

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Bakalářská práce**

Klára Bednářová

# **Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením**

Olomouc 2017

vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením vypracovala sama pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a pracovníků Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci a za použití pramenů uvedených v seznamu na konci bakalářské práce.

V Olomouci, dne.....

.....

Klára Bednářová

Děkuji vedoucí práce Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady. Velké dík patří také Mgr. Anně Kučerové, Ph.D., vedoucí služeb Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci, za ochotu a entuziasmus. Stejně tak děkuji pracovnícím rané péče, rodičům a jejich dětem, kteří byli ochotni podílet se na mé práci.

Děkuji také paní Dagmar a paní Lence za pomoc při výtvarném zpracování Quiet booku. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mým rodičům a přátelům za jejich podporu a trpělivost.

# Obsah

Úvod .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Sluchové postižení .....	8
1.1 Klasifikace sluchového postižení .....	8
1.2 Etiologie sluchového postižení .....	10
1.3 Diagnostika sluchového postižení .....	11
2 Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením .....	15
2.1 Výchozí podmínky pro volbu komunikační a vzdělávací metody .....	18
2.2 Ontogeneze řeči u dětí se sluchovým postižením .....	19
2.3 Narušená orální komunikace v důsledku sluchového postižení .....	20
2.4 Komunikační metody .....	22
2.4.1 Orálně auditivní metoda .....	23
2.4.2 Totální komunikace .....	24
2.4.3 Bilingvální přístup .....	25
2.4.4 Znakový jazyk .....	25
2.4.5 Znakovaný český jazyk (znakovaný národní jazyk) .....	26
2.4.6 Odezírání .....	27
2.5 Sluchová protetika .....	27
2.5.1 Sluchadla .....	28
2.5.2 Kochleární implantát .....	31
3 Rodina a dítě se sluchovým postižením .....	34
3.1 Socializace dítěte se sluchovým postižením .....	35
3.2 Role sourozence .....	38
4 Systém rané péče pro děti se sluchovým postižením .....	40
4.1 Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., Olomouc .....	43
PRAKTICKÁ ČÁST .....	46
1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky .....	46
2 Metody práce .....	49
3 Výzkumný vzorek .....	51
4 Předložení výsledků výzkumu .....	52
5 Vyhodnocení výzkumných otázek .....	53
6 Diskuse .....	57

7	Závěr.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	62
	SEZNAM ZKRATEK .....	67
	SEZNAM TABULEK .....	68
	SEZNAM PŘÍLOH .....	68
	ANOTACE.....	101

## Úvod

Jedním z důležitých témat v surdopedii je akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením. Jedná se o osvojování si jazyka. To probíhá prostřednictvím komunikační metody, která byla u dítěte se sluchovým postižením zvolena. Zpravidla by u těchto dětí měla platit zásada vizualizace. Ať už pracujeme s dítětem, u kterého byla nastavena sluchadla nebo je po kochleární implantaci a jeho reakce na sluchové podněty se objeví brzy, stále pracujeme s dítětem, které se začíná učit významům slyšeného. Proto mě velice zaujala myšlenka vytvořit Quiet book (dále QB). Jedná se o knihu ušitou z různých látek, kde jsou dítěti hravou formou vizualizovaná nejrůznější témata. Mnou zvolené téma pro QB je vyšetření u lékaře – foniatra. Toto téma je dětem málokdy vizualizované, a tak často mívají při vyšetření strach. V QB dítě najde příběh, který vypráví o dni, kdy chlapec Kubík společně s maminkou jede k panu doktorovi a ten provede jednoduchou zkoušku.

Volba metody pro komunikaci, kterou si dítě osvojuje jazyk, je u každého individuální. Za její zvolení odpovídají rodiče, které je třeba dostatečně informovat o všech možnostech, ideálních právě pro jejich dítě. Vše se odvíjí od typu a stupně sluchového postižení, které zjistíme pomocí diagnostických metod. Proto se hned v úvodní kapitole této práce pozastavíme u etiologie a klasifikace sluchového postižení. Součástí je také téma diagnostiky. To se prolíná zároveň do praktické části, kdy je předmětem QB téma návštěva foniatra, který u dítěte provádí audiometrické vyšetření.

V druhé kapitole se věnujeme samotné akvizici jazyka. Nejdříve je uvedena definice a pojetí akvizice a jazyka. Dále se zabýváme přístupy, které oproti sobě stojí při volbě komunikační metody. Jedná se o zastánce přístupu orální metody, kteří zastávají názor osvojení si mluvenou řeč akustickou cestou a zastánci přístupu, který na neslyšící nahlíží jako na etnickou komunitu, která má svůj přirozený jazyk a tím je jazyk znakový. Dále se zabýváme specifičností vývoje řeči u dětí se sluchovým postižením, které se odvíjí od jeho typu. Důsledky sluchového postižení lze spatřovat v jednotlivých jazykových rovinách, proto se také pozastavujeme u problematiky narušené orální řeči. Popisujeme si jednotlivé komunikační metody, které jsou užívány při edukaci dětí se sluchovým postižením. Kapitulu uzavírá téma věnující se sluchové protetice. Poté, co jsou dětem nastavena sluchadla nebo zavedeny kochleární implantáty, lze rozvíjet jejich vnímání zvukových vjemů, tím lze pracovat na osvojování si jazyka orální metodou. Stále je ale důležité mít na mysli, že dítě se učí rozeznávat významy slyšeného.

Pro úspěšný proces osvojení si jazyka u dítěte je důležité sociální prostředí. Prvním sociálním prostředím je pro dítě rodina. Na ni jsou kladeny vysoké nároky. Po sdělení diagnózy sluchového postižení u jejich dítěte prochází rodina několika stádii, kterými se mohou dopracovat k přijetí této diagnózy. Zároveň je na nich, aby zvolili správnou komunikační metodu, a aby s dítětem dennodenně pracovali, a tak rozvíjeli jeho osobnost. K akvizici jazyka se váže také problematika socializace dítěte ve společnosti. Záleží na okolí, jak bude dítě přijímat. To se často odvíjí od jejich komunikačního kanálu.

Po sdělení diagnózy sluchového postižení je dítěti a rodině poskytována odborná péče. Rodiče mohou využít služeb rané péče. Aspekty této sociální služby jsou uvedeny v poslední kapitole teoretické části. Poskytované služby a nástin práce rané péče jsou popsány v podkapitole, která se věnuje Centru pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci. To z důvodu, že s tímto centrem spolupracujeme v rámci praktické části. Raná péče poskytuje rodině a dítěti se sluchovým postižením důležité informace, pomoc a podporu v rozvoji dítěte, zvláště při komunikaci. Rodičům jsou poskytovány rady, jak s dítětem komunikovat, půjčují jim různé pomůcky, literaturu apod. Také jsou rodině nabízeny různé volnočasové aktivity, kde se mohou setkávat s dalšími rodinami s dětmi se sluchovým postižením.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Sluchové postižení

Pro úspěšný proces osvojení si jazyka u dětí se sluchovým postižením je stěžejní výběr vhodné komunikační a vzdělávací metody. Za konečným rozhodnutím stojí volba rodičů dítěte. Ti musí být dostatečně informováni o možnostech, které jsou vhodné konkrétně pro jejich dítě. Výběr je tedy individuální, a závisí nejen na pojetí sluchové poruchy, ale také na jejím typu a stupni. Zároveň je důležité zhodnotit příčiny vzniku sluchového postižení. Proto si v první kapitole této práce uvedeme klasifikaci a etiologii sluchového postižení. Na konci této kapitoly se budeme věnovat také diagnostice. Ta je důležitá u intervence dítěte se sluchovým postižením z hlediska včasnosti, tak při volbě vhodné sluchové protetiky a zároveň ovlivňuje úspěšnost metodiky, která je u dítěte se sluchovým postižením zvolena pro rozvoj jazyka.

Sluch je společně se zrakem nejdůležitějším smyslem. Pomocí sluchového orgánu vnímáme zvuky. Ty jsou subjektivní psychickou zkušeností. Fyzikální podněty jsou transformovány sluchovým orgánem na nervové impulsy, které jsou vnímány jako zvukové vjemy (Plháková, 2004).

Sluchové postižení je dle Neuberta (in Leonhardt, 2001) jedním z nejvíce rozšířených somaticko-funkčních postižení. Může se jednat o pouhou poruchu sluchu, nebo přímo o vady sluchu. Houdková (2005, s. 18) rozdíl shrnuje takto: *„porucha sluchu je takové postižení sluchové funkce, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se může vrátit po vhodné intervenci k normálním hodnotám. Vada sluchu je trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy.“*

S tímto postižením se můžeme setkat jak u dětí, tak i u dospělých. V literatuře se setkáme s nejrůznější klasifikací i členění etiologie, proto si zde některé z nich uvedeme.

### 1.1 Klasifikace sluchového postižení

Pro klasifikaci sluchového postižení máme dvě základní kritéria. Jako první lze sluchové postižení klasifikovat **dle lokalizace vzniku sluchového postižení**. Podle tohoto kritéria rozdělujeme u sluchového postižení dvě základní skupiny, a to periferní a centrální nedoslýchavost či hluchotu (Šlapák, Floriánová, 1999).

**Periferní nedoslýchavost neboli hluchota** se dále dělí na hluchotu převodní, percepční a smíšenou hluchotu. V případě převodní vady se ve středouší nachází nějaká překážka, která



brání stimulaci sluchových buněk (které jsou v pořádku) zvukem. Překážkou mohou být zvětšené mandle, opakované záněty středního ucha, perforace bubínku nebo také otoskleróza. Při percepční hluchotě je narušena percepce, tedy vnímání, z důvodů poškození sluchových buněk, vnitřního ucha nebo sluchového nervu. Pokud se na sluchové vadě podílí příčiny způsobující převodní i percepční poruchu, jedná se o hluchotu smíšenou (Herdová, 2004 in Horáková 2012).

**Centrální nedoslýchavost či hluchotu** dle Horákové (2012, s. 14) zahrnuje komplikované efekty způsobené různými procesy, které postihují korový a podkorový systém sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku.

Stav sluchu můžeme klasifikovat také **podle ztráty v decibelech**, které jsou měřeny pomocí audiometrie (viz tabulka 1):

normální sluch	0 dB – 25 dB
lehká nedoslýchavost	25 dB – 40 dB
dítě – středně těžká nedoslýchavost	31 dB – 60 dB
dospělý – středně těžká nedoslýchavost	41 dB – 60 dB
těžká nedoslýchavost	60 dB – 80 dB
velmi závažné postižení sluchu	81 dB a více

**Tabulka č. 1** – Klasifikace sluchové vady dle WHO (in Potměšil, 2015, s. 51)

Za normální stav sluchu považujeme z audiometrického hlediska slyšení zvuků, které člověk slyší bez problémů, jako například šeptanou řeč, tikot hodinek (Horáková, 2012).

Potměšil (2003) uvádí příklady některých zvuků, které lze slyšet v okolním prostředí, u kterých je zjištěna hodnota intenzity zvuku (dB) a díky nimž je možné odhadnout kvalitu sluchu či míru sluchového postižení.

*„140 dB – motory startujícího letadla ve vzdálenosti cca 200 metrů*

*130 dB – motorová sbíječka*

*120 dB – hlasité hřmění*

*110 dB – rokový koncert/osobní přehrávač*

*100 dB – řetězová pila*

*90 dB – pouliční doprava*

*80 dB – zvonění telefonu*

*70 dB – bouchnutí dveřmi*

60 dB – pračka

50 dB – úroveň konverzační řeči (40–60 dB)

40 dB – elektrický psací stroj

30 dB – psaní tužkou

20 dB – tikot hodin

10 dB – šeptaná řeč

0 dB – nejnižší práh slyšení lidského ucha“ (Potměšil, 2003, s. 19)

Osoba s lehkou anebo se středně těžkou nedoslýchavostí má obtíže při komunikaci v hlučném prostředí (místa, kde mluví více lidí najednou, př. obchodní centra, vlakové či autobusové nástupiště či samotné dopravní prostředky apod.). Velmi malé, nebo dokonce žádné reakce na mluvenou řeč či hlasitější zvuky (například zvuk z digestoře nebo vysavače) jsou pozorovány u osob s těžkou až velmi těžkou nedoslýchavostí, pokud nemá dobré kompenzační pomůcky. Člověk s praktickou hluchotou neslyší a ani nereaguje na hlasitý zvuk, jako je zvuk sekačky na trávu, zvuk silného motoru apod. (Horáková, 2012).

## 1.2 Etiologie sluchového postižení

Máme-li u dítěte podezření na přítomnost sluchového postižení, je důležité včas zjistit, která část sluchové dráhy je postižena a co by mohlo být příčinou poruchy sluchu (Houdková, 2005). Sluchové postižení může být způsobeno vlivem několika příčin. Proto si sluchové vady rozdělíme na dvě základní skupiny. A to dle období vzniku, tedy na vrozené a získané vady sluchu (Horáková, 2012).

**U vrozených (hereditárních) vad sluchu** rozlišujeme, zda byla vada podmíněná geneticky nebo vznikla v období prenatálním či perinatálním (kongenitálně získané).

Sluchové postižení nejenže může být v genetické informaci v DNA, ale také může být zapříčiněno působením negativních vlivů na plod v perinatálním období, kdy nejvíce rizikový je 1. trimestr. Jedná se například o negativní vliv RTG záření, infekční onemocnění matky, toxoplazmóza, zarděnky nebo spalničky. Rizikové je také negativní působení toxických látek, jako jsou drogy, alkohol, nikotin (Lejska, 2003; viz také Horáková, 2012).

Na vzniku sluchového postižení se mohou podílet také příčiny vzniklé v perinatálním období, tedy v době při porodu nebo bezprostředně po něm. Mezi ně patří protražované

porod, hypoxie, asfyxie, poranění lebky, poporodní žloutenka, krevní inkompatibilita a další. (tamtéž).

Dle Lejsky (2003, s. 25) však „*existuje celá řada sluchově postižených dětí, u kterých vlastní příčinu vady nelze nalézt.*“

Holmanová (in Škodová, 2003) pro zajímavost uvádí, že poměr narozených dětí se sluchovým postižením zdravým rodičům dosahuje hodnoty 90 %.

Sluchová vada, která vznikla v průběhu života, rozděluje do dvou kategorií pomyslná věková hranice – nejčastěji se udává 6. rok života. Tyto **sluchové vady** označujeme jako **získané**. Výše zmíněný milník rozlišuje, zda se jedná o sluchovou vadu prelingvální, tedy vzniklou v období, kdy ještě nedošlo k fixaci řeči, anebo o postlingvální, získanou po fixaci řeči.

Příčinou vzniku prelingválních sluchových vad bývají infekční choroby, často onemocnění virového charakteru. Jedná se např. o zánět mozkových blan, průšnice, meningoencefalitidu apod. Další příčinou mohou být úrazy hlavy, mechanické poškození mozku, recidivující hnisavé záněty středního ucha apod. (Lejska, 2003; viz také Horáková, 2012).

Sluchová vada vzniklá kdykoli v době po ukončení vývoje řeči, bývá zapříčiněna úrazem hlavy nebo traumatem v oblasti vnitřního ucha. Sluchové buňky nezvratně poškozuje také dlouhodobá hluková zátěž (85 dB a více), hlučné pracovní prostředí a také akustická traumata. Na vzniku sluchového postižení se mohou podílet také hormonální a metabolické poruchy, degenerativní onemocnění, virové infekce a další. Velmi vzácnou příčinou jsou ušní nádory (Lejska, 2003; viz také Horáková, 2012).

### **1.3 Diagnostika sluchového postižení**

Metoda využívaná k osvojení si jazyka u dítěte je závislá na více faktorech, mezi které patří včasná diagnostika. Od ní se dále odvíjí lékařská a audiologická péče. Stejně tak se na základě výsledků diagnostiky ovlivňuje výběr vhodných sluchadel nebo implantaci kochleárního implantátu. Z tohoto důvodu je v naší první kapitole zařazena také problematika diagnostiky sluchového postižení. Zároveň se toto téma prolíná s praktickou částí, kdy je v rámci Quiet Book dítě v ordinaci u lékaře – foniatra, který u dítěte provádí tónovou audiometrii, kdy jsou dítěti na uši nasazena sluchátka. Dále je toto vyšetření popsáno níže.

Pro diagnostiku sluchu a sluchových vad máme medicínský obor s názvem audiologie (Souralová, 2005). Dalším významným medicínským oborem v této oblasti je foniatrie. Je to obor, který se zabývá fyziologií a patologií chorob sluchu, řeči a hlasu (Seeman in Edelsberger, 2000). Foniatrie se věnuje poruchám hlasu, sluchu a řeči. Hlavní myšlenka, ze které foniatrie vychází, je ta, že řeč, hlas a sluch jsou vzájemně funkčně neoddělitelné (Šlapák, Janeček a Lavička, 2013).

Lékaři pracující v těchto oborech provádí vyšetření pomocí různých vyšetřovacích metod. Z výsledků vyšetření zjistíme nejen, zda má vyšetřovaná osoba sluchovou vadu a jakého je charakteru, ale také nám pomůže navrhnout správnou technickou kompenzaci (Souralová, 2005; viz také Horáková, 2012).

Diagnostických metod je několik. Některé z metod, tzv. **metody subjektivní**, vyžadují přímou spolupráci pacienta. Ten odpovídá na otázky typu „Slyšíte tento zvuk?“ apod. a lékař zaznamená jeho odpověď s tím, že očekává, že bude pravdivá. I když jsou výsledky hodnoceny pacientem subjektivně, jsou pro diagnostiku základní, protože sluch a slyšení je individuální vjem člověka (Lejska, 2003).

Mezi zkoušky subjektivní řadíme klasickou zkoušku sluchovou. Jedná se o orientační zkoušku pro posouzení stavu sluchu i rozumění. Zkouška probíhá tak, že pacient sedí bokem k lékaři, nevyšetřované ucho má zakryté a jeho úkolem je opakovat slova, která vyšetřující předřikává hlasitou řečí (vox magna), i šepotem (vox sibilans). Hodnotí se vzdálenost, ze které vyšetřovaný slova slyší a opakuje, rozdíl mezi hlasitou a šeptanou řečí (typ sluchové vady) a rozdíl mezi opakováním slov s převahou slov vysokých nebo hlubokých frekvencí (vysokofrekvenční či hluboko frekvenční sluchová vada)<sup>1</sup> (Lejska, 2003; viz také Horáková, 2012). Pomocí slovní sluchové zkoušky posuzujeme stupeň rozumění řeči a tím i její využití v pragmatické rovině. Výsledek pomáhá rozlišit typ nedoslýchavosti a také má svůj význam při indikaci sluchadel (Mrázková, Mrázek a Lindovská, 2006). K této zkoušce je třeba tiché a klidné místnosti o minimální délce 6 metrů (Šejna, in Hahn a kol., 2007).

Audiometrické vyšetření je další subjektivní metodou. Jak uvádí Horáková (2012) lze ji provést u dětí od věku 3-4 let. Od toho věku je možno provádět také klasickou zkoušku sluchovou. Rozdělujeme slovní a prahovou tónovou audiometrii.

Prahová tónová audiometrie je standardizované audiometrické měření, jehož záznam se zapisuje do tzv. audiogramu (tj. tištěný protokol pro záznam stavu sluchu vyšetřovaného je

---

<sup>1</sup> *Hlubokofrekvenční slova – kolo, auto, koleno atd.; vysokofrekvenční slova – syčí, lékař, písnička atd. (Lejska, 2003, s. 41)*

grafický záznam tvořený vodorovnými a svislými čarami). Vyšetřující při této metodě zjišťuje práh sluchu, tedy zvuk nejnižší intenzity, který je vyšetřovaný schopen zachytit, pomocí čistých tónů. Při subjektivní audiometrii se vyšetřuje zvláště vzdušné vedení (pomocí sluchátek, nasazených na uších) a kostní vedení (pomocí přiloženého vibrátoru na kost za boltcem). Jakmile vyšetřovaný zvuky zaznamená, dá předem dohodnuté znamení lékaři, a ten intenzitu zaznamenaného zvuku poznačí do audiogramu. Vyšetřovaný v obou případech sedí v tiché místnosti (Horáková, 2012; viz také Lejska, 2003). Vyšetřovanému je vždy vyšetřováno zvláště pravé, a zvláště levé ucho, probíhá tedy „monoaurálně“ (Šejna, in Hahn a kol., 2007). Před vyšetřením nejenže seznámíme klienta o tom, co se od něj očekává, ale také se ho doptáme, zda nemívá šelesty. Dále je třeba dodržovat pravidlo, že během tónové audiometrie nesmí vyšetřovaný vidět na audiometr (Mrázková, Mrázek a Lindovská, 2006).

Důležité je nejen slyšet, ale také rozumět slyšenému. Proto využíváme také slovní audiometrie. Při vyšetření užíváme slovní sestavy po 10 slovech, dohromady 100 slov, které musí splňovat fonetická, fonologická i lingvistická kritéria. Vyšetřovanému jsou slova pouštěna do sluchátek nebo do kostního vibrátoru, popř. do volného pole. Pro reprodukci slov bývá využíván CD přehrávač (Šejna, in Hahn a kol., 2007).

Součástí vyšetřování jsou metody, u kterých přímou spoluprací pacienta nepotřebujeme. Jedná se o **metody objektivní**, a užívají se nejen pro přesné výsledky vyšetření, ale také například při nízkém věku pacienta, při vyšetřování pacienta z jiné kultury, který má problém s porozuměním slov, a tak by byly výsledky nepřesné, a podobně. Objektivní zkoušky jsou přesnější než subjektivní, to se ale také odráží v cenové dostupnosti vyšetřovacího zařízení pro pracoviště či oddělení audiologie (Horáková, 2012; viz také Lejska, 2003).

Do této skupiny metod lze zařadit tympanometrii, což je vyšetřovací metoda pro měření množství akustické energie, která se odráží od bubínku ve vnějším zvukovodu. Vyšetřením zjistíme stav tuhosti, poddajnosti bubínku (čím je volnější, tím lépe vede zvuk a tím méně odráží energii, a naopak). Na vyšetření poznáme také postavení kůstek – kladívka, kovadlinky a třmínku. (čím přesnější mají postavení, tím lépe vedou zvukovou vlnu a hůře ji odráží a naopak). Také zjistíme obsah středouší. Pokud je středouší vyplněno vzduchem (fyziologický stav), vedení je dobré, odraz minimální. Možný je také stav přetlaku či podtlaku ve středouší. Dále je možný stav, kdy je středouší vyplněné tekutinou, která pohltí celou energii, a tedy nic neodrazí. Pokud je ve středouší tuhá tkáň tzv. srůsty, odraz energie je vyšší (Lejska, 2003; viz také Šejna, in Hahn a kol., 2007).

