



Univerzita Karlova v Praze



3. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Monika Petřeková

**Zkušenosti sluchově postižených s komunikací
ve zdravotnických zařízeních na Příbramsku**

Experience of hearing impaired people with communication
from health care facilities in district Příbram

Bakalářská práce

Praha, květen 2014

Autor práce: Monika Petřeková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní bakalářský obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Gutová, MBA

Pracoviště vedoucího práce: Ústřední vojenská nemocnice-Vojenská fakultní nemocnice Praha

Konzultant: Mgr. Miloš Mauer

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Potvrzuji, že tištěná verze práce je totožná s elektronickou verzí uloženou v digitálním repozitáři UK. Současně souhlasím, aby byl plný text práce zpřístupněn v elektronickém systému 3. LF UK a UK.

V Praze dne 23.5. 2014 Monika Petřeková

Děkuji Mgr. Lence Gutové a Mgr. Miloši Mauerovi za cenné rady při vedení mé práce a konzultacích. Děkuji také Svazu neslyšících a nedoslýchavých Příbram a všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření k výzkumnému problému.

Obsah

1	Úvod.....	6
2	Komunikace obecně.....	7
2.1	Obecná definice komunikace	7
2.2	Komunikace a její efektivita	7
2.3	Kontraproduktivní komunikace	9
2.4	Specifika v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem	9
3	Anatomie sluchového aparátu. Diagnostika a rozdělení sluchových vad.....	10
3.1	Anatomie sluchového aparátu	10
3.2	Fyziologie sluchu	12
3.3	Rozdělení sluchových vad	12
3.4	Klasifikace sluchových vad	13
3.5	Vyšetření sluchu	14
3.5.1	Vyšetření sluchu v dětském věku	14
3.5.2	Vyšetření sluchu u dospělých	15
4	Komunikace se sluchově postiženými lidmi.....	15
4.1	Kultura neslyšících	15
4.2	Komunikace zdravotníků s neslyšícími.....	17
4.3	Vzdělávání v oblasti komunikace se sluchově postiženým pacientem	19
5	Cíl práce a hypotézy.....	21
5.1	Cíl práce.....	21
5.2	Hypotézy.....	21
6	Metodika výzkumného šetření.....	22
7	Výběr vzorku.....	22
8	Zpracování údajů	23
9	Vyhodnocení.....	23
9.1	Obecné údaje.....	23
9.1.1	Věk	23
9.1.2	Pohlaví.....	23
9.1.3	Nejvyšší dosažené vzdělání	24
9.1.4	Bydliště.....	25
9.1.5	Četnost návštěv u lékaře.....	25

9.2	Míra postižení sluchu a druh využívaných kompenzačních pomůcek.....	25
9.2.1	Stupeň poškození sluchu.....	25
9.2.2	Podíl prelingválně a postlingválně neslyšících	26
9.2.3	Používání kompenzační pomůcky.....	26
9.3	Hodnocení zkušeností respondentů s dorozumíváním ve zdravotnickém zařízení.....	27
9.3.1	Uživatelé Českého znakového jazyka	27
9.3.2	Zkušenosti neslyšících ve vztahu k hypotéze č. 1	28
9.3.3	Otázky vztahující se k hypotéze č. 2	30
9.3.4	Otázka č. 17: hodnocení předložených tvrzení	31
9.3.5	Vyhýbání se komunikaci s neslyšícími pacienty a hypotéza č. 3	32
9.3.6	Možnost volby dorozumívacího prostředku	33
	Shrnutí	35
10	Diskuse	37
11	Závěr.....	39
12	Seznam použitých zdrojů	40
13	Přílohy	42
	Příloha č. 1.....	42
	Příloha č. 2.....	44
	Příloha č. 3 Dotazník k výzkumnému šetření	45
	Příloha č. 4.....	50
	Příloha č. 5.....	51

1 Úvod

Mým záměrem bylo zjistit, jaké mají dospělí sluchově postižení lidé žijící v okrese Příbram zkušenosti s komunikací se zdravotnickými pracovníky. Motivem pro výzkumné šetření uvedeného tématu bylo zjištění, že já sama toho o světě osob se sluchovým postižením mnoho nevím. Zajímalo mě jaké problémy nejčastěji ve styku se zdravotníky řeší a jak vnímají přístup zdravotnických pracovníků k nim. Tušila jsem, že jsou nějaká pravidla pro komunikaci s těmito lidmi, ale neznala jsem je podrobně. Nebylo mi ani zcela jasné, kde bych sehnala tlumočnicka do ČZJ pro sluchově postižené osoby. Během doby, po kterou pracuji jako zdravotní sestra, jsem neslyšela o žádné vzdělávací akci pro zdravotnický personál, která by se věnovala problematice osob se speciálními komunikačními potřebami. Soudím tak, že tato oblast bude patřit mezi ty opomíjené, což nevnímám jako dobré. Samozřejmě není možné ani nutné, aby každý zdravotník ovládal český znakový jazyk. Myslím si však, že by se o problematice osob nejen se sluchovým, ale také s jiným postižením mělo hovořit více právě pro to, abychom na tato setkání byli připravení.

Práce má dvě části – teoretickou část, zaměřenou na obecnou problematiku kvalitní komunikace, dále na problematiku sluchového postižení, kde je popsána anatomie a fyziologie sluchového aparátu, dělení a diagnostika sluchových vad. Pozornost je věnována i kultuře neslyšících a jejich běžným komunikačním problémům ve zdravotnickém zařízení. Zmíněna je zde také oblast vzdělávání budoucích zdravotníků v komunikaci se sluchově postiženými lidmi. Praktická část se pak zabývá zhodnocením výsledků získaných dotazníkovým šetřením.

Poznatky získané studiem literatury týkající se dané problematiky pro mě byly přínosné zejména v tom, že jsem se mohla blíže seznámit s kulturou neslyšících, neboť tuto příležitost jsem dosud neměla. Předložený výzkumný problém mě také přivedl k tomu, abych zjistila, zda a jakým způsobem mají studenti zdravotnických škol ve středočeském regionu možnost naučit se v rámci studia komunikovat se sluchově postiženými lidmi, popřípadě osvojit si alespoň základy českého znakového jazyka. Odpovědi zástupců jednotlivých škol, které jsou dále v příslušné kapitole popsány, pro mě byly trochu překvapivé.

Během vyhledávání podobných výzkumů a příslušných literárních zdrojů, které by se zabývaly otázkou sluchově postiženého pacienta ve zdravotnickém zařízení, jsem došla k názoru, že této oblasti není věnována dostatečná pozornost. Tento problém je ovšem zmíněn i v zahraniční literatuře.

Teoretická část

2 Komunikace obecně

2.1 Obecná definice komunikace

Na první pohled by se možná mohlo zdát, že komunikace není až tak složitý děj, který by bylo potřeba nějak definovat. Když si ale uvědomíme, co vše do komunikace zahrnujeme a čím vším může být ovlivněna, zjistíme, že správné porozumění vyslanému sdělení není zcela automatické.

Komunikace je, velmi jednoduše řečeno, způsob předávání informací mezi dvěma a více subjekty. Existují různě formulované a různě obsáhlé definice tohoto pojmu. Třeba Slowík uvádí, že komunikace znamená širokou škálu způsobů kontaktů mezi lidmi, přičemž některé z nich jsou typicky lidské, jiné můžeme pozorovat také u ostatních živočišných druhů (2). Člověk například jako jediný tvor využívá coby důležitý dorozumívací prostředek mluvenou řeč, která ale není jediným nástrojem komunikace. Jde o děj, kdy jeho účastníci bývají jak mluvčími, tak posluchači a během příjmu mluveného sdělení analyzují také jak je toto sdělení řečeno, jakým způsobem a jaké jsou neverbální projevy protějšku. Na interpretaci sdělení příjemcem má vliv také to, jak se cítí on. K tomu Pokorná uvádí: “ Kdykoliv hovoříme s jinými osobami, vyskytuje se v naší vzájemné komunikaci šest poselství: co jsme chtěli říci; co bylo skutečně řečeno; co druhé osoby slyšely; co si druhé osoby myslí, že slyšely; jak vy vnímáte to, co druhé osoby řekly o tom, co si myslí, že slyšely.” (Pokorná, 2008, s.13) (2).

Je známým faktem, že významnou výpovědní hodnotu má nejen to, co sdělujeme (tzv. verbální komunikace), ale do značné míry také to, jak při komunikaci působíme svými gesty (gestika), pohyby (kinetika), výrazem obličeje (mimika), zda a jakým způsobem udržujeme s naším komunikačním protějškem oční kontakt (vizika), postojem (posturika), vzdáleností od objektu/objektů komunikace (proxemika), zda používáme při vzájemné interakci fyzický kontakt a jakého je charakteru (haptika), způsob, jakým vůči lidem v našem okolí zacházíme s časem (chronemika) (3).

Toto vše je shrnuto pod pojmem neverbální komunikace.

2.2 Komunikace a její efektivita

Jak již bylo uvedeno výše, správné porozumění předávaným informacím není vždy stoprocentně zaručeno. To, co brání ve správné interpretaci sdělení, nazýváme komunikační

bariéry (3). Efektivní komunikace je takový styl dorozumívání, kdy dojde k porozumění mezi komunikačními partnery a zároveň nedojde ke zkreslení informace nebo ke znemožnění jejího předání komunikačními bariérami; tento způsob komunikace bývá založen na partnerském přístupu.

Efektivní komunikace by se měla vyznačovat důvěryhodností, mít odpovídající kontext, sdělené informace mají být pro jejich příjemce podstatné a mají být řečeny jasně. Měly by být uzpůsobeny možnostem objektu komunikace, tedy respektovat jeho schopnost předloženým sdělením porozumět a zpracovat je.

Ve společné interakci v podstatě rozlišujeme dva přístupy – paternalistický, který v posledních letech nebývá označován jako vhodný například pro komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, a partnerský přístup, jenž “je zcela opačný od tradičního přístupu paternalistického. Nepřejímáme odpovědnost, neřešíme, neradíme”, jak uvádí Pokorná (Pokorná, 2008) (2). Pokud se během rozhovoru cítíme být bráni jako rovnocenní partneři, kde je nám dáváno najevo, že naše vyjádření k věci je očekáváno a má váhu, podporuje to v nás vědomí vlastní hodnoty a tvoří atmosféru důvěry.

Toto bych vztáhla především na obecnou komunikaci. Ve vztahu zdravotník- pacient považuji za důležité upřesnit, že ze strany zdravotníka nelze zcela nepřijímat odpovědnost a neradit, vzhledem k tomu, že je vybaven odborností a informacemi, jež pacient zpravidla nemá. Jde ovšem o to, jak zdravotník s těmito “výhodami” vůči pacientovi vystupuje- neměl by se stavět do role toho, kdo ví nejlépe, co pacient potřebuje, na to se pak váže i názor, že pacient je laik, zdravotnické problematice zpravidla stejně nerozumí a tak by do věci o svém stavu neměl moc mluvit a pouze se spolehnout na zdravotníka - uvedený přístup vidím jako ukázkou paternalistického vztahu.

Jednou z dovedností, která by měla být v partnerském přístupu samozřejmá, je aktivní naslouchání – tedy způsob, jakým sdělované informace přijímáme. Náš zájem by neměl být pouze povrchní, ale získaná sdělení bychom měli vyhodnocovat, uvažovat nad souvislostmi mezi nimi, doptávat se, číst mezi řádky. S aktivní nasloucháním se pojí určité typické techniky, kterými vyjadřujeme zájem o komunikační protějšek, podněcujeme jej k hovoru, shrneme vlastními slovy, jak jsme sdělenému porozuměli a ověříme si, zda je tato naše interpretace správná. Vhodné je používat vyjádření typu “jak to vidíte vy”, “řekněte mi o tom více”, “vidím, že vám to dělá starosti”, “jeslti to dobře chápu, tak říkáte že...”, “jsem rád, že jste mi o tom řekl” atd.

I když ne všichni máme efektivní komunikaci vrozené nadání, je možné se této dovednosti naučit, osvojit si kroky, které nám pomohou být v naslouchání pozornými a aktivními.

2.3 Kontraproduktivní komunikace

Opakem efektivity je kontraproduktivita. Kontraproduktivní komunikace, označovaná též jako nezdravá, vede k nepochopení, nesprávnému předání či interpretaci sdělovaného a vyvolává negativní emoce, jako jsou strach, pocit tísně, ale i hněv. Dorozumívání mohou znesnadňovat komunikační bariéry, a to interní nebo externí. Externí bariéry jsou překážky vystavené okolním prostředím- hluk, šum, vizuální rozptylování, překážkou může být i komunikační zahlcení. Pokud je komunikační bariéra interní, je na straně jedince, ať už původce nebo příjemce sdělení. Jako interní bariéry mohou působit např. některé negativní emoce (starch), nepřipravenost, postoje (např. neochota naslouchat), zdravotní stav (třeba u osob se sníženou participací). Ke kontraproduktivnímu dorozumívání vede též devalvace, manipulace, používání bezvýznamných výrazů (tzv. slovní vata), nevhodný způsob sdělování vzhledem k posluchači. Tento způsob komunikace je samozřejmě nežádoucí.

Devalvací rozumíme snižování hodnoty jedince- ať už u jeho okolí nebo u něj samotného (1). Devalvující přístup v komunikaci je necitlivý a hrubý; lidé, kteří bývají častěji exponováni takovému jednání, mohou mít v důsledku problémy jak s komunikací, tak ve vnímání sebe sama. Mezi projevy devalvace patří bezohlednost, povýšenost, skákání do řeči, naschvály, nezájem, ignorace a neodpovídání na otázky, křivé nařčení, urážky a ironizace, neférovost, zneužití důvěry (1) (3).

2.4 Specifika v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem

Křivohlavý a také někteří jiní autoři nazývají komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem interakcí (4) (1), protože tento “termín je širší než termín rozhovor, (...) v termínu *interakce* jeho složka (akce) upozorňuje na to, co vše se *děje* mezi danými dvěma lidmi. To může zahrnovat nejen sociální komunikaci, ale i jednání obou.” (Křivohlavý, s. 59) (4)

Výše uvedená pravidla pro efektivní komunikaci jsou základem kvalitního dorozumění a porozumění, ovšem zdravotník by se neměl spokojit s aplikací pouze těchto obecných dovedností, neboť „pacient se na zdravotníka neobrací s nemocí jako s něčím, co

lze léčit a ošetřovat bez vztahu k jeho osobnosti, nýbrž v určité životní krizi“ (Zacharová, Šimčíková-Čížková, s.238) (1).

