

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. et Bc. Denisa Bláhová

Sociální souvislosti hospitalizace neslyšících pacientů

The Social Context of Deaf People Hospitalization

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Ráda bych poděkovala především PhDr. Kateřině Šámalové Ph.D. nejen za podnětné vedení této práce, za cenné rady a připomínky, které mi poskytla, ale také za ochotu a čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala respondentům, bez jejichž účasti by výzkum nemohl být realizován. Děkuji také organizaci Tichý svět o.p.s. a jejím zaměstnancům za poskytnutí materiálů o svých projektech.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Všechny použité prameny a literaturu jsem vždy řádně citovala. Prohlašuji, že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. 7. 2019

.....

Denisa Bláhová

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaměřuje na sociální souvislosti hospitalizace neslyšících pacientů. Jejím cílem je popsat zkušenosti neslyšících pacientů s hospitalizací v nemocnici. Práce se zaměřuje především na oblast komunikace, práv pacientů, informovanosti, přizpůsobení prostředí a konceptu Deaf Friendly Hospital. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Přínosem této práce je pohled na hospitalizaci v nemocnici očima samotných neslyšících, nikoli zdravotnického personálu. Výsledky výzkumu poukázaly na nedostatky zdravotnických zařízení a jejich personálu v oblasti přístupu k neslyšícím pacientům.

Klíčová slova: neslyšící, komunikace s neslyšícím, neslyšící pacient, práva pacientů, hospitalizace neslyšících.

Abstract

This thesis focuses on the social context of deaf patients' hospitalization. Its aim is to describe the experiences of deaf patients with hospitalization. The thesis focuses primarily on communication, patient rights, awareness, adaptation of deaf patients to the environment and the concept of Deaf Friendly Hospital. The data were obtained by way of semi-structured interviews. The benefit of this thesis is that the hospitalization is described from the deaf patients view not from the medical staff one. The research results pointed to shortcomings in healthcare facilities and in access of their staff to deaf patients.

Key words: deaf, communication with the deaf, patient's rights, deaf patient, hospitalization of the deaf.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Terminologie	8
2. Komunikace s neslyšícím pacientem	14
2.1 Znakový jazyk	14
2.1.1 Charakteristika českého znakového jazyka	15
2.1.2 Tlumočnick českého znakového jazyka	20
2.2 Psaná forma českého jazyka.....	24
2.3 Odezírání	26
3. Práva pacientů	28
3.1 Práva pacientů v mezinárodních dokumentech	28
3.2 Práva pacientů v České republice.....	34
3.3 Práva neslyšících pacientů.....	36
3.4 Možnosti řešení nespokojenosti pacienta v ČR.....	39
4. Přístupnost nemocnic pro neslyšící pacienty	41
5. Iniciativy a projekty podporující informovanost zdravotnického personálu a bezbariérovost nemocničního prostředí	44
5.1 Centrum pro budoucí matky se sluchovým postižením.....	44
5.2 Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící	46
5.3 Projekty z Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením	47
5.5 Deaf Strong Hospital	49
EMPIRICKÁ ČÁST	51
6. Sociální souvislosti hospitalizace neslyšících pacientů	51
6.1 Cíl práce	52
6.2 Výzkumné otázky.....	52

6.3 Výběr vzorku	53
6.4 Výzkumná strategie	53
6.5 Technika sběru dat.....	54
6.6 Techniky analýzy dat.....	54
6.7 Kvalita a limity výzkumu	55
6.8 Etika výzkumu.....	56
6.9 Interpretace dat	56
6.9.1 Komunikace	56
6.9.2 Rodina a příbuzní	62
6.9.3 Práva pacientů	64
6.9.4 Informovanost.....	67
6.9.5 Prostředí.....	69
6.9.6 Představy o konceptu Deaf Friendly Hospital	70
7. Výsledky	78
8. Diskuze	81
ZÁVĚR.....	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
PŘÍLOHY	95

ÚVOD

Pravděpodobně každý člověk se za svůj život ocitne v roli pacienta, v roli, kdy je odkázán na práci a pomoc druhých. Pobyt v nemocnici je pro mnohé z nás zátěžovou situací a výrazným stresovým faktorem. Hospitalizace v nemocnici vyvolává pocity strachu, tísně a nebezpečí. Tyto pocity jsou umocněny v případě neslyšících pacientů, kteří stejně jako cizinci nehovoří stejným jazykem jako zdravotnický personál.

Diplomová práce navazuje na práce, které na toto a související téma byly napsány. Na hospitalizaci v nemocnici však pohlíží výhradně z pohledu neslyšících pacientů a využívá k tomu polostrukturovaných rozhovorů. Vycházíme z předpokladu, že rozhovory ve znakovém jazyce jsou vhodnější metodou, ze které lze získat hlubší a podrobnější informace o dané problematice.

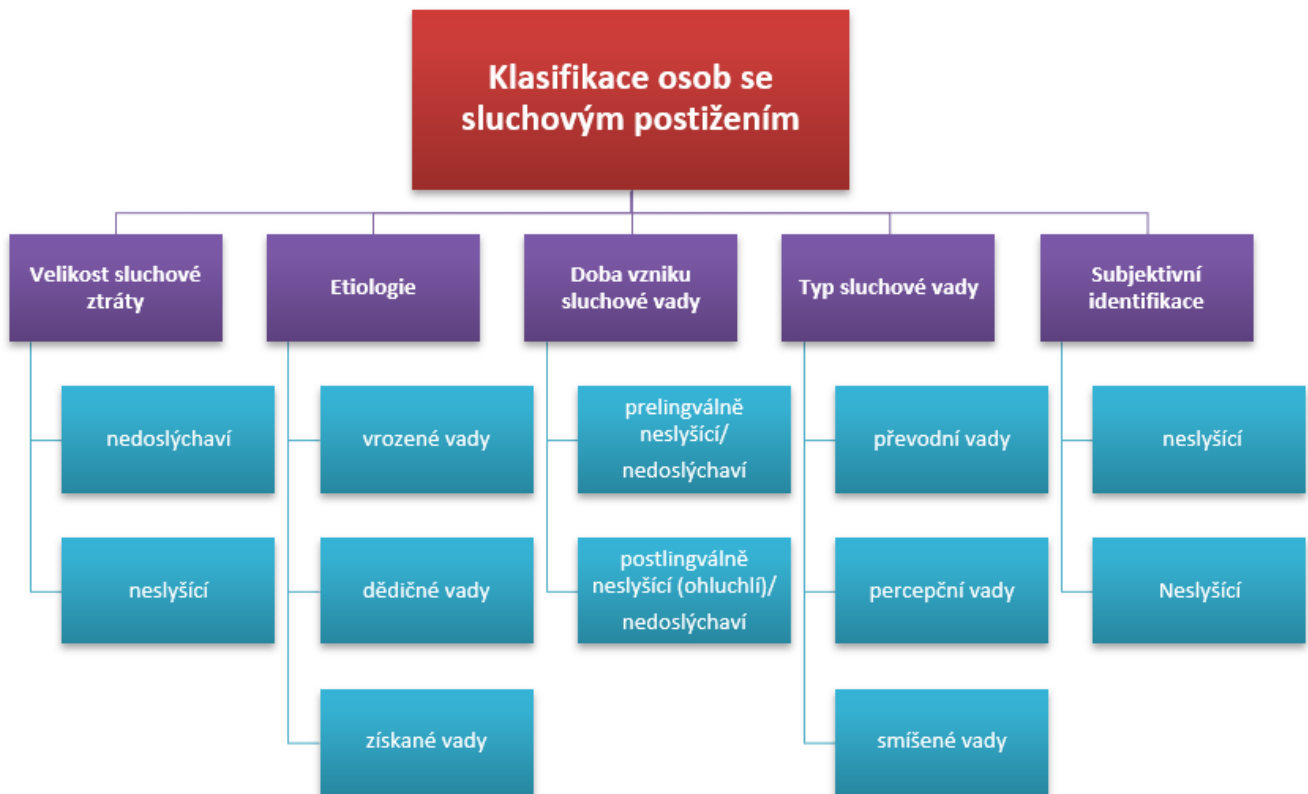
Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. První kapitola práce poskytuje základní vhled do terminologie z oblasti sluchového postižení. Druhá kapitola je věnována komunikačním prostředkům, se kterými se u neslyšících pacientů můžeme nejčastěji setkat a popisuje jejich specifika. Předmětem třetí kapitoly jsou práva pacientů. Představuje mezinárodní dokumenty a českou legislativu, která se právy pacientů zabývá. Speciální pozornost je věnována právům neslyšících pacientů. Čtvrtá kapitola nabízí přehled opatření, které lze učinit za účelem podpory bezbariérovosti nemocničního prostředí pro neslyšící pacienty. Poslední kapitola teoretické části představuje iniciativy a projekty podporující informovanost zdravotnického personálu a bezbariérovost nemocničního prostředí.

Empirická část práce zkoumá sociální souvislosti hospitalizace neslyšících pacientů. Zaměřuje se především na oblast komunikace, práv pacientů, informovanosti, přizpůsobení prostředí a konceptu Deaf Friendly Hospital. Cílem je, na základě rozhovorů s neslyšícími respondenty, zjistit, jak probíhala hospitalizace v nemocnici v těchto aspektech a jak ji respondenti vnímali. Pomocí interpretace dat následně práce odpovídá na položené výzkumné otázky.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Terminologie

V České republice žije dle posledních údajů Českého statistického úřadu, který provedl v roce 2013 *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením*, **86 476 osob se sluchovým postižením** (Český statistický úřad, 2013). Tyto údaje jsou velmi podhodnocené v porovnání s daty, které nabízí Hrubý (2009), jenž se problematice osob se sluchovým postižením věnoval dlouhodobě a který již v roce 1998 představil své odhady týkající se počtu osob se sluchovým postižením v České republice. Ve své práci z roku 2009 Hrubý porovnává jednotlivé zdroje, které podávají informace o počtu osob se sluchovým postižením, upozorňuje na jejich nedostatky a stanovuje své vlastní odhady. Hrubý (2009) odhadoval, že se v České republice nachází **jeden milion osob se sluchovým postižením**. Kolik osob se sluchovým postižením v České republice skutečně žije, pravděpodobně nikdy nebudeme s jistotou schopni říct. Nepopiratelným faktem však je, že se jedná o velmi heterogenní skupinu s rozličnými potřebami. Tato různorodost se promítá jak do terminologie, která je v souvislosti s touto skupinou užívána, tak do jejich klasifikace. Pro člověka neznalého problematiky pak může být velmi náročné se v terminologii orientovat a správně ji užívat (Motejzíkova, 2011). Cílem této kapitoly je proto představit ucelený přehled terminologie a klasifikace, která se k osobám se sluchovým postižením váže. Tato kapitola si zároveň klade za cíl osvětlit, proč některé termíny, ač laickou veřejností a médii hojně užívané, nejsou vhodné. Možnosti klasifikace znázorňuje následující obrázek.



Obr. 1 Klasifikace osob se sluchovým postižením (zdroj: vlastní zpracování)

Pravděpodobně nejčastější a mezi širokou veřejností nejznámější kritérium, dle kterého lze osoby se sluchovým postižením dělit, je **velikost ztráty sluchu**. Kritérium rozlišuje, zda je člověk schopen vnímat (s technickými pomůckami či bez nich) mluvenou řeč či nikoliv. Tato klasifikace dělí lidi na **nedoslýchavé a neslyšící** (Motejzíková, 2011). „*Nedoslýchavý člověk je každý člověk, který má nějaké zhoršení sluchu oproti běžné populaci. Vždy se dá ale říct, že má nějaké – pro vnímání mluvené řeči – využitelné zbytky sluchu*“ (Hudáková, Motejzíková, 2005, s. 12). Nedoslýchavost lze do jisté míry kompenzovat a zbytky sluchu podpořit technickými kompenzačními pomůckami (především sluchadly) (Motejzíková, 2011). V souvislosti s nedoslýchavostí je nezbytné zmínit pojem **presbyakuzie**, tedy stařeckou nedoslýchavost, ke které dochází v průběhu života. Lidé s presbyakuzií tvoří největší část osob se sluchovým postižením, přestože se v drtivé většině s tímto označením neztotožňují (Hudáková, Motejzíková 2005). Naproti tomu „*neslyšící člověk je člověk, který ani s technickými pomůckami neslyší nic nebo jen velmi omezené zvukové vjemy, které nelze využít pro vnímání a rozumění mluvené řeči*“ (Motejzíková, 2011,

s. 1). Je však nutné konstatovat, že ti, kteří neslyší opravdu nic, jsou ve výrazné menšině (Hudáková, Motejzíková 2005). Velikost sluchové ztráty se měří v decibelech. Existuje několik škál, které se mohou nepatrně lišit v počtu stupňů i užívané terminologii. Zde uvádíme velikost ztráty sluchu dle Světové zdravotnické organizace (WHO) znázorňuje Tab. 1.

Velikost ztráty sluchu	Název kategorie ztráty sluchu
0-25 dB	Normální sluch
25 – 40 dB	Lehké poškození sluchu
41-60 dB	Střední poškození sluchu
61-80 dB	Těžké poškození sluchu
Nad 80 dB	Velmi těžké poškození sluchu až hluchota

Tab. 1 Klasifikace sluchovým vad dle WHO (Horáková, 2012)

Na sluchové vady lze pohlížet také z hlediska **etiologie**. Toto kritérium dělí sluchové vady na **vrozené, získané** a **dědičné** (Hudáková, 2009).

Další kritérium (tzv. lingvistické hledisko), dle kterého můžeme osoby se sluchovým postižením dělit, je **doba vzniku sluchové vady**. V této souvislosti hovoříme o **prelingválně neslyšících/nedoslýchavých** a **postlingválně neslyšících/nedoslýchavých**. Prelingválně neslyšící či nedoslýchaví přišli zcela či částečně o sluch před osvojením jazyka, postlingválně neslyšící (ohluchlí) či nedoslýchaví až po jeho osvojení (Motejzíková, 2011). Tato skutečnost do značné míry ovlivňuje způsob komunikace (viz kapitola 2). Jak již zaznělo výše, nejpočetnější skupinou jsou lidé se stařeckou, tedy postlingvální nedoslýchavostí, ti jsou co do počtu následováni prelingválně nedoslýchavými lidmi. Naopak ohluchlí (postlingválně neslyšící) a prelingválně neslyšící lidé jsou zastoupeni nejméně (Hudáková, Motejzíková 2005).

Osoby se sluchovým postižením můžeme dělit také dle **typu sluchové vady**. **Převodní vady** jsou vady vnějšího a středního ucha. Tyto vady sluchu jsou méně závažné

(nedoslýchavost) a lze je kompenzovat technickými pomůckami. Člověk, který má převodní sluchovou vadu, nikdy nebude neslyšící. Naproti tomu **percepční vady** jsou vady vnitřního ucha či centrálních drah. Tyto vady jsou závažnější, nelze je snadno kompenzovat. Oba typy vad se však také mohou vyskytovat zároveň, v takovém případě hovoříme o **smíšených vadách** (Hudáková, 2009).

Výše uvedené klasifikace vychází z medicínského pohledu na hluchotu, který na ni hledí optikou defektologie a jsou tudíž postaveny na základě objektivních, měřitelných hledisek. Poslední klasifikace, která zde bude uvedena, naopak vychází ze **subjektivní identifikace** jedince a je založena na kulturně-lingvistickém pohledu (Hudáková, 2009). V této klasifikaci jsou v opozici proti neslyšícím, nedoslýchavým či ohluchlým **Neslyšící**. Neslyšící s velkým N je ten, kdo se cítí být součástí kulturní a jazykové menšiny Neslyšících¹. „*Primárním komunikačním prostředkem těchto osob je (český) znakový jazyk a způsob jejich chování (odtud kulturní minorita) je založen na vizuálním vnímání světa – život s absencí zvuků v nich nevyvolává pocity lítosti, ochuzení nebo handicapu. Typickým Neslyšícím je člověk prelingválně neslyšící. Ovšem cítit se kulturně Neslyšícím a chovat se tak jazykově (tj. preferovat v komunikaci znakový jazyk) může i člověk s méně závažným postižením sluchu (nebo dítě bez vady sluchu, jehož rodiče jsou Neslyšící)*“ (Hudáková, 2009, s. 1). Setkat se můžeme také s opačnou situací, kdy, přestože je člověk neslyšící, necítí se být součástí komunity Neslyšících, odmítá tuto identitu a neudrhuje s komunitou žádné vztahy (Hudáková, 2009).

Na tomto místě je nezbytné se zmínit ještě o dvou skupinách, které přestože patří mezi lidi se sluchovým postižením, se často pro svá specifika vyskytují mimo klasifikace. Jedná se o **lidi trpící ušním šelestem** (tinnitus auris) a **lidi s kochleárním implantátem**. Lidé s ušním šelestem slyší zvuky, které běžný člověk neslyší. Tyto nepříjemné zvuky mohou mít různou podobu od pískání, hučení, dunění, či zvonění a často se pojí se sluchovou vadou. Tinnitus má různé příčiny, z nich některé lze odstranit, některé nikoli (Křest'ánová, 2010).² Kochleární implantát je technická kompenzační pomůcka, která je vhodná především pro osoby s percepční vadou sluchu (tedy vadou vnitřního ucha), protože nahrazuje nefunkční vláskové buňky v hlemýždi vnitřního ucha. Při těchto vadách dochází také ke zkreslování zvuků, tudíž

¹ Více o komunitě Neslyšících viz KOSINOVÁ, B. *Neslyšící jako kulturní a jazyková menšina – kultura neslyšících* Praha: ČKTZJ, 2008.

² Více o ušním šelestu viz www.itinnitus.cz

může být kompenzace sluchadly nedostatečná (Hudáková, Motejzíkova, 2005). Kochleární implantát je velmi ožehavé téma, které lidi se sluchovým postižením, ale také jejich rodinné příslušníky či odborníky rozděluje na dva tábory. Zdrojem konfliktů je především implantace u prelingválně neslyšících dětí, za něž rozhodnutí činí rodiče.³

Informace o heterogenosti této skupiny, které zazněly již na počátku kapitoly, jen posilují výše uvedené klasifikace. Tato různorodost se promítá také do označení celé skupiny. Nejstarším užívaným termínem je výraz **hluchoněmý** (Motejzíkova, 2011). Jedná se tedy „o označení člověka, který neslyší a nemluví“ (Motejzíkova, 2011, s. 21). Představa, že neslyšící člověk je zároveň němý, je však nepravdivá a toto označení je vnímáno jako urážlivé (Kronusová, 2012). „Neslyšící nejsou němí, pouze neslyší. Nic jim nebrání v tom, aby mluvili, nemají narušené mluvní ústrojí. Pouze hlas a řeč nikdy neslyšeli, a proto si nemohli mluvený jazyk osvojit nápodobou, jak je to běžné u slyšících lidí. Neslyšící nemohou sluchem kontrolovat, jak jejich hlas zní, a uvědomují si, že pro osoby, kteří s nimi nejsou běžně v kontaktu, může být jejich mluva nepříjemná a těžko srozumitelná“ (Kronusová, 2012). Bohužel i v dnešní době se s tímto označením u laické veřejnosti běžně setkáváme. Tento termín byl od 30. let upozadován a postupně nahrazen termínem **hluchý**. I tento termín má však v českém jazyce převážně negativní konotaci⁴ (Motejzíkova, 2011).

V současné době se prosazují především následující pojmenování skupiny: **lidé se sluchovým postižením, sluchově postižení lidé, lidé s vadou sluchu či sluchově postižení**. Tato pojmenování jsou vhodná především díky své neutralitě. Na rozdíl od výše uvedených pojmenování nejsou spojena s negativní konotací, přestože i zde je důraz na nějakou abnormalitu či vadu. Při volbě označení by však měl být za všech okolností ve středu zájmu člověk, proto se „za nejvíce přijatelný termín považují termíny **lidé se sluchovým postižením nebo se sluchovou vadou**⁵“ (Motejzíkova, 2011, s. 22). Setkat se můžeme také s termínem **neslyšící**, kterým se označují sami příslušníci této skupiny. „Většinou se tím nemyslí jen lidé, kteří opravdu nic neslyší, tj. lidé prelingválně neslyšící a lidé postlingválně ohluchlí, ... ale často také lidé prelingválně nedoslýchaví (s různou velikostí zbytků sluchu)“ (Hudáková,

³ Více o názorech na kochleární implantáty lze nalézt například v publikaci HUDÁKOVÁ, ed. Ve světě sluchového postižení: *Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: FRPSP- Tamtam, 2005.

⁴ Např. hluchý jako pařez, hluchý jako poleno (Motejzíkova, 2011).

⁵ Zvýrazněnou autorkou.

2009, s. 6). V následujících částech práce bude jako zastřešující pojmenování pro všechny osoby – nedoslýchavé, neslyšící, ohluchlé, osoby s ušním šelestem či osoby s kochleárním implantátem užíváno termínu **osoby se sluchovým postižením**.

2. Komunikace s neslyšícím pacientem

Jak ilustrují informace z předchozí kapitoly, osoby se sluchovým postižením jsou velmi heterogenní skupinou. Tato skutečnost se odráží i ve způsobu komunikace. Diplomová práce se zaměřuje na **neslyšící**, kterými výše uvedená klasifikace označuje ty, kteří neslyší nic nebo jen velmi málo, což nestačí k osvojení mluveného jazyka (Motejzíkova, 2011). Z lingvistického hlediska se bude práce zaměřovat na prelingválně neslyšící, kteří přišli o sluch před osvojením jazyka a jejichž mateřským jazykem je jazyk znakový. V rámci této kapitoly bude představen nejen znakový jazyk, jako primární komunikační prostředek neslyšících, ale další doprovodné způsoby komunikace, se kterými se u této skupiny můžeme nejčastěji setkat. Pozornost bude, vzhledem k tématu práce, zaměřena především na komunikaci se zdravotnickým personálem. Zároveň je nezbytné zdůraznit, že uvedené informace není možné paušalizovat a zobecňovat plošně na celou skupinu. Člověk je individualita, a to co lze říci o jedné osobě, nemusí platit o druhé. I v této oblasti lze nalézt výjimky, které se mohou vymykat obecně platným informacím a komunikují jinými způsoby. Na způsob komunikace totiž mají kromě velikosti sluchové ztráty a doby jejího vzniku vliv i další faktory, mezi které patří například rodinné prostředí, výchova, metoda vzdělávání, osobní předpoklady, nadání a motivace.

2.1 Znakový jazyk

Znakový jazyk jako komunikační prostředek neslyšících, kteří jej považují za hlavní formu komunikace, byl celá staletí degradován a vnímán jako cosi podřadného. Převládal názor, že znakový jazyk je soubor gest bez jakýchkoli pravidel. Tento obecně zažitý omyl se podařilo vyvrátit až v 60. letech 20. století americkému jazykovědci Williamu Stokoe. Stokoe ve své publikaci *Sign Language Structure*, v níž se věnoval analýze amerického znakového jazyka (ASL), prokázal, že znakový jazyk je jazyk přirozený. u znakového jazyka našel a doložil rys objevující se u všech přirozených jazyků – dvojí členění (Slánská Bimová, Okrouhlíková, 2008). Dvojí členění znamená existenci dvou typů jednotek – těch, které nesou význam (morfémy) a těch, které význam samy o sobě nenesou, ale jsou schopny ho odlišit (fonémy) (Hockett, 1960). Stokoe (1960) ve své práci připodobňuje znak znakového jazyka k morfému (slovu) mluveného jazyka, který se skládá z fonémů, tedy jednotek, které význam samy o sobě nenesou, ale jsou schopny ho rozlišit. Za fonémy⁶, tedy základní komponenty

⁶ Stokoe je ve své práci označil pojmem *cherémy* (název je odvozen od řeckého označení pro ruku) (Bimová, 2002). V současné době jsou však již stejně jako u mluvených jazyků označovány jako fonémy.

znaku označil tvar ruky, místo artikulace a pohyb ruky (Stokoe, 1960). „*V každém konkrétním znakovém jazyce mají tyto komponenty přesně danou podobu a je jich určitý, nepříliš vysoký počet*“ (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008, s. 37). To tedy znamená, že ty komponenty, které se objevují v jednom znakovém jazyce, se nutně nemusí objevit v jiném, podobně jako u mluvených jazyků. Na rozdíl od mluvených jazyků jsou však tyto komponenty znaku produkovány simultánně, tedy v jeden čas a jsou skládány „na sebe“. Naopak u mluvených jazyků jsou komponenty skládány za sebe (Stokoe, 1960). Tato zjištění, na která Stokoe se svým týmem přišel, vyvrátila mýty o znakovém jazyce jako o systému gest. Gesta na rozdíl od znaků znakového jazyka totiž nelze dále analyzovat a segmentovat (Bímová, 2005).

Stokoe svou analýzou amerického znakového jazyka položil základy lingvistiky znakových jazyků, která se od 60. let 20. století začala šířit i mimo USA. Během následujících výzkumů byly znalosti o gramatice a fungování znakových jazyků dále rozšiřovány. Mimo jiné byly nalezeny další komponenty znaku – orientace dlaně a prstů, vzájemná poloha rukou a kontakt. Poznatky z těchto výzkumů postupně dokládaly u znakových jazyků i další rysy přirozených jazyků⁷ a zájem o znakový jazyk již nebyl pouze záležitostí lingvistiky (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008).

V České republice byly vhodné podmínky pro výzkum znakového jazyka nastoleny až po roce 1989. V období komunistického režimu byl totiž znakový jazyk vnímán jako cosi podřadného, pro co není ve vzdělávacím či veřejném prostředí místo. Výzkum znakového jazyka započal v České republice v roce 1993 v Institutu pro neslyšící v Berouně (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008).

2.1.1 Charakteristika českého znakového jazyka

Znakové jazyky jsou v mnohých oblastech odlišné od jazyků mluvených. V rámci této podkapitoly budou základní charakteristiky znakových jazyků ilustrovány na českém znakovém jazyce, neboť jsou vzhledem k příbuznosti znakových jazyků obecně platné pro všechny.

