

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 2. STOPNJA**

BARBARA ŽUPANČIČ

**KOMUNIKACIJSKE OVIRE OSEB Z OKVARO SLUHA PRI
UPORABI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**COMMUNICATION BARRIERS OF PEOPLE WITH HEARING
IMPAIRMENT AS HEALTH CARE USERS**

MAGISTRSKA NALOGA

LJUBLJANA, 2015

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 2. STOPNJA**

BARBARA ŽUPANČIČ

**KOMUNIKACIJSKE OVIRE OSEB Z OKVARO SLUHA PRI
UPORABI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**COMMUNICATION BARRIERS OF PEOPLE WITH HEARING
IMPAIRMENT AS HEALTH CARE USERS**

MAGISTRSKA NALOGA

MENTORICA: prof. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc.

SOMENTORICA: viš. pred. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.

LJUBLJANA, 2015

ZAHVALA

Za nastanek magistrskega dela se zahvaljujem prof. dr. Majdi Pahor, univ. dipl. soc., ki je sprejela mentorstvo in s svojim strokovnim pristopom pomembno vplivala na potek dela in oblikovanje magistrskega dela.

Posebna zahvala gre društvom gluhih in naglušnih po Sloveniji in njihovim članom. Njihov pozitiven odziv in pripravljenost za sodelovanje v raziskavi ter podajanje lastnih izkušenj daje magistrskemu delu pomembno obogatitev.

Posebna zahvala gre tudi Nini Rupnik, ki je s svojim znanjem slovenskega znakovnega jezika veliko pripomogla k pravilnemu izpolnjevanju anketnih vprašalnikov in k celotni izpeljavi raziskave.

Za jezikovni pregled magistrskega dela se zahvaljujem ge. Ljudmili Treven.

Ne nazadnje gre zahvala tudi družini, posebej staršem, starim staršem in fantu, ki mi ves čas stojijo ob strani in me spodbujajo.

IZVLEČEK

Uvod: Gluhi in naglušni so senzorni invalidi, ki se vsakodnevno srečujejo s komunikacijskimi ovirami. Ena izmed posledic izgube sluha je slaba informiranost, saj so trajno izolirani iz sliščega okolja. Zdravstveni delavci so odgovorni za vzpostavitev uporabnikom primerne komunikacije. **Namen:** Pridobiti vpogled v komunikacijske ovire, s katerimi se srečujejo osebe z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva. **Metode dela:** Uporabljena je deskriptivna metoda dela. Ugotovitve raziskav o izbrani temi so pridobljene iz baz podatkov Cobib.si, CINAHL, Medline plus, SocIndeks in spletnega brskalnika Google učenjak. V empiričnem delu je uporabljena deskriptivna kvantitativna raziskovalna metoda dela. Uporabljena strategija je presečna študija. Izbrana populacija so polnoletni gluhi in naglušni uporabniki zdravstvenega varstva člani društev gluhih in naglušnih po Sloveniji. Instrument, s katerim so bili zbrani podatki, je anketni vprašalnik. Pridobljeni podatki so statistično obdelani s programom SPSS 21.0, v vseh primerih je upoštevana stopnja značilnosti 0,05. Pri preverjanju postavljene hipoteze je uporabljen interval zaupanja ($p < 0,05$). **Rezultati:** Na področju splošnega zadovoljstva z zdravstvenim varstvom med mlajšimi in starejšimi ni statistično značilnih razlik. Pri obeh skupinah je največji delež srednje zadovoljnih. Najpomembnejši vir pridobivanja zdravstvenih informacij je medmrežje. Informacije, podane s strani zdravstvenih delavcev, so v povprečju razumljene le delno. Večina anketirancev je seznanjena s tem, da imajo po zakonu pravico do pridobitve tolmača za obisk zdravnika. **Razprava in sklep:** S spodbujanjem razvoja ciljanih preventivnih dejavnosti za osebe z okvaro sluha v zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah bi lahko veliko pripomogli h kakovostnejši obravnavi posameznika, njihovega zdravstvenega stanja in zdravstvene pismenosti. Želen končni izid je zdrav in ustrezno informiran posameznik, ki si želi in zna pridobiti potrebne informacije za ohranjanje zdravja.

Ključne besede: gluhi in naglušni, zdravstveno varstvo, komunikacijske ovire

ABSTRACT

Introduction: The deaf and hearing-impaired are sensorily disabled persons, who are faced with communication barriers daily. One of the consequences of hearing loss is poor informedness, for these people are permanently isolated from the hearing environment. Health professionals are responsible for the establishment of appropriate communication for healthcare users. **Purpose:** To obtain insight into communication barriers, faced by persons with hearing impairment. **Methodology:** The working method used in this master thesis is a descriptive one. The data were acquired through the Cobib.si, CINAHL, Medline plus, and SocIndeks databases, as well as the web browser Google scholar. In the empirical part a descriptive quantitative research method with a survey study is used. The strategy used is a cross sectional study. The population chosen for this part is adult deaf and hearing-impaired healthcare users. They are members of different societies of the deaf and hearing-impaired across Slovenia. The instrument with which the data were collected is a questionnaire. The data are statistically treated with the SPSS 21.0 programme. In all cases the level of characteristics 0,05 is taken into account. When verifying the hypothesis, the confidence interval ($p < 0,05$) is used. **Results:** As far as general satisfaction with healthcare is concerned, there are no statistically significant differences between younger and older healthcare users. In both groups, the majority is moderately satisfied. The most important source of information on health issues is the Net. On average, information given by health professionals is only partially comprehended. The majority of respondents are aware that they have a legal right to an interpreter. **Discussion and conclusion:** By promoting the development of preventive activities targeted at persons with hearing impairment in healthcare and educational institutions, we could significantly enhance the treatment of the individual, their health status and health literacy. The desired final outcome is a healthy and properly informed individual who knows how to obtain the necessary medical information to stay healthy.

Keywords: the deaf and hearing-impaired, healthcare, communication barriers

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 GLUHOTA KOT VRSTA INVALIDNOSTI V SLOVENIJI IN V SVETU.....	3
2.1 Gluhota in naglušnost.....	4
2.2 Klasifikacija gluhote in naglušnosti.....	7
2.2.1 Naglušnost.....	7
2.2.2 Gluhota.....	8
2.2.3 Gluhe in naglušne delimo na tri skupine.....	9
2.3 Značilnosti gluhih in naglušnih.....	11
3 KOMUNIKACIJA Z GLUHIMI IN NAGLUŠNIMI	15
3.1 Komunikacijska sredstva.....	16
3.2 Znakovni jezik	17
3.3 Komunikacija z gluhi in naglušnimi v sistemu zdravstvenega varstva.....	19
3.4 Tolmači slovenskega znakovnega jezika v Sloveniji.....	21
4 ZAKONSKA DOLOČILA S PODROČJA GLUHIH IN NAGLUŠNIH V SLOVENIJI	23
4.1 Mednarodni pogled	25
4.1.1 Pregled stanja o uporabi znakovnih jezikov za gluhe v državah članicah Evropske unije	26
5 OSEBE Z OKVARO SLUHA V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	29
6 ZDRAVSTVENA PISMENOST OSEB Z OKVARO SLUHA	31
6.1 Zdravstvena pismenost oseb z okvaro sluha na makro, mezo in mikro ravni	33
6.1.1 Makro raven	33
6.1.2 Mezo raven.....	34
6.1.3 Mikro raven.....	35
7 PROGRAM IZOBRAŽEVANJA GLUHIH IN NAGLUŠNIH OSEB V SLOVENIJI.....	36
7.1 Zgodovina izobraževanja gluhih v Sloveniji	36
7.2 Zavod za gluhe in naglušne v Ljubljani	37
7.2.1 Zdravstvena enota v zavodu	38
8 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN NAMEN DELA	39
8.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze	39
9 METODE DELA.....	41
9.1 Izbrana populacija - vzorec.....	41

9.2 Instrument raziskave	42
9.3 Opis raziskovalnega polja.....	42
9.4 Zbiranje podatkov	43
9.5 Obdelava podatkov.....	44
9.6 Omejitve pri raziskovalnem delu	46
10 REZULTATI.....	47
10.1 Demografske značilnosti anketirancev.....	47
10.2 Preverjanje raziskovalnih vprašanj	48
10.3 Preverjanje hipotez.....	50
11 RAZPRAVA	53
12 SKLEP	60
13 LITERATURA.....	62
13.1 Dokumentacijski viri	68
14 PRILOGE.....	71
14.1 Izjava o avtorstvu	71
14.2 Anketni vprašalnik	71

KAZALO TABEL

Tabela 1: Klasifikacija naglušnosti	11
Tabela 2: Razumevanje informacij, podanih s strani zdravstvenih delavcev	51

KAZALO SLIK

Slika 1: Težave pri uporabi zdravstvenega varstva glede na starost	48
--	----

1 UVOD

Gluhi in naglušni so senzorni invalidi, ki se vsakodnevno srečujejo s komunikacijskimi ovirami. Eden izmed problemov izgube sluha je slaba informiranost, saj so trajno izolirani iz sliščega okolja. Javni mediji (radio in televizija) niso dostopni tej populaciji tako kot sliščim. Slišče osebe lahko preko televizije in radia spremljajo informativne, izobraževalne, razvedrilne in druge vsebine. Gluhi in naglušni informacij po tej poti ne morejo dobiti, ker povedanega ne slišijo. Javni mediji ne objavljajo informacij, ki se nanašajo na njihovo problematiko, dosežke, na dogajanja na različnih področjih: kulturnem, športnem, zakonodajnem in tako dalje. Zato je pomembno, da se pripravljajo informacije na njim prilagojen način, saj jim tako omogoča nediskriminacijo, vključenost v družbo, enake možnosti in dostopnost (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a). Poleg zgoraj omenjenih problemov, pa Dean in Powell (2009) navajata, da je veliko primerov, ko so osebe z okvaro sluha v čakalnici spregledane in posledično zamudijo svoj obisk pri zdravniku, saj ne slišijo kdaj jih medicinska sestra povabi naprej.

Uporabniki zdravstvenih storitev z okvaro sluha izražajo nižje zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvene obravnave in bolj otežen dostop do različnih zdravstvenih informacij v primerjavi s sliščimi uporabniki zdravstvenih storitev (Iezzoni et al., 2004).

Doseganje v pacienta usmerjene zdravstvene nege zahteva popolno in učinkovito komunikacijo med zdravstvenimi delavci in pacienti. Iezzoni et al. (2004) navajajo, da je v sodobnem času komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacienti z okvaro sluha daleč od tega ideala. Zdravstveni delavci pogosto pozabljamo, kako pomembna je ustrezna komunikacija z osebo z okvaro sluha. Kljub temu, da se morda nekateri zavedajo pomembnosti tega, pa zaradi premajhne ozaveščenosti ne poznajo načinov komunikacije z osebami z okvaro sluha oziroma ne znajo pravilno pristopiti. Posledično prihaja pri osebah z okvaro sluha do nerazumevanja ali napačnega razumevanja podanih informacij, nezadovoljstva in slabšega zdravstvenega stanja, kar pa predstavlja velik problem v sodobni družbi (Barnett et al., 2011a).

Kako torej omogočiti osebam z okvaro sluha ustrezno vključenost in kakovostno obravnavo, da bodo deležni informacij, ki so za njih pomembne, da bodo čim bolj kakovostno obravnavani v sistemu zdravstvenega varstva in da bo njihovo zadovoljstvo z zdravstveno

obravnavo večje? Odgovor na to vprašanje bomo skušali pridobiti v dveh korakih. Najprej bomo pregledali domačo in tujo literaturo o zgoraj omenjenih problemih in njihovem reševanju, nato pa bomo empirično ugotavljali stanje v Sloveniji.

2 GLUHOTA KOT VRSTA INVALIDNOSTI V SLOVENIJI IN V SVETU

Po Konvenciji Združenih narodov o pravicah invalidov (Konvencija o pravicah invalidov, 2006) so invalidi ljudje z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzornimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi. Definicije invalidnosti se razlikujejo med državami; za različne namene se uporabljajo različne opredelitve. Glede na to, kdaj v življenju postane oseba invalid, razlikujemo med starajočimi se invalidi (invalidi so pretežni del življenja) in starejšimi invalidi (invalidi so postali v razmeroma visoki starosti) (European Commission, 2013).

Invalidi so največja manjšina na svetu. Število invalidov se po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) povečuje. Na to vplivata staranje prebivalstva (povečevanje deleža starejših invalidov in daljša življenjska doba starajočih se invalidov) in povečevanje pojavnosti kroničnih bolezni (Statistični urad republike Slovenije, 2012). Tudi delež prebivalcev z okvarami sluha je večji pri starejših. Z naraščajočo starostjo prebivalstva se skupni delež prebivalstva s slušnimi težavami povečuje (Vertot, 2010).

Po ocenah živi z lažjo ali težjo vrsto invalidnosti približno 15 % ali več kot milijarda svetovnega prebivalstva. Okoli 785 milijonov oseb nad 15 let živi z invalidnostjo. Od 2,2 % do 3,8 % prebivalcev ima težjo obliko invalidnosti (zdravstveno stanje, primerljivo npr. ohromelosti vseh udov, hudi depresiji, slepoti). Med otroki, starimi do 14 let, je invalidov okrog 5 % oz. 95 milijonov otrok, okrog 13 milijonov od teh je težjih invalidov. Približno četrtina svetovnega prebivalstva invalidnost občuti tako, da živijo z invalidom v družinski skupnosti ali mu pomagajo pri negi. Število invalidov se še povečuje. Vzrok je v staranju prebivalstva – pri starejših ljudeh je namreč večje tveganje za nastanek invalidnosti (World report on disability, 2011).

Med težje invalide uvrščamo osebe z okvaro sluha. Po podatkih Svetovne zveze gluhih (World Federation of the Deaf – WFD) za leto 2005 je imelo v svetu približno 278 milijonov ljudi zmerno do močno okvaro sluha, med njimi jih je 80 % živelo v državah z nizkim in s srednjim dohodkom (Statistični urad republike Slovenije, 2010).

Po podatkih SZO, posodobljenih februarja 2014, pa ima izgubo sluha več kot 5 % svetovnega prebivalstva – 360 milijonov ljudi (328 milijonov odraslih in 32 milijonov otrok). Pri odraslih se izguba sluha nanaša na več kot 40 dB na ušesu, kjer je boljši sluh, pri otrocih pa na več kot 30 dB na ušesu, kjer je boljši sluh. Približno ena tretjina ljudi nad 65 let ima izgubo sluha. Prevalenca v tej starostni skupini je največja v južni Aziji, v Aziji Pacific in sub-Saharski Afriki (WHO, 2014a).

V Evropski uniji (EU) po ocenah trpi za lažjo ali težjo obliko invalidnosti vsak šesti prebivalec, med starejšimi od 75 let pa jih trpi za določeno vrsto invalidnosti več kot tretjina (WHO, 2014b). Obseg gluhotе je odvisen od starosti človeka, ko se je gluhotа pojavila. Med mladimi je delež gluhih oseb v EU nižji. Približno 45 % prebivalcev, ki so starejši od 60 let, ima okvaro sluha (Statistični urad republike Slovenije, 2010).

V Sloveniji ima približno 10 % prebivalcev okvaro sluha. Po podatkih Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije je bilo na dan 6. 9. 2013 registriranih 5309 članov društev (13) po Sloveniji. Od tega je bilo 2643 žensk in 2592 moških, pri 74 članih pa spol zaradi neznanih razlogov ni bil določen. Ocenjujejo pa, da je v Sloveniji okoli 2.000 gluhih in 50.000 naglušnih oseb; okoli 50.000 jih nosi slušne aparate. Ker se s staranjem naglušnost in gluhost človeka povečujeta, se zaradi staranja prebivalstva v Sloveniji povečuje tudi število te vrste invalidnih oseb pri nas (Statistični urad republike Slovenije, 2010).

2.1 Gluhota in naglušnost

Gluhotа ali naglušnost je nevidna motnja, ki je ljudje na prvi pogled ne opazijo. Pride pa do izraza takrat, ko stopimo v kontakt z gluhim človekom. Najpreprosteje lahko rečemo, da je oseba gluha, če ne sliši zvokov in glasov iz svojega okolja. Naglušna oseba pa zvoke in glasove spremlja delno, odvisno od stopnje in vrste okvare sluha (Tabaj, 2010a). Gluhota in naglušnost se torej nanašata na popolno ali delno nezmožnost slišanja. Simptomi so lahko blagi, zmerni, hudi ali popolni. Oseba z blago izgubo sluha ima najpogosteje težave pri razumevanju govora, še posebej takrat ko je okolica zelo hrupna. Osebe z zmerno izgubo sluha pa že potrebujejo slušni pripomoček. Osebe s hudo izgubo sluha so poleg slušnega pripomočka odvisne tudi od branja z ustnic. Osebe s popolno izgubo sluha pa ne slišijo popolnoma ničesar. Te osebe komunicirajo z branjem z ustnic in z znakovnim jezikom (Medical news today knowledge center, 2014). Oseba, ki ni sposobna slišati tako dobro kot

oseba z normalnim sluhom – slušna meja 25 dB ali več, na obe ušesi – ima izgubo sluha. Vodi lahko v nezmožnost slišati pogovorno glasnost komuniciranja ali glasnejših zvokov (WHO, 2014a).

Gluhost in naglušnost pa ni le telesna (anatomska in fizična) poškodba, ampak vključuje tudi psihično pomanjkanje slušnega doživljanja, kar ima številne posledice: somatske, psihične in socialne ter posledice pri glasovno-jezikovni komunikaciji med sogovorniki. Vse negativne posledice na mentalnem in socialnem področju doživljanja so izražene v njihovi individualni oviranosti ali stigmi in habitusu gluhih in naglušnih oseb. »Surdološki sindrom« in »gluha stigma ali habitus« sodita med kompleksne pojave pri gluhih in naglušnih osebah. Le-ti se odražajo na telesni, psihični in socialni ravni življenja ljudi s poškodovanim organom sluha, nezmožnostjo poslušanja zvočnih dražljajev okoli sebe in z nezmožnostjo govornega komuniciranja z glasovno jezikovno obliko. Pogosto jih imenujejo »osebe s poškodovanim sluhom«, kar pa ni vselej natančno, saj vsaka gluha ali naglušna oseba svojo poškodbo doživlja na svojevrsten način. Lahko trdimo, da so gluhi in naglušni heterogena populacija invalidov, ki jih je treba obravnavati selektivno ali celo individualno, glede na čas, kakovost in kvantiteto poškodbe sluha, zmožnosti govorno-socialne komunikacije, predvsem pa glede na zmožnost glasovno-jezikovnega sporazumevanja s slišečimi osebami (Tabaj, 2010a).

