nebyla vyvinuta diferenciací hlásek a fonemického sluchu. Stále přetrvával opožděný vývoj řeči ve všech rovinách. U chlapce byl doporučen odklad školní docházky o jeden rok.

Chlapec byl dále veden k verbální komunikaci během společného zaměstnání podle doporučení logopeda. S okolím komunikoval ve větší míře, častěji se zapojoval do známých aktivit. Logopedická péče byla zaměřena na rozumový a řečový vývoj. Hlásky byly vyvozovány podle artikulační náročnosti v tomto pořadí: N, L měkčení a v C, S, Z, Č, Š, Ž, R, Ř. U chlapce se pozvolna začala rozvíjet řečová produkce. V průběhu komunikace spoléhal na odezírání, porozumění mluvené řeči se ale zlepšilo. Na otázky odpovídal dvouslovnou větou, řeč byla stále méně srozumitelná. Hlásky postupně vyvozoval s výjimkou hlásek R, Ř, přetrvával problém s výslovností sykavek a při měkčení, řeč byla stále dyslalická.

V průběhu péče probíhala stimulace řečového projevu i v rodině dítěte. Intenzivně byla řešena otázka způsobu budoucího vzdělávání s odborníky SPC. Rodina usilovala o zařazení syna do běžné základní školy v místě bydliště formou integrace.

V sedmi letech bylo provedeno kontrolní psychologické vyšetření a test školní zralosti. Chlapec navazoval kontakt po delším čase, byl ostýchavý. Rozumové schopnosti byly v pásmu průměru. V oblasti jemné a hrubé motoriky byly patrné pokroky. Zlepšila se celková koordinace pohybů při pohybových aktivitách a sebeobsluze. U motoriky ruky byla lateralita více vyhraněná, byla souhlasná s dominancí pravé ruky. Úchop tužky měl chlapec nesprávný, mírně křečovitý, jeho kresba byla obsahově chudší. Koordinace mluvních pohybů se zlepšila. V oblasti řeči udělal mírné pokroky, na otázky odpovídal slovy nebo dvouslovnou větou.

Výslovnost byla nadále dyslalická, vyvozené hlásky neuměl spojit do slov. Řečový projev byl špatně srozumitelný s častými agramatismy. Chudá aktivní slovní zásoba zaostávala za pasivní. Verbálně akustická paměť byla snižena. Jednoduchým pokynům rozuměl. Sociální chování bylo více uspokojivé, chlapec se lépe začlenil do kolektivu dětí. Výsledky testu školní zralosti byly hodnoceny průměrně. Psychomotorický vývoj a řečové dovednosti negativně ovlivnila vývojová dysfázie.

Na základě provedené diagnostiky a dlouhodobé spolupráce rodiny s odborníky SPC bylo rozhodnuto pokračovat v integraci na běžné základní škole v místě bydliště. V průběhu osmého a devátého roku věku byl chlapec žákem běžné základní školy. Převládla u něj komunikace orální s dopomocí gest a znaků. Stále spoléhal na odezírání, a to zejména neznámých slov.

Slovní zásoba byla i nadále chudší, věty tvořil jednoduché bez gramatických pravidel. Výslovnost byla i nadále špatně srozumitelná, slabiky vynechával nebo měnil jejich pořadí. V průběhu komunikace špatně chápal obsah sdělení, a to zejména u delších vět. Slovně zadaný úkol si těžko pamatoval. Při školní práci byl nesoustředěný, snadno unavitelný. Pokud nerozuměl sdělované informaci nebo dění ve svém okolí, byl rozmrzelý, uzavíral se a odmítal komunikovat. Neúspěch ho stresoval. Často nerozuměl zadávaným úkolům a instrukcím, při výuce byl nesamostatný. Velké obtíže měl v oblasti výuky čtení a psaní, kde byla patrná neustálá potřeba individuální péče a opakování instrukcí. Největší obtíže se objevily v oblasti českého jazyka ve všech jeho rovinách a ty v průběhu druhého ročníku dále narůstaly. Chlapec měl problémy s porozuměním mluvené řeči, měl slabou verbální paměť a neměl zájem komunikovat. Rodiče byli nespokojeni se vzniklou situací, hledali možná řešení v rámci spolupráce s odborníky SPC. Psychologické vyšetření potvrdilo, že chlapec nezvládá nároky výuky druhého ročníku. Na základě aktuálních potřeb žáka bylo rozhodnuto o změně způsobu vzdělávání. Rozvoj komunikačních dovedností chlapce vyžaduje speciální přístup. Ve třetím ročníku chlapec nastoupil do speciální školy pro sluchově postižené.

V deseti letech věku je jeho řeč stále méně srozumitelná, dyslalická, slovní zásoba chudší, chlapec komunikuje pomocí jednoduchých vět bez gramatických pravidel. Nedostatečně rozumí složitějším otázkám. V průběhu komunikace si dopomáhá odezíráním, případně znaky. Modulační faktory řeči jsou v normě.

Školní prostředí:

Od roku 2008 navázali rodiče spolupráci se Speciálně pedagogickým centrem. Od roku 2008/2009 byl chlapec integrován do běžné mateřské školy v místě bydliště za podpory asistenta pedagoga. Vzděláván byl podle vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu, který byl zpracován speciálním pedagogem SPC podle aktuálních schopností a dovedností chlapce.

Chlapec si na nové prostředí zvykal postupně během dohodnutých návštěv s matkou. V průběhu docházky do mateřské školy preferoval samostatnou hru nebo raději vyhledával společnost dospělé osoby. Chlapec nejevil zájem o mluvení. Při komunikaci s vrstevníky byl jeho mluvený projev nesrozumitelný, ostatní děti mu nerozuměly. Vyjadřoval se pomocí gest a jednoslabičných slov. Chlapec byl v průběhu pobytu v mateřské škole cíleně začleňován do kolektivu dětí.

Podle IVP byla péče zaměřena na rozvoj řečových, psychomotorických a sociálních dovedností.

Během společného zaměstnání chlapec plnil jednoduché úkoly na rozvoj slovní zásoby, zrakového, sluchového vnímání, paměti, myšlení a rozvoj motoriky. Byla u něj narušena hrubá motorika. Byl patrný motorický neklid a nedostatečná koordinace pohybů. V oblasti jemné motoriky byl zřejmý nesprávný úchop tužky. Kresba byla značně nevyzrálá, obsahově chudá, chlapec nerad kreslil. Narušená byla také plynulost a koordinace pohybů mluvidel. Výrazný deficit se projevil v oblasti fonemické diferenciaci. V sebeobslužných činnostech bylo potřeba chlapci pomáhat, nebyl zcela samostatný.

V průběhu docházky se chlapec postupně začleňoval do kolektivu vrstevníků, byly zaznamenány dílčí pokroky. Postupně začal upřednostňovat pravou ruku. Byl patrný rozvoj hrubé motoriky, pohyb těla byl méně nemotorný. V oblasti řeči se objevila krátká slova. Dílčí pokroky odpovídaly chlapcovým schopnostem. V šesti letech byl navržen odklad školní docházky, na vstup do školy nebyl ještě dostatečně zralý a připravený. Bylo potřeba pokračovat v intenzivní logopedické péči a pravidelné docházce do mateřské školy. Bylo doporučeno procvičovat u chlapce uvolněný úchop ruky, rozvoj řeči a motoriky. Zařazení chlapce do mateřské školy bylo prospěšné z hlediska zprostředkování mluvního vzoru a sociálního začlenění. Integrace byla hodnocena kladně.

V sedmi letech nastoupil chlapec do první třídy základní školy v místě bydliště. Integrace byla sjednána prostřednictvím Speciálně pedagogického centra, které vypracovalo individuální vzdělávací plán. Chlapec byl vzděláván podle tematického plánu pro první ročník s podporou asistenta pedagoga.

Zpočátku docházky se objevily patrné adaptační obtíže, chlapec byl stydlivý, uzavřený, nechtěl komunikovat. Postupně si zvykl na školní prostředí. Rodiče doma pracovali s dítětem podle doporučení učitelky, dobře spolupracovali se školou. Chlapec se snažil komunikovat slovně, řeč byla ale i nadále nesrozumitelná. V řečové produkci se objevovaly dysgramatismy, špatná výslovnost a artikulační neobratnost. Přetrvávaly nedostatky fonemického sluchu, potíže s diferenciací a při analýze a syntéze slov. Při komunikaci chlapec spoléhal na odezírání a dopomáhal si gesty a znaky. V oblasti českého jazyka zvládl vyvozování písmen, jednotlivá písmena někdy tvarově zaměňoval. Problémy se postupně začaly projevovat v oblasti čtení, které bylo osvojováno analyticko-syntetickou metodou. Chlapec měl velké problémy tvořit a číst slabiky, později slova. Zaměňoval tvarově podobná písmena nebo je ve slovech často vynechával, nerozlišoval tvrdé a měkké slabiky.

Problematické bylo rozeznávání hlásek u slov, které chlapec neznal. Technika čtení nebyla zvládnuta, obtíže měl se souvislým čtením, se spojováním písmen se zvuky. Chlapec měl nadále malou slovní zásobu, která ovlivňovala špatné porozumění čtenému textu. Přetrvávala snížená výbavnost slov, docházelo k záměně slov významově a zvukově podobných. V průběhu práce se projevovala u chlapce velká unavitelnost, často nerozuměl verbálnímu sdělení. Bylo potřeba s žákem individuálně pracovat a opakovat zadání úkolů, v průběhu komunikace nerozuměl delším větným celkům.

