

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Karolína Raková

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání – Speciální pedagogika pro 2. stupeň
základních škol a středních škol

Komparace znalostí u studentek zdravotnických škol týkajících se
komunikačních specifik osob se sluchovým postižením

Olomouc 2020

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 19. 5. 2020

.....

Karolína Raková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Petře Kurkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci, a především za vstřícnou komunikaci, ochotu a trpělivost.

Velké díky patří též doc. PhDr. Karlu Pančochovi, Ph.D., za ochotu, pomoc a odborné rady při procesu vyhodnocování dotazníků.

Dále bych také chtěla poděkovat zdravotnickým školám, jejich vedení a pedagogům za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníků během školního roku.

Nemenší díky patří také mému příteli Jakobovi, který mi byl velmi nápomocný jak po stránce psychické, tak i po stránce technických záležitostí, týkajících se této diplomové práce.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 Cíle práce	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Anatomie uší.....	9
2.2 Vymezení úrovně sluchových vad.....	12
2.2.1 Dle místa vzniku.....	12
2.2.2 Dle závažnosti sluchové ztráty	14
2.2.3 Dle doby vzniku sluchové vady.....	17
2.3 Vývoj sluchadel	18
2.4 Kompenzační pomůcky	19
2.4.1 Sluchadla a jejich typy.....	19
2.4.2 Kochleární implantát	21
2.4.3 Indukční smyčka.....	23
2.4.4 FM systém	24
2.4.5 Infračervené záření	24
2.4.6 Bezdrátové technologie	24
2.5 Vývoj dítěte se sluchovým postižením	25
2.6 Komunikační specifika u osob se sluchovým postižením	26
2.6.1 Komunikace s osobou se sluchovým postižením	27
2.6.2 Komunikační systémy	30
2.7 Zdravotnický personál a komunikace s pacienty se sluchovým postižením.....	36
2.7.1 Kompetence zdravotnického personálu.....	37
3 METODIKA VÝZKUMU	44
3.1 Charakteristika souboru	44

3.2	Dotazník.....	45
3.2.1	Charakteristika použitého dotazníku	45
3.2.2	Organizace výzkumu	46
3.2.3	Zpracování výsledků.....	46
4	VÝSLEDKY	48
4.1	Porovnání mezi školami	48
4.2	Porovnání mezi mladším a starším ročníkem	96
4.3	Vliv délky praxí na úroveň znalostí.....	142
4.4	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	144
5	DISKUZE.....	145
	ZÁVĚR.....	152
	SOUHRN.....	153
	SUMMARY.....	154
	Seznam zkratk, obrázků, tabulek, grafů.....	166
	Seznam příloh	175
	Přílohy	176
	Anotace	182

ÚVOD

V mé diplomové práci se zabývám tématem sluchového postižení v užší návaznosti na oblast zdravotnictví. Tématem jsem se rozhodla zabývat zejména z důvodu nízké informovanosti nejen u intaktní populace, ale i u samotného zdravotnického personálu. Vzhledem k tomu, že sluchové postižení je postižením poměrně rozšířeným, ale ne vždy na první pohled zřejmým, bylo by dle mého mínění žádoucí, aby zdravotnický personál jako takový měl možnost být, alespoň v rámci možností, proškolený v dané problematice, čímž by do budoucna mohlo dojít ke snížení nepříjemných situací pro obě strany – jak pro osobu se sluchovým postižením, tak i pro samotné lékaře či zdravotní sestry.

Sluchové postižení se vyskytuje v mnoha formách – přes nedoslýchavost, kdy je člověk schopen běžné komunikace, až po velmi závažné postižení sluchu, kdy člověk v podstatě není schopen slyšet zvuk; existuje forma převodní a percepční; jsou prelingválně a postlingválně ohluchlí a tak dále. Sluchové postižení obsahuje celou širokou škálu druhů, typů a stupňů, což situaci ještě více komplikuje a zároveň „volá“ po osvětě intaktní společnosti. V souvislosti se zdravotnictvím existuje poměrně velké riziko – pokud pacient nerozumí sdělení a je mu z jakéhokoli důvodu trapné se znovu zeptat, může dojít například k neúčinné léčbě daného problému. Proto je absolutně nezbytné, aby došlo k pochopení, toleranci a důvěře na obou stranách.

Silnou motivací pro tuto diplomovou práci je snaha o komplexnější pohled na problematiku sluchového postižení a zjištění stavu vědomostí potenciálních budoucích zdravotních pracovníků ve vztahu k pacientům se ztrátou sluchu, neboť vzhledem k počtu těchto osob má každý zdravotník pracovník téměř 100% jistotu, že se s takovým pacientem alespoň jednou za svoji kariéru setká. Za důležitý považuji též úhel pohledu jak zdravotních sester, tak i samotných pacientů se sluchovým postižením.

1 Cíle práce

V této diplomové práci je cílem získání dat od studentů 3. a 4. ročníků zdravotnických středních škol prostřednictvím vyplnění dotazníku, týkajícího se úrovně znalostí studentů v oblasti sluchového postižení. Primárním cílem je poté komparace znalostí u studentů ze škol z olomouckého kraje, a to při stanovení následujících výzkumných otázek:

- Existují rozdíly ve znalostech studentů mezi jednotlivými školami ve vztahu ke komunikaci s pacientem se sluchovým postižením?
- Jsou přítomny rozdíly ve znalostech a přístupu ke sluchově postiženému pacientovi mezi studenty 3. a 4. ročníků?
- Má délka praxe vliv na odborné znalosti studentů?

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Anatomie uší

Lidské ucho se skládá ze tří hlavních částí, rozdělených dle anatomických a fyziologických funkcí: vnější ucho, střední ucho a vnitřní ucho. Tyto hlavní části se dále detailněji rozdělují. Součástí vnitřního ucha jsou: vestibulární (též nazývaný rovnovážný) systém, který je významný pro udržování rovnováhy těla a kochlea (hlemýžď) pro přenos zvuku (Møller, 2013).

Vnější ucho je viditelné zvenčí, spadá zde tedy včetně ušního boltce (pinna) také concha (nálevkovitá oblast vnějšího ucha) a zevní zvukovod (meatus), který je trochu schovaný. Primárními funkcemi těchto složek je shromažďování zvuku a jeho další vedení směrem k ušnímu bubínku. Ušní boltce je přirovnáván ke tvaru chrupavkovitého listu, který je doplněn o různé ráfky a závitě, jejichž tvar ve výsledku vede ke směřování zvuků správným směrem. Concha je spojena s vnějším zvukovodem (který připomíná tvar trubky) a má zpravidla tvar, připomínající písmeno „S“. Zhruba 2/3 zevního zvukovodu jsou chrupavčité, zatímco zbylá 1/3 je obklopena kostí, pokrytou tenkou kůží. Zevní zvukovod je zakončen ušním bubínkem (známým také pod pojmem „tympanická membrána“), ten tvoří hranici mezi vnějším a středním uchem (Rosowski in Tremblay a kol., 2012).

Ušní bubínek, ač je na pomezí **vnějšího a středního ucha**, z hlediska své funkce spadá do středního ucha, neboť vzdušný zvuk se zde mění na mechanické vibrace (Rosowski in Tremblay a kol., 2012). Jeho průměr činí přibližně 1 centimetr a je uložen šikmo v ušním kanálu. Jeho vnější povrch směřuje dolů, ven a dopředu – touto pozicí vytváří 55° úhel (tvoří tak „podlahu“ ušního kanálu) (Miyamoto a Miyamoto in Ballachanda, Taylor, Miyamoto a Miyamoto, 2013). Větší část ušního bubínku se nazývá parstensa, malá trojúhelníková oblast v horní části bubínku se nazývá pars flaccida. Umbo (hlava malleusu, jedna z kostí středního ucha) je většinou v centrální oblasti tympanické membrány. Světelný reflex je dominantou zdravé tympanické membrány – vzniká odrazem světla otoskopu z konkávního ušního bubínku. Ušní bubínek je spojen s kostní stěnou zvukovodu prostřednictvím tvrdého vláknitého prstence, nazývaného prstencový vaz (Taylor a Mueller, 2017).

Vibrace, které vyjdou z ušního bubínku, pokračují skrze tři malé ušní kůstky (ossicles) směrem ke stěně spirálovitého otvoru, hlemýždě (kochlea). Ušní kůstky se nazývají kladívko (malleus), kovádlíka (incus), třmínek (stapes) a jsou tou částí ucha, které vytváří kontakt s oválným okýnkem – slouží k přenosu zvuku mezi středním a vnitřním uchem. Hlavní funkcí středního ucha je tedy zajistit efektivní přenos zvukové energie z vzduchu do tekutin v hlemýždi (kochlea). Funguje jako jakýsi transformátor, který zlepšuje přenos zvuku a snižuje množství odraženého zvuku. Přenos zvukové energie je neúčinnější při středních frekvencích (500–5000 Hz) – tyto frekvence jsou nejdůležitějšími pro vnímání lidské řeči. K ušním kůstkám jsou připojeny drobné svaly, které se stahují, je-li člověk vystaven intenzivnímu zvuku. Toto stahování svalstva je známo také jako „akustický reflex“ či „reflex středního ucha“ – zabraňuje poškození jemných struktur uvnitř kochley. Aktivace reflexu může nastat při jakékoli frekvenci zvuku, zpravidla snižuje přenos zvuku středním uchem při nízkých frekvencích (pod 1000 Hz) a jeho aktivace je příliš pomalá, než aby poskytovala ochranu před nečekanými a náhlými zvuky (např. rána z kladiva či střelba) (Moore, 2007). Svaly středouší jsou dva – napínač bubínku (tensor tympani muscle) a třmínkový sval (stapedius muscle). Napínač bubínku se táhne stěnou středoušní dutiny blízko ke vstupu do Eustachovy trubice. Třmínkový sval je nejmenším příčně pruhovaným svalem v lidském těle (Møller a Miller, 2012).

Součástí **středního ucha** je také Eustachova trubice, která navazuje na nosohltan. Skládá se z kostnaté části, ta je umístěna v blízkosti středoušní dutiny a z chrupavkovité části, která tvoří uzavřenou štěrbinu, končící v nosohltanu. Chrupavkovitá část tvoří ventil, uzavírající střední ucho od kolísání tlaku v hltanu (např. při dýchání) a snižuje přenos hlasu osoby do dutiny středního ucha. Pomáhá udržovat optimální tlak vzduchu ve středním uchu, čehož je dosaženo krátkým otevřením Eustachovy trubice. U dospělého je dlouhá necelé 4 centimetry (Møller, 2013).

Ve **vnitřním uchu** se nachází hlemýžď (kochlea) a vestibulární (rovnovážný systém). Kochlea je stočená trubice, uzavřená v kostnaté skořápce, naplněná endolymfou a perilymfou, což jsou fyziologické tekutiny. Tyto tekutiny obsahují velmi citlivé nervové receptory, známé jako „vláskové buňky“. Vestibulární systém je připojen k hlemýždi a obsahuje stejné tekutiny, nicméně jeho úkolem je informovat naše tělo o směru gravitace a zrychlení naší hlavy. Jednoduše řečeno, díky

vestibulárnímu systému dokážeme určit naši polohu a pomáhá nám udržet rovnováhu (Schnupp, Nelken a King, 2011). Informaci mozku podávají nižší a vyšší vestibulární nervy (Blitzer a Corbridge, 2008).

Zvuková vlna jako taková by neměla šanci projít skrze vodu, neboť vlna akustického tlaku, rozptýlená vzduchem je na to příliš slabá. Proto je nezbytné vést tlak zvukové vlny přes malé místo (střední ucho), aby došlo k účinnému přenosu zvuku mezi vzduchem naplněného ušního kanálu do tekutinou naplněné kochley (Schnupp, Nelken a King, 2011).

Kochlea má 3 kanály, naplněné tekutinou: scala vestibule, scala tympani a scala media. Scala media, umístěná uprostřed kochley je oddělena od scala vestibule Reissnerovou membránou a od scala tympani bazální membránou. Scala media obsahuje tekutinu bohatou na draslík s nízkým obsahem sodíku, kdežto tekutina ve zbylých dvou jmenovaných je bohatá na sodík a chudá na draslík. Cortiho orgán je uložen ve scala media – obsahuje vlasové buňky, které vedou vibrace z bazilární membrány do nervu. Funkce bazilární membrány spočívá v oddělování zvuků podle jejich frekvence. Na zajímavý lze považovat fakt, že kochlea je plně vyvinuta již při narození (Møller a Miller, 2012).

Cortiho orgán je uložen v kochlei, obsahuje smyslové buňky, jejichž úkolem je přeměna mechanické energie, přicházející ve formě zvukových vln, na nervové vzruchy (Čihák, Druga a Grim, 2004). Zjednodušeně řečeno, Cortiho orgán je sluchovým ústrojím kochlei a je tvořen tzv. vláskovými buňkami. Tyto buňky jsou situovány tak, že nasedají na bazální membránu a nad nimi se nachází tzv. krycí membrána. V momentě, kdy kostní kůstky rozvlní ušní tekutiny, dochází též k rozkmitání bazální membrány, což způsobí narážení vláskových buněk na krycí membránu. To zákonitě vede k aktivaci dostředivých vláken sluchového nervu a skrze tento nerv je nervový vzruch doveden přímo do mozku (Benešová a kol., 2003)

Sluchový nerv je přijímá zpracované elektrické impulsy z kochley. Spojuje kochleu s mozkovým kmenem, velikost sluchového nervu je zhruba okolo 25 mm. Celý systém není tak jednoduchý, jak by se na první pohled mohlo zdát, zjednodušeně řečeno: sluchový nerv je napojen na každou z vlasových buněk a odtud informace putuje až do kochleárního jádra v mozkovém kmeni, kde dochází k interpretaci zvuku (Musiek, 2012).

2.2 Vymezení úrovně sluchových vad

Nejčastější rozdělení sluchových poruch je zpravidla následovné:

1. dle místa vzniku vady;
2. dle velikosti sluchové ztráty;
3. dle doby vzniku sluchové vady.

2.2.1 Dle místa vzniku

Podle místa vzniku je nejběžnější dělení sluchových vad na převodní poruchy (konduktivní), kdy jsou sluchové buňky v pořádku, ale problém v jejich nedostatečné stimulaci se nachází někde jinde (např. zvětšená nosní mandle). Percepční (senzorineurální), znamenají problém či poškození v oblasti vnitřního ucha, přes sluchové buňky až po sluchový nerv. Smíšené (kombinované) znamená kombinaci poruch převodních s percepčními. Toto dělení ukazuje, ve které části přenosu zvuku se problém nachází (Horáková, 2012).

2.2.1.1 Převodní (konduktivní) porucha

Převodní porucha je způsobena sníženou účinností přenosu zvuku přes vnější/střední ucho. Způsobena může být ušním mazem (cerumen) v uchu a je ho ztuhnutím, poškozením ušního bubínku kvůli infekci či traumatu nebo ztuhnutím ušních kůstek či zánětu ve středním uchu, způsobené infekcí. Výsledkem je útlum zvuku, který dojde až ke kochlei, takže zvuky vypadají tišší, než doopravdy jsou. Obecně však nedochází k výraznému zkreslení zvuku či jiným abnormalitám v oblasti vnímání zvuku. Převodní poruchy se velmi často dají léčit chirurgicky či léky (proti infekcím a zánětům). Velikost ztráty může být poměrně široká (Moore, 2007). Tato vada bývá poměrně častá, nemůže nikdy způsobit hluchotu. Jejím důsledkem je „jen a pouze“ nedoslýchavost (Skřivan, 2004).

2.2.1.2 Percepční (senzorineurální) porucha

Tato porucha zahrnuje poškození struktur uvnitř kochley, problém je tedy ve vnitřním uchu. K poškození může dojít mnoha způsoby, například vystavení vysokým zvukům, ototoxickým chemikáliím (například určitá antibiotika či léky sloužící k léčbě vysokého krevního tlaku), infekcí, metabolickou poruchou, alergií, autoimunitní poruchou či genetickými faktory. Tyto příčiny mohou vážně porušit

nejenom samotnou kochleu, ale také samotný sluchový nerv a sluchovou dráhu. Obecnější pojem sensorineurální sluchová porucha se tedy používá, pokud se jedná o problém v oblasti kochleární a nervové struktury (Moore, 2007).

O kochleární ztrátě hovoříme v momentě, kdy je porucha přímo v hlemýždi (kochlea). Pokud ke ztrátě došlo v důsledku poškození nervových systémů mimo hlemýžď (ve sluchovém nervu nebo sluchové kůře), hovoříme o retrokochleární ztrátě sluchu. Příčinou retrokochleární ztráty sluchu může být růst benigního nádoru, který tlačí na sluchový nerv (Moore, 2007).

Ztráta sluchu, spojená se stárnutím – presbycusis se též řadí do skupiny percepčních poruch, kdy je problém v hlemýždi (kochlea) případně v jeho specifických částech (Moore, 2007).

Ztráta z hlediska frekvence zvuků může být rozdělena na percepční vady apikokochleární (ztráta v nízkých frekvencích), mediokochleární (ztráta ve středních frekvencích) a bazokochleární (ztráta ve vysokých frekvencích) (Hahn a kol., 2019).

Percepční poruchy sluchu jsou mnohem obtížnější na léčbu, naštěstí je jich v dnešní době relativně malý počet. Dojít k nim může už v těhotenství matky: pokud matka onemocní zarděnkami, syfilidou či toxoplasmózou. Sluchová centra i dráhy může poškodit také nekompatibilita Rh faktoru mezi krví matky a krví plodu. Největší riziko je spatřováno ve faktu, že těžké percepční vady mohou vyústit až v hluchotu (Skřivan, 2004). Také léčba a kompenzace je náročná – sluch lze mnohdy nahradit kochleárním implantátem. Někdy je možné použít ke kompenzaci sluchadla. K vyléčení dochází zhruba až u 80 % vzniklých případů (Mrázková, Richterová a Sachová, 2010, [online]).

2.2.1.3 Smíšené poruchy

Jedná se o kombinaci dvou výše zmíněných poruch. Postihují oblasti od vnějšího až po vnitřní ucho. Vada se většinou koriguje za pomoci léků či chirurgickým zákrokem v kombinaci s použitím sluchadel (O sluchu a sluchových vadách, [online]).

2.2.1.4 Centrální poruchy

Centrální poruchy vznikají v rámci percepčních poruch. Tyto vady vznikají díky komplikovaným defektům. Defekty mohou být způsobeny mnoha různými

procesy, jež zasahují korový a podkorový systém sluchových drah. Mají širokou škálu příznaků. Kvalita sluchového vnímání závisí také na vrozených vývojových poruchách zevního ucha, které ve většině případů způsobují středně těžkou nebo těžkou sluchovou vadu. Řešeny mohou být chirurgickou cestou (Souralová, 2005).

2.2.2 Dle závažnosti sluchové ztráty

Ztráta sluchu se zaznamenává za pomoci audiogramu. Měření prahů detekce čistého tónu je nezbytné pro stanovení stupně ztráty sluchu. U dospělých je obvyklejší ztráta sluchu u vyšších frekvencí než u nižších. Citlivost sluchu se měří zvlášť pro každé ucho. Posuzují se prahy čistého tónu ve vzdušném vedení, kostním vedení, prahové rozpoznávání řeči a rozpoznávání řeči v tichu a šumu. Dalšími možnostmi je elektrofyziologické měření sluchové funkce, tam patří tzv. otoakustické emise¹ či sluchově evokované potenciály², které mohou doplňovat audiometrické vyšetření nebo mohou být prováděny místo nich. Tyto dva testy jsou vhodné zejména pro hodnocení malých dětí a kojenců a pro jedince, kteří se obtížně testují (Dobie a Van Hemel, 2005).

Obecné rozdělení ztráty sluchu čeští autoři podávají následovně:

1. normální sluch (ztráta sluchu v rozmezí 0-25 dB),
2. lehká nedoslýchavost (ztráta sluchu v rozmezí 26-40 dB),
3. střední nedoslýchavost (ztráta sluchu v rozmezí 41-55 dB),
4. středně těžké postižení sluchu (ztráta sluchu v rozmezí 60-70 dB),
5. těžké postižení sluchu (ztráta sluchu v rozmezí 71-90 dB)
6. velmi závažné postižení sluchu (ztráta více než 90 dB) (Daňová, 2008).

Audiogram se tedy používá k záznamu nejjemnějších zvuků (čistých tónů), které člověk dokáže zachytit, v rozsahu přes nízkou až vysokou frekvenci. Výsledky se udávají v decibelech (dB). Zdravý člověk může detekovat zvuk v rozmezí od 0 dB – 120 dB (pro představu: 120 dB je zhruba hlasitost reproduktoru na diskotékách). Frekvence zvuku se měří v Hertzech (Hz) a představuje rychlost vibrací za sekundu.

¹Vyšetření funkce zevních vláskových buněk, otoakustické emise jsou detekovány citlivým mikrofonom v zevním zvukovodu (Cechnerová a Bouček, 2011).

²„Snímání elektrických potenciálů mozkového kmene v odpovědi na zvukový podnět“ (Cechnerová a Bouček, 2011, s.273).

Zvuk s vysokým tónem se objevuje, když jsou vibrace rychlé, zvuk s nízkou frekvencí se objevuje, pokud jsou vibrace pomalé. Čím vyšší je frekvence, tím vyšší je výška tónu pro posluchače. Na základě tohoto principu zahraniční autoři rozdělují závažnost ztráty sluchu na:

1. mírná/lehká (ztráta sluchu v rozmezí 20–40 dB),
2. střední (ztráta sluchu v rozmezí 41-55 dB),
3. středně těžká (ztráta sluchu v rozmezí 56-70 dB),
4. těžká (ztráta sluchu v rozmezí 71-90 dB),
5. velmi těžká (ztráta sluchu v rozmezí 90 dB a více).

U dítěte je významný fakt, jestli je jeho práh slyšení čistých tónů v oblasti řeči (20 dB-50 dB). Pokud je jeho práh nad oblastí řeči, bude schopno rozlišit zvuky důležité pro řeč. Pokud se nachází v pásmu řeči, uslyší některé zvuky, důležité pro řeč. Pokud je v pásmu pod oblastí řeči, neslyší žádný z těchto zvuků (Waldman a Roush, 2015). Dítě na úrovni těžké ztráty sluchu a níže vnímá jazyk jiným způsobem, než jeho slyšící vrstevníci (Harkins a Bakke, 2011).

V surdopedii – obor, zabývající se problematikou sluchových postižení, se vyskytují též termíny nedoslýchavost a hluchota, což jsou dva pojmy, označující velikost sluchové ztráty (Daňová, 2008).

Nedoslýchaví mají sluch zachován do takové míry, že je možné ztrátu kompenzovat speciálními pomůckami. Tito lidé zpravidla dokáží dobře odezírat a upřednostňují mluvenou řeč. Jejich sluch se pohybuje v rozmezí od lehké nedoslýchavosti až po zbytky sluchu (Kalvach a kol., 2011).

Neslyšící osoby neslyší vůbec, případně mají velké hodnoty ztráty sluchu. Při komunikaci preferují znakový jazyk (Kalvach a kol., 2011). Znakový jazyk je právoplatným jazykem, s vlastními pravidly, strukturou a způsobem vyjadřování. Není mezinárodním jazykem, každý stát, každá oblast má vlastní dialekt a znaky (Kejklíčková, 2016).

Děti s těžkou nebo velmi těžkou ztrátou sluchu dostávají kochleární implantáty. Čím dříve ho dítě dostane, tím je vyšší šance na úspěšné zlepšení řeči,

jazyka a akademických úspěchů v budoucnosti (Berndsen a Luckner, 2012). Kochleární implantáty přicházejí na řadu v momentě, kdy se vada nedá korigovat sluchadly (Kalvach a kol., 2011).

V legislativě je též uveden pojem praktická hluchota (ztráta více než 90 dB), z důvodu pojmové nejednotnosti (Kalvach a kol. 2011).

Důležitost správného provedení audiogramu se váže zejména k výběru vhodně silného sluchadla a jeho následnému nastavení. Nastavením rozumíme určení tónů, které má sluchadlo zesilovat a taky pro nastavení tónů, důležitých pro vnímání řeči (Jedlička, 2011).

U lehké nedoslýchavosti má člověk problém s porozuměním řeči za takových akustických podmínek, které jsou ztížené (Dlouhá a Černý, 2012). Za takové podmínky se dá považovat hluk, poslech televize či poslech více lidí najednou (Škodová a Jedlička, 2003). U dítěte s nedoslýchavostí lehkého stupně je většinou přítomen výskyt poruch výslovnosti sykavek (Škodová, 2016, [online]). Člověk s lehkou nedoslýchavostí obvykle rozumí mluvené řeči na vzdálenost 4–6 metrů (Mrázková, Richterová a Sachová, 2010, [online]).

Středně těžká nedoslýchavost člověku znemožňuje porozumění řeči za běžných akustických podmínek (Dlouhá a Černý, 2012). Přestože je v tichém prostředí pacient schopen porozumět dostatečně hlasité řeči, je již nezbytná korekce sluchadly (Škodová a Jedlička, 2003). Bez sluchadla nastává potíže se slyšením běžné konverzace, častí je „dopomoc“ odezíráním (Motejzíkova, 2013). Člověk se středně těžkou nedoslýchavostí obvykle rozumí šepotu na vzdálenost 2-4 metrů (Mrázková, Richterová a Sachová, 2010, [online]). Řeč u dítěte bývá „jiná“ – poutá pozornost a je hůře srozumitelná. Rozvoj komunikačních kompetencí silně závisí na intelektu samotného dítěte (Škodová, 2016, [online]).

Rodič může zaregistrovat dvě výše zmíněné vady až v pozdějším věku dítěte, protože dítě mnohdy reaguje na zvukové podněty ve svém okolí. Nejčastějším věkem, kdy dochází k odhalení sluchové vady je mezi 3–4 roky života dítěte, kdy si rodiče začnou všimnout, že dítě nereaguje na řeč z větší vzdálenosti a výslovnost bývá nesprávná v období, kdy by měla být již ustálená (Strnadová, 2002).

Od těžké nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu se porozumění šepotu na vzdálenost sestupně zhoršuje. Člověk s těžkou nedoslýchavostí rozumí šepotu zhruba ze vzdálenosti 2 metry, s velmi těžkou nedoslýchavostí okolo 1 metru a posléze, u praktické hluchoty je jedinec schopen vnímat zvuk bez porozumění sdělovanému obsahu a u úplné hluchoty člověk neslyší žádný zvuk (Mrázková, Richterová a Sachová, 2010, [online]). Rozvoj řeči u těžké nedoslýchavosti závisí na včasném přidělení sluchadel (Škodová, 2016, [online]).

2.2.3 Dle doby vzniku sluchové vady

Podle doby vzniku rozlišujeme vrozenou a získanou ztrátu sluchu (Slowík, 2016). Sluchová ztráta je nejčastější smyslovou poruchou u lidí. Může být způsobena mnoha faktory a jejich kombinací, jako je například prostředí (vystavení zvukům s vysokou intenzitou, infekce aj.) nebo genetickými faktory. Ve vyspělých zemích je více než 60 % těchto případů zapříčiněno geny. To znamená ztrátu sluchu u jednoho z tisíce narozených dětí (Hughes, 2017).

Vrozené postižení, se váže k endogenním neboli vnitřním příčinám, převážně ke genetice, obecně se dělí na syndromické a nesyndromické. Syndromem rozumíme soubor příznaků, vyskytujících se společně, kdežto nesyndromické stavy mají pouze jeden daný symptom a představují 2/3 všech genetických příčin (Miller a Schein, 2008). Ve vztahu ke sluchu hovoříme o prelingválně neslyšících, kteří přišli o sluch před ukončením vývoje jazyka (6. rok života). Pokud se dítě se sluchovým postižením narodí, je jeho stav většinou pořád stejný, může se však narodit dítě jako slyšící a jeho vada se s časem zhoršuje (Mukšnáblová, 2014). Vrozené znamená, že ztráta sluchu byla přítomná už při narození (Boothroyd a Gatty, 2012).

Získané postižení, způsobené exogenními neboli vnějšími příčinami ztráty sluchu jsou způsobeny environmentálními nebo negenetickými podmínkami. Problémem může být diagnostika vrozené ztráty sluchu, neboť může být genetického původu, mohou vzniknout při poškození dělohy nebo během a krátce po narození (například v případě předčasného porodu) (Miller a Schein, 2008).

Multifaktoriální příčiny jsou v základu kombinací endogenních a exogenních příčin. Mohou mít jak dominantní, tak recesivní charakter, stejně tak ale mohou vyplývat z různých anomálií, z nichž většina není dědičná. Příkladem

multifaktoriálních příčin je tinnitus³ – fenotyp s potenciálně mnoha příčinami (Miller a Schein, 2008).

Dítě s **prelingvální ztrátou sluchu** nazýváme jako hluché, dítě s **postlingvální ztrátou sluchu** je tzv. ohluchlé (Muknšnáblova, 2014). Prelingvální ztráta sluchu znamená, že ke ztrátě dochází mezi 0–2 roky života. Vývoj slovní zásoby v tomto období ještě nezačal. K postlingvální ztrátě sluchu dochází po 4. roku života, kdy má dítě již ukončený vývoj jazyka. Udávána bývá ještě prelingvální ztráta sluchu, ke které dochází mezi 2–4 rokem života, kdy dítě ztrácí sluch v období rychlého vývoje syntaxe a slovní zásoby (Boothroyd a Gatty, 2012).

2.3 Vývoj sluchadel

Nejstarší umělé sluchové pomůcky byly nejspíš vyhloubené zvířecí roky nebo rozbité mořské mušle, které napomáhaly zachycování zvuku a jeho nasměrování do ušního kanálu. Písemné zmínky pocházejí z 18. století a hovoří o zařízení ve tvaru trumpety, které bylo drženo a vysunuto z ucha nebo diskrétně umístěno ve vázách a křeslech. Popularitu zaznamenaly také umělé ušní bubínky, vytvořené z prasečího močového měchýře (Montano a Spitzer, 2014).

Sluchové trubice zachycovaly zvuk a vedly jej přímo do ušního zvukovodu. Přístroj se skládal z hadice a trychtýře na jejím konci. Takto byly vytvořeny dokonce trubice s vícečetným rozvětvením (Flodrová, 2018, [online]).

Uhlíkové sluchadlo bylo vyráběno mezi lety 1904–1925 a zesilovalo zvuk v rozmezí od 15 dB do 35 dB. (Flodrová, 2018, [online]).

Karbonové naslouchátka byly jedny z prvních a skládaly se z mikrofonu, sluchátka a baterie. Zesilovač byl přidán v roce 1924, což zvyšuje u některých modelů příjem zvuku až na 47 dB (Montano a Spitzer, 2014).

Sluchadlo s elektronikou byl absolutním zvratem ve vývoji. Toto sluchadlo vážilo asi 12 kg (Flodrová, 2018, [online]). Ve druhé polovině 20. století se sluchové pomůcky přestěhovaly z vakuových trubic do tranzistorů, aby byly schopny vydávat jasné, zesílené zvuky (Waldman a Roush, 2015).

³Neutuchající „zvonění“ v uších, mohou se vyskytnout i jiné zvuky – bzučení, cvrlikání, syčení, pískání a další (Douglas, 2017).

První závěsné sluchadlo se objevuje roku 1957 a odtud je již vývoj a zdokonalování poměrně svižné. První programované sluchadlo se na trhu objevuje v roce 1988 a plně přenosné sluchadlo již v roce 1983 (Flodrová, 2018, [online]).

2.4 Kompenzační pomůcky

Mimo níže jmenovaných kompenzačních pomůcek, mohou být osoby se sluchovým postižením podporovány při každodenním životě také přítomností indukčních smyček, podáváním informací vizuální cestou (například značky na stěnách), minimalizací akustické ozvěny v místnosti (vhodné stěnové a podlahové povrchy), minimalizací hluku v pozadí či využitím asistenčních psů (Noble a Lord, 2003, [online]).

2.4.1 Sluchadla a jejich typy

Zhruba 20 % osob se ztrátou sluchu získává naslouchátko a z toho zhruba $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ naslouchátka pravidelně nenosí kvůli problémům, jako je například slyšení v pozadí hluku. U pacientů se sluchovým postižením je značně vyšší riziko problémů s komunikací a pocitů deprese a izolace než u intaktní populace. Je proto nezbytně nutné, aby byl lékař dobře obeznámen s typy naslouchadel a jejich současnou technologií. Lékař nejenom že doporučuje sluchadlo, musí provádět i poradenství ohledně jejich použití (Barrs in Derebery a Luxford, 2010).

Naslouchadla mají různé tvary a velikosti. Zpravidla existují rozdíly ve výhodách jednoho typu vůči jinému, naopak neexistuje rozdíl kvality mezi jednotlivými styly sluchadel. Sluchadlo je přizpůsobeno pro každého jedince na základě velikosti ztráty sluchu, struktury uší a životního stylu. Větší ztráty vyžadují použití většího naslouchadla, zejména kvůli zvětšenému prostoru pro obvody, větší baterie a větší povrchový kontakt mezi naslouchadlem a zvukovodem, což zajistí, že zesílený zvuk zůstane v uchu. Je potřeba dbát zejména na to, aby vizuální stránka sluchadla (výběr malého sluchadla, které není tak viditelné) neovlivnila výběr sluchadla na úkor kvality předávaného zvuku (Burkey, 2006).

Ztráta sluchu omezuje člověka různými způsoby. Naslouchadla pomáhají kompenzovat ztrátu sluchu, pomáhají překonat omezení, vyplývající ze sluchové ztráty. Významná pomoc sluchadel v každodenním životě je nepopíratelná – nosit sluchadla znamená, že se člověk může zapojit do běžných činností a zejména to

znamená usnadnění komunikace a interakce s ostatními. Mezi výhody z hlediska uživatele naslouchátka můžeme zařadit například: zlepšení sebevědomí, snížení hladiny stresu, prevence únavy, větší pracovní možnosti a mnoho dalších (Burkey, 2003).

Sluchadla **kanálová** (CIC = Completely-In-the-Canal) jsou nejmenším stylem sluchadel. Jsou nejméně viditelná, což může pro některé uživatele být komfortnější, než sluchadla větší. Celé sluchadlo je umístěno v ušním kanálu, přičemž je vhodnější pro nižší ztráty sluchu. Výhodou je neomezování v telefonování či různých doplňcích jako například klobouky či šátky na hlavě – větší sluchadla mohou pískat. Nevýhodou je malá životnost baterie – kvůli velikosti se používají nejmenší možné baterie. Také hluboké umístění v ušním kanálu může působit méně pohodlně než u větších sluchadel. Malá velikost také snižuje počet přidávaných možností, které se do tohoto stylu vejdu (např. manuální zesílení či zeslabení sluchadla) (Burkey, 2006).

Sluchadla **mini kanálová** (ICC = Invisible-In-Canal) jsou nepatrně větší než sluchadla kanálová, nicméně i přesto jsou v uchu stále velmi diskrétní. „Řetězec“ pro vyjmutí sluchadla z ucha může a nemusí být zahrnut, záleží na výrobcí. O něco větší velikost umožňuje ruční nastavení hlasitosti, nicméně životnost baterie je pořád nízká. Tento typ se využívá pro stejné ztráty jako sluchadlo CIC (Burkey, 2006).

Sluchadlo **nitroušní částečně kanálové** (ITC = In-The-Canal) je o něco větší než sluchadlo CIC. Povrch mírně vyčnívá z ušního kanálu. Pokud je ucho malé, může být nemožné vytvořit CIC nebo ITC, které by držely elektroniku a stále by se vešly do ušního kanálu. Malá velikost také znesnadňuje manipulaci a potíže se mohou vyskytnout též ve vkládání či vyjímání baterie. Malá velikost sluchadla ponechává pouze malý prostor pro přijímač zvuku, jsou tedy vhodnější pro lehké až středně těžké ztráty sluchu (Kates, 2008, [online]).

Zvukovodové sluchadlo (ITE = Int-The-Ear) je typem, který zapadá do vnějšího ucha. Stejně jako předchozí typy je přizpůsobeno uživateli a jeho potřebám. Vyplňuje část vnějšího ucha nazvanou concha, má tedy více prostoru pro elektronické komponenty než předchozí typy. Uživatel, pro kterého není vhodné sluchadlo CIC nebo ITE, může být vybaven právě sluchadlem ITE. Tento typ se dá využívat v rozmezí od lehkých až po těžké ztráty sluchu, ponechává totiž větší prostor pro

přijímač. Všechny tři zmíněné typy sluchadel mají otvor pro přijímač v ušním kanálu, což znamená, že přijímač může být ucpan ušním mazem (Kates, 2008, [online]).

Závěsná naslouchadla (BTE = Behind-The-Ear) jsou umístěna za uchem uživatele. Při pohledu zepředu může být téměř neviditelný, při pohledu z boku však vyčnívá velký kryt. Zvuk je generován přijímačem v pouzdře BTE sluchadla, a je do zvukovodu veden prostřednictvím hadičky. Trubice končí na míru tvarovanou zátkou, která zapadá do ušního kanálu. Tento typ sluchadla lze použít i pro těžké ztráty sluchu, neboť velká velikost pouzdra ponechává dostatek místa pro baterii i přijímač (Kates, 2008, [online]). Pro nového uživatele je zpočátku vhodné nosit sluchadlo jen na tak dlouhou dobu, jak je to pro něj pohodlné – je dobré, když si uživatel postupně prodlužuje dobu nošení, čímž si pomalu navyká na naslouchadla a „jinakost“ okolních vjemů (Krumenacker, 2014).

„Sluchadla se financují dle Úhradového katalogu VZP... jaká výše příspěvku bude, rozhoduje věk a výše sluchové ztráty.“ (Novotná, 2017, s. 33).

2.4.2 Kochleární implantát

Kritéria výběru vhodného kandidáta pro aplikování kochleárního implantátu se liší v závislosti na věku pacienta, etiologii ztráty sluchu a někdy dokonce i u různých výrobců kochleárních implantátů. Mimo to existují také psychologické problémy, které vyžadují zvážení. V době, kdy pacient žádá o aplikování kochleárního implantátu se již většinou ví, že jiné kompenzační pomůcky nejsou dostatečné pro úspěšnou komunikaci. Neplatí tedy, že kochleární implantát je automaticky doporučen pouze pacientům s těžkými ztrátami sluchu. Stanovení vhodnosti aplikace kochleárního implantátu přechází kolektivní práce multidisciplinární skupiny odborníků. Bylo prokázáno, že kochleární implantáty doslova mění život uživatelů, zejména u dětí, u nichž se obnovují sluchové a komunikační dovednosti (Gifford in Ruckenstein, 2012). Při implantaci se tedy předpokládá celoživotní používání. Samozřejmě vývoj řeči uživatelů kochleárních implantátů může vyžadovat až roky intenzivní práce. Postlingválně neslyšící děti po aplikaci kochleárního implantátu obecně vykazují rychlé zlepšení vnímání řeči, stejné dovednosti se u prelingválně neslyšících dětí vyvíjejí podstatně delší dobu (Peixoto, Alves, Martins a Bastos in Kirwin, 2014).

Ačkoli existují rozdíly v hardwaru, v zásadě má kochleární implantát několik běžných částí. Tam patří externí zvukový procesor s vysílacím kabelem a

elektromagnetickou vysokofrekvenční transmisní (FR = radiofrequency) cívkou, interní přijímací cívka, interní stimulátor s elektrodou a mezifázové zařízení pro připojení zvukového procesu příjemce k programovému počítači klinického lékaře. Mikrofon externího zvukového procesu zachycuje akustické signály v uživatelském prostředí a převádí je na elektrické signály. Tyto signály jsou odeslány do předzesilovače, kde se upravuje poměr šumu během přenosu do procesoru. Předzesilovač poskytuje podporu pro vysokofrekvenční zvuky, protože například vysokofrekvenční foném „S“ je náchylnější k zaměnění za jiný foném. Dále je signál analyzován pomocí digitálního signálového procesoru a odtud je kódovaný signál odeslán do RF cívky, kde je elektrický signál převeden na elektromagnetický, dále přenášený do vnitřní přijímací cívky, odtud pak do interního stimulátoru. Úkolem stimulátoru je převod elektrického signálu na digitální kód. Procesor poté převádí digitální kód na elektrické impulsy, které putují k sluchovým nervovým vláknům, inervujícím kochleu (Wolfe, Schafer a Neumann in Wolfe a Schafer, 2015).

Kochleární implantát se může implantovat buďto na jednostranně nebo oboustranně (bilaterální kochleární implantace). Existuje celá řada pro a proti bilaterální implantaci, ač argumentů proti je výrazně méně. Pokud je pacientům nejprve operováno jedno zařízení a po uplynutí určité doby druhé zařízení, zvyšuje se riziko zdravotních komplikací, které se váží ke dvěma operacím. Dalším rizikem je zničení zbytků sluchu, které pacient má (z tohoto důvodu je před rozhodnutím implantace kochleárního implantátu nezbytné zjistit využitelnost zbytků sluchu za pomoci sluchadel!). A nakonec je potřeba zmínit velkou finanční náročnost, která se pojí k náhradním dílům (Motejzíkova, 2013).

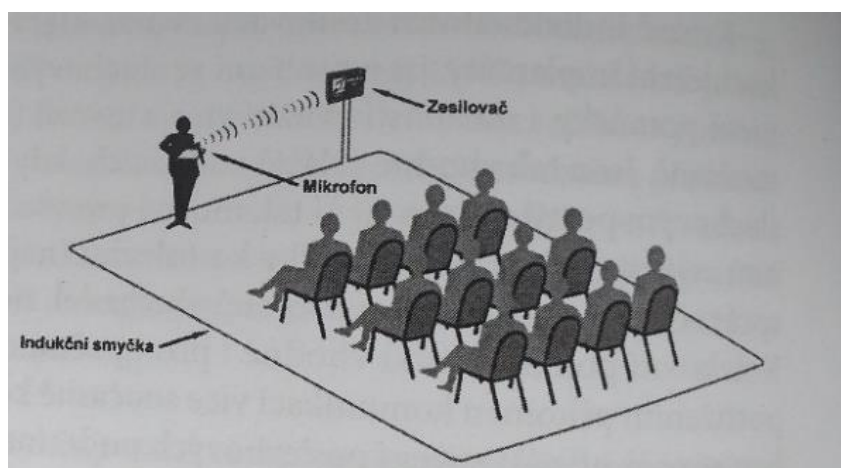
Nicméně mít možnost vnímat sluchový vjem na obou uších – kombinovat je, analyzovat a porovnávat je přirozené, což je nejsilnějším důvodem pro simultánní implantaci. Nemluvě o zmírnění omezení, která mohou vyvstat při jednostranné implantaci, přestože se tento člověk ve většině případů dokáže zařadit do většinové společnosti (Motejzíkova, 2013). Dva kochleární implantáty umožňují přesnější vnímání směru zvuku, určení směru, ze kterého zvuk přichází, usnadňují poslech v hlučném prostředí. Při dvou kochleárních implantátech je zvuk řeči mnohem srozumitelnější, což výrazně zvyšuje šanci na osvojení mluvené řeči. Pokud by náhodou došlo k vyřazení provozu jednoho přístroje, uživatel může pořád slyšet skrze druhý přístroj. Zmiňován bývá také příznivý vliv na přirozený vývoj mozkových

funkcí a omezení únavy, vyplývající z nutnosti velkého soustředění při poslechu, v případě nevyužívání kompenzační pomůcky (Pěčová, 2015).

Z hlediska financování v současné době hraří zdravotní pojišťovna tyto procedury: předoperační vyšetření, operaci a přístroj kochleárního implantátu (v případě bilaterální implantace pojišťovna zákrok hraří jen, pokud jsou operovány obě uši najednou nebo pokud je druhé ucho operováno v časovém horizontu 1 roku od první implantace – nejpozději do 3 let věku dítěte, a pokud došlo k odsouhlasení VZP) (Novotná, 2017).

2.4.3 Indukční smyčka

Indukční smyčky jsou buď přenosné, nebo trvale zabudované. Využívají se pro nedoslýchavé (kteří používají sluchadla či pro uživatele kochleárního implantátu), fungují na principu příjmu zvuku ze zdroje (např. telefon, televize...) a tento zvuk vyzařují do prostoru v podobě magnetického pole podle vstupního signálu, přičemž toto pole je přes obvody sluchadla (označované jako „Téčko“) zpracované do takové zvukové frekvence, která je slyšitelná pro uživatele sluchadla. Indukční smyčky jsou přínosné zejména v prostorách, kde je přítomno akustické rušení okolí (nádražní haly, konferenční místnosti...). Využití je spatřováno zejména v dopravních prostředcích, dopravních terminálech, ve veřejných budovách, na pracovišti, ve školách a dalších prostorách (Unie neslyšících Brno, 2020, [online]).



Obrázek 1. Přenosná indukční smyčka a její použití (Langer, 2014, s. 48).

2.4.4 FM systém

Frekvenčně modulační systém funguje na systému bezdrátového mechanismu. Je velmi flexibilní pro celou řadu poslechových situací. Nejběžnější použití, například ve školách pro děti se sluchovým postižením, jev situaci, kdy učitel nosí mikrofon/vysílač a osoba se sluchovým postižením přijímač. Dříve byl FM systém objemný a veliký, uživatelé museli nosit FM systém na těle za pomoci knoflíkových popruhů kolem pasu a ramen. Dnes už existují FM systémy, které lze přímo napojit k naslouchadlům a implantovaným zařízením. Za výhodu je považován fakt, že řeč lze přenášet na velké vzdálenosti a je přenášena přímo do ucha osoby se sluchovým postižením. Z hlediska učitele FM systém šetří únavu hlasu v průběhu dlouhého mluvení. Tyto systémy lze použít pro běžnou komunikaci, vzdělávání i zábavu (např. zvuk v kině). Nevýhodou je nízká eliminace šumu a dalších zvuků v pozadí (Atcherson, Franklin a Smith-Olinde, 2015).

2.4.5 Infračervené záření

Jedná se o druh elektromagnetického (EM) záření, které není viditelné okem. Funguje na principu přenosu světelných vln z jednoho nebo více hlavních vysílačů do jednoho z malých, specializovaných přijímačů. Příkladem může být dálkový ovladač na televizor, kdy na ovladači najdeme malou LED žárovku na přední straně, která je zaměřena směrem k televizoru a po zmáčknutí určitých tlačítek dochází k přenosu specifických blikajících světelných vzorů. Ve vztahu k přenosu zvuku do sluchadel celý proces probíhá tím způsobem, že zvuková vlna „namoduluje“ IR signál tak, že na vysílači zapíná a vypíná LED diodu. Přijímač obsahuje „čočku rybí oko“ a přijímač diody, který je citlivý na IR záření přicházející z více směrů. Přijímač extrahuje zvukovou vlnu z modulovaného IR signálu a v tomto momentu může být zvuková vlna přenesena do sluchadel. Lze je použít též s kochleárním implantátem. Přestože se jeho použití v posledních letech výrazně snížilo, stále tato možnost zůstává „životaschopnou“ v mnoha místech (Atcherson, Franklin a Smith-Olinde, 2015).

2.4.6 Bezdrátové technologie

Bezdrátové technologie jsou neustále ve vývoji a jsou používány například v mobilních telefonech, čipových kartách, Wi-Fi a naslouchadlech. V souvislosti s jejich použitím se opět vyskytují jak pozitiva – například větší rozsah, tak i negativa –

například potenciální rušení signálu či omezení ze strany vlády, kvůli státní licenci (Atcherson, Franklin a Smith-Olinde, 2015).

2.5 Vývoj dítěte se sluchovým postižením

Ve dnešní době může každá matka novorozeného dítěte požádat o screening sluchu. Ten je prováděn prostřednictvím dvou metod: Otoakustické emise (OAE) a Sluchové evokované potenciály (ERA). První ze zmiňovaných metod je rychlá a neinvazivní, zato ale velmi citlivá na podmínky měření. Druhá z metod je přesnější, ale finančně i časově náročnější, je aplikována zejména u rizikových novorozenců, kdy se snímají bioelektrické odpovědi na zvukové podněty. Provádí se ve většinou ve spánku. (Procházková, Kubová a Bezrouková, 2018). Screening by měl být prováděn po porodu, mezi 2. – 4. dnem (Motejzíkova, 2013). Pokud je sluchová ztráta potvrzena, rodiny se obvykle obrací na intervenční služby, které se zaměřují na rozvoj jazykových dovedností (Berndsen a Luckner, 2012). U novorozených dětí je obtížné určovat, co asi slyší, neboť ony mohou reagovat na věci, které vidí, cítí, ale stejně tak také na to, co slyší (Spencer a Koester, 2016). Hlavním problémem, který se se ztrátou sluchu objevuje, je narušení přístupu zvuku do mozku, což snižuje sluchové schopnosti osoby v budoucím životě (Cole a Flexer, 2011). Děti narozené v nemocnicích s přístupem ke screeningovému programu pro určení ztráty sluchu mají 2,6x větší pravděpodobnost, že budou schopny si osvojit mluvený jazyk, než děti narozené v nemocnicích bez možnosti novorozeneckého screeningu (Morag, 2007).

Dokonce i před narozením, během prenatálního období děti přijímají některé z podnětů prostřednictvím smyslů. Víme, že slyšící dítě dokáže rozpoznat hlas matky. Udává se, že i neslyšící dítě dokáže rozpoznat hlas matky po narození – díky vibracím, které cítilo v břiše matky, když matka mluvila. Vnitřní ucho se vyvíjí mezi 10.–20. týdnem života a zhruba okolo 6 měsíců začíná plod reagovat na řeč a další zvuky (reakce se projevuje například změnou srdeční frekvence plodu). Za předpokladu, že sluch je v pořádku, se postupně zvyšuje citlivost na zvuky, což má za následek postupné otáčení hlavy za zdrojem zvuku. To se pojí s vizuálním sledováním a přiřazováním zvuku k objektu (například štěkající pes). Slyšení je nesmírně důležité při rozvoji vztahů – dítě neverbálně reaguje na tóninu zvuku hlasu a podobně. Pokud má dítě omezení sluchu, je závislé na jiných smyslech ve smyslu umožnění patřičného

rozvoje. U nedoslýchavých a neslyšících dětí může vizuální systém pomoci kompenzovat snížený zvukový vstup (Spencer a Koester, 2003).

