

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské kombinované studium

Speciální pedagogika

2010 – 2012

Diplomová práce

Jméno a příjmení autora:

Bc. Dagmar Malá

Název práce:

**Těhotenství a porod u sluchově postižených se
zaměřením na komunikaci ve znakovém jazyce**

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Renata Kreuzová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies

2010-2012

Diploma Thesis

Name

Bc. Dagmar Malá

Title

**Pregnancy and childbirth for the hearing impaired,
with a focus on communicating in sign language**

Prague 2012

Thesis Work Supervisor:

PhDr. Renata Kreuzová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomové práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 2. 2012

Dagmar Malá

Poděkování

Chtěla bych poděkovat p. PhDr. Renatě Kreuzové za ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala v rámci konzultací při vypracování diplomové práce. Mé velké díky patří i Tomíkovi, který mi byl po celou dobu studia oporou.

Anotace

Tato diplomová práce mapuje problematiku sluchového postižení ve vztahu k těhotenství a porodu neslyšících žen a matek. Sleduje skutečnost, jak je v České republice systémově zajištěna péče o tyto ženy a jejich novorozence, kteří jsou mnohdy geneticky zatíženi rizikem vzniku sluchového postižení již v době prenatálního vývoje. Obsahuje rovněž základní informace o možnostech výběru takto postižených těhotných žen na zdravotní péči v prenatálních poradnách a eventuální možnosti volby porodnic pro samotný porod. Diplomová práce podává dále informace o prvním zdravotnickém zařízení v České republice, které se zasadilo společně se Střediskem rané péče Tamtam o vznik Centra pro neslyšící těhotné ženy a rodičky při Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí. Závěrečná část diplomové práce je zaměřena na vysokou odbornou úroveň poskytované zdravotnické péče v souvislosti s možnostmi volby způsobů porodů v českých zdravotnických zařízeních. Nechybí zde ani informace o institucích zaměřených na péči o neslyšící těhotné ženy. Praktická část diplomové práce provádí výzkum připravenosti v komunikaci zdravotnických pracovníků ostatních českých porodnic s těhotnými ženami se sluchovým postižením.

Klíčové pojmy:

Císařský řez
Diagnostika
Historie
Kompenzační pomůcky
Komunikace
Osobnosti
Polohy při porodu
Porod
Porodní asistentka
Porodnictví
Prenatální péče
Sluchové ústrojí
Středisko rané péče
Vzdělávání

Annotation

This thesis maps the problem of hearing impairment as a special characteristic of deaf pregnant women and mothers. Tracks fact, as in the Czech Republic provided a systematic treatment of these women and their newborns, which are often loaded with genetically at risk of hearing impairment at the time of prenatal development. It also contains basic information about the selection of pregnant women to health care in prenatal counseling and eventual choice of nurseries for the upcoming birth. This thesis provides further information about the first medical facility in the Czech Republic, which dealt with together with the Center for Early Care Tamtam creation of the Centre for Deaf pregnant women and mothers at the Institute for the Care of Mother and Child in Prague - Podolí. The final part of the thesis is focused on high professional level of medical care provided in connection with a choice of ways of births in the Czech health care facilities. There are even some information about the institutions designed to care for the deaf pregnant women. The practical part of thesis research done in communication readiness of health workers other Czech maternity hospitals with pregnant women with hearing disabilities.

Key terms:

Caesarean section
Diagnosis
History
Assistive devices
Communication
Personalities
Positions at birth
Childbirth
Midwife
Obstetrics
Prenatal care
Auditory system
Early Intervention Center
Education

OBSAH

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST

1. SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ.....	1
1.1 Fyziologie sluchového ústrojí a popis sluchových vad.....	1
1.1.1 Stavba sluchového analyzátoru.....	1
1.1.2 Typy, stupně a rozdělení sluchových vad.....	4
1.2 Diagnostika sluchových vad.....	6
1.3 Screeningové vyšetření sluchu.....	10
1.4 Kompenzační a rehabilitační pomůcky.....	13
1.4.1 Sluchadla.....	13
1.4.2 Kochleární implantát.....	14
1.4.3 Ostatní kompenzační a rehabilitační pomůcky.....	16
1.5 Komunikační formy sluchově postižených.....	19
1.6 Zásady komunikace s neslyšícími.....	23
2. DĚJINY PÉČE O SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ OD STAROVĚKU DO DRUHÉ SVĚTOVÉ VÁLKY.....	25
2.1 Starověk.....	25
2.2 První zprávy o vzdělávání neslyšících.....	26
2.3 Vzdělávání neslyšících v XVI. století.....	27
2.4 Vzdělávání neslyšících v XVII. století.....	27
2.5 Vzdělávání neslyšících v XVII. století.....	29
2.6 První školy pro neslyšící.....	30
2.7 Vzdělávání neslyšících v XIX. století.....	32
2.8 Školství v Čechách, na Moravě a Slezsku.....	34
3. TĚHOTENSTVÍ A POROD ŽENY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	39
3.1 Těhotenství ženy se sluchovým postižením.....	39
3.2 Porod těhotné ženy se sluchovým postižením.....	46
3.2.1 Porod kleštěmi a vakuovým extraktorem.....	48
3.2.2 Císařský řez.....	50

3.2.3 Polohy při porodu.....	53
3.2.4 Šestinedělí.....	54
4.KOMUNIKACE RODÍCÍ ŽENY SE ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM.....	56
4.1 Doprovod ženy v prenatální poradně a během porodu.....	56
4.2 Etický kodex tlumočnicka do znakového jazyka.....	59
4.3 Relaxační metody v průběhu porodu.....	60
4.4 Význam dudy.....	62
4.5 Porodnice v Podolí.....	63
5. POROD DOMA VERZUS AMBULANTNÍ POROD V PORODNICI..	66
5.1 Porod doma.....	67
5.2 Sdružení porodních asistentek.....	71
5.3 Ambulantní porody.....	73
6. VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK.....	77
7. ORGANIZACE ZAMĚŘENÉ NA PÉČI O NESLYŠICÍ TĚHOTNÉ ŽENY A MATKY.....	80

PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍL A HYPOTÉZY VÝZKUMU.....	85
2. VÝZKUMNÝ VZOREK.....	86
3. METODY ŠETŘENÍ.....	99
4. ANALÝZA VÝZKUMOVÉHO ŠETŘENÍ.....	100
5. VYHODNOCENÍ.....	106
ZÁVĚR.....	106
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	108
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	111
SEZNAM PŘÍLOH.....	112

„Cožpak záleží na hluchotě ucha, když slyší duše? Jediná skutečná a neléčitelná hluchota je hluchota ducha“.

Viktor Hugo Ferdinandu Berthiérovi, 25. listopadu 1845

ÚVOD

Postoje a přístupy celé společnosti se díky politickým změnám po roce 1989 se výrazně měnily k lepšímu. Dochází k postupné integraci handicapovaných jedinců do běžného života, zvyšuje se zájem o jejich problémy, mnohdy se hledají cesty, jak zmírnit celkový dopad handicapu na jejich běžný praktický život.

Velmi důležitá je pro handicapované osoby přiměřená míra ochoty pomoci a tolerance. Nelze takového jedince bezmezně ochraňovat nebo izolovat před okolním světem, zahltit ho lítostí a snažit se převzít a vyřešit veškeré jeho povinnosti a problémy. Na druhou stranu je pro takového jedince velmi významné, pokud jej okolí přijímá takového jaký je, je mu umožněno dle jeho možností a schopností začleňování do celodenních aktivit běžného zdravého jedince a dochází k pochopení specifik, které provázejí různé druhy postižení.

Pro každou ženu je těhotenství a porod děťátka nejkrásnějším obdobím a posláním, které mnohdy poskytuje smysl a naplnění celého života. Je to, ale také období, které je velmi náročné jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Těhotná žena potřebuje pro spokojené a fyziologické těhotenství znát podrobně jednotlivé fáze těhotenství včetně přípravy k porodu a samotného porodu, potřebuje vysvětlit nutnost některých vyšetření a medicínských postupů, případných rizik a komplikací, které se můžou v tomto období vyskytnout. Tyto informace získává prostřednictvím zdravotnického personálu, od kterého také očekává porozumění oporu a pochopení. Podmínkou těchto jevů je však nutná oboustranně jasně nastavená komunikace. A tady mnohdy nastává v případě těhotné a rodící ženy se sluchovým postižením významná komplikace. Tato

diplomová práce je proto zaměřena na zjištění připravenosti zdravotnických pracovníků napříč porodnicemi v České republice a to v oblasti komunikace s těhotnou a rodící ženou s uvedeným smyslovým postižením. Cílem je pak ověření hypotézy, zda se v ČR skutečně nachází pouze jediné zdravotnické pracoviště, které se specializuje především na lékařskou a ošetrovatelskou péči na takto handicapované rodičky a zda zaměstnanci tohoto pracoviště jsou jediní, kteří jsou odborně proškoleni v zásadách komunikace s neslyšícími a v tlumočení do znakového jazyka.

1. SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

1.1 Fyziologie sluchového ústrojí a popis sluchových vad

Sluchové postižení patří mezi tzv. smyslová postižení. V České republice je 300 až 500 tisíc osob se sluchovým postižením, z toho asi 15 000 zcela neslyšících. Je třeba však upozornit na skutečnost, že žádné oficiální statistiky v tomto směru v České republice neexistují. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany a také organizace ASNEP¹ usilovaly o zařazení otázky o sluchové vadě do dotazníku při sčítání lidu, ale tento návrh neprošel z důvodu, že jde o příliš osobní údaje korespondentů. Světová zdravotnická organizace považuje postižení sluchu za druhé nejtěžší postižení hned za postižením mentálním.

1.1.1 Stavba sluchového analyzátoru

Sluchový orgán (viz obr. č. 1) je jedním z nejkompexnějších orgánů v lidském těle. Prostřednictvím našich uší je přijímáno z okolí zvukové vlnění, v hlemýždi je následně převedeno na sled elektrických impulzů a sluchovým nervem je vysláno do mozku, kde je přijímaný zvuk následně analyzován a interpretován.

Jednotlivé fáze postupu zvukových vln:

- Vnější ucho je složeno z ušního boltce a zvukovodu. Boltce slouží k zachycení zvukových vln, které směřuje do zvukovodu, na jehož konci se nachází pružná blána – tzv. bubínek. Tato blána se vlivem dopadajícího zvukového vlnění rozkmitá. Tyto kmity se dále přenášejí na soustavu tří malých středoušních kůstek.
- Střední ucho tvoří tři drobné kůstky (kladívko, třmínek a kovádlínka), které jsou vzájemně propojeny a zajišťují tak spojení ušního bubínku s oválným okénkem – membránou mezi středním a vnitřním uchem. Víbrace ušního bubínku jsou přenášeny na oválné okénko, jehož pohyb způsobí změny tlaku tekutiny, která vyplňuje prostor hlemýždě. Součástí středního ucha je i Eustachova trubice, která ústí do nosohltanu a

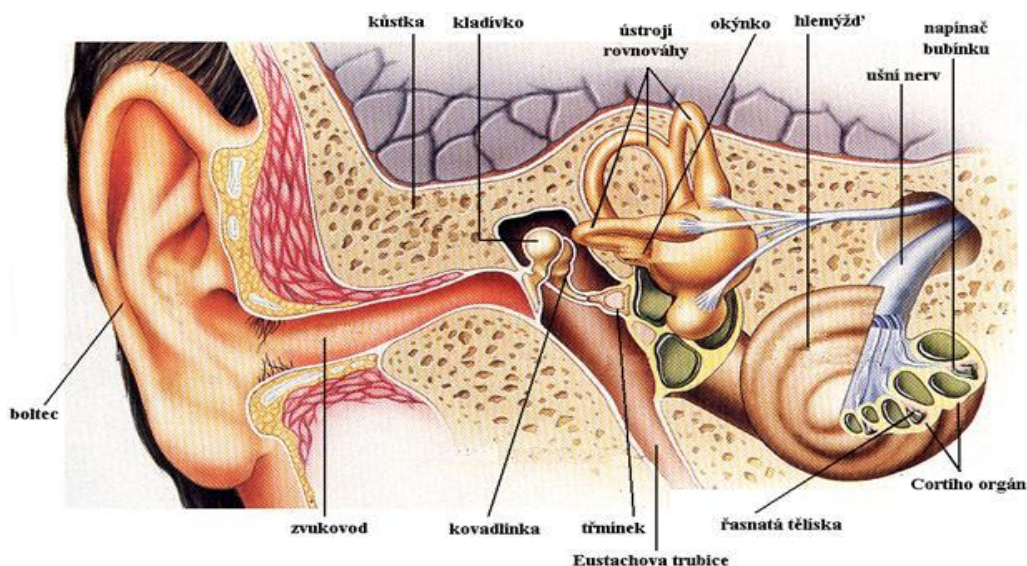
¹ ASNEP – jedná se o Asociaci organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel

umožňuje tak vyrovnávání tlaku na obou stranách bubínku. Střední ucho má též funkci ochrannou - umožňuje útlum silného zvuku.²

- Vnitřní ucho je tvořeno systémem chodbiček, který je místem dvou analyzátorů - vestibulárního (poskytuje informace o vnímání polohy a pohybu) a sluchového (je tvořené hlemýžděm). Pro vnímání zvuku hraje důležitou roli vlastní recepční systém, tzv. Cortiho orgán (řada nepatrných řasnatých buněk), který je součástí hlemýždě. Tlakové vlny pohybují pružnou membránou, která deformuje řasnaté buňky v Cortiho orgánu. Zde dochází k přeměně zvukového signálu na signál elektrický, který je odváděn do mozku a tam následně zpracováván. Člověk vnímá standardně zvuky v rozsahu od 20 do 20 000 hertzů (kmitů za sekundu).

Zvukové vlny mohou dosáhnout receptory ve vnitřním uchu těmito způsoby:

- kůstkovým vedením - vedení pomocí kůstek ve středním uchu využívající převodních a transformačních funkcí kůstek. Je to hlavní způsob vedení zvuku u zdravého člověka.
- kostní vedení - přenos akustických vibrací lebeční kostí přímo do tekutiny uvnitř ucha. Uplatňuje se při poruše kůstkového vedení a při silných zvucích.
- vzduchové vedení – jedná se o vedení vzduchem přímo k oválnému okénku ve středním uchu. U zdravého člověka je tento způsob velmi omezený.



Obrázek 1: Schéma sluchového analyzátoru

² Somatologie - Anatomie a Fyziologie Člověka - Chalupová-Karlovská Vlastimila

1.1.2 Typy, stupně a rozdělení sluchových vad

Sluchové vady a poruchy dělíme podle doby, kdy vada vznikla a to na vady vrozené a získané. Jedná se o základní dělení sluchových vad.

- **Vrozené vady** vznikají před rozvojem a zafixováním řeči a mají na rozvoj řeči největší vliv. Příčiny vzniku těchto vad mohou být buď geneticky předurčené, nebo způsobené prenatálním poškozením plodu jako je např. působením infekčních onemocnění, chemických látek apod. Hovoříme pak o vadách získaných v průběhu těhotenství, tedy o tzv. vadách *prenatálních*. Vady, které jsou způsobené vlivy vnikající během porodu – např. porod protahovaný, dítě s asfiksií apod., označujeme jako vady *perinatální*.

U některých geneticky podmíněných vad můžeme předpokládat poruchu genetické informace, která se přenáší z generace na generaci. Některé sluchové vady se vyskytují v několika generacích a lze proto jejich vznik jednoznačně předpokládat a potvrdit. Tento typ vrozené sluchové vady se však vyskytuje vzácně.

- **Vady získané** vznikají důsledkem infekčního onemocnění např. zánětem mozkových blan (způsobují postižení sluchu různého stupně cca u 40% nemocných), příušnicemi (způsobují totální jednostrannou hluchotu), dále chřipkou, horečnatými stavy, herpetickými infekcemi, zarděnkami, spalničkami, chronickým onemocněním horních cest dýchacích včetně opakovaných zánětů středouší (jedná se o menší podíl na vzniku sluchových vad). Mezi příčiny vzniku dále patří degenerativní onemocnění (sklerosa multiplex), traumatické stavy (traumata hlavy, uší), onkologické onemocnění (nádorové onemocnění v oblasti mozku nebo v oblasti obličejové, dále může sluchové buňky poškodit vliv moderní agresivní chemoterapie)³.

Proti pneumokokovým infekcím, které mnohdy způsobují trvalé poškození sluchu, je možné v České republice děti od 4 měsíce věku chránit preventivním očkováním např. vakcínou Prevenar.

³ Somatologie - Anatomie a Fyziologie Člověka - Chalupová-Karlovská Vlastimila

U vad získaných je podstatná doba vzniku, která podmiňuje to, zda je získaná vada prelingvální nebo postlingvální. *Prelingvální vada* je vada, která vnikla ještě před fixací řeči, většinou ještě do 6. roku věku. *Postlingvální vada* je vada, která vznikla po fixaci řeči, tj. většinou po 6. roku věku.

Další dělení sluchových vad (Pipeková a kol., 1998):

Periferní sluchové vady mohou být jednostranné nebo oboustranné, tyto pak následně dělíme na vady percepční, převodní a smíšené.

- **Sluchové vady převodního typu** – příčina je lokalizovaná většinou ve střední části ucha (nejčastěji zánětem středouší, rostoucím nádorem, úrazem, neobvyklým srůstem kůstek středního ucha). Příčinu můžeme objevit i ve vnější části ucha (např. u zánětu zvukovodu, ucpání zvukovodu mazem, cizím tělesem, tekutinou). Převodní typy sluchových vad jsou méně závažné a mohou způsobovat ztráty zvuku maximálně do 60 decibel a je možné je poměrně dobře kompenzovat sluchadly.
- **Sluchové vady percepčního typu** - příčina sluchové vady se nachází ve vnitřní části ucha. Vlásokové buňky, které jsou již poškozené, se nedají obnovit, proto se jedná o vadu závažnější, která zpravidla vede k úplné hluchotě. Příčinou bývá vada získaná v prenatálním nebo perinatálním období. V postnatálním období může být vada např. způsobená infekčním zánětem mozkových blan, úrazem hlavy, nádorovým onemocněním. Negativní vliv na poškození sluchu má i vystavování sluchu nadměrnému hluku, ubývání vláskových buněk u seniorů, působení vlastních toxinů v těle – nikotin, antibiotika, salicyláty, cytostatika, diuretika apod.
- **Sluchové vady smíšené** – jedná se o kombinaci obou předešlých sluchových postiženích.

Centrální sluchové vady jsou způsobené poškozením centrálního nervového ústrojí sluchového analyzátoru. Jestliže dochází k ubývání sluchu během života, hovoříme pak o progresivní vadě sluchu.

Podle hloubky sluchového postižení klasifikujeme stupně sluchové vady na nedoslýchavost a ohluchlost (Pipeková a kol., 1998).

Nedoslýchavost - rozlišujeme typ převodní, kdy postižený slyší málo, ale dokáže rozeznat zvuky lidské řeči. Typ percepční se projevuje také zkresleným vnímáním řeči.

Ohluchlost je stav, kdy dochází ke ztrátě sluchu v průběhu života. Pokud dojde k ohluchnutí po skončení základního vývoje řeči (cca po 6. roce života), řeč se již neztrácí, zůstává zachována, ale vyžaduje však soustavnou odbornou péči a pomoc.

Hluchota je stav, kdy je snížena nebo chybějící schopnost vnímat zvuk. Úplná (totální) hluchota – jde o naprostou ztrátu sluchu, praktická hluchota – u postiženého se vyskytují jen zbytky sluchu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila v roce 1980 mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch (Hrubý, 1998).

- 0 - 25 dB = normální sluch (norma)
- 26 - 40 dB = lehká ztráta sluchu (nedoslýchavost)
- 41 – 55 dB = střední ztráta sluchu (střední nedoslýchavost)
- 56 – 70 dB = středně těžké poškození sluchu (středně těžká nedoslýchavost)
- 71 – 90 dB = těžké postižení sluchu (těžká nedoslýchavost)

Při výše uvedených ztrátách sluchu je pomocí kompenzačních pomůcek možné rozumět mluvené řeči.

- Nad 91 dB = velmi těžké postižení sluchu

Při použití jakékoliv techniky člověk nerozumí mluvené řeči, neslyší zvuky, tóny.

1.2 Diagnostika sluchových vad (Hrubý, 1999)

Diagnostika sluchové vady představuje tři základní kroky:

- Odhalení vady
- Zjištění velikosti vady
- Zjištění příčiny vady.

Nejprve je tedy nutné diagnostikovat, zda se sluchová vada u jedince vůbec vyskytla. Pokud ano, je třeba určit závažnost této vady. Tento první krok je významný především při diagnostice sluchových vad u dětí, protože tato včasná diagnostika představuje lepší prognózu a zajištění optimální strategie práce s postiženým dítětem. Malý význam má krok druhý, který představuje zjištění

příčiny vzniku vady. Mnohdy se stává, že se rodiče na tento krok tak upnou, protože doufají ve zjištění „viníka“. Přesné zjištění příčiny vzniku sluchového postižení však nemá moc využitelný význam. (Hrubý, 1998). Jiný názor odborníka však tvrdí, že znalost příčiny hluchoty je potřebný pro možnost vyrovnání se s postižením dítěte. Významný je i psychologický podtext, který dle odborných názorů napomůže rodičům při překonávání pocitu viny. Znalost přesné příčiny a možnost případného opakování výskytu napomáhá rodičům při rozhodování o možnosti dalšího těhotenství (Freeman 1992).

Vyšetření sluchu se provádí pomocí různých vyšetřovacích metod. Základní dělení vyšetřovacích metod:

➤ **Metody subjektivní** – jedná se o metody, které vyžadují přímou spolupráci pacienta, výsledky tohoto vyšetření jsou však ovlivněny subjektivním hodnocením pacienta.

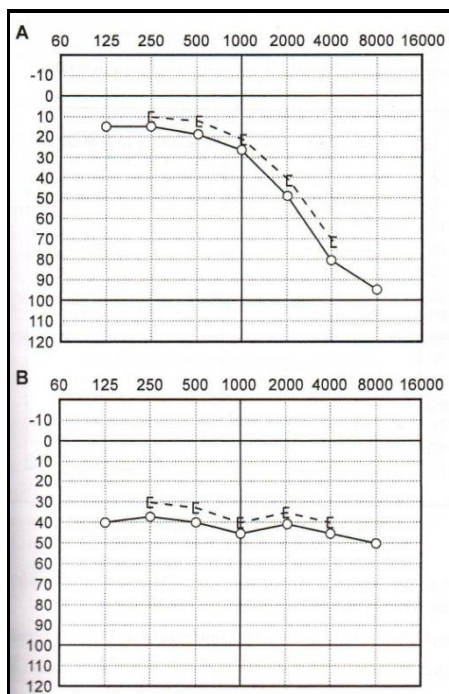
Klasická sluchová zkouška – vyšetřující předřikává vyšetřovanému určitá slova hlasitou řečí a šepotem. Hodnotí se vzdálenost, ze které vyšetřovaná slova vyšetřovaný opakuje. Jedná se o orientační zkoušku sluchu.

Prahová tónová audiometrie – (viz obr. č. 2). Jedná se o vyšetření, které se provádí pomocí tónového audiometru, který generuje čisté tóny ve frekvencích od 125 do 8 000 Hz. Tón je vyšetřovanému pouštěn ve speciální komoře a to jednak pomocí sluchátek přímo do uší (pro zjištění prahu vzdušného vedení) nebo přes kostní vibrátor (pro zjištění kostního vedení). Vyšetřuje se pravé i levé ucho. Ze záznamu, tzv. audiogramu můžeme zjistit percepční poruchu, kdy křivky kostního i vzdušného vedení probíhají v celém rozsahu paralelně vedle sebe. V případě převodní vady je křivka kostního vedení v celém rozsahu nad hladinou intenzity 20 dB, křivka vzdušného vedení je pod 20 dB. Smíšená sluchová vada je směsicí obou vad, výše uvedených. Křivka vzdušného i kostního vedení jsou v části pod hladinou intenzity 20 dB a probíhají od sebe nezávisle.

Slovní (řečová) audiometrie slouží k vyšetření stavu porozumění. Pomocí audio nahrávky se vyšetřovanému pouští standardní sestava 10 slov, které vyšetřovaný nahlas opakuje. Sleduje se procentuální úspěšnost opakovaných výrazů. Vyšetření se využívá pro zjištění funkčního efektu sluchadel.⁴

⁴ Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých, Hrubý, 1999

Obrázek 2: Audiogram senzorineurální vady sluchu (vlevo)



A. Senzorineurální vada sluchu vysokých frekvencí pravého ucha, B. Senzorineurální vada sluchu ve všech frekvencích pravého ucha (Lejska, 2003)

Vyšetření ladičkami patří mezi základní vyšetření sluchu a slouží k upřesnění typu sluchové vady.

Webrova zkouška slouží ke srovnání kostního vedení v pravém a levém uchu. Používá se rozezvučená ladička, která se přitiskne patkou na lebeční kost v oblasti čela, temena hlavy, případně kořene nosu, brady nebo zubů. Vyšetřovaný klient pak má určit, odkud vnímá zvuk. Fyziologický výsledek stanovuje vnímání zvuku uprostřed hlavy, tedy z obou stran stejně. Pokud však klient vnímá zvuk z jedné strany, pak se na této straně jedná o vadu převodní, pokud klient vnímá zvuk na straně opačně, pak je diagnostikovaná vada percepční.

Rinneho zkouška slouží k porovnávání vzdušného a kostního vedení na pravém a levém uchu. Rozezvučená ladička se přikládá k uchu před zvukovod. Pokud vyšetřovaný klient přestane zvuk ladičky slyšet, patka ladičky se přitiskne na kost za boltcem. Fyziologickým výsledkem je skutečnost, že tón již není vyšetřovaným klientem slyšet. Pokud však ještě zvuk doznívá, je přítomna na tomto uchu převodní porucha. Stejný postup se provádí i na druhém uchu. Po ukončení vyšetření je výsledek vyhodnocen jako Rinne-pozitivní nebo Rinne – negativní.

➤ **Vyšetřovací metody objektivní** - jedná se o metody, které nevyžadují přímou spolupráci pacienta, výsledky tohoto vyšetření nejsou ovlivněny subjektivním hodnocením pacienta.

Tympanometrie je vyšetřovací metoda, která nám umožňuje ohodnotit funkce středoušní. Principem této jednoduché metody je zjištění množství akustické energie ve vnějším zvukovodu, která se odráží od blanky bubínku a to je závislé na tuhosti bubínku, řetězu kůstek a obsahu středního ucha. Čím je bubínek volnější, tím méně energie odráží. Čím je však bubínek napjatější (tužší), tím více energie odrazí. Pokud jsou kůstky v normálním postavení, tím lépe se vede zvuková vlna a tím méně energie se odráží a naopak. Pokud je obsahem středního ucha vzduch, což je fyziologické, pak je vedení výborné a odráží se minimum energie. V případě, že je však středouší vyplněno např. srůsty, odráží se podstatně více akustické energie. Pokud je prostor vyplněn tekutinou, pohltí celou plochou procházející energii a neodrazí se nic. Toto vyšetření nelze použít k hodnocení citlivosti sluchu, k tomuto slouží audiometrie. Pomocí tohoto vyšetření je možné rozlišit mezi poruchou sluchu zapříčiněnou poškozením převodního systému a poškozením sensorineurálním. Tympanometrie v primární péči může být nápomocná při diagnostice zánětu středního ucha (otitis media) tím, že umožní odhalit přítomnost výpotku ve středoušní dutině. Výsledkem vyšetření je tympanometrická křivka a vyšetření reflexu třmínkového svalu.

Evokované potenciály sluchové – vyšetření spočívá v registraci vzruchu ze sluchové dráhy na zvukový podnět. Jedná se o elektroencefalografické vyšetření, kdy měříme elektrický impuls.

ERA – vyšetření je podobné vyšetření EEG. Klient má umístěny na hlavě 3 elektrody, které snímají mozkovou činnost na základě různých sluchových podnětů pomocí sluchátek.

BERA - Sledujeme mozkovou aktivitu na nižších úrovních CNS (v úrovních mozkového kmene). Vyšetření je méně náročné na samotného jedince a může být prováděno již od 24 hodin po narození dítěte.

CERA – sledujeme mozkovou aktivitu na úrovni vyšší mozkové kůry. U tohoto vyšetření je nutné jedince zklidnit a to pomocí podání léku nebo narkózy.

Otokustické emise jsou objektivní metodou, založenou na registraci velmi slabých zvuků, které vznikají pohybovou aktivitou vláskových buněk Cortiho

orgánu a to na základě zvukového podráždění.⁵ Vyšetření je časově nenáročné, zcela neinvazivní. Podmínkou je však nenarušená funkce středoušního systému. Pomocí tohoto vyšetření však nemůžeme stanovit typ a hloubku sluchového postižení u těžce sluchově postižených jedinců, nepodává informaci ani o ztrátě sluchu na jednotlivých frekvencích. Vyšetření se především používá jako screeningová vyšetřovací metoda u novorozenců.