Při psaní měl křečovitý úchop, písmo bylo špatně čitelné, psací tempo velmi pomalé, žák nedodržel velikost písmen a neudržel písmo na řádce. Opis a přepis byl pro něj také obtížný. Nevládal tempo výuky, probrané učivo bylo nutno redukovat a upevňovat. V matematice dosahoval chlapec lepších výsledků, početní operace sčítání a odčítání si dobře osvojil. Problémy byly patrné při diktování čísel, která si hůře vybavoval. Potíže činilo také pochopení textu slovních úloh a postupu při jejich správném řešení. Výuka prvouky byla řazena do tematických celků, učivo navazovalo na vlastní zkušenosti dětí. Chlapec byl v hodinách prvouky více aktivní, převážně pracoval s obrazovým materiálem. Pokud musel při hodinách prvouky pracovat s textem, často nerozuměl čtenému obsahu. Jednotlivé vědomosti si těžko vybavoval a nedokázal je zařadit do souvislostí. Při hodinách výtvarné výchovy se projevoval odmítavě, nerad kreslil. Větší zájem jevil o práci s drobným materiálem, rád modeloval. V hodinách tělesné výchovy se projevovala celková neobratnost chlapce. Nerad se zapojoval do kolektivních her v tělocvičně, v hlučném prostředí se zhoršovala jeho orientace, často odmítal pokračovat ve hře. V průběhu prvního ročníku byla poskytnuta individuální péče v rozsahu dvou hodin v týdnu. Hodiny byly rozděleny na kratší časové úseky. Péče byla zaměřena na procvičování učiva, a to zejména na oblast jazyka ve všech jeho rovinách, a na procvičování čtení. V průběhu výuky byla individuální práce s žákem podpořena zapojením asistenta pedagoga a spolupracující rodinou.

V průběhu druhého ročníku byl chlapec nadále vzděláván formou integrace podle IVP s podporou asistenta pedagoga. Měl upravené podmínky pro výuku, byla mu věnována potřebná péče. Ve školní práci byl však i nadále neúspěšný, zejména v oblasti jazykových komunikačních dovedností. Rodiče vnímali tuto situaci jako neuspokojivou, hledali další řešení pro možný rozvoj svého dítěte. U chlapce bylo provedeno psychologické vyšetření, které potvrdilo, že chlapec nezvládá nároky výuky druhého ročníku.

Na základě aktuálních potřeb žáka bylo rozhodnuto o změně způsobu vzdělávání. Rozvoj komunikačních dovedností chlapce vyžaduje speciální přístup, a proto bude chlapec pokračovat ve vzdělávání v základní škole speciální pro sluchově postižené.

Rodiče o chlapce velmi dobře pečují od počátku náročného rehabilitačního procesu. Příkladná je i spolupráce se všemi spolupracujícími odborníky. V průběhu rehabilitace byly dodržovány speciálně pedagogické postupy, rodina konzultovala způsob výchovy od raného věku dítěte. Dosahované pokroky neodpovídaly vynaloženému úsilí.

Vlastní šetření:

Chlapec byl v hodinách prvouky více aktivní, převážně pracoval s obrazovým materiálem. Pokud musel při hodinách prvouky pracovat s textem, projevovalo se problematické čtení a porozumění čteným slovům. Jednotlivé vědomosti si těžko vybavoval, zadané úkoly plnil s dopomocí asistentky. Hůře chápal slovní instrukce učitelky, nedokázal samostatně reagovat na nové pokyny v průběhu výuky. Při hodinách výtvarné výchovy se projevoval odmítavě, nerad kreslil. V deseti letech věku je řeč stále méně srozumitelná, objevují se dysgramatismy a přesmykování. Je narušena výslovnost hlásek N, L, měkčení, ostré a tupé sykavky, vibranty. Slovní zásoba je chudší, komunikuje pomocí jednoduchých vět bez gramatických pravidel. Nedostatečně rozumí složitějším otázkám. Je narušená morfolgie vět. V průběhu komunikace si dopomáhá odezíráním, případně znaky. Je patrná stagnace řečového vývoje, která se projevuje i v oblasti socializace. Chlapec se straní kolektivu dětí, ostatní mu špatně rozumí. Postupem času je patrná izolace chlapce, straní se, nechce komunikovat s dětmi ve skupině. Sluchová paměť je krátkodobá.

Přetrvávalo problematické čtení, chybovost byla v důsledku špatné výslovnosti. Reprodukce čteného textu byla slabá, s nechutí, spíše odpovídal na doplňující otázky, často nerozuměl čtenému textu. Písemný projev byl lépe čitelný, bez početnějších chyb. Chlapec měl výukové problémy v oblasti vnímání krátké a dlouhé slabiky, měkčení. Při práci snadno unavitelný. V souvislosti s řečovým vývojem byly výukové problémy patrné ve všech oblastech, chlapec se začal uzavírat a odmítal komunikovat. Ostatní spolužáci jeho přítomnost také nevyhledávali. Ve třídě byl zcela izolován.

Slovně zadaný úkol si těžko pamatuje. Při školní práci je nesoustředěný, snadno unavitelný. Pokud nerozumí sdělované informaci nebo dění ve svém okolí, je rozmrzelý, uzavírá se a odmítá komunikovat. Neúspěch ho stresuje. Často nerozumí zadávaným úkolům a instrukcím, při výuce je nesamostatný. Velké obtíže v oblasti výuky čtení a psaní. Je patrná neustálá potřeba individuální péče a opakování instrukcí. Největší obtíže má v oblasti českého jazyka ve všech jeho rovinách. V průběhu druhého ročníku narůstají výukové obtíže opět zvláště v českém jazyce. Chlapec má problémy s porozuměním mluvené řeči, má slabou verbální paměť a nemá zájem komunikovat. Rodiče jsou nespokojeni se vzniklou situací, hledají možná řešení v rámci spolupráce s odborníky SPC. Psychologické vyšetření potvrdilo, že chlapec nezvládá nároky výuky druhého ročníku.

Na základě aktuálních potřeb žáka bylo rozhodnuto o změně způsobu vzdělávání. Rozvoj komunikačních dovedností chlapce vyžaduje speciální přístup. Ve třetím ročníku chlapec nastoupil do speciální školy pro sluchově postižené.

Dílčí hodnocení:

Na základě výsledků školní práce, stagnujícího řečového vývoje a sociálního vývoje chlapce se rodina rozhodla hledat možná řešení vzniklé situace. Rodina byla v průběhu integrace velmi aktivní, spolupracovala se školou a podílela se velkou měrou na každodenní přípravě na školní práci. Neúspěch a neustálé řešení problémových situací ztěžovalo a negativně ovlivňovalo vzájemnou spolupráci obou stran. Nároky na výuku se stále zvyšovaly a u chlapce narůstaly školní neúspěchy. Pro rodinu byla situace velmi náročná, v rámci spolupráce s odborníky SPC bylo v průběhu třetího ročníku provedeno speciálně pedagogické a psychologické vyšetření, které doporučilo další vzdělávání chlapce ve speciální škole pro sluchově postižené. Chlapec přestal zvládat nároky školní práce. Rodina se změnou způsobu vzdělávání souhlasila.

V současné době je vzděláván ve speciálním školství. Chlapec je vzděláván speciálními metodami, důraz je kladen na rozvoj komunikačních dovedností, které jsou ovlivněny v důsledku kombinovaného postižení vývojovou dysfázií, deficity jsou patrné ve všech jazykových rovinách. Výuka je podpořena speciální logopedickou péčí a rozšířenou výukou jazyků a speciálními pomůckami.

Výklad učiva je pomalý, je dbáno na porozumění zadávaných úkolů, klíčová slova jsou během výkladu podpořena znaky.

Učivo je ve větší míře procvičováno během vyučovacích hodin ve škole. Malý počet žáků umožňuje individuální přístup. Chlapec se začal nepatrně rozvíjet, má větší zájem o komunikaci a dění ve škole. Situace v rodině se celkově zklidnila, rodiče nadále vzorně pečují o syna a spolupracují s paní učitelkou.

ZÁVĚR

V diplomové práci byly šetřeny komunikační dovednosti dětí s kochleárním implantátem. Sledování bylo zaměřeno na rozvoj řeči od počátku vývoje dítěte, doby zjištění sluchové vady a dalšího rozvoje komunikačních dovedností dítěte se sluchovou vadou v průběhu rehabilitační péče včetně kochleární implantace. Dílčím cílem bylo zjistit, jakou měrou se dosažená úroveň komunikačních dovedností dítěte s kochleárním implantátem podílí na způsobu vzdělávání a jeho budoucího začlenění do společnosti.

V průběhu šetření se potvrdilo, že děti s těžkou sluchovou vadou mají díky nedostatečné sluchové percepci odlišný vývoj řeči. Děti zvuky a mluvenou řeč ze svého okolí neslyší, proto je nemohou napodobit. Mluvená řeč se díky této okolnosti dále nerozvíjí, její vývoj se opoždjuje. Zásadním předpokladem dalšího vývoje komunikačních dovedností dítěte se sluchovou vadou je včasná diagnostika. V průběhu šetření se jednoznačně prokázalo, že včasné zjištění sluchové vady je pro další vývoj řeči, ale i celé osobnosti dítěte stěžejní. V tomto období svou nezastupitelnou úlohu sehrává zejména rodina dítěte, která o něj pečuje a sleduje jeho pokroky. Doba zjištění sluchového postižení podstatnou měrou ovlivňuje budoucí perspektivu dítěte a jeho celkový rozvoj. V současné době je možné zprostředkovat sluchové vjemy i dětem s těžkou vadou sluchu prostřednictvím kochleárního implantátu. Na základě sledování vývoje komunikačních dovedností bylo prokázáno, že se jedná o rehabilitační pomůcku, která přináší dobrý sluchový zisk. U každého dítěte je tento užitek zcela individuální a jeho využití limituje míra psychických vlastností, genetická výbava jedince a prostředí, ve kterém žije a vyrůstá. Na základě hodnocení výsledků šetření bylo prokázáno, že vývoj komunikačních dovedností dětí se sluchovou vadou souvisí s individualitou každého dítěte. Odlišný je i způsob rehabilitace, který je přizpůsoben aktuálním potřebám dítěte a jednotlivým pokrokům či nezdarům v průběhu péče rodiny, lékařů, logopedů, speciálních pedagogů a vzdělávacích institucí. Na základě zpracovaných podrobných kazuistik bylo možno zhodnotit teoretická východiska a jejich přínos pro realitu každodenního života dítěte s kochleárním implantátem a jeho rodiny. Hlavním cílem všech, kteří pečují o dítě, je zajistit maximální rozvoj komunikačních dovedností dítěte a jeho sociální začlenění do společnosti. Péče začíná v rodině, v přirozeném prostředí dítěte, rodina svým přístupem zásadně ovlivňuje budoucnost svého dítěte.

