

2 Včasná intervence u jedinců se sluchovým postižením

2.1 Systém rané péče o děti se sluchovým postižením

Péče o jedince se sluchovým postižením raného věku by měla mít komplexní charakter. **Provázanost spatřujeme mezi resortem školským, zdravotnickým a sociálním.** Cílem komplexní výchovně-vzdělávací péče by měl být maximální rozvoj osobnosti jedinců se sluchovým postižením a jejich spěšná socializace.

Ranou péčí (ranou podporou) se tak rozumí „**systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině dítěti možnosti sociální integrace**“ (Národní plán vyrovnávacích příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998, s. 9).

Střediska rané péče pro sluchově postižené

Raná péče o děti se sluchovým postižením je v současné době v České republice zajišťována v rámci střediska rané péče Tamtam v Praze od roku 2001 (www.tamtam-praha.cz) a v Olomouci od roku 2005 (www.tamtam-olomouc.cz). Tato dvě střediska působí podle zájmu klientů na celém území republiky. Služby střediska rané péče jsou chápány jako služby sociální prevence, což vyplývá ze Zákona o sociálních službách č. 108/2006, § 54 Sb. Věk dítěte pro poskytování služeb rané péče již není omezen dosažením 4. roku věku u dětí se zdravotním postižením či jiným ohrožením vývoje, nebo pak dosažením 7. roku věku u dětí s kombinovaným postižením. Služby rané péče jsou v rámci střediska Tamtam poskytovány všem dětem se sluchovým a přidruženým zdravotním postižením do 8 let věku. Klientem rané péče ovšem není jenom dítě, u kterého byla zjištěna rizika ohrožující jeho zdravý vývoj, ale především jeho rodina.

Cíle rané péče zaměřené na podporu rodiny jsou podle Potměšila (2003, s. 119) vymezeny takto:

- vybavit rodiče informacemi a dovednostmi, aby mohli aktivně působit na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení dítěte;
- vybavit rodiče informacemi a případně i podporou pro orientaci v systému sociálního zabezpečení a zvyšovat jejich nezávislost na tomto systému;
- podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte i rodiny do běžného života společnosti;
- podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy.

Středisko rané péče Tamtam poskytuje svým klientům psychologická, pedagogická a sociální poradenství a podporuje

psychomotorický vývoj dítěte. Program střediska klade velký důraz na podporu plnoprávného vztahu všech členů rodiny k péči o dítě, a to včetně širokého příbuzenského okruhu. Pozitivní přijetí dítěte, zejména prarodiči nebo sourozenci, výrazně ovlivňuje vytváření postojů a vztahů rodičů ke svému dítěti. Dále se zaměřuje na podporu sociální integrace celé rodiny, která je právě narozením a výchovou dítěte s vadou sluchu velmi ovlivněna. Náplň činnosti Střediska Tamtam bychom mohli rozdělit na tři oblasti¹⁷:

1. Základem poskytovaných služeb terénní péče jsou pravidelné konzultace přímo v rodinách klientů – tzv. poradenské intervence v intervalu čtyř až šesti týdnů. Do této oblasti je zařazeno:
 - zprostředkování odborných vyšetření a konzultací na specializovaných pracovištích,
 - zprostředkování setkání rodičů s jinými rodiči dětí s obdobnou vadou,
 - pomoc při výběru a zakoupení speciálních kompenzačních pomůcek,
 - zapůjčování a zácvik v použití speciálních pomůcek a hraček včetně speciálních počítačových programů na rozvoj řeči a sluchu,
 - poskytování informací o vadách sluchu a možnostech jejich reedukace a rehabilitace,
 - pomoc s výběrem a dojednáváním podmínek pro přijetí dítěte do speciálního zařízení, případně integrace ve škole běžného typu,
 - pomoc při výběru vhodného typu a způsobu komunikace,
 - možnost konzultací s klinickým logopedem, případně s lektorem znakového jazyka.