1.3 Screeningové vyšetření sluchu

Odborníci v České republice v dnešní době doporučují, aby všechny děti hned po narození byly podrobeny vyšetření sluchu. Plošný screening se však u nás neprovádí a to ze dvou důvodů. Prvním důvodem je skutečnost, že orientační vyšetření sluchu je součástí preventivních prohlídek, které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Druhým důvodem je skutečnost, že nebyla v ČR provedena odborná studie, ze které by vyplynula prospěšnost s finanční vyhodnocením tohoto celoplošného screeningu (Křest'ánová, Song, 2007). Nicméně faktem zůstává, že včasné rozpoznání sluchové poruchy by znamenalo mnohdy úspěšně včas na tuto skutečnost reagovat. V případě závažné poruchy sluchu by dítě mělo dostat sluchadla nejpozději do půl roku věku. Pokud je vada tak závažná, že nelze využívat sluchadla, je v tomto případě velmi významné co nejdříve začít s přípravou na kochleární implantaci. Skutečností je, že každý měsíc vývoje dítěte, kdy nemůže vnímat zvuky, má negativní vliv. Screeningové vyšetření se tedy provádí pouze u rizikových novorozenců. Přesto některé nemocnice v ČR se o zavedení celoplošného screeningu již pokusili a mají s tímto krokem pozitivní výsledky. Lékaři často v počátcích před diagnostikováním vady vážně nereagují na podezření rodičů dítěte, neposílají dítě včas na odborné vyšetření, případně ne vždy při vyšetřeních používají nejvhodnější vyšetřovací metody. Výjimkou není ani to, že jsou děti přijímány k vyšetření sluchu s dlouhou časovou prodlevou – dlouhými čekacími dobami. Tomu by bylo možné právě screeningem předejít.

V případě, že by se podařilo plošně screening pro zjištění sluchových poruch zavést, prvně by všichni novorozenci byli podrobováni metodě OAE – měření akustických emisí. Jedná se o vyšetření, které zjišťuje, zda vláskové buňky ve

⁵ Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých, Hrubý, 1999

vnitřním uchu produkují zvuky, které produkovat mají. Měření OAE je prvním vyšetřením, které určí, zda je všechno v pořádku nebo zjistí první signál o možném vzniku sluchové poruchy. Pak je třeba provést řadu dalších vyšetření ke stanovení diagnózy, prognózy a léčebného, rehabilitačního, kompenzačního a pedagogického postupu.

Pozitiva vyšetření OAE – jedná se o vyšetření v délce cca 5 minut, je bezbolestné, neinvazivní, nezatěžuje novorozence a nevyžaduje premedikaci.

Negativa vyšetření OAE – je lehce ovlivnitelné jiným hlukem (např. hluk v místnosti, kde je dítě vyšetřováno). Může překrýt hledané emise, ale může být také za emise zaměněn. Proto je velmi důležité minimalizovat zvuk ve vyšetřovací místnosti.

- *Zkušenosti se screeningovým vyšetřením ve dvou nemocnicích v ČR*
(Doležalová, 2007, Song)

Ústav pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí

MUDr. Helena Slavíková uvádí, že se v ČR narodí ročně kolem 90 dětí s vážným poškozením sluchu. U více než 60 % dětí je příčinou sluchové vady genetické postižení. Mezi další příčiny vzniku patří vlivy v době před narozením dítěte (poškození plodu chemickými látkami, léky, infekčními nemocemi, inkompatibilitou krevních skupin), vlivy během porodu a po porodu (např. nedonošenost dítěte, porodní a poporodní traumata, asxie, těžká novorozenecká žloutenka, obličejové deformity, záněty mozkových blan).

Pokud je matka s novorozencem hospitalizovaná ve výše uvedené nemocnici, není zapotřebí k vyšetření OAE, které se provádí mezi 3. - 4. dnem života, souhlas rodiče. Rodič je o vyšetření informován a dozví se o výsledku. Právě mezi 3. – 4. dnem života již není předpoklad, že by dítě mohlo mít v uších plodovou vodu, která by ovlivnila výsledek vyšetření.

Vyšetření sluchu novorozenců probíhá v tomto zdravotnickém zařízení v pořadí:

- 3. - 4. den života dochází k prvnímu vyšetření OAE
- pokud je první vyšetření negativní, provádí se druhý den vyšetření OAE
- pokud je vyšetření opět negativní, jsou děti testovány metodou AABR během pobytu v porodnici nebo na základě objednání po propuštění
- pokud je vyšetření opět negativní, je dítě testováno metodou SSEP ve Fakultní nemocnici v Motole.

Výsledky celoplošného screeningu v období leden – září 2008:

V Ústavu pro matku a dítě v Praze Podolí bylo v uvedeném období narozeno 3539 dětí, vyšetřeno bylo 3400 dětí (tedy 97%). Patologický screenig byl pozitivní u 159 dětí, (tedy u 4,7%).

Náklady pro provedení screeningu:

Zakoupení přístroje pro vyšetření OAE v hodnotě cca 120 tisíc Kč, náklady na náhradní díly přístroje a provoz. V současné době je vyšetření financováno z grandů Ministerstva zdravotnictví ČR (grant je vždy na jeden rok na základě žádosti zdravotnického zařízení).

Fakultní nemocnice v Ostravě

Dle vyjádření MUDr. Evy Mrázové, PhD., se vyšetření OAE provádí u novorozenců také nejdříve 3. den po narození. Snaha je o vyšetření všech novorozenců, ale protože většina matek s dětmi opouští porodnici mezi 3. – 5. dnem po narození, není možné z časových důvodů všechny děti vyšetřit.

Vyšetření sluchu je prováděno v pořadí:

- ✓ Akustické emise (OAE)
- před propuštěním z porodnice
 - při nevybavnosti znovu v 1. měsíci věku
- při nevybavnosti znovu v 3. měsíci věku
- ✓ Tympanometri a BERA
- při nevybavnosti znovu mezi 3. – 6. měsícem věku dítěte.

Výsledky screeningového vyšetření sluchu:

V roce 2007 bylo vyšetřeno 689 dětí, u 19 dětí byla diagnostikovaná sluchová vada.

Pokud by skutečně byl zájem o zavedení celoplošného sceeningu na území ČR, je nutné především provést změnu ve Vyhlášce č. 56/1997 Sb., která určuje rozsah preventivních prohlídek hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Svůj vliv na změnu vyhlášky má i vyjádření odborné společnosti ORL, která s ostatními odborníky může vyvolat jednáním s Ministerstvem zdravotnictví ČR o změně jmenované vyhlášky. Dalším krokem je nákup vyšetřovacích přístrojů pro OAE do všech porodnic České republiky a nastavit metodiku provádění vyšetření a vyhodnocování výsledků a zajištění další kontinuální péče při patologickém nálezu vyšetřovaného dítěte.

V evropských zemích se plošný screening sluchu postupně zavádí. V USA je jen málo států, které tento plošný screening neprovádějí. Na Slovensku již několik let platí vyhláška, která tuto prevenci uzákoňuje. Záleží tedy vždy na celospolečenském významu, určité politické vůli a jak jsme již výše uvedla, na opoře v legislativě.

1.4 Kompenzační a rehabilitační pomůcky

Některé kompenzační pomůcky pro sluchově postižené jsou hrazeny plně nebo do určité výše na základě zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jedná se například o sluchadla včetně tvarovek a kochleárního implantátu. Na další kompenzační a rehabilitační pomůcky (např. světelné signalizace, vibrační pomůcky) je možné získat dle Vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., v platném znění, finanční příspěvek. O příspěvek si může sluchově postižený občan nebo jeho zákonný zástupce požádat prostřednictvím odborů sociálních věcí v obcích s rozšířenou působností. Výše příspěvku se pohybuje v rozmezí 50 – 100 % pořizovací ceny kompenzační nebo rehabilitační pomůcky a je určena výší příjmu žadatele o příspěvek.

1.4.1 Sluchadla

Pro možnost přidělení a úhrady sluchadel z prostředků veřejného zdravotního pojištění je podmínkou indikace lékaře – specialisty pro nemoci ušní a poruchy sluchu a rovnováhy v případě, že již nelze sluchovou vadu léčit a nedoslýchavost je nutno kompenzovat pomocí sluchadla.

Sluchadlo je to elektroakustický přístroj, který zesiluje okolní zvuky, zesílené zvuky přivádí do ucha a umožňuje tak lepší slyšení a srozumitelnost (MUDr. Sychra, audiologie).

Typy sluchadel:

- **Zvukovodová** – jedná se o malá sluchadla, která se vkládají přímo do zvukovodu. Jsou elegantní, nenápadná, pro svoji velikost jsou vhodná spíše pro lehkou a středně těžkou nedoslýchavost. Vzhledem k umístění ve zvukovodu jsou neoptimálnější pro příjem zvukového signálu. Jejich obliba celosvětově i u nás vzrůstá.

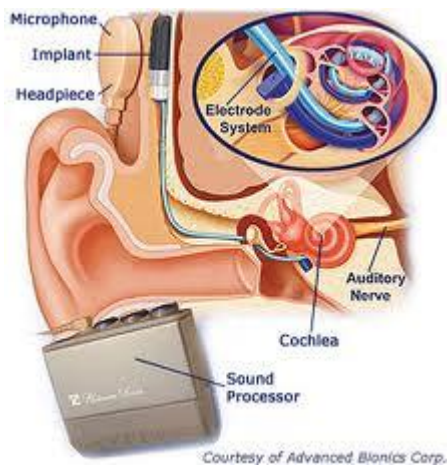
- **Závěsná** – jedná se o sluchadla, která se zavěšují za boltec a jsou vhodná pro všechny typy nedoslýchavostí. Určeny jsou především pro starší a těžce nedoslýchavé pacienty. Jejich obliba má však klesající tendenci.
- **Brýlová sluchadla** (s kostním vibrátorem nebo ušní tvarovkou do zvukovodu) jsou určena jen pro určité typy nedoslýchavosti a pro pacienty, kteří nosí brýle. Sluchadlo se dá zabudovat do obroučky brýlí.
- **Analogová sluchadla** – starší typ těchto sluchadel zpracovává signál ještě analogovým způsobem. Nevýhodou analogových sluchadel je nepříliš dobrá přizpůsobivost různému hlukovému prostředí. V tichém prostředí uživatel tohoto typu naslouchadla může vnímat ve sluchadle určitý šum. Výhodou je jejich nízká tržní cena.
- **100% digitální sluchadla** - jedná se o nová moderní sluchadla, která zpracovávají signál digitálním způsobem. Neprojevují se u nich vedlejší šумы a zvuky, sluchadla se automaticky přizpůsobují okolní zvuky nedoslýchavosti, zvýrazňují rozumění řeči a potlačují hluky z okolí. Vyrábějí se jak ve zvukovodové, tak v závěsné formě. S těmito sluchadly je poslech nejkvalitnější a srozumitelnost řeči nejlepší. Nevýhodou je však zatím jejich vyšší cena.

Na sluchadla, která jsou hrazeny zdravotními pojišťovkami z prostředků veřejného zdravotního pojištění, se poskytuje příspěvek 1x za 5 let včetně 4 kusů baterií, indukční smyčky pro poslech televize přes sluchadlo. Je-li cena sluchadla vyšší než limit úhrady zdravotními pojišťovkami, musí si klient rozdíl mezi limitem a cenou sluchadla doplatit.

1.4.2 Kochleární implantát

Kochleární implantát je v současné době nejdokonalejší pomůcka pro sluchově postižené. Jedná se o elektronickou smyslovou funkční náhradu, která umožňuje vnímání zvuku pomocí elektrické stimulace sluchového nervu uloženého ve vnitřní části ucha (uvnitř hlemýždě).

Vnitřní část kochleárního implantátu se skládá z přijímače – stimulátoru, který je umístěn do jamky skalní kosti a jemného svazku 22 (24) elektrod, který je zaveden do hlemýždě vnitřního ucha. *Vnější část* je tvořena řečovým procesorem a mikrofonom s vysílací cívkou, které jsou umístěny za boltcem a slouží k přenosu informace a energie do vnitřního přijímače.



Obrázek č. 3: Kochleární implantace

Kochleární implantát je určen:

1. pro děti ohluchlé po zánětu centrálního nervového systému (např. po meningitidě, virózách apod.). Implantace se provádí obvykle do půl roku po zjištění diagnózy.
2. pro děti, které se narodily s oboustranným těžkým postižením sluchu a kde ani intenzivní rehabilitace s výkonnými sluchadly neumožňuje vnímání a rozvoj řeči. Nejvhodnější doba pro implantaci je mezi druhým a čtvrtým rokem věku.
3. pro dospělého, který ohluchl až po ukončení normálního vývoje řeči a absence sluchových vjemů netrvá desítky let. V opačném případě se nelze po operaci naučit rozumět řeči.

Kromě audiologických kritérií je posuzován celkový zdravotní stav pacienta, mentální předpoklady pro využití implantátu, úroveň dosavadní rehabilitační péče a rodinné prostředí.

Použití systému je nevhodné v případech hluchoty způsobené centrální poruchou sluchové dráhy, v přítomnosti chronického středoušního zánětu a při nálezů abnormality hlemýždě na snímku počítačové tomografie nebo magnetické rezonance.

Samotná aplikace implantátu se provádí během asi tříhodinové operace. Po šesti týdnech hojení je potom vydána a seřizována i zevní část (procesor umístěvaný za ušní boltec). Následuje několik týdnů a měsíců nutného intenzivního nácviku, při kterém se uživatel implantátu učí rozeznávat nové zvukové vjemy. Ty se totiž obvykle zpočátku výrazně liší od zvuků, které si člověk pamatuje z doby, kdy ještě slyšel se sluchadlem nebo i bez sluchadla. Proto i dospělí potřebují po určitou dobu spolupráci logopeda, lékaře a rodinných příslušníků.

1.4.3 Ostatní kompenzačních a rehabilitačních pomůcek

Světelná signalizace - každý vysílač nebo přijímač se jednoduše zastrčí do elektrické zásuvky v bytě. Vysílače rozeznají jednotlivé vjemy jako zvonění telefonu, zvonek u dveří, klepání, křik dítěte atd. a převedou je na elektrické signály, které se přenesou běžnou elektrickou sítí k přijímačům. Tyto mají barevné LED diody, které svou barvou jednoznačně ukazují, který vjem vyvolal záblesky a tím lze poznat, o který vjem se jedná.

Víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti je univerzální zesilovač, který umožňuje zesílit zvuk z mikrofону, televize, rádia atd. a převést ho do sluchátek, které má dítě na hlavě. Lze ji využít i jako zesilovač pro indukční smyčku. Víceúčelová pomůcka je navíc i světelným indikátorem zvuku a indikátorem správné výslovnosti sykavek.

Signalizace bytového a domovního zvonku - jedná se o systém k instalaci do světelného rozvodu, které po stisknutí dveřního tlačítka rozsvěcuje a zhasíná běžná stropní svítidla. Do této skupiny pomůcek lze zahrnout i **pomůcky k signalizaci pláče dítěte**. Jedná se o zařízení, která se umístí do blízkosti postýlky dítěte a která pomocí mikrofону zachycují pláč dítěte a následně rozsvěčují světlo nebo fotovýbojku, které mohou být umístěny v jiné místnosti nebo několika jiných místnostech.

Signalizace telefonního zvonku - při zazvonění telefonu emituje velmi intenzivní světelné záblesky, které jsou vidět i za denního světla.

Světelný nebo vibrační budík (obr. č. 4) - pro sluchově postižené lze použít signalizaci vibrační popř. světelnou. Vibrátor nebo fotovýbojka mohou být vestavěny přímo do budíku nebo mohou být k budíku připojeny. Za srovnatelnou pomůcku s touto pomůckou lze považovat **vibrační náramkové hodinky nebo vibrační minutky (kuchyňské stopky, nošené na krku nebo v kapse)**.



Obrázek č. 4: Vibrační budík

Telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé - nedoslýchaví mohou telefonovat běžným hlasovým telefonem. Mohou k tomu používat sluchadlo. Výhodnější však je, pokud je přímo v telefonu vestavěn zesilovač, kterým lze hlasitost ve sluchátku nastavit podle potřeby. Telefon se zesílením zvuku má význam pouze pro nedoslýchavé, nikoli však pro zcela neslyšící, kteří nevnímají ani sebevíc zesílený zvuk.

Psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění - psací telefon je jakýmsi dálnopisem, kde neslyšící píše svůj vzkaz na klávesnici a odpověď partnera se mu objevuje na displej (obr. č. 5).



Obrázek č. 5: Mobilní telefony pro neslyšící

Přídavná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící - fax a psací telefon lze nahradit speciální kartou do osobního počítače, která umožňuje připojit osobní počítač k telefonní síti a spolu s odpovídajícím programem změni osobní počítač v psací telefon.

Fax, který patří mezi základní telekomunikační pomůcky pro neslyšící občany, umožňuje přivolání pomoci, objednání k lékaři apod.

Faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax - pomocí tzv. faxmodemové karty, která se vkládá dovnitř osobního počítače, lze změnit každý osobní počítač na velmi dokonalý fax, což je velmi ekonomické řešení.

Videorekordér - je pro sluchově postižené občany významnou pomůckou, a to zejména pro neslyšící děti.

Televize s teletextem - televizní vysílání představuje pro sluchově postižené základní zdroj informací. Pouze lehce nedoslýchaví rozumí zvukovému doprovodu. Veřejnoprávní televize je povinna opatřovat nejméně 25 % vysílaných pořadů tzv. skrytými titulky, které nejsou na běžném televizním přijímači vidět.

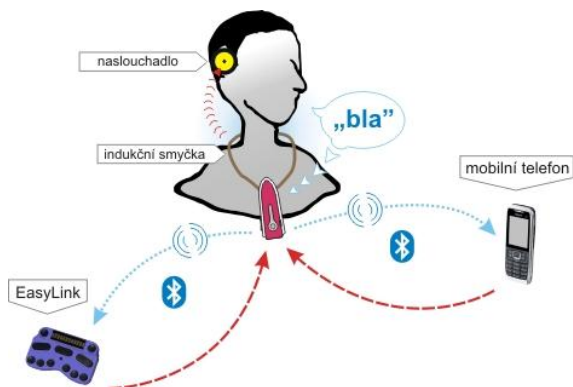
Lze je však dekodovat a vložit do obrazu. Dekodérem skrytých titulků je dekodér teletextu, protože skryté titulky se v České republice přenášejí na stránce 888 teletextu.

Přenosná naslouchací souprava s radiovým nebo infračerveným přenosem (rádiová sluchadla) - jde o soupravy, které se skládají ze dvou částí. Učitel má mikrofon s vysílačem rádiového signálu nebo infračerveného záření, žák pak přijímač signálu z učitelovy vysílačky buď v podobě krabičky do kapsy s připojenými sluchátky (přenosná naslouchací souprava), nebo je přijímač přímo vestavěn do závěsného sluchadla (rádiové sluchadlo).

Bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku - nevýhodou náhlavních sluchátek s drátovým spojením je nemožnost pohybu. Bezdrátové připojení náhlavního sluchátka s infračerveným nebo rádiovým přenosem nahrazuje drátové spojení. Na televizor se postaví majáček, který vysílá infračervené záření nesoucí informaci o zvuku. Sluchátka na hlavě mají přijímač infračerveného záření a zesilovač. Některé typy se vyrábějí speciálně pro nedoslýchavé a zvuk je v nich velmi silný. Místo infračerveného záření využívají některé typy podobných sluchátek rádiového vysílání (slabá vysílačka na televizoru).

Elektronická sluchadla - jedná se o nejdokonalejší kompenzační pomůcku pro nedoslýchavé. Jsou to elektronická sluchadla, která jsou vybraná a nastavená tak, aby přesně kompenzovala daný typ ztráty sluchu. Sluchadla jsou hrazena nedoslýchavým z prostředků veřejného zdravotní pojištění. Především starší lidé dávají z různých důvodů přednost jednodušším kompenzačním pomůckám, kterým se říká individuální zesilovače, které jsou levnější než sluchadla a lze za ně poskytnout příspěvek.

Indukční smyčka je zařízení (obr. č. 6), které vyzařuje do místnosti magnetické pole měnící se podle zvuku. Většina sluchadel má vestavěný tzv. indukční snímač, který umožňuje toto magnetické pole zachytit. Pokud je v místnosti, divadle, kině apod. instalovaná smyčka, je poslech přes indukční snímač nesrovnatelně kvalitnější než poslech přes mikrofon sluchadla. V domácnostech se indukční smyčka obvykle používá k zesílení poslechu zvuku z televizoru. Indukční smyčku tvoří několik závitů drátu okolo místnosti. Lze si ji zhotovit na míru, nebo ji koupit hotovou a rozvinout kolem místnosti. Posluchač se pak může pohybovat uvnitř plochy ovinuté smyčkou a stále slyší zesílený zvuk.



Obrázek č. 6: Indukční smyčka

Indikátor hlásek pro nácvik v rodině - při vytváření mluvy u prelingválně neslyšícího dítěte se používá různých technických pomůcek, které mají dítěti nahradit chybějící kontrolu vlastní výslovnosti sluchem. V současné době se tyto indikátory stále častěji realizují formou přídatných karet a speciálního programového vybavení do osobních počítačů. Jde většinou o poměrně nákladné systémy, kterými by měla být vybavena logopedická pracoviště.

1.5 Komunikační formy sluchově postižených

Komunikaci (z lat. Communicatio), lze chápat ve významu spojování, sdělování, přenos, společenství, participace. Zvířata se dorozumívají různými signály (zvukovými, pachovými, tancem ap.), tzv. *první signální soustavou*, což platí i pro lidi. Hlavním dorozumívacím prostředkem člověka však je verbální komunikace (jazyk a řeč), tzv. *druhou signální soustavou*. Komunikace obecně znamená schopnost lidstva užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Při dorozumívání se sluchově postiženými můžeme komunikaci dělit na dva základní komunikační systémy (Horáková, 2006) a to *audioorální a vizuálněmotorické*. Sluchově postižení mohou komunikovat různými způsoby podle toho, jakou mají sluchovou ztrátu. To, co dělá z neslyšících lidí jazykovou a kulturní menšinu, není postižení sluchu, ale společný komunikační kód – **znakový jazyk** (Hudáková, 2005).

Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění zákona č. **384/2008 Sb.**, definuje následující pojmy (citace zákona):

„**Český znakový jazyk** je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. Český znakový jazyk může být využíván jako komunikační systém hluchoslepých

osob v taktilní formě, která spočívá ve vnímání jeho výrazových prostředků prostřednictvím hmatu.“

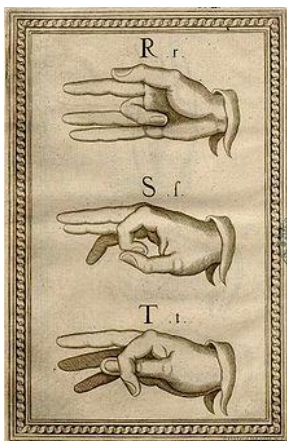
Komunikačními systémy neslyšících a hluchoslepých osob vycházejícími z českého jazyka jsou znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma.

Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob, které ovládají český jazyk.

Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je využívána zejména k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů. Prstová abeceda v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob (obr. č. 7).

Vizualizace mluvené češtiny je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace.

Písemný záznam mluvené řeči je převod mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase. Pro potřeby hluchoslepých se písemný záznam provádí zvětšeným písmem nebo Braillovým písmem.



Obrázek č. 7: Ukázka Bonetovy prstové abecedy z roku

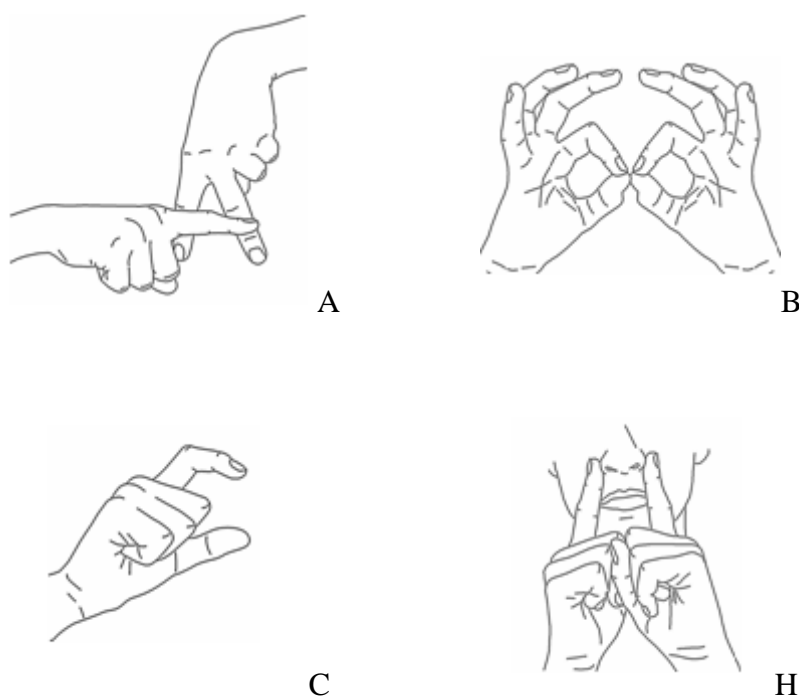
1620

Písemný záznam mluvené řeči je převod mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase. Pro potřeby hluchoslepých se písemný záznam provádí zvětšeným písmem nebo Braillovým písmem.

Lormova abeceda je dotyková dlaňová abeceda, při které se jednotlivá písmena vyznačují pomocí ustálených pohybů a dotyků prováděných na dlani a prstech ruky příjemce sdělení.

Daktylografika je vpisování velkých tiskacích písmen zpravidla do dlaně ruky příjemce sdělení.

Obrázek č. 8: Dvouruční prstová abeceda



Braillovo písmo s využitím taktilní formy umožňuje zobrazovat písmena abecedy ustálenými dotyky na dvou prstech jedné ruky nebo více prstech obou rukou příjemce sdělení s využitím kódového systému Braillova písma.

Taktilní odezírání je založeno na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek mluvčího.

Vibrační metoda Tadoma je založena na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek, pohybů dolní čelisti, rtů a tváří mluvčího.“

➤ K dalším komunikačním formám patří

Mluvená hlásková řeč – cílem je dosáhnout správné artikulace orální řeči, rozvíjení řeči, českého jazyka a logopedické péče. I přes absenci sluchu jsou

nedoslýchaví, osoby se zbytky sluchu a neslyšící schopni naučit se vyjadřovat ústní řeč.

Psaná forma řeči – osvojit si psanou formu jazyka znamená naučit se porozumět psanému textu a získat dovednost vyjadřovat svoje myšlenky. Psaná podoba je zvláštní řečová funkce, která se od ústní mluvené formy liší svou stavbou a způsobem fungování.

Mimika a gestikulace je přirozenou komunikační formou. Tato komunikační forma je individuální, a neslouží k dorozumívání s neznámými lidmi. Je výrazově a významově chudší.

➤ *Jiné uměle vytvořené způsoby komunikace*

Tyto systémy vznikly z potřeby obousměrně přijatého jazykového kódu, který je nezbytný mezi slyšícím personálem a neslyšícím klientem a také mezi slyšící rodinou a neslyšícím dítětem (Krahulcová, 1996). Mezi nejčastější systémy používané v praxi patří:

Totální komunikace spojuje všechny použitelné komunikační formy k dosažení účinného oboustranného dorozumění. Používat by se měla začít v nejtětlejším věku a na všech stupních vzdělání.

Bilingvální komunikace znamená přenos informací ve dvou jazykových kódech (přirozený jazyk a mluvený jazyk). Znakový jazyk používá jak neslyšící tak slyšící učitel. Největším přínosem je rozvinutí schopností číst s porozuměním.

Simultánní komunikace používá mluveného jazyka a s ním současně doplňující motorické formy komunikace jako např. prstovou abecedu, psanou podobu jazyka).

Orální komunikace klade důraz na sluchovou výchovu, využívá různých technických pomůcek. Tato metoda komunikace je středem kritik, co se týče úspěšnosti ve vzdělávání neslyšících.

➤ *Centrum řeči*

Brocovo centrum (obr. č. 9) – oblast mozkové kůry obsahující motorické centrum řeči. U praváků je obvykle umístěno v levém frontálním čelním laloku, u leváků je umístěno v pravém frontálním čelním laloku. Při jeho postižení vzniká expresivní afázie tj. s neschopností mluvit při relativně zachované schopnosti řeči rozumět.

Tam, kde žije jazyk

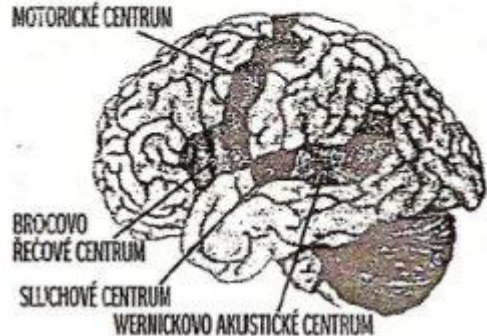
BROCOVO CENTRUM:

u slyšících je aktivní když mluví,
u neslyšících, když znakuji.

WERNICKOVO CENTRUM:

důležité pro vnímání obojího, řeči i znaků

MOTORICKÉ CENTRUM



Obrázek č. 9: Brocovo centrum

1.6 Zásady komunikace s neslyšícími

Pro úspěšnou komunikaci s osobami se sluchovým postižením je vhodné na základě doporučení Národní rady osob se zdravotním postižením ČR⁶ dodržovat uvedené zásady:

- S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“. Při mluvení by jednající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu.
- Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40%.
- Pokud jednající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.

Internetový zdroj: ⁶ www.nrzp.cz (2. 2. 2012)

- Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.
- Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
- Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
- Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky (mobil, rádio, televize apod.).
- Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku „Co jste mi rozuměl?“.

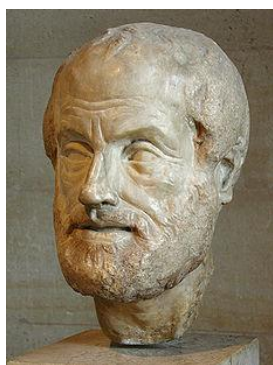
2. DĚJINY PÉČE O SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ OD STAROVĚKU DO DRUHÉ SVĚTOVÉ VÁLKY

Vztah společnosti po staletí byl a prakticky do dnes je na základě utváření předsudků a stereotypů. Primární místo zaujímal názor, že neslyšící nemají řeč (Mázerová, 1999).