Důležitá je informovanost rodiny a ochota spolupracovat s odborníky a společně stanovit nejefektivnější komunikační prostředek. Na základě doporučení bylo výhodné podpořit výstavbu mluvené řeči základními znaky znakové řeči, děti lépe rozuměly sdělení a mohly tímto způsobem komunikovat v době odložení vnějších částí kochleárního implantátu. Podpora bilingvální komunikace se jeví jako výhodná. Osvědčila se také jako podpůrný prostředek u souběžného postižení sluchu a vývojové dysfázie, která omezuje přínos implantace a rozvoj mluvené řeči. Vývoj jednotlivých jazykových rovin a kognitivních schopností u zkoumaných dětí se sluchovým postižením probíhal odlišně z hlediska kvalitativního i kvantitativního. Některé vývojové odlišnosti však byly pro všechny děti se sluchovou vadou společné. Vývoj byl ovlivněn hlavně omezením sluchových vjemů, řeč se přirozeně nerozvíjela. Děti nemohly vnímat mluvní vzor, vážla kontrola vlastního projevu. Sluchová percepce negativně ovlivňovala artikulaci, sluchovou paměť, slovní zásobu, stavbu věty a porozumění řeči. Nedostatečné sluchové vnímání způsobuje omezení i v socializačním vývoji dětí, které nerozuměly dění v okolí, nechápaly chování druhých a obtížně vyjadřovaly vlastní pocity a potřeby. Vznikaly mnohé konfliktní situace. Kvalita sluchu omezovala i další psychické procesy, jako je myšlení, pozornost a paměť. Děti mají celkově omezený příjem informací. S ohledem na další perspektivu dítěte s kochleárním implantátem je potřeba si uvědomit jednotlivé důsledky sluchového postižení a vyvozovat další postupy v průběhu péče, a to věnovat se zejména reedukaci sluchu a budování komunikačních dovedností. Sluchové vjemy získané na základě elektronické stimulace kochleárního implantátu jsou odlišné od vjemů sluchového analyzátoru. V praxi je proto potřeba přistupovat k dítěti s ohledem na skutečnost, že sice slyší, ale nerozumí. Uživatelé kochleárního implantátu stále zůstávají neslyšícími. Avšak v současné době mají reálnou možnost plnohodnotného začlenění do společnosti.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V současné době mají děti s těžkou sluchovou vadou voperován kochleární implantát, který jim umožňuje slyšení zvuků z okolí. Na základě výzkumného šetření bylo potvrzeno, že u dětí s kochleárním implantátem je v současnosti možné za předpokladu včasné diagnostiky, vhodně zvolené rehabilitace a spolupráce rodiny vybudování funkčního komunikačního systému. Rozvoj těchto komunikačních dovedností je předpokladem pro budoucí začlenění do života společnosti. Stupeň začlenění závisí na individuálních schopnostech jedince osvojit si mluvenou řeč. Dítě s kochleárním implantátem se postupně učí slyšet zvuky z okolního prostředí, snaží se jim porozumět a opakovat je. Díky rehabilitační péči se postupně rozvíjí slovní zásoba, dítě si osvojuje pojmy, učí se přemýšlet a rozumět vlastní mluvené řeči, bez níž se nemůže v budoucnu naučit číst ani psát. Na první pohled je patrné, že budoucí perspektiva dítěte s kochleárním implantátem je dána měrou osvojených komunikačních dovedností dítěte, které umožní rozumět mluvenému i psanému slovu a úrovni vlastního slovního vyjadřování.

Z výše provedeného šetření je možno pozorovat úspěšnost dívky Anežky z kazuistiky č. 1, která byla včasné diagnostikována a implantována. Vývoj řeči u dívky s těžkou vadou sluchu probíhal díky včasné kompenzaci, příkladné odborné i rodinné péči a na základě osobnostních předpokladů bez výrazných odchylek od ontogeneze řeči zdravého jedince. Kochleární implantát dívce umožnil vnímání sluchových vjemů, které jsou důležité pro prvotní osvojení jazykových vzorců a jsou stěžejním předpokladem dalšího vývoje myšlení a jazykových dovedností. Dívka je v současnosti příkladným uživatelem kochleárního implantátu.

Pokud dítěti v období od 2 - 2,5 let do 6 let věku chybí řečové vzory, je velmi negativně ovlivněn jazykový vývoj a negativně bude ovlivněna i schopnost osvojit si v budoucnu mluvenou řeč. Tato okolnost negativně ovlivnila vývoj a úroveň komunikačních dovedností dívky Elišky z kazuistiky č. 2. Vada sluchu byla v tomto případě pozdě diagnostikována a kompenzována. Vzniklé problémy v oblasti komunikace pramení právě z nedostatečného přísunu sluchových podnětů pro utváření jazykových vzorců v období senzitivní vývojové periody. Nedostatečné osvojení jazykových dovedností ovlivnilo další perspektivy dítěte, jeho školní vzdělávání i sociální začlenění. Mnohé neúspěchy a konflikty dívky pramení z nedostatečného porozumění mluvenému i psanému slovu. Osvojování jazykových kompetencí je ovlivňováno poruchou pozornosti.

V dalším případě byla vada zjištěna a kompenzována včas, byl zahájen rehabilitační proces, který byl podpořen příkladnou péčí rodiny, přesto se vývoj jazykových dovedností jedince opožďoval. U Ondry z kazuistiky č. 3 byla řešena otázka stagnujícího vývoje komunikace, který se velkou měrou podílel na výukových problémech chlapce a jeho sociálního začlenění do vrstevnické skupiny. Pro rodinu bylo toto období velmi náročné, musela se intenzivně věnovat synovi a zároveň bylo nutno řešit výukové potíže a jeho problémové začlenění do školní třídy. Výsledky péče a veškerého úsilí byly velmi nepatrné, vývoj dítěte spíše stagnoval. Rodina musela spolupracovat s odborníky a hledat možná řešení. Teprve podrobnější psychologické vyšetření diagnostikovalo vývojovou dysfázii a objasnilo tak četné jazykové, výukové a sociální problémy chlapce. Rodina se rozhodla změnit způsob vzdělávání svého syna zařazením do speciální školy. Situace se zcela změnila, chlapec chodí do školy rád a rodina se celkově zklidnila.

Každé dítě se sluchovým postižením a jeho rodinu je nutno posuzovat zcela individuálně, zajímat se o všechny okolnosti v průběhu vývoje dítěte již od narození. Mezi hlavní faktory ovlivňující jeho budoucí perspektivy patří doba vzniku sluchového postižení, stupeň sluchové ztráty, včasná diagnostika a kompenzace sluchové vady. Sluchové postižení není na první pohled patrné, přesto patří z hlediska svých následků na vývoj osobnosti dítěte mezi nejzávažnější. Pro budoucí vývoj dítěte je nutné stimulovat vývoj artikulované řeči, neboť se spontánní mluvená řeč přirozeně nevyvíjí. Jedincům se sluchovým postižením chybí zpětná sluchová vazba. Rozvoj sluchové funkce a řeči je součástí rehabilitačního programu, který má dítěti umožnit rozumět okolnímu dění i jemu samotnému.

Práce s dítětem s těžkým sluchovým postižením by měla zohledňovat specifika osobnosti dítěte, jeho dosažený stupeň vývoje a úroveň komunikačních dovedností. V průběhu péče je nutné spolupracovat s odborníky a zejména s rodinou dítěte, která zásadní měrou ovlivňuje úspěšnost a pokroky svého dítěte v průběhu rehabilitace.

Budování komunikace má stěžejní význam pro budoucí úspěšnost dítěte ve škole. Z pohledu každodenní školní praxe je nutné lépe zajistit využití vhodných přístupů a konkrétněji specifikovat individuální potřeby žáka, neboť způsob současné výuky ve škole běžného typu je orientován na rychlost, výkon a množství probraného učiva. Individuální potřeby dítěte méně reflektuje. U sluchově postiženého dítěte je nutné ve větší míře respektovat specifické vzdělávací potřeby a volit vhodné přístupy respektující vztah jazyka a poznávacích procesů.

Bylo prokázáno, že skutečných pokroků v učení dosahuje jedinec díky řeči -
- poznávacímu prostředku. Pedagog by měl reflektovat skutečnost, že dítěti s těžkou
sluchovou vadou zcela chybí schopnost bezděčného učení, dítě je odkázáno
na informace, které získává v přímém kontaktu s komunikující osobou. Při práci
se sluchově postiženým dítětem je potřeba zvolit pozitivní přístup, stavět na jeho
pokrocích a hledat vhodné způsoby práce, neustále se přesvědčovat, zda dítě rozumí
a dobře se orientuje v okolním prostředí.

*“ Pomáhat dětem, aby ve vzdělávacím procesu nesehlávaly, znamená tedy
ochránit je před tíživou životní situací, v níž se mohou specificky lámat a křivit.
Znamená to současně zachraňovat společnosti ony nevyčíslitelné hodnoty, které
představuje zdravý vývoj osobnosti každého jejího člena.“⁸⁵*

Dítě s kochleárním implantátem je i nadále neslyšící, má však perspektivu
zařadit se do společnosti slyšících. Rehabilitace dítěte s tímto implantátem
je dlouhodobý proces vyžadující velkou trpělivost, vytrvalost a pevnou vůli všech, kteří
o dítě pečují. Z uvedených kazuistik vyplývá, že je nutné přistupovat ke každému dítěti
zcela individuálně a zároveň je nutné plně respektovat osobnostní předpoklady dítěte
i jeho rodinu. Všichni společně musí hledat vhodné přístupy a způsoby práce s dítětem,
které ho budou stimulovat byť jen k nepatrným pokrokům.
Vzniká tak potřeba vytvoření vhodných podmínek pro vlastní sebehodnocení
a prožívání vlastní osoby v kontaktu s ostatními lidmi ve společnosti.