Na gluhoto ne moremo gledati kot na travmo, in tudi ne kot na motnjo v smislu abnormnosti. To ni motenost v psihološkem smislu ali v smislu patologije. Pa vendarle jo spremljajo določene posebnosti, ki lahko pomenijo različne težave v razvoju. Najbolj opazna težava je seveda odsotnost zmožnosti verbalne komunikacije. Odsotnost primerne vokalizacije in kasneje verbalizacije nedvomno otežkoča gluhemu dojenčku in otroku vzdrževanje kontakta s svojim primarnim objektom (mamo). Komunikacija otroku tudi močno olajša sam proces separacije in individualizacije (Černelič Bizjak, 2007).

Po klasifikaciji SZO je gluhota ena najtežjih invalidnosti. Zaradi okvare sluha imajo gluhi in naglušni največje težave pri sporazumevanju z okoljem, v katerem živijo, se izražajo, ustvarjajo, delajo ali preživljajo prosti čas. Sporazumevalne ovire, nezmožnost vključevanja v okolje zaradi okvare ali popolne izgube sluha so vzrok raznim oblikam socialne izključenosti (Tabaj, 2010a).

Vsem posameznikom, ki imajo izgubo sluha je skupen primanjkljaj pri izmenjavi informacij z okoljem, kar vpliva na celosten razvoj posameznika, ter vpliva na njegovo kakovost življenja.

Na osnovi vse večjega razvoja medicine in tehnike, ter ostalih spremljajočih znanosti nasploh, je mogoče odpravljati, blažiti in zdraviti bolezni in stanja, ki jim do nedavnega še niso kljubovali. Podobno se dogaja tudi z gluhoto. V zadnjih dveh desetletjih se zasledi članke in razprave, ki pojasnjujejo, da so nove tehnologije »zdravilo za gluhoto«. Znotraj držav Evrope se srečujemo z dvema pogledoma na gluhoto: pretežno medicinskim, ki temelji na stališču, da je gluhotična obravnavana kot bolezen in invalidnost in z vidika bioetike, ki trdi, da je gluhotična in polžev vsadek biomedicinsko raziskovanje. Širši socialni ali sociološki vidik postavlja v ospredje vsakega posameznika, ki je sprejet v družbi z vsemi posebnostmi in individualnimi razlikami in s svojim jezikom in kulturo. V prihodnji družbi se bo nedvomno težilo h konceptu, da so normalnost in različni primanjkljaji (tudi gluhotična), stereotipa, ki omejujeta opisovanje individualnih razlik in vrednot posameznika. S stališča gluhega otroka torej ni njegova ali njena gluhotična primanjkljaj (invalidnost) osrednji problem, temveč potreba, da se prepozna psihosocialne in jezikovne relacije, ter potrebe otroka (Globačnik, 2006).

Naglušni otrok ima povprečno izgubo sluha na govornem področju na frekvencah 500, 1000, 2000 in 4000 Hz manj kot 110 dB, gluhi otrok pa več kot 110 dB. Tako imenovani »funkcionalno gluhi« je otrok, ki je po medicinskih kriterijih naglušen, vendar deluje kot gluhi. Lahko ima dodatne težave, ki niso opredeljene v drugih kriterijih tega pravilnika, mu pa znižujejo delovanje. Funkcionalno gluhi usvaja jezik, govor in sporazumevanje primarno po vizualni in kinestetični poti s pomočjo specifičnih vaj, enoročne abecede, z odgledovanjem z ustnic in s pomočjo naravnih kretenj ter slovenskega znakovnega jezika (Vovk-Ornik, 2014).

Glede na način prevajanja zvoka ločimo tri različne tipe izgube sluha. Prva je tako imenovana prevodna izguba sluha. To pomeni, da se vibracije iz zunanjega ušesa ne prevajajo do notranjega. To je lahko posledica prekomerne količine ušesnega masla, ušesnega pritiska, vnetja ušesa ali poškodovanega bobniča. Druga je tako imenovana senzorinevralna izguba sluha, ki je posledica nepravilnega delovanja notranjega ušesa, polža, slušnega živca ali pa je posledica poškodbe v možganih. Tretja pa je tako imenovana mešana izguba sluha, ki je kombinacija prevodne in senzorinevralne izgube sluha (Medical news today knowledge center, 2014).

2.2 Klasifikacija gluhotе in naglušnosti

V nadaljevanju bosta podrobno predstavljena pojma gluhotа in naglušnost. Pojma bosta opredeljena na podlagi decibelov (dB).

2.2.1 Naglušnost

Naglušne osebe imajo ohranjenega nekaj sluha in ga lahko uporabljajo za namene komunikacije (Berry in Stewart, 2006). Naglušna oseba ima povprečno izgubo sluha na frekvencah 500, 1000 in 2000 Hz manj kot 91 dB in ima resne težave pri poslušanju govora in pri govorni komunikaciji. Naglušnost pomeni zoženje slušnega polja in delno moti sporazumevanje s pomočjo govora (Tabaj, 2010b). Naglušnost se nanaša na osebe z blago do zmerno izgubo sluha. Te osebe navadno komunicirajo z govornim jezikom. V pomoč pri komuniciranju so jim slušni aparati in različne »prisluškovalne naprave«. Osebam z večjo okvaro sluha pa je v pomoč polžkov vsadek (WHO, 2014a).

Različni avtorji različno definirajo naglušnost. Vovk-Ornik (2014) na primer podaja zelo podobno definicijo, kot je zapisana na prejšnji strani. Glede na naglušnost se loči:

- Oseba z lažjo izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 26 do 40 dB); je oseba, ki ima obojestransko lažjo izgubo sluha ali zmerno izgubo na enem ušesu in je brez izgube na drugem ušesu. Oseba usvaja govor in jezik ter se sporazumeva po slušni poti; v hrupnem okolju se poslužuje tudi veščine odgledovanja z ustnic. Pri usvajanju govora in jezika ima lahko težave pri izgovorjavi glasov v besedah, usvajanju besedišča, uporabi slovničnih pravil in oblikovanju povedi v smiselno celoto. V tistem okolju oseba sliši in razume glasovni govor. Sprememba pogojev poslušanja pa povzroči, da je osebi glasovni govor težje razumljiv. Pride do napačnega slušnega zaznavanja določenih glasov, ki spremenijo pomen povedanega. Lahko ima težave tudi pri slušni orientaciji.
- Oseba z zmerno izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 41 do 60 dB); je oseba, ki ima obojestransko zmerno izgubo sluha ali težko, najtežjo ali popolno izgubo na enem ušesu in je brez izgube na drugem ušesu. Oseba usvaja govor in jezik ter se sporazumeva primarno po slušni poti s pomočjo slušnega pripomočka. Pri govoru in sporazumevanju si pomaga tudi z odgledovanjem z ustnic. Usvajanje

glasovnega govora je upočasnjeno, saj glasove v besedah sliši nepopolno in jih nerazumljivo tudi izgovarja. Slabše so lahko nekatere prvine govorne prozodije (melodija, ritem, višina, glasnost, tempo). Posledice se kažejo tudi v pomanjkljivem razumevanju besed, povedi, besedila in sobesedila. Nespretno oblikuje povedi v smiselno celoto, težave ima pri pravilni rabi slovničnih pravil. V vsakdanjem življenju ima precejšnje težave pri sporazumevanju, še posebno v hrupnem okolju.

- Oseba s težko izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 61 do 90 dB); oseba ima obojestransko težko izgubo sluha ali popolno izgubo na enem ušesu in zmerno izgubo na drugem ušesu. Oseba usvaja govor in jezik pretežno po slušni poti s pomočjo slušnega pripomočka; pri sporazumevanju potrebuje odgledovanje z ustnic, nekateri si pomagajo z znakovnim jezikom. Usvajanje govora po slušni poti je upočasnjeno, okrnjeno, zahtevno, saj veliko glasov v besedah sliši nepopolno in popačeno ter težko razbere posamezne besede. Težko razume povedi in besedilo, težko sledi sobesedilu. Običajno izgovarja glasove v besedah pomanjkljivo, v večini prvin je slaba tudi govorna prozodija, kar privede do težje razumljivega govora. Posledice se kažejo v skromnem besednem zakladu in v pomanjkljivem usvajanju vseh jezikovnih ravni v govorjeni, pri večini tudi v pisani besedi. V vsakdanjem življenju ima oseba običajno zelo velike težave pri razumevanju govora po slušni poti.

2.2.2 Gluhota

Gluha oseba je tista, ki ni sposobna slišati tako dobro, da bi se lahko zanesla na svoj sluh in bi uspela procesirati slišane informacije (Berry in Stewart, 2006). Gluha oseba ima najtežjo izgubo sluha, pri kateri ojačanje zvoka ne koristi. Te osebe za komunikacijo najpogosteje uporabljajo znakovni jezik (WHO, 2014a). Povprečna izguba sluha na frekvencah 500,1000 in 2000 herzov (Hz) je 91 decibelov (dB) in več (Tabaj, 2010b).

Glede na gluhoto razlikujemo:

- Osebe z najtežjo izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 91 do 110 dB); oseba ima obojestransko najtežjo izgubo sluha in je funkcionalno gluha. Slušno zaznavo ima le s pomočjo slušnega pripomočka. Oseba usvaja govor in jezik primarno

po vizualni poti. Govor usvaja močno upočasnjeno in okrnjeno tudi po slušni poti. Glasove sliši zelo popačeno ali jih sploh ne sliši ter težko slušno loči besede med seboj. Posledice se pogosto kažejo v zelo skromnem besedišču. Pomanjkljivo oblikuje povedi v smiselno celoto, okrnjena je uporaba slovničnih pravil. Razumevanje besed, povedi in navodil je pogosto šibko. Govor je pogosto težko razumljiv ali nerazumljiv, govorna prozodija je v večini elementov zelo slaba. Pisno sporazumevanje je razumljivejše od govora, vendar ima večinoma težave na vseh ravneh jezika; bogatejše je lahko sporazumevanje v slovenskem znakovnem jeziku. Oseba primerno sliši le z uporabo polževega vsadka ali z vsadkom v možgansko deblo. Govor in jezik dobro usvoji le, če dobi polžev vsadek dovolj zgodaj ali dobi vsadek v možgansko deblo in ustrezno strokovno pomoč. Govora, jezika in sporazumevanja se tako uči po slušni poti (Vovk-Ornik, 2014).

- Osebe s popolno izgubo sluha – gluha oseba (povprečna izguba v govornem območju nad 110 dB); oseba ne loči niti dveh jakosti zvoka niti ne dveh frekvenc, ni sposobna slišati ali razumeti govora, tudi če je ojačan. Oseba usvaja govor in jezik izključno s pomočjo kinestetičnega zavedanja glasov, po vizualni poti in s pomočjo slovenskega znakovnega jezika. Govor je pogosto nerazumljiv. Posledice se kažejo v zelo skromnem besedišču verbalnega jezika. Bogatejše pa je lahko sporazumevanje v slovenskem znakovnem jeziku ali v pisni obliki. Oseba sliši le z uporabo polževega vsadka ali z vsadkom v možgansko deblo. Govor in jezik dobro usvoji le, če dobi dovolj zgodaj polžev vsadek ali vsadek v možgansko deblo in ustrezno strokovno pomoč. Govora, jezika in sporazumevanja se tako uči po slušni poti (Vovk-Ornik, 2014).

2.2.3 Gluhe in naglušne delimo na tri skupine

Glede na surdološke kriterije se obravnavana populacija deli na tri skupine. V nadaljevanju bodo opisane prelingvalno gluhe osebe, skoraj naglušne osebe in postlingvalno gluhe osebe.

- Prelingvalno gluhe osebe; v to skupino spadajo gluhe osebe brez psihosocialnega doživljanja zvočnega sveta. Sluh so izgubile takoj po rojstvu ali najkasneje do tretjega

leta starosti. Pri njih torej ni avditivne in lingvistične zaznave, zato je njihov osrednji zaznavni kanal vizualno življenje (Berry in Stewart, 2006).

- Skoraj naglušne osebe; sem spadajo osebe, ki imajo določene koristne ostanke sluha za delno ali celovitejšo slušno doživljanje zvočnega sveta in glasovnega koda. Tvorijo posebno skupino znotraj populacije oseb s poškodovanim sluhom. Prelingvalno naglušne osebe: naglušnost je razdeljena od lažje (do 40 dB), preko srednje (do 60 dB), do težje naglušnosti (preko 80 dB) (Tabaj, 2010b).
- Postlingvalno gluhe osebe; sem spadajo osebe, ki so oglušele kasneje in so pred tem spontano, s poslušanjem, osvojile glasovno-jezikovno sporazumevanje. Treba jih je predvsem naučiti, kako naj s sogovornikovega obraza in z ustnic preberejo glasovno sporočilo. Ti ljudje so ob misli, da so izgubili sluh, prizadeti in težko sprejemajo identiteto gluhe osebe. Postlingvalno naglušne osebe – naglušnost lažje, srednje in težje stopnje, ki je nastala že po osvojeni glasovno-jezikovni komunikaciji (Berry in Stewart, 2006).

Redžepović (1994, cit. po Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010) je skušal čim bolj nazorno opisati izgubo sluha v decibelih (dB). Oblikoval je tabelo – Klasifikacija naglušnosti (tabela 1). Obenem je v tabeli opisal kako posamezna stopnja izgube sluha vpliva na komunikacijo. V Sloveniji uporabljamo njegovo klasifikacijo oseb z izgubo sluha.

Tabela 1: Klasifikacija naglušnosti (Redžepovič, 1994, cit. po Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010)

Stopnja v dB	Opis (izgube sluha)	Vpliv na komunikacijo
10 do 15 dB	Normalno slišanje	Nobene ovire v komunikaciji.
16 do 25 dB	Rahla, neznatna	V tihih okoljih oseba nima težav, pri prepoznavanju govora v hrupnih okoljih oz. prostorih pa je slabo slišen govor težko razumeti.
26 do 40 dB	Lažja	V tihih konverzacijskih situacijah, kjer je snov poznana in besednjak omejen, oseba nima težav pri komuniciranju. Slaboten, tih govor ali govor na razdalji pa je težko slišen, čeprav je hrup minimalen. Debate v razredu pa lahko predstavljajo komunikacijski izziv.
41 do 55 dB	Zmerna	Oseba lahko sliši govor le dovolj blizu. Skupinske aktivnosti, kot so govorne situacije v razredu, pa predstavljajo komunikacijski izziv.
56 do 70 dB	Zmerno težka	Oseba lahko sliši le glasen, čist govorni signal in ima več težav pri skupinskih situacijah. Velikokrat je govor posameznika opazno moteč, čeprav je razumljiv.
71 do 90 dB	Težka	Oseba ne more slišati govora, razen če je ta zelo glasen, pa tudi takrat ne more prepoznati vseh besed. Zvoki okolja so prisotni, vendar jih oseba ne more identificirati. Posameznikov govor ni povsem razumljiv.
91 in več dB	Globoka, zelo težka	Oseba lahko sliši posamezne glasne zvoke, medtem ko govora sploh ne more slišati. Vizija je, da se vzpostavi osnovno komunikacijsko sporazumevanje. Posameznikov govor, če je sploh razvit, ni razumljiv.

2.3 Značilnosti gluhih in naglušnih

Največjo oviro v vsakdanjem življenju posameznikov z okvarami sluha predstavlja njihova (ne)zmožnost komunikacije s svojim okoljem (Košir, 1999). Še posebej to velja za osebe, ki so gluhe od rojstva. Njihov glavni način komunikacije, znakovni jezik, namreč ni enak govorjenemu jeziku okolja, v katerem živijo. Zato so na področju komunikacije dvakratno prikrajšani: večina slišočih ljudi ne obvlada znakovnega jezika, gluhi sami pa imajo lahko precejšnje težave z jezikom, ki ga slišočji govorijo (Sneed in Joss, 1999). Gluhi se sporazumevajo tako z znakovnim jezikom kot tudi oralno, z odgledovanjem z ustnic. Okoli 90 % gluhih otrok se rodi slišočim staršem, ki pa praviloma znakovnega jezika ne obvladajo. Poleg tega starši največkrat težijo k temu, da bi se njihov otrok govorno rehabilitiral in postal "normalen". Zaradi značilnosti okolja v slišočih družinah je tako večina gluhih otrok prikrajšana za kakovostno zgodnjo komunikacijo. Danes je splošno sprejeto, da kažejo gluhi otroci gluhih staršev primerljive vzorce razvoja tako na socialnem, jezikovnem kot kognitivnem področju glede na slišočje vrstnike. Ena najdlje trajajočih razprav na področju izobraževanja gluhih otrok je bila, ali učenje znakovnega jezika (kretanja), zmanjšuje zmožnost in motivacijo za učenje govorjenega. Danes ni nobenih dokazov, ki bi podpirali hipotezo, da kretanje kakorkoli zavira razvoj govora (Pfifer, 2010).

Poleg težav pri sporazumevanju s slišječimi ima prirojena gluhotu še nekatere druge daljnosežne posledice, ki vplivajo na vsakdanje življenje gluhih. Kot pomembna se izkažejo zlasti tri področja človekovega delovanja, na katerih imajo gluhe osebe težave: kognitivno, socialno in emocionalno. Prirojena gluhotu vpliva na razvoj jezikovnih funkcij, ki se pri gluhih razvijajo bodisi z zamikom in počasneje, bodisi v okrnjenem obsegu. Zanje je značilen okrnjen besedni zaklad, manjša kompleksnost in fleksibilnost besednega izražanja (Luft, 2000).

Težave s komunikacijo močno vplivajo na socialno življenje gluhih ljudi. Po eni strani gluhi težko vzpostavljajo stike s slišječimi, saj je njihovo medsebojno sporazumevanje močno okrnjeno. Posledično so njihove možnosti za socializacijo močno omejene. Potrebne izkušnje pridobivajo počasneje in se nanje pogosto neprimerno odzivajo. Njihova nezrelost se lahko včasih kaže tudi v pomanjkanju odgovornosti, samostojnosti in neodvisnosti. Obstaja nevarnost, da (p)ostanejo osamljeni tako v okviru ožjega, torej družinskega, kot tudi širšega družbenega oziroma slišječega okolja (Košir, 1999).

Omenjene težave se odražajo tudi na emocionalnem področju. Nezmožnost uspešnega komuniciranja in posledično pomanjkanje informacij, občutek nerazumljenosti, izločenosti in osamljenosti so pogosto vzrok za številne napetosti in frustracije gluhih. Pogosto je tudi umikanje vase, sumničavost, zlasti do slišječih, in depresivnost. Pri tem je potrebno še posebej poudariti, da se skupnost gluhih danes identificira kot kulturno in ne nacionalno določena skupnost. Njihov glavni identifikacijski element je prav znakovni jezik, zavestno pa gojijo tudi lastne oblike ustvarjalnosti, kulturne in športne dejavnosti (Košir, 1999). V primerjavi s slišječimi otroci je pri gluhih otrocih prevalenca nastanka duševnih bolezni večja. Težave v komunikaciji, težave s sovrstniki in družinskimi člani, poškodba centralnega živčnega sistema in razvojni zaostanek, vse to so faktorji, ki pripomorejo k večji verjetnosti nastanka duševnih bolezni. Gluhi otroci so v primerjavi s slišječimi tudi veliko bolj izpostavljeni čustvenim, fizičnim in spolnim zlorabam, kar prav tako vodi k večji dovzetnosti za nastanek duševnih bolezni (Greco in Beresford, 2008). Gluhi mladostniki so nekoliko nagnjeni k večji nekontroliranosti, večji opozicionalnosti, manjši samozaščiti in manjšemu občutku deprivacije, vendar se v tem ne razlikujejo statistično pomembno od slišječih vrstnikov. Med obrambnimi mehanizmi imajo najmočnejše izražene intelektualizacijo, projekcijo in zanikanje. Gluhi mladostniki izkazujejo nekatere značilnosti slabše prilagojenosti, kot so slabša emocionalna odzivnost in obvladanost (visoka nekontroliranost in opozicionalnost ter nizka

samozaščita), ter nekatere najenostavnejše obrambe, ki so razvojno primitivnejše (razen intelektualizacije) (Černelič Bizjak, 2007).

