

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Sabina Klegová

Role znakového jazyka v rozvoji komunikace dětí se sluchovým postižením
v raném věku

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. BcA. Pavel Kučera, Ph.D

Prohlášení:

Prohlašuji, že diplomovou práci jsem vypracovala sama pod odborným dohledem a za užití pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne 19. 6. 2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. BcA Pavlu Kučerovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, jeho cenné rady a vstřícnost při konzultacích. Dále děkuji Centru pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. (Olomouc) a jeho pracovníkům za poskytnutí informací potřebných pro praktickou část této práce a za možnost nahlédnutí do fungování tohoto zařízení. Zvláště děkuji Mgr. Anně Kučerové, Ph.D. za užitečné a odborné rady. Také děkuji svým blízkým za podporu a trpělivost v období psaní této práce.

Obsah

Úvod.....	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Sluchové postižení	9
1.1 Sluch a jeho význam.....	9
1.2 Stavba a funkce sluchového orgánu	9
1.3 Sluchové postižení a sluchové vady	10
1.3.1 Typy sluchových vad	11
1.3.2 Diagnostika sluchových vad.....	13
1.3.3 Kompenzace sluchových vad	15
1.3.3.1 Sluchadla	15
1.3.3.2 Kochleární implantát	16
2 Komunikace	19
2.1 Vymezení základní pojmů	19
2.2 Znakový jazyk	20
2.2.1 Osvojování znakového jazyka.....	21
2.3 Mluvený jazyk	24
2.3.1 Osvojování mluveného jazyka	24
2.3.2 Osvojování mluveného jazyka u SP	25
2.3.3 Komunikace dětí s kochleárním implantátem	26
3 Raná péče	29
3.1 Komplexní péče u osob se sluchovým postižením.....	29
3.2 Legislativní ukotvení rané péče	30
3.3 Raná péče v kontextu speciální pedagogiky	31
3.4 Služby rané péče.....	31
3.4.1 Centrum pro dětský sluch Tamtam	32
II EMPIRICKÁ ČÁST	34

4	Výzkumné šetření.....	34
4.1	Cíle a výzkumné otázky	34
4.2	Výzkumný vzorek.....	35
4.3	Sběr dat a jeho průběh	36
4.4	Analýza dat	37
4.5	Limity výzkumu	39
4.6	Výsledky výzkumného šetření.....	40
4.6.1	Výzkumná otázka č. 1	40
4.6.2	Výzkumná otázka č. 2	59
5	Diskuze	66
	Závěr.....	68
	Seznam bibliografických citací.....	70
	Legislativní zdroje	72
	Elektronické zdroje	72
	Seznam použitých zkratk	74
	Seznam tabulek	75
	Seznam časových os	76
	Seznam příloh	77

Úvod

Diplomová práce je rozdělena na dva stěžejní oddíly, a sice teoretickou a empirickou část. Teoretická část pojímá tři hlavní kapitoly, kterými jsou sluchové postižení, komunikace a raná péče.

Kapitola sluchového postižení je věnována sluchu a jeho významu v životě člověka. Plynule na to navazuje oblast anatomie lidského ucha a následné sluchové vady. Tématem sluchových vad se zabývají následné podkapitoly. Sluchové vady jsou rozděleny dle několika hledisek. Na to navazuje jejich diagnostika, kde jsou zmíněny ty metody, se kterými se cílová skupina této práce pravděpodobně setkala. Po diagnostice je nutné zmínit také možné formy nápravy sluchového postižení. Opět jsou do nich zahrnuty ty pomůcky, které jedinci se sluchovým postižením běžně používají.

Ve druhé kapitole, jenž se zabývá komunikací, je vymezeno několik pojmů, které s tímto tématem úzce souvisí. Po terminologii následuje část věnovaná znakovému jazyku a jeho osvojování, kde jsou zmíněné jednotlivé stupně vývoje při osvojování si znakového jazyka. Tak jako byla pozornost věnována znakovému jazyku, je tomu tak i u jazyka mluveného. Zde se myslí v našich podmínkách jazyk český. Teoretické poznatky o osvojování obou těchto jazyků jsou potřebné pro pochopení a ucelení poznatků, jenž jsou obsaženy v empirické části, konkrétněji v nasbíraných datech. Ve výzkumném vzorku se jedná o jedince se sluchovým postižením či jedince po kochleární implantaci, z tohoto důvodu jsou specifika komunikace u těchto jedinců popsána v další části.

Poslední kapitola teoretické části pojednává o rané péči. Tu vnímáme jako jednu ze sociálních služeb, proto se teorie zaměřuje na legislativní ukotvení či charakteristiku této služby z pohledu speciální pedagogiky. Pro jasnější představu o systému rané péče pro děti se sluchovým postižením v raném věku jsou dále vymezeny Střediska rané péče a následně Centrum pro dětský sluch, kde byl prováděn sběr dat.

V empirické části je pozornost zaměřena na vývoj komunikace u dětí se sluchovým postižením v raném věku. Pro získání informací o vývoji komunikace u dané cílové skupiny posloužila dokumentace klientů Centra pro dětský sluch se sídlem v Olomouci. Z této dokumentace se výzkumníkovi podařilo získat potřebné informace pro realizaci výzkumného šetření. Jako výzkumná metoda této práce byla použita analýza dokumentů, která v tomto případě spadá do oblasti kvalitativního přístupu.

Cílem této práce bylo poukázat na roli znakového jazyka v rozvoji komunikace u dětí se sluchovým postižením v raném věku. Prostřednictvím výsledků výzkumného šetření popsat rozvoj komunikace u dané cílové skupiny za přítomnosti znakového jazyka. Rodičům zmíněných dětí tak poukázat na pokroky v rozvoji komunikace dětí, které byly součástí výzkumného vzorku.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Sluchové postižení

V první kapitole teoretické části jsou popsány pojmy a souvislosti, které jsou s tématem práce úzce spjaty. Kapitola vymezuje sluch jako takový, popisuje sluchový orgán a jeho funkci. Na to plynule navazují pojmy sluchové postižení a sluchové vady. Dále jsou uvedeny typy sluchových vad a jejich diagnostika. Podkapitola diagnostika sluchových vad popisuje takové vyšetřovací metody, které děti mohly v průběhu rané péče podstoupit. Také podotýká důležitost včasného odhalení sluchové vady. Po diagnostice sluchových vad následuje podkapitola věnující se kompenzacím vad sluchu. Zde jsou uvedeny ty kompenzační pomůcky, které cílová skupiny této diplomové práce využívá.

1.1 Sluch a jeho význam

Sluch je smyslem umožňující nám rozvoj řeči a komunikace s dalšími jedinci. Jedná se o významný zdroj informací sloužící k orientování se v okolním prostředí, dává mozku možnost správně vyhodnotit podněty ostatních smyslů a orgánů, vyznačuje se jako předpoklad pro rozvoj abstraktního myšlení (Nosková, 2013).

Potměšil (in Michalík, 2011) definuje sluch jako distanční smysl mající podstatný význam v procesu psychického vývoje jedince.

Sluch je považován za jeden ze dvou smyslů, které nelze zastoupit v komunikaci mezi lidmi. Tento smysl je potřebný pro běžný rozvoj řeči. Jakákoliv porucha či vada komunikaci zásadně zkomplikuje, bez ohledu na to, zda je osoba se sluchovým postižením recipientem nebo zdrojem sdělení (Nosková, 2013).

V případě, že je funkce sluchového analyzátoru snížena, dochází ke sluchovému postižení. To omezuje člověka v mezilidské komunikaci a přináší mu řadu komplikací (Langer, 2013).

1.2 Stavba a funkce sluchového orgánu

Za sluchový orgán považujeme všechno uspořádání v těle jedince umožňující slyšet a rozumět vnějším zvukovým podnětům (Nosková, 2013).

Anatomicky se dělí na:

1. *Zevní ucho: boltec ušní, zvukovod*
2. *Střední ucho: bubínek, středoušní dutina, sluchové kůstky, sluchová trubice, sklípkový systém*
3. *Vnitřní ucho: vestibulum, polokruhovitě chodbičky, hlemýžď* (Lejska in Nosková, 2013, s. 19).

Boltec se nachází ve spánkové oblasti hlavy (Horáková, 2012). Boltec nijak neovlivňuje vlastní slyšení jedince (Lejska in Horáková, 2012). Vnější zvukovod směřuje a soustřeďuje zvukovou vibrační energii k následujícím částem sluchového orgánu. Vlastnosti vnějšího zvukovodu – délka, průměr, tvar ovlivňují množství akustické energie. Na tento fakt je nutné brát zřetel při korekci sluchového postižení. U dětí zvukovod roste a mění tvar, ale také se liší množství a povaha akustické energie. Zvukovod je ukončen bubínkem, který se nachází ve středním uchu. Bubínek je tvořen vazivovou blankou, která se rozkmitává pomocí akustické energie. V tomto okamžiku je akustická energie nahrazena mechanickou. Tato energie následně rozkmitává soustavu středoušních kůstek – kladívko, kovádlíku a třmínek (Horáková, 2012). Dále jsou kmity převáděny na další blanitou část, oválné okénko do vnitřního ucha, které je vyplněno tekutinou (Brožura společnosti Abionic). Ve vnitřním uchu je umístěno centrum rovnováhy – mnohé osoby se sluchovým postižením mají často narušenou funkci rovnováhy (Potměšil in Michalík, 2011). V kochlei se nachází Cortiho orgán se sluchovými buňkami, které převádějí mechanickou energii na bioelektrickou (Lejska in Horáková, 2012). Pomocí sluchového nervu a drah tyto sluchové buňky zapřičiňují vyvolání akustického vjemu v mozku (Horáková, 2012).

1.3 Sluchové postižení a sluchové vady

Langer (2013, s. 12) vymezuje **sluchové postižení** jako: „sociální důsledek takové ztráty sluchu, kterou již není možné plně kompenzovat technickými pomůckami, a která již tedy negativně ovlivňuje kvalitu života člověka.“

Pojem sluchové postižení zahrnuje rozsáhlejší oblast. Spadají do ní všechny sociální důsledky, které zapřičiňuje sluchová vada, mimo jiné také oblast řečového vývoje (Hrubý in Nosková, 2013).

Sluchovou vadou rozumíme narušení orgánu nebo jeho funkce a z toho důvodu jistým způsobem poklesla kvalita či kvantita slyšení (Potměšil in Růžičková, Vítová, 2014).

1.3.1 Typy sluchových vad

Sluchové vady můžeme dělit dle těchto kritérií: velikost sluchové ztráty, místo vzniku sluchové poruchy a doba vzniku sluchové poruchy (Langer, 2013). Dle velikosti sluchové ztráty klasifikuje sluchové vady Světová zdravotnická organizace (WHO) z roku 1980:

Tabulka č. 1: Klasifikace sluchových vad dle velikosti sluchové ztráty (WHO, 1980)

Název kategorie ztráty sluchu	Ztráta u dospělých jedinců	Ztráta u dětí
Normální sluch	do 25 dB	do 15 dB
Lehká sluchová porucha	26 – 40 dB	16 – 40 dB
Střední sluchová porucha	41 – 55 dB	
Středně těžká sluchová porucha	56 – 70 dB	
Těžká sluchová porucha	71 – 90 dB	
Úplná ztráta sluchu - hluchota	nad 90 dB	

Dle Hložka (in Langer, 2013) můžeme dále rozdělit sluchové vady dle místa vzniku. Zde patří periferní poruchy, do kterých řadíme převodní, percepční a smíšené poruchy. **Převodní poruchy**, u kterých je poškozen převod mechanické energie v zevním nebo středním uchu. U tohoto typu poruch není narušena funkce kochley a je uchováno kostní vedení zvuku, z toho důvodu nemůže nikdy způsobit úplnou hluchotu. K reedukaci těchto poruch se využívá chirurgického zákroku, který zapříčiňuje zmírnění či odstranění poruchy. **Percepční vady** mají podstatu vzniku ukotvenou v porušené funkci Cortiho orgánu nebo mají poškozenou dráhu sluchového nervu. Tyto vady jsou většinou nevratné a mohou mít za následek ztrátu sluchu v plném rozsahu navzdory tomu, že převod mechanické energie není narušen. **Smíšené poruchy** jsou dalším typem, který Hložek (in Langer, 2013) uvádí. Jedná se o spojení převodní i percepční poruchy. Dalším typem poruch, které klasifikujeme dle místa vzniku, jsou centrální poruchy. Ty zahrnují složité patologické vady v podkorové a korové soustavě sluchové dráhy.

Rozdělení dle doby vzniku sluchové poruchy zahrnuje tzv. prelingvální a postlingvální vady. O **prelingvální** sluchové vadě mluvíme tehdy, jestliže vznikla před

ukončením vývoje řeči (Nosková, 2013). Vývoj řeči je ukončen obvykle mezi 4. až 7. rokem dítěte. Tito jedinci tedy nemají možnost osvojit si mluvený jazyk a lidskou řeč spontánně. V případě, že jedinec disponuje jazykovými a řečovými kompetencemi, které dosud získal, nastává jejich postupné vytrácení (Langer, 2013). Tento typ sluchových vad bývá způsoben nejčastěji infekčními nemocemi dítěte - zánět mozkových blan, meningoencefalitida, průšnice (Lejska in Horáková, 2012). **Postlingvální** sluchová vada je charakteristická tím, že její vznik nastal až po ukončení základního jazykového a řečového vývoje. Jazykové i řečové kompetence tedy byly dostatečně upevněny a nedojde k jejich ztrátě. Tito jedinci však postrádají zpětnou sluchovou kontrolu, a proto se setkávají s problémy v oblasti artikulace (Langer, 2013). Postlingvální sluchové vady mohou být způsobeny např. poraněním hlavy nebo vnitřního ucha, hlučným prostředím, akustickým traumatem (Lejska in Horáková, 2012).

Dalším dělením, které můžeme uvést, je dělení na vady získané a vrozené. Mezi vrozené vady řadíme **geneticky podmíněné** sluchové vady. Ty jsou zapříčiněny autozomálně recesivní formou onemocnění a to takřka z 80-90 %. Nejčastější mutace se objevuje na genu GJB2 pro connexin 26. Do vrozených vad dále spadají **kongenitálně získané** sluchové vady, dělicí se na prenatální a perinatální. Ty, které jsou způsobeny nežádoucím působením na plod v průběhu těhotenství, nazýváme prenatální. Ty, které vznikly během porodu nebo těsně po něm, nazýváme perinatální. Perinatální vady mohou být způsobeny např. asfyxií plodu, protahovaným porodem, nízkou porodní váhou (Horáková, 2012).

Skupinu osob se sluchovým postižením je možno dělit na:

- osoby **neslyšící**: funkce sluchu u těchto osob je snížena na takovou úroveň, že není možné vnímat zvuky mluvené řeči;
- osoby **nedoslýchavé**: sluchová ztráta omezuje funkci slyšení z části, a proto je možné ztrátu kompenzovat pomůckami;
- osoby **ohluchlé**: sluchová ztráta nastala při posledních fázích vývoje řeči nebo až po jeho ukončení;
- osoby s **kochleárním implantátem** (Růžičková, Vítová, 2014).

1.3.2 Diagnostika sluchových vad

Ti, kdo první mohou odhalit narušení sluchového vnímání u dítěte, jsou rodiče. Fakt, že není něco v pořádku, mohou rodiče zjistit až za několik týdnů či měsíců od narození dítěte. Stupeň postižení ovlivňuje dobu odhalení vady – čím závažnější je postižení, tím je snadněji rozpoznatelné (Pitnerová, 2014). Včasné odhalení vady je důležité zejména pro získání dostatečného množství času. Ten je potřeba pro nalezení vhodných medicínských, výchovných, edukačních a rehabilitačních metod (Langer, 2013). Souralová (in Horáková, 2012) dodává, že čím později je sluchová vada diagnostikována a nastavena vyhovující rehabilitace, tím více u dítěte dochází k narušení jeho psychického vývoje. Mozková centra, která jsou závislá na správném fungování sluchového vnímání, se rozvíjejí mezi prvními čtyřmi až šesti lety života dítěte. Jestliže nedojde v tomto období k odhalení sluchové vady, vznikají závažné poruchy v rozvoji komunikačních kompetencí a problémy v socializačním procesu (Langer, 2013). Velký důraz je v posledních letech kladen na **novorozenecký screening**, který v České republice není zaveden jako celoplošně povinný (Pitnerová, 2014). Včasnost diagnostiky sluchové vady by bylo možno zajistit právě celoplošným novorozeneckým screeningem (Růžičková, Vítová, 2014). Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, Ph.D., který působil v Centru kochleárních implantací u dětí (dále jen CKID) v Praze, uvedl v rozhovoru v časopise Dětský sluch (01/2015), že se o uzákonění celoplošného screeningu snaží jejich klinika již několik let. Některé regiony začaly screening sluchu zavádět i bez povinnosti, která by vyplývala z legislativy. Také sdělil, že screening by byl přínosný pro získání času, ve kterém by mohlo být dítě vhodně připraveno na implantaci kochleárního implantátu.

Medicínským oborem, jenž se zabývá diagnostikou sluchu, je **audiologie**. Ta disponuje dostatečným množstvím metod sloužících k vyšetření sluchu. Tyto metody umožňují odhalit sluchovou vadu a následně nabídnout nejvhodnější léčbu a kompenzaci za pomoci techniky (Langer, 2013).

Lékaři na odděleních foniatrie a otorinolaryngologie provádějí odborné vyšetření sluchu. Jako první lékař zjišťuje rodinnou a osobní anamnézu a provádí **otoskopické vyšetření**, kdy se vyšetřuje vnější část sluchového orgánu a bubínek. Toto vyšetření pomáhá odhalit nejvíce se vyskytující příčinu převodní poruchy, a sice ucpání zvukovodu ušním mazem (Horáková, 2012).

Další metodou, jak odhalit sluchovou vadu je vyšetření nepřístrojové, kam patří **zkoušky hlasitou řečí, šepotem a ladičkami**. Zkouška hlasitou řečí a šepotem určuje vzdálenost, při které je vyšetřovaný schopen reprodukovat předříkávaná slova. Při vyšetření touto metodou je vyšetřováno každé ucho zvlášť, jak hlasitou řečí, tak šepotem. Výsledek zkoušky nám orientačně objasní srozumitelnost řeči. Vzdálenost je určena zvlášť pro hlasitou řeč, to je 10 m a zvlášť pro řeč šepotem, což je 6 m (Škodová, Jedlička in Nosková, 2013). Zkouška sluchového vnímání pomocí ladiček slouží k upřesnění typu sluchové poruchy. Ladičky nám umožňují zjistit, které tóny vyšetřovaný slyší lépe – zda vysoké nebo nízké. Na základě zkoušky provedené ladičkami můžeme určit, zda se jedná o převodní nebo percepční poruchu. Mezi metody za užití ladiček řadíme: Rinneho, Weberovu a Schwabachovu zkoušku (Uchytíl in Nosková 2013).

Jako spolehlivější metodu, můžeme označit **tónovou audiometrii**. Ta se uskutečňuje ve speciálních odhlučněných místnostech nebo tichých komorách pomocí audiometru. Na počátku celého vyšetřovacího procesu se zvolí ucho (zpravidla slyšící), které se bude vyšetřovat. Poté se zvolí kmitočet a postupně se zvyšuje síla produkovaného tónu. Zjišťuje se kvalita vzdušného vedení (pomocí sluchátek) i kostního vedení (pomocí kostního vibrátoru). Výsledkem tohoto vyšetření je tzv. audiogram, z kterého lze vyčíst, zda se jedná o převodní nebo percepční poruchu sluchu. Tato metoda je důležitá při nastavování sluchadel (Langer, 2013). Vedle tónové audiometrie existuje také **audiometrie slovní**. Ta se zaměřuje na srozumitelnost různorodých souborů slov. Slova o různé intenzitě jsou přenášena pomocí sluchátek. Výsledek obsahuje počet správně reprodukováných slov v procentech (Uchytíl in Nosková, 2013).