Jednou ze základních charakteristik znakového jazyka je jeho odlišný způsob existence. Znakové jazyky jsou jazyky **vizuálně-motorické**. Jedná se o jazyky, které „*vnímáme zrakem a produkujeme rukama, hlavou a horní částí trupu*“ (Czumalová, 2008

⁷ Více informací viz např. SLÁNSKÁ BÍMOVÁ, P., OKROUHLÍKOVÁ, L. *Rysy přirozených jazyků: český znakový jazyk jako přirozený jazyk; Lexikografie: slovníky českého znakového jazyka*. Praha: ČKTZJ, 2008.

s. 28). Mluvené jazyky jsou oproti tomu jazyky audio-orální, které vnímáme sluchem a produkujeme mluvidly (Czumová, 2008). Dalším rysem znakových jazyků je jejich **simultánnost**, která již byla zmíněna výše. „*Simultánnost znamená schopnost vrstvit jednotky jazyka na sebe a produkovat jich v jeden okamžik více najednou*“ (Czumová, 2008, s. 28). Simultánnost se uskutečňuje v několika rovinách. Objevuje se již na úrovni fonologické, tedy u komponentů znaků, o kterých byla řeč výše. Simultánně jsou produkovány také manuální a nemanuální nosiče významu (Macurová, 2001). „*Mezi manuální nosiče významu řadíme tvary, pohyby a pozice rukou, mezi nemanuální nosiče patří mimika, pozice a pohyby hlavy a horní části trupu. Manuální nosiče přinášejí převážně významy lexikální, nemanuální nosiče převážně významy gramatické*“ (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008, s. 57). Simultánně lze produkovat také dva původně jednoruční znaky (Macurová, 2001).

Dalším z charakteristických rysů znakových jazyků je **užívání trojrozměrného prostoru**. Prostor je prostředkem pro vyjádření množství gramatických skutečností. V případě českého znakového jazyka slouží například k vyjádření času, k odkazování, ke střídání rolí v promluvách. Prostor hraje důležitou roli také při vyjádření některých typů sloves⁸ (Macurová, 2001).

Znakové jazyky se od mluvených jazyků liší také tím, že v nich převládá **ikoničnost**. Ikoničnost znamená, že „*mezi nosičem a objektem je vztah podobnosti*“ (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008, s. 59) viz Obr. 2 a Obr. 3.



Obr. 2 Znak ROHLÍK
(převzato z Kuchařová, 2005)



Obr. 3 Znak KOČKA
(převzato z Kuchařová, 2005)

⁸ Více o gramatických prostředcích českého znakového jazyka v sérii *Poznáváme český znakový jazyk*, kterou vydal časopis Speciální pedagogika mezi lety 2001-2005.

U mluvených jazyků naopak převažuje arbitrární, tedy nahodilý vztah. Skutečnost, že u znakových jazyků převládá právě ikoničnost, je způsobena vizuálně-motorickou existencí znakových jazyků. Neznamená to však, že by se ve znakových jazycích neobjevovaly znaky založené na arbitrárním vztahu (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008), viz Obr. 4 a Obr. 5.



Obr. 4 Znak VEJCE
(převzato z Kuchařová, 2005)

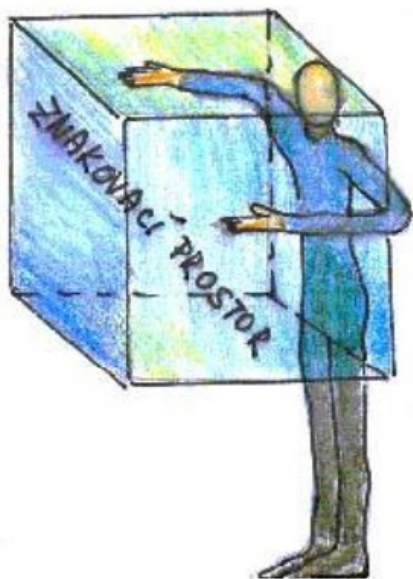


Obr. 5 Znak VODA
(převzato z Kuchařová, 2005)

Jinakost znakových jazyků je však bohužel také častou příčinou mýtů o nich. Přestože mýty, které zde uvádíme a které považujeme za ty nejčastěji se objevující, byly vyvráceny, stále se s nimi setkáváme. K jejich vymýcení je potřeba především otevřená mysl, informovanost a osvěta.

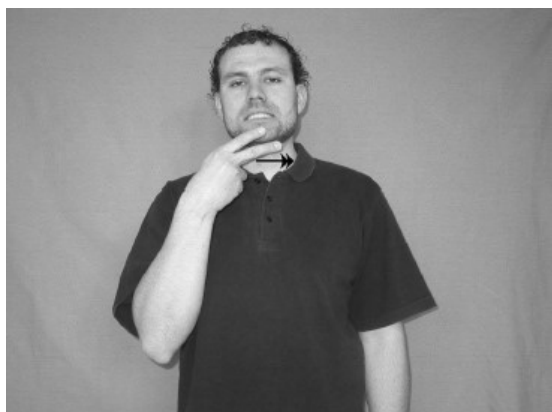
Pravděpodobně nejstarší mýtus, který tvrdil, že znakový jazyk jsou pouhá gesta, se podařilo vyvrátit již v 60. letech Williamu Stokoemu (viz výše). Velmi často je znakový jazyk také připodobňován k pantomimě. Na rozdíl od pantomimy je však znakový jazyk omezen pravidly. Zmíňme alespoň tzv. znakovací prostor, který znázorňuje následující obrázek⁹ (Slánská Bímová, Okrouhlíková, 2008).

⁹ o dalších omezeních viz BATTISON, R. *Lexical borrowing in American sign language*. Linstok Press , 1978.



Obr. 6 Znakovací prostor (převzato z Kuchařová, 2005)

Další velmi rozšířenou pověrou, která se ke znakovému jazyku váže je, že je mezinárodní. Vždyť přece jak by to bylo krásné, kdyby se mezi sebou dokázali všichni domluvit. Pravda je však taková, že každý národ má vlastní znakový jazyk, který se přirozeně vyvíjel stejně jako mluvené jazyky a je ovlivněn kulturou a historií dané země. S touto pověrou se úzce váže jiná, která má za to, že český znakový jazyk je na území České republiky všude stejný. Stejně jako existuje brněnské či hanácké nářečí, existují i variace českých a moravských znaků (viz Obr. 7 a 8). Rozrůzněnost českého znakového jazyka však není dána pouze geograficky. Odlišnosti můžeme najít i v projevu mladého a staršího člověka či ženy a muže (rozdíly ilustrují Obr. 9, 10, 11, 12) (Bímová, 2005).



Obr. 7 Česká varianta znaku ZELENÝ (převzato z Kuchařová, 2005)



Obr. 8 Moravská varianta znaku ZELENÝ (převzato z Kuchařová, 2005)



Obr. 9 Varianta mladého neslyšícího CD (převzato z Kuchařová, 2005)



Obr. 10 Varianta staršího neslyšícího znaku CD (převzato z Kuchařová, 2005)



Obr. 11 Ženská varianta znaku PSÁT (převzato z Kuchařová, 2005)



Obr. 12 Mužská varianta znaku PSÁT (převzato z Kuchařová, 2005)

Velmi častým omylem je, že český znakový jazyk je odvozen z českého jazyka a je to pouze čeština převedená do znaků. Jak už však zaznělo výše, český znakový jazyk je jazyk přirozený, který vznikl postupným vývojem, tak jako ostatní jazyky. Skutečně ovšem existuje uměle vytvořený systém, který je postaven na převodu českého jazyka do znaků, ten se však nazývá znakovaná čeština (Bímová, 2005).

Dalším mýtem je ten, že znakový jazyk nemá gramatiku. Tento mýtus vyvrací pozice znakového jazyka jako přirozeného jazyka. Každý jazyk má vlastní gramatiku (Bímová, 2005). Informace o tom, že znakový jazyk má menší slovní (znakovou) zásobu, je do jisté míry pravda. Ovšem tato skutečnost je způsobena érou komunistického režimu, v níž byl

český znakový jazyk vykázán ze vzdělávání a veřejného života a v níž byly možnosti studijních oborů pro neslyšící značně omezené (Bímová, 2005). Potřebnost znakové zásoby v těchto oborech, hovoříme především o odborných odvětvích, tudíž nebyla třeba. Slovní zásoba se totiž odvíjí od potřeb dané společnosti. Eskymáci mají například 30 pojmenování sněhu, protože to jejich způsob života vyžaduje. Po pádu komunistického režimu můžeme hovořit o tzv. obrození znakového jazyka. Možnosti vzdělávání umožnily neslyšícím pronikat do dalších oborů i do veřejného života, jejichž výsledkem je vznik odborné slovní zásoby a specializovaných slovníků (např. lingvistická či přírodovědecká terminologie) (Bímová, 2005).

Jako poslední mýtus, který považujeme za nutné zde uvést, je chybné označování znakového jazyka pojmem znaková řeč, se kterým se hojně můžeme setkat i v médiích. Tento výraz je terminologicky nepřesný. Termín řeč slouží k označení konkrétní lidské promluvy, jazyk je „*systém jednotek a pravidel jejich spojování*“ (Macurová, 2001).

2.1.2 Tlumočnick českého znakového jazyka

Komunikace s neslyšícím pacientem, jehož primárním komunikačním prostředkem je český znakový jazyk, bude s velkou pravděpodobností probíhat prostřednictvím tlumočnicka znakového jazyka. Situace, v nichž se zdravotnický personál domluví s neslyšícím pacientem ve znakovém jazyce sám, jsou ojedinělé a bude se s největší pravděpodobností jednat o základní, nikterak obtížné skutečnosti. Cílem této podkapitoly je vysvětlit, kdo je tlumočnick znakového jazyka, co je náplní jeho práce a jak má vypadat komunikace za jeho přítomnosti.

„Tlumočnick provádí přesný a věrný překlad obsahu sdělení mezi účastníky komunikace formou jasnou a srozumitelnou neslyšícímu účastníkovi komunikace. Nesmí nic přidávat, ubírat, ani jinak upravovat sdělení. Není aktivním účastníkem komunikace“ (ČKTZJ, 2018¹⁰). To znamená, že do tlumočnické situace žádným způsobem nezasahuje, nic nevysvětluje.¹¹ Tlumočnick svou práci vykonává za úplatu a nezprostředkovává jen odlišné jazyky, ale také odlišné kultury. Samozřejmostí práce tlumočnicka je naprostá mlčenlivost, kterou je vázán (Dingová, 2005).¹² Tlumočení do/z českého znakového jazyka probíhá

¹⁰ Česká komora tlumočnicků znakového jazyka.

¹¹ V praxi však má tlumočnick v některých případech právo ze své role vystoupit, aby vysvětlil nějakou situaci (Gańczarczyk, 2014).

¹² Etický kodex tlumočnicků znakového jazyka viz např. <http://www.cktzi.com/o-komore/eticky-kodex/> nebo <https://www.cun.cz/o-nas/dokumenty-ceske-unie-neslysicich-z-u/kodex-tlumocniku/>

simultánně, tedy v reálném čase¹³, což je význačný rozdíl oproti tlumočení mluvených jazyků, které většinou probíhá konsektivně, tedy po částech (Pospíšilová, 2010). I při tlumočení pro neslyšící se však můžeme setkat s konsektivním tlumočením. Tento způsob se však používá pouze při specifických situacích. Jedná se například o člověka, který trpí mentálním postižením, psychickým onemocněním, v situacích, kdy je přítomen neslyšící tlumočnick, v případě nezkušenosti neslyšícího s tlumočnickem či na jeho výslovné přání (Nováková, Petříčková, Vysuček, 2008).

S tlumočnickem znakového jazyka se můžeme setkat v rozličných oblastech. Působí v oblasti vzdělávání, u soudu, v komerční sféře (médiá, konference, podniky), v umělecké a kulturní oblasti. Nejrozšířenější oblastí je však komunitní tlumočení, do kterého patří nepřeborné množství situací – zdravotní oblast, úřady, zaměstnání, bytové schůze, přednášky, tlumočení na policii či v jiných státních institucích, ale také překlady dokumentů či tlumočení hovorů (Bízková, Kalousová, Lišková, Siková, Dingová, 2013). Komunitní tlumočení je charakteristické krátkou dobou reálného tlumočení a ve většině případů také nulovou přípravou pro tlumočnicka.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. dělí tlumočnické služby na terénní a ambulantní. Terénní tlumočení se odehrává přímo v daných institucích, ambulantní v prostorách poskytovatelů sociální služby. Prostřednictvím ambulantního tlumočení probíhá především tlumočení hovorů, překlad dokumentů, objednávání k lékařům apod. V současné době existuje ještě další typ tlumočení. Jedná se o online tlumočení, při němž se klient a tlumočnick nachází na jiném místě a spojí se prostřednictvím videohovoru. Online tlumočení bylo spuštěno v roce 2008, od roku 2010 je poskytováno nonstop (APPN¹⁴ 2010; Tichý svět, 2018). Tento typ tlumočení slouží především pro rychlé a jednoduché záležitosti jako je objednání k lékaři, volání na poštu apod. Jeho výhodou je především úspora času a možnost spojit se s tlumočnickem ihned.¹⁵

Tlumočnick českého znakového jazyka přizpůsobuje svůj projev individuálním potřebám klienta a jeho komunikačním schopnostem a jazykovým preferencím (Nováková,

¹³ Zpoždění je nepatrné, pouze několik vteřin. Drobný posun je nezbytný pro pochopení smyslu (Pešková, 2008).

¹⁴ Agentura profesního poradenství pro neslyšící. Jedná se o dřívější název organizace Tichý svět.

¹⁵ Pro objednání tlumočnicka přes Centrum zprostředkování tlumočení neslyšícím, který je největším registrem tlumočnicků znakového jazyka, je potřeba odeslat požadavek na tlumočnicka alespoň tři dny před plánovaným tlumočením (Centrum zprostředkování tlumočení neslyšícím, 2017).

Vysuček, Petříčková, 2008). Jak již bylo výše uvedeno, liší se nejen projev muže a ženy, Čecha a Moraváka, ale také osoby mladší a starší. Starší neslyšící užívají často odlišné znaky, s nimiž se u mladé generace již nesetkáme a naopak. Tato skutečnost však není dána pouze věkem, ale i rozdílnými sociokulturními podmínkami (viz dále). u mladých neslyšících se zase v posledních letech setkáváme se znakovou zásobu, kterou přebírají z cizích znakových jazyků. Svá specifika má samozřejmě i projev dětí (odlišná úroveň jazyka, menší slovní zásoba, užívání dětských či domácích¹⁶ znaků apod.) Komunikační schopnosti ovlivňují však i další skutečnosti. Jedná se především o dosažené vzdělání, sociokulturní podmínky, ze kterých neslyšící pochází, způsob vzdělávání či přítomnost dalšího postižení. Vyšší vzdělání je stejně jako u slyšících charakteristické bohatější slovní zásobou a užíváním složitějších, rozsáhlejších struktur. Jak už bylo zmíněno výše, znakový jazyk byl v období komunistického režimu upozaděn a možnosti vzdělání byly pro neslyšící omezeny. Ve vzdělávání byla uplatňována tzv. orální metoda, jejímž cílem bylo naučit neslyšící mluvit a začlenit je do slyšící společnosti a to i přesto, že mluvený jazyk nebyl pro některé z nich smyslově přístupný. Tyto sociokulturní podmínky výrazně ovlivnily jejich komunikační schopnosti a míru osvojení znakového jazyka a v některých zakořenily postoj, že znakový jazyk je něco méněcenného a jeho užívání je hodno studu. Mnozí z nich tak i dnes při styku se slyšícím člověkem užívají mluvený jazyk, znakovanou češtinu či jejich kombinaci a to i v případech, kdy mají k dispozici tlumočnicka. Výrazným faktorem ovlivňující komunikační schopnosti a míru osvojení znakového jazyka je také výchova (Nováková, Vysuček, Petříčková, 2008).

Nováková, Vysuček a Petříčková (2008) vydělují dvě skupiny, u kterých může být vyžadováno při tlumočení přizpůsobení ve větší či menší míře. Do skupiny, která může vyžadovat menší přizpůsobení, řadí lidi s nižším vzděláním, starší lidi či osoby, které nemají zkušenosti s tlumočením. Může se jednat o kombinaci všech faktorů. Jak již bylo řečeno výše, v období komunistického režimu byl znakový jazyk potlačován a neslyšící neměli možnost se vzdělávat, což se odráželo i v méně rozvinuté slovní zásobě. V tomto období tlumočili především rodinní příslušníci ovládající znakový jazyk, jelikož zde neexistovaly kurzy znakového jazyka pro veřejnost. Při tlumočení této skupině osob může docházet k zaměňování role tlumočnicka za sociálního pracovníka či asistenta, který jim pomůže s vyřešením záležitostí. Je tedy potřeba přizpůsobit znakovou zásobu znalostem a slovní zásobě dané osoby. Skupina osob, která může požadovat větší míru upzůsobení, sestává

¹⁶ Znaky, které jsou užívány v rodinném prostředí (Pešoutová, 2008).

především z lidí, kteří mají přidružené postižení (zrakové, mentální, tělesné), osoby s psychickými poruchami či osoby, které si z nějakého důvodu neosvojily jazyk. V takových případech nebývá výjimkou tlumočení za přítomnosti neslyšícího tlumočnicka, který je jakožto rodilý mluvčí znakového jazyka schopen vnímat drobné nuance vzniklé přidruženým postižením. V těchto případech se také častěji využívá tlumočení konsektivní.

2.1.2.1 Tlumočení ve zdravotnictví

Jelikož je diplomová práce zaměřena na oblast zdravotnictví, budou zde v krátkosti představeny charakteristiky tlumočení v tomto oboru. Zdravotnictví je dle Centra zprostředkování tlumočení neslyšícím (dále jen „CZTN“) nejčastější oblastí komunitního tlumočení, ve které jsou tlumočníci českého jazyka využíváni (Červinková Houšková, 2008). Zdraví je citlivou a soukromou záležitostí každého jedince a skutečnost, že je potřeba do ní přizvat v podstatě cizí osobu v podobě tlumočnicka, může být pro neslyšícího pacienta dalším zdrojem stresu.

Tlumočení ve zdravotnictví zahrnuje nejen pravidelné návštěvy u lékařů, vyšetření, tlumočení v lékárnách, v čekárně, ale také tlumočení během pobytu v nemocnici a v současné době se již běžně můžeme setkat s tlumočnickem českého znakového jazyka také u porodu (Červinková Houšková, 2008).

Při tlumočení ve zdravotnictví můžeme stejně jako v jiných oblastech zaznamenat negativní postoj zdravotnického personálu, který odmítá přítomnost dalšího člověka, vnímá ho jako nadbytečného či zaměňuje jeho roli (s příbuzným či asistentem pacienta). Jak už bylo řečeno výše, návštěva lékaře či případná hospitalizace je velmi často stresující situací, která se může projevit i v projevu neslyšícího pacienta, v jeho pozornosti či koncentraci. Komunikace účastníků může být ovlivněna také medikací či bolestí, jejíž účinky se mohou projevit jak v recepci, tak percepci pacienta (Bízková, Kalousová, Lišková, Siková, Dingová, 2013). Na tomto místě je třeba zmínit některé další specifické situace komplikující komunikaci účastníků. Mezi takové situace patří například vyšetření u očního lékaře, po jehož zákroku může mít klient rozostřené vidění, vyšetření magnetickou rezonancí či CT, při němž je pacient prostřednictvím reproduktoru vyzván k zadržení dechu či hlubokému dýchání, situace, při nichž pacient leží čelem dolů a další (Humpreys, 2007). Na takové situace je třeba lékaře upozornit, protože sám si to s velkou pravděpodobností neuvědomí. Nejjednodušším řešením těchto situací je předat potřebné informace před vyšetřením či po jeho ukončení. Tento způsob lze aplikovat i v případech, v nichž není tlumočnick (na žádost klienta, lékaře či

z jiných důvodů) některé části vyšetření přítomen. Dalším řešením těchto situací je přechod do konsekutivního tlumočení či užití předem domluvených doteků, které mohou znázorňovat například nádechy, výdechy apod. (Červinková Houšková, 2008). V případě tlumočení ve zdravotnictví může být také velmi komplikované umístění tlumočnicka vzhledem k přístrojům a dalšímu zdravotnickému vybavení (Humphrey, Alcorn, 2001). V oblasti zdravotnictví se také můžeme častěji setkat s neslyšícími tlumočníky, především ve specifických situacích, o nichž jsme hovořili výše. Přítomnost neslyšícího tlumočnicka také umožní snadnější komunikaci s neslyšícím pacientem, který je ovlivněn medikací apod.

Při každé komunikaci probíhající za přítomnosti tlumočnicka (nejen ve zdravotnickém prostředí) je třeba mít na paměti několik základních pravidel:

- Během hovoru se obracíme přímo na neslyšícího účastníka, nemluvíme o něm jako o třetí osobě a udržujeme s ním oční kontakt.
- Tlumočnick je pouze prostředníkem komunikace, není jejím přímým účastníkem.
- Tlumočnick by se měl nacházet vedle slyšícího mluvčího, tak aby mohl neslyšící sledovat jak tlumočnicka, tak i mluvčího.
- Mluvčí by měl hovořit přirozeným tempem řeči, nikoli ho zpomalovat, protože nepřirozeným tempem naopak ztěžuje hladký průběh tlumočení.
- Zjednodušení či vypouštění informací ze strany slyšícího účastníka, jsou nepřijatelná, ať jsou činěna z jakéhokoliv důvodu (Dingová, 2007).

2.2 Psaná forma českého jazyka

Psaná forma českého jazyka je dalším prostředkem, se kterým se můžeme setkat při komunikaci s neslyšícím pacientem. Tento komunikační prostředek neslyšící pacient upřednostňuje především v situacích, kdy navštěvuje svého stálého lékaře, který je s jeho komunikačními prostředky obeznámen. Tento způsob komunikace je vhodný především pro jednoduché a krátké záležitosti. Zdravotnický personál se často domnívá, že tento komunikační prostředek je dostačující. Je však třeba si uvědomit, že psaná čeština českých neslyšících má svá specifika a nebude totožná s projevem slyšícího uživatele. I zde je třeba upozornit na individuálnost, psaná čeština jednotlivých neslyšících se může velmi výrazně lišit a ovlivňuje ji mnoho skutečností, o kterých jsme již hovořili výše.

Mluvený jazyk je pro neslyšící smyslově nepřístupný, neslyší ho. Osvojování češtiny tedy neprobíhá jako u slyšících vrstevníků přirozenou cestou, spontánně a pomocí nápodoby. Mluvený jazyk si osvojují jako druhý, cizí jazyk. Situace neslyšících dětí není snadná ani v případě osvojování znakového jazyka, který je pro ně smyslově přístupný. Většina, uvádí se až 90-95 %, neslyšících dětí se totiž narodí slyšícím rodičům, kteří v drtivé většině případů znakový jazyk neovládají. I přesto, že někteří z nich mají snahu se znakový jazyk naučit, výuka nepostupuje tak rychle, jak by vyvíjející se dítě potřebovalo. V tzv. kritickém období, což je období nezbytné pro osvojení jazyka, neslyšící dítě zaostává, v některých případech dokonce můžeme hovořit o tzv. bezjazyčí, tedy situaci, v níž není dítě vystaveno žádnému jazyku (Macurová, 1998).

Českému jazyku jsou neslyšící děti vystaveny až s příchodem do školního prostředí skrze jeho psanou podobu. V učební praxi většinou není přihlíženo na fakt, že se jedná o druhý, cizí jazyk neslyšícího žáka a je češtině vyučován stejně jako slyšící vrstevník. Tyto skutečnosti se následně odrážejí v míře osvojení psané formy jazyka (Komorná, 2008).

U textů psaných českými neslyšícími můžeme nalézt některé společné rysy. Jedná se například o nadužívání sloves, záměnu sloves být a mít, vyhýbání se složitějším strukturám (pasivum, podmíňovací způsob), mohou se objevovat problémy s deklinací, shodou podmětu s přísudkem či rozlišením rodů (Macurová, Háňková, 2011). Věty bývají většinou krátké a jednoduché. Některé z rysů psané češtiny jsou způsobeny také interferencemi, tedy přenosy struktur ze znakového jazyka. Jedná se například o odlišný slovosled, lexikální vyjadřování času či užívání absolutní záporu¹⁷ (Komorná, 2008). Jak může vypadat psaný projev neslyšícího znázorňují následující příklady¹⁸ (převzato z Macurová, Háňková, 2011).

¹⁷ Více informací o psané češtině českých neslyšících viz např. MACUROVÁ, A.; D. HÁŇKOVÁ. Chyby v psané češtině českých neslyšících. *Speciální pedagogika*, 2011, roč. 21, č. 3, s. 178–190 nebo KOMORNÁ, M. *Psaná čeština českých neslyšících-čeština jako cizí jazyk*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

¹⁸ Od roku 2012 je realizován projekt Korpus DEAF, který zahrnuje česky psané texty českých neslyšících. Veřejnosti by měl být přístupný do konce roku 2019 (Richterová, 2019).

„Přeju cíl dům na lásce. Nechci válka potřeba Klid bez problému rád bych kamarády na světě např. spolupráce, lásce, spoluhráč a další, ... Mám rád cíl krásný život třeba dům, zvíře, příroda, rodiče, děti, manželka, zahrada, dovolena a turist.“

„Vždy vidím že všude lidé více práce málo vydělává peníze to nelíbí chci být aby měli měsíc od 10 000-25 000 Kč, krádež chci být stejně...“

Jak ilustrují i výše uvedené příklady, ne vždy je možné pochopit smysl sdělení a psaná čeština se dá připodobnit k projevu cizince. Psaná čeština tedy ve většině případů není ideálním komunikačním prostředkem. Mnohdy se může stát, že neslyšící přijde k lékaři již s připraveným papírkem, kde má například sepsané své obtíže. Lékař tudíž nabývá dojmu, že s neslyšícím může komunikovat prostřednictvím psané podoby. Je však běžné, že obsah sdělení nepsal sám. Taktéž může nastat situace, kdy neslyšící kývá, že rozumí sdělení a pokynům, avšak není tomu tak, pouze se to stydí přiznat. Taková nedorozumění však mohou mít neblahé následky na zdraví pacienta. V případě, že je pro komunikaci užívána psaná čeština, je nezbytné se vždy ujistit, jak neslyšící pacient sdělení rozumí (Strnadová, 2001).