Specifičnost interakce zdravotník/ pacient pramení z toho, že pacient přichází k lékaři s určitým očekáváním a také s představou o své nemoci. (Křivohlavý, s.60, 61) (4). Kromě toho je plný obav a nejistoty, pacientovo chování značným způsobem ovlivňují i symptomy jeho onemocnění. Ke zdravotníkovi a k lékaři obzvláště pacient vzhlíží s důvěrou i nedůvěrou. Na jedné straně je důvěra, že zdravotník chce nemocnému pomoci a stará se o jeho zdraví, oproti tomu pak nejistota, protože pacient neví, co si lékař myslí a koná (Zacharová, Šimčíková-Čížková, s. 239) (1). Na základě toho pak vznikají emoce, kterým nemocný ve svém mluvení a jednání více či méně podléhá. Zdravotník by měl být důvěryhodný jak svou profesionalitou, tak svou lidskostí.

I přesto Ptáček uvádí, že “mnoho odborníků z celé řady medicínských oborů se přiznává, že v podstatě neléčí pacienta, ale diagnózu, EKG nebo EEG záznam, případně výsledky biochemického vyšetření. V tomto procesu pacient jako osoba se svým příběhem, obavami, ale i řadou příčin aktuálního zdravotního stavu zůstává zcela v pozadí” (Ptáček, Bartůněk a kol, 2011, s. 38) (5). Dále Ptáček zmiňuje že výzkumy, jež byly v oblasti komunikace mezi lékařem a pacientem provedeny, jasně prokazují důležitost efektivní a vhodné komunikace v této oblasti a její pozitivní vliv na celkový efekt léčby. Pokud pacient ví, proč absolvuje různá vyšetření, proč jsou důležitá, jaké má možnosti léčby a co je jejím cílem, jak s tím souvisí případná režimová opatření, a přitom má možnost se k těmto všem postupům vyjádřit, případně je i po řádném poučení s důsledky a jinými možnostmi odmítnout, bude se zdravotníky jistě participovat na diagnostickém a terapeutickém výsledku ochotněji, než kdyby celým diagnostickým a léčebným procesem měl projít, aniž by znal jejich účel a výsledky.

3 Anatomie sluchového aparátu. Diagnostika a rozdělení sluchových vad

3.1 Anatomie sluchového aparátu

Ucho je orgánem sluchu a také místo uložení rovnovážného ústrojí. Skládá se z periferní a centrální části. Periferní část zahrnuje zevní, střední a vnitřní ucho a sluchově rovnovážný nerv. Téměř všechny tyto části ucha jsou uloženy ve spánkové kosti.

Centrální část tvoří sluchová a rovnovážná dráha a příslušná centra.

Zevní ucho

Zevní ucho tvoří boltec, jehož funkcí je zachycení zvuku. Boltec ústí do zevního zvukovodu, který je ve své první třetině (laterální část), tvořen chrupavkou, dále (ventrální část) je jeho podkladem kost. Zevní zvukovod je kryt kůží, která produkuje maz (cerumen); končí oválnou blánou-bubínkem.

Střední ucho

Střední ucho je od zevního ucha odděleno bubínkem. Ten je k ose zvukovodu postaven šikmo. Blána bubínku je kónicky vtažená dovnitř. Jeho větší část, pars tensa, je složena ze tří vrstev: zevní je epidermální, střední vazivová a vnitřní epiteliární. Horní část bubínku, pars flaccida, má pouze dvě vrstvy.

Hlavní částí středního ucha je dutina středoušní čili bubínková (cavum tympani) a je tvořena vzdušnou šterbinou. Klinické dělení je na mezotympanum, epitympanum a hypotympanum. V epitympanu najdeme také tři sluchové kůstky – kladívko, kovádlínku a třmínek. Ty jsou spolu spojeny kloubně a tvoří pákovou soustavu, tzv. kostěný řetěz. Spolu s bubínkem zajišťuje kostěný řetěz převod zvukových vln k vnitřnímu uchu. Sluchové kůstky jsou k nadbubínkové dutině připevněny vazy.

Ve středouši se také nachází dva svaly (musculus tensor tympani a musculus stapedius), které regulují napětí soustavy bubínku a kostěného řetězu podle intenzity zvuku procházejícího uchem, a tak sluchový aparát chrání.

Na bubínkovou dutinu navazuje systém dutinek vystlaných sliznicí v bradavčitém výběžku páňkové kosti. Tento systém dutinek je označujeme jako sklípkový – pneumatický, systém. Středoušní dutina je s vnějším prostředím spojena sluchovou trubicí – tuba auditiva (Eustachi). Slouží k vyrovnávání tlaku před a za bubínkem, tak umožňuje funkci středního ucha.

Vnitřní ucho

Navazuje na střední ucho. Tvoří jej hlemýžď (concha), který je spolu s rovnovážným ústrojím – labyrintem, uložen v kostěném pouzdře skalní kosti. V tomto pouzdře najdeme blanitou část, která rozděluje dutinu závitů hlemýždě na tři oddíly. Mezi blanitým labyrintem a kostěným pouzdrem se nachází tekutina – perilymfa.

Součástí blanitého labyrintu je ductus cochlearis. Jeho spodinu tvoří lamina basalis – basální membrána, na níž nalezneme vlastní orgán sluchu, vláskové buňky. Ty spolu se zakončením sluchového nervu tvoří tzv. Cortiho orgán (organum spirale). Funkcí Cortiho orgánu je přeměna zvukových vln na nervové vzruchy.

S hlemýžděm je také propojeno rovnovážné ústrojí.

3.2 Fyziologie sluchu

Podstatou vnímání zvuku je přeměna mechanické energie, jejíž formou se zvuk šíří, na energii elektrickou, a to následujícím způsobem: zevním zvukovodem je akustická energie převedena na bubínek. Následně se pákovým systémem tří kůstek vlnění této energie přenesou na endolymfu, kde dojde k pohybům tzv. „vlásků“ vlasových buněk. Právě zde se mechanické vlnění mění na elektrickou energii, kterou pak sluchová dráha vede do sluchového centra v kůře mozku (5).

Poměr plochy bubínku k ploše třmínku (1:17) a částečně také uspořádání sluchových kůstek zajišťuje téměř bezztrátový přenos zvuku – přenáшено je více jak 99% energie zvuku a méně než 1% je spotřebováno na překonání odporu středoušní mechaniky (akustická impedance). Při nadměrném zatížení zvukem se uplatňuje stapediální a tenzorový reflex, které vyvolávají stah středoušních svalů a tím zvýší akustickou impedanci.

Co se týče hodnot sluchem vnímaných frekvencí a hlasitosti, lidský sluchový aparát zachytí vjemy o frekvenci od 16 do 20 000 Hz a do 120 dB. Jako příjemné vnímáme zvuky 40-60 dB, do 69 dB se ještě jedná o pásmo fyziologické. Pásmo zátěže se pohybuje v rozmezí 70-94 dB, 95-119 dB je pásmo poškození, 120-29 dB pásmo hmatu, zvuky nad 130 dB jsou již v pásmu bolesti (6).

Hlasitost běžného hovoru bývá okolo 60 dB, zvuk startujícího letadla dosahuje 130 dB (2).

3.3 Rozdělení sluchových vad

Sluchové vady dělíme stejně jako mnohá jiná onemocnění na vrozené nebo získané. U vrozených vad dále rozlišujeme, zda se jedná o syndromové nebo nesyndromové postižení. V případech syndromových postižení je ztráta sluchu vázána na některý ze syndromů, nejčastěji na Alportův syndrom (spojený s insuficiencí ledvin), Usherův syndrom (spojený s postižením oka), aj.

Nesyndromové vady, které tvoří většinu vrozených sluchových vad (8), jsou důsledkem genové mutace.

Dělení získaných vad podle doby vývoje, kdy k poškození sluchu došlo, je následující: prenatalní (tj. během nitroděložního vývoje dítěte), perinatální (tj. vznikají při porodu nebo záhy po něm, zejména jako důsledek hypoxie nebo těžké novorozenecké hyperbilirubinémie; nejsou příliš časté (8)) a postnatální (tj. v dětství nebo v dospělosti).

Stavů, při kterých hrozí poškození nebo ztráta sluchu, je hodně. Příčinou může být infekční onemocnění (meningitis, encephalitis, komplikované spalničky a příušnice, syfilis,

toxoplasmosa, aj.), expozice exogenním toxinům (těžké kovy, methylalkohol, některá antibiotika a léky), traumata anebo přetížení sluchu zvukem, tlakem či pohybem, a další. Děti vyrůstající v prostředí, kde se stávají pasivními kuřáky, jsou ohroženy častými otitidami a poškozením sluchu, protože nikotin je ototoxický (8).

Na ztrátě sluchu se podílí také dlouhodobá expozice nadměrnému hluku, jehož intenzita se pohybuje kolem 80 dB a více. K tomu může dojít v rámci zaměstnání. Pracoviště s rizikem hluku vyhledává hygienická služba, když zjistí třídu hluku N 85 (tj. 85 dB) a vyšší (Hybášek, Vokurka, 2006, s. 321)(6).

Negativní dopad na funkci sluchu mají rovněž zvuky a ruchy, které nás běžně obklopují – ruch dopravy, stroje, hudba. Ty označujeme jako tzv. komunální (6) nebo enviromentální hluk (8).

I v rámci zábavního průmyslu je potřeba pomýšlet na ochranu sluchu – časté návštěvy koncertů určitých druhů hudby jsou pro sluch velice zatěžující a totéž se týká zábavní pyrotechniky. V této souvislosti nelze opomenout ani poslech hlasité hudby. Dlouhodobý poslech hudby ze sluchátek může způsobit ztrátu citlivosti ucha na vyšší frekvence, může se projevit i opakovaným zvoněním v uších a zhoršenou schopností vnímat řeč v hlučnějším prostředí. Z hlediska škodlivosti vůči sluchu jsou nejhorší sluchátka, která se zasouvají přímo do ucha. Těsná blízkost sluchátka a zvukovodu zvyšuje pravděpodobnost poškození citlivého orgánu (Eliašová, Derňarová, 2010, s.26) (8).

Při kategorizaci sluchových vad je dále potřeba rozlišit, zda se jedná o prelingvální či postlingvální sluchové postižení. Prelingvální sluchové vady jsou ty, které vznikly do 7. roku života, tedy před fixací mluvené řeči. O postlingvální sluchové vadě mluvíme tehdy, když vznikne po 7. roce života, po fixaci řeči. Toto má zásadní význam zejména z hlediska vzdělávání osob se sluchovým postižením.

3.4 Klasifikace sluchových vad

Stupeň sluchového postižení je hodnocen podle Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH) vydané WHO poprvé v roce 1980 (9).

- Lehká nedoslýchavost – Sluchová ztráta 26-40 dB
- Střední nedoslýchavost – Sluchová ztráta 41-55 dB
- Středně těžká nedoslýchavost – Sluchová ztráta 56-70 dB
- Těžká nedoslýchavost – Sluchová ztráta 71-91 dB
- Úplná hluchota – Sluchová ztráta nad 91 dB

Orientačně je možné rozpoznat sluchovou vadu u člověka tehdy, když dobře neporozumí běžné hovorové řeči na vzdálenost větší než 6 m (2).

3.5 Vyšetření sluchu

U větších dětí a dospělých se vyšetření sluchu provádí pomocí řeči, ladiček a konvenční audiometrie. U malých dětí nám k vyšetření poslouží zvukové hračky. Bez ohledu na věk se dále v případě potřeby provádí tympanometrie, objektivní audiometrie a měření otoakustických emisí.

3.5.1 Vyšetření sluchu v dětském věku

Porucha sluchu narušuje rozvoj nebo zachování řeči dítěte, což v jeho dalším životě vede k závažným deficitům v psychosociálním vývoji a později také výrazně omezuje možnosti uplatnění. Včasná diagnostika případných sluchových poruch se tak stává zásadní pro zvolení a aplikaci optimálních výchovných a pedagogických metod, nebo podle charakteru sluchového postižení také pro zvolení vhodné kompenzační pomůcky. Optimální by bylo, kdyby první vyšetření v rámci celoplošného screeningu trvalého postižení sluchu (TPS) proběhlo již v porodnici, což se také v řadě zemí děje. V ČR je tato praxe zatím ve fázi příprav vhodných podmínek (10).

U dětí do šesti měsíců věku si všímáme nepodmíněných reflexů, jejichž dobrá, popř. typicky narušená výbavnost má velkou výpovědní hodnotu pro diagnostiku celé řady onemocnění – v rámci screeningu sluchových vad nás zajímá zejména úlekový a auropalpebrální reflex. Tuto zkoušku provádíme pomocí zvukových hraček. Poměrně spolehlivě lze takto zjistit hluchotu anebo zbytky sluchu.

Od sedmi měsíců věku věku pozorujeme, zda se dítě otáčí za zvukovým podnětem. V této době je už schopné sedět.

Kolem 1. roku věku začíná dítě rozumět řeči, reaguje na polohlasné výzvy, začíná samo mluvit.

Ve dvou letech se dítě již otáčí na zavolání z větší vzdálenosti. Pro vyšetření sluchu je toto důležité – u některých dětí lze použít monoaurální zkoušky hlasitou řečí, od tří let pak také šepem a tónovou audiometrií. Jednoduchá vyšetření sluchu jsou zahrnuta v běžné prohlídce pediatrem, který pak při podezření na sluchovou vadu doporučí vyšetření specialistou (6).

3.5.2 Vyšetření sluchu u dospělých

Sluch a jeho vyšetření řeší obor zvaný audiologie; pro dětský věk pak pedaudiologie, již se v ČR zabývají foniatři.

Audiologie je postavena na základech dalších fyzikálních, biologických a sociálních věd (10).

Audiologické vyšetření probíhá po základní otorinolaryngologické prohlídce, která zahrnuje vedle otoskopie také zhodnocení stavu nosní a krční sliznice, tonsil a morfologie patra. Již zde se může objevit celá řada anomálií, které se podílí na případné sluchové či řečové vadě.

Dále vstupně v rámci audiologického vyšetření proběhne sluchová zkouška řeči, což je zkrátka porozumění šeptané a mluvené řeči. Zkouška je pouze orientační, lze ji doplnit vyšetřením pomocí ladiček; přesto je důležitá a přispívá k určení dalšího dovýšetření a postupů.

