

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky

**Postoj vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově
dítěte se sluchovým postižením**

Diplomová práce

Brno 2018

Vedoucí práce:

PhDr. Radka Horáková, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Vendula Kučerová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Brně dne

.....Vendula Kučerová

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala především PhDr. Radce Horákové, Ph.D. za ochotu, cenné připomínky, odbornou pomoc a vstřícný přístup při vedení této diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a našli si čas na vyplnění dotazníku.

Obsah

ÚVOD.....	5
1 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ V ŽIVOTĚ DÍTĚTE	6
1.1 Příčiny poruch sluchu a diagnostika sluchových vad	6
1.2 Screeningové vyšetření	10
1.3 Sluchová protetika a její význam při komunikaci	12
1.4 Význam sluchu a důsledky sluchových vad.....	16
2 RODINA DÍTĚTE S POSTIŽENÍM.....	19
2.1 Základní charakteristika rodiny a její funkce.....	19
2.2 Situace rodiny po narození dítěte s postižením	22
2.3 Vývoj, osobnost a výchova dítěte se sluchovým postižením	25
2.4 Komunikace dětí se sluchovým postižením.....	28
3 SOUČASNÝ SYSTÉM VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ PÉČE O DĚTI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	34
3.1 Poradenský proces a podpora rodiny	34
3.2 Centrum pro dětský sluch Tamtam.....	35
3.3 Speciálně pedagogické centrum	37
3.4 Zařazení dětí se sluchovým postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu	39
4 POSTOJ VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ VŮČI PŘIJETÍ A VÝCHOVĚ DÍTĚTE SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM	44
4.1 Cíle výzkumného šetření, metodologie	44
4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku	45
4.3 Interpretace výzkumného šetření.....	46
4.4 Závěry výzkumného šetření	64
ZÁVĚR.....	68
SHRNUTÍ.....	70
SUMMARY	70
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
SEZNAMY	76
PŘÍLOHY	77

Úvod

Sluchové postižení bývá často označováno za jedno z nejrozšířenějších somaticko – funkčních postižení v populaci. Velkou část tvoří děti, které se se sluchovým postižením již narodí. Většina těchto dětí se však rodí nikoliv neslyšícím, ale slyšícím rodičům, do rodin, kde se sluchové postižení nevyskytuje. Z toho důvodu je důležitá informovanost populace o této problematice, která může zasáhnout život kohokoliv z nás.

Tato diplomová práce zkoumá postoj vysokoškolských studentů vůči problematice sluchového postižení. Zjišťuje, jak by se zachovali v situaci, kdyby se jim mělo narodit dítě se sluchovým postižením. Za cílovou skupinu byli vybráni vysokoškolští studenti z toho důvodu, že je většina z nich v reprodukčním věku, mnoho z nich bude brzy zakládat rodinu a proto se jedná o téma, které by jim mělo být blízké.

Práce se skládá ze čtyř kapitol. První kapitola se zabývá úvodem do sluchového postižení, vymezuje nejčastější příčiny sluchových vad, jejich diagnostiku nebo klasifikaci. Dalším předmětem kapitoly je screeningové vyšetření, které hraje klíčovou roli při včasném odhalení sluchové vady. Kapitola dále pojednává o sluchové protetice, o významu sluchu a důsledcích sluchových vad. Druhá kapitola je zaměřena na rodinu dítěte s postižením. Popisuje, v jaké situaci se rodina nachází nebo jak probíhá vývoj a výchova dítěte se sluchovým postižením. Pozornost je zaměřena také na komunikaci dětí se sluchovým postižením. Třetí kapitola pojednává o současném výchovně – vzdělávacím systému o děti s tímto typem postižení, jakou roli hrají poradenská pracoviště nebo jak probíhá proces začlenění do hlavního vzdělávacího proudu.

Čtvrtá kapitola spadá do empirické části práce. Jejím předmětem byl kvantitativní výzkum, dotazníkové šetření na téma postoj vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově dítěte se sluchovým postižením. Dotazník obsahoval 24 otázek, které zodpovědělo 175 respondentů. Odpovědi byly vyhodnoceny, zaznamenány do grafů a doplněny o komentáře. Byly stanoveny a vyhodnoceny tři výzkumné otázky. Ty se zabývaly tím, zda by se studenti dovedli vyrovnat s narozením dítěte se sluchovým postižením, jestli mají vůči této problematice předsudky a jaká je informovanost respondentů o problematice sluchového postižení. Na konci práce je shrnutí získaných poznatků.

1 Sluchové postižení v životě dítěte

1.1 Příčiny poruch sluchu a diagnostika sluchových vad

Houdková (2005) nastiňuje v úvodu rozdíl mezi sluchovou vadou a sluchovou poruchou. Zatímco sluchová porucha je postižení sluchové funkce, které může být přechodného charakteru a při vhodné intervenci se kvalita sluchu může navrátit k normálním hodnotám, sluchová vada je druh trvalého postižení a není zde možnost úplné úpravy. V případě podezření na sluchové postižení u dítěte je třeba zjistit tři hlavní kritéria, podle kterých se rozlišuje vznik sluchové vady, a ta jsou: doba vzniku sluchové vady, stupeň sluchové vady a příčina vzniku sluchové vady (Šedivá, 2006).

Vady sluchu se podle doby vzniku dělí na vrozené a získané. Mezi vrozené vady sluchu patří geneticky podmíněné sluchové vady a kongenitálně získané sluchové vady. Genetické sluchové vady jsou až z 90% zapříčiněny autozomálně recesivní formou onemocnění. Další typ nemoci, autozomálně dominantní forma, způsobuje mnohem méně poruch sluchu. Horáková (2012) uvádí, že nejčastější gen, který způsobuje autozomálně recesivní formou onemocnění, je GJB2 pro connexin 26. Mutace tohoto genu je značně rozšířená, přibližně každý třicátý člověk je její přenašeč. Sluchová vada může být jediným postižením, tehdy se jedná o izolovanou vadu, nebo se může vyskytnout společně s jiným onemocněním či postižením. Může se jednat např. o Usherův syndrom, který způsobuje souběžné postižení zraku a sluchu.

Kongenitálně získané sluchové vady vznikají buď v prenatálním období (během těhotenství) nebo v perinatálním období (během porodu). Příčinou prenatálních vad bývají negativní vlivy v průběhu těhotenství, jako jsou toxoplazmóza, RTG záření, medikamenty a jiné. Perinatální vady vznikají během porodu nebo bezprostředně po něm, řadí se sem nízká porodní hmotnost (pod 1500 g), asfyxie, protrahovaný porod a další (Horáková, 2012).

Získané sluchové vady se klasifikují na prelingvální sluchové vady, vzniklé před dokončením vývoje řeči a postlingvální sluchové vady, vzniklé po dokončení vývoje řeči (Šedivá, 2006). Častými příčinami prelingválních sluchových poruch (do 6. roku věku dítěte) jsou podle Horákové (2012) infekční choroby dítěte. Většinou jsou virového charakteru, např. příušnice, zánět mozkových blan, meningoencefalitida a

další. Sluchovou vadu může dále zapříčinit např. úraz hlavy, trauma, či opakované záněty středního ucha. Postlingvální sluchové vady (vzniklé kdykoliv po dokončení vývoje řeči) zapříčiňují podle Šedivé (2006) často úrazy, degenerativní onemocnění, nebo infekční onemocnění. Horáková (2012) zmiňuje akustické trauma nebo hlučné pracovní prostředí.

Podle místa vzniku sluchové vady rozlišujeme periferní a centrální sluchové vady. Centrální sluchové vady mají příčinu v procesech, které postihují podkorový a korový systém sluchových vad. Příčiny centrálních nervových poruch jsou velmi odlišné a mohou vzniknout organickou nebo funkční změnou (Houdková, 2005). Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku (Horáková 2012). Periferní nedoslýchavost se dělí na převodní a percepční. Převodní sluchová vada je způsobena překážkami, které se vyskytují ve středním uchu a brání převodu zvukových vln do vnitřního ucha. Může to způsobit cizí těleso, ušní maz či perforace bubínku (Houdková, 2005). Horáková (2012) dodává jako možné příčiny zvětšenou nosní mandli nebo otosklerózu. Percepční sluchová vada dle Houdkové (2005) vzniká při porušení funkce vnitřního ucha, může to být porucha sluchového nervu nebo deficit v mozkové kůře. Horáková (2012) uvádí také poškození vláskových (sluchových) buněk.

V České republice se nachází přibližně 500 000 osob se sluchovým postižením. Velkou většinu z nich tvoří lidé staršího věku, jejichž sluch se zhoršil s věkem. Zhruba 15 000 osob se se sluchovou vadou již narodilo, nebo vznikla v dětství (www.cun.cz)

Klasifikace sluchových vad

Klasifikace sluchových vad se uvádí podle sluchové ztráty v decibelech. Za normální stav sluchu se z audiometrického hlediska považuje slyšení těch nejslabších zvuků, jako jsou např. šustění listí ve větru nebo šeptaná řeč. Člověk s lehkou až středně těžkou nedoslýchavostí už mám problémy s porozuměním lidské řeči v hlučnějším prostředí nebo když mluví více osob najednou. Osoba s těžkou až velmi těžkou nedoslýchavostí už vykazuje závažnější problémy a porozumění bez kompenzačních pomůcek je velmi špatné a to jak porozumění mluvené řeči, tak i slyšení hlasitých zvuků, jako je např. zvuk vysavače nebo hudba z reproduktoru. Člověk s praktickou hluchotou už neslyší a nereaguje ani na zvuky vydávající např. motor auta či sekačka na trávu (Horáková, 2012).

Klasifikace sluchových vad podle Lejsky (2003)

Normální stav sluchu	0 - 20 dB
Lehká vada, porucha sluchu	20 - 40 dB
Středně těžká vada, porucha sluchu	40 - 60 dB
Těžká vada, porucha sluchu	60 - 80 dB
Velmi těžká vada, porucha sluchu	80 - 90 dB
Hluchota komunikační (praktická)	90 dB a více
Hluchota úplná (totální)	Bez audiometrické odpovědi

Tabulka 1: Klasifikace sluchových vad 1 (Lejska, 2003, s. 36).

Klasifikace sluchových vad podle WHO:

Normální sluch	0 – 25 dB
Lehké poškození sluchu	26 – 40 dB
Středné poškození sluchu	41 – 60 dB
Těžké poškození sluchu	61 – 80 dB
Velmi těžké poškození sluchu až hluchota	81 dB a více

Tabulka 2: Klasifikace sluchových vad 2 (Horáková, 2012, s. 15).

Diagnostika sluchových vad

Diagnostikou sluchových vad se zabývá medicínský obor audiologie. Existuje mnoho vyšetřovacích metod, které dokáží různými způsoby odhalit sluchovou vadu a navrhnout způsob vhodné kompenzace a rehabilitace. Pro vyšetření sluchu se provádějí subjektivní a objektivní zkoušky sluchu. Subjektivní sluchové zkoušky vyžadují spolupráci vyšetřovaného, objektivní nikoliv. (Horáková, 2012).

Orientační vyšetření sluchu je vyšetření, které provádí pediatr, ale jelikož se jedná o nenáročné vyšetření, mohou jej provádět i rodiče. Sledují se zde změny v chování dítěte a jeho reakce na zvuk (úlek, pláč, zklidnění, otočení za zvukem a podobně). Pediatr nebo rodič vytvoří zvukový podnět (hračkou, cinknutím, bouchnutím...) a sledují reakci dítěte. Zde se však může stát, že dítě místo na zvukový

podnět reaguje a pohyb osoby ve svém periferním zorném poli, či proud vzduchu z hračky nebo vibrace, výsledky takové zkoušky potom nedosahují validních výsledků a lze je použít spíše jako orientační potvrzení přítomnosti sluchové vady, než pro její vyvrácení (Skákalová, 2011).

Mezi subjektivní zkoušky patří Klasická sluchová zkouška nebo subjektivní audiometrie. *Klasická sluchová zkouška* je orientační zkouška, založená na opakování série slov, které vyšetřující předřikává. Klade se důraz na odlišení vysokofrekvenčních a hlubokofrekvenčních zvuků a na rozdíl rozumění mluvené řeči a šepotu. *Subjektivní audiometrii* je schopné zvládnout dítě od 3 - 4 let věku, stejně jako klasickou zvukovou zkoušku. Dělí se na prahovou tónovou audiometrii a audiometrii slovní. *Prahovou tónovou audiometrii* provádí speciální přístroj audiometr. Lékař zjišťuje nejnižší intenzitu zvuku, kterou vyšetřovaný dokáže zachytit. Vyšetřuje se zvláště vzdušné vedení (sluchátky) a kostní vedení (vibrátorem přiloženým na kost za boltcem). *Slovní audiometrii* se vyšetřuje stav rozumění řeči, používá se sestava deseti slov. Výsledek vyšetření je audiogram (Horáková, 2012).

Mezi objektivní sluchové zkoušky se řadí *Tympanometrie*, což je vyšetření stavu středního ucha, měří se tlak před a za bubínkem. *BERA (Brainstem Evoked Responses Audiometry)* je vyšetření evokovaných potenciálů mozkového kmene. Toto vyšetření se provádí u osob, které z nějakého důvodu nejsou schopny absolvovat audiometrické vyšetření (např. mentální či kombinované postižení). Provádí se ve spánku. Vyšetření *SSEP (Steady State Evoked Potentials)* je vyšetření ustálených evokovaných potenciálů, provádí se speciálním přístrojem a opět během spánku. *CERA (Cortical Electric Response Audiometry)* je vyšetření drah v oblasti mozkové kůry. *NN - ABR (Notched-Noise Auditory Brainstem Response)* vychází z měření aktivity sluchových drah (Horáková, 2012). *TEOAE (Tranzietně evokované otoakustické emise)* je screeningové vyšetření sluchu u novorozenců (Horáková, 2017).

Zvuky, které vnímá lidské ucho, se rozlišují podle intenzity a frekvence. Lidské ucho je schopné zaznamenat zvuky o kmitočtu 16 Hz až 20 000 Hz (Houdková, 2005). Pro běžný život člověka je dle Horákové (2012) nejdůležitější oblast 125 – 8 000 Hz. Pro lidskou komunikaci je stěžejní oblast, kde se nachází hlavní část akustické energie, tedy 500 – 2000 Hz. Tyto frekvence se nazývají *frekvence řečové* (Horáková, 2012).

Skákalová (2011) píše, že jedna z nejdůležitějších podmínek úspěšné intervence jedinců se sluchovým postižením je včasné odhalení sluchové vady. Včasná diagnostika

je o to víc klíčová, pokud se jedná o novorozence a děti v raném věku. U těch je totiž v důsledku sluchové vady ohrožen rozvoj funkční komunikace, osvojení jazyka a jejich celkový psychomotorický vývoj. Horáková (2012) dodává obecné pravidlo, že čím dříve je zjištěna porucha a čím dříve se začne s rehabilitací, tím méně je narušen řečový vývoj dítěte a celkově vývoj jeho osobnosti.

Prevence

Houdková (2005) v oblasti sluchového postižení zdůrazňuje prevenci. Poznamenává, že prevence sluchových vad vychází z poznatků o jejich příčinách a vzniku. Je tedy velmi důležitá informovanost rodičů. Součástí důsledné prevence by mělo být genetické vyšetření rodičů a to obzvlášť, pokud se jedná o neslyšící rodinu. Ke sluchovému postižení dochází často už v prenatálním období, proto jsou v období těhotenství důležité pravidelné prohlídky a také zodpovědný přístup matky. Rovněž by se měly sledovat ototoxické účinky léků, hlavně antibiotik. Pravidelné prohlídky by měl podstupovat rovněž novorozenec a mělo by být provedeno screeningové vyšetření OAE. V pozdějším vývoji dítěte jsou v oblasti prevence důležití především rodiče, pediatři a později pedagogové.

1.2 Screeningové vyšetření

TEOAE (Tranzientně evokované otoakustické emise)

V současné době je možné odhalit a prokázat sluchovou vadu u dítěte již ve velmi raném věku. *Otoakustické emise* začaly být využívány při screeningu sluchových vad v roce 1994. Tato metoda je neinvazivní a časově a profesionálně málo náročná (Houdková, 2005). Dnes se této metodě říká *TEOAE (Tranzientně evokované otoakustické emise)* a je založena na měření výbavnosti otoakustických emisí vláskových buněk ve vnitřním uchu (Horáková, 2017). OAE vznikají díky vláskovým buňkám vnitřního ucha, které při svém pohybu vytvářejí nadbytečné množství energie, která je uvolňována. Vnitřní ucho vytváří šumy, které je možné měřit pomocí mikrofону ve zvukovodu jako otoakustické emise (Houdková, 2005).

Plošné vyšetření novorozenců pomocí metody TEOAE se již provádí v řadě zemí, jako je Rakousko, Polsko, od roku 2006 i Slovensko. V USA se od roku 2003 provádí celoplošný screening sluchu u všech narozených dětí ve více než 41 státech

(Yoshinaga-Itano, 2003 in Horáková, 2017). Díky tomu se průměrný věk odhalení sluchové vady u dětí v USA snížil z 2 - 2,5 let na 2 měsíce věku dítěte. V roce 2007 pak bylo JCIH výborem (Joint Committee on Infant Hearing) v USA vydáno prohlášení, že všechny děti se sluchovým postižením by měly mít přístup ke zdrojům nezbytným k maximálnímu rozvinutí jejich potenciálu a vydal postup vázaný na konkrétní věk pro včasnou diagnostiku a zajištění příslušné intervence (Horáková, 2017).

Pokud má dítě vrozenou nebo prelingválně získanou těžkou sluchovou vadu, která není včas odhalena a vhodným způsobem kompenzována, může velmi negativně ovlivnit celkový vývoj dítěte. Čím později dojde k odhalení sluchové vady, tím jsou větší negativní dopady na vývoj jedince (Horáková, 2017).

Vyšetřovací metoda Otoakustické emise využívá toho, že již před narozením má člověk ve vnitřním uchu v hlemýždi funkční vláskové (sluchové) buňky, které reagují na podráždění zvukem. Tuto reakci je možné měřit už 24 hodin po narození dítěte. Emise mohou být výbavné, nebo nevýbavné. Výbavnost emisí naznačuje normální sluch, ovšem nevylučuje poruchu sluchu způsobenou selektivním poškozením zevních vláskových buněk nebo poškozením v oblasti sluchové dráhy. Pokud jsou emise nevýbavné, může se jednat o sluchové postižení, nelze ovšem stanovit druh poruchy (převodní / percepční) ani její stupeň. Je třeba v tomto případě podstoupit další vyšetření (Horáková, 2012). Děti, u kterých jsou naměřeny výbavné otoakustické emise, jsou předány do péče pediatra a již se u nich neprovádí další algoritmus screeningu. Děti, které mají otoakustické emise nevýbavné, podstupují otoskopické vyšetření ORL lékařem a opakovaně je u nich provedeno vyšetření TEOAE. V případě opakované nevýbavnosti emisí následují objektivní sluchové zkoušky AABR (BERA) nebo SSEP (Kabátová a kol., in Darša & Havlík, 2015, in Horáková, 2017). Tyto vyšetřovací metody jsou již schopné diagnostikovat druh a rozsah sluchové vady. Screenengové vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do 6 měsíců po narození dítěte (Houdková, 2005).

V současné době je v České republice vyšetření sluchu u novorozenců metodou TEOAE a definován Metodickým pokynem provádění screeningu sluchu u novorozenců (Věstník MZ ČR, část 7. 2012 in Horáková, 2017). Zmíněný dokument nemá zákonnou moc, přesto většina českých porodnic provádí vyšetření sluchu u všech narozených dětí, ne jen těch rizikových (což jsou děti předčasně narozené či děti z rodin, kde se již vyskytlo sluchové postižení), (Horáková, 2017).

Pozitiva a negativa TEOAE

Screeningové vyšetření otoakustickými emisemi má mnoho výhod. Jedná se o neinvazivní vyšetření, které nevyžaduje žádnou premedikaci. Trvá krátký čas, ve většině případů je vyšetření hotové do pěti minut. Je to bezbolestné a novorozence nijak nezatěžuje. Existují však i nevýhody. Mezi ně patří hluk v místnosti a okolí vyšetřovaného dítěte, což může být příčina neprůkaznosti emisí. Je nutné během vyšetření hluk minimalizovat. Dále je vyšetření citlivé na převodní vady sluchu, které u dětí mívají často jen přechodný charakter. V takovém případě není možné registrovat a prokázat emise. Jako častá příčina převodní vady sluchu u novorozenců bývá plodová voda ve středouší, vyšetření je v takovém případě nutné opakovat. Novorozenec musí být v klidu, ideálně ve spánku. V případě přítomnosti evokovaných emisí lze soudit, že v době vyšetření je stav periferního sluchu postačující pro řečový vývoj, avšak není možné odhalit případné centrálněji uložené příčiny poruch sluchu, který by tento závěr vyvrátily (tyto stavy mohou být přítomny např. po meningitidách aj.). Neurčí velikost sluchové ztráty. Vyšetření OAE je třeba několikrát opakovat a pokud je až po opakovaném vyšetření negativní nález, pokračuje se se specializovanějšími metodami sluchového vyšetření, jako jsou BERA a SSEP, které zachycují reakci mozku na zvukové podněty. Tato vyšetření už nejen potvrdí či vyvrátí sluchovou vadu, ale hlavně určí podrobnější informace o typu sluchové vady a jejího stupně (www.ruce.cz/).