2.3 Odezírání

„Odezírání je metoda vnímání a porozumění obsahu mluvené řeči zrakem. Odezírající člověk sleduje pohyby úst, mimiku, gesta a další projevy hovořící osoby a snaží se uhodnout obsah sdělení“ (Strnadová, 2008, s. 10). Odezírání je velmi náročný proces, lze odezřít přibližně třetinu informací, zbytek je dílem dedukce. Pro úspěšný proces odezírání je potřeba splnit několik podmínek. Tou první je dobrý zrak, který je základní podmínkou pro odezírání. Další podmínkou je správná vzdálenost mezi odezírající a hovořící osobou a také jejich postavení. Odezírání na dlouhé vzdálenosti, které nám prezentují seriály, je nemožné. Nezbytností jsou také dobré světelné podmínky. Odezírání při oslnivém světle, stejně jako při jeho nedostatku nebo proti světlu, nelze (Strnadová, 2001a). Důležitou podmínkou pro úspěšné odezírání je znalost daného jazyka a jeho konvenčních zvyklostí. Člověk nemůže odezírat slova, která nezná. Je důležité si uvědomit, že pro neslyšícího (tak jak je definován v této diplomové práci), **pravděpodobně odezírání nebude primárním komunikačním prostředkem a jeho schopnost odezírání se bude odvíjet od znalosti mluveného jazyka.** Pro usnadnění odezírání je vhodné říci odezírající osobě téma, už to pomáhá vygenerovat užší počet variant slov. Na úspěšnost odezírání má také vliv psychický stav osoby a únava (Strnadová, 2008). Je také nezbytné udržovat přirozené tempo a hlasitost řeči. Šepot nebo křik

mění mluvní obrazy a může způsobit zkreslení. Je vhodnější mluvit v kratší větách, než v dlouhých souvětích a dodržovat také přestávky pro vyjádření interpunkčních znamének (Strnadová, 2001a).

3. Práva pacientů

Diplomová práce se zaměřuje na hospitalizaci neslyšících pacientů a s tím spojené sociální souvislosti (především na způsob komunikace mezi neslyšícím pacientem a zdravotnickým personálem, poskytování informovaností či na uzpůsobení prostředí). Jedním z důležitých aspektů hospitalizace je uplatňování práv pacientů. Cílem této kapitoly je představit základní dokumenty upravující práva pacientů na mezinárodní i vnitrostátní úrovni. Speciální pozornost bude věnována právům neslyšících pacientů.

3.1 Práva pacientů v mezinárodních dokumentech

Historicky prvním dokumentem, jenž byl spjat s právy pacientů, je zřejmě Hippokratova přísaha, která pochází z období 5. století př. n. l. Ta však klade důraz spíše na čest, prestiž a etické otázky povolání lékaře než na pacientova práva (Doležal, Doležal, 2007). Již v tomto období se projevoval paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem, který je založen na nadřazené pozici lékaře a pacientově bezmezném důvěře. Tento vzorec vztahů mezi lékařem a pacientem vydržel dlouhá staletí. Ke změně myšlení ve vztahu lékaře a pacienta začalo postupně docházet po druhé světové válce. Po jejím skončení vznikla celá řada lidskoprávních dokumentů, jejichž cílem bylo zabránit opětovnému masivnímu porušování lidských práv. Vyhlášení Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948, která zdůrazňovala svobodu a rovnost všech lidí, se projevila také ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Právě od tohoto období se paternalistický vztah začal postupně přeměňovat na vztah partnerský, který je postaven na aktivní participaci a spoluodpovědnosti pacienta na léčebném procesu (Haškovcová, 1996).

V pozdějších letech bylo právo na zdraví či s ním spojená nejvyšší možná úroveň zdraví obyvatel součástí také Evropské sociální charty (1961), Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966) či Listiny základních práv Evropské unie (2000). Výhradně právy pacientů se zabývají následující dokumenty – Lisabonská deklarace o právech pacientů (1981), Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994), Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997) a Evropská charta práv pacientů (2002). Dle povahy můžeme v dokumentech rozlišovat sociální a individuální práva pacientů. Sociální práva jsou taková práva, jejichž zajištění je úkolem společnosti a státních orgánů. Do této kategorie práv řadíme například zajištění dostupné zdravotní péče či již výše zmiňovanou nejvyšší možnou úroveň zdraví obyvatel. Individuální práva pacientů jsou

zaměřena na konkrétního člověka a jeho práva. Do této kategorie můžeme řadit například právo na informace, právo znát názor jiného odborníka a další (Doležal, Doležal, 2007).

Lisabonská deklaráce o právech pacientů

Lisabonská deklaráce o právech pacientů pochází z roku 1981 a za jejím vznikem stojí Světová lékařská asociace. Tato deklaráce byla v roce 1995 a 2005 revidována a doplněna. V současné podobě se skládá z 11 principů či práv:

- ***kvalitní zdravotní péče*** – má být poskytována všem bez rozdílu; zahrnuje také kvalitní pojištění či rovnost volby pacientů při výběru účastníků studie apod.,
- ***právo na svobodu volby*** – vztahuje se na výběr lékaře, zdravotnického zařízení a jejich případnou změnu; toto právo zahrnuje také možnost znát názor jiného odborníka,
- ***právo na sebeurčení*** – skládá se z práva na poskytnutí či odmítnutí souhlasu s léčbou; pacient má také právo odmítnout účast ve výzkumu či přítomnost mediků,
- ***právo na informace*** – zahrnuje informace o zdravotním stavu, možnostech léčby a jejich rizicích, zároveň však lze pacientovi odeprít informace v případech, v nichž by jejich prozrazení mohlo mít neblahé následky na jeho zdraví nebo na jeho výslovnou žádost; informace mají být podávány vždy tak, aby jim pacient rozuměl, a to i s přihlédnutím ke kulturním rozdílům,
- ***pacient v bezvědomí*** – v případě bezvědomí pacienta je třeba se obrátit na jeho zástupce, pokud není ani zákonný zástupce k dispozici, lze neodkladný zákrok učinit, pokud z předchozího chování pacienta nebylo zjevné, že by souhlas se zákrokem neposkytl,
- ***právně nezpůsobilý pacient*** – i právně nezpůsobilý pacient má právo na respektování svého názoru, v případě rozporu mezi nejlepším zájmem pacienta a názorem právního zástupce má zdravotnický personál možnost obrátit se soud či jinou instituci,
- ***právo na důvěrnost informací*** – vztahuje se na pacientův zdravotní stav, léčbu apod., pokud neuvede svůj výslovný souhlas,
- ***právo na zdravotnickou osvětu*** – zdravotnická osvěta má být pacientovi nápomocna při rozhodování o průběhu a metodách léčby,
- ***právo na důstojnost*** – pacient má právo na úlevu od utrpení a právo na důstojné ukončení života,

- **právo na náboženskou podporu** – pacient má právo na náboženskou podporu od zástupců svého vyznání,
- **zákroky proti pacientově vůli** – zákroky proti pacientově vůli lze vykonat pouze ve výjimečných případech a tak, aby neodporovaly zákonům či lékařské etice (Lisabonská deklarace o právech pacientů, 2005).

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě

Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě (dále jen „Deklarace“) vydala Světová zdravotnická organizace v roce 1994. Jejím cílem bylo definovat principy a strategie sloužící k prosazování a podpoře práv pacientů v souvislosti s reformami zdravotnictví, které v té době probíhaly ve většině členských zemí. Deklarace je rozdělena do pěti tematických oblastí: **práva pacientů, informace, souhlas, důvěrnost a soukromí, péče a léčba** (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994). V mnohém se její obsah překrývá s Lisabonskou deklarací o právech pacientů, avšak můžeme říci, že Deklarace je obsáhlejší. Pozornost na tomto místě bude věnována především odlišnostem uvedených dokumentů.

Deklarace je zajímavá již svým pojetím a definicí pacienta, kterého označuje jako uživatele/ spotřebitele služby (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994). Do jisté míry lze hovořit o pacientovi skutečně jako o spotřebiteli, neboť v některých případech nakupuje služby nebo výrobky (Doležal, Doležal, 2007). V oblasti práva na kvalitní zdravotní péči vyznačující se obdobně nediskriminací, rovností při výběru pacienta do studie či kontinuální péči a spoluprací jednotlivých pracovníků, se objevuje také kolektivní právo umožňující zastoupení pacientů na všech úrovních. Deklarace také klade důraz na humánní zacházení ve vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Právo na svobodu volby zahrnující možnost výběru zařízení, lékaře či možnost názoru jiného odborníka se vyskytuje v obdobné formě. Právo na seburčení se do jisté míry prolíná s právem na informace. Za velmi důležité v této oblasti považujeme následující: *„Informace musejí být pacientovi sděleny způsobem odpovídajícím jeho schopnostem jim porozumět, při minimálním použití neznámé, odborné terminologie. Pokud pacient nemluví stejným jazykem, měla by být k dispozici určitá forma tlumočení¹⁹“* (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994, s. 10). Dle Deklarace má být pacient při svém nástupu seznámen s pravidly a předpisy, které jsou ve zdravotnickém zařízení uplatňovány, taktéž by měl být spraven o odbornosti

¹⁹ Zvýrazněno autorkou.

zdravotnického personálu, se kterým se dostává do styku. Oddíl věnovaný souhlasu pokrývá mimo jiné situaci pacienta v bezvědomí či právně nezpůsobilého pacienta a jeho zákonného zástupce. Určitý vývoj můžeme spatřovat i v rozšíření práva na podporu. V Deklaraci se objevuje nejen náboženská podpora, ale také podpora od rodiny a blízkých během celého léčebného procesu. Naopak zcela v tomto dokumentu chybí právo pacienta na zdravotnickou osvětu usnadňující pacientovi proces rozhodování. V závěru dokumentu je poukázáno na možnost podat stížnost v případě, že má pacient pocit, že nejsou dodržována jeho práva. V případě porušování práv je možné obrátit se na soud či se pokusit o vyřešení sporu mimosoudní cestou, například prostřednictvím mediace (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994).

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva“) byla přijata Radou Evropy v roce 1997, Českou republikou byla ratifikována v roce 2001 a byla tak včleněna do Sbírký mezinárodních smluv jako 96/2001 Sb. m. s. Oproti předchozím deklaracím, které jsou právně nezávazné a předkládají pouze dohodnuté standardy, se tato Úmluva pro státy, které ji ratifikovaly, stává právně závaznou a v českém právním řádu je nadřazena zákonům (Ústava České republiky, 1993).

Úmluva reaguje na neustálý vývoj v oblasti medicíny a biologie, jejichž pokrok je nepopíratelný, nicméně do jisté míry také pro člověka ohrožující. Úmluva se skládá z 38 článků, které jsou rozděleny do **13 tematických kapitol**. Úvodní kapitola jasně vymezuje primární postavení pacienta před účely vědy. Stejně jako předešlé deklarace se zabývá informovaným souhlasem pacienta. V případě nezletilého pacienta zdůrazňuje důležitost jeho názoru, jehož váha roste s věkem a jeho vyspělostí. Mimo práv nezletilých pacientů, či osob neschopných dát svůj souhlas s výkonem také zdůrazňuje ochranu pacientů s duševním onemocněním. Další části Úmluvy se již zaměřují na práva pacientů související s výzkumy a odběrem orgánů. Úmluva se vyhraňuje proti zásahům do lidských genomů a proti výběru pohlaví. Zásahy do lidského genomu jsou přípustné pouze z preventivních příčin. Volba pohlaví je umožněna pouze v případech, kdy lze předejít vážnému onemocnění, které je vázáno na dané pohlaví. Úmluva dále stanovuje, že vědecké výzkumy vykonávané na člověku mohou být umožněny, pouze pokud není jiná alternativa a za předpokladu, že prospěch z nich

plynoucí převažuje nad riziky. Osobám zapojeným do výzkumu mají být zajištěna veškerá práva a ochrana. Zvláštní pozornost je opět věnována ochraně osob, které nejsou schopny vyjádřit svůj souhlas s výzkumem. Úmluva se také jasně vymezuje proti tvorbě lidských embryí za účelem výzkumu. Odebírání orgánů za účelem transplantace podléhá souhlasu dárce, v případě osob neschopných dát souhlas, lze odebrat orgány pouze ve výjimečných případech. Odebírání orgánů však v žádném případě nesmí být činěno za účelem finančního obohacení. Závěrečné kapitoly se zaměřují na porušení Úmluvy a možnosti odškodnění, jejichž způsoby mají být definovány jednotlivými státy (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 1997).

Evropská charta práv pacientů

Evropská charta práv pacientů (dále jen „Charta“) je nejnovějším dokumentem, který ošetřuje práva pacientů. Vznikla v roce 2002 na půdě Evropské unie. Opírá se a částečně také vychází z Listiny základních práv Evropské unie a jejího článku 35 zaměřujícího se na ochranu zdraví a přístup ke zdravotní péči. Odkazuje ale také na další mezinárodní dokumenty. Charta se skládá ze **14 základních práv pacientů**, které mají zajistit nejvyšší možnou úroveň zdraví obyvatel Evropské unie. Jak zdůrazňuje Charta, jedná se o základní práva, která mají být dodržována „*nezávisle na finančních, hospodářských nebo politických omezeních*“ daného státu (Evropská charta práv pacientů, 2002, s. 3). V Chartě se objevuje **právo na prevenci**, které má zajistit předcházení nemocí; **právo na přístup ke zdravotní péči**, které má být zaručeno všem bez rozdílu či **právo na přístup k informacím**, které se příliš neliší od ostatních dokumentů stejně jako **právo na informovaný souhlas**. Důraz je kladen na podání informací pacientovi jazykem a takovým způsobem komunikace, který je pacientovi srozumitelný. Oproti ostatním dokumentům však Charta definuje časový úsek nejméně 24 hodin, po který má být pacient seznámen s informacemi o léčbě či operaci, aby měl dostatečný čas pro udělení či neudělení souhlasu. Zcela novým právem, které se u předešlých dokumentů nevyskytovalo, je **právo na respektování pacientova času**, které má zaručovat, že pacient bude vždy ošetřen, a to v co nejkratším možném čase. **Právo na bezpečnou léčbu** se také v předchozích dokumentech neobjevuje. Toto právo reaguje na stále rostoucí vliv technologií a přístrojů ve zdravotnictví. Má zajistit ochranu před nefunkčními přístroji, ale i léky, které by mohly poškodit pacientovo zdraví. K zajištění tohoto práva mají přispět také školení personálu a pravidelné kontroly přístrojů. S právem na bezpečnou léčbu úzce souvisí **právo na léčbu moderními diagnostickými postupy**. Podobně jako v Úmluvě

o lidských právech a biomedicíně se i zde setkáváme s **právem na stížnost a odškodnění proti neadekvátní péči** či porušení práv pacienta. Stížnost má prošetřovat nezávislý orgán v blíže stanoveném čase. Definice **práva na svobodu volby, soukromí a ochranu osobních informací**, stejně jako **práva na kvalitní péči, individuální přístup a práva na ochranu před utrpením** se nijak neliší od předchozích dokumentů (Evropská charta práv pacientů v Evropě, 2002).

Kromě práv pacientů se zaměřuje Charta také na občanská práva, která přispívají ke zkvalitnění zdravotní péče občanů. Mezi tato práva řadí Charta právo podílet se v rámci zájmových aktivit na podpoře ochrany práv na zdravotní péči či participaci na vytváření politiky v oblasti zdravotní péče (Evropská charta práv pacientů v Evropě, 2002).

Mezinárodní dokumenty, které zde byly představeny, definují základní práva pacientů. V jejich obsahu však můžeme spatřovat určitý vývoj, který rozšiřuje práva pacientů do nových oblastí. Tyto změny můžeme spatřovat především v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a Evropské chartě práv pacientů. Úmluva o lidských právech a biomedicíně se z velké části zaměřuje na ochranu pacientů způsobenou rozvojem medicíny a vědeckých poznatků. Evropská charta práv pacientů klade důraz na bezpečnost léčby a užití nových technologií. V dokumentech je také rozvíjena potřeba podpory pacientových blízkých, která rozvíjí humánní přístup ve zdravotnictví. Jsme si vědomi, že se jedná o obecné pojetí práv, nicméně i zde lze nalézt některé části, které jsou důležité pro účely práce a vztahují se i na specifika neslyšících pacientů, především na jejich komunikaci. Jedním z těchto příkladů je článek, vztahující se k podávání informací, který je obsažen v Lisabonské deklaraci o právech pacientů. Je zde mimo jiné zdůrazněno, že při podávání informací má být přihlíženo ke kulturním rozdílům. Toto téma je více rozpracováno v Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě. Zde se přímo hovoří o tlumočnicích v případě odlišného jazyka pacienta. V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně je zdůrazněna ochrana pacientů s duševním onemocněním, což je zcela jistě přínosné. Zdůraznění této ochrany nás však přivádí k otázce, proč se zde neobjevuje i ochrana dalších zranitelných skupin a jejich potřeb – osob s mentálním, tělesným či smyslovým postižením. Domníváme se, že v dokumentu by měla být zdůrazněna ochrana všech zranitelných skupin, ne pouze některých. Můžeme tedy doufat, že tento nastolený trend neustále se rozšiřujících příbuzných oblastí, které pokrývají práva pacientů, bude pokračovat i nadále a v budoucnu pokryje i další zranitelné skupiny.

3.2 Práva pacientů v České republice

Práva pacientů upravuje na území České republiky několik dokumentů. Jedním z nich je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která byla včleněna do českého právního řádu a jejíž právní síla je nadřazena českým zákonům.

Nejzásadnější českou zákonnou normou v oblasti práv pacientů je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“). Právy pacientů se zabývá část čtvrtá, hlava i zákona nazvaná *Práva a povinnosti pacienta a jiných osob*. V ustanovení § 28 se objevuje výčet základních práv pacienta. Zahrnuje **informovaný souhlas**, který musí předcházet každému zákroku a který může pacient kdykoli odvolat, **právo na odbornou péči**, **právo možnosti volby lékaře a zdravotního zařízení**, **právo vyžádat si názor jiného odborníka**, **právo na důstojné zacházení a respektování soukromí** či **právo seznámit se s vnitřními předpisy daného zdravotnického zařízení a s identitou zdravotnického personálu**, se kterým se pacient dostává do styku. Každý pacient má dále právo na **přítomnost blízké osoby, její návštěvy či návštěvy z řad náboženských obcí**. V případě nezletilého či právně nezpůsobilého pacienta je možná nepřetržitá přítomnost zákonného zástupce či opatrovníka. Jejich přítomnost má pacient právo odepřít, pokud jej daná osoba týrala či jinak trýznila. Pacient má také **právo odmítnout přístup** studentům a osobám, jejichž přítomnost není nezbytná. Omezení některých z výše uvedených práv se vztahuje pouze na osoby v péči záchranné služby či osoby, které jsou povinny „... *se podrobit odbornému lékařskému vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek*“ (Zákon o zdravotních službách, 2011). Pro účely práce je velmi důležitý § 30, který se zabývá osobami se smyslovým a tělesným postižením. „*Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou*²⁰. *V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence ustanoví tlumočnicka Vězeňská služba*“ (Zákon o zdravotních službách, 2011). Kromě osob ve výkonu trestu však není stanoveno, kdo má tlumočnicka (případně vizualizátora, přepisovatele apod.) zajistit.

²⁰ Zvýrazněno autorkou.

Ustanovení § 31 a následující se zaměřují na podávání informací. Pacientovi mají být sděleny informace o jeho zdravotním stavu pro něho srozumitelným způsobem. Pacient má **právo určit osoby, které smějí být informovány** o jeho zdravotním stavu, taktéž má **právo určit osoby, které nesmějí být informovány**. V případě nezletilých či právně nezpůsobilých pacientů jsou informace sdělovány zákonnému zástupci či opatrovníkovi, avšak i pacientův názor má svoji váhu, která u nezletilých stoupá s věkem a vyspělostí. Pacient má také **právo nebýt informován** o svém zdravotním stavu. Pacient se může rozhodnout o sepsání **dříve vysloveného přání**, k němuž zdravotní personál musí přihlížet. K dříve vyslovenému přání se nepřihlíží v případech, kdy „...nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti“ (Zákon o zdravotních službách, 2011). Závěr této části se věnuje povinnostem pacientů.

Mezi další zákony, které se do větší či menší míry zabývají právy pacientů, patří Listina základních práv a svobod či zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ani jeden z uvedených zákonů se nicméně nezabývá hospitalizací pacienta a s ní souvisejícími právy, tudíž zde nebudou blíže zkoumány.

Etický kodex práv pacientů

Etický kodex není právně vymahatelný, má pouze mravní povahu, nicméně i tak hraje důležitou roli při debatě o právech pacientů, a proto zde bude v krátkosti zmíněn.

První etický kodex práv pacientů vznikl v USA v roce 1971. Jeho autorem je lékárník David Anderson. Anderson kladl velký důraz na individuální přístup a spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Zároveň se vymezil proti instrumentalizaci pacienta a nedostatku komunikace (Doležal, Doležal, 2007). Etické kodexy poté začaly vznikat i v dalších zemích. Původně se jednalo o kodexy, které měly obecný charakter, nicméně později začaly vznikat i speciální kodexy zaměřené na určitou skupinu osob. V současné době se tak můžeme setkat například s kodexem práv těhotných žen, duševně nemocných, seniorů apod. Vlastní etický kodex práv pacientů mají dokonce i některé nemocnice (Haškovcová, 1996). „*Etické kodexy práv pacientů nejsou jednou a provždy dány, nýbrž se v průběhu času obměňují. Podle potřeby bývají doplňovány a obsah revidován v souvislosti s tím, jak se mění situace na straně pacientů nebo ošetřujících. To, co se stane samozřejmostí a nepsaným zákonem, je zpravidla z kodexu vypuštěno a nahrazeno novým úkolem, se kterým je potřeba se vypořádat*“ (Haškovcová, 1996, s. 17). V některých případech mohou některé body etického kodexu přecházet do právně vymahatelné roviny prostřednictvím zákonů (Haškovcová, 1996).

V České republice bylo vhodné politické prostředí pro vznik etického kodexu práv pacientů nastoleno až v roce 1990. Vzorem českého kodexu práv pacientů se stala Vzorová práva nemocných z roku 1985 od Amerického svazu občanských svobod. Český kodex práv pacientů, který byl vyhlášen 25. 2. 1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví, se skládá z 11 práv (Doležal, Doležal, 2007). Kodex je postaven na principech respektu, ochraně soukromí a důstojnosti pacienta, přístupu k informacím, ale také na důvěře a spolupráci pacienta a zdravotnického personálu (Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky, 1992). Vzhledem k tomu, že obsah kodexu se překrývá s právy obsaženými v zákoně o zdravotních službách, nebude zde jeho obsah dále rozebírán.²¹

3.3 Práva neslyšících pacientů

V současné době neexistuje dokument, který by se zaměřoval výhradně na práva neslyšících pacientů. Na tomto místě budou nicméně představeny dokumenty, které pokrývají práva neslyšících v širších souvislostech, z nichž některá se dají aplikovat i při hospitalizaci v nemocnici.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Nejzásadnějším dokumentem, který ošetřuje práva osob se zdravotním postižením, potažmo neslyšících, je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva OSN“) z roku 2006. Českou republikou byla ratifikována v roce 2009 a vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 10/2010 Sb. m. s. Jak již zaznělo výše, mezinárodní smlouvy mají větší právní sílu než české zákony.

Pro účely práce je podstatný článek 9, který se zabývá přístupností osob se zdravotním postižením k veřejným službám, dopravě apod. Dle něj mají státy přijmout „...*příslušná opatření k zajištění přístupu osob se zdravotním postižením, na rovnoprávném základě s ostatními, k hmotným životním podmínkám, dopravě, informacím a komunikaci, včetně informačních a komunikačních technologií a systémů, a k dalším zařízením a službám dostupným nebo poskytovaným veřejnosti...*“ (Úmluva osob se zdravotním postižením, 2006, s. 8). Na základě interpretace tohoto článku tedy můžeme říci, že neslyšící mají mít přístup ke všem informacím (tedy i informacím o zdravotním stavu, možnostech léčby apod.), komunikaci a službám, mezi které patří i zdravotní péče poskytovaná státem či soukromými subjekty. Komunikaci je věnován i článek 21 úmluvy. Ten říká, že osoby se zdravotním

²¹ Znění kodexu je dostupné na: <https://www.mpsv.cz/cs/840>

postižením mohou komunikovat způsoby, které si vyberou. Znakový jazyk je možno užívat i při úředním jednání. Dokument dokonce výslovně říká, že smluvní státy „uznávají a podporují užívání znakových jazyků“ (Úmluva osob se zdravotním postižením, 2006, s. 14). Článek 25 se zaměřuje na zdraví a je postaven na principech rovnosti a nediskriminace. Důležité je především následující: „... státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, mimo jiné, zvyšují povědomí o lidských právech, důstojnosti, nezávislosti a potřebách osob se zdravotním postižením prostřednictvím vzdělávacích aktivit a zveřejňováním etických norem pro státní i soukromou zdravotní péči“ (Úmluva osob se zdravotním postižením, 2006, s. 17). Dokument nicméně explicitně nevyžaduje tuto základní znalost potřeb osob se zdravotním postižením po pracovnících ve zdravotnictví, což považujeme za důležité a nezbytné vzhledem k psychické zátěži, jakou může návštěva zdravotnického zařízení představovat. Tato část by například zahrnovala oblast komunikace s osobami s mentálním postižením či duševním onemocněním, přizpůsobení prostředí pro nevidomé osoby apod. u neslyšících pacientů by tato oblast mohla pokrývat například základní komunikační pravidla při hovoru s neslyšícím, nedoslýchavým či ohluchlým pacientem. V ideálním případě by obsahovala znalost základních znaků znakového jazyka dané země.

V Úmluvě OSN dále stojí, že státy, jež ji přijaly, musí jednak vytvořit jedno nebo více kontaktních míst pro její aplikaci, jednak vytvořit kontrolní mechanismy pro její dodržování. Součástí povinností je také pravidelné zasílání zprávy o průběhu zavádění a plnění závazků vyplývajících z dokumentu Výboru pro práva osob se zdravotním postižením (dále jen „Výbor“), pro tento účel zřízeného. V roce 2011 odesílala Česká republika poprvé zprávu o plnění závazků. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR spolu s dalšími organizacemi však odeslala alternativní zprávu o plnění, neboť nesouhlasila s verzí odsouhlasenou vládou. Dle nich vládní verze neodpovídala reálné situaci (Televizní klub neslyšících, 2013).

