

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

**Analýza komunikace mezi předškolními dětmi s poruchami a vadami sluchu
a jejich slyšícími rodiči**

Bakalářská práce

Autor: Natálie Kalousková
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Lauková
Oponent práce: PhDr. Kamila Růžičková, PhD.



Zadání bakalářské práce

Autor: Natálie Kalousková

Studium: P19P0207

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Analýza komunikace mezi předškolními dětmi s poruchami a vadami sluchu a jejich slyšícími rodiči**

Název bakalářské práce Analysis of communication between preschool children with hearing impairments and their hearing parents
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá komunikací mezi předškolními dětmi s poruchami a vadami sluchu a jejich slyšícími rodiči. Teoretická část práce se bude orientovat na problematiku sluchového postižení a specifika vývoje dítěte předškolního věku se sluchovým postižením a zejména pak na možnosti komunikace mezi těmito dětmi a jejich slyšícími rodiči. Důraz bude kladen na jednotlivé typy komunikačních systémů a možnosti jejich využití při různém stupni sluchového postižení dítěte. Hlavním cílem empirické části práce bude na základě vlastního dotazníkového šetření determinovat preferované komunikační systémy v těchto rodinách na území České republiky, které budou doplněny o názory a rady odborníků.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let.* 2. vyd. Brno: Edika, 2015. ISBN 978-80-266-0658-1.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí: komplexní péče.* Praha: Triton, 2005, 117 s. ISBN 80-7254-623-6.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ.* Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených.* Praha: Beakra, 2014, 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.

LANGER, Jiří. *Special education for the people with hearing impairment.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3749-1.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Lauková

Oponent: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 10.2.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Analýza komunikace mezi předškolními dětmi s poruchami a vadami sluchu a jejich slyšícími rodiči* vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 1.3.2022

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila své poděkování vedoucí práce paní Mgr. Štěpánce Laukové za její ochotu, cenné rady a připomínky, které dopomohly vzniku této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala svému příteli, rodině a svým přátelům za vytrvalou podporu a pomoc po celou dobu mého studia.

Anotace

KALOUSKOVÁ, Natálie. *Analýza komunikace mezi předškolními dětmi s poruchami a vadami sluchu a jejich slyšícími rodiči*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 70 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá komunikací mezi předškolními dětmi s poruchami a vadami sluchu a jejich slyšícími rodiči. Teoretická část práce se orientuje na vývoj dítěte předškolního věku a specifika vývoje u dětí se sluchovým postižením z hlediska motorického, kognitivního, sociálního a emočního vývoje. Přiblížena je problematika sluchového postižení zahrnující anatomii sluchového orgánu, vývoj sluchového orgánu a sluchu, dělení sluchových vad a poruch. Teoretická část se též zaměřuje na vývoj řeči u předškolních dětí, na odchylky ve vývoji řeči u dětí se sluchovým postižením a zejména pak na možnosti volby komunikačního systému v komunikaci mezi těmito dětmi a jejich slyšícími rodiči. Hlavním cílem empirické části práce je na základě vlastního dotazníkového šetření determinovat preferované komunikační systémy v těchto rodinách a analyzovat zásadní vlivy ovlivňující výběr daného komunikačního systému. Praktická část je rovněž obohacena o názory a rady několika odborníků.

Klíčová slova: předškolní věk, sluchové postižení, komunikace

Annotation

KALOUSKOVÁ, Natálie. *Analysis of communication between preschool children with hearing impairments and their hearing parents*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 70 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with the communication between preschool children with hearing impairment and their hearing parents. The theoretical part of the thesis is focused on the development of preschool children and the specifics of the development of children with hearing impairment in terms of motor, cognitive, social and emotional development. The issue of hearing impairment is described, including the anatomy of the auditory organ, the development of the auditory organ and hearing, the division of hearing defects and disorders. The theoretical part is also focused on the development of speech of preschool children, on deviations in the development of speech of children with hearing impairment and especially on the possibilities of choosing a communication system for communication between these children and their hearing parents. The main goal of the empirical part of this thesis is based on an own questionnaire to determine the preferred communication systems in these families and to analyze the major factors influencing the choice of communication system. The practical part is also enriched with the opinions and advice of several experts.

Keywords: preschool age, hearing impairment, communication

Obsah

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Specifika vývoje dítě předškolního věku s poruchami a vadami sluchu....	11
1.1 Tělesný a motorický vývoj	12
1.2 Kognitivní vývoj	13
1.3 Sociální a emoční vývoj	15
2 Uvedení do problematiky sluchového postižení	17
2.1 Sluch a problematika sluchového postižení	17
2.2 Anatomie a vývoj sluchového orgánu	17
2.3 Vady a poruchy sluchu	19
2.3.1 Dělení a klasifikace sluchových vad a poruch	19
2.3.2 Diagnostika sluchových vad a poruch	23
2.3.3 Kompenzace sluchových vad a poruch	25
3 Komunikace dětí se sluchovým postižením.....	27
3.1 Vývoj řeči u předškolních dětí	27
3.2 Specifika řeči u jednotlivých typů sluchového postižení	30
3.3 Komunikační systémy osob se sluchovým postižením.....	33
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
4 Uvedení do praktické části	35
4.1 Vymezení cílů a hypotéz.....	35
4.2 Metodologie výzkumného šetření	36
5 Analýza a prezentace získaných dat	37
6 Doporučení odborníků	52
7 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz	54
Závěr	56
Seznam použité literatury	58

Seznam internetových zdrojů.....	62
Seznam tabulek.....	66
Seznam grafů	66
Přílohy	67

Úvod

Komunikace mezi slyšícími rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením je obsáhlé téma, které by nemělo být opomíjeno. V České republice žije přibližně 135 tisíc osob se sluchovým postižením a každoročně se rodí v průměru kolem 130 dětí s vrozenou sluchovou vadou či se získaným postižením sluchu v raném věku (ČSÚ, 2019; ÚZIS ČR, 2018). Majoritní část sluchově postižených však tvoří osoby důchodového věku. Diagnostikování sluchového postižení u dítěte značně ovlivní rodinu, jelikož se ocitají v neznámé situaci, ze které mají mnohdy strach. V prvních chvílích je pro rodinu důležitá podpora a poskytnutí informací o problematice sluchového postižení. Existuje mnoho komunikačních systémů a komunikačních přístupů, které rodiny s dětmi se sluchovým postižením mohou využívat. Z tohoto důvodu je nezbytná informovanost rodiny o konkrétních možnostech komunikace a volba vhodného komunikačního systému uplatňovaném při komunikaci s dítětem se sluchovým postižením, a to s ohledem kladeným na možnost případné kompenzace sluchové ztráty a individuální možnosti a schopnosti dítěte. Komunikace mezi rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením je významné téma, které ovlivňuje budoucí komplexní rozvoj osobnosti dítěte. Téma bakalářské práce bylo zvoleno především z důvodů vlastního zájmu o danou problematiku a touze orientovat se na děti se sluchovým postižením také v profesním životě.

Teoretická část je rozčleněna do tří kapitol zahrnující vývoj předškolního dítěte, problematiku sluchového postižení a komunikaci dětí se sluchovým postižením. Prvním cílem teoretické části práce je popsat vývoj dítěte předškolního věku a určit specifika vývoje u dětí se sluchovým postižením, a to z hlediska motorického, kognitivního, sociálního a emočního vývoje. Problematika sluchového postižení je druhou stěžejní kapitolou, jež obsahuje stručnou anatomii sluchového orgánu, popis vývoje sluchového orgánu a sluchu, a také dělení sluchových vad a poruch. V neposlední řadě je teoretická část práce orientována již na samotnou komunikaci dětí se sluchovým postižením a slouží tak jako základ pro praktickou část práce. Cílem je popsat vývoj řeči u předškolních dětí a uvést nejčastější odchylky ve vývoji řeči u dětí se sluchovým postižením a zejména se zaměřit na možnosti volby komunikačního systému.

Cílem praktické části bakalářské práce je především analyzovat preferované komunikační systémy mezi slyšícími rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením. Důraz je kladen na zásadní faktory ovlivňující výběr daného komunikačního systému a na

zjišťování možných spojitostí mezi nimi. V úvodu praktické části jsou stanoveny hypotézy, které budou na základě vlastního dotazníkového šetření ověřovány. Zdrojem této části práce však není pouze dotazníkové šetření, ale práce je navíc obohacena také o názory a rady odborníků, jenž se danou problematikou zabírají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Specifika vývoje dítě předškolního věku s poruchami a vadami sluchu

K určení specifík vývoje předškolního dítěte s poruchami a vadami sluchu je nezbytná komparace s vývojem intaktních¹ dětí v tomto vývojovém období. Z tohoto důvodu je v této kapitole nejprve shrnut vývoj intaktních dětí a posléze jsou popsány odlišnosti ve vývoji dítěte se sluchovým postižením.

Období předškolního věku bývá nejčastěji vymezeno věkem od tří let do vstupu dítěte na základní školu, což je ve středoevropských podmínkách zpravidla kolem 6 let věku dítěte. Jednotlivé státy však mohou mít rozdílnou hranici pro začátek povinné školní docházky – kupříkladu ve Velké Británii je to 5 let (Department of Education, 2017).

„Období předškolní je nejpozoruhodnější etapou vývoje lidského jedince, spojuje vše, co bylo u dítěte vrozeno s tím, co se výchovou a učením stane zlatým mostem k budoucí dospělé osobnosti. Je to doba, na kterou si již v dospělosti vzpomínáme, ke které se vracíme, která zanechává v naší paměti již mnohé stopy.“ (Lisá a Kňourková, 1986, s. 174)

Toto vývojové období je považováno za velmi klíčové v následném vývoji jedince, jelikož je dítě holisticky rozvíjeno ve všech oblastech, k čemuž vyžaduje dostatek vhodných stimulů. Rozvoj nastává například v oblasti hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky², kresby, ve schopnostech zrakového a sluchového vnímání a diferenciaci, vnímání času a prostoru, řeči, matematických a logických představ či v oblastech sociálních dovedností a rozvoji samostatnosti.

Postižení sluchového orgánu má velký vliv na zdravý vývoj dítěte, jelikož nemůže dítě získávat informace prostřednictvím sluchového vnímání. V případě dětí s poruchami či vadami sluchu bývá jejich přirozený vývoj v některých oblastech opožděn nebo narušen, což může být zapříčiněno sluchovým postižením jedince.

¹ Děti bez postižení.

² Za grafomotoriku lze označit soubor psychomotorických činností, které jsou vykonávány při kreslení a psaní (Kucharská a Švancarová, 2004).

1.1 Tělesný a motorický vývoj

Ve věku od tří do šesti let dochází u dětí z biologického hlediska ke změnám tělesné konstituce, celkovému růstu kostí a nárůstu svalové hmoty. Během těchto let se přeměňuje původní baculatost na štíhlost, dítě se vytahuje do výšky a hlava není tolik dominantní v celkové proporci těla, jako tomu je v předchozích vývojových obdobích, ale tvoří přibližně jednu šestinu z celkové výšky těla dítěte (Machová, 2016). U dětí se objevují výraznější pohlavní odlišnosti a rovněž rysy v obličeji, které mohou naznačovat charakteristickou podobu s některými z jeho předků. Medián výšky dítěte ve věku tří let činí 98 cm u chlapců, respektive 96 cm u dívek a jeho váha se pohybuje okolo 15 kg. Šestileté dítě pak dosahuje mediánové výšky 118 cm a hmotnosti 21 kg (SZÚ, 2001).

V souvislosti s tělesným vývojem se zároveň zlepšuje motorický vývoj dítěte v nejrůznějších oblastech. Mnoho pohybových pokroků v oblasti hrubé motoriky přichází již s předchozími vývojovými obdobími, kdy se dítě učí nejprve zvedat hlavičku, „pást koníčky,“ přetáčet z břicha na záda, sedat si, plazit se, lézt až po samotné postavení se, chůzi a postupem času i běh. Dítě předškolního věku jednotlivé pohyby zdokonaluje a stupňuje se kvalita jeho pohybové koordinace. Jeho pohyby jsou přesnější, účelnější a plynulejší (Šulová, 2015). V chůzi i běhu si je dítě jistější a stává se více obratným, což je pro jeho akční povahu v období mezi 3 až 6 rokem stěžejní. Vývoj probíhá u každého jedince individuálně, některé děti se učí rychleji, jiné pomaleji. Kromě genetických predispozic hraje ve vývoji však značnou roli rodina, ve které dítě vyrůstá. Záleží na konkrétním stylu výchovy, množství času tráveného s dětmi, aktivním využití času tráveného s dětmi pro rozvoj a učení nových dovedností a mnoha dalších faktorech (Gillernová a ed., 2015). Děti se mohou učit nové dovednosti, jako je například jízda na kole, lyžování či plavání, ale to pouze v případě, že jim je věnována dostatečná pozornost.

Jemná motorika dítěte se přirozeně rozvíjí v rámci činností a her, které v tomto období děti vykonávají. Často děti manipulují s různými hračkami či s didaktickým materiálem (např. stavebnice, kostky atd.), provádí rukodělné činnosti (např. modelování, stříhání, trhání a mačkání papíru atd.) nebo dělají další aktivity, u nichž se zdokonaluje jejich úchop a přesnost provedení daných úkonů. Významnou roli zde hrají i běžné rutinní činnosti týkající se každodenních potřeb (otevírání a zavírání dveří, rozsvěcování světla) či sebeobsluhy (Bednářová a Šmardová, 2015).

V souvislosti s rozvojem jemné motoriky nastávají rovněž změny ve vývoji dětské kresby, jež se proměňuje z původních bezobsažných čmáranic v batolecím věku postupně až na realistickou kresbu lidské postavy s mnoha detaily. V předškolním věku by obsah kresby měl být již cílený. Kolem 3. až 4. roku děti začínají kreslit takzvané „hlavonožce“ (tj. hlava s obličejem, z níž přímo vychází končetiny). Později se u kresby člověka objevuje více prvků a detailů, jako je například krk, břicho nebo oblečení. Grafomotorické prvky jsou nedílnou součástí kresby. Děti mnohdy při kresbě využívají různé kruhy, čáry, později trojúhelníky, čtverce a další geometrické útvary. Pro korektní vývoj grafomotoriky je nezbytný správný úchop tužky, dostatečné uvolnění ruky, plynulost čar a vyhovující tlak kreslení tužkou na psací podložku jako je tomu u kresby. Bednářová a Šmardová (2015) v jednotlivých etapách věku dítěte dále hodnotí vizuomotoriku, která se zabývá koordinací oka a ruky, lateralitu ruky a lateralitu oka. Tyto motorické dovednosti jsou podmínkou pro následnou výuku na základní škole.

U dětí se sluchovým postižením se tělesný vývoj nijak výrazně neodlišuje od vývoje intaktních dětí, ale některé odchylky mohou nastat v oblasti motoriky. Jak bude blíže popsáno v kapitole 2, sluchové ústrojí velmi úzce souvisí s ústrojím rovnovážným. Z tohoto důvodu se u jedinců se sluchovým postižením nezdá vyskytovat obtíž se stabilitou a koordinací jednotlivých pohybů. Půstová (1997) uvádí, že dítě se sluchovým postižením má ztížené podmínky vývoje, jelikož mu chybí úplná funkce sluchového vnímání a dostatek sluchových podnětů. U těchto dětí je tedy nutné věnovat pozornost rozvoji ostatních smyslů a dovedností.

1.2 Kognitivní vývoj

Pod pojmem kognitivní vývoj se rozumí rozvoj jednotlivých poznávacích funkcí a schopností. Mezi základní poznávací funkce bývá řazeno vnímání, představivost, myšlení, pozornost či paměť. Vnímání neboli percepce se členění na smyslové vnímání a vnímání času a prostoru. Šulová (2015) uvádí, že děti předškolního věku nejsou prozatím schopni vnímat věci jako celek, ale spíše se více soustředí na detaily. U dětí se zdokonaluje cit pro zrakové a sluchové rozlišování, avšak ve vnímání času a prostoru jsou podstatnější nedostatky. Děti většinou nejsou schopni odhadnout pojmy týkající se času (za minutu, za dvě hodiny, odpoledne) a ve vnímání prostoru děti mohou být zmateny a rozhozeny maličkostmi. Další poznávací funkcí je představivost, která je typická u předškolních dětí především jsou svou pestrostí představ a fantazií. Představivost je mnohdy dětskou

konfabulací³ (tamtéž). Myšlení je nejsložitější poznávací funkcí a zároveň nedílnou součástí kognitivního vývoje. J. Piaget vymezuje myšlení na čtyři stádia, přičemž děti ve věku od 2 do 7 let jsou zařazeny do předoperačního stádia, se kterým souvisí prozatímní nelogičnost myšlení, využívání velkého množství symbolů a imaginace (Huitt a Hummel, 2003). V dětském myšlení se objevují charakteristické vlastnosti – kupříkladu egocentrismus, magičnost, antropomorfismus⁴, arteficialismus⁵ nebo fenomenismus⁶ (Langmeier a Krejčířová, 2006). Kromě rozvoje a změn struktur poznávacích funkcí se dětem během 3. až 6. roku postupně prodlužuje schopnost udržet pozornost a zdokonaluje se jim paměť. U předškolního dítěte je dominantní bezděčná paměť (tzn. nezáměrné zapamatování, uchování a vybavení si informací) a až kolem pátého roku se začíná objevovat paměť záměrná. Z hlediska délky trvání procesu pamatování si informací podstatně převažuje paměť krátkodobá nad paměť dlouhodobou (Šulová, 2015).

Dítě s poruchou či vadou sluchu má stejnou touhu po poznání, jako ostatní slyšící děti, avšak proces rozvoje a učení je pro něj ztížený.