1.3 Sluchová protetika a její význam při komunikaci

Technické kompenzační pomůcky (sluchová protetika) hrají důležitou roli ve výchově a vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Pokud jedinec v důsledku sluchového postižení nemůže komunikovat běžným způsobem, mluvenou řečí, je důležité přidělení vhodné kompenzační pomůcky. (Potměšil, 1999). Sluchová protetika zahrnuje širokou škálu technických a kompenzačních pomůcek, které jsou určeny osobám se sluchovým postižením. Jsou to elektronická nebo kostní sluchadla, kochleární implantáty a další pomůcky. *„Jejich funkce je založena na zesílení signálu řeči nebo okolních zvuků tak, aby se dostal do frekvenčního a intenzitního rozsahu v oblasti, ve které má jedinec zachován sluch.“* (Horáková, 2017, s. 20).

V případě odhalení sluchové vady u dítěte se zvažují možnosti a postupy péče. Stěžejní je zajištění akustického přístupu ke srozumitelné řeči prostřednictvím sluchové

protetiky. Ta hraje zásadní roli ve vývoji sluchových center v mozku a sluchově podmíněných asociačních drah (Horáková, 2017).

Sluchadla

Sluchadlo je elektroakustický přístroj, který zesiluje a moduluje zvuky. Zesílený zvuk je veden do sluchového analyzátoru, do ucha. Je důležité, aby byl zvuk nejen zesílen, ale také speciálně modulován podle typu a charakteru sluchového postižení. Sluchadlo se musí nastavit každému konkrétnímu uživateli tak, aby umožnilo co nejlepší slyšení a rozumění řeči (Houdková, 2005). Na výběru sluchadla se podílí lékař – foniatr, který podle požadavků, možností a individuálních nároků jedince navrhne optimální variantu. Je zde vyžadován velmi zodpovědný přístup, zejména u malých dětí (Horáková, 2017).

Sluchadla se mohou využívat pro kompenzaci lehkých až těžkých sluchových vad. Před indikací sluchadla odborníci zjišťují, jaká je u jedince prahová hodnota sluchu, tedy nejnižší hlasitost zvuku, kterou je ještě jedinec schopný zaslechnout, na určité frekvenci. Pokud je sluchová vada dítěte vyšší než 30dB na frekvencích 500 Hz, sluchadla se doporučují. V případě ztráty vyšší než 40 dB jsou již nezbytná (Horáková, 2012).

Sluchadlo je miniaturní elektroakustický přístroj, který zesiluje a moduluje zvukový vjem. Skládá se z mikrofону, zesilovače, reproduktoru, regulátoru hlasitosti, přepínače programů, indukční cívky a případně přímého audiovstupu. Sluchadlo zesiluje zvuk a moduluje ho podle nastavení foniatra (Horáková, 2012). Mikrofon se nachází v horní části sluchadla a mění zvukové vlny na elektrické signály. Zesilovač slouží ke změně signálu. Slabé zvuky zesiluje více než hlasité, hlasité zvuky naopak téměř nezesiluje. Reprodukter mění elektrické signály zpět na zvukové vlny. Externí součástí sluchadla jsou pak ušní tvarovky, vyrobené individuálně podle tvaru zvukovodu a boltce každého člověka. Zabraňují tzv. zpětné vazbě, tedy úniku zvuku od bubínku zpět do zvukovodu a ven k mikrofону, způsobující pískání sluchadla (Horáková, 2017).

Sluchadla se podle různých kritérií rozdělují do několika skupin. Nejčastěji se rozlišují podle konstrukčního tvaru na sluchadla závěsná a nitroušní. Konkrétněji se dělí na sluchadla *závěsná*, *zvukovodová*, *kapesní* a *brýlová* (Horáková, 2012). U dětí je nejběžnější typ sluchadlo závěsné, kdy jsou do pouzdra (těla sluchadla) vestavěny

všechny součásti sluchadla, tedy mikrofon, zesilovač, reproduktor, regulátor hlasitosti, přepínač a zdroj (baterie), (Horáková, 2017). Ze sluchadla vede trubička, na kterou se nasazuje vhodná ušní tvarovka, které už se v dnešní době dělá pro děti v různých barevných a vzorových provedeních. Sluchadlo je svou velikostí málo nápadné a snadno se obsluhuje (Houdková, 2005).

Předpoklad pro úspěšné užívání sluchadla je *binaurální korelace*, tedy nošení sluchadel na obou uších (Horáková, 2017). Sluchadlo přiděluje a nastavuje opět foniatr a to na základě anamnézy, otoskopie (vyšetření zevní části zvukovodu a bubínku), audiometrického vyšetření a výsledků tympanometrie. U malých dětí, které ještě nejsou schopny spolupracovat, se provádí již zmíněné TEOAE, BERA či SSEP (Horáková, 2012).

Kochleární implantát

Kochleární implantát je nitroušní elektronická smyslová náhrada, určená lidem s těžkým sluchovým postižením a lidem zcela neslyšícím. Kochleární implantaci je vhodné indikovat dětem, kterým ani nejvýkonnější typy sluchadel nedostačují, neumožňují recepci a rozvoj mluvené řeči a jejich zbytky sluchu jsou prakticky nevyužitelné (Horáková, 2017). Implantát se používá v případech poškozených nebo nevyvinutých vláskových buněk, tedy vlastních receptorů sluchu v Cortiho orgánu ve vnitřním uchu. Přístroj obchází tento problém a pomocí elektrických impulzů dráždí nervová zakončení sluchového nervu v hlemýždi ve vnitřním uchu (Lejska, 2003)

Implantát se skládá ze dvou hlavních částí. Vnější část obsahuje mikrofon, který zachycuje zvuk a posílá ho do řečového procesoru. Řečový (zvukový) procesor jej analyzuje, digitalizuje a kódované signály následně pošle vysílací cívkou do přijímače. Cívka se nachází na hlavě za uchem. Energie spolu s informací je přenášena přes kůži pomocí elektromagnetické indukce. Druhá část implantátu, vnitřní, se skládá z přijímače a dvaceti dvou elektrod, které jsou operačně implantovány do hlemýždě ve vnitřním uchu (Horáková, 2012).

Věková hranice implantací u dětí se v posledních letech snížila, obvykle se provádí už kolem jednoho roku (v jiných zemích i dříve). V České republice fungují už tři centra, kde je prováděna kochleární implantace a to jak u dětí, tak u dospělých. Největší a nejdéle působící centrum je na Fakultní nemocnici v Motole v Praze. Od

spuštění implantačního programu v roce 1993 zde bylo odoperováno přibližně 600 dětí a 90 dospělých. V roce 2013 vzniklo centrum ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně a Fakultní nemocnici v Ostravě. Kochleární implantace je hrazena pojišťovnami (Horáková, 2017).

Po voperování implantátu je nutná dlouhodobá odborná rehabilitační péče, jejích úspěšnost závisí na mnoha faktorech. Těmi jsou doba vzniku a délka trvání sluchové vady, věk implantované osoby a v neposlední řadě jeho osobnostní předpoklady (kognitivní schopnosti, nadání pro řeč a jazyk), přítomnost dalších zdravotních problémů či přidružené postižení a jiné. Nezbytný předpoklad úspěchu při následné dlouhodobé a náročné reedukaci sluchu a řeči je aktivní spolupráce s rodinou dítěte s kochleárním implantátem (Horáková, 2012).

Kochleární implantát však nemůže být voperován každému, důležitý je pečlivý výběr kandidátů a posouzení, jestli jsou na implantaci vhodní. V některých případech nemohou být elektrody voperovány do hlemýždě, jehož stav může být zhoršený např. z důvodu meningitidy, v takovém případě by docházelo ke zpracovávání pouze nízkofrekvenčních zvuků (Marschark, 2007).

Kmenový implantát

Předpokladem správného fungování kochleárního implantátu je neporušený sluchový nerv. V případě jeho poškození je možné přistoupit ke *kmenové implantaci*. Kmenový implantát má za úkol obnovovat sluchové vjemy, které vznikají prostřednictvím elektrické stimulace elektrodami v blízkosti kochleárních jader v mozkovém kmeni. Na rozdíl od kochleárního implantátu je to neurochirurgický zásah, během kterého se místo do hlemýždě implantují elektrody pod strop čtvrté mozkové komory k jádrům nejnížší etáže sluchové dráhy. Jinak funguje na stejném principu jako kochleární implantát a i vnější část vypadá stejně (Horáková, 2012).

1.4 Význam sluchu a důsledky sluchových vad

Z psychologického hlediska znamená sluchová porucha vlastně senzorickou deprivaci. Pomocí smyslů se dítě učí vnímat podněty a postupně chápat jejich význam. Dítě se sluchovým postižením přichází o sluchové podněty. V prvních měsících života si dítě buduje zvukovou mapu, která je u jedince s postižením sluchu zkreslena nebo nedostatečně vytvořena. Nedostatečné sluchové vnímání se projevuje v mnoha oblastech, ovlivňuje rozvoj dítěte a celou jeho osobnost. Nejvíce je ovlivněn rozvoj *komunikace, verbální inteligence a psychosociální oblasti* (Šedivá, 2006).

Intelligence

Každý jedinec přichází na svět s geneticky danými inteligenčními předpoklady, které se poté rozvíjejí na základě zrání a učení. U slyšícího dítěte, které vyrůstá v přiměřeně podnětném prostředí, dochází obvykle k vyrovnanému rozvíjení verbální (slovní) a neverbální (názorové) složky inteligence. U dítěte se sluchovým postižením dochází k nerovnoměrnému vývoji, zejména dochází k opoždění verbální složky. Dítě je schopné manipulovat s předměty, třídit je, přirovnávat a zobecňovat přiměřeně svému věku, ale ve verbální oblasti bývá opoždění v oblasti informační, v chápání logických vztahů a chápání slovně charakterizovaných sociálních situací (Šedivá, 2006).

Řeč

Řeč je oblast, která je v důsledku sluchového postižení nejvíce narušena. Slyšící kojenec se v průběhu prvních měsíců života „učí slyšet“, vytváří si zvukovou mapu a učí se rozpoznávat zvuky, které ho obklopují a rozumět jim. Vytváří si zvukové asociace, dokáže spojit určitý zvuk s akcí, která následuje. Reaguje na hlas matky, učí se zvuky přípravy jídla, domácích spotřebičů a podobně a věcí kolem sebe. Tato zvuková mapa je u dítěte se sluchovým postižením značně omezena. Do prvních třech měsíců života vydává instinktivní zvuky, srovnatelné se slyšícím dítětem, později však dochází ke zmenšování předřečové produkce. Půlroční slyšící dítě má radost ze zvuků, které způsobují jeho mluvidla nebo z napodobování zvuků, které jsou navíc posilovány reakcemi okolí, u neslyšícího dítěte tato produkce bez zpětné vazby ustává. Nechápe obsahový ani zvukový význam řeči a má malou motivaci k užívání hlasu (Šedivá, 2006).

„Ačkoliv roční slyšící dítě a dítě se sluchovou poruchou vypadají stejně a jejich chování také na první pohled nemusí vykazovat rozdíly, jejich životní zkušenost a vrůstání do okolního světa se značně liší. Tento rozdíl se v průběhu dalšího vývoje zvětšuje a způsobuje značný deficit v rozvoji a využití vrozených schopností a může se stát limitujícím jak v sociální, tak ve vzdělávací oblasti.“ (Šedivá, 2006, s. 10 - 11).

Z toho vyplývá nutnost co nejvčasnější diagnostiky stavu sluchu, kompenzace vhodnými kompenzačními pomůckami a rovněž následná odborná rehabilitace a každodenní práce rodiny s dítětem. Rovněž je důležité poskytování informací rodině a její podpora v procesu přijetí a vyrovnávání se s problematikou.

Sociální oblast

Socializační proces začíná bezprostředně po narození. Dítě plní vývojové úkoly a jedním z nejdůležitějších je postupné začleňování se do společnosti a vytváření kvalitních sociálních vztahů. Pro emoční a sociální zralost je stěžejní kvalitní vztah s matkou a pak s dalšími členy rodiny a společnosti. Už zde se mohou objevovat problémy. Děti s těžkou sluchovou vadou mohou z důvodu chybějící akustické zpětné vazby na slyšící matku reagovat jinak, než by očekávala, nepřiměřené reakce jsou velmi časté. Matka může znejistět, dítě méně stimulovat a pociťovat menší uspokojení ve své mateřské roli.

Další oblast je sociální učení. Děti se sluchovým postižením, jejichž komunikace je na nižší úrovni, bývají méně vystavovány interakčním sociálním situacím, např. když má jít šestileté dítě koupit pečivo. Tím pádem získávají méně sociálních zkušeností, zaznamenávají méně dobrých pocitů ze zvládnutí úkolu a reakcí na své chování. Jejich spektrum informací o světě je ochuzeno o mimovolní sluchové vnímání a chápání sociálních vztahů je zkresleno. Menší porozumění okolnímu světu a nejistota mohou k nepřiměřeným reakcím v emocionální oblasti, k pohotovosti k afektům apod. (Šedivá, 2006).

Shrnutí

První kapitola nese název Sluchové postižení v životě dítěte. Vymezuje příčiny poruch sluchu a základní typy diagnostiky sluchových vad. Samostatná podkapitola je zaměřena na screeningové vyšetření, jelikož hraje klíčovou roli v časném odhalení

sluchové vady u dítěte. Další podkapitola pojednává o kompenzačních pomůckách, sluchadlech a implantátech, jakožto zprostředkovatelích komunikace u dětí se sluchovým postižením. Na závěr je vymezen význam sluchu v životě člověka a důsledky sluchových vad, postihující celou osobnost jedince.

2 Rodina dítěte s postižením

2.1 Základní charakteristika rodiny a její funkce

Výrost (1998) uvádí, že pojem rodina nelze jednoznačně vymezit, jelikož na něj lze pohlížet z mnoha různých hledisek. Jedná se o hlediska vědních disciplín (sociologie, psychologie...), různých oblastí téže vědy (klinická psychologie, sociální psychologie, pedagogická psychologie...), systémových přístupů (psychoanalýza, behaviorismus...) a různých aspektů (funkčnost, vztahy, role, komunikace...). Uvádí několik definic od několika autorů, za zmínku stojí definice J. Langmajera a M. Kňourkové (in Výrost, 1998, s. 304): „*Rodina je institucionalizovaná biosociální skupina, vytvořená přinejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistují pokrevní pouta, a jejich dětí.*“

Než se zaměříme na rodinu dítěte s postižením, je důležité vymezit znaky *zdravé a funkční rodiny*. Autoři zaměřující se na rodinu se shodují v tom, že mezi nejdůležitější faktory harmonické, funkční a stabilní rodiny jsou tvořivost, jasně vymezené role a schopnost jednotlivců zastupovat se v nich, jasně vymezená vedoucí role a podpora její autority ze strany ostatních, jasnost komunikace, způsob vyjadřování konfliktů a účinnost interakce při jejich řešení. Rodina by měla být soudržná, ale respektovat autonomii každého jednotlivce. Měla by umožňovat samostatnost, osobní zodpovědnost, nezávislost myšlení a hodnocení, nezbytný je pocit sounáležitosti, emoční blízkosti a vzájemnosti. Rovněž důležitý prvek je adaptabilita – přizpůsobivost. Funkční rodina je schopna kreativním způsobem řešit životní situace a adekvátně na ně reagovat. Důležité je vyjádření podpory, zájmu a zaujetí při společných rozhovorech. Rodina je adaptabilní, ale zároveň stabilní. A právě *stabilita rodiny*, k níž se jedinec vztahuje v okamžicích osobní nejistoty, se zdá být největší hodnotou (Výrost, 1998).

Šulová (2010) se zaměřuje na čtyři složky, které tvoří rodinu. Jedná se o složku hodnotově normativní, mezilidsky vztahovou, resultativní a osobnostní.

Hodnotově normativní složkou se rozumí předávat dítěti již od prvních měsíců života sociální hodnoty, normy, pravidla, způsoby komunikace, způsoby uvažování a řešení situací. Vztah k sobě samému, důležitý pro vnitřní život každého člověka, je budován na základě vzájemných vztahů mezi sebou a trvalými partnery rané intervence.

V prvních měsících života je to matka, otec a sourozenci. Rozvíjení vnějších mezilidských vztahů má bezprostřední dopad vytváření schémat interpersonálních vztahů a začleňování jedince do širších sociálních vztahů. Důležitá je trvalost prvotních vztahů, jelikož dítěti od raného věku poskytují každodenně ukázky sociálních norem, hodnot a přesvědčení. Rodina dítěti poskytuje obraz sebe sama, nastavuje zrcadlo. Permanentní zpětná vazba je klíčová při formování vlastní identity, tvorbu sebeobrazu a postoj k sobě samému.

Mezilidsky vztahová složka poukazuje na to, že vývoj dítěte v rodině je založen na sociální interakci, tedy propojeném chování členů rodiny. Rodina dítěti poskytuje nejdříve možnost pozorovat interakci ostatních a později procvičování a korigování svého vlastního chování v různých rovinách sociální interakce (hra, společné činnosti...). Rodina tvoří v rovině sociálních činností základ pro herní aktivity, učení a později pracovní návyky.

Rezultativní složka je tvořená materiálními, duchovními a dalšími produkty, které jsou dítěte předávány v přirozených situacích rodiny. Rodina svému dítěti předává hodnoty formou pohádek, rituálů a tradic, seznamuje ho s psaným slovem, knihami, formuje jeho estetické cítění a umožňuje vlastní uměleckou produkci (malování, zpívání...), čímž se dítě postupně stává součástí materiální a duchovní kultury. Tyto procesy se však uskutečňují pouze v případě individuálního soustředění na dítě jakožto na jednotlivce.

Osobnostní složka se týká osobnostního rozvoje. Dítě není socializováno pouze vnějšími faktory, ale socializuje rovněž samo sebe. Je vystavováno očekáváním, tlakům, pobídkám. Má svoje vlastnosti, projevy a výkony, na které je nějakým způsobem reagováno a očekávají se i jeho reakce. V době trénování těchto dovedností je důležité emocionálně kladně laděné prostředí rodiny, první zpětné vazby by měly být šetrné a ze strany milujících osob (Šulová, 2010).

Základní funkce rodiny

Obecně jsou uznávané čtyři základní funkce rodiny a to funkce reprodukční, materiální, výchovná a emocionální.

Reprodukční funkce je základní funkce rodiny, je to nejobvyklejší a nej přijatelnější důvod pro existenci rodiny. Můžeme ale podotknout, že rodina svoji

nezastupitelnou úlohu v procesu reprodukce ztrácí vlivem rozvíjející se genetiky a technického rozvoje v oblasti medicíny.

Materiální funkcí se rozumí materiální zabezpečení. V minulosti se jednalo o významnější složku, než je to nyní. Dnes funguje systém sociálních podpor, který ji může v případě nefunkčnosti rodiny do jisté míry zabezpečit.

Výchovná funkce plní důležitou roli, rodina dítěti poskytuje základní orientaci v okolním světě a v podstatě vše potřebné pro plynulé zařazení se do společnosti. Neprobíhá zde pouze výchova dětí, vzájemné působení formuje všechny členy rodiny. Rodina funguje také jako regulátor nežádoucích činností, které se mohou projevit u jedinců bez rodinného zázemí, jejichž chování vybočuje z normy. Výchovná funkce je důležitá a prakticky nenahraditelná.

Emocionální funkce hraje rovněž klíčovou roli. I když se význam rodiny v průběhu vývoje společnosti mění, emocionální funkce tvoří stále nutný mezičlánek mezi společností a jedincem. „*Potřeba zázemí, bezvýhradného přijímání, podpory a pomoci, potřeba klidu a uvolnění, potřeba sdílení zážitků, společné historie, společných rituálů, potřeba známosti, důvěrnosti, potřeba společných perspektiv a plánů, potřeba vztahnosti sebe k něčemu trvalému, jistému, nrecipročnímu, je nutná pro všechny věkové kategorie.*“ (Výrost, 1998, s. 327). A to vše poskytuje rodina. Naopak v případě dysfunkční rodiny je to právě emocionální stránka, která je *nejhlouběji* postižena. Emoce sehrávají důležitou roli také v oblasti socializace (Výrost, 1998).

Střelec (1978) ve své starší publikaci uvádí širší výčet funkcí rodiny. Zmiňuje funkce hospodářská/ekonomická, biologická/reprodukční, mocenská, výchovná, ochranná a odpočinku a regenerace tělesných a duševních sil. Hospodářskou funkcí se rozumí materiální hodnoty, biologickou pohlavní život rodičů a proces rozmnožování. Mocenská a ochranná funkce podle autora již ztrácejí svůj význam, pozůstatek mocenské funkce můžeme vidět v rodičovské moci nad dítětem, ochranná funkce je dnes podstatně redukována a chápána jinak. Týká se výchovy dětí a ve společnosti je zabezpečena právem. Uvádí, že emocionální funkce nese stále velký význam, jak bylo zmíněno i výše. Výchovná funkce patří stále mezi základní. Odpočinek a regenerace tělesných a duševních sil patří k funkcím, které rodina rovněž plní.