Součástí dokumentu je také Opční protokol k Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Opční protokol“), který obsahuje právo jednotlivce či skupiny podat stížnost Výboru v případě porušování práv dané dokumentem. Právo dovolat se k Výboru je však umožněno pouze státům, které Opční protokol ratifikovaly (Úmluva osob se zdravotním postižením, 2006). Čeští občané tudíž touto cestou podat stížnost nemohou, jelikož jej Česká republika doposud neratifikovala.

Jak již zaznělo, v současné době neexistuje dokument, který by se zaměřoval konkrétně na práva neslyšících pacientů. Existují nicméně dokumenty, které se zaměřují na práva neslyšících na užívání znakového jazyka. Tyto dokumenty zde budou v krátkosti představeny, neboť komunikace je hlavním specifikem, se kterým se při kontaktu s neslyšícím setkáváme a od kterého se odvíjejí další aspekty.

Na poli Evropské unie vzniklo v průběhu let několik dokumentů, které se zabývají ochranou znakových jazyků a přístupností služeb ve znakových jazycích. Prvním dokumentem je **Usnesení Evropského parlamentu o znakových jazycích pro neslyšící** z roku 1988, které zdůrazňuje uznání znakového jazyka jako komunikačního prostředku neslyšících a také státy vyzývá k odstranění stávajících překážek, který zamezuje jeho užívání (Usnesení Evropského parlamentu o znakových jazycích pro neslyšící, 1988). O deset let později navázalo na tento dokument **Usnesení Evropského parlamentu o znakovém jazyce**, které ho rozvíjí o užívání znakového jazyka v dalších oblastech a volá po jeho oficiálním uznání, což v té době učinily pouze 4 z 15 států (Usnesení Evropského parlamentu o znakovém jazyce, 1998). **Bruselská deklarace o znakových jazycích** z roku 2010 klade důraz na užívání znakového jazyka bez omezení. Objevuje se zde výzva k zajištění opatření, které umožní *„přístup k veřejným službám ve svém národním znakovém jazyku“* (Bruselská deklarace o znakových jazycích, 2010). Nejnovější dokument vydaný Evropskou unií je **Usnesení Evropského parlamentu o znakových jazycích a profesionálních tlumočnických znakového jazyka** (dále jen „Usnesení“) z roku 2016. Usnesení se zabývá kvalifikací a užíváním služeb tlumočnicků znakového jazyka. Říká, že tlumočnick znakového jazyka může být vnímán jako prostředek přístupnosti i jako specifické opatření, posouzení se odvíjí od situace. Usnesení dále říká, že neslyšící občané *„... musí mít přístup ke stejným informacím a komunikaci jako lidé bez tohoto postižení, a to prostřednictvím tlumočení do znakového jazyka, titulkování, převodu řeči na text a/nebo dalších forem komunikace, včetně tlumočnicka-vizualizátora“* (Usnesení, 2016). Důležité pro účely práce je především následující znění: *„... je třeba, aby členské státy zajistily, aby základní a záchranné služby byly příslušně vybaveny a dokázaly komunikovat s neslyšícími, hluchoslepými a nedoslýchavými; kromě toho požaduje, aby členské státy vzaly v úvahu vznikající technologie s ohledem na zajištění toho, že neslyšící, hluchoslepi a nedoslýchaví občané budou mít k dispozici ty nejmodernější technologie pro kontaktování základních a záchranných služeb“* a dále *„...nutnost zajistit aby základní a záchranné služby byly příslušně vybaveny a byly schopny neprodleně řešit situace,*

*jakými jsou nehody a další nouzové situace, jichž jsou účastny neslyšící, hluchoslepé a nedoslýchavé osoby“ (Usnesení, 2016). V tomto dokumentu se také poprvé objevuje část, zabývající se informovaností zdravotnického personálu o potřebách neslyšících: „poznamenává, že i když poskytování zdravotní péče je v pravomoci členských států, mělo by vyhovět potřebám neslyšících, hluchoslepých a nedoslýchavých pacientů, například poskytnutím profesionálních tlumočnicků znakového jazyka a **školením zaměřeným na zvyšování informovanosti zaměstnanců**²² se zvláštní pozorností věnovanou ženám a dětem“ (Usnesení, 2016).*

V českém měřítku se užíváním znakového jazyka zabývá **zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob**. Tímto zákonem se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči. Tento zákon říká, že každý má možnost si vybrat, který komunikační prostředek bude využívat a jeho volba musí být respektována a dále, že má „...při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb právo na tlumočnické služby zajišťující tlumočení v jimi zvoleném komunikačním systému uvedeném v tomto zákoně“ (Zákon komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, 2008).

Jak lze vidět, přestože neexistuje dokument, který by se zaměřoval konkrétně na práva neslyšících pacientů, existuje řada dokumentů, které tuto oblast nepřímo nebo zprostředkovaně upravují.

3.4 Možnosti řešení nespokojenosti pacienta v ČR

V některých výše uvedených dokumentech byla nastíněna možnost podání stížnosti či podnětu ke stanovenému orgánu či soudu v případě omezování pacientových práv či nespokojenosti s prací zdravotnického personálu. V této části budou v krátkosti představeny možnosti řešení nespokojenosti pacientů v České republice.

Podat stížnost je základní možnost, jakou lze řešit nespokojenost pacienta s lékařskou péčí či přístupem personálu. Stížností se zabývá osmá část zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Podnět lze také podat dle zákona č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění říká: „*Má-li pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s tímto zákonem, může podat*

²² Zvýrazněno autorkou.

stížnost podle zákona o zdravotních službách.“ Stížnost či podnět k projednání situace lze podat několika subjektům.

Nejčastější variantou je podat stížnost k vedení zdravotnického zařízení. V některých nemocnicích je zřízena pozice tzv. nemocničního ombudsmana, který buď stížnosti řeší přímo, nebo v součinnosti s dalšími orgány nemocnice. Negativem podání stížnosti vedení zdravotnického zařízení je možná absence nestrannosti těchto orgánů či osob, neboť jsou zaměstnány daným zařízením. Se stížností se lze také obrátit na zřizovatele daného zařízení či registrující orgán, který udělil zařízení registraci. Registrující orgán, tedy krajský úřad, magistrát či Ministerstvo zdravotnictví, v případě podání stížnosti stanoví znaleckou komisi, která se skládá z lékařů a odborníků v oboru. Velkým problémem je v případě podání stížnosti k registrujícímu orgánu zhoršený přístup stěžujícího k informacím. V případě nespokojenosti s prací konkrétního lékaře se lze obrátit na Českou lékařskou komoru. I zde však nelze zaručit nestrannost vzhledem k jejímu cíli, kterým je ochrana práv a zájmů svých členů (Candigliota, et al., 2010). Dle statistik, které uvádí Candigliota, et al. (2010), je drtivá většina stížností podaných na Českou lékařskou komoru zamítnuta. Se stížností se pacient může obrátit také na neziskové organizace hájící práva pacientů. Jedná se například o Svaz pacientů či Ligu lidských práv (Candigliota, et al., 2010).

Mimo stížnost lze v současné době v České republice řešit poškození práv pacientů také prostřednictvím mediace (Liga lidských práv, 2017). Zásah do práv pacientů lze řešit také soudní cestou, jedná se nicméně o velmi nákladný a zdlouhavý proces. *„Na soud se poškozený pacient zpravidla obrací až tehdy, pokud nebyl spokojen s pokusem o mimosoudní vyrovnání. Např. pokud požaduje náhradu škody a nepodařilo se mu se zdravotnickým zařízením dohodnout. V takovém případě lze podat občanskoprávní žalobu. a to buď žalobu o náhradu škody, nebo žalobu na ochranu osobnosti“* (Liga lidských práv, 2017a).

4. Přístupnost nemocnic pro neslyšící pacienty

Cílem této kapitoly je představit opatření, které je možné ve prospěch neslyšících pacientů realizovat za účelem snížení bariér, se kterými se v nemocničním prostředí setkávají.

Nad základními možnostmi, jak lze odstranit bariéry v nemocničním prostředí pro osoby se sluchovým postižením a jak by mohla vypadat nemocnice přátelská k neslyšícím, se ve svém konceptu Deaf Friendly Hospital zamýšlí Hudáková (2005). Vzhledem k tomu, že od těchto úvah uplynulo téměř 15 let, jsou mnohé z kompenzačních pomůcek a dalších možností, které usnadňují bezbariérovost nemocničního prostředí, běžnou součástí vybavení. Jedná se například o televizi s teletextem, internetové připojení, které umožňuje komunikaci prostřednictvím webové kamery či spojení s online tlumočnickem (viz níže). Naopak příliš se již nevyužívá fax.

Přestože technický vývoj výrazně přispěl k přístupnosti nemocničního prostředí pro neslyšící pacienty, některé oblasti jsou i po více než 14 letech stále aktuální. Hudáková (2005) v této oblasti hovoří například o světelné signalizaci klepání na dveře, dětského pláče či oznamování kouře. Upozorňuje také na problematičnost situací v čekárně, kdy sestra volá dalšího pacienta skrze dveře a v některých případech není ani vidět. I v těchto situacích by měla být k dispozici světelná signalizace. Co se týče vybavení pokojů kompenzačními pomůckami, v tuto chvíli víme pouze o Ústavu pro péči o matku a dítě (dále jen „ÚPMD“) v Praze Podolí, kde je k dispozici světelné oznamování klepání na dveře a pláče dítěte (Trávníčková, 2019). Součástí nemocnice přátelské k neslyšícím by měla být také dostatečně vizuální orientační struktura nemocnice a jejích oddělení nejen pro neslyšící pacienty, ale také pro jejich návštěvy. Vstup návštěv také mohou ztěžovat mluvítko při vstupu do jednotlivých oddělení (Hudáková, 2005). Problematika mluvítek by mohla být jednoduše nahrazena displejem, kde by byla možnost předvolby účelu vstupu. Displej by pak zobrazoval sdělení, například „zámek odemčen“ apod. Vstupy do jednotlivých oddělení jsou v dnešní době také hojně vybaveny kamerami, ze kterých je možné personálu naznačit, že je člověk neslyšící.

Z výše popsaného můžeme vidět, že situace týkající se odstraňování technických bariér je na dobré cestě. Jak uvádí Hudáková (2005) a my s ní souhlasíme, mnohem obtížněji se buduje přátelský a informovaný zdravotnický personál. Změnit myšlení a stereotypy lidí je běh na dlouhou trať. Základem pro změnu myšlení je edukace zdravotnického personálu o potřebách a způsobech komunikace neslyšících pacientů. Nesporným přínosem by v této oblasti bylo větší množství personálu ovládajícího znakový jazyk. Požadavek na vzdělávací

aktivity zprostředkující informace o potřebách neslyšících je uveden v Úmluvě osob se zdravotním postižením a také v usnesení Evropského parlamentu o znakových jazycích a profesionálních tlumočnických znakového jazyka z roku 2016 (zde se hovoří přímo o školení pro zaměstnance). V Usnesení je dokonce explicitně uvedena schopnost komunikovat s neslyšícím pacientem, což značí schopnost nikoli pouze teoretické znalosti v dané oblasti.

Přístupnost nemocnic pro neslyšící pacienty je také ovlivněna dostupností tlumočnických služeb. Právo na využití služeb tlumočnicka se objevuje v zákoně o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, v zákoně o zdravotních službách, ale také v Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě. V České republice je však v současné době nedostatek tlumočnicků znakového jazyka. *„Podle odhadu Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR tlumočí do znakového jazyka v současnosti zhruba 90 lidí. Na jednoho tlumočnicka tak připadá přibližně 100 neslyšících“* (Kuchyňková, 2018). Převážná část tlumočnicků navíc působí v Praze nebo v dalších velkých městech, jako je Brno či Hradec Králové, kde jsou školy pro neslyšící a tudíž je zde i větší koncentrace neslyšících. Sehnat tlumočnicka na malých městech je však velký problém. K přístupnosti a bezbariérovosti by tedy přispěl dostatečný počet tlumočnicků, což by zamezilo situacím, kdy i přestože chce neslyšící pacient využít tlumočnických služeb fyzického tlumočnicka, není mu vyhověno z kapacitních důvodů (především mimo velká města). Ke zlepšení situace částečně přispívá služba online tlumočení, avšak ta je vhodná spíše pro rychlé zařízení, objednání apod. Kdybychom se měli zamyslet nad ideální situací, byl by to tedy dostatek tlumočnicků znakového jazyka. V ideálním případě by existovali tlumočníci, kteří by se specializovali přímo na oblast zdravotnictví a měli v tomto oboru vzdělání.

Vzhledem k zjevnému propojení sociální práce a zdravotnictví, které je v České republice historicky spjato, nalezneme v mnoha nemocnicích pozici sociálního či zdravotně sociálního pracovníka. Sociální či zdravotně sociální pracovník zde funguje jako součást multidisciplinárního týmu (Kuzníková, et al., 2011). Jejich činnost pokrývá dle Kuzníkové et al., (2011) několik oblastí – psychosociální podporu, edukaci, poradenství a komunikaci. Za předpokladu, že jsou sociální a zdravotně sociální pracovníci vybaveni znalostmi o specifikách a potřebách neslyšících pacientů a v ideálním případě ovládají alespoň základy znakového jazyka, mohou tvořit důležitý pilíř při hospitalizaci neslyšících pacientů. V takových případech mohou být důležitými zprostředkovateli mezi pacientem a zdravotnickým personálem a přispívat tak k odstraňování bariér pro neslyšící pacienty.

Na tomto místě byly popsány hlavní oblasti, ve kterých je potřeba činit opatření za účelem přístupnosti neslyšících pacientů v nemocničním prostředí z hlediska nás, slyšících. Představy samotných neslyšících však mají silnější váhu a budou jedním z klíčových témat výzkumné části.

5. Iniciativy a projekty podporující informovanost zdravotnického personálu a bezbariérovost nemocničního prostředí

Cílem této kapitoly je představit iniciativy a projekty, které v České republice podporují informovanost zdravotnického personálu o potřebách neslyšících pacientů či přispívají k bezbariérovosti nemocničního personálu.

5.1 Centrum pro budoucí matky se sluchovým postižením

První projekt, o jehož existenci víme, se zaměřoval na neslyšící těhotné ženy. Projekt nazvaný *Centrum pro budoucí matky se sluchovým postižením. Vyškolení a příprava zdravotnického personálu*, probíhal mezi lety 2003-2004 ve spolupráci ÚPMD v Praze Podolí a Střediska rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením za podpory Ministerstva zdravotnictví. Podnět vzešel z ÚPMD, jenž chtěl vytvořit vhodné podmínky pro neslyšící matky. Projekt se skládal z několika částí:

- **vzdělávání lékařů a zdravotníků** – cílem bylo poskytnout zdravotnickému personálu informace o potřebách osob se sluchovým postižením; součástí vzdělání byly také kurzy českého znakového jazyka,
- **vznik funkčního systému tlumočnických služeb v ÚPMD** – cílem byl vznik návazné tlumočnické služby, na stránkách ÚPMD je chybně uvedena tlumočnická služba Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (dále jen „ASNEP“), tato organizace totiž tlumočnické služby nenabízí, uvedený kontakt je správně uveden na CZTN²³,
- **vznik Slovníku porodnické terminologie** – CD slovník český jazyk-český znakový jazyk/český znakový jazyk-český jazyk je určen nejen pro zdravotnický personál a tlumočníky českého znakového jazyka, ale také pro osoby se sluchovým postižením, studenty znakového jazyka a širokou veřejnost,
- **využití znalostí vyškoleného personálu** – cílem bylo vytvoření návazných služeb mezi porodnicí a Střediskem Rané péče Tamtam; součástí bylo také vybavení pokojů kompenzačními pomůckami²⁴,

²³ Původním zřizovatelem CZTN byla organizace ASNEP, odtud pravděpodobně pramení nesprávné označení. V současné době je zřizovatelem CZTN Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z. s.

²⁴ Dle informací na stránkách ÚPMD je k dispozici jeden pokoj, jenž je vybaven vibrační signalizací pláče dítěte a světelnou signalizací klepání na dveře (ÚPMD, © 2013).

- **osvětová činnost** – cílem bylo šíření informací o projektu, jehož součástí je také vznik publikace *Ve světě sluchového postižení. Informační a vzdělávací publikace pro zdravotnický personál* (Fenclová, 2005).

Informace o současném stavu v ÚPMD se nám podařilo zjistit od porodní asistentky Heleny Trávníčkové, která byla pověřena vrchní sestrou. Od vzniku projektu uplynulo více než 15 let a tato doba se odrazila na několika skutečnostech. Tou první je nadšení a nasazení pro věc. Na začátku projektu navštěvovalo kurzy znakového jazyka 20-30 lidí (Brožík, 2007), v roce 2006 je navštěvovalo pouze 13 lidí (Stroffová, 2007). V současné době se dle informací Trávníčkové (2019) již v této oblasti nikdo dále nevzdělává. Tento názor podporuje také Tománková (2009), která v rámci své bakalářské práce *Centrum pro neslyšící maminky při Ústavu péče o matku a dítě*, provedla rozhovory s pěti porodními asistentkami, pěti lékaři a pěti neslyšícími matkami, které v posledních dvou letech rodily v ÚPMD. Z výsledků vyplývá, že z deseti respondentů navštěvoval kurz znakového jazyka pouze jeden lékař a jedna porodní asistentka. Všechny porodní asistentky uváděly nedostatečnou podporu pro navštěvování kurzů ze strany zaměstnavatele a tudíž nedostatek motivace. Dalším uváděným důvodem byl směnný provoz a malý počet neslyšících pacientek (v té době bylo od vzniku projektu v ÚPMD 48 neslyšících pacientek). Všechny porodní asistentky také uvedly nedostatečnou informovanost celého personálu ÚPMD o dané problematice. Z odpovědí neslyšících respondentek vyplynulo, že přístup v ÚPMD se nijak nelišil od jiných zdravotnických zařízení²⁵ (Tománková, 2009).

Další skutečnost, která výrazně ovlivňuje současnou situaci, je obměna personálního složení. Dle vyjádření Trávníčkové (2019) v současné době ovládá základy znakového jazyka jeden lékař a jedna porodní asistentka (dále se nyní nevzdělávají), avšak ke komunikačním bariérám údajně nedochází, jelikož je běžné, že neslyšící klientka přichází v doprovodu tlumočnicka. Praxe je taková, že tlumočnick navštíví pacientku během pobytu v nemocnici jednou až dvakrát. Dle informací uvedených na internetových stránkách je neslyšícím pacientkám k dispozici pokoj s kompenzačními pomůckami. Trávníčková (2019) uvádí, že

²⁵ O informovanosti zdravotnického personálu o potřebách osob se sluchovým postižením a také zkušenostech pacientek pojednává také následující práce – KOTTOVÁ, J. *Problematika ošetrovatelské péče u neslyšících rodiček*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta sociálně zdravotnická. Vedoucí práce J. Soukupová Maříková.

v současné situaci dochází v ÚPMD k rozsáhlé rekonstrukci, tudíž není pokoj speciálně určen pro neslyšící matku. Snahou však vždy je, aby byla neslyšící matka umístěna na samostatný pokoj. K dispozici je světelné oznamování klepání na dveře a světelná signalizace dětského pláče. V současné době neprobíhají žádné edukační programy pro personál. V případě zvýšeného zájmu neslyšících pacientek, kterých dle informací v současné době není mnoho, je ÚPMD schopen zajistit pro personál vzdělávání v oblasti komunikace s neslyšícími pacientkami (Trávníčková, 2019).

5.2 Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící

Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící je projektem organizace Tichý svět o.p.s. z roku 2013. Projekt vznikl za podpory výtěžku z prvního Adventního koncertu České televize z roku 2012. Cílem projektu bylo vybavit každou hlavní nemocnici v 76 okresních městech a šest pražských nemocnic tablety, které umožňují online spojení s tlumočnickem znakového jazyka. Projekt měl snížit bariéry v komunikaci se zdravotnickým personálem, kterým musí neslyšící čelit. V rámci projektu byl v letech 2013-2014 předán tablet 91 nemocnicím v České republice. Nemocnice byly vybírány podle velikosti a důležitosti pro danou lokalitu. Při předání tabletů byla v každé nemocnici pověřená osoba, které byl tablet předán a jež byla proškolená v jeho obsluze a také odpovídala za jeho funkčnost. Nejčastěji byl tablet uložen na recepci nemocnice, či centrálním příjmu, tak aby byl k dispozici všem oddělením (Procházka, 2019).

Důležitým milníkem pro projekt se stal rok 2015, kdy vznikla aplikace Tichá linka (do té doby fungovalo online tlumočení výhradně prostřednictvím programu Skype). Vývoj aplikace Tichá linka, jenž se neustále zdokonaluje, umožnil přístup další služby – přepisu mluvené řeči, který od té doby bylo možno prostřednictvím tabletu využít. Projekt pokračoval i v dalších letech, v současné době je tablet v 91 nemocnicích napříč Českou republikou, viz příloha a (Procházka, 2019). Dle Michala Procházky (2019), vedoucího Tiché linky, byly tablety vráceny ve 3-5 % případů, především kvůli nulovému využití přístroje. V mnoha případech docházelo k nevyužití služby z důvodu nedostatečné informovanosti personálu či správy zařízení (personál nevěděl, kde se tablet nachází, tablet byl vybitý či na něm po zapnutí probíhaly aktualizace, a tudíž jej nebylo možné využít). Jako jednu z příčin těchto problémů uvádí Procházka (2019) jednoúčelové využití tabletu, který byl v mnoha případech uschován na dně zásuvky a nikdy nevyužit. Těmto nedostatkům chce organizace v budoucnu předcházet změnou systému – bude nabízet podporu a zaškolení lidí v užívání aplikace Tichá

linka, nikoli však vybavení. Cílem je také do konce roku 2019 převést všechny stávající spolupracující nemocnice z programu Skype na aplikaci Tichá linka, která je pružnější a více přizpůsobená online tlumočení (Procházka, 2019).

5.3 Projekty z Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Ve stejném roce, v němž vznikl projekt Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící, realizovala organizace Tichý svět díky Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením Ministerstva zdravotnictví cyklus přednášek o potřebách pacientů se sluchovým postižením. Přednášky probíhaly mezi lety 2013-2016 ve zdravotnických zařízeních a také zdravotních školách a lze říci, že do jisté míry probíhaly v součinnosti s předchozím projektem. Přednášky obsahovaly nejen teoretickou znalost potřeb a způsobů komunikace osob se sluchovým postižením, ale také praktickou ukázkou jednotlivých způsobů komunikace a jejich úskalí (Dohnalová, 2019). Místa, ve kterých v jednotlivých letech přednášky proběhly, a počet účastníků znázorňuje Tab. 2. Převážná část účastníků se skládala ze zdravotních sester, dále pak z lékařů, sociálních pracovníků, studentů a zdravotníků (Dohnalová, 2019).

Rok	Počet účastníků	Navštívená místa
2013	321	FN v Motole, FN Ostrava, FN Olomouc, FN Brno, FN Hradec Králové, Krajská nemocnici v Liberci, Nemocnice České Budějovice, Městská nemocnice v Litoměřicích
2014	275	Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. , SZŠ a VOŠZ Plzeň, VOŠZ a SŠZ Ústí nad Labem, Střední zdravotnická škola Písek, SZŠ a VOŠZ Kladno, Pardubická krajská nemocnice, a. s. , Nemocnice Jihlava
2015	324	Krajská nemocnice Liberec, a. s. , SZŠ a VOŠZ Kladno, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Městská nemocnice v Litoměřicích, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov
2016	205	Rehabilitační nemocnice Beroun, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Brno, Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni, Střední a vyšší odborná zdravotnická škola v Kladně

Tab. 2 Seznam míst, kde probíhaly přednášky Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (Tichý svět, 2013-2016)

Spolupráce v Jihočeském kraji pokračovala i po skončení přednášek z Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. V roce 2017 a 2018 byly vytvořeny díky podpoře krajského úřadu praktičtější a interaktivnější workshopy než předešlé přednášky. Workshopy se uskutečnily v nemocnici v Jindřichově Hradci, Strakonících, Táboře a Písku (Dohnalová, 2019).

Můžeme doufat, že výše uvedené projekty – Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící a přednášky Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením přispěly ke zvýšení informovanosti o potřebách a způsobech komunikace osob se sluchovým postižením. Domníváme se nicméně, že edukace zdravotnického personálu by měla být státem podporovaná, celoplošnou a dlouhotrvající záležitostí, nikoli předmětem různě dlouho trvajících projektů.

5.4 Přednášky pro mediky na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

V roce 2015 vznikla na Univerzitě Karlově (dále jen „UK“) mezioborová spolupráce mezi Ústavem ošetrovatelství 3. lékařské fakulty UK a Ústavem jazyků a komunikace neslyšících (dále jen „ÚJKN“) Filozofické fakulty UK (Hynková Dingová, 2019). Spolupráce vznikla na podnět Hany Svobodové, přednostky Ústavu ošetrovatelství, která chtěla zprostředkovat studentům specifika komunikace osob se zrakovým, sluchovým či jiným druhem postižením (Svobodová, 2019). Obrátila se na dr. Naďu Hynkovou Dingovou, která působí jako tlumočnice českého znakového jazyka a je jednou z kmenových zaměstnankyň na ÚJKN, kde působí nejen jako tlumočnice, ale také jako vyučující předmětů vztahujících se k teorii a praxi tlumočení pro neslyšící. Na základě domluvy vznikly přednášky, které jsou zaměřeny na specifika komunikace s lidmi se sluchovým postižením. Interaktivní formou jsou představeny základní charakteristiky možných komunikačních strategií osob se sluchovým postižením, jsou vysvětlena pravidla pro komunikaci osob se sluchovým postižením apod. Součástí přednášek je také představení kultury Neslyšících. Přednášky zajišťují studenti tlumočnického modulu ÚJKN. Během roku se jedná přibližně o tři přednášky, z nichž jedna je určená pro zahraniční studenty a probíhá v anglickém jazyce. Spolupráce od roku 2015 funguje kontinuálně a bude pokračovat i v budoucích letech dokud vydrží nadšení a zájem všech zúčastněných (Hynková Dingová, 2019).