„Aby dítě s postižením sluchu nezaostávalo ve svém rozvoji z důvodu sníženého množství informačních kanálů, potřebuje i přes normální intelektovou vybavenost proces učení častěji opakovat a upevňovat.“ (Mukšnáblová, 2014, s. 86)

Hiskey (1956) porovnává testy inteligence a aplikuje je na vzorek slyšících a neslyšících dětí. Z výzkumu vyplývá, že neslyšící děti dle inteligenčních testů dosahují nepatrně nižších výsledků v hodnocení kognitivních dovedností než slyšící děti. Rozdíly, díky čemuž neslyšící děti dosáhly nižších výsledků, se objevovaly především v nesprávném pochopení sdělení, v problémech s verbalizací a obtížích v analýzách slov a vět. Inteligence a mentální úroveň dítěte je předpokladem pro rozvoj myšlení. U dětí nemusí být inteligence ani jeho mentální úroveň sluchovou vadou nikterak zasažena. Způsob myšlení se však může lišit od myšlení slyšících osob. Vzhledem k deficitům v mluvené řeči, se nerozvíjí ani vnitřní řeč, která je stěžejní pro vývoj myšlení. Děti se sluchovým postižením mývají proto častější obtíže v abstrakci, jelikož nerozumí abstraktním pojmům, které

³ Konfabulace je smyšlenka, o které jsou dané osoby přesvědčené, že je pravdivá.

⁴ Antropomorfismus je polidšťování neživých předmětů.

⁵ Arteficialismus je dětská domněnka, že vnější svět někdo udělal.

⁶ Fenomenismus je důraz kladený na určitou podobu okolního světa.

si neumí představit. Toto se může projevat nelogickým uvažováním a mylným domněnkám dětí (Vaněčková, 1996).

1.3 Sociální a emoční vývoj

Každé dítě potřebuje ke svému životu společenské prostředí, které mu bude poskytovat důležité sociální podněty nezbytné pro sociální vývoj dítěte. Již od narození dítě navazuje první kontakty, vztah s rodiči, prarodiči, příbuznými a prostřednictvím každého kontaktu dítě získává nové poznatky o fungování společnosti. V období předškolního věku je dítě velmi tvárné a okolí, ve kterém žije, významně spoluutváří jeho chování, návyky, povahu, celkový charakter, ale i budoucí vývoj dítěte.

Z tohoto důvodu by měl být kladen důraz na správný sociální vývoj, který probíhá ze začátku nejčastěji v rodině. Dále se na vývoji osobnosti dítěte podílí významně výchovně-vzdělávací instituce, kterou dítě navštěvuje – kupříkladu mateřská škola, jesle, dětská skupina atd., a také vrstevníci. Toto jsou základní sociální skupiny, jejichž vlivem se děti učí nové sociální dovednosti (Vágnerová, 2012).

Základem emočního vývoje předškolního dítěte je rozvoj sebepojetí a seberegulace. Postupně se zdokonaluje jeho vyjadřování pocitů a stává se více empatické, díky čemuž dokáže rozeznat emoce druhých (Langmeier a Krejčíková, 2006). V tomto senzitivním období se také formulují povahové vlastnosti a charakter dítěte, přičemž zároveň se dítě postupně začíná emancipovat od matky, tudíž na dítě začíná mít vliv i širší společnost (Novotná et al., 2004).

„Na konci tohoto období se stává dítě relativně samostatné, ukázněné, sociálně a emočně přiměřeně vyspělé a zralé s rozvinutými poznávacími procesy a motorikou. Je schopné vynaložit určitou námahu k započetí i méně příjemné činnosti a k jejímu dokončení.“ (Švingalová, 2002, s. 33)

U dětí se sluchovým postižením je více ohrožen jejich sociální a emoční vývoj, jelikož dochází k podnětové a citové deprivaci způsobené přílišnou zátěží v důsledku sluchové vady (Horáková, 2017). Pokud dítě není dostatečně začleňováno do společnosti již od útlého věku a není mu poskytnuta vhodná péče, může být apatické, ztrácet sebevědomí, sebejistotu a také zažívat pocity izolace. Muknšnáblová (2014, s. 70) k tomuto uvádí, že:

„Prožívání sluchového postižení je individuální, i když existují určité předpokládané reakce. Obecně záleží především na věku dítěte, kdy došlo ke vzniku poruchy a na závažnosti vady sluchu, na temperamentu dítěte, zkušenostech, výchovném působení, na sociálním prostředí atd.“ (Muknšnáblová, 2014, s. 70)

Ztěžujícím činitelem sociálního vývoje dítěte je jeho obtížnější komunikace s okolím, avšak vždy je situace individuálně odvislá od rozsahu sluchové vady a úspěšnosti kompenzace. Klíčová je také forma komunikace, kterou se dítě dorozumívá. Jestliže dítě aktivně užívá orální komunikaci, bude jistě pro jeho okolí snazší využívání tohoto komunikačního systému než některého z vizuálně motorických systémů⁷. Dále dítěti způsobuje přítěž omezená možnost získání informací prostřednictvím sluchového vnímání.

⁷ Vizuelně motorické systémy jsou systémy založené na speciálních zrakových a motorických signálech (Langer, 2013a).

2 Uvedení do problematiky sluchového postižení

2.1 Sluch a problematika sluchového postižení

Sluch je jedním z nejtěžejnějších smyslových orgánů člověka, který nám umožňuje vnímat zvuky z okolí a získávat prostřednictvím sluchu různé informace. Houdková (2005), Langer (2013a), Mukšnáblová (2014), Skákalová (2011) a Světlík (2000) udávají, že sluchový orgán je schopen pojmout zvukové vlnění ve frekvenčním rozsahu od 16 Hz po 20 000 Hz. Nejcitlivější je však rozmezí mezi 500–4 000 Hz, jelikož v tomto frekvenčním pásmu se pohybuje lidská řeč. Intenzita zvuku bývá nejčastěji vymezena hranicí od 0 dB po 120 dB, tedy od prahu slyšení po práh bolesti. Intenzitu vyšší než 130 dB vnímáme již velmi bolestivě a v důsledku vysoké intenzity může vzniknout poškození sluchu (Jungwirthová, 2015a; Langer, 2013a). Takto vysoká intenzita zvuku může nastat například v těsné blízkosti startu letadla či při výbuchu a může vést k trvalému poškození sluchu. Rozsah poškození sluchu se u osob se sluchovým postižením výrazně liší, a proto jsou mezi jednotlivci velké individuální rozdíly v oblasti sluchového vnímání, v možnostech komunikace, v reprodukci řeči atd.

V České republice žije přibližně 135 tisíc osob se sluchovým postižením. Nejvíce osob se sluchovou vadou má lehčí sluchovou ztrátou a zhruba 5 % sluchově postižených tvoří skupina osob s praktickou či úplnou hluchotou (ČSÚ, 2019). Dle této statistiky je zřejmé, že sluchové postižení není rarita – 135 tisíc totiž v relativním měřítku znamená přes 12 % celkové populace ČR. Sluchové postižení postihuje všechny věkové kategorie, avšak největší poměr lze zaznamenat u starších osob, u nichž dochází ke ztrátě sluchu vlivem odumírání buněk ve vnitřním uchu. Národní institut pro zdraví (NIH, 2021) udává, že zhruba 25 % osob ve věku mezi 65–74 lety trpí ztrátou sluchu v důsledku stárnutí či presbyakuze⁸ a u seniorů nad 75 let je udáván poměr dokonce kolem 50 %.

2.2 Anatomie a vývoj sluchového orgánu

Světlík (2000) dělí z anatomického hlediska sluchový orgán na část periferní a centrální. Část periferní je složena ze zevního, středního a vnitřního ucha a centrální část tvoří sluchový nerv, sluchová jádra a sluchové centrum v mozku. Každá z těchto částí ucha plní svou specifickou úlohu pro zachování správné funkčnosti sluchového ústrojí. Zevní

⁸ Presbyakuze – stařecká nedoslýchavost

ucho je tvořeno ušním boltcem a zevním zvukovodem. Boltce zachycuje a přijímá sluchový podnět z okolí. Tento sluchový podnět je veden zevním zvukovodem pomocí akustických vln směrem k bubínku. Bubínek je pružná blanka, která odděluje zevní a střední ucho a přenáší kmity akustických vln do středního ucha (Muknšábllová, 2014; Světlík, 2000).

Ve středoušní dutině se nachází soustava tří kůstek: kladívko, kovádlíka a třmínek. Tyto kůstky zajišťují pokračování přenosu mechanického kmitání do oválného okénka. Oválné okénko je otvor, na hranici mezi středním a vnitřním uchem, pokrytý pružnou blankou (Skákalová, 2011; Vohlídková, 2009). Pro správný převod zvuku, je nutné vyrovnání atmosférického tlaku zevního zvukovodu a středoušní dutiny. K vyrovnání tlaku slouží Eustachova trubice, která propojuje středoušní dutinu s nosohltanem (Muknšábllová, 2014). Světlík (2000) uvádí, že „*tato trubice se za normálních podmínek otevírá při každém polknutí a dochází k výměně vzduchu mezi středouším a vnějším prostředím*“.

Vnitřní ucho je rozděleno na část vestibulární a sluchovou. Vestibulární část je zodpovědná za vnímání rovnováhy a je zde umístěno rovnovážné ústrojí. Obsahem vestibulární části jsou dva váčky (kulovitý a vejčitý váček) a tři polokruhovitě kanálky (Skákalová, 2011). Ve sluchové části je umístěno sluchové ústrojí. Tyto dvě části vnitřního ucha jsou vzájemně propojené, tudíž mezi sluchovým postižením a problémy s rovnováhou často existuje závislost (Světlík, 2000). Sluchové ústrojí je tvořeno hlemýžděm, který se skládá ze 2,5 závitů kostěného pouzdra vyplněného perilymfou⁹. V kostěném labyrintu je uložen blanitý labyrint obsahující Cortiho orgán se smyslovými vláskovými buňkami, které jsou pohybem endolymfy¹⁰ drážděny. Díky stimulování smyslových buněk dochází k převádění zvukového signálu dále sluchovou dráhou do sluchových center v mozku (Muknšábllová, 2014). Vohlídková (2009) popisuje funkci vnitřního ucha jako přeměnu mechanické akustické energie na nervové vzruchy v Cortiho orgánu a následné vedení nervových vzruchů sluchovým nervem do sluchových center v mozku, kde jsou tyto vzruchy zpracovávány a vyhodnocovány.

Vývoj sluchového ústrojí počíná již 4. týdnem nitroděložního vývoje jedince. Prenatální období je vymezeno hranicí od početí po narození dítěte. Vnitřní část sluchového orgánu je nejranější částí vyvíjenou v nitroděložním vývoji, kdy se na začátku 4. týdne z vnějšího zárodečného listu plodu vyvíjí vnitřní ucho a od 6. týdne se z něj rozvíjí blanitý

⁹ Perilymfa – tekutina vyplňující prostor mezi kostěným a blanitým labyrintem (Muknšábllová, 2014)

¹⁰ Endolymfa – tekutina vyplňující blanitý labyrint (tamtéž)

labyrint. Základ sluchových kůstek ve středním uchu se utváří po 6. týdnu vývoje plodu, ale až do 8.–9. měsíce je prostor středoušní dutiny vyplněn řídkou vazivovou tkání. Tato tkáň však přetrvává mezi středoušními kůstkami ještě do 2. měsíce postnatálního vývoje a zamezuje tak pohybu středoušních kůstek. Po vymizení vazivové tkáně se středoušní kůstky uvolní a vznikne kloub. U zevního ucha se utváří kolem 2. měsíce prenatálního vývoje ušní hrbolky, které se postupně zvětšují a tvoří základ ušního boltce na vnějšku plodu. Vývoj zevního zvukovodu však začíná již o něco dříve a zdokonaluje se dovršením 7. měsíce prenatálního období. Po vytvoření zevního zvukovodu se k sobě postupně přibližují tři tkáně, které v konečné fázi tvoří bubínek (Čihák, 2016; Mukšnáblová, 2014). Houdková (2005) a Řezníčková (2017) uvádějí, že plod začíná slyšet zvuky kolem 20. týdne prenatálního vývoje. Zajímavé je i zjištění, že „do dělohy matky proniká 64 % z řeči ženy a 57 % z řeči muže.“ (Houdková, 2005, s. 14). Plod dokáže slyšet tlukot srdce matky, zvuky z okolí a dovede odlišit hlas matky. Z tohoto důvodu dítě po narození mnohdy preferuje hlas matky, poněvadž je na něj zvyklé.

Po narození dítěte prochází sluchové vnímání novorozence výraznými změnami, protože doposud byl zvuk v děloze tlumen břišní stěnou matky a plodovou vodou, která byla obsažena ve středním uchu. Plodová voda se vstřebává po narození ještě několik dnů. Zpočátku novorozenci upřednostňují hlas matky a dalších osob nad ostatními zvuky. Postupně děti začínají na zvuky reagovat, hledají zdroje zvuku a otáčí za nimi hlavičku (Houdková, 2005). Novorozenci rozpoznají příjemné a nepříjemné zvuky, na které reagují buďto zvýšenou pozorností nebo například pláčem (Sekeráková a Skybová, 2011). Během následujících měsíců se u dětí rozvíjí sluchové vnímání. Učí se detekovat zvuky (uvědomování si, že slyší) a dále tyto zvuky identifikovat (přirazovat zvuky k jejich zdrojům) (Jungwirthová, 2015a). Sluchové vnímání se i nadále zdokonaluje, což je zásadní podmínkou pro správný rozvoj řeči (Lechta, 2011). Sluch a zrak jsou nejzákladnější smysly, díky kterým děti získávají informace. Postupně dítě experimentuje s různými zvuky, jak se zvuky, které samo reprodukuje (broukání, žvatlání atd), tak i se zvukovými podněty získanými například prostřednictvím zvukových hraček.

2.3 Vady a poruchy sluchu

2.3.1 Dělení a klasifikace sluchových vad a poruch

Sluchové postižení členíme do jednotlivých kategorií v závislosti na dílčích faktorech. Těmito faktory je míněna například délka trvání poškození sluchu, místo

poškození sluchu, příčina/doba vzniku sluchového poškození či samotná klasifikace sluchových vad dle stupně poškození sluchu.

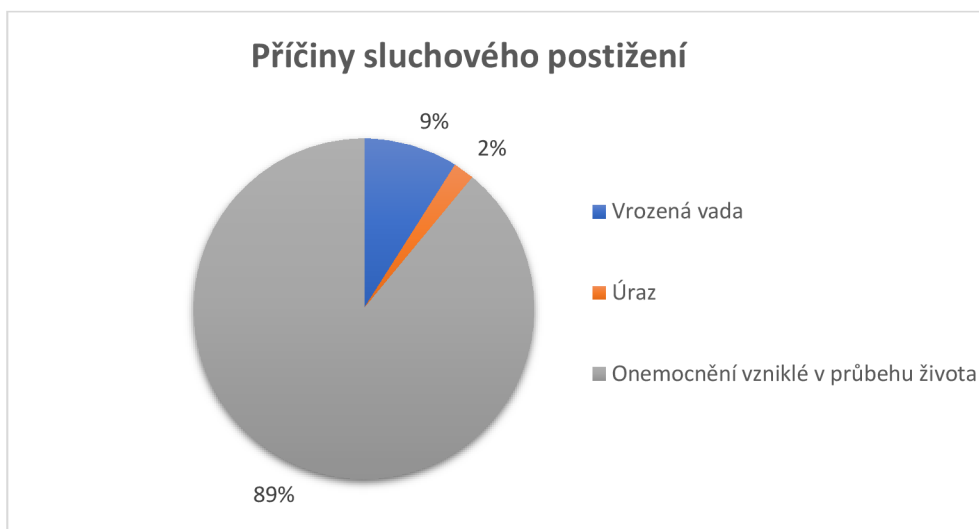
Nejprve je klíčové vymezení rozdílů mezi termíny vada a porucha sluchu, které jsou veřejností často vnímány jako synonyma. Oba termíny se týkají délky trvání sluchového postižení – zatímco porucha sluchu je pouze dočasné zhoršení sluchu, které lze léčit, sluchová vada je oproti tomu trvalé a nevratné poškození sluchového orgánu, které nelze přímo léčit, ale jen do jisté míry kompenzovat.

Z hlediska místa poškození dělíme sluchové postižení na dvě základní kategorie: na centrální a periferní vady/poruchy sluchu. Centrální postižení sluchu postihuje oblast podkorového a korového systému sluchových drah¹¹. Centrální poškození se vyskytuje u dětí pouze v malé míře na rozdíl od periferního poškození. Periferní poškození sluchu zasahuje zevní, střední či vnitřní ucho a dále se člení na vady a poruchy převodní a percepční (Houdková, 2005; Muknšnáblova, 2014; Skákalová, 2011). Převodní vada sluchu vzniká v místě zevního a středního ucha, kdy dochází k narušení převodu zvuku do vnitřního ucha. U percepčních poruch je oblast postižení vnitřní ucho a sluchové dráhy, kdy jsou nejčastěji poškozeny vláskové buňky v Cortiho orgánu či je narušen sluchový nerv (Jungwirthová, 2015a; Muknšnáblova, 2014; Světlík, 2000).

Podle příčiny vzniku sluchového postižení členíme sluchové vady a poruchy na vrozené a získané. Vrozené vady mohou být geneticky podmíněné nebo způsobené okolními vlivy během prenatálního či perinatálního období vývoje dítěte (Skákalová, 2011). Poškození sluchu u plodu v nitroděložním vývoji bývá povětšinou zapříčiněno infekčním onemocněním matky během těhotenství (kupříkladu toxoplazmóza, zarděnky, spalničky...), požíváním ototoxických léků či užíváním návykových látek (Muknšnáblova, 2014; Skákalová, 2011). Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2015 z celkového počtu 111 tisíc živě narozených dětí 21 dětí s diagnostikovanou vrozenou vadou ucha působící poruchu sluchu a 93 dětí s jinou vrozenou vadou ucha (ÚZIS ČR, 2018). Naproti tomu důvodem vzniku získané vady sluchu bývá nejčastěji onemocnění sluchového ústrojí během života. Do této kategorie se řadí chronické záněty ucha, meningitida, těžký průběh dětských onemocnění, nádorová a degenerativní onemocnění. Nejpodstatnější část tvoří osoby starší 65 let, u kterých je ztráta sluchu vyvolaná postupnou degenerací vláskových buněk v Cortiho orgánu. Dalšími možnými příčinami získané

¹¹ Poškození sluchových nervů či sluchových center v mozku.

sluchové ztráty jsou traumata, která jsou způsobena buďto úrazy (např. silný otřes, přímé poranění ucha) či poškozením vzniklým nadměrným hlukem (Mukšnáblová, 2014; Skákalová, 2011). Graf 1 níže zobrazuje statistiku příčin sluchových vad a poruch.



