



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a porodní péče

Bakalářská práce

Komunikace zdravotnického záchranáře s vybranými skupinami pacientů

Vypracoval: Michaela Vítková
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Procháska
České Budějovice 2016

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je možnost komunikace na lince tísňového volání, která je směřována především na řečově postižené a sluchově postižené. Během své praxe na krajském operačním středisku Jihočeského kraje jsem vyzorovala, že volající často podléhají stresu. Většina volajících má přitom možnost verbálně sdělit operátorovi požadované informace. Tuto možnost však postrádají osoby se sluchovým nebo řečovým postižením. Přivolání zdravotnické pomoci se pro postižené proto může zdát mnohem obtížnější.

V teoretické části definuji operační středisko jako celek, jeho úlohy a funkce. K tomuto tématu je zahrnuto i rozdělení tísňových výzev, druhy výjezdových skupin a indikace výjezdů. Následuje komplexní zachycení problematiky řečově postižených – vymezení základních pojmů, dělení a způsoby jejich komunikace. Podobnou strukturu nese i další kapitola týkající se sluchově postižených. V práci jsou zmíněny zásady komunikace s oběma druhy postižených. Je to jeden z pilířů úspěšně zvládnuté vzájemné komunikace s nimi.

Praktická část je realizována formou kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovorů se účastnilo 7 náhodně vybraných operátorů z Plzeňského kraje a 7 z Jihočeského kraje. Cílem je zmapovat možné postupy komunikace s lidmi s řečovým nebo sluchovým postižením na lince tísňového volání, a náhled na východiska takto komplikovaných tísňových hovorů.

Z výzkumu vyplývá, že klasický hovor není jediný způsob, jak se dovolat na linku tísňového volání. Také se ukázalo, že ačkoliv jsou operační střediska obou krajů připravena na možnost příjmu i jiných forem tísňových výzev než klasické volání, sluchově ani řečově handicapovaní toho využívají spíš vyjíměčně. Výsledky všech hovorů jsou pouze orientační a odvíjí se od délky praxe a nabytých zkušeností daného operátora.

Bakalářskou práci lze použít jako možný studijní materiál k předmětu Práce operátora na lince tísňového volání, který je zařazen do studijního plánu oboru zdravotnický záchranář.

Abstract

The key topic of this bachelor thesis is an option to call via a distress call, which would be suitable preferably for speech-disabled or deaf people. During my training at the operation center of the South Bohemian Emergency Medical Service, I have observed on more than one occasion that callers are under a lot of stress, even though most of them possess the ability to hear and speak. However, deaf, hard of hearing or speech impaired callers might seem to be in a lot more difficult position.

In the theoretical part, the definition of the call center as a whole is carried out, including its tasks and functions. A division of distress calls is included, kinds of dispatch groups and an indication of dispatches. The complex capture of issue of speech-disabled people follows – definition of basic terms, division and means of their communication. The similar structure can be found in the next chapter, dealing with deaf or hard of hearing people. In the thesis, there are mentioned rules of communication with both groups of disabilities. This is one of the basic pillars of successful communication with them.

Practical part is formed with a qualitative research of half-structured dialogues. 7 randomly chosen operators of Pilsen district and 7 of Budweis district participated in the research. The aim is to monitor possible procedures of communication with the people with speech or hearing disability and an overview of possible solutions to these complicated distress calls.

The research shows, that a phone call is not the only way how to reach a distress line. It has also been proven that although both operational centers are ready for a possibility of accepting other forms of distress calls than classic phonecalls, both speech disabled and hearing disabled people hardly ever use them. The results of all calls are only tentative and they are dependant on the experience gained by a particular operator.

The purpose of this work is to use it as an option for further study material for the work of a distress call center operator, which is included in the curriculum plan of paramedics.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2015

.....

(Michaela Vítková)

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala Mgr. Janě Neumannové Štechové, DiS. za pomoc při vedení bakalářské práce. Dále panu Mgr. Pavlu Procháskovi za cenné rady, trpělivost a odborné konzultace při vedení bakalářské práce. Poděkování patří i operátorům z Jihočeského i Plzeňského kraje, kteří se dobrovolně účastnili mého výzkumu. Děkuji také mým blízkým za trpělivost.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav.....	11
1.1 Specifika komunikace na lince tísňového volání	11
1.1.1 Charakteristika zdravotnického operačního střediska.....	12
1.1.2 Charakteristika práce operátora.....	13
1.1.3 Druhy tísňových výzev	14
1.1.4 Indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby	15
1.1.5 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby.....	16
1.2 Definice poruch řeči.....	17
1.2.1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti	19
1.2.2 Rehabilitace a terapie poruch komunikačních schopností	21
1.2.3 Zásady komunikace s řečově postiženými lidmi.....	23
1.2.4 Způsoby komunikace řečově postižených.....	24
1.2.5 Alternativní a augmentativní komunikace	25
1.3 Definice poruch sluchu	26
1.3.1 Příčiny poruch sluchu.....	26
1.3.2 Poruchy sluchu podle typu	27
1.3.3 Zásady komunikace se sluchově postiženými.....	27
1.3.4 Způsoby komunikace sluchově postižených.....	28
1.4 Způsoby kontaktování linky tísňového volání pro sluchově a řečově postižené	29
2 Cíl práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíl.....	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3 Metodika	32
3.1 Použité metody.....	32

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	32
4 Výsledky	33
4.1 Rozhovory se zaměstnanci Zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje	33
4.2 Rozhovory se zaměstnanci Zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje	45
5 Diskuse	58
6 Závěr	61
7 Klíčová slova.....	62
8 Seznam zdrojů.....	63
9 Přílohy.....	66

Seznam použitých zkratek

AKK	augmentativní a alternativní komunikace
CAM-ICU	the Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit
CAP	the Confusion Assesment Protocol
dB	decibel
DKF	dotazník funkcionální komunikace
Hz	hertz
IZS	integrovaný záchranný systém
Jčk	Jihočeský kraj
LZS	letecká záchranná služba
MAST	the Mississippi Aphasia Screening Test
NKS	narušená komunikační schopnost
Pk	Plzeňský kraj
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	rendez – vous (setkávací systém)
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
Systém AKK	systém augmentativní a alternativní komunikace
TANR	telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
TAPP	telefonicky asistovaná první pomoc
VFF	vyšetření fatických funkcí
WHO	World Health Organization
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Úvod

Předmětem bakalářské práce je problematika komunikace s vybranými skupinami pacientů. Jako vybrané skupiny pacientů bych definovala sluchově a řečově postižené osoby. Osoby s postižením jsou handicapovány při jakékoliv činnosti nejen svým handicapem, ale i vzniklou bariérou v dorozumění se. Ne každý ví, jaké platí zásady při komunikaci s nimi. Velkou roli sehraává zároveň obava plynoucí z vlastní nevědomosti. Při rozhovoru s handicapovaným „tváří v tvář“ se lze opírat o konkrétní pravidla.

Vycházím z úvahy, že i handicapovaní se mohou dostat do situace, kdy budou potřebovat využít tísňovou linku. V roli call-takera¹ je však možnost nonverbální komunikace odepřena. Nelze se tak spoléhat na základní předpoklad komunikace se smyslově postiženým: na oční kontakt. Očním kontaktem se rozhovor navazuje, udržuje, je klíčový v odezírání atd... Práce call-takera je nyní zdánlivě téměř znemožněna.

Téma smyslově postižených je již všude mnohokrát zpracováno a téma zdravotnického operačního střediska taktéž. Z pohledu zdravotnického záchranáře je však časné přivolání pomoci v případech ohrožení života stěžejní. Časné přivolání pomoci stojí na začátku řetězce přežití. Úloha této bakalářské práce je nejen informovat o možnostech dovolání se na linku tísňového volání pro smyslově postižené, ale zároveň dostat toto povědomí i mezi laickou veřejnost, mezi širší okruh čtenářů.

Během tísňového volání se může ukázat, že volající neumí jednat asertivně a věcně, protože je ve stresu či „pod tlakem“. Na druhou stranu zde lze najít určitý rozpor mezi neschopností komunikace s operátorem „pod tlakem“ a absolutní nemožností komunikace s ním kvůli postižení. Kombinace samotného volání na tísňovou linku, způsob přivolání pomoci a postižení byly motivem pro napsání této bakalářské práce. Jejím cílem je analýza možností řešení tísňové výzvy s částečnou či úplnou absencí

¹Call-taker je pracovník zdravotnického operačního střediska. Jeho úloha je příjem a zpracování tísňového volání. Poskytuje telefonicky asistovanou první pomoc a telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci. (4)

verbální komunikace na tísňové lince. V bakalářské práci čerpám také vlastní zkušenosti získané na praxi na ZOS ZZS Jihočeského kraje.

1 Současný stav

1.1 Specifika komunikace na lince tísňového volání

Slovo komunikace je odvozeno z latinského *communicatio*, jehož významem je sdílení něčeho, radění se navzájem, jednání, povídání si. Komunikaci můžeme rozdělit podle charakteru na verbální a neverbální. (1)

Komunikaci „po telefonu“ lze označit jako zprostředkovaný komunikační kanál mezi volajícím a operátorem. Komunikačním kanálem přitom rozumíme způsob přenosu informací. Nevzniká zde přímý kontakt mezi nimi. Tuto komunikaci často ovlivňují rušivé elementy – tzv. komunikační šумы – např. hluk dopravních prostředků či jiné rušivé prostředí. Mezi tyto rušivé elementy řadíme i fyziologické druhy šumů, které označujeme jako komunikační bariéry – poruchy sluchu, zraku, řeči. Komunikace „po telefonu“ je komunikací především verbálního charakteru. (2)

Operátor se soustředí na to, co volající říká, jak to říká, co je slyšet v pozadí apod. Na rozdíl od tohoto je opakem lékař a ostatní zdravotničtí pracovníci v nemocničním prostředí, kteří více využívají nonverbální komunikace, která je jim dále podkladem pro verbální komunikaci. Od každého zdravotnického pracovníka se očekává profesionální vystupování při styku s pacientem. Profesionálním přístupem je dána i následná kvalita ošetrovatelské péče. (3)

Základními obecnými zásadami komunikace „po telefonu“ jsou jasný a zřetelný hlas a jeho přiměřená hlasitost. Pokládané otázky musí být jasné a stručné. Je schopný se rychle rozhodovat, má velkou zodpovědnost Operátor, který mluví s vystresovaným volajícím, se nesmí nechat vystresovat také. Je za všech okolností tolerantní vůči rozrušení volajícího. Empatický přístup k volajícímu tvoří až 85 % úspěšnosti komunikace. Odolnost vůči stresu patří mezi základní vlastnosti operátora. (4)

1.1.1 Charakteristika zdravotnického operačního střediska

Zdravotnické operační středisko (ZOS) stojí na začátku řetězce záchrany životů, a je zodpovědné za správnou koordinaci zdravotnické záchranné služby. Zdravotnické operační středisko je centrum pro **přijetí tísňové výzvy** („Call-taking“), její řešení a vyslání příslušné posádky. Tísňové výzvy jsou přitom po celé České republice směřovány řídicímu operačnímu středisku na čísle 155. Příčina existence ZOS je nutnost kvalifikovaného příjmu informací, určení priority události, vyslání příslušné posádky a její další řízení. Určením priority události se rozumí vyhodnocení události ve vztahu k naléhavosti zásahu. Vyslání výjezdových skupin či jiných složek definujeme jako **operační řízení**. Další důležitou součástí ZOS je telemedicína, což znamená poskytování odborných rad z hlediska zdravotnických služeb. Telemedicína však znamená pouze dočasné řešení zdravotního stavu, neboť se zde vyskytuje poměrně vysoké riziko podhodnocení situace. Z toho plynou závažné právní důsledky pro call-takera, kdy např. špatně vyhodnotí situaci, která je jinak indikovaná k výjezdu zdravotnické záchranné služby. O tomto hovoří §150 trestního zákona č. 40/2009 Sb – trestný čin neposkytnutí pomoci. (5) Selhání jednoho operátora s vážnými důsledky pak může být chápáno jako selhání celku. Do činností ZOS lze také zahrnout **zprostředkování spojení**, např. konzultaci mezi RZP a lékařem, konzultaci mezi posádkou a zdravotnickým zařízením. Taktéž kooperuje v integrovaném záchranném systému. Zdravotnická záchranná služba, Hasičský záchranný sbor ČR a Policie ČR jsou základními složkami IZS. Činnost ZOS i ZZS je v nepřetržitém nonstop provozu a vedle operátorů zde slouží i lékaři. (4)

Obsazenost ZOS by měla činit minimálně dva pracovníky na území s cca 400.000 – 500.000 obyvatel. ZOS Jihočeského kraje disponuje čtyřmi call-takery a dvěma dispečery. Jeden dispečer je řídicí a druhý zástupový. Prostorově a funkčně je zdravotnické operační středisko uspořádáno jako režimové pracoviště, kde je vchod omezený pouze pro pověřený personál. Prostory ZOS jsou monitorovány kamerovým systémem. Objekt ZOS by měl být z hlediska energetických nároků dlouhodobě nezávislý a to na několik dní. (4)

1.1.2 Charakteristika práce operátora

Základní jednotkou ZOS je odborně vyškolený operátor mající stejné vzdělání jako zdravotnický záchranář. Dříve byla práce operátora charakterizována paralelním režimem. „Call-taker“ zastával funkci komunikace a vysílání příslušné posádky zároveň. Nyní je tento systém nahrazen sériovým režimem, kde rozlišujeme pojem „dispečer“ a „call-taker“. Dispečer je pracovník, který ukládá pokyny výjezdovým skupinám. „Call-taker“ je pracovník, který přímo hovoří s volajícími v terénu, podává instrukce a poskytuje pomoc (TAPP – telefonicky asistovaná první pomoc/ TANR – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace). Jeho odezva na přichozí hovor by neměla být delší než několik sekund. Operátor vyhodnotí tísňovou výzvu a dispečer dle této indikace vysílá nejvhodnější typ zdravotnické pomoci. Často se stává, že operátor řeší více tísňových výzev a k dispozici má méně prostředků. Takto vzniká nepoměr požadavků a přednost mají primární zásahy před sekundárními. (4)

Operátor je „vedoucím“ tísňového volání, a tento rozhovor mezi ním a volajícím má strukturovaný charakter. Operátor pokládá volajícímu základní otázky: kdo volá, co se stalo, kde se to stalo, a jaké má pacient potíže. (6) Další dotazy směřují k získání informací o pacientovi – medikace, dříve prodělaná onemocnění atd. Obecné schéma toku informací během zpracování tísňového volání je součástí příloh (Příloha 1).

