

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**

**Diplomová práce**

Bc. Dominika Havlíčková

**Sociální aspekty sluchového postižení u dětí a jejich  
rodičů se sluchovým postižením**

Olomouc 2022

vedoucí práce: doc. PhDr. Lucia Lacková, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Sociální aspekty sluchového postižení u dětí a jejich rodičů se sluchovým postižením“ vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

Podpis

.....

.....

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Kristýně Balátové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a cenné rady ke zpracování diplomové práce, a její kolegyni doc. PhDr. Lucii Lackové, Ph.D., která mi pomohla dovést práci do konce. Vděk patří také mé rodině za několikaletou podporu během mých studií.

## Obsah

Úvod.....	4
1 Vymezení problematiky sluchového postižení .....	5
1.1. Základní pojmy v oblasti sluchu .....	5
1.2. Klasifikace a etiologie sluchových vad.....	10
1.3. Diagnostika a kompenzace poruch sluchu .....	16
1.4. Specifika komunikace jedinců se sluchovým postižením.....	25
1.5. Komunikační systémy osob se sluchovým postižením.....	28
2 Socializace.....	32
2.1. Základní pojmy v oblasti socializace .....	32
2.2. Činitelé socializace .....	34
2.3. Socializace z hlediska období kojeneckého, batolecího a předškolního.....	36
2.4. Sociální komunikace .....	39
3 Výzkumná část .....	41
3.1. Cíle výzkumu .....	41
3.2. Výzkumný soubor .....	41
3.3. Kvalitativní výzkum.....	42
3.4. Shrnutí výsledků výzkumu .....	47
Diskuse.....	54
Limity studie .....	55
Závěr .....	57
Seznam použité literatury.....	58
Seznam právních předpisů .....	62
Seznam příloh.....	62
Anotace .....	64

## Úvod

Jeden ze slavných, často citovaných výroků americké spisovatelky Helen Kellerové jistě mnoho z vás slyšelo: „Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“. Častokrát tímto citátem začínají závěrečné práce mnoha studentů, kteří se věnují tématu surdopedie, stejně tak pro mě je svým obsahem naprosto výstižný. V místnosti plné lidí se pravděpodobně každý z nás cítí sám, když neslyší žádný smích, vtíp, písknutí nebo zvolání svého jména. Takto si představuji, že se cítí člověk se sluchovým postižením v kolektivu, když nemá vhodné podmínky pro odezírání, třeba z důvodu, že jeho kompenzační pomůcka může špatně filtrovat okolní hluk, a on se přesto stále snaží začlenit, usmívat se, a především se dorozumět se. Tato myšlenka mě inspirovala. Opravdu se jedinci se sluchovou ztrátou cítí oddělení od lidí, jak píše Helen Kellerová? Je to pouze moje subjektivní vnímání? A co si o tom myslí rodiče, kteří vyrůstali se sluchovou vadou a nyní se s ní setkávají u svých dětí?

V této práci se zajímám o názory a pocity rodičů v době jejich dětství, zda a jakým způsobem se mohli začlenit do kolektivu, kdo jim byl oporou v osvojování si sociálních rolí a zajímám se také o jejich nynější pohled z pozice rodiče, který může hodnotit to, jak se jeho děti socializují nyní. Práce vychází z poznatků oborů surdopedie i sociální psychologie, samotný výzkum se opírá o kvalitativní rozhovory.

Ačkoliv výsledky nehovoří za všechny osoby se sluchovou vadou na území České republiky, pocity a názory rodičů jsou velmi cenné a podnětné pro případná další výzkumná šetření.

# 1 Vymezení problematiky sluchového postižení

První kapitola vymezuje terminologii používanou v souvislosti se surdopedií, dále klasifikaci sluchových vad a jejich vznik. Přiblíží diagnostické nástroje využívané pro měření sluchu a kompenzační pomůcky pro osoby s vadou sluchu. Zabývá se také specifickou komunikací těchto osob a dále deficity, které porucha sluchu přináší, ať už v sociální rovině nebo kvalitě života.

## 1.1. Základní pojmy v oblasti sluchu

V oblasti sluchového postižení je nutné definovat obor, který představuje speciálněpedagogickou disciplínu jménem **surdopedie**. Název vznikl z latinského *surdus* – hluchý a řeckého *paideia* – výchova, pojem zastřešuje výchovu, vzdělání a rozvoj osob se sluchovým postižením. Z historického hlediska se surdopedie zařazovala k oboru logopedie, avšak v 90. letech minulého století byla vyčleněna z důvodu odlišné metodiky práce, charakteru cílové skupiny, a především akceptace neslyšících jako kulturní menšiny. (Horáková in Pipeková, 2010)

Surdopedie bude vždy úzce spjata s lékařskými, pedagogickými, psychologickými i technickými obory. Tato **multidisciplinární spolupráce** je klíčovou pro úspěšné začlenění dítěte se sluchovou vadou a cílenou rodinnou intervencí. Je známo, že 90 % dětí se sluchovou vadou se narodí rodičům bez sluchového postižení. Ti mohou spolupracovat například s inženýry při nastavování kochleárního implantátu, s logopedy pro rozvoj řeči nebo také s fyzioterapeuty pro posílení svalového tonu těla dítěte (napětí). Spoluprací více vědních oborů tak docílíme harmoničtější rozvoj jedince. (Horáková in Pipeková, 2010; Potměšil, 2003)

**Sluch** se vyvíjí již v prenatální fázi, první trimestr je nejcitlivějším obdobím z hlediska možných infekcí a ostatních vlivů okolí. V dalších fázích se již sluch chová jako orgán poslechu – plod reaguje na zvukové stimuly z okolí. V mozku slyšícího dítěte lze zaznamenat propojení produkce zvuku se sluchem již mezi 17. a 26. týdnem, kdy se spojí hlasový projev a reakce na něj, například broukáním, žvatláním a zvuky,

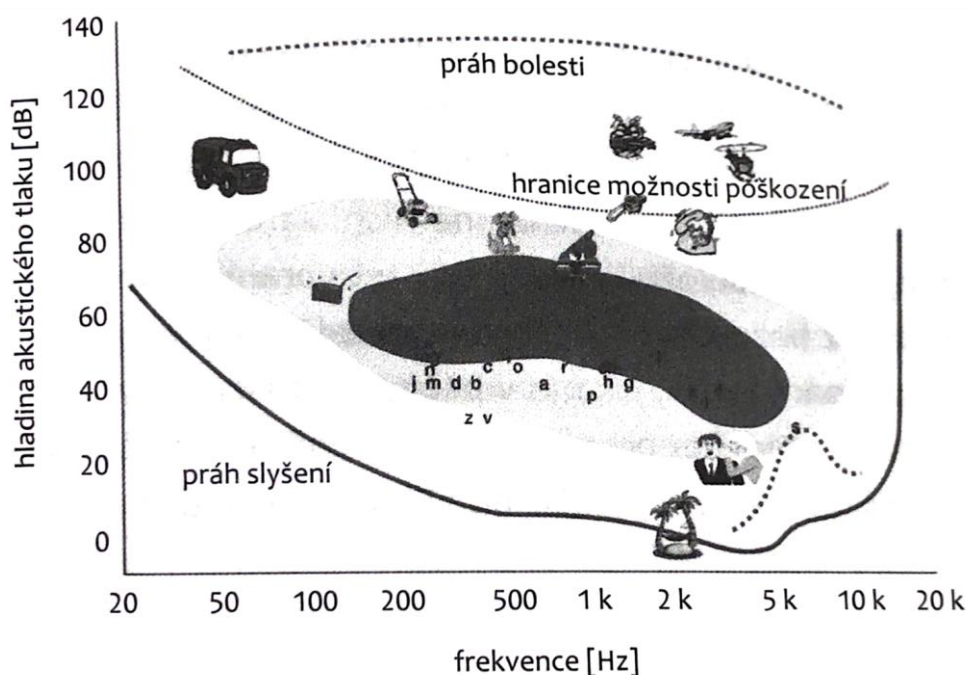
kteře vyluzuje dítě pudově. Z tohoto důvodu se může miminko s vadou sluchu jevit jako slyšící, a to až do jeho šesti měsíců věku. (Potměšil,2003)

**Funkcí** sluchu je vnímání zvuku. Z pohledu fyziky jde o vlnění molekul vzduchu šířící se směrem k uchu. Rozsah slyšitelného zvuku (sluchové pole) je uváděn v Herzích (Hz) na frekvenční stupnici od 16-20 000 Hz (viz obr. č. 1). **Frekvencí** je myšlena výška zvuku, která udává, zda je zvuk hluboký či vysoký, tedy nízkofrekvenční nebo vysokofrekvenční. Frekvenční stupnice pomáhá určit, v jaké části se nachází hlásky mluvené řeči, proto se v diagnostice měří 4 základní frekvence, v níž se **řeč** pohybuje od 500 Hz do 4000 Hz. Dále se měří **hlasitost** neboli intenzita zvuku v jednotkách decibel (dB). Intenzita je dle Dr. Dršaty (in Dršata, Havlík a kol., 2015) výpočtem energií akustického tlaku dopadající na jednotku plochy za jednotku času. Hlasitost, už jako subjektivní veličina, která je závislá na velikosti akustického tlaku vnímaná zdravým uchem člověka, osciluje mezi 0-20 dB o frekvenci 20 až 20 000 Hz. **Řeč** je vyznačena v grafu níže (viz obr. č. 2) v tzv. řečovém banánu (černě vyznačená oblast), kde se pohybují na určité hlasitosti a frekvenci hlásky mluveného českého jazyka. Bezespору jde o nejdůležitější prostředek pro komunikaci, dorozumíme se a získáme tak informace pouze díky funkčnímu sluchu. O zastupitelnosti (nebo nezastupitelnosti) tohoto smyslu pro rozvoj myšlení, sociálního učení a obecně socializaci lze diskutovat v kontextu s užíváním znakového jazyka, který je popsán v dalších kapitole této práce. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Jugwirthová, 2015; Potměšil, 2003)



Zvuk frekvencí nižších, než je schopnost lidského vnímání, je infrazvuk.  
Zvuk frekvencí vyšších, než je schopnost lidského vnímání, je ultrazvuk.

Obrázek č. 1: Sluchové pole vč. vymezení řeči v Hz (Houdková, 2005)



Obrázek č.2: Řečový banán (Jungwirthová, 2015)

**Sluchové ústrojí** se z hlediska **anatomie** skládá z vnějšího, středního a vnitřního ucha, dále sluchového nervu a sluchové dráhy s nervovými vlákny, která vystupují z kochley (latinsky *cochlea* neboli hlemýžď), končí ve sluchových centrech šedé kůry mozkové a nachází se v zářezu spánkového laloku. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Skákalová, 2011)

**Vnější ucho** představuje jakousi akustickou anténu přenášející zvukové vlny na membránu bubínku (latinsky *membrana tympani*). Děje se tak díky boltci a zevnímu zvukovodu. Vnější ucho ukončuje vstup do středouší skrze bubínek. Ušní boltec je tvořen elastickou chrupavkou pokrytou tenkou kůží, na něj navazuje lalůček. Ten chrupavku postrádá a je měkký. V oblasti ušního vchodu (latinsky *cavum conchae*) přechází ucho z tvaru elipsy do trubice s nepravidelným průřezem, nazývá se zvukovod. Uvnitř je ze dvou třetin elastický a chrupavčitý, avšak v posledních třetině má podklad kostěný. Kůže elastické chrupavky obsahuje mazové žlázy a pokrývají ji chloupky. *Ceruminózní žlázy* (modifikované potní žlázy) produkují ušní maz (latinsky



*cerumen*), který chrání střední ucho například před záněty. Zmíněný vstup do středouší tvoří bubínek, jeho pružná blanka se vlivem zvukového vlnění rozkmitá a převede akustickou energii dále do středního ucha na soustavu kůstek. Membránu bubínku chrání tvar zevního zvukovodu. Dvě zúžení uvnitř něj mají zamezovat uvíznutí cizího tělesa nebo ušního mazu, ale především infekcím či jiným škodlivým vnějším vlivům. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Skákalová, 2011)

**Střední** ucho, tvarem uzavřená dutinka, se nachází ve spánkové kosti, má tvar šestihranné kostky a je spojena se sluchovou, nazývanou též Eustachovou, trubicí na zadní část nosohltanu. Díky tomu lze vyrovnávat tlak vzduchu před a za bubínkem. Mimo jiné však mohou trubicí pronikat infekce do středouší, a to z důvodu polykání, kdy se trubice otevře a vpustí do dutin středního ucha vzduch. Vazivová blanka bubínku je silná asi 0,1 mm, při normálním stavu má šedou lesklou barvu a musí být stále v ideálním napětí pro přenos akustické energie. Zvuk přenesený na bubínek jej rozkmitá a akustická energie se přemění na mechanickou kinetickou (pohybovou), čímž dále rozechvěje řetězec kůstek. Ve středoušní dutince se nachází také bubínková dutina, kterou lze rozdělit na epitympanum, mezotympanum, hypotympanum, protympanum a retrotympanum. Právě v epitympanu (nadbubínkové dutině) je položený horní okraj bubínku a pojí se s hlavičkou středoušní kůstky – kladívkem (latinsky *malleus*). Také se v této dutině nachází větší část další kůstky – kovadlinky, která se zde napojuje na zadní část hlavičky kladívka. Rukojeť kladívka se nachází v mezotympanu (střední částí bubínkové dutiny) a je srostlá s bubínkem. *Incus* neboli kovadlinka má dva výběžky a tělo, tvarem i funkcí připomíná kloub. Druhý konec kůstky je napojen na třetí a poslední středoušní kost – třmínek (latinsky *stapes*). Hlavička třmínku je v tzv. kovadlinkotřmínkovém skloubení a upíná se na něj *masculus stapedi* neboli sval třmínkový. Dalším svalem je *masculus tensor tympani*, napínač bubínku, ten se napíná skrze bubínkovou dutinu a dotýká se krčku kladívka. Oba svaly mají ochrannou funkci, kdy napínáním zpevní řetězec kůstek a stahy tak omezí velkou akustickou energii. *Stapes* je zasazen do oválného okénka a přenáší mechanické chvění na tekutiny vnitřního ucha. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011; Lejska, 2003; Skákalová, 2011)

**Vnitřní ucho**, které se nachází ve skalní kosti, je složeno ze dvou částí: sluchové a rovnovážné. **Vlastní sluchovou část** tvoří blanitý hlemýžď neboli *cochlea*, dvaapůlkrát stočený kanál připomínající ulitu uložený v kostěném labyrintu. Dělí se na tři úseky: *scala vestibuli*, *scala tympani*, a *ductus cochlearis*, což jsou latinské názvy pro prostory, které obsahují tekutiny ke správnému přenosu zvuku. *Scala vestibuli* i *tympani* obsahují perilymfu, ta pomáhá šířit elektrické signály a vyživuje okolní tkáň, složením připomíná mozkomíšní mok. Oproti tomu *ductus cochlearis* obsahuje endolymfu. Obě tekutiny od sebe v prostoru oddělují bazilární a Reissnerova membrána. Díky tomu lze v endolymfě udržovat vysokou koncentraci draslíku pro pozitivní endokochleární potenciál, který je esenciální pro správnou funkci vláskových (sluchových) buněk, k nimž se zvuk dostane kmitáním ze třmínku na ploténku oválného okénka. Kmity se šíří tekutinou v hlemýždi, a jsou-li změny tlaku rychlejší (tedy nad 16 Hz – v rozsahu lidského sluchu), vytvoří se tzv. postupující vlna, která cestuje po bazilární membráně. V různých místech membrány dosáhne vždy své maximální velikosti. Díky tomu lidské ucho vnímá v každém místě hlemýžďe jinou frekvenci zvuku. Nízkofrekvenční zvuky zaznamenává na konci hlemýžďe, kdežto vysokofrekvenční na jeho počátku. V přepážce *ductus cochlearis* je umístěn Cortiho orgán. Zde se nachází vláskové buňky, které transformují pomocí transmiterů zvuk na vlákna sluchového nervu, čímž se z mechanické energie stává bioelektrická. Pohyb tekutin vnitřního ucha vyvolá pohyb specializovaných receptorů na vláskových buňkách (stereocilie) a vzniká bioelektrický impuls, informace o zvuku je tak předána na nervová zakončení. Dále putuje sluchovými drahami až do mozku, kde vyvolá akustický vjem. Druhá část vnitřního ucha, nazývaná **vestibulární**, je **rovnovážnou částí** se třemi polokruhovitými kanálky a dvěma sklípky. Zde kostěnou dutinu vyplňuje perilymfa a v ní se vznáší blanitý labyrint naplněný naopak endolymfou. Díky perilymfě je blanitý labyrint chráněn proti otřesům. Sluchový nerv, jako jedna ze sluchových drah, je spojkou vedoucí informaci o zvukovém vjemu do centrální mozkové části sluchového orgánu. Tento nerv je součástí VIII. hlavového nervu (*vestibulocochlearis*, sluchověrovnovážný) a bioelektrický signál přenáší jeho kochleární část. Křížení nervů z levé a pravé strany nastává v mozkovém kmeni, díky tomu lze rozpoznat směr zdroje zvuku. Dále stimul postupuje do primárního centra

sluchu v tzv. Heschlově závitu, který leží v oblasti spánkových laloků přes podkorovou oblast šedé hmoty. V primárním sluchovém centru se nachází neurony, jenž nejlépe rozpoznávají zvuky bez pojmového významu (kašel, smích, pláč). K samotnému porozumění řeči dochází až v kůře mozkové. Obě hemisféry jsou mezi sebou propojeny, což je klíčové nejen pro směrové slyšení, ale i pro centrální zpracování řeči i jiných komplexnějších zvuků. Prozodické faktory řeči (melodie, tempo, tón, hlasitost, rytmus mluvy) analyzuje pravá hemisféra, kdežto levá zpracovává řečový projev hlavně po stránce sémantiky (významoslí) a syntaxe (slovosled). (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011; Lejska, 2003; Skákalová, 2011)