5.5 Deaf Strong Hospital

Přestože se tato kapitola zabývá iniciativami a projekty realizovanými v České republice, v krátkosti bychom chtěli představit velice zajímavý a inspirativní projekt, který funguje v USA. Deaf Strong Hospital je určen pro mediky z prvních ročníků a jeho hlavní myšlenkou je obrácení rolí, při nichž se medicí ocitají v rolích pacientů, kteří přicházejí s různými symptomy do nemocnice, jejíž personál je složen z neslyšících dobrovolníků. Úkolem studentů je předat personálu informace o svém zdravotním stavu a domluvit se s ním. Cílem projektu je, aby si studenti uvědomili, jaké bariéry musí neslyšící pacienti, ale i kterýkoli z jiných pacientů, kteří nehovoří anglickým jazykem, překonávat při kontaktu se zdravotnickým personálem. Projekt vznikl v roce 1998 z iniciativy studentů Rochesterské univerzity medicíny a zubního lékařství a Deaf Wellness Center a pokračoval každoročně až do roku 2002. V roce 2006 tento projekt znovu obnovila *National Center for Deaf Health Research* a funguje do současnosti (University of Rochester Medical Center, © 2019). Programu se každý rok účastní kolem stovky studentů Rochesterské univerzity, kteří si

vyzkoušejí roli pacienta, který nehovoří stejným jazykem jako personál, ale také se dozvědí o zkušenostech neslyšících dobrovolníků. Studenti nesmějí hovořit, mohou však využívat jiné komunikační prostředky (gesta, prstovou abecedu, znakový jazyk, psané poznámky). Každý student prochází několik míst, v nichž dostává jiné instrukce a symptomy. Jedná se například o návštěvu psychiatra, urgentního příjmu, čekárny, lékárny apod.). V čekárně vyvolává zdravotnický personál pacienty pomocí prstové abecedy, aby studenti měli možnost vcítit se do role neslyšícího pacienta, který ve většině případů nemá jinou možnost než neustále sledovat dveře či recepční a pokusit se odezřít své jméno. Tlumočnický znakový jazyk je k dispozici pouze na jednom místě a umožňuje porovnání náročnosti komunikace. V závěru dne mají studenti možnost sdílet své zkušenosti a zážitky v malých skupinkách a v případě potřeby se také doptat neslyšícího vedoucího skupiny (Thew, et al., 2012).

Tento projekt pomáhá bořit mýty a předsudky o životě a potřebách neslyšících pacientů, ale nejen jich. Tou nejvíce cennou cestou, tedy vlastní zkušeností, se budoucí lékaři učí měnit svůj přístup k osobám, které pocházejí z jiného kulturního a jazykového prostředí. Bylo by velmi prospěšné a užitečné, kdyby se tento projekt rozšířil i do dalších míst, nejen v USA.

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Sociální souvislosti hospitalizace neslyšících pacientů

Komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem hraje během hospitalizace zásadní roli. Harmer (1999) uvádí, že **informace, které se lékař dozvídá během interakce s pacientem, jsou ve většině případů nejzásadnějším zdrojem, na jehož základě je stanovena diagnóza.** Nefunkčnost či selhání tohoto procesu, během něhož se vytváří důvěrný vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem, může vyústit v závažné problémy ovlivňující psychický stav, a v některých případech dokonce i ohrožovat zdraví pacienta. V případě neslyšících pacientů se však kromě neefektivní komunikace, která je také ovlivněna faktem, že psaný jazyk je pro ně druhým jazykem, objevuje další faktor – ztížený přístup k informacím a znalostem z oblasti zdravotnictví²⁶ (Harmer, 1999). Souhra všech těchto faktorů může vést k chybnému užití medikamentů, nedodržení stanovených pokynů či ke stanovení chybné diagnózy (Scheier, 2009).

Z výzkumu Barnetta a Frankse (2002) také vyplývá, že neslyšící navštěvují zdravotnické zařízení o poznání méně často než zbytek populace. Setkání se zdravotnickým personálem má dle výzkumu Steibergové et al. (2006) většina neslyšících respondentů spjata s negativními emocemi. V odpovědích převládaly stres, frustrace či strach z nepochopení. Mnozí také uváděli neochotu zdravotnického personálu jednat s neslyšícím pacientem. Právě negativní emoce, které mají neslyšící pacienti s návštěvou spojené, mohou být pravděpodobně jednou z příčin, proč navštěvují zdravotnická zařízení méně často.

Na téma hospitalizace neslyšících či obecně osob se sluchovým postižením vzniklo v českém prostředí již mnoho prací, zaměřovaly se však především na komunikaci. S výjimkou výzkumu Hudákové, Hornákové (2013), které provedly výzkum na Fakultě zdravotnických oborů na Prešovské univerzitě v Prešově, jsou všechny práce, o kterých na toto téma máme informace, práce kvalifikační. Převážná část prací se zaměřovala výhradně na komunikaci z pohledu personálu. V případě, že byly do zkoumaného vzorku zahrnuty jako respondenti i osoby se sluchovým postižením, bylo většinou užito dotazníkové šetření, které

²⁶ Nedostatečnou informovanost neslyšících v oblasti zdravotnictví dokládá také výzkum Margellos-Anast, Estarziau a Kaufman (2006), který se zaměřoval na oblast kardiovaskulárních onemocnění u 203 neslyšících respondentů. Z výsledků vyplynulo, že 40 % respondentů nebylo schopno vyjmenovat žádný symptom infarktu, u mozkové mrtvice to nedokázalo dokonce 60 % respondentů.

však není vhodné pro všechny osoby se sluchovým postižením vzhledem k problémům, které mohou někteří z nich mít s porozuměním psané podobě jazyka.²⁷ Mnoho prací se také zaměřovalo na Centrum pro budoucí matky se sluchovým postižením.²⁸

6.1 Cíl práce

Práce se zaměřuje na hospitalizaci v nemocnici výhradně z hlediska neslyšících pacientů. Východiskem pro toto zaměření práce byla prokazatelná absence výzkumných dat, které by se touto problematikou zabývaly z pohledu uživatelů/spotřebitelů zdravotnických služeb. Cílem práce je popsat zkušenosti neslyšících pacientů s hospitalizací v nemocnici. Ty se budou zaměřovat především na následující oblasti – **komunikace, práva pacientů, informovanost pacienta, informovanost rodinných příslušníků, prostředí a koncept Deaf Friendly Hospital.**

6.2 Výzkumné otázky

Obecná VO zní: Jaké jsou zkušenosti neslyšících pacientů s hospitalizací v nemocnici?

Vedlejší výzkumné otázky vycházejí z oblastí hospitalizace, na které se výzkum zaměřuje (viz výše).

VO1: Jakým způsobem probíhala komunikace mezi neslyšícím pacientem a zdravotnickým personálem?

VO2: Jakým způsobem byla naplňována práva pacientů?

VO3: Jakým způsobem a v jaké míře byl pacient informován o svém zdravotním stavu, léčebném postupu apod.?

²⁷ Například: TRNEČKOVÁ, J. *Problematika komunikace neslyšících rodiček*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce R. Horáková. PFEFFEROVÁ, K. *Osoby se sluchovým postižením a jejich komunikační problémy ve zdravotnických zařízeních v okrese Olomouc*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné výchovy. Vedoucí práce s. Panská. STREMPKOVÁ, L. *Komunikace s handicapovanými pacienty se sluchovým postižením*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 2. lékařská fakulta. Vedoucí práce Š. Tomová. KUBÍČKOVÁ, P. *Specifika perioperační péče o osoby se sluchovou disabilitou*. Pardubice, 2015. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce M. Moravcová.

²⁸ Například: TOMÁNKOVÁ, B. *Centrum pro neslyšící matky při Ústavu péče o matku a dítě*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta sociálně zdravotnická. Vedoucí práce L. Motlová. KOTTOVÁ, J. *Problematika ošetrovatelské péče u neslyšících rodiček*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta sociálně zdravotnická. Vedoucí práce J. Soukupová Maříková.

VO4: Jakým způsobem a v jaké míře byly informace předávány neslyšícím rodinným příslušníkům pacienta?

VO5: Jakým způsobem bylo neslyšícímu pacientovi přizpůsobeno prostředí?

VO6: Jaká jsou očekávání neslyšících respondentů od konceptu Deaf Friendly Hospital?

6.3 Výběr vzorku

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo popsat zkušenosti neslyšících pacientů s hospitalizací v nemocnici. Kritéria pro zařazení respondenta do výzkumu byla tři. První podmínkou byla zkušenost s **hospitalizací v délce trvání alespoň tří dnů**. Toto kritérium bylo stanoveno proto, aby bylo možné sledovat vyvíjející se prostředí, kterým je pacient obklopen (především interakce s větším množstvím zdravotnického personálu, který se u pacienta proměňuje). Druhým kritériem byla charakteristika neslyšícího pacienta, tak, jak byla stanovena na počátku diplomové práce, tedy jako jedince, který **neslyšící nic nebo jen velmi málo a jehož primárním komunikačním prostředkem je znakový jazyk**. Třetí kritérium bylo věkové, do výzkumného vzorku byli osloveni pouze **plnoletí respondenti**.

Vzhledem k povaze komunity, která je charakteristická svou uzavřeností, byl pro výzkum zvolen účelový výběr, při němž autorka oslovila ty osoby, na něž disponuje přímým kontaktem a které splňující výše uvedená kritéria. Tito respondenti v některých případech fungovali jako protagonisté techniky sněhové koule, kdy zprostředkovali kontakt na další potenciální respondenty (Vojtíšek, 2017).

Respondenti byli osloveni v osobní interakci či prostřednictvím videa ve znakovém jazyce, ve kterém jim byl vysvětlen cíl výzkumu. Byli také osloveni neslyšící zaměstnanci dvou škol pro sluchově postižené v České republice.

6.4 Výzkumná strategie

Pro práci byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Tato strategie byla vybrána vzhledem k cíli práce. Kvalitativní výzkumná strategie poskytuje prostor pro navázání vztahu mezi respondentem a výzkumníkem, jenž je nezbytný pro vytvoření bezpečného a intimního prostředí, které je nepostradatelné pro získání hlubšího popisu situace, především u témat, která zasahují do soukromí respondenta. Takovým tématem zkušenosti s hospitalizací nepochybně jsou. Kvalitativní výzkumná strategie nestojí na pevně stanovených a standardizovaných způsobech výzkumu, což umožňuje pružně reagovat na aktuální situaci a přizpůsobit jí dotazování (Hendl, 2005).

6.5 Technika sběru dat

Jako technika sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor. Tato technika zajišťuje jistou osnovu, zároveň však poskytuje dostatečnou flexibilitu pro související témata v případě potřeby (Hendl, 2005). Polostrukturovaný rozhovor umožňuje získat hlubší a detailnější informace o zkušenostech pacientů. Získané poznatky lze spojovat, sledovat jejich souvislosti a zasazovat je do širšího kontextu.

Rozhovor začínal obecným představením respondentovy zkušenosti s hospitalizací v nemocnici. V úvodní části rozhovoru měl respondent vylíčit, kdy byl hospitalizován, v jaké nemocnici, zda se jednalo o plánovanou, či neplánovanou hospitalizaci a její délku. Po tomto obecném představení byly tazatelkou kladeny otázky vycházející ze stanovených výzkumných otázek. Scénář rozhovoru viz příloha B.

Rozhovory probíhaly v období od května do července 2019. Z celkového počtu 33 oslovených respondentů byl proveden rozhovor s deseti z nich. Věk respondentů se pohyboval mezi 20-64 lety. Z genderového hlediska převažovali muži, sedm bylo mužů a tři ženy. Z geografického hlediska převažovali respondenti z Prahy, po jednom respondentovi bylo ze Středočeského, Plzeňského a Libereckého kraje. Délka rozhovoru se pohybovala od 15 do 60 minut.

6.6 Techniky analýzy dat

Rozhovory probíhaly ve znakovém jazyce a byly zaznamenávány na kameru. Následně byly přeloženy do psané podoby českého jazyka. Sdělení byla převedena do spisovné podoby českého jazyka a byly při něm zohledněny odlišnosti obou jazyků při zachování stávajícího významu.

Po přepsání rozhovorů byly po opakovaném a důkladném čtení za pomoci poznámek vytvořeny kódy. V počáteční fázi bylo užito otevřeného kódování, pomocí něhož došlo k segmentaci informací dle jednotlivých významů a témat. Takto vytvořené jednotky byly následně označeny určitým kódem. Posléze byly kódy shlukovány do kategorií a podkategorií (Hendl, 2005). Kategorie korespondovaly se zněním výzkumných otázek, které se odvíjely od informací obsažených v teoretické části práce. Bylo vytvořeno šest kategorií – **komunikace, rodina a příbuzní, práva pacientů, informovanost, prostředí a koncept Deaf Friendly Hospital**. Kategorie a vzniklé podkategorie byly následně popsány. Pro popis zkušeností bylo hojně užito citací respondentů za účelem podpoření autenticity výzkumu.

Na základě interpretace poznatků získaných kódováním byly zodpovězeny hlavní a vedlejší výzkumné otázky.

6.7 Kvalita a limity výzkumu

Kvalitativní výzkum je charakteristický vysokou mírou validity, tedy přesností výzkumu. Příčinou vyšší míry validity v porovnání s kvantitativním výzkumem je malá míra standardizace a naopak dostatek volnosti na straně výzkumníka i respondenta (Disman, 2002). Pro zvýšení validity výzkumu byla stanovena kritéria, která museli respondenti zahrnutí do studie splňovat (viz výše). Smyslem kritérií bylo předcházení riziku zkreslení výsledků. Vzhledem k vysoké míře volnosti má však kvalitativní výzkum nízkou reliabilitu, která ztěžuje jeho replikaci.

Limitem výzkumu je především velikost vzorku a jeho nízká reprezentativnost. Výzkumný vzorek se až na jeden případ skládá z respondentů v produktivním věku, kteří disponují dovednostmi v oblasti moderních technologií. Moderní technologie jsou prostředkem, který hraje v životě neslyšících pacientů důležitou roli. Pomáhá k překonávání bariér v komunikaci a usnadňuje hospitalizaci jako takovou. Na druhou stranu ne všichni starší neslyšící by splňovali podmínky stanovené pro výzkum. Mladší respondenti nebyli do takového míry poznamenáni životem v komunistickém režimu, ve kterém docházelo k potlačování znakového jazyka a kultury Neslyšících. Někteří starší neslyšící mají proto i dnes tendence při veřejném styku komunikovat mluveným jazykem, navzdory tomu, že si jej z objektivních důvodů nemohli plně osvojit. Ačkoli byl poměr oslovených žen a mužů vyrovnaný, mezi respondenty převládají muži. Další limit spatřujeme v geografickém rozvrstvení respondentů, z nichž převážná většina pochází z Prahy a i jejich zkušenosti s hospitalizací pochází z pražských nemocnic.

Limitem výzkumu může být také fakt, že čtyři respondenti měli zkušenost s hospitalizací v nemocnici pouze v období, kdy byli dětmi či v období dospívání. Možnost, že se tyto zkušenosti ve vzorku objeví, nás v počátku nenapadla. Věk respondenta v době hospitalizace tudíž nebyl zanesen do kritérií, která měli respondenti splňovat. Nicméně i tyto zkušenosti se ve výsledku ukázaly jako velmi zajímavé a přínosné, ukazují totiž hospitalizaci v nemocnici z jiného úhlu pohledu. Vzhledem k delšímu časovému odstupu umožňují tyto zkušenosti sledovat vývoj zdravotnictví, podpory a služeb pro neslyšící pacienty. Ukazují také proměnu osobnosti neslyšícího pacienta, osamostatnění a rozvoj informovanosti o vlastních potřebách a právech.

6.8 Etika výzkumu

Nezbytnou součástí výzkumu je ošetření jeho etických aspektů. Cíl práce byl respondentům nastíněn během jejich oslovení – buď přímým kontaktem, nebo videem ve znakovém jazyce. Při zahájení rozhovoru jim byl cíl znovu vysvětlen. Respondenti byli ujisti o anonymitě své identity. V rámci výsledků byli respondenti označováni písmeny, která jim byla přidělena náhodně.

Informovaný souhlas nebyl respondentům předložen v písemné formě. Toto rozhodnutí bylo učiněno z toho důvodu, že český jazyk je pro ně druhým jazykem. Svolení s výzkumem ve formě informovaného souhlasu bylo učiněno na začátku rozhovoru v českém znakovém jazyce a bylo zaznamenáno na kameru.

6.9 Interpretace dat

Během kódování a také v souladu s výzkumnými otázkami bylo vytvořeno šest kategorií – komunikace, rodina a příbuzní, práva pacientů, informovanost, prostředí a koncept Deaf Friendly Hospital. Každá z těchto kategorií obsahovala několik podkategorií.

6.9.1 Komunikace

Komunikace plní zásadní roli během hospitalizace pacienta. Harmer (1999) uvádí, že informace, které se lékař dozví z komunikace s pacientem, hrají nezbytnou roli při určování diagnózy. I v našem výzkumu byla komunikace základní kategorií, která se prolínala i do ostatních kategorií a zásadně je ovlivňovala. Kategorii komunikace dále dělíme na čtyři další podkategorie – příprava na hospitalizaci, komunikace s lékařem, komunikace se zdravotními sestrami a komunikace s ostatními pacienty. Způsob komunikace se odvíjel od aktuálních podmínek, komunikačních účastníků a také od dané situace.

6.9.1.1 Příprava na hospitalizaci

U většiny respondentů se jednalo o plánovanou hospitalizaci, které předcházela vyšetření a konzultace u lékařů. Domníváme se, že příprava na hospitalizaci je její nezbytnou součástí. Umožňuje se pacientovi připravit na hospitalizaci, získat potřebné informace o procesech a postupech, které budou následovat. Příprava může pacientovi poskytnout uklidnění, snížit či odbourat stres a obavy z hospitalizace.

Respondenti, kteří absolvovali úvodní konzultace s lékařem, oceňovali možnost získat vysvětlení a popis svého zákroku a také se na vše zeptat. V těchto případech měli s sebou

respondenti tlumočnicka znakového jazyka či příbuzného, který fungoval jako tlumočnick a překládal sdělení lékaře. V případě rodinného příslušníka, který zastával funkci tlumočnicka, však nejsme schopni s jistotou posoudit, zda byly poskytnuty veškeré, nezredukované informace.

Respondent B měl dlouhodobé bolesti, navštívil mnoho lékařů a zdravotnických zařízení, nicméně vždy byl poslán domů s léky proti bolesti a obvazy. Když se dostal do zdravotnického zařízení, kde byl později operován, byl z jeho přístupu nadšen. Na předoperační vyšetření a konzultace u lékaře měl s sebou tlumočnicka. Přípravou lékaře byl mile překvapen a ocenil možnost se na vše zeptat. Lékař využil vizuálních pomůcek, které jsou zejména pro neslyšící pacienty ideální variantou.

„Poprosil jsem lékaře, ať mi to vysvětlí jednoduše. On mi ukázal obrázky, jak to má správně vypadat, jak to vypadá v případě úrazu, poškození apod. Když jsem tam šel podruhé před operací, doktor byl perfektní! Natočil na mě obrazovku počítače a na YouTube mi ukázal 3D model kloubu. Bylo to opravdu skvělé! Lékař se na mě jako neslyšícího velmi dobře připravil.“

Ukázalo se, že úvodní konzultace jsou také vhodnou příležitostí pro vyjádření pacientovy vůle. Respondentka A, jež s sebou také měla tlumočnicka, využila úvodní konzultaci k vyslovení svého přání odmítnout transfuzi krve.

Respondent C považuje přítomnost tlumočnicka při nástupu do nemocnice za nezbytnou. Domnívá se dokonce, že povinností lékaře by mělo být pacienta na to upozornit.

„Myslím si, že při nástupu do nemocnice by měl být tlumočnick k dispozici, nedokážu si představit, jak bez něj komunikují. Myslím si, že když se jedná o plánovanou operaci, měl by lékař pacientovi říct, že sebou musí mít tlumočnicka nebo se s ním spojit online. Protože když tam není tlumočnick, pacient vlastně neví, co s ním bude, kam ho kdo poveze apod.“

6.9.1.2 Komunikace s lékařem

Komunikace s lékařem probíhala během hospitalizace především prostřednictvím vizit. Vzhledem k tomu, že z rozhovorů vyplynulo, že komunikace s lékaři a zdravotními sestrami byla odlišná, byla vydělena do dvou vlastních podkategorií.

Respondenti se shodovali na tom, že atmosféra vizity pro ně byla velmi nepříjemná a frustrující. Lékaři si povídali mezi sebou a respondenti jim nerozuměli. Na otázku, jak

probíhala komunikace s lékařem, byla velmi častá odpověď „nijak“. V případě, že komunikace mezi lékařem a pacientem probíhala, byla velmi stručná a jednoduchá. Omezovala se na sdělení „bolí vás to?“ či „jak se máte?“

U mnoha respondentů se objevovala stejná strategie, při níž lékař přenesl odpovědnost na zdravotní sestru a pověřil ji, aby důležité body zapsala. Sepsané informace byly poté předány pacientovi.

Respondent F: *„Bylo to tak, že doktor přišel, sestra to zapisovala a pak mi to předala. Ale podrobné informace jsem měl, až když přišla moje máma a lékař jí je předal.“*

Respondent D dokonce uvádí neochotu lékařů cokoli psát, respondentka a uvedla nedostatek času lékařů. Její tvrzení podporuje další respondent.

Respondent B: *„Psaní berou jako ztrátu času. a píšou tak, že to nejde přečíst.“*

Výjimku tvořil případ respondentky J, která uvedla, že lékař jí ochotně informace psal. Ze zkoumaného vzorku byla jediná, kdo uvedl, že s ním lékař komunikoval sám psanou formou českého jazyka.

Dobrou znalost psané podoby českého jazyka považuje respondent C za nezbytnou.

„Je potřeba dobře ovládat psanou podobu, aby člověk rozuměl, aby pak nebyl za hlupáka nebo k smíchu, že něco špatně pochopil.“

Dalším prostředkem, který někteří respondenti uváděli, bylo odezírání. Někteří se během vizity pokusili nějaké informace odezřít, nicméně jak víme z teoretické části, odezírání není plnohodnotnou náhradou komunikace, obzvláště pro někoho, pro koho je daný jazyk cizím jazykem.

Respondent G: *„Někdy, když někdo hezky mluvil, jsem něco odezřel.“*

Respondentka I, jejíž zkušenost byla během porodu, uvádí: *„Když jsem nezvládla odezírat, manžel mi překládal (manžel je těžce nedoslýchavý). Ale personál byl opravdu velmi ochotný, snažil se, abych mohla odezírat.“*

Někteří respondenti získávali informace z vizity od svých příbuzných, kteří jim informace přetlumočili. Tato strategie nebyla uplatňována pouze u respondentů, kteří byli hospitalizováni v době, kdy byli dětmi.

Respondent G: *„Já jsem ležel a v sedm ráno přišli doktoři a povídali si, já jim vůbec nerozuměl. Takže jsem čekal, až přijde máma a táta. Těm to lékař řekl a oni to pak řekli mně. Kdyby máma nepřišla, tak bych nic nevěděl.“*

Respondent H, který byl hospitalizován jako dítě, uvádí nespokojenost se sdělením své matky.

„Doktoři si povídali a máma si to pamatovala a pak mi to shrnula. Bylo to klasické ‚potom‘. Bylo mi devět let, takže jsem částečně nerozuměl. Ale máma mi to říkala hodně stručně, pouze ‚dobrý, dobrý‘.“

Velmi netradiční způsob při komunikaci uvádí respondentka A. Lékař vždy informace zavolal tlumočnicku, která je respondentce napsala v SMS zprávě.

Respondent B využil pro komunikaci s lékařem na vizitě moderní technologie a stáhl si aplikaci, která převádí mluvený jazyk do psané podoby.

„Poprosil jsem lékaře, aby do toho mluvil. ... „co se týče aplikace, 100% nebyla. Něco nerozezná, něco vynechá...u češtiny třeba chyběly háčky a čárky.“

Respondent D v souvislosti s komunikací s lékařem uvedl zajímavou strategii, jejíž využití si velmi chválil. Tato strategie nebyla užita během jeho hospitalizace, nicméně poukazuje na snahu lékaře uvažovat jiným způsobem a přizpůsobit se podmínkám neslyšícího pacienta, a proto bychom ji zde chtěli zmínit.

„Lékař měl připravené papíry, kde bylo například napsáno BOLÍ, už nevím, co ještě dalšího, ale měl takhle napsané cedule a já je podle potřeby zvedal.“

Komunikace prostřednictvím tlumočnicku probíhala k našemu překvapení minimálně. Pouze dva respondenti uvedli přítomnost tlumočnicku během své hospitalizace. u obou případů byl k dispozici tlumočnicku jednou během hospitalizace. Vždy se jednalo o fyzického tlumočnicku, nikdy nebylo užito online tlumočení. u některých respondentů nebylo online tlumočení k dispozici, někteří neměli o jeho existenci a možnosti tabletů informace, jiní ho jednoduše nevyužili. Oba respondenti, kteří měli k dispozici tlumočnicku, uváděli úlevu.

Respondentka J: *„Mít tam tlumočnicku byla výhoda. Ale když jsem tam byla sama, tak komunikace vůbec nefungovala.“*

V souvislosti s užíváním tlumočnicku uvádělo mnoho respondentů vědomí limitů a nastavení pravidel pro jeho užití. V současné době, pokud je tlumočnicku objednávan přes

CZTN, což je největší registr tlumočnicků znakového jazyka na našem území, je stanoveno pravidlo tří dnů. Klient si musí objednat tlumočnicka nejméně tři dny před plánovaným tlumočením. Dalším limitem je vytíženost a nedostatek tlumočnicků v České republice. Právě tyto důvody mohou být příčinou malého využití tlumočnicků při hospitalizaci. Další důvod uvádí respondent B.

„...tlumočnick se víc objednává pro konzultace, zjištění problému apod., potom je operace a tam už tlumočnick není třeba, co by tam dělal během operace? Po operaci je to zase problém, kdy ho objednat. Proto se musí komunikovat psanou češtinou.“

6.9.1.3 Komunikace se zdravotními sestrami

Jak vyplývá z předchozí podkategorie, zdravotní sestry byly ve většině případů prostředníkem mezi lékařem a pacientem, který jim předával základní informace sepsané na papíře. Samotná komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem probíhala také prostřednictvím psané podoby. Přístup zdravotních sester však na rozdíl od lékařů hodnotili všichni respondenti kladně.

Respondent G: *„Ale jinak byly sestry ochotné, chápaly, že jsem neslyšící a komunikovaly se mnou psanou formou.“*

Respondentka A: *„Lékaři neměli čas, ale sestrám to nevadilo, byly příjemné. Jsem za to ráda, za jejich ochotu, neumím totiž odezírat.“*

Respondentka a si také pochvalovala srozumitelnost sdělení sester.

„Sestra, když něco potřebovala, tak mi to napsala – například teploměr, záchod apod. To bylo dobré a rozuměla jsem jí.“

Respondentka i vyzdvihovala také proškolení sester a jejich informovanost o zásadách komunikace s neslyšícím pacientem.

„Dostala jsem se do kontaktu s různými sestrami. Ale musím je všechny pochválit. Nevím, jestli je to tím, že je paní doktorka proškolila, aby věděly, jak mají komunikovat s neslyšícím pacientem, ale opravdu to bylo dobré.“

Tato respondentka byla hospitalizována v pražském Podolí, proto byla přímo dotazována na užití znakového jazyka zdravotními sestrami. I přestože dle Trávníčkové (2019) další vzdělávání personálu neprobíhá. Dle vyjádření respondentky s ní znakovala pouze zmiňovaná Trávníčková.

„Myslím, že jestli uměly znakovat, tak mi to neukazovaly.“

Na stinnou stránku komunikace psanou formou poukazuje respondent C.

„Nejhorší komunikace byla první den po operaci, po probuzení. To jsem zvonil na sestru a ta se mě pak ptala, jestli potřebuju pít, na záchod apod. Napsala mi to na papír. Já jsem byl ještě takový rozespálý po narkóze, takže jsem jen kýval hlavou, ale potom druhý den už jsme si psali normálně.“

Kromě komunikace psanou formou uváděli respondenti i při kontaktu se zdravotními sestrami odezírání. Jak uvádí respondent E, ochota sester však byla různá.

„Některé se snažily hovořit pomaleji, abych mohl odezírat, jiné to vůbec nezajímalo.“

Respondent C uvedl, že komunikace se sestrou probíhala pomocí gest.

„... ukázala například na léky a pak na prstech tři nebo třeba na jídlo, jestli už ho má odnést atd.“

6.9.1.4 Komunikace s ostatními pacienty

Pobyt v nemocnici ve většině případů sdílíme s ostatními pacienty, se kterými jsme na společném pokoji a musíme spolu nějakým způsobem koexistovat. Proto nás zajímalo, jakým způsobem probíhala komunikace respondentů s dalšími pacienty.

Dva respondenti měli samostatný pokoj a do styku s ostatními pacienty se nedostávali. V ostatních případech ke komunikaci příliš nedocházelo a z vyjádření respondentů vyplývalo, že jim to ani nevadilo. Respondent F přiznal, že ostatní pacienti na pokoji s ním měli problém, a proto byl přesunut na samostatný pokoj, za což byl sám rád.

„Já jsem byl uprostřed a z obou stran byli důchodci. Pouštěl jsem si v notebooku filmy a videa. a asi to bylo trochu hlasité. Stěžovali si na mě. Sestřička to pochopila a dala mě na jednolůžkový pokoj. Takže jsem byl pouze jeden den s těmi pány, pak už jsem byl sám a v klidu.“

Respondentka i uvedla, že byla na samostatném pokoji kvůli chůvičce pro neslyšící. Chůvička pro neslyšící je kompenzační pomůcka, která upozorňuje na pláč dítěte pomocí světla nebo vibrací. Přestože se s ostatními pacientkami setkávala, nekomunikovaly spolu.

„Jedna maminka byla taková šedá myš, která vůbec nemluvila a ani jí nebylo rozumět, takže jsme se spolu vůbec nebavily.“

Pouze z respondentky a bylo cítit zklamání a lítost, že s ní ostatní pacientky nekomunikují.

„Byla jsem na pokoji s dvěma slyšícími ženami, ale ony si povídaly mezi sebou. Já s nimi vůbec nekomunikovala. Neumím odezírat, a tak jsem si řekla, že to tam sama musím vydržet. Komunikovala jsem pouze se sestrami. ...smskovala jsem se svou kamarádkou a synem.“

Na dotaz, zda jí vadilo, že si s ní ostatní pacientky na pokoji nepovídaly, odpověděla, následovně.

„Vadilo, ale řekla jsem si, že je nechám.“

6.9.2 Rodina a příbuzní

Jak vyplynulo z rozhovorů, rodina a příbuzní hráli při pobytu v nemocnici důležitější roli, než jsme si mysleli. Naším původním záměrem bylo zjistit, jakým způsobem probíhá předávání informací a komunikace s lékařem v případě neslyšících členů rodiny pacienta. Rozhovory však ukázaly především na důležitost slyšících členů rodiny v roli tlumočnicků a zprostředkovatelů mezi pacientem a lékařem. Tato kategorie je úzce propojena s kategorií předchozí, zaměřující se na komunikaci. Zároveň do jisté míry také ovlivňuje kategorii zabývající se informovaností respondentů. V této kategorii vznikly dvě podkategorie – slyšící rodina a neslyšící rodina.

6.9.2.1 Slyšící rodina

Polovina respondentů má slyšící rodinu. Tři z pěti respondentů byli hospitalizováni v době, kdy nebyli plnoletí. V tomto případě tedy plnili roli zákonného zástupce a jejich vliv především na množství a frekvenci poskytovaných informací byl značný.

Respondent H, který byl hospitalizován v době, kdy mu bylo devět let, uvedl, že jen díky tomu, že byl neslyšící, s ním mohla být jeho matka po celou dobu v nemocnici přítomná. Lékaři komunikovali především s ní. Respondent poté dostal informace velmi stručně. Obdobnou zkušenost uvádí také respondent E a G.

Respondent G: *„Kdyby máma nepřišla, tak bych nic nevěděl.“*

Taktéž respondent F, který byl již plnoletý, uvedl, že komunikace probíhala prostřednictvím psané podoby českého jazyka, nicméně podrobné informace měl, až když přišla jeho matka. Přestože respondenti často uváděli, že informace jim byly shrnuty a podány ve stručné podobě, neuvedli komunikační bariéru mezi sebou a svou rodinou.

Ne ve všech případech to byla pouze rodina, kdo fungoval jako prostředník mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Bylo to v náhlých, nečekaných situacích a při úrazech. Respondent C uvedl následující.

„Byla se mnou v té době vychovatelka, ale ta mi ne vše překládala. Byly to jen základy, jestli mám nějaké alergie, nemoci atd., pak se bavila s doktorem sama.“

I v situaci nehody respondentky J fungovala slyšící osoba jako prostředník.

„...Stalo se mi to v práci, ne doma. Mistrová zavolala záchrannou službu, vysvětlila, co se stalo...“

Respondentka A uvedla, že její syn byl v nemocnici přibližně dvakrát. Zjistil informace od lékaře a pak jí je předal. Z jejího vyjádření však vyplývá, že komunikace mezi nimi neprobíhá úplně hladce.

„...neumí dobře znakový jazyk. Umí pouze základy a prstovou abecedu... Protože když jsem ho vychovávala, moje matka nechtěla, abych ho učila znakovat.“

V souvislosti s rolí slyšících členů rodiny během hospitalizace otevřel respondent B téma týkající se tlumočení dětmi. Tlumočení dětmi bylo užíváno především v období komunistického režimu, avšak setkat se s ním můžeme i dnes.

„Často se stává, že když je neslyšící máma, bere si slyšící děti jako tlumočnický. To je blbost. ,Ty jsi slyšící, máma je neslyšící, tak jí budeš pomáhat jo?‘ Dobře. Co se stane, když má máma vážnou nemoc. To je hrozné, dítě začne brečet. Děti pak mají strach, je jim špatně, bojí se, že rodiče umřou. Ty informace navíc nejsou stoprocentní. Myslím si, že není vhodné, aby tlumočili děti u lékaře, stejně tak v bance, co se týče financí, na policii, kde se například řeší domácí násilí. Jednoduché věci jako nákup, objednání jídla si myslím, je v pořádku.“

Nicméně v našem vzorku jsme se s tlumočením dětmi nesetkali.

6.9.2.2 Neslyšící rodina

Druhá polovina respondentů má neslyšící rodinu a příbuzné. V těchto případech jsme se zaměřovali především na komunikaci rodiny s lékaři a předávání informací o zdravotním stavu svého příbuzného.

Respondent C, který byl hospitalizován jako dítě, odpověděl na otázku, jakým způsobem byla informovaná jeho matka následovně.

„Musela čekat na tlumočníka, už je to přeci jenom několik let zpátky.“

V některých případech neslyšící rodina se zdravotním personálem vůbec nekomunikovala, informace jim předal sám pacient. Tak to probíhalo v případě respondentky J i respondenta D. Respondent D upozornil na problematičnost psané češtiny u některých neslyšících.

„Nebavili se s lékaři, všechny informace jsem jim předával já, protože můj táta ani máma neovládají moc dobře psanou češtinu. Naopak se stává, že když je moje máma v nemocnici, jsem tam jako ‚tlumočník‘ já.“

Respondentka I, kterou během hospitalizace doprovázel její těžce nedoslýchavý manžel, uvedla, že v případech, kdyby nebyla schopná sama komunikovat, jí tlumočil manžel. Informace o zdravotním stavu manželky byly předávány mluvenou formou, avšak nebylo to zcela bezproblémové.

„Částečně nerozuměl slovům. Obsah přibližně věděl, ale některým slovům nerozuměl.“ V případě neporozumění *„to opsali jinými slovy nebo to více a podrobněji vysvětlili a popsali. Říkal, že občas mluvil lékař přímo na něj, ale občas mluvil s porodní asistentkou nebo pediatřičkou a on nestíhal koukat z jednoho na druhého, to pak nerozuměl.“*

6.9.3 Práva pacientů

Práva pacientů jsou obsáhlým konceptem, který je předmětem nejen mnoha mezinárodních dokumentů. Mnohá práva se v něm významově překrývají. My jsme se ve výzkumu zaměřili na dvě práva, které jsou úzce provázána s komunikací, tak, jak je definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, nicméně obdobnou definici můžeme nalézt také v Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě. *„Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při*

komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou“ (Zákon o zdravotních službách, 2011).

„Poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách“ (Zákon o zdravotních službách, 2011).

Otázky týkající se této kategorie byly nejnáročnější na vysvětlení a také uchopení respondentů. Především u respondentů, kteří byli hospitalizováni v době, kdy byli dětmi, byla tato oblast obtížná.

6.9.3.1 Právo na srozumitelnost sdělení

Cílem této podkategorie bylo zjistit, zda respondenti vnímali sdělení, které jim bylo poskytováno od zdravotnického personálu, jako srozumitelné a jasné. Jejich úkolem bylo ohodnotit srozumitelnost sdělení. Mnoho respondentů však srozumitelnost spojovalo s množstvím poskytnutých informací, kterými se budeme zabývat v následující kategorii.

Jak již zaznělo výše, největší problém s touto otázkou měli zcela pochopitelně respondenti, kteří byli hospitalizováni v dětství. Jejich odpovědi neměly příliš vypovídající hodnotu. Respondent H uvedl.

„Byl jsem malý a moc jsem tomu nerozuměl.“

Respondent G, kterému v době hospitalizace bylo 16 let, uvedl, že sdělení od lékařů mu bylo srozumitelné jen z poloviny.

Respondent D: *„Tak 75 %. 75 % jsem rozuměl, ale těch 25 % se ztratilo nebo to byla některá odborná slova, tak těm jsem nerozuměl. Tak to se to například snažili převést pomocí synonym anebo jsem si to vyhledal na internetu.“* Zároveň však dodává: *„Potřeboval bych tlumočnicka, když ho mám s sebou na vyšetření, mám pocit, že stoprocentně rozumím všemu, co mi lékař říká.“*

Respondentka A uvedla, že informace, které jí byly podány sestrou nebo prostřednictvím SMS, pro ni byly srozumitelné. V případě nesrozumitelnosti bylo užito stejných strategií jako v případě respondenta D, tedy užití opisu ze strany sestry či vyhledání informací na internetu, v případě nesrozumitelnosti SMS od tlumočnice, která jí tímto způsobem předávala informace od lékaře.

Respondentka i dává srozumitelnost informací do kontextu s informacemi, které si zjišťovala před nástupem do nemocnice sama.

„To je těžké říct, kdybych neměla informace už předtím... ale asi bych všemu rozuměla. Nevím.“

Respondent B, který byl během svého života několikrát hospitalizován, ke srozumitelnosti uvedl, že to vždy záleželo na složitosti a obtížnosti zákroku.

Jediný, kdo se jasně vyhradil proti srozumitelnosti sdělení, byla respondentka J, která měla pocit srozumitelného sdělení pouze v přítomnosti tlumočnicka.

„Srozumitelné mi to přišlo, když tam byl tlumočnick.“

Problém se srozumitelností měla především u lékařů, se sestrami si porozuměly.

6.9.3.2 Právo zvolit si komunikační prostředek

Druhým právem, na které jsme se zaměřili, bylo právo pacienta zvolit si komunikační prostředek, kterým se chce dorozumívat. Bylo nám jasné, že v případě volby tlumočnicka znakového jazyka nebude vždy možné tomuto požadavku vyhovět, nicméně zajímalo nás, zda se bude zdravotnický personál dotazovat na komunikační preference.

V této oblasti byla jasná shoda všech respondentů – nikdo z nich nebyl dotázán na komunikační preference. Všichni by nicméně preferovali tlumočnicka znakového jazyka. Respondent D situaci neslyšících preferujících znakový jazyk dobře ilustruje svým popisem.

„Samozřejmě bych si vybral tlumočnicka, anebo aby lékaři uměli znakovat, to bych si přál!“

Na dotaz, zda v nemocnici říkal, že potřebuje tlumočnicka, odpověděl následovně.

„Ne, protože vím, jaká je situace. Tlumočnicka je potřeba objednat tři dny dopředu. Věděl jsem, že ho neseženu, a proto jsem to musel zvládnout sám a dopisovat si.“

Z jeho vyprávění nicméně vyplývá, že i požadavek psané češtiny vyvolal nepochopení.

„Vzbudil jsem se na JIP a tam na mě zase všichni mluvili, já jsem jim vysvětloval, že neslyším. Snažil jsem se jim vysvětlit, že to potřebuji napsat. Snažil jsem se jim říct, ať mi přinesou můj mobil nebo ať to napíšou, ale pořád mluvili a mysleli si, že stačí odezrát. Já se jim snažil vysvětlit, že to potřebuji napsat. Ale bylo to zbytečné. Pak jsem šel k doktoru a ten na mě taky mluvil. Nechápu, že si tam nikde nepoznámali,

že jsem neslyšící. Myslím, že by se mi měli přizpůsobit a napsat to, ale tam to nikoho nezajímalo a nikdo nic neudělal.“

I respondent B poukazuje na nedostatek informovanosti o potřebách neslyšících ze strany zdravotnického personálu.

„Nikdo se mě neptal, ,vy jste neslyšící?‘ Je vidět, že jsou všichni nesví, neví si rady. Je vidět, že přemýšlí, ale doktor by měl přece vědět, jak přistupovat k neslyšícím.“

Dva respondenti, kteří byli hospitalizováni jako děti či dospívající dávali právo vybrat si komunikační prostředek do kontextu s nedostatkem informací.

Respondent G: *„Bylo mi šestnáct. Nevěděl jsem, že existuje online tlumočení nebo přepis ...Ted' samozřejmě vím, že si mám říct o tablet, že potřebuji online tlumočení.“*

Respondent E: *„V té době jsem nevěděl, že mám právo na tlumočnicka a další. Neměl jsem o tom informace. Dneska už bych věděl, co mohu žádat.“*

6.9.4 Informovanost

Kategorie informovanost se prolíná s předchozími kategoriemi týkajícími se práv pacientů, rodiny a samozřejmě také komunikací. Cílem bylo zjistit, v jaké míře byly respondentům předávány informace o jejich zdravotním stavu a dalších postupech.

Ve výpovědích respondentů můžeme sledovat dvě hlavní tendence, prostřednictvím kterých byly informace sdělovány. První tendencí bylo sdělování informací prostřednictvím tlumočnicka či jiné osoby (rodinných příslušníků). V ostatních případech byly informace předávány v psané podobě či v kombinaci psané podoby a rodinného příslušníka. Téměř všichni respondenti označovali množství informací jako nedostatečné.

Respondenti, kteří měli možnost využít tlumočnicka, se shodovali v tom, že jim za jeho přítomnosti bylo vše vysvětleno. Respondentka A se k tomuto vyjádřila následovně.

„Lepší by to samozřejmě bylo, kdybych měla tlumočnicka, jako první den v nemocnici. Bez tlumočnicka to bylo podstatně horší, vadilo mi to.“

Respondent C měl k dispozici tlumočnicka dvakrát. Poprvé to bylo před operací, kdy mu vše bylo vysvětleno. Během hospitalizace, kdy tlumočnick přišel, však neměl pocit, že by mu byly předány všechny informace.

„Moc informací jsem nedostal. Tlumočnick po operaci přišel za tu dobu čtyř dnů jednou a v krátkosti mi to vysvětlil. Nebylo to ale nijak detailní, jak operace dopadla, nic. Jen že mi tu přepážku vrátili zpátky a to bylo všechno.“

V ostatních dnech, kdy nebyl přítomen tlumočnick, hodnotí poskytnuté informace jako nedostatečné a stručné. I respondentka A uvedla, že bez tlumočnicka informace neměla. Když například musela na vyšetření, které se konalo na jiném oddělení, pouze ukazovali, co se bude dít.

Respondent H, který, přestože byl v době své hospitalizace malý, si pamatuje, že podávané informace byly stručné a pouze shrnující.

„Samozřejmě, že teď když jsem dospělý, by mi to vadilo. Vím, že jsem se mámy ptal, ale ona něco i zapoměla a už si to nepamatovala. Ale já si myslím, že to mám vědět!“

V souvislosti s poskytováním informací dále popisuje, jak o spoustě věcí ve své zdravotní anamnéze nevěděl a vše si musel znovu zjišťovat až v dospělosti. Toto chování může být způsobeno přehnanou péčí a obavou o osamostatnění dítěte. Respondent také uvažoval nad tím, jak by postupoval, kdyby musel být hospitalizován dnes. I v dnešní době by dal nicméně přednost rodině před tlumočnickem.

„Teď kdybych byl v nemocnici, kdyby se mi něco stalo a musel tam ležet, tak bych napsal tlumočnickovi. Chtěl bych vědět detailnější informace. Domluvil bych se s doktorem, kdy má přijít tlumočnick, aby mi předal informace, kdyby byla rodina daleko. Ale se sestrou bych si psal přes papír, to by stačilo. Je zbytečné, aby tam 2-3 hodiny seděl tlumočnick. Ale s doktorem ano, například nějaké důležité informace týkající se propuštění domů apod. To je můj názor. Ale také záleží, jestli by se mi povedlo sehnat tlumočnicka, to nevím. Je jich nedostatek.“

Taktéž respondent G uvedl, že bez přítomnosti matky by tolik informací neměl. Ke komunikaci bez přítomnosti matky pak uvedl následující.

„Myslím, že část informací byla vynechána. Jako by se mě chtěli zbavit. To je pohled slyšících, že to takhle stačí, že neslyšící neovládají gramatiku.“

Informace vnímal jako nedostatečné i respondent F.

„Potřeboval bych víc informací. Když mi informace psali, bylo to krátké, stejně když přišla máma, tak mi informace řekla zjednodušeně. Například ‚bude to dobrý, uzdravíš se.‘ Ale informace do hloubky, co můžu a co ne, co bych měl vědět, jsem nedostal.“

Respondentka i hodnotí poskytované informace jako dostatečné. Uvedla pouze dva příklady, při nichž měla pocit, že nebyla dostatečně informovaná. Poukazuje na fakt, že někteří lékaři ze své povahy nemají schopnost komunikovat s pacienty a předat jim všechny potřebné informace.

„Jednou, když zjistili, že má malý žloutenku, tak jsem měla málo informací... Nevím, jestli to bylo tím, že doktorka nevěděla, jak mi všechny informace předat nebo jestli to bylo prostě její povahou. Řekla mi jen, že má žloutenku a že proto v nemocnici budeme déle. ...Nevím, jestli to byla moje chyba nebo že si myslí, že automaticky mám všechno vědět.“

I respondent D, který po celou dobu komunikoval pouze psanou formou, nebyl s množstvím informací spokojený.

„...všichni si povídali a já to pak dostal jako shrnutí v bodech. Bylo to sice hezky napsané, to ano, ale věřím, že spousta věcí byla vynechána. Ale když jsem se na druhou stranu na něco ptal, tak mi bylo vše odpovězeno. Kdybych to měl ale zhodnotit, tak ty informace byly zredukované.“

6.9.5 Prostředí

Tato kategorie byla zaměřena na přizpůsobení prostředí pro neslyšící a také na kompenzační pomůcky v nemocnicích. Zjišťuje skutečný stav a je úzce propojena s následující kategorií, která se zaměřuje na to, co by nemocnice měla splňovat, aby byla přátelská k neslyšícím.

Všichni respondenti uvedli, že nezaznamenali prostředí, které by bylo přizpůsobeno neslyšícím pacientům. Respondenti spíše poukazovali na problémy a nedostatky, které je dle nich potřeba změnit. Těmto přáním a požadavkům se věnuje další kategorie. Výjimkou byla respondentka I, která uvedla, že přístup personálu byl skvělý, všichni se snažili ji alespoň usnadnit odezírání. Měla k dispozici vlastní pokoj, který byl vybaven světelnou signalizací klepání na dveře a vibrační chůvičkou.

Jedinou kompenzační pomůcku, kterou uváděli ostatní respondenti, byly skryté titulky v televizi. Nicméně v případě, že jsou k pořadu k dispozici skryté titulky, jsou součástí teletextu, a tudíž existují nezávisle na vůli nemocnice. I přesto se je v případě respondentky a nepodařilo spustit.

„...ptala jsem se sestry, ale nepovedlo se je spustit. Nechtěla jsem se hádat, a tak jsem to nechala být. Dívala jsem se na obraz, alespoň něco jsem pochytila.“

Mezi důležité kompenzační pomůcky označil respondent E televizi s titulky a světelnou signalizaci namísto houkání.

Respondenti D a C naopak označili kompenzační pomůcky za nepotřebné.

Respondent D: *„Co potřebuji je mít pokoj sám pro sebe a internet. To je asi všechno a tlumočnicka samozřejmě.“*

Respondent C: *„Myslím si, že kompenzační pomůcky tam být nemusí...“*

Někteří respondenti v této souvislosti uváděli rozvoj moderních technologií, který výrazně ovlivnil způsoby komunikace.

6.9.6 Představy o konceptu Deaf Friendly Hospital

Tato kategorie se zaměřuje na představy respondentů o nemocnici přátelské k neslyšícím, tedy takové nemocnici, která bude přizpůsobena neslyšícím pacientům a jejich specifikům. Respondenti si měli představit, co vše by měla nemocnice splňovat a poskytovat, aby byli s jejími službami a přístupem spokojeni. Představy respondentů jsme rozdělili do následujících podkategorií – komunikace, vzdělání personálu a vybavení nemocnice.

6.9.6.1 Komunikace

Plnohodnotná komunikace byla základním tématem, které se objevovalo u všech respondentů. V této oblasti byly jejich představy velmi podobné. Nejčastěji bylo téma komunikace spojováno s potřebou tlumočnicků a znalostí znakového jazyka personálem. Respondenti často uváděli, že by alespoň 2-3 zaměstnanci měli ovládat znakový jazyk.

Respondent B: *„Myslím si, že v každé nemocnici by měla být jedna až tři osoby (lékaři a sestry) nebo lidé na recepci, kteří budou umět znakovat. Například když se stane nějaký úraz nebo nehoda a přivezou neslyšícího do nemocnice, je potřeba se ho zeptat,*

co ho bolí, zda má na něco alergie, zda bere nějaké léky apod. Pokud se nedorozumí, může mu záchranář podat injekci, která mu uškodí. Proto si myslím, že by v každé nemocnici měl být někdo, kdo umí znakovat, kdo chodil na kurz a má na to certifikát. Občas někde takoví lidé jsou, ale to se rychle zapomene nebo se stydí, a tak ani neřeknou, že to umí. Myslím, že na ty základy stačí rok, ale je potřeba to opakovat. Stačí DOBRÝ DEN, CO VÁS BOLÍ, JAK SE CÍTÍTE, CO BERETE ZA LÉKY apod., alespoň základy v oblasti zdravotnictví. Doktoři by to měli zvládnout.“

Oproti ostatním, kteří ve většině případů pouze odpověděli, že personál by měl umět znakovat bez dalšího rozvedení, je respondent C ke znalosti znakového jazyka personálu skeptický.

„Samozřejmě by personál měl ovládat český znakový jazyk, ale je to těžké. Když se naučí základy, tak co pak? Stejně se nedomluví, protože je potřeba jít do hloubky a je stejně nezbytné, aby tam byl tlumočník. Když někdo chodí dva roky na kurz, může pak vysvětlovat, jak bude probíhat operace? Nemůže. a také je nutit chodit na kurzy, to je takové divné. Ale alespoň základy doporučuju, protože pak má člověk představu a pochopí, že znakový jazyk je jiný než mluvený. Potom na to bude myslet, přizpůsobí tomu odezírání, psanou podobu, může užívat jednoduché znaky (počkejte, já zavolám tlumočnicka). Vztah mezi nimi bude lepší.“

Také respondent D byl ke znalostem personálu nedůvěřivý.

„Nevěřím, že by někdo uměl perfektně znakovat, ale alespoň základní znaky BOLÍ, OPERACE a další z oblasti zdravotnictví.“

Další možnost vidí v neslyšícím lékaři, který u sebe bude mít vždy tlumočnicka. Základní znalost znakového jazyka uvedla i respondentka I.

Odlišnost ve způsobu komunikace se zdravotní sestrou a lékařem naznačil respondent F.