V rámci screeningového vyšetření u novorozenců se provádí vyšetření otoakustických emisí, zkratkou OAE. Při tomto vyšetření pracujeme s tím, že ucho zvuk nejen přijímá a zpracovává, ale že je samo zdrojem jakéhosi zvuku. Zdrojem tohoto slabého zvuku jsou vláskové buňky vnitřního ucha. Toto „pískání“ je součástí činnosti každého zdravého ucha. Projevuje se jako slabounké pískání, které nepůsobí potíže. Principem vyšetření OAE je vpuštění stimulujícího vzduchu do vnějšího zvukovodu, za předpokladu neporušených vláskových buněk, můžeme zaznamenat na citlivý mikrofon slabý zvuk (intenzita OAE se pohybuje okolo 10 dB). Vyšetření OAE je považováno za velmi dobrou screeningovou metodu u novorozenců, pro případné odhalení přítomnosti sluchového postižení. Pokud se u vyšetřovaných novorozenců nezaznamená, neznamená to ještě, že má novorozeně sluchovou vadu, ale vyšetření se musí opakovat za určitou dobu. Teprve po opakovaném negativním nálezu je třeba dítě vyšetřit pomocí vyšetřovací metody BERA, aby se zjistila příčina. OAE lze zaznamenat v každém věku (Šejna, in Hahn a kol., 2007, viz také Lejska, 2003).

Při již zmíněném BERA (Brainstem Evoked Responses Audiometry) vyšetření měříme bioelektrické signály, pomocí kterých spolu komunikují mozkového centra. Z výsledků existence, tvaru a uspořádání signálů zjistíme, zda je periferní orgán funkční, či je zde sluchová vada. Je možné pomocí charakteru a množství signálu určit také typ a charakter vady sluchu (Lejska, 2003). Toto vyšetření se využívá nejen u malých dětí, ale také u dospělých, kteří nespolupracují. Vyšetření BERA se stává oblíbeným i v dalších medicínských oborech, jako například neurologii (Šejna, in Hahn a kol., 2007).

Dále lze k vyšetření využít akustické reflexy. Pozorovat lze například **pátrací reflex**, kdy se dítě otáčí směrem k místu, odkud zvuk vyšel. Dále **víčkový reflex**, kdy dítě při zvukovém podnětu větší intenzity prudce sevře víčka. Zároveň při tomto reflexu dochází k rychlému stahu zornic a následně k jejímu pomalému rozšíření, tedy k **reflexu zornicovému**. U novorozence je také **reflex orientační**, kdy u dítěte dojde k zastavení dýchacích pohybů a dítě se rozpláče. Pro tato vyšetření je nutné, aby si vyšetřované dítě nebylo vědomé toho, že je pozorováno a také, že vysílaný zvuk musí přicházet z míst, kam se dítě ne dívá. Zkoušky musí být prováděny opakovaně, abychom zjistili, zda se jedná o náhodný pohyb, či o reakci na zvukový podnět. Má-li lékař podezření na možnou přítomnost poruchy sluchu, je jeho povinností odeslat dítě k odbornému lékaři na další vyšetření (Šlapák, Floriánová, 1999).

## 2 Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením

Druhá kapitola je v této práci stěžejní. Nejdříve se pokusíme vymežit pojem akvizice a pojem jazyk, abychom s nimi mohli operovat. Dále se zaměříme na přístupy ovlivňující volbu komunikační metody u dětí se sluchovým postižením. Stejně tak na přístupy v psycholingvistice, které se k akvizici vztahují. V samotných podkapitolách si uvedeme a popíšeme rozličné možnosti komunikačních a vzdělávacích metod. Kapitulu uzavírá téma o sluchové protetice. V něm se zaměříme na problematiku sluchadel a kochleárního implantátu, které jsou vhodné, zvláště když chceme u dětí rozvíjet jejich jazyk pomocí mluvené řeči. Orální řeč a celkově vývoj řeči je však u dětí se sluchovým postižením specifický, narušený. Více se k této problematice dočteme v této kapitole.

Pojem **akvizice** popisují Krashen, Tse a McQuillan (1998, in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) jako přirozené osvojování jazyka. Dále akvizici diferencují od učení, pod kterým vidí formální učení se jazyku, při němž je nutno se držet gramatických pravidel.

Proces osvojování si jazyka u dítěte (Karlík, Nekula a Pleskalová 2002, s. 300) popisují jako „*postupné formování jazykové kompetence v mysli dítěte. Osvojování jazyka je součástí kognitivního vývoje dítěte. Dítě si postupně osvojuje fonologický a gramatický systém mateřského jazyka.*“

V zahraniční literatuře se v kontextu s tímto tématem setkáváme s pojmem *bootstrapping* (bez českého ekvivalentu), který je americkými psycholingvisty definován jako „*učení od samého začátku, bez opory o předchozí znalost*“ (Průcha, 2011, s. 27). Lustová (2006, in Průcha, 2011, s. 27) tento pojem definuje jako „*mechanismus, jímž subjekt zahajuje učení při počáteční absenci znalosti (knowledge); týká se sémantického, syntaktického nebo prozodického mechanismu.*“

Nebeská (1992, s. 94) uvádí, že „*dítěti je znalost o jazyce vrozena, rodí se s určitým očekáváním, jak bude jazyk, se kterým se dostává do kontaktu, vypadat.*“ Dítě si tedy jazyk osvojuje na základě vrozených informací o jazyce, dispozic či vloh. Názor o genetické, vrozené informaci v psycholingvistice zastává **racionalistický (nativistický) přístup**. Hlavní principy, které tento přístup uplatňuje, popisuje Průcha (2011, s. 25) následovně: „*Základním zdrojem znalosti (knowledge) je myšlení, nikoliv vnější vstupy (input). Gramatika jako součást myšlení se aplikuje na jazykovou zkušenost, kterou zčásti determinuje. Základní mechanismus*

*osvojování vědění spočívá ve schopnosti myšlení rekonstruovat to, co je vnímáno jako vstup, a tak dedukovat nové vědění. Počáteční stav je biologicky programován předtím, než se subjekt setkává se zkušeností.“*

K tomuto přístupu se přiklání známý světový lingvista Noam Chomsky. Jeho generativní teorie vychází z předpokladu, že mechanismus osvojování jazyka je biologický, vrozený, geneticky založený. Ona biologická dispozice je v Chomského teorii – nazývané jako LAD (language acquisition device) – považována za mentální program, se kterým se rodí každé dítě (Průcha, 2011). Nebeská (2002, in Průcha, 2011, s. 19) uvádí, že „...vrozené předpoklady osvojování jazyka odpovídají obecným rysům jazykové struktury, univerzální gramatické (UG).“ Dále Nebeská (tamtéž) říká, že v pojetí nativistů „...UG není naučená, je výchozím stavem mysli dítěte ještě předtím, než si začne vytvářet gramatiku jazyka mateřského (mentální gramatiku). Právě na základě vrozené UG dítě abstrahuje z řeči, kterou slyší, systémové vlastnosti své mateřštiny; dítě je na jazyk připraveno, je UG vedeno.“

Oproti této teorii stojí **přístup empiristický**, který za hlavní postup k osvojení jazyka považuje učení, vlivy prostředí, nabytou zkušeností (Průcha, 2011). Jako obecné charakteristiky tohoto přístupu Průcha (2011, s. 29) udává: „Zdroj znalosti jazyka u dítěte je v jazykovém inputu, nikoliv v abstraktním gramatickém modelu v jeho myšlení. Mechanismus osvojování spočívá v induktivním a pamětním učení, ve zpracování struktur obsazených v jazykovém inputu. Determinantami osvojování jazyka jsou komunikační funkce dětského subjektu. Osvojování jazyka je ovlivněno četnými mimojazykovými faktory komunikační situace, komunikačních partnerů, sociálními a kulturními faktory prostředí.“ Průcha zde operuje s pojmem jazykový input, který v české literatuře zastupuje anglický termín *language input*. Ten dle slov Průchy (2011, s. 29) „označuje různé druhy verbálních a neverbálních stimulů, které na dítě působí od narození prostřednictvím matek, otců, jiných dospělých a jiných dětí. Jde tedy o kontinuální přísun těchto stimulů, což lépe vystihuje výraz *input*, než kdybychom jej překládali pouze jako vstup.“

Třetím přístupem v psycholingvistice je **interakční přístup**. Ten se snaží o propojení obou zmíněných přístupů. Respektive o spojení pozitivních a stimulujících prvků jak z přístupu nativistického, tak z přístupu empiristického (Průcha, 2011). Clarková (2003, s. 19; srov. Průcha, 2011, s. 33), která je zastáncem tohoto stanoviska, se k tomuto pojetí vyjadřuje takto: „Zdůrazňuji, že jak sociální prostředí, tak kognitivní vývoj jsou společně rozhodující pro osvojení jazyka. Zůstává ale nejasné, nakolik je jazyk vrozen a jak je založen na nějakém specifickém mechanismu učení... Tudíž podstatné je objasnit, jak (a jak mnoho) se děti mohou



*učit jazyk z řeči dospělých, především z řeči zaměřené na dítě...a přizpůsobené dítěti. Zdůrazňuji také kontinuitu vývoje dětského jazyka a nestojím na stanovisku, že děti znají téměř všechno od začátku.*“ Ke komplementárnosti vrozených vloh a procesu učení se přiklání i další odborníci. V České republice se s tímto stanoviskem shoduje psycholožka Vágnerová. Ta vývoj řeči začleňuje do procesu celkové socializace dítěte (Průcha, 2011).

Pojmem, kterým se nyní budeme zabývat je pojem **jazyk**. Ten Peutelschmiedová definuje jako „*souhrn sdělovacích a dorozumívacích prostředků určité skupiny lidí.*“ (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, s. 129).

Jazyk je dle Šedivé (2006, s. 12) „*společným jmenovatelem komunikace i vzdělávání... je to symbolický systém, umožňující výměnu informací v dialogickém schématu (komunikace) a získávání informací v monologickém schématu (vzdělávání).*“

K pojmu jazyk se vyjadřuje například také Klenková (Logopedie, 2006, s. 27), která uvádí, že „*jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky... jazyk je jeven a procesem společenským.*“ Dále diferencuje jazyk od řeči. Odlišuje „*jazyk jako schopnost ovládat a používat jistý symbolický vyjadřovací systém, jazykovou kompetenci (češtinu, angličtinu nebo i znakový jazyk neslyšících) od řeči či promluvy jako skutečného použití, aktualizace této schopnosti. Obojí spolu souvisí, a to obojím směrem: aby mohl člověk česky mluvit (řeč), musí česky umět (jazyk)*“ (Klenková, 2006, s. 28).

Schopnost komunikace dle Lechty (in Klenková, 2006, s. 26) „*patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách.*“ A právě rozvoj komunikačních kompetencí je u dětí se sluchovým postižením je jako jeden z hlavních prostředků vzdělávání, výchovy a rozvoje osobnosti (Hanáková, Potměšil, Potměšilová a Vítová, in Potměšil a kol., 2010).

Koukolík (2008, s. 139) uvádí, že „*vznik jazyka je tak dávné a sporné téma, že v roce 1866 Pařížská lingvistická společnost debaty na toto téma prostě zakázala. Jejich jediným výsledkem totiž byli rozběsnění a do krve se hádající akademici.*“ Podobě jsou na tom názory týkající se volby vzdělávací metody u dětí se sluchovým postižením.

„*Právě jazyk...*“ jak uvádí Šedivá (2006, s. 12) „*... obtížnost jeho získání a uplatňování sluchově postiženými v minulosti vedlo, a do jisté míry stále vede, k více či méně racionálním*

*diskusím o tom, která metoda je správná, která forma jazyka je funkční, jakým způsobem nejlépe překonat výše uvedené problémy ze sluchové poruchy vyplývající.“*

## **2.1 Východiska pro volbu komunikační a vzdělávací metody**

Názory na komunikační a vzdělávací metody se rozdělují do dvou skupin, podle přístupu klinického a etnického. V rámci **klinického přístupu** je osoba se sluchovým postižením chápána, jako člověk, jehož hendikep je třeba v průběhu jeho vývoje kompenzovat. Důležitost zde má včasná diagnostika a indikace pomocí sluchadel. To je důležité pro stimulaci centra sluchu v mozku a využívání zbytků sluchu. Intervence u těchto osob v podobě logopedické péče a reedukace sluchu by měla vést k rozvoji řeči jako primárního komunikačního kanálu (Šedivá, 2006). Tento přístup bývá nazýván také jako orální přístup. Cílem je vybudování mluvené řeči jak v orální, tak v grafické podobě. Důležitou složkou je odezírání (Souralová a Langer, in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006). Orální metody mohou mít podobu čistě orální, nebo mohou být doplněny vizuálně-motorické markery slovní podstaty, jako například jednoručním či obouručním daktylem, psanou podobou jazyka apod. a neslovní podstaty (bimodální). Bimodální systémy jsou smíšené systémy, které kombinují v komunikaci znak, gesto a mimicko-gestikulační komunikační možnosti (Krauhlová, 2002). Ne u všech sluchově postižených je volba orální metody vyhovující, jak vyplývá z praxe, protože studijní výsledky nedosahovaly požadované kvality (Souralová a Langer, in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

Druhým přístupem je **přístup etnický**. Zde platí, že část populace se sluchovým postižením (zvláště ti lidé, u kterých vzniklo sluchové postižení na genetickém podkladu) sami sebe vnímají jako etnickou menšinu – Neslyšící s velkým N. Mají své atributy, jako vlastní jazyk, kulturu, hodnoty, tradice a historii. Jako přirozený jazyk užívají jazyk znakový, který je v rodinách zároveň jako jazyk mateřský (Šedivá, 2006). Nazývaný je též jako manuální přístup, manuální metoda. Jeho odmítání bylo argumentováno hlavně z důvodu, že pokud se neslyšící nenaučí jazyk majoritní společnosti, bude od slyšící společnosti segregován. Dalším argumentem byl názor, který znakový jazyk neuznával jako plnohodnotný komunikační systém. Ovšem následné výzkumy v 60. letech 20. století prokázaly, že se jedná o plnohodnotnou komunikaci (Souralová a Langer, in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006). I přes rozšíření a respektování znakového jazyka je jako metoda často volena orální cesta, zvláště v rodinách, kde se sluchové postižení nevyskytuje. Orální metody a jejich aplikace na komunikaci s dětmi se sluchovým postižením umožňuje sluchová

protetika. Ne vždy je zařazení těchto metod vhodné. Jak už je v práci zmíněno, jedná se o velmi diskutované téma.

## 2.2 Ontogeneze řeči u dětí se sluchovým postižením

Vývoj řeči u osob se sluchovým postižením bývá specifický. Vývoj může být opožděný (neslyšící děti), přerušovaný (při ztrátě sluchu) nebo opožděný (nedoslýchavé děti). Řeč a její vývoj bývá ovlivněn v různé míře v závislosti na stupeň sluchového postižení (Lechta, 2011).

Lechta (2011, s. 144) uvádí, že „u dětí s vrozenou, tzv. prelingvální hluchotou evidujeme rané typy předverbálních zvukových projevů: křik, křik s citovým zabarvením, pudové žvatláni (broukání). V období, kdy má ve vývoji nastoupit stadium napodobujícího žvatláni (zejména v důsledku zapojení vědomé sluchové kontroly), zvukové projevy neslyšícího kojence postupně zanikají.“

Děti, u kterých dojde ke ztrátě sluchu v období, kdy řeč ještě nebyla dostatečně zafixována, budou osvojené znalosti postupně ztrácet. Dojde-li ke ztrátě sluchu po zafixování mluvené řeči, hovoří se o 7. roce života dítěte, hovoříme o hluchotě postlingvální. Dítě má již základní slovní zásobu, osvojenou artikulaci (Lechta, 2011).

Dále Lechta (2011, s. 145) hovoří o vývoji řeči u nedoslýchavých dětí. Ten „závisí především na věku, kdy došlo ke zhoršení sluchu. Jejich vývoj řeči však výrazně ovlivňuje i stupeň a typ nedoslýchavosti. U nedoslýchavých dětí s vrozenou těžkou percepční nedoslýchavostí probíhá vývoj řeči podobně jako u dětí s vrozenou hluchotou. U dětí s převodovou nedoslýchavostí je vývoj řeči relativně méně narušen a (v závislosti na stupni nedoslýchavosti) se víceméně přibližuje vývoji řeči dětí, které slyší. Pokud jde o věk, čím mladší dítě je postiženo nedoslýchavostí, tím nepříznivěji se to projeví na vývoji řeči.“

Horáková (2012, s. 51) uvádí, že „sluchové postižení se nejvýrazněji projevuje v narušení respirace (dýchání), fonace (tvorby hlasu) a artikulace (výslovnosti), to znamená, že jsou ovlivněny všechny fáze verbální produkce.“

Dýchání je narušeno hlavně z kvalitativního hlediska. Dítě při artikulaci pociťuje námahu, a to se projevuje častým přerušením výdechu, narušena je také koordinace nádechu a výdechu. Tvorba hlasu se bude odvíjet podle stupně sluchového postižení. A artikulaci je nutno procvičovat, neboť se u dětí s těžkým sluchovým postižením nevyvíjí spontánně (Krahulcová, 2002).

Dítěti se sluchovým postižením by měla být poskytována logopedická péče. Logoped se zaměřuje na vyvozování hlasu, většinou formou hry, jako motivace dítěte k užívání hlasu. Dále se zaměřuje na rozvoj motoriky. Rozvíjí hrubou i jemnou motoriku a samozřejmě také motoriku mluvidel. Učí dítě navazovat oční kontakt s lidmi, respektive s komunikačními partnery, což je základ pro odezírání. Cvičí reakci na zvuk a hlas (například při udeření paličkou do bubínku dítě vloží míček do košíku apod.). A samozřejmě nácvik vyvozování hlásek, kdy dítě má napodobovat pohyb úst při artikulaci hlásky (Horáková, 2012).

Rodiče dítěte se sluchovým postižením, by měli být dostatečně informováni o různých možnostech výchovných metod vhodných právě pro jejich dítě. Cílem rodičů i odborníků je pomoci dítěti, aby bylo schopno se dorozumívat. Proto jsou rodičům doporučovány metody vhodné pro dítě podle výsledků komplexního vyšetření sluchu (Nádvořníková, in Kerekrétiová a kol., 2016a).

Kromě vhodně vybrané komunikační metody doporučuje Roučková (2011) rodičům pro práci s dítětem několik rad. Jako první se zmiňuje, že je vhodné pracovat s dítětem s ohledem na jeho základní vývojové etapy, poskytovat mu potřebnou pomoc ve správný čas. Cvičit s dítětem tak často, jak je to možné. Využít nabízení možnosti, tzn. mluvit s dítětem o tom, co jej právě zajímá. Pro plánovanou práci s dítětem je vhodné mít v denním programu vytyčený časový rozsah a pohodlné místo. Postupovat je dobré po malých krocích. Být trpěliví a umět při práci nejen mluvit, ale také naslouchat. Dále je třeba vybrat vhodné pomůcky z velkého množství nejrůznějších pomůcek. Hračky a pomůcky by měly splňovat požadavky, jako bezpečnost, jednoduchost a přiměřenost. Pomůcky by měly odpovídat věku a zájmu dítěte. Měly by zobrazovat skutečnost a být bez zbytečných detailů, aby se dítě při práci nesoustředilo na nedůležité drobnosti. Materiál by měl být příjemný a vhodný pro děti, aby si při manipulaci s předměty dítě neublížilo.

### **2.3 Narušená orální komunikace v důsledku sluchového postižení**

**Orální komunikace** může být v důsledku sluchového postižení narušena. Komunikační schopnost dětí je narušena, promítá-li se sluchové postižení do jedné nebo více jazykových rovin. Existuje několik přístupů zkoumajících vývoj řeči. Lechta (2011) při popisu řečového vývoje vychází z jednotlivých jazykových rovin. Dítě během vývoje prochází stádií. Autor dále používá schéma, které lze použít pro rychlé a orientační posouzení dosažené úrovně řečového vývoje u dítěte. Prvním obdobím je období pragmatizace, které se u dítěte vyvíjí

do prvního roku. Druhé je období sémantické. V tomto období se pohybujeme mezi 1. až 2. rokem života dítěte. Období lexemizace je období třetí a dítě je zde ve věku 2. až 3. let. Mezi 3. až 4. rokem se u dítěte dostavuje období gramatizace. Posledním obdobím, které následuje po 4. roce, je období intelektualizace. Ovšem tento model je orientační a je aplikovatelný primárně na intaktní společnost (Lechta, 2011). U dětí se sluchovým postižením lze sledovat narušenou orální řeč v jednotlivých rovinách, a to v rovině lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické a rovině pragmatické.

Tvorba pojmů v rámci **lexikálně-sémantické roviny** probíhá u dětí se sluchovým postižením zdlouhavěji než u dětí intaktních. Zvláště děti neslyšící mohou pojmy chápat zúženě nebo naopak velmi široce. Během nabývání jazykové zkušenosti se význam pojmů zpřesňuje. Co se týče abstraktních pojmů, je u dětí neslyšících ztíženo. Jsou zde tendence pojmy a jejich významy chápat názorně (Hanáková, Potměšil, Potměšilová a Vítová, in Potměšil a kol., 2010). Romančíková (in Lechta, 2011, s. 147) zdůrazňuje „*těžkosti s chápáním prosociálních pojmů u neslyšících dětí, které potom mohou souviset s jejich sníženou sociální adaptabilitou.*“ Nejen z hlediska kvalitativního, ale také kvantitativního jsou děti se sluchovým postižením odlišné od normy. „*Akvizice osvojených slov (pasivní slovní zásoby) trvá déle a projevuje se zpočátku jen zvukovými fragmenty vyjadřujícími dané slovo*“ (Lechta, 2011, s. 147). U dětí nedoslýchavých závisí na velikosti ztráty sluchu. Pokud bude ztráta nižší, budou se přibližovat k normě, pokud se bude ztráta pohybovat ve vyšších číslech, budou se přibližovat z lexikálně-sémantického hlediska k neslyšícím (Lechta, 2011).

V druhé **rovině morfologicko-syntaktické**, lze pozorovat dysgramatismy u neslyšících dětí. U těchto dětí chybí sluchové podněty. Vliv na vznik dysgramatismů má také gramatika znakového jazyka, která se od gramatiky českého jazyka liší. Může tedy docházet k jejich ovlivňování, interferenci (Lechta, 2011). Chyby se ukazují v nesprávném používání pádů, časů a rodů. Časté je u neslyšících také užívání většího množství podstatných jmen, zatímco slovesa bývají vynechávána. Problémem v morfologické složce je také rozlišené slovních druhů, nesprávné chápání vět a jejich tvoření. Z hlediska syntaxe lze pozorovat nadbytečné užívání slov v řeči neslyšících. Ovšem závažnost problémů v této rovině závisí na velikosti ztráty sluchu (Hanáková, Potměšil, Potměšilová a Vítová, in Potměšil a kol., 2010).