2.1 Starověk

V nejstarších dobách se vzdělávání omezovala pouze na okruh rodiny. Postižené děti často nepřežily svoje dětství. Například ve starověkém Řecku bylo neslyšící dítě ve věku šesti let odejmuto rodičům a násilně usmrceno na pohoří Tajgetos. Děti, u kterých bylo patrné postižení na pohled, byly usmrcovány ihned po narození. Ve starém Římě měli rodiče právo (právo otce) usmrtit zmrzačené dítě po narození za souhlasu pěti sousedů, kteří dítě viděli a rozhodli. Postižené dítě bylo utopeno v jezeře, pohozeno na ulici, na tržišti, v lese, na břehu Tibery nebo bylo položeno na tzv. mléčný sloup XI. regionu města a necháno na pospas svému osudu. Naopak Židé věřili, že zdravotní postižení vzniká z boží vůle a takto postižené dítě tudíž mělo právo na boží ochranu. Ovšem židovské zákonodárství stavělo sluchově postižené na roveň mentálně postižených.

Mezi nejvýznamnější osobnosti starověku je považován řecký filosof **Aristoteles** (384 –322 př.n.l.).



Obrázek č. 10: Aristoteles

Byl patrně prvním učencem, který se zabýval problémem chluchoněmoty. Podle jeho teorie všechno co vstupuje do vědomí, musí projít nejprve některým smyslovým orgánem. O neslyšících napsal: „Ti, kdo neslyší od narození, nebudou mít rovněž řeči. Hlas jim určitě nechybí, nemají však řeči“ (Aristoteles, Historie

živočichů). Jeho názor však byl vyložen v souvislosti významu „hloupý“. Aristotelovy věty tak byly vykládány takto: „Ti, kteří se narodí neslyšící, budou také všichni neschopni myšlení“. Tento nesprávný výklad měl pro neslyšící téměř katastrofické následky a to z důvodu, že Aristotelovy myšlenky byly téměř dvě tisíciletí považovány za absolutně nejvyšší autoritu. Proto se prakticky do 16. století neobjely žádné snahy o vzdělávání neslyšících.

Tento přetrvávající názor se nepodařilo zvrátit ani jednomu z otců katolické církve, **sv. Augustinovi** (354 – 430). Církev prostřednictvím konání dobrých skutků pomáhá zdravotně postiženým, nicméně sv. Augustin píše: „Neslyšící nemohou dospět k víře v Boha, protože k víře dochází prostřednictvím kázání, tj. mluveného slova“.



Obrázek č. 11: sv. Augustin

Za zmínku stojí i připomenout římského zákonodárství 1. poloviny 6. století, kdy jsou v tzv. **Justiniánově zákoníku** zakomponována práva neslyšících. Uvádí např.: „Hluchoněmí, u kterých vznikly obě vady od narození, nemají žádná práva a povinnosti. Za správu jejich náležitostí je plně odpovědný opatrovník, který je jim zákonem přidělen. Ti, kteří jsou němí pouze od narození nebo z později vzniklých příčin, práva a povinnosti těchto lidí nejsou nijak omezována“. Tento zákon vysloveně uvádí, že při naplňování těchto pravidel není žádných rozdílů mezi muži a ženami (Hrubý, 1999).

2.2 První zprávy o vzdělávání neslyšících

S vzrůstem prestiže vzdělávání neslyšících se historikové jednotlivých národů snažili najít doklady o prvních případech vyučování neslyšícího (Hrubý, 1999). **Plinius Starší (23 – 79 n. l.)** ve svém díle „**Naturalismus historia (věda přírodní**“ uvádí informaci o vzdělávání neslyšícího syna konzula Quinta Pedia pomocí *kreslených lekcí*. Anglický mnich **Ctihodný Bede (672 – 735)** je autorem

knihy „**Historia ecclesiastica genus Anglorum (Historie církve v Anglii)**“, ve které popisuje *římskou prstovou abecedu*. Kniha dále obsahuje informaci o arcibiskupovi **svatému Janu z Beverly**, který si přivedl hluchoněmého chlapce a naučil ho vyslovovat, odezírat a číst. Němečtí historici se zmiňují o **abatyši Scholastiku**, která prý pomocí znakové řeči učila náboženství neslyšící dívku. U nás se hluchoněmému chlapci věnoval ve výuce náboženství **svatý František Saleský (1537 – 1622)**.

2.3 Vzdělávání neslyšících v XVI. století

Za prvního skutečného učitele neslyšících je považován šlechtic a benediktínský mnich **Pedro Ponce de Leon (1520 – 1584)**. Jedná se zakladatele školy pro neslyšící žáky ze šlechtických rodin. Učil své žáky vyslovovat, nevyužíval odezíráni. Protože veškeré jeho díla shořela při požáru kláštera, nelze konstatovat, zda využíval při výuce prstovou abecedu.



Obrázek č. 12: Pedro Ponce de Leon

Joachim Paschov (1527 – 1578), brandenburský probošta, učil svou ohluchlou dceru Alžbětu pomocí znaků a obrázků.

2.4 Vzdělávání neslyšících v XVII. století

Ramírez de Carrión (1579 – 1652) byl učitel v rodině chlapce, který přišel o sluch ve 2 letech věku. Dosáhl s ním značného úspěchu ve vzdělávání. Došlo však patrně k nedohodě s rodinou a vzdělávání chlapce se ujal rodinný přítel **Juan Martin Pablo Bonet (1579 – 1633)**, který se naučil od Carrióna vzdělávacím postupům. V roce 1620 v Madridu vydal svou slavnou knihu „*Reductiun de las Letras y arta para Enseñar a Hablar Los Mudos (Zjednodušení zvyků a umění naučit němé mluvit)*“. Je mu však vyčítáno, že v publikaci vydává metodu za svou a nezmiňuje se o Pedrovi de Ponce ani Carriónovi. V prvním díle kniha

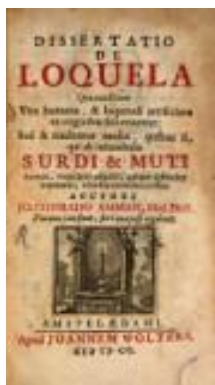
popisuje fonetické kvality písmen abecedy, v druhém díle Bonet prosazuje jednoruční prstovou abecedu.

Z historických pramenů vyplývá, že vzdělávání zdravotně handicapovaných se také velmi intenzivně věnoval **Jan Amos Komenský (1592-1670)** ve své publikaci „**Vševýchova**“. Na otázku, zda mají být slepí, hluchí a zaostalí přibráni ke vzdělávání uvádí: „Z lidského vzdělávání se nevynímá nic, leč nečlověk. Od učení moudrosti a vzdělávání ducha nemá být nikdo vynímán, neřku-li vzdalován. Leč bychom chtěli udělat křivdu nejenom tomu jednotlivci, ale celé podstatě lidství.....“ (Hrubý, 1999 – J. A. Komenský, Převýchova). Základní filosofická myšlenka J. Á. Komenského spočívala v principu, že dítě nejprve musí dobře poznat určitou věc a pak se teprve může naučit její pojmenování.

V polovině 17. století vychází odborné publikace anglického lékaře **Johna Bulwera** pod názvem „**Chirologia a Chironomia**“ a **Philocophus, aneb přítel hluchoněmého**. Jedná se o práce, které rozebírají prstovou abecedu, manuální rétoriku a prakticky se jedné o první záznam o systematickém odezírání.

Angličan **George Dalgarno** (1626 – 1687) v knize **Didascalocophus aneb vychovatel hluchoněmého** zahrnuje orální metodu a za základ vzdělávání neslyšících považoval psaní a čtení. Sestavil vlastní „prstovou abecedu“, která měla podobu rukavice s jednotlivými písmeny.

Druhá polovina 17. století představuje vzestup prestiže učitelství a to s jedním z možných způsobů obživy. Prostředí se stává hodně soutěživé, objevují se hodně zájemců o poskytování vzdělávání zdravotně postiženým. Důsledkem toho bylo, že vyučovací metody si každý učitel nechával pro sebe, nepředával dál své zkušenosti. Docházelo k různým rozepřím ve vztahu k postupům, docházelo k trestání v případě prozrazení „osobní“ metody výuky. Toto všechno nebylo ku prospěchu vzdělávání zdravotně postižených. Na rozdíl od jiných své postupy vždy otevřeně pro další využití popsal švýcarský lékař **Johann Kondrád Amman (1669 – 1724)**. Je považován za zakladatele orfismu ve vzdělávání neslyšících. Byl známý tím, že si pečlivě vybíral pro vzdělávání své žáky. Ty, kde nepředpokládal úspěch ve vzdělání, odmítal. Stal se i výborným praktikem, při výuce mluvení používal názorné postupy, např. odhmatávání chvění hlasivek. Patří k prvním učitelům, kteří popsali využívání logopedického zrcadla. Mezi nejvýznamnější díla patří kniha „**Surdus Loquens**“, později v rozšířené verzi pod názvem „**Dissertatio de Loquela**“ (obr. č. 13).



Obrázek č. 13: Dissertatio de Loquela 1700

Ammana k rozpracování orální metody při vzdělávání neslyšících vedly především náboženské důvody, protože věřil, že mluvená řeč je božského původu a pouze mluvenou řečí se můžeme povznést k Bohu.

2.5 Vzdělávání neslyšících v XVII. století

Druhým učitelem vlastních dětí byl magistr **Georg Raphel (1673 – 1740)**. Prostudoval všechny dostupné materiály a publikace především od Ammana a rozhodl se sám vzdělávat své tři neslyšící dcery. Zvláště úspěšný byl u své nejmladší dcery. Své zkušenosti a poznatky sepsal v knihu „**Umění, jak hluchoněmé naučit mluvit**“. Okolo roku 1669 se ve Francii narodil neslyšící **Entienne de Fay**, který bych od svých pěti let vzděláván v opatství sv. Jana v Amiens. Není sice zachováno jméno jeho učitele, ale je jednoznačné, že bylo jeho vzdělávání velmi úspěšné. Byl znalý nejen čtení a psaní, ale také zvládal matematiku, geometrii, mechaniku a kreslení. Věnoval se i historii a své povolání architekta využil při přestavbě jmenovaného opatství. Pro pedagogiku byl významný tím, že pokračoval ve vzdělávání několika žáků, při kterém je seznamoval se znakovým jazykem.

Jacobo Rodríguez Pereir (1715-1780) se zajímal o neslyšící prakticky od svých 19 let. Dosáhly značných úspěchů ve vzdělávání neslyšících a své znalosti a zkušenosti předvedl před vědeckou Akademií v Caen. Díky dobrým výsledkům před touto komisí byl doporučen až do Paříže, kde získal další žáky. K výuce používal jednoruční prstovou abecedu, posunků. V maximální možné míře využíval praktické odhmatávání vibrací hlasivek. Ve své práci dosáhl toho, co si každý přeje. Byl známý a bohatý, získal řadu ocenění a stal se poživitelem královské penze. Nicméně Pereira si své zkušenosti a znalosti držel ve velké tajnosti. Chtěl, aby toto své „bohatství“ předal svým členům rodiny, kteří budou v jeho práci pokračovat. Utajil své zápisky a poznámky však tak důmyslně, že ani

po jeho smrti nikdo z rodiny nedokázal na práci navázat a pokračovat. Jeho syn zemřel mladý a zanechal po sobě dvě malé děti, které vyrůstaly ve velké bídě.

2.6 První školy pro neslyšící

První školy pro neslyšící patřily církvi nebo byly soukromé. Postupně až v 18. století se začíná v mnoha zemích tvořit systém „státního školství“.

V Rakousku zavedla systém obecného školství Marie Terezie v roce 1775, kdy školský zákon zpracoval opat Jakub Felbiger. Vycházel ze zásad Komenského, tedy zastával názor, že škola musí být pro všechny. Povinná školní docházka od šesti do 12 let byla uzákoněna v roce 1805. Na zavedení povinné osmileté školní docházky si děti musely počkat až do roku 1922 v souvislosti s vydáním Malého školského zákona. Tento však neplatil pro neslyšící žáky. Pro ty byla zavedena školní docházka až v roce 1948.

V Anglii se aristokratická šlechta na státní školství dívala s nedůvěrou, protože věděla, že vzdělávání širokých vrstev by mohlo ohrozit jejich prestižní postavení ve společnosti. I když zde nebyla velká vůle, nakonec šlechta umožnila přístup ke vzdělání i nejchudší vrstvě obyvatelstva, ale ne ve státních školách, ale v církevních.

Ve Francii se vytváří dnešní „ministerstvo školství“, které je zodpovědně za vzdělávání, které je postupně rozšířeno i pro neslyšící.

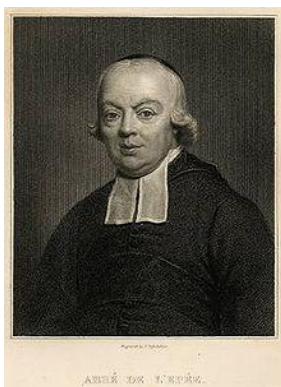
V Německu vzniká systém tzv. Podporovaného školství. V praxi to znamenalo, že státní úředníci sledovali úspěšnost škol soukromých. Pokud škola splňovala požadavky, spadala do patronace státu.

Patrně první školu pro neslyšící, pokud ji budeme chápat v dnešním slova smyslu, založil **Angličan Henry Baker (1698 – 1774)**. Z původního povolání knihkupce se přes výuku své příbuzné neslyšící zasadil o první soukromou školu v Londýně. O vyučovacích metodách Bakera však nic nevíme, protože pod pohrůzkou finanční pokuty bránil svým žákům je prozrazovat. Mnohem známější školu pro neslyšící založil Skot **Thomas Braidwood**. Vzdělávání neslyšících se začal věnovat až na základě popudu bohatého obchodníka, který mu svěřil svého neslyšícího syna. Měl zájem rozšířit dostupnost vzdělání v této škole i pro děti chudších rodičů. Nepodařilo se mu však zajistit dostatečné množství finančních prostředků pro realizaci. Metoda výuky byl formou orální, s výslovností fonémů, které jsou kombinované do slabik a později do slov. Braidwood používal i

dvouruční prstovou abecedu. Po jeho smrti ve vzdělání pokračoval syn i vnuk. V roce 1820 měly škola již 200 žáků.

V 18. století se začíná objevovat jméno patrně nejslavnější osobnosti ve vzdělávání neslyšících. **Charles Michael de l'Épée** (obr. č. 14) zasvětil svůj život pomoci chudým. Někdy kolem roku 1765 přivedla náhoda de l'Épée do domu, kde žila hluchoněmá dvojčata. Rodiče dívek požádali o jejich vzdělávání. Na základě úspěšného výsledku získával další žáky k výuce. V počátcích čerpal zkušenosti z knihy Pabla Boneta. Školu, která se později přejmenovala jako Národní institut pro neslyšící, financoval de l'Épée ze svých finančních zdrojů. Jmenovanou školu navštívil i císař Josef II., který zde hledal pomoc pro mladou dívku. Po dohodě s de l'Épée poslal Josef II. k zaškolení výuky neslyšící pátery Storka a Josefa May, kteří po návratu do Vídně otevřeli v roce 1779 první ústav pro neslyšící v Rakouské monarchii. De l'Épée je tedy významnou osobností i pro dějiny vzdělávání v Čechách. Abbé de l'Épée se od většiny svých předchůdců lišil v několika věcech (Hrubý, 1999):

- a) Snažil se poskytnout vzdělání co největšímu počtu neslyšících
- b) Byl naprosto otevřený a své metody před nikým netajil
- c) Byl průkopníkem používání znakového jazyka ve vzdělání neslyšících.



Obrázek č. 14: Abbé Charles-Michel de l'Épée

Je autorem knihy „Vzdělávání hluchoněmých pomocí metodických posunků“. Snažil se znaky, které neslyšící používali, rozvinout do dobře propracovaného systému. Vyučoval artikulaci, vymyslel řadu geniálních logopedických pomůcek. Svou dobu de l'Épée předběhl v tom, že byl přesvědčen o tom, že neslyšící mohou plnohodnotně myslet ve znacích. Po jeho smrti by jmenován ředitele školy jeho žák **Roch Ambroise Cucurron Sicard**. Zasloužil se o zajištění financování této školy z veřejných zdrojů. V době francouzské revoluce z obav o svůj život opustil Paříž. V době svého exilu vydal knihu „**Kurs obecné gramatiky**“. V době jeho působení ve škole si vybral jako asistenta **Laurenta Clerca**, který se později stává

prvním neslyšícím učitelem v USA. V době Sikardovy smrti se metoda vzdělávání neslyšících pomocí znakového jazyka, prstové abecedy a písma začíná nazývat *francouzskou metodou*. Oproti ní stojí tzv. *metoda německá*, která představuje ryze orální metodu. Zakladatele této metody byl pastor **Otto Lasius**. Hlavním „otcem“ této metody je však **Samuel Heinicke (1727-1790)**. Přivydělává si vyučováním žáků z bohatých rodin, kdy se mezi jeho žáky objevuje i hluchoněmý chlapec. V době sedmileté války se stal dezertérem a ukrýval se v malé vsi Eppendorfu. Zde se stále věnoval vzdělávání žáků a pro svou oblibu se proslavil. Později získal možnost přestěhovat se do Lipska, kde založil ústav. Heinickeho (obr. č. 15) metody vzdělávání neslyšících jsou přísně orální. Chápal obtížnost zapamatování si zvuků, proto se při výuce snažil spojit samohlásky s chutí. Zastával názor, že znaková řeč je z pedagogického hlediska škodlivá. (Hrubý, 1999)



Obrázek č. 15: Samuel Heinicke

2. 7 Vzdělávání v neslyšících v XIX. století

Počátkem XIX. století vzniká mnoho škol a ústavů pro neslyšící po celé Evropě. Nejpokrokovější evropské státy postupně zavádějí povinnou školní docházku pro neslyšící – Dánsko od roku 1817, Norsko od roku 1883, Švédsko od roku 1889, Anglie a Wales od roku 1893, Německo od roku 1913, Francie od roku 1882.

Počátkem 19. století došlo v Německu k prvním pokusům o *integraci neslyšících dětí do škol běžného typu*. V této době se začínají vyhrocovat orálně manuální konverzace vzdělávání neslyšících. Objevují se nepochopitelné argumenty, kdy např. lékař ústavu pro neslyšící v Paříži dokazoval, že žáci vzdělávání francouzskou metodou mají větší sklony k tuberkulóze. Johann Heidsiek ve svém díle „Neslyšící a jeho řeč“ jako jediný z německých učitelů vystoupil proti čisté německé orální metodě. Napsal, že používání orální metody při výuce neslyšících je považována z jeho pohledu za násilnou. Dalším z reformátorů německé orální metody se stal **Friedrich Moritz Hill (1805 – 1847)**. Objevil tzv. „**mateřskou metodu**“ jehož základem bylo nabývání znalostí dítěte v každodenním kontaktu

s matkou. Matka tím, jak s dítětem mluví, vlastně dítěti podsouvá vhodná slovní vyjádření. Hill ve svém nejlodnější období publikoval jednu knihu ročně. Vyučoval mnoho učitelů a stal se jedním z nejvlivnějších učitelů neslyšících všech dob.

V **Anglii** byl hlavním propagátorem orfismu **Thomas Arnold (1816 – 1897)**. Významný byl především založením školy pro neslyšící v Anglii, která byla později přeměněna na střední školu a po osmdesát let se tak stala jedinou střední školou pro neslyšící v Anglii.

V **USA** byl hlavním propagátorem orální metody **Alexander Graham Bell (1847-1922)**. Snažil se neúspěšně vyučovat neslyšící děti pomocí symbolů polohy mluvících orgánů. Snažil se při svém bádání sestavit nějaký přístroj, který by mu byl nápomocný při zviditelňování nebo zesilování zvuku pro použití ve výuce. Toto se mu sice nepodařilo, ale při svých pokusech objevil telefon, na který dostal patent a finanční odměnu ve výši 200 000 dolarů. Z této částky podporoval zvyšování a šíření znalostí o hluchotě prostřednictvím centra „**The Volta Bureau**“.

Evropa se v této době připravovala na druhý kongres učitelů neslyšících (první se konal v roce 1878 v Paříži). Konal se v Miláně v roce 1880 a bylo na něm předneseno devět příspěvků, ale pouze zástupce z USA obhajoval používání znakového jazyka. Ostatní členové přijali rezoluci a prohlásili, že orální metoda musí být preferována nad znaky ve vzdělávání a výchově hluchoněmých (Hrubý 1999). Hlavní město USA Washington se pro neslyšící komunitu stává Mekkou neslyšících. Centrem vzdělanosti, kultury a hrdosti je **Gallaudetova univerzita**. Jejím zakladatelem byl vysoký vládní úředník **Amos Kendall**, který na stavbu univerzity věnoval dva akry svých pozemků. Kendall také přesvědčil členy kongresu o zřízení Institutu pro vzdělávání hluchoněmých a slepých. Postupně některé státy přispívali finančními prostředky Institutu na vzdělávání svých neslyšících občanů. V roce 1864 prezident Abraham Lincoln podepsal zákon, který umožňuje Institutu udělovat vysokoškolské hodnosti. Byla zde možnost vzdělávat slyšící učitele neslyšících žáků. V roce 1893 zde absolvuje bakalářské studium umění první neslyšící žena Agatha Tiegel. V roce 1986 se zákonem Kongresu mění Institut na Gallaudet University (obr. č. 16) a do čela univerzity se dostává ke spokojenosti neslyšících studentů ohluchlý dr. King Jordan. (Hrubý,

1999). Na žádost studentů je postupně rozšířen počet neslyšících členů správní rady univerzity na 51 %.



Obrázek č. 16: Universitas Gallaudetensis

2. 8 Školství v Čechách, na Moravě a Slezsku

Dne 7. 12. 1786 byl na základě zednářské lóže a na počest návštěvy Josefa II. otevřen další dobročinný ústav - **Ústav pro hluchoněmé v Praze**. Prvním ředitelem byl pater Karel Berger, který se zabýval vzděláváním neslyšících již v době, kdy byl administrátorem v gymnáziu v Blatné. Intenzivně se zde věnoval studiu vzdělávání neslyšících a podrobil se odborné zkoušce ve Vídni, u které byl přítomen i císař Josef II. Berger vyučoval neslyšící žáky pomocí prstové abecedy číst i psát. Pojmy vytvářel pomocí znaků, žáky učil vyslovovat hlásky, slabiky a slova. Později učinil z vyučování mluvené řeči hlavní předmět. Nedslyšaví a ohluchlí žáci se učili i artikulaci. Ústav byl do roku 1836 ústavem německým. Zasluhou **pátera Jana Muckeho (1770 – 1840)**, který se stal dalším ředitelem v roce 1820, se v ústavu vyučovalo i česky. Prvním českým učitelem neslyšících se v pražském ústavu stal **Petr Veselovský (1810 – 1888)**. Pro jeho vlasteneckou činnost a styky s tehdejšími nepřáteli režimu mu bylo dvakrát odepřeno místo prvního učitele. Proto ústav v roce 1841 na základě těchto okolností opustil a pět let poté sepsal práci o výchově hluchoněmých. Protože se v ústavu zvyšoval počet chovanců a prostory již byly nevyhovující, byl v roce 1838 zakoupen tzv. Faustův dům (obr. č. 17) na Karlově náměstí pro účely přemístění tohoto ústavu. Po úmrtí pátera Jana Muckeho se stal ředitelem ústavu **Václav Frost (1814 – 1865)**, vyznačovač znakového jazyka. Jeho cílem bylo rozšířit slovník znakového jazyka. Byl přesvědčen o tom, že přirozenou mluvou neslyšících je posunková řeč. Snažil se pochopit potřeby svých žáků a byl proto ve velmi velké oblibě. Za jeho působení se v ústavu nadále vyučovala artikulace, čtení i psaní, protože měl Frost

za to, že je neslyšící potřebuje obojí. Stává se autorem nové metody vzdělávání neslyšících, tzv. „**Frostově kombinované metodě**“. Mluví se o této metodě také jako o „české“ nebo „pražské“. Tato metoda v podstatě není nic jiného, než bilingvální metoda vzdělávání neslyšících, které byla znovuobjevena v šedesátých letech ve Skandinávii. Podstatou této metody je, že se v některých předmětech vyučuje ve znakovém jazyce, jiné předměty jsou vedeny vyučujícím mluvením bez ukazování. Autor této metody předběhl dobu a je v podstatě velmi smutné, že se této metodě vyučujeme v zahraničí a je spíše odborníky považována na metodu skandinávskou. Po smrti Frosta se stal ředitelem pražského ústavu **Václav Kořátko (1810 – 1876)**, který je autorem prvních pomůcek pro vzdělávání neslyšící – slabikáře, čítanky, sešity, mluvnických cvičení a sbírky povídek. Za působení ředitele zde působil učitel **Karel Malý (1846 – 1916)**, který je považován za nejvýznamnějšího českého učitele neslyšících vůbec. Po smrti Kořátka je jmenován ředitelem tohoto ústavu **Karel M. Kmoch (1839 – 1913)**. Byl označován za otce neslyšících a prosazoval ve výuce „*metodu posunkovou*“. Kmoch je autorem „**Biblického dějepisu**“, který ilustroval neslyšící učitel kreslení J. Karresch.



Obrázek č. 17: Faustův dům

Za působení Kmocha měl ústav 160 žáků a zvyšujícím počtu žáků již stávající prostory zcela nevyhovovaly. Proto byl Faustův dům (obr. č. 17) prodán a v roce 1901 byl císařem Františkem Josefem I. slavnostně položen základní kámen na stavbu nového ústavu pro neslyšící v zahradě Kinských v Praze na Smíchově. Po smrti Karla Kmocha se vrchním ředitelem stává právník Emanuel Ott, který svým přičiněním zabránil přeměně ústavu pro neslyšící za období první světové války na nemocnici. V roce 1918 měl ústav v české části 85 studentů, v německé části 52 studentů. Zástupci české strany se však k ústavu zachovali velmi macešsky, a to za situace, kdy budovu ústavu zabrali pro zřízení pracoviště Českého statistického úřadu. Vrchní ředitel dr. Ott odmítl odstěhovat ústav z Prahy a přemístí proto svých 25 dětí do pražské vily „Hladovka“. (Hrubý, 1999)

Po opětovném navrácení budovy, které se dr. Ott bohužel nedočkal, narůstá opět počet dětí. Nastupující ředitel Vetešník otevírá v ústavu pro děti od 3 let první mateřskou školku pro neslyšící v Československu. Od roku 1932 je jmenován ředitelem ústavu katecheta **Alois Novák** a za jeho působení došlo k několika zásadním změnám. K ústavu byla připojena první pomocná škola městská a bylo zcela zrušeno oddělení pro německé děti. Následně bylo v ústavu zřízeno první oddělení se specializací na nedoslýchavé žáky. Bohužel však ředitel Novák až tak nevěří ve schopnosti neslyšících dětí a proto zakazuje používat v ústavu při vzdělávání znakový jazyk.

Po zestátnění škol v dubnu 1948 byla provedena tzv. kategorizace škol pro hluchoněmé. V Praze na Smíchově byla zřízena školka pro hluchoněmé děti, národní škola pro hluchoněmé děti a národní škola pro děti se zbytky sluchu. V roce 1950 přechází tamní správa ústavu pod Ústřední národní výbor hlavního města Prahy. S touto dobou se bohužel také objevují nebezpečné výroky, že zdravotně postižení kazí vizi „šťastného socialistického člověka“ a měli by být proto takto postižení odsunuti na venkov. Což se nakonec nepodařilo prosadit. V této době se stává novým ředitelem dr. František Šrom, následně Olga Tůmová a od roku 1989 ústav vede Mgr. Vlastimil Vácha.

Školství na Moravě a Slezsku

Za zakladatele školství pro neslyšící na Moravě a Slezsku lze oprávněně považovat vrchního radu zemského soudu v Brně, **rytíře z Traubenburku Josefa Dietmana (1761 – 1843)**. Při své soudní praxi se často setkával s hluchoněmými kriminálníky, jejich kriminální přečiny byly často způsobeny negramotností a tudíž neznalostí zákonů. Jeho vlivem přispěl finanční částkou na založení ústavu brněnský továrník Ess a díky vyhlášené a úspěšné sbírce mohl být zakoupen v Brně dům se zahradou, v němž byl otevřen v roce 1829 Moravsko - slezský ústav pro hluchoněmé. Historicky prvním ředitelem se zde stal kněz **Josef Handschuch**, za jehož působení se vyučovalo převážně orální metodou. V roce 1843 umírá mecenáš Josef Dietmann a odkazuje hotovost nejen tomuto ústavu, ale přeje si využití finanční částky i pro založení ústavu pro slepce. V ústavu pro hluchoněmé se v té době vyučovalo převážně německy. Ke změně došlo za působení učitele **Jana Valíčka (1826 – 1916)**, horlivého vlastence (Hrubý, 1999). Ten začal děti vyučovat česky, což mu v německy orientovaném Brně nepřineslo mnoho

úspěchů a obliby. Za působení ředitele pátera **Františka Maršovského** byli chovanci brněnského ústavu rozděleni do německých a českých tříd.

Za první světové války došlo ke znehodnocení finančního jmění, ze kterého byl ústav z velké části financován, a proto muselo z těchto důvodů dojít k uzavření brněnského ústavu. Na své znovuotevření si museli příznivci tohoto ústavu počkat až do roku 1925 za působení ředitele **Huberta Synka**. V roce 1965 došlo v Brně ke zřízení Učňovské školy pro mládež s vadami sluchu. Postupně se od roku 1951 v ústavu vystřídal osm ředitelů. V roce 1995 nastoupila na funkci ředitelky Mgr. Jitka Silovská, která zavedla při vzdělávání neslyšících nejpřirozenější způsob bilingvního vzdělávání.⁷

Postupně vznikají další ústavy. V roce 1844 až 1852 působí v Mikulově **Ústav pro neslyšící děti židovského náboženství**, který byl však přenesen do Vídně a v Mikulově tak definitivně zanikl. V roce 1858 založil Augustin Bartoloměj Hille **Diecézní ústav pro hluchoněmé v Litoměřicích**. Vyučovalo se zde kombinovanou metodou. Valerián Johannes Jirsík (obr. č. 18) se zasloužil o činnost Diecézního ústavu pro hluchoněmé v Litoměřicích. Ústav byl v roce 1947 zrušen, v roce 1999 došlo opět ke kompletní rekonstrukci této budovy.