⁸⁵ MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Praha: H&H, 1995. s. 7. ISBN 80-85787-27-X

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BAREŠOVÁ, J. a HRUBÝ, J. *Didaktické a technické pomůcky pro sluchově postižené v MŠ a ZŠ*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-105-9.

BARTOŇOVÁ, M. *Současné vzdělávací trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD spol. s.r.o., 2005. ISBN 80-86633-373.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HLOŽEK, *Základy audiologie*. Olomouc: UP, 1995. ISBN 8070674989.

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. ISBN 80-7216-213-6.

HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie. 1. vyd.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie. 1. vyd.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HORÁKOVÁ, R. *Surdopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-225-3.

HORÁKOVÁ, R. *Surdopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011. s. 126. ISBN 978-80-7315-225-3.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu (1. díl)*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1997. ISBN 80-7216006-0.

HRUBÝ J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu (2. díl)*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998b. ISBN 80-7216-075-3.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu (1. díl)*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. ISBN 80-7216-096-6.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením 2 vydání*. Praha 10: Triton, 2006. ISBN-80-7254-730-5.

JANOTOVÁ, N. *Kapitoly o integraci sluchově postižených dětí*, Praha: Septima:1996. ISBN 80-85801-81-7.

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

JANOTOVÁ, N. *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. Praha: Septima, s.r.o.:1996, ISBN 80-85801-84-1.

JANOTOVÁ, N., SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-050-8.

JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. 1. vyd.* Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9-9.

KLENKOVÁ, KRČMOVÁ, M. RICHTEROVÁ, L. *Metodika jazykové výchovy v předškolním věku. 1. vydání*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. ISBN 14-373-87.

KRAHULCOVÁ – ŽATKOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: UK, 1996. ISBN 80-7184-239-7.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2002, ISBN 80246-0329-2.

KVÍTEK, V. *Speciální pedagogika- surdopedie, studijní text*. České Budějovice: ZSFJU, 2006.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí třetí přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038.

MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách České republiky*. vyd. UP Olomouc: 2005. ISBN 80-244-1045-1.

MULLER, O a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*, 1 vyd. Olomouc. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2001. ISBN 80-244-0231-9.

OPEKAROVÁ, O. *Kapitoly z výchovného poradenství*. Praha 3: Universita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-8086723-35-8.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN:80-7315-1200.

POTMĚŠIL, M. a kolektiv. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3310-3.

POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0766-3.

POTMĚŠIL, M. *Sluchové postižení a sebereflexe*, Praha 7: Karolinum, 2007. ISB 978-80246-1300-0.

POTMĚŠIL, M. Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-744-8.

PŮSTOVÁ, Z. Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku. Praha: Septima, s.r.o., 1997. ISBN 80-7216-022-2.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha 7: Grada Publishing, a.s.. 2007. ISBN 978-80-2471733-3.

SOURALOVÁ, E. a LANGER, J. *Surdopedie I. Studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: SCV PdF UP a Vydavatelství UP, 2005. ISBN 80-244-1007-9.

SOURALOVÁ, E. *Čtení neslyšících*. vyd. UP. Olomouc: 2002. ISBN 80-244-0433-8.

SOVÁK, M. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence. Aktuální problémy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: SPN, 1978. ISBN 14-759-78.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN 14-072-86.

SVOBODOVÁ, K. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Praha: Septima, s.r.o., 2005. ISBN 80-7216-214-4.

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

ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

TICHÝ, T. *Technické aspekty kochleárních implantací I. In: Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: FRPSP, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči*. Praha 1: Středisko náhradní rodinné péče o. s. 2011. ISBN 978-80-87455-04-03.

VALENTA, M. A KOL. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: 2003. ISBN 80-244-0698-51.

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

VÍTKOVÁ M. *Integrativní školní speciální pedagogika*. Brno: MSD spol. s.r.o. 2004. ISBN 80-86633-22-5.

VYMLÁTILOVÁ IN: P. ŘÍČAN, D. KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*, Praha: GRADA, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

HELING, K. *The Development of GeafChildren, Academic Achievement Levels and Social Processes*, Hamburg, Signum, 1995.

LEONHARDT, A. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80-967180-8-8.

MATUŠKA, O. *Rozvíanie zvukovej stránky reči žiakov základných škôl pre nedoslýchavých. Diplomová práca*. PdFUK Trnava 1985.

Seznam použitých internetových zdrojů

Centrum kochleárních implantací u dětí [online]. Praha [2013-01-22]. Dostupné <http://www.ckid.cz/vybikand.asp>

Centrum kochleárních implantací u dětí [online]. Praha [2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.ckid.cz/kochimp.asp>

HRUBÝ, J. [online]. [2008 – 22-11]. Motto. Dostupné z: <http://www.cun.cz/?clanek=10>.

KABELKA, Z. Screening sluchu – podkladové materiály pro jednání o možnostech podpory screeningu sluchu. Česká společnost otorhinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Sekce dětské ORL, 2009, [2010 – 07-16]. Dostupné z: World Wide.<http://otolaryngologie.cz/screening-sluchu-podkladove-materialy-pro-jednani-o-moznostech-podpory-screeningu-sluchu-2/>>Web:<http://otolaryngologie.cz/screening-sluchu-podkladove-materialy-pro-jednani-o-moznostech-podpory-screeningu-sluchu-2/>>

KOHOUTEK, R. *Kognitivní vývoj dětí a mládeže*. [online]. [2010-03-11] Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1003/kognitivni-vyvoj-deti-a-mladeze>.

KŘEŠŤANOVÁ, L.. *Vyšetříme miminkům sluch už v porodnici?* [online]. Praha, 2011. [2013-01-15]. Dostupné z <http://www.gong.cz/vysetrime-miminkum-sluch-uz-vporodnici/2011/12/23>.

MACÍKOVÁ, I. *Výroční zpráva o činnosti školy*. [online]. Mateřská škola, základní škola a střední škola pro sluchově postižené, České Budějovice. [2014-09-30] Dostupné z: <http://www.sluchpostcb.cz/wpcontent/uploads/2012/08/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-za-%C5%A1koln%C3%AD-rok-2013-2014.pdf>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY [online]. Praha. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyklad-vyhlasyc-72-2005-sb-o-poskytovani-poradenskych-1>.

POTMĚŠIL, M. a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, část II*. [online] Diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením. [2012]. Dostupné z: http://www.inkluze.upol.cz/portal/velke_publicace/katalogy/final_SP_Kat_ver_diskuze.pdf ISBN 978-80-244-3053-9.

STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAMTAM PRAHA [online]. Praha, Dostupné z: <http://www.tamtam-praha.cz/>

ŠALEK, M. *Včasná diagnostika vad sluchu* [online]. Praha, 2012. [2012-06-03]. Dostupné z <http://zdraviamy.cz/m/news/view/Vcasna-diagnostika-vad-sluchu>.

ŠKOLSKÝ ZÁKON 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: Sběrka zákonů České republiky č. 561/2004.2004. ISSN 1211-1244.[online].[2013-02-20]. Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/uplne-zneni-zakona-c-561-2004-sb>

VYHLÁŠKA č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: Sběrka zákonů České republiky 73/2005. 2005. ISSN 1211-1244. [online].[2013-03-01]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1?highlightWords=73%2F2005>

Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb., ve znění zákona č. 384/2008 Sb. [online]. Dostupné z: <http://cun.cz/index.php?clanek=8>

ZÁKON ZE DNE 23. ZÁŘÍ 2008, KTERÝM SE MĚNÍ ZÁKON Č. 155/1998 SB., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony [online]. [2008-20-10]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-23-zari-2008-kterym-se-meni-zakon-c-1551998-sb-o-znakove-rci-a-o-zmene-dalsich-zakonu-a-dalsi-souvisejici-zakony-16832.html>.

1. LÉKAŘSKÉ FAKULTA V PRAZE. *Kochleární implantace* [online]. [2012-23-11]. Dostupné z: <http://orl.lf1.cuni.cz/centrum-pro-kochlearni-a-kmenove-implantace-7797>

147/2011 SB., KTEROU SE MĚNÍ VYHLÁŠKA Č.73/2005 SB., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. Praha [cit. 2011-11-21]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb/>

Seznam ostatních zdrojů

COCHLEAR™, 2009b. Navržen pro nejlepší sluchový výkon: představujeme systém cochlear™, Nucleus R 5 [propagační materiály]. Czech.

SEZNAM ZKRATEK

KI – kochleární implantát

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1: Kochleární implantát..... | 32 |
| Obrázek 2: Obrázky pro seznamování s pojmy určujícími intenzitu zvuku..... | 36 |
| Obrázek 3: Jednodušší verze obrázků k určování intenzity zvuku..... | 37 |

Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 : Klasifikace sluchových vad podle WHO..... | 14 |
| Tabulka 2 : Příčiny sluchových vad..... | 18 |
| Tabulka 3: Artikulace těžce sluchově postižených..... | 47 |
| Tabulka 4: Poslech v časoprostoru: detekce >> diskriminace >> identifikace >> porozumění..... | 52 |
| Tabulka 5: Časový harmonogram realizace diplomové práce..... | 73 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|----|
| PŘÍLOHA A – I. KRITÉRIA VÝBĚRU KANDIDÁTŮ PRO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE..... | I |
| PŘÍLOHA B – II. DOTAZNÍK PRO RODIČE..... | VI |
| PŘÍLOHA C – III. VÝSLEDKY ODPOVĚDÍ NA DOTAZNÍK PRO RODIČI | XI |

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – I. KRITÉRIA VÝBĚRU KANDIDÁTŮ PRO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACE

doporučená implantační komisi Českou společností pro otolaryngologii a chirurgii hlavy a krku J. E. Purkyně. Revize 2012, schválená výborem Společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku JEP ČR na zasedání 2. 2. 2012. *Uvedená implantační kritéria pro děti i dospělé byla vypracována v souladu s kritérii implantačních center zemí Evropského společenství a na základě publikovaných údajů ve světovém písemnictví a podléhají revizím podle dalšího rozvoje vědeckého poznání.*

Obecná pravidla

- A. Doba od požádání o vyšetření uchazečem kochleární implantace (dále jen CI) nebo od doporučení vysílajícím zařízením do stanovení definitivní indikace CI nepřesáhne jeden rok.
- B. Vyšetření provádějí a o výběru kandidátů CI rozhodují akreditovaná centra kochleárních implantací. Závěr stanoví na základě komplexního posouzení předepsaných vyšetření.
- C. Implantující centrum vede databázi vyšetřených a implantovaných pacientů, zajišťuje a odpovídá za kompetentnost provedených vyšetření.
- D. Kritéria podléhají revizi a schválení výboru Společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku.