Če gluhi ne zna odčitavati govora z ust, ne bo razumel, kaj mu govorimo. Če ni razvil govora, ga tudi mi ne bomo razumeli. Gluhota na splošno povzroča osamljenost, oseba zavrača podporo okolice, ima stalen občutek izoliranosti, je brez podpore sveta. Gluhe osebe so nagnjene k umiku v notranjost zaradi zaščite lastne celovitosti – gluhota ljudi »sili« v samoto, v svoj svet tišine. Ker je komunikacija z gluhi mnogo težja kot s slepimi, je gluhota tudi za učenje, ki je neke vrste komunikacija, mnogo večji problem. Če je res, da približno osemdeset odstotkov informacij dobimo po slušni poti, razumemo težave, ki jih imajo gluhi pri učenju (Opara, 2005).

Med ostalimi posledicami gluhote, ki so pomembne za področje izobraževanja in zaposlovanja, je potrebno omeniti še težave v motoričnem razvoju. Najpogostejše težave so vezane na vzdrževanje ravnotežja in nadzor gibanja, posebej še na področju grafomotorike. Pogoste so tudi težave na področju vedenja in osebnosti (med drugim pomanjkanje razumevanja in empatije, egocentričnost, impulzivnost, fizična in psihična agresivnost), ki so po eni strani posledica omejitev socialnih interakcij, po drugi strani pa seveda potem tudi pomembno vplivajo nanjo. Drugačnost v razvoju gluhega oziroma naglušnega otroka ni posledica same gluhote, slabših sposobnosti, prizadetosti ali nezmožnosti. Razvoj jezika in komunikacije je namreč pri teh otrocih slabši, zato ne razumejo dovolj zakonitosti sveta okoli sebe, primanjkuje jim informacij in razlag, njihovi socialni stiki so omejeni in možnost frustracij je s tem večja. Vse to pa se pozna v njihovem razvoju in napredku. Prav zato gluhi otrok potrebuje čim zgodnejše usposabljanje na jezikovnem, komunikacijskem in govornem področju (Košir, 1999).

Za gluhe in naglušne je značilno, da delujejo v delovnem in socialnem okolju socialno manj zreli (Bubnič, 2006). Imeli naj bi lastnosti, kot so nesamostojnost, odvisnost in včasih tudi neodgovornost. To naj bi bila posledica slabe komunikacije v otroštvu in odraščanju. Zaradi tega prihaja do nerazumevanja določenih situacij in s tem posledično tudi do neustreznega odziva. Zaradi oteženega izvajanja paralelnih miselnih procesov gluhi in naglušni potrebujejo več časa za sprejem in predelavo informacij ter oblikovanje odgovora (Tabaj, 2010b).

Osebe z okvaro sluha (gluhi in naglušni) imajo v primerjavi s sliščo populacijo slabše razumevanje zdravstvenega varstva, vključno s priporočili preventivne medicine. Razlogi za

to niso povsem jasni. Domnevajo, da so glavni razlog komunikacijske ovire, vendar igrajo pomembno vlogo tudi kulturni in nekateri drugi faktorji (Zazove et al., 2012).

Z razvojno-psihološkega vidika je področje gluhih v Sloveniji zelo slabo preučevano. Le malo je znanstvenikov, ki se s področjem ukvarja, obstoječi prispevki pa proučujejo gluho populacijo predvsem z vidika specialne pedagogike. S tem se pokrijejo določeni segmenti posameznikovega funkcioniranja, neraziskane pa so značilnosti razvoja jezika, govora in mišljenja gluhih otrok, tako podobnosti kot razlike v kakovosti kot hitrosti razvoja glede na normativne skupine različno starih otrok. Prav to bi moralo biti osnova za pripravo psihodiagnostičnih pripomočkov, s katerimi bi lahko psihologi ocenjevali razvojne značilnosti posameznih gluhih otrok, izdelali ustrezne intervencijske programe, svetovali in usmerjali (Pfifer, 2010).

3 KOMUNIKACIJA Z GLUHIMI IN NAGLUŠNIMI

Temelj vseh socialnih interakcij je človekova sposobnost komuniciranja. Komunikacija je prenos informacij od ene osebe k drugi. Komunikacijski proces je izmenjava sporočil skozi različne informacijske kanale od izvora do prejemnika sporočil. V komunikacijskem procesu se informacije preko kanala prenašajo od komunikatorja do prejemnika. Vse socialne interakcije vsebujejo neko obliko komunikacije, ki je lahko besedna ali nebesedna. Besedna komunikacija poteka z rabo jezika. Jezik omogoča simbolno komunikacijo – sporočila govore tudi o dogodkih, ljudeh ali stvareh, ki niso navzoči. Nebesedno komuniciranje poteka z rabo različnih vodil, s katerimi sporočamo informacije. Socialne interakcije navadno vsebujejo tudi veliko nezavednih nebesednih sporočil. Poznamo osem vrst nebesednih vodil – parajezik, stik s pogledom, izraz obraza, drža telesa, kretnje, dotik, proksemika in obleka. Nebesedni signali so označevalci, ponazorjevalci, izrazi čustev, usmerjevalci in prilagojevalci. V odnosu med zdravnikom in pacientom so pomemben dejavnik komunikacijske veščine in veščine v medosebnih odnosih (Selič, 2004).

Komunikacija je sprejemanje in oddajanje sporočil, vplivanje na okolje s pomočjo čustev, mišljenja in ravnanja. V tako široki oznaki sta jezik in govor le ena od možnih oblik komunikacije, le-ta pa je temeljna oznaka za vse medčloveške odnose in je zato vsekakor ni mogoče zožiti zgolj na glasovni govor. Glasovni govor gluhih oseb je po formalni strani največkrat slabo razumljiv, jezikovni govor pa skromen ter slovarsko in slovnično pomanjkljiv. Prav zato je za učinkovitejšo pomoč gluhim osebam potreben mnogovrsten in diferenciran pristop k vsakemu gluhemu posamezniku, glede na njegove specifične zmožnosti in potrebe (Podboršek, 1990).

Pegan (2010) želi poudariti pomen jezika in opozoriti na to, kako zelo pomembno je zagotoviti uporabnikom prilagojeno sporazumevanje. Tako se lahko vzpostavi z njimi dober stik, se jim omogoči sodelovanje, soustvarjanje. Po drugi strani se jih opogumi, okrepi za reševanje lastnih stisk, se jim poveča moč in vpliv na lastno življenje in s tem se pripomore k izboljšanju njihove kakovosti življenja.

Danes imamo komunikacijo za bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe. Učinkovita komunikacija s pacienti postaja vse bolj pomemben element na področju zdravljenja in zdravstvene nege. Zato je za zaposlene v zdravstvu nujno, da temeljito spoznajo osnovne

značilnosti komuniciranja in dejavnike, ki vplivajo na to, ali bo komuniciranje uspešno ali ne. Komunikacija je osnova za nudenje učinkovite zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. Dobra komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov v zdravstvu. V zahodnem svetu je na področju zdravstva komunikacija oziroma pridobivanje medosebnih spretnosti postalo del izobraževalnega paketa. V preteklih tridesetih letih so številne raziskave pokazale večjo kritičnost pacientov na področju komunikacije med osebjem in pacienti kot na kateremkoli drugem področju njihove bolnišnične izkušnje. Iz tega lahko sklepamo, da je komunikacija osnova za nudenje zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. To pomeni, da uspešna komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov nudenja zdravstvene oskrbe (Rungapadiachy, 2003).

Okoli 35 % oseb z okvaro sluha ni prepričanih o svoji diagnozi ali zdravstvenem stanju, zaradi komunikacijskih problemov. Kadar sta diagnoza in bolezen resni, je kakršnokoli zavlačevanje lahko nevarno ali celo smrtno (RNID, 2004).

3.1 Komunikacijska sredstva

Ljudje, ki nimajo težav s sluhom, običajno komunicirajo z govorom in poslušanjem. Njihova pozornost je pri sporazumevanju osredotočena na besede in ton, v katerem so bile le-te izgovorjene. Za podkrepitev svojih besed pa slišči v vsakdanjem življenju pogosto uporabljajo tudi mimiko in geste. Pri tem so prsti, roke in obraz zelo uporabno sredstvo pri medsebojnem sporazumevanju. Gluhi so prikrajšani pri sprejemanju informacij po zgolj slušni poti, zato se morajo posluževati drugih oblik, da pridejo do informacij. Za gluhe osebe (in tudi naglušne, ki sicer s pomočjo slušnega aparata nekaj slišijo, a jim to ne zveni tako kot sliščim) je izredno pomembno, da je govorjeno sporočilo čim bolj vidno. Pri tem pa je pogosto učinkovita in uspešna kombinacija različnih metod, ki jih gluhi tudi sicer uporabljajo v komunikaciji z drugimi:

- odgledovanje,
- prstna abeceda,
- kretnje,
- mimika,
- poslušanje,
- govor,

- risanje,
- pisanje ter
- kombinacije nekaterih ali vseh možnosti (Podboršek, 1990).

Visok odstotek oseb z okvaro sluha se nauči drugih načinov komunikacije. Odgledovanje in znakovni jezik lahko nadomestita ali dopolnita govorno komunikacijo. Odgledovanje je metoda, s pomočjo katere razumemo govorjeni jezik, na način, da govorečega gledamo v ustnice ter opazujemo njegove gibe obraza in jezika. Odgledovanje bi lahko poimenovali tudi 'branje z ustnic' (Medical news today knowledge center, 2014).

Gluha ali naglušna oseba posluša s pomočjo tehničnih pomagal, kot so slušni aparat, polžev vsadek, indukcijska zanka, brezžični mikrofoni in s pomočjo drugih naprav. To pomeni, da ne sliši le slabše, ampak predvsem drugače tudi sliši. Običajno se morajo gluhi in naglušni posebej naučiti poslušanja posameznih oseb, s katerimi komunicirajo. Za dobro zaznavanje s slušnimi aparati so pomembne tudi akustične razmere v prostoru (Tabaj, 2010c).

3.2 Znakovni jezik

Ena od temeljnih človekovih potreb je potreba po sporočanju. Zaradi izgube sluha se gluhe osebe sporazumevajo z znakovnim jezikom, ki se uresničuje z govorico kretenj in mimiko obraza. Znakovni jezik je jezik sporazumevanja gluhih oseb oziroma naravno sredstvo za sporazumevanje gluhih oseb (Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, 2002). Znakovni jezik je torej način sporazumevanja večine odraslih gluhih ljudi, kadar se družijo z drugimi gluhi ali s slišječimi, ki obvladajo znakovni jezik (Lobnik Zorko, 1999).

Na zasedanju United Nations Education Scientific and Culture Organisation (UNESCO) leta 1984 v Parizu so sprejeli definicijo znakovnega jezika, ki pravi: »Znakovni jezik je oblika sporazumevanja, kjer se besede, pojmi kažejo s kretnjami rok, ki lahko izražajo pomen posameznih besed, misli ali celega stavka, odvisno od konteksta ali kompleksne serije idej.« (Podboršek in Krajnc, 2006).

Znakovni jezik pa je jezik, ki s pomočjo rok, mimike obraza in različnimi gibi telesa prikazuje posamezne znake. Znakovni jeziki različnih držav in pokrajin se med seboj razlikujejo. Znakovni jezik se povsem razlikuje od govorjenega jezika. Razlike so predvsem v sintaksi in slovnici. Ameriški znakovni jezik je na primer gramatično bolj podoben govorjeni japonščini kot govorjeni angleščini (Medical news today knowledge center, 2014).

Znakovni jezik je vizualno-znakovni jezikovni sistem z določeno postavitvijo, lego, usmerjenostjo in gibom rok in prstov ter mimiko obraza (Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, 2002). Osnovni elementi znakovnega jezika tako niso besede, pač pa kretnje, mimika, prstna abeceda in odgledovanje. Kot vsak jezik ima tudi znakovni jezik svoja lastna pravila in zakonitosti ter svoj način izražanja, ki pa se seveda razlikuje od pravil in zakonitosti govorjenih jezikov (Lobnik Zorko, 1999). Slovenski znakovni jezik (SZJ) namreč ni samo v govorico rok prevedena slovenščina, pač pa se od nje razlikuje prav toliko kot na primer angleščina. Ima svoje besedišče, drugačna pravila sklanjanja, spreganja in stopnjevanja, drugačno zgradbo stavka, drugačna rekla, drugače gradi besedilo in tako dalje (Kuplenik, 2002).

SZJ je jezik gluhe skupnosti v Sloveniji in ga po aktualnih ocenah uporablja od 800 do 1600 oseb. Od leta 2002 je priznan kot eden od uradnih jezikov v Sloveniji, kar uporabnikom daje pravico do sporazumevanja v SZJ v vseh javnih in zasebnih situacijah. Ta pravica se običajno udejanja prek tolmačev SZJ. Gluhi pa se večkrat počutijo zapostavljene, ker je tolmačenje drago in državni sistem vaučerjev mnogim ne zadošča, tolmači pa tudi niso vedno na razpolago. To velja še posebej za izobraževanje (Vintar in sod., 2014).

Kar se tiče posameznih nacionalnih znakovnih jezikov po svetu, lahko rečemo, da imajo dosti skupnega. Precej lažje namreč primerjamo slovnico slovenskega in nemškega znakovnega jezika, kot pa na primer SZJ in slovenščino. Res pa je, da to velja predvsem za znakovne jezike iz sorodnih kulturnih okolij, saj imata na primer slovenski in japonski znakovni jezik le malo skupnega. To nam pove, da je znakovni jezik neke države precej vezan na njen kulturni prostor, saj vsak jezik odseva miselnost okolja, v katerem se uporablja. Ker se je znakovni jezik razvil iz skupnosti gluhih, nosi s seboj vse, kar je značilno za življenje neke jezikovne skupnosti: miselnost, kulturno identifikacijo in besedno umetnost. V tujini, zlasti v Združenih državah Amerike (ZDA) in Skandinaviji, gluhi nase gledajo kot na jezikovno manjšino in nikakor ne kot na invalide (Kuplenik, 2002).

Poleg pravega znakovnega jezika, ki ga uporabljajo gluhi med seboj, pa so se z začetki izobraževanja gluhih začeli pojavljati tudi različni znakovni sistemi. Ti so povezani z govornim jezikom oziroma so kombinacija kretenj in govornega jezika, saj so bili v ta proces vključeni slišči učitelji, starši in drugi; večina njih pa ima običajno težave z usvajanjem struktur znakovnega jezika. Podobno je s sliščimi starši gluhih otrok. Zato so se v svetu in pri nas razvili znakovni sistemi za komunikacijo med gluhi in sliščimi. Taka znakovna sistema sta pri nas slovenščina v kretanjah in dobessedno prevajanje iz slovenščine. V tujini so to znakovna angleščina (Sign English), znakovni jezik v slikah (Signing Exact English), kombinacija ameriškega znakovnega jezika in angleščine (Pidgin Sign English), Contact Signing, ročna angleščina (Manual English) in tako dalje. Ti sistemi so zelo razširjeni in dobronamerni, saj želijo gluhi otrokom pomagati pri učenju govornega jezika, kar je pomembno za nadaljnje izobraževanje in druženje s sliščim okoljem. Gluha oseba, ki zna oba jezika, je dvojezična in taka oseba velikokrat komunicira v določenem znakovnem sistemu glede na situacijo (Podboršek in Krajnc, 2006).

Dne 27. 11. 2002 je Slovenija sprejela zakon o uporabi SZJ, ki gluhi uporabnikom zagotavlja pravico do SZJ. Slovenija se je tako uvrstila med prvih 25 držav na svetu, ki so priznale nacionalni znakovni jezik (Tabaj, 2010b).

Priročniki za učenje SZJ so zasnovani brez prave jezikoslovne osnove, saj je bilo doslej tovrstnih raziskav SZJ malo. Gluhi skupnosti sta na voljo dva multimedijška slovarja, vendar noben od njiju ne temelji na korpusnih podatkih o SZJ in oba težita k strogo normativni obravnavi kretenj. Prvi učbenik za učenje SZJ je bil objavljen leta 2010 in sicer zapolnil dotedanjo vrzel v izobraževanju SZJ, vendar se učbenik močno naslanja na slovenščino in zanemarja ne le lastnosti SZJ, ampak tudi edinstvene značilnosti znakovnih jezikov na splošno. Glede na pomanjkanje znanstvene osnove se pojavljajo vprašanja o kakovosti poučevanja SZJ, pa tudi priprave in certificiranja za tolmače (Vintar in sod., 2014).

3.3 Komunikacija z gluhi in naglušnimi v sistemu zdravstvenega varstva

Osebe z okvaro sluha so zaradi nezmožnosti sprejemanja zvočnih signalov iz okolja prikrajšane za marsikatero informacijo. Eden izmed pomembnih problemov, ki jih navajajo tudi Iezzoni et al. (2004), je priprava pacienta z okvaro sluha na določeno preiskavo. Kako naj na primer pacient z okvaro sluha na rentgenskem slikanju pljuč ugotovi, kdaj je potrebno

zadržati dih, če zdravstveni strokovnjak za okencem nerazločno izgovarja navodila? Kako naj bo potem taka preiskava relevantna?

Za kakovostno obravnavo vsakega posameznika v sistemu zdravstvenega varstva je pomemben v pacienta usmerjen pristop, kar pomeni, da je pacient vedno v središču pozornosti. Za dosego le-tega je pomembna učinkovita komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem, kar pa pri osebah z okvaro sluha pogosto predstavlja velik problem (Iezzoni et al., 2004). Večina oseb z okvaro sluha si želi, da bi ob vsakem obisku pri zdravniku imeli isto medicinsko sestro in zdravnika. Z njima bi vzpostavili učinkovito komunikacijo in to bi bistveno zmanjšalo stres pri osebah z okvaro sluha (Dean in Powell, 2009). Ena izmed velikih prednosti bi bila tudi ta, da bi zdravstveni delavci poznali nekaj osnovnih izrazov znakovnega jezika. Dejstvo pa je, da zelo malo zdravstvenega osebja razume znakovni jezik. Zato se komunikacija med zdravstvenim osebjem in osebo z okvaro sluha najpogosteje opira na posrednika, ki je najpogosteje družinski član ali tolmač (Reeves in Kokoruwe, 2005).