V rámci **foneticko-fonologické roviny** hovoříme o vývoji osvojování výslovnosti hlásek. Ten se u dětí se sluchovým postižením v období žvatlání zastavuje. Dochází k tomu v důsledku nepřítomnosti sluchové kontroly a stimulace zvukem. U dětí neslyšících je

spontánní vývoj znemožněn, u dětí nedoslýchavých je omezen (Hanáková, Potměšil, Potměšilová a Vítová, in Potměšil a kol., 2010). Lechta (2011, 150) říká, že „*foneticko-fonologická roviny patří u sluchově postižených dětí k nejtypičtějším znakům narušeného vývoje řeči.*“

V **pragmatické rovině**, tedy v komunikaci, jsou u osob se sluchovým postižením spatřovány nápadnosti. Komunikují-li prostřednictvím znakového jazyka, či jiným posunkovým jazykem, nelze si toho nevšimnout. Osoby se sluchovým postižením používající jako prostředek komunikace mluvenou řeč zase pociťují zábrany navazovat rozhovor, aktivně se podílet na rozhovoru nebo diskusi (Lechta, 2011). Děti se sluchovým postižením mají problémy s identifikováním citového zabarvení sděleného od rodičů nebo od okolí. To může mít dopad nejen na komunikaci, ale také na socializaci (Hanáková, Potměšil, Potměšilová a Vítová, in Potměšil a kol., 2010).

## 2.4 Komunikační metody

Výše jsou popsány dva hlavní přístupy a jejich náhled na volbu komunikační a vzdělávací metody u dětí se sluchovým postižením. **Volba metody je však u každého dítěte se sluchovým postižením individuální.** Podle komunikační metody, techniky a jejího použití Potměšil (2003, s. 73) vymezuje „*pět skupin sluchově postižených, které jsou právě z pohledu nároků na komunikaci různé a velmi specifické. Jedná se o skupiny, které vyžadují orální přístup, přístup s využitím totální komunikace, přístup postavený na bilingvální komunikaci, komunikační techniky vhodné pro sluchově postižené žáky v integraci a komunikační techniky vhodné pro práci s dětmi s kochleárním implantátem.*“

Pro **děti se sluchovým postižením, které jsou integrované na školách** je nutné zajistit vhodné podmínky, aby vlivem jeho postižení nedocházelo k limitování jeho školní adaptace. U neslyšícího dítěte je třeba osobního asistenta – tlumočníka. Při integraci dětí nedoslýchavých je třeba zajistit prostředí, které bude šetřit zbytky sluchu, jako například koberce tlumící kroky i posunování židlí po podlaze, snížení akustického odrazu pomocí například závěsů. Dále je třeba promyslet zasedací pořádek žáků ve třídě, aby mohl integrovaný žák sledovat dění a odezírat řeč od učitele i od spolužáků. Co se týče komunikačních přístupů u dětí s kochleárními implantáty, nelze přesně určit jednotnou metodiku. Každé dítě je jiné, a to platí také u **dětí s kochleárním implantátem**, kdy jedno může mít pouze sluchové postižení, druhé může mít souběžné lehké mentální postižení apod.

Je zároveň důležité mít na mysli, že se z dítěte s kochleárním implantátem nestává dítě slyšící. Dítě je stále neslyšící, má však dokonalou technickou pomůcku. Platí, že pokud se dítě i po implantaci kochleárního implantátu setkává se znakovým jazykem, není toto ke škodě. Naopak, zdaří-li se po implantaci u dítěte zavést ke znakovému jazyku jakožto komunikačnímu systému další komunikační způsob (mluvená řeč), dítě bude ovládat dva funkční jazyky (Potměšil, 2003).

Níže si popisujeme různé komunikační a vzdělávací metody, které se využívají ve výchově a při edukaci dětí, respektive osob, se sluchovým postižením.

#### **2.4.1 Orálně auditivní metoda**

Tato metoda je jednou z nejvíce rozšířených metod v edukaci dětí se sluchovým postižením. Užívána je především v orálním přístupu. Kromě edukace ve školách mateřských a základních ji lze aplikovat také v domácím prostředí. Metoda orálně auditivní spočívá v nahrazování sluchu zrakem. Cílem je dosáhnout mluvené řeči pomocí odezírání pohybů mluvidel a jejich následné opakování. Při této komunikaci je nutné, aby osoba se sluchovým postižením viděla na ústa komunikačního partnera. Zároveň se využívají zbytky sluchu (Nádvorníková, in Kerekrétiová a kol., 2016a).

Kromě vizuálního vnímání mluvené řeči a využití zbytků sluchu je třeba dlouhodobé logopedické péče a sluchového tréninku (Langer, in Valenta a kol., 2014).

Obecně platí, že předtím, než začneme na dítě mluvit, upozorníme jej gestem nebo dotekem. Je vhodné mluvit pomalým tempem a zřetelně. Není třeba hovořit příliš nahlas a artikulace by měla být přiměřená. Pokud jí přeháníme, může to v komunikaci působit spíše rušivě. Dále se doporučuje užívat kratší věty (Kutálková, 2005).

Je důležité s touto metodou začít co nejdříve, ideálně v návaznosti na zjištění sluchového postižení. Na začátku by dítě mělo být vedeno k pozorování pohybu úst osob, které na dítě mluví. Důležitá je zde matka, která je s dítětem nejčastěji a ve velmi blízké interakci. Pokud dítě pozoruje tvář, měla by matka začít hovořit, a tak dítě upoutat, aby sledovalo pohyb mluvidel. Řeč by neměla být přehrávána a přeháněna. Naopak. Měla by být plynulá, přirozená v krátkých větách a vyslovována normální rychlostí. Matka by měla dítěti popisovat každou prováděnou činnost a významná slova ve sdělení dítěti znázorňovat reálným předmětem. Po velmi častém opakování dítě pochopí vzájemný vztah mezi konkrétním předmětem a pohybem úst (Nádvorníková, in Kerekrétiová a kol., 2016a).

Nádvorníková (in Kerekrétiová a kol., 2016a, s. 294) dále uvádí, že *„preklesnenie spojovacích dráh medzi zrakovou a pohybovou sférou mozgu je dlhodobý, podmieňovací*

*proces, ale dává istotu, že ďalšie analogické procesy sa budú realizovať so stále vzrastajúcou rýchlosťou.*“

Dítě se poté snaží napodobit pohyb úst matky. Nejdříve dítě vydá jakýsi zvuk. Postupně se přibližuje vydávání zvuku hlásky, následně se učí vyslovovat slova. Důležité je dítě chválit a opravovat, aby se naučil vyslovovat slova srozumitelně. Poté se dítě učí slova spojovat s obrázky, které vyvolávají představu reálného předmětu používaného dříve. Dítě se tak postupně přibližuje k užívání abstraktních pojmů (Nádvorníková, in Kerekrétiová a kol., 2016a).

Závěrečnou etapou je přiřazení psaného slova k obrázku, využití globální metody čtení, kdy slovo vnímá jako celistvý obraz. Postupně se dítě učí analyticko-syntaktickému principu čtení, kdy dokáže přenést pojem do psané podoby. Se čtením se dítě učí gramatice mluveného jazyka a zároveň si rozvíjí svou slovní zásobu (tamtéž).

#### **2.4.2 Totální komunikace**

Totální komunikace je další metodou, která je vhodná pro komunikaci s lidmi se sluchovým postižením. Ta může být využívána u dětí se sluchovým postižením, u kterých není vhodná orální metoda (Souralová a Langer, in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

Tento přístup v komunikaci Evans (2001, s. 13) charakterizuje jako *„filosofii spojující vhodné aurální, manuální a orální metody komunikace tak, aby se zajistila efektivní komunikace se sluchově postiženými a mezi nimi.*“

Totální komunikace kombinuje a současně užívá několik manuálních a orálních forem komunikace dohromady (Horáková, 2012).

Mezi ně, jak uvádí Langer (in Valenta a kol., 2014, s. 79) lze zařadit *„přirozená gesta, gestikulaci, mimiku a pantomimu. Také znakový jazyk, prstovou abecedu a další systémy, které vizualizují mluvenou řeč. Dále také sluchovou výchovu a reedukaci sluchu. Společně s odezíráním, psanou formu majoritního jazyka (čtení a psaní) a mluvenou (hlasitou, orální) řečí.*“

Dítě je tak seznamováno s dostupnými komunikačními prostředky. Zároveň se pracuje se zbytky sluchu, které se v rámci možností a v maximální možné míře rozvíjejí (Horáková, 2012).

Langer (in Valenta a kol., 2014, s. 79) uvádí, že *„cílem vzdělávání sluchově postižených není „přetvoření“ neslyšících dětí na slyšící, ale především jejich příprava na plnohodnotný život s podmínkami, které jsou k dispozici.*“



### 2.4.3 Bilingvální přístup

Další možností pro volbu ke komunikaci je bilingvální přístup. Vhodný může být například v rodinách, kdy je jeden z rodičů neslyšící a druhý je intaktní. Autorka bakalářské práce se v praxi setkala s dívkou, která byla touto metodou vychovávána a nedělalo jí problémy dorozumět se jak s osobami se sluchovým postižením, tak s lidmi intaktními.

Bilingvální přístup, v kontextu komunikace osob se sluchovým postižením, Horáková (2012, s. 78) definuje jako *„přenos informací ve dvou jazykových kódech, ve znakovém jazyce neslyšících a mluveném (orálním, většinovém, národním) jazyce, a to mezi neslyšícími vzájemně a mezi neslyšícími a slyšícími.“*

Cílem bilingválního přístupu je rozvoj osobnosti dítěte, kognitivní a sociální rozvoj. Dítě si osvojuje jak jazyk znakový, tak jazyk majoritní společnosti ve formě mluvené i psané (Komorná, 2008).

Jazyk je dle Kapalkové (in Kerekrétiová a kol., 2016b, s. 130) *„zároveň i nositeľom psychosociálnej dimenzie, ktorá výrazne ovplyvňuje celú osobnosť dieťaťa. Jazyk formuje jeho identitu a naopak – dieťa môže mať odmietavý postoj k jednému z jazykov, ak sa spája s negatívnou skúsenosťou dieťaťa, akou môže byť napríklad neželané sťahovanie na iné miesto, do inej krajiny.“*

Langer (in Valenta a kol., 2014, s. 80) dále uvádí, že *„k osvojování znakového jazyka by mělo docházet již od raného dětství, protože po dosažení věku 2-5 let...může dítě ztratit jazykový potenciál, pokud u něj nebyla v dostatečné míře rozvinutá jazyková syntax. Teprve po zvládnutí gramatiky znakového jazyka přistupujeme v rámci bilingválního vzdělávání k výuce jazyka majoritní společnosti se zaměřením především na psanou formu jazyka.“*

Dítě se seznamuje nejen s jazykem, ale také s kulturou společnosti, která daný jazyk užívá. Dítě tedy nahlédne, funguje a podílí se na dění v komunitě neslyšících, tak v majoritní společnosti, tedy slyšící společnosti. Tím se dítě stává nejen bilingvální, ale také bikulturní (Komorná, 2008).

### 2.4.4 Znakový jazyk

Zvláště u dětí neslyšících je často využívána možnost volby znakového jazyka pro komunikaci. Tento komunikační systém může být volen například rodiči, kdy jsou oba rodiče neslyšící.

Znakový jazyk je přirozený komunikační systém užívaný komunitou neslyšících (různých národů). Na území České republiky komunita neslyšících užívá český znakový jazyk (Langer, in Valenta a kol., 2014).

Nádvorníková (in Kerekrétiiová a kol., 2016a) uvádí, že pokud se narodí neslyšícím rodičům neslyšící dítě, a užívají-li znakový jazyk, dítě postupně začne rozumět znakům, respektive pohybům ruky a po čase je začne napodobovat. Stává se tak jeho mateřským jazykem.

Ten je v zákoně o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb., v platném znění, v § 4, definován jako „...základní komunikační systém těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické...“

„...užívateľia posunkového jazyka predstavujú menšinovú časť spoločného národa, ktorá v špecifických podmienkach, zvlášť na úradoch, potrebuje tlmočníka. Proto, jak popisuje Nádvorníková (in Kerekrétiiová a kol., 2016a, s. 292), mnohí nepočujúci ovládajú nielen posunkový, ale aj hovorový jazyk a predstavujú sa jako skupina nepočujúcich s veľkým N. Pod týmto pojmom sú zahrnutí aj tlmočníci posunkového jazyka. Ide vlastne o bilingválnu spoločnosť a možno súhlasit, že skórtvoria kultúrnu a lingvistickú minoritu jako nejakú kategóriu osôb postihnutých.“

#### **2.4.5 Znakovaný český jazyk (znakovaný národní jazyk)**

Obdobou znakového jazyka je znakovaný český jazyk. Volen bývá většinou u osob starších 6 let, u kterých již došlo k fixaci mluveného národního jazyka. Uveden je spíše pro porovnání rozdílu mezi znakovým jazykem a znakovanou češtinou.

Hovoříme-li o znakovaném českém jazyce, též o znakované češtině, mluvím o uměle vytvořeném komunikačním systému, který sestavili slyšící lidé. Motivací pro jeho sestavení byla potřeba dorozumět se s lidmi neslyšícími. Užívá gramatiku českého jazyka, dodržuje sled slov ve větách podle českého jazyka. Zároveň využívá znaků, převzatých ze znakového jazyka (Hronová, in Fenclová a kol., 2005).

Osvojení si znakované češtiny je pro osoby slyšící jednodušší než osvojení si znakového jazyka. Učí se tak pouze znaky, gramatická struktura vychází z českého jazyka. Znakovaný

český jazyk je vhodný pro osoby nedoslýchavé, které mají osvojený český jazyk a osoby postlingválně neslyšící (Langer, in Valenta a kol., 2014).

#### **2.4.6 Odezírání**

Odezírání není samostatnou komunikační metodou, je však důležitou součástí komunikace osob sluchově postižených (Langer, in Valenta a kol., 2014). Prvky odezírání můžeme taky vidět v komunikaci intaktní populace, nebo už i u malých dětí, které napodobují pohyby mluvidel rodičů. U dětí se sluchovým postižením je odezírání neméně důležité. Naopak. Děti se sluchovým postižením potřebují vizualizaci řeči. Při pohledu na komunikačního partnera, který nám něco sděluje, tak současně vidíme i pohyby rtů. Odezírání lze brát jako doplněk dalšího komunikačního systému.

Vizuální vnímání řeči má několik důležitých charakteristik, na které je dobré upozornit:

- „*odezírání je mnohonásobně náročnější proces než poslouchání*
- *vlohy k odezírání jsou vrozené (stejně jako hudební nadání, výtvarný talent apod.). Nadání k odezírání není podmíněno špatným slyšením.*
- *odezírání nelze naučit, lze ho ale tréninkem (do určité míry) zlepšit.*
- *při odezírání se uplatňuje sluch a zrak, u neslyšících lidí pouze zrak*
- *i ten, kdo umí perfektně odezírat, nikdy nezíská odezíráním tolik informací jako člověk, který stejně sdělení poslouchá! Na Odezírání se v komunikaci nelze spoléhat!“*  
(Hudáková, in Fenclová a kol., 2005, s. 42)

Kinémů, tedy vizuálních obrazů hlásek, má český jazyk 11. Čtyři kinémy pro samohlásky a zbylých sedm kinémů pro souhlásky. Některé hlásky jsou vizuálně těžko rozlišitelné. Lehce rozlišit zrakem je možné třetinu izolovaných souhlásek. Samohlásky, stojící izolovaně, lze diferencovat jednoduše (Langer, in Valenta a kol., 2014).

### **2.5 Sluchová protetika**

Jak již bylo v textu zmíněno, metodika zvolena u dítěte se sluchovým postižením závisí na včasné diagnostice. Když je zjištěna přítomnost, typ a stupeň sluchového postižení, je na lékařích, aby pro každé dítě vhodně vybrali sluchadlo či zvažovali možnost zařazení do programu implantace kochleárního implantátu. Jakmile jsou u dětí zajištěny vhodné protetické pomůcky, můžeme do procesu osvojování jazyka zapojit poslech, tedy mluvenou řeč. Jazyk

tedy může být rozvíjen auditivní cestou. Sluchová protetika ovlivní nejen komunikaci dítěte, ale také jeho sociální dovednosti.

Pod pojmem sluchová korekce si můžeme představit postupy, pomocí nichž se snažíme o náhradu poškozené funkce sluchového analyzátoru (Lejska, 2003). Ne každý vnímá a prožívá sluchovou vadu stejně, proto je třeba kompenzaci sluchu u každého jedince se sluchovým postižením posuzovat individuálně (Horáková, 2012).

Lejska (2003, s. 54) popisuje, že *„u sluchových vad se snažíme korigovat poškozené sluchové buňky, tedy patofyziologickou hodnotu. Tím je korekce složitější a korekční postupy komplikovanější.“*

### 2.5.1 Sluchadla

Nejčastější používanou kompenzační pomůckou u dětí i dospělých se sluchovým postižením je sluchadlo. Využíváno je u osob s nedoslýchavostí lehkou, středně těžkou i těžkou. Význam užívání sluchadel má také u těžkých sluchových poruch, protože úplná ztráta sluchu je pouze výjimečná. Indikaci sluchadla předchází zjištění prahové hodnoty sluchu odborným lékařem. Jinými slovy, lékař hledá nejnižší hlasitost zvuku, kterou je vyšetřovaný ještě schopen zaslechnout (Horáková, 2012).

Langer (in Valenta a kol., 2014) nazývá sluchadla též jako individuální zesilovače sluchu, určena pro osoby se zachovanými zbytky sluchu.

Osoby nedoslýchavé se mohou pomocí sluchadel dorozumívat se slyšícími ve svém okolí. Důležitost indikace sluchadel u malých dětí je také v možnosti je snáze vzdělávat (Hrubý, 1998).

Apelovat bychom měli na to, aby dítě mělo sluchadlo nasazeno celý den. Zvykání si na nošení sluchadel trvá u každého dítěte, příp. dospělého, různě dlouhou dobu. Některé je po celý den nosí pár dní poté, kdy je dostalo. Jiné potřebuje na zvyknutí si delší dobu. Pro osvojení si nošení sluchadel dětem nasazujeme sluchadla na kratší časové intervaly, které postupně prodlužujeme (Jungwirthová, 2015).

Především u dětí hraje jejich spolupráce při akceptaci sluchadla významnou roli (Houdková, 2005).

Mezi faktory ovlivňující rehabilitaci dítěte se sluchovým postižením Houdková (2005, s. 55) uvádí *„věk, ve kterém byla sluchová vada diagnostikována a byla zahájena rehabilitace, příčinu sluchového postižení (především, zda došlo k postižení sluchu prelingválně), typ a stupeň sluchové vady, schopnost dítěte využít svého sluchového*

*potenciálu a nadání dítěte pro řeč. Dále celkový zdravotní stav dítěte, povahové vlastnosti a schopnosti, inteligence dítěte, psychická odolnost a jeho rodina. “*

Sluchadlo je elektroakustický přístroj miniaturního vzhledu, který zesiluje a moduluje zvuky z okolního prostředí. Ty pak vede do sluchového analyzátoru. Nutné je nejen dostatečné zesílení zvuku, ale také jeho individuální speciální modulace podle typu a charakteru sluchového postižení (Lejska, 2003).

Skládá z několika částí, kterými jsou: mikrofon, zesilovač, reproduktor a regulátor hlasitosti, přepínač programů, indukční cívka (Horáková, 2012).

Sluchadla dělíme z několika hledisek. Havlík (2007, in Horáková, 2012) rozděluje sluchadla do tří kategorií, a to podle tvaru sluchadla, podle zpracování a přenosu akustického signálu. Lejska (2003) se s tímto rozdělením sluchadel shoduje. Pro zajímavost, Lejska (2003) k tomuto dělení přidává ještě čtvrtou kategorii, a to dle stupně zesílení.

Dělení sluchadel si dále popíšeme z následujících hledisek:

Při dělení podle **tvaru sluchadla** popisujeme tvar, nikoli jeho vlastnosti a akustické možnosti. Sluchadla tedy rozdělujeme podle jejich konstrukčního provedení.

Nejmenším typem sluchadel jsou sluchadla nitroušní (individuální). Jsou vyráběna podle otisku vnějšího zvukovodu a boltce. U dětí do 18-ti let se indikace těchto sluchadel nedoporučuje, protože v tomto věku může zvukovod stále růst. Stejně tak se nedoporučuje u seniorů z důvodu náročnosti na manipulaci a ovládání, stejně tak na péči. Tato sluchadla jsou citlivá na vlhkost a náchylná na znečištění od ušního mazu (Horáková, 2012). Velikou výhodou je lepší a kvalitnější přenos řeči, zvuku, který je cestou zesilován a modifikován a ihned předán do zvukovodu (Lejska, 2003). Podle hloubky vložení do zvukovodu rozlišujeme nitroušní sluchadla na sluchadla kanálová, která jsou zaváděna dovnitř zvukovodu, zvukovodová, která se vkládají do vchodu zvukovodu a boltcová, která vyplňují boltce, dutinku boltce (Horáková, 2012).

Nejčastěji používaným typem sluchadel jsou sluchadla závěsná. Indikován je u všech věkových kategorií a u všech stupňů nedoslýchavosti, kromě případů, kdy došlo k nevyvinutí nebo zánětlivému deformování zvukovodu. Výhodou u těchto sluchadel je velikost elektronických součástí (velký zesilovač), proto jsou to nejsilnější sluchadla. Součástky jsou uzavřeny v pouzdře, které se nosí zavěšeno za uchem. Součástí je také ušní tvarovka, která je vyrobena individuálně, podle tvaru zevního zvukovodu, která je na pouzdro napojena hadičkou a skrze ni je zvuk veden do zvukovodu (Lejska, 2003).

Sluchadla kapesní (krabičková) – pojmenování tohoto typu sluchadel skutečně odpovídají jejich vlastnostem, tedy že se nosí v kapse, ale také že tvarem připomíná malou krabičku, ve které je ukryt mikrofon, elektrické obvody a napájecí zdroj. Na krabičku je napojena tenká flexibilní šňůrka. Ta je zakončena tvarovkou, která se vkládá do ucha (Hrubý, 1998). Dříve byla krabičková sluchadla indikovaná malým dětem, převážně z důvodu jednodušší manipulace ze strany matky (Horáková, 2012). S užíváním krabičkových sluchadel se spíše setkáme u starších lidí, kteří mohou mít problémy s manipulací a obsluhou menších typů sluchadel. Ovšem dnes je upřednostňována aplikace menších závěsných sluchadel, tedy užívání krabičkových sluchadel je na ústupu. Nevýhodou byla nejen velikost sluchadla, ale také zesilování okolních, nežádoucích zvuků, častá lomivost šňůrky (Havlík, 2007, in Horáková, 2012). Výhodou však byl levný provoz, z důvodu napájení z tužkové baterie (Hrubý, 1998).

S brýlovými sluchadly, která mají zabudovaná sluchátka v obrubách, se dnes už moc nesetkáme. Přetrvávají ale typy brýlových sluchadel s kostním vedením. Na obrubách od brýlí je umístěn vibrátor, který je v oblasti kosti skalní. Tato sluchadla jsou využívána především u osob se sluchovým postižením, které potřebují také brýle (Horáková, 2012).

Podle **způsobu zpracování akustického signálu** rozlišujeme dva typy sluchadel, a to sluchadla analogová a digitální.

Do kategorie levnějších, jednodušších a obvyklejších typů sluchadel patří sluchadla analogová (Havlík, 2007, in Horáková, 2012). U těchto sluchadel platí, že cesta akustických signálu od mikrofonu po sluchátko je obdobně zpracovávána. Mechanické vibrace vzduchu jsou mikrofonem přeměněné na elektrické signály. Ty jsou ve sluchadlech, konkrétně v zesilovačích, zesíleny a převáděny do reproduktoru neboli sluchátka. Zde je pak elektrický signál zpět převeden do podoby zvuku (Hrubý, 1998).

Digitální sluchadla, též programovatelná, bývají přizpůsobována pomocí programů. Změní-li se někomu stav sluchu, je možno digitální sluchadlo přeprogramovat (Hrubý, 1998). Vevnitř těchto sluchadel je namísto zesilovače mikročip (Lejska, 2003). Signál přicházející z mikrofonu je ještě analogový. Mikročip jej převede na signál digitální, tedy na binární kód (kombinace 0 a 1). Ty jsou dále zpracovávány v mikroprocesoru. Zde je digitální signál převáděn do reproduktoru (Hrubý, 1998). Nevýhodou těchto sluchadel je jejich cena, která je oproti analogovým sluchadlům vyšší. Můžeme zde také zařadit nutnost speciálního technického zařízení a programátora. Výhodou pro uživatele je čistější zvuk (Lejska, 2003). Hrubý (1998) pak upozorňuje na několik dalších výhod, jako je minimalizace šumu

u digitálních sluchadel, automatické přizpůsobení se různým podmínkám a programovatelnost sluchadel, tedy jejich výběr není na základě volby vhodného typu, jako to je u analogových sluchadel.

Do vnitřního ucha může být akustický signál převáděn dvěma způsoby – vzdušným a kostním vedením. Sluchadla tedy rozdělujeme podle **způsobu přenosu akustického signálu**.

U sluchadel se vzdušným vedením zvuku je akustická energie vysílána od reproduktoru do zvukovodu, dochází k rozkmitání bubínku, následně středoušních kůstek až se dostává dále do vnitřního ucha (Horáková, 2012). Pod sluchadla se vzdušným vedením zvuku spadá široká většina sluchadel, ať už individuální, závěsná nebo i krabičková (Lejska, 2003).

Se sluchadly s kostním převodem zvuku se můžeme setkat u brýlových, případně krabičkových typů, kdy je na obrubách od brýlí nebo na kabel napojen kostní vibrátor. Ten je přiložen v oblasti kosti spánkové. Kostí jsou pak vibrace vedeny do vnitřního ucha (Horáková, 2012). Sluchadla pro kostní vedení zvuku jsou využívána výjimečně u osob s těžkou převodní poruchou sluchu (Lejska, 2003).

### 2.5.2 Kochleární implantát

Kompenzaci sluchu provádíme nejen sluchadly, ale také pomocí kochleárního implantátu. Jedná se o vyspělou technologii, která napomáhá u dětí se sluchovým postižením rozvoj jazyka sluchovou cestou, rozvoj jeh mluvené řeči. Ovšem stále platí názor, který byl již v práci zmíněn, že se dítě po implantaci kochleárního implantátu nestává slyšícím, ale že je stále neslyšící, teď už s dokonalou technickou pomůckou.

Kochleární implantát, jak uvádí Hrubý (1998, s. 146) je *„zařízení, které umožňuje do určité míry obejít nefunkční vláskové buňky v hlemýždi. Ty mění ve zdravém uchu mechanické zvukové vibrace na elektrochemické potenciály, které se šíří sluchovým nervem směrem ke sluchovému centru v mozku.“*

Tichý (2009, s. 198 in Horáková, 2012, s. 100) popisuje, že *„jeho činnost je založena na zcela jiných principech než činnost sluchadel. Zatímco sluchadla zvuk zesilují a tím kompenzují ztrátu citlivosti vnitřního ucha, kochleární implantáty zvuk sejmутý mikrofonom analyzují a převádějí na sled elektrických impulsů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu.“*

Popis kochleárního implantátu je částečně zahrnut v popisu jeho činnosti v předešlém odstavci. Zvuk z okolí je přijímán mikrofonem, který je umístěn ve vysílací cívce. Akustický signál převádí na signál elektrický. Ten je dále zakódován dle nastaveného programu v řečovém procesoru. Dále pokračuje do vysílací cívky. Ta je ke kůži připevněna pomocí silného magnetu. Pod ní je situována přijímací cívka, která je v keramickém, nebo titanovém obalu. Odtud vychází referenční elektroda s multielektrodou, které jsou zavedeny do cochley neboli hlemýždě (Langer a kol., 2013; viz také Hrubý, 1998).

Kochleární implantace bývá indikována u osob s těžkým sluchovým postižením, u lidí ohluchlých v různém věku a u dětí s prelingvální sluchovou vadou, tzn. u dětí, které se narodily s oboustranným těžkým sluchovým postižením, nebo s postižením sluchu vzniklým do 6 let (Horáková, 2012).

Lejska (2003) zdůrazňuje, že před indikací kochleárního implantátu by měla být prováděna korekce sluchu pomocí sluchadel, a to nejméně po dobu 4-6 měsíců. Zároveň by měla být osoba se sluchovým postižením pod dohledem foniatra. Až po potvrzeném stavu dítěte, kdy se ani sluchově, ani řečově nerozvíjí, mělo by být zařazeno do programu pro kochleární implantaci.

Kritéria pro výběr kandidátů na kochleární implantaci jsou přísná. Předpokladem úspěšnosti není pouze technické a operační provedení, ale také spolupráce všech osob v okolí, v předoperační fázi přípravy osoby se sluchovým postižením, tak i v období pooperační, tedy ve fázi rekonvalescence a rehabilitace (Langer a kol., 2013).

Kochleární implantát, jak uvádí Jungwirthová (2015, s. 35-36) je jen „nedokonalou imitací normálního slyšení, i při velmi dobrých výsledcích bude dítě s kochleárním implantátem slyšet jako člověk s lehkou nebo středně těžkou ztrátou sluchu. Proto je nejobtížnější rozhodování o kochleární implantaci pro rodiče dětí, které mají tzv. hraniční zbytky sluchu.“

V České republice můžeme najít 3 centra pro kochleární implantaci. Prvním je Centrum kochleárních implantací u dětí při FN Motol, která sídlí v Praze 5. Dalším centrem je Centrum kochleárních implantací při FN Ostrava, jak již z názvu odpovídá, je součástí fakultní nemocnice v Ostravě-Porubě. Třetím a zároveň posledním centrem v ČR je Centrum kochleárních implantací při klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (KOCHHK). Toto centrum se nachází v Brně, konkrétně ve fakultní nemocnici u sv. Anny (dostupné z <http://www.otolaryngologie.cz/Kochlearni-implantace/>).

Kochleární implantace je v České republice plně hrazena zdravotní pojišťovnou (Horáková, 2012). V dřívějších dobách byla standartním postupem jednostranná kochleární implantace.



V současnosti se provádí implantace oboustranná (dostupné z <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/foniatricke-oddeleni/informace-pro-pacienty/>).

Odpůrci kochleárních implantátů tvrdí, že implantaci by si každý měl rozhodnout sám – tedy rozhodnout se pro implantaci ve věku, kdy je člověk schopen si sám zvolit, zda je pro nebo proti. Tento postoje je však problematický, protože úspěšnost kochleární implantace je vyšší, čím dříve je provedena (Rana, 2017, s. 72).

### 3 Rodina a dítě se sluchovým postižením

Při akvizici jazyka je důležitá nejen diagnostika, kompenzace a intervence, ale také rodinné prostředí dětí. Právě vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, společně s vrozenými předpoklady, se podepisuje na osvojení jazyka dítěte. Právě toho jazyka, který je pro dítě mateřský a toho jazyka, kterému rozumí, a kterým mluví.

Rodina je pro dítě důležitou součástí jeho světa, která pro něj má znamenat prostředí bezpečí, lásky a podpory. A to podpory nejen u akvizice jazyka, ale na jeho celkové socializace. Získává zpětnou vazbu a možnost sociálního učení, které při kterém dítě získává zkušenosti, a to mu dodává větší jistotu a odvalu při komunikaci v sociálním prostředí.

Rodinu můžeme z psychologického hlediska charakterizovat definicí ze slovníku od Hartla a Hartlové (2010, s. 504) jako „*skupinu spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.*“

Rodina je jedním z nejdůležitějších činitelů, ovlivňující vývoj dítěte se sluchovým postižením (Potměšil, 2015).

Narození dítěte je v rodině vnímáno jako velká událost. Nejen rodiče zažívají s novým přírůstkem do rodiny pocity naděje a očekávání. Při diagnóze sluchového postižení nastupuje proces vyrovnávání se s diagnózou (Houdková, 2005).

Pro rodinu se sluchové postižení u dítěte se může stát problémem. V rodině tak může dojít ke změně dosavadního životního stylu. Změny se mohou projevit v komunikaci mezi členy rodiny (Holmanová, 2005).

Na proces vyrovnávání se se zjištěním sluchového postižení u dítěte rodičů lze aplikovat model Kübler-Rossové, který byl původně sestaven v oblasti přijímání umírání smrti. Lze jej ale také aplikovat na přijímání dalších diagnóz nemocí, těžkých životních situacích apod. První fází je popírání a izolace. Druhým stádiem je zlost (agrese). Fází třetí je smlouvání. Čtvrtou fází je deprese. Pátým a posledním stádiem je akceptace. U každé osoby je prožívání jednotlivých stádií individuální (Kübler-Ross, 2015).

Jungwirthová (in Fenclová a kol., 2005) jako první reakci na sdělení o nepříznivé diagnóze uvádí šok a úzkost. V tomto stádiu je výrazně snížena schopnost zapamatování si nových informací. Člověk je v této fázi schopen zapamatovat si méně než 10 % sdělených informací.

Stejně tak Houdková (2005) ve své publikaci rozepisuje šestifázový model, kdy jako první staví fázi šoku, v dalších fázích se schází s modelem Kübler-Rossové. Šok je pro rodiče silný emoční zážitek po oznámení diagnózy. Mohou prožívat pocity zklamání. Ve fázi druhé, tedy

ve fázi popření, rodiče považují diagnózu u jejich dítěte jako mylnou. Časté je požadování opakovaní vyšetření, případně vyhledávání dalších odborníků. Třetí fází, smlouvání, se rodiče často schylují k alternativním metodám, orientace na víru a na Boha a podobně. Dále nastupuje fáze zlosti, agrese. Projevuje se obviňováním rodičů samotných, jiných členů rodiny, personálu z nemocnice atd. Fáze deprese, je fáze, kdy rodiče hledají a potřebují podporu od svých blízkých, od pracovníků z nemocnice. Konečnou fází je fáze vyrovnání se, hledání řešení pro budoucnost. Někdy může proces přijímání diagnózy skončit odmítavým postojem k dítěti s postižením. Fáze u každého z rodičů probíhají rozdílně, mohou se opakovat, navazovat na sebe. Každý rodič může být v jeden čas v jiné fázi, což může vést ke vzájemným sporům, až ke sporům v rodině.

Ulehčit a pomoc s vyrovnáním mohou zdravotníci v porodnici, pokud dodrží při prvním rozhovoru, ale i v průběhu dalších dní následující zásady:

- *„citlivý a pravdivý způsob sdělení*
- *přítomnost dítěte*
- *lékařův postoj k dítěti, zdůraznění jeho pěkných rysů, pochvala*
- *vhodné místo v soukromí, dostatek času*
- *přítomnost obou rodičů při rozhovoru*
- *následná podpora obou rodičů*
- *možnost opakovaných rozhovorů o dítěti*
- *v případě hospitalizace dítěte na jiném oddělení zprostředkování rodičům kontakt s tímto pediatrem*
- *maximální podpora kontaktu s dítětem, podpora kojení*
- *zapojení prarodičů a sourozenců do rozhovorů*
- *nabídnutí literatury, videokazet souvisejících s problémem dítěte*
- *před propuštěním z porodnice kontakt na středisko rané péče, organizaci rodičů, organizaci dospělých lidí s podobným postižením“ (Jungwirthová, in Fenclová a kol., 2005, s. 61-62)*

### **3.1 Socializace dítěte se sluchovým postižením**

Pro pohyb ve společnosti je důležité se s lidmi okolo sebe dorozumět. Pro socializaci je důležité u dítěte rozvíjet jazyk, aby mohlo vstupovat do jednotlivých interakcí, mít přátele, rozvíjet se apod. Socializace jde s akvizicí ruku v ruce. Ve společnosti a mezi lidmi dítě

získává lexikální zásobu a může užívat řeč po pragmatické stránce. Také získává zpětnou vazbu.

Socializace z hlediska jednotlivce je dle Vágnerové (2000, s. 158) „*jedním z procesů, které přispívají k rozvoji jeho osobnosti, ve smyslu získávání specifických lidských variant chování a prožívání.*“ Autorka do procesu socializace začleňuje vývoj řeči u dítěte. Říká, že „*prostředkem socializace je **sociální učení**, tj. učení, k němuž dochází v rámci mezilidské interakce. Lze předpokládat, že dítě je pro takový kontakt vybaveno **vrozenými dispozicemi**. To znamená, že se chová určitým, pro podporu této interakce žádoucím způsobem. Další rozvoj v této oblasti už závisí na zkušenosti (tj. na specifické sociální stimulaci)*“ (Vágnerová, 2000, s. 56 – zvýrazněno autorkou).

Jak již bylo zmíněno, rodina má nezastupitelnou roli podílející se na vývoji dítěte se sluchovým postižením. Svým fungováním a zázemím dává dítěti jakýsi základ, který se dále promítá v jeho životě, v práci ve škole atd. (Potměšil, 2015).

Rodina dítěti předává určitý systém hodnot a z nich vyplývajících cílů, které se budou promítat v jeho chování. Dítě nejen v rámci rodiny získává různé role (role dítěte, sourozence, chlapce neb dívky, a jiné). Dítě s postižením získává ještě další roli navíc, a to roli odlišného dítěte. Ta vymezuje očekávání a postoje rodiny vůči němu. Rodina dále reguluje chování dítěte, které časem dojde k poznání, že lidé v jeho okolí na jeho chování nějak reagují, a že si nemůže dělat pořád to, co chce. Zjišťuje, že chování má určitá pravidla, která je nutno dodržovat. V počátcích je dítěti zpětnou vazbou reakce okolí, ale časem dospěje na vyšší úroveň, kdy se ztotožní s normami, které si svým způsobem osvojilo. Během vývoje socializace se dítě taky naučí zaujímat různé vztahy k lidem kolem sebe, ať už malé skupině, nebo široké společnosti. Součástí je také vývoj vztahu k sobě samému. Sociální zkušenosti dětí s postižením jsou omezenější, neboť bývá více izolováno (v rodině). Toto omezení může podporovat závislost jedince s postižením na matku. Proto je důležité udržovat kontakt s vrstevníky dítěte, a postupně získávat zkušenosti kontaktu i s cizími lidmi (Vágnerová, 2000).

Začleňování dítěte se sluchovým postižením do společnosti začíná od narození navázáním primárního vztahu se svou matkou. Tento vztah je důležitý pro jeho sociální a emoční zralost. Již zde mohou ale nastat problémy, zvláště v situaci, kdy se do slyšící rodiny narodí dítě s těžkým sluchovým postižením. V tomto případě bývá vztah narušen oboustranně – dítě reaguje jinak, než očekává matka apod. Důležitá je včasná diagnostika postižení, poskytnutí rodičům dostatečné a srozumitelné informace a pomoc při navázání komunikace (Skákalová,

2011). K rozvoji citové vyrovnanosti dítěte při socializaci dochází pomocí komunikace, zkušeností a poznávacích procesů (Vágnerová, 2007).

Volba způsobu komunikace se odvíjí od velikosti sluchové ztráty. U dětí s těžkým sluchovým postižením bývá obtížné osvojit si mluvený jazyk. Užívání znakového jazyka ve slyšící rodině může vnést jisté problémy. Matka se většinou stává prostředníkem v komunikaci, a tak přebírá zodpovědnost za její průběh v rodině. Osvojení znakového jazyka na vyšší úrovni se neuskuteční u všech členů rodiny. Získanou mají jen základní znalost, což v budoucnu může vést k vyloučení z další komunikace. V případech, kdy jsou v rodině přítomni prarodiče, se v komunikaci volí většinou jimi preferovaný způsob dorozumívání, tedy komunikace (Gregory a Knight, 2001, in Skákalová, 2011).

U dítěte se sluchovým postižením je proces socializace odlišný. Již od začátku je postoj a chování společnosti ovlivněno (Vágnerová, 2000).

Skákalová (2011, s. 42) uvádí, že *„sluchová vada ve většině případů způsobuje závažnou informační a komunikační bariéru. Kromě zřejmé komunikační a informační bariéry lze shrnout další důsledky sluchové vady:*

- *deficit v orientačních schopnostech – např. nelze sluchem doplnit zrakovou orientaci, orientace v prostor se tak omezuje na rámeček zorného pole*
- *psychická zátěž – např. život ve „vězení ticha“ u osob ohluchlých*
- *omezení sítě sociálních vztahů (především kvůli komunikační bariéře)*
- *vliv sluchové vady na vývoj jedince“*

Prvním prostředím socializace pro dítě s postižením je rodina. Ta může využít možnosti služeb rané péče, která mimo jiné nabízí kontakty s rodinami s dětmi s podobným postižením. Dále může být dítě do společnosti integrováno docházkou do mateřské, následně základní školy atd.

Dříve platilo, že o zařazení dítěte do školy rozhodovali rodiče. Dítě se sluchovým postižením mohlo být vzděláváno v běžných mateřských a základních školách formou integrace nebo ve speciálních školách zřizovaných pro děti se sluchovým postižením (Komorná, 2008).

Dnes je upřednostňována integrace do běžných škol nejen dětí se sluchovým postižením. Blíže to popisuje školský zákon.

Školský zákon, tedy zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění, v § 16, odstavec 1 uvádí, že *„děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“* *„Dítětem, žákem nebo studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých*

*vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“* Podpůrné opatření dále školský zákon definuje jako *„nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.“*

Devátý odstavec, § 16, školského zákona (zk. č. 561/2004 Sb. v platném znění), říká, že *„pro děti, žáky a studenty s ... sluchovým postižením... lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka studenta... shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření... (uvedena v 2 odstavci, §16 školského zákona) nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení...“*

*„Integrace dětí se sluchovým postižením vyvolává řadu otázek“* uvádí Houdková (2005, s. 57). Dále říká, že se *„snáze zapojují děti raného věku, s menším postižením sluchu a srozumitelnější mluvou. V raném věku se také více uplatňuje neverbální komunikace, hra a sociální nápodoba. To napomáhá dítěti při komunikaci. Při předškolní přípravě je vhodná spíše integrace probíhající v upraveném prostředí s využitím speciálních pomůcek.“* (tamtéž)

Pro úspěšnou komunikaci je potřebné, aby měl komunikační partner osoby se sluchovým postižením, aby dobře viděl na jeho osvětlený obličej. Ideálně by měl být obličej ve stejné výškové úrovni. Promluva by měla být hlasitě přiměřená, gramaticky správná a plynulá. Vhodnější je používat krátké věty, než dlouhé a složité souvětí. Na komunikaci negativně působí rychlé tempo řeči, křik, smích a špatná výslovnost (Svobodová, in Chvátalová, 2012).

## **3.2 Role sourozence**

Rodina, jak je výše zmíněno, je důležitým činitelem socializace dítěte. To znamená, že důležitou roli zde hrají rodiče a sourozenci. Autorka práce se domnívá, že je vhodné věnovat pár řádků také tématu role sourozenců v rodinách s dítětem nejen se sluchovým postižením. Vztah se sourozencem a jeho kvalita se odrazí nejen na socializaci dítěte se sluchovým postižením, ale také na samotném osvojování jazyka. Dítě k vývoji potřebuje nejen kontakt s rodiči, ale také s vrstevníky, které jako v prvním společenském prostředí

zastupují sourozenci. Vztah s bratrem nebo se sestrou však může mít různé aspekty spojené právě s postižením jejich sourozence.

Zdravotní postižení dítěte může představovat zátěž, kdy rodiče od sourozence/sourozenců mohou očekávat více, než by bylo za jiných okolností obvyklé. Chtějí tak kompenzovat nedostatky dítěte s postižením. Sourozenci se v důsledku maximální soustředěnosti na péči o dítě s postižením může dostávat menší míra pozornosti (rodiče nemají čas, energii apod.) (Vágnerová, 2000).

Je důležité dbát na to, aby rodiče na sourozence dětí s postižením nekladli nepřiměřené nároky. Aby se i jim dostalo uspokojení jejich potřeba. V jiném případě to může vyústit v traumatizaci zdravých sourozenců a tím negativně ovlivnit vztah s dítětem se zdravotním postižením (tamtéž).

## 4 Systém rané péče pro děti se sluchovým postižením

Teoretickou část uzavírá kapitola o rané péči, která je jednou z prvních odborných péčí, pomáhající rodičům s dětmi se sluchovým postižením. Pracovníci rodičům poskytují nejen základní informace, ale také podporu a pomoc při výchově dítěte. Samozřejmou součástí je také pomoc a rozvoj jazykové stránky u dítěte. Podpora a nabídka různé literatury, pomůcek vhodných k metodě komunikace, ve které rodiče vychovávají své dítě.

Dětem se sluchovým postižením po určení diagnózy by měla následovat odborná péče. Ideálně by měla být komplexního charakteru. Spolupráce by měla probíhat mezi resortem školským, zdravotnickým a v neposlední řadě také sociálním. Výsledkem úspěšné spolupráce mezi resorty by měl být maximálně možný rozvoj osobnosti dětí, respektive všech osob se sluchovým postižením. Součástí výsledku by měla být také jejich úspěšná socializace (Horáková, 2012).