Do příloh byla zařazena ukázka typického rozhovoru s indikací bolesti na hrudi. (příloha 2). Ta demonstruje postup zhodnocení události. Mezi klíčové otázky patří zhodnocení následujících údajů: je pacient při vědomí? Komunikuje s vámi? Dívá se na vás? Dýchá? Má modré rty? Víte, s čím se pacient léčí? Víte, jaké bere léky? Všechny otázky které jsou volajícímu položeny musí být jasné a stručné. Operátor se nesmí ptát na více věcí současně. (4)

Následně call-taker zařadí případ do skupin naléhavosti. Podle skupin naléhavosti call-taker určí výjezdovou posádku a naléhavost události. Základní schéma pro příjem tísňové výzvy prioritně řeší lokalizaci události, následně klasifikaci, indikaci, a instrukce volajícímu. Základní schéma pro příjem tísňové výzvy je součástí příloh (Příloha 3) (4)

Pro operátora není typické mechanické, rutinní jednání. Musí mít dobré verbální komunikační schopnosti a zároveň se orientovat v technice. Pracuje s telefonním subsystémem (telefonní linky, FAX, SMS datové přenosy), s radiovým subsystémem a s informačním subsystémem (počítačová síť). Rizikovost jeho práce spočívá ve vyslání posádky ZZS k případům, které zdravotnickou pomoc ve skutečnosti nepotřebují. Snižuje se tak dostupnost zdravotnické pomoci pro „indikovanější“ případy. Na druhou stranu zde taktéž hrozí poškození pacienta. Počinání operátora může někdy zhatit zlomyslné volání. Volající záměrně udává nepravdivé informace a vyslaná posádka následně vyjíždí na místo události, kde se ve skutečnosti nic nestalo. Posádka přitom mohla být v tu dobu např. potřeba u jiného zásahu. Autory těchto výzev často bývají děti. Někdy se může stát, že dojde k omylu ve smyslu špatného zadání telefonního čísla (např. 115 – mistr závodní výroby X 155 – ZZS). Ojedinelé nejsou ani telefonáty, kdy je na druhé straně ticho (tzv. nemá volání). (4)

1.1.3 Druhy tísňových výzev

Podle charakteru volání v souvislosti s tím, kdo je pouze volající a kdo je skutečný pacient rozlišujeme:

- Volání z **první ruky** – takto označujeme volání, které provádí sám pacient, sám si volá ZZS. Představuje 10 – 20 % všech událostí. Výhodou je relativní spolehlivost informací. Nevýhodou je naopak riziko zhoršení stavu a selhání vitálních funkcí před příjezdem ZZS. Hrozí zde přerušování hovoru. Pokud nastane, a operátor se nedovolá zpět postiženému, musí být aktivován integrovaný záchranný systém. Stěžejní pro operátora je lokalizace události.
- Volání z **druhé ruky** – znamená, že je na místě s pacientem ještě jedna osoba, tou je volající. Představuje asi 75 % všech událostí. Pokud je postižený schopen hovořit, snaží se operátor převést volání z druhé ruky na volání z první ruky. Výhodou je přítomnost osoby, která pro operátora představuje potenciálního zachránce – přítomnost laika. Nevýhodou je určitá míra zkreslení informací.

- Volání **z třetí ruky** – volající nejsou svědky události (např. volající projíždí kolem dopravní nehody). K operátorovi se dostávají nekompletní informace. Patří sem i události předávané z operačních středisek IZS.
- Volání **ze čtvrté ruky** – volající nejsou svědky události, na místě události se nenachází, a navíc nemají žádné konkrétní informace (např. volá pán, za kterým přiběhl jiný pán z parku odnaproti, žádá ho o přivolání sanitky a běží zase zpět). Od volání ze třetí ruky je rozdílné tím, že volající nezahlédl ani událost, ani pacienta. (4)

1.1.4 Indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby

Aby mohl operátor vysílat správné posádky, a dále pracovat s jejich kooperací, užívá tzv. indikační seznam, ve kterém se musí skvěle orientovat. Indikační seznam je podle zákona 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě a podle vyhlášky 240/2012 Sb. vydáván poskytovatelem zdravotnické záchranné služby. Je vnitřním předpisem a poskytovatelé ho mohou upravovat. (7)

Indikační seznam ZZS Jihočeského kraje je součástí příloh (příloha 3). Indikace v přeneseném smyslu slova znamená naléhavost. Indikace se přiřazuje ke klasifikaci události, což je celkové vyhodnocení určení události.

Přístup ke klasifikaci událostí dělíme na intuitivní a formalizovaný přístup, přičemž každý má své výhody a nevýhody. **Intuitivní přístup** z velké míry závisí na předchozí praxi a zkušenosti operátora. Ten je za své hodnocení plně odpovědný. V minulosti, kdy operátoři disponovali středním zdravotnickým vzděláním, byl tento přístup na denním pořádku. I dnes je tento systém obvyklý. V některých situacích však nelze jednat objektivně, zvláště pak v takových kde na rozhodujícího operátora působí řada ovlivňujících faktorů (stres, emoce). Riziko intuitivního přístupu spočívá v nadhodnoceném nebo podceněném rozhodování (např. bezvědomí nedaleko restaurace = opilost, hyperventilace = hysterie). Důsledkem je vysílání odborně neodpovídajících posádek. Operační řízení dispečera není správné, neboť nemůže vědět,

kteřá událost má přednost, pokud mají obě stejnou klasifikaci. Z těchto důvodů se intuitivní přístup nedoporučuje. **Formalizovaný přístup** je přístup na základě standardizovaných kritérií. Má dvoustupňový charakter. První stupeň se týká klasifikace události, druhý ovlivňuje rozhodnutí operátora. Tento přístup sám o sobě skrývá sjednocení terminologie a představuje tak jistou prevenci proti pochybení. I zde má ale operátor určitou míru volnosti protože v systémech, kde jsou formalizovány pouze klasifikace události a jejich indikace, jsou stanoveny jen podmínky jednotlivých klasifikací. V druhém stupni dochází k formalizaci i k procesu, který vede ke klasifikaci. Operátor pak používá schéma, ve kterém předčítá otázky a volí nejvhodnější odpovědi, které vyústí v další otázku. Tento systém je stále ve vývoji a podle studií stále není dokonalý. (8)

Primární zásah zdravotnické záchranné služby je indikován při stavech, které bezprostředně ohrožují život pacienta (např. bezvědomí, bezdeší, zástava krevního oběhu). Dále stavy, které by prohlubováním chorobné změny mohly vést k náhlé smrti (bolesti na hrudi, arytmie, kolaps). Stavy, které způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny (poranění páteře, zlomeniny dlouhých kostí, závažné poranění oka). Dále stavy, které působí náhlé utrpení a náhlou bolest (bolesti břicha). Primární zásah je indikován i při stavech, které vyvolávají změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí (akutní psychozy, toxikomanie, suicidální pokusy). (9)

Dalším aspektem pro vyslání zdravotnické záchranné služby je stupeň naléhavosti. Pro ukázkou třídění naléhavosti poslouží obecná tabulka stupňů naléhavosti a odpovídajících parametrů zásahu. (příloha 4)

1.1.5 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby

Volba posádky se uskutečňuje podle „potřeby odbornosti“ výjezdových skupin nebo podle nutnosti transportu pacienta/pacientů. Tuto volbu provádí dispečer. Musí tak učinit nejpozději do dvou minut.

RZP je posádka složená ze zdravotnického záchranáře a záchranáře – řidiče. Většinou je využívána pro transport k úrazům lehčího charakteru, tam, kde nedochází k ohrožení pacienta na životě. **RLP** je tříčlenná posádka sestávající z lékaře, zdravotnického záchranáře a řidiče záchranáře. Je vysílána k dopravním nehodám, k těžkým úrazům, a všude tam, kde hrozí selhání základních vitálních funkcí. Lékař zde plní funkci velitele posádky. **RV** (rendez-vous), neboli potkávací systém je osobní vůz s řidičem a lékařem. Funguje na principu nezávislosti lékaře na posádce RZP, kdy se zvyšuje jeho dostupnost. RV systém neslouží k transportu pacienta. **LZS** (letecká záchranná služba), jejíž posádku tvoří lékař, zdravotnický záchranář a pilot, se používá v situacích, kdy dojezdový čas pozemních posádek evidentně snižuje pacientovu šanci na přežití, nebo při špatně dostupném terénu pro ostatní posádky. (9; 8)

1.2 Definice poruch řeči

Poruchami řeči se rozumí poškození artikulačního aparátu. Může jít o psychogenní faktory, poškození smyslových orgánů, nebo fatických a kognitivních funkcí. Tato bakalářská práce se zaměřuje pouze konkrétními vybranými stavy s těžce narušenou komunikační schopností, a to ve smyslu nemožnosti verbální komunikace z hlediska mluveného slova. Narušená komunikační schopnost znamená takovou odchylku od normy, která brání komunikačnímu záměru. Jde o jazykové projevy v různých úrovních. Zvuková stránka řeči (foneticko-fonologická) představuje vyslovení samohlásek, retných souhlásek, a hrdelních hlásek. Gramatická stránka řeči (morfologicko-syntaktická) se zkoumá až u dětí po 1 roce. Dítě nejdříve používá podstatná jména, pak slovesa, citoslovce a další. Úměrně s věkem stoupá i náročnost věty, od slabik, slov, a slovních spojení. Lexikálně–sémantická stránka řeči hovoří o slovní zásobě. Její vývoj je pasivní (od 10. měsíce dítěte) nebo aktivní (samotným používáním slov. Pragmatická stránka řeči (aplikace na hladině socializace) reflektuje schopnost zahájit a udržet rozhovor a být komunikačním partnerem. (1)

Podle stupně může být narušení komunikační schopnosti úplné (totální) nebo částečné (parciální). (10)

Mezi základní stavy narušené komunikační schopnosti řadíme:

Afázii, což je získaná ztráta schopnosti řeči kvůli změnám na mozku. Podkladem pro vznik afázie může být úraz mozku, mozkový nádor nebo cévní mozková příhoda. Afázii dělíme na částečnou nebo úplnou. Často ji provází i porucha porozumění a abstraktního myšlení.

Mutismus je získaná němota, která je psychicky podmíněná. Mluvidla i centrální nervová soustava jsou přitom beze změn. Mutismus je doprovázen odtaživostí, sociální izolací, sociofobií, úzkostnými poruchami atd.

Dysfonii a afonii znamenající poruchy hlasu. Dysfonie je název pro stav, kdy v důsledku hlasového přetížení dojde k jeho ztrátě. Při afonii pacient jen šeptá, např. při zánětu hlasivek či hrtanu.

Huhňavost, která znamená narušený zvuk řeči a narušenou artikulaci. Dělí se na zavřenou huhňavost (Rhinolalia clausa), otevřenou huhňavost (Rhinolalia aperta) a smíšenou huhňavost (Rinolalia mixta).

Koktavost (Balbuties) je nechtěně narušená plynulost mluveného projevu (fluence). Patří mezi jednu z nejsložitějších logopedických obtíží. Může vyústit v logofobii, tj. strach z nevydařeného mluveného projevu.

Breptavost (Tumultus sermonis) je charakteristická velmi vysokým tempem mluveného projevu. Takový pacient se snaží vyvarovat se delším slovům i větám, což narušuje celkový projev.

Dyslalii znamenající poruchu výslovnosti, nesprávné vyjádření jednotlivých hlásek nebo celé skupiny hlásek. Je nejčastější narušenou komunikační schopností u dětí. Kolem třetího roku života dítěte je dyslalie fyziologická (jinými slovy fyziologický dysgramatismus).

Dysartrii, neboli narušené článkování řeči. Na rozdíl od dyslalie, kde jde o poruchu výslovnosti, se dysartrie týká spíše dechových poměrů a intonace.

Dyslexii, dysgrafii znamenající narušení grafické stránky řeči, přičemž dyslexie je porucha schopnosti číst a dysgrafie je porucha schopnosti naučit se tvaru písmene. Jsou to specifické poruchy učení, kdy má dítě potíže osvojit si čtení a psaní.

Etiologie vzniku těchto poruch se podle časové posloupnosti jejich vzniku dělí na prenatální (před narozením), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu). Často se stává, že postižený měl v dětství špatný řečový vzor, který pokud se neřešil včas, přechází v dospělosti do chronicity. (10; 1)

1.2.1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Základní diagnostickou metodou narušené komunikační schopnosti (NKS) je strukturovaný rozhovor mezi logopedem a pacientem, případně mezi logopedem a pacientovou rodinou. Při samotné realizaci diagnostiky je potřeba vytvořit vhodné prostředí. Osoba s narušenou komunikační schopností je často více unavitelná a tomuto faktu je také nutné přizpůsobit délku a četnost vyšetření. Častější setkání v kratších intervalech je proto vhodnější. Do diagnostiky je možné zapojit i rodinné příslušníky, jelikož mohou pomoci tam, kde má pacient tendence negovat nebo nadlehčovat výskyt komunikačních problémů. (10)

Diagnostika NKS je věcí multidisciplinární spolupráce. Je to komplexní proces. Kvalitní diagnostika je podmínkou pro úspěšnost terapie. V současné době existuje mnoho diagnostických testů, které slouží k diagnostice kognitivních funkcí. Jsou však vytvořeny v anglickém jazyce, a aby fungovaly na česky mluvící populaci, musely by se standardizovat, adaptovat sociálně i kulturně a hlavně jazykově. Proto je nestačí jen přeložit.

The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) je vyvinut pro pacienty s těžkým poškozením řeči, pro které sáhodlouhé vyšetření představuje vysokou míru

stresu. Škála pacientů, pro které je toto vyšetření vhodné, je široká. Jsou to např. pacienti s poraněním mozku, po cévní mozkové příhodě, s epilepsií, s demencí. Test tvoří devět položek – pojmenování, automatická řeč, opakování, fluence při popisu fotografie, diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu – identifikace objektů, rozumění mluvené instrukci a rozumění čtené instrukci. Test trvá přibližně 5-15 minut. Test byl se svolením autorů adaptován na český jazyk a kulturu. Je koncipován spíše pro nemocniční prostředí či intenzivní péči. (10; 11)

The Confusion Assessment Protocol (CAP) představuje screening deliria a jiných příznaků po traumatických poraněních mozku. Vývoj tohoto typu testu stále probíhá. Prvním příznakem po poranění mozku je zmatenost, posttraumatická amnezie, neorientovanost. Existuje i česká verze testu hodnocení deliria v intenzivní péči (**The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit – CAM-ICU**). K testu není nutná slovní odpověď, pouze předem dohodnuté znamení znamenající „ano“ nebo „ne“. Trvá zhruba 3-5 minut. (10; 11)

K diagnostice jsou k dispozici další dotazníky, např. vyšetření fatických funkcí (VFF) nebo Dotazník funkcionální komunikace (DKF). **Vyšetření fatických funkcí (VFF)** se týká spíše oboru afaziologie. Sleduje schopnost udržet téma rozhovoru a opravovat chyby. Skládá se ze čtení souvislého textu, slovního a písemného pojmenování. **Dotazník funkcionální komunikace (DKF)** má za úkol stanovit kvalitu života chronických afatiků. Řeší důsledky jazykových poruch při komunikaci v běžném životě, a samostatnost pacienta. Ještě není zcela standardizovaný. (10; 12)

Mezi další obecné metody diagnostiky narušené komunikační schopnosti patří percepční, akustické a fyziologické hodnocení. **Percepční hodnocení** analyzuje srozumitelnost a přesnost artikulace řeči. Nesrozumitelnou tvorbu některých souhlásek může způsobit nízká ventilační podpora nebo slabá inervace jazykových svalů. Sleduje se i stupeň chraptění. **Akustické hodnocení** je přístrojová analýza hlasu. Nabízí objektivní, přesně graficky zaznamenané výsledky v podobě oscilogramu nebo spektrogramu. Rozbor přístrojem může poukázat např. na nosové nebo ústní proudění vzduchu a jiná specifika tvorby řeči. Slouží k posouzení rozsahu a výkonu hlasu. **Fyziologické hodnocení** se týká artikulační, velofaryngeální, laryngeální a respirační

části, dále řečových jednotek (rtů, jazyka, čelisti, larynxu) a také soustavy artikulace, fonace, respirace, rezonance, atd. Toto se týká jak diagnostiky pacientů s dysartrií, tak pacientů s poruchou hlasu. Méně se používá při demenci a afázii. (10)

1.2.2 Rehabilitace a terapie poruch komunikačních schopností

Rehabilitace narušených komunikačních schopností je předmětem mnoha oborů a to psychologie, psychiatrie, foniatrie, ORL, ortodontie, čelistní chirurgie, neurologie a rehabilitace. V první fázi se poruchy NKS řeší konzervativní léčbou a při jejím selhání se přistupuje k chirurgickému zákroku. Pro úspěšnou terapii je vhodné tyto metody kombinovat.