Problemi, ki jih osebe z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva najpogosteje navajajo, so:

- neenakost v dostopu do zdravstvenih informacij;
- obravnavo oseb z okvaro sluha kot z umsko manj zreli in manj inteligentnimi;
- izguba zaupanja in občutek izoliranosti;
- nezmožnost branja z ustnic zaradi prehitrega govorjenja ali uporabe zaščitnih mask;
- nerazumevanje glede prejemanja potrebne terapije ter stranskih učinkov;
- neustrezna razlaga in priprava pacienta na različne preiskave;
- nezmožnost odzvati se na klic v čakalnici (Iezzoni et al., 2004).

Mnogo oseb z okvaro sluha je poročalo, da jih zdravstveni delavci niso gledali, ko so se pogovarjali z njimi (Dean in Powell, 2009). Učinkovite komunikacijske strategije v zdravstvu so bistvene za izboljšanje zadovoljstva in zdravstvene pismenosti oseb z okvaro sluha. Na ta način bodo bolje opremljeni za prevzemanje ali vzdrževanje pozitivnega zdravstvenega stanja (Schiavo, 2007). K izboljšanju zdravstvene pismenosti oseb z okvaro sluha bi veliko doprineslo internetno komunikacijsko orodje. To komunikacijsko orodje bi osebam z okvaro sluha omogočalo relevantne in natančne zdravstvene informacije, ki bi bile napisane in prevedene v znakovni jezik za gluhe (Selič, 2004).

Dean in Powell (2009) podajata nekaj predlogov za izboljšanje komunikacije med osebami z okvaro sluha in zdravstvenim osebjem. Med pogovorom naj bodo zdravstveni delavci obrnjeni proti osebi z okvaro sluha in ne proti njegovemu spremljevalcu ali tolmaču. Za posamezno diagnozo je smiselno preveriti ali obstaja ustrezen prevod v znakovnem jeziku (za tiste osebe, ki imajo znakovni jezik za njihov prvi jezik).

Večina zdravstvenih informacij je prevedenih iz govorjenega ali pisanega jezika. Znano je, da pisani jezik zahteva visoko stopnjo pismenosti, kar predstavlja veliko oviro za osebe z okvaro sluha (Zazove et al., 2012). Beseda, ki se sliščemu posamezniku zdi osnovna in enostavna, lahko osebi z okvaro sluha predstavlja veliko oviro. Dokazano je bilo tudi, da je terminologija, ki jo uporabljajo zdravstveni delavci, osebam z okvaro sluha precej nedostopna. Niso namreč poučeni o zdravstveni in medicinski terminologiji (Andrade Pereira in Carvalho Fortes, 2010).

3.4 Tolmači slovenskega znakovnega jezika v Sloveniji

Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik je organizirano kot nevladna neprofitna organizacija, ki ji je država zaupala izvajanje javnih pooblastil z namenom zagotavljanja pravice do tolmačenja gluhih osebam. Združenje uresničuje pravico gluhih oseb do uporabe slovenskega znakovnega jezika, ki se uveljavlja z Zakonom o uporabi slovenskega znakovnega jezika (ZUSZJ). Osnovo za svoje delovanje ima združenje v ZUSZJ. Združenje organizira prostovoljno članstvo tolmačev slovenskega znakovnega jezika z namenom povezovanja poklicne skupine ter strokovnega izpopolnjevanja. Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik je pravna oseba zasebnega prava, katerega ustanoviteljica je Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije. Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik je redni član Evropskega foruma prevajalcev znakovnega jezika (EFSLI). Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik je organizirano kot zasebni zavod (Zavod Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik, 2013).

Združenje skrbi za strokovno usposobljenost tolmačev slovenskega znakovnega jezika ter s tem zagotavlja tolmačenje gluhih osebam slovenski govorni jezik in sliščim osebam slovenski znakovni jezik. Javna pooblastila, ki jih ima združenje, so vodenje liste tolmačev za znakovni jezik, predlaganje tarife za plačilo stroškov tolmača, zagotavljanje pokrivanja potreb po tolmačih na ozemlju celotne države, sodelovanje v Svetu za slovenski znakovni jezik,

vođenje evidence opravljenih storitev tolmačenja, sprejem pravilnika o disciplinski odgovornosti tolmača in reševanje ugovorov v zvezi s kakovostjo izvajanja storitve tolmačenja. Naloge, ki združenju pripadajo po zakonu, pa so sodelovanje v strokovnih komisijah pri odločanju o pravici gluhih do tolmača, razvijanje slovenskega znakovnega jezika, koordiniranje dela tolmačev, opravljanje strokovnih, administrativnih, tehničnih in drugih del za Svet za slovenski znakovni jezik. Naloge, povezane z razvojem storitve tolmačenja, so priprava in izvajanje tečajev slovenskega znakovnega jezika, priprava in izvajanje pripravljanih programov za pridobitev poklicne kvalifikacije tolmač/tolmačica slovenskega znakovnega jezika, izvajanje postopkov certificiranja za pridobitev nacionalne poklicne kvalifikacije tolmač/tolmačica slovenskega znakovnega jezika, skrb za permanentno izobraževanje tolmačev ter razvijanje, priprava in izdaja priročnikov in drugih nosilcev zvoka in slik za učenje slovenskega znakovnega jezika. Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik je tudi redni član EFSLI (Zavod Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik, 2013).

Informacije o možnosti pridobitve tolmača v Sloveniji so nazorno predstavljene na Zvezi društev gluhih in naglušnih Slovenije pod rubriko »Tolmač«.

Pravico do tolmača za znakovni jezik lahko gluha oseba uveljavlja po lastni presoji v obsegu 30 ur letno, gluha oseba, ki ima status dijaka ali študenta, pa zaradi dodatnih potreb, povezanih z izobraževanjem, lahko tudi več, vendar skupaj največ 100 ur letno. Gluha oseba uveljavlja pravico do uporabe znakovnega jezika neposredno pri Združenju tolmačev za slovenski znakovni jezik oziroma pri tolmačih z liste tolmačev. Delo tolmača za znakovni jezik plača gluha oseba z vavčerjem, ki ji ga izda center za socialno delo na podlagi odločbe o pravicah po tem zakonu. Plačilo stroškov tolmača za znakovni jezik krije ministrstvo, pristojno za invalidsko varstvo (Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, 2002).

Vavčer je blanket, opredeljen z vrednostjo. En vavčer je ena ura tolmačenja. Na vavčerju mora biti vpisana registrska številka izkaznice in registrska številka vavčerja. Vsak vavčer mora biti žigosan s strani pooblaščenega centra za socialno delo, v nasprotnem primeru je neveljaven (Zavod Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik, 2013).

4 ZAKONSKA DOLOČILA S PODROČJA GLUHIH IN NAGLUŠNIH V SLOVENIJI

Področje senzorne invalidnosti oziroma pravic oseb z okvaro sluha ureja vrsta zakonskih predpisov in dokumentov, s katerimi so tej skupini invalidov (vsaj na normativni ravni) zagotovljene enake možnosti izobraževanja, zaposlovanja, zdravstvenega in socialnega varstva ter druge oblike pomoči za zadovoljevanje njihovih posebnih potreb.

Ključni predpisi in programi, s katerimi se zagotavljajo enake možnosti in odpravlja diskriminacija na podlagi invalidnosti, so:

- 14. člen Ustave Republike Slovenije, v katerem so izrecno »zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katero koli drugo osebno okoliščino« (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).
- ZUSZJ gluhim osebam zagotavlja pravico do uporabe slovenskega znakovnega jezika v postopkih pred državnimi organi, organi lokalne samouprave, izvajalci javnih pooblastil oziroma izvajalci javne službe. Prav tako priznava pravico do uporabe znakovnega jezika v vseh drugih življenjskih situacijah, v katerih bi gluhoti pomenila oviro pri zadovoljevanju potreb. Gluhi osebi daje pravico do informiranja v prilagojenih tehnikah. Pravica se uresničuje z uveljavljanjem pravice do tolmača za slovenski znakovni jezik. Med drugim zakon definira znakovni jezik kot jezik sporazumevanja gluhih oseb oziroma naravno sredstvo za sporazumevanje gluhih oseb (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).
- Evropski parlament je leta 1988 in ponovno leta 1998 sprejel Resolucijo o znakovnih jezikih, v kateri je Evropsko komisijo in države članice pozval, naj uveljavljajo rabo znakovnega jezika ter omogočijo gluhim učenje in delo v njihovem izbranem jeziku (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).
- Državni zbor Republike Slovenije je na 37. seji 2. aprila 2008 sprejel Zakon o ratifikaciji Konvencije Organizacije združenih narodov o pravicah invalidov, ki je prvi pravno zavezujoči dokument Združenih narodov o človekovih pravicah invalidov (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).

- Zakon o izenačevanju možnosti invalidov (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a)
- Akcijski program za invalide 2007-2013 je namenjen vsem invalidom ne glede na vrsto invalidnosti ali njihovo starost. Program temelji na načelih zagotavljanja enakosti možnosti, prepoved diskriminacije na podlagi invalidnosti ter zagotavljanje dostopnosti kot predpogoja za uresničevanje pravic in socialno vključenost invalidov (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).
- Zakon o graditvi objektov v 17. členu določa zagotavljanje neoviranega gibanja funkcionalno oviranih oseb. To pomeni, da morajo vsi objekti v javni rabi, ki so na novo zgrajeni, in objekti v javni rabi, ki se rekonstruirajo, zagotavljati funkcionalno oviranim osebam dostop, vstop in uporabo brez grajenih in komunikacijskih ovir. Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje neoviranega dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi določa, da morajo biti gledališča, kinodvorane, dvorane za koncertne in druge kulturne prireditve ter konferenčne dvorane opremljene z ustreznimi napravami oziroma indukcijskimi zankami z ojačevalcem, ki omogočajo dober sprejem zvoka tudi ljudem, ki uporabljajo slušne aparate. Glavna pomanjkljivost zakona je, da za obstoječe objekte take obveznosti ne določa. Prav tako ni opredeljen časovni rok, kdaj naj bi bile že zgrajene stavbe ustrezno prilagojene (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).
- Prepoved oziroma preprečevanje diskriminacije na podlagi invalidnosti vsebujejo določbe Zakona o uresničevanju načela enake obravnave (2004), Zakona o delovnih razmerjih (2013), Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (2007) ter Zakona o preprečevanju nasilja v družini (2008) (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a).
- Pravilnik o izkaznici in vavčerjih (Pravilnik o izkaznici in vavčerjih, 2003).
- Tarifa za tolmače slovenskega znakovnega jezika (Tarifa za tolmačenje slovenskega znakovnega jezika, 2012).

Predpisi v pripravi:

- Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo
- Predlog zakona o osebni asistenci za invalide (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010c).

4.1 Mednarodni pogled

Organizacija združenih narodov (OZN), Svet Evrope, EU ter druge mednarodne institucije so za zagotavljanje pravic invalidnim osebam sprejele številne dokumente. Najpomembnejše med njimi, ki zadevajo tudi osebe z okvaro sluha, so navedene v nadaljevanju. Sprejeti dokumenti se lahko uporabljajo v obliki priporočil, navodil, protokolov, pravil in podobno. Republika Slovenija jih tudi na načelni ravni uporablja in vključuje v svojo notranjo zakonodajo. Najpomembnejši dokumenti so: Splošna deklaracija človekovih pravic, Deklaracija o pravicah invalidov, Dunajska deklaracija, Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, Resolucija o enakih možnostih za invalide, Resolucija o vključevanju invalidnih otrok in mladostnikov v splošne vzgojno-izobraževalne sisteme, Salamanška izjava in Resolucija o znakovnih jezikih za gluhe (Klepec, 2007).

Na internacionalni ravni se najpogosteje omenja Deklaracijo o človekovih pravicah, ki so jo sprejele Združene države leta 1948. Ta deklaracija razglaša, da morajo biti vse osebe obravnavane enako, ne glede na jezik in religijo. Konvencija proti diskriminaciji na področju izobraževanja (sprejeta s strani UNESCO leta 1960), prepoveduje diskriminacijo proti izobraževalnim službam. Najpomembnejši dokument, ki izboljšuje status oseb z okvaro sluha, je Konvencija o pravicah invalidnih oseb (sprejeta s strani Združenih držav, leta 1975). To je prvi legalni dokument na področju invalidnosti v Združenih državah. Zagotavlja promocijo človekovih pravic in zagovarja princip enakih možnosti dostopa do zdravstvenih storitev. V tej konvenciji je eksplicitno omenjen tudi znakovni jezik. Leta 1994 je bila s strani UNESCO sprejeta še Salamanška izjava. V izjavi je zapisano da je invalidne otroke in mladostnike obvezno izobraževati in jih vključevati v redne izobraževalne sisteme (Kosec, 2011).

Na Evropski ravni se omenja Evropsko parlamentarno resolucijo o znakovnih jezikih za gluhe in Resolucijo o znakovnih jezikih, ki sta naprošali Evropsko komisijo in njene člane, da bi legalno razpoznali znakovni jezik in tolmače kot profesijo. Naprošali so tudi, da bi se znakovni jezik predvajal na različnih televizijskih programih. Malgaška deklaracija poudarja enakopravne možnosti zaposlovanja. To je namreč bistvenega pomena za vključevanje v družbo (Kosec, 2011).

V letu 2009 sta Svetovna zveza gluhih in Švedsko nacionalno združenje gluhih objavila poročilo z naslovom » Deaf people and human rights«. Zbrani so bili podatki iz

triindevetdesetih držav. Ugotovili so, da imajo osebe z okvaro sluha v mnogih državah omejen dostop do različnih področij. Glavni vzrok teh omejitev je znakovni jezik (Ball, 2011).

4.1.1 Pregled stanja o uporabi znakovnih jezikov za gluhe v državah članicah Evropske unije

Po podatkih WFD je uresničitev Resolucije o znakovnih jezikih za gluhe zelo različna. Ker so resolucije evropskega parlamenta pravno neobvezujoče, se ureditev omenjenega vprašanja v posameznih državah članicah EU precej razlikuje (World Federation of the Deaf, 2006).

Osebe z okvaro sluha v vsakdanjem življenju po vsem svetu uporabljajo znakovni jezik kot različico govornega jezika. Znakovni jezik ni univerzalni jezik. V različnih državah uporabljajo različne znakovne jezike (World Federation of the Deaf, 2014). Po podatkih WFD je stanje o uporabi znakovnih jezikov za gluhe v državah članicah EU naslednje:

- Španija; položaj je v posameznih pokrajinah zelo različen. Nacionalnega registra tolmačev nimajo. Tolmači so združeni v združenji, ki sta neodvisni organizaciji, vendar med seboj dobro sodelujeta. Usposabljanje tolmačev je uradno priznано le v Kataloniji in traja povprečno dve leti. Večino služb za tolmačenje financira vlada.
- Grčija; uradnih statističnih podatkov o številu gluhih ni. Poklicnega usposabljanja tolmačev ni. Plačilo tolmačev je običajno strošek gluhih, včasih pa stroške tolmačev pokrijejo nevladne organizacije.
- Irska; uporabnikov znakovnega jezika gluhih je okrog 4000, s tolmačenjem znakovnega jezika pa se ukvarja 35 do 40 oseb. Poklicnega usposabljanja tolmačev nimajo, usposabljujejo se na tečajih. Vlada financira tolmača za razgovore o zaposlitvi. Tolmače občasno uporabljajo tudi državni organi, ki v teh primerih tudi krijejo njihove stroške.
- Francija; podatka o številu gluhih oseb nimajo, imajo pa priznanih 60 tolmačev znakovnega jezika. Tolmači se poklicno usposabljujejo preko tečajev v zasebnih šolah in na dveh univerzah. Država priznava le diplomo ene od univerz. Izobraževanja za uporabnike nimajo. Običajno tolmačenje plača naročnik, če pa je tolmačenje povezano z zaposlitvijo gluhe osebe, je plačnik državna institucija.
- Finska; na obeh univerzah poteka poklicno triletno usposabljanje za tolmače, v register tolmačev jih je vpisanih 363. Tolmačenje je zajamčeno po zakonu o storitvah

in pomoči invalidnim osebam iz leta 1988 v obsegu 120 ur letno. Vsaj enkrat letno organizirajo tečaje za nove tolmače in njihove uporabnike.

- Italija; število gluhih oseb je ocenjeno na 45.000, število tolmačev znakovnega jezika pa na 300 do 400. Poklicno usposabljanje tolmačev poteka dve do tri leta. Pravega izobraževanja za uporabnike ne organizirajo.
- Nemčija; v Nemčiji je približno 84.000 gluhih oseb in približno 400 tolmačev. Registra nimajo. Usposabljanje tolmačev poteka na univerzitetni ravni, poleg tega pa organizirajo dveletna usposabljanja za tolmače, ki že delajo kot tolmači. Znakovni jezik ni uradno priznan, vendar se vedno najde plačnik storitve tolmačenja, razen ko gre za zasebne zadeve, družinska srečanja, nakup avtomobila, obisk kinematografa in tako dalje. V teh primerih je plačnik gluha oseba sama. Sodišče in policija vedno pokličeta tolmača, tudi če to ne bi bilo potrebno, in sama krijeta stroške. Izobraževanja za uporabnike ni organiziranega, vendar so gluhi običajno bolj obveščeni od slišočih. Zasluge za to imajo lokalni klubi gluhih v sodelovanju s tolmači.
- Belgija; v severnem delu države je približno 5000 gluhih, ki so tesno povezani z gluhihimi v ostalih delih države. Usposabljanje tolmačev poteka v dveh centrih, traja pa tri leta. Vlada pokriva le manjši del stroškov tolmačenja.
- Švedska; na Švedskem je približno 10.000 gluhih oseb in 115 tolmačev znakovnega jezika, od katerih jih ima 10 univerzitetno diplomu. Za usposabljanje tolmačev na univerzitetni stopnji potekajo delovni tečaji, kasneje pa še polletni univerzitetni tečaji. Švedski parlament je že leta 1981 sprejel zakon, ki določa status znakovnega jezika gluhih kot prvega jezika gluhih in njihovo pravico do dvojezičnosti. Stroški tolmačenja se plačujejo iz državnih skladov, v nobenem primeru ni plačnik gluha oseba. Uradnega izobraževanja za uporabnike ni.
- Slovaška; v veljavi je zakon o znakovnem jeziku, ki ga priznavajo za komunikacijski jezik gluhih ter v celoti priznavajo uporabo tega jezika, pravico do izobraževanja tako za gluhe kot tolmače ter brezplačnost storitev tolmačev za gluhe ljudi.