Graf 1 - Statistika příčin sluchového postižení

Zdroj: vlastní zpracování na základě ČSÚ, 2019, s. 20

Poslední důležité vymezení sluchového postižení je klasifikování sluchových vad a poruch na základě rozsahu sluchové ztráty. Stupeň sluchového postižení hraje významnou roli při výběru kompenzační pomůcky pro kompenzaci sluchové vady. Podle míry narušení sluchového orgánu se také odvíjí možnost rozvoje řečových schopností či volba komunikačního systému. WHO (2008) klasifikuje sluchové vady a poruchy následovně (viz tabulka 1).

Tabulka 1 - Klasifikace sluchového postižení dle WHO

Stupeň sluchového postižení	Sluchová ztráta v decibelech
Žádné poškození	0–25 dB
Lehké poškození	26–40 dB
Střední poškození	41–60 dB
Těžké poškození	61–80 dB
Velmi těžké poškození zahrnující hluchotu	81 dB a více

Zdroj: WHO, 2008

Existuje řada různých klasifikací sluchové postižení. Kupříkladu Houdková (2005) přidává do této stupnice pojmy „*dítě se zbytky sluchu*“, „*dítě později ohluchlé*“ a „*neslyšící dítě*“. Pojem dítě se zbytky sluchu označuje neúplnou sluchovou ztrátu, která umožňuje dítěti dorozumívat se mluvenou řečí. Za později ohluchlé děti, jsou považováni jedinci, u nichž došlo ke ztrátě sluchu až postlingválně, tedy po ukončeném vývoji řeči. Z tohoto plyne, že u těchto dětí zůstává zachována řeč, jež se může postupně zhoršovat. Nejvyšší stupeň postižení mají neslyšící děti s úplnou hluchotou (Houdková, 2005; Skákalová, 2011). Důležitá je deskripce dalších pojmů (WHO, 2008), jako je lehká nedoslýchavost, středně těžká nedoslýchavost, těžká nedoslýchavost, praktická a úplná hluchota. Lehká nedoslýchavost bývá nejčastěji ohraničena ztrátou v decibelech v rozmezí mezi 26–40 dB. Jedná se o nejlehčí stupeň sluchového postižení, jež lze dobře kompenzovat sluchadly, pokud je dotyčná osoba požaduje. U lehce nedoslýchavých osob nebývají výrazné obtíže v porozumění ani v produkci mluvené řeči. S přibývajícím okolním hlukem však schopnost porozumění často klesá. Středně těžkou nedoslýchavost vymezujeme v rozpětí od 41–60 dB sluchové ztráty. U středně těžké nedoslýchavosti nastávají obtíže v porozumění řeči a pokud jedinci s touto sluchovou ztrátou nejsou vhodně kompenzováni sluchadly, tak se u nich vyskytují problémy také v produkci mluvené řeči. Vyšší sluchová ztráta mezi 61–80 dB se řadí do kategorie těžké nedoslýchavosti. Těžce nedoslýchavé děti jsou nejčastěji kompenzovány sluchadly, které nemusí být vždy dostačující, obzvláště v hlučnějším prostředí. Bez kompenzace vady úroveň sluchu není přijatelná pro běžnou komunikaci. Takto postižené osoby jsou většinou schopné komunikovat prostřednictvím mluvené řeči, je však nezbytná dostatečná logopedická péče. Někdy bývá uváděn také pojem praktická hluchota, který je ohraničen rozmezím mezi 71–90 dB. Kompenzace sluchadly u takto vysoké sluchové vady nemusí být vždy dostačující. Hranice od kdy považujeme sluchové postižení jako úplnou hluchotu obvykle není jednoznačně vymezená. Nejčastěji bývá jako hranicí přechodu od praktické hluchoty k úplné hluchotě udávaná sluchová ztráta od 81 dB (WHO, 2008), ale někteří autoři například Skákalová (2011) a Houdková (2005) udávají tuto hranici až od ztráty přesahující 91 dB. Úplná hluchota značně limituje takto postižené jedince například ve volbě komunikačního systému, pokud není možná nebo uspokojivá kompenzace sluchové vady. Děti s oboustrannou úplnou hluchotou spadají často do kategorie vhodných kandidátů pro kochleární implantaci, pokud neexistují jiné kontraindikace (Houdková, 2005; Langer, 2013a; Skákalová, 2011).

2.3.2 Diagnostika sluchových vad a poruch

Včasná diagnostika sluchového postižení je zásadním předpokladem pro úspěšnou korekci sluchové vady vhodnou kompenzační pomůckou. Muknšnáblova (2014) udává, že dítě s vrozenou vadou sluchu by mělo být diagnostikováno do 6. měsíce postnatálního vývoje. Pro diagnostikování sluchových vad a poruch jsou využívány metody objektivní a subjektivní. Mezi objektivní metody jsou řazeny vyšetření sluchu, jež nevyžadují spolupráci lékaře s vyšetřovanou osobou, oproti tomu subjektivní metody požadují již interakci mezi lékařem a vyšetřovanou osobou (Skákalová, 2011).

Některé nemocnice nabízí screeningové vyšetření sluchu novorozenců již po porodu. Toto vyšetření se provádí metodou otoakustických emisí (dále jen OAE). Vyšetření otoakustických emisí se řadí do skupiny objektivních diagnostických metod. Pomocí tohoto vyšetření se zjišťuje odezva vláskových buněk v Cortiho orgánu na zvukový signál, který je do vnitřního ucha vyslán sondou ukotvenou v zevním zvukovodu. Vyšetření OAE odhaluje, zda má dítě výbavné či nevýbavné emise, tedy zda není či je u dítěte přítomna sluchová vada (Jungwirthová, 2015a; Plzák et al., 2011). V případě, že jsou emise nevýbavné následuje obvykle doporučení podstoupit objektivní audiometrické vyšetření (tj. tympanometrie, BERA, CERA, SSEP aj.). Tympanometrie se provádí pomocí přístroje zvaného tympanometr. Dítěti je do zevního zvukovodu zavedená sonda, která vysílá zvuk do středouší, kde se zvukové vlny odráží od bubínku. Tímto způsobem se kontroluje pružnost a celistvost bubínku, funkčnost středouší a zevního zvukovodu (Jungwirthová, 2015a; Plzák et al., 2011; Muknšnáblova, 2014). Další diagnostická metoda se nazývá BERA (Brainstem Evoked Response Audiometry). „*BERA (...) je jeden z typů vyšetření pomocí evokovaných potenciálů, kdy elektrody umístěné v jednotlivých definovaných bodech snímají elektrický potenciál mozku v odpovědi na zvukový podnět, ... Hodnotí se výbavnost, amplituda a latence jednotlivých vln odpovědi a mezistranová diference. Na základě těchto charakteristik můžeme vyloučit sluchovou vadu, resp. rozdělit sluchové vady na kochleární a retrokochleární.*“ (Plzák et al., 2011). Metoda BERA zjišťuje funkčnost mozku, na rozdíl od metody CERA (Cortical Electric Response Audiometry), jež se zabývá diagnostikováním vad sluchu v oblasti mozku kůry. Poslední zmíněná metoda funguje na podobném principu jako předchozí vyšetření. Metoda SSEP (Steady State Evoked Potentials) slouží k určení prahu sluchu u dětí. Vyšetření BERA, CERA a SSEP se provádí u spícího dítěte, kterému jsou nasazeny speciální sluchátka a lékař

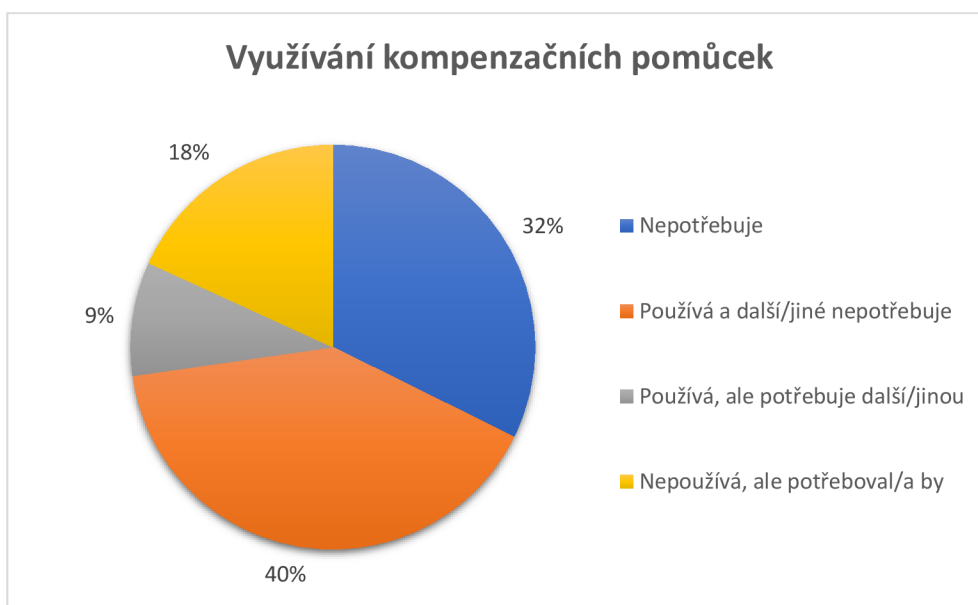
vysílá do sluchátek zvukové podněty (Jungwirthová, 2015a; Muknšnáblová, 2014; Skákalová, 2011).

Subjektivní metody jsou závislé na spolupráci vyšetřované osoby s lékařem. Vzhledem ke skutečnosti, že výsledek vyšetření je založen na odpovědích a reakcích vyšetřovaného, může být tento výsledek vyšetření zkreslený například simulací pacienta. Mezi subjektivní diagnostické metody se řadí vyšetření pomocí řeči, ladičkové vyšetření, tónová a slovní audiometrie. Vyšetření pomocí řeči nabízí pouze orientační výsledky, a proto je vždy nezbytné podstoupit následné podrobnější vyšetření (Plzák et al., 2011). Tuto orientační sluchovou zkoušku provádí zpravidla pediatr, jenž zjišťuje porozumění a slyšení mluvené řeči. Zkouška probíhá tak, že vyšetřovaná osoba stojí bokem k lékaři/zdravotní sestře, aby se zamezilo případnému odezírání a má zakryté vzdálenější ucho. Pediatr předřikává jednotlivá slova, nahlas anebo šepotem, a vyšetřované dítě má za úkol po něm tato slova zopakovat. V případě zkoušky hlasitou řečí vzdálenost mezi vyšetřujícím a vyšetřovanou osobou je 10 metrů a u zkoušky šepotem je vzdálenost nižší (6 metrů) (Muknšnáblová, 2014). Ladičkové zkoušky jsou považovány za další možnou diagnostickou metodu. Plzák et al. (2011) popisuje tři existující druhy ladičkových zkoušek, těmi je zkouška Weberova, Rinneho a Schwabachova. Vyšetření pomocí ladiček umožní „rozlišení převodní a percepční nedoslýchavosti, jsou založeny na porovnání pravé a levé strany, kostního a vzdušného vedení a sluchu pacienta a vyšetřujícího lékaře.“ (tamtéž, s. 26) Tónová audiometrie bývá elementárním východiskem pro určení sluchové ztráty. Tato metoda zjišťuje individuální práh slyšení u jedince. Vyšetření se provádí ve zvukotěsné místnosti, kde jsou vyšetřovanému pouštěny do sluchátek zvukové podněty (zjišťuje se vzduchové vedení) nebo pomocí vibrátoru (zjišťuje se kostní vedení). Vysílány jsou zvukové podněty o různých frekvencích v rozmezí 125–8000 Hz a intenzitě 0–120 dB, přičemž vyšetření se provádí na každé ucho zvlášť. Zkoumá se nejnižší slyšitelný tón pro vyšetřovanou osobu, na který tato osoba reaguje domluveným signálem (Muknšnáblová, 2014). „Výstupem je grafický záznam, nazývaný audiogram, kde je symboly zaznamenán práh slyšení pro danou frekvenci pro vedení vzdušné i kostní a pro levé a pravé ucho.“ (Plzák et al., 2011, s. 27). Slovní audiometrie je poslední zmiňovaná subjektivní metoda spočívající v určení úrovně porozumění mluvené řeči. Vyšetřované osobě jsou ve volném prostoru či do sluchátek přehrávané série slov o různých frekvencích a intenzitě a testuje se porozumění jednotlivých slov, které daná osoba musí zopakovat (Muknšnáblová, 2014;

Skákalová, 2011). Důležité opodstatnění má slovní audiometrie také při nastavování sluchadel (Plzák et al., 2011).

2.3.3 Kompenzace sluchových vad a poruch

Existuje řada možných kompenzačních pomůcek usnadňujících život lidem se sluchovým postižením. Ve své podstatě se jedná především o technické pomůcky, jež plní funkci buďto protetickou (např. kochleární či středoušní implantát), kompenzační (např. sluchadlo) nebo substituční (např. vibrační budík, signalizační světelná zařízení) (Skákalová, 2011). Tato kapitole se bude však orientovat pouze na pomůcky pro osoby se sluchovým postižením, které plní protetickou a kompenzační funkci. Následující graf č. 2 zobrazuje poměr osob využívajících či nevyužívajících kompenzační pomůcku. Z údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2019, s. 26) vyplývá, že přibližně 2 třetiny osob se sluchovým postižením využívají nebo by potřebovali některou kompenzační pomůcku.



Graf 2 - Využívání kompenzačních pomůcek

Zdroj: vlastní zpracování na základě ČSÚ, 2019, s. 26

Sluchadla jsou jednou z nejhojněji používaných kompenzačních pomůcek. Je to elektronické zařízení, které má jako primární funkci zesílit zvuk. Sluchadlo je vhodné pro osoby od lehké až po velmi těžkou nedoslýchavost a dělí se na několik základních typů. Podle způsobu zpracování signálu rozdělujeme sluchadla na analogová a digitální, přičemž analogová sluchadla představují levnější verzi, která mají za cíl pouze zesílení zvuku. Oproti

tomu digitální sluchadla nabízí již více možností, kromě zesílení zvuku tyto sluchadla umožňují potlačení rušivých šumů z okolí a lze je připojit například k televizi či mobilnímu zařízení (Plzák et al., 2011; Skákalová, 2011). Dále se podle tvaru a velikosti dělí sluchadla na závěsná, nitroušní, kapesní a brýlová. V dnešní době bývají nejběžnějšími nabízenými druhy sluchadel závěsná a nitroušní sluchadla (ReSound, 2021a; Widex, 2021). Poslední způsob dělení je podle přenosu zvuku, což je možné vzdušným nebo kostním vedením. Klienty sluchadel přenášejících zvuk vzdušným vedením, jsou osoby s převodní nedoslýchavostí, u nichž je oblast narušení v zevním a středním uchu. Většina sluchadel je využívána právě klienty s tímto druhem sluchové vady. Druhou skupinu tvoří jedinci s percepční nedoslýchavostí. U osob s poškozeným vnitřním uchem je nutné kostní vedení, což poskytují sluchadla BAHA. Část tohoto sluchadla je ukotvena v kosti a část je snímatelná z povrchu kůže (Bouček a Skřivan, 2014).

„Kochleární (nitroušní) implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímo elektrickou stimulací (drážděním) sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha.“ (Holmanová, 2016)

Kochleární implantáty slouží osobám neslyšícím a s velmi těžkou sluchovou ztrátou, u nichž není dostatečná kompenzace sluchadly. Nejčastěji bývají tímto způsobem kompenzovány děti, přičemž nejvhodnější doba pro implantaci je do čtvrtého roku dítěte (Houdková, 2005). Mohou být implantované i ohluchlé děti a dospělé osoby, ale je zde limitující doba, do které musí tito jedinci být implantováni. Samotnému voperování kochleárního implantátu předchází řada podrobných vyšetření zjišťujících případné kontraindikace. Po voperování implantátu následuje dlouhá rehabilitace, kdy první zapojení implantátu se provádí mezi 4–6 týdnem od operace, ale následná sluchová rehabilitace trvá ještě několik měsíců (Kochleární implantace krok za krokem, 2021).

„Ročně v ČR proběhne cca 100 kochleárních implantací u dětí a dospělých, a to ve třech centrech v Praze, Brně a v Ostravě.“ (První kochleární implantace, 2017)

3 Komunikace dětí se sluchovým postižením

3.1 Vývoj řeči u předškolních dětí

Vývoj řeči začíná již v novorozeneckém období. Dítě se nejprve projevuje pláčem a křikem, přičemž postupně se tento křik proměňuje na broukání, žvatlání, a nakonec je dítě schopné tvorby jednotlivých slov. K tomu nejčastěji dochází kolem prvního roku života dítěte (Škodová a Jedlička, 2007). Řečový vývoj probíhá v různých jazykových rovinách, které kupříkladu Bytešníková (2012), Bednářová a Šmardová (2015) či Klenková (2006) vymezují na rovinu foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou.

Foneticko-fonologickou rovinou se rozumí zvuková stránka jazyka, která je utvářena bezprostředně po narození dítěte. Hranice určující ukončení vývoje výslovnosti není přesně specifikovaná, obvykle bývá uváděno věková rozmezí mezi 6.-7. rokem dítěte (Aksenovová, 2015). Nejprve si dítě osvojuje nejsnazší fonémy (viz níže tabulka 2). „*Podle tohoto pravidla dítě tvoří nejdříve samohlásky, potom retné souhlásky a postupně až hlásky hrdelní.*“ (Klenková, 2006, s. 39)

Tabulka 2 - Věkové vymezení vývoje artikulace

Věk	Vývoj artikulace hlásek
1-2,5 roku	<i>b, p, m, a, o, u, i, e</i> <i>j, d, t, n, l – artikulační postavení</i> <i>se upravuje po třetím roce, ovlivní</i> <i>vývoj hlásky r</i>
2,5-3,5 roku	<i>au, ou, v, f, h, ch, k, g</i>
3,5-4,5 roku	<i>bě, pě, mě, vě, d', t', ň</i>
4,5-5,5 let	<i>č, š, ž</i>
do 6 let	<i>c, s, z, r, ř, diferenciacce č, š, ž a c,</i> <i>s, z</i>

Zdroj: Bytešníková, 2012, s. 74

Nussbecková (Lechta, 1990) udává, že tříleté dítě zvládá cca dvě třetiny samostatných souhlásek, souhlásek v dvojkombinaci cca polovinu a jednu třetinu souhlásek

v trojkombinaci, kdežto ve věku dovršených šesti let se tento poměr zvýší a dítě již dokáže v průměru 90 % samostatných souhlásek, 80 % souhlásek v dvojkombinaci a 70 % v trojkombinaci.