¹⁷ viz www.tamtam-praha.cz

2. Dále zahrnuje služby poskytované Střediskem Tamtam ambulantně, a to formou konzultací s klienty v prostorách střediska v Praze nebo Olomouci. Zde je možné si dojednat individuální návštěvu psychologa, logopeda, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta nebo technika kompenzačních pomůcek. Dále mají rodiče možnost využít videotréninku interakcí, kurzů českého znakového jazyka, či se podílet na pravidelném nácviku na audiometrii u svých dětí.

3. Další složkou programu rané péče jsou osvětové vzdělávací a společenské aktivity Střediska Tamtam, které zajišťuje pravidelné setkávání rodičů, semináře pro rodiče a zájemce o danou problematiku a týdenní pobytové akce pro celé rodiny.

Od roku 2003 se speciální součástí péče o rodiny ve Středisku Tamtam staly služby poskytované neslyšícím rodičům, a to od období těhotenství včetně samotného porodu až do doby, kdy je dítěti definitivně vyšetřen stav sluchu. Pokud sluchově postižení rodiče projeví zájem, stávají se klienty Střediska Tamtam i v případě, že jejich dítě slyší.

Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené

Speciálně pedagogická centra jsou významnou součástí komplexní péče o zdravotně postižené či znevýhodněné děti a jejich rodiny. Jedná se o školská poradenská zařízení, která zabezpečují diagnostické, poradenské, terapeutické a metodické činnosti. Tato poradenská instituce poskytuje bezplatné služby dětem, jejich rodičům, popř. zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Podmínkou poskytnutí poradenské služby je písemný souhlas žáka, u nezletilých jeho zákonného zástupce.

Obsah poradenských služeb a aktivit blíže definuje Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských raden-

ských zařízeních, kde jsou jednotlivé činnosti center rozděleny na standardní činnosti společné a standardní činnosti speciální.

Mezi **standardní činnosti společné** se řadí např.:

- vyhledávání žáků se zdravotním postižením,
- komplexní speciálněpedagogická a psychologická diagnostika,
- včasná intervence,
- přímá práce s žákem,
- metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy (podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu),
- pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol, instruktáž a úprava prostředí,
- zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků, zapůjčování odborné literatury apod.

Mezi **standardní činnosti speciální**, které poskytuje speciálně pedagogické centrum pro žáky se sluchovým postižením, patří:

- budování a rozvoj komunikačních dovedností žáka – orálních i vizuálně-motorických (výstavba mluvené řeči od hlásek po věty, náprava výslovnosti, sluchová výchova, výuka znakového jazyka, rozvoj jemné a hrubé motoriky, mimiky apod.);
- výcvik odezírání;
- výcvik čtení s porozuměním;
- kurzy znakového jazyka pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení;
- individuální a skupinové terapie pro zákonné zástupce vedené psychologem, terapie pro neslyšící zákonné zástupce;
- nácvik používání kompenzačních pomůcek;
- nácvik činností pro vyšetření audiometrem a příprava na audiometrické vyšetření;

- příprava dítěte i rodiny na kochleární implantaci, participace na následné rehabilitaci, spolupráce s příslušným odborným zdravotnickým zařízením apod.

Odborné obsazení speciálně pedagogického centra tvoří většinou dva speciální pedagogové (zaměření na předškolní a školní věk), psycholog a sociální pracovník. Speciální pedagog, vysokoškolsky vzdělaný v oboru logopedie a surdopedie, zajišťuje diagnosticko-terapeutickou činnost. Předkládá návrhy a doporučení pro výběr komunikační metody při výchově a vzdělávání dítěte se sluchovým postižením. Dává podněty k jeho zařazení do škol pro sluchově postižené, případně doporučí integraci dítěte do školských zařízení hlavního vzdělávacího proudu. Provádí metodickou a osvětovou činnost. Psycholog zajišťuje psychologická vyšetření dětí se sluchovým postižením pro potřeby lékařské a pedagogické praxe. Zároveň poskytuje poradenské služby rodičům. Pro potřeby rozhodnutí o zařazení nebo přeřazení dítěte se sluchovým postižením do předškolního či školního zařízení provádí odborné psychologické posudky. Sociální pracovník poskytuje rodičům a dětem se sluchovým postižením informace v oblasti systému státní sociální politiky a podpory. Speciálně pedagogické činnosti jsou uskutečňovány ambulantně, terénně – návštěvami pracovníků centra v rodinách – v prostředí, ve kterém dítě žije, případně ve školách, kde je dítě integrováno (Potměšil, 2003).