Kot lahko razberemo iz zgoraj navedenih podatkov, se ureditev vprašanja znakovnih jezikov za gluhe v posameznih državah članicah EU precej razlikuje. Avstrija, Češka, Finska, Portugalska in Slovaška so status svojih nacionalnih znakovnih jezikov uredile v ustavah. Število tolmačev glede na populacijo gluhih je v posameznih državah zelo različno, največ tolmačev glede na število gluhih je na Finskem in na Švedskem. V teh skandinavskih državah, pa tudi v Franciji, Nemčiji in Belgiji poteka usposabljanje tolmačev na univerzitetni ravni. V

večini ostalih držav EU se tolmači usposabljaajo na tečajih, ki potekajo različno dolgo in nato opravljajo izpite za ocenjevanje usposobljenosti v znanju znakovnega jezika. Skrb za tolmačenje in razvoj nacionalnih znakovnih jezikov je ponekod, tudi v Sloveniji, prepuščena Združenjem tolmačev za znakovne jezike, v nekaterih državah imajo v te namene agencije za tolmače, drugod pa je to še vedno prepuščeno društvom gluhih in naglušnih (Klepec, 2007).

5 OSEBE Z OKVARO SLUHA V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Neenakost v zdravju posameznikov in zdravstvenem varstvu postaja za javno zdravstvene profesionalce, zdravstvene delavce, politike in celotno družbo vedno bolj zaskrbljujoča in potrebna velikih ukrepov (Barnett et al., 2011a). V vsaki družbi obstajajo manjše skupine ljudi (podskupine), ki so na različne načine zapostavljene. Ena takih skupin so tudi osebe z okvaro sluha. Osebe z okvaro sluha, ki uporabljajo ameriški znakovni jezik (AZJ), so slabše zdravstveno obravnavane in pogosto izključene iz različnih zdravstvenih raziskav in javnozdravstvenega nadzora. Velika večina oseb z okvaro sluha je gluha od rojstva ali zgodnjega otroštva. Biološke in socialne determinante zdravja nakazujejo na predispozicijo neenakosti (krivičnosti) v zdravstvu pri osebah z okvaro sluha (Barnett et al., 2011b).

Ugotovljeno je, da se osebe z okvaro sluha pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci večkrat soočajo z različnimi dvomi. To je najverjetneje glavni razlog, da uporabljajo zdravstveni sistem drugače kot slišča populacija (Steinberg et al., 2006). Tamaskar et al. (2000) so ugotovili, da se osebe z okvaro sluha rade izognejo obiskom v zdravstvenih ustanovah. Vzrok naj bi bil v neustrezni komunikaciji in pomanjkanju razpoložljivih tolmačev. Steinberg et al. (2006) so raziskovali dostopnost do zdravstvenega varstva pri osebah z okvaro sluha. Ugotovili so, da imajo tako pozitivne kot tudi negativne izkušnje. Pozitivne izkušnje so bile ugotovljene v situacijah, ko so zdravstveni delavci uporabljali znakovni jezik ali pa so si na nek način prizadevali za izboljšanje komunikacije. Kot glavna ovira so bili ugotovljeni komunikacijski problemi, kateri izzovejo občutke strahu, nezaupanja in razočaranja nad zdravstvenim sistemom. Osebe z okvaro sluha se bojijo posledic neustrezne komunikacije. Navajajo tudi, da nekateri zdravstveni delavci ne upoštevajo njihove inteligence, motivacije in želje po sodelovanju pri zdravstveni obravnavi (Steinberg et al., 2006). V urgentnih zdravstvenih ustanovah, kjer je potrebna hitra obravnava pacientov, je potrebno čimprejšnje zdravljenje, interakcija med pacienti in zdravstvenim osebjem pa je zelo kratka, je dostopnost za osebe z okvaro sluha toliko bolj kompromitirana (Kritzinger et al., 2014).

Prevalenca kroničnih bolezni je pri osebah z okvaro sluha v ZDA relativno visoka (Pollard et al., 2009). Incidenca zdravstvenih problemov je večja med osebami z okvaro sluha, kot pri slišči populaciji (Fellinger et al., 2005). Obenem osebe z okvaro sluha pogosto navajajo oteženo dostopnost do primarnega zdravstvenega varstva (Dean in Powell, 2009).

V Sloveniji je pri zagotavljanju dostopnega zdravstvenega varstva in lekarniške dejavnosti posebna skrb namenjena osebam z oviranostmi. Te so na primer pri svojih izbranih zdravnikih, če je to potrebno oziroma za to obstajajo možnosti, obravnavane prednostno.

V letu 2010 v poslovnih enotah Lekane Ljubljana ni bilo zabeleženih potreb po storitvah tolmačenja, kljub temu pa v zavodu ostajajo pri načrtu izobraževanja nekaj zaposlenih na področju znakovnega jezika.

V Zdravstvenem domu Ljubljana je bila leta 2010 storitev tolmačenja zagotovljena v 96 primerih obravnave pacientov z okvarami sluha (Žagar, 2010).

6 ZDRAVSTVENA PISMENOST OSEB Z OKVARO SLUHA

»Zdravstvena pismenost« (health literacy) je koncept, ki naj bi označil posameznikovo sposobnost ne samo branja, ampak tudi razumevanja in upoštevanja zdravstvenih navodil (Schillinger et al., 2002). Je stopnja, posameznikove sposobnosti sprejemanja informacij, komuniciranja in razumevanja zdravstvenih informacij, na podlagi katerih lahko nato sprejema primerne zdravstvene odločitve (U.S. Department of health and human services, 2011). Je pomemben napovedni znak zdravstvenih izidov posameznika (Kaphings et al., 2012). Evropski projekt zdravstvene pismenosti je definiriral štiri dimenzije zdravstvene pismenosti: dostopanje, razumevanje, vrednotenje in uporaba informacij, na podlagi katerih se posameznik lahko odloča v korist svojega zdravja skozi celo življenjsko obdobje (Doyle et al., 2012). Dokazali so, da je manjša zdravstvena pismenost pogosta med etničnimi manjšinami. Schullinger et al. (2002) je dokazal povezanost manjše zdravstvene pismenosti s slabšimi izidi zdravljenja, npr. slabo glikemično kontrolo in večjo pojavnostjo diabetične retinopatije pri diabetikih.

V obdobju eksplozije tehnološkega razvoja komunikacijskih orodij se je informiranost javnosti zelo izboljšala. Zasičenost z informacijami s področja zdravja postaja vse očitnejša. Medmrežje, časopisi, revije, radio, televizija in vsi ostali mediji predstavljajo vir zdravstvenih podatkov (Robertson in Currey, 2004). S širjenjem svetovnega spleta je velika količina zdravstvenih informacij postala lažje dostopna. Pri skoraj treh četrtinah ameriškega prebivalstva, ki uporabljajo splet, je postalo iskanje zdravstvenih informacij preko spleta ena od najpopularnejših vsakodnevnih spletnih aktivnosti (Karras in Rintamaki, 2012). Mnogi od dostopnih podatkov so pacientu nerazumljivi in jih težko vgrajujejo v svoje življenje. Poleg dostopnosti pa sta v ospredju zdravstvenega obveščanja tudi razumljivost posredovanih podatkov in možnost sprejemanja teh (Mifront Health in Europe, 2004). V ZDA so v letu 2012 izvedli raziskavo o tem, kako pogosto osebe z okvaro sluha pridobivajo zdravstvene informacije na spletnih straneh. Omenjena raziskava je pokazala, da informacije zelo pogosto pridobivajo na spletnih straneh. Vendar pa je zelo malo znanega o tem, kako osebe z okvaro sluha, na ta način pridobljene informacije dojemajo, kako do njih dostopajo in kako jih potem tudi uporabijo (Karras in Rintamaki, 2012). Suggs (2006) je identificiral vrsto problemov pripadajočih zdravstvenim informacijam pridobljenim s svetovnega spleta. Kot prvega je navedel ovire pri uporabi svetovnega spleta (omejena zdravstvena in tehnološka pismenost,

problematična »hardware« in »software« združljivost). Kot drugega je navedel vprašljivost kakovosti informacij in kot tretjega je izpostavil problematiko zasebnosti.

Kot posledica nepravičnega dostopa do pomembnih zdravstvenih informacij se odraža slaba zdravstvena pismenost, ki negativno vpliva na zdravje in kakovost življenja oseb z okvaro sluha (Barnett et al., 2011ba). Barnett et al. (2011a) opisujejo štiri vzroke, ki so osnova za neenakost v zdravju gluhih in naglušnih uporabnikov. Kot prvi vzrok je opisano pomanjkanje podatkov o zdravstvenem stanju gluhih in naglušnih. Vzrokov za to je več, eden med njimi je na primer tudi izključenost gluhih in naglušnih iz izvajanja anketnih vprašalnikov preko telefona. Posledično imamo malo podatkov o njihovem zdravstvenem stanju. Kot drugo je opredelil slabšo zdravstveno pismenost predvsem pri tistih osebah, ki so gluhe ali naglušne že od rojstva. Te osebe imajo vse življenje omejen dostop do informacij, katere so potrebne za razvoj osnovnega znanja pri vsakem človeku. Veliko oseb, ki so gluhe in naglušne od rojstva, na primer nikoli ni slišalo, kakšna je bila zgodovina oziroma zdravstveno stanje njihovih prednikov. Družinska zgodovina pa je prav pri kroničnih boleznih, kot so na primer sladkorna bolezen, bolezni srca in žilja in tako dalje, lahko velik rizični faktor. Kot tretji vzrok navaja oviro pri komuniciranju z znakovnim jezikom za gluhe. Zdravstveni delavci navajajo, da porabijo pri osebah z okvaro sluha veliko več časa kot pri slišočih. Poleg tega so tolmači pogosto težko dostopni in cenovno neugodni. In kot četrti vzrok navaja, da imajo lahko gluhe in naglušne osebe biološko predispozicijo za neenakost v zdravju. Znotraj maternične ali zgodnje otroške bolezni (prirojene bolezni) imajo lahko številne posledice, ena izmed njih pa je tudi gluhot (Barnett et al., 2011a).

Raziskave v preteklih desetletjih so dokazale, da naj bi bila ustna informacija pacientov vedno podkrepljena s pisno. Ta povečuje razumljivost in pomaga pacientom skrbeti za lastno zdravje (Gannon in Hildebrand, 2002). Izobraževalna gradiva naj bi bila napisana na primerni ravni znanja, vsebovala naj bi vse potrebne informacije in bila dostopna v pacientom razumljivem jeziku (Wilson et al., 2003). Nizka pismenost je pomemben dejavnik pri zdravstveni oskrbi (Lewis, 2003). Pomanjkanje izpostavljenosti verbalni komunikaciji v zgodnjih letih življenja pomeni slabšo pismenost pri teh osebah. Tipični odrasel Američan, ki je gluh od rojstva ima bralne sposobnosti na ravni devet ali deset let starega otroka. Tudi medicinski izrazi delov telesa, delovanja telesa, različnih bolezni in načinov zdravljenja so jim tuji. Tako omejeno besedišče vpliva tako na ustrezen opis pacientovega lastnega počutja kot tudi na razumevanje razlag (Reeves in Kokoruwe, 2005). Raziskave so pokazale, da je omejena pismenost

povezana s slabšim zdravstvenim stanjem, nižjo stopnjo hospitalizacije, omejenim znanjem o zdravstvenih informacijah in s premajhno uporabo preventivnih zdravstvenih storitev (Weiss, 2004). Ena od študij je pokazala, da zdravstvena oskrba v nekaterih populacijah redko oceni razumevanje in sprejemanje zdravstvenih informacij (Schillinger et al., 2003). Slovenci naj bi bili po funkcionalni pismenosti uvrščeni na 13. mesto v Evropi (od vseh 47 evropskih držav) (Informacijska pismenost, 2004).

Tako se je tudi cilj izobraževanja pacientov spremenil iz avtoritativnega dajanja navodil pacientom v pomoč pacientom pri učenju o njihovem lastnem zdravju in kako ga izboljšati (Freda, 2004). Izobražen pacient je najbolje pripravljen za aktivno sodelovanje pri lastnem zdravljenju (Peterson in Fretz, 2003).

6.1 Zdravstvena pismenost oseb z okvaro sluha na makro, mezo in mikro ravni

Če sodelovanje opredelimo kot eno od možnih oblik usklajevanja ljudi pri delu, se nam pojavi vprašanje, v kakšnih okoliščinah se pojavi in kateri dejavniki vplivajo nanj. Analize (San Martin-Rodriguez et al., 2005) so identificirale tri ravni, na katerih se oblikujejo ti vplivi. Prva je makro raven, ki vključuje systemske dejavnike, druga je mezo raven z organizacijskimi dejavniki in tretja je mikro raven, to so medosebne interakcije (Pahor, 2007). V nadaljevanju bodo vse tri ravni opisane v povezavi z zdravstveno pismenostjo oseb z okvaro sluha.

6.1.1 Makro raven

Najširši okvir delovanja ljudi oblikujejo različni sistemi, ki na globalni ravni določajo temeljna razmerja v družbi. Kot pomembni dejavniki vpliva na sodelovanje so omenjeni naslednji: družbeni sistem, kulturni sistem, poklicni sistem in izobraževalni sistem (Pahor, 2007).

Zdravstveni sistem in ministrstvo za zdravje lahko znatno prispevata k zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki je posledica dostopnosti in koriščenja zdravstvenih storitev, vključno s preventivnimi in z drugimi javnozdravstvenimi programi. Moramo se zavedati, da imajo na socialnoekonomske dejavnike večji vpliv resorji in politika zunaj zdravstvenega sistema.

Ustrezna univerzalna politika na področju izobraževanja, socialnega varstva, razvoja otroka in družine, aktivnega zaposlovanja, davčne zakonodaje in tako naprej je steber za zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki v povezavi s posebnimi podpornimi ukrepi za posebej ranljive ciljne skupine (med katere sodijo tudi osebe z okvaro sluha) lahko zagotovi želene dosežke (Buzeti in Gobec, 2012).

Mednarodne listine poudarjajo zlasti pomen komunikacijskih sredstev oziroma dostopa do informacij, kar je za gluhe osebe ključnega pomena za enakopravno življenje v družbi ter za njihov osebnostni in kulturni razvoj. Kljub dobri osnovi, ki jo dajejo navedeni mednarodni dokumenti, pa velja, da mnogi od njih niso zadovoljivo uresničeni v praksi in da ostajajo le na papirju (Klepec, 2007).

Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika (2002) gluhim osebam zagotavlja pravico do uporabe slovenskega znakovnega jezika v postopkih pred državnimi organi, organi lokalne samouprave, izvajalci javnih pooblastil oziroma izvajalci javne službe. Prav tako priznava pravico do uporabe znakovnega jezika v vseh drugih življenjskih situacijah, v katerih bi gluhoti pomenila oviro pri zadovoljevanju potreb. Gluhi osebi daje pravico do informiranja v prilagojenih tehnikah. Pravica se uresničuje z uveljavljanjem pravice do tolmača za slovenski znakovni jezik. Med drugim zakon definira znakovni jezik kot jezik sporazumevanja gluhih oseb oziroma naravno sredstvo za sporazumevanje gluhih oseb.

6.1.2 Mezo raven

Gluhe osebe so še posebej zapostavljene na področju informiranja, saj so zaradi okvare sluha prikrajšane do enakovrednega spremljanja vsebin, ki jih ponujajo raznovrstni mediji. Pri televizijskih medijih je zagotavljanje enakovrednega dostopa za gluhe in naglušne osebe povezano z dodatnimi sredstvi in vlaganji v tehnologijo, zato gluhim osebam v Sloveniji to možnost zaenkrat ponuja le slovenska javna televizija (Klepec, 2007). V okviru Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije deluje spletna televizija, ki osebam z okvaro sluha med drugim posreduje pomembne zdravstvene informacije. Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje se je na pobudo Zveze društev gluhih in naglušnih, ki je vrsto let opozarjala na nedostopnost urgentnih števil, odzvala na težavo z rešitvijo preko Wap sistema. Kliče se z mobilnega telefona prek spleta poveže z računalnikom v centru za

obveščanje in nato z operativcem izmenjujeta pisna sporočila o tem, kakšno pomoč kliče potrebuje. Pomembno vlogo na mezo ravni imajo različna društva gluhih in naglušnih (v Sloveniji deluje trinajst različnih društev), ki gluhim nudijo različne dejavnosti in možnosti izobraževanja. Na Zavodu za gluhe in naglušne v Ljubljani deluje zdravstvena enota, namenjena tudi gluhim in naglušnim otrokom. Deluje na področju različnih specialnosti (surdopedagogika, logopedija in druge) (Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana, 2013).

6.1.3 Mikro raven

Na mikro ravni lahko aktivnosti usmerimo predvsem v zdravstvene delavce, učitelje in posameznika. Sprva jih je potrebno motivirati za delo z osebami z okvaro sluha in jim nuditi kakovostno izobraževanje za delo na tem področju. Strokovni delavci naj dajejo kratka in jasna navodila. Potrebna je kombinacija ustnih in pisnih navodil. Za gluhe in naglušne je izjemno pomembno, da so informacije jasne, jedrnate, enoznačne in posredovane v nekoliko upočasnjem tempu. Med podajanjem vsebine naj strokovni delavec obvezno postavlja vprašanja za preverjanje, ali so razumeli vsebino, saj gluhi in naglušni zelo pogosto spretno prikrijejo dejstvo, da niso razumeli vsebine (Tabaj, 2010b).

Poleg tega je potrebno osebe z okvaro sluha tudi motivirati, da bodo same znale in želele poiskati informacije, povezane z zdravstvom, da bodo spremljale novosti na tem področju in se nenehno izobraževale.

7 PROGRAM IZOBRAŽEVANJA GLUHIH IN NAGLUŠNIH OSEB V SLOVENIJI

V Sloveniji so trije državni zavodi za vzgojo in izobraževanje:

- Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana – največji in najstarejši (ustanovljen leta 1900), edini, ki poleg vrtca in osnovne šole omogoča tudi program poklicnega in srednješolskega izobraževanja s poklicno maturo v smereh: grafike, tekstilstva, kovinarstva in lesarstva ter medijskega tehnika.
- Center za sluh in govor Maribor.
- Center za korekcijo sluha in govora Portorož (Cogito, 2005).

V zavodih se letno izobražuje nekaj čez 200 gluhih in naglušnih otrok in mladostnikov. Še večji delež otrok pa je integriran v redne šole, od vrtca do fakultete. Učenci in dijaki rednih šol imajo pravico do 5 ur pomoči tedensko, pa tudi do 100 dodatnih ur tolmačenja. Ta pravica velja za dodiplomski študij, za nadaljnji študij pa ni možnosti tolmačenja. Skrb za izobraževanje odraslih gluhih so prevzela društva in nacionalna zveza. Zanje pripravljajo predavanja, seminarje in delavnice. Poklicno izobraževanje ob delu pa je možno v Zavodu za gluhe in naglušne v Ljubljani. V zadnjih letih pa se s projektom izobraževanja na daljavo ukvarja Univerza v Mariboru. Večina gluhih si pridobi poklicno izobrazbo, manj srednjo izobrazbo, za študij pa se jih odloči izredno malo. Največkrat zaradi slabe pismenosti in slabega poznavanja slovenskega jezika (Cogito, 2005).

