

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Renata Navrátilová

Specifika komunikace s osobami se sluchovým postižením
ve zdravotnických zařízeních

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika komunikace s osobami se sluchovým postižením ve zdravotnických zařízeních“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

Ve Valašském Meziříčí

.....

Děkuji doc. PhDr. Evě Suralové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí námětů a připomínek a vytrvalou podporu, které mi poskytla během vypracovávání bakalářské práce.

Mé poděkování patří také osobám se sluchovým postižením, kteří mi poskytli informace k praktické části této práce.

Renata Navrátilová

OBSAH

ÚVOD	- 6 -
1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH.....	- 7 -
1.1 Anatomie a fyziologie sluchu	- 7 -
1.1.1 Zevní ucho	- 8 -
1.1.2 Střední ucho	- 8 -
1.1.3 Vnitřní ucho	- 8 -
1.1.4 Ucho jako sluchový analyzátor	- 9 -
1.2 Klasifikace sluchových vad	- 10 -
1.2.1 Velikost sluchové ztráty	- 10 -
1.2.2 Místo vzniku sluchové vady	- 12 -
1.2.3 Doba vzniku sluchové vady	- 12 -
1.3 Kategorie osob se sluchovým postižením	- 14 -
1.3.1 Neslyšící	- 14 -
1.3.2 Nedoslyšaví	- 15 -
1.3.3 Ohluchlí	- 16 -
1.3.4 Kochleární implantát a tinnitus	- 16 -
1.4 Kompenzační a technické pomůcky.....	- 17 -
1.4.1 Sluchadla	- 17 -
1.4.2 Kolektivní zesilovací aparatury	- 20 -
1.4.3 Ostatní kompenzační pomůcky	- 21 -
2 KOMUNIKACE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH.....	- 22 -
2.1 Charakteristika pojmu komunikace.....	- 22 -
2.2 Formy komunikace.....	- 23 -
2.2.1 Verbální komunikace.....	- 23 -
2.2.2 Nonverbální komunikace.....	- 24 -
2.3 Komunikační formy sluchově postižených.....	- 26 -
2.3.1 Znakový jazyk	- 26 -
2.3.2 Znakovaný jazyk	- 27 -
2.3.3 Prstová abeceda	- 28 -
2.3.4 Odezírání	- 29 -
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	- 33 -
3.1 Uvedení do problematiky	- 33 -

3.2 Cíl výzkumného šetření.....	- 33 -
3.3 Metodologie výzkumné části.....	- 33 -
3.4 Charakteristika výzkumného souboru	- 33 -
3.5 Analýza získaných dat.....	- 34 -
3.5.1 Dotazník	- 34 -
3.5.2 Rozhovor	- 43 -
3.6 Diskuze.....	- 45 -
ZÁVĚR.....	- 47 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	- 48 -
SEZNAM DOPLŇKOVÉ LITERATURY	- 51 -
SEZNAM GRAFŮ	- 53 -
SEZNAM PŘÍLOH.....	- 54 -
ANOTACE	

„To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.“
P. F. Drucker

Úvod

Komunikace, jako druh sociální interakce, hraje v životě člověka nezastupitelnou roli. Pomocí komunikace si vyměňujeme názory, sdělujeme své pocity, dojmy, přání. U jedinců se sluchovým postižením vlivem jejich objektivně smyslové vady nastává problém právě v oblasti komunikace. Musíme brát na zřetel, že český jazyk, jak v jeho mluvené, tak i psané podobě, je pro osoby se sluchovým postižením velmi složitým jazykem, a proto je nutné se snažit tyto osoby co možná nejvíce respektovat a chápat je. Dříve než zvolíme komunikační formu, nesmíme zapomenout, o jaký druh sluchového postižení se jedná, abychom co nejlépe komunikaci zefektivnili. V praxi dochází k řadě problémů mezi lidmi se zdravotním a smyslovým postižením a zdravotnickým personálem, které většinou jen pramení z nedorozumění, z neznalosti základních jazykových pravidel a přístupu k osobám s tímto druhem postižení.

Práce je rozdělena do tří kapitol, které se dále člení na další podkapitoly.

První kapitola se zabývá problematikou sluchově postižených, vymezuje základní pojmy, seznamuje s anatómií a fyziologií sluchu, klasifikací sluchových vad a kompenzačními a technickými pomůckami.

Druhá kapitola je zaměřena na komunikaci v obecné rovině a na komunikační formy osob se sluchovým postižením.

Poslední, třetí kapitola, práce je praktická část. Zaměřuje se na získávání informací o specifikách komunikace mezi osobami se sluchovým postižením a zdravotnickým personálem.

Cílem této bakalářské práce je zjistit specifika komunikace osob se sluchovým postižením ve zdravotnických zařízeních, přístup, chování zdravotnického personálu k těmto osobám a způsob dorozumívání se.

1 Uvedení do problematiky sluchově postižených

Sluch je pro člověka jeden z nejdůležitějších smyslů. Sluchové postižení se promítá do celého vývoje osobnosti člověka a představuje nejtěžší komunikační bariéru (Šáňdorová, 2003).

Speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se sluchovým postižením se nazývá *surdopedie*¹ (z latinského *surdus*- hluchý a řeckého *paideia*- výchova). V minulosti byla součástí speciálně pedagogické disciplíny logopedie, od roku 1983 je *surdopedie* samostatnou speciálně pedagogickou disciplínou (Souralová, 2005).

Ztráta sluchu je ze všech možných typů postižení takové postižení, které způsobuje nejvíce nedorozumění a zmatek. Freeman, Carbin a Boese (1991, s. 20) se domnívají, že je to tím : „že schopnost mluvit je v našich myslích těsně spojena s myšlením, komunikací a inteligencí.“

Sluchové postižení se promítá do všech oblastí člověka a způsobuje:

- komunikační bariéru,
- negativní vliv na vývoj myšlení²,
- omezení sociálních vztahů³,
- psychickou zátěž. (Slowík, 2007)

1.1 Anatomie a fyziologie sluchu

Sluchové ústrojí se skládá ze zevního, středního a vnitřního ucha. Sluchové ústrojí, které nás spojuje se světem zvuků, je velice důležité při navazování a udržování kontaktů a vztahů ve společnosti. Uvádí se, že plod v matčině děloze má schopnost zachytit určité zvuky už kolem 26. týdne nitroděložního vývoje.

Sluchové ústrojí je i poměrně snadno zranitelné, ač je z velké části kryto vůbec nejtvrďší kostí v našem těle- kosti skalní⁴.

¹ V odborné literatuře se setkáváme i s pojmy jako například *surdopedagogika*, *pedagogika sluchově postižených*, *surdologie*.

² Vývoj myšlení vychází z řeči. Pro rozvoj myšlení je důležitá i vnitřní řeč, která se u prelingválně neslyšících téměř nevyvíjí.

³ Neslyšící děti se často neorientují v mezilidských vztazích, nechápou motivy, jednání ve svém okolí, možnost získání sociálních zkušeností je omezeno právě díky komunikační bariéře.

⁴ Kost skalní (*os petrosum*) je vsazena do spodiny lební po stranách kosti klínové.

1.1.1 Zevní ucho (auris externa)

Zevní ucho tvoří boltec a zevní zvukovod.

- a) *boltec*: tvoří ho elastická chrupavka pokrytá kůží a slouží k zachycování zvukových vln. Dolní konec boltce tvoří ušní lalůček. (Machová, 2008)
- b) *zevní zvukovod*: pokračováním boltce je zevní zvukovod. Je to esovitě stočená trubice, která je dlouhá přibližně 2,5 centimetru. Povrch je pokryt kůží, která obsahuje četné mazové žlázy produkující žlutohnědý ušní maz. (Machová, 2008) Zvukovod vede zvukové vlny k bubínku.

1.1.2 Střední ucho

- a) *bubínek* (membrana tympani): bubínek je oválná vazivová blanka, která tvoří přechod mezi zevním a středním uchem. Zvukové vlny, které jsou zvukovodem přenášeny k bubínku, jej rozkmitají a ten prostřednictvím kladívka přenáší kmity na další středoušní kůstky, (Dylevský, 1995)
- b) *středoušní dutina* (cavum tympani): středoušní dutina je malý šterbinovitý prostor uvnitř spánkové kosti spojen eustachovou trubicí s nosohltanem. Ve středním uchu se nachází se 3 sluchové kůstky- kladívko (malleus), kovádlínka (incus) a třmínek (stapes), které jsou vzájemně kloubně spojeny. Kladívko se jedním koncem napojuje na bubínek, druhým je kloubně spojeno s kovádlínkou a ta je spojena s třmínkem. Třmínek je vsazen do oválného okénka. Uspořádání středoušních kůstek slouží k převodu vzdušných kmitů na kmitání kapaliny ve vnitřním uchu. (Dylevský, 1995)

1.1.3 Vnitřní ucho (auris interna)

Vnitřní ucho je uzavřený prostor v kosti skalní, nazvaný kostěný labyrint. V kostěném labyrintu se nachází blanitý labyrint a prostor mezi nimi vyplňuje zevní míza- perilymfa.

Kostěný labyrint tvoří: předsíň (vestibulum), 3 polokruhové kanálky a hlemýžď (cochlea)⁵.

V kostěné stěně je okrouhlé a oválné okénko.

V předsíni je kulovitý a vejčitý váček, s kterým jsou spojeny 3 polokruhové kanálky. Na kulovitý váček je připojen blanitý hlemýžď. Prostor vyplňuje endolymfa. Hlemýžď má dva a půl závitů a jeho spodní stěnu tvoří bazální membrána, na které jsou umístěny vláskové

⁵ V blanitém hlemýždi je uloženo sluchové ústrojí.

buňky Cortiho orgánu. Na těle vláskových buněk začínají vlákna sluchového nervu. (Machová, 2008)

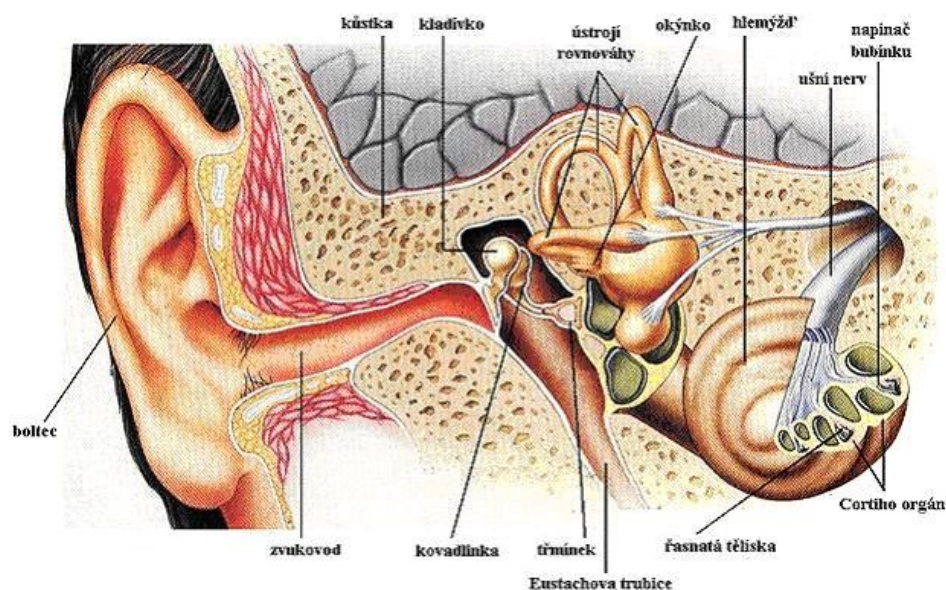
Ve vnitřním uchu je kromě sluchového ústrojí i ústrojí rovnovážné, které se podle funkce dělí na čidlo kinetické (vnímání pohybu) a čidlo statické (vnímání polohy). (Machová, 2008)

1.1.4 Ucho jako sluchový analyzátor

Zvukové vlny, které jsou přiváděny zevním zvukovodem, rozechvívají bubínek a kmitáním bubínku se dále přenáší na sluchové kůstky. Třmínek, který je vsazen do oválného okénka, jej rozkmitá a tím se rozechvěje perilymfa. Perilymfa dále rozkmitá endolymfu a ta způsobí rozechvění bazální membrány v určitém jejím úseku podle výšky tónů. Tímto chvěním dochází k podráždění vláskových buněk Cortiho orgánu. Vzruchy jsou dále vedeny vlákny sluchového nervu do jader v prodloužené míše. Přes talamus pokračuje sluchová dráha do centrálního korového analyzátoru.

Vzdušné vedení: zvukové vlny se šíří vzduchem přes zevní zvukovod, bubínek a střední ucho. Tím dochází k rozkmitání tekutiny vnitřního ucha a podráždění vláskových buněk.

Kostní vedení: chvění lebečních kostí, které se přenáší spánkovou kostí na blanitý hlemýžď, může vyvolat podráždění Cortiho orgánu. (Dylevský, 1995)



Obrázek č. 1 Anatomie ucha [<http://www.golgihoaparatus.blog.cz>]

1.2 Klasifikace sluchových vad

Základní hlediska, podle kterých dělíme sluchové vady, jsou tato:

- a) velikost sluchové ztráty,
- b) místo vzniku sluchové vady,
- c) doba vzniku sluchové vady.

1.2.1 Velikost sluchové ztráty

V klasifikaci podle velikosti sluchové ztráty se můžeme setkat s různými hodnotami vymezující jednotlivé stupně sluchového postižení. Důvodem bývá účel, pro něhož jsou tato kritéria stanovena, například jedná-li se o pedagogickou nebo lékařskou praxi atd. (Souralová, 2005) Velikost sluchové ztráty se udává v decibelech (dB).

ZTRÁTA SLUCHU V DB	NÁZEV KATEGORIE ZTRÁTY SLUCHU
I. 0 – 20 dB	Normální nebo podprůměrný sluch
II. 21 – 40 dB	Lehká ztráta sluchu
III. 41 – 55 dB 56 – 70 dB	Střední ztráta sluchu (2 stupně)
IV. 71 – 80 dB 81 – 90 dB	Těžká ztráta sluchu (2 stupně)
V. 91 – 100 dB 101 – 110 dB 111 – 119 dB	Velmi těžká ztráta sluchu (3 stupně)
VI. nad 120 dB	Úplná ztráta sluchu – hluchota

Tabulka č. 1 *Klasifikace sluchových vad a poruch dle BIAP 1996* [<http://www.biap.org>]

Stupeň ztráty sluchu:	Odpovídající audiometrické ISO hodnoty: (průměr hodnot na frekvencích 500, 1000, 2000, 4000 Hz)	Projevy	Doporučení
0 – Normální sluch	25 dB nebo lepší (na lepším uchu)	Žádné nebo velmi mírné problémy se sluchem. Schopnost slyšet šepot.	
1 – Lehká ztráta sluchu	26 - 40 dB (na lepším uchu)	Schopnost slyšet a opakovat slova promluvená normálním hlasem na vzdálenost 1 metru.	Poradenství. Mohou být užívány kompenzační pomůcky.
2 – Střední ztráta sluchu	41 - 60 dB (na lepším uchu)	Schopnost slyšet a opakovat slova promluvená zvýšeným hlasem na vzdálenost 1 metru.	Obvykle jsou doporučovány kompenzační pomůcky.
3 – Těžká ztráta sluchu	61 - 80 dB (na lepším uchu)	Schopnost slyšet některá slova, pokud se křičí do lepšího ucha.	Potřeba kompenzačních pomůcek. Pokud kompenzační pomůcky nejsou k dispozici, mělo by se vyučovat odezírání ze rtů a znakový jazyk.
4 – Velmi těžká ztráta sluchu, včetně hluchoty	81 dB nebo horší (na lepším uchu)	Neschopnost slyšet a porozumět ani hlasu, který je křičen.	Kompenzační pomůcky mohou pomoci při porozumění slov. Nutná podpůrná rehabilitace. Odezírání a někdy nezbytné užití znakového jazyka.
Stupně 2, 3 a 4 jsou klasifikovány jako <i>omezující ztráta sluchu</i>			Dospělí: 41 dB a více (lepší ucho) Děti do 15 let včetně: 31 dB a více (lepší ucho)

Tabulka č. 2 Klasifikace sluchových ztrát dle WHO z roku 1991 [<http://www.who.int>] Klasifikací sluchových vad a poruch, kterou stanovila v říjnu 1996 Vrcholná mezinárodní společnost audiologů (BIAP).

1.2.2 Místo vzniku sluchové vady

- a) převodní,
- b) percepční,
- c) smíšené,
- d) centrální.

Převodní vady

- jsou vady vnějšího a středního ucha,
- jde o kvantitativní postižení sluchu,
- patří zde například ucpaný zevní zvukovod, výpotek ve středouší, nádor ve středouší, porušené blánka bubínku. (Mrázková, 2006)

Percepční vady

- dochází k postižení funkce vláskových buněk ve vnitřním uchu a nervové části sluchové dráhy,
- jde o kvalitativní postižení sluchu, obvykle ireverzibilní (nevratné) povahy, která může způsobit úplnou ztrátu sluchu,
- patří zde například poškození blanitého a kostěného labyrintu, nádory, úrazy, patologické změny ve vláskových buňkách způsobené třeskem, dlouhodobým hlukem, ototoxické léky⁶. (Mrázková, 2006)

Smíšené vady

- tyto vady jsou kombinací dvou předešlých vad, převodní a percepční

Centrální vady

- jsou komplikované defekty v podkorovém a korovém systému sluchové dráhy

1.2.3 Doba vzniku sluchové vady

- a) prenatální období,
- b) perinatální období,
- c) postnatální období,
- d) prelingvální sluchová vada,
- e) postlingvální sluchová vada.

⁶ Ototoxické léky- léky, které mohou způsobit poškození sluchu.

Prenatální období

Je obdobím od početí do porodu.

Faktory, které negativně ovlivňují vývoj jedince, dělíme na:

- endogenní vlivy (dědičné) - chromozomální aberace,
 - genové mutace,
 - dispozice,
 - změněná reaktivita,
 - problémy imunity.
- exogenní vlivy
 - chemické (léky, drogy, jedy),
 - fyzikální (úraz, záření),
 - nutriční (nesprávná výživa),
 - psychické a sociální (sociálně patologické prostředí, stres),
 - biologické (viry a bakterie). (Slowík, 2007)

Perinatální období

Je období samotného porodu a období krátce před ním a po něm.

Mezi rizikové faktory patří:

- nedostatek kyslíku (asfyxie, hypoxie),
- mechanické poškození plodu (klešťové porody, komplikované porody),
- infekce. (Slowík, 2007)

Postnatální období

Je období, kdy negativní vlivy působí v době po narození, kdykoliv v průběhu života.

- úrazy hlavy,
- otoskleróza⁷,
- infekce,
- poranění, onemocnění sluchového analyzátoru aj.

Zvláštním případem získané vady je tzv. *stařecká nedoslýchavost* (presbyacosis), objevující se kolem 60. roku života člověka. Dochází zde k postupné ztrátě sluchu v důsledku atrofie sluchových buněk.

Presbyacosis může postihnout i mladší jedince a to v důsledku nadměrného hluku z prostředí. (Šándorová, 2003)

⁷ Otoskleróza je degenerativní onemocnění postihující kostěný labyrint vnitřního ucha. Dochází k přestavbě kostní části vnitřního ucha a tím i k jeho poškození a ztrátě sluchu.

Ze speciálně pedagogického hlediska je podstatnější členění na prelingvální sluchové vady a postlingvální sluchové vady.

Prelingvální sluchová vada

Je taková vada (vrozená, nebo získaná), kdy se člověk jako neslyšící narodil nebo ztratil sluch před dokončením základního vývoje řeči. (Hudáková, Motejzíkova, 2005)

„Pokud nemělo dítě možnost mluvenou řeč slyšet a napodobovat, tj. chybí-li mu slyšený vzor a sluchová kontrola vlastního projevu, nenaučí se mluvit spontánně.“ (Strnadová, 2001, s. 5)

Velmi důležité je proto včasné zahájení odborné surdopedické a logopedické péče. Prelingválně neslyšící osoby jsou většinou uživateli znakového jazyka, který považují za svůj přirozený komunikační prostředek a svůj svět ticha a vizuálních podmětů považují za něco zcela přirozeného.

Postlingvální sluchová vada

Vada týkající se osob, u kterých vznikla sluchová ztráta náhle, či postupně až po dokončení vývoje řeči. Mluvená řeč je podle Suralové (2005, s. 19) : *„Dostatečně fixovaná, řečové projevy nezanikají.“* Jelikož chybí absence zpětné sluchové kontroly, dochází k prozodickým a artikulačním změnám v mluveném projevu.

1.3 Kategorie osob se sluchovým postižením

Terminologie osob se sluchovým postižením se s úrovní péče a vývojem jazyka vyvíjela a měnila. Sluchové postižení nebo i termín osoby s vadami sluchu je velice široký pojem, kde důležitými faktory je podle Slowíka (2007) především doba vzniku postižení a velikost sluchové ztráty.

Pod obecný pojem „sluchově postižení“ patří tyto základní kategorie osob:

- neslyšící,
- nedoslýchaví,
- ohluchlí.

1.3.1 Neslyšící

Neslyšící podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je takový člověk, který ani s největším zesílením neslyší zvuk.

V minulosti se těmto lidem říkalo „hluchoněmý“. Je to již zastaralý výraz, ze kterého se usuzovalo, že neslyšící člověk, který se nenaučí mluvit, je němý.

To ale ještě neznamená, že takový člověk nevydává žádný zvuk. Umí se hlasitě smát, křičet, i když je jeho řeč velmi deformovaná a často pro slyšící lidi nesrozumitelná. (Hudáková, Motejzíková, 2005)

Výraz „hluchoněmý“ byl roku 1927 na Sjezdu neslyšících v Plzni doporučen pozměnit na termín „neslyšící“, (Hrubý, 1999), ale k výrazné terminologické změně došlo až v roce 1961. (Monatová, 1998)

Velmi důležité je brzké stanovení diagnózy a zahájení speciálně surdopedické a logopedické péče. Jelikož až 90 % neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům, situace je pro ně o to složitější, že se musí vyrovnat se ztrátou sluchu svého dítěte, ale i ve velmi krátké době zvolit nejvhodnější komunikační prostředek. Menšina slyšících rodičů používá znakový jazyk ke komunikaci se svým dítětem (Freeman, Carbin, Boese, 1991) a snaží se dítě zapojit do orálního programu. Jak uvádí Hrubý (1999), pokud se ale dítě vůbec naučí mluvit, zní jeho řeč velmi nepřirozeně. Pokud se rodiče rozhodnou ke kochleární implantaci, je důležité, aby byla operace provedena, co nejdříve, přibližně do půl roku od zjištění diagnózy.

Dalším efektivním řešením je dítě naučit znakový jazyk. *Znakový jazyk* je pro neslyšícího člověka přirozeným komunikačním prostředkem. Právě uživatelé znakového jazyka chtějí být označováni za *Neslyšící s velkým „N“*, protože se považují za kulturní a jazykovou menšinu⁸. (Hrubý, 1999) Poté jim již nezáleží na velikosti ztráty sluchu, svou odlišnost spatřují v rozdílném užívání jazyka a s tím i spojené vnímání okolního světa. (Kosinová, 2008)

1.3.2 Nedoslychaví

Podle Hrubého (1999, s. 43) : „*nedoslychavost znamená každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci, nikoliv však jeho úplné vymizení.*“

Rozlišujeme různé stupně nedoslychavosti- od lehké nedoslychavosti až po velmi závažné poškození sluchu. Důležité je, že jsou úspěšně kompenzovatelné elektronickými sluchadly. (Hrubý, 1999) Také proto jsou nedoslychaví lidé většinou schopni dorozumívat se mluvenou řečí a orientovat se ve slyšícím prostředí, protože mluvenou řeč preferují jako primární prostředek ke komunikaci. (Souralová, 2007) Může zde ale nastat problém jejich přijetím slyšící společnosti, a pokud neovládají na určité úrovni i znakový jazyk může dojít i k odmítnutí ve společnosti Neslyšících. (Hrubý, 1999)

Velkou část nedoslychavých lidí tvoří staří lidé, protože podle Hrubého (1999, s. 44) „*zhoršení sluchu je přirozeným důsledkem stárnutí.*“

⁸ Právě komunita Neslyšících někdy kochleární implantáty odmítá, protože zdůrazňuje „*že znakový jazyk je stejně hodnotný jako jazyky jiných menšin.*“ (Monatová, 1998, s. 29)

1.3.3 Ohluchlí

Strnadová (2001, s. 5) uvádí, že : „*osoby, které ztratili sluch v době, kdy si již osvojili mluvenou řeč, tj. postlingválně neslyšící, jsou označovány jako ohluchlé.*“ Čím dříve u člověka došlo ke ztrátě sluchu, tím lépe se s tím psychicky vyrovnává. Dojde-li k ohluchnutí ve vyšším věku, dospělí lidé ztrátu sluchu prožívají vnitřně velmi špatně.

V období dospívání je ztráta sluchu často spojena s hledáním si místa ve společnosti, v dospělosti se ohluchlost netýká jen jedince samého, změna se dotkne celé rodiny například po stránce finanční, změnou životního stylu a novým způsobem komunikace. (Strnadová, 2001)

Při ohluchnutí ve vyšším věku je již obtížné trénovat schopnost odezírání, či se dokonale naučit znakový jazyk. Podle Hrubého (1999) usnadňují a mohou pomoci těmto lidem kochleární implantáty a rozvoj ostatních technologií (faxy, skryté titulky, teletext, počítače aj.)

Jak říká Strnadová (2001, s. 11) : „*Ohluchlý člověk, který zažil a pamatuje si kouzlo světa zvuků, bude na doby, kdy slyšel, s nostalgií vzpomínat.*“. Těmto „vzpomínám“ se říká sluchová paměť.

1.3.4 Kochleární implantát a tinnitus

Základní kategorií osob se sluchovým postižením (neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí) bychom mohli doplnit o další dvě podskupiny.

- a) specifická skupina osob, která je uživatelem *kochleárního implantátu*,
- b) skupina osob, trpící ušním šelestem, odborně nazvaným *tinnitus*.

Kochleární implantát (kochleární neuroprotéza)

„*Kochleární (nitroušní) implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektronickou stimulací (drážděním) sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha.*“ (Holmanová, 2005, s. 59)

Výběr osob ke kochleární implantaci probíhá podle přísných kritérií⁹.

Samotnému výkonu předchází dvě fáze vyšetření.

První fáze: dítě podstupuje foniatrické, psychologické a logopedické vyšetření. První fáze trvá až do doby, kdy jsou všechny výsledky předloženy implantační komisi.

⁹ Přihlíží se nejen k tomu, zda je dítě vhodným kandidátem, ale velice důležitou roli hrají rodiče, na kterých pak záleží náročná rehabilitační práce.

Druhá fáze: dítě je nakrátko hospitalizováno na ORL klinice, kde podstoupí další komplexní vyšetření. (Holmanová, 2005)

Operaci- zavedení kochleárního implantátu provádí zkušený ušní chirurg¹⁰.

Úspěchy rehabilitace po implantaci podle Holmanové (2005) závisí na více faktorech: věk, inteligence dítěte, doba vzniku sluchové vady, schopnost využití zbytku sluchu, přidružené problémy, ale i aktivita rodičů při rehabilitační práci. Nepostradatelná je spolupráce audiologů, psychologů, otorinolaryngologů, pedagogů sluchově postižených a terapeutů. (Monatová, 1998)

Slyšení lidí s kochleárním implantátem přináší velký akustický efekt, ale kvalitě fyziologickému slyšení se nevyrovná.

Kochleární implantace není v současnosti záležitostí jen malých, prelingválně neslyšících dětí, ale stále častěji se implantace provádí i osobám ohluchlým v dospělém věku.

Tinnitus

Tinnitus neboli ušní šelesty vznikají spontánně a jsou vůli neovlivnitelné. Mohou se vyskytovat i při úplné hluchotě, ale postihují i normálně slyšící jedince. Mohou a nemusí být doprovázeny zhoršením sluchu.

Tinnitus má podobu hučení, pískání, šumění, cvrlikání, zvonění apod.

Postiženému člověku může způsobit vážné psychické problémy, jsou velice nepříjemné a mohou jedince dohnat až k sebevraždě. (Hrubý, 1999)

Léčba Tinnitu je velmi obtížná, jelikož není známa příčina. Jednou z možností je užívání léku rozšiřující cévy nebo druhou možností je skupinová terapie.

1.4 Kompenzační a technické pomůcky

Jsou to nejrůznější pomůcky, které usnadňují život osobám se sluchovým postižením.

1.4.1 Sluchadla

Sluchadla neboli individuální zesilovače sluchu jsou nejznámější a nejrozšířenější kompenzační pomůckou.

Reis, Hughes, Bell- to vše jsou jména, se kterými je spojena rekonstrukce elektrických sluchadel na konci 19. století.

¹⁰ Centrum kochleárních implantací (CKID) bylo založeno ve Fakultní nemocnici Motol v Praze roku 1993.

Neustálé zdokonalování sluchadel a jejich miniaturizace spadá do druhé poloviny 20. století. (Šándorová, 2003)

Podle tvaru (konstrukčního provedení) dělíme sluchadla na:

- a) krabičková (kapesní),
- b) závěsná,
- c) brýlová,
- d) boltcová,
- e) zvukovodová,
- f) kanálová.

Jak uvádí Šándorová (2003) základním požadavkem sluchové protetiky je zesílení signálu řeči tak, aby se dostal do intenzitního a frekvenčního dosahu řeči v oblasti, ve které zůstal sluch jedinci zachován.

Krabičková (kapesní) sluchadla

Dnes již pro svou velikost nejméně užívané sluchadla. Tento typ sluchadel používají většinou starší lidé, kteří nejsou manuálně zruční a nedokázali by obsloužit miniaturní sluchadla.

Závěsná sluchadla

V minulých letech byla tato sluchadla nejvíce používaným typem, v současnosti je ale nahrazují sluchadla boltcová, zvukovodová a kanálová.

Závěsná sluchadla, která mají tvar malého rohlíčku, se zavěšují za ušní boltec. Sluchadlo ač je velmi malé, obsahuje všechny funkční jednotky- mikrofon, zesilovač, potenciometr a reproduktor. Součástí sluchadel brýlových, závěsných a kapesních je i ušní tvarovka, která je individuálně vytvořena podle odlitku ucha konkrétního jedince. (Langer, Suralová, 2006)

Brýlová sluchadla

Tato sluchadla jsou vhodným řešením u osob trvale nosící brýle. Sluchadlo je umístěno do nožiček brýlí. Bohužel v současné době se od tohoto typu upouští z důvodu tenkých nožiček brýlových obrub.

Nitroušní sluchadlo

Je to nejmenší typ sluchadla a právě díky těmto vlastnostem je lze vkládat přímo do ucha.

Rozlišujeme:

- sluchadlo boltcové, které vyplňuje konchu¹¹ boltce,
- sluchadlo zvukovodové, které je umístěno pouze do zvukovodu,
- sluchadlo kanálové, které se zavádí hlouběji do zvukovodu.



Obrázek č. 2 Sluchadla [<http://www.kntb.cz>]

Podle zpracování signálu dělíme sluchadla na:

- a) analogová,
- b) digitální.

Analogová sluchadla

Analogové sluchadlo je nejjednodušší a nejstarší typ. Signál je zpracován analogově. Zvuk z okolí pojme mikrofon a převede jej na elektrický signál, který postupuje do filtru, kde je upraven, a dále do zesilovače. Tam dochází k několikanásobnému zesílení a přechodu na reproduktor. Reproduktor elektrický signál opět převede na zvuk a zvukovodem jej převede do ucha uživatele. [<http://kochlear.cz>]

Digitální sluchadla

Stejně jako analogové sluchadlo sejme mikrofon zvuk z okolí a převede jej na elektrický signál, který převede do analogově číslicového převodníku. Zde dochází k naprogramování. Vytváří se analogový, spojitý signál, který dále pokračuje na zesilovač a do reproduktoru. Zbytek cesty je shodný s analogovým sluchadlem.

¹¹ Koncha (latinsky concha) je otvor, kterým boltec přechází do zevního zvukovodu.

Na rozdíl od analogového sluchadla přináší větší možnosti, například tlumí hluk, odfiltrává nepotřebné zvuky, automaticky zesiluje, eliminuje vnitřní šum sluchadla. [<http://kochlear.cz>]

1.4.2 Kolektivní zesilovací aparatury

Většímu počtu osob umožňují přenos zesíleného signálu tzv. kolektivní zesilovací aparatury. Podle Langer, Suralové (in Hrubý, 1998) patří mezi kolektivní zesilovače i *indukční smyčky*, spolupracující s individuálními sluchadly jedince. Analogový elektrický signál mění indukční smyčka na elektromagnetické pole, které je sluchadlem zachycováno uvnitř celé plochy, která je ovinuta smyčkou. Takto zachycený signál není zkreslován okolními vjemy z prostředí. Využití těchto individuálních smyček je široké, od škol pro sluchově postižené, přes divadla, koncertní sály, kina až po domácnosti. (Langer, Suralová, 2006)

Další technickou pomůckou jsou tzv. *pojítka*. Pojítka se skládají z vysílačky a přijímače. Vysílačku má mluvčí umístěnou za opaskem či v kapse. Je doplněna mikrofonem připevněným, co nejbliže k ústům. Přijímač bývá u sluchově postiženého obvykle připevněn na hrudi a doplňují jej sluchátka nebo malá indukční smyčka. Ke spojení a přenosu signálu se využívá radiové vysílání (FM pojítka) nebo infračervené záření (INFRA-ROT pojítka). (Langer, Suralová, 2006)



Obrázek č. 3 Indukční smyčka [<http://www.pomuckyproneslysici.cz>]

1.4.3 Ostatní kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky, jsou takové pomůcky, které prostřednictvím světelných signálů, vibrací a proudem vzduchu usnadňují osobám se sluchovým postižením život ve slyšící společnosti. (Langer, Suralová, 2006)

Patří zde:

- signalizace bytového, domovního zvonku,
- světelný nebo vibrační budík,
- psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění,
- indikátor pláče dítěte,
- fax,
- televize s teletextem a skrytými titulky,
- mobilní telefony,
- počítače, internet,
- indikátor hlásek.



Obrázek č. 4 Cestovní vibrační a zvukový budík [<http://www.pomuckyproneslysi.cz>]

2 Komunikace sluchově postižených

2.1 Charakteristika pojmu komunikace

Komunikovat (z lat. *communicare*) znamená sdílet společné potřeby, touhy, city, myšlenky, ale i vědomosti o světě, prostředí a okolí, které nás každodenně obklopuje. Je to druh sociální interakce. Problém nastává ve slyšících rodinách, jimž se narodí dítě se sluchovým postižením, a toto „sdílení“ bývá často narušeno. (Hronová, Motejzíkova, 2002)

Velmi důležitá je včasná diagnóza, výběr jazyka a způsob komunikace.

Šedivá (1997) uvádí, že v době, kdy se dítě učí základním sociálním dovednostem, vede absence přirozeného komunikačního prostředku dětí se sluchovým postižením k omezení interakcí a tím i možnosti získávání informací, zážitků a zkušeností z okolního světa i vlastní rodiny, ve které společně žijí.

Specifickou formou lidské komunikace je „*jazyk jako národní forma mluvené a psané řeči*.“ (Nakonečný, 2009, s. 288) Vývoj řeči, který je již narušen, negativně ovlivňuje vývoj socializace, ale i všech poznávacích procesů. (Mrázková, 2006)

Komunikace je aktivní proces, který probíhá vždy mezi dvěma nebo více lidmi. Při vnímání komunikace obecně platí, že věci výjimečné, nebo nezvyklé si zapamatujeme lépe, než věci běžné, opakující se.

Struktura komunikace

- *komunikátor*- osoba sdělující nějakou zprávu, kdy předpokládá, že komunikant má obdobný soubor poznatků, který mu umožňuje, aby porozuměl tomu, co mu chce daná osoba sdělit. Komunikátor do svého sdělení vždy promítá svoji osobnost,
- *komunikant*- osoba přijímající sdělení, kdy vnímání obsahu sdělovaného je ovlivněno vlastními zkušenostmi, záměry, cíli či prožitky. Důležité je vyslechnout obsah informací bez přerušování, dokonce, všimnout si neverbálních signálů a naslouchat,
- *komuniké*- neboli obsah sdělení, je vyslaná zpráva, jako pocit, nebo myšlenka sdělení jednoho člověka druhému. Celý obsah sdělení má podobu verbálních a neverbálních symbolů. Počátek a konec komuniké vnímá člověk pozorněji, než střední části informace¹². (Mikuláščík, 2003)

¹² Na začátku působí novost, na konci při zjištění, že již nic dalšího nebude následovat, zachytit ještě co nejvíce informací. (Mikuláščík, 2003)

Jak uvádí Mikuláščík (2003, s. 25) : „*I když mluvíme stejným jazykem, neznámá to, že si musíme vždy rozumět.*“

Sdělení je posíláno *komunikačním kanálem*. Hlavním kanálem při komunikaci tváří v tvář jsou zvuky, dotyky prezentované stiskem ruky, pohledy a pohyby těla, příjemný hlas, vkusné oblečení.

Důležitým prvkem celé komunikace je *zpětná vazba a komunikační prostředí*. Zpětná vazba nás informuje o přijetí a pochopení zprávy, udržuje účastníky v komunikační situaci. Komunikační prostředí má významný vliv na komunikaci a zahrnuje prostor, ve kterém se komunikace odehrává, uspořádání místnosti, osvětlení, počet osob. Určitá prostředí na nás působí svou reprezentativností, formálností a mohou ovlivnit celý proces komunikace tím, že člověka více stresuje a zavazuje. (Mikuláščík, 2003)

Ještě v nedávné historii byla péče o sluchově postižené zatížena jednostranností ve smyslu preference užívání audioorálního systému. V současnosti existuje mnoho komunikačních systémů, vzdělávacích programů, které umožňují překonávání komunikačních bariér a to s přihlédnutím na individualitu každého jedince. Rozlišujeme dva základní komunikační systémy, které se uplatňují v komunikaci s osobami se sluchovým postižením. Systém *audioorální*, který je zastoupen mluveným jazykem slyšící majoritní společností a systém *vizuálněmotorický* prezentovaným především znakovým jazykem, prstovými abecedami a znakovým jazykem. (Souralová, 2005)

2.2 Formy komunikace

2.2.1 Verbální komunikace

Je specifický lidský způsob komunikace, který má podle Nakonečného (2009, s. 297) : „*formu mluvené nebo psané řeči v užším smyslu (tedy formu jazyka).*“ Nejznámějším oborem, který se zabývá verbální komunikací je obor zvaný lingvistika (jazykověda).

Do verbální komunikace zahrnujeme také znakový jazyk. Strnadová (2001, s. 108) uvádí : „*Gesta jsou vždy neverbální, zatímco znaky jsou verbální.*“¹³

Verbální komunikace je nástrojem sdělování abstraktních pojmů a obsahů.

Dorozumívání nám umožňuje jazyk a to prostřednictvím mluvené řeči¹⁴. Typickou formou řeči je rozhovor, který je uskutečňován mezi dvěma nebo více osobami. (Nakonečný, 2009)

¹³ Strnadová (2001) vysvětluje, že pouze zkušený uživatel znakového jazyka rozpozná gesto od znaku.

Při komunikaci je patrná různá specifická užití jazyka, která je dána osobnostními zvláštnostmi člověka. Například egoista mluví hlavně o sobě, co by udělal, introvert mluví klidně, tiše, málo. Jiným stylem jazyka hovoříme se svými přáteli, jiným zase se svými nadřízenými, záleží na daném prostředí a situaci. (Mikuláščík, 2003)

Dialekt je jazyk, který užívá určitá komunita a lze jej označit za nestandardní formu jazyka. Podle Mikuláščíka (2003, s. 119) : „*se vyznačuje jedinečnou strukturou gramatiky, specifický způsoby vyslovování slov a mluvení*“. Stejně jako slyšící majoritní skupina má například dialekt valašský, pražský, slovácký, brněnský hantec“, tak i u osob neslyšících vidíme rozdíly ve znakovém jazyce.

2.2.2 Nonverbální komunikace

Je nejzákladnějším způsobem sociálního jednání, obsahuje souhrn mimoslovních sdělení, která buď vědomě, nebo nevědomě předáváme jiné osobě či lidem.

Nonverbální komunikace je nástrojem sdělování emocí, situací a snah. Probíhá často neúmyslně.

Jak uvádí Müller (2005, s. 24) : „*uvolňuje „mantinely“ v chápání a interpretaci sdělení- navíc je více spontánní, pravdivá.*“

Neverbální komunikace může verbální projev zcela zastoupit, doplnit nebo zesílit jeho účinek. Někdy není potřeba říkat žádná slova, stačí pouze gesto nebo mimika. Slyšící lidé mají své zvyky, neslyšící lidé také, Strnadová (2001, s. 108) to hodnotí slovy : „*Když dva dělají totéž, není to totéž!*“

Neverbální komunikace je ovlivněna kulturními, ale i individuálními rozdíly.

Neverbální komunikace zahrnuje: mimiku, gestiku, posturiku, kineziku, pohledy, proxemiku, haptiku, chronemiku a paralingvistické jevy.

Mimika – jsou pohyby svalů v obličeji a patří k nejdůležitějším prostředkům sociální komunikace. Mimikou poznáváme vnitřní požitky člověka, je to jemná forma komunikačních signálů.

Rozlišujeme dvě obličejové zóny:

- čelo, nos a oči,
- dolní polovina obličeje a rty.

¹⁴ Mluvená řeč se vytváří pomocí artikulace, která je tvořena slovy, hláskami a větami.

Gestika – gestiku zahrnují záměrné pohyby hlavy, rukou, popřípadě i nohou. Gesta používáme při popisu rozdělení, velikosti tvaru.

Rozlišujeme:

- ilustrace – těmito gesty se ve vzduchu dokresluje verbální výklad, vysvětluje se a ukazuje se směr,
- regulátory – gesta, kterými upozorňujeme na někoho, nebo na něco a slouží i jako regulátory chování,
- znaky – například gesto zvednutého palce směrem nahoru, znamenající, že je vše v pořádku.

Posturika – nám sděluje postoj ke komunikačnímu partnerovi a ke sdělení, signalizuje emoční stav, zaujetí. Posturikou rozumíme držení těla, polohu rukou, hlavy, nohou, konfiguraci všech částí těla.

Kinezika – jedná se o spontánní pohyby různých částí těla, které ale nemají význam gest. Již na dálku můžeme rozpoznat specifické pohyby daného člověka.

Pohledy – oční kontakt hraje v komunikaci nezastupitelnou roli. Očima sdělujeme i přijímáme informace.

Proxemika – proxemikou rozumíme vzdálenost při komunikaci.

Rozlišujeme:

- intimní vzdálenost (do 0,5 m),
- osobní vzdálenost (0,5-2 m),
- skupinová vzdálenost (1-10 m),
- veřejná vzdálenost (2-100 m)¹⁵.

Haptika – doteky při komunikaci mohou mít různý význam: přátelský, intimní, formální, neformální.

V rámci dotekové komunikace dělíme dotekové pásma těla:

- pásmo společenské, zdvořilostní, profesionální (paže a ruce),
- pásmo přátelské, osobní (ramena, vlasy, obličej, paže),
- pásmo intimní, sexuální, erotické (neomezené).

Chronemika – vyjadřuje způsob, jak strukturujeme a užíváme čas ve vztahu k jiným lidem. Někteří lidé mají tendenci informaci sdělit co nejrychleji, jiní rozhovor protahují, rozlišujeme osoby dochvilné a ty, které se často a opakovaně opozdívají.

¹⁵ Odezírat lze na vzdálenost 1-4 m, u nedoslýchavých osob je situace složitější, protože potřebují řeč hlavně poslouchat a občas porušují osobní zónu druhých lidí (Strnadová, 2001)

Ve verbálním projevu jsou důležité i *paralingvistické aspekty* jako je například hlasitost řeči¹⁶, výška tónu řeči, zabarvení hlasu, tempo řeči¹⁷, plynulost řeči.(Mikuláščík, 2003)

Právě u osob se sluchovým postižením je nonverbální komunikace velice využívána.

2.3 Komunikační formy sluchově postižených

2.3.1 Znakový jazyk

Je přirozeným komunikačním prostředkem neslyšících osob. Nelze jej označit za jazyk mateřský, protože většina sluchově postižených dětí se rodí slyšícím rodičům a se znakovým jazykem se setkávají o něco později, většinou až ve speciálních zařízeních. (Vítková, 2004)

O jeho prosazení se zasloužil *Abbé de l' Epée*¹⁸, který do školy v Paříži zavedl používání znakového jazyka.

Rozvoj znakového jazyka ve světě se datuje od 60. let 20. století, v České republice se s výzkumem českého znakového jazyka začalo až v roce 1992¹⁹.

Neslyšící osoby v České republice používají český znakový jazyk : „*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, dvojitě členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.*“

[Zákon č. 384/2008 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob ze dne 23. 9. 2008, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb. O znakové řeči]

Právě Neslyšící s velkým „N“ používají ve své sociální skupině znakový jazyk jako základní prostředek komunikace. Znakový jazyk má vlastní gramatiku a slovník, které jsou odlišné od mluveného jazyka. Využívá především vizuálně-pohybových dorozumívacích signálů, proto osvojit si znakový jazyk slyšícími

¹⁶ Tichá řeč často bývá projevem stydlivosti, nesmělosti, zatímco hlasitá řeč znamená sebevědomí, přátelskost nebo také špatné sebeovládání.

¹⁷ Velmi rychlá řeč vede velmi snadno k únavě a obtížně se vnímá. Charakteristická je pro lidi temperamentní, impulzivní nebo může být i projevem nervozity. Pomalé tempo řeči se vyskytuje u lidí rozvážných, vyrovnaných anebo vážavých.

¹⁸ Abbé de l' Epée žil v letech 1712 až 1789. (Hrubý, 1999)

¹⁹ Výzkumem se zabývali pracovníci Ústavu českého jazyka a komunikace na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. (Souralová, 2005)

osobami²⁰ je těžší, než osvojení si cizího zvukového jazyka, záleží na individuálních dispozicích daného jedince. (Vítková, 2004)

Krahulcová (2001, s. 65) uvádí, že : „*Znakový jazyk tvoří určitá dohodnutá soustava znaků, které podle určitých pravidel vyjadřují jisté symboly reálného nebo abstraktního světa.*“

Neslyšící osoby v komunikaci se slyšícími lidmi v důležitých životních situacích, například při úředních jednáních, ve zdravotnických zařízeních, na soudech, využívají tlumočnických služeb. V České republice to jsou: *Česká komora tlumočnicků znakového jazyka (ČKTZJ)*, *Česká společnost tlumočnicků znakového jazyka (ČSTZJ)*, *Organizace tlumočnicků znakového jazyka (OTZJ)*, *Komora sluchově postižených a Národní rada tlumočnicků a lektorů znakového jazyka České republiky (NRTLZJ)*. (Dingová, 2005)

Od roku 2003 funguje Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící (CZTN) zřízené ASNEP²¹, které zprostředkovává tlumočnické služby pro všechny klienty na území České republiky.

Rozdělují se na tlumočníky českého znakového jazyka- pro uživatele českého znakového jazyka, na tlumočníky pro uživatele znakované češtiny- transliterátory znakované češtiny a pro klienty ohluchlé, uživatele češtiny- tlumočníky, vizualizátory mluvené češtiny.

Tlumočnick-profesionál by se měl řídit Etickým kodexem tlumočnicků znakového jazyka (příloha č. 1)

2.3.2 Znakovaný jazyk

Znakovaný jazyk, v České republice znakovaná čeština, je uměle vytvořený systém, který vytvořili slyšící lidé s cílem lepšího dorozumění se a komunikace s neslyšícími lidmi. O rozvoj znakovaného jazyka se u nás zasloužili především tlumočníci znakované češtiny. Znakovaným jazykem rozumíme souhrn vizuálně – motorických výrazových prostředků a vyjadřovacích způsobů současně doprovázejících národním mluveným jazykem. (Pulda, 1992)

Znakovaná čeština používá jednotlivé znaky přejaté z českého znakového jazyka, při tom dodržuje gramatiku českého jazyka, tzn. kopíruje slovosled vět a využívá nově vytvořených znaků, které ve větách vyjadřují vztahy mezi jednotlivými slovy, např. spojky, předložky. (Hronová, 2005)

²⁰ Výjimku tvoří slyšící děti neslyšících rodičů.

²¹ ASNEP- Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel. Vznikla v roce 1992. (Kosinová, 2008)

Jak uvádí Hrubý (1999), znakované češtině rozumí jen nedoslýchaví a z neslyšících jen ti, kteří výborně odezírají. Ti se snaží odezřit co nejvíce z daného textu, pokud se jim nepodaří odezřit určité slovo, až tehdy si všimnou znaku. Pokud je neslyšící pouze odkázán na znaky, slovosled znakované češtiny je odlišný od znakového jazyka, tudíž narážíme na problém, a to je znalost gramatiky českého jazyka.

Nevýhoda znakované češtiny je neschopnost vyjádřit gramatické koncovky českého jazyka, které jsou důležité pro celkové porozumění. S využitím znakované češtiny se můžeme setkat tlumočením zpráv, přednášek při setkání neslyšících lidí se slyšícími, v běžných formálních situacích nebo i ve školách pro žáky s vadami sluchu, kdy se někteří pedagogové domnívají, že se tak děti naučí rychleji a lépe český jazyk.

2.3.3 Prstová abeceda

Prstová abeceda, jinak též nazývaná jako daktilní abeceda, daktylotika, prstnice, daktilní řeč, je vizuálně – motorická komunikační forma, při které se užívá různých pozic a postavení prstů vyjádření písmen. Jednotlivá písmena abecedy se vyjadřují polohami a tvarem prstů, kdy se sukcesivním a syntetickým postupem tvoří slova stejně, jako se v mluvené řeči spojují hlásky do slov. (Krahulcová, 2002)

Zvláštní je, že prstovou abecedu neobjevili neslyšící lidé, ani učitelé, kteří se výchovou neslyšících osob zabývali, ale mnichové, kteří ač vázání mlčením si mezi sebou vyměňovali své názory, aniž by je okolí zpozorovalo.

Rozlišujeme prstovou abecedu jednoruční, dvouruční a smíšenou.

Jednoruční prstová abeceda (příloha č. 2) se nejčastěji využívá ve školách pro sluchově postižené, zejména u mladších dětí v období tvoření a fixace řeči.

Dvouruční prstovou abecedu (příloha č. 3) většinou preferují dospělí sluchově postižení, jako doplněk znakového jazyka tam, kde pro dané slovo není odpovídající znak, např. cizí názvy, jména, příjmení, apod.

Jak uvádí Strnadová (2001, s. 87), prstová abeceda : „je čitelnější i pro méně zkušené uživatele a je dostatečně známa i mezi slyšícími lidmi.“

Výhodou prstové abecedy je snadná naučitelnost, proto nachází velké uplatnění v komunikaci se slyšící majoritní společností. Lze ji použít prakticky kdekoliv, k vyjádření prstové abecedy není potřeba tužky ani papíru. Je rychlejší než písmo. V české formě prstové abecedy je 27 znaků pro hlásky, které jsou doplněny o znaky pro čárky a háčky.²² (Krahulcová, 2002)

²² Délku samohlásky můžeme vytvořit svislým pohybem směrem dolů, háčky zase houpavým pohybem do stran daného písmene.

Neslyšící děti se již v raném dětství²³ setkávají s prstovou abecedou, jako prostředkem obousměrné komunikace a to ve vztahu dítě – dospělý. Prstová abeceda jim umožňuje provádět analýzu a syntézu slova, dítě snadněji a rychleji získává slovní zásobu. Proces osvojování si prstové abecedy probíhá na základě napodobování. Důležité jsou průpravné cvičení k získání motorické schopnosti rukou, nácvik pečlivé techniky jednotlivých prstových znaků a nadání pro vizuálně – motorický kód. (Krahulcová, 2002) Přibližně v prvním až druhém ročníku základní školy se začíná se snižováním používáním prstové abecedy. Dítě rozvíjí komunikaci ve znakovém jazyce nebo mluvenou řečí.

Nevýhodou prstové abecedy je pomalejší tempo, než mluvená řeč, nebo znakový jazyk, slovo nevzniká celistvě, hláskuje se písmeno po písmenu a to vede k většímu soustředění se na pochopení daného slova. Využití prstové abecedy je široké, používá se k vyjádření neznámých slov, názvů měst a obcí, slov, které nemají znak či jméno a přijmení.

2.3.4 Odezírání

Odezírání neboli vizuální percepce řeči, je podle Krahulcové (2002) přijímání informací zrakem a pochopení jejich obsahu podle pohybu mluvidel, gestikulace rukou i celého těla, mimiky obličeje a kontextu obsahu mluveného.

Odezírání je velmi složitý proces, je to „dar“, s kterým se člověk narodí a nezáleží přímo na stavu sluchu. Každý jedinec má jiné předpoklady odezírat²⁴, děti se učí odezírat snadněji, v dospělosti a ve stáří u člověka tato schopnost klesá, záleží na více faktorech, které jej ovlivňují, jako jsou životní zkušenosti, nebo dobrá znalost daného jazyka.

Slyšící lidé se často mylně domnívají, že neslyšící lidé umí dokonale a za všech okolností odezírat. Odezírat však můžeme jen slova a věty, které známe, orientujeme se v daném tématu a důležitým předpokladem podle Janotové (1999) je znalost jazyka a jeho zákonitosti. U neslyšících osob jsou patrné určité rozdíly ve znalostech českého jazyka, a jak uvádí Strnadová (2001, s. 83) : „*Většina neslyšících lidí tedy používá češtinu jako cizinci, kteří se tento jazyk teprve učí.*“²⁵

²³ Nácvik prstové abecedy se uskutečňuje již ve 3-4 letech věku dítěte. Ve 3 letech dokáže neslyšící dítě zvládnout techniku prstové abecedy přibližně za 30 dnů, děti čtyřleté zvládají daktylování za 14-20 dnů a neslyšící děti 5-6 leté přibližně za 8 dnů. (Krahulcová, 2002)

²⁴ Odezírání nelze naučit, ale určitým tréninkem jej lze zlepšit.

²⁵ Není to tím, že by znalost českého jazyka nezvládli, ale neměli více příležitosti se s tímto jazykem lépe seznámit (Strnadová, 2001)

Rozlišujeme 3 stupně odezírání:

1. *Stupeň – odezírání ideovizuální, globální, pasivní, primární,*
- je to jednoduchá forma odezírání kdy si dítě se sluchovým postižením vytváří spojení mezi představou a faciálním²⁶ obrazem. Využití je v odezírání jen několika jmen dospělých či dětí a výrazů běžné frazeologie.
2. *Stupeň – odezírání vizuálně-fonetické, technické, lexikální,*
- využití 2. stupně je při artikulačních cvičeních a jeho zdokonalování, při nácvičku obtížných, nebo nových slov, které je vázáno i na vizuálně-technické zapamatování si.
3. *Stupeň – odezírání ideativní, rozumové, integrální,*
- je nejvyšší stupeň odezírání, kdy jedinec vnímá komplexní projev mluvčí osoby a dokáže si doplnit informace, které nešly odezřít. Tento stupeň je konečnou a komplexní formou. (Krahulcová, 2002)

I přesto, že má čeština přes 30 hlásek, dokážeme rozlišit pouze 11 kinémů²⁷, 4 kinémy pro samohlásky, 7 pro souhlásky.

Samohlásky tvoří tzv. body optické opory, jsou hlavní vizuální částí mluvy, odezírají se snadněji než souhlásky. Pokud jsou umístěné na začátku slov a zůstávají ve spojení se souhláskou, která se dobře odezírá, je odezírání ulehčeno. (Janotová, 1999) Odezírání souhlásek je složitější, než zvukové vnímání samohlásek. Strnadová (2001) uvádí, že za nejlépe odezíratelné jsou souhlásky „B-P-M“ a „V-F“, zatímco souhlásky „G-K-H-CH“ nejsou viditelné vůbec. Jiné je vnímání izolovaných hlásek a jinak vypadá mluvní obraz téže hlásky na začátku, uprostřed, nebo na konci skupiny slov. Snadněji se odezírají delší slova, než slova velmi krátká.

Nesmíme opomenout, že odezírání je velmi vyčerpávající činnost, která závisí na mnoha faktorech a podmínkách.

Vnitřní podmínky odezírání: jsou takové aspekty, které není možno objektivně měnit, a jsou projevem osobnostních vlastností daného člověka.

²⁶ Z lat. *facies* – obličej, tvář

²⁷ Kiném=faciální obraz hlásek

Patří zde faktory:

- *fyziologické* – neporušené mentální a zrakové funkce, celkový stav organismu a schopnost využití vibračního vnímání,
- *psychické* – schopnost zaměření a udržení pozornosti, schopnost analyzovat zrakové signály do pojmů, vrozené předpoklady pro dorozumívání se, aktuální psychický stav – únava, emoce,
- *technické* – trénování dovednosti v odezírání,
- *verbální a neverbální* – znalost mluvnice daného jazyka, dostatečná slovní zásoba, dosažení dorozumívacích schopností v době ztráty sluchu, výraz tváře, schopnost vnímat gesta, pohyby a postoj celého těla,
- *věkové* – stádium ontogenetického vývoje v době ztráty sluchu,
- *sociální*- zkušenosti, sociální zralost, znalost dané situace. (Vítková, 2004)

Vnější podmínky odezírání: lze v běžném životě do jisté míry ovlivnit.

Patří zde:

- *osvětlení* – intenzita a směr světla. Nedostatek světla, např. večer při svíčkách, nebo oslňující světlo, prudce blikající barevná světla, to vše znemožňuje odezírání. Důležité je umístění světelného zdroje, vhodné je centrální osvětlení dané místnosti. Jak uvádí Strnadová (2001, s. 132) : „*Při pohledu proti světlu nelze odezírat.*“,
- *vzdálenost* – nejvhodnější vzdáleností pro odezírání je 0,5 – 4 metry a je zcela individuální. Při odezírání na menší vzdálenost nastávají problémy s globálním vnímáním pohybu mluvidel a výrazu obličeje. Důležité je i vhodné rozestavení komunikačních partnerů, i výška hlavy. Strnadová (2001) uvádí nevhodnost sezení mluvící osoby, pokud odezírající člověk stojí, u dítěte se snažím, abychom měli tvář ve výšce jeho očí,
- *přiměřená mluvní technika* – podmínkou je správná artikulace, která by neměla být přehnaná, ale pečlivá a tempo řeči mírně zpomalené. Odezírání mohou ztížit i různé překážky, jako je např. knír nebo vousy u mužů, žvýkačka, sluneční brýle, přehnaná gestikulace rukou, ale i mluvení při jídle. (Krahulcová, 2002)
- *navázání kontaktu* – upozornit druhou osobu na sebe můžeme nejen zamáváním, ale i dotykem. Důležité je podle Strnadové (2001) respektovat určitá pravidla doteku. Při dotekové signálu do člověka nestrkáme, ale lehce se jej dotkneme rukou. Nejběžnější místa doteku je předloktí, paže, rameno, výjimečně se smíme dotknout u sedící osoby i kolen. Člověka neboucháme do zad, nepoklepáváme

na hlavu, dotek by měl být krátká, spíše jde o dvojí krátké poklepání. K upoutání pozornosti na dálku volíme opakovaný pohyb rukou.

3 Praktická část

3.1 Uvedení do problematiky

Sluchové postižení je samo o sobě závažným problémem. Přichází-li jedinec se sluchovým postižením do zdravotnického zařízení, situace je pro něj o to horší, že kromě nepříznivého zdravotního stavu dochází k problémům právě v komunikaci se slyšícími zdravotnickými pracovníky. Musíme brát na zřetel, že lidé nemocní reagují jinak, než když jsou zdraví, navíc je to o to složitější kvůli komunikační bariéře. Díky nemoci je zhoršená schopnost soustředění se na informace zdravotnických pracovníků. Odezírání a psanou formu, které preferuje většina jedinců se sluchovým postižením ve zdravotnických zařízeních, je i tak složitou záležitostí a přijímání informací je značně zkresleno a narušeno. Trpělivost, ochota, laskavost, snaha o co nejlepší komunikaci a znalost základních pravidel při komunikaci s jedinci se sluchovým postižením, tj. malý výčet vlastností a znalostí, které by měl zdravotnický personál mít a znát.

3.2 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumu této práce bylo zjistit specifika komunikace mezi osobami se sluchovým postižením a zdravotnickým personálem. Zaměřili jsme se zejména na způsob dorozumívání se, na přístup a chování zdravotnického personálu k osobám se sluchovým postižením a zajímal nás názor, zda se osoby se sluchovým postižením setkaly se zdravotnickým personálem ovládající alespoň základy znakového jazyka.

3.3 Metodologie výzkumné části

Pro zjištění a vypracování výzkumného cíle jsme získávali informace pomocí anonymní dotazníkové formy a u dvou konkrétních osob doptávání se pomocí rozhovoru a elektronické komunikace. Dotazníková forma nám umožňuje v relativně krátké době získat větší množství potřebných informací. Dotazník tvoří 10 otázek, otázky byly uzavřené, v závěru mohli respondenti napsat a doplnit své připomínky.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty dotazníku tvořily osoby se sluchovým postižením. Z tohoto důvodu jsme se snažili v dotazníku formulovat otázky jednoduše a srozumitelně. Vycházeli jsme

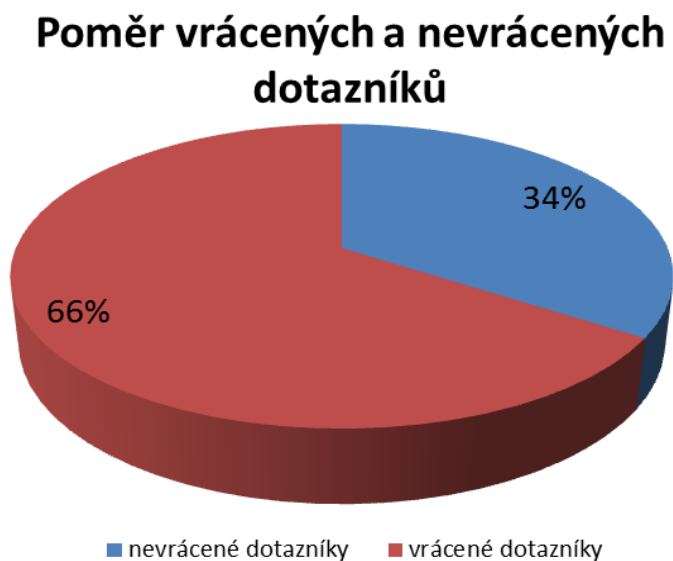
ze znalosti o specifikách recepce a produkce mluvené řeči v její grafické podobě u osob se sluchovým postižením. Doptávání bylo u jednoho respondenta řešeno rozhovorem ve znakovém jazyce a elektronickou komunikací, s druhým respondentem probíhalo dotazování pouze pomocí elektronické komunikace.

3.5 Analýza získaných dat

Dotazníky byly rozdány mezi osoby se sluchovým postižením v dubnu 2011, návratnost byla v červnu téhož roku. Ze 70 dotazníků se vrátilo 46 vyplněných. Získané informace byly postupně zpracovány pomocí programu Microsoft Excel. Doptávání se pomocí rozhovoru probíhalo od listopadu 2011 do února 2012.

3.5.1 Dotazník

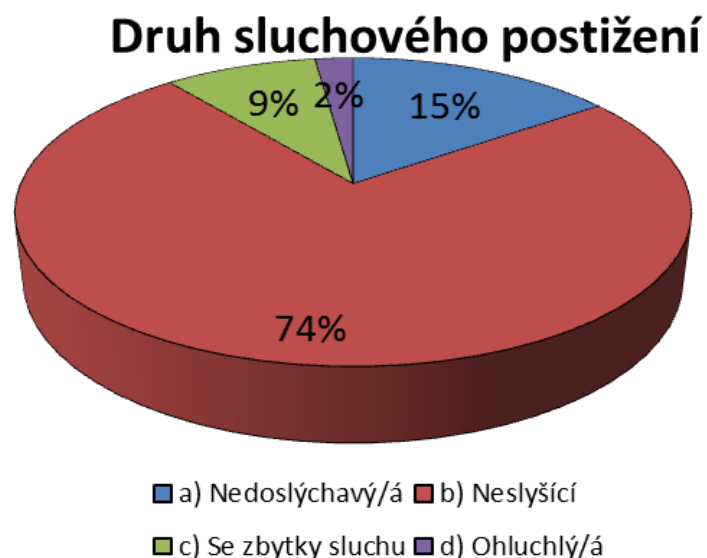
Dotazník je přílohou č. 4.



Graf č. 0 Poměr vrácených a nevrácených dotazníků

Otázka č. 1: Druh sluchového postižení:

- | | |
|---------------------|----|
| a) nedoslýchavý/á | 7 |
| b) neslyšící | 34 |
| c) se zbytky sluchu | 4 |
| d) ohluchlý/á | 1 |



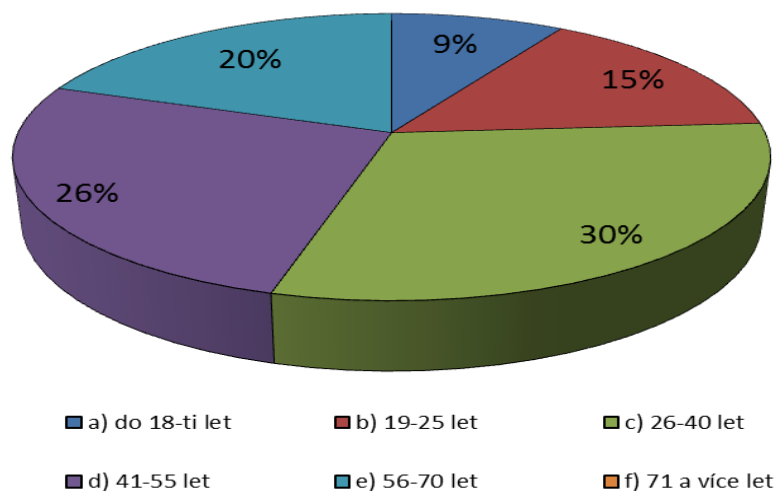
Graf č. 1 Druh sluchového postižení

Nejpočetnější skupinou tohoto dotazníku jsou neslyšící, kteří tvoří 34 (74 %) respondentů ze 46. Osoby nedoslýchavé byly zastoupeny v počtu 7 (15 %) osob ze 46 dotázaných. 4 (9 %) osoby mají zbytky sluchu (jedná se především o starší osoby, které se hlásí k této, v dnešní době již nepoužívané terminologii) a 1 (2 %) respondent ze 46 je ohluchlý/á.

Otázka č. 2: Váš věk – stáří:

- | | |
|------------------|----|
| a) Do 18-ti let | 4 |
| b) 19-25 let | 7 |
| c) 26-40 let | 14 |
| d) 41-55 let | 12 |
| e) 56-70 let | 9 |
| f) 71 a více let | 0 |

Věkové složení respondentů



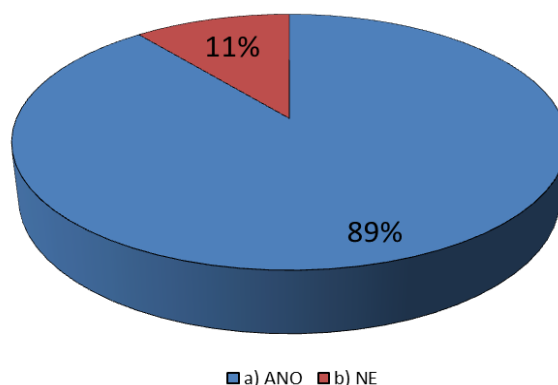
Graf č. 2 Věkové složení respondentů

Nejpočetnější věkovou skupinou oslovených jsou osoby mezi 26 - 40-ti lety života. Následují je osoby ve věku 41 - 55 let. Ve věku 56 - 70 let odpovídalo 9 osob, 19 - 25 let odpovídalo 7 osob. Nejméně početnou skupinou tvořili mladí lidé do 18-ti let. Lidé starší 71 let se průzkumu nezúčastnili.

Otázka č. 3: Upozorňuji lékaře, zdravotní sestry předem, že jsem člověk se sluchovým postižením:

- a) Ano 41
- b) Ne 5

Upozornění zdravotnického personálu na sluchové postižení

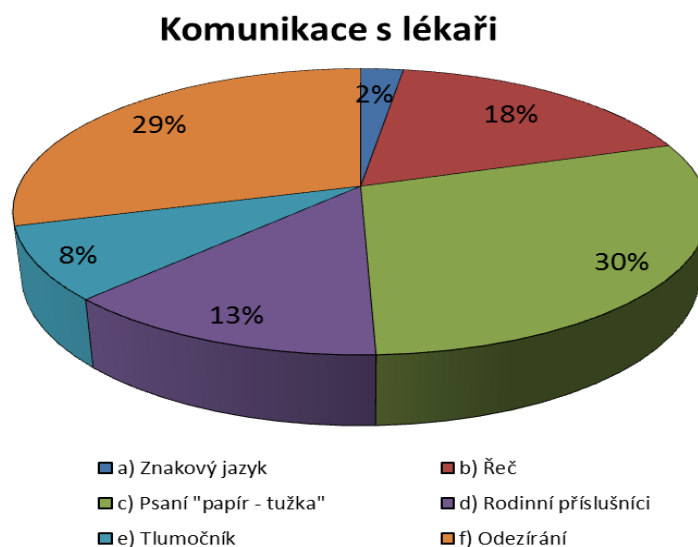


Graf č. 3 Upozornění zdravotnického personálu na sluchové postižení

Z celkového počtu 46 dotázaných 41 (89 %) respondentů upozorňuje ve zdravotnických zařízeních na sluchovou vadu zdravotnický personál, zbylých 5 (11 %) dotázaných neupozorňuje na svou sluchovou vadu.

Otázka č. 4: Komunikace s lékaři:

- | | |
|------------------------|----|
| a) Znakový jazyk | 2 |
| b) Řeč | 15 |
| c) Psaní „papír-tužka“ | 25 |
| d) Rodinní příslušníci | 11 |
| e) Tlumočník | 7 |
| f) Odezírání | 25 |



Graf č. 4 Komunikace s lékaři

Pouze jednu možnou variantu komunikace zvolilo 27 (59 %) respondentů a jejich nejčastější odpovědí byla komunikace pomocí odezírání, následováno psanou formou a řečí.

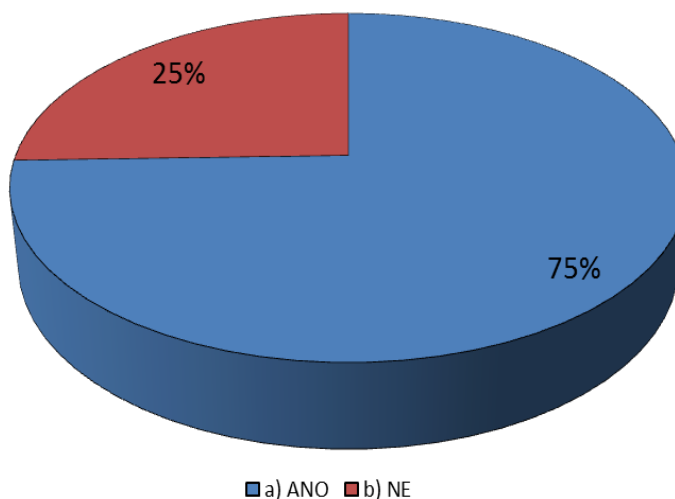
Zbylých 19 (41 %) komunikuje více způsoby. Nejfrekventovanější způsob komunikace byla psaná forma, druhé v pořadí bylo odezírání a jako třetí následovala mluvená řeč.

Pouze 2 (2 %) respondenti se setkali s lékaři, kteří ovládají znakový jazyk.

Otázka č. 5: Trpělivost lékaře a zdravotních sester při vysvětlování lékařských postupů, zákroků, léčbě:

- a) Ano 41
- b) Ne 14

Trpělivost zdravotnického personálu



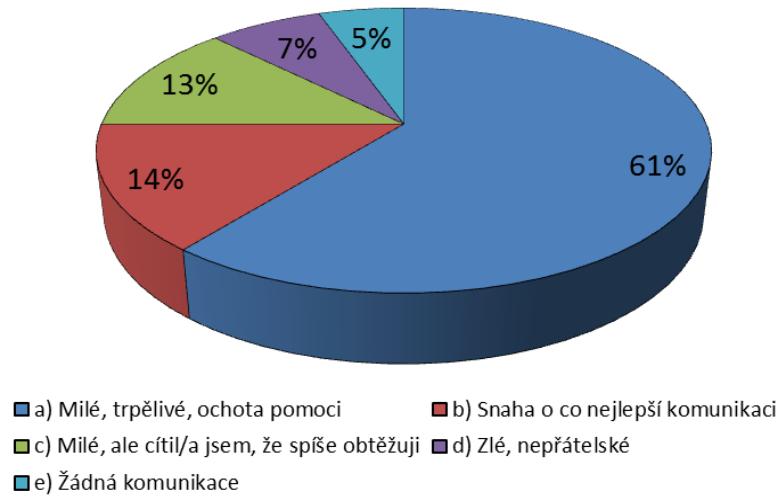
Graf č. 5 Trpělivost zdravotnického personálu

Trpělivost při vysvětlování lékařských postupů hodnotilo kladně 32 (70 %) respondentů. 5 (11 %) dotázaných nebylo spokojeno s trpělivostí zdravotnického personálu. Zbýlých 9 (19 %) respondentů zaznačili obě varianty.

Otázka č. 6: Chování zdravotních sester:

- a) Milé, trpělivé, ochota pomoci 34
- b) Snaha o co nejlepší komunikaci 8
- c) Milé, ale cítil/a jsem, že spíše obtěžuji 7
- d) Zlé, nepřátelské 4
- e) Žádná komunikace 3

Chování zdravotních sester

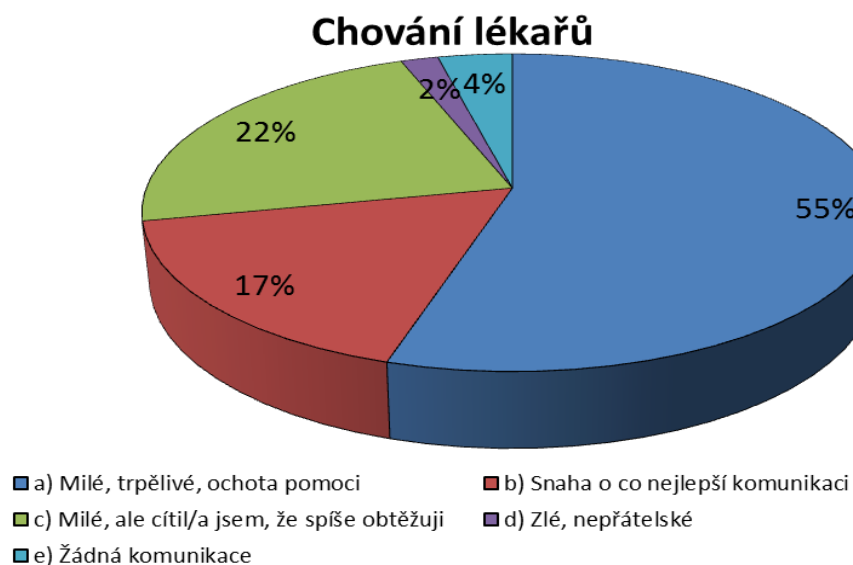


Graf č. 6 Chování zdravotních sester

Jednu variantu vybralo 38 (83 %) dotázaných. Nejčastější odpovědí bylo milé a trpělivé chování a ochota pomoci, kterou zaznačilo 26 (68 %) respondentů z 38. Snahu o co nejlepší komunikaci vybralo 6 (16 %) dotázaných z 38, jako milé, ale spíše obtěžující chování uvádí 5 (13 %) respondentů z 38. Pouze 1 (3 %) dotázaný uvádí, že neproběhla žádná komunikace. Více variant vybralo 8 (17 %) osob se sluchovým postižením, záleželo na daném přístupu konkrétní zdravotní sestry.

Otázka č. 7: Chování lékařů:

a) Milé, trpělivé, ochota pomoci	29
b) Snaha o co nejlepší komunikaci	9
c) Milé, ale cítil/a jsem, že spíše obtěžuji	12
d) Zlé, nepřátelské	1
e) Žádná komunikace	2



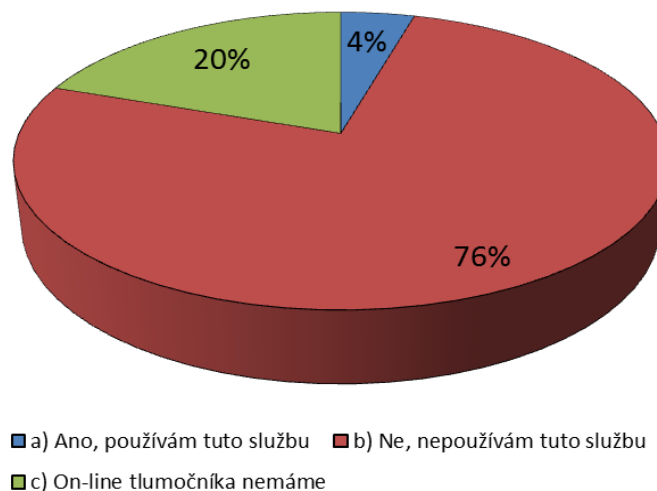
Graf č. 7 Chování lékařů

Jednu variantu vybralo 41 (89 %) dotázaných. Nejčastější odpovědí bylo milé a trpělivé chování a ochota pomoci, kterou zaznačilo 25 (61 %) respondentů ze 41. Snahu o co nejlepší komunikaci vybralo 7 (17 %) dotázaných ze 41, jako milé, ale spíše obtěžující chování uvádí 8 (20 %) respondentů ze 41. Pouze 1 (2 %) dotázaný uvádí, že neproběhla žádná komunikace. Více variant vybralo 5 (11 %) osob se sluchovým postižením, záleželo na daném přístupu konkrétního lékaře.

Otázka č. 8: Pokud je ve Vašem městě - nemocnici "on-line tlumočnick" (web kamera):

- a) Ano, používám tuto službu 2
- b) Ne, nepoužívám tuto službu 35
- c) On-line tlumočnicka nemáme 9

On-line tlumočník (web kamera)



Graf č. 8 On-line tlumočník (web kamera)

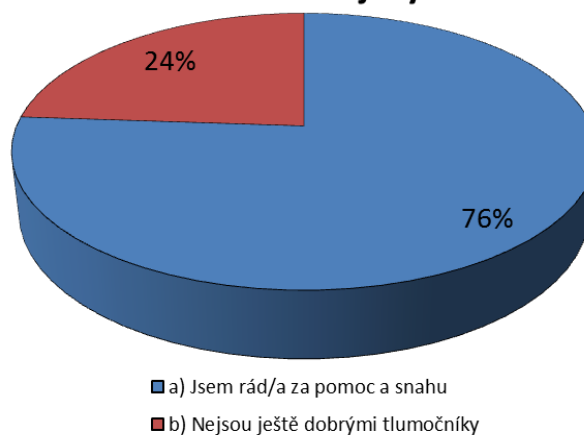
On-line tlumočnicka ve zdravotnických zařízeních využívají pouze 2 (4 %) dotázaní, 35 (76 %) respondentů nevyužívají a 9 (20 %) respondentů nemá ve svém zdravotnickém zařízení tuto službu k dispozici.

Jeden z dotázaných uvádí, že tato služba by měla být k dispozici v každém zdravotnickém zařízení, další respondent poukazuje na neochotu lékaře použít tuto službu.

Otázka č. 9: Názor na tlumočení studentů kurzů znakového jazyka

- a) Jsem rád/a za pomoc a snahu 35
- b) Nejsou ještě dobrými tlumočníky 11

Názor na tlumočení studentů kurzů znakového jazyka



Graf č. 9 Názor na tlumočení studentů kurzů znakového jazyka

32 (70 %) dotázaných odpovědělo, že jsou rádi za pomoc a snahu těchto studentů, naopak 8 (17 %) respondentů se domnívá, že ještě nejsou dobrými tlumočníky.

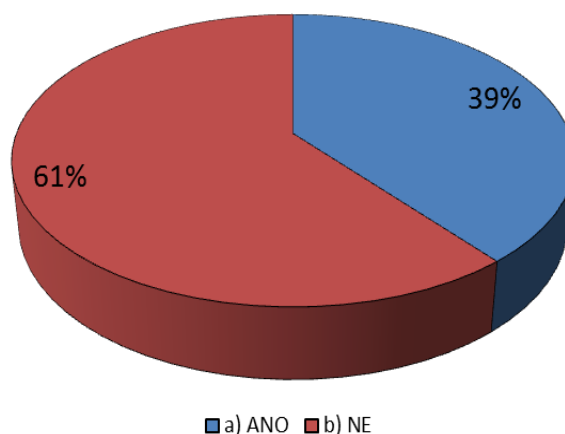
3 (13 %) oslovení jsou rádi za pomoc, ale domnívají se, že tato pomoc ještě není dostačující.

Otázka č. 10: Setkali jste se ve zdravotnictví s lékaři či zdravotními sestrami, kteří ovládali základy znakového jazyka?

a) Ano 18

b) Ne 28

Znalost znakového jazyka zdravotnickým personálem



Graf č. 10 Znalost znakového jazyka zdravotnickým personálem

18 (39 %) oslovených se již setkali se zdravotnickým personálem, který ovládal znakový jazyk, 28 (61 %) respondentů odpovědělo, že se nesetkali se zdravotnickým personálem, který by ovládal základy znakového jazyka.

3.5.2 Rozhovor

Antonín H. (45 let)

Narodil se slyšícím rodičům jako třetí ze čtyř dětí. Má tři sestry- slyšící. Přibližně v jednom roce prodělal silný zápal plic, který lékaři léčili silnými dávkami antibiotik majíce za následek poškození sluchu. Matka, která neměla žádné zkušenosti s osobami se sluchovým postižením, si neuměla představit, proč je Antonín tak hyperaktivní a nereaguje na její slovní pokyny. Zpočátku jej trestala, později si uvědomila, že něco není v pořádku a navštívili foniatra, který diagnostikoval těžkou nedoslýchavost. Když bylo Antonínovi jeden rok, zemřel mu otec.

Přibližně v pěti letech nastoupil do Mateřské a Základní školy v Kyjově. Jelikož rodina bydlela v Ostravě, matka se snažila o umístění Antonína do Základní školy pro žáky se zbytky sluchu na Svatém Kopečku u Olomouce, která byla určena pro děti nedoslýchavé a byla i blíž bydliště. Zde byl přijat asi po dvou měsících. Navštěvoval zde mateřskou i základní školu. Jednou za tři týdny jezdíval domů, přibližně od 4. Třídy pro něj jezdívala starší sestra každý týden. Maminka se opět vdala a rodina se přestěhovala do obce Ostravice u Frýdku-Místku. Na internátě byl Antonín spokojený a to díky dobrému kolektivu kamarádů, učitelů i vychovatelů. Po základní školní docházce nastoupil Antonín na přání otce na SOU hornické ve Frýdku-Místku, obor zámečnický. Denně dojížděl domů. Učení pro něj bylo náročné, učební látku opisoval od spolužáků nebo z tabule. Učitelé věděli, že je neslyšící a snažili se mu pomoci. V odborných předmětech to bylo horší, složitá odborná terminologie to jen ztěžovala. Zkoušení probíhalo většinou písemnou formou, pouze v literatuře bylo ústní zkoušení. Po vyučení Antonín nastupuje do MEZu ve Frenštátě pod Radhoštěm jako strojní zámečnický. Ještě v době vyučení umírá Antonínovi nevlastní otec, matka zemřela, když pracoval v MEZu. Bylo to pro něj těžké období, matka mu hodně pomáhala a sestry v té době měly již vlastní rodiny. Nyní Antonín pracuje dvacet let jako tiskař, v práci je spokojený, kladně hodnotí vedení i kolektiv, necítí se nijak znevýhodněný, v komunikaci nemá problémy, poměrně dobře odezírá a také celkem zřetelně mluví.

Názor na zdravotnictví: Antonín nebývá často nemocný, proto lékaře navštěvuje sporadicky. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí sám bez tlumočnicka, s lékařem komunikuje mluvenou řečí, odezíráním a psanou formou. Jeho praktický lékař velmi špatně artikuluje, a proto odezírání je zcela nemožné. Důležité věci napíše lékař na papír. Dvakrát využil Antonín služby tlumočnicka. Při nedávném astmatickém záchvatu ho k odbornému lékaři doprovodila dcera, aby nedošlo k nedorozumění. Celkově hodnotí komunikaci se zdravotnickým personálem jako dobrou. Zdravotním sestram, které jej ještě neznají,

vždy hlásí, že neslyší, ta informaci poznačí na kartu pacienta a není jakýkoliv problém. Ve svém životě se zatím setkal dvakrát s negativní zkušeností. Jedna negativní zkušenost se týkala odborné lékařky, která z důvodu ochrany svého zdraví nosila roušku přes tvář. U Antonína nastal problém, nemohl odezírat. Lékařka se sice snažila a při komunikaci roušku sundala, ale při vyšetřování nebo psaní zprávy si ji opět nasadila. Jelikož sundávání a nasazování roušky proběhlo několikrát, lékařka z toho byla velmi nervózní a požádala Antonína, aby příště přišel i s tlumočnickem. Druhá negativní zkušenost se týká větších zdravotnických zařízení, která fungují systémem centrálního příjmu. Zdravotní sestra si sice poznačí, že klient neslyší, ale na oddělení pracuje několik lékařů, kteří vyzývají své klienty do svých konkrétních ambulancí rozhlasem. Díky tlumočnickovi neměl Antonín problém, ale kdyby byl sám, pravděpodobně by v čekárně čekal podstatně déle.

Irena B. (41 let)

Narodila se jako nejstarší dítě slyšícím rodičům. Má dvě sestry, jedna je slyšící, druhá nedoslýchavá. Rodiče se téměř až v jejich třech letech dozvěděli, že je jejich dcera neslyšící. Těžce přijímali zprávu o sluchovém postižení svého dítěte. Doma se s rodiči a přáteli komunikovalo mluvenou řečí. Po zjištění sluchové vady se Irena dostala do Mateřské školy pro neslyšící ve Valašském Meziříčí, zde absolvovala i Základní školu. Na internátě bydlela od svých třech let do dvanácti let, jelikož se rodina přestěhovala na vesnici a stavěla rodinný dům. Na víkendy jezdila domů. V roce 1986 po ukončení základní školy nastoupila do Učňovské školy v Kremnici na Slovensku. Po maturitě pracovala jako šička v hotelu Apollo, kde šila obaly na nábytky a autopotáhy. Vdala se, porodila tři děti. Nejstarší dcera je nedoslýchavá, další dva synové jsou neslyšící. Několik let dělala dobrovolně vedoucí na křesťanském táboře pro neslyšící. Setkala se spoustou neslyšících ze zahraničí. Od roku 2002 je lektorkou znakového jazyka, práci hodnotí jako velmi zajímavou, ráda se seznamuje s novými lidmi a je velice ráda, že výsledky její práce jsou vidět i ve snaze jejich „žáků“ při setkání se s osobami se sluchovým postižením. Dochází i do Mateřské a základní školy pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí, kde jedenkrát týdně vypráví dětem pohádky ve znakovém jazyce a biblické příběhy, rovněž ve znakovém jazyce.

Názor na zdravotnictví: Irena je od narození neslyšící, proto návštěvy u lékaře absolvovala dlouhou dobu s matkou. Nelíbilo se jí, že lékaři vždy komunikovali s její matkou a ne s ní. Matka jí také nepodávala průběžně u lékaře, ale až později doma. Tak se stávalo, že na nějaké důležité informace zapomněla. Konkrétně uvádí příklad, kdy byla jejich dcera malá, byla

po očkování a v noci dostala reakci na očkování- měla teplotu, plakala, nebyla k utěšení. Ráno volala Irena své matce, která s ní byla v den očkování u lékaře o probdělé noci, matka si vzpomněla, že lékařka o možné reakci na očkování upozorňovala a bylo třeba podávat studené obklady. Kdyby matka sdělila informace přímo u lékaře, mohlo se předejít této nepříjemné situaci. Při hospitalizaci, která souvisela s porodem, se setkala i s nepříjemnými zkušenostmi. Týkalo se to lékařské terminologie, které zdravotnický personál běžně používá a které je pro ni, jako člověka neslyšícího, cizí. Jedno z mnoho slov bylo slovo vizita. Irena tomuto výrazu nerozuměla, a když přišel lékař a zdravotní sestra z ní sundala přikrývku, byla pěkně vyděšená, co se děje.

Irena dobře odezírá, snaží se používat i mluvenou řeč, komunikuje i písemnou formou. Snaží se zdokonalovat i v českém jazyce a ve čtení, které jsou pro ní velice důležité, k tomu vede i své tři děti. Práci tlumočnicků si váží, ale domnívá se, že je v dnešní době málo dobrých tlumočnicků, kteří by klientovi se sluchovým postižením podávali úplné a kvalitní informace.

3.6 Diskuze

Komunikace proti světlu, špatná artikulace, používání ochranných roušek, tj. malý zlomek věcí, které znepokojují jedince se sluchovým postižením při jednání se zdravotnickým personálem. Domnívají se, že příjem informací nemají v takové míře jako člověk slyšící, často se cítí lékaři „odbyti“. Stěžují si na používání cizích odborných názvů. Stává se, pokud jedinec se sluchovým postižením mluví celkem srozumitelně, přikyvuje na souhlas, lékař nabývá dojmu, že rozumí i jeho sdělení, aniž by si zkontroloval, zda je tomu opravdu tak. Spousta neslyšících osob používá k tlumočení vlastní slyšící děti, často školou povinné. Není to zcela správný postup, lékaři v dané situaci komunikují se slyšící osobou, děti se tak často dozvídají nepříjemné informace o zdravotním stavu svých rodičů. Tato situace je může negativně ovlivnit. Při hospitalizaci by měl zdravotnický personál osobám se sluchovým postižením vysvětlit pravidla nemocničního řádu a daného oddělení. Je dobré popsat, jak probíhá daný den na nemocničním oddělení, který začíná ranní úpravou, odběry krve, následuje vizita lékařů atd. Abychom jen nekritizovali, existuje mnoho zdravotního personálu, který zná základy komunikace při setkání s člověkem se sluchovým postižením. Někteří zdravotníci docházejí do kurzu znakového jazyka, aby mohli poskytnout osobám se sluchovým postižením co největší míru informací a lépe se s nimi dorozumět. Nemálo zdravotnického personálu je i při neznalosti znakového jazyka ochotno poskytnout dostačující

informace a svým milým, trpělivým jednáním a chováním si získat důvěru jedince se sluchovým postižením.

Závěr

V teoretické části práce, která se skládá ze dvou kapitol, se zabýváme základní problematikou jedinců se sluchovým postižením.

Úvodní kapitola seznamuje se základní terminologií osob se sluchovým postižením, klasifikací sluchových vad, provází anatomii a fyziologií sluchu, ale i kompenzačními a technickými pomůckami, které jsou nezbytnými pomocníky v komunikaci.

Druhá kapitola teoretické části se zaměřuje na komunikaci a zabývá se komunikačními formami jedinců se sluchovým postižením.

Celou třetí kapitolu tvoří výzkumné šetření, které proběhlo na základě analýzy získaných dat.

Zjistili jsme, že nejvíce preferovaná forma komunikace mezi zdravotnickým personálem a osobami se sluchovým postižením je psaná forma a odezírání. Tyto formy jsou následovány mluvenou řečí a tlumočením slyšícího rodinného příslušníka. Pouze dvě osoby komunikují s lékaři znakovým jazykem. Chování a přístup zdravotních sester k osobám se sluchovým postižením hodnotili respondenti kladně. Oceňovali milé, trpělivé chování se snahou pomoci k dosažení co nejlepší úrovně komunikace. Chování a přístup lékařů respondenti hodnotili o něco hůře než u zdravotních sester. Rovněž jejich chování a přístup hodnotili jako milé a trpělivé, následně však doplněné pocity, že lékaře svými dotazy spíše obtěžují. Posledním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se osoby se sluchovým postižením setkaly se zdravotnickým personálem, který by ovládal alespoň základy znakového jazyka. 28 dotázaných z celkového počtu 46 se ve zdravotnickém zařízení neseťkalo se zdravotnickým personálem zvládajícím základy znakového jazyka.

Mezi dotázanými se objevoval názor, že by zdravotní personál, především lékaři, měli být poučení o přístupu k osobám se sluchovým postižením a měli by znát alespoň základy znakového jazyka. Respondenti navrhovali jako možné řešení věnovat část výuky na vysoké škole této problematice anebo docházet do kurzů znakového jazyka.

Seznam použité literatury

DINGOVÁ, N. Tlumočník In : *Ve světě sluchového postižení*. [1. vyd.] Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením, 2005. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.

DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Olomouc : Epava, 1995. 429 s. ISBN 80-901667-0-9.

FREEMAN, R., D. ; CARBIN, C., F. ; BOESE, R., J. *Tvé dítě neslyší? : Průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. [1. vyd.] Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1992. 359 s.

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha : Septima, s. r. o., 2005. 96 s. ISBN 80-7216-213-6.

HRONOVÁ, A. ; MOTEJZÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem : Neslyšící matka se svým sluchově postiženým dítětem. Slyšící matka se svým slyšícím dítětem*. [1. vyd.] Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2002. 67 s.

HRONOVÁ, A. Znaková čeština In : *Ve světě sluchového postižení*. [1. vyd.] Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením, 2005. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 2. díl*. 1. vyd. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. 328 s. ISBN 80-7216-075-3.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 1. díl*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.

HUDÁKOVÁ, A. ; MOTEJZÍKOVÁ, J. Terminologická džungle In : *Ve světě sluchového postižení*. [1. vyd.] Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením, 2005. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.

JANOTOVÁ, N. *Odezírání u sluchově postižených*. [1. vyd.] Praha : Septima, s. r. o., 1999. 51 s. ISBN 80-7216-82-6.

KOSINOVÁ, B. *Neslyšící jako jazyková a kulturní menšina- kultura neslyšících*. 2. oprav. vyd. Praha : Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o. s., 2008. 61 s. ISBN 978-80-87153-94-9.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2001. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.

LANGER, J. ; SOURALOVÁ, E. *Surdopedie- Andragogika*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 53 s. ISBN 80-244-1206-3.

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 2. dotisk prvního vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2008. 269 s. ISBN 978-80-7184-867-7.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.

MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozšíř. vyd. Brno : Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.

MRÁZKOVÁ, E. ; MRÁZEK, J. ; LINDOVSKÁ, M. *Základy audiologie a objektivní audiometrie. Medicínské a sociální aspekty sluchových vad*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 122 s. ISBN 80-7368-226-5.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. Dotisk 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha : Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

PULDA, M. *Surdopedie*. 1. vyd. Olomouc : Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1992. 76 s. ISBN 80-7067-190-4.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOBOTKOVÁ, A. Komunikace sluchově postižených In : *Integrativní speciální pedagogika*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

SOURALOVÁ, E. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 36 s. ISBN 978-80-244-1630-4.

SOURALOVÁ, E. *Surdopedie I*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 55 s. ISBN 80-244-1007-9.

SOURALOVÁ, E. *Surdopedie II*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 45 s. ISBN 80-244-1008-7.

STRNADOVÁ, V. *Hádej, co říkám : aneb odezírání je nejisté umění*. 2. doplň. vyd. Praha : ASNEP, 2001. 186 s. ISBN 80-903035-0-1.

STRNADOVÁ, V. *Jak se úspěšně vyrovnávat se ztrátou sluchu : 1. díl Náhlá ztráta sluchu*. 1. vyd. Praha : ASNEP, 2001. 165 s. ISBN 80-903035-2-8.

ŠÁNDOROVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z komprehenzivní surdopedie*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2003. 81 s. ISBN 80-7041-605-X.

Seznam doplňkové literatury

HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí : Komplexní péče*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-725-4623-6.

JANOTOVÁ, N. *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. 1. vyd. Praha : Septima, s. r. o., 1996. 46 s. ISBN 80-858-0184-1.

KOMORNÁ, M. *Psaná čeština českých neslyšících - čeština jako cizí jazyk*. 2. opr. vyd. Praha : Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. 79 s. ISBN 978-808-7218-297.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-859-3165-6.

POTMĚŠIL, M. *Projektování v surdopedii*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 138 s. ISBN 978-80-244-1726-4.

POTMĚŠIL, M. *Sluchové postižení a sebereflexe*. vyd. 1. Praha : Karolinum, 2007. 197 s. ISBN 978-802-4613-000.

POUL, J. *Nástin vývoje vyučování neslyšících*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 1996. 67 s. ISBN 80-210-1479-2.

ROUČKOVÁ, J. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením : Praktické návody a důležité informace*. 2. vyd. Praha : Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7367-932-3.

SOURALOVÁ, E. *Čtení neslyšících*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 74 s. ISBN 80-244-0433-8.

VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1. vyd. Praha : Septima, s. r. o., 1996. 16 s. ISBN 80-858-0183-3.

VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Vysoká škola Jana Amose Komenského, s. r. o., 2005. 142 s. ISBN 80-867-2313-5.

Seznam internetových zdrojů

Bureau International d'AudioPhonologie : BIAP Recommendation n° 02/1 bis. Audiometric classification of hearing impairments [online]. 1996, [cit. 14. 2. 2012].
Dostupné z WWW: <<http://www.biap.org/biapanglais/rec021eng.htm>>.

Grades od hearing impairment:: WHO. Prevention of blindness and deafness [online]. 1991, [cit. 14. 2. 2012].

Dostupné z WWW:
<http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/index.html>

Kochlear [online]. [cit. 1. 10. 2011].

Dostupné z WWW: <<http://www.kochlear.cz/index.php?text=17sluchadla>>

Seznam grafů

Graf č. 0 Poměr vrácených a nevrácených dotazníků

Graf č. 1 Druh sluchového postižení

Graf č. 2 Věkové složení respondentů

Graf č. 3 Upozornění zdravotnického personálu na sluchové postižení

Graf č. 4 Komunikace s lékaři

Graf č. 5 Trpělivost zdravotnického personálu

Graf č. 6 Chování zdravotních sester

Graf č. 7 Chování lékařů

Graf č. 8 On-line tlumočnick (web kamera)

Graf č. 9 Názor na tlumočení studentů kurzů znakového jazyka

Graf č. 10 Znalost znakového jazyka zdravotnickým personálem

Seznam příloh

Příloha č. 1 Etický kodex

Příloha č. 2 Jednoruční prstová abeceda

Příloha č. 3 Dvouruční prstová abeceda

Příloha č. 4 Dotazník

Příloha č. 1 Etický kodex tlumočnicků znakového jazyka

Etický kodex České komory tlumočnicků znakového jazyka určuje základní povinnosti a práva jejích tlumočnicků při výkonu tlumočnické profese a v souvislosti s ním.

Je vytvořen za účelem naplnění práv všech klientů na plnohodnotnou komunikaci a platí v situacích, které nejsou jinak regulovány zákony nebo předpisy.

Komora stanovila tyto základní principy etického chování:

- Tlumočnick je osoba, která v rámci své profese převádí za úplaty smysl sdělení z výchozího jazyka do jazyka cílového. Je prostředníkem mezi dvěma osobami, které by se bez něj nedorozuměly. Tlumočnick se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace.
- Tlumočnick přijímá zásadně jen takové závazky, které odpovídají jeho schopnostem a kvalifikaci. Tlumočnick je povinen se na tlumočení řádně a včas připravit. Nese plnou zodpovědnost za kvalitu své práce.
- Tlumočnick přizpůsobuje své chování a oděv situaci, v jejímž rámci tlumočí.
- Tlumočnick je vázán mlčenlivostí, která se týká všeho, co se dozví během tlumočení a přípravy na ně, včetně identity svých klientů.
- Tlumočnick nezaujímá k tlumočené situaci ani ke klientům osobní postoje a nehodnotí je.
- Tlumočnick neodmítne klienta pro jeho národnost, rasu, pohlaví, věk, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, rozumovou úroveň, pověst a smýšlení.
- Tlumočnick má právo odmítnout výkon své profese z důvodu pro něj nevhodných pracovních podmínek nebo v případě, že by nedokázal být neutrální vůči tlumočenému sdělení, a mohl tak poškodit některou ze zúčastněných osob včetně sebe.
- Tlumočnick má právo odmítnout výkon své profese v případech, že má podezření na aktivity, které jsou v konfliktu se zákonem nebo porušují lidská práva.
- Tlumočnick sleduje vývoj své profese u nás i ve světě, vzdělává se a soustavně zvyšuje svou profesionální úroveň.
- Tlumočnick spolupracuje s ostatními kolegy při prosazování a obhajobě společných profesních zájmů.
- Tlumočnick dbá na to, aby nepoškodil svým jednáním dobré jméno svého kolegy, Komory nebo tlumočnické profese.
- Tlumočnick zná Etický kodex Komory a dodržuje ho. Porušení pravidel Etického kodexu může vést až k vyloučení tlumočnicka z Komory, a to na základě rozhodnutí Komise pro Etický kodex.

Zdroj: <http://www.cktjzj.com>

Příloha č. 2 Jednoruční prstová abeceda

A



B



C



D



E



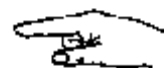
F



G (varianta 1)



G (varianta 2)



H (varianta 1)



H (varianta 2)



CH



I



J



K



L



M



N



O



P (varianta 1)



P (varianta 2)



Q



R



S



T (varianta 1)



T (varianta 2)



U



V



W



X



Y



Z (varianta 1)



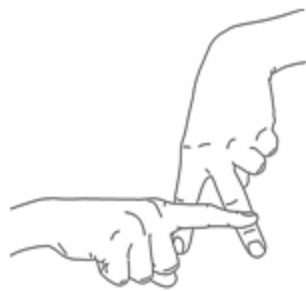
Z (varianta 2)



Zdroj: <http://www.ruce.cz>

Příloha č. 3 Dvouruční prstová abeceda

A



B



C



D



E



F (varianta 1)



F (varianta 2)



G



H



CH



I



J



K



L



M



N



O



P



Q



R



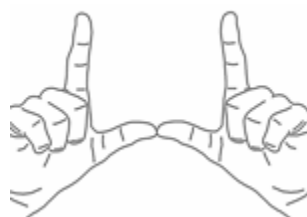
S



T



U



V



W



X



Y



Z



Příloha č. 4 Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Renata Navrátilová, jsem studentkou 2. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, obor: Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky.

Ráda bych Vás poprosila o spolupráci při mé bakalářské práci na téma: „Specifika komunikace s osobami se sluchovým postižením ve zdravotnických zařízeních.“

1. Druh sluchového postižení

- a) Nedoslýchavý/á
- b) Neslyšící
- c) Se zbytky sluchu
- d) Ohluchlý/á

2. Váš věk - stáří

- a) Do 18 let
- b) 19 - 25 let
- c) 26 - 40 let
- d) 41 - 55 let
- e) 56 - 70 let
- f) 71 a více let

3. Upozorňuji lékaře, zdravotní sestry předem, že jsem člověk se sluchovým postižením

- a) ANO
- b) NE

4. Komunikace s lékaři

- a) Znakový jazyk
- b) Řeč
- c) Psaní - „papír - tužka“
- d) Rodinný příslušníci (sestra, bratr, rodiče...)
- e) Tlumočník
- f) Odezírání

5. Trpělivost lékaře a zdravotních sester při vysvětlení lékařských postupů, zákroků, léčbě

- a) ANO
- b) NE

6. Chování zdravotních sester

- a) Milé, trpělivé, ochota pomoci
- b) Snaha o co nejlepší komunikaci
- c) Milé, ale cítil/a jsem se, že spíše obtěžuji
- d) Zlé, nepřátelské
- e) Žádná komunikace

7. Chování lékařů

- a) Milé, trpělivé, ochota pomoci
- b) Snaha o co nejlepší komunikaci
- c) Milé, ale cítil/a jsem se, že spíše obtěžuji
- d) Zlé, nepřátelské
- e) Žádná komunikace

8. Pokud je ve Vašem městě - nemocnici „on-line tlumočnick“ (web kamera)

- a) Ano, používám tuto službu
- b) Ne, nepoužívám tuto službu
- c) On-line tlumočnicka nemáme

9. Názor na tlumočení studentů kurzů znakového jazyka

- a) Jsem rád/a za pomoc a snahu
- b) Nejsou ještě dobrými tlumočnicky

10. Setkali jste se ve zdravotnictví s lékaři či zdravotními sestrami, kteří ovládali základy znakového jazyka

- a) ANO
- b) NE

Děkuji Vám za Váš názor a čas.

Pokud máte další připomínky, prosím, připište je zde:

Renata Navrátilová

Anotace

Jméno a příjmení:	Renata Navrátilová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Specifika komunikace s osobami se sluchovým postižením ve zdravotnických zařízeních
Název v angličtině:	Special characteristics of communication with people with hearing defect in health centres.
Anotace práce:	Práce se zabývá problematikou komunikace osob se sluchovým postižením ve zdravotnických zařízeních. Teoretická část je rozdělena do dvou částí. První část je zaměřena na anatomii a fyziologii sluchu, klasifikaci sluchových vad, kategorií osob se sluchovým postižením a kompenzační a technické pomůcky. Druhá část se věnuje komunikaci. Praktická část nás informuje, pomocí získaných dat dotazníkovou formou a rozhovoru o specifikách komunikace mezi jedinci se sluchovým postižením a zdravotnickým personálem.
Klíčová slova:	Sluch, jedinec se sluchovým postižením, zdravotnické zařízení, komunikace, lékař, znakový jazyk, odezírání
Anotace v angličtině:	This final thesis deals with communication of deaf people in health facilities. Theoretical part is divided into two parts. The first part focuses on anatomy and physiology of hearing, classification of hearing defects and categories of deaf people, compensatory and technical aids. The other part is dedicated to communication. Practical part is based on information which was obtained from questionnaires and dialogues. It informs us about specific communication between deaf people and medical staff.
Klíčová slova v angličtině:	Hearing, deaf person, health facility, communication, doctor, sign language, lip-reading

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Etický kodex Příloha č. 2 Jednoruční prstová abeceda Příloha č. 3 Dvouruční prstová abeceda Příloha č. 4 Dotazník
Rozsah práce:	54 stran
Jazyk práce:	čeština