

KAKO KOMUNICIRATI S DJETETOM OŠTEĆENA SLUHA – UTJECAJ STAVOVA OBITELJI I PROFESIONALACA NA ODABIR OBLIKA KOMUNIKACIJE

Ljubica Pribanić

Odsjek za oštećenja sluha, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Znanstveno-učilišni kampus
Borongaj, Sveučilište u Zagrebu, Borongajska 83f, HR-10000 Zagreb, Hrvatska
Adresa e-pošte: ljubica.pribanic@erf.hr

Pregledni rad

Primljeno: 12. kolovoza 2015. Prihvaćeno: 18. studenoga 2015.

Sažetak

Primjeren odabir modaliteta komunikacije, u odnosu na stupanj i vrijeme nastanka oštećenja sluha, uvelike pridonosi kognitivnom razvoju djeteta; njegovom znanju o svijetu, razumijevanju međuljudskih odnosa, usvajanju jezika i govora te akademskih znanja i vještina. Cilj je ovoga rada razmotriti komunikacijske potrebe iz perspektive djeteta oštećena sluha da bi se ostvarili potencijali njegova kognitivnoga, društvenoga, emocionalnoga i jezičnoga razvoja. U radu će se razložiti neki oblici podrške koju mogu pružiti profesionalci i obitelj malom djetetu oštećena sluha kako bi zadovoljilo potrebu za učinkovitom komunikacijom te pravovremeno počelo usvajati jezik - govorni ili znakovni.

Ključne riječi: Oštećenje sluha; Dijete, predškolsko; Slušni aparati; Kohlearni implantati; Komunikacijske metode, totalna; Znakovni jezik

1. Uvod

Oštećenje sluha ubraja se u jedno od najčešćih prirođenih oštećenja, čija je učestalost prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (*World Health Organization*) 1-3 na 1000 novorođenčadi. U 70 do 80% djece s oštećenjem sluha oštećenje različitih stupnjeva i vrsta prisutno je već kod otpusta iz rodišta, a u 20 do 30% nastaje tek kasnije kao posljedica različitih bolesti ili traumatskih ozljeda glave (1).

U odnosu na *stupanj oštećenja sluha* razlikujemo gluhe i nagluhe osobe. Prema Zakonu o hrvatskom registru osoba s invaliditetom (2), gluhoćom se smatra gubitak sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000Hz) većim od 81 dB. Nagluha je ona osoba čije je oštećenje sluha od 25 do 80 dB, a može imati: lakše oštećenje sluha (25-35 dB) na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000Hz), umjereno oštećenje sluha (36-60 dB) na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama i teže oštećenje sluha (61-80 dB) na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama.

Svjetske klasifikacije, kao što je američka ili britanska, obično svrstavaju nagluhe osobe u četiri kategorije: bla-

go nagluhi (20-40 dB za djecu, a za odrasle 26-40 dB), umjereno nagluhi (41-55 dB), umjereno-teško nagluhi (56-70 dB) i (71-90 dB) teško nagluhi (3). Praktično ili klinički gluhe osobe imaju prosječni gubitak sluha iznad 91 dB te ni uz pomoć slušnoga aparata ne mogu cjelovito percipirati govorni jezik. U zadnje vrijeme ta se granica pomiče i do 95 dB radi sve savršenijih mogućnosti slušnih aparata. U populaciji osoba s oštećenjem sluha klinički gluhe osobe čine tek 1%. Gluhe osobe osjetljive su na vibracije te preko vibracija često mogu dobiti neke informacije o zvučnim podražajima iz okoline, primjerice prolazak kamiona, rad kosilice, lupa vrata, razlikovanje glazbe od govora prislanjanjem ruke na zvučnik i slično. Slušni aparat pomaže im u orijentaciji u prostoru, određivanju izvora zvuka i percepciji vrlo glasnih zvukova kao što su pneumatska bušilica, motor, glasno zvono telefona i slično.

Šezdeset posto svih oštećenja sluha nastaje u prenatalnom razdoblju, znači predjezično - prije nego je dijete usvojilo jezik i govor. Od toga je 50% nasljednih oštećenja (od čega je pak 75% naslijeđeno po recesivnom tipu pa je to razlog zašto se 90 do 95% djece s oštećenjem sluha rađa roditeljima koji čuju). Svega je 5 do 10% nenastljednih oštećenja, uzrokovanih bolestima po-

put rubeole, toksoplazmoze, toksemijama majke itd. Po svojim posljedicama prelingvalno oštećenje sluha vrlo je ozbiljno senzoričko oštećenje te utječe na cjelokupni razvoj i psihosocijalno sazrijevanje osobe. U perinatalnom razdoblju nastaje otprilike 10% svih oštećenja sluha, najčešće uslijed smanjene opskrbe djeteta kisikom ili intrakranijalnih krvarenja, dok se 30% slučajeva oštećenja sluha događa u postnatalnom razdoblju. Meningitis je jedan od najčešćih postnatalnih uzroka oštećenja sluha, a mogu se navesti još i česte, neprepoznate i/ili neliječene upale srednjega uha, upotreba nekih lijekova (salicilata, streptomycina), traumatska oštećenja glave (frakture temporalne kosti lubanje), izloženost buci (akustička trauma), a u starijoj dobi javlja se prezbiakuzija. Prevencijom, lijekovima ili operativnim postupcima neka se oštećenja sluha mogu ublažiti, a katkada i posve ukloniti. U većini slučajeva ostaje nepovratno oštećenje sluha različitoga stupnja i vrste te različitih mogućnosti intervencije uzimajući u obzir niz individualnih osobina pojedinca te mogućnosti pristupa ponuđenim (re)habilitacijskim programima i terapijskim postupcima.

