

Univerzita Karlova v Praze



Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Matka se sluchovým postižením a péče o novorozence

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Hádková, PhD.

Vypracovala: Jana Morongová

2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou práci vypracovala samostatně. Literární prameny a informace, které jsem využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20. 3. 2010

Jana Morongová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Kateřině Hádkové, PhD. za odborné vedení a rady při zpracování této práce. Dále děkuji za cenné informace týkající se péče o novorozence MUDr. Heleně Slavíkové. Velké poděkování patří i pracovníkům Střediska rané péče TAMTAM a psycholožce Mgr. Kristině Kratochvílové za pomoc při rozšiřování dotazníků mezi sluchově postižené maminky. Děkuji všem sluchově postiženým maminkám, které se mého dotazníkového šetření zúčastnily.

Jana Morongová

Matka se sluchovým postižením a péče o novorozence

Vedoucí diplomové práce: *PhDr. Kateřina Hádková, PhD.*

Autorka diplomové práce: *Jana Morongová*
Č. Holase 1235, 399 01 Milevsko
jana.morongova@post.cz

Ročník *7.*

Obor studia *SPPG – učitelství*

Typ studia *prezenční*

Měsíc a rok dokončení diplomové práce: *březen 2010*

ANOTACE

Cílem diplomové práce je zjištění dostatečnosti zdrojů informací týkajících se počáteční péče o novorozence, jenž jsou určené přímo matkám s těžkým sluchovým postižením, případně zjištění, jaké jiné zdroje informací tyto matky využívají. Práce mapuje i komunikační techniky, které matky používají v kontaktu se zdravotníky a dalším slyšícím okolím za účelem získání plnohodnotných informací ovlivňujících péči o novorozence. Jsou zde uvedeny i nejzákladnější informace týkající se péče o novorozence, které by měly být matce (zvláště prvorodičce) zprostředkovány.

ANNOTATION

"The purpose of the thesis is to find out if there are adequate informations on the initial care of newborn infants, which are directly related to mothers with severe hearing impairments, or determine what other sources of information techniques used by mothers in contact with medics and other hearing people in order to obtain full-fledged information affecting the care of newborns. There are also very basic records showing the lack of information relating to the care of newborns, which should be the mother (especially primipara cares) mediated."

OBSAH

<u>Úvod.....</u>	<u>8</u>
<u>1. Sluchové postižení.....</u>	<u>10</u>
<u>1.1. Klasifikace sluchových vad.....</u>	<u>11</u>
1.1.1. Sluchové vady dle doby vzniku.....	11
1.1.2. Sluchové vady dle místa poškození.....	12
1.1.3. Sluchové vady dle stupně.....	13
<u>1.2. Korekce sluchových vad.....</u>	<u>14</u>
1.2.1. Sluchadla.....	14
1.2.2. Kochleární implantát.....	15
<u>2. Komunikace sluchově postižených se slyšícími.....</u>	<u>16</u>
<u>2.1. Komunikační bariéra</u>	<u>16</u>
<u>2.2. Komunikace se zdravotníky.....</u>	<u>19</u>
2.2.1. Nedoslýchavý člověk a komunikace.....	20
2.2.2. Neslyšící člověk a komunikace.....	22
2.2.3. Ohluchlý člověk a komunikace.....	24
<u>2.3. Mluvená řeč.....</u>	<u>26</u>
<u>2.4. Čtení a psaní.....</u>	<u>27</u>
<u>2.5. Odezírání.....</u>	<u>29</u>
<u>2.6. Komunikační systémy dle zákona č. 384/2008 Sb.....</u>	<u>33</u>
<u>2.7. Tlumočníci komunikačních systémů neslyšících.....</u>	<u>35</u>
<u>3. Organizace pro matky se sluchovým postižením.....</u>	<u>40</u>
<u>3.1. Středisko rané péče Tamtam – semináře.....</u>	<u>40</u>
<u>3.2. Centrum pro matky se sluchovým postižením.....</u>	<u>42</u>
3.2.1. Screening sluchových vad v porodnici.....	46
<u>4. Základní informace k péči o novorozence a jejich zdroje.....</u>	<u>49</u>
<u>4.1. Hodnocení zdrojů informací pro matky se sluchovým postižením.....</u>	<u>49</u>
4.1.1. Naše dítě je tu.....	50
4.1.2. Jak kojit? Rady sluchově postiženým maminkám.....	50

4.1.3. DVD Slovník znakového jazyka – terminologie z období těhotenství, porodu a péče
o novorozence. 51

4.2. Zahájení péče o novorozence.....	51
4.2.1. Informace o kojení a zdroje.....	53
4.2.2. Informace o hygieně (koupání, přebalování).....	54
4.2.3. Další informace k péči o novorozence.....	55
4.2.3. Potíže, které mohou po propuštění z porodnice u dítěte nastat.....	56
4.2.4. Signalizace pláče dítěte.....	56
5. Výzkum – jeho cíle a předpoklady.....	58
5.1. Cíle výzkumu.....	58
5.2. Předpoklady.....	58
5.3. Metodika výzkumu.....	58
5.4. Vyhodnocení výzkumu.....	60
5.5. Nedostatky	80
5.6. Závěr šetření.....	81
Závěr.....	83
Seznam použité literatury a pramenů.....	86

Úvod

Téma diplomové práce je zaměřeno na mateřství ženy se sluchovým postižením a zahájení péče o novorozence. Cílem práce je zjištění zdrojů informací, které matky potřebují znát a způsobů komunikace se slyšícím prostředím.

Období poporodní péče o dítě je pro každou ženu, zvláště pro prvorodičku, náročné období. Pro matku se sluchovým postižením bývá vzhledem k jejímu handicapu o něco komplikovanější. Jak pečovat o své právě narozené dítě se matky učí krátce po porodu, pokud proběhl fyziologicky. Je nutno říct, že samotný pobyt ve zdravotnickém zařízení je stresovou záležitostí, a proto je velice nutný ohleduplný přístup zdravotníků vzhledem ke komunikačním potřebám matek se sluchovým prostředím, neboť i ony mají právo na plnohodnotné informace, které ovlivní jejich jistotu v péči o novorozence.

Vzhledem k faktu, že sluchový handicap matek je diferencovaný, od lehké nedoslýchavosti po úplnou hluchotu, je vhodné, aby zdravotníci k matkám přistupovali individuálně. Především neslyšící matky, jejichž mateřským jazykem je český znakový jazyk, mnohé informace nezískají sluchovou cestou, často ani pomocí odezírání. Těž předávání informací psanou formou nemusí být realizovatelné, neboť český jazyk není pro mnohé matky srozumitelný. Nejen, že se neorientují v odborném textu obsahujícím cizí slova a složité výrazy, ale obvyklým případem je neporozumění významu běžných českých vět. Není pro ně těžké naučit se jednotlivá slova, ale porozumět souvislému textu. Tyto matky se tak stávají značně závislé na zprostředkování důležitých informací ze strany svého okolí a nemají vždy záruku, že se k nim potřebné informace dostanou. Oproti tomu v trochu jiné situaci se nacházejí nedoslýchavé matky, které dobře ovládají český jazyk v mluvené a psané podobě. Mají možnost většinu informací získat v tištěné podobě nebo pomocí odezírání, pokud jsou pro jeho úspěšnost splněny podmínky.

Je žádoucí, aby především sestry na novorozeneckém oddělení, které zaučují matku do péče o miminko, znaly a dodržovaly zásady komunikace se sluchově postiženými. Také na pediatrii, kam matky se svým miminkem dochází na kontroly, je žádoucí brát zvýšené ohledy k jejich komunikačním potřebám. Velmi záleží na obou

stranách, jak jsou schopné a především ochotné se spolu domluvit a vzájemně si informace o dítěti předat.

V první, teoretické části této práce jsou přiblíženy způsoby komunikace člověka se sluchovým postižením, jenž jsou diferencovány dle stupně sluchové vady a období, kdy ke sluchové ztrátě došlo. Podrobněji jsou zde uvedeny i komunikační techniky, kterými se mohou slyšící s neslyšícími a obráceně, dorozumívat. Jsou zde vysvětleny i podmínky, které by měl dodržet slyšící spoluúčastník komunikace.

Dále se diplomová práce věnuje poporodní péči o dítě v porodnici a v následné péči doma. Jsou zde zmapovány projekty, věnující pozornost neslyšícím matkám. A následně jsou zde zhodnoceny dvě publikace určené pro matky se sluchovým postižením, jejichž tématem je péče o dítě. Také jsou zde uvedeny objektivní metody screeningu sluchu u novorozence, které se používají již v porodnici.

V praktické části jsou pomocí dotazníků zjišťovány možnosti komunikace matek se sluchovým postižením se slyšícím okolím (se zdravotníky, s rodinnými příslušníky) a zdroje informací, potřebných pro péči o dítě. Zajímalo mě, jakým způsobem uvedené skutečnosti ovlivnily jejich prožívání mateřství a jistotu v péči o dítě.

1. Sluchové postižení

Na úvod je třeba se pozastavit u odborné terminologie a ujasnit si pojem sluchové postižení. Existuje několik pojetí a často dochází k terminologickým nejasnostem ve vymezení sluchového postižení.

Slyšící společnost k lidem se sluchovým postižením přistupuje ze dvou různých hledisek. Jedno hledisko vychází z názoru, podle něhož je skupina osob se sluchovými vadami – bez ohledu na jejich početnost – **kulturní menšinou**, neboť vykazuje základní parametry, které takováto sociální skupina vykazovat musí. Má svůj jazyk, historii, kulturu a hodnotový systém. Jak uvádí Potměšil (2007) pokud se jedinec se sluchovým postižením identifikuje se skupinou vykazující prvky kulturní menšiny, nepřijímá označení postižený, handicapovaný. Jsou to ti, kteří přijímají označení **Neslyšící** bez ohledu na velikost své sluchové vady, a velmi často se stávají vedoucími osobnostmi změn, jimiž společnost osob se sluchovým postižením v České republice teprve začíná procházet.

Dle Strnadové (1998) v českých zemích přetrvává **lékařský přístup** k sluchově postiženým. Tento přístup v oblasti poruch komunikačního procesu u člověka, způsobených poškozením sluchu, využívá několik pojmů. Je rozdíl například mezi pojmem sluchová vada a porucha sluchu.

„Poruchou sluchu rozumíme stav, kdy onemocnění sluchového orgánu jakékoliv etiologie je provázeno příznakem nedoslýchavosti, stav je však přechodný a po vyléčení onemocnění sluchového orgánu má subjekt sluch v normě.“ (Šándorová, 2003, s. 29)

„Sluchová vada je naopak stavem trvalým, příznak nedoslýchavosti může být vyjádřen od lehké nedoslýchavosti až k hluchotě. Tento stav je charakterizován tím, že nemá nikdy tendenci ke zlepšení, naopak se může pouze zhoršovat.“ (Novák, 1994, s. 55)

Také Potměšil (2007) zahrnuje pojem vada sluchu pod hledisko zdravotnické, vzhledem k přesně změřitelné míře omezeného nebo zcela zamezeného využití

sluchového vnímání pro běžný život a také k jeho podstatnému vlivu na rozvoj komunikace a průběh procesu učení.

Jak uvádí Procházková (2007), vada sluchu má mnoho podob a liší se téměř u každého člověka. Záleží na mnoha okolnostech. Rozhodující je, kdy vada vznikla, kdy byla objevena, která část sluchového vnímání je poškozena a jaká péče o sluchově postiženého člověka byla zvolena. Na každém uchu může být ztráta odlišná. Může se jednat o kombinaci různých typů postižení u jednoho člověka.

Sovák (in Potměšil, 2003) odlišuje i význam termínů sluchová vada a **sluchové postižení**. Dle jeho názoru je sluchové postižení širším termínem, který zahrnuje i sociální důsledky, včetně řečového defektu.

1.1. Klasifikace sluchových vad

„Pojem sluchově postižený je označením v širším slova smyslu a zahrnuje v sobě celou škálu sluchových vad.“ (Pipeková, 1998, s. 85) Dělíme je z několika různých hledisek. Mezi nejčastější kritéria dělení sluchových vad patří dělení dle doby vzniku, podle místa poškození sluchu a podle stupně (závažnosti) sluchového postižení.

1.1.1. Sluchové vady dle doby vzniku

Velký vliv pro získání slovní zásoby a rozvoj mluvené řeči a z toho vyplývající způsob myšlení i rozvoj osobnosti, má doba vzniku sluchové vady. Jak uvádí Šedivá (2006) nejzávažnější z hlediska dalších závažných následků sluchového postižení je vznik sluchové vady v období před rozvojem řeči, tedy v **období prelingválním**. Dle Sováka (1981) je termín prelingvální hluchota ztráta sluchu, která vznikla ještě před dokončením vývoje řeči, nebo když se dítě jako neslyšící již narodilo. Řeč těchto dětí se nevyvíjí spontánně, je nutné ji rozvíjet uměle.

Z etiologického hlediska vzniká sluchová vada na základě genetických vad, dále v prenatálním, perinatálním či postnatálním období. V prenatálním období jsou nejčastější příčinou prodělané nemoci matky (např. zarděnky), v některých případech rozdílný Rh faktor krve matky a dítěte. V perinatálním období může dojít k poškození sluchu dítěte následkem těžkého porodu, nedostatku kyslíku apod.

Šedivá (2006) uvádí, že **postlingválně** vzniklé sluchové vady již tolik neovlivňují řečový rozvoj. I když v některých případech dochází k rozpadu řeči, zejména je-li současně zasaženo vedle sluchového i řečové centrum mozku. Obvykle pak dochází i k narušení formální stránky řeči. Příčinou postlingvální sluchové vady může být opět infekční onemocnění, úrazy hlavy, ušní nádory, onemocnění vnitřního ucha, presbyakuze apod.

1.1.2. Sluchové vady dle místa poškození

Místo poškození sluchového orgánu má vliv na kvalitu a kvantitu slyšení. Podle něj klasifikujeme vady sluchu na periferní (percepční, převodní a smíšené) a poruchy centrální.

Převodní vady a poruchy jsou ty, jejichž příčinou je poškození zevního nebo středního ucha. Je při nich poškozen nebo zcela znemožněn převod zvuků do vnitřního ucha, důsledkem je zhoršené slyšení hlubokých tónů. Ztráta sluchu většinou nepřevyšuje hodnotu 60 dB. Nikdy nedochází k úplné hluchotě, a to i když není funkční celé převodní ústrojí. V tomto případě je zvuk veden do vnitřního ucha cestou kostní.

„Celkově jde o poruchu rázu převážně kvantitativního. Člověk postižený převodní poruchou sluchu slyší málo řeč hlasitou. Řeč šeptanou slyší a rozezná dost dobře, přičemž hlasitě i šeptem pronášená slova může poznávat přibližně ze stejné vzdálenosti.“ (Sovák, 1981, s. 34)

Percepční vady vznikají postižením vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry a důsledkem je porušené vnímání čili percepce zvuku. Rozlišujeme, zda jsou lokalizovány přímo v hlemýždi – pak mluvíme o vadě kochleární, nebo za hlemýžděm ve sluchovém nervu či dráze – pak se jedná o vadu retrochleární, často označovanou i jako centrální. Percepční vady bývají většinou závažnější než převodní vady a jedná se o trvalé poškození sluchu. Jsou až na výjimky charakteristické větším poklesem sluchu v oblasti vysokých tónů, hluboké tóny jsou vnímány lépe. Je zde změněna spíše kvalita poslechu. Handicapovaný může relativně dobře vnímat okolní hluky, hlasy, ale špatně rozumí řeči pro ztrátu vnímání v oblasti vysokých tónů, kde jsou obsažena charakteristická spektra většiny hlásek. Lidé trpící touto poruchou mají tendenci ke zvyšování a zintenzivňování hlasu. Kostní vedení je zhoršené.

Smíšené vady jsou kombinacemi percepčních a převodních vad.

Centrální vady sluchu se svým charakterem od periferních liší, proto se neoznačují termínem nedoslýchavost. Jedná se o komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují podkorový a korový systém sluchových drah. Jejich určení je vzhledem ke složitému systému centrálního nervového systému i sluchových drah a center jako takových mnohdy velmi obtížné a vyžaduje opakovaná časově náročná vyšetření. Příznaky centrálních sluchových vad jsou velmi rozmanité a mohou být způsobeny organickou změnou nebo funkční změnou. (Novák in Šáňdorová, 2003)

1.1.3. Sluchové vady dle stupně

K vymezení stupně sluchové vady se nejčastěji využívá klasifikace sluchových vad z hlediska ztráty v dB a frekvence v oblastech 500, 1000 a 2000 MHz, tak jak je stanovila **WHO** (Světová zdravotnická organizace) z roku 1980. V tabulce je zařazena i klasifikace dle vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb.

Stupeň	Velikost ztráty sluchu	Názvy sluchových ztrát	Kategorie dle vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb.
1.	0 – 25 dB	Normální sluch	
2.	26 – 40 dB	Lehká ztráta sluchu Lehká nedoslýchavost	Lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
3.	41 – 55 dB	Střední ztráta sluchu Střední nedoslýchavost	Středně těžká nedoslýchavost
4.	56 – 70 dB	Středně těžká ztráta sluchu	Těžká nedoslýchavost
5.	71 – 90 dB	Těžká ztráta sluchu Těžké postižení sluchu	Praktická hluchota
6.	91 dB a více (body v audiogramu i nad 1 kHz)	Velmi těžká sluchová ztráta	Hluchota
7.	91 dB a více (v audiogramu žádné body nad 1 kHz)	Velmi těžká sluchová ztráta	Úplná hluchota

Tab. č. 1: Klasifikace sluchových vad (Šedivá, 2006, s. 7)

1.2. Korekce sluchových vad

Sluchové vady korigují **technické pomůcky** určené pro sluchově postižené, které lze třídit podle nejrůznějších hledisek. Do kategorie pomůcek, které usnadňují vnímání mluvené řeči spadá: **sluchadlo, kochleární implantát, vibrotaktilní a elektrické pomůcky** (zvuk je převeden na vibraci), **osobní zesilovač zvuku** (např. indukční smyčky), **skupinové zesilovače zvuku** (např. FM pojítka s infračerveným a rádiovým přenosem) apod. Do zvláštní kategorie spadají **signalizační pomůcky** pro neslyšící a **vibrační i světelné budíky**. Jiné kompenzační pomůcky, které usnadňují získávání informací, jsou tyto: **televizní skryté titulky, textová komunikace** (SMS zprávy), **faxy, počítače** (především některý specializovaný software, např. Newton Dictate) apod.

Počítače jsou univerzální kompenzační pomůcky pro sluchově postižené lidi – jsou schopny nahradit zvukové signály vizuálními informacemi. Neslyšící lidé mohou pomocí elektronických slovníků, různých výukových programů apod., získávat mnoho nových informací ve vizuální podobě. Počítače jsou v kombinaci s internetem a elektronickou poštou pro sluchově postižené nenahraditelnou pomůckou. (Souralová, Langer 2005)

1.2.1. Sluchadla

Sluchadla jsou miniaturní **elektronické zesilovače** zvuku. Využívají se ke korekci percepčního i převodního typu nedoslýchavosti. Jejich přidělení předchází audiologické vyšetření, podle kterého je sluchadlo individuálně seřizeno pro potřebu nedoslýchavého. Podle svého konstrukčního provedení se sluchadla dělí na **kapesní, závěsná, brýlová, boltcová a zvukovodová**. Kapesní a závěsná sluchadla jsou vhodná především pro lidi s těžšími vadami sluchu, zvukovodová a boltcová sluchadla korigují pouze lehké sluchové vady.

Podle způsobu zpracování akustického signálu se dělí sluchadla na dva typy – **s analogovým zpracováním a s digitálním zpracováním**. Analogová sluchadla jsou

zatím nejpoužívanější, jejich nevýhodou je mírné zkreslení výstupního zvuku a menší akustická flexibilita. Digitální sluchadla místo klasického zesilovače obsahují mikročip, mají čistší výstupní zvuk a spadají do vyšší cenové kategorie.

1.2.2. Kochleární implantát

*„Jde o **elektronické zařízení**, které transformuje zvuk na elektrický signál, kterým jsou přímo stimulována zachovalá vlákna sluchového nervu.“* (Pipeková, 1998, s. 87).

Kochleární implantát se skládá z několika částí, které je možno rozdělit na **interní** a **externí**. Interní (vnitřní) část zařízení je implantována do spánkové kosti a elektrody jsou zavedeny přímo do hlemýždě. Externí části jsou **mikrofon**, **řečový procesor** a **cívka**, která je magnetem přichycena k implantátu. Dříve se zaváděl starší typ Nucleus 24, nyní je k dispozici novější **Freedom**. Celý systém funguje tak, že mikrofon zachycuje zvuky a předává je procesoru, který je dekoduje podle vloženého klíče, který nastavuje školený technik. Procesor takto dekodovaný zvuk pomocí cívky vysílá do implantátu. Ten stimuluje sluchový nerv a neslyšící se učí v rámci nezbytné dlouhodobé rehabilitace rozlišovat sluchové vjemy, které mu jsou pomocí implantátu zprostředkovány.

Dle Potměšila (2003) existuje několik faktorů, ovlivňujících úspěšnost využití kochleárního implantátu. Je to především věk dítěte při implantaci (čím mladší je dítě v době implantace, tím větší přínos a lepší výsledky lze očekávat), úroveň poznávacích schopností a pozornosti dítěte (1/3 sluchově postižených dětí se rodí s další jednou nebo více vadami) a soubor rodinných faktorů (intelektuální úroveň rodičů, vztah rodičů k samotnému faktu postižení jejich dítěte, počet sourozenců a jejich případné postižení, existence sluchového postižení v rodině, názorová nejednotnost rodičů, příliš direktivní zásahy prarodičů, příliš silný tlak na rozhodování ze strany odborníků).