Dalšími používanými vyšetřovacími metodami jsou různé druhy audiometrie: tónová a řečová audiometrie, audiometrické vyšetření nadprahovými testy; metody objektivní audiometrie založené na snímání biopotenciálů, kde je základním vyšetřením tympanometrie, dále měření otoakustických emisí, vyšetření reflexů třmínkového svalu (tzv. stapediální reflex, viz kapitola 2.2) a sluchové evokované potenciály. Blíže tato vyšetření popisuje odborná literatura (10).

4 Komunikace se sluchově postiženými lidmi

4.1 Kultura neslyšících

Pokud hovoříme o sluchově postižených lidech, není vhodné je označovat jako „hluché“. Mezi běžnou populací je také rozšířeno používání nesprávného výrazu „hluchoněmí“, což ale může být pro sluchově postižené jedince až urážející, protože němí nejsou. Tento výraz ovšem býval oficiálně používán dříve v souvislosti nedostatečnými řečovými schopnostmi osob se sluchovým postižením (11).

V některých česky psaných zdrojích se můžeme setkat s pravopisným rozlišením „neslyšící“ a „Neslyšící“ (stejně tak není označení Deaf/ deaf výjimkou v mnohých anglicky psaných pramenech), které má vystihnout rozdíl ve vnímání identity osob se sluchovým postižením: označení „neslyšící“ se používá pro popsání sluchového postižení především jako

handicapu, výraz „Neslyšící“ poukazuje na příslušnost ke kulturní menšině, která má svůj vlastní jazyk a další specifika.

Mnoho nesprávných přístupů a předsudků vůči lidem se sluchovým postižením pramení z nedostatečné znalosti toho, co vlastně sluchové postižení znamená nebo neznamená.

Velká část populace slyšících (zdravotníky nevyjímaje), má výraz „neslyšící“ spojený s nemocí nebo problémem, který je třeba především léčit. Tak vypadá sluchové postižení z medicínské perspektivy. Méně známým je pohled kulturně antropologický, který do České republiky přichází po roce 1989 (12). Z kulturně antropologického hlediska není komunita lidí s poruchami sluchu, (neboli komunita neslyšících a nedoslýchavých) skupinou zdravotně postižených, ale je to jazyková a kulturní menšina. Zejména prelingválně neslyšící lidé používají jako hlavní komunikační prostředek znakový jazyk. Na základě výzkumů tohoto dorozumivacího prostředku, které proběhly již v 60. letech 20. století, bylo konstatováno, že znakový jazyk je přirozený a srovnatelný s jazyky mluvenými, má vlastní historii a vývoj, také gramatiku a znakovou zásobu, je mateřským jazykem zejména prelingválně neslyšících lidí. To je zásadní argument pro kulturně- antropologický přístup k neslyšícím (12). Tento pohled na věc pomáhá mnoha sluchově postiženým lidem nevnímat svůj handicap jako výrazně limitující onemocnění, ale jako přirozenou kulturní odlišnost. Tito lidé pak žijí i přes sluchovou vadu plnohodnotný naplňující život. Je ovšem potřeba uvést, že ne všichni lidé z řad sluchově postižených se vidí jako součást této kulturní menšiny. V tom hraje důležitou roli ani ne tak stupeň poškození sluchu, jako způsob, jakým vnímá sluchově postižený člověk sám sebe (12). Často lidé ohluchlí, tedy ti, kteří přišli o sluch v dospělém a starším věku, vidí své onemocnění především jako handicap, který je vylučuje z jejich dosavadního života a okrádá o mnohé aktivity. To působí negativně zejména na psychickou kondici; důsledkem jsou deprese, hořkost, pasivita. Hrozí, že se ohluchlý jedinec stáhne do sebe a začne odmítat komunikovat se svým okolím (které si často ani neuvědomuje přítomnost neslyšícího a rozhovor mu nepřizpůsobí tak, aby se mohl neslyšící zapojit do konverzace), čímž dochází k jeho izolaci. Ostatně, v mnoha publikacích týkajících se života sluchově postižených lidí jsou jejich problémy s dorozumíváním stručně, ale výstižně shrnuty takto: zatímco nevidomost odděluje postiženého člověka od věcí, sluchové postižení odděluje od ostatních lidí (3).

To ovšem neznamená, že všichni, kteří se necítí být svou identitou Neslyšícími, jsou nutně depresivní lidé bez radosti ze života. Mnozí z neslyšících jedinců “se za příslušníky jakkoli vyčleněné skupiny nepovažují a mají tendenci spíše se plně integrovat v běžné populaci.” (13).

V závěru této práce (viz. příloha č.5) uvádím odkazy na Úmluvu práv osob se zdravotním postižením, vydanou OSN, a některé zákony, které se vztahují k ochraně osob nejen se sluchovým postižením, ale i s jinak sníženou participací, protože pokládám za důležité v souvislosti s touto problematikou vědět, že práva osob s postižením jsou jištěna zákonem, kde lze tyto prameny práva najít a co je v nich uvedeno.

4.2 Komunikace zdravotníků s neslyšícími

Zásadní je, aby zdravotníci znali desatero pro komunikaci se sluchově postiženými (viz přílohy). S jeho dodržováním se dá zvládnout mnoho momentů, z hlediska efektivní komunikace rizikových. Uvádím zde situace, které podle mě ve zdravotnickém zařízení k takovým patří nejčastěji:

- sestra volá pacienta z čekárny do ordinace – již při objednávání pacienta by měla být jeho dokumentace označena štítkem „neslyšící“. Už z toho je v den objednání jasné, že pacient na vyzvání hlasem nebude reagovat, ale je potřeba jej vyzvat ke vstupu do ordinace jinou vhodnou formou (gestem, apod.). Takto by samozřejmě měla být označena také dokumentace hospitalizovaného neslyšícího;
- zákroky při kterých je použita rouška – před hovorem je potřeba si roušku sundat;
- upozornění na bolestivý výkon: „Neupozorní, že výkon/ošetření bude bolet – zařvala jsem jak tur. A stačilo málo...“ (14)
- vhodné a včasné předání pokynů pro spolupráci při vyšetření: „Při RTG řeknou >>nedýchat!<< Odejdou do jiné místnosti, pak houknou z místnosti: >>dýchat<<, což neslyším, nějak se zakecají a já rudnu, div se nedusím... šilhám kolem, mohu-li lapnout doušek vzduchu.“ (14)

V České republice jsou podle statistik asi 2 % občanů sluchově postižených (13). Podstatnou část z nich tvoří starší lidé, u nichž se jedná o zhoršení sluchu stářím (11). S těmito klienty se ve zdravotnické praxi setkáváme běžně. Pak je zde méně početná skupina lidí, kteří se již se sluchovým postižením narodili nebo se u nich projevilo v raném dětství. Toto může být důležité ve volbě optimální cesty dorozumívání. Jak již totiž bylo uvedeno výše, uživatelé ČZJ jsou především lidé prelingválně neslyšící. Pro ty je český jazyk jazykem cizím, nemusejí v něm mít velkou slovní zásobu (a v důsledku toho mohou mít problémy při odezírání) nebo nemusejí zcela rozumět jeho psané formě. U těchto pacientů je vhodné zajistit tlumočení do ČZJ, pokud jej neovládá ošetřující personál. Téměř všude se setkáváme s výrazným nepoměrem mezi uživateli znakového jazyka a počtem zdravotníků, kteří jej také

ovládají – např. ve Velké Británii žije zhruba 1 milion lidí s určitým stupněm postižení sluchu, většina jich má těž ztrátu sluchu a jako hlavní komunikační prostředek užívá BSL (British Sign Language, Britský znakový jazyk) asi 50 000 z nich (15). V USA je ASL (American Sign Language) dokonce čtvrtým nejčastěji užívaným jazykem. Oproti tomu umí obstojně znakovat jen málo zdravotníků (16). Podobně se také většině lékařů dostane jen velmi málo anebo žádných informací a možností poznat blíže kulturu Neslyšících. To může pochopitelně vést k celé řadě nedorozumění a zkreslení informací mezi lékaři a neslyšícími pacienty a k dojmu lhostejnosti a neúcty ze strany lékaře (16).

Zdravotníci také obecně přeceňují počet sluchově postižených pacientů, kteří dokáží odezírat, protože si neuvědomují, že většina lidí ohluchla až po fixaci řeči, a tudíž si neosvojili dovednost odezírat (15). V této souvislosti zde uvádím zkušenost člověka, který ohluchnul v dospělosti: „Spousta mých přátel a známých se někdy (často opakovaně) zminila o tom, že byli v ordinaci odkázáni pouze na odezíráni, které je velmi nespolehlivé. Odezírat se také dá pouze za určitých podmínek a osoba čerstvě ohluchlá odezře mnohdy pouze jednoduché věty typu: >Máš hlad?<“ (17).

Některé jednoduché věty lze na počátku hovoru odezřít, ale odezíráni je velice náročné na pozornost. S poklesem schopností soustředit se klesá i kvalita odezíráni (2). Je dobré s tím počítat a předem se dohodnout například na psané formě komunikace již od začátku. Někteří nemocní sice dokáží odezírat celkem obstojně, ale pro jistotu uvádějí, že neodezírají, a rovnou si žádají předávání informací v psané podobě.

V dostupné česky psané literatuře je příručkou pro zdravotníky „Dorozumívání s neslyšícím pacientem“ od Mgr. Věry Stradové, vydaná v roce 2003¹. Zdá se, že v této oblasti dosud neproběhl rozsáhlejší výzkum – pokud se tak dělo, pak převážně v rámci absolventských závěrečných prací. Zahraniční odborná literatura se touto problematikou zabývá již o něco více, také zde je ovšem uvedeno, že šetření mapujících komunikaci mezi lékaři a neslyšícími pacienty je v odborné literatuře je nedostatek (16). Z proběhlých výzkumů a literárních zdrojů vyplývá, že oblast kvalitního dorozumívání mezi zdravotníky a neslyšícími je palčivou oblastí takřka celosvětově.

Na tom, aby komunikace byla co nejpřínosnější, pochopitelně hraje roli i přístup samotných neslyšících. Na základě svých zkušeností se mohou na návštěvu ZZ již předem připravit (pokud se jedná o plánovanou návštěvu), dopředu upozornit na některé skutečnosti tam, kde ví, že se to v minulosti již vyplatilo anebo kde naopak bývá podle jejich zkušenosti

¹ Stradová, Věra: Dorozumívání s neslyšícím pacientem. Koplík Raimund. (Liberec.) 2003. 128 s. ISBN 80-903405-0-4

kámen úrazu. Mohou zdravotníkům, s nimiž přijdou do styku, sami doporučit určité praktické typy. Například někteří neslyšící ocenili projekt České komory ohluchlých, v rámci kterého v devadesátých letech neslyšící lidé dostali kartičku s nápisem “jsem neslyšící” (14). Tuto kartičku pak mohli použít i ve zdravotnickém zařízení nebo si ji položit na stolek u nemocničního lůžka tak, aby personál mohl tuto skutečnost zjistit ještě před tím, než začne komunikovat. Názory na to, zda by měl tuto pomůcku nosit s sebou do nemocnice neslyšící nebo zda by si je měla oddělení zajistit sama, se různí.

4.3 Vzdělávání v oblasti komunikace se sluchově postiženým pacientem

Zajímalo mě, jaké názory ohledně problematiky vzdělávání svých studentů ve výuce znakové řeči zastávají střední zdravotnické školy. Protože má práce je zaměřená na region Příbramska, oslovila jsem SZŠ ve Středočeském kraji, kde jich nabízí výuku celkem osm. Z nich mi odpovědělo sedm škol. Tři z těchto škol nabízely svým studentům možnost absolvování kurzu znakového jazyka, čtyři školy jej v minulosti nenabízely. V současné době pouze jediná škola nabízí kurz znakového jazyka, šest škol tuto možnost svým žákům neposkytuje. Šest zástupců škol uvedlo, že by bylo užitečné, kdyby studenti zdravotnických škol, kteří mají zájem, mohli projít výukou znakového jazyka; zejména proto, aby pak byli připraveni na setkání s neslyšícím klientem v praxi. Jako překážku pro zavedení lekcí ČZJ respondenti uvedli nedostatek finančních prostředků (3 odpovědi), špatnou dostupnost lektora (3 odpovědi), anebo nezájem studentů, kvůli kterému byly dosavadní kurzy předčasně ukončeny (1 odpověď). Jeden zástupce uvedl, že nepovažuje u zdravotníků znalost ČZJ za užitečnou, protože ve vlastní praxi se s neslyšícím, který by komunikoval ČZJ, ještě nesetkal. Tento respondent považuje využití moderních komunikačních technologií (např. tlumočnicka přes webkameru) za dostupnější a snadnější. Zároveň ale uvádí, že je potřeba, aby studenti znali pravidla pro komunikaci a kontakt s lidmi s různými typy handicapů.

Dá se předpokládat, že obdobné výsledky by přineslo celorepublikové šetření na středních zdravotnických školách.

Není reálné ani nutné, aby každý zdravotnický pracovník ovládal komunikaci v ČZJ; vždyť ani mnozí z neslyšících jej neznají. Jistě by ovšem bylo přínosné, kdyby měli zdravotníci větší možnost seznámit se s kulturou Neslyšících i s problémy, které musí sluchově postižení lidé v ordinacích a nemocnicích řešit. Také by bylo zajímavé, kdyby zdravotníci (a studenti zdravotnických oborů) ve spolupráci se sluchově postiženými lidmi například vytvořili projekt, jehož cílem by bylo seznámit širší veřejnost s tím, co to znamená

žit se sluchovým postižením, jaké překážky musí tito lidé překonávat a co se od nich můžeme naučit. Nepátrala jsem po tom, zda nějaká podobná akce v minulosti proběhla, ale pokud byla organizována, tak velmi nenápadně. Myslím, že projekt tohoto rázu by byl prospěšný všem zúčastněným mj. i tím, že by napomohl odstranění předsudků, které slyšící lidé vůči neslyšícím mají. Zdravotníci by si při něm možná více uvědomili specifické komunikační potřeby neslyšících a procvičili by si svou schopnost na tyto potřeby reagovat a naplňovat je. Tato specifika by pak už nemusela být nepřekonatelnou překážkou, která odděluje neslyšící od ostatních lidí.

