

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

**Podpora rozvoje komunikačních dovedností u předškolních dětí
s vadami sluchu**

Bakalářská práce

Autor:	Kristýna Peprná
Studijní program:	B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. Štěpánka Lauková



Zadání bakalářské práce

Autor:	Kristýna Peprná
Studium:	P19P0216
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	Podpora rozvoje komunikačních dovedností u předškolních dětí s vadami sluchu
Název bakalářské práce AJ:	The support of development of communication skills for preschool children with hearing defects

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou podpory rozvoje komunikačních dovedností u dětí předškolního věku s vadami sluchu. Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je komplexně přiblížit problematiku předškolních dětí s vadami sluchu, a to na úrovni etiologie, symptomatologie, diagnostiky a klasifikace vad a poruch sluchu, dále pak popsat vývojová specifika dítěte předškolního věku v kontextu vývoje řeči a volby komunikačního systému. Následně specifikovat možnosti zajištění logopedické péče u dané cílové skupiny a přiblížit rozvoj komunikačních dovedností u dětí se sluchovou vadou. Cílem empiricky orientované části bakalářské práce je provést deskripci průběhu logopedické intervence u vybraných dětí s vadou sluchu a poukázat na její specifika. Z metodologického hlediska bude využito metody analýzy odborných pramenů a literatury, kazuistiky.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ. *Logopedie & surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-136-2.

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Třetí upravené vydání. Praha: Septima, 2016. ISBN 978-80-7216-345-8.

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

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Štěpánka Lauková

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou závěrečnou práci (Podpora rozvoje komunikačních dovedností u předškolních dětí s vadami sluchu) vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Petry Bendové, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 7. 4. 2022

.....

Kristýna Peprná

Poděkování

Za odborné vedení mé bakalářské práce a za veškeré cenné rady a připomínky při řešení dané problematiky, děkuji PhDr. Petře Bendové Ph.D. Dále také děkuji rodinám a odborníkům Terezky, Filipka a Kryštofa za jejich otevřenost, jež mi dopomohla k vypracování praktické části a jednotlivých kazuistik a zároveň za jejich vstřícnost a možnost se stát alespoň na chvíli součástí jejich terapie a životů.

Anotace

PEPRNÁ, Kristýna. *Podpora rozvoje komunikačních dovedností u předškolních dětí s vadami sluchu*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 92 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou podpory rozvoje komunikačních dovedností u dětí předškolního věku s vadami sluchu. V teoreticky koncipované části bakalářské práce je komplexně přiblížena problematika předškolních dětí s vadami sluchu, a to na úrovni etiologie, symptomatologie, diagnostiky a klasifikace vad a poruch sluchu. Dále jsou popsána vývojová specifika dítěte předškolního věku v kontextu vývoje řeči a volby komunikačního systému. Následně je specifikována logopedická diagnostika a samotný průběh logopedické terapie v návaznosti na podporu rozvoje komunikačních dovedností u dětí se sluchovou vadou.

V empiricky orientované části bakalářské práce jsou sestaveny tři případové studie jedinců s vadou sluchu, u nichž je provedena deskripce průběhu logopedické intervence, která poukazuje na individuální specifika této terapie. Z metodologického hlediska bude využito metody analýzy odborných pramenů a literatury, kazuistiky.

Klíčová slova: sluch, komunikace, sluchová vada, logopedická péče, vývoj řeči

Annotation

PEPRNÁ, Kristýna. *The support of development of communication skills for preschool children with hearing defects*. Hradec Králové. Pedagogical Faculty, University Hradec Králové, 2022. 92 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with the issue of supporting the development of communication skills for preschool children with hearing defects. In the theoretically conceived part of the bachelor's thesis, the issue of preschool children with hearing impairments is comprehensively approached, namely at the level of etiology, symptomatology, diagnostics and classification of hearing impairments and disorders. Furthermore, the developmental specifics of a preschool child in the context of speech development and the choice of communication system are described. Subsequently, speech therapy diagnostics and the course of speech therapy therapy are specified in connection with the support of the development of communication skills for children with hearing defects.

In the empirically oriented part of the bachelor's thesis, three case studies of individuals with hearing impairment are compiled, in which a description of the course of speech therapy intervention is performed, which points to the individual specifics of this therapy. From the methodological point of view, the method of analysis of professional sources and literature, case studies will be used.

Key words: hearing, communication, hearing defect, speech therapy care, speech development

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	12
1. UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	12
1.1. Základní anatomie a fyziologie sluchového ústrojí	12
1.2. Metody vyšetření a diagnostika a sluchové ztráty	15
1.2.1. Metody objektivní audiometrie	16
1.2.2. Metody subjektivní audiometrie.....	16
1.3. Klasifikace sluchových vad u dětí	17
1.4. Etiologie sluchových vad.....	19
1.5. Kompenzace sluchových vad.....	20
2. CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU SE SLUCHOVOU VADOU V KONTEXTU PODPORY KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ.....	22
2.1. Vývojová specifika dítěte předškolního věku.....	22
2.2. Faktory ovlivňující vývoj dítěte se sluchovou vadou	25
2.3. Vliv sluchové vady dítěte na vývoj řeči.....	27
2.4. Volba komunikačního systému dětí se sluchovou vadou	28
2.4.1. Orální komunikace	29
2.4.2. Simultánní komunikace.....	30
2.4.3. Totální komunikace.....	32
2.4.4. Bilingvní komunikace	33
2.5. Opožděný vývoj řeči na podkladě sluchové vady.....	35
3. LOGOPEDICKÁ INTERVENCE	37
3.1. Sluchová a řečová rehabilitace.....	37
3.2. Realizace logopedické péče	38
3.3. Cíle logopedické intervence.....	40
3.4. Logopedická diagnostika	41
3.5. Logopedická terapie.....	42

3.5.1. Průběh logopedické terapie	43
PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	45
4. ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	45
4.1. Vymezení cílů praktické části bakalářské práce	45
4.2. Metodologie praktické části bakalářské práce	45
4.2.1. Kvalitativní výzkum	46
4.2.2. Případová studie (kazuistika)	46
4.2.3. Analýza odborných pramenů a literatury	47
4.3. Charakteristika výzkumného vzorku	48
4.4. Charakteristika místa výzkumného šetření	49
4.5. Průběh realizace výzkumného šetření	49
5. PREZENTACE DAT ZJIŠTĚNÝCH VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM	51
5.1. Případová studie 1: Tereza	51
5.1.1. Organizace individuální logopedická péče u Terezy	56
5.2. Případová studie 2: Kryštof	61
5.2.1. Organizace individuální logopedická péče u Kryštofa	66
5.3. Případová studie 3: Filip	70
5.3.1. Organizace individuální logopedická péče u Filipa	76
6. ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A DISKUZE	79
ZÁVĚŘ	86
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ	88
SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ	91
SEZNAM OBRÁZKŮ	92
SEZNAM TABULEK	92

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Apod.: A podobně

Atd.: A tak dále

CNS: Centrální nervová soustava

ČZJ: Český znakový jazyk

DC: Dílčí cíl

HC: Hlavní cíl

Kol.: Kolektiv

KI: Kochleární implantát

Např.: například

NKS: Narušená komunikační schopnost

MŠ: Mateřská škola

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ: Ministerstvo zdravotnictví

OAE: Otoakustické emise

Obr.: Obrázek

ORL: Otorhinolaryngologie

OVŘ: Opožděný vývoj řeči

Resp.: Respektive

SPC: Speciálně pedagogické centrum

Tj.: To je, to jest

Tzn.: To znamená

Tzv.: Takzvaně

VPA: Vizuálně posílená/podpořená audiometrie

ZŠ: Základní škola

WHO: Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚVOD

Bakalářská práce se orientuje na podporu rozvoje řečových a komunikačních dovedností předškolních dětí se sluchovou vadou.

Mnohokrát jsem si ani neuvědomovala, jak úzce je problematika jedinců se sluchovými vadami úzce svázána s logopedií a s rozvojem řeči a jazyka. Důvodů, proč jsem se zaměřila na téma rozvoje komunikačních dovedností u dětí s vadami sluchu, je hned několik. Prvním a nejzásadnějším důvodem je, že několik členů mé rodiny je neslyšících a již od dětství mě fascinovalo, jakým způsobem se naučili mluvit, když „neslyší.“ Postupem času a získáváním zkušeností mi bylo jasné, že komunikace jedinců se sluchovým postižením se odvíjí hned od několika aspektů, mezi které bych zařadila rozsah sluchové ztráty, prostředí, ve kterém dotyčný vyrůstá, a také vlastní iniciativu daného člověka odezírat a komunikovat. Dalším důvodem, proč jsem se rozhodla svou bakalářskou práci tematicky směřovat do oblasti rozvoje komunikačních dovedností v kontextu sluchové vady, byly moje praxe v prostředí neslyšících dětí a zajímalo mě, jakým způsobem se jejich řeč a komunikace vyvíjí. Právě proto jsem se surdologopedii rozhodla „jít naproti“ prostřednictvím své bakalářské práce. I přesto, že se logopedové i rodiče snaží zajistit dětem se sluchovou vadou maximální péči a podporu a věnují jim během terapie maximální úsilí, dále u nich přetrvávají bariéry v oblastech produkce řeči a komunikace a neodpovídají úrovni svých vrstevníků. Proto je mnohdy logopedická intervence u těchto dětí velice specifická.

Cílem teoretické části bakalářské práce je definovat anatomii sluchového ústrojí a dále popsat a vymežit témata, která s problematikou vad sluchového ústrojí souvisí. Dále se teoretická část bakalářské práce bude věnovat vývoji předškolního dítěte v kontextu sluchové vady, vývoje řeči a volby komunikačního systému. Vzhledem ke skutečnosti, že vlivem sluchové vady je u těchto dětí téměř vždy diagnostikován opožděný vývoj řeči a je třeba věnovat pozornost včasnému zahájení logopedické terapie, bude v teoretické části bakalářské práce popsána i logopedická intervence u dané cílové skupiny.

Praktická část bakalářské práce bude mít kvalitativní charakter, bude zpracována za užití kazuistiky, jež bude zpracována s využitím metody pozorování a analýzy odborných pramenů a literatury.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem probíhá logopedická péče a individuální podpora rozvoje komunikačních dovedností u dětí se sluchovou vadou.

Výstupem praktické části bakalářské práce bude zpracování detailních kazuistik dětí se sluchovou vadou, a to včetně deskripce individuální logopedické péče, tak jak je u dětí tvořících výzkumný vzorek realizována.

TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1. UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

„Každá osoba je naprosto jedinečnou individualitou s právem na důstojný a plnohodnotný život. A to i v případě, že se nějakým způsobem odlišuje od většinové společnosti. Sluchová vada má podle doby svého vzniku, typu, stupně a rozsahu místa poškození největší vliv na možnost vnímání akustické podněty a informace, a tím dále na celkový vývoj jedince a jeho způsob dorozumívání s okolním. Odlišné množství informací, odlišný způsob komunikace, odlišné společenské zvyky a další specifické potřeby mohou ztěžovat osobám se sluchovým postižením orientaci v sociálním prostředí a jednotlivých životních situacích.“ (Skákalová, 2017, s. 5)

Dle Slowíka (2007) je primárním faktorem při intervenci především rozsah sluchové ztráty a doba, kdy postižení vzniklo. Sluchovou vadu chápeme jako následek organické či funkční poruchy v jakékoliv části sluchového ústrojí.

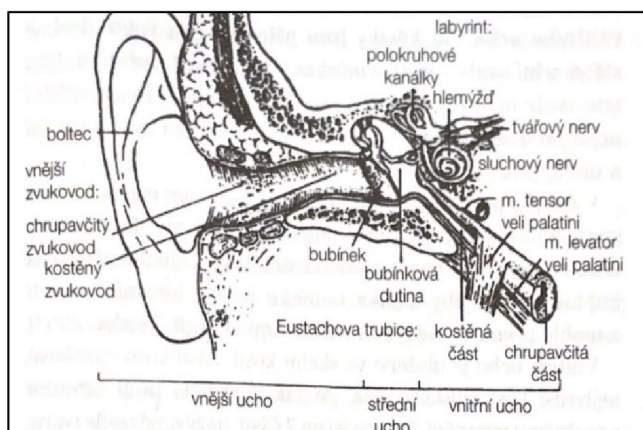
Dle Světové zdravotnické organizace (dále WHO) rozlišujeme klasifikaci stupňů sluchového postižení, dle velikosti sluchové ztráty:

- *ztráta 0-25 dB: normální sluch;*
- *ztráta 26-40 dB: lehká nedoslýchavost;*
- *ztráta 41-60 dB: středně těžká nedoslýchavost;*
- *ztráta 61-80 dB: těžké postižení sluchu;*
- *ztráta 81 a více dB: velmi závažné postižení sluchu včetně hluchoty*
(WHO in Morávková a kol., 2020, s. 108)

1.1. Základní anatomie a fyziologie sluchového ústrojí

Ucho člověka je tvořeno ze tří vývojově a funkčně odlišných částí, které slouží k zachycení, digitalizaci, mechanickému převodu a přenosu zvukových vln do CNS. Pro člověka má funkci percepční: tedy vnímání okolních zvuků, dále funkci analyzátoru vnímání pocitu rovnováhy a otáčivého a přímočarého pohybu těla v prostoru. (Šlapák, Floriánová, 1999)

Sluchový orgán dělíme na 3 části (viz obr.1): vnější ucho, střední ucho a vnitřní ucho.



Obr. 1 Anatomická stavba sluchového analyzátoru (Boenninghaus in Horáková, 2017, s. 17)

Vnější ucho

Vnější ucho se skládá ze dvou částí. Je představováno ušním boltcem a zevním zvukovodem. Ušní boltec je chrupavčitý útvar, který je potažený jemnou kůží a je umístěn ve spánkové oblasti hlavy. Zastává funkci sběru akustických vln z okolí, které dále soustředí do zevního zvukovodu. „*Téměř polokulovitá dutinka v dolní části boltce při ústí zvukovodu se nazývá koncha.*“ (Černý in Neubauer a kol., 2018, s. 575)

Zevní zvukovod je chrupavčitý ve vnější části a kostěný v části vnitřní. Jedná se o tzv. kanál ve tvaru oválného průřezu, běžné délky 2-3 cm. Ve zvukovodu se také nachází chloupky, potní a mazovité žlázy, které produkují ušní maz z důvodu udržení vláčnosti kůže uvnitř zvukovodu a zabraňuje vniknutí drobných cizích těles. Mezi další funkce zvukovodu patří také zesílení akustických vln a jejich vedení k ušnímu bubínku. (Langer, 2013)

Střední ucho

Kutálková (2005) uvádí, že střední ucho se skládá z ušního bubínku, souboru středoušních kůstek, dutiny středoušní, Eustachovy trubice a oválného a okrouhlého okénka. Bubínek je tvořen z elastických vláken (je pružný) a má funkci uzavírání zvukovodu. Středoušní dutina je spojena Eustachovou trubicí s nosohltanem. Tato dutina je převážně uzavřena a otevírá se pouze ve chvíli, kdy člověk zívá nebo polyká. Často se lidé potýkají se „zalehnutím ucha“, tzn. ve středoušní dutině se vyměňuje vzduch a vyrovnává tlak.

Ke střednímu uchu patří i kladívko, kovadlinka a třmínek. Kladívko doléhá na bubínek, třmínek se dotýká oválného okénka a kovadlinka spojuje obě kůstky. Bubínek, který odděluje vnější ucho od středního ucha, se vlivem zvuku rozkmitává, kůstky převedou kmity středním

uchem, tyto kmity změni a třmínek je pošle dál do oválného okénka, které je hranicí mezi středním a vnitřním uchem. (Kutálková, 2005)

„*Za součást středouši lze pokládat i systém dutinek se slizniční výstelkou. Dutinky jsou vyplněny vzduchem a nacházejí se v kostěné části lebky za boltcem.*“ (Černý in Neubauer a kol., 2018, s. 576)

Vnitřní ucho

Vnitřní ucho najdeme ve skalní kosti, z části také v kosti spánkové, což je nejtvrďší kost lidského těla. Jejím účelem je mimo jiné chránit vnitřní ucho před otřesy a různými poraněními. (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007)

Vnitřní ucho tvoří kostěný a blanitý labyrint, hlemýždě nalezneme v kostěném labyrintu, který je rozdělen na dva prostory tedy na *scala vestibuli* a *scala timpani*, oba tyto prostory jsou vyplněny tzv. perilymfou, naproti tomu střední část hlemýždě je vyplněna endolymfou. (Dršata, Havlík a kol., 2015)

Pokud zazní tón v rozsahu, který je pro lidské ucho slyšitelný, v prostoru hlemýždě vznikne vlnění a hlemýžd'ovitý kanál se prohne. Pokud se jedná o hluboké tóny, membrána se prohne na konci hlemýždě, v případě že se ale jedná o vysoké tóny, vyvolá se průhyb na jeho začátku. Hlemýžd' je tedy dle těchto faktů schopen analyzovat výšku tónů. (Hrubý, 2010)

V hlemýždi vznikají chemické impulzy, které dále postupují do Cortiho orgánu. V tomto orgánu se přeměňují zvukové vlny na nervové vzruchy. (Hybášek, Vokurka, 2006)

Dle Langera (2013) se Cortiho orgán skládá ze 3-4 vnějších a 1 řady vnitřních vláskových buněk, na které jsou připojena zakončení sluchových nervů a ty spolu dohromady tvoří nervový svazek. Sluchové impulzy jsou vedeny dále do korových částí temporálního laloku, které tvoří hlavní centrum sluchu. V tomto centru dochází k rozboru a percepci zvukových signálů, které přicházejí z vnějšího prostředí.

1.2. Metody vyšetření a diagnostika a sluchové ztráty

V souladu s výrokem Slowíka (2007), je správná a včasná diagnostika velice stěžejní z hlediska diferenciatní diagnostiky. V minulosti často docházelo k omylům, kdy jedinci nebyli označováni za sluchově ale za mentálně postižené a byla jim poskytována péče a terapie, která nenávratně poškodila jejich oblasti myšlení a produkci řeči.

První test, který může potencionálně poukázat na poškození sluchu, je tzv. APGAR test, tedy přesně řečeno jeho skóre. Tento test se provádí v prvních deseti minutách života dítěte. Za cíl si klade zkontrolovat projevy dýchání, svalového napětí, srdečních akcí, barvy kůže a reakci na podráždění nosní sliznice. Tyto projevy jsou hodnoceny a pokud má dítě opakovaně APGAR skóre nízké, je zde velké podezření na postižení sluchu. (Clark in Langer, 2013)

Dalším vyšetřením, které probíhá ještě před opuštěním porodnice, je celoplošný screening už u novorozenců ještě předtím, než jsou s matkou propuštěni z nemocnice. Tímto způsobem je možné případné odhalení vrozených sluchových vad či trvalého postižení sluchu. ([https:// www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kdy-se-dela-vysetreni-sluchu-deti](https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kdy-se-dela-vysetreni-sluchu-deti))

Logopedická diagnostika si klade za cíl stanovit u jedince diagnózu. Včasná a správná diagnostika u dítěte se sluchovou vadou je nezbytně nutná pro další intervenci. Čím dříve se podaří deficit odhalit, tím dříve má jedinec možnost být kompenzován sluchadly či implantován kochleárním implantátem.

Orientační vyšetření sluchu může provádět jak pediatr, tak rodič. Mluvíme o sledování změny chování u dítěte, které zareaguje na zvuk (leknutím, pláčem, smíchem). Pediatr či rodič vytvoří zvukový podnět (cinkne zvonečkem, tleskne) a sleduje, jak dítě zareaguje. Výsledky této zkoušky ale nedosahují validních výsledků, jelikož dítě často reaguje na pohyb v periferním zorném poli. Výsledek orientačního vyšetření spíše potvrzuje přítomnost sluchové vady, než aby ji vyvracel. (Skákalová, 2017)

„Specializované vyšetření sluchu je v kompetenci lékařského oboru otorhinolaryngologie (ORL) a foniatrie.“ (Slowík, 2007, s.73)

Metody vyšetření sluchu dělíme na metody objektivní audiometrie, což jsou vyšetření nevyžadující spolupráci dítěte, a naproti tomu metody subjektivní audiometrie, které spolupráci dítěte vyžadují.

1.2.1. Metody objektivní audiometrie

- **Tympanometrie**

Dle Horákové (2012) se jedná o vyšetřovací metodu, kdy se zcela jednoduchým a nebolestivým způsobem zjišťuje tlak ve středním uchu pomocí sondy. „*Do zvukovodu se zasune sonda, která přivádí do ucha měřící akustický signál.*“ (Hrubý, 2010, s. 148)

Zkoumá se citlivost a tuhost bubínku, podtlak či přetlak v dutině a přítomnost hlenů či jiných tekutin. Výsledkem jsou tři křivky, tzv. tympanogram, dle kterých lze poznat stav tlaku ve středoušní dutině a stanoví se diagnóza. (Horáková, 2012)

- **Otoakustické emise (OAE)**

Vyšetření metodou otoakustických emisí je vyšetření, při kterém vnější vláskové buňky ve vnitřním uchu produkují zvuky a reagují tak na zvukový podnět z okolí. (Jungwirthová, 2015)

Jedná se o velice rychle vyšetření, které je realizováno v klidném prostředí „*a výsledkem je informace o detekovatelnosti zvuků produkovaných funkčními zevními vláskovými buňkami ve formátu ANO/NE. Takzvaný pozitivní výsledek (výbavné emise) vylučuje kochleární vadu sluchu, negativní výsledek (nevýbavné emise) obvykle znamená práh sluchu horší než 30-35 dB vlivem dysfunkce vnitřního ucha, středoušního problému nebo technicky chybné vyšetření.*“ (Černý in Neubauer a kol., 2018, s. 587)

- **BERA: Sluchové evokované potenciály**

V případě, že vyšetření odhalí opětovně nevýbavné emise, přechází se na zkoušku sluchu metodou sluchově evokovaných potenciálů. Vyšetření probíhá u spícího dítěte, kterému se zavede sonda vysílající zvukové podněty do zvukovodu a souběžně se měří elektrická aktivita mozku pomocí třech čidel připevněných na hlavičce dítěte. V případě, že odpověď není přítomna, následuje komplexní audiologické vyšetření. (Horáková, 2012)

1.2.2. Metody subjektivní audiometrie

- **Audiometrie hrou**

U dětí od 2 let je možné realizovat sluchovou audiometrii hrou, kdy dítě reaguje na určitý zvukový podnět aktivitou např. hodí hračky do krabice. Až od 3 let věku dítěte se mohou začít provádět zkoušky sluchu šepotem či hlasitou řečí a mezi 3. a 5. rokem již může následovat tónová a slovní audiometrie. (<https://adoc.pub/vyeteni-sluchu-u-nejmenich-dti.html>)

- **Prahová tónová audiometrie**

Jedná se o jednu z nejběžnějších diagnostických metod, při zjišťování rozsahu ztráty sluchu. Jedná se o vyšetřování čistých tónů, kdy je zvuk do ucha veden buď kostním nebo vzdušným vedením.

Černý in Neubauer a kol. (2018) popisuje vzdušné vedení, které přenáší zvuk přirozenou cestou přes zvukovod, středouší až do vnitřního ucha a zjišťuje reálný práh sluchu. Kostní vedení naopak přenáší vibrace lebeční kosti přímo na hlemýžď a zjišťuje práh sluchu vnitřního ucha.

U dětí, které ještě nejsou schopny podstoupit prahovou tónovou audiometrii, se používá vyšetření prostřednictvím tzv. metody VRA neboli vizuálně posílené audiometrie. Během této metody není až tolik potřeba spolupráce dítěte, ale je důležitá podmíněná reakce na zvuk či výrazný světelný podnět. (<https://www.idetskysluch.cz/sluchove-vady/diagnoza/if-gte-1/>)

- **Slovní audiometrie**

Pomocí metody slovní audiometrie, která se provádí spíše u dětí mladšího školního věku, se zjišťuje, do jaké míry dotyčný rozumí řeči. K realizaci slovní audiometrie se využívá sestava deseti slov, které jsou akusticky a foneticky vyvážené a musí odpovídat četnosti zastoupení jednotlivých hlásek v každém slově. (Horáková, 2012)

Slovní audiometrie se specializací pro děti, které ještě neumí číst, je tzv. dětská slovní audiometrie. Během této metody dítě nemusí jednotlivá slova opakovat, ale má k dispozici sadu obrázků a na ně ukazuje. (Černý in Neubauer a kol., 2018)

1.3. Klasifikace sluchových vad u dětí

Sluchové vady můžeme rozdělit dle tří kritérií: dle místa poškození, dle stupně postižení a dle doby vzniku. Pokud sluchové postižení označíme za trvalé, jedná se o vadu sluchu.