Někteří odborníci radí rodičům používat znaky u svých dětí, i přesto, že cílem je, aby se jejich děti naučily mluvený jazyk. Toto doporučení se odvíjí od víry, že reprezentace jazyka v centrálním nervovém systému je amodální (tj. není spojena ani se sluchovým ani s vizuálním systémem). Tudíž by mě být užitečný jakýkoli podnět, který stimuluje zpracování jazyka – v tomto případě máme na mysli manuální znaky (Nittrouer, 2010).

Psychická činnost je zpočátku téměř totožná u dítěte slyšícího i neslyšícího, s postupným vývojem jsou však rozdíly stále patrnější. Neslyšící dítě má znesnadněnou komunikaci s okolním světem a úzký zdroj vnějších podnětů. Používání mluvené řeči se váže ve velké většině případů k odezírání (sledování pohybu rtů) a obvyklá je větší pasivní než aktivní znalost slov (Plevová a Slowík, 2010).

Je nezbytné zvolit vhodnou kompenzační pomůcku nejpozději do dvou let věku dítěte a rozhodnout o její vhodnosti či nevhodnosti (Vágnerová, 2014). Při rozvoji komunikačních dovedností je rodič ten, kdo je dítěti nejbližší, a tudíž je tím, kdo může výrazně ovlivnit jeho osvojování si nových dovedností. Existuje několik tipů, jak sluchově postižené dítě podporovat v rozvíjení řeči. Například nešetřit chválou při jakémkoli projevu dítěte, navazovat s ním hovor prostřednictvím toho, čemu dítě věnuje pozornost, komentovat dění okolo, rozvíjet opakovaně věty, vysvětlovat souvislosti. Pokud dítě vidí podnět a okomentuje jej, zopakováním a rozvinutím souvětí se nic nezkazí. Dítě například sdělí, že vidí auto. Rodič může adekvátně zareagovat ve stylu: „Ano, je tam auto, bylo červené a jelo rychle. Koukej, tam je další, velké auto! Asi jede pomoci stavět dům...“ Tím, že rodič využije iniciativy dítěte, podporuje rozvoj jeho slovní zásoby. Je samozřejmě nezbytné nepospíchat. Když dítěti položíme otázku, vyčkáme na odpověď, nebudeme na něj vyvíjet nátlak. V neposlední řadě je nápomocné odstranění rušivých elementů (rádio v pozadí, otevřené okno...) a 100 % soustředění na samotné dítě (Kryštofová, 2018).

2.6 Komunikační specifika u osob se sluchovým postižením

Sluchová ztráta ovlivňuje gramotnost z mnoha stran – záleží na velikosti sluchové ztráty, typu sluchové ztráty, věku, kdy byla sluchová ztráta diagnostikována,

adekvátní podpoře a historii vzdělávání (Reed, 2003). Lidé se sluchovým postižením mohou mít negativně ovlivněnou verbální stránku řeči z důvodu sluchové ztráty, nikoli však schopnost komunikovat. Je nutné zmínit, že jazyk jako takový není jen a pouze o verbální (slovní) stránce, ale také o neverbální komunikaci. Mimika, gesta, pohyby těla, oční kontakt a další oblasti jsou též důležitou součástí komunikace. Nesmírně důležité jsou výrazy tváře, neboť podtrhují smysluplnost sdělení v přirozeném jazyce neslyšících – ve znakovém jazyce. Lidé se sluchovou ztrátou jsou většinou závislí na vizuálních podnětech (Marschark a Spencer, 2010).

Čím dříve je vada odhalena, tím lépe pro samotné dítě se sluchovým deficitem. Pokud mají rodiče jakékoli podezření, je nezbytné provést ověření odborníkem. Pakliže se obavy rodičů potvrdí, musí být okamžitě zajištěna péče – audiologická (vybavení sluchadlem) i logopedická (Holmanová, 2003, [online]). Když není objevena adekvátní forma komunikace, může nastat jazyková deprivace, vedoucí k frustraci, což může vyústit až v izolaci jedince se sluchovým postižením. Tito lidé potřebují být součástí mezilidských interakcí úplně stejně, jako jejich slyšící vrstevníci (Berg, 2007). Neexistuje žádný přesvědčivý důkaz o tom, že osoby s těžkými ztrátami sluchu se nemohou naučit rozlišovat řeč nezávisle na vizuálních podnětech (Metz, 2014).

Při logopedické péči je pozornost zaměřena nejčastěji na 3 oblasti. První z nich je artikulace, která se váže ke schopnosti vyslovovat jednotlivé zvuky. Druhou oblastí je ovládání hlasu, to znamená správné dýchání během rozhovoru. Poslední je prozodická oblast, která, stručně řečeno, zahrnuje dvě předchozí oblasti to běžné řeči. Naprosto nezbytná je pravidelnost trénování, s čímž se pojí spolupráce rodičů. Například čtení knih má výborný efekt, protože dítě může slyšet správnou výslovnost slov (Berg, 2007).

2.6.1 Komunikace s osobou se sluchovým postižením

„Sluchové postižení vytváří informační bariéru.“ (Vágnerová, 2014, s. 208).

Mimo osoby s nedoslýchavostí, je velká většina osob zcela závislá na zrakových podnětech. K navázání kontaktu je potřeba získat pozornost sluchově postižené osoby. Záleží na konkrétní situaci a kontextu, jsou však do jisté míry obecné tipy, jak navázat kontakt:

- zvuk – zatleskání, oslovení osoby jménem;
- dotyk – jemným poklepáním v oblasti ramene po loket;
- jiná osoba – požádáním osoby, která na nás má pozornost o upoutání pozornosti neslyšícího;
- vibrace – zabouchání na stůl, dupání na podlahu;
- pohyb – zamávání;
- světlo – opakované zhasnutí a rozsvícení.

Vzájemná komunikace může být usnadněna několika dalšími faktory, zejména úpravou vnějších podmínek, je-li to možné. Výraznou podporou je kvalitní osvětlení, neboť to usnadňuje odezírání či pohled na celkovou mimiku. S tím souvisí také udržování vhodné vzdálenosti a úrovně obličejů. Neméně důležitá je také snaha o vytvoření akusticky přijatelného prostředí (rušivým jevem je například šum či dozvuk-echo) (Langer, 2014).

Národní rada osob se zdravotním postižením v roce 2006 vydala „Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením“. Jedná se o souhrn generalizovaných doporučení, na které může intaktní člověk myslet v jakékoli situaci, mohou se jimi tedy řídit i zdravotničtí pracovníci. Doporučení jsou v této práci k nalezení – viz „Přílohy“ (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006, [online]).

V kontextu zdravotnictví jsou k nalezení podobná doporučení a tipy pro efektivní komunikaci. Linhartová (2007) udává, že způsob komunikace je silně individuální – záleží totiž na úrovni sluchové ztráty a také na jazyku, který jednotlivec zná. V zásadě rozděluje pravidla komunikace na případy, kdy zdravotník nezná znakový jazyk a na případy, kdy je při rozhovoru přítomen tlumočnick. V případě neznalosti znakového jazyka doporučuje:

- upozornit pacienta na to, že s ním chceme hovořit – lehkým dotykem nebo zamáváním v jeho zorném poli;
- mluvit k němu vždy čelem;

- stát tak, aby pacient dobře viděl na rty;
- nastavit se zády ke zdroji světla – velmi výrazně ztěžuje, až znemožňuje odezírání jak ze rtů, tak i čtení mimických projevů;
- nezapomínat, že český jazyk je pro neslyšícího jazykem cizím – užívat jednoduchá slovní spojení;
- neužívat lékařské termíny (pro pacienta jsou nesrozumitelné);
- vyhnout se ironii – neslyšící tomu nerozumí, berou vše doslovně;
- ujišťovat se, že pacient rozumí tomu, co zdravotník sděluje – porozumět si je velmi důležité kvůli pacientovu právu se rozhodnout, zda souhlasí s navrhovaným léčebným postupem;
- využívat přirozená gesta;
- vyžádat si emailovou adresu pacienta a informace mu zaslat elektronicky.

Pokud pacient přichází s tlumočnickem, je vhodné vzít je přednostně – tlumočnick je placen pouze za čas tlumočení, nikoli za čekání. V tomto případě je alfa a omega hovořit směrem na pacienta, nikoli na tlumočnicka! Tlumočnick je jakási „náhrada“ pacientových uší, má povinnost překládat všechno, co se děje na okolí (to znamená i nevhodné poznámky či například rozhovor mezi sestrou a lékařem) (Linhartová, 2007). Z pohledu lékaře by bylo vhodné, aby si zajistil více času na prohlídku a aby mezi sděleními nechával čas na přetlumočení. Měl by hovořit stručně a jasně a v případě, že očekává pacienta s tlumočnickem, je též vhodné se zkontaktovat se samotným tlumočnickem a zkusit si pohovořit o průběhu tlumočení. Pokud je používán tlumočnick virtuální cestou, je nezbytné zachovat soukromí, aby se důvěrné informace nedostaly na veřejnost. Na závěr by měl lékař požádat pacienta o zopakování klíčových informací, aby si byl jistý, že pacient porozuměl všemu důležitému (Moch, Nassery a Fareed, 2014, [online]).

2.6.2 Komunikační systémy

2.6.2.1 Orální komunikační systémy

1. Mluvená řeč

„*Jazyk je důležitou podmínkou rozvoje poznávacích procesů.*“ (Vágnerová, 2014). Za jazykové dovednosti jsou považovány poslech, mluvení, čtení a psaní, přičemž jsou tyto dovednosti v přímém vztahu k sobě navzájem. Poslech je první dovedností, kterou si jedinec během svého vývoje osvojuje. Pokud je přítomno poškození sluchu, může dojít k vážnému poškození jazykových dovedností (Kakojibari, Sarmadi a Shafiri, 2011, [online]). Netřeba zmiňovat, že komunikace prostřednictvím mluvené řeči a její zvládnutí podmiňuje úspěšnou socializaci v rámci většinové společnosti (Langer, 2014).

Děti se sluchovým postižením mluví tak, jak slyší (existuje přímé spojení mezi vnímáním řeči a produkcí řeči) (Bradham a Houston, 2015, [online]). Srozumitelnost se obvykle snižuje se závažností sluchové ztráty. Navíc pro osoby bez nulových zkušeností s neslyšícími je jejich projev takřka nesrozumitelný (Langer, 2014). Řeč jako taková má 3 fáze (které mohou být u sluchově postižených narušeny):

1. Respirace (koordinace mezi vdechem a výdechem, vhodné hospodaření s dechovým proudem, tiché dýchání aj.);
2. Fonace (stabilní síla a výška hlasu, nemonotónní projev aj.);
3. Artikulace (správná artikulace samohlásek, souhlásek aj.);

K narušení dochází i v jazykových rovinách (lexikálně-semanticke, morfologicko-syntaktické, foneticko – fonologické a pragmatické) (Langer, 2014).

U nedoslýchavých osob je narušená obvykle artikulace, hlavně souhlásky (např. sykavky či *t*, *d'*, *ň*), typický je také slabý hlas a tichá mluva, což ztěžuje porozumění. Osoby prelingválně ohluchlé mají značné narušení už v oblasti fonace (neví, že součástí řeči je zvuk – možnost využití taktilně-vibračního vnímání na krku nebo hrudníku mluvícího), ale také dynamiku a rytmiizaci řeči. Jejich hlas bývá nepřirozený – přes chraptivý až po nepřirozeně vysoký apod.). Postlingválně ohluchlí mají obvykle problém zejména v dynamice a intonaci řeči. Nezřetelná bývá artikulace

sykavek a polosykavek. Pokud nedochází k logopedické péči, mluvený projev se může postupně zhoršovat (Souralová, 2005).

2. Čtení a psaní

Ve společnostech jako takových má porozumění psanému projevu velký význam. Důležité informace jsou k nalezení v brožurách, návodech, štítcích, příručkách, knihách... Existuje vztah mezi znalostmi slovní zásoby a porozuměním čtení (aby něco bylo pochopeno, je potřeba dané slovo znát) (Coppens, Tellings, Verhoeven a Schreuder, 2011, [online]). Dovednosti čtení a psaní jsou pro děti se sluchovým postižením důležité, protože jim pomáhají rozvíjet jejich jazykové schopnosti (Sugaya et al, 2019, [online]). Úroveň čtenářské gramotnosti je u neslyšících žáků a bohužel i dospělých nižší než u slyšících vrstevníků (Poláková, 2001). Je důležité, aby došlo k rozvoji schopnosti rozpoznávání a identifikace slov v rané fázi vývoje (Sirois, Boisclair a Giasson, 2008, [online]). Za hlavní problém při tomto stylu komunikace je ve většině případů jednak neochota ke komunikaci tímto způsobem ze strany neslyšících osob, jednak nedostatečná jazyková způsobilost v mluveném jazyce (Souralová, 2005).

Dopady nedostatečné znalosti mluveného českého jazyka jsou obzvláště viditelné v několika oblastech. Naprosto logicky je omezená slovní zásoba českého jazyka, z čehož dále vyplývá snížená schopnost zapamatování a následné vybavení si nových slov z paměti, neznalost pojmu a problém s gramatickými pravidly češtiny. Gramatická stavba českého jazyka je poměrně složitá, a to je možným důvodem pro omezenou znalost gramatiky ze strany neslyšících. Tento fakt je ovlivněn i nerespektováním (ve výuce českého jazyka) toho, že pro prelingválně ohluchlé je český jazyk jazykem cizím. Obtíže se vyskytují také v oblasti porozumění frází, přirovnáním, metaforám (ty jsou často brány doslovně). Z toho plyne potíže při práci s informacemi a porozumění textu (Komorná, 2008).

U neslyšících a jejich písemné produkci lze pozorovat specifické chyby. Jsou jimi například:

- záměna sloves „být“ a „mít“;
- nesprávné vyjádření času;

- vynechávání/přidávání/nahrazování slov;
- užití nevhodných slov;
- chyby v užívání předložek a sloves;
- specifický slovosled;
- problémy ve shodě podstatných a přídavných jmen/podmětu s přísudkem aj. (Langer, 2014).

3. Odezírání

„Informace, které získáme prostřednictvím zraku, totiž v kombinaci s informacemi, které nám zprostředkuje sluch, urychlují proces zpracování řečového signálu.“ (Motejzíkova, 2014, s. 7). Opakovaně bylo prokázáno, že porozumění řeči je u lidí multimodálním procesem (Paleček, 2018, [online]). Odezírání znamená soustředění na mluvidla a jejich pohyb (rty, jazyk, zuby a lícní svaly) a na základě vizuální informace odhadnutí sdělovaných slov. Čeština má 11 kinémů⁴ pro všechny hlásky. Nejsnadnější k odezírání jsou samohlásky. Odezírání je pro osobu se sluchovým postižením v jakémkoli stupni důležité, není to však schopnost, kterou má automaticky danou každý takový jedinec. Odezírání není dar, je to schopnost! Udává se, že odezíráním může člověk získat asi 30 % informací (Hrubý, 1998). Není tedy možné považovat odezírání za „náhražku“ příjmu zvukových informací sluchovou cestou, je totiž pouze jejím doplňkem. Je potřeba si též uvědomit, že samohlásky jako takové jsou na odezírání poměrně jednoduché, nicméně ze souhlásek se dá dobře odezřít asi pouhá třetina sdělované informace. V běžné řeči se nevyskytují hlásky izolovaně, ale společně v kombinaci s hláskami ostatními, čímž dochází k tzv. koartikulaci hlásek (spojením dochází k vizuální změně, odlišující se od izolovaného, základního kinému). Odezírání je velmi náročná a vyčerpávající činnost, vedoucí k rychlé únavě – maximální doba odezírání by neměla přesáhnout 30 minut (Langer, 2014).

⁴„*Mluvně pohybové útvary, odlišitelné pohyby mluvidel, které přejímají funkci signálů zvukové řeči*“ (Kohoutek, 2020, [online]).

Faktory, mající vliv na úspěšnost odezírání lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnější faktory řadíme ty, které lze ovlivnit (alespoň do určité míry) (Langer, 2014):

- postoj obou zúčastněných – oči odezírajícího zhruba v úrovni úst mluvčího;
- udávaná optimální vzdálenost je od 0,5 m–3 m (maximum 4 m);
- osvětlení místnosti – pokud možno, centrální osvětlení (Hádková, 2006, [online]);
- logická stavba věty, tempo řeči a míra artikulace;
- Doprovodné složky odezírání – gestikulace, mimika, znakovaná čeština aj. (Langer, 2014).

Vnitřními podmínkami rozumíme osobnostní vlastnosti osob, účastnících se na komunikačním procesu:

- věk odezírajícího;
- komunikační kompetence na obou stranách (ze strany odezírajícího úroveň schopnosti odezírat);
- zdravotní stav odezírajícího;
- psychické rozpoložení v daný moment;
- schopnost soustředit se ze strany odezírajícího;
- sociální zkušenosti (empatie, odhad na základě kontextu apod.) (Langer, 2014).

2.6.2.2 Vizually-motorické komunikační systémy

Vizually-motorický systém znamená, že se produkuje pohybem a je vnímatelný zrakem (Skákalová, 2011).

1. Prstové abecedy

Jedná se o uměle vytvořený vizually-motorický systém, ve kterém se používají polohy prstů k vytvoření písmen abecedy. Při tvorbě slova se vytvářejí jednotlivá

písmenka jedno po druhém. Používají se často k vyjádření osobních jmen, míst, názvů měsíců a svátků a slov, pro které neexistují znaky (Krauhulcová, 2002). Prstová abeceda nenahrazuje znakový jazyk, ale doplňuje jej (Marschark, Lang a Albertini, 2002, [online]).

Je uměle vytvořená, umožňuje vzájemnou komunikaci mezi intaktní společností a neslyšícími (Langer, 2014). Využívá postavení a poloh jak jedné, tak i obou rukou, existuje prstová abeceda jednoruční a obouruční. Nepoužívá se jako samostatná metoda, z důvodu časové náročnosti (Mukšnáblova, 2014).

Různé znakové jazyky používají různé ruční abecedy. Například v britské znakové řeči se používají obě ruce k reprezentaci písmen abecedy, zatímco například v Hongkongu se prstové abecedy nevyužívají vůbec. Neslyšící děti často chápou slova, skládané za pomoci prstových abeced dříve, než se naučí číst. Jeto dáno tím, že tvary a pohyby rukou vnímají spíše jako znaky než jako jednotlivá písmena, která ve výsledku znamenají slovo (Marschark a Hauser, 2011, [online])

Prstová abeceda má své plusy i mínusy. Za plusy se dá považovat zejména přiblížení mluveného jazyka většinové společnosti pro neslyšící v podobě, která je pro ně přijatelná. Přínosná je ve vzdělání – a to, když se používá prstová abeceda současně se čtením. Nevýhodou je již výše zmiňovaná časová náročnost (Langer, 2014).

2. Znakovaný jazyk

Znakovaná čeština je umělým jazykovým systémem, to znamená, že se znaky tvoří podle slovosledu českého jazyka (rozdílem ve vztahu ke znakovému jazyku jsou vlastní gramatická pravidla u znakového jazyka). Znaky, které se využívají, pocházejí ze znakového jazyka. Jednoduše řečeno – dochází k sdělování věty podle gramatiky českého jazyka a slova jsou zároveň překládána do znaků ve stejném čase (s tím souvisí umělé vytvoření znaků například pro předložky). Mimika má doprovodnou funkci (u ZJ nese gramatické významy). V praxi může docházet k mísení obou forem jazyků (Motejzíkova, 2011).

Použití je vhodné pro ty osoby, které mají osvojený český jazyk – postlingválně ohluchlé a osoby nedoslýchavé. Pro slyšícího uživatele je osvojení znakové češtiny snadnější než osvojení ZJ, to však nemusí platit naopak, a to z toho důvodu, že ZJ má jinou gramatickou strukturu než uměle vytvořená znakovaná čeština. Tento systém je

mnohdy velmi nápomocný při komunikaci, zejména při doplňování artikulované české věty znaky. Usnadňuje tak odezírání (Langer, 2014).

3. Znakový jazyk

Znakové jazyky jsou nevikální – jsou vnímané zrakem, nikoli sluchem a jsou založeny na tvarech, pozicích a pohybu rukou, nikoli na vnímání zvuku. Téměř vždy jsou uživatelé znakových jazyků v menšině – odsud tedy pramení různé variety v rámci národů (Macurová, 2004, [online]).

Veřejnost mnohdy předpokládá, že znakový jazyk je vlastně pouze překlad z mluveného jazyka do znaků. Znakový jazyk je však plnohodnotným jazykem a je také uznán legislativou, konkrétně v zákoně č.155/1998 Sb. o znakové řeči⁵ (novela Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.). Tento zákon v § 4 jasně sděluje, že „*Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.*“ (Skákalová, 2011).

Český jazyk je pro neslyšící cizím jazykem (Motejzíková, 2010). Stejně tak je český znakový jazyk náročný pro slyšícího člověka (naprosto stejná situace, jako když se rozhodně učít cizí jazyk). Je potřeba se naučit jak gramatiku, tak i slovní zásobu – nejvhodnější alternativou je návštěva kurzu nejlépe s rodilým mluvčím (v dnešní době se mohou využívat i výukové CD, mobilní aplikace, online slovníky – Spreadthesign.com apod. jako doplňkový materiál pro studium znakového jazyka) (Ardeltová, 2019). Nejvíce motivovanou skupinou při studiu znakového jazyka bývají rodiče, kteří se chtějí a musí domluvit s neslyšícím dítětem (Brožová a Höferová, 2017).

Existuje nejenom český znakový jazyk, ale také například německý znakový jazyk, americký znakový jazyk, a dokonce i mezinárodní znakový systém. Český znakový jazyk má svá specifika, které jsou v jiných znakových jazycích spíše výjimkou. Typické jsou například znaky, které jsou vizuální a neovlivněné prstovou abecedou či specifické znaky (Brožová a Höferová, 2017). Mezinárodní znakový

⁵Termín znaková řeč je nesprávný, z lingvistického hlediska. Používání termínů např. „česká řeč“, „ruská řeč“ aj. by jako takové bylo nesmyslné. Znaková řeč = „*pojmenování konkrétního komunikačního aktu mezi lidmi, pokud spolu komunikují pomocí některého znakového systému.*“ (Langer a Kučera, 2012, s. 49)

system (International Sign) se používá zejména v mezinárodních setkáních jako například Deaflympiáda nebo Světová federace neslyšících (World Federation of the Deaf), ve videoklipech vytvářených neslyšícími a sledované ostatními neslyšícími z celého světa a neformálně při cestování. Není tak složitý, jako přirozený znakový jazyka, má omezený lexikon (International Sign Definition, 2020, [online]).

Za zmínku stojí zajímavost, že ze znakového jazyka vychází tzv. taktilní znakový jazyk, což je doteková varianta znakového jazyka. Komponenty znaku, které jsou viditelné zrakem, se převádějí do hmatové podoby. Tento jazyk zatím není uznán jako přirozený jazyk neslyšících, neboť se s jeho výzkumem teprve začíná (Souralová a Langer, 2018).

2.7 Zdravotnický personál a komunikace s pacienty se sluchovým postižením

Sluchové postižení je stigmatizující, zejména z důvodu vzniku komunikační bariéry, ať už je dána odlišností a nápadností znakového jazyka nebo obtížným zvládnutím češtiny. Právě potíže dorozumění se s intaktní společností komplikují veškeré snahy o úspěšné začlenění. Tyto potíže mohou vyvstávat skoro vždy – použití znakového jazyka při komunikaci s majoritní společností není užitečné, verbální projev pro slyšícího člověka může být hůře srozumitelný, nesmyslný či primitivní. Protože odezírání je samo o sobě náročnou činností, může tento člověk reagovat méně přiměřeně, v důsledku nepostřehnutí všech informací, což může slyšícího člověka vést k mylnému mínění o nižší úrovni inteligence neslyšícího. V zásadě ani nepomáhá postoj společnosti – automatické odmítání a podceňování osob sluchově postižených. Jednoduchý není ani vztah na opačné bázi. Osoba se sluchovým postižením má mnohdy nepříjemnou zkušenost se slyšícími ve vztahu k jazykové bariéře, což u nich může v extrémních případech vést až k izolaci. Neslyšící s velkým „N“ jsou osoby se sluchovým postižením, které se považují za příslušníky specifické minority (Vágnerová, 2014).

Je důležité přijímat druhou osobu jako rovnocenného partnera, zejména, a hlavně jako člověka. To, že je u osoby přítomno postižení, by nemělo ovlivňovat náš přístup k němu, primárně by mělo být vnímáno lidství člověka. Nelze samozřejmě handicap přehlížet, nicméně bychom stále měli zaměřovat naši pozornost na

komunikaci s člověkem jako takovým, nikoli se primárně soustředit na projevy postižení daného jedince (Motejzíkova, 2010).

Pacient se sluchovým postižením má podle zákona č. 155/1998 (ve znění novely č. 384/2008 Sb.) o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob „*právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů uvedených v tomto zákoně ten, který odpovídá jejich potřebám. Jejich volba musí být v maximální možné míře respektována tak, aby měly možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti i při uplatňování jejich zákonných práv.*“ (Zákon č. 155/1998, [online]).

2.7.1 Kompetence zdravotnického personálu

Podle výzkumu, provedeného v roce 2017 v Brazílii, byly zveřejněny poněkud alarmující výsledky, kdy převážná většina zdravotnického personálu uvedla, že neví, jak komunikovat s osobou se sluchovým postižením, tudíž logicky v reálném životě došlo ke vzniku komunikační bariéry. 92 % odborníků uvedlo, že si myslí, že nejsou připraveni na komunikaci s osobami se sluchovým postižením, téměř 84 % nevědělo, jak s nimi komunikovat. Nejčastějšími snahami o prolomení této bariéry byly ve využití gest, psaní, mluvené řeči doprovázené gesty (Marquete, Costa a Teston, 2018, [online]). Ošetrovatelské dovednosti v této oblasti stále nedosahují přijatelných standardů, přičemž znalost problému a znalost způsobů vhodné komunikace jsou zásadní pro poskytování individualizované péče (Slaven, 2003, [online]).

Na začátku jiného výzkumu, prováděného v USA, 339 zdravotních sester mělo závažné deficity znalostí v oblastech sluchového postižení, sluchových pomůcek, komunikačních strategií a předpisů, týkajících se přístupu k péči o pacienta se sluchovým postižením (Ruesch, 2018, [online]).

Komunikační bariéry v oblasti zdravotnictví vyplývají zejména z malé informovanosti zdravotnických pracovníků o způsobech komunikace s osobami se sluchovým postižením (často dochází ke zvýšení hlasu např. bez znalosti zásady dobrého osvětlení nebo ke snaze komunikovat psanou cestou bez vědomí, že český jazyk je pro neslyšící jazykem cizím). V nemocnicích těž schází pracovníci pro akutní situace, kteří by ovládali základy českého znakového jazyka (pro případ nemožnosti přivolání tlumočnicka znakového jazyka) (Institut Neslyšících pro specializované vzdělávání, 2013, [online]).

2.7.1.1 Lékaři

Protože ztráta sluchu je nejčastějším senzoričným deficitem člověka, vyvstává tak pro lékaře vysoká pravděpodobnost, že za dobu své praxe se setká s komunikačními situacemi u pacientů se sluchovým postižením. Přestože vzdělávání v oblasti lékařské výchovy nabývá na důležitosti, školení o specifických dovednostech, nezbytných ke splnění požadavků kvalitní komunikace s osobou se sluchovým postižením je zřídka nabízeno (Deuster, Matulat, Schmidt a Knief, 2010, [online]).

Před samotným lékařským úkonem musí být pacientovi vysvětleno, co jej čeká, jaký typ vyšetření a jak moc bude lékař potřebovat jeho spolupráci. Pro jistotu je dobré důležité informace zopakovat. Pokud například bude probíhat vyšetření mimo zorné pole pacienta – je potřebná další osoba, která bude pacientovi dávat potřebné signály, v případě vyšetření rentgenem je například dobré domluvit si signál, po kterém pacient bude vědět, že se může začít pohybovat apod. (Kučera, 2013, [online]).

V přítomnosti tlumočnicka je nutná profesionalita – lékař by neměl o sluchově postiženém mluvit ve třetí osobě, nýbrž by měl hovořit přímo s ním; neměl by pacienta ignorovat a hovořit s tlumočnickem namísto s pacientem, dbát by měl lékař na udržování očního kontaktu; nenabádat tlumočnicka, aby situaci pacientovi vysvětlil později, mimo ordinaci apod. V případě léků je dobré pacienta jasně informovat – může se stát, že pacient neporozumí informacím z příbalového letáku. Na závěr je dobré napsat důležité sdělení o zdravotním stavu pacienta na papírek, který si vezme s sebou (Kučera, 2013, [online]).

2.7.1.2 Zdravotní sestry

Zdravotní sestry mohou vnímat komunikaci se sluchově postiženými jako obtížnou. Některé jsou si vědomy možného využití jiných komunikačních systémů, jiné se uchýlily ke komunikaci s osobou, která pacienta doprovází, čímž dochází k porušení důvěrnosti konzultace. Vhodná a navrhovaná je příprava zdravotních sester pro tyto situace v rámci vysokoškolského studia (Pauglica, Fiúza a Rebourças, 2007, [online]).

Samy zdravotní sestry mohou svůj přístup změnit tím, že si uvědomí, jak pacienti s poruchou sluchu komunikují a alespoň se pokusí dodržovat několik

jednoduchých doporučení. Dojde tak k možnosti poskytnutí té úrovně péče, která by měla být poskytnuta jakémukoli jinému pacientovi a neslyšící pacient toto úsilí velmi ocení (Sommer a Sommer, 2002, [online]).

Efektivní komunikace pro ošetřovatelství je naprosto zásadní. Dobrá komunikace je profesní a morální povinnost, bez níž není dostatečně vyřešena základní otázka – totiž otázka souhlasu pacienta. V přítomnosti tlumočnicka si sestry musí být vědomy důsledků – pokud je do komunikace zapojen někdo, koho pacient zná, může dojít k zabarvení toho, co je sdělováno. Navíc je zde riziko, že pacienti se mohou cítit nepohodlně – například mohou vynechat informace, které jim připadají trapné. Je důležité, aby sestra hovořila vždy přímo s pacienty a byla vnímavá vůči jejich řeči těla a výrazu obličeje (Slaven, 2003, [online]).

Bezpečná a kvalitní ošetřovatelská péče závisí na dobré komunikaci mezi zdravotními sestrami a pacienty. Od sester se například očekává, že požádají rodinu či samotného pacienta o vysvětlení komunikačních potřeb a popis požadovaných komunikačních postupů. Bez kvalitní komunikace může dojít k překážkám, které mohou být v důsledku až nebezpečné pro samotné pacienty:

- ošetřovatelský proces není řádně implementován;
- pacienti nerozumí důležitým informacím;
- není poskytován informovaný souhlas k léčbě;
- nejsou dodržovány medikační režimy (Smith, 2015, [online]).

V ambulancích je možné využít ke sdělení zprávy plakáty, letáky či obrázky. Pacient by měl mít možnost objednat se prostřednictvím emailu, SMS zprávy nebo skrze webové stránky. Místo volání pacienta z čekárny je lepší buď jít k nim a doprovodit je do čekárny nebo použít systém vizuálního volacího systému. Rozhodně nevhodné je porušování soukromí pacienta tím, že by sestra hovořila hlasitě v dosahu ostatních (Smith, 2015, [online]).

Pokud je pacient se sluchovým postižením na lůžkovém oddělení, měl by tento fakt být zvýrazněn v lékařském záznamu pacienta. Následovat by mělo zjištění preferovaného způsobu komunikace (například tlumočnick). Pacient by měl být podporován v nošení naslouchadel, pokud je jejich uživatelem a měl by být též

podporován v odezírání. Pokud by se stalo, že pacient něco nechápe nebo si špatně vyloží, opraven by měl být zejména s úctou (Smith, 2015, [online]).

Smith (2015, [online]) zmiňuje možná technologická řešení, která, v případě, že s tím pacient souhlasí, mohou být použita:

1. VRS = Video Relay Services se mohou použít, když jsou pacient a sestra na různých místech a pacient ovládá znakový jazyk. Dochází k použití počítačových monitorů a webových kamer. V reálném čase dochází ke komunikaci tak, že uživatel znakového jazyka sdělí informaci na videu tlumočnickovi, který poskytuje sestře interpretaci hlasovou.
2. CapTel = Captioned Telephone je podobný filmu s titulky. Pomáhá pacientům se slovním spojením telefonického rozhovoru. Posлуhač slyší hlas osoby a zároveň „vidí“ slova, jak je napsal přepisovatel, který slova přepisuje nejčastěji prostřednictvím webu. Rozhovor mezi sestrou a pacientem tedy přepisuje třetí osoba s tím, že pacient může číst všechno, co sestra řekla.
3. CART = Communication Access Real-time Translation je okamžitý asistovaný písemný překlad toho, co se říká, je převeden na digitální displej pomocí specializovaných počítačů, softwaru a stenografických strojů. Využití je zejména u pacientů, nepoužívajících znakový jazyk. Funguje to velmi dobře, když se sluchově postižení pacienti zúčastní prezentací či skupinových sezení, kdy jsou titulky v reálném čase zobrazeny na malé obrazovce pro jednu osobu.
4. VRI = Video Remote Interpreting se používá, když jsou jak sestra, tak i pacient na stejném místě a pacient rozumí a používá znakový jazyk. Jedná se o tlumočnickou službu, která se využívá jen a pouze v momentě, kdy není k dispozici živý tlumočnický znakového jazyka. „Video tlumočnick“ může slyšet a vidět konverzaci mezi sestrou a pacientem a doprovází konverzaci za pomoci hlasu a znaků. Je velmi užitečná například v krizových situacích.

5. Software pro rozpoznávání hlasu = řeč je téměř okamžitě zobrazena na monitoru počítače.

V České republice je dostupná služba Tichá linka. Tuto službu zavedla Nemocnice v Prostějově. Osoba neslyšící se prostřednictvím zapůjčeného tabletu může spojit s nonstop tlumočnickem, který je bezplatný a který přetlumočí rozhovor se zdravotnickým personálem do znakového jazyka. Zejména v případě akutních pacientů je totiž dorozumění na obou stranách naprosto zásadní (Ze zdravotnictví, 2019, [online]).

2.7.1.3 Pozitivní přístup zdravotnického personálu z hlediska osob se sluchovým postižením

Jako pozitivní je uváděna ochota některých lékařů k sdílení osobního telefonního čísla, aby se pacient mohl přes SMS zprávu objednat. Není totiž pravidlem, aby všechny ordinace měly emaily či faxy, telefonická domluva je stále nejrychlejší a nejpohodlnější formou objednání k lékaři. Netřeba zmiňovat, že osobního telefonního čísla by pacient neměl nikdy zneužívat! (Info-zpravodaj, 2014).

Skvělé je také, když má nemocnice přístup k bezdrátovému wi-fi připojení. Osoba se sluchovým postižením může využít tlumočení online přes aplikaci Skype. Otevírá se tak možnost komunikovat skrze virtuální cestu (například překlad rozhovoru s lékařem do českého znakového jazyka) (Info-zpravodaj, 2014).

Co je velmi vhodné je názorné ukazování toho, co se po pacientech žádá. Například když je pacient poslán na rentgen, musí si sundat kochleární implantát či sluchadlo. V takovém případě je velmi profesionální názorně pacientovi předvést, co se po něm žádá (Info-zpravodaj, 2014).

Velmi profesionální je také, když si lékař ověřuje, zda pacient rozuměl sdělované informaci. Když se otázkami jako například: „Mohli byste mi zopakovat, co je Vám říkal?“ ujišťuje o tom, že sluchově postižený opravdu pochopil a zaregistroval sdělení. Mimo jiné je taky oceňováno ze strany sluchově postižených, když lékař dbá na udržování zrakového kontaktu a při změně polohy (například při nutnosti lehnout si na lůžko) lékař dbá na to, aby pacientovi předával informace ze vhodné vzdálenosti a v patřičné úrovni očí (Info-zpravodaj, 2014).

Při operacích měli pacienti možnost nechat si sluchadlo-s tím, že se domluvili s personálem, že kdyby byla potřeba, sundali by sluchadlo sami. Ulevilo se tím stresu a nepříjemným situacím – například žena, která byla na operaci a musela si sundat sluchadla, vysvětlila lékařům, že bez sluchadel neslyší. Na operačním sále se jí ptali, zda je zdravá. Odpověděla, že ano, ale lékař jen mávl rukou a započal s operací. Protože se to pacientce nezdálo, druhý den se zeptala při vizitě téhož doktora, proč se jí ptal na to, zda je zdravá. Odvětil, že se na to neptal, nýbrž že si ověřoval, zda se skutečně bude operovat pravá noha (Info-zpravodaj, 2014).

2.7.1.4 Negativní přístup zdravotnického personálu z hlediska osob se sluchovým postižením

Jako negativum, které uživatelé zdravotnických služeb se sluchovým postižením uvádějí, je zejména oblíbenost vyřizování záležitostí telefonických způsobem – poukazují na nedostatečnost informování o jiných, možných způsobech komunikace, pro osobu se sluchovým postižením přijatelnější, jako například uvedení telefonního čísla pro SMS, emailový kontakt a podobně. Jako příklad může posloužit příběh 58leté ženy s kochleárním implantátem, která neovládá český znakový jazyk, jejíž maminka byla odvezena záchrannou službou do nemocnice. Zdravotníci i přes prosbu maminky neslyšící ženu neinformovali prostřednictvím SMS, musela tudíž sama zjišťovat, co a jak se stalo a kde maminku najde. Zdravotnický personál – sestřička u obvodního lékaře maminky ženě předala pouze telefonní číslo a její prosbu o zavolání odbyla s tím, že už končí pracovní doba. Bylo by vhodné, aby slyšící autoři přidali do lexikonů společenského chování informace o tom, jak se vhodně chovat k lidem se sluchovým postižením. Též není od věci seznámit lékaře s možností simultánního přepisu⁶ v mobilním telefonu či tabletu, možností online tlumočení do znakového jazyka nebo se službami Centra zprostředkování simultánního přepisu mluvené řeči (Info-zpravodaj, 2014).

Vstřícným krokem směrem k pacientům se sluchovým postižením by bylo zřízení tlumočnicků znakového jazyka do krajských nemocnic. Ne vždy je tlumočnick

⁶„Jedná se o doslovný přepis mluvené řeči do psané podoby téhož jazyka tak, aby si mohl klient se sluchovým postižením informace přečíst v reálném čase (resp. jen s minimálním časovým zpožděním).“ (Langer, 2014, s. 55).

schopen vyhovět požadavkům (např. konkrétní datum či čas) osoby se sluchovým postižením (Info-zpravodaj, 2014).

Netrpělivost je dalším uváděným problémem. „Křičení“ na pacienta, mluvení zády k sluchově postiženým pacientům, mluvení s rouškou na ústech, zjišťování symptomů a zapisování do PC ve stejný čas (skloněná hlava a ztížené odezírání), a další „maličkosti“, které však velmi ztěžují vzájemnou komunikaci a pochopení souvislostí ze strany sluchově postiženého. Nepříjemností také může být vyvolávání pacientů jménem, když mají přijít na řadu (v případě nemožnosti informovat sestru má sluchově postižený nepříjemné napětí při neustálé pozornosti a sledování toho, kdo je na řadě). Ulehčující by bylo zavedení pořadových čísel u všech lékařů (Info-zpravodaj, 2014).

Může vyvstat situace, že lékař odmítne přítomnost tlumočnicka (důvodem může být například pocit „narušení soukromí“). V takové situaci vystavuje svého pacienta risku, že mu uniknou důležité informace, ať už při sdělování diagnózy či způsobu léčby (Info-zpravodaj, 2014).

Problémy nastávají pro sluchově postižené pacienty též při vstupu do lékařských prostor prostřednictvím zvonění na „bzučák“. Pacient se mnohdy stresuje, zda mu vůbec bude otevřeno, případně je pro ně náročné a nepříjemné řešit, kdy do bzučáku mluvit a co říct (Info-zpravodaj, 2014).

Pokud má být pacient hospitalizován, bývá zmiňována vhodnost psaného seznamu, co si pacient má vzít s sebou. Nemusí postřehnout všechno, z čehož mohou opět vyplynout nepříjemné situace pro obě strany – zcela zbytečně (Info-zpravodaj, 2014).

3 METODIKA VÝZKUMU

Předchozí kapitola teoretické poznatky má napomocť k lepšímu pochopení praktické části. Tato kapitola blíže popisuje a hodnotí poznatky, získané od probandů formou dotazníkového šetření. Data jsou získána ze tří zdravotnických škol od studentů 3. a 4. ročníků – kvůli korektnosti jsou školy uvedeny pod písmeny „A“, „B“ a „C“, nikoli pod pravými jmény.

3.1 Charakteristika souboru

Součástí této diplomové práce je dotazníkové šetření, které zaměřuje pozornost na zjištění vědomostí studentů 3. a 4. ročníků středních zdravotnických škol, vztahující se na oblast znalostí komunikačních specifik s pacientem se sluchovým postižením.

V tomto výzkumu byla získána data od 85 respondentů ze školy A, 82 odpovědí od respondentů školy B a od školy C se podařilo získat 102 odpovědí. V rámci pohlaví převažoval velmi výrazně počet žen s celkovým počtem 238 (88,5 %), oproti mužským vrstevníkům, zastoupených v počtu 25 (9,2 %). Vyskytlo se bohužel 6 odpovědí, kde respondenti neudali své pohlaví (2,2 %). Data byla cíleně získávána od oborů „Praktická sestra“ a „Zdravotnický asistent“, neboť jsme předpokládali, že počet respondentů bude dostatečně vysoký pro vzájemné srovnávání. Jako studente oboru „Praktická sestra“ se uvedlo celkem 81 studentů (30 %) a jako studentem oboru „Zdravotnický asistent“ samo sebe uvedlo 187 studentů (70 %). V rámci jednotlivých škol bylo potom studentů oboru „Praktická sestra“ ve škole A v počtu 51 osob (20 %), ve škole B 18 osob (7 %) a ve škole C celkem 13 studentů (5 %). U zdravotnických asistentů byl počet značně vyšší – u školy A se jednalo o 34 studentů (13 %), ve škole B tak udalo 64 studentů (24 %) a ve škole C se jednalo o 89 osob (33 %).

V tabulce níže a ve všech dalších tabulkách jsou k nalezení čísla v absolutní četnosti, vyjádřená písmenem N, v závorce potom je k nalezení relativní četnost v %. Všechna čísla byla získána z vlastního výzkumu.

Tabulka 1. Počet studentů v jednotlivých ročnících.

Škola	A	B	C
	N (%)	N (%)	N (%)
3. ročník	54 (63,5 %)	34 (41,5 %)	47 (46 %)
4. ročník	31 (36,5 %)	48 (58,5 %)	55 (54 %)
Celkem	85 (100 %)	82 (100 %)	102 (100 %)

Zdroj: vlastní výzkum

3.2 Dotazník

Dotazník je jednou z možných cest získání informací dotazováním, což znamená kladení otázek (ať už formou mluvenou nebo písemnou). V předloženém dotazníku byly využity převážně otázky dichotomické (otázky s dvěma variantami – v tomto případě se jednalo o varianty ANO/NE) a dále polytomické. V rámci polytomických otázek se v dotazníku objevily otázky výběrové (pouze jedna nabízená odpověď je správná) a otázky výčtové (žák mohl vybrat více odpovědí). V neposlední řadě se v dotazníku vyskytují otázky filtrační (žák se k otázce vyjádří pouze, pokud má osobní zkušenost). V této otázce byli žáci písemnou instrukcí obeznámeni, kam pokračovat v případě, že neměli k otázce odpověď (Reichel, 2009).

3.2.1 Charakteristika použitého dotazníku

Praktická část byla realizována prostřednictvím písemného dotazníkového šetření, kdy je dotazník rozdělen do dvou částí (Příloha 1). V první části dochází k ověřování znalostí studentů, přičemž v prvních pěti otázkách mají studenti možnost výběru z několika dostupných odpovědí (otázky polytomické výběrové) a ve zbytku otázek první části se mají studenti rozhodnout, zda je tvrzení pravdivé či nikoli (dichotomické otázky).

Druhá část dotazníku je poněkud rozmanitější, co se týká možnosti odpovědí – studenti mimo jiné dostávají příležitost se sami vyjádřit ke stanovené otázce. Najdeme zde otázky jak dichotomické, tak polytomické otázky výčtové i filtrační. Druhá část je

zaměřena nikoli na znalosti, nýbrž klade důraz na osobní zkušenosti a mínění respondentů.

Jedná se o nestandardizovaný dotazník, který byl převzat z výzkumu prováděného v roce 2011, který se zaměřoval na zjišťování znalostí u studentů lékařství, kteří absolvovali výcvik, týkající se kompetencí v oblasti kultury neslyšících. (Hoang, Lahousse, Nakaji a Sadler, 2011, [online]). Dotazník byl rozšířen o položky pro potřeby této diplomové práce.

3.2.2 Organizace výzkumu

Otázky v rozdávaném dotazníku jsou položeny jasně a srozumitelně, potřebné instrukce v průběhu vyplňování otázek jsou též uvedeny. Dotazník byl anonymní. Cílenou populací byli studenti třetích a čtvrtých ročníků zdravotnických škol. V dotazníkovém šetření mi vyšly vstříc 3 zdravotnické školy. Do dvou z nich byl dotazník zaslán poštou, do jedné jsem dotazníky přinesla osobně. Celkem bylo rozdáno 330 dotazníků, vyplněné dotazníky se mi vrátily v počtu 269, což činí návratnost okolo 81,5 %.

3.2.3 Zpracování výsledků

Při zpracovávání výsledků dochází ke komparaci tří základních bodů, stanovených v úvodu této práce:

1. porovnání úrovně znalostí mezi školami;
2. porovnání znalostí mezi mladším a starším ročníkem;
3. vliv délky praxe na odborné znalosti.

Údaje z dotazníků byly převedeny do programu Excel a poté byly v tomto programu statisticky zpracovány. Data jsou prezentována prostřednictvím jednak tabulek, kde je k nalezení absolutní četnost odpovědí i relativní četnost odpovědí a jednak prostřednictvím grafů, jejichž hlavním úkolem je přehlednost odpovědí. Grafy znázorňují procentuální počet odpovědí.

Kritéria hodnocení se odvíjela zejména od použití principu T-testu, pokud tedy byla získaná hodnota menší než 0,05, znamená to, že počet náhodných odpovědí byl méně než 5 %, tudíž jsou získané výsledky statisticky významné. Můžeme tedy říci,

že pro statistické srovnání rozdílů byl aplikován T-test rozdílů, vyjádřený v procentech. V kapitole „Výsledky“ jsou zmíněna všechna získaná data, bez ohledu na statistickou významnost, i přesto, že na začátku každé kapitoly je uvedeno, které otázky lze považovat za statisticky významné a které nikoli.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou k nalezení veškeré tabulky a grafy, které prezentují získaná data. V úvodu každé podkapitoly je k nalezení popis získaných dat, neboť tabulek i grafů je početné množství, proto se jevílo jako vhodné čtenáře hned na začátku podkapitoly seznámit se zjištěnými výsledky, přičemž jejich detaily si poté může dle vlastního zájmu vyhledat v příslušném grafu či tabulce, které jsou seřazeny sestupně, podle čísla otázky.

Jako první si může čtenář přečíst, u kterých otázek byl zjištěn nízký počet výskytu náhodných odpovědí (skrže T-test).

Jednotlivé otázky jsou rozděleny do souborů vzhledem k oblasti, o kterou se zajímají. Prvních pět odpovědí je vždy prezentováno jako první, neboť tady si studenti mohli zvolit odpověď z nabídnutých variant. Od otázky 6 až po otázku 25 jsou potom zjištěné výsledky, vzhledem k možnostem výběru odpovědi ano-ne, rozděleny do tematických podskupin.

Ve druhé části jsou písemně prezentovány získané výsledky z důležitých oblastí. Vynechány byly popisy studijních oborů, pohlaví a forma studia, které jsou pro čtenáře přehlednější v dostupných tabulkách než při samotném popisu. Tato sdělení mají zejména podobu deskriptivní statistiky.

4.1 Porovnání mezi školami

Výsledky jsou velmi různorodé. Prostřednictvím T-testu jsme došli ke zjištění, že nízký počet výskytu náhodných odpovědí ve vztazích mezi jednotlivými školami nalezneme u otázek číslem 2, 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18, 22, 23 a 25.

V prvních 5 otázkách, kdy studenti mohli vybírat z více možností odpovědí. Nejlépe si vedli studenti v odpovědích číslem 3 a 5, kdy správnou odpověď zvolila více než polovina studentů, a to ze všech škol. Obě otázky se vztahovaly ke komunikaci – jedna ke vhodnému uspořádání při komunikaci s tlumočnickem, zbylá k upoutání pozornosti neslyšícího pacienta jako jednotlivce v čekárně. K otázce s tlumočnickem odpovědělo správně celých 53 % studentů školy A, 61 % studentů školy B a 55 % studentů školy C. K otázce na upoutání pozornosti pacienta jakožto jednotlivce odpovědělo správně 80 % studentů školy A, 72 % studentů školy B a 73 % studentů školy C. Jedná se o velmi pozitivní zjištění, že studenti vědí, jak by měli

správně upoutat pacientovu pozornost a jak s pacientem komunikovat, předcházejí tím nepříjemným situacím nejenom pro ně samotné, ale i pro jejich neslyšící pacienty.

Procentuální hodnoty u vědomostních otázek ukazují, že již nebyly tak velké, například na otázku č. 1 o kochleárním implantátu odpovědělo správně pouhých 18 % studentů školy A, 4 % studentů školy B a 17 % studentů školy C. Taktéž u otázky 4 velmi nízké procento studentů odpovědělo správně na otázku, jak by se měli zachovat v případě, že neslyšící novopečení rodiče odmítnou vyšetření sluchu jejich novorozence – ze školy A vědělo, jak se zachovat 7 % studentů a ze škol B i C 10 % studentů. Při upoutání pozornosti větší skupiny neslyšících (otázka č. 2) by se správně zachovalo 18 % studentů ze školy A, 4 % studentů ze školy B a 17 % studentů ze školy C.

V následujících 20-ti otázkách měli účastníci předloženy informace, které jsou probrané v teoretické části této práce a měli se rozhodnout, zda je daná informace pravdivá či nikoli – měli na výběr ze dvou možností a to z ano a ne. Otázky by se daly rozdělit do několika oblastí.