Chtěl bych, aby sestřičky uměly trochu znakovat a aby doktoři u sebe měli při důležitých informacích tlumočnicka.“

Respondent E na rozdíl od ostatních nezaměřuje pozornost na lékaře a sestry. Uvádí zaměstnance nemocnice, který by ovládal znakový jazyk.

„Kdyby tam byl neslyšící hospitalizován, doprovázel by ho a byl by mu nápomocen.“

Domníváme se, že tuto roli by mohl plnit zdravotně sociální pracovník, který by ovládal znakový jazyk alespoň na komunikační úrovni a v případě hospitalizace neslyšícího pacienta by mohl tuto roli průvodce a zprostředkovatele zastávat.

V této souvislosti uvedl respondent B zkušenost z jedné pražské nemocnice.

„Byl jsem v nemocnici a tam pracuje jeden nedoslýchavý na RTG. Lékař to věděl, zavolal ho, aby přišel nahoru. a vlastně pomáhal s tou komunikací. Vždycky, když jsem tam pak šel, tak jsem mu zavolal, aby přišel.“

Další způsob, jak zefektivnit komunikaci byl spojován s tlumočníky znakového jazyka.

Respondentka A: *„Přála bych si, aby neslyšící měli přístup k tlumočnickům.“* Také by si přála, aby tlumočnický byl přímo v nemocnici, jako je to v jiných zemích.

Respondent H uvažuje nad tlumočnickou pohotovostí v případě nehody či úrazu neslyšícího.

„Chtěl bych, aby byly v Praze alespoň tři tlumočníci, samozřejmě by jich mohlo být víc, kteří by byli v databázi, a kdyby se stal neslyšícímu nějaký úraz nebo zranění, automaticky by mu zavolali. o víkendu by byli například tři a potom by se různě střídali. Teď je pravidlo pro objednávání tlumočnicka tři dny předem, tak to musí vydržet a využívat psanou podobu češtiny. Ale myslím si, že těch informací je méně. Samozřejmě někdo může využít své rodiny nebo kamaráda, aby tlumočil, ale takhle na tu pohotovost by tam byl tlumočnick hned. To by bylo dobré pro tyto pohotovostní stavy, je to opravdu důležité.“

Respondentka i by si přála, aby byl k neslyšícím zaujat stejným přístupem jako k cizincům.

„Myslím si, že když přijde neslyšící do nemocnice, měl by mu být nabídnut tlumočnick. Když tam přijde cizinec, například ze Španělska, tak zavolají tlumočnicka. Neslyšící nic takového nemají. To pocítuji jako velký problém.“

Respondent B uvedl, že by ocenil, kdyby byl v nemocnici tlumočnick pro případ, že by si pacient potřeboval popovídat. Může se to zdát jako pošetilá myšlenka, nicméně když si uvědomíme, v jaké izolaci se neslyšící pacient v nemocnici nachází, je to věc, o které by se mělo mluvit. Neslyšící pacient nemá možnost s někým prodiskutovat své obavy, dotazy. Zde opět vidíme roli a potenciál, který v sobě mohou mít zdravotně sociální pracovníci, kteří by ovládali znakový jazyk.

V souvislosti s tlumočnickem byl často také zmiňován projekt Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící, jehož účelem bylo vybavit velké nemocnice napříč Českou republikou tablety pro online tlumočení (viz kapitola 5).

Respondent G: *„Myslím, že je důležité, že když do nemocnice přivezou neslyšícího, aby pro něj byl připraven tablet pro online tlumočení v případě, že neznakuje na přepis.“*

Někteří respondenti však poukazovali na nefunkčnost projektu. Respondent B popisuje svoji zkušenost.

„Tichý svět měl projekt, kde chtěl do každé nemocnice dát tablet. a výsledek? Šel jsem do nemocnice a požadoval tablet, měli tam ceduli, že je k dispozici. Poprosil jsem tedy o jeho zapůjčení, abych ho mohl využít a spojit se s tlumočnicki. a on na mě koukl a vůbec nevěděl. Já mu říkal: ‚tady to máte napsané‘. a výsledek? Nevěděli, kde je.“

Obdobný názor má i respondentka i a respondent C.

„Tichá linka je pomalá, ... není to perfektní.“

„Některé velké nemocnice mají tablety pro online tlumočení. Tak aby stoprocentně fungovaly a také lékaři mají znát ten postup. Někdo mi vyprávěl, že mu ho lékař dal a řekl, ať si to zařídí sám. Ale co když je pacient starší a s tabletem neumí? Mám pocit, že s tím lékaři neumějí nebo ten tablet mají a pacientovi ho nedají.“

Na problematiku online tlumočení v souvislosti se staršími pacienty upozornili i respondentka a a respondent B.

„V případě tlumočení online je problém, že mnoho starších neslyšících s počítačem příliš neumí a proto potřebují spíše fyzického tlumočnicka.“

„Je třeba je to učit. Já každé úterý vedu kurz počítačové gramotnosti. Ale to je Praha, to je hrozně malá část lidí, co ti, co bydlí na vesnici, a třeba ani nemají internet?“

Taktéž respondentka J uvedla, že by uvítala, kdyby byl pro komunikaci s lékařem k dispozici tablet.

„Ale od někoho jsem slyšela, že byl v nemocnici, byla tam cedule, že mají k dispozici tablet pro neslyšící, ale nefungoval. Myslím, že by tablet měl vždy perfektně fungovat. Ne aby to bylo pomalé a sekalo se to například, a potom si museli psát.“

Respondentka i kromě online tlumočení zmiňuje také organizaci Transkript, která zajišťuje online přepis mluveného slova, zároveň si je však vědoma limitů této služby pro některé neslyšící.

„...Spolupráce s Transkriptem, to si myslím, že je dobrý nápad, ale hodně neslyšících má problém s češtinou. To je pravda, část neslyšících by to mohla používat.“

Respondent C uvedl, že pro efektivní komunikaci je nezbytná přítomnost tlumočnicka, alespoň při nástupu do nemocnice. Vyjmenovává také postup, pokud přítomnost tlumočnicka není možná.

„Pokud by nebyla možnost tlumočnicka nebo online přepisu, měl by lékař sepsat na papír základní informace o tom, co se bude dít. Nestačí pouze odezírání, to je stručné a pacient není spokojený. Tedy jednoduše napsat text, který si pak pacient bude moci sám přečíst a případně s pomocí internetu vyhledat.“

6.9.6.2 Vzdělání lékařů

Vzdělání lékařů velmi úzce souvisí s komunikací, nicméně někteří otázku vzdělání ještě rozšířili.

Respondent C: *„Personál musí znát základy komunikace a odezírání, jak přizpůsobit psanou formu. Mnoho lidí si myslí, že odezírání je stoprocentní, ale tak to není, je to tak 70 %, ale pacient raději kýve hlavou, i když neví.“*

Důraz na vzdělání lékařů již v době přípravy na povolání lékaře kladl respondent H.

„Myslím si, že na škole by měli mít předmět, jak komunikovat s neslyšícím pacientem. To bych si přál, aby na fakultách měli předmět zaměřující se na komunikaci

s neslyšícím pacientem, jak komunikovat, když je tam tlumočník apod. Chtěl bych, aby o tom měli přednášku, aby o tom měli informace a pak v budoucnu, když už budou pracovat, aby o tom věděli, o neslyšícím, o znakovém jazyce. Aby na to zkrátka byli připravení! Myslel bych si, že doktor, který je mladý, ty informace má, ale není to tak. Přál bych si, aby filozofická fakulta v rámci oboru Čeština v komunikaci neslyšících takhle spolupracovala a dělala ty přednášky, aby tam přijel někdo neslyšící a vzdělával je. Normálně by to měl zaplacené, dálkově by tam jezdil například třikrát za semestr. Samozřejmě by měl s sebou tlumočníka. Myslím, že by to bylo dobré a informovanost by se zvýšila.“

Respondent uvažuje nad spoluprací, která již funguje, nikoli však v takovém rozsahu – přednášky pro mediky na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Obdobné přednášky byly uspořádány přímo ve zdravotnických zařízeních díky *Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*.

I když tato věc se vzděláváním příliš nesouvisí, respondent G uvedl jako důležitý bod vstřícnost a příjemnost personálu.

„Neslyšící nemají rádi, když se k nim chovají ostatní špatně nebo se jich chtějí hned zbavit.“

6.9.6.3 Vybavenost nemocnice

Poslední podkategorii jsme nazvali vybavenost nemocnice a zahrnuli do ní vše, co lze ovlivnit vedením nemocnice.

Velkým tématem, které se objevovalo u mnoha respondentů, byl přístup k internetu jako možnost, jak komunikovat se svými blízkými a rodinou. Respondentka A uvedla, že wifi připojení je po určité době zpoplatněné, a může to být tudíž překážkou. I další respondenti jmenovali internetové připojení jako zásadní vybavení nemocnice.

Respondent C: *„... opravdu tam musí být dobré internetové připojení, protože neslyšící nemají jinou možnost, jak komunikovat. Proto je důležité, aby si mohli vyměňovat zprávy a komunikovat.“*

Dalším prvkem, který vytváří bariéry pro neslyšící pacienty, spatřují respondenti ve vyvolávacím systému v čekárnách.

Respondentka J.: „*Musela jsem na ultrazvuk a tam vyvolávají jménem. Štěstí, že jsem tam byla s jinou maminkou a ta se mě zeptala na jméno. Poté mi řekla, že už mám jít. Ale jak bych to udělala, kdybych tam byla sama? To bych nevěděla.*“

Respondent B.: „*Problém jsou čekárny, kdy sestra otevře a volá dalšího pacienta. Člověk neví, jestli volala jeho. Tak si člověk snaží zapamatovat, kdo byl před ním. Ale pak mě lidi předbíhali. Tak když znovu sestřička vylezla, tak jsem jí to vysvětlil, že jsem neslyšící. Ona se mi omlouvala a pak mě hned vzala. Příště jsem to řekl hned, že jsem neslyšící a jestli mi pak může poklepat na rameno, až budu na řadě.*“

Respondent H uvedl, že se domnívá, že v případě, že pacient přichází s tlumočnickem, měl by jít na řadu přednostně.

„*Tlumočnicků je málo, a pokud by měl vždycky ztratit čas ve frontě, budou znevýhodnění opět neslyšící.*“

Respondentka J uvedla důležitost televize pro využití volného času a respondentka a funkčnost titulků. S ní se ztotožňuje i respondent E, který dále uvedl světelnou signalizaci.

Respondent C považuje za důležitý překlad dokumentů, jako jsou informovaný souhlas a další dokumenty do znakového jazyka.

„*Informovaný souhlas a dokumenty pro operaci nejsou přeloženy do znakového jazyka a těch papírů je opravdu hodně, to tlumočnick překládá hodinu. Takže většinou vybírá jen to důležité.*“

Tato možnost by zcela jistě zjednodušila a zrychlila proces přípravy na zákrok, kdyby byla možnost překlad těchto dokumentů pustit formou videa. Prozatím máme informaci jen o překladu práv pacientů do znakového jazyka, který byl vytvořen v roce 2017 organizací Tichý svět za podpory Jihočeského kraje (MZČR, 2017).

Respondent B upozornil na fakt, že mnoho lidí si nepamatuje názvy léků, které pravidelně užívají. Navrhuje proto vytvoření přístupnější, vizuální verze.

„*Mnoho lidí si nepamatuje názvy léků, které užívají. Zná je podle obalu, ale může se stát, že je zapomenou doma. Bylo by proto lepší, kdyby měli lékaři k dispozici obrázky*“

často užívaných léků. Pacienti by na ně ukázali a lékař by hned věděl, které užívá a které ne. Zjednodušilo by to práci.“

7. Výsledky

Výsledky, které jsme získali v empirické části, nám umožňují zodpovědět položené výzkumné otázky. Jsme si nicméně vědomi, že poznatky není možné zobecnit na zkušenosti celé populace neslyšících. Výpovědi respondentů však ukázaly na určité opakující se tendence během hospitalizace neslyšících pacientů.

Nejčastější formou komunikace se zdravotnickým personálem byla psaná podoba českého jazyka. V některých případech probíhala komunikace také prostřednictvím slyšícího či nedoslýchavého rodinného příslušníka. Výsledky také ukázaly, že komunikace s lékařem a se zdravotními sestrami se uskutečňovala jinými způsoby a vliv měly i časové možnosti a míra ochoty personálu. Z odpovědí zaměřujících se na komunikaci vyplynulo, že všichni respondenti by preferovali možnost komunikovat znakovým jazykem. Překvapujícím faktem proto bylo, že tlumočnický byl během hospitalizace přítomen pouze u dvou respondentů. V odpovědích respondentů byla za překážku označována nastavená pravidla pro objednávání fyzického tlumočnicka. Tyto překážky jsou v souvislosti s nedostatkem tlumočnicků opodstatněné. Fakt, že kromě dvou pacientů, kteří měli tlumočnicka alespoň jednou za dobu svého pobytu k dispozici, nikdo ani nezkoušel zadat požadavek na tlumočnicka, byl pro nás zarážející. Pouze jedna respondentka uvedla, že tlumočnice, kterou si objednává, neměla čas. Překvapujícím zjištěním však bylo, že nikým z respondentů nebylo využito online tlumočení. Šest z deseti respondentů bylo hospitalizováno v době, kdy již bylo online tlumočení v provozu. Z těchto šesti bylo pět dokonce hospitalizováno v nemocnici, která již v té době měla k dispozici tablet pro spojení s online tlumočnickem (viz 5.2 Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící). V žádném z případů však nebyl využit. Jedním ze jmenovaných důvodů byla neinformovanost o této možnosti. Jeden respondent uvedl, že online tlumočení využívá v jiných situacích, nikoli v oblasti zdravotnictví. Další příčina nevyužití této technologie může spočívat v nespokojenosti a špatných zkušenostech ostatních, kterou respondenti často zmiňovali. Nicméně zarážející je, že možnost využít tablet pro online spojení s tlumočnickem nebyla nikdy iniciována personálem, který by měl být informován o této možnosti a také proškolen v obsluze tabletu.

Výzkum také ukázal na důležitou roli, kterou při hospitalizaci hrála rodina hospitalizovaného, která fungovala nejen jako podporující prvek, ale také jako tlumočnick či zprostředkovatel informací.

V oblasti práv pacientů se výzkum zaměřoval na hodnocení dvou z nich – právo na srozumitelnost sdělení a právo vybrat si komunikační prostředek. Tato oblast byla ze strany respondentů nejtěžší pro uchopení. Výsledky z této části jsou také ovlivněny respondenty, kteří byli hospitalizováni před dovršením osmnácti let. Srozumitelnost sdělení úzce souvisí s poskytováním informací a respondenti tyto oblasti často spojovali. Taktéž v této souvislosti uváděli pouze částečnou srozumitelnost informací, kterou často zdůvodňovali užitím odborných výrazů. My se však domníváme, že velký vliv na srozumitelnost měla také komunikační bariéra – v případě, že by jim byly informace předány ve znakovém jazyce, srozumitelnost předaných informací by se jistě zvýšila. Právo zvolit si komunikační prostředek nebylo naplněno. Všichni respondenti by zvolili možnost užití tlumočnicka znakového jazyka, o bariérách jeho využití jsme již hovořili výše. V této souvislosti nás nicméně zajímal také přístup zdravotnického personálu. Dotazoval se zdravotnický personál na preferovaný způsob komunikace? Nikdo z respondentů zjišťování preferencí nevedl.

Další zkoumanou kategorií byla informovanost pacientů. Respondenti se shodovali v pocitech o nedostatečnosti informací, které jim byly podávány v redukované a shrnující formě, ať už to bylo prostřednictvím psané podoby či rodinného příslušníka. Informovanost neslyšících rodinných příslušníků probíhala většinou prostřednictvím pacienta.

Výsledky také ukázaly, že jediným přizpůsobením prostředí byla televize se skrytými titulky, což však není nic, co by vzniklo zásluhou nemocnice. Pouze jedna respondentka uvedla i přítomnost dalších kompenzačních pomůcek – dětskou chůvičku pro neslyšící a světelnou signalizaci klepání na dveře.

Poslední oblast se zaměřovala na představy respondentů o konceptu Deaf Friendly Hospital. V této části se objevilo mnoho námětů. Některé z nich směřovaly ke zvýšení počtu tlumočnicků, jejich přítomnosti v nemocnicích či vytvoření pohotovosti pro stavy hospitalizace. Mnoho respondentů také kladlo důraz na funkčnost tabletů a zefektivnění online tlumočení. Další podněty směřovaly ke znalosti a vzdělání personálu v oblasti komunikace s neslyšícím pacientem. Zde se často objevoval požadavek znalosti znakového jazyka kladený na personál. Domníváme se, že přestože se jedná o dobrou myšlenku, není reálné, aby všichni pracovníci, vzhledem k jejich vytíženosti a časové tísní, znakový jazyk ovládali. Cestou je podle nás zdravotně sociální pracovník, který by znakový jazyk ovládal. S čím se naopak plně ztotožňujeme, je vzdělání lékařů v oblasti komunikace s neslyšícím pacientem již v rámci vysokoškolského studia a poté prostřednictvím kurzů a seminářů.

Získané informace poslouží personálu ke změně přístupu k pacientovi a uvědomění si jeho specifik, pravidel pro komunikaci s ním apod. Část námětů se zaměřovala také na přizpůsobení prostředí a kompenzační pomůcky. Domníváme se, že zajištění bezplatného internetového připojení, změna vyvolávacího systému v nemocnici či překlad dokumentů do znakového jazyka není pro nemocniční zařízení takovou zátěží, která by převyšovala užitek z nich.

8. Diskuze

Diplomová práce se zabývala zkušenostmi neslyšících pacientů s hospitalizací v nemocnici. Zaměřovala se především na oblast komunikace, práv pacientů, informovanosti, přizpůsobení prostředí a koncept Deaf Friendly Hospital. Výsledky, které jsme výzkumem získaly, není možné zobecňovat vzhledem k nízkému počtu respondentů a také nízké reprezentativnosti vzorku. Vliv na výsledky má také lidský faktor, působící nejen na straně pacienta, který je ovlivňován způsobem komunikace a jeho specifickými potřebami, ale také informovaností o svých právech a možnostech využití služeb. Hospitalizace v nemocnici je však závislá také na povaze a přístupu zdravotnického personálu k neslyšícím pacientům. Na tuto skutečnost upozorňovala Hudáková již ve své publikaci z roku 2005 a téma je dodnes aktuální.

Ve výzkumném vzorku se objevilo mnoho strategií, kterými pacienti komunikovali se zdravotnickým personálem. Převažovala však psaná podoba českého jazyka. Toto zjištění podporují výsledky Pfefferové (2012), která provedla kvantitativní šetření, ve kterém porovnávala odpovědi zdravotnického personálu (přibližně 100 osob)²⁹ a 41 osob se sluchovým postižením na totožné otázky. Personál uváděl za nejčastější způsob komunikace psanou podobu (56 %), osoby se sluchovým postižením by však preferovaly český znakový jazyk (80 %). Za bezproblémovou označilo komunikaci 39 % osob se sluchovým postižením, ze zdravotnického personálu to bylo 63 % respondentů. Obdobné výsledky, které označují psanou formu jako primární komunikační prostředek, přináší také výzkum Ljubicica, Zubcice a Sare (2017), který se zaměřoval pouze na komunikaci se zdravotními sestrami. Zajímavé je, že respondenti Kaňové (2010) uváděli jako schopnější komunikovat s pacientem se sluchovým postižením sestry, nikoli lékaře. To vyplývalo i z našeho výzkumu, respondenti uváděli jako ochotnější zdravotní sestry.

V souvislosti s komunikací s neslyšícím pacientem a obecně přístupem k neslyšícímu pacientovi je vhodné zde zmínit koncept kulturních kompetencí, který reaguje na zvyšující se počet cizinců-pacientů v nemocničních zařízeních. Neslyšící, tak, jak jsou definováni pro účely této práce, jsou v postavení cizinců, odlišující se jazykem a kulturou od většinové společnosti. Bohužel však nejsou takto vnímáni. Výzkum Weech-Maldonada et al. (2012) poukázal na to, že nemocnice, které mají vyšší míru kulturních kompetencí, jsou

²⁹ V práci není uveden konkrétní počet navracených dotazníků.

z hlediska pacientů uváděny jako nemocnice se snadnější komunikací s personálem. Tyto nemocnice byly také častěji doporučovány ostatním. Nedostatek kulturních kompetencí může naopak vést k „...nesprávnému pochopení nebo nesprávnému výkladu stejných jevů a nedostatku důvěry a respektu, což má za následek tvorbu překážek při budování komunikace a vztahů“ (Vydelingum, 2006, s. 24). V této souvislosti by bylo zajímavé zjistit, do jaké míry je v učebních osnovách na lékařských fakultách začleněna problematika neslyšících pacientů.

S komunikací velmi úzce souvisí téma informovanosti. V případě, že mezi personálem a pacientem neprobíhá plnohodnotná komunikace, není možné získat informace ve srozumitelné formě a dostatečném množství. Respondenti se shodovali v pocitech o nedostatečnosti informací, které jim byly podávány v redukované a shrnující formě, ať to bylo prostřednictvím psané podoby či rodinného příslušníka. Pocit o nedostatečné informovanosti uvádí také Kaňová (2010). Z 54 respondentů pocíťovalo nedostatek informací 72 %. Zajímavé je, že informace byly předávány ve 46 % případů ústně, nicméně výsledky dále ukazují, že 80 % respondentů si nemohlo vybrat způsob, jakým jim budou informace předávány. Nedostatek informovanosti v důsledku neplnohodnotné komunikace uvádí také výzkum Steinberg et al. (2006). Zjištění Hudákové a Hornákové (2013), které provedly výzkum mezi 80 studenty lékařské fakulty, ukazuje postoj, který zastávají medicí, a můžeme tedy potažmo říci i lékaři v oblasti informovanosti pacientů. Na otázku „myslíte si, že je nezbytné informovat neslyšícího pacienta o všech vyšetření a procedurách, které mu budou během léčby prováděny?“ totiž 35 % z nich odpovědělo „částečně“ a 21 % na otázku odpovědělo „nemohu posoudit.“ Fakt, že 21 % respondentů není schopno říci, zda má pacient vědět o všem, co se s ním bude dít, je velmi zarážející a neukazuje příliš příznivý obrázek o myšlení budoucích lékařů. Zajímalo by nás, zda by jejich odpovědi byly shodné, kdyby se jednalo o slyšící pacienty. Právo na informace je přitom jedním ze základních práv pacienta. Výsledky Kaňové také uvádí, že informace jim byly nejčastěji předávány zdravotními sestrami (v 56 % případů). Výpovědi respondentů našeho výzkumu poukazovaly na to, že zdravotní sestry byly ve většině případů prostředníkem mezi lékařem a pacientem, který jim předával základní informace sepsané na papíře. Přístup zdravotních sester však na rozdíl od lékařů hodnotili všichni respondenti kladně. V některých případech také poukazovali na nedostatek času lékařů.

V rámci našeho výzkumu se ukázalo, že rodina hraje při hospitalizaci velmi důležitou roli. Užívání slyšícího člena rodiny jako prostředníka či tlumočnicka ukazuje také výzkum Kaňové (2010). Při důležitých záležitostech jej využívá 61 % respondentů.

Oblast práv pacientů se zaměřovala na právo na srozumitelnost sdělení a také na právo vybrat si komunikační prostředek. Respondenti uváděli pouze částečnou srozumitelnost informací. Tu dávali často do souvislosti s odbornými výrazy. Odlišné pohledy na srozumitelnost předaných informací ilustrují výsledky Pfefferové (2012). 81 % respondentů zdravotnického personálu uvedlo, že „většinou“ byly předané informace srozumitelné. Mezi respondenty se sluchovým postižením mělo stejný názor pouze 45,5 %, „nikdy“ dokonce uvedlo 21 % respondentů. u výzkumu Jirmanové (2012) bylo nejčastější odpovědí na srozumitelnost informací „někdy“ (76 %). Právo vybrat si komunikační prostředek, kterým chtějí pacienti komunikovat, nebylo v našem výzkumu naplněno. Všichni respondenti by preferovali užití českého znakového jazyka, nicméně ani v jednom případě nebyli dotazováni. Tyto závěry podporují zjištění Pfefferové (2012). Na otázku „Ptáte se pacienta, jakou formou komunikace se chce s vámi dorozumívat?“ odpovědělo „vždy“ pouze 45 %, „většinou“ 34 %, „zřídka“ 17 % respondentů. Respondenti se sluchovým postižením však na tuto otázku odpověděli v 76 % „nikdy.“ Jak už jsme uváděli výše, ve výzkumu Kaňové (2010) uvedlo 80 % respondentů, že si nemohlo vybrat, jakým způsobem jim budou informace předány. Nemožnost vybrat si komunikační prostředek uvedla také většina respondentů Jirmanové (2012).

Oblast vzdělávání zdravotnického personálu, která bylo často zmiňována v rámci představ o konceptu Deaf Friendly Hospital, zmiňovali jako důležitou i respondenti v dalších výzkumech, např. Kaňová (2010) či Steinberg (2006). Z výsledků Pfefferové vyplývá, že školení v oblasti komunikace s pacientem se sluchovým postižením absolvovalo pouze 27 % respondentů.

Při opakování výzkumu bychom se více zaměřili na věk respondentů v době hospitalizace, domníváme se, že tento aspekt výrazně ovlivnil náš výzkum. Bylo by zajímavé učinit obdobný výzkum ve větším měřítku a s vyváženějším vzorkem respondentů z celé České republiky. Další zajímavý námět shledáváme v zaměření na zdravotně sociální pracovníky a jejich možnosti fungování v této oblasti.

Přínos této práce spatřujeme především v představení zkušeností s hospitalizací z pohledu samotných neslyšících, nikoli personálu. Za přínos také považujeme zvolenou

metodu výzkumu formou rozhovorů, nikoli pomocí dotazníkového šetření, které je svazující a pro některé neslyšící nevhodné. Další přínos sledujeme v námětech na změny a zlepšení, které mohou být inspirativní nejen pro organizace pracující s cílovou skupinou osob se sluchovým postižením, ale také pro zdravotnická zařízení samotná.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřovala na sociální souvislosti hospitalizace neslyšících pacientů. Teoretická část vymezila základní terminologii vztahující se k tématu, popsala základní komunikační strategie, které neslyšící pacienti, tak, jak jsou definováni pro účely práce, budou pravděpodobně užívat. Popsala také mezinárodní a českou legislativu, která se zabývá právy pacientů. V posledních dvou kapitolách se zaměřila na bezbariérovost nemocničního prostředí. Nejprve představila opatření, která lze učinit za účelem podpory bezbariérovosti pro neslyšící pacienti, následně představila projekty, které v České republice vznikly za účelem zvýšení informovanosti zdravotnického personálu a bezbariérovosti zdravotnického prostředí.