Všeobecná kritéria pro děti i dospělé

1. Audiologické podmínky: oboustranná hluchota („profound deafness“ podle definice WHO) a/nebo těžká nedoslýchavost, kdy očekávat u kochleárních implantátů vyšší zisky v rozumnění řeči než u konvenčních sluchadel

1.1. Tónový audiogram: průměrné ztráty sluchu na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz jsou rovné a vyšší než 90 dB HL.

1.2. Tónový audiogram se sluchadlem: průměrné ztráty sluchu na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz jsou větší než 50 dB HL.

1.3. Sluchadlo s maximálním výkonem na výstupu nejméně 136 SSPL 90 má jen minimální efekt na podstatný rozvoj řeči (tj. skóre nejvíce 40% v rozumění vět z otevřeného souboru, nejvíce 50% v rozumění slov z uzavřeného souboru). Jsou vyzkoušeny alespoň tři typy sluchadel.

1.4. Hodnoty sluchového prahu stanovené metodou SSEP (na frekvencích 0,5 - 4 kHz) nebo metodou BERA (pomocí filtrovaných kliků) jsou větší než 95 dB HL. Vyšetření otoakustických emisí je zpravidla negativní.

1.5. Pacienti s prahovou křivkou 10-10-20-95-100-100-100 dB (125-250-500-1000-2000-4000-8000 Hz) a se se skóre rozumění řeči v rozmezí 10-60% jsou vhodní k hybridní kochleární implantaci.

2. Není interní kontraindikace k provedení operace v celkové anestézii.

3. Nejsou známky floridních zánětlivých změn ve středouší.

4. Pomocí vyšetření HRCT (výpočetní tomografie s vysokým stupněm rozlišení) je ověřena průchodnost hlemýždě. U etiologií s vyšší incidencí kochleární obliterace (meningitis, otosklerosa) a při nejasném CT nálezů je nutné provést vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Parciální ani totální obliterace není kontraindikací CI za předpokladu možnosti použití zvláštního typu neuroprotézy („double array“).

5. Neurologické vyšetření neprokazuje poruchu vyšších etáží sluchové dráhy a CNS , která by znemožňovala využití kochleárního implantátu.

6. Psychologické vyšetření vylučuje závažné psychopatologické rysy kandidáta. Uchazeč o kochleární implantát by měl mít schopnosti a vlastnosti, které umožní spolehlivé naprogramování řečového procesoru a využití kochleárního implantátu. Výsledky speciálních testů mají posoudit schopnost kandidáta absolvovat rehabilitační program a dobrou prognózu řečového rozvoje. V pubertálním a adolescentním věku, ale i u dospělých, je nutné pečlivě zvážit, zda je kandidát dostatečně motivován k trvalému nošení viditelných částí implantačního systému.

7. Pacient a jeho rodina musí být podrobně informováni o možnostech, omezeních a rizicích kochleární implantace a mají mít realistická očekávání. Souhlasí s povinnými pravidelnými kontrolami a aktivní účastí na pooperační rehabilitaci.

Dospělý uchazeč musí být sám motivován k operaci. Rodina dětského kandidáta je rozhodnuta vychovávat dítě sluchově-orálním způsobem. Zároveň je ochotná a schopná aktivně se zapojit do dlouhodobé pooperační rehabilitace (zahrnující také pravidelné kontroly) a již před operací s dítětem prokazatelně rodiče tímto způsobem rehabilitovali.

8. Rehabilitační péče musí být dobře a předem zajištěna kombinací péče v místě bydliště s vedením a pravidelným sledováním pacienta v CI centru. Rehabilitační péče, včetně kontaktu s logopedem uchazeče, u dětí rovněž s pedagogem v místě bydliště, začíná prokazatelně už v době přípravy uchazeče na operaci.

9. Oboustranná implantace. Primárně je indikována jednostranná implantace. Indikace oboustranné implantace je vhodná u dětí do 3 let věku, oboustranná implantace u starších dětí a dospělých je z medicínského hlediska přínosná a možná, pokud bude uhrazena v souhlase s platnými zákonnými normami. Rodiče (zákonní zástupci) dětí, ev. dospělý pacient musí s implantací souhlasit při vědomí dlouhodobé ekonomické náročnosti udržování dvou systémů a limitované míře přínosu druhého přístroje.

1. Dítě ohluchlé postlingválně se operuje co nejdříve po ohluchnutí, ne však dříve než za půl roku. V případě jasně prokázané hluchoty po meningitidě lze operovat dříve.

2. Děti s hluchotou kongenitální nebo ohluchlé prelingválně lze operovat optimálně mezi 1.– 4. rokem věku, nejpozději do věku 12 let. U starších dětí je nutné postupovat individuálně a indikaci připustit ve výjimečných případech.

3. Je prokazatelně prováděna předoperační rehabilitace a jsou dokladovatelné pokroky v komunikačních schopnostech dítěte.

4. U hluchoslepých dětí je posuzován přínos implantátu s ohledem na jeho přínos pro zlepšení kvality života.

Výběr dospělých

1. Postlingválně ohluchlí pacienti jsou implantováni co nejdříve po ohluchnutí nebo po stanovení diagnózy hluchoty

2. Podmínkou indikace k CI je dobře rozvinutá řeč, vypracovaná schopnost odezírání a orální způsob komunikace.

3. Etiologie hluchoty není rozhodující pro indikaci CI. V případě hluchoty postmeningitické se operuje co nejdříve, neboť může dojít k obliteraci hlemýžďe.

4. Z implantačního programu nelze vyloučit ani pacienty vyššího věku, pokud splňují uvedená implantační kritéria. Délka hluchoty též není rozhodující pro indikaci CI za předpokladu dobré schopnosti odezírání a vybudované srozumitelné řeči.

5. Kochleární implantace je indikována i u pacientů s částečným přínosem sluchadel. V tomto případě tzv. bimodální stimulace (sluchadlo + neuroprotéza) prokazatelně zvyšuje skóre rozumění řeči, především v hlučném prostředí.

6. Neimplantují se prelingválně neslyšící dospělí, u nichž má kochleární neuroprotéza pouze minimální přínos.

7. Kontraindikaci CI představují též všechny stavy s oboustranným nefunkčním sluchovým nervem – pacienti s neurofibromatózou 2 s oboustrannými vestibulárními

schwannomy jsou naopak vhodnou indikační skupinou pro kmenovou neuroprotézu (ABI).

8. Oboustranná implantace je indikována u postlingválně neslyšících dospělých, kteří jsou dobří uživatelé bilaterální konvenční amplifikace a u nichž vlivem progresivní sluchové vady dochází postupně k oboustranné ztrátě sluchu.

Vypracovala Centra pro kochleární implantace 1. a 2. LF UK.

2. 2. 2012

| | |
|--|--|
| <p>Prof. MUDr. Jan Betka, DrSc. As. MUDr. Jiří Skřivan, CSc. Centrum pro kochleární implantace u dospělých Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku UK, 1. LF a FN v Motole a IPVZ 2 2443 4300 Jiri.Skrivan@fnmotol.cz</p> | <p>Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka Dr. Eva Vymlátílová Centrum pro kochleární implantace u dětí Klinika otorinolaryngologie UK, 2. LF a FN v Motole, Subkatedra pro dětskou otorino- laryngologii IPVZ 2 2443 2600 Zdenek.Kabelka@fnmotol.cz</p> |
|--|--|

V Úvalu 84, Praha 5, Motol, 150 06

PŘÍLOHA B – II. DOTAZNÍK PRO RODIČE

Zpracováno formou dotazníku pro rodiče

1. Za jakých okolností byla zjištěna sluchová vada?

- a) rodiči
- b) dětským lékařem
- c) pedagogem
- d) jiný způsob zjištění sluchové vady

2. V jakém věku dítěte byla vada sluchu diagnostikována?

- a) V rámci screeningu sluchu ihned po narození
- b) Později v _____ letech

3. Kdo poskytl rodině první odbornou pomoc a potřebné informace o problematice sluchového postižení?

- a) Středisko rané péče
- b) Speciálně pedagogické centrum
- c) Pediatr
- d) Odborný lékař ORL, foniatr...
- Jiná možnost _____

4. Využívala rodina služeb Střediska rané péče Tamtam?

- a) ano
- b) ne

5. Kdy byla u dítěte zahájena logopedická péče?

- a) ihned po zjištění sluchové vady
- b) před kochleární implantací
- c) po kochleární implantaci

6. Jak často probíhala vlastní logopedická péče?

- a) Jeden krát v týdnu
- b) Dvakrát v týdnu
- c) Jiná možnost _____

7. Používalo dítě před implantací sluchadla?

- a) ano
- b) ne

8. V kolika letech byla u dítěte provedena kochleární implantace?

Implantace byla provedena ve -----letech.