Praktická část

5 Cíl práce a hypotézy

Pracuji jako zdravotní sestra na standardním interním oddělení a se sluchově postiženými lidmi přicházím do styku poměrně běžně. Valná většina z nich jsou lidé, kteří přišli o sluch ve stáří. S těmito klienty se dorozumíváme buď psanou formou nebo, pokud mají zbytky sluchu, kombinací odezírání a pomalé, hlasitěji mluvené řeči. Jednou jsem se v nemocnici setkala s mladým mužem, který potřeboval vysvětlit cestu do odborné ambulance. Sám mě upozornil, že je neslyšící. Po tomto krátkém setkání jsem si uvědomila svou nepřipravenost na komunikaci s neslyšícími klienty, kteří se dorozumívají ČZJ. Nevěděla jsem ani, kam bych se měla obrátit v případě, že bychom někoho s touto specifickou komunikační potřebou přijímali k nám na oddělení. Otázky, které mě napadaly, ovlivnily i moji volbu výzkumného tématu pro tuto práci.

5.1 Cíl práce

Mým cílem bylo zjistit, zda lidé se sluchovým postižením, kteří žijí v okrese Příbram, mají spíše pozitivní nebo spíše negativní zkušenosti s dorozumíváním se ve zdravotnických zařízeních (dále ZZ) v příbramském regionu, dále jaké zážitky si odnášejí ze setkání se zdravotníky v okrese Příbram a co hodnotí jako důležité v komunikaci se zdravotníky. Odpovědi také ukáží, jak zdravotničtí pracovníci z pohledu neslyšících ovládají a dodržují některá pravidla pro komunikaci s nedoslýchavými/ neslyšícími osobami. Ze vzorku respondentů, kteří se zapojili do šetření, bych také měla získat představu o tom, s jakým typem sluchového postižení se mohu u neslyšících na Příbramsku setkat nejčastěji, jaký je průměrný věk takto handicapovaných osob, kolik z nich je uživateli ČZJ a jaké používají kompenzační pomůcky.

5.2 Hypotézy

Na základě studia literatury k danému tématu a komunikačních problémů v ní zmiňovaných jsem stanovila tyto hypotézy:

1. Předpokládám, že téměř všichni lidé se sluchovým postižením na Příbramsku mají v souvislosti se svým handicapem alespoň jednu negativní zkušenost s nevhodnou komunikací ve ZZ.

2. Předpokládám, že asi polovina neslyšících v příbramském regionu se nezeptá zdravotníků na dovysvětlení informací, kterým nerozuměli.

Tuto hypotézu jsem stanovila na základě výzkumného šetření na podobné téma, které bylo provedeno v rámci jiné závěrečné práce (19). Toto šetření ukázalo, že 50 % respondentů nedostane informace od lékaře takovým způsobem, aby jim rozuměli. Na druhou stranu dalším výstupem zmíněné práce bylo, že většina neslyšících se na zlepšení vzájemné komunikace nepodílí. Ačkoli se nejednalo o výstupy z celorepublikového nebo regionálního výzkumu, zajímalo mě, zda sluchově postižení lidé na Příbramsku sami dají najevo, že neporozuměli poskytnutým informacím.

3. Předpokládám, že asi polovina neslyšících na Příbramsku má dojem, že s nimi zdravotníci komunikují méně než se slyšícími spolupacienty.

6 Metodika výzkumného šetření

Pro získání dat jsem se rozhodla použít kvantitativní výzkum dotazníkovým šetřením. Dotazník (příloha č. 1) měl 21 otázek: 3 k získání obecných demografických údajů o respondentech, 3 otázky zaměřené na charakter sluchové vady a ke zjištění užívání kompenzační pomůcky; zbývající položky v dotazníku byly směřované již ke zkušenostem sluchově postižených v ZZ.

Převážná část dotazníků byla distribuována ve spolupráci se Svazem neslyšících a nedoslýchavých Příbram v dalších městech příslušného regionu. O spolupráci jsem dále požádala ORL oddělení zdejší nemocnice. Zbývající dotazníky jsem distribuovala individuálně ve svém okolí a na pracovišti.

Ze 70 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 51. Návratnost je tedy 72,9 %.

7 Výběr vzorku

Výzkum byl zaměřen na osoby starší 18 let s různými stupni sluchového postižení, kteří žijí v okrese Příbram. Téměř všichni respondenti byli starší 18 let, pouze jednomu bylo 15 roků. Jeho odpovědi jsem do hodnocení výsledků zahrнула také, protože si nemyslím, že by se jeho zkušenosti za tři roky, kdy plnoletosti dosáhne, nějak výrazně změnily. Odpovědi tohoto jedince proto považuji za validní.

Mezi respondenty jsou také tři lidé, kteří nebydlí v okrese Příbram. To ovšem nevylučuje (ale samozřejmě ani nezaručuje), že navštěvují zdravotnická zařízení na

Příbramsku. Z tohoto důvodu, a také proto, že se jedná pouze o tři respondenty, jsem i dotazníky vyplněné lidmi z jiného okresu zahrnula do celkového hodnocení.

8 Zpracování údajů

K finálnímu zpracování údajů jsem použila ruční čárkovací metodu. Dotazníky jsem nejprve rozdělila podle pohlaví respondentů a podle druhu sluchového postižení. Později jsem usoudila, že hodnocení odpovědí podle pohledu mužů zvlášť a žen zvlášť není pro mé účely zásadní a zůstala jsem tedy u zdůraznění rozdílu v odpovědích prelingválně neslyšících.

9 Vyhodnocení

9.1 Obecné údaje

Otázky 1-3 a 5 byly z kategorie obecných otázek: věk, pohlaví, vzdělání a bydliště.

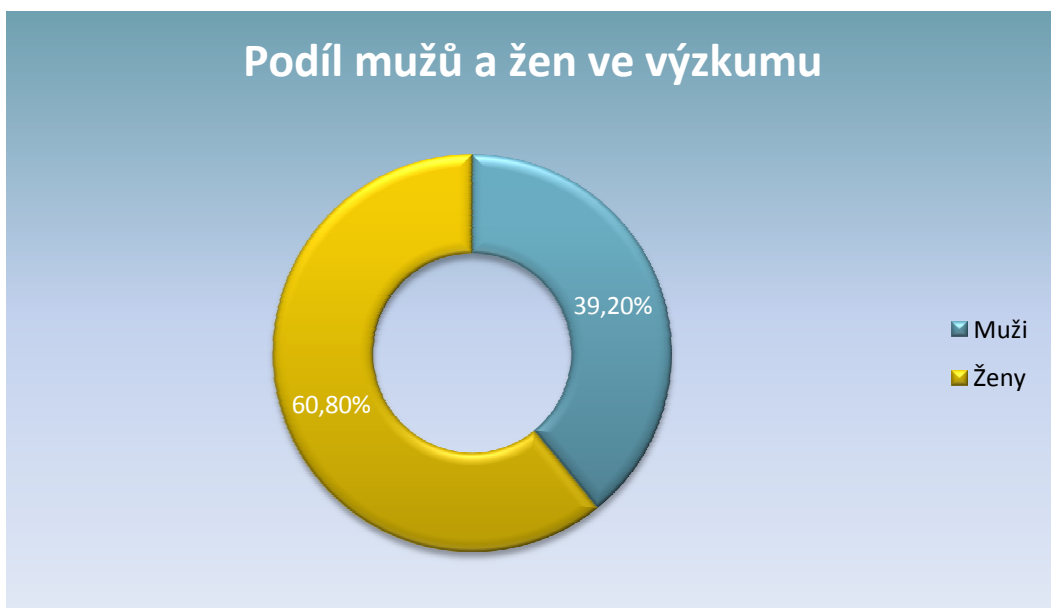
9.1.1 Věk

Své stáří v dotazníku nevyplnilo celkem 8 účastníků, tedy 16 % respondentů – 4 muži a 4 ženy. 84 % svůj věk uvedlo.

Průměrný věk všech respondentů bez ohledu na pohlaví byl 62 let. Průměrný věk respondentů – mužů činí 69 roků; respondentkám – ženám je v průměru 58 roků.

9.1.2 Pohlaví

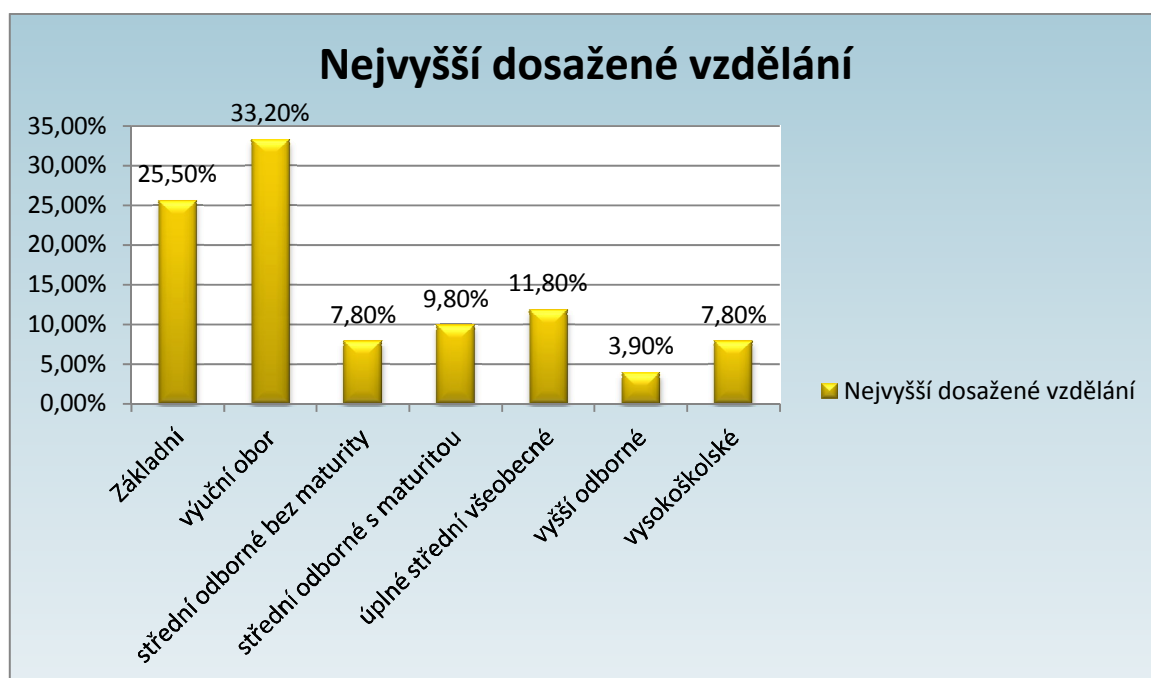
Procentuální poměr respondentů – mužů vůči respondentkám – ženám činí :
39,2 % mužů a 60,8 % žen.



GRAF 1

9.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Jako nejvyšší dosažené vzdělání označilo 25,5 % základní vzdělání, 33,3 % výuční obor, 7,8 % střední odborné bez maturity, 9,8 % střední odborné ukončené maturitou, 11,7 % úplné střední všeobecné, 3,9 % vyšší odborné a 7,5 % vysokoškolské.



GRAF 2

9.1.4 Bydliště

Jako své bydliště označilo Příbram 51 % sluchově postižených; v jiném městě v okrese Příbram žije 43,1 % respondentů. Tři lidé, tedy 5,9 %, jsou z jiného okresu.

9.1.5 Četnost návštěv u lékaře

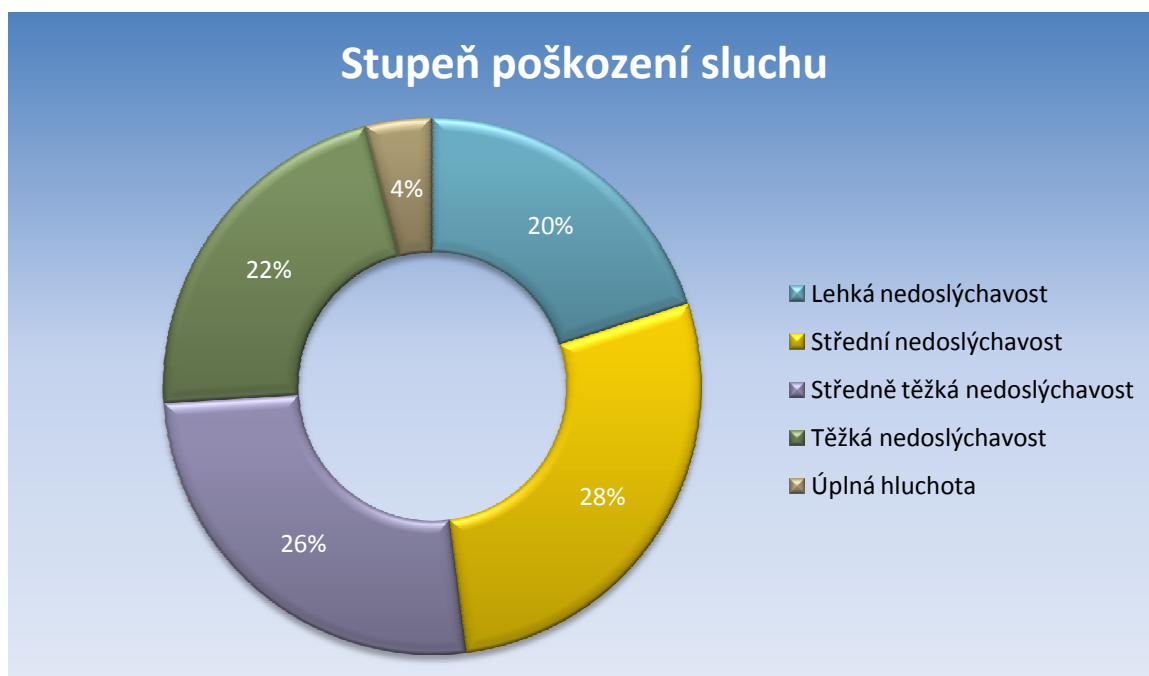
Jednou za měsíc a častěji navštěvuje lékaře 17,6 % respondentů. U 19,6 % není četnost návštěv u lékaře vyšší jak jednou za tři měsíce. Nejvíce respondentů chodí k lékaři jednou za 6 měsíců a déle – je to 62,7 % dotázaných.