Sluchové postižení má značný vliv na rozvoj výslovnosti, což bývá zapříčiněno nedostatečnou sluchovou kontrolou. *“Neslyšící hovoří často s nepřírozenou výškou a melodií, příliš nahlas či naopak potichu, mnohdy nevyužívají správně rezonanční dutiny mluvicích orgánů a jejich hlas zní tzv. nosově či hrdelně.”* (Mukšnáblová, 2014, s. 54-55) U dětí s lehčí ztrátou sluchu se též vyskytují odchylky ve výslovnosti, například obtíže s rezonancí. Narušenou artikulací u jedinců s postižením sluchu se zabývá kupříkladu Lechta (2011), který popisuje termín zvaný audiogenní dyslalie (tj. dyslalie zapříčiněná sluchovým postižením jedince) a termín kofolalie (tj. dyslalie zapříčiněná ztrátou sluchu po osvojení si řeči). Další termín související s vývojem řeči u osob se sluchovým postižením je audiogenní dysfonie, která se projevuje změnou hlasu v důsledku sluchového postižení. Osoby se sluchovým postižením mají obecně potíže v nejrůznějších složkách foneticko-fonologické roviny a míra odchylky v artikulaci je u každého individuální.

Z hlediska lexikálně-sémantické roviny se jedná o perceptivní a expresivní složku řeči (Bednářová a Šmardová, 2015). Tato jazyková rovina souvisí s rozvojem aktivní a pasivní slovní zásoby dítěte, přičemž aktivní slovní zásoba se začíná utvářet později (kolem 1. roku dítěte). V tabulce 3 je detailněji popsána průměrná úroveň aktivní slovní zásoby dle jednotlivých let dítěte.

Tabulka 3 - Aktivní slovní zásoba slyšících dětí

Věk	Aktivní slovní zásoba
2	270-300 slov
3	1000 slov
4	1500 slov
5	2000 slov
6	2500-3000 slov

Zdroj: vlastní zpracování na základě Bytešniková, 2012, s. 77

Děti s poruchou či vadou sluchu jsou po stránce rozvoje jak aktivní, tak pasivní slovní zásoby velmi limitovány. Na základě výzkumu, jenž zjišťoval průměrnou expresivní slovní zásobu zcela neslyšících dětí předškolního věku, bylo prokázáno, že tyto děti mají nižší expresivní složku řeči ve srovnání s dětmi slyšícími (Griswold a Commings, 1974). Na aspekt percepční slovní zásoby se zmíněný výzkum nezaměřoval. Tento aspekt je však nutné neopomenout, jelikož porozumění řeči bývá u neslyšících výrazně narušeno, a mnohdy se neslyšící musí spoléhat pouze na odezírání, které bývá velmi nepřesné a dochází k častým omylům a domýšlením si sdělení. U dětí s lehčím sluchovým postižením nemusí být tak markantní rozdíl v rozsahu aktivní slovní zásoby oproti dětem bez postižení sluchu. Značný vliv na rozvoj slovní zásoby má dostatečná kompenzace sluchu a logopedická péče.

Další jazyková rovina, morfologicko-syntaktická, se zabývá především gramatickou stránkou jazyka. Jak uvádí Zezulková (2008, s. 29) tato jazyková rovina „*souvisí s uměním jednotlivce postihnout správně větnou skladbu a její strukturu s použitím různých slovních druhů, jejich skloňování a časování.*“ U rozvoje morfologicko-syntaktické roviny platí obecné pravidlo, že se děti nejdříve učí podstatná jména, slovesa, přídavná jména a později přecházejí na zájmena či číslovky a další větné druhy. Kolem 2–2,5 let dítě postupně začíná časovat a skloňovat jednotlivá slova a rovněž v tomto období již užívá dvouslovné věty. Následně od přibližně 2,5–3 let děti užívají víceslovné věty a mezi 3–4 rokem začínají tvořit rozsáhlejší souvětí. V tomto období se v řeči objevu stále velké množství dysgramatismů, avšak postupně se řeč zdokonaluje a mimo jiné ubývají i dysgramatismy (Bednářová a Šmardová, 2015). Krahulcová (2014) definuje dysgramatismus jako fyziologickou neschopnost používat správně gramatiku a syntax, což může přetrvávat do 4 let věku dítěte. Pokud tato porucha přechází až do úplně ztráty schopnosti tvorby korektních gramatických tvarů a větné skladby, považuje se již za agramatismus.

„Pro sluchově postižené dítě je nesmírně obtížné nechybovat v gramatice českého jazyka. Skloňování podstatných jmen, časování sloves, užívání odpovídajících rodů i časů, to vše působí obvykle v mluveném a později i psané řeči problémy.“ (Vaněčková, 1996, s. 12)

Pragmatická jazyková rovina je nedílnou součástí řečového projevu, která se týká především schopnosti navázat a udržet kontakt během komunikace, schopnosti měnit

komunikační role či dodržet záměr komunikace (Vitásková, 2016). Děti v předškolním věku se tyto dovednosti postupně učí prostřednictvím sociálního učení.

„Sociální učení je důležitý druh lidského učení. Při něm si jedinec ve styku s druhým člověkem nebo se sociální skupinou osvojuje dovednosti, návyky a postoje potřebné ke společenskému styku...” (Čáp, 1993, s. 111)

Děti ve věku mezi 3. až 5. rokem se začínají při hovoru přizpůsobovat posluchači a vkládají do konverzace i vlastní myšlenky a hodnocení (Lechta et al., 2011). Typické jsou také pro předškolní věk slova „jako/jak,“ které využívají v dětských hrách, především při tzv. symbolické hře (tj. hra na něco či na někoho). Postupně od krátkých útržkovitých vět plynule přechází na souvislé vyprávění a udržování delší komunikace.

Sluchové postižení osob ovlivňuje pragmatickou stránku jazyka. Neslyšící osoby či osoby s jiným stupněm sluchového postižení jsou při běžné komunikaci nápadní svými specifiky v komunikaci (Lechta, 2011). Výrazná nápadnost je například v případě, že se neslyšící dorozumívá prostřednictvím znakového jazyka či jiného vizuálně motorického komunikačního systému, ale znatelná odlišnost je i u osob s lehčím stupněm sluchového postižení. Strnadová (2008) shledává, že u neslyšících dětí a dospělých jsou výrazné odlišnosti při komunikaci, a z tohoto důvodu je nezbytné dodržování určitých pravidel při rozhovoru, aby tyto osoby měly vhodné podmínky pro komunikaci. Mezi základní specifika osob s vadou či poruchou sluchu patří například – častější a déletrvající oční kontakt, výraznější mimika a gestika, větší počet tělesných dotykových kontaktů či dodržování proxemiky při komunikaci.

3.2 Specifika řeči u jednotlivých typů sluchového postižení

U dětí se sluchovým postižením je řečový vývoj často negativně ovlivněn, a to především nemožností či sníženou schopností sluchové zpětné vazby.

„Vývoj mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením je v důsledku senzorického sluchového postižení obvykle v jisté míře opožděný, přerušovaný nebo omezený.“ (Langer, 2013b, s. 18)

Odlišnosti u jednotlivých dětí v řečovém vývoji se vážou na stupeň sluchové vady, dobu vzniku sluchového postižení, případné přidružené postižení a na včasné zahájení

speciálně-pedagogické péče (Langer, 2013a). V následujících tabulkách (tabulka 4 a 5) je stručně shrnut vliv různých velikostí sluchových ztrát na řečový vývoj a vliv doby vzniku sluchové ztráty na úrovně řečové komunikace.

Tabulka 4 - Vliv velikosti sluchové ztráty na vývoj řeči

Klasifikace sluchové ztráty	Vliv na vývoj řeči
<i>Jednostranná sluchová vada, včetně jednostranné hluchoty</i>	<i>Nemusí mít vliv na vývoj řeči. Někdy bývá diagnostikována náhodně až v předškolním nebo školním věku. Jednostranná hluchota zhoršuje porozumění řeči v hlučném prostředí a znemožňuje směrové slyšení.</i>
<i>Průměrné sluchové ztráty oboustranně do 40 dB (dle audiometrického vyšetření)</i>	<i>Většinou se projeví na stavu řeči. Problémem bývá sekretorická otitida nebo časté katary dýchacích cest, kdy se sluchový práh dlouhodobě nebo přechodně dále zhoršuje o převodní složku. Řešením je konzervativní nebo chirurgická léčba. V některých případech je vhodná kompenzace vady sluchadly – zpravidla pokud sluchové ztráty oboustranně dosahují 30 dB a více.</i>
<i>Oboustranné ztráty kolem 60 dB</i>	<i>Nediagnostikovaná a nekorigovaná vada se projeví zpožděním vývoje řeči. Zpravidla nebývá porušena suprasegmentální stránka (melodie, přízvuk, dynamika...), protože dítě slyší svou vlastní řeč. Kompenzace sluchadly je nutná.</i>
<i>Ztráty kolem 80 dB a více</i>	<i>Výrazně ovlivní rozvoj řeči. Bez speciálních postupů a kompenzačních pomůcek se zpravidla dítě nenaučí mluvit vůbec a používá náhradní komunikační techniky – např. znakový jazyk. Vždy je nutná kompenzace sluchové vady.</i>

Zdroj: Aksenovová, 2015, s. 317

Tabulka 5 - Úroveň řečové komunikace dle doby vzniku sluchového postižení

Doba vzniku sluchového postižení	Úroveň řečové komunikace
<i>Prelingvální sluchové postižení</i>	<i>U prelingválně sluchově postižených dochází k značnému narušení expresivní stránky řeči. Jejich řečový projev je mnohdy nesrozumitelný, díky chybějící sluchové kontrole. U těchto osob se objevují odchylky především v dynamice, v nepřirozené melodii řeči a rytmicizaci.</i>
<i>Postlingvální sluchové postižení</i>	<i>Vzhledem ke ztrátě sluchu až po ukončení vývoje řeči, nejsou srovnatelné dopady na vývoj řeči jako u prelingválně sluchově postižených. Řeč je více srozumitelná, ale vyskytují se přesto problémy v artikulaci. Výslovnost se může postupně zhoršovat. Narušení je také v oblasti intonace a dynamiky.</i>

Zdroj: vlastní zpracování na základě Langer, 2013b, s. 20; Neubauer, 2009, s. 10-12; Neubauer, 2014, s. 119

U dětí se sluchovým postižením je klíčové včasné diagnostikování sluchového postižení, a to z důvodu co nejdřívějšího přidělení vhodné kompenzační pomůcky a možné následné sluchové rehabilitace. Pokud jsou tyto podmínky splněny a je dítě diagnostikováno v raném věku, zahajuje se u těchto dětí logopedická péče. Podle Neubauera (2014) je při logopedické péči důležitý individuální přístup k dítěti, respektování jeho individuální úrovně a aktuálního stavu. Rozdíly jsou mezi osobami dle jednotlivých stupňů sluchového postižení. U dětí nedoslýchavých se může logopedická péče podobat logopedické péči dětí bez sluchového postižení. Naopak u těžce nedoslýchavých a neslyšících jedinců se logoped kromě rozvoje řečové komunikace zaměřuje na reedukaci sluchu a odezírání. Tabulka číslo 6 nabízí stručný přehled počtů pacientů se sluchovým postižením v péči klinického logopeda v letech od 2015 do roku 2019.

Tabulka 6 - Počty pacientů oboru logopedie se sluchovým postižením

Rok	Počet pacientů
2015	1846
2016	1810
2017	1849
2018	1879
2019	1117

Zdroj: ÚZIS ČR, 2019

3.3 Komunikační systémy osob se sluchovým postižením

Existuje spousta komunikačních systémů, které využívají děti a osoby s různým stupněm sluchového postižení. Volba komunikačního systému se však odvíjí také od dalších faktorů ovlivňujících výběr komunikačního systému, jako je kupříkladu – kompenzace sluchové ztráty, doba diagnostikování sluchového postižení, individuální možnosti jedince atd. Tato kapitola vymezuje základní komunikační systémy, které mohou být využívány dětmi a dospělými osobami se sluchovým postižením.

Mluvená řeč je považována za nejdominantnější komunikační systém. To je způsobeno zejména technickými možnostmi dnešní doby, které dovedou jedincům se sluchovým postižením kompenzovat jejich sluchovou ztrátu. Navzdory tomu mívají osoby se sluchovým postižením časté obtíže jak v porozumění řeči, tak i v řečové produkci. Mluvená řeč a vývoj řeči u dětí je blíže specifikován v přechozí kapitole č. 3.1 Vývoj řeči u předškolních dětí.

Odezírání je komunikační systém, kterým odezírající osoba získává informace čtením ze rtů. Odezíráním si mnohdy pomáhají také slyšící osoby, jelikož informace je předávána nejen prostřednictvím sluchu, ale i zraku (Langer, 2013a). Mukšnáblová (2014) uvádí, že odezřít lze pouze jednu třetinu všech hlásek, tudíž není vhodné stavět komunikaci výhradně na odezírání. Samotné odezírání je velmi náročné na pozornost a je nezbytné dodržení stanovených zásad pro optimální komunikaci.

Český znakový jazyk nevychází z českého jazyka, jako jiné vizuálně motorické komunikační systémy, ale má vlastní gramatiku a vlastní znaky pro určitá slova a spojení

(Skákalová, 2011). Uživateli českého znakového jazyka jsou ve značné míře osoby řadící se do skupiny Neslyšících s velkým N, jež sami sebe považují za jazykovou a kulturní menšinu. Neslyšící děti narozené neslyšícím rodičům se mnohdy též dorozumívají tímto komunikačním systémem. Děti se sluchovým postižením se však převážně rodí slyšícím rodičům, tudíž v případě, že je možné dítě kompenzovat sluchadly či kochleární implantací a je tato kompenzace dostatečná, rodiče obvykle volí možnost komunikovat s dítětem mluvenou řečí a využívají český znakový jazyk pouze jako doplněk (Jungwirthová, 2015a).

Znakovaná čeština je uměle vytvořený systém vycházející z českého jazyka. Znakovaná čeština kombinuje český jazyk a český znakový jazyk, přičemž je zachována gramatická stránka a slovosled českého jazyka. Mluvená řeč, která může být hlasitá či bezhlasná, je doprovázena znaky převzatými z českého znakového jazyka (Langer, 2013b; Skákalová, 2011).

Prstová abeceda *„je slovní vizuálně motorická komunikační forma, při které se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen“* (Krahulcová, 2014, s. 251). Pomocí ukazování jednotlivých prstových znaků se po jedné hlásce hláskují písmena ve slovech a tvoří se celé věty. Tento komunikační systém je oproti jiným výrazně pomalejší, z čehož plyne, že na základě prstové abecedy nemůže být uskutečňována zcela funkční komunikace (tamtéž). Z tohoto důvodu se prstová abeceda využívá zejména při hláskování jmen, cizích slov a dalších pojmů (Vysuček, 2008).

Vizualizace mluvené češtiny *„je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace“* (Česko, 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Uvedení do praktické části

4.1 Vymezení cílů a hypotéz

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je analyzovat preferované komunikační systémy mezi slyšícími rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením na území České republiky. Důraz je kladen na různé činitele ovlivňující používaný komunikační systém. Praktická část se zaměřuje na tyto jednotlivé činitele a zjišťuje souvislosti mezi využívaným komunikačním systémem v rodině a okolními vlivy. Těmito vlivy jsou například rozsah sluchového postižení dítěte, doba začátku kompenzace sluchové ztráty, informovanost rodičů o možnostech komunikace, navštěvování speciálně-pedagogických pracovišť atd.

Dílčí cíle

- Identifikovat významné faktory ovlivňující výběr komunikačního systému.
- Zhodnotit korelaci mezi využívanými komunikačními systémy a jednotlivými činiteli ovlivňujícími výběr komunikačního systému.
- Zjistit, jaké jsou nejčastěji užívané informační zdroje o možnostech komunikace, ze kterých rodiny čerpají informace.

Hypotézy

- H1: *Slyšící rodiče upřednostňují mluvenou řeč v komunikaci s dítětem se sluchovým postižením.*

Tato hypotéza vychází z názorů v mnohých publikacích. Kupříkladu Horáková (2012, s. 46) a Jungwirthová (2015b) uvádějí, že pro slyšící rodiče je nejsnazší užívání mluvené řeči.

- H2: *Děti využívající služby střediska rané péče, uplatňují v komunikaci více komunikačních systémů.*

Jak uvádí Motejzíkova (2012) středisko rané péče poskytuje podporu a důležité informace týkající se péče o děti se sluchovým postižením. Tato hypotéza vychází z předpokladu, že středisko rané péče je jedním z nejrozšířenějších zdrojů informací o možnostech komunikace a volbě vhodného komunikačního systému. Pokud jsou rodiny informovány o dostupných komunikačních systémech, mohou jich využívat více. Z tohoto důvodu vzniká možná souvislost mezi využíváním služeb střediska rané péče a množstvím užívaných komunikačních systémů.

- H3: *Rodiny z větších měst, více využívají služeb střediska rané péče.*

Středisko rané péče (dále jen SRP) bývá jedním z prvních specializovaných zařízení, kam může rodič s dítětem se sluchovým postižením docházet. Střediska rané péče obvykle sídlí spíše ve větších městech (Desatero pro rodiče, 2021). Proto lze předpokládat, že rodiny žijící ve větších městech více využívají tato specializovaná pracoviště než rodiny, které bydlí v menších obcích a museli by tak do SRP dojíždět.