Oblast znalostí, vztahující se k českému znakovému jazyku. Do této sféry bychom mohli zařadit otázky číslo 6 a 8, přičemž v otázce 6. si nejhůře vedla škola C se 40 % úspěšných odpovědí, škola A měla 51 % a škola B dopadla nejlépe – tam vědělo 61 % respondentů, že odezírat se správně dá pouze asi 30 % sdělovaných informací. V otázce 8. si školy vedly téměř stejně, kde všechny odpovědi byli v rozmezí 53–54 % správných odpovědí – ½ studentů má tedy povědomí o tom, že znakový jazyk je svéprávným jazykem, nikoli pouhým překladem majoritního českého jazyka.

Mnoho otázek v dotazníku se vztahovalo ke komunikaci v přítomnosti tlumočnicka. Jedná se o otázky 7, 9, 12, 15, 21, 22 a 23. Ve tvrzení, že je tlumočnickova povinnost čekat s pacientem na přijetí lékařem byly zaznamenány poměrně nízké hodnoty. Studenti předpokládají, že toto je součástí tlumočnickova povolání, nicméně tomu tak není a správně odpověděla s nejvyšším počtem 20 % škola C, následuje škola B s 11 % a nejméně studentů tuto vědomost mělo ze školy A – pouhých 8 %. Následující informace se vztahuje k etickému tabu – tvrdí, že by zdravotnický pracovník měl soustředit svou pozornost na pacientova tlumočnicka a komunikovat primárně s ním. Výsledky v této oblasti byly poměrně různorodé, přičemž polovinu

správných odpovědí přesáhla pouze škola C s 66 %. Ve škole B by takto nekomunikovalo 44 % studentů a ve škole A 38 %. 12. tvrzení se vztahuje přímo k samotnému tlumočnickovi, který by měl být schopen, v případě potřeby, vystoupit ze své role a být schopný lékaři sdělit, co se vlastně pacient snaží říct. Bohužel, v tomto tvrzení pohořely všechny školy, kdy nebyla přesáhnuta hranice 9 % správných odpovědí ze školy A, 6 % ve škole B a 5 % ve škole C. 15. informace se vztahuje taktéž ke komunikaci prostřednictvím tlumočnicka, je zde sdělováno, že by měl lékař hovořit pomalu, aby měl tlumočnick dostatek času informaci přetlumočit. Že toto není pravdou, vědělo 26 % studentů ze škol A a B a 28 % studentů ze školy C. 21 tvrdí, že si rodina či přátelé mohou být využiti jako zprostředkovatelé tlumočení. Opět bohužel převažovala nižší čísla správných odpovědí – od nejnižší školy C s 21 %, přes 33 % školy B až po 35 % ze školy A. 22. tvrzení je prosté – zajímá se, zda studenti tuší, jestli si musí pacient, požadující tlumočnicka, tuto službu hradit sám. Tady už studenti měli mnohem lepší povědomí o situaci, správně odpověděla 1/2 ve všech případech. Nejlépe si vedla škola C se 70 %, po ní škola B s 68 % a poslední byla škola A s 52 % správných odpovědí. Poslední tvrzení v oblasti znakového jazyka tvrdí, že pokud není k dispozici tlumočnick, můžeme požádat o tlumočení sestru, která absolvovala několika semestrální kurz znakového jazyka. V tomto případě studenti předpokládali, že se tak může stát, správně odpovědělo 21 % ze školy B, že tomu tak není, následně 7 % ze školy C a 4 % respondentů ze školy A.

V dotazníku se vyskytly též 2 otázky, přímo se vztahující k zákonu č. 384/2008 Sb. (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob), přičemž jedno tvrzení říká (č. 24), že tlumočnick musí být při jakémkoli jednání přítomen – bez ohledu na přání pacienta a druhé říká (č. 25), že neslyšící pacient má právo zvolit si jinou formu komunikace než znakový jazyk, pokud ji preferuje. Studenti si v tomto ohledu vedli překvapivě dobře – v prvním tvrzení vede škola C s 68 %, po ní je škola A s 58 % a nezaostává ani škola B s 57 %. U druhého tvrzení v této oblasti odpovědělo správně velké množství respondentů – nejlépe na tom opět byla škola C s 96 % správných odpovědí, po ní následuje škola A s 89 % a opět nezaostává ani škola B s 82 %.

Další sekci byla komunikace ve zdravotnickém procesu a vědomosti o gramotnosti sluchově postižených osob. Zájem se vztahoval zejména na oblast povědomí respondentů o čtenářské gramotnosti těchto pacientů, neboť tyto

předpoklady mohou potom vést k neefektivní komunikaci při samotném procesu vyšetřování. V bodě 11 je sdělení o tom, že gramotnost neslyšícího člověka je na stejné dobré úrovni, jako u slyšící populace. Došlo k nemilému překvapení, že ve všech školách byly správné odpovědi pouze mezi 33 % – 34 %. Odsud už potom logicky vyplývají odpovědi na tvrzení 20, které se přímo váže k předchozí informaci a tvrdí, že k dorozumění s neslyšícím pacientem vždy postačí tužka a papír – správné odpovědi zde byly o něco vyšší, ale stále alarmující. Nejlépe, se 41 % na tom byla škola C, následuje škola B s 37 % a nejméně správných odpovědí vykazala škola A s 35 %. Ve vztahu ke komunikaci byla pozornost směřována na světelný zdroj a správné posazení a také na to, zdali si studenti myslí, že hlavním jazykem neslyšících čeština. Na otázku 13. totiž na otázku se zdrojem světla odpověděly správně všechny školy na stejné úrovni – 65 % škola B, 64 % škola A a 62 % škola C. V otázce 16 o českém jazyce byly zaznamenány různorodější odpovědi – 56 % správných odpovědí bylo zaznamenáno ze školy A, 50 % ze školy B a pouhých 37 % ze školy C.

Další sadu otázek bychom mohli pojmenovat jako „Otázky z lékařského prostředí“. Tyto otázky sdělují určité informace, u kterých by měl zdravotnický personál mít jasno. První takové tvrzení (respektive bod 10) říká, že hlavní prioritou by měla být snaha o vyléčení pacientovy hluchoty, škola C zde dosáhla 47 % správných odpovědí, škola B 45 % a škola A alarmujících 27 %. Můžeme se domnívat, že studenti tuto informaci nevědí v důsledku nedostatečného teoretického základu a z toho plynoucí nejasnosti v oblasti terminologie. U 14. tvrzení měli studenti udat, zda je pravdou, že u nemluvnat neexistuje mnoho způsobů, jak zlepšit jejich sluch. Tady studenti přesáhli polovinu správných odpovědí – nejlépe si vedla škola A s 63 %, po ní škola C s 63 % a nakonec škola B s 59 %. Poslední tvrzení (č. 18) v této sekci říká, že práce s osobou s jakýmkoli postižením, dokáže připravit lékaře na práci s pacientem neslyšícím. Tady studenti opět odpovídali mylně – správně odpovědělo 36 % studentů ze školy A, 26 % studentů ze školy B a nakonec 22 % studentů ze školy C.

Úplně poslední tvrzení je samotné, neboť nespadá do žádné z výše zmíněných kategorií. Jedná se o tvrzení číslem 19, o tom, že 90 % neslyšících se rodí slyšícím rodičům. Více než ½ studentů opět odpověděla správně. Nejlépe si vedla škola C s 69 % dobrých odpovědí, následovala škola B se 62 %, a nakonec škola A s 58 %.

Ve druhé části, která už nebyla zaměřená na teoretické znalosti studentů, nýbrž na jejich dosavadní zkušenosti a názory, považujeme za důležité otázky týkající se délky praxí a zkušenosti se zdravotním postižením, kde studenti získávají informace o zdravotním postižení, jejich mínění o důležitosti komunikace, a nakonec zdali by vůbec oni sami osobně měli zájem o hlubší náhled do problematiky sluchového postižení.

Co se týká samotných praxí, při vyhodnocování jsme zaznamenali, že možná studenti správně nepochopili otázku. Při vyhodnocování jsme dospěli k závěru, že někteří z nich si otázku mylně mohli vyložit jako praxe, ve smyslu placené práce. I přesto většina studentů uvedla, že se praxe zúčastnila. Nejvíce tak uvedlo studentů ze školy A (93 %), téměř s totožným číslem se přidala i škola B (91 %) a nejméně studentů absolvovalo praxe ve škole C (85 %). Co se týká délky praxí, největší číslo studentů ze školy A uvedlo, že absolvovalo praxi v rámci 3. měsíců (22), ze školy B i C nejvíce studentů mělo za sebou praxi v rámci dvou let (37 a 47 studentů).

Otázka 28 a 29 se prolínají, studenti měli udat, zda se během svých praxí setkali s jakýmkoli typem zdravotního postižení, přičemž následně mohli uvést, s jakým. Protože se tato práce týká sluchového postižení, uvádím pouze čísla, vztahující se ke zkušenosti se sluchovým postižením. Ve škole A uvedlo 66 % žáků, že se setkali se zdravotním postižením v rámci své praxe, se sluchovým postižením mělo tu čest 39 % studentů. Ve školách B a C se toto číslo poměrně výrazně zvyšuje, ve škole B má zkušenost s jakýmkoli zdravotním postižením 95 % všech žáků, konkrétně se sluchovým potom 73 %. Ve škole C se čísla pohybují při odpovědi na 28. otázku v rozmezí 80 %, na 29. otázku 56 %. V následující otázce se studenti měli vyjádřit, co v případě, že mají pocit nedostatku znalostí pro poskytování kvalitních služeb, považují za největší nedostatek. V tomto případě většina studentů vystupovala sebevědomě, za nedostatečné své znalosti považuje 47 % studentů školy A, 43 % studentů školy B a 33 % studentů školy C. Jako největší překážku viděli ti studenti, kteří svoji odpověď zdůvodnili, jednak v nedostatečném teoretickém základu, málo osobních zkušeností (málo praxe) a nakonec uváděli neznalost znakového jazyka. Studenti dále udávali, že si jsou nejistí při kontaktu se zdravotně postiženým pacientem, nevědí, jak se chovat, aby pacienta neurazili nebo nepoškodili. Můžeme předpokládat, že pokud by studenti opravdu měli teoretický základ, byli by sami méně

ve stresu při samotném kontaktu se zdravotně postiženým pacientem, a to by jistě přispělo k pohodlí obou stran.

Následující dvě otázky číslem 31 a 32 měly za úkol zjistit, odkud primárně studenti získávají informace o přístupu ke zdravotně postiženým pacientům a následně, zda by uvítali samostatný předmět zaměřený na tuto problematiku v rámci studia. Studenti školy A (70 %) a školy C (74 %) uvedli, že primárně získávají informace v rámci studia, v rámci školních hodin jako součástí jiného předmětu. Je potěšující, že je tato problematika zřejmě není úplně ignorována. Studenti ze školy B naopak uvedli, že nejvíce informací získávají v rámci internetu (67 %). Nejhůře si vedla položka „Pečuji o člena rodiny se zdravotním postižením“ – tuto zkušenost uvedlo pouze 6 % studentů školy A a 12 % studentů škol B i C. V případě všech škol, uvedla větší polovina studentů, že by měla zájem o samostatný předmět, což je potěšující informace, která by mohla poukazovat na to, že si studenti víceméně uvědomují důležitost této problematiky (61 % ze školy A, 55 % ze školy B a 65 % ze školy C).

Když došlo na sebehodnocení dosažených znalostí, nejvíce studentů uvedlo, že své znalosti považují za dobré v případě školy B (58 %) a C (47 %). Škola A měla nejvíce procent v oblasti „Nedokážu posoudit“ (39 %). Paradoxně ve škole A dosáhla odpověď „Dobré“ nejnižších hodnot spolu s odpovědí „Špatné“ (oboje 7 %). Odpověď „Špatné“ dosáhla nejnižší úrovně též u škol B (1 %) i C (6 %).

34. a 35. otázka se vztahovaly k oblasti komunikace. Zajímalo mě, kolik studentů si myslí, že je znalost komunikačních specifíků důležitá v oblasti zdravotnické péče. Téměř všichni studenti vedli, že si myslí, že tato znalost je důležitá při poskytování zdravotní péče. Čísla kolísala mezi 95–99 % pozitivních odpovědí. Dále mě zajímalo, zda a případně jak může správná komunikace ovlivnit poskytování služeb. I tady byla čísla vysoká – školy B a C dokonce dosáhly 100 % pozitivních odpovědí, u školy A tak udalo 92 % respondentů. Ti, kteří své odpovědi zdůvodnili, se shodli, že správná komunikace ovlivňuje individuální přístup k pacientovi, čili usnadňuje porozumění jeho potřebám. Poměrně hodně studentů ze všech škol se shodlo, že správná komunikace je základem důvěry a jednak kvalitních služeb. Další výraznější položkou bylo zdůvodnění prevence nedorozumění, pohoda pacienta a jeho právo na přesné informace, týkající se jeho problému. Menší číslo studentů pak

uvedlo, že považují za překážku neznalost znakového jazyka (pozn. studenti uváděli terminologicky nesprávný pojem „znaková řeč“) a neznalost kompenzačních pomůcek.

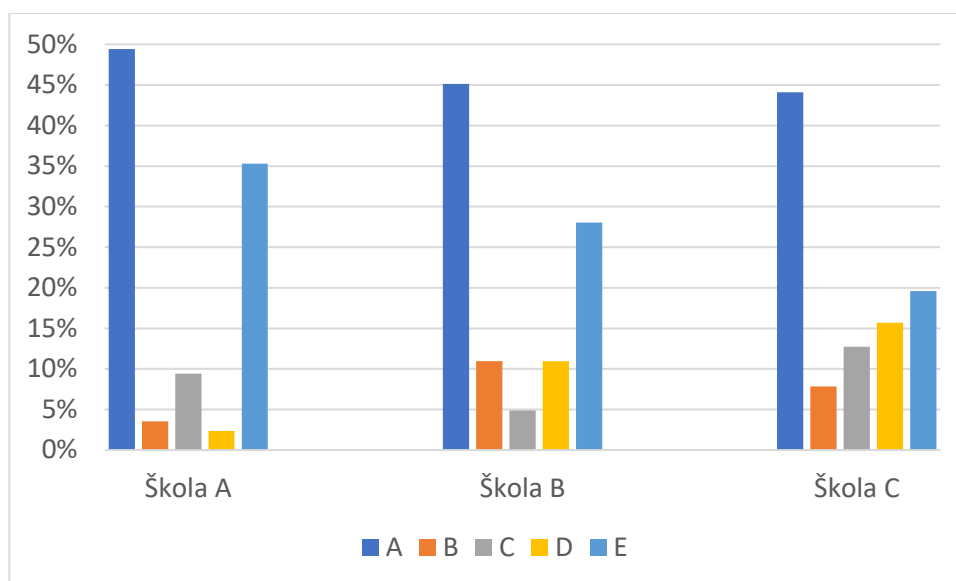
Poslední dvě důležité otázky (č. 36 a č. 37) na vyjádření svého názoru se vztahovaly k zájmu respondentů o hlubší náhled do dané problematiky. Pouze 5 % respondentů ze školy A, 15 % ze školy B a 8 % ze školy C uvedlo, že se někdy zúčastnilo kurzu znakového jazyka, což by mohlo ukazovat na malou připravenost na neslyšícího pacienta, užívajícího znakový jazyk jako svůj primární komunikační prostředek. Nicméně skutečný zájem o absolvování kurzu znakového jazyka by mělo 42 % respondentů ze školy A, 57 % ze školy B i C.

V první části dotazníku, v otázce číslo 1 nás zajímalo, zda mají studenti povědomí o účelu kochleárního implantátu. Správnou odpovědí byla odpověď B – „eliminuje veškerý zbytkový sluch, kterým pacient disponuje“.

Tabulka 2. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 1

	Odpověď A	Odpověď B	Odpověď C	Odpověď D	Odpověď E
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Škola A	42 (49 %)	3 (4 %)	8 (9 %)	2 (2 %)	30 (35 %)
Škola B	37 (45 %)	9 (11 %)	4 (5 %)	9 (11 %)	23 (28 %)
Škola C	45 (44 %)	8 (8 %)	13 (13 %)	16 (16 %)	20 (20 %)
T-test pro AB	6 %				
T-test pro AC	20 %				
T-test pro CB	46 %				

Zdroj: vlastní výzkum



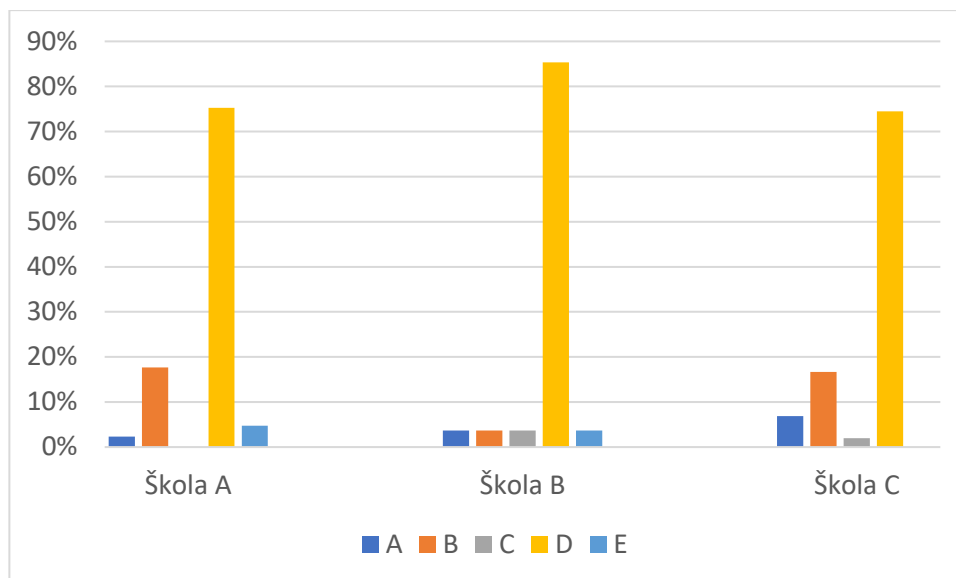
Graf 1. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 1

Druhá otázka podávala modelovou situaci, vztahující se k tomu, jak si získat pozornost neslyšících pacientů. Správnou odpovědí byla odpověď B – „několikrát zhasnout a rozsvítit světla a získat tak pozornost účastníků“.

Tabulka 3. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 2

	Odpověď A	Odpověď B	Odpověď C	Odpověď D	Odpověď E
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Škola A	2 (2 %)	15 (18 %)	0 (0 %)	64 (75 %)	4 (5 %)
Škola B	3 (4 %)	3 (4 %)	3 (4 %)	70 (85 %)	3 (4 %)
Škola C	7 (7 %)	17 (17 %)	2 (2 %)	76 (75 %)	0 (0 %)
T-test pro AB	0 %				
T-test pro AC	86 %				
T-test pro BC	0 %				

Zdroj: vlastní výzkum



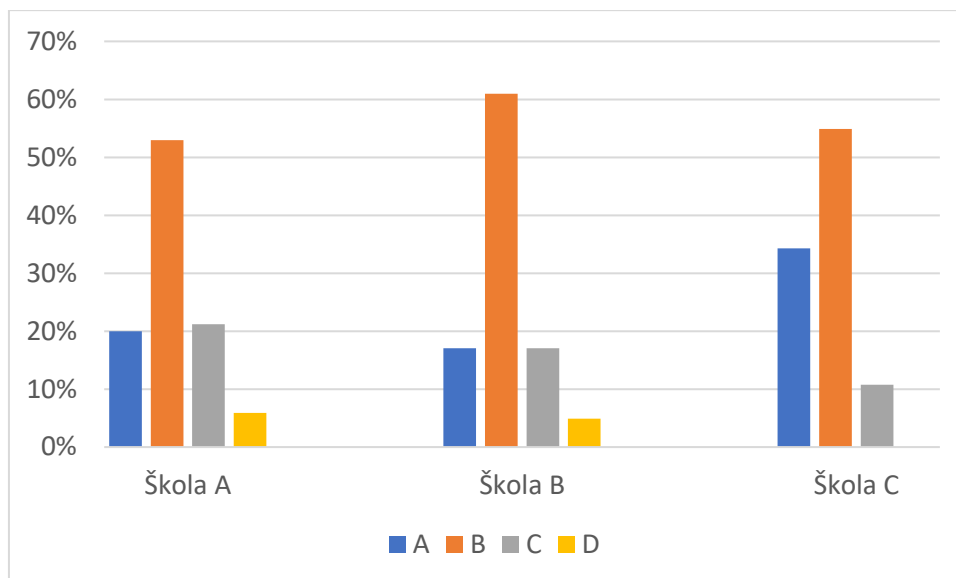
Graf 2. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 2

Ve třetí otázce se ptáme na vhodnou pozici při komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem za přítomnosti tlumočnicka. Správnou odpovědí je opět odpověď B – „Tlumočnick sedí vedle zdravotníka. Zdravotník a tlumočnick sedí čelem k pacientovi.“

Tabulka 4. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 3.

	Odpověď A	Odpověď B	Odpověď C	Odpověď D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Škola A	17 (20 %)	45 (53 %)	18 (21 %)	5 (6 %)
Škola B	14 (17 %)	50 (61 %)	14 (17 %)	4 (5 %)
Škola C	35 (34 %)	56 (55 %)	11 (11 %)	0 (0 %)
T-test pro AB	26 %			
T-test pro AC	79 %			
T-test pro BC	35 %			

Zdroj: vlastní výzkum



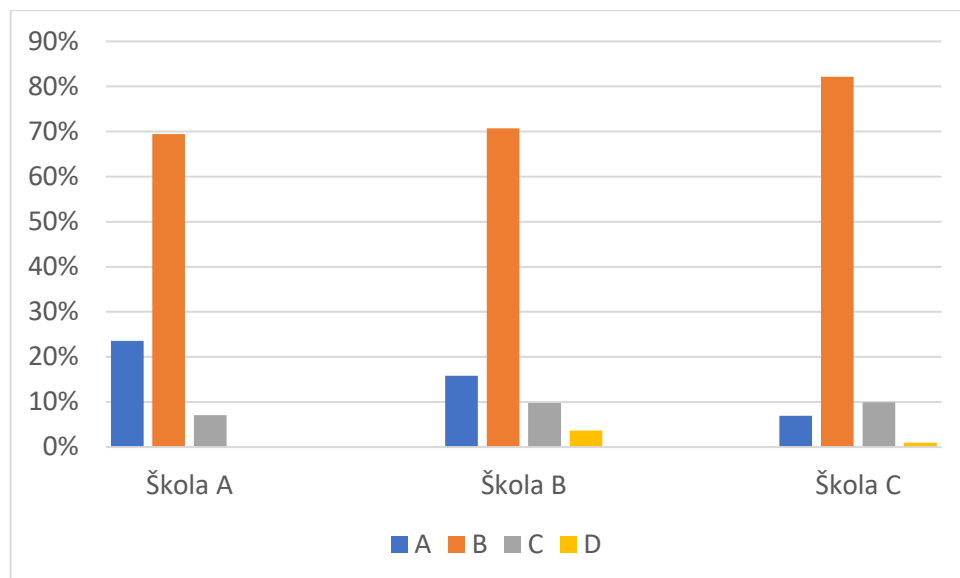
Graf 3. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 3.

Čtvrtá otázka se vztahovala k vyšetření sluchu u novorozence, které se narodilo neslyšícím rodičům. V této otázce byla správná odpověď C – jako zdravotnický pracovník by měly osoby „respektovat jejich rozhodnutí“.

Tabulka 5. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 4.

	Odpověď A	Odpověď B	Odpověď C	Odpověď D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Škola A	20 (24 %)	59 (69 %)	6 (7 %)	0 (0 %)
Škola B	13 (16 %)	58 (71 %)	8 (10 %)	3 (4 %)
Škola C	7 (7 %)	83 (82 %)	10 (10 %)	1 (1 %)
T-test pro AB	52 %			
T-test pro AC	49 %			
T-test pro BC	100 %			

Zdroj: vlastní výzkum



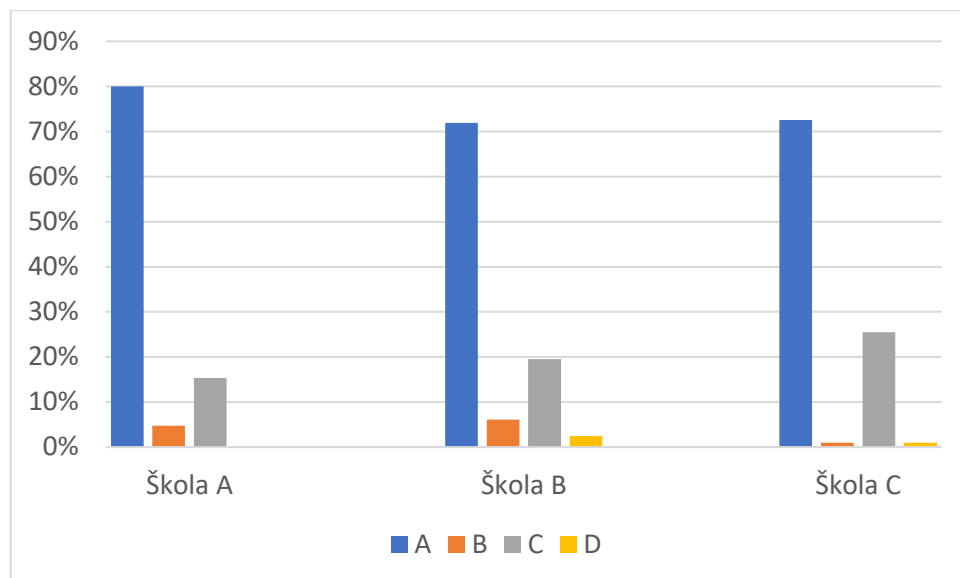
Graf 4. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 4.

V poslední otázce, kde měli studenti možnosti výběru, mě zajímalo, jak by se studenti chovali při vyvolávání jmen, kdyby věděli o neslyšící pacientce, čekající v čekárně. Správnou odpovědí byla možnost A – „přistoupit k pacientce a lehce ji poklepat na rameno“.

Tabulka 6. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 5.

	Odpověď A	Odpověď B	Odpověď C	Odpověď D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Škola A	68 (80 %)	4 (5 %)	13 (15 %)	0 (0 %)
Škola B	59 (72 %)	5 (6 %)	6 (20 %)	2 (2 %)
Škola C	74 (73 %)	1 (1 %)	26 (25 %)	1 (1 %)
T-test pro AB	28 %			
T-test pro AC	23 %			
T-test pro BC	97 %			

Zdroj: vlastní výzkum



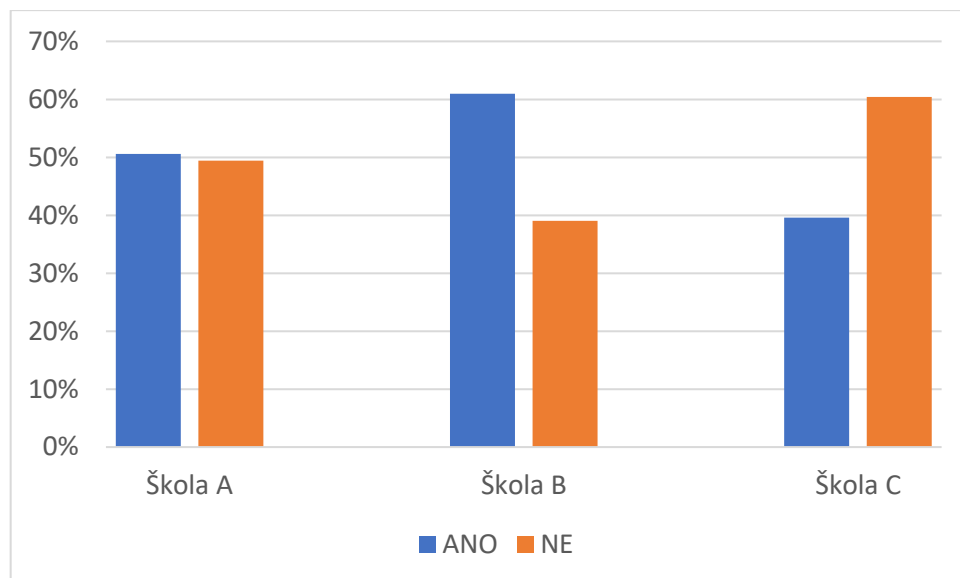
Graf 5. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 5.

V následujících otázkách, až do otázky číslo 25, mohou studenti vybírat z možností ano nebo ne, čím vyjadřují svůj souhlas nebo nesouhlas s daným tvrzením. U otázky 6. bylo středem zájmu, zda je pravdivá informace, že pouze 30 % informací, sdělovaných verbálně, je možno odezřít. Správná odpověď byla ano.

Tabulka 7. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 6.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	43 (51 %)	42 (49 %)
Škola B	50 (61 %)	32 (39 %)
Škola C	40 (40 %)	61 (60 %)
T-test pro AB	15 %	
T-test pro AC	41 %	
T-test pro BC	2 %	

Zdroj: vlastní výzkum



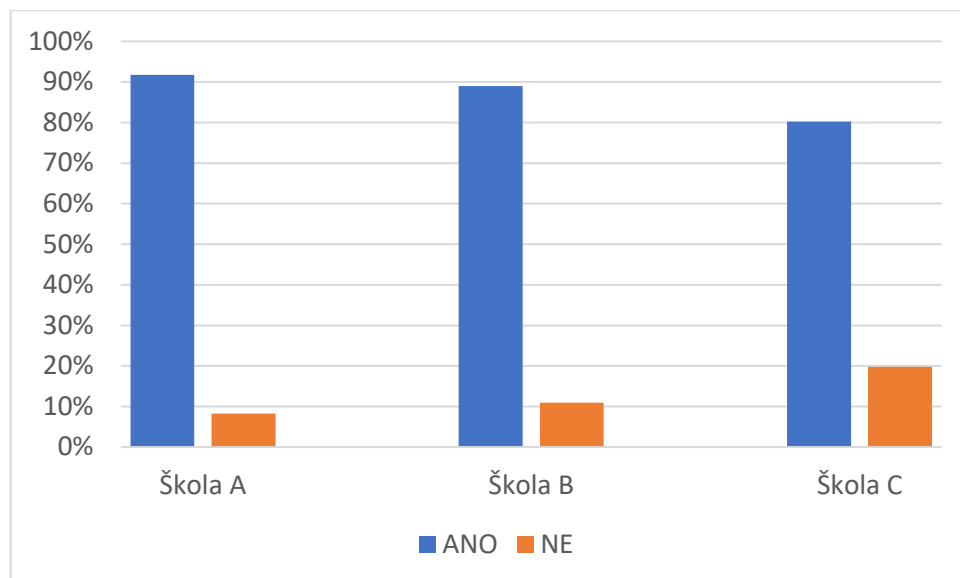
Graf 6. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 6.

V následující otázce je položena modelová situace, která tvrdí, že je povinností tlumočnicka počkat s pacientem, dokud není přijat k vyšetření, i přes velké zpoždění. Odpověď zní ne.

Tabulka 8. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 7.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	78 (92 %)	7 (8 %)
Škola B	73 (89 %)	9 (11 %)
Škola C	81 (80 %)	20 (20 %)
T-test pro AB	0 %	
T-test pro AC	87 %	
T-test pro BC	1 %	

Zdroj: vlastní výzkum



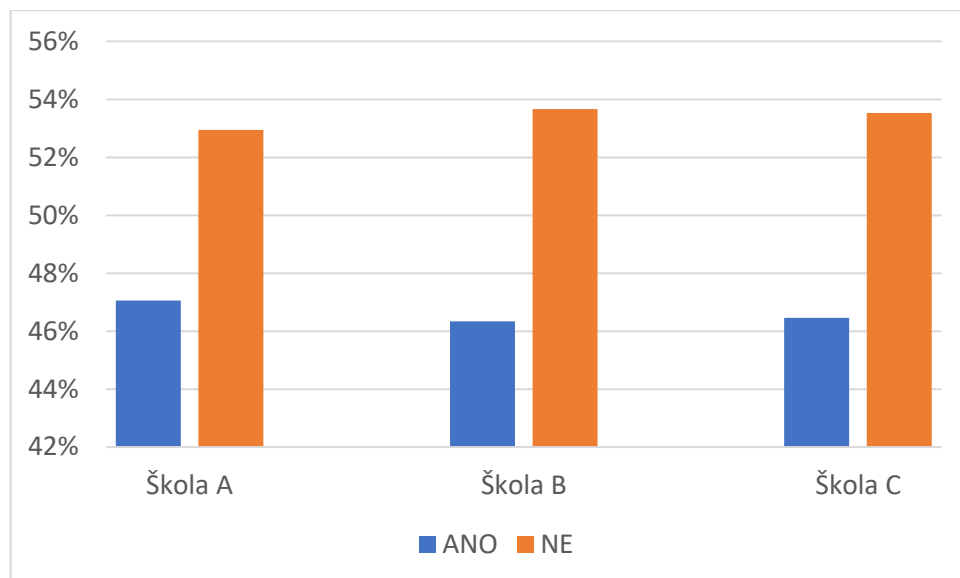
Graf 7. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 7.

Osmé tvrzení se týká českého znakového jazyka, tvrdí, že znakový jazyk je vlastně doslovným překladem českého mluveného jazyka. Správnou odpovědí je ne.

Tabulka 9. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 8.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	40 (47 %)	45 (53 %)
Škola B	38 (46 %)	44 (54 %)
Škola C	46 (47 %)	53 (54 %)
T-test pro AB	10 %	
T-test pro AC	94 %	
T-test pro BC	11 %	

Zdroj: vlastní výzkum



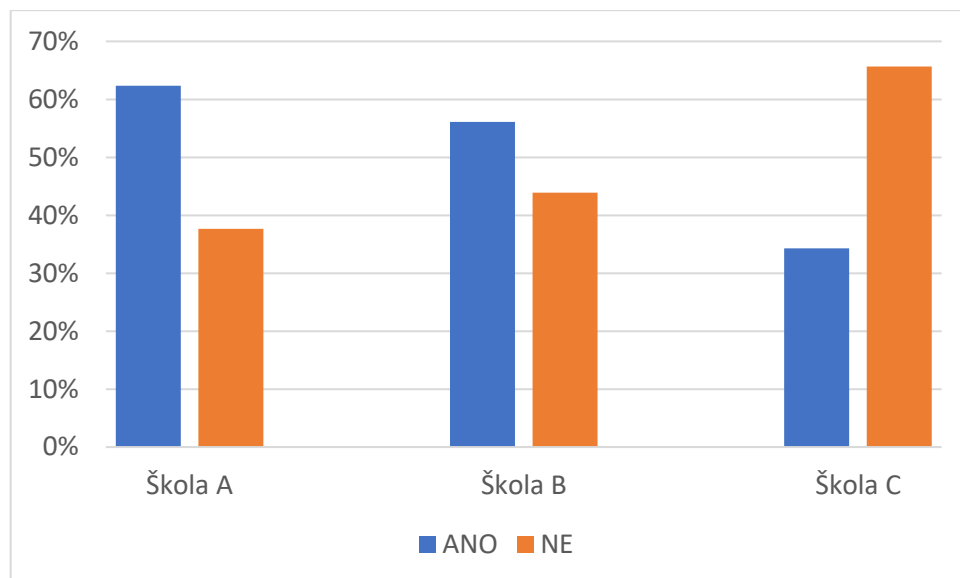
Graf 8. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 8.

Devátá věta sděluje informaci, týkající se „komunikace ve třech“, tvrdí, že je důležité komunikovat primárně s tlumočnickem. Samozřejmě, že odpověď zní ne.

Tabulka 10. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 9.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	53 (62 %)	32 (38 %)
Škola B	46 (56 %)	36 (44 %)
Škola C	35 (34 %)	67 (66 %)
T-test pro AB	38 %	
T-test pro AC	0 %	
T-test pro BC	0 %	

Zdroj: vlastní výzkum



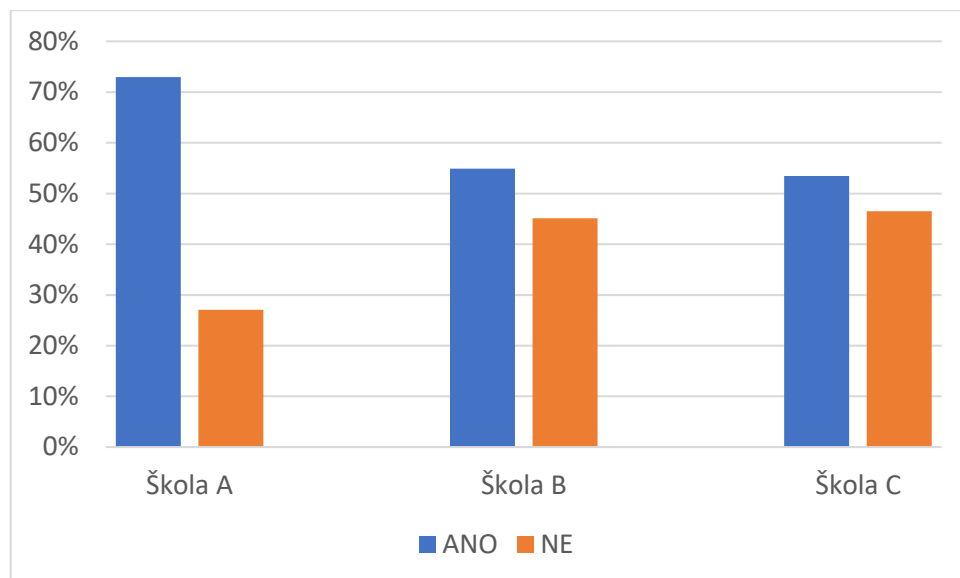
Graf 9. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 9.

10. tvrzení říká, že zdravotníci by se měli soustředit zejména na to, jak vyléčit pacientovu hluchotu. Odpovědí je ne.

Tabulka 11. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 10.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	62 (73 %)	23 (27 %)
Škola B	45 (55 %)	37 (45 %)
Škola C	54 (53 %)	47 (47 %)
T-test pro AB	2 %	
T-test pro AC	1 %	
T-test pro BC	78 %	

Zdroj: vlastní výzkum



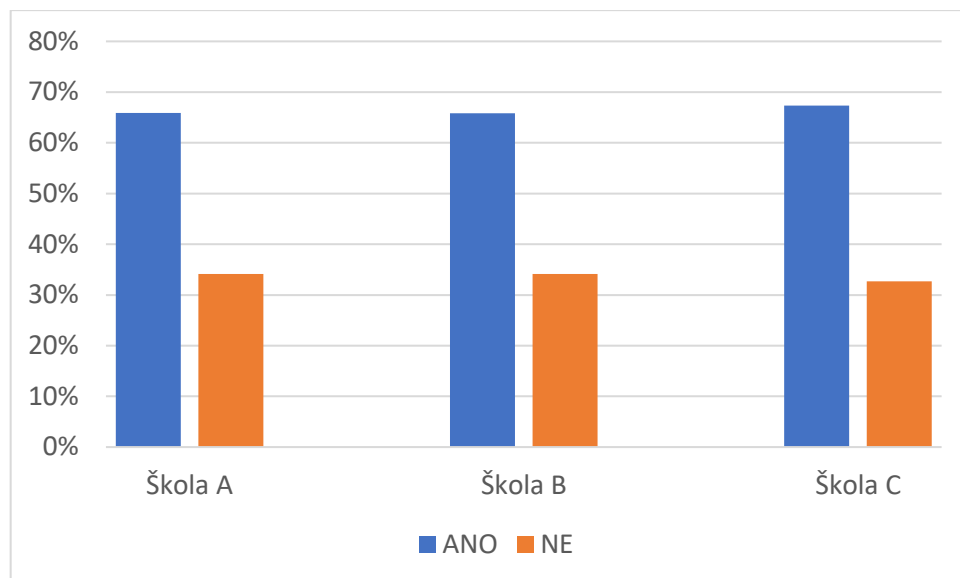
Graf 10. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 10.

11. informace se vztahuje ke gramotnosti neslyšících osob, kdy tvrdí, že úroveň jejich gramotnosti je na takové úrovni, jako majoritní, slyšící společnosti. Správná odpověď zní ne.

Tabulka 12. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 11.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	56 (66 %)	29 (34 %)
Škola B	54 (66 %)	28 (34 %)
Škola C	68 (67 %)	33 (33 %)
T-test pro AB	95 %	
T-test pro AC	84 %	
T-test pro BC	79 %	

Zdroj: vlastní výzkum



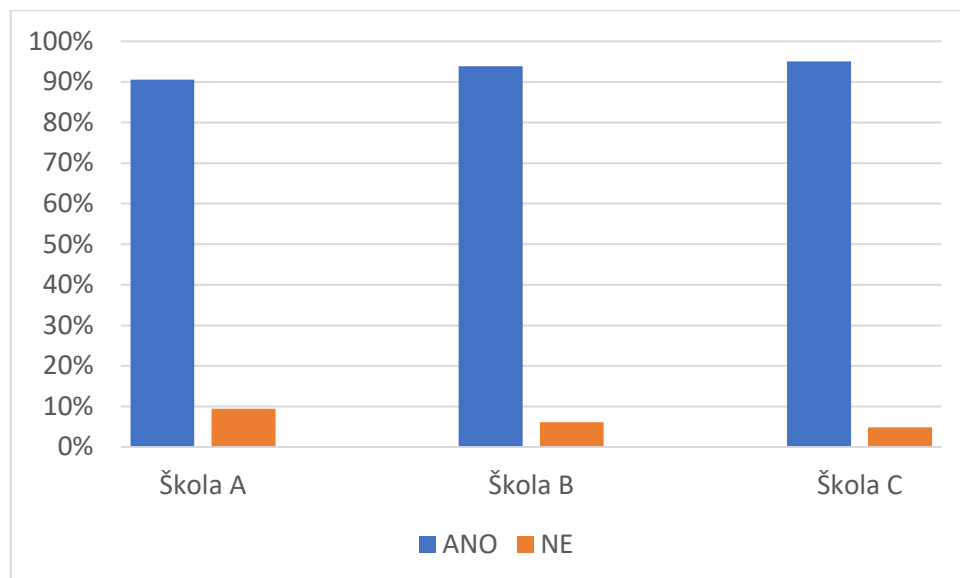
Graf 11. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 11.

12. sdělení tvrdí, že dobrý tlumočník „přeložení“ sdělení tak, aby zdravotník pochopil, co se ve skutečnosti snaží pacient sdělit. Odpovědí je opět ne.

Tabulka 13. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 12.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	77 (91 %)	8 (9 %)
Škola B	77 (94 %)	5 (6 %)
Škola C	97 (95 %)	5 (5 %)
T-test pro AB	43 %	
T-test pro AC	24 %	
T-test pro BC	73 %	

Zdroj: vlastní výzkum



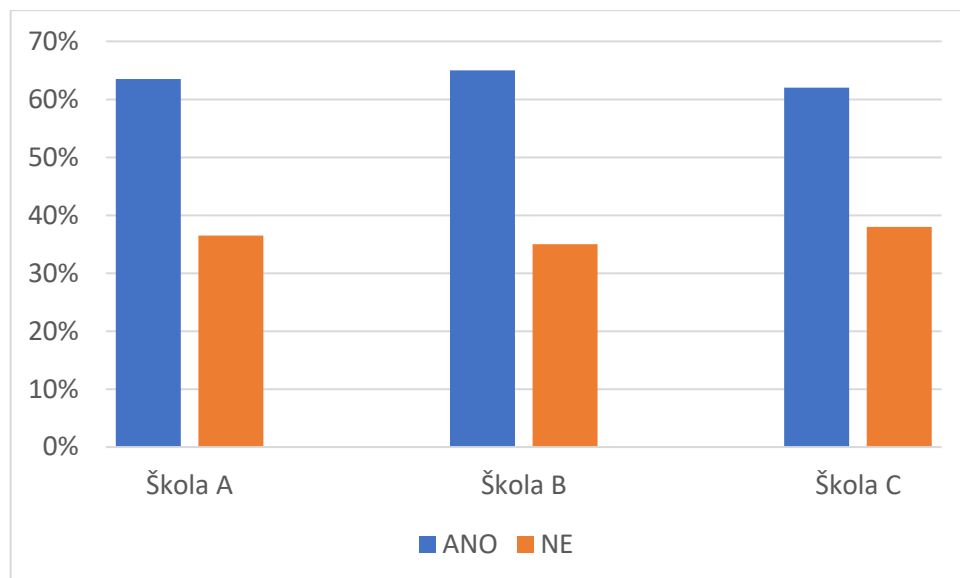
Graf 12. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 12.

Třináctá informace se opět vztahuje ke komunikaci – tentokrát však z praktické stránky. Tvrdí, že pacient by měl sedět zády ke zdroji světla, zatímco zdravotnický pracovník čelem. Správnou možností je ano.

Tabulka 14. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 13.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	54 (64 %)	31 (36 %)
Škola B	52 (65 %)	28 (35 %)
Škola C	62 (62 %)	38 (38 %)
T-test pro AB	84 %	
T-test pro AC	83 %	
T-test pro BC	68 %	

Zdroj: vlastní výzkum



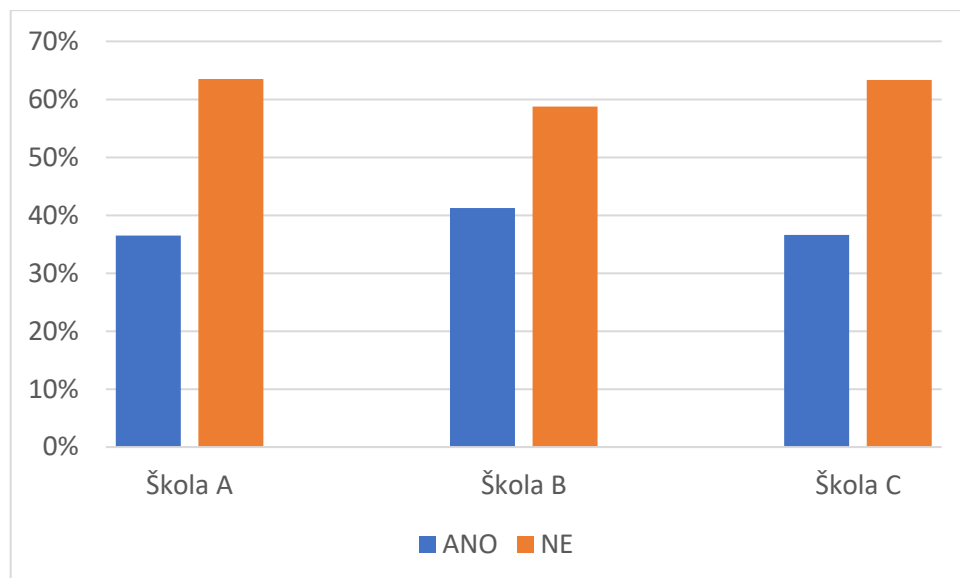
Graf 13. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 13.

Následující tvrzení se vztahuje k nemluvnatům a z důvodu věku minimální možnosti zlepšit jejich sluch. Odpovědí je ne.

Tabulka 15. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 14.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	31 (36 %)	54 (64 %)
Škola B	33 (41 %)	47 (59 %)
Škola C	37 (37 %)	64 (63 %)
T-test pro AB	53 %	
T-test pro AC	98 %	
T-test pro BC	53 %	

Zdroj: vlastní výzkum



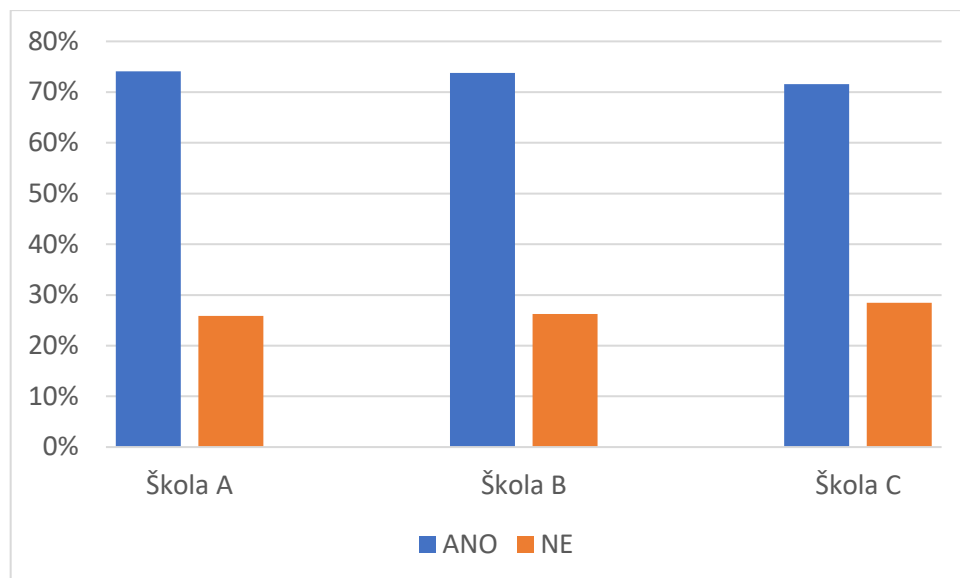
Graf 14. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 14.

Patnáctka říká, že při komunikaci v přítomnosti tlumočníka je vhodné vyslovovat každé slovo velmi pomalu, aby měl tlumočník dostatek času na „převod“ do příslušného komunikačního systému (ať už znakového jazyka či prstové abecedy). Správnou odpovědí je ne.

Tabulka 16. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 15.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	63 (74 %)	22 (26 %)
Škola B	59 (74 %)	21 (26 %)
Škola C	73 (72 %)	29 (28 %)
T-test pro AB	96 %	
T-test pro AC	70 %	
T-test pro BC	74 %	

Zdroj: vlastní výzkum



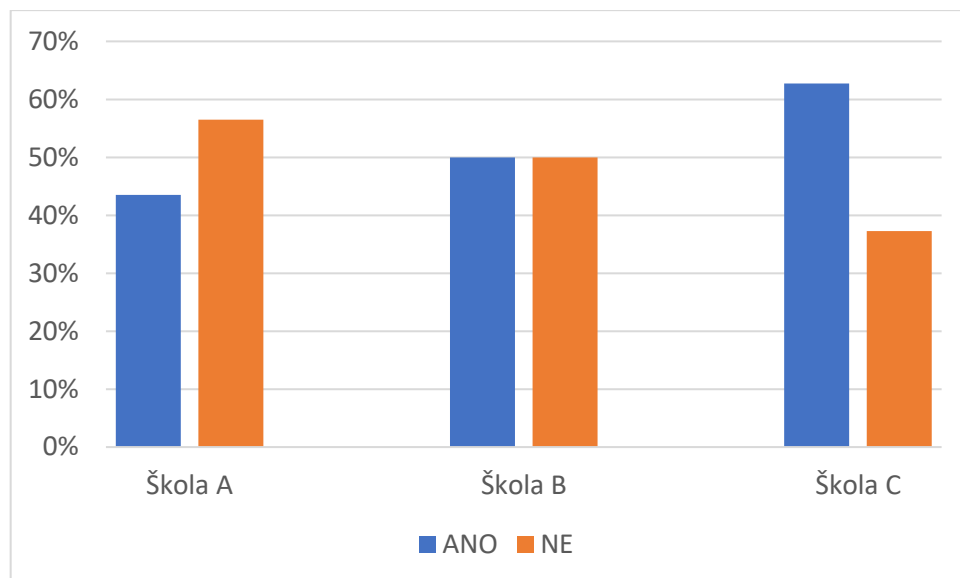
Graf 15. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 15.

V 16. sdělení zní obsah tak, že pro neslyšící je hlavním jazykem čeština. Správná odpověď zní ne.

Tabulka 17. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 16.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	37 (44 %)	48 (56 %)
Škola B	41 (50 %)	41 (50 %)
Škola C	64 (63 %)	38 (37 %)
T-test pro AB	41 %	
T-test pro AC	1 %	
T-test pro BC	9 %	

Zdroj: vlastní výzkum



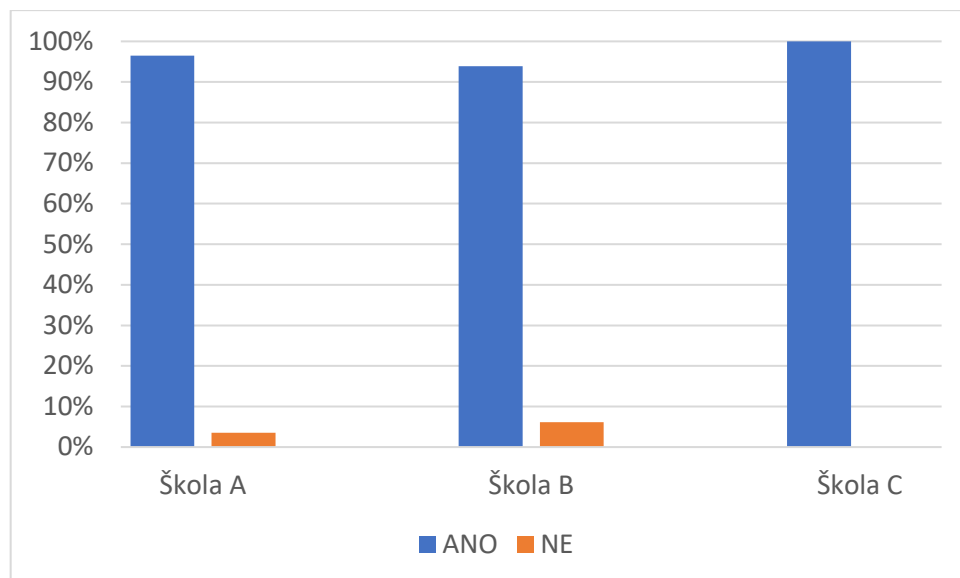
Graf 16. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 16.

V další otázce se objevuje údaj o případu hospitalizace pacienta se sluchovým postižením s tím, že veškerý zdravotnický personál by měl být o jeho zdravotním stavu zpraven. Správná odpověď zní ano.

Tabulka 18. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 17.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	82 (96 %)	3 (4 %)
Škola B	77 (94 %)	5 (6 %)
Škola C	102 (100 %)	0 (0 %)
T-test pro AB	64 %	
T-test pro AC	8 %	
T-test pro BC	4 %	

Zdroj: vlastní výzkum



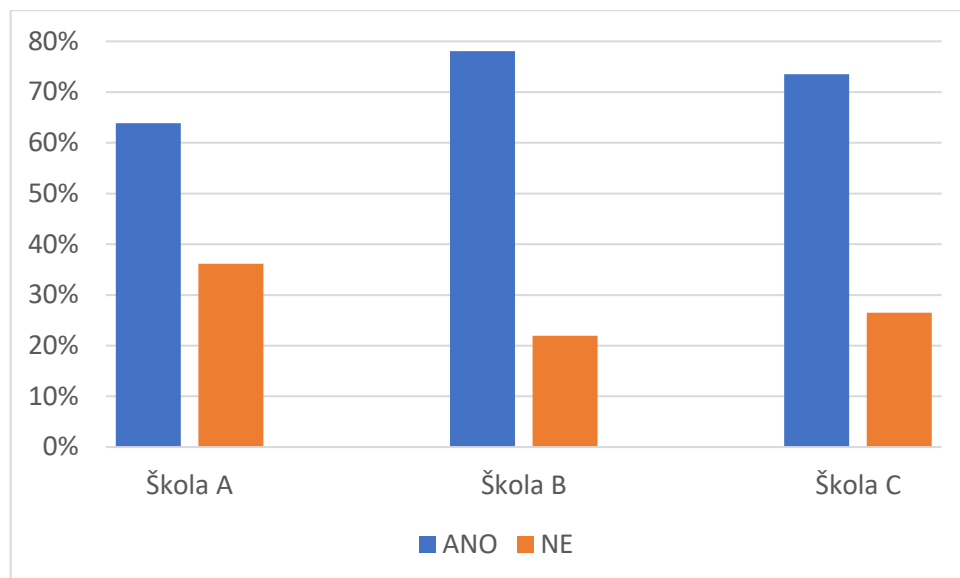
Graf 17. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 17.

Oznámení v otázce 18 hovoří o přípravě lékaře na práci s neslyšícími pacienty, respektive jeho práce s pacient s jinými typy zdravotních postižení. Odpověď: ne.

Tabulka 19. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 18.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	53 (64 %)	30 (36 %)
Škola B	64 (78 %)	18 (22 %)
Škola C	75 (74 %)	27 (26 %)
T-test pro AB	4 %	
T-test pro AC	16 %	
T-test pro BC	48 %	

Zdroj: vlastní výzkum



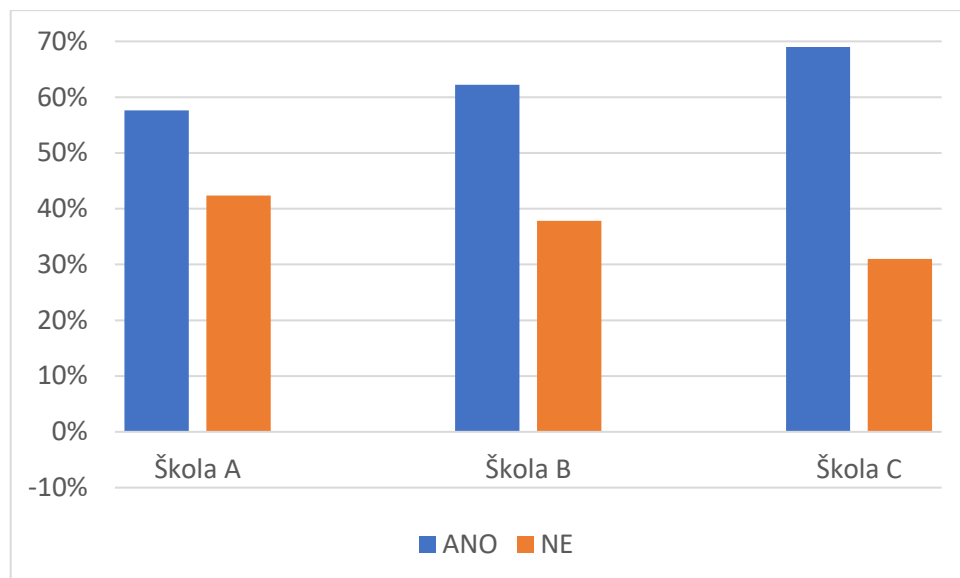
Graf 18. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 18.

V 19. je k nalezení fakt, že 90 % neslyšících má slyšící rodiče. Tento fakt je pravdivý.

Tabulka 20. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 19.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	49 (58 %)	36 (42 %)
Škola B	51 (62 %)	31 (38 %)
Škola C	69 (69 %)	31 (31 %)
T-test pro AB	49 %	
T-test pro AC	11 %	
T-test pro BC	40 %	

Zdroj: vlastní výzkum



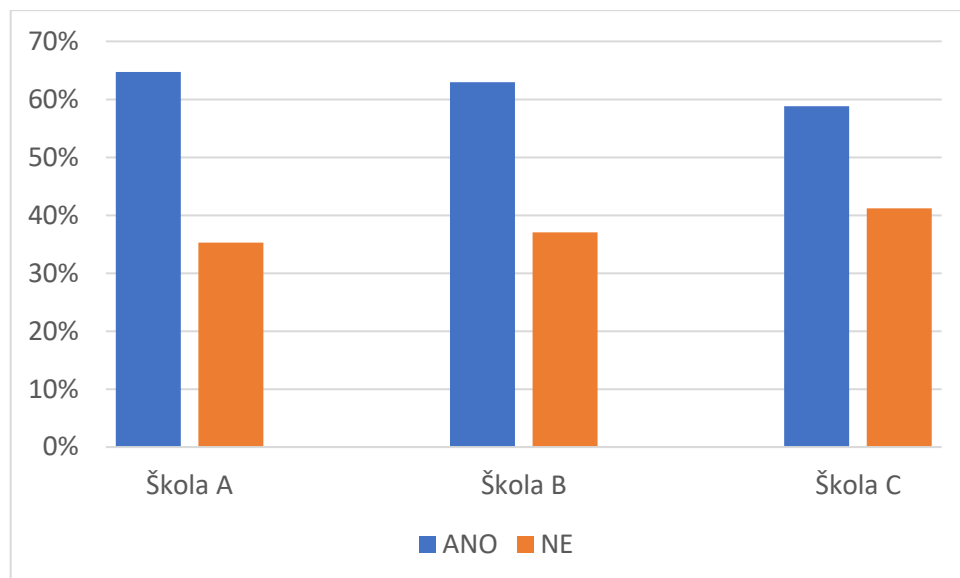
Graf 19. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 19.

Ve dvacítce je oznámení, že s neslyšícím jedincem se lze vždy dorozumět pomocí tužky a papíru. Správně je možnost ne.

Tabulka 21. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 20.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	55 (65 %)	30 (35 %)
Škola B	51 (63 %)	30 (37 %)
Škola C	60 (59 %)	42 (41 %)
T-test pro AB	82 %	
T-test pro AC	41 %	
T-test pro BC	57 %	

Zdroj: vlastní výzkum



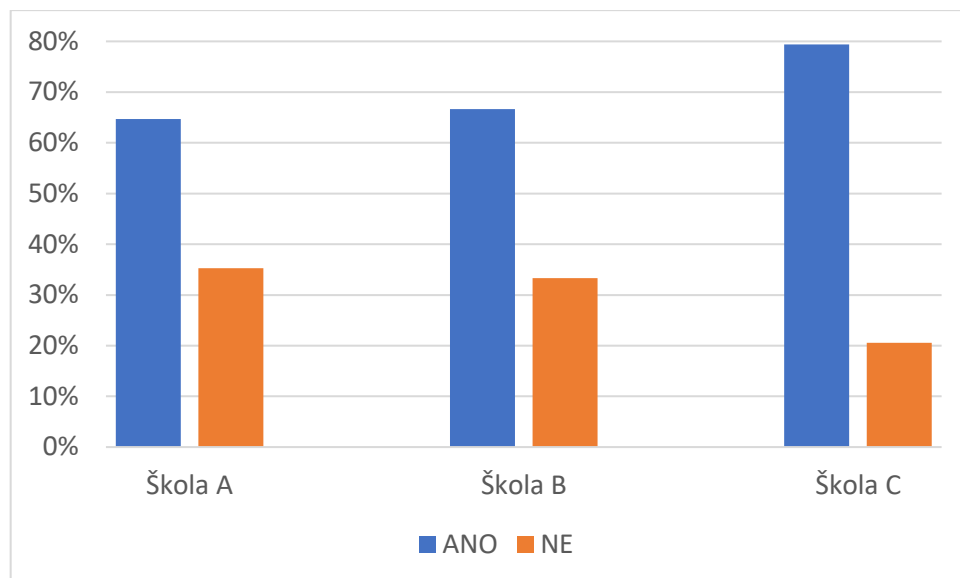
Graf 20. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 20.

21. informace hovoří o hypotetické situaci, kdy se neslyšícímu pacientovi musí sdělit důležité informace ohledně chirurgického zákroku. Měl by lékař přímo vybídnout pacienta, aby si přivedl kamaráda či člena rodiny, který pomůže s tlumočením? Ne.

Tabulka 22. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 21.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	55 (65 %)	30 (35 %)
Škola B	54 (67 %)	27 (33 %)
Škola C	81 (79 %)	21 (21 %)
T-test pro AB	12 %	
T-test pro AC	77 %	
T-test pro BC	6 %	

Zdroj: vlastní výzkum



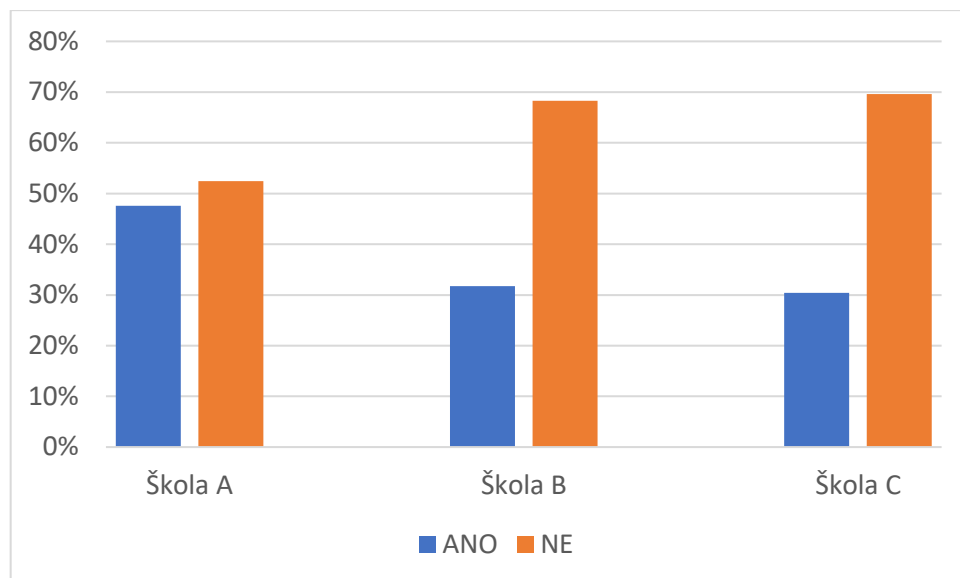
Graf 21. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 21.

Podle 22. tvrzení je úhrada tlumočnicka vyloženě pacientovou záležitostí. Správnou odpovědí je ne.

Tabulka 23. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 22.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	39 (48 %)	43 (52 %)
Škola B	26 (32 %)	56 (68 %)
Škola C	31 (30 %)	71 (70 %)
T-test pro AB	4 %	
T-test pro AC	2 %	
T-test pro BC	81 %	

Zdroj: vlastní výzkum



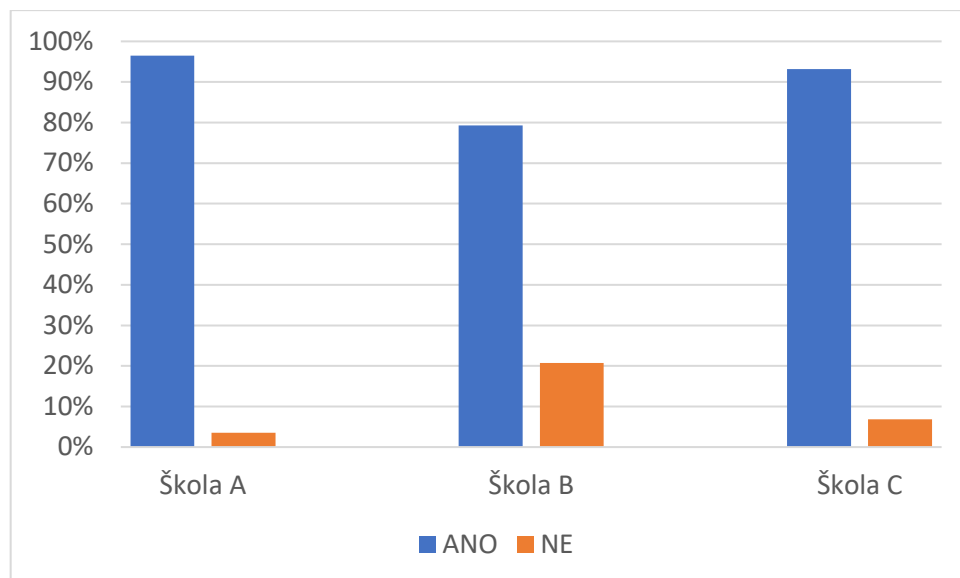
Graf 22. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 22.

V dalším tvrzení je obsažena informace, že pokud pacient vyžaduje tlumočnicka, můžeme jej „nahradit“ zdravotní sestrou, která má základy znakového jazyka. Není tomu tak.

Tabulka 24. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 23.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	82 (96 %)	3 (4 %)
Škola B	65 (79 %)	17 (21 %)
Škola C	95 (93 %)	7 (7 %)
T-test pro AB	0 %	
T-test pro AC	30 %	
T-test pro BC	1 %	

Zdroj: vlastní výzkum



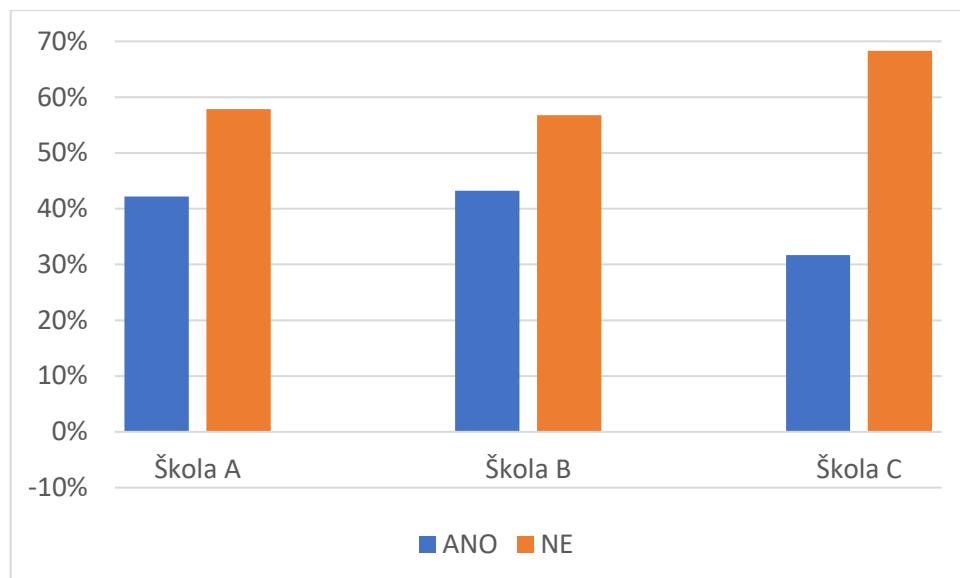
Graf 23. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 23.

Otázka 24. odkazuje na znalost „Zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob“, kdy údajně tento zákon stanovuje povinnost přítomnosti tlumočnicka bez ohledu na požadavek pacienta. Toto tvrzení není správné.

Tabulka 25. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 24.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	35 (42 %)	48 (58 %)
Škola B	35 (43 %)	46 (57 %)
Škola C	32 (32 %)	69 (68 %)
T-test pro AB	89 %	
T-test pro AC	15 %	
T-test pro BC	11 %	

Zdroj: vlastní výzkum



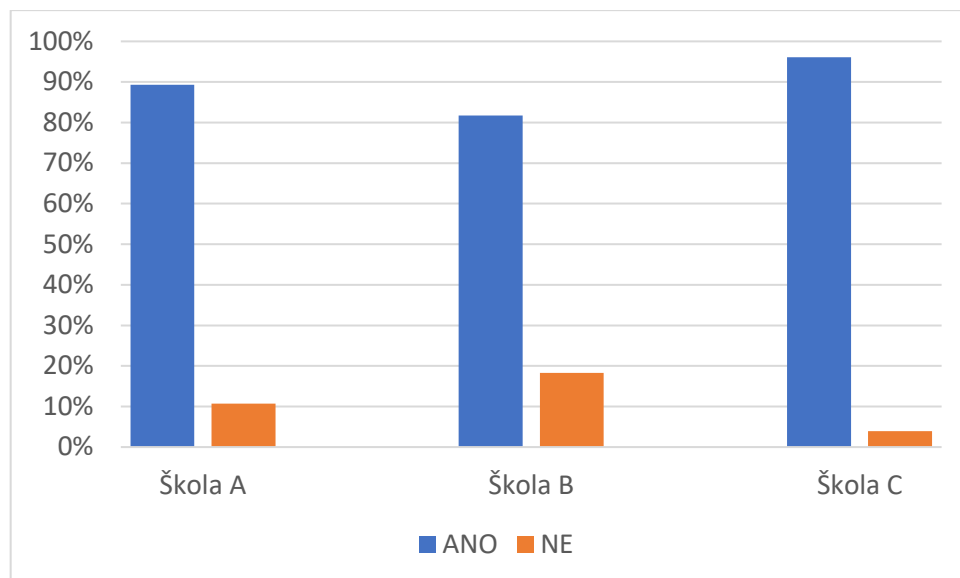
Graf 24. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 24.

Poslední otázka v první části opět odkazuje na znalost zákona zmíněného v předchozím tvrzení. Pracuje s informací, že si pacient, pokud nepoužívá znakový jazyk, může zvolit jinou službu, odpovídající jeho potřebám. Tato informace je završená odpovědí ano.

Tabulka 26. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 25.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	75 (89 %)	9 (11 %)
Škola B	67 (82 %)	15 (18 %)
Škola C	98 (96 %)	4 (4 %)
T-test pro AB	23 %	
T-test pro AC	0 %	
T-test pro BC	0 %	

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 25. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 25.

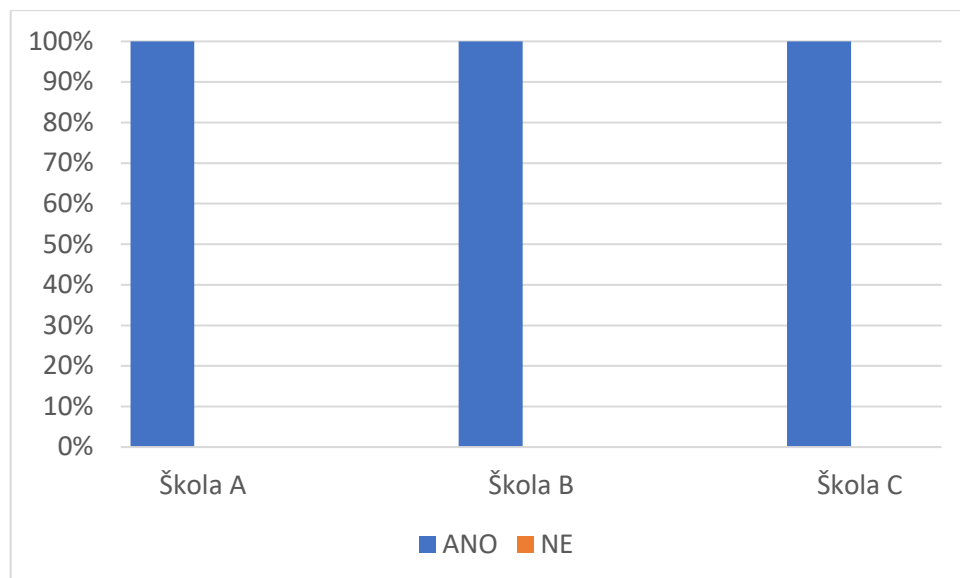
Ve druhé části je pozornost kladena na osobní zkušenosti, mizí tak požadavek na správnost odpovědí.

Na otázku 26 odpověděli všichni studenti do jednoho kladně – tato otázka se vztahovala k tomu, zda jsou z řad studentů zdravotnických škol.

Tabulka 27. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 26.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	85 (100 %)	0 (0 %)
Škola B	82 (100 %)	0 (0 %)
Škola C	102 (100 %)	0 (0 %)

Zdroj: vlastní výzkum



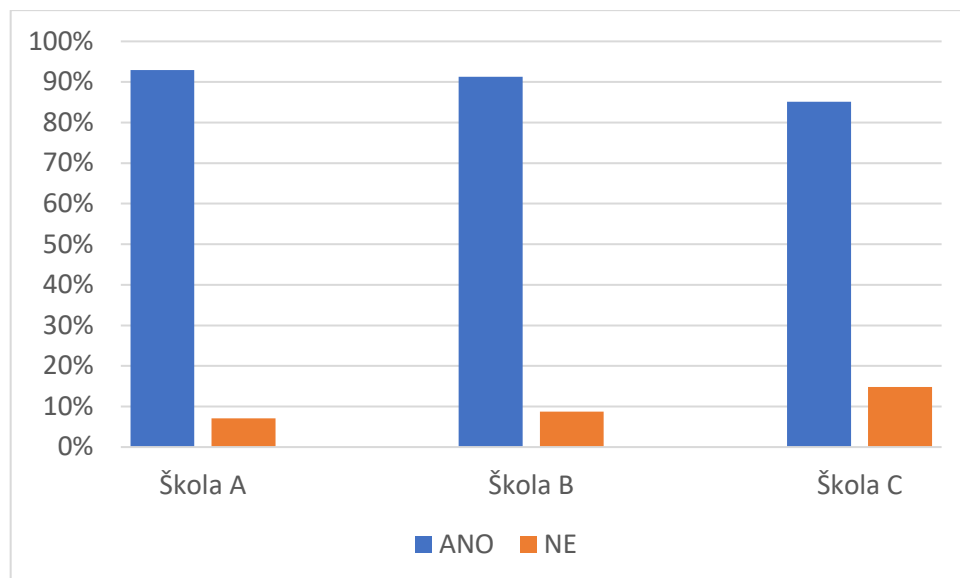
Graf 26. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 26.

V otázce 27. bylo středem zájmu, zdali už za sebou mají studenti praxi, případně potom jak dlouho. Odpovědi se lišily, škola od školy, celkem neuvádlo délku praxe 12 žáků ze školy A, 15 žáků ze školy B a 22 žáků ze školy C. V tabulce 29 jsou uvedeny počty uvedených odpovědí-celkem 73 odpovědí od školy A, 69 odpovědí od školy B a 78 odpovědí od školy C.

Tabulka 28. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 27.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	79 (93 %)	6 (7 %)
Škola B	73 (91 %)	7 (9 %)
Škola C	86 (85 %)	15 (15 %)

Zdroj: vlastní výzkum

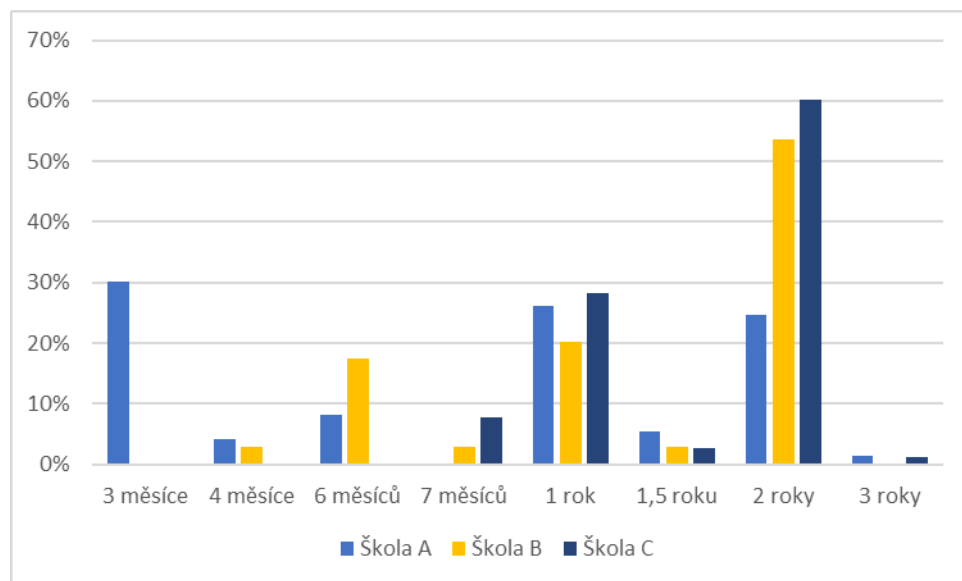


Graf 27. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 27.

Tabulka 29. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 27.

Délka praxe	Škola A	Škola B	Škola C
	N (%)	N (%)	N (%)
3 měsíce	22 (30 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
4 měsíce	3 (4 %)	2 (3 %)	0 (0 %)
6 měsíců	6 (8 %)	12 (17 %)	0 (0 %)
7 měsíců	0 (0 %)	2 (3 %)	6 (8 %)
1 rok	19 (26 %)	14 (20 %)	22 (28 %)
1,5 roku	4 (5 %)	2 (3 %)	2 (3 %)
2 roky	18 (25 %)	37 (54 %)	47 (60 %)
3 roky	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)

Zdroj: vlastní výzkum



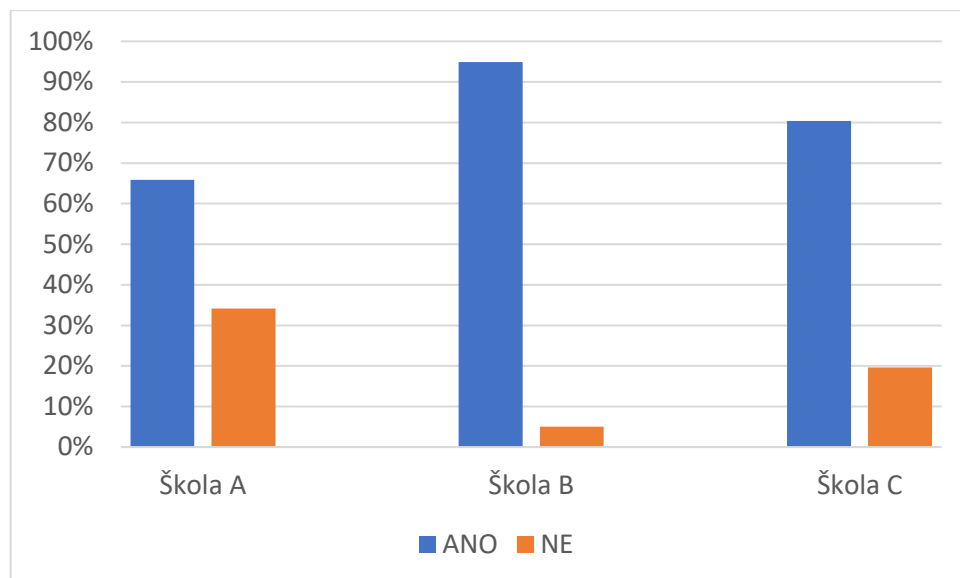
Graf 28. Grafické zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 27.

V následujícím dotazu měli studenti uvést, zdali se během své praxe setkali s pacientem s jakýmkoli druhem zdravotního postižení.

Tabulka 30. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 28.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	56 (66 %)	29 (34 %)
Škola B	75 (95 %)	4 (5 %)
Škola C	82 (80 %)	20 (20 %)

Zdroj: vlastní výzkum



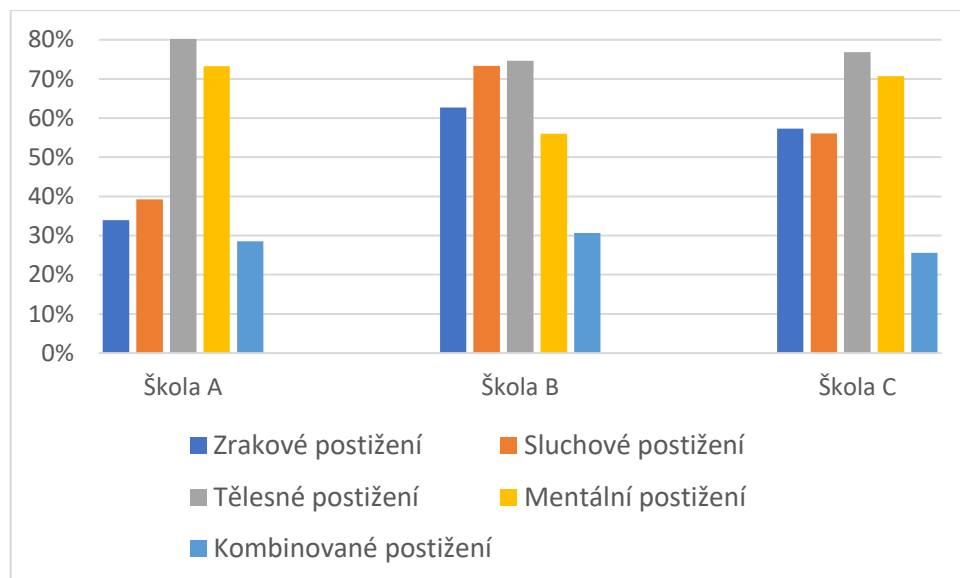
Graf 29. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 28.

Otázka 29 se přímo váže k předchozí – studenti mohli vybrat, s jakým typem zdravotního postižení se během svých praxí setkali. Studenti mohli vybírat více možností. Udaný počet s možností více odpovědí je 56 odpovědí od školy A, 75 odpovědí od školy B a 82 odpovědí od školy C.

Tabulka 31. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 28.

	Škola A	Škola B	Škola C
	N (%)	N (%)	N (%)
Zrakové postižení	19 (34 %)	47 (63 %)	47 (57 %)
Sluchové postižení	22 (39 %)	55 (73 %)	46 (56 %)
Tělesné postižení	45 (80 %)	56 (75 %)	63 (77 %)
Mentální postižení	41 (73 %)	42 (56 %)	58 (71 %)
Kombinované postižení	16 (29 %)	23 (31 %)	21 (26 %)

Zdroj: vlastní výzkum



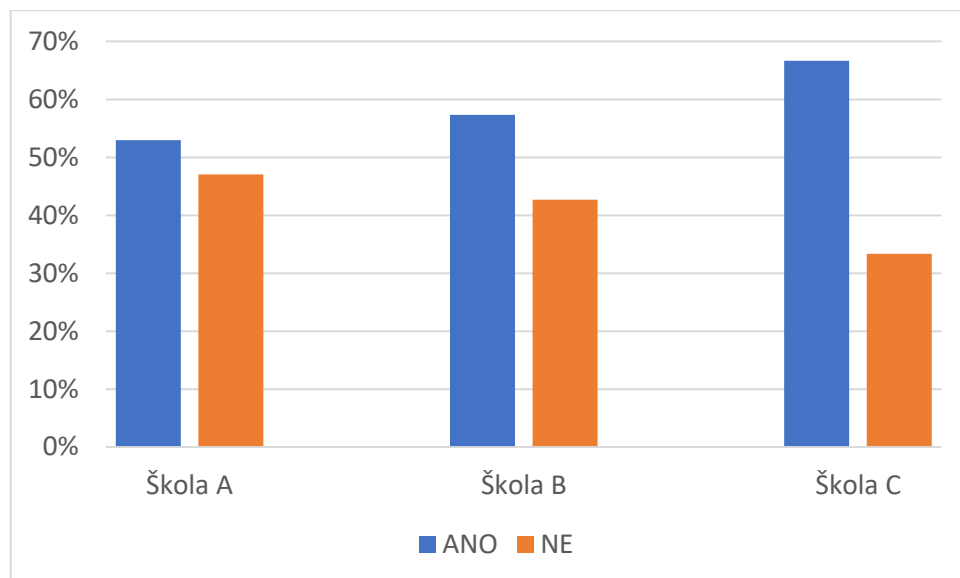
Graf 30. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 29.

V otázce 30 měli studenti uvést, zdali se domnívají, že mají dostatek znalostí pro poskytování kvalitních služeb osobám se zdravotním postižením. Pokud si studenti zvolili možnost ne, mohli zároveň svoje rozhodnutí odůvodnit. Sdělená interpretace otevřených vyjádření studentů je k nalezení v podkapitole 4.1.

Tabulka 32. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 30.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	36 (53 %)	32 (47 %)
Škola B	47 (57 %)	35 (43 %)
Škola C	62 (67 %)	31 (33 %)

Zdroj: vlastní výzkum



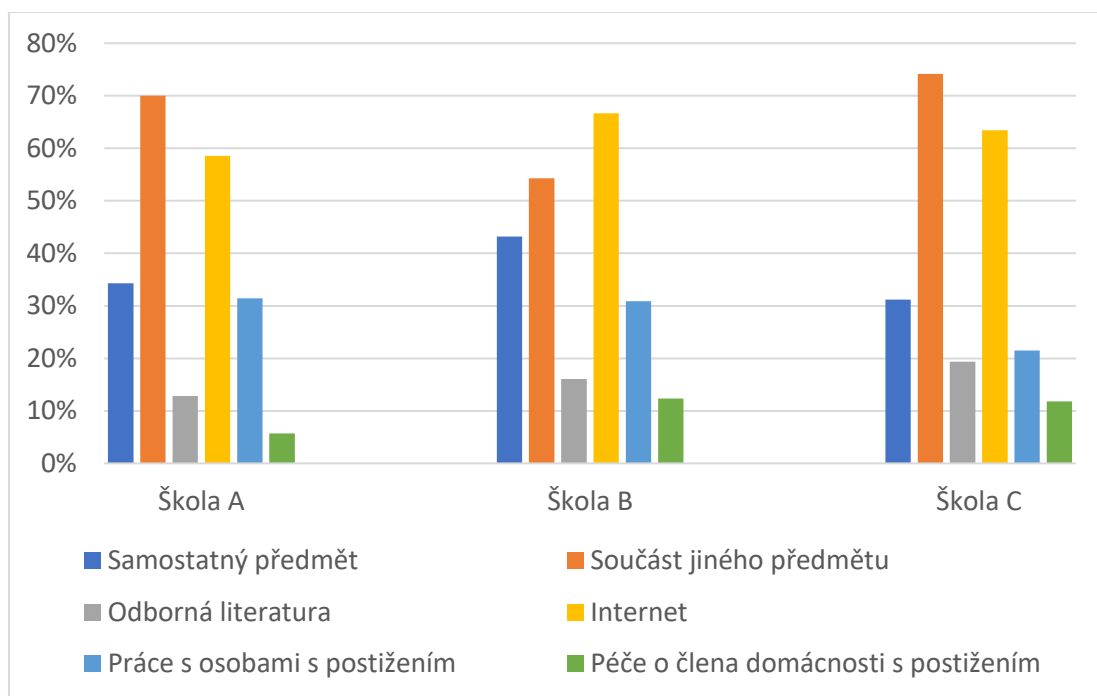
Graf 31. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 30.

Zájem o zdroje získávaných informací je k nalezení ve 31. otázce, kde respondenti mohli opět volit více odpovědí, pokud měli osobní zkušenost. Počet odpovědí je od školy A 70, od školy B 81 a od školy C 93.

Tabulka 33. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 31.

	Škola A	Škola B	Škola C
	N (%)	N (%)	N (%)
Školní výuka (samostatný předmět)	24 (34 %)	35 (43 %)	29 (31 %)
Školní výuka (součást jiného předmětu)	49 (70 %)	44 (54 %)	69 (74 %)
Odborná literatura	9 (13 %)	13 (16 %)	18 (19 %)
Internet	41 (59 %)	54 (67 %)	59 (63 %)
Pracuji s osobami se zdravotním postižením	22 (31 %)	25 (31 %)	20 (22 %)
Pečuji o člena rodiny se zdravotním postižením	4 (6 %)	10 (12 %)	11 (12 %)

Zdroj: vlastní výzkum



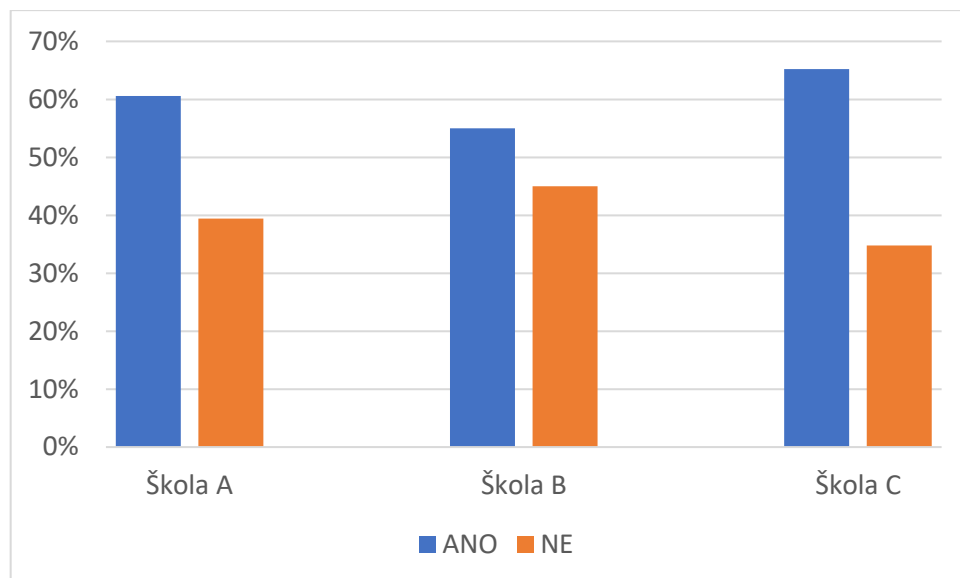
Graf 32. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 31.

32. otázka má také návaznost na otázku předchozí. Studenti měli zodpovědět dotaz, zdali by uvítali samostatný předmět, věnující se problematice osob se zdravotním postižením.

Tabulka 34. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 32.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	43 (61 %)	28 (39 %)
Škola B	44 (55 %)	36 (45 %)
Škola C	60 (65 %)	32 (35 %)

Zdroj: vlastní výzkum



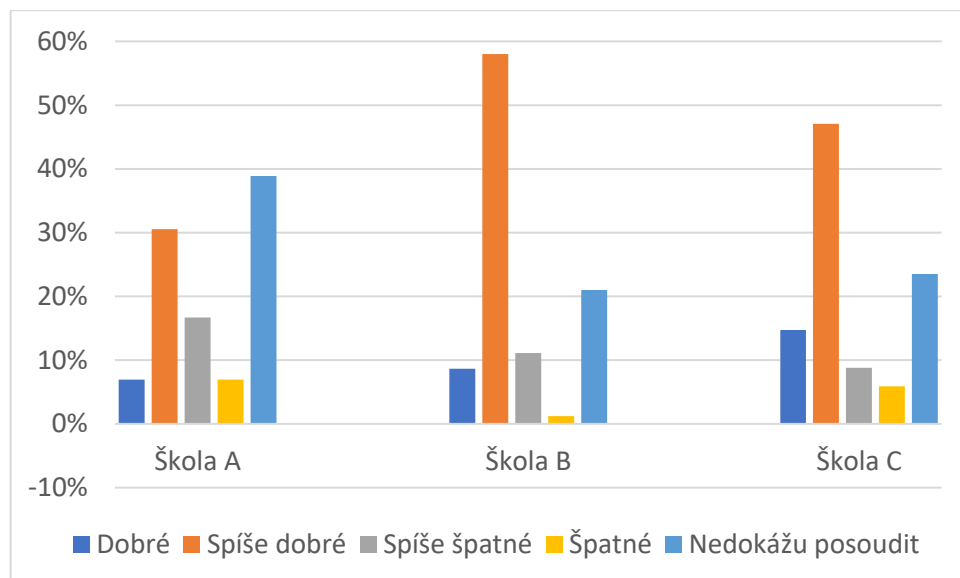
Graf 33. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 32.

V následující otázce se měli studenti zamyslet a zhodnotit své znalosti v této oblasti, které získali během výuky.

Tabulka 35. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 33.

	Škola A	Škola B	Škola C
	N (%)	N (%)	N (%)
Dobré	5 (7 %)	7 (9 %)	15 (15 %)
Spíše dobré	22 (31 %)	47 (58 %)	48 (47 %)
Spíše špatné	12 (17 %)	9 (11 %)	9 (9 %)
Špatné	5 (7 %)	1 (1 %)	6 (6 %)
Nedokážu posoudit	28 (39 %)	17 (21 %)	24 (24 %)

Zdroj: vlastní výzkum



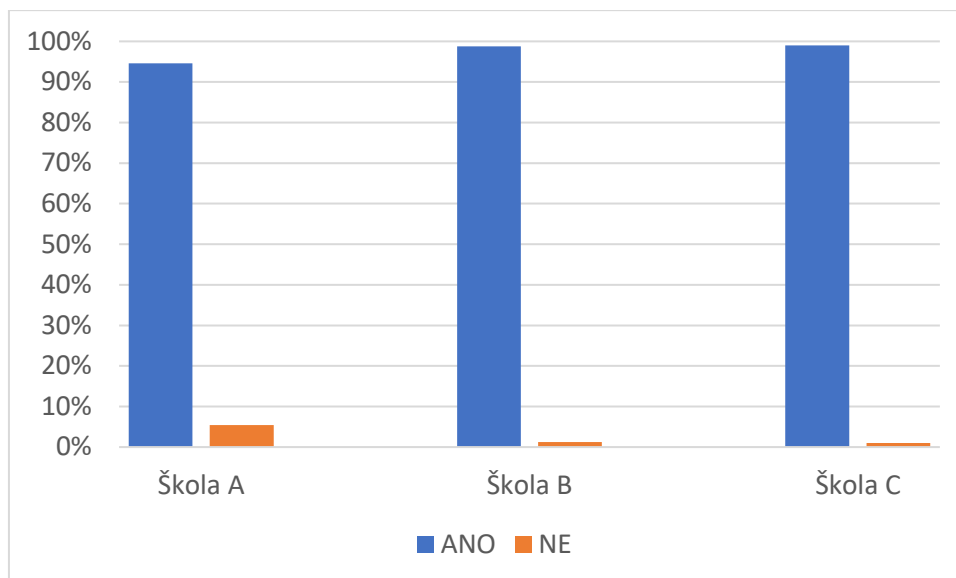
Graf 34. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 33.

V dotazu číslo 34 měli studenti uvést, zda se domnívají, že je teoretická znalost komunikačních specifik důležitá v poskytování zdravotnické péče.

Tabulka 36. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 34.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	70 (95 %)	4 (5 %)
Škola B	81 (99 %)	1 (1 %)
Škola C	101 (99 %)	1 (1 %)

Zdroj: vlastní výzkum



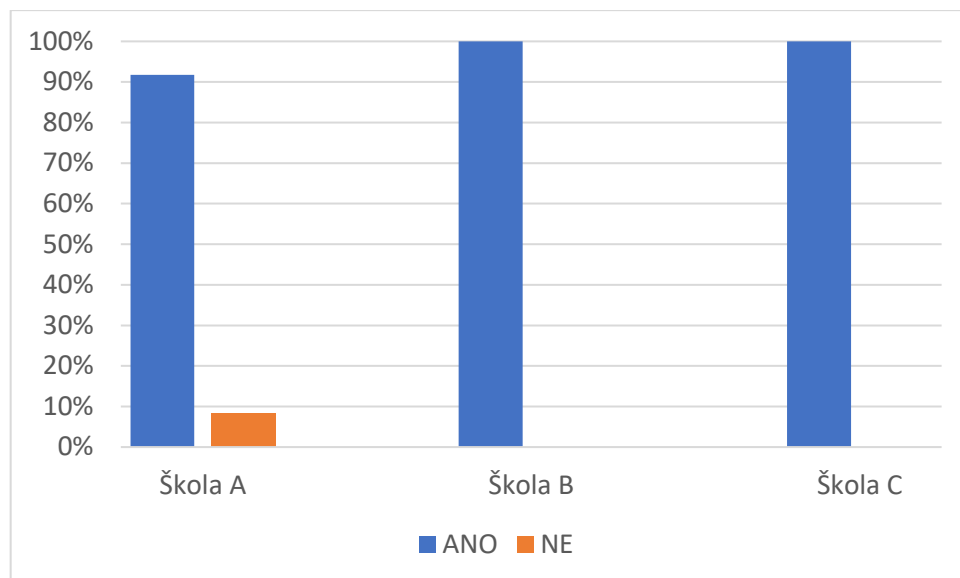
Graf 35. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 34.

Ve 35. otázce měli studenti zodpovědět, zda si myslí, že správná komunikace může ovlivnit poskytování služeb v přístupu k pacientovi. Zároveň mohli studenti vybrat variantu ano nebo ne a v obou případech měli prostor pro rozepsání svého postoje. Tyto postoje jsou blíže interpretovány v podkapitole 4.1.

Tabulka 37. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 35.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	78 (92 %)	7 (8 %)
Škola B	78 (100 %)	0 (0 %)
Škola C	98 (100 %)	0 (0 %)

Zdroj: vlastní výzkum



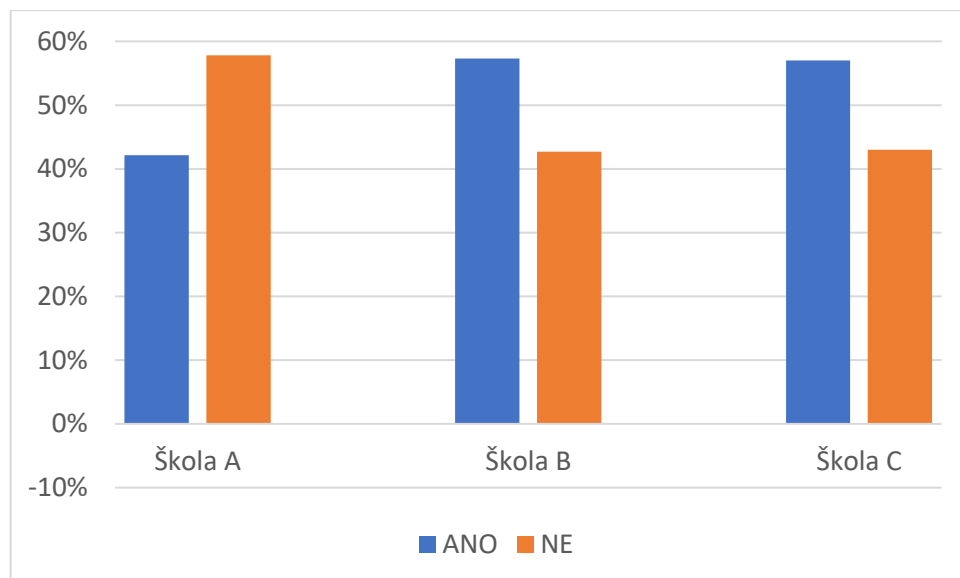
Graf 36. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 35.

Poslední dvě otázky, týkající se postojů studentů zdravotnických škol se vázaly víceméně k znakovému jazyku. Otázka 36 se zajímá o případný zájem studentů věnovat se problematice sluchového postižení více do hloubky.

Tabulka 38. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 36.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	35 (42 %)	48 (58 %)
Škola B	47 (57 %)	35 (43 %)
Škola C	57 (57 %)	43 (43 %)

Zdroj: vlastní výzkum



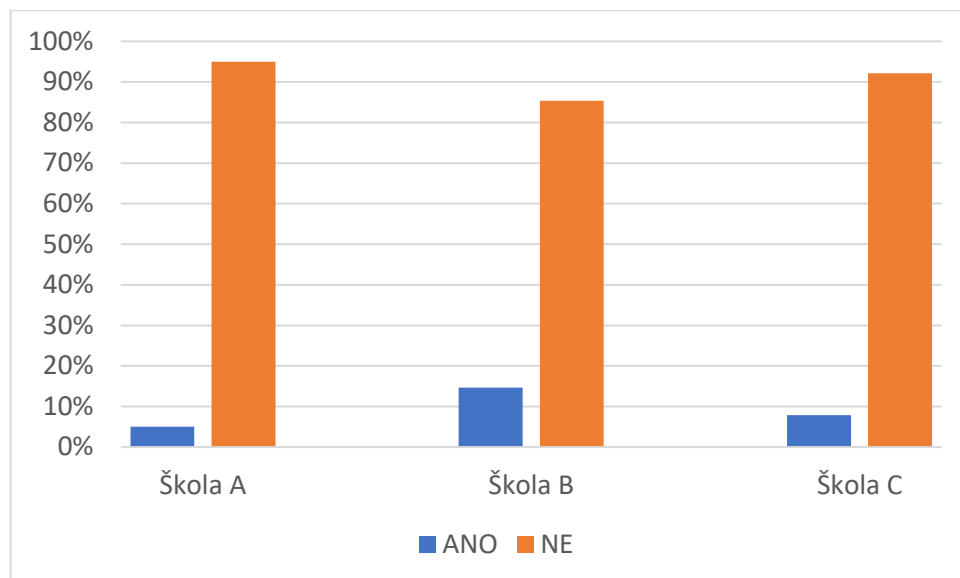
Graf 37. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 36.

37. otázka byla směřována na osobní zkušenost se studiem znakového jazyka.

Tabulka 39. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 37.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
Škola A	4 (5 %)	76 (95 %)
Škola B	12 (15 %)	70 (85 %)
Škola C	8 (8 %)	94 (92 %)

Zdroj: vlastní výzkum



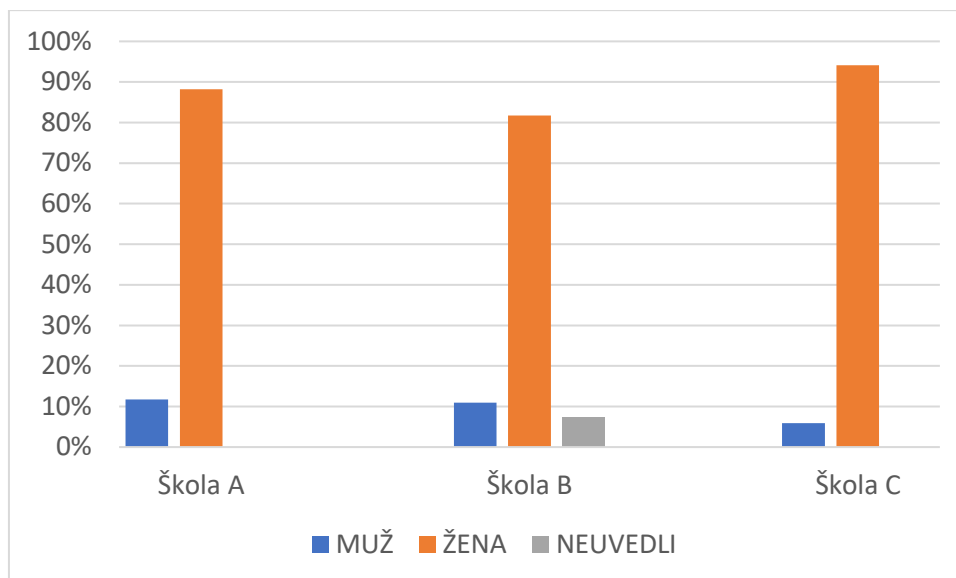
Graf 38. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 37.

V otázce 38. měli studenti udat své pohlaví. Tento údaj neuvědlo 6 studentů ze školy B.

Tabulka 40. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 38.

	MUŽ	ŽENA
	N (%)	N (%)
Škola A	10 (12 %)	75 (88 %)
Škola B	9 (11 %)	67 (82 %)
Škola C	6 (6 %)	96 (94 %)

Zdroj: vlastní výzkum



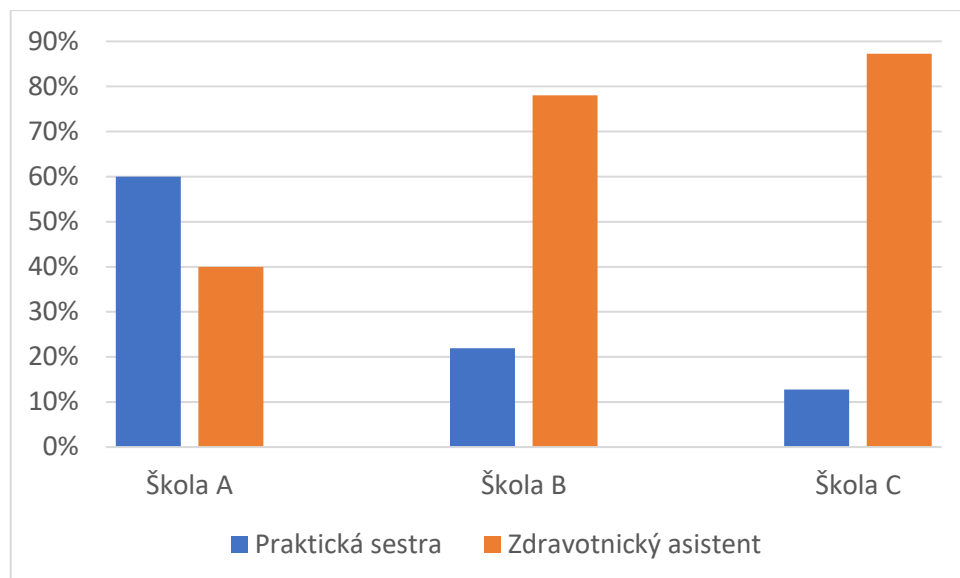
Graf 39. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 38.

Údaje z bodu 39 měly sloužit zejména k počtu studentů v jednotlivých oborech.

Tabulka 41. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 39.

	Praktická sestra	Zdravotnický asistent
	N (%)	N (%)
Škola A	51 (60 %)	34 (40 %)
Škola B	18 (22 %)	64 (78 %)
Škola C	13 (13 %)	89 (87 %)

Zdroj: vlastní výzkum



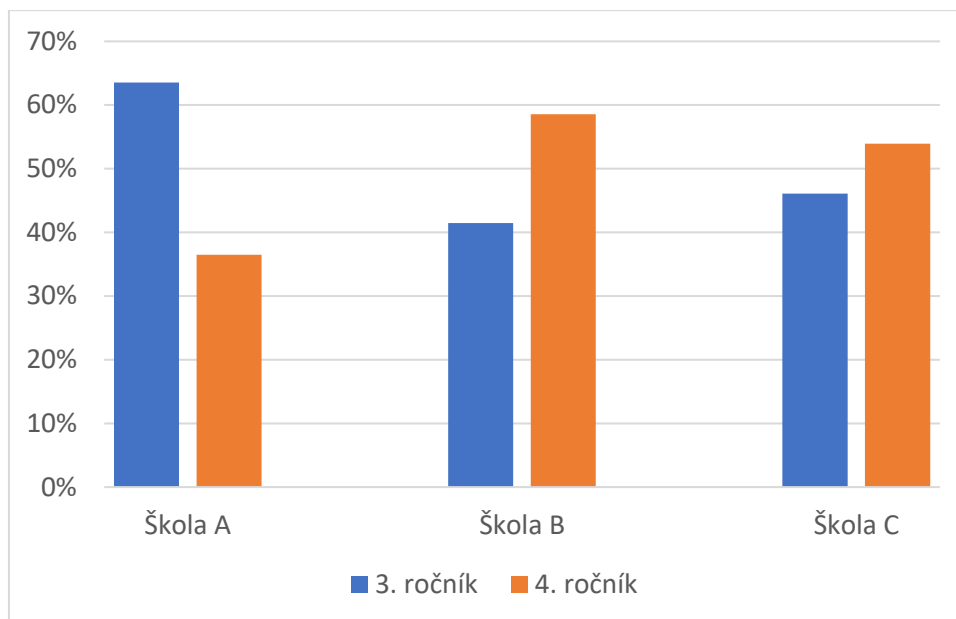
Graf 40. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 39.

V poslední odrážce měli studenti vyplnit, z kterého jsou ročníku a jakou formou studují.

Tabulka 42. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40 - ročníky.

	3. ročník	4. ročník
	N (%)	N (%)
Škola A	54 (64 %)	31 (36 %)
Škola B	34 (41 %)	48 (59 %)
Škola C	47 (46 %)	55 (54 %)

Zdroj: vlastní výzkum

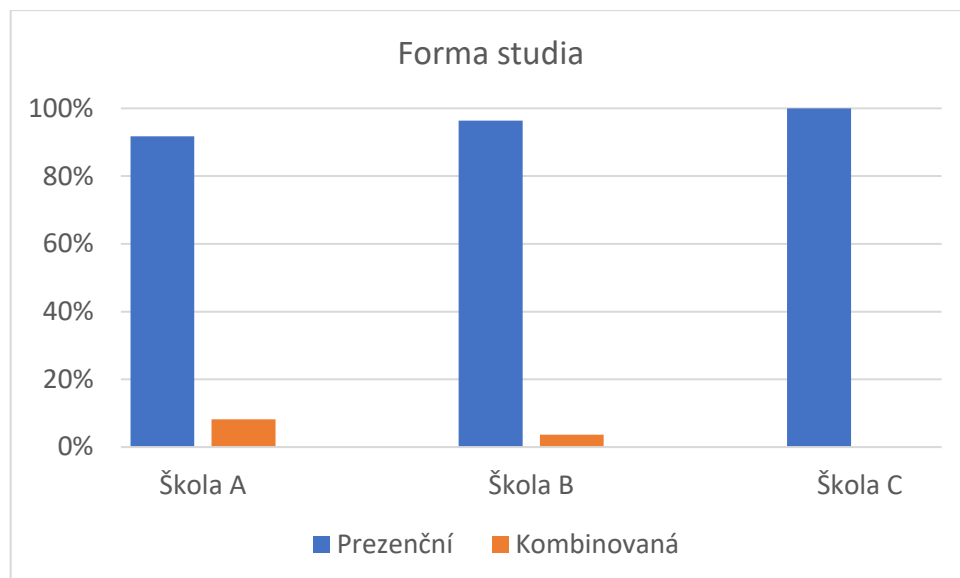


Graf 41. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40 - ročníky.

Tabulka 43. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40 – forma studia.

	Prezenční studium	Kombinované studium
	N (%)	N (%)
Škola A	78 (92 %)	7 (8 %)
Škola B	79 (96 %)	3 (4 %)
Škola C	102 (100 %)	0 (0 %)

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 42. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40 – forma studia.

4.2 Porovnání mezi mladším a starším ročníkem

Porovnání mezi 3. a 4. ročníkem vyznačilo pouze otázky číslem 5, 12, 19 a 23 jako s nízkým počtem náhodných odpovědí, zjištěné za pomoci T-testu.

Studenti mohli vybírat z více možností odpovědí v prvních 5 otázkách. V první otázce správně odpovědělo v zásadě nízké procento studentů, lépe si vedli starší ročníky s 10 %. Ze třetího ročníku správnou odpověď uvedlo pouze 5 % respondentů. Druhá otázka taktéž zaznamenala malý počet správných odpovědí, a to 14 % ze třetích ročníků a 12 % ze čtvrtých ročníků. Nízký počet odpovědí byl zaznamenán též u otázky číslem 4, kdy třetí ročníky měly skóre 8 % správných odpovědí a čtvrté 10 %. V otázkách 3 a 5 v obou skupinách uvedla více než ½ respondentů správnou odpověď a to 58 % respondentů z mladších ročníků a 54 % ze starších ročníků na otázku 3 a 69 % třetích a 81 % čtvrtých ročníků na otázku 5. Můžeme vidět, že tedy studenti obou ročníků vykazovali zhruba stejně nízkou úroveň povědomí o kochleárním implantátu, upoutání pozornosti větší skupiny neslyšících a o odmítnutí vyšetření sluchu rodiči novorozeného dítěte. Naopak obě skupiny si dobře vedly při vědění základního rozložení osob při komunikaci v přítomnosti tlumočníka a jak reagovat, pokud by v čekárně měli neslyšícího pacienta, přičemž je potěšující zjištění, že absolventi, kteří dosáhli vysokého skóre, opouštějí školu s touto znalostí.

Následujících 20 otázek nabízelo možnosti výběru ano nebo ne. Studenti se rozhodovali, zda souhlasí s uvedenou informací nebo nikoli. Tyto otázky by se daly rozdělit do několika oblastí.

Oblast znalostí, vztahující se k českému znakovému jazyku. Tady bychom mohli zařadit otázky číslo 6 a 8, přičemž v otázce 6. si lépe vedly absolventské ročníky s 53 %, oproti ročníkům třetím s 46 % úspěšností. Taktéž v 8. otázce si vedly lépe starší ročníky s 57 % správných odpovědí, nicméně třetí ročníky také neměly nízké číslo správných odpovědí (50 %). Zhruba ½ všech studentů má tedy podle dosažených výsledků znalosti o tom, že znakový jazyk není pouhým doslovným překladem českého mluveného jazyka.

Velká většina otázek se vztahovala k pravidlům komunikace s tlumočnickem. Jedná se o otázky 7, 9, 12, 15, 21, 22 a 23. Pouhých 11 % třetích a 16 % respondentů čtvrtých ročníků ví, že není tlumočnickovou povinností čekat s pacientem až do doby, než je lékař přijme. Následující fakt zmiňuje etické tabu – podle něj by zdravotnický pracovník měl soustředit svou pozornost na přímo na samotného tlumočnicka, namísto komunikace s pacientem. Výsledky v této oblasti jsou následující: s tvrzením nesouhlasí 44 % osob ze třetího ročníku a 56 % osob ze čtvrtého ročníku, což je správně. Bohužel ve 12. tvrzení o tom, že tlumočnick by měl vlastně lékaři sdělit, co chce pacient doopravdy říct, nikoli mu překládat pacientovo sdělení tak, jak je opravdu podáno pacientem, správně odpovědělo pouze 10 % třetích ročníků a 3 % čtvrtých ročníků. 15. informace říká, že by měl lékař hovořit pomalu, aby tak tlumočnickovi poskytl dostatek času na přetlumočení. Že je toto tvrzení nesmyslem správně uvedlo 26 % mladších a poté 28 % starších respondentů. Ve 21, při tvrzení o tom, že rodina s přáteli mohou být jakousi „náhradou“ za tlumočnicka byly opět zaznamenány hodnoty spíše nižších čísel – 30 % správné odpovědi uvedly třetí ročníky a 28 % čtvrté ročníky. 22. tvrzení se zajímá se, jestli si musí pacient, tlumočnicka platit sám. Tady studenti projeví lepší přehled, správně odpověděla více než ½ studentů obou ročníků. Lépe si vedly překvapivě 3. ročníky s 69 % správných odpovědí, čtvrté měly 59 % správných odpovědí. Poslední tvrzení v oblasti znakového jazyka tvrdí, že můžeme požádat o tlumočení sestru, která absolvovala několika semestrální kurz znakového jazyka, v případě, že tlumočnick není aktuálně k dispozici. V tomto případě velké číslo studentů předpokládalo, že se tak může stát, i když tomu tak není. Správně odpovědělo 5 % třetích a 15 % čtvrtých ročníků.

V dotazníku byly k nalezení také 2 otázky, přímo se týkající zákona č. 384/2008 Sb. (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob), to se týká otázek číslem 24 a 25. Že tlumočnick musí být při jakémkoli jednání přítomen – bez ohledu na přání pacienta uvedlo jako nesprávné tvrzení 64 % třetích a 59 % čtvrtých ročníků. Že neslyšící pacient má právo zvolit si jinou formu komunikace než znakový jazyk, pokud ji preferuje, uvedlo jako správné tvrzení 93 % respondent třetích a 86 % respondentů 4. ročníků.

Další oblast je komunikace ve zdravotnickém procesu a vědomosti o gramotnosti sluchově postižených osob. Zájem se vztahoval na povědomí respondentů o čtenářské gramotnosti neslyšících pacientů, neboť tyto předpoklady mohou potom vést k neefektivní komunikaci při samotném procesu vyšetřování. Že gramotnost neslyšícího člověka je na stejně dobré úrovni, jako u slyšící populace, uvedené v tvrzení 11, si správně nemyslí 29 % třetích ročníků a 38 % čtvrtých ročníků. Překvapivé jsou odpovědi na 20., která se přímo váže k předchozí informaci a tvrdí, že k dorozumění s neslyšícím pacientem vždy postačí tužka a papír. Čtvrté ročníky měly stejné číslo odpovědí – 38 %, kdežto číslo u ročníků třetích bylo značně vyšší oproti předchozí otázce – 39 %. 13. otázka směřuje pozornost na světelný zdroj a správné posazení, přičemž správné vědomosti uvedlo 60 % třetích ročníků a 67 % čtvrtých ročníků. V tvrzení 16. o českém jazyce jakožto o přirozeném jazyce pro neslyšící, byly zaznamenány vyšší hodnoty správných odpovědí u třetích ročníků – 51 %, zatímco u čtvrtých ročníků odpovědělo správně 43 %.

Další oblast otázek by se dala pojmenovat jako „Otázky z lékařského prostředí“. U těchto tvrzení by zdravotnický personál neměl váhat a měl by hned mít jasno. Prvním takovým tvrzením je konkrétně bod 10. - hlavní prioritou by měla být snaha o vyléčení pacientovy hluchoty. Lépe si vedly třetí ročníky – správné odpovědi činily 42 %, u čtvrtých ročníků tomu bylo o 4 % méně. Můžeme se domnívat, že tady by studenty mohla zmást nejasná terminologie. U 14. tvrzení měli studenti udat, zda je pravdou, že u nemluvnat neexistuje mnoho způsobů, jak zlepšit jejich sluch. Tady studenti mile překvapili-přesáhli polovinu správných odpovědí zhruba na stejné úrovni – třetí ročníky skórovaly s 61 %, čtvrté s 63 %. V otázce 17, (o potřebě znalosti zdravotního stavu pacienta zdravotnickým personálem), byly správné odpovědi vysoké 95 % u mladších a 97 % u starších ročníků, což je velmi pozitivní. Poslední tvrzení číslem 18 tvrdíme studentům, že práce s osobou s jakýmkoli postižením,

dokáže připravit lékaře na práci s pacientem neslyšícím. Tady studenti opět váhali a dosáhli velmi nízkého skóre a t na úrovni obou ročníků – třetíci měli 5 % správných odpovědí a čtvrtáci pouhé 3 %.

Úplně poslední tvrzení je samostatné, protože nespadá do žádné z výše zmíněných kategorií. Jde o tvrzení číslem 19, o tom, že 90 % neslyšících se rodí slyšícím rodičům. Výsledky byly potěšující, s tím, že lépe si vedli čtvrté ročníky s 70 % správných odpovědí a třetí ročníky měly 57 % správně udaných odpovědí.

Druhé část, soustřeďující se zejména na dosavadní zkušenosti a názory studentů, nikoli na teoretické znalosti, považujeme za důležité otázky týkající se délky praxí a zkušenosti se zdravotním postižením, kde studenti získávají informace o zdravotním postižení, jejich mínění o důležitosti komunikace, a nakonec zdali by vůbec oni sami osobně měli zájem o hlubší náhled do problematiky sluchového postižení.

Co se týká praxí, domníváme se, že možná někteří studenti správně nepochopili otázku. Při vyhodnocování jsme si povšimli, že někteří z nich si otázku mylně mohli vyložit jako praxe, ve smyslu placené práce. I přesto odpovědi byly z velké části pozitivní – ze třetích ročníků se praxí zúčastnilo 87 % studentů, ze čtvrtých potom celých 92 %. Co se týká délky praxí, ze třetích ročníků se nejvíce procent studentů zúčastnilo praxe v délce jednoho roku (50 %), u čtvrtých ročníků to byly roky dva (88 %).

Otázka 28 a 29 na sebe navazují-studenti měli sdělit, jestli se během svých praxí setkali s nějakým typem zdravotního postižení, případně mohli uvést, s jakým. Protože se tato práce týká sluchového postižení, uvádíme pouze čísla, vztahující se ke zkušenosti se sluchovým postižením. Ve třetích ročnících se s postižením během své praxe setkala 67 % žáků, přímo se sluchovým to pak bylo 40 %. Ve čtvrtých ročnících se s postižením sekalo 94 % respondentů, se sluchovým to bylo 73 %. Setkání s jakýmkoli typem zdravotního postižení s velkou pravděpodobností nevyhnutelně čeká každého zdravotnického pracovníka, zkušenost se sluchovým postižením nevyjímaje. Je proto důležité nepodceňovat teoretický základ, který by měl obdržet každý student. Na tyto informace navazuje následující otázka, kde se studenti měli vyjádřit, co v případě, že mají pocit nedostatku znalostí pro poskytování kvalitních služeb, považují za největší nedostatek. V tomto případě většina studentů vystupovala

sebevědomě, za nedostatečné své znalosti považuje 37 % studentů čtvrtých ročníků oproti 44 % studentů 3. ročníků. Ti studenti, kteří svoji odpověď zdůvodnili, přispěli ke zjištění, že stejnou měrou oba ročníky považují za problém málo praxe. Čtvrté ročníky poté více upozorňovaly na nedostatek teoretických znalostí a neschopnosti komunikovat s pacientem kvůli neznalosti znakového jazyka, třetí pouze výrazněji upozorňovali na nedostatek teoretického základu, o který by se mohli v praxi opřít.

Otázky číslo 31 a 32 měly za úkol zjistit, odkud studenti čerpají informace o přístupu ke zdravotně postiženým pacientům a zda by případně uvítali samostatný předmět zaměřený na tuto problematiku v rámci studia. Studenti třetích ročníků udali, že nejvíce informací o této problematice získávají prostřednictvím internetu (75 %), hned za tím uvedli jako zdroj informací školní výuku (jako součást jiného předmětu – 65 %). Nejméně informací studenti třetích ročníků získávají prostřednictvím vlastní zkušenosti při péči o člena rodiny s postižením (11 %) a s tímto se shodly i se čtvrtými ročníky, kde takto zkušenosti má pouhých 10 % respondentů. Starší ročníky uvedly, že nejvíce informací získávají ve škole, v rámci určitého předmětu (73 %) a v rámci hledání informací na internetu (65 %).

Co se týká sebehodnocení dosažených znalostí, nejvíce studentů třetích ročníků uvedlo, že své znalosti považují za „spíše dobré“ (44 %) a ze čtvrtých ročníků své znalosti hodnotí stejně (48 %). Odpověď „špatné“ uvedli čtvrté ročníky jako nejnižší (3 %), třetí ročníky tak uvedly spolu s odpovědí „dobré“ (oboje 6 %).

34. a 35. otázka se vztahovaly k důležitosti znalosti komunikačních specifík důležitá v oblasti zdravotnické péče. Téměř všichni studenti si myslí, že tato znalost je důležitá při poskytování zdravotní péče (97 % pro třetí a 98 % pro čtvrté ročníky). Dále mě zajímalo, jestli a případně jak může správná komunikace ovlivnit poskytování služeb. I tady byla čísla téměř stoprocentních hodnot – 95 % ze třetích a 99 % ze čtvrtých ročníků si myslí, že ano. Ti, kteří své odpovědi zdůvodnili, nejvíce poukazovali na důležitost individuálního přístupu, a to z obou ročníků. Oba ročníky se přibližnou měrou shodly také na důležitosti komunikace jako základu vztahu a pohodě pacienta. Čtvrté ročníky projevily vědomí důležitosti komunikace pro spolupráci.

Poslední 2 důležité otázky na vyjádření svého názoru se vztahovaly k zájmu respondentů o hlubší náhled do dané problematiky. Pouze 8 % respondentů třetích ročníků a 10 % respondentů 4. ročníků uvedlo, že má zkušenost s účastí na kurzu

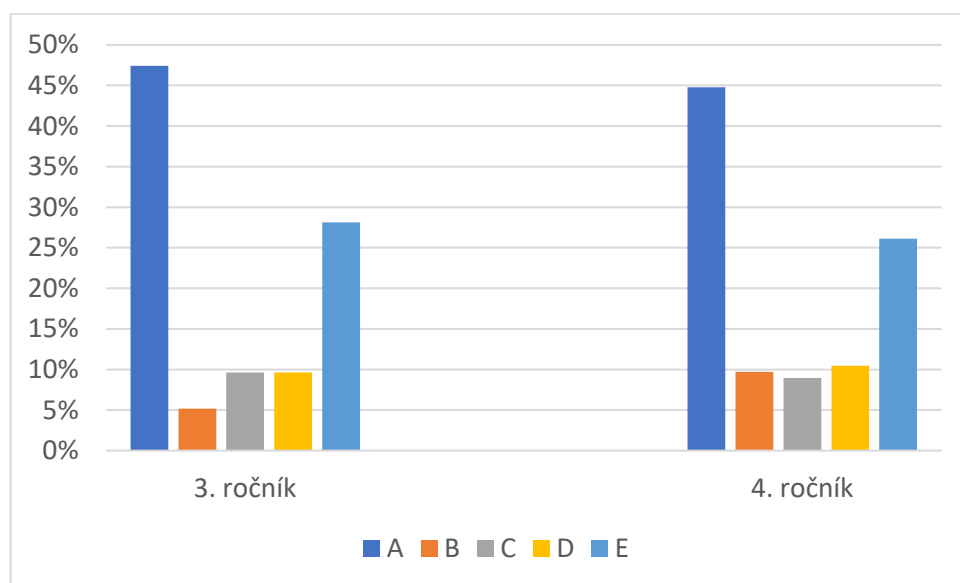
znakového jazyka, což by mohlo ukazovat na malou připravenost na reálnou situaci s pacientem, upřednostňujícím komunikaci formou znakového jazyka. Skutečný zájem o absolvování kurzu znakového jazyka by mělo 55 % respondentů třetích a 50 % čtvrtých ročníků. Příčinou může být malá dostupnost těchto kurzů a nevědomí důležitosti znalosti této komunikace.

V první části, otázka číslo jedna, vztahující se k funkci kochleárního implantátu měla následující počet odpovědí 3. versus 4. ročník:

Tabulka 44. Počet odpovědí u otázky č. 1 - 3. versus 4. ročník.

	A	B	C	D	E
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3. ročník	64 (47 %)	7 (5 %)	13 (10 %)	13 (10 %)	38 (28 %)
4. ročník	60 (45 %)	13 (40 %)	12 (9 %)	14 (10 %)	35 (26 %)
T-test	16 %				

Zdroj: vlastní výzkum



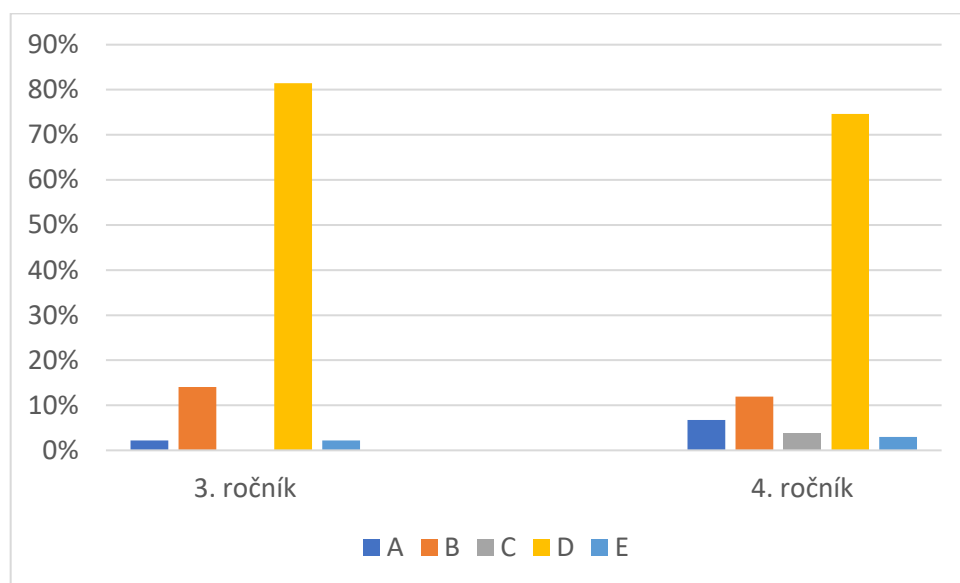
Graf 43. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 1.

Otázka 2. se vztahuje k tomu, zdali by studenti věděli, jak si získat pozornost neslyšícího pacienta – k tomuto zamyšlení slouží modelová situace:

Tabulka 45. Počet odpovědí u otázky č. 2 - 3. versus 4. ročník.

	A	B	C	D	E
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3. ročník	3 (2 %)	19 (14 %)	0 (0 %)	110 (81 %)	3 (2 %)
4. ročník	9 (7 %)	16 (12 %)	5 (4 %)	100 (75 %)	4 (3 %)
T-test	60 %				

Zdroj: vlastní výzkum



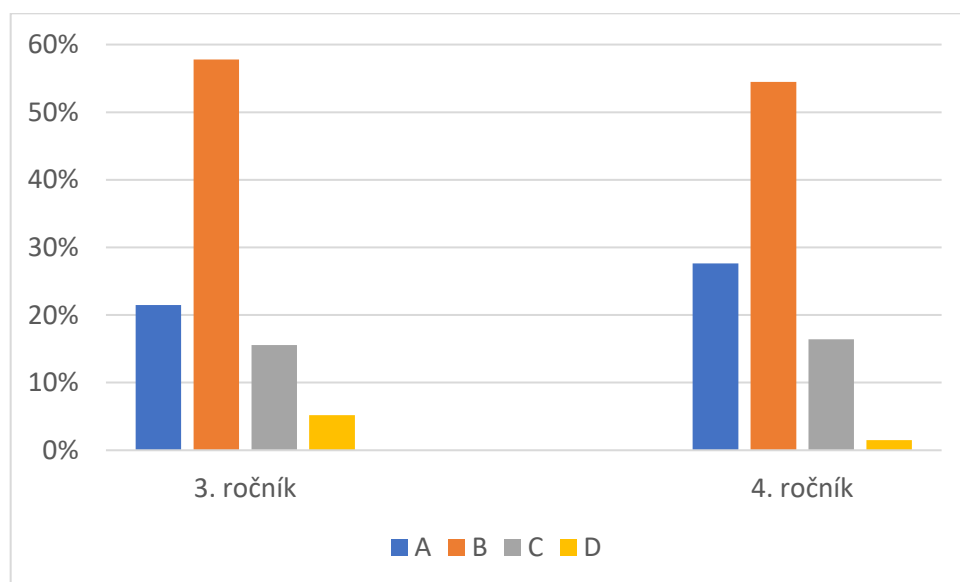
Graf 44. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 2.

Otázka 3 se vztahovala k vhodné pozici pacienta, tlumočnicka a zdravotníka v jedné místnosti.

Tabulka 46. Počet odpovědí u otázky č. 3 - 3. versus 4. ročník.

	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3. ročník	29 (21 %)	78 (58 %)	21 (16 %)	7 (5 %)
4. ročník	37 (28 %)	73 (54 %)	22 (16 %)	2 (1 %)
T-test	59 %			

Zdroj: vlastní výzkum



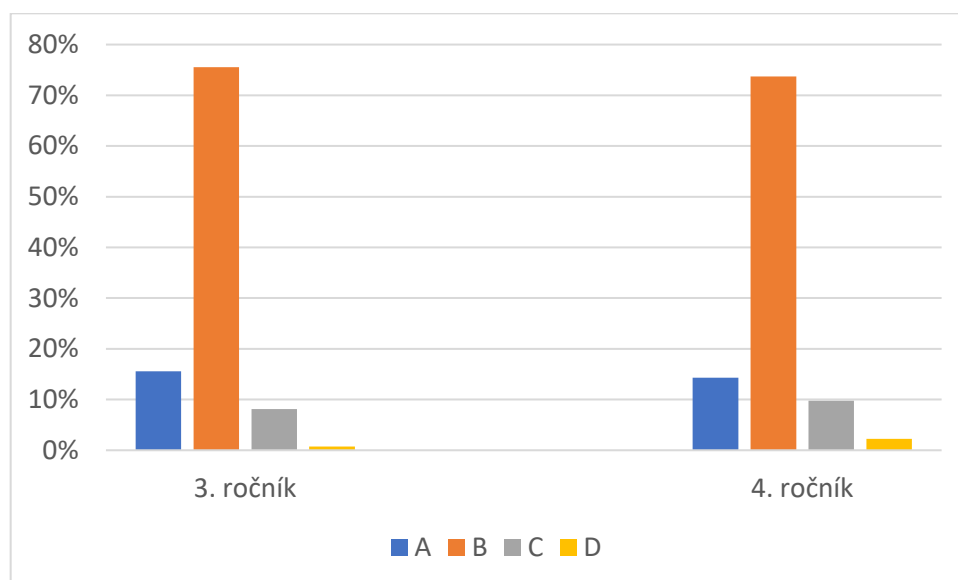
Graf 45. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 3.

V otázce 4. se studenti vyjadřovali k odmítnutí neslyšících rodičů ke sluchovému vyšetření svého novorozence.

Tabulka 47. Počet odpovědí u otázky č. 4 - 3. versus 4. ročník.

	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3. ročník	21 (16 %)	102 (76 %)	11 (8 %)	1 (1 %)
4. ročník	19 (14 %)	98 (74 %)	13 (10 %)	3 (2 %)
T-test	64 %			

Zdroj: vlastní výzkum



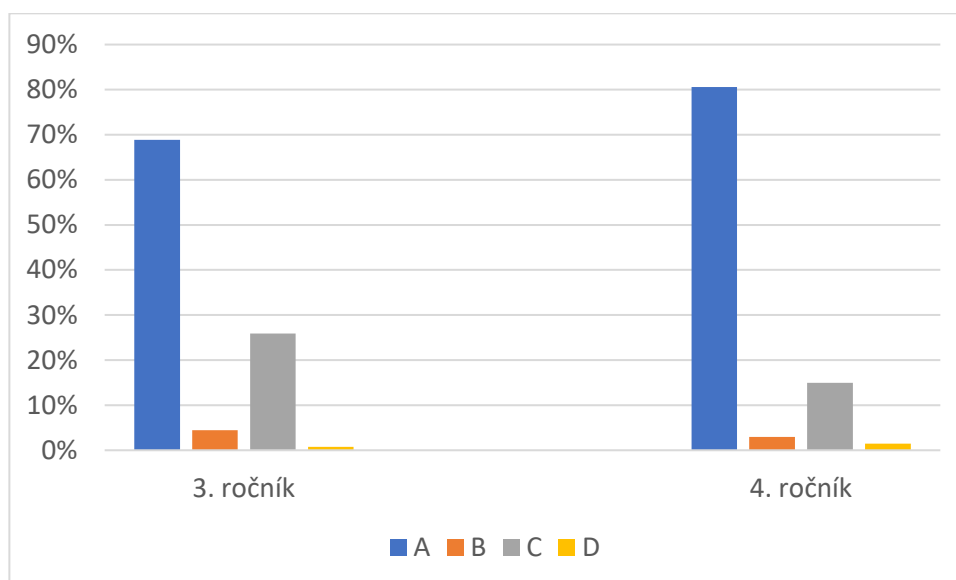
Graf 46. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 4.

Otázka číslo 4 zjišťovala, zdali studenti vědí, jak se zachovat v případě, že je v čekárně neslyšící pacient.

Tabulka 48. Počet odpovědí u otázky č. 5 - 3. versus 4. ročník.

	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3. ročník	93 (69 %)	6 (4 %)	35 (26 %)	1 (1 %)
4. ročník	108 (81 %)	4 (3 %)	20 (15 %)	2 (1 %)
T-test	4 %			

Zdroj: vlastní výzkum



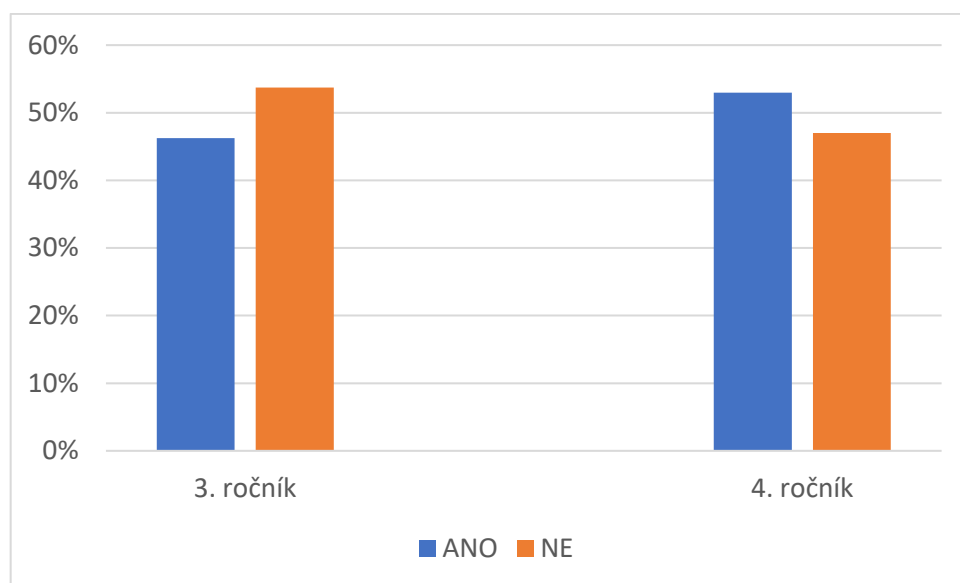
Graf 47. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 5.

Následovaly otázky s možnostmi výběru ANO, NE. První takto položená informace tvrdí, že ze rtů lze správně odezírat pouze 30 % informací.

Tabulka 49. Počet odpovědí na otázku č. 6 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	62 (46 %)	72 (54 %)
4. ročník	71 (53 %)	63 (47 %)
T-test	27 %	

Zdroj: vlastní výzkum



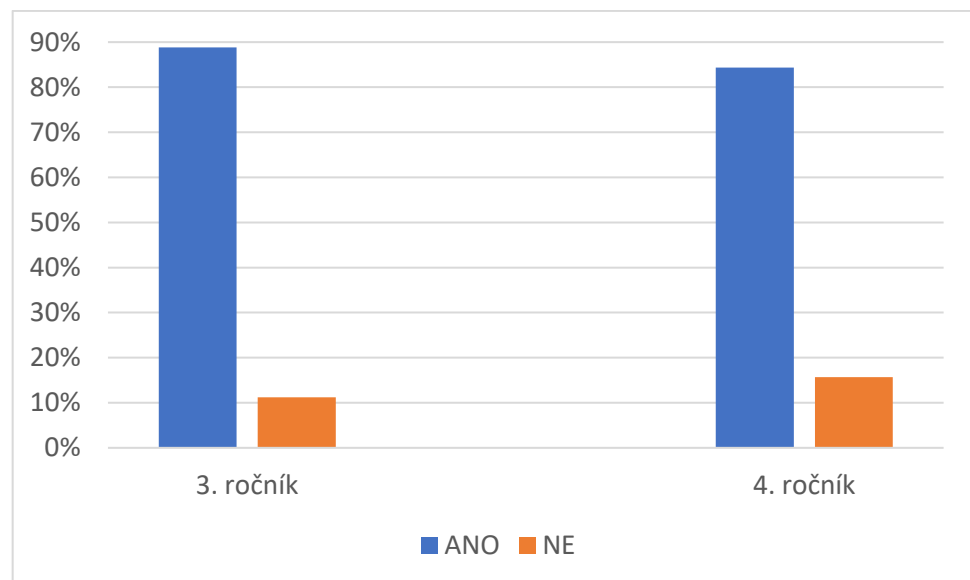
Graf 48. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 6.

Tvrzení číslem 7 říká, že je tlumočnickova povinnost počkat, než jej lékař přijme do své ordinace.

Tabulka 50. Počet odpovědí na otázku č. 7 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	119 (89 %)	15 (11 %)
4. ročník	113 (84 %)	21 (16 %)
T-test	28 %	

Zdroj: vlastní výzkum



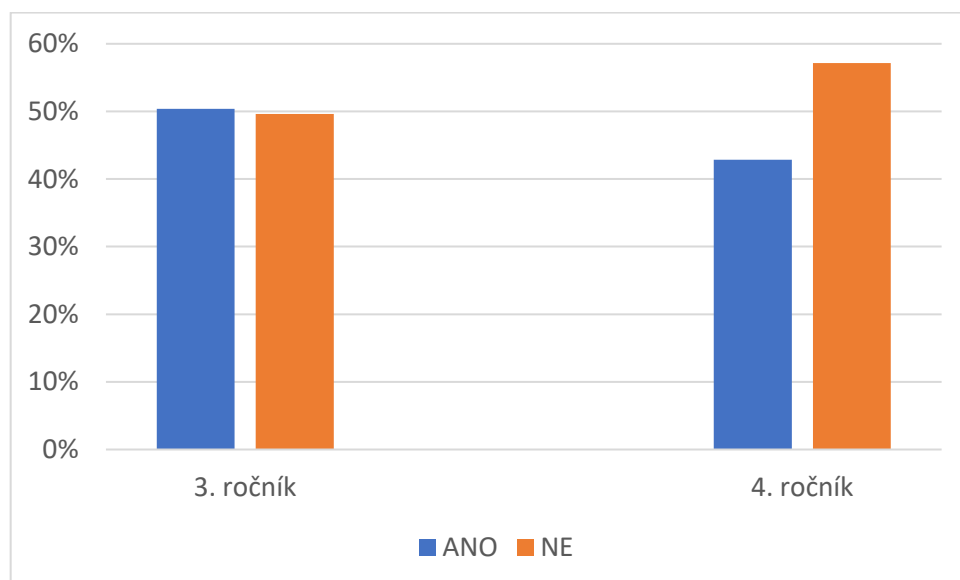
Graf 49. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 7.

Osmý fakt tvrdí, že znakový jazyk je doslovný překlad jazyka českého.

Tabulka 51. Počet odpovědí na otázku č. 8 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	67 (50 %)	66 (50 %)
4. ročník	57 (43 %)	76 (57 %)
T-test	22 %	

Zdroj: vlastní výzkum



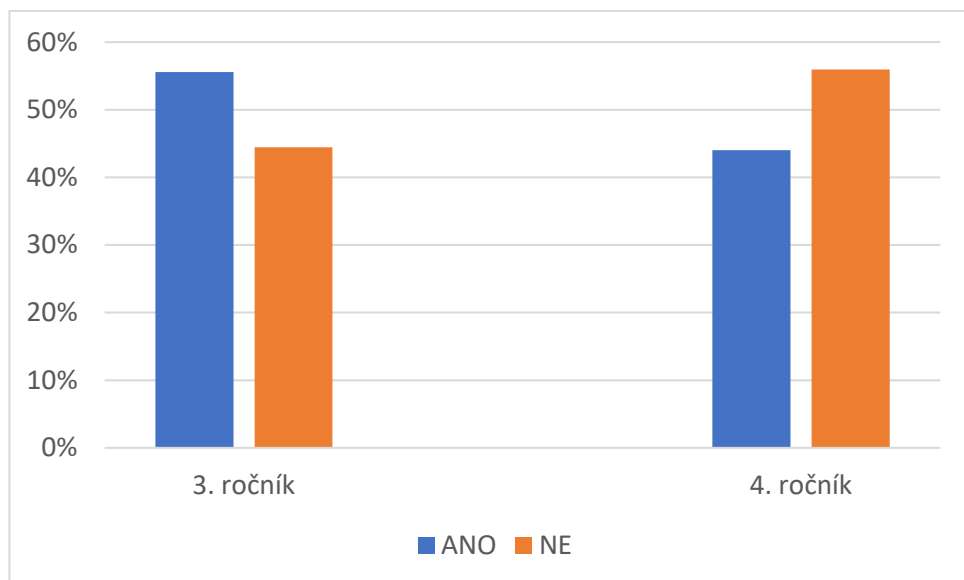
Graf 50. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 8.

Tvrzení 9 se váže ke komunikaci s tlumočnickem. Tvrdí, že je důležité vysvětlit primárně tlumočnickovi, co chceme pacientovi sdělit.

Tabulka 52. Počet odpovědí na otázku č. 9 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	75 (56 %)	60 (44 %)
4. ročník	59 (44 %)	75 (56 %)
T-test	6 %	

Zdroj: vlastní výzkum



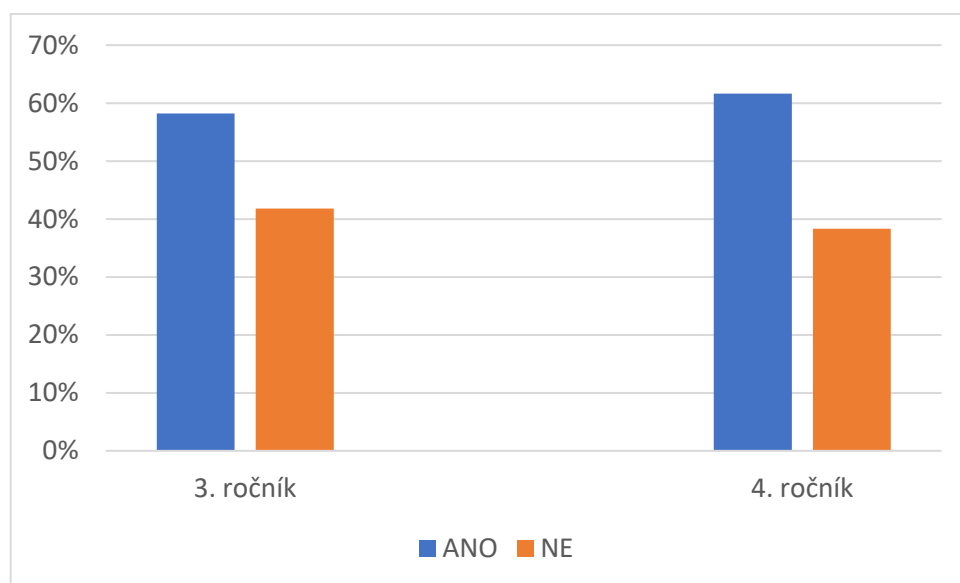
Graf 51. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 9.

V 10. tvrzení je k nalezení prosté tvrzení, že hlavní snahou by měla být snaha o vyléčení pacientovy hluchoty.

Tabulka 53. Počet odpovědí na otázku č. 10 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	78 (58 %)	56 (42 %)
4. ročník	82 (62 %)	51 (38 %)
T-test	60 %	

Zdroj: vlastní výzkum



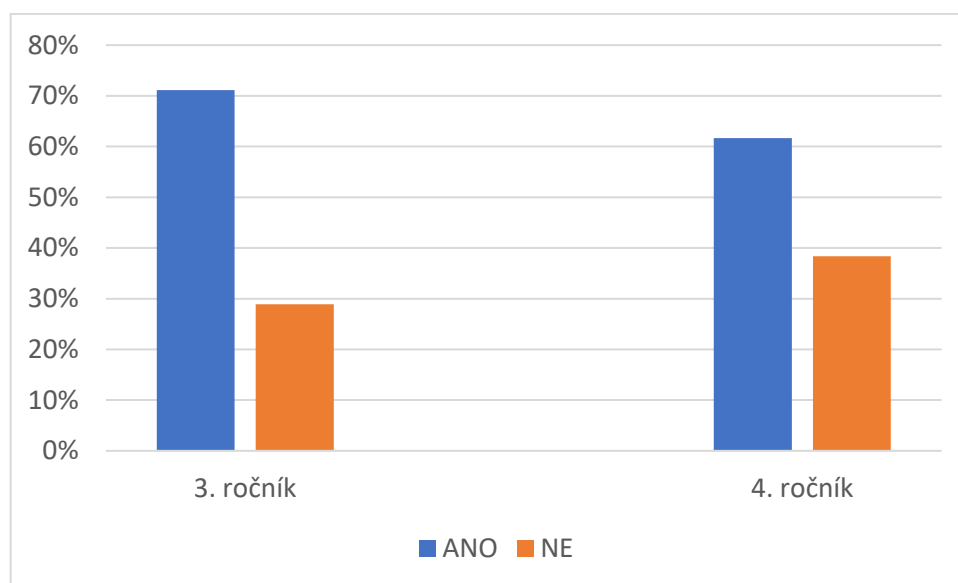
Graf 52. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 10.

Poté je uvedeno tvrzení, týkající se gramotnosti neslyšících – úroveň jejich porozumění psanému písmu je stejná, jako u slyšící populace.

Tabulka 54. Počet odpovědí na otázku č. 11 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	96 (71 %)	39 (29 %)
4. ročník	82 (62 %)	51 (38 %)
T-test	10 %	

Zdroj: vlastní výzkum



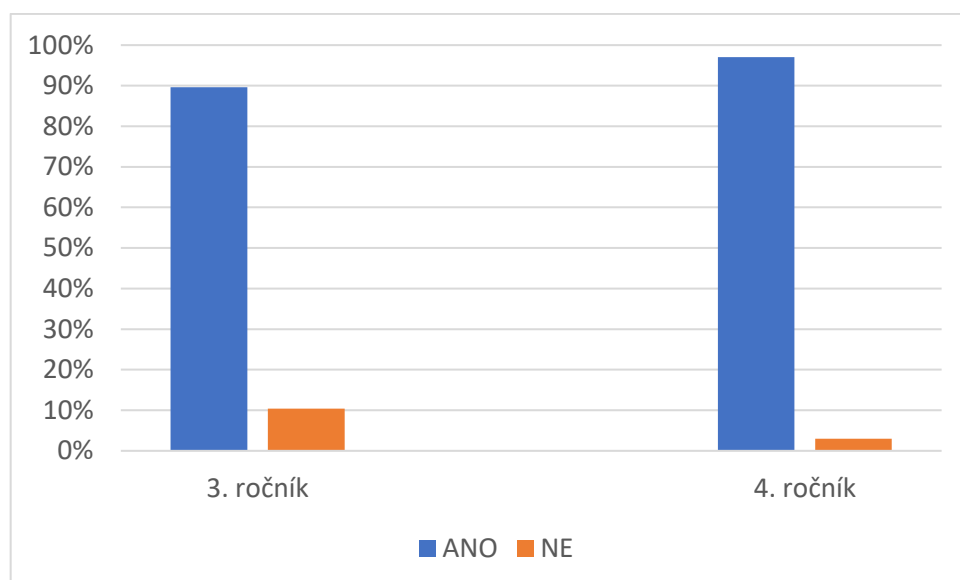
Graf 53. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 11.

Následující sdělení říká, že pokud je tlumočnický dobrým tlumočnickem, vystoupí ze své role tlumočnicka a vysvětlí lékaři, co opravdu chce ve skutečnosti pacient sdělit.

Tabulka 55. Počet odpovědí na otázku č. 12 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	121 (90 %)	14 (10 %)
4. ročník	130 (97 %)	4 (3 %)
T-test	2 %	

Zdroj: vlastní výzkum



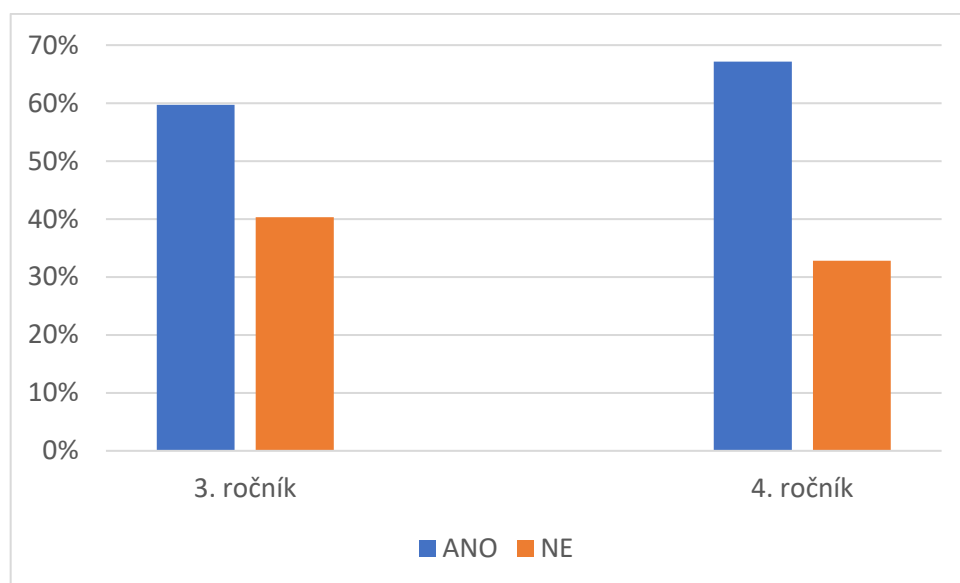
Graf 54. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 12.

13. odrážka tvrdí, že bychom, jakožto mluvící, měli sedět čelem ke zdroji světla tak, aby nás neslyšící dobře viděl.

Tabulka 56. Počet odpovědí na otázku č. 13 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	80 (60 %)	54 (40 %)
4. ročník	88 (67 %)	43 (33 %)
T-test	21 %	

Zdroj: vlastní výzkum



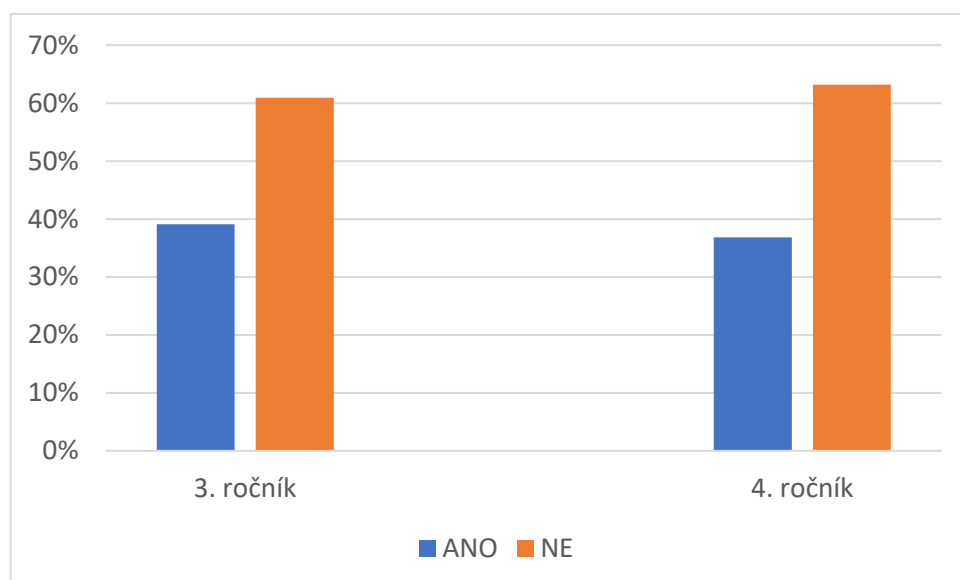
Graf 55. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 13.

Další sdělení říká, že u nemluvnat neexistuje mnoho způsobů, jak zlepšit jejich sluch, a to zejména z důvodu věku.

Tabulka 57. Počet odpovědí na otázku č. 14 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	52 (39 %)	81 (61 %)
4. ročník	49 (37 %)	84 (63 %)
T-test	71 %	

Zdroj: vlastní výzkum



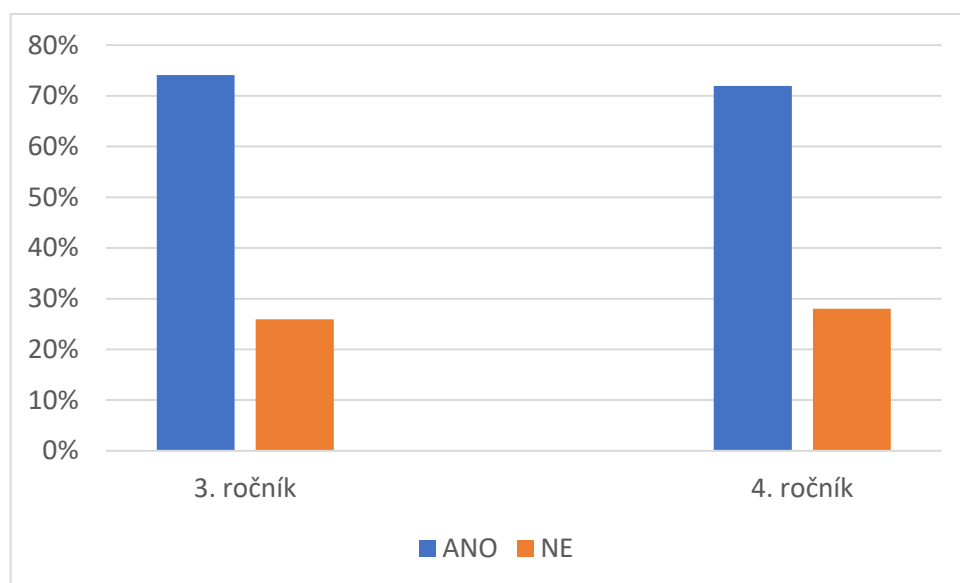
Graf 56. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 14.

V 15ce nalezneme informaci o tom, že v přítomnosti tlumočníka by každé slovo mělo být vyslovováno co nejpomaleji, aby měl tlumočník dostatečnou časovou rezervu předat tuto informaci neslyšícímu pacientovi.

Tabulka 58. Počet odpovědí na otázku č. 15 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	100 (74 %)	35 (26 %)
4. ročník	95 (72 %)	37 (28 %)
T-test	70 %	

Zdroj: vlastní výzkum



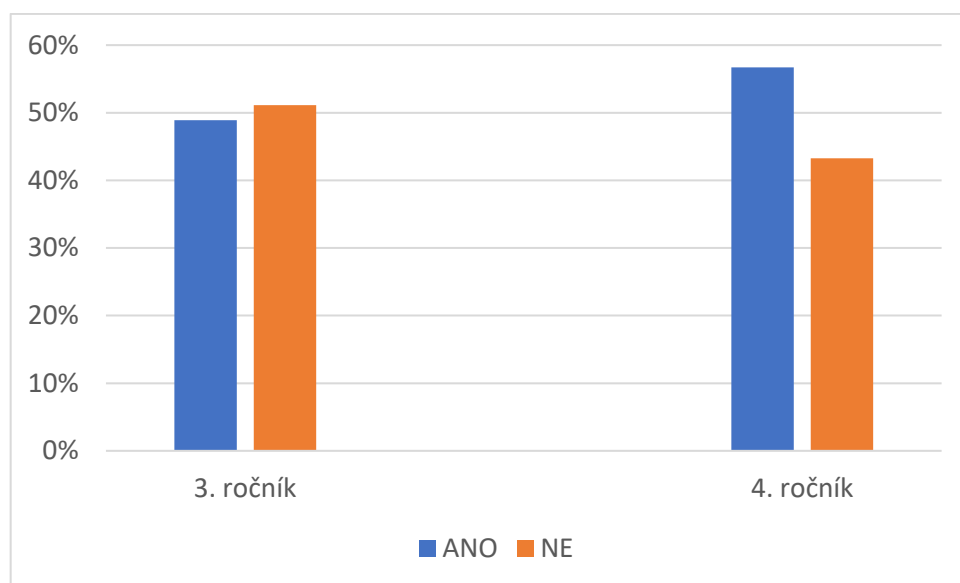
Graf 57. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 15.

16ctka tvrdí, že pro většinu neslyšících je hlavním jazykem čeština.

Tabulka 59. Počet odpovědí na otázku č. 16 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	66 (49 %)	69 (51 %)
4. ročník	76 (57 %)	58 (43 %)
T-test	20 %	

Zdroj: vlastní výzkum



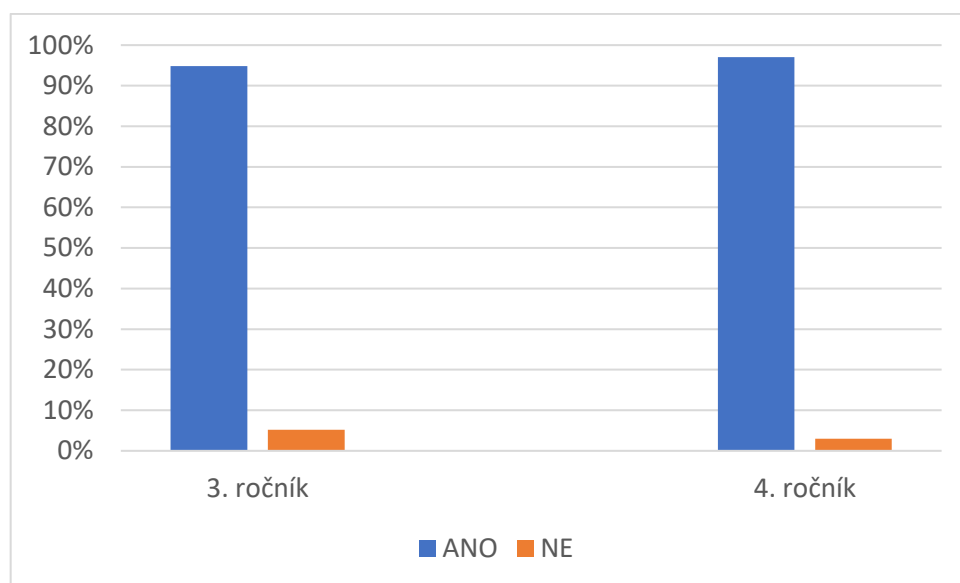
Graf 58. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 16.

Zda by o hluchotě pacienta měl být informován celý zdravotnický personál v případě hospitalizace takového pacienta, měli studenti udat v otázce číslem 17.

Tabulka 60. Počet odpovědí na otázku č. 17 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	128 (95 %)	7 (5 %)
4. ročník	130 (97 %)	4 (3 %)
T-test	36 %	

Zdroj: vlastní výzkum



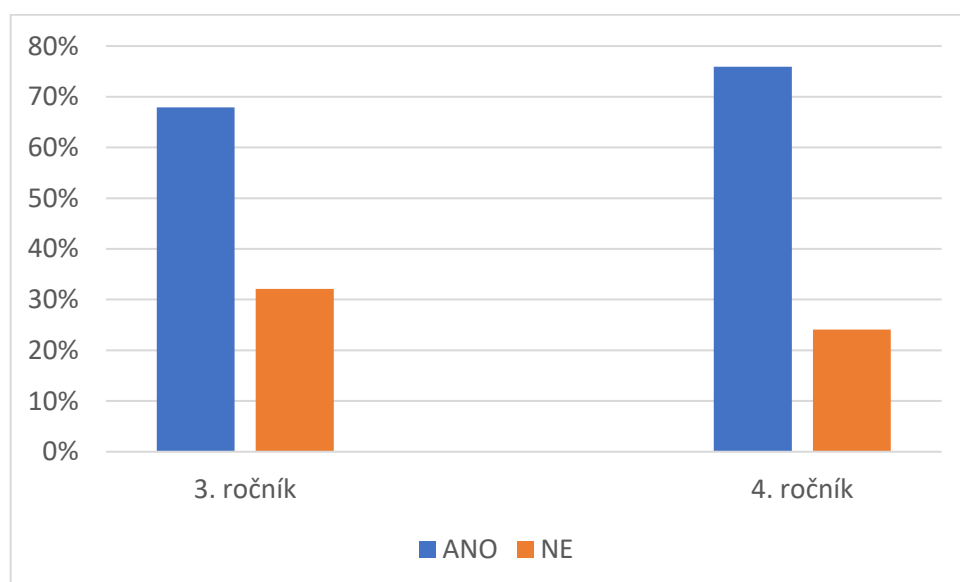
Graf 59. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 17.

V 18cté informaci bylo obsaženo, že lékaře vždy připraví na práci s pacienty se sluchovým postižením práce s jinými pacienty s postižením.

Tabulka 61. Počet odpovědí na otázku č. 18 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	91 (68 %)	43 (32 %)
4. ročník	101 (76 %)	32 (24 %)
T-test	15 %	

Zdroj: vlastní výzkum



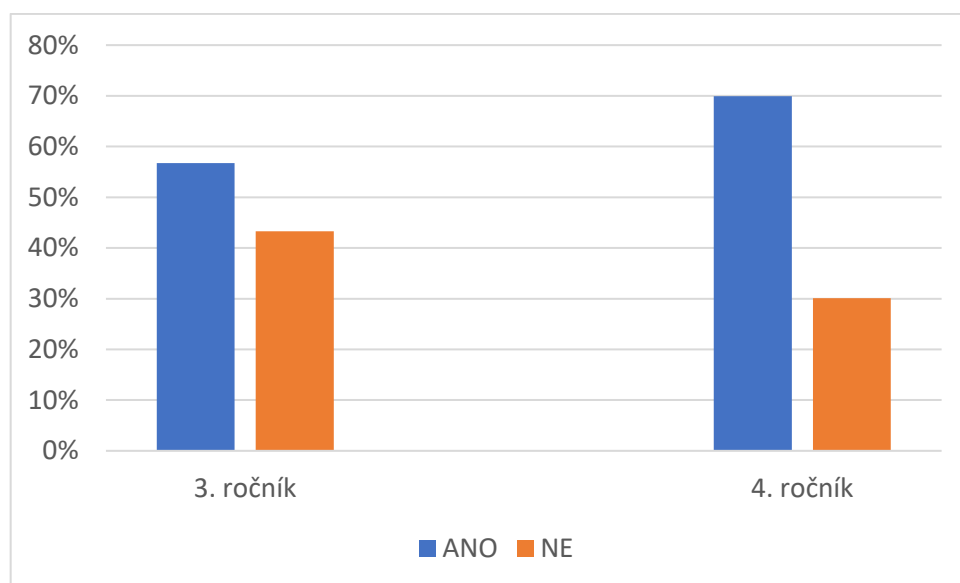
Graf 60. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 18.

19. informace jednoduše konstatuje fakt, že se 90 % neslyšících osob narodí slyšícím rodičům.

Tabulka 62. Počet odpovědí na otázku č. 19 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	76 (57 %)	58 (43 %)
4. ročník	93 (70 %)	40 (30 %)
T-test	3 %	

Zdroj: vlastní výzkum



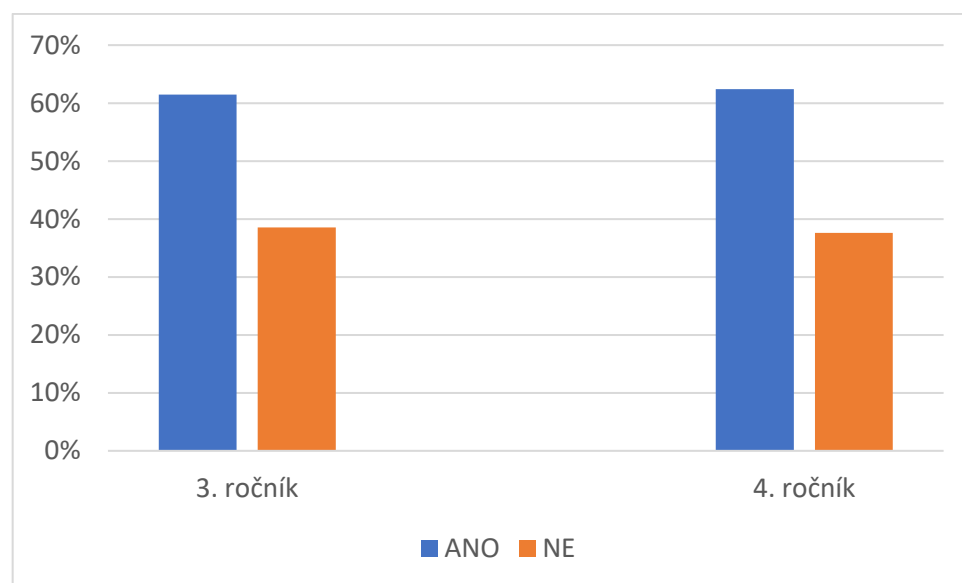
Graf 61. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 19.

20. bod sděluje, že s neslyšícím pacientem se lze vždy domluvit za pomoci tužky a papíru.

Tabulka 63. Počet odpovědí na otázku č. 20 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	83 (61 %)	52 (39 %)
4. ročník	83 (62 %)	50 (38 %)
T-test	88 %	

Zdroj: vlastní výzkum



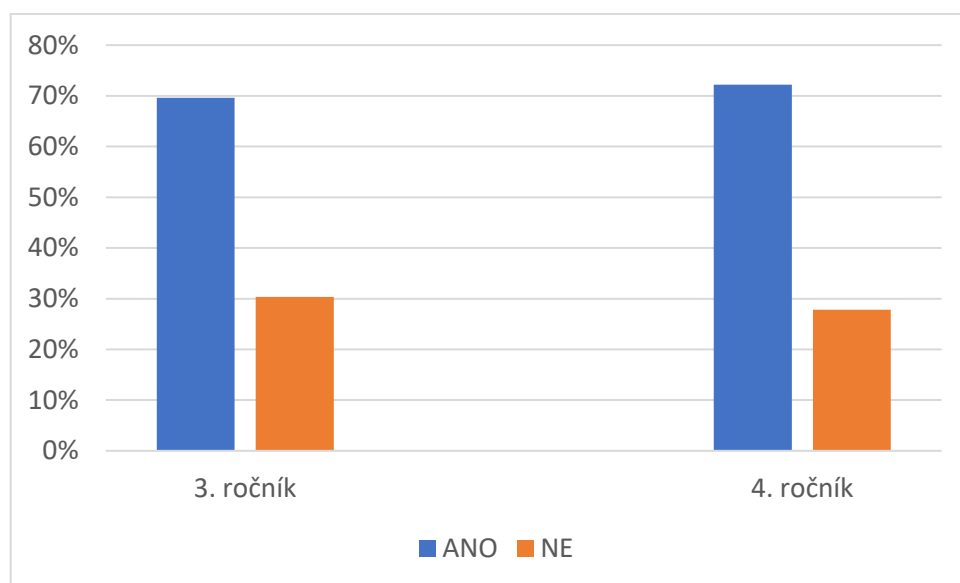
Graf 62. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 20.

Zda by studenti pacientovi doporučili, aby si přivedl kamaráda či člena rodiny jako tlumočníka, při sdělování důležitých informací chirurgické povahy, zjišťuje otázka číslem 21.

Tabulka 64. Počet odpovědí na otázku č. 21 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	94 (70 %)	41 (30 %)
4. ročník	96 (72 %)	37 (28 %)
T-test	62 %	

Zdroj: vlastní výzkum



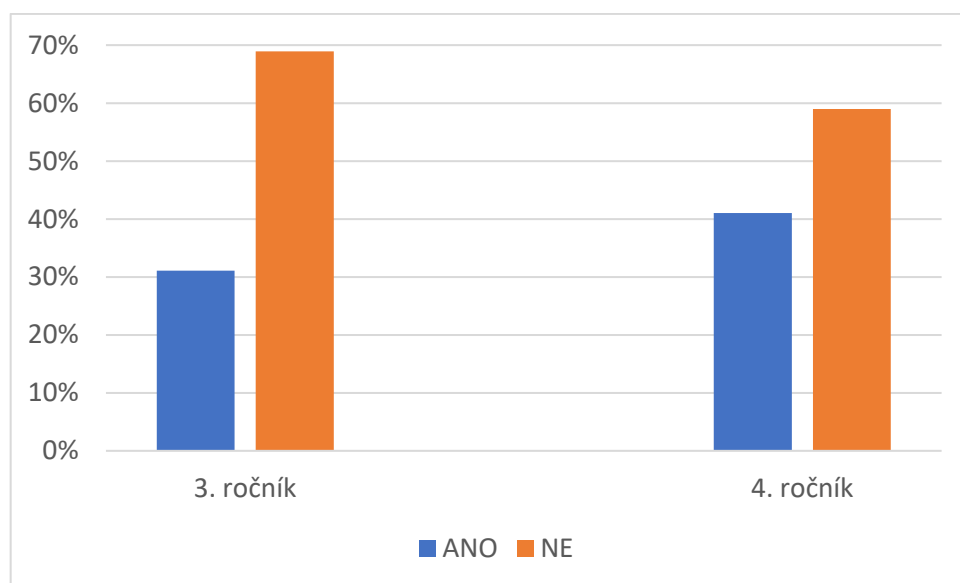
Graf 63. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 21.

22. odrážka říká, že pokud pacient vyžaduje tlumočnicka při návštěvě zdravotnického zařízení, musí si tuto službu hradit sám.

Tabulka 65. Počet odpovědí na otázku č. 22 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	41 (31 %)	91 (69 %)
4. ročník	55 (41 %)	79 (59 %)
T-test	9 %	

Zdroj: vlastní výzkum



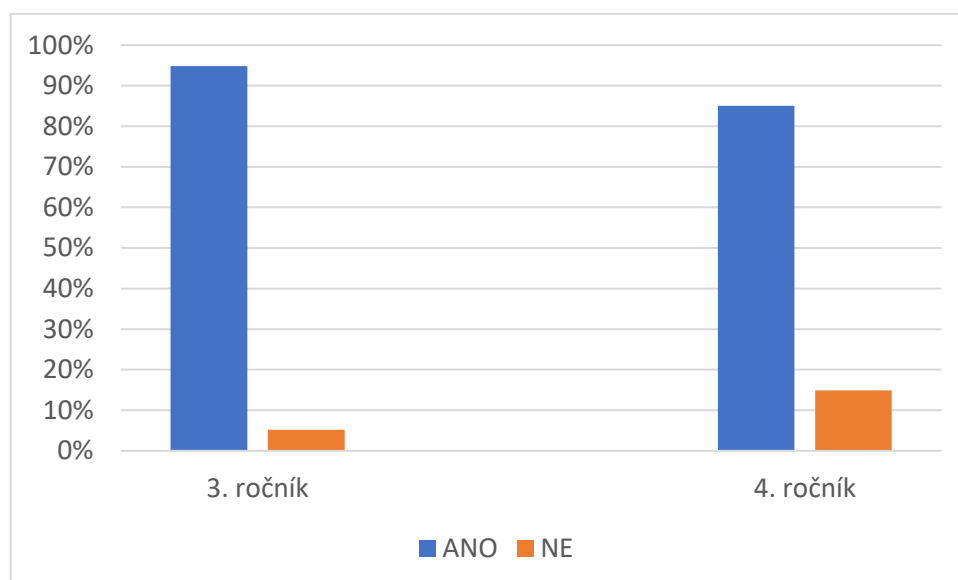
Graf 64. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 22.

Že zdravotní sestra, která v minulosti absolvovala kurz českého znakového jazyka, může být „náhradou“ za tlumočníka, tvrdí bod 23.

Tabulka 66. Počet odpovědí na otázku č. 23 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	128 (95 %)	7 (5 %)
4. ročník	114 (85 %)	20 (15 %)
T-test	1 %	

Zdroj: vlastní výzkum



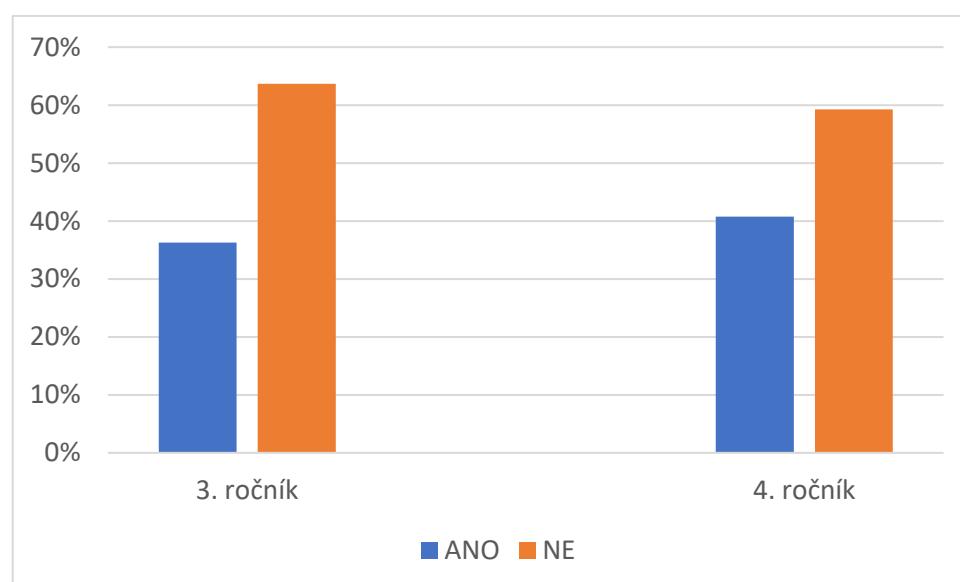
Graf 65. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 23.

Ve 24 dochází ke zjišťování povědomí studentů o Zákone č. 384/2008 Sb., přičemž tvrdíme, že z tohoto zákona vychází povinnost přítomnosti tlumočníka bez ohledu na požadavek pacienta.

Tabulka 67. Počet odpovědí na otázku č. 24 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	49 (36 %)	86 (64 %)
4. ročník	53 (41 %)	77 (59 %)
T-test	46 %	

Zdroj: vlastní výzkum



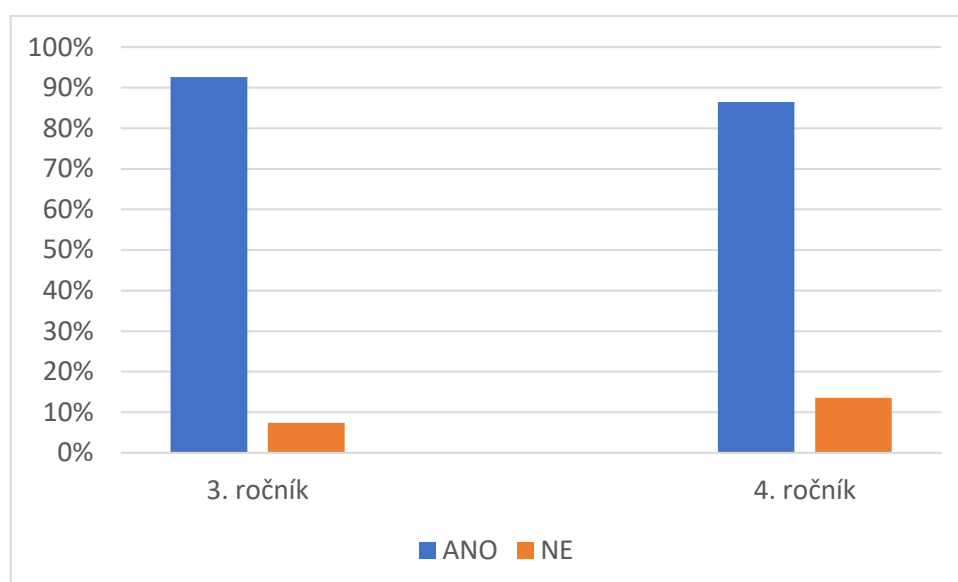
Graf 66. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 24.

Poslední otázka z části 1. se taktéž odvolává na Zákon c. 384/2008 Sb., tvrdí, že pacient si může sám zvolit jinou službu dle jeho potřeb v případě, že nepoužívá znakový jazyk.

Tabulka 68. Počet odpovědí na otázku č. 25 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	125 (93 %)	10 (7 %)
4. ročník	115 (86 %)	18 (14 %)
T-test	10 %	

Zdroj: vlastní výzkum



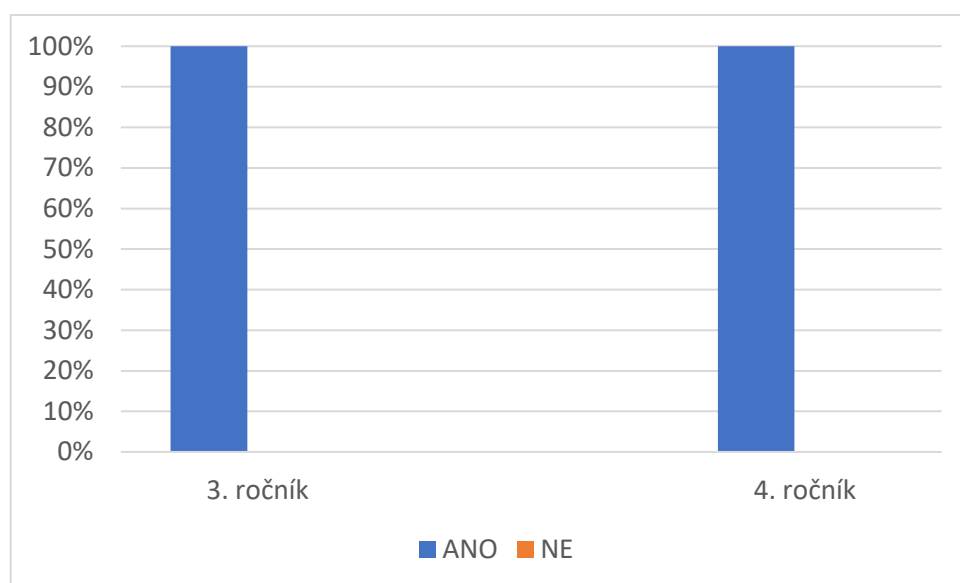
Graf 67. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 25.

Následovala část 2., zaměřená na osobní zkušenosti respondentů. První otázka ve druhé části zjišťovala, zda jsou všichni respondenti opravdu studenty středních zdravotnických škol.

Tabulka 69. Počet odpovědí na otázku č. 26 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	135 (100 %)	0 (0 %)
4. ročník	134 (100 %)	0 (0 %)

Zdroj: vlastní výzkum



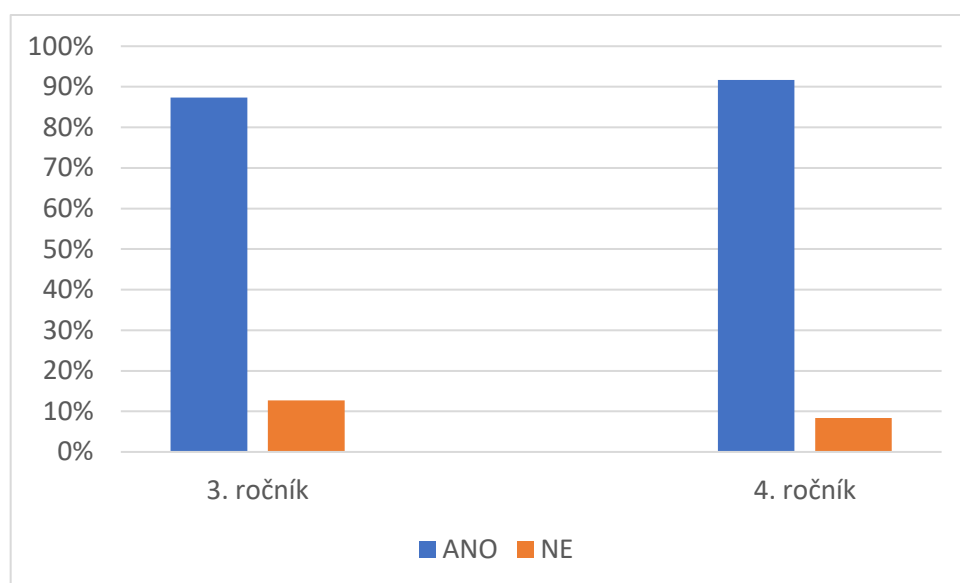
Graf 68. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 26.

Otázka 27 zjišťovala, zda a případně jak dlouho mají studenti praktické zkušenosti. Přehled odpovědí studentů, kteří uvedli délku své dosavadní praxe, jsou k vidění v tabulce č. 71 a grafu č. 70.

Tabulka 70. Počet odpovědí na otázku č. 27 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	117 (87 %)	17 (13 %)
4. ročník	121 (92 %)	11 (8 %)

Zdroj: vlastní výzkum

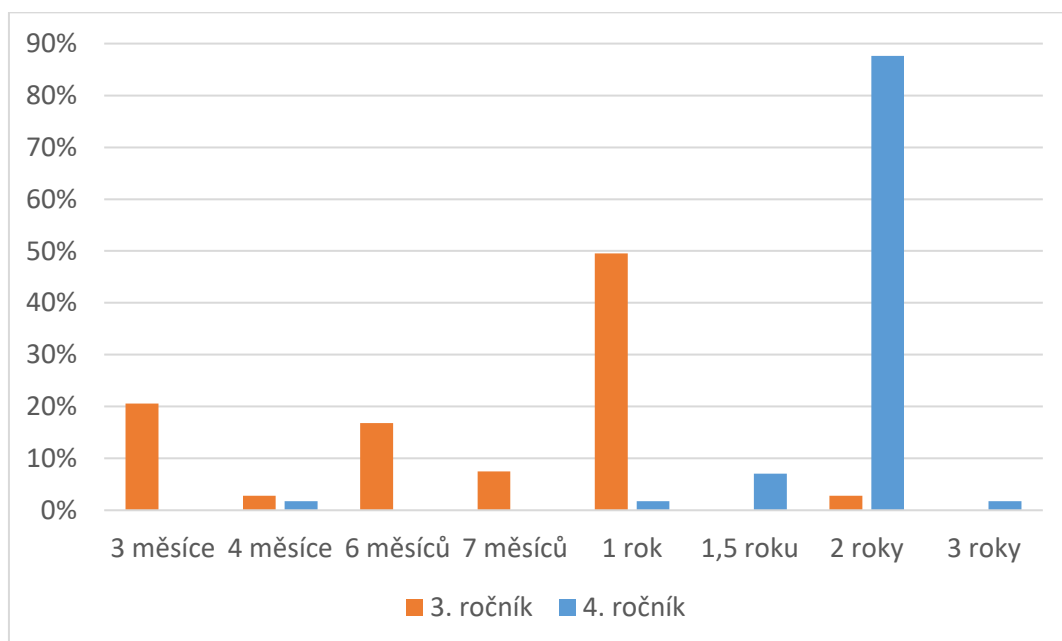


Graf 69. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 27.

Tabulka 71. Počet odpovědí na otázku č. 27 – 3. versus 4. ročník.

Délka praxe	3. ročník	4. ročník
	N (%)	N (%)
3 měsíce	22 (21 %)	0 (0 %)
4 měsíce	3 (3 %)	2 (2 %)
6 měsíců	18 (17 %)	0 (0 %)
7 měsíců	8 (7 %)	0 (0 %)
1 rok	53 (50 %)	2 (2 %)
1,5 roku	0 (0 %)	8 (7 %)
2 roky	3 (3 %)	99 (88 %)
3 roky	0 (0 %)	2 (2 %)

Zdroj: vlastní výzkum



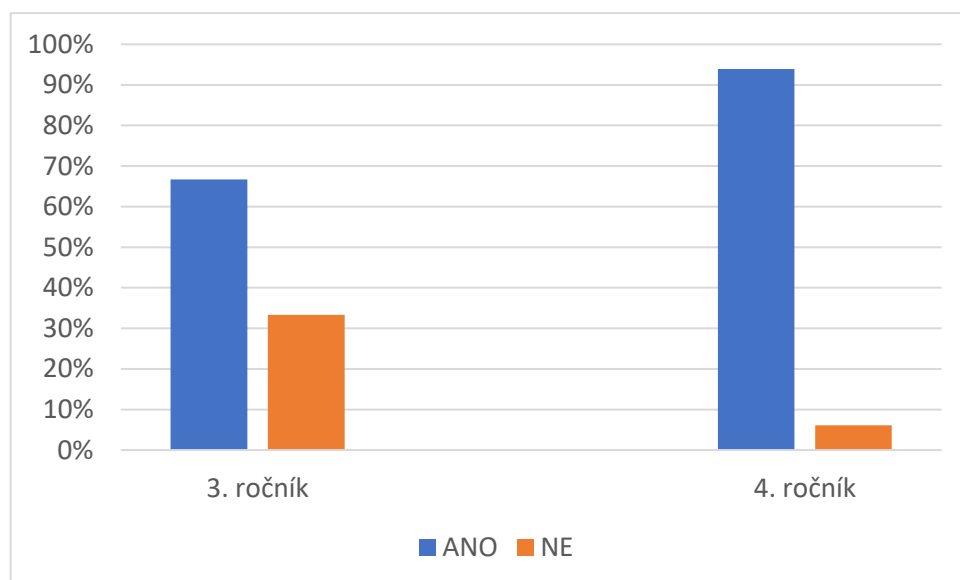
Graf 70. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 27.

28. otázka se vztahovala k tomu, zda jedinec během své praxe získal zkušenost osobou se zdravotním postižením.

Tabulka 72. Počet odpovědí na otázku č. 28 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	92 (67 %)	45 (33 %)
4. ročník	123 (94 %)	8 (6 %)

Zdroj: vlastní výzkum



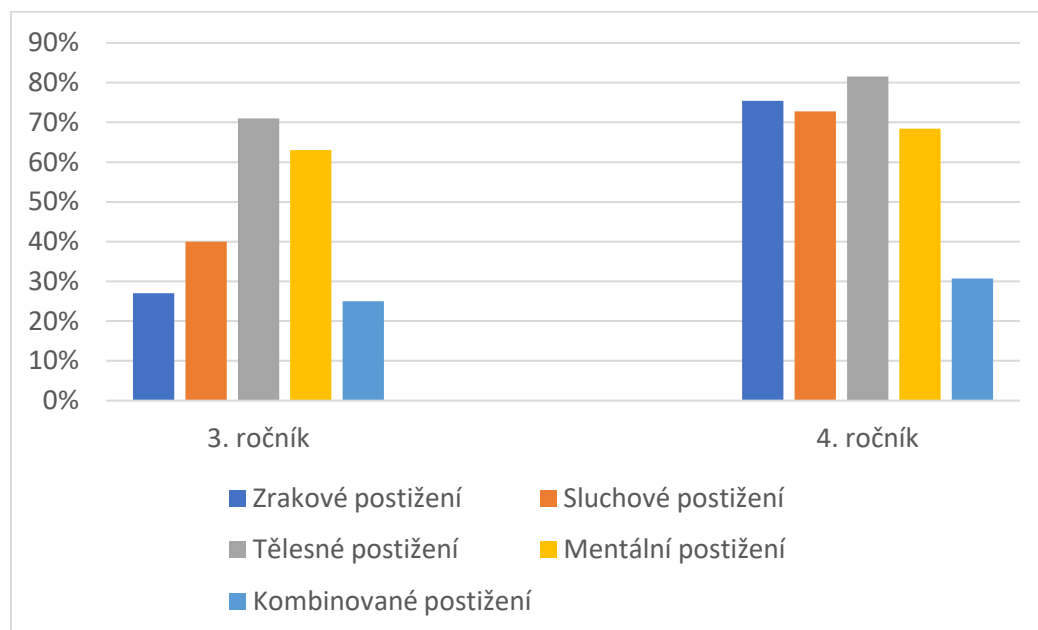
Graf 71. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 28.

Pokud respondenti uvedli možnost ANO v předchozí otázce, v návazné otázce mohli i z více možností vybrat, o jaký typ postižení se jednalo. Ze třetích ročníků jsme celkem získali odpovědi v počtu 100, od čtvrtých to potom bylo 114 odpovědí.

Tabulka 73. Počet odpovědí na otázku č. 29 – 3. versus 4. ročník.

Typ postižení	3. ročník	4. ročník
	N (%)	N (%)
Zrakové postižení	27 (27 %)	86 (75 %)
Sluchové postižení	40 (40 %)	83 (72 %)
Tělesné postižení	71 (71 %)	93 (81 %)
Mentální postižení	63 (63 %)	78 (68 %)
Kombinované postižení	25 (25 %)	35 (30 %)

Zdroj: vlastní výzkum



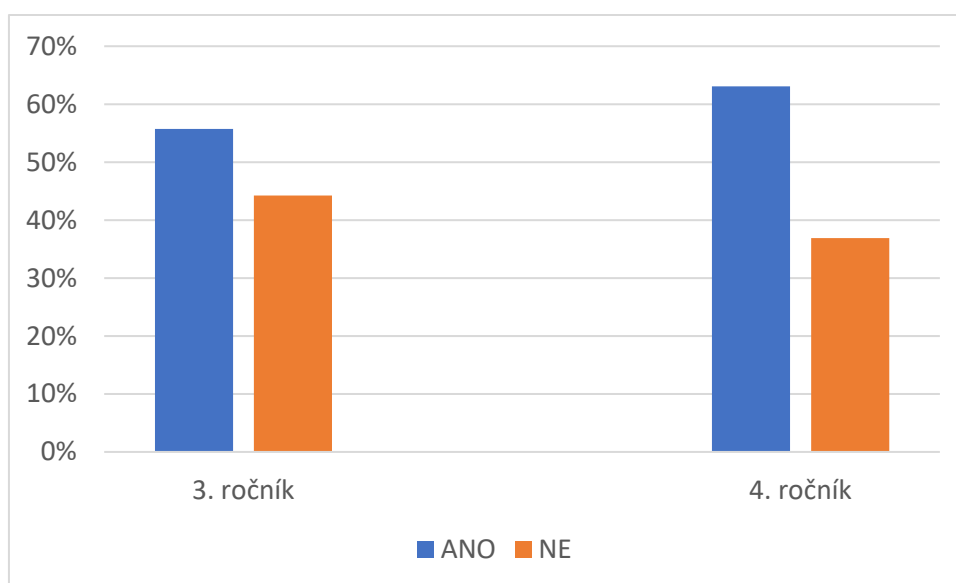
Graf 72. Grafické zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 29.

V otázce 30. se zájem vztahuje na pocit studentů, zdali se domnívají, že mají dostatek znalostí pro poskytování služeb osobám se zdravotním postižením. Studenti též dostali prostor se vyjádřit v případě výběru odpovědi ne. Tyto odpovědi jsou zaznamenány v úvodu podkapitoly 4.2.

Tabulka 74. Počet odpovědí na otázku č. 30 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	63 (56 %)	50 (44 %)
4. ročník	82 (63 %)	48 (37 %)

Zdroj: vlastní výzkum



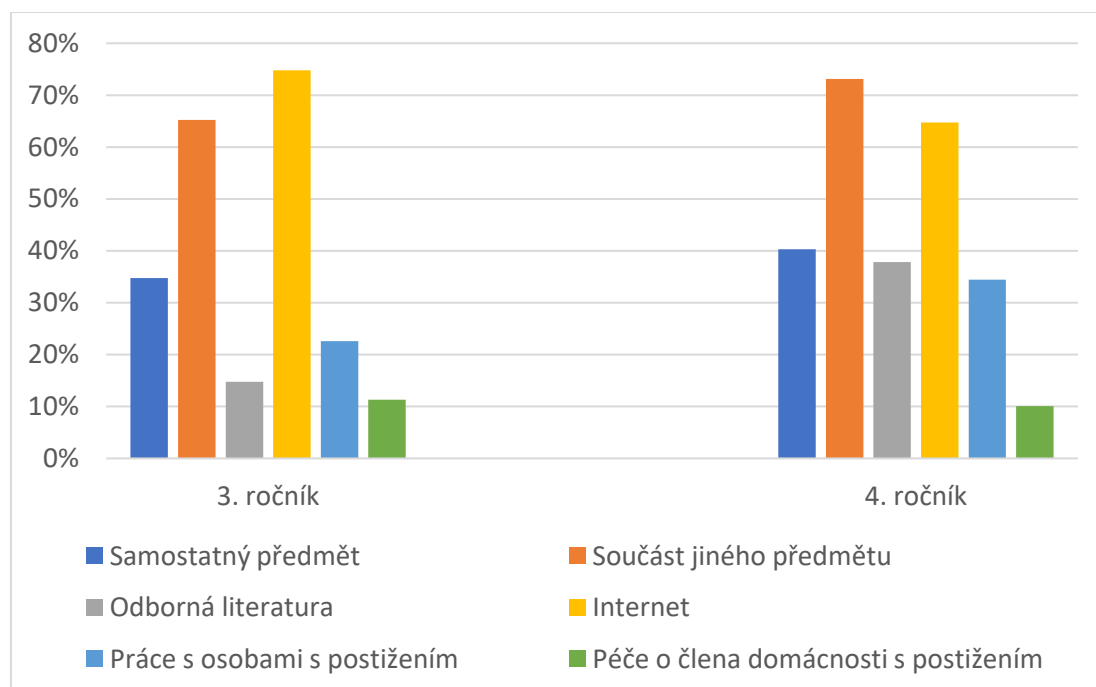
Graf 73. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 30.

Dále byli respondenti požádáni, aby uvedli, kde se nejčastěji setkávají s informacemi o přístupech k pacientům se zdravotním postižením. Měli možnost uvést od žádné odpovědi až po 6 odpovědí. Ze třetího ročníku bylo obdrženo 115 odpovědí celkem a ze čtvrtého 119 odpovědí celkem.

Tabulka 75. Počet odpovědí na otázku č. 31 – 3. versus 4. ročník.

	3. ročník	4. ročník
	N (%)	N (%)
Školní výuka (samostatný předmět)	40 (34 %)	48 (40 %)
Školní výuka (součást jiného předmětu)	75 (65 %)	87 (73 %)
Odborná literatura	17 (15 %)	45 (38 %)
Internet	86 (75 %)	77 (65 %)
Práce s osobami se zdravotním postižením	26 (23 %)	41 (34 %)
Péče o člena rodiny se zdravotním postižením	13 (11 %)	12 (10 %)

Zdroj: vlastní výzkum



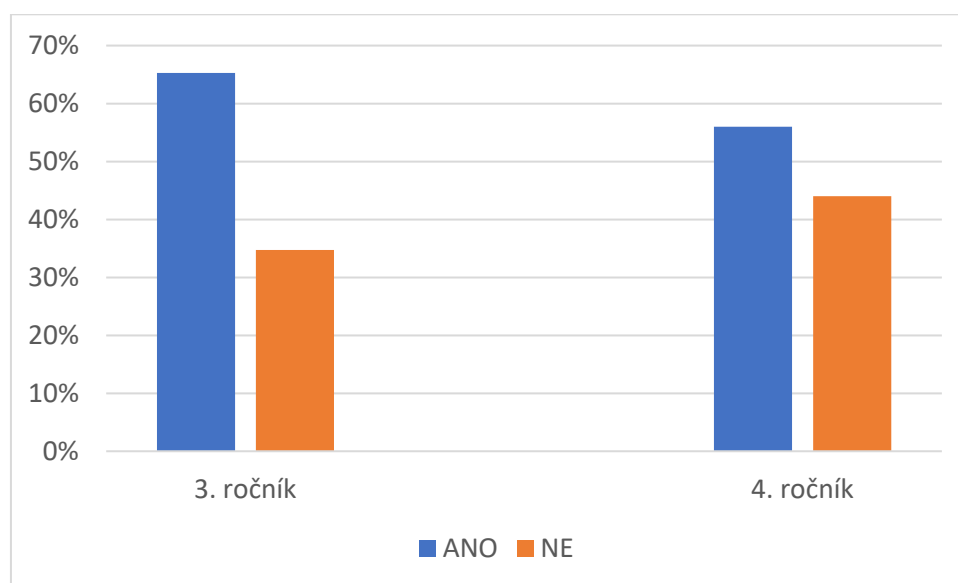
Graf 74. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 31.

Následující otázka zjišťovala potenciální zájem studentů o zavedení samostatného předmětu, věnujícího se problematice zdravotního postižení v oblasti zdravotnictví.

Tabulka 76. Počet odpovědí na otázku č. 32 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	77 (65 %)	41 (35 %)
4. ročník	70 (56 %)	55 (44 %)

Zdroj: vlastní výzkum



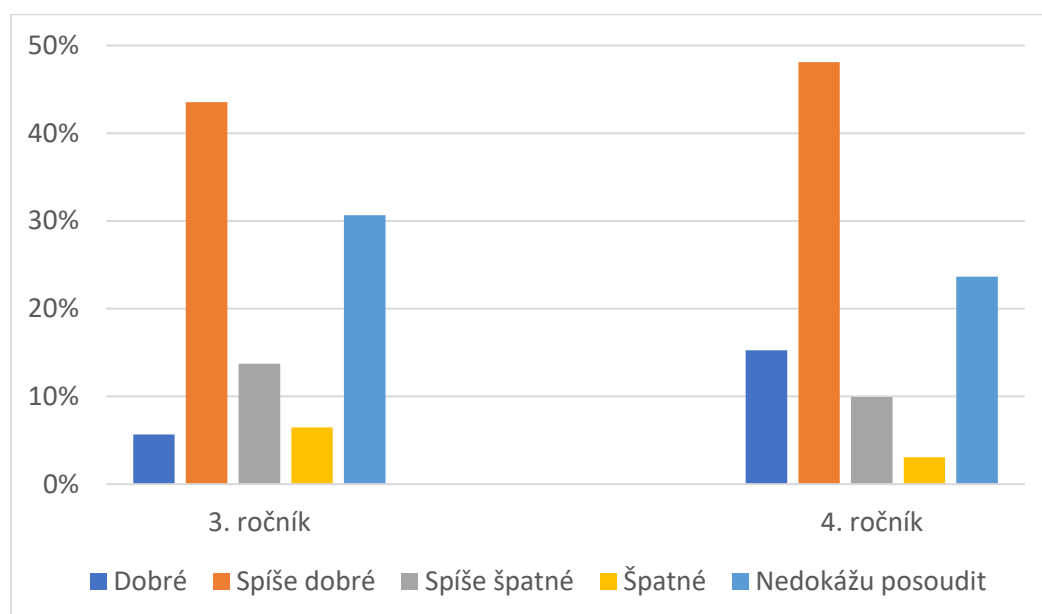
Graf 75. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 32.

Ve 33. odrážce měli studenti zhodnotit své znalosti o dané problematice dle vlastního mínění.

Tabulka 77. Počet odpovědí na otázku č. 33 – 3. versus 4. ročník.

	3. ročník	4. ročník
	N (%)	N (%)
Dobré	7 (6 %)	20 (15 %)
Spíše dobré	54 (44 %)	63 (48 %)
Spíše špatné	17 (14 %)	13 (10 %)
Špatné	8 (6 %)	4 (3 %)
Nedokážu posoudit	38 (31 %)	31 (24 %)

Zdroj: vlastní výzkum



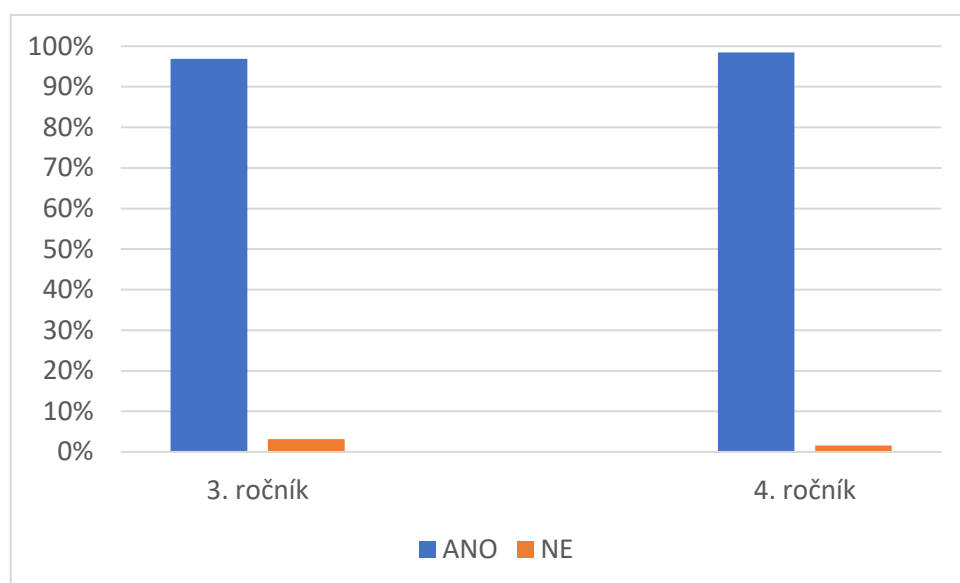
Graf 76. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 33.

Další otázka se vztahovala k tomu, zda se studenti domnívají, že znalost specifik komunikace osob se zdravotním postižením je v rámci poskytování zdravotnické péče důležitá.

Tabulka 78. Počet odpovědí na otázku č. 34 – 3. versus 4. ročník.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	124 (97 %)	4 (3 %)
4. ročník	128 (98 %)	2 (2 %)

Zdroj: vlastní výzkum



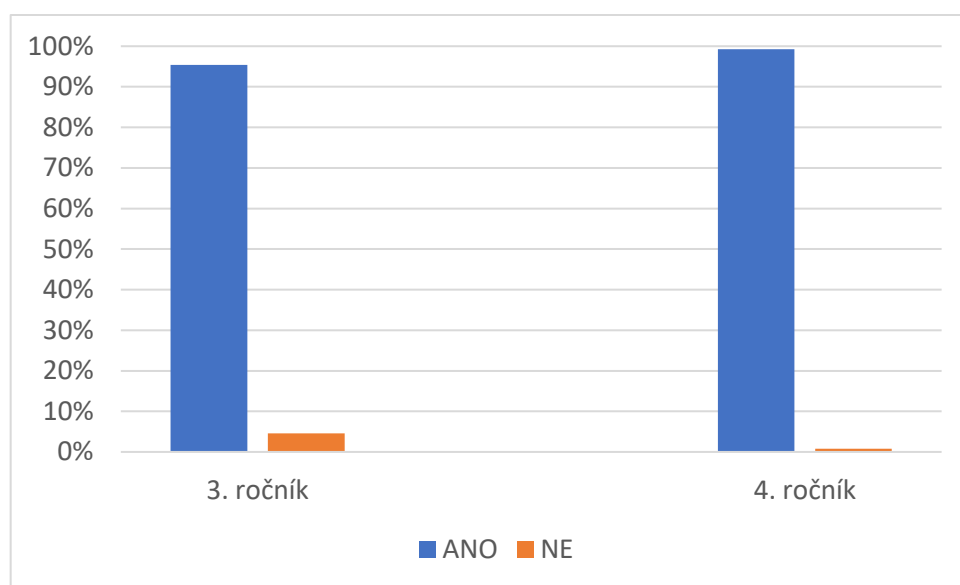
Graf 77. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 34.

Na ovlivnění poskytování služeb se může výraznit podíl správná komunikace. Studenti si mohli zvolit možnosti ANO i NE a u obou dostali prostor k vlastnímu vyjádření. Odpovědi těch, kteří se této možnosti rozhodli využít, jsou detailněji rozepsány v úvodu podkapitoly 4.2.

Tabulka 79. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 35.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	125 (95 %)	6 (5 %)
4. ročník	129 (99 %)	1 (1 %)

Zdroj: vlastní výzkum



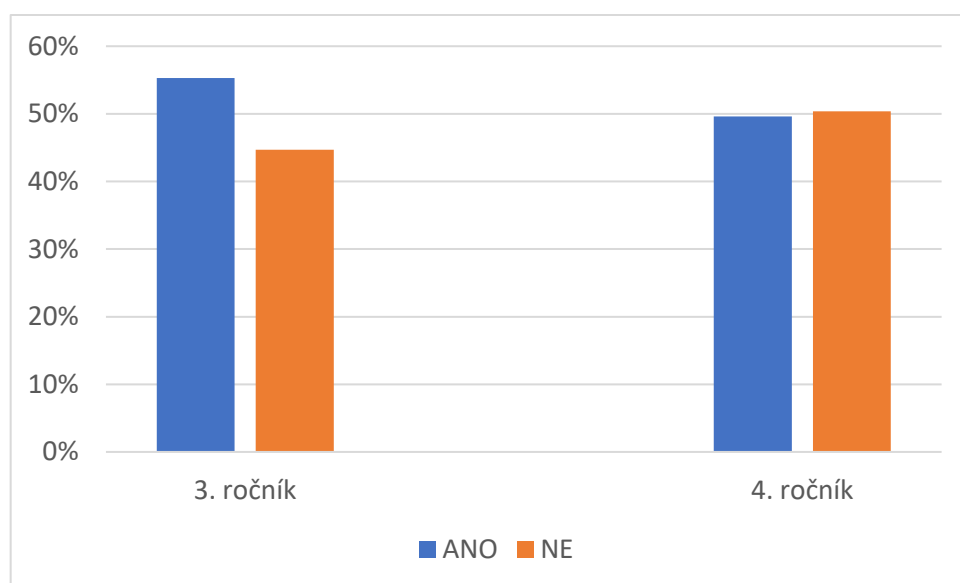
Graf 78. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 35.

36. otázka se zajímá, zda by respondenti měli osobní zájem na detailnějších informacích v problematice osob sluchového postižení.

Tabulka 80. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 36.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	73 (55 %)	59 (45 %)
4. ročník	66 (50 %)	67 (50 %)

Zdroj: vlastní výzkum



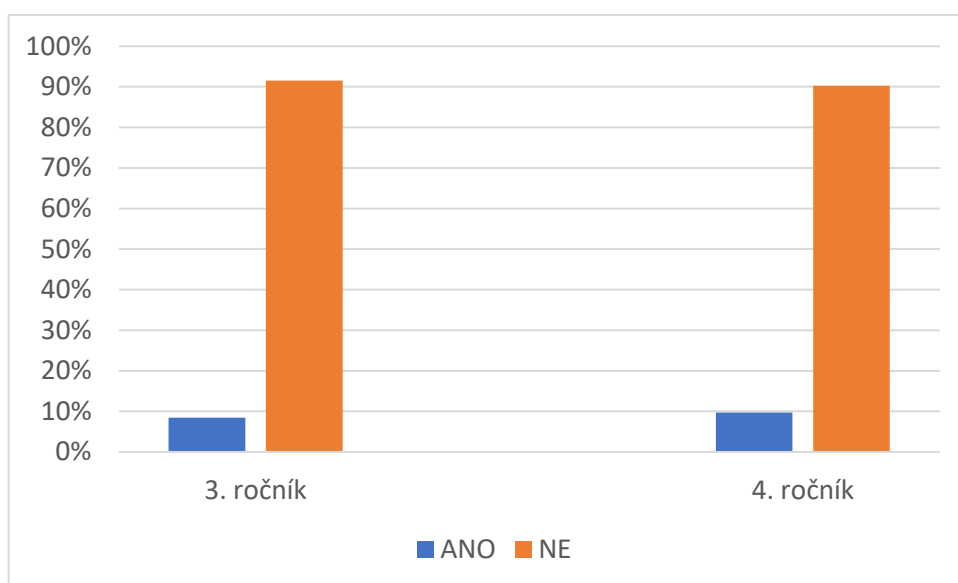
Graf 79. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 36.

V poslední otázce, bezprostředně se vztající ke zkušenosti studentů je položen dotaz, zda se studenti někdy během svého života zúčastnili kurzu znakového jazyka.

Tabulka 81. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 37.

	ANO	NE
	N (%)	N (%)
3. ročník	11 (8 %)	119 (92 %)
4. ročník	13 (10 %)	121 (90 %)

Zdroj: vlastní výzkum



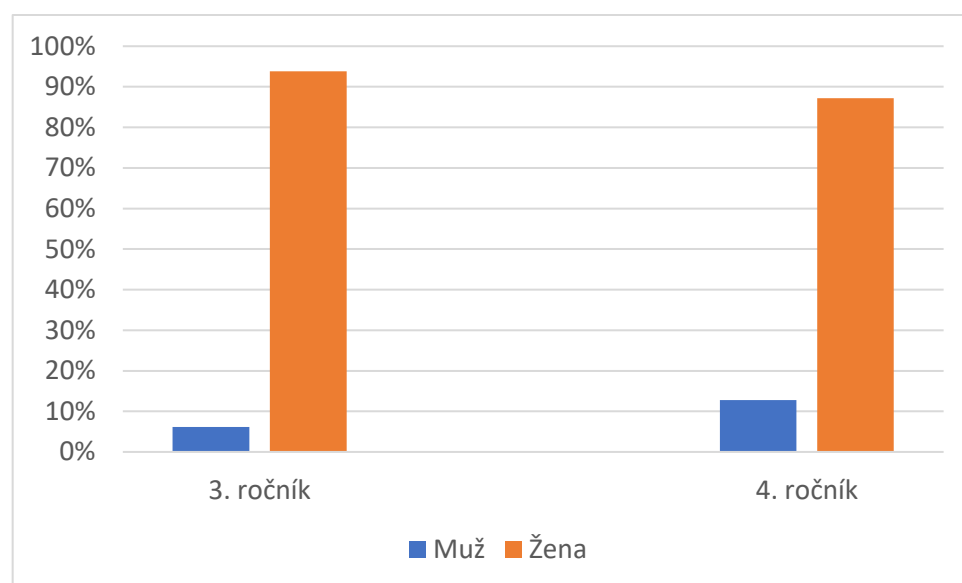
Graf 80. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 37.

V posledních třech odrážkách (38, 39 a 40) měli respondenti uvést své pohlaví, studijní obor a formu studia.

Tabulka 82. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 38.

	MUŽ	ŽENA
	N (%)	N (%)
3. ročník	8 (6 %)	122 (94 %)
4. ročník	17 (13 %)	116 (87 %)

Zdroj: vlastní výzkum

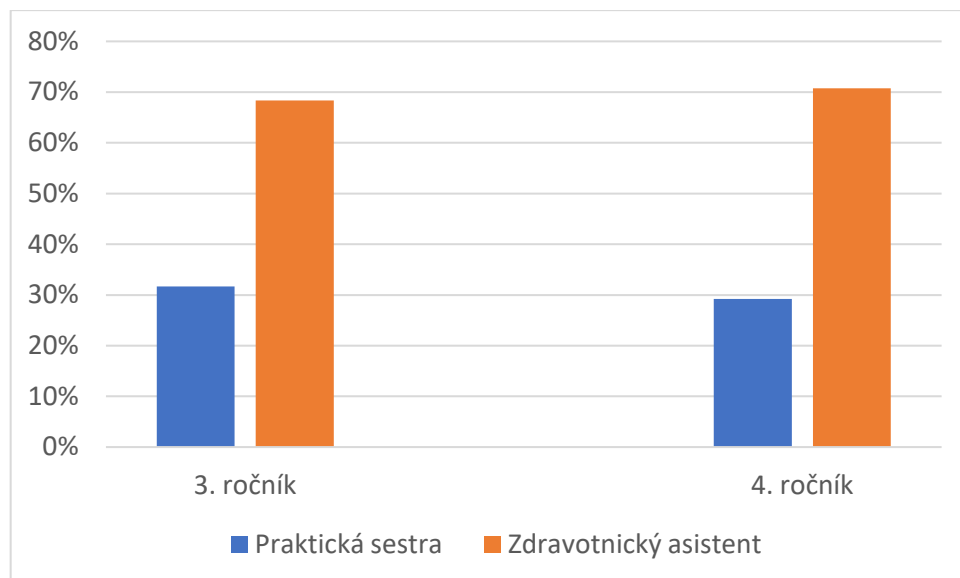


Graf 81. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 38.

Tabulka 83. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 39.

	Praktická sestra	Zdravotnický asistent
	N (%)	N (%)
3. ročník	44 (32 %)	95 (68 %)
4. ročník	38 (29 %)	92 (71 %)

Zdroj: vlastní výzkum

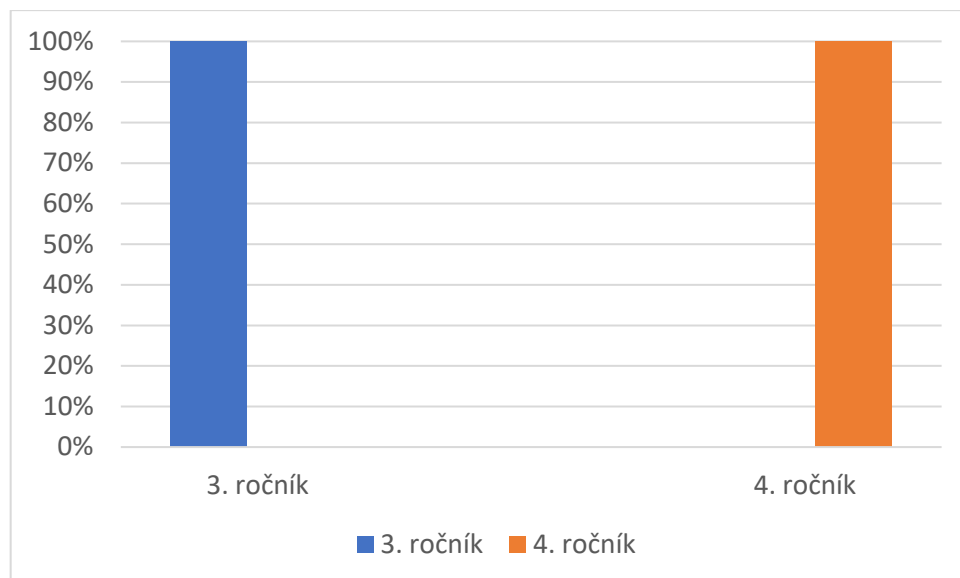


Graf 82. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 39.

Tabulka 84. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40.

	Počet studentů	
	N (%)	N (%)
3. ročník	135 (100 %)	0 (0 %)
4. ročník	0 (0 %)	134 (100 %)

Zdroj: vlastní výzkum

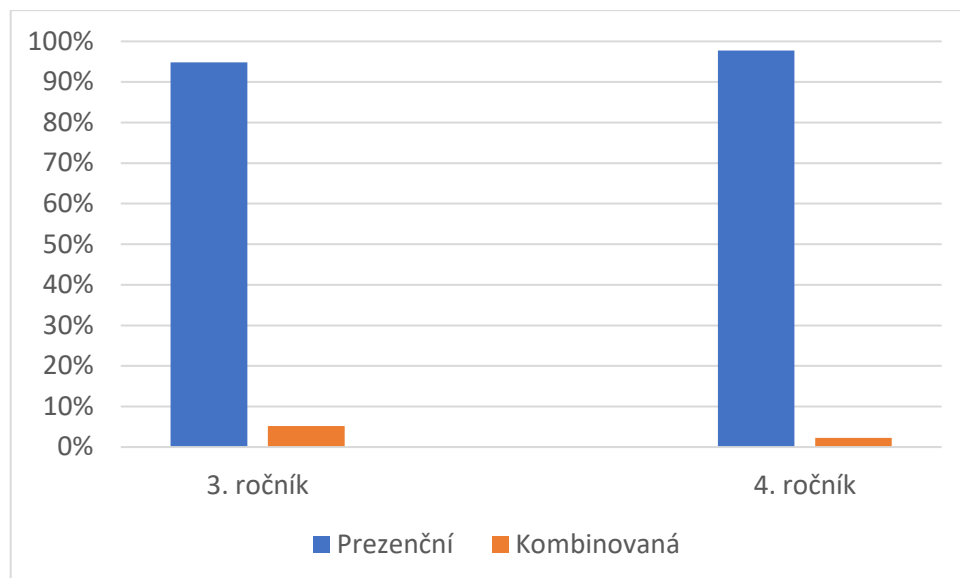


Graf 83. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40.

Tabulka 85. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40.

Forma studia	Prezenční	Kombinovaná
	N (%)	N (%)
3. ročník	128 (95 %)	7 (5 %)
4. ročník	131 (98 %)	3 (2 %)

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 84. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40.

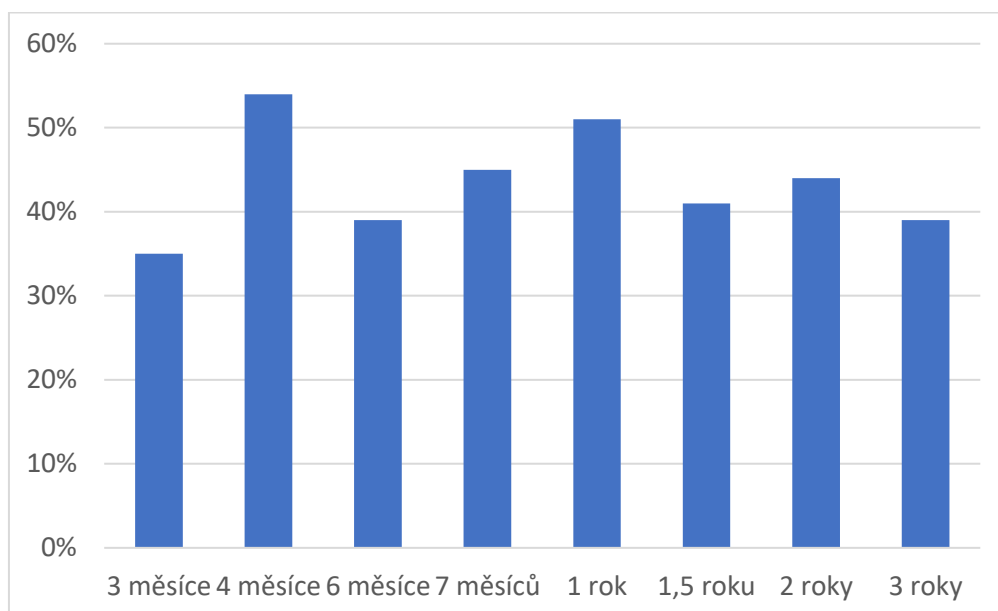
4.3 Vliv délky praxí na úroveň znalostí

Podle uvedené délky praxe každého účastníka, došlo k vyhodnocení průměrného skóre vědomostí. Graf níže ukazuje, jak délka praxí ovlivňuje úroveň vědomostí. Na začátku práce je předpoklad, že úměrně s délkou praxí bude růst i úroveň teoretických vědomostí. Bohužel, výsledkem je to, že délka praxí se neprokázala jako výrazný vliv na znalosti studentů, tudíž toto tvrzení není pravdivé. Postupný nárůst vědomostí lze vidět mezi 6 měsícem až 1 rokem, odsud potom výsledky zase kolísají.

Tabulka 86. Procentuální přehled odpovědí studentů.

Délka praxe	(%)
3 měsíce	35 %
4 měsíce	54 %
6 měsíců	39 %
7 měsíců	45 %
1 rok	51 %
1, 5 roku	41 %
2 roky	44 %
3 roky	39 %

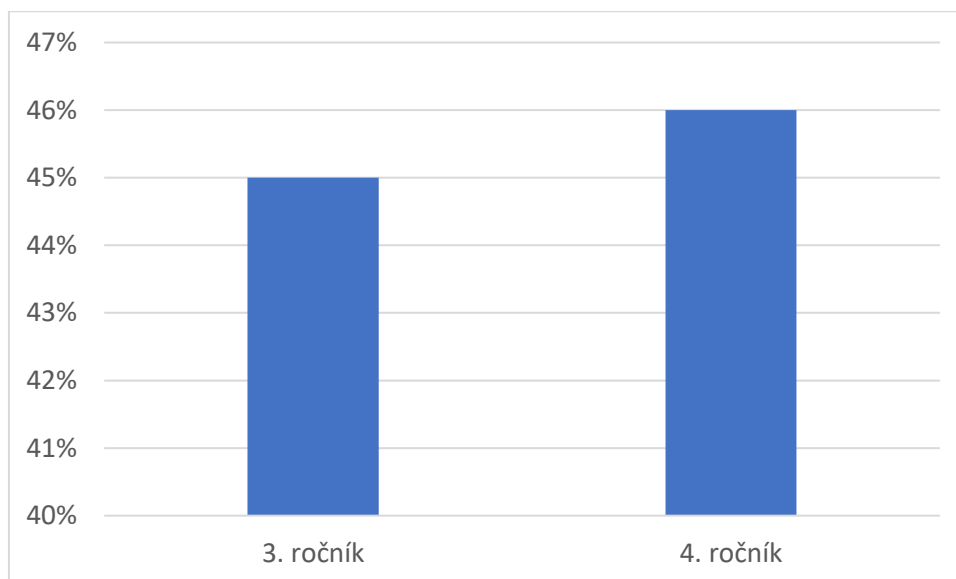
Zdroj: vlastní výzkum



Graf 85. Délka praxe a její vliv na vědomosti respondentů

Rozdíl pouhého jednoho procenta můžeme vidět při dosaženém průměrném skóre třetích (45 %) a čtvrtých ročníků (46 %), tudíž nezbyvá než konstatovat, že tento

rozdíl je naprosto bezvýznamný a nebyl tedy prokázán žádný výrazný rozdíl ve znalostech třetích oproti čtvrtým ročníkům.



Graf 86. Průměrné skóre třetích a čtvrtých ročníků.

4.4 Vyhodnocení výzkumných otázek

Ve výzkumných otázkách na počátku práce se ptáme na tři otázky. První otázkou je, zdali jsou přítomny rozdíly ve znalostech v rámci jednotlivých škol ve vztahu ke komunikaci s pacientem se sluchovým postižením. Všeobecně můžeme říct, že se školy víceméně pohybovaly zhruba na stejné úrovni správnosti odpovědí. Vzájemná rozdílnost odpovědí nikdy nepřesáhla 20 %.

Druhá výzkumná otázka se ptala, zda jsou přítomny rozdíly ve znalostech a přístupu ke sluchově postiženému pacientovi mezi studenty 3. a 4. ročníků. Ročníky si vždy vedly na zhruba stejné úrovni, přičemž někdy byly výsledky lepší u mladších ročníků, jindy u starších. Výrazně lepší skóre správných odpovědí dosáhly 3. ročníky zejména v oblasti k pravidel komunikace s tlumočnickem a také v oblasti přehledu zákona č. 384/2008 Sb., Zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Ve zbytku odpovědí si povětšinou vedly lépe starší ročníky.

V poslední stanovené otázce nás zajímalo, zdali má délka praxe vliv na odborné znalosti studentů. Musíme konstatovat, že nebyly zjištěny žádné významné informace, znalosti se postupně a logicky zvyšovaly v rozmezí půl roku do 1 roku praxe, poté úroveň znalostí značně kolísala.

5 DISKUZE

360 milionů lidí po celém světě trpí nějakou formou ztráty sluchu. Tato ztráta může být buď zděděná, způsobená komplikacemi při porodu, dále některými infekčními onemocněními (např. meningitida či použití ototoxických léků) nebo vystavení nadměrnému hluku či jako běžný projev stárnutí (Horvat, Croce, Pesce a Fallaize, 2019, [online]). V roce 2015 trpělo postižením sluchu cca půl miliardy světové populace, což tvoří asi 6,8 % veškerého obyvatelstva. Tato čísla poukazují na rostoucí ztráty sluchu v globálním měřítku (Wilson, Tucci, Merson a O'Donoghue, 2017, [online]). Lidé se sluchovým postižením mohou využívat sluchadla, kochleární implantáty, pomocná zařízení, titulky, znakový jazyk a vzdělávací a sociální podporu. Současný stav výroby sluchadel splňuje méně než 10 % celosvětové potřeby, přičemž primární prevencí lze zabránit ½ všech ztrát sluchu (Horvat, Croce, Pesce a Fallaize, 2019, [online]). V ohledu primární prevence by mohly být velmi nápomocné celosvětové iniciativy jako „VISION 2020“ nebo začlenění tématu zdravotně postižených osob do inkluzivních cílů „OSN pro udržitelný rozvoj do roku 2030“ (Wilson, Tucci, Merson a O'Donoghue, 2017, [online]).

Mnoho osob se sluchovým postižením si není jisto svými dovednostmi správně používat naslouchadla. Dospělé osoby uvedly svoji soběstačnost za adekvátní v případech pozitivní zkušenosti se sluchadly, dostatečné podpoře od okolí, a pokud neměli problém se zrakem (Meyer, Hickson a Fletcher, 2014, [online]). Snížená zraková nebo sluchová ostrost narušuje příjem mluvené zprávy, a proto se u lidí s tímto postižením často vyskytují poruchy komunikace. Se zvyšujícím věkem populace se zvyšuje riziko výskytu duálního postižení. Ke špatnému psychosociálnímu stavu přispívají omezené možnosti zlepšit komunikační výkon (Heine a Browning, 2009, [online]). Ze zhruba 650 000 osob v Austrálii, které uvedly, že mají sluchové postižení, používá sluchové pomůcky asi 60 % a 71 % zažilo problém s komunikací. (Hogan, O'Loughlin, Miller a Kendig, 2009, [online]). Tato informace je zajímavá v souvislosti se zjištěním v této práci – zajímavé bylo, že studenti, kteří v dotaznících uvedli vlastní zkušenost s pacientem se sluchovým postižením, zároveň v hojném počtu uváděli, že nevěděli, jak s takovým pacientem komunikovat, což může poukazovat na nedostatečnou teoretickou přípravu pro specifickou komunikaci s pacientem se speciálními potřebami. Jiná, starší, studie naznačuje, že sluchadla mohou chránit jedince před kognitivním poškozením a mohou tak zlepšovat kvalitu života, neboť

porucha sluchu je – zejména u starších osob – stále běžnějším stavem (Cacciatore, Napoli, Abete, Marciano, Triassi a Rengo, 1999, [online]). Ve všech výše zmíněných studiích je však k nalezení poznámka, že daná oblast kvality života se sluchovým postižením by potřebovala mnohem více pozornosti a zkoumání. Sluchové postižení je spojeno jak se zdravotními důsledky (zvýšené riziko deprese, demence, častější hospitalizace...), tak i s důsledky sociálními (snížená komunikační schopnost, sociální izolace, těžší finanční situace...). Sluchové pomůcky pomáhají zlepšit prahové hodnoty sluchu, nicméně nenavracejí sluch zpátky k normálu a z toho důvodu je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci dostávali patřičné vzdělání a poradenství (jako například snižování stigmatizace osob sluchově postižených, zvyšování znalostí či změna postojů) (Davis, McMahon, Pichora-Fuller, Russ, Lin, Olusanya, Chadha a Tremblay, 2016, [online]). Samotní studenti nepřímou potvrdili výše zmíněnou informaci o určité stigmatizaci osob se sluchovým postižením, když z výsledků vyplynulo, že osobní zkušenost se znakovým jazykem má minimální počet respondentů a reálný zájem o studium znakového jazyka by měla zhruba pouhá polovina dotázaných. Přičemž zjištěná data poukazují na to, že šance na setkání s pacientem se sluchovým postižením jsou poměrně vysoké, zkušenosti s jakýmkoli typem zdravotního postižení, lze s nadsázkou říct, se jednou dočká každý zdravotnický pracovník.

Postoje zdravotnických pracovníků jsou hlavními faktory při rehabilitaci a seberealizaci osob se zdravotním postižením. Je proto důležité, aby zdravotní sestry během svého vzdělávání rozvíjely (případně udržovaly) pozitivní postoje vůči pacientům se zdravotním postižením (Uysal, Albayrak, Koçulu, Kam a Aydin, 2014, [online]). Podle výzkumu publikovaného v časopise *Contemporary Nurse* byly cílené aktivity na podporu empatie směrem k lidem zdravotně postiženým, prováděné se studenty zdravotnických škol, faktorem, který výrazně ovlivnil jejich postoje pozitivním směrem (Geçkil, Kaleci, Cingil a Hisar, 2016, [online]). Ve výzkumu provedeném v USA paradoxně studenti s jejich postoji spadli pod udanou normu – jejich postoje byly nedostatečně pozitivní bez ohledu na pohlaví. Ke změně tohoto stavu by byla potřeba specifických vzdělávacích možností a zkušeností (Tervo a Palmer, 2016, [online]). Téma zdravotního postižení není ve vzdělávání zdravotnických pracovníků prioritou, a pokud bylo toto téma ve vzdělávání přítomno, zaměřovalo svoji pozornost zejména na dospělé pacienty se zdravotním postižením.

Podle výzkumu, provedeného v roce 2012 byly postoje vůči dětem zdravotně postiženým mnohem pozitivnější postoje u těch zdravotních sester, které získaly vzdělání v této oblasti, naproti těm sestřám, které vzdělání v této oblasti neabsolvovaly. Je zde zmíněna výzva pro zdravotnické školy a fakulty, aby byly více nápomocné při vzdělávání studentů v oblasti zdravotního postižení (Cervasio, 2012, [online]). Z tohoto výzkumu vyplynulo, že bychom mohli apelovat na nízkou pozornost oblasti této problematiky jako takové ve studijních oporách, neboť mnoho studentů si myslelo, že pokud se lékař setkal během své praxe s jakýmkoli typem postižení, automaticky jej to připravilo na práci s pacientem se sluchovým postižením.

Špatná komunikace mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty může negativně ovlivnit pacientovy výsledky léčby. Zlepšení komunikace je jeden z možných způsobů, jak tyto výsledky učinit lepšími (Trotter, Matt a Wojnar, 2014, [online]). Studenti, kteří studují zdravotnictví, mají však omezené možnosti získávání informací o poskytování služeb lidem se sluchovým postižením. V rámci získaných dat můžeme soudit, že studenti mají velmi malé základy vědomostí ve vztahu k tlumočnickým službám – možná je to způsobeno také tím, že tlumočnické služby nejsou automaticky dostupné v českých nemocnicích a tato služba je zatím zřídka k vidění. Rozhodně by tato nevědomost mohla souviset také s celospolečenskou neinformovaností o potřebách těchto lidí a tím pádem málo dostupných službách v sektoru zdravotnictví. Jedna ze studií ukazuje, že studenti necítí sebevědomí při identifikaci příznaků ztráty sluchu, zároveň naznačuje, že studenti mají zájem o další vzdělávání v oblasti ztráty sluchu, včetně toho, jak tato ztráta ovlivňuje kvalitu života samotných jedinců s tímto postižením (Squires, Pakulski, Glassman a Diehm, 2019, [online]). Toto tvrzení je částečně v rozporu se zjištěnými daty – pouze zhruba 50 % studentů by opravdu mělo zájem o studium či absolvování kurzu znakového jazyka. Důvodem může být jednak neznalost důležitosti tohoto komunikačního prostředku, jednak může být i obecný nedostatek informací, tlumočnicků a dostupnosti těchto kurzů. Samotná ztráta sluchu může mít dopad na sníženou schopnost orientace v systému zdravotnictví. Osoby, které se tohoto výzkumu zúčastnily, byly vybrány na základě stanovené diagnózy, přičemž zhruba z 10 000 účastníků 41 % uvedlo, že má v této oblasti malé potíže a 7,5 % mělo velké potíže. Bylo zjištěno, že osoby, používající sluchadla měli sníženou pravděpodobnost pozdní lékařské péče, naopak jejich vrstevníci s těžkými vadami sluchu či neslyšící měli výrazně větší šanci na

pozdní poskytnutí zdravotní péče. Na vině mohou být i systematická opatření a bariéry, odrazující jedince se sluchovým postižením lékařskou pomoc vyhledat včas (H. W., W. A., R. N.S., 2019, [online]). Kvůli složitým individuálním a mezilidským faktorům jsou neslyšící a nedoslýchaví jedinci ti, kteří často obdrží nedostačující, nevhodnou anebo neetickou zdravotní péči (Harmer, 1999, [online]). Je důležité, aby studenti měli povědomí například o gramotnosti osob se sluchovým postižením, ač tato informace může být silně individuální (jiná může být gramotnost u osoby se základním vzděláním, jiná u vysokoškolsky vzdělaného neslyšícího pacienta), nicméně pokud by studenti, potenciální zdravotničtí pacienti měli alespoň povědomí o tom, jak zhruba osoba se sluchovým postižením chápe, jaké pojmy jsou těžké či neznámé, pak by měli možnost vytvořit pro takového pacienta komfortnější prostředí a zejména by tak nezanedbali pacientovu účast na léčebném procesu. Pozitivnější zprávou je alespoň to, že si většina studentů uvědomuje, že může malými, ale nezanedbatelnými detaily, usnadnit porozumění.

Kvalita a dostupnost zdravotní péče je problémem, kterému čelí společnost 21. století. Je nutné uvědomit si, že zdravotní péče je především lidská služba, proto je potřeba pracovat na zlepšení jednak ocenění pracovníků, jednak jejich zapojení do zdravotnických praktik (Higgs, Croker, Tasker, Hummell a Patton, 2014, [online]). Není pochyb o tom, že gesta jsou součástí komunikace. Jednotlivci, kteří prožívají suboptimální (rušivé) komunikační situace denně, berou automaticky gesta v úvahu – gesta se tak stávají užitečnými pomocníky při obtížných komunikačních podmínkách, nezávisle na tom, jestli jsou tyto podmínky způsobeny vnějšími (hlasité, šumivé prostředí) nebo vnitřními faktory (porucha sluchu) (Obermeier, Dolk a Gunter, 2012, [online]). Zajímavé pro nás bylo zjištění, že studenti si vedli velmi dobře v otázce upoutání pozornosti neslyšícího pacienta jako samostatné jednotky, ale už měli problém s tím, jak by upoutali pozornost větší skupiny neslyšících. Internet se stal běžnou součástí lidských životů a tento fakt umožnil snadnější komunikaci pro sluchově postižené s okolím – jedná se o komunikační prostředek, primárně založený na vizuální stránce, čímž na něj lze nahlížet jako na prostředek komunikace mezi slyšícími a neslyšícími (Barak a Sadovsky, 2008, [online]).

Do oblasti komunikace též spadají tlumočnické služby. Ze získaných dat lze též soudit, že základna vědomostí o tlumočnických službách není u studentů až tak široká, studenti projevíli velmi malé základy vědomostí v této oblasti. Toto by mohlo

být ovlivněno dosud malou dostupností tlumočnických služeb ve zdravotnictví (malá šance na osobní zkušenost během studií). Osoby neslyšící čelí značným překážkám v komunikaci s lékaři. Mezi nejčastější obavy se zařadily rozdílné názory pacientů a lékařů na neslyšící osoby, rozdílné vnímání toho, co je to účinná komunikace (psaní poznámek, odezírání...), bezpečnost užívání léků a další rizika spojená s nedostatečnou komunikací. Další, co pacient se sluchovým postižením vnímá obvykle jako stresové, jsou komunikační obtíže během lékařských postupů (např. specializované vyšetření), potíže při dorozumění s personálem včetně čekáren a problémy při telefonické komunikaci. Lékaři nejsou hrazeni za provedení některých služeb, včetně zajištění tlumočnicka znakového jazyka. Zajištění účinné komunikace je však naprosto nezbytné pro včasnou, bezpečnou a zejména účinnou péči, zaměřenou na pacienta (Iezzoni, O'Day, Killeen a Harker, 2004, [online]). Výzkumy ukazují, že tito lidé se setkávají se značnými nerovnostmi v oblasti komunikace. Často jsou tito pacienti nuceni využívat neefektivní formu komunikace, jako je psaní poznámek či pouhé odezírání, což ale snižuje kvalitu péče. Navíc se články, zabývající touto problematikou často zaměřují pouze na jednu podskupinu osob se sluchovým postižením, například na ty, kteří používají znakový jazyk a vyžadují tlumočnické služby. Existuje však mnoho jedinců, kteří upřednostňují jinou formu komunikace a lékař určí nejlepší metodu komunikaci pouze pomocí kompetentního přístupu, zaměřeného na individualitu pacienta (McCarthy, 2019, [online]). Zjištěná data by mohla značit, že studenti mají zájem, aby ve své praxi znali zdravotní stav svého pacienta a mohli podle dostupných možností a schopností upravit podmínky jednání, což lze považovat za velmi pozitivní zjištění. Ve Švýcarsku je zhruba 650 000 osob se sluchovým postižením, z toho však pouhých 10 000 používá znakovou řeč, ale 100 000 je neslyšících. Stále však chybí postupy pro vhodnou komunikaci s neslyšícími pacienty (Binggeli, Lussi a Zimmerli, 2009, [online]).

Jiný výzkum se soustředil na povahu a rozsah možné zdravotní újmy v důsledku ztráty sluchu. Tento výzkum byl proveden ve Velké Británii a Irsku, kdy bylo přijato 95 odpovědí na dotazník ze strany sluchově postižených občanů. 34 % dotázaných zažilo ve zdravotnictví špatné zacházení, 21 % nesprávně interpretuje sdělení prostřednictvím verbální cesty, zhruba 22 % uvedlo selhání komunikace ve vztahu pacient – lékař a pacient – zdravotní sestra. 20 % pacientů uvedlo neschopnost lékaře udržet oční kontakt či mluvení skrze roušku, čímž došlo k vyloučení možnosti

odezírání. Největší obtíže s komunikací se vyskytovali v oblasti porozumění pracovníkům v nemocnicích a v ordinaci všeobecného lékaře. To zdůrazňuje důležitost identifikace pacienta se sluchovým postižením a následnému přizpůsobení a podpory komunikace prostřednictvím vizuálních pomůcek, přívětivosti prostředí a umožněním odezírání (Henn, O'Tuathaigh, Keegan a Smith, 2017, [online]).

Existuje malý, ale zato rostoucí počet neslyšících jedinců, studujících na profesi lékaře, čímž se vytváří příležitost komunikovat ve znakovém jazyce. U intaktních lékařů je využíván tlumočnický znakového jazyka. V uvedeném výzkumu je v centru pozornosti snaha zjistit, jaké jsou typické lékařské otázky a tyto otázky převádět do znaků, což může být jeden z kroků, vedoucí pro zlepšení komunikace ve zdravotnictví pro neslyšící pacienty (Swabey, Nicodemus a Moreland, 2014, [online]). Při práci s neslyšícím pacientem při krizové situaci musí mít zdravotničtí pracovníci v Německu speciální komunikační dovednosti. Znakový jazyk je v Německu uznáván jako právoplatný jazyk a je preferovaným komunikačním prostředkem pro neslyšící pacienty. V nouzových situacích mají zdravotníci povinnost rychle posoudit stav sluchu a zvážit využití tlumočnicku znakového jazyka. Lékaři a zdravotní sestry si musí být vědomi specifické formy komunikace této menšiny, aby jim mohli poskytnout komplexní zdravotnickou péči (Stephan a Pinilla, 2014, [online]). V rámci znalostí zákona č. 384/2008 Sb., Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob si studenti vedli dobře, což by mohlo poukazovat alespoň na poskytnutí minimálního základu týkajícího se osob se zdravotním postižením v rámci výuky ve škole.

Jiný, starší, o to ale zajímavější výzkum se snažil zjistit, zda je pravdivé tvrzení, že neslyšící lidé jsou vystaveni jinému přístupu ze strany lékaře než jejich slyšící vrstevníci. 165 lékařů dostalo na polovinu dotazník týkající se zdravých pacientů a zhruba druhá polovina dostala dotazník, týkající se neslyšících pacientů. Tato skupina lékařů uvedla větší potíže s porozuměním a udržováním volně plynoucí konverzace. Dále uvedli, že potíže s porozuměním vyvstaly i na straně pacienta a z toho plynula menší důvěra. Ruku v ruce s tímto tvrzením jde menší pravděpodobnost pochopení diagnózy a stanovené léčby. Lékaři též uvedli, že neslyšící pacienti kladou méně otázek, více se spoléhají na tlumočnicku. Jako poslední uvedli, že tito pacienti jsou mnohem častěji frustrováni. Ačkoliv byl výzkum prováděn v USA, téměř všichni lékaři projevíli neznalost své povinnosti podle „Americans with Disabilities Act“

zajistit dostupnost tlumočnicka pro své neslyšící pacienty. Tito lékaři uváděli výrazně větší potíže s komunikací a odlišné postoje vůči těmto pacientům než lékaři dotazovaní obecně o svých pacientech. Tento výzkum byl důležitý zejména kvůli určení, zda postoje a přesvědčení lékaře ovlivňují skutečnou kvalitu péče, kterou poskytují neslyšícím pacientům (Ralston, Zazove a Gorenflo, 1996, [online]). Ačkoliv je tlumočení jednou z hlavních podpůrných služeb pro neslyšící, mohou se vyskytnout situace, kdy neslyšící lidé nejsou spokojeni s tlumočnickými a jejich tlumočením (Forestal, 2005, [online]).

Zdravotní gramotnost znamená, že je jedinec schopen si najít, pochopit a použít relevantní informace ze spolehlivých zdrojů. Tím se jedinec podílí na svém vlastním rozhodnutí o případném lékařském postupu. Neslyšící mají tuto gramotnost omezenou. Snahou následujícího zmíněného výzkumu bylo zjistit, co ovlivňuje gramotnost v komunitě Neslyšících. Závěrem bylo konstatováno, že vzniklé mezery by mohly být odstraněny v momentě minimální existence komunikačních bariér a také umožnit neslyšícím větší možnosti učení se o svém zdraví. Mimo jiné též informování slyšící komunity o komunikačních potřebách a schopnostech osob neslyšících (Naseribooriabadi, Sadoughi a Sheikhtaheri, 2017, [online]). Ačkoli je gramotnost oblast, která se nedá univerzálně použít na jednotlivce, neboť každý je na jiné úrovni vzhledem k mnoha faktorům, i přesto je důležité, aby studenti měli alespoň malou představu o tom, jak zhruba osoba se sluchovým postižením rozumí pojmům, které jsou těžké či neznámé apod. To by vytvářelo možnost pro vytvoření příjemnějšího a méně stresového prostředí pro obě strany – jak pro pacienty, tak pro zdravotnické pracovníky.

ZÁVĚR

Záměrem této diplomové práce bylo jak teoretické obeznámení čtenáře s problematikou sluchového postižení, tak i zjištění úrovně znalostí studentů ze zdravotnických škol 3. a 4. ročníků, vztahující se k dané problematice. Musíme konstatovat, že všechny cíle, uvedené v úvodu diplomové práce byly naplněny – ač ne vždy s očekávanými výsledky. V teoretické části je rozebrána anatomie sluchového ústrojí, vymezení sluchových vad, přehled možných kompenzačních pomůcek a samotná komunikace a její specifika s osobou se sluchovým postižením.

Sluchové postižení je z hlediska své rozmanitosti i možné kompenzaci velmi široké, proto neexistuje jednotný, univerzální návod pro vhodný způsob komunikace. Samotná problematika je poměrně složitá a vyžaduje úsilí i čas pro pochopení osobnosti člověka se sluchovým postižením. Ve zdravotnických zařízeních se pacienti se sluchovým postižením mohou velmi často setkávat s neetickým jednáním ze strany zdravotnického personálu (ať už kvůli netrpělivosti nebo nedostatečné znalosti této problematiky) a zejména s neefektivní komunikací, která pro ně samotné může být velmi stresující a značně omezuje jejich možnost aktivně se podílet na řešení svého problému. Přístupnost informací pro studenty zdravotnických škol může výrazně napomoci jejich pozitivnímu přístupu a postoji, pokud by se v budoucnu s takovým pacientem setkali.

V praktické části této práce se jednalo o dotazníkové šetření, kterého se zúčastnily 3 nejmenované zdravotnické školy. Data byla sbírána od studentů 3. a 4. ročníků. Data byla získána formou papírových dotazníků, rozdaných na příslušných školách, celkem bylo navraceno 269 vyplněných dotazníků. Pozornost je zaměřena na vědomostní úroveň v rámci škol, ročníků a jejich komparaci, a jako poslední je k nalezení graf, hodnotící vliv délky praxe studentů na úroveň jejich teoretických znalostí.

Získané odpovědi byly statisticky zpracovány a vyhodnoceny. Z výsledků vyplývá, že nebyly zjištěny významné rozdíly v rámci srovnání zúčastněných škol, jednotlivými ročníky a délkou praxe ve vztahu ke znalostem studentů.

SOUHRN

Tato diplomová práce sděluje základní teoretické informace vztahující se k problematice sluchového postižení. Popisuje nejčastější sluchové vady, možnosti kompenzace a také specifika komunikace.

Tato práce měla tři cíle, všeobecně se vztahující ke znalostem studentů středních škol k oblasti sluchového postižení. Data byla získána formou dotazníkového šetření, poté byla statisticky vyhodnocena a z následně komparována. Došlo ke komparaci úrovně znalostí mezi školami, mezi ročníky a zjištění vlivu délky praxe na úroveň znalostí. Výsledky byly získány z 269 vyplněných dotazníků.

Mezi zjištěnými výsledky nebyly přítomny výraznější odchylky v rámci škol, v rámci ročníků byla úroveň odpovědí zhruba na stejné úrovni, i když častěji si o něco málo lépe vedli studenti čtvrtého ročníku, a zhodnocení odpovědí ve vztahu k délce praxe ukázalo, že ta nemá vliv na úroveň znalostí studentů.

Klíčová slova: Sluch, sluchové postižení, sluchadla, specifika komunikace

SUMMARY

This diploma thesis present basic information about problematic of hearing disability. It describes the most common hearing defects, possibilities of compensation and also specifics of communication.

This thesis had three goals, generally related to knowledge of high school students about area of hearing disability. Data were obtained by survey form, after they were statistically evaluated and after compared. The comparison of level of knowledge was made between schools, between years of studies and affection of length of practices to a level of knowledge. Results were gotten from 269 answered questionnaires.

Between founded results there were not significant deviation in area of schools, in are of years of studies the answers significant were roughly on the same level, although more often there was higher percentage of right answers from 4th year of study and score of answer related to length of practices had shown, that there is no affection to a level of student's knowledge.

Key words: Hearing, hearing disability, hearing aids, communication specifics

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ARDELTOVÁ, Radana. Informujeme: Pravdy a mýty o znakovém jazyce. *Dětský sluch: Odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2017, (04/2017), 16-17.
2. ATCHERSON, Samuel R., Clifford A. FRANKLIN a Laura SMITH-OLINDE. *Hearing assistive and access technology*. San Diego, CA: Plural Publishing, 2015. ISBN 1-59756-512-1.
3. BARAK, Azy a Yael SADOVSKY. Internet use and personal empowerment of hearing-impaired adolescents. *Computers in Human Behavior* [online]. 2008, **24**(5), 1802-1815 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1016/j.chb.2008.02.007. ISSN 07475632. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S074756320800023X>
4. BARRS, David M. Hearing Aid Types. DEREBERY, M. Jenifer a Wiliam M. LUXFORD. *Hearing loss: the otolaryngologist's guide to amplification*. San Diego, CA: Plural Pub., 2010, 46-63. ISBN 9781597561884.
5. Basic anatomy and physiology of the Ear. TAYLOR, Brian a H. Gustav MUELLER. *Fitting and dispensing hearing aids*. Second edition. San Diego, CA: Plural Publishing, 2017, s. 57-85. ISBN 1597566500.
6. BENEŠOVÁ, Marika a kol. 7. Biologie člověka: Smyslová ústrojí člověka. *Odmaturuj! z biologie*. Brno: Didaktis, 2003, s. 141-181. ISBN 978-80-86285-67-2.
7. BERG, Frederick S. *Speech development guide for children with hearing loss*. San Diego: Plural Pub., c2007. ISBN 1597562483.
8. BERNDSEN, Maura a John LUCKNER. Supporting Students Who Are Deaf or Hard of Hearing in General Education Classrooms. *Communication Disorders Quarterly* [online]. 2010, **33**(2), 111-118 [cit. 2019-11-28]. DOI: 10.1177/1525740110384398. ISSN 1525-7401. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1525740110384398>
9. BINGGELI, T, A LUSSI a B ZIMMERLI. [The deaf patient--information for a barrier-free conversation with patients in dentistry]. *Schweizer Monatschrift für Zahnmedizin: Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia* [online]. 2009, **119**(8), 795-806 [cit. 2020-04-04]. ISSN 10114203. Dostupné z: <https://www.mendeley.com/catalogue/d423f5e6-6eda-3f42-b323-0a54f05973c7/>
10. BLITZER, Andrew a Rogan J. CORBRIDGE. *Oxford American handbook of otolaryngology*. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-019-5343-373.
11. BOOTHROYD, Arthur a Janice GATTY. *The Deaf child in a hearing family: nurturing development*. San Diego: Plural Pub., c2012. ISBN 1597563943.
12. BRADHAM, Tamala S. a K. Todd HOUSTON. *Assessing listening and spoken language in children with hearing loss* [online]. San Diego, CA: Plural Publishing, 2015 [cit. 2020-02-09]. ISBN 15-975-6576-8. Dostupné z: <https://ebookcentral-proquest-com.salford.idm.oclc.org/lib/salford/reader.action?docID=1922562&ppg=123>
13. BROŽOVÁ, Milena a Marta HÖFEROVÁ. Kolik způsobů komunikace umíš, tolikrát jsi člověkem: Rozhovor s neslyšící Janem Wirthem o znakovém jazyku, neslyšících i Neslyšících, kochleární implantaci a audismu. *Dětský*

- sluch: odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2017, (04/2017), 13-16.
14. BURKEY, John M. *Baby boomers and hearing loss: a guide to prevention and care*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2006. ISBN 978-081-3538-815.
 15. BURKEY, John M. *Overcoming hearing aid fears: the road to better hearing*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, c2003. ISBN 0813533104.
 16. CACCIATORE, Francesco, Claudio NAPOLI, Pasquale ABETE, Elio MARCIANO, Maria TRIASSI a Franco RENGO. Quality of Life Determinants and Hearing Function in an Elderly Population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology* [online]. 1999, **45**(6), 323-328 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1159/000022113. ISSN 1423-0003. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/22113>
 17. CECHNEROVÁ, Alena a Jan BOUČEK. Nedslychavost v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*. Praha, 2011, **8**(6), 272-274.
 18. CERVASIO, Kathleen. Attitudes of Nurses Caring for Children with Disabilities. *Journal of Nursing & Care* [online]. 2012, **01**(03) [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.4172/2167-1168.1000e103. ISSN 21671168. Dostupné z: <https://www.omicsgroup.org/journals/attitudes-of-nurses-caring-for-children-with-disabilities-2167-1168.1000e103.php?aid=6566>
 19. CLARK, Morag. *A practical guide to quality interaction with children who have a hearing loss*. San Diego, CA: Plural Pub., c2007. ISBN 1597561126.
 20. COLE, Elizabeth Bingham a Carol Ann FLEXER. *Children with hearing loss*. 2nd ed. San Diego, CA: Plural Pub., c2011. ISBN 159756379X.
 21. COPPENS, Karien M., Agnes TELLINGS, Ludo VERHOEVEN a Robert SCHREUDER. Depth of fading vocabulary in hearing and hearing-impaired children. *Reading and Writing* [online]. 2011, **24**(4), 463-477 [cit. 2020-02-09]. DOI: 10.1007/s11145-010-9237-z. ISSN 0922-4777. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11145-010-9237-z>
 22. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob*. In: Praha: Zákony pro lidi.cz, 1998, ročník 1998, 54/1998, číslo 155. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-155>
 23. ČIHÁK, Radomír, DRUGA, Rastislav a Miloš GRIM, ed. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-1132-4.
 24. DAŇOVÁ, Martina. *Metodika úpravy textů: pro znevýhodněné čtenáře: s ukázkou dle předlohy Betty MacDonaldové Pani Láryfáry*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2389-1.
 25. DAVIS, Adrian, Catherine M. MCMAHON, Kathleen M. PICHORA-FULLER, Shirley RUSS, Frank LIN, Bolajoko O. OLUSANYA, Shelly CHADHA a Kelly L. TREMBLAY. Aging and Hearing Health: The Life-course Approach. *The Gerontologist* [online]. 2016, **56**(Suppl 2), S256-S267 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1093/geront/gnw033. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnw033>
 26. DESATERO komunikace se sluchově postiženými. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006, 2006 [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/191-desatero-komunikace-se-sluchove-postizenymi.html>

27. DEUSTER, Dirk, Peter MATULAT, Claus-Michael SCHMIDT a Arne KNIEF. Communication skills for interviewing hearing-impaired patients. *Medical Education* [online]. 2010, 15 October 2010, **44**(11), 1130-1131 [cit. 2020-02-09]. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03822.x. ISSN 03080110. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2010.03822.x>
28. DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. *Foniatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4620-480.
29. DOBIE, Robert A. a Susan B. VAN HEMEL. *Hearing loss: determining eligibility for Social Security benefits*. Washington, DC: National Academies Press, c2005. ISBN 0309092965.
30. DOUGLAS L., Beck. Part one: Defining the problem. *Hearing Loss Magazine* [online]. 2009 - present, **2017**(38), 28-32 [cit. 2019-11-28]. ISSN 1090-6215. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1897653513?accountid=11774>
31. FLODROVÁ, Růžena. Z historie sluchadel. *Idětskýsluch.cz: informační portál* [online]. Praha: Tamtam, 2015, 5. března 2018 [cit. 2019-11-28]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/kompenzace/sluchadla/z-historie-sluchadel-100/>
32. FORESTAL, Lawrence. Attitudes of deaf leaders toward signed language interpreters and interpreting. *Attitudes, Innuendo, and Regulators: Challenges of Interpretation* [online]. Washington D.C.: Gallaudet University Press, 2005, s. 71-91 [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.mendeley.com/catalogue/755c48d2-ba1b-3506-b215-44fb22f84e64/>
33. GEÇKIL, Emine, Elanur KALECI, Dilek CINGIL a Filiz HISAR. The effect of disability empathy activity on the attitude of nursing students towards disabled people: a pilot study. *Contemporary Nurse* [online]. 2016, **53**(1), 82-93 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1080/10376178.2017.1292143. ISSN 1037-6178. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2017.1292143>
34. GIFFORD, René H. Cochlear implant candidate selection. RUCKENSTEIN, Michael J. *Cochlear implants and other implantable hearing devices*. San Diego: Plural Pub., 2012, s. 85-104. ISBN 1-59756-432-X.
35. H., W., A. W. a N.S. R. Health care-seeking behaviors of medicare beneficiaries with functional hearing loss. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2019, **67**(S337), S1-S384 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1111/jgs.15898. ISSN 0002-8614. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15898>
36. HÁDKOVÁ, Kateřina. *Studium sluchově postižených na vysoké škole* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2006 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/360/29-35.pdf?sequence=1>
37. HAHN, Aleš a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0572-4.
38. HARKINS, Judith E. a Matthew BAKKE. Technologies for communication: Status and trends. MARSCHARK, Marc a Patricia Elizabeth SPENCER. *The Oxford handbook of Deaf studies, language, and education* [online]. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2011, s. 425-438 [cit. 2019-11-28]. Oxford library of psychology. ISBN 9780199750986. Dostupné z: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199750986.001.0001/oxfordhb-9780199750986>

- 39.HARMER, L. Health care delivery and deaf people: practice, problems, and recommendations for change. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* [online]. 1999, **4**(2), 73-110 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1093/deafed/4.2.73. ISSN 14657325. Dostupné z: <https://academic.oup.com/jdsde/article-lookup/doi/10.1093/deafed/4.2.73>
- 40.HEINE, C. a C. J. BROWNING. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2009, **24**(15), 763-773 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1080/09638280210129162. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280210129162>
- 41.HENN, Patrick, Colm O'TUATHAIGH, Darrelle KEEGAN a Simon SMITH. Hearing Impairment and the Amelioration of Avoidable Medical Error. *Journal of Patient Safety* [online]. 2017 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000298. ISSN 1549-8417. Dostupné z: <http://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000298>
- 42.HIGGS, Joy, Anne CROKER, Diane TASKER, Jill HUMMELL a Narelle PATTON, ed. *Health Practice Relationships* [online]. Rotterdam: Sense Publishers, 2014 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1007/978-94-6209-788-9. ISBN 978-94-6209-788-9.
- 43.HOGAN, Anthony, Kate O'LOUGHLIN, Peta MILLER a Hal KENDIG. The Health Impact of a Hearing Disability on Older People in Australia. *Journal of Aging and Health* [online]. 2009, **21**(8), 1098-1111 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1177/0898264309347821. ISSN 0898-2643. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264309347821>
- 44.HOLMANOVÁ, Jitka. Vady a poruchy sluchu z hlediska klinické logopedie. *Portál* [online]. Praha: Portál, 1990, 19.2.2003 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/nakladatelstvi/aktuality/79798>
- 45.HOANG, Lisa, Sheila F. LAHOUSSE, Melanie C. NAKAJI a Georgia Robins SADLER. Assessing Deaf Cultural Competency of Physicians and Medical Students. *Journal of Cancer Education* [online]. 2011, **26**(1), 175-182 [cit. 2020-05-15]. DOI: 10.1007/s13187-010-0144-4. ISSN 0885-8195. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-010-0144-4>
- 46.HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
- 47.HORVAT, Michael, Ronald V. CROCE, Caterina PESCE a Ashley FALLAIZE. Deafness and hearing loss. HORVAT, Michael, Ronald V. CROCE, Caterina PESCE a Ashley FALLAIZE. *Developmental and Adapted Physical Education* [online]. Routledge, 2019, 2019-3-7, s. 217-233 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.4324/9780203704035-15. ISBN 9780203704035. Dostupné z: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351337007/chapters/10.4324/9780203704035-15>
- 48.HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.
- 49.HUGHES, Jennifer D. *Hearing loss: etiology, management and societal implications*. New York: Nova Biomedical, 2017. Otolaryngology research advances series. ISBN 978-153-6104-035.
- 50.IEZZONI, Lisa I., Bonnie L. O'DAY, Mary KILLEEN a Heather HARKER. *Communicating about Health Care: Observations from Persons Who Are Deaf*

- or Hard of Hearing. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2004, **140**(5) [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00011. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00011>
51. *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Tamtam, 2014, **22**(4), 27 s. Centrum pro dětský sluch Tamtam, ve spolupráci s Informačním centrem rodičů a přátel sluchově postižených.
 52. Institut Neslyšících pro specializované vzdělávání: České zdravotnictví a neslyšící pacienti aneb proč docházejí do kurzu českého znakového jazyka. *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. Praha: Ambit Media, 2009, 15.8.2013 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/novinky-nasich-partneru/ceske-zdravotnictvi-a-neslysic-pacienti-aneb-proc-dochazet-do-kurzu-ceskeho-znakoveho-jazyka/>
 53. International Sign Definition. *World Association of Sign Language Interpreters* [online]. Geneva: WASLI, 2020 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://wasli.org/international-sign-definition>
 54. JEDLIČKA, Ivan. Téma: Korekce sluchové vady: Sluchové vady a jejich korekce sluchadly. *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2011, **19**(3), 19-21.
 55. KAKOJOIBARI, Ali Asghar, Mohammad Reza SARMADI a Azam SHARIFI. Comparison of Reading Literacy in Hearing Impaired and Normal Hearing Students. *Audiology* [online]. Iran, 2011, June 2011, **19**(1), 23-30 [cit. 2020-02-09]. ISSN 2008-2657. Dostupné z: <https://doaj.org/article/31214e89cf784e78a82507f7dfc69498>
 56. KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
 57. KATES, James M. *Digital hearing aids* [online]. San Diego: Plural Pub., 2008 [cit. 2019-12-06]. ISBN 978-159-7563-178. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=74b53b7b-9e1a-4d8d-94c0-636a80ab7134%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=991917&db=nlebk>
 58. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.
 59. KOHOUTEK, Rudolf. *Pojem kinémy* [online]. Ostrava: ABZ.cz, 2020 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kinemy>
 60. KOMORNÁ, Marie. *Psaná čeština českých neslyšících-čeština jako cizí jazyk*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, c2008. ISBN 978-80-87218-29-7.
 61. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
 62. KRUMENACKER, Suzanne. *Hearing aid dispensing training manual*. San Diego, CA: Plural Publishing, 2014. ISBN 1-59756-537-7.
 63. KRYŠTOFOVÁ, Alžběta. Desatero při rozvoji komunikačních dovedností: Názor odborníka. *Dětský sluch: odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2018, (01/2018), 34. ISSN 2570-8473.

64. KUČERA, Pavel. Specifika přístupu k neslyšícímu pacientovi. *ZAM: Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 2013, 24. 9. 2013 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/specifika-pristupu-k-neslysicimu-pacientovi-472139>
65. LANGER, Jiří. *Student se sluchovým postižením na vysoké škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4214-3.
66. LANGER, Jiří a Pavel KUČERA. Komunikace s osobami se sluchovým postižením. LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, s. 37-53. ISBN 978-80-244-3094-2.
67. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
68. MACUROVÁ, Alena. Poznáváme český znakový jazyk I. *Ruce.cz* [online]. Brno: Kulturní centrum RUCÉ, 2004, 30.9.2004 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/8-poznavame-cesky-znakovy-jazyk-i>
69. MARQUETE, Verônica Francisqueti, Maria Antônia Ramos COSTA a Elen Ferraz TESTON. COMUNICAÇÃO COM DEFICIENTES AUDITIVOS NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: COMMUNICATION WITH HEARING IMPAIRED PEOPLE FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS. *Revista Baiana de Enfermagem* [online]. 2018, 32 [cit. 2020-02-09]. DOI: 10.18471/rbe.v32.24055. ISSN 2178-8650. Dostupné z: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24055>
70. MARSCHARK, Marc, Harry G. LANG a John A. ALBERTINI. *Educating Deaf students: From Research to Practice* [online]. New York: Oxford University Press, 2002 [cit. 2020-02-04]. ISBN 0-19-512139-2. Dostupné z: <https://ebookcentral-proquest-com.salford.idm.oclc.org/lib/salford/reader.action?docID=271362&ppg=1>
71. MARSCHARK, Marc a Peter C. HAUSER. *How Deaf Children Learn: What Parents and Teachers Need to Know* [online]. New York: Oxford University Press, 2011 [cit. 2020-02-04]. ISBN 978-0-19-538975-3. Dostupné z: <https://ebookcentral-proquest-com.salford.idm.oclc.org/lib/salford/reader.action?docID=800808&ppg=1>
72. MCCARTHY, Stacy L. *Best Practices for Working with Deaf and Hard of Hearing Patients* [online]. Davis, 2019 [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.mendeley.com/catalogue/f1c5ec75-99aa-315c-b405-e9a3557de6bf/>. Thesis. University of California.
73. METZ, Michael J. *Sandlin's textbook of hearing aid amplification: technical and clinical considerations*. Third edition. San Diego, CA: Plural Publishing, 2014. ISBN 1-59756-563-6.
74. MEYER, Carly, Louise HICKSON a Amanda FLETCHER. Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy. *International Journal of Audiology* [online]. 2014, 53(sup1), S28-S37 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.3109/14992027.2013.832420. ISSN 1499-2027. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2013.832420>
75. MILLER, Maurice H. a Jerome Daniel SCHEIN. *Hearing disorders handbook*. San Diego: Plural Pub., 2008. ISBN 15-975-6282-3.
76. MIYAMOTO, Richard T. a R. Christopher MIYAMOTO. Anatomy of the Ear Canal. BALLACHANDA, Bopanna B., Brian TAYLOR, Christopher MIYAMOTO a Richard T. MIYAMOTO. *The human ear canal*. 2nd ed. San Diego, CA: Plural Pub., 2013, s. 29-34. ISBN 1597564133.

77. MOCH, Ranae, Hogai G. NASSERY a M. Tariq FAREED. Incorporating medical interpretation into your practice: Making sure you can understand your patients not only improves their care but avoids legal trouble. *Family Practice Management* [online]. 2014, **21**(2), 17 - 21 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/fpm/2014/0300/p16.pdf>
78. MOORE, Brian C. J. *Cochlear Hearing Loss: Physiological, Psychological and Technical Issues*. 2nd. Cambridge (England): Wiley, 2007. ISBN 9780470516331.
79. MØLLER, Aage R. *Hearing: anatomy, physiology, and disorders of the auditory system*. 3rd ed. San Diego, CA: Plural Pub., 2013. ISBN 978-1-59756-427-4.
80. MØLLER, Aage a Aage R. MLLER. *Hearing: anatomy, physiology, and disorders of the auditory system*. 3rd ed. San Diego, CA: Plural Pub., 2013. ISBN 978-159-7564-274.
81. MONTANO, Joseph J. a Jaclyn Barbara SPITZER. *Adult audiologic rehabilitation*. 2nd ed. San Diego, CA: Plural Pub., 2014. ISBN 15-975-6529-6.
82. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Rozhovor: Největší pozitivum je v tom, že se koncepci češtiny jako cizího jazyka podařilo prosadit. *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2010, **18**(3), 10-13.
83. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Co u nás vyšlo: Komunikace s lidmi s postižením. *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2010, **18**(4), 27.
84. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Téma: Znakovaná čeština: Co je to vlastně ta znakovaná čeština? *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2011, **19**(2), 9-10.
85. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Co se u nás událo: Screening sluchu, a co dál? *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2013, **21**(1), 12-16.
86. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Téma: Lehčí vady sluchu: Co se píše o lehké a střední nedoslýchavosti? *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2013, **21**(2), 7.
87. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Téma: 2 kochleární implantáty: Proč implantovat oboustranně. *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2013, **21**(4), 6-7.
88. MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Z knihovny IC: Úloha odezírání v procesu vnímání a porozumění mluvené řeči. *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2014, **22**(3), 7-9.
89. MRÁZKOVÁ, Eva, Kristýna RICHTEROVÁ a Petra SACHOVÁ. Nedoslýchavost a možnosti léčby z pohledu otorinolaryngologa: Aktuální farmakoterapie. *Praktické lékařství* [online]. 2010, 2010, **6**(2), 74-78 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/savepdfs/lek/2010/02/04.pdf>
90. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
91. MUSIEK, Frank E. *Disorders of the auditory system*. San Diego: Plural Pub., 2012. ISBN 15-975-6350-1.
92. NASERIBOORIBADI, Tahereh, Farahnaz SADOUGHI a Abbas SHEIKHTAHERI. Barriers and facilitators of health literacy among D/deaf individuals: A review article. *Iranian Journal of Public Health* [online]. Iran,

- 2017, (46), 1465–1474 [cit. 2020-04-04]. ISSN 22516093. Dostupné z: <https://www.mendeley.com/catalogue/d3b7abb1-5082-3593-aea8-563ccd61138b/>
93. NITTROUER, Susan. *Early development of children with hearing loss*. San Diego, CA: Plural Pub., c2010. ISBN 1597563234.
94. NOBLE, Wycliffe C. a Geoffrey LORD. *Access for disabled people to arts premises: The journey of sequence* [online]. Oxford: Architectural Press, 2003 [cit. 2019-12-09]. ISBN 0 7506 5779 0. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4a939072-453b-4588-a63a-30d2facebb40%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=195579&db=nlebk>
95. NOVOTNÁ, Markéta. Financování sluchadel a kochleárních implantátů. *Dětský sluch: odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2017, (02), 33-34.
96. OBERMEIER, Christian, Thomas DOLK a Thomas C. GUNTER. The benefit of gestures during communication: Evidence from hearing and hearing-impaired individuals. *Cortex* [online]. 2012, **48**(7), 857-870 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1016/j.cortex.2011.02.007. ISSN 00109452. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010945211000323>
97. O sluchu a sluchových vadách. *AudioNIKA: Služby pro sluchově postižené* [online]. Lešná: AudioNIKA, 2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/stranka/o-sluchu-a-sluchovych-vadach>
98. PALEČEK, Karel. Experimenting with lip reading for large vocabulary continuous speech recognition. *Journal on Multimodal User Interfaces* [online]. 2018, **12**(4), 309-318 [cit. 2020-03-18]. DOI: 10.1007/s12193-018-0266-2. ISSN 1783-7677. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12193-018-0266-2>
99. PAUGLICA, Lorita Marlena Freitag, NaraLígiaGregório FIÚZA a Cristiana Brasel de Almeida REBOURÇAS. Aspects of nurses's communication with hearing impaired persons: Aspectos de la comunicación de la enfermera con el deficiente auditivo. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp* [online]. São Paulo, 2007, September 2007, **41**(3), 411-418 [cit. 2020-02-09]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300010>. ISSN 1980-220X. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300010&lng=pt&tlng=pt
100. PÉČOVÁ, Martina. Bilaterální implantace v České republice: zkušenosti sociálních pracovníků rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam. *Dětský sluch: odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2015, (01), 12-13.
101. PEIXOTO, Conceição, Marisa ALVES, Jorge MARTINS a José BASTOS. Cochlear Implant: Long-term results. KIRWIN, Samuel H. *Cochlear implants: technological advances, psychological/social impacts and long-term effectiveness*. New York: Nova Biomedical, 2014, s. 29-47. Otolaryngology research advances series. ISBN 978-1-63321-486-6.
102. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
103. POLÁKOVÁ, Marie. Čtení s porozuměním a čeští neslyšící. *Speciální pedagogika*. 2001, **11**(4), 207-219.

104. PROCHÁZKOVÁ, Romana, Monika KOUBOVÁ a Martina BEZROUKOVÁ. Proč screening sluchu novorozenců někde nefunguje?: 8. mezioborové sympozium a 3. celostátní foniatrický seminář 2018 v Hradci Králové očima pracovníků Tamtamu. *Dětský sluch: odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamta, o.p.s.* Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2018, (03/2018), 18-20. ISSN 2570-8473.
105. RALSTON, Elizabeth, Philip ZAZOVE a Daniel W. GORENFLO. Physicians' attitudes and beliefs about deaf patients. *Journal of the American Board of Family Practice* [online]. 1996, 1 May 1996, **9**(3), 167–173 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.3122/jabfm.9.3.167. Dostupné z: <https://www.mendeley.com/catalogue/api/pdf/9ca8d2d1-0142-323b-8817-34186656ee29/?doi=10.3122/jabfm.9.3.167&entityId=https%3A%2F%2Fidp.upol.cz%2Fidp%2Fshibboleth>
106. REED, Susanne. Beliefs and Practices of Itinerant Teachers of Deaf and Hard of Hearing Children Concerning Literacy Development. *American Annals of the Deaf* [online]. 2003, **148**(4), 333-343 [cit. 2019-12-08]. DOI: 10.1353/aad.2003.0031. ISSN 1543-0375. Dostupné z: http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/american_annals_of_the_deaf/v148/148.4reed.html
107. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
108. ROSOWSKI, John. Peripheral Anatomy and Physiology - Outer and Middle Ear. TREMBLAY, Kelly a kol. *Translational perspectives in auditory neuroscience*. 1. San Diego, CA: Plural Pub., 2012, s. 31-63. ISBN 1597564680.
109. RUESCH, Amy L. Exploring an educational assessment tool to measure registered nurses' knowledge of hearing impairment and effective communication strategies: A USA study. *Nurse Education in Practice* [online]. 2018, January 2018, **28**, 144-149 [cit. 2020-02-15]. DOI: 10.1016/j.nepr.2017.10.017. ISSN 14715953. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595317307175>
110. SCHNUPP, Jan, Israel NELKEN a Andrew KING. *Auditory neuroscience: making sense of sound*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 2011. ISBN 978-026-2113-182.
111. SIROIS, Pauline, Andrée BOISCLAIR a Jocelyne GIASSON. Understanding of the alphabetic principle through invented spelling among hearing-impaired children learning to read and write: experimentation with a pedagogical approach. *Journal of Research in Reading* [online]. 2008, **31**(4), 339-358 [cit. 2020-02-12]. DOI: 10.1111/j.1467-9817.2008.00378.x. ISSN 01410423. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9817.2008.00378.x>
112. SKÁKALOVÁ, Tereza. Téma: Znakový jazyk: Znakový jazyk není pro neslyšící "alternativní." *Info-zpravodaj: Magazín Informačního centra o hluchotě*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2011, **19**(2), 8.
113. SKŘIVAN, Jiří. Poruchy sluchu (nejen) ve stáří: ...abyste mě lépe slyšeli. *Moje zdraví: čtení z vaší lékárny*. Praha: Angel media, 2004, (2), 56-59. ISSN 1214-3871.
114. SLAVEN, Antoinette. Communication and the hearing-impaired patient. *Nursing Standard: (through 2013)* [online]. London, 2003, 3 December 2003, **12**(18), 39-41 [cit. 2020-02-09]. ISSN 20479018. Dostupné z: <https://search->

- proquest-
com.salford.idm.oclc.org/docview/219817049?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3
Aprimo
- 115.SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
- 116.SMITH, Linda. Tune into safety for hearing-impaired patients.: (Patient Safety). *Nursing* [online]. Cengage Learning, 2015, 2015, **45**(6) [cit. 2020-02-15]. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000461842.08906.27. ISSN 0360-4039.
- 117.SOMMER, Sheryl K. a Nathan W. SOMMER. When your patient is hearing impaired. *RN* [online]. Ohio, 2002, December 2002, **65**(12) [cit. 2020-02-15]. ISSN 0033-7021. Dostupné z: <https://go-gale-com.salford.idm.oclc.org/ps/i.do?p=AONE&u=salcal2&id=GALE|A95447264&v=2.1&it=r>
- 118.SOURALOVÁ, Eva. *Surdopedie I. studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1007-9.
- 119.SOURALOVÁ, Eva. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1008-7.
- 120.SOURALOVÁ, Eva a Jiří LANGER. Taktilní znakový jazyk: Taktilní znakový jazyk jako možný komunikační prostředek pro hluchoslepé děti představují Eva Souralová a Jiří Langer. *Dětský sluch: Odborný magazín Centra pro dětský sluch Tamtam*. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2018, (02/2018), 38-40. ISSN 2570-8473.
- 121.SPENCER, Patricia Elizabeth a Lynne Sanford KOESTER. *Nurturing language and learning: development of deaf and hard-of-hearing infants and toddlers*. New York: Oxford University Press, 2016. ISBN 9780199931323.
- 122.SQUIRES, Erika S., Lori A. PAKULSKI, Jennifer GLASSMAN a Emily DIEHM. Knowledge of Hearing Loss among University Students Pursuing Careers in Health Care. *Journal of the American Academy of Audiology* [online]. 2019, **30**(4), 273-281 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.3766/jaaa.17071. ISSN 1050-0545. Dostupné z: <https://www.ingentaconnect.com/content/10.3766/jaaa.17071>
- 123.STEPHAN, K.S. a S. PINILLA. Gehörlose Patienten in der Notfall medizin. *Notfall + Rettungsmedizin* [online]. 2014, **17**(5), 449-462 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1007/s10049-014-1903-2. ISSN 1434-6222. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10049-014-1903-2>
- 124.STRNADOVÁ, Věra. *Úvod do surdopedie*. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-564-8.
- 125.SUGAYA, Akiko et al. Impact of reading and writing skills on academic achievement among school-aged hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* [online]. 2019, November 2019, **126** [cit. 2020-02-09]. DOI: 10.1016/j.ijporl.2019.109619. ISSN 01655876. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165587619303635>
- 126.SWABEY, Laurie, Brenda NICODEMUS a Christopher MORELAND. An Examination of Medical Interview Questions Rendered in American Sign Language by Deaf Physicians and Interpreters. *Investigations in Healthcare Interpreting* [online]. Project Muse, 2014, s. 104-127 [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.mendeley.com/catalogue/2639e878-9271-3f9e-aab5-a1967513c7da/>
- 127.ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

- 128.ŠKODOVÁ, Eva. Vývoj a edukace řeči u sluchově postiženého dítěte. *Efektivní pomoc lidem s handikepem sluchovým: také Vy se otevřte jim!* [online]. Praha: EPHATA, 2016 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <http://ephata.cz/vyvoj-edukace-rci-u-sluchove-postizeneho-ditete/>
- 129.TERVO, Raymond C a Glen PALMER. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2016, **18**(8), 908-915 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1191/0269215504cr820oa. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215504cr820oa>
- 130.TROTTER, Alanna R., Susan B. MATT a Danuta WOJNAR. Communication Strategies and Accommodations Utilized by Health Care Providers With Hearing Loss: A Pilot Study. *American Journal of Audiology* [online]. 2014, **23**(1), 7-19 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1044/1059-0889(2013/12-0065). ISSN 1059-0889. Dostupné z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/1059-0889%282013/12-0065%29>
- 131.UYSAL, Aynur, Bağdat ALBAYRAK, Burcu KOÇULU, Fatma KAN a Tuba AYDIN. Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse Education Today* [online]. 2014, **34**(5), 878-884 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.09.001. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691713003250>
- 132.VÁGNEROVÁ, Marie. Komunikační handicap - postižení sluchu. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 199-216. ISBN 978-80-262-0696-5.
- 133.WALDMAN, Debby a Jackson ROUSH. *Your child's hearing loss: a guide for parents* [online]. 2nd ed. San Diego: CA: Plural Publishing, 2015 [cit. 2019-11-28]. ISBN 9781597567718. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=944607&site=ehost-live>
- 134.WILSON, Blake S, Debara L TUCCI, Michael H MERSON a Gerard M O'DONOGHUE. Global hearing health care: new findings and perspectives. *The Lancet* [online]. 2017, **390**(10111), 2503-2515 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31073-5. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617310735>
- 135.WOLFE, Jace, Erin C. SCHAFER a Sara NEUMANN. Basic components and operation of a cochlear implant. WOLFE, Jace a Erin C. SCHAFER. *Programming cochlear implants*. Second edition. San Diego, CA: Plural Publishing, 2014, 2-6. Core clinical concepts in audiology. ISBN 1-59756-552-0.
- 136.*Ze zdravotnictví: Neslyšící se v Nemocnici Prostějov domluví pomocí tabletu* [online]. Praha: A11, 2019 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/zpravy/neslysici-se-v-nemocnici-prostějov-domluvi-pomoci-tabletu/>

SEZNAM ZKRATEK, OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

Seznam zkratk

(Tzv.) – tak zvaný

(Aj.) – a jiné

(Apod.) – a podobně

Seznam obrázků

Obrázek 1. Přenosná indukční smyčka a její použití. (Langer, 2014, s. 48)..... **Chyba! Záložka není definována.**

Seznam tabulek

Tabulka 1. Počet studentů v jednotlivých ročnících.	45
Tabulka 2. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 1	54
Tabulka 3. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 2	55
Tabulka 4. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 3.....	56
Tabulka 5. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 4.....	57
Tabulka 6. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 5.....	58
Tabulka 7. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 6.....	59
Tabulka 8. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 7.....	60
Tabulka 9. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 8.....	61
Tabulka 10. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 9.....	62
Tabulka 11. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 10.....	63
Tabulka 12. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 11.....	64
Tabulka 13. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 12.....	65
Tabulka 14. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 13.....	66
Tabulka 15. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 14.....	67
Tabulka 16. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 15.....	68
Tabulka 17. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 16.....	69
Tabulka 18. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 17.....	70
Tabulka 19. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 18.....	71
Tabulka 20. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 19.....	72

Tabulka 21. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 20.....	73
Tabulka 22. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 21.....	74
Tabulka 23. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 22.....	75
Tabulka 24. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 23.....	76
Tabulka 25. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 24.....	77
Tabulka 26. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 25.....	78
Tabulka 27. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 26.....	79
Tabulka 28. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 27.....	80
Tabulka 29. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 27.....	81
Tabulka 30. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 28.....	82
Tabulka 31. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 28.....	83
Tabulka 32. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 30.....	84
Tabulka 33. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 31.....	85
Tabulka 34. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 32.....	86
Tabulka 35. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 33.....	87
Tabulka 36. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 34.....	88
Tabulka 37. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 35.....	89
Tabulka 38. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 36.....	90
Tabulka 39. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 37.....	91
Tabulka 40. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 38.....	92
Tabulka 41. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 39.....	93
Tabulka 42. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40 - ročníky.	94
Tabulka 43. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40 – forma studia	95
Tabulka 44. Počet odpovědí u otázky č. 1 - 3. versus 4. ročník.	101
Tabulka 45. Počet odpovědí u otázky č. 2 - 3. versus 4. ročník.	102
Tabulka 46. Počet odpovědí u otázky č. 3 - 3. versus 4. ročník.	103
Tabulka 47. Počet odpovědí u otázky č. 4 - 3. versus 4. ročník.	104
Tabulka 48. Počet odpovědí u otázky č. 5 - 3. versus 4. ročník.	105
Tabulka 49. Počet odpovědí na otázku č. 6 – 3. versus 4. ročník.	106
Tabulka 50. Počet odpovědí na otázku č. 7 – 3. versus 4. ročník.	107
Tabulka 51. Počet odpovědí na otázku č. 8 – 3. versus 4. ročník.	108
Tabulka 52. Počet odpovědí na otázku č. 9 – 3. versus 4. ročník.	109
Tabulka 53. Počet odpovědí na otázku č. 10 – 3. versus 4. ročník.	110

Tabulka 54. Počet odpovědí na otázku č. 11 – 3. versus 4. ročník.	111
Tabulka 55. Počet odpovědí na otázku č. 12 – 3. versus 4. ročník.	112
Tabulka 56. Počet odpovědí na otázku č. 13 – 3. versus 4. ročník.	113
Tabulka 57. Počet odpovědí na otázku č. 14 – 3. versus 4. ročník.	114
Tabulka 58. Počet odpovědí na otázku č. 15 – 3. versus 4. ročník.	115
Tabulka 59. Počet odpovědí na otázku č. 16 – 3. versus 4. ročník.	116
Tabulka 60. Počet odpovědí na otázku č. 17 – 3. versus 4. ročník.	117
Tabulka 61. Počet odpovědí na otázku č. 18 – 3. versus 4. ročník.	118
Tabulka 62. Počet odpovědí na otázku č. 19 – 3. versus 4. ročník.	119
Tabulka 63. Počet odpovědí na otázku č. 20 – 3. versus 4. ročník.	120
Tabulka 64. Počet odpovědí na otázku č. 21 – 3. versus 4. ročník.	121
Tabulka 65. Počet odpovědí na otázku č. 22 – 3. versus 4. ročník.	122
Tabulka 66. Počet odpovědí na otázku č. 23 – 3. versus 4. ročník.	123
Tabulka 67. Počet odpovědí na otázku č. 24 – 3. versus 4. ročník.	124
Tabulka 68. Počet odpovědí na otázku č. 25 – 3. versus 4. ročník.	125
Tabulka 69. Počet odpovědí na otázku č. 26 – 3. versus 4. ročník.	126
Tabulka 70. Počet odpovědí na otázku č. 27 – 3. versus 4. ročník.	127
Tabulka 71. Počet odpovědí na otázku č. 27 – 3. versus 4. ročník.	128
Tabulka 72. Počet odpovědí na otázku č. 28 – 3. versus 4. ročník.	129
Tabulka 73. Počet odpovědí na otázku č. 29 – 3. versus 4. ročník.	130
Tabulka 74. Počet odpovědí na otázku č. 30 – 3. versus 4. ročník.	131
Tabulka 75. Počet odpovědí na otázku č. 31 – 3. versus 4. ročník.	132
Tabulka 76. Počet odpovědí na otázku č. 32 – 3. versus 4. ročník.	133
Tabulka 77. Počet odpovědí na otázku č. 33 – 3. versus 4. ročník.	134
Tabulka 78. Počet odpovědí na otázku č. 34 – 3. versus 4. ročník.	135
Tabulka 79. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 35.	136
Tabulka 80. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 36.	137
Tabulka 81. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 37.	138
Tabulka 82. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 38.	139
Tabulka 83. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 39.	139
Tabulka 84. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40.	140
Tabulka 85. Počet odpovědí u jednotlivých škol na otázku č. 40.	141
Tabulka 86. Procentuální přehled odpovědí studentů.	143

Seznam grafů

Graf 1. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 1.....	55
Graf 2. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 2.....	56
Graf 3. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 3.....	57
Graf 4. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 4.....	58
Graf 5. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 5.....	59
Graf 6. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 6.....	60
Graf 7. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 7.....	61
Graf 8. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 8	62
Graf 9. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 9.....	63
Graf 10. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 10.....	64
Graf 11. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 11.....	65
Graf 12. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 12.....	66
Graf 13. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 13.....	67
Graf 14. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 14.....	68
Graf 15. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 15.....	69
Graf 16. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 16.....	70

Graf 17. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 17.....	71
Graf 18. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 18.....	72
Graf 19. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 19.....	73
Graf 20. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 20.....	74
Graf 21. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 21.....	75
Graf 22. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 22.....	76
Graf 23. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 23.....	77
Graf 24. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 24.....	78
Graf 25. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 25	79
Graf 26. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 26.....	80
Graf 27. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 27.....	81
Graf 28. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 27.....	82
Graf 29. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 28.....	83
Graf 30. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 29.....	84
Graf 31. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 30.....	85
Graf 32. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 31.....	86
Graf 33. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 32.....	87

Graf 34. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 33.....	88
Graf 35. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 34.....	89
Graf 36. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 35.....	90
Graf 37. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 36.....	91
Graf 38. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 37.....	92
Graf 39. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 38.....	93
Graf 40. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 39.....	94
Graf 41. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40 - ročníky.	95
Graf 42. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40 – forma studia.	96
Graf 43. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 1.....	101
Graf 44. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 2.....	102
Graf 45. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 3.....	103
Graf 46. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 4.....	104
Graf 47. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 5.....	105
Graf 48. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 6.....	106
Graf 49. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 7.....	107
Graf 50. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 8.....	108

Graf 51. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 9.....	109
Graf 52. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 10.....	110
Graf 53. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 11.....	111
Graf 54. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 12.....	112
Graf 55. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 13.....	113
Graf 56. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 14.....	114
Graf 57. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 15.....	115
Graf 58. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 16.....	116
Graf 59. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 17.....	117
Graf 60. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 18.....	118
Graf 61. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 19.....	119
Graf 62. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 20.....	120
Graf 63. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 21.....	121
Graf 64. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 22.....	122
Graf 65. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 23.....	123
Graf 66. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 24.....	124
Graf 67. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 25.....	125

Graf 68. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 26.....	126
Graf 69. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 27.....	127
Graf 70. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 27.....	128
Graf 71. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 28.....	129
Graf 72. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 29.....	130
Graf 73. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 30.....	131
Graf 74. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 31.....	132
Graf 75. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 32.....	133
Graf 76. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 33.....	134
Graf 77. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 34.....	135
Graf 78. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 35.....	136
Graf 79. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 36.....	137
Graf 80. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 37.....	138
Graf 81. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 38.....	139
Graf 82. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 39.....	140
Graf 83. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů jednotlivých škol na otázku č. 40.....	141
Graf 84. Grafické, procentuální zobrazení odpovědí studentů 3. a 4. ročníků na otázku č. 40.....	142

Graf 85. Délka praxe a její vliv na vědomosti respondentů.	143
Graf 86. Průměrné skóre třetích a čtvrtých ročníků.	144

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením.

Příloha 2. Předložený dotazník – barevně uvedeny správné odpovědi.

PŘÍLOHY

Příloha 1. Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením.

1. 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 neznámá úlevu.
2. S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
3. Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
4. Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40 %.
5. Pokud jednáající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
6. Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.
7. Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
8. Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
9. Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky (mobil, rádio, televize apod.).
10. 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?“.

Příloha 2. Předložený dotazník – barevně uvedeny správné odpovědi.

Část 1

U následujících otázek prosím vyberte jednu správnou odpověď.

Otázka 1: Kochleární implantát

- A. umožňuje dospělému neslyšícímu jedinci okamžitě slyšet a porozumět verbálním rozhovorům.
- B. eliminuje veškerý zbytkový sluch, kterým pacient disponuje.**
- C. nahrazuje všechny typy ztráty sluchu.
- D. je vyžadován nejméně 90 procenty neslyšících lidí.
- E. Nevím.

Otázka 2: Máte za úkol prezentovat v nemocnici důležité zdravotní téma prostřednictvím tlumočnicka českého znakového jazyka. Prezentace je určena zejména pro neslyšící pacienty, kteří jsou před zahájením prezentace v živém společenském kontaktu. Jste připraven/a zahájit prezentaci. Měl/a byste:

- A. stát na pódiu a trpělivě čekat, až vám budou účastníci věnovat pozornost.
- B. několikrát zhasnout a rozsvítit světla a získat tak pozornost účastníků.**
- C. hlasitě zatleskat.
- D. požádat tlumočnicka, aby naznačil, že jste připraveni zahájit prezentaci.
- E. nevím.

Otázka 3: Jak by měli v konzultační místnosti sedět pacient a jeho tlumočnick?

- A. Tlumočnick sedí vedle pacienta. Pacient a tlumočnick sedí čelem ke zdravotníkovi.
- B. Tlumočnick sedí vedle zdravotníka. Zdravotnick a tlumočnick sedí čelem k pacientovi.**
- C. Tlumočnick sedí přesně mezi zdravotníkem a pacientem.
- D. Nevím

Otázka 4: Otec i matka jsou neslyšící, přesto odmítají nechat vyšetřit sluch svého novorozence. Měl/a byste:

- A. jim sdělit, že vyšetření je vyžadováno zákonem a že je v zájmu jejich dítěte.
- B. jim sdělit, že se jedná o jejich rozhodnutí, avšak v důsledku neznalosti je jejich dítě ohroženo.
- C. respektovat jejich rozhodnutí.**
- D. Nevím

Otázka 5: jste na urgentním příjmu a několikrát zavoláte jméno pacientky. Ostatní lidé na urgentním příjmu ukážou na ženu, která si čte časopis, a řeknou: „Je neslyšící.“ Měl/a byste:

- A. přistoupit k pacientce a lehce ji poklepat na rameno.**
- B. přistoupit k pacientce a vyslovit její jméno hlasitěji.
- C. přistoupit k pacientce a pomocí drobných gest v jejím zorném poli upoutat její pozornost.
- D. Nevím

U následujících otázek prosím vyberte, zda je jedná o správné nebo chybné tvrzení.

6. Pouze 30 % českého jazyka lze správně odezírat ze rtů.

ano

ne

7. Máte velké zpoždění. Váš neslyšící pacient čeká se svým tlumočником. Tlumočnik musí z etických důvodů počkat s pacientem, dokud jej nepřijmete.

ano

ne

8. Český znakový jazyk je obrazový jazyk, kterým se doslovně překládá verbální čeština.

ano

ne

9. Při komunikaci s neslyšícím pacientem prostřednictvím tlumočnika byste měl/a být otočen/a k tlumočnikovi a vysvětlit mu, co pacientovi chcete sdělit.

ano

ne

10. Hlavní prioritou by měla být snaha o vyléčení pacientovy hluchoty.

ano

ne

11. Vzhledem ke skutečnosti, že neslyšící lidé jsou odkázáni na tištěnou formu informací, jejich úroveň gramotnosti je stejná nebo vyšší než gramotnost široké veřejnosti.

ano

ne

12. Dobrý tlumočnik je schopen vystoupit ze své role tlumočnika a vysvětlit zdravotníkovi, co se pacient ve skutečnosti snaží sdělit.

ano

ne

13. Pokud je v místě komunikace dominantní zdroj světla, jako je např. okno, neslyšící pacient by měl sedět zády k tomuto zdroji světla, zatímco vy byste měl/a sedět čelem ke zdroji světla.

ano

ne

14. U nemluvnat neexistuje z věkových důvodů mnoho způsobů, jak zlepšit jejich sluch.

ano

ne

15. Pokud komunikujete s neslyšícím pacientem prostřednictvím tlumočnika, každé slovo byste měl/a vyslovovat velmi pomalu, aby měl tlumočnik dostatek času na převedení do znakového jazyka nebo prstové abecedy.

ano

ne

16. Pro většinu členů komunity neslyšících je hlavním jazykem čeština.

ano

ne

17. Pokud je neslyšící pacient hospitalizován, měli by být o jeho hluchotě informováni všichni členové zdravotnického personálu.

ano

ne

18. Práce s jinými minoritními skupinami a postiženými pacienty připraví lékaře odpovídajícím způsobem na práci s neslyšícími pacienty.

ano

ne

19. Devadesát procent neslyšících pacientů má slyšící rodiče.

ano

ne

20. S neslyšícím jedincem se vždy dorozumím pomocí tužky a papíru.

ano

ne

21. Musíte neslyšícímu pacientovi sdělit důležité informace chirurgické povahy. Pacientovi sdělíte, aby si přivedl kamaráda nebo člena rodiny, který pomůže s tlumočením.

ano

ne

22. Pokud pacient vyžaduje při návštěvě zdravotnického zařízení tlumočnicka, úhrada těchto služeb jde na vrub pacienta.

ano

ne

23. Pokud neslyšící pacient vyžaduje tlumočnicka, můžete o tlumočení požádat zdravotní sestru, která absolvovala několik semestrů českého znakového jazyka.

ano

ne

24. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, č. 384/2008 Sb. stanoví, že tlumočnick musí být při jednání přítomen bez ohledu na požadavek pacienta.

ano

ne

25. Pokud neslyšící pacient nepoužívá znakový jazyk, může si zvolit jinou službu odpovídající jeho potřebám dle zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, č.384/2008 Sb..

ano

ne

Část 2

26. Jste studentkou střední zdravotnické školy?

ano

ne, pokud ne, jakou studujete? _____

27. Máte za sebou praxi jakožto pracovník/pracovnice ve zdravotnickém zařízení?

ano, pokud ano, kolik let praxe máte? _____

ne

28. Setkal/a jste se během své praxe/zaměstnání ve zdravotnickém zařízení s osobami se zdravotním postižením?

ano

ne, pokud ne, pokračujte na otázku č. 30

29. O jaký typ zdravotního postižení se jednalo? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

zrakové postižení

sluchové postižení

tělesné postižení

mentální postižení

kombinované postižení

30. Domníváte se, že máte dostatek znalostí pro poskytování kvalitních služeb osobám se zdravotním postižením?

ano

ne, pokud ne, co považujete za největší nedostatek? _____

31. Kde se nejčastěji setkáváte s informacemi o specifiích přístupu k pacientům se zdravotním postižením? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

školní výuka (samostatný předmět zabývající se péčí o pacienty se zdravotním postižením)

školní výuka (pouze jako součást jiného předmětu)

odborná literatura

internet

pracuji s osobami se zdravotním postižením

pečuji o člena rodiny se zdravotním postižením

Pokud jste se nesetkal/a ve výuce s tímto předmětem, pokračujte na otázku č. 34

32. Pokud jste se s informacemi setkal/a v rámci výuky, kdy tato problematika byla probírána jen jako součást jiného předmětu, uvítal/a byste předmět samostatně se věnující problematice osob se zdravotním postižením?

ano

ne

33. Jak byste zhodnotil/a své znalosti o této problematice dosažené v rámci výuky?

dobré

spíše dobré

spíše špatné

špatné

nedokážu posoudit

34. Domníváte se, že znalost specifik komunikace s osobami se zdravotním postižením je v poskytování zdravotnické péče důležitá?

ano

ne

35. Myslíte, že správná komunikace může ovlivnit poskytování služeb v přístupu k pacientovi?

- ano, pokud ano, proč? _____
 ne, pokud ne, proč? _____

36. Pokud by byla možnost, věnoval/a byste se této problematice hlouběji? Např. absolvování kurzu znakového jazyka.

- ano
 ne

37. Zúčastnil/a jste se někdy kurzu českého znakového jazyka?

- ano
 ne

38. Pohlaví

- muž
 žena

39. Studijní obor

- praktická sestra
 zdravotnický asistent
 zdravotnické lyceum
 sociální činnost
 jiný obor, uveďte jaký _____

40. Forma studia

- prezenční ročník _____
 kombinovaná ročník _____

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Karolína Raková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Kurková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Komparace znalostí u studentek zdravotnických škol týkajících se komunikačních specifíků osob se sluchovým postižením
Název v angličtině:	Knowledge comparison students of health schools related to communication specifics people with hearing disability
Anotace práce:	Tato diplomová práce se zabývá teorií sluchu – od fyziologie sluchu, přes možné kompenzační pomůcky ke specifickým komunikacím s pacientem se sluchovým postižením. Metodologie diplomové práce byla realizována prostřednictvím dotazníkového šetření, zjišťující stav vědomostí a zkušeností mezi žáky třech zúčastněných škol a posléze mezi studenty 3. ročníků a 4. ročníků, kdy zjištěná data byla ověřena a komparována mezi sebou.
Klíčová slova:	Sluch, sluchové postižení, sluchadla, specifika komunikace
Anotace v angličtině:	This diploma thesis is focused about theory of hearing – from physiology, through possible compensatory aids to specifics of communication with hearing disabled patient. Methodology was realized via survey, finding out a level of knowledge and experiences between students of involved schools and after between students of 3 rd and 4 th year of studies. Ascertained data were verified and compared between each other.

Klíčová slova v angličtině:	Hearing, hearing disability, hearing aids, communication specifics
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením Příloha 2. Předložený dotazník – barevně uvedeny správné odpovědi.
Rozsah práce:	175
Jazyk práce:	Český jazyk