Raná péče, jak uvádí Houdková (2005, s. 36) „*má preventivní charakter. Snižuje vliv prvotního postižení a zabraňuje vzniku postižení druhotného (porušení vazeb dítěte s jeho okolím, nedostatečné rozvinutí funkce postiženého orgánu apod.). Raná péče poskytuje ucelené informace z oblasti zdravotní a sociální péče, kompenzačních pomůcek a rehabilitace.*“

V rané péči je dodržována zásada přirozeného přístupu. To znamená, že je poskytována v rodinném prostředí dítěte. Rodiče jsou pro své dítě základním vzorem pro celkový rozvoj, tedy i pro rozvoj sluchu a řeči dítěte (Holmanová, 2005).

Služba středisek rané péče spadá do sociální sféry. Legislativně zakotvena je v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, konkrétně v §54, kde je vymezena, jako „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, 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. Služba rané péče obsahuje tyto základní činnosti:*

- 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.*“



V České republice je raná péče pro děti se sluchovým postižením zajišťována centry pro dětský sluch Tamtam. Tato centra sídlí v Praze a v Olomouci a obě působí na území České republiky, dle zájmu klientů. Respektive Centrum pro dětský sluch v Praze působí na území Česka, a Olomoucké centrum působí na Moravě a ve Slezsku (Horáková, 2012, dostupné též z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

Pracovníky rané péče jsou speciální pedagogové, sociální pracovníci, psychologové. Spolupráce je samozřejmě navázána také s lékaři a dalšími odborníky. Charakter rané péče je tedy multidisciplinární (Houdková, 2005).

Svým klientům poskytuje středisko rané péče podporu psychomotorického vývoje u dítěte a také poradenství sociální psychologické a pedagogické (Horáková, 2012).

Poskytování služeb rané péče je bezplatné. Mezi základní činnosti služby patří *„zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním, specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám, podpora a posilování rodičovských kompetencí, upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů, doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte, a další* (Základní činnosti služby raná péče, dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

Cíle rané péče lze podle Potměšila (2003, s. 119) charakterizovat následovně:

- *vybavit rodiče na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení nebo ohrožení vývoje dítěte z jiných důvodů*
- *vybavit rodiče informacemi a případně i efektivní podporou pro orientaci v systému sociálního zabezpečení a zvyšovat jejich nezávislost*
- *podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte a rodiny do běžného života společnosti*
- *pomoci nebo podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy*

Služby rané péče jsou službou, tedy jsou nepovinné. Proto je rodičům představena a nabízena. Na rodičích pak zbývá rozhodnutí, zda ji přijmou a budou ochotni spolupracovat, nebo ne. Při dohodě spolupráce a v průběhu poskytování služeb střediska jsou respektovány

požadavky klientů. Zajištěno je tak zapojení rodičovských myšlenek do výchovy dítěte. Dodržována je také ochrana soukromí klienta a jeho osobních údajů. Stejně tak dodržování mlčenlivosti a zásad profesionální etiky (Potměšil, 2003).

**Respektovány** jsou při poskytování služeb rané péče také **specifika rodiny** – nedochází tedy, a nikdy by v rámci rané péče nemělo, k diskriminaci klientů v důsledku jejich náboženského vyznání, rasy, pohlaví, jazyka, sociálního postavení a finančního zajištění, případně politického zaměření (Houdková, 2005).

Další dodržovanou zásadou je **zásada přirozeného prostředí**, která je zmíněna již výše. Služba rané péče je převážně provozována v přirozeném prostředí dítěte. Dítě má v tomto prostředí pocit bezpečí. Je to prostředí, ve kterém se dobře orientuje. To je pro dítě důležité, protože mu sluchové postižení může narušovat jeho potřebu jistoty a orientace. Důležité je to také z pohledu rodičů. V jejich známém, domácím prostředí cítí nejen jistotu, ale větší možnost rozhodování o věcech, které se týkají jejich dítěte. S tímto souvisí také dodržování práva a možnosti volby (Potměšil, 2003).

Důležité je dodržování **zásady informovanosti**. Míra informovanosti rodičů se dále odrazí na jejich rozhodování, přístupu. Proto hned při prvním kontaktu jsou rodině poskytnuty informace o nabízených službách rané péče a možnosti jejich využití. Informace jsou rodičům podány srozumitelně a objektivně. Podle nich se rodiče rozhodují o využití nabízených služeb rané péče (Houdková, 2005).

Podobně je tomu **informovanost o organizacích a sdružení** rodičů s dětmi se sluchovým postižením. Rodičům může kontakt s dalšími rodinami poskytnout vědomí, že jejich dítě není jediné, které má sluchové postižení. Význam organizace rodičů je také v prosazování zájmu skupiny (Potměšil, 2003).

Rodičům, kteří s péčí o dítě se sluchovým postižením začínají, je nabízena možnost kontaktu s dalšími rodinami, kteří o dítě se stejným postižením pečují delší dobu., a kteří se rádi podělí o nabyté zkušenosti. Setkávání rodin probíhá ale také průběžně, kdy si navzájem vyměňují rady, zkušenosti apod. (Holmanová, 2005).

*„Princip nezávislosti v poskytování služeb rané péče podporuje rodiče a dítě k využívání vlastních zdrojů pro zvládnutí situace, ve které se nacházejí. Cílem rané péče je mimo jiné předcházet vzniku závislosti na sociálním systému. Současně by si měl poskytovatel služeb rané péče udržet nezávislost na výchovně vzdělávací instituci či zařízení sociální péče tak, aby bylo poskytování služeb rané péče obsahově, finančně i personálně odděleny“* (Principy (zásady) poskytování služby raná péče, dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

**Zajištění informací** rodičům by měly být také z **problematiky sociálně-právní**. Rodiče si musí být vědomi, jak již bylo zmíněno, že raná péče je službou, která jim je nabízena a nesmí jim být vnucena. Sociální či jiný pracovník nemůže za rodiče (jejich jménem) jednat (Potměšil, 2003).

**Kontinuita péče při ukončování služeb** rané péče. Rodičům jsou poskytnuty informace o možných návazných službách v jeho kraji, regionu, a je jim nabídnuto zprostředkování návazných služeb jako sociální služba, vzdělávací instituce (Principy poskytování služby raná péče, dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

## 4.1 Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., Olomouc

Praktická část naší práce probíhá ve spolupráci s Centrem pro dětský sluch, které sídlí v Olomouci. Proto je zde zmíněno a popsáno nejen pár obecných informací, ale také průběh prvního setkání, průběh poskytování rané péče a její ukončení v rodinách.

Na Moravě a ve Slezsku poskytuje ranou péči rodinám s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením nestátní nezisková organizace Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. Toto centrum má sídlo v Olomouci na ulici Jungmannova 25. Působí v šesti krajích Moravy a Slezska, tedy na území kraje Olomouckého, Moravskoslezského, Zlínského, Jihomoravského, Pardubického a kraje Vysočina ([www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

*„Cílem aktivit této obecně prospěšné společnosti je obhajovat a prosazovat zájmy dětí se sluchovým postižením a jejich rodin, přispívat k rozvoji péče o děti se sluchovým postižením, pomáhat dětem a jejich rodičům překonávat následky sluchového postižení, usilovat o integraci sluchově postižených do společnosti a zvyšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o sluchovém postižení“* (Pravidla a podmínky poskytování služby rané péče, dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

Služby rané péče poskytují dětem se sluchovým nebo kombinovaným postižením ve věku od 0-7 let. Další podmínkou je bydliště na území výše zmiňovaných krajů Moravy a Slezska. S dětmi, respektive s rodinami s dětmi, které splňují tato kritéria, a v případě volné kapacity, může Centrum pro dětský sluch Tamtam uzavřít smlouvu o poskytování služeb rané péče. (Pravidla a podmínky poskytování služby rané péče, dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz))

Kapacita rodin pro poskytování služeb rané péče Centrem pro dětský sluch Tamtam je 125 rodin (dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

Při **prvním kontaktu** se zájemci o službu rané péče dohodnou s pracovníkem na předběžných cílech, potřebách, které se stanou předmětem jim poskytované služby.

V rámci této konzultace jsou rodičům sdělovány základní informace. Po proběhnutí první konzultaci, která probíhá v jejich domácím prostředí, je rodičům zaslán vyplněný vstupní dotazník a pozvání na **vstupní konzultaci**, která proběhne na pracovišti v Olomouci. Zde se probírají otázky ohledně aktuálního stavu dítěte, očekávání rodiny a potřeba rodiny. Součástí je také funkční vyšetření sluchu dítěte, to znamená, že se u dítěte orientačně vyšetří reakce na zvukové podněty. Při této schůzce je přítomno více pracovníků rané péče. V další části konzultace se poradce dohodne s rodinou na jejich potřebách a na potřebách dítěte a na základě tohoto společně vypracují **Individuální plán služby rané péče**, ve zkratce IPRP. Platnost tohoto plánu je po jeden rok. Po uplynutí této doby se posuzuje vývoj dítěte a pokrok za uběhnutý rok. Po zhodnocení se pracovník společně s rodiči domluví, zda budou v rané péči dále pokračovat, tedy dojde k aktualizaci IPRP, nebo bude poskytování služby ukončeno. Součástí dokumentace je **osobní list**, kam poradce zaznamenává důležité informace pro poskytování služeb rané péče. Také je po každé konzultaci pořizován záznam z konzultace. Rodiče do dokumentace po požádání pracovníka mohou nahlédnout (dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

Pracovník rané péče, tedy poradce, bude přidělen k rodině, a tu bude navštěvovat. **Návštěvy jsou pravidelné a předem dohodnuté.** Možné jsou také konzultace ambulantní, které probíhají v prostorách Centra pro dětský sluch v Olomouci. Poradci jsou kvalifikovaní pracovníci s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním v oblasti speciální pedagogiky, sociální práce, psychologie. Někteří pracovníci mohou mít vzdělání i v jiném oboru (například fyzioterapeut), ale všichni poradci absolvují akreditovaný rekvalifikační kurz pro práci v rané péči, po kterém jsou pro tuto práci kvalifikováni. Návštěvy, nebo též konzultace, probíhají v počátcích v intervalech 2 až 4 týdnů. Po prvním půlroce se rozmezí konzultací prodlužuje na intervaly 4 až 8 týdnů. Jedna konzultace trvá obvykle 1,5 až 3 hodiny, což je maximum. Minimum délky trvání stanovené není. Poradce může rodiny odkazovat na konzultaci s dalšími odborníky, se kterými středisko rané péče spolupracuje. Svou práci pak pracovníci konzultují na poradách a supervizích. Bude-li rodina nespokojena s poskytovanou službou rané péče, má možnost podat stížnost vedoucí služby (Pravidla a podmínky poskytování služby rané péče, dostupné z [www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)).

Služby poskytovaných poradcem rané péče lze rozdělit do dvou bodů. Jedná se o **podporu a pomoc rodiny**, a to nejen rodičů, ale také sourozenců dítěte se sluchovým nebo kombinovaným postižením, pomoc při socializaci. Měl by být rodině psychickou podporou, aktivně naslouchat během celého průběhu spolupráce od prvního setkání. Dále by měl podporovat vztahy v rodině, v širší rodině, se sousedy, s lidmi v okolí a zároveň

zprostředkovat kontakt s dalšími rodinami dětí s podobným typem postižení. Poskytovat informace o typu postižení, nabízet odborné publikace a jiné zdroje informací k danému tématu. Seznámit rodiče s možnostmi využití nároků na sociální pomoc, na kterou mají nárok, pomoc při sepisování žádosti o podporu finanční, seznámit s různými nadacemi podporující nejen děti se sluchovým a jiným postižením. Poskytnout kontakty na další odborníky, jako jsou logopedi, foniatri apod. V druhém bodu by měl **podporovat vývoj dítě**, využívat přirozené dovednosti dítěte, rozvíjet jeho schopnosti. Pro práci s dítětem by měl do rodiny půjčovat vhodné pomůcky a hračky. Dále poskytnout dostatečné informace, případně rady o možnostech korekce sluchu, tedy možnostech sluchadel a kochleárních implantátů. Rodičům prakticky ukázat různé činnosti prováděné s dítětem, pro jeho rozvoj. Podporovat komunikaci rodičů s dítětem. Seznámit je s dalšími komunikačními způsoby (gesta, obrázky, zástupné předměty, znaky), nabídnout možnost kurzů znakového jazyka. Seznámit s možnostmi zařazení dítěte do předškolního zařízení, pomoc při hledání a výběru. Spolupráce s dalšími odborníky, po zařazení dítěte do kolektivu, pro jeho adaptaci a socializaci (tamtéž).

V rámci spolupráce bývá po rodičích požadováno **zajištění vhodných podmínek pro práci** v jejich domácnosti. Vykání a představení osob, které nejsou v domácnosti běžně přítomné. Možnost nahlédnutí do zdravotní dokumentace dítěte, v případě potřeby. Aktivní zapojení při tvorbě Individuálního plánu průběhu služby a při jeho plnění (tamtéž).

**Poskytování služeb rané péče** bývá **ukončeno** v případě naplněných cílů, na kterých se společně s rodinou dohodla. Dovrší-li dítě 7 roku života. Na základě podané žádosti rodičem, která může být udána i bez důvodu. Ukončena může být taky v případě nedodržování podmínek smlouvy poskytování služeb rané péče (například při opakovaném nevhodném chování k pracovníkovi). Také v situaci, kdy není využita služba podle dohodnutého rozsahu po dobu 6 měsíců (tamtéž).

*„Raná péče je zařazena dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, do služeb sociální prevence, má tedy souhrnně preventivní charakter. Snižuje důsledky primárního postižení a zabraňuje vzniku postižení sekundárních, vytváří podmínky pro úspěšnou sociální integraci, realizuje se zejména v přirozeném prostředí dítěte – v rodině. Je nabízena podle individuálních potřeb rodiny, posiluje rodinu a využívá jejího potenciálu tak, aby zvládla krizovou životní situaci a náročnou péči o dítě raného věku s ohroženým vývojem“* (Šándorová, Faltová, 2015, s.55).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

V praktické části této práce se zaměříme na osvojení si jazyka a rozvoj jazykových kompetencí u dětí se sluchovým postižením, převážně na rozvoji slovní zásoby a využití jazyka v praxi při práci s Quiet bookem (dále QB). Malým dětem je možné ukázat konkrétní předmět, například botičky a ví, co se bude dít, tedy že půjde na procházku. Pokud chceme mluvit se starším dítětem o věcech, které ho čekají za hodinu, nebo celý den, je možné použít abstraktnější formu komunikace. Dítěti tedy můžeme vizualizovat nastávající situaci. V rámci této práce je QB, který znázorňuje den chlapce Kubíka, který jde na vyšetření k foniatrovi. Myslím, že téma, kterému je QB věnována, je pro děti se sluchovým postižením a jejich rodiny aktuální a důležité, neboť se s vyšetřením u foniatra setkávají často. Zároveň doufám, že se QB v praxi osvědčí a děti, rodiče i odborníci je kladně ohodnotí, jako vhodnou a praktickou pomůcku.

Hlavním cílem, na který se v rámci své práce zaměřuji, je: **Zařazení Quiet booku do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením a jeho hodnocení (reflexe).**

Z výše uvedeného hlavního cíle vyvstávají dílčí výzkumné cíle, kterými jsou:

- a) Návrh a výroba QB s průběžnou fotodokumentací.
- b) Využití QB v praxi. Pozorování práce dítěte s QB a jeho komunikaci s komunikačním partnerem s podporou QB. Záznam činnosti dítěte na fotografie a jeho reakcí.
- c) Zjištění postojů a názorů pracovníků rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci ke QB jako pomůcku pro vizualizaci situace a podporu komunikace s dítětem.
- d) Zhodnocení silných a slabých stránek QB a jeho zařazení do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením.
- e) Utvoření si závěru na užití QB do procesu osvojování si jazyka a komunikačních dovedností u dětí se sluchovým postižením.

V rámci dílčích výzkumných cílů je třeba získat odpovědi na následující konkrétní výzkumné otázky:

1. Jaká forma komunikace převažuje v interakci mezi rodiči a dětmi?
2. Používají vizualizaci u svého dítěte v rámci komunikace s ním? Mají doma také QB?
3. Jakou reakci očekávali u svého dítěte na QB, která znázorňuje téma návštěva u foniatra?
4. Zaujala dítě QB a práce s ní? Využilo dítě při činnosti s QB její další edukační prvky např. pro rozvoj jemné motoriky (sundávání kol z knoflíků), osvojení si matematických dovedností (počítání korálků) apod.?
5. Považují rodiče QB jako dobrý prostředek pro rozvoj jazyka u svého dítěte a jako pomůcku při komunikaci se svým dítětem?
6. Měl-li by rodič možnost, vytvořil by si také QB, příp. nechal vyrobit u švadleny?
7. Jak probíhá práce s dítětem se sluchovým postižením a jeho rodiči v rámci vaší konzultace v místě jeho bydliště, při které se zaměřujete na rozvoj jazyka dítěte?
8. Je v kompetenci poradce rané péče doporučení vhodné komunikační metody rodičům u jejich dítěte se sluchovým postižením?
9. Setkala jste se již dříve s tématem akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením? Pokud ano, mohla byste ve stručnosti a vlastními slovy říci, o co se jedná?
10. Jak je QB hodnocena pracovníky rané péče? Vidí ji jako vhodnou pomůcku k rozvoji a osvojování komunikačních kompetencí u dětí se sluchovým postižením?
11. Jaké jsou podle pracovníků rané péče klady a zápory zapojení QB k akvizici jazyka u dětí se sluchovým postižením?
12. Jak se pracovníci rané péče staví k vizualizaci sdělovaného u dětí se sluchovým postižením?

13. Měli možnost s QB již někdy pracovat? Kdy a jakou formu práce s ní zvolili?
14. Jaké jiné pomůcky používají k osvojování si jazyka u dítěte se sluchovým postižením?



## 2 Metody práce

Pro výzkum v praktické části jsou zvoleny kvalitativní výzkumné metody. Dané metody si autorka práce navrhla sama a poté je aplikovala do praxe.

Jako prvním cílem bylo navrhnout a vytvořit QB. Tento proces byl zdokumentován na fotografiích. Návrh knihy byl nejdříve realizován v papírové podobě, která sloužila jako šablona pro stříhy. Na papírové formě jsme mohli také vyzkoušet, která část knihy je vhodná pro manipulaci při práci s dítětem a která nikoli. V příloženém CD je také videozáznam, na kterém lze shlédnout možnosti manipulace QB, která byla zpracována v rámci této práce. Jedná se o názornou ukázkou autorky práce.

Dalším bodem výzkumné části je použití QB v praxi. V rámci tohoto bodu byla zvolena práce dětí se sluchovým postižením a pracovnice rané péče s QB v přirozeném prostředí dítěte. Během této činnosti jako další pozorovatelé byli pouze rodiče, kteří si nepřáli přítomnost další osoby. Rodiče dvou dívek souhlasili s pořízením fotografií jejich dítěte při aktivitě s QB a jejich uvedení v rámci této práce. Tyto fotografie jsou zobrazeny níže spolu se základními informacemi o dítěti (věk, stupeň sluchového postižení, sluchová protetika). Součástí tohoto šetření je získání informací od rodičů dětí. K tomuto je zvolen dotazník s otázkami, které se týkají práce dítěte s QB, jejich práce s dítětem apod.

Posledním cílem je získání informací týkajících se QB v rámci akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením od pracovnic Centra pro dětský sluch Tamtam o.p.s. v Olomouci. Pomocí dotazníku jsou zjišťovány silné a slabé stránky zapojení QB do procesu akvizice jazyka, názor odborníka v poskytování službách rané péče na QB, znalost tématu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením a další.

Jako první cíl je **vytvoření QB**. Nejdříve je třeba navrhnout podobu v papírové formě. Ta poté slouží jako šablona pro nákresy ke stříhům látky. Rozvrhnutí podoby stránky, které části budou odnímatelné apod. Samotné stříhy se postupně sešívají (šicím strojem, ručně) a připevňují k látkovému podkladu. Pro lepší přenosnost je knize ušit také látkový obal. V rámci QB je zpracováno téma návštěva chlapce Kubíka (dále jen Kubíka) se sluchovým postižením u foniatra. Den Kubíka začíná u něj v pokoji, pokračuje cestou s maminkou k lékaři, pobytu v čekárně a poté v ordinaci. Na konci knihy je cesta domů.

V další části je **photodokumentace** průběhu vzniku QB a procesu práce dítěte a pracovnice rané péče s QB. Pořízení fotografií dítěte bylo po získání souhlasu rodičů se zveřejněním fotografií v rámci mé práce.

Pro zjištění dat k vyhodnocení výzkumných otázek je využit psaný soubor otázek neboli **dotazník**. V rámci dotazníkového šetření jsou použity otevřené otázky, které neomezují dotazované v jejich vyjádření (Bartošová, Skutil in Skutil, 2011).

### 3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek práce se skládá z dětí se sluchovým postižením raného věku, které jsou společně se svou rodinou klienty Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. Olomouc. Z řady klientů byly vybrány 3 rodiny, u kterých byla QB použita v praxi. Rodiny byly vybrány vedoucí služeb rané péče, ve kterých je dítě se sluchovým postižením ve věku kolem 2 let.

Do výzkumu jsou zapojeni rodiče dětí, konkrétně maminky. Ty při konzultaci s pracovníkem rané péče obdržely dotazník s několika málo otázkami ohledně zařazení QB do komunikace s jejich dítětem se sluchovým postižením. Rodiče aktivitu pozorovali, stejně tak se k aktivitě mohli připojit. Na fotografiích níže lze pozorovat práci s QB s dvěma dívkami. První dívka má v době pořízení fotografie 2 roky 6 měsíců, druhá dívka má 2 roky 4 měsíce. Obě mají diagnostikovanou středně těžkou sluchovou vadu a u obou dívek jsou indikována sluchadla. U starší dívky (2 roky 6 měsíců) je zhoršující se stav sluchu, a je u ní zvažována kochleární implantace.

Současně se výzkumného šetření účastnily pracovnice rané péče, kterým byly položeny otázky písemnou formou týkající se QB v procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením. Osloveny byly sociální pracovnice, které pracují v Centru pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci. Pracovnicím byla QB představena v rámci jedné z porad. Zároveň jim byl představen hlavní cíl bakalářské práce. Centrum pro dětský sluch a sociální pracovnice, které zde pracují, jsme zvolili, abychom získali adekvátní odpovědi. Výzkumné šetření bylo třeba provést u dětí raného věku, u kterých probíhá osvojování si mateřského jazyka.

Výzkumná činnost probíhala jak v přirozeném prostředí dítěte (fotografie, dotazníky rodičům), tak v prostorách Centra pro dětský sluch v Olomouci (dotazníky poradcům).

## 4 Předložení výsledků výzkumu

V rámci této kapitoly jsou shrnuty informace týkající se výsledků výzkumného šetření. Jako první cíl této práce je výroba QB na téma vyšetření u foniatra. Kniha je zpracována jako den chlapce Kubíka, kdy je v rámci QB zobrazeno nejenom vyšetření u lékaře, ale také ranní vstávání, cesta s maminkou do nemocnice, čekání v čekárně, vyšetření v ordinaci lékaře, cesta domů. Výroba QB je zdokumentována na fotografiích (viz příloha č. 6). Dále jsou pořízeny fotografie jednotlivých stránek QB, u kterých je vždy konkrétní popis stránky, možnosti manipulace a návrhy na komunikaci s dítětem (např. Strana č. 2 – V pokoji – lze se s dítětem bavit o počasí – svítí sluníčko, o snídani – co dítě chce na snídani, co jí rádo, o barvách apod.) (viz příloha č. 7). Možnosti manipulace u jednotlivých stranách jsou také zdokumentovány na videozáznamu, který je přiložený na CD. Třetí částí u fotodokumentace jsou fotografie dvou dívek se sluchovým postižením, které pracovaly s QB. U fotografií jsou zmíněny anamnestické údaje, jako věk dítěte, stupeň sluchového postižení a jaké je u dítěte indikovaná sluchová protetika. Fotografie jsou v této práci využité po předchozím získání souhlasu zákonných zástupců dětí (viz příloha č. 8).

V další části výzkumu jsou vyhodnoceny sesbíraná data z dotazníků od rodičů, respektive maminek dětí, u kterých byla v praxi použita QB v rámci konzultace s pracovníci rané péče (viz příloha č. 4). Otevřených otázek je v dotazníku šest, rodiče měli možnost dotazník vyplnit během konzultace v průběhu dalších dní.

Poslední část výzkumného šetření je vyhodnocení dat získaných z dotazníků pro pracovnice Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci (viz příloha č. 5). Dotazníky byly pracovnícím rané péče předloženy v elektronické podobě. V tomto dotazníku je jedenáct otevřených otázek.

Všechny sesbírané informace jsou anonymní a slouží pouze k výzkumnému šetření v této bakalářské práci.

## 5 Vyhodnocení výzkumných otázek

K vyhodnocení stanovených výzkumných otázek slouží nasbíraná data pomocí dotazníků. Otevřené otázky byly položeny rodičům dětí se sluchovým postižením, u kterých byla QB použita během konzultace s pracovníkem rané péče. Vybrány byly rodiny s dětmi, které jsou klienty Centra pro dětský sluch Tamtam o.p.s. v Olomouci, které mají dítě ve věku kolem 2 let a které byly ochotné odpovědět na pár otázek. Pomocí sesbíraných dat od těchto rodičů (viz příloha č. 4) vyhodnocujeme pomyslnou první část výzkumných otázek.

V rodinách, kde je výzkum prováděn je v komunikaci využívána převážně orální metoda. Ta je často doplňovaná znakovým jazykem (znaky), případně gestikulací.

Vizualizaci jako podporu komunikace využívají ve větší míře dvě ze tří oslovených rodin. QB doma rodiče nemají, ale jako zrakovou podporu komunikace využívají knihy s obrázky, případně samotné obrázky vyhotovené přímo za účelem podpory komunikace.

V jedné oslovené rodině bylo očekávání ohledně aktivity dítěte s QB nejasné, v druhé rodině projevila maminka zvědavost, jak bude dcera s QB pracovat. Dobrou reakci u své dcery očekávala maminka z poslední rodiny - „*očekávala jsme dobrou reakci – dcera má ráda knížky...*“ (Rodič č. 2).

Děti předložená QB a aktivita s ní zaujala. Rodiče popisovaly, že děti manipulace s knihou bavila, prohlížely si obrázky. S poradkyněmi se u QB bavily (viz příloha č. 8).

Po činnosti dětí se sluchovým postižením rodiče zhodnotili QB pozitivně, jako dobrý prostředek pro rozvoj jazykových schopností jejich dítěte. Jako pomůcku pro komunikaci. Jedna maminka zmiňuje adekvátnost zapojení QB do procesu akvizice jazyka podle zájmu dítěte. Slovy maminky, kdy odpovídala na otázku, zda si myslí, že je QB dobrým prostředkem v komunikaci s dítětem – „*ano, když se dítěti líbí*“ (Rodič č. 1).

Všichni oslovení rodiče by si nechali QB pro své dítě ušít. Kdyby měli tu možnost. Volili by spíše praktická témata jako mateřská škola (nástup do mateřské školy), návštěva u babičky, nakupování, na hřišti apod., na kterém by dítěti vysvětlili, co se bude dít, co to dítě čeká. Slovy maminky „*možná něco o škole, ať ví, do čeho půjde*“ (Rodič č. 3). Taky by volili téma podle zájmu dítěte, například zvířátka.

Druhou část výzkumných otázek vyhodnocujeme na základě odpovědí pracovníků rané péče, konkrétně Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci (viz příloha č. 5).

Těmto pracovnícím byla QB a téma bakalářské práce představeno názornou ukázkou, podpořenou komentářem u fotografií a následně byly rozdány dotazníky.

Náplní práce poradců rané péče probíhá formou poskytování podpory rodinám s dětmi se sluchovým postižením a kombinovaným postižením do 7 let věku dítěte. Rodičům poskytují potřebné informace k problematice sluchového postižení. Podporují a provází rodiče při rozvoji jazyka a sluchového vnímání u jejich dítěte. Kromě přímé práce s rodinou je součástí pracovní náplně poradců rané péče komunikace s dalšími odborníky (foniatr, logoped). „*Náplní práce je podpora rodin s dětmi se sluchovým postižením (různé oblasti spolupráce – terénní konzultace v rodinách, emailové + telefonické konzultace, pomoc se sociálními záležitostmi, inspirace pro činnosti a rozvoj dítěte, psychická podpora rodiny atd.)*“ (Poradce č. 5). Samotná konzultace v rodině probíhá formou, na které se předem rodiče s poradcem domluvili. „*Každá konzultace je individuální, dle schopností dítěte, sluchového věku, kalendářního věku, případných přidružených postižení, zjištění sluchové vady*“ (Poradce č. 4). Během ní si sdělují informace o pokroku dítěte od poslední konzultace nebo například o adaptaci dítěte na sluchadla apod. „*Sleduji úroveň jazykových schopností dítěte a preferovanou formu komunikace dítěte a rodičů. Práce s dítětem zaměřená na rozvoj jazyka prostupuje celou konzultací – různé činnosti (hračky, knížky, podpůrné prostředky pro rozvoj komunikace)*“ (Poradce č. 2). Poté se věnují konkrétní činnosti s dítětem, kdy rodičům ukazují, jak s dítětem cvičit, jak rozvíjet jeho dovednosti, jazykovou schopnost aj. Na konci probíhá shrnutí konzultace, domluva na konzultaci další atd.

Pracovnice rané péče mají také kompetenci podílet se na doporučení pro rodiče ohledně volby komunikační metody, kterou budou rodiče využívat a rozvíjet při komunikaci s jejich dítětem. Jejich podíl je částečný. Doporučení mohou rodiče dostat také od logopeda, foniatra, audiologa, pracovníka speciálněpedagogického centra atd. Shrnutí je to pěkně v odpovědi na otázku, zda se podílí na doporučení vhodné komunikační metody rodičům. „*Ano, určité se podílím. Doporučuji, jaký způsob komunikace mohou rodiče zvolit. Rozhodnutí je vždy na rodičích. Informace jim, podle mě, poskytují lékaři (hlavně foniatři...), speciální pedagogové (my, SPC, logoped...) aj.*“ (Poradce č. 3).

S tématem akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením se polovina dotázaných pracovníc rané péče setkaly již dříve. Součástí bylo zjištění, jak by pracovnice rané péče popsaly vlastními slovy akvizici jazyka, pokud se s tímto pojmem již setkaly. „*Akvizice (tzv. osvojování) jazyka, u dětí se sluchovým postižením se jedná asi o akvizici mateřského*

*jazyka – u dětí s těžkým postižením sluchu nebo neslyšících – znakového jazyka“* (Poradce č.3). Druhá polovina dotazovaných se s tímto tématem během svého působení nesešla.

Hodnocení QB ze strany pracovníků rané péče je pozitivní. Považována je za vhodnou pomůcku k osvojování si jazyka a rozvoji komunikačních schopností u dětí se sluchovým postižením. Tato interaktivní pomůcka se zdá zajímavá jak pro dítě, pro rodiče, tak pro pracovníky. Zvláště, když je QB dějová, učí děti postupně užívat v komunikaci krátké věty. *„Je to jedna z pomůcek, která by se u dítěte se sluchovým postižením měla využívat častěji. Pomáhá mu rozvíjet jeho komunikační schopnosti. Díky estetickému vzhledu dítě motivujeme ke komunikaci a vytváříme tím vhodné podmínky pro rozvoj řečových schopností“* (Poradce č. 7). Zpracované téma návštěva/vyšetření u foniatra je pro rodiče a děti aktuálním tématem. Pomocí této knihy lze dítě na nastávající situaci připravit. *„Jako velmi povedené, udělané tak, že to pro děti není příliš složité, ale naopak srozumitelné“* (Poradce č. 8). *„Myslím si, že toto téma je vhodné pro zpracování, neboť mnoha dětem může QB na toto téma pomoci pochopit co je u foniatra čeká a pomoci jim tak lépe danou situaci prožít“* (Poradce č. 6). *„Je to hezky zpracované. Dítě tak získává pocit bezpečí. Většina dětí má z lékařů strach, tímto způsobem můžeme dítě na vyšetření připravit“* (Poradce č. 7). Poradkyně se dále shodly na názoru, že by uvítaly větší účast QB při rozvoji jazyka u dětí se sluchovým postižením, jako jeden z možných způsobů, jak dítěti něco vysvětlit, ukázat. Vhodné by bylo zpracování tématu – nástup do mateřské školy. Téma naší QB bylo poradkyněmi bylo hodnoceno kladně. Ovšem byla zde i připomínka, že by bylo vhodné zpracovat verzi s holčičkou.

Při zapojení QB do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením lze sledovat jak klady, tak zápory. Konkrétní popis děje, na kterém můžeme dítěti vysvětlit situace a rozvíjet slovní zásobu k tématu je kladnou stránkou zapojení QB do procesu akvizice. Další výhodou QB při práci s dítětem je snadná manipulace, různorodá činnost se zapojením více smyslů, možnost povídat si, popisovat a zároveň si hrát a objevovat nové věci nebo také dějovost knihy. Klady QB shrnuje jedna z dotazovaných pracovníků rané péče takto: *„konkrétní popis děje a věci (jednoduché pro pochopení), touto formou lze poskytnout dítěti vysvětlení neznámé situace formou, kterou dokáže snadno pochopit“* (Poradce č. 6)

Záporem může být nebezpečí vdechnutí či spolknutí malých částí QB při utrnutí korálku (slabé sešití). Dalším záparem u QB poradkyně vidí v tom, že *„takto knížka je náročnější na čas, materiál“* (Poradce č. 3). Taky téma knihy nemusí všechny děti zaujmout. To může působit rušivě, když se budeme s dítětem bavit ohledně tématu knihy. Některé děti mohou

pocitovat averzi vůči některým použitým materiálům, tím tedy nebudou chtít s QB spolupracovat. Po dlouhodobém užívání může dojít k poničení. Zmíněna je také poznámka, k vytvoření verze QB s dívkou, aby byla dodržena generová vyváženost.

Vizualizace v rámci komunikace mezi dítětem se sluchovým postižením a lidmi v jeho okolí je pracovníky rané péče vnímána obdobně. „*Vizualizaci vnímám jako významný podpůrný prostředek při osvojování si komunikačních znalostí a dovedností*“ (Poradce č. 1). „*Je to jeden z nejdůležitějších kompenzačních činitelů u dětí se SP*“ (Poradce č. 6). Poradkyně č. 6 dále popisuje, že vizualizace je důležitá při rozvoji slovní zásoby dětí, aby nedocházelo k mylnému chápání významu slova, také při seznamování se s novou situací, kterou dítě nemusí plně chápat a může být pro něj stresující. Vizualizace je určitě přínosná jako zdroj poznávání nových informací. Je třeba kromě zrakového vnímání rozvíjet také další kompenzační činitele

S QB se setkaly čtyři pracovnice z devíti. Z toho jedna se s QB setkala v rodině, další tři pracovnice s QB pracovaly při konzultaci záměrně pro tuto práci. Aktivita dítěte s QB s poradcem probíhala formou hry, kdy byla komentovaná činnost, některé předměty, situace apod. Děti si s knihou hrály. Poradkyně, která QB použila poprvé během konzultace ji hodnotí následovně. „*Knížka se jí i mě moc líbila. Přijde mi velmi zajímavé, jak je interaktivní a jsem určitě pro další použití. Líbí se mi, že je dějová. Děti se tak učí postupně používat krátké věty*“ (Poradce č. 3).

Jako další pomůcky k osvojování si jazyka u dětí se sluchovým postižením užívají pracovníky rané péče a následně i rodiče využívají IPady či tablety s aplikacemi pro rozvoj jazyka (př. slovní zásoby). Dále jsou využívány knihy, obrázky, maňásci a plyšáci. Také se využívají hudební nástroje, písničky a říkánky. Rodiče dětem mohou vytvořit také komunikační kartičky. Využit se dají v podstatě skoro všechny věci v domácnosti (předměty z kuchyně, koupelny apod.). „*Vše, co je doma a po ruce, u všeho se dá jazyk rozvíjet*“ (Poradce č. 2).



## 6 Diskuse

Na akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením se můžeme dívat ze dvou pohledů, a to z pohledu klinického anebo etnického přístupu (více viz teoretická část, s. 18). Rozdílnost mezi těmito přístupy je v použití komunikační metody. Buď užívají orální metodu nebo znakový jazyk. V obou případech je však možné osvojit si mateřský jazyk přirozenou cestou. Proces akvizice je doplňován různými pomůckami, jako například knihy, komunikační kartičky, obrázky, aplikace v iPadu či tabletu, maňásky, plyšáky, hudební nástroje či předměty každodenní potřeby. Jednou z pomůcek pro práci s dítětem je také Quiet book. A právě zařazení QB do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením a jeho hodnocení je hlavním cílem této práce.

Před samotným výzkumným šetřením je třeba se seznámit s danou problematikou. V teoretické části této práce je pojednáváno o klíčových tématech, které se vztahují k hlavnímu tématu a hlavnímu cíli této práce.

Na zmíněnou teorii lze navázat výzkumným šetřením. Jak již bylo výše zmíněno, hlavním cílem předložené práce je hodnocení zařazení QB do procesu akvizice. Během tohoto šetření se dostáváme od výroby QB, její užití v praxi k samotnému hodnocení, a to z pohledu rodičů, tak pracovníků rané péče.

Výroba QB probíhala v několika fázích. Nejdříve bylo třeba zvolit téma, rozmyslet si zásadní situace k danému tématu. QB, která byla využita při výzkumném šetření v této práci, byla zpracovaná na téma – vyšetření u foniatra. Kniha měla být přínosná a téma aktuální pro rodiče s dětmi se sluchovým postižením. Zároveň by měla zaujmout a motivovat k další činnosti. Z výpovědí rodičů i poradců rané péče lze vyčíst, že se jim QB líbila. Hodnocena byla jako adekvátní a aktuální svým tématem pro většinu rodičů. Pro svou interaktivnost, dějovost a estetičnost je pro dítě motivující ke komunikaci a tím se vytváří vhodné podmínky pro rozvoj jazykových schopností.

Předešlé poznatky jsou získané na základě užití QB v praxi. Pracovnice rané péče byly s QB u vybraných rodin, kdy práci s knihou zařadily do průběhu konzultace (práce s dítětem). Samotná práce s dítětem je zachycena na fotografiích v příloze č. 8. *„Tuto knížku jsem použila 1x u holčičky (2 roky a 6 měsíců) s těžkou ztrátou sluchu. Knižka se jí i mě moc líbila“* (Poradce č. 3). Tato respondentka dále uvádí, že knihu viděla již ve více rodinách, ale poprvé s ní pracovala až během získávání dat k výzkumnému šetření pro tuto bakalářskou práci.

Prostřednictvím QB sdělujeme dítěti informace pomocí zraku – vizualizace. I na toto téma jsme se ptali poradců rané péče. Vizualizace je vnímána jako důležitá součást komunikačního procesu. Prostřednictvím QB i dalších podobných pomůcek můžeme dítěti popisovat a přibližovat nové situace, kterým dítě může špatně porozumět, a tak se pro něj mohou stát stresující. Jedna z dotázaných poradkyň připomíná, že i když je vizualizace jednou z „nejdůležitějších kompenzačních činitelů u dětí se SP... děti by se měli naučit stejnou vahou používat i jiné kompenzační činitele“ (Poradce č. 7).

Kniha byla přijata kladně. S QB je snadná manipulace, je dějová, interaktivní a zajímavá pro činnost s dítětem. Zaujme-li dítě tato kniha, může dojít k motivaci pro komunikaci a tím si zajistíme podmínky, kdy u dítěte můžeme rozvíjet jazyk. Kladné je také to, že při manipulaci s ní je zapojeno více smyslů. Kromě jazykových kompetencí a vizualizace zde sledujeme rozvoj jemné motoriky, rozvoj estetického, hry, kognitivních funkcí (počítání, úkoly na seřazování barev apod.). Kromě kladů lze však pozorovat také některé zápory či rizika při použití této knihy u tak malých dětí. Jedním ze záporů je hrozba nebezpečí, kdy je možné únavou materiálu či špatného sešití materiálů uvolnění malých částí (korálek) a jejich vdechnutí či spolknutí. Proto je třeba se před manipulací s knihou ujistit, že je vše v pořádku. Dalším záparem je náročnost na zhotovení knihy, a to jak na materiál, tak na čas. Zpracování tohoto tématu nemusí všechny děti zaujmout, ať už volbou barev či materiálu. Je tedy třeba vždy myslet na to, komu je kniha určena, pro koho je šitá. Zakomponovat oblíbené barvy a užít vhodné téma.

Polovina dotázaných pracovníků a všichni rodiče se s QB doteď nesešli. Všichni se ale shodli, že by bylo vhodné QB používat během práce s dítětem, jako pomůcku pro rozvoj jeho jazykových kompetencí. Ke zpracování byly navrženy další aktuální témata, jako například nástup do mateřské školy, návštěva u babičky, nakupování.

Téma zpracované v naší QB mělo také pozitivní ohlas. „Myslím si, že toto téma je vhodné pro zpracování, neboť mnoha dětem může QB na toto téma pomoci pochopit co je u foniatra čeká a pomoci jim tak lépe danou situaci prožít“ (Poradkyně č. 6). „Je to hezky zpracované. Dítě tak získává pocit bezpečí. Většina dětí má z lékařů strach, tímto způsobem můžeme dítě na vyšetření připravit“ (Poradce č. 7). Nejen z uvedených výpovědí vyplývá, že QB byl zpracován podle požadavků, které si autorka práce stanovila.

Z výše uvedeného vyplývá, že hlavní cíl této práce byl dosažen. Na základě spolupráce jsme získali data k ověření a zhodnocení zapojení QB do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením. Z dat nasbíraných z pohledů rodičů i pracovníků rané péče, lidmi v kontaktu s dětmi se sluchovým postižením, vyplývá, že QB má své opodstatněné místo v procesu osvojování si mateřského jazyka. Větší účast na tomto procese by byla vítanou změnou či obohacením škály dalších pomůcek a předmětů. Pro dítě se sluchovým postižením slouží jako pomůcka pro rozvoj jazykových schopností, ale také ji může využít při volné hře (materiálem připomíná plyšáka). V poslední době autorka práce zaznamenala zvyšující se zájem o QB i u rodin dětí intaktních. Lze tedy předpokládat, že se budeme v budoucnu v praxi setkávat s QB častěji.

## 7 Závěr

Cílem této bakalářské práce věnované tématu Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením bylo přiblížení tématu přirozeného osvojování si jazyka u těchto dětí. Zaměřili jsme se také na spolupráci sociálních poradců rané péče s rodinou s dítětem se sluchovým postižením jakožto účastníky procesu akvizice. Práce se věnuje všem klíčovým tématům vztahujícím se k dané problematice.

V rámci teoretické části jsme se věnovali otázce sluchového postižení, jeho klasifikaci, etiologii a diagnostice. Dále jsme se věnovali stěžejnímu tématu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením. Zde jsme se pozastavili nejen u samotné akvizice, ale také u problematiky volby komunikační metody u dětí se sluchovým postižením, jejich východiscích a přiblížení jednotlivých metod komunikačních. Přiblížili jsme si také téma ontogeneze řeči a narušení orální řeči v důsledku sluchového postižení. Dále jsme se věnovali tématu sluchové protetiky, rodiny s dítětem se sluchovým postižením a jeho socializaci a v neposlední řadě také systému rané péče, zejména poskytování služeb pracovníků Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. se sídlem v Olomouci.

Zejména téma druhé kapitoly věnované samotné akvizici jazyka u cílové skupiny je provázáno s praktickou částí předložené práce. Výzkumným záměrem této práce bylo zjištění, jak je v rámci akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením vnímáno zařazení Quiet booku, jakožto pomůcky pro vizualizaci, pro rozvoj slovní zásoby, jako podklad a podpora pro komunikaci v oblasti, která je dítěti se sluchovým postižením obtížněji vysvětlována. Pro sdělení nové situace, která může být dítětem vnímána jako stresová z důvodu nedostatečného porozumění. V praxi platí, že se stále vymýšlí nové pomůcky k práci s dětmi se sluchovým postižením jejich rozvoji. Tento důvod nás přivedl k hledání odpovědi na otázky týkající se zařazení QB do procesu akvizice a jeho zpětnému hodnocení. Zda se jedná o vhodnou a přínosnou pomůcku v rozvoji jazykových schopností dítěte.

V praktické části jsme prošli procesem výroby QB, přes její užití v praxi a zpětnému hodnocení rodičů a pracovníků rané péče, jakožto odborníky při práci s dítětem na jeho rozvoji, a to nejen v jazykové kompetenci. Pozitivní zpětná vazba od dětí, rodičů a pracovníků na QB a jeho podíl a význam při osvojování si jazykových schopností může působit jako impuls pro zpracování různorodých témat v podobě QB, které budou dětem šity na míru.