9.2 Míra postižení sluchu a druh využívaných kompenzačních pomůcek

9.2.1 Stupeň poškození sluchu

Na otázku č. 4 „Jaký stupeň poškození sluchu máte?“ neodpověděl 1 respondent, zbývajících 50 odpovědělo. Výsledky jsou následující:

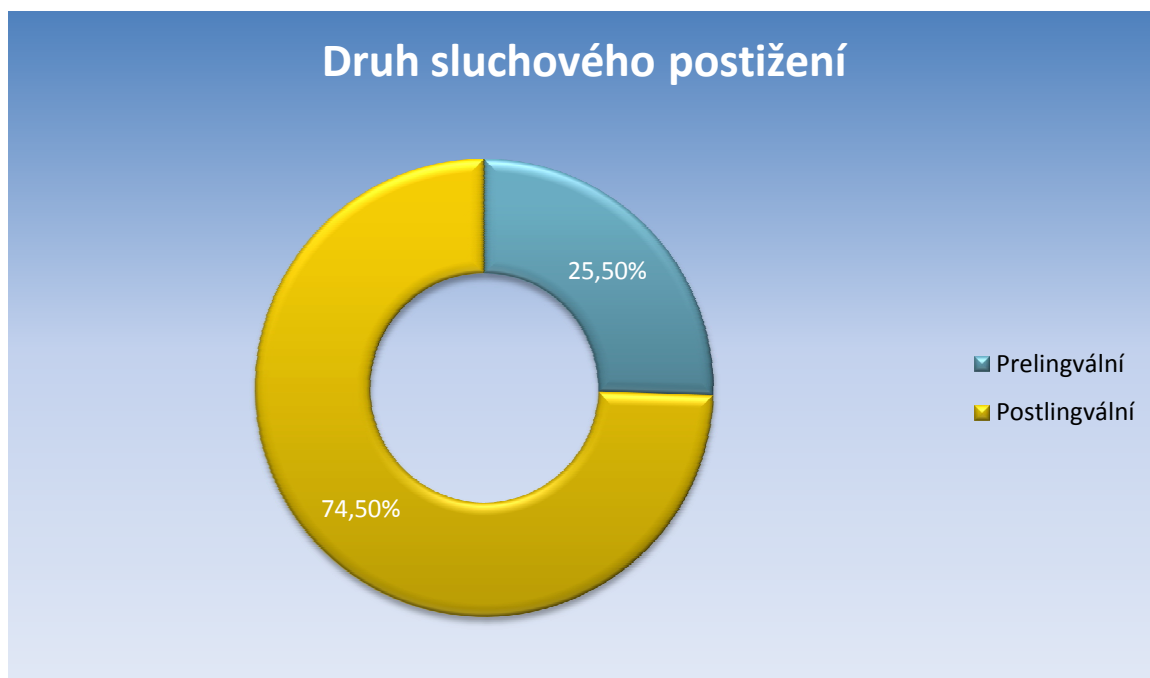
Své sluchové postižení označilo jako lehkou nedoslýchavost 20 %, lidé se střední nedoslýchavostí jsou v zastoupení 28 %, střední nedoslýchavost označilo 26 % respondentů, 22 % tvořily odpovědi jedinců s těžkou nedoslýchavostí. Úplnou hluchotou trpí 4 % respondentů.



Graf 3

9.2.2 Podíl prelingválně a postlingválně neslyšících

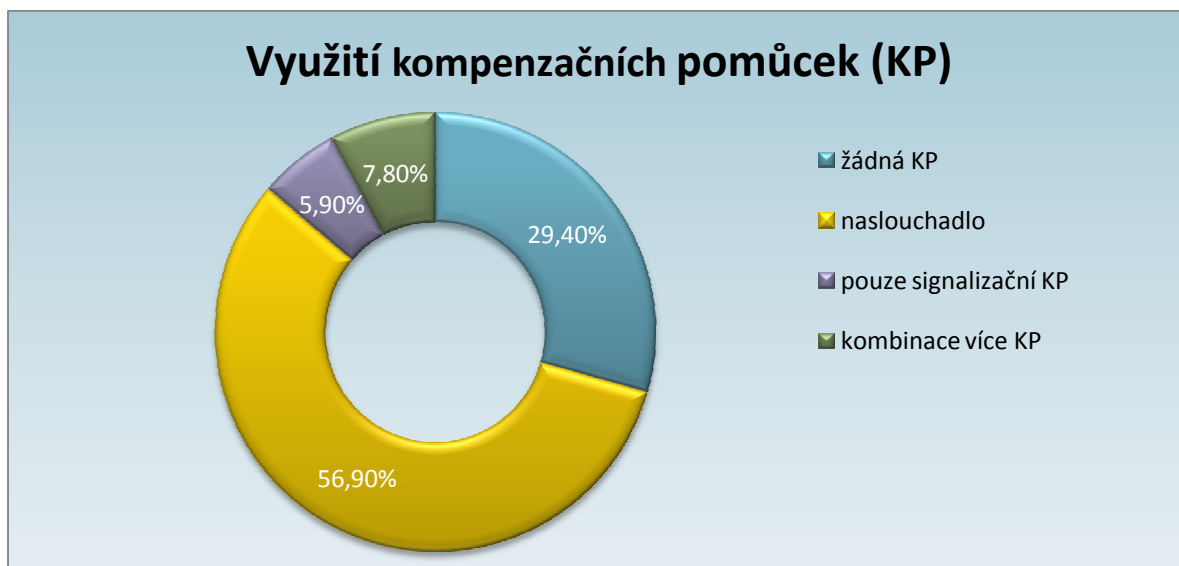
Jednu čtvrtinu respondentů tvoří lidé s prelingválním sluchovým postižením, zbývající tři čtvrtiny dotázaných uvedly, že mají postlingvální sluchovou vadou.



GRAF 4

9.2.3 Používání kompenzační pomůcky

Nejhojněji používanou kompenzační pomůckou (KP) je naslouchadlo, a to v 56,9 %. Žádnou KP nepoužívá 29,4 %. Signalizační KP využívá 5,9 %. Kombinací KP si pomáhají lidé v 7,8 %. Nejčastěji bývá využíváno naslouchadlo a signalizační pomůcka, jeden respondent odpověděl, že využívá ještě sluchátka k poslechu televize. Kochleární implantát neměl nikdo z účastníků výzkumu.

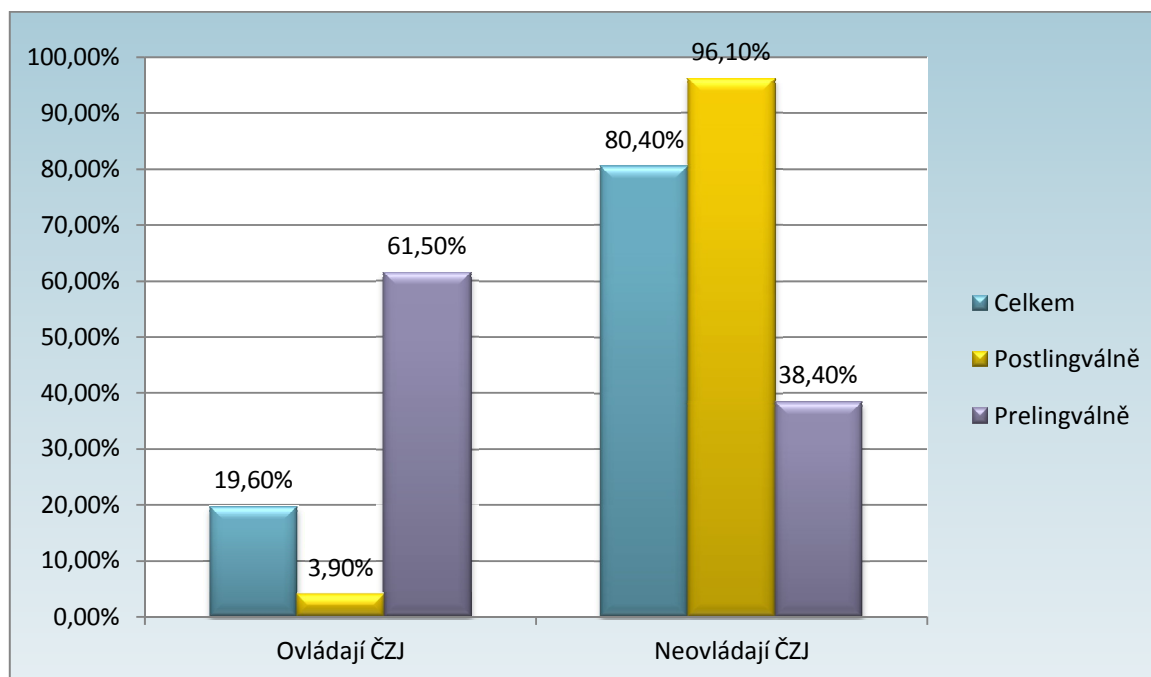


GRAF 5

9.3 Hodnocení zkušeností respondentů s dorozumíváním ve zdravotnickém zařízení

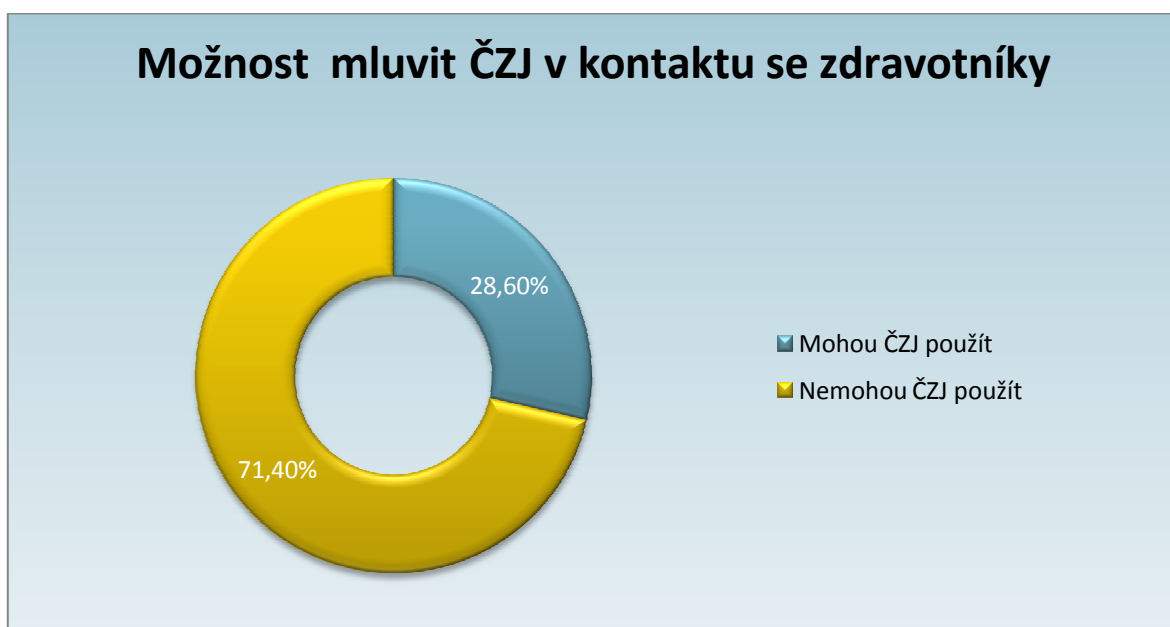
9.3.1 Uživatelé Českého znakového jazyka

Uživatelé ČZJ je 19,6 % dotázaných, 80,4 % ČZJ neovládají. Z 10 osob, v procentuálním vyjádření z 19,6 % uživatelů ČZJ je 80 % (tj. 8 dotázaných) prelingválně neslyšících, pouze 20 % (tedy 2 lidé) je postlingválně neslyšících.



GRAF 6- UŽIVATELÉ ČZJ

Těch, kteří v dotazníku odpověděli, že ovládají ČZJ, jsem se dále ptala, zda jej mohou používat i v kontaktu s personálem v ZZ. Dotázaní s postlingvální sluchovou vadou na doplňující otázky spojené s dorozumíváním se pomocí znakového jazyka již neodpověděli. Prelingválně neslyšící respondenti, kteří jsou uživateli ČZJ, v 71,4 % uvedli, že tento způsob dorozumívání ve styku se zdravotníky nemohou užívat. Oproti tomu 28,6 % uvedlo, že jej k dorozumívání se zdravotníky použít mohou. Je otázkou, jestli těchto 28,6 % může znakový jazyk užívat proto, že by jej zdravotníci ovládali, nebo proto, že tito respondenti chodí k lékaři v doprovodu tlumočnicka. Na otázku, zda zdravotníci mluví přímo na dotázané, anebo na tlumočnicka, totiž odpověděli všichni z prelingválně neslyšících respondentů, a to následovně: zdravotníci v kontaktu s neslyšícím mluví na tlumočnicka v 62,5 %. Přímou na sluchově postiženou osobu se ošetřující personál obrací ve 37,5 %.

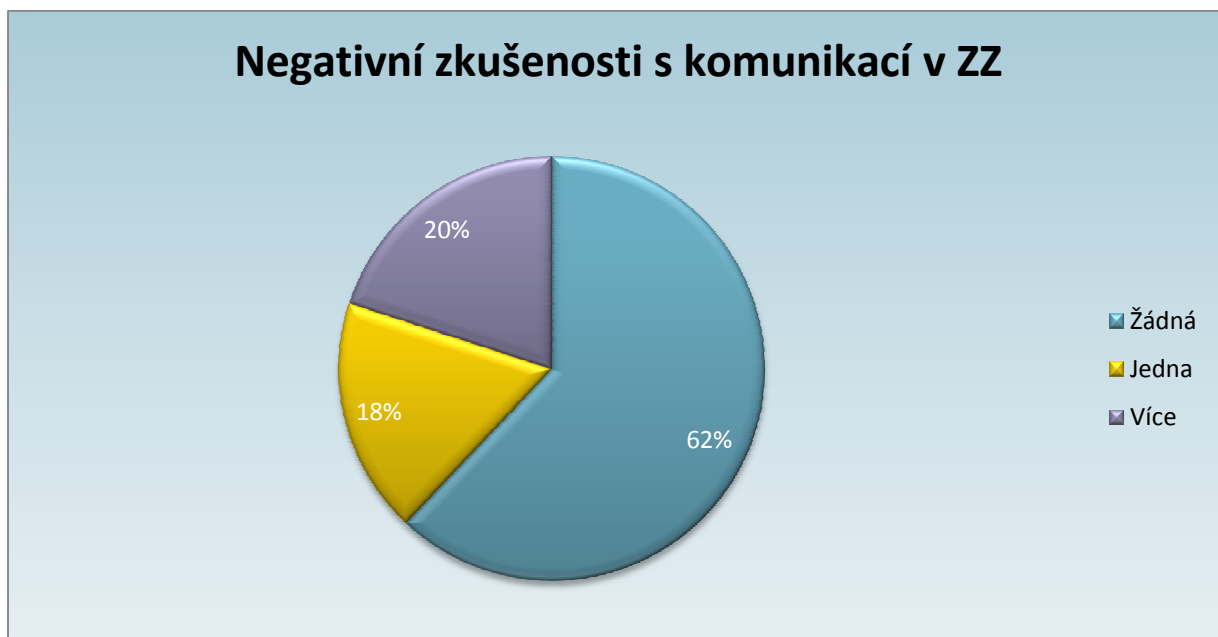


GRAF 7

9.3.2 Zkušenosti neslyšících ve vztahu k hypotéze č. 1

Na otázku č. 9 (viz dotazník, příloha č. 1) odpovědělo 62 % ze všech dotázaných, že nemají špatnou zkušenost s dorozumíváním se zdravotníky. Pouze jednu špatnou zkušenost má 18 % respondentů a více než jednu špatnou zkušenost udělalo 20 % dotázaných. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Z toho vyplývá, že alespoň jeden negativní zážitek má 38 % dotázaných.