Konzervativní léčba spočívá v hlasové rehabilitaci, hlasové edukaci, nácviku správného polykání a dýchání. V tomto směru pacientovi pomáhá hlasový pedagog (foniatr), nebo logoped. Po těchto zákrocích je i nadále nutná spolupráce foniatra nebo logopeda a psychologa. **Logopedie** je vědní obor a pomáhající profese zabývající se lidskou řečí a způsobem jejího užívání jak patologickým tak fyziologickým. Zabývá se vznikem, diagnostikou, prevencí a terapií narušené komunikační schopnosti. Zahrnuje všechny věkové skupiny, a protože využívá zkušeností a poznatků z jiných oborů, lze ji považovat za interdisciplinární. Logoped se svým klientem pracuje na základě poslechu, mluvení, čtení s porozuměním, odezírání, výslovnosti, nácviku prstového jazyka apod. (10; 12; 1)

Fonetika je nauka o akustické stránce řeči. Řeší tvorbu zvuku (artikulace), jeho akustické vlastnosti a realizace v dorozumívacím procesu. Rozlišuje kvantitu a kvalitu zvuků a při analýze zvukové charakteristiky úzce hraničí a souvisí s fonologií. Fonologie je jazykovědný obor studující soubor zvukových prostředků daného jazyka a funkci fonémů (foném = hláska, nejnižší stavební jednotka řeči). (1)

Chirurgický zákrok řeší fonochirurgie operačními technikami ke korekci dysfonie na podkladě hlasivkových změn nebo neuromuskulárního postižení hrtanu. Hlasové

poruchy mohou být způsobeny maligním tumorem, patologiemi z hlediska histologického, polypy, cystami, granulomy (ty vznikají mechanickým drážděním), záněty hrtanu nebo stenózami hrtanu. (13)

U neurogenně podmíněné narušené komunikační schopnosti (např. posunutí mozkové tkáně na základě prorůstání tumoru) je možné přistoupit k resekci difúzních gliomů řečových a jazykových oblastí. Primární starostí u takové operace je zjištění polohy korových center a to buď magnetickou rezonancí, traktografie - což je zobrazovací metoda subkortikálních struktur (nespolehlivé), nebo identifikací přímo během operace se současnou monitorací jejich funkce. Intraoperační lokalizace řečových a jazykových korových center a drah probíhá pomocí elektrické sondy při pacientově vědomí. Pacient je v celkové anestezii pouze během vstupu a výstupu do kožního krytu, kalvy a tvrdé pleny mozkové. Během této operace logoped vyšetřuje jazykové a řečové funkce pomocí strukturovaného rozhovoru a speciálních dotazníků. Logoped zároveň komunikuje s chirurgem a upozorňuje ho na případné změny v jazykových funkcích. (10; 12)

Efektivitu terapie ovlivňuje několik faktorů. Mezi ty nejdůležitější patří podpora rodiny, životní situace v čase terapie, na důkazech založená léčba, sám terapeut (logoped), sám pacient a jeho návyky. Spolupráce pacientovi blízkých osob je důležitá z hlediska motivace a postoje k terapii. Pokud je rodina ochotná a schopná řešit pacientův komunikační problém, mohou pomoci eliminovat nežádoucí míru stresu, která je při léčbě kontraproduktivní. Léčba založená na důkazech se týká spíše osobnosti logopeda. Měl by při své práci vycházet z nejnovějších výzkumů, z vlastních výzkumů, zkušeností a praxe, a z vědecky efektivních a řádně zdokumentovaných klinických pokusů. Jde především o užitek, který je vědecky podložen a který má pomoci vybrat logopedovi co nejvhodnější terapii pro daného pacienta. Proto zde hraje velkou roli profesionalita logopeda a jeho schopnost efektivně řešit problém. Pacient je sice pod vlivem logopeda, ne však pod jeho kontrolou, a tak množství úspěchu záleží i pacientovi. (12)

Pacienti s poruchami hlasu by měli dodržovat abstinenci kofeinu, alkoholu, kouření a drog, protože uvedené vysušují sliznice, což nepříznivě ovlivňuje hlasovou tvorbu.

Mezi další obecné zásady při terapii NKS patří dodržování pravidelného denního režimu, řečnická cvičení, čtení nahlas, trénování artikulace, fonace atd. (12)

1.2.3 Zásady komunikace s řečově postiženými lidmi

Neefektivita používání řeči v mezilidské komunikaci staví osoby s narušenou komunikační schopností do nepříjemné situace z hlediska seberealizace a sebepojetí. Je zde přítomna psychická bariéra. V konečném důsledku se tedy staví do komunikační pasivity. Jedinci postižení koktavostí se např. záměrně snaží obejít problémová slova (zvláště pokud ví, která to jsou), což může vyústit až v logofobii (strach z řečového projevu, ústící v nedostatečnou sebedůvěru). Sami od sebe nezačínají rozhovor, raději přebírají roli naslouchajícího, nebo jen odpovídají na otázky. V rozhovoru s osobou trpící komunikační poruchou se snažíme dodržet několik zásad. Postaráme se o zajištění dostatečného času a to jak pro pacientův projev, tak i pro samotné pochopení a zpracování informací. Pokud komunikační omezení vygradovalo až ve znemožnění, máme možnost využití systémů alternativní a augmentativní komunikace (viz. kap. 1.2.5). Pokud hovoříme s osobou trpící koktavostí, vyvarujeme se opakování špatně vyřčených slov, neboť to může být ze strany postiženého chápáno jako výsměch. Toto pravidlo platí i pro ostatní komunikační poruchy. Osobu s breptavostí je nutné ve vysokém tempu řeči usměrňovat. Při nepochopení je možné požádat o zopakování. S tímto souvisí také charakter vyjadřování se k postiženému. Hovoříme dostatečně nahlas, nikoliv však tak, aby se postižený cítil být podceňovaný. V rodinném prostředí je nutné snažit se přimět postiženého k opravení sebe sama. Pro afoniky se schopností číst a psát je ideální dorozumět se pomocí psaného textu nebo využít jiné alternativní pomůcky. (10)

1.2.4 Způsoby komunikace řečově postižených

Často se k dorozumění používají prvky nonverbální komunikace. Dalším charakteristickým znakem je komunikace skrze rodinu či přátele. Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) je podrobněji popsána v následující kapitole. Je nutno ale odlišit „augmentativní a alternativní komunikaci“ od „systému augmentativní a alternativní komunikace (systém AAK)“. AAK vyjadřuje jisté stanovisko, které lze provést několika způsoby. Systém AAK je soubor označujících metody užívané k dorozumění. Tento systém je možné používat jen v případě, že nejbližší okolí pacienta bude ochotno v tomto spolupracovat a naučit se taktéž daný systém. Často užívané komunikační systémy u nás jsou:

Piktogramy představují jednoduché zobrazení věcí, činností a vlastností. Jsou intuitivně pochopitelné napříč věkem či postižením. Lze jimi složit větu a jinak je kombinovat.(příloha 5)

Makaton je jazykový postup, který funguje na základě použití znaků a gest v kombinaci s mluvenou řečí a obrázkovými symboly. Manuální znaky vycházejí ze znakového jazyka neslyšících, jsou upravené k co nejlepšímu rozpoznání a je jich asi 350.(příloha 6)

Bliss-komunikační systém je symbolový systém jednoduchých obrázků, které se používají místo slov. Původně měl sloužit k dorozumění se s lidmi mluvícími různými jazyky.(příloha 7)

Znak do řeči je původně určený osobám s řečovým postižením. Využívají jej však i sluchově postižení pro usnadnění odezírání. Gesta jsou doprovázena mimikou, znakovaná jsou jen některá slova (příloha 8).

Znakový jazyk primárně používají neslyšící lidé. Je to jejich přirozený jazyk. Je ale vhodný i pro postižené s těžkou poruchou komunikace. Hlavní složku znakového jazyka tvoří neverbální komunikace – gesta a mimika. (10; 12; 1)

System AAK lze používat také v nemocničním prostředí. Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem je možná pomocí tiskopisu s předvolenými znaky. Pacient zde zaškrťává zvolené piktogramy. (14)

1.2.5 Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je způsob, jakým lze nahradit verbální stránku dorozumívání. Kompenzují projevy komunikačních poruch. Tyto dva systémy se navzájem prolínají a doplňují. Mohou fungovat buď trvale, nebo dočasně. Používají je mentálně, zrakově, sluchově i tělesně postižení. Alternativní komunikace je náhrada mluvené řeči. Augmentativní komunikace je usnadnění a podpora komunikačních schopností, které již existují, a to ve formě obrázku, znaku nebo předmětu. Komunikační schopnost zde existuje, ale pro dorozumívání je nedostatečná. Zvolení způsobu komunikace probíhá na základě posouzení pedocentrických a systémových hledisek. Pedocentrická hlediska v sobě zahrnují verbální dovednosti postiženého, stav smyslových orgánů, kognitivní schopnosti atd. Systémová hlediska souhrnně vyjadřují způsob přenosu, ikonicitu (zřetelnost, stupeň abstrakce), rozsah slovní zásoby a shodu s mluveným jazykem. (1)

Existují tři typy užití alternativní a augmentativní komunikace. Komunikace bez pomůcek aplikuje prvky nonverbální komunikace (mimika, gestika, vizuálně motorické znaky). Typ AAK s pomůckami znamená použití obrázků, předmětů, fotografií, symbolů (piktogramy a písmo) a komunikátorů. Jiné typy AAK představují doplňkové zdokonalení k jednodušší práci s počítačem (alternativní klávesnice, spínače apod.).

Způsob přenosu lze rozdělit na metodu dynamickou (např. znaková řeč, Makaton) nebo statickou (např. piktogramy, komunikační tabulka). Pro optimalizaci individuálních potřeb každého jedince je výhodné zkombinovat metody, pomůcky a symboly. (1)

1.3 Definice poruch sluchu

Termín neslyšící a sluchově postižený neznamena totéž. Přesná terminologie pojmu sluchově postižený znamená:

- Být ohluchlý (což znamená ztráta sluchu až po rozvinutí řeči).
- Být nedoslýchavý (je zhoršení sluchu; tento stav lze řešit kompenzačními pomůckami. Většinu tvoří senioři).
- Být prelingválně neslyšící (být narozen plně neslyšící nebo ztratit sluch před rozvojem řeči).
- Trpět ušními šelesty (tinnitus aurium). Ačkoliv nejsou zahrnovány ani v jedné podskupině, osoby jimi trpící patří mezi sluchově postižené.
- Termín „hluchoněmí“ je označení, které není odborně správné, a také působí hanlivým dojmem. (15)

Být Neslyšící znamená být příslušník minority, která má svůj jazyk a svou specifickou kulturu. Neslyšící s velkým N používá znakový jazyk. Neslyšící Arab si tak může být s Neslyšícím Čechem mnohem blíže, než slyšící a Neslyšící Čech. (16)

1.3.1 Příčiny poruch sluchu

Poruchy sluchu dělíme na geneticky podmíněné sluchové vady, kongenitálně získané sluchové vady a na získané vady. Kongenitálně získané sluchové vady znamenají negativní působení na plod v průběhu, během nebo bezprostředně po těhotenství. Získanými vadami pak rozumíme onemocnění, akustické či trauma, poškození mozku. I získané vady se dále dělí prelingválně (před fixací řeči) a postlingválně (po fixaci řeči). (17)

Nejpočetnější skupinu tvoří tzv. postlingválně nedoslýchaví lidé. Většinou jsou to lidé se stařeckou nedoslýchavostí. Další skupinu tvoří tzv. prelingválně nedoslýchaví

lidé. Méně postižených tvoří skupinu postlingválně neslyšících – ohluchlí lidé. Nejmenší početní zastoupení mají nelingválně neslyšící lidé (příloha 10). (16)

1.3.2 Poruchy sluchu podle typu

Sluchové vady lze rozdělit napříč podle vzniku, typu, druhu a podle stupně. Bakalářská práce se bude zabývat pouze těmi nejdůležitějšími v souvislosti s tématem. Ne všichni sluchově postižení jsou postižení stejně. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze hloubku sluchové ztráty zjistit audiometrickým měřením. (příloha 11)

1.3.3 Zásady komunikace se sluchově postiženými

S postiženými lidmi ať už tělesně, duševně či smyslově jedná jako s nesoběstačnými. Jsou falešně přirovnáváni k „chudákům“ apod. V praxi se oni sami ale znevýhodnění necítí a naopak jim toto jednání vadí. Je vhodné brát postižení v potaz, ale ne jako „problém“ či jako „překážku“. Většina komplikací vzniklých během komunikace je neznalost potřeb sluchově postižených. (16)

- Pro prelingválně sluchově postižené většinou psaná komunikace není vhodný prostředek.
- Nutné je mluvit pomaleji, dívat se do očí, nezvyšovat hlas, nezakrývat ústa, mít je prázdná. (18)
- Mimika a gestika je pro komunikaci se sluchově postiženými vhodnou volbou.
- Zjištěná úspěšnost odezírání je jen ze 30 – 40 %.
- Pokud pacientovi nerozumíme, je vhodné ho požádat o zopakování.

- Pokud alespoň trochu ovládáme znakový jazyk či prstovou abecedu, používáme je.
- V komunikaci mezi více lidmi sdělujeme neslyšícímu alespoň téma.
- Oční kontakt je základem komunikace i se sluchově postiženým.
- Při komunikaci dbáme i na odstranění rušivých elementů.
- Při poskytování zpětné vazby se ptáme „Co jste rozuměl?“, nikoliv: „Rozuměl jste mi?“. (3; 19)

1.3.4 Způsoby komunikace sluchově postižených

Sluchově postižení se dorozumívají mnoha způsoby. Některé jsou běžnější než jiné a částečně se mohou prolínat se způsoby komunikace řečově postižených.

Psaný text – fakt, že pro sluchově postižené psaný text není žádný problém, je mýtus. Naše mateřština je pro ně vlastně cizím jazykem. Každý jazyk má svou specifickou formu přemýšlení, ale sluchově postižení přemýšlí jinak a proto je pro ně složitější si osvojit psanou formu jazyka, který nelze „naposlouchat“. V jejich psaném textu se tedy můžeme setkat s gramatickými chybami a dalšími specifickými rysy. Více handicapovaný je zde člověk, který neměl šanci rozvinout a zafixovat si jazykové schopnosti. V praxi je nutné se zeptat, jestli si postižený přeje odezírat, psát, atd.

Odezírání – je velmi náročná činnost a k její realizaci existuje několik pravidel, která souvisí s úspěšností výsledku této komunikace. Jde např. o dostatečné osvětlení mluvčího, soustředěnost odezírajícího, jejich přiměřená vzdálenost apod. Vyžaduje ničím nerušený oční kontakt.

Prstová abeceda – lze ji rozdělit na jednoruční a dvouruční. (příloha 12)

Se **znakovým jazykem** se většina sluchově postižených setkává až v některém ze vzdělávacích zařízení. Jsou ale i tací, kterým je znakový jazyk jazykem mateřským.

Nauce pro širokou veřejnost se věnují speciální kurzy českého znakového jazyka. Znakový jazyk není jazykem univerzálním. Liší se český znakový jazyk a např. anglický znakový jazyk. Znakový jazyk není totéž co znakový český jazyk. (20)

Pro vzájemnou komunikaci mezi sluchově postiženým a člověkem bez handicapu je důležité **tlumočení**. Existuje tlumočení do českého znakového jazyka, znakové češtiny a vizualizace mluvené češtiny. Existuje etický kodex České komory tlumočnicků znakového jazyka. Ten udává jasná pravidla, kterými se musí tlumočnick řídit. (20)

1.4 Způsoby kontaktování linky tísňového volání pro sluchově a řečově postižené

Nejjednodušší způsob jak se spojit se ZZS pro sluchově postižené je „prostředník“. Tím je míněno např. kamarád, soused - někdo, kdo je při naléhavé události nablízku. Ne vždy toto ale znamená zdárný úspěch. Pokud dotyčný člověk neumí znakovou řeč, nebo se nemůže s neslyšícím dohodnout, ocitá se na podobné úrovni jako operátor. Ovšem s tím rozdílem, že zprostředkovaná osoba má k dispozici i složku neverbální komunikace, o kterou je operátor ochuzen.