10. Jakým způsobem jste komunikovali s vaším dítětem před kochleární implantací?

- a) mluvenou řečí
- b) mluvenou řečí doplněnou znaky
- c) znakovou řečí
- d) Jiná možnost _____

11. Kochleární implantace umožnila dítěti rozvoj vnímání zvuků a následně i mluvené řeči?

- a) ano, řeč se rozvíjí, dítě dobře komunikuje mluvenou řečí
 - b) řeč se rozvíjí, při komunikaci si i nadále dopomáhá znaky
 - b) rozvoj řeči je pomalejší, i nadále komunikuje pomocí znaků
 - c) jiná možnost
-

12. Dítě dobře rozumí mluvené řeči?

- a) při komunikaci rozumí řeči bez odezírání
- b) při komunikaci rozumí řeči s odezíráním
- c) při komunikaci špatně rozumí řeči
- d) Jiná možnost _____

13. Po implantaci dítě dobře rozumí mluvené řeči i v hlučnějším prostředí?

- a) nedošlo ke zlepšení, stav se nezměnil
- b) porozumět řeči v rušnějším prostředí je nyní snadnější, lépe se dorozumí
- d) dobře se dorozumí i v hlučnějším prostředí

14. Jakým způsobem se vzdělává vaše dítě?

- a) vzdělává se formou integrace v MŠ běžného typu
- b) vzdělává se formou integrace na ZŠ běžného typu
- c) vzdělává se v MŠ pro sluchově postižené
- d) vzdělává se v ZŠ pro sluchově postižené

15. Vztah dítěte ke školní docházce?

- a) ano, těší se do školy – rádo se učí
- b) ano, těší se do školy, učí se rádo jen oblíbené předměty
- c) ano, těší se do školy, nerado se učí
- d) ne, netěší se, nerado chodí do školy, nerado se učí

16. Pokračuje i nadále logopedická péče?

- a) ano
- b) ne

17. Splnila kochleární implantace vaše očekávání?

- a) ano
- b) ne

18. Byla vaše rodina dostatečně informována o náročnosti rehabilitačního procesu?

- a) ano
- b) ne

19. Setkáváte se s rodiči dětí, kteří mají podobnou zkušenost s péčí o dítě s KI?

- a) ano
- b) ne

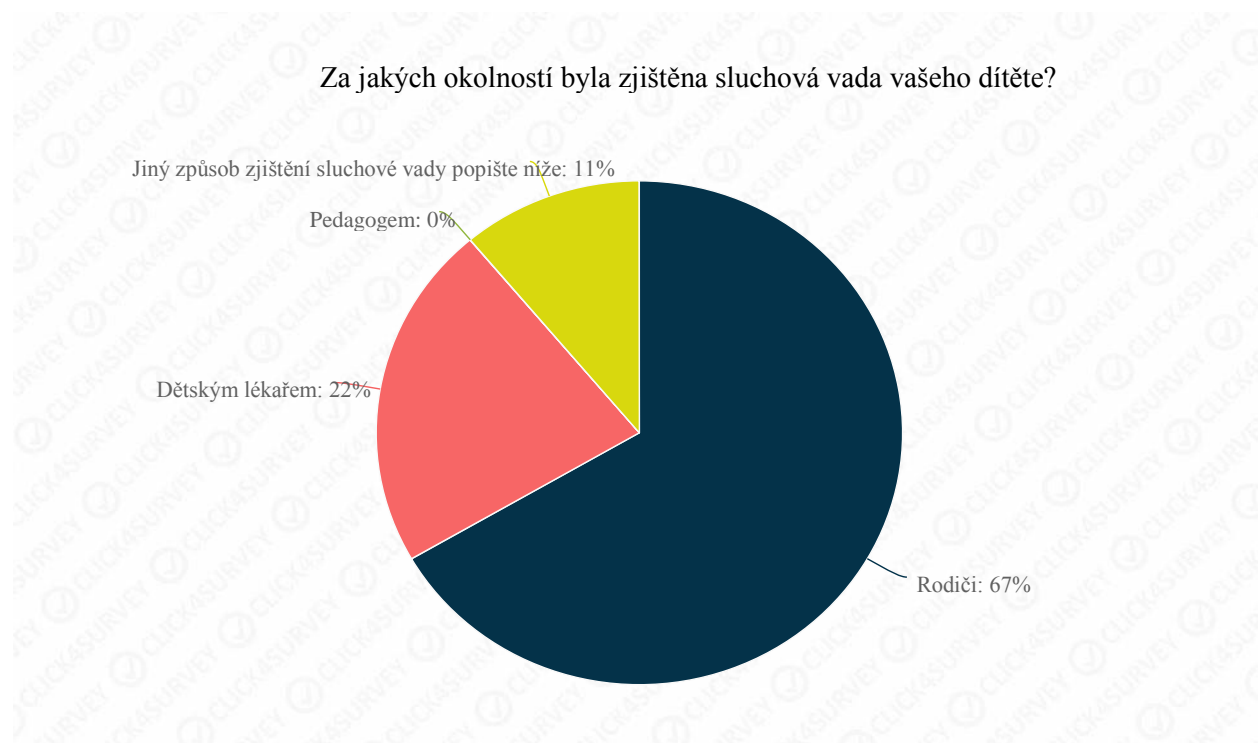
20. Jaké největší problémy jste museli řešit po implantaci?