Negativní zkušenosti s komunikací v ZZ



GRAF 8

V hypotéze č. 1 jsem vyslovila domněnku, že „téměř všichni sluchově postižení budou mít alespoň jednu negativní zkušenost“. Tato hypotéza se tedy nepotvrdila.

Otázka č. 13 zněla: „Ujišťují se zdravotníci během hovoru s vámi, zda jste všemu dobře rozuměl/a?“. Zde uvedlo 63,3 % dotázaných, že ano. Těch, kteří uvedli, že se zdravotníci neujišťují, bylo 36,7 % ; dva respondenti neodpověděli.

Otázka č. 14 poukazuje na to, zda zdravotníci dbají při rozhovoru s člověkem, který špatně slyší, aby jim bylo dobře vidět do obličeje. To je totiž jeden ze základních požadavků a je zahrnut v Desateru komunikace s osobami se sluchovým postižením. Z dotázaných osob jich 42,8 % odpovědělo, že jejich ošetřující personál většinou dbá na to, aby neslyšící viděl jejich obličej dobře; „pouze někteří zdravotníci dbají na to, aby jim bylo dobře vidět do obličeje“ – to byla odpověď ve 38,8 %. Zbývajících 18,4 % dotázaných uvedlo, že zdravotníky musí během hovoru žádat, zda by mohli hovořit obrácení tváří k nim z důvodu lepšího porozumění. V tomto procentuálním vyjádření je zahrnuto všech 51 respondentů.

Pokud se zaměříme speciálně na zkušenosti prelingválně neslyšících, pak pouze tři respondenti (tj. 23,1 %) uvedli, že zdravotníci hovoří tak, že jim je dobře vidět do obličeje. Zbývajících dvě odpovědi byly označeny stejným počtem odpovědí – 38,5 % odpovědělo, že někteří zdravotníci dbají na to, aby neslyšící dobře viděl jejich tvář, a 38,5 % respondentů je o to musí žádat.



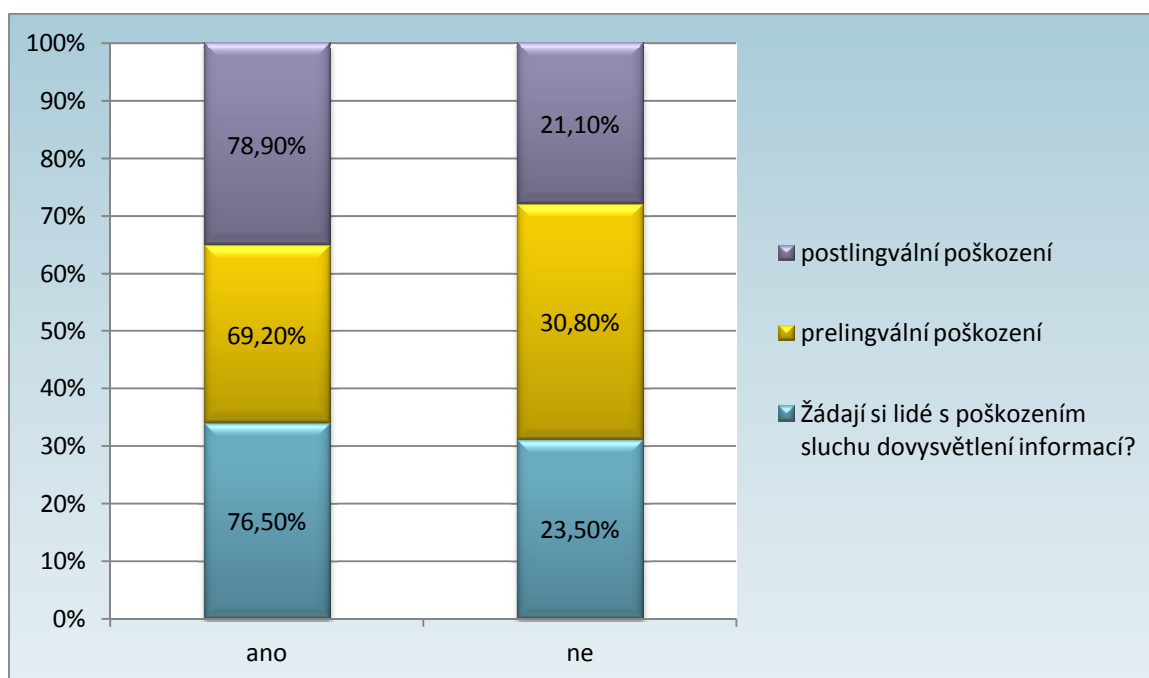
GRAF 9

9.3.3 Otázky vztahující se k hypotéze č. 2

Otázka č. 15 poskytuje odpověď na druhou hypotézu, ve které předkládám tvrzení, že asi polovina neslyšících v příbramském regionu zdravotníky nepožádá o dovysvětlení informací, kterým nerozuměli.

Tři čtvrtiny, resp. 76,5 % všech dotázaných, se ptá na dovysvětlení informace, kterým neporozuměli. Neptá se 23,5 %. Ani hypotéza č. 2 se tedy nepotvrdila.

Pokud se zaměřím opět na rozdíl mezi prelingválně a postlingválně neslyšícími, pak je výsledek podobný: 69,2 % s prelingvální sluchovou vadou se zeptá, 30,8 % se zdravotníkům neptá. U respondentů s postlingvální druhem poškození sluchu si dovysvětlení informací žádá 78,9 % oproti 21,1 %, kteří se z různých důvodů dále neptají na to, čemu nerozuměli.



GRAF 10- AKTIVITA OSOB S POŠKOZENÍM SLUCHU PŘI KOMUNIKACI

Zde jsou nejčastější důvody, proč se lidé, kteří něčemu nerozuměli, dále neptají: sluchově postižení lidé jdou k lékaři s doprovodem a toho se pak zeptají – tak odpověděli 3 lidé s postlingvální a jeden s prelingvální vadou. Požádat o dovysvětlení brání jednomu postlingválně postiženému člověku skutečnost, že zdravotníci na něj nemají čas. Dva postlingválně postižení jedinci uvedli, že si sice nežadají ujasnění informace, ale že jim stačí to, čemu rozuměli. Dva postlingválně sluchově postižení lidé se neptají proto, že se při tom cítí trapně. Tři prelingválně neslyšící uvedli, že se dále zdravotníků neptají, protože většinou stejně dost dobře neporozumí ani opakovanému pokusu o předání informace.

	Zdravotníci nemají čas	Je mi trapně se ptát	Zeptám se později doprovodu	Jiný důvod
S prelingvální vadou	0	0	1	3
S postlingvální vadou	1	2	3	2

TABULKA 1

9.3.4 Otázka č. 17: hodnocení předložených tvrzení

Otázka č. 17 předkládá respondentům čtyři tvrzení, k nimž se mají bodovým ohodnocením vyjádřit, zda s nimi souhlasí.

- *V době před pěti a více léty se zdravotničtí pracovníci přizpůsobovali mé sluchové vadě s menším pochopením, než dnes.*

S tímto prohlášením souhlasí 4,1 % dotázaných, nesouhlasí 40,8 % a neví 55,1 %. Odpověď neudali 2 respondenti.

- *Zdravotníci, se kterými se setkávám, se dokáží dobře přizpůsobit mým potřebám v komunikaci.*

Zde souhlasilo 76,5 % respondentů, nesouhlasilo 3,9 % respondentů a 19,6 % neví, zda ano či ne.

- *Lékaři a sestry se mnou komunikují tak, že většinou dobře rozumím tomu, co mi říkají.*

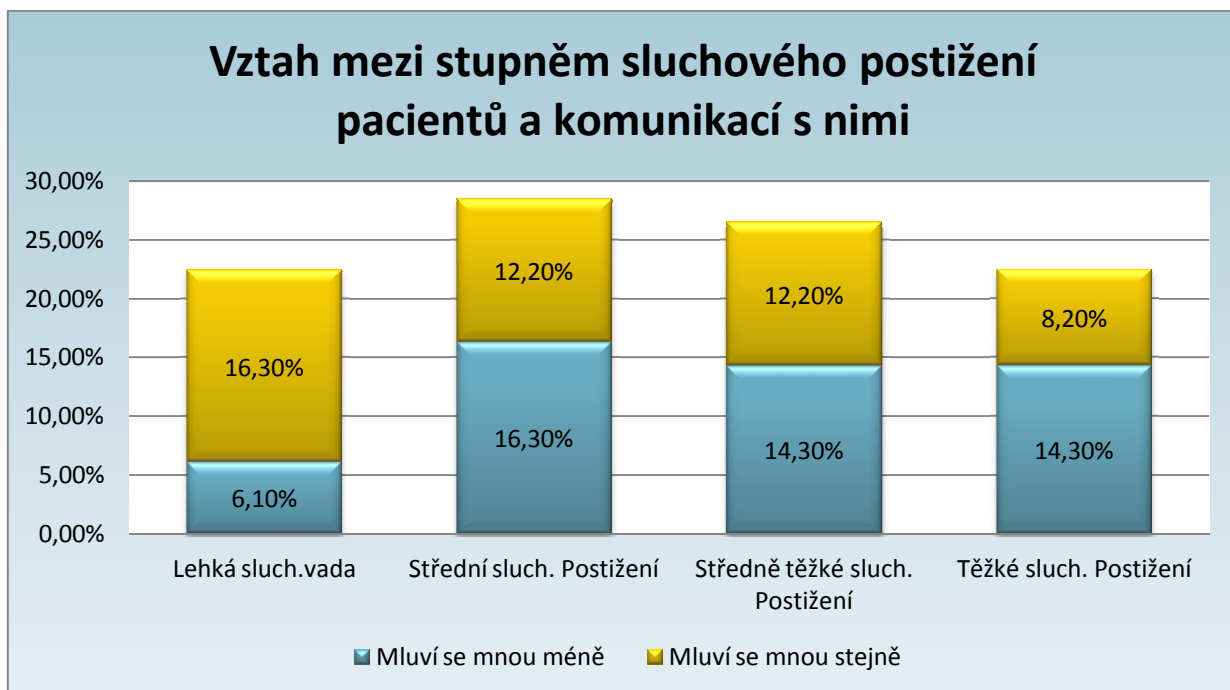
Souhlas s touto větou vyjádřilo 68,6 % dotázaných, nesouhlas 19,6 %. Neví nebo nedokáže posoudit 11,8 % dotázaných.

- *Větší ochotu a vstřícnost brát při komunikaci ohled na mou sluchovou vadu projevují ve zdravotnických zařízeních, než zaměstnanci na úřadech, v obchodech apod.*

S tímto prohlášením souhlasí 16,7 % respondentů, nesouhlasí 39,5 % a neví nebo nedokáže posoudit 43,8 % respondentů. Neodpověděli 3 dotázaní.

9.3.5 Vyhýbání se komunikaci s neslyšícími pacienty a hypotéza č. 3

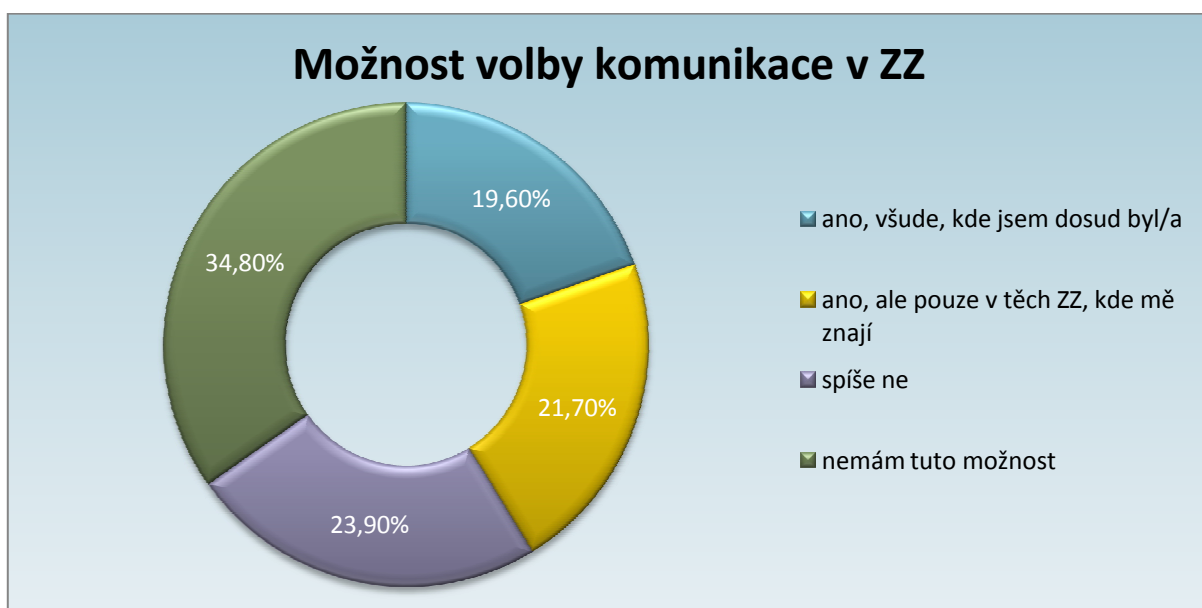
Otázka č. 18 se přímo vztahuje k mé třetí hypotéze. V této otázce jsem nechala respondenty hodnotit, zda mají dojem, že s nimi zdravotnický personál komunikuje méně než se slyšícími spolupacienty. Výsledek je takový, že 51 % dotázaných má dojem, že s nimi zdravotníci mluví méně. Tento dojem nemá 49 % respondentů. Hypotéza č. 3 se potvrdila.