V České republice je zaveden systém, kdy je možnost odesláním SMS zprávy přivolat pomoc Hasičského záchranného sboru, Policie ČR i Zdravotnické záchranné služby. Jedná se o speciální číslo, které není veřejně publikováno kvůli možnosti zneužití či přetížení linky. Protože neregistrovaná čísla nelze ověřit v registru, nemůže Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje tísňové SMS z těchto čísel řešit. Neslyšící se registrují pomocí internetového formuláře, na základě kterého je jim následně číslo sděleno. (21)

Např. ve Velké Británii je také zaveden systém tísňových SMS zpráv. Tento systém dokáže mobilizovat všechny složky integrovaného záchranného systému. Před použitím je ale také nutná registrace v systému. (22) V současné době je možné použít také aplikaci Záchranka pro mobilní telefony. Základem je stažení této aplikace do mobilního telefonu. Po otevření této aplikace se ve středu displeje telefonu objeví

nouzové tlačítko. Při jeho držení po dobu tří vteřin dochází k vytočení linky 155. Pokud si majitel telefonu nechá ověřit své telefonní číslo, bude tato aplikace spolu s vytočením tísňové linky odesílat i tísňovou SMS s údaji o přesné poloze. (23) Zajímavým způsobem přivolání pomoci je metoda třesení smartphonem či jiným „chytrým“ telefonem. Zde zabudovaný snímač zrychlení zaznamenává dosaženou hodnotu akcelerace. Následně systém zjišťuje polohu GPS, a pak předá SMS na linku tísňového volání. (24)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl

Cílem je zmapování různých způsobů, postupů a možností komunikace operátora s řečově či sluchově postiženým na lince tísňového volání.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka: Jaké jsou způsoby komunikace na lince tísňového volání zdravotnického operačního střediska s neslyšícím volajícím či s volajícím s poruchami sluchu, nebo s němým volajícím či s volajícím s poruchami řeči?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro bakalářskou práci byla zvolena metodika kvalitativního výzkumu. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s náhodně vybranými call-takery ZZS Jčk a Pk. Rozhovor je součástí příloh (Příloha 13).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvoří sedm operátorů z Plzeňského, a sedm operátorů z Jihočeského kraje. Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní. Výzkum probíhal v prostorech obou operačních středisek za plného provozu. Z toho důvodu mi nebylo povoleno nahrávat rozhovory na diktafon. Rozhovory byly tedy ihned přepisovány do textové podoby.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se zaměstnanci Zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje

Rozhovor č. 1

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – „*Osm měsíců*“.
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – „*Dovolát se sem dá skrz stodvanáctku, nebo linku 155, anebo posláním SMSky pro hluchoněmé.*“
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – „*Se sluchově postiženým jsem se neseťkal, ale s řečově ano. Třeba setřelá řeč u opilýho, nebo s afázií u cévní mozkové příhody, nebo při úrazu dýchacích cest jsem se s tím setkal.*“
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – „*Sluchově postižený znamená, že má změněnou kvalitu vnímání sluchu.*“
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – „*Řečově postižený je ten, kdo má fatickou poruchu řeči.*“
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – „*Nedokážu odpovědět kolikrát jsem se s tím setkal, protože každý hovor je unikát. Denně je tu třeba 200 hovorů.*“
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – „*Nedá se říct, jak často se s tím setkávám, protože sluchově postižený je i každý senior a to je dost často.*“
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – „*Každý si zvolí ten svůj nejvhodnější způsob.*“

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Nemám představu, jak by mohla probíhat bezproblémová komunikace s postiženým pacientem.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„Snažím se vždycy nějak domluvit.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Když volající ví, že má potíže se sluchem nebo řečí, tak přece pošle SMSku.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne, nevím. Nevím.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Asi používám spíš ten intuitivní.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Nevím.“*
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Konkrétně na hluchoněmé školení nemáme, ale spíš je to součást něčeho – třeba afázie se řeší při školení na CMP.“*
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Při němých hovorech se snažím navázat kontakt. Když slyším, že na druhé straně někdo je, dechy, tak se snažím hovor udržet o něco déle, ale když je úplný ticho nebo šum, když je mobil v kapse tak se nedá nic dělat. Neposíláme zpět zprávu, neprovádíme lokalizaci, odkud ten hovor byl, to by se muselo přes policii a to si neumím představit.“*
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Koktavost.“*
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 2

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – „*Čtrnáct let.*“
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – „*Bud' telefonem, nebo se dá poslat SMS, to je pro postižené.*“
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – „*Setkal jsem se na lince s handicapovaným jak sluchově, tak řečově.*“
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – „*Sluchově postižený je ten, co má poruchu sluchu.*“
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – „*Řečově postižený je ten, kdo má poruchu řeči.*“
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – „*Setkal jsem se s tím ale minimálně, dalo by se to spočítat na prstech jedné ruky.*“
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – „*Nedoslýchaví volají běžně, ale s afázií u CMP se také setkáváme často.*“
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – „*U „nepostižených“, nebo alespoň částečně, a také u lidí, kteří se mohou alespoň nějak vyjádřit nebo alespoň trochu slyší tak telefonem, jinak ta SMSka pokud vůbec nemůžou.*“
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – „*Myslím, že tyto možnosti jsou pro postižené dostačující.*“
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – „*Jako upozornění na příchozí SMSku, je pro nás nastavený poměrně hlasitý zvukový signál. Pro ty, kteří jsou v tom systému již zaregistrovaní tam máme adresy už dané takže on jenom pošle krátkou informaci o tom, co se stalo a my se podle toho zařídíme.*“

11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Pokud jsem v situaci, že vůbec neslyším, nebo o sobě vím, že nemohu mluvit, pošlu SMSku, ne?“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Ne.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Nevím.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Rozdíl v reakčním čase tam určitě je, ale o kolik to nevím.“*
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Ne.“*
16. Jakou váhu přikládáte tzv „někým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Co se týče němých hovorů: když je ticho, tak několikrát opakujeme, že jsme na lince. Pokud se nic neděje tak ani my s tím nemůžeme nic udělat. Když je slyšet třeba nějaké dýchání, snažíme se zůstat déle na lince a snažíme se to nějak vykomunikovat.“*
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Ráčkování.“*
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 3

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Sedm let.“*
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Dovolat se na tísňovou linku jako veřejnost lze telefonem, emailem a ze zákona faxem či SMSkou.“*
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„Mnohokrát.“*
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Sluchově postižený je ten, který špatně slyší. „*

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Obtížně se vyjadřuje.“*
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Nedokážu říci, kolikrát. Sluchově postižený je každý druhý senior. „*
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Nedokážu odhadnout jak často to tak zhruba je.“*
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Nejlepší pro postižené osoby je zřejmě ta SMSka. Emailem není nastavená aplikace, takže by mohlo dojít k prodlení a fax je taky hrozně pomalej, to si nedokážu ani představit.“*
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Systém pro odeslání nouzové zprávy podle mého názoru funguje dobře.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište, jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„Nevím – jen jsme to testovali. Přejde SMSka, zazvoní signál, jsou tam už přednastavené adresy, takže jemu stačí, když napíše, co se stalo nebo i jen „pomoc“ a my odpovídáme, že je vyslaná posádka.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Nevím. Doufám, že vždycky přijde aspoň ta zpráva. Když to nejde klasicky, musí jedinež poslat tu SMS.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Ne.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Nevím.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„To nelze stanovit. Záleží, jak se dokážeme domluvit. I kdyby byl úplně hluchý a řekl vše, nemusí k prodlevě vůbec dojít. Naopak,*

kolikrát i my tady máme hluk a neslyšíme my jeho. Ale i kdyby ten, kdo volá, postižený nebyl, může to trvat dýl i u „normálního“ člověka.“

15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Ne.“*

16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Několikrát ho oslovím. Když je slyšet zvuk dechu, zůstanu o něco déle, ale pokud je slyšet nějaký šum například když je mobil v kapse nebo úplně ticho tak to poznáte.“*

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Afázie, dysartrie.“*

18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 4

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Dva roky.“*

2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) - *„Bud' „stopadesátpětkou“ nebo se dá poslat SMS.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„Zatím mi nevolal žádný postižený ani sluchově, ani řečově.“*

4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Sluchově postižený znamená mít poruchu sluchu, buď částečnou, nebo úplnou.“*

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„To samé akorát že s řečí.“*

6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? - X

7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – X

8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Pokud volá někdo, kdo má takové handicap, je zřejmě nejlepší když pošle SMS. Bohužel si neumím představit nic lepšího než SMS.“*

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Ideální je klasicky hovor.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„Nevím.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Nevím, ještě jsem to nezažil.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Ne.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Nevím.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Nemůžu posoudit.“*
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Ne.“*
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Když je například mobil v kapse, tak se to pozná.“*
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Zrovna teď nevím.“*
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 5

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Dvanáct let.“*
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Zavolat na operační se dá klasicky telefonem, dá se poslat SMS textovka, anebo emailem. Není to sice pro veřejnost dostupné, ale kontaktovat operační středisko tak lze.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„Doposud to bylo jen párkrát.“*
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Sluchově postižený je člověk, který slyší špatně nebo vůbec.“*
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Mluví špatně nebo vůbec.“*
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Vyjíměčně.“*
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Tak jednou ročně.“*
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Snažíme se s nimi většinou komunikovat přes asistenty, protože oni sami moc nechtějí. Nejvhodnější je telefon - pokud ten člověk má někoho u sebe. Většinou mu volají kolemjdoucí. SMSka je sice dobrá, ale není dostupná veřejnosti. Člověk se musí nejdřív zaregistrovat do systému, aby nedošlo ke zneužití. Největší problém je ověření situace. Vyjíždí se „naslepo“, protože nevíme.“*
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Nejlepší je člověk bez handicapu. Oni sami totiž nechtějí moc komunikovat, je velký problém se s nimi domluvit nevyužívají to. Na ty SMSky jsou zaregistrovaní jen dva uživatelé.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„V praxi to probíhá tak, že u člověka, který je zaregistrovaný, tak u něho máme vyplněnou adresu, zvonek, kontakt na asistenta, na příbuzný, a tak dále. Nám přijde ve zprávě třeba něco jako „přijed'te“, a my už jenom odpovídáme, že vysíláme posádku.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Nemůžu říci, jak se postupuje, když na tu linku někdo volá a přitom nemluví. Z 99 % jsou to omyly a srandy. Snadno to spadá do kategorie zneužití.“*

12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – „*Ano. Ano.*“
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? „*Intuitivní.*“
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – „*Že by byl u postižených delší reakční čas, bych neřekl. A jestli ano tak maximálně jednu-dvě minuty.*“
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – „*Ne.*“
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – „*Němé hovory se dešifrovat nesnažím. Poznáte, když někdo volá jen tak ze srandy.*“
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – „*Koktání, zadržávání.*“
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – „*Znakovou řečí.*“

Rozhovor č. 6

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – „*Jeden a půl roku.*“
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – „*Dovolat se dá telefonem a SMSkou.*“
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – „*Bohužel jsem se zatím nesetkal ani s řečově, ani se sluchově postiženým.*“
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – „*Sluchově postižení jsou pro mne neslyšící nebo nedoslýchaví.*“
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – „*Řečově postižené chápu jako hluchoněmé osoby ale beru mezi ně i takové osoby, které mají tracheostomii.*“
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? - X
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? - X

8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – „*Nedovedu říci.*“

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – „*Nevím.*“

10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – „*V praxi jsem to sice ještě nezažil, ale vím tu SMSku. Dělali jsme to nanečisto. Přejde SMSka, která se ukáže všem, někdo jí otevře a udělá klasický výjezd.*“

11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – „*Když někdo volá, a nelze se domluvit, směřuji otázky na odpovědi typu ano/ne. Pak by mohlo pomoci ze strany volajícího např. ťukání do stolu, abychom se dostali k nějakému výsledku. Jinak nemám představu, jak jinak bychom to mohli vyřešit. Ještě se mi to nestalo.*“

12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – „*Ne. Ne.*“

13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – „*Asi víc intuitivní.*“

14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – „*Je možné, že reakční čas trvá déle. Může to být způsobené tím, že si většinou postižený člověk nevolá sám, musíme se vyptávat.*“

15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – „*Ne.*“

16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – „*Když je hovor němý, poznám, že jde o zneužití. Když volá opakovaně, většinou se začnou smát děti. Ještě se mi nestalo, že by byl někdo v ohrožení. Nejlepší je mluvit pomalu a nahlas např. u seniorů. Oni to mají*

naučené jako básničku. Zavolají, řeknou co jim je, adresu, přijďte, a pak zavěsí. My si pak musíme hovor přehrát znovu. Ale pokud řeknou všechny podstatné informace, je to OK.“

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Dyslalie.“*

18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí a znakovým jazykem.“*

Rozhovor č. 7

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Třidvacátým rokem.“*

2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Zavoláním na 155 nebo posláním SMSky, ale ta je jen pro neslyšící.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„Už jsem zažil, že záchranku volal postižený.“*

4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Sluchově postižený je takový člověk, který vůbec neslyší, je starý nebo jednoduše slyší špatně.“*

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Němý člověk. Pro mě je to i takový, který má „slavíka“.“*

6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Setkal jsem se s tím tak pětkrát.“*

7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Setkávám se s tím minimálně.“*

8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Pokud je neslyšící a je zaregistrovaný, je pro postiženého nejvhodnější SMS. Pokud alespoň trochu mluví a slyší, je nejlepší si zavolat klasicky hovorem.“*

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Tento systém, si myslím, že funguje dobře.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„Většinou je poblíž příbuzný nebo soused. Nikdy se mi nestalo, že bych mluvil s úplně hluchým nebo němým a byl tam sám. Ten člověk když to ví, tak pošle SMSku. Nám to sem pošle signál a pak se to otevře jako normální výjezd s tím, že v systému máme zanesená data o pacientech, kteří jsou zaregistrovaní. Proto oni to do té zprávy psát nemusí, pokud se jim něco nestalo jinde.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Je nutné se vyptat. Nevím jak to vysvětlit.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Ne.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Nevím.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Maximálně o pár minut.“*
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Ne.“*
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„U němých hovorů se vždycky snažím vyptat, ale když se nic neděje, není nic slyšet, tak to беру spíš jako zneužití.“*
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Koktavost.“*
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? *„Znakovou řečí.“*

4.2 Rozhovory se zaměstnanci Zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje

Rozhovor č. 1

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – „*Sedm let*“
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – „*Na tísňovou linku je možné se dovolat telefonem, internetovou aplikací pro androidy, ale ta ještě nefunguje. Měla by obsahovat osobní údaje, bydliště, GPS.*“
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – „*Se sluchově ani řečově postiženým jsem doposud nepracoval, pokud tedy nepočítám nedoslýchavé seniory nebo osoby, které z nějakého důvodu hůře artikulují.*“
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – „*Sluchově postižení jsou ti, kteří slyší špatně nebo vůbec.*“
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – „*Řečově postižení – to znamená, že je tam nějaká řečová vada.*“
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – „*Moc jsem se s tím ještě neseťkal, respektive vůbec.*“
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – X
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – „*Nedovedu proto posoudit, který způsob by byl pro postiženého nejlepší. Nejlepší by bylo, kdyby měli u sebe vždycky někoho, kdo by kdyžtak zavolal místo nich.*“
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – „*Co se týče komunikace, která by mohla probíhat hladce, dovedu si představit nějaký chatový software, ale zatím žádný takový není.*“

10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„Nevím, jak to probíhá v praxi, osobně mi ještě žádná SMSka nepřišla.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Nevím.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ano. Ano.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Raději používám intuitivní ve většině případů celkově.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Ohledně reakčního času si myslím, že je delší. Nevím o kolik.“*
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Nejsme.“*
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Když mám němý hovor, snažím se je vyzvat, několikrát řeknu, že jsou na tísňové lince, halo, a když se pořád nic neděje tak zavěším.“*
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Afázie“*
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Rukama, nevím, jak se tomu říká.“*