## 1.2. Klasifikace a etiologie sluchových vad

Vzhledem k terminologii, která se se sluchovým postižením pojí, pro klasifikace sluchových vad diferencuje odborná obec pojmy neslyšící, nedoslýchaví a ohluchlí. Podle Horákové (in Pipeková, 2010) jde o kategorie představující *„různorodou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu limitují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince a péče, která mu byla věnována, (...)“*. Z medicínského hlediska je každá porucha orgánu hodnocena jako postižení a vymezuje tedy spíše kvantitu a kvalitu sluchu. Hrubý (in Skákalová, 2016) zmiňuje, jak neucelené pojmosloví způsobilo v pedagogice neslyšících nejasnosti. V rámci laické i odborné veřejnosti však nelze aplikovat sjednocenou terminologii, a to z důvodu různých vstupujících subjektů spolupracujících se sluchově postiženými jedinci (odborníci z resortů školství, zdravotnictví, sociální oblasti). Pro potřeby této práce jsou vymezeny pojmy: sluchové postižení, sluchová vada a porucha. (Horáková in Pipeková, 2010; Skákalová, 2016)

**Poruchu sluchu** dle Skákalové (2016) definuje její přechodný stav. Zhoršení sluchu na podkladě orgánové změny nebo onemocnění lze léčit. Po odeznění tohoto stavu je sluch opět v normě. **Vadou sluchu** se rozumí trvalé poškození, stav nemá tendenci se zlepšit. Termín **postižení** pak definují Švestková a Pfeiffer (in Skákalová, 2016) jako *„snížení funkčních schopností na úrovni těla jedince nebo společnosti,*

*keré vzniká, když se zdravotní stav setkává s bariérami v prostředí“.* Sluchové postižení je vnímáno jako znevýhodnění na bázi sociálních důsledků včetně řečového defektu. (Skákalová, 2016; Potměšil, 2003)

V této diplomové práci jsou užívány pojmy: *sluchová vada, vada sluchu, osoba/jedinec se sluchovým postižením či vadou, sluchově postižení*. Pojmům neslyšící a Neslyšící (člen komunity, kulturní menšiny, která svou sluchovou ztrátu nevnímá jako handicap) se práce vyhne kvůli možné generalizaci z hlediska užívání odlišného komunikačního systému (znakového jazyka), přičemž neplatí, že pouze neslyšící osoby nebo členové komunity Neslyšících jsou výhradními uživateli znakového jazyka. (Kroupová, 2016)

Vady sluchu můžeme dělit z patofyziologického hlediska dle místa vzniku. Někteří autoři preferují klasifikaci dle období vzniku, jiní dle stupně/kvantity slyšeného zvuku.

### **Klasifikace dle místa vzniku**

Dršata, Havlík a kolektiv (2015) sluchové vady dělí na **převodní (konduktivní), percepční (senzorieurální) a centrální**. Podobné dělení uvádí i autorky Horáková (2011) a Houdková (2005), avšak vymezují pouze periferní a centrální vady, přičemž periferní dále člení na vady převodní, percepční a smíšené. Kombinace převodní a percepční vady vzniká na podkladě poškození korových a podkorových systémů, jedná se o abnormální zpracování zvuku v mozku. Rozdělení typů sluchových vad dle vzniku místa najdeme také u Lejsky (2003), který se na sluchové postižení dívá z hlediska dětí a dospělých. Dospělé dělí stejně jako výše uvedení autoři, u dětí rozlišuje dvě skupiny vad: získané a vrozené. (Horáková, 2011; Houdková, 2005; Lejska, 2003)

**Převodní vadu (konduktivní)** blíže specifikují Dršata, Havlík a kolektiv (2015) jako poruchu přenosu zvuku na úrovni vnějšího a středního ucha, často z důvodu mechanické překážky ve zvukovodu nebo zvýšené přítomnosti ušního mazu. Také však může jít o anatomickou deformaci (perforace bubínku či rozpojení řetězce

kůstek ve středouší) nebo otosklerózu (abnormální přestavba kostní tkáně narušující kostěný labyrint středního ucha). Kromě ztráty zesilovacího účinku, která vzniká u převodní vady, se může objevit také zkreslení zvuku. Okluzní efekt je nežádoucí zkreslení slyšení – zesílení hloubkových frekvencí, které způsobí překážka ve středouší, např. ušní maz nebo tekutina. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011)

Pro **percepční vadu (senzorineurální)** je typické poškození sluchových buněk či nervu, jde o poškození ve vnitřním uchu. Horáková (2011) ji dále rozlišuje na kochleární a retrokochleární v závislosti na místě poruchy vedení zvuku. Kochleární léze je postižení organických struktur a funkcí vnitřního ucha, kdežto retrokochleární má anatomicky původ poškození až za vnitřním uchem (oblast sluchového nervu nebo mozkového kmene). V literatuře autorky Muknšnáblové (2014) lze najít pojem suprakochleární namísto retrokochleární, oba pojmy jsou si synonymy. Tato autorka dále dělí senzorineurální vady sluchu dle přesného místa poškození kochley a zhoršeného vnímání dané frekvence. Bazokochleární vada je poškození dolní části hlemýždě, jedinec hůře vnímá vysoké frekvence a špatně tedy rozumí sykavkám. Mediokochleární vada se týká středního segmentu kochley a potíže vznikají na frekvencích 500-2000 Hz. Apikokochleární vada postihuje horní segment hlemýždě a jedinci mívají obtíže slyšet hluk, hluboké frekvence nebo například přírodní zvuky. Posledním typem vady dle Muknšnáblové (2014) je pankochleární. Zde je poškozen celý hlemýžď, a tedy i všechny frekvence vnímání zvuku. Příčinou percepčních vad mohou být například zarděnky, úrazy hlavy nebo záněty mozkových blan v raném věku. K percepční vadě může dojít i v období nitroděložního vývoje v důsledku virového onemocnění matky či později krvácením v oblasti mozkového kmene plodu. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011; Muknšnáblová, 2014))

Poruchy zpracování sluchového signálu se označují termínem **centrální**. Zhoršená schopnost interpretace zvuku, zpracování řečového signálu nebo porucha zpracování informačního obsahu zvuku jsou následky postižení korového a podkorového systému v mozku. Souhrnně jde o neporozumění a nepochopení řeči. Takových případů je však u dětí méně, na 200 sluchových lézí připadá 1 centrální porucha sluchu. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011; Muknšnáblová, 2014)

## Klasifikace dle období vzniku

Rozdělení sluchových vad dle období vzniku se také liší u odborníků z důvodu odlišného pohledu na tuto klasifikaci. Podle Mukšnáblové (2014) je období děleno před fixací řeči a po ní. Tedy prelingválně postižení jedinci jsou ti, kteří se narodili s vadou sluchu nebo se u nich vyskytla před ukončením vývoje řeči, tj. před šestým rokem života dítěte. Období po fixaci řeči, po 6. roku věku dítěte, se nazývá postlingvální. Sluchové postižení vzniklo po upevnění komunikačního systému a jedinec k získávání informací využívá řeč. Termíny **prelingvální a postlingvální** vady uvádí také Horáková (2011), která je klasifikuje na dvě skupiny: vrozené a získané. Do druhé skupiny patří právě prelingvální vady vzniklé na podkladu traumat hlavy, meningoencefalitidě či onemocnění virového původu. Postlingválně sluchově postižené jedince mohou postihnout akustická traumata, metabolické poruchy nebo degenerativní onemocnění. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2010; Horáková, 2011; Mukšnáblová, 2014)

Vrozené vady (hereditární) dělí Horáková (2010) na **genetické a kongenitálně získané**. **Geneticky podmíněná postižení sluchu** jsou ze 75 % způsobena **autozomálně recesivní formou**, což znamená, že se nemusí projevit vždy a v každé generaci. Pokud se však sejdou oba rodiče s genem sluchové vady, vzniká 25 % pravděpodobnost, že jejich dítě bude slyšící, 25 % šance, že bude sluchově postižené a z 50 % bude přenašečem bez projevené vady. Za nejčastější příčinu se považuje DFNB1 (anglicky *DeafNess*, B jako označení autosomálně recesivní dědičnost, písmeno A jako autosomálně dominantní) mutace na genu GJB2, která kóduje protein Connexin 26. Tato bílkovina je potřebná pro řádný vývoj vnitřního ucha. Diagnostika takové genetické vady probíhá pomocí „*molekulárně genetického vyšetření vázané na místo v chromozomu DFNB1 metodou sekvenace genu GJB2*“, tj. určováním pořadí nukleových bází v sekvencích DNA (A, C, G, T). (Macek [online]) Mezi další nejčastější mutaci patří DFNB4, typická malformací vnitřního ucha., jejímž projevem je zvětšený vestibulární akvadukt, tzv. EVA nebo LVA (anglicky *enlarged/large vestibular aqueduct*). Malformaci způsobuje mutace genu, jenž je

zároveň zodpovědný za Pendredův syndrom, který nastupuje typicky až v pubertě nebo později. Zmíněné autosomálně recesivní vady bývají cca ze 30 % právě syndromové, jako další lze jmenovat Usherův, Hurlerův, Waardenburgův, Di George syndrom. **Autosomálně dominantně dědičné vady** tvoří přibližně 20 % geneticky podmíněných postižení sluchu. Pokud je jeden z rodičů sluchově postižený a má v genu dominantně přenášenou vadu, existuje 50 % možnost narození dítěte se sluchovou vadou. Narodí-li se však dítě slyšící, není ani přenašečem a ani jeho potomci nebudou mít potenciálně sluchové postižení. Zbýlých 5 % všech genetických vad je buď **vázaných na chromozom X** nebo je mitochondriální. Jejich význam podle posledních výzkumů roste z důvodu používání aminoglykosidových antibiotik. Dle Horákové (2011) i Muknšnáblové (2014) existuje cca 30 genů zodpovědných za *autosomálně recesivní nesyndromickou ztrátu sluchu*. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2010; Horáková, 2011; Macek [online]; Muknšnáblová, 2014)

**Kongenitálně získané vady** představují vady získané v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Jde tedy o vrozené vady získané už v době těhotenství (prenatální), například poškozením plodu intrauterinně ve fázi nejcitlivějšího vývoje (tj. během prvních 12 týdnů). Může jít o toxoplazmózu, CMV infekci, RTG záření, to vše v prvním trimestru. K perinatálním vadám sluchu dochází v průběhu porodu. Dítě se může dusit, přičemž může dojít ke krvácení do vnitřního ucha nebo mozku, popř. dostane bakteriální meningitidu nebo poporodní žloutenku. Dalšími příčinami jsou porodní váha menší než 1500 g, Rh – inkompatibilita či zvýšená hladina bilirubinu. Všechny zmíněné rizikové faktory mohou způsobit centrální nebo percepční vady sluchu. K postnatálním vadám sluchu dochází působením vlivů po narození a v průběhu života. Neřadíme je mezi vrozené ani získané, avšak z hlediska doby mají v této klasifikaci své opodstatnění. Příčinou postnatálně vzniklého sluchového postižení mohou být zánětlivá onemocnění nebo mechanická poškození. Podle Muknšnáblové (2014) se jedná o exogenní (vnější) vlivy jak fyzikální, chemické, tak biologické. Dítě je například vystaveno akustickému trauma, pádem z výšky si zlomí středoušní kůstky nebo trpí na chronické záněty středouší. Postnatální příčinou je i kostnatění v části oválného okénka, kdy se třmínek

nemůže pohybovat a přenášet vlny do hlemýždě. Takové onemocnění se nazývá otoskleróza. Sluch si lze poškodit i působením chemických látek, například nikotinem, chininem v nápojích či organickými rozpouštědly. Postnatální příčiny jsou častějším důvodem převodní poruchy sluchu než percepční. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2010; Horáková, 2011; Muknšnáblová, 2014)

### **Klasifikace dle stupně sluchové vady**

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) v roce 2001 přijala klasifikaci sluchu od lehké nedoslýchavosti po velmi těžkou. Dle článku National Library of Medicine (2019) došlo díky expertní skupině Global Burden of Disease k revizi této klasifikace v roce 2010. „Rozhodnutí o snížení limitu pro normální sluch vycházelo z rozsáhlých klinických zkušeností této expertní skupiny (...). Limit pro normální sluch byl snížen z 25 na 20 dB hladiny sluchu, byla zavedena samostatná kategorie pro jednostranné sluchové postižení a šest kategorií pro oboustranné sluchové postižení rozčleněno po 15 decibelových stupních.“ (Olusanya, C Davis A J Hoffman, 2019 [online]). WHO tento návrh přijala a upravila tzv. ICF (anglicky *International classification of functioning, disability and health*, v České republice nazývaná MKF – Mezinárodní klasifikace funkčnosti). V roce 2017 se revize promítla v dokumentu s názvem World Report on Hearing. Tabulka níže srovnává tuto klasifikaci s klasifikací z roku 2001 uváděnou v knize autorky Jungwirthová (2015). (Jungwirthová, 2015; Olusanya, C Davis A J Hoffman, 2019 [online]; WHO, 2017)

<b>WHO, 2001</b>	<b>WHO, 2017</b>
Normální sluch 0-25 dB	Normální sluch 0–20 dB
Lehká nedoslýchavost 26–40 dB	Mírná ztráta sluchu 20–35 dB
Střední nedoslýchavost 41–60 dB	Střední ztráta sluchu 35–50 dB
Těžká nedoslýchavost 61–80 dB	Středně těžká ztráta sluchu 50–65 dB
Velmi těžká nedoslýchavost včetně hluchoty	Těžká ztráta sluchu 65–80 dB



81 a více dB	
	Hluboká ztráta sluchu 80–95 dB
	Úplná ztráta sluchu 95 a více dB
	Jednostranná vada Pod 20 dB ztráta v lepším uchu, 35 dB a více ztráta na horším uchu

Tabulka č. 1: Porovnání klasifikace sluchových vad dle stupně (Jungwirthová, 2015; WHO, 2017)

Právě díky revizi se v klasifikaci objevila jednostranná ztráta sluchu (binaurální), kdy jedinec není považován za neslyšícího, protože na druhé ucho zvuk vnímá. Tento typ nebývá příliš častý, navíc o něm jedinec mnohdy ani sám neví, protože si zvykl na asymetrický poslech, natačel „lepší“ ucho k posluchači a nevědomky se tomu přizpůsobil. Někdy se na každém uchu vyskytne odlišná výše ztráty, tu lze vypočítat přepočtem podle Fowlerova testu na procenta, jak uvádí vyhláška č. 40/2000 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), kterou se mění vyhláška č. 284/1995 Sb. upravující zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů: „Hodnocení ztráty sluchu v dB se provádí na lepším uchu a vypočte se jako průměrná ztráta sluchu (...). Úplná hluchota znamená, že sluchově postižený s jakýmkoliv zesílením zvuku nevnímá zvuk, pouze případné vibrace (ztráta slyšení 100 %, více než 90 dB). Praktická hluchota znamená, že sluchově postižený vybavený sluchadlem vnímá zvuk mluvené řeči (ztráta slyšení 85-90 %, více než 70 dB), ale nerozumí. Nedoslýchavost znamená, že sluchově postižený vybavený sluchadlem v tiché místnosti, ve které úroveň rušivých zvuků nepřesahuje 50 dB, rozumí bez odezírání smyslu vyslovených jednoduchých vět alespoň v 90 %.“ (Dršata, Havlík a kol., 2015; Jungwirthová, 2015; MPSV, 2000 [online])

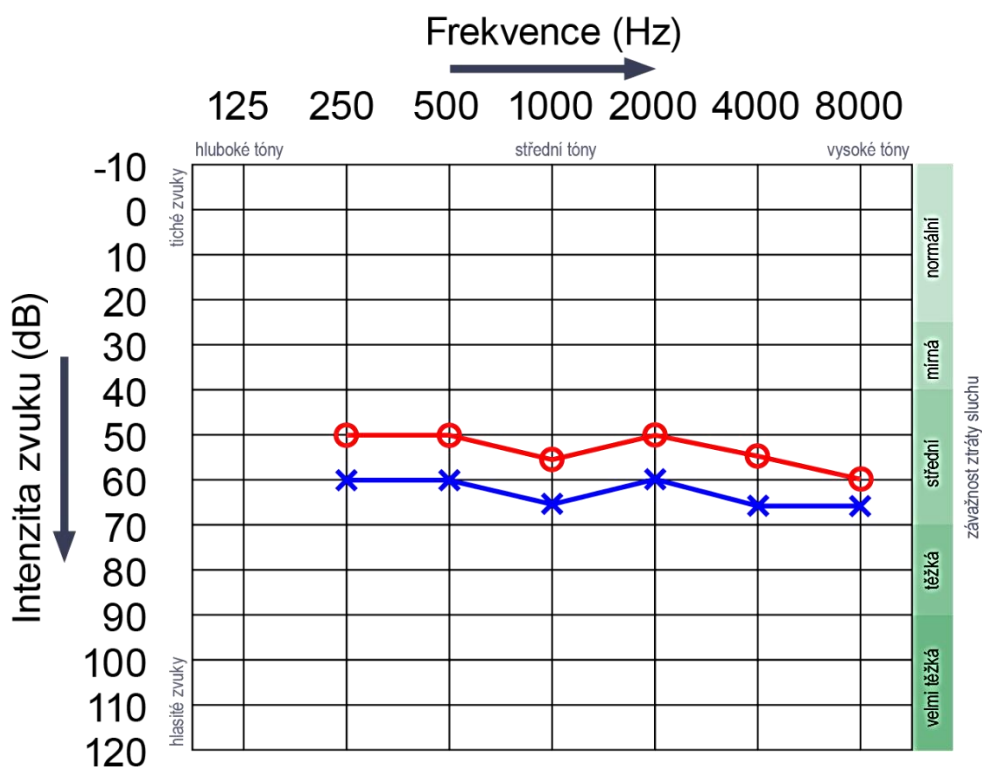
### 1.3. Diagnostika a kompenzace poruch sluchu

Diagnostika hraje klíčovou roli při vývoji dítěte. Včasné odhalení sluchové vady umožní navrhnout vhodnou kompenzaci, vznikne tak šance zmírnit potenciální opoždění. Podle Muknšnáblové (2014) je nutné odhalit sluchové postižení nejpozději do 6. měsíce věku dítěte, aby se vada adekvátně řešila a nedošlo k opoždění vývoje.