Z výzkumného šetření lze vytvořit závěr, že během akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením lze využít plno různých pomůcek. V rámci rozvoje počítačové techniky je plno

programů, které slouží tomuto účelu. Je ale dobré mít různorodou škálu pomůcek, a proto i QB má své místo a opodstatnění v procesu akvizice.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOKOUPILOVÁ, I., HANÁKOVÁ, A., KUNHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M., RŮŽIČKOVÁ, V., KROUPOVÁ, K., URBANOVSKÁ, E., ZEDKOVÁ, V. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.

EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-8602276-5.

EVANS, L. *Totální komunikace: struktura a strategie*. 1. vyd. Hradec Králové: Pedagogické centrum, 2001. ISBN 80-238-7915-4.

HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 3. aktual. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 2005. ISBN 80-7216-213-6.

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

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

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 2. díl*. 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.

HUDÁKOVÁ, A. *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Editor HUDÁKOVÁ, A. 1. vyd. Praha: Středisko rané péče Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0054-3.

- JUNGWIRTHOVÁ, I. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.
- KARLÍK, P., NEKULA, M. a PLESKALOVÁ, J. *Encyklopedický slovník češtiny*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106-484-X.
- KEREKTRÉTIOVÁ, A. a kol. *Logopédia*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2016a. ISBN 978-80-223-4165-3.
- KEREKTRÉTIOVÁ, A. a kol. *Logopedická propedeutika*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2016b. ISBN 978-80-223-4164-6.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KOMORNÁ, M. *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. ISBN 978-80-87218-18-1.
- KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu: eseje o dětech a rodičích*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1496-0.
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 4. vyd. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-056-9.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. přeprac. vyd. Přeložil KRÁLOVEC, J. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LANGER, J. *Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3681-4.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Přeložil KŘÍŽOVÁ, J. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

- LEONHARDT, A. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. [cit. 1999]. Přeložil MATUŠKA, O. Bratislava: Sapiientia, 2001. ISBN 8096718088.
- MRÁZKOVÁ, E., MRÁZEK J. a LINDOVSKÁ, M. *Základy audiologie a objektivní audiometrie: medicínské a sociální aspekty sluchových vad*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-226-5.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. ISBN 8020010866.
- POTMĚŠIL, M. a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.
- POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0766-3.
- POTMĚŠIL, M. *Osobnost dítěte v kontextu vady sluchu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4729-2.
- PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-3603-7.
- RANA, M. "Why Would I Want to Hear?" Cochlear Implants in Young Adult Fiction. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies* [online], 2017. Ročník 11, číslo 1 [cit. 2017-01-01], s. 69-80. Dostupné z <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=cd1ba035-f96d-4417-8b41-b4ed35fbbb6c%40sessionmgr120&hid=121&bdata=JmF1dGh0eXBIPXNoaWImc2l0ZT1lZH MtbGl2ZQ%3d%3d#AN=121338740&db=a9h>>. ISSN: 1757-6458.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 8024414759.
- ROUČKOVÁ, J. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením: praktické návody a důležité informace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-932-3.
- SKÁKALOVÁ, T. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-098-6.



SKUTIL, M. a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SOURALOVÁ, E. *Surdopedie I: studijní opora pro kombinované studium: povinný studijní materiál pro obor Speciální pedagogika předškolního věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1007-9.

ŠÁNDOROVÁ, Z. a FALTOVÁ, B. Služba sociální prevence raná péče – alternativa pro ústavní péči i výzva pro sociální pedagogiku. *Sociální pedagogika/Social Education* [online], 2015. Ročník 3., číslo 2., [cit. 2015-11], s. 51-63. Dostupné z <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=5046a938-4084-4c66-8fc5-9ed140bf9655%40sessionmgr4008&hid=4208&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=111021360&db=sxi>>. ISSN 1805-8825.

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

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

ŠLAPÁK, I. a FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-67-2.

ŠLAPÁK, I., JANEČEK, D. a LAVIČKA, L. *Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno. Klinika dětské ORL LF MU, 2013. [cit. 19-08-2013]. Dostupné z <<http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/js09/orl/web/doc/?info=1>>.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor Speciální pedagogika předškolního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. ISBN 978-80-7372-213-5.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. a ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6. ISSN: 1757-6458

VITÁSKOVÁ, K. a PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 8024410885.

*Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online] 2004 [cit. 2017-01-01] Dostupné z <<http://www.msmt.cz/ministerstvo/novy-skolsky-zakon-1>>

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] 2006 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/7334>>

**Použité internetové odkazy:**

[www.detskysluch.cz](http://www.detskysluch.cz)

<http://www.otolaryngologie.cz/Kochlearni-implantace/>

<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/foniatricke-oddeleni/innformace-pro-pacienty/>

## SEZNAM ZKRATEK

§ - paragraf

aj. – a jiné

aktual. – aktualizováno

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

cit. – citováno

č. – číslo

dB – decibel

DNA – deoxyribonukleová kyselina

FN – fakultní nemocnice

kol. – kolektiv

o.p.s. -obecně prospěšná společnost

obr. - obrázek

opr. - opravené

přeprac. – přepracováno

QB – quiet book

RTG – rentgen

s. – strana

Sb. – sbírka

srov. – srovnání

tj. – to je

tzv. – tak zvané

upr. – upraveno

vyd. – vydání

zk. – zákon

## **SEZNAM TABULEK**

**Tabulka č. 2** – Klasifikace sluchové vady dle WHO

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Šablona dotazníku pro rodiče

**Příloha č. 2:** Šablona informovaného souhlasu pro zákonné zástupce dítěte

**Příloha č. 3:** Šablona dotazníku pro pracovníky rané péče

**Příloha č. 4:** Vyplněné dotazníky od rodičů dětí se sluchovým postižením

**Příloha č. 5:** Vyplněné dotazníky od poradců rané péče

**Příloha č. 6:** Fotodokumentace – vybrané fotografie procesu výroby QB

**Příloha č. 7:** Fotodokumentace finální podoby QB

**Příloha č. 8:** Fotodokumentace – fotografie práce dětí se sluchovým postižením s QB

## **Příloha č. 1: Šablona dotazníku pro rodiče**



Univerzita Palackého  
v Olomouci

Vážená paní, vážený pane,

děkuji Vám za spolupráci při poskytnutí fotografií Vašeho dítěte k fotodokumentaci práce dětí s Quiet bookem do mé bakalářské práce, kde se věnuji tématu o Zařazení Quiet booku (dále jen QB) do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením.

Zároveň si Vás dovoluji požádat o vyplnění následujících otázek. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům výzkumné části mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za Váš čas a vstřícnost.

- 1. Jaká forma komunikace převažuje při kontaktu mezi Vámi a Vaším dítětem?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2. Používáte při komunikaci s dítětem a rozvoji jeho jazyka formu vizualizace (obrazové zobrazení věcí...)? Jaké? Máte doma také QB?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3. Jakou reakci, spolupráci s QB jste u svého dítěte očekávali?**

**4. Po aktivitě dítěte s QB, jaký je váš názor na QB?**

**4. Myslíte si, že je QB dobrým prostředníkem v komunikaci s dítětem?**

**5. Kdybyste měli možnost, nechali byste si vyhotovit QB pro své dítě? V tématu jemu vlastním, které by prohlubovalo jeho slovní zásobu, vyobrazovalo sociální situaci, které je lehčí na vysvětlení pomocí obrazového materiálu?**

## Příloha č. 2: Šablona informovaného souhlasu pro zákonné zástupce dítěte



Univerzita Palackého  
v Olomouci

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Klára Bednářová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Vypracovávám bakalářskou práci s názvem Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením. V rámci praktické části mé bakalářské práce se věnuji tématu o Zařazení Quiet booku do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením.

Tímto bych Vás chtěla oslovit a požádat o svolení uveřejnění fotografií Vašeho dítěte pouze v rámci mé bakalářské práce, kde je mým cílem, mimo jiné, pořídit fotodokumentaci práce dítěte se sluchovým postižením s Quiet bookem.

Děkuji Vám za Váš čas a vstřícnost.

### Informovaný souhlas

(souhlas zákonného zástupce dítěte s poskytováním poradenských služeb ve škole)

Jméno a příjmení dítěte: .....

**Souhlasím - nesouhlasím** s uveřejněním fotografií mého dítěte v rámci praktické části bakalářské práce.

Datum: ..... Podpis rodičů: .....

### **Příloha č. 3: Šablona dotazníku pro pracovníky rané péče**



Univerzita Palackého  
v Olomouci

Vážená paní,

jmenuji se Klára Bednářová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Vypracovávám bakalářskou práci s názvem Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením a v rámci praktické části mé práce se věnuji tématu o zařazení Quiet booku (dále jen QB) do tohoto procesu a jeho hodnocení.

Tímto si Vás dovoluji požádat jakožto odborníka v poskytování službách rané péče o vyplnění následujících otázek. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům výzkumné části mé bakalářské práce.

Děkuji Vám, za Váš čas a vstřícnost.

**1. Mohla byste ve stručnosti popsat náplň Vaší práce?**

**2. Setkala jste se již dříve s tématem akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením? Pokud ano, mohla byste ve stručnosti a vlastními slovy říci, o co se jedná?**

**3. Podílíte se na doporučení vhodné komunikační metody rodičům u jejich dítěte? Kdo všechno poskytuje rodičům informace, aby se mohli rozhodnout?**



**4. Můžete ve stručnosti popsat, jak probíhá práce s dítětem se sluchovým postižením a jeho rodiči v rámci vaší konzultace v místě jeho bydliště, při které se zaměřujete na rozvoj jazyka dítěte?**

**5. Jaký je váš názor na vizualizaci sdělení u vašich klientů?**

**6. Jak hodnotíte QB jako pomůcku v rámci osvojování si jazyka, komunikačních kompetencí u dítěte se sluchovým postižením?**

**7. Mohla byste shrnout a popsat klady a zápory, které podle vašeho mínění má QB a její zapojení do procesu akvizice dětí se sluchovým postižením?**

**8. Setkala jste se v praxi s QB? Pokud ano, kdy a jak jste s ní pracovala?**

**9. Uvítala byste větší účast QB ke své práci na témata zpracovaná vždy podle zájmu dítěte?**

**10. Jak hodnotíte zpracování tématu návštěva u foniatra?**

**11. Můžete uvést některé další pomůcky či prostředky, které užíváte v procesu osvojování si jazyka u dětí se sluchovým postižením?**

**Příloha č. 4: Vyplněné dotazníky od rodičů dětí se sluchovým postižením**

**1. Jaká forma komunikace převažuje při kontaktu mezi Vámi a Vaším dítětem?**

*Rodič č. 1* - Ukazování, mluvení, gestikulace.

*Rodič č. 2* - Mluvená řeč s podporou ZJ.

*Rodič č. 3* - Mluvená řeč, znaky.

**2. Používáte při komunikaci s dítětem a rozvoji jeho jazyka formu vizualizace (obrazové zobrazení věcí...)? Jaké? Máte doma také QB?**

*Rodič č. 1* - Moc ne...a QB doma nemáme.

*Rodič č. 2* - ZJ, knížky, obrázky.

*Rodič č. 3* - Nějaké knížky, ale QB doma nemáme.

**3. Jakou reakci, spolupráci s QB jste u svého dítěte očekávali?**

*Rodič č. 1* - Byla jsem zvědavá, hodně si s tím pohrála.

*Rodič č. 2* - Očekávala jsem dobrou reakci – dcera má ráda knížky. Je vidět, že ji s tím baví manipulovat, prohlížet si obrázky.

*Rodič č. 3* - To nevím, ale hrála si pěkně.

**4. Po aktivitě dítěte s QB, jaký je váš názor na QB?**

*Rodič č. 1* - Není to špatné.

*Rodič č. 2* - Líbí se mi to.

*Rodič č. 3* - Bylo to dobré.

**5. Myslíte si, že je QB dobrým prostředníkem v komunikaci s dítětem?**

*Rodič č. 1* - Ano, když se dítěti líbí.

*Rodič č. 2* - Ano. Jak už jsem psala, líbí se mi to.

*Rodič č. 3* - Ano, je to zase něco jiného.

**6. Kdybyste měli možnost, nechali byste si vyhotovit QB pro své dítě? V tématu jemu vlastním, které by prohlubovalo jeho slovní zásobu, vyobrazovalo sociální situaci, které je lehčí na vysvětlení pomocí obrazového materiálu?**

*Rodič č. 1* - Ano, má ráda zvířátka, tak asi o tom.

*Rodič č. 2* - Nástup do MŠ, jako vysvětlení, když někam jdeme (na hřiště, nakoupit, na návštěvu k babičce ...).

*Rodič č. 3* - Ano, nechala. Možná něco o škole, ať ví, do čeho půjde.

## **Příloha č. 5: Vyplněné dotazníky od poradců rané péče**

### **1. Mohla byste ve stručnosti popsat náplň Vaší práce?**

**Poradce č. 1** – Poskytování podpory rodinám dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením formou terénních konzultací: poskytování informací, pomoc se zpřesňováním diagnostiky, komunikace s foniatry aj.

**Poradce č. 2** – Terénní práce v rodinách dětí se sluchovým a kombinovaným postižením od narození do 7 let věku. Sociální poradenství, poradenství ohledně sluchu, příp. dalších postižení, pomoc s rozvojem sluchu, komunikace, podpora a provázení rodiny.

**Poradce č. 3** – Jezdím do rodin, ve které žije dítě se sluchovým a kombinovaným postižením do 7 let. S rodinou vedu rozhovor nejen na téma psychomotorického vývoje dítěte, ale i se baví o tom, co by rodina v rámci naší služby potřebovala (tipy na rozvoj dítěte, informace k problematice sluchového postižení, aj.). Dále kromě přímé práce v rodinách dělám nepřímou práci (komunikuji s dalšími odborníky, aj...).

**Poradce č. 4** – Konzultace v rodinách, e-mailové, telefonické konzultace, spolupráce s dalšími odborníky...

**Poradce č. 5** – Náplní práce je podpora rodin s dětmi se sluchovým postižením (různé oblasti spolupráce – terénní konzultace v rodinách, emailové + telefonické konzultace, pomoc se sociálními záležitostmi, inspirace pro činnosti a rozvoj dítěte, psychická podpora rodiny atd..).

**Poradce č. 6** – Poskytování podpory rodinám dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením formou terénních konzultací: poskytování informací, komunikace s foniatry apod.

**Poradce č. 7** – Poskytování podpory rodinám dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením, poskytování telefonických konzultací rodičům, spolupráce s odborníky při diagnostice dítěte komunikace s foniatry, ORL, pediatr apod.

*Poradce č. 8* – Náplní mé práce je poradenství v rodinách, kde je dítě se sluchovým a kombinovaným postižením (do 7 let). Poskytuju rady a doporučení rodině, jak rozvíjet jejich dítě, kontaktuji se s dalšími odborníky aj.

*Poradce č. 9* – Podpora rodin, které vychovávají dítě se sluchovým či kombinovaným postižením, a to přímo v rodině v rámci terénní služby. V praxi se jedná převážně o poskytování informací, které rodině pomohou přirozeně fungovat, a o pomoc při maximálním rozvíjení dítěte ve všech směrech.

**2. Setkala jste se již dříve s tématem akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením?  
Pokud ano, mohla byste ve stručnosti a vlastními slovy říci, o co se jedná?**

*Poradce č. 1* – Činnosti pro podporu rozvoje jazyka.

*Poradce č. 2* – Ne.

*Poradce č. 3* – S tímto tématem jsem se již setkala. Akvizice (tzv. osvojování) jazyka, u dětí se sluchovým postižením se jedná asi o akvizici mateřského jazyka – u dětí s těžkým postižením sluchu nebo neslyšících – znakového jazyka. Jelikož pracuji s takto malými dětmi, tak jsem přímo u zdroje. Pro miminka je seznámení se se ZJ jako stejně tak nové, jako pro rodiče.

*Poradce č. 4* – Ne.

*Poradce č. 5* – Ne.

*Poradce č. 6* – Jedná se o osvojování si jazyka dítětem v rámci jeho kognitivního vývoje.

*Poradce č. 7* – Neseťkala.

*Poradce č. 8* – Ano, setkala. Akvizice jazyka znamená jeho osvojení.

*Poradce č. 9* – Ano. Jedná se o proces osvojování si jazyka, který je u dětí se sluchovým postižením narušen právě sluchovým deficitem.

**3. Podílíte se na doporučení vhodné komunikační metody rodičům u jejich dítěte? Kdo všechno poskytuje rodičům informace, aby se mohli rozhodnout?**

*Poradce č. 1* – Ano. Často s rodiči řešíme vhodnou komunikační metodu. Setkala jsem se s tím, že určitá doporučení dával i logoped.

*Poradce č. 2* – Ano, poradce rané péče, logoped, pracovník speciálně pedagogického centra, odborný lékař (foniatr, audiolog...).

*Poradce č. 3* – Ano, určitě se podílím. Doporučuji, jaký způsob komunikace mohou rodiče zvolit. Rozhodnutí je vždy na rodičích. Informace jim, podle mě, poskytují lékaři (hlavně foniatři...), speciální pedagogové (my, SPC, logoped...) aj.

*Poradce č. 4* – Ano. Dále jsou to speciální pedagogové, logoped, další rodiče s dítětem se SP.

*Poradce č. 5* – Ano. Záleží, s kým rodina spolupracuje. Většinou jsou to SPC, logopedi a předškolní zařízení.

*Poradce č. 6* – Ano podílím. Mnohdy nastanou situace, kdy je nutné s rodiči řešit jaká komunikační metoda je pro jejich dítě nejvhodnější. Vhodnou metodu může doporučit logoped nebo pracovník SPC.

*Poradce č. 7* – Ano, částečně se na tomto doporučení podílím. Další informace poskytují speciální pedagogové, logoped, další rodiče s dítětem se SP, poradenští pracovníci v SPC nebo SRP.

*Poradce č. 8* – Jakou komunikační metodu rodiče u svého dítěte zvolí, záleží na nich, ale ano, my dáváme doporučení. Informace dále poskytují hlavně foniatři a logopedi.

*Poradce č. 9* – Ano, často se s rodiči tímto tématem zabýváme. Občas rodičům poskytuje informace logopedka.

**4. Můžete ve stručnosti popsat, jak probíhá práce s dítětem se sluchovým postižením a jeho rodiči v rámci vaší konzultace v místě jeho bydliště, při které se zaměřujete na rozvoj jazyka dítěte?**

*Poradce č. 1* – Domluva s rodiči na průběhu konzultace. Rozhovor s rodiči o novinkách (návštěva u foniatra, vývoj dítěte, adaptace na sluchadla atd.). Činnosti s dítětem. Společné závěrečné shrnutí konzultace a domluva na příští konzultaci (pomůcky, termín).

*Poradce č. 2* – Sleduji úroveň jazykových schopností dítěte a preferovanou formu komunikace dítěte a rodičů. Práce s dítětem zaměřená na rozvoj jazyka postupuje celou konzultací – různé činnosti (hračky, knížky, podpůrné prostředky pro rozvoj komunikace).

*Poradce č. 3* – Osvojování jazyka začíná přes rodiče. Rodiče se nejprve ptají na znakový jazyk (jeho historie, gramatika...). Zajímá je, jak se jej mohou učit, jaké znaky by měli umět. Poté v rámci konzultace se věnují i dítěti, rodičům tak ukazují, jak používat znaky při běžné komunikaci a jak dítě dál rozvíjet (knížky, hračky...).

*Poradce č. 4* – Každá konzultace je individuální, dle schopností dítěte, sluchového věku, kalendářního věku, případných přidružených postižení, zjištění sluchové vady, nelze ve stručnosti popsat.

*Poradce č. 5* – Práce s dítětem se odvíjí od jeho věku (kalendářního i sluchového), typu sluchového postižení, případně dalšího přidruženého postižení, míry spolupráce a soustředění.

*Poradce č. 6* – Práce je individuální. Vše se odvíjí od věku klienta a taky typu sluchové vady. A taky na rodině.

*Poradce č. 7* – Nejdříve začínáme rozhovorem s rodiči (jak se dítě vyvíjí, pokroky nebo stagnace, výsledky vyšetření od logopeda, foniatra atd.). Poté následuje práce, činnosti s dítětem, zaměřené na rozvoj jazyka. Nakonec je závěrečné zhodnocení, doporučení pro rodiče, co a jak by měli s dítětem cvičit, rozvíjet.

*Poradce č. 8* – Během konzultace sleduji jazykovou schopnost dítěte, komunikaci mezi rodičem a dítětem, doporučuji vhodné činnosti pro rozvoj jazyka (hrou, prohlížení knížek aj) ...



*Poradce č. 9* – Nejprve se s rodiči domluvíme, jakou bude mít naše konzultace podobu. Poté si často sdělíme nejnovější informace, které se udály od naší poslední návštěvy, např. adaptace dítěte na sluchadla, pokrok dítěte v určitých dovednostech... Následuje samotná činnost s dítětem. Závěrem s rodiči celkově shrneme naše setkání a domluvíme se na dalším.

## **5. Jaký je váš názor na vizualizaci sdělení u vašich klientů?**

*Poradce č. 1* – Vizualizaci vnímám jako významný podpůrný prostředek při osvojování si komunikačních znalostí a dovedností.

*Poradce č. 2* – Vizualizace u dětí se SP je velmi důležitá.

*Poradce č. 3* – Jestli vizualizací myslíte znakový jazyk, tak já tento způsob doporučuji, a to hlavně u dětí, které neslyší řeč. Znakový jazyk je výborný způsob komunikace.

*Poradce č. 4* – Důležitý faktor pro rozvoj komunikace u dětí se SP, jakákoliv podpora mluvené řeči pomocí vizualizace je důležitá.

*Poradce č. 5* – Je určitě přínosná.

*Poradce č. 6* – Vizualizace je podle mého názoru důležitou součástí komunikačního procesu, zejména při osvojování si slovní zásoby dítětem (zabránění špatnému porozumění výrazu) a dále při popisu nové situace, kdy dítě nemusí chápat, co po něm chceme a může to pro něj být stresující.

*Poradce č. 7* – Je to jeden z nejdůležitějších kompenzačních činitelů u dětí se SP. Pomocí vizualizace by děti měly získávat co nejvíce informací. Ale s mírou, děti by se měli naučit stejnou vahou používat i jiné kompenzační činitele.

*Poradce č. 8* – Pro děti, které mají sluchové postižení, je to určitě dobrý způsob, jak zlepšit komunikaci.

*Poradce č. 9* – Velmi kladný, vizualizace klientovi velice napomáhá při získávání informací z okolí i při osvojování si komunikačních schopností.