Rozhovor č. 2

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Deset let.“*
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Dovolat se dá zavoláním na 155, nebo 112, na tu 112ku se dá poslat i SMSka.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„S různými vadami a postiženími jsem už jako operátor komunikoval, ale ne přímo s hluchoněnými nebo aby bylo na druhé straně úplně ticho v důsledku toho, že nemůže mluvit to ne.“*
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Sluchově postižený je člověk, který špatně slyší v různých fázích. „*
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Řečově to samé. Tedy špatně se vyjadřuje, mluví, na různých úrovních.“*
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Setkávám se s tím minimálně.“*
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Asi tak jednou za půl roku.“*
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Občas 112 – hasiči tohle monitorují. Zavolají, že jim někdo poslal SMS a předají výzvu. Pokud víme, že se kvůli postižení nedomluvíme, musíme si vystačit.“*
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Měl by se zlepšit SMS systém, my tu na to nemáme software. Aby to bylo jednoduchý pro něj, a abychom tam měli zanesený všechny podstatný údaje. Nejlepší je ale druhá ruka.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„V praxi jim třeba poradím, ať dají telefon někomu. Kolikrát tu na ně hulákáme, když neslyší. Snažím se z něj vytěžit maximum, hlavně adresu. Až na druhém místě je pak klasifikace. Musíme hlasitě na ně. „*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Pokud nás neslyší, ale mluví, je to horší než když nás slyší, ale*

nemluví. Musí nás alespoň slyšet. Jinak jsme závislí na tom, co dostaneme od hasičů nebo od policie.“

12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Intuitivní, to bych dokázal vydedukovat, to je jako že vnitřně, nějakým vnitřním smyslem nebo jak to říct.“*

13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Určitě to používá jak kdo a jak kdy. Já taky jak kdy.“*

14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Myslím si, že nějaké prodlení tam asi je, ale jen v řádu sekund.“*

15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Školení probíhají, ale ne pravidelně.“*

16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *Když je takový hovor, že se nikdo neozývá, obvykle kontaktuji toho volajícího zpět. Takových volání je kvantum. Oni si třeba ani neuvědomí, že nám volají.*

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Myslím, že řečové poruchy můžou být koktavost, chyby ve výslovnosti, fatické poruchy, až po němotu.“*

18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 3

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Devět let.“*

2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Dovoláte se sem klasicky telefonem. SMSkou ne, to je jen přeposílání ze 112.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„Se sluchově postiženým jsem se setkal tak, že ti volající hůře*

slyšeli. S vyloženě hluchým jsem se nesetkal. S němým jsem se taky nesetkal. Ale s řečově postiženým ano, pokud k tomu patří i zastřená řeč u opilého.“

4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Sluchově postižený je ten, co hůře slyší.“*

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Řečově postižený je ten, kdo má problém s vyjádřením na různých hladinách.“*

6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Zažil jsem to několikrát.“*

7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Zřídka.“*

8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Nedokážu vám odpovědět, jaký způsob je nejvhodnější, nemám na to jasný názor.“*

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Žádná „bezproblémová“ komunikace neexistuje. Potíž v komunikaci lze vždy očekávat.“*

10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„Zažil jsem třeba pána, který si volal sám, měl CMP a těžkou afázií. Ten pán se opravdu moc moc snažil a musím uznat, že teda i já jsem se snažil. Ten rozhovor probíhal tak, že jsem se zeptal. Třeba: jak se jmenujete? a on zahuhňal něco jako mhmhmlm a já na něj: pane, jmenujete se Novák? A on zahuhňal znova, věděl jsem, že to je ono. A pak zahuhňal zase. A já: je to Mánesova? A nějakým způsobem jsme se takhle dobrali k tomu nejdůležitějšímu a nakonec to dopadlo dobře.“*

11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Jak jsem řekl.“*

12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Ne.“*

13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – „*Nevím.*“
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – „*O něco málo ten reakční čas asi bude delší, ale pokud je spolupráce z obou stran tedy od volajícího i od dispečera, pokud je ten člověk schopen alespoň odpovědět ano nebo ne, tak ta prodleva nemusí být tak dramatická.*“
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – „*Školení neprobíhá.*“
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – „*Němý hovor řeším pouze za předpokladu, že slyším něco, že se něco děje, třeba křik, pláč, tříštění skla, tak to řeším. Zavolám nazpátek, snažím se je přimět, aby mluvili, nebo i pokud se na druhé straně evidentně jedná o násilný čin, tak to řešíme s policií. Ale většinou jsou slyšet kroky a povídáme si s kapsou.*“
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – „*Řečovou poruchu žádnou neznám.*“
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – „*Znakovou řečí.*“

Rozhovor č. 4

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – „*Sedm let.*“
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – „*S KZOS se dá spojit vysílačkou nebo telefonem.*“
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – „*S nějakým druhem postižení jsem se za dobu své praxe již určitě setkal.*“
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – „*Pod pojmem sluchově postižený si představím člověka, který špatně slyší, je nedoslýchavý, hluchoněmý, nebo senior.*“

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? - *„Pod řečovým postižením si představím nějakou vadu řeči..“*
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Zatím jsem se s tím setkal jen jednou.“*
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Myslím, že se to stává tak jednou za čtyři roky.“*
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Nejvíce mi komunikace vyhovuje klasicky, telefonicky, jinak si to ani nedovedu představit.“*
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Ideální by to bylo, kdyby hovor pokaždé probíhal přes prostředníka, který je na místě. Jinak je ale potřeba aby ten, kdo volá, odpovídal pouze na dotazy a řídil se pokyny operátora. Kolikrát to lze řešit jinak, než když ty lidi jsou pod tlakem. Bohužel ale vnímají situaci vždycky hodně intenzivně a citlivě.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„V praxi jsem to zažil jednou, právě skrz toho prostředníka, který byl na místě.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Nevím, jak bych měl postupovat, pokud by nezafungoval hlasový faktor, pokud by volající nemluvil nebo neslyšel.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ne. Ne.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Nevím.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„K prodlevě u těchto typů tísňového volání určitě dochází a to v řádech desítek minut.“*

15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Školení na téma postižení - sluchově ani řečově u nás neprobíhá.“*

16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Němých hovorů tu máme hodně. Máme jich tolik, že většinu toho neřešíme. Pokud je jasné že se něco děje tak voláme zpátky, jinak ale ne.“*

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Dysartrie a koktavost.“*

18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 5

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *„Skoro desátým rokem..“*

2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Zavolat se dá telefonem, prostřednictvím linky 112 – lze poslat SMS zprávu. Ta stodvanáctka má databázi ve spolupráci se záchrannou službou, pak nám to předává jako výzvu. Pak existují ještě SOS programy pro seniory. Emailem to bohužel nejde, zavolat si pomoc.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„Osobně jsem zažil právě tu SMSku od seniora.“*

4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Neslyšící jsou pro mě osoby, které neslyší.“*

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Není schopen se vyjádřit.“*

6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Setkávám se s tím vzácně.“*

7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Velmi zřídka.“*

8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?)

- „Postižení to mají šéfovaný přes prostředníky. Ale když už se nedá nic dělat a musejí volat sami, nejlepší je pro ně ta SMSka, jakožto pro lidi kteří dokážou poslat potřebné informace ve zprávě.“

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – „Ideální by bylo vytvoření databáze propojené s chytrými telefony. Aby tam byly identifikační údaje, zobrazení souřadnic a co se stalo.“

10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – „V praxi to pak vypadá tak, že nám volá spíš právě ten prostředník a to asi cca z 90 %.

Prostředníkem tím myslím kohokoliv - kdokoliv kolemjdoucí, soused, rodinný příslušník. Pokud se stane, že se neslyšíme, tedy já neslyším jeho, a budu předpokládat, že on slyší mě, řeknu mu: dám vám číslo na služební telefon, napište SMS. Tohle umí dát hlasovou zprávu na pevnou linku. Jinak je nutné si vyžádat spolupráci policie.,,

11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – „Pokud on je neslyšící a ví to, tak pošle SMSku automaticky.“

12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – „Ano. Ano.“

13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – „Formalizovaný.“

14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – „Než se operátor dopídí, tak ta prodleva je asi do minuty“

15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – „V rámci ZOS školení o postižených nemáme, ale zdravotnický personál sám o sobě ve svém vzdělání má samozřejmě nějaký pojem, nějaký všeobecný přehled má. Já jsem např. ARIPová sestra.“

16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – „Němých hovorů je spousta, je slyšet

rozdíl. Šumění kapsy, nebo že si někdo dělá srandu. To prostě poznáte. Záleží na zkušenostech operátora, jak má vycvičené ucho, jak dokáže vyfiltrovat všechno podstatné.“

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – *„Afázie, mutismus, koktavost.“*

18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – *„Odezíráním, znakovou řečí.“*

Rozhovor č. 6

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – *Šestnáct let.*

2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) – *„Zalarmovat operační se dá telefonem, anebo posláním datové věty přes linku 112.“*

3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – *„S postiženým jsem se na lince už setkal.“*

4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – *„Neslyšící samozřejmě neslyší.“*

5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – *„Když se bavíme o řečovém postižení, tak může být i pod vlivem alkoholu. „*

6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – *„Setkal jsem se s tím už mockrát, a setkávám se s tím často, minimálně jednou týdně.“*

7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – *„Konkrétně u řečově postižených respektive špatná artikulace pod vlivem alkoholu hlavně pátky a soboty noční.“*

8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – *„Nejvhodnější pro postiženého je SMSka. Bohužel toto není výhodné pro nás, protože my se nedozvíme přesně to, co potřebujeme. Vyjíždíme „naslepo“, nemáme možnost vyzjistit okolnosti, podrobnosti.“*

9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci? – *„Líbilo by se mi, kdyby si šlo zavolat záchranku mailem. Nebo jakoukoliv jinou aplikací, kde by se dalo s dotyčným domluvit písemně, abychom se mohli zeptat a aby on mohl odpovědět.“*
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – *„V praxi to probíhá právě tou datovkou pro sluchově postižené, pokud ale SMS nepošle a rovnou zavolá, tak musíme jet metodou ano/ne otázek.“*
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – *„Pokud při příjmu toho hovoru zjistím, že to nijak nejde, nemůžu s tím nic udělat, ten člověk prostě musí poslat SMS, jiná možnost není.“*
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – *„Ano. Ano.“*
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – *„Používám intuitivní. Jsem toho názoru, že nelze používat formalizovaný přístup na 100 %. Pokud máte praxi v nemocnici, víte, jak ta nemoc vypadá, jak to probíhá, a co vám ty lidi pak povídají, tak to prostě nelze. Jsou subjektivní, hodně věci si přibarví.“*
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – *„Těžko říct jestli u postižených je delší reakční čas. Tihle hluchoněmí mají sdružení, mají aplikaci v počítači, navolenou 112 v mobilu, takže oni primárně nevolají, mají to zařízený tak že většinou volá někdo za ně ať už asistent nebo kdokoliv jiný.“*
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – *„Školeni na tohle nejsme.“*
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – *„Když je hovor němý, zavolám zpět, ale to jen v případě že mám podezření, že se něco děje, nějaký náznak snahy z druhé strany apod.“*

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – „*Koktání, ráčkování.*“
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – „*Znakovou řečí.*“

Rozhovor č. 7

1. Jak dlouho pracujete na ZOS? – „*Patnáct let.*“
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS) „*Dovolat se pomoci se dá telefonem, nebo SMSkou která se dá poslat na linku 112.*“
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým? – „*Častěji se setkávám s řečově postiženými, ale to je nejčastější při opilosti – špatná artikulace, setřelá řeč.*“
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený? – „*Sluchově postižené si představuji jednoduše tak, že špatně slyší.*“
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený? – „*Postižení logicky špatně mluví.*“
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání? – „*Setkal jsem se s tím zatím jen málo, párkrát!*“
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání? – „*J celkově se s tím neseťkávám často.*“
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?) – „*Nejvhodnější forma zavolání pomoci záleží to na stavu toho, kdo volá. Pokud je to hodně zásadní změna v projevu nebo vnímání, pak ty SMSky jsou lepší. Tak jako tak je ale vždycky nejlepší když volá někdo z třetí ruky, myslím tím kolemjdoucí, někdo kdo je nablízku.*“
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální

komunikaci? – „*Ideální komunikaci si nedovedu představit, moc postižených sem nevolá, nemám dostatek zkušeností.*“

10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým) – „*V praxi to probíhá tak, že se několikrát zeptám: co jste říkal? Až skoro křičím. A říkal ste tohle? Ano/ne. A tohle? A takhle pokračuju. Pak jsou tady němý, taky existují takový. U těch to dělám tak, že řeknu: když to bude správně, tak ťukněte.*“

11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt? – „*Je nutný se vyptat. Potřebujete pomoc? Říct jim, že jestli potřebují pomoc, ať dají někomu telefon, ať pošlou SMSku, Atd.*“

12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci? – „*Ano. Ano.*“

13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup? – „*Intuitivní.*“

14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik? – „*Že by byl reakční čas u postižených osob delší, si nemyslím, protáhne se to kolikrát i u lidí bez postižení.*“

15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání? – „*Nějaké školení u nás na ZOS proběhlo, ale nebylo namířeno přímo na handicapované.*“

16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého? – „*U němých hovorů se prostě musí několikrát zeptat, pak nezbyvá než to položit, většinou jde o omyly nebo zneužití, nebo nezamčený klávesnice.*“

17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy. – „*Nevím teď z hlavy žádné řečové poruchy.*“

18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící? – „*Znakovou řečí nebo pomocí odezírání.*“

5 Diskuse

Alternativní způsob kontaktování obou ZOS je možný formou tísňové SMS zprávy. U Jihočeského kraje je toto možné po zaregistrování. SMS se pak posílá na speciální číslo, které není veřejnosti dostupné. Důvodem je možné zneužití nebo přetížení linky. Sluchově i řečově postižení v Plzeňském kraji se registrovat nemusí, ti mohou poslat SMS zprávu přes linku 112. Zde dochází ke zpracování a následnému odeslání tísňové výzvy ve formě datové věty na ZOS. Osobně vidím výhodnější systém posílání SMS zpráv u systému zaregistrovaných neslyšících Jihočeského kraje. Důvodem jsou již „předvyplněné“ kontaktní údaje, adresy, a dalších nutné podrobnosti. Oproti tomu při posílání textové SMS zprávy v Plzeňském kraji není nutné se registrovat, mohou tak psát i lidé kteří registrovaní nejsou a potřebují pomoc ihned. To je zase výhoda pro náhle vzniklé akutní stavy, kdy postižený není schopen hovořit nebo má poruchu sluchu.

Zajímavé odpovědi poskytli operátoři obou krajů na otázku číslo 4 (co si představujete pod pojmem sluchově postižený?) a 5 (co si představujete pod pojmem řečově postižený?). Většina z nich si pod pojmem sluchově postižený představila „osobu s poruchou sluchu“ a pod pojmem řečově postižený „osobu s poruchou řeči“. U řečově postižených se lze nejčastěji setkat s koktavostí, i když toto není stav, který by příliš narušoval komunikaci mezi volajícím a operátorem. Nezahrnuji tedy koktání podrobněji v bakalářské práci. Po komplexním provedení rozhovoru s některými operátory bylo vidět, že se k tématu sluchově postižených už nestaví jen jako „porucha sluchu“, ale uvědomí si, že může jít o seniory. „Porucha řeči“ může být – setřelá řeč v opilosti, afázie při CMP, úraz dýchacích cest, tracheostomie, což jsou stavy, se kterými se operátor setkává celkem běžně. Pokud operátor bral během rozhovoru v potaz pouze stavy, kdy volající jsou hluší nebo úplně němí, pak udávali nižší počet setkání s nimi a také nižší četnost. Ti, kteří mají osvojenou problematiku neslyšících a vědí, že mezi ně lze zahrnout i seniory, uváděli vyšší počet a četnost těchto volání. Ti, kteří mezi poruchu řeči zahrnují i setřelý hlas při opilosti, taktéž uvedli vyšší počet i

vyšší četnost těchto volání. Záleží tedy na osobním stanovisku k tématu řečově a sluchově postižených.