U novorozenců, u kterých je zvýšené riziko přítomnosti sluchové vady, se provádí velice spolehlivé **vyšetření otoakustických emisí** (Langer, 2013). Impedanční audiometrie, do které spadá **tympanometrie**, je další způsob vyšetření. Jedná se o měření tlaku ve středním uchu, konkrétně v oblasti bubínku (Hrubý in Nosková, 2013). Další metoda používaná často v praxi je **vyšetření evokovaných sluchových potenciálů** (zkráceně ERA). Každý proces, jenž se odehrává v organismu člověka, je řízen centrální nervovou soustavou a způsobuje její elektrickou aktivitu. Z toho vyplývá, že i sluchové vnímání vytváří elektrickou aktivitu – evokované sluchové potenciály. Ty můžeme rozlišovat dle časové linie. Nejběžnějším druhem evokovaných sluchových potenciálů je kmenová audiometrie (BERA = Brainstem Electric Response Audiometry) (Jurovčík in Langer, 2013; Navrátil in Nosková, 2013). BERA se provádí zpravidla u dětí při naprostém

motorickém klidu, tedy ve spánku. Každý pohyb totiž působí na aktivitu centrální nervové soustavy a narušuje shromažďování elektrických odpovědí (Langer, 2013). Prostřednictvím elektrod připevněných za uši a na čelo dochází ke sběru dat o elektrických podnětech, které prochází cestou mozkových drah od ucha do mozkového kmene (Pitnerová, 2014).

1.3.3 Kompenzace sluchových vad

Jestliže vada sluchu nabyla určitého stupně, zapříčiní problémy v komunikačním procesu. Potíže v komunikaci mohou mít výrazný sociální i psychický důsledek, např. v oblasti profesního uplatnění, rodinných a společenských vztahů. Aby sluchová vada negativně neovlivňovala život osoby se sluchovým postižením, je nutné nastavit správnou korekci (Nosková, 2013). Kompenzační pomůcky představují obsáhlý komplex speciálních zesilovacích elektroakustických zařízení, které umožňují jedincům se sluchovým postižením zvládnout potíže v komunikaci, které zapříčiňuje sluchová vada (Horáková, 2012). Za posledních deset let prodělala oblast kompenzačních pomůcek značný rozvoj způsobený vědeckým a technickým pokrokem a vznikem nových technologií (Pitnerová, 2014).

V současnosti disponuje trh širokou nabídkou pomůcek pro osoby se sluchovým postižením, které jim ulehčují každodenní činnosti (Horáková, 2012). Pomůckami, které jedinci se sluchovým postižením mohou využívat, jsou zesilovače, indukční smyčky, FM systémy, telefony, alarmy, světelné zvonky a budíky nebo softwarové aplikace (Pitnerová, 2014). Při výzkumném šetření děti v raném věku nejčastěji využívaly sluchadla nebo podstoupily kochleární implantaci, právě proto se těmito dvěma korekcím sluchu bude podkapitola věnovat podrobněji.

1.3.3.1 Sluchadla

Sluchadla jsou primární kompenzační pomůckou osob se sluchovým postižením. Kompenzací sluchové vady pomocí sluchadla mohou využívat jedinci s lehkou, středně těžkou i těžkou nedoslýchavostí (Horáková, 2012). Sluchadlo můžeme charakterizovat jako elektroakustické zařízení zesilující a utvářející zvuky (Pitnerová, 2014).

Je složeno z mikrofону, zesilovače, reproduktoru, regulátoru hlasitosti, přepínače programů a indukční cívky (Horáková, 2012). Mikrofon přijímá zvukový impuls a převádí jej na elektrický. Další částí je akustický obvod, díky němuž je elektrický impuls upravován a zesilován. Po akustickém obvodu následuje reproduktor. Ten převádí zesílený signál na zvukový (Pitnerová, 2014). Akustický impuls se modifikuje vždy podle typu a stupně sluchové vady (Světlík in Nosková, 2013). Přidělování a nastavování sluchadel má ve svých kompetencích foniatr. Ten vychází z anamnézy, otoskopického vyšetření, odborného audiologického vyšetření a tympanometrie. Spolupráce u dětí v raném věku je při vyšetřování často nespolehlivá, proto můžeme výsledky ostatních vyšetření rozšířit o výsledky objektivní audiometrie (ve většině případů se jedná o BERA vyšetření – viz podkapitola 1.3.2) (Horáková, 2012). Jedincům se sluchovým postižením přispívá na pořízení sluchadel stát z veřejného zdravotního pojištění, které je legislativně ukotveno v zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v aktuálním znění. (Pitnerová, 2014). V případě, že sluchadlo není seřízeno odborníkem, nezajišťuje efektivní komunikaci

Jedinci se sluchovým postižením mají k dispozici a mohou využívat různé typy sluchadel. Je známo rozdělení podle **tvaru** na kapesní neboli krabičkové sluchadlo, závěsné, brýlové, zvukovodové nebo kanálové (Potměšil in Michalík, 2011). Dále můžeme rozdělit sluchadla dle **zpracování signálu** na analogová, fungující jako typický zesilovač, nebo digitální, u kterých je přeměna zvuku realizována přes mikročip, a proto je korekce sluchové vady nastavena dle individuálních potřeb klienta. Posledním dělením sluchadel je podle **způsobu vedení** zvuku. Do této kategorie patří sluchadla pro vzdušné a kostní vedení (Nosková, 2013).

1.3.3.2 Kochleární implantát

Většina dětí v raném věku, které jsou součástí výzkumného vzorku této práce, podstoupila kochleární implantaci. K tomuto způsobu kompenzace sluchové vady bylo rozhodnuto většinou v době, kdy ani přes dobře nastavená sluchadla nebylo možné v dostatečné míře porozumět řeči (Brožura společnosti Abionic). Kochleární implantáty umožňují rozpoznat řeč osobám s těžkým sluchovým postižením a jsou pravděpodobně vůbec nejúčinnějšími neurálními protézami, které kdy byly vyvinuty (Moore, Shannon, 2009). Dle Noskové (2013, s. 25) představuje kochleární implantát: „*elektronickou funkční smyslovou náhradu, která zprostředkuje sluchové vjemy neslyšícím jedincům přímou*

elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha.“ Kochleární implantát je elektronický přístroj, který pomocí elektrických podnětů působí na nervová zakončení nacházející se ve sluchovém nervu v hlemýždi (Leonhardt in Pitnerová, 2014). Internetové stránky www.cochlear.com podotýkají, že rozdíl mezi sluchadly a kochleárním implantátem je ten, že kochleární implantát nahrazuje poškozené části a funkce vnitřního ucha a přivádějí akustické podněty do mozku.

Implantát je sestaven ze dvou částí – vnější a vnitřní. Vnější část je tvořena mikrofonom, řečovým procesorem, vysílací cívkou a kabely. Vnitřní část se skládá z přijímače a elektrody ve vnitřním uchu – hlemýždi (Pitnerová, 2014). Mikrofonom je zaznamenán zvuk z okolí. Ten je směřován do řečového procesoru, kde je zvuk zpracováván do kódových signálů. Signály projdou cívkou, která se nachází na hlavě jedince za uchem. Dále energie i signály putují již do vnitřní části implantátu, a sice přijímače. Uskupení 22 elektrod je implantováno do cochley, přičemž každá z elektrod končí v rozdílné části. Takové rozmístění dává jedinci možnost rozlišovat percepci různých impulsů zvuku (Svobodová, 2005).

Zájemci o kochleární implantaci jsou hodnoceni na základě stanovených požadavků. Sledují se výsledky z vyšetření na audiologii, ORL, neurologii a výsledky z dalších odborných vyšetření. Sleduje se celkový vývoj jedince, úroveň komunikačních kompetencí, sociální prostředí jedince i uskutečnitelnost následné rehabilitace. Do zhodnocení se zapojují logopedi, psychologové a v některých případech i sociální pracovníci (ibid). V případě je – li potvrzeno, že dítě splňuje všechna kritéria, je potřeba jej i rodiče připravit na vše, čím budou muset projít. Zejména se jedná o přípravu na speciální rehabilitaci, na proces pooperačního nastavování implantátu a na následné používání. Dítě je třeba vést k naučení se určitých dovedností, a sice schopnost se koncentrovat. Před samotnou implantací také čeká rodiče vyřizování schválení kochleární implantace od zdravotnické pojišťovny (Fenclová, 2015).

Po samotné implantaci kochleárního implantátu následuje dlouhodobá odborná **rehabilitace**. Do jaké míry bude rehabilitace úspěšná, je podmíněno několika faktory. Důležitým z nich je úzká spolupráce s rodinou implantovaného dítěte a také jisté nadání pro řeč (Horáková, 2012).

Těsně po voperování kochleární implantátu probíhá hojení, kdy je dítě sledováno na klinice. V tomto období může být jednou z komplikací infekce. Jestliže nejsou přítomny

žádné potíže, je jedinec propuštěn do domácí péče. Po úplném zahojení rány se připojuje zevní část implantátu, která se nastavuje jednotlivě pro každou elektrodu. V tomto okamžiku dochází k nastavování prahu slyšení, tzn. okamžik, kdy dítě začíná slyšet. Komplexní rehabilitace je pro jedince individuálně nastavena dle jeho potřeb (Fenclová, 2015). Jakmile dojde k zapojení řečového procesoru, jedinec se učí rozpoznávat jednotlivé zvuky, upravuje se intonace, srozumitelnost a poznává vlastní rytmus řeči (Nosková, 2013). Zvukový procesor je nastavován dle potřeby, čím mladší jedinec, tím je nutné častější ladění (Brožura společnosti Abionic).

Kochleární implantace se v současné době v České republice provádějí ve Fakultní nemocnici v Motole, Fakultní nemocnice Ostrava, Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové.

2 Komunikace

Druhá kapitola teoretické části umožňuje vhléd do problematiky komunikace. Během seznamování se s touto problematikou jsou jmenovány základní pojmy, které jsou vymezeny úvodem kapitoly. Těmito pojmy se téma posouvá do oblasti vytyčení stěžejních pilířů, a sice znakový a mluvený jazyk a jejich osvojování. Vzhledem k cílové skupině této práce je pozornost zaměřena také na specifika osvojování mluveného jazyka u jedinců se sluchovým postižením a také specifika komunikace u jedinců, kteří podstoupili kochleární implantaci.

2.1 Vymezení základní pojmu

Komunikace je pojímána jako jedna z nejvýznamnějších schopností člověka. Pod pojmem komunikace se rozumí schopnost jedince uplatňovat výrazové nástroje k vytváření, uchovávání a rozvíjení mezilidských vztahů (Klenková, 2006). Bytešnicková (2012) charakterizuje komunikaci v širším slova smyslu jako jakoukoliv podobu oboustranného vyměňování informací za užití znaků či symbolů. V užším pojetí chápe komunikaci jako dorozumívání se mezi jedinci pomocí jazykových a nejazykových nástrojů. Správné komunikační dovednosti zapříčiňují uchovávání příslušných mezilidských vztahů a úspěšné řešení problémů v běžném životě. Podstata správné komunikace se utváří v počátcích vývoje dítěte. Jedinec je ve vzájemné interakci s okolím po celý život, při němž se vyvíjí i proces komunikace. Jako podstatné je vnímáno období od narození do ukončení předškolního věku. Tento věk je charakteristický svým klíčovým rozvojem komunikačních kompetencí (Bytešnicková, 2012).

Komunikační kompetence obsahuje nabytí informací o kulturních, mezilidských a jazykových poznacích řeči v různých souvislostech (Rice in Cole in Vításková, Peutelschmiedová, 2005). Autorka Kocourová (in Bytešnicková, 2012) popisuje komunikační kompetence jako způsobilost využívat lingvistických prostředků řečníkem v takových podmínkách, které jsou věcné vzhledem ke komunikačním souvislostem a vzhledem k jistému komunikačnímu záměru. Z psychologického hlediska je za kompetentního participanta komunikace považován ten jedinec, který má k dispozici určité množství znalostí, má dostatek poznatků a má schopnost je zužitkovat (Vybíral, 2009).

Při vymezení základní pojmů souvisejících s komunikací, je nutné zmínit také jednotlivé druhy komunikace. Jedná se o komunikaci verbální a neverbální. **Verbální komunikací** rozumíme formulování myšlenek za užití slov zprostředkované jazykem. Tento druh komunikace zahrnuje formu mluvenou i psanou, zprostředkovanou i přímou. Ve sdělení verbální formou je možné zpozorovat jedincovu jazykovou vybavenost či mentální úroveň. Verbální komunikace je ovlivněna několika faktory, a sice sociálním a kulturním prostředím, pohlavím, věkem jedince, jeho osobností či výchovou (Regec, Stejskalová et al., 2012). Během verbální komunikace zastává významnou roli také neverbální složka sdělení (Navrátil in Pitnerová, 2014). **Neverbální komunikace** je charakterizována jako sdělování informací beze slov nebo jako doplněk slovní komunikace. Do tohoto druhu komunikace můžeme zahrnout gesta, pohyby, mimiku, pohled jedince, zaujetí postoje v prostoru, fyzický kontakt, zabarvení hlasu, nebo vizáž a oblečení (Pitnerová, 2014). Jinými slovy je neverbální komunikace charakterizována jednotlivými rovinami, a sice očním kontaktem, proxemikou, haptikou, posturologií, gestikou, mimikou (Kutínová, 2015).

Dalším důležitým pojmem je **jazyk**. V širším kontextu lze za jazyk považovat kterýkoliv systém komunikace. Následně pak v užším kontextu je možné jazyk chápat coby soubor znaků používající se k mezilidské komunikaci. V takovém případě se jedná o jazyk přirozený (Slánská, Okrouhliková, 2008). Přirozeným jazykem pro slyšící jedince je v našich podmínkách český jazyk, pro jedince neslyšící pak český znakový jazyk. Autorka Bytešnicková (2012) definuje jazyk jako charakteristickou vlastnost jasně určené skupiny osob, poskytovat pomocí akustického, psaného nebo jiného způsobu sdělení smysluplné informace.

2.2 Znakový jazyk

Pro účely této práce je nutné definovat znakový jazyk jako jeden z hlavních nástrojů komunikace využívaných osobami se sluchovým postižením. Znakový jazyk je charakterizován vizuálně-pohybovým nástrojem verbální komunikace (Regec, Stejskalová et al., 2012). V současnosti jsou znakové jazyky chápány coby jazyky přirozené pro osoby neslyšící, jazyky mající vlastní slovník i gramatiku a také jazyky nezávislé na jazyce mluveném. Rozdíl mezi jazykem znakovým a mluveným je především v tom, že základní jednotkou znakového jazyka je znak, jenž je možno vnímat smysly. Mluvený jazyk funguje

na základě audio-orálního zdroje informací, kdežto znakový jazyk využívá zdroj vizuálně-pohybový (Macurová, 2008). Rozdíl mezi znakovým jazykem a mluveným jazykem je ve smyslu stimulace během výměny konverzace. Nespočet odkazů definuje znakový jazyk jako vizuálně-posunkový nebo vizuálně kinetický (Bragg, 1997).

Český znakový jazyk je dle §4 odst. 1, zákona č. 423/2008 Sb., v aktuálním znění: „...základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace.“ Dále §4 odst. 2 tohoto zákona definuje český znakový jazyk 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. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitě členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.“

2.2.1 Osvojování znakového jazyka

Každý přirozený jazyk podléhá vývoji a mění se v průběhu času. Prochází vývojem ontogenetickým, kdy si jedinec osvojuje jazyk pomocí vrozené schopnosti k osvojení jazyka. Jedinec si jazyk osvojuje podle určité jazykového vzoru, kterým se stává nejčastěji matka. Na základě toho jazyk prochází rozvojem a utvářením. Dalším vývojem, kterému jazyk podléhá, je vývoj fylogenetický. Ten je podmíněn časem a historickým vývojem (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008). Termínem osvojování jazyka se označuje pozvolné dosahování jazykových a komunikačních kompetencí v daném jazyce. Pod tento pojem spadá mimo jiné také schopnost porozumět danému jazyku, disponovat dovednostmi jím mluvit, číst a psát (Saicová Římalová, 2016).

Pro neslyšící děti neslyšících rodičů je znakový jazyk jazykem mateřským. Výzkumy, jež se zabývaly touto problematikou, ukázaly, že neslyšící děti neslyšících rodičů si osvojily znakový jazyk přibližně ve stejných etapách jako slyšící děti slyšících rodičů při osvojování mluveného jazyka. Rozdíl v osvojování v těchto dvou jazyků spočívá v tom, že **první aktivně vytvořené znaky** umí dítě použít dříve než první vyslovená slova. Z vývojového hlediska je totiž známo, že dítě nabývá schopnosti ovládat motoriku rukou dříve než motoriku mluvidel (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008). Saicová Římalová (2016) uvádí, že období prvních znaků přichází okolo 11 až 14 měsíce. Americké výzkumy dokazují, že ontogenetický vývoj jazyka znakového je náležitý ontogenetickému vývoji

jazyka mluveného. Co se týče fylogenetického vývoje, je možné zpozorovat rozdíly ve slovní zásobě ve vztahu k rozdílným generacím. Starší generace používá jiný znak pro tentýž význam slova než mladší generace (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008).

Webové stránky www.ruce.cz v článku Vývoj znakového jazyka u neslyšících dětí uvádí poznatky z amerických výzkumů týkající se této problematiky. Většina faktů zde uvedených se týká neslyšících dětí neslyšících rodičů, kde základním prostředkem komunikace je znakový jazyk. Ve znakovém jazyce se rozlišují znaky ikonické – těmi se rozumí ty znaky odrážející v sobě typický atribut výchozího předmětu, např. odrážejí vizuální podobu předmětu. Znaky arbitrární jsou ty, které nemají žádnou souvislost s předmětem, který ztvárňují. Po popisu těchto dvou typů znaků se může zdát, že děti upřednostňují znaky ikonické, není tomu tak. V počátečních fázích osvojování děti používají oba typy znaků, z toho vyplývá, že si děti nejsou vědomy souvislosti mezi znaky a předměty, které znázorňují (Vývoj znakového jazyka u neslyšících dětí).

První znaky, které neslyšící děti používají, jsou téměř shodné s prvními slovy dětí slyšících. Tento poznatek je založen na faktu, že slyšící rodiče komunikují se svými dětmi o totožných věcech a situacích jako neslyšící. Rozdíly můžeme zpozorovat při osvojování si označení pro zvířata. Slyšící děti si osvojí jako první citoslovce, jež představují zvuky zvířat. Neslyšící děti si osvojí konkrétní znak pro zvíře. Během prvního roku života začínají neslyšící děti používat tázací pojmy jako „kde“ a „co“, během druhého roku potom „kdo“ a o rok později až pojmy „proč“ a „jak“. Během třetího roku života mají děti osvojeno více než 350 znaků. Znaky vztahující se k tělesnému stavu se objevují mezi prvním a druhým rokem dítěte. Jedná se především o znaky vyjadřující spánek, hlad, žízeň. Později se objevují znaky vyjadřující nějaký pocit, např. plakat, smutný, šťastný, strach. Okolo druhého roku života se také objevují znaky „chtít, líbit se“. Pro vyjádření záporu nejdříve používají znak „ne“. Co se týče znaků osobních zájmen, která jsou realizována pomocí vztyčeného ukazováčku a následným ukázáním na daný předmět, neosvojují si neslyšící děti tyto znaky dřív než slyšící děti osobní zájmena. Mezi rokem a půl až druhým rokem života dítěte se objevuje znak pro „já“, následně „ty“. Znaky vyjadřující „ona, on“ si osvojují až po druhém roce. Ve srovnatelné míře v používání osobních zájmen chybují jak děti slyšící, tak neslyšící (ibid).

Saicová Římalová (2016) uvádí, že období, kdy děti kombinují dva znaky, přichází mezi 16 až 24 měsícem. S pozvolným osvojováním a rozvíjením znakového jazyka je úzce

spjato taky rozvíjení **skládání vět, vytváření příběhů** a jejich následné vyprávění. Do vyprávěcích dovedností se promítne naučená gramatika znakového jazyka, práce s trojrozměrným prostorem, výraz obličeje, schopnost seřazovat situace, tak jak jdou za sebou. Během třetího až pátého roku života je vyprávění neslyšícího dítěte není zcela přesné. Děti věnují pozornost především situacím, které mají pro ně jaký význam a jsou aktuální. V případě, že vyprávějí o různých lidech a rozmanitých situacích s nimi spojené, nejsou schopny propojovat děje a vytvořit ucelený obraz. V průběhu pátého a šestého roku dítěte již dokáží sdělit příběh, kdy užívají primární vyprávěcí metody. Jednotlivé fakta jsou schopny řadit dle významnosti. Značný problém mají ve vyjádření abstraktních podnětů – motivy chování jednotlivých postav nebo cíle jednání. Po šestém roce života nabývá vyprávění srozumitelnou strukturu. S postupným věkem se vyprávění stává delším a racionálně vystavěným. Vyprávěcí schopnosti začínají dovršovat během osmého až devátého roku dítěte (Vývoj znakového jazyka u neslyšících dětí).