7.1 Zgodovina izobraževanja gluhih v Sloveniji

Preden je bil ustanovljen Zavod za gluhe in naglušne v Ljubljani, so se gluhi otroci premožnih staršev šolali v Gradcu, na Dunaju, v Celovcu, Linzu in Gorici, zato je še danes veliko podobnosti s tamkajšnjimi znakovnimi jeziki, predvsem z avstrijskim. Ti posamezni poskusi šolanja gluhih otrok in posebno njihovi javni izpiti so opozorili tedanjo javnost na potrebe šolanja gluhih pri nas (Podboršek in Krajnc, 2006).

Tako so leta 1840 v Gorici ustanovili prvi slovensko-italijanski zavod za gluhe otroke, ki je deloval do leta 1918 in imel oddelke v slovenskem jeziku. Ustanovitelj zavoda je bil Valentin Stanič, duhovnik, zdravnik, pisatelj, kmet, zidar, mizar in gornik. V šolo so sprejeli otroke iz

vse Primorske, tako jih je bilo v začetku trideset. Zavod je opravljal svoje poslanstvo vse do vojne, ko je za nekaj časa prenehal delovati, po letu 1919 pa je postal italijanski (Podboršek in Krajnc, 2006).

Leta 1866 so v Šmihelu pri Novem mestu uboge šolske sestre de Notre Dame v okviru svoje interne osnovne šole odprle oddelek za posebno obravnavanje gluhtonemih deklic (Lesar, 2007). Oddelek je bil odprt na predlog šmihelskega župnika Antona Peterlina (Podboršek in Krajnc, 2006). Leta 1900 ga je nasledil zavod za gluhe dečke in deklice s Kranjskega v Ljubljani (Lesar, 2007).

Naraščanje števila gluhih otrok je narekovalo potrebo po ustanovitvi zavoda, ki bi sprejemal deklice in dečke iz vse Slovenije. Tako so leta 1900 v Ljubljani svečano odprli Gluhonemnico (Podboršek in Krajnc, 2006).

Zavodi v Sloveniji so poučevali gluhe po oralni metodi. Do začetka 2. svetovne vojne so bile ustanovljene le štiri šole za gluhone, ki pa niso mogle zadovoljiti niti najosnovnejših potreb v izobraževanju gluhih, saj je bilo vanje vključeno le 25 % šoloobveznih gluhih (Lesar, 2007).

Zavod za gluhe v Ljubljani je bil v začetku zasebni zavod za vzgojo in izobraževanje gluhih otrok, z odlokom cesarsko-kraljevega ministrstva za prosveto in bogočastje pa je leta 1905 postal državni zavod. S tem je prenehala delovati šola za gluhe deklice v Šmihelu, le-te so bile od tam premeščene v Ljubljano. Potreba po ustanovitvi zavoda se je pokazala tudi na Primorskem in Štajerskem. Vsi trije, zavod v Ljubljani in oba pokrajinska centra, delujejo še danes (Podboršek in Krajnc, 2006).

7.2 Zavod za gluhe in naglušne v Ljubljani

Zavod je osrednja slovenska ustanova za celostno obravnavo gluhih in naglušnih otrok, oseb z govorno-jezikovno motnjo in oseb z motnjo avtističnega spektra. Ponaša se s tradicijo, ki traja že več kot 110 let. Ob vzgoji in izobraževanju otrok, mladostnikov in odraslih oseb izvaja tudi zdravstveno dejavnost v okviru javne službe. Vlogo in ugled si je zavod pridobil s svojo ustvarjalnostjo, plemenitostjo, inovativnostjo in strokovnim delom. Različni strokovnjaki vzgajajo in izobražujejo otroke in mladostnike od obdobja, ko je motnja diagnosticirana, do zaključka izobraževanja na srednji šoli. Njihova osnovna naloga je doseganje optimalnega

razvoja otrokovih sposobnosti na vseh področjih njegove osebnosti, s posebnim poudarkom na razvoju sluha, govora, jezika (slovenskega in SZJ) in na komunikaciji. Osnovna dejavnost obsega: vzgojo, izobraževanje in rehabilitacijo gluhih in naglušnih otrok in mladostnikov ter oseb s težavami v govorno-jezikovni komunikaciji na predšolski, osnovnošolski in srednješolski stopnji; vzgojo in izobraževanje otrok z avtistično motnjo; izobraževanje odraslih; surdopedagoško, logopedsko, psihološko in specialnopedagoško obravnavo; fizioterapijo in delovno terapijo ter specialistični ambulantni (Černilec, 2013).

7.2.1 Zdravstvena enota v zavodu

V zdravstveni enoti Zavoda za gluhe in naglušne Ljubljana izvajajo dejavnosti, ki so namenjene gluhim in naglušnim otrokom, mladostnikom, odraslim ter otrokom, mladostnikom in odraslim s težavami v govorni in jezikovni komunikaciji. Individualna obravnava je namenjena otrokom in mladostnikom, ki se izobražujejo v njihovem vrtcu, osnovni in srednji šoli ter ostalim osebam, ki niso deležni individualnih ambulantnih obravnav in so napoteni s strani zdravnika. V individualno obravnavo vključujejo tudi odrasle gluhe in naglušne osebe ter osebe z govorno-jezikovnimi težavami. So tudi posebej specializirani za pomoč osebam z govorno-jezikovno motnjo jecljanje. Poleg ambulant v Zavodu za gluhe in naglušne (ZGN) Ljubljana delujejo ambulate še na Jesenicah, v Kranju in Celju (Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana, 2013).

8 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN NAMEN DELA

V magistrskem delu želimo predstaviti komunikacijske ovire, s katerimi se srečujejo osebe z okvaro sluha (gluhi in naglušni) pri uporabi zdravstvenega varstva, z vidika pacienta oziroma uporabnika ter vlogo zdravstvene nege pri tem. Namen dela je ugotoviti specifične komunikacijske ovire gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva, njihove izkušnje z zdravstvenim varstvom in identificirati možne načine, kako bi stroka zdravstvene nege (v sodelovanju z drugimi strokami) lahko izboljšala dostopnost zdravstvenega varstva ter pomagala zagotoviti njihovo enakopravnost pri uporabi zdravstvenega varstva na makro, mezo in mikro ravni.

8.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

V raziskovalni nalogi so uporabljena tri raziskovalna vprašanja (RV). Predstavljena so v nadaljevanju.

RV1: Ali imajo večje težave pri uporabi zdravstvenega varstva mlajše ali starejše osebe z okvaro sluha?

RV2: Kje najpogosteje osebe z okvaro sluha pridobijo relevantne zdravstvene informacije?

RV3: Kakšni so predlogi oseb z okvaro sluha za izboljšanje kakovosti in zadovoljstva pri uporabi zdravstvenih storitev?

V raziskovalni nalogi je zastavljenih tudi pet hipotez (H), ki so predstavljene v nadaljevanju.

H1: Zdravstveni delavci med pogovorom z osebo z okvaro sluha (po mnenju oseb z okvaro sluha) govorijo prehitro in nerazločno.

H2: Informacije, ki jih osebe z okvaro sluha pridobijo od zdravstvenih delavcev, so nerazumljene ali napačno razumljene.

H3: Osebe z okvaro sluha najpogosteje pridobijo zdravstvene informacije na spletni strani Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije.

H4: Osebe z okvaro sluha so seznanjene z možnostjo pridobitve tolmača.

H5: Pridobitev tolmača je za osebe z okvaro sluha (po njihovem mnenju) cenovno ugodna.

9 METODE DELA

S pomočjo ključnih besed »gluhi in naglušni (deaf and hard of hearing)«, »zdravstveno varstvo (health care)«, »komunikacijske ovire (communication barriers)« smo iskali po bibliografskih bazah podatkov COBIB.SI (vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), CINAHL, Medline plus, Centers for Disease Control (CDC) in s pomočjo spletnega brskalnika Google učenjak.

V nadaljevanju je uporabljena kvantitativna raziskovalna metoda dela. V raziskavi je kot strategija uporabljena presečna študija, za katero je značilno, da pojav opazujemo samo na eni točki v določenem času.

Opravljeni so bili naslednji izračuni:

- izračun opisnih statistik za vsa vprašanja;
- izračun frekvenc in odstotkov za vsa vprašanja;
- preverjanje porazdelitve podatkov (grafično s histogrami, računsko s koeficientom asimetrije in koeficientom sploščenosti ter Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk testom);
- izračun srednjih vrednosti (aritmetična sredina, mediana);
- preverjanje razlik med dvema skupinama (neparametrični Mann-Whitney U test);
- preverjanje enakih verjetnosti s hi-kvadrat neparametričnim testom.

9.1 Izbrana populacija - vzorec

Izbrana populacija so polnoletni gluhi in naglušni uporabniki zdravstvenega varstva – člani društev gluhih in naglušnih po Sloveniji. Po podatkih Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije je bilo dne 6. 9. 2013 registriranih 5309 članov 13-ih društev po Sloveniji. Od tega je bilo 2643 žensk in 2592 moških, za 74 članov pa spol ni znan.

V raziskavo so vključene le polnoletne gluhe in naglušne osebe, ki so članice posameznih društev. Ob tem smo izpustili velik del gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva (tiste, ki niso vključeni v posamezna društva), ti pa so morda še bolj izpostavljeni obravnavani problematiki.

Za vzorčenje smo uporabili kvotni vzorec, vendar realizacija vzorca ni stoodstotna, zato so rezultati omejeno posplošljivi.

9.2 Instrument raziskave

Instrument, s katerim so bili zbrani podatki, je anketni vprašalnik, ki smo ga razvili sami. Anketni vprašalnik je bil predhodno testiran na desetih osebah (osebe z okvaro sluha in slišneči) ter z ekspertno evalvacijo. Anketni vprašalnik vsebuje pet sklopov, v katerih je različno število vprašanj. V prvem sklopu so vprašanja, ki se nanašajo na izkušnje gluhih in naglušnih s sistemom zdravstvenega varstva. V drugem sklopu so pridobljeni odgovori na vprašanja, kje najpogosteje pridobivajo zdravstvene informacije in ali jim društva nudijo dovolj opore v tej smeri. V tretjem sklopu so vprašanja, ki se nanašajo na tolmačenje v Sloveniji. V zadnjih dveh sklopih pa je možnost podajanja predlogov za izboljšanje in demografski podatki. V anketnem vprašalniku je bila uporabljena Likertova merska lestvica; glede na tip vprašanj pa so vprašanja zaprtega, odprtega tipa (2 vprašanja) in stopnjevanje alternative.

9.3 Opis raziskovalnega polja

V Sloveniji deluje trinajst društev gluhih in naglušnih. Posamezna društva se združujejo v Zvezo društev gluhih in naglušnih Slovenije. Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije (ZDGNS) je nevladna, strokovna invalidska organizacija, ki si vse od svoje ustanovitve leta 1931 v takratni Dravski banovini prizadeva za enakopraven družbeni položaj in pravice oseb z okvaro sluha: gluhih, naglušnih in gluhoslepih ter oseb s polževim vsadkom. S strokovnimi predlogi, opozorili in mnenji sodeluje s pristojnimi vladnimi organi in telesi. ZDGNS je reprezentativna invalidska organizacija s 6497 člani, združenih v 13 medobčinskih društev. Kot izvajalka 11 posebnih socialnih programov na državni in lokalni ravni ima status društva v javnem interesu na področju socialnega varstva za osebe z okvaro sluha (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2014).

V nadaljevanju bodo naštet društva gluhih in naglušnih (DGN) po Sloveniji. Vsako društvo ima spletno stran, kjer so predstavljeni njihovi kontaktni podatki, predstavitev društva, njihove aktivnosti in drugo. DGN Celje (www.dgn-celje.si), DGN Dolenjske in Bele krajine

(www.gluhinaglusni-dolenjske.net), MDGN za Gorenjsko Auris Kranj (www.auris-kranj.si), DGN Koper (gluhi-kp.awardspace.com), DGN Koroške (drustvo_gink@t-2.net), DGN Ljubljana (www.dgnl.si), MDG Ljubljana (www.mdgl.si), DGN Podravja Maribor (www.dgnp-mb.si), DGN Pomurja Murska Sobota (www.dgn-pomurja.si), DGN Posavja Krško (www.gluhi-naglusni-posavje.net), DGN Severne Primorske (www.dgnsp.si), MDGN Slovenske Konjice (www.mdgn-slkonjice.si), MDGN Velenje (www.mdgnvelenje.si).

9.4 Zbiranje podatkov

V raziskavo je bilo vključenih pet društev gluhih in naglušnih po Sloveniji. Povabilo (preko telefonskega pogovora in preko elektronske pošte) za sodelovanje v raziskavi je bilo posredovano vsem trinajstim društvom gluhih in naglušnih po Sloveniji, odzvalo se jih je pet. Preko telefonskega pogovora in elektronske pošte smo prišli v stik z vsemi društvi gluhih in naglušnih v Sloveniji (vseh skupaj je trinajst) ter pridobili podatke o številu članov v vsakem društvu ter informacijo o pripravljenosti za sodelovanje. Z društvi, ki so bila pripravljena na sodelovanje, smo se dogovorili za datum in uro srečanja. Posamezno društvo smo obiskali po predhodnem dogovoru v času, ko imajo predvideno srečanje članov (med tednom, v popoldanskem času). Z vodji društev smo se dogovorili, da na to srečanje povabijo čim več članov društva. Anketne vprašalnike smo osebno razdelili anketirancem, ti so jih takoj izpolnili s pomočjo tolmača in anketarja, saj je bila potrebna natančna obrazložitev posameznega vprašanja. V vlogi tolmača je bila naglušna oseba, ki dobro razume tako govorjeni kot tudi slovenski znakovni jezik. Ta oseba je predhodno tudi sama izpolnila anketni vprašalnik. Anketiranja so potekala od prvega marca do tridesetega julija 2014. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika s posameznim anketirancem je trajalo od pet do petnajst minut.

Anketirane osebe so pred pričetkom izpolnjevanja anketnega vprašalnika podale ustno soglasje za sodelovanje v raziskavi. Le štiri osebe niso bile pripravljene sodelovati. Dovoljenje etične komisije ni bilo potrebno. Potreben pa je bil vnaprejšnji dogovor s posameznimi društvi po Sloveniji in s tem pridobitev dovoljenja za dostop do raziskovalnega polja.

Podatke smo zbrali z anketnimi vprašalniki v papirni obliki. Udeležence smo obvestili, da bomo vprašalnike obravnavali zaupno in le za namen raziskave.

9.5 Obdelava podatkov

Izpolnjenih je bilo 90 anketnih vprašalnikov; vseh 90 je bilo tudi upoštevanih v statistični obdelavi. Podatke, ki smo jih dobili z anketiranjem, smo statistično obdelali s programom SPSS 21.0, v vseh primerih je upoštevana stopnja značilnosti 0,05. Pri preverjanju postavljene hipoteze smo uporabili interval zaupanja ($p < 0,05$).

Ob pregledu izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo vse podatke vnesli v excelovo razpredelnico. Nato smo s pomočjo programa SPSS 21.0 za vsa vprašanja izračunali opisne statistike (minimum, maximum, povprečje, standardno napako, standardno deviacijo, koeficient asimetrije, koeficient sploščenosti), frekvence in odstotke (percent, valid percent in cumulative percent). Porazdelitve podatkov smo preverjali grafično s histogrami, računsko s koeficientom asimetrije in koeficientom sploščenosti ter Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk testom. Pri nekaterih vprašanjih smo izračunali srednje vrednosti (aritmetična sredina, mediana). Razlike med dvema skupinama smo preverjali z neparametričnim Mann-Whitney U testom. Preverjanje enakih verjetnosti pa je potekalo s hi-kvadrat neparametričnim testom.

Zadnja štiri vprašanja (v anketnem vprašalniku), ki se nanašajo na demografske podatke, smo preverjali grafično s stolpičnim diagramom. To so vprašanja, ki se nanašajo na spol (opisna spremenljivka – dihotonka), status zaposlenosti (opisna spremenljivka – dihotonka), stopnjo izobrazbe (opisna spremenljivka – urejenostna) in starost (številska spremenljivka). Anketiranci so svojo starost zapisali v letih. Zato je bilo potrebno najprej oblikovati starostne skupine. Oblikovali smo jih osem (predstavljene so v poglavju rezultati). Starost anketirancev smo nato vnesli v starostne skupine in predstavili s pomočjo stolpčnega diagrama in opisno.

Pri raziskovalnem vprašanju 1 smo kot mlajše osebe obravnavali vse, ki so stari 18-40 let, kot starejše osebe smo obravnavali vse, ki so stari 41 let in več. Ker podatki niso normalno porazdeljeni, smo za analizo razlik med dvema skupinama anketirancev glede na starost uporabili neparametrični Mann-Whitney U test. Za analizo težav smo uporabili vprašanja o izkušnjah, in sicer 7 trditev ter splošno oceno zadovoljstva z zdravstvenim varstvom (trditve od 1 do 8 v anketnem vprašalniku). Rezultate smo predstavili s pomočjo histograma in opisno.

Pri raziskovalnem vprašanju 2 (nanj so odgovarjali s pomočjo anketnega vprašanja 9) smo poleg opisnih statistik izračunali frekvence in odstotke, ter rezultate grafično prikazali s pomočjo histograma in opisno.

Na anketno vprašanje 18, ki se nanaša na raziskovalno vprašanje 3, so anketiranci odgovarjali s prostimi besedami, saj je bilo to vprašanje odprtega tipa. Izračunali smo le, koliko anketirancev je odgovorilo na to vprašanje (v odstotkih). Nato smo na podlagi njihovih opisov naredili bistveni povzetek njihovih predlogov – opisno.

Hipotezo 1 smo preverjali na podlagi trditve 4 v anketnem vprašalniku. Za to trditev smo izračunali frekvenco, odstotek, veljaven odstotek in kumulativen odstotek. Ker podatki niso porazdeljeni normalno, smo kot ustrezno srednjo vrednost uporabili mediano ($Me=3$). Predstavljena je s pomočjo histograma in opisno.

Za preverjanje hipoteze 2 smo uporabili 4 trditve o izkušnjah gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva (trditve 3, 4, 5 in 6 v anketnem vprašalniku). Uporabili smo trditve, ki se nanašajo na razumevanje informacij s strani zdravstvenih delavcev. V kolikor so se anketiranci s trditvami popolnoma strinjali ali strinjali, pomeni, da informacije niso bile razumljene. V kolikor se anketiranci s trditvami sploh niso strinjali ali niso strinjali, pomeni, da so bile informacije razumljene. V kolikor so se s trditvami strinjali le delno, pomeni, da so bile informacije razumljene le delno. Izračunali smo še aritmetično sredino. Rezultati so predstavljeni s pomočjo tabele in opisno.

Hipotezo 3 smo preverjali na enak način kot raziskovalno vprašanje 2.

Hipotezo 4 smo preverjali na podlagi anketnega vprašanja 13. Izračunali smo opisne statistike, frekvenco in odstotke. Rezultate smo predstavili v obliki histograma in opisno.