1.3.1. Dle místa vzniku postižení

Dle místa vzniku definujeme vady převodní, percepční či smíšené, které vznikají jejich kombinací.

- **Převodní**

U převodních vad sluchu nejsou sluchové buňky stimulovány zvukovými vibracemi a je zastaveno vedení sluchu přes zevní zvukovod a střední ucho. (Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007).

Mezi příčiny převodní vady můžeme dle Horákové (2012) zařadit například zvětšenou nosní mandli, mazovou zátku, opakované záněty středouší či perforaci bubínku.

- **Percepční**

Při percepčních vadách sluchu dochází k porušení vnitřního ucha, sluchových nervů či sluchových buněk. (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007)

Dle klasifikace Černého in Neubauer a kol. (2018), se dělí percepční sluchové vady na kochleární vady, které se vyznačují špatnou funkcí vnitřního ucha, a na vady retrokochleární, které vznikají vlivem špatné funkce sluchové dráhy či sluchového nervu.

1.3.2. Dle stupně postižení

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) rozlišujeme klasifikaci stupňů sluchového postižení, dle velikosti sluchové ztráty:

- *ztráta 0-25 dB: normální sluch;*
- *ztráta 26-40 dB: lehká nedoslýchavost;*
- *ztráta 41-60 dB: středně těžká nedoslýchavost;*
- *ztráta 61-80 dB: těžké postižení sluchu;*
- *ztráta 81 a více dB: velmi závažné postižení sluchu včetně hluchoty.* (WHO in Morávková a kol., 2020, s. 108)

1.3.3. Dle doby vzniku postižení

Dle doby vzniku postižení definujeme vady prelingvální (vzniklé před vývojem řeči) a postlingvální (vzniklé po vývoji řeči).

- **Prelingvální (před vývojem řeči)**

„Prelingválně neslyšící jsou děti, které se hluché narodily nebo ohluchly ještě předtím, než u nich došlo k rozvoji řeči. Vzhledem k chybějící akustické kontrole je jejich řeč silně zkreslená a pro své okolí špatně srozumitelná. Má pomalé tempo, nepřirozenou melodii a rytmus.“ (Neubauer, 2009, s. 8-9)

- **Postlingvální (po vývoji řeči)**

Děti ohluchlé až po vývoji řeči mají před dětmi prelingválními výhodu, jelikož je jejich řeč na určité úrovni rozvinuta. Tím, že nad sebou dítě ztratilo akustickou kontrolu, se může zhoršovat i jeho výslovnost, nicméně pro okolí zůstává stále srozumitelná. Při komunikaci s okolím se ve většině případů orientují za pomoci odezírání. (Neubauer, 2009)

1.4. Etiologie sluchových vad

• Genetické příčiny

Geneticky vrozené vady se vyskytují u jednoho z tisíce narozených dětí a až 75 % vrozených vad sluchu je dáno genetickými predispozicemi. Často milná myšlenka společnosti je, že pokud jsou rodiče neslyšící, jejich budoucí potomek musí být neslyšící také. V tomto případě ale záleží, na jakém genu mají mutaci, pokud na stejném, je šance narození neslyšícího potomka stoprocentní, pokud na jiném, šance je takřka nulová. (Rašková, 2017)

V případech, kdy žádné jiné další postižení přidruženo není, mluvíme o vadách sluchu nesyndromatických. Velice častá je mutace v genu pro Connexin 26, kdy má dotyční práh slyšení přibližně 80-100 dB. (Černý in Neubauer a kol., 2018)

• Prenatální

Velice často dochází k vrozenému postižení sluchu během těhotenství, kdy matka prodělá určitou infekční nemoc, například zarděnky, spalničky či chřipku. (Slowík, 2007). Horáková (2012) mezi prenatální příčiny dále zařazuje užívání návykových látek během těhotenství, dále také metabolické nemoci matky, např. cukrovku.

• Perinatální

Oproti prenatálním příčinám, které vznikají ještě před narozením plodu, existují perinatální příčiny, které vznikají během samotného porodu, či krátce po něm. (Lejska, 2003)

„Nejvýraznějším rizikovým faktorem pro vznik vady sluchu v období kolem porodu je velmi nízká porodní hmotnost. Ta je totiž spojena s výraznou celkovou nezralostí dítěte, nezralostí plicní tkáně a hypoxií.“ (Černý in Neubauer a kol., 2018, s. 582)

• Postnatální

V období po porodu může dojít k poškození vláskových buněk uvnitř kochlei, nejčastěji vlivem infekce, zpravidla meningitidy či důsledkem užívání antibiotik, které vnitřní ucho poškozují. (Jungwirthová, 2015)

Postnatální příčiny jsou široké spektrum, do kterého můžeme řadit infekce, např. meningitidu či encefalitidu, traumata mechanická, která vznikají poraněním bubínku či středouší, nebo traumata akustická, která vznikají působením velice hlasitého zvuku. (Černý in Neubauer a kol., 2018)

1.5. Kompenzace sluchových vad

Vady a poruchy sluchu představují široké spektrum a jsou do určité míry kompenzovatelné. V momentě, kdy ani kompenzační pomůcky nepomáhají, se musí jedinec spolehnout na tzv. kompenzační smysly, čímž je především zrak. (Slowík, 2007)

„Ať mluvíme o sluchadle či kochleárním implantátu, je důležité si uvědomit, že *„žádné kompenzační pomůcky nejsou schopny zajistit normální podmínky pro rozumění řeči. Sluchový handicap je pouze redukován na nižší stupeň.“* (Černý in Neubauer a kol., 2018, s. 589)

Během rozhovoru je potřeba stále dodržovat zásady pro komunikaci se sluchově postiženými. Zásadním krokem je navázání očního kontaktu, dále pak zřetelně ale ne přehnaně artikulovat a hovořit pozvolným tempem. (Černý in Neubauer a kol., 2018)

1.5.1. Sluchadla

Sluchadla patří do skupiny kompenzačních pomůcek, které využívají jak děti, tak dospělí s lehkou, střední i těžkou ztrátou sluchu. Škodová, Jedlička a kol. (2007) popisují sluchadla jako primární a nejsnazší možnost propojení slyšícího a neslyšícího světa. Podporují přenos zvuků z běžného života či napomáhají při mezilidské komunikaci těm, kterým sluch nelze ani rehabilitací stoprocentně navrátit či zlepšit.

Černý in Neubauer a kol. (2018) uvádí, že za celkový vývoj a efekt sluchadel pro rozumění řeči stojí hned několik faktorů a to např.: kdy dotyčný začal sluchadla nosit, zdali je nosí celodenně a dlouhodobě, ale také vlivy jako je věk či stupeň ztráty sluchu.

Zásadní během procesu osvojování sluchadel je jejich samotné nastavení a přizpůsobení vzhledem ke sluchové ztrátě. Foniatr je proto u dětí nastavuje opakovaně, jelikož právě u nejmenších dětí se musí postupovat velice pomalu a opatrně. V dnešní době se spíše upřednostňují digitální sluchadla před sluchadly analogovými, jelikož vzhledem k zastaralé technologii nejsou pro děti vhodná.

Digitální sluchadlo nosí jedinec za uchem, pouzdro je propojeno hadičkou s ušní tvarovkou, která se vkládá do ucha. V pouzdře sluchadla je zařízení, které zachycuje a zesiluje zvuky z prostředí. Tyto zvukové vlny se dále přeměňují na elektrické signály, které se individuálně adaptují na rozsah ztráty sluchu jedince. Nastavení sluchadla se liší, proto některá sluchadla mohou podporovat hluboké frekvence, jiná naopak podporují frekvence vysoké.

Je-li u dětí diagnostikována oboustranná ztráta sluchu, je nezbytné, aby byly kompenzovány obě uši s ohledem na prostorovou orientaci a určování směrů, odkud zvukové vlny přichází. (Fenclová, 2012)

Rozlišujeme čtyři typy sluchadel: kapesní, závěsné, nitroušní a také brýlové, které se však dnes již tolik nepoužívají. (Houdková, 2005)

Langmeier, Krejčířová in Houdková (2005) uvádí, že u prelingválně neslyšících dětí je stěžejní, aby spolupracovaly a sluchadlo akceptovaly. Zpravidla se u nich objevuje absence kontaktu se slyšením řeči a zároveň tyto děti ztrácí možnost slyšení okolních vjemů.

1.5.2. Kochleární implantát

Sluchadla a kochleární implantát mají naprosto odlišný princip fungování. Sluchadlo zvuky zesiluje ale kochleární implantát zprostředkovává sluchové vjemy prostřednictvím přímé elektrické stimulace sluchového nervu v kochleě a nahrazuje chybějící nebo poškozené vláskové buňky. (Motejzíkova, 2012)

Kochleární implantát se skládá ze dvou částí, vnitřní a vnější. Vnitřní část, která je implantována přímo do hlemýždě ve vnitřním uchu, je tvořena cívkou s elektrodami. Cívka je umístěna za uchem pod kůží. Vnější část vypadá jako závěsné sluchadlo, ke kterému náleží i mikrofon, jehož úkolem je zpracovávání okolních zvuků. Na vnější i vnitřní části KI jsou cívky, prostřednictvím kterých dochází k přenosu zvuků do hlemýždě, svazek elektrod dále dráždí nervové vlákno, nervové buňky a sluchový nerv. Zásadní podmínkou, stát se kandidátem na kochleární implantát, je mít neporušený sluchový nerv. (Neubauer, 2014)

2. CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU SE SLUCHOVOU VADOU V KONTEXTU PODPORY KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ

„V lidském životě není jiné období, kdy se psychika tak intenzivně rozvíjí jako právě v předškolním věku.“ (Zelinková, 2008, s. 33)

Dle Vymlátílové in Neubauer a kol. (2018) nelze diferencovat během prvních měsíců života dítě slyšící od dítěte neslyšícího. Neslyšící dítě v kojeneckém období si brouká a vyvozuje zvuky, které ale ustávají v období mezi 17.-26. týdnem, jelikož neslyší svůj vlastní hlas.

Dítě s postižením sluchu se vyvíjí obdobně jako intaktní dítě, avšak pouze po tělesné stránce. Další podmínky vývoje dítěte s vadou sluchu jsou ztížené, neboť závisí na stupni a druhu postižení. V období předškolního věku je nezbytné soustředit se primárně na ostatní smysly a dovednosti dítěte, aby jeho psychomotorický vývoj byl co nejrozsáhlejší. (Půstová, 1997)

Vágnerová in Horáková (2012) tvrdí, že v období předškolního věku, by se dítě mělo osamostatňovat, avšak pro dítě se sluchovou vadou to může být velice obtížné. Za stejným tvrzením stojí i Uherlík in Skákalová (2017) a argumentuje tím, že u dítěte s vadou sluchu se v předškolním období může projevit velice nápadná nižší úroveň znalostí a omezený rozvoj myšlení.

2.1. Vývojová specifika dítěte předškolního věku

Vágnerová (2000) vymezuje předškolní věk od 3 do 7 let, který je současně definován jako rok hry. Vzhledem ke sluchovému handicapu nedokáže dítě kontrolovat přítomnost matky jiným smyslem než zrakem a v tomto důsledku se často zvyšuje potřeba neustálého kontaktu a fixace na ni. Muknšnáblová (2014) uvádí rozmezí předškolního věku od 3 do 6 let. Sluch dítěte, v tomto období hraje velice důležitou roli v oblasti vzájemného působení a úspěšné socializace.

V předškolním období se rozvíjejí i oblasti hrubé a jemné motoriky, myšlení, hry, laterality, grafomotoriky a kresby.

- **Hrubá a jemná motorika**

Předškolní dítě je plné energie, potřebuje skákat, běhat, jezdit na kole, bruslit, zdolávat překážky, učit se balancovat, hledat rovnováhu a trénovat svou obratnost. Pohyb je neodmyslitelně důležitý pro správný rozvoj dítěte a pro podporu a posílení jeho sebevědomí a samostatnosti. (Labusová, 2014)

Oblast jemné motoriky dítě v předškolním období zdokonaluje např. hrou s kostičkami, skládáním lega, různými mozaikami, či se zapojuje do činností, ve kterých je již zapotřebí určitá dovednost a přesnost. (Kyclová Bězděková, 2014)

- **Myšlení**

„Rozum dítěte ještě není dost vyzrálý na to, aby se s porozuměním orientoval v reakcích a emocích dospělých, avšak v každém případě se jimi inspiruje a do značné míry je přejímá.“
(Labusová, 2014)

Dětský mozek nazírá na svět jinak než ten dospělý. Uvažování a myšlení dítěte předškolního věku dělí Vágnerová (2000) na centraci, egocentrismus, fenomenismus a prezentismus, Centraci rozumíme jako tendenci upnout se k jednomu výraznému znaku, který však nemusí být v určité problematice ten zásadní a dominantní. V oblasti egocentrismu předškolní dítě nechápe, proč by na nějaký problém mělo nahlížet z několika úhlů, a naopak spadá ke zkreslení úsudků dle svého přesvědčení a preference. Předškolní dítě si ve sféře fenomenismu, klade důraz na svou vlastní představu světa a staví ho na dominantních a zjevných znacích a má často tendenci si zaměňovat skutečnost s fantazií. Fenomenismus předškolního dítěte úzce souvisí s prezentismem, kdy je dítě soustředěno primárně na přítomnost a věří tomu, co vidí.

- **Hra**

Vágnerová (2000) uvádí, že hra je pro dítě předškolního věku symbolem neverbální funkce a jedná se o určitý způsob vyjádření reality dítěte. V tomto období se hovoří o tzv. symbolické a tematické hře. Symbolická hra umožňuje dítěti to, co v reálném světě možné není, a naopak tematická hra učí dítě jednat v různých rolích a situacích jako například hra na školku či hra na maminku a na tatínka.

Na počátku předškolního věku, mezi 3-4 rokem, si dítě rádo hraje o samotě a ostatní vrstevníky jen pozoruje a inspiruje se jimi. Dítě předškolák, tedy dítě mezi pátým a šestým rokem, se na hru stále více koncentruje a učí se věnovat jedné činnosti. V tomto období probíhá důležitý proces socializace a dítě má potřebu si hrát s ostatními. Při hře dítě rozvíjí své vnímání, pozornost, socializaci a setkává se i s prvním odmítnutím druhých. (Košáková, 2008)

- **Lateralita**

Slowík (2007) vymezuje druhy lateralitu na praváctví, leváctví a ambidextrií neboli nevyhraněnou lateralitu. Dle Kutákové (2005) je důležité si uvědomit, že lateralita se vyvíjí postupně vlivem dominantní hemisféry a na upřednostňování levé či pravé ruky je třeba čekat přibližně do 5 let. Vyhraněná lateralita pravé či levé ruky, je však potřeba u dítěte před zahájením školní docházky. Objevují se i případy tzv. překřížené lateralitu, kdy je dominantní levá ruka a pravé oko, či obráceně. Děti s překříženou lateralitou mají pak dále obtíže ve výuce, pletou si strany, píšou opačně písmena či mění směr psaní.

- **Grafomotorika a kresba**

„Mladší předškolák vidí dospělého člověka poněkud zkresleně, dívá se na něho vzhůru, a proto se mu jeví nohy relativně dlouhé. Je možné, že právě z tohoto důvodu kreslívali děti předškolního věku lidskou postavu s nepatrným tělem a dlouhými nohama.“ (Vágnerová, 2000, s. 187)

Dle Vágnerové (2000) kresba hlavonožce dominuje ve třetím roce věku dítěte a během 4-5 roku přechází dítě do tzv. stádia subjektivně fantazijního zpracování neboli do prelogického přístupu. Děti v tomto období připisují zvláštní význam detailům, ale způsobem, jakým je prezentují, se odchyľují od reality. Předškolní dítě často maluje průhledné osoby, které malováním postupně obléká. Na konci předškolního období by mělo dítě dojít do stádia tzv. realistického zobrazení, kdy se kresby přibližují realitě.

Dle Holmanové (2016) zvládá dítě předškolního věku i vybarvit obrázky, pojmenovat písmena a číslovky, vystříhnout jednoduché obrazce či napodobit své vlastní jméno a má vyhraněnou lateralitu.

2.2. Faktory ovlivňující vývoj dítěte se sluchovou vadou

Souralová in Bytešnicková, Horáková, Klenková (2007) uvádí jako prioritu dětí předškolního věku s vadou sluchu, překonávat komunikační bariéry, které jsou sluchovou vadou zapříčiněné.

V předškolním období dítěte s vadou sluchu přichází i možnost speciálního předškolního vzdělávacího zařízení, které bývá často internátní formou. V tomto zařízení dítě pracuje na své socializaci, vnímá požadavky a chování ostatních a snaží se na ně reagovat. (Potměšil, 2015)

Vymlátilová in Neubauer a kol. (2018) vymezuje několik oblastí a faktorů, které dítě se sluchovou vadou ovlivňují:

- ***Závažnost sluchové vady***

Mezi zásadní kritéria patří tři faktory, tedy kdy byla sluchová vada odhalena, kdy vznikla a jakého je stupně. Pokud je hluchota vrozená, či získaná v raném věku, dochází k nejzávažnějším následkům a u dětí, které jsou takto handicapované, se nikdy artikulovaná mluva samovolně nevyvine.

- ***Omezený vývoj poznávacích procesů***

Vymlátilová dále uvádí, že u dětí s vadou sluchu je zcela běžný narušený a opožděný vývoj řeči. Dále je narušena oblast všech poznávacích procesů dítěte a socializace. Myšlení dítěte je spíše konkrétní a čerpá převážně z pozorování a manipulace s věcmi.

- ***Absence bezděčného učení***

Prostřednictvím sluchu vnímá dítě nepřetržitě své okolí a tím také získává neomezený přísun podnětů, přičemž děti s vadou sluchu jsou o toto bezděčné a náhodné učení ochuzeni. Zásadní je zrak, který je pro děti hlavním přijímačem informací. Děti s vadou sluchu mají omezené chápání určitých událostí či jakékoliv predikce budoucnosti.

- ***Nedostatek sociálních zkušeností***

S pochopením událostí souvisí i socializace, která působí negativně na rozvíjení kognitivních procesů a na sociální a citový vývoj jedince. Dále není schopen klasifikovat zbarvení a tón řeči, orientovat se ve složitějších situacích, které ho obklopují, či odezírat slova, která neumí.

- ***Postoj rodičů***

Mnoho slyšících rodičů považuje početí neslyšícího dítěte za osobní selhání a pokud se rodiče se svými negativními pocity nevyrovnejí, má to negativní dopad na citový i kognitivní vývoj osobnosti dítěte. Často se slyšící rodiče neslyšících dětí brání znakování a objevují se i případy, kdy rodiče dávají svému potomkovi najevo jeho odlišnost a jeho řečové nedostatky.

- ***Separace dítěte od rodiny***

V mnoha případech je internát pro sluchově postižené daleko od místa bydliště a mnoho dětí žije mimo svou rodinu prakticky až do své dospělosti. „*Neslyšící děti předškolního věku doporučujeme vychovávat v rodině nebo v mateřské škole v místě bydliště. Každé dítě zejména dítě postižené, potřebuje častý zrakový a fyzický kontakt s osobami, na něž je citově vázáno.*“ (Vymlátilová in Neubauer a kol., 2018 s. 595)

Mezi faktory, na kterých vývoj dítěte závisí, dále řadíme:

- *věk, kdy byla sluchová vada u dítěte diagnostikována a kompenzována a kdy začala efektivní rehabilitace;*
- *vytvoření funkční komunikace s dítětem;*
- *podpora rodiny;*
- *zisk ze sluchadel, kochleárního implantátu;*
- *přítomnost kombinovaného postižení;*
- *dostupnost služeb pro rodiny s dětmi se sluchovým a kombinovaným postižením;*
- *individuální vlastnosti dítěte.* (Fenclová, 2012, s. 23)

Vývoj každého dítěte je zcela individuální a je na každém rodiči, jakým způsobem ho bude u dítěte podporovat. K dispozici rodičům a jejich potomkům je řada odborníků, kteří nejen že rodiče podpoří, ale doporučí jim i další opatření. Hodnotí například jednotlivé pokroky dítěte, poradí s vhodnou kompenzací a efektivní komunikací s dítětem, či podpoří vývoj jazykových, sociálních a motorických schopností. (Fenclová, 2012)

2.3. Vliv sluchové vady dítěte na vývoj řeči

Sluch je nezbytným smyslem člověka při vývoji řeči a komunikace a zajišťuje neustálý příjem informací z okolí. Má nenahraditelný význam pro expresivní, duševní, somatický i společenský rozvoj, a proto je důležité, aby dítěti se sluchovou vadou byly poskytovány sluchové podněty již v raném dětství. (Pulda, 1996)

Předškolní věk u dětí s vadami sluchu je definován tak, že se jedná o nejdůležitější etapu, jelikož centrum sluchu se začíná uzavírat a snižuje se rozumění řeči. To však pouze v případě, že sluchové centrum není přijatelně stimulováno. (Hrubý in Skákalová, 2017)

Holmanová in Škodová, Jedlička a kol. (2007) uvádí několik oblastí nezbytných pro další vývoj řeči u dítěte s vadou sluchu:

- ***Nadání dítěte pro řeč***

Jedním z vlivů sluchové vady na rozvoj řeči dítěte je fakt, že všechny děti nemají totožný talent pro řeč, a v momentě, kdy si sami pro sebe žvatlají a pokoušejí se napodobovat pohyby úst, je zde dobrý potenciál k rozvoji.

- ***Respirace***

Dýchání je další oblastí, se kterou mají děti se sluchovým postižením obtíže, jelikož se svým dechem neumí šetřit a jejich řeč se rázem stává hůře srozumitelnou. Další obtíž nastává v momentě, kdy dítě dýchá pouze pusinkou, nikoliv nosem.

- ***Využití zbytku sluchu***

I přes sluchovou ztrátu, je nutné stimulovat zbytky sluchu, které dále podporují úspěšný rozvoj řeči, odezírání, kvalitu artikulace a melodii. Každý moment, kdy dítě zaznamená jakýkoliv zvuk, je velice důležitý pro následující rehabilitaci.

- ***Paměť***

Dítě se prostřednictvím odezírání učí jednotlivá slova, skládající se z jednotlivých hlásek, a tato slova se snaží uchovávat. V případě, že dítě nemá schopnost si slova zapamatovat, je prvně třeba trénovat paměť, například prostřednictvím grafického ztvárnění slov a počtu jeho slabik.

- ***Cit pro melodii řeči a rytmus***

Tyto dva aspekty jsou nezbytné pro proces odezírání a srozumitelnost projevu. Při komunikaci s dítětem s vadou sluchu je zapotřebí využívat určitých faktorů v projevu, zejm. melodii, rytmus a tempo řeči. Výraz mluvčího by měl být atraktivní a poutavý a zároveň výše zmíněných aspektů by měl mluvčí využít např. při zpěvu, tanci či tleskání do rytmu. Důležité je cílit na zájmy a preference dítěte.

- ***Hlas***

V oblasti hlasu je pro dítě se sluchovou vadou nezbytné si uvědomit, že hlas má a že ho může aktivně využívat. K vyvození hlasu je třeba stimulovat řečová a sluchová centra a mj. celodenně a aktivně nosit sluchadlo.

Jungwirthová (2015) vymezuje další faktory, které mají vliv na vývoj řeči dítěte s vadou sluchu:

- věk dítěte, kdy mu byla kompenzační pomůcka přidělena;
- jak často hovoří rodiče k dítěti;
- období, kdy byla zahájena spolupráce s ranou péčí;
- neverbální inteligence dítěte;
- míra sluchové ztráty.

Dle Horákové (2012) je při rozvoji řeči u dítěte se sluchovou vadou stěžejní, jaké jsou jeho predispozice a jaký přístup a systém komunikace byl zvolen. Volba komunikačního systému se odvíjí od rozhodnutí rodičů a od prostředí, ve kterém dítě tráví svůj čas.