Obrázek č. 18: Valerián Johannes Jirsík

Diecézní ústav pro hluchoněmé v Hradci Králové byl založen v roce 1881 biskupem dr. Josefem Janem Haisem a to na počest sňatku korunního prince Rudolfa Habsburského s belgickou princeznou Štěpánkou. Prvním ředitelem se stal Josef Beran, který se zasloužil o založení a pečlivé vedení kroniky výše jmenovaného ústavu. V roce 1889 je jmenovaná ředitelkou ústavu sestra Eustachie Rypotová, která se tak stává první ženou v takové funkci u nás.

Útulna pro hluchoněmé dívky a ženy v Horní Krči u Prahy byla zřízena Karlem Komchem (Hrubý, 1999). Neslyšící dívky si chtěly útulnu spravovat samy, ale

později se dostávají do finančních potíží. Finanční správa útulny je z tohoto důvodu předána řádové sestře, bohužel však již není možné v historických záznamech dohledat další osudy útulny (Hrubý, 1999). Rozhodnutím Zemského sněmu bylo započato v roce 1893 se stavbou **Zemského ústavu pro hluchoněmé v Ivančicích**. Ve školním roce 1905/1906 měl tento ústav poprvé pro vzdělávání všech osm postupných tříd, čímž se stal nejlépe systémově organizovaným zařízením v celém Rakousku. Prvním ředitelem tohoto zařízení se stal Josef Kolář, který propagoval vzdělávání tradicí *nekompromisního oralismu*.⁸ **Moravský zemský ústav pro hluchoněmé v Lipníku** byl postaven v roce 1894 dle vzoru ústavu v Ivančicích. V roce 1918 se zde konal sjezd absolventů. Při této příležitosti bylo rozhodnuto o vydávání první českého časopisu pro neslyšící „*Noviny pro hluchoněmé*“. Ústav byl v roce 1950 přeměněn na vojenská kasárna a samotný ústav byl přestěhován do bývalého kláštera na Svatém kopečku u Olomouce. V roce 1999 byl ústav natrvalo přemístěn do zrekonstruované budovy bývalých kasáren v Olomouci. Němečtí poslanci Zemského sněmu požadovali zřízení ústavu pro německy neslyšící děti. Stalo se tak v roce 1907, kdy byl otevřen **Moravský zemský ústav pro hluchoněmé v Šumperku**. Za druhé světové války byl ústav využitý pro účely vojenské nemocnice a po odsunu sudetských Němců již ústav nebyl otevřen. Po ústavech v Lipníku a Ivančicích byl v roce 1911 otevřen třetí ústav na Moravě a to ve Valašském Meziříčí. V roce 1948 byla z důvodů kategorizace škol zřízena mateřská, národní a střední škola pro hluchoněmé, národní škola pro nedoslýchavé a zvláštní škola pro hluchoněmé. V roce 1987 byl ve Valašském Meziříčí zřízen nový učební obor pro neslyšící – elektrovýroba. V roce 1992 je zahájena výuka na Střední průmyslové škole elektrotechnické se zaměřením na výpočetní techniku, v roce 1997 je otevřen učební obor zahradník. Na žádost rodičů neslyšících dětí byla v roce 1919 zřízena veřejná škola pro hluchoněmé děti v Plzni a v roce 1923 byl otevřen Ústav pro hluchoněmé v Plzni. I zde byl vydáván časopis „*Plzeňský hluchoněmý*“.

Postupně jsou na celém našem území otvírány další ústavy pro sluchově postižené, podpůrné spolky pro hluchoněmé, jesle, mateřské školky, školy pro získání základního, střední a vysokoškolského vzdělání (Hrubý, 1999).

⁷ Dvojjazyčné vzdělávání, aktivní užívání dvou jazyků na úrovni jazyka mateřského

⁸ Orální metoda – mluvená řeč. Základní součástí orální metody je vyvíjení a osvojování mluvené řeči, výcvik v odezírání.

3. TĚHOTENSTVÍ A POROD ŽENY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Pokud žena uslyší zprávu o své těhotenství, přijímá ve většině případů tuto zprávu s velkým nadšením a začíná se od této chvíle na budoucí roli matky důkladně připravovat. Pro každou ženu však představuje těhotenství i porod mimořádnou zátěž jak na fyzickou, tak i psychickou stránku. Každá žena se obává o to, aby průběh těhotenství probíhal co nejlépe a bez komplikací a aby na svět přivedla zdravé dítě. Sluchově postižená žena je navíc kromě této skutečnosti stresována ještě obavou či dokonce strachem, jak bude probíhat komunikovat s lékaři a zdravotními sestrami během celého těhotenství a porodu a zda ji budou rozumět. Je velmi stresující pro rodičí neslyšící ženu pokud nerozumí tomu, co se s ní v případě vzniklých porodních komplikací děje. Trpí pocitem bezmocnosti a velkým strachem z toho, že s ní nikdo nekomunikuje a ona sama nikomu nerozumí. Nechápe dění a případný rozruch, který se kolem ní děje.

Teoretická část této diplomové práce se zaměřuje na jedno zdravotnické zařízení v Praze, ve kterém mají zkušenost s prenatální péčí o těhotnou a rodičí ženu se sluchovým postižením. Praktická část diplomové práce je provedena formou dotazníkového šetření v připravenost v komunikaci ostatních zdravotnických zařízení na území České republiky při poskytování zdravotnické péče těhotné a rodičí ženě se sluchovým postižením.

3.1 Těhotenství ženy se sluchovým postižením

První známky těhotenství bývají u ženy převážně subjektivní a patří k nim amenorea, ranní nevolnost a zvracení, časté močení, citlivost prsů, ospalost a únava. Zhruba v polovině těhotenství začíná těhotná žena pociťovat první pohyby dítěte. K objektivním známkám patří především výskyt choriongonadotropinu v moči. Tato látka se objevuje již během pěti a sedmi dní po početí a její stanovení je základem každého těhotenského testu. Současně se začíná zvyšovat hladina Estrogeneru a Progesteronu. Tři až čtyři týdny po početí lze ultrazvukovým vyšetřením těhotenství zjistit a potvrdit. V druhém trimestru dochází u těhotné ženy ke zvětšování břicha a změny tvaru a velikosti dělohy. Mezi další pozitivní

potvrzení těhotenství patří záznam srdečního tepu plodu. Objevují se také změny na kůži matky, rostoucí děloha tlačí na zažívací orgány a často dochází k zácpě a pálení žáhy u matky. Vlivem tlaku dělohy v oblasti malé pánve se můžou u těhotné ženy objevit na nohou, vulvě a konečníku varikózní žíly. V průběhu celého těhotenství postupně dochází ke změně siluety a držení těla⁹.

Díky vyšetřením moči, krve a ultrazvukem lze zjistit a potvrdit těhotenství již 9 dní po uhníždění vajíčka s 97 až 98 % přesností, čtyři týdny po poslední menstruaci je test 100% (Nancy Evans, 1994). Včasné zjištění těhotenství má několik výhod. Žena, která chce dítě donosit, musí začít včas dodržovat zásady prenatální péče – zdravě se stravovat, vyhýbat se potenciálně škodlivým látkám (např. alkoholu, drogám, lékům, tabáku) a omezit styk se zvířaty přenášejícími infekční nemoci, vyvarovat se styku s osobami nakaženými infekčními nemocemi, vyvarovat se rentgenovému záření a kontaktu s chemikáliemi. V případě časného zjištění těhotenství má žena možnost se rozhodnout o ukončení těhotenství v době, kdy ještě pro možnost zákroku hrozí minimální riziko komplikací¹⁰.

A právě v tomto období je potřebné budoucí maminku důkladně informovat o nutnosti změny životosprávy a v případě jejího nedodržování o možných komplikacích a rizicích. Již v počátcích těhotenství se začíná neslyšící těhotná žena potýkat jak s nedostatkem informací, tak se způsobem předávání informací od zdravotnických pracovníků. Těhotné neslyšící mívají občas problémy s porozuměním psaného textu, a proto vybavení těhotné ženy v těhotenských poradnách pouze materiály v tištěné podobě je mnohdy zcela nedostačující a troufám si říct, že i nevhodné. Tak jak již bylo řečeno, nepochopením textu může u nastávající maminky vyvolat zbytečně stresující pocity. Navíc různé praktické rady a zkušenosti většinou těhotná neslyšící získává pouze od jiných lidí se sluchovým postižením. Proto při edukaci neslyšících těhotných žen je nutné postupovat tak, aby byly odstraněny komunikační bariéry mezi těhotnou neslyšící a zdravotnickým personálem a došlo k vzájemné spolupráci a získání důvěry, která má mnohdy velmi křehký základ.

Každý rok v České republice porodí cca 80 – 100 žen, které jsou postiženy vážnou poruchou sluchu. Středisko rané péče „Tamtam“ a Federace rodičů a

⁹ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babičství UJAK 2010, Dagmar Malá

přátel sluchově postižených zaregistrovali dlouhodobé negativní zkušenosti neslyšících rodičů s poskytováním péče o těhotnou a rodící ženu ve zdravotnických zařízeních na území ČR. Ženy si nestěžovaly si na odbornou úroveň samotné lékařské a ošetrovatelské péče, která je poskytována „lege artis“, ale na komunikační bariéry. Na základě několika jednání se zástupci výše jmenovaného střediska rané péče a Federace rodičů a přátel sluchově postižených bylo v roce 2004 v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí (obr. č. 19) zřízeno první unikátní centrum pro neslyšící těhotné ženy a rodičky. Organizační stránky celého projektu se aktivně a důsledně ujala MUDr. Helena Slavíková, dětská lékařka, která ve výše uvedeném zdravotnickém zařízení pracuje již několik let a má zkušenosti s péčí o tyto ženy. Není vytvořeno nové zdravotnické zařízení, kde by byla těhotným a rodícím neslyšícím ženám poskytována speciální zdravotní péče, ale jde o specifický přístup k samotným neslyšícím. Do projektu se z počátku zapojilo 20 – 30 zaměstnanců, kteří se pravidelně účastnili několika kurzů výuky znakové řeči a komunikace s neslyšícími a osvojili si tak základy této komunikace. Všechny kurzy, které zaměstnanci absolvovali, se konaly mimo jejich pracovní dobu, tedy ve chvílích osobního volna. Průběžně během roku jsou pro nové zaměstnance organizovány přednášky zaměřené na problémy neslyšících. V současné době jsou na pracovišti vyškoleni čtyři zaměstnanci, kteří plně ovládají tlumočení do znakového jazyka. Pro zajištění dokonalé odborné komunikace má uvedené zdravotnické zařízení pro potřebu k dispozici tlumočnický znakového jazyk, kteří jsou doporučováni střediskem rané péče „Tamtam“. Zdravotničtí pracovníci tohoto zařízení jsou schopni zajistit komunikaci s těhotnou neslyšící ženou, ale během porodu není na komunikaci ve znakovém jazyce dostatečný prostor.¹¹

Péče o neslyšící budoucí maminky začíná vždy již před porodem. Jednou týdně v určenou dobu je v poradně pro těhotné přítomen tlumočnický znakového jazyka. Jinak je vždy možné domluvit návštěvu tlumočnicka individuálně, například při ultrazvukovém nebo jiném vyšetření apod. V uvedené poradně je také poskytováno odborné poradenství párům s vrozenými vadami sluchu, které se chtějí dozvědět, jaká je pravděpodobnost, že se u jejich dítěte vyskytne některá ze sluchových vad.

¹¹ Internetový zdroj: <http://www.upmd.cz> (2.2.2012)



Obrázek č. 19: Ústav pro matku a dítě v Podolí

Těhotné neslyšící ženy se můžou začít navštěvovat uvedenou poradnu pro těhotné porodnice v Podolí ihned na začátku těhotenství. Pokud je však budoucí maminka spokojena se svým ošetřujícím lékařem - gynekologem, může v jeho péči nadále zůstat a to až do porodu. V případě, že k samotnému porodu zvolí pražskou podolskou porodnici, pak je nutné tamní prenatální poradnu navštívit nejpozději měsíc před termínem porodu. První kontakt s porodnicí pro objednání termínu návštěvy v prenatální poradně probíhá přes sms, e-mail případně fax. Při tomto prvním oslovení budoucí maminky dojde k dohodě o způsobu další komunikace. Většina těhotných žen velmi dobře odezírá, část jich dokáže velmi srozumitelně mluvit. Vždy záleží na období, kdy došlo ke ztrátě sluchu. Přesto je doporučována forma komunikace mezi zdravotníky a těhotnou ženou tlumočením do znakového jazyka, která umožňuje přesnější vysvětlení toho, co se s těhotnou a rodící ženou děje. Zde však platí, že je třeba neslyšící těhotné nebo rodící ženě podat informaci co v nejsrozumitelnější podobě. Ne všechny neslyšící těhotné se velmi dobře orientují v odborném názvosloví.

Pokud se tedy žena rozhodne navštěvovat poradnu pro těhotné, může si již zvolit využívání profesionálního tlumočnicka, který je vzdělaný i ve zdravotnické problematice. Tento tlumočnick je zajišťován prostřednictvím střediska rané péče Tamtam. Porodnice se snaží zajistit, aby byl zpravidla stejný tlumočnick přítomen i u samotného porodu. Velká část žen však přichází do poradny nebo k porodu se slyšícím rodinným příslušníkem, který tak často plní i funkci tlumočnicka. Pokud těhotná neslyšící má bydliště mimo Prahu, je možné, aby v podolské porodnici

rodila. Před plánovaný porod je možné zajistit její ubytování v blízkosti porodnice.¹²

Na webových stránkách Ústavu pro matku a dítě v Podolí na adrese: <http://www.upmd.cz> neslyšící těhotná získá základní informace:

Centrum pro neslyšící maminky ÚPMD (CNM), tel.: +420 739 089 887

Kontakt: MUDr. L'uba Lapšanská, e-mail: luba.lapsanska@gmail.com

MUDr. Tereza Cvejnová, e-mail: tereza.cvejn@gmail.com

SMS záchranná služba, telefon: +420 724 333 155 (uved'te jméno, přesnou adresu, zdravotní problém)

Tlumočnická služba ASNEP, telefon: +420 776 701 502 (zaslat sms s popisem problému).

Nastávající neslyšící maminky můžou v porodnické nemocnici využít i placených předporodních kurzů, které nejsou povinné a je zapotřebí provést rezervaci nejméně dva měsíce před porodem. Navštěvovat je nastávající maminky můžou buď se svým rodinným příslušníkem, nebo po předchozí dohodě s tlumočnickem. Porodní asistentky, které kurz připravují, jsou odborně proškoleny v komunikaci s neslyšícími.

Kurzy (obr. č. 20) jsou rozděleny do tří bloků:

I. část - porodnická

- Předporodní příprava, kdy do porodnice, co vzít s sebou, jednotlivé doby porodní, nácvik dýchání, porod císařským řezem, otec nebo rodinný příslušník u porodu, hygiena a zásady správné životosprávy, šestinedělí, psychické změny.

II. část - šestinedělí, péče o své duševní zdraví

- Hormonální změny v šestinedělí, příchod domů, nová situace - vliv na vztahy v rodině, starší sourozenci, babička jako vítaná pomoc. Kurz je pro maminky, páry i prarodiče.

III. část - péče o novorozence v porodnici a doma

- Ošetřování, kojení, projevy, nácvik s modelem.

¹² Internetový zdroj: <http://www.upmd.cz> (2. 2. 2012)

Kurzy též zahrnují důležité informace o porodnici, organizaci. Dle možností je možné zajistit i prohlídku porodních sálů.



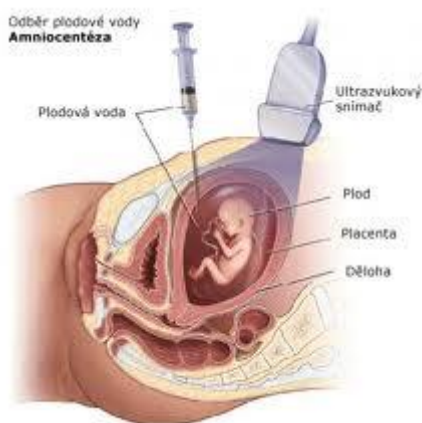
Obrázek č. 20: Předporodní kurzy

Systém prenatální péče se v České republice se vyznačuje vysokou úrovní péče o těhotné, která se realizuje prostřednictvím bohaté sítě ambulantních prenatálních poraden. Cílem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné a včasný záchyt abnormalit v průběhu gravidity s následným zajištěním diagnostických a terapeutických opatření. Ošetřující lékař odbornosti gynekologie poskytuje lékařskou péči podle svých možností a hlavně podle zdravotního stavu těhotné. Podle výskytu rizikových faktorů, případně patologických odchylek v průběhu těhotenství, rozdělujeme graviditu:

- Na fyziologickou, která představuje normální průběh,
- Na rizikovou, kdy těhotenství sice zatím probíhá normálně, ale je zatíženo zvýšeným rizikem (anamnestickým, nebo vzniklým v průběhu těhotenství),
- Na patologickou - prokázaný chorobný průběh gestace.

Dle uvedeného typu gravidity je pak určena další lékařská péče. Po potvrzení těhotenství je těhotné vystaven těhotenský průkaz, který slouží k záznamům údajů o těhotné a výsledcích v rámci pravidelných kontrol v prenatální poradně průkaz, do kterého lékař zaznamená veškeré požadované údaje a výsledky pravidelných kontrol. V rámci fyziologického těhotenství jsou kontroly v prenatální poradně prováděny do 22. týdne 1x za čtyři týdny, v období mezi 23. - 29. týdnem těhotenství 1x za tři týdny, ve 30. - 35. týdnu 1 x za dva týdny a v posledním trimestru ve 37. - 40. týdnu 1x za měsíc. Je vhodné, když se poslední 3 - 4 vyšetření konají již v ambulantních zařízeních porodnic, kde se žena rozhodla rodit. Při první kontrole v poradně je nutné určit délku těhotenství a stanovit

termín porodu. Ten se upřesňuje ještě podle ultrazukového vyšetření, které je zapotřebí absolvovat do 20. týdne těhotenství.¹³ Lze potvrdit orientačně i termín porodu podle prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou ženou. Ošetřující gynekolog vždy při kontrolách v prenatalní poradně provádí vaginální vyšetření se stanovením nálezu na porodních cestách - cervix-skóre, kontroly tlaku krve, sleduje váhový přírůstek, případné otoky končetin, dále provádí kultivační vyšetření z pochvy, vyšetření moči, krevního obrazu, krevní skupiny. Součástí prenatalní péče je vyšetření na přítomnost antierytrocytárních protilátek, protilátek proti HIV, HBsAg, diagnostika syfilis. Svě důležité zastoupení má interní a stomatologické vyšetření. V druhém trimestru, tedy začátkem 16. týdne těhotenství se těhotná žena podrobuje biochemickému screeningu k diagnostice vrozených vývojových vad (VVV) označovan, jako triple test. Sonografický screening VVV se provádí standardně ultrazukovým vyšetřením v 18. - 20. týdnu a poté ve 30. - 32. týdnu těhotenství. V případě, že provedené screeningové vyšetření pro zjištění patologie je pozitivní nebo se jedná o rodičku nad 35 let věku nebo z důvodů nepříznivé rodinné anamnézy je prováděna amniocentéza (obr. 21), biopsie choria a kordocentéza. K provedení těchto vyšetření je však pacientka odesílána na specializovaná pracoviště po vyšetření klinickým genetikem.



Obrázek č. 21: Aminocentéza

Své nezastupitelné místo mám i ošetrovatelská prenatalní péče, kterou představuje porodní asistentka. Během těhotenství při návštěvách v prenatalní poradně získá těhotná žena potřebné informace z období těhotenství, porodu a šestinedělí. Bližší informace včetně jednotlivých fází porodu lze získat i v kurzech předporodní

¹³ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

přípravy, psychoprofylakčních kurzů, kurzů plavání v těhotenství nebo kurzů těhotenské jógy apod.¹⁴

V případě těhotenství ženy se sluchovým postižením je již v prvních návštěvách v prenatalní poradně velmi důležitá srozumitelná komunikace s ošetřujícím lékařem pro kontinuální předání informací o osobní a rodinné anamnéze, o průběhu těhotenství, potřebných screeningových vyšetření, dodržování životosprávy a možnosti účasti na kurzech přípravy k porodu. Je tedy vhodné, aby v rámci návštěvy těhotné neslyšící ženy v prenatalní poradně byla doprovázena slyšícím rodinným příslušníkem nebo profesionálním tlumočnickem znakového jazyka.

3.2 Porod těhotné ženy se sluchovým postižením

Porodem označujeme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. Pokud porod proběhne do konce 37. týdne těhotenství, v lékařských kruzích se hovoří o předčasném porodu (*partus praematurus*). Pokud porod proběhne mezi 38. do 42. týdne těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu nebo také o včasném porodu (*partus maturus*) a ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství označujeme jako opožděný porod (*partus serotinus*). Pro určení začátku porodu se sledují následující příznaky:

- Bolestivé kontrakce s určitou pravidelností,
- Otvírání branky a/nebo dilatace (otevření) děložního hrdla,
- Odtečení plodové vody,
- Krvavý výtok.

Samotný porod probíhá ve 3. fázích, které se nazývají *porodní doby*. První doba porodní je tzv. „**otevírací doba**“, druhá doba porodní se označuje jako „**vypuzovací doba**“ a třetí doba porodní se nazývá jako „**doba k lůžku**“.

➤ První doba porodní – „otevírací“

První doba porodní (otevírací) trvá přibližně 6 až 7 hodin, u žen které již rodily, je většinou tato doba kratší – okolo 4 hodin. Začíná činností dělohy, která způsobuje otvírání děložního hrdla a branky, čili otvírání porodních cest a je

¹⁴ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

ukončena úplným zánikem děložní branky a začátkem vypuzování plodu. V průběhu této první doby porodní se postupně zvyšuje počet a intenzita (síla) kontrakcí. Na počátku rodící žena pociťuje přibližně 1 až 2 kontrakce za 10 minut, na konci první doby porodní se objevuje až 5 kontrakcí trvajících 45 sekund. V průběhu první doby se postupně zvyšuje tlak plodové vody vak plodových blan. Dochází tak ve většině případů k samovolnému puknutí plodových blan a odtoku plodové vody. První doba porodní končí v případě, pokud se děložní hrdlo otevře na takovou velikost, aby mohla projít hlavička rodícího se plodu (Trčka, 2005). Během této doby je rodící žena pravidelně vyšetřována lékařem a jsou monitorovány srdeční ozvy plodu.

➤ **Druhá doba porodní – „vypuzovací“**

Druhá doba porodní se nazývá vypuzovací, protože je plod vypuzován z dělohy pochvou ven. Žena během této doby pociťuje silné tlaky a silné děložní stahy. Pro pokračující fyziologický porod by mělo být dítě již otočeno hlavičkou čelem k matčině hrázi a zbytky děložního hrdla by měly být již schované. Rotace dítěte probíhá v průběhu první a druhé fáze v této době porodní. Pokud je dítě v „zádovém postavení“, tzn., že je v děloze otočeno zády k záďům matky, je tato doba rotace delší.

Když je dítě při postupu do porodních cest otočené hlavičkou, dochází k porodu hlavičky, ramínek a následně zbytku tělíčka dítěte. Pokud je otočeno pánevním koncem, vychází nejdříve zadeček a nožičky. Je-li dítě v poloze příčné, nelze jej spontánně porodit a dochází k operativnímu zákroku, které se nazývá císařský řez. Operativní ukončení porodu je indikováno i v případě, že je dítě otočeno pánevním koncem a má vyšší hmotnost. Takto porozeného novorozence lékař nachvílí podrží tak, aby mu vytekla z úst plodová voda. Novorozenec následně začne ve většině případů křičet. Je nutné u novorozence podvázat pupečník a přestřihnout. Dítě je následně předáno do péče porodní asistentky, které dítě zváží, změří, ošetří kůži a zbaví dítě tzv. mázku. Následně je novorozenec podroben lékařskému vyšetření pediatrem ke stanovení zdravotního stavu.¹⁵

¹⁵ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

Druhá doba porodní by měla trvat maximálně dvě hodiny. Delší porod je většinou ukončen císařským řezem nebo porodník použije při nepostupujícím porodu porodnické kleštěmi (obr. č. 21) či vakuovým extraktorem (obr. č. 22).

3.2.1 Porod kleštěmi a vakuovým extraktorem

Historie klešťových porodů sahá hluboko do historie, patrně až do doby starověku. První záznamy porodu, kdy byly použity „nástroje“ podobající se porodnickým kleštím, byly objeveny na rytinách ve starověké Persii. Vynález současných porodnických kleští se připisuje rodu Chaberlenů, kteří si v rámci rodinné tradice předávali nástroj téměř dvě stě let a velmi úspěšně tak tajili jeho výrobní postup. Až kolem roku 1740 nezávisle na sobě tři porodní lékaři Plugh, Levret a Smellie vytvořili moderně upravený tvar klešťových kleští tak, aby kopírovali úhel porodního kanálu. Postupem let bylo vytvořeno přes 500 modifikací kleští. Podle tvaru kleštin, zakřivení a zámku rozeznáváme několik typů kleští. V podstatě je pro lékaře – porodníka důležité, aby manuálně ovládal dva druhy kleští. Kleště tzv. výchovodové, které se používají ve fázi porodu, kdy hlavička sestoupila do nejnižší části pánve a kleště, která se používají ve vyšších pánevních rovinách.

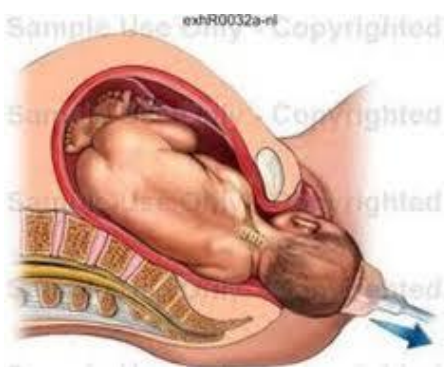
Pokud se tedy lékař rozhodne pro vedení porodu tímto způsobem, přikládá tenké kovové kleštiny šetrně podél hlavičky plodu tak, aby při sevření zachytil hlavičku plodu někde v oblasti čelistního kloubu. Mozková část hlavičky je tak chráněna horní částí kleští. Tvoří tzv. přílbu. Postupným plynulým tahem za rukojeť nástroje je pak porozena hlavička plodu a následně dojde k porodu celého dítěte.

Vedení takového porodu však někdy souvisí s výskytem komplikací. Mezi nejčastější komplikace, které nemají vážný charakter, patří poranění pochvy a hráze rodící ženy. V extrémních případech dochází k velmi vážným komplikacím, kdy má dítě hlavičku abnormálně natočenou v pánvi a může tedy porod vedený kleštěmi způsobit poranění hlavičky plodu. Protože kleště jsou především určeny na záchranu dítěte, používají se pro riziko poranění ženy jenom v případě, kdy je zřejmé, že se jedná o porod životaschopného dítěte. Porod pomocí porodnických kleští je indikován i v případech předčasného porodu.



Obrázek č. 22: Porod porodnickým kleštěmi

První historická zmínka o použití podtlaku při porodu dítěte je zdokumentovaná v odborné publikaci pana Younga z roku 1706. Ale za oficiálního autora myšlenky vakuumextrace je Švéd Malmstrom, který si dokonce nechal v roce 1954 patentovat vakuový zvon. Při nepostupujícím porodu byl tento zvon přikládán na hlavičku plodu a po dosažení podtlaku došlo k porození dítěte. Dnešní vakuový extraktor se v podstatě nezměnil. Klasická kovová pelota neboli zvon je k dispozici porodníkům v několika rozměrech. Nejpoužívanější je rozměr o průměru 60-70 mm. Pelota se tedy nasadí na hlavičku plodu v oblasti vedoucího bodu a za pomoci elektrické nebo ruční vakuové pumpy se vytvoří podtlak a hlavička plodu se porodí. Z tohoto důvodu se často mezi porodním zvonem a lebkou objeví otok, který spontánně mizí do 3 – 4 dne po porodu a většinou nezanechává žádné následky. Těmto komplikacím bylo prakticky zamezeno používáním silikonových zvonů. Jsou výrazně šetrnější k samotnému dítěti i při zavádění do pochvy.



Obrázek č. 22: Porod vakuovým extraktorem

Komplikace při požití vakuumextraktu (obr. 22) se vyskytují velmi zřídka. Jedná se především o drobná poranění oděrek a již zmiňovaný otok hlavičky.¹⁶

¹⁶ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

Vakuuextraktor nesmí být používán k porodu dítěte při podezření na nedostatek kyslíku.

Hlavní indikací k použití tohoto nástroje je potřeba rychlého ukončení druhé doby porodní, zvláště při dlouhotrvajícím a vyčerpávajícím porodu. Na rozdíl od porodnických kleští lze vakuuextraktor použít i k porodu mrtvého plodu. V České republice se ročně vakuový extraktor použije cca u 2 % porodů.