4.2 Metodologie výzkumného šetření

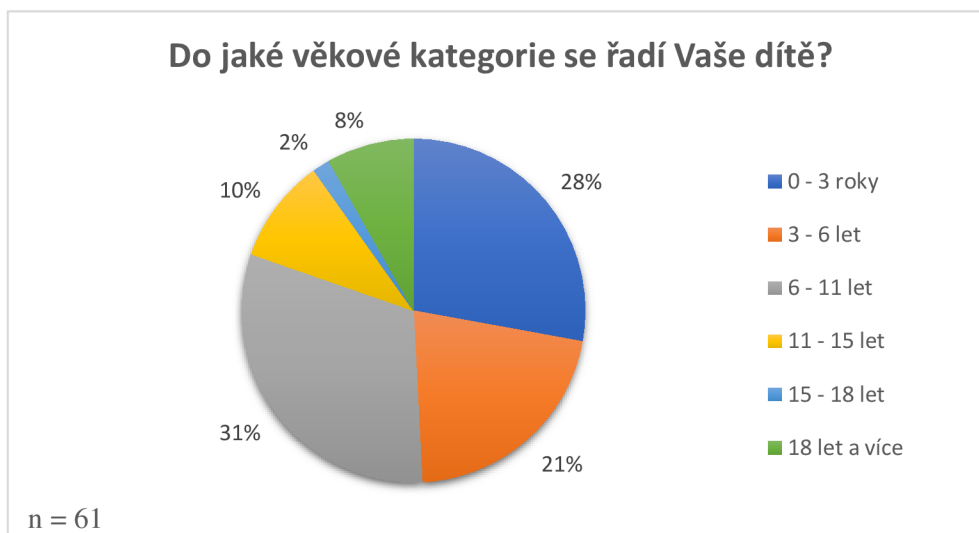
Praktická část práce má charakter kvantitativního výzkumu, který je založen na metodě dotazníkového šetření. Anonymita dotazníku zajišťovala objektivnost a upřímnost v odpovědích respondentů. Dotazník byl určen rodičům dětí se sluchovým postižením a skládal se celkově ze 17 otázek, z nichž bylo 14 uzavřených a 3 otevřené. V poslední a zároveň nepovinné otázce měli respondenti prostor pro doplnění jakýchkoliv poznatků, kterými mohli přispět k dokreslení své individuálních situace. Odpovědi byly získávány během října 2021, kdy byl dotazník distribuován prostřednictvím sociální sítě Facebook do skupin určených rodinám se sluchově postiženými dětmi. Celkově bylo kompletně vyplněno 64 dotazníků.

5 Analýza a prezentace získaných dat

V této kapitole jsou zpracovány odpovědi na jednotlivé otázky v dotazníku. Všechny otázky jsou rozčleněny do samostatných odstavců a mnohdy zahrnují grafy, na nichž je znatelné procentuální rozložení odpovědí. U některé otázek jsou také analyzovány souvislosti i s další otázkami, což umožňuje zjistit případnou korelaci otázek.

Otázka 1

V této otázce je zjišťována věková kategorie, do které dítě věkově spadá. Respondenti mohli zvolit pouze jednu odpověď. Kategorie jsou rozděleny podle významných milníků do tříletých období. Mezi tyto milníky je považován například začátek docházení do mateřské školy, zahájení povinné školní docházky, rozdělení žáků na mladší a starší školní věk atd. Z výsledku této otázky vyplývá, že dotazníku se nejvíce účastnili rodiče s dětmi ve věku do 11 let. Tito respondenti tvoří celkem 80 % z celkového počtu sesbíraných odpovědí, zbylých 20 % připadá na rodiče, jejichž sluchově postižený potomek je starší 11 let.

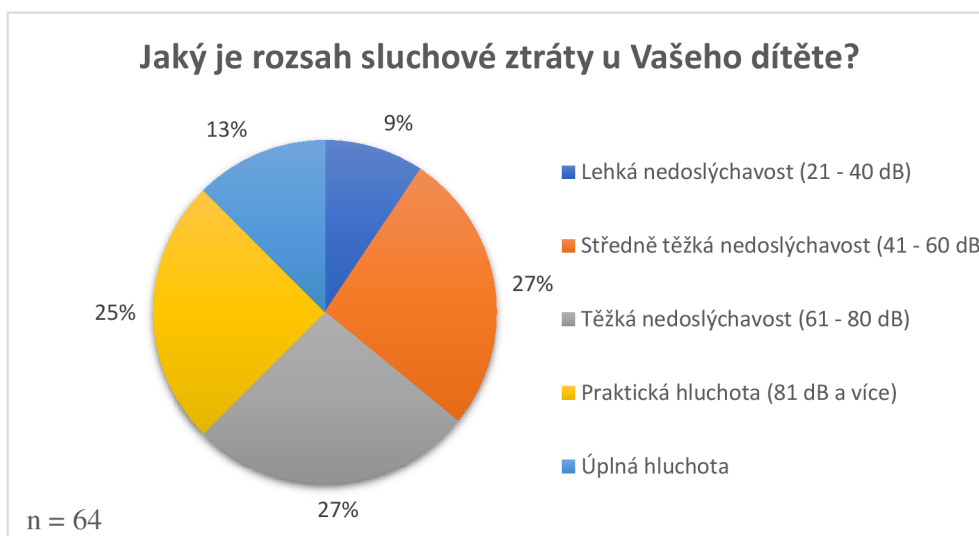


Graf 3 - Do jaké věkové kategorie se řadí Vaše dítě?

Otázka 2

Druhá otázka dotazníku se zaměřovala na rozsah sluchové ztráty u jejich dítěte. Z grafu č. 4 je znatelné, že nejnižší procentní zastoupení mají děti s lehkou nedoslýchavostí

(9 %), a poté děti s úplnou hluchotou (13 %). Ostatní klasifikované sluchové ztráty (tj. středně těžká nedoslýchavost, těžká nedoslýchavost, praktická hluchota) jsou přibližně stejně zastoupeny (25–27 %). Klasifikace sluchových ztrát je podrobně rozepsána v podkapitole 2.3.1. Dělení a klasifikace sluchových vad a poruch.



Graf 4 - Jaký je rozsah sluchové ztráty u Vašeho dítěte?

Otázka 3

Otázka 3 se orientuje na dobu, kdy byla dítěti diagnostikovaná sluchová vada. Čím včasěji je sluchové postižení diagnostikováno, tím dříve může být zahájena rehabilitace sluchu například prostřednictvím kompenzace sluchové vady. Z grafu 5 lze vyčíst, že k diagnostikování dochází nejčastěji již během několika měsíců po narození – více než čtvrtina respondentů uvedla, že jejich dítěti byla vada diagnostikována během prvních 6 měsíců po narození. Do 3 let věku dítěte pak bylo dle tohoto průzkumu detekováno téměř 75 % všech sluchových vad. Zbýlá čtvrtina (přesněji 27 %) připadá na děti, jimž byla vada diagnostikována v pozdějším věku.



Graf 5 - Kdy bylo dítěti diagnostikováno sluchové postižení?

V souvislosti s dobou diagnostikování sluchového postižení byla zkoumána i možná korelace s otázkou 2 – tedy zda věk odhalení sluchové vady u dítěte ovlivňuje rozsah sluchové ztráty. Hypotéza je stanovena na předpokladu, že u dětí s těžší sluchovou ztrátou či úplnou hluchotou je vada diagnostikována v časnějším věku než u dětí s lehčí formou nedoslýchavosti, které rodiče nemusí v útlém věku zpozorovat. Souvislost mezi těmito otázkami není významná, tudíž hypotéza nemůže být potvrzena, a to zejména z důvodu relativně nízkého počtu respondentů v daných skupinách pro relevantní statistické vyhodnocení.

Otázka 4

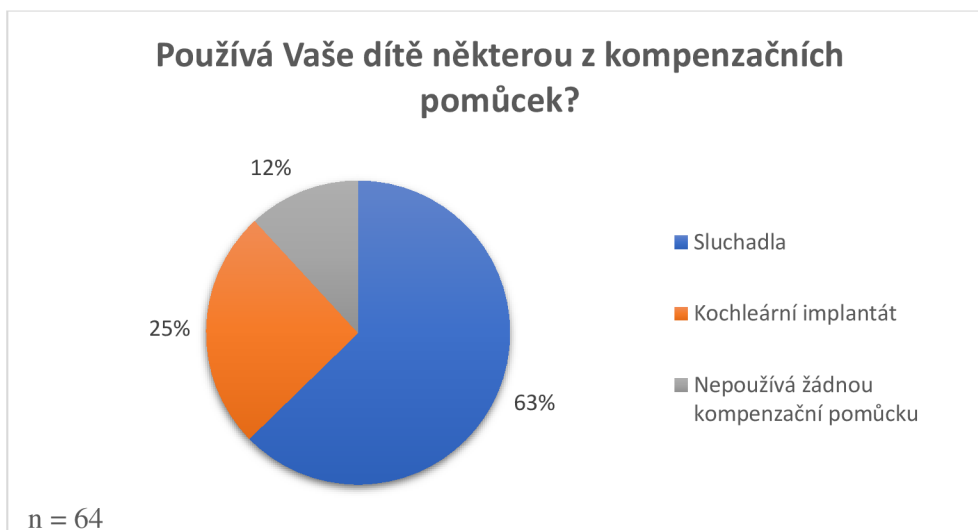
Další otázka byla otevřená a dotazovala se na další postižení dítěte. Jedna polovina dotazovaných uvedla, že jejich dítě jiné postižení kromě sluchového nemá. U druhé poloviny dětí se vyskytují různá další postižení a onemocnění. Často je uváděno jako přidružené postižení zraku (např. amblyopie, myopie či Usherův syndrom). Další podstatnou skupinu tvoří děti s mentální retardací o různých stupních a děti s kombinovanými vadami. Třetí nejčastěji uváděná diagnóza je dětská mozková obrna (tj. DMO). Ta byla zmíněna u 8 % dětí. U nižších jednotek dětí se pak vyskytuje také porucha autistického spektra nebo obtíže s pohybem zahrnující hypotonii. Odlišnosti jsou u dětí z hlediska množství přidružených postižení, u některých dětí je ke sluchovému postižení diagnostikováno například pouze zrakové postižení, jiné děti mají diagnostikované kombinované postižení či různé syndromy

(př. dítě, které má diagnostikovanou DMO, hydrocefalus, zraková vada, sublimaci kyčlí atd.). Z hlediska poruch řeči je diagnostikována u dvou dětí se sluchovým postižením vývojová dysfázie a jednomu dítěti je diagnostikován opožděný vývoj řeči. Všichni respondenti však nemuseli uvést veškeré diagnostikované přidružené vady a nemoci, a tak data nemusí být zcela kompletní. Posledním zmiňovaným problémem u sluchově postižených dětí jsou obtíže s pozorností, v podobě ADHD či ADD.

Otázka 5

Otázka 5 zjišťuje, zda děti se sluchovým postižením využívají některou z dostupných kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené. Respondenti měli možnost výběru, zda dítě používá sluchadla, kochleární implantaci, nebo neužívá žádnou z kompenzačních pomůcek. Doplnkově mohli respondenti vložit také vlastní komentář. Nadpoloviční většina dětí v dotazníku užívá sluchadlo jako svoji primární kompenzační pomůcku, čtvrtina kochleární implantát a zbylých 12 % pak zatím nevyužívá žádnou kompenzační pomůcku.

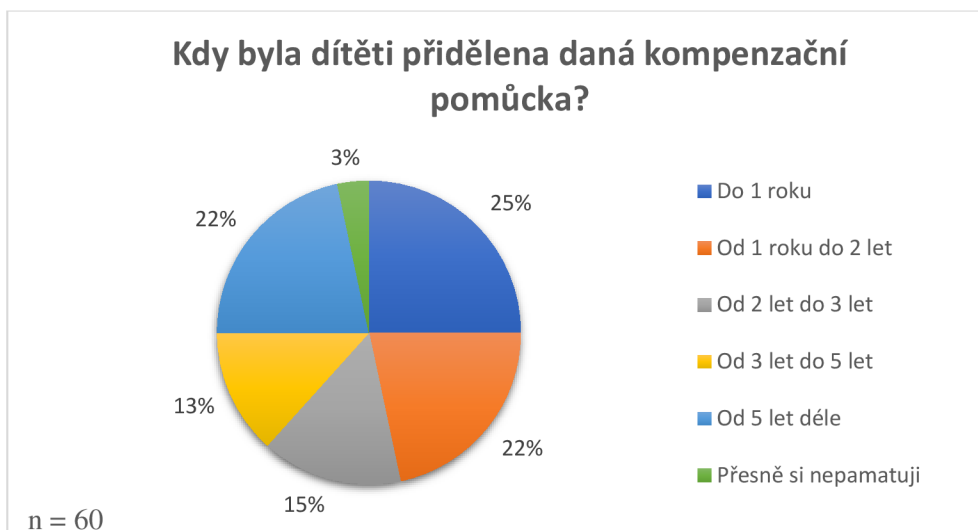
V porovnání s otázkou 2, která se zabývá klasifikací rozsahu sluchové ztráty, je dle dat znatelné rozdílné rozložení jednotlivých kompenzačních pomůcek v závislosti na zmíněné závažnosti sluchové vady. Z lehce nedoslýchavých dětí, kterých v dotazníku je pouhých 6, nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku přesně polovina z nich, další 2 děti používají sluchadla a jedno dítě dle odpovědi rodičů začne využívat sluchadlo v blízké době. U dětí se závažnější sluchovou ztrátou jako kompenzační pomůcka výrazně dominuje sluchadlo – 94 % u dětí se středně těžkou nedoslýchavostí a 76 % u těžce nedoslýchavých dětí. Zbylé děti jsou již kompenzovány kochleárním implantátem, či na jeho implantaci momentálně čekají. Podíl dětí se sluchadlem se dle očekávání snižuje u dětí s praktickou či úplnou hluchotou – u praktické hluchoty tuto pomůcku používá necelých 40 % dětí v dané kategorii a v případě úplné hluchoty sluchadlo využívá pouze jedno dítě, které navíc používá i kochleární implantát. Nejvyšší procentní zastoupení má v obou těchto kategoriích kochleární implantát.



Graf 6 - Používá Vaše dítě některou z kompenzačních pomůcek?

Otázka 6

V návaznosti na otázku 5 byli respondenti, jejichž děti využívají nějakou z kompenzačních pomůcek, tázáni na období, kdy dítěti byla daná kompenzační pomůcka přidělena. Nejčastějším obdobím pro přidělení kompenzační pomůcky je podle získaných informací věkové rozmezí do 2 let věku dítěte – v tomto věku začala pomůcku využívat téměř polovina sluchově postižených dětí z dotazníku. Dalších 28 % dětí začalo využívat kompenzační pomůcku mezi 2. a 5. rokem. Zbylým 22 % dětí byla pomůcka přidělena po 5. roce. Z výsledků je tak patrné, že majoritní část sluchově postižených dětí začne používat kompenzační pomůcku již v útlém věku, často i před nástupem do mateřské školy a jen poměrně malá část v pozdějším věku.



Graf 7 - Kdy byla dítěti přidělena daná kompenzační pomůcka

Otázka 7

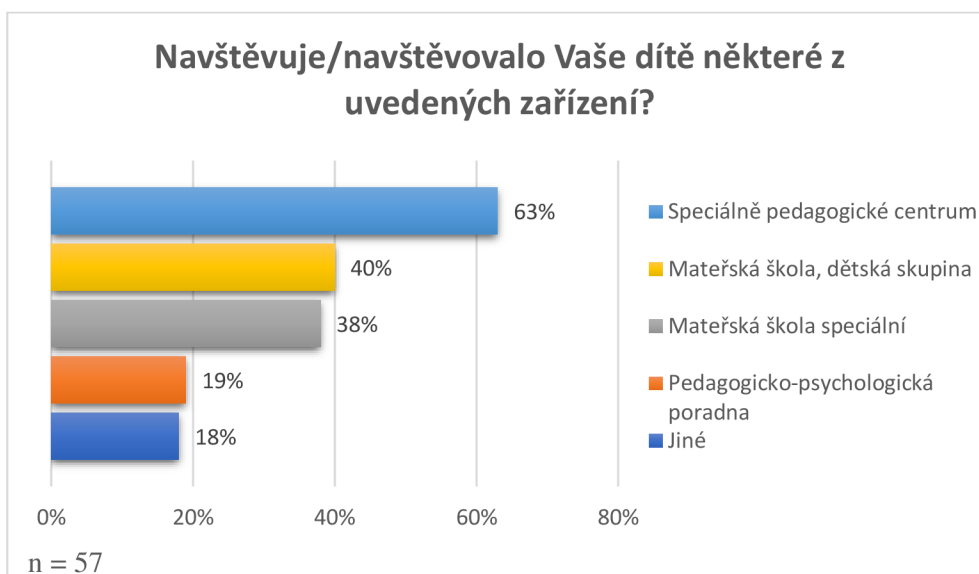
Otázka 7 sleduje využívanost služeb střediska rané péče rodinami s dítětem se sluchovým postižením. Necelé tři čtvrtiny respondentů uvedly, že využívají či v minulosti využívaly služeb střediska rané péče. Středisko rané péče poskytuje služby pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením zpravidla do 7 let věku dítěte. Mezi návštěvností SRP a výběrem komunikačního systému dítětem a jeho okolím byla zároveň zjištěna závislost – zatímco děti využívající primárně mluvenou řeč s odezíráním či bez něho navštěvují střediska přibližně z 50 %, u dětí používajících český znakový jazyk či znakovanou češtinu roste návštěvnost až k 90 %.



Graf 8 - Využívá/využívalo Vaše dítě služeb střediska rané péče?