2.4. Volba komunikačního systému dětí se sluchovou vadou

K tomu, aby se osobnost dítěte vyvíjela správně po všech stránkách, je zapotřebí již od útlého věku aktivně interagovat s matkou, avšak tento proces je narušen v případě, že se matce narodí dítě se sluchovou vadou. Konkrétně u těchto dětí je třeba, aby matka využívala ke kontaktu, především zrakovému, jakoukoliv příležitost a motivovat dítě dále k jeho psychomotorickému, poznávacímu, emocionálnímu rozvoji a rozvoji řeči. (Houdková, 2005)

Jak již vyplývá z předchozích kapitol, stěžejní u dítěte se sluchovou vadou je, kdy byla ztráta zjištěna a jak velká je. Zároveň neexistuje jeden univerzální způsob, kterým se osoby se sluchovou vadou dorozumívají. Je důležité brát v potaz individualitu a osobností rysy dítěte v kontextu prostředí, kde žije. (Muknšnáblova, 2014)

Bytešniková, Horáková, Klenková (2007) dělí komunikační systémy do dvou oblastí:

- *auditivně-orální komunikační systémy;*
- *vizuálně-motorické komunikační systémy.* (Horáková, 2012, s. 50)

Naopak Muknšnáblova (2014) rozlišuje komunikační systémy detailněji a to do 4 kategorií:

- *orální komunikace;*
- *simultánní komunikace;*
- *totální komunikace;*
- *bilingvální komunikace.* (Muknšnáblova, 2014, s. 51)

2.4.1. Orální komunikace

Mluvená řeč neboli také orální přístup, patří mezi nejstarší dorozumívací systémy užívané k výchově a vzdělávání dětí se sluchovou vadou. (Potměšil, 2015)

Jak uvádí Skákalová (2017, s. 58-59) „*díky rozvíjejícím se možnostem kompenzace (sluchadla, KI) a logopedické práci, lze vytvořit orální mluvu u dítěte téměř bez ohledu na velikost jeho ztráty sluchu.*“

Rozvoj mluvené řeči závisí především na individuální práci logopeda a spolupráci s dítětem. Logoped zakládá své terapeutické metody na očním a hmatovém kontaktu a rozvíjí tak řeč dítěte na maximum. (Bytešniková, Horáková, Klenková 2007) Orální přístup je nezbytný ve většinově slyšícím světě jak v grafické, tak i ve zvukové formě. Mluvenou řeč u sluchově postižených nejvíce ovlivňují tyto aspekty: problémy s narušením dechu, tvorbou hlasu či výslovností. (Souralová in Horáková 2012)

- **Odezírání**

Osoby se sluchovým postižením, se dostávají často do situací, kdy je třeba odezírat. Dovednost odezíráni je třeba trénovat a pravidelně stimulovat, aby se odezíráni stále zdokonalovalo. U malých dětí se využívá metoda odezíráni během činností, které se každý den opakují a dítě se tak učí odezírat postupně a samovolně, např.: během snídani, přípravy do školky či oblékání se a podobně. Při odezíráni je v roli mluvčího, aby přizpůsobil výraz svého obličeje a projevu, aby byl pro dítě přitažlivý (Strnadová in Neubauer, 2014)

Odezírání je jedna z nejzásadnějších podmínek k učení se mluvené řeči. Toto učení je ovlivněno dle Strnadové in Horáková (2012) vnějšími a vnitřními vlivy. Mezi vnější vlivy ze strany mluvčího patří např.: udržování očního kontaktu, ideální světlo při komunikaci, distanc mezi osobami či tempo a rytmus řeči. Vnitřní vlivy se připisují spíše osobě se sluchovou vadou, k nim patří ku příkladu zdravotní situace dotyčného, pozornost, emoční nálada, motivace a chťič či přidružené postižení.

Další podmínky, které odezírání ovlivňují a zároveň na sebe působí, uvádí tato tabulka.

fyziologické	Neporušené zrakové a mentální funkce, využitelnost zbytků sluchu ve frekvenční oblasti lidské řeči, schopnost využití vibračního vnímání, funkce CNS, celkový stav organismu jak dočasný, tak trvalý.
technické	Efekt tréninku v odezírání.
psychické	Pozornost ve všech fázích odezírání: zaměření, rozsah, intenzita a trvání, postřeh i pohotovost; schopnost převádění zrakových signálů do pojmů; stav paměťových funkcí, myšlenkových operací; vrozené předpoklady pro rozvoj dorozumivacích dovedností; aktuální psychický stav jedince: emoce, bdělost, únava.
verbální	Dosažený stupeň dorozumivacích dovedností jak v době ztráty sluchu, tak v okamžiku dorozumívání; slovní zásoba, úroveň znalosti gramatiky jazyka a věcného kontextu.
nonverbální	Úroveň schopností chápat mimojazykové komunikační prostředky.
věkové	Stav vývoje funkcí organismu v době ztráty sluchu, další jeho vývoj a stav biologické zralosti jako podmínka pro výkonnost zrakových a psychických funkcí.
sociální	Schopnost chápat situační kontext, úroveň přímých zkušeností, zprostředkovaných zkušeností, sociální zralost, výslovnost mluvící osoby.
externí technické	Konverzační vzdálenost a pozice, způsob mluvení: artikule, rytmus a tempo řeči, momentální situace, osvětlení, zrakový kontakt.

Obr. 2 Vnitřní a vnější podmínky odezírání (Strnadová, in Horáková, 2012, s.54)

2.4.2. Simultánní komunikace

Komunikace prostřednictvím simultánního systému využívá mluveného národního jazyka doprovázeného motoricko-vizuálními dodatky. (Muknšnáblova, 2014)

Simultánní komunikace obsahuje manuální a nemanuální složku. Manuální oblast zahrnuje místo, pohyb, tvar ruky, která znakuje, dále tvar prstů, postavení ruky vůči tělu. V nemanuální oblasti jsou zahrnuta gesta a mimika. Pojmu „simultánnost“ lze rozumět jako kooperaci manuální a nemanuální složky, kdy dochází k trojrozměrnosti komunikačního a artikulačního prostoru a znaky lze tak provádět soudobě. (Macurová in Horáková, 2012)

Do oblasti simultánní komunikace lze zahrnout dle Muknšnáblové (2014) především český znakový jazyk a dále např. prstovou abecedu, mimiku, gesta, pantomimu či pomocné artikulační znaky.

- **Český znakový jazyk**

Český znakový jazyk je legislativně zakotven a je uznáván jako plnohodnotný komunikační systém. Definice českého znakového jazyka je uvedena v § 4 zákona č. 384/2008 verze 2, která vychází z úpravy zákona 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, a v pozměněné podobě z roku 2008 zní: „(1) Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace.“ (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>)

Horáková (2012, s. 55) dále uvádí definici „Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitě členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.“

Český znakový jazyk, dále jen ČZJ, je často mylně zaměňován s termínem „znaková řeč.“ (Macurová in Skákalová, 2017).

ČZJ je tvořen znaky a ty se dají dále dělit na tři části: kde je ruka umístěna, čím je znak dominantně prováděn a o jaký konkrétní pohyb se jedná. Dále má ČZJ i jako mluvená čeština svou vlastní gramatiku. Důležité je však zmínit, že od mluvené češtiny není odvozena. Gramatika a její obsah, je dán mimikou, pozicí a pohybem hlavy či trupu a oproti znakované češtině je mnohem primitivnější. V ČZJ se používají dvě skupiny znaků; arbitrární a ikonické. Při používání arbitrárních znaků není znak slovu nijak podobný např. znak lékař, naopak při znaku ikonickém je znak založen na obdobnosti s vyjadřovaným předmětem ku příkladu znak zajíc. (Mukšnáblová, 2014)



Obr. 3 Znak „ptát se“ (in Horáková, 2012, s.55)

- **Prstová abeceda**

Prstová abeceda, označována také jako tzv. daktylotika, používá dlaně a prsty a jejich specifického postavení ke znázornění jednotlivých písmen obsažených v české abecedě. (Skákalová, 2017)

Každý stát má jiný znakový jazyk a stejně tak i odlišnou prstovou abecedu. V České republice se užívá jednoruční a dvouruční abeceda především k interpretaci zahraničních výrazů, odborných slov či ostatních pojmů. Stejně tak jako v mluvené řeči dochází i v prstové abecedě vlivem oblasti, kde se používá, k odlišnostem. (Horáková, 2012)

Souralová in Bytešníková, Horáková, Klenková (2007) uvádí jednoruční abecedu jako prostředek komunikace užívaný především ve školách pro děti se sluchovou vadou při nácvičení čtení, psaní a vyvození hlásky. Dvouruční se naopak užívá mezi dospělými pouze jako doplnění, pokud pro slovo neexistuje znak, nebo se znakuující snaží dorozumět se slyšícími, se kterými komunikuje.

2.4.3. Totální komunikace

Totální, globální či také celostní metoda komunikace je definována jako komplexní přístup v terapii a komunikaci, během které se spojují zvukové, vizuální, verbální i neverbální vlivy. Jedná se spíše o metodu komunikace než filozofii vyučování, během které se dítě učí všechny druhy komunikace a žádná není upřednostňována či utlačována. (Mukšnáblova, 2014)

Holmanová in Neubauer a kol. (2018) doplňuje, že metoda totální komunikace je vhodná primárně v začátcích sluchové a řečové rehabilitace u dětí s vadou sluchu, jelikož se snaží zajistit všechny možné okolnosti s jediným cílem, a to takovým, aby dítě začalo mluvit.

Každé dítě má jiný charakter, IQ a jiné nadání pro řeč. Působí zde mnoho aspektů, které vývoj řeči ovlivňují. Právě z tohoto důvodu je metoda totální komunikace ta nejvhodnější. Při totální komunikaci s dítětem se začíná na používání jednotlivých znaků k pojmenování okolních osob a předmětů a důležité je tyto znaky i vyslovit a pojmenovat. Postupně se tak dítě bude v rozumění a řečových dovednostech zdokonalovat a jednotlivé znaky při komunikaci se slyšící osobou vypustí a nahradí je slovy. (Holmanová in Neubauer a kol., 2018)

Totální komunikace si klade za cíl umožnit jejím uživatelům svobodný výběr při používání různých komunikačních směrů, které dotyční využijí během své komunikace s okolím již od velice útlého věku. Dalším cílem totální komunikace je propojení slyšícího a neslyšícího světa, aby se vzájemně mohli integrovat jeden do druhého. „*Výsledkem této situace je výrazný rozvoj znakových národních jazyků, u nás znakované češtiny.*“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 532)

- **Znakovaná čeština**

Stejně jako česný znakový jazyk, i znakovaná čeština je legislativně zakotvena. Definice znakované češtiny je uvedena v § 6 zákona č.384/2008 verze 2, která vychází z úpravy zákona 155/1998 Sb., *o komunikačních systémech vycházejících z českého jazyka*, a v pozměněné podobě z roku 2008 zní:

„Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob, které ovládají český jazyk.“ (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>)

Znakovaná čeština může být také definována jako mluvená řeč, která je interpretována do jednotlivých znaků za dodržení tvaru, pohybu i pozicí končetiny. (Muknšnáblova, 2014)

Horáková (2012) tuto definici doplňuje a uvádí, že znakovanou češtinu užívají především osoby, které komunikují prostřednictvím odezírání. Osoba s vadou sluchu tak vnímá ústa mluvčího, která doplňují jednotlivé znaky.

2.4.4. Bilingvní komunikace

Systém bilingvní, v mnoha publikacích uváděno jako bilingvální komunikace, je určitá forma výchovy dítěte, kdy se učí dva jazyky a vyrůstá v tzv. bilingvním či dvojjazyčném prostředí. Pro dítě se sluchovou vadou platí, že mateřským jazykem je pro něho jazyk znakový a až poté jazyk užívaný národně, u nás tedy český jazyk. Důležitý je fakt, že pro dítě se sluchovou vadou není možné naučit se mluvené řeči bez minulé zkušenosti se znakovým jazykem. Z tohoto faktu vyplývá, že znakování neslyšícího dítěte zajišťuje jeho přirozený vývoj a připravuje ho na mluvenou řeč. (Muknšnáblova, 2014)

Bilingvní systém je tedy shrnutím kapitol předchozích a zahrnuje následující komunikační systémy:

- *národní znakový jazyk neslyšících;*
- *národní mluvený jazyk;*
- *jednoruční prstová abeceda: daktyl.* (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 533)

Šebesta in Škodová, Jedlička a kol. (2007) uvádí, že u dětí do dvou let věku je verbální i znakový vývoj komunikace shodný a nezáleží na způsobu dorozumívání se v rodinném prostředí. Ve věku dvou let je přirozenost přítomnosti žvatlání, což odpovídá kombinování asi tří znaků. V období předškolního věku je přirozené tzv. mluvení si sám pro sebe, komentování si činností či řešení úkolů, avšak za předpokladu, že vývoj probíhá v sugestivním prostředí ideálním pro celkový rozvoj schopností a dovedností dítěte.

S bilingvním přístupem v komunikaci souvisí také pojem „Bi-Bi systém“ vycházející ze zkrácení pojmů bilingvismus a bikulturismus, kdy se dítě samo identifikuje oběma kulturami, tedy kulturou slyšících i neslyšících, které mají naprosto odlišné sociální prostředí, avšak dítě je schopno používat oba jazyky. Bi-Bi systém je ideální cestou pro výchovu dítěte neslyšícího ve slyšící rodině. (Potměšil in Mukšnáblová, 2014)

2.4.4.1. Komunita Neslyšících

Komunita Neslyšících s velkým „N“ se označuje a cítí se být plnoprávnou jazykovou a kulturní menšinou. V této komunitě se lidé dorozumívají především znakovým jazykem a jsou jeho aktivní uživatelé, avšak do komunity Neslyšících automaticky nespadá každý, kdo postižení sluchu má.

Kosinová in Langer a Suralová (2013) vymezuje několik specifík, který člen či adept na člena komunity Neslyšících musí splňovat. Patří sem například pravidelné stýkání se s komunitou, být aktivním uživatelem znakového jazyka a ztotožňovat se s názory a přístupy komunity. Příslušníci komunity se scházejí ve svých organizacích, kde se vzájemně poznávají, pořádají své kulturní akce, společenské či sportovní události. Stejně jako slyšící majorita společnosti, i minorita Neslyšících má svou vlastní kulturu, pohádky, svůj vlastní styl humoru či různá divadelní a dramatická představení. V komunitě Neslyšících ctí její členové určité zásady při komunikaci, která jsou též nezbytná pro členství.

2.5. Opožděný vývoj řeči na podkladě sluchové vady

Opožděný vývoj řeči je důsledkem mnoha aspektů, kdy jedním z nich může být sluchová vada. Na rozdíl od dětí slyšících je u dětí neslyšících opožděný vývoj řeči před její fixací, dále jen OVŘ, přítomen vždy. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Kutálková (2005) doplňuje, že kondice sluchu je pro další rozvoj mluvené řeči dítěte s vadou sluchu nezbytná.

Stupeň OVŘ je dán následujícími aspekty:

- rozsahem sluchové ztráty;
- včasným zahájením terapie;
- správností prováděné rehabilitace sluchu a řeči. (Novák in Houdková, 2005)

Dále záleží na prostředí, kde se dítě pohybuje a kde vyrůstá. Pokud se neslyšící dítě narodí neslyšícím rodičům, komunikuje především takovým jazykem, jaký je u nich v rodině přirozený a nejpoužívanější, tj. znakový jazyk. Vývoj znakového jazyka u dítěte s vadou sluchu bude probíhat totožně jako vývoj mluvené řeči u dítěte slyšícího. Pokud u dítěte se sluchovou vadou nezačne rehabilitace včas, může to mít dopad samozřejmě na jeho řeč, ale dále i na myšlení a kritické myšlení, sociální vztahy či na formování vlastní osobnosti. (Houdková, 2005)

Sluchové vady u dětí mají vliv i na jednotlivé faktory, které řeč formují, například melodie řeči, která při sdělování informace nese hlavní význam. Již z předchozích kapitol je známo, že na vývoj řeči má zásadní vliv adekvátní kompenzace sluchu, nadání dítěte pro řeč a úroveň zrakové percepce, např. při odezírání. (Škodová in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Při rehabilitaci OVŘ je stěžejní zhodnocení jednotlivých rovin řeči např.: při dialektu s dítětem v momentě, kdy dítě popisuje obrázek.

Hodnotí se:

- **foneticko-fonologická rovina:** oblast, která dozrává nejpozději, u OVŘ se projevuje v oblasti problematiky znělosti, neznělosti či sledu jednotlivých hlásek ve slově;
- **morfologicko-syntaktická rovina:** u OVŘ převládají v mluvě podstatná jména, objevují se dysgramatismy, slovní zásoba se rozvíjí pomalu, dítě chybuje v předložkových vazbách;
- **lexikálně sémantická rovina:** OVŘ po stránce obsahové je v této rovině nejnápadnější u dětí se sluchovou vadou. Děti mají malou slovní zásobu, mnohému rozumí, ale slova nepoužívají;

- **pragmatická rovina:** V této jazykové rovině se u dítěte sleduje, jak je schopno užívat slovní druhy (i po stránce gramatické), držet se v časovém slovosledu, dále zda je správná stavba věty a užití jednotlivých slov a hlásek v ní. (Škodová in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Škodová in Škodová, Jedlička a kol. (2007) na závěr uvádí, že narušená komunikační schopnost, dále NKS, a pod ní spadající opožděný vývoj řeči, je široká oblast a do rehabilitace OVŘ patří mnoho sfér, které je třeba dále stimulovat. Dítě se sluchovým postižením potřebuje pracovat na zrakovém a sluchovém vnímání a rozvoji slovní zásoby. Nejčastější chyby se dopouští logopedové, kteří se snaží dotyčnému upravovat výslovnost navzdory tomu, že dítě nemá dostatečnou slovní zásobu, a ještě není schopno dokonale koordinovat pohyb svých mluvidel.

3. LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

K rozvoji orální řeči u jedinců se sluchovým postižením je zapotřebí logopedická péče. Dítěti jsou upraveny podmínky individuálně a cílí se primárně na rozvoj zrakové a hmatové percepce a dále samozřejmě na maximální možný rozvoj mluvené řeči v kontextu se sluchovou vadou. (Souralová in Horáková 2012)

3.1. Sluchová a řečová rehabilitace

Mezi hlavní složky rehabilitace sluchu a řeči řadíme sluchovou a řečovou rehabilitaci, jež úzce souvisí s odezíráním (viz kapitola 2.4). Všechny tyto oblasti se během rehabilitace vzájemně prolínají, přičemž nejdůležitější je nenucený a pokojný přístup k dítěti v prostředí, kde se cítí bezpečně. (Holmanová in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

- **Sluchová výchova**

Sluchovou výchovu neboli sluchovou rehabilitaci lze rozdělit na dvě části jednoho celku. První sluchové podněty a sluchové zkušenosti je třeba získávat doma, v rodinném prostředí.

Rodič by měl dítěti poskytovat hračky, které jsou nějakým způsobem zvukově výrazné, či pozorovat, na jaké zvuky dítě reaguje. V momentě, kdy dítě na nějaký zvuk zareaguje otočením hlavy apod., je důležité tento zvuk zopakovat, aby si dítě uvědomilo, odkud zvuk přichází. Další, již složitější cvičení, by měl provádět s dítětem logoped, posléze rodič, kterého logoped informuje, jakým způsobem má sluchová cvičení s dítětem provádět. Sluchová rehabilitace není záležitost jen terapie, nýbrž celého dne. K rozeznání zvuků je neúčinnější stavět rehabilitaci na zvucích z běžného okolí, tj. zvuk vysavače, sanitky či vlaku. (Holmanová in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

- **Řečová výchova**

Holmanová in Neubauer a kol. (2018) definuje řečovou výchovu jako úzce související se sluchovou výchovou a odezíráním (viz kapitola 2.4). Zaujme-li dítě jakákoliv věc či dítě provádí určitou aktivitu, je v roli rodiče, aby vše komentoval. Při mluvě by neměl dotyčný přehnaně artikulovat a intonovat, naopak si může pomoci přirozenými gesty. U sluchově postiženého dítěte je třeba mluvit mnohem více než u dítěte slyšícího, pozorně se mu při veškerých činnostech věnovat a ideálně vše komentovat. Kvalita řeči dítěte je individuální a je ovlivněna mnoha faktory (viz kapitola 2.3.).

3.2. Realizace logopedické péče

Logopedická intervence u dětí se sluchovou vadou je realizována v resortu služeb rané péče, speciálně-pedagogického centra (dále jen SPC), v ambulanci klinického logopeda nebo v rámci mateřské či základní školy pro sluchově postižené. (Horáková, 2012)

Logopedickou péči je možné rozdělit dle resortů působnosti:

- a. resort Ministerstva práce a sociálních věcí.
- b. resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy;
- c. resort Ministerstva zdravotnictví. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

3.2.1. Raná péče v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí

Definice rané péče je uvedena v § 54 zákona č.108/2006 Sb., *zákon o sociálních službách* a v následující podobě z roku 2006 zní: „*Raná péče je 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.*“ (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=raná+péče#cast1>)

Ranou péči pro děti se sluchovým postižením nabízí například středisko rané péče Tamtam, jehož službu aktivují sami rodiče. Pracovnice Tamtamu dojíždí terénně do rodiny, kde stráví přibližně 1,5-3 hodiny. Návštěvy pracovnic rané péče se eliminují s nástupem dítěte do mateřské školky a končí zpravidla nástupem dítěte do 1.třídy ZŠ. Raná péče Tamtam si klade za cíl edukovat a nasměrovat rodiče k tomu, aby svému dítěti byli schopni zajistit rozvoj sluchového a zrakového vnímání, rozvoj řečových dovedností, komunikace a porozumění mluvené řeči.

S ranou péčí úzce souvisí i Aktivační centrum, působící ambulantně, které je určeno pro rodiče dětí se sluchovým postižením, kteří vyhledávají rodiny, jež postihl stejný osud a pracují společně na procesu akceptace a socializace. Cílem Aktivačního centra je podpořit a vést k samostatnosti rodiny s dítětem se sluchovým postižením. Aktivační centrum vytváří pravidelné podpůrné programy, kurzy či přednášky, jimiž se rodiče mohou mimo jiné inspirovat i na tvoření doma. (Fenclová, 2012)

3.2.2. Resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Logopedická péče v resortu školství je dána metodickým doporučením vydaným MŠMT v roce 2009 (viz odkaz níže). Toto metodické doporučení se týká organizace, koordinace a kvalifikace těch, kteří ji realizují. Je poskytována jedincům s narušenou komunikační schopností, u kterých jsou brány v potaz jejich pedagogické a sociální potřeby. Logoped, jenž s těmito jedinci pracuje, je absolventem magisterského studia se státní závěrečnou zkouškou z oboru logopedie a surdopedie. V jeho kompetenci je stanovit komplexní logopedickou diagnostiku a intervenci, která souvisí s konkrétním druhem narušené komunikační schopnosti. (<https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-zabezpeceni-logopedicke-pece-ve>)

3.2.3. Logopedická péče v resortu Ministerstva zdravotnictví

Je primárně v kompetenci logopedů, posléze foniatrů či psychologů „*poskytnout adekvátní, nezkrácené a ucelené informace o metodách rehabilitace a komunikace v závislosti na subjektivních charakteristikách dítěte a z odborného hlediska doporučit nejvhodnější variantu.*“ (Potměšil, 2010, s.100)

Vyomezit a definovat logopedickou péči je velice složité, neboť logoped zastává mnoho oblastí. U dětí se jedná o oblast výchovy či nápravy produkce řeči, edukace, vývoj a výchova. Pokud se na práci logopeda nahlíží komplexněji, logopedickou péči lze považovat za logopedickou intervenci. Intervence je v tomto významu chápána jako pojem, který celou tuto oblast zastřešuje. (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007).

V oblasti logopedické péče o jedince se sluchovou vadou je nezbytná i spolupráce s foniatrem. Prvotní foniatrické vyšetření si klade za cíl vyhodnotit celkovou oblast komunikace, zhodnotit jaké příznaky v oblasti řeči a jazyka sluchová ztráta má, vyšetřit orofaciální oblast i s oblastmi, které k ní náleží, tj. fonace, dech, sluch a zrak. Zásadní je také samotné vyšetření sluchu, jež dělíme na metody objektivní a subjektivní audiometrie viz kapitola 1.2. (Neubauer 2018)

Logopedická péče se v České republice se realizuje v resortu MZ ve třech oblastech:

1. státní zařízení: kliniky, nemocnice, lázně;
2. nestátní podniky: městské, charitativní či okresní podniky;
3. soukromá zařízení: soukromá praxe klinického logopeda. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

3.3. Cíle logopedické intervence

Logopedická péče u jedinců se sluchovým postižením si klade za cíl eliminovat narušenou komunikační schopnost, konkrétně opožděný vývoj řeči ve sféře mluvené řeči. (Langer, Souralová, 2013). Souralová in Horáková (2012) zmiňuje zrakovou a hmatovou percepci jako speciální přístupy, jež jsou u terapie dětí s vadami sluchu nezbytné.

Hlavními cíli v logopedické terapii je:

- *identifikovat;*
- *eliminovat, překonat či alespoň zmírnit narušenou komunikační schopnost nebo;*
- *předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost).* (Lechta 2011, s.18)

Těchto cílů se snaží logoped dosáhnout všemi možnými způsoby, jež jsou v jeho kompetenci, a zároveň tak maximalizovat rozvoj komunikačního potenciálu jedince.