## **6. Jak hodnotíte QB jako pomůcku v rámci osvojování si jazyka, komunikačních kompetencí u dítěte se sluchovým postižením?**

*Poradce č. 1* – QB je určitě vhodnou pomůckou pro osvojování si jazyka.

*Poradce č. 2* – Myslím si, že je to dobrá pomůcka, pro děti i rodiče zajímavá.

*Poradce č. 3* – Tuto knížku jsem použila 1x u holčičky (2 roky a 6 měsíců) s těžkou ztrátou sluchu. Knižka se jí i mě moc líbila. Přijde mi velmi zajímavé, jak je interaktivní a jsem určitě pro další použití. Líbí se mi, že je dějová. Děti se tak učí postupně používat krátké věty.

*Poradce č. 4* – Jedna z dobrých možností pro podporu rozvoje dítěte.

*Poradce č. 5* – Je bezesporu užitečná.

*Poradce č. 6* – QB je určitě přínosnou pomůckou pro rozvoj komunikačních schopností a dovedností dítěte.

*Poradce č. 7* – Je to jedna z pomůcek, která by se u dítěte se sluchovým postižením měla využívat častěji. Pomáhá mu rozvíjet jeho komunikační schopnosti. Díky estetickému vzhledu dítě motivujeme ke komunikaci a vytváříme tím vhodné podmínky pro rozvoj řečových schopností.

*Poradce č. 8* – Pomůcku hodnotím jako velmi užitečnou a v praxi využitelnou. Díky tomu, že je interaktivní, děti zaujme, a to je podstatné.

*Poradce č. 9* – QB je zajímavou, pro děti atraktivní pomůckou pro osvojování si jazyka.

## **7. Mohla byste shrnout a popsat klady a zápory, které podle vašeho mínění má QB a její zapojení do procesu akvizice dětí se sluchovým postižením?**

*Poradce č. 1* – Klady: snadná manipulace, konkrétní popis děje a věci

Zápory: obava z korálků

*Poradce č. 2* – Klady: zajímavá činnost pro děti, různé činnosti, možnost povídat si, popisovat a zároveň si hrát a objevovat nové věci

Zápory: ne všechny děti musí zaujmout

**Poradce č. 3** – Klady: interaktivní, pro děti zajímavá – dějová

Zápory: takto knížka je náročnější na čas, materiál. Některé komponenty jsou křehké nebo malinké a je možné její rychlé zničení, poškození

**Poradce č. 4** – Propojení více smyslů, poutavá forma, podpora rozvoje více oblastí.

**Poradce č. 5** – Bohužel nevím, co znamená akvizice dětí se sluchovým postižením.

**Poradce č. 6** – Klady: konkrétní popis děje a věcí (jednoduché pro pochopení), touto formou lze poskytnout dítěti vysvětlení neznámé situace formou, kterou dokáže snadno pochopit

Zápory: při nevhodné volbě materiálu může hrozit určité nebezpečí (vdechnutí nebo spolknutí korálek, či jiných drobných částí), některé děti mohou mít averzi vůči některým druhům materiálů

**Poradce č. 7** – Klady: propojení více smyslů, snadná manipulace, motivační charakter ke komunikaci

Zápory: při dlouhodobém používání dojde snadno k poničení

**Poradce č. 8** – Klady: interaktivní, má atraktivní vzhled, děti zaujme, umožňuje rozvoj více oblastí.

Zápory: náročná na zhotovení.

**Poradce č. 9** – Klady: Na QB kladně hodnotím hlavně její atraktivnost, snadnou manipulaci a její transparentnost. Menší obavu mám z případné ztráty menších částí QB.

Zápory: Určitě bych ale uvítala i verzi s holčičkou pro generovou vyváženost.

## **8. Setkala jste se v praxi s QB? Pokud ano, kdy a jak jste s ní pracovala?**

**Poradce č. 1** – Ne.

*Poradce č. 2* – Ano. Měli ji v rodině.

*Poradce č. 3* – QB jsem viděla v několika rodinách, některé šikovné maminky si je ušijí samy, poprvé jsem s ní pracovala až teď.

*Poradce č. 4* – Ne.

*Poradce č. 5* – Prozatím ne.

*Poradce č. 6* – Ano, použila jsem ji při konzultaci záměrně pro Vaši bakalářskou práci.

*Poradce č. 7* – Nesetkala.

*Poradce č. 8* – Nesetkala jsem se.

*Poradce č. 9* – QB jsem měla v rodině při konzultaci. Dítě si s QB hrálo. Komentovali jsme některé věci, předměty a situace.

**9. Uvítala byste větší účast QB ke své práci na témata zpracovaná vždy podle zájmu dítěte?**

*Poradce č. 1* – Ano (např. nástup do mateřské školy).

*Poradce č. 2* – Určitě.

*Poradce č. 3* – Ano, určitě ano, jako jeden z možných způsobů, jak dítěti něco vysvětlit, ukázat.

*Poradce č. 4* – Ano, určitě.

*Poradce č. 5* – Určitě ano.

*Poradce č. 6* – Ano.

*Poradce č. 7* – Určitě ano.

*Poradce č. 8* – Rozhodně uvítala.

*Poradce č. 9* – Ano, určitě.

## **10. Jak hodnotíte zpracování tématu návštěva u foniatra?**

*Poradce č. 1* – Téma je aktuální pro většinu rodičů.

*Poradce č. 2* – Užitečné a přínosné, myslím, že pomocí knihy lze děti na tuto situaci připravit.

*Poradce č. 3* – Toto téma se mi líbilo. Pro děti to je ukázkové.

*Poradce č. 4* – Kladně, hezky zpracované

*Poradce č. 5* – Téma je zpracované pěknou názornou formou.

*Poradce č. 6* – Myslím si, že toto téma je vhodné pro zpracování, neboť mnoha dětem může QB na toto téma pomoci pochopit co je u foniatra čeká a pomoci jim tak lépe danou situaci prožít.

*Poradce č. 7* – Je to hezky zpracované. Dítě tak získává pocit bezpečí. Většina dětí má z lékařů strach, tímto způsobem můžeme dítě na vyšetření připravit.

*Poradce č. 8* – Jako velmi povedené, udělané tak, že to pro děti není příliš složité, ale naopak srozumitelné.

*Poradce č. 9* – Téma je zpracované přehledně a jasně.

## **11. Můžete uvést některé další pomůcky či prostředky, které užíváte v procesu osvojování si jazyka u dětí se sluchovým postižením?**

*Poradce č. 1* – iPad, hry pro podporu rozvoje komunikace – obrázky, maňasci, knížky atd., říkanky, písničky, hudební nástroje.

*Poradce č. 2* – Počítačové programy (fono, metio), iPad, tablet a aplikace v nich, dětské knihy, kartičky s obrázky, hry, hračky, „vše co je doma a po ruce“ u všeho se dá jazyk rozvíjet.

*Poradce č. 3* – Knižky, hračky, spíše se s rodiči bavím o běžných domácích činnostech a jak znaky používat, iPad, ...

**Poradce č. 4** – Knížky, komunikační kartičky, iPad, maňásci, vyrobené pomůcky, vibrační hračky, hudební nástroje...

**Poradce č. 5** – Podpora znaky znakového jazyka, obrázkové knihy aj.

**Poradce č. 6** – iPad, různé hry, které mohou sloužit pro rozvoj komunikace (maňásci, plyšová zvířátka, kartičky s obrázky, jednoduché hudební nástroje apod.).

**Poradce č. 7** – Knížky, iPad, maňásci, vyrobené pomůcky, komunikační kartičky, vibrační hračky, hudební nástroje, PC programy...

**Poradce č. 8** – Různé hračky, knihy a tablety.

**Poradce č. 9** – Používám různé hry pro podporu rozvoje komunikace, dále často obrázky, maňásky, knihy (říkanky, písničky) či hudební nástroje. Oblíbený je samozřejmě i tablet a různé zdařilé aplikace.

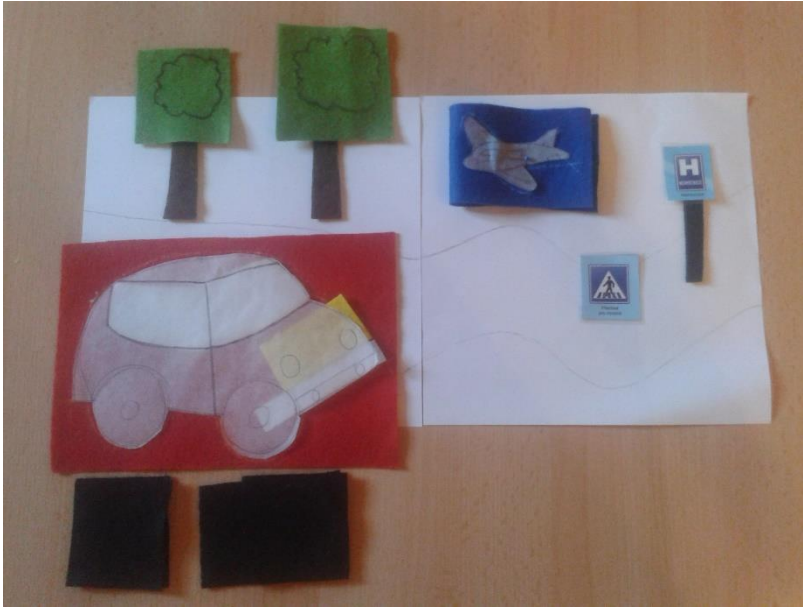
**Příloha č. 6:** Fotodokumentace – vybrané fotografie procesu výroby QB



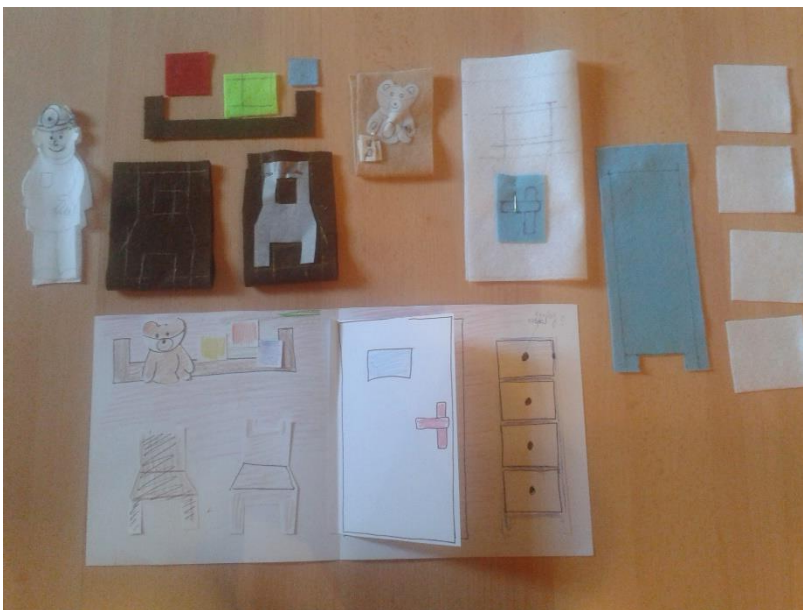
**Obr. 1:** Návrh na stranu č. 2 – Kubíkův pokoj.



**Obr. 2:** Podklad pro stranu č. 2 – Kubíkův pokoj.

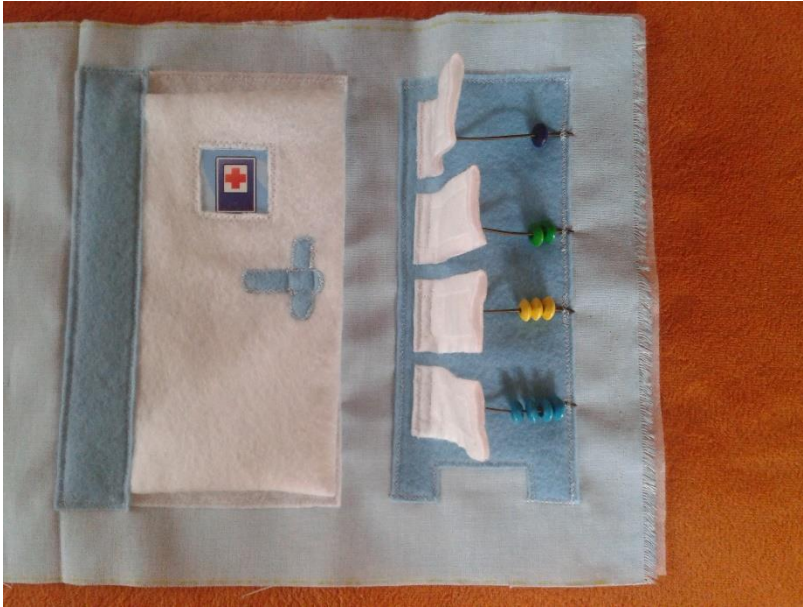


**Obr. 3:** Návrh ke straně č. 3 - Cesta do nemocnice.



**Obr. 4:** Návrh ke straně č. 3 – V čekárně, porovnání s papírovým návrhem QB.





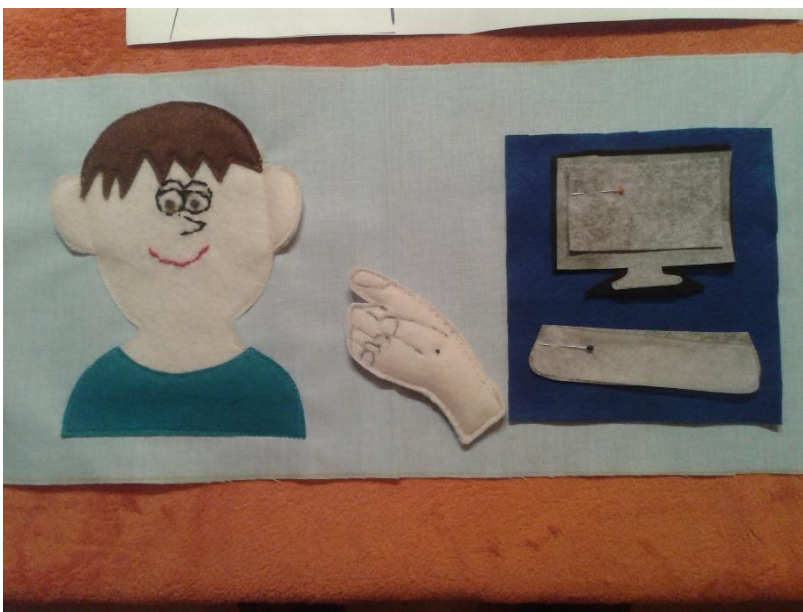
**Obr. 5:** Detail strany č. 3.



**Obr. 6:** Rozpracování strany č. 4 – V ordinaci.



**Obr. 7:** Návrh na stranu č. 4.



**Obr. 8:** Návrh na stranu č. 4 s detaily.



**Obr. 9:** Detail na ucho se sluchadlem.



**Obr. 10:** Návrh na stranu č. 5 – Cesta domů.



**Obr. 11:** Náhled na úvodní a poslední stranu (obal QB).



**Příloha č. 7: Fotodokumentace finální podoby QB**

***Strana č. 1 – Úvodní strana***



**Obr. 12:** Úvodní strana se zajíčkem, který má volná ouška pro manipulaci, doplněna motýlkem a květinami.

***Strana č. 2 – V pokoji***



**Obr. 13:** Na této dvojstraně začíná den chlapce Kubíka, který je ve svém pokoji. Dítě zde může manipulovat s ložním prádlem. Také s hrníčkem, symbolizující snídani. Může si otevřít

šuplík a také odestřít okno, ve kterém má odepínací květiny. Zavázat uzel, případně mašličku. S dítětem si můžeme povídat také o počasí (svítí sluníčko), o snídani (co by chtělo na snídani), o květinách, barvách apod. Postava Kubíka (i maminky) je ke QB napevno přišita šňůrkou, aby se při manipulaci s knihou neztratila.

### *Strana č. 3 – Cesta do nemocnice*



**Obr. 14:** Na této stránce vidíme Kubíka, jak jede s maminkou automobilem do nemocnice k panu doktorovi (foniatrovi). Obě postavy lze k automobilu připevnit pomocí našitého suchého zipu. Automobilem lze popojíždět také pomocí suchého zipu. Po cestě míjejí přechod pro chodce, kde si můžeme s dítětem připomenout pravidla přecházení přes silnici. Vidíme zde také stromy, letadlo, opět můžeme mluvit o barvách (červené auto, barva oblečení, letadla), o přírodě, ročním období a o dalších dopravních prostředcích. Zmínit se můžeme také o dopravních značkách.

#### Strana č. 4 – V čekárně



**Obr. 15:** Zde vidíme Kubíka spolu s maminkou v čekárně u foniatra. Oba mají svou židličku (se suchým zipem), na kterou si můžou sednout. Během čekání si může dítě spolu s Kubíkem hrát s kostkami nebo s medvídkem připevněnými suchým zipem. Povídat si u této dvojstrany můžeme o medvídkovi (je hnědý, má huňatou srst, kde žije, co jí), počítat a popisovat kostky, stavět podle barev (dej nahoru červenou) apod.



**Obr. 16:** V této dvojstraně si dítě dále může hrát s korálky, rozlišovat barvy, počítat (1-4), trénovat krátkodobou vizuální paměť (ve kterém šuplíku byly žluté korálky?), atd. Povídat si



můžeme o tom, že pan doktor je hodný, laskavý, usmívá se apod. Po vyzvání lékaře mohou vstoupit do ordinace (do dveří).

*Strana č. 5–V ordinaci*



**Obr. 17:** Na této straně foniatr, zdravotní sestra nebo maminka Kubíkovi sundat sluchadla, a tak dítěti ukázat, že ho to nebude bolet, a znázornit mu, co se od něj bude očekávat.



**Obr. 18:** Kubíkovi zde může buď dospělý nebo dítě nasadit sluchátka pro audiometrické vyšetření – tónovou audiometrii nasadit a tím bude dítěti ukázáno, co jej čeká. Dále mu



vysvětlit, že bude poslouchat, a když uslyší tón, ukáže, ve kterém oušku ho slyšelo. Skrze QB může dítě ukazovat rukou, která je zde připevněna suchým zipem. Také dítě může dát sluchadla do kapsy s počítačem, jako znázornění toho, že je na chvíli předá lékaři, který je může překontrolovat, nastavit apod.



**Obr. 19:** U této stránky je přidán třetí list s ouškem se sluchadlem. Na něm může například lékař ukázat, že když bude s ouškem manipulovat, dítě to nebude bolet. I samo dítě si může zkusit s uchem se sluchadlem pohrát. Přidán je také zajíček, u kterého jsou volné uši. I na něm můžeme dítěti ukázat, že se budeme oušek dotýkat apod.

### *Strana č. 6 – Cesta domů*



**Obr. 20:** V poslední dvoustraně je znázorněna cesta domů z vyšetření. Dítěti může sloužit jako vizualizace toho, že ještě chvíli bude u pana doktora a pak pojedje s maminkou domů. Zde může postava Kubíka s maminkou nasednout do auta (na suchý zip), které jede po cestě k domu. Opět se můžeme zmínit k tématu počasí, barvy apod. Také si s dítětem můžeme povídat o tom, co budeme dělat ve zbytku dne (co uvaříme, s čím si budeme hrát apod.).

### *Strana č. 7 – Závěrečná strana (kapsička s odměnou)*



**Obr. 21:** Na konci knihy je kapsička, kde na dítě čeká odměna, že vše zvládlo a bylo šikovné. Odměna je volena podle zájmu dítěte (bonbón, lízátko, obrázek, hračka...).

**Příloha č. 8:** Fotodokumentace – fotografie práce dětí se sluchovým postižením s QB



**Obr. 22:** Dívka se středně těžkým sluchovým postižením, indikovaná sluchadla (v současnosti zvažovaná kochleární implantace), věk 2 roky 6 měsíců.



**Obr. 23:** Dívka se středně těžkým sluchovým postižením, indikovaná sluchadla, věk 2 roky 6 měsíců.





**Obr. 24:** Dívka se středně těžkým sluchovým postižením, indikovaná sluchadla, věk 2 roky 4 měsíce.



**Obr. 25:** Dívka se středně těžkým sluchovým postižením, indikovaná sluchadla, věk 2 roky 4 měsíce.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Klára Bednářová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Language acquisition for children with hearing impairments
<b>Anotace práce:</b>	Hlavním cílem této bakalářské práce je hodnocení zařazení Quiet booku do procesu akvizice u dětí se sluchovým postižením. V teoretické části se věnujeme sluchovému postižení, akvizici jazyka a komunikačním metodám, rodině dítěte se sluchovým postižením a jeho socializaci a službě rané péči u dětí se sluchovým postižením. Praktická část je věnována výrobě Quiet booku, jeho zařazení do praxe a následná reflexe. Dále analýze dat získaných pomocí dotazníků od rodičů dětí se sluchovým postižením a sociálních pracovníků Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. v Olomouci pojednávající o zařazení Quiet booku a významu vizualizace do procesu akvizice jazyka u dětí se sluchovým postižením.
<b>Klíčová slova:</b>	akvizice, jazyk, dítě se sluchovým postižením, Quiet book, raná péče
<b>Anotace v angličtině:</b>	The purpose of this bachelor thesis is to evaluate the Quiet book's inclusion in the process of acquisition of children with hearing impairment. In the theoretical part we deal with hearing impairment, acquisition of language and communication methods, the family of a child with hearing impairment and its socialization, and early childhood care in

	<p>children with hearing impairment. The practical part is devoted to the production of Quiet Book, its introduction into practice and subsequent reflection. There is presented analysis of data obtained through questionnaires from parents of children with hearing impairment and social workers of Tamtam Children's hearing Center, o.p.s. in Olomouc discussing the inclusion of the Quiet Book and the importance of visualization in the process of language acquisition in children with hearing impairment.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	<p>acquisition, language, child with hearing impairments, Quiet book, early intervention</p>
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Počet příloh: 8</p> <p>Příloha č. 1: Šablona dotazníku pro rodiče</p> <p>Příloha č. 2: Šablona informovaného souhlasu pro zákonné zástupce dítěte</p> <p>Příloha č. 3: Šablona dotazníku pro pracovníky rané péče</p> <p>Příloha č. 4: Vyplněné dotazníky od rodičů dětí se sluchovým postižením</p> <p>Příloha č. 5: Vyplněné dotazníky od poradců rané péče</p> <p>Příloha č. 6: Fotodokumentace – vybrané fotografie procesu výroby QB</p> <p>Příloha č. 7: Fotodokumentace finální podoby QB</p> <p>Příloha č. 8: Fotodokumentace – fotografie práce dětí se sluchovým postižením s QB</p>
<b>Rozsah práce:</b>	<p>68 stran</p>
<b>Jazyk práce:</b>	<p>český jazyk</p>