2.2 Situace rodiny po narození dítěte s postižením

Stěžejním pojmem v této práci je *postoj*. Existuje mnoho definic postojů. Průcha, Walterová a Mareš (2003) definují postoj jako hodnotící vztah, který zaujímá jedinec vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému. Zahrnuje sklon chovat se a reagovat určitým, relativně stabilním způsobem. Postoj je vytvářen prostřednictvím spontánního učení v rodině a v dalších sociálních prostředích. Hartl (1996) vymezuje postoj jako sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama. „*Postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění.*“ (Hartl, 1996, s. 151). Vědomosti, dovednosti i postoje se získávají v průběhu života a to zejména vzděláním a sociálními vlivy.

Vágnerová (1999) se ve své publikaci podrobně zaměřuje na rodiče dítěte s postižením a na jejich psychiku. Obecně narození dítěte s nějakým typem postižení znamená pro rodinu velkou zátěž, obzvlášť pokud je neočekávaná. Rodiče často zažívají pocit vlastního selhání v rodičovské roli. Jelikož se jim nepodařila zplodit zdravého potomka, může toto vědomí vést ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Tyto tendence mohou ještě posilovat reakce z jejich okolí a to v případě postižení, které je vrozené, nápadné, či nelze vysvětlit jeho původ. Horáková (2012) zdůrazňuje skutečnost, že 90% dětí se sluchovým postižením se rodí slyšícím rodičům. Jsou vystaveni velké a permanentní zátěži a musejí se vyrovnávat s psychickým stresem.

V případě narození neslyšícího dítěte jsou rodiče často zmatení ohledně svých rolí a kompetencí. Nevědí, jestli se mají učit jejich jazyk a jestli ano, tak jak. Většinou nemají velké povědomí o tom, co to znamená být neslyšící. Nevědí, jestli jsou dostatečně silní na to, aby se vyrovnali s takovou situací. V takovém případě je důležitá spolupráce a podpora odborníků (Sass-Lehrer, 2016). Rodiče by o přítomnosti sluchové vady u jejich dítěte měli být informováni co nejdříve a v plném rozsahu. Odborný lékař by měl sdělit diagnózu a ve vhodném prostředí informovat rodiče o všem, co se týká sluchového postižení a návaznosti péče. Lékař by měl respektovat zásady lékařské etiky a dle nich přistupovat k rodičům (Houdková, 2005).

Reakce rodičů na takové trauma ovlivňují i postoje společnosti, ve které žijí. Rodiče budou k takovému dítěti přistupovat zpravidla jiným způsobem, než k dítěti zdravému. Je zde riziko, že v nějakém směru budou extrémní. Stává se, že rodiče bývají hyperprotektivní nebo naopak že dítě odmítají přijmout. Toto rovněž velmi ovlivňuje

vývoj takového dítěte, jelikož záleží nejen na druhu a stupni jeho vady, ale na přístupu jeho rodiny, postojích rodičů a celkově jeho okolí (Vágnerová, 1999).

Rodina s dítětem s postižením má jinou sociální identitu, je něčím odlišná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost, výjimečnost, se stává součástí sebepojetí všech členů rodiny, jak rodičů, tak i zdravých sourozenců. „*Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i jejich chování, nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti, kde se tyto lidé mohou v rámci obranných reakcí projevovat jiným způsobem než dřív, resp. než je obvyklé, nebo se od ní dokonce i izolovat.*” (Vágnerová, 2008, s. 164).

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že má jejich dítě postižení, lze označit jako *fázi krize rodičovské identity*. Rodiče tak reagují na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho z části nejasných a negativních perspektiv, tedy hůře akceptovatelných. Může tomu předcházet *fáze nejistoty*, kdy si rodiče uvědomují, že je jejich dítě v něčem odlišné, ale ještě není postižení zcela potvrzeno. Toto období bývá krátké a obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví a postižení jejich dítěte, tím zásadnějším způsobem se změní jejich postoj (Vágnerová, 2008).

Vágnerová (2008) popisuje proces akceptace dítěte s postižením těmito pěti fázemi.

1. Fáze šoku a popření

První reakce na to, že dítě není zdravé. Charakteristické výroky jsou: "*To není možné, to nemůže být pravda.*" Šok se projevuje strnutím a neschopností reagovat. Popření nepřijatelné informace je v této fázi projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. Rodiče se dosud nesmířili s faktem, že má jejich dítě postižení, a proto nechťejí slyšet nic o možnostech péče a výchově jejich dítěte, až postupem času dochází k přijetí této skutečnosti.

2. Fáze bezmocnosti

Rodiče si nevědí rady, nevědí, co mají dělat, ocitli se ve zcela nové situaci, kterou neumějí řešit. Často prožívají pocit viny ve vztahu k dítěti a pocit hanby ve vztahu okolí, jehož reakcí se obávají. Přemýšlejí, kde se stala chyba. Často se bojí odmítnutí a zavržení a zároveň očekávají pomoc, ale nevědí, v čem by měla spočívat.

3. Fáze postupné adaptace a vyrovnání s problémem

V tomto období zvýší rodiče zájem o další informace. Zjišťují příčinu postižení, jaká je jeho podstata, jak by měli o dítě pečovat, jaká bude jeho budoucnost. Překážkou racionálnímu zpracování informací často bývá emoční vyladění rodičů, které někdy vede k jejich zkreslení, velmi často se jedná o negativní emoce (smutek, deprese, úzkost, strach či hněv).

4. Fáze smlouvání

Jedná se o přechodné období. Rodiče již přijali skutečnost, že má jejich dítě postižení, zároveň ale touží získat alespoň něco, nějaké zlepšení, když už není možné plné uzdravení. Již se nejedná o trauma, ale spíše o dlouhodobý stres spojený s únavou a vyčerpáním péči o takové dítě. Může to mít za následek posílení pocitů bezvýchodnosti a minimální efektivity jejich úsilí, od kterého očekávali více.

5. Fáze realistického postoje

Rodiče v této fázi již postupně přijímají skutečnost, že má jejich dítě postižení a přijímají je takové, jaké je. Mají reálnější a splnitelnější plány. K této fázi však v některých případech nemusí vůbec dojít.

Na rodiče, kterým se narodí potomek se sluchovým postižením, jsou kladeny extrémně vysoké požadavky. Očekává se od nich dlouhodobá adaptace a celkové vyrovnání se s emocionálními, sociálními a adaptačními problémy, pramenící z přítomnosti dítěte s postižením v rodině, akceptace dítěte a jeho sluchového postižení, vhodně zvolená výchova a později zařazení do vzdělávacího procesu, rozhodnutí o způsobu komunikace s dítětem s cílem plnohodnotné komunikace, vyrovnávání se s pracovním a společenským omezením. Je to rovněž zkouška stability a partnerského vztahu rodičů a záleží i na prožívání negativních pocitů, způsobených pomalými pokroky ve vývoji dítěte, ve srovnání s vysokými a nesplněnými očekáváními (Horáková, 2012). Velkým problémem je neznalost potřeb dítěte a nutnost přijmout takový způsob komunikace, který je pro něj nejefektivnější, ve většině případů se jedná o znakový jazyk. Všichni členové rodiny by měli užívat stejný jazykový systém, jinak dochází k problémům s porozuměním a tím pádem narušení vzájemných vztahů. Dítě,

které znakuje, se v rodině, která komunikuje slovně, může cítit izolovaně (Vágnerová, 2008).

2.3 Vývoj, osobnost a výchova dítěte se sluchovým postižením

Čím dříve sluchová vada vznikne, tím závažnější jsou její důsledky. „Obecně se uvádí, že vývoj osobnosti jedince se sluchovým postižením je ovlivněn závažností sluchového postižení, dobou vzniku, obdobím diagnostikování vady, úrovní poskytované péče a v neposlední řadě prostředím, v němž dítě vyrůstá.“ (Horáková, 2012, s. 42). Vývoj dítěte nejvíce omezují prelingválně vzniklé percepční vady, tedy sluchové vady vrozené či vzniklé před dokončením vývoje řeči a dítě ještě nemělo zcela vybudovaný funkční komunikační systém.

Není možné jednoduše vymezit a identifikovat jedince se sluchovým postižením, protože každý jedinec je individuální osobnost, která má svoje charakterové vlastnosti, způsoby chování, vědomosti, schopnosti a dovednosti. Proto i každý člověk s postižením prožívá svůj handicap odlišným způsobem. Vymlátilová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 472) vysvětluje, proč jsou děti se sluchovým postižením ohroženy ve svém citovém vývoji:

- Prakticky jsou trvale vystaveny podnětové deprivaci (jsou odkázány na příjem informací zrakovou cestu, a pokud nemají zrakovou kontrolu, nedívají se, nemohou přijímat informace)
- K citové deprivaci u nich dochází častěji, než u slyšících dětí a vztah rodič – dítě je podroben zátěži
- V anamnéze mívají větší počet perinatálních traumat a dysfunkcí mozku
- Nejsou schopny plnit vysoká očekávání z jejich okolí, jak rodičů, tak učitelů a kvůli tomu prožívají opakovaně zklamání
- Pokud musejí odezírat a komunikovat slovně, bývají často ve stresu

Dítě se sluchovým postižením ve slyšící rodině má obecně vždy vliv na vztahy rodičů a jejich vzájemnou interakci. Není schopné plnohodnotným způsobem pasivně vnímat svoje okolí, což může vést rodiče k přehnané péči, v některých případech může matka dokonce komunikovat za něj. Hlavní příčinou emočních poruch u jedince s postižením sluchu bývá dopad, který má hluchota na komunikaci. To je děje

v případech, kdy je dítě frustrováno, jelikož neprožívá uspokojivou komunikaci s osobami pro něj blízkými. Slyšícímu dítěti zajišťuje sluch nepřetržitý kontakt s okolím a nasává informace o dějích kolem sebe, to se označuje jako *náhodné* nebo *bezděčné učení*. Kdežto neslyšící jedinec, jak již bylo zmíněno výše, je odkázaný na zrakový kontakt a pokud se nedívá, nedostává žádné informace, jak uvádí Vymlátlová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Zde je nutné zdůraznit rozdíl u neslyšících rodičů, kterým se narodí neslyšící dítě. To je přijímáno naprosto přirozeným způsobem a rodiče obvykle nemají problémy s jeho výchovou, jelikož s ním komunikují jemu nejvhodnějším komunikačním systémem – znakovým jazykem, což je plnohodnotný a přirozený jazyk neslyšících jedinců a rodiče jej ovládají. Kdežto slyšící rodiče si často nevědí rady, jakým způsobem s dítětem komunikovat a jak se s ním nejlépe dorozumět (Horáková, 2012). Vágnerová (2008) zdůrazňuje, že nejzávažnějším důsledkem prelingvální sluchové vady je právě *komunikační a informační bariéra*. Sluchová vada omezuje schopnost osvojit si mluvenou řeč a používat ji v kontaktu s lidmi jak zdroj informací. V důsledku toho dochází, jak bylo již zmíněno v podkapitole důsledky sluchových vad, k nerovnoměrnému vývoji kognitivních schopností a opoždění socializace.

Vývoj dítěte se sluchovým postižením v jednotlivých obdobích

Vágnerová (2008) poukazuje na některé odlišnosti, co se týče reakcí dítěte v jednotlivých věkových obdobích a které by mohli rodičům navodit podezření na sluchovou vadu u jejich dítěte.

Kojenecké období

V prvním roce života nebývá sluchové postižení příliš nápadné, sluchová vada není viditelná a projevy nejsou velmi nápadné. V prvních měsících života jsou důležitější zrakové a taktilně-kinestetické podněty, které jim nechybějí. Dítě začíná v obvyklém věku broukat, jelikož je to dáno reflexem a je to vrozené, avšak dítěti chybí sluchová zpětná vazba. V důsledku toho nepřechází broukání do napodobivého žvatlání, jako je tomu u slyšících dětí. Dále dítě nereaguje očekávaným způsobem na zvukové podněty. Herdová (in Horáková, 2012) dodává, že se dítě neprobudí, pokud je kolem hluk, neotáčí hlavu za zvukovými podněty, nenapodobuje je a plačící dítě nelze utiшит

pouze hlasem. Dítě ve věku 6 – 12 měsíců neukáže na známou osobu či věc a v 1 roce nereaguje na výzvy typu: „udělej pa“ apod., pokud mu to neukážeme. Vágnerová (2008) zdůrazňuje, že v současné době je možné odhalit sluchovou vadu již v prvních měsících života (v případě provádění screeningového vyšetření OAE již v porodnici). Včasné odhalení sluchové vady umožňuje kompenzovat sluchovou ztrátu vhodnými kompenzačními pomůckami a užívání vhodného způsobu komunikace, čímž lze zabránit opoždění ve vývoji.

Batolecí období

V batolecím věku dochází u slyšících dětí k rychlému rozvoji řeči a s tím souvisejících kognitivních a sociálních dovedností. U dětí se sluchovou vadou se objevuje opožděný vývoj řeči, který se projevuje i v ostatních již výše zmíněných oblastech osobnosti (Vágnerová, 2008). Herdová (in Horáková, 2012) popisuje další projevy u dětí ve věku 12 měsíců až 2 let. Dítě se neobrací ve směru hlasu na zavolání, nevěnuje pozornost okolním zvukům, nereaguje úlekem, pohybem či pláčem na neočekávané podněty, nemluví stejně jako ostatní děti, nedívá se na televizi puštěnou na běžnou hlasitost, nezlepšuje se u něj porozumění řeči a nerozvíjí se slovní zásoba.

Předškolní věk

V předškolním věku dochází u dětí k osamostatňování. To bývá u dětí s jakýmkoliv typem postižení náročnější. Dítě se sluchovou vadou nemůže kontrolovat přítomnost matky jinak než zrakově, z toho důvodu se může zvyšovat potřeba neustálého kontaktu s matkou a opožděvat separace. Do určité míry může být osamostatňování bráněno i postojem matky dítěte s postižením, výzkumy potvrdily, že rodiče těchto dětí bývají často více protektivní, více je korigují a méně podporují jejich samostatnost. Děti se sluchovým postižením také mohou mít narušenou jemnou motoriku, což může postihovat i motoriku mluvidel, tito jedinci pak mívají problémy s řečovým vývojem. Když dítě nemůže svůj mluvní projev kontrolovat verbálně, je odkázáno na motorické kompetence (Vágnerová, 2008).

2.4 Komunikace dětí se sluchovým postižením

Nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení je podle Vágnerové (2008) odlišnost komunikačních kompetencí, tedy způsob komunikace. Děti se postižením sluchu mají mnohem méně podnětů, které dokáží vnímat a mají pro ně informační význam. „*Omezení možnosti vnímat a rozlišovat zvukové podněty, resp. chápat jejich význam se projeví potížemi v oblasti osvojení a využití orální řeči.*“ (Vágnerová, 2008, s. 214). Řeč je prostředkem sociálního kontaktu i zdrojem poznání. Lidé s těžkým postižením sluchu užívají jiný komunikační systém, takový, který lépe vyhovuje jejich potřebám a možnostem, nebo užívají běžné komunikační prostředky odlišným způsobem, z čehož vyplývají problémy s dorozumíváním s majoritní společností. Komplikace v oblasti komunikace bývá největším subjektivním problémem, vyplývající ze sluchové vady.

Lidská schopnost osvojení si a užívání jazyka je do určité míry dána. Každé dítě se rodí se základními informacemi o jazyce, díky kterým je schopné naučit se jakémukoliv přirozenému jazyku. Těmto vrozeným dispozicím se říká *univerzální gramatika*. Podmínkou správného rozvoje vrozeného chování, tedy i rozvoje jazyka, je přísun vhodných podnětů v období tzv. *kritické periody*. „*Jednoduše řečeno se jedná o genetický program, kdy v určité fázi vývoje dítěte dozrává centrální nervová soustava a organismus je biologicky připraven na vývoj některé nové funkce. V tomto vývojovém období má dojít k intenzivnímu kontaktu s jakýmkoliv jazykem, aby se v mozku vytvořily potřebné spoje.*“ (Horáková, 2012, s. 44). Pokud dojde k osvojení si jazyka na dostatečné úrovni, dítě nebude mít problém naučit se později další jazyk. Odborníci uvádějí různé názory na délku kritické periody pro rozvoj jazyka, ale jedná se zhruba o období do 2 – 2,5 roku života. U dítěte dochází za tuto krátkou dobu k obrovskému pokroku v jazykovém rozvoji. V případě opožděné diagnostiky sluchové vady může být tento proces narušen, či až negativně ovlivněn. Dochází k vývojovým deformacím a funkčním poruchám, které mají později vliv na celou osobnost jedince (Horáková, 2012).

Houdková (2005) uvádí, že děti se sluchovým postižením mívají často opožděný vývoj řeči. Ten má několik různých příčin a jedna z nich je právě postižení sluchu. Jeho závažnost závisí již na výše zmíněných faktorech, tedy stupni sluchové vady, době zjištění sluchové vady a včasném zahájení vhodné rehabilitace sluchu a řeči. Zatímco

lehká nedoslýchavost vývoj řeči zásadním způsobem neovlivňuje, u střední nedoslýchavosti už je včasná diagnostika a rehabilitace pro správný řečový vývoj rozhodující. Důležité je rovněž včasné přidělení sluchadel, která vadu kompenzují. U středně těžké a těžké nedoslýchavosti dochází k opoždění vývoje vždy, rozhodující jsou již zmíněné faktory a také vhodná péče foniatra, logopeda a dalších. Zde se objevují i další příčiny narušeného řečového vývoje, jako např. poruchy intelektu, přidružená postižení, malé nadání pro řeč a další. Děti, které mají těžkou sluchovou vadu, vyžadují vždy speciální rehabilitační péči.

Komunikační systémy osob se sluchovým postižením

Komunikační systémy osob se sluchovým postižením jsou ukotveny v zákoně č. 155/1998 Sb., *o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob*, ve znění zákona č. 384/2008 Sb. (v úplném znění vyhlášen pod č. 423/2008 Sb.). Tam se řadí *Znakový jazyk* a komunikační systémy vycházející z českého jazyka, to jsou: Znakovaná čeština, Prstová abeceda, Vizualizace mluvené češtiny, Písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, Daktylografika, Braillovo písmo, Taktilní odezírání a Vibrační metoda Tadoma.

Znakový jazyk je hlavní komunikační prostředek osob se sluchovým postižením. „Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu.“ (Zákon č. 384/2008 Sb., v úplném znění vyhlášen pod č. 423/2008 Sb.). Český znakový jazyk má také základní atributy jazyka, to jsou znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost, historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. Je to tedy komunikační systém s vlastním slovníkem a vlastní gramatikou. (Skákalová, 2011; Zákon č. 155/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů). Znakové jazyky jsou tedy chápány jako přirozené jazyky a plnohodnotné komunikační prostředky neslyšících. Nejmenší jednotkou je *znak*, který má *manuální složku* (místo ukazování znaku, tvar ruky, pohyb ruky či rukou, orientace dlaně, orientace prstů, vzájemná poloha rukou a kontakt s tělem) a *nemanuální složku* (mimika a gestikulace). Tyto složky jsou simultánní, což znamená, že vzhledem k trojrozměrnosti artikulačního prostoru lze jednotlivé znaky provádět současně (Macurová in Horáková, 2012).

Znakovaná čeština je uměle vytvořený jazyk, který využívá gramatických prostředků českého jazyka, které jsou současně hlasitě či bezhlasně artikulovány. Jednotlivé znaky se ukazují pohybem a postavením rukou společně s jednotlivými českými slovy. *Prstová abeceda* využívá postavení prstů a dlaní jedné ruky nebo obou rukou k zobrazení písmen české abecedy. Používá se např. k odhláskování cizích nebo odborných termínů, v taktilní podobě se užívá jako komunikační prostředek osob s hluchoslepotou. *Vizualizace mluvené češtiny* je zřetelná artikulace slov tak, aby bylo umožněno osobě se sluchovým postižením odezírat. Někteří používají odezíráni jako prostředek své komunikace, jiní jako podporu jiným komunikačním systémům usnadňující plné porozumění. *Písemný záznam mluvené řeči* je převedení mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase. *Lormova abeceda* je dotyková dlaňová abeceda, je to jeden z hlavních komunikačních prostředků osob s hluchoslepotou. *Daktylografika* je vpisování velkých tiskacích písmen do dlaně ruky příjemce sdělení. *Braillovo písmo* s využitím taktilní formy je komunikační prostředek osob se zrakovým postižením nebo s hluchoslepotou. Taktilní odezíráni je vnímání mluvené řeči pomocí ohmatávání vibrací hlasivek mluvčího. *Vibrační metoda Tadoma* je založena na vnímání mluvené řeči pomocí ohmatávání vibrací hlasivek, pohybů dolní čelisti, rtů a tváří osoby, která hovoří (Skákalová, 2011; Zákon č. 155/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Mluvená řeč

Přítomnost sluchového postižení s sebou nese omezení, deformaci až absenci sluchových vjemů. Jedinci s touto vadou nemají zpětnou sluchovou vazbu, což způsobuje, že je jejich řeč v mnoha ohledech jiná, než u slyšících. Postižení sluchu má nejvýraznější projevy v narušení *respirace* (dýchání), *fonace* (tvorba hlasu) a *artikulace* (výslovnost), jsou tedy ovlivněny všechny fáze verbálního projevu (Horáková, 2012). Změny fonace závisí na stupni a typu sluchové vady a době, kdy došlo k jejímu vzniku. Narušení tvorby hlasu u osob se sluchovým postižením označujeme jako *audiogenní dysfonii*. Ta se projevuje kolísáním tónové výšky hlasu, kolísáním síly hlasu, monotónností hlasového projevu, změnou barvy hlasu a častými hlasovými vadami. Artikulace se u dětí s těžkým sluchovým postižením spontánně nevyvíjí. Je zde důležitá péče odborníků. Nedoslýchaví jedinci ke komunikaci využívají zbytky sluchu, u nich se tedy řeč může částečně rozvinout. Jedinci s těžkou sluchovou vadou artikulují

namáhavě, nepřírozeně, artikulace bývá narušená. Vyskytuje se zde *audiogenní dyslalie*, tedy vada výslovnosti hlásek různého typu a stupně a *kopholalie*, narušení výslovnosti u jedinců s postlingválně získanou sluchovou vadou. Projevem nedostatečného vývoje řeči a nízké verbální zkušenosti je *audiogenní dysgramatismus*, tedy používání nadbytečných slov, neschopnost odlišit slovní druhy, nesprávné chápání a tvoření vět a užívání špatných koncovek (Krahulcová, 2003).