Cílem empirické části bylo na základě polostrukturovaných rozhovorů s neslyšícími respondenty zjistit, jaké jsou jejich zkušenosti s hospitalizací v nemocnici. Rozhovory byly provedeny s deseti respondenty ve věku 20-64 let, přičemž převládali respondenti z Prahy a jejich zkušenosti s hospitalizací pocházely převážně z pražských nemocničních zařízení. Kódováním rozhovorů bylo vytvořeno šest kategorií – komunikace, rodina a příbuzní, práva pacientů, informovanost, prostředí a koncept Deaf Friendly Hospital.

Z interpretace dat vyplynulo, že zkušenosti respondentů se v mnohém podobají. Komunikace probíhala nejčastěji psanou formou českého jazyka nebo prostřednictvím příbuzného (slyšícího nebo nedoslýchavého). Všichni respondenti by nicméně upřednostňovali komunikaci ve znakovém jazyce prostřednictvím tlumočnicka. Nemožnost využít tlumočnicka českého znakového jazyka spojovali s jejich nedostatkem, pravidly pro jejich objednání a s nespokojeností či nefunkčností služby online tlumočení. Výpovědi respondentů také poukázaly na důležitou roli rodiny a příbuzných, kteří plnili kromě psychické podpory také roli zprostředkovatele či tlumočnicka. Oblast práv pacientů, která se zaměřovala na právo na srozumitelnost sdělení a právo vybrat si komunikační prostředek, se ukázala jako nejsložitější. Srozumitelnost sdělení byla respondenty vnímána jako nedostatečná, právo vybrat si komunikační prostředek jako nenaplněné. Předávané informace o svém zdravotním stavu, dalších postupech a léčbě označovali za nedostatečné, podávané v redukované a shrnující podobě a to bez ohledu na to, zda jim byly předávány prostřednictvím psané podoby či rodinného příslušníka. Jediné, co v oblasti přizpůsobení prostředí respondenti jmenovali, byla televize se skrytými titulky (až na jednu výjimku). Televize se skrytými titulky však není iniciativou nemocničního zařízení. Poslední kategorie

byla zaměřena na představy respondentů o konceptu Deaf Friendly Hospital. V této oblasti bylo jmenováno mnoho námětů. Můžeme je rozdělit do oblastí komunikace, vzdělávání lékařů a vybavenosti nemocnice.

Přestože práci nelze generalizovat vzhledem k velikosti a jisté homogenitě vzorku, domníváme se, že je přínosná svým hlubším pohledem na problematiku a také náměty samotných respondentů na zlepšení situace.

Pro zlepšení situace při hospitalizaci považujeme za nezbytné kontinuální vzdělávání a informovanost lékařů již během studií a jeho následné periodické opakování během výkonu povolání, protože lidský faktor zde hraje významnou roli. Vznik programu postavený na principech projektu Deaf Strong Hospital považujeme pro zdravotnický personál za jednu z cest, jak bořit stereotypy a uvědomit si potřeby neslyšících pacientů. Nepostradatelné je také zkvalitnění stávajících služeb a výstupů projektů, které jsou z pohledu respondentů vnímány jako neefektivní. I v tomto případě shledáváme za klíčovou informovanost personálu o možnostech jejich využití a obsluhy (v případě tabletů). Ke zlepšení situace by jistě přispělo rozšíření řad tlumočnicků znakového jazyka. Velký potenciál může skýtat Vyšší odborná škola pro tlumočnický znakového jazyka, která byla otevřena v roce 2016. Tato škola je tak po oboru čeština v komunikaci neslyšících na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy další možností pro vzdělávání budoucích tlumočnicků českého znakového jazyka.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

APPN. *Výroční zpráva 2010*. Praha, 2010.

BARNETT, S. ; FRANKS, P. Health care utilization and adults who are deaf: relationship with age at onset of deafness. *Health services research*, 2002, roč, 37, č. 1, s. 103-118.

BÍMOVÁ, P. Fonetika a fonologie znakového jazyka. In *Bádání o jazycích a literaturách*. Praha: FF UK, 2002, s. 193-195.

BÍMOVÁ, P. Znakový jazyk jako základní atribut komunity Neslyšících. In: HUDÁKOVÁ, A. (ed) *Ve světě sluchového postižení: Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: FRPSP-Tamtam, 2005.

BÍZKOVÁ, T.; J. KALOUSOVÁ; K. LIŠKOVÁ; K. SIKOVÁ; N. DINGOVÁ. Komunitní tlumočení pro neslyšící v České republice – 1. část. *ToP: Odborný bulletin Jednoty tlumočnicků a překladatelů (JTP)*, 2013, roč. 24. č. 109, s. 13.

BÍZKOVÁ, T.; J. KALOUSOVÁ; K. LIŠKOVÁ; K. SIKOVÁ; N. DINGOVÁ.. Komunitní tlumočení pro neslyšící v České republice – 2. část. *ToP: Odborný bulletin Jednoty tlumočnicků a překladatelů (JTP)*, 2013, roč. 24, č. 110, s. 6–7.

BROŽÍK, J. Porod bez stresu [online]. 2007 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/426-porod-bez-stresu>

CANDIGLIOTA, Z., et al. *Ochrana práv pacientů*. Brno: Liga lidských práv, 2010.

CENTRÁLNÍ ETICKÁ KOMISE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Práva pacientů ČR*. 1992.

CENTRUM ZPROSTŘEDKOVÁNÍ TLUMOČENÍ NESLYŠÍCÍM. Co znamená objednávka 72 hodin, tj. 3 dny předem? [online]. 2017 [cit. 2019-01-07]. Dostupné z: <https://cztn.cz/nejcastejsi-dotazy/p5/>

CZUMALOVÁ, A. *Tlumočnick jako most komunikace mezi slyšícím zdravotníkem a neslyšícím pacientem*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

ČERVINKOVÁ HOUŠKOVÁ, K. *Specifika tlumočení pro neslyšící*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

ČESKÁ KOMORA TLUMOČNÍKŮ ZNAKOVÉHO JAZYKA. Etický kodex [online]. 2018 [cit. 2019-01-07]. Dostupné z: <http://www.ektzj.com/o-komore/eticky-kodex/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob* [online]. Český statistický úřad, 2013.

DINGOVÁ, N. Desatero pro komunikaci s neslyšícím člověkem za přítomnosti tlumočnicka. *Gong: časopis sluchově postižených*, 2007, roč. 36, č. 7-8, s. 5-6.

DINGOVÁ, N. Tlumočnick. In: HUDÁKOVÁ, A. (ed) *Ve světě sluchového postižení: Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: FRPSP-Tamtam, 2005.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.

DOHNALOVÁ, R. *Přednášky Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením* [osobní sdělení]. Praha, 16. 4. 2019.

DOLEŽAL, T.; DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Linde, 2007.

FRISHBERG, N. *Interpreting: an introduction*. Registry of Interpreters for the Deaf, 1990.

FENCLOVÁ, J. Proč a jak publikace vznikla? Komu je určena?. In: HUDÁKOVÁ, A. (ed) *Ve světě sluchového postižení: Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: FRPSP-Tamtam, 2005.

GAŇCZARCZYK, G. (ed.). *Komunitní tlumočníci ve víru integrace*. Praha: META, 2014.

HARMER, L. Health care delivery and deaf people: practice, problems, and recommendations for change. *Journal of deaf studies and deaf education*, 1999, roč. 4 č. 2, s. 73-110.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.

HOCKETT, CH. F., HOCKETT, CH. D. The Origin of Speech. *Scientific American*, 1960, roč. 203, č. 3, s. 88-97.

HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení - úvod do surdopedie*. Portál, 2012.

HORNÁKOVÁ, A.; HUDÁKOVÁ, A. Effective communication with deaf Patients. *JADR*, 2013, roč. 4, č. 7, s. 157-166.

HRUBÝ, Jaroslav. Tak kolik těch sluchově postižených u nás vlastně je? *Speciální pedagogika*, 2009, roč. 19, č. 4, s. 269-290.

HUDÁKOVÁ, A. Deaf Friendly Hospital. In: HUDÁKOVÁ, A. (ed) *Ve světě sluchového postižení: Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: FRPSP-Tamtam, 2005.

HUDÁKOVÁ, A. Letem tichým světem. *Tvar*, 2009, roč. 20 č. 15, s. 6–8.

HUDÁKOVÁ, A, MOTEJZÍKOVÁ, J. Terminologická džungle. In: HUDÁKOVÁ, A. (ed) *Ve světě sluchového postižení: Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: FRPSP-Tamtam, 2005.

HUMPREY, J., ALCORN, B. *So You Want to Be an Interpreter: An Introduction to Sign Language Interpreting*. Washington : H & H Pub Co, 2001.

HUMPREYS, L.: *The Professional Sign Language Interpreter's Handbook*. Washington: Sign Language Interpreting Media, 2007.

HYNKOVÁ DINGOVÁ, N. *Přednášky na lékařské fakultě [e-mailová komunikace]*. 1.-2. 4. 2019.

JIRMANOVÁ, R. *Komunikační problémy neslyšících ve zdravotnictví*. Praha, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce E. Mrkosová.

KAŇOVÁ, M. *Spokojenost dospělých sluchově postižených s informovaností ve zdravotnických zařízeních*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce M. Kyasová.

KOMORNÁ, M. *Psaná čeština českých neslyšících-čeština jako cizí jazyk*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

KRONUSOVÁ, M. *Otázky a odpovědi* [online]. ASNEP, 2012 [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: <http://www.asnep.cz/otazky-a-odpovedi/>

KŘEŠŤANOVÁ, L. *Rozhovor s MUDr. Jitkou Vydrovou – Tinnitus aneb Ďábel hovoří* [online]. Gong: časopis sluchově postižených, 2010 [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <http://www.gong.cz/rozhovor-s-mudr-jitkou-vydrovou-tinnitus-aneb-dabel-hovori/2010/06/27>

KUCHAŘOVÁ, L., ed. *Jazyk neslyšících: co víme, co nevíme a co bychom měli vědět o českém znakovém jazyce*: [informační a vzdělávací publikace o českém znakovém jazyce]. Praha: Univerzita Karlova, 2005.

KUCHYŇKOVÁ, Z. *Svaz neslyšících: V ČR je nedostatek tlumočnicků znakového jazyka*. [online]. Český rozhlas, 2018 [cit. 2019-05-11]. Dostupné z: <https://www.radio.cz/cz/rubrika/zpravy/svaz-neslysicich-v-cr-je-nedostatek-tlumocniku-znakoveho-jazyka>

KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Grada Publishing as, 2011.

LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Mediace: mimosoudní řešení sporů* [online]. Liga lidských práv, 2017 [cit. 2019-31-03]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/reseni-sporu-29/mediace--mimosoudni-reseni-sporu-669.html>

LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Soudní řešení* [online]. Liga lidských práv, 2017a [cit. 2019-31-03]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/reseni-sporu-29/soudni-reseni-278.html>

LJUBICIC, M., ZUBCIC, S., SARE, S. Communication between nurses and deaf people in health institutions. In: *CBU International Conference Proceedings*, 2017, s. 958-965.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Práva pacientů přeložená do znakového jazyka ve formě videí* [online]. MZČR, 2017 [cit. 2019-15-07]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/prava-pacientu-prelozena-do-znakoveho-jazyka-ve-forme-videi_13630_29.html

MOTEJZÍKOVÁ, J. Vzhůru do terminologické džungle! *Info-Zpravodaj*, 2011, roč. 19, č. 4, s. 20-22.

MACUROVÁ, A. Naše řeč? *Naše řeč*. 1998, roč. 81, č. 4, s. 179-188.

MACUROVÁ, A. Poznáváme český znakový jazyk (Úvodní poznámky). *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 2, s. 69-75.

MACUROVÁ, A.; D. HÁNKOVÁ. Chyby v psané češtině českých neslyšících. *Speciální pedagogika*, 2011, roč. 21, č. 3, s. 178–190.

MARGELLOS-ANAST, H.; ESTARZIAU, M; KAUFMAN, G. Cardiovascular disease knowledge among culturally Deaf patients in Chicago. *Preventive medicine*, 2006, roč. 42, č. 3, s. 235-239.

NOVÁKOVÁ, R., PETŘÍČKOVÁ, J., VYSUČEK, P. *Tlumočení pro osoby se specifickými jazykovými potřebami*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

PEŠKOVÁ, K. *Neslyšící tlumočnick v pracovním týmu*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

PEŠOUTOVÁ, I. *Tlumočnická profese a neslyšící děti*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

POSPÍŠILOVÁ, M. Nepochopení a zaměňování role tlumočnicka. *ToP: Odborný bulletin Jednoty tlumočnicků a překladatelů (JTP)*, 2010, č. 96, s. 8-9.

PFEFFEROVÁ, K. *Osoby se sluchovým postižením a jejich komunikační problémy ve zdravotnických zařízeních v okrese Olomouc*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné výchovy. Vedoucí práce S. Panská.

PRÁVA NESLYŠÍCÍCH. In: *televizní klub neslyšících* [televizní pořad]. ČT, 2013. ČT2 7. 3. 2013 15:20. Dostupné též z: <https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1096066178-televizni-klub-neslysicich/213562221800003/#CTPlayer-1>

PROCHÁZKA, M. *Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící* [osobní sdělení]. Praha, 12. 4. 2019.

RICHTEROVÁ, K. *Korpus DEAF* [e-mailová komunikace]. 21. 1. 2019.

SCHEIER, D. B. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *Journal of the New York State Nurses Association*, 2009, roč. 40, č. 1, s. 4-10.

SLÁNSKÁ BÍMOVÁ, P.; OKROUHLÍKOVÁ, L. *Rysy přirozených jazyků: český znakový jazyk jako přirozený jazyk; Lexikografie: slovníky českého znakového jazyka*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

STEINBERG, A. G., et al. Health care system accessibility. *Journal of general internal medicine*, 2006, roč. 21, č. 3, s. 260-266.

STOKOE, W. C. *Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf*. Buffalo: Dept. of Anthropology and Linguistics, University of Buffalo, 1960.

STRNADOVÁ, V., *Dorozumění s neslyšícím pacientem*. Liberec, 2001.

STRNADOVÁ, V. *Hádej, co říkám aneb odezírání jako nejisté umění*. Praha: ASNEP, 2001a.

STRNADOVÁ, V. *Odezírání jako schopnost*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008.

STROFFOVÁ, P. *Centrum pro neslyšící matky* [online]. 2007 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/429-centrum-pro-neslysici-matky>

SVOBODOVÁ, H. *Přednáška problematika neslyšících* [e-mailová komunikace]. 10.-11. 4. 2019.

THEW, D., et al. The Deaf Strong Hospital Program: a Model of Diversity and Inclusion Training for First-Year Medical Students. *Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges*, 2012, roč. 87, č. 11, s. 1496-1500.

TICHÝ SVĚT. *Vyhodnocení přínosu projektu dotovaného v rámci Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v roce 2013*. Praha, 2013.

TICHÝ SVĚT. *Vyhodnocení přínosu projektu dotovaného v rámci Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v roce 2014*. Praha, 2014.

TICHÝ SVĚT. *Vyhodnocení přínosu projektu dotovaného v rámci Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v roce 2015*. Praha, 2015.

TICHÝ SVĚT. *Vyhodnocení přínosu projektu dotovaného v rámci Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v roce 2016*. Praha, 2016.

TICHÝ SVĚT. *Výroční zpráva 2018*. Praha, 2018.

TOMÁNKOVÁ, B. *Centrum pro neslyšící matky při Ústavu péče o matku a dítě*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta sociálně zdravotnická. Vedoucí práce L. Motlová.

TRÁVNÍČKOVÁ, H. *Neslyšící pacientky* [e-mailová komunikace]. 18.-26.4. 2019.

UNIVERSITY ROCHESTER MEDICAL CENTER. *Deaf Strong Hospital (DHS)* [online]. © 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z:

<https://www.urmc.rochester.edu/ncdhr/information/training/deaf-strong-hospital.aspx>

ÚPMD. *Informace pro handicapované pacientky* [online]. © 2013 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.upmd.cz/pro-pacienty/informace-pro-neslyšici/#neslyšici>

VOJTÍŠEK, P. *Výzkumné metody* [online]. 2017 [cit. 2019-07-01]. Dostupné z:

http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf

VYDELINGUM, V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing inquiry*, 2006, roč. 13, č. 1, s. 23-32.

WEECH-MALDONADO, R., et al. Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care?. *Medical care*, 2012, roč. 50, s. 48-55.

LEGISLATIVA

Bruselská deklarace o znakových jazycích, 2010

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994

Evropská charta práv pacientů, 2002

Lisabonská deklarace o právech pacientů, 1981

Usnesení Evropského parlamentu o znakovém jazyce, 1998

Usnesení Evropského parlamentu o znakových jazycích pro neslyšící, 1988

Usnesení Evropského parlamentu o znakových jazycích a profesionálních tlumočnických znakového jazyka, 2016

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 1997

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006

Ústava České republiky, 1993

Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

PŘÍLOHY

Příloha a Seznam nemocnic, kde jsou k dispozici tablety

Kraj	Město	Nemocnice
Hl. m. Praha	Praha 4	Thomayerova nemocnice
Hl. m. Praha	Praha 5	Fakultní nemocnice v Motole
Hl. m. Praha	Praha 6	Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha
Hl. m. Praha	Praha 8	Nemocnice Na Bulovce
Hl. m. Praha	Praha 10	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Hl. m. Praha	Praha 2	Všeobecná Fakultní Nemocnice V Praze
Hl. m. Praha	Praha 5	Rehabilitační Klinika Malvazinky
Hl. m. Praha	Praha 9	Centrum léčby pohybového aparátu
Jihočeský kraj	České Budějovice	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Jihočeský kraj	Tábor	Nemocnice Tábor, a. s.
Jihočeský kraj	Prachatice	Nemocnice Prachatice, a.s.
Jihočeský kraj	Strakonice	Nemocnice Strakonice, a.s.
Jihočeský kraj	Písek	Nemocnice Písek, a.s.
Jihočeský kraj	Jindřichův Hradec	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
Jihočeský kraj	Český Krumlov	Nemocnice Český Krumlov, a.s.
Jihomoravský kraj	Kyjov	Nemocnice Kyjov
Jihomoravský kraj	Veselí nad Moravou	Poliklinika Veselí n. M. - Nemocnice Kyjov - vzdálené pracoviště
Jihomoravský kraj	Vyškov	Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace
Jihomoravský kraj	Ivančice	Nemocnice Ivančice
Jihomoravský kraj	Znojmo	Nemocnice Znojmo, p.o
Jihomoravský kraj	Blansko	Nemocnice Blansko
Jihomoravský kraj	Břeclav	Nemocnice Břeclav P.o.
Jihomoravský kraj	Hodonín	Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace
Jihomoravský kraj	Brno - město	Fakultní nemocnice Brno

Jihomoravský kraj	Brno - město	Fakultní nemocnice Brno - Dětská nemocnice
Jihomoravský kraj	Brno - město	Fakultní nemocnice Brno - Porodnice
Karlovarský kraj	Sokolov	Nemocnice Sokolov
Karlovarský kraj	Cheb	Karlovarská krajská nemocnice a.s.
Karlovarský kraj	Karlovy Vary	Karlovarská krajská nemocnice a.s.
Kraj Vysočina	Havlíčkův Brod	Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.
Kraj Vysočina	Pelhřimov	Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace
Kraj Vysočina	Jihlava	Nemocnice Jihlava
Kraj Vysočina	Třebíč	Nemocnice Třebíč
Královohradecký kraj	Hradec Králové	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Královohradecký kraj	Trutnov	Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
Královohradecký kraj	Jičín	Oblastní nemocnice Jičín a.s.
Královohradecký kraj	Náchod	Oblastní nemocnice Náchod, a.s.
Královohradecký kraj	Rychnov nad Kněžnou	Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou, a.s.
Liberecký kraj	Liberec	Krajská nemocnice Liberec a.s.
Liberecký kraj	Jablonec nad Nisou	Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Liberecký kraj	Semily	Nemocnice v Semilech
Liberecký kraj	Česká Lípa	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s.
Moravskoslezský kraj	Ostrava - Poruba	Mephacentrum a.s.
Moravskoslezský kraj	Karviná-Ráj	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj
Moravskoslezský kraj	Frýdek-Místek	Nemocnice ve Frýdku - Místku, p.o.
Moravskoslezský kraj	Nový Jičín	Nemocnice Nový Jičín a.s.
Moravskoslezský kraj	Bruntál	Podhorská nemocnice a.s.
Moravskoslezský kraj	Karviná-Nové Město	Karvinská hornická nemocnice a.s.
Moravskoslezský kraj	Opava	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.

Moravskoslezský kraj	Třinec	Nemocnice Podlesí a.s.
Moravskoslezský kraj	Ostrava - Vítkovice	Vítkovická nemocnice a.s.
Olomoucký kraj	Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
Olomoucký kraj	Šumperk	Nemocnice Šumperk a.s.
Olomoucký kraj	Jeseník	Jesenická Nemocnice, spol. s r. o.
Olomoucký kraj	Prostějov	Nemocnice Prostějov
Olomoucký kraj	Přerov	Nemocnice Přerov
Olomoucký kraj	Šternberk	Nemocnice Šternberk
Pardubický kraj	Chrudim	Chrudimská nemocnice, a.s.
Pardubický kraj	Litomyšl	Litomyšlská nemocnice
Pardubický kraj	Pardubice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Pardubický kraj	Svitavy	Svitavská nemocnice
Pardubický kraj	Ústí nad Orlicí	Orlickoústecká nemocnice, a.s.
Pardubický kraj	Košumberk	Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé
Plzeňský kraj	Plzeň	Fakultní nemocnice Plzeň
Plzeňský kraj	Rokycany	Rokycanská nemocnice, a.s.
Plzeňský kraj	Domažlice	Domažlická nemocnice
Plzeňský kraj	Klatovy	Klatovská nemocnice, a.s.
Plzeňský kraj	Planá	Nemocnice následné péče Planá - Sv. Anna, s. r. o.
Plzeňský kraj	Stod	Stodská Nemocnice a.s.
Plzeňský kraj	Plzeň	Nemocnice u Sv. Jiří s. r. o.
Středočeský kraj	Kolín	Oblastní Nemocnice Kolín, a.s.
Středočeský kraj	Kutná Hora	Oblastní Nemocnice Kolín, a.s. - Nemocnice Kutná Hora
Středočeský kraj	Beroun	JESSENIA a.s., Nemocnice Beroun
Středočeský kraj	Mělník	Mělnická zdravotní, a. s.
Středočeský kraj	Mladá Boleslav	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. (Klaudiánova Nemocnice)
Středočeský kraj	Benešov	Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a.s.

Středočeský kraj	Slaný	Nemocnice Slaný
Středočeský kraj	Nymburk	Nemocnice Nymburk s. r.o.
Středočeský kraj	Příbram	Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Středočeský kraj	Neratovice	Městská nemocnice Neratovice ALMEDA, a.s.
Středočeský kraj	Hořovice	Nemocnice Hořovice
Ústecký kraj	Děčín	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.
Ústecký kraj	Chomutov	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.
Ústecký kraj	Most	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Most, o.z.
Ústecký kraj	Teplice	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Teplice, o.z.
Ústecký kraj	Žatec	Nemocnice Žatec o.p.s.
Ústecký kraj	Litoměřice	Městská nemocnice v Litoměřicích
Zlínský kraj	Uherské Hradiště	Uherskohradišťská nemocnice a.s.
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměřížská nemocnice a.s.
Zlínský kraj	Zlín	Nemocnice ATLAS a.s. (dnes EUC Poliklinika Zlín)
Zlínský kraj	Vsetín	Vsetínská nemocnice a.s.

Příloha B Scénář rozhovoru

Představení tazatele, seznámení s cílem diplomové práce a účelem rozhovoru

Prohlášení informovaného souhlasu

Úvodní otázky:

Představení respondenta (věk a bydliště)

Úvodní vyprávění respondentovi zkušenosti s hospitalizací v nemocnici – kdy proběhla, v jaké nemocnici, zda se jednalo o plánovanou či neplánovanou operaci

V případě plánované operace její příprava – jak probíhala vyšetření a komunikace

Komunikace:

1. Jakým způsobem probíhala komunikace s lékaři?
2. Jakým způsobem probíhala se zdravotními sestrami a případně dalším personálem?
3. Jakým způsobem probíhala komunikace s ostatními pacienty?
4. Proměňovaly se v průběhu hospitalizace komunikační strategie?
5. Jakým způsobem probíhala komunikace v případě doplňujících vyšetření?
6. Jaká byla ochota personálu komunikovat jiným způsobem?

Práva pacientů:

Vysvětlení konceptu práv pacientů, zaměření výzkumu na práva související s komunikací

7. Jak byste ohodnotil/a srozumitelnost sdělení personálu?
8. Byly vám všechna sdělení jasná?
9. Jak byste zhodnotil/a právo vybrat si komunikační prostředek, kterým chcete komunikovat v případě vaší hospitalizace?
10. Byl/a jste dotazován/a na preferovaný komunikační prostředek?

Informovanost:

11. Jakým způsobem Vám byly sdělovány informace o vašem zdravotním stavu, následujícím postupech apod.?
12. Od koho Vám byly informace předávány?

13. Jak byste ohodnotil/a frekvenci poskytování informací?

Informovanost neslyšících rodinných příslušníků pacienta:

14. Jakým způsobem byly předávány informace Vaší rodině?

15. Jak Vaši příbuzní komunikovali s lékařem?

Prostředí:

16. Bylo prostředí nemocnice přizpůsobeno neslyšícímu pacientovi (např. prostor, pokoj a jeho vybavení)?

17. Jaké byly v nemocnici kompenzační pomůcky?

Koncept Deaf Friendly Hospital:

18. Kdybyste si měl/a představit nemocnici přátelskou k neslyšícím, co všechno by měla mít a co by měla poskytovat, abyste byl spokojený?

Poděkování a ukončení rozhovoru.