GRAF 11

9.3.6 Možnost volby dorozumívacího prostředku

V 19. otázce respondenti odpovídali na dotaz, zda mají možnost volby vhodného komunikačního prostředku, který by jim vyhovoval nejvíce. Odpovědi byly celkem vyrovnané: 19,6 % dotázaných odpověděli „ano, všude, kde jsem dosud byl/a“. „Ano, ale pouze v těch ZZ, kde mě již znají,“ odpovědělo 21,7 % dotázaných. Možnost volby pro ně nejvhodnější formy komunikace spíše nemá 23,9 % a tuto možnost prakticky vůbec nemá 34,8 % respondentů.



GRAF 12

Poslední uzavřená otázka dotazníku byla zaměřená na to, zda zdravotničtí pracovníci užívají často ve své mluvě vůči sluchově postiženým lidem cizí slova a odborné výrazy, kterým respondenti se sluchovou vadou nerozumí.

34,7 % dotázaných udává, že zdravotníci taková slova používají často. Více respondentů ale odpovědělo, že zdravotníci většinou používají taková slova, kterým dotázaní dobře rozumí – jedná se o 65,3 % účastníků šetření.

V závěru dotazníku jsem vyzvala respondenty, zda by mohli uvést, co hodnotí ze svého pohledu člověka se sluchovým postižením jako nejdůležitější pro to, aby byla komunikace v ZZ efektivní a srozumitelná.

Někteří lidé uvedli, že nezaznamenali žádné větší problémy při komunikaci. Velmi často se opakovaly zcela jednoduché požadavky: aby zdravotníci mluvili tváří obrácenou k osobě se sluchovým postižením a mluvili pomalu, zřetelně a přiměřeně hlasitě – ale také, aby příliš nekřičeli.

Opakovaně se vyskytla i odpověď, že by zdravotnický personál měl být poučen a proškolen v problematice komunikace s neslyšícími pacienty.

Nejeden respondent také vyslovil přání, aby zdravotníci mluvili přímo na něj a ne na doprovázející osobu, ať už je to osoba příbuzná, anebo tlumočnick.

Často se v odpovědích opakovala slova jako respekt a pochopení okolí. Za velmi výstižnou považuji reakci jednoho respondenta, který uvedl požadavek „aby se zacházelo s neslyšícími stejně jako se slyšícími, tedy aby neslyšící i slyšící rozuměli stejně“.



GRAF 13

Shrnutí

Návratnost dotazníků byla sice menší, než jsem čekala, ale přesto poměrně vysoká – 72,9 %, respondentů bylo 51. Více bylo žen – 31, tedy 60,8 %; mužů respondentů bylo 20, tedy 39,2 %. Větší je také podíl postlingválně neslyšících respondentů, než prelingválně sluchově postižených. Tento výsledek ale nebyl vzhledem k již proběhlým rozsáhlejšími šetřeními zmiňovaným i v literatuře, tak překvapivý. Po obecných otázkách, které mi poskytly údaje o vzdělání, věku a pohlaví respondentů, jsem kladla otázky týkající se bližších informací o sluchovém postižení. Další dotazy byly směřovány k vlastním zkušenostem ze zdravotnických zařízení.

To, že se nepotvrdila první hypotéza, mě pozitivně překvapilo – 62 % dotázaných uvádí, že nemají negativní zkušenost s komunikací ve zdravotnických zařízeních, 18 % má jednu, 20 % dotázaných má více špatných zkušeností. Zajímavé bylo u některých otázek porovnání odpovědí prelingválně neslyšících a postlingválně neslyšících. Například právě u otázky č. 9 uváděli častěji prelingválně neslyšící respondenti, že mají jednu nebo více negativních zkušeností. Navíc většinou uživatelé ČZJ, kteří tento jazyk nemohou použít v komunikaci se zdravotníky, odpověděli, že mají jednu nebo více špatných zkušeností s dorozumíváním se v ZZ.

Šetření se zúčastnilo celkem 19,6 % těch, kteří ovládají ČZJ. Z nich bylo 80 % prelingválně neslyšících. Téměř tři čtvrtiny z tohoto počtu ovšem ČZJ používat v komunikaci se zdravotníky nemohou.

Hypotéza č. 2, ve které jsem se domnívala, že sluchově postižení pacienti nežádají dovysvětlení informací, kterým od zdravotníků neporozuměli, se také nepotvrdila. Někteří dotázaní odpověděli, že je jim to sice trapné, ale ptají se.

Hypotézu č. 3 potvrdila otázka č. 18 – asi polovina osob se sluchovou vadou má dojem, že s nimi zdravotníci mluví méně než se slyšícími pacienty. Dá se předpokládat, že k tomu zdravotníky vede nedostatek času, protože hledání a používání vhodné alternativy komunikace bývá časově náročnější – např. psaná forma komunikace je pomalejší než mluva. Ostatně jeden z respondentů uvedl: „Zatím vše proběhlo v normě. Má obvodní doktorka mi zajistí vše, co je třeba, ale komunikace je písemnou formou a to brzdí v plynulé komunikaci“.

Je dobré se také podívat na souvislost mezi stupněm sluchového postižení a počtem respondentů, kteří mají dojem, že jsou po komunikační stránce zdravotníky v porovnání se slyšícími lidmi zanedbáváni. Zatímco u lehkého sluchového postižení 16,3 % (8 jedinců) uvedlo, že nemají dojem, že s nimi zdravotníci hovoří méně a 6,1 % respondentů (3 lidé) se stejnou sluchovou vadou uvedlo, že tento dojem mají, u osob s těžkou nedoslýchavostí má dojem, že s nimi zdravotníci komunikují méně 16,3 % (tj. 7 lidí). Naopak 2,8 % tento dojem nemá. Poměrně dobře tuto provázanost ukazuje graf č. 7. Bohužel můj zkoumaný vzorek není tak velký, aby bylo možné tento výsledek podepřít výraznějšími čísly. Přesto si myslím, že naznačuje reálnou situaci.

Výsledek svého výzkumného šetření bych tedy shrnula asi takto: lidé se sluchovým postižením v příbramském regionu nemají oproti mému očekávání tak špatné zkušenosti se zdravotníky a na informace, kterým případně neporozuměli, se obvykle ptají sami. Zdravotníci, s nimiž respondenti přijdou do kontaktu, většinou sami dbají na to, aby jim bylo vidět do obličeje a aby jim bylo rozumět – to soudím podle 42,8 % respondentů, kteří uvedli, že zdravotníkům většinou dobře vidí do obličeje a podle 68,8 % souhlasných odpovědí k tvrzení „lékaři a sestry se mnou komunikují tak, že většinou dobře rozumím tomu, co mi říkají“.

Přesto se objevovaly také odpovědi, podle kterých lze usuzovat, že nemalá část zdravotníků příliš nedbá jednoduchých a vzhledem ke sluchovému postižení celkem logických pravidel pro dorozumívání se s neslyšícími pacienty. Zde připomenu odpověď jednoho z dotázaných na otázku, co je podle něj z pohledu neslyšícího/ nedoslýchavého důležité pro efektivní a srozumitelnou komunikaci: “aby se zacházelo s neslyšícími stejně jako se slyšícími, tedy aby

neslyšící i slyšící rozuměli stejně”. Takto jednoduchý má být cíl snažení v dorozumívání se mezi zdravotníky a lidmi se sluchovou vadou- pokud jej nelze zcela odstranit, pak alespoň zmenšit rozdíl v informovanosti slyšících a neslyšících (20).

10 Diskuse

Během konečného zpracování údajů získaných v dotazníku vyšly najevo některé jeho nedostatky. Například grafická úprava otázky č. 17, která byla vícebodová a pro některé respondenty zřejmě tím pádem poněkud nepřehledná, takže ji nevyplnili vůbec, anebo tak, že jejich odpověď nebyla jednoznačná. Nevyplněné odpovědi ovšem byly i u jiných otázek- například 8 respondentů nevyplnilo svůj věk. Nejprve se zdálo, že tato otázka nebyla dobře graficky oddělená od úvodního textu dotazníku, ale tři respondenti tento dotaz proškrtli- tedy nechtěli uvést svůj věk, ačkoli byl dotazník anonymní.

Mezi respondenty se objevili tři jedinci, kteří nebydlí v okrese Příbram. Jejich odpovědi jsem ale do výzkumu zahrnula také, protože je velmi pravděpodobné, že navštěvují některé z místních zdravotnických zařízení. Je možné, že se jednalo o jedince, kteří jsou v kontaktu se Svazem neslyšících a nedoslýchavých Příbram, jehož pracovníci jezdí i do jiných měst v okrese i mimo okres. Mohli to být také lidé, kteří sice bydlí v jiném regionu, ale na audiometrické nebo jiné vyšetření jezdí do Příbrami.

Jedním z důvodů, proč někteří lidé na určité otázky neudali žádnou odpověď, může být, že se nad danou otázkou museli zamyslet a chtěli se k ní vrátit později, jenže v závěru dotazníku na to už zapomněli- to je i má osobní zkušenost z dotazníkových šetření, jichž jsem se jako respondentka sama účastnila.

V průběhu hodnocení dotazníků jsem zjistila, že bych hypotézy raději formulovala jinak, ale na to už bylo pozdě. Například hypotéza č. 2 mi toho moc o zkušenostech neslyšících nesdělila, protože její formulace k tomu nesměřovala, tudíž ani otázky, které se k ní vztahovaly. Dále by například lepší obraz o zkušenostech osob se sluchovou vadou poskytly otázky, zda mohou neslyšící od zdravotníků dobře odezírat, jestli tuto formu komunikace upřednostňují všude, anebo jen u lidí, které znají. Po distribuci dotazníků jsem se totiž dozvěděla, že někteří sluchově postižení lidé sice dokáží odezírat, ale troufnou si plně se na tuto dovednost spolehnout pouze u lidí, které již znají. Tam, kde jde o předání důležité informace v neznámém nebo málo známém prostředí, volí raději spolehlivější psanou komunikaci.

Také jsem se při zjišťování zkušeností neslyšících mohla orientovat na to, jak jsou voláni do ordinací, jestli si zdravotníci při hovoru se sluchově postiženými lidmi sundávají

ústní roušky. Myslím, že by bylo k věci také zjistit, jak řeší zdravotnický personál situace, kdy je potřeba při vyšetření chránit intimitu nemocného, ale zároveň je přítomen tlumočící doprovod.

Poněkud rozporuplně může působit výsledek, že ačkoli polovina lidí se sluchovým postižením má dojem, že s nimi zdravotníci komunikují méně, než se slyšícími pacienty, 62% respondentů nemá žádnou negativní zkušenost s komunikací v ZZ. Je otázkou, na základě čeho tento dojem sluchově postižené osoby mají; nejsem si jistá, zda by to šlo zjistit cestou dotazníkového šetření a jak jej uchopit, aby mělo výpovědní hodnotu. I pro respondenta by bylo podle mě těžké odpovědět na otázku “proč si myslíte, že s vámi zdravotníci komunikují méně, než se slyšícími spolupacienty?”.

Číslo 19,6 % , což je počet uživatelů českého znakového jazyka ve výzkumu, považuji za nezanedbatelné v tom smyslu, že není až tak nepravděpodobná možnost se v praxi setkat s osobou, která je neslyšící a se kterou je optimální dorozumívat se ČZJ. Je to pro mě argument pro možnost, aby se zdravotníci, kteří by měli zájem, mohli tento komunikační prostředek učit. Dá se namítnout, že tu možnost mají- kdo bude chtít, vyvine aktivitu a do nějakého kurzu se zapojí. Zde však musím říci, že kurzy ZJ nejsou tak časté a ani dostupné, zájemci by na ně často museli dojíždět a to by nemálo zájemců vnímalo jako překážku z časových, finančních i praktických důvodů.

Cennou pomůckou pro zdravotnické pracovníky jsou spoty svazu neslyšících a nedoslýchavých “komunikace osob se sluchovým postižením ve zdravotnictví”², které dobře ukazují, jaké jsou z hlediska správné komunikace se sluchově postiženými lidmi rizikové momenty a jak je řešit.

Jako zdravotní sestra mám v rámci výkonu svého povolání zajišťovat také určitou úroveň hygienických opatření, zajišťovat funkčnost přístrojů, starat se o přístroje a nástroje. Hygienicko - epidemiologická opatření mají svá opodstatnění a jsou nedílnou součástí kvalitně poskytované péče, o tom není pochyb. Přístroje, pomůcky a materiál umožňují, usnadňují a zefektivňují zdravotní a ošetrovatelskou péči, bez mnohých z nich si nedovedeme již zdravotnickou praxi ani představit a já jsem za ně vděčná. Tyto úkony děláme proto, aby zdravotnická zařízení byla prostředím, ve kterém je poskytována bezpečná péče. Ta ale jistě zahrnuje také “bezpečnou komunikaci”, tedy takovou, kdy se dokážeme přizpůsobit i v této oblasti pacientovým specifickým potřebám.

² Dostupné z <http://www.snnrcr.cz/Spoty-1-6i.html>

11 Závěr

Předložila jsem tři hypotézy; dvě z nich se nepotvrdily, jedna ano. Na základě analýzy odpovědí se zdá, že sluchově postižení lidé z Příbramska nemají výrazně negativní zkušenosti s komunikací ve zdejších zdravotnických zařízeních, což mě překvapilo, do výzkumu jsme šla s očekáváním spíše negativních výstupů.

Získala jsem bližší představu o tom, s jakým typem osob se sluchovým postižením se mohu nejčastěji setkat.

Výsledky a informace z literárních zdrojů získané při výzkumném šetření mi pomohly zjistit více o kultuře neslyších. Díky nim jsem si připomněla, na co je potřeba dbát při dorozumívání s neslyšícími lidmi, a mohla jsem si uvědomit své vlastní nedostatky v této oblasti. Kromě toho mě tento výzkum nasměroval na kurz znakového jazyka a také k tomu, abych se aktivněji zajímala o to, jak jsou lidé se sluchovým postižením spokojeni v nemocnici, kde pracují. Uvítala bych možnost se zapojit například do nějakého projektu, který by podpořil partnerský přístup v komunikaci mezi zdravotníky a sluchově postiženými nebo i jinak handicapovanými lidmi. Považuji za důležité, aby zdravotničtí pracovníci znali a uměli v praxi používat pravidla pro dorozumívání se s osobami s různými typy postižení.