Během rozhovorů jsem vyzorovala, že většina operátorů si ve své komunikační dovednosti s volajícím věří, což považují za velký profesní úspěch. Nebojí se, že kdyby volající dokázal být jen trochu hovořit, nebo alespoň trochu slyší, že by se s ním po telefonu nedomluvili. Většina z nich si uvědomuje, že existují alternativní řešení (viz operátor č. 5 z Plzeňského kraje (*„Řeknu mu: dám vám číslo na služební telefon, napište SMS. Tohle umí dát hlasovou zprávu na pevnou linku. Jinak je nutné si vyžádat spolupráci policie“*)). Zbytek respondentů ale přiznává, že pokud to jinak nejde, pak přichází na řadu tísňová SMS zpráva. Ta s sebou ale nese nevýhodu, a tou je riziko vyhodnocení nižší indikace stavu, než ve skutečnosti může být. Operátor se totiž nemá možnost zeptat na doplňující informace, téměř neví, co se přesně stalo. Další nevýhoda je – v Jihočeském kraji – že možnost odeslání tísňové SMS zprávy není dostupná veřejnosti, tudíž volající, který ví, že má poruchu sluchu nebo řeči, musí být na tuto možnost připravený a musí již být zaregistrovaný.

Třetí respondent z Plzeňského kraje řekl: *„žádná bezproblémová komunikace neexistuje“*. Několik operátorů prozrazuje, že občas je potíž dohodnout se i s člověkem bez jakéhokoliv postižení. Proto pravděpodobně není nutné hledat potíže v odeslání tísňové zprávy ze strany smyslově postižených, a v příjmu tísňové výzvy ze strany operátorů.

V praxi tyto rozhovory většinou probíhají většinou skrz prostředníka. Pátý respondent z Plzeňského kraje dokonce uvádí, že z 90 % hovorů týkajících se řečově nebo sluchově postižených volají kolemjdoucí, sousedé, a jiné osoby. Na druhém místě jsou tísňové SMS, na třetím pak klasický hovor, kdy se operátor snaží všemi možnými způsoby doptat na vzniklou situaci a to i za cenu, že musí hovořit hodně nahlas. Pro operátora je prioritní adresa místa události.

Co je formalizovaný a intuitivní přístup ke klasifikaci věděl jeden operátor z Jihočeského kraje a čtyři z Plzeňského. V Jihočeském kraji využívají operátoři intuitivní přístup ke klasifikaci, v Plzeňském intuitivní i formalizovaný.

V názoru na reakční čas se názory všech značně lišily. Prodleva dle operátorů je v maximální míře od desítek minut až po minimální hranici několika sekund. Několik operátorů se rozhodlo reakční čas neposuzovat. Pro mne byla zajímavá informace o „šestém smyslu operátora“. Ten má za úkol oddělovat podstatné informace od nepodstatných a zachytávat je.

Školení na téma sluchově a řečově postižených na operačních střediscích neprobíhá. Pokud by probíhalo, mělo by jistě svůj přínos. Během rozhovorů na obou střediscích jsem nabyla dojmu, že všichni operátoři ví, jak např. přijmout a zpracovat tísňovou výzvu ve formě SMS. Vzhledem k počtu volajících s vážnou poruchou řeči nebo sluchu nemají všichni operátoři možnost se s tímto setkat.

Němé hovory pro operátora představují problém. Jedná se jak o obtěžující a zlomyslná volání, tak o nepatřičná volání. Němé hovory tvoří do 30 % celkového počtu hovorů na tísňové lince. (4) Z výzkumu vyplynulo, že němé hovory s řečově ani sluchově postiženými obvykle nesouvisí. Může jít např. o nezamčenou klávesnici mobilních telefonů a nechtěné vytočení čísla 155. Operátor se většinou několikrát ohlásí. Pokud volající nekomunikuje, ale přitom jsou v pozadí slyšet ostatní zvuky (např. šumění kapsy), pak většinou dochází k rozhodnutí ukončit hovor. Další nestandardní zvuky v pozadí např. pláč, křik, chrčení nebo jiné nepřírozené dýchání vedou k podezření na ohrožení života nebo na kriminální jednání. V takovém případě operátor volá zpět anebo také může zažádat o součinnost policii k lokalizaci hovoru. Pokud dýchání slyšet je, operátor se snaží přimět volajícího ke komunikaci, nebo k nějakému náznaku potřeby zdravotnické služby. Když se mu to ale nepodaří, taktéž ukončuje hovor.

Poslední dvě otázky sloužily ke zmapování povědomí operátorů v dané problematice. To mohu zhodnotit jako velice dobré. Pouze tři operátoři nedokázali vyjmenovat žádnou řečovou poruchu.

Přestože výsledky nelze aplikovat plošně, dospěla jsem k přesvědčení, že praktické dovednosti operátoři mají. Teoretické znalosti problematiky smyslově postižených u některých zaostává. Řešením by mohlo být uspořádání přednášky týkající se této oblasti.

6 Závěr

Cílem bakalářské je analyzovat techniky komunikace se sluchově postiženými a řečově postiženými.

Z výsledků rozhovorů je patrné, že většina sluchově a řečově postižených na linku 155 primárně nevolá. Většinou za ně volá někdo jiný – rodinný příslušník, soused, kolemjdoucí, asistent, atd.

Výzkumná otázka jak na lince tísňového volání ZOS komunikovat se sluchově nebo řečově postiženým, byla zodpovězena následně. Z výzkumu vyplynulo, že hlasitější mluvení a kladení ano/ne otázek je optimální řešení např. při hovorech se seniory. Na hlasitějším mluvení se shodli operátoři 2 a 7 z Plzeňského kraje a operátoři 6 a 7 z Jihočeského kraje. Otázky, na které se dá odpovědět ano nebo ne doporučují operátoři 5, 6 a 7 z Plzeňského kraje, a operátor 6 z Jihočeského kraje. Uvedené lze aplikovat na sluchově postižené, kteří mají alespoň malou část sluchu zachovalou, a volí telefonickou formu zavolání ZZS. Alternativní formou je zaslání tísňové SMS zprávy.

Mezi ZOS ZZS Jihočeského a Plzeňského kraje jsem během výzkumu neshledala odlišné postupy v komunikaci se smyslově postiženým pacientem. Jediný rozdíl, který je pro bakalářskou práci důležitý, je ve formě příjmu tísňové SMS zprávy. Pro Jihočeský kraj je zaveden systém, kde se neslyšící registrují v online formuláři. Pokud registrovaný není, nebudou jeho SMS brány v potaz. V Plzeňském kraji naopak tento systém není. Kdokoliv může poslat tísňovou SMS na linku 112. Tam se zpráva zpracuje, a na ZOS je následně odeslána ve formě datové věty. Operátor pak dále postupuje, jako kdyby zpracovával běžnou výzvu.

V rámci předmětu Práce operátora na lince tísňového volání by bylo vhodné a účelné zařadit komunikaci se sluchově a řečově postiženými do struktury sylabu. Zajímavým námětem pro uskutečnění dalšího výzkumu by mohl být průzkum v oblasti řečově a sluchově postižených lidí na téma zdravotnické záchranné služby.

7 Klíčová slova

komunikace

narušená komunikační schopnost

sluchově postižení

zdravotnické operační středisko

8 Seznam zdrojů

1. **KLENKOVÁ, Jiřina.** *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
2. **LINHARTOVÁ, Věra.** *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál.* Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1784-5.
3. **JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS.** *Komunikace ve zdravotnické péči.* Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
4. **FRANĚK, Ondřej.** *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska.* Vyd. 1. Česko : O. Franěk, 2012. ISBN 978-80-254-5910-2.
5. **Česká Republika.** *Trestní zákoník.* In: <http://www.zakonyprolidi.cz>. 2009. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>.
6. **REMEŠ, Roman.** Urgentní medicína stručně trochu jiný pohled... [Online] duben 2010. [Citace: 14. leden 2015.] <http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/UM.pdf>.
7. **Česká Republika.** Zákon o zdravotnické záchranné službě. In: www.zakonyprolidi.cz. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.
8. **ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR.** *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře.* Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
9. **POKORNÝ, Jiří.** *Urgentní medicína.* Vyd. 1. Praha : Galén, c2004. ISBN 80-7262-259-5.
10. **CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých.* Praha : Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
11. **KOŠTÁLOVÁ, Milena.** *Diagnostika afázie jako východisko logopedické intervence.* In: NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA (eds.). *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.
12. **NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA (eds.).** *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2012. ISBN 9788074351617.

13. **JENSEN, JB a RASMUSSEN, N.** Phonosurgery of vocal fold polyps, cysts and nodules is beneficial. *Danish Media Journal*. 2013, 60(2).A4577
14. **HURTIG, Richard a Debora, DOWNEY.** *Augmentative and alternative communication in acute and critical care settings*. San Diego : Plural Publishing, 2009. ISBN 978-1-59756-782-4.
15. **FIKEJŠ, Jan.** Svět neslyšících. [Online] 2004. [Cit: 20. leden 2015.] Dostupné z: <http://www.ruce.cz/1/2-svet-neslysicich>.
16. **HUDÁKOVÁ, Andrea.** *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha : Středisko rané péče Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.
17. **HORÁKOVÁ, Radka.** *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
18. **HAYES, Steven C. (ed.).** *Rule-Governed Behavior: Cognition, Contingencies, and Instructional Control*. First edition. Reno, NV : Context Press, 2004. ISBN 1-878978-48-9.
19. **KOUNTCHEV, Roumen and Barna LIANTOVICS.** *Advances in intelligent analysis of medical data and decision support systems*. New York : Springer, 2013. Studies in computational intelligence. ISBN 3319000284.
20. **REGEC, Vojtěch a Kateřina STEJSKALOVÁ.** *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
21. **ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE.** *Neslyšící – registrační formulář*. [Online] Jihočeský kraj, 2011. [Citace: 25. leden 2015.] www.zzsjsk.cz/pro-verejnost/neslysicic-formular.
22. **COMMISSIONER, NOTTINGHAMSHIRE POLICE AND CRIME.** Emergency SMS service for the deaf, hard of hearing or speech impaired. [Online] England [Citace: 10. 4 2016.] <http://www.nottinghamshire.police.uk/emergencySMS>.
23. **Florence.** Záchranku lze volat pomocí aplikace která odešle i přesnou polohu.. [Online] [Citace: 28. 4 2016.]

<http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/zachranku-lze-volat-pomoci-aplikace-ktera-odesle-i-presnou-polohu/>.

24. **Chung-Hua, Ch a Wen-Hsiang, Ch.** *An Emergency System in Mobile Devices*. In: Chung-Hua Ch a Wen-Hsiang Ch. New York : Springer, 2014. Trends and Applications in Knowledge Discovery and Data Mining: PAKDD 2014 International Workshops: DANTH, BDM, MobiSocial, BigEC, CloudSD, MSMV-MBI, SDA, DMDA-Health, ALSIP, SocNet, DMBIH, BigPMA, Tainan, Taiwan. Sv. 1. 9783319131863.

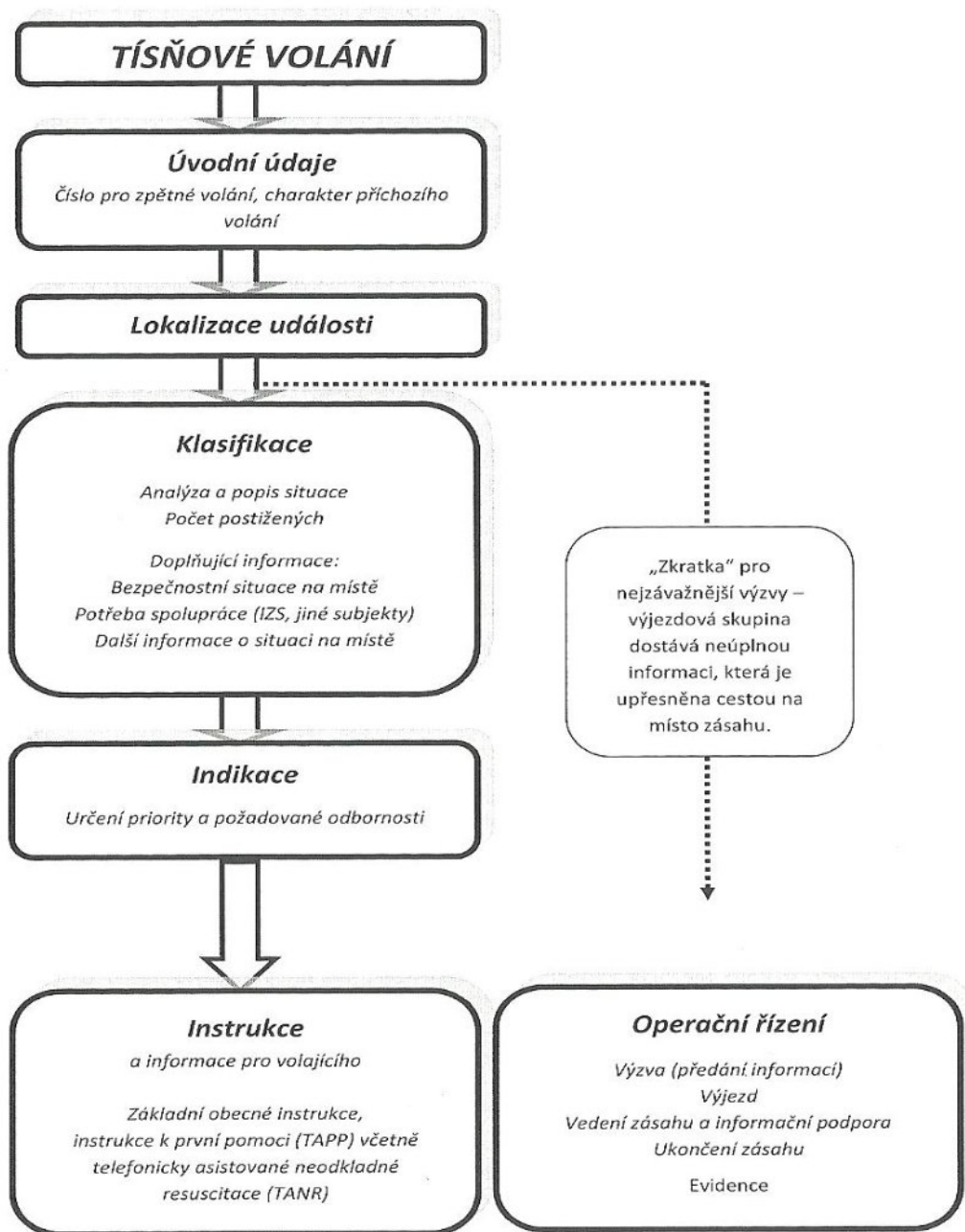
25. **KRAHULCOVÁ, Beáta.** *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha : Karolinum, 2003. 80-246-0329-2.

26. **LUDÍKOVÁ, Libuše.** *Kombinované vady*. V Olomouci : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244 –1154 –7.

9 Přílohy

- Příloha 1 - Obecné schéma toku informací během zpracování tísňového volání
- Příloha 2 - Ukázka rozhovoru
- Příloha 3 - Základní funkční schéma pro příjem tísňové výzvy
- Příloha 4 - Indikační seznam
- Příloha 5 - Stupně naléhavosti
- Příloha 6 - Ukázka piktogramu
- Příloha 7 - Makaton
- Příloha 8 - Bliss – komunikační systém
- Příloha 9 - Znak do řeči
- Příloha 10 - Terminologie: Početnost zastoupení neslyšících.
- Příloha 11 - Klasifikace stupňů sluchového postižení dle WHO
- Příloha 12 - Jednoruční a dvouruční prstová abeceda
- Příloha 13 - Rozhovor s operátory

Příloha 1: Obecné schéma toku informací během zpracování tísňového volání



Obecné schéma toku informací během zpracování tísňového volání

Zdroj: FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*.
Česko: O. Franěk, 2009. ISBN 978-80-254-5910-2.

Příloha 2: Ukázka rozhovoru

O: Zdravotnická záchranná služba České Budějovice jak Vám mohu pomoci?

V: Dobrý den, tatínek říká, že ho bolí v hrudníku, špatně se mu dýchá

O: (vyžádá si adresu) – tatínek se s něčím léčí?

V: Nějaké léky bere, ale jaké to nevím

O: Má nějaké potíže se srdcem?

V: Už se mu to jednou stalo.

O: Kolik je tatínkovi?

V: 56 let

O: Posádka už k Vám jede. Kdyby se tatínkovi přitížilo, hned mi zase zavolejte.
Nashledanou.

V: Nashledanou.

Zdroj: vlastní

Příloha 3: Základní funkční schéma pro příjem tísňové výzvy

<i>Základní schéma pro příjem tísňové výzvy:</i>
<i>Lokalizace > klasifikace > indikace > instrukce</i>
<i>Základní schéma pro zhodnocení stavu pacienta:</i>
<i>Stav vědomí > stav dýchání > ostatní informace</i>

Zdroj: FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska.*

Česko: O. Franěk, 2009. ISBN 978-80-254-5910-2.

Příloha 4: Indikační seznam Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje

Indikace I. stupně	
jde-li o:	
1. osobu, u které došlo k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo	
2. mimořádnou událost s hromadným postižením osob,	
Zásah k tísňovému volání I. stupně naléhavosti je vždy realizován nejbližší výjezdovou skupinou RLP, nebo RLP-RV + RZP, nebo LZS. Pokud je nejbližší výjezdovou skupinou samostatná RZP je na místo události vyslána tato výjezdová skupina a současně je vysílána (odkloněna) i nejbližší výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci, tj. RLP, RLP-RV nebo LZS.	
<u>Stavy tísňového volání I. stupně</u>	<u>Indikace ZOS</u>
Přetrvávající porucha vědomí, bez ohledu na vyvolávající příčinu	Bezvědomí N1
Zástava dechu či oběhu	Bezvědomí N1
Náhlé dušení	Dušení N1
Náhle vzniklá bolest na hrudi v kombinaci s dušností	Bolesti na hrudi N1
Závažná alergická reakce s narůstající dušností, poruchou vědomí	Alergická reakce N1
Život ohrožující krvácení (ŽOK) (trauma, masivní krvácení z GIT, gynekologické krvácení)	Krvácení (ŽOK) N1
Křečové stavy u těhotných, závažná gestoza: kombinace alerace vědomí, zmatenost, bolesti hlavy, otoky, bolesti v podbřišku u těhotných)	Gyn. Křečové stavy N1
Meningokoková seps (bolest hlavy, horečka,světloplachost,alterace vědomí, kožní projevy:petechie, sufuze,)	Meningitida N1
Podezření na sufokující laryngitidu, epiglotitidu	Laryngitida N1
Kritické popáleniny: nad 20%povrchu těla (popáleniny dětí 5-15% povrchu těla), inhalační trauma,přidružené poranění.	Popáleniny N1
Otrava CO s dušností, eventuelně poruchou vědomí, podezření na otravu CO u těhotných	Intoxikace CO N1
Závažné poleptání kyselinou, louhem, poleptání zaživacího traktu, dýchacích cest	Poleptání N1
Závažný úraz elektrickým proudem (vysoké napětí), bleskem	Úraz elektrickým proudem N1
Vysokoenergetické poranění:	Dopravní nehoda, vysokoenergetické poranění N1
osoby sražené dopravním prostředkem, strojem v rychlosti nad 35 km/h	Dopravní nehoda, vysokoenergetické poranění N1
přejetí dopravním prostředkem, strojem	Dopravní nehoda, vysokoenergetické poranění N1
katapultáž z vozidla	Dopravní nehoda, vysokoenergetické poranění N1

zaklínění	Dopravní nehoda, vysokoenergetické poranění	N1
smrt v důsledku dopravní nehody, bez ohledu na aktuální zdravotní stav ostatních členů posádky	Dopravní nehoda, vysokoenergetické poranění	N1
pád ze 6 metrů a více (2. patro a více)	Pád z výšky, vysokoenergetické poranění	N1
Zavalení	Zavalení	N1
Střelné poranění	Střelné poranění	N1
Výbuch	Výbuch	N1
Oběšení	Oběšení	N1
Tonutí	Tonutí	N1
Mimořádná událost s hromadným postižením osob	MU	N1
Letecké nehody (LZS včetně vyhledávání)	MU	N1
Poranění hlavy s poruchou vědomí	Úraz hlavy	N1
Rány penetrující do do tělních dutin	Úraz	N1
Zlomeniny dvou a více dlouhých kostí	Zlomenina	N1
Poranění pletence pánevního	Úraz pánve	N1
Poranění páteře s podezřením na poranění míchy	Úraz páteře	N1
Amputace končetiny	Amputace	N1
Neodkladné sekundární transporty:		
Sekundární transport pacienta se selháním, nebo bezprostředně ohroženého selháním vitálních funkcí do zdravotnického zařízení se specializovanou péčí (traumacentrum, popáleninové centrum, neurochirurgie, cévní chirurgie, kardiochirurgie)	Sekundární transport	N1
Sekundární transport pacienta s masivním krvácením do horního GIT s indikací neodkladné gastroscopické intervence	Sekundární transport	N1
Sekundární transport pacienta s AKS a kardiogenním šokem	Sekundární transport	N1

Indikace II. stupně

Jde-li o osobu, u které pravděpodobně hrozí selhání základních životních funkcí.

Zásah k tísňovému volání II. stupně naléhavosti je vždy realizován nejbližší spádovou výjezdovou skupinou RLP nebo RLP-RV+RZP. Ve vyjmenovaných případech lze na místo vyslat samostatně spádovou výjezdovou skupinu RLP-RV (pozn.). Pokud je nejbližší výjezdovou skupinou samostatná RZP je na místo události vyslána tato výjezdová skupina a současně je vysílána (odkloněna) i nejbližší spádová výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci, tj. RLP nebo RLP-RV. V případě, že spádová výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci není k dispozici, pracuje na místě události výjezdová skupina RZP samostatně a výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci je na místo vyslána až na žádost RZP z místa události. LZS lze vyslat na místo události tísňového volání II. stupně při nedosažitelnosti nebo nemožnosti odklonění pozemních výjezdových skupin nebo s předpokládaným transportem na specializované pracoviště.

<u>Stavy tísňového volání II. stupně</u>	<u>Indikace ZOS</u>	Pozn.
Kolaps , mdloba, přechodná ztráta vědomí (přetrvávající alterace vědomí, kolísavé vědomí)	Kolaps	N2
Akutní dušnost , astma bronchiale, chronická dušnost při náhlém zhoršení, dušnost vzniklá v pooperačním období.	Dušnost	N2
Bolest na hrudi s podezřením na akutní koronární sy. (ACS) (AIM, nestabilní angina pectoris)	Bolesti na hrudi	N2
Arytmie , selhání kardiostimulátoru (bradykarie pod 40', tachykardie nad 130')	Arytmie	N2
Alergické reakce bez dušnosti, poruchy vědomí u rizikového pacienta	Alergická reakce	N2
Náhle vzniklé poruchy hybnosti, řeči, zrakové ostrosti s alterací vědomí (CMP)	CMP	N2
Akutní psychiatrické stavy (agresivita, suicidium, delirium)	Psychiatrická indikace	N2
Křečové stavy , proběhlé celkové křeče při anamnóze epilepsie, ICHS, DM, po úrazu, nebo febrilní křeče	Křečové stavy	N2
Izolovaný epileptický záchvat u léčeného pacienta doma	Křečové stavy	N2 RLP-RV
Hypoglykemie u pacienta léčeného inzulínem doma	Diabetik, Hypoglykemie	N2 RLP-RV
Dětská onemocnění , dítě do 6 let věku	Dítě pod 6 let	N2
Horečka s dráždivým kašlem u dětí nad 6 let	Dítě horečka	N2
Opakované zvracení, objemné průjmy u dětí nad 6 let	Dítě zvracení, průjem	N2
Otravy s podezřením na poruchu vědomí, dýchání, otravy neznámou noxou	Intoxikace	N2
Ušknutí jedovatým hadem, hmyzem	Úraz zvířetem	N2
Závažné podchlazení, přehřátí (rizikový pacient, podezření na alteraci vitálních funkcí)	Poškození chladem, teplem	N2
Podezření na mimoděložní těhotenství	Gyn. Mimoděložní těhotenství	N2
Překotný porod , porod v běhu	Gyn. Porod	N2
Hrozící potrat , předčasný porod (I a II trimestr)	Gyn. Potrat	N2
Pozdní gestoza (otoky, hypertenze, dušnost ve III trimestru)	Gyn. Gestoza	N2
Větší krvácení v těhotenství a šestinedělí	Gyn. Krvácení	N2

Kruté bolesti břicha (zničující bolest u perforace vředu, pancreatitis, ileus)	<i>Bolesti břicha</i>	N2	
Renální kolika	<i>Kolika renální</i>	N2	
Podezření na hematemezu, melénu	<i>Krvácení do GIT</i>	N2	
Fraktura kosti stehenní pod krčkem, podezření na fr. žeber, komplikované fraktury	<i>Zlomenina</i>	N2	
Tepenný uzávěr končetiny	<i>Tepenný uzávěr končetiny</i>	N2	
Dopravní nehody , kdy nelze získat informace o zraněných osobách	<i>Dopravní nehoda</i>	N2	
Závažné popáleniny (5- 15% povrchu těla, zasažení obličeje, krku, genitoanální obl., rukou, plosek nohou) Popáleniny dětí pod 5 % povrchu těla	<i>Popáleniny</i>	N2	
Skalpáce , amputace genitálií, amputace nohy pod kotníkem, ruky pod zápěstím	<i>Amputace</i>	N2	
Amputace více prstů , nebo palce ruky	<i>Amputace</i>	N2	
Perforující poranění oka , chemické úrazy oka	<i>Úraz oka</i>	N2	
Úraz s podezřením na ohrožení vitálních funkcí	<i>Úraz</i>	N2	
Naléhavé sekundární transporty:			
Sekundární transport do Kardiocentra pacienta s AIM STEMI	<i>Sekundární transport</i>	N2	
Sekundární transport pacienta s akutní CMP do Iktového centra	<i>Sekundární transport</i>	N2	
Sekundární transport rodičky s předpokládanými komplikacemi, převoz in utero.	<i>Sekundární transport</i>	N2	
Sekundární transport patologického novorozence	<i>Sekundární transport</i>	N2	
Sekundární transporty pacienta zajištěné lékařem RLP, RV	<i>Sekundární transport</i>	N2	

Indikace III. stupně

jde-li o osobu, které bezprostředně nehrozí selhání základních životních funkcí, ale jejíž stav vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby

Zásah na základě tísňového volání III. stupně naléhavosti je realizován zpravidla nejbližší výjezdovou skupinou RZP, ve vyjmenovaných případech spádovými výjezdovými skupinami rychlé lékařské pomoci (pozn.), ve vyjmenovaných případech lze na místo vyslat samostatně spádovou výjezdovou skupinu RLP-RV (pozn.). V případě, že spádová výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci není k dispozici, pracuje na místě události výjezdová skupina RZP samostatně a výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci je na místo vyslána až na žádost RZP z místa události. Tísňová výzva III. stupně naléhavosti není indikací k použití LZS. LZS lze vylat na místo události, pouze v případě, že není k dispozici žádná pozemní výjezdová skupina.

Stavy tísňového volání III. stupně	Indikace ZQS	Pozn.
Náhle vzniklé bolesti zad s neschopností chůze	<i>Bolesti zad</i>	N3 RLP/RLP-RV
Náhle vzniklé kruté bolesti typu neuralgií	<i>Bolesti jiné</i>	N3 RLP/RLP-RV
Náhle vzniklá úporná bolest hlavy	<i>Bolesti hlavy</i>	N3 RLP/RLP-RV
Náhle vzniklé závratě provázené zvracením	<i>Vertigo</i>	N3 RLP/RLP-RV
Biliární kolika u pacienta se známou anamnezou	<i>Kolika biliární</i>	N3 RLP-RV
Hypertenze bez bolesti na hrudi, dušnosti, bolestí hlavy	<i>Hypertenze</i>	N3 RLP-RV
Zhoršení obtíží u pacienta léčeného s astmatem bronchiale, CHOPN	<i>Astma bronchiale, CHOPN</i>	N3 RLP-RV
Onkologický pacient	<i>CZS Onkologický pac.</i>	N3 RLP-RV
Kolaps , mdloba, přechodná ztráta vědomí (pacient je v době výzvy při vědomí)	<i>Kolaps</i>	N3
Alergické reakce . vyrážka, svědění bez dalšího vývoje	<i>Alergická reakce</i>	N3
Náhle vzniklé poruchy hybnosti, řeči, zrakové ostrosti bez alterace vědomí (CMP)	<i>CMP</i>	N3
Diabetik , dekompenzované stavy bez alterace vědomí	<i>Diabetik</i>	N3
Poruchy močení	<i>Poruchy močení</i>	N3
Epistaxe	<i>Krvácení ORL</i>	N3
Krvácení jiné	<i>Krvácení jiné</i>	N3
Hyperpyrexie (horečka nereagující na léčbu)	<i>Horečka</i>	N3
Psychosociální sy.	<i>Psychosociální sy.</i>	N3
Celkové zhoršení stavu , geriatrický pacient	<i>CZS</i>	N3
Neurologické stavy nejasné (zmatenost, třes, nejasné parestezie,)	<i>Neurologické st. jiné</i>	N3
Podezření na hematemezu, melénu (příměs malého množství krve ve stolici, zvratky s příměsí krve)	<i>Krvácení do GIT</i>	N3
Opakované průjmy, zvracení u dětí nad 6 let a dospělých	<i>Zvracení průjem</i>	N3
Jiné bolesti	<i>Bolesti jiné</i>	N3
Jiné bolesti břicha	<i>Bolesti břicha</i>	N3
Jiné bolesti hlavy	<i>Bolesti hlavy</i>	N3
Jiné bolesti na hrudi (bez podezření na ACS)	<i>Bolesti na hrudi</i>	N3
Jiné bolesti zad	<i>Bolesti zad</i>	N3
Dětská onemocnění, dítě nad 6 let věku	<i>Dítě nad 6 let</i>	N3
Jiné gynekologické stavy	<i>Gyn. Jiné</i>	N3

Potrat v ranném těhotenství do 12 týdne	<i>Gyn. Potrat</i>	N3
Převoz rodiček, ne porod v běhu	<i>Gyn. Porod</i>	N3
Těžká dysmenorea	<i>Gyn. Dysmenorea</i>	N3
Intoxikace, otravy při zachovalém vědomí, známá noxa	<i>Intoxikace</i>	N3
Podchlazení, přehřátí bez alterace vědomí	<i>Poškození chladem, teplem</i>	N3
Menší poranění hlavy bez alterace vědomí	<i>Úraz hlavy</i>	N3
Nekomplikované fraktury DK (ne diafýza femuru)	<i>Zlomenina</i>	N3
Nekomplikované fraktury HK	<i>Zlomenina</i>	N3
Popáleniny malého rozsahu u dospělých, méně jak 5% povrchu těla, vyjma popálenin obličeje, krku, genitálií, dlaní, plosek nohou.	<i>Popáleniny</i>	N3
Amputace jednoho prstu (článku prstu)	<i>Amputace</i>	N3
Drobné úrazy	<i>Úraz</i>	N3
Asistence HZS, PČR	<i>Asistence</i>	N3
Sekundární transport stabilního pacienta.	<i>Sekundární transport</i>	N3
Urgentní přeprava krevních derivátů	<i>Krev transport statim</i>	N3
Baby box	<i>Baby box</i>	N3

Indikace IV. stupně		
<i>Řídící operátor (ka) ZOS vysílá výjezdovou skupinu pouze za situace, že má dostatečnou kapacitu prostředků a neohrozí tím svou základní činnost a dostupnost.</i>		
Stavy tísňového volání III. stupně	Indikace ZOS	
Ohledání zemřelého	Bezvědomí OH	N4
Vyšetření na vyžádání Policie ČR v terénu	Policie	N4
Vyšetření ve služebnách Policie ČR	Policie	N4
Technická jízda	Technická jízda	N4

(Zdroj: ZOS ZZS JčK)

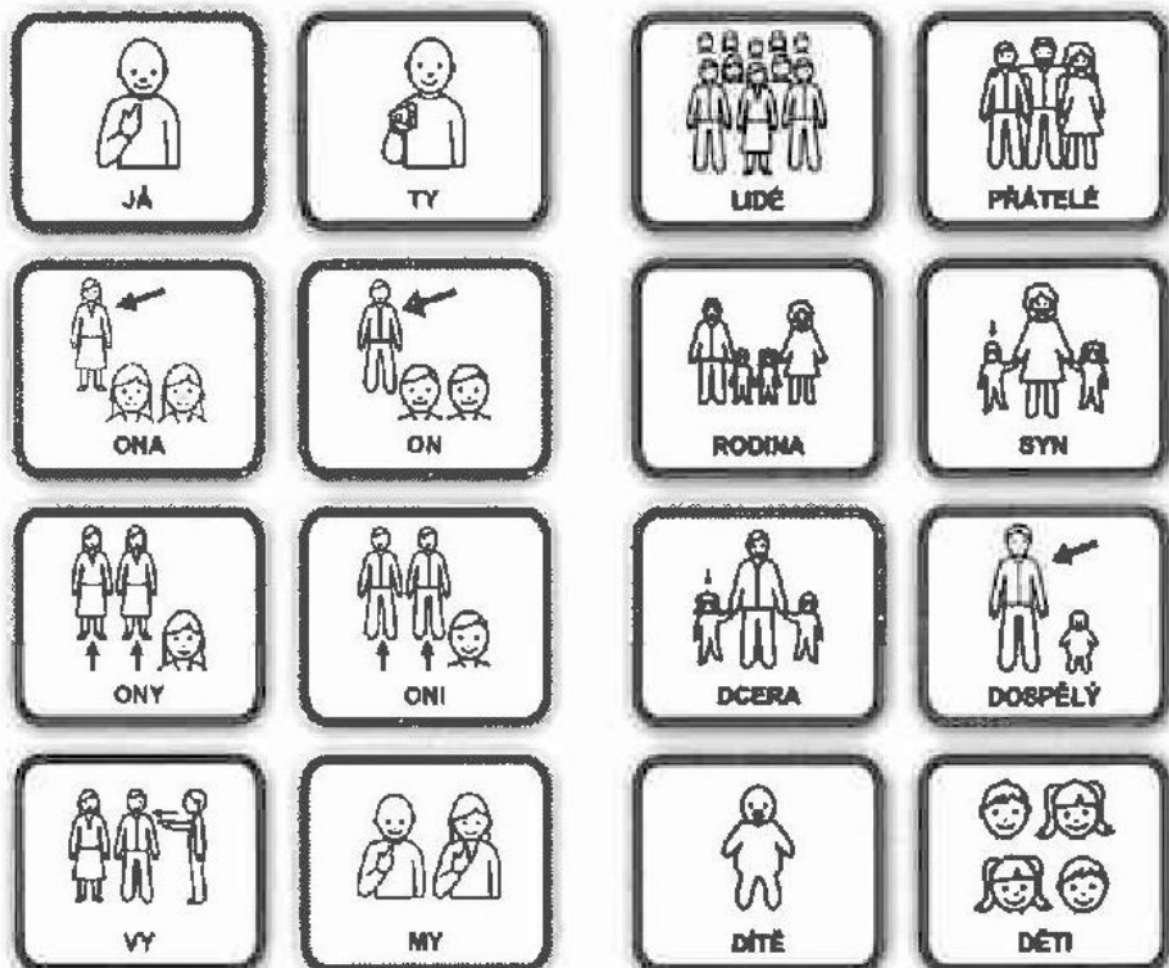
Příloha 5: stupně naléhavosti

Stupeň naléhavosti	Popis	Časový limit	Koho vyslat	Příklad
1.	Bezprostřední ohrožení života	Ihned (rozhodují sekundy).	Firstresponder. 1 – 2 nejbližší výjezdové skupiny schopné zásahu.	Známky akutního selhání základních životních funkcí.
2.	Reálné nebezpečí selhání vitálních životních funkcí	Co nejdříve (rozhodují minuty).	Nejbližší volná výjezdová skupina.	Vysoce rizikové situace – AIM, astmatický záchvat, závažný traumatický mechanismus apod.
3.	Nepravděpodobné zhoršení vedoucí k ohrožení životních funkcí	Po uvolnění vhodné výjezdové skupiny (krátkodobě odložitelné zásahy).	Výjezdová skupina nejvhodnější z hlediska taktického rozložení sil a prostředků.	Epistaxe, zlomenina končetiny, lumbago....
4.	Neakutní stavy	Podle provozní situace, po uvolnění vhodné výjezdové skupiny (dlouhodobě odložitelné zásahy).	Nesmí jít o poslední volnou výjezdovou skupinu v dané oblasti.	Administrativně motivované zásahy, kolísání stavu, lehký úraz.

Zdroj: FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska.*

Česko: O. Franěk, 2009. ISBN 978-80-254-5910-2.

Příloha 6: Ukázka piktoqramu



Obrázek 2: Ve speciální pedagogice a intervenci našly piktoqramy využití velmi rychle a dostaly se až do současné formy digitalizovaných piktoqramů, pomocí kterých je možno vytvářet delší sdělení a srozumitelná sdělení.

Zdroj: LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

Příloha 7: Makaton



Obrázek 4: MAKATON je možné uplatnit u klientů s postižením mentálním, sluchovým, tělesným, u neurologických pacientů, u klientů s poruchami paměti.

Zdroj: LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

Příloha 8: Bliss komunikační systém

Obraz č. 61 Soubor základních znaků BLISS

MUŽ	ŽENA	OTEC	MATKA	CHLAPEČ	DÍVKÁ
JA	TY	ON	ONA	TO(VĚC)	CO?
ČTYRNOHĚ ZVÍŘE	PTAK	KVĚTINA	HRAČKA	DEN	NOC
ÚSTA	OKO	UCHO	NOS	HLAVA	RUKA
DŮM	ŠKOLA	DVEŘE	OKNO	ŠATY	POD
ŽIDLE	STŮL	KNIHA	POSTEL	ANO	NE
BYT	MIT	DAT	VELKÝ	ČERNÝ	BĚLÝ

Příklad rozvité věty:

Můj tatínek je dobrý.

Zdroj: KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.

Příloha 9: Znak do řeči



Obrázek 5: Znak do řeči je tvořen znaky a gesty.

Zdroj: LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

Příloha 10: Terminologie. Početnost zastoupení neslyšících.

<i>Doba vzniku vady sluchu / velikost ztráty sluchu</i>	<i>Hluchota</i>	<i>Nedoslychavost</i>
<i>Před osvojením mluveného jazyka (prelingválně)</i>	<i>(Prelingválně) neslyšící lidé</i>	<i>(Prelingválně) nedoslychaví lidé</i>
<i>Po osvojení mluveného jazyka (postlingválně)</i>	<i>(Postlingválně) neslyšící/ohluchlí lidé</i>	<i>(Postlingválně) nedoslychaví lidé (většinou lidé se stařeckou nedoslychavostí)</i>

(stupeň šedi znázorňuje početnost zastoupení.)

Zdroj: HUDÁKOVÁ, Andrea. *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslychavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: Středisko rané péče Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

Příloha 11: Klasifikace stupňů sluchového postižení dle WHO

<i>Stupeň postižení</i>	<i>Audiometrická hodnota ISO</i>		<i>Doporučení</i>
<i>0 – bez poškození</i>	<i>25 dB a méně (zdravější ucho)</i>	<i>Žádné nebo lehké postižení sluchu. Je slyšet šepot.</i>	
<i>1 – mírné zhoršení</i>	<i>26–40 dB (zdravější ucho)</i>	<i>Schopnost slyšet a opakovat slova mluvená normálním hlasem na jeden metr</i>	<i>Poradenství. Možnost potřeby sluchadla.</i>
<i>2 – středně těžké poškození</i>	<i>41-60 dB (zdravější ucho)</i>	<i>Schopnost slyšet a opakovat slova mluvená zvýšeným hlasem na jeden metr</i>	<i>Obvyklé doporučení sluchadla.</i>
<i>3 – závažné poškození</i>	<i>61 – 80 dB (zdravější ucho)</i>	<i>Schopnost slyšet některá slova křičená do zdravějšího ucha</i>	<i>Potřeba sluchových pomůcek. Pokud nejsou k dispozici, měla by se zahájit výuka odezírání.</i>
<i>4 – těžké poškození včetně hluchoty</i>	<i>81 dB nebo vyšší (zdravější ucho)</i>	<i>Neschopnost rozumět a slyšet i křičená slova</i>	<i>Sluchadla mohou pomoci rozumět některá slova. Zásadní je odezírání ze rtů.</i>

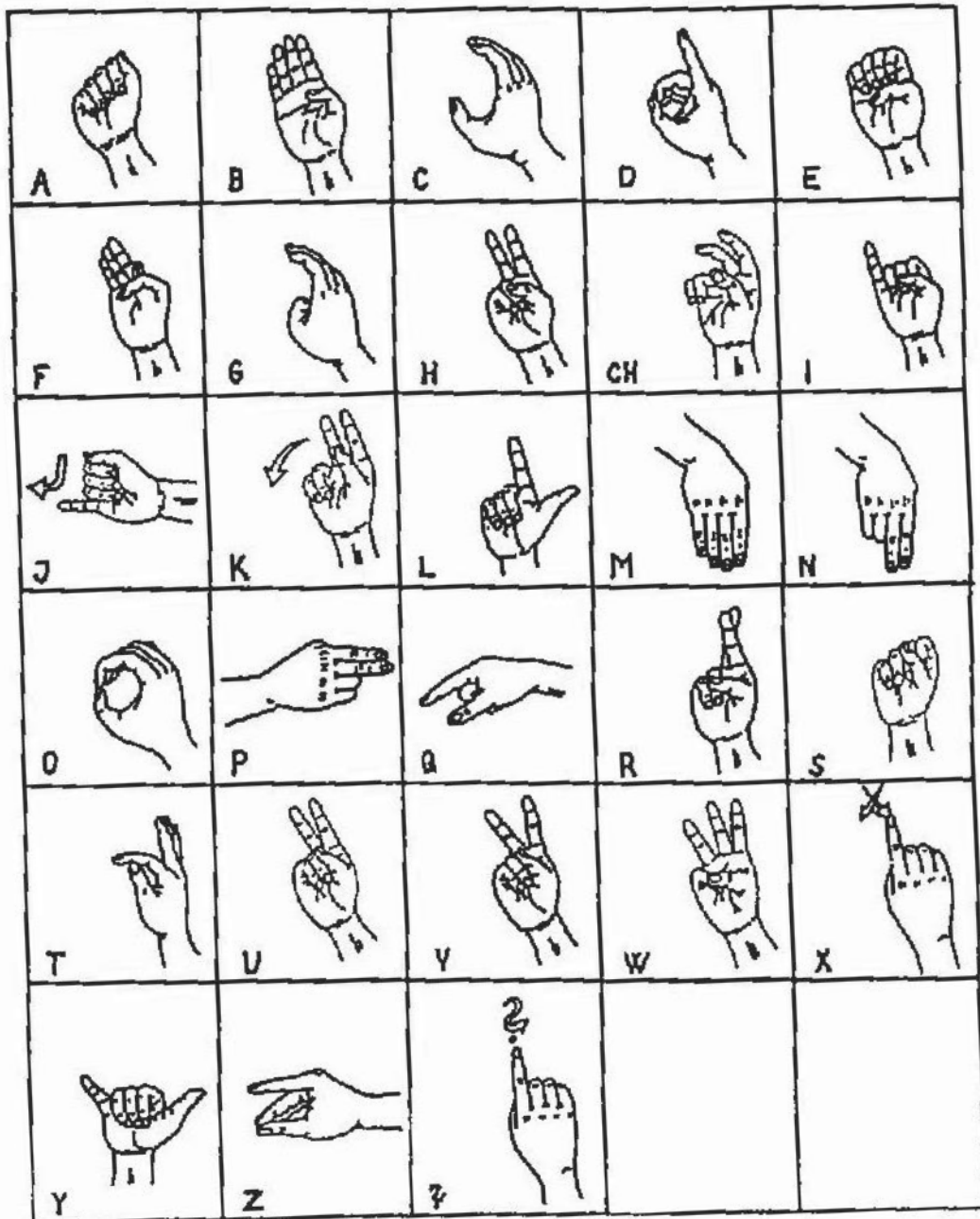
(audiometrické hodnoty ISO jsou průměry hodnot 500, 1000, 2000, 4000 Hz.)

„Sluchové buňky reagují na zvuky ve frekvenční oblasti 20–20 000 Hz. Pro běžný život člověka je nejdůležitější oblast 125-8000 Hz. Pro komunikaci je důležitá oblast, kde se nachází hlavní část akustické energie řeči, tj. 500-2 000 Hz. Tyto frekvence nazýváme frekvence řečové“

Zdroj: HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

Příloha 12: Jednoruční a dvouruční prstová abeceda

Obraz č. 29 Česká jednoruční prstová abeceda



Obraz č. 30 Česká obouruční prstová abeceda



Zdroj: KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.

Příloha 13: rozhovor s operátory

1. Jak dlouho pracujete na ZOS?.....
2. Jakými způsoby lze kontaktovat ZOS? (vyjmenujte všechny dostupné možnosti, kterými disponuje vaše ZOS)
3. Setkal jste se na lince tísňového volání za dobu své praxe na ZOS se sluchově nebo řečově postiženým?
4. Co si představujete pod pojmem sluchově postižený?
5. Co si představujete pod pojmem řečově postižený?
6. Kolikrát jste se již setkal s tímto „nestandardním“ druhem volání?
7. Jak často se setkáváte s řečově nebo sluchově postiženým na lince tísňového volání?
8. V otázce číslo 1 uvádíte, že komunikovat se ZOS lze několika uvedenými způsoby. Který způsob je podle vás nejvhodnější? + proč? (Který se vám nejvíce osvědčil? Který z nich preferujete z hlediska uvedených postižení? Který z nich vám nejvíce vyhovuje?)
9. Jak by podle vás měla probíhat „bezproblémová“ komunikace s postiženým pacientem? Jak byste si se sluchově nebo řečově postiženým představoval ideální komunikaci?
10. Jak to probíhá v praxi? Popište, jakým způsobem taková komunikace nejčastěji probíhá. (Popište jednotlivé typy – i s řečově i se sluchově postiženým)
11. Jak postupujete v případě, že zjistíte, že při komunikaci nelze navázat standardní hlasový kontakt?
12. Víte, co je formalizovaný přístup ke klasifikaci? Víte, co je intuitivní přístup ke klasifikaci?
13. Používáte v těchto případech formalizovaný nebo intuitivní přístup?
14. Bývá reakční čas (=doba od zavolání na tísňovou linku do prvního kontaktu s pacientem) ZZS delší v případě, že osoba komunikující se ZOS má sluchový nebo řečový handicap? Pokud ano tak o kolik?
15. Jste jako pracovníci ZOS školeni na problematiku sluchově/řečově postižených na lince tísňového volání?
16. Jakou váhu přikládáte tzv „němým hovorům“? Snažíte se je nějakým způsobem „dešifrovat“ nebo rozlišit od volání postiženého?
17. Vyjmenujte nějaké řečové poruchy.
18. Víte, jakými způsoby spolu komunikují neslyšící?

Zdroj: vlastní