Neubauer in Neubauer a kol. (2018, s.77) doplňuje a definuje další cíle logopedické péče:

- *odstranění poruchy či odchylky od intaktního stavu;*
- *omezení až potlačení projevu poruchy během dlouhodobého terapeutického procesu;*
- *obnova porušených funkcí na úplné či částečné úrovni jejich reintegrace;*
- *co nejdelší stabilizace současných projevů poruchy.*

Škodová in Škodová, Jedlička a kol. (2007, s. 74) dále vymezuje cíle logopedické péče u dětí, které se zaměřují především na:

- *artikulaci hlásek u dětí;*
- *rozumění a vnitřní slovní zásobu u dětí s poruchou řečové exprese;*
- *úroveň fonemického sluchu u dětí předškolního a školního věku;*
- *lateralitu a grafomotoriku u dětí předškolního a školního věku;*
- *zhodnocení řečových obtíží.*

Logopedická intervence je tedy chápána jako dlouhodobý a nesnadný proces, na který působí mnoho vnějších i vnitřních faktorů.

Dělí se na tři úrovně: logopedická diagnostika, terapie a prevence.

3.4. Logopedická diagnostika

Cílem logopedické diagnostiky je včas a správně zachytit poruchy řečové komunikace a stanovit diagnózu. Logopedická diagnostika by měla co nejpřesněji definovat typ narušené komunikační schopnosti, určit proč vznikla, jak probíhá, do jaké míry je řečové centrum zasaženo a jaké to má u jedince následky.

Na základě diagnózy se ubírá celý směr terapie a logoped je schopen stanovit logopedickou prognózu. Logopedickou diagnostikou se rozumí týmový přístup k dítěti, tzn. spolupráce logopeda s dalšími odborníky, jako je např. foniatr, neurolog či psycholog. Zásadní je komplexnost vyšetření, kdy se logoped u dítěte zaměřuje na porozumění, verbální, neverbální stránku řeči a hodnocení rovin řeči. (Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007)

S tímto výrokem souhlasí i Neubauer in Neubauer a kol. (2018) a vymezuje hlavní cíle logopedické diagnostiky, jimiž jsou:

- zjistit, zdali je přítomna porucha řeči a do jaké míry je řečové centrum zasaženo;
- diferenciovat diagnostiku u poruch řeči;
- vytvoření dalšího doporučení pro následující logopedickou péči.

Lechta in Škodová, Jedlička a kol. (2007, s. 39) vymezuje tři stupně logopedické diagnostiky:

- *orientační vyšetření*: zjišťuje přítomnost NKS (depistáže);
- *základní vyšetření*: bližší konkretizace druhu NKS;
- *speciální vyšetření*: identifikace NKS, okolnosti a veškeré následky.

Existují jednotlivé postupy a techniky logopedické diagnostiky, např.: „*metody pozorovací, explorační metody, diagnostické zkoušky, testové metody, kazuistické metody, rozbor výsledků činnosti či přístrojové metody.*“ (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 39)

„*Dominantním úkolem je propojení logopedické diagnostiky a následné terapie se školní výukou dítěte a u těžších poruch i s nalezením vhodného typu školního zařízení pro dítě s poruchou řečové komunikace.*“ (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s.75)

3.5. Logopedická terapie

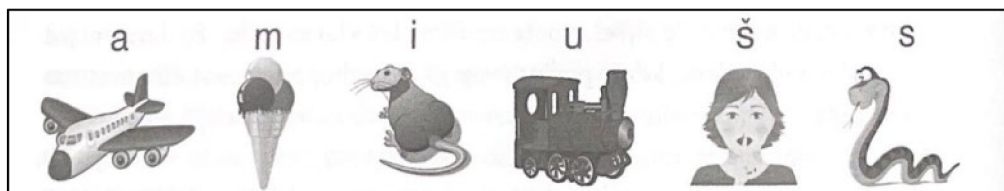
Po stanovení logopedické diagnózy, jež byla třeba pro výběr vhodných kroků a opatření, nastává ihned logopedická terapie (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007).

Lechta (2011, s. 22) dále definuje logopedickou terapii jako tzv. „řízené učení, probíhající pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení, případně i mimo ně; může ho popřípadě realizovat sama osoba s NKS (resp. s rodiči, příbuznými) pod supervizí logopeda.“

Holmanová in Škodová, Jedlička a kol. (2007) dělí rehabilitační přístupy k jedincům se sluchovou vadou na detekci, diskriminaci, identifikaci a rozumění.

- **Detekce**

V přístupu detekce logoped zjišťuje, zdali je dítě schopno zareagovat, pokud zvuk přítomný je, nebo není. Dítě se v tomto procesu učí identifikovat zvuky z okolí, zvuky svých hraček nebo hlasy známých osob. Dále by mělo detekovat test tzv. Lingových zvuků, obsahující hlásky od nízkých až po vysoké frekvence. Pomocí tohoto testu lze zjistit, zdali jedinec dokáže rozeznat zvuky v plném rozsahu, či test postačí jako kontrola, zdali jsou správně nastavena sluchadla.



Obr. 4 Lingovy zvuky (Holmanová in Neubauer a kol., 2018, s. 658)

- **Diskriminace**

Diskriminace je chápána jako schopnost jedince postřehnout odlišnosti a podobnosti mezi několika řečovými impulsy. Dítě se v tomto případě učí na jednotlivé zvuky reagovat a diferenciovat je od sebe. Např.: odlišit dva a více hudebních nástrojů, tichý a hlasitý zvuk, krátký a dlouhý zvuk či vysoký a hluboký zvuk. V momentě, kdy dítě zvládá rozlišit jednotlivé tóny, se přechází na rozdíly mezi jednotlivými slovy, jejich počtem slabik, samohlásek atd.

- **Identifikace**

Identifikací rozumíme moment, kdy je dítě schopno rozeznat a označit řečový podnět, který zaznamenalo, je schopno ho zopakovat a rozeznat. Identifikace se dále dělí na identifikaci slov v uzavřeném (vybrané oblíbené předměty dítěte), polootevřeném (výběr dvojic obrázků

patřících k sobě) a otevřeném souboru (dítě reaguje na své jméno). Při terapii prostřednictvím identifikace je dobré používat věty či fráze, které se každodenně opakují.

- **Rozumění**

Rozumění je určitý proces, kdy je dítě schopno porozumět významu slov doptáváním se a aktivitou v rozhovoru. Terapii je dobré začít otázkami, které jsou pro dítě nejbližší, např.: „kde je maminka?“ V oblasti porozumění se trénuje konání jednoho či více pokynů a ty se dále obohacují o přídavná jména. Dějová linie se v této oblasti trénuje pomocí několika obrázků, jež dítě komentuje a skládá je za sebe tak, aby chronologicky dávaly smysl. V procesu porozumění je třeba dbát na porozumění a až následné učení se komunikovat.

3.5.1. Průběh logopedické terapie

U dětí se sluchovou vadou, je nezbytné zajistit, aby navštěvovaly MŠ alespoň rok před nástupem do 1. třídy. Sobotková in Bytešníková, Horáková, Klenková, (2007) definuje jednotlivé oblasti, na které by se v mateřské škole pro děti se sluchovým postižením měl klást důraz:

- umět navázat komunikaci;
- dále rozvíjet a být schopen vytvořit hlas;
- podporovat vývoj zrakového a hmatového vnímání, odezírání, hrubé a jemné motoriky;
- podpora komunikace i s užitím neverbálních nástrojů (gesta, mimika, znakový jazyk).

Logopedická terapie dle Horákové (2012) využívá veškeré speciálně-pedagogické postupy a bere v potaz individualitu dítěte. Mnohdy záleží na rodičích a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, jak bude terapie probíhat a jaký bude využit komunikační systém. (viz kapitola 2.4.)

U dětí se sluchovou vadou jsou téměř vždy narušeny oblasti dýchání, fonace i artikulace a také všechny roviny řeči. Největším úskalím těchto jedinců bývá absence vlastní sluchové kontroly při logopedické terapii. (Langer, Suralová, 2013)

Logopedická terapie jedinců se sluchovým postižením se zaměřuje zejména na oblasti:

- *vyvození hlasu;*
- *rozvoj motorické schopnosti;*
- *navození zrakového kontaktu;*
- *nácvik a reakce na zvuk;*
- *vyvozování hlásek.* (Horáková, 2012, s. 67)

Horáková (2012) dále uvádí, že většina logopedů se snaží vyvodit hlas formou hry, pomocí zvukových hraček či obrázků, aby dítě podpořilo k uvědomění si toho, jak hlas používat. Dále je součástí logopedické terapie rozvoj hrubé a jemné motoriky a hybnost orofaciální oblasti. Předtím, než začne proces samotného vyvozování řeči, je třeba aby předcházela předartikulační trénink s podporou odezírání a zrakové výchovy.

Krahulcová in Horáková (2012, s. 67-70) definuje samotné vyvozování hlásek jako součást předartikulačního tréninku. Metody vyvozování hlásek dělí na:

- *vyvozování z onomatopoií; (významové zvuky)*
- *přímé vyvozování; (napodobování prvků artikulace)*
- *substituční metody;*
- *metody mechanické; (špachtle, ruce)*
- *pomocné artikulační znaky.*

Poté, co se podaří hlásky zafixovat ve slabikách, slovech a poté v celých větách, dojde k jejich automatizaci. (Horáková, 2012)

Logopedická péče se zaměřením na osoby s vadami sluchu je terapie specifická svou časovou náročností a mnohdy neočekávaným progresem. Vzbuzuje debaty nad tím, jestli je přínosnější rozvíjet orální řeč, či rozvíjet systém komunikace, který je pro jedince se sluchovou vadou přirozený, a zároveň podporovat znalost čtení a psaní. (Langer, Souralová, 2013)

Největším vlivem, jež na **logopedickou prognózu** působí, je samotné dominující postižení, v tomto případě sluchová ztráta. Aby se řeč jedince dále vyvíjela a terapie se ubírala správným směrem, je závislá na intelektu matky i dítěte, věku dítěte a stavu sluchu dítěte. Při léčbě by měla být vždy spolupráce všech odborníků, tedy logopeda, foniatra, psychologa či učitele v MŠ, zároveň i rodiče dítěte. Rodič dítěte je v předškolním období jedním z nejdůležitějších aspektů, neboť je to právě on, kdo s dítětem tráví nejvíce času. Logoped má povinnost dát rodiči instrukce, ale je to rodina, která by měla zajistit veškeré možné prostředky, aby byla terapie co nejefektivnější. Na základě průběhu logopedické terapie lze zvážit, zdali je dítě připraveno na povinnou školní docházku, má dostačující řečové a intelektové schopnosti, na svou práci se dokáže soustředit a je emočně zralé. (Škodová in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

4. ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Po narození je dítě s vadou sluchu, ať už je nedoslýchavé či neslyšící, zcela nerozpoznatelné a jak již z teoretické části bakalářské práce vyplívá, vývoj řeči dítěte probíhá v normě až do období napodobivého žvatlání, kdy zpravidla vývoj řeči neslyšícího dítěte ustává.

Praktická část bakalářské práce se věnuje dětem, kterým byla sluchová ztráta zjištěna již v prelingválním období, tzn. před ukončením vývoje řeči, jež je dle odborných literatur ukončen kolem 6. roku věku. Nedílnou součástí pro rozvoj sluchového a zrakového vnímání a dále pak mluvené řeči je logoped. V průběhu logopedické diagnostiky, terapie a prevence je stěžejní týmovost všech odborníků, jež k dítěti náleží a od nichž se odvíjí další prognóza ve vývoji řeči dítěte. Mezi odborníky lze zařadit zejména logopeda, otorhinolaryngologa či foniatra, dále pediatra, dětského psychologa, pracovnice SPC či rané péče.

4.1. Vymezení cílů praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem (dále jen HC) prakticky orientované části bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem probíhá logopedická péče u třech vybraných dětí předškolního věku s vadami sluchu a jaká jsou specifika logopedické terapie.

V souladu s hlavním cílem, byly dále vymezeny dva dílčí cíle (dále jen DC):

DC. 1: Individuálně zhodnotit míru komplexnosti realizace logopedické terapie v kontextu podpory rozvoje všech jazykových rovin u vybraných dětí se sluchovou vadou.

DC. 2: Zjistit, zda je logopedická intervence u vybraných dětí se sluchovou vadou předškolního věku orientována také na oblast cíleného rozvoje kompetencí spojených se zahájením povinné školní docházky.

4.2. Metodologie praktické části bakalářské práce

Bakalářská práce je formulována do konceptu kvalitativního výzkumu za využití metody případové studie (kazuistiky), metody analýzy odborných pramenů a literatury a pozorování, které bude integrální součástí kazuistik. Informace a postřehy získané pozorováním vybraných dětí se sluchovou vadou budou zahrnuty do jednotlivých kazuistik a do popisu realizace individuální logopedické péče u vybraných dětí.

4.2.1. Kvalitativní výzkum

Klimeš in Miovský (2006, s.13) definuje pojem kvalita jako „*jakost, hodnotu nebo jako souhrn vlastností, z nichž se dozvídáme něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu.*“

Kvalitativní výzkum lze globálně chápat jako metodu, jež zkoumá jevy a problematiku v přirozeném prostředí a klade si za cíl tyto jevy komplexně zhodnotit. Kvalitativní metoda výzkumu užívá především metody pozorování a analýzy dokumentů, což znamená, že se pracuje především se slovním projevem a s textovými dokumenty. Jako vedlejší rys kvalitativního výzkumu lze považovat i mnohem nižší číslo zkoumaného vzorku oproti kvantitativnímu výzkumu. Nejmarkantnější rozdíl od kvantitativního výzkumu je ten, že kvalitativní výzkum pracuje s daty, která jsou terénní a autentická, což může mít vliv na celkový závěr výzkumu. (Švaříček, Šedová a kol., 2014)

Klíčovými termíny v kvalitativním přístupu jsou „*jedinečnost a neopakovatelnost.*“ (Mioviský, 2006, s.17)

4.2.2. Případová studie (kazuistika)

Případovou studii (kazuistiku), lze zařadit mezi základní výzkumné metody v pedagogice. (Švaříček, Šedová a kol., 2014) Případová studie neboli kazuistika je jednou z metod kvalitativního výzkumu a definuje se jako metoda, jež sbírá data od jedince či malé skupiny. Tato data se sbírají především z pozorování jedince, dále z deníků, dokumentů či rozhovorů. (Hendl, 2016)

„*Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu (případu).*“ (Švaříček, Šedová a kol., 2014, s. 97)

Yin in Švaříček, Šedová a kol. (2014) vymezuje další znaky případové studie (kazuistiky):

- subjekt kvalitativního výzkumu má omezené hranice: časově i prostorově;
- výzkum probíhá v přirozeném prostředí a v co nejpřirozenějších podmínkách pro zkoumaného jedince i badatele;
- zdroje i metody jsou maximálně využívány, aby byl získán co nejrelevantnější.

Při využití metody případové studie (kazuistiky) se jedná o záměrnou volbu, nikoliv o náhodný výběr, vzhledem k tomu, že vybraný vzorek odpovídá požadavkům badatele. Mezi požadavky lze zařadit např. cíle výzkumu a výzkumné otázky. Poté, co si badatel určí

výzkumný vzorek, je třeba souhlas a ochota dotyčného či jeho zákonného zástupce výzkum podstoupit. (Švaříček, Šedová a kol., 2014)

Přiložené případové studie (kazuistiky) jsou tvořeny primárně z vlastního pozorování během logopedických terapií, avšak při zjišťování dřívějších či konkrétnějších dat docházelo k doplňování dat a informací od rodičů či logopedů daného dítěte, či ze zdravotní a logopedické dokumentace.

„Metodu pozorování je vhodné spojit s rozhovory, neboť v kombinaci s rozhovorem si může badatel udělat komplexní obrázek o dané situaci. Nelze však říci, jak obě metody následují po sobě, spíše se neustále prolínají jedna s druhou. Z rozhovorů získáváme témata pro pozorování a pozorování dává hloubku a oporu pro rozhovor.“ (Švaříček, Šedová a kol., 2014, s. 158)

Švaříček, Šedová a kol. (2014) definují pozorování jako jednu z nejtěžších metod v kvalitativním výzkumu. Nejčastěji se užívá metoda tzv. zúčastněného pozorování. Tuto metodu pozorování definují jako dlouhodobou s účelem zprostředkování podnětů badateli, jenž se na aktivitách nepodílí, ale spíše pozoruje. Během metody zúčastněného pozorování je třeba dbát na detaily a při popisování výzkumného vzorku být přesný.

Nevýhodou zúčastněného pozorování je fakt, že se badatel účastní a pozoruje situace, jež svou přítomností může určitým způsobem ovlivňovat. Naopak výhodou tohoto pozorování je přímá účast na jevech a fenoménech, jež badatel sleduje. (Miovský, 2006)

Během realizace výzkumné části bakalářské práce bylo užito metody zúčastněného pozorování.

4.2.3. Analýza odborných pramenů a literatury

Miovský (2006) uvádí, že práce s odbornými prameny a literaturou je velice specifická, neboť se jedná o práci s již existujícími texty, které nezávisí na další výzkumné činnosti. Při analýze těchto pramenů nejsou nová data zjišťována, ale pouze shromažďována a nelze je nijak měnit či přizpůsobovat.

Metody studium odborných pramenů a literatury bylo využito převážně při vypracování teoretické části bakalářské práce. Tato metoda mi dopomohla k lepšímu porozumění dané problematice a terminologie, které se bakalářská práce věnuje.

K realizaci praktické části bakalářské práce bylo užito i metody analýzy odborných pramenů, za které jsou v tomto ohledu považovány osobní, zdravotní a logopedické

dokumenty, jež mi byly poskytnuty samotným rodičem. V případě, že se jednalo o dokumentaci poskytnutou logopedem, stalo se tak pouze se souhlasem zákonného zástupce (rodiče dítěte).

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku

Pro sestavení výzkumného vzorku bylo třeba najít tři rodiny, respektive tři děti, které jsou předškolního věku a pravidelně navštěvují logopeda, či je logoped součástí například MŠ a dítě dochází na logopedické terapie pravidelně tam. Další podmínkou byla ztráta sluchu přibližně v rozmezí 60-80 dB, což odpovídá těžkému postižení sluchu a tato ztráta musela být kompenzována oboustranně sluchadly. Vzhledem k těmto velice specifickým požadavkům bylo obtížné najít rodiny, které by se mnou chtěly spolupracovat. Nakonec se však rodiny podařilo najít a spolupráce s nimi byla úspěšně zahájena.

Skupina výzkumného vzorku se skládá ze dvou chlapců a jedné dívky. V rámci zachování ochrany jejich osobních údajů jsem je přejmenovala na Terezku, Filipka a Kryštofa.

Terezka je z Libereckého kraje, je jí 5 let a 8 měsíců, Filípek také z Libereckého kraje a je mu 6 let a 1 měsíc a nakonec Kryštof, kterému je 6 let a 2 měsíce a pochází ze Středočeského kraje (věk je uveden k březnu 2022).

Všechny výše zmíněné děti mají ztrátu sluchu přibližně 60-70 dB, která je kompenzována sluchadly. Detailně rozepsáno v jednotlivých kazuistikách níže.

Pohlaví	Jméno	Věk (k březnu 2022)	Ztráta, diagnóza
1. Dívka	Tereza	5 let a 9 měsíců	L 65 dB, P 60 dB, středně těžké/ těžké postižení sluchu
2. Chlapec	Kryštof	6 let a 2 měsíce	L 70 dB, P 75 dB, těžké postižení sluchu
3. Chlapec	Filip	6 let a 1 měsíc	L a P 65 dB, těžké postižení sluchu

Tab. 1 Struktura výzkumného vzorku

4.4. Charakteristika místa výzkumného šetření

Realizace výzkumu bakalářské práce, jak již z předchozí podkapitoly vyplívá, probíhala ve dvou krajích, v kraji Libereckém a Středočeském. V časovém rozmezí od října/listopadu 2021 do března 2022 jsem byla součástí logopedických terapií Terezky, Filipka a Kryštofa. Logopedická terapie u Kryštofa je realizována individuálně v logopedické ambulanci ve spádové oblasti místa jeho bydliště. U Terezky a Filipka je tomu jinak. Dívka je v mateřské škole celý týden na internátě, tudíž je logopedická péče realizována logopedem v MŠ, nikoliv ve spádové oblasti v místě jejího bydliště. Filipěk dochází do stejné MŠ logopedické a logopedickou péči absolvuje u stejné logopedky, s tím rozdílem, že není ubytován na internátě.

4.5. Průběh realizace výzkumného šetření

Časové rozmezí realizace činnosti	Prováděná činnost
srpen-říjen 2021	vyhledání vzorku dětí k výzkumnému šetření
říjen-leden 2021	sběr pramenů, studium literatury a realizace teoretické části bakalářské práce
říjen/ listopad 2021-březen 2022	realizace výzkumného šetření, sběr dat k vypracování kazuistik
březen 2022	vyhodnocování výzkumného šetření a zodpovězení na hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu bakalářské práce
duben 2022	korektura a odevzdání bakalářské práce

Tab. 2 Průběh realizace bakalářské práce a výzkumného šetření

V srpnu 2021 začalo prvotní vyhledávání dětí se sluchovým postižením potřebných k realizaci výzkumné části bakalářské práce. Zpočátku jsem pátrala pouze mezi svými známými a mezi známými mých rodinných příslušníků, již se ztotožňují s jazykovou a kulturní menšinou Neslyšících. Díky nim jsem po měsíci vyhledávání získala do svého výzkumu dvě neslyšící děti, a to Terezku a Filipka. Další výzkumný vzorek se mi nepodařilo vyhledat, proto jsem se rozhodla kontaktovat zařízení, kde jsem působila na surdopedických praxích, a požádala je o spolupráci. Tato instituce mezi své klienty rozeslala předem připravený, mnou napsaný e-mail o tom, že hledám dítě do výzkumu své bakalářské práce, které by zároveň

splňovalo výše zmíněné požadavky. Touto cestou jsem získala i poslední vzorek do svého výzkumu, a to Kryštofa.

Veškerá komunikace od této chvíle probíhala pouze s rodiči, kteří byli obeznámeni o tom, jak si realizaci svého výzkumu představuji a zdali s takovou podobou výzkumu budou souhlasit. Rodiče Terezky i Filipka jsou neslyšící, komunikace byla proto obtížnější, ale vzhledem k jejich vysoké úrovni orální komunikace jsme se vždy zvládli domluvit. Rodiče Kryštofa jsou slyšící, a proto byla komunikace i domluva naprosto bez problému a mohla probíhat i telefonicky.

Zároveň v říjnu téhož roku jsem započala realizaci teoretické části bakalářské práce. Během psaní teoretické části jsem díky odborné literatuře lépe porozuměla dané problematice a terminologii, která se k ní váže. Lze konstatovat, že publikací, jež se věnují konkrétně surdologopedii, je velice málo, a z toho důvodu jsem čerpala i z internetových zdrojů.

Na konci října roku 2021 byla zahájena samotná realizace výzkumu. Během tohoto období jsem pozorovala realizaci individuální logopedické terapie Terezky, Filipka i Kryštofa, postupně z nich tvořila záznamy a na kazuistikách vybraných dětí krok za krokem pracovala. Během tohoto období jsem byla také v pravidelném kontaktu s rodiči, již mi na požádání doplnili informace, které jsem potřebovala, či mě v některých tvrzeních opravili. Poslední logopedické terapie, na kterých jsem byla přítomna, probíhaly do poloviny března 2022.

5. PREZENTACE DAT ZJIŠTĚNÝCH VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

V následujících kapitolách budou představeny jednotlivé případové studie (kazuistiky) dětí se sluchovou vadou. Struktura kazuistik u vybraných dětí se sluchovou vadou je tvořena následujícími oblastmi: osobní a rodinná anamnéza, anamnéza prostředí, zjištění sluchové vady, raná péče a SPC, předškolní období 3-6 let, hrubá a jemná motorika, grafomotorika, komunikace a komunikační systém, pozornost a spolupráce, zrakové a sluchové vnímání. Součástí kazuistik je i deskripce organizace individuální logopedické péče těchto jedinců.

5.1. Případová studie 1: Tereza

Osobní anamnéza

Terezka je komunikativní, sympatická, hravá a v kolektivu oblíbená dívka, která v červnu roku 2022 oslaví své šesté narozeniny. Narodila se do jazykové a kulturní menšiny Neslyšících a je v rodině druhorozená. Má staršího bratra, se kterým má neobvykle blízký a hezký vztah. Terezka je velice hravá a vzhledem k tomu, že celý týden tráví na internátě bez maminky a tatínka, je velice samostatná, nebojácná a v leccjakých situacích si dokáže poradit.