Díky hledání zdrojů jsem se také dozvěděla o spolcích a občanských sdruženích pro neslyšící osoby. Některé z nich jsem v rámci řešení tématu práce oslovila a tyto projevíly v odpovědích ochotu poskytnout další informace a zdroje. Mnohé spolky na území ČR, které sdružují osoby se sluchovým postižením, se zabývají poradenstvím v různých sférách- ať už jde o finanční gramotnost, sociální služby, kompenzační pomůcky a jejich servis nebo zajištění tlumočnicka pro různá jednání či prohlídku u lékaře. Tyto spolky také organizují kurzy ZJ jak pro jednotlivce tak pro instituce včetně zdravotnických zařízení. Na jejich pomoc se mohou obrátit i zdravotníci, kteří chtějí vědět více o této problematice.

12 Seznam použitých zdrojů

1. **Slowík, Josef.** *Komunikace s lidmi s postižením.* Praha : Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
2. **Pokorná, Andrea.** *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství.* Brno : NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
3. **Zacharová, Eva., Šimčíková-Čížková, Jitka.** *Základy psychologie pro zdravotnické obory.* Praha : Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
4. **Křivohlavý, Jaro.** *Psychologie nemoci.* Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
5. **Ptáček, Radek.** Význam komunikace v medicíně. [autor knihy] Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha : Grada, 2011, stránky s. 37- 45.
6. **Astl, Jaromír.** *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku.* Praha : Karolinum, 2002. 140 s. ISBN 80-246-0325-X.
7. **Hybášek, Ivan., Vokurka, Jan.** *Otorinolaryngologie.* Praha : Karolinum, 2006. 428 s. ISBN 80-246-1019-1.
8. **Eliašová, Anna, Derňárová, Ľubica et al.** *Komunikácia zdravotníckeho pracovníka so sluchovo postihnutými.* Prešov : Prešovská univerzita, 2010. 174 s. ISBN 978-80-555-0271-7.
9. **Nordqvist, Christian.** What Is Deafness? What Is Hearing Loss? *Medical News Today.* [Online] 21. Srpen 2012. [Citace: 12. Duben 2014.] <http://www.medicalnewstoday.com/articles/249285>.
10. **WHO.** Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). [Online] 2010. [Citace: 24. březen 2014.] PDF. http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html.
11. **Dlouhá, Olga., Černý, Libor.** *Foniatrie.* Praha : Karolinum, 2012. 154 s. ISBN 978-80-246-2048-0.
12. **Brno, Masarykova Univerzita.** Sluchově postižení a jejich statistika. *UNIVERSAL LEARNING DESIGN.* [Online] Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky Masarykovy univerzity,, 2010. [Citace: 21. březen 2014.] <http://www2.teiresias.muni.cz/comin/kurz-komunikace-se-sluchove-postizenymi/sluchova-postizeni-a-jejich-statistika#languages>.

13. **Procházková, Věra., Vysuček, Petr.** *Jak komunikovat s neslyšícím klientem.* [Praha] : Vzdělávací institut ochrany dětí o. p. s., 2007. 28 s.. ISBN 978-80-86991-18-4.

14. **Slowík, Josef.** *Speciální pedagogika.* Praha : Grada, 2007. 160 s.. ISBN 978-80-247-1733-3.

15. **Kratochvíl, Ladislav.** fórum osob se sluchovým postižením " Komunikace ve zdravotnickém zařízení". *web kochlear.* [Online] 2014. [Citace: 13. duben 2014.] <http://www.kochlear.nazory.cz/forum/index.php?action=vthread&forum=4&topic=1578&page=3>.

16. **Halder, Neel.** Effective communication with patient who are deaf . *Mental Health Practice.* [Online] RCN Publishing Company Limited, 8. únor 2012. [Citace: 25. březen 2014.] <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/mhp2012.02.15.5.18.c8926>.

17. **Karras, Elizabeth., Rintamaki, Lance et al.** Problematic Physician- Patient Interactions Reported By Deaf Patients. *Conference Papers -- International Communication Association.* [Online] 25. květen 2011. [Citace: 25. březen 2014.] <http://www.icahdq.org/>.

18. **Kratochvíl, Ladislav.** Vstřícná komunikace v ordinaci. *web Kochlear.* [Online] 15. listopad 2011. [Citace: 13. duben 2014.] <http://kochlear.cz/index.php?text=150-vstricna-komunikace-v-ordinaci>.

19. **Jirmanová, Renata.** Komunikační problémy neslyšících ve zdravotnictví. *Repozitář závěrečných prací.* [Online] 2012. [Citace: 8. prosinec 2013.] <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/106534/>.

20. **Votava, Jiří.** Souvislost zdravotního postižení s lékařskými obory a dalšími zdravotnickými odbornostmi. [autor knihy] Radek Ptáček, Bartůněk Petr a et al. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha : Grada, 2011, stránky 261-270. 528 stran.

13 Přílohy

Příloha č. 1

Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením³

1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.

2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky neslyšícího pacienta.

3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obrácení čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.

4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.

5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnick či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.

6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, jakou spolupráci od něj budeme potřebovat.

7. Důležité dotazy raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější počkat na tlumočnicka.

8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.

³ GONG. Číslo 7-8. Rok vydání 2007. Praha. ASNEP . ISSN 0323-0732

9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na jeho důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.

10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, protože komunikační preference každé osoby se sluchovým postižením mohou být jiné. Je nutno projevit vstřícnost a ochotu přizpůsobit se dorozumívacím možnostem každého pacienta se sluchovým postižením.

Mgr. Věra Strnadová

Příloha č. 2

Desatero komunikace s neslyšícím za přítomnosti tlumočnicka

1. Člověk se sluchovým postižením má při komunikaci právo na tlumočnicka, pokud o to požádá. Tlumočení probíhá podle komunikační preference konkrétního klienta - překladem do znakového jazyka, převodem do znakované češtiny, písmem či artikulací.
2. Při rozhovoru udržujeme oční kontakt přímo s neslyšícím člověkem, nikoliv s tlumočnickem. Neslyšící člověk ovšem musí sledovat tlumočení informací. Stojíme či sedíme tak, abychom za zády neměli světlo.
3. Při rozhovoru s neslyšícím člověkem v přítomnosti tlumočnicka oslovujeme přímo toho, s kým jednáme. Rozhovor je veden mezi slyšícím a neslyšícím, tlumočnick je pouze prostředníkem. Vyvarujeme se tendencím hovořit s tlumočnickem o neslyšícím člověku jako o objektu. Znamená to, že nikdy nepoužíváme úvodní fráze typu "Řekněte mu, že...", "Zeptejte se pána, jestli..."
4. Naše komunikace probíhá s neslyšícím člověkem, nikoliv s tlumočnickem. Není správné mluvit nepřetržitě s tlumočnickem s tím, že ten to posléze neslyšícímu nějak srozumitelně vysvětlí. Neslyšící účastník hovoru má právo na informace v plné kvalitě a v čase, kdy mu jsou určeny a ptát se průběžně na to, co ho zajímá.
5. Ověřujeme si, zda neslyšící člověk dobře rozuměl. Průběžně žádáme pacienta, aby nám svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme přímo, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně po každém důležitém sdělení.
6. Tlumočnick při tlumočení musí stát vždy vedle slyšící osoby. Neslyšící člověk potřebuje vidět nejen na tlumočnicka, ale především na osobu, se kterou jedná. Vzdálíme-li se od tlumočnicka, neslyšící člověk se obrací za námi a uniká mu tak část důležitých informací, které jsou pro něj v tu chvíli tlumočeny.
7. Mluvíme svým obvyklým tempem. Tlumočnick nás sám upozorní, bude-li třeba mluvu zpomalit.
8. Na konci každého uceleného sdělení uděláme malou pauzu. Při tlumočení vždy dochází k malému časovému posunu. Tlumočnick musí mít čas přijmout informaci, zpracovat ji a zprostředkovat. K tomuto zpoždění dochází i po přípravě tlumočnicka na výkon, je to přirozeným jevem této činnosti.

9. Dáme prostor neslyšícímu vstřebat informace, zeptat se na doplňující otázky. Chce-li se neslyšící člověk zeptat na doplňující informace, poskytneme mu k tomu čas. Na konci hovoru se ho sami zeptáme, zda potřebuje něco dalšího upřesnit.

10. Při ukončení důležitého rozhovoru dejte neslyšícímu písemné sdělení o tom, co jste projednávali.

(Dokument je dostupný z <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/914.pdf>.)

Příloha č. 3 Dotazník k výzkumnému šetření

Jmenuji se Monika Petřeková a jsem studentkou bakalářského oboru Ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě UK. Ráda bych vás požádala o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, který mi má posloužit ke zmapování zkušeností neslyšících a nedoslýchavých lidí s dorozumíváním ve zdravotnických zařízeních (dále ZZ) v příbramském regionu.

Za vyplnění dotazníku vám předem děkuji.

1. Uveďte, prosím, váš věk:

2. Jakého jste pohlaví?

a) muž

b) žena

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) výuční obor

c) střední odborné bez maturity

d) střední odborné ukončené maturitou

e) úplné střední všeobecné

f) vyšší odborné

g) vysokoškolské

4. Jaký stupeň poškození sluchu máte?

- a) lehká nedoslýchavost
- b) střední nedoslýchavost
- c) středně těžká nedoslýchavost
- d) těžká nedoslýchavost
- e) úplná hluchota

5. Jaký druh sluchového postižení máte?

- a) prelingvální (od narození nebo raného dětství)
- b) postlingvální (až po 7. roce života)

6. Kde bydlíte?

- a) v Příbrami
- b) v jiné obci, ale v okrese Příbram
- c) mimo okres Příbram

7. Jak často průměrně chodíte k lékaři?

- a) jednou za měsíc a častěji
- b) ne více jak jednou za 3 měsíce
- c) ne více jak jednou za 6 měsíců a déle

8. Jakou kompenzační pomůcku používáte?

- a) žádnou
- b) naslouchadlo

c) kochleární implantát

d) signalizační kompenzační pomůcku

e) jiné anebo kombinaci- uveďte

jaké:.....

9. Máte jako sluchově postižený/á nějakou špatnou zkušenost s dorozumíváním se se zdravotníky?

a) ne, nemám

b) ano, mám jednu

c) ano, mám více špatných zkušeností

10. Jste uživatelem Českého znakového jazyka (dále jen ČZJ)?

a) ano

b) ne

11. Pokud jste uživatelem ČZJ, můžete jej užívat v kontaktu se zdravotníky?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl/a NE, uveďte, prosím

proč:.....

12. V případě, že užíváte ČZJ a chodíte k lékaři v doprovodu tlumočníka, hovoří zdravotníci přímo k vám?

a) ano

b) ne, obrazejí se na tlumočníka

13. Ujistěte se zdravotníci během rozhovoru s vámi, zda jste všemu dobře rozuměl/a?

a) ano

b) ne

14. Pokud s vámi zdravotníci při návštěvě ZZ hovoří, dbají sami na to, abyste dobře viděl/a jejich obličej anebo je o to musíte požádat sám/sama?

a) většinou ano

b) někteří ano

c) většinou ne, musím je o to požádat sám/sama

15. Žádáte zdravotníky o dovysvětlení toho, čemu jste zcela nerozuměl/a?

a) ano, ptám se

b) neptám se

16. Pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce NE, proč se dále neptáte?

a) nemají na mě čas

b) je mi to trapné

c) vždy mě někdo doprovází a toho se pak zeptám

d) jiný důvod, uveďte

jaký.....

17. Ohodnoťte, prosím, následující tvrzení body podle toho, jak s tvrzením souhlasíte

(1 bod- nesouhlasím; 2 body- nevím; 3 body- souhlasím)

- V době před pěti a více lety se zdravotničtí pracovníci přizpůsobovali mé sluchové vadě s menší trpělivostí a pochopením než dnes.

- Zdravotníci, se kterými se setkávám, se dokáží dobře přizpůsobit mým potřebám v komunikaci.
- Lékaři a sestry se mnou komunikují tak, že většinou dobře rozumím tomu, co mi říkají.
- Větší ochotu a vstřícnost brát při komunikaci ohled na mou sluchovou vadu projevují ve zdravotnických zařízeních než zaměstnanci na úřadech, v obchodech apod.

18. Máte dojem, že s vámi vaši ošetřující zdravotníci komunikují méně než se slyšícími spolupacienty?

- a) ano
- b) ne

19. Ptají se vás vaši ošetřující zdravotníci, jak chcete komunikovat?

- a) ano, všude, kde jsem dosud byl/a
- b) ano, ale pouze v těch ZZ, kde mě už znají
- c) spíše ne
- d) nemám možnost volby způsobu komunikace, který mi vyhovuje nejvíce

20. Používají zdravotníci při komunikaci s vámi často cizí slova a odborné výrazy, kterým nerozumíte?

- a) ano, používají mnoho odborných, mně nesrozumitelných výrazů
- b) ne, zdravotníci většinou používají taková slova, kterým rozumím

21. Co je podle vás z pohledu nedoslýchavého/neslyšícího důležité pro to, aby pro vás byla komunikace v ZZ efektivní a srozumitelná?

Vypište:.....
.....
.....
.....

Zde můžete uvést další dobré i špatné zkušenosti, které ve styku se zdravotníky jako neslyšící máte:

Příloha č. 4

Dotazník pro střední zdravotnické školy

1. Mají studenti vaší školy v rámci studia možnost absolvovat kurz znakového jazyka?
 - a) ano
 - b)

2. Pokud nemají, měli v minulosti tuto možnost?
 - a) ano
 - b) ne

3. Myslíte si, že by bylo užitečné, aby již na SZŠ, příp. VOŠ měli v případě zájmu studenti možnost takový kurz navštěvovat?
 - a) ano- uveďte důvod
 - b) ne- uveďte důvod

4. Co vnímáte jako největší překážku toho, aby studenti, kteří mají zájem, takový kurz absolvovali?
 - a) nedostatek finančních prostředků na kurz
 - b) špatná dostupnost lektora
 - c) jiné (uveďte jaké)

Příloha č. 5

Některé zákony vyjadřující se k problematice sluchového postižení a na ochranu osob se sluchovým či jiným handicapem

1. **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením-** vydala OSN v New Yorku v r. 2006, pro ČR vešla v platnost roku 2009. Dostupná např. z webu Ministerstva práce a sociálních věcí http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf.

2. **Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.** Dostupný z <http://www.mdcr.cz/NR/rdonlyres/34F05C76-EC29-416F-9F51-608B80DE270C/0/MicrosoftWord384.pdf>

3. **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.** Dostupný z <http://www.cun.cz/dokumenty/zakon-o-socialnich-sluzbach.pdf>.

4. **Zákon č. 198/ 2009 Sb., antidiskriminační zákon.** Dostupný z webu Ministerstva práce a sociálních věcí. http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198_2009

5.