Sluchově-řečová výchova

Včasná sluchově-řečová výchova je začátek odborně vedené péče o sluch a řeč už v prvních měsících života dítěte se sluchovým postižením. Předpokladem je včasné odhalení sluchové vady díky již výše uvedeným metodám diagnostiky sluchu, zejména OAE. „*Sluchová výchova spočívá v hojné stimulaci zachovaného sluchu a v učení naslouchání od prostého konstatování zvuků až po jejich lokalizaci a hrubou a jemnou diferenciaci.*“ (Pulda, 2000, s. 6). Výchova předřečových a řečových projevů dále spočívá v hojném poskytování vhodných řečových podnětů a podněcování k jejich napodobování, rozumění a vlastnímu řečovému projevu. Tato sluchově-řečová výchova je prováděná převážně v rodině, je to dlouhodobý a nelehký proces a zahrnuje jak rodiče, tak odborné pracovníky a i dítě samotné. Výsledky jsou však přesvědčivé. Sluchově-řečová výchova i dítěti s velmi těžkým postižením sluchu poskytuje optimální a přirozený rozvoj řeči (Pulda, 2000).

Holmanová (2002) dodává, že pro zahájení účinné sluchově řečové výchovy je stěžejní přidělení vhodných a spolehlivě fungujících sluchadel. Díky nim může jedinec přijímat dostatečné množství sluchových podnětů. Zdůrazňuje, že sluchadla by měl jedinec užívat celodenně, aby bylo možné využívat i ty nejmenší zbytky sluchu. Správné využívání zbytků sluchu má kladný vliv na řeč, odezírání, kvalitu hlasu, melodii řeči i kvalitu výslovnosti.

Autorka také uvádí příklady a doporučení, jak s dítětem pracovat. Je vhodné dítěti dávat zvukové hračky a pozorovat jeho reakce. Upozorňujeme na zdroj zvuk, který by dítě mohlo slyšet. Učíme ho reagovat na přítomnost zvuku v okolí (buben, zpěv, trubka...) a tyto reakce rozlišovat. Upozorňujeme dítě na zvuky, které se kolem něj v domácnosti běžně vyskytují (mixér, fén, vysavač...). Zkoušíme, které zvuky dítě slyší, které mu jsou příjemné a které naopak nejsou. Na dítě co nejčastěji mluvíme, obklopujeme ho hračkami, zvuky, řečí, využíváme jeho případného zájmu o předměty a

dění v okolí, komentujeme. Mluvíme dítěti do ucha či sluchadla a učíme ho reagovat na hlas. Přiřadíme k jeho oblíbeným konkrétním hračkám zvuky (př. auto – brrm), které by je mohly vystihovat, učíme ho hračky rozlišovat sluchem. Podporujeme jeho každý hlasový projev, i ten náhodný, dáváme mu najevo naši radost z užívání hlasu a podporujeme ho v opakování (Holmanová, 2002).

Logopedická intervence

Důležitou složkou komplexního působení výchovného procesu je podpora poskytovaná rodičům dítěte se sluchovým postižením. Jakmile se rodina (zejména matka) seznámí s komunikačními způsoby, které následně užívá v interakci se svým dítětem s postižením sluchu, komunikace mezi nimi se stane plynulejší. V případě zvolení jako primárního komunikačního systému znakový jazyk, bude snadnější také ovládnutí některých jeho principů (Potměšil, 2010).

Rodiče mají právo zvolit si rehabilitační a komunikační metody, je to jejich odpovědnost. Toto rozhodnutí z velké míry závisí na postoji, který rodiče ke sluchovému postižení zastávají. Je to nelehký úkol, který by jim však měli usnadnit odborníci jako foniatři, logopedi, psychologové, či speciální pedagogové. *„Ti by měli rodičům poskytnout adekvátní, nezkreslené a ucelené informace o metodách rehabilitace a komunikace v závislosti na subjektivních charakteristikách dítěte a z odborného hlediska doporučit nejvhodnější variantu.“* (Potměšil, 2010, s. 101).

V moderních přístupech k problematice osob se sluchovým postižením se intenzivně využívá kvalitativní i kvantitativní rozmach medicíny a techniky. V současné době již existují vhodná sluchadla, kochleární implantáty a další vyspělá technologie. Moderně orientované přístupy mohou být pro většinu dětí se sluchovým postižením velkým přínosem. Tyto přístupy se dělí na polysenzorické (reflexivní metoda mateřské řeči a verbotonální metoda) a monosenzorické (auditivně verbální přístup), (Potměšil, 2010).

Shrnutí

Druhá kapitola nese název Rodina dítěte s postižením. V první podkapitole je vymezena základní charakteristika rodiny a její funkce, jaké jsou znaky zdravé a funkční

rodiny. Druhá podkapitola navazuje na první a popisuje znaky rodiny dítěte s postižením, v jaké situaci se rodina nachází a jaké jsou fáze procesu akceptace dítěte s postižením. Třetí podkapitola je zaměřena na vývoj, osobnost a výchovu jedince se sluchovým postižením a čím je charakteristický vývoj v jednotlivých obdobích. Poslední podkapitola nese název Komunikace dětí se sluchovým postižením. Jsou zde vymezeny základní komunikační systémy i charakteristiky v komunikaci. Popsána je zde i sluchově-řečová výchova jako stěžejní bod zahájení efektivní komunikace u dětí s postižením sluchu. V oblasti logopedické intervence je důležité zvolení vhodné komunikační a rehabilitační metody, kterou volí rodiče za pomoci a podpory odborníků.

3 Současný systém výchovně vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením

3.1 Poradenský proces a podpora rodiny

Péče o jedince se sluchovým postižením by měla mít komplexní charakter. Probíhá zde spolupráce resortu školského, zdravotnického a sociálního. Komplexní výchovně-vzdělávací péče si klade za cíl maximální rozvoj osobnosti jedince s postižením sluchu a jejich úspěšnou socializaci (Horáková, 2012).

Hlavní profese, které se podílejí na péči o tyto jedince, jsou lékař foniatr, audiolog, popř. audiologická sestra, klinický logoped, psycholog, sociální pracovník a speciální pedagog (logoped/surdoped).

Foniatr je odborník, který stanoví druh a stupeň sluchové vady a přiděluje vhodné kompenzační pomůcky. Dává návrh a zprostředkovává další speciálně pedagogickou péči prostřednictvím logopeda, speciálně pedagogického centra nebo speciálních školských zařízení pro osoby se sluchovým postižením. Zařazuje klienta se sluchovou vadou do programu kochleárních implantací a provádí pravidelné kontroly sluchu.

Klinický logoped na základně vyšetření u foniatra provádí systematickou logopedickou péči.

Psycholog se zaměřuje na psychologická vyšetření a to jak v pedagogické, tak v lékařské oblasti. Navrhuje optimální péči podle individuálních potřeb každého jedince, provádí odborné psychologické posudky ohledně vhodných metod přístupu ke klientovi a při zařazování dětí a žáků do vhodných školských zařízení.

Sociální pracovník poskytuje poradenskou pomoc jedinci a jeho rodině v oblasti systému státní sociální politiky. Jeho činnost je velmi důležitá hlavně v období, kdy se rodiče dozvídají o sluchové vadě jejich dítěte a nacházejí se ve špatném psychickém stavu. Sociální pracovník má za úkol pomoci rodičům orientovat se v záplavě informací, která je obklopí a upozornit je, na co mají v sociální oblasti nárok.

Speciální pedagog je vysokoškolsky vzdělaný pracovník v oboru surdopedie. Ze všech výše uvedených profesí jev nejčastějším kontaktu s jedincem se sluchovým postižením a jeho rodinou. Jeho působení začíná okamžikem zjištění sluchové vady, kdy se dítě dostane do jeho péče. Má za cíl diagnosticko – terapeutickou činnost.

Spolupracuje s ostatními profesemi a tím pádem má nejucelenější obraz a poznatky o dítěti. Konzultuje s rodiči, dává podněty k zařazení do vhodných předškolních a školních zařízení, metodicky vede pedagogické pracovníky ve školách u integrovaných dětí, dává odborné posudky pro zařazení dítěte do programu kochleárních implantací a poté vede dlouhodobou rehabilitaci řeči. Doporučuje vhodné komunikační metody při výchově a vzdělávání, provádí osvětovou a metodickou činnost v rodinách dětí s postižením a ve školách a zařízeních, kam jsou integrováni. V předškolních a školních zařízeních má na starost výchovu a vzdělávání dětí s postižením sluchu (Potměšil, 1999).

3.2 Centrum pro dětský sluch Tamtam

Raná péče je služba, poskytující primární a komplexní podporu a pomoc dítěti s nějakým typem postižení a jeho rodině. Navazuje na včasnou diagnostiku. Je ukotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.*“ (Skákalová, 2011; Zákon č. 108/2006 Sb.). Služba se zaměřuje na podporu rodiny a jejich dítěte s postižením s ohledem na jeho specifické potřeby. Všechny služby jsou poskytovány bezplatně.

Služby rané péče v České republice poskytuje společnost *Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.* Skládá se ze dvou hlavních center: *Raná péče Čechy* (se sídlem v Praze) a *Raná péče Morava a Slezsko* (se sídlem v Olomouci). Centrum pro dětský sluch Tamtam poskytuje komplex služeb pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením na území celé České republiky. Jedná se o sociální služby (raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, odborné sociální poradenství), informační a vzdělávací služby a kulturně osvětovou činnost (www.detskysluch.cz/).

Cílem služby *raná péče* je sociální integrace rodiny dítěte. Tento hlavní cíl se člení do několika dílčích cílů:

- Snížení negativního vlivu postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj
- Zvýšení vývojové úrovně dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy
- Posílení kompetencí rodiny a snížení její závislosti na sociálních systémech

- Vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace (www.detskysluch.cz/).

Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením do 7 let věku dítěte.

Sociálně aktivizační služby poskytují odbornou pomoc a podporu rodinám s dětmi, které se v důsledku sluchového postižení ocitly v nepříznivé sociální situaci. Posláním této služby je snižování a minimalizování sociálního vyloučení těchto rodin. Základní cíle této služby jsou:

- Poskytování informací potřebných k porozumění specifikům sluchového postižení
- Pomoc rodinám vyrovnávat se se sluchovým postižením a tím umožnit vytváření podmínek pro přijetí dítěte v rodině
- Podpora a rozvíjení rodičovské kompetence, psychomotorického vývoje dítěte, komunikačních, sociálních a emočních dovedností dětí a rodičů
- Podílení se na snižování sociálního vyloučení rodin v kontextu sluchového postižení zprostředkováním kontaktu se společností, s osobami se sluchovým postižením a s dalšími rodinami v obdobné situaci (www.detskysluch.cz/).

Cílovou skupinou této služby jsou rodiny s dětmi se sluchovým či kombinovaným postižením do 18 let a rodiny s dětmi od 0 do 18 let, kdy jeden nebo více členů v rodině má sluchové postižení (např. neslyšící rodiče se slyšícím dítětem).

Odborné sociální poradenství je poskytováno osobám se sluchovým postižením od 11 let věku a rodičům a rodinám dětí se sluchovým postižením od 11 let věku. Služba si klade za cíl poskytnout pomoc osobám, nacházejícím se v tíživé životní situaci. Snaží se pomáhat a poskytovat rady a informace v situacích, kde je komunikační bariéra. Služba je poskytována formou, která konkrétnímu jedinci vyhovuje nejvíce, ať už se jedná o český jazyk, český znakový jazyk nebo jiný komunikační systém. Oblasti, na které se zaměřuje nejvíce, jsou:

- Dávky státní sociální podpory, příspěvky na péči, slevy pro osoby se sluchovým postižením
- Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením
- Pomoc při vyřizování telefonních hovorů, vyplňování formulářů aj.
- Pomoc v těžkých životních situacích (ztráta bydlení, zaměstnání...)

- Informace o vzdělávacích institucích, metodách, kontakty na další instituce (www.detskysluch.cz/).

Informačními a vzdělávacími službami se rozumí informační servis o sluchovém postižení, které Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. poskytuje nejen rodinám, které mají dítě se sluchovým postižením, ale i odborníkům, školám, studentům, úřadům a další.

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. vydává zde měsíčník Infozpravodaj, odborný dětský magazín Dětský sluch a odborné publikace. Prostřednictvím podpůrné organizace Informační centrum rodičů a přátel sluchově postižených, z. s. poskytuje také služby knihovny, obsahující tituly ze všech oblastí týkajících se života lidí se sluchovým postižením. Realizuje prodej knih, DVD a pomůcek týkajících se problematiky sluchového postižení (www.detskysluch.cz/).

Horáková (2012) dodává, že Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s (dříve Středisko rané péče Tamtam) klade obzvlášť důraz na podporu plnoprávného vztahu všech členů rodiny k péči o dítě, včetně širokého příbuzenského okruhu. *„Pozitivní přijetí dítěte, zejména prarodiči nebo sourozenci, výrazně ovlivňuje vytváření postojů a vztahů rodičů ke svému dítěti.“* (Horáková, 2012, s. 33).

3.3 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogická centra (dále jen „SPC“) jsou důležitou součástí komplexní péče o jedince s nějakým typem zdravotního postižení, v tomto případě sluchového. Jsou to školská poradenská zařízení, která poskytují diagnostické, metodické, poradenské a terapeutické služby. Jsou poskytovány dětem i jejich rodičům, bezplatně. Podmínkou poskytnutí poradenské služby je písemný souhlas žáka, u nezletilých jejich zákonného zástupce (Horáková, 2012). Služby speciálně pedagogického centra definuje Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky 197/2016 Sb. Základní tým tvoří speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník. Tým může být doplněn i o další odborníky, záleží na druhu a stupně postižení klientů. Služby jsou poskytovány přímo v rodinném prostředí klienta nebo v prostorách centra (Houdková, 2005). Šedivá (2006) dodává, že SPC poskytují služby také slyšícím dětem neslyšících rodičů. O svoje klienty se starají

již od doby, kdy došlo ke zjištění sluchové vady až do zařazení do vzdělávacího proudu, někdy i během celého vzdělávání, např. v případě inkluze.

Speciálně pedagogická centra poskytují standartní činnost společné a standartní činnost speciální. Mezi *standartní činností společnou* patří:

- Depistáž (vyhledávání žáků se zdravotním postižením)
- Komplexní speciálně pedagogická a psychologická diagnostika
- Včasná intervence
- Přímá práce se žákem
- Metodická činnost pro zákonné zástupce a pedagogy (např. podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu)
- Pomoc při inkluzi žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol
- Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek a odborné literatury dle potřeb žáka

Standartní činnosti speciální poskytuje SPC, které je zaměřeno na děti se sluchovým postižením. Sem se řadí činnosti:

- Budování a rozvoj komunikačních schopností žáka
 - Nácvik odezírání
 - Nácvik čtení s porozuměním
 - Kurzy znakového jazyka pro zákonné zástupce a pedagogické pracovníky
 - Individuální a skupinové terapie pro zákonné zástupce vedené psychologem
 - Nácvik používání kompenzačních pomůcek
 - Příprava rodiny i dítěte na kochleární implantaci, participace na následné rehabilitaci, spolupráce s příslušným odborným zdravotnickým zařízením apod.
- (Horáková, 2012, s. 35 – 36).

Houdková (2005) dodává další činnosti:

- Speciálně pedagogické stimulační a vzdělávací činnosti u integrovaných klientů s těžkým a kombinovaným postižením
- Participace při přípravě a zpracovávání individuálních výchovně-vzdělávacích a stimulačních programů pro děti a žáky integrované do běžných škol
- Odborné činnosti v rámci prevence sociálně patologických jevů ohrožujících klienty
- Informační činnosti a propagace služeb SPC v širší veřejnosti

(www.suki.cz in Houdková, 2005, s. 39).

Služby SPC mají různou intenzitu, podle individuálních potřeb dětí. Jedná se např. o pravidelné konzultace u speciálního pedagoga, o terapeutické sezení u psychologa nebo o návštěvy odborníků v rodinách a školách, kam je dítě integrováno. Běžné jsou již výše zmíněné výjezdy do rodiny klienta (Šedivá, 2006).

3.4 Zařazení dětí se sluchovým postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu

Houdková (2005) vysvětluje pojem integrace jako nenásilné a přirozené začleňování (vrůstání) jedince se zdravotním postižením do společnosti. Tento proces lze chápat jako vyrovnávání příležitostí. Nejedná se jen o integraci z pohledu dítěte s postižením, ale i o integraci ze strany majoritní zdravé populace. Ta se musí integraci naučit akceptovat a identifikovat se s ní. Skákalová (2011) uvádí, že cílem integrace žáka není jen získání určitých vědomostí a dovedností, ale převážně začlenění jej do skupiny vrstevníků tak, aby mohl prožívat plnohodnotné sociální vztahy.

Houdková (2005) zmiňuje, že děti jsou nejvíce přizpůsobivé vlivům sociálního prostředí v raném věku. Z toho důvodu je vhodné integrační proces zahájit co nejdříve a dbát na jeho specifické potřeby. *„Dítě se sluchovým postižením by mělo přirozeně vyrůstat ve společnosti věkově blízkých slyšících dětí, kde by mohlo získávat nápodobou řadu sociálních zkušeností a dovedností.“* (Houdková, 2005, s. 56). Proces začlenění neprobíhá pouze v raném věku dítěte, ale celoživotně. Podle Šedivé (2006) je rovněž zařazení žáka se sluchovým postižením do běžné školy v místě bydliště mezi slyšící spolužáky z mnoha důvodů tím nejvhodnějším řešením. Dítě není vytrženo ze svého známého prostředí, není odděleno od rodiny, ale zažívá zkušenosti spolu se svými slyšícími spolužáky.

Dle Skákalové (2011) je zařazení do běžného vzdělávacího proudu vhodné v případě žáka nedoslýchavého, který je dobře kompenzován sluchadly a zvyklý na život ve slyšící společnosti. Nedoslýchavý žák nemá vzdělávací potřeby velmi odlišné od svých slyšících spolužáků. Což ovšem neznamená, že nepotřebuje podporu ve vzdělávání. Je žádoucí vybavit žáka potřebnými technickými pomůckami, zajistit logopedickou péči, poskytnout informace a konzultace pedagogům školy, pomoc při

vytváření individuálního vzdělávacího plánu, pravidelné kontroly vývoje žáka, popř. zajištění asistence aj. Komplexní podporu žákovi zajišťují Speciálně pedagogická centra. Janotová (1996) dodává, že integrace žáků se sluchovým postižením, zejména nedoslýchavých, do běžných škol má u nás dlouhou tradici, na kterou lze navazovat vzhledem k novým, zejména technickým možnostem. Horáková (2012) však uvádí, že míra sluchového postižení není rozhodující. Více by nás měla zajímat schopnost dítěte využít sluchadlo či kochleární implantát, úroveň jeho komunikačních kompetencí a schopnost vyrovnat se se svým postižením. Osobnostní charakteristiky dítěte hrají v procesu začlenění rovněž důležitou roli. Tam by měla být samostatnost, rozhodnost, schopnost přijímat kritiku, pozitivní vztah ke škole a adaptabilita.

Aby byla integrace úspěšná, měla by fungovat jak *vzdělávací*, tak *sociální* složka integrace. V oblasti vzdělávání by dítě, za předpokladu přiměřené úpravy podmínek, mělo být schopné se začlenit a zvládat většinu vyučovacího programu, pracovat společně se svými spolužáky. Při vynaložení přiměřené námahy na domácí přípravu by mělo držet tempo se třídou. Dítě by se během vyučování nemělo věnovat jiným činnostem a nemělo by pracovat individuálně mimo třídu. Mělo by být schopné pracovat samostatně při pochopení textu, popř. s mírnou pomocí. Nemělo by se stávat, že by absolvovalo vyučování, aniž by rozumělo, o co se jedná a rodiče mu poté látku tlumočili a vysvětlovali. (Šedivá, 2006). Autorka dále uvádí, že při špatně fungující integraci může docházet k extrémům. „*Někdy musejí dítě i rodiče věnovat přípravě na vyučování tolik času, že nezbyvá prostor na hru a další aktivity, které patří k životu dítěte i rodiny. Druhým extrémem je, že je integrovanému dítěti tolerováno a odpouštěno i to, co s poruchou sluchu nesouvisí. ...*“ (Šedivá, 2006, s. 48). Sociální složkou integrace se rozumí začlenění dítěte do třídního kolektivu, společné prožívání dětských radostí i starostí a navázání kamarádských vztahů alespoň s některými spolužáky.