Otázka 8

Tato otázka se zabývá využívaností zařízení, které rodinám s dítětem se sluchovým postižením nabízí podpůrné služby. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí nebo uvést jiné zařízení, které s dítětem navštěvují. Nejvíce zastoupeným zařízením je speciálně pedagogické centrum, které dle výzkumu navštěvuje 68 % dětí. Speciálně pedagogické centrum (dále jen SPC) nabízí služby pro děti zpravidla od 3 let – vyloučením skupiny dětí do 3 let však paradoxně procento těch, kteří SPC navštěvují klesne na 56 %.¹² Dalšími navštěvovanými zařízeními jsou mateřská škola či dětská skupina, které navštěvuje 40 % dětí, dále pak mateřská škola speciální (popř. mateřská škola pro děti se sluchovým postižením) s téměř shodným podílem a nakonec pedagogicko-psychologická poradna, jejíž služby využívá 19 % respondentů. Pedagogicko-psychologickou poradnu (dále jen PPP) navštěvují zejména děti s nižšími sluchovými ztrátami. Zatímco průměrná návštěvnost PPP u dětí s lehkou nedoslýchavostí je 20 %, podíl dětí s praktickou hluchotou navštěvující PPP je pouhých 6 %. Mezi další zmiňované služby se řadí sociálně aktivizační služby, které nabízí centrum Tamtam. Centrum Tamtam se specializuje také na ranou péči či odborné poradenství pro rodiny dětí se sluchovým postižením (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., 2022).



Graf 9 - Navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě některé z uvedených zařízení?

¹² V dotazníku totiž několik respondentů uvedlo, že navštěvují SPC, ačkoliv jejich dítě je mladší 3 let. Je tedy možné, že respondenti zvolili odpověď omylem, či jejich dítě například v blízké budoucnosti začne SPC navštěvovat, a tak zvolili tuto možnost.

Otázka 9

Poměrně značná část sluchově postižených dětí má problémy s rozvojem jazykových schopností. Z tohoto důvodu byla do dotazníku vložena otázka na návštěvnost klinického logopeda, s jehož pomocí je možné odstranit či zmírnit vliv sluchového postižení na řečový vývoj dítěte. Celkem 95 % respondentů uvedlo, že jejich dítě docházelo či stále dochází ke klinickému logopedovi. U dětí se sluchovým postižením bývají časté odchylky v řečové projevu, což bývá zapříčiněno nedostatečnou sluchovou kontrolou. Kromě opožděného řečového vývoje se vyskytují u těchto dětí i jiné obtíže v řečové komunikaci. Výsledky této otázky potvrzují fakt, že děti se sluchovým postižením ve většině případů potřebují logopedickou péči v rámci rehabilitace a terapie rozvoje řečových schopností.

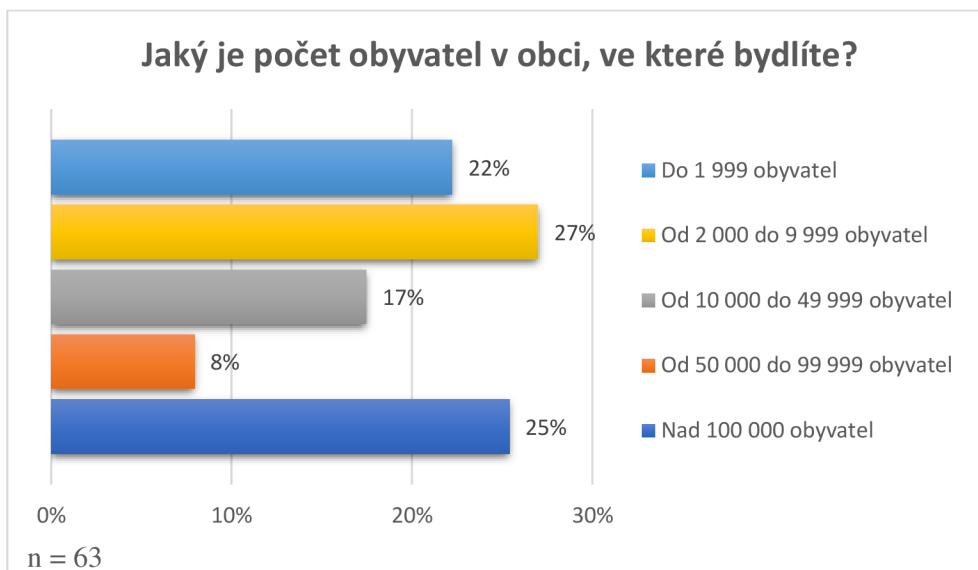


Graf 10 - Navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě klinického logopeda?

Otázka 10

Otázka 10 byla zaměřena na velikost obce z hlediska počtu obyvatel, v níž tázané rodiny bydlí. Respondenti měli na výběr z pěti kategorií, které byly vymezeny na základě sdělení ministerstva pro místní rozvoj (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2006). Kategorie jsou rozděleny následovně: do 1 999 obyvatel, 2 000 až 9 999 obyvatel, 10 000 až 49 999 obyvatel, 50 000 až 99 999 obyvatel a poslední kategorie – více než 100 000 obyvatel. Z odpovědí je zřetelné, že respondenti jsou zastoupeni napříč všemi kategoriemi – přibližně polovina respondentů bydlí v menších obcích a městech do 10 tisíc obyvatel, čtvrtina respondentů pochází z měst o velikosti 10-100 tisíc obyvatel a zbývající čtvrtina bydlí

ve velkých městech nad 100 tisíc obyvatel. Podrobnější procentuální rozložení respondentů podle velikosti obcí je znázorněno v grafu níže.



Graf 11 - Jaký je počet obyvatel v obci, ve které bydlíte?

Tato otázka je významná zejména při hledání možných souvislostí z hlediska velikosti obce, kde rodiny žijí, a dostupností péče o jejich děti. Nepodařilo se však prokázat, že by respondenti z větších měst navštěvovali více specializovaná pracoviště, jako například mateřská škola speciální, v porovnání s rodinami žijícími v malých obcích. Je tak pravděpodobné, že velká část rodin z menších obcí dováží své sluchově postižené děti do okolních měst s vyšší dostupností specializované péče, a tak ze statistického hlediska nebyly nalezeny žádné významné rozdíly. U některých typů služeb (pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum) byl vzorek respondentů po rozdělení do skupin příliš nízký pro tvorbu relevantních závěrů, a tak není možné specifikovat, zda velikost obce, kde rodina žije, má vliv na typ zařízení, které jejich dítě navštěvuje.

Souvislost se však podařila prokázat ve vztahu s využívaností služeb střediska rané péče. V tabulce 7 je viditelné procentuální rozdělení osob využívajících a nevyužívajících těchto služeb dle velikosti obce, podle počtu obyvatel. Významný rozdíl je zřejmý v porovnání osob žijících v obci do 1 999 obyvatel, kdy z 57 % navštěvují a ze 43 % nenavštěvují středisko rané péče, ve srovnání s osobami žijícími v obci s více než 100 000 obyvatel, kdy je tento poměr 87,5 % proti 12,5 %.

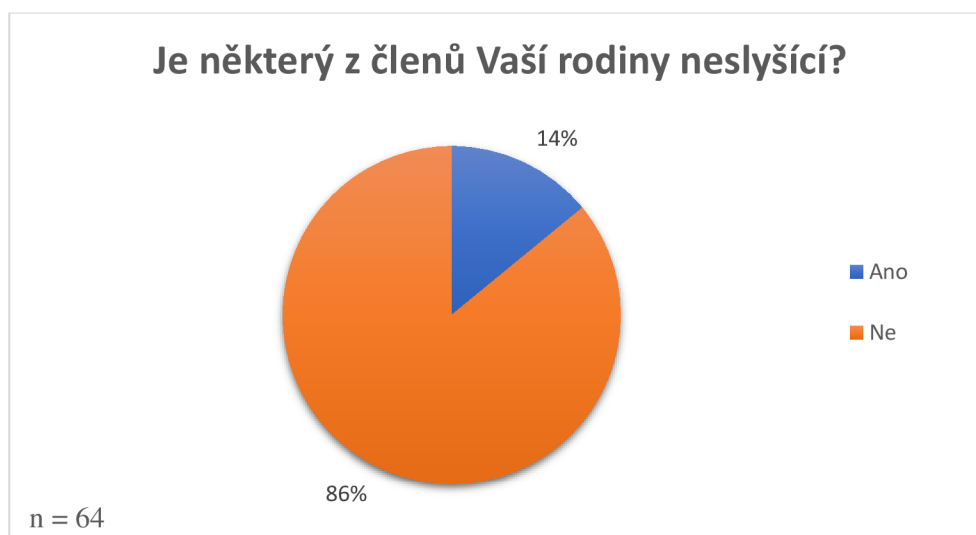
Tabulka 7 – Souvislost mezi využíváním SRP a velikostí obce

Počet obyvatel v obci	Navštěvuje SRP	Nenavštěvuje SRP
Do 1 999	57 %	43 %
Od 2 000 do 9 999	71 %	29 %
Od 10 000 do 49 999	64 %	36 %
Od 50 000 do 99 999	80 %	20 %
Nad 100 000	87,5 %	12,5 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat získaných z dotazníkového šetření

Otázka 11

Otázka 11 zjišťuje přítomnost sluchového postižení i u dalších členů rodiny. 86 % tázaných uvedlo, že v rodině není žádná další osoba neslyšící, zatímco u 14 % rodin se vyskytuje alespoň jedna neslyšící osoba – nejčastěji uváděnými osobami byli prarodiče či jiní příbuzní. Neslyšící matka, otec či oba rodiče jsou pouze v minimálním počtu tázaných domácností.



Graf 12 - Je některý z členů Vaší rodiny neslyšící?

Otázka 12

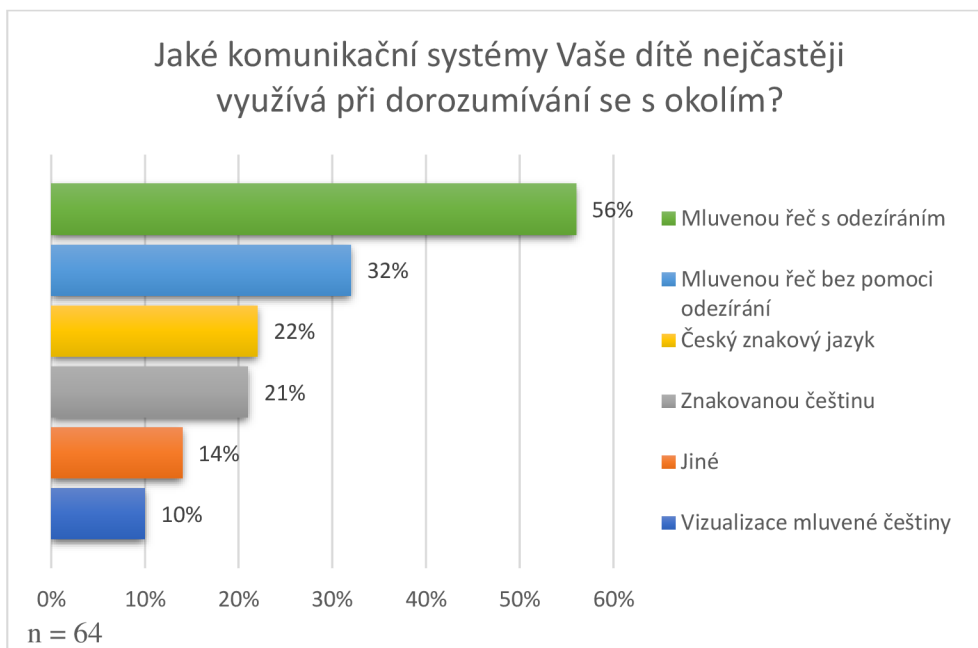
Analýza komunikačních systémů dětí se sluchovým postižením je jedním z primárních cílů této práce. Tato otázka je zaměřena na zkoumání nejčastěji využívaných

komunikačních systémů dětí se sluchovým postižením při dorozumívání se s jejich okolím. Respondenti měli možnost výběru více komunikačních systémů, jelikož jich mohou děti využívat zároveň i více najednou, případně mohou využívat různé komunikační systémy v závislosti na osobě, s níž komunikuje. Významnou roli zde hraje zejména rozsah sluchového postižení a úspěšnost kompenzace sluchové ztráty. Z výsledků je patrné, že více než polovina dětí používá mluvenou řeč s pomocí odezírání, oproti tomu bez pomoci odezírání dokáže porozumět mluvené řeči jen 32 % sluchově postižených dětí. Mluvenou řeč bez odezírání podle dotazníků využívají děti od lehké nedoslýchavosti až po praktickou hluchotu, čehož bylo pravděpodobně docíleno díky kompenzaci sluchové ztráty kochleárním implantátem.

Další kategorii představují děti používající český znakový jazyk. Tento komunikační systém využívá 22 % dětí se sluchovým postižením. Tento poměrně nízký poměr je dán především tím, že pro použití tohoto komunikačního systému je nezbytné, aby ho ovládaly obě strany. V souvislosti s rozsahem sluchové ztráty používá český znakový jazyk 42 % dětí s praktickou či úplnou hluchotou, navzdory tomu, že téměř 60 % dětí s takto závažnou sluchovou ztrátou je kompenzováno kochleárním implantátem. Nicméně kompenzace nemusí být vždy dostatečná nebo úspěšná, a tak znakový jazyk i po implantaci může být důležitým prvkem při komunikaci. U dětí se středně těžkou a těžkou nedoslýchavostí pouhých 12 % komunikuje mimo jiných metod i českým znakovým jazykem a v kategorii dětí s lehkou nedoslýchavostí není žádné dítě, které by český znakový jazyk používalo. Z této analýzy je tak patrné, že podíl dětí využívajících český znakový jazyk roste s vyšší sluchovou ztrátou. Znakovaná čeština je používána podobně jako český znakový jazyk. Opět je tato forma komunikace využívána sestupně podle stupně sluchové ztráty – tedy nejvyšší využití nachází u dětí s praktickou a úplnou hluchotou a s méně závažnými stupni vad se podíl snižuje. Z celkového počtu 64 respondentů používá znakovou češtinu 14 dětí, což v relativním vyjádření značí přibližně 22 %.

Vizualizaci mluvené češtiny využívá přibližně každé desáté dítě se sluchovým postižením. V dotazníku byla uvedena také možnost komunikace prstovou abecedou, avšak tento komunikační systém nebyl zvolen žádným respondentem. Někteří respondenti uvádí (viz kategorie Jiné), že děti využívají v komunikaci znaky jak z českého znakové jazyka, tak znaky vlastní. Při komunikaci si některé děti pomáhají výraznější mimikou a gestikulací. Neopomenutelné místo v komunikaci mají různé podpůrné materiály, jako

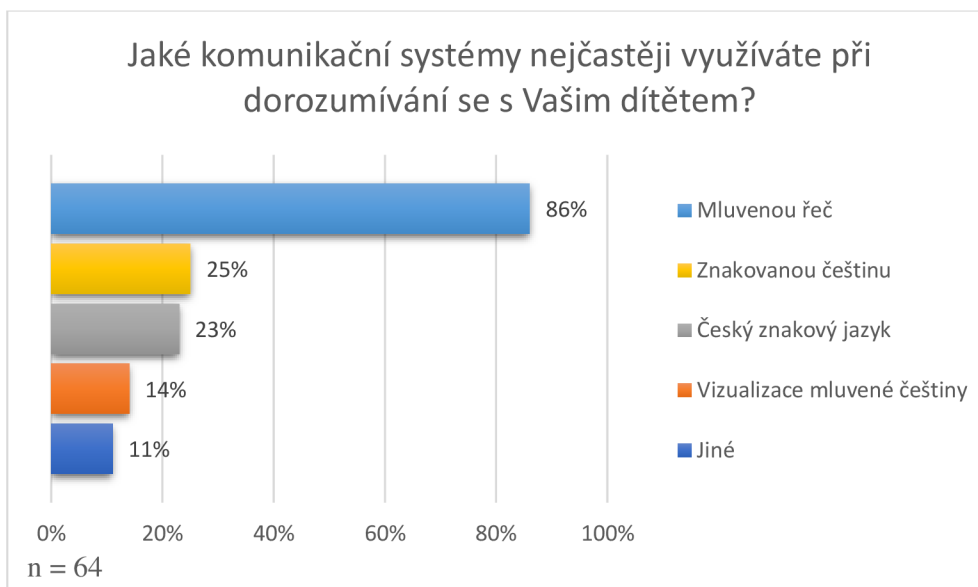
jsou například obrázkové kartičky, obrázkový slovník či přímo výměnný obrázkový komunikační systém (tzv. VOKS).



Graf 13 - Jaké komunikační systémy Vaše dítě nejčastěji využívá?

Otázka 13

Otázka 13 se zabývá komunikačními systémy, které využívají rodiče při komunikaci s jejich sluchově postiženým dítětem. Respondenti mohli zvolit více možností. Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejfrekventovanějším způsobem komunikace ze strany rodičů směrem k dětem je využívání běžné mluvené řeči. Tu zvolilo 86 % rodičů, z nichž přibližně polovina používá pouze tento komunikační systém. Dalšími komunikačními systémy je znakovaná čeština a český znakový jazyk. Tyto komunikační systémy jsou využívány spíše rodiči dětí s těžším sluchovým postižením – zejména český znakový jazyk využívají v komunikaci nejvíce rodiče dětí s praktickou či úplnou hluchotou. Jedním z posledních komunikačních systémů je vizualizace mluvené češtiny, která je využívána pouze devíti respondenty, což činí přibližně 14 %. Jako další pomocné prostředky v komunikaci respondenti udávají znaky. Zmiňovány jsou znaky z českého znakového jazyka, vlastní znaky či využívání znaku do řeči. Nápomocné bývají také různé kartičky, na které děti mohou ukazovat či již dříve zmíněný systém VOKS.