Terezka se narodila 27. června 2016, je jí tedy 5 let a 9 měsíců. U Terezky byla téměř 100% šance, že i ona bude mít sluchovou vadu. Maminka si před početím svého prvního dítěte nechala udělat genetické testy, jež odhalily, že právě ona je nosičem genu, který vadu sluchu způsobuje, a šance, že by se jí narodilo slyšící dítě, byla téměř nulová. Těhotenství probíhalo v pořádku, maminka během tohoto období neprodělala žádné vážnější onemocnění, a naopak průběh těhotenství označuje za bezproblémový. Terezka se narodila v termínu, vážila 3,3 kg, měřila 49 cm a APGAR skóre měla v normě, tedy 10-10-10. APGAR skóre posuzuje u narozeného dítěte 5 oblastí (srdeční frekvence, dýchání, svalové napětí, reakce na podněty a barva kůže). Terezka neprodělala žádné novorozenecké onemocnění a neobjevily se u ní žádné novorozenecké anomálie. Tělesný a motorický vývoj Terezky probíhal v normě, ve 3 měsících pásala hříbátka, kolem půl roku se sama otáčela na břicho a ve 12. měsíci začala chodit. Terezka byla kojena přibližně do 6 měsíce, poté už byla krmena pouze příkrmy a dudák nikdy neměla.

Po řadě vyšetření v SPC navštěvovala necelý rok mateřskou školu speciální, do které každý den dojížděla. Od svých tří let až doposud navštěvuje MŠ logopedickou v Libereckém kraji, avšak s rozdílem, že je ubytována na internátě spolu se svým starším bratrem, který však již navštěvuje 2. třídu základní školy logopedické. Maminka oba sourozence každé pondělní

ráno odveze a v pátek po obědě je vyzvedává. V září bude Terežka pokračovat ve stejné instituci a nastoupí do 1. třídy ZŠ logopedické.

Rodinná anamnéza

Terežka se narodila do rodiny Neslyšících a pravděpodobnost přítomnosti sluchové ztráty, vzhledem ke genetickým testům matky, byla téměř stoprocentní. Rodina je úplná a tvoří oběma dětem milující a klidné zázemí pro jejich život.

Matce je 35 let, pracuje jako speciální pedagožka a má diagnózu těžkého postižení sluchu kompenzovanou sluchadly. S tímto postižením se narodila. Vzhledem k tomu, že měla slyšící prarodiče, se kterými byla pravidelně v kontaktu, naučila se perfektně odezírat a její řečové a komunikační dovednosti jsou na velice vysoké úrovni.

Otci je 36 let, pracuje jako operátor výroby, má diagnózu velmi těžkého postižení sluchu, ale v jeho případě ani kompenzace sluchadly nepomáhá. Pravděpodobně prodělal infekční onemocnění hned po narození, které mělo vliv na ztrátu jeho sluchu. Dodnes se ale neví, jaká byla přesná příčina. Rodina z jeho strany je slyšící, a to je i důvod, proč je jeho komunikace na tak vysoké úrovni i přes míru jeho sluchového postižení.

Terežka má staršího bratra, který v srpnu 2021 oslavil své 10. narozeniny. Starší bratr má diagnózu těžkého postižení sluchu kompenzovanou sluchadly a navštěvuje 2. třídu ZŠ logopedické v Libereckém kraji.

Anamnéza prostředí

Rodina žije v rodinném domě se zahradou a společně jezdí na výlety či v létě na dovolenou k moři. Vzhledem k tomu, že se celá rodina cítí být součástí komunity Neslyšících, aktivně se účastní akcí, které jsou komunitou realizovány, jako je např: Dětský den či Halloween.

Zjištění sluchové vady

V porodnici byl Terežce proveden novorozenecký screening sluchu neboli OAE, po měsíci proběhlo vyšetření OAE znovu a výsledkem byly nevybavné emise. Mamince i celé rodině se tedy naplnily predikce, se kterými byli určitým způsobem všichni smířeni. Dále proběhlo vyšetření BERA, kdy byla dívce zjištěna ztráta na levém oušku přibližně 65 dB a na pravém přibližně 60 dB, což je na hranici středně těžkého a těžkého postižení sluchu. Přibližně v pěti měsících dostala Terežka svá první sluchadla, která jí byla pravidelně nastavována a upravována. Na začátku roku 2022 dostala nová sluchadla Phonak Sky V. Dle názorů

a postojů obou rodičů je zjevné, že jsou zásadně proti kochleární implantaci a mají pro to osobní důvody.

Raná péče a SPC

V necelém roce proběhlo v SPC vyšetření metodou VPA, tedy vizuálně podpořené audiometrie za přítomnosti maminky. Toto vyšetření si klade za cíl zjistit stav sluchového vnímání. Závěr byl takový, že Terežka zaznamenává a detekuje zvuky přibližně ze vzdálenosti 1 m, udržuje oční kontakt, o dění kolem sebe se zajímá, brouká si a moduluje hlas.

Další vyšetření v SPC proběhlo ve dvou letech věku, kdy byla metoda VPA realizována znovu. Terežka během vyšetření reagovala na zvuky pozitivně s jasnou reakcí a detekcí. Dokázala při zaznamenání zvuku otočit hlavičku, hlasově se projevovala, měla o komunikaci zájem a svůj hlas modulovala dle aktuálního emočního nastavení. V tomto období také žvatlala i vlivem toho, že sluchadla nosila s mnohem větší pravidelností a tolerancí.

Ve 2 letech a 7 měsících Terežka opět navštívila SPC. Dívka v té době chodila 5 měsíců do MŠ speciální, ale chystala se na přestup do MŠ logopedické. Během vyšetření si Terežka dokázala poradit i s mírným hlukem v pozadí a na zvuky reagovala úsměvem či pokývnutím.

Komunikace byla v té době s ohledem na její postižení v normě, stejně tak zásoba znaků, prostřednictvím kterých komunikovala. Mluvená řeč byla na počátku rozvoje a s dobrým potenciálem pro postupný rozvoj všech jazykových rovin. Dokázala pojmenovávat věci kolem sebe a na výzvu slova vytleskala, avšak pokud by se Terežka dostala do komunikace s člověkem, který komunikaci neprokládá znaky, jen stěží by se s ním domluvila. Pokud ale měla pojmenovat jednotlivé obrázky, dokázala vyslovit celé slovo např.: auto, mimi, máma.

Dívka z tohoto důvodu dostala doporučení na vzdělávání v logopedické MŠ s podpůrnými opatřeními 4. stupně.

Dle SPC bylo nutné, aby Terežka byla v kolektivu slyšících i neslyšících dětí a aby pedagogové, již budou s Terežkou v kontaktu, měli kompetence českého znakového jazyka. U Terežky bylo a stále je cílem aktivně rozvíjet komunikační dovednosti, řečové kompetence a pracovat na jejím sociálním začleňování. Pedagogům i rodičům dívky se doporučilo samotné znakování doprovázet mluvenou řečí a veškeré činnosti komentovat. Další vyšetření v SPC bylo doporučeno až před nástupem do 1. třídy logopedické základní školy.

Předškolní období 3-6 let

V předškolních období nastalo pro Terezku mnoho změn. První změnou bylo odloučení od maminky, když přešla na internátní mateřskou školu. Pocit samoty ji kompenzoval starší bratr a Terezka si postupem času na tento systém zvykla a každý týden se do školky po víkendu těší.

V tomto období nastal také markantní rozvoj mluvené řeči i díky tomu, že pedagožky v MŠ preferují metodu totální komunikace, tedy používají vizuální, zvukové, verbální i neverbální prostředky, pro její maximální rozvoj po všech stránkách. Další plus pro vývoj řeči byl ten, že Terezka je ve smíšené třídě, kde nejsou děti jen se sluchovým postižením, ale také s narušenou komunikační schopností a tím pádem se ve třídě komunikuje i orálně, nikoliv jen pomocí znakového jazyka.

Jelikož je Terezka v předškolním věku, proběhlo v únoru 2022 vyšetření v SPC, které mělo rozhodnout, zdali půjde v září do školy, či jí bude doporučen odklad povinné školní docházky. Při návštěvě SPC proběhlo stejně jako v předchozích letech vyšetření VPA, tentokrát bez přítomnosti maminky a za užití téměř nových sluchadel. Vyšetřit sluch se podařilo s doprovodnou reakcí na zaslechnutí zvuku. V průběhu vyšetření sluchu byly vkládány i zvukové pauzy nebo kliky myši mimo zvukové pole, pro odlišení falešně pozitivních reakcí, které se vyskytly hlavně při ověřování slyšení tišších tónů. Reakce na nižší tóny závisí mimo jiné také na Terezčině koncentraci. Nová sluchadla přináší Terezce přínos v celém pásmu řeči, proto je důležité myslet na to, aby je nosila pravidelně a měla tak možnost rozvíjet a vnímat artikulovanou řeč.

Aktuálně Terezka komunikuje jak znakovým jazykem, tak orálně. Komunikaci zvládá spontánně navazovat a je schopna odpovídat na otázky, zároveň si svou činnost komentuje a hru doprovází zvuky. Ač je ve všech jazykových rovinách značný OVR, jsou zde vhodné predispozice a potenciál k markantnímu zlepšení. V oblasti předškolních dovedností zvládá napočítat do 10, umí i odečítat čísla z řady 1 až 5, rozpozná geometrické tvary a barvy a postupně se pracuje na zlepšení časoprostorové orientace.

Výsledkem vyšetření z SPC je, že dívka je připravena na nástup do 1. třídy ZŠ logopedické i s ohledem na její řečový i psychomotorický vývoj. Její předškolní dovednosti jsou na adekvátní úrovni, stejně tak i řečové, s progresivním potenciálem do budoucna. Po konzultaci SPC, rodičů a ZŠ logopedické bude Terezce doporučeno setrvání ve 4. stupni podpůrného opatření.

Hrubá a jemná motorika

V oblasti hrubé a jemné motoriky je Terežka naprosto intaktní dítě, které se ve všech oblastech rozvíjí dle normy. Terežka je velice hravá, u žádné činnosti dlouho nevydrží, běhá, skáče, jezdí na kole, v zimě na lyžích a její pohybový aparát je naprosto v pořádku. Dále zvládne udržet stoj na jedné noze, chytne či hodí míč a učí se skákat přes švihadlo.

Jemná motorika je také v pořádku. Dívka si ráda hraje, kreslí, vymalovává omalovánky, lepí, stříhá a se starším bratrem miluje stavění stavebnic a lega, kde trénuje nejen paměť, ale také představivost a myšlení. Naopak s maminkou ráda vaří a peče, či navléká korálky a velice zásadní je, že si veškeré činnosti komentuje.

Grafomotorika

Ve sféře grafomotoriky je u Terežky také vývoj v normě. Již od čtyř let má vyhraněnou laterálníu a používá na psaní a kreslení výhradně pravou ruku. Umí napsat „máma, táta“, dále jméno svého sourozence „Tobí“ a jména svých domácích zvířátek. Pod své výkresy se podepisuje a při psaní je znatelný mírný přesah palce. Při kreslení zvládá namalovat maminku a po upřesnění pomocí znaků domaluje i detaily, které postavě chybí. V oblasti překreslování jednotlivých tvarů či obrazců si vede vzhledem ke svému věku výborně.

Komunikace a komunikační systém

Vzhledem k tomu, že se Terežka narodila do neslyšícího prostředí, je pro ni přirozeným a mateřským jazykem znakový jazyk. Ten aktuálně ovládá bez jakýchkoliv potíží či zaváhání a pokud je ve společnosti osob neslyšících, komunikuje výhradně znakovým jazykem. Vlivem nových sluchadel vnímá Terežka okolní zvuky ještě s větší intenzitou a její prognóza v rozvoji mluvené řeči je více než uspokojivá. Dále ovládá jednoruční i obouruční prstovou abecedu neboli daktyl, kterým dokáže například vyhláskovat jména svých domácích mazlíčků, ale i jméno maminky či bratříčka. Často se stává, že Terežka svými sluchadly pochytila větu, zapamatuje si ji a poté ji často opakuje při činnostech či hraní, např.: „*pánebože to je práce!*“ Tuto větu pravděpodobně slyšela v mateřské škole od jedné z paní učitelek a použila ji doma před svou slyšící babičkou. Dále si Terežka veškeré činnosti komentuje a v momentě, kdy na ní někdo začne mluvit, i ona se snaží komunikovat orálně. Při orální komunikaci si ale stále pomáhá znaky ve chvíli, kdy jí není rozumět vzhledem k vadné výslovnosti. Problémově se jeví i časoprostorová orientace, kdy Terežce dělá potíže vyprávění příběhu dle dějových obrázků. Jejím úkolem je popsat každý z jednotlivých obrázků, kdy má občas problém vytvořit větu i se znakem.

Pozornost a spolupráce

V mnoha aktivitách dělá Terezce problém udržet pozornost, je živá a sebemenší podnět dokáže ovlivnit její koncentraci. Z mého pozorování si dovoluji tvrdit, že má menší výdrž u cílených úkolů a činnosti často střídá. Je patrné, že z hlediska motivačního i délky zaměření pozornosti záleží u Terezky významně na tom, s kým činnost provádí a o jakou činnost se jedná. U dívky je zásadní motivace sladkost či postačí věta „*zkusíme to naposledy, pak už to necháme být.*“ Naopak ale nemohu tvrdit, že Terezka nespolupracuje, neboť za celou dobu mého výzkumného šetření a mé přítomnosti na logopedických terapiích se nestalo, že by dívka v činnostech odporovala, vzdorovala či se nezapojila do plnění zadaného úkolu.

Zrakové vnímání

Terezka nemá žádnou zrakovou korekci. Co se týče zrakové pozornosti a zrakového vnímání je u Terezky vše v normě. Je u ní rozvinuta pravolevá orientace, zvládá určit největší a nejmenší, zvládá stínové obrysy a přiřadí k sobě obrázky, které jsou zrcadlově obrácené. Dále si dokáže zapamatovat všechny předměty na stole a když jeden zmizí, téměř s nulovou chybovostí určí, který právě chybí.

Sluchové vnímání

Vzhledem k tomu, že Terezka obdržela na začátku roku nová sluchadla, má to pro ni obrovský přínos v celém pásmu řeči. Sluchadla bez problému nosí celý den a neuvědomuje si jejich přítomnost. I přes to, že je do nějaké aktivity zabraná, reaguje na své jméno a dokáže se vyrovnávat s mírným hlukem v pozadí. Problém stále nastává u odezírání při diferenciaci jednotlivých hlásek, kdy se ujišťuje daktylem, zdali rozuměla správně. Největší obtíž je v diferenciaci hlásky na konci slova a analýze slov na jednotlivé hlásky.

5.1.1. Organizace individuální logopedické péče u Terezy

I přes to, že rodina věděla, že Terezka bude neslyšící, a sluchadla jí byla přidělena již v útlém věku, začala chodit na logopedii až v necelých třech letech. Do té doby se komunikačně rozvíjela pouze v rámci toho, co „pochytila“ sluchadly anebo v momentě, kdy s ní komunikovali slyšící prarodiče z otcovy strany.

Vzhledem k tomu, že celý týden tráví na internátě v rámci MŠ logopedické, nemá logopeda ve spádové oblasti svého bydliště a individuální i skupinová logopedická péče probíhá pouze v rámci MŠ.

Logopedické terapie a pravidelná stimulace řečového procesoru započala až po přestupu Terezky ze speciální MŠ do MŠ logopedické. V mateřské škole logopedické tráví Tereška své poslední měsíce, vzhledem k tomu, že jí nebyl doporučen odklad školní docházky. Jak jsem již výše zmínila, logopedická terapie započala až během třetího roku věku v MŠ logopedické, kde je realizována jak individuálně, tak skupinově. První individuální terapie byly modifikovány spíše do hraní a vyprávění si znakováním i mluvenou řečí a zaměřovaly se na zrakovou a sluchovou výchovu. Individuální terapie se zpočátku zaměřovala na podporu rozvoje komunikačních dovedností prostřednictvím metody totální komunikace, která propojuje vizuální, zvukové, verbální i neverbální komunikační prostředky.

Tyto terapie metodou totální komunikace si kladly za cíl rozvíjet odezírání a porozumění řeči a také rozvoj slovní zásoby dle tematických okruhů (pasivní, postupně i aktivní). Dále se pracovalo na sluchovém vnímání za podpory rozvoje hmatového vnímání, a to vše především formou hry. V době, kdy Terešce byly tři roky, se na nácvik výslovnosti a fonemického uvědomování zatím nekladl důraz a nebyla cílem logopedické terapie.

Během dvou následujících let, co Tereška pravidelně na logopedické terapie dochází, došlo k markantnímu rozvoji mluvené řeči. Zásadní podíl na tomto rozvoji má fakt, že přišla do kolektivu, kde se komunikuje i orálně, učitelky v MŠ užívají metodu totální komunikace a jsou slyšící. I sama logopedka uznává, že je neuvěřitelné, jakým způsobem se Tereška během dvou a půl let rozmluvila a markantně zlepšila schopnost svého odezírání.

Za poslední půl rok se pracovalo s Tereškou primárně na motorice mluvidel, podpoře sluchové a zrakové percepce, rozvoji větné stavby jak znakem, tak slovem, fonemickém sluchu, dále na schopnosti rozdělit slova na jednotlivé slabiky a samotném nácviku artikulace hlásek. Dále se také cílí na rozvoj předškolních dovedností, vzhledem k tomu, že Tereška v září 2022 nastoupí do 1. třídy logopedické ZŠ.

Logopedka užívá u Terezky mnoho materiálů, jako jsou různé barevné karty a kartičky se slovy, knížky, hry na sluchovou paměť a percepci a dále také logopedické zrcadlo, špachtle, peříčka atp. Mimo jiné má Tereška založený logopedický deník, kde má zaznamenávány své jednotlivé pokory, pochvaly i úkoly na doma, které plní přes víkend doma s maminkou.

Logopedická terapie, jež je u Terezky realizována v rámci MŠ, probíhá 1x týdně a trvá přibližně 30-40 minut v závislosti na její koncentraci a aktuálním naladění. Dříve probíhala až 3x týdně, ale z důvodu rapidního zlepšení v expresi řeči není třeba logopedických terapií v takové intenzitě.

Podpora rozvoje komunikačních dovedností Terezky

Při počátcích logopedické péče se logopedka přizpůsobovala komunikačnímu systému dítěte. Aktuálně se však logopedka snaží od znaků opustit a komunikovat výhradně orální metodou a případnou nejasnost znakem či jednoruční prstovou abecedou dovysvětlit.

Logopedka se od počátku striktně držela postupu při logopedické terapii se sluchově postiženými dětmi (viz kapitola 3.5): detekce, diskriminace, identifikace a rozumění. Aktuálně se Terezka s logopedkou nachází na rozmezí identifikace a rozumění. Během mé první účasti na logopedických terapiích úspěšně končily s logopedkou artikulaci písmen K, G a CH.

Každá terapie začíná u Terezky procvičením motoriky mluvidel, protažením jazyčku a přípravou mluvidel na terapii, a to vše před logopedickým zrcadlem. Naopak terapie pravidelně končila zaznamenáním aktivity do logopedického deníku, aby maminka doma věděla, na čem se během terapie v týdnu pracovalo.

V logopedických terapiích se cílilo i na logické myšlení a předmatematické dovednosti. Terezka dostala papír, na kterém byly kostky a na nich určitý počet čísel, dále vedle nich byly předměty, které bylo třeba vybarvit. Jaké číslo bylo na kostičce, tolik předmětů bylo třeba vybarvit a zároveň bylo nezbytné kontrolovat, zdali Terezka užívá správnou barvu (žába: zelená, slunce: žlutá). Před tím, než předmět vybarvila, se ujišťovala znakem (barvy), zdali se chystá danou věc vybarvit správně.

Logopedka s Terezkou hraje oblíbenou hru „poznej kdo jsem“. Na CD má logopedka nahrané zvuky z běžného života např.: pískání varné konvice, brždění auta, zatloukání hřebíku. Terezčín úkol je ukázat na obrázku, o jakou činnost či předmět se dle zvuku jedná.

Dále se terapie zaměřovaly na sluchovou paměť, kdy logopedka měla kartičky zaměřené na jednotlivé oblasti (např.: jídlo či koupelna). Na kartičkách byly znázorněny předměty, které logopedka přečetla a úkolem Terezky bylo, si tyto tři předměty zapamatovat. Zpravidla zapomínala první slovo či slovo, které obsahovalo jednu z řad sykavek. Znakem se vždy ujistila, jestli rozuměla správně, přičemž logopedka jí odpověděla slovně. V návaznosti na toto cvičení se logopedka rozhodla postupně začít nácvik na sykavky první řady.

Na vyvození šla cestou přes jednotlivé samohlásky. Terezka připravila mluvidla na řadu A, E, I, O, U, kterou bez zaváhání zvládla. Tyto hlásky podpořila logopedka obrázky, na kterých byla namalována ústa a znázorněno, v jakém postavení mají mluvidla být. (A: otevřená ústa, U: našpulit pusinku).

Cílem bylo propojit tyto samohlásky se se sykavkami první řady, jelikož izolovaně je Terežka nezvládla. Před Terežku položila řadu obrázků, na kterých byl cvrček, had a moucha. Dívka automaticky začala znaky ukazovat, co je na obrázku. Logopedka postupně u každého obrázku hlasitě vyslovila hlásku, která se k němu pojí: Cvrček: ccc, had: sss, moucha: zzz. Cílem bylo tyto izolované hlásky propojit se souhláskami, a to následujícím způsobem i opačně: CA, CE, CI, CO, CU, SA, SE, SI, SO, SU, ZA, ZE, ZI, ZO, ZU. Nejdříve tyto dvojhásky opakovala krátce a poté dlouze. Dále logopedka předložila před Terežku obrázky, jež začínají na S, C a Z a úkolem Terežky bylo tyto obrázky pojmenovat. V případě, že předmět neznala, či si nebyla jistá (cihla), doptala se znakem.

Největší obtíž byla shledána ve výslovnosti hlásky Z, kdy ji Terežka zaměňovala za hlásku S (selená x zelená). V následujících terapiích se snažili diferenciovat hlásku S a Z, a to takovým způsobem, že si Terežka přiložila prsty na krk logopedky a v momentě, kdy ucítila lehké vibrace, věděla, že se jedná o písmeno Z. Hlásku S nacvičovali pomocí detekce výdechového proudu.

V následujícím období docházelo i k nácvičku hlásek druhé řady sykavek Š, Č, Ž, s čímž Terežka měla a stále má obrovský problém a na diferenciaci mezi oběma řadami sykavek se stále pracuje.

Před Vánoci stihla logopedka s Terežkou pracovat také na časoprostorové orientaci. Tuto aktivitu si vyžádala primárně třídní učitelka v MŠ, neboť se jí zdálo, že Terežka má problém vyprávět dle dějových obrázků, co se na nich odehrává. Logopedka užila dějových kartiček, které měla Terežka sestavit tak, jak si myslí, že jdou logicky po sobě. Tři kartičky jí nedělaly problém, logopedka tedy zvýšila počet na čtyři karty a ani v tomto ohledu neshledala obtíž se daného úkolu zhostit. Problém však nastal v momentě, kdy měla tyto obrázky slovně okomentovat, neboť se stále nedaří vytvořit složitější větu i znakem. Logopedka proto cílila na jednoduchá slovní spojení, při kterých Terežku opravovala, pokud užila nesprávnou sykavku.

Ještě před začátkem Vánočních prázdnin byla terapie směřována na rozvoj slovní zásoby vzhledem k zimě a Vánocům. Terežka před sebou měla několik obrázků, které nejdříve pojmenovala znakem a poté slovem. Logopedka do kartiček se zimní tematikou posléze zamíchala i kartičky z ostatních ročních období a bylo na Terežce tyto kartičky správně rozdělit. Spontánně si tuto činnost komentovala.

Po novém roce se logopedka u Terezky zaměřila na prostorovou orientaci, kdy před sebou měla Terezka obrázky místností a logopedka se doptávala na otázky typu: „*kde je schovaná kočka? kde je lampa?*“. V tomto cvičení nekladla důraz na Terezčinu odpověď, nýbrž pouze na porozumění dané otázky. Stačilo, když Terezka na obrázku ukázala, kde se zvířátko nachází.

Důležité také bylo u Terezky trénovat stavbu věty. Logopedka tedy užila metody globálního čtení a před dívku položila vždy tři karty, na kterých byla daná věc nakreslena, ale i velkým tiskacím písmem napsána. Např: DÍVKA ČTĚ KNIHU, KLUK HÁZÍ BALÓN. U Terezky je stále obtíž ve správných koncovkách, nicméně jednoduchá souvětí zvládla bez zaváhání. Problém jí taky dělá množné číslo podstatného jména.

Častokrát také logopedka zařazovala aktivity na analýzu slov na jednotlivé hlásky. Řekla odděleně např: P E S, s krátkými pauzami mezi jednotlivými hláskami. U krátkých slov Terezka neváhala, u delších se zadržovala.