Hipotezo 5 smo preverjali na podlagi anketnega vprašanja 17. Poleg opisnih statistik, frekvence in odstotkov smo kot ustrezno srednjo vrednost izračunali tudi mediano ($Me=2$), ker podatki niso porazdeljeni normalno. Porazdelitve podatkov smo preverjali grafično s histogramom. Predstavljeni so s histogramom in opisno.

9.6 Omejitve pri raziskovalnem delu

Pri raziskovalnem delu so se pojavile nekatere omejitve. Predstavljene so v nadaljevanju:

- Nezainteresiranost gluhih in naglušnih oseb za sodelovanje. Nekatere osebe z okvaro sluha niso bile pripravljene izpolniti anketnega vprašalnika, morda zaradi preobsežnosti anketnega vprašalnika ali nerazumevanja besedila.
- Nerazumevanje zastavljenih vprašanj v anketnem vprašalniku. Anketiranci so namreč težko povezali zastavljeno vprašanje s ponujenimi odgovori. Poleg tega zastavljenih vprašanj pogosto niso pravilno razumeli.
- V raziskavo so vključene le polnoletne gluhe in naglušne osebe, ki so članice posameznih društev. Ob tem smo izpustili velik del gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva (tiste, ki niso vključeni v posamezna društva), ti pa so morda še bolj izpostavljeni obravnavani problematiki.

10 REZULTATI

Rezultati raziskave so predstavljeni v obliki tabel, grafov in opisno - glede na zastavljena raziskovalna vprašanja in hipoteze.

10.1 Demografske značilnosti anketirancev

V raziskavi je sodelovalo 90 anketirancev ($N = 90$) 5-ih različnih društev gluhih in naglušnih po Sloveniji, toliko je bilo tudi pravilno izpolnjenih anketnih vprašalnikov. V nadaljevanju so pridobljeni podatki predstavljeni v pisni obliki in v obliki grafiknov.

V raziskavi je sodelovalo 42 moških (46,7 %) in 48 žensk (53,3 %).

V raziskavo so vključeni anketiranci različnih starosti. Vsi so polnoletni. Oblikovali smo osem starostnih skupin. V starostni skupini od 18 do 20 let so 3 anketiranci (3,3 %), v starostni skupini od 21 do 30 let je 19 anketirancev (21,1 %), v starostni skupini od 31 do 40 let je 14 anketirancev (15,6 %), v starostni skupini od 41 do 50 let je 11 anketirancev (12,2 %), v starostni skupini od 51 do 60 let je 14 anketirancev (15,6 %), v starostni skupini od 61 do 70 let je 14 anketirancev (15,6 %), v starostni skupini od 71 do 80 let je 13 anketirancev (14,4 %) in v starostni skupini od 81 do 90 let sta vključena 2 anketiranca (2,2 %).

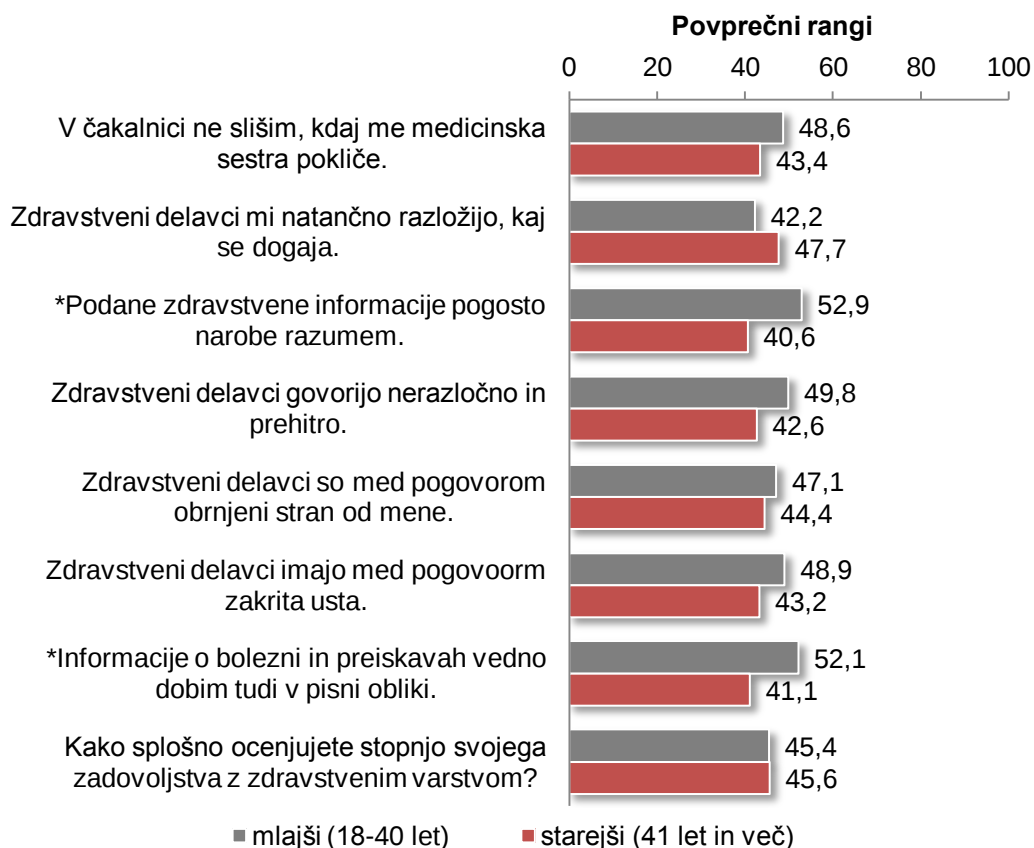
Oblikovali smo 6 izobrazbenih stopenj. Doseženo osnovnošolsko izobrazbo ima 14 anketirancev (15,6 %), srednješolsko izobrazbo (2-, 3- ali 4-letno) ima 59 anketirancev (65,6 %), splošno gimnazijo imajo zaključeno 4 anketiranci (4,4 %), višjo (strokovno) šolo 8 anketirancev (8,9 %), visoko šolo ali fakulteto 4 anketiranci (4,4 %), magisterij ali doktorat pa 1 anketiranec (1,1 %).

Na dan anketiranja je bilo zaposlenih 39 anketirancev (43,3 %), nezaposlenih pa 51 anketirancev (56,7 %).

10.2 Preverjanje raziskovalnih vprašanj

Raziskovalno vprašanje 1: Ali imajo večje težave pri uporabi zdravstvenega varstva mlajše ali starejše osebe z okvaro sluha?

Kot mlajše osebe smo obravnavali vse, ki so stari od 18 do 40 let. Kot starejše osebe smo obravnavali vse, ki so stari 41 let in več. Za tako starostno delitev smo se odločili, ker je bilo le nekaj respondentov v najnižji in najvišji starostni skupini. Zato je bilo te potrebno priključiti naslednji kategoriji. Ko smo pregledali glavno razpona starosti, se ta giblje v grobem med 20 in 80 let, zato je bil presek pri 40 letih smiselna sredina. Ker podatki niso normalno porazdeljeni, smo za analizo razlik med dvema skupinama anketirancev glede na starost uporabili neparametrični Mann-Whitney U test. Za analizo težav smo uporabili vprašanja o izkušnjah, in sicer 7 trditev ter splošno oceno zadovoljstva z zdravstvenim varstvom.



Lestvica odgovorov: 1 – Popolnoma se strinjam ... 5 – Sploh se ne strinjam

Slika 1: Težave pri uporabi zdravstvenega varstva glede na starost

Pregled povprečnih rangov kaže, da imajo v večini primerov večje težave (nižja vrednost rangov) starejši. Izjema je področje natančne razlage zdravstvenih delavcev, kaj se dogaja, kjer imajo večje težave mlajši. Razlike med mlajšimi in starejšimi v večini analiziranih trditev niso statistično značilne. Izjema sta dve trditvi, kjer imajo starejši statistično značilno več težav kot mlajši, in sicer:

- podane zdravstvene informacije pogosto narobe razumem – torej starejši pogosteje razumejo narobe kot mlajši,
- informacije o bolezni in preiskavah vedno dobim tudi v pisni obliki – torej starejši pogosteje ne dobijo informacij v pisni obliki (ali se tega ne zavedajo) kot mlajši.

Na področju splošnega zadovoljstva z zdravstvenim varstvom med mlajšimi in starejšimi ni statistično značilnih razlik – pri obeh skupinah je največji delež še kar zadovoljnih.

Raziskovalno vprašanje 2: Kje najpogosteje osebe z okvaro sluha pridobijo relevantne zdravstvene informacije?

Najpomembnejši vir pridobivanja zdravstvenih informacij je svetovni splet (36 %), sledita zdravnik (20 %) in televizija (13 %) – večina (69 %) anketirancev zdravstvene informacije pridobi najpogosteje na enem izmed treh navedenih virov. V društvu gluhih in naglušnih ali na spletni strani Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije pridobiva zdravstvene informacije 20 % anketirancev.

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšni so predlogi oseb z okvaro sluha za izboljšanje kakovosti in zadovoljstva pri uporabi zdravstvenih storitev?

Anketno vprašanje, ki nam poda odgovor na raziskovalno vprašanje 5, je odprtega tipa, kar pomeni, da so anketiranci nanj odgovarjali z lastnimi besedami. Ker osebe z okvaro sluha težko oblikujejo smiselne stavke, so najpogosteje zapisali le posamezne besede ali pa na vprašanje niso odgovorili. Od 90 anketirancev je na to vprašanje odgovorilo le 38, kar predstavlja le 42,2 % anketirancev. Predloge za izboljšanje, ki so jih podali, so opisno predstavljeni v nadaljevanju.

- Na vidnem mestu naj bo zabeleženo, da je oseba gluha ali naglušna, da zaradi preslišanja informacije ne pride do nepotrebnega čakanja (na primer v čakalnici).
- Zdravstveno osebje naj bi se naučilo nekaj osnovnih kretenj slovenskega znakovnega jezika in načinov komuniciranja z gluhi in naglušni (naj govorijo počasi in razločno, naj bodo obrnjeni k osebi, s katero govorijo, naj ne hitijo in naj bodo prijazni).
- Čim več informacij naj podajajo v pisni obliki z enostavnim besediščem.
- Čim hitrejši odziv klicnega centra v nujnih primerih, morda bi lahko v vsakem zdravstvenem domu imeli klicni center za gluhe in naglušne, ki bi takoj ustrezno odreagirali.
- Premagovanje komunikacije s tehničnimi pripomočki, na primer informacijske table v čakalnicah, kjer bi se izpisalo, kdaj je čakajoči na vrsti (kot je to urejeno v Urgentnem kirurškem bloku v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani), in kjer bi se lahko predvajale vse pomembne novosti s področja zdravstva za gluhe in naglušne.
- Večja dostopnost tolmačev.
- Več časa nameniti gluhi in naglušni ob obisku zdravnika.
- Večja možnost zamenjave zdravnika v primeru nezadovoljstva.
- Medicinske sestre naj v čakalnici pristopijo do gluhega ali naglušnega in ne posredujejo informacij »iz vrat«.
- Na spletnih straneh in televiziji, ki je prilagojena za gluhe in naglušne, naj bodo objavljene le verodostojne informacije, da se ob veliki količini neustreznih informacij gluhi in naglušni dodatno ne zmedejo.

10.3 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Zdravstveni delavci med pogovorom z osebo z okvaro sluha (po mnenju oseb z okvaro sluha) govorijo prehitro in nerazločno.

Največji delež anketirancev se le delno strinja s trditvijo, da zdravstveni delavci govorijo nerazločno in prehitro (39 %). S trditvijo se strinja 35 %, ne strinja pa se 27 % anketirancev. Ker podatki niso porazdeljeni normalno, smo kot ustrezno srednjo vrednost uporabili mediano ($Me = 3$), ki potrdi zgornji rezultat. Na osnovi predstavljenega rezultata potrjujemo hipotezo. Opomba: Pri tej trditvi tudi odgovor »delno strinjanje« velja, da govorijo prehitro in

nerazločno, saj ta odgovor pravzaprav pomeni, da v določeni meri tudi govorijo prehitro in nerazločno.

Hipoteza 2: Informacije, ki jih osebe z okvaro sluha pridobijo od zdravstvenih delavcev, so nerazumljene ali napačno razumljene.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili 4 trditve o izkušnjah gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva. Uporabili smo trditve, ki se nanašajo na razumevanje informacij, podanih s strani zdravstvenih delavcev. V kolikor so se anketiranci s trditvami popolnoma strinjali ali strinjali, pomeni, da informacije niso bile razumljene. V kolikor se anketiranci s trditvami sploh niso strinjali ali niso strinjali, pomeni, da so bile informacije razumljene. V kolikor so se s trditvami strinjali le delno, pomeni, da so bile informacije razumljene le delno.

Tabela 2: Razumevanje informacij, podanih s strani zdravstvenih delavcev

	1 - niso razumljene	2 - le delno razumljene	3 - so razumljene	Aritmetična sredina
Trditev 3: Podane zdravstvene informacije pogosto narobe razumem.	35.0	51.3	13.8	1.8
Trditev 4: Zdravstveni delavci govorijo nerazločno in prehitro.	38.8	43.8	17.5	1.8
Trditev 5: Zdravstveni delavci so med pogovorom obrnjeni stran od mene.	35.9	35.9	28.1	1.9
Trditev 6: Zdravstveni delavci imajo med pogovorom zakrita usta.	25.0	48.4	26.6	2.0

Na osnovi predstavljenih rezultatov odstotkov in aritmetične sredine zaključujemo, da so informacije, podane s strani zdravstvenih delavcev, v povprečju razumljene le delno. Le 13,8 % anketirancev podane informacije razume pravilno. Le 17,5 % anketirancev meni, da zdravstveni delavci govorijo dovolj razločno in primerno hitro. Le pri 28,1 % so zdravstveni delavci obrnjeni k pacientu in ne stran od njega med pogovorom. In le pri 26,6 % zdravstveni delavci nimajo zakritih ust med pogovorom. Na osnovi pridobljenih rezultatov lahko hipotezo potrdimo. Največji del je namreč takšnih, ki razumejo le delno, kar nekako lahko tolmačimo, da razumejo obenem tudi napačno, saj ne razumejo v celoti. Na drugi strani pa je tudi večji delež tistih, ki pravijo, da so informacije nerazumljene, kot tistih, ki so jih dejansko razumeli.

Hipoteza 3: Osebe z okvaro sluha najpogosteje pridobijo zdravstvene informacije na spletni strani Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije.

Najpomembnejši vir pridobivanja zdravstvenih informacij je svetovni splet (36 %), sledita zdravnik (20 %) in televizija (13 %) – večina (69 %) anketirancev zdravstvene informacije pridobi najpogosteje na enem izmed treh navedenih virov. Na spletni strani Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije zdravstvene informacije najpogosteje pridobiva 11 % anketirancev. Na osnovi pridobljenih rezultatov lahko hipotezo zavrnamo.

Hipoteza 4: Osebe z okvaro sluha so seznanjene z možnostjo pridobitve tolmača.

Želeli smo ugotoviti, ali so osebe z okvaro sluha seznanjene z možnostjo pridobitve tolmača. Večina anketirancev je seznanjena s tem, da imajo po zakonu pravico do pridobitve tolmača za obisk zdravnika (83 %), 17 % anketirancev je mnenja, da te pravice nimajo, 9 anketirancev je odgovorilo, da tega ne vedo. Na osnovi predstavljenih rezultatov potrdimo hipotezo.

Hipoteza 5: Pridobitev tolmača je za osebe z okvaro sluha (po njihovem mnenju) cenovno ugodna.

55 % anketirancev se strinja ali popolnoma strinja, da je pridobitev tolmača cenovno ugodna, medtem ko se jih dobra tretjina s tem strinja le delno. Le manjši delež anketirancev (10 %) meni, da pridobitev tolmača ni cenovno ugodna. Ker podatki niso porazdeljeni normalno, smo kot ustrezno srednjo vrednost izračunali mediano ($Me = 2$), katere rezultat prav tako potrjuje, da se anketiranci strinjajo o cenovni ugodnosti pridobitve tolmača. Na osnovi predstavljenih rezultatov hipotezo potrdimo.

11 RAZPRAVA

V naši raziskavi je delež žensk nekoliko večji od moških, vendar je razlika zelo majhna. To pa seveda ne pomeni, da je v Sloveniji več gluhih in naglušnih žensk kot moških, saj je veliko takih, ki v društva niso vključeni in nimamo točnega podatka o deležu vseh gluhih in naglušnih žensk in moških v Sloveniji. Skela Savič in sod. (2010) navajajo, da se številčnost starejšega prebivalstva v svetu letno poveča za 2,6 % in narašča hitreje kot pri ostalih starostnih skupinah prebivalstva. Menimo, da je s staranjem prebivalstva vedno več ljudi, ki sluh izgubijo v pozni starosti. Ti morda sploh ne vedo, da društva za gluhe in naglušne obstajajo. Za osebe, ki so celo življenje slišale informacije iz zunanjega sveta in so normalno komunicirale, lahko predstavlja izguba sluha v pozni starosti toliko večji problem, saj se poleg vseh problemov, ki so povezani s staranjem, naenkrat znajdejo še v svetu tišine. Perušek in sod. (2013) so mnenja, da staranje prebivalstva predstavlja izziv v današnji družbi v vseh zdravstveno izobraževalnih institucijah, ministrstvih in vladi.

Glede na starost anketirancev smo v raziskavo vključili le polnoletne člane društev gluhih in naglušnih. Zgornje starostne omejitve nismo postavili. V starostni skupini od 18 do 20 let so samo trije anketiranci. Ta podatek nas spodbuja k razmišljanju, da bi bilo potrebno gluhe in naglušne čim bolj zgodaj seznanjati s prednostmi vključevanja v omenjena društva, saj je to zelo pomembno za njihove socialne interakcije, za vključevanje v različne aktivnosti, za pridobivanje novih znanj in tako dalje. Do osemnajstega leta so vsega zgoraj naštetega deležni v sklopu šolskega izobraževanja, ob zaključku šolanja pa v primeru da ne pridobijo zaposlitve, obstaja velika nevarnost, da se gluhe in naglušne osebe začnejo zapirati vase, izgubijo socialne stike, imajo zmanjšane možnosti pridobivanja novih informacij. Zato se zdi vključevanje v posamezna društva tako pomembno. V ostalih starostnih skupinah, ki so bile predstavljene v poglavju Rezultati, je število anketiranih oseb približno enako razporejeno. Izstopa le najstarejša starostna skupina (od 81 do 90 let), v kateri sta le 2 anketiranca. Ta podatek ni presenetljiv, saj le malo ljudi doseže tako visoko starost ali pa se zaradi težav, ki se pojavijo s starostjo, niso več sposobni vključevati v društva. Lebar in sod. (2006) navajajo, da je za starejše ljudi med drugim ena najbolj problematičnih aktivnosti tudi transport. Zaradi omejene gibljivosti namreč težko pridejo v društvo ali pa za transport nimajo ustreznega prevoznega sredstva. Po podatkih Statističnega urada republike Slovenije (2014) doživi v Sloveniji zelo visoko starost razmeroma malo prebivalcev. V prvi polovici letošnjega leta je

bilo starih 100 ali čez 100 let 238 prebivalcev, od tega 37 moških in 201 ženska. Ena od možnih razlag pa je morda tudi ta, da gluhi in naglušni, ki trenutno dosegajo visoko starost, nikoli niso bili seznanjeni z možnostjo vključitve v društvo, kljub temu da bi si tega morda želeli. Ko že govorimo o seznanjenosti gluhih in naglušnih ne smemo pozabiti omeniti, kako pomembno je zadostno pridobivanje različnih informacij z različnih področij in širok pogled na svet. Že v mladosti je potrebno začeti mlade spodbujati k čim večji razgledanosti.