Speciálně pedagogická centra jsou většinou zřizována při školách pro sluchově postižené. V současné době v České republice funguje síť 13 speciálně pedagogických center pro sluchově postižené – v Praze jsou tři, dále pak v Českých Budějovicích, Plzni, Liberci, Hradci Králové, Brně, Olomouci, Ostravě, Valašském Meziříčí, Ivančicích a Kyjově.¹⁸

¹⁸ Kontakty na jednotlivá speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené jsou uvedené v Příloze 1.

2.2 Vývoj dítěte s postižením sluchu

Obecně lze říci, že čím dříve sluchová vada vznikne, tím závažnější jsou její důsledky. Celkový vývoj dítěte nejvíce omezují vrozené nebo prelingválně vzniklé percepční vady, tzn. že dítě se rodí se sluchovým postižením, případně ke sluchové poruše dochází před ukončením vývoje řeči a u dítěte není vybudovaný funkční komunikační systém.

Vývoj dítěte se sluchovým postižením v kojeneckém a batolecím období

Rozdíl mezi dítětem se sluchovým postižením a dítětem slyšícím je v prvním roce života téměř nepostřehnutelný. Sluchová vada není viditelná a její projevy nemusejí být natolik patrné, aby jednoznačně signalizovaly přítomnost smyslového defektu (Vágnerová, 2004). Dítě s velmi těžkým sluchovým postižením může bez sluchadel reagovat na silné zvukové podněty, jako je např. bouchnutí dveří nebo dupání. Jedná se ale především o reakci na vibrace, které cítí. Namluvené slovo nebo vysoké tóny, jako je např. zvuk píšťalky či zvonečku, obvykle nereaguje vůbec. Herdová (2004, s. 212) upozorňuje na některé odlišnosti v reakcích dítěte v různých věkových obdobích, které by mohly rodiče přivést k podezření na poruchu sluchu:

Novorozenec a kojeneček

- nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)
- neprobudí se, když je kolem hluk
- nenapodobuje zvuky v okolí
- neotáčí hlavu ve směru zvuku
- plačící dítě nelze utišit pouhým hlasem.

Dítě v období 6–12 měsíců

- neukáže na známou osobu či věc
- dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává
- ani ve věku jednoho roku nereaguje na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme.

Dítě v období 12 měsíců až 2 roky

- neobrací se ve směru hlasu na zavolání
- nevěnuje pozornost zvukům z okolí
- nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které jej obklopují
- nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)
- nemluví stejně jako ostatní děti
- nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost
- postupně se mu nezlepšuje porozumění řeči a nerozvíjí slovní zásoba.

Počátek předřečového vývoje také není u dětí se sluchovým postižením neobvyklý. Neslyšící dítě začíná broukat i žvatlat, protože tato aktivita je reflexního charakteru. Všechny tyto projevy se obvykle u dítěte s těžkým sluchovým postižením objevují až do období napodobivého žvatlání (tj. období 6.–8. měsíce), kdy u něj mohou v důsledku chybějící zpětné sluchové vazby hlasové projevy ustávat. Omezená funkce sluchového analyzátoru samozřejmě výrazně negativně ovlivňuje i proces sociální interakce. To se podle Vágnerové (1995) projevuje zejména kolem 1. roku života, kdy slyšící dítě začíná rozumět formální i obsahové složce řeči (viz tab. 4), oproti dítěti se sluchovým postižením, které v této oblasti může selhávat.

Tab. 4 Vybraná vývojová data u kojenky – reakce dítěte na zevní podněty (Cíbochová, 2004, s. 293)

Porozumění řeči	Věkové období
reaguje na hlas matky	od 2.–3. týdne
reaguje na zavolání jménem, na ne-ne	od 8. měsíce
dělá paci-paci apod. na výzvu	od 9. měsíce
podá předmět na výzvu, ale nepustí	od 10.–11. měsíce
podá předmět na výzvu a pustí z ruky	od 12. měsíce
vyhledá očima několik věcí podle názvu	od 12. měsíce

Vývoj řeči, stejně jako vývoj sluchového vnímání, probíhá ve stadiích, která po sobě následují s určitou časovou variabilitou. Žádné z těchto stadií nemůže být vynecháno ani přeskočeno. Každé dítě musí tedy projít všemi stadii řečového vývoje a individuální může být jen trvání jednotlivých stadií, která jsou rozčleněna do dvou velkých období – **přípravné (předřečové) období vývoje řeči a stadia vlastního vývoje řeči** (Klenková, 2000).

Jak již bylo zmíněno výše, ontogenetický vývoj orální řeči je u dětí se sluchovým postižením v důsledku nedostatečné nebo neexistující sluchové zpětné vazby a v závislosti na dalších faktorech odlišný od průběhu vývoje řeči u dětí slyšících. Mezi nejdůležitější determinující faktory podle Krahulcové (2003, srov. Matuška, Antušeková, 1992) patří:

- **stupeň sluchového postižení;**
- **přítomnost nebo absence dalšího postižení;**
- **věk a dosažené stadium vývoje řeči, kdy sluchové postižení vzniklo;**
- **exogenní sociální faktory stimulačního rodinného prostředí z hlediska úspěšné nebo neúspěšné obousměrné komunikace;**

- **včasná diagnostika a včasný start speciální rehabilitační péče, ovlivněná rodinnou výchovou, později kvalitní rehabilitační péče a spolupráce s rodinou.**

Mezi další faktory ovlivňující vývoj řeči dítěte se sluchovým postižením můžeme zařadit také **účinnost sluchadel nebo kochleárního implantátu, schopnost dítěte využít svého sluchového potenciálu, jeho nadání pro řeč**, a samozřejmě nelze opomenout vliv **rodiny**. Je nutné zdůraznit, že **nadání pro řeč** nemají všechny děti stejné a není ani závislé na stupni a typu sluchového postižení (o tom blíže v kapitole 5.2 zabývající se přínosem kochleární implantace u dětí). Z toho vyplývá, že i děti se závažným sluchovým postižením, které mají vysokou míru nadání pro řeč, se snaží komunikovat mluvenou řečí, žvatlají a pokoušejí se alespoň napodobovat artikulační pohyby úst mluvících. Podle Holmanové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) dokáží již před druhým rokem věku označit citoslovcem několik oblíbených hraček a na požádání je podat s pomocí odezírání.

Vývoj dítěte se sluchovým postižením v předškolním období

V předškolním věku by mělo dojít k určitému osamostatňování. To může být obtížné nejen u dětí se zdravotním postižením. Vágnerová (2004) uvádí, že neslyšící dítě nedokáže kontrolovat blízkost matky jinak než zrakově, a proto se může zvyšovat **potřeba neustálého kontaktu s ní**. Osamostatňování dítěte může do určité míry ovlivnit, případně až blokovat i chování samotných rodičů. Z výzkumů vyplývá, že matky dětí s těžkým sluchovým postižením se ke svým dětem chovají **direktivnějším způsobem**, více je korigují v jejich činnostech a méně podporují jejich vlastní iniciativu. Tendence k takovému přístupu ze strany rodičů bývá podle Kročanové

(in Vágnerová, 2004) posílena i typickými projevy dětí se sluchovým postižením. Mezi ty autorka řadí **menší zájem o standardní komunikaci s matkou** (zejména pokud probíhá pouze prostřednictvím mluvené řeči), **upřednostňování interakce s hračkami**, **obtíže v chápání a osvojování různých norem chování, sklon k impulzivité či nerespektování pokynů rodičů.**

Nováková (in Vágnerová, 2004) dále upozorňuje na skutečnost, že s těžkou sluchovou vadou může být spojené organické poškození CNS, které se projevuje narušením koordinace a přesnosti pohybů. Údajně až u 30 % dětí se sluchovým postižením se objevují určité potíže v oblasti jemné motoriky. Tato porucha ovlivňuje i **motoriku mluvidel**, což může zapříčinit prohloubení **potíží v řečovém vývoji.**

2.3 Situace rodičů po zjištění sluchové vady u dítěte

Narození dítěte s postižením je jednou z nejtěžších životních situací, které mohou člověka potkat. Je to zkouška, na kterou rodiče nejsou připraveni. První poznání, že jejich dítě má vážnou poruchu sluchu, působí jako šok následovaný frustrací, beznadějí a ztrátou jistoty (Roučková, 2006).

Je nutné připomenout známou skutečnost, že až 90 % dětí s **různým stupněm sluchového postižení se rodí slyšícím rodičům**. To jim podle Kročanové (2001, s. 91) přináší permanentní zátěž spojenou se zvládáním psychického stresu. Od rodičů se očekává:

- dlouhodobá adaptace a vyrovnání se s emocionálně sociálními a adaptačními problémy souvisejícími s přítomností neslyšícího dítěte v rodině;
- akceptace sluchového postižení, resp. dítěte i s jeho sluchovou vadou;

- vhodně volená výchova (řešení problémů ve výchovných přístupech, zvládání pocitů nejistoty při výchovném usměrňování) a později i péče o vzdělávání dítěte se sluchovým postižením;
- rozhodnutí o volbě komunikačního kanálu, náročnost přebudování úspěšné a plnohodnotné komunikace s neslyšícím dítětem;
- utváření komunikačních vztahů rodiče–dítě;
- vyrovnávání se s přicházejícím pracovním a společenským omezením;
- zkouška stability a zralosti jejich partnerského vztahu a osobnostních kvalit;
- prožívání negativních pocitů způsobených pomalými pokroky ve vývoji dítěte a nesplněnými očekáváními.

Obecně se uvádí, že vývoj osobnosti jedince se sluchovým postižením je ovlivněn závažností sluchového postižení, dobou vzniku, obdobím diagnostikování vady, úrovní poskytované péče a v neposlední řadě prostředím, v němž dítě vyrůstá.

Vymezit a definovat pojem osobnost jedince se sluchovým postižením je velmi obtížné. Každý z nás je osobnost – individuum, které má své typické charakterové vlastnosti, způsoby chování, vědomosti, schopnosti a dovednosti. „Existují některé shodné a nebo podobné příznaky sluchově postižených lidí, přitom je třeba si uvědomit, že každý sluchově postižený člověk prožívá svůj sluchový handicap odlišným způsobem.“ (Leonhardt, 2001, s. 69)

Na základě výše uvedených poznatků a dalších šetření Vymlátílová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 472) popisuje, proč jsou neslyšící děti výrazně ohroženy ve svém citovém vývoji:

- „prakticky trvale jsou vystaveny podnětové deprivaci;
- častěji u nich dochází k citové deprivaci, vztah rodič–dítě je podroben větší zátěži;

mají v anamnéze vyšší počet perinatálních traumat a mozkových dysfunkcí; prožívají příliš často a opakovaně zklamání, protože nejsou schopny splnit vysoké nároky učitelů a vychovatelů; jsou obvykle ve stresu, pokud musejí odezírat a komunikovat slovně.“

Sluchové postižení dítěte ve slyšící rodině má v každém případě vliv na vztahy rodičů a dítěte a jejich vzájemnou interakci. Jak už bylo popsáno výše, neschopnost dítěte pasivně vnímat okolí může vést rodiče k přehnané péči. Braden (1994) uvádí, že podle psychologických studií vykazují slyšící matky dětí se sluchovým postižením větší sklon určitým způsobem řídit činnost svých dětí. Dítě tak přijímá roli, kterou mu rodina určuje. Vyskytují se také případy, kdy schopnost jednoho člena rodiny komunikovat s dítětem lépe vede k tomu, že dítě komunikuje s ostatními členy rodiny prostřednictvím této osoby (obvykle je to matka), což negativně ovlivňuje jeho sociálně-emocionální vývoj.

Dopad, jaký má hluchota na komunikaci, se často označuje za hlavní příčinu emočních poruch a odlišností v chování neslyšících. Ty se objevují zejména tehdy, když je dítě opakovaně frustrováno, protože neprožívá komunikaci s osobami pro něj nejbližšími a důležitými jako uspokojivou. Narodí-li se neslyšící dítě slyšícím rodičům, ti si z počátku nemusí uvědomovat, že budou-li na své dítě pouze mluvit, nemusí je vůbec slyšet. U slyšícího dítěte je situace přirozeně daleko jednodušší, sluch mu zajišťuje nepřetržitý kontakt s okolím. Díky němu přijímá a „nasává“ všechny druhy informací. Tato činnost je označována jako **náhodné nebo bezděčné učení**. Vymlátílová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že právě z důvodu absence sluchového vnímání jsou o tuto činnost neslyšící děti ochuzeny. **Jsou odkázány na příjem informací zrakem a pokud se nedívají, nemají žádné informace!**

V této souvislosti je nutné zmínit úplně odlišnou situaci neslyšících rodičů, kterým se narodí neslyšící dítě. To v tomto prostředí přijímáno naprosto přirozeně, rodiče obvykle nespatřují v jeho výchově žádný problém, protože od počátku s dítětem komunikují jemu přístupným komunikačním systémem – znakovým jazykem. V tom lze spatřovat zřejmě kladný rozdíl mezi rodiči slyšícími a neslyšícími, neboť slyšící rodiče si často nevědí rady, jak se svým neslyšícím dítětem jednat, jak se s ním nejlépe dorozumět. **!**

Schopnost člověka osvojit si a tvořivě používat jazyk je do značné míry dána. Nebeská (1992, s. 94) vysvětluje, že: „dítěti je (...) znalost o jazyce vrozena, rodí se s určitým očekáváním, jak bude jazyk, se kterým se dostává do kontaktu vypadat (...).“ Každé dítě se tedy rodí se základními informacemi o jazyce, které mu zajišťují schopnost naučit se jakémukoliv přirozenému jazyku. Tyto vrozené dispozice mohou být všeobecně nazývány **univerzální gramatika** (Nebeská 1992 s. 93–101; srv. Šebesta 1999, s. 29–32). Podmínkou rozvoje vrozeného chování (tedy i rozvoje jazyka) je přísun odpovídajících podnětů v období tzv. **kritické periody**. Jednoduše řečeno se jedná o genetický program, kdy v určité fázi vývoje dítěte dozrává centrální nervová soustava a organismus je biologicky připraven na vývoj některé nové funkce. V tomto vývojovém období má dojít k intenzivnímu kontaktu s jakýmkoliv jazykem, aby se v mozku vytvořily potřebné spoje. Pokud si dítě osvojí na dostatečné úrovni jeden jazyk, nebude mít v budoucnu velký problém osvojit si jazyk další. Jungwirthová (2009) uvádí, že syntaktické struktury v mozku dítěte jsou již aktivovány a připraveny pro další použití. Pokud ovšem dítě období senzitivní vývojové periody pro osvojení si prvních jazykových vzorců promešká, je velmi těžké, ba i nemožné jej dohnat a plnohodnotně nahradit způsobené škody. Macurová (1998) tento stav označuje jako **rané bezjazyčí**. Podle Jungwirthové (2009) je tedy u dítěte se sluchovým

postížením velmi pravděpodobné, že pokud si v kritické době neosvojí na dostatečné úrovni jazyk žádný, bude tím do budoucna negativně ovlivněna i schopnost zvládnout mluvenou řeč.

Názory na délku kritické periody pro rozvoj jazyka se liší. Podle některých profesionálů je toto období časově vymezeno do 2–2,5 roku života, Jungwirthová (2009) uvádí jako horní hranici věk 6 let. Dítě za velmi krátkou dobu učiní obrovský pokrok ve svém jazykovém rozvoji. Jak již bylo uvedeno výše, proces může být z důvodu opožděné diagnostiky sluchové vady, případně nevhodným přístupem k neslyšícímu dítěti negativně ovlivněn. Dochází tím pádem k vývojovým deformacím a různým funkčním poruchám. Ty pak mají vliv na celou osobnost jedince, přestože by byl možný její úspěšný rozvoj i přes dané postižení.