21. Popište pokroky svého dítěte po kochleární implantaci?

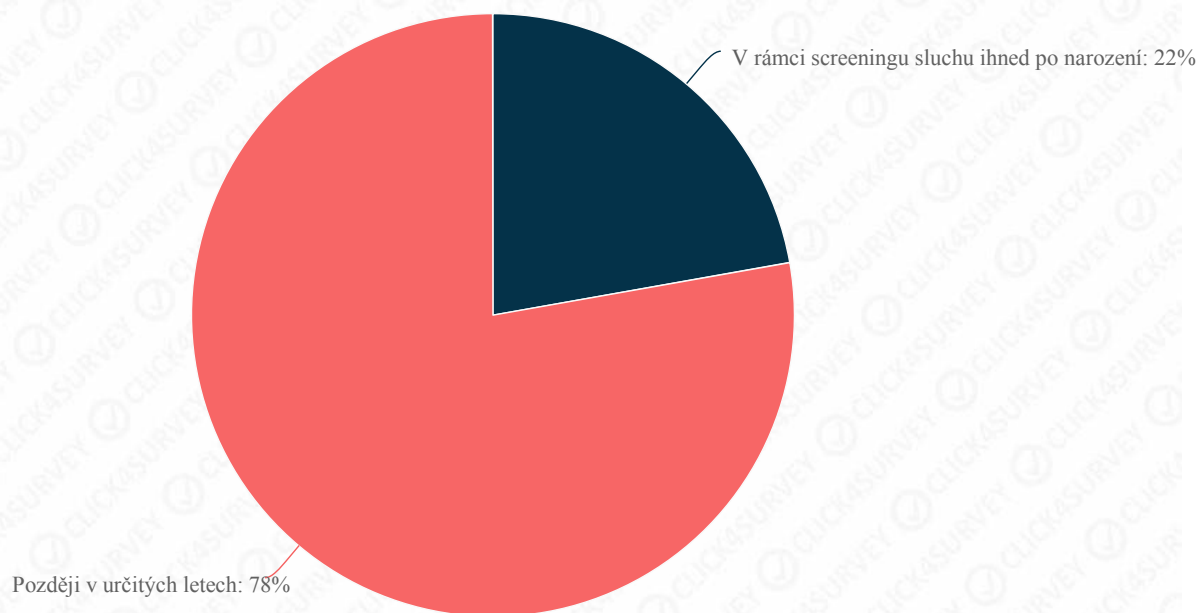
PŘÍLOHA C – III. VÝSLEDKY ODPOVĚDÍ NA DOTAZNÍK PRO RODIČE

Souhrnná analýza - Náhled rodiny na situaci po implantaci KI

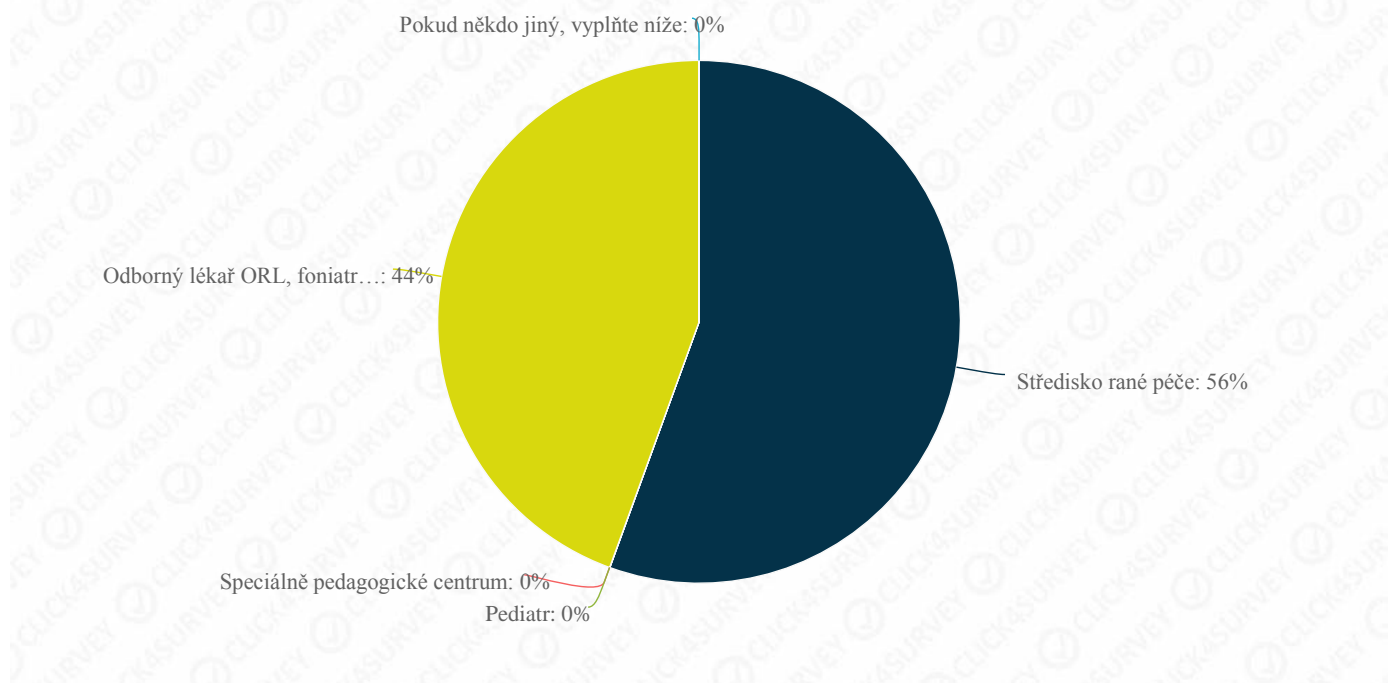
1. První strana



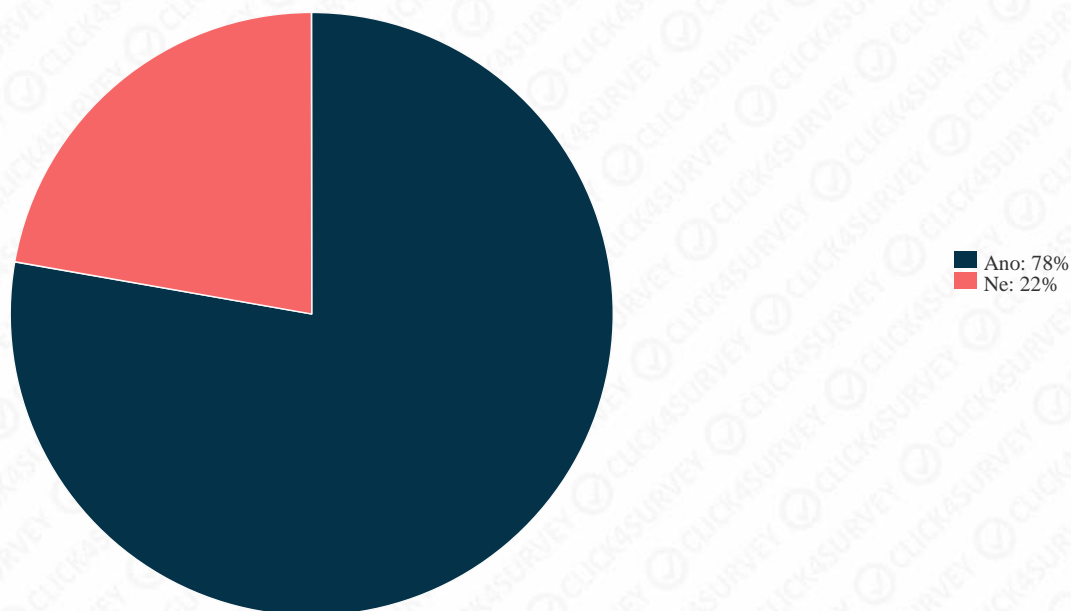
V jakém věku dítěte byla vada sluchu diagnostikována?



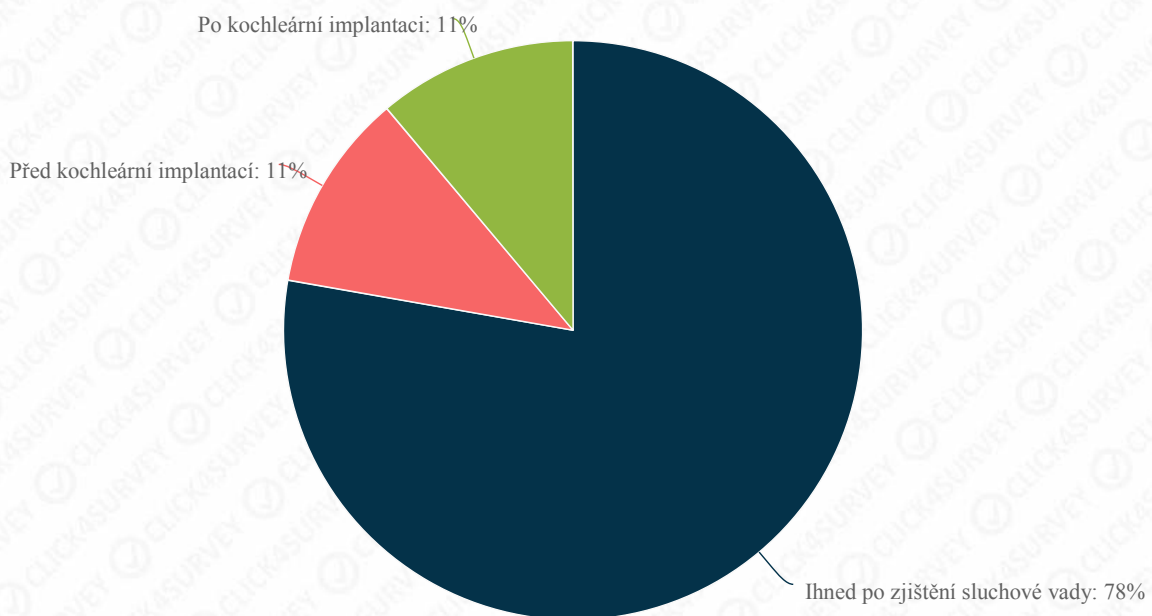
Kdo poskytl rodině první odbornou pomoc a potřebné informace o problematice sluchového postižení?



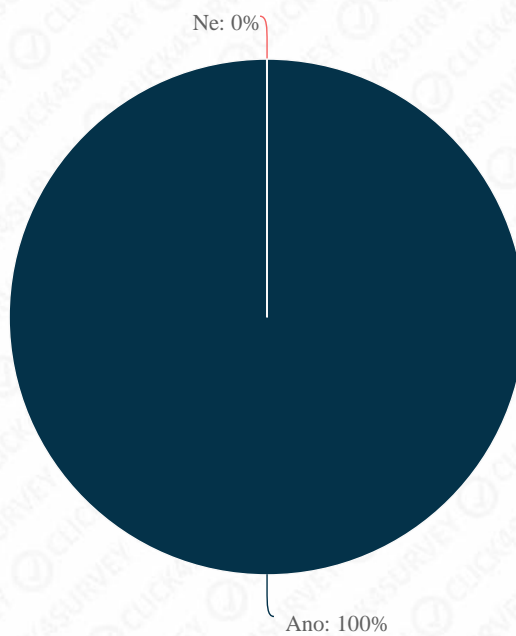
Využívala rodina služeb Střediska rané péče Tamtam?





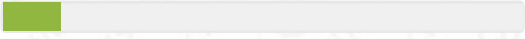
Kdy byla u dítěte zahájena logopedická péče?



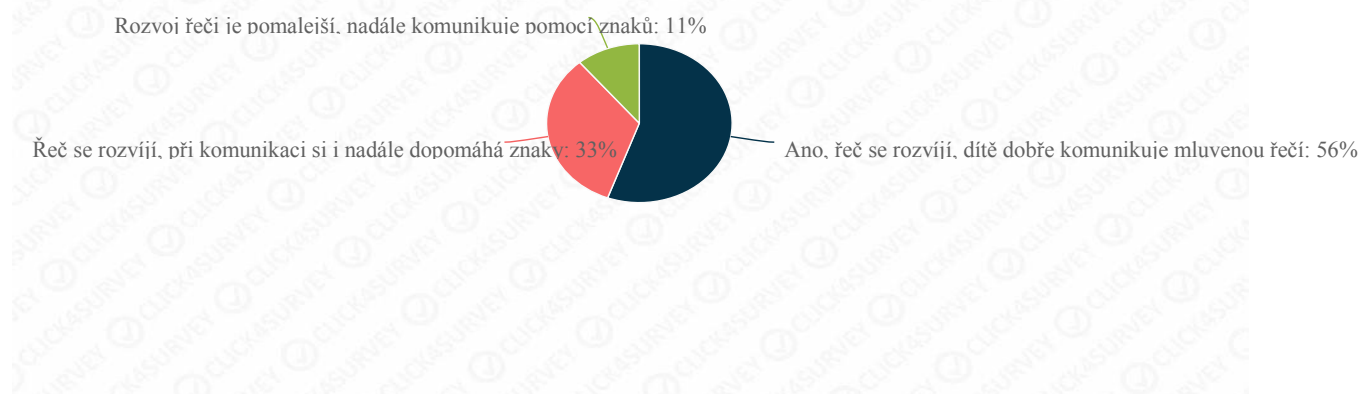
Používalo dítě před implantací sluchadla?



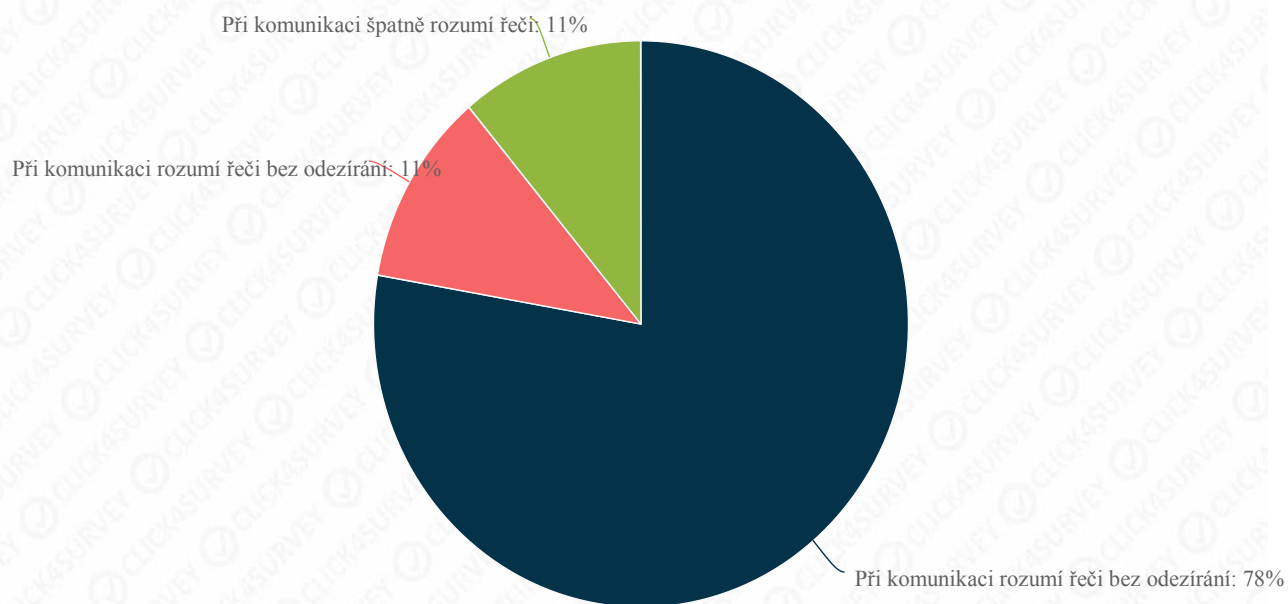
Jakým způsobem jste komunikovali s vaším dítětem před kochleární implantací?