3.2.2 Císařský řez

Císařský řez (z lat. section caesarea) je porodnická operace, během které je novorozenec vybaven z děložní dutiny cestou chirurgicky otevřené břišní stěny. Název operace sectio caesarea pramení od Plinia staršího (23–79 n. l.) – “Historia naturalis T.I.L. Cap.VII.” Podle něj děti chirurgicky vyňaté z dělohy byly nazývány caesones nebo caesares, od caedo – rozřezávati. Sectio je odvozeno od seco, což znamená řezati, tedy obdobný význam jako caesares. Ale přesto, že název je ve své podstatě nesmyslný, zmatený a s císařem neměl nic společného, ujal se ve většině národních pojmenování této porodnické operace a dodnes se běžně užívá. Julius Caesar narozený okolo roku 100 př. n. l. se abdominálně (porod přes stěnu břišní) nenarodil. Jméno Caesar je odvozeno buď od caedo – vraždití, bítí, sekati, nebo od caesius – podle šedomodrých očí, nebo ze sanskrtského kesara, caesaries – dlouhá splývavá kštice, se kterou se patrně narodil."

Císařský řez je velmi starým operačním zákrokem, který znali zřejmě již staří Egypťané. Například v antickém Římě bylo Pompiliem vydáno nařízení, že mrtvá těhotná nesmí být pohřbena dříve, dokud není z jejího těla vyjmut plod. Z historických pramenů je patrné, že již ve starověku byla operace vykonávána i u živých žen. Jako první zdokumentovaný případ porodu ženy, který byl ukončen císařským řezem na živé ženě, je uváděn výkon J. Trautmanna z roku 1610. Císařský řez byl proveden na jeho vlastní ženě. Mortalita rodiček v počátcích provádění císařského řezu byla velmi vysoká a to ze dvou nejčastějších příčin - operační rána se nešila a nebyla známá antiseptice, takže rodičky umíraly na vnitřní krvácení nebo celkovou sepsi. Ke změně, tedy k postupnému snižování úmrtnosti rodiček, dochází až v polovině 19. století a to zavedením šití operačních ran a dodržováním zásad antiseptice. První pokroky byly učiněny až v polovině 19.

století zavedením šití operačních ran a zásad antiseptiky. (Pařízek, 2005 vydal Knihu o těhotenství a porodu. **MUDr. Antonín Pařízek, CSc.**

Indikace císařského řezu je nejčastěji provedena v případě překážky v porodních cestách, stavech po operaci v malé pánvi, některé poruchy placenty a pupečníku, některá celková onemocnění matky, akutní tíseň plodu, nepravidelné uložení plodu, vícečetné těhotenství, herpetická infekce zevního genitálu matky, současný výskyt několika komplikací, umírající a mrtvé matky (obrázek č. 23).



Obrázek č. 23: Historický obrázek císařského řezu

Současným trendem v oblasti zdravotnictví je zvyšující se počet provedených císařských řezů. Je to patrně způsobené životním stylem a systémem fungování veřejného zdravotního pojištění než zhoršujícím se zdravotním stavem rodiček. Je možné, že určité procento zvyšujícího počtu provedených císařských řezů je způsobeno zvýšeným počtem žen, které rodí v pozdějším věku. V České republice přijde na svět císařským řezem každé čtvrté dítě. Celkově se těchto operací provede přes 20 000 ročně. Budoucí rodičky o provedení císařského řezu žádají čím dál častěji a to z důvodů strachu z bolesti. Přitom je nejen v lékařských kruzích, ale i v laické veřejnosti známo, že císařský řez často provázejí zdravotní komplikace. Při aplikaci celkové anestezie může u rodičky dojít k vdechnutí žaludečního obsahu, u regionální anestezie dochází k poklesu krevního tlaku a případných postpunkčních bolestí hlavy. K častým operačním rizikům patří krvácení, poranění dělohy nebo okolních orgánů, krvácení v pooperačním období, infekce rány a dělohy. Můžou se však objevit i pozdními komplikacemi, mezi které patří např. porucha plodnosti, ruptura dělohy při dalším těhotenství, poruchy placenta atd. Existují však i vážná nebezpečí pro samotný plod. Může dojít k řeznému poranění během provedení císařského řezu, vyšší riziko syndromu dechové tísně, novorozenecké žloutenky atd. Nelze opomenout i další problémy a to například z psychologického kontextu. U ženy, která porodí dítě klasickým způsobem, dochází k určitému zrání, osobnímu růstu, což v případě císařského řezu tomu tak není. Žena, která rodila císařským řezem, je v roli spíše pasivní

matky, závislé na zdravotnících. Císařským řezem se také komplikuje fyzický kontakt mezi matkou a dítětem, který je hned po porodu velmi důležitý.

➤ **Třetí doba porodní**

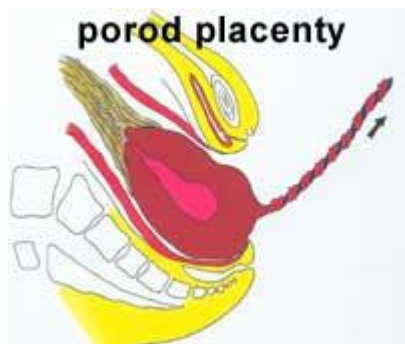
Třetí doba porodní začíná po porodu plodu a končí porožením placenty (obr. 24). Je nejméně známou dobou porodní, která začíná po samotném porodu dítěte a končí oddělením placenty od stěny dělohy a vypuzením placenty, která je již nepotřebná. Tato doba porodní někdy může trvat až jednu hodinu. U rodičky se objevují jemné kontrakce, které prakticky vůbec nepocítuje, ale jsou dostačující k tomu, aby placenta sestupovala směrem dolů a strhávala s sebou zbývající amniové blány z děložní stěny. Ženami je tato porodní doba podceňována, avšak chybným porodem nebo poškozením placenty může dojít k poporodnímu krvácení (poporodní hemoragii) nebo k těžké infekci, která může mít v těžkých případech pro rodičku fatální následky.¹⁷

➤ **Čtvrtá doba porodní**

Čtvrtá doba porodní, mezi laickou veřejností méně známá, je dobou dvou hodin po samotném porodu, kterou tráví rodička zpravidla na porodním sále. V této době se po porodu zkontroluje porodníkem stav porodních cest a případných porodních poranění. Je nutné pečlivě zkontrolovat všechna porodní poranění, protože tímto lze zabránit výskytu pozdějších komplikací – krvácení, zánětu. Při místním znecitlivění (opichem Mesocainem) porodník ošetří a zašije ve vrstvách episiotomie, eventuálně natržení hráze. V průběhu této porodní doby je porodníkem a asistentkou pravidelně kontrolována výška, „zavinování“, krvácení dělohy a celkový zdravotní stav rodičky. Po těchto dvou hodinách, kde je u rodičky provedena hygiena včetně kontroly močení je rodička umístěna na standardní pokoj. V případě rodičky se sluchovým postižením je nejideálnější dle

¹⁷ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

možností zdravotnického zařízení umístit tuto ženu do pokoje, vybaveného kompenzačními pomůckami.¹⁸



Obrázek č. 24: Porod placenty

3.2.3 Polohy při porodu

V průběhu první a druhé doby porodní by si žena měla zvolit polohu, která je pro ni nejpříjemnější a nejpohodlnější. Téměř v každé nemocnici je nabízejí ženám kromě klasického vedení porodu i porody alternativní. Vždy by si však žena měla zvolit takovou polohu, aby byla v I. a II. době porodní porodu i během samotného porodu plodu aktivní.

- Poloha vleže (na zádech) je poloha, která se běžně používá nejen v dnešní době, ale její historie sahá do 16. - 17. století. Poloha je výhodná především pro přehledný porod, kde lze mnohdy dobře zamezit poranění porodních cest a jejich případných ošetření. V této poloze je však rodička hodně namáhána především v době, kdy dochází k samotnému vytlačení dítěte z porodních cest. Přesto však tato poloha je jak rodičkami, tak lékaři velmi často vyhledávána.
- Poloha vsedě či dřepu umožňuje ženě více odpočívat a aplikovat relaxační techniky pro zmírnění napětí a bolesti. Tato poloha umožňuje snadnější otevírání porodních cest, vyžaduje po rodičce méně námahy a síly. Podmínkou používání této polohy je dobrá poloha dítěte při sestupu do porodních cest. Tato poloha se však nepoužívá v případě, kdy rodící žena má kloubní postižení dolních končetin nebo v případě aplikace epidurální analgezie. Žena by měla měnit uvedenou polohu z důvodů, že může dojít při dlouhém využívání této polohy ke stlačení nervů a cév pod kolena.

¹⁸ Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

- Poloha naboku odstraňuje nepříznivé vlivy, které se objevují při porodu na zádech. Umožňuje porodníkovi dobrou přehlednost porodních cest.
- Polohu na všech čtyřech lze použít po dobu celého porodu. Usnadňuje otevírání a snižuje tlak na branku. Nevýhodou této polohy je, že dochází často k únavě paží a k možnému poranění.
- Poloha porodu do vody (obr. č. 25)



Obrázek č. 25: Porod do vody

Porod do vody patří mezi nejvyhledávanější způsob alternativního porodu.

Pro své relaxační účinky umožňuje rychlejší otevírání děložního hrdla a branky dělohy, zvyšuje u většiny žen práh bolesti a snižuje psychické napětí. Podmínkou pro uskutečnění tohoto porodu je zdraví rodičky, která se obejde bez použití analgezie. Před vstupem do 38 stupňového bazénu je nutné provést rodičce očistné klyzma. Třetí doba porodní, tedy porod placenty se již odehrává mimo tuto lázeň.

- Porod na stoličce je možný pouze u fyziologického porodu. Poloha umožňuje snadnější postup hlavičky do porodních cest a to díky možnosti gravitace. Porod na stoličce je poměrně plynulý, a proto méně často dochází k poranění porodních cest.
- Poloha v předklonu s oporou poměrně příznivě ovlivňuje bolesti vad a napomáhá lepší rotaci dítěte při průchodu porodními cestami.
- Poloha v polosedě umožňuje částečně využít gravitaci. Oblast porodních cest zůstává viditelná.

3.2.4 Šestinedělí

Šestinedělí, občas taky označováno jako postnatální období, je doba cca šesti týdnů následujících po samotném porodu. Během této doby dochází k regeneraci organismu ženy po porodu, k zavinování dělohy do původní velikosti a zahojení případných poranění porodních cest. Prakticky za několik hodin žena může při

fyziologickém porodu opustit lůžko. Následující den může na lůžku zkoušet lehká cvičení. Tento pohyb může zamezit vniku zánětu žil, plicních komplikací a napomáhá rychlejšímu stahování dělohy. Prsa se připravují na porod prakticky celé těhotenství. Díky hormonům estrogenu a progesteronu začnou prsa v druhém trimestru vylučovat žlutavé mlezivo (kolostrum) bohaté na bílkoviny, minerály, vitamín A a přírodní protilátky, které chrání kojence před onemocněním. Tvorba kolostra dále pokračuje i 2- 3 dny po porodu, po té dochází k procesu, kterému říkáme nalévání prsou. V případě, že dítě nestačí vypít množství mléka, které se v mléčných žlázách neustále tvoří, je nutné provádět odstříkávání mateřského mléka jako prevence proti vzniku mastitidy. Pravidelnou péčí žena předchází trhlínkám, které často brání v přirozené výživě novorozence kojením. Jakmile začne laktace, dochází ke snížení sekrece prolaktinem a tvorba mléka je stimulována oxytocinem a sáním dítěte.

Zpravidla 4- 5 den je žena s dítětem propuštěna do domácího ošetřování. Dítě je nadále kontrolováno v dětské poradně pediatrem, kterého si rodiče sami zvolí. Dětská sestra napomáhá ženě s péčí o dítě a poskytuje poradenství v oblasti kojení, výživy během kojení a péče o prsa. U ženy v průběhu 3 – 4 týdnů dochází k očistkám. Jedná se o poševní výtok, připomínající menstruační krvácení. Postupně tyto očistky zružoví a přecházejí ze žlutavě bílé na bílou barvu. Žena je po ukončení šestinedělí navštíví gynekologickou ambulance, kde je podrobena důkladné prohlídce porodních cest a může se případně s gynekologem poradit o možnosti indikování vhodné antikoncepce s ohledem na kojení dítěte.¹⁹

¹⁹Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

4. KOMUNIKACE RODÍCÍ ŽENY SE ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM

Teoretická část této diplomové práce je zaměřena na komunikaci zdravotnického personálu v okolí Prahy, tedy v Ústavu pro matku a dítě v Podolí. Průzkum schopnosti komunikace v jiných zdravotnických zařízeních po České republice je pak zpracováván v praktické části této diplomové práce.

Jak je již výše uvedeno, neslyšící těhotná žena si porodnici v Podolí může zvolit bez ohledu na skutečnost, zda do této porodnice patří spádově, tzn., zda má bydliště v dané oblasti. Samozřejmě pro těhotnou ženu, která bydlí v Praze nebo okolí je tato možnost časově a finančně výhodnější. Porodnice v Podolí přijímá však i budoucí rodičky těsně před porodem, tzn., že může těhotná žena zůstat v péči svého gynekologického lékaře v prenatalní poradně v místě bydliště. Pokud se tedy rozhodne pro porod v této porodnici, nejpozději měsíc před porodem musí navštívit prenatalní poradnu pro těhotné neslyšící ženy. První kontakt probíhá většinou přes e-mail nebo fax a domlouvám se způsob komunikace při návštěvách v poradně nebo během porodu. Podle dohody se pak dále vyvíjí další komunikace.

4.1 Doprovod ženy se sluchovým postižením v prenatalní poradně a během porodu

1) Těhotná žena přichází v doprovodu s rodinným příslušníkem, který je slyšící a komunikuje pomocí znakového jazyka.

Je to situace, která je nejideálnější jak pro samotné zdravotníky, tak hlavně pro rodičku. Do neznámého prostředí ji provází osoba, které důvěřuje. Rozumí informacím, které jsou jí prostřednictvím doprovodu předávány. Doprovázející osoba je většinou schopna kompletně předat veškeré potřebné informace zdravotnickému personálu, potřebných k poskytnutí zdravotní péče. Nevýhodou může být, ale není tomu ve všech případech, že i slyšící doprovod někdy plně nepochopí některé informace, které zdravotnický personál formuluje – není např. zdatný v lékařské terminologii. Další nevýhodou může být, že slyšící rodinný příslušník musí stát při komunikaci vedle mluvícího zdravotnického pracovníka, tudíž se stává přímým svědkem porodu a

provádění zdravotnických výkonů. Ne vždy je tedy pro doprovod při porodu tak krásnou zkušeností jako pro rodičku samotnou. Podpora nejbližšího při porodu je neocenitelná a to je potvrzeno i vědeckými výzkumy. Nejbližší rodinný příslušník může mít pro těhotnou rodící ženu význam (a to platí i pro přítomnost dudy u porodu):

- Odstraňuje u rodičky pocit osamělosti
- Je pro rodičku citovou a společenskou oporou
- Umožňuje rodičce komunikovat s rodinou
- Aplikuje rodiče různé typy relaxačních metod v I. době porodní
- Alarmuje v případě zjevného ohrožení rodičky
- Pomáhá a povzbuzuje rodičku v II. době porodní
- Společně s rodičkou prožívá pocit při narození dítěte.

2) *Těhotná žena přichází v doprovodu s neslyšícím rodinným příslušníkem.*

Je to situace, která samozřejmě není pro obě strany jednoduchá. Nicméně v případě zvolení porodnice v Podolí jsou vyškolení pracovníci pro komunikaci s neslyšící těhotnou ženou. Čtyři zdravotničtí pracovníci absolvovali kurz v tlumočení do znakového jazyka, proto mohou zajistit komunikace s těhotnou neslyšící ženou bez přítomnosti profesionálního tlumočnicka. V případě, že tato žena velmi dobře odezírá, je možné bez problému provést vyšetření této ženy a předat potřebné informace týkající se nejen zdravotního stavu, plánovaných kontrol v prenatalní poradně, ale i podrobné informace týkající se samotného porodu a jeho organizace. Úroveň odezírání u této ženy je závislá od období, kdy ke ztrátě sluchu došlo. Problém, pokud rodící neslyšící žena pouze odezírá, nastává během samotného porodu, kdy zdravotničtí pracovníci používají ochrannou roušku jako prevenci infekce. V případě, že si žena při předběžní komunikaci s pracovníky v prenatalní poradně nebo v dobu porodu vyžádá účast profesionálního tlumočnicka, bude jí prostřednictvím porodnice v Podolí zajištěn. Jedná se tlumočnický, kteří jsou proškoleni i z oblasti zdravotnictví, jsou dobře seznámeni jak s personálem, tak s prostředím porodnice. Tlumočnick se zúčastní nejenom samotného porodu, ale může být přítomen i v průběhu

vizit gynekologických i pediatrických a v době při propouštění z porodnice, kdy je zapotřebí předat kontinuálně informace potřebné k pokračování péče jako o dítě, tak i o matku samotnou. Každý profesionál, se kterým porodnice v Podolí spolupracuje, je sdružován v České komoře tlumočnicků znakového jazyka.²⁰ Základním předpokladem pro každého profesionálního tlumočnicka je znalost tlumočnického etického kodexu a schopnost tlumočnicka pravidla kodexu prakticky naplňovat. Tento kodex chrání tlumočení jako profesi, zahrnuje představy tlumočnicků, neslyšících i slyšících lidí. Zároveň kodex seznamuje potenciální klienty s profesí tlumočení neslyšícím a formuje jejich očekávání od tlumočnicků (popř. účastníků komunikace). Neslyšící lidé, slyšící lidé, ale i tlumočníci si tak vytvářejí společné zázemí pro porozumění - naplnění dialogu. (Srov. Frishberg 1986) Tlumočnický etický kodex je potřeba smysluplně zavádět do tlumočnické praxe. (Janeček 2003 - 2004).

3) *Těhotná žena přichází v doprovodu duly, která komunikuje ve znakovém jazyce.*

Jedná se o speciálně vyškolenou ženu, u které je stěžejním bodem práce doprovázení a poskytování zejména emocionální podpory v těhotenství, během porodu a v šestinedělí. Dula většinou nahrazuje nejbližšího rodinného příslušníka, orientuje se v lékařské terminologii, a pokud ještě tlumočí do znakového jazyka, velmi usnadňuje proces komunikace a navození důvěry mezi nastávající neslyšící maminkou a zdravotnickým personálem a napomáhá v dobré adaptabilitě neslyšící těhotné ženy v novém a neznámém prostředí. Při návštěvě porodnice v Podolí j těhotná neslyšící žena vybavena informačním materiálem, se kterým se může v klidném rodinném prostředí seznámit. Dula, která je znalá v základní lékařské terminologii, může být nápomocna k pochopení některých textově náročných informačních materiálů. V průběhu porodu je dula pro ženu rovnocenným partnerem jako nejbližší rodinní příslušníci. Protože je dula proškolená v základech péče o těhotnou a rodící ženu, může nabídnout následující služby:

- Psychickou podporu ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí
- Doporučení týkající se životosprávy v průběhu těhotenství

²⁰ Česká komora tlumočnicků znakového jazyka (dále jen Komora) je nezisková profesní organizace sdružující především tlumočnický pro neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé klienty. Členy Komory se však mohou stát i lidé, kteří se tlumočnické profesi nevěnují, ale zajímá je problematika Neslyšících, jejich kultura a jazyk, souhlasí s názorovými stanovisky a cíli Komory a podporují její aktivity.

- Spolupracuje na přípravě porodního plánu
- Provádí rodiče relaxační masáže a aplikuje další nefarmakologicky úlevové prostředky během porodu
- Usnadňuje komunikaci mezi rodičkou a zdravotnickými pracovníky
- Interpeluje informace rodící ženě pro možnost rozhodnutí k určitému lékařskému zákroku
- Informuje matku o základech a významu kojení
- Podporuje novou rodinu v době šestinedělí, předává zkušenosti s péčí o dítě
- Pomáhá s drobnými službami v domácnosti.

4.2 Etický kodex tlumočnicka do znakového jazyka

Etický kodex České komory tlumočnicků znakového jazyka (obr. č. 26) určuje základní povinnosti a práva jejích tlumočnicků při výkonu tlumočnické profese a v souvislosti s ním.



Obrázek č. 26

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.*

- *Tlumočník je vázán mlčenlivostí, která se týká všeho, co se dozví během tlumočení a přípravy na ně, včetně identity svých klientů.*
- *Tlumočník nezaujímá k tlumočené situaci ani ke klientům osobní postoje a nehodnotí je.*
- *Tlumočník neodmítne klienta pro jeho národnost, rasu, pohlaví, věk, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, rozumovou úroveň, pověst a smýšlení.*
- *Tlumočník 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.*
- *Tlumočník má právo odmítnout výkon své profese v případech, že má podezření na aktivity, které jsou v konfliktu se zákonem nebo porušují lidská práva.*
- *Tlumočník sleduje vývoj své profese u nás i ve světě, vzdělává se a soustavně zvyšuje svou profesionální úroveň.*
- *Tlumočník spolupracuje s ostatními kolegy při prosazování a obhajobě společných profesních zájmů.*
- *Tlumočník dbá na to, aby nepoškodil svým jednáním dobré jméno svého kolegy, Komory nebo tlumočnické profese.*
- *Tlumočník 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.²¹*

4.3 Relaxační metody v průběhu porody

Doprovod, který je společně s neslyšící rodičkou účasten porodu, může pro jeho usnadnění aplikovat nebo být nápomocen rodičce při uvolňovacích a relaxačních metodách. Mezi nejběžnější přirozené prostředky k tlumení bolesti patří:

Pohyb – volný pohyb a cviky k uvolnění svalů je poměrně účinným prostředkem a napomáhá ke snížení bolesti. Uvolnění podporují i kývavé pohyby zepředu dozadu, ze strany na stranu či točivé pohyby jako při břišním tanci nejlépe pomocí relaxačního míče. Vždy však platí, že by žena měla mít možnost vždy zaujmout a střídát úlevové pozice a polohy.

Voda – je během porodu užívána ve všech formách, kdy voda nadlehčuje tělo a současně ulevuje od bolesti, napětí, stresu a dalším nepříjemným pocitům. Tato

relaxace a uvolnění umožňuje snadnější otevírání porodních cest a tím rychlejšímu postupu porodu. Teplota vody k těmto účelům by se měla pohybovat okolo 37 ° C (obr. č. 27).



Obrázek č. 27: Relaxace ve vodě

Nápoje – jsou důležitou podporou během porodu, který je fyzicky náročný a tudíž tělo ztrácí tak potřebné tekutiny s minerály. Platí to jako u každé fyzické práce, i u porodu má rodička pocit žízně a proto příjem tekutin, zvláště chlazených, má osvěžující účinek.

Masáže – jsou během porodu určeny pro odstranění napětí a snížení bolesti. Mohou být prováděny mnoha způsoby a to míčkem, dlaní, masážními válečky, masážním strojkem a má podobu hlazení, hnětení nebo tření. Masáž může být zaměřena na celkové uvolnění nebo pouze na uvolnění určité části těla.

Dýchání – samo o sobě porodní bolest nesníží, ale napomáhá rodičce s bolestí pracovat, přispět k celkovému uvolnění a postupu porodu.

Aromaterapie – relaxační metoda, při které se používají vonné oleje a to prostřednictvím masáží nebo inhalací.

Homeopatie - je léčebná metoda používaná zejména v alternativní medicíně. Je založená na zkoumání pacienta a jeho symptomů jako celku, kterého potom jako celek i léčí (princip totality symptomů). Používá vysoce ředěné (tzv. potencované) látky, které ve vyšší dávce u zdravého člověka vyvolávají příznaky podobné těm, jaké má léčená choroba (princip minimální dávky a princip podobné léčí podobné). Účinnost metody ani fungování jejích principů však nebyly spolehlivě vědecky prokázány a je přijímána v odborných kruzích kontroverzně.²²

²¹ <http://www.cktj.com/eticky-kodex> -Česká komora tlumočnicků do znakového jazyka ,o.s (2.2.2012).

Akupuntura – jedná se o čínskou medicínskou metodu, která upravuje tok energie v akupunkturních drahách. Jedná se o regulační metodu, která napomáhá nastartovat přirozené procesy organismu.²³

Akupresura – metoda založena na kompresi tlakových bodů a to palcem nebo špičkou prstu.

Hypnóza – je metoda, založena na izolaci od nepříjemných zážitků a koncentrace na jiný, podstatně příjemnější zážitek.



Obrázek č. 28: Pokoj pro rodičku

4.4 Význam duly

Každá budoucí maminka již na začátku těhotenství přemýšlí o tom, jak asi bude probíhat její porod, jak bude dlouho trvat, zda bude hodně bolestivý a hlavně, který rodinný příslušník jí bude během této chvíle oporou. V dnešní době je spousta možností, těhotná žena si můžeme vybrat porodnici, kde chce přivést na svět své dítě, a která bude splňovat její představy a nároky. Může si zvolit ošetřujícího lékaře, který povede její porod, můžeš si připlatit na nadstandardní péči včetně možnosti ubytování v nadstandardním pokoji, mají možnost mít svého partnera nebo nejbližšího rodinného příslušníka. Někdy se bohužel stává, že budoucí maminka je osamělá, nebo se nachází v nějaké životní tísní nebo nemá dostatečné rodinné zázemí. Potřebuje získat jak informace o průběhu těhotenství, k přípravě k porodu, k zajištění zázemí pro miminko, tak určité uvítá doprovod během porodu a cenné rady a dopomoc během šestinedělí. V tomto případě může vyhledat služby duly, která se v podstatě stává těhotné ženě v období těhotenství, porodu a šestinedělí matkou, pečovatelkou, rádkyní a mnohdy dula jmění postoj a názor těhotné ženy, u které se nejedná o plánované těhotenství, na samotné těhotenství. Samozřejmě není vyloučeno, aby dula byla přítomna u porodu i

²³ Čínská medicína online, zdroj: www.cinksamedicina.com (8. 2. 2012)

v případě, kdy je účasten i otec, protože i tento občas potřebuje psychickou podporu.

Dula je vyškolená žena, které nabízí profesionální služby průvodce v těhotenství a při porodu. Dula však nenahrazuje práci porodních asistentek nebo lékařů, nezasahuje jim do léčebných postupů a neovlivňuje ani nastávající rodiče v případě nutnosti rozhodnout se o případném lékařském zákroku. Jejím úkolem je zcela respektovat představy nastávající maminky o jejím porodu, pomáhá jí překonat strach, úzkost, napětí, bolest. Seznamuje ženu s harmonogramem porodu, s případnými způsoby vedení porodu a možnosti ukončení porodu. V případě, že se nastávající maminka rozhodne např. o podání analgezie, nesmí do jejího rozhodnutí zasahovat. Dula nepřebírá roli otce a nesmí zasahovat nebo vstupovat mezi vztahy partnerů.

Nastávající maminka se většinou s doulou seznámí již na počátku těhotenství a spolupracuje s ní na sestavení porodní plánu. Těhotná žena může dulu využít k vysvětlení některých situací a postupů. Významná účast duly je i při samotném porodu, kdy může rodičí ženě ulevit od intenzity kontrakcí nebo bolestí např. masážemi, vysvětluje rodiče stádia porodu, kterými momentálně prochází.

Nápomocná je dle přání i maminky v období šestinedělí, kdy předává cenné rady a napomáhá s péčí o novorozence a konzultuje s ženou případné potíže v tomto období po porodu. Nezasupitelné místo má dula i v případě, kdy dojde k úmrtí dítěte během porodu nebo po porodu a nejen rodička, ale i její rodina potřebuje psychickou podporu. Význam má dula i v rodině, kde se narodí dítě s určitým typem zdravotního postižení. Pokud dula, v případě ženy s postižením sluchu, zvládá metody komunikace, je pak pro tuto ženu nepostradatelnou oporou a společnicí²⁴.

4.5 Porodnice v Podolí

²⁴ Dula ČAD je buď certifikovaná dula ČAD (která získala Osvědčení), dula absolventka (která ukončila prezenční část kurzu) a dula studentka (která se právě účastní kurzu) nebo absolventka vzdělávacího programu pro duly pořádaného organizací, jejíž certifikát ČAD uznává, a je zároveň členkou ČAD. Povinnost dodržovat etický kodex ČAD mají rovněž všechny duly, které se aktuálně účastní základního kurzu pro duly ČAD, a to i v případě, že nejsou členkami ČAD.

Jak je již výše uvedeno, pokud se těhotná žena se sluchovým postižením rozhodne pro porod svého dítěte v Ústavu pro matku a dítě v Podolí, má zde zajištěný prostřednictvím centra pro těhotné neslyšící ženy veškerý servis pro úspěšnou komunikaci mezi ní a zdravotnickým personálem. Zdravotnický personál se učí tlumočit do znakového jazyka a dokáže tedy s pacientkami velmi dobře komunikovat. Jednou týdně je v porodně pro těhotné ženy přítomen tlumočnický do znakové řeči, se kterým lze dohodnout případnou přítomnost při samotném porodu, nebo příslušných screeningových vyšetřeních (např. ultrazvuk). Všechny služby jsou těmto ženám poskytovány zdarma. Z iniciativy tohoto speciálního centra byl také obohacen i mezinárodní slovník znakové řeči o odbornou lékařskou terminologii.

Porodnice v Podolí disponuje pokojem pro rodičku se sluchovým postižením, který je vybaven speciálními pomůckami pro neslyšící. Maminky zde také mohou využívat PC s napojení na internet a to nejen v komunikaci se svými blízkými, ale i se samotnými ošetřujícími lékaři a ostatním zdravotnickým personálem. Pokoj je dále pro co nejpohodlnější a nejbezpečnější zabezpečení ženy se sluchovým postižením vybaven například světelnou a vibrační signalizací, která se spustí v případě, kdy začne dítě plakat. V případě, že se jedná o nedonošeného nebo zdravotně postiženého novorozence, je pak dítě napojeno na speciální přístroj ke sledování pravidelnosti dýchání novorozence a hlásí okamžitě jakékoliv změny. Pro zajištění soukromí této ženy je na vstupních dveřích do tohoto pokoje umístěno signální zařízení pro klepání na dveře.