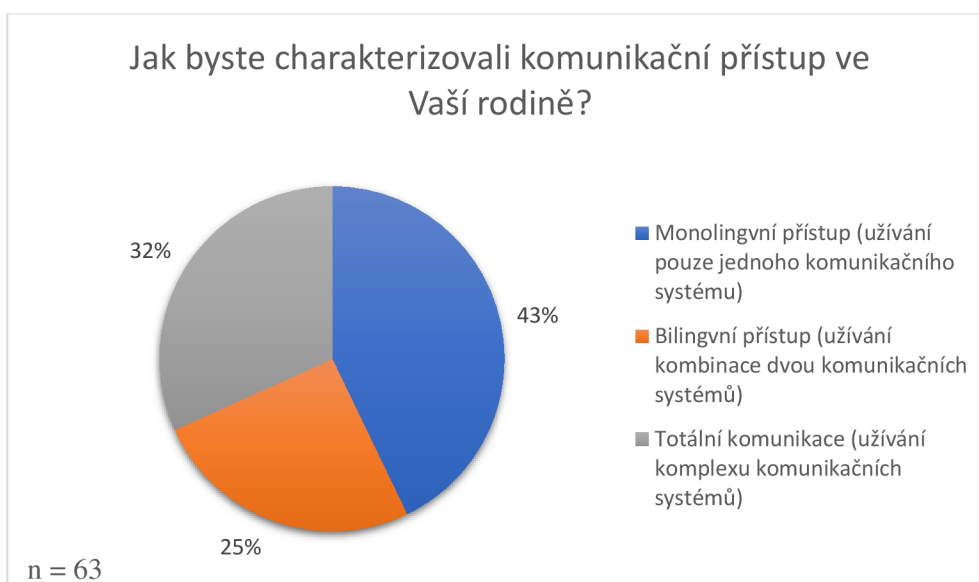
Graf 14 - Jaké komunikační systémy využíváte při dorozumívání se s Vaším dítětem?

Otázka 14

Cílem této otázky bylo zjistit, co, případně kdo ovlivnil výběr daných komunikačních systémů, které rodina s dítětem využívá. Otázka byla otevřená, tedy bez možného výběru předpřipravených odpovědí, ale pouze s textovým polem pro vlastní odpověď. Explicitně zmiňované byly možnosti dítěte s ohledem na rozsah sluchového postižení. Některé děti, zejména se závažnější sluchovou ztrátou, mají podle odpovědí omezené možnosti volby komunikačního systému, naopak jiné děti, zvláště s lehčím sluchovým postižením či dostatečnou kompenzací sluchu, nejsou nikterak ve výběru limitovány. Dostatečnou kompenzací sluchu uvedlo 6 respondentů jako hlavní příčinu volby jimi používaného komunikačního systému. Mnozí popisují postupný přechod od jednoho komunikačního systému k druhému, například ze znakované češtiny po úspěšném vývoji řeči na mluvenou řeč. Dalšími vlivnými faktory jsou dle výsledků dotazníku doporučení lékařů, odborníků, příbuzných a známých s obdobnými problémy, či též mateřské a základní školy pro děti se sluchovým postižením. Někteří však upřednostňují názor, že rozvoj mluvené řeči je lepší pro začlenění dítěte, a proto dítě vedou k této formě komunikace. Mluvenou řeč preferují rodiče zejména díky jednoduchosti a jejich neznalosti vizuálně motorických systémů.

Otázka 15

Otázka 15 se zabývá charakteristikou komunikačního přístupu v rodině. Respondenti měli na výběr ze tří typů komunikačních přístupů: monolingvní přístup, bilingvní přístup a totální komunikace. Jednotlivé kategorie se odlišují množstvím využívaných komunikačních systémů v komunikaci mezi rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením. Z grafu 15 je znatelné, že nejvíce rodin (43 %) využívá monolingvní přístup, tedy komunikují pouze jedním komunikačním systémem, přičemž nejčastěji se jedná o mluvenou řeč. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří 32 % rodin využívajících komplex komunikačních systémů, u nichž je komunikační přístup charakterizován jako totální komunikace. Nejméně využívaný je bilingvní přístup v komunikaci, tedy kombinace dvou využívaných komunikačních systémů. Tuto možnost zvolilo 25 % respondentů.

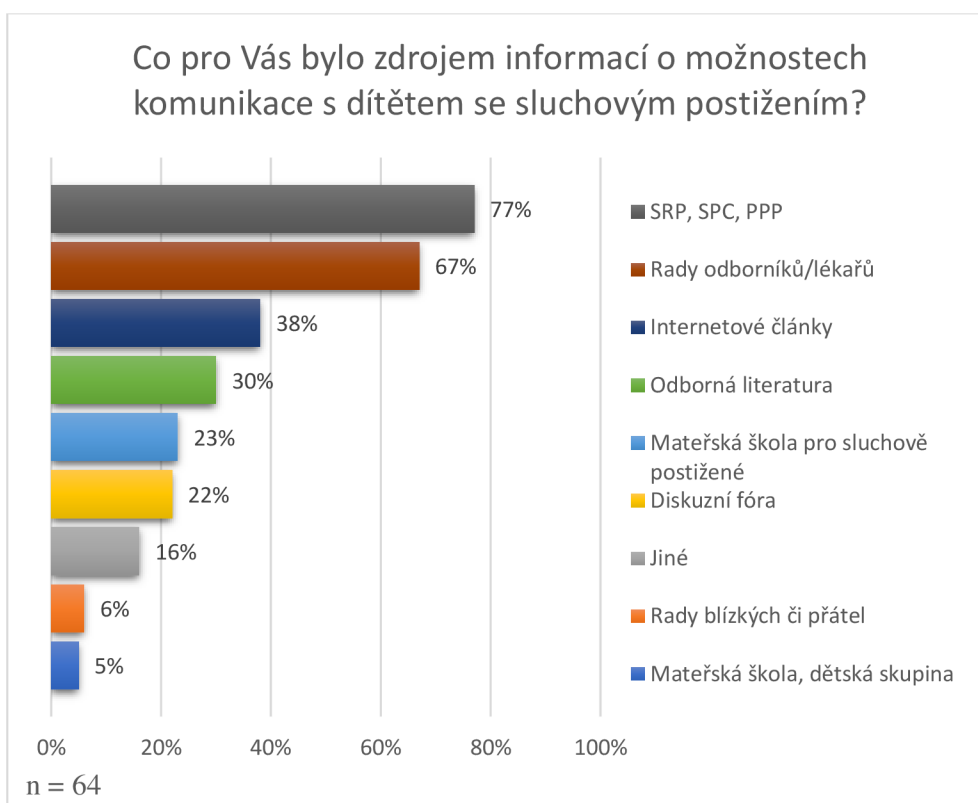


Graf 15 - Jak byste charakterizovali komunikační přístup ve Vaší rodině?

Při hledání souvislostí mezi komunikačním přístupem v rodině a sluchovou ztrátou dítěte byla nalezena jistá korelace: 66 % rodin s dětmi mající lehčí vady (lehká a středně těžká nedoslýchavost) využívá monolingvní přístup, naproti tomu je tento přístup upřednostňován pouze u 25 % rodin s dítětem s praktickou či úplnou hluchotou. U totální komunikace, která je charakteristická využíváním mnoha komunikačních systémů, převládá opačný trend – zatímco děti s lehkou a středně těžkou sluchovou ztrátou tento přístup využívají jen v 18 %, rodiny, kde dítě je prakticky či zcela hluché je přístup preferován přesně u poloviny dotazovaných.

Otázka 16

Předposlední otázka dotazníku zjišťovala, z jakých zdrojů rodiny čerpaly/čerpají informace týkající se problematiky komunikace se sluchově postiženým dítětem. Respondenti měli možnost výběru více odpovědí. Výsledky naznačující, že nejvíce informací o možnostech komunikace poskytují odborná pracoviště specializující se mimo jiné i na problematiku sluchového postižení: středisko rané péče, speciálně pedagogické centrum a pedagogicko-psychologická poradna. Jako druhý nejrozsáhlejší pramen informací respondenti považují rady lékařů a jiných odborníků. Třetí místo v pořadí zauímají internetové články a posléze odborná literatura. Podrobnější rozčlenění používaných informačních zdrojů viz graf 16 níže. Do kategorie Jiné respondenti uvedli centrum Tamtam, časopis Dětský sluch, komplexní rehabilitační centra aj.



Graf 16 - Co pro Vás bylo zdrojem informací o možnostech komunikace?

Otázka 17

Poslední otázka nabízela respondentům prostor pro doplňující informace. Respondenti zde nejčastěji popisovali průběh diagnostiky dítěte, konkrétní rozsah postižení dítěte, způsob komunikace v rodině a další zajímavé informace.

6 Doporučení odborníků

Tato kapitola obsahuje rady a doporučení odborníků, kteří se věnují problematice komunikace mezi slyšícími rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením. Doporučení se zabývají zejména vhodnou volbou komunikace a dodržováním zásad správné komunikace s dítětem se sluchovým postižením.

„Volbu komunikačního systému provádějí pro své sluchově postižené dítě především rodiče (jako zákonní zástupci) na základě doporučení a rad zainteresovaných odborníků (střediska rané péče, speciálně pedagogického centra pro sluchově postižené, učitelé, lékaři apod.).“ (Langer, 2013b, s. 11)

Při volbě komunikačního systému je vždy nutné zvolit nejvhodnější způsob pro dítě, aby byly vhodně rozvíjeny komunikační schopnosti a zabránit tak omezení dítěte ve vývoji (Langer, 2013; Muknšnáblova, 2014). Holmanová (2016) uvádí, že neexistuje žádné jednotné doporučení a vše závisí pouze na rozhodnutí rodičů, kteří by měli být o možnostech komunikace dostatečně informováni. Odborníci se shodují na tom, že s rozvojem jakékoliv formy komunikace by se mělo začít co nejdříve (Hronová a Motejzиковá, 2002; Langer, 2013b; Muknšnáblova, 2014). Předpokladem je však včasná kompenzace sluchové ztráty, buďto sluchadly nebo kochleární implantací, pokud jim to jejich zdravotní stav umožní.

U neslyšících dětí, u nichž sluchová ztráta není nijak kompenzována, Vernon a Koh (1970) uvádí, že je pro jejich rozvoj vhodnější využívání manuálních komunikačních systémů. Z výzkumu vyplývá, že děti s tímto postižením dosahují lepších výsledků v edukaci při využívání manuální komunikace, oproti dětem komunikujících čistě orální formou (tamtéž). Ačkoliv autoři vyslovili tuto myšlenku před více než 50 lety, stejný názor zastávají i současní odborníci: *„Znakový jazyk je pro neslyšící dítě přirozenější, pochopitelnější a snáze zvládnutelný, ale pro slyšící neznalé znakového jazyk nesrozumitelný. Orální řeč je pro neslyšící náročnější, ...“ (Muknšnáblova, 2014, s. 58-59).* Důležitá je u těchto dětí včasně určená diagnóza, díky níž rodiče mohou začít s výukou znakové jazyka či jiné manuální komunikace dříve (Woll, 2013). U dětí s těžšími sluchovými ztrátami je vhodné využití kombinace více komunikačních systémů, tzv. totální komunikace (Holmanová, 2016).

Druhou pomyslnou skupinu představují děti nevyužívající kompenzační pomůcku, jelikož u nich není kompenzace nutná, anebo děti s dostatečnou kompenzací sluchové vady pomocí některé z kompenzačních pomůcek. Tyto děti nejčastěji komunikují s rodiči mluvenou řečí. Děti se sluchovým postižením si velmi často pomáhají odezírá, proto je nutné, aby dítě znalo téma komunikace a všechna použitá slova a mohlo být tak schopno pochopit kontext (Muknšnáblova, 2014). Je důležité děti motivovat k nošení kompenzační pomůcky (např. sluchadel) a aktivně zapojovat do komunikace (ReSound, 2021b). Jak uvádí Jungwirthová (2015a) řečový a sluchový vývoj probíhá u dětí individuálně dlouhou dobu. Vše se odvíjí od intelektu dítěte, nadání, vlastní píle atd. Z tohoto důvodu je důležitá podpora dítěte a trpělivost při komunikaci. Holmanová (2016) klade důraz na přirozený přístup, který poskytuje dítěti množství stimulů a možností k řečové komunikaci během celého dne v rodině.

„Při komunikaci s dítětem je nutné již od nejútlejšího věku užívat co nejvíce jednoduchých slov a vět, které se dítě v každodenních situacích při častém užívání naučí odezírat, později také sluchem identifikovat a užívat při během rozhovoru a hře.“ (Neubauer, 2009, s. 22)

Při komunikaci s dítětem se sluchovým postižením je žádoucí se řídit určitými zásadami, jež by měly být během komunikace dodržovány. Z hlediska podmínek na prostředí pro komunikaci by mělo být zajištěno řádné osvětlení, eliminace okolního ruchu (pokud je to možné), udržování vhodné vzdálenosti při komunikaci (rozmezí od 0,5 metru až 2 metry) atd. (Erdman, 2016; Langer, 2013b; Skákalová, 2011). Pro sluchově postižené děti je stěžejní navázání a udržení očního kontaktu (Sikorová a Czudková, 2011). Erdman (2016) doporučuje dodržovat další podstatné zásady jako je mluvit zřetelně, ale bez zpomalování, udržovat běžnou hlasitost řeči (tzn. nekřičet), lehce snížit výšku hlasu, v případě potřeby pomáhat při komunikaci gesty, a také vyžadovat po jedincích zopakování předané informace pro potvrzení si správného porozumění sdělení.

7 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz

Stěžejním cílem praktické části bakalářské práce byla analýza preferovaných komunikačních systémů mezi slyšícími rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením. Hlavního cíle se podařilo dosáhnout na základě vlastního dotazníkového šetření, a to především na základě odpovědí na otázky 12 a 13. Tyto otázky zjišťovaly nejčastěji využívané komunikační systémy při komunikaci mezi rodiči a jejich dětmi. Z výsledku jednoznačně vyplynulo, že nejvíce rodiny komunikují mluvenou řečí, přičemž děti si většinou pomáhají odezíráním ze rtů. Způsob komunikace je však závislý na stupni sluchového postižení a případné kompenzaci sluchové ztráty.

Prvním dílčím cílem bylo identifikovat významné faktory ovlivňující výběr komunikačního systému. K naplnění tohoto dílčího cíle byla klíčová otázka 14, která se dotazovala respondentů na jejich subjektivní názor, co mělo vliv na volbu daného komunikačního systému. Nejčastěji respondenti uváděli jako významné faktory rozsah sluchového postižení dítěte, dostatečná nebo naopak nedostatečná kompenzace sluchové ztráty, doporučení lékařů, jiných odborníků či dalších osob zabývajících se danou problematikou atd. Potřebné odpovědi k dosažení vytyčeného cíle byly získány také na základě dalších dotazníkových otázek.

Druhý dílčí cíl přímo navazuje na předchozí dílčí cíl a spočíval v analýze vztahu mezi využívanými komunikačními systémy a jednotlivými faktory ovlivňujícími výběr komunikačního systému. Rozhodující faktor, podle něhož je komunikační systém povětšinou vybírán je rozsah sluchového postižení a případné výsledky kompenzace sluchové ztráty. Pakliže rozsah sluchové ztráty po kompenzaci či bez kompenzace sluchu umožní dorozumívat se mluvenou řečí bývá nejčastěji volen tento komunikační systém, ale v případě závažné ztráty sluchu, u níž není možná nebo dostatečná kompenzace, musí být využíván jiný komunikační systém, tak aby komunikace byla funkční. Další faktory nemají tak významný vliv na volbu komunikačního systému.

Třetím a zároveň posledním dílčím cílem práce bylo zjistit, z jakých informačních zdrojů týkajících se možností komunikace rodiče sluchově postižených dětí nejčastěji čerpají. Z odpovědí na otázku 16, která se dotazovala na využívané zdroje informací vyplývá, že rodičům jsou nejvíce nápomocná v poskytování potřebných informací střediska rané péče, speciálně pedagogická centra či pedagogicko-psychologické poradny. Další

významné prameny, z nichž rodiče obvykle čerpají jsou rady odborníků, internetové články či odborná literatura.

Ověření platnosti hypotéz

První hypotéza (H1) předpokládala, že slyšící rodiče upřednostňují mluvenou řeč v komunikaci s dítětem se sluchovým postižením. Platnost této hypotézy byla prokázána na základně dat získaných v dotazníkovém šetření zejména u otázek 13 a 14. V otázce 13 byly určovány nejčastěji využívané komunikační systémy slyšícími rodiči při komunikaci s jejich dětmi se sluchovým postižením. Z výsledků této otázky je zřejmá výrazná převaha komunikace mluvenou řečí, kterou využívá dle dotazníkového šetření 86 % dotazovaných, velmi často však v kombinaci s dalším komunikačním systémem. Tento fakt potvrzují i mnohé odpovědi respondentů na otázku 14. V otázce 14 někteří odůvodnili volbu běžné mluvené řeči v komunikaci především pro jednoduchost tohoto komunikačního systému a pro snahu o začlenění dítěte do společnosti.

Druhá hypotéza (H2) se snažila prokázat, že děti využívající služeb střediska rané péče uplatňují v komunikaci se svým okolím více komunikačních systémů. Děti navštěvující SRP v průměru ke komunikaci používají 1,52 komunikačních systémů, zatímco u dětí, které služeb SRP nevyužívají je průměr téměř shodný – 1,50. Z dotazníků tedy vyplývá, že na množství využívaných komunikačních systémů nemá vliv navštěvování střediska rané péče a hypotéza H2 tak na základě získaných odpovědí byla vyvrácena.

Třetí hypotéza (H3) vycházela z předpokladu, že rodiny z větších měst více využívají služeb střediska rané péče, jelikož tato specializovaná pracoviště se nejčastěji koncentrují v krajských a okresních městech, a rodiny z okolních obcí by tak musely do zařízení mnohdy dojíždět. To s sebou nese časové a zejména též finanční nároky, které mohou rodiny odradit od návštěv těchto zařízení. Ve zkoumání souvislosti mezi využívaností služeb střediska rané péče a velikostí obce dle počtu obyvatel, kde rodiny žijí, byla nalezena poměrně silná závislost. Osoby žijící v obcích do 1 999 obyvatel navštěvují SRP z 57 %, zatímco poměr u rodin žijících v městech s více než 100 000 obyvateli dosahuje téměř 90 %. Podrobnější výsledky jsou popsány v dotazníkové otázce 10. Z daných výsledků tedy vyplývá, že hypotézu se podařilo prokázat.