Logopedka se v průběhu února zaměřovala také na oblasti spojené s přípravou na čtení, poznávání čísel, písmen a tvarů. Další terapii zaměřila i na časovou orientaci a do logopedického deníku napsala mamince vzkaz, aby doma vytvořila časovou přímku, kde se Terezka bude orientovat, aby bylo zjevné, co je včera, co zítra, kdy máme oběd, kdy večeři apod.

V mluvě často dochází k záměně Č a Š (např.: při číselné řadě: „*širy-čtyři*“), proto by se následující logopedické terapie chtěla logopedka s Terezkou zaměřit na druhou řadu sykavek Š, Č, Ž a její diferenciaci s řadou první. Je si vědoma, že s Terezkou neklade takový důraz na artikulaci a fixaci jednotlivých hlásek, ale ostatní oblasti považuje za důležitější, s ohledem na její mateřský jazyk, kterým je jazyk znakový. Sluchové vnímání plánuje vyšetřit testem Wepman-Matějček.

5.2. Případová studie 2: Kryštof

Osobní anamnéza

Kryštof je velice milý, živý, aktivní, bystrý a komunikativní chlapec, který v lednu oslavil své šesté narozeniny. Narodil se plánovaně slyšícím rodičům jako prvorozený a dodnes je jedináčkem.

Kryštof se narodil 8.1.2016 a nikdo nepředpokládal, že by se u chlapce mohla objevit sluchová vada, neboť k tomu nejsou v rodině žádné genetické predispozice. Kryštof se narodil předčasně ve 36. týdnu těhotenství s očekávanou vrozenou vadou gastroschízou neboli poruchou uzávěru přední strany břišní. Po narození chlapec vážil 2,5 kg, měřil 46 cm a nebyl dán do inkubátoru, nýbrž byl z důvodu gastroschízy okamžitě operován. Operace proběhla v pořádku a sedmnáctý den od operace byly chlapečkovy podány první tekutiny ústy. V nemocnici také prodělal stafylokokovou infekci, která byla léčena Gentamycinem. Jedná se o ototoxické antibiotikum, které mohlo mít vliv na vadu sluchu u Kryštofa. Po měsíci byl Kryštof s maminkou z nemocnice propuštěn a maminka byla poučena o stravě a lécích, které jsou pro Kryštofa nezbytné. Dále bylo také třeba docházet do nemocnice na pravidelné kontroly. Kryštof během svého prvního roku také prodělal neštovice.

Chlapec byl kojen do 6. měsíce, poté příkrmy a dudák měl přibližně do svého roku a půl. Tělesný vývoj probíhal u Kryštofa v normě, zhruba ve 4. měsíci pásl koníčky, kolem svého půl roku se přetáčel na záda a zpět, v 8. měsíci začal sedět a před dovršením svého 1. roku začal chodit. Během tohoto období až do svých téměř tří let nemluvil, sluchová vada byla zjištěna velice pozdě a komunikoval na úrovni jednoslovných reakcí.

Běžnou mateřskou školu ve Středočeském kraji začal navštěvovat ve 2,5 letech. Téměř do svých pěti let navštěvoval dva dny v týdnu běžnou MŠ a 3 dny MŠ pro sluchově postižené. Aktuálně navštěvuje už jen běžnou mateřskou školu, je veden jako integrovaný a má k dispozici čtyři dny v týdnu sdíleného asistenta pedagoga. Vzhledem k vyšetření školní zralosti byl Kryštofovi doporučen odklad školní docházky, aby vlivem pozdní diagnózy sluchové vady vše potřebné „dohnal.“ Dále chlapec pravidelně s maminkou využívá sociálně aktivizační služby, které jsou zprostředkovány Tamtmem.

Kryštof je ve svém volném čase velice aktivní chlapec. Maminka se mu snaží vymyslet mnoho aktivit, aby se nikdy nenudil. Miluje plavání a hraje hokej.

Rodinná anamnéza

Kryštof se narodil slyšícím rodičům do slyšícího prostředí a nikdo neočekával, že by se u chlapce mohla sluchová vada objevit. Rodina není úplná, rodiče již žijí odděleně, přičemž Kryštof je v péči maminky a ke svému otci pravidelně dojíždí.

Mamince je 31 let, pracuje v prodejně potravin, otcí je 46 let a pracuje jako řidič kamionu. Kryštof nemá žádného sourozence a maminka další dítě zatím neplánuje.

Anamnéza prostředí

Chlapec během svého života prožil stěhování ze vzdálených měst a poté i trvalé odloučení rodičů. Z toho důvodu vyrůstá ve dvou prostředích, nicméně převážnou část týdne je u matky ve Středočeském kraji, kde dochází do MŠ a víkendy po předchozí domluvě rodičů, tráví u otce. I přes to, že matka s Kryštofem žije ve velkoměstě, snaží se být v aktivitách iniciativní, stále se synem cestuje a jezdí na výlety.

Zjištění sluchové vady

Genetické predispozice u Kryštofa nenasvědčovaly sluchové vadě a dodnes se neví, co sluchovou vadu způsobilo. Řada odborníků se ale domnívá, že to mohlo být vlivem podání ototoxického léku v prvním týdnu Kryštofova života. Již v nemocnici proběhl novorozenecký screening sluchu OAE, přičemž výsledkem byly výbavné emise na levém oušku a nevýbavné emise na pravém oušku. Další vyšetření proběhlo asi ve 3.měsíci, kdy vyšetření ukázalo na obou ouškách emise výbavné.

Téměř do svých 3 a půl let u chlapce nebyla diagnostikována vada sluchu, Kryštof se se svým okolím domlouval primárně gesty, posunky a ukazováním. Ve třech a půl letech proběhlo u chlapce v celkové anestezii vyšetření BERA, které prokázalo, že ani při stimulaci 70 dB není nalezena odpověď. Chlapci byla tedy stanovena diagnóza těžkého sluchového postižení, přičemž na levém uchu má ztrátu přibližně 70 dB a na pravém 75 dB. Rodiče proto neodkladně chlapci pořídili velice výkonná a kvalitní sluchadla, aby chlapci zajistili co možná nejlepší kompenzaci. I přes to, že jsou rodiče slyšící a chlapec má sluchový nerv v pořádku, nejsou zastánci kochleární implantace. V období po kompenzaci sluchadly Sky B 90 SP bin, téměř nerozuměl mluvenému slovu, neměl vytvořené směrové slyšení a užíval jen několik málo slov. Avšak vlivem slyšícího prostředí a orální komunikace, která je v MŠ aplikována, došlo a stále dochází k prudkému rozvoji mluvené řeči.

Raná péče a SPC

Služeb rané péče SAS i SPC začala maminka s chlapcem využívat až po zjištění přítomnosti sluchové vady.

Během prvního vyšetření v SPC ve 3 letech a 8 měsících se chlapec jevil jako velice stydlivý, avšak po chvíli se rozkoukal. Při neverbální hře byl vývojově v normě se svými vrstevníky, avšak mluvená řeč u něho nebyla rozvinuta. Dle slov maminky používal několik pár izolovaných slov, nicméně při vyšetření neřekl jediné. V SPC se snažil vokalizovat, používat hlas, avšak sluchové vnímání nebylo téměř rozvinuté. Na hračky reagoval pouze z bezprostřední blízkosti či v případě, že zvuk měl hlubší tón. Zrakový kontakt byl u Kryštofa také v normě, na posunky a různá gesta reaguje. S maminkou měli v počátcích vytvořený individuální komunikační systém, kterému rozuměli jen oni dva. Byla zde snaha provést metodu vyšetření subjektivní tónové audiometrie, avšak toto vyšetření nebylo možné provést, neboť Kryštof v té době neměl téměř žádnou slovní zásobu a slovům jednoduše nerozuměl.

Dle slov maminky jí bylo doporučeno, aby v prvních měsících po kompenzaci, Kryštofa upozorňovala na zvuky, které jsou doma i venku, aby na chlapce mluvila pomalu a mluvu doplňovala znaky a aby činnosti neustále komentovala. Dále bylo důležité propojovat citoslovce s dětskými slovy a tvořit jednoduché věty.

Během dalšího vyšetření se chlapec markantně posunul ve vnímání mluvené řeči, reagoval na své jméno, při hraní si se zvukovými hračkami napodoboval zvuky zvířat, dokázal opakovat slova i s dodržáním správného počtu slabik. Maminka doplnila informaci, že na svého syna odmítá jít bilingvní cestou, tedy mluvit i znakovat, a bude s ním komunikovat pouze orální metodou.

Další vyšetření bylo naplánované až na období, kdy Kryštofovi bude 6 let a bude v období přípravy na nástup do 1. třídy.

Předškolní období 3-6 let

Předškolní období bylo pro Kryštofa zlomovým. Tím, že byla sluchová vada diagnostikována až ve 3 letech a 5 měsících, velice strádal mezi svými vrstevníky. Do MŠ již rok chodil a až po kompenzaci sluchadly začal z mluvícího prostředí profitovat, a to je také jedním z důvodů, proč se u něho řeč a sluchové vnímání začalo rozvíjet tak rychle.

Ve svých čtyřech letech, kdy jeho řeč ještě nebyla natolik srozumitelná, měly učitelky v MŠ obtíž Kryštofovi rozumět, co po nich chce. Snažily se na něho znakovat, ale tím, že ani

maminka tuto cestu komunikace neuznává, ani on se znaky učit nechtěl a používal opravdu pouze pár základních. Pro snazší komunikaci měl Kryštof vytvořen ve školce notýsek, prostřednictvím kterého s učitelkami komunikoval, když se vzájemně nedovedli pochopit.

Ve 4 letech a 8 měsících měl Kryštof již v mateřské škole asistenta, který mu věnoval a stále věnuje maximální pozornost a pokud něčemu nerozumí, snaží se mu dovysvětlit. Například ve školce vznikla situace, kdy Kryštof nechápal, proč jeho kamarád musí jít domů. V tomto případě zareagovala správně asistentka, využila Kryštofova notýsku, kam mu nalepila obrázek teploměru a řekla „*Vojta musel jít domů, je nemocný a má teplotu. Teplotu měříme teploměrem.*“ Během roku, co Kryštof měl sluch kompenzovaný sluchadly, začal ve školce rozumět jednoduchým pokynům, ale stále se komunikačně výrazně neprojevoval, proto bylo zásadní ho dále motivovat ke spontánnímu opakování slov. Ve školce během rána často zpívali písničky, které již Kryštof dostával s obrázkovou oporou, aby pro něho bylo snazší propojit slovo a předmět, ke kterému se slovo váže.

V 6 letech byl vývoj řeči a komunikace nad očekávání rychlý a v tuto dobu nosil sluchadla téměř 2 a půl roku. Na požádání maminky proběhl v tomto období u Kryštofa test školní zralosti. Během vyšetření byl velice aktivní, ale v momentě, kdy ho daná aktivita nebaví, vyjadřuje to tělesným neklidem, zapřením se a válením se po stole. Složka porozumění byla stále silnější než složka expresivní vzhledem ke stále nízké zásobě slov. Vzhledem k tomu, že v domácím prostředí komunikují pouze orálně, není zvyklý odezírat a opravdu se spoléhá čistě jen na svůj sluch. U Kryštofa je stále také problém v časoprostorové orientaci.

Na základě tohoto vyšetření, byl Kryštofovi doporučen odklad povinné školní docházky s tím, že během roku bude mít čas ještě dorovnat vývojové úrovně a komunikační dovednosti, které byly ovlivněny pozdní diagnostikou sluchové vady.

Hrubá a jemná motorika

S ohledem na rozvoj hrubé i jemné motoriky je Kryštof v normě a vyrovnává se svým vrstevníkům. Hrubou motoriku výrazně podporuje svou hbitostí, energií a pravidelným sportem. Kryštof chodí pravidelně na tréninky hokeje, s maminkou chodí plavat a vzhledem k tomu, že je maminka vášnivý běžec, chodí občas běhat s ní, či vedle ní jede na kole.

Jemná motorika je také v pořádku. Kryštof si ve školce velice rád kreslí, lepí, stříhá a veškeré náčiní již automaticky bere do pravé ruky. Oblasti jemné motoriky podporují i v Tamtamu, kam pravidelně s maminkou dochází na dopolední skupiny, jejichž součástí je i tvoření, během kterých se lepí, stříhá, vymalovává, modeluje atp.

Grafomotorika

Kryštof má vyhraněnou pravorukou lateralitu s ještě přijatelným úchopem. V Grafomotorických dovednostech je z pozorování srovnatelný se svými vrstevníky. Zvládá se podepsat pod své výkresy, napíše několik jednoduchých slov a určitá slova zvládne i přepsat. Při kresbě postupuje systematicky, nezapomíná na detaily a na samotné kresbě si dává záležet. Problém nastává v momentě, kdy má postupovat při úkolu zleva doprava a ze shora dolů. Při obkreslování číslic zvládá řadu i komentovat, ale pouze do čísla 5, poté se zadrhne a všechna čísla motá dohromady. Sčítání a odečítání mu zatím nejde.

Komunikace a komunikační systém

Z důvodu, že se Kryštof narodil do slyšícího prostředí a odjakživa na něj jeho nejbližší pouze mluví, i on se snaží aplikovat tuto metodu. I vzhledem k rozsahu své sluchové ztráty se snaží komunikovat především orálně i přes to, že mnoho vrstevníků se stejnou vadou považuje za svůj mateřský jazyk znakový jazyk. S maminkou v minulosti užíval prvky znakované češtiny, ale spíše se jednalo o vlastní komunikační systém, kterému rozumí pouze samotná maminka s Kryštofem. V Tamtamu, kam maminka s Kryštofem pravidelně dochází, se Kryštof také setkává s neslyšícími kamarády, i přes to se s nimi snaží komunikovat orálně. Občas využije daktyl, když mu někdo nerozumí. V Tamtamu probíhají v rámci dopoledních skupin i hodiny rozvoje komunikačních dovedností pro rodiče, kdy se slyšící rodiče učí znakovat a neslyšící rodiče naopak podporují vlastní rozvoj mluvené řeči. Kryštofova maminka se těchto hodin účastní, ale odmítá znakovat, stejně tak, jako odmítá znakovat na svého syna. Vlivem slyšícího prostředí a rozvoje komunikačních dovedností za poslední dva roky co je Kryštof kompenzován sluchadly je pravděpodobné, že dojde k dalšímu rychlému vývoji řeči.

Pozornost a spolupráce

O úkoly, které dostává, jeví zájem, ale často se stane, že jeho nadšení brzy rychle opadne. Během terapie i řešení úkolů stále potřebuje podporu, jistotu a motivaci dospělého. Ve chvíli, kdy Kryštof neví odpověď, zazmatkuje, začne si vymýšlet a následně ztrácí pozornost. Nevadí mu začít i složitější a delší úkol, nicméně často pracuje zbrkle, aby ho měl co nejrychleji za sebou. V případě, že mu je uložen verbální úkol, má často tendenci odvádět během rozhovoru pozornost od zadané otázky a objeví se u něho motorický neklid.

Zrakové vnímání

Vzhledem k tomu, že celý chlapec celý život neznakuje, spoléhá se spíše na odezírání, ale i přes to není zvyklý na mluvčím „viset“ pohledem. Bez problému navozuje zrakový kontakt, když s někým komunikuje, kouká mu do očí, naopak když je vzteklý, oční kontakt odmítá. Při terapiích se na aktivity soustředí, určuje správně barvy, tvary a předložkové vazby (za stolem, mezi skříněmi). Dělá mu ale problém orientace na papíře zleva doprava a ze shora dolů.

Sluchové vnímání

Sluchové vnímání bylo ovlivněno především pozdní korekcí sluchadly a nevhodnou stimulací sluchových center. Vlivem slyšícího prostředí, které komunikuje především orální metodou, je u Kryštofa znatelný progres. Dochází stále k rozšiřování slovní zásoby, reaguje na své jméno, tvoří jednoduché věty, avšak problém má při odezírání i ve své mluvě při diferenciaci sykavek, na čemž se v logopedických terapiích aktuálně pracuje.

5.2.1. Organizace individuální logopedická péče u Kryštofa

Logopedická péče u chlapce nebyla realizována až do věku 3 let a 6 měsíců. Před tímto obdobím nebyl ani v rámci jeho MŠ řečový vývoj podpořen a chlapec v tomto ohledu velice strádal, což je i jeden z důvodů, proč se před okolím často uzavíral. V tomto věku těsně před korekcí sluchadly pouze žvatlal slabiky a užíval jen simplexní slova typu „máma, táta, ahoj, pa.“ Dále reagoval na zvuky a oslovení jen z blízkosti a při komunikaci nekontrolovatelně křičel, neboť sám sebe neslyšel.

Neprodleně po přidělení sluchadel začal navštěvovat logopedickou ambulanci. Po přidělení sluchadel začal docházet i pravidelně do Tamtamu, kde se podpoře a rozvoji komunikačních dovedností v rámci dopoledních skupin věnují také.

Z logopedie, kam Kryštof docházel přibližně rok, nemá maminka moc zpráv, neboť s přístupem logopedky nesouzněla, Kryštof si s paní logopedkou také nerozuměl a od září roku 2021 navštěvuje novou logopedickou ambulanci, se kterou jsou oba velice spokojeni.

Aktuálně Kryštof navštěvuje logopedickou ambulanci pravidelně každý týden, s časovou dotací téměř 60 minut. Vzhledem k pravidelnosti a intenzitě individuálních logopedických terapií je u chlapce znatelný progres ve výslovnosti, slovní zásobě, posílení orofaciální oblasti, skloňování jednotlivých slov a v automatizaci hlásek T, D, N.

Podpora rozvoje komunikačních dovedností Kryštofa

Pozorování logopedických terapií započalo v momentě, kdy Kryštof měl téměř novou logopedku a seznamoval se s ní. Za poslední půl rok prošel znatelným rozvojem v mluvené řeči a již nepřechází v řeči k šepotu, jak tomu bylo na počátku. Logopedka mluví na chlapce převážně orální metodou a v případě, že nerozumí, využívá pomocné artikulační znaky. Svou mluvu moduluje do hlasité formy, nicméně je její projev přirozený, neartikuluje přehnaně, ale mluví důrazně.

V průběhu podzimu se u Kryštofa pracovalo primárně na plynulosti dechového proudu, neboť ani jedna složka neodpovídala věku. Tuto oblast rozvíjela logopedka hravou formou ve stylu „*pofoukáme bolistku, přičichneme ke kytičce, zahřejeme ruce, sfoukneme peříčko ze stolu*“ atd. Dále se také pracovalo na délce výdechového proudu, přičemž se snažila počítat do pěti a Kryštof musel celou dobu foukat (do pěti počítala i na prstech, aby měl zrakovou oporu). Délku výdechu podporovala i hravou formou, kdy jela malým autíčkem směrem ke Kryštofovi a do doby, než se autíčko dotklo ruky, musel foukat. Důležité také bylo, aby zvládl oddělit nádech nosem a výdech pusou a opačně.

Zásadní je také u Kryštofa stále posilovat orofaciální oblast a toto cvičení je součástí každé terapie minimálně 5 minut na začátku. Součástí tohoto cvičení je vyplazování jazyka, oblizování rtů i zubů, rulička, bouličky do tváří, jazyk za zuby a vydržet, jazykem tlačit do dřívka a povolit apod. Jazyček Kryštofa je ještě hodně slabý, elevace se mu daří, ale s latencí. Tato všechna cvičení má nakreslená ve svém logopedickém notýsku, aby věděl, kde má jazyk při pohybu být.

Další oblast, na kterou se logopedka za poslední půl rok zaměřovala, bylo porozumění slov. U Kryštofa je velice důležité stále veškeré činnosti komentovat a dále se zaměřovat na jednotlivé oblasti, např. jaro, léto, podzim, zima a s obrázkovou oporou komentovat jednotlivé předměty, které k těmto oblastem náleží. Při cvičení se snaží, aby Kryštof každý předmět pojmenoval a následně vyslovil větu „*sluníčko dáme do léta*“, „*vločku dáme do zimy*“. Těmito cvičeními nejen že rozvíjí slovní zásobu, ale také trénuje s chlapcem správné skloňování slov a užití vhodných koncovek.

Stejným způsobem dostal Kryštof tři A4 karty, na kterých bylo prostředí parku, farmy a trhu a dále před sebou měl vystřižené předměty, které měl přidělit k jednotlivým prostředím a opět bylo nutné vyslovit větu „*ovoce dáme na trh*“, „*krávu dáme na farmu*“.

Na podzim také logopedka započala s nácvikem hlásky K a snažila se podpořit artikulaci: „*prstem zatlač dolů jazyk!*“ Artikulace hlásky K se u Kryštofa zdařila, aktuálně je již v mluvě automatizována, ale vyslovuje ji spíše na spodině. Aby si logopedka ověřila, že hlásku K ve slovech diferenciuje, říkala řadu různých slov, kdy hlásky K byla na začátku, uprostřed i na konci slova. V momentě, kdy Kryštof slyšel písmeno K, měl si vzít jeden barevný kamínek z pytlíku. Z pozorování bylo zjevné, že největší obtíž je v diferenciaci hlásky na konci slova. Vzala proto písmeno K ve velikosti A4 a slova, jež obsahovala hlásku K na konci opakovala s větší důrazem a na hlásku ťukla, např.: „BubáK, NováK, baráK“. Při nácviku nové hlásky vždy iniciuje Kryštofa, aby vymyslel sám několik slov, které na danou hláskou začínají.

Stejným způsobem postupovala i při nácviku hlásek T, D, N. Na tyto hlásky vymyslela aktivitu, kdy před sebou měl Kryštof tři autíčka, jedno v dráze T, druhé v dráze D, třetí v dráze N. Logopedka říkala řadu slov „*trumpeta, noha, vosy, datel, nos, tričko*“. Podle toho, na jaké písmeno slovo začalo, tím autíčkem popojel dopředu. Z tohoto cvičení byla zjevná paralele hlásek T a D. V mnoha případech Kryštof hádal a posunul autíčkem, i když slovo na žádné z uvedených hlásek nezačínalo.

I přes to, že se logopedka přiklání k odkladu povinné školní docházky, zaměřovala se i na oblasti, které jsou s předškolními dovednostmi spojené a čekala, jak dopadne test školní zralosti. Chlapec dostával karty s jednotlivými písmeny, jež měl obtahovat, napodobovat pohybem ruky a obtahováním let motýla (psací I), pojmenovával tvary na obrázku a vybíral předměty, které nepatří do řad (např. auto jede jiným směrem, autu chybí kolo, auto nemá řidiče). Během těchto cvičení bylo patrné, že Kryštof si stále není jistý v pravolevé orientaci a často řadu, ze které měl vybírat předmět, jež mezi ně nepatří, četl zprava.

Počátkem roku začala logopedka klást důraz na správnost předložkových vazeb a s tím i následné skloňování. Kryštof měl před sebou vždy obrázkovou oporu se zaměřením na jednu předložku (logopedka přidávala předložky postupně), kterou si mohl vymalovat a následně bylo úkolem tvořit větu „*pták sedí na stromě, žába sedí na kameni, kráva se pase na trávě, kočka sedí na křesle*.“ Takový postup užívala i u zbytku předložkových vazeb.

K březnu 2022 je znatelné, že Kryštof stále komunikuje s četnými dysgramatismy, nicméně s gramatickými pravidly jazyka stále více pracuje, začíná více skloňovat a časovat slova „*do koupelny, mamince, pro sebe*“. Dále se také daří celkové posílení orofaciální oblasti a síly jazyka. Pracuje se na artikulaci a fixaci hlásek S, C, Z, a Š, Č, Ž, přičemž tyto hlásky

se začínal učit pomocí významových zvuků (kočička: ččč, had: sss apod.). U těchto hlásek užívá logopedka k nácviku jejich výslovnosti a uvědomění si výdechového proudu i pomocné artikulační znaky. Samostatné hlásky se daří vyvozovat, ale při pojmenovávání obrázků dochází k paralelii hlásek C a S, Č a Š.

Vzhledem ke Kryštofově odkladu školní docházky mají společně s logopedkou další rok, během kterého budou společně pracovat na artikulaci a fixaci dalších hlásek, na kvalitě fonemického uvědomování a na oblastech, jež je třeba rozvíjet v souvislosti se zahájením povinné školní docházky.

5.3. Případová studie 3: Filip

Osobní anamnéza

Filípek je velice sympatický, chytrý a bystrý kluk, který v únoru 2022 oslavil své šesté narozeniny. Filípek se narodil, stejně jako Tereška, do rodiny, která se cítí být součástí jazykové a kulturní menšiny Neslyšících. Filípek byl v rodině prvorozený, právě proto je v mnoha ohledech tolik tvrdohlavý a razí si svou vlastní cestu, neboť byl zvyklý, že se vše přizpůsobovalo jeho požadavkům. Dnes již sourozence má, také neslyšícího bratra, kterému jsou necelé 2 roky.