Što nagluho dijete može čuti? Blago nagluho dijete može uz pomoć slušnoga aparata usvojiti jezik i govor okoline spontano, bez rehabilitacijske potpore. Teškoće mogu biti izražene u obliku distorzije pojedinih glasova, npr. /c/, /z/, /s/, /č/, /ć/, /š/, /ž/. Umjereno nagluho dijete također može spontano uz pomoć slušnoga aparata usvojiti jezik i govor okoline, ali u komunikaciji se značajno više oslanja na vizualni kanal. Umjereno-teško nagluha i teško nagluha djeca auditivnu informaciju nadopunjavaju vizualnom, a tek uz rehabilitacijsku podršku mogu učiti govorni jezik. Uz pomoć slušnoga aparata mogu samo djelomično percipirati jezično-govorne poruke (4).

Istraživanja pokazuju da mnoga gluha i teško nagluha djeca imaju relativno nisku razinu jezične kompetencije, što im otežava i usvajanje akademskih znanja. Vokabular im je značajno siromašniji nego u njihovih čujućih vršnjaka, a govorni i pisani jezik često im je disgramatičan. Mnoga su istraživanja pokazala da većina djece s oštećenjem sluha ne dostiže razinu pismenosti svojih čujućih vršnjaka (5-12). Stoga je od neprocjenjive važnosti rana rehabilitacija slušanja, jezika i govora da bi se maksimalno ublažile posljedice oštećenja.

Ono što je unijelo veliku nadu i optimizam među rehabilitatore i učitelje djece s oštećenjem sluha jest *neonatalni probir novorođenčadi na oštećenje sluha*, metodom automatskoga ispitivanja otoakustičke emisije (A-OAE), koji se u Hrvatskoj postupno uvodio u sva rodilišta od 2002. godine, zahvaljujući Hrvatskoj udruzi za ranu dijagnostiku oštećenja sluha (HURDOS) i entuzijastičkim

nastojanjima prim. dr. sc. Boruta Marna. Ukoliko novorođenče „ne prođe na testu”, odnosno ako postoji sumnja na oštećenje sluha, ono se upućuje u daljnji dijagnostički postupak (drugi stupanj probira i dalje). Može se izraziti zadovoljstvo jer se na taj način ostvaruje rana dijagnostika što je preduvjet rane intervencije. Međutim, potrebno je svako dijete i dalje pomno pratiti u mogućnostima slušanja i reagiranja na zvučne podražaje te u jezičnogovornom razvoju da bi se na vrijeme otkrilo moguće oštećenje sluha nastalo poslije porođaja (1, 13, 14).

2. Rana intervencija – podrška obitelji djeteta s oštećenjem sluha u odabiru modaliteta komunikacije

Koncept rane intervencije u djetinjstvu može se definirati kao proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške roditeljima djece kod koje je utvrđeno stanje (mogućega) odstupanja u razvoju. Program je najučinkovitiji ako se započne odmah po utvrđivanju odstupanja ili otkrivanju teškoće u razvoju, s naglaskom na prevenciju, jer rana podrška može početi već od prepoznatoga rizika. Naglasak se stavlja na intervenciju u prirodnom okruženju djeteta, a to je prije svega uža i šira obitelj (15).

Uspješni programi rane intervencije moraju biti usmjereni na potrebe obitelji, utemeljeni u lokalnoj zajednici i biti u stanju temeljito i učinkovito integrirati doprinose brojnih disciplina te moraju imati sposobnost planiranja i koordiniranja potpora i usluga iz brojnih službi (16).

Preduvjet rane intervencije postavljanje je medicinske i psihosocijalne dijagnoze temeljem koje se ostvaruje podrška obitelji s malim djetetom s oštećenjem sluha te omogućava rehabilitacija jezika i govora upravo u kritičnom razdoblju za usvajanje komunikacijskih i jezičnih vještina. Probir novorođenčadi na oštećenje sluha optimiziralo je vrijeme postavljanja dijagnoze što znači da se već vrlo rano, u dobi od šest, osam ili dvanaest mjeseci, malom djetetu dodjeljuje slušni aparat, a za neku se djecu može pretpostaviti da su kandidati za kohlearnu implantaciju. Stoga će se u daljnjem tekstu razložiti osnovna funkcija slušnoga aparata i kohlearnoga implantata te modaliteti komunikacije i rehabilitacijske podrške usmjereni na malo dijete s oštećenjem sluha i njegovu obitelj.

2.1. Slušni aparat

Malom nagluhom djetetu u jezično-govornoj komunikaciji – usvajanju govornoga jezika – može značajno pomoći slušni aparat. Gluhom djetetu, koje je dobar kandidat za kohlearnu implantaciju, mogu biti predoperativno

dodijeljeni slušni aparati koji mu pomažu u osvještavanju slušanja zvukova i glasova koji ga okružuju što će uvelike pomoći u rehabilitaciji nakon implantacije.