Proto je důležité se při rozhodování o způsobu vzdělávání řídit určitými kritérii, aby vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu fungovalo. Janotová a Svobodová (in Horáková, 2012, s. 89) vymezují kritéria určující zařazení dítěte se sluchovým postižením do běžné základní školy:

- Včasné odhalení sluchové vady a vyšetření dítěte
- Včasné přidělení sluchadel či kochleárního implantátu a zahájení speciální péče
- Intelukt dítěte v mezích normy

- Dostatečná míra sociability a adaptability dítěte, emocionální a sociální zralost
- Přiměřeně vyrovnaný postoj dítěte k jeho vadě, ochota spolupracovat
- Zvládnutí obsluhy sluchadla (kochleárního implantátu) dítětem, celodenní nošení této kompenzační pomůcky
- Plná informovanost rodičů, aktivní spolupráce rodiny se školou i speciálně pedagogickým centrem

Příslušné speciálně pedagogické centrum by mělo sledovat úspěšnost integrace a popř. navrhnout přeřazení dítěte do školy pro sluchově postižené. Integrace může probíhat i opačným způsobem, tedy že žák např. navštěvuje první dva ročníky školu pro sluchově postižené a po jejich zvládnutí a zlepšení řečového vývoje přechází do běžné školy (Šedivá, 2006).

Je důležité si uvědomit, že začlenění žáka do hlavního vzdělávacího se netýká jen dítěte se sluchovým postižením, ale i jeho rodičů, pedagogů školy, do které má být integrován a budoucích spolužáků. Argumentů ve prospěch integrace ze strany rodičů je mnoho. Přejí si nevyčleňovat dítě ze sociálních vazeb rodiny a vrstevníků v místě jeho bydliště. Dále je zde snaha eliminovat nutnost dojíždění do školy pro sluchově postižené, která bývá často vzdálená, nebo umístění dítěte na internát. Mnoho rodičů také zastává názor, že vzdělání ve škole pro sluchově postižené se nerovná dosaženému vzdělání v běžné základní škole a z důvodu malého výběru oborů dítěti omezuje možnosti budoucího profesního uplatnění. Rodiče by však měli být plně informováni o možnostech vzdělávání jejich dítěte v hlavním vzdělávacím proudu a to o jeho výhodách, i nevýhodách. Očekává se od nich intenzivní zapojení do přípravy dítěte na vyučování, v integraci jsou kladeny velké nároky na jeho pozornost a koncentraci. O to víc, pokud žák potřebuje k porozumění podporu odezírání a nemůže se spolehnout na přísun informací sluchovou cestou (Horáková, 2012).

Mezi další výhody vzdělávání dítěte s postižením v hlavním vzdělávacím proudu patří to, že dítě si bude hledat kamarády mezi slyšícími spolužáky a v důsledku toho se bude identifikovat se slyšícími dětmi. Dále je pro něj tento způsob vzdělávání motivace a podnětem k tomu, aby se výukově i společensky aktivně zapojilo. Je zde menší riziko toho, že bude označováno jako „postižené“, což by se mohlo častěji stávat, pokud by navštěvovalo školu pro sluchově postižené. V neposlední řadě se takový žák v běžné škole bude muset častěji vyrovnávat s všedními potížemi, než v izolovaném prostředí

speciální školy. Existují ovšem i nevýhody integrace. Pokud má dítě problémy komunikovat orálně, může se v běžné škole cítit izolovaně. V případě nesplnění podmínek, nutných pro zařazení dítěte do běžné školy, se může cítit přetěžováno. Vyučování často probíhá ve velkých třídách za velkého počtu dětí a se špatnou akustikou, což žákovi komplikuje porozumění. Důležitý je i postoj třídního učitele. Mnoha učitelům chybí vzdělání v oblasti sluchového postižení a občas si nemusejí uvědomovat speciální přístup, který žáci se sluchovým postižením potřebují k dostatečnému zisku z vyučování. Učitel se rovněž nemůže žákovi věnovat tak, jako učitel ve speciální škole, kde je ve třídě mnohem méně dětí (Pulda, 2000).

Učitelé mají také často obavy žáka do třídy přijmout, z důvodu malé informovanosti o problematice sluchového postižení. Bylo by vhodné zvýšit jejich informovanost nejen v oblasti vzdělávání žáka se sluchovým postižením, ale i v oblastech sestavování individuálního vzdělávacího plánu, který takový žák většinou potřebuje a specifických komunikačních technik (Horáková, 2012).

Nutno poznamenat, že integrace je velmi individuální a u každého dítěte se musí brát ohled na jeho specifické potřeby, požadavky a schopnosti. Integrace je vhodné řešení tam, kde bude pro žáka přínosná. Prospěch a přínos integrace pro dítě, nikoliv ambice rodičů či učitelů, je vždy na prvním místě (Horáková, 2012).

V poslední době se kromě pojmu integrace setkáváme také s pojmem *inkluzie*. V inkluzivním vzdělávání se usiluje pomocí změny vzdělávacích systémů o vytvoření podmínek pro to, aby se žáci mohli vzdělávat společně v běžných školách bez ohledu na svůj původ či zdravotní stav. Splňuje se zde požadavek na zpřístupnění vzdělání všem a vychází se ze základního účelu vzdělávání a výchovy, kterým je participace na životě společnosti (Valenta, 2015).

Shrnutí

Třetí kapitola teoretické části diplomové práce nese název Současný systém výchovně vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením. V oblasti poradenského procesu a podpory rodiny je nutná spolupráce školského, zdravotnického a sociálního resortu, důležitou roli hrají odborníci. Je zde vymezena činnost středisek rané péče (Centrum pro dětský sluch Tamtam) a Speciálně pedagogického centra. Poslední

podkapitola je zaměřena na zařazení dětí se sluchovým postižením do hlavního vzdělávacího proudu. Je zde rozebráno, jaké faktory by měla splňovat integrace, aby byla funkční a měla pro žáka přínos, jaké má výhody nebo jaká úskalí může nést nefunkční integrace. Je zde vysvětlen i pojem inkluze, jakožto usilování o společné vzdělávání žáků v běžných školách bez ohledu na jejich původ či postižení.

4 Postoj vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově dítěte se sluchovým postižením

Čtvrtá kapitola diplomové práce je zaměřena na kvantitativní výzkum. První podkapitola vymezuje cíle výzkumného šetření a metodologii, dále je zde popsána charakteristika výzkumného prostředí a vzorku. Další podkapitola obsahuje interpretaci výzkumného šetření a v poslední podkapitole je uveden závěr výzkumného šetření.

4.1 Cíle výzkumného šetření, metodologie

Výzkumný projekt diplomové práce se zabývá postojem vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově dítěte se sluchovým postižením. V teoretické části práce byly popsány hlavní oblasti této problematiky, které se vyskytují v praktické části a která na teoretickou část navazuje. **Hlavním cílem** výzkumného šetření bylo zjistit, jestli by se studenti Masarykovy univerzity dovedli vyrovnat s tím, že se jim narodí dítě se sluchovým postižením. **Dílčí cíle** výzkumného šetření se zaměřovaly na informovanost této skupiny o problematice sluchového postižení a jejich předsudky vůči tomuto tématu. Jedná se o kvantitativní výzkum, jako hlavní výzkumná metoda bylo zvoleno *dotazníkové šetření*.

Jak uvádí Gavora (2000) kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů. Číselné údaje se dají matematicky zpracovat, vyjádřit v procentech, je možné vypočítat jejich průměr či použít další statistické metody (směrodatná odchylka, korelační koeficient a další). Cíle kvantitativního výzkumu lze jednoznačně vyjádřit v podobě čísel. Valenta (2015) dodává, že kvantitativní výzkum (na rozdíl od kvalitativního) bývá zaměřen na větší soubory dat a více respondentů a je méně ovlivnitelný subjektivními faktory. „Výzkum kvantitativní je standardizovaný výzkum, který popisuje zkoumané jevy pomocí znaků nebo čísel, která se získávají pomocí měření nebo škálování. Výsledky jsou následně zpracovány pomocí statistických metod. Kvantitativní výzkum na rozdíl od kvalitativního výzkumu je většinou zaměřen na větší soubory dat a respondentů a je méně ovlivněn subjektivními faktory.“ (Valenta, M. 2015, s. 241–242). Kvantitativní výzkum v pedagogice a sociálních vědách je založen na pozitivismu. Postup výzkumu je

formalizován, výzkumný proces lze zaznamenat pomocí různých schémat a modelů, které zaručují jeho opakovatelnost a verifikovatelnost. Výsledky jsou statisticky zpracovány tak, aby splňovaly požadavky reliability, validity a reprezentativnosti výběru a byly vyjádřeny kvantitativními daty (Maňák, Švec, Švec, 2005).

Byly stanoveny tři výzkumné otázky:

VO1: Dovedli by se studenti Masarykovy univerzity vyrovnat s tím, že se jim narodí dítě se sluchovým postižením?

VO2: Jaká je informovanost studentů Masarykovy univerzity o problematice sluchového postižení?

VO3: Mají studenti Masarykovy univerzity předsudky vůči problematice sluchového postižení?

Jako výzkumný nástroj byl zvolen dotazník. Dle Valenty (2015) je dotazník diagnostický nástroj, určený k získávání informací. Obsahuje položky (většinou otázky), které mohou být uzavřené, polouzavřené nebo otevřené. *„Podstatou dotazníku je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají.“* (Pelikán, J. 1998, s. 105). Dotazník slouží k hromadnému získávání údajů, kdy se většinou jedná o velký počet odpovídajících (respondentů). Proto bývá považován za ekonomický výzkumný nástroj (Gavora, 2000).

Dotazník diplomové práce obsahuje 24 otázek a to otázek uzavřených, polouzavřených i otevřených. Data získaná od respondentů jsou vyjádřena v grafech.

4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

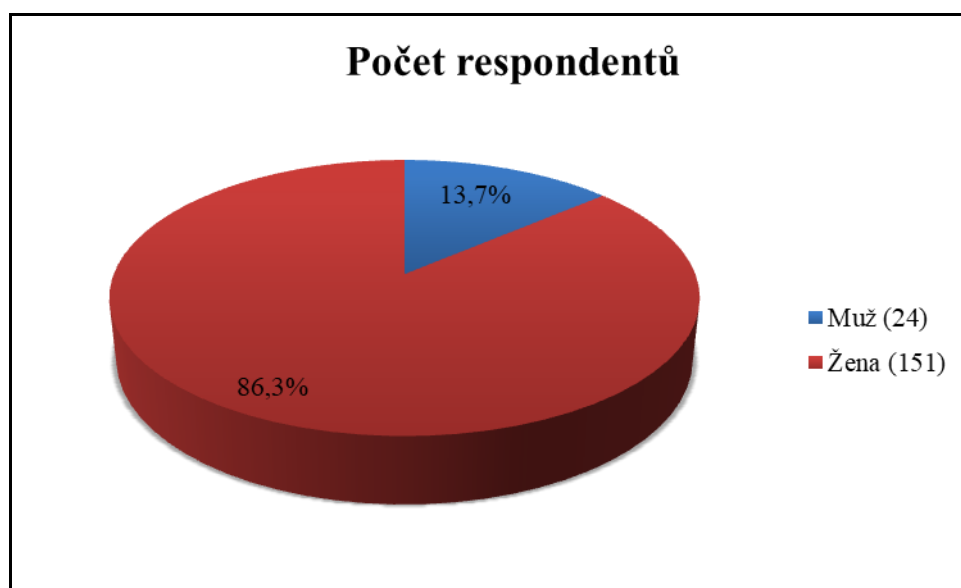
Výzkumným souborem byli studenti všech fakult Masarykovy univerzity a to jak prezenčního, tak dálkového studia, věkové rozmezí respondentů bylo tedy velké. Sběr dat probíhal na internetových stránkách pro tvorbu online průzkumů. *„Sběr dat je stále častěji prováděn on-line – časové, finanční výhody, zasažení i obtížně dosažitelných skupin, multimediální možnost, flexibilita.“* (Maňák, Švec, Švec, 2005, s.

57). Dotazník byl šířen převážně prostřednictvím sociálních sítí. K dispozici k vyplnění byl po dobu tří týdnů, během kterých se podařilo nasbírat 175 vyplněných dotazníků (N=175).

Dotazník obsahoval 24 otázek. Byla zde snaha vytvořit dotazník, který nebude pro respondenty nijak časově náročný, avšak budou získány všechny důležité a potřebné informace. Otevřené otázky byly tři, zbylé otázky byly uzavřené nebo polouzavřené. Dotazník byl konstruován tak, aby první část obsahovala obecnější otázky, druhá část již otázky konkrétnější a v poslední části byly otázky osobnější. Několik otázek nutných k vyhodnocení výzkumných otázek bylo povinných, zbylé otázky byly nepovinné. Dotazník byl anonymní. Osobnější otázky, které zjišťovaly postoje respondentů k určitým tématům, byly zjišťovány pomocí *Likertovy škály* (odpověďmi ano, spíše ano, spíše ne, ne). „*Likertovy škály se používají na měření postojů a názorů lidí. Skládají se z výroku a stupnice. Na stupnici člověk vyjádří stupeň svého souhlasu, resp. nesouhlasu s výrokem.*“ (Gavora, 2000, s. 92).

4.3 Interpretace výzkumného šetření

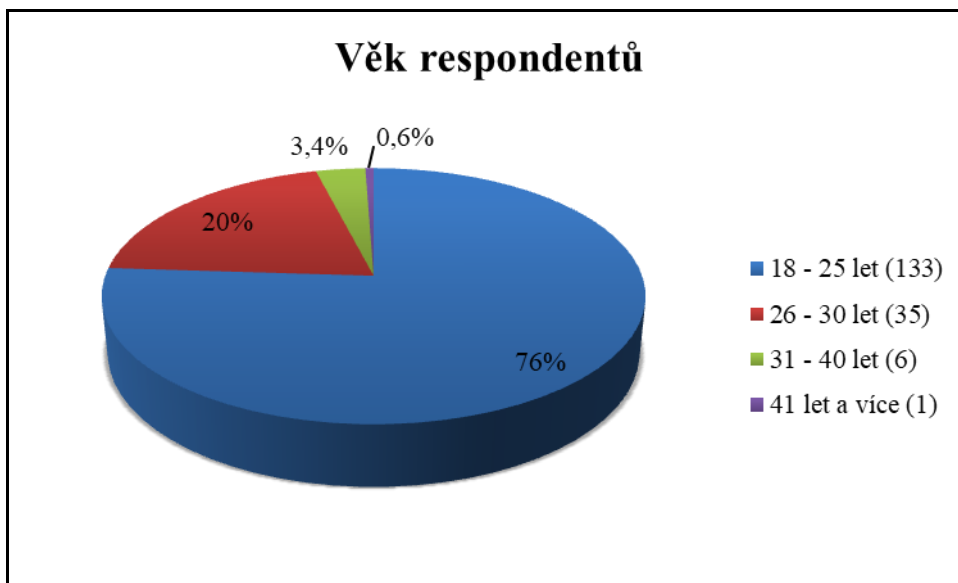
Odpovědi získané výzkumným šetřením byly analyzovány, sumarizovány a graficky znázorněny do grafů.



Graf 1: Počet respondentů

Komentář ke grafu č. 1:

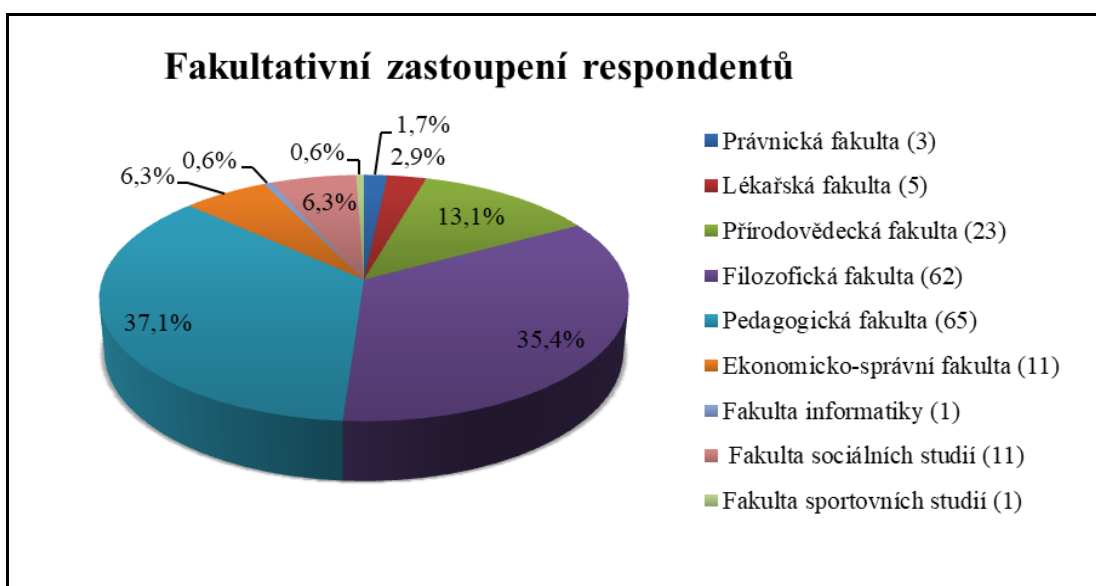
Výzkumu se zúčastnilo celkem 175 respondentů, z toho bylo 151 žen (86,3%) a 24 mužů (13,7%).



Graf 2: Věk respondentů

Komentář ke grafu č. 2:

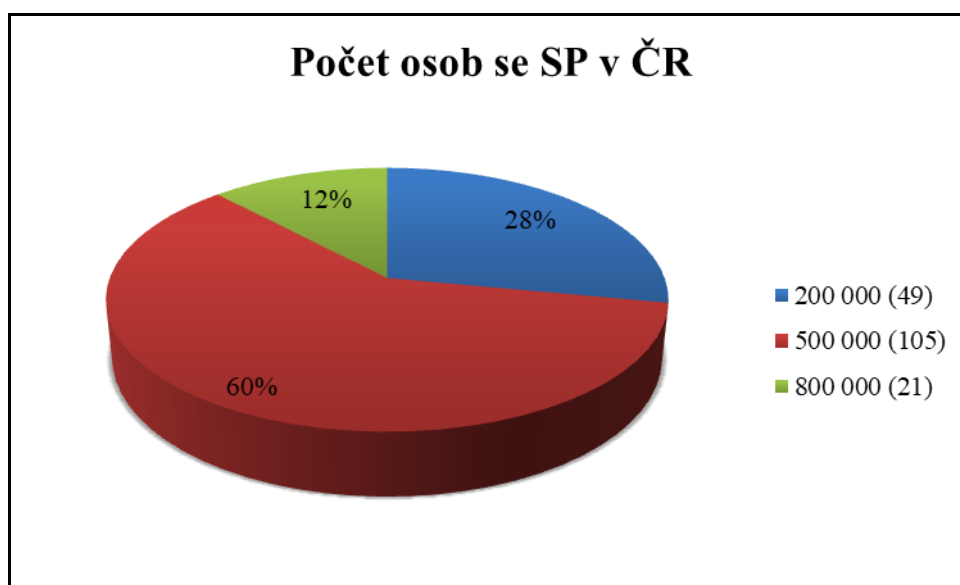
Druhá otázka se zjišťovala věk respondentů. Nejvíce respondentů (133) bylo ve věku 18 – 25 let (což činí 76%). Na druhém místě bylo věkové rozmezí 26 – 30 let, které označilo 35 dotazovaných (20%).



Graf 3: Fakultativní zastoupení respondentů

Komentář ke grafu č. 3:

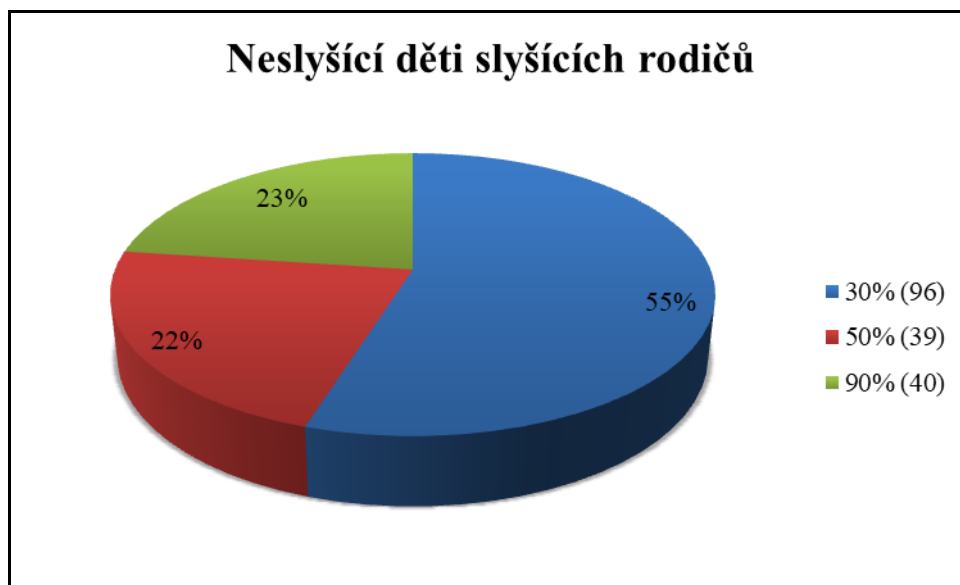
Následující otázka se zaměřovala na fakultu Masarykovy univerzity, kterou respondenti studují. Někteří studenti uvedli, že studují více než jednu fakultu, proto se nashromáždilo 182 odpovědí. Nejvíce respondentů studuje Pedagogickou fakultu (65 osob, což činí 37,1%) a Filozofickou fakultu (62 osob, což činí 35,4%). Na dalším místě byla Přírodovědecká fakulta (23 osob – 13,1%), dále pak Ekonomicko-správní fakulta (11 osob – 6,3%) a Fakulta sociálních studií (rovněž 11 osob – 6,3%). Lékařskou fakultu studuje 5 respondentů (2,9%), Právnickou fakultu 3 respondenti (1,7%) a Fakultu informatiky a Fakultu sportovních studií 1 respondent (0,6%).