V jazykovém vývoji by neslyšícím dětem měla být poskytnuta stejná šance jako dětem slyšícím (Strnadová, 1998). **V rozhodujícím vývojovém období by měly být vystaveny jazykovým vzorům dostupným jejich smyslovému vybavení.** Vizuálně-motorické komunikační systémy jsou dětem se sluchovým postižením smyslově přístupné, proto se mohou naučit znakový jazyk spontánně, ve správném vývojovém období a stejně přirozeným způsobem, jako si osvojují slyšící děti mluvený jazyk (Macurová, 1998). Odmítavý postoj některých odborníků a slyšících rodičů k užívání znakového jazyka z důvodu jeho negativního vlivu na vývoj mluvené řeči neslyšícího dítěte je neopodstatněný. Je prokázáno, že neslyšící děti, se kterými rodiče před kochleární implantací komunikovali pomocí znaků, měly po operaci komunikační náskok a vykazovaly ve svém jazykovém vývoji velmi dobré výsledky.¹⁹ Podobně je i obava rodičů, že bude vinou nedostatečné znalosti znakového jazyka jejich komunikace s dětmi

¹⁹ Nussbaum 2008, Šmídová 2006 a)

omezená, v období budování počáteční komunikace zhruba první tři roky věku je velmi omezená. Jungwirthová (2009) upozorňuje, že stačí být „o kroky před dítětem“, předjímat, jaké znaky a gramatické struktury budou v nejbližší době pro komunikaci s dítětem zapotřebí, a ty se učit dopředu. Děti jsou podle Cíchy Hronové (2010, s. 273) „vybaveny neobyčejně silnou snahou komunikovat a i poměrně malým přísunem vstupních jazykových informací jim umožní osvojit si jazyk, který je jim smyslově přístupný, na velmi dobré úrovni“. Jak uvádí Gallaway (2001 in Cícha Hronová, 2010, s. 273), „(...) vývoj jazyka dětí z těchto slyšících rodin, v nichž se pracuje s alternativními modely znakového jazyka už od raného věku, je podobný vývoji jazyka neslyšících dětí neslyšících rodičů“.

Slyšící rodiče obvykle dospějí k tomu, že je pro ně nejjednodušší a nejpřirozenější používat mluvenou řeč doprovázenou klíčovými znaky ze znakového jazyka. Mluvní vzor je pro dítě samozřejmě nesmírně důležitý. Mluvení mu navíc opakovaně zprostředkovává sluchový vjem a dítě se postupně učí odezírat. Znakový jazyk by ovšem měl být přirozenou součástí života dítěte s těžkým sluchovým postižením, protože odložení sluchadla nebo kochleárního implantátu se dítě stává opět neslyšícím a ztrácí možnost vnímat mluvenou řeč

Doporučená literatura k tématu:

- FENCLOVÁ, J., kol. *Ve světě sluchového postižení*. Praha: FRPSP, Středisko rané péče Tamtam, 2005.
- HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2005.
- HRONOVÁ, A., MOTEJZÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha: FRPSP, 2002.
- MARSCHARK, M. *Psychological Development of Deaf Children*. New York: Oxford University Press, 1993.
- MARSCHARK, M. *Relations of Language and Thought: The View from Sign Language and Deaf Children*. New York: Oxford University Press, 1997.
- MARSCHARK, M., HAUSER, P. C. *Deaf Cognition. Foundations and Outcomes*. New York: Oxford University Press, 2008.
- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2005.
- PŮSTOVÁ, Z. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí*. Praha: Septima, 1997.
- ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006.
- VYMLÁTILOVÁ, E. Neslyšící dítě v klinické praxi. In ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997.
- VYMLÁTILOVÁ, E. Problematika sluchových vad z hlediska klinické psychologie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007.

Hypertextové odkazy:

- www.agbell.org
www.frpsp.cz – časopis INFO zpravodaj
www.infanthearing.org
www.ruce.cz
www.tamtam-praha.cz
www.tamtam-olomouc.cz