| Hodnota | | Procent | Odpovědi |
|-------------------------------|--|---------|----------|
| Mluvenou řečí |  | 11% | 1 |
| Mluvenou řečí doplněnou znaky |  | 89% | 8 |
| Znakovou řečí |  | 11% | 1 |

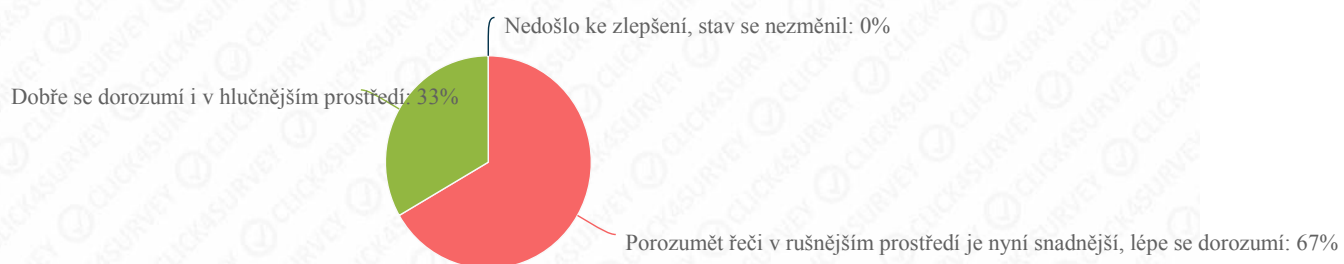
Kochleární implantace umožnila dítěti rozvoj vnímání zvuků a následně i mluvené řeči?



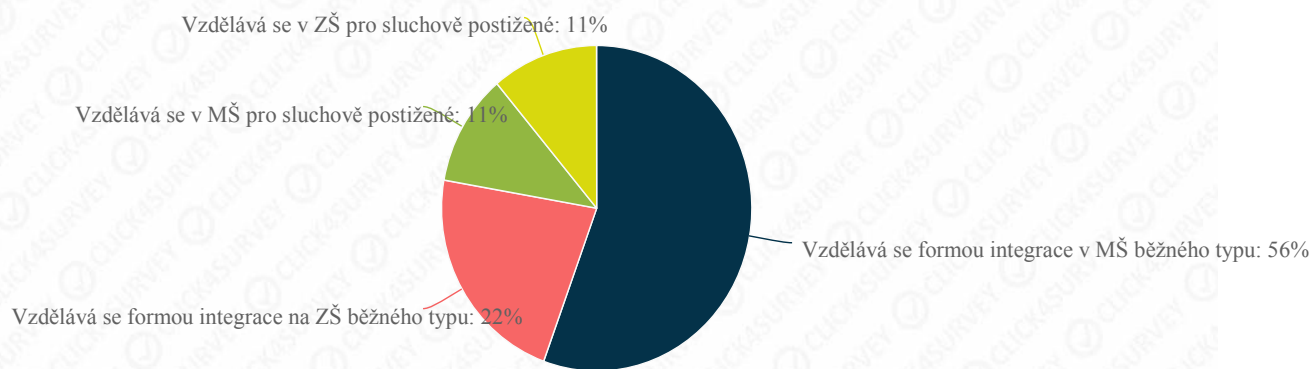
Dítě dobře rozumí mluvené řeči



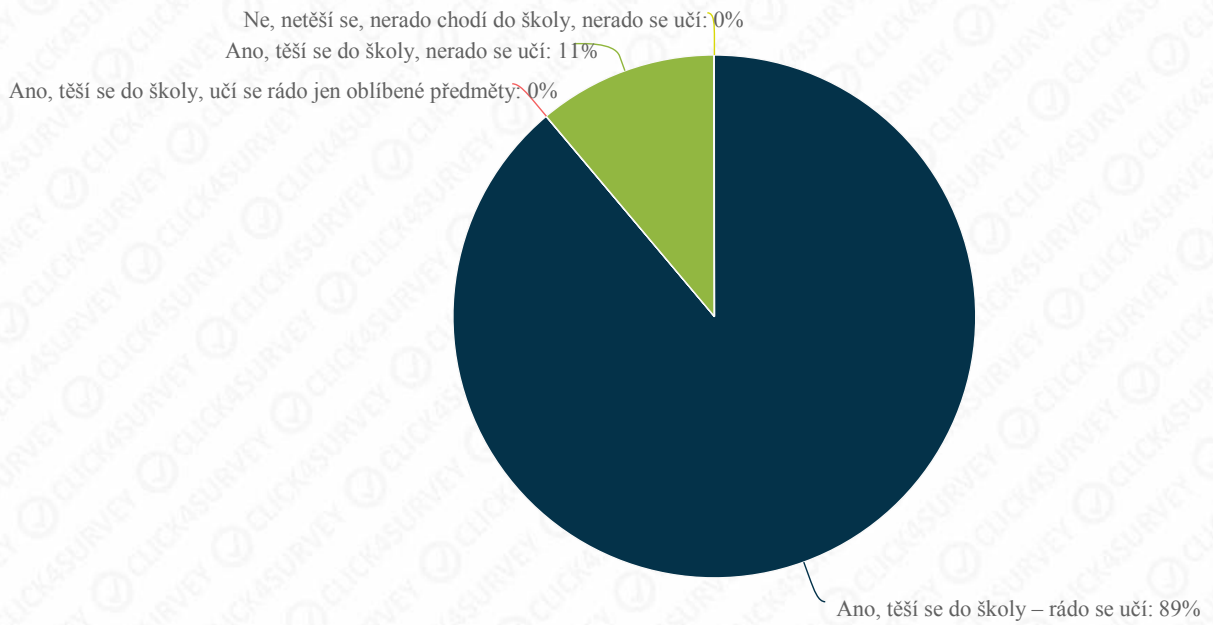
Po implantaci dítě dobře rozumí mluvené řeči i v hlučnějším prostředí?



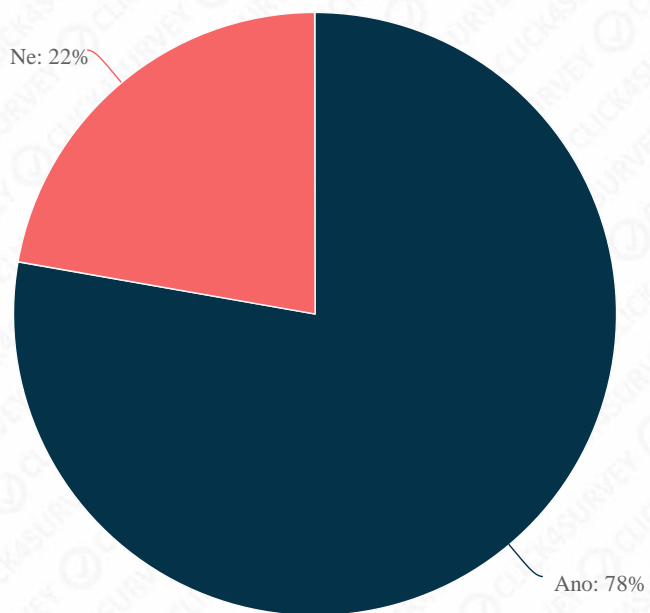
Jakým způsobem se vzdělává vaše dítě?



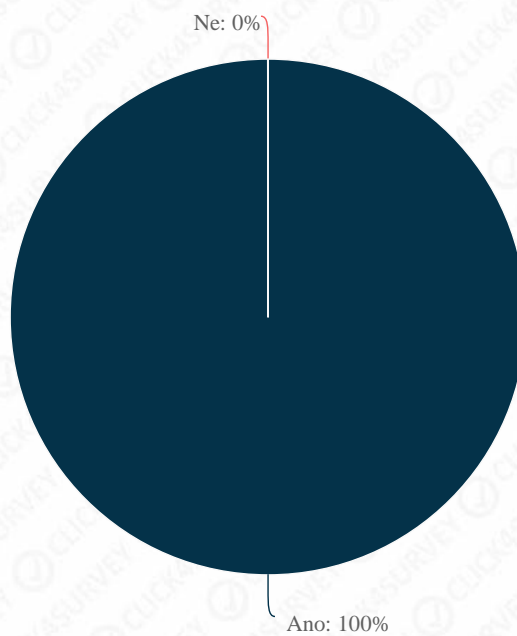
Jaký má vztah dítě ke školní docházce?



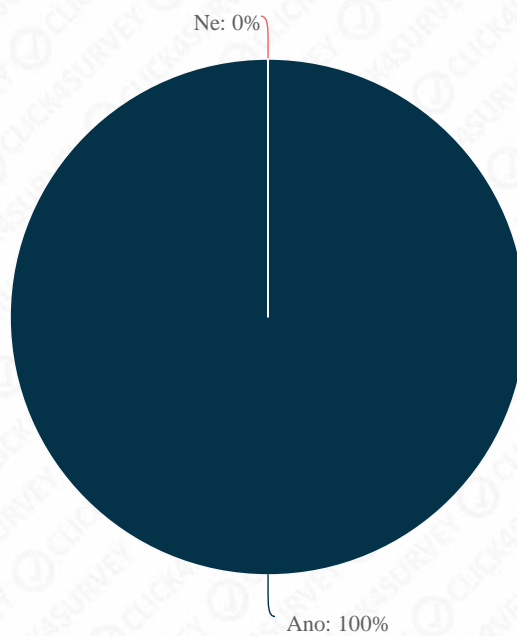
Pokračuje i nadále logopedická péče?



Splnila kochleární implantace vaše očekávání?



Byla vaše rodina dostatečně informována o náročnosti rehabilitačního procesu?



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Milada Zahradníková

Obor: Speciální Pedagogika - učitelství

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Komunikační dovednosti dítěte s kochleárním implantátem

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 117

Celkový počet stran příloh: 24

Počet titulů českých použitých zdrojů: 50

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 17

Počet ostatních zdrojů: 1

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.