U roditelja često postoji zabluda da će njihovo nagluho ili gluho dijete dobro čuti i razumjeti govor preko slušnoga aparata ili kohlearnoga implantata. Dodjela slušnoga aparata i kohlearna implantacija samo je prvi korak u dugotrajnom procesu rehabilitacije slušanja i govora. Postajući svjesni te činjenice roditelji postavljaju brojna pitanja, a jedno od osnovnih je kako, koliko i što moje dijete može čuti i kako trebam komunicirati s njim da bismo ostvarili jasnu, nedvosmislenu, razumljivu i podržavajuću komunikaciju. Slušni aparat dodjeljuje se u pravilu nagluhim osobama neposredno nakon provedenoga dijagnostičkog postupka. Maloj nagluhoj djeci dodjeljuje se već od šestoga ili osmoga mjeseca života (ili kasnije), većinom na oba uha. Slušni aparat pojačava zvučne signale (ljudski govor i sve zvukove u okolini). Potrebno je uzeti u obzir neko vrijeme privikavanja na nošenje i slušanje preko slušnoga aparata. Roditelji često izjavljuju da njihovo dijete odbija nositi slušni aparat, skida ga, a veća djeca ga znaju jednostavno isključiti. Današnji slušni aparati pomagala su sve savršenijih karakteristika, individualno se podešavaju, ali slušanje preko slušnoga aparata (kohlearnoga implantata) mora se dugotrajno vježbati. Podršku daju logopedi i audiorehabilitatori u specijaliziranim ustanovama za rehabilitaciju slušanja i govora, audiološkim ambulantom i privatnim ordinacijama.

2.2. Kohlearni implantat ili umjetna pužnica

Kohlearni implantat, poznat i pod nazivom *umjetna pužnica*, sofisticirano je elektroničko slušno pomagalo koje se ugrađuje pacijentu ispod kože iza uha, a omogućava bolje slušanje. Treba biti svjestan da kohlearna implantacija ne posreduje čudesno vraćanje normalnoga sluha, nego predstavlja vrlo neizvjestan način djelomičnoga aktiviranja slušnoga osjeta s velikim individualnim razlikama.

Kohlearni implantat premošćuje oštećene stanice u unutarnjem uhu, u pužnici i direktno stimulira slušni živac. Slušni živac i središnji slušni sustav moraju stoga biti intaktni. Centar za slušanje u mozgu percipira signale kao zvukove ili kao govor. Iako kohlearni implantat ne vraća u potpunosti sluh, on značajno poboljšava kvalitetu slušanja te povećava postotak razumijevanja govora. Dijete s kohlearnim implantatom moguće je smatrati osobom koja ima jednostrano umjereno oštećenje sluha. Međutim, kad se kohlearni implantat isključi (namjerno ili uslijed kvara) dijete je praktički gluho. Rana implantacija, do druge godine života, i rana rehabilitacija, u većini slučajeva rezultira pravovremenim usvajanjem

govornoga jezika što omogućava gluhom djetetu dostizanje jezične kompetencije čujućih vršnjaka i temelj za integraciju u svijet čujućih osoba. Roditelji svjedoče da je potrebna velika volja, upornost, podrška okoline i profesionalaca da bi dijete s kohlearnim implantatom napredovalo u svim aspektima razvoja (17).

2.3. Odabir oblika komunikacije s djetetom s oštećenjem sluha

Svako dijete posjeduje urođeni potencijal da bude socijalizirano, i to je nasljedno uvjetovana sposobnost ispoljavanja osjetljivosti za socijalne podražaje preko čega ostvaruje kontakt i sustav psihičkih veza s okolinom (18). Među prvim znanstvenicima koji su istraživali predjezični razvoj djece ističe se Bruner (19) koji je ustvrdio da je podrijetlo jezika u komunikaciji i da usvajanje jezika počinje prije nego što dijete izgovori prvu riječ. Usvajanje jezika direktna je posljedica stvaranja stabilnoga interakcijskog okvira koji izgrađuju majka i dijete kroz zajedničke emocionalne akcije. Naime, majka prenosi djetetu značenje radnji u okviru osjećajne komunikacije što stvara dobar temelj za kasniju semiotičku komunikaciju.

Osnovno je pitanje roditelja djeteta s oštećenjem sluha odabir modaliteta komunikacije što predstavlja veliki izazov za profesionalce koji su pozvani odgovoriti na to pitanje. Odgovori su u načelu vrlo kompleksni; potrebno je uzeti u obzir mnogo čimbenika što iziskuje kontinuirano savjetovanje roditelja.

U roditeljima prevladava strah od novoga i nepoznatoga, a upravo neinformiranost i predrasude o gluhoći inhibiraju njihova intuitivna ponašanja prema novorođenčetu, što često postaje i trajno stanje odnosa prema vlastitom djetetu s oštećenjem sluha. Često pogrešno čujemo ili nalazimo u tiskovinama i ostalim medijima kako osobe s oštećenjem sluha nazivaju *gluhonijeme* osobe te temeljem toga stvaramo pogrešne slike o njihovoj 'drugačijosti', a znakovni jezik, za kojega većina ljudi nikada nije ni čula, već su možda negdje na ulici vidjeli kako se dvoje gluhih ljudi sporazumijeva *mašući rukama*, smatraju niže vrijednim i primitivnim načinom komunikacije.

Većina djece s oštećenjem sluha (90-95%) ima čujuće roditelje koji prolaze kroz stanje stresa suočavajući se sa spoznajom da njihovo dijete ima oštećen sluh. Prolaze kroz dobro poznate faze žalovanja i u tom im je razdoblju potrebna profesionalna podrška. Nažalost, kod nas još uvijek nije dovoljno učinkovito razvijen sustav podrške kroz programe rane intervencije. Iako je medicinska podrška dobro razrađena, od neonatalnoga pro-

bira preko više stupnjeva dijagnostičke obrade, prema spoznajama znanstvenih istraživanja i primjerima dobre prakse u svijetu, jedna karika u lancu ipak nedostaje – učinkovita rana intervencija usmjerena prema obitelji djeteta s oštećenjem sluha, što prema konceptu rane intervencije znači: odlazak profesionalca u obitelj, a izbjegavanje dolaska obitelji u ustanovu (15).

Iskustvo nam govori da je sve manji broj gluhe i nagluhe djece koja popunjavaju školske klupe u specijaliziranim ustanovama za odgoj i obrazovanje djece s oštećenjem sluha već se odgajaju i obrazuju u inkluzivnim uvjetima, ali je sve više djece s oštećenjem sluha i dodatnim teškoćama za koju je potrebno osigurati njima primjerene rehabilitacijske, odgojne i obrazovne programe.

Manjina djece s oštećenjem sluha (5-10%) rađa se u obiteljima s jednim ili oba gluha i/ili nagluha roditelja ili jednim gluhim/nagluhim, a drugim čujućim roditeljem. Sve ove situacije iziskuju strogo individualizirani pristup svakoj obitelji. Djeca s oštećenjem sluha koja imaju jednoga ili oba gluha ili nagluha roditelja u stanovitosti prednosti u odnosu na djecu s oštećenjem sluha čujućih roditelja. Rođenje gluhoga/nagluhoga djeteta u obitelji gluhih/nagluhih roditelja ne predstavlja stresnu situaciju, ne inhibira intuitivna roditeljska ponašanja koja su od presudnoga značenja kada je u pitanju komunikacija. Gluhi/nagluhi roditelji znaju kako komunicirati sa svojim gluhim/nagluhim novorođenčetom, kako mu skrenuti pažnju na lice i ruke i kako učiniti ranu komunikaciju poticajnu, zanimljivu i važnu djetetu. Sva znanstvena istraživanja koja su longitudinalno pratila interakciju gluhih majki i gluhe/nagluhe djece suglasna su u jednom: rana komunikacija na znakovnom jeziku podupire kognitivni i emocionalni razvoj maloga djeteta s oštećenjem sluha, socijalnu interakciju, a kasnije pridonosi učinkovitijem razvoju pismenosti – čitanja i pisanja i govornoga jezika (20-23). Stoga autori tih studija preporučuju čujućim roditeljima male djece s oštećenjem sluha da slijede one komunikacijske strategije u interakciji sa svojom gluhom/nagluhom djecom koje intuitivno upotrebljavaju gluhi roditelji.

Proučavajući komunikaciju gluhih/nagluhih majki sa svojim novorođenčetom s oštećenjem sluha Erting i suradnici (24) uočili su da majke modificiraju svoj znakovni jezik slično kao kad se čujućim obraćaju maloj bebi govoreći *maminski* (*baby talk*). Lokacija znaka uvijek je bliža djetetu čime se roditelj intuitivno prilagođava vizualnim mogućnostima dojenčeta; majka ponavlja jedan te isti znak više puta omogućavajući djetetu procesiranje poruke; pojednostavljuje znak; majčino lice, koje u uvjetima oštećenja sluha prenosi važne lingvističke poruke, djetetu je potpuno vidljivo i prenosi pozitivne emocije

kao nagradu za djetetovu pažnju i želju da odgovori.

Kada novorođenče gleda majku ona će znak producirati neposredno uz svoje lice ne zahvaćajući veliki prostor kao što bi to bilo u komunikaciji s odraslom osobom; isto tako, ako dijete usmjerava pažnju na neki drugi objekt majke nastoje znakovati što bliže objektu, na samom objektu ili nastoje uči u vidno polje djeteta da bi komunicirale.

Erting sa suradnicima (24) zaključuje da gluhe/nagluhe majke imaju već kulturom usvojeno određeno intuitivno znanje kako komunicirati sa svojim novorođenčetom u tako posebnim uvjetima. Djeca s oštećenjem sluha koja imaju gluhe/nagluhe roditelje koji komuniciraju znakovnim jezikom, već tijekom prvoga mjeseca života, usvajaju temelj za daljnju jezičnu socijalizaciju putem interakcije koja je prilagođena zahtjevima vizuo-spacijalnoga jezika.

Međutim, ponavljam, 95 % djece s oštećenjem sluha ima čujuće roditelje kojima je takvo prilagođavanje potpuno nepoznato isto tako kao i znakovni jezik. Ako se odluče za znakovni jezik, ne samo da bi ga trebali naučiti, već bi i mnoga intuitivna ponašanja trebali naučiti na svjesnoj razini (svraćanje i zadržavanje pažnje putem vizualnoga i taktalnoga kanala, facijalnu ekspresiju...) koja bi kasnije prešla u spontano i prirodno ponašanje u obraćanju svome djetetu s oštećenjem sluha.

Istraživanja ponašanja čujućih majki pokazuju da i one sve više pojačavaju kontakt očima i vizualne aktivnosti za vrijeme interakcije sa svojim bebama s oštećenjem sluha čak i kada je dijete staro svega 9 mjeseci i da to rade značajno više nego majke čujuće djece (22, 25). Može se činiti da postoji vrlo dobra komunikacija s novorođenčetom, koja se temelji na kontaktu očima, facijalnoj ekspresiji i dodiru. Međutim, ono što nedostaje i ne razvija se jedan je od oblika simboličkoga jezika.

Profesionalci su svjesni nepobitne želje svakoga roditelja da njegovo dijete s oštećenjem sluha čuje, sluša i govori, da bude kompetentno u čitanju i pisanju, svladavanju akademskih vještina te da spremno prihvaćaju oralnu metodu rehabilitacije slušanja i govora koja potencijalno uključuje i kohlearnu implantaciju. Rijetki roditelji idu korak dalje i traže druga rješenja odabirući znakovni jezik. Potrebno je jasno naglasiti da se tim odabirom ne negira rehabilitacija slušanja i govora, nego naprotiv – dijete usvaja znakovni jezik, prirodni jezik zajednice gluhih koji mu pruža mogućnost ranoga razvoja u svim aspektima, a istovremeno dijete se izlaže oralnim rehabilitacijskim postupcima. Takav pristup poznat je pod nazivom dvojezično-dvokulturalni odgoj i obrazovanje.

2.4. Rehabilitacijska podrška

2.4.1. Verbotonalna metoda

U Hrvatskoj većina roditelja djece s oštećenjem sluha odlučuje se za rehabilitaciju slušanja i govora po *verbotonalnoj metodi* (VT). To je jedan od oralnih pristupa u (re) rehabilitaciji slušanja i govora djece i odraslih s oštećenjem sluha pored audio-verbalnoga ili audio-oralnoga koji su više prisutni u svijetu nego kod nas. Teoretski i praktično verbotonalni (VT) sustav osmislio je sredinom prošloga stoljeća akademik Petar Guberina (25). Svoje korijene VT sustav ostvario je u Zagrebu te prevladava u rehabilitaciji djece s oštećenjem sluha kod nas. Svoje je korisnike stekao i u mnogim zemljama svijeta (Rusija, Argentina, SAD, Španjolska, Portugal, Francuska, Velika Britanija...). Moglo bi se reći da je *Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG* 'sinonim' za VT metodu. VT metoda temelji se na proučavanju kako mozak percipira govor putem slušnoga osjeta. Najviše se pažnje posvećuje strukturalnim elementima govora: vrijeme, frekvencija, intenzitet, tijelo kao receptor i transmitter, napetost i pauza. Optimalno slušno polje ili prostor dobiva se kombinacijama kontinuiranih i diskontinuiranih formi frekvencija, intenziteta i vremena. VT metoda u djece s oštećenjem sluha uspostavlja *slušanje* koristeći se tjelesnom vodljivošću, osjetljivošću svakoga organizma na niske frekvencije i optimalnim slušnim poljem pomoću vibratora i ostale elektroakustičke opreme (27-29).

Cjelokupni rad odvija se u dvama oblicima – grupnom i individualnom, a temelj čini tjelesna i auditivna percepcija u obliku *fonetskih ritmova* (stimulacije pokretom i glazbene stimulacije) te situacijsko učenje jezika i govora. *Stimulacije pokretom* jesu metodički razrađeni postupci kojima je osnovno sredstvo pokret, a svrha razvoj dobroga slušanja i prirodnoga govora. *Glazbene stimulacije* temelje se na ritmu brojalica, ritmičke su strukture koje sadrže logatome (slogove bez značenja) ili logatome kombinirane s riječima. Cilj glazbenih stimulacija jest pomoću glazbenih vrednota, prije svega ritma i melodije, poticati slušanje i što prirodniji govor, tj. pomoći standardnu artikulaciju glasova. Prva je faza u rehabilitaciji *vibrotaktilna* koja se odvija na vibrotaktilnoj dasci. Cilj je osvijestiti kod djeteta slušanje i potaknuti govornu proizvodnju povezujući vibracije, koje dijete taktilno percipira na vibrotaktilnoj dasci, s izgovorom onomatopeja, logatoma i kratkih riječi (27, 29).

2.4.2. Totalni pristup

Habilitacijski pristup koji kombinira različite postupke stavljajući naglasak na očitavanje s lica i usana, govor, prirodne geste, istovremeno govorenje i pokazivanje znakova (tzv. simultana komunikacija) poznat je pod nazi-

vom *totalni pristup* (30). Zagovornici totalnoga pristupa nastoje djetetu s oštećenjem sluha pružiti što više komunikacijskih izvora vodeći se geslom: *što više i raznolikije, to bolje*. Međutim, znanstvena istraživanja rane komunikacije, usvajanja jezika i govora kako u djece urednoga razvoja tako i u djece s oštećenjem sluha, pokazuju da postoje stroge zakonitosti usvajanja jezika (govornoga i znakovnoga) te se koncept totalne komunikacije sve više napušta. Nažalost, zbog nedovoljnoga i površnoga razumijevanja značenja dvojezičnosti - dvokulturalnosti u proučavanju fenomena usvajanja jezika u gluhe i nagluhe djece, neki se postupci totalne komunikacije pripisuju dvojezičnoj rehabilitaciji, odgoju i obrazovanju djece s oštećenjem sluha. U nastavku članka pojasnit će se koncept dvojezično-dvokulturalnoga pristupa.

2.4.3. Dvojezično-dvokulturalni pristup

Osamdesetih godina stavovi prema gluhim i nagluhim osobama i zajednici gluhih počeli su se mijenjati ponajviše zahvaljujući lingvističkim, sociolingvističkim, psiholingvističkim i neurolingvističkim istraživanjima znakovnoga jezika. Lingvistička su istraživanja pokazala da je znakovni jezik pravi prirodni jezik gluhih koji se odvija u vizuo-spacijalnom modalitetu za razliku od govornoga jezika koji se dominantno percipira auditivnim kanalom. Istraživanja lingvistike nacionalnih znakovnih jezika (prije svih američkoga znakovnog jezika – ASL) potvrdila su pretpostavku da znakovni jezik sadrži sve gramatičke odrednice kao i svaki govorni jezik: fonetiku, morfoloiju, sintaksu, semantiku i pragmatiku (31- 34).

Rezultati neurolingvističkih istraživanja cerebralne lateralizacije znakovnoga jezika pokazali su da lijeva hemisfera, načelno, nije specijalizirana samo za obradu govornoga jezika nego za jezičnu obradu općenito, bez obzira na to je li modalitet komunikacije audio-temporalni ili vizuo-spacijalni (35). Ista područja mozga koja služe percepciji, produkciji i razumijevanju govornoga jezika služe i percepciji, produkciji i razumijevanju znakovnoga jezika. Navedena istraživanja pridonijela su afirmaciji socijalnoga, odnosno kulturološkoga pristupa prema zajednici gluhih iz čega je proizašao i dvojezično-dvokulturalni pristup rehabilitaciji i edukaciji djece s oštećenjem sluha.

U svijetu, naročito u SAD-u i skandinavskim zemljama, prisutan je već dvadesetak godina dvojezično-dvokulturalni pristup u rehabilitaciji i edukaciji gluhe i nagluhe djece. Pristup u prvi plan stavlja znakovno-jezičnu komunikaciju na nacionalnom znakovnom jeziku, uz istovremeno ili odgođeno učenje standardnoga govornog jezika. Suvremene spoznaje s područja dvojezičnosti djece urednoga razvoja primijenjene su u po-

dručju dvojezične rehabilitacije djece s oštećenjem sluha (36). Znanstvena evaluacija toga pristupa pokazuje da djeca s oštećenjem sluha, osim što postižu jezičnu kompetenciju (pod)jednaku svojim čujućim vršnjacima, imaju bolju sliku o sebi, veće samopoštovanje, manje su impulzivna, rjeđe imaju poremećaje u ponašanju, emocionalno su zrelija, samostalnija, socijalno prilagođenija (37-39). Isti se autori (37-39) slažu da su primjerena i efikasna rana komunikacija bez obzira na jezik na kojem se odvija, zajedno s prihvaćanjem vlastitoga djeteta i njegove teškoće, temelj uspješnoga razvoja osobnosti djeteta.

Prirodni znakovni jezici usvajaju se s lakoćom i spontano kroz prirodan proces usvajanja jezika, ako mu je dijete izloženo u ranoj dobi. Nisu pronađeni nikakvi dokazi koji podupiru ideju da rano usvajanje znakovnoga jezika koči ili remeti usvajanje jezika čujućih. Nasuprot tome, postoje dokazi da rana uporaba znakovnoga jezika poboljšava kasnija jezična i akademska postignuća (39-42).

Uzimajući u obzir te znanstveno i iskustveno potvrđene činjenice, kao i situaciju u Hrvatskoj gdje je dominantan oralni pristup u rehabilitaciji djece s oštećenjem sluha, u Kabinetu za oštećenja sluha Centra za rehabilitaciju Edukacijsko-rehabilitacijskoga fakulteta roditeljima je ponuđen rani interventni program s mogućnošću podrške u obitelji. Uz savjetovanje roditelja i poučavanje znakovnom jeziku rehabilitacijski postupci usmjereni prema djetetu temelje se na usvajanju hrvatskoga znakovnog jezika (HZJ) kao prvoga jezika djeteta s oštećenjem sluha, uz istovremenu rehabilitaciju slušanja i govora. Napredak djeteta u govornom jeziku potvrđuje roditeljima tezu, u koju su manje ili više vjerovali, da znakovni jezik ili manualni znakovi kojima je malo dijete izloženo u obitelji, ne ometaju njegovo učenje govornoga jezika, već ga, naprotiv, unapređuju. Naravno da su individualne razlike među djecom i okolnostima u kojima odrastaju vrlo velike i da roditelji različite programe doživljavaju i prihvaćaju na različite načine. Ono što profesionalci, koji su posvećeni rehabilitaciji male djece s oštećenjem sluha, trebaju razvijati je raznolikost programa podrške i svijest da ne postoji bolji ili lošiji program, već onaj koji je određenom djetetu manje ili više primjeren da bi ostvarilo svoje potencijale. Angažiranost roditelja, ne u iznalaženju različitih programa za svoje dijete, već u aktivnom i direktnom poticanju u svakodnevnim situacijama slijedeći upute profesionalaca, pokazao se kao jedan od najvažnijih čimbenika napretka djeteta.

3. Zaključak

Stavovi profesionalaca prema rehabilitacijskim potre-

bama djece s oštećenjem sluha jesu različiti kao što su i različite potrebe maloga gluhog ili nagluhoga djeteta i njegove obitelji. Izgradnja stavova ovisi o njihovom obrazovanju, a zatim i o profesionalnom iskustvu. Kada stojimo pred dilemom koji rehabilitacijski postupak odabrati prije svega je potrebno utvrditi stupanj i vrijeme nastanka oštećenja sluha. U Hrvatskoj su sva rodilišta opremljena uređajem za ispitivanje stanja sluha u novorođenčeta i svako je novorođenče podvrgnuto ispitivanju prije otpusta iz rodilišta. Neonatalni probir preduvjet je rane dijagnostike što je opet preduvjet rane intervencije. Dijete može biti i dobar kandidat za kohlearnu implantaciju što roditelji različito prihvaćaju. Gluhi/nagluhi roditelji često projiciraju svoje iskustvo i stavove zajednice gluhih, a čujući roditelji isto tako zauzimaju različite stavove – neki spremno prihvaćaju implantaciju dok se drugi dugo dvoume važući dobrobit i rizike. Malo ih se odlučuje krenuti u učenje znakovnoga jezika da bi na taj način mogli komunicirati sa svojim malim gluhim djetetom. Strah i stavovi nekih profesionalaca da znakovni jezik može negativno utjecati na razvoj govornoga jezika navest će roditelje na izbor isključivo oralne rehabilitacije koja ima svoje 'zvijezde', ali veći broj djece nakon završetka školovanja ostaje na razini pismenosti desetogodišnjaka. Nisu samo akademske vještine one koje je potrebno razvijati. Socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj može biti ugrožen upravo zbog nedostatka rane, djetetu s oštećenjem sluha primjerene komunikacije. Prirodni jezik za gluho dijete jest znakovni jezik, a ovisno o karakteristikama djeteta i obitelji, može biti i za nagluho dijete. Sve potrebne informacije i komunikacijsku podršku od rođenja pa do kraja života gluha osoba može dobiti znakovnim jezikom. Još jednom valja naglasiti da dvojezična-dvokulturalna rehabilitacija uključuje ranu komunikaciju na znakovnom jeziku te razvoj kompetencije u govornom jeziku, posebno u čitanju i pisanju.

4. LITERATURA

1. Marn B. Rana provjera sluha: provjera u rodilištu. Zagreb: Hrvatska udruga za ranu dijagnostiku oštećenja sluha; 2003.
2. Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom. Zagreb: N.N. Br. 64 (11. srpnja 2011.)
3. Hull RH. Aural rehabilitation: serving children and adults. San Diego, CA: Singular; 2001.
4. Bradarić-Jončić S, Blaži D. Osobitosti izgovora glasova gluhih srednjoškolaca. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2002;38(1):73-101.
5. Harris M, Terleksi E. Reading and spelling abilities of deaf adolescents with cochlear implants and hearing aids. J Deaf Stud Deaf Educ. 2010;16(1):24-34.
6. Hrastinski I. Reading comprehension and language skills of deaf students in Croatia [disertacija]. West Lafayette: Purdue University; 2014.
7. Lederberg AR, Schick B, Spencer PE. Language and literacy development of deaf and hard-of-hearing children: successes and challenges. Dev Psychol. 2013;49(1):15-30.

8. Paul PV. Language and deafness. 4. izd. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2009.
9. Pribanić Lj. Jezični razvoj djece oštećena sluha [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 1998.
10. Pribanić Lj. Gluhi učenici i jezik. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2007;43(2):55-66.
11. Pribanić Lj. Unapređenje pismenosti u gluhe djece – čitačke strategije. U: Tematski zbornik IV. međunarodne naučno-stručne konferencije Unapređenje kvalitete života djece i mladih; 22.-23. lipnja 2013.; Tuzla: Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih; 2013. str. 561-74.
12. Webster A. Deafness, development and literacy. London: Methuen; 1986.
13. Marn B. Rano otkrivanje oštećenja sluha u djece u Hrvatskoj – probir i dijagnostika. Paediatr Croat. 2012;56(Supl 1):195-201.
14. Marn B, Vlahović S, Ivković M, Žulj I. Rano otkrivanje oštećenja sluha – gdje smo nakon pet godina? U: Zbornik radova stručno-znanstvenog skupa Različiti pristupi u ranu dijagnostiku i (re)habilitaciju djece s teškoćama u razvoju; 28.-29. ožujka 2008.; Rijeka: Dnevni centar za rehabilitaciju „S. Raškaj“; 2008. str. 13-28.
15. Blair C, Peters R, Lawrence F. Family dynamics and child outcomes in early intervention: the role of developmental theory in the specification of effects. Early Child Res Q. 2003;18(4):446-67.
16. Ljubešić M, urednica. Biti roditelj: model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinjstva i mladeži; 2003.
17. Midžić E. Knjiga o Ani... i usputna sjećanja. Zagreb: Mozaik knjiga; 2011.
18. Wagner Jakab A. Obitelj – sustav dinamičnih odnosa u interakciji. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2008;44(2):119-28.
19. Bruner J. The ontogenesis of speech acts. J Child Lang. 1975;2(1):1-19.
20. Hoiting N, Slobin DI. What a deaf child needs to see: Advantages of a natural sign language over a sign system. U: Schulmeister R, Reinitzer H, urednici. Progress in sign language research: In honor of Siegmund Prillwitz. Hamburg: Signum; 2002. str. 267-77.
21. Knight P, Swanwick R. Working with deaf pupils: sign bilingual policy into practice. London: David Fulton Publishers; 2002.
22. Meadow-Orlans KP, Greenberg MT, Erting C, Carmichael H. Interactions of deaf mothers and deaf preschool children: comparison with three other groups of deaf and hearing dyads. Am Ann Deaf. 1981;126(4):454-68.
23. Meadow-Orlans KP, Sass-Lehrer M. Support services for families with children who are deaf: challenges for professionals. Topics Early Child Spec Educ. 1995;15(3):314-34.
24. Erting CJ, Prezioso C, Hynes MO. The interactional context of deaf-mother communication. U: Volltera V, Erting C, urednici. From gesture to language in hearing and deaf children. Berlin: Springer-Verlag; 1990. str. 97-107.
25. Koester L. Intuitive parenting as a model for understanding parent-infant interactions when one parent is deaf. Am Ann Deaf. 1992;137(4):362-9.
26. Dulčić A, Pavičić Dokoza K, Vlahović S, Sabljarić Z, Šindija B. Verbotonalna metoda i nove tehnologije u Poliklinici SUVAG. Govor: časopis za fonetiku. 2009;26(1):35-52.
27. Dulčić A. Djeca oštećena sluha: priručnik za roditelje i udomitelje. Zagreb: Alineja; 2002.
28. Guberina P. Verbotonal method and its application to the rehabilitation of the deaf: International congress on education of the deaf; lipanj 1963.; Washington D.C.: US Government Printing Office; 1964. str. 279-93.
29. Rulenkova L. Kako malo gluho dijete naučiti slušati i govoriti primjenom verbotonalne metode. Zagreb: SUVAG; 2015.
30. White AH, Stevenson VM. The effects of total communication, manual communication, oral communication and reading on the learning of factual information in residential school deaf children. Am Ann Deaf. 1975;120(1):48-57.
31. Stokoe W. Sign language structure: an outline of the visual communication systems of the American Deaf. Burtonsville, MD: Linstok Press; 1960.
32. Stokoe W, Casterline DC, Croneberg CG. A dictionary of American Sign Language on linguistic principles. Washington, DC: Gallaudet College Press; 1965.
33. Wilbur RB. Sign language and successful bilingual development of deaf children. Društvena istraživanja. 2001;10(6):1039-79.
34. Wilbur RB. After 40 years of language research, what do we know? U: Bradarić-Jončić S, Ivasović V, urednice. Sign language, Deaf culture and bilingual education. Zagreb: Faculty of education and rehabilitation sciences; 2004. str. 9-31.
35. Emmorey K. Language, cognition, and the brain: insights from sign language research. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate; 2002.
36. Bradarić-Jončić S, Kolarić B. Dvojezično obrazovanje gluhe djece. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2012;48(1):104-16.
37. Calderon R, Greenberg M. Social and emotional development of deaf children: family, school, and program effects. U: Marschark M, Spencer PE, urednici. Oxford handbook of Deaf studies, language and education. Oxford: Oxford University Press; 2003. str. 177-89.
38. Ivasović V. Mentalno zdravlje i gluhoća. U: Šegota I, urednik. Bioetički aspekti komuniciranja s gluhim pacijentima. VII. bioetički okrugli stol: zbornik radova Dani bioetike; 25.-26. svibnja 2006.; Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci – katedra za društvene znanosti; 2006. str. 85-106.
39. Lambert WE. The effects of bilingualism on the individual: cognitive and sociocultural consequences. U: Hornby PA, urednik. Bilingualism: Psychosocial, social and educational implications. New York: Academic Press; 1977. str. 15-27.
40. Neal Mahshie S. Dvojezično obrazovanje gluhe djece: s iskustvima Švedske i Danske. Zagreb: Savez gluhih i nagluhih grada Zagreba; 2007.
41. Strong MA. Bilingual approach to the education of young deaf children: ASL and English. U: Strong M, urednik. Language learning and deafness. Cambridge: Applied Linguistics; 1988. str. 113-33.
42. Teruggi LA, urednica. Jedna škola, dva jezika. Iskustvo dvojezičnosti u vrtiću i osnovnoj školi u Cossatu. Zagreb: SGN, ERF, HDTPZJ; 2014.

HOW TO COMMUNICATE WITH A HEARING IMPAIRED CHILD – INFLUENCE OF THE FAMILY AND PROFESSIONAL’S ATTITUDES TOWARDS CHOOSING THE FORM OF COMMUNICATION

Ljubica Pribanić

Department of Hearing Impairments, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences,
Scientific and Teaching Campus Borongaj, University of Zagreb, Borongajska 83f, HR-10000
Zagreb, Croatia

Review

Abstract

Depending on the degree and time of the hearing impairment, the appropriate selection of the communication mode (auditory or visual), contributes greatly to children’s cognitive development, his knowledge of the world, understanding of human relationships, language and speech acquisition and academic skills. The aim of this paper is to consider the communication needs from the perspective of a child with hearing impairment that would satisfy its cognitive and socio-emotional development. This paper will explain certain forms of support that professionals and the family of a small deaf or hard of hearing child can provide to meet child’s needs for effective communication that brings to spoken or signed language acquiring.

Key words: Hearing loss; Child, preschool; Hearing aids; Cochlear implants, Communication methods, total; Sign language