Filípek se narodil 1.2.2016 a v době psaní kazuistiky je mu přesně 6 let a 1 měsíc. Jednalo se o plánované a prvorozené dítě neslyšících rodičů. Během těhotenství maminka neprodělala žádné vážnější onemocnění, ale přiznala, že byla v permanentním stresu, avšak manžel jí byl po celou dobu těhotenství oporou. Porod proběhl v termínu, ve 40. týdnu těhotenství bez závažnějších komplikací, které by měly nějaký následek. Filípek se po porodu jevil jako zdravé miminko, měřil 52 cm, vážil 4,20 kg, APGAR skóre měl 8-10-10 z důvodu, že měl kolem krku omotanou pupeční šňůru a bylo třeba ho prodýchnout ambuvakem, poté bylo již vše v normě. V porodnici, kde se Filípek narodil, strávila maminka i s ním necelých 5 dní a nebyl zde proveden novorozenecký screening sluchu. Sluchová vada byla odhalena později.

Filípek během svého prvního roku života neprodělal žádná vážnější onemocnění, pouze se mu několikrát opakovala horečnatá období. Co se týče motorického vývoje, vše v tomto ohledu bylo v normě a Filípek se po této stránce vyvíjel jako zdravé dítě. Byl kojen přibližně do jednoho roku, poté byl krmen příkrmy a do dvou let se nechtěl vzdát dudáku, i proto poté bylo v logopedické péči podstatné natrénovat klidovou polohu jazyka. Vzhledem ke sluchové vadě je u Filípka zřejmé narušení jazykové i komunikační kompetence, i přes to mu bylo doporučeno v září nastoupit do školy.

Od svých třech a půl let navštěvuje MŠ logopedickou v Libereckém kraji, kam ho rodiče každý den dováží. Spousta rodičů dětí ze školky se spolu schází i mimo MŠ a konkrétně rodiče Terešky a Filípka jsou v pravidelném kontaktu.

Filípek ve svém volném čase rád jezdí na kole, pomáhá tatínkovi na zahradě i v dílně a vášnivě spolu fandí hokeji. Spoustu času ale také stráví hraním her na svém telefonu, proto je pro něho největší trest, když mu je telefon zabaven.

Rodinná anamnéza

Filípek se narodil do rodiny Neslyšících. Oba rodiče mají vrozenou sluchovou vadu s tím, že rodiče od matky jsou neslyšící a rodiče od otce jsou slyšící. Byly to právě rodiče otce, kteří iniciovali, aby bylo u chlapce provedeno vyšetření sluchu.

Rodina Filípka je úplná a snaží se svým dětem maximálně věnovat. Mamince Filípka je 29 let a aktuálně je na mateřské dovolené s mladším synem. Její diagnózou je středně těžké postižení sluchu, které má oboustranně kompenzované závěsnými sluchadly. S ohledem na to, že rodiče matky jsou neslyšící, od mala vyrůstá v neslyšícím prostředí a ztotožňuje se s komunitou Neslyšících.

Tatínkovi Filípka je 32 let, má diagnózu na rozmezí středně těžké až těžké nedoslýchavosti a pracuje jako truhlář v truhlářské dílně u svého domu. Vzhledem k tomu, že tatínek Filípka vyrůstal ve slyšícím prostředí a měl vzor ve svých slyšících sourozencích, jsou jeho řečové a komunikační dovednosti, i v kontextu ztráty sluchu, na velmi dobré úrovni. V době, kdy přestoupil ze základní na střední školu, se mu ale slyšící svět vzdálil a také se spíše uchyluje ke komunitě Neslyšících.

Jak je již z úvodu případové studie známo, Filípek má sourozence, který v květnu 2022 oslaví své 2. narozeniny. Se sourozencem si velice rád hraje a mnoho činností mu komentuje, z čehož profituje nejen jeho mladší bratr, ale i samotný Filip.

Anamnéza prostředí

Filípek ve svém roce života zažil stěhování mezi městy, která jsou od sebe vzdálená přibližně 100 km. Rodiče na nové vesnici v blízkosti města začali stavět rodinný dům i s truhlářskou dílnou. V novostavbě má Filípek svůj vlastní pokoj, avšak kolem domu je ještě mnoho práce. I přes to se rodina snaží dětem vytvořit příjemné zázemí, kde se budou cítit dobře. Svůj volný čas tráví především s vrstevníky se sluchovým postižením i s rodiči dětí, které s Filípkem MŠ navštěvují.

Zjištění sluchové vady

Podezření na sluchovou vadu u Filípka zpočátku nebylo, vzhledem k nepravdivosti tvrzení, že neslyšícím rodičům se rodí zpravidla neslyšící děti. Filípek si ve svém kojeneckém věku broukal i žvatlal, ale v období napodobivého žvatlání jeho projevy ustály. Sluchová vada byla odhalena kolem půl roku věku vyšetřením BERA a svá první sluchadla Siemens Lotus P dostal asi v 9. měsíci. Finální diagnózou je oboustranná těžká nedoslýchavost s přibližnou ztrátou

65 dB na obou ouškách. Filípek toto vyšetření podstoupil hlavně na popud své slyšící babičky, jelikož se jí zdálo, že Filípek na zvukové podněty nereaguje adekvátně a například při spánku ho nevzbudil ani psí štěkot.

Dále proběhlo kontrolní vyšetření na foniatrii v 11. měsíci. Znovu byla aplikována metoda vyšetření BERA, která byla bez typické odezvy v grafoelementech. V pravém oušku byla vyčištěna mazová žláзка. Rodičům bylo doporučeno: dbát na nošení sluchadel a navštívit SPC a testovat pomocí VRA. Foniatr vyslovil i větu, že je Filípek vhodný kandidát na kochleární implantaci, přičemž rodiče se k tomuto názoru stavěli kategoricky odmítavě.

Na sluchadla si jako miminko dlouho zvykal, byla mu v uších nepříjemná, a naopak mu vadilo, že při vyšších frekvencích sluchadla pískají. Dle opakujících se audiologických a foniatrických vyšetření je aktuálně akceptace a progres znatelný a na sluchadla si Filípek téměř zvykl.

Raná péče a SPC

Ranou péčí kontaktovala sama maminka prostřednictvím e-mailu. Maminka s devítiměsíčním Filípkem podstoupila vstupní konzultaci, dále proběhlo funkční vyšetření sluchu a samotná návštěva pracovnice rané péče u Filípka doma proběhla bezmála asi dvakrát v přibližné délce 2 hodiny. Vlivem stěhování a starostí, které rodina měla, se od služeb rané péče upustilo a sama maminka tohoto kroku zpětně lituje.

Vyšetření v SPC proběhlo přibližně ve 14. měsíci a cílem bylo zjistit, na jaké úrovni je Filípkovo sluchové vnímání metodou VRA. Celé vyšetření probíhalo spíše formou zvukové hry, reakcí na zvuk apod. Vlivem nenošení a sundávání si sluchadel nebyla u Filípka natolik zajištěna stimulace sluchových center jako u pravidelného nošení. Rodičům bylo doporučeno, aby dítěti dávali co nejvíce zvukových podnětů, např. i zvukové hračky a aby neotáleli se zahájením logopedické péče, neboť je obrovským úskalím pro rozvoj Filípkovi komunikace, že i rodiče jsou neslyšící.

Další vyšetření v SPC proběhlo přibližně ve třech letech předtím, než Filípek nastoupil do MŠ logopedické.

Předškolní období 3-6 let

Období předškolního věku bylo a stále je pro Filipka velice složité. Přibližně od tří let navštěvuje logopedickou MŠ, kde probíhaly a stále probíhají skupinové terapie na podporu rozvoje komunikačních dovedností, a to především formou hry, zpívání, kreativního tvoření a pohádek.

V období čtyř let dále pravidelně docházel na foniatrii, kde mu byla sluchadla optimálně nastavována, vzhledem k tomu, že stále nespolupracoval při audiu. I v tomto období proběhla vizuálně podpořená audiometrie za podpory běžných materiálů v logopedické a speciálně pedagogické diagnostice. Výsledek této VRA nebyl zdařilý, neboť chlapec na zvuky nereagoval stabilně, a to ani při velmi hlasité expozici. Po dobu vyšetření byl Filípek fixován na matku, stále se ujišťoval její přítomností a maminka ho naopak stále povzbuzovala k aktivitě. I když mu maminka některé pokyny ukázala ve znakovém jazyce, stále nebylo jisté, že pokyny chápe. Z tohoto důvodu nebylo možné vyvodit přesné závěry vyšetření.

Ve svých 4 a půl letech Filípek komunikoval převážně jednoslovnými odpověďmi i přes fakt, že učitelky v MŠ užívaly a stále užívají metodu totální komunikace a snaží s dětmi interagovat všemi dostupnými kanály. Úskalím v rozvoji mluvené řeči je fakt, že chlapec nastoupil do MŠ ve 3 letech a logopedická péče u něho byla v tomto období realizována necelý rok. Matka se i přes svůj hendikep snažila mluvenou řeč rozvíjet alespoň komentováním činností či pojmenováváním zvířat nebo známých osob. Ve čtyřech letech měl komunikaci spíše na úrovni jednoduchých slov, krátkých slovních spojení a významových zvuků a komunikace z jeho strany byla v novém prostředí pasivní.

Vzhledem k předškolnímu věku Filipka navštívil SPC v 6 letech znovu, aby se rozhodlo, zdali v září nastoupí do 1. třídy, či ne. SPC doporučilo Filípkovi nástup do 1. třídy ZŠ logopedické s podpurným opatřením 4. stupně, bez odkladu školní docházky. Chlapec je dle SPC školsky vyzrálý, plní všechny stanovené úkoly, avšak komunikace je na úrovni především znakového jazyka. Mluvené řeči rozumí s obtížemi, vše se mu musí dovysvětlit znaky a názorně předvést. V 1. třídě bude u Filipka potřeba tolerovat jeho tempo, podporovat socializaci, pracovat na rozvoji řeči v obou módech, několikrát opakovat instrukce a zadání a ověřovat si, zdali všemu porozuměl, respektovat úroveň jeho dosažených dovedností a zásadní bude hodnotit pouze to, co jako žák stihne.

Hrubá a jemná motorika

Filípek je v oblasti hrubé i jemné motoriky srovnatelný se svými vrstevníky a veškeré oblasti hrubé a jemné motoriky se vyvíjí dle normy. Filípek je v kolektivu školky velice oblíbený, je hravý a živý. Rád chodí se svými pejsky na procházku, hraje si na hřišti u školky, umí vyšplhat po tyči. Při pohybových cvičeních ve školce je šikovný a obratný, umí se hýbat do rytmu (např.: když učitelka v MŠ bouchá do bubínku rychle, utíká, když pomalu, jde v rytmu).

Pohybově je velice nadaný, ve svém volném čase hraje fotbal, v létě zase na tábory pořádané komunitou Neslyšících, která má pro děti připraveno mnoho pohybových aktivit.

Oblast jemné motoriky je také v normě. Ve školce se zapojuje do všech výtvarných činností, kreslí, vybarvuje, stříhá, lepí či navléká, své výtvary si umí podepsat. Častokrát pomáhá svému tatínkovi v dílně, kde například brousí určitý kousek dřeva (s pomocí tatínka). Dále moc rád staví lego stavebnice a skládá jednoduché puzzle. Filípek si bohužel činnosti nekomentuje, pouze v případě, že pracuje s rodiči, jelikož ti to komentují místo něho.

Grafomotorika

Grafomotorika je u Filípka také v pořádku. Má vyhraněnou pravorukou lateralitu, umí pár základních písmen, hlavně ta, která jsou obsažena v jeho jméně. Tužku drží správně ve špetkovém úchopu, bez přesahu palce a dovede obkreslit zleva doprava celé slovo. Při malování má tahy plynulé, příliš netlačí a ani tužku nedrží „blátivě.“ Maminka v rámci přípravy do 1. třídy, často u Filípka užívá na procvičování grafomotoriky grafomotorické omalovánky, při kterých plní úkoly, ale zároveň poznává čísla i písmena.

Komunikace a komunikační systém

Filípek se narodil do rodiny neslyšících, která komunikuje především znakovým jazykem, z toho důvodu je pro Filípka i mateřským jazykem. Z důvodu pozdějšího nástupu do MŠ a dlouhodobého upravování sluchadel, nebyla sluchová centra dostatečně stimulována včas a exprese řeči je výrazně opožděna. Ke své komunikaci užívá tedy především znakový jazyk, který je pro něho nejpřirozenější. K mluvené řeči ho vedou především prarodiče, logopedka a učitelky v MŠ, ale zatím tuto metodu komunikace dobrovolně nevyužívá. Ovládá jednoruční i obouruční prstovou abecedu a užívá ji ve chvílích, kdy mu není rozuměno.

Pozornost a spolupráce

Stejně jako u každého dítěte, i u Filípka platí, že pokud ho aktivita baví, setrvává v ní déle a s větším zájmem. Chlapec nerad spolupracuje s cizími a novými lidmi, naopak lidem, které zná, maximálně věří a je jim otevřený. Zadané úkoly vypracovává pečlivě, dá si na nich záležet, avšak potřebuje během činnosti ujišťovat, že ji dělá správně. V momentě, kdy ho daná aktivita nebaví a poněkolkáté ji odmítá, dá ruce do zadu a ukáže znak „*líný*.“ Tento znak totiž ukazují rodiče Filípka, když nechce pracovat a tím jeho pasivitu omluví a dále ho do činnosti nenutí.

Během mého pozorování se stalo několikrát, že se Filípek zapřel a odmítal spolupracovat, přičemž logopedka konstatovala, že se přede mnou předvádí. Filípka je třeba i přes jeho zvědavost stále k činnosti motivovat, neboť poté dojde do stádia, kdy hádá a zkouší.

Zrakové vnímání

V oblasti zrakového vnímání je Filípek v normě a není přítomna žádná zraková vada. Zrakové vnímání je u Kryštofa podporováno různými aktivitami, kde je důležité umět rozlišit barvy, tvary, najít rozdíly a shody, poskládat jednotlivé části v celek či určit, co na obrázek nepatří. Při komunikaci navazuje zrakový kontakt, který je pro něho nezbytný při odezírání.

Sluchové vnímání

Sluchové vnímání je u chlapce stále ve vývoji. Vlivem neslyšícího prostředí a většiny času, který chlapec tráví mezi neslyšícími kamarády, nedochází ke stimulaci sluchových center s takovou pravidelností, jak by mělo. V MŠ komunikuje především znakovým jazykem, mluvené řeči rozumí s obtížemi a pokud něčemu nerozumí, je třeba mu to dovysvětlit znaky a názorně předvést. Bez odezírání téměř nerozumí, nedokáže diferenciovat sykavky či porozumět složitějším slovům. Na své jméno reaguje, ale často vlivem své lenivosti dělá, že neslyší a využívá toho.

5.3.1. Organizace individuální logopedická péče u Filipa

I přes to, že logopedická péče byla rodičům Filípka doporučena již ve 14. měsíci při návštěvě SPC, pravidelná logopedická péče u něho byla zahájena až s nástupem do logopedické MŠ ve 3 letech, kde probíhá individuální i skupinová terapie. Vlivem dlouhodobého nastavování sluchadel a nepřítomnosti řečového vzoru Filípek v oblasti rozvoje komunikačních dovedností strádá. Logopedická terapie probíhala zpočátku metodou totální komunikace, aby byly podpořeny všechny dostupné kanály, tedy: vizuální, zvukové, verbální i neverbální prostředky komunikace.

První terapie byly velice náročné, neboť nikdy předtím u logopeda nebyl a byla to pro něho téměř nová zkušenost. Zpočátku se terapie zaměřovala na podporu motoriky mluvidel, nacvičení klidové polohy jazyka s užitím prvků myofunkční terapie (vlivem dudáku měl jazyk dole), dále rozvoj sluchového vnímání či dechová a fonační cvičení. Dále se nacvičovala diferenciací zvuků s i bez zrakové opory (hudební nástroje, zvuky zvířat) nácvik zvuků z okolí prostřednictvím pomocných artikulačních znaků a pracovalo se na podpoře odezírání. U chlapce měl hlasový projev charakteristické znaky dysfonie a dysprozie.

Aktuálně se stále pracuje na rozvoji pasivní i aktivní slovní zásoby vzhledem k tomu, že nápodoba zvuku bez znalosti kontextu je v jeho případě velice obtížná. Dále se terapie soustředí na sluchovou analýzu a zrakovou percepci, porozumění a identifikaci pojmů a na samotné postavení mluvidel pro artikulaci hlásek s následným tvořením slov. Během logopedických terapií logopedka neopomíjí ani oblasti, jež je třeba rozvíjet vzhledem k tomu, že Filípek nastoupí v září 2022 do školy (čísla a písmena, paměť, představivost).

Během logopedických terapií je užíváno mnoha interaktivních materiálů, jako je například logopedické pexeso a kartičky, obrázky s názornou ukázkou úst (znázorněné artikulační postavení mluvidel), hry na sluchovou paměť a percepci a dále také logopedické zrcadlo, větrník, peříčko či špachtle.

Filípek má založený svůj logopedický deník, ve kterém má veškeré záznamy z logopedických terapií, které na Filípka působí motivačně, neboť vidí, co všechno již zvládl.

Filípek dochází na logopedickou terapii, která je realizována v rámci logopedické MŠ, probíhá 1- 2x týdně a trvá přibližně 45 minut, přičemž závisí na tom, jak je Filípek naladěný.

Podpora rozvoje komunikačních dovedností Filipa

V počátku realizace výzkumného šetření docházel Filípek k logopedce, která je součástí MŠ logopedické, téměř 2 a půl roku. Dle slov logopedky v řečovém vývoji lehce stagnuje, nechce se mu komunikovat orální metodou a společně se snaží zaměřovat i na kompetence, jež souvisí s jeho nástupem do 1. třídy ZŠ logopedické. Během logopedických terapií kombinuje znakový jazyk, neboť je pro Filípka přirozeným komunikačním systémem. Veškerá cvičení se zároveň snaží doprovázet orální metodou a znakový jazyk nahrazuje pouze prstovou abecedou. Častokrát se během terapie stalo, že chlapec odmítal spolupracovat a byl protivný. Naopak v případě, kdy hezky spolupracoval, dostal za odměnou tabulku LOGICO, která je mimo jiné i skvělým materiálem na podporu logického myšlení v návaznosti na povinnou školní docházku.

Pro další rozvoj slovní zásoby užívala logopedka pracovní listy s různými předměty různých materiálů, kde bylo nutné, aby Filip předměty pojmenoval, ale zároveň aby označil, zdali jsou ze dřeva nebo z kovu, a dále co plave, či co se potopí. Velkým úskalím v logopedické terapii je fakt, že Filip umí věc pojmenovat znakem, nikoliv však slovem.

Na přelomu října a listopadu modifikovala logopedka začátek terapie vždy do podzimní nálady a s oporou obrázků a globálního čtení rozvíjela tematicky slovní zásobu:

- Co venku padá ze stromu? (znak: padá a strom) > LISTÍ
- Co je toto za oranžovou zeleninu? (znak: oranžový, zelenina, polévka) > DÝNĚ
- Venku prší, co máme v ruce, abychom nezmokli? (znak: pršet, mokrý) > DEŠTNÍK

Další terapie se ubírala směrem grafického poznávání hlásek P, B, M a V, F a jejich fixací do jednotlivých slov. Před nácvikem těchto hlásek užívala logopedka cvičení „*nafoukni obě tváře, drž horní zuby proti dolnímu rtu, udělat kapřika*.“ Nejdříve logopedka nacvičovala artikulační postavení mluvidel na tyto hlásky a dále jejich postupné vyvozování a artikulaci. Nejčastěji docházelo k paralelii hlásek P a B. Následoval nácvik artikulace a jejich fixací do jednotlivých slov. U hlásky F měl Filípek slabý výdechový proud a hlásku vyslovoval velice tiše. Při fonaci jednotlivých hlásek má přiložené prsty na krku či na nose, aby zjistil, jak které písmeno „vibruje“.

Tyto hlásky poté zkoušela fixovat do jednotlivých slov a trénovat Filípkovu sluchovou diferenciaci bez opory odezírání. Ústa si zakryla papírem a říkala řadu slov: „*Pytel, boty, máma, flétna, voják*“. Úkolem Filípka bylo ukázat na kartičku, kde se daný předmět nachází.

Během prosince probíhaly aktivity převážně s vánoční tematikou, často konkrétně z vánočního pracovního sešitu, který Filípek dostal od Mikuláše. Znakovým jazykem vyprávěl, jak u nich doma byl na návštěvě čert, anděl a Mikuláš. Logopedka tuto skutečnost po něm opakovala ve stylu „V neděli u nás byl čert, anděl a _____?“ Bylo na Filípkovi, aby jedno slovo doplnil.

V logopedickém sešitě s vánoční tematikou se zaměřovala logopedka s chlapcem na:

- podporu rozvoje slovní zásoby z této oblasti;
- kde je více a kde je méně (talíř plný cukroví x talíř, který je plný pouze z poloviny);
- časová posloupnost (stromček bez dárků, poté plno dárků, poté rozbalování);
- zraková pozornost (co sněhulákovi chybí);
- jaký stín patří k danému předmětu? (stromček, kapr);
- cvičení na orientaci v prostoru.

Alespoň jednu z výše uvedených oblastí logopedka pravidelně procvičuje během každé terapie jako přípravu na nástup do 1. třídy ZŠ logopedické.

V návaznosti na artikulaci vložila do terapií i nácvik délky samohlásek, u kterých pomáhala chlapci pomocí grafického znázornění slova. Na začátku měla např.: obrázek ženy, ukázala znak „máma“, napsala ho na papír velkým tiskacím písmenem a vedle toho udělala čárky a tečky dle toho, kde je krátká a kde dlouhá hláska (za dopomocí držení ruky, kdy při dlouhém tónu rukou mávla a při krátkém tónu rukou klesla). V nácviku délky samohlásek byl využit i bzučák s žárovkou, který podle délky logopedka mačkala a tím se žárovka rozsvěcela.

Vzhledem k tomu, že je Filípek z neslyšícího prostředí, kde se komunikuje výhradně znakovým jazykem, je třeba dále rozšiřovat slovní zásobu i v orální mluvě. Hrají hry například na prodavačku: paní prodavačka prodává: „*zeleninu, ovoce, mléko*“. Většinu slov říká Filip v 1. pádě. To samé cvičení cílila logopedka i na slovesa. Maminka doma: „*uklízí, vaří, peče, myje*“. U sloves je slovní zásoba velice malá a veškerá slova, včetně podstatných jmen, se objevují s četnými agramatismy.

Plán následující logopedické péče se bude ubírat směrem a zaměřením na globální čtení, sluchové rozlišování bez opory odezírání, hry s písmeny a čísly. Zároveň je stále třeba pracovat na upevnování již naučených hlásek, ale neotálet s vyvozováním nových. V nejbližší době bude záměr terapie směřován na hlásky D, T, N a posléze G.

6. ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A DISKUZE

Hlavním cílem prakticky orientované části bakalářské práce bylo zmapovat, jakým způsobem probíhá logopedická péče u třech vybraných dětí předškolního věku s vadami sluchu a jaká jsou specifika této terapie. Praktická část bakalářské práce byla modifikována do konceptu kvalitativního výzkumu a využila metod případové studie neboli kazuistiky a analýzy odborných pramenů a literatury. Za využití těchto metod byly sestaveny tři případové studie neboli kazuistiky, u nichž byla individuálně popsána organizace logopedické péče i se specifiky, jež byly během terapie shledány.

Hlavní cíl výzkumné části bakalářské práce byl naplněn.

Průběh logopedické péče u vybraných dětí s vadami sluchu od počátků až po současnost je popsán v kapitole 5.1.1, 5.2.1. a 5.3.1. Je důležité zmínit, že vzorek tří dětí se sluchovou vadou, způsob průběhu jejich logopedické terapie i se specifiky, jež se k terapii vážou, nelze generalizovat. Jedná se pouze o zkušenosti a výsledky, které z kazuistik vyplívají a které byly během pozorování shledány. Součástí hlavního cíle bylo vymezit specifika logopedické terapie u vybraného vzorku dětí se sluchovou vadou.

Specifika logopedické péče Kryštofa

Nejvíce shledaným specifikem během pozorování Kryštofa bylo zaměření se na posílení orofaciální oblasti a podporu bráničního dýchání. Tím, že sluchová vada byla odhalena až ve 3 letech a 5 měsících a předešlá logopedická péče nebyla u chlapce dostačující, bylo a stále je třeba pracovat na dechových a fonačních cvičeních, motorice mluvidel a elevaci jazyka. Dalším specifikem je užívání pomocných artikulačních znaků při vyvozování nových hlásek a jejich následné správné artikulaci a fixaci. Vlivem ideálního nastavení sluchadel se však od pomocných artikulačních znaků pomalu opouští a Kryštof se tak spoléhá jen na svůj sluch.