2. Komunikace sluchově postižených se slyšícími

„Funkcí komunikace je dorozumívání se jako předpoklad soužití a vzájemné závislosti. Proto každý systém komunikace vyžaduje obecné chápání znaků, které používá, a je ve své podstatě společně sdíleným systémem významů těchto znaků (např. gest používaných v určitém kulturním prostředí nebo slov nějakého konkrétního jazyka).“ (Nakonečný, 1997, s. 69)

Jak uvádí Lejska (2003), valná většina mezilidských vztahů je určována nepoškozeným informačním akustickým kanálem. Lidé spolu hovoří, jsou si blízcí a sympatičtí nebo naopak navzájem nepříjemní, spřádají plány, vzdělávají se, váží si partnerství, dosahují pracovních úspěchů, řídí, rozhodují se. Vše pomocí slova, vše pomocí sluchu.

Každé postižení sluchu je postižení akustického informačního kanálu a vede nezbytně k narušení mezilidské komunikace. A aby komunikační proces fungoval, je potřeba rozvinout vzájemnou interakci obousměrně. Pokud nejsou komunikační prostředky natolik vhodné, aby zajistily vzájemné dorozumění, je vhodné využívat nejenom mluvené řeči, ale také dalších komunikačních technik a jiných způsobů vyjádření. Krahulcová (2003) dělí komunikační prostředky na:

- **verbální** – mluvená a psaná forma řeči a specificky i znakový jazyk
- **neverbální** – pohledy (např. jejich délka, četnost), mimika (výrazem obličeje jsou vyjádřeny např. emoce), gesta (pohyby těla – např. kývnutí), fyzický postoj (posturologie), haptika (sdělování dotykem), proxemika (vzdálenosti těla a jeho částí a vzájemná konfigurace komunikujících).

2.1. Komunikační bariéra

Těžké sluchové postižení způsobuje komunikační bariéru a tím zásadně ovlivňuje psychiku postiženého jedince a jeho mezilidské vztahy. Právě ty s sebou přináší potřebu se bez výrazných překážek vzájemně dorozumět. V kontaktu se sluchově postiženým je proto v některých případech nutné přistoupit k jiným komunikačním prostředkům, než je mluvená řeč.

„Neexistuje jediná nebo nejlepší metoda, cesta, způsob, komunikační strategie nebo vzdělávací program, ale široké spektrum možností k překonání komunikační bariéry na podkladě individuálních schopností sluchově postižených.“ (Krahulcová, 2003, str. 14)

Typy komunikačních bariér a jejich projevy zpracovaly ve svých publikacích Strnadová (1998) a Tarcsiová (2005).

Technická bariéra se projevuje v situacích běžného života; první zásadní technickou bariérou, se kterou se vyrovnává již malé dítě, je nemožnost zachytit sluchem akustické řečové signály bránící spontánnímu osvojení mluveného jazyka. Lidé se sluchovým postižením se v průběhu života setkávají s dalšími potížemi. Obtížně se jim komunikuje při činnostech, nemohou zároveň odezírat a sami něco dělat.

„Důležité je mít na paměti, že když se neslyšící člověk na něco dívá (obrázek, videozáznam, monitor počítače aj.), nemůže zároveň vnímat komentář lékaře nebo sestry. Chtějí-li neslyšícímu člověku něco vysvětlit, musí vždy počkat, až bude moci přenést pozornost z obrázku k interpersonální komunikaci a obráceně.“ (Hudáková [ed.], 2003, s. 74)

Velkou komplikací pro neslyšící bývá také komunikace ve tmě, problémy se objevují i v kontaktu s technickým zařízením, jako je běžný telefon a „mluvítka“ u vchodu do budov, různá hlášení na úřadech nebo v dopravních prostředcích. Tyto bariéry lze překonávat pouze s pomocí jiných osob. Technický rozvoj může naopak sluchově postiženým velmi pomoci. Především komunikace přes počítač umožňuje využití e-mailů, sociálních sítí, ba i webové kamery, takže lze komunikovat i vizuálně, znakováním. Také rozvojem mobilních telefonů získala komunikace na dálku nový rozměr zejména ve využití SMS zpráv.

Jazykovou bariéru způsobuje nedostatečná znalost českého jazyka. V komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími se jedná o nedostatečnou znalost mluvené řeči a psané formy jazyka na straně neslyšících. Malá znalost jazyka znemožňuje úspěšné odezíráni i za předpokladu, že po technické stránce člověk zvládne odezíráni perfektně. V odlišné situaci se ocitají ohluchlí, tj. lidé, u nichž došlo ke ztrátě sluchu až po fixaci řeči. U nich nedochází k potížím v recepci (tvoření) řeči, nýbrž v její percepci

(vnímání). Pro neslyšícího je jazyková bariéra mnohem závažnější než pouhá absence sluchu.

Závažnou bariérou je **psychogenní (postojová) bariéra**, která se objevuje jak na straně neslyšících, tak i slyšících. Postoje většiny slyšících lidí se dají vyjádřit takto: „Ať se hluchoněmí naučí mluvit, aby se mohli zapojit do normální společnosti.“ Také u sluchově postižených jedinců se často setkáme s neochotou komunikovat se slyšícími, s vyhýbáním se neznámým komunikačním situacím nebo se strachem ze selhání, což vyplývá z předchozích negativních zkušeností a neúspěchů. Neporozumění a obtížná komunikace zejména s rodinnými příslušníky ovlivňují psychický stav člověka, důsledkem bývá stáhnutí se do sebe a neochota účastnit se komunikačního procesu. U člověka, který ohluchl v pozdějším věku, dochází k vyhýbání se neznámým situacím a ochota a chuť komunikovat se omezuje pouze na již známé prostředí.

Informační bariéru způsobuje nedostupnost náhodného učení a nedostatečná orientace v konkrétních situacích, které vyplývají z poškozené funkce sluchu. Všichni slyšící lidé mají možnost v průběhu svého života získávat znalosti prostřednictvím náhodného učení, slyší, co se povídá kolem nich a i když jim není informace přímo určena, mohou z ní mít svůj užitek. Většině neslyšících lidí je tato možnost odepřena. Sluchově postižení nemohou přiměřeně reagovat na dění ve svém okolí, protože jim chybí sluchová orientace v dané situaci. Projevuje se to například v situaci, kdy se sluchově postižený, který spoléhá zejména na odezírání, nachází ve skupince osob, kteří se dorozumívají mluveným projevem. Střídá-li se v mluvení více lidí, sluchově postižený má velké potíže s rozuměním řečenému. A jsou-li lidé zároveň v pohybu (chůze), nemůže se sluchově postižený v takové situaci plně orientovat. Některé informace mu uniknou a vzhledem k tomu nemůže adekvátně reagovat a plnohodnotně se účastnit vzájemné komunikace.

Informační bariéru mohou zdravotníci částečně řešit předáním informací v písemné podobě (termín a hodina vyšetření), ne je sdělovat sluchově postižené matce pouze ústně. (Hudáková, 2003)

Legislativní bariéra, která vyplývá z nekvalitních zákonů, které přímo nenařizují, ale pouze něco doporučují. V praxi se dá k nevýhodě neslyšících takový zákon snadno obejít.

2.2. Komunikace se zdravotníky

Péče o nastávající matku probíhá především na základě vyšetřovacích rozhovorů, poté pomocí speciálních vyšetřovacích metod. V zaučování čerstvé matky do péče o novorozence je stále stěžejním způsobem předávání informací rozhovor, do určité míry jsou informativní i názorné ukázky (kojení, koupání, přebalování, oblékání, vhodné přípravky pro děti apod.)

Aby bylo vzájemné dorozumění mezi zdravotníky a matkami se sluchovým postižením úspěšné, je žádoucí, aby zdravotnický personál přistupoval k matce individuálně a zvolil vhodnou komunikační techniku, případně kombinaci komunikačních technik.

Jak uvádí Czupalová (2008), v komunikaci se sluchově postiženým člověkem je třeba si uvědomit, že neslyšící nejsou homogenní skupina. Existuje mnoho druhů, typů a stupňů postižení sluchu, a proto mají různí sluchově postižení lidé různé potřeby a preferují různé způsoby komunikace. Záleží na tom, zda je postižení sluchu vrozené, nebo získané, v jakém věku k poškození sluchu došlo a jak velká je sluchová ztráta.

Ke zjištění, zda matka se sluchovým postižením dobře rozuměla a informaci správně pochopila, zdravotníkům pomáhá využití zpětné vazby. Pokud je sdělení dobře podáno a matka s porozuměním nemá potíže, stačí jako zpětná vazba běžné přikyvování hlavou. V případě, že si sluchově postižená matka není jistá, že správně porozuměla dané informaci, je vhodné, aby přijatou informaci vlastními slovy zopakovala. Tak je možné detektovat nesrovnalosti, napravit je a utvrdit matku ve správném pochopení.

V celé komunikační interakci je velice důležité, aby správně rozuměla jak matka, tak i zdravotnický personál. Předané informace musí být dostačující na obou stranách. Pokud se přes oboustrannou snahu nedaří překlenout komunikační bariéru, je vhodné využít služeb tlumočnického znakového jazyka (viz kapitola 2.7. „Tlumočnické komunikační systémy neslyšících“).

Před zahájením a v průběhu péče o miminko přichází matka do kontaktu i s jiným pomáhajícím personálem (úřednice v kartotéce, matrikářka, sociální pracovnice, lékárník, pracovníci v knihovně aj.). V kontaktu se všemi těmito lidmi je žádoucí oboustranné přizpůsobení se specifické komunikační situaci a možnost získání všech důležitých informací ovlivňujících péči o novorozence.

2.2.1. Nedoslýchavý člověk a komunikace

Nedoslýchaví lidé tvoří nejpočetnější skupinu osob s vadou sluchu. Mezi jednotlivými stupni nedoslýchavosti a jejich následnými komunikačními možnostmi, jsou však velké rozdíly.

„Nedoslýchavost může být různého stupně – od lehké nedoslýchavosti až po velmi závažné poškození sluchu. Podstatné však je, že každou nedoslýchavost lze do určité míry kompenzovat elektronickými sluchadly.“ (Hrubý, 1999, s.43)

Ústní komunikace

Jak uvádí Sovák (1977), každý stupeň nedoslýchavosti má jiné důsledky, ze kterých se odvíjí komunikační potíže. Při **lehké nedoslýchavosti** nemá člověk výrazné potíže v běžné komunikaci, slyší řeč i ze vzdálenosti větší než 3 metry. Lehce nedoslýchavý jedinec může za pomoci sluchadel rozumět mluvenému slovu bez odezírání, má však někdy potíže v případě komunikace v hlučném prostředí nebo při poslechu tiché mluvené řeči.

Člověk se **střední nedoslýchavostí** slyší a rozumí mluvené řeči v konverzační vzdálenosti 1-3 metry. Tato nedoslýchavost je kompenzovatelná sluchadly, ale jejich použití je v jednotlivých případech rozdílně úspěšné. Při **těžké nedoslýchavosti** slyší jedinec bez sluchadla mluvenou řeč do vzdálenosti menší než 1 metr od ucha, což je pro běžný hovor nedostatečná vzdálenost – slyšenému nerozumí. **Velmi těžce nedoslýchavý člověk** vnímá mluvenou řeč pouze v těsné blízkosti u ucha, a to jen v deformované podobě. Člověk s takto vysokou ztrátou sluchu již může mít problémy rozpoznat slova v mluvené řeči i za použití sluchadel. Odezírání či jiná forma kompenzace je v tomto případě nezbytné.

Z hlediska možnosti ústní komunikace sem jsou zařazeni i lidé s **kochleárním implantátem**. Se zapnutým procesorem spadají do skupiny nedoslýchavých, neboť implantace postiženému člověku nevrátí sluch v plné výši a rozsahu. Na druhou stranu, pokud kochleární implantát právě nemají nasazený a zapnutý, jejich komunikační možnosti jsou velmi omezené.

Dle Czumalové (2008) někteří nedoslýchaví lidé ovládají i znakový jazyk a ve společnosti neslyšících jím komunikují, ale prvním jazykem pro ně zůstává čeština. Co se týče vlastní řeči nedoslýchavých, velice záleží na věku, kdy k nedoslýchavosti došlo a kdy byla okolím detektována. Vývoj řeči pochopitelně výrazně ovlivňuje i stupeň a typ sluchové vady. Lehká nedoslýchavost nemusí vývoj řeči vůbec ovlivnit, případně jde jen o jemné jazykové nedostatky. U jedinců se střední a těžkou nedoslýchavostí dochází vždy k opoždění vývoje řeči. (Houdková, 2005) Negativním faktorem pro rozvoj řeči bývá též převážně neslyšící prostředí. U takových subjektů, kteří mají zároveň těžkou sluchovou vadu, dochází velmi často k výrazné až extrémní deformaci řečového projevu. Tato deformace se často stává příčinou rezignace sluchově postiženého na komunikaci mluvenou řečí.

Při ústní komunikaci se všemi nedoslýchavými je vhodné se zaměřit na zřetelnou výslovnost a artikulaci.

Písemná komunikace

Tuto formu komunikace si nedoslýchaví lidé při běžném rozhovoru vybírají málokdy. Většinou jsou zvyklí na orální komunikaci s využitím sluchadel a odezírání. Někdy k ní mohou být donuceni okolnostmi. Například momentálně nefunkčním sluchadlem a zároveň ztíženými podmínkami odezírání.

Odezírání

„Nedoslýchavý člověk a člověk s kochleárním implantátem informace získané zrakem (odezřené) kombinuje s informacemi přijatými sluchem. Navíc mívá většinou dobré „znalosti světa“ a ovládá odezíraný jazyk, takže odezírání u většiny takových lidí může být dobrou komunikační cestou.“ (Hudáková, [ed.], 2004, s. 43)

Při vnímání hlasité řeči hraje hlavní roli zrak, ale i každé slyšení hlubokých tónů, které pomáhá k vnímání rytmu a tempa řeči, i vibrační vnímání velmi napomáhá k dobrému odezírání. (Pulda, Lejska, 1996)

Ovšem u některých těžce nedoslýchavých musíme počítat se zhoršenou srozumitelností mluvy, menší slovní zásobou a nižšími zkušenostmi se světem. Uvedené faktory mohou významně omezit jejich schopnost odezírání. Pro nedoslýchavé, kteří dobře ovládají mluvený český jazyk, je vhodná metoda **artikulační vizualizace**. Jedná se o zviditelnění mluvené řeči v takovém rozsahu, aby mohli odezřít sdělení ze rtů svého komunikačního partnera. I při použití této metody platí, že odezírání je pro nedoslýchavého člověka i pro člověka s kochleárním implantátem náročná a namáhavá činnost.

2.2.2. Neslyšící člověk a komunikace

U pojmu „neslyšící“ dochází k nejasnostem, co je tímto termínem přesně myšleno. Vzhledem k rozvoji řeči je velký rozdíl, zda člověk trpí praktickou hluchotou nebo úplnou hluchotou. Termín **praktická hluchota** je označení tak volné, že je složité ho přesně definovat. Můžeme ho zaměnit s termínem dle WHO – těžká nedoslýchavost. Sovák (1978) definuje praktickou hluchotu jako zbytky sluchu. Vyhláška č. 207/1995 Sb. definuje praktickou hluchotu tak, že sluchově postižený vybavený sluchadlem vnímá zvuk mluvené řeči (ztráta slyšení 85-90 %, více než 71 dB), ale nerozumí.

Tato vyhláška vedle termínu praktická hluchota definuje i termín **úplná hluchota**. Úplná hluchota znamená, že sluchově postižený s jakýmkoliv zesílením zvuku nevnímá zvuk, pouze případné vibrace (ztráta slyšení 100%, více než 91 dB). Naštěstí se úplná, totální hluchota vyskytuje poměrně vzácně. Hrubý (1999) uvádí počet zcela neslyšících lidí cca 3 700, tj. asi 0,36 promile populace.

Je vhodné uvést, že právě osoby s praktickou či úplnou hluchotou mají největší „nárok“ na označení **neslyšící**. Což uvádí i Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 384/2008 Sb. (§2). V něm se za neslyšící považují osoby, které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči,

a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem.

Ústní komunikace

Někteří prelingválně neslyšící lidé, trpící praktickou či úplnou hluchotou, byli v dřívějších dobách bez ohledu na jejich vadu zařazeni do orálního programu. Byli v nejcitlivějším období zbaveni příležitostí pro náhodné učení, a pokud se vůbec naučili mluvit, jejich uměle vytvořená mluva zněla velice nepřírodně. (Hrubý, 1999) Také jejich slovní zásoba byla omezená. Vzájemná komunikace se slyšícím okolím byla i přes orální výchovu komplikovaná, až nemožná.

Dnes jsou těžce nedoslýchaví lidé ve výhodě. Vzhledem k tomu, že moderní elektronická sluchadla mohou mít akustický zisk až 90 dB, lze do určité míry kompenzovat i audiogramy ležící na 10 dB. (Motejzíkova in Info zpravodaj, č. 4) S ohledem na tuto skutečnost a s pomocí intenzivního tréninku sluchu mohou i těžce nedoslýchaví lidé při ústní komunikaci sluch částečně využívat.

Prelingválně neslyšící, jejichž mateřským a přirozeným jazykem je znakový jazyk, většinou využívají v komunikaci s neznámými lidmi tlumočnicka. Někdy, když jim to jejich možnosti dovolují, dorozumívají se mluveným jazykem za pomoci odezírání a psaní. Zvuková stránka jejich jazyka nemusí být vždy čitelná pro širší okolí. Objevuje se i malá znalost gramatiky mluveného jazyka. (Strnadová, 1998)

Písenná komunikace

U slyšících lidí často panuje mylná představa, že se mohou s neslyšícími domluvit písemnou formou. U řady neslyšících s tímto přístupem neuspějí, neboť český jazyk je pro ně jazykem cizím. Jak uvádí Hrubý (1999) jejich čtenářské schopnosti bývají často velice slabé – na úrovni funkční nigramotnosti.

„Písenná podoba zachycuje zvukovou stránku mluveného jazyka, takže i porozumění psanému textu je závislé na tom, nakolik člověk daný jazyk zná. Záleží také na jazykovém talentu jednotlivce, nakolik jazyk, který je pro něj jazykem cizím, zvládne. Proto nemůžeme u všech neslyšících očekávat stejnou úroveň češtiny. Někteří

ovládají češtinu dobře a je možné se s nimi dorozumívat psanou češtinou. Většina však nejspíš raději využije tlumočnických služeb.“ (Czumalová, 2008, s. 19)

Odezírání

Neslyšící jsou při komunikaci s lidmi, kteří neovládají znakový jazyk, odkázáni především na techniku odezírání. Avšak pokud odezírající osoba dostatečně nezná mluvený jazyk, který má odezírat, tak ani při vypěstované optické paměti a výborném postřehu není efekt odezírání dostačující. Při odezírání se proto u většiny neslyšících lidí projevuje jazyková bariéra. Vernon a Andrews (in Strnadová, 2008) soudí, že vlivem jazykové bariéry prelingválně neslyšící lidé při odezírání obvykle porozumí asi jen 5% z toho, co bylo řečeno.

2.2.3. Ohluchlý člověk a komunikace

Z hlediska vývoje řeči je zásadní rozdíl, zda k ohluchnutí došlo v období prelingválním či postlingválním. Postlingvální hluchotou je myšlena ztráta sluchu vzniklá po období vytvoření orální řeči. Dle Chvátalové (in Krejčířová, 2002) je užití termínu postlingválně neslyšící u nás méně obvyklé, častěji se setkáme s termínem **ohluchlý** (ohluchlost).

Ústní komunikace

„Pokud člověk ohluchl až poté, kdy si osvojil mluvenou řeč a strukturu příslušného mluveného jazyka (u nás češtiny), i kdyby to bylo např. ve čtyřech či v pěti letech, je pro něj přirozené používat jazyk – v mluvené i v psané formě – a jeho znalost si udržet.“ (Hudáková, [ed.], 2003, s.12)

Tento názor potvrzuje i Hrubý (1999) – člověk, který ohluchl po alespoň částečném rozvoji mluvené řeči, bude podle něj mít vždy podstatně menší problémy při komunikaci se slyšícími než kdokoliv, kdo se neslyšící narodil nebo ohluchl v nejranějším věku před rozvinutím řeči.

„Ať je tendence k rozpadu mluvy sebesilnější, mohou ohluchlí s pomocí zkušeného logopeda a celého slyšícího okolí udržet dobře srozumitelnou a poměrně přirozeně znějící mluvu.“ (Hrubý, 1999, s. 45)

Lidé postlingválně ohluchlí sice neslyší, ale vyrostli jako slyšící lidé a jejich identita patří slyšícímu světu. Expresivní fáze komunikačního procesu u postlingválně sluchově postižených nebývá vážně narušena. Největším problémem se pro ně stává recepce mluvené řeči mluvícího okolí. Proto v komunikaci většinou využívají odezírání nebo čtení, psaní a prstovou abecedu.

Písemná komunikace

Lidé, kteří ohluchli ve vyšším věku, se musí vyrovnávat s touto situací psychicky, neumí odezírat a většinou neznají český znakový jazyk. Jejich výhodou je dobrá znalost českého jazyka a než se naučí odezírat či dostanou kochleární implantát, komunikují se slyšícím okolím převážně písemnou formou. Ohluchlý člověk může na písemné sdělení od svého komunikačního partnera reagovat mluvenou řečí. Je to nejjistější způsob komunikace, byť se může zdát zdlouhavý, ale je tak minimalizováno nepochopení ústního sdělení.

Ohluchlí lidé mohou ke komunikaci stejně jako neslyšící a nedoslýchaví lidé využívat také SMS zprávy na mobilním telefonu a e-mailovou poštu. Méně používanou možností pro ně je i fax a psací telefon.

Odezírání

Také ohluchlí lidé se v komunikaci snaží využívat dovednosti odezírání za účelem porozumění ústního sdělení od svého okolí. Úspěšnost odezírání je do jisté míry závislá na vrozených schopnostech pro tuto činnost a na rozsahu slovní zásoby. (Pipeková, 1998) Metodický postup nácviku odezírání u lidí, kteří ohluchli v dětském věku, vychází z dosaženého jazykového vývoje v době ztráty sluchu. Cvičení technické složky odezírání se kombinuje s cvičením zaměřeným na doplňování mezer rozumovou a psychickou činností. (Krahulcová, 2003) Po intenzivním dlouhodobém nácviku bývá dovednost odezírání dobře rozvinuta.

Pro dospělé náhle ohluchlé osoby je odezírání prakticky jediným způsobem udržení kontaktu s okolním světem. Nácvik odezírání vyžaduje profesionální podporu. Naučí-li se ohluchlý člověk odezírat asi 500 slov, mezi kterými budou ta nejfrekventovanější, získá dobrý základ pro běžné dorozumění. (Krahulcová, 2002)

Lidé se získanou sluchovou vadou mohou stejně jako prelingválně nedoslýchaví lidé využít pro porozumění mluvených informací **vizualizátory mluvené češtiny** (tzv. artikulační tlumočníky) nebo **písemný záznam řeči**.

Postlingválně ohluchlí také velmi často využívají možnosti implantace kochleárního implantátu. Velké množství postlingválně ohluchlých nikdy nepřijme znakový jazyk, který je pro ně příliš těžký. Také rozpor mezi v podstatě běžným jazykovým myšlením ohluchlého člověka a odlišnou syntaxí znakového jazyka jeho přijetí problematizuje.

2.3. Mluvená řeč

Důsledkem sluchového postižení vedle sluchové ztráty jsou i typické znaky mluvené řeči. Mluvenou řeč zásadně ovlivňuje ztráta sluchu, ať už k ní došlo před nebo po fixaci řeči a velmi záleží i na velikosti a druhu sluchového poškození.

„Aktivní mluvený projev neslyšících osob obvykle bývá po technické, gramatické i lexikální stránce odlišný od projevu osob slyšících. Ačkoliv i zde existují výjimky, mnohem častěji se stává, že tito lidé v převážné většině případů ani v dospělosti nedosáhnou v mluveném projevu úrovně slyšícího dítěte předškolního věku.“ (Strnadová, 2006, s. 41)

Omezené vnímání, absence a deformace zvukových vjemů a tedy i zvukových komplexů mluvené řeči způsobují odchylky v mluvním projevu těžce sluchově postižených také v těchto složkách: dýchání, fonace, artikulace a modulační faktory souvislé řeči.

Jak uvádí Krahulcová (2003), **dýchání** v průběhu mluvy u neslyšících postrádá plynulost a koordinaci mezi vdechem a výdechem. Namáhavá artikulace má za následek časté přerušování výdechu a nově doplňující vdechování, takže výdechová křivka při mluvení je odlišná od výdechové křivky slyšících lidí. Další složkou řeči, kde se projevuje sluchové postižení, je **fonace**. Tvoření hlasu je patologické v přímé závislosti na stupni, typu a době vzniku sluchového postižení. Krahulcová (2003) udává tyto hlavní projevy audiogenní dysfonie:

- kolísání tónové výšky hlasu
- kolísání síly hlasu
- monotónnost hlasového projevu
- změna barvy hlasu
- časté hlasové vady

V závislosti na sluchové vadě je také specificky změněn vývoj **artikulace**. Pro neslyšící je typická nepřiměřená artikulace samohlásek, zatímco většina souhlásek (především ty s dobrou optickou oporou) jsou tvořeny optimálním způsobem. Sluchovou vadou jsou ovlivněny i **modulační faktory** souvislé řeči. Většina slyšících lidí v plynulé řeči mění sílu, výšku a barvu hlasu, správně kladou přízvuk a využívají intonaci, melodii a rytmus řeči – všechny tyto modulace řeči vytvářejí pomocí sluchu. Srozumitelnost řeči hlavně u těžce sluchově postižených je významně snížena především v důsledku deformovaných modulačních faktorů v jejich souvislém mluvním projevu, které vycházejí z absence zpětné sluchové kontroly.

2.4. Čtení a psaní

Stejně jako u mluvené řeči, tak i u čtení a psaní, které z ní vycházejí, velmi záleží na době poškození sluchu, velikosti a druhu sluchové ztráty.

Většina neslyšících lidí, preferujících znakový jazyk, má v písemné formě českého jazyka potíže, jelikož jde o grafický záznam mluveného jazyka – v použití písma se míra znalostí tohoto jazyka odráží. Neslyšící mají problémy, jak ve čtení, tak v psaní. Pouhá znalost písmen jim ještě nezaručuje funkční gramotnost v pravém slova smyslu.

Jak uvádí Komorná (2007) na základě informací, které jsou v textu obsaženy, dochází ve čtenářově paměti k aktivaci jazykových znalostí a znalostí vztahujících se k obsahu textu. Úspěšnost porozumění textu závisí na rozsahu těchto znalostí u čtenáře. Konstatuje, že problémy neslyšících při čtení vyplývají právě z toho, že neslyšící nemají na potřebné úrovni rozvinuté ty znalosti, které jsou pro porozumění textu nepostradatelné.

Jazykové znalosti, které lidem s těžším sluchovým postižením mohou chybět, uvádí Strnadová (1998):

- malá slovní zásoba, která se projevuje u většiny neslyšících (její rozsah je velmi individuální);
- význam nového slova si neztotožní s pojmem nebo věcí, které již zná;
- nezná pojem, který slovo představuje;
- neznalost tvarosloví, takže známé slovo nerozpozná v jiném tvaru nebo je zamění s jiným významem;
- nezná některá synonyma; pro určitý pojem zná jedno slovo, s jiným si jej nespojí a nezná běžné hovorové výrazy;
- nezná některá homonyma; totéž slovo nezná v jiném významu;
- dvě různá slova, která se náhodně podobají, může významově zaměnit, i když v základním tvaru se liší;
- nerozpozná odlišnost významu při změně délky samohlásky;
- nezná frazeologii a obrazná řečení bere doslova;
- neznalost konvenčních pravidel;
- nezná způsob, jakým se tato slova sdružují do vyšších celků.

I kdyby neměli někteří neslyšící čtenáři výše uvedené potíže, může docházet k neporozumění textů z jiných důvodů. Neslyšící totiž (vlivem nevhodného způsobu výuky českého jazyka) neoperují znalostmi, které se vztahují ke gramatické (morfologické a syntaktické) stavbě jazykových projevů. Dle Hrubého (1998) v syntaxi selhávají proto, že se jim v kritickém období nedostalo žádného jazyka a došlo k vymizení neuronových struktur v mozku, které jsou pro porozumění syntaxi nezbytné.

Potíže ve čtení mohou vyplývat i z faktu, že neslyšící lidé neumí pracovat s gramatickými kategoriemi jmen a sloves (rod, pád, číslo, slovesná osoba, čas, rod, způsob atd.) a neovládají ani způsoby vázání jednotlivých textových jednotek do souvislého textu (syntaktické prostředky). To se projevuje jednak v textech, které neslyšící píší a jednak při čtení, protože právě z tohoto důvodu nejsou schopni přiřadit těmto jednotkám ani celému textu jejich správný význam. (Komorná, 2007)

Odlišnosti psané češtiny neslyšících bývají často natolik zásadní, že příjemce není vůbec schopen dešifrovat konkrétní písemné sdělení neslyšícího člověka. Jejich texty často působí nesouvisle, nespojitě, věty i souvětí jsou ze slov konstruována mechanicky, vztahy mezi nimi nejsou naznačeny spojovacími výrazy ani prostředky odkazování. Mezi další zvláštnosti jejich písemného projevu patří nevhodný výběr slov, komolení slov, chyby ve valenci sloves a předložek, problémy s gramatickým rodem, se shodou podstatných jmen a přídavných jmen a se shodou podmětu s přísudkem. Jiné zvláštnosti mohou vzniknout vlivem znakového jazyka. (Komorná, 2007)

Petráňová (in Hudáková, 2005) uvádí základní kritéria textů (knihy, časopisy, brožury), určených pro osoby s těžkým sluchovým postižením:

1. **vizuálnost:** texty opatřené velkým množstvím názorných obrázků; grafická úprava textu přehledná, s barevným odlišením,
2. **srozumitelnost:** zprostředkování základních informací v kratších větách, ne složitá a dlouhá souvětí, přizpůsobený stupeň gramatické obtížnosti a slovní zásoby – nepoužívat méně obvyklá slova, zvláště pokud pro ně nejsou vytvořeny znaky, aby mohly být součástí jazykové výbavy těžce sluchově postiženého čtenáře,
3. **aktuálnost:** v textu neuvádět jen obecné informace platné pro maminky slyšící i neslyšící, ale doplnit je i konkrétními příklady, sloužící k lepšímu pochopení a zapamatování. (Petráňová in Hudáková, 2005)

2.5. Odezírání

„Odezíráním nazýváme dovednost jedince vnímat mluvenou řeč zrakem a pochopit obsah sdělení nejen podle pohybů úst, ale i podle mimiky obličeje, výrazu očí a gestikulace. Je to tedy specifická forma vizuální percepce řeči.“ (Janotová, 1999, s. 32)

Dovednost odezírání vzniká na základě rozvoje zrakového vnímání. Tento rozvoj je dlouhodobý, souvisí s celkovým rozvojem mluvních funkcí. Schopnost odezírat prudce vzrůstá do určitého věku dítěte, obecně se udává hranice jedenácti let. Poté se schopnost odezírat už nezvyšuje a většinou stagnuje. (Krahulcová, 2003)

Janotová (1999, s. 33) dělí základní fáze odezírání při rozvíjení zrakového vnímání u dítěte takto:

4. „Při **primárním** odezírání si dítě na základě častého opakování vytváří přímé spojení mezi pojmem a faciálním obrazem (z lat. *facies* – obličej, tvář) tohoto pojmu u určité osoby, nejčastěji matky.
5. Při **lexikálním** odezírání dochází k asociacím mezi faciálním zobrazováním slova, podporovaným proprioceptivním vnímáním vlastní artikulace, a konkrétním jevem.
6. **Integrální** odezírání je výsledná forma, v níž jedinec zrakem vnímá komplexně projev mluvčí osoby a dokáže si pro pochopení obsahu doplňovat to, co se mu nepodařilo odezřít.“

Podmínky odezírání – vnitřní a vnější

Odezírání je asi nejčastější způsob, který většina lidí se sluchovým postižením ke komunikaci se slyšícími využívá. Aby bylo odezírání úspěšné, je nutno splnit podmínky, které dělíme na vnitřní a vnější.

Vnitřní podmínky – do této kategorie dle Krahulcové (2003) patří:

- dosažená úroveň vývoje řeči (rozsah a flexibilita slovní zásoby, gramatický vývoj řeči, přesnost pojmového myšlení);
- emoce (pozitivní citový kontakt mezi mluvčím a odezírajícím, oboustranná ochota k této náročné činnosti);
- stav organismu (únava);
- sociální zkušenosti a úroveň sociálních vztahů.

Vnější podmínky – je jich mnoho a jejich vliv na úspěšnost odezírání je značný. V situaci, kdy není splněna jedna jediná podmínka, se může celý proces odezírání zkomplikovat a někdy úplně znemožnit.

Osvětlení

Jednou z podmínek k navázání dokonalého a nepřerušovaného zrakového kontaktu je dobré osvětlení obličeje mluvčí osoby. Za mluvčím nesmí být žádný oslňující zdroj světla (lampa, slunce apod.). Mluvčí také nesmí stát zády k oknu, odezírající pak vidí jen siluetu mluvčí osoby, její ústa však ne. Ideálním osvětlením je denní rozptýlené světlo.

Konverzační vzdálenost

Dle Hudákové (2003) je optimální konverzační vzdálenost mezi mluvčím a odezírajícím člověkem jeden až dva metry. Krahulcová (2003) uvádí optimálně konverzační vzdálenost mezi 0,5-4 metry. Také upřesňuje, že velmi závisí na věku i na zkušenostech mluvčích a odezírajících. Je velmi důležité individuálně hledat optimální vzdálenost, neboť když je příliš velká, odezírající člověk nedohlédne na jemné pohyby úst mluvčího. A naopak, při velmi malé vzdálenosti (do 0,5 metru) nemůže odezírající vidět celé pohyby rtů mluvčího, jeho pohyby těla, postoj, gestikulaci a mimiku.

Pozice mluvčího

Mluvčí musí být otočen směrem k odezírajícímu člověku. Ať už přímo nebo z profilu. Nejsnazší odezírání je z obličeje otočeného přímo k odezírajícímu, z profilu se odezírá trochu hůře a ne každý neslyšící to dokáže. Dále je žádoucí, aby výšková úroveň hlavy mluvčího a odezírajícího byla přibližně stejná.

Upozornění na rozhovor

Než mluvčí začne mluvit, upozorní na to odezírajícího člověka vizuálně (navázáním očního kontaktu, zamáváním apod.) nebo hmatem (dotykem na rameno či paži). Důležité je i navázání zrakového kontaktu mezi mluvčím a odezírajícím a dodržování tohoto kontaktu oběma, aby mluvčí změnou směru pohledu odezírajícího nemátl.

Téma rozhovoru

Odezírajícímu velice pomáhá upřesnění tématu před začátkem rozhovoru. Znalost tématu je pro odezírajícího prvním zachytným bodem, ze kterého odvodí pravděpodobný okruh dalších použitých slov. Nejvíce záleží na správném odezření

první části věty. Také je vhodné upozornění na změnu tématu vždy v průběhu rozhovoru.

Mluvní technika mluvčího

Důležitou podmínkou je správná artikulace mluvčího. Měla by být mírně zvýrazněná, mírně zpomalená a pečlivá. Také tempo a rytmus řeči mluvčího by měly být přirozené. Je vhodné používání kratších vět a dělat mezi nimi pomlky. Mimika, gestikulace a pohyby mluvčího by také měly být přirozené. Odezírání velmi ztěžuje například neúměrné pohybování hlavou mluvčího.

Jazykové schopnosti

Při navázání osobního kontaktu je třeba si ujasnit, jakým způsobem je sluchově postižený schopen komunikovat. Při využití mluvené řeči mluvčí používá přirozený jazyk (ne příliš strohý, ne příliš košatý) odpovídající situaci. Musí se přizpůsobit jazykovým schopnostem odezírajícího. Pokud odezírající člověk mluvčímu neporozumí, mluvčí se ujistí kontrolními otázkami, čemu odezírající porozuměl a případně zopakuje stejnou informaci znovu, zvolí ale jiná slova a větné konstrukce. Důsledně by se měl vyhýbat nic neříkající „slovní vatě“.

Délka rozhovoru

Mluvčí by neměl mluvit dlouho. V rozhovoru by se měl s odezírajícím často střídat (po určité době (15-20 minut) udělat přestávku), neboť odezírání je namáhavá činnost a odezírající si musí také odpočinout.

Technické překážky

„Mezi odezírajícím a mluvčím nesmí být překážka, jako například výrazně gestikulující ruce, hořící cigareta, sluneční brýle, žvýkačka, jídlo v ústech. To vše odpoutává zrakovou pozornost a mění artikulační pohyby.“ (Krahulcová, s. 198, 2003)

Zdroj: Hudáková [ed.], (2003); Krahulcová (2003); Strnadová, (2001).

Je odezírání jako čtení?

„Odezírání řeči bylo dříve často srovnáváno se čtením (anglický název „lips reading“). Ve skutečnosti však má odezírání se čtením jen společnou vnímací cestu –

zrak. Zatím co při čtení vidíme dokonalou písemnou podobu řeči, při odezírání můžeme vidět jen asi třetinu hláskové skladby hovorové řeči. Poměrně dobře můžeme zrakem vnímat samohlásky. Ze souhlásek můžeme zrakem poznat ty, při nichž jsou pohyby mluvidel – především rtů – dobře viditelné – např. B, V, F, S. Přitom však zrakem viditelný pohyb rtů není jednoznačný – je např. stejný pro souhlásky B, P, M, takže tyto hlásky nemůžeme zrakem rozlišit. Pohyby rtů, charakteristické pro dobře viditelné hlásky, nejsou vždy stejné – jsou ovlivněny předcházejícími a následujícími hláskami. Z ostatních zvukových složek řeči je zrakem možno vnímat rytmus a tempo řeči, nikoli však melodii.“ (Pulda, Lejska, 1996, s. 23)

2.6. Komunikační systémy dle zákona č. 384/2008 Sb.

Dle Zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 384/2008 Sb. se pod termínem komunikační systémy rozumí český znakový jazyk a komunikační systémy vycházející z českého jazyka.

Český znakový jazyk

- Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace.
- Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvaru rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

Vzhledem ke své podstatě má znakový jazyk jiný slovosled (znakosled) i gramatiku než čeština. Například vztahy, které se v češtině vyjadřují spojkami, předložkami a podobně se ve znakovém jazyce vyjadřují umístěním v prostoru. Produkce znakového jazyka se odehrává v trojrozměrném prostoru před tělem, kde je

vymezen základní znakovací prostor, který je ohraničen shora temenem hlavy, zdola dolní částí trupu a ze stran upaženými lokty. (Kuchařová, 2005)

Znakem rozumíme pohyb jedné nebo obou rukou a prstů, které se určitým způsobem dotýkají obličeje, hlavy a trupu a jsou provázány odpovídající mimikou. Každý znak má dle Csonky (in Krahulcová, 2003) čtyři rozdílné formativní prvky:

- tvar rukou
- poloha rukou
- pohyb rukou – např. směr šikmo doprava, pohyb sem a tam, kroužení, klepání, spojení palce a ukazováku, atd.
- orientace rukou – správný směr dlaně a prstů, např. nahoru, dolů, od těla, k tělu, doprava, doleva, atd.

Komunikační systémy vycházející z českého jazyka

Komunikačními systémy neslyšících a hluchoslepých osob vycházejícími z českého jazyka jsou znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma.

- **Znakovaná čeština** využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob, které ovládají český jazyk.
- **Prstová abeceda** využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je využívána zejména k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů. Prstová abeceda v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob.

- **Vizualizace mluvené češtiny** je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace.
- **Písemný záznam mluvené řeči** je převod mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase.

2.7. Tlumočníci komunikačních systémů neslyšících

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.2.2. „Neslyšící člověk a komunikace“, tlumočnické služby nejvíce využívá neslyšící člověk využívající ke komunikaci znakový jazyk. Tito lidé mají v komunikaci se slyšícím okolím, které v drtivé většině vůbec český znakový jazyk neovládá, výrazné potíže. K jejich překonávání jim pomáhá tlumočnick.

Dingová uvádí (in Hudáková, 2005, s. 37) – „*Profesionální tlumočnick je osoba, která za úplaty převádí jednoznačně smysl sdělení z výchozího jazyka do jazyka cílového. Je mostem mezi slyšícím a neslyšícím účastníkem komunikace a jejich dvěma odlišnými jazyky a kulturami. Sám nic nevysvětluje, nepřidává ani neubírá. Tlumočí věrně způsob vyjádření, nemění význam ani obsah sdělení. Tlumočnick se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace.*“

Uvedme si organizace, které tlumočnické služby zajišťují:

- Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící (CZTN)
- Česká komora tlumočnicků znakového jazyka (ČKTZJ)
- Organizace tlumočnicků znakového jazyka (OTZJ)
- Česká společnost tlumočnicků znakového jazyka (ČSTZJ)

Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící (CZTN) bylo v roce 2003 zřízeno organizací **ASNEP** (Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel). Eviduje kontakty na tlumočnický všech tlumočnických organizací, kteří o začlenění do evidence požádají. CZTN zprostředkovává tlumočnické služby pro všechny klienty na území celé České republiky. Zprostředkovává tlumočnický českého

znakového jazyka, transliterátory znakované češtiny a vizualizátory mluvené češtiny. CZTN od roku 2004 tlumočnické služby nejen zprostředkovává, ale i plně hradí. (Dingová in Hudáková, 2003)

V rámci poskytování tlumočnických služeb klientům se ztrátou sluchu jsou jednotlivé specializace vymezeny takto:

- **Tlumočnický českého znakového jazyka.** Používá při tlumočení český znakový jazyk, který je přirozeným jazykem s vlastní strukturou, gramatikou a pravidly a je primárním komunikačním prostředkem většiny osob s těžkou sluchovou vadou a neslyšících lidí.
- **Transliterátor znakované češtiny.** Používá jednotlivé znaky znakového jazyka, přidrží se gramatiky českého většinového jazyka. Kopíruje přitom slovosled české věty, nevizualizuje však gramatické významy nesené koncovkami českých slov. Díky slovesným koncovkám rozeznáváme vztahy v české větě – pochopíme obsah sdělované výpovědi. Klient si chybějící koncovky domýšlí a do české věty doplňuje na základě své předchozí znalosti českého jazyka. Tento typ tlumočnických služeb preferují lidé nedoslýchaví nebo ohluchlí. Český znakový jazyk většinou neovládají. Používají transliterátora jako osobu, která jim ulehčí náročné odezírání řeči tím, že zviditelní řečená česká slova.
- **Vizualizátor mluvené češtiny.** Zřetelně artikuluje ústy jednotlivá česká mluvená slova tak, aby zjednodušil sluchově postiženému odezírání mluvené řeči. Tento typ služeb využívají především lidé s lehkou sluchovou vadou a lidé ohluchlí pro účely přednášek (aj. akcí). (Strnadová, 2008)

Tlumočníci v rámci svého tlumočení používají i prstovou abecedu pro vyjádření názvů, jmen a jiných slov, pro které nejsou vytvořeny znaky českého znakového jazyka.

Desatero pro komunikaci s neslyšícím člověkem za přítomnosti tlumočnicka

- Neslyšící má při komunikaci se slyšícími úředníky či zdravotníky právo na tlumočnicka, pokud o to požádá.

- Neslyšící člověk má právo vybrat si tlumočníka, kterému dobře rozumí a kterému důvěřuje.
- Tlumočení může probíhat formou znakového jazyka, znakované, mluvené či psané češtiny dle komunikační preference neslyšícího člověka.
- Rozhovor vedeme přímo s neslyšícím člověkem a udržujeme zrakový kontakt s ním, nikoliv s tlumočnickem. Neslyšící člověk ovšem musí sledovat tlumočení informací. Stojíme či sedíme tak, abychom za zády neměli zdroj světla.
- Nemluvíme s tlumočnickem s tím, že ten to později neslyšícímu pacientovi vysvětlí. Hovor je veden s neslyšícím člověkem, a ten má právo na informace v plné kvalitě a v reálném čase, aby se mohl průběžně ptát na to, co ho zajímá.
- Tlumočnick musí být vždy vedle slyšící osoby, jejíž řeč tlumočí. Neslyšící člověk potřebuje vidět jak na tlumočnicka, tak i na hovořící osobu.
- Během hovoru neodbíháme. Vzdálíme – li se od tlumočnicka, neslyšící člověk se obrací za námi a uniká mu tak část tlumočených informací.
- Mluvíme svým obvyklým tempem. Tlumočnick nás sám upozorní, bude-li třeba řeč zpomalit. Máme však na paměti, že při tlumočení vždy dochází k časovému skluzu. Tlumočnick musí mít čas přijmout informaci, zpracovat ji a zprostředkovat.
- Na konci hovoru se neslyšícího člověka zeptáme, zda nepotřebuje ještě něco upřesnit.
- I když se s neslyšícím člověkem dorozumíváme prostřednictvím tlumočnicka, dejme neslyšícímu s sebou také písemné sdělení o jeho zdravotním stavu a o důležitých doporučeních. (Dingová, 2007)

Pravidla chování tlumočnicka, slyšícího klienta i neslyšícího klienta vymezuje etický kodex tlumočnicka. Tím je tlumočnick při výkonu své profese vázán.

Etický kodex tlumočnicka (ČKTZN):

- Profesionální tlumočnick je osoba, která za úplatu převádí jednoznačně smysl sdělení z výchozího jazyka do jazyka cílového. Je mostem mezi slyšícím

a neslyšícím účastníkem komunikace a jejich dvěma odlišnými jazyky a kulturami. Sám nic nevysvětluje, nepřidává ani neubírá. Tlumočí věrně způsob vyjádření, nemění význam ani obsah sdělení. Tlumočník se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace.

- Tlumočník následuje způsob komunikace preferovaný neslyšícím klientem.
- Tlumočník přijímá zásadně jen takové zakázky, které odpovídají jeho schopnostem, kvalifikaci a přípravě. Nese plnou zodpovědnost za kvalitu své práce. Pokud tlumočník zjistí, že komunikace s daným neslyšícím klientem je nad jeho možnosti a schopnosti, tlumočení odmítne.
- Tlumočník přizpůsobuje své chování a oděv přiměřeně situaci, v jejímž rámci tlumočí.
- Tlumočník je vázán mlčenlivostí, která se týká všeho, co se dozví během tlumočení neveřejných jednání.
- Tlumočník neodmítne klienta pro jeho národnost, rasu, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst.
- Tlumočník má právo odmítnout výkon své profese z důvodu pro něj špatných pracovních podmínek, nebo v případě, že by nedokázal být neutrální vůči tlumočenému sdělení, a poškodil tak klienta, svou osobu nebo profesi.
- Tlumočník sleduje vývoj své profese a její náplně u nás i ve světě, učí se znát kulturu Neslyšících, doplňuje své vědomosti týkající se problematiky sluchově postižených a cíleně zvyšuje svou profesionální úroveň.
- Tlumočník ctí svou profesi, usiluje o spolupráci s ostatními tlumočníky při prosazování a obhajobě společných profesionálních zájmů.
- Česká komora tlumočnicků znakového jazyka a její členové se vzájemně respektují.
- Tlumočník zná etický kodex a dodržuje ho. (Procházková, 2007)

Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 384/2008 Sb. (§8) uvádí, že neslyšící a hluchoslepe osoby mají 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.

3. Organizace pro matky se sluchovým postižením

V úvodu diplomové práce bylo uvedeno, že matky s těžkým sluchovým postižením mají omezené možnosti získání důležitých informací, jejichž znalost je nutná pro péči o novorozence. Budou-li neslyšící matce zpřístupněny informace cestou, která jí vyhovuje a bude-li mít možnost se ptát na to, co ji zajímá, bude se cítit jistější a věřit ve své schopnosti při péči o své dítě.

„Je-li pro snadný a přirozený průběh porodu důležitá informovanost a psychická pohoda nastávající maminky, o to více je obojího třeba v období po porodu. Tam už nejde ‚jen‘ o matku, ale o rychlé a bezproblémové navázání intuitivního vztahu mezi ní a novorozencem. Raná interakce mezi matkou (rodiči) a dítětem je základem pro rozvoj jejich vztahu, pro emoční pohodu dítěte, pro schopnost matky dítě dlouhodobě kojit, pro její citlivost a vnímavost k signálům dítěte.“ (Jungwirthová in Hudáková, 2003, s. 51)

V dnešní době dochází k posunu péče o matky se sluchovým postižením v období po porodu. Společnost a především zdravotníci si začínají uvědomovat nutnost informací a speciálního přístupu, jenž komunikační potřeby neslyšícího člověka vyžadují.

Speciálně pro neslyšící matky vznikly dva projekty v rámci Střediska rané péče Tamtam a nemocnice v Podolí.

3.1. Středisko rané péče Tamtam – semináře

„Středisko rané péče Tamtam je samostatným projektem občanského sdružení Federace rodičů a přátel sluchově postižených. Od roku 2001, jako jediné centrum v České republice poskytuje na celém našem území soubor převážně terénních služeb rodinám malých dětí s vadou sluchu.“ (Hudáková, 2003, s. 4.)

Středisko Tamtam poskytuje odbornou péči dítěti a rodině ihned po zjištění vady sluchu. Jedná se o komplex odborných psychologických, medicínských, speciálně

pedagogických, rehabilitačně inženýrských a sociálních služeb; sídlí v Praze a v Olomouci.

Od roku 2003 se speciální součástí péče o rodiny ve Středisku Tamtam staly služby poskytované neslyšícím matkám (rodičům) a to od doby těhotenství přes porod až do doby, kdy je dítěti definitivně vyšetřen sluch. Pokud o to „neslyšící“ rodina požádá, může se stát klientem Střediska Tamtam i v tom případě, že dítě slyší.

Středisko rané péče Tamtam uspořádalo několik vzdělávacích seminářů, které měly rodičům se sluchovým či kombinovaným postižením zprostředkovat informace o těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o dítě do jednoho roku věku. Semináře probíhaly v prostorách Federace rodičů a přátel sluchově postižených v Hábově ulici.

První seminář o těhotenství a péči o kojence (19. 4. 2003)

- Těhotenství a porod a období po porodu (vedla porodní asistentka p. Trávníčková).
- Kojení (vedla neonatoložka MUDr. Helena Slavíková).
- Nakrmit, přebalit a co ještě? (vedla psychologka PhDr. Iva Jungwirthová).

Druhý seminář o výživě malého dítěte (26. 11. 2003)

- Zásady správné výživy těhotné a kojící matky, zásady výživy kojence a malého dítěte, omezení a překážky v kojení, jaký význam má kojení pro výživu malého dítěte, jaké léky je možné podávat těhotným a kojícím ženám.

(Přednášku vedly MUDr. Anna Klimová a MUDr. Anna Mydlilová.)

Třetí seminář o dítěti a jeho zdraví (0-12 měsíců) (5. 10. 2005)

- Novorozenec z pohledu dětského lékaře (vedla neonatoložka MUDr. Helena Slavíková).
- Preventivní zdravotní péče o dítě do 1 roku, očkování (vedla praktická dětská lékařka MUDr. Marie Schwarzová).

- Dítě a běžné nemoci (vedla praktická dětská lékařka MUDr. Ivana Nulíčková).

Přednášky byly určeny především nastávajícím matkám (rodičům) se sluchovým postižením. Byl o ně z jejich strany velký zájem. Vzhledem ke skutečnosti, že přednášky byly tlumočeny do znakového jazyka, rozuměli neslyšící rodiče všem sděleným informacím; nechyběla ani diskuse a prostor pro dotazy. Z přednášek byl pořízen videozáznam, který je možno si ve Středisku rané péče zapůjčit.

3.2. Centrum pro matky se sluchovým postižením

Každý rok v České republice porodí asi 90-100 maminek, které mají postižení sluchu. Tyto matky většinou rodí po celé republice v porodnicích v blízkosti svého bydliště. Ne vždy byl a je zdravotnický personál schopný a ochotný akceptovat specifické komunikační potřeby vyplývající z poškození sluchu. V roce 2004 v Ústavu pro péči o matku a dítě na podolském nábřeží vzniklo ve spolupráci se Střediskem rané péče Tamtam unikátní centrum.

„Centrum pro matky se sluchovým postižením“ se zaměřuje právě na tyto handicapované budoucí nebo čerstvé matky. Nejedná se o speciální zdravotní péči, ale o specifický přístup k neslyšícím. Matkám se sluchovým postižením je poskytována stejná zdravotnická péče jako matkám slyšícím.

Centrum poskytuje gynekologickou, porodnickou a poporodní péči o matky se sluchovým postižením. Matky mohou Centrum navštěvovat po celé těhotenství. Pokud jsou spokojené se svým gynekologem, stačí, když se do centra přihlásí měsíc před termínem porodu. Návštěva v prenatální poradně před porodem je podmínkou. Matky se sluchovým postižením se mohou samy objednat prostřednictvím e-mailu, SMS a faxu prostřednictvím MUDr. Heleny Slavíkové

O neslyšící těhotné se většinou stará tým zdravotníků, který má osobní zkušenost s komunikací s neslyšícími.

Ročně zde porodí kolem deseti nastávajících matek se sluchovým handicapem. Porodnice přijímá matky se sluchovým postižením z celé České republiky; v praxi zde

však většinou rodí matky mající bydliště v Praze nebo ve spádových městech. Jak uvádí MUDr. Slavíková, matky ze vzdálenějších míst ČR jejich klientkami nejsou. Je pro ně jednodušší se dostavit do porodnice, která leží v blízkosti jejich bydliště.

„Centrum pro matky se sluchovým postižením“ financuje hlavně podolská porodnice a částečně na něj přispívá Ministerstvo zdravotnictví v rámci různých programů, například programu Vyrovnávání příležitostí. V roce 2006 se do projektu pro matky se sluchovým postižením zapojila také olomoucká pobočka Střediska rané péče Tamtam, která navázala spolupráci s Gynekologicko-porodnickým a Novorozeneckým oddělením FN Olomouc.

Kurzy znakového jazyka pro zdravotníky

Kurzy znakového jazyka probíhají v podolské porodnici pod vedením Martiny Macurové Dis. Účast na kurzech pro zdravotníky je dobrovolná. Zaměstnanci nejsou motivováni finančně, jen vlastním zájmem o problematiku neslyšících. Kurzů se v současné době zúčastňuje pouze jedna doktorka, jeden sanitář, zdravotní sestry, dvě porodní asistentky z šestinedělí a zdravotní sestry z oddělení pro novorozence. Všichni se nemohou zúčastňovat pravidelně, neboť se kurzy často kryjí s jejich službami v nemocnici. Průměrně se kurzů zúčastňuje 5-6 lidí.

Na každém oddělení by měl být alespoň jeden pracovník, který prochází tímto programem. Čtyři lidé, kteří absolvovali všechny kurzy, získali osvědčení asistenta, který je kompetentní provázet matku se sluchovým postižením.

Od roku 2008 zde probíhají vždy jednou za 14 dní kurzy znakového jazyka, jejichž doba trvání je 90 minut a jsou zaměřené na zdravotní problematiku. Zdravotníci se v jejich rámci učí nové znaky, které využijí přímo v kontaktu s matkami se sluchovým postižením. Znaky si trénují na modelových situacích.

Několik modelových situací ve své diplomové práci uvádí Petra Typltová. Např. proč se miminko váží před a po kojení. Proto, aby se zjistilo, kolik miminko přibralo. Důležité je, aby bylo mamince vše dobře vysvětleno, tak aby pochopila, proč se miminko váží před i po kojení – ne jí pouze říct, že ho sestra musí zvážit. Další takovou modelovou situací může být otázka, jak sestra pomůže, když maminku bolí prsa při

kojení. MUDr. Slavíková jako další příklad modelové situace uvedla nácvik příjmu matky se sluchovým postižením na porodní sál. Společně s lektorkou si rozebírají situace a učí se znaky, které mohou v dané situaci použít. Každý si situaci zahraje s neslyšící ženou, a pak se dále rozebírá, co bylo ukázané dobře, co by se mělo ukázat lépe. Vše je vedeno formou diskuse.

Cílem těchto kurzů není vychovat ze zdravotníků odborníky na problematiku neslyšících s vynikající znalostí znakového jazyka. Zdravotníci si zde osvojují základy komunikace se sluchově postiženou matkou. Informace a dovednosti zde získané, uplatňují v prenatální poradně, na předporodních kurzech, při porodu a v poporodní péči o matku se sluchovým postižením a dítě.

Předporodní kurzy pro maminky

V Podolí se nastávající matky mohou také účastnit předporodních kurzů, opět po objednání prostřednictvím MUDr. Slavíkové.

Kurzy nejsou organizovány přímo pro neslyšící matky a neprobíhají individuální formou. V případě, že má matka se sluchovým postižením zájem se kurzů zúčastnit, má možnost je navštívit společně se slyšícími matkami. Ve skupině v jednom kurzu se sejde průměrně 10 párů. Neslyšící matka má možnost si sama nebo přes Centrum domluvit pomoc tlumočnicka. U nedoslýchavých matek, které neovládají znakovou řeč, berou zdravotníci provádějící kurzy ohled na jejich komunikační potřeby. Na kurzy se matky přihlašují v období 4 týdnů před porodem. K dispozici jsou tři kurzy. První kurz je zaměřený na informace související s porodem, druhý kurz se věnuje problematice kojení a tématem třetího kurzu je poporodní péče o novorozence.

Období po porodu

Pokud porod proběhne bez komplikací, tráví matka se sluchovým postižením stejně jako slyšící matky období po porodu v porodnici na oddělení šestinedělí. Může si zvolit mezi standardním a nadstandardním pokojem, platební podmínky jsou stejné jako u ostatních matek. Dle sdělení MUDr. Slavíkové většina matek se sluchovým postižením upřednostňuje nadstandardní pokoj. K dispozici mají kompenzační pomůcky – přenosnou světelnou a vibrační signalizaci pláče dítěte. Zdravotníci se zároveň snaží

respektovat i soukromí neslyšících matek, proto vstup do pokojů ohlašuje světelná signalizace napojená na zvonek u dveří.

Při výuce a nácviku péče o dítě využívají některé matky služby tlumočnicka. Mohou si sami tlumočnicka objednat přes Centrum zprostředkování tlumočnických služeb pro neslyšící při ASNEP, která tlumočení zařídí. Až na výjimky maminkám tlumočí vždy stejná osoba. Speciálně pro tlumočení neslyšícím matkám vyškolilo v roce 2004 Středisko rané péče Tamtam 5 osob, které tlumočí ve specifických situacích (prenatální poradna, porod, poporodní péče o novorozence).

Mnohé matky se sluchovým postižením raději využívají tlumočnicka, i v případě, že jsou schopné do určité míry komunikovat mluveným slovem a mají rozvinutou schopnost odezírání. S tlumočnickem se cítí jistější a dobře informované. Jedinou nevýhodou je snad přítomnost tlumočnicka i v intimních situacích; sdělují se intimní informace v přítomnosti 3 osoby. Tlumočnicki jsou vázáni etickým kodexem, jedním z bodů je mimo jiné povinnost mlčenlivosti.

V Podolí se testuje sluch donošeného novorozence do 4. dne života dítěte (viz. kapitola 2.2.1. „Screening sluchových vad“). V případě, že neslyšící matka v období těhotenství nepodstoupila testy na vrozené vývojové vady v genetické poradně, mohou se oba rodiče takto krátce po narození dítěte dozvědět, zda je jejich dítě sluchové postižené.

Odchod z porodnice

Při odchodu z porodnice rodiče dostanou očkovací průkaz a propouštěcí zprávu novorozence. Dále MUDr. Slavíková rodičům sdělí několik důležitých informací:

- Do dvou dnů by se měli nahlásit u pediatra. Ten se většinou na první návštěvu dostaví k nim domů.
- Ven se může chodit s miminkem na dvacet minut, max. půl hodiny. Při teplotách minus 5° C a nižších ven nechodit.
- Pouze kojit, nedávat žádný čaj. Miminko by mělo přibírat na váze asi 150 g za týden.

- Ošetřování pupíku – koupit si v lékárně líh na pupek a čtverečky. Pupík se musí čistit každé tři hodiny při přebalení. Ještě to může trochu krvácet, ale je to úplně normální.
- Kdyby si nevěděli rady, můžou napsat e-mail nebo SMS zprávu MUDr. Slavíkové a ona se bude snažit poradit. Jinak vše konzultovat se svým pediatrem.

(Zdroj: DVD Zdravotnictví bez bariér, 2007)

3.2.1. Screening sluchových vad v porodnici

Celoplošné testování sluchu u novorozенých dětí v porodnicích není zatím v České republice zavedeno. Vyšetření sluchu se provádí především u rizikových novorozenců. Rizikovými novorozenci jsou například děti rodičů se sluchovým postižením, nedonošené děti (porodní hmotnost pod 1,5 kg), děti po prodělané hypoxii, nebo děti, kterým byly podány léky, které mohou poškodit sluch.

K vyšetření sluchu novorozenců se používají objektivní audiometrické metody, které nevyžadují aktivní spolupráci vyšetřovaného.

OAE (otoakustické emise)

Měření OAE se využívá jako první screeningová metoda při vyšetřování sluchu u nerizikových novorozenců. Jedná se o krátké neinvazivní vyšetření vnitřního ucha jednoduchým screeningovým přístrojem. MUDr. Slavíková uvádí, že vyšetření sluchu pomocí OAE u donošeného novorozence se dělá ideálně až ve 3. – 4. dni života dítěte, protože se tím snižuje riziko, že by děti ještě mohly mít v uších plodovou vodu, neboť je důležité, aby ucho bylo čisté a měření proveditelné.

„OAE vznikají díky vláskovým buňkám vnitřního ucha, které při svém pohybu vytvářejí nadbytečné množství energie, a ta je uvolňována. Vnitřní ucho vytváří šumy, které je možno měřit pomocí mikrofónu ve zvukovodu jako otoakustické emise.“
(Houdková, 2005, s. 32)

Přístroj zobrazuje jen dvě možnosti – vyšetření je pozitivní, nebo negativní. Pokud se emise vyvolá a dítě je jinak zdravé, je možné téměř s jistotou tvrdit, že slyšet

bude. Pokud je první měření negativní, je druhý den provedeno další vyšetření OAE (nedoporučuje se testovat v den, kdy bylo provedeno první vyšetření). Při negativitě rescreeningu je vhodné přistoupit k vyšetření pomocí přesnější kmenové audiometrie BERA.

BERA (Brainstem Electric Response Audiometry)

Audiometrické vyšetření BERA je vyšetření pomocí kmenových evokovaných potenciálů. BERA se využívá u rizikových novorozenců jako primární vyšetření sluchu nebo u dětí z nerizikové skupiny, které mají negativní nález po opakovaném vyšetření metodou OAE.

Vyšetření vychází z měření elektrického impulsu, který vzniká na základě akustické stimulace. Provádí se ve spánku dítěte, neboť každý pohyb výrazně ruší sběr elektrických odpovědí. K vyšetření slouží speciální elektrody, které se dítěti umístí za oba boltce a na střed čela, jsou spojeny s přístrojem pomocí vodičů. Na uších má dítě položena sluchátka. *„Do vyšetřovaného ucha se pouští série akustických impulsů a evokované odpovědi jsou automaticky přístrojem sbírány.“* (Lejska, s. 47, 2003)

„Toto vyšetření přináší nejen potvrzení či vyvrácení sluchové vady, ale i detailnější informace o charakteru sluchové vady a jejím rozsahu.“ (Motejzíkova in Info zpravodaj, roč. 16, 2008)

Při patologickém výsledku jsou děti ihned předány do foniatrické péče. Neboť velkou nevýhodou vyšetření BERA je, že neurčuje frekvenční závislost ztráty sluchu, která je podmínkou pro přesné nastavení sluchadel.

Ústav pro péči o matku a dítě na podolském nábřeží je jediné zdravotnické zařízení, které vyřešilo způsob vyhledávání novorozenců se sluchovou vadou. Jak uvádí MUDr. Slavíková, v letech 2004-2005 screening sluchu v podolské porodnici podstupovali pouze rizikovní novorozenci. Od roku 2007 zde probíhá vyšetření sluchu u všech novorozenců. Podolská porodnice má jen tři oddělení – gynekologii, porodnici a novorozenecké oddělení. Vzhledem k této skutečnosti screening sluchu u dětí provádějí neonatologické sestry (na novorozeneckém oddělení). Výdaje na screeningové vyšetření jsou financovány z grantů Ministerstva zdravotnictví ČR, které

mají trvání jeden kalendářní rok a musí se každý rok podávat znovu. V podolské porodnici se narodilo 4500 dětí, které zde podstoupily screening sluchu.

Doktorka Slavíková dále uvedla, že screening pomocí OAE je nyní podle jejích informací prováděn jen na některých pracovištích, a to většinou jen u rizikových novorozenců, nebo se tak děje v rámci různých projektů, které jsou dotovány, nebo ho provádějí medicí v rámci postgraduálního výzkumu. V této souvislosti jmenovala města: Praha, Brno, Plzeň, Pardubice, Hradec Králové, České Budějovice, Olomouc, Mladá Boleslav, Sokolov, Ostrava, Třinec.

4. Základní informace k péči o novorozence a jejich zdroje

„Slyšící žena se běžně informace o mateřství dozvídá v rodině, ve škole, od přítelkyní, v poradně, v porodnici, u gynekologa, u dětského lékaře, z knih, z internetu a z časopisů, sledováním vzdělávacích videokazet, pořadů apod.“ (Petráňová in Hudáková, 2005, s. 53)

Tak jako je rozdíl mezi informovaností a připraveností na poporodní péči o dítě mezi slyšícími ženami, tak je také rozdíl mezi ženami se sluchovým postižením. Většina nedoslýchavých matek, které mají omezený přísun informací sluchovou cestou, si vyhledává informace k tématu v písemné podobě. Tento způsob získávání informací není však vhodný pro určité procento neslyšících žen, jejichž mateřským jazykem je znakový jazyk. Běžné informační letáky, knihy, videokazety a další zdroje poznatků o péči o novorozence nejsou pro všechny neslyšící matky zcela srozumitelné.

Jednou z možností jak se neslyšící budoucí matka připravuje na porod a péči o dítě jsou rozhovory s rodiči a s kamarády. Zde však existuje nebezpečí, že se matce dostanou zkreslené či neúplné informace a řada otázek zůstane nezodpovězených. Druhou možností získávání informací je čtení a sledování vzdělávacích videokazet, DVD, kde jsou informace zpřístupněné ve znakovém jazyce.

4.1. Hodnocení zdrojů informací pro matky se sluchovým postižením

Zdrojů informací určených přímo matkám se sluchovým postižením v písemné či multimediální podobě je velmi málo. V písemné podobě byly zpracovány dvě publikace – Naše dítě je tu a Kojení; v multimediální podobě byl vytvořen pouze jeden DVD-ROM Slovník znakového jazyka, terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence. V mé práci uvedené zdroje stručně charakterizují a hodnotím jejich obsáhlost a vhodnost pro neslyšící matky.

4.1.1. Naše dítě je tu

Publikace „Naše dítě je tu“ byla přeložena z německého originálu „Unser Baby ist da!“ Překlad a úpravu na české prostředí provedli Jitka Sinecká a Jaroslav Hauzer.

Kniha seznamuje neslyšící rodiče s péčí o miminko od příchodu z porodnice domů do prvního roku jeho života. Kniha je rozdělena na dvě části; první část zprostředkovává základní informace o zásadách, na které je nutno dbát při péči o kojence a batole, ke kterým se může matka v průběhu péče o dítě průběžně vracet. Zásady péče jsou uvedeny v těchto tématech: první dny doma s dítětem, kojení, koupání, péče o pokožku, dětská masáž, oblečení, postýlka a spánek, dětská ohrádka, cucání palce, dítě o samotě, bezpečnost, preventivní vyšetření, dětské nemoci a očkování, dětské nemoci bez očkování, dítě je nemocné, domácí zvířata, hraní. Druhá část publikace je rozdělena na 12 kapitol podle věku dítěte (1. – 12. měsíc života dítěte). V každé kapitole je pozornost věnována těmto oblastem: vývoj, hra, zdraví, péče a výživa.

Informace, zde uvedené považuji za nedostatečné. Tato publikace neuvádí příliš informací týkajících se zdraví novorozence, např. čištění pupíku, žloutenka, potíže, které mohou novorozence potkat – dýchací potíže, nadměrná ospalost, nadměrný pláč, nafouklé břicho, průjem apod.

Informace jsou zprostředkovány srozumitelně, s použitím běžné slovní zásoby a v jednoduchých větách, souvětí se objevuje výjimečně. Ilustrace jsou podány vtipnou formou, ale nejsou dostatečně informativní. Vhodnější by byly detailnější ilustrace nebo přímo fotografie (polohy při kojení, uvedení základních technik masáží kojence apod.). Jinak se domnívám, že kniha splňuje výše uvedená kritéria textů určených pro neslyšící osoby.

4.1.2. Jak kojit? Rady sluchově postiženým maminkám

Publikaci samostatně zpracovala MUDr. Anna Klimová, a jak je uvedeno v jejím názvu, je určena přímo sluchově postiženým matkám.

Kniha nepojednává o celkové péči o novorozence či kojence, věnuje se pouze otázce kojení. Matky zde najdou informace, proč je důležité kojit, kde a jak se tvoří

mateřské mléko. Kniha také vysvětluje, jak se má matka na kojení připravovat, a kdy má s kojením po porodu začít. Pomocí názorných ilustrací je zde dobře vysvětlena **technika kojení** a vhodné polohy usnadňující kojení. Je zde vysvětlena i frekvence a doba správného kojení. Také se zde matky dozvědí, jak poznat, že se dítěti dostalo optimální množství mléka a způsoby řešení situací, kdy se kojení nedaří. Jsou zde poskytnuty i informace o správné výživě kojící matky.

Uvedená kniha není dle mého názoru zcela vhodná pro neslyšící matky, neboť nespĺňuje kritéria textů pro ně určených. Informace jsou zde zprostředkované v souvětích a objevuje se zde řada slov, s jejichž porozuměním mohou mít potíže. Pro nedoslýchavé matky může být přesto velmi přínosná, neboť uvádí základní a nejdůležitější informace o kojení.

4.1.3. DVD Slovník znakového jazyka – terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence.

Neslyšící matky si mohou již v průběhu těhotenství či před porodem prohlédnout DVD Slovník znakového jazyka – terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence. Uvedené médium vzniklo ve spolupráci Střediska rané péče Tamtam a porodnice v Podolí. Slovník je primárně určen zdravotnickému personálu, tlumočnickům vizuálních forem komunikace neslyšících a neslyšícím matkám. Všichni si zde mohou prohlédnout termíny ve znakovém jazyce, které byly nově vytvořeny. Jak uvádí primář pediatrie ÚPMD Zbyněk Straňák – „*Znaková řeč neměla výrazy jako porod nebo plod. Bylo je třeba teprve vytvořit.*“ Při vytváření nových znaků spolupracoval odborný tým s neslyšícími.

Slovník obsahuje přes 500 odborných termínů z oblasti porodnictví, které jsou rozčleněny do osmi základních tematických celků: **matka, plod, těhotenství, porod, po porodu, novorozec, lidé a prostředí kolem porodu, nemoci, komplikace a léčba.**

4.2. Zahájení péče o novorozence

Hned po porodu je dítě předáno porodníkem dětskému lékaři nebo sestře. Je ošetřen pupečník a je provedeno celkové posouzení stavu novorozence, poslouchá se

jeho dýchání a srdce, prohmatává břicho, kontroluje napětí končetin, reflexy a barva kůže. Každému dítěti se uděluje tzv. Apgar skóre, kterým se hodnotí jeho poporodní vitalita. Mezi další samozřejmé kroky patří měření délky a určení hmotnosti novorozence.

Lékař by neměl matce pouze oznámit – „vaše dítě jsem vyšetřil“. Je vhodné ji provést alespoň jednou vyšetřením dítěte a vysvětlit jevy, které se u dítěte objevují. Výše uvedený Slovník porodnické terminologie bohužel všechny následující termíny neobsahuje. Bylo by vhodné ho nadále rozšířit a doplnit.

Uvádím několik jevů, které se u novorozence objevují, a jenž mohou matku, zvláště prvorodičku, znepokojit. Po průchodu porodními cestami se objevuje poporodní otok na temeni hlavy, tzv. **porodní nádor**; zmizí během několika hodin. Stejným způsobem může vzniknout tzv. **kefalthematom** – podkožní modřina, která se hojí déle, týdny až měsíce. Všichni novorozenci mají drobné fialové skvrnky na kořeni nosu, na víčkách, v zátylku, tzv. **teleangiektázie**. Někdy se na kůži dítěte objevují drobné plastické červené skvrnky, odborně se nazývají **hemangiomy**. Oba jevy v průběhu kojeneckého věku postupně mizí.

Druhý den se u novorozence může objevit **kopřivka**, která má charakter zarudlých skvrn se zažloutlou čepičkou. Přehřátím a zapocením kůže mohou vzniknout **milia** neboli potničky. V této době se u některých novorozenců objeví **zánět spojivek** – oční víčka zduří a objeví se výtok z očí. Na kůži jsou vidět i projevy novorozenecké **žloutenky**, která se objevuje kolem třetího až čtvrtého dne u více než poloviny novorozenců.

Lékař či sestra by měli matce vysvětlit jak zánět spojivek, kopřivku či milia ošetřovat. Případně vysvětlit závažnost žloutenky a způsob její léčby (**phototerapii**). Samozřejmě je názorná instruktáž ošetřování **pupečního pahýlu** pomocí tamponu buničité vaty namočeném v lihu (zbytek pupeční šňůry odpadá šest až deset dnů po porodu, ale zhruba dalších čtrnáct dnů trvá, než je pupík zcela zahojen).

Ve Slovníku znakového jazyka – terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence termín milia (potničky) chybí. Termíny: kopřivka, zánět očí

a novorozenecká žloutenka, fototerapie a pupeční pahýl slovník znakového jazyka obsahuje.

Matce se sluchovým postižením je stejně jako slyšícím matkám poskytnuta instruktáž k péči o novorozence. Kojení je vysvětleno a hygiena (koupání a přebalování) názorně předvedena. Další nutné informace jsou předány slovně. V případě nedoslýchavé matky se informace sdělují tak, aby byly dodrženy podmínky vedoucí k úspěšnému odezírání a v případě neslyšící matky je ideální pomoc tlumočnicka.

Matka obvykle odchází z porodnice okolo čtvrtého dne od porodu. Před odchodem je dítě očkováno proti TBC a je mu odebrána krev na vyšetření, které zjišťuje metabolické vady. Matka je správně poučena o **kojení, přebalování, ošetřování pupečního pahýlu** a o celkové péči o miminko. Je jí předána potřebná lékařská dokumentace (**propouštěcí zpráva, zdravotní průkaz, očkovací průkaz a doporučení k ultrazvukovému vyšetření kyčlí**) a jsou jí poskytnuty další informace. Příklad propouštění z porodnice je uveden na konci kapitoly 2.1. „Centrum pro matky se sluchovým postižením“.

4.2.1. Informace o kojení a zdroje

Uvádím nejzákladnější informace o kojení, které by každá matka měla znát.

„První den přikládat dítě k prsu asi po 3 hodinách – pokud samo dítě nechce častěji. Přikládat dítě je možné zpočátku k oběma prsům. Neomezovat délku kojení z žádných důvodů, dítě může být u prsu i přes půl hodiny. Neohlížet se na intervaly mezi pitím, jsou nepravidelné (půl hodiny, ale i 3-4 hodiny, ne však déle než 6 hodin – to pak znamená, že ze strany dítěte není všechno v pořádku). Dodržovat zásadu pohodlné polohy matky při kojení, každá vynucená poloha, provázená nepohodlím matky, má za následek zhoršené uvolňování mléka z prsu. Správně přiložené dítě k prsu se břichem dotýká matky v celém rozsahu, jeho brada, tvář i nos jsou v kontaktu s prsem.“
(Gregora, 2008, s. 17)

Častou chybou, kterou matky dělají je, že přikládají dítě střídavě k oběma prsům v průběhu jednoho kojení a miminko tak nevypije dostatek zadního mléka. Přikládání k oběma prsům se preferuje v začátku kojení pro rychlé rozvinutí laktace, jak již výše

uvádí Gregora. „Zhruba po 1-2 týdnech má matka již dostatek mléka, aby mohla kojít jen z jednoho prsu. Z druhého až při následném kojení nebo po úplném vypití prvního prsu. Je to důležité, protože přední mléko je bohaté na cukry, zadní na tuky.“ (Pelikánová in Maminka, 2009, s. 60)

V publikaci, která je uvedena v kapitole 3.1.2. „Jak kojít? Rady sluchově postiženým maminkám“, je velice dobře zpracována problematika kojení a poskytnuty nejdůležitější informace. Stejně a rozšířené informace najdeme i na internetovém odkazu: <http://www.kojeni.cz/texty.php>, jsou zde použity i stejné ilustrace jako v uvedené publikaci.

Dále by bylo vhodné uvést internetový odkaz: <http://www.porodnice.cz/kojeni-menu>. Informace na internetovém odkazu zpracovala MUDr. Anna Mydlilová společně s MUDr. Magdalenou Paulovou, CSc. Je zde dobře v jednoduchých větách popsána technika kojení (držení prsu, polohy, správné přísátí, správné sání, následky nesprávné techniky kojení, výhody kojení pro dítě, výhody kojení pro matku). Tento odkaz patří k těm, které jsou zpracovány srozumitelně a jednoduše, a proto zde uvedené informace mohou být přínosné neslyšícím matkám.

Matky, které mají s kojením potíže, se mohou obrátit na soukromou **Laktační poradnu**, nebo na poradnu spadající přímo pod porodnici.

4.2.2. Informace o hygieně (koupání, přebalování)

Na pleť novorozence je nejlepší voda, rostlinný olej a mast na opruzeniny s rybím tukem (Rybilka, Bepanthen aj.). Pro první dny je proto nejlepší nechat speciální dětskou kosmetiku ležet stranou a používat jen nejčistší produkty vyráběné v lékárnách. Mýdlo jemnou dětskou pokožku zbytečně vysušuje a speciální dětské krémy mohou být pro novorozence alergenní.

Všechny základní informace o koupání a přebalování dítěte kvalitně zpracovali ve své publikaci Péče o novorozence a kojence MUDr. Martin Gregora a MUDr. Magdalena Paulová.

Velmi dobře jsou na internetovém odkazu: <http://rybilka.cz/rybilka-menu/pece-o-detatko.htm> uvedeny základní informace ke koupání, přebalování a péči po koupání.

Jsou zde vypsány jednotlivé úkony týkající se péče o dítě tak, jak následují za sebou. Uvedené zdroje by měly být bez potíží srozumitelné nedoslýchavým matkám a některým neslyšícím matkám také.

4.2.3. Další informace k péči o novorozence

Při péči o miminko je důležitá správná manipulace s jeho tělem. Základní pravidla manipulace se učí matka již v porodnici. Pravidla jsou následující:

- u novorozence vždy jednou rukou podírat hlavičku (pod temenem), druhou zadeček;
- miminko nosit v takzvaném „klubíčku“, je to poloha, na kterou je zvyklé ještě z dělohy;
- velice důležité je vyhýbat se každé manipulaci, při které dochází k záklonu hlavy;
- s miminkem se nesmí nikdy silně třást (vzniklé poranění mozku je život ohrožující situací);
- není správné ho učit rychlým, byť rytmickým pohybům (např. extrémní houpání v kočárku).

Matka musí velmi dbát i na udržení dítěte v teple. Novorozenec ještě neumí uchovat teplo, které „vyrobí“. Musí naopak vynakládat další energii k jeho tvorbě. Během dne ideální teplotu zajistí oblečení. Tři tenké vrstvy oblečení (např. košilka, plenky, dupačky a zavinovačka) udrží dostatečné teplo při teplotě místnosti kolem 20 °C. S věkem a váhou se schopnost dítěte udržet tělesnou teplotu výrazně zlepšuje.

Matka musí pečlivě sledovat spánek dítěte, často se stává, že novorozenec v prvních 14 dnech života dokáže prospat celou noc. Jeho vývoji to ale neprospívá; aby nedocházelo k dehydrataci, je dobré ho budit minimálně po čtyřech hodinách na krmení. Pokud čerstvě narozené dítě spí 8 hodin v kuse, může jít i o velmi silnou novorozeneckou žloutenku – miminko je natolik apatické, že se samo nedokáže vyburcovat ke krmení.

Již novorozenci velmi trpí i na bolesti břicha. Při jejich řešení pomáhá masáž ve směru hodinových ručiček, teplý obklad, nošení v „klubíčku“ nebo na „tygříka“, či

„pasení koníčků“. Někdy pomohou **probiotické přípravky**, které napomáhají přirozenému odchodu plynu z trávicího traktu miminka (Sab simplex, Baby Calm a jiné).

Všechny maminky také musí vyřešit přebalování svých dětí. Na trhu je v dnešní době velký výběr látkových i jednorázových plen. Každá matka si dle svých priorit i potřeb svých dětí vybírá ty neoptimálnější.

4.2.3. Potíže, které mohou po propuštění z porodnice u dítěte nastat

Lékař chodí na návštěvu domů po propuštění z porodnice do 48 hodin, nebo i dříve, pokud to vyžaduje stav dítěte. S lékařem svého dítěte matky řeší závažné projevy zhoršeného zdravotního stavu dítěte: **rýma + kašel, zánět spojivek, horečka, zánět středního ucha, zánět průdušek, moučnivka, kýla, kojenecký ekzém, mléčná krusta (seborrhoická dermatitida) a alergie**. U lékaře dítě podstupuje i všechna povinná očkování. Lékař může matce také velmi dobře poradit řešení a léčbu opruzeného zadečku, nadýmání, průjmu, zvracení, častého blinkání, zácpy a škytavky.

Ve Slovníku znakového jazyka – Terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence jsou uvedeny znaky termínů: zánět očí, rýma, alergie, nadýmání, průjem, zácpa, očkování. O zbývající termíny uvedené v této kapitole by bylo vhodné slovník rozšířit.

4.2.4. Signalizace pláče dítěte

Je potřeba si uvědomit, že ze začátku má novorozenec jen velice málo komunikačních prostředků. Pláčem proto upozorňuje na všechno. „*Miminko pláčem nejčastěji hlásí, že má hlad nebo že potřebuje přebalit. Je-li dítě nakrmené i přebalené, bývá hlavním důvodem pláče bolest břicha způsobená nadýmáním. Pláč může být také reakcí na nadměrné teplo či chlad, neznámé prostředí nebo zvuky.*“ (Chmel, 2005, s. 96)

„*Dnes již existují technické pomůcky, které upozorní i neslyšící rodiče na pláč dítěte, takže k němu v noci mohou vstát, nakrmit je a přebalit podle potřeby.*“ (Strnadová in Gong, č. 10)

Někteří rodiče se sluchovým postižením mohou přes den využít klasickou signalizaci pláče dítěte určenou pro slyšící rodiče. Neslyšící rodiče většinou využívají speciální kompenzační pomůcky cíleně určené pro jejich postižení.

Mohou si zakoupit bezdrátovou signalizaci **Baby alarm** od firmy Bellman & Symfon v **Audiocentru Tv**. Baby alarm se skládá z vysílače a přijímače. Na vysílači je možnost nastavit citlivost i po jaké době pláče má být člověk upozorněn. Vysílač vyšle signál, který přijme přenosný přijímač nebo kapesní vibrátor.

Druhou možností je nákup signalizace pláče od firmy Kompone. Firma Kompone nabízí signalizaci pláče dítěte ve více provedeních. **Baby-Aviso** je vysílač převádějící pláč dítěte do přijímače umístěného v jakékoliv místnosti v bytě. Přijímač má dvě volitelné možnosti, může být v provedení flash (světelná signalizace) nebo flash s přídatným zvukem o vysoké či nízké frekvenci. Místo flash přijímače je možné použít **Aviso-lampe**.

Na webových stránkách firmy Kompone je uvedena nová informace, že Baby-Aviso-lampe se již neprodává jako samostatný díl. Je možné jej nahradit objednaním nebo rovnou zakoupením Baby-Aviso společně s přijímačem Aviso-lampe, který je vybavený dvojitou zástrčkou. Do ní lze přímo připojit lampičku, která při pláči dítěte bliká. Je vhodná tam, kde dítě spí ve stejné místnosti společně s rodiči. Současně však vysílá signál do elektrorozvodné sítě pro případné další přijímače flash v bytě.

„Neslyšící maminky mohou používat signalizaci pláče dítěte. Pokud mají neslyšící v bytě více takovýchto zařízení, mohou si pořídit komplexní signalizační systém, který rozpozná původ signálu a jednotlivé signály odliší frekvencí a počtem záblesků a svícením různobarevných diod.“ (Czumalová, 2008, s. 22)

Signalizace pláče dítěte spadá pod pomůcky, na které finančně přispívají sociální odbory v místě bydliště.

5. Výzkum – jeho cíle a předpoklady

5.1. Cíle výzkumu

1. Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit stav zkušeností matek se sluchovým postižením při komunikaci se zdravotníky (s lékaři a sestrami na novorozeneckém oddělení, s pediatry aj.) a ověření dostatečnosti a srozumitelnosti podaných informací z jejich strany.
2. Druhým cílem bylo zmapování současných zdrojů informací, ze kterých matky se sluchovým postižením čerpají údaje potřebné k péči o novorozence.

5.2. Předpoklady

1. Předpokládám, že hlavními komunikačními technikami, které matky se sluchovým postižením využily v kontaktu se zdravotníky, je mluvená řeč, odezírání a psaní.
2. Předpokládám, že polovina oslovených matek byla spokojena s informacemi o dítě ze strany zdravotníků.
3. Předpokládám, že kvalitní zdroje informací, které se týkají péče o novorozence, a které jsou cíleně určené matkám se sluchovým postižením, jsou v současné době nedostatečné.
4. Předpokládám, že by matky se sluchovým postižením měly zájem o publikaci, která by shrnovala a pro ně přístupnou formou prezentovala základní a důležité informace týkající se péče o dítě.

5.3. Metodika výzkumu

Výchozím nástrojem pro výzkumné šetření byl zvolen dotazník. Dotazník je myšlenkově rozčleněn na několik oblastí, které vycházejí z výše uvedených výzkumných cílů. Jedná se o soubor předem stanovených otázek, upravených do

podoby formuláře. Nevýhodou této výzkumné metody je nízká návratnost (pokud není dotazník distribuován osobně) a možné nepochopení otázek respondentem.

Jelikož dotazníky v tomto výzkumném šetření byly většinou distribuovány osobně, bylo možné respondentům vysvětlit otázky v českém znakovém jazyce za účelem jejich správného pochopení.

Dotazník obsahuje celkem 18 položek:

- **Uzavřené** – nabízí respondentovi soubor variant odpovědí (například položka číslo 9 – „Zjišťovala jste si informace o péči o dítě již před porodem?“). V některých položkách mohli respondenti označit více odpovědí.
- **Polouzavřené** – jsou kombinací otevřených a uzavřených položek (například položka číslo 11 – „Zúčastnila jste se některého semináře o péči o novorozence, který pořádalo Středisko rané péče Tamtam?“).
- **Otevřené** – odpověď zcela závisí na respondentovi (například položka číslo 15 – „Dali Vám v porodnici i další nutné informace ohledně péče o dítě?“)

V prvních položkách byly zjišťovány demografické údaje. Další položky se soustředily na zjištění množství a kvality zdrojů informací o péči o dítě určených matkám se sluchovým postižením. Ostatní položky se věnují zjištění spokojenosti matek se sluchovým postižením se zdravotnickým personálem ohledně použití komunikačních technik a získání dostatku informací.

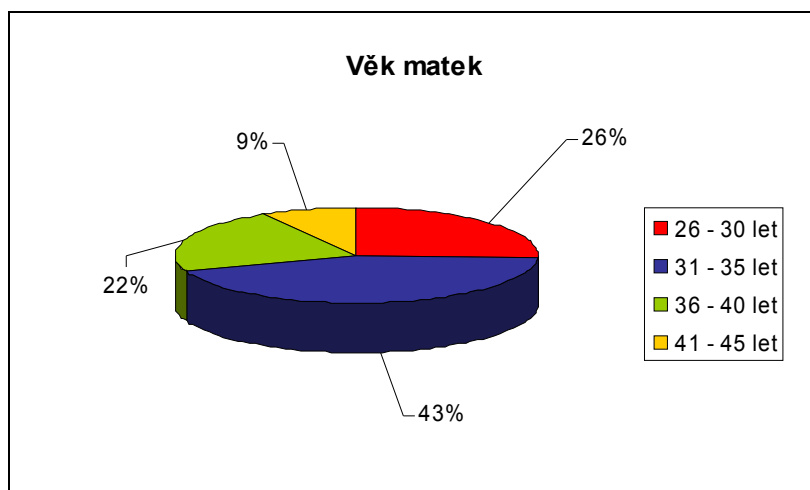
Dotazníkové šetření proběhlo v měsících září a říjen roku 2009. Respondenti byli osloveni především osobně a přes e-mail. Celkem bylo distribuováno 39 dotazníků. I přes osobní kontakt byla návratnost poměrně malá, celkem dotazník vyplnilo pouze 23 sluchově postižených matek. K vyhodnocení dotazníků jsem použila analýzu dat a srovnávací metodu.

5.4. Vyhodnocení výzkumu

Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Výzkum se zaměřuje na matky, které porodily své dítě/děti v průběhu let 2000 – 2009. Do výzkumu byly zařazeny také matky, které měly první děti cca před 20 lety, a další dítě se jim narodilo ve výše uvedeném časovém rozmezí. Zajímalo mě jejich srovnání tehdejších a současných zdrojů informací a zkušeností s komunikací se zdravotníky při prvním dítěti a při dalších dětech.

26 – 30 let	31 – 35 let	36 – 40 let	41 – 45 let
6	10	5	2



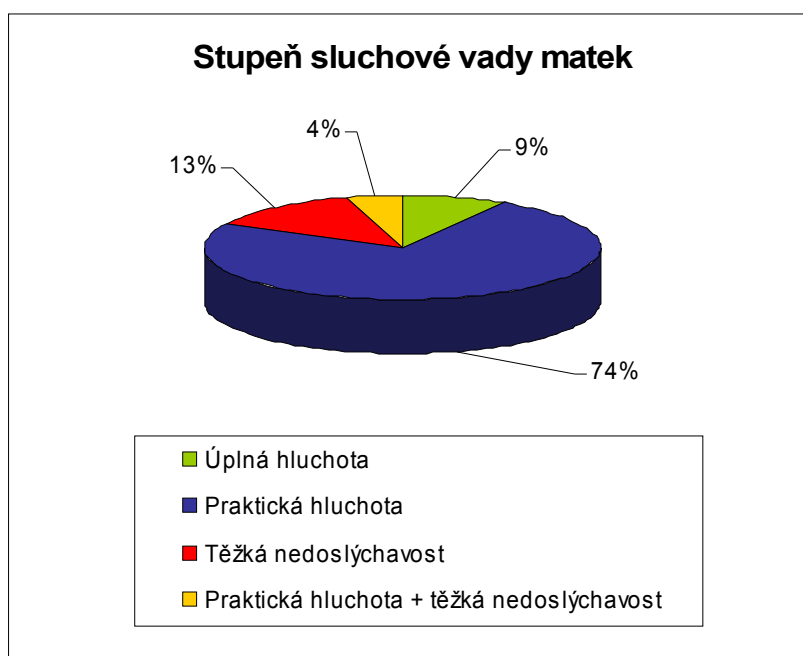
Otázka č. 2 – Jakou ztrátu sluchu máte?

V této otázce respondent charakterizuje míru své sluchové vady výběrem z několika běžně používaných stupňů. Velikost sluchové ztráty je jedním z hlavních faktorů, které zásadním způsobem ovlivňují rozvoj komunikačních dovedností. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, v oblasti velmi těžkého sluchového postižení není terminologie zcela jednoznačná. Jednotlivé stupně sluchových vad jsou v této práci definovány tak, jak je chápe většina sluchově postižených lidí. Pod pojmem praktická

hluchota je myšlena velmi těžká nedoslýchavost, kdy jedinec může využít zbytky sluchu k ústní komunikaci.

Jedna matka uvedla odlišný stupeň sluchové ztráty na každém uchu, byla proto zařazena v tabulce zvlášť. Převážná většina matek svou sluchovou vadu definovala termínem – praktická hluchota. Mezi těmito matkami byl značný rozdíl ve způsobu komunikace se slyšícím okolím. Některé z nich se dobře dorozuměly s pomocí odezírání a využíváním zbytků sluchu prostřednictvím sluchadla. Několik matek potřebovalo při ústní komunikaci pomoc tlumočnicka.

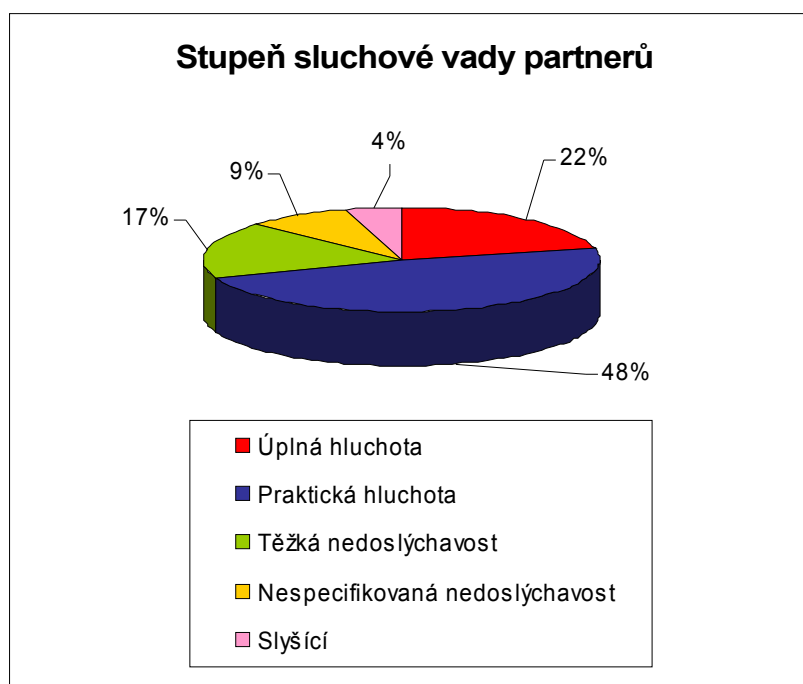
Úplná hluchota	Praktická hluchota	Těžká nedoslýchavost	Praktická hluchota + těžká nedoslýchavost
2	17	3	1



Otázka č. 3 – Jakou ztrátu sluchu má Váš partner?

Ze zřejmých důvodů byla k výběru sluchových vad přiřazena volba slyšící. Jsou páry, kde partneři nemají stejné zdravotní postižení, nebo je jeden partner bez zdravotního postižení. Dvě matky uvedly, že jejich partner je nedoslýchavý, nspecifikovaly však stupeň nedoslýchavosti (lehká, střední, těžká).

Úplná hluchota	Praktická hluchota	Těžká nedoslýchavost	Nespecifikovaná nedoslýchavost	Slyšící
5	11	4	2	1

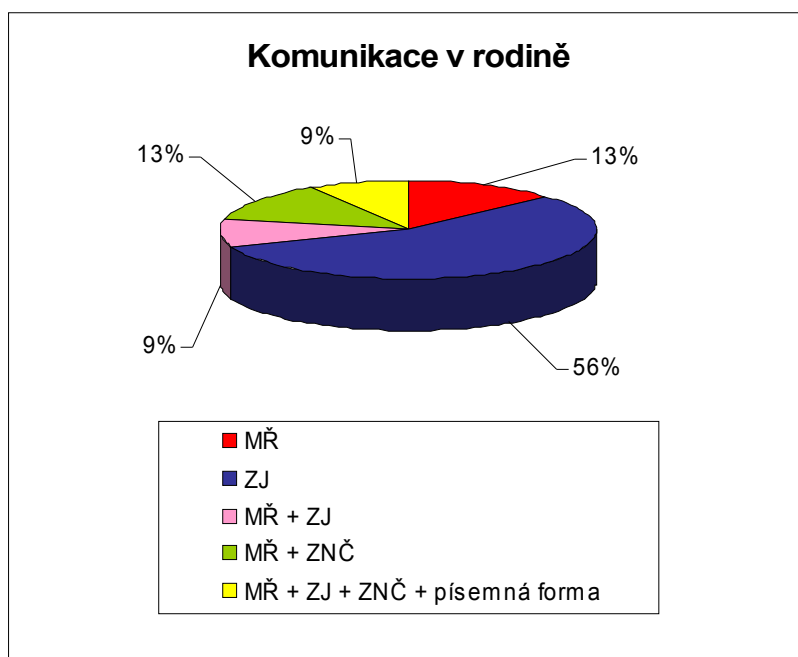


Otázka č. 4 – Jak spolu komunikujete?

Cílem otázky bylo zjištění preferovaného způsobu komunikace mezi partnery. Z odpovědí vychází, že většina rodin využívá kombinaci takových komunikačních forem, které vedou ke vzájemnému dorozumění. Z šetření vyplynulo, že ve třech rodinách komunikují pouze mluvenou řečí, zatímco ve 13 rodinách se dorozumívají výhradně prostřednictvím znakového jazyka.

Údaje v tabulce jsou uvedeny ve zkratkách – MŘ = mluvená řeč, ZJ = znakový jazyk, ZNČ = znakovaná čeština.

MŘ	ZJ	MŘ + ZJ	MŘ + ZNČ	MŘ + ZJ + ZNČ + písemná forma
3	13	2	3	2



Otázka č. 5 – V kterém roce se narodilo Vaše dítě/děti?

V otázce se jedná o zjištění doby narození dětí, jenž jsou vychovávány v neslyšících rodinách, které se zúčastnily výzkumu. Celkový počet dětí v uvedených rodinách je 40 dětí. 7 rodin má jedno dítě, dvě děti má 13 rodin a tři děti mají 2 rodiny.

1983	1991	1994	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	2	3	1	3	1	1	3	3	7	2	7	4	2

Pro vytvoření přehledného grafu jsem rozdělila roky narození dětí do tří období. První dítě narozené v roce 1983 jsem ponechala samostatně. Děti narozené v letech 1991 až 2000 byly zařazeny do první skupiny a děti narozené v letech 2001 až 2009 do druhé skupiny. V první skupině je celkem 9 dětí a ve druhé skupině je celkem 30 dětí.

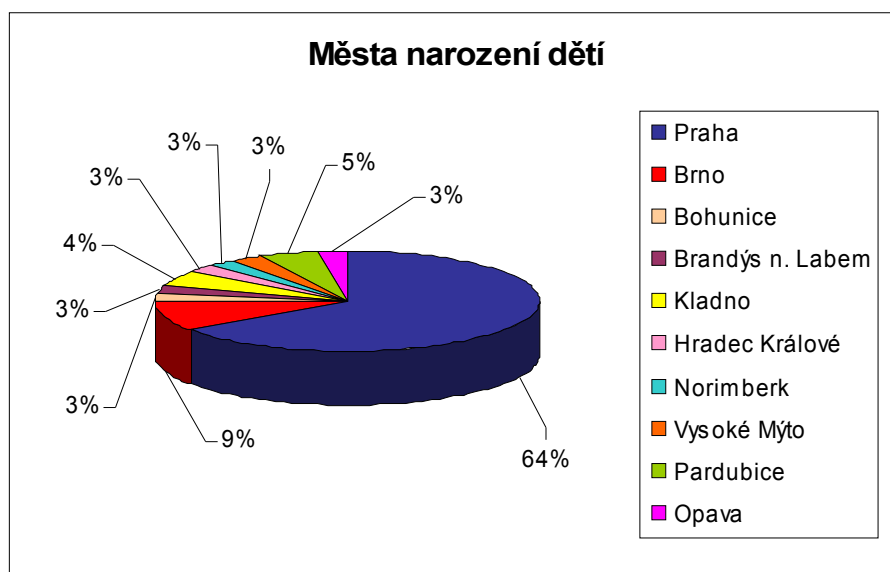


Otázka č. 6 – V jakém městě/porodnici se narodilo Vaše dítě/děti?

Cílem této otázky bylo zjištění místa narození dětí neslyšících matek, které se zúčastnily dotazníkového šetření. V počtu dětí narozených ve stejném městě je nejvíce zastoupená Praha. Rozdělení dětí narozených v pražských nemocnicích je následující: v nemocnici Podolí 12 dětí, v nemocnici U Apolináře 5 dětí, v nemocnici Motol 2 děti, v Krčské nemocnici 2 děti a na Bulovce 1 dítě. U dalších 4 dětí, které se narodily v Praze, dvě matky název porodnice nevedly.

Nejvíce dětí se narodilo v podolské porodnici v Praze, kde bylo v roce 2004 založeno Centrum pro matky se sluchovým postižením, které se stalo mezi pražskými neslyšícími matkami populární a jejich zájem zde rodit je velký. Více informací o Centru viz kapitola 2.2. „Centrum pro matky se sluchovým postižením.“

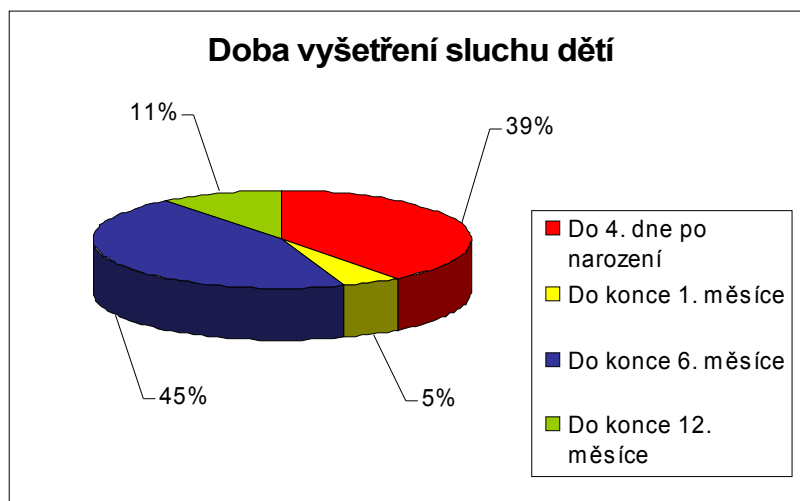
Praha	Brno	Bohunice	Brandýs n./Labem	Kladno	Hradec Králové	Norimberk	Vysoké Mýto	Pardubice	Opava
26	4	1	1	2	1	1	1	2	1



Otázka č. 7 – Kdy (v kterém měsíci) byl Vašemu dítěti/dětem vyšetřen sluch?

Cílem této otázky bylo zjištění doby prvního vyšetření sluchu, které mělo vyvrátit či potvrdit sluchovou vadu u malého dítěte. Celkem ze 40 dětí bylo vyšetřeno speciální metodou (OAE, BERA nebo tympanometrie) v časovém rozmezí uvedeném v dotazníku, 38 dětí. Pouze jedno dítě (nar. 2002) bylo vyšetřené speciální metodou až kolem 1,5 roku, neboť se pediatr domníval, že dítě slyší. Přestože dítě je potomkem dvou těžce sluchově postižených rodičů, kde byl novorozenecký screening indikován, ke speciálnímu vyšetření ve dřívějším věku nedošlo. Dítě je velmi inteligentní, těžkou sluchovou vadu kompenzovalo již od útlého věku zvýšeným zrakovým vnímáním okolního dění. Tato skutečnost možná ovlivnila pediatra v názoru, že dítě sluchovou vadu nemá. Také velmi záleželo na způsobu orientační zkoušky sluchu, kterou pediatr použil. Další jedno dítě bylo také vyšetřeno pouze orientačně na běžné prohlídce u pediatra; je slyšící.

Do 4. dne po narození	Do konce 1. měsíce	Do konce 6. měsíce	Do konce 12. měsíce
15	2	17	4

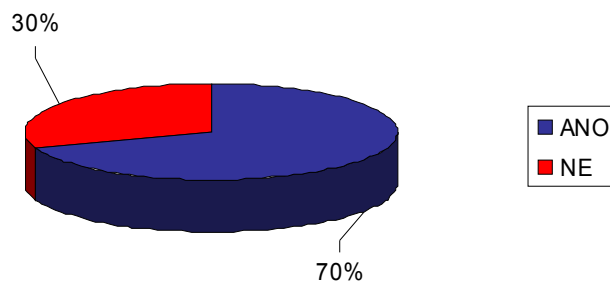


Otázka č. 8 – Zjist'ovala jste si informace o péči o dítě již před porodem?

Úkolem této otázky bylo zjištění, zda se všechny matky se sluchovým postižením zajímají již v době svého prvního těhotenství o informace, jejichž znalost je při péči o novorozence potřebná. Většina matek uvedla, že se si příslušné informace vyhledávala. Možnost „NE“ volily pouze neslyšící matky, jejichž mateřským jazykem je znakový jazyk.

ANO	NE
16	7

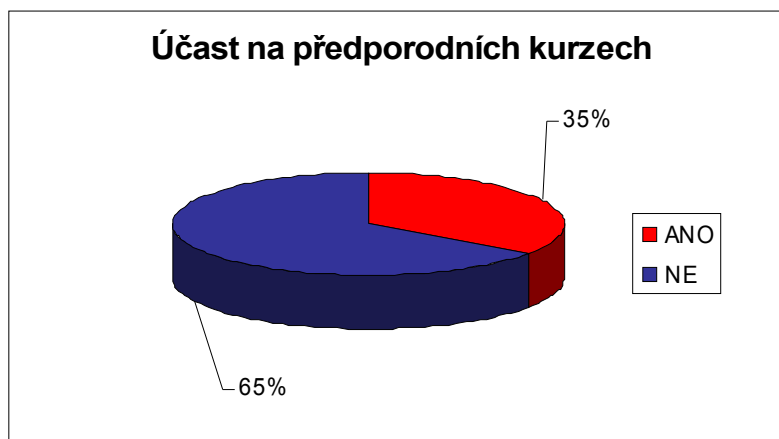
Vyhledávání informací v době těhotenství



Otázka č. 9 – Absolvovala jste předporodní kurzy, kde jste se dozvěděla něco o péči o dítě?

V této otázce jde o zjištění, zda matky se sluchovým postižením využívají stejně jako slyšící matky možnosti zúčastnit se předporodních kurzů. Obvykle v jejich druhé nebo třetí části bývá seminář o kojení a o péči o novorozence. Kurzy jsou organizovány pro slyšící společnost, speciální předporodní kurzy pro neslyšící podle mých informací neexistují.

ANO	NE
8	15



Většina matek, které si kurzy zaplatily a absolvovaly je, ovládají znakový jazyk a mohly využít služeb tlumočnicka. Z šetření vyplynulo, že ze skupiny nedoslýchavých matek, které komunikují především orálním způsobem, předporodní kurz absolvovala pouze jedna matka.

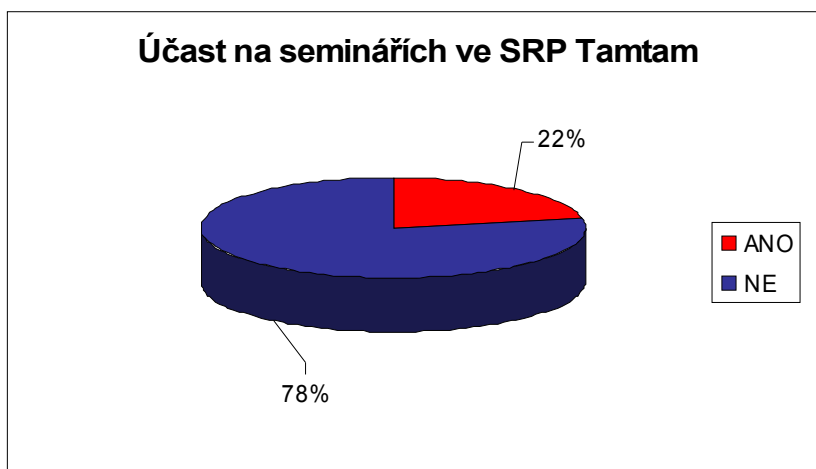
Všechny matky, které zaškrtnly odpověď „ANO“ poskytly i údaj místa, kde předporodní kurzy absolvovaly: jedna matka na Vinohradech, čtyři matky v Podolí, jedna v Motole, jedna v Brně (porodnice Obilní trh) a jedna v Kladně. Dvě matky uvedly, že možnost absolvování předporodního kurzu využily až v těhotenství s druhým dítětem.

Jedna matka s těžkým sluchovým postižením podala rozšířenou odpověď: „V Podolí – zaplatila jsem si jen dva kurzy ze třech (o porodu a kojení), na prvním jsem byla, ale druhý jsem nestihla, protože jsem rodila dříve.“

Otázka č. 10 – Zúčastnila jste se některého semináře o péči o novorozence, který pořádalo Středisko rané péče Tamtam?

V teoretické části jsou uvedeny všechny tři semináře pro matky se sluchovým postižením, které v Praze organizovalo Středisko rané péče Tamtam. Nezjišťovala jsem celkový počet neslyšících účastníků seminářů; počet účasti je vyhodnocován pouze v rámci 23 respondentů, kteří vyplnili dotazník. Další údaje byly zjišťovány prostřednictvím dvou podotázek.

ANO	NE
5	18



V podotázce a) jaká informace byla pro Vás zajímavá? – matky poskytly velmi jednoduché odpovědi, ze kterých není možno udělat jakýkoliv závěr. Chtěla jsem zjistit, zda se na semináři pro ně speciálně určeném dozvěděly nějakou zásadní informaci ohledně péče o novorozence, kterou předtím vůbec neznaly. Jak uvedla MUDr. Slavíková na DVD-ROMU Zdravotnictví bez bariér (a jenž přednášela na seminářích) – bylo pro ni překvapením, že neslyšící matky neznaly informace, o kterých se domnívala, že by měl znát každý, kdo čeká dítě nebo o něj již pečuje.

Odpovědi matek, citace:

„Týkalo se především průběh porodu – polohy.“

„Všechno.“

„Kojení.“

„Nepamatuju, dávno.“

„Byla jsem jen jednou, když byl můj syn už větší, jen mě to zajímalo, nové informace jsem už nevyužila. Musím říct, že si to už moc nepamatuji.“

Ani z podotázky b) byly tyto informace dostačující? nevychází jednoznačný závěr. Cílem bylo zjistit, zda obsah specializovaných seminářů pro neslyšící je pro matky dostatečným zdrojem důležitých informací o péči o novorozence, nebo si další informace musely zjišťovat jinou cestou.

Odpovědi matek, citace:

„Docela ano, ale pak jinde na kurzu mezi slyšícími s tlumočnickem – lepší ale jiná situace – méně lidí...na semináři příliš mnoho lidí.“

„Ano, informací bylo hodně, skvěle podané, dozvěděli jsme se spoustu důležitých a praktických věcí, celkově to pokládám za velmi přínosné a rozhodně doporučuji všem nastávajícím maminkám. Přednáška byla tlumočena do ZJ, takže všechno bylo výborné. Na předporodním kurzu na Obilném trhu jsme také měli tlumočnicka.“

„Ano.“

„Málo – základní informace.“

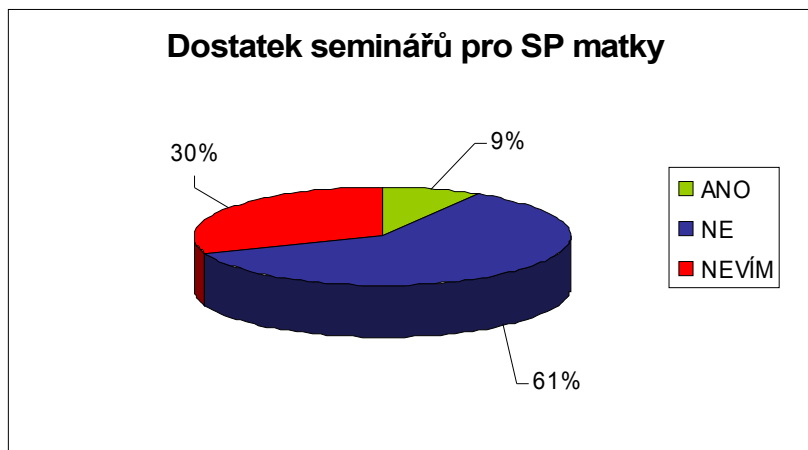
„Myslím si, že nebylo tak úplně dostačující, ale alespoň základní info byly.“

V teoretické části v kapitole 3.1. „Středisko rané péče Tamtam“ jsem uvedla množství seminářů a dobu, kdy se uskutečnily – bylo jich skutečně velmi málo. Poslední seminář se odehrál v roce 2005; matky, které se jich zúčastnily, si již nevybavovaly jejich obsah.

Otázka č. 11 – Je podle Vás dostatek seminářů o péči o novorozence (kojence, batole) pro matky se sluchovým postižením?

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit názor matek na četnost speciálních seminářů určených sluchově postiženým matkám, a jejichž tématem je péče o novorozence.

ANO	NE	NEVÍM
2	14	7



Rozšířené odpovědi matek, citace:

„NE – pokud s tlumočnickem, tak klidně i mezi slyšícími, byla jsem moc spokojená.“

„ANO (ale nerozlišuji v této odpovědi „pro matky se SP“ – prostě jsou různé semináře atd. a stačí si domluvit tlumočnicka ZJ, jinak jistě toto již příliš nesleduji).“

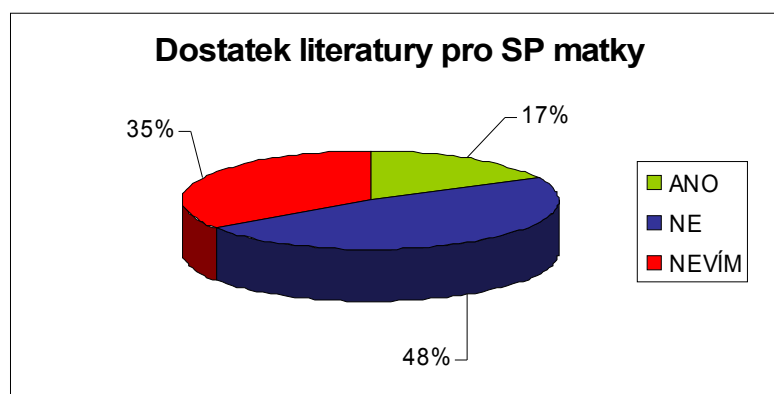
„Nevím, když jsem potřebovala před 25 lety, nic nebylo, nyní u třetího dítěte jsem to nezjišťovala.“

Celkem 14 matek (tj. 61 %) se vyjádřilo, že je velký nedostatek specializovaných seminářů, uvítaly by jich více a v častějších frekvencích. Sedm matek (30 %) nemělo vyhraněný názor, všechny měly odrostlejší děti a o takto zaměřené semináře se již nezajímaly. Uváděly odpověď „NEVÍM“; vyhodnocení této odpovědi jsem zařadila do tabulky a grafu (v dotazníku nebyla uvedena jako možnost k zaškrtnutí, matky ji dopisovaly samy.)

Otázka č. 12 – Je podle Vás dostatek literatury určené pro matky se sluchovým postižením?

V této otázce jsem chtěla ověřit názor neslyšících matek na četnost speciálních publikací o péči o novorozence určených pro neslyšící.

ANO	NE	NEVÍM
4	11	8



Některé matky poskytly otevřenou odpověď:

„ANO, ale neslyšící nejsou dostatečně informované.“

„ANO – jednu knihu vlastním, koupenou ve FRPSP, pro mne byla moc jednoduchá, ale myslím si, že pro rodiče se SP, kteří mluví znakovým jazykem je vhodná.“

„Ano – ale určeno pro neslyšící maminky mi docela chybělo i když je porodnický slovník – ale mohlo by se rozšířit na vysvětlení.“

„NEVÍM – před dvaceti pěti lety nebylo nic, když jsem potřebovala. Dnes je to lepší, ale mám už 3. dítě, tak nepotřebuju, vše vím.“

„Nevím, nezjišťovala jsem to. Nevím, jakou literaturu určené pro SLUCHOVĚ postižené matky máte na mysli? Literatura se dá získat všude bez ohledu na to kdo má toto postižení či nikoliv.“

Jedna matka poskytla nepřímou odpověď, nebyla proto zařazena do tabulky a následně do grafu. Její odpověď uvádím, jelikož si myslím, že je velmi zajímavá a vystihující problém dostatečnosti a obsahu publikací pro sluchově postižené rodiče.:
„Co je to dostatek? Kdo chce, tak si potřebnou literaturu najde. Co je to literatura pro matky se SP? Publikace s texty ve ZJ? Něco jiného tedy jsou publikace ve ZJ, těch není tolik, ale tady je stále otázka, co je to dostatek? Jedna kvalitní publikace, nebo deset neucelených...“

Řada matek neměla vyhraněný názor k dostatku literatury, která je pro ně určená. Uváděly odpověď „NEVÍM“; vyhodnocení této odpovědi bylo zařazeno do tabulky a grafu. Matky si pochopitelně vyhledávaly informace v tištěné podobě, jen se

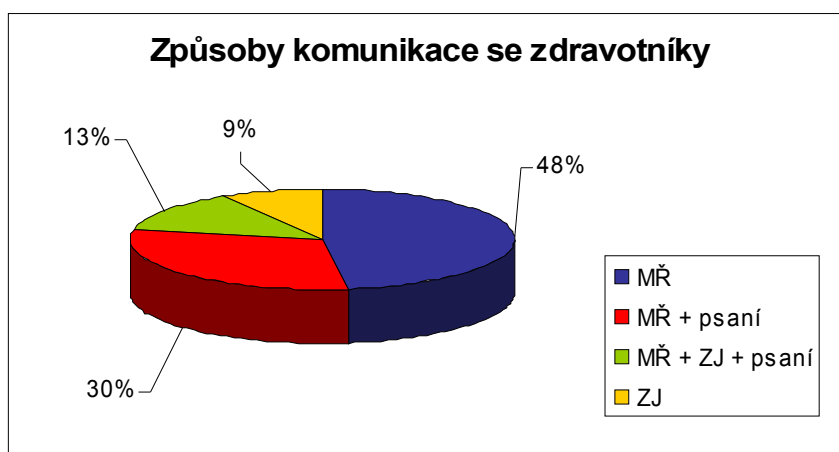
neseznámily s literaturou, o které se píše v kapitole 4.1. „Hodnocení zdrojů informací pro matky se sluchovým postižením.“

Otázka č. 13 – Jak jste komunikovala se zdravotníky?

Cílem otázky je zjištění jednotlivých forem komunikace a jejich kombinací, které matky se sluchovým postižením využívaly v kontaktu se zdravotnickým personálem za účelem získání informací k péči o miminko.

Údaje v tabulce jsou uvedeny ve zkratkách – MŘ = mluvená řeč, ZJ = znakový jazyk, ZNČ = znakovaná čeština.

MŘ	MŘ + psaní	MŘ + ZJ + psaní	ZJ
11	7	3	2



Většina matek (48 %) v kontaktu se zdravotníky komunikovala mluvenou řečí za pomoci odezírání. Dále matky vedle orální komunikace hodně využívaly možnosti psaní, zdravotníci jim psali ne příliš frekventovaná slova, která se matkám nedařilo odezřít, nebo jim zaznamenávaly termíny a hodiny návštěv a jiné údaje. Další matky se kromě těchto dvou uvedených komunikačních technik dorozumívaly pomocí znaků, které personál ovládal (viz kapitola 2.2. „Centrum pro matky se sluchovým postižením“).

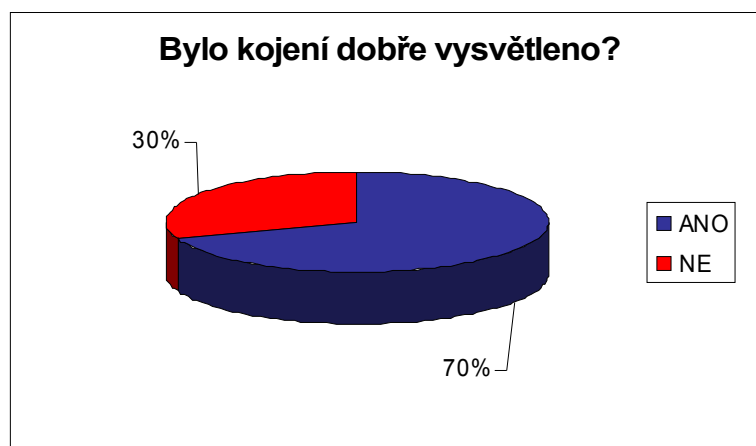
Zde bych chtěla především poukázat na fakt, že některé matky (celkem 5 matek) při instruktáži od zdravotníků o péči o dítě vedle dorozumívání se mluvenou řečí a psaním, využily i služeb tlumočnicka. Z toho pouze dvě matky komunikovaly

a získávaly informace jeho prostřednictvím; v tabulce jsou zařazené v kolonce „znakový jazyk“.

Otázka č. 14 – Byly Vám v porodnici dobře vysvětleny informace ohledně kojení?

Cílem otázky je zjištění, zda byla matkám v porodnici podaná dostatečná instruktáž kojení nebo jestli musely pomoc ohledně kojení hledat jinde, např. u laktační poradkyně, u pediatra apod.

ANO	NE
16	7



a) pokud NE, jaké informace Vám chyběly?

„Co je normální kojení – každé dvě hodiny? A co je nabývání váhy? Když nepřibírá – také normální? Stále hubne – a mám mléko – proč nepřibírá?“

„Frekvence (minimální odstup mezi kojeními) a délka samotného kojení.“

„NE to je asi jediná věc, která byla „problém“. Něco jsem věděla ze seminářů, ale v porodnici se mi to jaksi nedostalo. Chyběly mi informace jak odšťikávat a vůbec, že je třeba odšťikávat, jak moc, ... U druhého dítěte to již bylo v pohodě.“

„U prvního dítěte mi nevysvětlili. Chyběly mi informace o kojení. Například jsem trpěla bolestmi od nalitých prsů, protože jsem nevěděla, že se prsa musí vyprazdňovat. Sestra mi to vysvětlovala, ale já jsem jí nerozuměla, byla nepříjemná, bála jsem se zeptat... nenaučila jsem se kojit, miminko jsem pak krmila umělou výživou. U druhého dítěte mi sestra vysvětlila správnou techniku kojení.“

„NE, v Německu jiný jazyk, musela jsem bojovat, domyslet si jak kojit. U druhého dítěte Na Bulovce – žádné vysvětlení, sestry byly protivné. U třetího dítěte už jsem znala, v porodnici jsem teprve dostala pořádné informace.“

„ANO, s tlumočnicí.“

„Při nácviu kojení jsem měla tlumočnice, abych dobře rozuměla, co mi říkají a jestli to dělám správně. Dobře, že tam byla.“

„Ne – sestra mluvila a já nerozuměla, sestra myslela, že vše vím. Informace o kojení mi dal až dětský lékař.“

„Ne – pomohla laktační poradkyně.“

Většina matek (65 %) byla s instruktáží kojení a množstvím podaných informací o kojení spokojena. Některý matkám se dostalo pomoci mimo porodnici – od dětského lékaře, laktační poradkyně. Další matky při nácviu kojení komunikovaly se zdravotními sestrami prostřednictvím tlumočnicka.

Otázka č. 15 – Dali Vám v porodnici i další nutné informace ohledně péče o dítě?

Celkem 11 matek stručně odpovědělo „ANO“. Další 3 spokojené matky odpověď rozšířily:

„ANO, všechny informace jsem dostala, a hlavně jsem potřebovala pomoc při bolení břicha.“

„ANO – 1. den ukázali, 2. den jsem o dítě pečovala sama, 3. den už jsem uměla a ještě se ptali, zda ještě nepotřebuji něco vysvětlit.“

„Ano – vše jak u slyšící matky, jen já jsem přinesla z domova blikací kvůli pláči dítěte.“

Odpovědi ostatních, celkem 9 matek, které měly výhrady:

„Ano, informace se tam poskytovaly, pro mne bez tlumočnicka to ale nebylo vůbec přínosné. Ale něco jsem věděla již ze semináře atd.“

“U prvního dítěte mi zdravotní sestra vysvětlovala, jak mám o miminko pečovat, ale některé informace jsem nerozuměla. Druhé dítě jsem rodila u Apolináře a tam mi vysvětlili prakticky vše a byla jsem spokojená.“

„Ano dali – koupání (bylo to rychlé a pro mě drsné), přebalování, starostlivost o pupík a bezpečnostní informace (zadušení, správný spánek, ucpaný nos další). Musela jsem být plně soustředěna na mluvenou řeč, některé informace mi unikaly.“

„Sestra vše ukázala, koukala jsem na ni, jak to dělá.“

„1. dítě – sledovala jsem, jak sestry přebalovaly apod.

2. dítě – u toho byla tlumočnice, i když jsem znala informace.

3. dítě – stejné jako první, tlumočnici jsem neměla.“

„Ano, ale mohlo být lepší...“

„Ani ne, snad kdybych se hodně ptala. Ale u první mi jedna sestra napsala na mou prosbu pro kontrolu seznam potřebných věcí pro miminko po příchodu domů.“

„Ano, dali. Ale pouze stručně. Více informací jsem získala od svoji sestry, která má malou holčičku a také formou literatury (knihy a časopisy).“

„Zčásti ano, ale též na vyžádání – můj chlapeček byl dlouho pod UV lampou kvůli žloutence, takže jim uniklo, že mi to vlastně nevysvětlili.“

Většina matek byla s množstvím podaných informací v porodnici spokojená. Jen 9 matek mělo k péči zdravotníků (sester, porodních asistentek) výhrady. Informace jim byly poskytnuty buď špatnou formou, nebo byly svým obsahem nedostatečné.

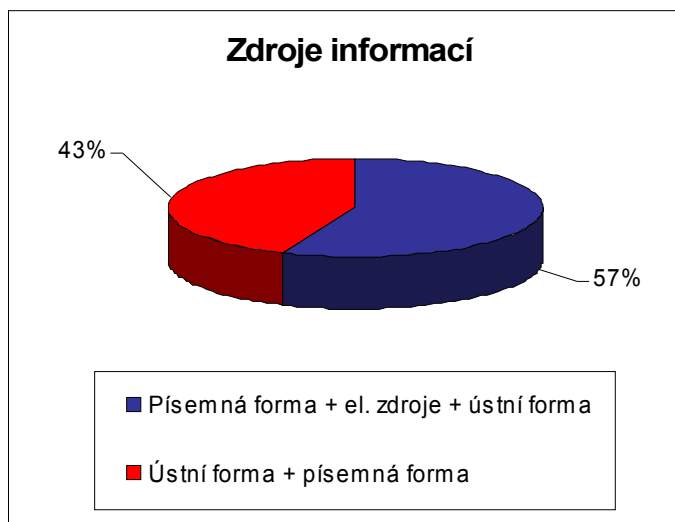
Otázka č. 16 – Nebo jste tyto informace získala.....

Zde bylo cílem získat vyjádření matek ohledně zdrojů, ze kterých čerpaly po odchodu z porodnice další důležité poznatky k péči o novorozence. Celkem 7 matkám poskytl některé rady dětský lékař, na laktační poradkyni se při potížích s kojením obrátila pouze jedna matka; při nácviku správného kojení využila služby tlumočnicka.

Pro vytvoření přehledného grafu byly jednotlivé zdroje informací rozděleny do skupin:

1. skupina – ústní forma: dětský lékař, matka, kamarádka, laktační poradkyně, semináře SRP Tamtam, předporodní kurzy
2. skupina – písemná forma: knihy, časopisy
3. skupina – elektronické zdroje: internet

Písemná forma + el. zdroje + ústní forma	Ústní forma + písemná forma
13	10



a) jaké knihy nebo časopisy?

„Kniha: Dítě a já, časopis Děti a my, Betyнка apod. Ale u časopisu jsem se ne vždy dočetla o novorozencích. Časopisy jsem kupovala později. U druhého dítěte už ne.“

„Co čekat v radostném očekávání, další – už si nevzpomínám, půjčené od kamarádky, Kojení pro sluchově postižené matky (tenká brožurka růžová – velmi super).“

„Knihy: Péče o novorozence a kojence, Nová kniha o matce a dítěti, Naše dítě – v otázkách a odpovědích. Časopisy: Miminko, Betyнка, Máma a já, Maminka, ...“

„To bylo více publikací, část pro SP a část běžné publikace, „Dítě....“

„Velká kniha o dítěti a jiné.“

„Nepamatuji, půjčila jsem v knihovně.“

Otázka č. 17. Kde jste se dozvěděli o signalizačních pomůckách?

Celkem 15 matek uvádělo podobné odpovědi, že si na to již nevzpomínají, o existenci signalizace pláče věděly již dávno.

Odpovědi dalších matek:

„Běžně je dávno používáme, těžko říci, kde jsme se o nich dozvěděli. Když jsme čekali děti, automaticky jsme si je šli pořídit. Prostě jsme věděli, že něco takového již existuje, od jiných SP, z nabídky firem zajišťujících tyto KP, z tisku, z internetu...“

„Od kamarádů, ve FRPSP, na internetu jsem vyhledala, co by mi vyhovovalo, zkoušeli jsme v prodejnách.“

„Věděla jsem o nich už dlouho, ale u kamarádky se SP jsem to viděla poprvé. Má o rok starší dítě než moje první.“

„Žádnou signalizaci jsem neměla, držela jsem ve spánku postýlku, a když dítě brečelo, cítila jsem vibrace. U druhého dítěte jsem si koupila světelnou signalizaci.“

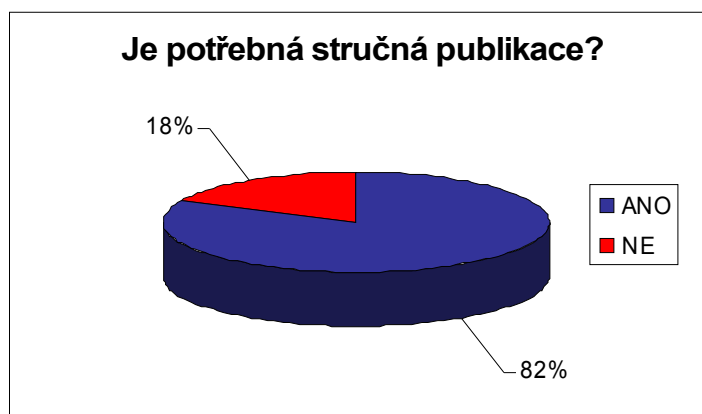
„Baby alarm – informace z kompenzačních pomůcek.“

„Světelná signalizace, 1. signalizace byla koupená v klubu PSN, 3. signalizace ve Federaci.“

„Svaz invalidů.“

Otázka č. 18 – Uvítali byste při odchodu z porodnice stručnou publikaci s nejdůležitějšími radami ke kojení, přebalování, koupání, hygieny dítěte...?

ANO	NE
18	4



a) proč?