Děti, které se v této porodnici narodí ženám se sluchovým postižením, jsou ještě během pobytu vyšetřeny pro případné zachycení sluchových vad. Včasná diagnostika totiž v mnohých případech umožní nastavit úspěšnou léčbu. V České republice ročně porodí cca 100 žen s těžkým sluchovým postižením, v samotné podolské porodnici zhruba deset, převážně těch, které žijí v Praze nebo v jejím okolí.



Obrázek č. 29: Porodní sál a porodní vana v porodnici v Podolí

Dle sdělení MUDr. Slavíkové, ošetřující lékařky novorozenců a neslyšících rodiček, existuje obdobné centrum jenom ve Velké Británii.²⁵

²⁵ Internetový zdroj: <http://www.upmd.cz> (8 .2 .2012)

5. POROD DOMA VERZUS AMBULANTNÍ POROD V PORODNICI

Počátkem devadesátých let dvacátého století bylo zdravotnictví bezplatné a tato skutečnost odpovídala úrovni a kvalitě poskytované zdravotní péče včetně přístrojového vybavení a neetického chování zdravotnického personálu. Rodičky, které přišly s důvěrou v té době do porodnice, se často setkaly s nezájmem a obtěžující reakcí na otázky nebo požadavky.

Při příjmu mnohdy rodící žena plná obav a napětí, co se děje s jejím tělem, byla netaktně informovaná ze strany zdravotnického personálu, že přichází moc brzo, nebo naopak moc pozdě nebo že si nemá stěžovat na bolesti. Pokud byla přivolána pro rodičku zdravotnická doprava, posádka sanitky se neobtěžovala rodičce sdělit, do které porodnice je převážena. Na to, aby si mohla svolit porodnici, nemohla vůbec pomyslet.

Zdravotnický personál neakceptoval přání rodičky, neochotně odpovídal na její otázky. Na chodbách byla cítit dezinfekce, děti byly maminkám dováženy na pokoj jenom v případě pravidelného tříhodinového kojení a následně byly odváženy do místnosti vyhrazené pro novorozence. Pokoje byly obsazeny 6 až 8 lůžky. Návštěvy na porodnické oddělení nebyly povoleny, to znamená, že i novorozence viděl otec dítěte až při propuštění do domácího ošetřování.



Obrázek č. 30: Zdravotnický personál v 80. – 90. let dvacátého století



Obrázek č. 31: Pokoj na porodním oddělení v 80. – 90. let dvacátého století

Většině žen však negativní zkušenost s institucionálním porodem až tak moc nevadila. Možným důvodem mohla být skutečnost, že českoslovenští porodníci měli skvělé výsledky v poskytování zdravotní péče v souvislosti s velmi nízkým počtem úmrtí novorozenců nebo rodiček. Chyběl však lidský přístup, který byl zapříčiněn přepracovaností, nedostatkem zdravotnického personálu a celkovou sklíčenou celospolečenskou atmosférou té doby.

Je pravdou, že se v České republice nachází spousta zdravotnických zařízení, které dosud nenabízejí mnoho alternativních způsobů porodu. Může to být způsobeno například nedostatkem technického a přístrojového vybavení nebo mnohdy i neochotou zdravotnického personálu celoživotně se vzdělávat v oblasti moderních trendů a postupů v porodnictví.

5.1 Porod doma

Současná moderní žena má možnost si vybrat – buď porodí v porodnici, nebo doma. Většina žen si vybírá k porodu zdravotnické zařízení, ročně se však čtyřicet až padesát žen rozhodne pro porod doma za asistence porodní asistentky. Pokud se zaměříme na důvody tohoto rozhodnutí, zjišťujeme, že nejčastějším důvodem je přesvědčení ženy o správnosti porození dítěte pouze přirozeným způsobem, v druhém případě k tomuto rozhodnutí, tedy k rozhodnutí porodit doma, vede negativní nebo až traumatizující zkušenost rodičky z předchozího porodu ve zdravotnickém zařízení.

Ošetřující lékaři těhotnou ženu, která přemýšlí nebo se rozhodla o porodu v domácím prostředí, považuje za nezodpovědnou. Za názory lékařů stojí

statistiky o výskytu případných komplikací, které se mohou objevit během porodu a to nejenom ze strany matky, ale také především ze strany dítěte. A v takovém případě je rozhodující často každá minuta při dostupnosti v zajištění včasné specializované lékařské péče, která může zabránit nezvratnému poškození zdraví nebo úmrtí. Ovšem ženy, které se rozhodly přivést své dítě na svět v domácím prostředí, toto varování mnohdy neakceptují a nepřipouštějí si ani možnost výskytu komplikací během porodu. Jsou přesvědčeny, že porod v domácím prostředí působí na psychiku matky a dítěte velmi blahodárně a prostředí, které matka dobře zná, je bezpečnější. Lékaři upozorňují na to, že některé komplikace se nedají předvídat a mohou se velmi rychle objevit během porodu. Zastánci porodů doma naopak tvrdí, že se komplikace vyskytují cca u jednoho procenta porodů. Pokud se zaměříme na oporu v platných právních předpisech, je nutné konstatovat, že žádný zákon v podstatě porod doma neřeší a tudíž nezakazuje. Pokud se tedy těhotná žena rozhodne pro porod doma (obr. č. 32), musí si péči porodnické asistentky uhradit ze svých finančních prostředků.



Obrázek č. 32: Porod v domácím prostředí

Na dotaz, proč Všeobecná zdravotní pojišťovna nehradí porod v domácím prostředí, je jednoznačná odpověď. Všeobecná zdravotní pojišťovna, tak jako všechny ostatní české zdravotní pojišťovny, vychází z platných právních předpisů a nařízení. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je hrazena poskytnutá zdravotní péče smluvními zdravotnickými zařízeními a to na základě uzavřených Smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. I porodní asistentky, které jsou v případě porodů doma častými aktérkami, mohou mít se zdravotními pojišťovnami uzavřenou výše uvedenou smlouvu, ale Vyhláška ministerstva

zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jednoznačně určuje, na jaké zdravotní výkony lze Smlouvu s uvedenou porodní asistentkou po doložení příslušného vzdělání, uzavřít. U odbornosti 921, která je určena pro porodní asistentku, umožňuje uvedená vyhláška MZ v souvislosti s porodem poskytovat pouze jediný výkon a to „*návštěva těhotné ženy nebo matky v šestinedělí ženskou sestrou*“ a tento je hrazen zdravotními pojišťovnami z prostředků veřejného zdravotního pojištění může pouze 3x v období šestinedělí, v těhotenství obvykle 1x, pokud není ošetřujícím gynekologem určeno jinak (např. u potřeby provedení přístrojového záznamu – monitoringu srdeční akce plodu). Zásadním faktem v případě porodů v domácím prostředí je kategorický odpor lékařů – gynekologů a dalších odborníků k domácím porodům, kteří tento způsob porodu pokládají za nepřipustný a rizikový pro matku a dítě. Prakticky stejný postoj zaujímá i Ministerstvo zdravotnictví ČR. Proto není stanovena úhrada této péče v seznamu zdravotních výkonů. Pokud však bude příslušnými odborníky určeno, že za určitých podmínek se mají domácí porody stát zdravotní péčí hrazenou, tak se těmito právními předpisy bude samozřejmě Všeobecná zdravotní pojišťovna i ostatní zdravotní pojišťovny řídit. Bohužel však současné legislativní normy úhradu této péče neumožňují.²⁶

Od nepaměti lidstva ženy přivádějí děti na svět. V historii se tento akt děl převážně v kruhu nejbližších. Poměrně malý časový zlomek umožňuje porod dítěte ve zdravotnickém zařízení. Nicméně je nutné mít v patrnosti, že v minulosti díky často neprofesionálně vedenému porodu a nevhodným podmínkám, byla zaznamenána obrovská úmrtnost jak novorozenců, tak samotných rodiček. A to vše proto, že nebyla dostupná zdravotní péče nebo nebyla na takové úrovni, jako je tomu teď. Otázkou zůstává, pokud je zdravotní péče v České republice dostupná a porovnáním se světem na velmi vysoké úrovni, proč některé rodičky riskují nejen svůj život, ale i život svého dítěte.

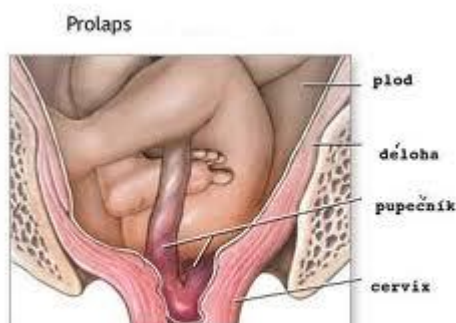
Jednotlivé komplikace, které se mohou vyskytnout během porodu:

- **Tíseň plodu** je způsobena kyslíkovou deprivací. Příčinou této kyslíkové deprivace i u donošených plodů zdravých matek může být to, že při

²⁶ Webové stránky VZP ČR na adrese: www.vzp.cz (6 .1. 2012)

aplikaci infuze oxytocinu dochází k zesílení tlaků, které mohou být tak silné a intenzivní, že rodička nestačí tyto vztahy prodýchat a dochází k zadržování dechu. Protržení vaku plodových blan a odtok plodové vody zbavuje dítě přirozené ochrany a pupečníku před nadměrnou kompresí, která způsobuje zpomalení transportu kyslíku.

- **Předčasné odlučování placenty** většinou souvisí se zdravotním stavem matky, která je permanentně sledována v prenatální poradně z důvodu výskytu rizikových faktorů v těhotenství např. pro diabetes melitus. Odlučování placenty je provázeno krvácením a bolestí, které jsou však rozdílné od porodních stahů svým trvalým charakterem. K předčasnému odlučování placenty dochází cca v jednom případě ze 120 těhotenství. I tady může dojít ke kyslíkové deprivaci plodu. Na druhou stranu může dojít k neodlučení placenty až ve třetí době porodní. Většinou se placenta fyziologicky porodí cca do 2 hodin po porodu.
- **Výhřez (prolaps) pupeční šňůry** (obr. č. 32) je velmi závažná situace, která může nastat při předčasném odtoku plodové vody a za stavu, kdy není hlavička dostatečně sestouplá v porodních cestách. Pupečník je pak proudem plodové vody vyplaven pod hlavičku, což později při tlaku hlavičky na tento pupečník znemožní průtok krve. Následkem výhřezu a útlaku pupečníku je pak kyslíková deprivace děťátka.



Obrázek č. 33: Prolaps pupeční šňůry

- **Špatné vyrotování hlavičky** se projevuje nepostupujícím porodem při silných porodních kontrakcích a při neúplné dilataci děložního hrdla.

- **Omotání pupečníku** je sice častá komplikace během porodu, ale při nedostatečně odborně vedeném porodu může dojít k nevratnému poškození nebo dokonce úmrtí novorozence.
- **Ruptura dělohy** může postihnout těhotnou ženu, která již rodila v dřívějším období císařským řezem nebo podstoupila jiný operační zákrok na děloze. Ruptura může vzniknout přímo v jizvě na děloze nebo může dojít k ruptuře dělohy následkem nadměrného roztažení při příčné poloze plodu či jiných anomálií.
- **Trhliny děložního čípku** vznikají především u instrumentálních porodů, nejčastěji u porodů pomocí porodnických kleští. Dalším důvodem trhliny je nadměrné tlačení rodičky v době, kdy její branka dostatečně dilatovaná.
- **Natržení hráze** je nejčastěji způsobena chybnou technikou samotného porodu, tzn., že je porod chybně založen na tlačení, nikoliv na uvolňování. Nadměrným tlačáním a větším plodem může k ruptuře hráze dojít.
- **Poporodní krvácení** může být způsobeno neodborným porodem placenty ve třetí době porodní, například za situace, kdy se placenta vybavuje taháním za pupeční šňůru. Může následně dojít k částečnému porození placenty, kdy část placenty se utrhne a zůstává na děložní stěně. V tomto případě hovoříme o parciální retenci placenty. Poporodní krvácení může být způsobeno i děložní atonií a poruchou srážlivosti krve. K děložní atonii dochází v důsledku slabých kontrakcí. Porucha srážlivosti krve patří mezi velmi vzácná onemocnění, nicméně pokud rodička touto nemocí trpí, následky jsou pak bohužel fatální a rodička ve většině případů umírá i při rychlém a odborném zásahu lékařů.
- Vývojové vady plodu komplikují fyziologický průběh porodu. Může dojít k situaci, kdy pro vývojovou vadu porod nepostupuje a musí být zakončen císařským řezem. Fatální komplikací je úmrtí dítěte.

5.2 Sdružení porodních asistentek

Současná moderní společnost je v otázce porodů doma rozdělena na několik táborů. Silnými odpůrci porodů v domácím prostředí jsou především

pracovníci odborných profesních sdružení a to především lékařských. K domácím porodům není nakloněno ani Ministerstvo zdravotnictví ČR. Samotné porodní asistentky, které odborně vedou porod ženy v domácím prostředí, nejsou v názoru na tento typ porodů jednotné.

Porodní asistentky v ČR mají tři profesní organizace, které je zastupují. Část asistentek je sdružena v **České asociaci porodních asistentek (ČAPA)**. Toto sdružení usiluje o to, aby porodní asistentky v ČR měly stejná práva a povinnosti jako porodní asistentky v Evropské unii a aby fungovala spolupráce mezi porodní asistentkou a lékařem, tak jak je tomu v EU. ČAPA prosazuje pro porodní asistentky vzdělání, které odpovídá požadavkům EU, chce, aby porodní asistentky směly samostatně vést porody a těhotenské poradny a chtějí obnovit návštěvní službu těchto asistentek u žen po porodu. Rády by převzaly péči o zdravého novorozence včetně nácviku techniky při kojení. Prosazují porody doma a požadují, aby porodní asistentka směla legálně pomáhat ženě při domácím porodu.

Část asistentek s prosazováním porodů doma nesouhlasila, a proto založila druhé sdružení pod názvem **Česká asociace sester**. Tato organizace se zasazuje na sjednocení českého a evropského vzdělání. Porodní asistentky, které se sdružují v této organizaci, jsou však umírněnější. Chtějí prosadit samostatnost, ale odpovědnost za samotný porod chtějí zanechat lékařům. Porody doma odmítají jako nepřijatelné velké riziko jak pro rodičku, tak pro samotné dítě.

Třetí organizací, která sdružuje porodní asistentky, je **Sdružení porodních asistentek Čech, Moravy a Slezska (SPAČMaS)**. Tato organizace také prosazuje zlepšení vzdělání a postavení porodních asistentek. Jako jediná profesní organizace, která porodní asistentky zastupuje, spolupracuje s českou gynekologicko – porodnickou společností. Tato společnost podezírá ČAPu, že vznáší mezi porodní asistenty rozepře.

Zásady bezpečného porodu mimo porodnici (ČAPA):

- Každý poskytovatel péče poskytuje pouze takovou péči, ke které je vyškolen. Za poskytovanou péči je plně zodpovědný.

- Pokud se vyskytne nenadálá situace nebo odchylka od normálního, fyziologického stavu u matky a dítěte (během těhotenství, porodu či poporodním období), která přesahuje kompetence porodní asistentky, je porodní asistentka povinná přivolat takového odborníka, u něhož lze rozumně předpokládat, že má nezbytné dovednosti, aby jí mohl být nápomocen v poskytnutí nezbytné péče nebo ženě doporučit přesun do takového zdravotnického zařízení, které má možnosti danou situaci řešit.²⁷

Cíle plánované péče o ženu při porodu v domácím prostředí (ČAPA):

- Poskytnout ženě dostatek informací o výhodách a i o nevýhodách porodu v domácím prostředí, aby mohla učinit informované rozhodnutí.
- Prostřednictvím podrobné rodinné i osobní anamnézy a na základě výsledků vyšetření prováděných při předporodních kontrolách u lékaře, provést selekci rizika.
- Pomoci ženě s přípravou k porodu tak, aby pro ni i pro její rodinu byl porod svátečním zážitkem.
- Poskytnout ženě takové informace, na jejichž základě bude schopna ve svém domácím prostředí vytvořit optimální podmínky pro bezpečný porod.
- Ochránit zdraví a život matky a jejího dítěte²⁸

5.3 Ambulantní porody

O ambulantním porodu hovoříme, pokud se sice žena rozhodne porodit ve zdravotnickém zařízení, ale po porodu odchází i s novorozencem domů. Takové rozhodnutí rodičky je plně v souladu s platnými právními předpisy České republiky. Zdravotníci mají však takovéto přání rodičky neakceptovat a to pouze v případě, kdy je novorozenec v akutním ohrožení života. Ambulantní porod je prakticky možný ve všech porodnicích České republiky, přestože lékaři rodičky informují, že tento postu, tzn. opustit porodnici prakticky těsně po porodu i s novorozencem.

Ambulantní porod je neoficiální termín a jako takový skutečně není v odborných léčebných postupech legislativně ošetřen. Ministerstvo zdravotnictví ČR

²⁷ Zdroj: www.rodina.cz (6. 2. 2012)

²⁸ Zdroj: www.cnna.cz/o-spolecnosti (6. 2. 2012)

v metodickém opatření z roku 2005 doporučuje zdravotníkům propustit novorozence do domácího ošetření nejdříve po 72. hodinách po porodu. Jedná se však pouze o doporučující postup pro porodnice, jakou nabízet péči. Některé porodnice však tuto metodiku povýšili nad právní normy. Existují jistě určité situace, kdy zdravotníci mohou opravdu omezit svobodu pohybu osob. Jedná se však pouze o dočasné opatření a zdravotníci musí tuto skutečnost do 24 hodin oznámit soudu, který je kompetentní toto rozhodnutí přezkoumat a definitivně rozhodnout. Rodiče však ve většině případů vyčkají do doby, než zdravotničtí pracovníci svolí k propuštění novorozence do domácího ošetřování.

Co se týká minimální doby novorozence v porodnici, Česká neonatologická společnost doporučuje klinický postup, kdy je třeba dítě sledovat pod lékařským dohledem nejméně dvanáct hodin.

Celkový postoj ministerstva zdravotnictví k ambulantním porodům je spíše neutrální. Jak je již výše uvedeno, není tato problematika legislativně ošetřena a to z důvodů, že doposud nebylo dosaženo konsensu odborných profesních společností i plátců poskytované zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Otázkou zůstává, proč tedy matky podstupují riziko konfliktu s lékaři z důvodu předčasného odchodu z nemocnice. Z mnoha reakcí, článků, anket a názorů lze konstatovat, že k tomuto postoji vedou rodiče následující důvody:

- Domácí prostředí umožňuje miminku klidnější vstup do života, doma je prostor pro klidnější a příjemnější prostředí, pro odpočinek, pro neomezený kontakt s matkou, je zde dostatek klidu ke kojení,
- Je snaha rodičů, začlenit novorozence co nejdříve do rodinného kruhu, především s ohledem na starší sourozence,
- Rodička během porodu nebo v návaznosti na něj zjistí, že porodnice, kterou se pro narození svého dítěte vybrala, nesplňuje její požadavky a přání v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- Předcházející negativní zkušenost z pobytu v porodnici se starším dítětem,

- Porodnice neumožňuje nepřetržitý kontakt matky s novorozencem,
- Na pokoji je matka rušena dalšími rodičkami a jejich dětmi,
- Může se u matky jednat o obecně negativní postoj ke zdravotnickým zařízením a zdravotnickým pracovníkům vůbec,
- Rodička by si přála spíše porod v domácím prostředí, ale ten nemůže z různých důvodů v domácím prostředí proběhnout,
- Rodiče se bojí nozokomiálních nákaz.

Ne všichni lékaři porodníci jsou v České republice zásadně proti ambulantním porodům. Projekt „Ambulantní porod“ vznikl před několika lety ve spolupráci mezi gynekologicko-porodnickou ambulancí Levret s. r. o. a gynekologicko-porodnickou klinikou „U sv. Apolináře“. Podmínkou pro to, aby porodník dal souhlas s ambulantním porodem, je předpoklad zcela normálního (fyziologický) porod a nekomplikovaný zdravotní stav matky i novorozence. Další podmínkou je provedení mikrobiologické vyšetření pochvy matky v době 4 až 6 týdnů před porodem, protože výskyt některých bakterií v pochvě sebou přináší během porodu vyšší riziko následných komplikací u novorozence. Přítomnost některých bakterií v pochvě znamená vyšší riziko vzniku novorozeneckých infekcí. Posledním předpokladem pro ambulantní porod je tzv. bezinfekčnost, to znamená, že nikdo v rodině, do které se žena s novorozencem po porodu vrací, netrpí žádným infekčním onemocněním včetně otevřených forem tuberkulózy. Důvodem je, že dítě v době ambulantního porodu, bude proti tomuto onemocnění teprve očkován.

Dle tohoto projektu vlastní ambulantní poporodní péče probíhá tak, že domácnost navštíví každý den jeden zdravotník:

- druhý poporodní den (tj. první den po propuštění) přijde dětská sestra, která kontroluje nejen dítě a kojení, ale také, jak se hojí porodní poranění a zavinující se dělohu,
- třetí poporodní den dochází dětský lékař, který vyšetří novorozence a očkuje jej proti tuberkulóze,

- čtvrtý poporodní den navštíví doma maminku porodník, který kontroluje celkový zdravotní stav šestinedělky, zavinování dělohy, intenzitu krvácení a stav porodních cest,
- pátý poporodní den se dostaví opět dětský lékař a odebírá dítěti krev na vyšetření, které zjišťuje přítomnost některých vrozených vad látkové výměny.

Ambulantní porod klade také velmi vysoké nároky na samotnou ženu, která musí své dítě v domácím prostředí sledovat. Matka musí u svého dítěte pomoci s očkováním a s odběrem krve, v nemocnici pomáhá lékaři zdravotní sestra. Rovněž je třeba počítat s její větší fyzickou zátěží než by tomu bylo v porodnici. Matce je vždy doporučeno, aby jí v prvních dnech někdo pomohl s péčí o domácnost, aby se sama mohla věnovat výhradně sobě a dítěti. S těmito informacemi musí být matka vždy předem seznámena. Všechny okolnosti domácí péče po porodu musí zvážit i její rodina, která je zapojena jak do péče o dítě, tak i o samotnou matku. Matka a celá její rodina musejí vždy předem zvážit okolnosti domácí poporodní péče.

Pátý den po porodu jsou matka a její dítě předáni dle standardních postupů do péče ambulantního gynekologa a pediatra, tak jako by tomu bylo v době po ukončení hospitalizace na porodnickém oddělení. V pražském regionu se projekt „Ambulantní porod“ neseťkal se zájmem veřejnosti, a proto zde bylo od této alternativy porodu a poporodní péče nakonec upuštěno. Ambulantní péče po porodu musela být finančně hrazena rodinou, protože dle platné legislativy, není možné uhradit tuto formy poporodní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění.²⁹



Obrázek č. 34: Porodní sál pro ambulantní porod

²⁹ A. Pařízek, Kniha o těhotenství a dítěti, 2009

6. VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK

V současné době porodní asistentky mají možnost získat bakalářské i magisterské vzdělání a to na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, na lékařských fakultách v Praze, Olomouci, Brně, na zdravotně sociálních fakultách v Ostravě a v Českých Budějovicích a na nově akreditovaném pracovišti při Pardubické univerzitě.

Porodní asistentka nemá tak dlouhou tradici univerzitního vzdělání. Studium ošetřovatelství se začalo rozvíjet v šedesátých letech na první lékařské fakultě v Praze. Na třetí lékařské fakultě se studuje obor porodní asistentka pod širším názvem zdravotnické vědy. V Olomouci, v Brně a v Hradci Králové je možné studovat obor ošetřovatelství. V Českých Budějovicích a v Ostravě je možné studovat obor porodní asistence.

V předcházejících letech k výkonu práce porodní asistentky bylo dostačující absolvování čtyřletého studia ukončené maturitou na střední zdravotnické škole, obor ženská sestra. Nyní je zapotřebí, aby porodní asistentky získaly vysokoškolské vzdělání a to především ze dvou důvodů. Dnešní doba klade na zaměstnance velké odborné, profesní a organizační nároky a z těchto důvodů je nutné, aby na pozicích staniční, vrchní a hlavní sestry pracovaly vysokoškolsky vzdělané sestry. Druhým důvodem je tlak, nebo možné spíše inspirace z ostatních evropských států, který směřuje k restrukturalizaci rolí, tzn. co je úkolem lékaře, co vysoce kvalifikované sestry a co dalšího zdravotnického personálu. Tradicí vycházející ještě z dob socialismu bylo, že vedoucí osobou v souvislosti se samotným porodem byl lékař a ostatní personál se řídil jeho pokyny. Pokud se zaměříme na současné dění v zahraničí, musím konstatovat, že hlavním úkolem lékaře je provést lékařskou vizitu a veškeré další související úkony provádí vysoce kvalifikovaná zdravotní sestra, která má k dispozici ostatní zdravotnický personál na různých úrovních kvalifikace. U nás k takové diferenciaci zatím nedošlo. Možný důvodem je určitá „zkostnatělost systému. Přitom je již nyní jasné, že systém, který sledujeme v zahraničí je podstatně pružnější, efektivnější a hlavně levnější.

Vnikem možnosti terciárního vzdělávání bylo otevřeno v ČR téměř 170 vyšších odborných škol, což při tomto počtu znamenalo pokles úrovně studia a na trhu

práce má tudíž větší možnost uplatnění sestra s univerzitním vzděláním. V oblasti zdravotnictví bylo prakticky vyšší odborné vzdělání „degradováno“ na roveň vzdělání středoškolského.

V minulosti měl své nezastupitelné místo i Institut dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků. Po dobu desítky let umožňoval zdravotním sestřám, které měly dokončené odborné středoškolské vzdělání s maturitou, dosáhnout vyšší odborné úrovně a specializace v dané odbornosti.

Otázkou univerzitního vzdělání porodních asistentek vyvstává otázka, zda lze vymezit hranici v kompetencích těchto asistentek a lékařů. Z kompetenčních modelů můžeme čerpat v zahraničí. Zde je běžné, že fyziologický porod nemusí vést pouze lékař. Ten většinou zasahuje jen v případech, kdy se u rodičky objeví komplikace. Standardně postupující porody jsou vedeny porodními asistentkami. Lze tedy stanovit, že pokud je znám předpoklad, že porod nebude mít zcela fyziologický průběh, již od jeho počátku musí porod vést zásadně lékař ve spolupráci s ostatními odborníky, především neonatolog, anesteziolog a dalšími. Musí být dále připravena jednotka intenzivní péče pro případnou specializovanou péči o novorozence.

Je vždy nutné si uvědomit, že zdravotník neřeší pouze samotný porod, ale musí řešit i situaci po porodu. Z tohoto důvodu se v ČR staví řada lékařů proti rozšíření kompetencí porodních asistentek. Navíc není možné najít ani pro přesun kompetencí z lékaře na porodní asistentku legislativní podporu. Navíc směrnice Evropské unie rámcově stanoví i curriculum bakalářského studia porodní asistentky a mluví o povinném počtu absolvovaných porodů. Při klesající tendenci počtu porodů je tedy nepravděpodobné, že všechny studentky oboru porodní asistentka odpracují stanovený minimální roční počet porodů. Je také zapotřebí i určité zázemí pro vykonávání této praxe studentek, tzn. je nutné zajištění supervize a pracoviště s akreditací pro výuku těchto studentek. V současné době na Ministerstvu zdravotnictví ČR a Ministerstvo školství ČR se vypracovává společně curricula, které bude k dispozici všem fakultám, připravující odborné asistentky. Toto curricula však musí splňovat všechny náročná kritéria Evropské unie, aby absolventky tohoto studia neměly v EU problém s uznáváním diplomů a

uplatněním na trhu práce. Tímto ale také vzniká otázka, zda takto odborně připravené porodní asistentky dle stanovených kritérií EU nebudou mít větší zájem vykonávat toto povolání v zahraničí.

Další otázkou zůstává, jak lze přispět k lepšímu porozumění a uznání kvalifikace mezi lékaři a porodními asistentkami. Řešení by bylo možné nalézt také ve společném vzdělávání lékařů a porodních asistentek. Bylo by přinejmenším velmi užitečné, aby během studia byla některá praktika společná a tím by budoucí lékaři a porodní asistentky přesně věděli, co ten druhý umí a tudíž jaké jsou jejich kompetence. Tímto by mohl vniknout nový a možná i ideální typ spolupráce mezi porodními asistentkami a lékaři – porodníky.

Do osnov vzdělávání zdravotnických pracovníků by mělo být samozřejmostí i zařazení odborných předmětů i z oblasti speciální pedagogiky, tzn. alespoň seznámit zdravotníky se zásadami přístupu a komunikace s pacientem s různým typem zdravotního postižení.



Obrázek č. 35: Odznak diplomované porodní asistentky

7. ORGANIZACE ZAMĚŘENÉ NA PÉČI O NESLYŠÍCÍ TĚHOTNÉ ŽENY A MATKY

Mezi nejvýznamnější instituce, které poskytují služby především těhotným ženám nebo matkám se sluchovým postižením v České republice patří:

➤ *Centrum pro neslyšící matky v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze*

Jak jsme již uvedla v předcházejících kapitolách, Centrum pro neslyšící matky v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí je prakticky jediným oficiálním zdravotnickým pracovištěm, které poskytuje služby v oblasti péče o těhotnou a rodící ženu. Zdravotnický personál je odborně vyškolen v zásadách komunikace s neslyšícími a čtyři zdravotničtí asistenti tohoto zařízení ovládají základy tlumočení do znakového jazyka.