Graf 4: Počet osob se SP v ČR

Komentář ke grafu č. 4:

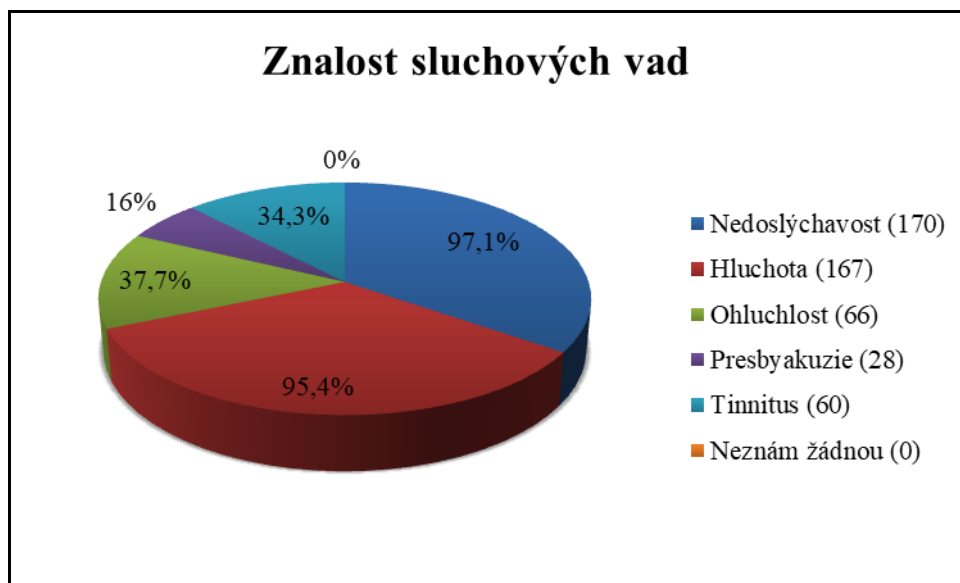
Další otázka zjišťovala, jestli respondenti vědí (nebo alespoň tuší), kolik se v České republice zhruba nachází osob se sluchovým postižením. Správná odpověď byla 500 000 osob. Tuto odpověď zvolilo nejvíce respondentů, tedy 105 (což činí 60%). Odpověď 200 000 uvedlo 49 respondentů (28%) a odpověď 800 000 nejméně respondentů (21 osob – 12%). Z toho můžeme usuzovat, že informovanost respondentů v této oblasti je poměrně velká.



Graf 5: Neslyšící děti slyšících rodičů

Komentář ke grafu č. 5:

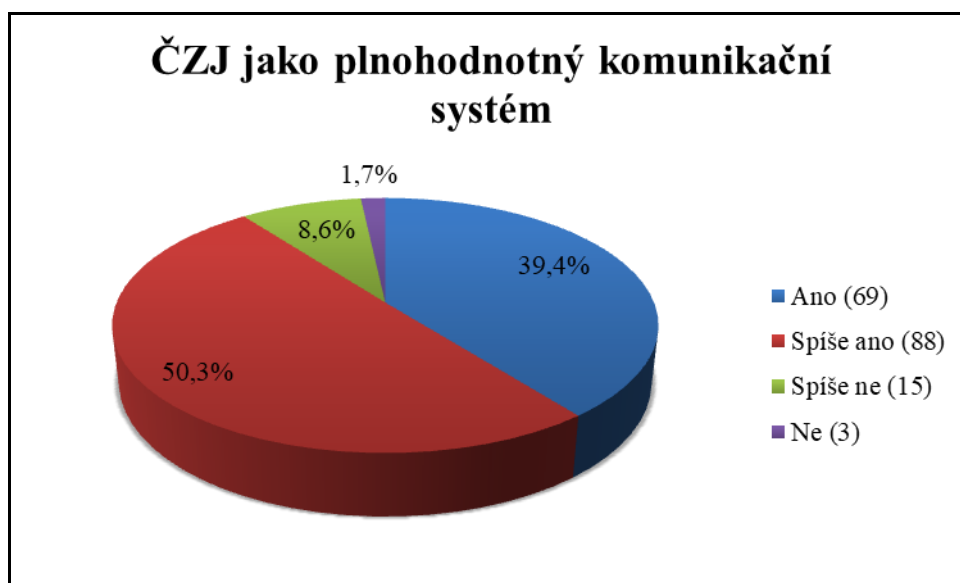
Následující otázka se rovněž týkala průzkumu informovanosti. Dotazovalo se, kolik procent dětí se sluchovým postižením se rodí rodičům bez sluchového postižení, tedy rodičům slyšícím. Správná odpověď je kolem 90% (Horáková, 2012). Tuto odpověď zvolilo 40 respondentů, což činí 23%. Nejvíce respondentů (96 osob – 55%) uvedlo možnost 30%, možnost 50% zvolilo 39 respondentů (22%). Z této otázky lze usuzovat, že většina respondentů o tomto faktu povědomí nemá.



Graf 6: Znalost sluchových vad

Komentář ke grafu č. 6:

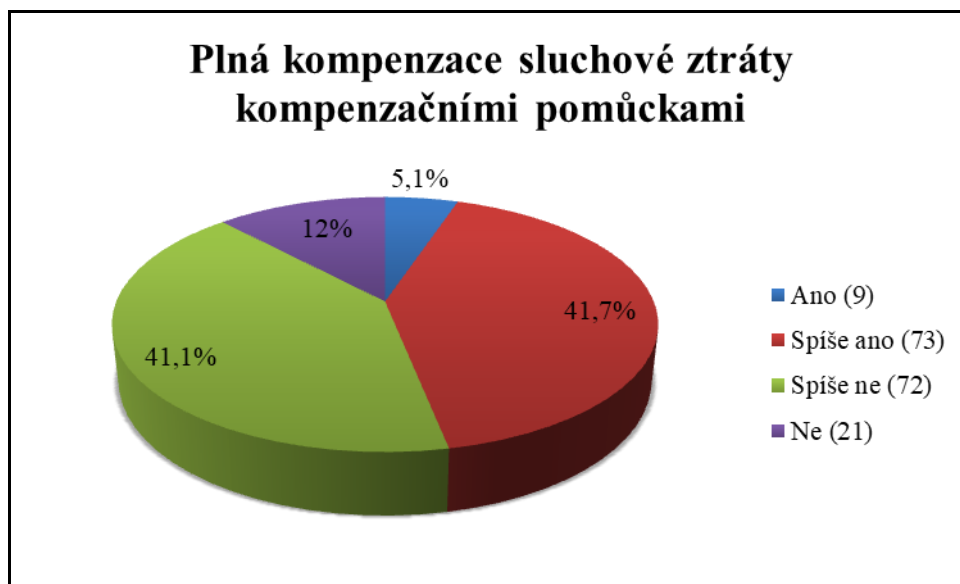
Další otázkou mělo být zjištěno, jaké typy sluchových vad respondenti znají. Z odpovědí vyplynulo, že nedoslýchavost znají téměř všichni respondenti (170 osob – 97,1%). Rovněž s hluchotou se mnoho respondentů již setkala (167 osob – 95,4%). Ohluchlost uvedlo, že zná 66 respondentů (13,7%). O tinnitu má povědomí 60 respondentů (34,3%) a o presbyakuzii 28 respondentů (16%). Žádný z dotazovaných neuvedl, že by neznal žádnou z uvedených sluchových vad.



Graf 7: ČZJ jako plnohodnotný komunikační systém

Komentář ke grafu č. 7:

Následující otázka zjišťovala názor respondentů na to, jestli je podle nich Český znakový jazyk plnohodnotný komunikační systém. Většina odborníků se shoduje v tom, že ano. Odpověď ano uvedlo 69 respondentů (což činí 39,4%). Častější byla odpověď spíše ano, tu zvolilo nejvíce osob, 88 (50,3%). Odpověď spíše ne zvolilo 15 osob (8,6%) a zcela nesouhlasily 3 osoby (1,7%).



Graf 8: Plná kompenzace sluchové ztráty kompenzačními pomůckami

Komentář ke grafu č. 8:

Další otázka zkoumala názor respondentů na to, jestli mohou kompenzační pomůcky plně kompenzovat sluchovou ztrátu. Odpověď ano uvedlo 9 respondentů (5,1%), odpověď ne respondentů více (21 respondentů - 12%). Nejvíce osob zvolilo odpovědi spíše ano a spíše ne. Spíše souhlasí 73 respondentů (41,7%), spíše nesouhlasí 72 respondentů (41%). Na tuto otázku tedy převažují spíše negativní odpovědi.

Následující otázka zjišťovala, jestli studenti vědí, jak se nazývá kompenzační pomůcka, která stimuluje sluchový nerv a neslyšícím zprostředkovává sluchové vjemy. Správná odpověď byla kochleární implantát. Otázka byla nepovinná a odpovědělo na ni 70 respondentů (40%). Správnou odpověď znalo 51 respondentů (29%). Druhá nejčastější odpověď byla naslouchátko, které uvedlo 9 respondentů (5%). Dva

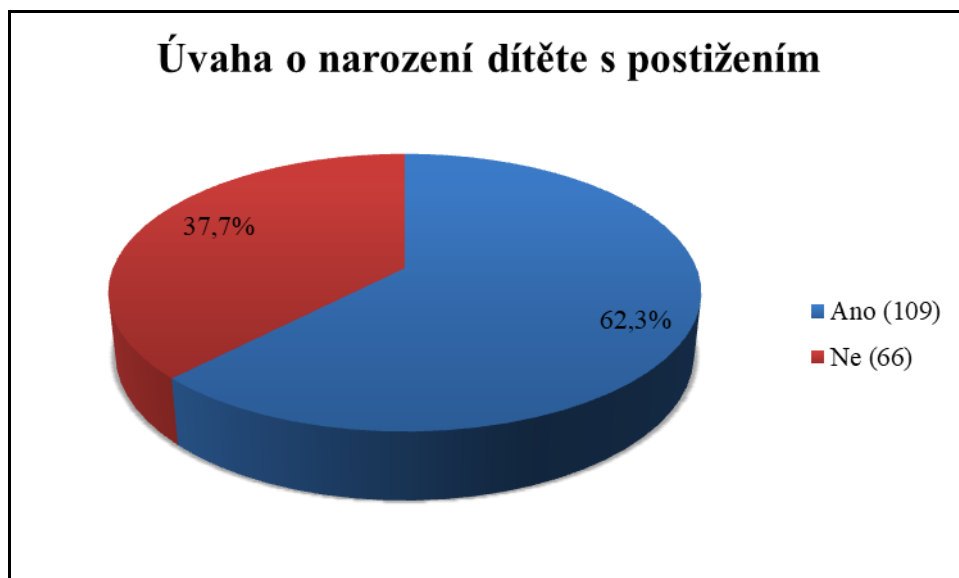
respondenti napsali sluchový implantát. Objevily se také odpovědi jako kochleární aparát, endokochleární implantát, kolachelární implantát nebo Kochlerův implantát.



Graf 9: Znalost osoby se sluchovým postižením

Komentář ke grafu č. 9:

Dále bylo zkoumáno, jestli dotazovaní znají ve svém okolí někoho se sluchovým postižením. Více než polovina osob na tuto otázku odpověděla ano (90 respondentů - 51,4%). Nikoho se sluchovým postižením ve svém okolí nezná 85 dotazovaných (48,6%).



Graf 10: Úvaha o narození dítěte s postižením

Komentář ke grafu č. 10:

Další otázka už byla osobnější, respondenti byli dotazováni, zda už někdy přemýšleli nad tím, že by se jim mohlo narodit dítě s postižením nebo nemocné dítě. Více než polovina studentů nad tím již přemýšlela, odpověď ano uvedlo 109 osob (62,3%). Odpověď ne zvolilo 66 studentů (37,7%).

Následující otázka hledala odpověď na to, jak by mohli respondenti zjistit, že jejich dítě neslyší. Otázka byla otevřená a nepovinná, ale nashromáždilo se zde mnoho odpovědí. Otázku zodpovědělo 143 studentů, což činí 81,7%.

Respondenti vymysleli mnoho způsobů, jak zjistit, že dítě neslyší. Nejčastější odpověď zněla "nereaguje na zvukové podněty" (13x), "nereaguje na zvuky" (7x) nebo „nereaguje na hlas“ (7x).

Studenti dále psali, že dítě nereaguje, pokud nemá zrakovou oporu a neotáčí se za zvukem.

„Nereaguje nijak na hlasité zvukové podněty - ani na ty, které by měly způsobit úlek. Neotáčí se za hlasem matky, apod.“

„Neregistruje zvuk ani pohledem na místo, odkud zvuk vychází.“

„Reaguje pouze na vizuální podněty, nereaguje na (hlasité) zvuky mimo jeho zorné pole.“

„Neslyší na své jméno, neopakuje slova, nereaguje na zvuky, jen na gesta, neodpovídá.“

Někteří vědí o preventivních prohlídkách u lékaře nebo znají specializovaná vyšetření, kde se sluchová vada může odhalit.

„Nereaguje na hlas, na zvuky v okolí, v porodnici se ale téměř u každého dítěte měří OAE (a to i když to není uzákoněno jako povinnost).“

„Existují různá vyšetření a testy, např. Tympanometrie, OAE, BERA....“

Dále např. zmiňovali, že se dítě nezalekne, nedochází ke žvatlání, nezačne mluvit a má opožděný vývoj řeči.

„Geneticky (máme dané postižení v rodině), po narození v porodnici díky screeningu, na preventivních prohlídkách u pediatra, podle signálů, které ukazují, že dítě neslyší (nereaguje na hluk, neotáčí se za hudebními hračkami, když je větší, přestává žvatlat....).“

„Nedochází k napodobivému žvatlání.“

„Nereaguje na slovní podnět, je pomalejší, má opožděný vývoj řeči.“

Také uváděli, že dítě nevnímá řeč, má pomalé reakce nebo že se „zdá být duchem nepřítomné“. Mnoho respondentů by nejdříve pozorovalo reakce dítěte na zvukový podnět, např. na chrastítka a poté by v případě podezření kontaktovali lékaře.

Nadcházející otázka byla rovněž otevřená a nepovinná a zjišťovala, jakým způsobem lze komunikovat s neslyšícím dítětem. Otázku vyplnilo 135 respondentů, což činí 77,1%.

Velmi častou odpovědí byla „znaková řeč“ (34x), což je pojem, který se již nepoužívá, oficiální název tohoto typu komunikace je znakový jazyk, ten zmínilo 26 respondentů. Je zde vidět, že ve společnosti tento termín stále přetrvává.

Dále byly často uváděny posunky (8x) nebo obrázky (30x). Pak také gesta (30x), mimika (14x) či doteky (7x).

„Jednoduchými gesty, která bych prováděla při dané činnosti, aby si dítě činnost s gestem spojilo.“

Někteří zmínili i pojem AAK (alternativní a augmentativní komunikace), uvedli piktogramy, makaton a další. Také se objevil pojem baby sign language nebo znakování pro nejmenší, někteří psali o vytvoření vlastního způsobu komunikace.

„Znakový jazyk, obrázky, AAK (zejména při těžkém kombinovaném postižení), mimika, gesta, český jazyk doprovázený znaky, později psaná podoba jazyka.“

„Baby sign, ČZJ, možná i makaton, obrázkové systémy.“

„Komunikační tabulky, znakový jazyk, obrázkový slovník, mluvení + znak do řeči, piktogramy.“

„Znakovaná čeština, ČZJ, Lormova abeceda, daktylografika....“

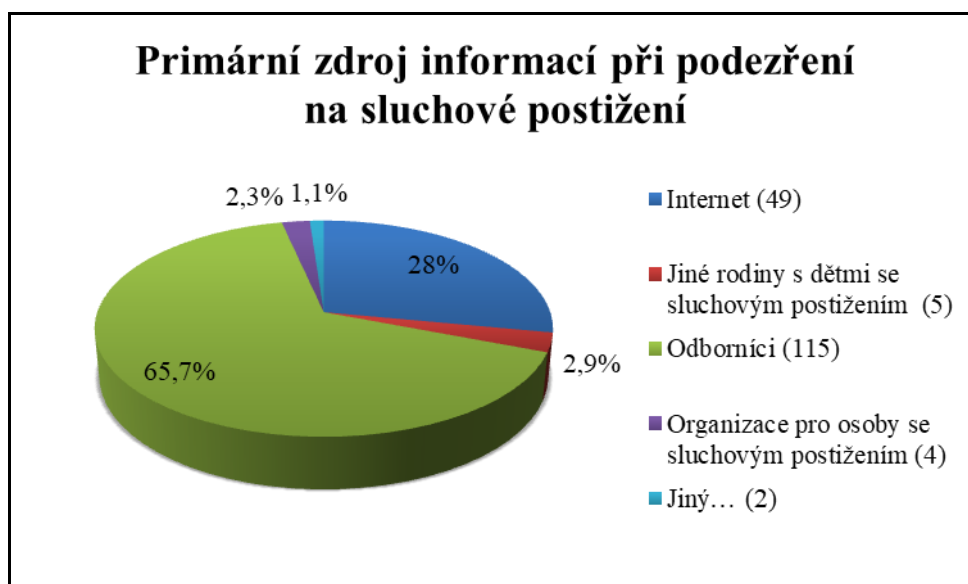
Jiní respondenti uvedli jako důležité vnímání vibrací.

„Záleží na věku. Gesty, obličejem, přiložit hlavu dítěte na hrudník, aby mohlo vnímat vibrace, a pokud zná znakovou řeč, tak tou.“

„Naučit se oba znakový jazyk či znakovanou češtinu, pomocí obrázků, učit ho odezírání, což je ale velmi náročné. Upozorňovat na zvuky (sáhnout si např. na rádio, aby dítě cítilo zvuk) apod.“

Jeden student uvedl, že s vhodnou kompenzací sluchové vady lze komunikovat i verbálně.

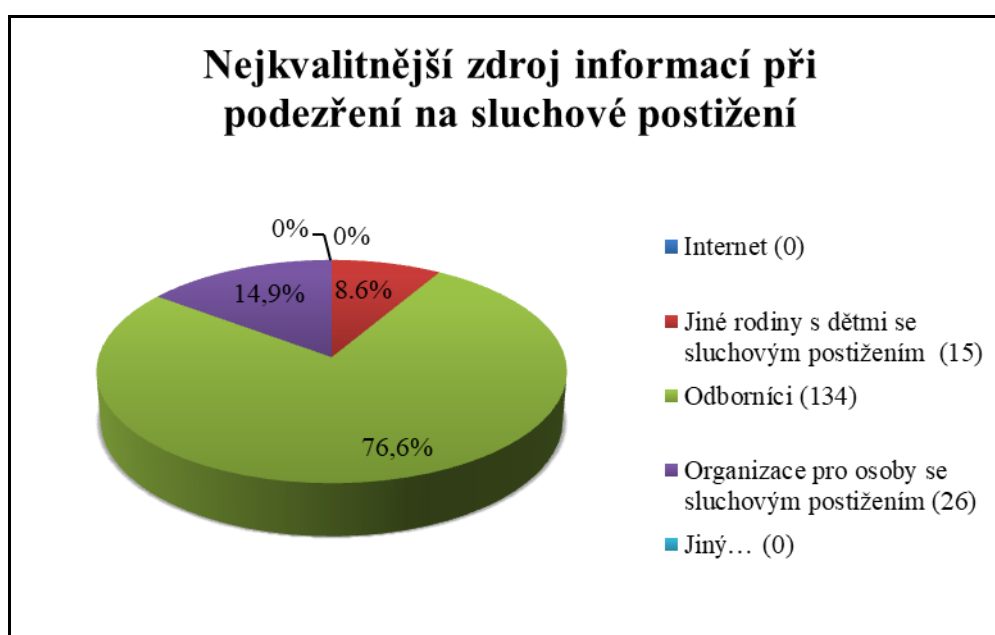
„Znakováním, později s pomocí odezírání, s vhodnou kompenzací sluchové vady i verbálně.“



Graf 11: Primární zdroj informací při podezření na sluchové postižení

Komentář ke grafu č. 11:

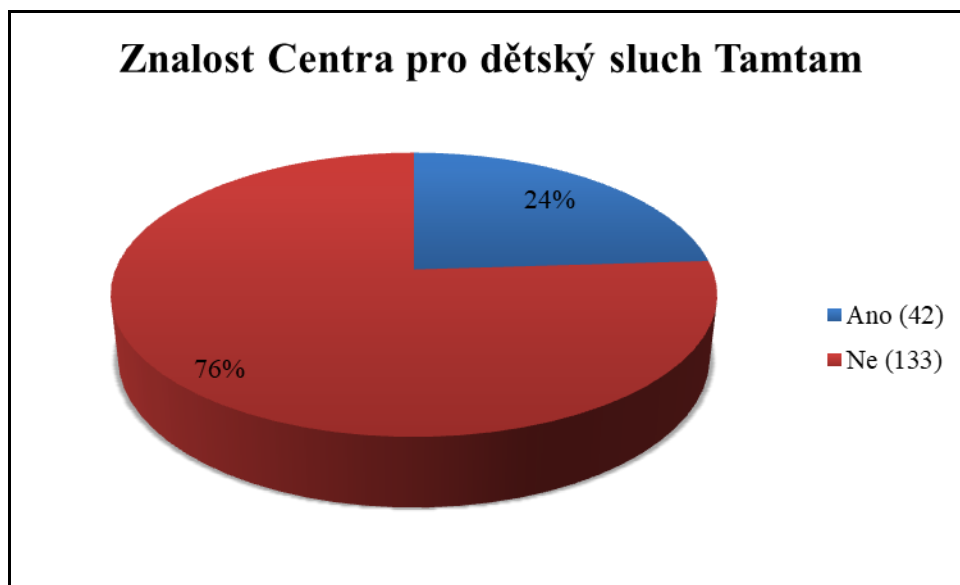
Otázka č. 14 zněla: Jaký zdroj informací byste použili jako první při podezření na sluchovou vadu u Vašeho dítěte? Většina respondentů uvedla, že by se obrátila na odborníky (115 respondentů – 65,7%). Druhá nejčastější odpověď byla „internet“ (49 respondentů – 28%). Velmi málo studentů by se zaměřilo na jiné rodiny s dětmi se sluchovým postižením (5 respondentů – 2,9%) nebo na organizace pro osoby se sluchovým postižením (4 osoby – 2,3%). Dva respondenti uvedli odpověď „jiný“. Jeden napsal, že má několik známých, kteří studují speciální pedagogiku, druhý napsal pediatr, foniatr a Centrum rané péče.