Obor, který se diagnostikou zabývá, se nazývá audiologie, „*Věda o sluchu, slyšení a rozumění řeči.*“ (Dršata, Havlík a kol., 2015) Jedná se o medicínský obor, avšak v širším pojetí jde o rehabilitaci sluchově postižených, přičemž část audiologie specializující se na diagnostiku sluchu u dětí se označuje jako pedaudiologie. Cílem měření je zjistit stav sluchu (sluchové pole, práh sluchu – nejnižší intenzita tónu). Existují různé diagnostické metody, níže jsou popsány dle účasti pacienta (subjektivní a objektivní) a dle sofistikovanosti (základní, standartní a speciální). (Dršata, Havlík a kol. 2015; Lejska, 2003, Mukšnáblová, 2014)

Lejska (in Horáková, 2011) člení základní diagnostické metody do dvou skupin: subjektivní a objektivní. **Subjektivní zkoušky** vyžadují účast pacienta, jeho spolupráci při vyšetření. Lejska (in Horáková, 2011) sem řadí **klasickou zkoušku sluchu**. Jedná se o orientační vyšetření, například u pediatra či praktického lékaře, který předřikává slova z různé vzdálenosti, různě hlasitě (šepotem). Pacient je musí zopakovat, aby se zjistilo, zda rozumí. Principem je porovnat dovednost rozlišování (diskriminaci) slov obsahující vysoké frekvence (sykavky, samohlásky „í“ a „é“) a hluboké frekvence (zadapatrové hlásky). Další metoda, **subjektivní audiometrie**, měří kvalitativně a kvantitativně sluch pomocí přístroje – audiometru, který obsluhuje pouze lékař nebo audiologická sestra (podmínkou je atestace v audiometrii). Takové zařízení generuje čisté, intenzitně a frekvenčně nastavitelné tóny a šumy. Výsledkem měření je audiogram – grafický výsledek stavu sluchu pacienta. Lejska (2003) dále dělí subjektivní audiometrii na tónovou prahovou a slovní. **Tónovou audiometrii** popisuje Dršata, Mejzlík a Hloušková (in Dršata, Havlík a kol., 2015) jako základní vyšetření sluchu pro stanovení prahu sluchu kostního a vzdušného vedení. Jedná se o podmínky měření dané zákonem: nutná spolupráce pacienta a prostor audiometrické komory. U obou typů audiometrie, jak tónové, tak slovní, je úkolem dát najevo tlačítkem nebo jinak smluveným gestem, že pacient zvuk zaznamenal. Prostřednictvím vzdušného vedení lékař zjistí, jak člověk skutečně slyší, převod zvuku probíhá cestou zvukovodu do středního a dále vnitřního ucha jednotlivě (např. sluchátky). Z takového vyšetření lze zjistit, jak pacient slyší na každém uchu zvlášť. Poklesne-li vzdušné vedení při normálním kostním vedení, jedná se převodní vadu sluchu. Kostní vedení

je tedy převod zvuku přímo do vnitřního ucha, akustická energie se přenáší přímo skrz kost lebky v místě za boltcem, buď spontánně nebo použitím vibrátoru. Zvukové vlnění se šíří kostí lebky stejnosměrně, rozvibruje vláskové buňky a zvuk se dostane do obou uší zároveň bez utlumení akustickým zastíněním hlavy. Výsledkem je ověření funkčnosti vláskových buněk. Dojde-li k poklesu kostního vedení, poukazuje to na sensorineurální vadu sluchu. Kostní a vzdušné vedení ve výsledném audiogramu mají dané značky a také typ čáry pro znázornění prahu sluchu. Levé ucho se značí modře, pravé červeně (viz obr. 3). (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011)



Obrázek č. 3: Audiogram středně těžké ztráty sluchu vzdušného vedení dle WHO, modře je značeno levé ucho a pravé červeně. (Mycimply [online])

**Slovní audiometrie** probíhá podobně jako tónová, avšak namísto tónů a šumů se hodnotí schopnost zopakovat správně soubor slov ze standardizovaného testu. V České republice se momentálně používá jediná sada – *Česká slovní audiometrie* sestavená v roce 1994 MUDr. Z. Hložkem. Nejčastěji se provádí v tzv. volném poli, což znamená, že se pouští slova pro obě uši z reproduktorů z levé a pravé

strany. Zvuk se dá přivést přímo do sluchátek – pro každé ucho zvlášť. Díky měření ve volném poli lze vyčíst z audiometru ziskovou křivku i s kompenzační pomůckou. Výsledek se uvádí v procentech počtu správně zopakovaných slov. Právě díky audiometrii ve volném poli lze efektivně posoudit, jestli je kompenzační pomůcka dostačující, zda není třeba namísto sluchadel začít uvažovat například o kochleární implantaci. Hodnotící parametr je kupříkladu práh porozumění, označuje se zkratkou SRT (anglicky *speech recognition threshold* nebo *speech reception threshold*). Lékař nebo audiologická sestra zaznamenává okamžik, kdy pacient zopakoval v dané hlasitosti slovo a poté postupuje s hlasitostí níže a níže. Pokud pacient chybuje, vrátí se v měření o pár decibelů výše (hlasitěji čtená slova). Lékař vždy dodrží 10 slov v sestavě. Reprodukování 50 % slov z testové sady se rovná 50 % porozumění (SRT). Tuto variantu slovní audiometrie lze použít i pro děti za použití uzavřeného souboru obrázků. Tento tzv. percepční test je snadněji proveditelný, protože dítě neopakuje slyšená slova, ale naopak je ukazuje na obrázcích. Dršata, Havlík a kolektiv (2015) uvádí jako další z typů vyšetření za použití audiometru **reflexně posílenou audiometrii**, často známou jako VRA nebo VPA (z angličtiny *visually reinforced audiology*, vizuálně posílená audiometrie). Tato metoda je vhodná právě pro děti z toho důvodu, že využívá zrakovou odměnu – stimulaci vizuálními efekty na obrazovce počítače nebo rozsvícení světelných očí plyšového pejska. Podstatou VRA je motivovat dítě, aby spojilo akustický stimul s vizuálním podnětem. Tento podmínovací reflex se dítě naučí, a jakmile zvuk slyší, otočí hlavu na obrazovku, kde očekává obrázek. Tak vyšetřující osoba pozná, že dítě zvuk slyšelo, poté následuje již zmiňovaná vizuální odměna. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011; Jungwirthová, 2015; Mukšnáblová, 2014).

**Objektivní zkoušky sluchu** mají velkou výhodu, protože při nich není třeba spolupráce pacienta. Lejska (in Horáková, 2003) uvádí čtyři typy těchto vyšetření. Nejdůležitějším z nich pro včasné odhalení sluchové vady je **OAE** (vyšetření otoakustických emisí). Již před narozením jsou vláskové buňky funkční a odpovídají na podráždění zvukovým podnětem. Díky tomu se vyšetření OAE dá dělat v rámci novorozeneckého screeningu již v porodnici. „*Vyšetření otoakustických emisí je*

založeno na zjištění, že v hlemýždi jsou za fyziologických okolností zvuky nejenom zpracovávány, ale také vytvářeny. Vlásokové buňky jsou zdrojem akustického signálu, který vzniká jako vedlejší produkt funkce zdravého Cortiho orgánu.“ (Dršata, Kabátová in Dršata, Havlík a kol., 2015) Pro vyšetření je třeba velmi citlivý mikrofon (sonda), načasování vyšetření (spánek miminka) a tichá vyšetřovací místnost. Výbavné emise znamenají, že dítě slyší, nevýbavné emise hned neinformují o přítomnosti sluchové vady (miminko může mít uvnitř zvukovodu plodovou vodu apod.). Opakovaně nevýbavná vyšetření však mohou indikovat přítomnost sluchového postižení, nicméně neodhalí, v jakém místě a v jaké míře (stupeň vady) došlo k poškození. **Objektivní audiometrie sluchově evokovaných potenciálů** (ERA, anglicky *Evoked Reponse Audiometry*) monitoruje činnost oblasti sluchových drah (sluchový nerv, dráhu, jádra kmene, podkorová jádra i vlastní sluchovou kůru). Spočívá v měření bioelektrických impulsů sluchových buněk vnitřního ucha pomocí elektrických potenciálů. Elektroдами napojenými na pacientovu hlavu mimo vlasy se snímá odpověď na zvukové stimuly, přičemž je velmi důležitá bezpečnost, aby nedošlo k akustickému trauma. Jedna z metod měření kmenových evokovaných sluchových potenciálů se nazývá BERA (anglicky *Brain Evoked Response Audiometry*). Další lze uvést metody měření CERA (*Cortical Evoked Response Audiometry*), měřící korové sluchové potenciály, SSEP (*Steady-State Evoked Potentials*) monitorující ustálené sluchové potenciály a elektrokocholegrafii hodnotící bioelektrický potenciál (testy funkce kochley před operací nebo při ní). Poslední objektivní metoda, **tympanometrie**, hodnotí středoušní funkce, je založena na měření zvukové impedance (odporu) převodního systému. Foniatry běžně informuje o tlaku ve středním uchu a celistvosti bubínku. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Horáková, 2011; Jungwirthová, 2015; Mukšnáblová, 2014)

**Kompenzace** sluchu je možná prakticky u všech jedinců s převodní, percepční i kombinovanou sluchovou vadou. Výjimkou jsou ti, kteří mají výrazný výtok ze zevního zvukovodu, a jedinci s praktickou hluchotou. Kompenzace dnes zahrnuje širokou škálu digitálních přístrojů a také chirurgicky implantovaných zařízení. Korekce díky pomůckám je jedním z prostředků rehabilitace sluchu pro

minimalizování dopadu sluchového postižení a zlepšení komunikace verbálním způsobem. Ucelená rehabilitace je interdisciplinárním oborem, má složku léčebnou, pracovní, sociální a výchovně vzdělávací. Právě pomocí kompenzace (náhrady), reedukace (rozvoj poškozené funkce/zbytků sluhu) a akceptace (přijetí života se sluchovou vadou) může dojít ke zlepšení komunikačních schopností jedince. Důležitým krokem je posoudit sluchovou korekci individuálně, zvážit anamnézu jedince a provést otoskopická nebo audiometrická vyšetření. Na tomto základě lze vybrat vhodnou kompenzační pomůcku a ověřovat efektivitu zařízení, zda pacient z pomůcky profituje či ne. Níže v tabulce jsou uvedeny výhody a nevýhody chirurgické léčby a rehabilitace sluchadly. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Havlík, 2008; Horáková, 2011; Mukšnáblová, 2014)

	Chirurgická léčba	Rehabilitace sluchadly
výhody	Pacient nemusí nosit sluchadlo. Finančně není pacient zatížen.	Nejsou rizika celkové anestezie.
nevýhody	Riziko operačních a pooperačních komplikací (možnost ohluchnutí, parézy lícního nervu, perforace bubínku, závratě). Riziko celkové anestezie. Jizva. Hospitalizace, pracovní neschopnost.	Nutnost nošení sluchadel. Finanční zátěž (pořízení, údržba, provoz).

Tabulka č. 2: Výhody a nevýhody chirurgické léčby a rehabilitace sluchadly (Dršata, Havlík a kol., 2015)

**Sluchadla** jsou v dnešní době nejběžněji používanou kompenzací sluchové vady. Jedná se o elektronické akustické přístroje, jejichž základní funkcí je zesilování zvuku (neznamená rozumění). Skládají se ze tří částí: zesilovače, mikrofону a reproduktoru. Mikrofon zachycuje zvuky z okolního prostředí a mění je na elektrický signál, zesilovač zvuk upraví a hlavně zesílí, reproduktor signál mění zpátky na zvuk a pouští do zvukovodu uživatele. Sluchadla mohou mít také regulátor hlasitosti, přepínač programů, přímý audiovstup (konektor) a indukční cívku. Dělí se dle různých hledisek: **podle způsobu zpracování akustického signálu** (analogová či digitální), **podle přenosu zvuku** (vzdušné nebo kostní vedení), **podle tvaru** (kanálová,

zvukovodová, boltcová, závěsná, kapesní, brýlová). Tuto klasifikaci uvádí MUDr. Havlík (in Dršata, Havlík a kol., 2015). Analogová sluchadla dnes téměř foniatri nepředepisují, pacientům naopak doporučují jen sluchadla digitální. Tyto dva typy se liší ve zpracování vstupního signálu – analogová převádí zvuk do elektrického proudu, kdežto v digitálních sluchadlech je vstupní signál na membráně mikrofonu již elektrický a dále je kódován v analogově digitálním převodníku. Takový binární kód se pak pomocí digitálního čipu v miniaturním počítači upravuje podle matematického algoritmu. Finální kód, zpracovaný na jednom nebo více kanálech, převede zase naopak digitálně analogový převodník do elektrického proudu. V reproduktoru se mění opět na zvuk. Výše popsané typy sluchadel využívají přenos vzduchem. Existují ale i sluchadla pro kostní vedení, nazývají se BAHA (anglicky *Bone Anchored Hearing Aid*). Tento systém namísto reproduktoru využívá vibrační část, která rozkmitá spánkovou kost, na níž je přiložena, a vede zvuk přímo do labyrintu vnitřního ucha. Systém obejde středouší díky voperovanému titanovému čipu. Pomůže tak osobám, kterým se například nevyvinul zvukovod a kterým by běžná sluchadla nemohla být zavedena do ucha. Díky moderním technologiím dnes nejsou sluchadla mnohdy ani viditelná. Mezi nejmenší typy sluchadel, dělíme-li je podle tvaru, patří kanálová. CIC sluchadla (anglicky *Completely In Canal*) jsou esteticky neviditelná, zavedená kompletně uvnitř zvukovodu. Nevýhodou může být rezonance zvuku u zvukovodového vchodu a malá kapacita baterie související právě s velikostí sluchadel. Zvukovodová, jak už název napovídá, se umísťují do zvukovodu, ovšem částečně jsou viditelná i u jeho vchodu. Baterie je podobná jako u CIC sluchadel, ale tento typ může být navíc vybaven i regulátorem hlasitosti, telefonní cívkou nebo přepínačem hlasitosti, což závisí na výrobci a ceně pomůcky. Boltcová sluchadla kompletně vyplňují boltec, avšak tuto nevýhodu kompenzuje jejich vyšší výkon, lepší reproduktor i delší výdrž baterie. Závěsný typ sluchadel představuje reproduktor umístěný v pouzdře za uchem a průhlednou hadičku vedenou do zvukovodu ucha. Oproti výše uvedeným typům disponuje baterií o větší kapacitě, někteří výrobci uvádí až měsíční výdrž bez nabíjení při celodenním nošení. Největší sluchadla na trhu – kapesní, dnes velmi raritní záležitost, nejsou svou velikostí krabičky příliš praktická. Pro osoby se zhoršeným zrakem či motorikou ruky mohou být ovšem velmi

nápomocná. Vyrábí se jak pro vzdušné, tak pro kostní vedení. Výhodné spojení kostního nebo vzdušného vedení a zrakové korekce splňují sluchadla brýlová. Tento typ je také využíván velmi výjimečně. Všechny zmíněné typy sluchadel se vyrábí nejčastěji pod značkou Siemens, Signia, Widex, Phillips, Phonak, Oticon, ReSound a Interton. Mezi kompenzace umožňující zesílení zvuku lze řadit i tzv. FM systém. Hojně se používá v hlučném prostředí, kde je třeba zesílit daný podnět (např. výklad učitele ve škole). Propojit se může s jakýmkoli sluchadlem a přenos probíhá bezdrátově. FM systém má vysílač s mikrofonom, ten zachytí zvuk a přijímačem napojeným na sluchadlo přenáší zvuk přímo do ucha uživatele. Tento maličký přijímač nosí daná osoba zavěšený na krku, dosahuje až do vzdálenosti 30 m. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Jungwirthová, 2015; Havlík, 2008; Horáková, 2011; Muknšnáblova, 2014)

Nevyvíjí-li se řeč u dítěte se sluchadly ani po 6 měsících dostatečně rychle, je zařazeno mezi kandidáty na **kochleární implantaci (KI)**. Zažádat o KI může jedinec například s vrozenou senzorineurální vadou, aby dosáhl co nejrychlejší stimulace mozku zvukem. Podle Muknšnáblové (2014) existuje šance u vrozených sluchových vad na vývoj řečového centra do 4. roku věku dítěte. U těžkých sluchových vad, kde lékaři nepředpokládají rozvoj řeči ani se sluchadly, je implantace obzvlášť doporučována. KI zvažují i uživatelé sluchadel, u nichž dochází ke zhoršení vady. Mohou to však být také miminka po narození, pokud u nich dochází po onemocnění (např. meningitida) ke kostnatění (osifikaci) hlemýždě. Doktoři mohou zachránit alespoň část kochley pro zachování sluchu, než celá osifikuje. Funkčnost vláskových buněk při operaci může v reálném čase doktor sledovat pomocí elektrokochleografie a zavést zkrácenou elektrodu do toho místa hlemýždě, kde je sluch ještě funkční. Obecně je výběr kandidátů na KI podmíněn multidisciplinární spoluprací mezi foniatry, psychology, audiology, neurology, CT a MR specialisty i biomedicínskými inženýry. Nejdůležitějším faktorem však zůstávají rodiče, protože jejich píle je esenciálním motorem nejen pro nastartování celého procesu (výběr KI, předoperační vyšetření, následná rehabilitace po zákroku). Díky včasnému zachycení zhoršení poslechu a následné stimulaci kochleárním implantátem po operaci nedojde k zániku již vytvořeného řečového centra. Samotný kochleární implantát se skládá: „z řečového