Těhotná žena se sluchovým postižením může využít těchto služeb během celého těhotenství nebo pouze v době samotného porodu. Pro maminky po porodu je k dispozici pokoj vybavený speciálními kompenzačními pomůckami pro sluchově postižené např. počítačem s připojením na internet, světelnou a vibrační signalizací upozorňující na pláč dítěte, signalizací v případě klepání na dveře. Součástí komplexní péče je i systém roaming, který umožňuje mít mamince po celou dobu hospitalizace děťátko u sebe na pokoji. Již během této hospitalizace je u novorozenců provedeno vyšetření sluchu pro zjištění výskytu sluchové vady. V případě, že je sluchová vada u novorozence zjištěna, dochází pak k předání novorozence ke kontinuální péči na foniatrické pracoviště ve Fakultní nemocnici v Motole a dochází k nastavení spolupráce rodiny s pracovníky Střediska rané péče Tamtam.

➤ *Středisko rané péče Tamtam*

Středisko rané péče Tamtam je samostatným projektem občanského sdružení Federace rodičů a přátel sluchově postižených (FRPSP), které vzniklo v Praze v roce 2000. Posláním střediska je široká podpora rodin, které mají v péči dítě se sluchovým nebo kombinovaným postižením. Péče je zajištěna od doby, kdy je dítě diagnostikováno a kdy rodina o péči střediska projeví zájem. Tato péče je zpravidla ukončena v době nástupu dítěte do vzdělávacího procesu, nejvýše však

do 7 let věku dítěte. Již po zjištění sluchového postižení je rodičům předán kontakt na toto středisko rané péče, ale záleží skutečně na jejich rozhodnutí, zda toto středisko budou kontaktovat a zda následně budou využívat služby, které středisko nabízí a které jsou poskytovány bezplatně. Protože se v ČR ještě neprovádí plošně screeningové vyšetření sluchu, vnikají situace, kdy až rodiče sami na dítěti vypozerují odlišnosti ve vývoji. Bohužel se stále také velmi často stává, že rodič pediatra na podezření vzniku sluchové vady upozorní, bývá však tímto pediatrem uklidněn a odborné vyšetření sluchu je často odsouváno. Je to systémová chyba. Pro takto postižené dítě je velmi důležité včasné nastavení poskytování intenzivní odborné péče pro co nejlepší prognózu.

Středisko rané péče Tamtam poskytuje svým klientům:

- Psychologické, pedagogické a sociální poradenství
- Podporu psychomotorického vývoje dítěte
- Služby v domácím prostředí
- Základní službu formou pravidelných odborných konzultací v rodinách
- Zapůjčení kompenzačních pomůcek a hraček postiženým dětem do domácího prostředí.

Od roku 2003 jsou v tomto středisku Tamtam poskytovány služby pro neslyšící matky v době těhotenství, po porodu a to do doby, kdy je u narozeného dítěte dokončeno kompletní vyšetření sluchu. Podpora střediska Tamtam se týká tedy rodin, kde jsou oba dva rodiče neslyšící, protože poradci tohoto střediska mohou plnohodnotně doprovázet rodinu a komunikovat s ní i přes skutečnost, že komunikačním prostředkem je znakový jazyk.

Střediska Tamtam nabízí k využití ambulantní poradenské služby, které jsou určeny rodičům dětí se sluchovým postižením, dětem a dospělým osobám se sluchovým postižením, členům rodiny, učitelům a dalším, kteří jsou s dětmi se sluchovým postižením v kontaktu.

- **Speciální pedagogicko-psychologická poradna** je zaměřena na děti předškolního a školního věku se sluchovým postižením a jejich rodiče. Základní oblasti poskytování služby jsou:
 - ✓ Konzultace vývoje dítěte

- ✓ Rozvoj komunikačních a řečových dovedností
 - ✓ Rozvoj sluchových dovedností
 - ✓ Pedagogická a psychologická diagnostika dítěte
 - ✓ Vyšetření školní zralosti
 - ✓ Zařazení do vzdělávacího zařízení
 - ✓ Školní poradenství
 - ✓ Konzultace s učiteli mateřských a základních škol včetně návštěv těchto zařízení
 - ✓ Psychologické poradenství pro rodiče
 - ✓ Výchovné poradenství
 - ✓ Nácvič na audiometrické vyšetření
 - ✓ Výběr a objednání kompenzačních pomůcek
 - ✓ Psychologická poradna
- **V rámci speciální psychologické poradny** pro sluchově postižené poskytuje středisko dospívajícím i dospělým neslyšícím, nedoslýchavým a ohluchlým lidem a lidem s kochleárním implantátem a jejich rodinám poradenství v těchto oblastech:
 - ✓ Psychologická diagnostika
 - ✓ Krizová intervence
 - ✓ Manželské a rodinné poradenství
 - ✓ Profesní poradenství
 - ✓ Individuální terapie
- **Logopedická poradna**
Rodiče mohou využít jednorázové konzultace, týkající se zejména rozvoje komunikačních a řečových dovedností a rozvoje sluchových dovedností.
- **Odborná sociální poradna**
 - ✓ Sociální poradna poskytuje odborné sociální poradenství. Klientům se sluchovým postižením a jejich blízkým nabízí pomoc při vyřizování telefonátů (např. objednání k lékaři apod.), pomoc při sepisování úředních dopisů (např. odvolání proti rozhodnutí úřadu, žádost o poskytnutí dávek aj.), pomoc při hledání ubytování -

pomáhá odpovídat na inzeráty s nabídkou pronájmu či prodeje bytu (ať již v novinách či na internetu), telefonicky zprostředkuje hovor, pomáhá při vyhledávání nabídek.

- ✓ Podává informace o výhodách a příspěvcích pro osoby se sluchovým postižením: (invalidní důchod, dávky státní sociální podpory, příspěvek na péči, průkaz ZTP aj.)
- ✓ poradenství při žádostech o příspěvek na kompenzační pomůcky
- ✓ poradenství s výběrem školy, poskytneme kontakt na další instituce
- ✓ domluva návštěvy bezplatného právního poradenství, návštěvy psychologa pro neslyšící atp.

- **Poradna pro psychomotorický vývoj dítěte**

- ✓ podpory a stimulace pohybového vývoje, výběr vhodných metod
- ✓ podpory správného kousání a polykání (bukofaciální stimulace)
- ✓ pomoc při výběru vhodných kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
- ✓ zhodnocení aktuálního stavu motorického vývoje³⁰.

➤ ***Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s.***

je občanské sdružení rodičů, přátel a profesionálů, které vyjadřuje a hájí zájmy sluchově postižených dětí a jejich rodičů.

Toto občanské sdružení vzniklo v roce 1990 jako reakce na potřebu rodičů sluchově postižených dětí. Cílem tohoto sdružení byla snaha vzájemné komunikace a spolupráce mezi rodinami takto postižených dětí. Význam federace také spočívá ve vzájemné podpoře jak mezi rodinami, které se potýkají se stejným problémem, tak v podpoře ze strany odborníků.

Naposledním úkolem je vytváření podmínek pro co nejlepší integraci sluchově postižených dětí do společnosti.

Federace se zaměřuje na poskytování komplexních služeb pro rodiny se sluchově postiženými dětmi a organizuje Informační centrum o hluchotě, sociální a psychologické poradny a Středisko rané péče. Tyto služby využívají lidé z celé republiky.

³⁰Zdroj: http://www.tamtam-praha.cz/pro_rodiny.php?page=ambulantni_poradny

Důležitou součástí komplexní péče a podpory sluchově postižených dětí a jejich rodin je vydávání publikací zaměřených na problematiku výchovy a vzdělání sluchově postiženého dítěte. Federace také aktivně pořádá odborné přednášky či semináře dle aktuálních problémů.

Občanské sdružení je také zakládajícím členem Evropské federace rodičů sluchově postižených dětí (FEPEDA), která usiluje o vytvoření evropských standardů - například v oblasti titulkování televizních pořadů.

Občanské sdružení je také členem Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP), která sdružuje organizace, zabývající se poskytováním služeb pro občany se sluchovým postižením, a organizace, které občany se sluchovým postižením sdružují. V rámci této organizace se občanské sdružení podílí na připomínkování zákonů, které se týkají lidí se zdravotním postižením (např. zákona o sociálních službách).

Výše uvedené občanské sdružení je také členem Národní rady zdravotně postižených (NRZP) a České rady humanitárních organizací (ČRHO), sdružujících organizace zdravotně postižených a organizace, které poskytují sociální a zdravotně sociální služby sociálně znevýhodněným skupinám občanů.³¹

PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍL A HYPOTÉZY VÝZKUMU

Vzhledem ke zdravotnickému vzdělání autora této diplomové práce byl po dohodě s vedoucím diplomové práce pro praktickou část průzkum zvolen cíl zjištění připravenosti porodnic v České republice na těhotenství a porod ženy s vážným sluchovým postižením. Pro zajištění podkladů pro vypracování praktické části byl vybrán sběr dat formou nestandardizovaného dotazníku. Osloveny byly všechny porodnice v České republice s požadavkem na vyplnění přiloženého dotazníku kompetentními pracovníky. V dostupných materiálech na internetových odkazech a mediích byly nalezeny informace o tom, že jediným pracovištěm v České republice, kde jsou odborně a kvalifikovaně připraveni na péči o těhotnou ženu s těžkým sluchovým postižením v době těhotenství a porodu, je Ústav pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí.

Cílem této diplomové práce je potvrzení níže uvedené hypotézy.

³¹ Zdroj: <http://www.frpsp.cz/o-frpsp.cz> (3 .1. 2012)

2. VÝZKUMNÝ VZOREK

Výběr respondentů byl stanoven z dostupného seznamu všech porodnic v České republice, které mají akreditaci Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Respondentům byl nestandardizovaný dotazník zaslán e-mailem na adresy jednotlivých porodnických pracovišť s následujícím textem:

Dobrý den,

jsem studentka 2. ročníku magisterského studia Univerzity J.A.Komenského, obor speciální pedagogika. Prosim o vyplnění krátkého dotazníku, který využiji v praktické části diplomové práce na téma "Těhotenství a porod u sluchově postižených se zaměřením na komunikaci ve znakovém jazyce".

Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci.

Dagmar Malá

Seznam oslovených porodnic v České republice, rozdělených dle jednotlivého krajského uspořádání je možné zjistit na internetové adrese (<http://www.aperio.cz/9/budeme-rodit.cz>).

První část výzkumu se týká ověření hypotézy vztahující se ke spolupráci oslovených porodnic dle jednotlivých krajů.

Průvodce porodnicemi v ČR

1) Praha, hl. město

Porodnice Praha 10 - Královské Vinohrady

Porodnice Praha 2 - Apolinář

Porodnice Praha 4 - Krč, Thomayerova nemocnice

Porodnice Praha 4 - Podolí

Porodnice Praha 5 - Motol

Porodnice Praha 8 - Na Bulovce

Graf č. 1:



Stanovení hypotézy (H1): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 100 % respondentů nevrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H1 nebyla verifikována

2) Jihočeský kraj

Porodnice České Budějovice

Porodnice Český Krumlov

Porodnice Jindřichův Hradec

Porodnice Písek

Porodnice Prachatice

Porodnice Strakonice

Porodnice Tábor

Graf č. 2:



Stanovení hypotézy (H2): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 13 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H2 nebyla verifikována

3) Jihomoravský kraj

Porodnice Boskovice

Porodnice Břeclav

Porodnice Brno - Bohunice

Porodnice Brno - Milosrdných Bratří

Porodnice Brno - Obilní trh

Porodnice Ivančice

Porodnice Kyjov

Porodnice Vyškov

Porodnice Znojmo

Graf č. 3:



Stanovení hypotézy (H3): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 31 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H3 nebyla verifikována

4) Karlovarský kraj

Porodnice Cheb

Porodnice Karlovy Vary

Porodnice Ostrov

Porodnice Sokolov

Graf č. 4:



Stanovení hypotézy (H4): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 100 % respondentů nevrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H4 nebyla verifikována

5) Královehradecký kraj

Porodnice Hradec Králové

Porodnice Jičín

Porodnice Náchod

Porodnice Rychnov nad Kněžnou

Porodnice Trutnov

Graf č. 5:



Stanovení hypotézy (H5): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 14 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H5 nebyla verifikována

6) Liberecký kraj

Porodnice Česká Lípa

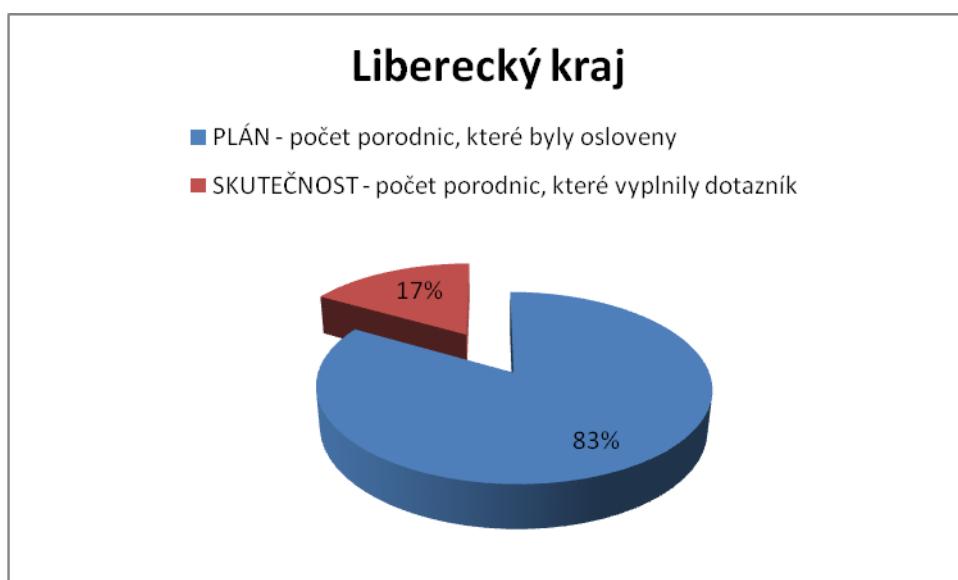
Porodnice Jablonec nad Nisou

Porodnice Jilemnice

Porodnice Liberec

Porodnice Turnov

Graf č. 6:



Stanovení hypotézy (H6): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 17 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H6 nebyla verifikována

7) Moravskoslezský kraj

Porodnice Frýdek-Místek

Porodnice Havířov-Město

Porodnice Karviná

Porodnice Krnov

Porodnice Nový Jičín

Porodnice Opava

Porodnice Ostrava

Porodnice Ostrava - Poruba

Porodnice Ostrava Vítkovice

Porodnice Třinec

Graf č. 7:



Stanovení hypotézy (H7): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 9 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H7 nebyla verifikována

8) Olomoucký kraj

Porodnice Jeseník

Porodnice Olomouc

Porodnice Přerov

Porodnice Prostějov

Porodnice Šternberk

Porodnice Šumperk

Graf č. 8



Stanovení hypotézy (H8): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 100 % respondentů nevrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H8 nebyla verifikována

9) Pardubický kraj

Porodnice Chrudim

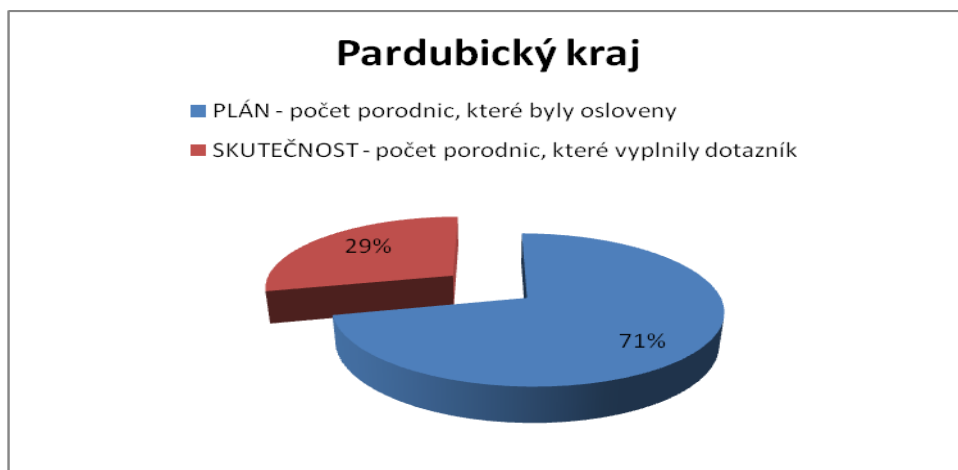
Porodnice Litomyšl

Porodnice Pardubice

Porodnice Svitavy

Porodnice Ústí nad Orlicí

Graf č. 9:



Stanovení hypotézy (H9): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 29 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H9 nebyla verifikována

10) Plzeňský kraj

Porodnice Domažlice

Porodnice Klatovy

Porodnice Plzeň - fakultní nemocnice

Porodnice Plzeň - Mulačova nemocnice

Porodnice Rokycany

Porodnice Stod

Graf č. 10:



Stanovení hypotézy (H10): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 25 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H10 nebyla verifikována

11) Středočeský kraj

Porodnice Benešov

Porodnice Brandýs nad Labem

Porodnice Čáslav

Porodnice Hořovice

Porodnice Kladno

Porodnice Kolín

Porodnice Mělník

Porodnice Mladá Boleslav

Porodnice Neratovice

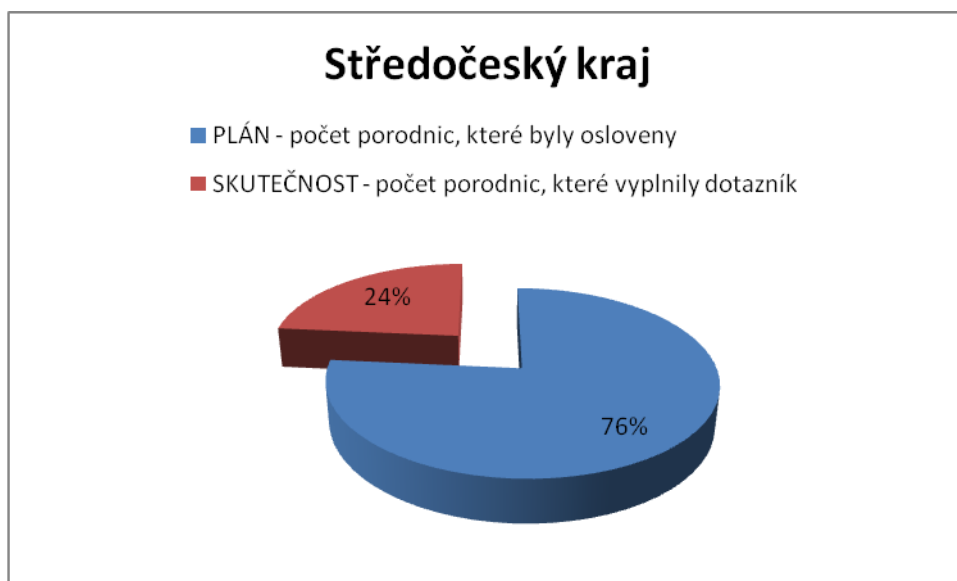
Porodnice Nymburk

Porodnice Příbram

Porodnice Rakovník

Porodnice Slaný

Graf č. 11:



Stanovení hypotézy (H11): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 24 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H11 nebyla verifikována

12) Ústecký kraj

Porodnice Chomutov

Porodnice Děčín

Porodnice Kadaň

Porodnice Litoměřice

Porodnice Most

Porodnice Roudnice nad Labem

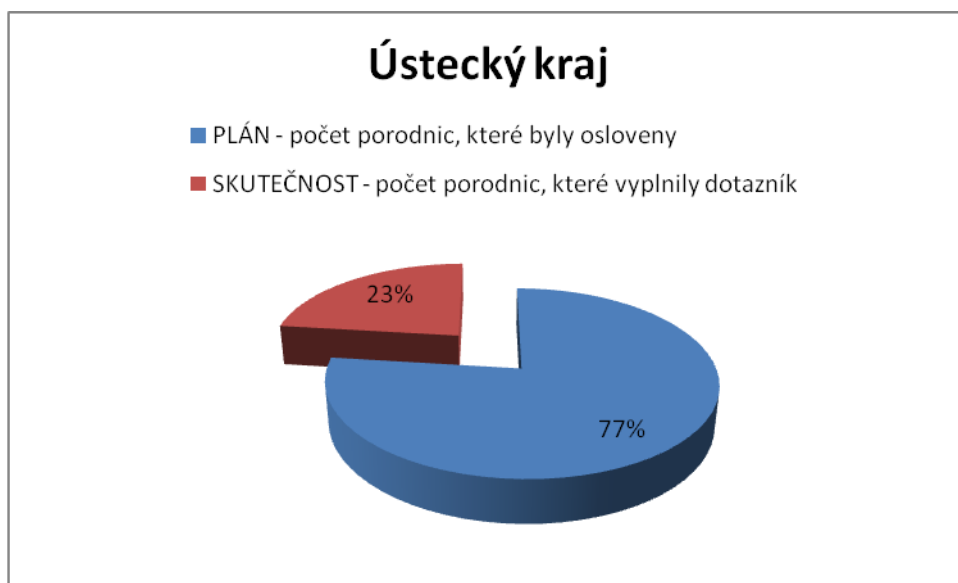
Porodnice Rumburk

Porodnice Teplice

Porodnice Ústí nad Labem

Porodnice Žatec

Graf č. 12:



Stanovení hypotézy (H12): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 23 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H12 nebyla verifikována

13) Vysočina

Porodnice Havlíčkův Brod

Porodnice Jihlava

Porodnice Nové Město na Moravě

Porodnice Pelhřimov

Graf č. 13:



Stanovení hypotézy (H13): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 29 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H13 nebyla verifikována

14) Zlínský kraj

Porodnice Kroměříž

Porodnice Uherské Hradiště

Porodnice Valašské Meziříčí

Porodnice Vsetín

Porodnice Zlín

Graf č. 14:



Stanovení hypotézy (H14): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

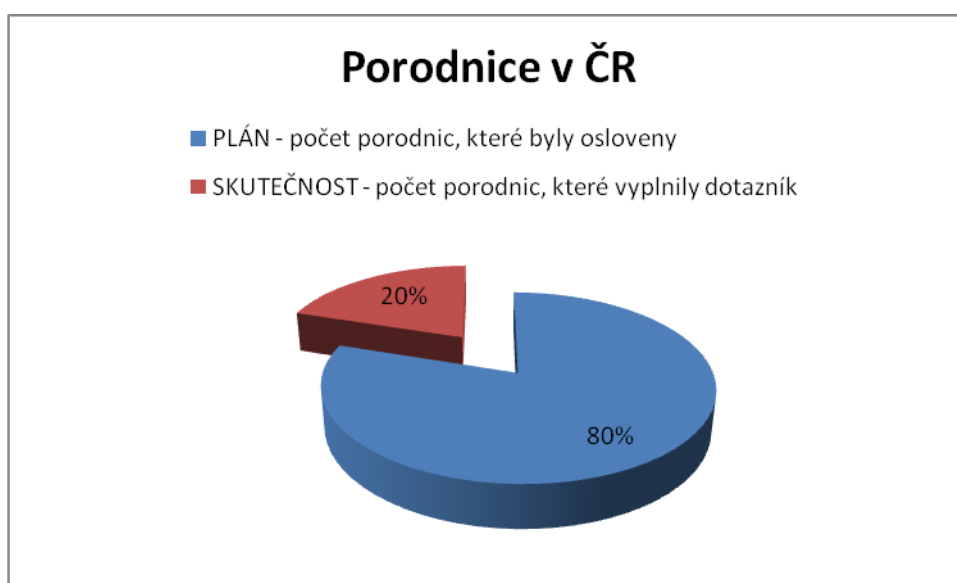
Interpretace výsledků: 17 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H14 nebyla verifikována

15) Porodnice v ČR

Nestandardizovaný dotazník byl zaslán celkem do 88 zdravotnických zařízení, jejichž součástí jsou porodnická oddělení. Vyplněný dotazník však vrátilo pouze 22 z oslovených 88 zdravotnických zařízení.

Graf č. 15:



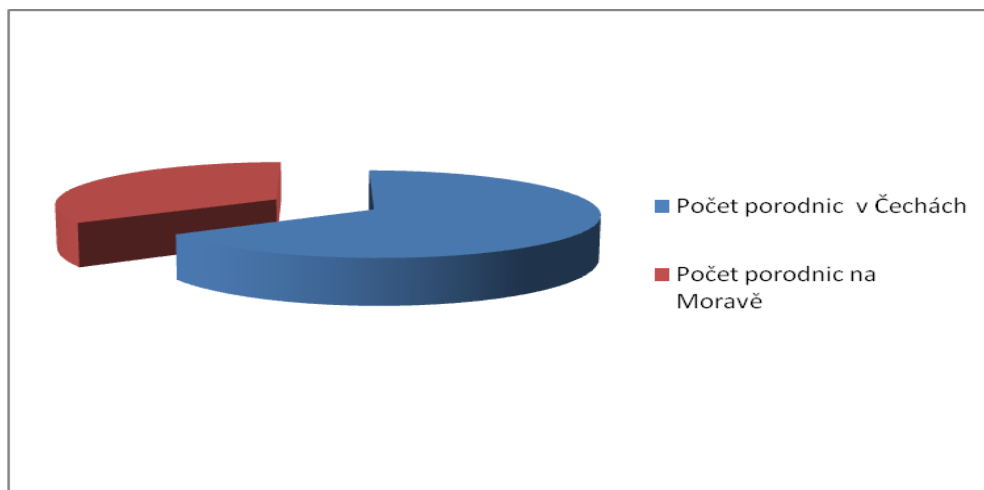
Stanovení hypotézy (H15): Nadpoloviční většina respondentů vrátí vyplněný dotazník.

Interpretace výsledků: 20 % respondentů vrátilo vyplněný dotazník.

Závěr: H15 nebyla verifikována

16) Počet porodnic v Čechách a na Moravě

Graf č. 16:



3. METODY ŠETŘENÍ

Přílohou výše uvedeného e-mailového požadavku, který byl zaslán do všech porodnic v ČR, byl nestandardizovaný dotazník s šesti otázkami, které byly uzavřené, pro respondenty s možností odpovědi ANO/NE.

Dotazník - tabulka č. 1

		Zvolené označte "X"	
DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI			
Nemocnice.....		ANO	NE
1.	Organizuje Vaše gynekologicko-porodnické oddělení kurzy přípravy k porodu v takové formě, aby se jich mohla účastnit i těhotná žena se sluchovým postižením?		
2.	Je některý zaměstnanec Vašeho gynekologicko-porodnického oddělení seznámen (proškolen) se základními zásadami správné komunikace se sluchově postiženými?		
3.	Ovládá některý zaměstnanec Vašeho gynekologicko-porodnického oddělení základy tlumočení do znakového jazyka?		
4.	Máte na Vašem gynekologicko-porodnické oddělení zkušenosti s porody žen se sluchovým postižením?		
5.	Je možné ženě se sluchovým postižením zajistit během porodu prostřednictvím Vašeho zdravotnického zařízení tlumočnicka znakového jazyka?		
6.	Má možnost Vaše gynekologicko-porodnické oddělení v případě porodu ženy se sluchovým postižením vybavit pokoj pro rodičku a dítě příslušnými kompenzačními pomůckami (např. světelná nebo vibrační signalizace)?		

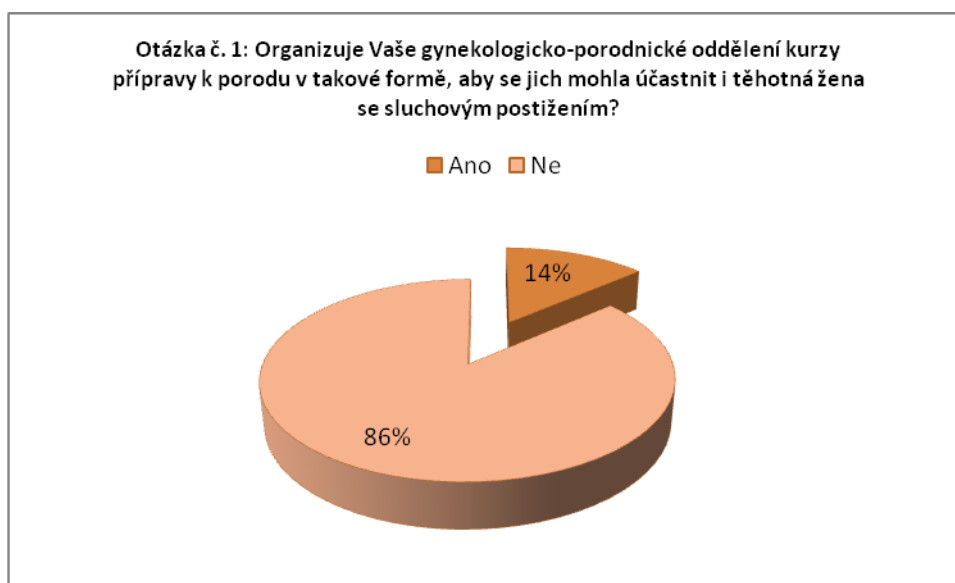
4. ANALÝZA VÝZKUMOVÉHO ŠETŘENÍ

V této praktické části diplomové práce jsou uvedeny jednotlivé otázky dotazníku a je zde provedena analýza se stanovením hypotézy a interpretací výsledku.

- **Otázka č. 1** - *Organizuje Vaše gynekologicko-porodnické oddělení kurzy přípravy k porodu v takové formě, aby se jich mohla účastnit i těhotná žena se sluchovým postižením?*

Stanovení hypotézy H1 – Nadpoloviční většina dotazovaných porodnic je schopna připravit předporodní kurzy tak, aby se jich mohla zúčastnit i žena se sluchovým postižením.

Graf č. 17



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 1.