Během terapie je naprostá absence znakového jazyka i prstové abecedy i v kontextu ztráty sluchu, jakou chlapec má. Faktem je, že by mu znakový jazyk mohl v komunikaci se stejně sluchově postiženými vrstevníky usnadnit komunikaci. Dále je během terapie téměř vždy přítomna grafická opora (obrázky, kartičky). Logopedka tímto primárně cílí na rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby podpořený grafickým znázorněním.

Specifika logopedické péče Filipa

U chlapce je znatelných mnoho specifík v oblasti zajištění logopedické péče. Vzhledem k tomu, že u Filipka byla odhalena sluchová vada kolem 6. měsíce a následná kompenzace proběhla v 9. měsíci, je diskutabilní, proč nebyla logopedická péče u chlapce zahájena mnohem dříve. Vlivem nesprávné klidové polohy jazyka byly u chlapce využity prvky myofunkční terapie, jejímž cílem bylo optimalizovat a připravit orofacilní oblast na správnou řečovou stimulaci.

Velice specifický je i přístup logopedky, která umí dokonale znakovat, a tím si k ní Filipěk vytvořil neobvykle blízký vztah. Průběh terapií společně s logopedkou zaznamenávají do logopedického deníku, jenž je určitým pojítkem mezi logopedem a rodiči. Specifické je i užití různých terapeutických pomůcek, mezi které lze zařadit například světelný bzučák užívaný při nácviku délky samohlásek či délky výdechového proudu.

Specifika logopedické péče Terezy

I přes včasnou kompenzaci sluchadly, která proběhla v 5. měsíci, započala logopedická péče u dívky až ve třetím roce současně s přestupem do MŠ logopedické v Libereckém kraji. I v případě Terezky jsou shledána specifika především v množství grafické opory ve formě obrázků a logopedických kartiček. Dále je terapie specifická svým zaměřením na sluchovou diferenciaci, sluchovou paměť, ale také na způsob vnímání vibrací během poznávání nových hlásek. U Terezky bylo často využíváno CD nahrávek, kdy diferenciovala přehrávané zvuky, či naopak opakovala slova.

U dívky je zjevný velice vyspělý přístup k logopedické terapii, neboť pravidelně, stejně jako u Filipka, s logopedkou zaznamenávají veškeré aktivity do logopedického deníku. Terezka tyto aktivity často doplňuje obrázkem a pečlivě doma s maminkou plní zadané úkoly. Úkoly jsou aktuálně směřovány na oblasti rozvoje, jež souvisí s nástupem do 1. třídy, neboť artikulační či sluchová cvičení nelze provádět s ohledem na sluchové postižení matky.

Společné znaky logopedických terapií dětí tvořících výzkumný vzorek

Společným znakem, který se během individuální logopedické terapie u dětí s vadami sluchu objevuje, je přizpůsobení se logopedky komunikačnímu systému dítěte. I přes to, že u Terezky dochází během terapií k postupnému přechodu k mluvené řeči, zpočátku byly terapie pouze v módu znakové řeči a daktylu. Naopak Kryštof, který je vychováván ve slyšícím prostředí a za užití orální metody, užívá během terapií s logopedkou pouze orální systém komunikace. Filip naopak orální metodu kvituje, upřednostňuje znakování a logopedka se snaží přizpůsobit

jeho náladě a komunikuje s ním oběma způsoby. Dále se všechny logopedky soustředily zpočátku především na dechová cvičení a nácvik délky výdechového proudu. U dětí se sluchovou vadou je zásadní, aby nejdříve rozuměly významu slov, proto je mnoho z výše zmíněných terapeutických postupů zaměřeno na rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby, která je u Filípka i Terezky stále podporována znaky.

Z kazuistik je také patrné, že u všech dětí byly během nácviku artikulačního postavení využity pomocné artikulační znaky a obrázky se správným postavením mluvidel na orofaciální cvičení či samotnou hlásku.

V kontextu předškolního věku byly u dětí se sluchovou vadou rozvíjeny i oblasti, jež podporují rozvoj předškolních dovedností. Poté, co se u Kryštofa doporučil odklad školní docházky, logopedka svůj záměr směřovala spíše na sluchovou paměť, fonematické uvědomování a diferenciaci a artikulaci jednotlivých hlásek.

U všech dětí byla také shledána přítomnost logopedického deníčku či notýsku. Tereška na něm pracuje převážně s logopedkou, dostává za odměnu razítka a plní v něm úkoly, které jí logopedka na víkend zadá. Kryštof má naopak ve svém notýsku nakreslené obrázky mluvidel, aby věděl, jak mají být u jednotlivých artikulačních cvičení postavena. Dovnitř mu také logopedka či maminka vlepují cvičení, která se zdárně podařilo vyřešit. Filípek má logopedický deník převážně pro motivaci, jelikož se často stává, že během logopedické terapie odmítá spolupracovat.

U výše zmíněných prvků, jež se během logopedických terapií Terezky, Filípka i Kryštofa shodují, lze očekávat, že budou tyto prvky paralelně aplikované v logopedických terapiích i u širšího vzorku dětí se středně těžkou až těžkou nedoslýchavostí.

Diskuse k hlavnímu cíli:

Nuance v přístupech logopedů jsou dány především dobou kompenzace sluchadly a zahájením logopedické péče. Naopak rozdíly v přístupu k samotné logopedické péči a podpoře rozvoje komunikačních dovedností u těchto dětí jsou dány především rodinným prostředím. Diskutabilní je otázka, z jakého důvodu byla logopedická péče zahájena u všech dětí až kolem 3-3,5 let.

I přes to, že u Kryštofa byla sluchová vada odhalena až ve 3,5 letech, byly znatelné rozsáhlé dyslalické potíže i před odhalením sluchové vady. U Filipka a Terezky, kteří pocházejí z neslyšícího prostředí, byla kompenzace sluchadly včasná, nicméně jejich řečový rozvoj započal až s nástupem do MŠ logopedické. Rodiče na rozvoj orální řeči nekladli takový důraz a ke komunikaci s dítětem jim stačil jejich mateřský jazyk, kterým je český znakový jazyk. Rodiče Terezky i Filipka, jež se cítí být součástí jazykové a kulturní menšiny Neslyšících, vyjadřují nesouhlas a staví se kategoricky odmítavě ke kochleární implantaci. I tento znak poukazuje na fakt, že rozvoji mluvené řeči nepřikládají takovou váhu.

Při realizaci výzkumného šetření bylo dále shledáno, že ani u jednoho z výzkumných vzorků není rodič na logopedické terapii přítomen. U Kryštofa maminka odůvodnila svou nepřítomnost tím, že se jí syn zdá neklidný a pracuje s mnohem nižší soustředěností. Diskutabilní v tomto případě je, zdali maminka i přes to ví, jaká specifika obnáší sluchová vada Kryštofa s diagnózou těžkého postižení sluchu (viz kapitola 2.2). Filipěk dochází na logopedické terapie v rámci MŠ, a i přes to, že do školky denně dojíždí, ani jeden rodičů není na terapii přítomen, pouze se řídí tím, co má chlapec ve svém logopedickém deníčku.

U Terezky je absence rodiče během terapie z toho důvodu, že logopedická péče je realizována pouze v rámci MŠ logopedické, kde je Terezka i na internátě. S odkazem na kapitolu 2.2. je v tomto případě také nutné zmínit, že na vývoj řeči působí mnoho faktorů a jedním z nich je separace dítěte od rodiny. Dítě předškolního věku se sluchovým postižením je třeba vychovávat tam, kde má domov, neboť v tomto období potřebuje dítě pravidelný zrakový i fyzický kontakt s osobami, na které je citově fixováno. Tento fakt s odkazem na teoretickou část bakalářské práce může mít také dopad na rozvoj dívčinych komunikačních dovedností.

S ohledem na aktuální logopedické profily vybraných vzorků dětí se sluchovou vadou je zjevné, že by logopedická péče měla pokračovat kontinuálně dál i po zahájení povinné školní docházky.

Současně s hlavním cílem, byly stanoveny dva dílčí cíle výzkumu:

Dílčí cíl 1 (DC1): Individuálně zhodnotit míru komplexnosti realizace logopedické terapie v kontextu podpory rozvoje všech jazykových rovin u vybraných dětí se sluchovou vadou.

Podpora rozvoje jazykových rovin	Tereza	Kryštof	Filípek
Foneticko-fonologická rovina	✓	✓	✓
Morfologicko-syntaktická rovina	✓	✓	✓
Lexikálně-sémantická rovina	✓	✓	✓
Pragmatická rovina	X	✓	X

Tab.3 Podpora rozvoje jazykových rovin

Z výše uvedené tabulky je zjevné, že logopedické terapie u vybraných dětí s vadami sluchu se komplexně zaměřovaly na rozvoj všech jazykových rovin s výjimkou rozvoje pragmatické řečové roviny u Filipa a Terezy. Lze konstatovat, že i přes individuální specifika logopedických terapií logopedky podporují rozvoj jednotlivých jazykových rovin.

Podpora rozvoje jazykových rovin během logopedických terapií Terezy

Rozvoj **foneticko-fonologické roviny řeči** byl u Terezy rozvíjen především v oblasti nácviu artikulace nových hlásek a rozvoje slovní zásoby, jež obsahují naučenou hlásku. **Morfologicko-syntaktická rovina** byla podporována v aktivitách, jež se zaměřovaly na rozvoj větné stavby pomocí dějových obrázků, u kterých se ale nedařilo slovní druhy správně ohýbat, přičemž dívka má problém i s množnými čísly podstatných jmen. **Lexikálně sémantickou rovinu** rozvíjela logopedka v podstatě před každou aktivitou, neboť se ujišťovala, zdali Tereza rozuměla instrukcím. V případě, že nerozuměla, se doptávala znaky, logopedka se jí snažila orální metodou odpovědět. V oblasti **pragmatické roviny** logopedka nevyužívala aktivity, kde by Tereza mohla vyjádřit své pocity či se řečově prosadit. Oblast pragmatické řečové roviny je mnohem více rozvíjena v rámci skupinových logopedických terapií v rámci třídy v MŠ logopedické.

Podpora rozvoje jazykových rovin během logopedických terapií Kryštofa

Foneticko-fonologická rovina byla v logopedických terapiích taktéž podporována seznamováním se s novými hláskami, které dále s logopedkou fixovali do jednotlivých slov, ale také v aktivitách, jež jsou zaměřeny na analýzu prvního či posledního písmene ve slově. V **morfologicko-syntaktické rovině** je stále mnoho dysgramatismů, i přesto ji logopedka rozvíjela aktivitami, jež byly směřovány na správné užití koncovek např.: „*krávu dáme na farmu*“. Podpora rozvoje **lexikálně-sémantické roviny** spočívala v aktivitách, kdy Kryštof byl schopen říct, co je na obrázku, a přiřadit správný předmět, např.: „to je zima“ a přiřadil vločku. **Pragmatická rovina řeči** se u chlapce rozvíjí vlivem orálně komunikujícího prostředí, ve kterém vyrůstá, velice rychle. Na začátku každé terapie se logopedka ptá, jak se má, co dělal o víkendu. V jednoduchém slovním spojení či v rámci jednoslovné odpovědi je schopen tazatele uspokojit. Stále ale není schopen vyjádřit své pocity v celé větě, spíše je vyjadřuje svou posturikou.

Podpora rozvoje jazykových rovin během logopedických terapií u Filipa

Foneticko-fonologická rovina byla rozšiřována jednotlivými hláskami, u kterých předcházela příprava mluvidel na správné artikulační postavení. V období realizace praktické části bakalářské práce se aktivně pracovalo na hláskách B, P, M a dále F, V, přičemž v mluvě i fonematickém uvědomování stále dochází k paralelii hlásek P a B. V oblasti **morfologicko-syntaktické roviny** se s logopedkou soustředili na rozvoj slovní zásoby z jednotlivých oblastí. Tuto rovinu obohacovali hrami na rozšíření zásoby podstatných jmen „*na prodavačku*“ (prodává: ovoce, mléko) a na rozšíření zásoby sloves „*na maminku*“ (uklízí, peče, myje). **Lexikálně sémantickou rovinu** logopedka rozvíjela pracovními listy, kde chlapec ukazoval, jaký předmět je nejmenší, jaký je naopak největší, nebo zdali je předmět z kovu či ze dřeva. Dále také dokázal vyjádřit nadřazené jméno skupině prvků, např.: okurka, rajče, salát > zelenina. V **rovině pragmatické** logopedka téměř nevyužila aktivit, kde by se chlapec mohl řečově projevit a realizovat. Vzhledem k tomu, že chlapec preferuje komunikaci výhradně znakovým jazykem, zaměřuje se logopedka na jiné oblasti psychomotorického a předškolního vývoje. Důvod nemluvnosti je také dán jeho leností, ale i povahou.

Dílčí cíl 1 byl naplněn.

Dílčí cíl 2 (DC2): Zjistit, zda je logopedická intervence u vybraných dětí se sluchovou vadou předškolního věku orientována také na oblast cíleného rozvoje kompetencí spojených se zahájením povinné školní docházky.

Podpora rozvoje předškolních dovedností	Tereзка	Kryštof	Filípek
Zrakové vnímání	✓	✓	✓
Sluchové vnímání	✓	✓	✓
Sluchová paměť	✓	X	✓
Řeč a slovní zásoba	✓	✓	✓
Pojmové a logické myšlení	✓	✓	✓
Časoprostorová orientace	✓ / X	✓	✓
Předmatematické dovednosti	✓	X	X
Předčtenářské dovednosti	✓	X	✓

Tab. 4 Podpora rozvoje předškolních dovedností

Z tabulky uvedené výše je zřejmé, že u Filípka a Terezky se intenzivně pracuje na podpoře a rozvoji kompetencí, jež souvisí s nástupem do 1.třídy, aby byli v září 2022 připraveni na zahájení povinné školní docházky. Naopak u Kryštofa se terapie ubírá směrem spíše zrakové percepce, sluchového vnímání, fonematického uvědomování a rozšiřování slovní zásoby. Na základě jeho malé slovní zásoby, nižší exprese a vyššímu porozumění, byl Kryštofovi doporučen odklad školní docházky. Rozvoj oblastí, jež nejsou podloženy sluchem, nýbrž intelektem, probíhají v rámci plnění úkolů z logopedického deníku doma s rodiči Terezky i Filípka.

Je důležité zmínit, že data, jež jsou vyplněna v tabulce, jsou aktuální k březnu 2022. Tyto oblasti jsem získávala z dostupných logopedických dokumentací a logopedických deníků. Aktivitu, které cílí na podporu rozvoje předškolních dovedností, jsem zaznamenávala během své přítomnosti na logopedických terapiích do jednotlivých kazuistik viz kapitola 5.1, 5.2 a 5.3.

Dílčí cíl 2 byl naplněn.

ZÁVĚŘ

Bakalářská práce se zabývá problematikou podpory rozvoje komunikačních dovedností u předškolních dětí s vadami sluchu.

Teoretická část bakalářské práce byla rozdělena do tří hlavních kapitol.

V úvodní kapitole se práce věnuje samotné problematice osob se sluchovým postižením. V první kapitole je definována anatomie a fyziologie sluchového ústrojí, a to na úrovni vnějšího, vnitřního a středního ucha. Dále jsou zmíněny metody vyšetření a diagnostiky sluchových vad na úrovni objektivní a subjektivní audiometrie. Součástí první kapitoly je také klasifikace vad sluchu dle místa vzniku, doby a stupně postižení, jejich etiologie a následná kompenzace. Druhá kapitola představuje vývojová specifika předškolního dítěte, následně pak faktory, jež na tento vývoj působí. Součástí druhé kapitoly jsou i metody přístupu neboli komunikační systémy, které jsou užívány při komunikaci i samotné terapii jedinců se sluchovou vadou. Obsahem druhé kapitoly je i diagnóza narušené komunikační schopnosti, konkrétně opožděného vývoje řeči v kontextu sluchové vady. Cílem třetí kapitoly bylo přiblížit samotnou logopedickou péči o jedince s narušenou komunikační schopností vlivem sluchové vady. Tato kapitola definuje vymezení sluchové a řečové rehabilitace a navazuje na resorty, v nichž je logopedická péče poskytována. Závěr teoretické části bakalářské práce je věnován cílům logopedické intervence, deskripci logopedické diagnostiky a logopedické terapie.

V prakticky orientované části byla pozornost věnována podpoře rozvoje komunikačních dovedností u předškolních dětí s vadami sluchu.

Hlavním cílem empiricky orientované části bylo zjistit, jakým způsobem probíhá logopedická péče u vybraného vzorku dětí a jaká jsou specifika této terapie. Dále byly stanoveny dílčí cíle, týkající se míry komplexnosti logopedické terapie s ohledem na podporu všech jazykových rovin a zároveň zhodnocení orientace logopedických terapií na kompetence, jež souvisí se zahájením povinné školní docházky.

Praktická část bakalářské práce byla modifikována do konceptu kvalitativního výzkumu za užití metod případové studie (kazuistiky) spojené s pozorováním a metody analýzy odborných pramenů a literatury. Pomocí těchto metod byly popsány individuální logopedické terapie i s ohledem na jejich specifika, která se v mnohém shodovala, a tím byl zodpovězen i hlavní cíl empirické části bakalářské práce.

Dále z praktické části vyplývá, že u vybraného vzorku dětí, u nichž je realizována logopedická péče, se logopedové nejméně zaměřují na pragmatickou rovinu řeči. V tomto případě lze argumentovat tím, že vzhledem k opožděnému vývoji řeči v kontextu sluchové vady není u těchto dětí stěžejní skládat celá souvětí, nýbrž jednotlivým slovům porozumět.

Z praktické části je také zjevné, že obsah logopedických terapií se modifikuje dle toho, zdali dítě nastupuje v září 2022 do 1.třídy, či mu byl doporučen odklad povinné školní docházky. Výběr školy také závisí na prostředí, ve kterém dítě se sluchovou vadou vyrůstá. U Filipa i Terezy je zjevné, že rodiče preferují setrvání v kolektivu dětí se sluchovými vadami a narušenou komunikační schopností. Naopak Filípek je připravován na běžnou základní školu za doprovodu asistenta pedagoga, popřípadě osobního asistenta.

Na základě výsledků, které vyplývají z kvalitativního šetření, lze konstatovat, že předškolní děti se sluchovou vadou mají v České republice vhodné podmínky pro správný rozvoj svých komunikačních dovedností. V předškolním období s nimi logopedky rozvíjí i kompetence, jež je nezbytné před zahájením povinné školní docházky podporovat. Přístup k těmto dětem musí být individuální i s ohledem na úroveň jejich komunikačních dovedností, které mnohdy závisí na době, kdy byla sluchová vada odhalena.

V neposlední řadě má zásadní roli v podpoře komunikačních dovedností také úroveň vzdělávání těchto jedinců v mateřských školách. Tam se dítě učí sociálnímu chování, toleranci, vzájemnému respektu a v neposlední řadě verbální i neverbální komunikaci, jež je podporována i mimo jiné v rámci skupinových logopedických terapií.

V rámci terapie nezáleží pouze na logopedovi a dítěti, ale samotný rodič je v tomto procesu nezanedbatelný také. Právě prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, a způsob komunikace, která je v přirozeném prostředí dítěte užívána, mnohdy ovlivňuje způsob, průběh a intenzitu samotné terapie.

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ

1. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ. *Logopedie & surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 118 s. ISBN 978-80-7315-136-2.
2. FENCLOVÁ, Jana. *Když naše dítě neslyší: první informace pro rodiče dětí s vadou sluchu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s., 2012, 26 s.
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9
4. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012, 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
5. HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí: komplexní péče*. V Praze: Triton, 2005, 120 s. ISBN 80-7254-623-6.
6. HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Třetí upravené vydání. Praha: Septima, 2016, 96 s. ISBN 978-80-7216-345-8.
7. HRUBÝ, Jaroslav. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Tiché učení, 2010, 148 s. ISBN 978-80-904786-1-9.
8. HYBÁŠEK, Ivan a Jan VOKURKA. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, 2006, 426 s. ISBN 80-246-1019-1.
9. DRŠATA, Jakub a Radan HAVLÍK a kol. *Foniatricke-sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015, 384 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-159-5.
10. JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015, 192 s. ISBN 978-80-262-0944-7.
11. KOŤÁTKOVÁ, Soňa, *Dítě a mateřská škola*. Nakladatelství Grada Publishing, a.s., Havlíčkův Brod 2008, 200 s. 1. vydání. ISBN 978-80-247-1568-1.
12. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 228 s. ISBN 978-80-7262-598-7.
13. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-056-9.
14. KYCLTOVÁ BEZDĚKOVÁ, Jana. *Učíme naše dítě mluvit*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Arista, 2014, 224 s. ISBN 978-80-87867-10-5.
15. LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. *Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 114 s. ISBN 978-80-244-3701.

16. LANGER, Jiří. *Úvod do pedagogiky osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 116 s. ISBN 978-80-244-3745-3.
17. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011, 192 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
18. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9
19. LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
20. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4
21. MORÁVKOVÁ, Monika. *Katalog podpůrných opatření: metodika aplikace podpůrných opatření v předškolním vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020, 248 s. ISBN 978-80-244-5716-1.
22. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
23. NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018, 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
24. NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 164 s. ISBN 978-80-7435-500-4.
25. NEUBAUER, Karel. *Úvod do logopedie sluchově postižených: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 43 s. ISBN 978-80-7041-755-3.
26. POTMĚŠIL, Miloň. *Osobnost dítěte v kontextu vady sluchu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 228 s. ISBN 978-80-244-4729-2.
27. POTMĚŠIL, Miloň. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 197 s. ISBN 978-80-210-5184-3.
28. PULDA, Miloš. *Včasná sluchově-řečová výchova malých sluchově postižených dětí*. Brno: Masarykova univerzita, 1996, 57 s. ISBN 80-210-1296-X.
29. PŮSTOVÁ, Zuzana. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku: [metodická příručka pro učitele]*. Praha: Septima, 1997, 31 s. ISBN 80-7216-022-2.
30. SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Vydání: druhé. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017, 97 s. ISBN 978-80-7435-675-9.

31. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada) 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
32. ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6
33. ŠLAPÁK, Ivo a Pavla FLORIÁNOVÁ. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido, 1999, 86 s. ISBN 80-85931-67-2.
34. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
36. ZELINKOVÁ, O. *Dyslexie v předškolním věku?* Praha: Portál, s. r. o., 2008, 200 s. ISBN 97880-7367-321-5.

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. I dětský sluch: *O sluchových vadách a vyšetření sluchu*. [online]. 25. 5. 2015 [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/sluchove-vady/diagnoza/if-gte-1/>
2. LABUSOVÁ, Eva. *Předškolní období* [online]. 2014 [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/predskolni-obdobi>
3. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. *Technické kompenzační pomůcky pro děti se sluchovým postižením: Kochleární implantát* [online]. 3. 12. 2012 [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/technicke-kompenzacni-pomucky-pro-deti-se-sluchovym-postizenim#kochlearni-implantat>
4. Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství: *Vymezení logopedické péče* [online]. Praha: 2009 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-zabezpeceni-logopedicke-pece-ve>
5. RAŠKOVÁ, Dagmar. *Genetika sluchových vad*. [online]. 17.11.2017 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/sluchove-vady/priciny/mudrraskova-87/>
6. VOJNOVÁ, ŘEBÍČKOVÁ, Michaela. *Vyšetření sluchu u nejmenších dětí: Audiometrie hrou* [online]. 2016 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://adoc.pub/vyeteni-sluchu-u-nejmenich-dti.html>
7. VZP, Všeobecná zdravotní pojišťovna: *Kdy se má v rámci preventivních prohlídek dětí dělat vyšetření sluchu a jakým způsobem probíhá?* [online]. [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kdy-se-dela-vysetreni-sluchu-deti>
8. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi: Sběrka zákonů* [online]. Zlín: AION CS, 2006 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=raná+péče#cast1>
9. Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. *Zákony pro lidi: Sběrka zákonů* [online]. Zlín: AION CS, 2008 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Anatomická stavba sluchového analyzátoru (Boenninghaus in Horáková, 2017, s. 17)

Obr. 2 Vnitřní a vnější podmínky odezírání (Strnadová in Horáková, 2012, s. 54)

Obr. 3 Znak „ptát se“ (Horáková, 2012, s. 55)

Obr. 4 Lingovy zvuky (Holmanová in Neubauer a kol., 2018, s. 658)

SEZNAM TABULEK

Tab.1 Struktura výzkumného vzorků (str. 48)

Tab.2 Průběh realizace bakalářské práce a výzkumného šetření (str. 49)

Tab.3 Podpora rozvoje jazykových rovin (str. 83)

Tab.4 Podpora rozvoje předškolních dovedností (str. 85)