„ANO, ale v podstatě toho hodně bylo v reklamních materiálech od firem vyrábějících pomůcky, doplňky pro mimina.“

„V roce 2007 jsem dostala publikaci: Rodiče a já ...než budu školákem.“

„ANO – dostala jsem takovou knížku, ale nerozuměla jsem jí.“

„Myslím si ze těch knih je dost – i stručné – viz letáky a tak ale ve ZJ není!! to by se mělo udělat.“

„Je to důležité, může se stát, že matka nebude moci úplně rozumět, tak si pak může až doma zjistit ale i mnoho podobných. Nejlépe v psané češtině speciálně pro neslyšící.“

„Líbilo mi na internet ve znakovém jazyce.“

„Pro začátek, hlavně kojení s kontaktem SMS k paní laktanční poradkyni (vím o tom, měla jsem takové problémy).“

Jedna matka nezaškrtnula žádnou odpověď, vyjádřila se otevřenou odpovědí:

„V porodnici, kde jsem rodila stručnou publikaci našťestí měli, tak jsem byla upřímně za ni ráda. Nebýt jí tak bych to měla těžké, jelikož personál na šestinedělím ne vždy ochotný byl. Zpočátku mi vše ukázali, ale pak už to bylo jen na mě.“

Další matky (celkem 10 matek) uváděly velice podobné a zjednodušené odpovědi – například *„Ano, přednosti obrázků.“* Z podobných odpovědí vyplynulo, že by se jim publikace, jejíž předností by byly základní informace, věnující se všem oblastem péče o miminko a jenž by byly doprovázené znázorňujícími ilustracemi, zamlouvala.

5.5. Nedostatky

U položky č. 7 *„Kdy (v kterém měsíci) byl Vašemu dítěti/dětem vyšetřen sluch?“* – většina matek dopisovala k výběru vyšetření sluchu čísla (v pořadí dětí narozených jako první, druhé), pár neslyšících matek nevědělo, zda se ptám pouze na jedno jejich dítě, jelikož na odpověď měly pouze jednu řádku. Měla jsem pod otázku zařadit dvě linky a připsat možnosti – 1. dítě, 2. dítě... a jaké vyšetření.

Položka č. 17 *„Kde jste se dozvěděli o signalizačních pomůckách?“* – byla formulovaná nejednoznačně. Docházelo k různému pochopení a matky často uváděly ty signalizace pláče, které používaly.

V položkách č. 11. a č. 12. nebyla uvedena možnost výběru odpovědi – NEVÍM, některé matky ji tam dopisovaly samy.

5.6. Závěr šetření

V první hypotéze bylo stanoveno, že hlavními komunikačními technikami, které matky a zdravotníci ve vzájemném kontaktu využívají, jsou mluvená řeč a psaní. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že 11 (48 %) matek komunikovalo pouze mluvenou řečí za pomoci odezírání a 7 (30 %) matek k tomu využilo možnost psané formy jazyka; tím je potvrzena má hypotéza. Samozřejmě, ne vždy jsou tyto komunikační techniky spolehlivé a dostatečně informativní. Jak bylo v teoretické části práce uvedeno, technika odezírání není zcela spolehlivá, neboť při odezírání je náročné dlouhodobě udržet pozornost a maximální soustředění ze strany sluchově postižené matky, a ne vždy se daří dodržet optimální podmínky k odezírání ze strany zdravotnického personálu. U psané formy se může projevit nedostatečná slovní zásoba matky a neznalost pravidel pravopisu českého jazyka. U neslyšících matek, jejichž mateřským jazykem je znakový jazyk, se jako nejspolehlivější forma komunikace se slyšícím okolím jeví komunikace za pomoci profesionálního tlumočnicka. Z výzkumného šetření vyplynulo, že služeb tlumočnicka využilo pouze 5 (22 %) matek.

Druhá hypotéza vycházela z předpokladu, že jen polovina dotázaných matek je spokojena s instruktáží péče o dítě a s množstvím informací podaných v porodnici. Výsledky šetření se týkají dostatečnosti informací v oblasti kojení a informací ohledně další péče o dítě. Z výsledků šetření vyplynulo, že v oblasti kojení bylo spokojeno 16 (70 %) matek, zbývajících 7 (30 %) matek mělo výhrady. Co se týče informací týkajících se ostatní péče o dítě, bylo spokojeno 14 (61 %) matek a 9 (39 %) matek mělo k obsahu a způsobu podání informací výhrady. Z šetření spokojenosti matek s instruktáží od zdravotníků vyplývá, že většina matek byla spokojena – hypotéza se nepotvrdila. Nespokojenost menšího počtu matek v oblasti informací o kojení vycházela z nedostatečného či žádného vysvětlení frekvence a délky samotného kojení, vyprazdňování prsů aj. Některé matky uvedly, že při nácviku kojení pro ně byla přínosná pomoc tlumočnicka, jelikož zde byla dodržena zásada posloupnosti instruktáže – nejprve vysvětlení ve znakovém jazyce a teprve následně samotný nácvik kojení. Při instruktáži péče o miminko (koupání, hygiena aj.) často docházelo k technické bariéře, neboť matky nemohly současně sledovat práci s novorozencem a zároveň odezírat. Z tohoto důvodu jim mnohé informace unikaly, což bylo příčinou jejich nespokojenosti.

Třetí hypotéza předpokládala nedostatečné množství zdrojů informací k péči o novorozence cíleně určené matkám se sluchovým postižením. Sledované zdroje informací byly dva: specializované semináře a literatura pro sluchově postižené matky.

Počet seminářů věnujících se péči o novorozence či kojence, které jsou určeny speciálně neslyšícím matkám, posuzuje jako nedostatečný většina matek – 14 (61 %). Druhá skupina – 7 (30 %) matek nemá k počtu seminářů vyhraněný názor; 2 (9 %) matky uvedly, že je podle jejich názoru počet seminářů dostatečný. Matky často uváděly svou účast na seminářích určených pro slyšící veřejnost, kde měly k dispozici služby profesionálního tlumočnicka.

Množství literatury, určené matkám se sluchovým postižením, hodnotilo nejvíce matek – 11 (48 %) jako nedostatečný, 4 (17 %) matky jako dostatečný, vyhraněný názor nemělo 8 (35 %) matek. Jak některé matky uvedly, mělo by se vytvořit více publikací ve znakovém jazyce a rozšířit již existující porodnický slovník.

Třetí hypotéza o nedostatečnosti zdrojů pro sluchově postižené matky byla prokázána přesto, že řada matek neměla na problém vyhraněný názor.

Čtvrtá hypotéza předpokládá zájem neslyšících matek o publikaci, která by shrnovala základní informace o péči o novorozence formou přístupnou pro sluchově postižené matky. Celkem 18 (82 %) matek vyjádřilo zájem o takovou publikaci, zbývajícím počtem matek – 4 (18 %) o ni zájem nemělo. Výsledek šetření stanovenou hypotézu potvrdil.

Závěr

Každá sluchově postižená matka, která začíná pečovat o své dítě, má právo dostat stejné informace jako slyšící matky, u kterých není komunikační a jazyková bariéra. Práce je věnována matkám, které mají závažnou sluchovou vadu; u jejich naprosté většiny byla diagnostikována praktická hluchota. Přesto byly mezi matkami z hlediska jejich komunikačních schopností a znalosti českého jazyka v mluvené a psané formě značné rozdíly. Původně jsem měla představu, že práce bude zaměřena především na neslyšící matky, jejichž mateřským jazykem je znakový jazyk. Při práci s touto skupinou bylo možno očekávat omezené zdroje informací, ze kterých by tyto matky mohly čerpat. Záměr se zcela nezdařil, jelikož počet neslyšících matek, které se zúčastnily dotazníkového šetření, byl malý. Práce je proto zaměřena i na sluchově postižené matky, které nemají jazykové potíže a nedostatek informací získaných sluchovou cestou kompenzují čtením tištěných informací, kterých je dnes díky velkému rozvoji internetu a množství vydávaných běžných publikací velmi mnoho. Předpokládala jsem také, že všechny matky, i sluchově postižené, mají již před porodem snahu si vyhledávat informace, které po porodu uplatní v péči o své dítě. Proti mému očekávání se ukázalo, že třetina matek, které se zúčastnily mého výzkumu, takto neučinila. Jednalo se převážně o znakové neslyšící matky.

Úkolem zdravotníků v porodnici je zprostředkování podstatných informací o péči o miminko a umožnit matkám získání potřebných dovedností. Sluchově postižené matky zde velice často narážejí na řadu komunikačních bariér. Zdravotníci ne vždy znají problematiku komunikace se sluchově postiženými jedinci. Jen stručně si uvedme zásady, které mohou usnadnit komunikaci a podání informací matce – mluva v plynulém tempu se zřetelnou, ale nepřehnanou artikulací, vyjádření v jednodušších větách, ale ne na úkor množství podaných důležitých informací a umět navazovat zpětnou vazbu. Další zásady komunikace se sluchově postiženými jsou k dispozici na internetových portálech věnujících se problematice sluchového postižení. Je na místě stále zvyšování povědomí zdravotníků o komunikaci s neslyšícími a udržování těchto znalostí. Při vzdělávání sluchově postižených matek by měli zdravotníci dbát, aby zbytečně nevznikla technická bariéra. Dochází k ní velmi často, především v tom

případě, když si zdravotník neuvědomí, že matka nemůže zároveň sledovat, co on s dítětem dělá a zároveň co u toho říká. Mnoho informací matce tímto způsobem uniká nebo dochází ke zkreslení přijatých informací a k jejich následnému nepochopení. Některé neslyšící matky, které komunikují převážně prostřednictvím znakového jazyka, využívají při instruktáži od zdravotníků služeb tlumočnicka. Mají tak jistotu, že se jim dostanou všechny informace v nezkrácené podobě. Služeb tlumočnicka však využilo pouze 5 matek, které se mého šetření zúčastnily.

V teoretické části jsem se obšírněji zmínila o projektu, který vznikl v roce 2004 v podolské porodnici v Praze, kde je personál, věnující se rodičkám a čerstvým matkám proškolen v komunikaci se sluchově postiženými. Podobný projekt probíhá i ve FN Olomouc. Domnívám se, že by bylo ideální, kdyby vznikala centra pro sluchově postižené matky i v jiných porodnicích. Výhodou speciálních zařízení je i screening sluchových vad, který se provádí nejen dětem sluchově postižených rodičů. Pochopitelně především sluchově postižené rodiče zajímá, zda jejich dítě slyší dobře, nebo jestli po nich zdědilo sluchovou vadu. Pomocí screeningu sluchu mají možnost, pokud se jedná o fyziologický porod, zjistit stav sluchu již do 4. dne od narození. Odpadá tak dlouhodobá nejistota, zda jejich dítě slyší či ne. Dalo by se říci, že se názory neslyšících rodičů na možnou vadu sluchu jejich dítěte liší. Většina rodičů si říká, hlavně aby bylo zdravé; nevádí, jestli slyší, či ne. Jiní rodiče si velmi přejí, aby jejich dítě slyšelo, neboť sami každodenně čelí důsledkům své vlastní sluchové vady, které se projevují především v oblasti komunikace. Tudíž znají z vlastní zkušenosti všechny problémy neslyšících a nechtějí, aby toto zažívalo i jejich dítě. U některých rodičů, kteří se sami označují za Neslyšící s velkým N, a kteří svoji sluchovou vadu nevnímají jako postižení, ale cítí se být členy této jazykové a kulturní menšiny, se objevuje přání, aby jejich dítě také neslyšelo.

Za podpory Federace rodičů a přátel sluchově postižených a Střediska rané péče Tamtam vznikly publikace, semináře a dva DVD-ROMy, z nichž jeden pojednává o bariérách ve zdravotnictví a druhý je shrnutím porodnické terminologie. Z výzkumu přesto vyplývá, že těchto speciálních projektů je stále málo. Ideální by bylo vytvořit publikace, které by splňovaly kritéria textu pro neslyšící, případně využívaly komunikační techniky SignWritingu (znakopisu). Přínosné by mohlo být i vytvoření

dalších DVD ve znakovém jazyce. Například multimedialní projekt, který by pomocí krátkých videoukázek demonstroval základní úkony při péči o dítě komentované tlumočnickem znakového jazyka. Žádoucí je i rozšíření slovníků porodnické terminologie. Zajímavá by mohla být nejen pro neslyšící matky webová stránka, která by shromažďovala informace k péči o novorozence i o větší dítě, která by byla vytvořena v češtině pro neslyšící a opatřena nahranými tlumočenými informacemi resp. titulky. Pro sluchově postižené matky by jistě byly přínosem také čtenější a pravidelně pořádané semináře v různých organizacích, tématicky související s mateřstvím a rodičovstvím.

Informačních deficit ohledně péče o dítě řeší sluchově postižené matky i společným setkáváním, kde si vyměňují své zkušenosti i názory na výchovu a péči o dítě. Za tímto účelem v nedávné době vznikl ve Federaci rodičů a přátel sluchově postižených Rodičovský klub, kde se scházejí matky se sluchovým postižením a kde se realizují semináře a aktivity pro maminky a jejich malé děti. Domnívám se, že by bylo vhodné založit takové kluby i v dalších větších městech.

Seznam použité literatury a pramenů

- CZUMALOVÁ, A. *Tlumočník jako most komunikace mezi slyšícím zdravotníkem a neslyšícím pacientem: materiál určený pro zdravotnický personál*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s., 2008. ISBN 978-80-87153-86-4
- DINGOVÁ, N. *Desatero pro komunikaci s neslyšícím člověkem za přítomnosti tlumočníka*. Praha: ČKTZJ, 2007.
- FUNK, H.; TRATZKI, CH.; TRATZKI, S. *Naše dítě je tu – průvodce pro neslyšící rodiče*. Praha: Scientia, 2003. ISBN 80-86792-01-3
- FREEMAN, R. a kol. *Tvé dítě neslyší?* Praha: FRPSP, 1992.
- GREGORA, M.; PAULOVÁ, M. *Péče o novorozence a kojence – Maminčin domácí lékař*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2564-2
- HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-162-8
- HORVÁTHOVÁ, K. *Mateřství ženy se sluchovým postižením – těhotenství, porod a péče o dítě*. [diplomová práce]. Praha: PedF, 2007.
- HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: Nakladatelství Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6
- HROBOŇ, M. a kol. *Nedoslýchavost*. Praha: Makropulos, 1998. ISBN 80-86003-13-2
- HRUBÝ, J. a kol. *Technická příručka pro sluchově postižené*. Praha: Horizont, 1987.
- HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu* 1. díl. Praha: FRPSP, 1999. ISBN 80-7216-096-6
- HUDÁKOVÁ, A. [ed.], *Ve světě sluchového postižení*. Praha: FRPSP, 2005. ISBN 80-86792-2-7
- CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005.
- KABELKA, Z. *Screening sluchu*. Praha: Gong, 2007, roč. 13, č. 5
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9

- KLIMOVÁ, A. *Jak kojit? Rady sluchově postiženým maminkám*. Brno, 1997.
- KOMORNÁ, M. *Psaná čeština a čeští neslyšící*. Praha: Info zpravodaj, 2007, roč. 15. č. 3
- KRAHULCOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. ISBN 80-7184-239-7
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0329-2
- KREJČÍŘOVÁ, O. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Praha: Eteria, s.r.o., 2002.
- KŘEŠŤANOVÁ, L. *Seminář o výživě malého dítěte*. Praha: Gong, 2004, roč. 33, č. 1
- KUCHAŘOVÁ, L. *Jazyk neslyšících: co víme, co nevíme a co bychom měli vědět o českém znakovém jazyce*. Praha: FF UK, 2005.
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido-edice pedagogické literatury, 2003. ISBN 80-7315-038-7
- MOTEJZÍKOVÁ, J. *Praktická hluchota?!* Praha: Info zpravodaj, 2004, roč. 12, č. 4, s.18
- MOTEJZÍKOVÁ, J. *Screeningové vyšetření sluchu: zkušenosti a možnosti*. Praha: Info zpravodaj, 2008, roč. 16, č. 4
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Akademia, 1997. ISBN 80-200-0625-7
- NEDĚLKOVÁ, D. *Dětský lékař od americké lékařské asociace*. Praha: Práh, 2007.
- NĚMEČKOVÁ, A. *Jemná a hedvábná*. Praha: Maminka, 2002.
- NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie – Poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami*. Praha: vlastním nákladem, 1994.
- NOVÁK, A. *Nedoslychavost a sluchadlo*. Praha: Svaz neslyšících a nedoslychavých, 1994.
- PELIKÁNOVÁ, J. *Konečně doma!* Praha: Maminka, 2009.

- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido-edice pedagogické literatury, 1998. ISBN 80-85931-65-6
- POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0766-3
- POTMĚŠIL, M.; ŠEDIVÁ, Z. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Nakladatelství Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-744-8
- PULDA, M.; LEJSKA, M. *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1996. ISBN 80-7013-226-4
- SOURALOVÁ, E.; LANGER, J. *Surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1084-2
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1980.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1978.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1981.
- STRNADOVÁ, V. *Hádej, co říkám aneb odezírání je nejisté umění*. Praha: ASNEP, 2001. ISBN 80-903035-0-1
- STRNADOVÁ, V. *Současné problémy české komunity neslyšících I., Hluchota a jazyková komunikace*. Praha: Katedra českého jazyka, FF UK, 1998. ISBN 80-85899-45-0
- STRNADOVÁ, V. *Specifické problémy neslyšících rodičů se slyšícími dětmi*. Praha: Gong, 2002, roč. 31, č. 10
- ŠÁNDOROVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z komprehenzivní surdopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-605-X
- ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených*. Praha: Septima, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-7216-232-2
- ŠMÍDOVÁ, M. *Vyšetření sluchu u novorozenců v ČR*. Praha: Info zpravodaj, 2000, roč. 8, č. 4, s. 9
- ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003.

TYPLTOVÁ, P. *Průběh těhotenství ženy se sluchovým postižením a raná péče o dítě z pohledu komunikačních možností*. [diplomová práce]. Praha: PedF, 2007

Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. [online] [cit. 9. prosince 2009]. Dostupné na WWW: <http://ruce.cz/clanky/499-novela-zakona-o-znakove-reci>

ELEKTRONICKÉ ZDROJE INFORMACÍ

Audiocentrum Tv. [online] [cit. 13. prosince 2009]. Dostupné na WWW:

<http://www.audiocentrumtv.cz>

Kojení. [online] [cit. 5. prosince 2009]. Dostupné na WWW:

<http://www.kojeni.cz/texty.php>

Kojení. [online] [cit. 5. prosince 2009]. Dostupné na WWW:

<http://www.porodnice.cz/kojeni-menu>

Péče o dítě. [online] [cit. 6. prosince 2009]. Dostupné na WWW:

<http://rybilka.cz/rybilka-menu/pece-o-detatko.htm>

Kompone. [online] [cit. 6. prosince 2009]. Dostupné na WWW:

<http://www.kompone.cz>

DVD-ROM

STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAMTAM. *Zdravotnictví bez bariér*. FRPSP, 2006.

STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAMTAM. *Slovník znakového jazyka - terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence*. FRPSP, 2005.

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro matky se sluchovým postižením

DOTAZNÍK PRO MATKY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

1. Kolik je vám let?

- a) 20 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 35
- d) 36 – 40
- e) 41 – 45

2. Jakou ztrátu sluchu máte?

ÚPLNÁ HLUCHOTA PRAKTICKÁ HLUCHOTA NEDOSLÝCHAVOST (LEHKÁ, STŘEDNÍ, TĚŽKÁ)

3. Jakou ztrátu sluchu má Váš partner?

ÚPLNÁ HLUCHOTA PRAKTICKÁ HLUCHOTA NEDOSLÝCHAVOST (LEHKÁ, STŘEDNÍ, TĚŽKÁ) SLYŠÍCÍ

4. Jak spolu komunikujete?

MLUVENÁ ŘEČ ZNAKOVÝ JAZYK ZNAKOVANÁ ČEŠTINA PÍSEMNÁ FORMA

5. V kterém roce se narodilo Vaše dítě/děti?

6. V jakém městě/porodnici se narodilo Vaše dítě/děti?

7. Kdy (v kterém měsíci) byl Vašemu dítěti/dětem vyšetřen sluch?

do 4. dne po narození do konce 1. měsíce do konce 6. měsíce do konce 12. měsíce

8. Zjišťovala jste si informace o péči o dítě již před porodem?

ANO NE

9. Absolvovala jste předporodní kurzy, kde jste se dozvěděla něco o péči o dítě?

ANO NE

a) a kde?

10. Zúčastnila jste se některého semináře o péči o novorozence, který pořádalo SRP Tamtam?

ANO NE

a) jaká informace byla pro Vás zajímavá?

b) byly tyto informace dostačující?

11. Je podle Vás dostatek seminářů o péči o novorozence (kojence, batole) pro matky se sluchovým postižením?

ANO NE

12. Je podle Vás dostatek literatury určené pro matky se sluchovým postižením?

ANO NE

13. Jak jste komunikovala se zdravotníky?

MLUVENÁ ŘEČ ZNAKOVÝ JAZYK ZNAKOVANÁ ČEŠTINA PÍSEMNÁ FORMA

14. Byly Vám v porodnici dobře vysvětleny informace ohledně kojení? (např. technika kojení, frekvence kojení, zapisování váhy před a po kojení)

ANO NE

a) pokud NE, jaké informace Vám chyběly?

15. Dali Vám v porodnici i další nutné informace ohledně péče o dítě?

(např. koupání – teplota vody..., přebalování, tišení pláče..)

16. Nebo jste tyto informace získala....

KAMARÁDKA DĚTSKÝ LÉKAŘ MATKA INTERNET KNIHY ČASOPISY
SEMINÁŘE TAMTAM PŘEDPORODNÍ KURZY ŠKOLA LAKTAČNÍ PORADKYŇĚ

a) jaké knihy nebo časopisy?

17. Kde jste se dozvěděli o signalizačních pomůckách?

18. Uvítali byste při odchodu z porodnice stručnou publikaci s nejdůležitějšími radami ke kojení, přebalování, koupání, hygieny dítěte...?

ANO NE

a) proč?