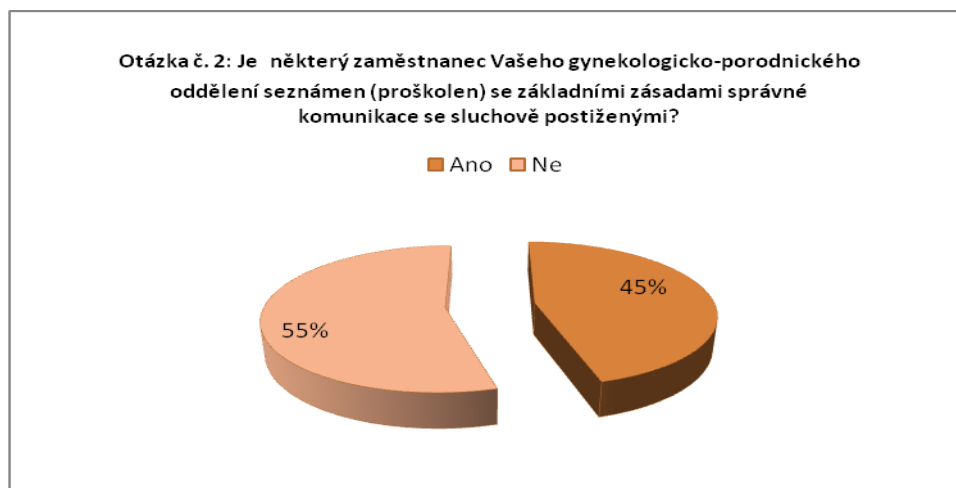
Pouze 14 % respondentů organizuje kurzy přípravy k porodu v takové formě, aby se jich mohla účastnit i těhotná žena se sluchovým postižením.

Závěr: H1 nebyla verifikována

- **Otázka č. 2** - *Je některý zaměstnanec Vašeho gynekologicko-porodnického oddělení seznámen (proškolen) se základními zásadami správné komunikace se sluchově postiženými?*

Stanovení hypotézy H2 – Nadpoloviční většina dotazovaných porodnic své zaměstnance seznámila (proškolila) se základními zásadami správné komunikace se sluchově postiženými.

Graf č. 18



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 2.

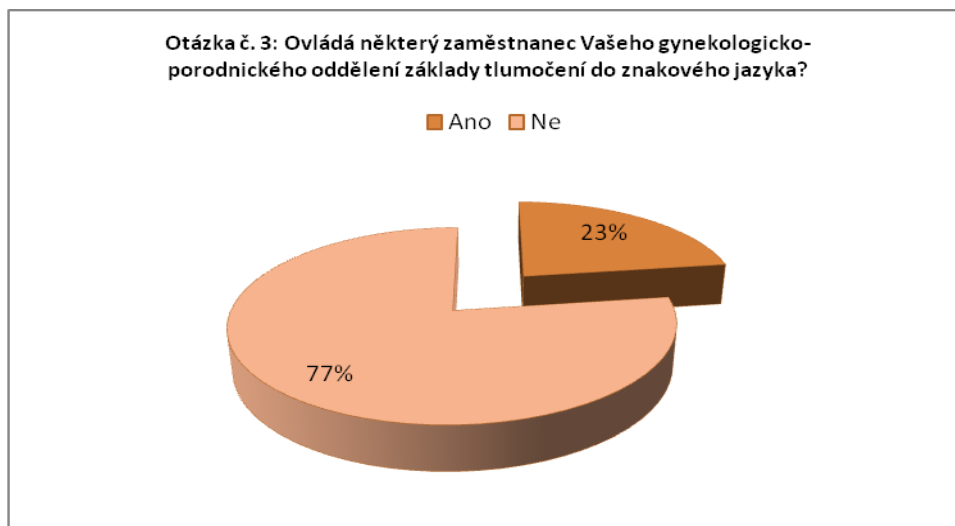
Pouze 45 % respondentů seznámilo (proškolilo) své zaměstnance se základními zásadami správné komunikace se sluchově postiženými.

Závěr: H2 nebyla verifikována

- **Otázka č. 3 - Ovládá některý zaměstnanec Vašeho gynekologicko-porodnického oddělení základy tlumočení do znakového jazyka?**

Stanovení hypotézy H3 – Více jak deset procent dotazovaných respondentů má zaměstnance, kteří ovládají základy tlumočení do znakového jazyka.

Graf č. 19



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 3.

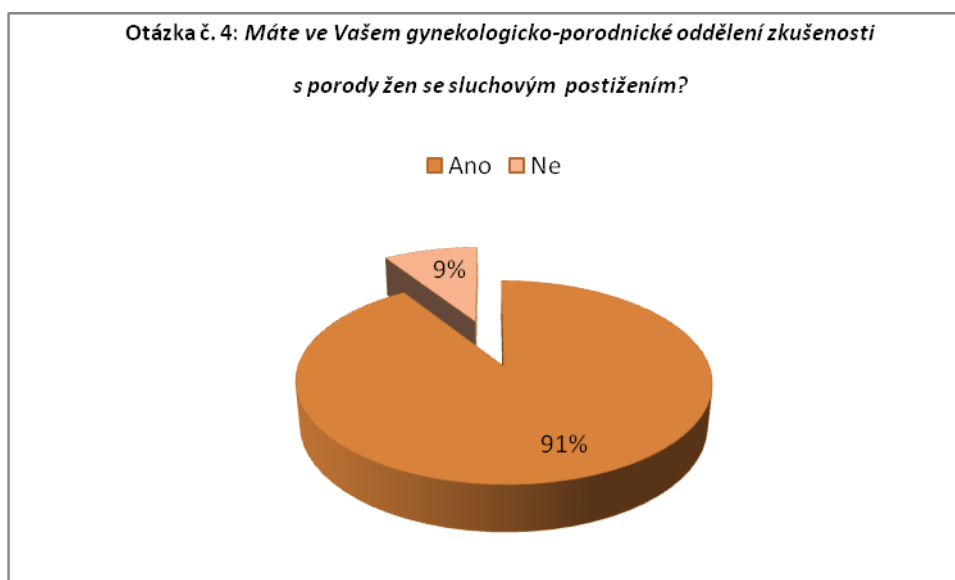
23 % respondentů má zaměstnance, kteří ovládají základy tlumočení do znakového jazyka.

Závěr: H3 byla verifikována

- **Otázka č. 4** - *Máte ve Vašem gynekologicko-porodnickém oddělení zkušenosti s porody žen se sluchovým postižením?*

Stanovení hypotézy H4 – Nadpoloviční většina dotazovaných respondentů má zkušenosti s porody žen se sluchovým postižením.

Graf č. 20



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 4.

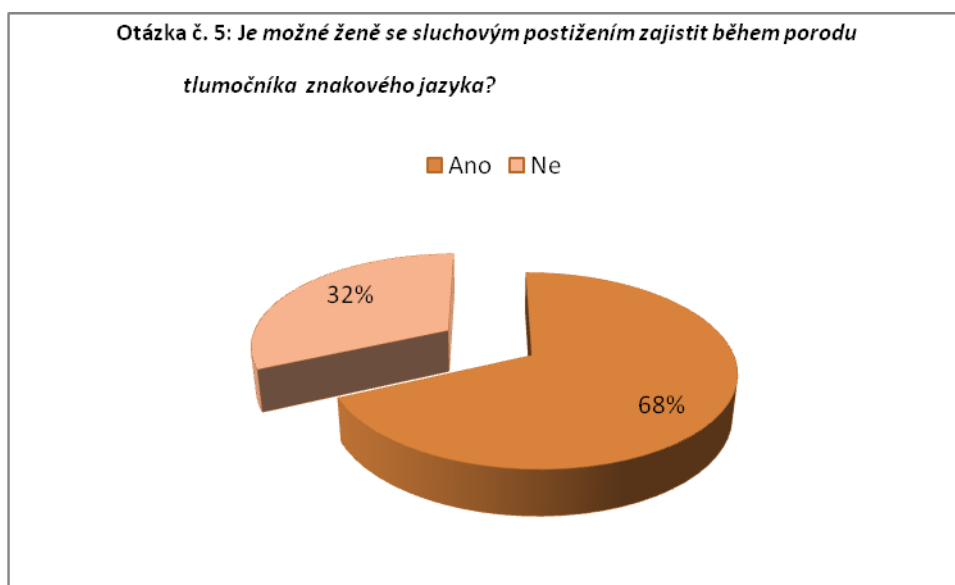
91 % respondentů má zkušenosti s porody žen se sluchovým postižením.

Závěr: H4 byla verifikována

Otázka č. 5 - *Je možné ženě se sluchovým postižením zajistit během porodu prostřednictvím Vašeho zdravotnického zařízení tlumočnicka znakové jazyka?*

Stanovení hypotézy H5 – Nadpoloviční většina dotazovaných respondentů má možnost zajistit během porodu tlumočnicka znakového jazyka.

Graf č. 21:



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 5.

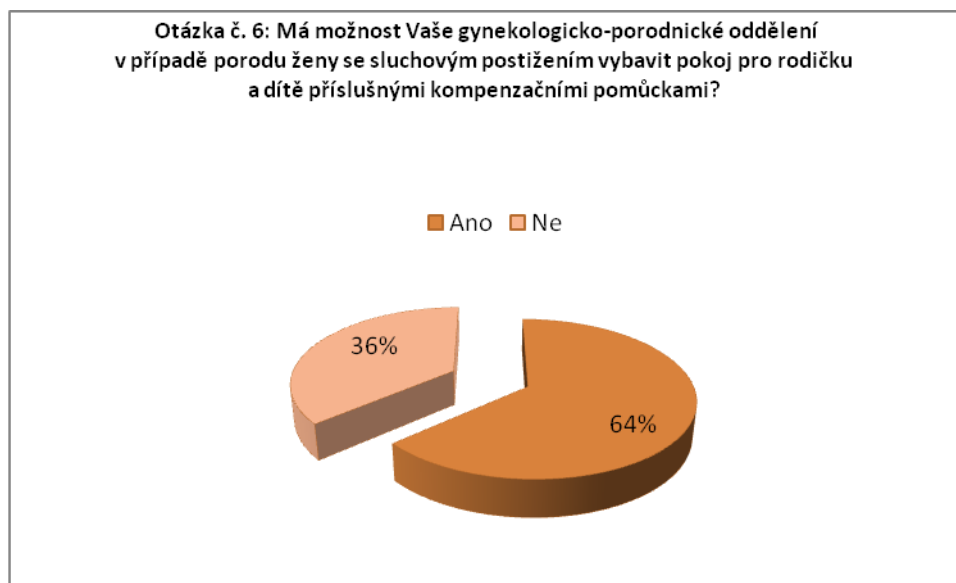
68 % respondentů má možnost zajistit ženě se sluchovým postižením během porodu tlumočnicka znakového jazyka.

Závěr: H5 byla verifikována

Otázka č. 6 - *Má možnost Vaše gynekologicko-porodnické oddělení v případě porodu ženy se sluchovým postižením vybavit pokoj pro rodičku a dítě příslušnými kompenzačními pomůckami (např. světelná nebo vibrační signalizace)?*

Stanovení hypotézy H6 – Nadpoloviční většina dotazovaných respondentů má možnost rodiče s dítětem vybavit pokoj příslušnými kompenzačními pomůckami (např. světelná nebo vibrační signalizace).

Graf č. 22:



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 6.

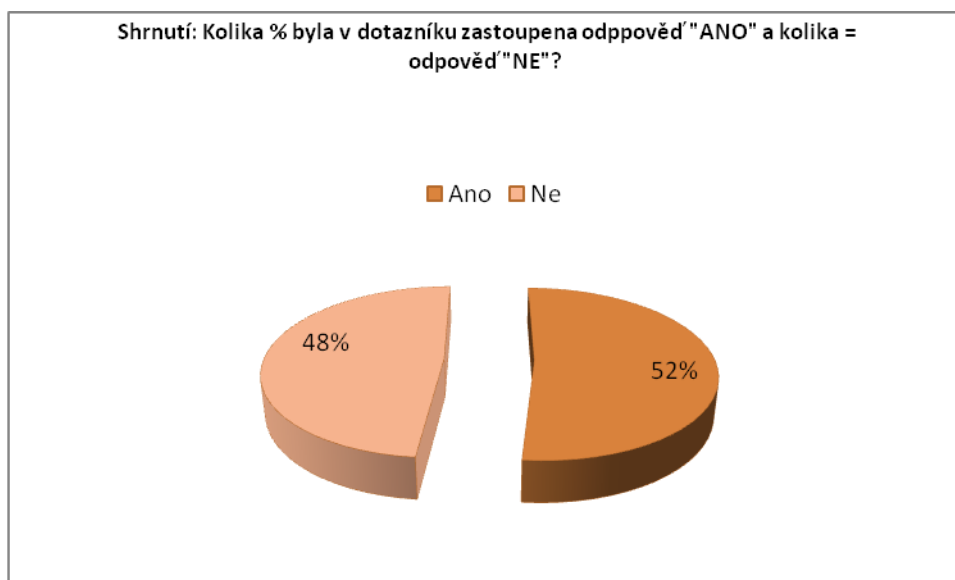
64 % respondentů má možnost vybavit rodiče s dítětem pokoj příslušnými kompenzačními pomůckami (např. světelná nebo vibrační signalizace).

Závěr: H6 byla verifikována

- **Shrnutí:** *Kolika % byla v dotazníku na položené otázky zastoupena odpověď "ANO" a kolika odpověď "NE"?*

Stanovení hypotézy H7 – V dotazníku na položené otázky byla odpověď „ANO“ zastoupena v nadpoloviční většině.

Graf č. 23:



Interpretace výsledků:

Hypotéza byla ověřována otázkou č. 7.

52 % byla v dotazníku zastoupena na položené otázky odpověď „ANO“.

Závěr: H7 byla verifikována

5. VYHODNOCENÍ

Průzkum s cílem zjistit schopnosti zaměstnanců porodnic v České republice komunikovat se sluchově postiženými ženami prokázal, že Ústav péče o matku a dítě v Praze - Podolí není jediným zdravotnickým zařízením v České republice, které svými odborně proškolenými zaměstnanci poskytuje kvalifikovanou péči a služby ženám se sluchovým postižením. Z uvedeného vyplývá, že se ženy se sluchovým postižením mohou s důvěrou obrátit i na jiné porodnické oddělení v celé České republice, jejichž zaměstnanci jsou často alespoň proškoleni se základními zásadami komunikace se sluchově postiženými nebo jsou schopni takto postiženým ženám zajistit tlumočnické služby. Nadpoloviční většina porodnic, které se průzkumu zúčastnily, jsou schopni vybavit pokoj pro rodičku a dítě příslušnými kompenzačními pomůckami.

Při zpracovávání této práce jsem často přemýšlela, jak je pro těhotnou nebo rodící ženu se sluchovým postižením velmi složitá situace, kdy se tato žena ocitne ve zdravotnickém zařízení a nemůže se adekvátně se zdravotníky domluvit. Postupujícím porodem je prakticky vždy vystavena obrovskému stresu, jehož intenzitu často zvyšuje oboustranné nedorozumění a nepochopení. Protože jsem matka dvou dětí, velmi dobře si dovedu představit, jak by mé obavy ze všeho neznámého zesílely, pokud bych nabyla dojmu, že každý z účastněných, tedy já a zdravotník, mluvíme „cizí řečí“. Jako studentka speciální pedagogiky jsem si plně vědoma, že problematika života osob sluchovým postižením se všemi jeho důsledky je velmi složitá a mnohdy ne vždy plně pochopená. Jako zdravotník také vím, že pro mnoho kolegů zdravotníků je studium, které by poskytovalo informace o specifikách a zvláštěnostech přístupu k handicapovanému jedinci s různým typem postižení, málo atraktivní a systémově není ani takto vzdělaný zdravotník významně finančně ohodnocen. Jednoznačné řešení vidím v motivaci zdravotnických pracovníků, a to jak ze strany zaměstnavatele, tak ze strany celé společnosti.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce je přehledný průřez napříč specifiky a zvláštnosti péče o těhotnou a rodící ženu se sluchovým postižením. Práce je rozdělena do pěti hlavních bloků. První blok vymezuje pojem sluchové postižení. Druhý blok se vrací do historie péče o sluchově postižené od starověku po 2. světovou válku. Třetí blok se zaměřuje na samotné těhotenství a porod ženy se sluchovým postižením. Čtvrtý blok rozebírá komunikaci neslyšící rodící ženy se zdravotnickým personálem. Pátý blok je určen analytice porodu doma a ambulantního porodu v porodnici. Šestý blok se zamýšlí nad významem vzdělávání porodních asistentek. Sedmý blok uzavírá teoretickou část diplomové práce a seznamuje s organizací péče zaměřené na péči o neslyšící těhotné ženy a matky. V praktické části je proveden průzkum se zaměřením na připravenost českých porodnic na přijetí těhotné nebo rodící ženy se sluchovým postižením.

Česká republika patří sice ve světě k zemím s nejnižší porodní úmrtností na světě, ale již se nemůže pyšnit profesionalitou při poskytování péče a služeb těhotným a rodícím ženám se sluchovým postižením.

Nejedná se o problém samostatné zdravotnické péče, ta je stále na vysoké celosvětové úrovni, ale v neznalosti specifík péče o osoby se sluchovým postižením, neznalostí zásad komunikace s neslyšícími a především v neznalosti základů komunikace ve znakovém jazyce.

Postupným zařazování speciálně pedagogických předmětů při vzdělávání zdravotníků by se situace měla postupně výrazně zlepšit. Zvyšování úrovně služeb by nebyla vázána pouze na ochotě samotných zdravotníků se ve volném čase vzdělávat prostřednictvím kurzů pro komunikaci se sluchově postiženými, ale stala by se samozřejmostí při vzdělávání zdravotnickým pracovníků na všech úrovních.

V této uspěchané době je velmi dobré se chvíli zastavit a zapřemýšlet nad složitostmi a těžkostmi některých spoluobčanů se sluchovým postižením při činnostech v běžném životě, pro nás ostatní tak samozřejmých.

Závěr práce je vhodné zakončit citátem, významného francouzského porodníka **Federicka Leboyera**:

*„ Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života “.*³²

³² Bakalářská práce – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) NANCY EVANS s předmluvou Dr. CELESTE PHILLIPSOVÉ, *Těhotenství a porod od A do Z*, Pragma 1994, ISBN 80-7205-510-0
- 2) FRANTIŠEK ZÁBRANSKÝ, *Technika císařského řezu*, Copyright, Galén 1997, ISBN 80-85824-69-8
- 3) VRATISLAV SCHREIBER, *Medicína na přelomu tisíciletí*, Academia, ISBN 80-200-0822-5, 1. vydání 2000
- 4) ANTONÍN DOLEŽAL, *Od babictví k porodnictví*, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum 2001, ISBN 80-246-0277-6
- 5) JOSEF THOMAYER, *Horečka omladnic a Ignác Filip Semmelweis*, Nakladatelství Bursík a Kohout, série III, číslo 6
- 6) VĚRA VRÁNOVÁ, *Historie babictví, současnost porodní asistence*, Olomouc 2007, Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, ISBN 978-80-244-1764-6
- 7) NANCY DUINOVÁ, Dr. JENNE SUTCLIFFOVÁ, *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*, první české vydání 1997, nakladatelství Slováry, Praha, ISBN 80-85871-04-1
- 8) LUDMILA CUŘÍNOVÁ, *Stručné dějiny oborů. Medicína a sociální činnost*, Praha: Scientia, 2002, ISBN 80-7183-254-5
- 9) ALEŠ ROZTOČIL a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7012-339-2
- 10) KOBILKOVÁ JITKA, et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
- 11) František MACKŮ, JAROSLAVA MACKŮ, *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0
- 12) JANE SYMONS, *Těhotenství a péče o dítě*. 1. vyd. Dobřejovice : Rebo Productions CZ, 2004. 232 s. ISBN 80-7234-284-3
- 13) JITKA KOBILKOVÁ, et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
- 14) MARKÉTA BEHNOVÁ, KLÁRA KAISEROVÁ, *Velká kniha o mateřství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2006. 328 s. ISBN 80-204-1526-2
- 15) ANTONÍN DOLEŽAL, Pierre de la Ravel, pařížský porodník, Galén 2003, ISBN 80-7262-239-0

- 16) JITKA KOBILKOVÁ, et al. Základy gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
- 17) VĚRA PROCHÁZKOVÁ, PETR VYSUČEK, Jak komunikovat s neslyšícím klientem, vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, ISBN 978-80-86991-18-4
- 18) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, Lékař radí ženám a dívkám, vyd. Sdružení MAC s.r.o. 1995, ISSN 0323-0732
- 19) INGRID TROBISCHOVÁ, Radost být ženou, vyd. Signum unitatis, ISBN 80-900940-0-7
- 20) STŘEDISKO RANÉ PÉČE, Ve světě sluchového postižení, 2005, FRPSP, ISBN 80-86792-27-7
- 21) JAROSLAV HRUBÝ, Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, Praha 1999, ISBN 80-7216-096-6
- 22) CHALUPOVÁ – KARLOVARSKÁ VLASTIMILA, Somatologie – Anatomie – Fyziologie člověka, Praha 2010, ISBN 80-7182-187-X
- 23) ANTONÍN PAŘÍZEK, Kniha o těhotenství a dítěti, Galén, Praha, 2009, ISBN 978-80-7262-653-3

INTERNETOVÉ ZDROJE:

www.genetika.cz

www.porodnice.cz

www.neoweb.cz/porod

www.babyonline.cz

www.zdravcentra.cz,

www.sud.gynpor.cz

www.aperio.cz/9/budeme-rodit.cz

www.frpsp.cz/o-frpsp.cz

www.tamtam-praha.cz/pro_rodiny.php?page=ambulantni_poradny

www.rodina.cz

www.cmma.cz/o-spolecnosti/

www.vzp.cz

www.upmd.cz

www.cinksamedicina.com

www.cktjz.com/eticky-kodex

OSTATNÍ ZDROJE:

JANA FENCLOVÁ, JAN FENCL, JIŘÍ HRUBEŠ, Ve světě sluchového postižení, 2 DVD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE – Historie porodnictví a babictví UJAK 2010, Dagmar Malá

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1: Schéma sluchového aparátu	3
OBRÁZEK 2: Audiogram senzoneurální vady sluchu	8
OBRÁZEK 3: Kochleární implantace	15
OBRÁZEK 4: Vibrační budík	16
OBRÁZEK 5: Mobilní telefony ppro neslyšící	17
OBRÁZEK 6: Indukční smyčka	19
OBRÁZEK 7: Ukázka Bonetovy prstové abecedy	20
OBRÁZEK 8: Dvouruční prstová abeceda	21
OBRÁZEK 9: Brocovo centrum	23
OBRÁZEK 10: Aristoteles	25
OBRÁZEK 11: sv. Augustin	26
OBRÁZEK 12: Pedro Ponce de Leon	27
OBRÁZEK 13: Dissertatio de Loquela	29
OBRÁZEK 14: Abbe Charles – Michel de l Epée	31
OBRÁZEK 15: Samuel Heinicke	32
OBRÁZEK 16: Universitas Gallaudetensis	34
OBRÁZEK 17: Faustův dům	35
OBRÁZEK 18: Valerián Johanés Jirsík	37
OBRÁZEK 19: Ústav pro matku a dítě v Podolí	42
OBRÁZEK 20: Předporodní kurzy	44
OBRÁZEK 21: Aminocentéza	45
OBRÁZEK 22: Porod porodnickými kleštěmi	49
OBRÁZEK 23: Historický obrázek císařského řezu	51
OBRÁZEK 24: Porod placenty	53
OBRÁZEK 25: Porod do vody	54
OBRÁZEK 26: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka	59
OBRÁZEK 27: Relaxace ve vodě	61
OBRÁZEK 28: Pokoj pro rodičku	62
OBRÁZEK 29: Porodní sál a porodní vana v porodnici Podolí	65
OBRÁZEK 30: Zdravotnický personál v 80. – 90. letech 20. století	66
OBRÁZEK 31: Pokoj na porodním oddělení v v 80. – 90. letech 20.století	67
OBRÁZEK 32: Porod v domácím prostředí	68
OBRÁZEK 33: prolaps pupeční šňůry	70
OBRÁZEK 34: Porodní sál pro ambulantní porod	76
OBRÁZEK 35: Odznak diplomované porodní asistentky	79

TABULKA 1: Dotazník k diplomové práci

GRAF 1: Praha hl.m.	87
GRAF 2: Jihočeský kraj	88
GRAF 3: Jihomoravský kraj	89
GRAF 4: Karlovarský kraj	90
GRAF 5: Královehradecký kraj	90
GRAF 6: Liberecký kraj	91
GRAF 7: Moravskoslezský kraj	92
GRAF 8: Olomoucký kraj	93
GRAF 9: Pardubický kraj	93
GRAF 10: Plzeňský kraj	94
GRAF 11: Středočeský kraj	95

GRAF 12: Ústecký kraj.....	96
GRAF 13: Kraj Vysočina.....	96
GRAF 14: Zlínský kraj.....	97
GRAF 15: Porodnice v ČR.....	98
GRAF 16: Počet porodnic v Čechách a na Moravě.....	99
GRAF 17: Otázka č. 1.....	100
GRAF 18: Otázka č. 2.....	101
GRAF 19: Otázka č. 3.....	102
GRAF 20: Otázka č. 4.....	102
GRAF 21: Otázka č. 5.....	103
GRAF 22: Otázka č. 6.....	104
GRAF 23: Shrnutí č. 7.....	105

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A

Seznam oslovených porodnic v České republiceI. – II.

PŘÍLOHA B

Dotazník k diplomové práci.....III.

PŘÍLOHY

Příloha A

Seznam oslovených porodnic v České republice:

Praha

Porodnice Praha 10 - Královské Vinohrady

Porodnice Praha 2 - Apolinář

Porodnice Praha 4 - Krč, Thomayerova nemocnice

Porodnice Praha 4 - Podolí

Porodnice Praha 5 - Motol

Porodnice Praha 8 - Na Bulovce

Porodnice České Budějovice

Porodnice Český Krumlov

Porodnice Jindřichův Hradec

Porodnice Písek

Porodnice Prachatice

Porodnice Strakonice

Porodnice Tábor

Porodnice Boskovice

Porodnice Břeclav

Porodnice Brno - Bohunice

Porodnice Brno - Milosrdných Bratří

Porodnice Brno - Obilní trh

Porodnice Ivančice

Porodnice Kyjov

Porodnice Vyškov

Porodnice Znojmo

Porodnice Cheb

Porodnice Karlovy Vary

Porodnice Ostrov

Porodnice Sokolov

Porodnice Hradec Králové

Porodnice Jičín

Porodnice Náchod

Porodnice Rychnov nad Kněžnou

Porodnice Trutnov

Porodnice Vrchlabí

Porodnice Česká Lípa

Porodnice Jablonec nad Nisou

Porodnice Jilemnice

Porodnice Liberec

Porodnice Turnov

Porodnice Frýdek-Místek

Porodnice Havířov-Město

Porodnice Karviná

Porodnice Krnov

Porodnice Nový Jičín

Porodnice Opava

Porodnice Ostrava

Porodnice Ostrava - Poruba

Porodnice Ostrava Vítkovice
Porodnice Třinec
Porodnice Jeseník
Porodnice Olomouc
Porodnice Přerov
Porodnice Prostějov
Porodnice Šternberk
Porodnice Šumperk
Porodnice Chrudim
Porodnice Litomyšl
Porodnice Pardubice
Porodnice Svitavy
Porodnice Ústí nad Orlicí
Porodnice Domažlice
Porodnice Klatovy
Porodnice Plzeň - fakultní nemocnice
Porodnice Plzeň - Mulačova nemocnice
Porodnice Rokycany
Porodnice Stod
Středočeský kraj
Porodnice Benešov
Porodnice Brandýs nad Labem
Porodnice Čáslav
Porodnice Hořovice
Porodnice Kladno
Porodnice Kolín
Porodnice Mělník
Porodnice Mladá Boleslav
Porodnice Neratovice
Porodnice Nymburk
Porodnice Příbram
Porodnice Rakovník
Porodnice Slaný
Porodnice Chomutov
Porodnice Děčín
Porodnice Kadaň
Porodnice Litoměřice
Porodnice Most
Porodnice Roudnice nad Labem
Porodnice Rumburk
Porodnice Teplice
Porodnice Ústí nad Labem
Porodnice Žatec
Porodnice Havlíčkův Brod
Porodnice Jihlava
Porodnice Nové Město na Moravě
Porodnice Pelhřimov
Porodnice Třebíč
Porodnice Kroměříž
Porodnice Uherské Hradiště
Porodnice Valašské Meziříčí

Porodnice Vsetín

Porodnice Zlín

Příloha B

Dotazník k diplomové práci:

V pro účely průzkumu jsem elektronicky oslovila celkem 97 porodnic v České republice s prosbou o vyplnění dotazníku.

		Zvolené označte "X"	
DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI			
Nemocnice.....		ANO	NE
1.	Organizuje Vaše gynekologicko-porodnické oddělení kurzy přípravy k porodu v takové formě, aby se jich mohla účastnit i těhotná žena se sluchovým postižením?		
2.	Je některý zaměstnanec Vašeho gynekologicko-porodnického oddělení seznámen (proškolen) se základními zásadami správné komunikace se sluchově postiženými?		
3.	Ovládá některý zaměstnanec Vašeho gynekologicko-porodnického oddělení základy tlumočení do znakového jazyka?		
4.	Máte na Vašem gynekologicko-porodnickém oddělení zkušenosti s porody žen se sluchovým postižením?		
5.	Je možné ženě se sluchovým postižením zajistit během porodu prostřednictvím Vašeho zdravotnického zařízení tlumočnicka znakového jazyka?		
6.	Má možnost Vaše gynekologicko-porodnické oddělení v případě porodu ženy se sluchovým postižením vybavit pokoj pro rodičku a dítě příslušnými kompenzačními pomůckami (např. světelná nebo vibrační signalizace)?		

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Dagmar Malá

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Diplomované kombinované

Název práce: Těhotenství a porod u sluchově postižených se zaměřením na komunikace ve znakovém jazyce

Rok: 2011

Počet stran bez příloh: 113

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 23

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 15

Vedoucí práce: PhDr. Renata Kreuzová