

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Průběh těhotenství ženy se sluchovým postižením a raná péče o dítě
z pohledu komunikačních možností**

Diplomová práce

Autor: Bc. Petra Typltová

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Hádková, PhD.

2007

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Pro: Petra Typltová

Bydliště: Obránců míru 146/6, 533 12 Chvaletice

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Typ studia: prezenční

Název diplomové práce: Průběh těhotenství ženy se sluchovým postižením a raná péče
o dítě z pohledu komunikačních možností

Zásady pro vypracování:

- 1) Úvod
- 2) Teoretická část
- 3) Empirická část – dotazníkové šetření
- 4) Závěr

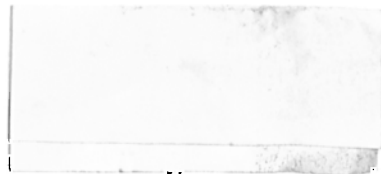
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Hádková, PhD.

Měsíc a rok dokončení diplomové práce: duben 2007

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své diplomové práce ve studovně knihovny Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

V Praze dne 11.4. 2007



Bc. Petra Typltová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří přispěli k sepsání této diplomové práce. Jmenovitě by to byla paní PhDr. Kateřina Hádková, PhD. a MUDr. Helena Slavíková. Dále velice děkuji za nepostradatelné informace a ochotu pracovníkům Informačního centra ve Federaci rodičů a přátel sluchově postižených ve Stodůlkách. Další poděkování patří Středisku rané péče TAMTAM. Jako poslední bych chtěla vyjádřit poděkování všem neslyšícím maminkám, které se zúčastnily mého dotazníkového výzkumu a podělily se se mnou o své zkušenosti, neboť bez nich by se má diplomová práce neobešla.

Bc. Petra Typltová

ANOTACE

Tato diplomová práce se snaží poskytnout základní informace týkající se tématu těhotenství ženy se sluchovým postižením.

První část práce se zabývá základními informacemi o druzích a typech sluchového postižení. Další část práce se věnuje popisu vhodných forem komunikace mezi lékařem a pacientem se sluchovým postižením a jejich využití.

V následujících částech je ústředním tématem období těhotenství, dále průběh porodu a následná péče o novorozence. Ve všech těchto kapitolách se tato diplomová práce snaží poukázat na problémy, které mohou nastat při samotné komunikaci mezi těhotnou ženou a lékaři.

Poslední část je věnována vyhodnocení dotazníkového šetření, kterým jsem zjišťovala, zda se u neslyšících maminek vyskytly komunikační problémy právě v období těhotenství, a dále jsem hledala odpovědi na některé otázky týkající se informovanosti maminek.

ANNOTATION

This diploma work would like to provide basic information concerning pregnancy of woman with hearing disabilities.

The first chapters of work are attempted to divide and to describe basic types of auditory handicaps. The following part of this work deals with description and usage communication forms between doctor and patient with hearing disabilities.

The following parts are confused on information about pregnancy of woman, during childbirth and post-action care about new-born child. All these chapters of work like to try to point out the problems, what can occur in communication between pregnant woman and the doctors.

The close of this diploma work is evaluation of my answer sheet. I tried to ascertain facts about communication problems of mothers during the pregnancy and informed ness of deaf mothers.

OBSAH

ÚVOD	8
1. PŘIBLÍŽENÍ SLUCHOVÝCH VAD A PORUCH.....	9
1.1 TYPY SLUCHOVÝCH VAD A PORUCH DLE MÍSTA POSTIŽENÍ.....	9
1.2 TYPY SLUCHOVÝCH VAD DLE STUPNĚ.....	11
1.3 SLUCHOVÉ VADY A PORUCHY DLE DOBY VZNIKU	14
1.3.1 <i>Hluchota prelingvální a postlingvální</i>	14
1.4 NESLYŠÍCÍ JAKO JAZYKOVÁ A KULTURNÍ MENŠINA.....	15
2. ČLOVĚK SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM JAKO PACIENT.....	17
2.1 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA	17
2.1.1 <i>Desatero kontaktu se sluchově postiženými</i>	20
2.2 KOMUNIKACE U LÉKAŘE	21
2.2.1 <i>Využití ústní komunikace</i>	22
2.2.2 <i>Využití písemné komunikace</i>	25
2.2.3 <i>Využití tlumočnických služeb</i>	27
2.2.4 <i>Využití odezírání</i>	31
3. OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ U ŽENY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM	37
3.1 PRENATÁLNÍ PÉČE	37
3.1.1 <i>Vyšetření v průběhu těhotenství</i>	37
3.1.2 <i>Centrum pro neslyšící maminky</i>	41
3.2 PRO MAMINKY A ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL	44
4. OBDOBÍ PORODU.....	48
5. OBDOBÍ PO PORODU	52
5.1 SCREENING SLUCHOVÝCH VAD.....	52
5.2 METODY TESTOVÁNÍ SLUCHU.....	55
5.3 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY SIGNALIZUJÍCÍ PLÁČ DÍTĚTE	56
5.4 RANÁ PÉČE O DÍTĚ	57
6. RODIČE SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	60
6.1 NESLYŠÍCÍ RODIČE A JEJICH SLYŠÍCÍ DÍTĚ.....	62
6.2 NESLYŠÍCÍ RODIČE A JEJICH NESLYŠÍCÍ DÍTĚ.....	63
7. PRAKTICKÁ ČÁST	66
8. ZÁVĚR	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
SEZNAM PŘÍLOH.....	88

Úvod

Cílem této práce je částečně nastínit problémy, které musí řešit sluchově postižená žena v období těhotenství, porodu a následně při péči o své narozené miminko. Práce podává informace o možnostech komunikace budoucí maminky se sluchovým postižením. Samotné těhotenství je pro každou ženu nová a náročná situace a pokud maminka nedostává důležité informace, může se toto období pro ni stát mnohem náročnější. Nedostatek informací je dán samotným postižením znemožňující přijímání informací vnímatelných pouze či především sluchem ale také sníženou schopností čtení většiny neslyšících. Na začátku mé práce je důležité říci, že jazyková bariéra člověku komplikuje život více než samotná ztráta sluchu.

V teoretických částech bych přiblížila sluchové postižení a možnosti komunikace lidí se sluchovou vadou. Dále bych se ve svých kapitolách věnovala průběhu těhotenství u ženy se sluchovým postižením, které se v zásadě nijak neliší od těhotenství slyšících žen a následné poporodní péči o novorozence. Samozřejmě se zde zmíním i o nových možnostech, kterým se ženám v současné době dostává. V poslední části bych se ráda zaměřila na rodičovství lidí se sluchovým postižením z pohledu rané péče o jejich slyšící dítě nebo naopak dítě se sluchovým postižením (neslyšící dítě).

V praktické části jsem za pomoci dotazníků zjišťovala, zda se u maminek tyto komunikační problémy vyskytly a jak to ovlivnilo průběh jejich těhotenství. Dále jsem hledala odpovědi na některé otázky týkající se základní informovanosti maminek a také pohledu na vnímání „sluchu“ u jejich narozeného dítěte.

O tuto problematiku jsem se začala zajímat, neboť problematika těhotenství ženy se sluchovým postižením je v dnešní době aktuální a pouze částečně řešená. Touto prací bych chtěla alespoň částečně přispět ke zviditelnění problému. Cílem této práce je podnítit čtenáře k zamyšlení nad situací budoucí maminky se sluchovým postižením. Vyřešení tohoto problému spočívá v hledání společné cesty vzájemné komunikace.

1. Přiblížení sluchových vad a poruch

V první kapitole bych se ráda pozastavila u rozdělení sluchových vad, neboť v této práci je důležité správně od sebe oddělit pojmy nedoslýchavý člověk, prelingválně neslyšící či postlingválně neslyšící a Neslyšící. V obecné rovině se pod pojem neslyšící řadí jak lidé prelingválně neslyšící, tak lidé nedoslýchaví či třeba později ohluchlí. Ve své práci používám pojem lidé se sluchovým postižením, neboť podle Potměšila (1999) má tento termín širší pojetí a zahrnuje i sociální důsledky, včetně defektu řečového.

„Nestačí konstatovat, že člověk s vadou sluchu nebo člověk se sluchovým postižením je ten, kdo neslyší. Stejně jako jiné smyslové, mentální či tělesné postižení vykazuje sluchové postižení širokou škálu různých typů a rozličných stupňů závažnosti.“
(Hudáková, 2005, s. 11)

Pokud ve své práci hovořím o sluchové „vadě“, myslím tím trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy. Oproti tomuto termínu je často užíváno spojení „sluchová porucha“. Porucha sluchu je takové postižení sluchové funkce, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se může vrátit po vhodné intervenci k normálním hodnotám.
(Houdková, 2005)

1.1 Typy sluchových vad a poruch dle místa postižení

Sluchové vady jsou obvykle charakterizovány podle toho, ve které části sluchového ústrojí došlo k poškození sluchu.

1) Převodní (konduktivní) poruchy. Jejich příčinu můžeme hledat v zevním nebo středním uchu, kdy dochází k tomu, že je znesnadněn nebo přímo znemožněn převod zvuků do vnitřního ucha. Ztráta sluchu v těchto případech většinou nepřesahuje hodnotu 60 dB, takže čistý převodní typ nedoslýchavosti nikdy nevede k hluchotě, i když je převod zvuků do vnitřního ucha zcela znemožněn. Je to dáno tím, že zvuk je do vnitřního ucha veden nejen vzduchem, ale i cestou kostní. V souvislosti s převodními sluchovými poruchami mluvíme o poruchách kvantity slyšení, kdy jedinec hůře slyší řeč hlasitou oproti řeči

šeptané. Člověk s touto poruchou slyší řeč v menší intenzitě, hlasitou i šeptanou řeč slyší přibližně na stejnou vzdálenost.

Poruchy převodní jsou poměrně časté, ale naštěstí nikdy nevedou k úplné hluchotě a lze je velice dobře kompenzovat moderními elektronickými sluchadly nebo je možné je odstranit i operativně.

Mezi nejčastější příčiny patří:

- obstrukce (ucpání) vnějšího zvukovodu – nahromaděním ušního mazu a jeho ztuhnutím, což brání proniknutí zvuku k bubínku;
- zánět středního ucha – při častých zánětech může dojít ke zjizvení bubínku nebo k narušení středoušních kůstek, které se může projevit zhoršením sluchu - převodní vadou. K narušení středoušních kůstek může dojít i při úrazu. Operativně se tyto kůstky dají nahradit kůstkami z umělé hmoty (středoušní implantáty);
- otoskleróza – příčinou je přestavba labyrintu, kdy novotvořená objemnější kost způsobuje znehybnění ploténky třmínku v oblasti oválného okénka;
- cholesteatom – což je cysta tvořená šupinatou hmotou s cholesterolem. Tato cysta rozkládá kost a pokud napadne středoušní kůstky, je důsledkem převodní vada sluchu.

2) **Percepční (senzoneurální) vada** může vzniknout kdekoli v nervové části sluchové dráhy. Postiženo je především slyšení vysokých tónů. Pokud je vada lokalizována přímo v hlemýždi, jedná se o nedoslýchavost kochleární (z lat. slova kochlea – hlemýžď). Pokud je za hlemýžděm ve sluchovém nervu či dráze, jedná se o vadu retrokochleární (či centrální). Člověk s touto vadou rozeznává špatně určité hlásky, hlavně sykavky a tím také špatně rozeznává obsah slov. Vady percepční jsou závažnější než vady převodní a představují také závažnější problém diagnostický i léčebný.

Příčiny percepčních poruch mohou být:

- ototoxické látky (jedovaté pro sluchové smyslové buňky) mezi které patří například těžké kovy (zejména rtuť, olovo...), různá organická rozpouštědla, ale i některá antibiotika tzv. „mycinové“ řady. Může dojít k likvidaci většího počtu vláskových buněk a k velmi těžké vadě sluchu, někdy může dojít k úplné hluchotě. Percepční vady způsobené ototoxickými látkami jsou nejčastěji získané. Mohou však být i vrozené, jestliže matka v době těhotenství používá ototoxické látky,

např. nápoje s chininem (tonic). Vadu lze získat i v důsledku přidušení novorozeněte v průběhu porodu, neboť vnitřní ucho je velice citlivé na dobré zásobení kyslíkem;

- získané v průběhu nitroděložního vývoje a to například vlivem virového onemocnění matky, zarděnky, užívání nevhodných léků či vlivem úrazů během těhotenství;
- získané během života – v dětském věku jsou nebezpečné záněty mozkových blan a úrazy hlavy. Pokud infekce při zánětu mozkových blan (meningitidě) pronikne do vnitřního ucha, tak vlivem jizevnatých srůstů mozkových plen vždy způsobí hluchotu;
- vliv nadměrného hluku - který může být charakteru náhlého (výstřel těsně u ucha) i dlouhodobého (nadměrně hlučné pracoviště, diskotéky či rokové koncerty);
- věk, který je jedním z hlavních faktorů ovlivňující funkci sluchu. Míra těchto změn je individuální a patří sem například stařecká nedoslýchavost čili presbyakuze. Stařecká nedoslýchavost se nejdříve projevuje v oblasti vysokých tónů, takže lidé přeslechnou například zvonění telefonu či pískání konvice při vaření vody. Tato choroba postihuje stále mladší jedince, na což má rozhodný vliv i zvyšování hluku v životním prostředí.

3) *Smišená (kombinovaná) vada* znamená, jestliže se převodní i percepční poruchy vyskytnou na tomtéž uchu. Nejčastější příčinou kombinované vady je dlouhotrvající chronický středoušní zánět. (Janotová, Svobodová, 1998)

1.2 Typy sluchových vad dle stupně

Z hlediska stupně závažnosti postižení jsou nejpoužívanější termíny.

Nedoslýchavost je vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu a bývá příčinou opožděného nebo omezeného vývoje mluvené řeči. Nedoslýchavost můžeme dále členit na:

- velmi těžkou nedoslýchavost, kdy postižený vnímá mluvenou řeč v těsné blízkosti ucha a to ve značně deformované podobě;

- těžkou nedoslýchavost, která umožňuje slyšení mluvené řeči do vzdálenosti jednoho metru od ucha. Slyšení a srozumitelnost řeči jsou narušeny;
- střední nedoslýchavost umožňující poslech a porozumění řeči ve vzdálenostech jeden až tři metry od ucha mluvícího. Sluchadlo mu umožňuje běžnou komunikaci;
- lehká nedoslýchavost nepřinášející závažné potíže postiženému a umožňuje mu využití sluchu pro běžnou komunikaci s jistými omezeními (komunikace v hlučném prostředí nebo při šeptané mluvené řeči).

Ohluchlost je ztráta sluchu, která vznikla v období dokončování vývoje mluvené řeči nebo zasáhla přímo do již vytvořené mluvené řeči jako komunikačního nástroje. Ačkoliv je tu tendence k rozpadu mluvy, mohou ohluchlí s pomocí zkušeného logopeda a celého slyšícího okolí udržet dobře srozumitelnou a poměrně přirozeně znějící mluvu. Ohluchnutí ve vyšším věku může znamenat snížené schopnosti v odezírání a pro tohoto jedince je velmi obtížné smířit se s tímto handicapem, neboť již zná cenu zvuku a postrádá ho.

Zbytky sluchu je postižení neúplnou ztrátou sluchu ať vrozenou, či získanou, ale spojenou s vývojovou nemluvností nebo jiným omezením vývoje mluvené řeči. Podle Sováka sluchové zbytky sice nestačí pro vnímání mluvené řeči, ale dá se jich použít ve výchově řeči. Na základě zbytků sluchového vnímání se lépe a snáze formuje a upevňuje řeč.

Zbytky sluchu je termín nepřesný. Je to jakýsi mezistupeň mezi nedoslýchavostí a hluchotou. Rozumí se tím neúplná ztráta sluchu, která je natolik rozsáhlá, aby umožňovala sluchově postiženému vnímat plnohodnotně mluvenou řeč, je však dostačující k umělému rozvoji a výuce řeči. (Strnadová, 1998)

Hluchota je vrozená nebo v časném věku získaná ztráta sluchu. (Potměšil, 1999)
„Úplná hluchota znamená, že sluchově postižený s jakýmkoli zesílením zvuku nevnímá zvuk, pouze případné vibrace (ztráta slyšení 100%, více než 91 dB). Praktická hluchota znamená, že sluchově postižený vybavený sluchadlem vnímá zvuk mluvené řeči (ztráta slyšení 85 – 90 %, více než 71 dB), ale nerozumí.“ (Krahulcová, 2002, s. 296)
 Praktickou hluchotou se obecně rozumí ztráta sluchu větší než 85%, člověk nerozumí mluvené řeči na vzdálenost větší než ¼ metru bez odezírání a použití sluchadla (in Info Zpravodaj, č.4, 2004)

Ke zjištění velikosti sluchové vady se provádí audiometrické vyšetření, kdy se sluchová ztráta vypočítává určitým způsobem a je vyjádřena hodnotou v decibelech¹.

Klasifikace sluchových vad z hlediska ztráty v dB (stupně sluchových vad) dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1980 je následující:

- 1) 0-25dB normální sluch
- 2) 26dB-40dB lehká nedoslýchavost
- 3) 41dB-55dB střední nedoslýchavost
- 4) 56dB-70dB středně těžká nedoslýchavost
- 5) 71dB-90dB těžké postižení sluchu
- 6) 91dB a více dB velmi závažné postižení sluchu (Potměšil, 1999, s.11)

Tabulka hlasitosti (intenzity) hluku v dB - viz. Příloha č. 1

Sluchové ztráty udávané v decibelech, jsou průměrem hodnot audiogramu na frekvencích 500 Hz, 1000 Hz a 2000 Hz v lepším uchu. Toto hodnocení sluchových vad nás, ale z praktického hlediska neinformuje o tom, jak se ten který stupeň sluchové ztráty projevuje v komunikační interakci. (Krahulcová, 2002)

Pokud bychom se na sluchové postižení dívali z hlediska posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, podle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 207/1995 Sb., tak zde jsou stupně rozděleny takto:

Úplná hluchota, kdy sluchově postižený s jakýmkoli zesílením zvuku nevnímá zvuk, pouze případné vibrace (ztráta slyšení 100%, více než 91 dB).

Praktická hluchota je definována tak, že sluchově postižený vybavený sluchadlem vnímá zvuk mluvené řeči (ztráta slyšení 85-90%, více než 70 dB), ale nerozumí.

Nedoslýchavost znamená, že sluchově postižený vybavený sluchadlem v tiché místnosti, ve které úroveň rušivých zvuků nepřesahuje 50 dB, rozumí bez odezírání smyslu vyslovených jednoduchých vět alespoň v 90%.

¹ Decibel (dB) – je jednotka k měření intenzity zvuku

1.3 Sluchové vady a poruchy dle doby vzniku

Samozřejmě že tak, jako postižení tělesné či například mentální, může i sluchová vada nastat (podle doby vzniku):

- před narozením člověka a může být způsobena důsledkem nepříznivým podmínek během těhotenství matky (stres, úrazy, špatná životospráva,...). Jestliže vada vznikne v této době, říká se jí vada prenatální.
- v důsledku náročného, nešetrného či dlouho trvajícího porodu. U těchto vad perinatálních dochází především k fyzickému poškození a mentálnímu, k němuž může dojít jestliže je deficit v zásobení plodu kyslíkem (hypoxie).
- výsledkem nepříznivých okolností během života člověka mohou být poruchy postnatální. Tyto poruchy jsou především následky úrazů, těžká nebo špatně či pozdě diagnostikovaná onemocnění nebo nevhodná výchovná péče.

1.3.1 Hluchota prelingvální a postlingvální

Toto dělení sluchových vad nám přináší další dimenzi k hodnocení vad sluchu v závislosti na čase výstavby pojmů a slovní zásoby a následné schopnosti komunikovat mluvenou řečí. (Potměšil, 1999)

„Hluchota, a zvláště prelingvální hluchota, je patrně jediným zdravotním omezením, které vytváří jazykovou a kulturní menšinu, menšinu Neslyšících. Hlavním rysem této jazykové menšiny je vnímání znakového jazyka jako svého přirozeného jazyka, popř. jazyka mateřského.“ (Hrubý 1999, s. 53)

Prelingválně neslyšící jsou lidé, kteří se jako neslyšící již narodili, nebo sluch ztratili v době, kdy u nich ještě nedošlo k vytvoření řeči². U prelingválně neslyšících je typické používání znakového jazyka jako jejich základního komunikačního prostředku. Dle Sováka (1981) se u těchto lidí nevyvíjí spontánní řeč a musí být utvářena uměle. Vývoj řeči je u prelingválně neslyšících omezený.

² Určitou hranici tvoří rozmezí sedmého roku, kdy se řeč považuje za dostatečně zafixovanou. Zde je lepší řečová prognóza vzhledem k tomu, že děti mají již rozvinutou slovní zásobu, slovní formy myšlení a mluvní projevy ani při absenci sluchové kontroly vlastní řeči nezanikají. Mění se pouze zvukové charakteristiky vlastního mluvního projevu a možnosti obousměrné zvukové komunikace. (Krauhlová, 2002)

Postlingvální hluchotou se označuje postižení osob, které ztratily sluch po spontánním vytvoření řeči. Postlingvální hluchotu lze také označit pojmem ohluchlost. Tito jedinci mají podstatně menší problémy při komunikaci se slyšícím prostředím a s pomocí logopeda a celého slyšícího okolí jsou schopni udržet poměrně srozumitelnou a přirozeně znějící řeč. Nemají problémy se čtením, které činí neslyšícím potíže. Mluvní projevy u postlingválně ohluchlých nezanikají, ale mohou být deformovány (změna modulačních faktorů, výšky hlasu, změna artikulace především sykavek). Sovák (1981) v tomto případě hovoří o přerušném vývoji řeči. Pro zachování řeči je nutné ihned začít s rehabilitací a užívání sluchadel.

V mé diplomové práci má toto dělení svou nezastupitelnou úlohu v důsledku rozdílných forem, možností komunikace a rozdílných způsobech vzdělávání.

1.4 Neslyšící jako jazyková a kulturní menšina

V této části práce je nepochybně důležité zmínit se o neslyšících jako o skupině lidí, kteří svůj handicap v důsledku ztráty sluchu vlastně jako handicap neberou. Jedná se o pohled na problematiku neslyšících z jiného pohledu než lékařského.

„To, co dělá z neslyšících lidí jazykovou a kulturní menšinu, není postižení sluchu, ale společný komunikační kód – znakový jazyk.“ (Hudáková, 2005, s. 15)

Osoby se sluchovým postižením se necítí být příslušníky společnosti na základě stavu sluchu, ale na základě stejných dorozumívacích potřeb. Příslušníci tohoto společenství ovládají komunikaci znakovým jazykem, jinak by komunitou nebyli přijati. (Strnadová, 1998) Z důvodu vyjádření příslušnosti k určité komunitě se používá v názvu společenství Neslyšících velké písmeno.

Dle Zákona o znakové řeči č. 155/1998 Sb. (§2) se za neslyšící *„považují osoby, které ohluchly před rozvinutím mluvené řeči a velikost a charakter jejich vady sluchu neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, a dále osoby později ohluchlé a nedoslýchavé, které samy považují znakovou řeč za primární formu své komunikace“*. Přestože zákon hovoří o příslušnosti ke skupině osob používajících znakový jazyk, nevyjadřuje ještě velkým písmem existenci společenství Neslyšících.

Svět neslyšících má svá pravidla, zvyklosti a tradice, také trochu jiný pohled na svět (založen na vizuálním a prostorovém vnímání) a v centru svébytný znakový jazyk. Znakový jazyk je mezinárodním jazykem neslyšících, který se vyvíjí, ovlivňuje společnost svých uživatelů a ta zpětně ovlivňuje jej. Znakový jazyk tvoří část kultury a funguje z hlediska historického. Znakový jazyk³ je považován za mateřský jazyk neslyšících. (Potměšil 1999, s. 24)

Všechny definice Neslyšících se shodují na nejhlavnějším bodě, který formuje toto společenství. Tímto bodem se stává komunikace znakovým jazykem. A právě komunikace se týká převážná část mé diplomové práce.

³ Zákon č. 155/1998 (viz. Příloha č. 2) nám jasně definuje, že český znakový jazyk je přirozený, plnohodnotný a samostatný jazyk. Znakový jazyk má svou vlastní gramatiku, která je velmi příbuzná gramatice ostatních vizuálně-motorických jazyků (tj. ostatních znakových jazyků), ale je naprosto odlišná od gramatiky audio-orálních jazyků (tj. mluvených jazyků).

2. Člověk se sluchovým postižením jako pacient

Znevýhodnění jedince v důsledku jeho smyslového postižení zasahuje jak dráhu vzdělávací, tak jeho sociální vztahy. U sluchového postižení se handicap projevuje především v oblasti komunikace. Myslím si, že právě v oblasti komunikace spočívá úkol společnosti zajistit dostatečnou integraci sluchově handicapovaných. Neboť handicap člověka se nemusí projevit, je-li prostředí přizpůsobeno potřebám člověka – potřebám konkrétního člověka.

„Lidé s různým typem sluchového postižení mají zcela odlišné – a často dokonce protichůdné – potřeby.“ (Hrubý, 1999, s. 42)

2.1 Komunikační bariéra

Pokud se zde budu zmiňovat o komunikaci jako takové, tak v užším slova smyslu je komunikace vzájemné dorozumívání a sdělování. Má složku expresivní, kdy je informace sdělována a receptivní, při které je informace přijímána. A důležitou součástí našeho vyjadřování tvoří také neverbální komunikace. Můžeme si to uvědomit například na tom, že při vyjadřování nevědomosti pokrčíme rameny, při loučení máváme rukou, při souhlasu kýváme hlavou a když jsme šťastní, tak se usmíváme.

„Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti a je prostředkem vzájemných vztahů. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy.“ (Klenková, 2006 s. 25)

Zde se nám objevují velice důležitá slova jako vzájemné a oboustranné ovlivňování. Tudíž je jasné, že pro plnohodnotnou komunikaci je za potřebí, aby při ní došlo k vzájemnému pochopení sdělovaného.

Pro slyšící je nejběžnějším sdělovacím prostředkem mluvená řeč, kterou se učí spontánně odposlechem a nápodobou. Ale lidé se sluchovým postižením nemohou

sluchem rozlišovat zvukovou podobu hlásek a proto vlivem absence sluchu bývá komunikační proces při použití mluvené řeči narušen zejména v receptivní složce, která je vzorem pro osvojení si řeči. Pro jedince, který se neslyšící již narodil (prelingválně neslyšící), nebo přišel o sluch v tak útlém věku, že u něj dosud nebyla mluvená řeč spontánně vytvořena, bývá učení se mluvené řeči spojeno s obrovskou námahou a celoživotním procesem. V zásadě platí, že čím později u dítěte nastala ztráta sluchu, tím větší je naděje na zachování a rozvinutí jeho mluvené řeči.

U lidí, kteří ztratili sluch v době, kdy byl již dokončen základní vývoj řeči (postlingválně neslyšící), zůstává řeč zachována, ale často dochází k řečové regresi, což znamená, že například dítě přestává mluvit a dochází u něho k částečné či úplné ztrátě již nabitých řečových schopností. Jedinci ohluchlí v dětství sami mluví velmi dobře, ale mluvené řeči kolem sebe často nerozumějí.

Samozřejmě si zde zákonitě musíme uvědomit, že jazyková komunikace nemá pouze funkci sdělovací, uchovávací a poznávací, ale také funkci společenskou, neboť pomocí jazyka navazujeme, udržujeme a řídíme mezilidské vztahy. Proto si zde dovolím použít větu Heleny Kellerové⁴, která tvrdila, že: "Slepota vzdaluje od věcí, ale hluchota vzdaluje od lidí!" A jestliže je člověk neschopný plnohodnotné komunikace, tak se nedokáže dostatečně včlenit do společnosti.

Přístup k odstranění existující komunikační bariéry spočívá nejen ve větší osvětě a i ve výuce základů znakové řeči ve slyšící společnosti. Slyšící by měli akceptovat znakovou řeč a na druhé straně i na straně neslyšících je důležitá aktivita a otevřenost vůči společnosti.

Neslyšící lidé mohou pocít'ovat bariéru

- 1) způsobenou psychogenními (postojovými) příčinami. Tato bariéra je způsobena vztahovými poruchami a jedná se o bariéru komunikační. Tato bariéra je nejzávažnější a překonává se obtížněji, neboť jsou to postoje většiny slyšících lidí. A tyto postoje by se daly vyjádřit takto: „Ať se hluchoněmí naučí mluvit, aby se mohli zapojit do normální společnosti.“

⁴ hluchoslepá spisovatelka

- 2) technického rázu, kdy je informace přenášena způsobem, který je nedostupný pro daného příjemce. Běžnou technickou bariérou je pro neslyšícího například běžný telefon či mluvítka u vchodu do budov. Zde je komunikace porušena ve složce receptivní.
- 3) jazykovou, kdy má neslyšící malou znalost jazyka a ta mu znemožňuje úspěšné odezírání ve smyslu porozumění obsahu i když po technické stránce může být zvládnuto perfektně. Jazyková bariéra člověku komplikuje život více než samotná ztráta sluchu.
- 4) informační, která spočívá v nedostupnosti náhodného učení, neboť neslyšící potřebují vědět, co se povídá kolem nich, a ne pouze to, co je určeno přímo jim.
- 5) legislativní, kdy zákon něco nařizuje či zakazuje, ale v praxi se tyto věci dají různě obcházet a nejsou ku prospěchu neslyšících, jak by měly být. (Strnadová 1998, s.248-252)

Bariéry, které neslyšící lidé pocítují, ale nezmizí sami od sebe. Především my slyšící můžeme významně přispět k jejich odstranění. Zde je názor jedné slyšící ženy:

Nestěžujme si u neslyšících na nedostatky ve slovní zásobě, v abstraktním myšlení, na neschopnost chápat gramatické vztahy, metafory a další jazykové prostředky.

Nestěžujme si na funkční negramotnost většiny neslyšící populace.

Nestěžujme se na citovou chudost a „podivný“ žebříček hodnot velké části našich sluchově postižených. Nestěžujme si na jejich sociální neobratnost.

Stěžujme si na vlastní pýchu, netoleranci a neochotu.

Jsmo nezdravě pyšní na náš „normální mluvený jazyk. Na to, že my jsme „normální“. (Jaké procento lidí na světě mluví česky a kolika procentům lidí připadá český jazyk „nenormální“ a „exotický“?)

Netolerujeme žádnou odlišnost od „normálu“. Když chce být někdo mezi námi „normální“, ať je jako mi – ať vidí, slyší, mluví, má všechny končetiny a „normální“ intelekt, a také ať je stejné národnosti jako my, ať má stejné záliby a názory.

Jsmo neochotní přijmout fakt, že každý člověk je jiný a svou neopakovatelnou jinakostí obohacuje náš barevný svět. Jinakosti jiných lidí se bojíme. Pobuřuje nás a znepokojuje, a proto tvrdíme, že „jinakost“ je nenormální, že je horší a podřadnější než naše šedivá „normálnost“.

Jsmo to my, majoritní společnost (v tomto kontextu společnost slyšící). Kdo se rozhodl všechny jiné, nepohodlné, „nenormální“ předělat k obrazu svému. A tak bychom nejraději vyhnali z naší země všechny cizince, tělesně postižené zavřeli zpátky do ústavů a nevidomým vzali jejich bílou hůl, aby nám s ní nepřekáželi na chodníku. Neslyšícím jsme vzali jejich přirozený jazyk a tvářili se, že s rukama za zády budou všichni neslyšící stejní jako slyšící, že budou „normální“. (Hudáková, A: Jazyk je nástrojem k pochopení světa. Gong, 3, 1998, s.56-57 in Strnadová, 1998)

2.1.1 Desatero kontaktu se sluchově postiženými

1. Při rozhovoru se sluchově postiženými vyslovujte zřetelně, nezvyšujte hlas a neměňte rytmus řeči.
2. Neoslovujte sluchově postiženého zezadu ani ze strany. Dbejte na to, aby Váš obličej dobře viděl zepředu. Jen tak může odezírat pohyb rtů a správně porozumí tomu, co chcete říci.
3. Mnohdy ani dobře slyšící není schopen vnímat potřebné informace, mluví-li více lidí najednou nebo když rozhovor ruší hudba či hluk. Vnímat řeč pomocí sluchadla a přitom odezírat je značně namáhavé. Proto, pokud je to možné, při jednáních se sluchově postiženými vypněte všechny zdroje hluku.
4. Ujistěte se kontrolními otázkami, že Váš partner všemu dobře porozuměl. Potřebné informace opakujte bez nervozity, případně změňte stavbu věty nebo použijte jiných slov.
5. Je-li sluchově postižený ve společnosti dalších osob, dbejte na to, aby se zúčastnil rozhovoru. Sdělte mu, o čem je řeč, a neváhejte použít i krátkého písemného sdělení.
6. Na pracovišti nenechávejte sluchově postiženého bez pomoci. Postarejte se o to, aby obdržel všechny nezbytné informace a důležitá sdělení.
7. Nezapomínejte ani v zápalu vzájemné diskuse na to, že rozhovor vyžaduje od sluchově postiženého plné soustředění, které vyvolává brzy únavu. Tzv. oddechový čas při vážných jednáních s povděkem přijímají i dobře slyšící.
8. Záleží - li Vám alespoň trochu na mezilidských vztazích, povzbuzujte sluchově postiženého, aby využíval všech možných kompenzačních pomůcek a prostředků sociální rehabilitace (jde o různá signalizační zařízení – bytové zvonky, budíky apod., správné nastavení sluchadla, kontrolu zdrojů napětí, pravidelné návštěvy ušního lékaře – foniatra, sluchový trénink, opakování kurzu odezírání, atd.).
9. Indukční smyčky v konferenčních a společenských sálech, divadlech, kinech a kostelech usnadňují sluchově postiženým vnímání pořádaných akcí. I Váš osobní zájem napomůže tomu, aby tato zařízení byla instalována a udržována v provozu.
10. Pokuste se vmyslet do situace sluchově postiženého. Tak snáze porozumíte jeho potřebám, někdy třeba i jeho překvapivým reakcím.

(Desatero kontaktu s osobami se zdravotním postižením. Olomouc: Epava, 2005)

2.2 Komunikace u lékaře

Je obecně známo, že diagnóza u praktického lékaře je asi z 80 % tvořena na základě vyšetřovacích rozhovorů, zbytek pak symptomatickou anamnézou či speciálními vyšetřovacími metodami. Všichni dobře známe, ten pocit, kdy svému ošetřujícímu lékaři chceme sdělit, co nás to vlastně trápí, kde nás něco bolí a vysvětlit jaká přesně bolest nás to trápí.

„I slyšící pacient s dobrou znalostí mluveného jazyka se vyjadřuje obtížně a nepřesně. Neslyšící pacient s malou či téměř žádnou znalostí češtiny se většinou nedokáže srozumitelně vyjádřit vůbec. Může sice ukázat místo, kde jej bolí, avšak je pro něj těžké vyjádřit, zda je bolest tupá, bodavá, zda bolest někam vystřeluje či jde spíše o křeče.“
(Strnadová 2001, s. 9)

„U každého pacienta se sluchovým postižením musíme rozlišovat jeho individuální dorozumívací možnosti. Bývají mezi nimi velké rozdíly a není vzácností, že se dva lidé s různými druhy postižení a rozdílnými dorozumívacími prostředky spolu nedomluví.“
(Strnadová 2001, s. 13)

Pro oboustranně úspěšnou komunikaci je nutné nejen zvolit nejvhodnější dorozumívací techniky a strategie, ale také individuální přístupy k pacientům nedoslýchavým, později ohluchlým a od narození neslyšícím. (Strnadová 2001)

U všech forem komunikace, o kterých se budu zmiňovat, je důležité využití zpětné vazby pro potvrzení porozumění. Z této zpětné vazby se dozvíme, jak byla daná zpráva přijata. Toto potvrzení přijetí zprávy může probíhat různými způsoby. Od známého a běžného přikyvování hlavou či použití některého ze známých forem přitakání, až po zopakování celé přijaté informace. (Potměšil, 2003).

Pro lékaře je velice důležité, aby neslyšící informaci porozuměl a totéž platí i opačně. Pro neslyšícího by mělo být samozřejmostí, aby mu informace byly podány takovou formou, která sdělení podá naprosto srozumitelně, kdy sám neslyšící bude vědět, proč jde na vyšetření, k čemu toto vyšetření slouží nebo kam by měl jít na vyšetření atd.

Základním vstřícným gestem komunikace by měl být úsměv, který je pro neslyšícího mimo jiné signálem úspěšně navázaného kontaktu.

Pokud se již zde mám zmínit o komunikaci nastávající maminky se sluchovým postižením, je nejdůležitější, aby informace získaná v průběhu komunikace byla obousměrná a dostačující. To znamená, že nejen žena by měla získávat informace od zdravotnického personálu, ale také personál musí mít informace o tom, jak se žena cítí, jaké má potíže, čemu nerozumí a co potřebuje.

„Lékař přestává zastávat úlohu „odborníka na choroby“ a stává se „pacientovým průvodcem zdravím a nemocí“. Z této pozice lékař přistupuje k pacientovi jako k partnerovi, který je odpovědný za svůj zdravotní stav. Jako takový má pacient právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu i na aktivní rozhodování o způsobu své léčby, existuje-li více možností.“ (Hysková, 2005, s. 21)

Zdravotnický personál se musí seznámit s tím, jaký typ sluchového postižení matka má a přizpůsobit se jejím komunikačním požadavkům. Komunikace by měla být sešraná. (Kelsal, King, O'Grady, 1992)

V USA existují i neslyšící lékaři, protože tam mohou neslyšící získat odpovídající vzdělání prostřednictvím znakového jazyka a psané angličtiny. Mají k dispozici speciální přístroje na bázi výpočetní techniky, které jim nahrazují tradiční diagnostické metody založené na sluchovém vnímání, dosud u nás používané (například stetoskop). (Strnadová, 2001)

2.2.1 Využití ústní komunikace

Nedoslyšavý pacient

Pro nedoslyšavého pacienta je nejdůležitější technickou pomůckou sluchadlo. Tito lidé zpravidla rozpoznají řeč sluchem a lze se s nimi dobře dorozumět, jak mluvenou řečí tak i psaným slovem. Je vhodné se zaměřit především na zřetelnou výslovnost a vhodnou artikulaci. U nedoslyšavých pacientů je ústní komunikace asi stále nejužívanější a nedochází při ní k větším nedorozuměním mezi lékařem a samotným pacientem. (Strnadová, 2001)

Lehká nedoslýchavost nemusí vývoj řeči vůbec ovlivnit, popřípadě jde pouze o jemné jazykové nedostatky. U středně těžké a těžké nedoslýchavosti dochází vždy k opoždění vývoje řeči. (Houdková, 2005) U těchto pacientů je důležité zvážit, zda je stále ústní komunikace tím nejvhodnějším prostředkem. Zde již záleží na samotné domluvě mezi lékařem a pacientem.

Lehce nedoslýchavý člověk rozumí mluvené řeči i na vzdálenost, která je delší než 3 metry; problémy v porozumění mluvené řeči se mohou objevit v hluku či naopak při šepotu. Středně nedoslýchavý jedinec rozumí mluvené řeči na vzdálenost do 3 metrů; a pokud jsou optimální podmínky ke komunikaci, může komunikovat mluvenou řečí. Těžce nedoslýchavý člověk rozumí mluvené řeči s použitím kompenzačních pomůcek na vzdálenost do 1 metru; opět za optimálních podmínek. U těžce nedoslýchavého musíme počítat s možností menší slovní zásoby. (Pulda, Lejska, 1996)

Pro nedoslýchavé ale také pro osoby ohluchlé, kteří mají zkušenost s mluveným jazykem, může být vhodná artikulační vizualizace. Jedná se o zpřístupnění a zviditelnění mluvené řeči v požadovaných podmínkách, aby mohli odezřít sdělení z jeho rtů.

Ohluchlý pacient

= *Pacient ohluchlý v dětství po rozvinutí mluvené řeči*

U takového pacienta je dobré vědět, kdy došlo ke ztrátě sluchu. Zpravidla si člověk řeč udrží a nedělá mu problémy porozumět psanému textu. Ale zvuková kvalita jejich řeči se může výrazně zhoršovat.

Lidé ohluchlí nemívají větší problémy při komunikaci mluvenou řečí, často se rychle naučí odezírat (schopnost odezírání je založená na dlouhodobém tréninku) – viz. kapitola 2.2.4 Využití odezírání - mluvenou řeč; je třeba dbát na to, aby podmínky k odezírání byly optimální. (Lejska, Pulda, 1996)

= *Pacient, který ohluchl v dospělém věku*

Postlingválně neslyšící i přes sluchovou ztrátu většinou upřednostňují komunikaci v mluveném jazyce, využívají odezírání, čtení a psaní, protože jejich mluvená řeč již byla

rozvinuta. Identifikují se spíše se slyšícími; velmi často proto odmítají znakový jazyk. (Hudáková, 2003)

Mají dobrou vyjadřovací schopnost, ale mluvené řeči okolo sebe často obtížně rozumějí. Pro tohoto pacienta nebude větší problém vysvětlit lékaři jak se cítí, co a jak ho bolí. Problém zde nastane s tím, aby pacient správně pochopil, co se mu lékař snaží sdělit. Pro ohluchlé je lepší sdělení dávat písemnou formou.

Neslyšící pacient

Zvuková stránka jejich mluveného jazyka nebývá „čitelná“ pro širší slyšící okolí. Objevuje se malá znalost gramatiky mluveného jazyka a také se u nich objevují specifické zvláštnosti v chování. (Strnadová, 2001)

Prelingválně neslyšící mohou komunikovat verbálně a neverbálně. Do verbální komunikace řadíme vizuálně pohybové způsoby komunikace - znakový jazyk, prstovou abecedu a také národní řeč v mluvené a psané podobě. (Strnadová, 1998)

Pokud se tedy budoucí maminka rozhodne využívat při komunikaci se zdravotníky mluvenou řeč a odezírání, měly by být pokud možno splněny podmínky, které jí komunikaci umožní a usnadní:

- zdravotník by měl být trpělivý,
- obličej zdravotníka by měl být dobře viditelný; matka by neměla být oslněna svítlidlem či světlem vycházejícím z okna,
- matka by měla znát kontext komunikace,
- komunikace by měla probíhat v co nejtišším prostředí,
- mluva zdravotníků by měla být zřetelná, tempo a tón řeči by měli být přirozené,
- zdravotník by měl využívat prostředků neverbální komunikace,
- zdravotník by měl schopnost navázat funkční komunikaci považovat za svou profesionální a morální povinnost. (Slaven, 2005)

Bohužel v průběhu porodu není jisté, že mamince budou zajištěny optimální podmínky. Maminka může být velice unavená, může mít zavřené oči a nemůže se plně soustředit na odezírání.

2.2.2 Využití písemné komunikace

Nedoslyšavý pacient

S největší pravděpodobností by si nedoslyšavý pacient tuto formu komunikace nevybral. Pacient bude zvyklý na orální komunikaci za pomoci sluchadla. U těžce nedoslyšavého pacienta lze tuto formu využít především k ověření pochopení informací.

Ohluchlý pacient

Tato forma je určitě vhodná pro osoby ohluchlé, které v dobré míře ovládají český jazyk. Nejvhodnější je tedy pro osoby, které ohluchly v dospělém věku nebo po rozvinutí mluvené řeči. Ohluchlý pacient na toto písemné sdělení poté může reagovat mluvenou řečí. Tato forma dorozumívání se s pacientem, se může zdát poněkud zdlouhavá, ale je zde velká pravděpodobnost, že nám pacient touto formou nejsnáze porozumí a nemusí mít strach z neúspěšného odezírání. Důležité je pro ohluchlé využívání technologií založených na čtení a psaní (fax, psací telefon, internet, elektronická pošta, teletext, skryté titulky).

Neslyšící pacient

U neslyšícího pacienta je velká pravděpodobnost, že pacient nepochopí text z důvodu malé znalosti češtiny. Některá slova si může mylně zaměnit a význam sdělení je pak pozměněn. Při písemném sdělování je důležité používat jednoznačná slova jednoduché věty. U této formy komunikace je riziko nepochopení veliké a proto by bylo lépe využít služeb tlumočnicka. (Strnadová 2001)

Komunikace pomocí čtení a psaní může být pro spoustu neslyšících (i pro jejich okolí) velmi obtížná až nemožná, protože jejich čtenářské schopnosti mohou být až na úrovni funkční negramotnosti.

Macurová tvrdí, že psaná čeština neslyšících se dá připodobnit k psaní a čtení slyšících lidí cizinců, kteří se češtinu učí jako cizí jazyk.

Psaná forma je pomalá a ve vypjatých situacích velice náročná, navíc obě strany mohou mít problém s pochopením sdělení vzhledem k možnému specifickému písemné projevu ženy se sluchovým postižením a také jejím specifickým problémům se čtením. Ze

strany ženy může být velký problém s pochopením odborných výrazů. Tuto formu je možno využít spíše jako doplňkovou možnost při komunikaci mluvenou řečí (např. objasnění neznámých pojmů).

Nejčastější problémy v písemné komunikaci

U většiny lidí se sluchovým postižením se setkáváme s:

- nedostatečnou slovní zásobou (její rozsah je velmi individuální);
- neznalostí významu slova;
- často si neztotožní nové slovo s věcí, kterou již zná;
- problematická je pro neslyšícího morfologie slov a také gramatická pravidla;
- zaměňuje slova hláskově podobná;
- nezná mnoho synonym a homonym;
- nerozpozná, že některá náhodně stejná slova jsou významově jiná, protože se liší již v základním tvaru;
- špatně rozlišuje slova podobná, která se liší pouze délkou samohlásky;
- nezná hovorové a obecné výrazy, nerozumí frázím a obrazným rčením, konvenčním Pravidlům;
- nerozlišuje význam sdělení měnícího se podle pořadí slov. (Strnadová, 1998)

Krahulcová (2002) uvádí, že lidé se sluchovým postižením mají specifické obtíže v oblasti lexikální, syntaktické a frazeologické. Kvůli těmto obtížím sáhne většina neslyšících po psaném textu pouze v nutnosti.

U většiny neslyšících kvůli uvedeným specifickým tedy nutně dochází v pochopení obsahu sdělení či při produkci psaného textu k omylům a nedorozuměním. Při psaní se navíc projevuje nepřesná reprodukce slov a špatné umístění délky samohlásek, chyby ve skloňování, časování, v rodu a čísle, chybí či přibývají předložky, chyby se objevují také v mluvnické shodě a pomocných slovesech. Vlivem znakového jazyka se objevují chyby v gramatických jevech jako je slovosled, časování a zápor.

Každý neslyšící dělá velmi individuální chyby. Většina z nich si to uvědomuje, proto jsou často pro psaní důležitých dopisů a vyřizování jiných důležitých záležitostí užívání slyšící lidé z rodiny, blízkého okolí a také tlumočníci. V každém případě by mělo

být zvykem psát mamince termín a hodinu dalšího vyšetření na papír, jak je dnes již zvykem u všech maminek. (Hudáková, 2005)

2.2.3 Využití tlumočnických služeb

Této služby s největší pravděpodobností využije člověk neslyšící nebo člověk, který ohluchl v dětství ještě před rozvojem řeči a jeho primárním jazykem je jazyk znakový.

Nejvhodnější způsob komunikace by měl být prostřednictvím znakového jazyka. Při složitějších potížích anebo je-li podezření na vážnější chorobu musí být vždy k dispozici speciálně vyškolený tlumočnick⁵. Tlumočnická služba je potřebná i při běžném vyšetřování a při sestavování anamnézy nebo při vysvětlování léčebného režimu.

Tlumočení v medicínském prostředí představuje velice citlivou oblast. Nezastupitelnou úlohu zde hraje důvěra a absolutní diskrétnost tlumočnicka. Někdy je pro neslyšícího klienta lepší, když je tlumočnick stejného pohlaví – odpadá tím stud, který už tak citlivou situace ještě více komplikuje. (Strnadová, 2001)

Při využití znakové češtiny se nehovoří o tlumočení, ale o „transliterating“⁶. Při tomto přepisu nedochází k respektování obou jazyků, ani kultury Neslyšících a slyšících. Z pohledu uživatele znakového jazyka je změněn způsob vyjádření ale také význam a obsah sdělení. Jedná se o převod zvukové podoby do vizuální podoby v rámci téhož jazyka. Tento způsob komunikace je vhodný pro osoby, které nepreferují znakový jazyk, ale jazyk český. Osoba provádějící tento způsob komunikace by neměla být nazývána tlumočnickem. V anglickém jazyce je pro tuto osobu ustálený termín transliterator. (Janeček in Gong, 2001)

⁵ „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. Tlumočnick se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace.“ (Dingová in Hudáková, 2005, s. 37)

⁶ V českém jazyce není ustálený ekvivalent. Transliterating je přepis či zviditelňování českého jazyka.

Zásady komunikace s pomocí tlumočnicka

Důležitou roli má umístění tlumočnicka – měl by být nablízku lékaři i neslyšícímu klientovi tak, aby jej mohli oba pohodlně sledovat, zároveň by však neměl vadit lékaři v pohybu či nezbytných procedurách.

Tlumočnick, který tlumočí u lékaře, by se nikdy neměl klienta dotýkat (např. přidržovat jej během lékařského zákroku), vyjadřovat se o jeho zdravotním stavu („Ježíš, to je hrůza!“), suplovat roli lékaře nebo porušovat vlastní nestrannost tím, že by vystoupil ze své role a komunikoval během tlumočení s lékařem nebo pacientem jako aktivní účastník komunikace. („To vás fakt musí bolet...“, „Je s ním trošku horší domluva...“). Po ukončení tlumočení, např. po cestě domů není vhodné rozebírat s klientem události, které se odehrály v ordinaci lékaře.

Samozřejmě toto se netýká jen tlumočení u lékaře, ale určité zásady, nazývané jako etický kodex tlumočnicka, musí dodržovat každý tlumočnick. Tento etický kodex určuje práva a povinnosti tlumočnicka znakového jazyka a stanovila ho Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. Etický kodex byl vytvořen za účelem naplnění práva neslyšících na plnohodnotnou komunikaci.

Etický kodex tlumočnicka:

- 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. Tlumočnick se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace.
- Tlumočnick následuje způsob komunikace preferovaný neslyšícím klientem.
- Tlumočnick přijímá zásadně jen takové zakázky, které odpovídají jeho schopnostem, kvalifikaci a přípravě. Nese plnou zodpovědnost za kvalitu své práce. Pokud tlumočnick zjistí, že komunikace s daným neslyšícím klientem je nad jeho možnosti a schopnosti, tlumočení odmítne.
- Tlumočnick přizpůsobuje své chování a oděv přiměřené 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 tlumočnickými 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. (dostupné na: www.cktjzj.com)

Tímto kodexem by se měl řídit každý profesionální tlumočník. Bohužel se stále občas setkáváme s těmito názory:

- Tlumočník musí neslyšícího chránit.
- Neslyšící klienti mají málo informací, a proto musí tlumočníci znát sociálně právní minimum a pomáhat jim v těžkých situacích.
- Tlumočník musí zasáhnout, když je jasné, že je klient diskriminován!
- Některé organizační věci může za neslyšícího klienta tlumočník se slyšícím klientem vyřídit sám a neslyšícímu klientovi to jen oznámit. Jednání se tím urychlí a zefektivní.
- Neslyšící klienti mají málo informací a sociálních zkušeností, proto je lepší, když jim tlumočník při jednání některé složitější věci zjednoduší a vysvětlí.
- Tlumočník musí tlumočit slovo od slova, jenom tak bude jeho tlumočení přesné.
- Tlumočník se musí zabývat jen jazykem, ne kulturou komunity Neslyšících. Ta nemá s tlumočením nic společného!
- Neslyšícím lidem je třeba pomáhat, proto je ostuda brát si za tlumočení peníze.
- Když se klient vyjadřuje „hrozně“, musím to jako tlumočník při překladu vylepšit a „uhladit“.

- Tlumočnické služby musí umět tlumočit vše. (Dingová, Fenclová in Hudáková, 2005, s. 37)

Na tlumočení je podle Zákona 108/2006 Sb. (§56) zákonný nárok. Podle tohoto zákona jsou tlumočnické služby terénní, popřípadě ambulantní a jsou poskytovány osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zajišťování tlumočnických služeb⁷

Tlumočnické služby zajišťují:

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

V případě, že se žena rozhodne pro tlumočnicka, je nutné se domluvit, jestli si ho zajistí sama či využije služeb zařízení, které má tuto možnost (např. v Ústav pro péči o matku a dítě v Podolí). Matka si může vybrat mezi profesionálním či neprofesionálním tlumočnickem (manžel, přítel/-kyně, jiný rodinný příslušník, dobrovolníci).

Pokud je tlumočnickem někdo z příbuzných či přátel, může se stát, že tlumočení nebude důvěryhodné – například může mít snahu některé skutečnosti zatajovat. Lékař také musí vědět, že při komunikaci prostřednictvím tlumočnicka může mít matka tendence vyhýbat se či zatajovat informace, které považuje za příliš choulostivé. (Slaven, 2005)

Jestliže se žena rozhodne využívat v tomto období služeb tlumočnicka, tak je důležité, aby byl přítomen při všech vyšetřeních a konzultacích. Nedoporučuje se jeho

⁷ Blíže informace o těchto organizacích: Příloha č. 3

využívání pouze pro nejvýznamnější události, protože i žena se sluchovým postižením by měla mít všechny informace. (Hudáková, 2003)

Důležité je, aby i tlumočnick dokázal s lékaři spolupracovat a zprostředkovat správnou komunikaci s přihlédnutím ke stavu maminky během jednotlivých fází porodu. Po propuštění z porodnice už je na samotné mamince, zda a jak bude dále tlumočnicka využívat například k návštěvám v poradně pro kojence či využije jiných osob k tlumočení (např. členy rodiny), nebo zda zvolí jiný způsob komunikace s pediatrem. Její volba je samozřejmě závislá na typu a hloubce jejího sluchového postižení a také na dalších individuálních zkušenostech a dovednostech.

2.2.4 Využití odezírání

O odezírání, jako o jedné z komunikačních metod, se zmíním obšírněji, neboť tuto možnost musí lidé se sluchovým postižením používat velice často. Odezírání nelze praktikovat vždy, všude a u každého. Pro úspěšné odezírání jsou důležité podmínky, které rozdělujeme na vnější a vnitřní:

Podmínky vnitřní – jsou u každého jiné, protože každý člověk se liší jak po stránce vnímání, tak i svými schopnostmi, dovednostmi a zpracováním informací v centrální nervové soustavě. Umění odezírat není dáno inteligencí a i lidé při vysoké inteligenci mohou mít při odezírání problémy.

Mezi vnitřní podmínky patří:

- dosažená úroveň vývoje řeči;
- emoce a stav organismu;
- zkušenosti a úroveň sociálních vztahů.

Podmínky vnější – jsou také variabilní a některé podmínky můžeme a jiné nemůžeme ovlivnit. Mezi vnější podmínky patří:

Osvětlení - Jestliže máme úspěšně odezírat, musíme dobře vidět tvář osoby, která mluví, proto je nutné navodit vhodné osvětlení. Není dobré šero ani ostré světlo. Také není dobré, aby člověk, který mluví k neslyšícímu měl za zády okno. Odezírající pak vidí často

pouze siluetu mluvící osoby, ale ne její ústa. A dívá-li se upřeně proti slunci, brzy jej bolí oči.

Vzdálenost a pozice mluvící osoby – Odezírání na velkou vzdálenost je obtížné, neboť jsou nezřetelné pohyby rtů. Nejvhodnější vzdálenost je udávána od 1 do 4 metrů, ale záleží také na stavu zraku odezírajícího. Lépe se odezírá, je-li obličej odezírajícího zhruba ve stejné výši obličeje osoby, se kterou mluví. Velmi těžké je odezírát z profilu. Pokud má neslyšící člověk sledovat hovor více osob, musí na všechny zúčastněné dobře vidět. Je dobré, aby si neslyšící člověk sám vybral nejvhodnější místo, tak aby měl své okolí ve svém zorném poli, protože nemá sluchovou kontrolu.

Rytmus a tempo řeči - Nejlépe je možno odezírát při volnějším, avšak přirozeném tempu řeči. Není dobré mluvit značnou rychlostí, ale také není dobré slabikovat. Rytmus řeči by neměl být monotónní a mělo by být zachováno takové členění řeči, jako je normální při běžném hovoru. Není vhodné nepřirozené oddělování jednotlivých slov od sebe. Pozorováním výrazu na tváři odezírajícího obvykle poznáme, zda nás stačí sledovat, nebo zda mluvíme nevhodným tempem. Pokud neslyšící některému slovu nerozumí, je vhodné volit synonymum tohoto slova či celou větu vyjádřit jinak.

Frázování - členění proudu slov do určitých celků. Věta se vysloví tak, aby významově související slova byla vyslovena jedním dechem.

Není vhodné vyslovovat delší komplikované věty. Delší věty je výhodnější členit do skupin po 3-5 slovech. Špatným zlovykem je také přidržování ruky u úst, což brání při vnímání celého obličeje a jeho výrazu. Všude tam, kde se v písemném projevu dělají čárky a tečky by měla být kratší pomlčka. Pauza mezi jednotlivými větami by se měla pohybovat mezi 1-2 sekundami. (Strnadová, 1996)

Vliv znalosti jazyka na odezírání – neznalost určitého jazyka je hlavním problémem odezírajícího člověka. Ani sebelepší artikulace na straně mluvící osoby a mistrné zvládnutí techniky odezírání spolu s vysokými intelektovými schopnostmi nepomůže. Vždyť i slyšící člověk nepochopí řeči, kterou sice může slyšet, ale nezná ji. Odezírát může člověk pouze slova, která již předem dobře zná. Každý neslyšící člověk má individuální rozsah slovní zásoby a různou míru znalosti gramatických pravidel

mluveného jazyka. Míra osvojení si mluveného jazyka je u neslyšících lidí závislá, např. na věku, ve kterém sluch ztratili, vrozených vlohách, volných vlastnostech, jazykovým prostředím, sociálními zkušenostmi atd. Jedním z nejdůležitějších aspektů pro rozvoj mluvené řeči u neslyšícího člověka je věk, ve kterém jedinec ztratil sluch. Ve většině případů neslyšící nedosáhnou v mluveném projevu technické a pojmové řečové úrovně slyšícího dítěte předškolního věku ani v dospělosti, i když jejich intelektové schopnosti odpovídají kalendářnímu věku. Většina lidí, kteří ohluchli v dospělosti budou dávat přednost tomu, aby jim informace byly předávány spíše písemnou formou, neboť odezírání pro ně bude obtížné. Naproti tomu pro prelingválně neslyšícího bude písemná forma nedostupná z jazykových důvodů a tyto důvody zároveň způsobují neúspěchy při odezírání → neznalost určitého jazyka je hlavním problémem odezírajícího člověka. Odezírat může člověk pouze slova, která již předem dobře zná. Každý neslyšící člověk má individuální rozsah slovní zásoby a různou míru znalosti gramatických pravidel mluveného jazyka. (Strnadová, 1996)

Technickou složku odezírání lze zlepšovat cílevědomým tréninkem. Snadnější rozvoj probíhá u dětí. Chybí-li častý trénink odezírání, nastává pokles výkonnosti. Ale k úspěšnému odezírání nestačí pouhý trénink. Neslyšící může mít výborně zvládnutou technickou složku odezírání, ale vlivem nedostatečné znalosti jazyka je možné, že některé slovo nebude znát, nebo je významově zamění s jiným a smysl našeho sdělení pochopí chybně. Často se také stává, že neslyšící člověk se jen domnívá, že uvedené slovo zná, ale ve skutečnosti si je buď zamění za slovo podobné, anebo mu přikládá jiný význam. Proto by jsme se měli vyvarovat hovorové češtině, různých dialektů a slangových výrazů. Neslyšící lidé také většinou neznají slova, označující různé zvuky. Těžko si představí, co se označuje například slovy: bublá, žbluňká, hučí, praská,.... Také by jsme se měli vyvarovat ironii, která je poznatelná jen sluchem.

Rozlišnost jednotlivých hlásek je různá. Velmi dobrá zraková kontrola je u hlásek **p, b, m, f, v**. Dílčí zraková kontrola je u hlásek **t, d, n, c, s, z, č, š, ž, l, r, ř**. Bez zrakové kontroly jsou hlásky **t', d', ň, k, g, j, ch, h**.

Odezírání má také mnoho nevýhod. Nejběžněji dochází k mnoha omylům v záměnách, protože odezírání se svými možnostmi zdaleka nevyrovná pohodlnému poslechu řeči. Sluchem je možno určit hlásky zcela přesně, zrakem pouze některé.

Zrakový vjem mluvené řeči je proto velmi nepřesný a omezený. Spousta lidí má také různé vady řeči a jinou artikulaci, což také ztěžuje odezírání. Některé hlásky jsou viditelné více jiné méně. Pro odezírajícího člověka jsou samohlásky nejdůležitějšími „záchytnými body“ při odezírání. Samohlásky jsou opticky výraznější a navzájem dobře rozlišitelné (čelistní úhel = vzdálenost zubů od sebe, tvar rtů). Izolovaně vyslovované samohlásky se dají rozpoznat poměrně snadno, ale při spojení samohlásky se souhláskou dochází k jejich vzájemnému působení. Některé mají shodný mluvní obraz⁸ a liší se od sebe jen zvukově. → Při odezírání můžeme postřehnout jen asi jednu třetinu mluvené řeči. Odezírání nelze praktikovat vždy, všude a u každého. Odezírající nevnímá jednotlivé hlásky izolovaně, ale v kontextu slova nebo spíše celé věty, kdy to, co nezachytil sluchem ani zrakem, musí často domýšlet a kombinovat. Domýšlení můžeme charakterizovat jako myšlenkovou činnost, při níž doplňujeme neúplnou informaci tak, aby dávala patřičný smysl. O kombinování mluvíme tehdy, když získaná zraková informace je tak nedostačující, že ji musíme myšlenkovou činností dotvářet, formulovat ji třeba i jinými slovy, než jakými byla vyjádřena mluvčící osobou. Domýšlení a kombinování⁹ je stejně důležité, ne-li důležitější, než získání optimálního kvanta zrakových informací.

Mimoslovní komunikace – Obsah sdělení chápeme také podle doprovodných projevů nonverbálního sdělení, podle mimoslovní komunikace. Odezírající si všímá nejen pohybů úst, ale i mimiky a výrazu očí ⇒ nejdůležitějším doprovodem mluvního projevu je výraz obličeje.

Neslyšící lidé musí celý život vynakládat mnoho složité psychické práce a prokázat vysoké intelektové schopnosti, aby se vůbec dorozuměli se slyšícími, kteří je sice podceňují a chovají se k nim z pozice převahy, ale sami by tuto činnost těžko zvládli. Případný neúspěch v odezírání většinou přičítají sami sobě. (Strnadová, 1998)

⁸ Mluvní obraz – pohyby viditelných částí mluvidel, tj. rtů, čelisti, zubů a jazyka.

⁹ Domýšlení je myšlenková činnost, při níž doplňujeme neúplnou informaci tak, aby dávala patřičný smysl. Kombinování znamená, když je získaná zraková informace tak nedostačující, že ji musíme myšlenkovou činností dotvářet, formulovat ji třeba jinými slovy, než jakými byla vyjádřena mluvčící osobou (Pulda 1992, s. 51-52)

Nedoslychavý pacient

Pro nedoslychavého člověka může být odezírání v komunikaci pouze jako doplňková forma. Odezřené informace si poté může kombinovat s informacemi získanými zrakem. Těžce nedoslychavý člověk musí mít možnost odezírání, a dále musíme také při komunikaci respektovat zhoršenou srozumitelnost mluvy. U těžce nedoslychavého musíme počítat s možností menší slovní zásoby a zkušeností se světem. (Pulda, Lejska, 1996)

Ohluchlý pacient

Tuto formu komunikace jistě také využijí ohluchlí lidé, především, ti kteří ohluchli v dětství a jejich schopnost odezírání se již velice dobře rozvinula. Hlavní kompenzační úlohu při tomto způsobu dorozumívání přebírá zrak a neverbální projevy doprovodu řeči = výraz tváře, pohyby rukou, hlavy a celého těla. Ke schopnosti odezírání může dojít i u lidí, kteří ohluchli v dospělém věku. U jedinců, kteří ztrácejí sluch postupně, může dojít k vytvoření dovednosti *spontánního odezírání*. K tomuto neuvědoměle vznikajícímu odezírání dochází pokud je stále častěji nedostatek sluchových vjemů, které jsou nahrazovány zrakem.

Lidé postlingválně ohluchlí se často naučí odezírat mluvenou řeč, je však třeba dbát na to, aby pro ně podmínky k odezírání byly optimální. (Lejska, Pulda, 1996)

Neslyšící pacient

Prelingválně neslyšící se učí mluvenou řeč pomocí zraku, hmatu a taktilně-vibračního vnímání. Při komunikaci v mluveném jazyce musí mít možnost odezírání, je vhodné použít výraznou miminku, gestikulaci a přirozené posunky (Pulda, Lejska, 1996).

Odezírání je velice častý způsob v komunikaci se slyšícími lidmi. Pokud se neslyšící musí při komunikaci s lékařem soustředit pouze na odezírání je dobré, aby lékař věděl nejenom podmínky pro odezírání, ale i několik dalších užitečných informací:

- komunikaci by neměla vadit žádná zraková bariéra;
- používat co nejvíce gest a snažit se je podpořit i výrazem obličeje;

- pokud neslyšící neporozuměl, je důležité sdělení parafrázovat;
- nikdy se k neslyšícímu neobracet zády a nepřecházet z místa na místo;
- pokud se budě měnit téma hovoru, tak na to neslyšícího upozornit nějakým signálním sdělením.

Pokud komunikace s neslyšícím i nadále přes veškerou snahu (např. lékaře) vážne, je důležité zeptat se ho, co byste ještě mohli udělat pro to, aby se vaše komunikace zlepšila (například využít jinou formu komunikace).

3. Období těhotenství u ženy se sluchovým postižením

3.1 Prenatální péče

Sluchově postižené a neslyšící maminky jsou během těhotenství podrobovány, stejně jako slyšící maminky, sérií lékařských vyšetření. Specifická péče o budoucí maminky je v tom, že potřebují dostat stejné množství informací o těhotenství, porodu i péči o miminko po porodu jako maminky slyšící. Bohužel často v důsledku ztížení komunikace maminek s lékaři se jim těchto informací nedostává. Nebo se k nim informace dostávají, ale v redukované, omezené podobě a tyto informace tímto také ztrácí svou hodnotu.

Lékaři jsou u těchto maminek často zaměřeni především na fakt, že neslyší. A mohou svým vnímáním hluchoty (jako nežádoucí postižení) budoucí rodiče urazit či dokonce manipulovat. Na počátku těhotenství je pro budoucí maminku důležité vědět, že se k ní dostanou všechny potřebné informace, stejně tak jako mamince slyšící.

Jedním z nejdůležitějších zdrojů informací pro většinu dospívajících se sluchovým postižením (ale samozřejmě i pro slyšící) jsou rodiče. Často je zdrojem informací někdo jiný z příbuzných, který je sice starší, ale věkově dospívajícímu blíže než rodiče. Výhodou u rodičů či jiných dalších starších příbuzných je jejich osobní zkušenost, mohou dospívajícímu dát konkrétní příklady ze svého života. Dalším z důležitých zdrojů informací jsou vrstevníci, kamarádi. Ti ale mají už informace zprostředkované někým jiným. Výhodou však je, že vrstevníci jsou často také neslyšící a mohou komunikovat znakovým jazykem.

3.1.1 Vyšetření v průběhu těhotenství

Po zjištění těhotenství se tedy budoucí mamince nejprve vystaví těhotenská průkazka¹⁰. Průkazka je doklad, a proto by ji měla každá budoucí maminka nosit stále u sebe. Je srovnatelná s jakýmkoliv jiným dokladem (občanským průkazem, pasem...), navíc je snad i důležitější v tom, že je zde zaznamenáno maminčino těhotenství, její

¹⁰ Těhotenská průkazka – příloha č. 4

zdravotní stav a vše, co je důležité vědět pro případ, že by snad budoucí maminka sama nemohla komunikovat a přitom by byla nezbytná zdravotní pomoc. Těhotenská průkazka samozřejmě slouží lékaři k zanesení všech důležitých údajů týkajících se těla budoucí maminy a jejího těhotenství. Každá těhotenská průkazka se skládá z dvanácti stránek, kde jsou zaneseny všechny důležité a potřebné údaje.

(dostupné na <http://www.ordinace.cz/clanek/prukazka-pro-tehotne/>)

„Před sepsáním anamnézy zaznamenané do formuláře a některých údajů do průkazky pro těhotnou provede lékař nejprve celkové orientační vyšetření. Toto vyšetření zahrnuje zjištění tělesné výšky a hmotnosti, konstitučního typu, stavu kostry těhotné. Pátráno je po symptomech chorob žláz s vnitřní sekrecí (štítné žlázy, nadledvin). K vyšetření patří i změření krevního tlaku vleže, spočítání pulzu, vyšetření moče na bílkovinu, cukr, ketolátky, žlučová barviva. Součástí prvního vyšetření je i odběr krve k vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny a Rh faktoru (u prvorodiček), BWR, australského antigenu (vir žloutenky typu A), ketolátky (těhotenská cukrovka) a na HIV – protilátky.“ (Macků, 1998, s.129)

Zevní a vnitřní vyšetření

Provádí se u těhotné ležící na vyšetřovacím lehátku. Slouží k změření zevních rozměrů kostěné pánve a zjištění typu pánve. Zjištění rozměru pánve je důležité pro posouzení prognózy porodu. Rozměry z velké kostěné pánve se měří poměrně jednoduchou pomůckou, tzv. pelvimetrem. K zevnímu vyšetření patří i posouzení stavu břišní stěny. Nakonec se vyšetřují prsy. Vnitřní vyšetření se provádí na gynekologickém vyšetřovacím stole, na němž žena spočívá v tzv. gynekologické poloze. Při těchto intimních vyšetřeních je velice důležité, aby žena věděla, co zrovna lékař dělá a proč toto vyšetření podstupuje.

Ultrazvukové vyšetření

Málokterá diagnostická metoda dosáhla zejména v porodnictví takového rozmachu jako ultrazvukové vyšetření. V těhotenství je v současné době v České republice prováděn dvoustupňový screening těhotných.

První ultrazvukové vyšetření (první screening ultrazvukem) se provádí v 18. až 20. týdnu těhotenství a je zaměřené na:

- určení počtu plodů,
- přesné změření jednotlivých částí plodu a výpočet jeho stáří a hmotnosti,
- zjišťování vrozených vývojových vad plodu,
- sledování srdeční činnosti plodu,
- určení množství plodové vody,
- určení uložení placenty.

Druhé ultrazvukové vyšetření (druhý screening ultrazvukem) se provádí ve 30.–32. týdnu těhotenství a je zaměřené především na:

- určení polohy plodu,
- přesné změření jednotlivých částí plodu a srovnání s předchozím vyšetřením; to umožní určit vývoj plodu včetně jeho hmotnosti,
- určení množství plodové vody,
- pozorování pohybové aktivity plodu,
- posouzení stavu placenty.

Ultrazvuk slouží již především k sledování vývoje plodu a jeho uložení v děloze. Opět se zjišťuje tvar dělohy, jakou polohu plod zaujímá. Tato vyšetření v druhé polovině těhotenství se provádí i při příjmu rodičky k porodu. Těhotná a později rodička by měla vědět, k jakému účelu vyšetření slouží, aby na ně byla připravena. (Macků, 1998)

Amniocentéza (odběr plodové vody)

Amniocentéza je diagnostický test určený k odhalení vrozených vývojových vad plodu v děloze. Je součástí tzv. prenatalní diagnostiky. Odběr plodové vody ukáže na případné vývojové vady plodu. Zvýšené riziko výskytu vrozených vad mají ženy těhotné po 35. roce života. Vyšetření se provádí i v případech, kdy se v rodině jednoho nebo obou rodičů vyskytla některá vrozená vada nebo geneticky přenosná choroba. Projevy některých genetických poruch se liší v závislosti na pohlaví. Jeho přesné stanovení slouží k určení prognózy případného onemocnění. Odběr plodové vody, včasná diagnóza a stanovení závažnosti vývojové vady umožní matce rozhodnout se pro pokračování nebo ukončení těhotenství. Amniocentéza se provádí ambulantně.

CTG Monitoring plodu

Toto vyšetření je dalším z bezpečných způsobů, jak zjistit, jak se miminku daří. Zjišťuje kontrakce dělohy, tep srdíčka miminka a reakce miminka na pohyb a na kontrakce. Toto vyšetření se provádí přibližně od 30. týdne pravidelně – zpočátku po 14. dnech a s blížícím se porodem se frekvence zvyšuje. Poslední monitoring probíhá během porodu. Je to nejjednodušší způsob, jak zjistit, že má miminko dostatek kyslíku a nic mu nehrozí. Vyšetření trvá asi 20 minut.

(dostupné na <http://www.rodice.cz/clanky/tehulky/vysetreni/ctg-monitor-plodu.html>)

Genetické poradenství

Genetické poradenství je zaměřeno na určování rizika, že dítě nebude zdravé. Cílem je pomoci při rozhodování, zda otěhotnět či ne. Výši rizika posuzuje genetik na základě velmi podrobného vyšetření obou partnerů i jejich předků, případně sestaví rodokmen se všemi podrobnostmi o pokrevním příbuzenstvu a výskytu nemocí. Proto je třeba, aby se oba partneři na takové dotazování připravili.

Návštěva genetické poradny před otěhotněním je nezbytná, jestliže:

- předcházející dítě se narodilo s vrozenou vývojovou vadou,
- v pokrevním příbuzenstvu rodičů se vyskytly vrozené vývojové vady
- žena opakovaně potratila,
- je žena starší než 35 let,
- partneři plánující dítě jsou pokrevně příbuzní.
- žena prodělala na samém počátku těhotenství chorobu, zejména infekční
- je podezření na vedlejší účinky léků, záření apod.

Vnější příčiny sluchových vad se uvádějí v rozmezí mezi 40 až 50%. Z toho vyplývá, že genetické příčiny dědičné hrají vliv v 50-60%. Nejčastější smyslovou vadou je hluchota nebo těžká porucha sluchu. Při narození se vyskytuje asi u jednoho dítěte na 1000 živě narozených dětí. Sluchové postižení lze tedy vysledovat dědičně.

Typy dědičnosti:

1) Chromozomální, kdy je nositelem defektního genu alespoň jeden z rodičů - je zde riziko, že dítě bude mít nějakou aberaci¹¹ chromozomu. Pro zjištění této aberace se nejčastěji používá odběr plodové vody (viz. dále), cca 0,5% narozených dětí.

2) Monogenní typ, který dělíme do třech druhů:

- autozomálně dominantní – z dědičných vad je tento typ zastoupen mezi 15-20%. Je zde pravděpodobnost, že z 50% se narodí dítě bez sluchového postižení. A na druhé straně 50%tní pravděpodobnost narození dítěte se sluchovým postižením. Obvykle se tento typ přenáší i přes několik generací;
- autozomálně recesivní – oba rodiče jsou klinicky zdraví, ale stávají se nositeli defektního genu. Z 25% je zde riziko, že jejich děti budou mít sluchové postižení, z 50% že jejich děti budou nositeli tohoto genu (ale klinicky zdraví) a 25% že děti nebudou nosiči. Tento typ je nejčastější – 75-80% dědičných vad sluchu. Od 90. let 20. století se objevila nová mutace genu s názvem Connexin 26, který je nejčastější původce hluchoty dědičné autozomálně recesivně. Gen kóduje bílkovinu, která sehrává důležitou roli v aktivaci vláskových buněk v hlemýždi. Geneticky lze tento gen testovat. Lze testovat již plod v těle matky pomocí deoxyribonukleové kyseliny;
- třetím druhem je dědičnost genozomálně recesivní - vázána na chromozom x, kdy ženy mohou být pouze přenašečkami tohoto patogenního genu. Polovina synů bude postižena a polovina dcer budou opět přenašečkami. Výskyt asi 5% případů dědičných vad sluchu.

3) mitochondriální, která se přenáší pouze od matky a přenášení je nepravidelné.

(Gregor, 2001)

3.1.2 Centrum pro neslyšící maminky

Velmi důležitou změnou pro neslyšící maminky (v ČR) bylo zřízení prvního specializovaného oddělení pro neslyšící maminky v porodnici v Praze na podolském nábřeží, kde tlumočnice zajišťují komunikaci maminek s lékaři a sestrami. Toto oddělení

¹¹ odchylka

zřídil ústav pro péči o matku a dítě ve spolupráci se střediskem rané péče Tamtam¹². Toto „Centrum pro neslyšící maminky¹³“ bylo otevřeno v červnu 2004 při „Ústavu pro péči o matku a dítě“. Mohou zde rodit sluchově handicapované matky z celé ČR. Před porodem je nutná návštěva v poradně po předchozím objednání (fax, mobil, e-mail). Působí tu 4 asistenti, kteří ovládají základy znakového jazyka a dokáží maminkám i odborně poradit. Jedná se o jediné centrum v České republice, kde na gynekologii a pediatrii poskytují neslyšícím maminkám stejnou péči jako ženám slyšícím.

Prenatální poradna

Péče o neslyšící maminky začíná již před porodem. Jednou týdně v danou dobu je v poradně pro těhotné přítomen tlumočnick znakového jazyka ze střediska rané péče Tamtam. Je možno domluvit si návštěvu tlumočnicka individuálně, například při ultrazvukovém vyšetření apod. Pokud si maminka přeje, může mít tlumočnicka po celou dobu těhotenství a porodu. Většinou maminkám tlumočí stejný tlumočnick, kterého již znají z předchozích setkání. Těhotné ženy se mohou přihlásit u MUDr. Slavíkové již na začátku těhotenství, nejčastěji se však hlásí 4 - 5 týdnů před porodem. Před porodem je nutná předchozí návštěva v poradně. Objednat se ženy mohou prostřednictvím faxu, SMS zprávy či e-mailu.

Po porodu je pro maminky k dispozici jeden pokoj vybavený speciálními pomůckami - počítačem, světelnou a vibrační signalizací pláče dítěte, signalizací klepání na dveře. Upřednostňuje se zde systém rooming in, což znamená, že maminka má dítě stále u sebe.

Již po narození se v Podolí testuje sluch novorozence (viz. kapitola 5.2 „Metody testování sluchu“), takže rodiče hned ví, zda jejich dítě bude sluchově handicapováno. Dále je možná spolupráce s foniatrickým pracovištěm ve Fakultní nemocnici v Motole a Střediskem rané péče Tamtam.

¹² Program střediska spočívá v široké podpoře rodiny se sluchově postiženým dítětem. Poskytuje psychologické, pedagogické a sociální poradenství a také shromažďuje odborné informace a literaturu, pořádá akce pro veřejnost. Snaží se o překonání předsudků a nedůvěry, které má slyšící okolí ohledně lidí se sluchovým postižením.

¹³ „Institute for the care of mother and child“; Podolské nábřeží 157, Praha 4, tel./fax: 296 511 111, 296 511 296; email: info@upmd.cz; www.upmd.cz

Podle MUDr. Slavíkové v ČR ročně porodí 80-100 neslyšících a těžce nedoslýchavých žen. I když sluchové postižení je klasifikováno jako 2. nejzávažnější za mentálním, otázkou handicapovaných maminek se nikdo nezabýval. Neslyšící mají omezený přístup k informacím, jsou uzavřenou komunitou. Např. i psanému textu špatně rozumí (časování, skloňování,..) Proto jsme přišli s nápadem pomoci těmto maminkám, aby měly stejně dostupné informace jako slyšící maminky a aby neměly obavy z pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Předporodní kurzy pro maminky

Nastávající matky se mohou také účastnit předporodních kurzů, opět po objednání prostřednictvím MUDr. Slavíkové. Tyto kurzy se konají 2x týdně 2 hodiny v období 4 týdnů před porodem společně se slyšícími, proto je v případě potřeby domluven tlumočnick. Budoucí rodiče s vrozenou sluchovou vadou mohou také navštívit genetickou poradnu.

Při koncipování předporodních kurzů a „těhotenských publikací“ pro neslyšící čtenáře bychom měli myslet i na neslyšící tatínky. I oni na tom s množstvím získaných informací a zkušeností nejsou zrovna nejlépe. (Fencel in Hudáková, 2005)

Kurzy pro porodní asistentky

Kurzy probíhají formou víkendových setkání. Tyto kurzy jsou založené na dobrovolnosti. Těchto kurzů se v současnosti účastní pouze jedna porodní asistentka, dále jsou to zdravotní sestřičky a jeden sanitář. Nejdůležitější je, aby personál věděl zásady komunikace se sluchově postiženým pacientem. Sezení se zúčastňuje psychologka, učí se zde nové znaky a různé modelové situace. Na těchto kurzech se probírají modelové situace jako 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 vlastně miminko váží před i po kojení – ne ji pouze říct, že ho sestra musí zvážit. Další takovou modelovou situací může být otázka, jak sestra pomůže, když maminku bolí prsa při kojení. Každý si situaci zahraje s neslyšící ženou, a pak se dále situace rozebírá, co bylo ukázané dobře, co by se mělo říct lépe. Vše je vedeno formou

diskuse. Tréninky probíhají formou celodenních seminářů, které vede Dis. M. Mirovská a probíhají v sídle Federace rodičů a přátel sluchově postižených¹⁴.

Cílem těchto kurzů není plně nahrazení tlumočnicka zdravotnickým personálem. Důležitá je spíše základní domluva s těhotnou či rodičkou, důraz se klade na základní fráze, pojmy, dovednost komunikovat prostřednictvím tlumočnicka, na dovednost přístupu k lidem se sluchovým postižením. Středisko rané péče Tamtam podtrhuje důležitost toho, aby všichni zaměstnanci uměli samostatně, adekvátně a odpovědně reagovat na potřeby matek se sluchovým postižením a aby věděli, jakým způsobem kontaktovat asistenta či tlumočnicka znakového jazyka.

3.2 Pro maminky a zdravotnický personál

Literatura a další důležité informace pro neslyšící maminky (neslyšící rodiče)

MRKVIČKOVÁ, O. *Předporodní informace pro maminky*. ÚPMD: Praha.

V této brožuře maminky najdou informace o prenatální poradně, předporodních kurzech a porodních sálech, dále také informace o průběhu porodu, době krátce po porodu a způsobu odchodu z porodnice. Obsahuje také odpovědi na nejčastější otázky. Publikace neobsahuje odborné výrazy, věty jsou krátké, výstižné a navíc brožura obsahuje i množství fotografií - je tedy velice vhodná pro neslyšící maminky.

Tuto brožuru lze sehnat přímo u pí Mrkvičkové v ÚPMD na Podolském nábřeží.

KLIMOVÁ, A. *Jak kojit? Rady sluchově postiženým maminkám*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1997.

Tato publikace se věnuje pouze otázce kojení, kterou rozebírá dopodrobna. Nepoužívá tolik odborných termínů jako běžné publikace a je doplněna o množství názorných obrázků. Snaží se používat kratší souvětí, ale myslím si, že neslyšící maminky při čtení této publikace mohou mít problémy a narazit na spoustu jim neznámých slov (význam některých slov je vysvětlen ve slovníku, který je součástí publikace).

¹⁴ Federace rodičů a přátel sluchově postižených (FRPSP), Hábova 1571, 155 00 Praha 5 - Stodůlky
tel.: +420 235 517 313, fax: +420 235 517 808, e-mail: frpsp@frpsp.cz <http://www.frpsp.cz>

SINECKÁ, J.; HANZE, J. *Naše dítě je tu. Průvodce pro neslyšící rodiče*. 1. vyd., Praha: FRPS, Scientia, 2003. ISBN 80-86792-01-3

Pro vydání této publikace se FRPSP nechala inspirovat podobnou knihou, která byla vydána v Německu. Kniha začíná příchodem maminky s dítětem z porodnice a končí prvním rokem dítěte. Kniha je psána velice přehledně, srozumitelně a je doplněna o spoustu obrázků, které se snaží ilustrovat text. První část knihy se zabývá obecnými tématy například první dny doma s dítětem, kojení, koupání, oblečení, cucání palce, dítě je nemocné, očkování atd. Další část je rozdělena na 12 kapitol, přičemž každá se věnuje jednomu měsíci života dítěte v těchto oblastech (vývoj, hra, zdraví a péče, výživa). Tato kniha jistě splňuje kritéria, která by měla splňovat texty pro lidi se sluchovým postižením.

Tyto dvě publikace lze zapůjčit nebo koupit v Informačním centru o hluchotě ve FRPSP ve Stodůlkách.

Nejdůležitější kritéria, která by měly splňovat texty pro osoby se sluchovým postižením, jsou tato:

1. vizuálnost: doplnění textu o větší množství obrázků, výrazná grafická úprava textu a jeho členění (různé typy a velikosti písma, přehledné členění textu),
2. srozumitelnost: zjednodušená gramatická stránka, nepoužívat dlouhá a složitá souvětí, přizpůsobit slovní zásobu – nepoužívat méně obvyklá slova, uzpůsobit čtenářským dovednostem čtenáře,
3. aktuálnost: užívat nejen obecné informace, ale také uvést konkrétní příklady aktuálních problémů. (Petráňová in Hudáková, 2005)

Pomoc po telefonu

Maminky, manželé či rodinní příslušníci, již od roku 1997 mohou v případě potřeby využívat Operátorské telefonické centrum pro neslyšící (ve Zlíně) s celostátní působností. Operátor přesně – slovo od slova - přečte psaný text poslaný neslyšícím klientem do telefonu klientu slyšícímu a vyřčená slova slyšícího klienta přepíše neslyšícímu klientovi do faxu nebo na displej psacího telefonu. Operátor text hovorů nijak neupravuje.

Dále také od října 2002 Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy přijímá na telefonním čísle 724333155 tísňové zprávy od neslyšících občanů o náhle a nečekaně vzniklé situaci ohrožení života, zdraví či bezpečnosti. Zpráva musí obsahovat informaci o tom, co se stalo a přesné místo. Po zpracování zprávy je odesílatel informován. V případě naléhavé situace je možno odeslat i prázdnou SMS. Pomoc dorazí na adresu uvedenou v databázi. (Hudáková, 2005)

DVD „Raná komunikace v neslyšící rodině“¹⁵

Toto DVD, které nyní čerstvě vyšlo, je určeno především pro slyšící rodiče, ale přínosné bude i pro rodiče neslyšící a další zájemce, kteří touto problematikou zabývají. DVD se zaměřuje především na komunikaci mezi matkou a dítětem. Ukazují se zde strategie, jak neslyšící matky navazují ranou komunikaci se svými neslyšícími dětmi.

DVD je možné zakoupit v Informačním centru FRPSP ve Stodůlkách.

Literatura pro zdravotnický personál

HUDÁKOVÁ, A. *Ve světě sluchového postižení*. Praha: FRPSP, 2005. ISBN 80-86792-27-7 a CD-ROM „Ve světě sluchového postižení“ vydané ve spolupráci FRPSP a SRP TAMTAM 2006

Tato informační a vzdělávací publikace, o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem, je určena (nejen) pro zdravotnický personál. Tato kniha podává ucelené informace týkající se komunikace neslyšících s lékaři, dále je doplněná praktickými zkušenostmi neslyšících maminek, tlumočnicků znakového jazyka a jiných profesionálů (jako jsou například psychologové). K této publikaci také vyšlo CD, na kterém jsou důležité informace o UPMD a názory lidí, kterých se toto téma dotýká nejvíce.

¹⁵ Příloha č. 5 – informační leták k DVD *Raná komunikace v neslyšící rodině*

CD Slovník znakového jazyka. terminologie z období těhotenství, porodu a péče o novorozence. Praha: SRP TAMTAM FRPP, 2005.

V rámci projektu „Centrum pro matky se sluchovým postižením“ vyškolení a přípravy zdravotnického personálu vznikl CD-ROM Slovník porodnické terminologie (český jazyk - český znakový jazyk / český znakový jazyk - český jazyk). Slovník je určený především pro odborný zdravotnický personál a tlumočníky. Samozřejmě může být přínosný i pro neslyšící maminky. Hesla jsou ve slovníku rozdělena do osmi celků: matka, plod, těhotenství, porod, po porodu, novorozenec, lidé a prostředí kolem porodu, nemoci, komplikace a léčba. Obsahuje přes pět set odborných výrazů. Při získávání znaků českého znakového jazyka spolupracoval tým s neslyšícími. Všechny znaky jsou profesionálně natočeny zepředu a z profilu v dostatečně kontrastním oblečení a pozadí. Při přehrávání videonahrávek znaků můžeme zvolit rychlost přehrávání či velikost obrazu a vybrat si čelní či boční pohled. Pro ilustraci termínu je možno nechat si zobrazit obrázek či fotografii. Vyhledávat ve slovníku je možné podle českého jazyka (dle obsahu, abecedy, klíčového slova) i podle českého znakového jazyka (dle tvaru ruky; slovník obsahuje čtyřicet pět fotografií jednotlivých tvarů ruky českého znakového jazyka).

Tento Slovník porodnické terminologie je možné zakoupit v Informačním centru o hluchotě ve FRPSP ve Stodůlkách.

4. Období porodu

Od svého ošetřující lékaře by nastávající maminka měla vědět, co si vzít s sebou do porodnice. Pokud ji tyto informace lékař nesdělil je možné, aby si maminka informace našla v různých letácích, brožurách nebo třeba na internetu. (například na stránkách <http://www.rodice.cz/clanky/tehulky/porod/seznam-co-do-porodnice.html>)

Tyto informace se maminka může dočíst také v „Průkazce pro těhotné“.

„Rodička, která neví, co ji čeká, ale je předem vystrašena barvitým vyprávěním přítelkyň a filmovými záběry sténajících žen, bude snášet porod podstatně hůře než žena, která ví, jak bude porod probíhat, počítá s bolestí, ale ví i o možnostech relaxace a předem se seznámila s nabídkou porodních poloh ve své porodnici.“ (Jungwirthová in Hudáková, 2005)

Jsou porodnice výborné s lidským přístupem personálu a stejně tak jsou porodnice horší s nepříliš příjemným personálem. Naštěstí si dnes každá rodička může vybrat porodnici třeba i v jiném městě a nemusí se celé těhotenství trápit tím, že patří do porodnice s nepříliš valnou pověstí. Maminka dokonce může alespoň zčásti rozhodnout o tom, jak a s kým prožijeme uvedení svého miminka na tento svět. A aby porod probíhal pokud možno hladce podle našich představ, je zde možnost již během těhotenství sepsat Porodní plán¹⁶, kde si každá žena sepíše své priority. Při samotném porodu nemusí být čas a také se může něco důležitého opomenout. Pro prvorodičky je to složitější, protože je pro ně porod velká neznámá. Pokud si maminka takový plán sepíše, musí si všechny body pečlivě promyslet popřípadě konzultovat s někým zkušeným. (dostupné na www.ds-soft.info/mimino)

Tlumočník u porodu

Jestliže se žena rozhodne využívat v tomto období služeb tlumočníka, tak je důležité, aby byl přítomen při všech vyšetřeních a konzultacích. Nedoporučuje se jeho využívání pouze pro nejvýznamnější události, protože i žena se sluchovým postižením by měla mít všechny informace. (Hudáková, 2003)

¹⁶ Ukázka porodního plánu (co by mohl obsahovat) – příloha č. 6

Matka si může vybrat mezi profesionálním či neprofesionálním tlumočnickem (manžel, přítel/-kyně, jiný rodinný příslušník, dobrovolníci).

Profesionální tlumočnice znakového jazyka s bohatými zkušenostmi tlumočení u porodů Vesta Dee Sauter učí tlumočnický dvě důležité dovednosti. Pracovně je označuje „dýchání“ a „zatlačte“.

„Dýchání – společné prodýchávání během kontrakcí. Tlumočnick drží klientčinu ruku a dýchá na její hřbet. Zároveň tlumočnick přitiskne druhou ruku na hrud' klientky a ve stejném rytmu s dechem hrud' stlačuje. Rytmus a intenzita dýchání a stisků se řídí tím, zda je třeba během kontrakcí dýchat rychle a povrchně, nebo ke konci kontrakcí zhluboka pomalu prodýchnout.

Zatlačte - tlumočnick se opře zepředu do ramene klientky, která je tak nucena vyvinout sílu v opačném směru, aby začala tlačit. Podle toho, jak silně je potřeba zatlačit, tak silně se tlumočnick opírá do ramene klientky.“ (Bunniová in Hudáková, 2003, s. 64)

Zde jsou zkušenosti s porodem jedné maminky se sluchovým postižením:

„Chtěla bych podotknout pro maminy, které porodily a setkaly se s poporodní depresí, že jsem si to prožila s M.. Po 30- ti hodinách bolesti se nám konečně podařilo porodit. Bylo to únavné a vyčerpávající a pravděpodobně se to podepsalo nejvíce na mém stavu po porodu. Ačkoliv jsem rodila v porodnici, tak jsme dceru porodili s manželem sami. Když přišly první stahy ve druhé době porodní, tak jsem teprve pochopila, že už rodíme. Byla jsem z toho dost vydešená. Protože M. neměla dotočenou hlavičku, musela jsem ležet na levém boku. Když přišla druhá kontrakce, tak jsem zatlačila a měla jsem pocit, že už je hlavička venku, tak jsme volali personál. Porodní asistentky si vedle nás klábosily a skládaly prádlo a i když jsme je informovali o počínajícím porodu, tak se pousmály a tvrdily, že ještě určitě nerodím a neobtěžovaly se zavolat ani lékaře. Když přišel třetí stah, tak jsem manželovi málem rozervalá triko a rozdrtila ruku (nedali mu ani empír a byl v botách u porodu), ale holka byla venku, uvízla mi mezi stehny. Manžel na ně zařval, že je dítě venku a v tom momentě kolem mě všichni lítali. M. měla omotanou pupeční šňůru kolem krku, byla fialová, nesměla jsem se vůbec hýbat, abych ji nepřiškrtila. Byla jsem šťastná, že byla v pořádku a že to mám za sebou. Nicméně utrpení pokračovalo dál na oddělení novorozenců. Tak jako každá prvorodička jsem si nastudovala co se dalo, ale nikde jsem nevyčetla, že miminko první dny pláče v noci, protože se mu čistí střívk, a že to mrně bolí, nikdo mi neřekl, co mám dělat, jak ji mám ukonejšit. Dočkala jsem se jenom

pohrdavého pohledu sester s tím , že řvou všechna mimina. M. měla novorozeneckou žloutenku, nicméně když mi jí první den přinesli, tak vypadala normálně a já po tom vyčerpávajícím porodu najednou nechtěla, aby mi ji nechali. Chtěla jsem ze všech sil křičet, aby si ji odnesli, že ji nechci, že nevím, co s ní mám dělat, ale nahlas jsem to neřekla a dala se do pláče. Plakala jsem pokaždé, když začala plakat M. a nešlo nám kojení. Nikdo se neobtěžoval nám ukázat jak se kojí, protože bylo mimin na oddělení moc a my jsme byli na prvním pokoji, tak se s námi nezdržovali. Třetí den jsem už měla krvavé popraskané bradavky, ale protože jsem četla, že jenom mateřské mléko mi to nejrychleji zhojí, tak jsem vytrvala. Nikdo mi nic neřekl. Až teprve čtvrtý den, kdy měl službu primář, tak jsem to nevydržela a řekla jsem mu, že mi nikdo nedává žádné informace, tak jsme si spolu sedli a pověděl mi, že M. začíná mít vysoké hodnoty bilirubinu, a také řekl jedné sestře, že se nám má při kojení věnovat. Bylo mi hned lépe. Nicméně druhý den odpoledne jsem usnula a když jsem se probudila, tak byla M. pryč. Byla jsem vyděšená, co se děje a našla jsem ji u sester v inkubátoru na fototerapii. Byla tam 36 hodin, nikdo mi nic neřekl, nosili mi ji na kojení tak, jak si vzpomněli. Když nás po sedmi dnech propouštěli, tak jsem byla šťastná, že jedeme domů. Dali nám na cestu kufříček, který dostávají všechny maminky s Betynkou a vzorky plínek, ubrousků, pracích prášků atd. Jaké bylo mé překvapení, když jsem zjistila, že v Betynce je popsán porod a vše co se děje první čtyři dny po porodu s miminkem. Musela jsem se smát, nemohli mi to dát hned po porodu? Určitě bych tak nešilela.

Druhý den jsme navštívili dětskou lékařku a ta byla moc hodná, půjčila mi videokazetu, na které bylo vše od kojení a poloh při kojení, umělá strava, ale také jak oblékat a jak zacházet s miminkem. Teprve tehdy jsem pochopila, že celou dobu jsme v porodnici špatně kojily. Nikdo mě nepřipravil na to, co kojení obnáší. Začala se mi hodně nalévat prsa, M. mi v noci plakala i půl hodiny než jsem se osprchovala a prsa odstříkala, aby se mohla chytit. Nikdo mě nepřipravil na to, že budu v noci vstávat každé dvě hodiny a budu kojit i 12x za celý den, nikdo mi neřekl, že nesmím odstříkávat mezi kojením, jinak, že budu mít hodně mléka. Nikdo mi neřekl, že budu tak rozhozená v šestinedělí. Došlo to tak daleko, že jsem někdy nechala M. v košíku plakat a odešla jsem do vedlejší místnosti a brečela. Měla jsem strach ji vzít do náruče, protože bych s ní mohla „praštit“, o zem, byla jsem úplně vyřízená. Manžel musel dvakrát přijet z práce domů a o M. se postarat i za cenu toho, že byla malá o hladu i šest hodin. Prostě jsem to nezvládla, ale můj manžel je skvělý chlap a měl pochopení i pro moje nadávání a ponižování a nakonec to prohloubilo

jeho vztah s M.. Přešlo šestinedělí a všechno se najednou zklidnilo a já byla už dobrá. Nemáme po ruce žádnou babičku ani tetičku ani dnes ani tenkrát. Museli jsme to zvládnout. Také jsem od třetího týdne porodu začala používat šátek. Pomohl nám zpočátku v tom, že se M. naučila v noci po kojení hned usínat, stačilo ji pět minut nosit v šátku a pak mi šátek pomohl, že jsem se jí nemusela dotýkat rukama, to byl totiž můj největší problém, dotýkat se jí rukama a přesto jsem ji chtěla mít u sebe. Tak takhle proběhla moje poporodní deprese.

Nicméně nechci děsit vás, které jste ještě nerodily, takto jsem ten porod viděla já. Když jsem šla родit K., měla jsem ze všech těchto věcí strach a ani jedna se neopakovala. Byla jsem velmi mile překvapena, že u mě byla neustále jedna porodní asistentka, která při počínajících kontrakcích hlídala miminko na monitoru a ne jako u M., kde na mě byla jedna porodní asistentka sprostá, že nic nevydržím a kdo že mě bude tahat z porodního stolu po císaři a kdesi cosi. Neustále se na mě usmívala a prožívala porod se mnou, tatínek bohužel nestihl porod. Přístup všech lidí byl úplně jiný než při prvním porodu. Je pravdou, že jsem se na všechno ptala už od začátku. Druhý porod proběhl rychle a bez potíží. A tehdy jsem pochopila, že stav, který jsem si prožila s M. nebyl běžný. Tak opravdu neprobíhá normální šestinedělí a každá si to svoje musí prožít. Snad vás to neodradilo od porodu, je totiž zase pravdou, že není na světě nic krásnějšího než držet svoje prvorozené dítě v náručí poté, co se narodilo. V tom momentě zapomenete na to, co předcházelo narození a hlavně si řeknete, že to mimčo na tom bylo vlastně hůř, když se musí poprvé nadechnout, poprvé podívat, poprvé je mu zima???"

5. Období po porodu

Po porodu se maminka dostává i se svým miminkem na pokoj, kde stráví několik dnů. V každém pokoji, který neslyšící maminka obývá, by měla být světelná signalizace klepání na dveře. Na pokojích porodnic bývají standardně nainstalována zařízení monitorující dech novorozenců. Děti neslyšících maminek by je měly pochopitelně mít vybaveny světelným a/nebo vibračním signalizátorem. Dalším důležitým přístrojem je světelná a/nebo vibrační signalizace dětského pláče. (Hudáková, 2005)

I po porodu, když už „všechno dobře dopadlo“ je pro matku velmi důležité plnohodnotně se dorozumět. Musí se naučit mnoho nových dovedností, začíná kojit, učí se, jak miminko koupat a přebalovat. Protože tlumočnick s ní asi nebude v porodnici stále, je dobré domluvit se předem, kdy bude možné předat všechny pro ten den důležité informace a na tu dobu tlumočnicka zajistit. Pro některé maminky je důležité, aby měly svého tlumočnicka i v šestinedělí, pro případné dotazy lékařům a řešení nastalých situací, se kterými si maminka sama neví rady.

Možná nastanou situace, kdy (budoucí) maminka bude potřebovat v něčem poradit. A právě proto je nezastupitelným místem dětská poradna, kam může se svým dítětem pravidelně docházet. Maminka by se lékaře (nebo lékařky) a dětské sestry měla ptát na vše, co potřebuje vědět. Lékař by měl být odborník a ochotně vám vše vysvětlit. Také je možné využít služby Operátorského telefonického centra pro neslyšící (viz. kapitola 3.2 Pro maminky a zdravotnický personál)

5.1 Screening sluchových vad

Předpokládá se, že asi polovina vad sluchu je získaná (např. zraněním, infekcí, drogami). Zbytek má pravděpodobně genetický původ, ale jenom zřídka to lze prokázat.

Diagnostika vady sluchu zahrnuje tři základní kroky:

- a) odhalení vady,
- b) zjištění velikosti vady,
- c) zjištění příčiny vady. (Hrubý, 1998 s. 46)

V dnešní době není v Česku běžné, aby byl novorozencům sluch vyšetřen přímo na novorozeneckém oddělení. Neslyšící rodiče se tedy mohou pokusit rozpoznat dříve než lékaři, zda jejich dítě slyší nebo neslyší. (Hroboň, 1998, s. 37)

Rizikový jedinec je ten, u něhož se objeví alespoň jeden rizikový faktor:

- pozitivní rodinná anamnéza;
- kongenitální (vrozená) infekce;
- porodní hmotnost pod 1500g;
- porodní trauma;
- infekce obličejové části hlavy;
- asfyxie (přidušení) při porodu;
- nutnost dlouhodobé umělé ventilace;
- primární plicní hypertenze;
- meningitis/encefalitis;
- ototoxické léky;
- inkompatibilita (neslučitelnost) Rh faktoru;
- hyperbilirubinemie (žloutenka).

Jako neriziková jsou označováni všichni ostatní. Neznamena to, že se u nich nemůže žádné onemocnění objevit. Ale předpokládá se, že výskyt sluchového postižení bude častější u dětí s rizikovými faktory.

Diagnostika by měla být provedena do 6 měsíců po narození. Včasnou diagnostiku sluchové vady a zahájení včasné intervence by umožnilo provádění celoplošného screeningu. Tento screening probíhá pouze na několika odděleních větších nemocnic. Ostatní jsou odkázáni na vlastní pozorování a preventivní prohlídky pediatra. (Houdková, 2005)

V rámci různých projektů se u novorozenců v České republice měří otoakustické emise. Jedním takovým projektem bylo vyšetřování sluchu v novorozeneckém věku pomocí TEOAE (Transiently Evoked Otoacoustic Emission – Krátkodobé evokované otoakustické emise). Tento projekt prováděl tým odborníků z FN v Praze – Motole a trval od roku 1997 až do roku 1999. Projekt spočíval v tom, že se vyšetřovaly všechny

narozené děti – jak s předpokládaným rizikem poruchy vývoje, tak dětem bez jakéhokoliv zjevného rizika. Cílem tohoto projektu bylo včas odhalit sluchové postižení a nabídnout rodičům možnosti vhodné sluchové kompenzace např. sluchadla či navrhnout dítě na kochleární implantát. (Šmídová, in Infozpravodaj, č. 4, 2000)

Včasně odhalit sluchové postižení u dětí do jednoho roku života se doposud dalo velmi obtížně. Díky speciálnímu diagnostickému zařízení TEOAE lze, ale na podkladě vyšetření otoakustických emisí zjistit přítomnost sluchové ztráty již druhý den po narození dítěte. Na druhé straně je třeba si uvědomit, že přestože existuje způsob, jak zavčas a objektivně identifikovat sluchovou ztrátu u dítěte, neexistuje v ČR screening sluchových vad ani u rizikových dětí, natož celoplošně.

Od února roku 2007 se v porodnici na podolském nábřeží podrobují screeningu všichni novorozenci. Dochází zde k vytyčení vhodných adeptů na kochleární implantát. Podle MUDr. Slavíkové je třeba vytvořit „pavouka“, kdy by žádné dítě nemělo propadnout, tj. zůstat bez včasného odhalení sluchové vady a zahájení rané péče.

Podle Nováka (1997) souvisí včasná diagnóza významně s etiologií sluchové ztráty. Z toho plyne, že zavčas by mohly být děti diagnostikovány zejména v těch případech, kdy se narodí do rodiny, kde má alespoň jeden z rodičů nebo některý ze sourozenců sluchové postižení. Celkově lze říci, že přítomnost jakéhokoliv rizikového faktoru může být významná z hlediska včasného zjištění sluchového postižení.

K určení pozdní diagnózy často docházelo v důsledku jazykového vývoje neslyšících i slyšících dětí, který je v prvních měsících totožný. „rané vokální žvatlání“, podobné žvatlání slyšících dětí, produkují i neslyšící děti. Po několika prvních měsících, ale vokální žvatlání ustupuje.... (Gregory, 2001) Z tohoto důvodu se často na sluchovou vadu přicházelo v pozdějším období vývoje dítěte.

Na potvrzení diagnózy sluchového postižení by měla ihned navazovat odborná intervence (viz. Kapitola 5.3 Raná péče o dítě). Je totiž nesmírně nutné být rodičům nablízku bezprostředně po sdělení diagnózy sluchového postižení u jejich dítěte a dále po celou dobu, dokud to rodina potřebuje.

5.2 Metody testování sluchu

U zjišťování sluchu novorozenců se používají objektivní audiologické metody, které nevyžadují přímou spolupráci vyšetřovaného.

Do těchto metod řadíme:

- 1) Tympanometrii, jejíž principem je měření množství akustické energie ve vnějším zvukovodu. Do ucha¹⁷ se pouští trvalý zvuk a pomocí mikrofonu se měří množství odraženého zvuku od blanky bubínku.
- 2) OAE – vyšetření otoakustických emisí se používá především právě jako screeningová metoda při vyšetření novorozenců. OAE lze zaznamenat dokonce již několik hodin po narození asi u 90% populace. Při testování pomocí OAE se do vnějšího zvukovodu pouští zvukové impulsy, pokud jsou vnější vlásčkové buňky nepoškozeny, můžeme citlivým mikrofonem zaznamenat slabounký zvuk. Vyšetření pomocí tympanometrie a otoakustické emise řadíme mezi metody akustické. (Lejska, 2003)
Jedná se o nejmodernější a velice rychlou metodu. Pokud je u této metody pozitivní (patologický) výsledek, dochází k vyšetření pomocí kmenové audiometrie (BERA), která nám slouží k diagnostice druhu a rozsahu poruchy. (Houdková, 2005)
- 3) BERA (Brainstem Evoked Response Audiometry) – vyšetření pomocí kmenových evokovaných potenciálů. Při tomto vyšetření se měří elektrický impuls, který vzniká, je vyvolán (evokován) na základě akustické stimulace. Měření BERA nám stanoví sluchový práh a posoudí funkce kmene mozku = onemocnění mozku. Vyšetření se provádí v absolutním pohybovém klidu dítěte, téměř vždy ve spánku. Do vyšetřovaného ucha se pouští série akustických impulsů a evokované odpovědi jsou automaticky přístrojem sbírány (přes speciální elektrody, které jsou nejčastěji přilepeny za oběma boltci). Vyšetření BERA řadíme mezi metody elektrofyziologické.

Dále se u novorozenců používají orientační vyšetření vrozených akustických reflexů:

¹⁷ Příloha č. 7 - Stavba sluchového orgánu

- reflex víčkový, kdy se dítěti při silnějším zvuku prudce sevře víčko strany, ze které zvuk přichází; může se objevit i záškub obličejových svalů.
- reflex zornicový, při kterém dojde k rychlému stahu zornice a jejímu následnému pomalému rozšíření,
- orientační reflex, kdy se u dítěte jako reakce na silný zvuk zastaví dýchací pohyby, dítě se rozpláče apod.,
- pátrací reflex, při kterém se dítě otáčí po směru, odkud zvuk přichází.

Samozřejmě je důležité vyvarovat se vibrací způsobených při vytváření sluchového podnětu a také se vyvarovat úlekové reakce dítěte na pohyb vyšetřující osoby. (Houdková, 2005)

O metodách, které vyžadují spolupráci pacienta se pouze zmíním, neboť pro mou práci tyto metody nejsou rozhodující. Mezi tyto metody řadíme klasickou sluchovou zkoušku řeči a šepotem a subjektivní audiometrii (prahová tónová audiometrie, slovní audiometrie a nadprahové testy) (Lejska, 2003)

5.3 Kompenzační pomůcky signalizující pláč dítěte

Rodiče se sluchovým postižením musí vyřešit především způsob hlídání dítěte. *„...Signalizace každého z vysílačů je třeba vidět ve všech místnostech bytu nebo domu a ze způsobu signalizace musí být možné rozeznat, co ji vyvolalo.“* (tzn. různý rytmus upozorňování blikání u dveřního zvonku, zvonění budíku či pláč dítěte) (Hrubý, 1998, s.174)

Firma Kompone¹⁸ nabízí zařízení upozorňující na pláč dítěte v několika provedeních. Baby-Aviso je vysílač přenášející křik nebo pláč dítěte do přijímače umístěného v libovolné místnosti bytu; přijímač může být v provedení flash (světelná signalizace) či flash s přídatným zvukem o vysoké či nízké frekvenci. Místo flash přijímače může být použita Aviso-lampe. V tomto případě při pláči či křiku dítěte světélkuje libovolné svítidlo v bytě. Pro náročnější uživatele je určeno Baby-Aviso s vibrátorem, jehož součástí je Aviso-Trans, Vib a Charger.

¹⁸ Dostupné na <http://www.kompone.cz/signalizace.html>

Dále je možné zakoupit baby alarm (signalizátor pláče dítěte) od Audiocentrum Tv¹⁹. Příspěvky na tyto výrobky se poskytují také do výše 100%. Ukázky těchto signalizací – příloha č. 8.

5.4 Raná péče o dítě

„Největším nepřítelem dětí (i rodičů) v raném věku je čas. To, co v tomto období zmeškáme, již nikdy nemůžeme dohonit. Proto je velice důležité, aby sluchová vada dítěte byla odhalena co nejdříve a celé rodině začala být ihned poskytována komplexní péče.“
(Hrubý, 1998)

Na včasnou diagnostiku bezprostředně navazuje raná péče. Jak vlastně komunikuje sluchově postižená maminka se svým dítětem? V počátečním období vývoje dítěte sluchově postižená maminka používá v interakci se svým dítětem jen omezené množství znaků. V první řadě musí dítě naučit, aby s ní navazovalo plynule zrakový kontakt. Bez navázání zrakového kontaktu nemůže totiž maminka dítěti nic sdělit. (Hronová, Motejzlíková, 2002)

Již při odchodu z porodnice by maminka měla dostat kontakt na Středisko rané péče (a nerozhoduje zde to, zda je narozené dítě slyšící nebo neslyšící). Ranou péčí nazýváme souhrn služeb, které jsou nabízeny a směřují k rodině s postiženým dítětem raného věku. Rozhodnutí zda nabízené služby rodiče přijmout je jen na nich samotných.

Nejdůležitějšími a nejbližšími osobami jsou v raném období pro dítě rodiče, raná péče se proto snaží podpořit roli rodičů a pozitivně je motivovat k práci s dítětem v průběhu procesu terapie, protože oni sami se stávají terapeuty, kteří na dítě působí.

„Klientem rané péče je dítě a jeho rodiče, jestliže je u dítěte zjištěno zdravotní postižení nebo je zdravý vývoj ohrožen v důsledku sociálního prostředí. Z hlediska věku dítěte jsou služby rané péče poskytovány od zjištění rizika postižení či ohrožení dítěte do nástupu do předškolního nebo školního zařízení. Věková hranice je obecně stanovena

¹⁹ Dostupné na http://www.audiocentrumtv.cz/komp_pomucky2.htm

dosažením 4 let věku. U dětí s kombinovaným postižením je tato hranice posunuta do 7 let věku.“ (Houdková, 2003, s. 36)

Cíle rané péče jsou:

- vybavit rodiče takovými informacemi a dovednostmi, aby mohli aktivně působit na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení nebo ohrožení vývoje dítěte z jiných důvodů.
- Vybavit rodiče informacemi a případně i efektivní podporou pro orientaci v systému sociálního zabezpečení a zvyšovat jejich nezávislost.
- Podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte do rodiny a do běžného života společnosti.
- Pomoci nebo podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy. (Potměšil, 2003, s. 119)

Raná péče je multidisciplinární obor, což znamená, že její služby jsou poskytovány týmem složených z různých odborníků (speciální pedagog, psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovník, logoped...)

Střediska rané péče zaměřující se na služby pro děti se sluchovým postižením můžeme najít v Praze a v Olomouci²⁰. Jedná se o SRP TAMTAM. Tato střediska mají celorepublikovou působnost.

Mezi služby střediska rané péče Tamtam patří:

- ✓ konzultace v rodinách, poradenská intervence,
- ✓ konzultace po telefonu,
- ✓ ambulance klinického logopeda, psychologa, foniatra, fyzioterapeuta, sociálního poradce, nácvik audiovyšetření,
- ✓ pravidelná setkání rodičů dětí s postižením doplněná semináři na žádaná témata, skupinovým terapeutickým sezením s psychologem, aj.,
- ✓ pobytové akce týdenní a víkendové,

²⁰ SRP Tamtam Praha (vedoucí střediska je Mgr. Martina Péčová), Holečkova 4, 150 00 Praha 5;

e-mail: ranapece@tamtam-praha.cz; tel.: 251 510 744, tel./fax: 251 510 745

SRP Tamtam Olomouc (vedoucí střediska Mgr. Anna Šarátková), AB Centrum, Kosmonautů 8, 772 54

Olomouc; e-mail: tamtam.olomouc@centrum.cz; tel: 587 433 350

- ✓ videotrénink interakcí,
- ✓ zprostředkování kontaktů (lékař, úřad, škola) a asistence při jednáních,
- ✓ propagace včasné diagnostiky a všeobecná prezentace problematiky sluchově postižených ,
- ✓ půjčování literatury, speciálních didaktických pomůcek, ozvučených hraček, počítačových logopedických a didaktických programů,
- ✓ prodej vlastních logopedických a didaktických pomůcek,
- ✓ výuka a tlumočení znakového jazyka. (dostupné na <http://www.tamtam-praha.cz/>)

6. Rodiče se sluchovým postižením

Většina sluchově postižených rodičů sluchové postižení u svých dětí očekávají nebo alespoň počítají s variantou, že jejich dítě může být nějak sluchově postiženo. V dnešní době je velice diskutovaná otázka, zda si sluchově postižení rodiče, potažmo, neslyšící rodiče přejí, aby jejich dítě bylo slyšící či neslyšící. Když se neslyšícím rodičům má narodit dítě, často chtějí, aby bylo raději neslyšící, než aby slyšelo normálně nebo nedoslýchalo. Jedná se zde opět, jak se již ve své práci zmiňuji, o problém s komunikací. S neslyšícími dětmi, kdy rodiče k vzájemné komunikaci používají znakový jazyk, odpadá obava s výběrem vhodné komunikace. A pokud neslyšící rodiče vyjadřují obavy, že by mohli mít neslyšící dítě, obvykle se to týká problémů, které jejich děti čekají ve světě slyšících. Zvláště pokud jde o omezené pracovní možnosti a problémy se vzděláváním. Především se snaží myslet na budoucnost svých dětí. Narození slyšícího dítěte tak prověří osobnost neslyšících rodičů. Jako u slyšících rodičů, kteří mají neslyšící dítě, i zde představuje největší problémy komunikace.

Přání, představy a postoje rodičů preferující neslyšící dítě mohou mít někdy negativní dopad pro vztah k jejím slyšícím dětem. K této otázce se také budu obracet ve v praktické části mé diplomové práce.

„Otcové i matky mají při výchově svoji podstatnou, avšak velmi odlišnou roli. Každý z nich má jiný styl a děti tyto rozdíly velmi rychle chápou. Od narození tátové s dětmi zacházejí a hrají si jinak než maminky. Všude na světě děti lépe odpovídají na sociální podněty a mají bezpečnější citové vazby, pokud jsou tátové aktivní součástí jejich života. Otcové velkou měrou přispívají k emocionální a duševní pohodě dětí i rodin.“
(Schmitt, 2004, s. 9)

To, že se v této kapitole zaměřuji pouze na ranou komunikační interakci dítěte s matkou a nezmiňuji otce, odůvodňuji skutečností, že v naší společnosti je stále klíčovou osobou v rané fázi komunikačního procesu s dítětem zpravidla matka, která bývá na počátku života díky častějšímu a intenzivnějšímu kontaktu s dítětem dominantním objektem uspokojujícím jeho potřeby.

Kvalita vztahu mezi matkou a dítětem, který se po narození buduje, a jehož počátky zasahují již do období života plodu, do velké míry ovlivňuje citový a sociální rozvoj dítěte. Od tohoto specifického vztahu se dále rozvíjejí vztahy dítěte k dalším členům společnosti.

Každé dítě se rodí se základními informacemi o jazyce (s nástroji či zvláštním vybavením), které mu zajistí, aby se naučilo jakémukoliv přirozenému jazyku. Podílí se zde kulturní kontext prostřednictvím dalších lidí. Pokud dítě bude mít dostatek jazykových stimulů v českém znakovém jazyce i mluveném jazyce, osvojí si oba jazyky a stává se bilingvní. Dále jsou důležité určité podmínky, díky kterým dochází k osvojování daného jazyka.

Mezi tyto podmínky řadíme:

- Dostatečný stupeň biologického vývoje – zralost centrální nervové soustavy, stav smyslových orgánů, vytvoření asociačních nervových spojů mezi vnímacími a rozpoznávacími jádry v mozku.
 - Podnětné jazykové prostředí – podnětů musí být dostatek, aby se vytvořila příležitost k učení; dítě musí mít kontakt s lidmi. Kvantita i kvalita podnětů, které jsou považovány za dostatečné, může být individuální; neslyšící dítě má jiné potřeby než dítě slyšící. Roli hrají i další faktory – inteligence, jazykové předpoklady, jazykový cit, tvořivost, motivace,...).
 - Zkušenosti se světem – pomáhají dítěti vytvářet pojmy, které jsou poté symbolizovány pomocí jazykových prostředků.
 - Motivace ke komunikaci – patří k pudovým potřebám člověka; člověk cítí potřebu ke sdělování.
 - Příležitost projevit se – dítě musí být v komunikaci aktivním činitelem, potřebuje mít vlastní zkušenost s jazykem, aby ho mohlo používat a rozvíjet.
- (Horváthová, 2007)

Žádná metoda rozvoje komunikačních schopností a dovedností nemůže vyhovovat individuálním potřebám všech neslyšících a těžce nedoslýchavých dětí.

6.1 Neslyšící rodiče a jejich slyšící dítě

V následujících dvou kapitolách se již zaměřím na neslyšící rodiče, neboť zde může nastat problém počáteční komunikace mezi samotnými rodiči a dětmi.

Jak neslyšící rodiče budou schopni vychovávat své slyšící děti, jaké komunikační zázemí pro ně vytvoří, jaké citové vazby se mezi nimi vyvinou, jakou zkušenost se světem Neslyšících a jejich kulturou mu zprostředkují, se bude do značné míry odvíjet od zkušeností z dětství rodičů.

Už brzy po narození svého slyšícího dítěte se mohou hloušší rodiče setkat s pracovníky sociální péče, kde je jim poskytnuto sociální poradenství – zajistit kontakt dítěte se slyšícím prostředím. Sociální pracovnice může také poradit přímo u úprav rodinného prostředí př. regulovat přemíru zrakových podnětů či naopak někdy je vhodné podpořit tiché domácí prostředí zvuky (např. pouštění pohádek – poslouchat mluvený (reprodukovaný) hlas. Nemá to zcela ten správný efekt, pro dítě je nezbytné, aby s lidmi přímo komunikoval v mluveném jazyce (pro rozvoj jazykové a komunikační kompetence). Nesmí se ale zapomenout, že možná důležitější než samotná mluva dítěte, je prvotní komunikace v rodině. Mluvený jazyk si dítě nejlépe osvojí na základě mezilidské komunikace, která je nezbytná k tomu, aby si i uvědomilo rozdíly mezi mluveným a znakovým jazykem. Nejlepšími učiteli jsou slyšící, kteří sluchové postižení nepovažují za postižení a respektují jazyk i kulturu rodičů. Mohou to být prarodiče, příbuzní i asistenti (popř. přátelé rodičů, kteří jsou sami slyšícími dětmi neslyšících rodičů). (Redlich, 2003)

Neslyšící rodiče se často snaží komunikovat se svým slyšícím dítětem mluvenou řečí (s použitím či bez použití hlasu) s využitím odezírání. Protože je však tento způsob komunikace pro ně často velmi obtížný, doplňují ho znakovým jazykem – dochází tedy ke smíšení mluveného a znakového jazyka.

Dále Redlich (2003) uvádí, že dítě neslyšících rodičů by mělo mít možnost komunikovat mluveným i znakovým jazykem; doporučuje rodičům upřednostňovat komunikaci ve znakovém jazyce z důvodu lepší komunikace a následně užšího vztahu mezi nimi a dítětem. Mluvený jazyk se slyšící dítě naučí v interakci se slyšícím okolím

(samozřejmě za předpokladu, se tato interakce bude častá). Takové dítě bude bilingvální a v mnoha případech i bikulturní – tzn. součástí kultury Neslyšících.

Z uvedeného vyplývá, že znaky nebrání rozvoji mluvené řeči; k opožděnému vývoji mluvené řeči může dojít v situaci, kdy dítě nemá časté kontakty se slyšícím okolím (prarodiče, další příbuzní, starší slyšící sourozenec). (Strnadová, 1998) Na řečové výchově slyšícího dítěte, které žije v neslyšící rodině, se do značné míry podílí také předškolní zařízení (jesle, mateřská škola).

Lze tedy říci, že právě slyšící děti hluchých rodičů patří mezi těch pár lidí, jejichž mateřským jazykem je znakový jazyk hlavním komunikačním prostředkem v dětství. Dítě si osvojuje vedle jazyka i komunikační normy a kulturu Neslyšících. Vrůstá do dvou kultur – české a kultury českých Neslyšících. (Reil, 1999)

6.2 Neslyšící rodiče a jejich neslyšící dítě

Neslyšící rodiče většinou nepřijímají narození dítěte s vadou sluchu jako neštěstí a v jejich rodině nevzniká komunikační problém. Někteří rodiče očekávají, že v rodině, kde se objevuje hluchota již několik generací, se narodí opět neslyšící dítě. Byli by za to rádi, protože se s ním všichni dorozumí a jeho potřeby nebudou jiné než potřeby ostatních členů rodiny. (Redlich, 2003)

Komunikují s dítětem jazykem, který je pro ně i pro dítě přirozený; rodiče i dítě budou pravděpodobně příslušníky komunity Neslyšících. Neslyšící rodiče vyjdou neslyšícímu dítěti vstříc v jeho raných komunikačních potřebách. Mezi tyto potřeby dle Strnadové (1998) patří především častější doteky a blízkost rodičů. Zvolí-li rodiče jako komunikační metodu znakový jazyk, zpravidla tak už předem vřazují své dítě do společnosti osob se sluchovým postižením. Zcela běžné a přirozené je, rozhodnou-li se pro znakový jazyk rodiče, kteří mají sami sluchové postižení.

Pomocí znakového jazyka může neslyšící dítě sdělit rodičům, co právě potřebuje a naopak rodiče mohou bez problémů svému dítěti sdělovat informace a předávat zkušenosti.

„Na základě námi provedené analýzy můžeme tvrdit, že v zaznamenané komunikaci sluchově postižené maminky s jejím sluchově postiženým dítětem ve věku od 6 do 12 měsíců došlo k přirozenému komunikačnímu vývoji.“ (Hronová, Motejzíkova, 2002, s.32)

„Má-li tedy neslyšící dítě k dispozici znaky, probíhá jeho jazykový vývoj shodným způsobem jako je tomu u stejně starého slyšícího dítěte.“ (Strnadová, 1998, s. 194)

Snahy matky komunikující se svým dítětem pomocí znakového jazyka směřují nejprve ke získání základních komunikačních dovedností. Orientuje se především na navázání zrakového kontaktu a na rozdělení pozornosti dítěte mezi objekt komunikace a matku. Bez něho matka jazykovou komunikaci nezačne. V případě, že kontakt ztratí, jazykovou komunikaci ukončí. Dokud není dítě k této aktivitě dostatečně motoricky vyspělé, řeší maminky tento problém tak, že se snaží sebe a zároveň předměty komunikace posouvat do zorného pole dítěte. Využívá situací, kdy dítě samo naváže spontánní zrakový kontakt. Je proto potřeba, aby dítě co nejrychleji dokázalo střídat pozornost a po krátkém okamžiku znovu navázalo zrakový kontakt. S postupujícím psychickým i fyzickým vývojem dítěte začíná samo častěji navazovat zrakový kontakt a také vzdálenost při komunikaci se mezi matkou a dítětem prodlužuje. Nejprve je velmi krátká, aby matka mohla upoutávat pozornost dítěte dotykem, později (asi ve 12 měsících) je vedena i na vzdálenost několika metrů.

Aby matka upoutala pozornost dítěte, využívá především hmatového kontaktu. Bylo vyzorováno, že tyto doteky jsou vždy jemné, matka přitom vyčkává, dokud nezíská pozornost dítěte. Upoutat pozornost dítěte maminka může několika způsoby například dítě může pohládit, jemně ho poklepat, zatřepat ramenem či jemně uchopit část jeho těla. Výjimkou jsou situace, kdy mají doteky charakter imperativu – např. dítěti něco zakazují. (Hronová, Motejzíkova, 2002)

Podle Procházkové (2004) by užití znakového jazyka jako prostředku podněcování dítěte se sluchovým postižením ke komunikaci v nejranějším věku, ale mělo být doprovázeno hlasitým mluvením na dítě, aby bylo již od počátku dítě zahrnováno zvukovými podněty stimulující centrální část sluchového orgánu (je totiž známou skutečností, že málokteré dítě se sluchovým postižením nemá vůbec žádné využitelné zbytky sluchu), a aby si rovněž uvědomovalo, že s komunikací souvisí i pohyby úst a užití

hlasu. Nikdy totiž nelze dopředu určit, jakým nadáním pro řeč, který je z hlediska rozvoje mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením nesmírně důležitý, bude dítě disponovat. Proto je důležité využít všech dostupných komunikačních prostředků.

Podstatné je, že pro dítě bude znakový jazyk stále jediný přirozený vizuálně-motorický komunikační prostředek, na jehož základě si bude moci neslyšící dítě spontánně osvojovat znalosti a uspokojovat své emocionální a sociální potřeby. (Jabůrek, 1998)

Má-li neslyšící dítě neslyšící rodinu, kde používají znakový jazyk, bude u něj probíhat řečový rozvoj ve znakovém jazyce v podstatě stejným způsobem jako rozvoj mluveného jazyka u dětí slyšících. (Freeman a kol., 1992)

7. Praktická část

A. Cíle šetření

Cílem mého šetření bylo zjistit stav zkušeností neslyšících maminek s komunikací s lékaři během těhotenství a porodu (do této skupiny v mém případě patří gynekolog, porodník, pediatr, ale také zdravotní či porodní sestry) a dále zjistit, jakého se matkám dostalo přístupu ze strany lékařů a zda tento přístup ovlivnil sledování průběhu jejich těhotenství. Vzhledem k výše uvedenému cíli bylo úkolem dotazníku získat informace od neslyšících maminek.

B. Stanovení předpokladů

Mým prvním předpokladem bylo, že neslyšící maminky mají více špatných zkušeností z období těhotenství, které byly způsobeny nevhodnou volbou komunikačního prostředku či obecně nevhodným přístupem lékařů (gynekologa, pediatra, zdravotních sester). Druhým předpokladem bylo, že neslyšící maminky nedostávají takové množství informací jako maminky slyšící a nebo informace dostávají ve zjednodušené formě či s redukováným obsahem. Dalším předpokladem bylo, že dětem, které řadíme do rizikové skupiny, kde je pravděpodobnost sluchové vady, byl sluch vyšetřen nejpozději do 6 měsíců po narození. Během tohoto šetření jsem také chtěla zjistit, z kolika procent se v těchto neslyšících rodinách narodilo dítě slyšící, neboť v odborné literatuře se hovoří až o 90ti%, což bylo mým čtvrtým předpokladem.

C. Metodický postup

Jako výzkumný nástroj jsem použila dotazník²¹. Dotazník byl sestaven z 15 otázek. Většina otázek v dotazníku je polouzavřených, kde nabízím variantu odpovědi, ale také možnost vysvětlení volby dané odpovědi. Nejprve jsem si zvolila zkoumaný vzorek, tímto vzorkem (respondenty) byli neslyšící rodiče (respektive maminky) slyšících i neslyšících dětí. V ověřovací fázi jsem zjišťovala, zda jsou otázky srozumitelné, dále jejich náročnost a časovou potřebu. Po této fázi došlo k přeformulování několika otázek.

²¹ Dotazník – příloha č. 9

Orientační doba byla stanovena na 10 – 20 minut, podle toho, jestli se jednalo o přímé dotazování podle dotazníku pomocí znakového jazyka, nebo zda se jednalo o emailové zpracování. Dotazník byl distribuován osobně, přes internet a přes Středisko rané péče TAMTAM. Celkem dotazník vyplnilo 25 maminek.

Zaměřila jsem se na poměrně malý soubor respondentů. Nejedná se o reprezentativní ale pouze o orientační vzorek. Z důvodu přehlednosti jsem se pokusila některé údaje vložit do grafů.

D. Zpracování výsledků

Otázka č. 1

V kterém roce jste se narodila?

Pro své šetření jsem se snažila vybrat co nejvíce maminek, které rodily mezi lety 2000 a 2005. U těchto maminek jsem předpokládala, že jejich zkušenosti s komunikací s lékaři by měla být na lepší úrovni než tomu bylo před lety. V kontrastu s tímto jsem vybrala několik maminek, které mají již děti dospělé a u kterých jsem předpokládala více negativní zkušenosti a zážitky. Celkový počet vybraných maminek bylo 25.

Věkový průměr matek byl 33,32 let.

Otázka č. 2

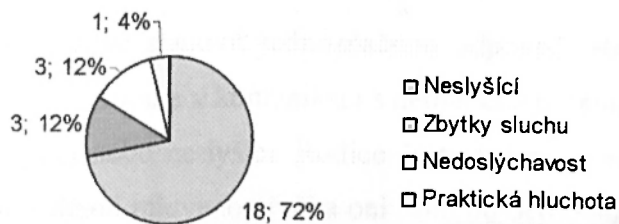
Jak velkou ztrátu sluchu máte Vy a Váš manžel (partner)?

U této otázky byla možnost výběru mezi – neslyšící, zbytky sluchu, nedoslýchavý (lehká, střední, těžká). Z této otázky vyplynulo, že 24 matek žije v manželství a 1 žije bez otce svého dítěte.

Matky:

Neslyšící	Zbytky sluchu	Nedoslýchavost	Praktická hluchota
18	3	3	1

Sluchová ztráta u matek

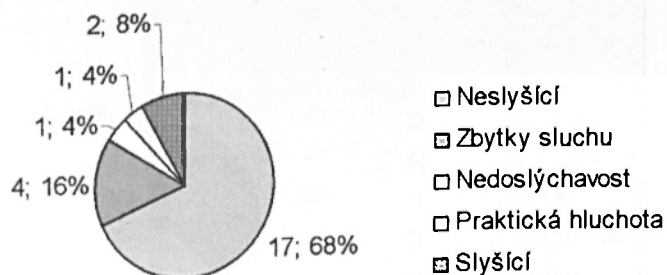


Již při této otázce nastal první problém s terminologií, o kterém jsem se již zmiňovala v teoretické části. Většina maminek nezná přesnou ztrátu sluchu uváděnou v dB. Jedna žena se charakterizovala jako neslyšící, a k tomu ještě uvedla ztrátu sluchu u sebe i manžela 95dB. Ale k otázce připsala, že se řadí do „zbytky sluchu“. Podle definic, které uvádím v teoretické části tyto manželé spadají do skupiny neslyšící a proto je nezahrnuji do skupiny zbytky sluchu. Dále jsem do tabulky vložila sluchové postižení definované jako „praktická hluchota“, neboť se objevilo ve vyplněném dotazníku.

Otcové:

Neslyšící	Zbytky sluchu	Nedoslýchavost	Praktická hluchota	Slyšící
17	4	1	1	2

Sluchová ztráta u otců

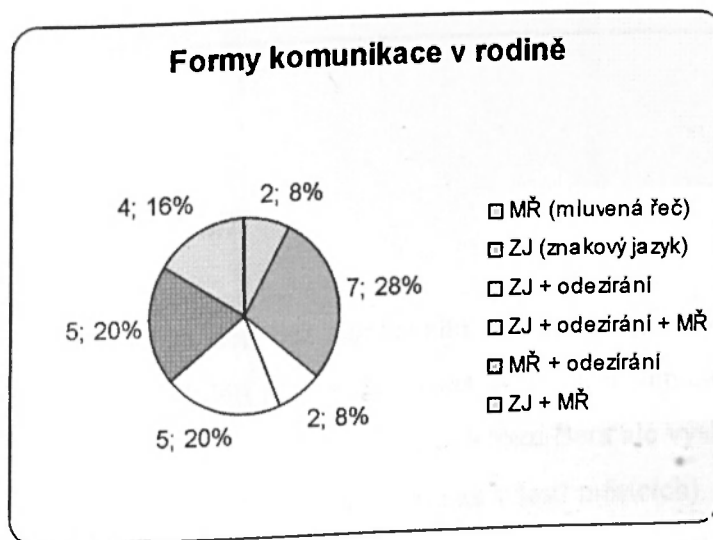


Otázka č. 3

Jakým způsobem se u Vás v rodině komunikuje?

U této otázky nelze stanovit jednoznačnou odpověď. Rodiče často volí různé formy komunikace mezi sebou a v komunikaci s dětmi, což je samozřejmě ovlivněno tím, zda je jejich dítě slyšící nebo neslyšící. Rodiče často uvádí, že mezi sebou komunikují znakovým jazykem, s dětmi mluvenou řečí a oni sami od dětí odezírají. Objevují se zde i další kombinace, které uvedu v následující tabulce. Existuje velice málo rodin, kde by upřednostňovali komunikaci pouze jednou formou. Tato moje otázka se týká pouze komunikace uvnitř rodiny. V každé rodině se jistě musí vyskytovat i odezírání, ale nemusí to být nutně v komunikaci uvnitř rodiny, ale pouze v komunikaci se slyšícími lidmi. Mluvená řeč či mluvená řeč v kombinaci se znakovým jazykem bude převládat u rodin, kde je slyšící partner, a kde jsou slyšící děti. Dle mého názoru rodiče, kteří v dotazníku uvedli mluvenou řeč, popřípadě i v kombinaci se znakovým jazykem, musí zákonitě používat odezírání i když ho zde nevedly. Vysvětlení je takové, že pokud používají mluvený jazyk při komunikaci se svým slyšícím dítětem, musí i zákonitě odezírat v případě, že jim chce jejich dítě něco sdělit a nevyužívá přitom znakového jazyka. Starší matky uvedly, že za svobodna užívaly převážně mluvenou řeč. Kombinace se vyskytuje u 16ti rodin. Pouze 2 rodiny komunikují jen mluvenou řečí a stejně tak pouze ve 2 rodinách se komunikuje jen znakovým jazykem.

MR (mluvená řeč)	ZJ (znakový jazyk)	ZJ + odezírání	ZJ + odezírání + MŘ	MR + odezírání	ZJ + MR
2	7	2	5	5	4

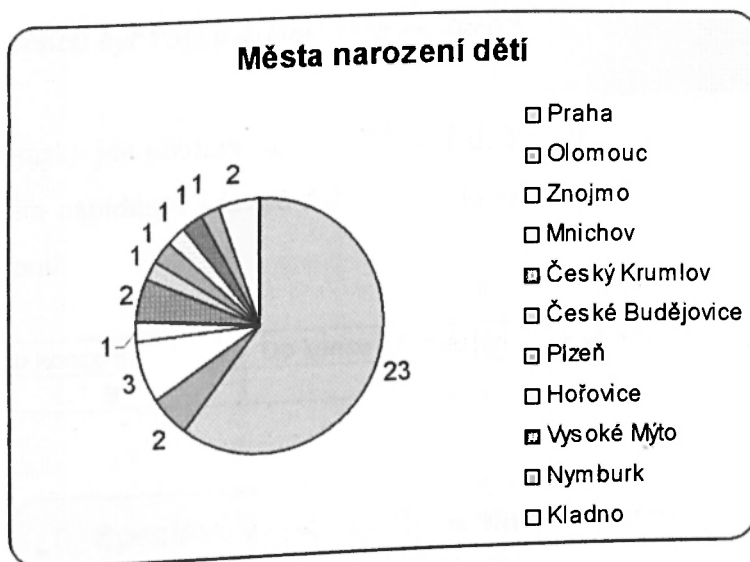


Otázka č. 4

V kterém roce a kde se narodily Vaše děti?

V rodinách, které se zúčastnily mého dotazníkového šetření, mají jedno, dvě nebo tři děti. Jedno dítě má 12 rodin, dvě děti má 12 rodin a tři děti má pouze 1 rodina. Celkem mají 38 dětí. Z toho 23 dětí se narodilo v Praze. Rozdělní narozených dětí v pražských porodnicích je následující: v Motolské nemocnici se jich narodilo 5, v nemocnici Podolí 5, v Thomayerově nemocnici 1 a 2 děti v nemocnici u Apolináře. U zbylých 10 dětí, které se narodily v Praze, maminky přesné místo narození nesdělily. Průměrný věk všech narozených dětí je 6,9 let.

Praha	Olomouc	Znojmo	Mnichov	Český Krumlov	České Budějovice	Pízeň	Hořovice	Vysoké Mýto	Nymburk	Kladno
23	2	3	1	2	1	1	1	1	1	2

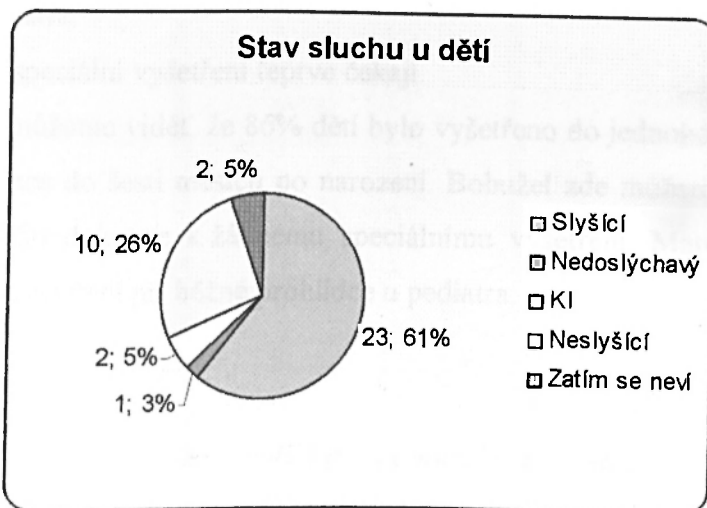


Otázka č. 5

Mají vaše děti sluchové postižení?

Celkem z 38 dětí je 23 dětí bez sluchového postižení, tedy slyšících, 10 dětí je neslyšících, 1 nedoslýchavé, 2 děti mají voperovaný kochleární implantát (KI) a u dvou dětí se zatím stav sluchu neví (jedno dítě bylo na vyšetření Bera ale výsledek byl nejasný, tudíž se musí opakovat a druhé dítě bude vyšetřeno až v šesti měsících).

Slyšící	Nedoslychavý	KI	Neslyšící	Zatím se neví
23	1	2	10	2

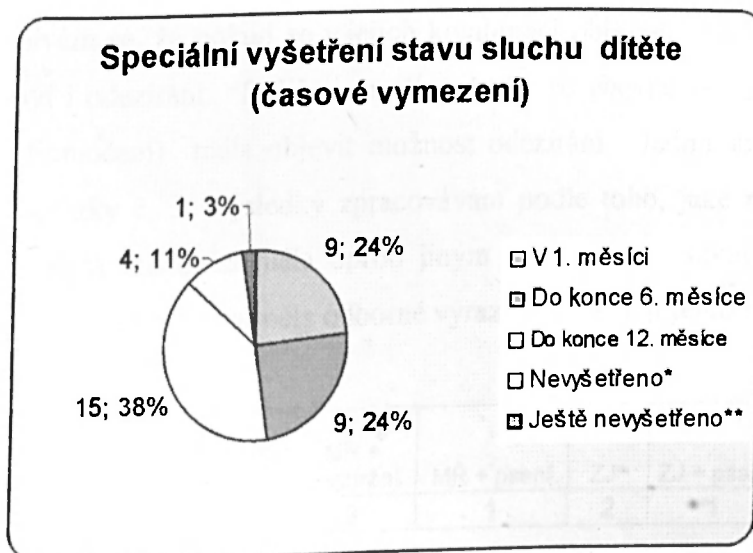


Otázka č. 6

Kdy (v kterém měsíci) byl Vaším dítětem vyšetřen sluch?

U této otázky jde především o to, kdy byl dítěti vyšetřen sluch poprvé, zda bylo vyšetření rodičům nabídnuto v brzké době, nebo na vyšetření museli čekat ještě několik měsíců po narození.

V 1. měsíci	Do konce 6. měsíce	Do konce 12. měsíce	Nevyšetřeno*	Ještě nevyšetřeno**
9	9	15	4	1



* Děti, které nebyly vyšetřeny žádnou speciální metodou (OEA, Bera či tympanometrií). Zahrnuji sem i děti, kterým byl podle rodičů vyšetřen sluch pouze na preventivní prohlídce u pediatra.

** Děti, které na speciální vyšetření teprve čekají.

Na grafu můžeme vidět, že 86% dětí bylo vyšetřeno do jednoho roku po narození a 48% dětí dokonce do šesti měsíců po narození. Bohužel zde můžeme vidět, že u čtyř dětí (11%) nedošlo dokonce k žádnému speciálnímu vyšetření. Maminky zde uvedly pouze orientační vyšetření při běžné prohlídce u pediatra.

Otázka č. 7

Jaký komunikační prostředek jste zvolila pro komunikaci s lékaři?

(gynekolog, porodník, zdravotní sestry, pediatr)

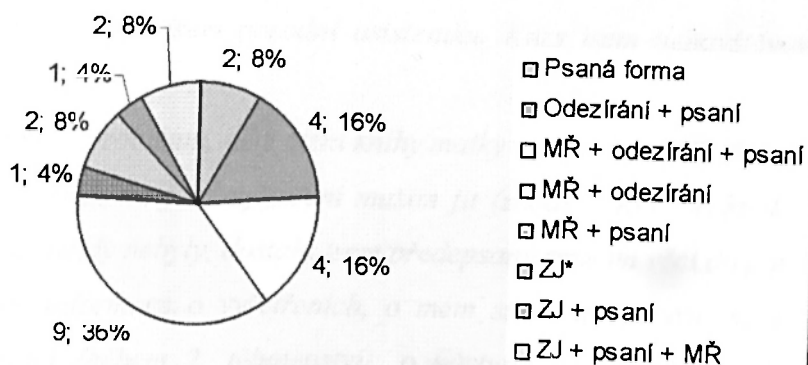
U této otázky byla opět možnost výběru mezi mluvenou řečí, znakovým jazykem, odezíráním, psanou formou a dále „jiná“ forma. Touto jinou formou jsem měla namyslet kombinace různých forem.

Z grafu vyplynulo, že 20% žen využilo při komunikaci s lékaři v průběhu těhotenství znakového jazyka (tlumočnicka - možno i v kombinaci s jinou formou komunikace).

Mluvenou řeč nejvíce využily ženy s těžkou nedoslýchavostí. Pouze odezírání nezvolila žádná z maminek. Některé maminky uvedli kombinace - ať již například mluvené řeči a psaní, znakový jazyk (tím se rozumí komunikace s využitím tlumočnicka) a psaní či odezírání a psaní. I když některé maminky v kombinaci neuvedli možnost odezírání, domnívám se, že pokud se v jejich kombinaci objevuje mluvená řeč, tak zde zákonitě musí být i odezírání. Tudiž si myslím, že by se vlastně ve všech možnostech (kromě využití tlumočení) měla objevit možnost odezírání. Jedná se zde o podobný problém jako u otázky č. 3. Výsledky zpracovávám podle toho, jaké možnosti zvolily sami maminky. Jedna maminka měla oproti jiným ještě ztíženu situaci tím, že rodila v jiném státě a v cizím jazyce neuměla odborné výrazy a hůře se jí tento jazyk odezíral.

Psaná forma	Odezírání + psaní	MŘ + odezírání + psaní	MŘ + odezírání	MŘ + psaní	ZJ*	ZJ + psaní	ZJ + psaní + MŘ
2	4	4	9	1	2	1	2

Formy komunikace se zdravotnickým personálem



* ZJ - komunikace s využitím tlumočnicka

Otázka č. 8

Jak během těhotenství probíhala Vaše setkání s gynekologem?

a) *jaké informace jste se dozvěděla?*

Např. na jaká půjdete vyšetření, kde se pořádají předporodní kurzy pro maminky se sluchovým postižením, co si vzít s sebou do porodnice.....

b) *byly pro Vás tyto informace dostačující?*

U části a) nebyl výběr z možností. Některé matky odpověděly, že gynekolog tyto informace sděloval jejich mamince, které je poté předávaly osobně jim samotným, často se maminky dozvídalý informace pouze z různých letáků a brožur, ke kterým se dostaly například při prohlídkách v nemocnici.

Příklady odpovědí:

„Dostali jsme různé letáky s informací od gynekologa a tam bylo vše napsáno.“

„Před 13ti rokama žádné kurzy nebyly, všechno mi radila maminka.“

„Prakticky vše, co jsem potřebovala jsem se dozvěděla.“

„Mám skvělou paní doktorku gynekoložku, vše mi vysvětlila trošku horší to bylo v porodnici před porodem, bylo nás hodně těhotných, a vše honem, honem. Tak jsem většímu informaci sama vyptávala nebo vyčetla z nástěnkách a ze dveří čekáren.“

„Měla jsem pravidelnou kontrolu a porodní asistentku, chodila jsem i do kurzu.“

„Tchyně byla vždy se mnou a tak jsem to nechala na její rady, byla se mnou na veškerých vyšetřeních i u porodu.“

„Pravidelná kontrola, měla jsem porodní asistentku. Kurs jsem nenavštěvovala – ale existoval.“

„Stejně jako slyšící bez problémů, díky čtení knihy matky + dítě.“

„Můj gynekolog mi řekl, na jaké vyšetření musím jít (zubař, EKG, praktický lékař, ...), předporodní kurzy tehdy nebyly, dostala jsem předepsaný seznam věcí do porodnice.“

„Všechny potřebné informace o vyšetřeních, o mém stavu a o stavu miminka během pobytu v nemocnici (během 2. těhotenství), o nástupu na mateřskou dovolenou, o kurzech v porodnici (ne pro sluchově postižené matky) apod.“

„Celé těhotenství s tlumočníci, dozvěděla jsem se od A až do Ž, vše co mi doktorka chtěla říci.“

„Běžné informace, co se týče kurzů a porodnice, taky přes letáky a internet.“

„Veškerá vyšetření, i s žádostí zda mé dítě bude slyšící nebo ne a vždy mi bylo vyhověno.“

„Nedozvěděla jsem se vůbec nic.“

U části b) byly na výběr čtyři možnosti (úplně dostačující, dostačující, nedostačující a úplně nedostačující). Musím podotknout, že u této otázky záleželo hlavně na přístupu lékařů k pacientce, a také zde mělo veliký vliv, zda se jednalo o první porod nebo o druhý. U druhého porodu bylo samozřejmé, že maminky už věděly do čeho jdou, co je asi rámcově čeká, a jak by vše mělo vypadat.

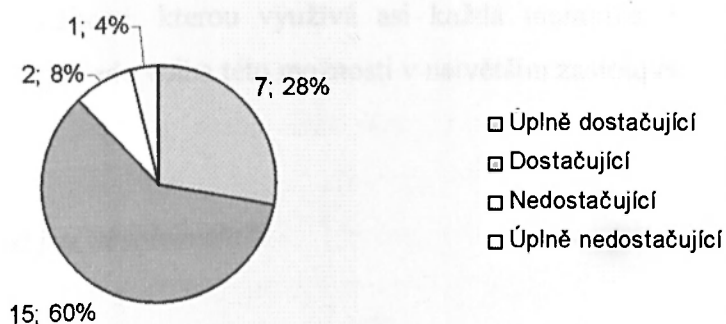
Příklady odpovědí:

„Lékař mě např. předem informoval o tom, jaké mám očekávat výsledky krevních testů (podle stávající situace, měl pravdu – nebyly příznivé) a jaká budou následovat opatření (amniocentéza, gen. vyšetření, včetně pravděpodobnosti sluchové vady,) díky této jeho včasné informaci jsem byla mnohem klidnější.“

„Měla jsem málo informací, přála bych si víc.“

Úplně dostačující	Dostačující	Nedostačující	Úplně nedostačující
7	15	2	1

Získané informace pro mě byly...



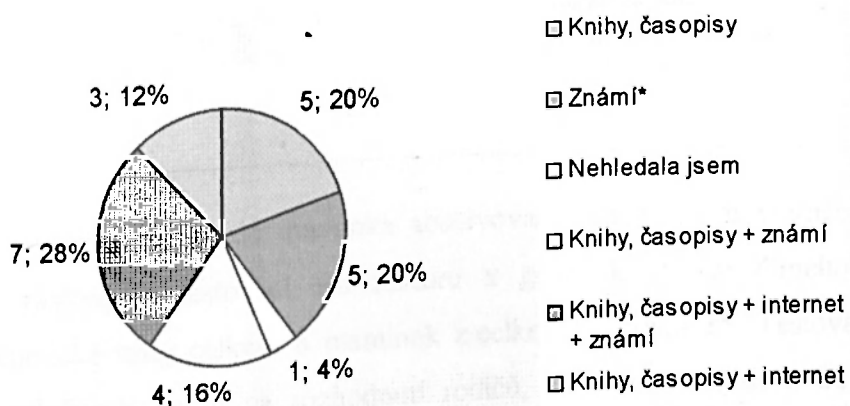
Otázka č. 9

Další informace jste získávala ...

U této otázky bylo na výběr z těchto možností: z knih a časopisů, od známých, informace jsem nehledala, jinak. V nabídce možností u této otázky jsem zapomněla dodat v dnešní době pro získávání informací nezbytně důležitý internet. Proto pokud maminky zvolili možnost „jinak“, tak většinou doplňovaly možnost - z internetu.

Knihy, časopisy	Známí*	Nehledala jsem	Knihy, časopisy + známí	Knihy, časopisy + internet + známí	Knihy, časopisy + internet
5	5	1	4	7	3

Použitý zdroj pro získávání informací



* Do skupiny „známí“ řadím rodinné příslušníky, kamarádky ale i lékaře.

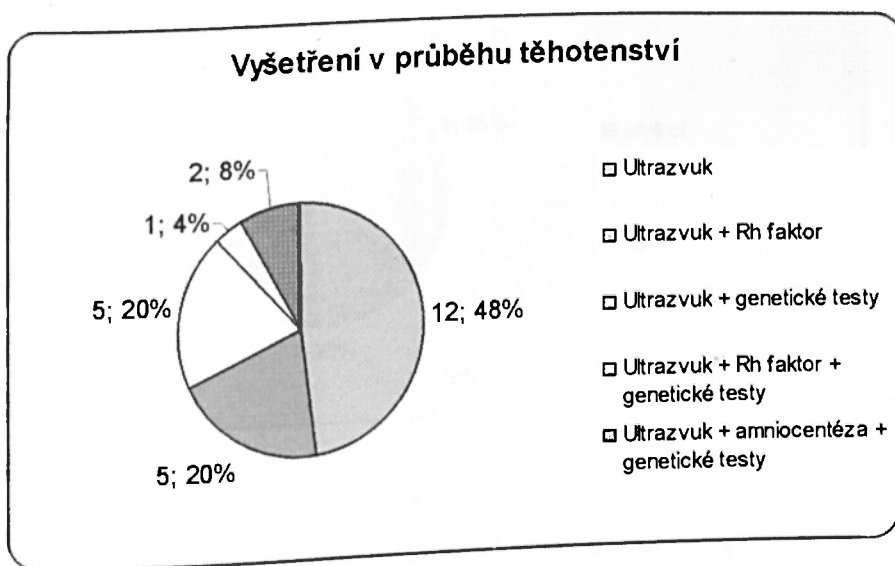
Z grafu můžeme vyčíst, že maminky nejvíce využívaly různé knihy a časopisy a ve velké části se jednalo o získávání informací od známých. Získávání informací od známých je běžnou záležitostí, kterou využívá asi každá maminka, bez ohledu na sluchové postižení, proto je i zde volba této možnosti v největším zastoupení.

Otázka č. 10

Jaké speciální vyšetření jste absolvovala?

Výběr odpovědí byl z následujících možností: ultrazvuk, amniocentéza (odběr plodové vody), genetické testy, Rh faktor, jiná. Ve vyhodnocování se o jiných vyšetřeních zmiňovat nebudu, jen zde uvedu že do těchto vyšetření maminky zahrnuly například jaterní testy, těhotenskou cukrovku, toxoplasmózu atd.

Ultrazvuk	Ultrazvuk + Rh faktor	Ultrazvuk + genetické testy	Ultrazvuk + Rh faktor + genetické testy	Ultrazvuk + amniocentéza + genetické testy
12	5	5	1	2



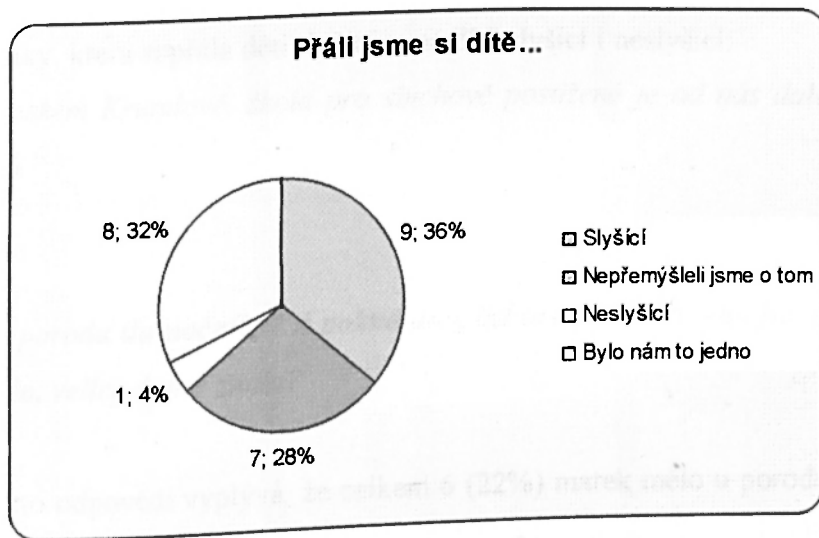
Z grafu vyplývá, že každá maminka absolvovala ultrazvukové vyšetření. Dále mělo největší zastoupení testování Rh faktoru a genetické testy. Z mého šetření podstoupilo genetické testy celkem 8 maminek z celkového počtu 25. Testování genů není povinnou záležitostí, je to na rozhodnutí rodičů, a proto si myslím, že některé maminky neměly zájem o toto vyšetření, neboť u nich nebylo důležité, zda jejich dítě bude či nebude slyšet.

Otázka č. 11

Přáli jste si, aby Vaše dítě bylo slyšící?

U této otázky mohly respondentky označit možnosti: ano, nepřemýšleli jsme o tom, ne, bylo nám to jedno. Dále jsem u této otázky zjišťovala, proč rodiče zvolili tu danou odpověď. V teoretické části jsem se zabývala otázkou rané komunikace mezi matkou a dítětem. Tato dotazníková otázka s tématem velmi souvisí, neboť pokud si neslyšící rodiče přejí neslyšící dítě, je to především důsledkem lepší vzájemné komunikace, dorozumívání a také začlenění dítěte do komunity neslyšících. Pokud neslyšící rodiče vyjadřují obavy, že by mohli mít neslyšící dítě, obvykle se to týká problémů, které jejich děti čekají ve světě slyšících.

Slyšící	Nepřemýšleli jsme o tom	Neslyšící	Bylo nám to jedno
9	7	1	8



Názory rodin, kde si přáli slyšící dítě a jejich dítě (děti jsou slyšící):

„Je to přirozené přání.“

„Manžel má z 1. manželství sluchově postiženého syna, prakticky neslyšícího.“

„Ale zas bychom to nebrali jako tragédii, kdyby bylo neslyšící, jen by to bylo těžší kvůli mluvení apod.“

Názory rodin, kterým bylo jedno, zda jejich dítě bude či nebude slyšet:

„U sluchově postiženého bychom věděli jak na to, u slyšícího dítěte je to pro nás nová zkušenost.“

„Protože jsme neslyšící, pokud by bylo neslyšící dítě, není problém, máme zkušenost.“

„Protože jsme oba neslyšící a tak by nám to nevadilo, kdyby neslyšel.“

„Protože jsme oba neslyšící, máme zkušenost, není pro nás problém vychovávat neslyšící dítě, ale jsme rádi, že je slyšící.“

„Hlavně aby bylo zdravé.“

„Hlavně, aby bylo zdravé, zda neslyší či slyší to nám bylo fakt jedno.“

Názory rodin, které si přáli slyšící dítě ale narodili se jim děti neslyšící:

„Protože ubývá neslyšících dětí, nechci aby moje neslyšící děti se neměli s kým pobavit, škoda prostě že existuje kochleární implantát.“

„Myslela jsem si, že až vyroste, může mi pomoci s tlumočením.“

Názor maminky, která si přála děti slyšící a má dítě slyšící i neslyšící:

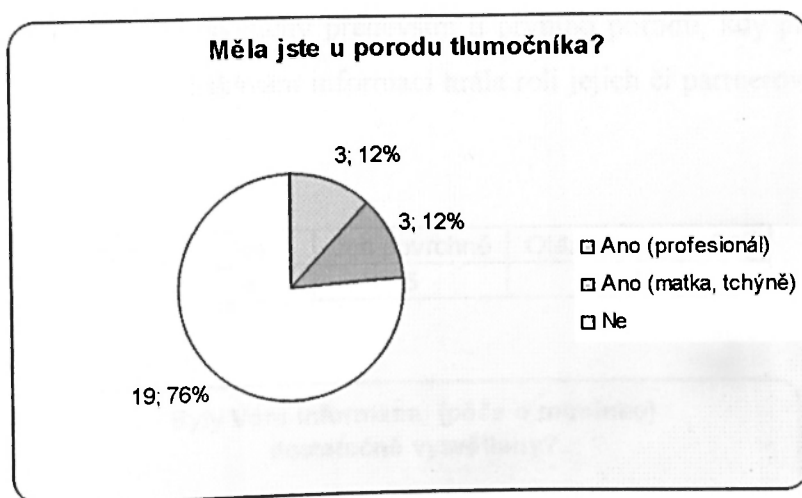
„Bydlím v Českém Krumlově, škola pro sluchově postižené je od nás daleko. U nás je běžná škola.“

Otázka č. 12

Měla jste při porodu tlumočnicka? A pokud ano, byl to člověk, kterého jste před porodem neznala, znala, velice dobře znala?

Z těchto odpovědí vyplývá, že celkem 6 (22%) matek mělo u porodu tlumočnicka, a z toho u 3 případů se jednalo o rodinného příslušníka. 3 maminky byly z Prahy a 3 byly mimopražské. V dřívějších dobách nebylo přípustné, aby byl u porodu otec, a tudíž ani tlumočnick. V dnešní době je tato možnost u neslyšících maminek velice vítání a myslím si, že v budoucnosti bude více žen, které této služby využijí. Názory spokojených maminek, které u porodu tlumočnicka měly, to jasně dokazují.

Ano (profesionál)	Ano (matka, tchýně)	Ne
3	3	19



Příklady odpovědí:

- „Kdybych teď byla mladá, určitě bych odmítla tlumočnicku, přednost soukromě.“
- „Byla to moje tchýně a ta to prožívala všechno se mnou a pomáhala mi se vším.“
- „Před porodem mi pomáhala s komunikací švagrová.“
- „Tlumočnicku jsem měla u druhého porodu, byl znalec ve zdravotnickém oboru.“

Otázka č. 13

Proč jste si ke komunikaci zvolila tlumočnicku?

Příklady odpovědí:

- „Aby komunikace byla jednodušší a je to pro mě jistota, kdyby náhodou během porodu přišla nějaká komplikace a tlumočnicku mě může upozornit, jak mám správně postupovat. Poskytla mi hodně informací.“
- „Bezbariérová komunikace, bez stresu, v pohodě, bylo to fajn a nejen kvůli nám, ale i doktorce.“

Otázka č. 14

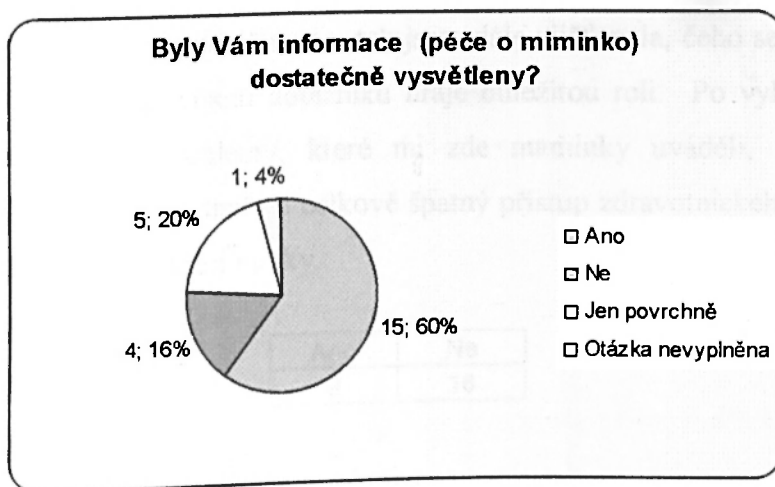
Byly Vám všechny informace ohledně péče o dítě (po porodu) dostatečně vysvětleny?

Např. jak správně kojit, proč zapisovat váhu dítěte před a po kojení, jaká je správná hygiena u miminka, jak ho správně přebalit,,„?

Tato otázka byla problematictější, neboť většina matek rodila více než jednou, takže vlastně mají různé zkušenosti u více porodů. Nejdůležitějším kritériem pro mě bylo,

jestli jim informace byly vysvětleny především u prvního porodu, kdy pro ně vše bylo nové. U většiny matek při získávání informací hrála roli jejich či partnerova (manželova) matka.

Ano	Ne	Jen povrchně	Otázka nevyplněna
15	4	5	1



Příklady odpovědí:

„U prvního dítěte ne, všechno jsem se pořádně dozvěděla až z videokazety, kterou nám zapůjčila dětská lékařka. U druhého dítěte jsem rodila jinde a tam už to bylo v pořádku, ale platí zásada, že na co se maminka nezeptá, to jí sami neřeknou. Většinou se mamina dozví jenom, jak má koupat a zacházet s miminkem při přebalování, oblékání, ale na kojení na vás moc času nemají, pokud si na ně člověk nedošlápne.“

„Ano, navštěvovala mě asistentka, až dodnes.“

„Ano, navštěvoval mě asistentka – pouze měsíc.“

„Vysvětleny nebyly, úplně stačí kniha – samouka.“

„Informace jsem měla základní, ale nebyl problém, další jsme nepotřebovali.“

„Jistě díky tlumočnici.“

„Musela jsem se ptát, ale sestry byly většinou ochotné, pokud to samy věděly.“

„U Apolináře ne. S kojením mi pomohly lékařka a kamarádky. Podolí super, ale měla jsem zkušenosti.“

„Tenkrát doba byla jiná, u prvního dítěte byla velmi slabá informace a velmi nedostačující. U druhého velmi dostačující.“

„V pohodě, bez problémů se sestrou, jinak jsem měla dost info.“

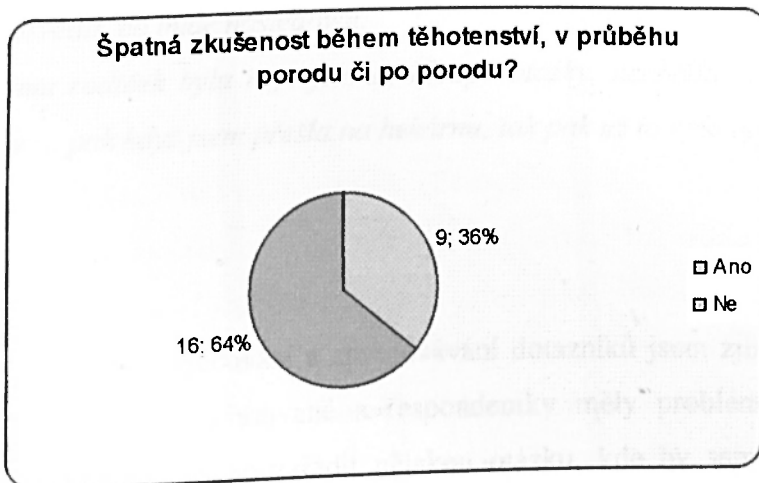
„Stačilo se poradit s maminkou.“

Otázka č. 15

Vzpomínáte si na nějakou nepříjemnou zkušenost s gynekologem (s lékaři) v průběhu těhotenství, při porodu nebo po porodu?

Pokud maminka odpověděla ano, tak jsem dále zjišťovala, čeho se tato zkušenost týkala, neboť tato otázka v mém dotazníku hraje důležitou roli. Po vyhodnocení bylo důležité zjistit, zda se problémy, které mi zde maminky uváděly, týkali opravdu komunikace, či zda se zde jednalo o celkově špatný přístup zdravotnického personálu, se kterým mají zkušenosti i slyšící matky.

Ano	Ne
9	16



Příklady odpovědí:

„V podstatě ano, u prvního porodu jsem měla problémy s vážením (ale spíše technické, váha „vážila – nevážila“). Jediné, co mi po prvním porodu „uteklo“ byla informace o tom, že mám po porodu co nejvíce ležet na břiše, aby se děloha rychleji vrátila do původní polohy. „Díky“ tomu jsem měla dělohu zapadlou a měla problémy s dalším otěhotněním. Dozvěděla jsem se to asi 2 roky po prvním porodu od lékaře gynekologa při běžné prohlídce.“

„Když jsem porodila 1. dítě pomocí císařského řezu, bez mého vědomí přišli za mnou podívat studenti medicíny. Bylo to pro mě dost ponižující. Po operaci mi nepřiložili dítě. V Podolí ano, i když jsem také byla po operaci.“

„Otočená postýlka za hlavou a neviděla jsem na dítě (neslyšela jsem že pláče).“

„Když jsem rodila poprvé, tak mě vyšetřoval na příjmu opilý lékař a porodní asistentka byla dost nepříjemná, když jsem kvůli křížovým bolestem neudržela v chodu monitor při kontrakcích a druhý den, když už mě konečně po 30h bolesti dali urychlovací infuzi s oxytocinem, tak se neobtěžovali být u nás, takže jsme s manželem porodili sami i přesto, že jsme je volali a porodní asistentky si vedle nás skládaly prádlo klábosily.“

„Problém byl, že signalizační zařízení, které používám doma (pláč dítěte) jsem neměla v porodnici. Když jsem spala, ostatní ženy mě upozorňovaly na moje plačící dítě. Jinak bez problémů.“

„Měla smůlu, že vybrala jsem špatné nemocnice. Kdyby dobré nemocnice, určitě bez problémů porod. Škoda.“

„V průběhu porodu v roce 1994 jsem měla špatné zkušenosti se sestřičkami. S lékaři to bylo v pořádku.“

„Měli vickrát vysvětlit, co bude následovat.“

„Sestra na příjmu rodiček byla nepříjemná, hloupé otázky, nechtěla jsem injekci, moc nevysvětlovaly ... pak když jsem přešla na hekárnou, tak pak už to bylo dobré.“

D. Nedostatky

Při pozdějším vyhodnocování a zpracovávání dotazníků jsem zjistila, že některé otázky nebyly úplně jasně definované a respondentky měly problém s pochopením otázky. Dále jsem určitě mohla zařadit nějakou otázku, kde by samy matky mohly navrhnout, co přesně jim při komunikaci scházelo a jak by se tomu dalo předejít.

U otázky č. 6 – *Kdy (v kterém měsíci) byl Vaším dětem vyšetřen sluch?* – jsem měla do odpovědi ještě dodat například: vyšetření 1. dítěte, vyšetření 2. dítěte a nechat pouze dva volné řádky, neboť to pro matky s více dětmi bylo poněkud matoucí.

U otázky č. 9 – *Další informace jste získávala od ...* - jsem do možností zapomněla zahrnout v dnešní době pro neslyšící velice užitečný zdroj informací, a tím je internet. Naštěstí maminky tam tuto možnost z velké části doplnily samy.

U otázky č. 10 – *Jaké speciální vyšetření jste absolvovala?* - chybělo vysvětlení pojmu Rh faktor.

E. Závěr šetření

Z mého dotazníkového šetření nebylo úplně jednoznačné, že by maminky měly více špatných zkušeností v důsledku nevhodné volby komunikačního prostředku. Vyplývalo zde, že většina jich nemá nepříjemné zkušenosti z období těhotenství a volily různé metody komunikace v závislosti na přístupu lékaře. V současné době můžeme vidět odlišný přístup matek k tlumočnickům při těchto intimních záležitostech. Dnes je u neslyšících tlumočnick brán opravdu jako „překladatel“ s neocenitelnou pomocí v komunikaci se slyšícími lidmi, v mém případě se zdravotnickým personálem. I názory maminek potvrzují, že se do značné míry zlepšuje informovanost lékařů o přístupu k pacientům se sluchovým postižením.

Druhým předpokladem bylo, že se k neslyšícím maminkám nedostává ze stran lékařů stejné množství informací jako maminkám slyšícím. Maminky se sluchovým postižením, které se zúčastnily mého šetření byly s přístupem zdravotnického personálu poměrně spokojené. Podle 23 (88%) maminek byli informace, které se od lékaře dozvěděly dostačující či úplně dostačující. Pouze 3 (12%) maminky nebyly s množstvím informací spokojeny.

V odborné literatuře se uvádí, že v neslyšících rodinách se rodí z 90% procent děti slyšící. Tento údaj jsem brala jako předpoklad, který jsem zjišťovala v šetření. Z mého šetření vyplývá, že rodinám se z 61% narodilo dítě slyšící (u 5% ještě není sluchová vada diagnostikována). Takto vysoké číslo se vzhledem k odborným statistikám dalo očekávat.

Poslední stanovený předpoklad se týkal vyšetřování sluchu u narozených dětí. Mým předpokladem bylo, že tyto děti (tj. děti z rizikovým skupin) budou vyšetřeny nejpozději do 6 měsíce od narození. Z výsledků vyplývá, že do 6 měsíce bylo vyšetřeno 18 dětí tj. 48%. Myslím si, že toto číslo by bylo větší, pokud by mými respondentkami byly pouze maminky, které rodily v posledních letech, neboť většina nemocnic se snaží tyto vyšetření provádět co nejdříve.

Na závěr musím podotknout, že z mého šetření mi vyvstávají především problémy celkového přístupu zdravotnického personálu k těhotné (rodící) ženě. Nejedná se zde pouze o problémy týkající se samotné komunikace a vzájemného dorozumívání. I když zde samozřejmě komunikace hraje nezastupitelnou roli. Slyšící maminky se lékařů více ptají, jsou více sebevědomé a nemají takový ostych jako maminky neslyšící.

8. Závěr

Každá žena má právo dostat naprosto stejné informace jako maminka slyšící. Podle psycholožky Ivy Jungwirthové existuje důležité pravidlo, kterým by se měli řídit odborníci, pracující s lidmi se zdravotním či smyslovým postižením. Toto pravidlo zní: „Speciálního jen tolik, kolik je nezbytně potřeba.“

Pokud si žena není jistá, že zvládne plnohodnotnou komunikaci (s lékařem) pomocí mluveného jazyka, měla by navrhnout odezírání (pokud budou splněny základní podmínky), nebo písemnou formu. Pokud si opravdu neslyšící maminka (zaměřená na komunikaci ve znakovém jazyce) chce být jista, že všemu porozumí, je důležité, aby si s sebou vzala tlumočnicka. Především ve vypjatých situacích, během porodu, budou maminky rády za bezproblémovou komunikaci.

Ve své práci jsem se pokusila představit širší okruh aspektů, i když samozřejmě nelze obsáhnout všechny. Nesnažila jsem se nalézt řešení, ale spíše čtenáři pomoci orientovat se v problematice, a vytvořit si tak na ni vlastní názor. I mě samotné tato práce umožnila dozvědět se více o tomto zajímavém tématu a získat přehled o situaci v současné době, ale také o literatuře, která se k tomuto tématu váže. Tato práce není návodem, jak přesně postupovat při řešení komunikačního problému, který může nastat každé nastávající mamince se sluchovým postižením. Práce je pouze shrnutím informací vztahující se k tomuto tématu.

Tato práce potvrdila, že se služby v této oblasti zlepšují a problematice se začínají věnovat nejenom samotná zdravotnická zařízení, ale i širší okruh veřejnosti. Jedná se zde o zlepšení komunikace mezi maminkou a lékařem, ale také zajištění dostatečné a vhodné péče a služby pro maminky se sluchovým postižením. Určitě bych byla ráda, kdyby se tato situace i nadále zlepšovala a kvalitní a dostatečné informace by se dostaly ke všem maminkám, které to potřebují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Di PIETRO, L. *You and Your Delf Patiens*. Washington: Gallaudet College, 1978.
- FREEMAN, R.; CARBIN, C.; BOESE, R.; *Tvé dítě neslyší?* Praha: FRPSP, 1992.
ISBN
- GREGORY, S.; KNIGHT, P.; McCracken, W.; POWERS, S.; WATSON, L. *Problémy vzdělávání sluchově postižených*. Praha: FF UK, 2001. ISBN 80-7308-003-6
- HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2002.
ISBN 80-7216-162-8
- HOMOLÁČ, J. *Komunikace neslyšících. Sociolingvistika (antologie textů)*. Praha: DeskTop Publishing FF UK, 1998.
- 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: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6
- HRONOVÁ, A. MOTEJZIKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha: FRPSP, 2002.
- HROBONĚ, M. *Nedoslyšavost*. Praha: Makropulos, 1998. ISBN 80-86003-13-2
- HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslyšavých 2.díl*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-075-3
- HUDÁKOVÁ, A. *Ve světě sluchového postižení*. Praha: FRPSP, 2005. ISBN 80-86792-27-7
- HYSKOVÁ, J. *Psychosociální programy v nemocniční péči se zřetelem na dětské pacienty*. [diplomová práce] Praha: UK PedF, 2005.
- JABŮREK, J. *Bilingvální vzdělávání neslyšících*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-052-4
- KELSALL, J., KING, D., O'GRADY, D. *Maternity care for the deaf*. Scottish Workshop Publication, 1992. ISBN 1 87 3577 117
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7

- MACKŮ, F.; MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-589-0
- POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-744-8
- POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0766-3
- PULDA, M., LEJSKA, M. *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-226-4
- REDLICH, K. *Slyšící dítě hluchých rodičů*. [Bakalářská práce]. Praha: FF UK, 2003.
- REIL, M. *Forening Born af Dove, Danmark*. The Danish association of Children of Delf, 1999.
- SCHMITT, P.; ARMETA -SCHMITT, F. *Otcové – společná cesta*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2004.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1981.
- STRNADOVÁ, V. *Dorozumívání s neslyšícím pacientem*. Praha: Helix, 2001. ISBN 80-903035-1-X
- STRNADOVÁ, V. *Současné problémy české komunity Neslyšících I. Hluchota a jazyková komunikace*. Praha: FF UK, 1998. ISBN 80-85899-45-0
- STRNADOVÁ, V. *Hluchota a jazyková komunikace*. Praha: 1998
- Desatero kontaktu s osobami se zdravotním postižením. Olomouc: Epava, 2005.

ČASOPISY

- GREGOR, V. *Dědičnost poruch sluch*. Info zpravodaj, 2001, roč. 9, č. 4.
- GROH a kol. *Výsledky screeningového programu sluchových vad*. Otorinolaryngologie a foniatrie, 2000, roč. 48, č. 1.
- HRUBÝ, J. *Vada sluchu – nejméně chápané zdravotní postižení*. Praha: Praktický lékař, 1993, roč. 11, č. 73, s. 466-469.
- JANEČEK, J. *O znakové řeči a znakovém jazyce*. Gong, 2001, roč. 3, č. 12, s. 12.
- MOTEJZÍKOVÁ, J. *Praktická hluchota?!?* Info zpravodaj, 2004, roč. 12, č. 4, s. 18.
- NOVÁK, A. *Nové přístupy k diagnostice, prevenci, depistáži a rehabilitaci sluchových vad u dětí*. Praha: Otorinolaryngologie a foniatrie, 1997, roč. 46, č. 1, s. 19-25. ISSN 1210-7867.
- NOVÁK, A. *Parametry ovlivňující výsledek rehabilitace neslyšících*. Praha: Otorinolaryngologie a foniatrie, 1997, roč. 46, č. 2, s. 97-101. ISSN 1210-7867.

PRAIBIŠOVÁ, M. *Zkušenosti neslyšících maminek z Anglie*. Info-zpravodaj, 2005, roč. 13, č. 1, s. 20.

SLAVEN, A. *Komunikace a pacient se sluchovým postižením*. Info zpravodaj, 2005, roč. 13, č. 1, s. 25 – 26.

ŠMÍDOVÁ, M. *Vyšetření sluchu u novorozenců v ČR*. Praha: Info zpravodaj, 2000, roč. 8, č. 4, s. 9.

SEZNAM POUŽITÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ

Zákon č. 155/1998 Sb. o znakové řeči a o změně dalších zákonů

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 207/1995 Sb.

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ

<http://www.rodice.cz/>

<http://www.kompone.cz/>

<http://www.audiocentrumtv.cz>

<http://www.cktzj.cz>

<http://www.ordinace.cz/>

<http://www.tamtam-praha.cz/>

<http://www.upmd.cz>

<http://www.ds-soft.info/mimino>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - Tabulka hlasitosti (intenzity) hluku v dB
- Příloha č. 2 – Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb.
- Příloha č. 3 – Organizace zajišťující tlumočnické služby
- Příloha č. 4 – Těhotenská průkazka
- Příloha č. 5 – Informační leták k DVD Raná komunikace v neslyšící rodině
- Příloha č. 6 – Ukázka porodního plánu
- Příloha č. 7 – Stavba vnitřního ucha
- Příloha č. 8 – Signalizace pláče dítěte
- Příloha č. 9 – Dotazník pro neslyšící maminky

Příloha č. 1 - Tabulka hlasitosti (intenzity) hluku v dB (decibelech)

Druh hluku	Intenzita v dB
Nejtíšíší zvuk slyšitelný lidským uchem	0
Tíkot náramkových hodinek	20
Hlukové pozadí v obytné čtvrti (noc), tichý šepot	30-35
Tichá kancelář, obývací pokoj	40
Hlukové pozadí v obytné čtvrti (den)	40-45
Běžný hovor, hluk šicího stroje	60
Veřejná doprava, hluk v kanceláři, psací stroj	70
Podzemní dráha, hlasitá hudba, živá ulice	80
Hluk nákladních aut, hlučné domácí spotřebiče	90
Motorová sekačka trávy	90-100
Zvuk walkmanu	95
Rockový koncert, diskotéka	100-110
Letadlo vzdálené cca 250m, motor auta ve vyšších obrátkách	110
Pneumatické kladivo ve vzdálenosti 1 m	110-120
Rockový koncert před reproduktory, zahřmění	120
Letadlo vzdálené 30 m	120-130
Výstřel z pušky, tryskové letadlo	140
Startující raketa	180

POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených.* Praha: Fortuna, 1999.

155

ZÁKON

ze dne 11. června 1998

o znakové řeči

a o změně dalších zákonů

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

§ 1

Úvodní ustanovení

Zákon upravuje používání znakové řeči jako dorozumivacího prostředku neslyšících.

Definice základních pojmů

§ 2

Za neslyšící se pro účely tohoto zákona považují osoby, které ohluchly před rozvinutím mluvené řeči a u nichž velikost a charakter sluchové vady neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, a dále osoby později ohluchlé a nedoslýchavé, které samy považují znakovou řeč za primární formu své komunikace.

§ 3

Znaková řeč

Znakovou řečí se pro účely tohoto zákona rozumí český znakový jazyk a znakovaná čeština.

§ 4

(1) Český znakový jazyk je základním dorozumivacím jazykem neslyšících v České republice.

(2) Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitý členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

§ 5

Znakovaná čeština

(1) Znakovaná čeština je umělý jazykový systém,

kteřý usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími.

(2) Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány odpovídající znaky českého znakového jazyka.

§ 6

Prstová abeceda

(1) Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy.

(2) Prstová abeceda je integrální součástí českého znakového jazyka a znakované češtiny, kde se využívá k odhláskování cizích slov, odborných termínů a pojmů, pro které dosud nejsou ustáleny znaky českého znakového jazyka.

Používání znakové řeči

§ 7

Neslyšící mají právo na

- a) používání znakové řeči,
- b) vzdělávání s využitím znakové řeči,¹⁾
- c) výuku znakové řeči.

§ 8

(1) Neslyšící mají při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb právo na tlumočnickou znakovou řeči. Tlumočnická služba se poskytuje bezplatně v rozsahu podmínek stanovených zákonem.²⁾

(2) Neslyšícím, kterým byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), jsou tlumočnické služby při soudním řízení poskytovány bezplatně.

(3) Neslyšícím studentům středních a vysokých škol, kterým byly z důvodu úplné nebo praktické hlu-

¹⁾ § 3 odst. 3 zákona č. 29/1984 Sb., o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

²⁾ § 86a zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 155/1998 Sb.

choty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), jsou tlumočnické služby poskytovány bezplatně za podmínek stanovených zvláštním předpisem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

§ 9

Rodiče dětí, u kterých byla diagnostikována praktická nebo úplná hluchota,³⁾ mají právo na bezplatnou výuku v kursech znakové řeči.

§ 10

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy stanoví prováděcím právním předpisem

- rozsah a obsah přípravy a způsob ověřování znalosti znakové řeči učitelů pro neslyšící,
- podmínky a rozsah tlumočnických služeb poskytovaných bezplatně neslyšícím studentům podle § 8 odst. 3 a způsob jejich úhrady,
- obsah, rozsah a způsob úhrady kursů podle § 9.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona č. 100/1988 Sb.,
o sociálním zabezpečení,
ve znění pozdějších předpisů

§ 11

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 110/1990 Sb., zákona č. 180/1990 Sb., zákona č. 1/1991 Sb., zákona č. 46/1991 Sb., zákona č. 306/1991 Sb., zákona č. 482/1991 Sb., zákona č. 578/1991 Sb., zákona č. 582/1991 Sb., zákona č. 235/1992 Sb., zákona č. 589/1992 Sb., zákona č. 37/1993 Sb., zákona č. 84/1993 Sb., zákona č. 160/1993 Sb., zákona č. 266/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., zákona č. 182/1994 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 118/1995 Sb., zákona č. 155/1995 Sb., zákona č. 160/1995 Sb., zákona č. 133/1997 Sb. a zákona č. 91/1998 Sb., se mění takto:

- Za § 86 se vkládá nový § 86a, který zní:

„§ 86a

Občan, jemuž byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), má

nárok na bezplatné poskytnutí tlumočnické služby formou úkonu pečovatelské služby při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb, a to v rozsahu nejvýše 24 hodiny za kalendářní rok.“

- Za § 94 se vkládá nový § 94a, který zní:

„§ 94a

Nárok na poskytnutí pečovatelské služby podle § 86a vzniká dnem splnění podmínek stanovených tímto zákonem, nejdříve však od počátku měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o jejím poskytnutí.“

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona č. 114/1988 Sb.,
o působnosti orgánů České republiky
v sociálním zabezpečení,
ve znění pozdějších předpisů

§ 12

V zákoně č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 125/1990 Sb., zákona č. 210/1990 Sb., zákona č. 425/1990 Sb., zákona č. 459/1990 Sb., zákona č. 9/1991 Sb., zákona č. 144/1991 Sb., zákona č. 582/1991 Sb., zákona č. 84/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., nálezů Ústavního soudu č. 72/1995 Sb., zákona č. 118/1995 Sb., zákona č. 238/1995 Sb., zákona č. 289/1997 Sb. a zákona č. 91/1998 Sb., se v § 34 dosavadní text označuje jako odstavec 1 a doplňuje se odstavec 2, který včetně poznámky č. 21a) zní:

„(2) Okresní úřad zabezpečuje pečovatelskou službu podle zvláštního zákona^{21a)} a rozhoduje o jejím poskytnutí.

^{21a)} § 86a zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 155/1998 Sb.“

ČÁST ČTVRTÁ

§ 13

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem vyhlášení, s výjimkou § 8 až 12, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 1999.

Zeman v. r.
Havel v. r.
Tošovský v. r.

³⁾ Vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, ve znění vyhlášky č. 156/1997 Sb.

Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící (CZTN) při ASNEP

Adresa: Hábova 1571; 15500 Praha 5 – Stodůlky

Tel.: 776 635 155

776 701 502

Fax: 251 613 623

WWW: www.asnep.cz/tlumoceni

E-mail: tlumoceni@gong.cz

- toto centrum sdružuje tlumočníky z celé České republiky a na stránce
<http://www.asnep.cz/tlumoceni/databaze.htm> je možné si vybrat tlumočnicka přímo
z databáze, která je k dispozici.

Česká komora tlumočnicků znakového jazyka o. s.

Adresa: Ocelářská 35/1354; 190 00 Praha 9; Česká republika

Tel.: 284 080 296

Fax: 284 080 298

SMS: 603 349 104

E-mail: info@cktzj.com

www: <http://www.cktzj.com/>

Česká společnost tlumočnicků znakového jazyka (ČSTZJ)

Adresa: Hábova 1571; 15500 Praha 5 – Stodůlky

Tel.: 603 846 204

Organizace tlumočnicků znakového jazyka (OTZJ)

.. spadá pod Svaz neslyšících a nedoslýchavých v České republice

Adresa: Vodova 35; 612 00 Brno

Tel.: 541212401

Fax: 541211389

DVD Raná komunikace v neslyšící rodině

Návodná pomůcka pro slyšící i neslyšící rodiče, jak komunikovat se svými (ne)slyšícími dětmi

DVD obsahuje:

- Videokázky komunikace maminky s dítětem v neslyšící rodině
- Užitečné rady pro výchovu dětí v raném věku
- Zkušenosti slyšících a neslyšících maminek
- Důležité kontakty

- Průvodcem na DVD je neslyšící maminka
- DVD je kompletně ozvučeno a má české titulky

Vydala Federace rodičů a přátel sluchově postižených

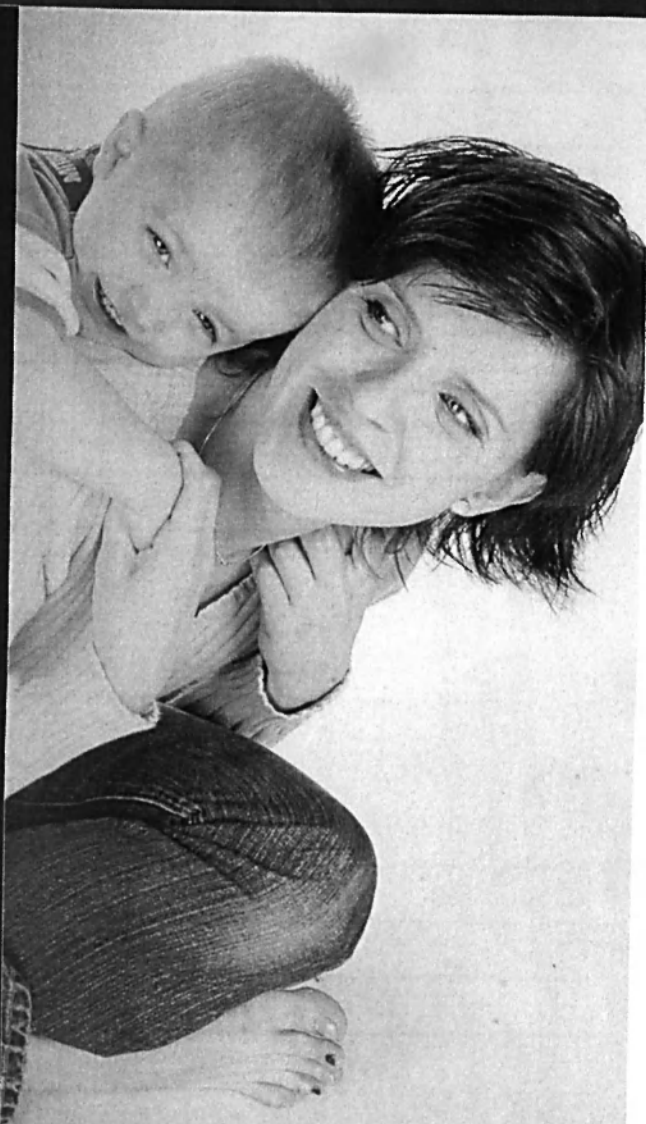


DVD je k dostání v Informačním centru o hluchotě Federace rodičů a přátel sluchově postižených na adrese: Hábova 1571, 155 00 Praha 5

Lze si ho objednat i po internetu na www.frpsp.cz (stránka „Prodej knih“).

Cena DVD

190 Kč



hlavní sponzor

o nadace eurotel
o krok blíže k našim dětem

další sponzoři

Sophia
nadace



PRECIOSA



PORODNÍ PLÁN

Údaje matky

Jméno:

.....

Adresa:

.....

Rodné číslo a číslo OP:

Kontaktní telefony (jméno, číslo): .

.....

.....

Zdravotní pojišťovna:

Termín porodu:

Gynekolog:

Dětský lékař:

Jména pro miminko:

.....

Zdravotní diagnóza, užívané léky, dieta:

.....

.....

.....

.....

Poznámky:

.....

.....

.....

.....

1) U porodu bude přítomen

.....

2) Přítomnost studentů medicíny a zdravotní školy při porodu

Ano Ne

3) Preferuji porod

přirozený s porodní asistentkou lékařské vedení ponechám na personálu

4) Lékařské zásahy před a během porodu

chci konzultovat a zvážit ponechám na personálu

5) Způsob vyprázdnění

klystýr YAL bez vyprázdnění

6) Holení

ano ne jsem již oholena

7) V případě císařského řezu způsob anestézie

epidural celková narkóza

8) Pomůcky, které bych ráda využila při porodu.

.....

9) Pomůcky, které jsem si přinesla

.....

10) Přijatelné tišící prostředky

.....

11) Druhou dobu porodní si přeji strávit

na porodním křesle stoličce ve vodě

.....

12) V jaké poloze chci родit

v leže ve dřepu v pololeže v kleče ve stoje

13) Urychlení porodu *ano ne*

14) Vycévkování před tlačáním nebo po porodu *ano ne*

- 15) Použití kleští *ano* *ne* *ponechám na lékaři*
- 16) Nástřih *ano* *ne* *pouze v případě natržení.*
- 17) Při velmi malém natržení *šít* *nechat srůst přirozeně*
- 18) Pupečník *nechat dotepat* *přestřihnout ihned* *přestřihne otec po dotepání.*
- 19) Darování pupečnickové krve *ano, podepsala jsem souhlas* *ne*
- 20) Transfúze *v nutném případě ano* *ne*
- 21) Miminko těsně po porodu
položít na břicho již umyté *položít ihned ještě s nepřestřiženým pupečníkem*
položít s již přestřiženým pupečníkem, ale neumyté *nepokládat*
- 22) Měření miminka ihned po porodu *ano* *ne*
- 23) Přiložení dítěte do 30 min po porodu *ano* *ne*
- 24) Odnést dítě po porodu na novorozenecké oddělení
ano *ne* *pouze v případě nutnosti*
- 25) Porod placenty *samovolně* *s pomocí lékaře*
- 26) Poporodní vyšetření dítěte
pouze za přítomnosti matky nebo otce *ponechám na personálu*
- 27) Rooming-in *plný* *částečný* *nadstandard.*
- 28) Dokrmování umělým mlékem *ano* *ne*

29) Jiné:

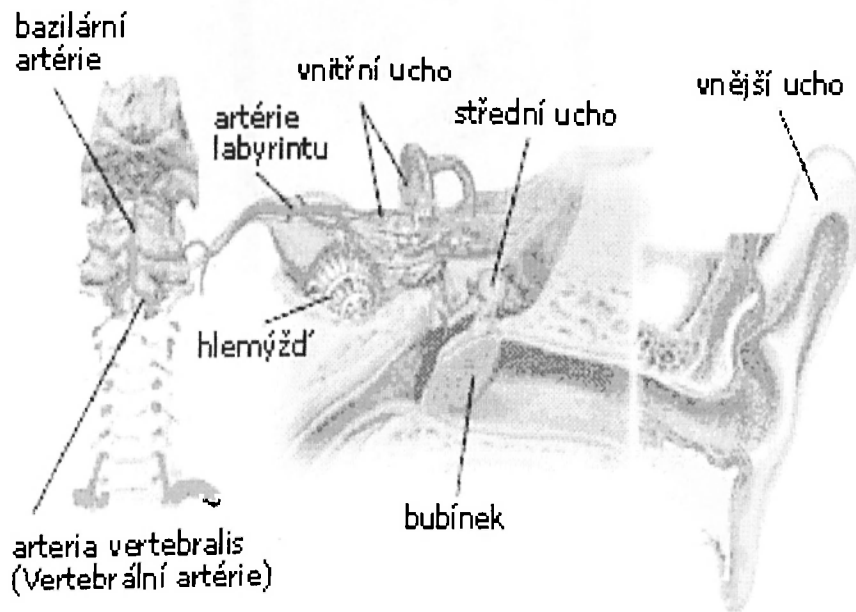
.....

.....

.....

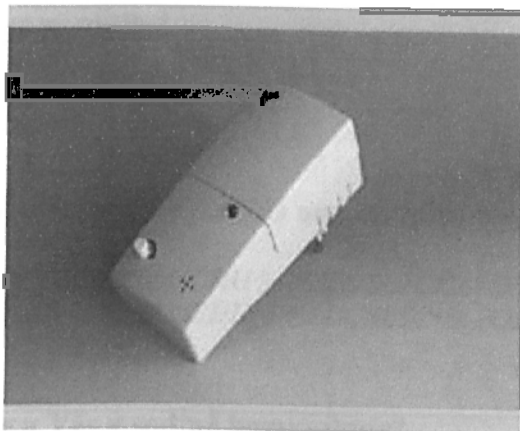
.....

Příloha č. 7 – Stavba vnitřního ucha



Příloha č. 8 – Ukázky signalizace pláče dítěte

Aviso - Baby



BE1290 baby alarm



Dobrý den,

poskytnuté údaje z dotazníku budou použity v praktické části diplomové práce Bc. Petry Typltové. Název této práce zní: „Průběh těhotenství u ženy se sluchovým postižením a raná péče o dítě“ Informace, které zde sdělíte nebudou nikde jinde zveřejňovány. U otázek, kde je výběr z možností, podtrhněte prosím správnou možnost.

1. V kterém roce jste se narodila?

2. Jak velkou ztrátu sluchu máte Vy a Váš manžel (partner)?

Já: *NESLYŠÍCÍ* *ZBYTKY SLUCHU* *NEDOSLYCHAVOST (LEHKÁ, STŘEDNÍ, TĚŽKÁ)*
Manžel: *NESLYŠÍCÍ* *ZBYTKY SLUCHU* *NEDOSLYCHAVOST. SLYŠÍCÍ*

3. Jakým způsobem se u Vás v rodině komunikuje?

MLUVENÁ ŘEČ *ZNAKOVÝ JAZYK* *ODEZÍRÁNÍ* *KOMBINACE* *JINÁ FORMA*

Pokud „kombinace“ či „jiná forma“ tak jaká:

4. V kterém roce a kde (porodnice) se narodily Vaše děti?

5. Mají Vaše děti sluchové postižení?

NESLYŠÍCÍ *ZBYTKY SLUCHU* *NEDOSLYCHAVÍ* *SLYŠÍCÍ*

6. Kdy (v kterém měsíci) byl Vaším dětem vyšetřen sluch?

**7. Jaký komunikační prostředek jste zvolila pro komunikaci s lékaři?
(gynekolog, porodník, porodní sestry, pediatr)?**

MLUVENÁ ŘEČ ZNAKOVÝ JAZYK ODEZÍRÁNÍ PSANÁ FORMA JINÁ

Pokud „jiná“ forma, tak zde napište jaká:

8. Jak během těhotenství probíhala Vaše setkání s gynekologem?

a) jaké informace jste se při těchto setkáních dozvěděla?

Např. na jaká půjdete vyšetření, kde se pořádají předporodní kurzy pro maminky se sluchovým postižením, co si vzít s sebou do porodnice.....

b) byly pro Vás tyto informace dostačující?

ÚPLNĚ DOSTAČUJÍCÍ DOSTAČUJÍCÍ NEDOSTAČUJÍCÍ ÚPLNĚ NEDOSTAČUJÍCÍ

Příklad:

9. Další informace jste získávala...

Z KNIH A ČASOPISŮ OD ZNÁMÝCH INFORMACE JSEM NEHLEDALA JINAK

Pokud jste informace získávala „jinak“, tak zde prosím napište jak:

10. Jaké speciální vyšetření jste absolvovala?

*ULTRAZVUK AMNIOCENTÉZA GENETICKÉ TESTY Rh faktor JINÁ
(ODBĚR PLODOVÉ VODY)*

Jiná vyšetření:

11. Přáli jste si, aby Vaše dítě bylo slyšící?

ANO NEPŘEMÝŠLELI JSME O TOM NE BYLO NÁM TO JEDNO

Proč?

12. Měla jste při porodu tlumočnicka?

ANO NE

Pokud „ano“ – tlumočnick byl člověk, kterého jsem před porodem:

VELICE DOBRĚ ZNALA ZNALA JSEM HO VIDĚLA JSEM HO POPRVÉ

13. Proč jste si ke komunikaci zvolila tlumočnicka?

14. Byly Vám všechny informace ohledně péče o dítě (po porodu) dostatečně vysvětleny?

např. jak správně kojit, proč zapisovat váhu dítěte před a po kojení, jaká je správná hygiena u miminka, jak ho správně přebalit?

15. Vzpomínáte si na nějakou špatnou zkušenost s gynekologem (s lékaři) v průběhu těhotenství, při porodu nebo po porodu?

ANO NE

Pokud „ANO“ tak jaká je tato zkušenost?:

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku!
Kontakt pty@centrum.cz