Graf 12: Nejkvalitnější zdroj informací při podezření na sluchové postižení

Komentář ke grafu č. 12:

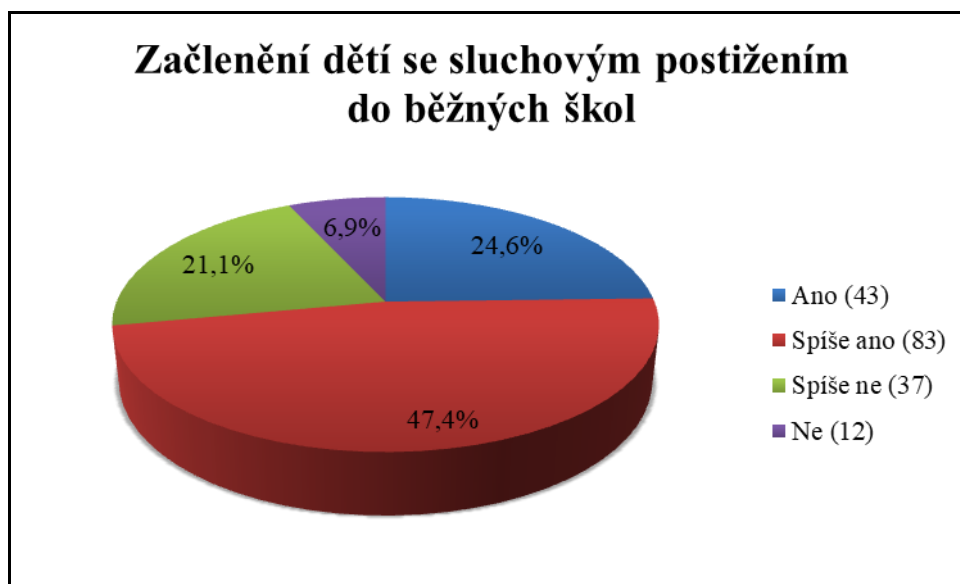
Následující otázka navazovala na předešlou a zkoumala, který z výše uvedených zdrojů respondenti považují za nejkvalitnější. Internet, který v předchozí otázce uvedlo 49 lidí, zde již neuvedl nikdo. Nejčastější odpověď byla rovněž odborníci (134 osob – 76,6%). Na druhém místě byly organizace pro osoby se sluchovým postižením (26 respondentů – 14,9%), jiné rodiny s dětmi se sluchovým postižením uvedlo jen 15 respondentů (8,6%).



Graf 13: Znalost Centra pro dětský sluch Tamtam

Komentář ke grafu č. 13:

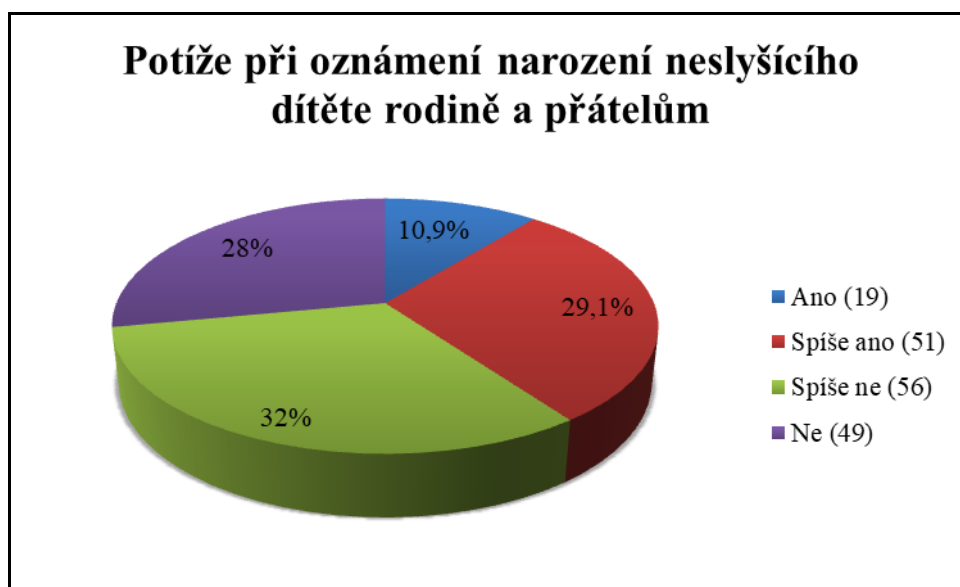
Dále byli respondenti dotazováni, jestli slyšeli o společnosti pro dětský sluch Tamtam, což je služba rané péče pro děti se sluchovým postižením a jejich rodiny. Odpověď ano zvolilo 42 respondentů, což činí 24%. Odpověď ne uvedlo 133 osob (76%).



Graf 14: Začlenění dětí se sluchovým postižením do běžných škol

Komentář ke grafu č. 14:

Následující otázka se zaměřovala na vzdělávání a hledala odpověď na to, jestli respondenti souhlasí se začleněním dětí se sluchovým postižením do běžných škol. Nejvíce zde převažovala odpověď spíše ano, kterou zvolilo 83% respondentů (47,4%). Dále byly časté odpovědi ano (43 osob – 24,6%) a spíše ne (37 osob – 21,1%). Se zařazením dětí se sluchovým postižením do běžných škol zcela nesouhlasí 12 osob (6,9%).



Graf 15: Potíže při oznámení narození neslyšícího dítěte rodině a přátelům

Komentář ke grafu č. 15:

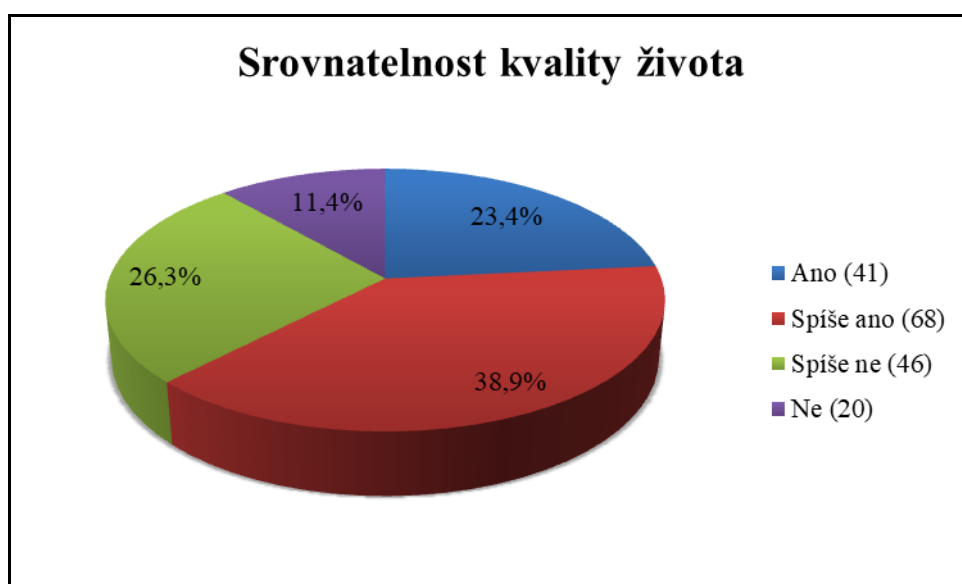
Další otázky spadaly do poslední části dotazníku a byly osobnějšího rázu. Otázka zjišťovala, kdyby se respondentům narodilo neslyšící dítě, jestli by pro ně bylo těžké oznámit to rodině a přátelům. Odpovědi zde byly hodně vyrovnané. 56 respondentů (32%) zvolilo možnost spíše ne, 51 respondentů (29,1%) zvolilo odpověď spíše ano. 49 respondentů (28%) uvedlo, že by to pro ně těžké nebylo, pro 19 respondentů (10,9%) by to těžké bylo.



Graf 16: Ochota učit se znakový jazyk

Komentář ke grafu č. 16:

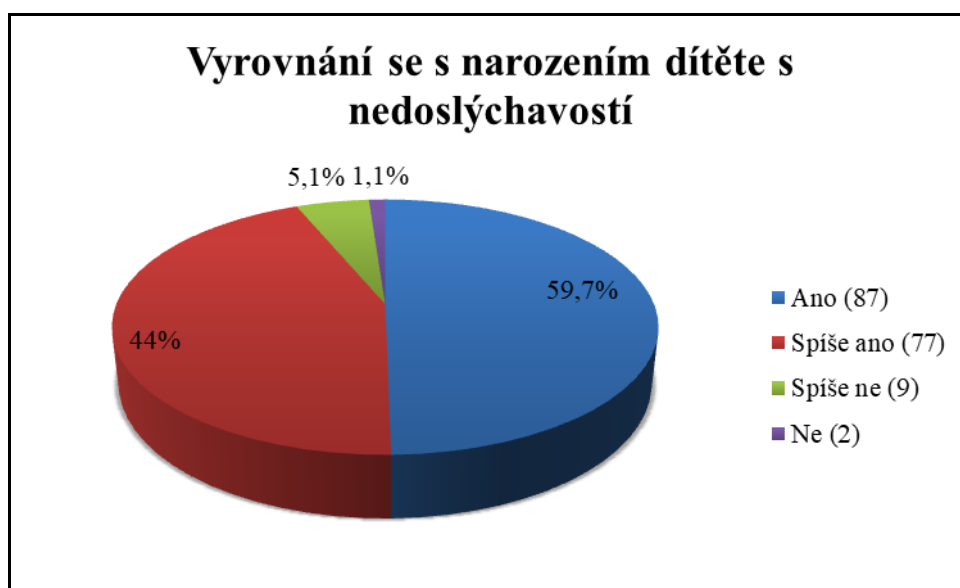
Dále byli studenti dotazováni, pokud by jejich dítě ke komunikaci nepotřebovalo nutně znakový jazyk, jestli by byli ochotní se ho učit. Zde 158 respondentů (90,3%) odpovědělo jasně ano. 17 studentů (9,7%) zvolilo možnost spíše ano. Nikdo na tuto otázku neodpověděl negativně.



Graf 17: Srovnatelnost kvality života

Komentář ke grafu č. 17:

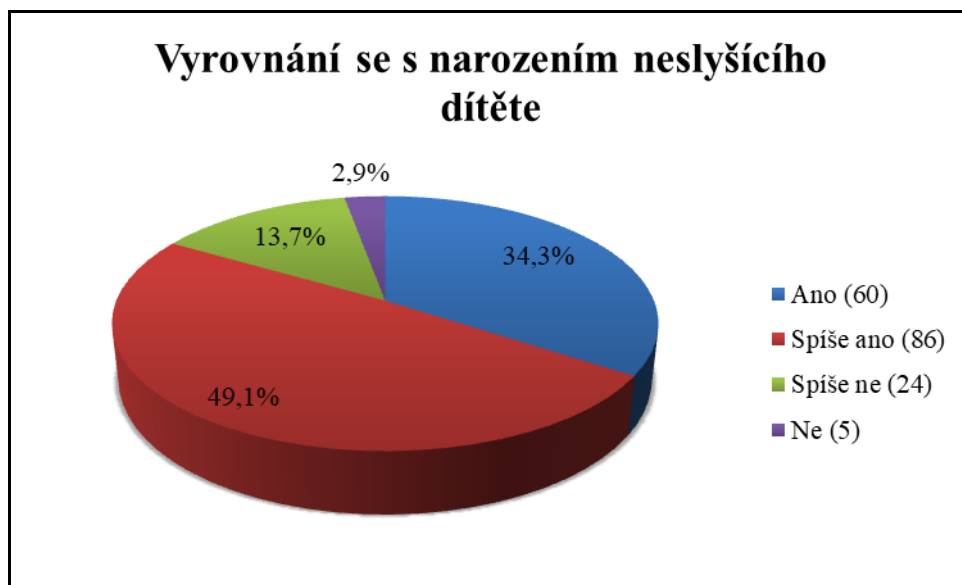
Také byl zjišťován názor respondentů na to, zda je podle nich srovnatelná kvalita života slyšícího člověka a člověka, narozeného jako neslyšící. Odpovědi zde byly různorodé. Většina zvolila možnost spíše ano (68 respondentů – 38,9%). Další časté odpovědi byly spíše ne (46 respondentů – 26,3%) a ano (41 respondentů – 23,4%). Odpověď ne uvedlo 20 respondentů (11,4%).



Graf 18: Vyrovnání se s narozením dítěte s nedoslýchavostí

Komentář ke grafu č. 18:

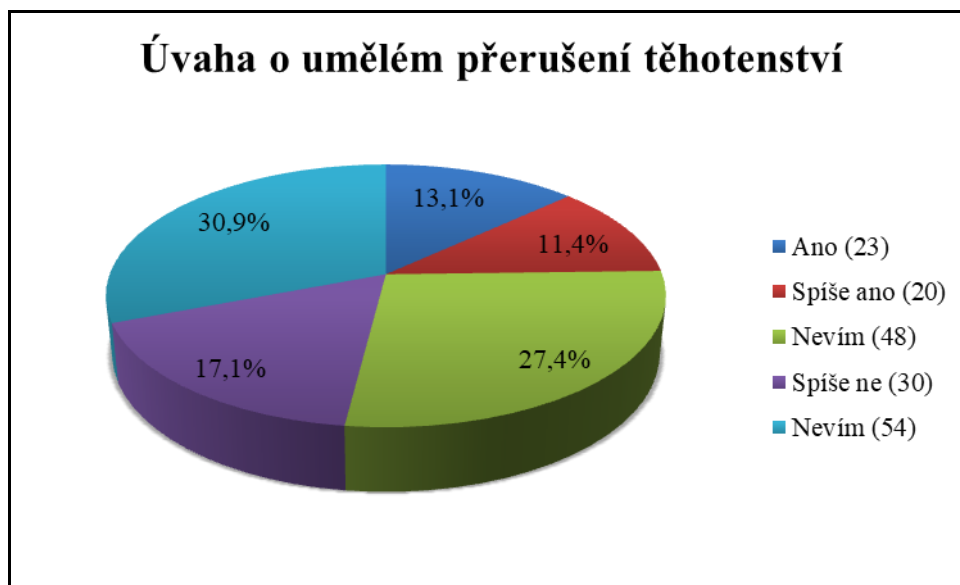
Následující otázka zkoumala, jestli by se respondenti dokázali vyrovnat s narozením dítěte s nedoslýchavostí. Odpověď ano zvolilo 87 respondentů (59,7%). Spíše ano uvedlo 77 respondentů (44%). Ojedinele se vyskytovaly odpovědi spíše ne (9 osob – 5,1%) a ne (2 osoby – 1,1%). Kladně tedy na tuto otázku odpovědělo 164 respondentů (97,7%).



Graf 19: Vyrovnání se s narozením neslyšícího dítěte

Komentář ke grafu č. 19:

Další otázka navazovala na předcházející a zjišťovala, jestli by se studenti dokázali vyrovnat s narozením neslyšícího dítěte. Zde byla nejčastější odpověď spíše ano, kterou zvolilo 86 respondentů (49,1%). Následovala odpověď ano s počtem 60 respondentů (34,3%). Se situací by se spíše nevyrovnalo 24 studentů (13,7%) a nevyrovnalo by se 5 respondentů (2,9%). Kladně na tuto otázku odpovědělo 146 studentů, což činí 83,4%. Je to méně, než v předchozí otázce, která se ptala na dítě s nedoslýchavostí, ale rozdíl není tak velký.



Graf 20: Úvaha o umělém přerušení těhotenství

Komentář ke grafu č. 20:

Dále byli studenti dotazováni, zda by uvažovali o umělém přerušení těhotenství v případě podezření na syndromovou poruchu sluchu, nebo jinou genetickou mutaci, u jejich dítěte v průběhu těhotenství. Respektive kdyby se sluchová vada odhalila již v těhotenství, což se ale v případě sluchového postižení nestává velmi často. Nejvíce studentů zvolilo možnost ne - 54 respondentů (30,9%). Na druhém místě byla odpověď nevím, tu uvedlo 48 studentů (27,4%). Na třetím místě byla odpověď spíše ne (30 osob – 17,1%), dále pak odpověď spíše ano (20 osob – 11,4%) a odpověď ano (23 osob – 13,1%). Kladně tedy na umělé přerušení těhotenství odpovědělo 43 osob (24,5%) a záporně 84 osob (48%).



Graf 21: Informovanost společnosti

Komentář ke grafu č. 21:

Poslední otázkou měl být zjištěn názor studentů na to, jestli je podle nich společnost dostatečně informovaná o problematice sluchového postižení. Zde byly možné odpovědi ano, ne a nevím. Velká většina respondentů uvedla odpověď ne (130 osob – 74,3%). Odpověď nevím zvolilo 38 respondentů (21,7%), odpověď ano uvedlo pouze 7 respondentů (4%). Velká většina respondentů na tuto otázku tedy odpověděla negativně.

4.4 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem diplomové práce bylo za pomoci dotazníkového šetření zjistit, jestli by se studenti Masarykovy univerzity dovedli vyrovnat s narozením dítěte se sluchovým postižením. Další cíle se zaměřily na analýzu informovanosti cílové skupiny o problematice sluchového postižení a na to, jestli mají respondenti předsudky vůči tomuto tématu. K dosažení těchto cílů byly stanoveny a vyhodnoceny výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: *Dovedli by se studenti Masarykovy univerzity vyrovnat s tím, že se jim narodí dítě se sluchovým postižením?*

Hlavní výzkumná otázka se zaměřovala na poněkud citlivé a osobní téma, proto byly otázky týkající se tohoto cíle zařazeny až na konec dotazníku. V první polovině dotazníkového šetření byly zjišťovány základní informace o respondentech (pohlaví, věk, fakulta) a jejich informovanost v oblasti sluchového postižení. K výzkumné otázce č. 1 byly vytvořeny tři otázky, zařazené do poslední části dotazníku.

Otázky zjišťovaly, jestli by se dovedli vyrovnat s narozením dítěte s nedoslýchavostí, s narozením neslyšícího dítěte a jestli by v případě odhalení sluchové vady v těhotenství uvažovali o umělém přerušení těhotenství. Nejprve byl zjišťován fakt, jestli respondenti už někdy přemýšleli o tom, že by se jim mohlo narodit dítě s postižením nebo nemocné dítě. Z výzkumu vyplynulo, že většina studentů se nad tím již zamýšlela (odpověď ano uvedlo 109 respondentů, což činí 62,3%).

Jelikož je nedoslýchavost méně závažný druh sluchového postižení než hluchota, byly očekávány drobné rozdíly v postojích respondentů a to ty, že s narozením dítěte s nedoslýchavostí se jich vyrovná více, než s narozením neslyšícího dítěte. Tento předpoklad se také potvrdil. Na otázku, jestli by se studenti dokázali vyrovnat s narozením dítěte s nedoslýchavostí, odpovědělo ano nebo spíše ano 164 studentů, což činí 93,7%, tedy drtivou většinu. Odpověď ano uvedlo 87 osob, odpověď spíše ano 77. Na otázku, jestli by se dokázali vyrovnat s narozením neslyšícího dítěte, zvolilo možnost ano nebo spíše ano 146 studentů, což je 83,4% respondentů. Odpověď ano uvedlo 60 osob, odpověď spíše ano 86 osob. Z těchto odpovědí tedy vyplývá, že velká

většina studentů Masarykovy univerzity by se s narozením dítěte se sluchovým postižením dokázala vyrovnat.