Závěr

Bakalářská práce se orientovala na možnosti komunikace dětí se sluchovým postižením s jejich slyšícími rodiči. V této práci byl vymezen vývoj dětí předškolního a specifika vývoje u dětí s vadami a poruchami sluchu. Druhá kapitola vymezovala především problematiku sluchového postižení, která zahrnovala anatomii a vývoj sluchového orgánu a sluchu, dělení sluchových vad a poruch dle různých hledisek. Poslední část teoretické části práce vycházela z předchozích kapitol. Záměrem bylo charakterizovat komunikaci dětí se sluchovým postižením z hlediska vývoje řeči a možností volby komunikačního systému.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo analyzovat komunikaci mezi slyšícími rodiči a jejich dětmi se sluchovým postižením. Empirická část byla postavena na metodě dotazníkového šetření, kterého se účastnilo celkem 64 respondentů. Výsledná data byla mnohdy graficky zpracována a porovnávána i s dalšími výsledky otázek. Hlavním cílem bylo analyzovat preferované komunikační systémy, přičemž z výsledků dotazníků vyplynulo, že nejčastěji používají slyšící rodiče a děti se sluchovým postižením ke komunikaci mluvenou řeč, čímž byla také potvrzena první hypotéza. Dílčí cíle se již zaměřovaly na samotné faktory ovlivňující výběr komunikačního systému. Výsledky ukazují, že za nejvýznamnější vlivy jsou považovány omezené možnosti volby komunikačního systému, rozsah sluchového postižení dítěte, dostatečná či naopak nedostatečná kompenzace sluchu, doba diagnostikování sluchového postižení nebo kupříkladu informační zdroje. Cílem bylo také determinovat nejčastěji využívané zdroje informací o možnostech komunikace, čehož bylo docíleno a z výsledků vyplynulo, že rodiny získávají nejvíce informací na základě doporučení střediska rané péče, jiných školských poradenských zařízení a rad odborníků a lékařů. Další stanovené hypotézy se orientovaly právě na samotné středisko rané péče a využívání těchto služeb rodinami s dětmi se sluchovým postižením. Mezi volbou komunikačního přístupu v rodině a využíváním služeb střediska rané péče nebyla zjištěna souvislost, tudíž tato hypotéza nebyla potvrzena, avšak následná hypotéza vycházející z předpokladu, že středisko rané péče navštěvují více rodiny z větších měst byla potvrzena. Praktická část byla doplněna také o cenné rady odborníků, jež se zabývají možnostmi komunikace v rodinách, kde je dítě se sluchovým postižením a slyšící rodiče. Cíle byly splněny na základě získaných informací z dotazníkového šetření.

Přidanou hodnotu této práce lze spatřovat zejména v praktické části, která byla postavena na vlastním dotazníkovém šetření čítající 64 respondentů, což lze považovat za dostatečně reprezentativní vzorek pro účely této práce. Na základě tohoto dotazníku bylo analyzováno, jakým způsobem probíhá komunikace mezi dětmi se sluchovou vadou či poruchou a jejich slyšícími rodiči, jaké jsou možnosti volby a také informační zdroje o komunikačních systémech sluchově postižených a v neposlední řadě i faktory ovlivňují výběr komunikačního systému. Toto téma je v českém prostředí zkoumáno a diskutováno poměrně okrajově a mnohdy jsou dané rodiny informovány o sluchovém postižení pouze z medicínského hlediska, ale informace o možnostech následné péče či komunikace s dítětem se sluchovou ztrátou postrádají, a to jak od lékařů, tak i v literatuře či odborných člancích.

Seznam použité literatury

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vyd. Brno: Edika, 2015. ISBN 978-80-266-0658-1.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

ČÁP, Jan. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-706-6534-3.

ČESKO. Zákon č. 384 ze dne 23. září 2008, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony. In: *Sbírka zákonů*. 20.10.2008, roč. 2008, částka 124. ISSN 1211-1244.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 3., uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.

GILLERNOVÁ, Ilona a ed. Dítě v rodině. MERTIN, Václav a Ilona GILLERNOVÁ. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015, s. 183-196. ISBN 978-80-262-0977-5.

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 3. uprav. vyd. 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.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové vnímání dětí raného věku s postižením sluchu: funkční hodnocení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8130-7.

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

HRONOVÁ, Anna a Jitka MOTEJZÍKOVÁ. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2002.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015a. ISBN 978-80-262-0944-7.

- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. 1. vyd. Praha: Beakra, 2014. ISBN 978-80-903863-2-7.
- KUCHARSKÁ, Anna a Daniela ŠVANCAROVÁ. *Bezstarostné roky?: kroky a krůčky předškolním věkem : poradenství pro rodiče*. Praha: Scientia, 2004. ISBN 80-7183-291-x.
- LANGER, Jiří. *Komunikace osob se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013b. ISBN 978-80-244-3674-6.
- LANGER, Jiří. *Special education for the people with hearing impairment*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013a. ISBN 978-80-244-3749-1.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LECHTA, Viktor et al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LISÁ, Lidka a Marie KŇOURKOVÁ. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986.
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 9788024633572.
- MERTIN, Václav a Ilona GILLERNOVÁ, eds. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0977-5.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.

- NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.
- NEUBAUER, Karel. *Úvod do logopedie sluchově postižených: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-755-3.
- NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004. ISBN 80-7043-281-0.
- PLZÁK, Jan, Petr HERLE et al. *ORL pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. ISBN 978-80-86307-90-9.
- PŮSTOVÁ, Zuzana. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-721-6022-2.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-098-6.
- STRNADOVÁ, Věra. *Specifické neverbální projevy neslyšících lidí*. 2. opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. ISBN 978-80-87218-28-0.
- SVĚTLÍK, Martin. *Postižení sluchu: současné možnosti sluchové protetiky*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-114-5.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠULOVÁ, Lenka a ed. *Repetitorium vybraných poznatků vývojové psychologie*.
- MERTIN, Václav a Ilona GILLERNOVÁ. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015, s. 13-22. ISBN 978-80-262-0977-5.
- ŠVINGALOVÁ, Dana. *Kapitoly z psychologie III. díl: Vývojová psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-571-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VANĚČKOVÁ, Vlasta. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-858-0183-3.

VYSUČEK, Petr. Prstová abeceda v českém znakovém jazyce – praktická cvičení. 1. vyd.,
Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. ISBN 978-80-87153-39-0.

ZEZULKOVÁ, Eva. *Logopedická prevence v předškolním věku*. 2. vyd. Ostrava:
Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-562-1.

Seznam internetových zdrojů

- AKSENOVOVÁ, Zdenka. Poruchy řeči – praktický pohled v ordinaci pediatra. *Pediatric pro praxi* [online]. 2015, **16**(5) [cit. 2021-8-1]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/ped/2015/05/19.pdf>
- BOUČEK, Jan a Jiří SKŘIVAN. Příručka pro praxi: BAHA IMPLANTÁT. *Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku* [online]. Praha: Merck spol. s. r. o., 2014 [cit. 2021-10-21]. Dostupné z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-baha.pdf>
- Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. [online]. ©2022 [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/>
- ČSÚ. Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2019 [cit. 2021-9-6]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf>
- Department of Education. *UK Government* [online]. 2017 [cit. 2020-11-01]. Dostupné z: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/657822/SFR64_2017_Additional_Text.pdf
- Desatero pro rodiče. *Včasná pomoc dětem* [online]. Nadace rozvoje občanské společnosti, ©2021 [cit. 2021-11-09]. Dostupné z: <https://ranapece.vcasnapomocdetem.cz/>
- ERDMAN, Kimberly A. Caring For Patients With Hearing Impairment. *Dimensions of dental hygiene* [online]. 2016, **14**(7), 44–47 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: <https://dimensionsofdentalhygiene.com/article/caring-for-patients-with-hearing-impairment/>
- GRISWOLD, Earl L. a Janet COMMINGS. The Expressive Vocabulary of Preschool Deaf Children. *American Annals of the Deaf* [online]. Gallaudet University Press, 1974, **119**(1) [cit. 2021-8-2]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/44387842>
- HISKEY, Marshall S. A Study of the Intelligence of Deaf and Hearing Children. *American Annals of the Deaf* [online]. Gallaudet University Press, 1956, **101**(4) [cit. 2021-7-29]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/44392019>

HUITT, William a John HUMMEL. Piaget's theory of cognitive development. *Educational psychology interactive* [online]. 2003 [cit. 2020-11-03]. Dostupné z:

https://intranet.newriver.edu/images/stories/library/stennett_psychology_articles/Piagets%20Theory%20of%20Cognitive%20Development.pdf

JUNGWIRTOVÁ, Iva. Komunikace s malým dítětem se sluchovým postižením.

Idětskýsluch.cz [online]. 2015b [cit. 2021-10-23]. Dostupné z:

<https://www.idětskýsluch.cz/pece-o-dite/komunikace/komunikace-s-malym-ditetem-se-sluhovym-postizenim-32/>

Kochleární implantace krok za krokem. *Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online].

Brno, ©2021 [cit. 2021-10-21]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/pro-pacienty-a-navstevy/pracoviste/orl-zakladni-informace/orl-komplexni-implantacni-centrum/kochlearni-implantace-krok-za-krokem/>

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ. Sdělení č. 333/2006 Sb. *Zákony pro lidi*

[online]. 2006 [cit. 2021-10-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-333>

MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Raná péče o dítě se sluchovým postižením. *Šance Dětem* [online].

2012 [cit. 2021-10-24]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/rana-pece-o-dite-se-sluhovym-postizenim>

NIH. Quick Statistics About Hearing. *National institute on Deafness and Other*

Communication Disorders [online]. 2021 [cit. 2021-10-11]. Dostupné z:

<https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-hearing>

První kochleární implantace. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. 2017 [cit.

2021-10-21]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/prvni-kochlearni-implantace>

RESOUND. Děti s nedoslýchavostí. *ReSound* [online]. ©2021b [cit. 2021-11-04].

Dostupné z: <https://www.resound.com/cs-cz/hearing-loss/children>

RESOUND. Typy sluchadel – pro vaše individuální potřeby. *ReSound* [online]. ©2021a

[cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <https://www.resound.com/cs-cz/hearing-aids/types>

ŘEZNÍČKOVÁ, Lucie. Jak podpořit vývoj řeči. *Impulsy: Inspirace, náměty a trendy*

dětského čtenářství [online]. 2017, 3(4) [cit. 2021-8-4]. Dostupné z:

<https://impulsy.kjm.cz/impulsy-pdf/?id=179>. ISSN 2336-727X.

- SEKERÁKOVÁ, Marie a Jana SKYBOVÁ. Screening sluchu u novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, **12**(1), 45–47 [cit. 2021-8-10]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/11.pdf>
- SIKOROVÁ, Lucie a Monika CZUDKOVÁ. Komunikace dětských sester se sluchově postiženými dětmi. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, **12**(3), 210–212 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/16.pdf>
- SZÚ. Růstové grafy. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2001 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf
- ÚZIS ČR. *Vrozené vady u narozených v roce 2015* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2021-10-11]. ISSN 1801-4798. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/vrozvnar_2015.pdf
- ÚZIS ČR. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007-2019. *Národní zdravotnický informační systém - ambulantní péče* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019 [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/0083338/nzis-rep-2020-k26-a061-logopedie-2019.pdf>
- VERNON, McCay a Soon D. KOH. Early Manual Communication and Deaf Children's Achievement. *American Annals of the Deaf* [online]. Gallaudet University Press, 1970, **11**(5), 527-536 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/44392246>
- VITÁSKOVÁ, Kateřina. The analysis of the speech and language therapy students' awareness to assessment and intervention of persons with symptomatic speech disorders – emphasis on autism spectrum disorders. *Journal of Exceptional People* [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2021-7-11]. ISSN 1805-4986. Dostupné z: <http://www.jep.upol.cz/2016/Journal-of-Exceptional-People-Volume1-Number8.pdf>
- VOHLÍDKOVÁ, Monika. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, **11**(6), 291–293 [cit. 2021-8-4]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>
- WHO. Grades of Hearing Impairment. *Public health* [online]. World Health Organisation, 2008 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/en/hearing-loss-personal-music-player-mp3/figtableboxes/table-4.htm

WIDEX. O sluchadlech. *Widex* [online]. ©2021 [cit. 2021-10-20]. Dostupné z:
<https://www.widex.com/cs-cz/hearing-aids/about-hearing-aids/>

WOLL, Bencie. Sign language and spoken language development in young children: Measuring vocabulary by means of the CDI. *Sign Language Research, Uses and Practices: Crossing Views on Theoretical and Applied Sign Language Linguistics* [online]. De Gruyter, 2013, 15-34 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z:
<https://www.jstor.org/stable/j.ctvbkk4dr.4>

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Klasifikace sluchového postižení dle WHO	21
Tabulka 2 - Věkové vymezení vývoje artikulace	27
Tabulka 3 - Aktivní slovní zásoba slyšících dětí	28
Tabulka 4 - Vliv velikosti sluchové ztráty na vývoj řeči	31
Tabulka 5 - Úroveň řečové komunikace dle doby vzniku sluchového postižení	32
Tabulka 6 - Počty pacientů oboru logopedie se sluchovým postižením.....	33
Tabulka 7 – Souvislost mezi využíváním SRP a velikostí obce.....	46

Seznam grafů

Graf 1 - Statistika příčin sluchového postižení.....	21
Graf 2 - Využívání kompenzačních pomůcek	25
Graf 3 - Do jaké věkové kategorie se řadí Vaše dítě?	37
Graf 4 - Jaký je rozsah sluchové ztráty u Vašeho dítěte?	38
Graf 5 - Kdy bylo dítěti diagnostikováno sluchové postižení?	39
Graf 6 - Používá Vaše dítě některou z kompenzačních pomůcek?	41
Graf 7 - Kdy byla dítěti přidělena daná kompenzační pomůcka	42
Graf 8 - Využívá/využívalo Vaše dítě služeb střediska rané péče?	42
Graf 9 - Navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě některé z uvedených zařízení?	43
Graf 10 - Navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě klinického logopeda?	44
Graf 11 - Jaký je počet obyvatel v obci, ve které bydlíte?	45
Graf 12 - Je některý z členů Vaší rodiny neslyšící?	46
Graf 13 - Jaké komunikační systémy Vaše dítě nejčastěji využívá?	48
Graf 14 - Jaké komunikační systémy využíváte při dorozumívání se s Vaším dítětem?	49
Graf 15 - Jak byste charakterizovali komunikační přístup ve Vaší rodině?	50
Graf 16 - Co pro Vás bylo zdrojem informací o možnostech komunikace?	51

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Komunikace s dítětem se sluchovým postižením

Dobrý den,

jmenuji se Natálie Kalousková a jsem studentkou Univerzity Hradec Králové oboru Speciální pedagogika – intervence.

Dovoluji si se na Vás obrátit s prosbou o vyplnění dotazníku, který se zabývá komunikací mezi slyšícími rodiči a dětmi se sluchovým postižením. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky poslouží jako zdroj mé bakalářské práce. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více než 5 minut.

Velmi Vám děkuji za Váš čas a poskytnuté odpovědi.

1. Do jaké věkové kategorie se řadí Vaše dítě?
 - 0–3 roky
 - 3–6 let
 - 6–11 let
 - 11–15 let
 - 15–18 let
 - 18 let a více

2. Jaký je rozsah sluchové ztráty u Vašeho dítěte?
 - Lehká nedoslýchavost (21–40 dB)
 - Středně těžká nedoslýchavost (41–60 dB)
 - Těžká nedoslýchavost (61–80 dB)
 - Praktická hluchota (81 dB a více)
 - Úplná hluchota

3. Kdy bylo dítěti diagnostikováno sluchové postižení?
 - Do 6 měsíců
 - Od 6 měsíců do 1 roku
 - Od 1 roku do 3 let

- Od 3 let déle
- Přesně si nepamatuji

4. Má Vaše dítě diagnostikované i jiné postižení? Jaké?

5. Používá Vaše dítě některou z kompenzačních pomůcek?

- Sluchadla
- Kochleární implantát
- Nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku
- Jiná...

6. Kdy byla dítěti přidělena daná kompenzační pomůcka?

- Do 1 roku
- Od 1 roku do 2 let
- Od 2 let do 3 let
- Od 3 let do 5 let
- Od 5 let déle
- Přesně si nepamatuji

7. Využívá/využívalo Vaše dítě služeb střediska rané péče?

- Ano
- Ne

8. Navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě některé z uvedených zařízení?

- Mateřská škola, dětská skupina
- Mateřská škola speciální
- Speciálně pedagogické centrum
- Pedagogicko-psychologická poradna
- Jiná...

9. Navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě klinického logopeda?

- Ano
- Ne

10. Jaký je počet obyvatel v obci, ve které bydlíte?

- Do 1 999 obyvatel
- Od 2 000 do 9 999 obyvatel
- Od 10 000 do 49 999 obyvatel
- Od 50 000 do 99 999 obyvatel
- Nad 100 000 obyvatel

11. Je některý z členů Vaší rodiny neslyšící?

- Matka
- Otec
- Prarodič
- Jiný příbuzný
- Žádný rodinný příslušník není neslyšící

12. Jaké komunikační systémy Vaše dítě nejčastěji využívá při dorozumívání se s okolím?

- Mluvenou řeč bez pomoci odezírání
- Mluvenou řeč s odezíráním
- Český znakový jazyk
- Znakovanou češtinu
- Vizualizaci mluvené češtiny
- Prstovou abecedu
- Jiná...

13. Jaké komunikační systémy nejčastěji využíváte při dorozumívání se s Vaším dítětem?

- Mluvenou řeč
- Český znakový jazyk
- Znakovanou češtinu
- Vizualizaci mluvené češtiny
- Prstovou abecedu
- Jiná...

14. Co ovlivnilo výběr daného komunikačního systému?

15. Jak byste charakterizovali komunikační přístup ve Vaší rodině?

- Monolingvní přístup (užívání pouze jednoho komunikačního systému)
- Bilingvní přístup (užívání kombinace dvou komunikačních systémů)
- Totální komunikace (užívání komplexu komunikačních systémů)

16. Co pro Vás bylo zdrojem informací o možnostech komunikace s dítětem se sluchovým postižením?

- Rady odborníků/lékařů
- Rady blízkých či přátel
- Mateřská škola, dětská skupina atd.
- Mateřská škola pro sluchově postižené
- Středisko rané péče, Speciálně pedagogické centrum, Pedagogicko-psychologická poradna
- Odborná literatura
- Internetové články
- Diskuzní fóra
- Jiná...

17. Prostor pro doplňující informace