Neslyšící děti se v 90 až 95% narodí slyšícím rodičům. V problematice osvojování si znakového jazyka vidíme značné rozdíly. Pro slyšící rodiče je vzniklá situace zcela neznámá. Znakový jazyk je pro ně neznámým jazykem stejně jako pro jejich děti a musí se jej teprve naučit. Je známo, že neslyšící děti slyšících rodičů si jazyk osvojují pomaleji než neslyšící děti neslyšících rodičů. Tento fakt může mít příčinu právě v přístupu slyšících i neslyšících rodičů ke znakovému jazyku. Záleží na nich, jaké podmínky vytvoří pro dítě k tomu, aby se jazyk stal dostupným a získatelným. Neslyšící rodiče dávají možnost jazyku stát se dostupnějším pomocí nápadnějších a rozmanitých mimických projevů, využívají větší prostor ke znakování a volí pomalou artikulaci. Znaky realizují v blízkosti předmětů, o kterých se znakuje. To zabrání rozkladu pozornosti dítěte mezi více předmětů. Neslyšící rodiče využívají častěji fyzický kontakt. Těmito způsoby dokáží získat pozornost dítěte. Intaktní rodiče méně často namíří prstem na daný předmět, aby dítěti ukázali, na co má dítě zaměřit pozornost. Špatné načasování znakování je jeden z dalších problémů slyšících rodičů. Je vhodné, aby rodiče znakovali až dítě odpoutá pozornost od předmětu a upře ji na znakovajícího jedince. To se často u slyšících rodičů neděje. Dítě tak ztrácí značnou část informací. Za předpokladu, že dítě zaměří pozornost na znakovajícího rodiče od úplného začátku sdělení, naučí se vyhledat zrakový kontakt vždy, kdy bude mít potřebu rodiči něco sdělit (ibid).

2.3 Mluvený jazyk

Za mluvený jazyk budeme považovat v našich podmínkách jazyk český. Ten je chápán jako jazyk mateřský, rodný. Jazyk, jenž si dítě osvojí první je označován jako jazyk mateřský/rodný. Přívlastek mateřský získal jazyk na základně skutečnosti, že jím disponují rodiče, přesněji matka. Označení rodný jazyk vyplývá z používání jazyka v zemi, kde se dítě narodilo a stalo se tak rodilým mluvčím (Saicová Římalová, 2016).

2.3.1 Osvojování mluveného jazyka

Prvotním projevem zvuku, který jedinec dokáže vytvořit je křik. Proto toto období nazýváme obdobím křiku. **Období křiku** je u každého dítěte individuální. Některé děti jsou hlasově velice aktivní, jiné se zvukově projevují v menší míře. Všechny děti však dokáží bezpečně oddělit lidskou mluvu od ostatních zvuků a rozdílně na ni odpovídají (Kutálková, 2005). Je možné zpozorovat první pokusy o nonverbální komunikaci. Mezi druhým a třetím týden si dítě osvojuje úsměv (Bytešnicková, 2012). Během šestého týdne se začíná růst rozsah hlasu a jeho síla a rozvíjí se schopnost vystihnout své pocity. Jedinec přichází na celou škálu pohybů jazyka a rtů, v důsledku toho se může objevit tzv. broukání, někdy také nazýváno jako předřečová fáze (Kutálková, 2005). V této době je dítě schopno vyjádřit pomocí tvrdého hlasového začátku nespokojenost, pomocí měkkého hlasového začátku spokojenost (Bytešnicková, 2012).

Okolo šestého měsíce vývoje dítě začíná **období žvatlání**. V počátcích se jedná především o hru s mluidly, kterou se dítě baví. Broukání je vytvářeno zcela na základě pudu, proto mluvíme o žvatlání pudovém. Dochází k seskupení hlásek, např.: mama, papa, tata. Nejedná se zde o slova, ale o kombinaci těch hlásek, které jsou pro děti nejsnazší vyslovit. Jakmile dítě začne napodobovat výrazy a gestikulaci blízkých a také spojení jednotlivých hlásek – tedy slova, jedná se o žvatlání napodobivé. V této době se nejvíce uplatňuje sluch i zrak. Období žvatlání je završeno kolem desátého až dvanáctého měsíce, tzv. období rozumění řeči. To je charakteristické propojováním věcí a situací se slovy (Kutálková, 2005), dítě je vedeno k porozumění obsahu slova, učí se první jednoduché básničky či verbální pokyny (Lechta in Nosková, 2013).

Kolem jednoho roku nastává **období prvního slova**. V tomto období už dítě chápe význam slova, které vyslovuje. Jedná se o slova označující různou situaci či jev, který upoutalo pozornost dítěte. Počet nově vyslovených a naučených slov rychle stoupá. Tyto

slova nahrazují věty, jež označujeme větami jednoslovnými. Rozvoj řeči dítěte dojde do fáze, kdy jedno slovo nestačí k projevení myšlenky. Z tohoto důvodu začíná docházet k seskupování jednotlivých slov a tvoří se **první věta** (Kutálková, 2005). Okolo půl druhého roku věku dítěte se objevují poprvé souvětí a spojky. Zároveň nastupuje období otázek (Saicová Římalová, 2016). Ve zmíněném období se zvětšuje slovní zásoba a dochází k osvojování si gramatiky. Nabytá řeč se stává nástrojem k navazování mezilidských vztahů a společenské integraci (Kutálková, 2005). Kolem třetího roku by dítě mělo být schopno vést dialog na úrovni svého věku, chápat prosté vyprávění, být schopno se dorozumívat srozumitelně (Saicová Římalová, 2016).

Velkým přelomem v rozvoji řeči bývá vstup dítěte do mateřské školy. Tam má dítě možnost načerpat další zkušenosti a navazovat nové kontakty. Dříve než dítě nastoupí do školy, mělo by být schopno komunikovat gramaticky správně. V případě, že by se objevily problémy např. při výslovnosti, je možné využít logopedickou péči (ibid).

2.3.2 Osvojování mluveného jazyka u SP

Osvojování řeči u dětí se sluchovým postižením se odehrává v totožných etapách jako u dětí intaktní. Rozdíl je v tom, že jednotlivé etapy nastupují v jiném časovém období vývoje dítěte a setrvávají různě dlouhou dobu. Ani jednu etapu vývoje řeči u jedinců se sluchovým postižením není možno pominout nebo přejít. Úroveň kvality osvojení si řeči je závislá na typu a stupni sluchového postižení, době vzniku sluchové vady, metoda korekce vady a její kvalita (Pitnerová, 2014).

Potměšilová (2016) uvádí, že výše uvedené faktory, které ovlivňují kvalitu řeči, se většinou objevují u dětí se sluchovým postižením, které se narodily rodičům slyšícím. V případě, že rodiče dítěte se sluchovým postižením mají také sluchovou vadu, má dítě lepší předpoklady pro komunikaci než kdyby vyrůstalo v rodině, kde se sluchová vada nevyskytuje. Dítě si osvojuje ten styl komunikace, který je v rodině běžně využíván a rodiče ví, jak s dítětem komunikovat.

Obecný předpokladem pro osvojení si mluveného jazyka je napodobování toho, co dítě slyší ve svém sociálním prostředí. Z toho vyplývá, že pro správný rozvoj řeči je potřeba sluch. Druhotným handicapem, který jedinec získává se ztrátou sluchu je snížený či zpomalený rozvoj inteligence v sociální oblasti. Slyšící dítě přijímá řadu informací z

na základě čeho učit, že věci v jeho okolí mají své názvy, že situace kolem něj se dají pojmenovat, že je možnost popsat minulost i budoucnost, že se dají vyjádřit pocity i cíle. Vývoj mluvené řeči zaostává a nabývá větší hloubky s přibývajícím věkem dítěte. V porovnání intaktních dětí s dětmi se sluchovou vadou v prvním roce je rozdíl aktivní slovní zásoby jedno slovo, v druhém roce se rozdíl pohybuje v rozmezí od 100 do 200 slov. V takovém případě je dítě po implantaci vývojově na začátku, jak v oblasti sluchové zkušenosti, tak v oblasti kognitivních schopností. Aby docházelo k rozvíjení dítěte od začátku vývoje, je sluchová vada kompenzována sluchadly. Ty jsou indikována ještě před kochleární implantací a za předpokladu, že se jimi podaří zajistit uspokojivý přísun akustických podnětů. Není-li tomu tak, přistupuje se ke kochleární implantaci a také k doporučení komunikovat s dítětem znakovým jazykem, aby se oblasti komunikace mělo možnost realizovat a uspokojit tak jednu ze svých základních potřeb (Motejzíkova, Barvíková, 2009). Jiným slovy lze říci, že v případě, kdy je dítěti diagnostikována trvalá ztráta sluchu, je vždy vybaveno běžnými sluchadly. Kochleární implantace je zvažována u dětí s těžkou nedoslýchavostí, pro něž není možné kompenzovat sluch optimálním nasazením běžné sluchové pomůcky, která by usnadňovala mluvenou řeč a jazykový vývoj (Gravel, O'Gara in Wass, 2009).

Co se týče komunikace pomocí znakového jazyka, objevují se obavy některých rodičů, že dítě, které si osvojí znakový jazyk, bude těžce přecházet na jazyk mluvený. Praxe a zkušenosti rodičů tyto obavy vyvracejí. Je známo, že intaktní děti bez problému a zcela přirozeně přecházejí od neverbální komunikace, kterou si osvojují jako první, ke komunikaci verbální. Stejný postup se realizuje také u dětí s kochleárním implantátem a přecházení od znakového k mluvenému jazyku. Znakový jazyk je v takovém případě nápomocen jako nástroj k usnadnění komunikace obecně, konkrétně třeba k vysvětlování různých situací či jevů (ibid).

Dá se předpokládat, že sluchová stimulace kochleárním implantátem v brzkém věku dítěte, má vliv na kognitivní funkce v důsledku plasticity mozku u malých dětí (Kral in Wass, 2009). V oblasti komunikace jsou úspěchy dítěte závislé na okolním prostředí a to hlavně na šikovnosti dítěte, rodině a její způsobilost spolupracovat s odborníky. V mnoha případech se řeč po implantaci stává preciznější a přirozeně se vyvíjí. Melodie hlasu se upravuje a stává se přirozenější. K osvojování jazyka dětem pomáhá napodobování řeči dospělých v oblasti melodie a gestikulace i přesto, že je řeč nesrozumitelná. Postupem času začínají používat ve svém projevu příhodná slova a řeč se stává srozumitelnou.

Po implantaci se jim mnohem snadněji daří zapamatovat si nové informace. V případě, že okolí dítěte používalo znakový jazyk k dorozumívání, nastává situace, kdy v určité etapě vývoje řeči dítě začíná **znaky nahrazovat slovy** (Holmanová, 2016).

Potměšil (in Michalík, 2011) uvádí, že za předpokladu, kdy je kochleární implantát využíván účinně nezabraňuje nic tomu, aby došlo k rozvoji řeči. Posuzovat efektivitu kochleárního implantátu je možné realizovat pomocí tzv. Nottinghamské škály, která obsahuje 8 kritérií:

„7. – *Uživatel používá telefon.*

6. – *Uživatel rozumí řeči.*

5. – *Uživatel rozumí běžným frázím bez odezírání.*

4. – *Uživatel diskriminuje zvyku řeči bez odezírání.*

3. – *Uživatel identifikuje zvuky v okolí.*

2. – *Uživatel reaguje na zvuky řeči v okolí.*

1. – *Uživatel vnímá zvuky v okolí.*

0. – *Uživatel nedetekuje zvuky v okolí“* (Potměšil in Michalík, 2011, s. 387).

Jsou známé také výsledky dětí po třech a více letech po implantaci. Tyto výsledky ukazují, že v 60% děti dosáhly bodu 6 Nottinghamské škály a polovina z nich se dostala až na bod 7. V tomto výzkumu byli ve stejném počtu zastoupeni jedinci s prelingválním a postlingválním sluchovým postižením (Vymlátílová in Neubauer, 2014).

3 Raná péče

V kapitole věnované rané péči je vymezeno možné působení rané péče v různých systémech, do kterých zasahuje. Dále legislativní ukotvení rané péče jako sociální služby, na což navazuje vymezení rané péče z pohledu speciální pedagogiky. Poté je již pozornost upřena na služby zaměřující se konkrétně na cílovou skupinu této práce.

3.1 Komplexní péče u osob se sluchovým postižením

Jedince v důsledku sluchového postižení může zužovat pocit narušení vlastní bezpečnosti a sebejistoty, tím se zvyšuje riziko nesamostatnosti, nerozhodnosti či absence vlastního názoru. V sociální oblasti se tito jedinci mohou setkávat s oslabením mezilidského kontaktu s intaktní společností, což má za následek sociální izolaci, popřípadě psychickou zátěž. Děti se sluchovým postižením mohou chápat okolní svět zjednodušeně či zdeformovaně. Již v druhé kapitole byla zmíněna specifika komunikace u těchto jedinců, konkrétně specifický řečový projev nebo snížená úroveň kvality řeči. Myšlení se může stát statické. Vyjmenovaným rizikům či faktorům, s kterými se jedinci se sluchovým postižením potýkají, můžeme předejít zapojením co největšího okruhu osob do rehabilitace, výchovy a vzdělávání a zajistit tak správný vývoj osobnosti a komplexní péči (Chrallier, Lafosse in Pitnerová, 2014).

Do komplexní péče můžeme zahrnout lékaře, speciální pedagogy, rodiče a ostatní blízké, odborníky z oblasti logopedie, psychologie, pedagogiky (ibid). **Zdravotní péče** je poskytována prostřednictvím foniatra, dále neurologa, psychologa či klinického logopeda. Na zdravotní vyšetření, která může jedinec se sluchovým postižením podstoupit, odkazují v kapitole 1.3.2.

V oblasti **školského systému** upravuje podmínky vzdělávání těchto osob zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a dále vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Velmi nápomocné jsou v oblasti školství tzv. speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) pro konkrétní druh postižení. Náplní práce SPC je především poradenská a konzultační činnosti, komplexní diagnostika z oblasti speciální pedagogiky, psychologie a sociologie, vyhledávání klientů, kteří splňují cílovou skupinu. Poskytují podporu a pomoc s výchovou a vzděláváním dětí se sluchovým postižením,

s rodinami nalézají odpovědi na otázky, objevující se v průběhu jejich spolupráce, poskytují rady v oblasti komunikace, nabízejí konzultace školám, zapůjčují odbornou literaturu či kompenzační pomůcky (Pitnerová, 2014). Služby SPC jsou definovány ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v aktuálním znění. Klenková (2006) zmiňuje, že SPC jsou důležitým prostředkem k uskutečnění integrace jedinců se speciálně vzdělávacími potřebami do hlavního vzdělávacího proudu.

V **sociální oblasti** jsou nedílnou součástí komplexní péče o jedince se sluchovým postižením střediska rané péče. Sběr dat pro výzkumnou část byl realizován v oblasti sociálních služeb, které je nutno vymezit. Sociální služba je definována v zákonu č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění, konkrétně v §3a jako „...činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ Další podkapitola bude věnována sociální službě raná péče.

3.2 Legislativní ukotvení rané péče

Raná péče je legislativně ukotvena v zákonu č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění. Dle tohoto zákona spadá raná péče do služeb sociální prevence, které jsou v §53 tohoto zákona vymezeny tak, že „...napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“

Dále zmíněný zákon definuje ranou péči v §54 odst. 1 takto: „...terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ Tak jako u každé sociální služby i tady zákon č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění uvádí v §54 odst. 2 základní činnosti rané péče, a sice:

„...a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

c) sociálně terapeutické činnosti,

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

3.3 Raná péče v kontextu speciální pedagogiky

Speciální pedagogiku se zaměřením na raný věk je možno chápat jako doplňkovou složku speciálně pedagogických věd včetně jejich tzv. pedií (Šándorová, 2017).

Ranou péčí lze chápat jako soubor služeb a programů, které mohou využít děti ohrožené v sociálním, biologickém nebo psychickém vývoji, děti se zdravotním postižením a jejich rodinní příslušníci. Za cíl rané péče je chápáno předcházení postižení, odstraňování či zmírňování důsledků zdravotního postižení a poskytnutí podmínek pro sociální integraci rodině, dítěti i společnosti. Služby rané péče působí od prvotního zjištění rizika či postižení až po přijetí dítěte do následné vzdělávací instituce. Služby by měly zvyšovat vývojovou úroveň dítěte v takových oblastech, v kterých se postižení projevilo (Hradilková, Jabůrková, Vachulová in Tranová, 1998).

3.4 Služby rané péče

Na základech postavených na obecném vymezení rané péče se další teoretické poznatky budou zaměřovat na děti raného věku se sluchovým postižením a jejich možnosti využití nabízených služeb.

Pro děti se sluchovým postižením je raná péče poskytována prostřednictvím služeb rané péče. Ta v České republice působí pod názvem Centrum pro dětský sluch Tamtam se sídlem v Praze a v Olomouci (Pitnerová, 2014). Centrum pro dětský sluch Tamtam dále poskytuje Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením v Praze, Pardubicích a Ostravě. Služby rané péče ukotvuje v legislativním rámci zákon č. 108/2006 Sb., v aktuálním znění.

Klientelou těchto služeb jsou již zmíněné děti v raném věku, tzn. do 7 let věku, se sluchovým a kombinovaným postižením. Služby Center pro dětský sluch Tamtam

pojímají celou rodinu. Rodina, jenž má mezi sebou člena se sluchovým postižením, je zatížena situacemi a okolnostmi, se kterými dosud neměla zkušenost. Taková skutečnost má vliv na režim rodiny, přirozený vývoj vztahů či na vyhlídky do budoucna (Tranová, 1998).

Interdisciplinární tým je složený z pracovníků, tzv. poradců rané péče, kteří mají své vzdělání z oblasti speciální pedagogiky, psychologie nebo sociální práce (Pěčová in Motejzíkova, Barvíková, 2009).

Služba rané péče probíhá především terénní formou, která může být doplněna o ambulantní poskytování služeb, dále rehabilitační pobyty, semináře, poskytování a tvorbu odborných materiálů, půjčování rehabilitačních pomůcek (Tranová, 1998). Z toho vyplývá, že služby jsou klientele zprostředkovány terénní, popřípadě ambulantní formou. Odborní poradenští pracovníci navštěvují rodinu v pravidelných intervalech dle domluvy v jejich přirozeném domácím prostředí. Mezi pracovníkem rané péče a rodičem se vytváří vztah, kde je rodič pro pracovníka partnerem pro jeho práci. Rodič je při spolupráci důležitý z důvodu, že zná své dítě nejlépe. Cílem pro obě strany je rozvinout dítě ve všech oblastech takovým způsobem, které je pro něj nejlepší. Zároveň by služba měla působit proti sociálnímu vyloučení celé rodiny (Pěčová in Motejzíkova, Barvíková, 2009).

3.4.1 Centrum pro dětský sluch Tamtam

Pro účely této práce bude blíže představeno Středisko rané péče – Centrum pro dětský sluch Tamtam se sídlem v Olomouci.

Územní působnost tohoto centra zahrnuje kraje: Olomoucký, Jihomoravský, Moravskoslezský, Pardubický, Zlínský a kraj Vysočina. Zařízení má kapacitu nastavenou na 125 rodin (Raná péče Morava a Slezsko).

Na svých webových stránkách Tamtam uvádí, že posláním služby je podporovat rodinu, která vychovává dítě se sluchovým nebo kombinovaným postižením raného věku. Poskytují pomoc rodině, aby nebylo narušené přirozené fungování. Podporují dítě a jeho optimální vývoj takovým způsobem, aby došlo k maximálnímu využití jeho přirozených dovedností a schopností v těch oblastech, na kterých se sluchové nebo kombinované postižení projevilo. Středisko rané péče má stanoven jeden hlavní cíl, a sice sociální integraci rodiny a dítěte. K dosažení tohoto hlavního cíle je potřeba stanovení dílčích cílů,

jako jsou: snížení nepříznivého vlivu postižení na rodinu dítěte a jeho vývoj, zaměřit se na ty oblasti vývoje dítěte, které byly ovlivněny postižením, upevnit způsobilost rodiny a odbourat tak závislost na sociálních systémech a v neposlední řadě vytvořit prostor pro příznivou sociální integraci (ibid).

Rodina se o službě rané péče může dozvědět prostřednictvím internetu, brožur či letáků, při návštěvě lékaře nebo od svého okolí. V případě, že rodiče budou mít zájem využít služeb rané péče, kontaktují příslušné pracoviště a domluví si první seznamovací konzultaci. Poté následuje vstupní vyšetření v zařízení. U tohoto vyšetření je přítomen větší tým pracovníků a s rodiči, na základě diagnózy a aktuálního zdravotního stavu dítěte, stanoví průběh poskytování služby. Další setkání je již situováno do domácího prostředí rodiny. Časové rozpětí konzultací v rodině se pohybuje mezi hodinou a půl až třemi. Během ní se poradce věnuje dítěti, odpovídá na dotazy ze strany rodičů. Během práce s dítětem je využíváno nejrůznějších speciálních či obvyklých hraček či pomůcek. Cílem konzultací je ukázat rodičům jakým způsobem mohou s dítětem pracovat tak, aby rozvíjeli jeho potenciál a schopnosti, především v oblasti sluchového vnímání, komunikace, porozumění, mluvené řeči, paměti či rozumových i motorických dovedností. Poskytování služeb rané péče je ve většině případů ukončeno nástupem do školního zařízení. Děti jsou poté předány do péče návazných poradenských zařízení, jako jsou Speciálně pedagogická centra nebo Pedagogicko-psychologické poradny (Péčová in Motejzиковá, Barvíková, 2009).

Stávající tým Centra pro dětský sluch Tamtam v Olomouci čítá 12 pracovníků. Tým je sestaven z poradců rané péče, sociálních pracovníků, externě pak lektora znakového jazyka či logopeda (Raná péče Morava a Slezsko).

II EMPIRICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

Pro realizaci empirické části byl jako metodologický přístup zvolen **kvalitativní výzkum**. Ten můžeme chápat jako pojmenování pro různorodé přístupy sloužící ke zkoumání jevů, při kterém nedochází ke kvantifikaci dat ale naopak k jejich detailní analýze (Maňák, Švec in Skutil, 2011). Švaříček, Šedřová a kol. (2007, s. 17) definují kvalitativní přístup takto: *„...proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“*

Jádrem kvalitativního přístupu je široký záběr sběru dat, aniž by v prvotní fázi byly definovány primární proměnné. Také hypotézy nejsou předem určeny a empirický záměr je nezávislý na teorii vybudovanou již dříve. V kvalitativním výzkumu se jedná o hloubkové prozkoumání určitého široce vymezeného jevu a díky zvolenému výzkumu přispět o zkoumaném jevu co největším množstvím informací. Po dosažení maximálního počtu dat se výzkumník pouští do vyhledávání pravidelností vyskytujících se v datech, stanovuje prozatímní závěry a vyhledává souvislosti mezi závěry a daty (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Posbírání dat a jejich následná analýza pojímá delší časový úsek. Sběr dat i jejich analýza se odehrávají současně. Jakmile výzkumník sesbírá data, provede jejich analýzu. Na základě výsledků analýzy pak stanovuje, která data jsou pro výzkum potřebná a která nikoliv (Hendl, 2016).

4.1 Cíle a výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou nedílnou součástí při plánování kvalitativního výzkumu. Vyjádření výzkumných otázek má podobu tázacích vět z toho důvodu, aby v závěru výzkumné části na ně bylo možné odpovědět (Skutil, 2011).

Výzkumné otázky může v průběhu výzkumu výzkumník přetvářet a přizpůsobovat. Na základě zmíněného faktu je v některých případech kvalitativní výzkum označován jako

emergentní nebo pružný typ výzkumu. Výzkumník v průběhu pátrá po informacích a následně je rozebírá tak, aby přispíval k objasnění výzkumných otázek, a provádí dílčí závěry (Hendl, 2016).

Pro účely této práce je stanovena stěžejní **výzkumná otázka**, která zní: Jakou roli zastupuje znakový jazyk ve vývoji komunikace u dětí se sluchovým postižením raného věku? Pro zodpovězení této otázky výzkumník stanovil dvě dílčí výzkumné otázky:

1. Jak probíhal vývoj komunikace u jednotlivých participantů?
2. Čím je ovlivněn rozvoj mluvené řeči u jednotlivých participantů?

Hlavním **cílem této práce** je především vymežit roli znakového jazyka při rozvoji komunikace u dětí se sluchovým postižením v raném věku. Konkrétněji na výzkumném vzorku poukázat na pokroky v rozvoji komunikace u zmíněných dětí za přítomnosti používání znakového jazyka. Tím rodičům usnadnit rozhodování při výběru správné komunikace.

4.2 Výzkumný vzorek

V případě kvalitativního výzkumu se při výběru zkoumaných osob používají nepravděpodobnostní metody výběru. Výzkumník má předem stanoveno, které osoby jsou pro výzkum potřebné (Miovský, 2006). Při určení výzkumného vzorku byl použit **záměrný výběr**. Záměrný výběr se používá z toho důvodu, aby se vybraly ty osoby, které disponují poznatky a zkušenostmi z daného prostředí (Gavora, 2008).

V kvalitativním přístupu obvykle provádíme výzkum s malým množstvím informantů. Není známa podmínka určující počet participantů. V tomto přístupu platí, že dostatečné množství informantů je takové, došlo-li k nasycení (tzv. saturaci) výzkumného vzorku, na základě něhož vzniká teorie (Skutil, 2011).

Výzkumný soubor byl pro účely této práce zprostředkován Službou rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam se sídlem v Olomouci. Zde byla pod čestným prohlášením o mlčenlivosti o osobních a citlivých údajích klientů i zaměstnanců poskytnuta dokumentace deseti rodin, jež využívají služeb zařízení. Tato dokumentace byla pro účely výzkumného šetření anonymizována. Jednalo se o dokumentaci, která zachycuje průběh poskytování služeb Tamtamu od nástupu do služby až po jejich ukončení či doposud poslední zaznamenanou konzultaci. Z toho vyplývá, že podmínkou pro zařazení do

výzkumného vzorku nebylo aktuální působení ve službě nebo naopak ukončení služby. Ve výzkumném vzorku se objevují děti raného věku se sluchovým postižením bez ohledu na pohlaví.

U všech informantů se objevují kompenzace sluchové vady prostřednictvím sluchadel a později kochleárního implantátu. Oboustrannou kochleární implantaci podstoupilo pět participantů, kteří kompenzovali sluchovou vadu nejdříve sluchadly. Jednostrannou kochleární implantaci podstoupilo 5 informantů, kteří taktéž využívali zpočátku kompenzaci sluchadly. Další podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku byl fakt, že rodiče participantů museli v komunikaci s dítětem používat znaky.

Data, jenž byla hledána v dokumentaci a následně zapsána výzkumníkem, jsou k dispozici v přílohách této práce, avšak v takové podobě, aby byla zachována úplná anonymita všech participantů.

4.3 Sběr dat a jeho průběh

Za účel sběru dat byla použita metoda **analýzy dokumentů**. Ta spadá jak do kvalitativního, tak i kvantitativního přístupu. Dokumenty mohou představovat jediný zdroj pro studii či doplňovat data, která byla sesbírána pomocí pozorování nebo rozhovoru. Dokumentem obecně nazýváme všechno to, co člověk vytvořil. Jsou to ta data, která byla vytvořena v minulosti, jejichž autorem je jiná osoba než výzkumník a byla vytvořena s jiným záměrem, než pro aktuální výzkum (Hendl, 2016).

Miovský (in Skutil, 2011) definuje analýzu dokumentů jako: „...*kvalitativně-interpretativní analýzu, která nezahrnuje pouze listiny a části textu, ale také veškerá předmětná svědectví, jež mohou sloužit jako pramen k vysvětlení lidského jednání.*“ Dle Silvermana (in Skutil, 2011) analýza dokumentů orientovaná kvalitativně spočívá v zaměření se na to, jak je slovy popsána realita.

Sběr dat potřebných pro výzkum probíhal v časovém rozmezí měsíců říjen až prosinec 2017. Tato data byla výzkumníkovi poskytnuta v podobě písemné dokumentace, jenž vede Centrum pro dětský sluch o každém svém klientovi. V této dokumentaci byla zaznamenána osobní anamnéza, rodinná i lékařská anamnéza klienta. Výzkumník si v elektronické podobě zaznamenal anonymizované základní informace o klientovi. K těmto základním informacím patřilo zejména, kdy klient začal využívat služby rané

péče, zda službu již ukončil, jaké kompenzační pomůcky byly využity a stručnou lékařskou diagnózu.

Dále dokumentace obsahovala zápis z každé jedné terénní či ambulanti konzultace, která s daným klientem proběhla. Právě z těchto záznamů o konzultacích výzkumník čerpal. Výzkumník se zaměřoval na informace, které se týkaly rozvoje komunikace u těchto dětí. Ty zaznamenával v elektronické podobě vždy k měsíci, ve kterém došlo k danému pokroku či změně v komunikaci.

4.4 Analýza dat

Sesbíraná data je nutno přepsat a provést **transkripci**. Transkripci definujeme jako systém převedení dat v původní podobě do lépe zpracovatelné podoby (Hendl, 2016). Při sběru dat této práce výzkumník přepisoval data do elektronické podoby v takové podobě, která obsahovala pro výzkum důležité informace.

Pro zpracování dat získaných analýzou dokumentů je potřeba určit tzv. **jednotku analýzy** (Skutil, 2011). Jinými slovy, tzv. segmentace pojímá roztřídění dat do analytických jednotek (Hendl, 2016). Ferjenčík (in Skutil 2011) uvádí čtyři jednotky analýzy, a sice: slovo nebo symbol, téma, osoba, odstavec a položka. Pro účely tohoto výzkumu byla vybrána jednotka odstavce a položky.

Sesbíraná data prošla pečlivým prostudováním a hledáním obdobných témat a spojitostí. Data byla podrobena tzv. **kódováním** usnadňující členění a charakteristiku dat (Hendl, 2016).

Pro první výzkumnou otázku, která se zabývá vývojem komunikace u dané cílové skupiny, se vytvořilo 6 kategorií, které se v procesu kódování barevně vyznačily v textu. Každá barva značila jednu z kategorií. To umožnilo lepší orientaci v textu a rychlejší analýzu.

S ohledem na zkoumaný jev výzkumník stanovil 6 jednotek analýzy, které z osobní dokumentace vyplývají jako stěžejní. Těmito body jsou:

1. porozumění znakům,
2. aktivní tvoření znaků,
3. aktivní skládání znaků do vět,

4. první vyslovená slova,
5. první vyslovené věty,
6. převládá komunikace mluvenou řečí.

Těchto 6 bodů stanovuje milníky v komunikaci u dětí se sluchovým postižením v raném věku. Blíže popsány jsou tyto body v podkapitolách 2.2 a 2.3.

Pro druhou výzkumnou otázku, která se zabývá faktory ovlivňující vývoj mluvené řeči u dané cílové skupiny, se vytvořilo 8 jednotek analýzy, které se u jednotlivých participantů vyskytovaly nejčastěji a z toho důvodu jsou brány jako podstatné. Těmito body jsou:

1. podnětné rodinné prostředí,
2. brzký nástup do služeb rané péče,
3. zdravotní komplikace,
4. přidružené postižení,
5. aktivní logopedická péče,
6. využití možností pro nácvik znakového jazyka,
7. spolupráce se speciálně pedagogickým centrem,
8. nástup do mateřské školy.

Těmto zmíněným bodům byly v procesu kódování přiřazeny kódy související s danou výzkumnou otázkou. Miovský (2006) uvádí, že po rozdělení kódů následuje propojování dat, čímž dochází k nalézání souvislostí, které jsou seskupovány do obsáhlejších celků dle jejich obsahu.

Následující odstavec bude věnován popisu výše uvedených 8bodů. **Podnětným rodinným prostředím** se v kontextu této práce rozumí takové prostředí, kdy se členové či rodina zapojují do komunikace pomocí znaků. Dále zde můžeme zařadit také skutečnost, zda participant má či nemá sourozence, který by mohl informanta motivovat k používání komunikačních prostředků. Dalším bodem je **brzký nástup do služeb rané péče**, ten výzkumník vymezuje jako začátek využívání služeb Centra pro dětský sluch do pěti měsíců věku dítěte. Třetí bod pojímá **zdravotní komplikace**, do kterých výzkumník řadí spolu s komplikovaným či předčasným porodem také zdravotní potíže dítěte po porodu (např. komorová tachykardie, srdeční vada...). Dalším bodem jsou **přidružená postižení**, kam výzkumník řadí všechny možné druhy postižení (např. tělesné, zrakové, mentální...). Následuje bod nazvaný **aktivní logopedická péče**, která představuje skutečnost, že rodina

využila služeb logopedie a dítě pravidelně navštěvuje logopedickou intervenci, kde dochází např. k tréninku odezírání. Pod názvem **využití možností pro nácvik znakového jazyka** rozumí výzkumník využití některé z možností širokého spektra nabízených prostředků pro naučení se znakového jazyka (např. kurz znakového jazyka, mobilní aplikace, mobilní slovníky...). Předposledním bodem výzkumník vymezuje **spolupráci rodiny se speciálně pedagogickým centrem** a využití jim nabízených služeb. Posledním osmým bodem výzkumník pojmenovává **nástup informanta do mateřské školy**. Tu výzkumník chápe jako prostor pro získání nových komunikačních zkušeností v kolektivu vrstevníků participanta. Zmíněný kolektiv může informanta také motivovat k využití komunikačních prostředků, které jsou mu k dispozici.

Použitá metoda pro analýzu kvalitativních dat pro obě výzkumné otázky byla **metoda vytváření trsů**. Tato metoda spočívá v seskupení určitých výpovědí do skupin (Miovský, 2009). Tyto skupiny či kategorie byly vytvořeny procesem kódování. Zmíněné skupiny výroků byly vyhledávány v textu na základě překrývání daného tématu.

Při interpretaci výsledků výzkumného šetření pro 1. výzkumnou otázku byly použity časové osy, které zaznamenávají průběh vývoje komunikace jednotlivých informantů. Na časové ose můžeme vyčíst, kromě dosažených milníků, které jsou všechny označeny přidělenou barvou, také kompenzaci sluchové vady sluchadly či kochleární implantací. Časová osa také vyjadřuje, v kterém měsíci v roce a v kterém měsíci věku dítěte bylo daných milníků dosaženo.

4.5 Limity výzkumu

Ve výzkumném šetření se každý výzkumník setkává s limity výzkumu, které mohou být na straně výzkumníka, na straně metodiky, na straně zkoumaných osob a také na straně terénu.

Limity na straně výzkumníka mohly vzniknout v důsledku nezkušenosti výzkumníka s kvalitativním přístupem či metodou analýzy dokumentů. Nutno také zmínit, že výzkumník nemusel pochopit prvotní myšlenku záznamu z konzultace, kterou chtěl poradce rané péče do záznamu předat.

Dalšími zmíněnými limity jsou limity na straně metodiky. Mezi ně můžeme zařadit nevýhody metody analýzy dokumentu, mezi které Skutil (2011, s. 96) řadí tyto body:

- „výběr dokumentů záleží na subjektivitě výzkumníka,
- dokumenty mohou obsahovat původním autorem subjektivně zkreslené výpovědi,
- někdy bývá velmi složitá interpretace,
- časová náročnost.“

Jelikož výzkumník není autorem zkoumajících dokumentů, tak se v oblasti limitů na straně zkoumaných osob může projevit vztah mezi poradcem rané péče a rodičem. Mohlo dojít k nepochopení si rodiče s poradcem rané péče, aktuální zdravotní či psychický stav rodiče, s kterým je konzultace vedena, neotevřenost rodičů k poradci rané péče jedná-li se o popis projevů jejich dítěte, nenavázání důvěry mezi rodičem a poradcem rané péče.

Limitem na straně výzkumného terénu mohlo být nepravidelné rozložení konzultací a také časový odstup mezi nimi. K pokroku v komunikaci mohlo dojít například den po té, co rodinu navštívil poradce rané péče, avšak ten si posun v komunikaci zapsal až do další konzultace, která se mohla odehrát až několik měsíců poté.

4.6 Výsledky výzkumného šetření

V této části textu výzkumník hledá odpovědi na dílčí výzkumné otázky v sesbíraných datech. Každá následující podkapitola tohoto textu je věnována jedné dílčí výzkumné otázce, která hledá odpovědi u každého účastníka.

4.6.1 Výzkumná otázka č. 1

„Jak probíhal vývoj komunikace u jednotlivých účastníků?“ K zodpovězení této výzkumné otázky nám dopomůžou časové osy vývoje komunikace u každého informanta.

Časová osa č. 1: Vývoj komunikace participanta č. 1



Jak je patrné z časové osy č. 1, objevily se v případě participanta č. 1 všechny vymezené milníky, které byly stanoveny. U tohoto informanta došlo ke kompenzaci sluchové vady sluchadly v květnu 2014. Od června 2014 probíhá komunikace mezi rodiči a dítětem mluvenou řečí, která je podpořena užíváním znakového jazyka. Již po 3 měsících (srpen 2014) užívání znaků znakového jazyka v běžné komunikaci je zaznamenáno, že dítě začíná rozumět prvním znakům jako jsou „*papat, křupka, pití, ptáček*“.

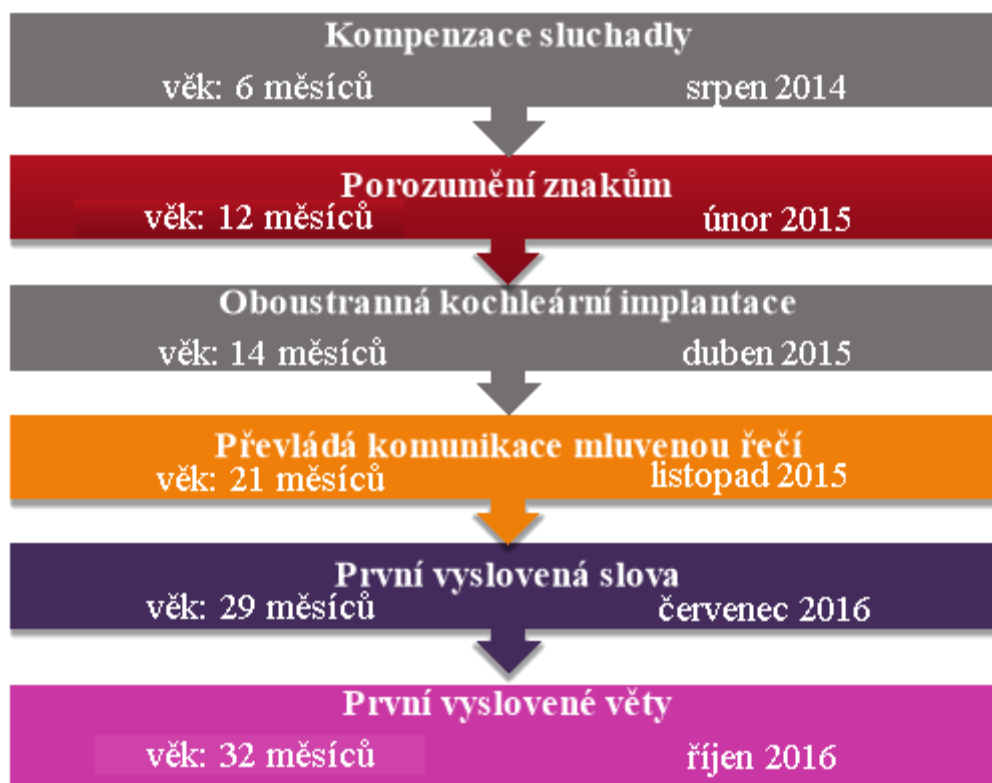
Po 5ti měsících užívání znaků v komunikaci začíná participant aktivně vytvářet znaky. V prosinci 2014 podstupuje informant oboustrannou kochleární implantaci. Po kochleární implantaci je stále mluvená řeč ze strany rodičů doprovázena znaky. Dítě v srpnu 2015 používá přibližně 90 znaků, které dokáže poskládat do krátkých vět. V tom stejném měsíci participant začíná vyslovovat svá první slova („*ahoj, houpy, haji*“).

V období, než byl u dítěte zaznamenán posun na další stanovený milník ve vývoji komunikace, převažuje aktivní znakový slovník nad mluveným, rozumí některým větám

bez doprovodu znaků, učí se novým znakům i slovům. V prosinci 2015 se aktivní slovní zásoba zvyšuje na téměř 50 slov. V únoru 2016 zaznamenány první vyslovené věty a stagnace učení nových znaků. Duben 2016 je označován jako měsíc, kdy začíná převládat mluvené slovo nad znakovým jazykem.

V dubnu 2017 se znaky v komunikaci již nevyžívají, telefonuje, mluví v souvislých větách, používání českého jazyka je bezchybné – používá správně ženský a mužský rod, bezchybně skloňuje, používá zájmena i spojky.

Časová osa č. 2: Vývoj komunikace participanta č. 2



V případě participanta č. 2 došlo ke kompenzaci sluchadly v srpnu 2014, v tomto měsíci byla také mluvená řeč ze strany rodičů doprovázena znaky. V únoru 2015 se začalo projevovat porozumění znakům ze strany dítěte („*máma, táta, motýl*“). V měsíci dubnu 2015 aktivní zapojení znaků do komunikace ze strany maminky, dítě znakům rozumí, ale aktivně neukáže. V tomto měsíci také proběhla u informanta č. 2 oboustranná kochleární implantace. Po ní rodiče zaznamenávají nižší zájem o sledování znaků, který byl pravděpodobně zapříčiněn zdravotními komplikacemi po operaci, avšak dítě stále chápe, že znak mu sděluje informaci. V červenci 2015 dítě reaguje na mnoho zvuků i zavolání, nové zvuky vyvolávají leknutí. V září 2015 dítě u některých zvuků pláče, i když jsou mu známé. Napodobuje citoslovce, rozumí třem znakům („*papat, slyším, tyty*“). V tomto měsíci je viditelná snaha ze strany dítěte mluvit než znakovat. V říjnu 2015 se jeho pasivní slovní zásoba dostává na téměř 60 slov a to bez doprovodu znaků. Na slovní pokyn reaguje

ukázáním na danou věc. Do komunikace se zapojil i otec, který klade velký důraz na znaky – to může být příčina toho, že se dítě vše rychleji učí a má rychlejší reakce.

V listopadu 2015 se pasivní slovní zásoba zvyšuje na 70 slov bez doprovodu znaků, Rodiče vnímají, že jim dítě rozumí, proto pomalu ustupují od používání znaků. V únoru 2016 přibývá do komplexní péče o dítě také aktivní logopedická péče. To má za důsledek, že dítě začíná žvatlat a používat slabiky. Začíná rozumět jednoduchým slovním pokynům bez znaků. V dubnu 2016 je pasivní slovní zásoba na vysoké úrovni, avšak aktivní znaková a slovní zásoba se nerozvíjejí. Rodiče již znaky nepoužívají. Dítěti je v rozvoji věnováno maximální pozornosti (učení protikladů, barev...). V měsíci červnu 2016 dítě stále žvatlá. Maminka se snaží dítě rozmluvit vyprávěním příběhů.

V červenci 2016 první vyslovená slova dítěte. Používá především citoslovce a slova jako jsou: „*banán, papat, máma, bába...*“. Dítě skvěle rozumí – obrovská pasivní slovní zásoba. V září 2016 dítě začalo opakovat slova, rozumí krátkým souvětím a jednoduchým otázkám, aktivní slovní zásoba se pohybuje okolo 200-300 slov. O měsíc později začíná dítě používat jednoduché věty a slovní spojení. V listopadu 2016 má dítě potřebu vše komentovat, správně skloňuje, používá zdvojnásobky. V lednu 2017 participant č. 2 plně mluví ve větách.

Časová osa č. 3: Vývoj komunikace participanta č. 3



Sluchová vada byla u tohoto informanta kompenzována sluchadly v únoru 2014. Maminka používá znaky již od začátku, využívá k tomu aplikaci „Znakujte s námi“. V květnu 2014 rodina využívá logopedickou intervenci. Zde není jasné, zda dítě rozumí významu znaků. V srpnu 2014 dítě začíná aktivně používat znaky („hodiny, dům, světlo...“). Maminka v říjnu 2014 začíná znakovat v jednoduchých větách obsahující podstatné jméno a sloveso. V prosinci 2014 dítě na otázku dokáže odpovědět ukázáním prstem na daný předmět. Rozumí jednoduchým otázkám. V lednu 2015 již participant aktivně používá 90 znaků. V dubnu 2015 dítě podstoupilo kochleární implantaci na pravé ouško. O dva měsíce později již začíná opakovat slova. V srpnu 2015 se aktivní slovní zásoba rozrůstá na 10 slov, dokáže zopakovat složitější slova. Stále se na rozvoji komunikace podílí aktivní logopedická péče. V listopadu 2015 nedokáže odpovědět na otázku, ale otázku zopakuje. V lednu 2016 používá izolovaně slova a již minimálně znaky. V dubnu 2016 se začínají objevovat první vyslovené krátké věty. Znaky slouží spíše jako doplněk komunikace při těžkých či nových slovech. Stále působí aktivní logopedická péče,

kde se zaměřují na trénink odezírání. V srpnu 2016 je dítě schopno vytvořit několikaslovní věty, chápe význam slov. V listopadu 2016 dítě mluví ve větách, dokáže odpovědět na otázky. O několik měsíců později, v únoru 2017, dokáže konverzovat na dané téma, slovní zásoba je pokročilá, dokáže převyprávět příběh či odrecitovat básničku.

Časová osa č. 4: Vývoj komunikace participanta č. 4



Maminka se rozhodla, že mluvenou komunikaci bude doplňovat prvky znakového jazyka. K tomu využívá aplikace „*Znakujte s námi*“ a projevila také zájem o kurz znakového jazyka. V prosinci 2015 je sluchová vada u dítěte kompenzována sluchadly. Dítě v tomto měsíci začíná rozumět znakům „*kojit, žbluňk, máma*“. Participant chápe, že mu znak sděluje informaci, na vyžádání logopedky rodiče zavedli komunikační deník. V únoru 2016 rodiče stále do komunikace zapojují znaky. Dítě chápe, co znak znamená a ukáže na předmět. Se sluchadly dítě žvatlá. V březnu 2016 rozumí slovním pokynům, reaguje na zvuky. V květnu 2016 dítě aktivně začíná používat znaky. Avšak po kochleární implantaci, která proběhla taktéž v tomto měsíci, je zaznamenán velký rozvoj aktivních znaků. V červnu 2016 dítě dokáže vést s maminkou rozhovor pomocí znaků. V srpnu 2016 se ke komunikaci znaky přidává také snaha opakovat mluvené slovo. V září 2016 již dítě vyslovuje svá první slova, aktivní znaková zásoba činí okolo 80 znaků, pasivní okolo 120 znaků. Příběh či vyprávění dokáže převyprávět pomocí znaků. V měsíci říjnu 2016 činí aktivní slovní zásoba 18 slov a citoslovcí. Používá jednoduché spojení slov. V únoru 2017

začíná nahrazovat znaky slovy a tak rodiče od znakování upouštějí. V dubnu 2017 stoupla aktivní slovní zásoba na 60-70 slov a porozumí bez použití znaků. V červnu 2017 použije znak v některých případech, ale více spoléhá na mluvené slovo. V srpnu 2017 rodina využívá aktivní logopedickou péči.

Rodina využívá nadále služeb rané péče. Další jazykový vývoj neměl tedy výzkumník již možnost zaznamenat.

Časová otázka č. 5: Vývoj komunikace účastníka č. 5



V září 2015 byla sluchová vada kompenzována sluchadly. Dítě aktivně používá znaky v komunikaci. V prosinci 2015 je zřejmé, že dítě chápe znaky izolovaně, ale sdělení ve znacích ještě ne. V lednu 2016 působí aktivní logopedická péče. V březnu 2016 se dítě orientuje a komunikuje pomocí znaků, slova zatím nevyužívá, ani na ně nereaguje. V květnu 2016 spojuje znaky do jednoduchých vět, s porozuměním mluvené řeči má dítě problém. Mluvené slovo se snaží opakovat. V červenci 2016 se podařilo srozumitelně zopakovat slovo, v měsíci srpnu 2016 pak došlo k vyslovení prvních slov. Znaky v komunikaci stále využívá a doplňuje je výraznou mimikou a pantomimou. Maminka znakuje v několikaslovných větách a dítě dobře rozumí. Pokroky v tomto měsíci jsou zaznamenány především v odezírání.

V září 2016 informant podstoupil oboustrannou kochleární implantaci. V listopadu 2016 se dítě projevuje jako velmi komunikativní, živě dokáže převyprávět příběh ve znakovém jazyce, kde největší překážkou je dějová posloupnost. V lednu 2017 dosahuje aktivní zásoba přes 300 znaků. Aktivně používá okolo 40 slov a slova, která jsou jemu

známá, rozpozná bez odezírání. V dubnu 2017 zaznamenáváme aktivní mluvenou řeč, kterou doprovází znaky.

Rodina využívá nadále služeb rané péče. Další jazykový vývoj neměl tedy výzkumník již možnost zaznamenat.

Časová osa č. 6: Vývoj komunikace participanta č. 6



Kompenzace sluchové vady u tohoto informanta proběhla v prosinci roku 2015. Rodiče v komunikaci s dítětem používají znaky, v březnu 2016 je zaznamenáno porozumění znakům ze strany dítěte. V dubnu 2016 dítě podstoupilo kochleární implantaci. V červnu 2016 dítě samo používá pro komunikaci znaky. O měsíc později je vyzorovaný větší rozvoj aktivních znaků. V listopadu 2016 dítě některé znaky přestává používat a nahrazuje je slabikami. V únoru 2017 participant vyslovuje svá první slova. V měsíci dubnu roku 2017 se rozvíjí aktivní slovní zásoba (cca 20 slov), rozumí pokynům i rozhovorům a proto znakování ustupuje. V říjnu 2017 se rozvíjí pasivní slovní zásoba a dítě vytváří první krátké věty.

Rodina využívá nadále služeb rané péče. Další jazykový vývoj neměl tedy výzkumník již možnost zaznamenat.

Časová osa č. 7: Vývoj komunikace participanta č. 7



U informanta č. 7 byla sluchová vada kompenzována v měsíci dubnu roku 2014. V měsíci říjnu 2014 můžeme pozorovat dosažení hned dvou milníků, a sice: dítě začíná rozumět několika znakům, dokáže na ně reagovat a samo začíná aktivně používat asi dva znaky („světlo, větrník“). V listopadu 2014 participant podstupuje oboustrannou kochleární implantaci. V prosinci 2014 začínají rodiče znaky spojovat do spojení podstatného jména a slovesa. V lednu 2015 dítě rozumí několika instrukcím, o měsíc později rodiče zaznamenávají velké porozumění mluvené řeči a dítě začíná slabikovat. V březnu 2015 dítě opakuje slova, slabiky zdvojuje, komunikace je stále doprovázena znakem.

Následující měsíce dítě samo upozorňuje na znaky, opakuje slova a rozumí základním frázím a pokynům. V září 2015 rodina zaznamenává první vyslovená slova. V říjnu 2015 je u dítěte viditelné dobré porozumění mluvené řeči, odpovídá na základní otázky a maminka pomalu ustupuje od používání znakového jazyka. V červnu 2016 informant spojuje slova do krátkých vět.

Časová osa č. 8: Vývoj komunikace participanta č. 8



Rodiče tohoto participanta jeví o znakový jazyk zájem již od samého začátku spolupráce s ranou péčí. V květnu 2009 je dítěti kompenzována sluchová vada sluchadly. V listopadu 2009 maminka začíná navštěvovat kurz znakového jazyka. V prosinci 2009 je viditelné porozumění znakům ze strany dítěte. O měsíc později dítě samo začíná používat první znaky. V dubnu 2010 je zaznamenán velký rozvoj aktivních znaků, dítě projevuje zájem o nové znaky. V říjnu 2010 je dítě mnohem aktivnější ve znakování, u některých znaků jde vidět preciznost ukazování. O měsíc později informant podstupuje kochleární implantaci na levém uchu.

V únoru 2011 již dítě spojuje znaky do vět bez zvukového projevu. V následujících měsících je viditelný pokrok v reakcích na zvuky, kdy se dítě otočí na zavolání, má velký zájem o nová slova. V srpnu 2011 vyslovuje základní hlásky a opakuje slova. V říjnu 2011 stále převládá znakový jazyk nad mluveným, neverbální složka řeči je u dítěte nadprůměrná. V lednu 2012 dítě vyslovuje první slova se správnou intonací. O dva měsíce

později nová slova nepřibývají, ve slovech dítě vynechává některé souhlásky a řeč se tak stává nezřetelnou.

V květnu 2012 dítě stále znakuje ve větách, obrázky popisuje více znakem než slovem, slova zůstávají jednoslabičná. V říjnu 2012 participant navštěvuje logopedickou péči, ale slovní komunikace je pořád stejná. V únoru 2013 dítě spojuje slova do vět, mluví rychle a řeč je místy nesrozumitelná.

Časová osa č. 9: Vývoj komunikace č. 9



Rodina informanta č. 9 využívá ke komunikaci znaky znakového jazyka. V dubnu 2015 na to dítě reaguje porozuměním některých znaků a v červnu 2015 samo aktivně používá znaky. V září roku 2015 participant podstoupil kochleární implantaci. V tomto měsíci jde také vidět výrazné rozznakování, aktivní znaková zásoba čítá okolo 20-30 znaků. V průběhu vývoje dítěte působí aktivní logopedická péče. V prosinci 2015 dítě začíná doprovázet některé znaky citoslovcem.

V lednu 2016 rodina zaznamenává dobré porozumění a tak pomalu upouští od používání znaků, avšak dítě znaky ke komunikaci stále využívá. Učí se novým znakům a vyslovuje první slova. V březnu 2016 narůstá aktivní slovní zásoba na 50 slov, která spojuje do jednoduchých vět. V květnu 2016 si dítě u těžších a nových slov dopomáhá znaky, reaguje na pokyny i bez znakového kontaktu. O měsíc později participant začíná vyprávět své minulé zážitky. V říjnu 2016 dítě používá jednoduché věty a znaky používá mnohem méně, více spoléhá na mluvenou řeč.

V následujících měsících začíná skloňovat a reagovat na podněty v dialogu, umí správně použít zápor. Řeč se jeví pro laika nesrozumitelná, ale snaží se aktivně používat různá slovní spojení. V listopadu 2017 dítě zkouší v rozhovoru oponovat, řeč se jeví jako velice přirozená a odpovídající situacím.

Rodina využívá nadále služeb rané péče. Další jazykový vývoj neměl tedy výzkumník již možnost zaznamenat.

Časová osa č. 10: Vývoj komunikace účastníka č. 10



Sluchová vada byla u tohoto informanta kompenzována v říjnu 2011. V lednu 2012 dítě používá první znak („*papa*“). V srpnu 2012 používá první slabiky a reaguje na několik slov, odezírá bez pomoci znaků. V listopadu 2012 dítě vyslovuje svá první slova („*boty, mama...*“). V průběhu poskytování služeb rané péče probíhá také aktivní logopedická péče, dítě někdy preferuje více znaky, jindy slova. V červenci 2013 nepoužívá nová slova a mluví samohláskovou mluvou, stále je komunikace doprovázena znaky.

V říjnu 2013 informant podstupuje kochleární implantaci na pravém uchu. V lednu 2014 je znatelně větší porozumění řeči. V následujících měsících vývoj řeči stojí. V únoru 2015 bylo zaznamenáno vyslovování nových slov. V březnu 2015 slova spojuje, rozumí základním otázkám, slova opakuje. Rodina stále spolupracuje s logopedií. V dubnu 2016 dítě používá znaky v komunikaci jako podporu. V červenci 2016 se učí stále nová slova a používá jednoduché věty, avšak příběh nedokáže převyprávět pomocí slov ani znaků.

Shrnutí odpovědí na výzkumnou otázku č. 1:

Po popsání jednotlivých vývojů komunikace u participantů můžeme poukázat na některá fakta, která z popsání vycházejí.

Jako první se zaměříme na ty skutečnosti, které mají jednotliví informanti společné. Z celkového počtu participantů dosáhli ve vývoji komunikace všech stanovených milníků 2 jedinci, a to konkrétně informant č. 1 a 4. Informant č. 1 se shodoval v pěti ze šesti milníků s informantem č. 8, tomu chyběl poslední stanovený bod, který vyjadřuje „*převládá komunikace mluvenou řečí*“. Dále je z časových os zřejmé, že u participantů s čísly 1, 7, 8 a 9 začíná vývoj stejně v prvních čtyřech bodech a sice: kompenzace sluchadly, porozumění znakům, aktivní tvoření znaků a kochleární implantace.

Z časových os dále vyplývá, že v šesti případech z celkového počtu participantů chybí ve znázornění zelená barva, která značí „*aktivní skládání znaků do vět*“. V menší míře potom v časových osách chybí barva oranžová „*převládá komunikace mluvenou řečí*“, konkrétně ve 3 případech z 10. Dále červená barva „*porozumění znakům*“ ve 2 případech z 10 a modrá barva „*aktivní tvoření znaků*“ chybí pouze v 1 případě z 10. Modrá barva v časové ose chybí u informanta č. 2. Ten sice porozuměl významu znaků, ale aktivně znaky nikdy nevytvořil. Z toho vyplývá, že informant č. 2 se jako jediný aktivně nezapojil do komunikace pomocí znaků a znaky byly využívány jen ze strany rodičů. Ti opustili od používání znaků v komunikaci poté, co dítě podstoupilo kochleární implantaci. I přes tento fakt, dítě začalo po 15měsících vyslovovat první slova. U tohoto informanta bylo v průběhu vývoje zcela jasné, že jeví větší zájem o mluvené slovo než o znakování.

Co se týče délky období mezi jednotlivými milníky v komunikaci, je nutno vyzdvihnout vývoj komunikace participanta č. 4. Období mezi jednotlivými body v komunikaci nepřesahují délku 4 měsíců. Naopak u participanta č. 10 trvá období mezi jednotlivými body na časové ose i několik desítek měsíců.

4.6.2 Výzkumná otázka č. 2

Druhá výzkumná otázka zní: „*Čím je ovlivněn rozvoj mluvené řeči u jednotlivých participantů?*“. Na tuto otázku se snaží výzkumník nalézt odpověď vypsáním těch momentů ve vývoji, které se výzkumníkovi jeví v sesbíraných datech jako ovlivňující rozvoj mluvené řeči.

Participant č. 1

Rodina participanta č. 1 začala využívat služby rané péče již v sedmém měsíci věku dítěte. Dítěti i rodině tak byla poskytnuta podpora a pomoc v začátcích vzniklé životní situace. S tím souvisí, že sluchová vada byla diagnostikována již novorozeneckým screeningem. V rodině se sluchové postižení dosud nevyskytovalo. Vývoj řeči u informanta č. 1 mohl pozitivně ovlivnit také starší sourozenec, který jej mohl více motivovat k používání komunikačních prostředků.

Jedním z faktorů ovlivňujících vývoj mluvené řeči je také aktivní využívání znakového jazyka ze strany maminky. Ta se zúčastnila kurzu znakového jazyka, k učení se znaků také využívala mobilní aplikaci se slovníkem. Rodiče také navázali spolupráci se speciálně pedagogickým centrem, které zajistilo potřebnou podporu či pomoc a také, pro rozvoj řeči důležitou, logopedickou péči. Z dokumentů lze vyčíst, že v září 2016, kdy již dítě dosáhlo všech stanovených milníků ve vývoji komunikace, nastoupilo do mateřské školy, kde metodické vedení zajišťovalo zmíněné SPC. Kolektiv vrstevníků mohl dítěti zajistit prostor pro získání nových zkušeností při používání mluveného jazyka či navazování kontaktů.

Participant č. 2

Rodina začala využívat služeb rané péče již ve 4. měsíci věku dítěte. Sluchová vada byla odhalena již novorozeneckým screeningem. Sluchové postižení se v rodině dosud nevyskytovalo. Z dokumentace dále vyplývá, že dítě se narodilo předčasně ve 28. týdnu. Ze zdravotní anamnézy je také nutno uvést, že dítěti byla diagnostikována tupozrakost.

Maminka hned zpočátku začala využívat znaky v komunikaci s dítětem, které vytrvale do komunikace zařazovala i bez odezvy ze strany dítěte. Po kochleární implantaci nastaly u dítěte zdravotní komplikace, které pravděpodobně zapříčinily snížení zájmu

dítěte o sledování znaků, které bylo doposud velice aktivní. Po druhém nastavení kochleárního implantátu se dítě začíná více projevovat. Po uplynutí několik měsíců, kdy se dítě v komunikaci dále nerozvíjelo, začal jeho otec do své komunikace s ním zapojovat znaky. To způsobilo, že dítě se začíná rychleji učit a má rychlejší reakce.

Dalším faktorem můžeme zmínit aktivní logopedickou péči, která se podílí na rozvoji řeči. Maminka vypráví dítěti příběhy s dějovou posloupností. Později, především v mateřské školce, dítě začíná vykazovat známky Aspergerova syndromu. Do péče je proto zapojené SPC specializované na poruchy autistického spektra.

Participant č. 3

Při nástupu do rané péče bylo tomuto informantovi 5 měsíců, což značí včasnou intervenci služeb rané péče. Sluchové postižení se dosud v rodině nevyskytlo. Od počátku maminka používá v komunikaci znaky a využívá k tomu aplikaci „*Znakujte s námi*“. Rodina využívá logopedickou intervenci.

Po několika měsících se i otec zapojuje do komunikace s dítěte prostřednictvím znaků. Po kochleární implantaci je znatelné horší reagování na znaky, avšak po druhém nastavení kochleárního implantátu dítě již začíná opakovat slova. V průběhu využívání služeb rané péče je dítě účastníkem aktivní logopedické péče, kde trénuje mimo jiné také odezírání či abstrakci. Dalším faktorem, jenž může ovlivnit vývoj mluvené řeči, je zařazení dítěte do mateřské školy.

Participant č. 4

Raná péče přijala tohoto informanta za svého klienta ve věku 5 měsíců. Aplikace „*Znakujte s námi*“ je využívána maminkou, která se z ní učí základní znaky a má také zájem o jednodenní kurz znakového jazyka.

Po úspěšné kochleární implantaci se u dítěte rozvíjí aktivní používání znaků. I zde, u tohoto participanta, působí aktivní logopedická péče. Rodiče pro předškolní vzdělávání zvolili mateřskou školu zřízenou dle §16 odst. 9, školského zákona v aktuálním znění. Později by pro rodiče přicházela v úvahu integrace.

Participant č. 5

Tento participant nastoupil, v porovnání s ostatními informanty, do služeb rané péče v pozdějším věku, konkrétně ve 28 měsících. U tohoto informanta je diagnóza o něco složitější. Novorozenecký screening vyšel v pořádku, v jednom roce dítě začalo vyslovovat první slova. Avšak v průběhu dalšího vývoje dítě přestalo reagovat na některé zvuky a rozvoj řeči se zastavil. V tomto období bylo vysloveno podezření na sluchové postižení. V rodině se dosud sluchové postižení nevyskytovalo.

Téměř ze začátku využívání služeb rané péče dítě aktivně používá v komunikaci znaky. Zároveň působí logopedická péče a z psychologického vyšetření vyplývá, že dítě zaostává v komunikaci, což má vliv na celkové myšlení. Logopedické působení se zaměřuje na nácvik odezírání. O několik měsíců později dítě nastupuje do mateřské školy. Po implantaci se informant jeví jako komunikativní. K naučení nových znaků dítě využívá aplikaci „*Znakujte s námi*“.

Participant č. 6

Informant č. 6 využívá služeb rané péče od 21. měsíce. Sluchová vada nebyla prokázána hned po narození novorozeneckým screeningem, ale až v 17. měsíci. Sluchová vada se doposud v rodině nevyskytovala.

U tohoto participanta se dá říct, že rozvoj řeči začal až po kochleární implantaci, kdy se do znakování zapojila celá rodina. O několik měsíců později se rodiče rozhodli o zařazení dítěte do mateřské školy, které zvládlo bez problémů.

Participant č. 7

Do služeb rané péče dítě nastoupilo již v sedmi měsících svého věku. Sluchová vada byla diagnostikována až ve třech měsících věku dítěte. V rodině doposud nebyla známá sluchová vada. Informant č. 7 má mladšího sourozence.

Celá rozšířená rodina projevovala zájem o kurz znakového jazyka, což mohlo vést k tomu, že dítě aktivně používá znaky již před kochleární implantaci. Později informant začal navštěvovat mateřskou školu s podporou asistenta pedagoga. Nástup do mateřské školy mohl být důvodem pro začátek komunikace v jednoduchých větách. O několik

měsíců později dítě stále navštěvuje mateřskou školu, ale již nevyužívá služeb asistenta pedagoga.

Participant č. 8

Jako většina informantů v tomto výzkumném vzorku i tento začíná využívat služeb rané péče v 7. měsíci věku.

Již od začátku rodiče jeví zájem o používání znaků v komunikaci. Maminka se stala účastníkem kurzu znakového jazyka. Maminka využívá znaky k zprostředkování okolí dítěti. Z dokumentace lze vyčíst, že po implantaci je dítě schopno reagovat na zavolání a jeho porozumění slovům je na dobré úrovni. Dalším faktorem, který by mohl být ovlivňující ve vývoji komunikace je, že neverbální složka řeči u tohoto dítěte je nadprůměrná. Stejně tak grafomotorika.

Rodina využívá aktivní logopedickou péči a dítě zařadila do mateřské školy, kde se začínají projevat jisté odlišnosti participanta od ostatních dětí v kolektivu. Dítě je zaměřeno na jednu aktivitu a je těžké ho namotivovat k jiné činnosti. Informant vyhledává společnost starších dětí, protože s vrstevníky nemá stejné zájmy. O několik měsíců později je dítěti naměřeno IQ 130. V dalších měsících informant nastupuje do soukromé školy.

Participant č. 9

Centrum pro dětský sluch Tamtam přijalo tohoto participanta do své služby ve čtvrtém měsíci jeho věku. V rodině se doposud sluchová vada nevyskytovala.

Rodina již od počátku komunikovala s dítětem pomocí znaků, které po pár měsících začalo samo aktivně využívat. Po kochleární implantaci je viditelné výrazné rozznakování a rodina zapojuje do rozvoje řeči také logopedickou péči. I u tohoto participanta se uskutečnil nástup do mateřské školy.

Participant č. 10

Informant č. 10 začal využívat služeb rané péče ve 24. měsíci svého věku. Dítě bylo v prvních měsících života dáno do kojeneckého ústavu, kde si ho do péče převzala pěstounská rodina.

Již v kojeneckém ústavu personál používal v komunikaci s tímto participantem znaky. Tak jako později pěstounská rodina. Do celého procesu rozvoje řeči byla zapojena také aktivní logopedická péče. Je znatelné, že dítě v některých situacích preferovalo znaky, v jiných slova.

V dalších měsících vývoj řeči nepokračoval a bylo vysloveno podržení na dysfázií. O několik měsíců později dítě podstoupilo kochleární implantaci, po které se porozumění řeči zlepšovalo. Participant byl zařazen do mateřské školy zřízené podle §16 odst. 9, školského zákona v aktuálním znění. Přibližně o rok později byla diagnostikována lehká mentální retardace.

Shrnutí odpovědí na výzkumnou otázku č. 2:

Z výše uvedeného popisu informantů zaměřeného na faktory, které by mohly ovlivňovat vývoj mluvené řeči je viditelné, že 9 z 10 participantů vyrůstalo v podnětném prostředí, kdy ze strany rodiny byl znatelný zájem o naučení se znakového jazyka. Také přítomnost mladšího nebo staršího sourozence (informant č. 1, 3, 7, 10) mohla mít na vývoj vliv z hlediska motivace. Za méně podnětné prostředí výzkumník považuje prostředí kojeneckého ústavu, kam byl participant č. 10 po narození umístěn. Po převzetí do pěstounské rodiny se však mohly podmínky pro dítě zlepšit.

Včasným nástupem do služeb rané péče považuje výzkumník dobu do 5ti měsíců věku dítěte. Do této skupiny spadají participant č. 2, 3, 9. Intervence ze strany rané péče mohla působit již v začátcích, kdy prokázáním sluchového postižení u dítěte nastala pro rodinu zcela nová situace. Zde můžeme předpokládat, že včasná intervence ze strany rané péče mohla pozitivně ovlivnit vývoj komunikace u zmíněných participantů.

Dalším faktorem, který si výzkumník stanovil, jsou zdravotní komplikace. Do této oblasti výzkumník řadí předčasný porod u participanta č. 2 či komplikovaný porod

u participanta č. 7. Dalšími zdravotními potížemi, které jsou zřejmé z dokumentace, je komorová tachykardie u informanta č. 5 a srdeční vada informanta č. 6.

Dalšími přidruženými postiženími, která se u informantů objevují je postižení mentální u participanta č. 10 (lehká mentální retardace) a u téhož participanta také narušená komunikační schopnost, konkrétně dysfázie. U informanta č. 2 bylo vysloveno podezření na poruchu autistického spektra, což je z projevů chování možné také u participanta č. 8.

Aktivní logopedickou péčí využilo 8 informantů z celkového počtu. Při logopedické intervenci byla pozornost zaměřena např. na nácvik odezírání, což mohlo výrazně napomoci při osvojování mluvené řeči.

Jako stěžejní považuje výzkumník bod vztahující se k využívání možností pro osvojení si znakového jazyka. Celkem v 6 případech z 10 využila rodina či samotný participant jednu z nabízených možností. Kurz znakového jazyka začaly navštěvovat 4 maminky participantů č. 1, 4, 7, 8. Hojně využívaná jak ze strany rodičů, tak i participantů, je také mobilní aplikace „*Znakujte s námi*“ u informantů č. 3, 4, 5. Důvodem využívání této mobilní aplikace je možnost učení se znaků z pohodlí domova a nulové finanční náklady. Díky této aplikaci má rodič k dispozici kdykoliv slovník a může si tak najít znak, který momentálně potřebuje. Pozitivní vliv na osvojování si znakového jazyka má aplikace také díky své malé časové náročnosti a učení dítěte novým znakům hravou a pro ně zajímavou formou. Dítě si tak osvojí potřebné znaky rychleji a se zájmem.

Spolupráce se speciálně pedagogickým centrem navázal participant č. 2 především z důvodu podezření na poruchu autistického spektra a řešení výběru vhodného předškolního zařízení. U participanta č. 1 bylo SPC zkontaktováno především z důvodu zajištění metodického vedení mateřské školy, kterou dítě začalo navštěvovat.

Vytyčení těchto bodů mělo vést k vytvoření přehledu, co všechno rodiče dítěte se sluchovým postižením v raném věku mohou potřebovat či využívat. Z pohledu výzkumníka vytyčené body 2, 6, 7, 8 nesou pozitivní vliv ve vývoji komunikace dítěte. Tyto body napomáhají rodičům i dítěti zvládnout nově vzniklou životní situaci za takových podmínek, které jsou pro ně přijatelné. Služby rané péče i speciálně pedagogických center, využívání kurzů znakového jazyka či mobilních aplikací a vhodný výběr předškolního zařízení jsou všechno skutečnosti, které usnadňují rozvoj komunikace. Pro samotného participanta znamená podnětné rodinné prostředí a aktivní logopedická péče taktéž

pozitivní faktory ovlivňující jeho vývoj. Naopak zdravotní komplikace či další přidružené postižení může celkový vývoj a rozvoj komunikace negativně ovlivnit.

5 Diskuze

Pro zodpovězení na stěžejní výzkumnou otázku této práce, která zní: „*Jakou roli zastupuje znakový jazyk ve vývoji komunikace u dětí se sluchovým postižením raného věku?*“ výzkumník sestavil dvě dílčí výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1, která se ptá: „*Jak probíhal vývoj komunikace u jednotlivých participantů?*“ sloužila k popsání vývoje komunikace u vybraných participantů. Výzkumná otázka č. 2, jenž zní: „*Čím je ovlivněn rozvoj mluvené řeči u jednotlivých participantů?*“ napomohla doplnit obraz celého vývoje komunikace u dané skupiny.

Z výzkumného šetření vyplývá, že osvojování si mluveného a znakového jazyka je u každého případu výzkumného vzorku individuální. Naším cílem není určit a popsat ideální model vývoje komunikace za používání znakového jazyka, nýbrž vytvořit materiál, z kterého by bylo patrné, jaké místo zaujímá znakový jazyk při osvojování si mluveného jazyka.

Z časových os, které jsou vytvořeny u každého jednoho informanta lze vyčíst, že znakový jazyk je pro rodiče v začátcích vzniklé životní situace jediným prostředkem komunikace mezi ním a dítětem, kterému byla diagnostikována sluchová vada později kompenzovaná sluchadly. Po kompenzaci sluchové vady sluchadly dochází k období, kdy znakový jazyk dává rodiči jedinou možnost dozvědět se momentální rozpoložení a potřeby svého dítěte. Dítě tak získává první zkušenost využívat komunikační prostředek ke kontaktu s okolím. Na této zkušenosti pak může dítě stavět svůj další komunikační vývoj a mít dobrý základ pro osvojení si mluveného slova. V případě, že dítě nevyužívá znaky pro komunikaci s okolím stále, dostává alespoň dostatek podnětů prostřednictvím znakového jazyka od rodičů k tomu, aby pochopilo význam komunikačních prostředků. Konkrétněji, dítě chápe, že znak mu sděluje informaci. U dětí, které aktivně tvoří znaky lze předpokládat, že pochopili také, že prostřednictvím znaků lze navázat sociální kontakt s okolím.

Po kochleární implantaci došlo u všech participantů k pokroku ve vývoji komunikace. V žádném z případů nedošlo k pozastavení či degradaci vývoje o nižší stupeň. Rodiče rozhodující se, zda je vhodné své dítě nechat implantovat a jejichž obavy pramení právě ze strachu o průběhu komunikačního vývoje dítěte, mohou z této práce vycházet.

Na základě časových os je zcela jasné, že u všech informantů došlo k rozvoji mluvené řeči. Informanti ve své komunikaci vyslovují slova, která jsou schopni skládat do vět. I v tomto ohledu mívají rodiče dětí se sluchovým postižením jisté obavy, které může toto výzkumné šetření vyvrátit. Rodiče těchto dětí se často rozhodují, zda vůbec znakový jazyk do komunikace s dítětem zařadit. Ve výsledcích výzkumného šetření lze vyčíst, že znakový jazyk v žádném z případů nebrání k rozvoji mluveného jazyka, jelikož všichni participanti dosáhli ve vývoji bodu „první vyslovená slova“ a „první vyslovené věty“. Z toho vyplývá, že v uvedených případech bylo dítě schopno přejít z používání znakového jazyka k mluvenému jazyku. Ve výzkumném vzorku se objevují i takoví informanti, kteří zvládají při komunikaci využívat prvky obou zmíněných jazyků. Znakový jazyk také v mnoha případech slouží jako doplněk mluveného jazyka, jenž obsahuje nové, těžké či pro dítě neznámé pojmy.

Výzkumné šetření ukázalo, že ne u všech participantů převládá mluvené slovo nad znakováním. Avšak hlavním cílem ve vývoji komunikace není dojít k bodu, kdy dítě plně opustí znakování, ale aby dokázalo využít takových komunikačních prostředků, které mu zajistí plnohodnotnou komunikaci, možnost navázání mezilidských vztahů, možnost odstranit riziko sociální izolace a uspokojit tak jednu ze svých základních lidských potřeb.

Výzkumník se také zabýval faktory, jež mohou ovlivnit vývoj komunikace u dané cílové skupiny. Tím ve své podstatě pojmenoval potřeby rodiny v období využívání služeb rané péče. S touto částí výzkumných výsledků by se dalo pracovat v dalších výzkumech. Do jaké míry vymezené faktory působí na vývoj komunikace dítěte či jaká je doba působení těchto faktorů. To by se dalo dále zkoumat prostřednictvím dalšího výzkumného šetření, jehož výsledkem by byl přehled nabízených služeb, které by rodiče s dětmi, spadající do cílové skupiny této práce, mohli využívat.

Závěr

Jednou ze základních lidských potřeb je navazování mezilidských vtaů a udržování se v sociální interakci se svým okolím. K naplnění této potřeby používá intaktní část společnosti mluvený jazyk. U jedinců se sluchovým postižením je proces osvojování si mluveného jazyka ztížen právě sluchovou vadou. Ti jedinci se sluchovým postižením, kteří podstoupili kochleární implantaci, tvoří výzkumný vzorek výzkumu této diplomové práce. Zmínění jedinci prochází v porovnání s jedinci intaktními složitější cestou k dosažení osvojení si mluveného jazyka. A právě role znakového jazyka v rozvoji komunikace těchto jedinců byla ústředním tématem této práce.

Teoretické poznatky této práce jsou rozděleny na oblast sluchového postižení, komunikace a rané péče. Začátek teorie začíná u definování problematiky sluchového postižení a pokračuje přes charakteristiku sluchových vad až k jejich kompenzaci. Část věnovaná komunikaci vymezuje základní pojmy a dále se zabývá procesem osvojování znakového i mluveného jazyka. Popisuje specifika osvojování si mluveného jazyka u osob se sluchovým postižením a u osob s kochleárním implantátem. Teoretickou část zakončuje kapitola věnovaná tématu rané péče především z důvodu věkového vymezení cílové skupiny a také místem realizace sběru dat pro výzkumné šetření.

V empirické části je pozornost věnována výzkumnému šetření probíhajícímu v rámci kvalitativního přístupu. Zvolenou metodou pro výzkumné šetření je analýza dokumentů dětí, jenž využívají služeb nabízených Centrem pro dětských sluch v Olomouci. Cílem této práce bylo poukázat na roli znakového jazyka v rozvoji komunikace u stanovené cílové skupiny. Ke splnění tohoto cíle se prostřednictvím výzkumného šetření hledaly odpovědi na výzkumné otázky.

Z výzkumného šetření vyplývá, že znakový jazyk zaujímá podstatnou roli v rozvoji komunikace u stanovené cílové skupiny. Vliv znakového jazyka na rozvoj komunikace je bezpochyby pozitivní.

Tato práce by mohla sloužit jako materiál, který by využívali poradci rané péče při pomoci usnadnit rodičům rozhodování o tom, který druh komunikace s dítětem zvolit, popřípadě jako ukázka toho, jak probíhá vývoj komunikace u dětí po kochleární implantaci. Důvody, proč by tato práce mohla sloužit jako dobrý a důvěryhodný podklad, jsou následující: výzkumný vzorek tvoří rodiny, které se nacházely ve stejné životní situaci

jako rozhodující se rodiče. Výzkumná část zabývající se danou problematikou je podložena o teoretické poznatky, které výzkumník čerpá z odborné literatury.

Seznam bibliografických citací

1. ACREDOLO, Linda P. a Susan GOODWYN. *Baby signs: how to talk with your baby before your baby can talk*. Updated 3rd ed. New York: McGraw-Hill, c2009. ISBN 9780071615037.
2. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024730080.
3. Brožura společnosti Abionic: *Návrat do světa zvuku s kochleárním implantátem. Průvodce pro zájemce o kochleární implantát*. Praha: Abionic.
4. FENCLOVÁ, Jana. Pokud by se lékař bál, tak by nemohl operovat: Rozhovor s doc. MUDr. Zdeňkem Kabelkou, Ph. D., Z CKID PRAHA. *Dětský sluch: Bilaterální kochleární implantace*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2015, 2015(1).
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 9788022323918.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026209829.
7. HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Třetí upravené vydání. Praha: Septima, 2016. ISBN 9788072163458.
8. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026200840.
9. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 8024711109.
10. KUTÍNOVÁ, Zdeňka. *Sociální komunikace a její struktura: metodická příručka*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 2015. ISBN 9788086302485.
11. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8073670569.
12. LANGER, Jiří. *Úvod do pedagogiky osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 9788024437453.
13. LANGER, Jiří. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 9788024437026.

14. MACUROVÁ, Alena. *Dějiny výzkumu znakového jazyka u nás a v zahraničí*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, c2008. ISBN 9788087218006.
15. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678593.
16. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
17. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka a Jana BARVÍKOVÁ. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009. ISBN 9788086792231.
18. NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 9788074355004.
19. NOSKOVÁ, Milena. *Produkce řeči u zdravého dítěte a u dítěte prelingválně neslyšícího po kochleární implantaci*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013. ISBN 9788073944391.
20. PITNEROVÁ, Pavla. *Role komunikace v procesu integrace žáka se sluchovým postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 9788021075962.
21. POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Pojmotvorný proces u dětí se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 9788024449210.
22. REGEC, Vojtech a Kateřina KROUPOVÁ. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 9788024432038.
23. RŮŽIČKOVÁ, Kamila a Jitka VÍTOVÁ. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 9788074354243.
24. SAICOVÁ ŘÍMALOVÁ, Lucie. *Osvojování jazyka dítětem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 9788024633411.
25. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073677787.
26. SLÁNSKÁ BÍMOVÁ, Petra a Lenka OKROUHLÍKOVÁ. *Rysy přirozených jazyků: český znakový jazyk jako přirozený jazyk ; Lexikografie : slovníky českého znakového jazyka*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, c2008. ISBN 9788087153918.

27. SVOBODOVÁ, Karla. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. 2. vyd. Ilustroval Danuše PLAJNEROVÁ. Praha: Septima, 2005, 151 s. ISBN 8072162144.
28. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 9788075600547.
29. ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673130.
30. TRANOVÁ, Barbara, ed. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: vybrané příspěvky z kurzu "Poradce rané péče"*. Praha: Středisko rané péče, 1998. ISBN 8023832670.
31. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 8024410885.
32. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073673871.

Legislativní zdroje

1. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*.
2. Zákon č. 428/2008 Sb., *o znakové řeči a o změně dalších zákonů*.

Elektronické zdroje

1. BRAGG, Lois. *Visual-kinetic communication in Europe before 1600: A survey of signs lexicons and finger alphabets prior to the rise of deaf education*. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1997, 2(1). [online] [cit. 2018-02-15] Dostupné z: <<https://academic.oup.com/jdsde/article/2/1/1/451560>>.
2. *Kochleární implantáty*. [online] [cit. 2018-12-05] Dostupné z: <<http://www.cochlear.com/wps/wcm/connect/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>>.
3. MOORE, David and Robert SHANNON. *Beyond cochlear implants: awakening the deafened brain*. *Nat Neurosci*. 2009. [online] [cit. 2018-04-18] Dostupné z:

<https://www.researchgate.net/publication/26242689_Beyond_Cochlear_Implants_Awakening_the_Deafened_Brain>.

4. *Raná péče pro Moravu a Slezsko*. [online] [cit. 2018-03-20] Dostupné z: <<http://www.detskysluch.cz/sluzby/rana-pece-morava-a-slezsko#tab-1>>.
5. *Vývoj znakového jazyka u neslyšících dětí*. [online] [cit. 2018-03-05] Dostupné z: <<http://ruce.cz/clanky/127-vyvoj-znakoveho-jazyka-u-neslysicich-deti>>.
6. WASS, Malin. *Children with Cochlear Implants: Cognition and Reading Ability*. 2009. [online] [cit. 2018-05-06] Dostupné z: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c741/e01b563cc23090b3aff6512fda23f5eb2e4f.pdf>> .

Seznam použitých zkratk

BERA = Brainstem Electric Response Audiometry

CKID = Centrum kochleární implantací u dětí

ERA = vyšetření evokovaných sluchovým potenciálů

SPC = speciálně pedagogické centrum

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Klasifikace sluchových vad dle velikosti sluchové ztráty (WHO, 1980)

Seznam časových os

Časová osa č. 1: Vývoj komunikace participanta č. 1

Časová osa č. 2: Vývoj komunikace participanta č. 2

Časová osa č. 3: Vývoj komunikace participanta č. 3

Časová osa č. 4: Vývoj komunikace participanta č. 4

Časová osa č. 5: Vývoj komunikace participanta č. 5

Časová osa č. 6: Vývoj komunikace participanta č. 6

Časová osa č. 7: Vývoj komunikace participanta č. 7

Časová osa č. 8: Vývoj komunikace participanta č. 8

Časová osa č. 9: Vývoj komunikace participanta č. 9

Časová osa č. 10: Vývoj komunikace participanta č. 10

Seznam příloh

Příloha č. 1: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 1

Příloha č. 2: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 2

Příloha č. 3: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 3

Příloha č. 4: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 4

Příloha č. 5: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 5

Příloha č. 6: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 6

Příloha č. 7: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 7

Příloha č. 8: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 8

Příloha č. 9: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 9

Příloha č. 10: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 10

Přílohy

Příloha č. 1: Vybraná data z dokumentace participanta č. 1

Participant č. 1

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- holčička
- při nástupu do RP: 7 měsíců (červen 2014)
- ukončení RP: 3 roky 5 měsíců (duben 2017)
- diagnóza: vrozená oboustranná hluchota geneticky podmíněna (mutace v genu pro Connexin 26) – novorozenecký screening
- rodinná anamnéza: sluchové postižení se v rodině nevyskytuje
- kompenzační pomůcky: **sluchadla** (květen 2014), **oboustranná KI** (prosinec 2014)
- vývoj komunikace:
 - mluvená řeč podpořena pomocí znaků znakového jazyka (mobilní aplikace se slovníkem znaků, maminka účastník kurzu ZJ, logopedická péče v SPC)
 - od **června 2014** komunikace probíhala mluvenou řečí za pomoci znaků ZJ
 - na znaky holčička reaguje hezky, pozorně, sleduje postavení rukou i obličeje mluvčího
 - po 3 měsících (**srpen 2014**) používání znaků začíná holčička **rozumět prvním znakům** (papat, křupka, pití, ptáček)
 - po 5 měsících (**říjen 2014**) používání znaků, začíná rozumět 30 znakům
 - po 5 měsících používání znaků **začíná aktivně vytvářet 4 znaky** (holčička jeví zájem o něco nového, o pojmenování okolí, učenlivá, bystrá)
 - po 9 měsících (**srpen 2015**) (1 a tři čtvrtě věku) používá 90 znaků, které **skládá do vět o 2-3 znacích** + **první vyslovené slova** (ahoj, houpy, hají)

- **srpen 2015:** znaky s doprovodem vyslovovaného slova – převažuje však aktivní znakový slovník nad mluveným
- **říjen 2015:** porozumění některých vět bez doprovodu znaků, učení se stále nových znaků, věty doplňovala slovně
- **prosinec 2015:** aktivní slovní zásoba téměř 50 slov
- **únor 2016:** velký rozvoj slovní zásoby, objevovaly se již **věty o dvou slovech**, nové znaky se již neučila
- **duben 2016:** **přirozené opouštění znaků**
- **červen 2016:** mluvený slovník převažuje nad znakovým, rychlý nárůst nově vyslovovaných slov
- **duben 2017:** znaky v komunikaci se nevyužívají, slovní porozumění holčičky je na dobré úrovni, rozumí i TV, telefonuje, mluví v souvislých větách, správně používá ženský a mužský rod, správně skloňuje, používá zájmena, spojky
- vývojové integrované škály: (k únoru 2017)
 - **kalendářní věk:** 39 měsíců
 - **sluchový věk:** 25 měsíců
 - **aktuální úroveň** (sluchové vnímání, receptivní řeč, expresivní řeč, hlas a výslovnost): 35-36 měsíců
- vzdělávání dítěte:
 - **od září 2016:** běžná mateřská škola (metodické vedení zajišťuje SPC)

Příloha č. 2: Vybraná data z dokumentace participanta č. 2

Participant č. 2

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- chlapec
- při nástupu do RP: 4 měsíce (červen 2014)
- ukončení RP: 3 roky 7 měsíců (říjen 2017)
- diagnóza: vrozená oboustranná velmi těžká nedoslýchavost (vyloučena genetická příčina mutace v genu pro Connexin 26), tupozrakost (říjen 2015)
- zdravotní anamnéza: předčasný porod v 28. týdnu – v inkubátoru a na kyslíku více než 1,5 měsíce, váha 1140 g, aplikována Vojtova metoda, novorozenecký screening odhalil SP
- rodinná anamnéza: v rodině se sluchové postižení nevyskytuje
- kompensační pomůcky: **sluchadla** (srpen 2014), **oboustranná KI** (duben 2015)
- dlouhodobý cíl: rozvoj komunikace a sluchového vnímání chlapce
- vývoj komunikace:
 - **srpen 2014**: mluvena řeč doprovázena znaky ze strany rodičů
 - **říjen 2014**: chlapeček pozorný, sleduje obrázky, znaky i obličej mluvčího
 - **listopad 2014**: znaky, gesta, mimika, mluvení do ručičky
 - **únor 2015**: maminka stále doplňuje mluvenou řeč znaky, chlapeček pravděpodobně **chápe 3 znaky** (máma, táta, motýl)
 - **duben 2015**: stále aktivně sleduje znaky, pravděpodobně rozumí, ale aktivně neukáže, znaky chlapec neopakoval a nepoužíval, ale maminka je vytrvale do komunikace zařazovala

- **květen 2015:** po KI nižší zájem o sledování znaků (zdravotní komplikace po operaci), pravděpodobně ale chápe, že znak mu sděluje informaci
- **červen 2015:** po 2. nastavení se začal chlapeček mnohem více projevovat (používá „aaa“, které dříve nepoužíval)
- **červenec 2015:** reaguje na mnoho zvuků i na zavolání, na nový zvuk je lekavý – časem si zvyká, Lingovy hlásky – reakce chlapce na všechny hlásky, komunikace pomocí interaktivní knížky, chlapec je velice bystrý, sleduje znaky, seznamuje se se zvuky
- **září 2015:** u některých zvuků pláče (nemusí být nové), napodobuje citoslovce (auta, krávy), rozumí 3 znakům (*papat, slyším, tyty*), viditelná snaha u chlapečka mluvit než znakovat, Lingovy hlásky vyzkoušeny ze 3metrů – reakce jen při prvním zvuku, poté již není pro chlapce zajímavý
- **říjen 2015:** na slovní pokyn ukáže spoustu zvířat i bez doprovodu znaku, pasivní slovní zásoba cca 60 slov (bez doprovodu znaků), ze strany tatínka důraz na znaky – proto se chlapec rychle nyní vše učí, rychlejší reakce, stále používá citoslovce „bů, brm brm“, na slovní pokyn reaguje ukázáním na věc, zvládá nácvik i bez zrakové opory, Lingovy hlásky – otočení na všechny z 1 m
- **listopad 2015:** porozumění 70 slovům bez doprovodu znaků, ukáže pojmenované předměty i na velmi složitých obrázkových knížkách, **rodiče od znaku pomalu upouštějí**, rodiče vnímají, že jim syn rozumí, rozvoj pasivní slovní zásoby
- **únor 2016:** aktivní logopedická péče, žvatlání, slabiky (*mamama, bababa, chi, dědě*) pasivní slova (cca 120 slov) – na otázku „Kde je postel?“ Ukáže, rozumí 6 jednoduchým slovním pokynům bez znaků, seznámení s Lingovými hláskami – chlapec se rychle naučil všechny ukazovat, zopakoval hlásku *l*
- **duben 2016:** pasivní slovní zásoba na vysoké úrovni, aktivní znaková i slovní zásoba se nerozvíjí, znaky rodina nepoužívá, první slova (*papat, banán*) nesrozumitelně, učení se protikladů a rozpoznávání barev, dle integrovaných škál není opoždění v řeči příliš velké, šepot nebo řeč střední hlasitosti – porozumění velmi dobré, porozumění složitějším pojmům, rozeznání barev a protikladů

- **červen 2016:** žvatlání (hlavně když má prostor a klid), zpívání na logopedii, pozná 4 základní barvy dle pojmenování, chápe jednoduché pokyny, porozumění na vynikající úrovni, dobrá orientace v prostoru, chlapec reaguje na velmi tiché tóny, chlapec si začíná hrát s jazykem, mluvidly, intonací, artikulací, ze strany maminky povídání příběhu a jeho posloupnosti, koncem měsíce chlapec zopakoval po mamince první slovo
- **červenec 2016:** **první vyslovená slova** (cca 20 slov), používá především citoslovce zvířat (*pipi, kvak, koko, bú, baf, uá..*) a další slova (*banán, titi, brm, papat, máma, bába, bác*), porozumění na vynikající úrovni – neuvěřitelná pasivní slovní zásoba, často pozpěvuje, žvatlá, maminka ukazuje, seřazuje a vypráví příběh – zájem o tuto aktivitu, perfektní porozumění i paměť
- **září 2016:** chlapec vše opakuje, přečte číslice do 10, pozná některá písmenka; rozumím krátkým souvětím a jednoduchým otázkám, přečte číslice 1-10 a některá písmena, aktivní slovní zásoba cca 200-300 slov, velmi dobré porozumění, aktivní slova nespojuje, spíše podstatná jména než slovesa, spíše opakuje nebo čeká na zahájení slovní interakce, integrované škály – veliký posun
- **říjen 2016:** chlapec přečte všechna písmenka, povídá více sám, **jednoduché věty nebo spojení o dvou slovech**
- **listopad 2016:** chlapec nyní vše komentuje, používá běžně dvouslovné věty či slovní spojení, správně skloňuje, používá zdvojnásobky, pozná a správně přiřadí předložky, reaguje na všechny zvuky i na šeptanou řeč, odpovídá bez odezírání, také šeptá
- **prosinec 2016:** umí počítat do 20, školka v řešení
- **leden 2017:** mluví ve větách
- **únor 2017:** pojmenuje všechny dopravní značky, řekne básničku
- **duben 2017:** podezření na Aspergerův syndrom, chlapec čte dvojciferná čísla, zkontaktováno SPC pro PAS
- **červen 2017:** chlapec krásně komunikuje, vše komentuje
- integrované vývojové škály: (k září 2016)
 - **korigovaný věk:** 28 měsíců
 - **sluchový věk:** 17 měsíců

- **aktuální** úroveň v oblastech sluchového vnímání, receptivní řeči, expresivní řeči a hlasu a výslovnosti: 19-24 měsíců
- vzdělání dítěte:
 - vhodný výběr mateřské školy!
 - **Na začátku roku 2017:** soukromá miniškolka – nezapojoval se, neseděl s ostatními u stolečku, při společných aktivitách si hrál sám
 - **září 2017:** přijat do soukromé školky – odmítnutí díky podezření na PAS, M3 pro děti se sluchovým postižením, v průběhu roku zvažuje zařazení do běžné MŠ s asistentem pedagoga.

Příloha č. 3: Vybraná data z dokumentace participanta č. 3

Participant č. 3

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- holčička
- při nástupu do RP: 5 měsíců (leden 2014)
- ukončení RP: 4 roky a 1 měsíc (září 2017)
- diagnóza: praktická hluchota
- rodinná anamnéza: v rodině se sluchové postižení nevyskytuje
- kompensační pomůcky: **sluchadla** (únor 2014), **jednostranný kochleární implantát** (duben 2015)
- vývoj komunikace:
 - od začátku pěkný zrakový kontakt, pozoruje tvář mluvčího, maminka používala znaky již od začátku (aplikace Znakujte s námi)
 - **duben 2014**: maminka se učí znakový jazyk přes aplikaci, kartičky s obrázky, které maminka ukazuje, sluchadla špatně nastavená – pískají
 - **květen 2014**: logopedická intervence, sluchadla stále pískají, větší zájem o znaky – hračky pro rozvoj komunikace
 - **červenec 2014**: sluchadla nepískají, zájem o znaky (kniha – První slova) → zapojení tatínka do komunikace pomocí znaků; orientační zkouška sluchu pomocí hudebních nástrojů – Ano, reagovala, Lingovy hlásky (a, u) NE
 - **srpen 2014**: otočí se na zavolání, **aktivně ukazuje 4 znaky** (hodiny, dům, světlo...), sleduje mluvčího, gesta napodobuje
 - **říjen 2014**: maminka začíná ukazovat krátké věty (podstatné jméno + sloveso)

- **prosinec 2014:** aktivní zájem o znaky, na otázku: „*Kde je vlak?*“ – ukázala obrázek → rozumí jednoduchým otázkám
- **leden 2015:** skoro 90 aktivních znaků, zamítnutí KI v Brně
- **únor 2015:** aktivní znaky, 10 slov, odpovědi na zvuky/citoslovce zvířat (k obrázku zvířete dokáže přiřadit citoslovce)
- **duben 2015:** **implantace** na pravé ouško
- **červen 2015:** lépe reagovala před KI, maminka na ZJ stále využívá aplikaci, začíná používat věty, po 2. nastavení implantátů **opakuje slova**
- **červenec 2015:** necelé 2 měsíce po nastavení, zvládá činnost na úrovni 6měsíců po nastavení, opakování slov
- **srpen 2015:** říká 10 slov a více, srozumitelné, opakuje několikanásobná slova, aktivní logopedická péče, Lingovy hlásky opakuje (NE i a s) z 0,5m
- **říjen 2015:** trénink Lingových hlásek, opakování slov
- **listopad 2015:** na otázku neodpovídá, jen opakuje, pokroky v porozumění
- **leden 2016:** používá izolovaná slova, **minimálně znaky**
- **duben 2016:** **jednoduché krátké věty**, někdy si pomůže znakem, znaky používá jen u těžkých nebo nových slov, ve vývoji po implantaci nejméně 2 měsíce napřed
- **červen 2016:** aktivní logopedická péče, trénink odezírání
- **srpen 2016:** několikaslovní věty, porozumění významu slov
- **listopad 2016:** mluví ve větách, na otázky odpovídá, trénink abstrakce
- **únor 2017:** konverzace na dané téma, velká slovní zásoba, básničky, převyprávění pohádky/příběhu
- **září 2017:** zařazena do běžné MŠ

Příloha č. 4: Vybraná data z dokumentace participanta č. 4

Participant č. 4

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- chlapec
- při nástupu do RP: 5 měsíců (září 2015)
- ukončení RP: neukončeno
- diagnóza: Connexin 26
- kompenzační pomůcky: **sluchadla** (prosinec 2015)
- vývoj komunikace:
 - **září 2015**: za pomocí aplikace Znakujte s námi chce maminka využít základní znaky
 - **říjen 2015**: učení znaků z aplikace, používají je aktivně, sleduje ruce a udržuje oční kontakt, předběžný zájem o jednodenní kurz ZJ
 - **listopad 2015**: rodiče komunikují pomocí znaků (používají pojem „slyším“), používání znaků doprovázeno mluvením, chlapec pozorný, udržuje oční kontakt jak na tváři mluvčího, tak na ruce
 - **prosinec 2015**: hraní si s hlasem, **pozná znak** „koiť“, „žbluňk“, „máma“, rodiče vytvářejí věty pomocí znaků, velice bystrý, se zájmem sleduje
 - **leden 2016**: komunikační deník na vyžádání logopedky, chlapec chápe, že mu znak sděluje informaci (není potřeba navázat oční kontakt a být v zorném poli chlapce), moc hezky vnímá znaky a obrázky zároveň
 - **únor 2016**: reaguje na hluboké i vysoké zvuky, otočí se na zavolání, rodiče používají v komunikaci stále velmi aktivně znaky, chápe co znak znamená

a ukáže na předmět, se sluchadly žvatlá, rodiče používají pojem „slyším, neslyším“, porozumění některým znakům, reakce na zvuky

- **březen 2016:** rozumí některým znakům, slovně rozumí „ne-nechej, ukaž,“ otočení za zavoláním maminky, reakce spíše na vysoké zvuky, zařazení Lingových hlásek, žvatlaní (aaa,eee), na hlas hlasově neodpoví
- **duben 2016:** rozezná 5 Lingových hlásek
- **květen 2016:** **aktivní používání znaku** (pejsek) doprovázeno slabikami (aaaa), pasivní slovní zásoba více než 20 slov, trénink Lingových hlásek, 27.5. KI, po implantaci rozvoj aktivních znaků
- **červen 2016:** aktivní používání znaků (20-30), **dokáže vést s maminkou rozhovor ve znakovém jazyce**
- **srpen 2016:** žvatlání, aktivně používá znaky, reaguje na všechny Lingovy hlásky, mluvené slovo se snaží opakovat,
- **září 2016:** **první mluvená slova**/slabiky, 80 znaků aktivně, 120 pasivně, Lingovy hlásky rozezná – problém se S a Š, příběh převypráví pomocí znaků
- **říjen 2016:** rozezná všechny Lingovy hlásky bez odezírání, aktivní slovní zásoba: 18 slov či citoslovcí, **spojuje dvě slova**
- **listopad 2016:** porozumění mluvené řeči, stále používá aktivní znaky
- **leden 2017:** aktivní znaky, gesta, vypravování příběhu pomocí znaků, rozumí pokynům
- **únor 2017:** stále si povídá pro sebe, vytváří zvuky, pojmenovává věci kolem sebe (cca 30 citoslovcí), začíná nahrazovat znaky slovy, **rodiče od znakování upouštějí**
- **duben 2017:** používá aktivně 60-70 slov, pojmenování či citoslovcí, porozumění bez znaků
- **červen 2017:** rozumí běžným pokynům, znak ještě použije, ale více spoléhá na slova, velká pasivní slovní zásoba
- **srpen 2017:** aktivní logopedická péče, básničky v doprovodu znaku, slova opakuje, trénování sloves
- **říjen 2017:** nástup do MŠ speciální, později v plánu integrace
- **listopad 2017:** opakování slov, gest

Příloha č. 5: Vybraná data z dokumentace participanta č. 5

Participant č. 5

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- holčička
- při nástupu do RP: 2 roky 4 měsíce (říjen 2015)
- ukončení RP: neukončeno
- diagnóza: novorozenecký screening v pořádku, podezření na SP v červnu 2015, oboustranná těžká ztráta sluchu a rozpad řeči. Komorová tachykardie, 1 roce začala říkat první slova (babi, mami, tati, zvuky zvířat, svoje jméno), v červnu 2015 přestala reagovat na některé zvuky, zastavil se rozvoj řeči – přestala říkat slova, která zná
- rodinná anamnéza: sluchové postižení se v rodině nevyskytuje
- kompensační pomůcky: **sluchadla** (září 2015), **oboustranná KI** (září 2016)
- vývoj komunikace:
 - **září 2015**: aplikována sluchadla- lépe reaguje na zvuky, **holčička používá aktivně znaky**
 - **prosinec 2015**: používání znaku „Slyším.“, chápe izolované znaky, ale sdělení ještě ne
 - **leden 2016**: aktivní logopedická péče, z psychologického vyšetření vyplývá, že zaostává v komunikaci a má to vliv na její myšlení
 - **březen 2016**: orientuje se a komunikuje lépe pomocí znaků, na řeč nereaguje

- **duben 2016:** převyprávění pohádky ve ZJ
- **květen 2016:** reaguje na nové znaky, **znaky spojuje do jednoduchých vět**, básničky ve ZJ, problémy s porozuměním řeči, snaží se opakovat slova
- **červen 2016:** snaha učit nové zvuky + nácvik odezírání
- **červenec 2016:** více reaguje na zvuky, první zopakované slovo
- **srpen 2016:** **vyslovená 2-3 nová jednoslabičná slova**, znaky doplňuje výraznou mimikou + pantomimou, maminka znakuje v několikaslovných větách a dcera dobře rozumí, použití vět o dvou znacích, zlepšení v odezírání – zopakuje alespoň 10 zvířat
- **září 2016:** nástup do MŠ, ráda popisuje, co vidí
- **září 2016:** **implantace**
- **listopad 2016:** komunikativní, dokáže živě převyprávět příběh ve ZJ, menší problém s dějovou posloupností
- **leden 2017:** začíná rozpoznávat zvuky zvířátek, začíná opakovat slova, umí 315 znaků z aplikace
- **únor 2017:** aktivně používá okolo 40 slov (včetně citoslovcí), známá slova rozpozná bez odezírání
- **březen 2017:** dobré porozumění, slyší a reaguje na reprodukovanou řeč
- **duben 2017:** **aktivní mluvená řeč**, dopomáhá si znaky

Příloha č. 6: Vybraná data z dokumentace participanta č. 6

Participant č. 6

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- chlapec
- při nástupu do RP: 1 rok 9 měsíců (únor 2016)
- ukončení RP: neukončeno
- diagnóza: těžké sluchové postižení, srdeční vada – muskulární defekt komorového septa, v 18 měsících defekt zavřen – sluch se postupně zhoršuje, novorozenecký screening se nepodařilo naměřit, v půl roce vyšetření na audiofonu – výsledek, že slyší, v roce špatné reakce na zvuky, v roce a půl znovu vyšetření na audiofonu – oboustranná sluchová vada
- rodinná anamnéza: sluchové postižení se v rodině nevyskytuje
- kompenzační pomůcky: **sluchadla** (prosinec 2015), **oboustranná KI** (duben 2016)
- vývoj komunikace:
 - **březen 2016**: rodiče v komunikaci s chlapcem používají znaky, **chlapec umí asi 5 zvířátek**
 - **duben 2016**: **implantace**
 - **květen 2016**: do znakování zapojena celá rodina
 - **červen 2016**: **aktivní používání znaků**, dokáže si ukázat, co potřebuje, vytváří si svoje znaky
 - **červenec 2016**: větší rozvoj aktivních znaků
 - **srpen 2016**: začíná slabikovat, povídat
 - **říjen 2016**: aktivní znakování
 - **listopad 2016**: přestává používat některé znaky a používá první slabiky

- **únor 2017:** **první aktivně použitá slova**, rozeznání tichého a hlasitého mluvení
- **duben 2017:** rozvoj aktivní slovní zásoby (20 slov), opakuje slabiky, porozumění pokynům, rozhovorům apod., **znakování ustupuje**, rozvoj pasivní slovní zásoby, rodiče začínají používat jednoduché věty
- **květen 2017:** rozvoj aktivní slovní zásoby, začíná napodobovat intonaci, rozumí bez odezírání ze vzdálenosti 1m
- **září 2017:** nástup do MŠ bez problémů, rozumí i některým pokynům, dává přednost mluvenému slovu, rád si hraje s melodií a intonací hlasu
- **říjen 2017:** rozvoj pasivní slovní zásoby a **krátkých vět**
- vývojové integrované škály (únor 2016):
 - **kalendářní věk:** 19 měsíců
 - **sluchový věk:** 3 měsíce
 - **aktuální úroveň** (sluchové vnímání, receptivní řeč, expresivní řeč, hlas a výslovnost)

Příloha č. 7: Vybraná data z dokumentace participanta č. 7

Participant č. 7

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- chlapec
- při nástupu do RP: 7 měsíců (červen 2014)
- ukončení RP: 3 roky 1 měsíc (leden 2017)
- diagnóza: ve 3 měsících diagnostikována velmi těžká vrozená vada sluchu
- rodinná anamnéza: v rodině byl prokázán Conexin 26, v rodině se sluchové postižení nevyskytuje, komplikovaný porod, proveden screening sluchu v porodnici celkem 4x – pokaždé nevýbavný
- komenzační pomůcky: **sluchadla** (duben 2014), **oboustranná KI** (listopad 2014)
- vývoj komunikace:
 - **březen 2014**: maminka umí pár znaků, zájem o kurz ZJ (celá rodina i prarodiče)
 - **srpen 2014**: chlapec sleduje obličej i ruce mluvčího, rodina stále používá základní znaky
 - **říjen 2014**: více vnímavý na znaky, **začal používat asi dva znaky** (světlo, větrník), **na znaky reaguje**
 - **listopad 2014**: seznámení s Lingovými zvuky, chlapec pozoruje znaky, sleduje obličej mluvčího, **implantace**
 - **prosinec 2014**: rodina začíná používat znaky ve spojení podstatného jména + slovesa a začleňuje otázky *co?* a *kde?*
 - **leden 2015**: rozumí několika základním instrukcím
 - **únor 2015**: velké porozumění mluvené řeči, reakce na všechny Lingovy zvuky, slabikuje

- **březen 2015:** začíná opakovat slova, zdvojuje slabiky, při komunikaci používá stále slova doprovázené znakem
 - **duben 2015:** sám upozorňuje za zvuky, opakuje slova, ze strany rodiny podpora mluvené řeči + postupné spojování slov do 2slovných vět
 - **červenec 2015:** rozumí základním frázím a pokynům
 - **září 2015:** od srpna **první vyslovená slova**, snaží je spojovat po dvou
 - **říjen 2015:** skvělé porozumění, odpovídá na základní otázky, **maminka už znaky nepoužívá**
 - **únor 2016:** nástup do běžné MŠ s asistentem pedagoga
 - **březen 2016:** Lingovy hlásky – reaguje na všechny i ty vyslovené šepotem,
 - **červen 2016:** **spojování slov do krátkých vět**
 - **říjen 2016:** stále v MŠ bez asistenta pedagoga
- vývojové integrované škály (srpen 2016):
 - **kalendářní věk:** 31 měsíců
 - **sluchový věk:** 20 měsíců
 - **aktuální úroveň** (sluchové vnímání, receptivní řeč, expresivní řeč, hlas a výslovnost): 30 měsíců

Příloha č. 8: Vybraná data z dokumentace participanta č. 8

Participant č. 8

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- chlapec
- při nástupu do RP: 7 měsíců (duben 2009)
- ukončení RP: 6 let a 4 měsíce (leden 2015)
- diagnóza: oboustranná percepční vada sluchu
- rodinná anamnéza: v rodině nebyl prokázán Connexin 26, matka v těhotenství nemoc – betakaroten, paralen.
- kompenzační pomůcky: **sluchadla** (květen 2009) – časté záněty středouší, **KI na levém** (listopad 2010),
- vývoj komunikace:
 - **duben 2009**: reakce na vizuální podněty – sleduje ruce, neudrží zrakový kontakt, od začátku zájem od rodičů o ZJ
 - **květen 2009**: neudrží zrakový kontakt, nejeví zájem
 - **červen 2009**: používání znaků ze strany maminky
 - **srpen 2009**: lepší zrakový kontakt, reaguje úsměvem
 - **listopad 2009**: maminka začala navštěvovat kurz ZJ
 - **prosinec 2009**: **porozumění znakům**
 - **leden 2010**: lepší zrakový kontakt, maminka se snaží pomocí znaků zprostředkovat synovi okolí, **první použité znaky** ze strany chlapce
 - **duben 2010**: velký rozvoj aktivních znaků, chlapec je víc pozorný, udržuje zrakový kontakt, na věci ukazuje prstem a chce znát znak – zájem o znak

- **říjen 2010:** mnohem aktivnější znakování ze strany chlapce, některé znaky ukazuje precizně
 - **listopad 2010:** **implantace**
 - **únor 2011:** poznává základní barvy, chtěl se naučit dvouprstovou abecedu, **znakování dvou i trojslovných vět** bez zvukového projevu
 - **duben 2011:** otáčí se na zavolání svého jména
 - **červen 2011:** porozumění slovům a pokynům, po mamince chce ke každému obrázku říct slovo
 - **srpen 2011:** vyslovuje základní hlásky, řekne máma, velice dobré porozumění slovům, větší používání hlasu, snaží se opakovat slova
 - **říjen 2011:** neverbální složka řeči nadprůměrná, grafomotorika nadprůměrná, stále převládá ZJ, snaží se odezírat
 - **leden 2012:** říká všechny samohlásky, **první vyslovená slova**, slova vyslovuje ve správné intonaci a ve správném počtu slabik
 - **březen 2012:** více používá hlas, slova jsou nezřetelná – vynechává některé souhlásky, nová slova nepřibývají
 - **květen 2012:** stále jednoslabičná slova, více používá znaky – znakuje ve větách, obrázky popisuje znakem
 - **srpen 2012:** dvě nové hlásky – v, p, výborné porozumění, více zapojuje mimiku
 - **říjen 2012:** aktivní logopedická péče, nové hlásky a slovo: v, t, fuk, slovní komunikace je stále stejná
 - **únor 2013:** **rád mluví** – hodně rychle
 - **březen 2013:** docházka do MŠ
 - **duben 2013:** umí poznat a pojmenovat číslovky, umí si říct, co chce a co ne
 - **červen 2013:** hodně zaměřený na jednu aktivitu, nic jiného dělat nechce, těžké ho motivovat
 - **leden 2014:** řeč více srozumitelná, více si hraje se staršími dětmi – s vrstevníky nemá stejné zájmy (vesmír, houby...), umí a pozná všechny písmenka abecedy, umí i číst
 - **duben 2014:** mluví hodně, řeč místy nesrozumitelná
 - **srpen 2014:** umí říct všechna písmenka kromě r, ř,
 - **leden 2015:** 130 IQ, od září nástup do soukromé školy
- integrované vývojové škály (srpen 2014):

- **kalendářní věk:** 5 let 11 měsíců (71 měsíců)
- **sluchový věk:** 43 měsíců
- **aktuální úroveň** v oblastech sluchového vnímání, receptivní řeči, expresivní řeči: 43 měsíců, hlasu a výslovnosti: 37 měsíců

Příloha č. 9: Vybraná data z dokumentace participanta č. 9

Participant č. 9

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- chlapec
- při nástupu do RP: 4 měsíce (říjen 2014)
- ukončení RP: neukončeno
- diagnóza: velmi těžká nedoslýchavost až hluchota, oboustranně
- rodinná anamnéza: v rodině se SP nevyskytuje, přítomen Connexin 26
- kompensační pomůcky: **sluchadla** (listopad 2014), **oboustranná KI** (září 2015)
- vývoj komunikace:
 - **únor 2015**: na znaky reaguje pozorně, sleduje mluvčího, odpovídá úsměvem
 - **březen 2015**: rodina komunikuje s chlapcem pomocí znaků
 - **duben 2015**: **porozumění znakům**
 - **červen 2015**: **aktivní tvoření znaků**
 - **září 2015**: **implantace**, výrazné „rozznakování“ se (20-30 znaků aktivně), aktivní logopedická péče
 - **říjen 2015**: hraje si s hlasem, napodobuje intonaci, stálé používání znaků
 - **prosinec 2015**: některé znaky doprovází citoslovcem,
 - **leden 2016**: dobře rozumí, rodina ke komunikaci méně používá znaky, syn sám znaky využívá, nové znaky i **nová slova**, samohlásková řeč
 - **březen 2016**: používá cca 50 slov, hodně opakuje, samohlásková řeč, **jednoduché dvouslovné věty**

- **květen 2016:** přesnější výslovnost některých slov, nová slova opakuje, používá dvouslovné i trojslovné věty, u nových a těžších slov si dopomáhá znaky, reaguje na pokyny i bez zrakového kontaktu
- **červen 2016:** hodně opakuje slova, aktivně popisuje své minulé zážitky
- **říjen 2016:** používá jednoduché dvouslovné i tříslavné věty, **znaky používá mnohem méně**, spoléhá spíše na mluvenou řeč
- **prosinec 2016:** slova začíná skloňovat, reaguje v dialogu
- **leden 2017:** správné používání záporu
- **březen 2017:** mluví v jednoduchých větách, řeč pro laika nesrozumitelná, rozumí běžným pokynům
- **srpen 2017:** používá aktivně různá slovní spojení, snaží se mluvit ve větách - horší srozumitelnost, hraje si s jazykem
- **září 2017:** nástup do MŠ
- **listopad 2017:** zkouší v rozhovoru oponovat, diskutuje, řeč používána velice přirozeně a přiléhavě k situacím

Příloha č. 10: Vybraná data z dokumentace participanta č. 10

Participant č. 10

porozumění znakům
aktivní tvoření znaků
aktivní skládání znaků do vět
první vyslovená slova
první vyslovené věty
převládá komunikace mluvenou řečí

- holčička
- při nástupu do RP: 2 roky (říjen 2012)
- ukončení RP: 6 let a 1 měsíc (říjen 2016)
- diagnóza: percepční nedoslýchavost, ztráta sluchu oboustranně, pravděpodobně způsobeno cytomegalovirovou infekcí
- rodinná anamnéza: dána do kojeneckého ústavu v Olomouci (listopad 2010), poté pěstounská rodina
- kompenzační pomůcky: **sluchadla** (říjen 2011), **KI na pravém uchu** (říjen 2013)
- vývoj komunikace:

V době, kdy byla umístěna do Kojeneckého ústavu, byly poskytovány služby Rané péče na podnět pracovníků ústavu (od června 2011 do prosince 2012) – poté převzata do pěstounské péče.

- **červen 2011**: personál komunikuje za doprovodu znaku
- **leden 2012**: **první použitý znak** (papa), neudrží zrakový kontakt
- **březen 2012**: oční kontakt příliš nenavazuje
- **duben 2012**: reaguje na zavolání
- při skončení RP v Kojeneckém ústavu v Olomouci pasivně **rozuměla několik znakům** a **sama ukazovala jeden znak**
- **červenec 2012**: rodina znakuje i mluví
- **srpen 2012**: první použité slabiky (mama, ba ba), reaguje na několik slov – odezírá je bez pomoci znaků,

- **listopad 2012:** **první vyslovená slova** (boty, mama...), zrak upírá na ústa mluvčího
 - **prosinec 2012:** aktivní logopedická péče, někdy preferuje více znaky jindy slova
 - **leden 2013:** více vyžadován znakový jazyk
 - **únor 2013:** více žvatlá, snaží se ze slabik tvořit věty
 - **červenec 2013:** podezření na disfázii, proto nepokračuje vývoj řeči, nová slova nepoužívá, mluví samohláskovou mluvu
 - **srpen 2013:** mluva stále doprovázena znaky
 - **říjen 2013:** **implantace**
 - **leden 2014:** porozumění řeči je čím dál větší, používá jednoduchá slova
 - **březen 2014:** MŠ pro děti s SP
 - **září 2014:** vývoj řeči stojí
 - **prosinec 2014:** snaží se opakovat slova, ale sama je neřekne, problém s porozuměním, málo oční kontakt
 - **únor 2015:** říká nová slova
 - **březen 2015:** spojování slov, přesnější výslovnost, porozumění základním otázkám, LMR, hodně opakuje slova, spolupracuje na logopedii
 - **duben 2015:** nácvik globálního čtení
 - **duben 2016:** užívá znaky jako podporu, více se rozmluvila, počítá do 10
 - **květen 2016:** více se rozmlouvá,
 - **červenec 2016:** učí se stále nová slova, **používá dvouslovné věty**, nedokáže příběh převyprávět pomocí znaků ani slov
- vývojové integrované škály: (červenec 2016)
 - kalendářní věk: 72 měsíců
 - sluchový věk: 30 měsíců
 - aktuální úroveň (sluchové vnímání, receptivní řeč, expresivní řeč, hlas a výslovnost): 30 měsíců

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Sabina Klegová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. BcA Pavel Kučera, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Role znakového jazyka v rozvoji komunikace dětí se sluchovým postižením v raném věku
Název v angličtině:	The role of sign language in a development of communication with hearing impaired children in an early age
Anotace práce:	<p>Diplomová práce obsahuje terminologické vymezení sluchového postižení a sluchových vad, kompenzace sluchových vad a to především sluchadla a kochleární implantát. Dále se zabývá problematikou komunikace, znakového a mluveného jazyka a jejich osvojování.</p> <p>V neposlední řadě vymezuje pojem raná péče v kontextu speciální pedagogiky a sociálních služeb, kam spadají Střediska rané péče.</p> <p>Výzkumná část je věnována rozvoji komunikace u dětí se sluchovým postižením v raném věku.</p> <p>Prostřednictvím analýzy dokumentů se práce snaží vymezit roli znakového jazyka v rozvoji komunikace u dané cílové skupiny.</p>
Klíčová slova:	sluchové postižení, komunikace, znakový jazyk, mluvený jazyk, raná péče
Anotace v angličtině:	This master's thesis is focused on definitions of hearing impairment and hearing defects, thereafter on a compensation of hearing defects, primarily the hearing aid and cochlear implants. The thesis is also dedicated to issues both sign and oral language and their

	<p>adopting. Last but not least is the definition of early care in context of the social pedagogy and welfare service in which can be included centres of early care. Practical part is focused on development of communication in early age of children with hearing defects. Via analysis of documents, this thesis is trying to define the role of sign language in development of communication at the given target group.</p>
Klíčová slova v angličtině:	hearing impairment, communication, sign language, oral language, early care
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 1</p> <p>Příloha č. 2: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 2</p> <p>Příloha č. 3: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 3</p> <p>Příloha č. 4: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 4</p> <p>Příloha č. 5: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 5</p> <p>Příloha č. 6: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 6</p> <p>Příloha č. 7: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 7</p> <p>Příloha č. 8: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 8</p> <p>Příloha č. 9: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 9</p> <p>Příloha č. 10: Vybraná data z dokumentace účastníka č. 10</p>
Rozsah práce:	77 stran
Jazyk práce:	český