Další otázka se v rámci výzkumného cíle ptala, jestli by studenti v případě podezření na syndromovou poruchu sluchu (nebo jinou genetickou mutaci) u jejich dítěte v průběhu těhotenství uvažovali o umělém přerušení těhotenství. Odpověď ne nebo spíše ne uvedlo 84 studentů, což činí téměř polovinu, 48%. Odpovědi ano nebo spíše ano zvolilo 43 osob, což činí téměř čtvrtinu respondentů, 24,5%. Odpověď nevím uvedlo 48 studentů, což je 27,4%. Z toho vyplývá, že téměř polovina respondentů zastává negativní postoj k umělému přerušení těhotenství z důvodu sluchového postižení dítěte, téměř čtvrtina respondentů by k umělému přerušení těhotenství zvolila spíše kladný postoj a více než čtvrtina respondentů by v tuto chvíli nevěděla, jak se rozhodnout.

Výzkumná otázka č. 2: *Jaká je informovanost studentů Masarykovy univerzity o problematice sluchového postižení?*

Dalším cílem diplomové práce byla analýza informovanosti studentů o problematice sluchového postižení. Nejdříve se zjišťovalo, jaké znají sluchové vady. Z výzkumu vyplynulo, že 170 studentů (97,1%) zná nedoslýchavost a 167 studentů (95,4%) zdá hluchotu. S pojmem ohluchlost se setkala 66 studentů (37,7%). Méně známé typy sluchového postižení, tinnitus a presbykuzii, již zná studentů méně. S tinnitem se setkala 60 studentů (34,3%) a s presbykuzií 28 studentů (16%). Mezi respondenty nebyl nikdo, kdo by neznal žádnou sluchovou vadu. Pojem kochleární implantát zná 51 studentů, což je téměř třetina respondentů (29%).

Na otázku, jak by mohli studenti zjistit, že jejich dítě neslyší, se nashromáždilo mnoho odpovědí. Nejvíce studentů by si všímalo reakcí. Často uváděli, že dítě nereaguje na zvukové podněty, na hlas, na své jméno nebo se nezalekne hlasitého zvukového podnětu. Dále psali, že se dítě neotáčí za zvukem či nereaguje bez zrakové opory. Někteří respondenti uváděli, že sluchová vada se může odhalit u pediatra, na preventivních prohlídkách, někteří byli obeznámeni i se screeningovým vyšetřením. Další také zmiňovali, že dítě se sluchovým postižením nezačíná žvatlat a má opožděný vývoj řeči.

Respondenti měli rovněž mnoho nápadů, jakým způsobem by mohli komunikovat s neslyšícím dítětem. Většina z nich uváděla komunikaci pomocí obrázků, posunků, mimiky nebo gest. Zdůrazňovali vizuálnost, zmiňovali odezírání. Znakový jazyk zmínilo 26 respondentů, 34 uvedlo znakovou řeč. Někteří dotazovaní však byli obeznámeni i s pojmem alternativní a augmentativní komunikace, uváděli piktogramy, makaton nebo třeba prstovou abecedu, Lormovu abecedu či komunikační tabulky. Někteří uvedli jako důležité vnímání vibrací, jiní by se pokusili s dítětem vytvořit vlastní komunikační systém. Obě tyto otázky byly nepovinné, odpověděla na ně většina respondentů a odpovědi byly velmi různorodé, studenti dokázali vymyslet mnoho způsobů.

Jedna otázka také zjišťovala, jestli se studenti setkali se společností Centrum pro dětský sluch Tamtam, což je služba rané péče pro děti se sluchovým postižením. Bylo očekáváno, že většina respondentů se s tímto pojmem nesetkala a tento předpoklad byl také potvrzen. Odpověď ne zvolilo 133 studentů (76%). Je však možné, že kdyby se otázka ptala obecně na službu rané péče a ne na Centrum pro dětský sluch Tamtam, odpovědělo by kladně studentů více.

Výzkumná otázka č. 3: *Mají studenti Masarykovy univerzity předsudky vůči problematice sluchového postižení?*

K vyhodnocení tohoto výzkumného cíle byly v dotazníkovém šetření stanoveny čtyři otázky. První se studentů ptala, jestli je podle nich český znakový jazyk plnohodnotný komunikační systém. Podle velkého množství odborníků je tento typ komunikace plnohodnotným komunikačním systémem. Z výzkumu vyplynulo, že tento názor zastává i většina studentů. Odpověď ano uvedlo 69 respondentů, spíše ano respondentů 88, tedy 89,7% dotazovaných má kladný postoj k tomuto názoru.

Další otázka se ptala, jestli mohou kompenzační pomůcky plně kompenzovat sluchovou ztrátu. Na tuto otázku by se dalo odpovědět kladně, protože např. sluchadla se individuálně nastavují a dokonale se přizpůsobují sluchové ztrátě každého jedince (Horáková, 2012). Nejvíce respondentů (73) zvolilo možnost spíše ano, avšak spíše ne uvedlo respondentů 72. Zcela souhlasilo 9 respondentů a nesouhlasilo 21 respondentů. Z výzkumu tedy vyplývá, že 46,8% respondentů má kladný postoj k názoru, že

kompenzační pomůcky dokáží plně kompenzovat sluchovou ztrátu, avšak negativní postoj zastává o několik studentů více, 53,1% z celkového počtu.

Dále byli studenti dotazováni, kdyby se jim narodilo neslyšící dítě, jestli by pro ně bylo těžké oznámit to rodině a přátelům. Z výzkumu vyplynulo, že pro 60% dotazovaných by to těžké nebylo (56 osob uvedlo spíše ne a 49 osob ano). Možnost spíše ano zvolilo 51 osob a ano pouze 19 osob. Z této otázky se dá usuzovat, že předsudky studentů vůči sluchovému postižení nejsou příliš velké. Poslední otázka k tomuto výzkumnému cíli zněla, jestli je podle studentů srovnatelná kvalita života slyšícího člověka a člověka, narozeného jako neslyšící. Na tuto otázku odpovědělo pozitivně 62,3% (41 osob uvedlo ano a 68 osob uvedlo spíše ano). I zde lze výzkumem odvodit, že většina studentů nemá velké předsudky vůči lidem se sluchovým postižením a této problematice.

Stanovené **výzkumné cíle byly naplněny**. Většina studentů již někdy přemýšlela nad tím, že by se jim mohlo narodit dítě s postižením. Z výzkumu vyplynulo, že většina studentů by se dokázala vyrovnat jak s narozením dítěte s nedoslýchavostí, tak s narozením neslyšícího dítěte. V některých oblastech studenti prokázali dobrou informovanost, hlavně co se týče komunikace s neslyšícím dítětem či způsobů odhalení sluchové vady. Dále z výzkumu vyplynulo, že většina studentů zaujímá kladný postoj k názorům, zda je český znakový jazyk plnohodnotný komunikační systém nebo jestli je srovnatelná kvalita života slyšícího člověka a člověka, narozeného jako neslyšící. Avšak naopak většina studentů si nemyslí, že by mohly kompenzační pomůcky plně kompenzovat sluchovou ztrátu.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá postojem vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově dítěte se sluchovým postižením. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část se skládá ze tří kapitol, které obsahují teoretické poznatky vycházející z odborné literatury. Empirická část obsahuje výzkum realizovaný pomocí dotazníkového šetření.

První kapitola se zabývá sluchovým postižením v životě dítěte. Vymezuje příčiny sluchových vad, diagnostiku, zaměřuje se na screeningové vyšetření, které je důležité z důvodu včasného odhalení sluchové vady. Je zde definován význam sluchu v životě člověka a důsledky sluchových vad. Druhá kapitola se zaměřuje na rodinu dítěte s postižením. Charakterizuje rodinu, jaké plní rodina funkce, pojednává o situaci rodiny po narození dítěte s postižením. Jsou zde vymezeny fáze, kterými si prochází v takové situaci každá rodina. Je zde popsán vývoj, osobnost a výchova dítěte se sluchovým postižením a také komunikace dětí se sluchovým postižením. V kapitole jsou vymezeny komunikační systémy osob se sluchovým postižením, charakteristika mluvené řeči těchto jedinců, sluchově-řečová výchova či logopedická intervence a jejich význam. Třetí kapitola diplomové práce pojednává o současném systému výchovně vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením. Je zde popsána činnost středisek rané péče (Centrum pro dětský sluch Tamtam) či Speciálně pedagogického centra. Dále je tu popsána integrace a inkluze dětí se sluchovým postižením.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jestli by se studenti Masarykovy univerzity dovedli vyrovnat s tím, že se jim narodí dítě se sluchovým postižením. Dalšími cíli byla analýza informovanosti studentů o problematice sluchového postižení a zjištění, jestli mají vůči tomuto tématu předsudky. Výzkum probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření, otázky byly vyhodnoceny a zaznamenány do grafů a doplněny o komentáře. K dosažení výzkumných cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky, které byly následně vyhodnoceny.

Za cílovou skupinu výzkumné práce byli vybráni vysokoškolští studenti z toho důvodu, že se většina z nich nachází v reprodukčním věku a lze usuzovat, že téma rodičovství je jim blízké. Vzhledem k jejich studiu na vysoké škole se předpokládá i určitá informovanost a všeobecný přehled. Většina studentů v dotazníkovém šetření uvedla, že již někdy přemýšleli o tom, že by se jim mohlo narodit dítě s postižením

nebo nemocné dítě. Z výzkumu vyplývá, že většina studentů by se dokázala vyrovnat jak s narozením dítěte s nedoslýchavostí, tak s narozením neslyšícího dítěte. Dále studenti prokázali dobrou informovanost, hlavně v oblasti komunikace s neslyšícím dítětem či co se týče způsobů odhalení sluchové vady. Dále z výzkumu vyplývá, že většina studentů zaujímá kladný postoj k názorům, jestli je český znakový jazyk plnohodnotný komunikační systém nebo jestli je srovnatelná kvalita života slyšícího člověka a člověka, narozeného jako neslyšící. Avšak většina studentů naopak zaujímá negativní postoj k názoru, jestli kompenzační pomůcky mohou plně kompenzovat sluchovou ztrátu.

Sluchové postižení je označováno za jedno z nejrozšířenějších somaticko - funkčních postižení v populaci (Leonhardt in Horáková, 2017). Podle WHO má 360 milionů jedinců světové populace středně těžké až těžké postižení sluchu, z toho přibližně 32 milionů osob jsou děti (Horáková, 2012). V České republice žije přibližně 500 000 osob se sluchovým postižením (www.cun.cz). Důležitý je i fakt, že většina neslyšících dětí se rodí slyšícím, tedy zdravým rodičům (Horáková, 2012). Proto je důležitá informovanost společnosti o této problematice. Osoby se sluchovým postižením mohou mít v dnešní době vysokou kvalitu života, zejména díky kompenzačním pomůckám, nejčastěji sluchadlům a kochleárním implantátům. Ty osobám se sluchovým postižením zprostředkovávají sluchové vnímání a pomáhají jim se zapojit do majoritní společnosti a plně v ní fungovat. Důležité je však včasné odhalení sluchové vady, včasné přidělení vhodných kompenzačních pomůcek a včasné zahájení sluchově - řečové výchovy.

Dotazníkové šetření se mezi studenty setkalo s poměrně velkým ohlasem a zájmem, během tří dnů se podařilo nasbírat 100 vyplněných dotazníků. Myslím si, že vyplnění dotazníku přimělo lidi k zamyšlení se nad tímto tématem.

Shrnutí

Diplomová práce se zaměřuje na postoj vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově dítěte se sluchovým postižením. Je rozdělena do čtyř kapitol. První tři kapitoly tvoří teoretickou část práce a vycházejí z odborné literatury. Čtvrtá kapitola tvoří empirickou část a informuje o výsledcích výzkumného šetření. Teoretická část se zaměřuje na sluchové postižení v životě dítěte. Vymezuje základní informace o sluchovém postižení, jaký má pro nás sluch význam a jaké jsou důsledky sluchových vad. Druhá kapitola pojednává o rodině dítěte se sluchovým postižením, je zde popsán vývoj, výchova a komunikace dítěte se sluchovým postižením. Třetí kapitola se zaměřuje na výchovně vzdělávací systém o děti se sluchovým postižením. Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jestli by se studenti dovedli vyrovnat s tím, že se jim narodí dítě se sluchovým postižením. Dalšími cíli byla analýza informovanosti studentů o problematice sluchového postižení a jejich předsudky vůči tomuto tématu.

Summary

The diploma thesis is focuses on the attitude of university students towards the acceptance and upbringing of a child with hearing impairment. This thesis is divided into four chapters. First three chapters form the theoretical part of the thesis and they are based on professional literature. The fourth chapter form the empirical part and provide information about the research study. The theoretical part focuses on the hearing impairment in the child's life. It defines the basic information about hearing impairment, why is hearing important to us and what are the consequences of hearing impairment. The second chapter deals with the family of a child with hearing impairment, describes development, upbringing and communication of a child with hearing impairment. The third chapter focuses on the educational system for children with hearing impairment. The main aim of the research part was to find out if students could cope with the birth of a child with hearing impairment. The other aims were to analyse students' awareness of the issue of hearing impairment and their prejudices towards this topic.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

LITERATURA

FREEMAN, Roger D., Clifton F. GARBIN a Robert J. BOESE. *Tvé dítě neslyší?: Průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1992.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAMPLOVÁ a kol., Dana. *Rodina a zdraví - jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v. v. iv, 2014. ISBN 978-80-7330-248-1.

HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Praha: Tercie, 1996. ISBN 80-90 15 49-0-5.

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Septima, 2002. ISBN 80-7216-213-6.

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

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál, s. r. o., 2012. 159 s. 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: Komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

JANOTOVÁ, Naděžda. *Kapitoly o integraci sluchově postižených*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-81-7.

JANOTOVÁ, Naděžda. *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-84-1.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0329-2.

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

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

MADELL, J. R. a C. FLEXER. *Pediatric Audiology: Diagnosis, Technology, and Management*. New York: Thieme Medical Publishers, 2014. ISBN 978-1-60406-844-3.

MAŇÁK, Josef, Štefan ŠVEC a Vlastimil ŠVEC. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-102-2.

MARSCHARK, Mark. *Raising and Educating a Deaf Child: A Comprehensive Guide to the Choices, Controversies, and Decisions Faced by Parents and Educators*. New York: Oxford University Press, 2007. ISBN 978-0195094671.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

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

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

POTMĚŠIL, Miloň. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-744-8.

- POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- PULDA, Miloš. *Integrovaný žák se sluchovým postižením v základní škole*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2481-X.
- PULDA, Miloš. *Sluchová výchova u sluchově postižených dětí*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 1999. ISBN 80-210-2077-6.
- PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
- SASS-LEHRER, Marilyn. *Early Intervention for Deaf and Hard-of-Hearing Infants, Toddlers, and Their Families: Interdisciplinary Perspectives*. New York: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-995774-3.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. Uvedení do problematiky sluchového postižení, Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.
- SPENCER, P., C. J. ERTING a M. MARSCHARK. *The Deaf Child in the Family and at School: Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans*. Lawrence Erlbaum Associates, 2000. ISBN 978-0805832211.
- STŘELEČEK, Stanislav. *Kapitoly z teorie rodinné výchovy*. Brno: Rektorát UJEP Brno, 1978.
- SVOBODOVÁ, Karla. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Praha: Septima, 2005. ISBN 80-7216-214-4.
- ŠEDIVÁ, Zoja. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, spol., 2006. ISBN 80-7216-232-2.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1820-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6.

VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie I: Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. [online]. [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/sluzby/rana-pece-cechy>.

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. [online]. [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/sluzby/socialne-aktivizacni-sluzby>.

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. [online]. [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/sluzby/odborne-socialni-poradenstvi>.

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. [online]. [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/sluzby/informacni-a-vzdelavaci-sluzby>.

Česká unie neslyšících, Z. Ú. [online]. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.cun.cz/blog/2017/05/17/statistiky-poctu-osob-se-sluchovym-postizenim/>.

Ruce.cz [online]. 2008 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/655-screeningove-vysetreni-sluchu-zkusenosti-a-moznosti>.

LEGISLATIVA

Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění zákona č. 384/2008 Sb., (v úplném znění vyhlášen pod č. 423/2008 Sb.).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 197/2016 Sb.

SEZNAMY

Seznam grafů:

Graf 1: Počet respondentů

Graf 2: Věk respondentů

Graf 3: Fakultativní zastoupení respondentů

Graf 4: Počet osob se SP v ČR

Graf 5: Neslyšící děti slyšících rodičů

Graf 6: Znalost sluchových vad

Graf 7: ČZJ jako plnohodnotný komunikační systém

Graf 8: Plná kompenzace sluchové ztráty kompenzačními pomůckami

Graf 9: Znalost soby se SP

Graf 10: Úvaha o narození dítěte s postižením

Graf 11: Primární zdroj informací při podezření na sluchové postižení

Graf 12: Nejlepší zdroj informací při podezření na sluchové postižení

Graf 13: Znalost Centra pro dětský sluch Tamtam

Graf 14: Začlenění dětí se sluchovým postižením do běžných škol

Graf 15: Potíže při oznámení narození neslyšícího dítěte rodině a přátelům

Graf 16: Ochota učit se znakový jazyk

Graf 17: Srovnatelnost kvality života

Graf 18: Vyrovnání se s narozením dítěte s nedoslýchavostí

Graf 19: Vyrovnání se s narozením neslyšícího dítěte

Graf 20: Úvaha o umělém přerušení těhotenství

Graf 21: Informovanost společnosti

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den.

Jsem studentka Pedagogické fakulty MU, oboru Speciální pedagogika. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce, která se zabývá postojem vysokoškolských studentů vůči přijetí a výchově dítěte se sluchovým postižením. Dotazník je určen všem studentům Masarykovy univerzity, obsahuje 24 otázek a jeho vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut.

Děkuji za Vaši ochotu a čas, Vendula Kučerová.

1. Vaše pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Váš věk

- a) 18 - 25 let
- b) 26 - 30 let
- c) 31 - 40 let
- d) 41 let a více

3. Kterou fakultu Masarykovy univerzity studujete?

- a) Právnická fakulta
- b) Lékařská fakulta
- c) Přírodovědecká fakulta
- d) Filozofická fakulta
- e) Pedagogická fakulta
- f) Ekonomicko-správní fakulta
- g) Fakulta informatiky
- h) Fakulta sociálních studií
- i) Fakulta sportovních studií

4. Víte, kolik zhruba žije v ČR osob se sluchovým postižením? Zvolte jednu z možností

- a) 200 000
- b) 500 000
- c) 800 000

5. Víte, kolik procent dětí se sluchovým postižením se narodí rodičům bez sluchového postižení? Zvolte jednu z možností

- a) 30%
- b) 50%
- c) 90%

6. Znáte některé z následujících sluchových vad? Vyberte

- a) Nedoslychavost
- b) Hluchota
- c) Ohluchlost
- d) Presbyakuzie
- e) Tinnitus
- f) Neznám žádnou

7. Myslíte si, že je český znakový jazyk plnohodnotný komunikační systém?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

8. Myslíte si, že kompenzační pomůcky (např. sluchadla) mohou plně kompenzovat sluchovou ztrátu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

9. Víte, jak se nazývá kompenzační pomůcka, která stimuluje sluchový nerv a neslyšícím zprostředkovává sluchové vjemy?

Pokud ano, napište ji, pokud ne, nechte prázdné

10. Znáte ve svém okolí někoho se sluchovým postižením?

- a) Ano
- b) Ne

11. Jak byste mohli zjistit, že Vaše dítě neslyší?

12. Jakým způsobem byste mohl/a komunikovat s neslyšícím dítětem?

13. Jaký zdroj informací byste použili jako první při podezření na sluchovou vadu u Vašeho dítěte?

- a) Internet (sociální sítě, fóra...)

- b) Jiné rodiny s dětmi se sluchovým postižením (praktické zkušenosti...)
- c) Odborníci (pediatr, foniatr...)
- d) Organizace pro osoby se sluchovým postižením
- e) Jiný...

14. Který z výše uvedených zdrojů považujete za nejkvalitnější?

- a) Internet (sociální sítě, fóra...)
- b) Jiné rodiny s dětmi se sluchovým postižením (praktické zkušenosti...)
- c) Odborníci (pediatr, foniatr...)
- d) Organizace pro osoby se sluchovým postižením
- e) Žádný z uvedených

15. Přemýšleli jste někdy nad tím, že by se Vám mohlo narodit dítě s postižením nebo nemocné dítě?

- a) Ano
- b) Ne

16. Slyšeli jste někdy o společnosti Centrum pro dětský sluch Tamtam?

- a) Ano
- b) Ne

17. Souhlasíte se začleněním dětí se sluchovým postižením do běžných škol?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Pokud by se Vám narodilo neslyšící dítě, bylo by pro Vás těžké oznámit to rodině a blízkým přátelům?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

19. Pokud by Vaše dítě ke komunikaci nepotřebovalo nutně znakový jazyk, ale pomohl by mu v dorozumívání, byli byste ochotní se ho učit?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

20. Myslíte si, že je srovnatelná kvalita života slyšícího člověka a člověka, narozeného jako neslyšící?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

21. Dokázali byste se vyrovnat s narozením dítěte s nedoslýchavostí?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

22. Dokázali byste se vyrovnat s narozením neslyšícího dítěte?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

23. Uvažovali byste v případě podezření na syndromovou poruchu sluchu (nebo jinou genetickou mutaci) u Vašeho dítěte v průběhu těhotenství o umělém přerušení těhotenství?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

24. Myslíte si, že je dnešní společnost dostatečně informovaná o problematice sluchového postižení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím