

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Renata Navrátilová

**Specifika a dostupnost informací u žen se sluchovým postižením
v období gravidity**

Olomouc 2015

vedoucí práce: doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 19. června 2015

.....
vlastnoruční podpis

Velmi děkuji doc. PhDr. Evě Suralové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí námětů, připomínek a vytrvalou podporu, které mi poskytla během vypracovávání diplomové práce. Mé poděkování patří také ženám se sluchovým postižením, které mi poskytli informace k praktické části této práce.

Renata Navrátilová

OBSAH

ÚVOD	6
1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH..	8
1.1 Vymezení pojmu sluchové postižení	8
1.2 Kategorie osob se sluchovým postižením	8
1.2.1 Neslyšící.....	9
1.2.2 Nedoslýchaví.....	9
1.2.3 Ohluchlí.....	10
1.3 Klasifikace sluchových vad.....	11
1.3.1 Velikost sluchové ztráty	11
1.3.2 Místo vzniku sluchové vady.....	14
1.3.3 Doba vzniku sluchové vady	16
2 KOMUNIKAČNÍ FORMY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH	17
2.1 Čtení a psaní osob se sluchovým postižením	17
2.1.1 Problémy a překážky ztěžující čtení neslyšících osob	18
2.2 Znakový jazyk.....	21
2.3 Znakovaný jazyk	23
2.4 Odezírání.....	24
2.5 Prstová abeceda.....	25
3 PRENATÁLNÍ PÉČE.....	27
3.1 Diagnostika těhotenství.....	28
3.2 Psychické změny v těhotenství	28
3.3 Životospráva těhotné ženy	29
3.4 Prenatální poradna.....	30
3.5 Klinická a laboratorní vyšetření v těhotenství.....	31
3.6 Ústav pro péči o matku a dítě v Praze Podolí	32
4 PRAKTICKÁ ČÁST	34
4.1 Uvedení do problematiky	34
4.2 Metodologie výzkumné části	34
4.3 Cíle výzkumu	35
4.4 Metody získávání dat	35
4.5 Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
4.6 Analýza získaných dat.....	36
4.6.1 Dotazník	37
4.6.2 Interview	50
4.7 Diskuze.....	52

ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM DOPLŇKOVÉ LITERATURY	60
SEZNAM TABULEK.....	63
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65
ANOTACE	

ÚVOD

Těhotenství je pro většinu žen tím nejhezčím obdobím, je to doba kdy se připravují na novou roli, roli maminky. Pro ženu i jejího partnera je to veliký zásah do jejich života. Na jedné straně je radost z očekávaného těhotenství a narození dítěte, na straně druhé obava zda bude vše tak jak má být, zda těhotenství proběhne bez problémů a jak se oba vyrovnají s rodičovskou rolí. Tyto radosti i obavy sdílejí všechny ženy, ženy se sluchovým postižením nevyjímaje. Právě tato specifická skupina žen má v období gravidity ztíženou situaci v dostupnosti a získávání informací. A to je i cílem naší práce, zjistit jakým způsobem a jak získávají gravidní ženy se sluchovým postižením informace o svém stavu.

Komunikace, jako druh sociální interakce hraje v životě každého jedince nezastupitelnou roli. Získáváme potřebné informace, ale komunikací sdělujeme i svá přání a názory. Těžko si někdo z nás, slyšících, uvědomuje jak komplikovaný a v omezené míře mají ženy se sluchovým postižením v období gravidity přístup k informacím. Často ženy dostávají jen kusé informace, které mohou u ženy vést k pocitu nedostatečné informovanosti. Znalost zvláštností specifik komunikace s jedinci se sluchovým postižením pomáhá k tomu, aby gravidní ženy se sluchovým postižením dostávaly plnohodnotné informace a tím se snížily i jejich obavy z neznámého. Záleží ale na obou komunikačních partnerech, jak se k tomuto problému postaví. Ženský lékař nebo zdravotní sestra by od počátku měli vědět, že se jedná o ženu se sluchovým postižením a měli by znát nebo si zjistit základní pravidla v komunikaci se ženou se sluchovým postižením. Již při první návštěvě prenatální poradny by se měli domluvit na způsobu komunikace, která by vyhovovala oběma stranám. Vzájemná domluva, kvalitní a plnohodnotné informace povedou k vzájemnému dobrému pocitu a snížení obav gravidní ženy se sluchovým postižením.

Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které se dále dělí na další podkapitoly. První kapitola nás seznamuje s vymezením pojmu jedinců se sluchovým postižením, kategoriemi osob se sluchovým postižením a klasifikací sluchových vad. Druhá kapitola nám blíže specifikuje komunikační formy osob se sluchovým postižením, jako je čtení a psaní osob se sluchovým postižením, problémy a překážky z nich vyplývající, znakový a znakovaný

jazyk, odezírání a prstovou abecedu. Poslední teoretická část se zabývá prenatální péčí a představuje Centrum pro neslyšící maminky v Praze Podolí.

Praktická část nás ze začátku provede teorií metodologického výzkumu, na kterou navazuje analýza získaných dat ve formě dotazníků a interview.

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem získávají gravidní ženy se sluchovým postižením informace a zda jsou tyto informace pro ženu dostačující.

1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH

1.1 Vymezení pojmu sluchové postižení

Jeden z nejdůležitějších smyslů pro život člověka je sluch. Sluchové postižení se odráží nejen do celého vývoje osobnosti daného jedince, ale představuje i nejtěžší bariéru v komunikaci. (Pipeková, 1998) Při náhlé ztrátě sluchu přijdeme o přísun informací téměř o 60 %. Lidé, kteří se jako sluchově postižení již narodili, mají rozvinuté určité kompenzační schopnosti, ale důsledek sluchové vady i tak výrazně zasahuje do jejich života. Každé postižení sluchu, jak uvádí Lejska (2003, s. 10): „*vede nezbytně k narušení mezilidské komunikace, a tím se dále porušuje potřeba vlastní seberealizace jako základní lidské sociální nutnosti.*“

Sluchový handicap způsobuje:

- komunikační bariéru,
- psychickou zátěž,
- omezení sítě sociálních vztahů,
- deficit v orientačních schopnostech,
- negativní vliv na vývoj myšlení, vycházející z řeči. (Slowík, 2007)

1.2 Kategorie osob se sluchovým postižením

Termín „*sluchově postižení*“ se týká heterogenní skupiny osob, která je rozlišována zejména druhem a stupněm sluchového postižení. Terminologie v surdopedii¹ se v průběhu vývoje této disciplíny měnila², nyní zahrnuje tyto základní kategorie osob:

- neslyšící,
- nedoslýchaví,
- ohluchlí.

¹ Surdopedie (z lat. surdus - hluchý, z řeckého paideia – výchova) je speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se sluchovým postižením.

² Roku 1927 na Sjezdu neslyšících v Plzni dochází ke změně termínu „hluchoněmý“ na termín „neslyšící“, který začali používat samotní neslyšící. (Hrubý, 1999) Ustálení tohoto termínu nastává až v roce 1961. (Monatová, 1998)

1.2.1 Neslyšící

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je za neslyšícího pokládán člověk, který ani s největším zesílením neslyší zvuk. Absolutní hluchota se vyskytuje velmi zřídka, až 98 % neslyšících osob má zbytky sluchu. Příčinou absolutní hluchoty je funkční vyřazení sluchového centra nebo sluchového nervu. (Leonhardt, 2001) S dalším termínem, se kterým se můžeme v surdopedii setkat, je termín *prelingválně neslyšící*. Podle Hrubého (1999) jsou to jedinci, kteří se jako neslyšící narodili nebo úplně ztratili sluch před začátkem rozvoje řeči. Tito lidé vytvářejí značně soudržná společenství, spolky bývají centrem jejich odpočinku a společenského vyžití. Dávají přednost zaměstnancům, kteří již zaměstnávali nebo zaměstnávají neslyšící a oproti jedincům nedoslýchavým a ohluchlým se v běžném životě cítí méně osamělí. Všichni neslyšící však nejsou stejní. Rozlišujeme mezi *neslyšícími* a *Neslyšícími* s velkým „N“. Neslyšící s velkým N se cítí být příslušníky jazykové a kulturní menšiny, nechápu se jako postižení. Jak popisuje Langer a Souralová (2006, s. 11): „*identifikují se s odlišnými kulturními zvyklostmi respektujícími specifika života bez zvukových vjemů.*“ Preferovanou komunikací je znakový jazyk, jako přirozený jazyk neslyšících, a specifická je i kultura této minority³. „Neslyšící s malým „n“ jsou osoby, které spíše negativně přijímají své postižení. [http://www.orbipontes.cz] Často se setkáváme s tzv. medicínským modelem, oproti modelu kulturnímu a jazykovému. Ten popisuje Strnadová (1998, s. 52): "*Označení velkým písmenem, se u nás (dosud) plně nevžilo. V naší zemi dosud přetrvává medicínský postoj k neslyšícímu jedinci, při kterém je některými lidmi hluchota chápána jako stav, který je třeba nějakým způsobem odstranit, léčit a tam, kde to není možné, tak alespoň všemožně usilovat o to, aby z neslyšícího dítěte vyrostl jedinec, který se „plně zapojí do normální společnosti“.* Tou „normální společností“ je míněna populace slyšících.“

1.2.2 Nedoslýchaví

Hrubý (1999, s. 43) uvádí: „*Nedoslýchavost znamená každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci, nikoliv však jeho úplné vymizení.*“ Nedoslýchavost (hypacusis) vyjadřuje určitý příznak, není tedy onemocněním samo o sobě. O převodní nedoslýchavosti mluvíme, pokud postihne zevní zvukovod, bubínek, střední ucho

³ Jedná se o společenské zvyklosti, hodnotová měřítka, vlastní historii nebo specifický humor neslyšících.

nebo sluchovou trubici. Percepční kochleární nedoslýchavost se týká onemocnění vnitřního ucha, centrální porucha nejčastěji charakterizuje postižení sluchového analyzátoru v koře mozkové nebo Heschlova závitu v temporálním laloku. (Mrázková, Mrázek, Lindovská, 2006) V závislosti na věku stoupá v populaci frekvence nedoslýchavosti. Těžší nedoslýchavost je závažným a mnohdy i přehlíženým postižením, zejména u starších osob. Mluvíme o tzv. stařecké nedoslýchavosti (presbyacismus)⁴, objevující se nejčastěji okolo 60. roku života. Postupně dochází ke ztrátě sluchu v důsledku atrofie sluchových buněk, projevující se nejdříve snížením vnímání vysokých tónů. (Šándorová, 2003) Velmi důležitá je korekce vhodně zvolenými sluchadly, jako prevence narušení mezilidské komunikace a následně i nežádoucí psychosociální izolace. Nezapomínejme na fakt, že i lehká nedoslýchavost může způsobovat vážné problémy u osob, pro které je dobrý sluch základem jejich práce. Hovořit můžeme např. o tlumočnících, hudebnících. [<http://www.medicinapropraxi.cz>] Nedoslýchavost často provází i tinnitus⁵, někdy diplakuse⁶, při nitroušní nedoslýchavosti občas i závratě a zvracení. (Mrázková, Mrázek, Lindovská, 2006)

1.2.3 Ohluchlí

Pokud u dítěte dojde k ohluchnutí až po dokončení vývoje řeči (mezi 5-7 rokem) mluvíme o postlingválně získané hluchotě. Tito lidé budou mít výrazně menší problémy při komunikaci se slyšícími, než jedinci, kteří se buď jako neslyšící narodili nebo ohluchli v nejranějším věku, ještě před rozvinutím řeči. (Hrubý, 1999)

Příčin náhlého ohluchnutí může být spousta. Strnadová (2001) uvádí příklady následků úrazů v oblasti spánkové kosti, operace mozku, nádory⁷ nebo akustické úrazy, kterými se změní struktura jemných buněk ve vnitřním uchu. Nezapomínejme i na léky, jejichž vedlejší účinky mohou způsobit ztrátu sluchu, ale i na obtížné cvičení, nárazy do hlavy, předchozí operace uší. Důležité je nepodceňovat svůj zdravotní stav, zvláště

⁴ Presbyacismus v důsledku nadměrného hluku, může vzniknout i u lidí v mnohem mladším věku. (Šándorová, 2003)

⁵ Tinnitus neboli ušní šelesty – hučení, pískání, dunění v uších

⁶ Diplakuse neboli dvojité slyšení.

⁷ V případech nádorů a po operaci mozku bývá ztráta sluchu často jen na jednom uchu.

pokud se to týká hypertenze⁸, diabetu⁹, středoušních zánětů či cévních onemocnění. Některé geneticky podmíněné příčiny, neprojevingící se v dětství, mohou způsobit ztrátu sluchu až v dospělosti.

Po ztrátě sluchu má člověk předchozí osobní zkušenost se světem zvuků, mluvíme o tzv. „sluchové paměti“¹⁰. Právě tato sluchová paměť může jedinci doplnit chybějící složku vjemů, na kterou byl zvyklý. V několika prvních letech po ohluchnutí nedochází ke změnám kvality intonace řeči. Strnadová (2001, s. 93) uvádí: „*Slyšící lidé tím bývají zmateni a buď vám nevěří, že je nemůžete slyšet, anebo na to každou chvíli zapomínají.*“ Po delším čase artikulace řeči slábné, ale zůstává stále srozumitelná, to platí i pro tempo a melodii řeči. Změny nastávají i ve změně prozodických faktorů¹¹. Absence sluchové kontroly však může mít za následek příliš tichou anebo hlasitou řeč. (Leonhardt, 2001) Většina lidí se tak setkává s novou, nečekanou zkušeností, která ovlivní nejen jeho vlastní život, ale i chod celé rodiny. Znejistění ve vlastní identitě, ztráta bezpečí, změna zaběhlého životního stylu, to vše může vést ke krizi identity. Ohluchlý člověk se musí vypořádat s neočekávanými životními situacemi a zkouškami, najít nové formy komunikace. (Leonhardt, 2001)

1.3 Klasifikace sluchových vad

Nejčastější klasifikací, podle kterých jsou sluchové vady posuzovány, jsou:

- velikost sluchové ztráty,
- místo vzniku sluchové vady,
- doba vzniku sluchové vady.

1.3.1 Velikost sluchové ztráty

Důvodem různých hodnot vymezující jednotlivé stupně velikosti sluchové ztráty, bývá účel, pro který byla kritéria stanovena, např. jedná-li se o pedagogickou nebo lékařskou praxi, či posuzování sluchového postižení pro účely získání státní sociální podpory atd. (Souralová, 2005) Velikost sluchové ztráty je udávána v decibelech (dB).

⁸ Hypertenze – vysoký krevní tlak.

⁹ Diabetes mellitus - cukrovka.

¹⁰ Jedinec si např. pamatuje zvuk vody, tekoucí z vodovodu, bublání potůčku apod.

¹¹ Prozodické faktory - přízvuk, melodie řeči, tempo řeči, pauzy i hlasitost.

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

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

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

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

1.3.2 Místo vzniku sluchové vady

Medicínská literatura zmiňuje poruchy podle místa vzniku sluchové vady, shodně s částí sluchového analyzátoru postiženého patologickým procesem:

- vady převodní,
- vady percepční,
- vady smíšené,
- vady centrální.

Vady převodní

Hrubý (1998, s. 41) uvádí: „*Vady převodní jsou poměrně časté, ale naštěstí nikdy nevedou k úplné hluchotě.*“ Pokud dojde k poruše v mechanické části sluchové dráhy, což je část vnějšího nebo středního ucha, bývá narušen převod zvukových vibrací do hlemýžďe. Proto jsou tyto vady nazývány vadami převodními. Důsledkem takové vady je vždy jen nedoslýchavost, kterou lze velice dobře kompenzovat elektronickými sluchadly. Někdy je možné přistoupit k odstranění převodní vady operativní cestou. (Hrubý, 1998)

Ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem (ceruminem), které může způsobit zhoršení sluchu až o 30 – 40 dB bývá nejjednodušší převodní vadou, jejíž odstranění však musí provést lékař. U vrozených převodních vad to mohou být různé deformity jak vnějšího tak i středního ucha, např. nevytvoření vnějšího zvukovodu nebo boltce.¹² Operativní řešení má i přerušení řetězu středoušních kůstek, ke kterým dochází např. při úrazech nebo otoskleróza, která způsobuje znehybnění ploténky třmínku nárůstem kostní tkáně v oblasti oválného okénka. Přechodná nedoslýchavost může být způsobená i záněty vnějšího zvukovodu (otitis externa), jejichž hlavní příčinou jsou plísně, viry a bakterie. Virová nebo mikrobiální infekce výstelky středoušní dutiny, nejčastěji vyskytující se u dětí, je příčinou zánětu středního ucha (otitis media), při kterém vzniká velké množství hnisu, způsobující svým tlakem velkou bolest. Paracentéza neboli propíchnutí bubínku, vede k okamžité úlevě. Při opakovaných zánětech může dojít k narušení středoušních kůstek nebo ke zjizvení bubínku, které se může projevit převodní vadou. Cysta, nejčastěji se vyskytující ve středním uchu, tvořená šupinatou hmotou s cholesterolem, se nazývá cholesteatom. Postupující cysta způsobuje rozklad kosti, a pokud napadne středoušní kůstky, důsledkem je převodní vada. (Hrubý, 1998)

¹² Chirurgická úprava se doporučuje pouze v případech, pokud se jedná o oboustranné případy.

Vady percepční (senzoneurální)

Vady percepční jsou poruchou kvality i kvantity slyšení, které mohou vést i k úplné hluchotě. Při těchto vadách nacházíme patologické změny nejčastěji ve vláskových buňkách, kde je postižena jejich funkce (Mrázková, Mrázek, Lindovská, 2006) U většiny percepčních vad jsou nejvíce a nejdříve postiženy vysoké frekvence.

V období gravidity, které způsobují velké množství percepčních vad, má vliv prodělání infekčních onemocnění matky. Řadíme mezi ně zarděnky, infekci cytomegalovirem či toxoplasmósu. Na počátku gravidity při zjištění a potvrzení dané infekce se doporučuje přerušit graviditu. V perinatálním období, v důsledku přidušení, kdy je vnitřní ucho velice citlivé na zásobení kyslíkem, může tímto způsobem novorozenec získat percepční vadu. Hnisavý zánět mozkových blan, tzv. meningitida často způsobuje úplnou hluchotu. Někdy dojde k zánětu sluchového nervu nebo k jeho přerušení v důsledku jizevnatých srůstů mozkových plen, často zarůstá i vnitřek hlemýžďe kosti, včetně Cortiho orgánu. Ototoxické látky, nazýváme antibiotika „mycinové“ řady¹³, ale i řadu chemických látek, např. soli rtuti, organická rozpouštědla, arzénové sloučeniny nebo olova. (Hrubý, 1998) Toxicita léků se projevuje jako ztráta sluchu, tinnitus, závratě, ataxie¹⁴ a někdy i jako bolest v uchu. [<http://audiosvet.com>] Jak uvádí Lejska (2003, s. 27) *„Jakékoliv zranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha může trvale poškodit sluchové buňky a způsobit tak vadu sluchu.“* Nejčastější příčinou jsou dopravní úrazy a nekontrolovatelné silné „třesky“ zvuku. Krvácení do mozku, nádory, abscesy, dlouhodobé působení silné hlukové zátěže, to vše jsou další příčiny získání percepčních vad. Stárnutí organismu, je všeobecně známý fakt, a výjimkou není ani v oblasti slyšení, v uchu. Jedná se o tzv. presbykuzii – stařeckou nedoslýchavost.

Vady smíšené a centrální

Vady smíšené jsou kombinací vad převodních a percepčních. *„Centrální porucha je důsledkem poškození sluchové dráhy a sluchových mozkových center“* uvádí Cechnerová, Bouček (2011), dostupné z [<http://www.medicinapropraxi.cz>]. Představují komplikované defekty způsobené různými procesy.

¹³ Patří zde streptomycin, neomycin, gentamycin, kanamycin, vyomycin.

¹⁴ Ataxie-neurologický symptom spočívající v poruše koordinace pohybů.

1.3.3 Doba vzniku sluchové vady

Co se týká doby vzniku, rozlišujeme sluchové vady na prelingvální a postlingvální. Prelingvální sluchová vada se týká jedinců, kteří se jako neslyšící narodili nebo ztratili sluch v době, kdy ještě nebyl ukončen základní vývoj řeči, řečové projevy zanikají z důvodu nedostatečné fixace a řeč se poté spontánně nerozvíjí. (Souralová, 2005) Pokud dítěti chybí sluchová kontrola a slyšený vzor, mluvit spontánně se nenaučí. Zde nastupuje dlouhodobá péče logopedů a surdopedů. (Strnadová, 2001) Prelingválně neslyšící děti mají ve srovnání s ohluchlými a nedoslýchavými i určité “výhody”: “*nepostrádají zvuk, protože ho nikdy nepoznaly*” (Hrubý, 1999, s. 45) a jako minorita vytvářejí značně soudržná společenství, tzv. Neslyšící s velkým “N”, která se projevují specifickou kulturou a používání znakového jazyka jako základního prostředku komunikace. Jestliže došlo ke ztrátě sluchových funkcí až po ukončení základního vývoje řeči¹⁵, mluvíme o tzv. postlingvální sluchové vadě. Řečové procesy již nezanikají, jelikož je mluvená řeč dostatečně fixována, ale v důsledku absence zpětné sluchové vazby, dochází k prozodickým a artikulačním změnám zvukového procesu. (Souralová, 2005)

¹⁵ Přibližně kolem 6. věku dítěte

2 KOMUNIKAČNÍ FORMY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH

Komunikace (z lat. *communicatio* – sdělování, participace, společenství) znamená podle Klenkové (2006, s. 25): *“obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.”* Významně také ovlivňuje rozvoj osobnosti a je velmi důležitá v mezilidských vztazích. Cílem komunikace je vytváření a udržování mezilidských vztahů, ale zejména sdělení určité informace a vzájemné dorozumívání se. (Klenková, 2006) Šedivá (1997, s. 11) uvádí, že i *„mezi sluchově postiženými jsou výrazné rozdíly v komunikačních dovednostech.“*

Získávání a zpracování informací je důležitou součástí života pro každého jedince, obzvlášť pro těhotnou ženu. Jako každou maminku, tak i ženu se sluchovým postižením nevyjímaje, zajímá nejen její zdravotní stav, ale stará se i o zdraví svého nenarozeného dítěte. Zvolení vhodné komunikační formy, a tím získání dostatečného množství informací vede k pocitu klidu, který je v tomto období velmi důležitý. Jedná se o velmi individuální výběr způsobu komunikace vzhledem ke zvláštnostem plynoucí ze sluchového postižení.

2.1 Čtení a psaní osob se sluchovým postižením

Roučková (2011, s. 129) hovoří o tom, že *“mnoho lidí se domnívá, že neslyšící může bez problémů číst i psát, protože to jsou činnosti nezávislé na sluchovém vnímání”*. Tito lidé se však mýlí. I když je psaní i čtení jen jinou formou téhož jazyka, musíme si uvědomit, že český jazyk není pro neslyšící jedince jazykem přirozeným, mateřským, ale jazykem naučeným. Neslyšící jedinci u nás nejsou negramotní ve smyslu nerozeznávání jednotlivých písmen, ale problém je v neporozumění přečtenému textu. Ano, dokáží psát. Někdy psaný text vypadá jako čeština cizince, který se učí česky, jindy zase napsanému textu není vůbec rozumět. (Petráňová, 2005)

Uvedeme malou ukázkou, jak může vypadat text neslyšícího pisatele:

„ Milá Romana a doma! Hezký jarní svítí sluničko krásné přírody čerstvé barva... “

Kromě techniky čtení se jedinec musí naučit gramatiku daného jazyka, nová slova, pravidla skladby slov ve větě, vět do souvětí, ale i správnou výslovnost. (Roučková, 2011) Uvedme si malý příklad pro pochopení rozdílu v gramatice a skladbě vět českého znakového jazyka a českého jazyka:

BYL JSEM VE ŠKOLE V PONDĚLÍ.

PONDĚLÍ + ŠKOLA + JÁ + BYLO

Nebo:

JAKÉ JE TVÉ POVOLÁNÍ?

POVOLÁNÍ + TVOJE + TYP + CO?

Kompetence, neboli soubor dosavadních zkušeností a znalostí účastníků dorozumívání, jsou nezbytné pro psychické procesy, které probíhají při recepci textu.

Obsahem souboru jsou:

- znalosti jazykové (lexikální¹⁶ a gramatická stránka příslušného jazyka),
- znalosti interakční (znalost komunikačních forem a globálních textových struktur, metakomunikační¹⁷ schopnosti),
- znalosti věcné (encyklopedické),
- znalosti strategické (schopnost vybírat z věcného, jazykového a interakčního souboru vhodné prostředky),
- znalosti speciální (vlastní zkušenosti a znalosti, které pomáhají odhalit záměr autora).(Hoffmannová, 1997)

2.1.1 Problémy a překážky ztěžující čtení neslyšících osob

Jednou z hlavních překážek je **malá slovní zásoba**, která se individuálním způsobem projevuje u většiny neslyšících. Ve škole se sice děti naučí číst, vyslovovat a psát slova, ale význam těchto slov jim není zcela jasný. Zpaměti se učí něco, čemu ve skutečnosti nerozumí. (Strnadová, 1999) Stejně slovo mívá i několik odlišných významů, a pokud zná neslyšící jedinec jen jeden, nemusí porozumět. K pochopení informace či situace je potřeba znát slova ve všech jejich významech. Např. slovo *stát*, se kterým se dítě seznámí většinou s pokynem „*zůstaň stát*“ jako označením polohy těla. Tohle sloveso má však i další významy. Např. chce se *stát* malířem, kolik to bude *stát*, to nebude *stát* za to, *stát* jako označení země. (Roučková, 2011)

¹⁶ Lexikální = týkající se slovní zásoby

¹⁷ Metakomunikace = porozumění zprostředkované bez použití slov

Časováním, skloňováním získávají slova odlišné tvary, které si neslyšící jedinec nespojí s jejich základním tvarem, které již zná a mylně se domnívá, že se jedná o neznámé a zcela nové slovo (př. *jde – šel, má – měl*). Také zákonitosti **spojování slov a skladba vět**, je pro jedince obtížnou situací. Většinou mu nečiní problémy věty v základním tvaru (př. „*To je babička*“), ale obtížnější již bude například spojení „*koupím babičce*“. Zná sice význam obou těchto slov, ale neporozumí vztahu ve větě, chápe jejich význam spíše izolovaně nebo dle vlastní zkušenosti jim přisoudí jiný vztah, např. *babička mi něco koupí*. (Roučková, 2011)

Problém nastává i ve znalosti **synonym** (př. *květen = máj; stonat, marodit = být nemocný*) a **homonym** (př. *jeřáb*, může být *strom, pták* nebo *stroj*) i v možnosti zaměnitelnosti **náhodně podobajících se slov** (př. *pila - nástroj X pila - napila se* nebo *na mezi X mezi*). Změna **délky samohlásky**, mění význam slova (př. *peče X péče, páni X paní*) je dalším problémem neslyšících osob v porozumění danému textu, tak jako **obrazná rčení** (př. *Přišel na buben. Vzal nohy na ramena. Má to u nosu.*) či neznalost **frazeologie**¹⁸. (Strnadová, 1999) Vyjádření **ironie**, musíme neslyšícímu jedinci vysvětlit, jelikož jejich smysl není závislý na skutečném významu slov, ale na melodii hlasu (př. „*To se ti teda povedlo!*“= reakce na nezdár nebo označení zbabělého chování „*To je ale hrdina!*“) Neznalost **konvence**¹⁹ vykání a tykání zmate neslyšícího čtenáře natolik, že vůbec nepozná kolik osob v textu vlastně vystupuje, tak jako i slova popisující **zvuky** nebo zvukové jevy (př. *vítr šuměl v korunách stromů, v trávě zašustilo, ozvalo se kvákání*). (Roučková, 2011)

¹⁸ Frazologie = je věda, která se zabývá studiem a popisem frazémů a idiomů. K těm se řadí např. rčení, přísloví, pořekadla či pranostiky [<http://oltk.upol.cz>]

¹⁹ Konvence = zvyklost, ustálený způsob jednání nebo společenské pravidlo.

Faktory ovlivňující porozumění textu dle Suralové (2002):

a) struktura mentálního slovníku

(mentální slovník je množina slov, které jedinec zná, nazvaný také subjektivní lexikon) a jeho nepřehledně vytvořená sémantická²⁰ síť i asociační vztahy mezi jednotlivými lexikálními prvky jsou jednou z překážek porozumění danému textu,

b) gramatická (morfologická²¹ a syntaktická²²) stavba vět.

Suralová (2002, s. 19) uvádí: „*Vzhledem k tomu, že čeština je jazyk s bohatou a nepravidelnou flexí, působí neslyšícím potíže identifikovat zákonitosti jednotlivých gramatických kategorií (rodu, čísla, pádu, osoby...), rozpoznat známé slovo v různých tvarech a kontextech, rozlišovat významy slov vizuálně podobných atd.*“

c) pojmenování na základě vnější podobnosti nebo vnitřní spojitosti v upravených textech

Metafory, frazeologie, různě ustálené rčení a frazémy jsou pro neslyšící jedince obtížně pochopitelné, neboť je nelze nijak vysvětlit a popsát (např. *jít po sluchu, je bystrý jako rys, slyšet trávu růst*). V hodinách českého jazyka a literatury jsou sice s nimi pravidelně seznamováni a některé si i zapamatují, ale existuje celá řada frazémů a metafor, která je pro neslyšícího jedince neznámá a ne zcela pochopitelná.

d) reprodukce primární výpovědi přímou řečí

Řada příběhů se neobejde bez dialogu přítomných osob, uvedených v textu jako přímá řeč. I zde můžeme pozorovat problémy v porozumění daného textu a to v případě použití dialogu mezi více lidmi, vnitřním dialogem, vstupování vypravěče do děje, jako další osoba či nevlastní nebo polopřímé řeči.

e) procesy inference

Jak čtenář porozumí textu je podle Suralové (2002, s. 26): „*proces porovnávání vstupní informace s tím, co recipient již o věci ví*“. Macurová (1999) objasňuje, že při chápání smyslu textu nejde pouze o zkušenost s jazykem či znalost jazyka, ale i o znalost světa, o zkušenost se světem. Je to pochopení souvislosti na základě naší dřívější zkušenosti. U neslyšících jedinců je narušen již vstupní kvalitou i uložené informace.

²⁰ Sémantika = Významová stránka jazyka.

²¹ Morfologie = tvarosloví, nauka o slovních druzích a jejich gramatických kategoriích. [<http://www.fragment.cz>]

²² Syntax = skladba, nauka o stavbě vět a souvětí. [<http://www.fragment.cz>]

V této kapitole jsme uvedli příklady, které jedincům se sluchovým postižením činí problémy při recepci i produkci mluvené řeči v její grafické podobě. Spousta lékařů ani zdravotních sester si tento problém neuvědomují, spíše, pokud bychom to uvedli na pravou míru, jej vůbec neznají. Proto se často ženy se sluchovým postižením v prenatalních poradnách setkávají s tím, že se lékař domnívá, pokud je žena neslyší, že stačí napsat důležité informace na papír a žena bude všemu rozumět. Lékaři si zpětnou vazbou neověřují, zda žena všemu rozumí, stačí jim jen přikývnutí na souhlas. Správný lékař, který zná specifika komunikace s jedinci se sluchovým postižením ví, že nesmí spoléhat na přikývnutí ženy, ale ověřováním a doptáváním se si ověří, zda všechny sdělené informace žena správně pochopila a rozumí jim.

2.2 Znakový jazyk

Znakový jazyk je specifickým jazykem skupiny neslyšících, která ke komunikaci využívá vizuálně pohybové dorozumívací signály, mající vlastní gramatiku, která je odlišná od mluveného jazyka. Znakový jazyk nemůžeme však označit za jazyk mateřský všech neslyšících, jelikož většina sluchově postižených dětí se rodí slyšícím rodičům a se znakovým jazykem se setkávají až ve speciálních zařízeních. (Sobotková, in Vítková, 2004)

Hluchota je vážnější než slepota, když vezmeme v úvahu dopad, jaký mohou mít tato postižení na mozek. Není to proto, že mozek hluchých by se kapacitně lišil od lidí, kteří slyší, ale je to spíš kvůli odlišnostem v tom, jak funguje vnitřní hlas, který ovlivňuje, jak mozek funguje u neslyšících. U neslyšících je tímto vnitřním hlasem jak mluvený jazyk, tak znakový jazyk. Je jednoduše důležité, aby měl mozek nějakou formu jazyka, kterému by rozuměl a skrz který by mohl tvořit vnitřní hlas a myšlenky. [<http://www.todayifoundout.com>]

Za „Otce“ neslyšících je považován francouzský kněz Abbé de l' Epée. Zabýval se výchovou učitelů i samotných neslyšících, vydal první knihu o prstové abecedě a znacích. Metoda, kterou vypracoval pro vyučování neslyšících podle Abbé de l' Epée se nazývá francouzská. [<http://ruce.cz>]

Ve světě se rozvoj znakového jazyka datuje od 60. let 20. století, výzkumem českého znakového jazyka se pracovníci Ústavu českého jazyka a komunikace na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy začali zabývat v roce 1992. (Souralová, 2005)

V České republice používají osoby se sluchovým postižením český znakový jazyk: „*Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitě členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.*“ [Zákon č. 384/2008 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob ze dne 23. 9. 2008, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb. O znakové řeči]

I v českém znakovém jazyce z hlediska geografického sledujeme jistá „nářečí“. Odlišnost určitých znaků pozorujeme i u starých a mladých osob, jinak znakují mluvčí, kteří si tento jazyk osvojili až v pozdějším věku a jinak rodilí mluvčí znakového jazyka. Tato variabilita, vyskytující se ve všech jazycích mluvených i znakových je naprosto přirozeným jevem. (Bímová, 2005)

Jedinci se sluchovým postižením, kteří používají jako hlavní komunikační prostředek znakový jazyk, musí v různých sociálních situacích²³ využít pomoci tlumočnicka. V České republice tlumočnický sdružuje: *Komora sluchově postižených a Národní rada tlumočnicků a lektorů znakového jazyka České republiky (NRTLZJ), Česká komora tlumočnicků znakového jazyka (ČKTZJ), Organizace tlumočnicků znakového jazyka (OTZJ), Česká společnost tlumočnicků znakového jazyka (ČSTZJ).* Od roku 2003 existuje *Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící (CZTN)* zřízené ASNEP²⁴, evidující kontakty na tlumočnický všech tlumočnických organizací. (Dingová, 2005) Profesionální tlumočníci se řídí Etickým kodexem tlumočnicka znakového jazyka (příloha č. 1).

Další službou, která se snaží pomoci jedincům se sluchovým postižením je, *Tichá linka*. Nabízí online tlumočení českého znakového jazyka a online přepis mluvené řeči. Tichá linka vznikla v rámci projektu Systémová komunikační podpora neslyšících na trhu práce, který probíhal od 1. 12. 2012 do 30. 11. 2014, realizovaný organizací Tichý svět²⁵. [<http://klient.tichalinka.cz>]

Pokud se gravidní žena se sluchovým postižením rozhodne využít služeb tlumočnicka, je samozřejmě lepší variantou domluvit se pouze s jedním tlumočnickem,

²³ Jednání při úředních záležitostech, u soudu, ve zdravotnictví.

²⁴ ASNEP – Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel.

²⁵ Dříve APNN – Agentura pro neslyšící

který by ženu provázel celou dobu těhotenství, po dohodě byl i u porodu a posléze i v období šestinedělí, kde se žena dozvídá důležité informace týkající se jejího zdravotního stavu, péči o dítě, kojení, apod. Tlumočnick by se měl zúčastňovat všech prohlídek v prenatální poradně, či jiných odborných poradnách, týkající se gravidity ženy. Nejedná se jen o speciální vyšetření (ultrazvuk, genetické vyšetření), ale i o pravidelné kontroly, kde se gravidní žena dozvídá důležité informace. Lékař může namítnout, že tlumočnick stačí ženě se sluchovým postižením pouze při speciálních vyšetřeních, ale není tomu tak. Stejně jako slyšící gravidní žena má i žena se sluchovým postižením možnost hovořit s lékařem o svém stavu a doptávat se na informace, které ji zajímají nebo kterým nerozumí při pravidelných kontrolách v prenatální poradně. Volba tlumočnicka je individuální záležitostí a záleží jen na samotné ženě, kdy a jak často bude využívat jeho služeb. (Jungwirthová, 2005) Oproti tomu jsou ženy, které si tlumočnicka nepřejí. Těhotenství je pro ně velmi soukromou, dalo by se říci intimní záležitostí, kterou chtějí sdílet pouze se svým partnerem, a přítomnost tlumočnicka by mohlo tuto intimitu narušovat.

2.3 Znakovaný jazyk

Znakovaný jazyk, u nás znakovaná čeština, je uměle vytvořený systém vytvořený slyšícími lidmi z potřeby komunikovat s neslyšícími lidmi. Hlavní využití podle Puldy (1992) je při tlumočení zpráv a přednášek i při setkávání se slyšících osob s neslyšícími. Hronová (2005) ještě dodává umožnění komunikace prostřednictvím znakované češtiny ve školách pro žáky s vadami sluchu, podle některých pedagogů akceleruje výuku českého jazyka.

Věta ve znakované češtině je sestavena podle syntaktických a gramatických pravidel českého jazyka, ale místo slov jsou využívány znaky z českého znakového jazyka. Pro slyšící jedince je zvládnutí a osvojení si znakované češtiny snadnější, jelikož se nemusí učit gramatiku znakového jazyka, ale pouze aplikují znaky českého znakového jazyka do věty sestavené podle pravidel českého jazyka. Neslyšící jedinci, pro které není český jazyk jazykem přirozeným, mohou mít se znakovanou češtinou určité problémy. (Langer, Souralová, 2006) Znakovanou češtinu nejvíce využijí osoby nedoslýchavé nebo později ohluchlé.

2.4 Odezírání

Vizuální percepci řeči neboli odezírání specifikuje Krahulcová (2002, s. 193) jako: „*přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného.*“

Odezírání je určitý dar, kombinace vloh, se kterými se jedinec narodí. Na základě znalostí daného jazyka a těchto vrozených vloh, můžeme tréninkem zdokonalovat dílčí dovednosti a rozvíjet schopnost odezírání. (Strnadová, 2001) Janotová (1999) uvádí znalost jazyka jako důležitého aspektu při odezírání. Jde o znalost zákonitostí jazyka, pochopení a vnímání jeho gramatické, syntaktické a fonologické struktury jazyka, ale i znalost o čem se hovoří.

I když českých hlásek je přes 30, dokážeme rozlišit pouze 11 kinémů, neboli faciálních obrazů hlásek (7 kinémů pro souhlásky, 4 pro samohlásky). Odborníci²⁶ zabývající se oblastí odezírání se shodují na tom, že nejlépe odezíratelné jsou samohlásky. V češtině je to přibližně 40, 41 % všech hlásek²⁷. Ty také tvoří tzv. „body optické opory“ a jsou snadněji odezíratelné než souhlásky. (Janotová, 1999) Strnadová (2001, s. 36) hovoří o tom, že: „*Čím více samohlásek slovo obsahuje, tím lépe pro odezírání*“. Ze souhlásek jsou nejlépe viditelné souhlásky B-P-M a V-F, zatímco souhlásky G-K-H-CH nejsou viditelné vůbec. Vnímání faciálního obrazu hlásky vypadá jinak na začátku, uprostřed či na konci skupiny slov, jinak vypadá i kiném, samostatně vyslovený.

Úspěšné odezírání záleží i na **vnějších a vnitřních podmínkách**. Vnější podmínky můžeme do jisté míry ovlivnit, zatímco vnitřní podmínky jsou projevy osobnostních vlastností daného účastníka komunikace. (Langer, Souralová, 2006)

Vnější podmínky odezírání:

- tempo řeči,
- míra artikulace mluvící osoby,
- vzájemná vzdálenost komunikačních partnerů,
- světelné podmínky (intenzita a směr světla),
- přibližně stejná výšková úroveň očí odezírajícího a úst mluvčího,

²⁶ Janotová, Strnadová, Poul, Grausová, Malý.

²⁷ Dvojhlásky jsou zastoupeny 0,89%, souhlásky 58,70%.

- podpůrné složky odezírání, jako je gestikulace i výraz obličeje.

Vnitřní podmínky odezírání:

- věk recipienta,
 - zdravotní a psychický stav,
 - schopnost soustředit se a přijímat informace,
 - úroveň jazykové kompetence komunikačních partnerů,
 - přesnost pojmového myšlení,
 - rozsah slovní zásoby,
 - úroveň sociálních zkušeností (empatie, předvídání na základě daného kontextu).
- (Langer, Souralová, 2006)

Odezírání, jak jsme již zmínili, je velice náročnou záležitostí. Podmínky, které jsou nutné k odezírání, jsou často v období gravidity narušeny. Může se jednat o různá gynekologická či genetická vyšetření, kdy je pro ženu se sluchovým postižením velmi těžké psychicky se soustředit na daná vyšetření, natož tak na schopnost odezírat. Uvedme si malý příklad. Začínající kontrakce, strach z porodu, strach o nenarozené dítě a plno zdravotnického personálu kolem ženy se sluchovým postižením. Každý z těchto zdravotnických pracovníků se ženě snaží něco sdělit, uděluje pokyny co dělat. Žena v danou chvíli může být zmatená a vystrašená, kontrakce nabírají na četnosti a v tuto chvíli je odezírání prakticky nemožné.

2.5 Prstová abeceda

Prstová abeceda (někdy nazývána jako daktylotika, daktylní abeceda, prstnice či daktylní řeč): „využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je využívána zejména k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů.“ [Zákon č. 384/2008 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob ze dne 23. 9. 2008, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb. O znakové řeči]

Zajímavý je fakt, že prstovou abecedu nevytvořili samotní neslyšící ani jejich učitelé, ale mnichové zavázáni k celoživotnímu mlčení. Tímto způsobem si mohli vyměňovat názory, aniž by je okolí sledovalo. (Krahulcová, 2002)

Prstovou abecedu rozdělujeme podle účasti artikulující ruky na *jednoruční* (příloha č. 2) a *dvouruční* (příloha č. 3). V současnosti se používá zejména: „*v předškolním věku a částečně v mladším školním věku u těžce sluchově postižených v období tvoření, fixace a automatizace mluvních stereotypů.*“ (Krahulcová, 2002, s. 219) V České republice je prstová abeceda tvořena 27 znaky pro hlásky a je velmi snadno naučitelná a reprodukovatelná. Její využití je v případech, kdy uživatelé znakových jazyků potřebují sdělit informaci a neznají k ní příslušný znak. Může se jednat např. o zeměpisné názvy, cizí slova, odborné termíny, ale i vlastní jména a příjmení. (Langer, Suralová, 2006)

Pozitiva prstové abecedy tkví v její použitelnosti kdykoliv. Nepotřebuje papír ani tužku, vyjadřuje slova písmeno po písmenu, přesně gramaticky. Vyjadřování prstovou abecedou je sice pomalejší než znakovým jazykem, což je snad jeho jedinou nevýhodou, ale rychlejší než psaní. (Krahulcová, 2002)

Prstová abeceda určitě umožňuje lepší komunikaci mezi lékařem a gravidní ženou se sluchovým postižením, ale druhou otázkou je porozumění významu slov. „Přečíst“ slovo tlumočené prstovou abecedou je jedna věc, ale pochopení co dané slovo znamená je věc druhá. Záleží na přístupu lékaře, jak dané slovo ženě vysvětlí. Určitě by se měl vyhýbat latinské a lékařské terminologii, slova by měl volit v jednoduché pochopitelné podobě.

3 PRENATÁLNÍ PÉČE

Těhotenství je obdobím velmi výrazných změn. Žena se nachází v pozici mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát. Nová role matky sebou přináší změny, kdy žena musí podle Roztočila (2008, s. 103): „*modifikovat staré modely chování, od některých úplně upustit, reorganizovat a doplnit nové typy chování.*“ Akceptace nové role okolím, je pro ženu velkou pomocí. S těmito pocity se setkávají i neslyšící maminky. Řeší otázky získávání informací o svém stavu a o vývoji dítěte, zabývají se otázkami, zda dítě po narození bude stejně jako ony neslyšící, či pokud bude slyšící, jak budou své dítě vychovávat a komunikovat s ním.

V dávnověku rodily ženy v osamění, bez jakékoliv pomoci. Byly tak vydány velkému nebezpečí. Později, zejména v období matriarchátu poskytovaly pomoc rodičkám starší zkušené ženy z rodiny. I tato péče nebyla zcela dostačující a postupně se porody začaly zabývat některé ženy jako povoláním. Vznikalo tak nové povolání, jehož původní název byl babiti – roditi (ženy babicí, báby pupkořezné), který se pozměnil na již známý termín porodní báby. Tato práce byla určena výhradně ženám, muži (ranhojiči, felčari, lazebníci) byli povoláni jen při komplikacích. Časem vznikaly ústavy, které se věnovaly těhotným ženám a jejím dětem²⁸. (Čech, 2014) V současnosti je rozvoj porodnictví u nás na vysoké úrovni. Lékaři i zdravotní sestry se neustále vzdělávají, moderní technologie usnadňuje a pomáhá při práci lékařů. Svědčí o tom nízká úmrtnost novorozenců i rodiček.

Macků (1998, s. 31) popisuje těhotenství jako: „*období od oplodnění vajíčka do začátku porodu.*“ Toto období nazýváme též gestací nebo graviditou. Těhotenství trvá 40 týdnů, tedy 10 lunárních měsíců a je rozděleno do třech trimestrů. Pravidelná a systematická péče o těhotné ženy, je označovaná jako **prenatální péče** a je vedena ženskými lékaři. Roztočil (2008, s. 57) uvádí: „*Vyšetření v prenatální poradně je souborem doporučených diagnostických postupů, jejich zhodnocení a při výskytu patologického stavu stanovení optimální terapeutické strategie k dosažení co nejlepších perinatálních výsledků.*“

²⁸ První institucí u nás v roce 1609 byl „Vlašský špitál“, který svou sociální a léčebnou funkci plnil téměř dvě stě let. (Čech, 2006)

3.1 Diagnostika těhotenství

Včasné odhalení a určení těhotenství má velký společenský i klinický význam. Její důležitost je zejména v odhalení nepříznivých anamnéz a následné včasné léčby a prevence. Ženy přicházejí ke svému ženskému lékaři s určitými příznaky nasvědčující graviditu ženy. To samozřejmě platí i pro ženy se sluchovým postižením. Podle určitých specifík je dělíme na příznaky nejisté, pravděpodobné a jisté.

Nejisté známky těhotenství mají podle Kobilkové (2005, s. 216): „*nejmenší hodnotu, neboť se opírají o subjektivní obtíže ženy a vycházejí z neuropsychické sféry.*“ Patří zde nevolnosti, ranní zvracení, změněná chuť na jídlo, zvýšená únava, dráždivost, mdloby, změny nálad a další.

K prvním příznakům těhotenství patří amenorea neboli vynechání menstruace. Amenorea může nastat i v jiných situacích, např. v stresových situacích, v menopauze nebo být příznakem vážné choroby. Dalšími příznaky je pocit plnosti a napětí v prsou, sekrece kolostra²⁹, zvětšení a změna konzistence dělohy, prosáknutí a lividní³⁰ zbarvení děložního hrdla a poševní sliznice. (Zwinger, 2004)

Těhotenství se nejčastěji diagnostikuje na podkladě gynekologického vyšetření. Macků (2000, s. 53) uvádí, že jisté známky těhotenství: „*spočívají v objektivním průkazu plodu a jeho projevu klinickými metodami.*“ Patří zde palpační vyšetření plodu (přibližně od 24. týdne), průkaz plodového vejce ultrazvukem (zjistitelné již od 4. -5. týdne těhotenství) a od 6. týdne lze prokázat i srdeční akci plodu. Z laboratorních zkoušek je to průkaz choriogonadotropinu – hCG vyšetřovaný z krve nebo moče ženy. (Zwinger, 2004)

3.2 Psychické změny v těhotenství

K somatickým, ale i psychickým změnám dochází v organismu ženy již od počátku těhotenství. Jsou ovlivněny faktory sociální, ekonomické povahy i změnami fyzickými. S těmito změnami se setkají všechny ženy, včetně těhotných žen, které si těhotenství přály. Může nastat fáze nevyrovnanosti s pocity úzkosti, zmatku, že život, který doposud žily, se nedá již vrátit a nastává nová etapa života. (Roztočil, 2008)

²⁹ Kolostrum = mlezivo neboli prvotní mléko.

³⁰ Lividní = do fialova zbarvené.

Žena se sluchovým postižením se setkává se stejnými obavami i pocity radosti jako slyšící žena. Uvažuje, jak se změní její dosavadní život, zda těhotenství bude probíhat bez komplikací, jak se k těhotenství postaví její přítel, či manžel, zda dítě bude stejně jako ona neslyšící nebo bude slyšet, jakým způsobem se bude dozvídat informace o svém těhotenství. Důležité je, aby žena se sluchovým postižením měla co nejvíce informací, týkající se jejího těhotenství, ženského lékaře, který bude respektovat její zvláštnosti vycházející z jejího sluchového postižení, a spolu najdou vhodný způsob komunikace k získávání tolik potřebných informací. Klid a pohoda ženy je jedním z nejdůležitějších aspektů v období gravidity.

Kurzy pro těhotné ženy a jejich partnery jsou velkým přínosem, jelikož odstraňují nervozitu a nejistotu, vedou k uvolnění duševního napětí, které má velký vliv na průběh těhotenství a porodu. (Kobilková, 2005) Tyto kurzy mohou navštěvovat i ženy se sluchovým postižením. Většina žen se sluchovým postižením, ale tyto kurzy nevyhledává. Více spoléhají na rady od kamarádek a maminky.

3.3 Životospráva těhotné ženy

Těhotenství je pro ženu krásná věc, ale nic nemění na faktu, že klade na organismus ženy mimořádné nároky. Snížení zdravotních komplikací můžeme snížit dodržováním správné životosprávy. (Srp, 2006)

Strava těhotné ženy by měla být vyvážená a lehce stravitelná. Měla by obsahovat všechny živiny i důležité prvky, důležité pro správný vývoj dítěte. Jedná se zejména o bílkoviny, železo, vápník, hořčík a jod. Nesmíme opomenout ovoce a zeleninu, důležitou na vitamíny, zejména vitamín B6, B12 a kyselinu listovou. (Srp, 2006) Co se týče návykových látek, jako je kofein, alkohol, kouření nebo ostatních drog, typu heroin, marihuana, kokain či metadon, každá z těchto látek negativně ovlivňuje těhotenství. Nejenže mohou mít ženy problémy již v době těhotenství, ale tyto látky negativně ovlivňují další vývoj již narozeného dítěte. Zhoršený neuropsychický a somatický vývoj mají novorozenci těžkých kuřáček. Vliv tvrdých drog má neblahé účinky na novorozené dítě, nejzávažnější je abstinenční syndrom. Při nadměrném a pravidelném užívání alkoholu matky může dojít k porodu dítěte jevícího abstinenční příznaky nebo příznaky fetálního alkoholického syndromu (FAS)³¹. (Roztočil, 2008)

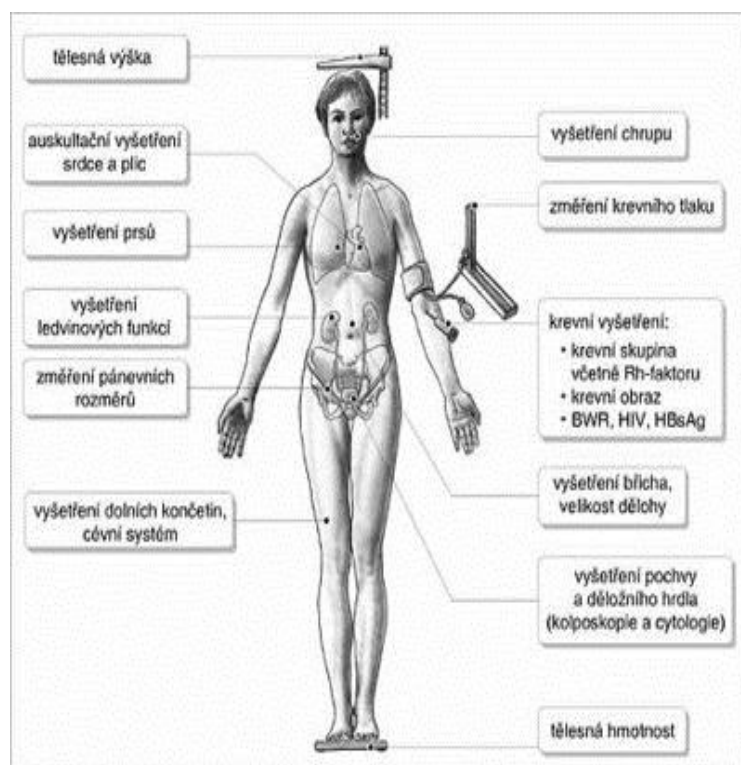
³¹ FAS – Děti s FAS vykazují známky abnormalnosti ve třech specifických oblastech – funkci centrálního nervového systému, v růstu a charakteristickými rysy obličeje. [<http://www.alkoholik.cz>]

FAS patří do širší skupiny FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders), kam patří dále ARND (Alcohol-Related Neurobehavioral Defects), PFAS (Partial FAS) a ARBD (Alcohol-Related Birth Defects). [<http://www.prolekare.cz>]

Co se týká sportovních aktivit, doporučuje se speciální cvičení pro těhotné, zaměřené na relaxaci, správné dýchání, správný postoj a držení těla a posilování svalů pánevního dna. Aktivity spojené s otřesy těla, nadměrnou námahou nebo možností zranění břicha jsou v tomto období nevhodné. (Zwinger, 2004)

3.4 Prenatální poradna

Od potvrzení těhotenství lékařem je žena vedena v prenatální poradně. Zde je jí poskytnuta veškerá péče, která sníží její obavy z těhotenství a v pozdější době i strachu z porodu. Prenatální péče se skládá z vyšetření základních a speciálních porodnických, vnitřních a zevních. Výsledky těchto vyšetření se zaznamenávají do těhotenského průkazu. (Kobilková, 2005)



[<http://lekari.porodnice.cz>]

Při první návštěvě prenatální poradny se zaznamenají osobní údaje těhotné ženy, stanoví se pravděpodobný termín porodu, dohodne se termín další návštěvy a provedou se potřebná vyšetření a odběry krve. Důležité je zpracování anamnézy, která se týká právě probíhajícího těhotenství, předchozích těhotenství, ale i onemocnění týkající

se samotné ženy nebo onemocnění v rodině, které by mohla mít negativní vliv na současné těhotenství. Týká se to například infekčních onemocnění, diabetu mellitu, vrozených vývojových vad a jiných. Nesmíme zapomínat na zjištění informací, týkající se sociální situace těhotné ženy (př. partnerské vztahy, zaměstnání, bydlení, finanční situace, abúzus³²návykových látek). (Roztočil, 2008)

Frekvence doporučených vyšetření v prenatální poradně je do 36. týdne těhotenství plánováno po 4 týdnech, mezi 36. a 40. týdnem jsou kontroly prováděny každý týden a po termínu porodu dvakrát týdně. (Roztočil, 2008) Pokud se jedná o rizikové těhotenství, kontroly i vyšetření jsou daleko častější.

3.5 Klinická a laboratorní vyšetření v těhotenství

Klinická a laboratorní vyšetření dělíme na pravidelná a nepravidelná. Pravidelná vyšetření se provádějí při každé návštěvě prenatální poradny, nepravidelná se provádí pouze v určitém týdnu gravidity. (Krejčí, Srp, 2014)

Mezi pravidelná vyšetření patří měření krevního tlaku, hmotnosti, doplňují se anamnestické údaje gravidní ženy, chemickým vyšetřením se kontroluje moč gravidní ženy na glukózu, bílkovinu, krev a pH. Lékař provede porodnické vyšetření, bimanuální vaginální vyšetření a stanovuje cervix-skóre³³. Od 24. týdne gravidity zjišťuje známky vitality plodu.

Nepravidelná vyšetření jak jsme již uvedli v začátku kapitoly, jsou prováděna v určitém týdnu gravidity. V 16. týdnu čeká ženy odběry krve na vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny a Rh faktoru, titr erytrocytárních protilátek, sérologické vyšetření HBsAg, HIV a protilátek proti syfilis. Velmi důležitý je odběr krve na biochemický screening vrozených vývojových vad. V 18. – 22. týdnu se maminky mohou těšit na svůj první ultrazvukový screening plodu, ve 24. – 28. týdnu se ženy podrobí vyšetření na screening poruch glukózové tolerance (oGTT). Ve 30. – 32. týdnu se většina vyšetření opakuje. Žena podstupuje druhý ultrazvukový screening a vyšetření krve na sérologické vyšetření HBsAg a HIV (pouze u rizikových skupin), krevní obraz, sérologii syfilis a titr erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou O. Detekci streptokoků skupiny B (z recta, pochvy) se provádí v 36. – 37. týdnu. Těsně před porodem

³² Abúzus = nadměrné užívání, zneužívání.

³³ Cervix-skóre = hodnocení děložního hrdla v těhotenství. [<http://lekarske.slovniky.cz>]

(38., 39. a 40. týden) absolvuje žena poslední vyšetření – kardiokografický non-stres test (u rizikových skupin je doporučován i dříve, ve 36. nebo 37. týdnu). (Krejčí, Srp, 2014)

Screeningová vyšetření vrozených vad plodu, které jsme již zmínily v nepravidelných vyšetřeních, slouží jako orientační metoda k vyhledávání těhotných žen se zvýšeným rizikem vrozených vad. [<http://www.gynfem.cz>] Polák [<http://www.imalab.cz>] uvádí, že mezi relativně časté chromozomální numerické aberace patří např. Edwardsův syndrom (trisomie 18. chromozomu), Downův syndrom (trisomie 21. chromozomu) či jiné patologické stavy (trisomie 13. chromozomu, karotyp 45 a jiné). Tyto chromozomální aberace vážně narušují fyziologický vývoj jedinců, způsobují mentální retardace, četné vrozené defekty a mohou i výrazně omezit délku postnatálního života.

Důležitou součástí prenatální péče je, jak jsme již uváděli, screeningové ultrasonografické vyšetření plodu. Cílem vyšetření je identifikace těhotenství s vyšším rizikem vrozených vývojových vad a následné poskytnutí již cílené prenatální diagnostiky. (Zwinger, 2004)

Všechna uvedená vyšetření, s profesionálním, individuálním a lidským přístupem lékařů a zdravotních sester prenatálních poraden, vedou k ubezpečení těhotné ženy se sluchovým postižením, že vše je tak jak má být, a že společně dojdou zdárně ke konci cesty, k porodu a porození zdravého dítěte.

3.6 Ústav pro péči o matku a dítě v Praze Podolí

Gravidní ženy se sluchovým postižením mohou čerpat cenné rady týkající se těhotenství i z různých organizací pro sluchově postižené, které pořádají pravidelné přednášky s lékaři a odborníky, kteří se danou problematikou zabývají. V organizacích pracují zaškolení pracovníci, kteří poskytnou ženě se sluchovým postižením základní odpovědi na jejich otázky nebo jim doporučí kontakt na další odborníky a organizace. Z organizací, které se pravidelně věnují i gravidním ženám se sluchovým postižením a poskytují jim cenné rady a připomínky uvedme například Asociaci organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP), Unii neslyšících nebo Centrum pro dětský sluch Tamtam o. p. s. (dříve Středisko rané péče Tamtam).

Ženy se sluchovým postižením mají možnost od roku 2004 využít možnosti rodit v prostředí, které jim pomáhá překlenout komunikační bariéru v tom nejkrásnějším období pro ženu. Nejedná se o speciální zdravotní péči, ale o specifický přístup k ženám

se sluchovým postižením. Centrum pro neslyšící maminky při Ústavu péče o matku a dítě (ÚPMD) a jejich služby mohou využít všechny těhotné ženy se sluchovým postižením z celé ČR. Do 36. týdne může žena zůstat v péči svého gynekologa a rodit může až po domluvě v Centru pro neslyšící maminky. Pracuje zde zdravotnický personál, který je vyškolený v problematice sluchově postižených a systematicky se vzdělává v kurzech znakového jazyka. Přítomen je i tlumočnick, který zbaví těhotnou ženu obav z komunikační bariéry mezi ní a zdravotnickým personálem.[<http://zena-in.cz>]

Po porodu jsou maminky umístovány na oddělení šestinedělí na speciálně vybavený pokoj pro neslyšící maminky. Součástí tohoto vybavení je světelná signalizace klepání na dveře a vibrační signalizace pláče dítěte. Již během pobytu je umožněno maminkám vyšetření sluchu novorozence. Maminka se tak hned dozví, zda její dítě bude slyšet nebo bude sluchově postižené. [<http://www.upmd.cz>]

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Uvedení do problematiky

Těhotenství je pro většinu žen tím nejhezčím obdobím. To samozřejmě platí i pro ženy se sluchovým postižením. Dostatečné a kvalitní informace, které ženy v tomto období mohou získat, vedou ke klidu budoucí maminky o sebe a své nenarozené dítě. Teoretická část nás uvádí do problematiky sluchového postižení, komunikačních forem sluchově postižených osob a základní problematiky těhotenství. Praktická část práce zpracovává informace od žen se sluchovým postižením, jejich zkušenostmi, zážitky a dostupnosti získávání informací o svém stavu, tak i o různých vyšetřeních s graviditou spojených. Důležité je respektování zvláštností, vycházející ze sluchového postižení.

4.2 Metodologie výzkumné části

Vzhledem k cíli a k zaměření výzkumu bude výzkumné šetření prováděno formou smíšeného designu výzkumu. Zastoupen je **kvantitativní i kvalitativní výzkum**.

Základní odlišení obou přístupů podle Svobody (2012) je stanovení základních principů. U kvantitativního výzkumu je charakterizován nomotetickým přístupem (hledáním obecného) u kvalitativního výzkumu zase v přístupu idiografickém (hledání jedinečného).

V první části práce jsme využili kvantitativní výzkum, díky němuž můžeme zjistit rozsah, frekvenci nebo množství určitého jevu. Pro větší přehlednost získaných dat jsme vybrali grafické znázornění vyjádřené v procentech.

V rámci aplikace kvalitativního přístupu hovoříme nejčastěji o tzv. nepravděpodobnostních metodách výběru výzkumného souboru. Komunita lidí se sluchovým postižením je specifickou skupinou, proto v naší práci využijeme metodu sněhové koule a metodu záměrného (účelového) výběru, a to formou prostého záměrného výběru. (Mioviský, 2006)

Na počátku každé studie stojí **ideový plán** či záměr, který je ideovým náčrtem zamýšleného záměru. Je spojníkem mezi nápadem a realizací daného výzkumu.

4.3 Cíle výzkumu

Výzkum naší práce se zaměřil na zpracování hlavního a parciálního cíle. **Hlavním cílem** je zjistit, jakým způsobem získávají ženy se sluchovým postižením v období gravidity informace a zda jsou tyto informace pro ženy dostatečné.

Parciální cíle, kterými se postupně dopracujeme k cíli hlavnímu, jsou:

- zmapování, zda ženy se sluchovým postižením rozumí odborným lékařským názvům z období gravidity,
- zmapování přístupu zdravotnického personálu ke gravidním ženám se sluchovým postižením,
- zmapování komunikačních forem mezi lékařem a gravidní ženou se sluchovým postižením,
- zmapování, zda ženy se sluchovým postižením využívají možnost získat širší informace k otázkám gravidity z organizací určeny jedincům se sluchovým postižením,
- zmapování, zda ženy se sluchovým postižením uvažovaly родit v ÚPMD v Praze Podolí, v Centru pro neslyšící maminky,
- zmapování, zda zdravotnický personál ovládá základy znakového jazyka.

Předpokládáme, že:

1. Ženy se sluchovým postižením celkově nemají dostatečné informace k období gravidity a porodu.
2. Ženy se sluchovým postižením se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním mají více informací k období gravidity a porodu než ženy se základním vzděláním nebo vyučené.
3. Ženy se sluchovým postižením více využívaly informace od svých kamarádek a maminky než od lékaře.
4. Ženy se sluchovým postižením komunikují s lékařem nejvíce metodou psaní „papír a tužka“.

4.4 Metody získávání dat

Proces získávání dat bychom z terminologického hlediska měli nazývat spíše tvorbou dat, jelikož se přímo podílíme na tom, jakým způsobem data získáváme a ovlivňujeme jejich vznik. Metod k získávání dat je poměrně široké. Mezi nejčastěji používané patří pozorování, interview či práce s textovými nebo jinými dokumenty.

V naší práci jsme zvolili metodu *dotazníku* a *interview*. V dotazníkovém šetření bylo využito uzavřených otázek, dichotomického (respondent si vybírá pouze ze dvou odpovědí – ano, ne) nebo nepravého dichotomického rázu (vedle možností ano - ne, má možnost zvolit neutrální odpověď nevím nebo v našem případě částečně) a polytomických otázek výběrových (respondent si musí vybrat jen jednu z nabízených možností). Svoboda (2012) Dotazník, který tvoří 13 otázek, nám umožňuje v relativně krátké době získat větší množství potřebných informací.

Nejvýhodnější, ale také jednou z nejobtížnějších metod získávání dat je interview. Miovský (2006, s. 156) jej charakterizuje jako: „*rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.*“ V naší práci jsme využili polostrukturované interview.

4.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty naší práce tvořilo 46 žen se sluchovým postižením. Z tohoto důvodu jsme se snažili otázky v dotazníku formulovat srozumitelně a jednoduše. Vycházeli jsme ze znalostí týkající se recepce a produkce mluvené řeči v její grafické podobě u jedinců se sluchovým postižením. Interview bylo provedeno u čtyř žen různého věku a sluchového postižení. Tímto jsme se snažili poukázat na dostupnost a získávání informací u žen před 25 lety a v současnosti a s rozdílným sluchovým postižením.

4.6 Analýza získaných dat

6 dotazníků bylo rozdáno v tištěné podobě přímo ženám se sluchovým postižením, zbytek byl rozeslán emailem přes neslyšící přátelé, ale i kamarády a známé pracující s jedinci se sluchovým postižením. Již druhý den nastal problém ve vyplňování dotazníku. Ženy se sluchovým postižením by musely vpisovat každou otázku zvlášť, což se projevilo jako velký problém. Z tohoto důvodu jsme vytvořili dotazník přes portál Survio, který ženám usnadnil jeho vyplňování. Dotazník mohly ženy vyplňovat od března do června letošního roku anonymní formou. Odpovědi dotazníkového šetření jsme zaznamenali do grafů vytvořeného pomocí programu Microsoft Excel.

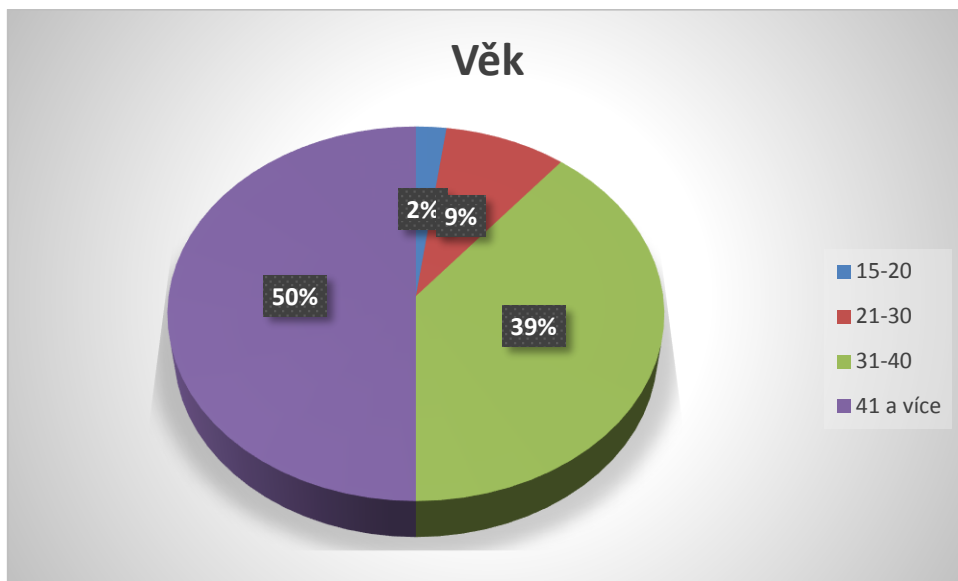
Interview byl prováděn se čtyřmi ženami. Jak jsme již uvedli v přechodí kapitole, rozhovor byl polostrukturovaný, s hlavním cílem získat co nejvíce odpovědí. S každou ženou byl prováděn při osobním setkání. Komunikace probíhala mluvenou řečí, ale i znakovým jazykem, z důvodu rozlišného sluchového postižení.

4.6.1 Dotazník

Dotazník je přílohou č. 4.

Otázka č. 1: *Váš věk.*

a) 15 – 20	1
b) 21 – 30	4
c) 31 – 40	18
d) 41 a více	23

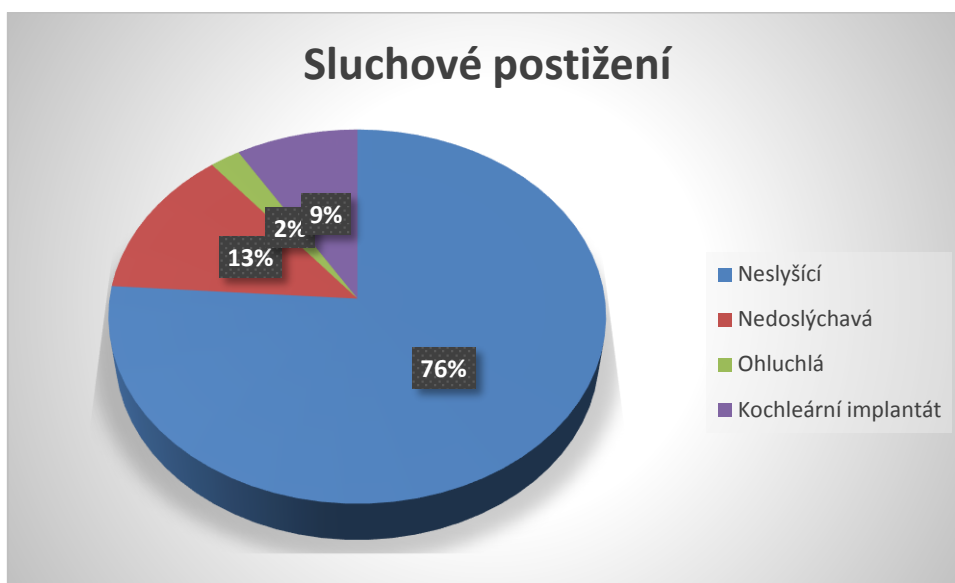


Graf č. 1: Věk

Polovina žen 23 (50 %) ze 46 je starších 41 let. Následuje ji skupina 18 (39 %) respondentek, které mají 31 až 40 let. Třetí skupina žen 4 (9 %) je ve věku 21 až 30 let. Jedna respondentka (2 %) tvoří skupinu mladých žen ve věku 15 až 20 let.

Otázka č. 2: Sluchové postižení.

a) Neslyšící	35
b) Nedoslýchavá	6
c) Ohluchlá	1
d) Kochleární implantát	4

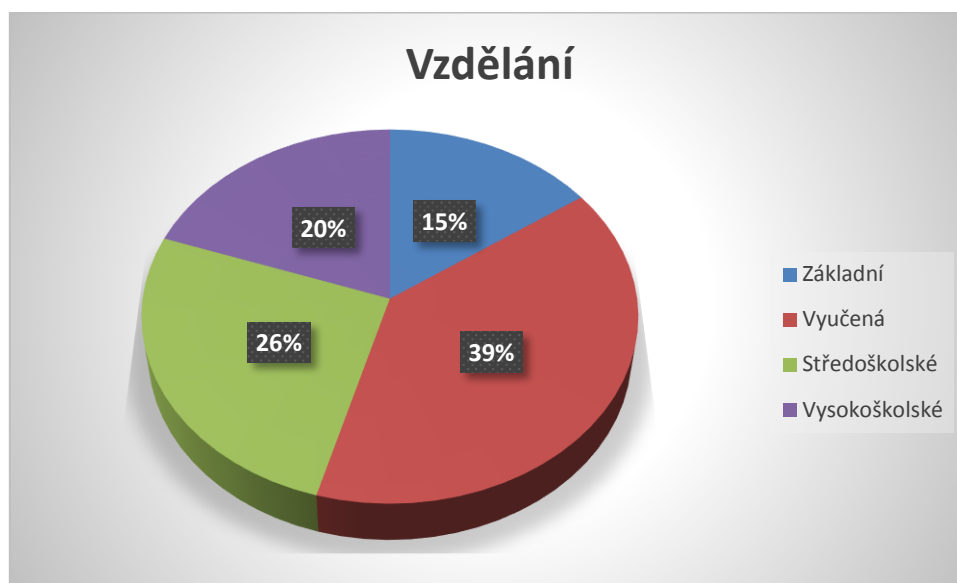


Graf č. 2: Sluchové postižení

Nejpočetnější skupinou respondentek 35 (76 %) tvoří neslyšící ženy. S 13 %, což je 6 respondentek, je zastoupena skupina nedoslýchavých žen. Pouze 1 žena (2 %) je ohluchlá a 4 (9 %) respondentky jsou uživatelkami kochleárního implantátu.

Otázka č. 3: Vaše vzdělání.

- | | |
|------------------|----|
| a) Základní | 7 |
| b) Vyučená | 18 |
| c) Středoškolské | 12 |
| d) Vysokoškolské | 9 |



Graf č. 3: Vzdělání

7 (15 %) respondentek má základní vzdělání, vyučených respondentek je 18 (39 %), středoškolsky vzdělaných žen je celých 26 %, což je 12 respondentek. Z celkového počtu 46 respondentek má 9 žen (20 %) vysokoškolský titul.

Otázka č. 4: Upozorňuji lékaře, zdravotní sestry předem, že jsem žena se sluchovým postižením.

- a) Ano 39
- b) Ne 7

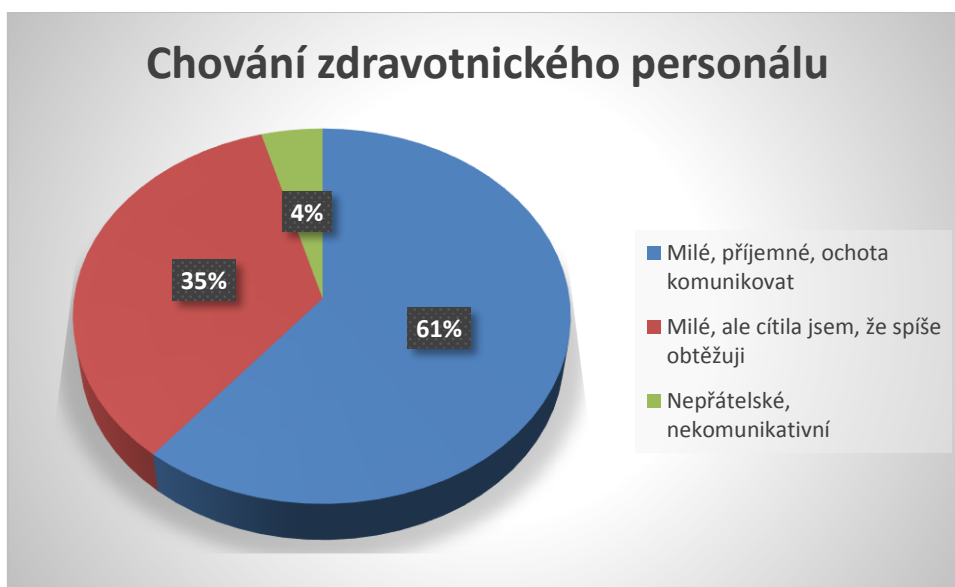


Graf č. 4: Upozornění na sluchové postižení

Až 39 (85 %) respondentek upozorňuje lékaře i zdravotní sestry o svém sluchovém postižení, zatímco 7 (15 %) žen na své sluchové postižení neupozorňuje.

Otázka č. 5: Chování zdravotnického personálu (lékařů, zdravotních sester).

a) Milé, příjemné, ochota komunikovat	28
b) Milé, ale cítila jsem, že spíše obtěžuji	16
c) Nepřátelské, nekomunikativní	2

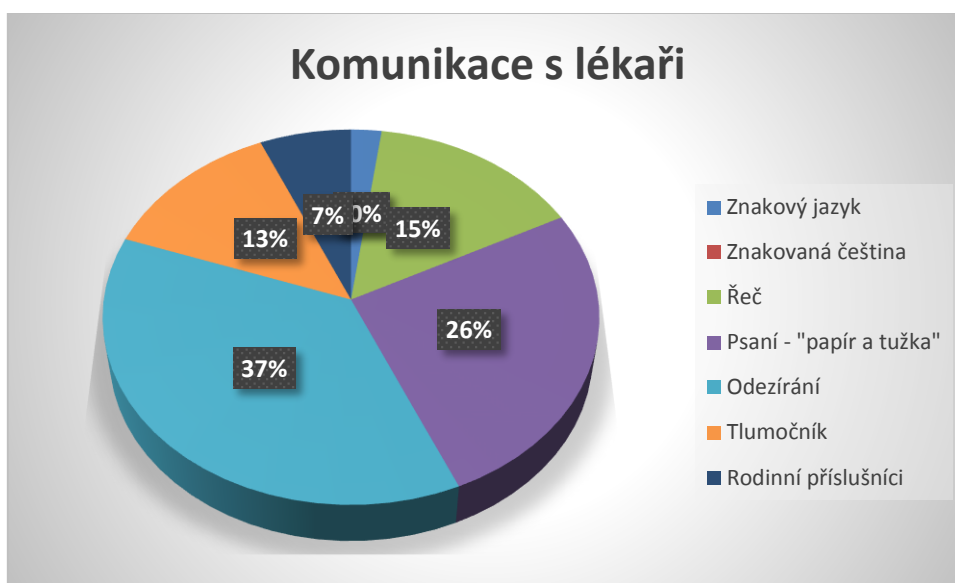


Graf č. 5: Chování zdravotnického personálu

Jako milé, příjemné, komunikativní chování zdravotnického personálu k těhotným ženám se sluchovým postižením ocenilo 28 (61 %) respondentek. Jako milý přístup k neslyšícím ženám, ale se subjektivními pocity, že lékaře spíše obtěžují, přiznalo 16 (35 %) respondentek a 2 (4 %) ženy ohodnotily chování zdravotnického personálu jako nepřátelské a nekomunikativní.

Otázka č. 6: Komunikace s lékaři (vyberte jen 1, nejčastěji používaný).

a) Znakový jazyk	1
b) Znakovaná čeština	0
c) Řeč	7
d) Psaní – „papír a tužka“	12
e) Odezírání	17
f) Tlumočnick	6
g) Rodinní příslušníci (matka, bratr, sestra)	3

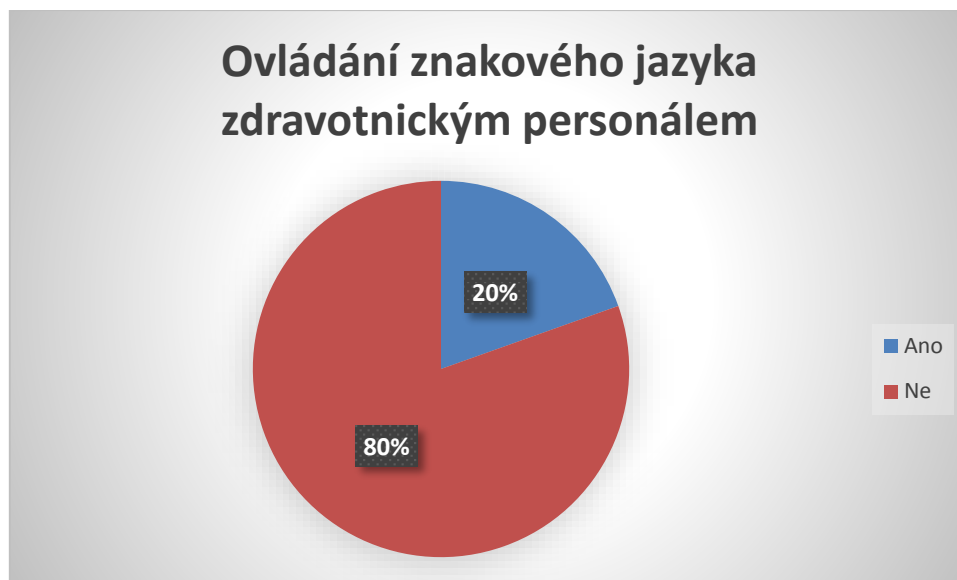


Graf č. 6: Komunikace s lékaři

Největší počet žen 17 (37 %) volí jako způsob komunikace odezírání. Dalším „pomocníkem“ při komunikaci a získávání informací je forma psaní, které využívá 12 (26 %) žen. Řečí se snaží domluvit 7 (15 %) respondentek, o jednu méně, 6 (13 %) žen využívá služeb tlumočnicka. 3 (7 %) ženy přizývají k lepší komunikaci rodinné příslušníky a jen 1 (2 %) respondentka komunikuje s lékařem znakovým jazykem. Znakovanou češtinu nevyužívá v komunikaci s lékařem žádná žena.

Otázka č. 7: Setkali jste se s lékaři nebo zdravotními sestrami, kteří ovládali základy znakového jazyka.

- a) Ano 9
- b) Ne 37

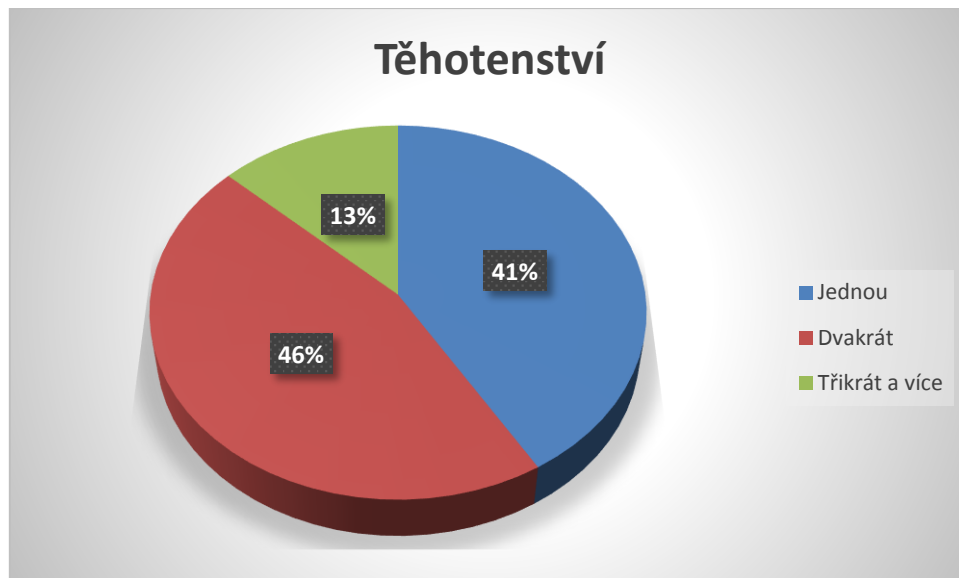


Graf č. 7: Ovládání znakového jazyka zdravotnickým personálem

Většina žen (80 %) se sluchovým postižením se nesetkalo s lékaři ani zdravotními sestrami, kteří by ovládali základy znakového jazyka. 9 (20 %) žen se naopak setkalo se zdravotnickým personálem, který ovládal základy znakového jazyka, a ženy tak mohly v komunikaci a získávání informací využít znakový jazyk.

Otázka č. 8: Byla jste těhotná.

a) Jednou (1)	19
b) Dvakrát (2)	21
c) Třikrát a více (3 a více)	6

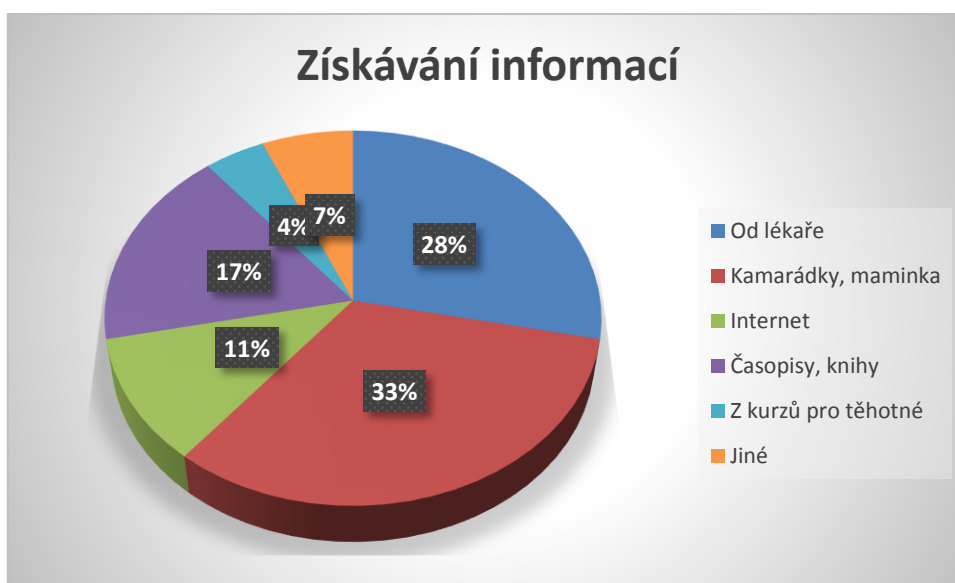


Graf č 8: Těhotenství

19 (41 %) žen byla jednou těhotná nebo právě čeká své první dítě. 21 (46 %) respondentek byla těhotná dvakrát a 6 (13 %) žen má za sebou tři nebo více těhotenství.

Otázka č. 9: Získávání informací v době těhotenství.

a) Od lékaře	13
b) Kamarádky, maminka	15
c) Internet	5
d) Časopisy, knihy	8
e) Z kurzů pro těhotné	2
f) Jiné	3



Graf č. 9: Získávání informací

Nejvíce informací o těhotenství čerpaly ženy se sluchovým postižením od maminky a kamarádek. Bylo to 15 žen (33 %). Jen o něco málo žen 13 (28 %) své informace získávalo od svého ženského lékaře. Časopisy, knihy s tematikou těhotenství pomáhalo s informacemi 8 (17 %) ženám. Internet byl pomocníkem při získávání informací zejména 5 (11 %) ženám se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Jen 2 (4 %) ženy se sluchovým postižením čerpaly informace z těhotenských kurzů. Čerpání informací z jiných zdrojů, než bylo nabídnuto, poznačily 3 (7 %) respondentky.

Otázka č. 10: Rozumíte odborným názvům, týkající se těhotenství, od lékaře, z knih, časopisů, DVD.

- | | |
|-------------|----|
| a) Ano | 17 |
| b) Ne | 15 |
| c) Částečně | 14 |

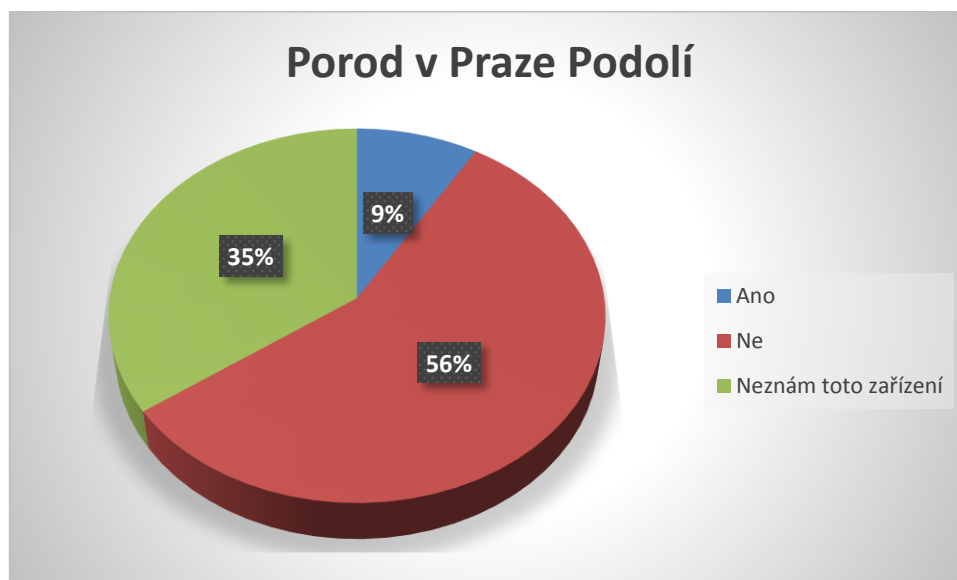


Graf č. 10: Porozumění odborným názvům

17 žen (37 %) se sluchovým postižením rozumí odborné terminologii týkající se těhotenství. Částečně odborným názvům rozumí 14 (30 %) respondentek. Odborným názvům, se kterými se ženy v době těhotenství setkávají, nerozumí 15 (33 %) žen se sluchovým postižením.

Otázka č. 11: Uvažovala jste rodit v Praze Podolí, Centru pro neslyšící maminky.

- | | |
|-------------------------|----|
| a) Ano | 4 |
| b) Ne | 26 |
| c) Neznám toto zařízení | 16 |

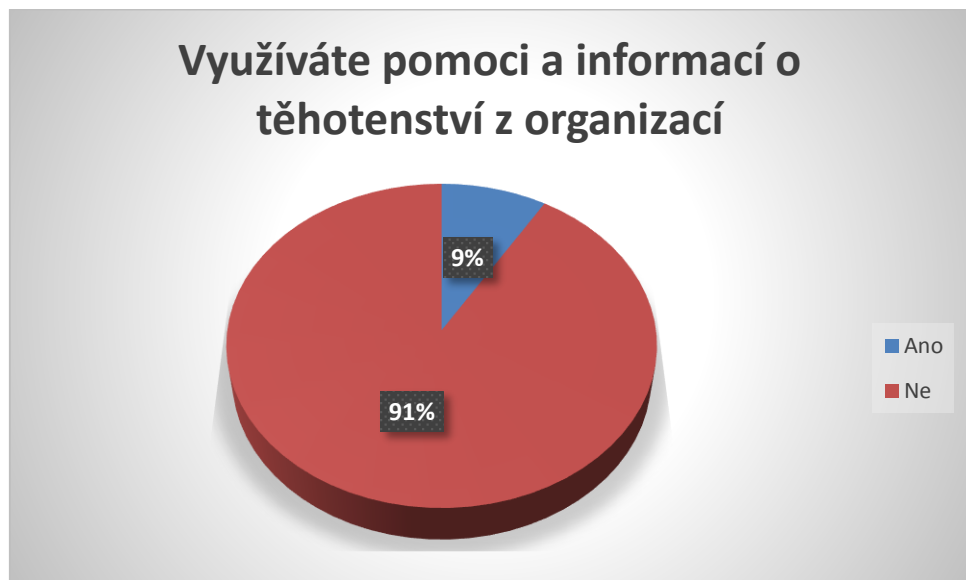


Graf č. 11: Porod v Praze Podolí

4 ženy (9 %) uvažovalo rodit v Praze, Centru pro maminky se sluchovým postižením, kde pracují odborníci znající problematiku sluchově postižených osob a kteří ovládají alespoň základy znakového jazyka. 26 (56 %) žen se sluchovým postižením neuvažovalo rodit v tomto zařízení a 16 (35 %) respondentek zařízení vůbec nezná.

Otázka č. 12: Využíváte pomoci a informace o těhotenství z organizací, např. Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. (dříve Středisko rané péče Tamtam), Ústav pro péči o matku a dítě Podolí (Praha), Unie neslyšících a další.

- a) Ano 4
- b) Ne 42

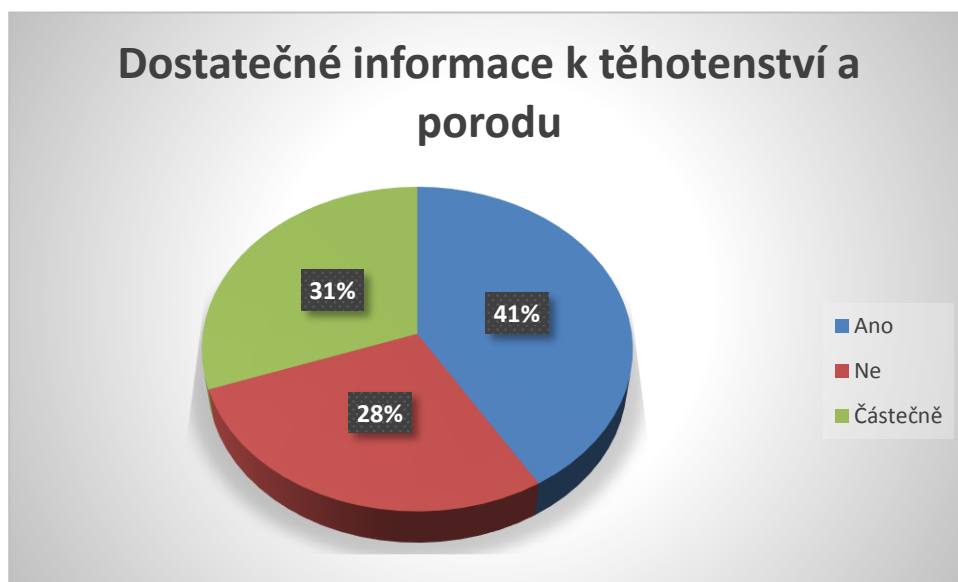


Graf č. 12: Využíváte pomoci a informace o těhotenství z organizací

Jen 4 ženy (9 %) z celkového počtu 46 respondentek využívá pomoc, informace a služby z organizací pro jedince se sluchovým postižením. Tuto pomoc nevyužívá 42 žen (91 %) se sluchovým postižením.

Otázka č. 13: Myslíte si, že máte dost informací k těhotenství a porodu.

- | | |
|-------------|----|
| a) Ano | 19 |
| b) Ne | 13 |
| c) Částečně | 14 |



Graf č. 13: Dostatečné informace k těhotenství a porodu

19 (41 %) respondentek potvrdilo dostatek informací k těhotenství i porodu. Oproti tomu se 13 (28 %) žen se sluchovým postižením domnívá, že nemají dostatečné informace a 14 respondentek (31 %) se domnívá, že má informace k těhotenství a porodu jen částečně.

4.6.2 Interview

V interview jsme se zaměřili na čtyři ženy s rozdílným sluchovým postižením, různého věku i počtu těhotenství. Chtěli jsme zjistit jakým způsobem získávaly informace ke svému stavu v období gravidity, jakou formu komunikace využily k získání dostupných informací a zda tyto informace byly pro ně dostačující.

Paní I.

V současné době má paní I. 44 let a 3 již dospělé děti. Poprvé otěhotněla v 19 letech, takže získáme zajímavé informace o době před 25 lety, kdy ještě nebylo možné získávat informace pomocí internetu. Paní I. je neslyšící, ale pochází ze slyšící rodiny. Patří do generace, která i přes svou sluchovou vadu byla vychovávána orální metodou. V současné době se považuje za Neslyšící s velkým „N“. Komunikace mezi náma probíhala znakovým jazykem, eventuelně byla cizí slova přeložena prstovou abecedou. Hlavní informace k období gravidity a porodu čerpala z knihy, (název si již nepamatuje) která se jí velmi zamlouvala. Obsahovala jednoduché otázky a k nim příslušné odpovědi. I přes svou sluchovou vadu neměla s knihou problémy a brala ji jako svůj hlavní zdroj informací v tomto období. Další informace čerpala od svých neslyšících kamarádek, které již měly zkušenosti s těhotenstvím, a které ji vyprávěly o svých dojmech a zkušenostech. Co se týče ženského lékaře v prenatalní poradně, zde moc komunikace neprobíhalo. Komunikovali spolu metodou psaní. Ze začátku svého prvního těhotenství má paní I. i negativní zkušenost s lékařem. Při potvrzení diagnózy gravidity, lékař tuto zprávu telefonicky oznámil mamince od manžela (je slyšící). Lékař pravděpodobně nejednal ve špatné vůli, jen se domníval, že to v tomto období to bude pro paní I. nejlepším řešením. Paní I. se to velice dotklo. Cítila, že to je její soukromá, velice intimní věc, kterou nejdříve chtěla sama v sobě zpracovat a poté tuto radostnou zprávu oznámit svému muži. Měsíc před stanoveným termínem porodu byla paní I. hospitalizována v nemocnici. I z této doby vzpomíná na menší negativní zkušenosti, které se týkaly především lékařské terminologie, která je pro většinu neslyšících, ale i slyšících žen velký problém, ale i komunikace zdravotnického personálu s rouškou. Tato komunikace znemožňuje možnost odezírat a určitým způsobem ženu znejistí. Druhé i třetí těhotenství proběhlo bez problému. Hlavní informace čerpala ze své vlastní zkušenosti z prvního a posléze i druhého těhotenství.

Paní Ž.

Paní Ž. je nedoslýchavá, ale sluchadla nenosí, stydí se za ně a tvrdí, že je nepotřebuje. Komunikace probíhala většinou mluvenou řečí, občas doplněna znakovým jazykem (z mé strany) pro lepší pochopení se. Paní Ž. lékaře na své sluchové upozornění neupozorňuje. Dítě čekala jako velmi mladá (16 let), porodila v 17 letech. Během těhotenství se o žádné informace sama nezajímala, stačilo jí utvrzení lékaře, že je vše v pořádku. Na názvy, kterým nerozuměla se nedoptávala, nezajímaly ji. Co ji ženský lékař řekl, to udělala, neptala se „proč“. Jelikož byla v době těhotenství ještě studentkou, zajímal její stav většinu jejich spolužaček. Ty spíše, než samotná Ž., sháněly informace k jejímu stavu, sledovaly internet, četly ženské časopisy, staraly se o její správnou životosprávu i přístup k těhotenství (Ž. je kuřáčkou). Centrum pro neslyšící v Praze Podolí nezná, ani kdyby jej znala, neuvažovala by родit v tomto zařízení. Porod proběhl bez komplikací, komunikace se zdravotnickým personálem probíhala mluvenou řečí.

Paní S.

Ve svých 38 letech čeká paní S. své první dítě. Paní S. je neslyšící, manžel i rodiče také. Komunikace mezi námi probíhala ve znakovém jazyce, doplněna prstovou abecedou. O svůj zdravotní stav se zajímá, velice si chválí přístup zdravotní sestry v prenatalní poradně, která ji všechny informace, které ji zajímají či nechápe trpělivě vysvětluje. S lékařem komunikuje metodou odezírání, důležité nebo nepochopené věci si napíše na papír. Lékař je hodný, pravděpodobně zná problematiku jedinců se sluchovým postižením, protože si vždy zpětnou vazbou ověřuje, zda paní S. všemu dobře porozuměla. Nejvíce informací o těhotenství čerpá od svých neslyšících kamarádek a maminky, které již mají tuto zkušenost za sebou. Pokud narazí na cizí slovo, kterému nerozumí, vyhledá si jej na internetu. Jinak informace z internetu moc nevyhledává, nelíbí se jí výběr z mnoha možností, u kterých neví, které má pravou výpovědní hodnotu. Využití pomoci tlumočnicka odmítá. Svůj stav pokládá za jedinečný a důležité situace (např. ultrazvuk, porod) jsou pro ní velice intimní záležitostí, kterou chce sdílet pouze se svým manželem, bez přítomnosti další, nezbytně nutné osoby. Na porod je připravená, i když žádný předporodní kurz, který ji byl nabízen nevyužila. Rodit v Praze Podolí by nechtěla z důvodu velké dálky a nepokládá to za důležité. Ví, že se pomocí odezírání a psaní domluví, místní nemocnici zná.

Paní L.

Paní L. je ve svých 41 letech zkušenou maminkou. Vychovává 4 děti ve věku od dvou do šestnácti let. Od narození je nedoslýchavá, nosí sluchadla. O svém sluchovém postižení lékaře neinformuje. Vychází to z její domněnky nebo subjektivního pocitu, že kvůli své sluchové vadě nebyla přijata na střední školu, kterou si přála. Od té doby na své sluchové postižení neupozorňuje. S paní L. jsme komunikovaly mluvenou řečí. Školní docházku absolvovala v běžných školách, dnes bychom to nazvali formou individuální integrace. Po vyučení si dodělala i středoškolské vzdělání a absolvovala řadu kurzů.

Na ženu se sluchovým postižením má velice dobrou slovní zásobu i vyjadřování. Každé těhotenství paní L. bylo rizikové, často byla hospitalizovaná v nemocnici. V komunikaci s lékaři neměla problém. Pokud ji byla nějaká věc méně srozumitelná, poprosila lékaře o širší vysvětlení. I v tuto dobu nevedla své sluchové postižení. Komunikace se zdravotnickým personálem vždy probíhala pouze mluvenou řečí. Informace k prvnímu těhotenství čerpala zejména z knih a od svých dvou starších sester (jedna sestra je neslyšící, druhá slyšící). Informace které obdržela považuje za dostatečné. Při dalších těhotenstvích byla její informovanost vyšší, vycházela i ze svých zkušeností.

Čtyři ženy různého věku, sluchového postižení, počtu dětí i zkušeností. Stejně jako my slyšící ženy chceme mít dostatečné informace o svém stavu v období gravidity, totéž platí i pro ženy se sluchovým postižením. Každá z nich má svou jedinečnou zkušenost z tohoto období. Všechny tyto ženy se sluchovým postižením mají pocit, že v době svého těhotenství měly dostačující informace o svému stavu, i když každá z nich komunikovala jiným způsobem a čerpala z rozdílných zdrojů. Do další diskuze by mohlo přijít získávání informací a komunikace s lékaři u paní L. Kdo ví jaký přístup, způsob komunikace by měl zdravotnický personál kdyby věděl, že se jedná o ženu se sluchovým postižením. Důležité je, že se tyto ženy se sluchovým postižením cítily být dostatečně informované a ve svém „jiném“ stavu jedinečné.

4.7 Diskuze

Parciální cíle, které jsme si na začátku naší praktické části zadali, nám umožnili dojít k hlavnímu cíli naší práce. Co se týká porozumění odborným názvům z období gravidity se ženy se sluchovým postižením mohly rozdělit na tři třetiny, které byly skoro vyrovnané. Jen o kousek zvítězil názor 17 neslyšících žen, že lékařské terminologii

týkající se gravidity rozumí, 15 žen nerozumí odborným názvům od lékaře, z knih, časopisů, DVD a 14 žen rozumí jen částečně. Většina žen si chování lékaře nebo zdravotních sester chválila, i přes svou sluchovou vadu oceňovali milé, vstřícné chování. Jen 2 ženy cítily vzájemnou komunikaci jako nepřátelskou. 9 neslyšících žen ze 46 dotázaných mělo to štěstí, že na svých pravidelných prenatalních kontrolách narazilo na lékaře nebo zdravotní sestry, se kterými mohly komunikovat znakovým jazykem. Odezírání a psaní „papír a tužka“ je nejčastější způsob komunikace mezi gravidní ženou se sluchovým postižením a lékařem. Jen jedna z žen komunikuje se svým ženským lékařem znakovým jazykem, 6 žen využívá služeb tlumočnicka, 7 žen komunikuje pomocí řeči a 3 ženy si s sebou berou na větší porozumění rodinné příslušníky. Po zjištění tohoto faktu musíme přiznat, že náš **předpoklad č. 4**, že nejvíce žen se sluchovým postižením v období gravidity komunikuje se svým lékařem metodou „papír a tužka“ (12 žen) **se nepotvrdil**. Nejvíce informací získávají ženy v období gravidity odezíráním (17 žen) a také těmto informacím nejvíce rozumí. Právě naopak metoda psaní „papír a tužka“ patřily k těm, kde ženy nejméně rozuměly odborným názvům z lékařské terminologie. Mít slovo napsané na papíře je jedna věc a pochopit jeho význam je věc druhá.

Informace a rady mohou ženy se sluchovým postižením v období gravidity získávat i v organizacích pro jedince se sluchovým postižením (např. Centrum pro dětský sluch, Unie neslyšících, atd.) Pouze 4 ženy ze 46 dotázaných využívá tuto možnost získávání cenných rad a informací. Proč tomu tak je, by bylo tématem na další práci. Ani možnost родit v zařízení (Centrum pro neslyšící maminky při ÚPMD v Praze Podolí), uzpůsobené potřebám ženy se sluchovým postižením by gravidní ženy nevyužily. Většině z nich nechce родit mimo bydliště, připadá jim to zbytečně daleko a ani speciální přístup centra je neovlivní. Tvrdí, že komunikace se zdravotnickými pracovníky, kterou doposud vedly je dostačující a vystačí si s ní i v době porodu v místě bydliště.

Ženy se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním mají více informací k období těhotenství a porodu i více rozumí lékařské terminologii. Nejlépe dopadly ženy s vysokoškolským vzděláním, kde kromě 1 respondentky měly všechny dostatečné informace v období gravidity, kterým i rozuměly. Většina středoškolsky vzdělaných žen (12) se sluchovým postižením měla pocit částečných nebo dostatečných informací, jen 2 respondentky se domnívaly, že jejich informovanost v období těhotenství je malá. U žen vyučených a se základním vzděláním jich většina neměla dostatečné informace

k těhotenství a porodu, ani nerozuměla odborné lékařské terminologii. Tím se **předpoklad č. 2 potvrdil**.

Jednou z posledních otázek, kterou jsme se v praktické části zabývali bylo získávání dostupných informací v době těhotenství. Předpokládali jsme, že většina žen se sluchovým postižením bude získávat potřebné informace od svých již rodivších kamarádek nebo maminek. **Předpoklad č. 3 se nám tak potvrdil**. Ano, většina z nich (15 žen) z celkového počtu 46 respondentek opravdu přebírá informace od svých maminek a kamarádek než od lékaře nebo jinou formou. Vysvětlení je jednoduché. Internet, časopisy i odborné knihy jsou pro neslyšící maminky většinou složité. Recepce i produkce psané podoby jazyka a proč jedinci se sluchovým postižením tak neradi čtou jsme si již vysvětlili v předchozích kapitolách. Vzhledem ke komunikační bariéře mezi jedinci slyšícími a se sluchovým postižením, nevyužívají neslyšící ženy ani předporodní kurzy pro budoucí maminky. Pouze 2 maminky absolvovaly tento předporodní kurz. Ani 13 žen se sluchovým postižením, které získávají cenné informace přímo od svého ženského lékaře nebo specialisty není málo. Většina z žen se tyto informace dozvídá odezíráním, doplněné často metodou „papír – tužka“.

Poslední **předpoklad č. 1**, že ženy se sluchovým postižením nemají v období gravidity dostačující informace **se nepotvrdil**. Z celkového počtu 46 respondentek se 19 z nich domnívá, že má dostatečné informace k těhotenství a následně i k porodu. Další odpovědi byly již velmi vyrovnané. Neinformovaně se cítilo 13 žen se sluchovým postižením a částečně informované 14 žen.

ZÁVĚR

Hlavním cílem naší práce bylo zjistit jakým způsobem získávají ženy se sluchovým postižením v období gravidity informace a zda jsou tyto informace pro ně dostačující. Informace spojené s těhotenstvím a porodem přejímají ženy se sluchovým postižením nejčastěji od svých maminek a kamarádek. Nemalé procento tvoří i ženy, které věří svému lékaři a informace od něj jsou pro ženu dostačující. Většina žen se sluchovým postižením se domnívá, že získané informace k období těhotenství a porodu jsou dostatečné a také těmto informacím rozumí. Při návštěvách prenatální poradny využívají formu odezírání v kombinaci s psanou podobou jazyka.

Většina žen se sluchovým postižením v období gravidity se setkala s příjemným jednáním ze stran zdravotnického personálu, ale ocenilo by větší osvětu v jednání a komunikaci s jedinci se smyslovými poruchami. Je pravda, že na lékařských fakultách není povinný předmět, který by se věnoval jednotlivým smyslovým postižením, proto je na každém slyšícím zdravotnickém pracovníkovi, který se setkává s jedinci se sluchovým postižením, jaký postoj k tomu zaujme. Větší část zdravotnického personálu stále nemá základní ponětí týkající se specifík osob se sluchovým postižením. Dnešní doba, ale umožňuje získat základní informace ke komunikaci s osobou se sluchovým postižením (příloha č. 4) například pomocí internetu nebo návštěvou kurzů znakového jazyka. Právě tento přístup lékařů by mohl změnit získávání informací u žen se sluchovým postižením v období gravidity. Došlo by k lepší komunikaci i pochopení mezi ženou se sluchovým postižením a lékařem.

Na co by lékaři i zdravotní sestry neměli zapomínat je zpětná vazba ověření si porozumění dané informace či sdělení. Nestačí jen odkývnutí neslyšící ženy na souhlas, ale doptáváním, opakováním otázky je důležité se přesvědčit o pochopení a porozumění.

Diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, které se dělí na další podkapitoly zabývající se specifikami osob se sluchovým postižením, ať se to týká vymezení pojmu, kategorií osob se sluchovým postižením, klasifikací sluchových vad nebo komunikačními formami osob se sluchovým postižením. Zabývá se i prenatální péčí a Centrem pro neslyšící maminky v Praze Podolí. Praktická část nás uvádí do základní problematiky našeho výzkumu a dále se věnuje analýzou získaných dat při dotazníkovém šetření a interview. V diskuzi a závěru práce hodnotíme výsledek získaných dat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÍMOVÁ, P. 2005. Znakový jazyk jako základní atribut komunity Neslyšících. In : *Ve světě sluchového postižení*. 1. vyd. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.

ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRP, B., a kol. 2006. *Porodnictví*. 2.; přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a. s. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

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

HÁJEK, Z.; ČECH, E.; MARŠÁL, K. a kol. 2014. *Porodnictví*. 3.; zcela přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a. s. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

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

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

HRUBÝ, J. 1999. *Průvodce neslyšících po jejich vlastním osudu: 1. díl*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Septima. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.

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

JUNGWIRTHOVÁ, I. 2005. Neslyšící maminka z pohledu psychologa. In : *Ve světě sluchového postižení*. 1. vyd. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených

– Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KOBILKOVÁ, J., et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, Karolinum. 368 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén), ISBN 80-246-1112-0 (Karolinum).

KRAHULCOVÁ, B. 2002. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.

KREJČÍ, V.; SRP, B. 2014. Porodnické vyšetření a prenatální péče. In : *Porodnictví*. 3.; zcela přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a. s. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

LANGER, J. ; KUČERA, P. 2012. Základy surdopedie. In LUDÍKOVÁ, L. ; KOZÁKOVÁ, Z. a kol. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: UP. 106 s. ISBN 978-80-244-3092-8.

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

LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno : Paido. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

LEONHARDT, A. 2001. *Úvod do pedagogiky sluchovo postižených*. Přeložil Matuška, O. Bratislava : Sapiientia. 248 s. ISBN 80-967180-8-8.

MACKŮ, F. 2000. *Porodnictví*. Praha : Univerzita Karlova, Karolinum. 300 s. ISBN 80-7184-290-7.

MACKŮ, F.; MACKŮ, J. 1998. Praha : Grada Publishing, spol. s. r. o. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.

MACUROVÁ, A. 1999. Předpoklady čtení. In : *Četba sluchově postižených*. Sborník příspěvků ze Semináře o četbě sluchově postižených II. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených. 70 s.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

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

PETRÁŇOVÁ, R. 2005. Ví neslyšící maminka, jak se na porod připravit a co ji čeká po porodu? In : *Ve světě sluchového postižení*. 1. vyd. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Středisko rané péče Tamtam pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.

PIPEKOVÁ, J., a kol. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

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

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

ROZTOČIL, A., a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

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

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

SOURALOVÁ, E. 2005. *Surdopedie II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. 45 s. ISBN 80-244-1008-7.

STRNADOVÁ, V. 1997. Jaké problémy má neslyšící člověk při čtení. In : *Co a jak číst se sluchově postiženým dítětem*. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených. 80 s.

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

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

SVOBODA, P. 2012. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: UP. 123 s. ISBN 978-80-244-3067-6.

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

ŠEDIVÁ, Z. 1997. *Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených I*. 1. vyd. Praha : Septima. 24. s. ISBN 80-7216-034-6.

ZWINGER, A., et al. 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, Karolinum. 532 s. ISBN 80-7262-257-9 (Galén), ISBN 80-246-0822-7 (Karolinum).

SEZNAM DOPLŇKOVÉ LITERATURY

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

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

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

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

KUDELA, M., a kol. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty.* Olomouc : Univerzita palackého. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

POTMĚŠIL, M. 1999. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených.* 1. vyd. Praha : Fortuna. 72 s. ISBN 80-7168-744-8.

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

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

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

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Alkoholik. cz [on-line]. [cit. 29. 5. 2015]. Dostupné na <http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html>.

Audiosvet Portál pre rodičov sluchovo postihnutých detí [on-line]. [cit. 8. 3. 2015]. Dostupné na <<http://audiosvet.com/2013/07/04/lieky-poskodzujuce-sluch>>.

Česká komora tlumočnicků znakového jazyka [on-line]. [cit. 15. 6. 2015]. Dostupné na <<http://www.cktzj.com/eticky-kodex>>.

Gynfen s. r. o [on-line]. [cit. 2. 6. 2015]. Dostupné na <<http://www.gynfem.cz/prenatalni-screening-vrozenych-vyvojovych-vad-u-plodu>>.

Imalab [on-line]. [cit. 2. 6. 2015]. Dostupné na <<http://www.imalab.cz/clanek/169-screening-vrozenych-vyvojovych-vad-plodu.aspx>>.

Maturitní otázky český jazyk [on-line]. [cit. 17. 5. 2015]. Dostupné na <http://www.fragment.cz/picture/shop/cz/zbozi/ebo_ukazky/Maturitni_otazky_-_Cesky_jazyk_ukazka_ebo-000162-01.pdf>.

Medicína pro praxi [on-line]. [cit. 13. 6. 2015]. Dostupné na <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/06/05.pdf>>.

Orbipontes [on-line]. [cit. 20]. Dostupné na <<http://www.orbipontes.cz/wp-content/uploads/2014/10/1.-Ne-slyšící-žijí-mezi-námi-Mgr.-Petr.Vysuček.pdf>>.

Porodnice. cz [on-line]. [cit. 30. 5. 2015]. Dostupné na <<http://lekari.porodnice.cz/prenatalni-pece>>.

Pro lékaře. cz [on-line]. [cit. 29. 5. 2015]. Dostupné na <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatric-clanek/soucasne-trendy-v-diagnostice-fetalniho-alkoholoveho-syndromu-5499?confirm_rules=1>.

Ruce. cz [on-line]. [cit. 15. 6. 2015]. Dostupné na <<http://ruce.cz/clanky/3-prstova-abeceda>>.

Ruce. cz [on-line]. [cit. 17. 6. 2015]. Dostupné na <<http://ruce.cz/clanky/252-desatero-komunikace-s-osobami-se-sluhovym-postizenim>>.

Ruce. cz [on-line]. [cit. 19. 5. 2015]. Dostupné na <<http://ruce.cz/clanky/59-historie-znakoveho-jazyka-ve-svete>>.

Tichá linka [on-line]. [cit. 22. 5. 2015]. Dostupné na <<http://klient.tichalinka.cz/osluzbe/>>.

Today I Foundt Out [on-line]. [cit. 2. 6. 2015]. Dostupné na <<http://www.todayifoundout.com/index.php/2010/07/how-deaf-people-think/>>.

Ústav pro péči o matku a dítě [on-line]. [cit. 2. 6. 2015]. Dostupné na <http://www.upmd.cz/?page_id=617#neslysici>.

Velký lékařský slovník [on-line]. [cit. 1. 6. 2015]. Dostupné na <<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/cervix-skore-zkr-cs-1>>.

Zákon č. 384/2008 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob [on-line]. [cit. 20. 10. 2014]. Dostupné na <<http://www.mdcr.cz/NR/rdonlyres/34F05C76-EC29-416F-9F51-608B80DE270C/0/MicrosoftWord384.pdf>>.

Žena in [on-line]. [cit. 2. 6. 2015]. Dostupné na <<http://zena-in.cz/clanek/slyset-sve-dite-plakat>>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Klasifikace sluchových vad a poruch dle BIAP 1996

Tabulka č. 2 Klasifikace sluchových ztrát dle WHO z roku 1991

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk

Graf č. 2 Sluchové postižení

Graf č. 3 Vzdělání

Graf č. 4 Upozornění na sluchové postižení

Graf č. 5 Chování zdravotnického personálu

Graf č. 6 Komunikace s lékaři

Graf č. 7 Ovládání znakového jazyka zdravotnickým personálem

Graf č. 8 Těhotenství

Graf č. 9 Získávání informací

Graf č. 10 Porozumění odborným názvům

Graf č. 11 Porod v Praze Podolí

Graf č. 12 Využíváte pomoci a informace o těhotenství z organizací

Graf č. 13 Dostatečné informace k těhotenství a porodu

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Etický kodex tlumočnicka znakového jazyka

Příloha č. 2 Jednoruční prstová abeceda

Příloha č. 3 Dvouruční prstová abeceda

Příloha č. 4 Dotazník

Příloha č. 5 Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením

Příloha č. 1 Etický kodex tlumočnicka znakového jazyka

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

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

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

Příloha č. 2 Jednoruční prstová abeceda

A



B



C



D



E



F



G (varianta 1)



G (varianta 2)



H (varianta 1)



H (varianta 2)



CH



I



J



K



L



M



N



O



P (varianta 1)



P (varianta 2)



Q



R



S



T (varianta 1)



T (varianta 2)



U



V



W



X



Y



Z (varianta 1)



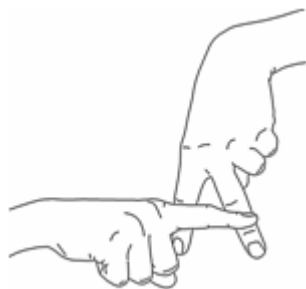
Z (varianta 2)



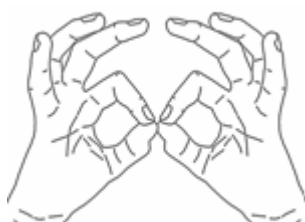
Zdroj : <http://ruce.cz>

Příloha č. 3 Dvouruční prstová abeceda

A



B



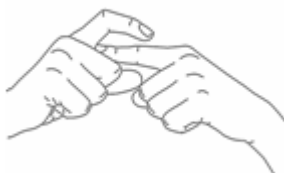
C



D



E



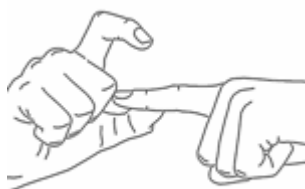
F (varianta 1)



F (varianta 2)



G



H



CH



I



J



K

L

M



N

O

P



Q

R

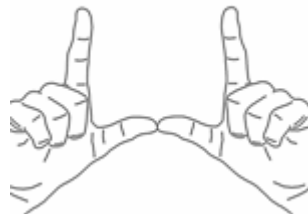
S



T

U

V



W

X

Y



Z



Zdroj : <http://ruce.cz>

Příloha č. 4 Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Renata Navrátilová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Univerzity Palackého v Olomouci, obor: Speciální pedagogika.

Ráda bych poprosila neslyšící ženy, které již rodily nebo jsou těhotné o spolupráci při mé diplomové práci na téma: **„Specifika a dostupnost informací u žen se sluchovým postižením v období gravidity“**.

Velice Vám děkuji za čas a ochotu.

1. Váš věk

- 15- 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41 a více

2. Sluchové postižení

- Neslyšící
- Nedoslýchavá
- Ohluchlá
- Kochleární implantát

3. Vaše vzdělání

- Základní
- Vyučená
- Středoškolské
- Vysokoškolské

4. Upozorňuji lékaře, zdravotní sestry předem, že jsem žena se sluchovým postižením

- ANO
- NE

5. Chování zdravotnického personálu (lékařů, zdravotních sester)

- Milé, příjemné, ochota komunikovat
- Milé, ale cítila jsem, že spíše obtěžuji
- Nepřátelské, nekomunikativní

6. Komunikace s lékaři (vyberte jen 1, nejčastěji používaný)

- Znakový jazyk
- Znakovaná čeština
- Řeč
- Psaní – „papír a tužka“
- Odezírání
- Tlumočník
- Rodinní příslušníci (matka, bratr, sestra...)

7. Setkali jste se s lékaři nebo zdravotními sestrami, kteří ovládali základy znakového jazyka

- ANO
- NE

8. Byla jste těhotná

- Jednou (1)
- Dvakrát (2)
- Třikrát a více (3 a více)

9. Získávání informací v době těhotenství

- Od lékaře
- Kamarádky, maminka
- Internet
- Časopisy, knihy
- Z kurzů pro těhotné
- Jiné

10. Rozumíte odborným názvům, týkající se těhotenství, od lékaře, z knih, časopisů, DVD

- ANO
- NE
- Částečně

11. Uvažovala jste родit v Praze v Podolí, centru pro neslyšící maminky

- ANO
- NE
- Neznám toto zařízení

12. Využíváte pomoci a informace o těhotenství z organizací, např. Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. (dříve Středisko rané péče Tamtam), Ústav pro péči o matku a dítě Podolí (Praha), Unie neslyšících a další

- ANO
- NE

13. Myslíte si, že máte dost informací k těhotenství a porodu

- ANO
- NE
- Částečně

Příloha č. 5 Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením

- 1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt.** Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
- 2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk.** Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky neslyšícího pacienta.
- 3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě.** Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obrácení čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.
- 4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme.** Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
- 5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnick či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod.** O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.
- 6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, jakou spolupráci od něj budeme potřebovat.**
- 7. Důležité dotazy raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu.** U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější počkat na tlumočnicka.
- 8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl).** Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.
- 9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení.** Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme

netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.

10. **Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text**, protože komunikační preference každé osoby se sluchovým postižením mohou být jiné. Proto je nutno projevit vstřícnost a ochotu přizpůsobit se dorozumívacím možnostem každého pacienta se sluchovým postižením.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Renata Navrátilová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc.PhDr. Eva Souralová, PhD.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Specifika a dostupnost informací u žen se sluchovým postižením v období gravidity.
Název v angličtině:	Specifics and availability of information as related to women with hearing disabilities during their pregnancy.
Anotace práce:	Diplomová práce zjišťuje získávání a dostupnost informací u žen se sluchovým postižením v období gravidity. Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které se dále dělí na další podkapitoly. První kapitola nás seznamuje s vymezením pojmu jedinců se sluchovým postižením, kategoriemi osob se sluchovým postižením a klasifikací sluchových vad. Druhá kapitola nám blíže specifikuje komunikační formy osob se sluchovým postižením. Poslední teoretická část se zabývá prenatální péčí a představuje Centrum pro neslyšící maminky v Praze Podolí. Praktická část je tvořena teorií metodologického výzkumu, na kterou navazuje analýza získaných dat ve formě dotazníků a interview.
Klíčová slova:	Žena se sluchovým postižením, komunikace, informace, prenatální péče, odezírání, znakový jazyk, gravidita
Anotace v angličtině:	Diploma work deals with obtaining and availability of information among women with hearing disabilities in the gravidity period. The work consists theoretical and practical part. Theoretical part consist of three chapters, which are divided into subchapters. First chapter is devoted to a circumscription of terms person with hearing disability, categories of person with hearing disability and classification of hearing defect. Second chapter specifies communication ways of people with hearing disability. Last part introduce Centre for deaf mothers in Prague, Podolí and describes prenatal care. Practical part is created by theory of

	methodological research, which is followed-up by analyse of gathered data in the form of survey and interview.
Klíčová slova v angličtině:	Woman with hearing disability, communication, information, prenatal care, lip-read, sign language, gravidity
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Etický kodex tlumočnicka znakového jazyka Příloha č. 2 Jednoruční prstová abeceda Příloha č. 3 Dvouruční prstová abeceda Příloha č. 4 Dotazník Příloha č. 5 Desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením
Rozsah práce:	76 s.
Jazyk práce:	čeština