*procesoru s mikrofonem, 22 elektrod a vysílací cívky.*“ (Mukšnáblová, 2014). Procesor a mikrofon se umísťují zvenku na kůži hlavy a za ucho. Cívka je spojena magnetem pod kůží s implantovaným přijímačem, který je voperován do spánkové kosti. Z něj vede svazek elektrod vložený do hlemýždě, zde nahrazují vláskové buňky a přímo stimulují sluchový nerv. Elektrody a přijímač tvoří vnitřní část KI. Vnější procesor i mikrofon mohou být oba v jednom přístroji, vnější část o velikosti pecičky pak drží na hlavě pomocí magnetu. Takové KI existují na trhu u výrobce MED-EL. Častějším typem KI je magnetická cívka, z níž vede kablík do mikrofonu, který visí za uchem. U menších dětí je kablík prodloužen, což umožňuje nacvaknout mikrofon sponkou například na oblečení miminka, aby nedošlo k padání závěsného procesoru z malých oušek. Takové implantáty vyrábí například Cochlear, Advanced Bionics, ale i MED-EL. (Advanced Bionics, 2023 [online]; Cochlear, 2023 [online]; MED-EL Česká republika, 2023 [online]; Mukšnáblová, 2014)

Může se stát, že kochleární implantace není úspěšná a dotyčný z ní neprofituje, pak je podstatné zjistit, zda má osoba se sluchovým postižením také dysfunkční sluchový nerv. Pokud ano, rozbíhá se nové kolečko příprav na implantaci pro zavedení **sluchové kmenové neuroprotézy** (z angličtiny *ABI, Auditory Brain Implant*), které může trvat i rok. ABI pomáhá osobám s poruchou funkce sluchového nervu. Článek o sluchové neuroprotéze z roku 2003 (Skřivan, Zvěřina, Světlík, et al., 2003 [online]) uvádí: *„Implantovaní používají neuroprotézu většinou jako pomůcku při odezírání, výjimečně jsou schopni rozumět řeči i bez zrakové kontroly. Program implantace kmenových neuroprotéz byl v České republice zahájen v roce 1999. Šlo o vůbec první implantaci ABI ve střední Evropě. Od této doby do současnosti byla sluchová kmenová neuroprotéza operována celkem u 5 pacientů, (...)“*. Číslo implantovaných osob nevzrostlo ani do roku 2014, a to z důvodu specifčnosti cílové skupiny, jak uvádí doktor Skřivan, Kabelka a Havlík ve své publikaci. (Dršata, Havlík a kol., 2015) V roce 2022 však došlo k převratné události, kdy byl v pražské Motole implantován i dětský pacient. Díky destičce s elektrodami zavedené poblíž sluchových jader na spodině IV. mozkové komory mohou zvuky zvenčí začít dráždit sluchové centrum v mozku. Chlapec by tak mohl alespoň reagovat na zvuky v okolí a na hlasy

rodičů. Ač uběhlo 24 let od prvního zákroku, je tento způsob implantace ještě v plenkách. Ovšem podle výsledků, které uvedl doktor Skřivan se svými kolegy, „*lze konstatovat, že u všech operovaných je kmenová neuroprotéza přínosem. U jednoho pacienta lze hovořit o signifikantním přínosu, neboť dokáže rozumět řeči bez zrakových vodítek, ostatní operovaní používají neuroprotézu jako pomůcku při odezírání.*“. Taková data jsou vždy vyhlídkami na lepší zítřky pro pacienty s indikací pro zmíněný specifický zákrok. Těmi mohou být oboustranně neslyšící s retrokochelární lézí, pacienti s tumory u sluchových nervů, s aplázií či osifikovanou kochleou. (Dršata, Havlík a kol., 2015; Skřivan, Zvěřina, Světlík, et al., 2003 [online]; Sviták, 2022 [online])

#### **1.4. Specifika komunikace jedinců se sluchovým postižením**

Orální (ústní, zvuková, mluvená) řeč je u jedinců se sluchovou vadou značně omezená, její kvalita může být snížena, řeč je hůře srozumitelná a omezuje tak vzájemný kontakt se slyšící majoritní společností. Pro lepší orientaci je třeba definovat základní pojmy týkající se oblasti komunikace. (Krahulcová, 2014)

Pro vytváření a fungování mezilidských vztahů je komunikace zcela nezbytná, díky ní lidé vyjadřují své city, vůli, myšlenky a dovednosti. Umožňuje vzájemnou interakci, která je základem sociálních kompetencí. Podle Mukšnáblové (2014) je tato interakce podstatná v péči o dítě, pro vzdělání a výchovu, i pro pocit začlenění se. Z latinského *communis* (česky společný) autorka odvozuje potřebu dítěte *společně* komunikovat. Komunikace jedince s okolím slouží „*především pro vzájemný kontakt a pro vyjádření vlastních potřeb či potíží.*“, říká Mukšnáblová (2014). Autorka Zuzana Houdková (2005) považuje akustický a optický kanál za nejpodstatnější, „*akustickým kanálem vnímá člověk asi 60 % všech informací*“, nepřestává pracovat ani ve spánku. Řeč, jako jeden z nástrojů komunikace, lze dělit na **verbální, neverbální komunikaci** a na **komunikaci činem**. Protože *nekomunikace* neexistuje, má tu své místo právě komunikace činem – rozhodnutí mlčet může být mnohokrát silnější než slova. Verbální (slovní) komunikaci charakterizuje výměna

slov, tj. dialog. Ten nevymezuje jen tok slov z úst prvního k uším druhého, ale především pochopení a sdílení radostí i starostí, jde tedy o vzájemnou sounáležitost. Neverbální či nonverbální komunikaci odborná literatura označuje jako mimoslovní. Patří sem: proxemika, kinezika (vč. gestiky), mimika, haptika a paralingvistické projevy (tj. modulační faktory řeči ovlivňující interakci). Proxemikou se rozumí blízkost v sociální komunikaci. Kinezika se zabývá tím, jak naše tělo promlouvá svými pohyby. Zahrnuje gestiku – pohyby rukama, dále posturologii – postoj/poloha jednotlivých částí těla. Mimika se zaměřuje na projevy sdělující nálady a pocity v oblasti obličeje, četnost pohledů a mrkání. Haptika zkoumá komunikaci dotykem. Tímto způsobem komunikují děti už od malička, například odstrčením nebo bouchnutím vyjádří svůj nesouhlas. Dospělí komunikují více pohlazením nebo častým potřesením rukou. Modulační faktory řeči, tedy zvukové prostředky řeči, které mají také výpovědní charakter, jako jsou například tempo, rytmus, dynamika a zejména pak melodie, patří mezi paralingvistické projevy. (Güttnerová, 2002; Houdková, 2005; Mukšnáblová, 2014; Nakonečný, 2009)

Jedinci se sluchovým postižením nemají vždy přístup k bezděčnému učení, nemusejí mít cit pro jazyk a slyšícím se může jejich projev zdát příliš jednoznačný a přímočarý. To je dáno nevelkou slovní zásobou a omezeným přístupem k mluvené podobě jazyka. Jak se tedy vlastně vyvíjí řeč a obecná komunikace dítěte se sluchovým postižením (SP), když u každého jedince závisí na druhu vady a jeho individuálních schopnostech? Optimální metoda pro komunikaci neexistuje. Vždy je vývoj řeči ovlivněn také sociálním stimulačním prostředím, popřípadě přidruženým postižením nebo osobními schopnostmi dítěte. Ideální cestou je však vždy praktikování individuálního přístupu. Krahulcová (2014) uvádí, že každé dítě prochází stadiem emocionálního a reflexního křiku, broukáním a částečně i pudovým žvatláním. Pudové se mění v napodobivé, to však u dětí s těžkou sluchovou vadou v době mezi 17. až 26. týdnem věku prakticky zaniká. Dítě nedokáže zkoušet napodobovat řeč svého okolí. Opírá se tedy pouze o to, co vidí. Zrakové napodobování mluvních pohybů úst je konečným stadiem dosaženého vývoje řeči v přirozených podmínkách bez vnějšího zásahu (korekce sluchu atp.). Hlasové projevy jsou řídké a samotný hlas méně

výrazný. Absence zvukové kontroly vede k postrádání rytmu, a protože vnímání slovních pokynů rodičů je omezené, může být motorický vývoj dítěte také opožděn, například chodit začíná mnohem později. Bývá však při svých aktivitách hlučnější, mlaská a nezřídka skřípe zuby. Spontánní mluvená řeč se nevyvíjí, dítě ji nemůže napodobit, neslyší zvuky okolí. Z toho důvodu dojde k zastavení vývoje řeči. Pro lepší pochopení této problematiky je níže uvedena tabulka vývoje řeči slyšícího dítěte do tří let dle Červenkové (2019) v chronologickém uspořádání. (Houdková, 2005; Krahulcová, 2014; Mukšnáblová, 2014; Skákalová, 2011)

	Vývoj řeči slyšícího dítěte
0-12 měsíců	Křik; broukání; žvatlání (pudové, napodobivé); dětský žargon (pseudoslova); protoslova (předstupeň prvních slov).
12-18 měsíců	Zlepšení porozumění řeči (jednotlivá slova, později fráze); pasivní zásoba o cca 50 slovech; rozumí otázce „Co to je?“; slovo a gesto má stejnou váhu, dítě kolem 16. měsíce používá cca 40 gest; rozumí výzvám k zastavení činnosti či opakování, dále rutinním větám a otázkám na umístění věcí.
18-24 měsíců	Gesta klesají a dítě se opírá o řeč; pasivní slovní zásoba je asi 100 slov, ve 2-3 letech 300 slov; aktivně používá 30 a více slov, na konci tohoto období až 311 slov; rozumí instrukcím o dvou krocích; splní jednoduché požadavky; první otázky „Kde? Kde je?“; v rámci symbolické hry chápe předstírání činnosti
24-28 měsíců	Na konci tohoto období dítě aktivně používá cca 400 slov; mluví o osobách, které nejsou přítomny, ale rozumí, že existují; rozumí tomu, že se něco stalo v minulosti; promluvy dítě navazuje na promluvy komunikačního partnera verbálně.
28-30 měsíců	Komplexně rozumí mluvené řeči; chápe jednoduché časové a prostorové vztahy; chápe rozdíl ve velikosti; rozumí předložkám, zájmenům, množství a kvantitě; dítě tvoří rozvítené věty (až 5 slov); zná základní barvy; recituje dětské básničky; má početní představu do 2; zpívá; složí 2 části předmětu dohromady; objevuje hru s ostatními dětmi.
30-36 měsíců	Gramaticky správné výpovědi převyšují ty nesprávné; dítě dokáže poslouchat krátkou pohádku a zapamatovat si až 3 položky; vyjádří vztah mezi událostmi a ději pomocí souvětí, často za pomoci „a“ namísto ostatních spojek; jinak ve větě používá spojky – potom, teď, nebo, že, aby; tvoří první krátké vyprávění; hraje hry

	s rolemi, hovoří za obě postavy; průměrně aktivně používá 570 slov.
--	---

*Tabulka č. 3: Tabulka vývoje řeči dítěte od 0-36 měsíců (Červenková, 2019, upraveno)*

Z pohledu na zesumírované řečové dovednosti dítěte do věku 36 měsíců vyplývá, že sluch je pro osvojení si jazyka podstatný z mnoha důvodů: dítě bez sluchového vnímání nedokáže začít napodobovat zvuky okolí, nevnímá modulované hlasy (odlišné hlasitosti, výšku či hloubku hlasu, rychlost produkce řeči), nespojí si zvuk s významem a neotočí se za zdrojem, nevštípí si určitá slovní spojení bezděčným učením, jako je „dobrý den, prosím a děkuji“, může se často vztekat, protože nechápe vzniklé situace a nerozumí následkům. Sociální a duševní vývoj dítěte je tak limitován. U dětí s postlingvální ztrátou sluchu je charakteristika vývoje řeči trochu odlišná. Došlo-li k pozastavení vývoje řeči po sedmém roku, řeč se považuje už za zafixovanou, dostatečně vybudovanou, dítě zná správné gramatické tvary, má je naposlouchány a má vyšší šanci se opět začlenit mezi slyšící vrstevníky po přidělení kompenzační pomůcky. Podle Kraulcové (2014) však i po dosažení tohoto věku, nedojde-li k rehabilitaci, je řeč ohrožena. Tak jako u všech fyzioterapií, i u rehabilitace sluchu začíná odborník od bodu, kde se vývoj zastavil, a staví na něm. Vývoj řeči je nesmírně komplexní a podstatný pro rozvoj myšlení a kognitivních funkcí. Jungwirthová (2015) výčet ovlivňujících faktorů pro vývoj řeči shrnula do pěti bodů: věk přidělení kompenzační pomůcky, frekvence řeči rodičů k dítěti, věk při zahájení rané péče, neverbální inteligence, velikost ztráty sluchu. (Červenková, 2019; Kraulcová, 2014; Mukšnáblová, 2014)

## **1.5. Komunikační systémy osob se sluchovým postižením**

Komunikační systémy jedinců se sluchovou vadou uvádí Kraulcová (2014) následující: orální, simultánní, totální, bilingvální, bikulturní. Pro jednodušší pochopení je vhodné využít rozdělení dle Horákové (2012), která systémy dělí na dva proudy: auditivně-orální a vizuálně motorické. (Horáková, 2012; Kraulcová, 2014)

**Auditivně-orální** zahrnují mluvenou řeč v grafické i zvukové podobě, a pomocné artikulační znaky (PAZ). **Mluvený jazyk** díky kompenzačním pomůckám je pro řadu osob se sluchovou ztrátou přístupný v běžné formě, a jak zmiňuje Krahulcová (2014), díky tomu má jedinec „*vysoký koeficient sociálního začleňování*“. Vzhledem ke složité gramatice českého jazyka a nepravidelnému skloňování proto nelze předpokládat, že je tomu tak vždycky. **Pomocné artikulační znaky** pomáhají při vyslovování jednotlivých hlásek, pomocí rukou upozorňuje mluvčí na tvar úst a jazyka, intenzitu výdechového proudu a rezonanci mluvidel. (Horáková, 2012; Krahulcová, 2014; Muknšnáblová, 2014)

Mezi systémy komunikace opírající se o **vizuální prvky a motoriku rukou** patří prstová abeceda, český znakový jazyk a znakovaný jazyk (znakovaná čeština). Muknšnáblová (2014) popisuje ještě další způsob komunikace založený na motorice rukou – daktylografii. **Prstovou abecedu** už na základní škole použil snad každý. Postavení prstů do různých poloh jedné nebo obou rukou znázorňují písmena. **Daktylografie** také využívá písmena, avšak taktilní (dotykovou) formou, a to psaní prstem velkých tiskacích písmen do dlaně příjemce. **Český znakový jazyk (ČZJ)** definovaný v legislativě České republiky je ukotven v zákoně č. 384/2008 Sb., který měnil zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči, dnes pod názvem Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Jedná se o přirozený a plnohodnotný jazyk neslyšících, který využívá specifické vizuální pohybové prostředky, tj. tvar ruky, prstů a jejich vzájemné postavení a pohyby, mimiku, pozici hlavy a trupu. Znak se skládá ze tří komponentů: kde (místo ruky/rukou v prostoru), čím (ruka nebo jiná část těla dominující znaku) a jak (určitý pohyb). Znakový jazyk má vlastní gramatická pravidla, která nevychází z mluveného jazyka, například vlastní slovosled. Vyjádřit se lze simultánně, tedy současně pohybem, mimikou, pozicí hlavy nebo trupu, takže chce-li člověk znakem vyjádřit, že vzlétla helikoptéra, stačí mu pro to jeden znak. V tomto bodě se liší od lineárnosti mluveného českého jazyka. Znaky jsou jednak arbitrární – chybí spojitost s vyjadřovaným předmětem, a jednak ikonické – znaky vycházejí z podobnosti nebo charakteristických rysů předmětu. ČZJ používají osoby se sluchovou vadou pouze v České republice, není tedy mezinárodní. Navíc se

může lišit i v „nářečí“, například některé brněnské znaky se neshodují s pražskými či ostravskými. **Znakovaná čeština** naopak využívá gramatiky českého jazyka. Jedná se o uměle vytvořený systém, v němž se využívá artikulace slov a znaků za aplikování gramatiky češtiny. (Horáková, 2012; Krahulcová, 2014; Muknšnáblová, 2014)

Výše uvedené systémy komunikace se víceméně kombinují v jednotlivých přístupech, které popisují Krahulcová (2014) a Muknšnáblová (2014). **Orální metoda** komunikace si zakládá na „čistém přístupu“. Z hlediska historie se jedná o monolingvální metodu, kdy si jedinec se sluchovou vadou osvojuje pouze mluvenou řeč, často za využití **odezírání**; dříve se označovalo za čtení ze rtů. Podle Skákalové (2011) má na její úspěšné používání vliv mnoho faktorů, které závisí na podmínkách vnitřních a vnějších. I když se splní všechny tyto podmínky, odezírání je velice náročné. Slowík (2016) tvrdí, že člověk zachytí zhruba 30-40% sdělení, a to s velkou námahou. Z důvodu nepřetržitého očního kontaktu a soustředění se u dospělého člověka snižuje schopnost koncentrovat se po cca 15-20 minutách. Tabulka níže uvádí podmínky pro úspěšné odezírání zveřejněné v publikaci Radky Horákové. (Horáková, 2012; Skákalová, 2011; Slowík, 2016)

Fyziologické	Neporušené zrakové a mentální funkce, využitelnost zbytků sluchu ve frekvenční oblasti lidské řeči, schopnost využití vibračního vnímání, funkce CNS, celkový stav organismu jak dočasný, tak trvalý.
Technické	Efekt tréninku v odezírání.
Psychické	Pozornost ve všech fázích odezírání: zaměření, rozsah, intenzita a trvání, postřeh i pohotovost; schopnost převádění zrakových signálů do pojmů; stav paměťových funkcí, myšlenkových operací; vrozené předpoklady pro rozvoj dorozumivacích dovedností; aktuální psychický stav jedince: emoce, bdělost, únava.
Verbální	Dosažený stupeň dorozumivacích dovedností jak v době ztráty sluchu, tak v okamžik dorozumívání; slovní zásoba, úroveň znalosti gramatiky jazyka a věcného kontextu.

Nonverbální	Úroveň schopností chápat mimojazykové komunikační prostředky.
Věkové	Stav vývoje funkcí organismu v době ztráty sluchu, další jeho vývoj a stav biologické zralosti jako podmínka pro výkonnost zrakových a psychických funkcí.
Sociální	Schopnost chápat situační kontext, úroveň přímých zkušeností, zprostředkovaných zkušeností, sociální zralost, výslovnost mluvčí osoby.
Externí technické	Konverzační vzdálenost a pozice, způsob mluvení: artikulace, rytmus a tempo řeči, momentální situace, osvětlení, zrakový kontakt.

Tabulka č. 3: Vnitřní a vnější podmínky odezírání (Strnadová, 1996, in Krahulcová, 2003, upraveno in Horáková, 2012)

Opakem monolingválního přístupu je přístup **bilingvální**. S tímto typem komunikace se lze nejčastěji setkat ve školách, využívá se při něm dvou metod současně. Příkladem může být třída pro děti se sluchovým postižením a v ní pedagog mluvící a pedagog znakový. Metoda přináší nejen vzdělávací, ale i výchovný aspekt, protože mluvčí respektuje majoritní i minoritní členy společnosti s ohledem na jejich preferovaný komunikační systém. Zatímco bilingvním se jedinec může stát i bez kontaktu s rodilým mluvčím druhého jazyka, v případě **bikulturní komunikace** je vždy nutný kontakt s příslušníky dané jazykové i kulturní skupiny. Bilingvální metoda připomíná **bimodální model** komunikace, který je simultánní, používá tedy mluvený jazyk a také jakýkoli způsob vizuálně-motorické komunikace. Nejčastěji jde o kombinaci mluvené češtiny s pomocnými artikulacími znaky aj. Model komunikace, v němž se spojí všechny prvky, systémy a možnosti komunikace, se nazývá **totální komunikace**. Horáková (2012) ho označuje za efektivní z důvodu využití všech dostupných prostředků. Stává se tak přístupný všem bez rozdílu postižení a reaguje na individuální potřeby každého jedince. Kombinace jsou bezmezné, například i s využitím vizuální (obrázkové) opory. V Česku se tato metodě označuje termínem globální komunikace. (Horáková, 2012; Mukšnáblová, 2014; Krahulcová, 2014; Slowík, 2016)



## 2 Socializace

Kapitola vymezuje pojem socializace a další termíny související s tématem této práce. Zaměřuje se také na účastníky tohoto procesu, kteří jej ovlivňují – socializační činitele a socializaci z hlediska ontogeneze v různých vývojových etapách člověka. Poslední část této kapitoly se věnuje sociální komunikaci.

### 2.1. Základní pojmy v oblasti socializace

Nakonečný (2009) vymezil tyto pojmy: socializace, sociální učení, sociální role a vliv, sociální moc a identita jedince, mimo to popsal okrajově i koncept jáství. Níže jsou tyto termíny definovány.

**Socializaci** lze chápat jako proces, který je velmi komplexní, a protože se člověk osobností stává, nikoli rodí, jde o proces celoživotní. Definice B. Geista (Geist in Řezáč, 1992) přináší ucelenější pohled, jedinec si po celý svůj život osvojuje sociální normy, hodnoty nebo také ideje, a to prostřednictvím sociálního učení. Toto učení mu umožňuje zorientovat se a zapojit do sociálního soužití s ostatními jedinci, které během svého vývoje potká – jde tedy o sociální formování a adaptaci z hlediska sociální ontogeneze. Takový řetězec procesů vytváří celý obsah socializace. (Řezáč, 2007)

**Včlenění se, zařazení, osvojování či přizpůsobení se** kulturnímu prostředí a společenským normám nebo zvnitřnění si dovedností, které daná společnost preferuje, zastřešuje pojem socializace. Obsahem podle Odehnala (Odehnal in Slaměník, 1988) je všechno to, co nám umožní vytvořit potřebné dovednosti pro participaci ve společnosti a veškeré vnitřní psychologické dispozice, tím pádem i sociální role nebo jazyk dané společnosti potřebný ke komunikaci. Člověk tento obsah přijímá, a to skrze tak zvané socializační činitele. Ve své podstatě je socializace **sociálním učením**, jehož produktem je osobnost se sociálními zkušenostmi, kterou formují kognitivní schéma, emoce, motivace i chování. Podle Nakonečného (2009) jedinec získává pomocí učení svůj obraz světa, postoje a vzorce instrumentálního chování. **Sociální role** lze také vnímat jako produkt začleňování se do společnosti, a to

z toho důvodu, že osvojováním si rolí nebo způsobů chování člověk vyjadřuje vlastní interpretaci převzaté role a vztahu k jiným lidem, institucím a událostem. Mnozí psychologové socializaci vnímají především jako proces přebírání rolí, při němž se uplatňuje řada činitelů. Nemalou roli v něm hraje pohlaví a také vrozená konstituce jedince, k odlišnému chování v rámci pohlaví dochází i mezikulturně. Vrozenou konstitucí, která ovlivňuje chování, vnímání sebe sama i okolí, může být postižení jedince. Sollárová (in Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019) popisuje termín role pomocí Lintonovy teorie kultury: role je chování, které se očekává od člověka zařazeném v sociálním systému, vycházející z jeho statutu. To znamená, že sociální skupiny chtějí, aby jedinec plnil určité role a choval se v souladu se statutem. Lintonova teorie hovoří dále o kulturních prvcích, které si každý člen společnosti osvojí, čímž se formuje jeho základní osobnost, a až poté vzniká modální osobnost, jedinec s osvojenými rolemi. (Nakonečný, 2009; Výrost, Slaměník, 2008; Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019)

Kromě začlenění se dochází v procesu socializace k uplatňování **sociálního vlivu**. Existují dva typy závislosti, skrze které se uskutečňuje sociální vliv: formální a neformální. Závislost založená na citech lásky a obdivu je neformální, formální závisí na moci odměňovat a trestat. Typický příklad je rodina, v níž vzájemná závislost (interdependence) definuje vztah dětí a rodičů, avšak zde se vytváří na základě potřeb jistoty. Chová-li se dítě podle představ rodičů, odmění ho, nechová-li se tak, trestají ho. Děti se mohou cítit ohroženy a v extrémním případě i zavrhnuty, ale přesto lze vytvářet závislost jak na základě lásky, tak na základě moci toho druhého. Všechny druhy závislosti využívají **sociální moc** k uskutečnění sociálního vlivu, lze ji též dělit na formální a neformální. Nakonečný (2009) ji popisuje takto: „*Odměňovat a trestat nás mohou osoby, které milujeme, ale také osoby, které nám mohou způsobovat (...) nepříjemnosti, protože jsou nám nadřizeny v zaměstnání.*“ (Nakonečný, 2009)

Problematika **jáství** (z angličtiny *self*) neboli vztahu k sobě samému roste na popularitě podle posledních statistik počtu vydaných článků v roce 2016. V sociální psychologii koncept jáství zahrnuje sebepojetí, sebeúctu, oceňování sebe samého, vědomí vlastní hodnoty a další subjektivní reflexe vůči sobě samému. Macek (in

Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019) říká, že „jáská zkušenost“ vyplývá ze vztahu k vlastní minulosti, přítomnosti i budoucnosti, říká o jedinci také to, co může a čím chce být. Jde o vlastní jedinečnost. Reprezentace vlastního já, uvažování nad tím, jak jedince vidí manželka, děti, matka atd., se vážou na danou společenskou roli, také se ale mísí s vlastním sebepojetím v daném čase. Blatný (2010) jáství kategorizuje z hlediska časové lokalizace: minulé, přítomné a budoucí já; nebo z hlediska obsahu pozitivivity a negativivity: dobré, špatné a falešné já. Zjednodušeně lze chápat **já** jako poznatky o sobě samém, které zahrnují podle Macka (in Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019) složku kognitivní (sebeuvědomování), emocionální (sebepečetí) a konativní (seberealizace). Člověk zaujímá místo subjektu i objektu v kontextu vlastní reflexe. Já ovlivňuje interpersonální interakce a má osobní důležitost v posilování **identity**. Definovat identitu je nyní složitější, pojem totiž informuje o mnohých funkcích. Bačová (in Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019) tímto termínem označuje osobu i skupinu rozpoznatelnou od jiných, přičemž tato rozpoznatelnost trvá v čase a potvrzuje dějiny či osobní příběhy lidí. Identita potvrzuje legitimnost existence ve skupině a smysl konání skupiny nebo společenství. (Blatný, 2010; Nakonečný, 2009; Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019)

## 2.2. Činitelé socializace

Mezi socializační činitele patří: osoby, skupiny i masmédiá, organizace, například škola, tedy subjekty, s nimiž vstupuje jedinec do nejrůznějších typů vztahů. (Odehnal in Výrost, Slaměník, 2008)

Primárního činitele, ale zároveň i sociologicky společenskou instituci představuje **rodina** – malá skupina tvořící základní jednotku lidské společnosti, v níž se uskutečňuje právě primární socializace. Sollárová (in Výrost, Slaměník, 2008) hovoří o teorii připoutání v rámci rodiny, která je podstatnou pro enkulturaci (včlenění jedince do kultury dané společnosti). Obě společně, rodina i kultura, významně ovlivňují komunikaci mezi pečovateli a dětmi, jejich vztahy a z nich vyplývající pocit bezpečí. Spolehlivou základnu pro objevování světa a učení se o něm blíže rozebírá

teorie Johna Bowlbyho, která považuje jednu z první vazeb matka-dítě za vztah. Ten vytváří základ pro budoucí socializaci a zároveň potenciál, který rozvíjí schopnost učení a vztahy založené na bezpečí. Spojením těchto dvou aspektů vzniká tzv. *bezpečné připoutání*, jenž je pro život dítěte klíčové. Zkušenostmi z těchto primárních vztahů si dítě osvojuje systém kulturních návyků (sebeobsluha atp.), verbální vyjadřování a pojmové myšlení. Osvojuje si také, a především přebírá, role dle svého věku a pohlaví od svého blízkého okolí. Naučí se orientovat v systému hodnot svého sociokulturního prostředí, vzniká s tím i jeho vlastní Já (ego). Sollárová (in Výrost, Slaměník, 2019) uvádí **teorii skupinové socializace** podle J. R. Harrisové (1995), v níž rodina nehraje podstatnou roli v utváření osobnostních vlastností. Autorka této teorie se opírá o behaviorální genetiky a psychology, kteří tvrdí, že děti vychované ve stejné rodině si nejsou tak podobné, jak by se dalo očekávat. Děti se naučily chování nejen doma, ale i mimo něj, jejich forma sociálního učení závisí tedy na vrstevnických vztazích a přístupu rodičů – tzv. specifická kontextová socializace. Dítě si vytváří vzorce, učí se rozeznat kontext situací a reakcí na ně. Právě přenos vzorců chování z rodičů na děti, jak zmiňuje Sollárová (in Výrost, Slaměník, 2019), se v kontextu skupinové socializace dle Harrisové jeví nekonzistentně, a to vzhledem k jejímu tvrzení, že rodina v utváření osobnostních vlastností nehraje podstatnou roli. V rámci své skupinové teorie se Harrisová opírá o čtyři evoluční predispozice (adaptace): skupinovou afiliaci (přijetí), strach nebo nepřátelství k cizím, soupeření o status a hledání blízkých vztahů (první dvě jsou důležité pro přežití jedince ve skupině). Dále však trvá na přejímání kultury skupin rodičů při utváření vztahů s jejich dětmi. Vandellová (2000) komentuje význam skupinové socializace podle Harrisové jako nedostatečný pro vysvětlení vlivů prostředí na vývoj jedince. Centrální tvrzení Harrisové, na kterých stál celý výzkum, byly v čase vyvráceny díky řadě sociokognitivních studií. (Harris, 2009; Nakonečný, 2007; Nakonečný, 2009; Výrost, Slaměník, 2008; Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019)

Výzkum se postupně začal orientovat i na virtuálního socializačního činitele – **masmédiá**. Již mezi lety 1961 a 1963 A. Bandura ve svém experimentu s panenkou Bobo demonstroval vliv filmových, kreslených i reálných postav na agresivní chování

děti. Podstatnější vliv vykázaly živé modely oproti kresleným hrdinům, avšak sledování násilného chování i v symbolické podobě děti ovlivnilo natolik, aby jej napodobily. Masmédia formují bezesporu hodnoty a normy společnosti, například pohled na standard ženské krásy. V důsledku toho hrají značnou roli ve vývoji rizikových faktorů nezdravého chování, jako je například porucha příjmu potravy. Termín digitální domorodec se vztahuje na rodiny, pro které je přirozené dát svému dítěti mobilní zařízení od raného věku a nechat ho vyrůstat na sociálních sítích. Tímto se sociální média (online sdílení) stávají součástí rodinné socializace, generace těchto dětí se nazývá Generací Z. Teenageři jsou nejčastější cílovou skupinou různých studií, které zkoumají, jak mohou sociální sítě ovlivňovat konstrukci identity, a to hlavně z důvodu zvýšeného rizika kyberšikany a sextingu (šíření obsahu sexuální povahy). Poznatky výzkumů z let 2013, 2016 a 2017 lze shrnout do 5 bodů, které pomáhají snížit riziko výskytu patologických jevů v souvislosti s užíváním sociálních sítí: funkční rodina, dobrý vztah mezi dětmi a rodiči, dobrá komunikace rodič-dítě, podpurné monitorování a intenzivní sociální vztahy. (Nakonečný, 2009; Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019)

Na činitele socializace nahlíží Nakonečný (2009) malinko odlišně, namísto jejich výčtu je dělí do tří etap: **primární** socializace, která probíhá v rodině, **sekundární** ve školách, zaměstnání, institucích a masmédiích, a poslední etapou je socializace **v dospělosti**, při níž dochází k interakcím ve všech předchozích sociálních vztazích a také v náboženských, politických a zájmových skupinách. (Nakonečný, 2009)

### **2.3. Socializace z hlediska období kojeneckého, batolecího a předškolního**

Socializace jde ruku v ruce s vývojem ostatních kompetencí a dovedností dítěte (např. motorika hrubá i jemná, komunikativní kompetence, kognitivní funkce atd.), rozvoj v jedné oblasti proto zároveň působí na rozvoj dalších, vzájemně na sebe navazují a ovlivňují se. Předpokládaný proces socializace

v kojeneckém, batolecím i předškolním věku popisuje Vágnerová a Lisá (2021), avšak rané zkušenosti s interakcí získává již dítě **v novorozeneckém období** prostřednictvím čichu, slyšením hlasu matky nebo vnímáním obličeje v optimální vzdálenosti. Podněty, jako jsou doteky kůže na kůži, aktivují plazivé reflexy. To vše představuje komunikaci mezi matkou a novorozencem jako stimul sociálního učení. Krejčířová a Langmeier (2006) hovoří o *protosociálním chování novorozence*, kdy dítě reaguje na hlas mnohem výrazněji než na jiné zvuky a také na rysy lidského obličeje vykazuje zaujatější chování než na jiné vizuální stimuly. Dalším důkazem predispozice novorozence k sociálnímu kontaktu je imitace emocí pomocí mimiky. Dítě nejdříve svůj „model“ pozoruje, a až poté se pokouší napodobit výraz obličeje dospělého. Tyto projevy protosociálního chování představují vrozenou potřebou komunikovat. Avšak Meltzoff (in Krejčířová, Langmeier, 2006) zmiňuje, že se jedná také o bezděčné reflexní reakce, proto si i neslyšící novorozené děti broukají. Toto samovolné vokalizování ale postupně mizí, protože dítě nedostává zpětnou vazbu, není masírován sluchový nerv ani centrum v mozku. Dalším příkladem bezděčného reflexu jsou usmívající se nevidomé děti. Tito novorozenci nepoužívají úsměv jako reakci na podnět, je to reflex, který také postupně vymizí. V následujícím **kojeneckém období** má sociální stimulace větší význam díky tomu, že uspokojuje esenciální potřeby dítěte: smysluplné učení, citovou jistotu a bezpečí. Prostřednictvím denních úkonů (krmení, přebalování, hra) získává kojeneček své první sociální dovednosti. Skrze praktické činnosti vytváří první skutečné emoční vazby, například úsměvem a hlasovým projevem vyjadřuje emoce. Většinou dochází k dyadické interakci, a to mezi matkou a dítětem. Matka je na projevy dítěte naladěná, přičemž iniciativu komunikovat postupně přebírá a reguluje samo dítě. Kolem šestého měsíce je schopno rozdělovat pozornost mezi matku a hračku. Mezi 8.-9. měsícem, kdy se oba soustředí na hračku a dochází k interakci a sdílené pozornosti při hře, nastupuje interakce triadická. „*Sdílená pozornost (...) je i projevem nové úrovně sociálního porozumění: Dítě již „ví“, že druzí lidé vidí a slyší podobné věci, (...), že je možné o těchto zážitcích s druhými lidmi komunikovat.*“ (Krejčířová, Langmeier, 2006). Sdílená pozornost je základem pro rozvoj dalších funkcí, schopností a dovedností:

řeč, sociální užití předmětů, pozornost, abstrakce (centrální koherence). Řeč se vyvíjí ke konci prvního roku, kdy to, co za celý svůj dosavadní život dítě slyšelo, se učí propojovat s předměty kolem sebe. Slyšené spojí s viděným, dotykem a ostatními smysly (čichem, chutí). Kvalita sdílené pozornosti je jedním z předpokladů budoucího řečového vývoje. Sociální užití předmětů znamená schopnost propojit vařečku s mícháním kaše, hřeben s česáním vlasů a autíčko s ježděním na podložce. Díky tomu se u dítěte rozvíjí funkční hra a později i hra symbolická. Dalším posunem ve vývoji pozornosti je skrze sdílenou pozornost fixovat společné předměty zrakem. Matka může upozorňovat na společné rysy a vlastnosti předmětů, takže opakováním „*podstatných aspektů situace učí dítě hledat ve světě ústřední významy zkušeností (...)*“, rozvíjí tím centrální koherenci (Krejčířová, Langmeier, 2006). Prostřednictvím *sociálního odkazování* se děti v komunikaci s rodiči rozhodují tam, kde se cítí nejistě (např. v novém prostředí, s novými hračky). Není-li si dítě jisté, pohledem na rodiče se ptá a podle jeho reakce (kladné, záporné mimické reakce) vyhodnotí odpověď. Považuje tedy rodiče za kompetentnější v rozhodování o vlastní bezpečnosti. Vývoj kojence se sluchovou vadou probíhá podle Vágnerové (in Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 1999) zcela normálně, dítě se jeví jako zdravé, není-li podezření na sluchové postižení z porodnického screeningu, bývá vada zjištěna později. Jak bylo zmíněno v kapitole 1.4., může se těžší sluchová vada projevit opožděným motorickým vývojem, ale nemusí. V **batolecím období** je dítě fixované hlavně na členy rodiny, avšak cizích lidí se přestává postupně bát a je čím dál více samostatné, převážně díky pokrokům v motorické a komunikativní oblasti. Samo si dojde, kam chce a dokáže se (byť primitivně) domluvit, pozvolna tak vytváří v rodině roli, a kolem dvou let začíná navazovat vztahy s dalšími dětmi stejného věku. Pro vyjádření potřeb a přání dětí se sluchovou vadou bývá vztek v tomto období reakcí na zoufalství a frustraci z omezených prostředků komunikace. Stadium negativismu, které se může jevit jako emancipace a budování si identity se u dětí se SP objevovat nemusí. Právě narušení rozvoje kognitivních funkcí a komunikace může způsobit opoždění, které je podstatné v sociální rovině. „*Vývoj myšlení nemůže plynule přecházet na vyšší, symbolickou úroveň, (...) dítě nemůže dobře*

*rozumět svému okolí. Má omezené možnosti vyjádřit své potřeby a pocity, protože je nuceno využívat informačně chudší posunkový systém.*“, jak píše psycholožka Vágnerová (in Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 1999). Dnes už je však známo, že posunková řeč je historické označení a znakový jazyk je plnohodnotným komunikačním systémem zakotveným v legislativě České republiky, viz kapitola 1.4 o komunikačních systémech. (Krejčířová, Langmeier, 2006; Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 1999).

## 2.4. Sociální komunikace

Z hlediska sociální psychologie definuje Janoušek (in Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019) **komunikaci** jako spojení mezi lidmi pomocí předávání si významů, které se uskutečňuje kooperací, interakcí, a **vzájemným působením** na lidskou psychiku a vědomí. Oba fenomény nemusí probíhat pouze interakčně, ale i na „dálku“. Člověk rozumí vzteku druhého, i když nebyl fyzicky přítomen situaci, která problém vyvolala, a to pouze díky sdíleným významům. Lidé si tak navzájem předávají své zkušenosti. **Společné činnosti a komunikace**, jako další základní charakteristiky, představují elementární činnosti, např. jednání v práci či řešení problému, kdy jedinci spolu mluví, hýbou se a vzájemně na sebe působí. Souvislost mezi **komunikací a společenskými vztahy** utváří vždy různorodé typy vztahů. Ty probíhají vně i uvnitř jedince – meziosobní vztahy (interpersonální), vztah k sobě samému (intrapersonální), skupinové a celospolečenské vztahy (masové). Některým základním pojmům z oblasti komunikace se věnuje kapitola 1.4, na ni níže navazuje charakteristika termínů komunikativní chování, sociální kompetence a sociální inteligence z hlediska sociální psychologie. (Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019)

Nakonečný (2009) považuje za objekt zájmu sociální psychologie studium pragmatických aspektů jazykového sdělování ve dvou rovinách: v dyádách (např. manželský pár) a v menších skupinách. Sociální komunikace se uskutečňuje vzájemným působením, tedy prostřednictvím **komunikativního chování**. Pomocí dostupných prostředků, jako je verbální vyjadřování, řeč těla (kinezika), mimika,



gestika a jiné již zmíněné nástroje, člověk používá dvěma způsoby: vědomě i nevědomě. Sdělováním vstupuje do intrapersonálních vztahů, k čemuž potřebuje schopnosti nebo způsobilost zvládnout dané sociální situace a pozitivně se k nim postavit. Tyto schopnosti zastřešuje pojem **sociální kompetence**. Baumgartner, Orosová a Výrost (in Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019) odborně definují sociální kompetence jako *„kapacitu jedince ke kognitivně-afektivně-behaviorálnímu manažování chování ve směru dosažení osobních/sociálních cílů, (...)“*. Sociální způsobilost zahrnuje například spokojenost s vrstevnickými vztahy, komunikaci, kooperaci, asertivitu, sebekontrolu, zodpovědnost, zvládání konfliktů a stresu, způsobilost manažování citového prožívání a neagresivního chování. Tento výčet jen dokládá, že každá sociální kompetence je vlastně kritérium efektivnosti sociálního chování v odlišných etapách jedince. Primárním rozdílem mezi pojmy sociální kompetence a **sociální inteligence** je měřitelnost. Sociální inteligenci (z angličtiny *social quotient/intelligence, SQ*) lze dělit na dva přístupy: psychometrický a osobnostní. První z nich je založen na porovnávání nízká versus vysoká úroveň SQ, testování maximálního výkonu, a tím měření sociální způsobilosti. Někteří autoři v rámci osobnostního přístupu vycházejí z předpokladu, že je mnohem důležitější, zda sociální inteligencí jedinec vůbec disponuje, nežli jak vysokou ji má. SQ podle těchto autorů zahrnuje epizodickou a sémantickou paměť, vnímání pravidel a strategií, schopnost uvažovat, manipulovat a adaptovat se. Jiní odborníci právě kvůli tomuto výčtu považují za komplikované oddělit sociální inteligenci od akademické a emoční inteligence. Všechny společně se zřejmě podílejí na formování toho, co jiní nazývají moudrost. V souhrnu lze sociální inteligenci označit za bazální strukturu vázanou na obecnou inteligenci, kdežto sociální kompetence za nadstavbu k rozvoji sociálního chování. (Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019)

### **3 Výzkumná část**

Výzkum této práce se zaměřuje na rodiče se sluchovou vadou a jejich děti také se sluchovou vadou ve věku do 6 let. Pomocí metod kvalitativního výzkumu a otevřeného kódování zjišťuje zkušenosti rodičů v oblasti socializace, analyzuje jejich názor na vlastní sluchové postižení a jeho dopad na proces začleňování se do společnosti. Dále zjišťuje, jak tuto zkušenost vnímají v kontextu se svými dětmi a zda u nich vidí změnu oproti své vlastní situaci. Pomocí interview lze porozumět zážitkům, provést rozbor a využitím komparace odpovědět na výzkumné otázky. V této části diplomové práce se vyskytují citlivé údaje o rodinách, proto jsou za účelem ochrany osobních údajů anonymizovány.

#### **3.1. Cíle výzkumu**

- Zjistit, jaký dopad měla sluchová vada na proces socializace dle rodičů.
- Zjistit, jak rodiče vnímají začleňování svých dětí do společnosti.
- Porovnat názory rodičů na vlastní socializaci a socializaci jejich dětí.
- Analyzovat a popsat rozdíly plynoucí z komparace názorů rodičů.

#### **3.2. Výzkumný soubor**

Vzorek pro účely empirické části diplomové práce představují rodiče převážně ve věku kolem 40 let se sluchovou vadou a zároveň mají děti ve věku do 6 let taktéž se sluchovou vadou. Díky podobnému věku rodičů se lépe porovnávají zkušenosti v období dětství a zachová se tak soudržnost například v přístupu ke sluchové protetice.

Celkem se jedná o 10 rodin odpovídající podmínkám pro výzkum. V rámci polostrukturovaného rozhovoru odpovídaly na otázky vedoucí ke zjištění cílů převážně maminky. Právě tato metoda kvalitativního zkoumání umožnila dodatečné kladení otázek v návaznosti na odpovědi. Vzhledem k tomu, že se jedná čistě o subjektivní pohled rodičů na jejich situaci a jejich vlastní pocity, bylo důležité se dotazovat s odstupem času a průběžně doplňovat informace.

Na základě odpovědí v interview byly výsledky výzkumu po následném otevřeném kódování a porovnání shodných a odlišných názorů analyzovány.

Bližší identifikační údaje nemohou být uvedeny z důvodu ochrany osobních údajů (jak již bylo zmíněno), proto jsou rodiče nazváni jako participanti výzkumu. Počáteční písmeno P a číslo od 1 do 10 značí účastníky výzkumu a pořadí rozhovorů. V tabulce níže je vždy uveden rodič a velikost jeho sluchové ztráty dle WHO (klasifikace z roku 2017), ve vedlejší buňce velikost sluchové ztráty dítěte. Pro lepší orientaci pak participantovi P1 odpovídá dítě D1, a tak dále.

Charakteristika výzkumného vzorku	
P1 (úplná ztráta sluchu)	D1 (středně těžká ztráta sluchu)
P2 (mírná ztráta sluchu)	D2 (úplná ztráta sluchu)
P3 (střední ztráta sluchu)	D3 (mírná ztráta sluchu)
P4 (střední ztráta sluchu)	D4 (těžká ztráta sluchu)
P5 (mírná ztráta sluchu)	D5 (hluboká ztráta sluchu)
P6 (úplná ztráta sluchu)	D6 (úplná ztráta sluchu)
P7 (úplná ztráta sluchu)	D7 (hluboká ztráta sluchu)
P8 (středně těžká ztráta sluchu)	D8 (mírná ztráta sluchu)
P9 (těžká ztráta sluchu)	D9 (středně těžká ztráta sluchu)
P10 (těžká ztráta sluchu)	D10 (středně těžká ztráta sluchu)

Tabulka č. 6: Charakteristika výzkumného vzorku s informacemi o sluchové ztrátě

### 3.3. Kvalitativní výzkum

Termín kvalitativní výzkum referuje o jakémkoli výzkumu, který nedosahuje výsledků pomocí statických procedur nebo jiných kvantifikačních metod. Někteří autoři odborné literatury ho vnímají jako zavádějící a metody kvalitativního výzkumu používají pouze jako doplněk ke kvantitativnímu, například své výsledky kvantifikují po provedeném rozhovoru nebo po pozorování. Nicméně v současnosti je tento způsob výzkumu plně rovnocenný s ostatními formami výzkumu a fakt, že se jedná o pružný typ zkoumání, dokazuje sběr dat a analýza. Díky tomu totiž v průběhu dotazování vznikají nové výzkumné otázky, hypotézy, což dává autorovi možnost modifikovat výzkumný záměr. Důležitou roli hraje také čas, kvalitativní výzkum má tak longitudinální charakter. Výzkumník neustále v průběhu sbírání dat a analyzování

přezkoumává, která data potřebuje doplnit, která nejsou nutná a začíná nanovo se sběrem dat a rozbořem. (Hendl, 2016; Strauss, Corbinová, 1999)

Tak jako se v kvantitativním výzkumu ověřuje validita, v případě kvalitativního výzkumu je to platnost a pravdivost celého výzkumu. Švaříček a Šed'ová (2014) tyto pojmy vysvětlují takto: „*Atribut pravdivý znamená, že nálezy reprezentují jevy, ke kterým odkazují, atribut platný znamená, že zjištěné nálezy jsou podepřeny důkazy.*“. Další důležitá kritéria zahrnutá v pojmu hodnověrnost kvalitativního výzkumu (anglicky *trustworthiness, credibility*) jsou důvěryhodnost, přenositelnost, spolehlivost a potvrditelnost. K zajištění **důvěryhodnosti** lze použít techniky členského ověřování, audit nebo reflexi kolegů, pečlivé vybírání účastníků výzkumu (tzv. participantů), zapisování deníku výzkumníka a také přímé citace z terénních poznámek. **Přenositelnost** neboli aplikovatelnost znamená, zda je závěr výzkumu aplikovatelný i pro jinou cílovou skupinu. Z toho důvodu je nutné dokumentovat celý výzkumný proces, aby byl výzkumník schopen obhájit rozhodnutí, která při bádání udělal a která vedly k daným závěrům. Techniky reflexe subjektivity a popsání limitů výzkumu představují čistě autorův pohled na práci, jeho přínos a prostor k posouzení přenositelnosti. Propojením vlastních závěrů s odbornou literaturou výzkumník dokazuje validizaci, tedy dodatečně popisuje závěry a to, zda se liší od současné teorie. **Spolehlivost** výzkumu zajišťuje konzistence otázek, jestli jim účastníci rozumí stejně či odlišně. Technika přepisu nahrávek zajišťuje přesnost získaných dat a díky soudržnosti v kódování výzkumník interpretuje tato data stejným způsobem. Pojem **potvrditelnost** zaručuje nestrannost výzkumníka právě z toho důvodu, že výzkum realizují sami respondenti. (S. Lincoln, G. Guba, 1985; Švaříček, Šed'ová, 2014)

Obě výzkumné metody mají svá pro a proti. Výhody kvalitativního výzkumu spočívají v tom, že není závislý na předem vybudované teorii a jeho autor tak může jít do hloubky určité problematiky, zkoumat podstatu daného jevu, získat maximální množství dat a dát tak vznik novým teoriím. Nevýhodou je však to, že nové teorie nejde zobecňovat, protože jsou platné právě jen pro vzorek, na němž výzkum probíhal. Hlubkové poznávání umožňuje získat zcela nový pohled na kontextovou logiku

a pravidla daného jevu, a to vše v přirozeném prostředí jedince nebo skupiny, na níž se výzkum provádí. Do jaké míry je tato hloubková analýza objektivní však metoda nesdělí, výsledky mohou být ovlivněny osobními preferencemi. Níže je uveden Hendlův (2016) základní přehled předností kvalitativního výzkumu a jeho nevýhod. (Hendl, 2016; Švaříček, Šedřová, 2014)

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
Získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu.	Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.
Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.	Je těžké provádět kvalitativní predikce.
Umožňuje studovat procesy.	Je obtížnější testovat hypotézy a teorie.
Umožňuje navrhnout teorie.	Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.
Dobře reaguje na místní situace a podmínky.	Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.
Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti. Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.	

Tabulka č. 5: Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu (Hendl, 2016)

Základní **metody kvalitativního výzkumu** představují vždy systematické postupy založené na požadovaném typu dat, které se výzkumník snaží získat. Volba metody se tedy řídí danou problematikou. Podle Hendla (2016) existují pravidla pro takový výběr, varuje ale, aby se autoři výzkumu těmito pravidly neřídili bezpodmínečně právě kvůli zkoumanému problému, který může v čase vyžadovat změnu výzkumného plánu nebo kombinaci s kvantitativními metodami. Pravidla uvádí níže:

- Při zkoumání toho, co lidé dělají na veřejných místech, použijeme pozorování.
- Když zjišťujeme, co lidé dělají v soukromí, použijeme interview, dotazník nebo techniku deníku.

- Pokud nás zajímá, co si lidé myslí, jak cítí, čemu věří atd., použijeme interview, dotazník nebo postojové škály.
- Abychom určili schopnosti lidí (např. změřili jejich inteligenci) nebo zjistili osobnostní rysy, použijeme standardizované testy.

**Pozorování** je jedna z nejtypičtějších metod – hojně využívaný způsob sběru dat založený na sledování a následnému rozboru jevů. Pomáhá také doplnit například popis prostředí nebo chování participantů během interview. Podle Švaříčka (in Švaříček, Šed'ová, 2014) se jedná o jednu z nejtěžších metod. Ač jde o málo nákladnou výzkumnou metodu a zdánlivě přirozenou, výzkumník je v případě zúčastněného pozorování jak pozorovatel, tak částečný účastník. Je důležité udržet soustředěnost na jev, který pozorujeme a zároveň nebýt zavlčen do probíhajících jevů aktivně, neiniciovat je a nereagovat. Výzkumník si současně zapisuje tzv. terénní poznámky. Nezúčastněný pozorovatel si také píše poznámky, ale není u toho spatřen účastníky výzkumu, například díky kameře (nepřímé pozorování) nebo polopropustnému zrcadlu (přímé pozorování). Dále může výzkumník pozorovat strukturovaně nebo nestrukturovaně. Hendl (2016) v rámci strukturovaného pozorování uvádí, že *„jednotlivé způsoby kódování jsou dány předem určenými kategoriemi pro zaznamenávání toho, co pozorujeme“* a hledá se cesta, jak během pozorování požadovaný jev zachytit. Nestrukturovaná metoda představuje spíše zhuštěný popis jednání, z něhož plynou nová témata k pozorování a analýze. (Hendl, 2016; Švaříček, Šed'ová, 2014)

K dalším metodám pro získávání dat v rámci kvalitativního výzkumu patří dotazování. Různí autoři do této metody řadí různě nazývané techniky výzkumu. Podle Hendla (2016) existuje kvalitativní rozhovor, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, rozhovor pomocí návodu, neformální či narativní rozhovor, fenomenologický rozhovor nebo skupinové interview. Do metod zahrnuje i dotazník s otevřenými otázkami, myšlení nahlas nebo různé typy komentování, zatímco Švaříček (in Švaříček, Šed'ová, 2014) sem řadí pozorování a hloubkový rozhovor, dále ohniskové skupiny, pořizování videozáznamu (byť tuto metodu řadí taktéž mezi

pozorovací techniky) a triangulaci (tj. kombinace metod, přístupů či zdrojů dat). Pro účely této práce je podrobněji popsán právě **hloubkový rozhovor/kvalitativní rozhovor**, který oba autoři popisují odlišnými názvy, ač je termín totožný. Označení *in-depth interview* (z angličtiny hlubový rozhovor) poukazuje na totožnost s termínem *interview*, který užívá Švaříček (in Švaříček, Šed'ová, 2014) jako synonymum k pojmu rozhovor. V rámci rozhovoru se výzkumník dotazuje. Hlavní odlišností oproti kvantitativnímu **dotazování** je kladení otevřených otázek, tedy bez nutnosti binárního rozhodování (ano/ne) nebo odpovídání pomocí předem vymezených vět. Díky otevřeným otázkám si výzkumník může u participantů ověřit, zda otázce porozuměli, popřípadě ji dále rozvést. Vyžaduje to však více trpělivosti, času i citlivosti během dotazování, protože otázky se mohou vztahovat ke zkušenostem nebo chování dotazovaného, jeho pocitům, názorům, ale i znalostem. Je potřeba vytvořit důvěrný vztah mezi výzkumníkem a participantem, přitom si dát pozor na řazení otázek tak, aby při dotazování na bolestivé nebo nepříjemné vzpomínky nevyvolal výzkumník negativní reakci, která by mohla sběr dat ovlivnit. Díky kladení otázek na současné aktivity a aktuální rozpoložení participanta lze v prvotních chvílích povzbudit a postupně vztah prohloubit (tzv. sondáž). Sondážní strategie je velmi komplikovaná, protože otázky míří na detaily kontextu, zároveň mají participanta vyzvat k rozprávění se, přičemž celá konverzace by měla působit přirozeně, rovnocenně. Autor by měl mít vždy na paměti cíle výzkumu, s tímto vědomím vybírá otázky, vede rozhovor a také ho ukončuje. Otázky při sondáži nesmí působit jako výsledek, proto je dle Hendla (2016) úkolem tazatele „*jasně sdělovat, jaké informace požaduje a proč jsou pro něho důležité. (...) Někdy je vhodné ho informovat, jak interview probíhá, jak se daří plnit jeho cíl. Taková zpětná informace pomáhá udržet motivaci dotazovaného.*“ Právě motivaci může výzkumník podpořit svým chováním, nesmí ale ovlivnit obsah vyprávění svými zápornými nebo kladnými reakcemi. Neutralita badatele, jak uvádí Švaříček (in Švaříček, Šed'ová, 2014), spočívá ve vyvarování se „*sugestivní podobě hlavních otázek*“. Dále doporučuje, aby počet hlavních otázek byl zhruba kolem dvaceti s tím, že ke stěžejním tématům by měl tazatel pokládat navazující otázky, opět sondovat. Pro začínající výzkumníky se jedná obvykle o složitější část – klást otázky a sledovat zároveň význam řečeného. Interview

může být vyčerpávající, z toho důvodu je dobré mít připravené odlehčující otázky, tzv. dynamické (lehce mimo téma, aby však nenarušily kontext rozhovoru). Po skončení sběru dat je vhodné pokládat tzv. ukončovací otázky pro jemné zakončení beze spěchu, například: jak se nyní dotazovaný cítí, zda ho ještě něco zajímá v souvislosti s prováděným výzkumem, popř. může jít jen o informace na závěr (kdy bude výzkum publikován atd.). (Hendl, 2016; Švaříček, Šedová, 2014)

Diplomová práce se zakládá na hloubkových rozhovorech s rodiči, intimních vzpomínkách ohledně jejich vnímání skupinové dynamiky, kde si možná interně kladli otázky typu: Zapadl jsem? Cítil jsem se přijat? Povídají si děti s mou dcerkou ve školce nebo ji nechápou? Právě kvůli tak citlivým záležitostem bylo interview jasnou volbou. Z důvodu komunikační bariéry se některé rozhovory uskutečnily s dopomocí písemného přepisu. Opakované doptávání a pozvolné ukončování prokázalo, jak si někteří rodiče po interview oddechli a otázky typu: Jak se připravujete na Vánoce? Co Vás čeká tento víkend? jim byly příjemné. Rozhovory byly uskutečněny podle možností rodin a zúčastnily se jich pouze matky.

### 3.4. Shrnutí výsledků výzkumu

Rozhovory, které byly kódovány, se rozčlenily do kategorií podle témat. K rozboru získaných dat a k jejich opětovnému složení bylo využito **otevřené kódování**, které právě pomáhá odhalit společné rysy v rozhovorech respondentů. Podobné charakteristiky informací výzkumník slučuje do specifických kódů, tedy zmíněných kategorií. Tato práce otevřeného kódování využila, následná interpretace výsledků je tedy rozdělena podle výzkumných otázek a obsahově odpovídajících kategorií. (Švaříček, Šedová, 2014)

Na každou výzkumnou otázku se váže více kategorií, které jsou vzájemně propojeny. Témata vnímání vlastního dětství, hledání kamarádů, způsoby komunikace v rodině a mimo ni se společně prolínají a výzkum je členěn do kódů: komunikační kanál, vliv jednotlivých socializačních činitelů, já a můj sluch, já a moje řeč.



## **Zjistit, jaký dopad měla sluchová vada na proces socializace dle rodičů.**

Vzhledem k základní schopnosti ovládat jazyk majoritní společnosti se první kategorie týká **komunikačního kanálu** v rodině. Jakým způsobem se dorozumívali se svými rodiči, se sourozenci a vrstevníky v dětství? Většina respondentů uvedla, že rodiče s nimi od raného dětství používali znakový jazyk nebo symbolické znaky či gesta. Bezbariérovou komunikaci potvrzuje fakt, že neslyšící rodiče, kteří mají také neslyšící rodiče nebo sourozence s vadou sluchu, vzpomínali na své dětství veseleji a vnímali jej pozitivněji. Maminka P1 se vyjádřila takto: *„Měla jsem krásné dětství díky bezproblémové komunikaci s rodiči. Rodiče na mě znakovali od narození, takže jsem neměla žádné komunikační bariéry, mohla jsem se zeptat na různé věci, když jsem nerozuměla nějaká slova, tak mi to vysvětlili ve znakovém jazyce nebo psali si slovíčka do papíru a vysvětlili mi to, co znamená to slovo...“*. Další maminka P6 popisuje zkušenosti velmi podobně: *„Já si myslím, že je v tom velká výhoda vyrůstat v neslyšící rodině, kde už mají zkušenosti s neslyšícím.“*. Rodiče, kteří mají lehčí ztrátu sluchu, a někteří jsou i uživateli sluchové protetiky, se svými rodiči využívali mluvenou řeč, gesta a výraznou mimiku. *„Máma se na nás vždycky smála, byla hrozně blízko, jakože máho obličej, to si pamatuju z fotek. (...) No a smála se od ucha k uchu, nebo mračila nebo se chytala za hlavu, prostě celým tělem mi ukazovala tu prostě komunikaci.“*, říká maminka P2. Komunikace v rodině podle odpovědí tedy primárně vycházela z velikosti sluchové ztráty rodičů a ze zkušeností jejich rodičů s osobami se sluchovou vadou. Při vytváření vztahu s vrstevníky v předškolním období ani jeden z účastníků výzkumu nevedl pocit vyčlenění. Jedna z maminek (P1) zmínila posmívání od dívek na hřišti, ale až po odstěhování se do většího města (z důvodu nástupu na základní školu pro osoby se sluchovým postižením). Díky prostředí vrstevníků s podobnou vadou vnímala v pozdějším (adolescentním) věku výhodu ve vyčlenění se z kolektivu slyšících dětí. Hra mezi ostatními účastníky výzkumu a jejich kamarády podle zjištěných odpovědí probíhala *„vždy sama“*. *„Tím, že mám taky neslyšícího brácha a je starší, vždycky jsem chodila ven s ním a s jeho kamarády. Vyrůstali jsme na vesnici,*

*nikdo se nás tam nestranil a ostatní mě znali.*“, uvedla maminka P9. Jiná maminka (P8) zmínila, že si spíše hrávala sama a ostatní pozorovala.

Za nejdůležitější **socializační činitele**, kteří na ně měli největší **vliv**, považovali participanti své vlastní rodiče. Důležitým aspektem byla skutečnost, že matka zůstala v domácnosti a rodiče tak ocenili *„velkou výhodu v tom, že máma se mohla starat pořád.*“, jak uvádí maminka P10. Hned po rodičích, jako druhého důležitého člověka, uvedla maminka P5 svou učitelku v mateřské škole, která na ni dohlížela a pomáhala v komunikaci. Participanti obecně uvádí, že je blízcí podporovali v objevování světa a vysvětlovali, co se kolem nich děje. Touto názornou komunikací se začleňovali do společnosti.

Kategorie **já a můj sluch** shrnuje poznatky o tom, zda vůbec nebo jakým způsobem rodiče slyšeli zvuky své okolí a mluvu ostatních v dětství. První participant výzkumu (maminka P1) tvrdí, že se musela vždy hodně fixovat na obličej mluvčího a používat znakový jazyk. *„Nic neslyším, nemám sluchadla ani implantát, jsem neslyšící a spoléhám se na úřadech na papír a tužku. Jako dítě jsem se občas cítila mimo, když se děti začaly sbíhat do kruhu a já hledala kolem, co se děje.*“, zmínila maminka P7. Rodiče se ztrátami sluchu nad 70 dB uváděli podobné zkušenosti, avšak s dodatkem: *„Když jsem netušila, která bije, jiná holčička mě chytila za ruku a bylo to. Děti to tolik nevnímaly, že jsem jiná.*“. Maminky s mírnějšími ztrátami sluchu se dokázaly orientovat v běžných situacích při konverzaci mluveným jazykem, kdy na mluvčího mohly vidět. *„My měli kulatý stůl v kuchyni a dobře jsem tak na všechny viděla. A protože vlastně babi nic neslyšela, táta mluvil hlasitě a zřetelně, mohla jsem všemu rozumět. Aspoň myslím. (smích)*“, zní jedna z odpovědí. Slyšení hudby a vnímání rytmu si rodiče s větší ztrátou sluchu příliš nevybavují, kdežto rodiče s mírnější ztrátou sluchu se pokoušeli napodobovat rytmus tělem a vzpomínají na společné *„tanečky s tátou a bráchou“* nebo dalšími členy rodiny.

Kategorie **já a moje řeč** mapuje oblast vývoje řeči velmi okrajově. Rodiče si pamatují návštěvy logopedů či domácí cvičení výslovnosti. Z větší části pak toto téma prožívali se svými dětmi. Vlastní vzpomínky na produkci řeči si vybavují až ze základní školy, kde chybná výslovnost hlásek trvala déle než u jejich vrstevníků,

nicméně to nemělo podle nich hlubší vliv na spřátelení se. Maminky, které navštěvovaly školy pro osoby se sluchovým postižením, se tomuto tématu v rozhovoru příliš nevěnovaly, pouze komentovaly: „*tam jsem zapadala*“ nebo „*byla jsem mezi svými neslyšícími a znakovali jsme.*“.

### **Zjistit, jak rodiče vnímají začleňování svých dětí do společnosti.**

Otázky týkající se dětí a jejich sluchové vady musely být položeny citlivě. Maminky vnímají sluchové postižení svých dcer a synů s různou intenzitou podle toho, zda a jak jsou schopny se s tímto faktem vypořádat. Poměrně silnou akceptaci situace vykazali rodiče s těžkou až hlubokou ztrátou sluchu. Sami zmínili, že už s vadou sluchu u svých dětí počítali, díky jejich vlastní zkušenosti to „*nehrálo roli v tom, jak je svět bude vnímat*“.

V rámci volby **komunikačního kanálu** všichni rodiče bez výjimky používali nebo používají znakový jazyk pro podporu vývoje řeči, slovní zásoby a propojování si pojmenování s vizuálními podněty. Rodiče s úplnou ztrátou sluchu komunikují pouze skrze český znakový jazyk. Maminka P8 odpovídala: „*Nic jiného neumím, tak znakuju, moje řeč je dost omezená, to slyšíte. Ale když byl syn malinký a starší dcera šla spát, bála jsem se, že ho neuslyším, vzala jsem si její sluchadlo na jedno ucho, abych poznala, když bude syn plakat. Poradkyně rané péče (pozn. raná péče je terénní služba poskytovaná rodině s dítětem se zdravotním postižením do 7 let věku dítěte, Kroupová a kol., 2016) mě pak přesvědčila, abych si zašla na foniatrii pro vlastní sluchadla. Ted' se snažím i s manželem víc mluvit.*“. Řada rodičů vnímá velký posun v možnostech kompenzace sluchu, např. sluchadly a implantáty. „*Myslím, že v dnešní době je to lepší než kdysi, díky moderním technologiím, lepší informovanosti. Nebo mohu využít online tlumočení nebo mám aplikaci v mobilu na přepis řeči. Syn záleží, jak bude šikovný. Má mnohem menší sluchovou ztrátu než my rodiče, takže se sluchadly se domluví.*“, uvedla maminka P1. Rodiče popisovali, jak se jejich děti chovají na hřišti nebo v kolektivu ostatních dětí: „*Dcerka si přijde strašně cool, jak*

*má ten implantát. Před kamarádkami se nestydí, naopak to bere jako pozitivně, že je zajímavější tím. Jakože, když si vzpomenu na sebe, vůbec jsem to tak nevnímala. Víc jsem se styděla.*“, popisovala maminka P5. S jejím tvrzením se ztotožnilo více matek, které přínos sluchové protetiky vyzdvihovaly. Nemají pocit, že by se jejich děti ve skupině stranily druhých nebo výrazně vnímaly rozdíly mezi sebou navzájem. Maminka P5 dále uvedla: *„Jsem ráda, že děláme všechno, nepřipadám si omezená, třeba chodíme plavat. Dáme Aqua sadu (pozn. ochranný kryt na kochleární implantát do vody) a je jak potápka. Samozřejmě se bojím, že jo, bylo to drahý, ten implantát, ale tím, jak se nevyčleňuje z aktivit, obecně se prostě nebojí, že by ju snad šikanovali nebo tak.*“.

Vlastní vliv na děti vidí rodiče jako signifikantní, maminka P2 říká: *„A od koho jinýho by se to měly naučit? Vidím to, jak mi visí (pozn. syn) na obličejí, kouká pod ruce a opakujeme spolu všechno, co dělám já, co dělá taťka, co dělá děda. Je to extrovert a brebentění hodně, to teda jo. Učí se od nás všech doma.*“.

**socializačního činitele** s primárním vlivem považují i ostatní maminky rodinu, a to hlavně sebe a partnera, ale také širší rodinu, např. prarodiče a tety.

V kategorii **já a můj sluch** jsou zařazeny odpovědi rodičů týkající se zjištění sluchové vady jejich dětí a vnímání jejich reakcí na zvuk. Všechny maminky uvedly, že o podezření na sluchovou vadu věděly už z nemocničního screeningu sluchu. Výsledky OAE byly vždy nevybavné, teprve následující měření v rozmezí do 12 měsíců věku dítěte rodiče informovala o velikosti ztráty sluchu. Maminka P4 uvedla: *„Nebyla jsem z toho nervózní, viděli nás s manželem komunikovat znakovkou. Miminko vypadalo normálně, a když se vrátily výsledky vyšetření jako neslyšící, vůbec nám to nevadilo.*“.

Jiní rodiče zmiňovali genetické vyšetření na Connexin 26, aby dopředu zjistili, zda jejich miminko bude mít sluchovou vadu. Děti s těžšími ztrátami sluchu se v průběhu prvního roku rozvíjely podobně jako děti se sluchadly, avšak u třech z nich došlo k oboustranné kochleární implantaci před třetím rokem věku dítěte. *„Prvně jsem neviděla, že by něco slyšel, že by vůbec jako se otáčel za zvukem. Tleskala jsem, třískala nádobím, procházka kolem traktoru nebo záchranky – NIC! Ale chtělo to jen vytrvat.*“.

řeká participant P2. Děti s lehčí vadou sluchu a se sluchadly začaly

reagovat na okolní zvuky a hlasy rodičů v průměru od 14 měsíců věku dítěte. Rodiče, kteří již své dítě přihlásili do mateřské školy uvádí pozitivní zkušenosti s přístupem pedagogů, také díky jejich vzdělání v oblasti sluchového postižení, z čehož pramenila i ochota spolupracovat. „*Můj syn se do školky těší. Kousek je zastávka, a i na hřišti, mi učitelky říkaly, že slyší přijíždět autobus. A to tam bývá pěkný hluk.*“, zmínila maminka P10.

První slova si každý rodič pamatuje přesně. Maminka P2 zmínila: „*Kamarádky a prarodiče se ptali, jestli už umí říct „máma“ a mě to hrozně vystresovalo, že ještě jako nic. A po operaci (pozn. kochleární implantaci) to bylo peklo. Vlastně první BA a MA bylo až tak po 8. nastavení implantátů. Manžel měl takovou radost, že přijel mezi klientama domů, aby to slyšel. (smích)*“. Maminky popisovaly, jak jednotlivé fáze vývoje řeči dětí postupovaly s přidělením sluchadel nebo po implantaci. Matka P7 v kategorii **já a moje řeč**, uvedla, že je „*požehnáním mít neslyšící děti*“. Jakožto maminka s úplnou ztrátou sluchu je vnitřně ráda za syny s hlubokou sluchovou vadou, podle ní se až v dospělosti sami rozhodnou, zda chtějí nosit sluchadla nebo kompenzovat své postižení jiným způsobem. Ostatní rodiče, kteří v komunikaci používají gesta a znaky, výraznou mimiku, využili podporu klinických logopedů pro rozvoj řeči svých dětí. Maminka P5 na dotaz o využívané podpoře odpověděla: „*Díky rané péči jsem si byla jistější v tom, jak podpořit řeč a vůbec vývoj našeho syna. Nešlo jen o zvuky, ale i o hry na tělo, imitování prvních zvuků, bylo toho spousta, co mu pomohlo se rozmluvit.*“. V současné chvíli děti rodičů, které dosáhly 6 let, aktivně používají mluvenou řeč a jsou plně zapojeny v dialogu s vrstevníky.

### **Porovnání názorů rodičů na vlastní socializaci a socializaci jejich dětí.**

Názory rodičů byly porovnány a výsledky jsou v práci uvedeny níže pod kódy (kategorií), do nichž se členily.

**Volba komunikačního kanálu** pro rodiče s hlubokou a úplnou sluchovou ztrátou je jasná: český znakový jazyk jako rodný jazyk. Tyto maminky vnímali při

společné hře se slyšícími vrstevníky a do teď vnímají, např. při komunikaci na úřadech, odlišnosti, avšak nepocítovaly výrazné vyčlenění, protože se v pozdějším věku začali stýkat s ostatními jedinci se sluchovou vadou, kteří plně znakují. Jejich pocity ze socializačního procesu neprovázely příliš negativní pocity, protože doma mohli přirozeně komunikovat ČZJ a byli plně podporováni svou rodinou. Rodiče, kteří používají kompenzační pomůcky, se verbálně dokázali domluvit s vrstevníky i rodinou, jejich pocity ze socializačního procesu jsou taktéž příznivé, doma byli plně podporováni a v komunikaci nedocházelo k separaci od slyšících.

**Socializační činitel**, který měl na participanty v dětství největší vliv, byla rodina. Všechny maminky uvedly, že hlavní roli v jejich duševní pohodě, pocitu bezpečí, podpory a lásky měla rodina, jmenovitě jejich vlastní maminky. V širším kruhu rodiny jim pomáhali prarodiče a ve školním prostředí učitelky. Samy maminky pak v rámci své rodičovské role uvedly, že své děti nejvíce ovlivnily ony a úzký rodinný kruh. Snažily se jim dát podporu a pocit bezpečí, které jim dávali vlastní rodiče v dětství.

Kategorie **já a můj sluch** popisuje zkušenosti s vnímáním zvuku v dětství a to, jak nyní děti podle rodičů slyší. Maminky s těžší vadou sluchu se cítily ve větším kolektivu občas mimo hru, nicméně dodávají, že je jiné děti například chytily za ruku a vzaly, kam bylo potřeba. Vyplývá z toho, že děti nevnímají odlišnosti mezi sebou navzájem a rodiče to pocítoují podobně i u svých dětí, které se díky kompenzačním pomůckám zapojují do kolektivu slyšících.

**Řeč** se u rodičů s odlišnou velikostí sluchové vady vyvíjela jiným způsobem nebo vůbec, jde-li o matky s úplnou ztrátou sluchu. Jedna z nich považovala za štěstí být neslyšící a mít i neslyšící děti. Tito jedinci, ačkoliv nevyužívají jazyk majoritní společnosti, se v rámci socializace dostali do kruhu komunity Neslyšících (například prostřednictvím škol pro osoby se sluchovým postižením) a využívají ke komunikaci pouze ČZJ. Ostatní maminky s verbálním projevem kombinují gesta a znaky pro podporu vývoje řeči a obecně pro popis komunikačních situací, kde slova již nestačí. Sociální komunikaci dále rozvíjí návštěvami logopedie či službou rané péče.

## **Analýza rozdílů plynoucích z komparace názorů rodičů.**

Odpověď na výzkumnou otázku – tedy porovnání názoru rodičů na jejich socializaci a jejich dětí, je komplexní. Rozdíly již nejsou členěny do kódů či kategorií, ale shrnuty do jedné věty: podle rodičů nemá sluchová vada tehdy ani dnes nijak valný vliv na socializaci jich samotných nebo jejich dětí. Ať už si rodiče zvolili jakýkoli komunikační kanál, začlenili se do kolektivu slyšících i neslyšících, přičemž na vytváření pocitu bezpečí, přijetí a vlastního já to vliv nemělo. Pocity matek z procesu sociálního učení se nijak hlouběji nelišily od pocitů před 30 lety a dnes.

## **Diskuse**

Téma socializace osob s postižením obecně rezonuje naší společností, a to primárně z hlediska vzdělávání. Školy se snaží vytvářet inkluzivní, přátelské a vesměs příjemné prostředí pro své žáky, aby se lépe poznali a vytvářeli vztahy navzdory vzájemným odlišnostem. Tato diplomová práce nahlíží na uvedené téma jinými očima – očima rodičů dětí se sluchovou vadou, kteří sami mají sluchové postižení. Otevírá otázky vnímání vlastní role v kolektivu s ohledem na velikost ztráty sluchu, vnímání pocitu sounáležitosti se členy vlastní rodiny a schopnosti fungovat i mimo ni. Práce popisuje téma, které s výše uvedenými otázkami přímo souvisí, a k tomu využívá termíny z oboru surdopedie a sociální psychologie.

Výzkumný vzorek pro diplomovou práci tvořilo 10 rodičů – matek, které mají sluchové postižení různého stupně a zároveň jsou rodiči dětí s vadou sluchu. Kvalitativní rozhovory pomohly zodpovědět výzkumné otázky: jak se rodiče podle jejich vlastního názoru socializovali do věku 6 let a jak se podle nich začleňují jejich děti. Vnímání rodičů je následně porovnáno v kapitole Shrnutí výsledků výzkumu, kde je uvedena i analýza závěrů.

Výsledky práce poukazují na to, že matky jednoznačně vnímají své rodiče jako primární socializační činitele, kteří jim od raného dětství vytvářeli bezpečný prostor pro vývoj vlastního já a naučili je, jak komunikovat, vnímat zvuky kolem sebe, a zapojili je do běžných sociálních situací. Díky tomu pak byly schopny poskytnout stejné zázemí i svým vlastním dětem. Práce jasně prokazuje skutečnost, že se matky necítí vyčleněny, avšak některé z nich vidí posun u svých vlastních v dětí v oblasti sociální komunikace oproti sobě samým. Řada z nich to přikládá faktu, že s nynější moderní technologií a možnostmi operovat kochleu se sebevědomí dětí v komunikaci zvyšuje, protože jejich sluch je kompenzován od útlého věku. Ačkoliv ne všichni rodiče slyšeli řeč druhých, s podporou rodiny nebo učitelů a především ostatních dětí, se na malých vesnicích rodiče dokázali zapojit do hry s vrstevníky.

## **Limity studie**

Ačkoliv byly dodrženy postupy a metodika kvalitativního výzkumu splněna, objevily se zde limity práce, které tento výzkum potenciálně ovlivnily.

Limity na straně výzkumníka jsou první oblastí. Ač byly otázky pro výzkumné šetření předpřipraveny a příprava na rozhovor dostatečná, probírané téma muselo být podchyceno obsírněji. Participant musel lépe poznat badatele předtím, než se některá témata otevřela, protože pro každého rodiče šlo o jinou intenzitu emoční zátěže a vybavování si vzpomínek, například vzpomínka na zjištění sluchové vady mohla způsobit změnu rozpoložení dotazovaného během výzkumu. Z toho důvodu bylo nutné opakovat rozhovory vícekrát, a tím pádem znovu a znovu otevírat i okrajová (méně podstatná) témata pro dynamičnost společného rozhovoru. Výzkumník kvůli 100% soustředěnosti na každou zodpovězenou otázku mohl pocítit výraznější únavu, a kvůli občasně potřebě otázky dodatečně vysvětlit nebo psát na papír či do chatu se doba rozhovoru prodlužovala.

Další oblast představují limity na straně zkoumaných osob. Otázky zodpovídali pouze rodiče, a to ve všech případech matky. Je možné, že by muži měli



odlišné odpovědi na své vlastní pocity začlenění se v dětství a velmi pravděpodobně by svou socializaci popsali jinak i jejich rodiče – tedy babičky a dědečci dětí. Práce se však vymežila pouze na názory a pocity rodičů.

Limity na straně zkoumaného prostředí reprezentují sociální sítě. Některé rozhovory se uskutečnily prostřednictvím videohovoru nebo je participant doplnil psaným textem. Vzhledem k opakovanému dotazování neprobíhaly všechny rozhovory osobně, proto mohlo dojít k chybné interpretaci některých zodpovězených otázek, kdy výzkumník neměl přístup k celé řeči těla a mimice participanta.

Limity metodologie – touto oblastí se rozumí zvolený postup pro celý výzkum. Vzhledem ke kvalitativnímu přístupu nelze výsledek zobecnit pro více osob se sluchovým postižením na území České republiky. Fakt, že byla využita pouze jedna výzkumná metoda, může být taktéž limitem této studie, avšak s přihlédnutím k tématu je zjevné, že kvantitativním dotazováním by se zmíněných výsledků nemuselo dosáhnout.

## Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem sluchové vady a sociální komunikace u rodičů se sluchovou vadou s dětmi se stejným postižením. Text první kapitoly se věnuje terminologii surdopedické, zatímco druhá kapitola vymezuje pojmy ze sociální psychologie podstatné pro tuto práci a její výzkumnou část. Subjektivní prožívání začleňování se do kolektivu v minulosti a nyní popisují rodiče, respektive matky, za sebe a své děti. Cílem práce je komparace vnímání jejich socializace a socializace jejich dětí na základě kvalitativního výzkumu, jenž je pro tento typ bádání nejvhodnější. Výzkumný vzorek 10 rodičů odpovídal na otázky v rámci delší časové prodlevy, proto vzniklo více rozhovorů, ve kterých se věnovali tématům vlastního dětství, vyrůstání mezi slyšícími nebo naopak neslyšícími sourozenci a vrstevníky. Analýza výsledků přinesla zajímavé zjištění, a to už z předpokladu výzkumníka: vnímání vlastního já a sociální komunikace se v čase liší vzhledem k novým možnostem kompenzace, zatímco dříve se lidé se sluchovým postižením mohli častěji cítit vyčlenění v procesu socializace z důvodu nedostatečného komunikačního kanálu. Odpověď rodičů prokázaly, že za úspěšnou socializací stojí vždy rodina. Bez ohledu na komunikační kanál, na úroveň sluchového vnímání nebo kvalitu řeči se vždy měli možnost zapojit do sociálního dění, a stejně tak je tomu dnes u jejich dětí. Ačkoliv děti dnes mají k dispozici kvalitnější sluchovou protetiku, matky jejich zapojenost do společenského dění vnímají podobně jako u sebe, nevidí v tom podstatný rozdíl.

Výsledky výzkumu v této diplomové práci nehovoří za všechny rodiče se sluchovým postižením a jejich děti, nelze je tedy aplikovat celospolečensky. Umožňují však nahlédnout do mysli a citění 10 matek, které vlastní dětství vnímají velmi pozitivně a totéž chtějí předat totéž svým dětem. Dětská percepce světa nezná odlišnosti mezi sebou navzájem, děti se umí zapojit do hry i bez společného komunikačního kanálu.

## Seznam použité literatury

*Advanced Bionics* [online]. Praha: Abionic, c2023 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://abionic.cz/>

BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.

*Cochlear* [online]. Addlestone: Cochlear, c2023 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.cochlear.com/cz/cs/home>

ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2054-3.

GÜTTNEROVÁ, Dagmar. *Sociální kompetence a komunikace postižených*. Brno, 2002. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

HARRISON, Judith Rich. *The Nurture Assumption: Why Children Turn Out the Way They Do*. Updated Edition. New York: Free Press, 2009. ISBN 978-1-4391-0165-0.

HAVLÍK, Radan. *Sluchadlová propedeutika*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-458-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

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

HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-225-3.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4623-6.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4623-6.

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

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.

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

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-731-5038-7.

MACEK, DRSC., Prof. MUDr. Milan. *Poruchy sluchu vázané na lokus DFNBI (MIM 220290)* [online]. In.: s. 2 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/62-poruchy-sluchu-vazane-na-lokus-dfnb1-krepelova-02.pdf>

*MED-EL Česká republika* [online]. Innsbruck: MED-EL Medical Electronics, c2023 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.medel.com/cs>

MUDR. DRŠATA, Jakub, Radan MUDR. HAVLÍK, Viktor PROF. MUDR. CHOBOK, CSC., PH.D., Pavel PROF. MUDR. KOMÍNEK, PH.D., MBA a Josef PHDR. BAVOR. *Foniatrie – Sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. ISBN 978-80-7311-159-5.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. V Praze: Vysoká škola obchodní, 2007. ISBN 978-80-86841-06-9.

OLUSANYA, Bolajoko O, Adrian C DAVIS a Howard J HOFFMAN. *Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health*. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2019, 97(10), 725-728 [cit. 2022-12-01]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.2471/BLT.19.230367

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

POTMĚŠIL, Miloň. *Čtení k surdopedii*. Revize 2007. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0766-3.

ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3148-6.

S. LINCOLN, Yvonna a Egon G. GUBA. *Naturalistic Inquiry*. 2. vydání. Newbury Park: Sage Publications, 1985. ISBN 0-8039-2431-3.

SKÁKALOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-628-5.

SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-098-6.

SKŘIVAN, J., E. ZVĚŘINA, M. SVĚTLÍK, et al. Sluchová kmenová neuroprotéza v České republice. *Časopis lékařů českých* [online]. 2003, 2003, **2003**(1), 1 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2003-1/sluchova-kmenova-neuroproteza-v-ceske-republice-25632>

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.

SVITÁK, Matěj. Dětský pacient poprvé dostal implantát, který mu může dát sluch. *Česká televize* [online]. 2022, 22.12.2022, 1 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/3552521-detsky-pacient-poprve-dostal-implantat-ktery-mu-muze-dat-sluch>

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTĚCH. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

VÝROST, Josef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ. *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5775-9.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

*World Report on Hearing* [online]. Geneva: World Health Organization, 2017 [cit. 2022-12-01]. ISBN 978-92-4-002049-1. Dostupné z: <file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/9789240020481-eng.pdf>

## Seznam právních předpisů

*Vyhláška č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.* In: . Praha: MPSV, 2000, ročník 2000, číslo 40.

*Zákon č. 384/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony.* In: . Praha: MVČR, 2008, ročník 2008, číslo 138.

## Seznam příloh

1. Obrázek č. 1: HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče.* V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4623-6.
2. Obrázek č. 2: JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ.* Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.
3. Obrázek č. 3: Audiogram: Audiogram středně těžké ztráty sluchu vzdušného vedení dle WHO, modře je značeno levé ucho a pravé červeně. (. In: *My cimply* [online]. [cit. 2022-12-02]. Dostupné z: <https://www.mycimp.ly.com/vysetreni-sluchu-a-audiogram.htm>
4. Tabulka č. 1: JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ.* Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.
5. Tabulka č. 1: *World Report on Hearing* [online]. Geneva: World Health Organization, 2017 [cit. 2022-12-01]. ISBN 978-92-4-002049-1. Dostupné z: <file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/9789240020481-eng.pdf>
6. Tabulka č. 2: MUDR. DRŠATA, Jakub, Radan MUDR. HAVLÍK, Viktor PROF. MUDR. CHOBOK, CSC., PH.D., Pavel PROF. MUDR. KOMÍNEK, PH.D., MBA a Josef PHDR. BAVOR. *Foniatric – Sluch.* Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. ISBN 978-80-7311-159-5.

7. Tabulka č.3: ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2054-3.
8. Tabulka č. 4: HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
9. Tabulka č.5: HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
10. Tabulka č. 6: Charakteristika výzkumného vzorku s informacemi o sluchové ztrátě



## Anotace

Jméno a příjmení	Dominika Havlíčková
Katedra nebo ústav	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce	doc. PhDr. Lucia Lacková, Ph.D.
Rok obhajoby	2023

Název závěrečné práce:	Sociální aspekty sluchového postižení u dětí a jejich rodičů se sluchovým postižením
Název závěrečné práce v angličtině:	Social Aspects of Hearing Impairment of Children with Hearing Disability and their Parents with Hearing Disability
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje tématu socializace osob se sluchovým postižením, konkrétně rodičů a jejich dětí se sluchovou vadou. Teoretická část vychází z poznatků oborů surdopedie a sociální psychologie. Ve výzkumné části byla použita metoda kvalitativního rozhovoru.
Klíčová slova:	sociální komunikace, sluchové postižení, sluchová vada, socializace, komunikace, sociální psychologie
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the topic of socialization of people with hearing impairment, specifically parents and children with hearing disability. The theoretical part is based on the findings of the fields of surdopedy and social psychology. The qualitative interview method was used in the research part.
Klíčová slova v angličtině	social communication, hearing disability, hearing impairment, hearing loss, communication, socialization, social psychology
Rozsah práce:	64
Jazyk práce:	Český jazyk