Splošna razgledanost posameznika in njegova zdravstvena pismenost sta bistvenega pomena za učinkovito delovanje v družbi in lastnem življenju. Babnik in sod. (2013) navajajo, da se v zdravstveni negi krepi pomen zdravstvenovzgojnega dela v obliki skupinske obravnave pacientov in individualnega dela s posameznim pacientom. Pacienti tako pridobivajo veščine, informacije (znanje) in motivacijo za ohranjanje zdravja in spreminjanje nezdravega življenjskega sloga, za kakovostno življenje s kroničnim obolenjem ali za kakovostno življenje po poškodbi ter za uspešno rehabilitacijo. Hoyer (2005) poudarja, da je zdravstvena vzgoja del splošne vzgoje in pomemben dejavnik napredka posameznika in celotne skupnosti; je odraz splošne izobrazbe in kulture posameznika ter celotnega naroda. Zdravstvena vzgoja je torej proces, katerega temeljni cilj je zdravstvena pismenost posameznika in populacije. Na pomen zdravstvenovzgojnega dela opozarja tudi strategija evropske unije na področju zdravstva (White paper, 2007), saj ga opredeljuje kot eno ključnih aktivnosti za doseganje skupnih vrednot zdravja, to je kot promocijo programov zdravstvenega opismenjevanja za različne starostne skupine. V raziskavi, ki smo jo izvedli, je največji delež gluhih in naglušnih s srednješolsko izobrazbo. Takoj za tem so gluhe in naglušne osebe, ki imajo le osnovnošolsko izobrazbo. Zelo majhen pa je delež takih, ki imajo višje ali visokošolsko izobraževanje ter magisterij ali doktorat.

Menimo, da na zdravstveno pismenost in kakovostno življenje poleg izobrazbe močno vpliva tudi status zaposlitve. V izvedeni raziskavi je približno 43 % anketirancev zaposlenih in 57 % nezaposlenih. Pri tem je potrebno omeniti, da v anketnem vprašalniku nismo dali možnosti odgovora – upokojen. Zato je težko oceniti, kakšen odstotek ljudi, ki sodijo v delovno skupino, je zaposlenih. Velik del je namreč takih, ki so morda bili celo življenje zaposleni, vendar so trenutno upokojeni. Morda pa je ta podatek lahko spodbuda za nadaljnje raziskovanje – kakšno je stanje zaposljivosti med gluhi in naglušnimi v Sloveniji?

Ko govorimo o splošni razgledanosti posameznika in njegovi zdravstveni pismenosti, pa se nam zastavi tudi vprašanje, kje pravzaprav osebe z okvaro sluha pridobivajo relevantne zdravstvene informacije? Po podatkih, pridobljenih iz izvedene raziskave, je za gluhe in naglušne najpomembnejši vir pridobivanja zdravstvenih informacij medmrežje. Sledita zdravnik in televizija. Najpogostejše gledane teme na spletu so zdravstvene informacije (McMullan, 2006). Reuters (2003) poroča, da v povprečju 53 % Američanov išče zdravstvene informacije na svetovnem spletu. V zadnjem desetletju je število odraslih oseb, ki iščejo zdravstvene informacije na spletu, še narastlo (McMullan, 2006). Raziskave v EU pa kažejo, da so za Evropejce zdravstveni delavci glavni vir pridobivanja zdravstvenih informacij in le četrtnina Evropejcev pridobiva zdravstvene informacije na spletu (European Commission, 2003). Od vseh treh naštetih virov je najbolj verodostojen vir informacij zdravnik. Kako verodostojne so informacije, pridobljene s svetovnega spleta in televizije (spletna pismenost oziroma medijska pismenost), ne vemo. Če je torej svetovni splet najpomembnejši vir pridobivanja zdravstvenih informacij, bi bilo smiselno gluhe in naglušne v prvi vrsti ozaveščati, kako ob vsej obilici informacij na spletnih omrežjih poiskati take, ki bodo zanesljive in obenem enostavne za razumevanje. Zdravstvene informacije, ki so objavljene na različnih uradnih spletnih zdravstvenih straneh, so pogostokrat kot sami menimo napisane preveč strokovno in zahtevno za gluho in naglušno populacijo. Po drugi strani pa so morda napisane premalo zahtevno, saj so med gluhimi in naglušnimi tudi visoko izobražene osebe. Najbolj učinkovito bi morda bilo, da bi gluhi in naglušni skušali čim več informacij pridobiti s spletnih strani ali programov, ki so prilagojeni prav njim. To so na primer Spletna TV na spletni strani Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije ali različne oddaje na televiziji, ki so podkrepljene s slovenskim znakovnim jezikom (teh je žal bolj malo). Seveda pa je potem dolžnost teh medijev, da posredujejo čim bolj relevantne, kakovostne in verodostojne informacije ter količinsko dovolj bogate.

Informacije, ki jih gluhi in naglušni pridobijo pri zdravniku in so verodostojne, pa bi bilo smiselno predložiti tudi v pisni obliki na njim prilagojen način. Le ob večkratnem prebiranju informacij se te namreč lahko vtisnejo v spomin. Zelo slab odstotek anketirancev je izbral odgovor – v šoli. Slednje je tudi precej zaskrbljujoč podatek, saj bi lahko že v zgodnjem otroštvu pričeli z zdravstvenim opismenjevanjem gluhih in naglušnih. S tem bi morda bistveno izboljšali kakovost njihovega zdravstvenega stanja in zadovoljstva z zdravstvenim sistemom.

V številnih državah so v šolskem prostoru zaposlene tako imenovane šolske medicinske sestre (angl. School nurses), ki v najširšem pomenu skrbijo za zdravje šolarjev. Vloge in obveznosti šolske medicinske sestre vključujejo mrežo aktivnosti, ki pomembno prispevajo k razvoju in blagostanju šolskih otrok in mladostnikov (Krause Parello in Samms, 2010). Poklic šolske medicinske sestre bi pomenil za naš prostor nov pristop. Deloma se ponekod v Sloveniji diplomirane medicinske sestre vključujejo v šolo z izvajanjem programirane zdravstvene vzgoje, toda tradicionalno se širši obseg del in nalog s področja zdravstvene nege šolskih otrok in mladostnikov v okviru primarnega zdravstvenega varstva izvaja v zdravstvenem domu. Zdravstvenih storitev v šolskem prostoru medicinska sestra ne opravlja (Torkar in sod., 2013).

Na podlagi raziskovalnega vprašanja »Ali imajo večje težave pri uporabi zdravstvenega varstva mlajše ali starejše osebe z okvaro sluha« pridobimo podatek, da imajo v večini primerov starejši večje težave. Ta podatek je bil pričakovan, saj so mlajše generacije bolj sposobne prilagajanja okolju. Petek Šter in Kersnik (2004) navajata, da se obravnava starostnikov razlikuje od obravnave mlajše populacije po vsebini, čas posveta je daljši, obiski v ambulantni pa so pogostejši. Izjema je trditev »Zdravstveni delavci mi natančno razložijo, kaj se dogaja«, kjer imajo večje težave mlajši. Morda je vzrok v tem, da so mlajše generacije vedno bolj zahtevne in si želijo čim bolj natančnih informacij. Starejše generacije, ki so bile deležne drugačne vzgoje že v otroštvu, pa se morda hitreje zadovoljijo s prejetimi informacijami. Iz analize zgoraj omenjenega raziskovalnega vprašanja je razvidno tudi, da le v polovici primerov osebe z okvaro sluha pridobijo informacije tudi v pisni obliki. Želeli bi si, da bi bil ta odstotek bistveno večji, saj bi na ta način veliko pripomogli k bolj kakovostni in celostni obravnavi gluhih in naglušnih oseb v sistemu zdravstvenega varstva.

Na področju splošnega zadovoljstva z zdravstvenim varstvom med mlajšimi in starejšimi (v naši raziskavi) ni pomembnih razlik. Pri obeh skupinah je največji delež še kar zadovoljnih. O slabšem zadovoljstvu gluhih in naglušnih z zdravstvenim varstvom poročajo tudi nekateri tuji avtorji. V nadaljevanju so navedena le nekatera mnenja.

»Pri osebah z okvaro sluha prihaja do nerazumevanja ali napačnega razumevanja podanih informacij, nezadovoljstva in slabšega zdravstvenega stanja, kar pa predstavlja velik problem v sodobni družbi (Barnett et al., 2011a).«

»Uporabniki zdravstvenih storitev z okvaro sluha izražajo nižje zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvene obravnave in bolj otežen dostop do različnih zdravstvenih informacij v primerjavi s slišečimi uporabniki zdravstvenih storitev (Iezzoni et al., 2004).«

»Učinkovite komunikacijske strategije v zdravstvu so bistvene za izboljšanje zadovoljstva in zdravstvene pismenosti oseb z okvaro sluha. Na ta način bodo bolje opremljeni za prevzemanje ali vzdrževanje pozitivnega zdravstvenega stanja (Schiavo, 2007, cit. po Smith et al., 2012).«

Od veščin za komuniciranje s pacienti, še posebej s starimi in z njihovimi svojci, je odvisen z ene strani uspeh zdravljenja, z druge pa ugled zdravstva in zdravstvenih poklicev, saj je znano, da na zadovoljstvo ljudi z zdravstveno ustanovo in njenim osebjem zelo vpliva dejstvo, kako zna osebje komunicirati z njimi (Ramovš, 2010).

In kakšni so predlogi oseb z okvaro sluha za izboljšanje kakovosti in zadovoljstva pri uporabi zdravstvenih storitev? Na to vprašanje je odgovorilo zelo malo anketirancev (42,2 %). Morda je razlog v tem, da je bilo vprašanje odprtega tipa in so anketiranci morali nanj odgovarjati z lastnimi besedami. Težko so oblikovali smiselne stavke, zato so najpogosteje zapisali le posamezne besede. Iz zapisanega je bilo pogosto težko razbrati, kaj želi anketirani sporočiti. Iz vseh zapisanih odgovorov smo oblikovali nekakšen povzetek bistvenih predlogov.

Osebe z okvaro sluha bi si želele, da bi bilo na vidnem mestu zabeleženo, da je oseba gluha ali naglušna, da zaradi preslišanja informacij ne pride do nepotrebnega čakanja (na primer v čakalnici). Ta podatek bi lahko bil zabeležen na kartici zdravstvenega zavarovanja (KZZ). Ob predložitvi KZZ bi zdravstveno osebje to takoj zaznalo in bi osebo z okvaro sluha od vsega začetka ustrezno obravnavalo.

Anketiranci navajajo, da bi bilo smiselno, da bi se zdravstveno osebje naučilo nekaj osnovnih kretenj slovenskega znakovnega jezika in načinov komuniciranja z gluhi in naglušnimi. Pod ustrezne načine komuniciranja zagotovo sodi počasno in razločno govorjenje, da so zdravstveni delavci z obrazom obrnjeni k osebi, s katero se pogovarjajo, da ne hitijo pri pregledu in skušajo biti čim bolj vljudni in prijazni. Posebej navajajo, da si želijo, da medicinske sestre v čakalnici pristopijo do gluhega ali naglušnega in ne posredujejo informacij »iz vrat«. Samo s pomočjo ustreznega medosebnega odnosa lahko vzpostavimo zaupanje med osebo z okvaro sluha in zdravstvenim delavcem.

Anketiranci si želijo čim hitrejši odziv klicnega centra v nujnih primerih. Predlagajo, da bi v vsakem zdravstvenem domu imeli klicni center za gluhe in naglušne, ki bi takoj ustrezno odreagirali. S pisanjem sms sporočil osebe z okvaro sluha porabijo veliko več časa kot slišče, ki se sporazumevajo z govorom.

Predlagajo komuniciranje s tehničnimi pripomočki, na primer informacijske table v čakalnicah, kjer bi se izpisalo, kdaj je čakajoči na vrsti (kot je to urejeno v Urgentnem kirurškem bloku v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani), in kjer bi se lahko predvajale vse pomembne novosti s področja zdravstva za gluhe in naglušne.

Na spletnih straneh in televiziji, ki je prilagojena za gluhe in naglušne, naj bodo objavljene le verodostojne informacije, da se ob veliki količini neustreznih informacij gluhi in naglušni dodatno ne zmedejo.

S strani anketirancev so bile izražene tudi želje, da bi čim več informacij dobili tudi v pisni obliki z enostavnim besediščem, da bi se gluhim in naglušnim ob obisku zdravnika namenilo več časa, da bi bila dostopnost tolmačev večja ter da bi imeli večjo možnost zamenjave zdravnika v primeru nezadovoljstva.

Iz pridobljenih rezultatov raziskave lahko potrdimo hipotezo, da zdravstveni delavci (po mnenju oseb z okvaro sluha) govorijo prehitro in nerazločno. Zato se predlog anketirancev o poučevanju zdravstvenega osebja o ustrezni komunikaciji z osebami z okvaro sluha zdi smiselni. Zapisano lahko podkrepimo tudi z ugotovitvami tujih avtorjev. Barnett et al. (2011a) so mnenja, da zdravstveni delavci pogosto pozabljamo, kako pomembna je ustrezna komunikacija z osebo z okvaro sluha. Kljub temu da se morda nekateri zavedajo pomembnosti tega, pa zaradi premajhne ozaveščenosti ne poznajo načinov komunikacije z osebami z okvaro sluha oziroma ne znajo pravilno pristopiti.

Kot posledica nerazločnega in prehitrega govorjenja zdravstvenih delavcev se pojavi nerazumevanje ali napačno razumevanje informacij. Slednji problem je bil tudi obravnavan v eni od naših hipotez. Informacije, podane s strani zdravstvenih delavcev, so v povprečju razumljene le delno.

Na podlagi izvedene raziskave lahko rečemo, da so osebe z okvaro sluha seznanjene z možnostjo pridobitve tolmača. Obenem lahko potrdimo tudi hipotezo, ki pravi, da je pridobitev tolmača za osebe z okvaro sluha (po njihovem mnenju) cenovno ugodna. Več kot

polovica anketirancev se s to trditvijo popolnoma strinja, dobra tretjina pa se jih s tem delno strinja.

V Zakonu o uporabi slovenskega znakovnega jezika (2002) je zapisano, da so državni organi, organi lokalne samouprave, izvajalci javnih pooblastil oziroma izvajalci javne službe dolžni zagotoviti gluhi osebi tolmača za znakovni jezik na zahtevo gluhe osebe ali po uradni dolžnosti takoj, ko gluha oseba predloži na vpogled dokument, s katerim ji je priznana pravica do tolmača. Pravica do tolmača se uveljavlja v obsegu in na način, ki omogoča uveljavljanje pravic po načelu enake dostopnosti. Plačilo stroškov tolmača za znakovni jezik zagotovijo državni organi, organi lokalne samouprave, izvajalci javnih pooblastil in izvajalci javne službe v letnih finančnih načrtih (Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, 2002).

Glede na to, da se dobra tretjina anketirancev le delno strinja s cenovno ugodnostjo, bi bilo morda v anketnem vprašalniku smiselno zastaviti tudi podvprašanje, kaj je vzrok temu. Morda je vzrok v premajhnem številu pripadajočih vavčerjev.

12 SKLEP

Kot je razvidno iz izvedene raziskave se osebe z okvaro sluha vsakodnevno srečujejo z različnimi komunikacijskimi ovirami pri uporabi zdravstvenega varstva. Njihove izkušnje z zdravstvenim varstvom bi lahko bile bistveno boljše. Dostopnost tolmačev ni vedno zagotovljena vsakemu posamezniku. Kakovost pridobljenih zdravstvenih informacij pa je vprašljiva. Vse te trditve so razlog za nezadovoljstvo oseb z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva in neenakopravno obravnavo v sistemu zdravstvenega varstva. Kakšna je pri tem torej vloga medicinske sestre in kaj lahko na tem področju naredi stroka zdravstvene nege?

Ob pregledu predmetnika, osnovnošolskega in srednješolskega programa, na Zavodu za gluhe in naglušne v Ljubljani, smo ugotovili, da v predmetnik ni vključenega predmeta, povezanega z zdravjem oziroma zdravstveno vzgojo. Menimo, da bi bilo smiselno v predmetnik vključiti predmet z zdravstvenimi vsebinami, saj bi na ta način otroke že v osnovni in srednji šoli začeli seznanjati z zdravim načinom življenja in razvijati zdravstveno pismenost. V proces bi lahko vključili diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika ali magistro/magistra zdravstvene nege, ki bi na podlagi svojih kompetenc podajal učencem ustrezne zdravstvene vsebine. Zdravstveno pismenost in zdravstveno oskrbo oseb z okvaro sluha bi lahko izboljševali tudi s pomočjo dodatnih interesnih dejavnosti v šolah ali v obliki izbirnih predmetov, povezanih z zdravstveno vzgojo. Ena izmed možnosti pa je morda tudi, da bi diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki ali magistric/magistri zdravstvene nege nekajkrat letno obiskali različne osnovne in srednje šole po Sloveniji ter izvajale delavnice in predavanja, povezana z zdravstveno vzgojo. Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki ali magistric/magistri zdravstvene nege in drugo zdravstveno osebje bi bilo smiselno povabiti tudi v različna društva gluhih in naglušnih po Sloveniji, kjer bi izvajali različne delavnice in izobraževanja na temo zdravja in zdravega načina življenja. Na ta način bi morda lahko poskrbeli za kontinuirano osveščanje oseb z okvaro sluha s področja zdravstva od zgodnjega otroštva, pa vse do pozne starosti.

Menimo, da bi s spodbujanjem razvoja ciljanih preventivnih dejavnosti za osebe z okvaro sluha v zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah lahko veliko pripomogli h kakovostnejši obravnavi posameznika, njegovega zdravstvenega stanja in zdravstvene pismenosti.

Poleg tega menimo, da bi bilo smiselno v času študija študentom zdravstvenih strok ponuditi možnost izbirnega predmeta ali ob-študijske dejavnosti – tečaj slovenskega znakovnega jezika. To možnost že imajo študentje Medicinske fakultete v Ljubljani. Na ta način bi medicinske sestre in druge zdravstvene delavce lahko seznanili z osnovnimi veščinami komuniciranja z osebo z okvaro sluha.

Vloga zaposlenih na področju zdravstvene nege je, da prepozna problem slabše zdravstvene pismenosti oseb z okvaro sluha in jim nudi kakovostne in potrebne informacije za ohranjanje in izboljševanje zdravja ter preprečevanje bolezni. V primeru že prisotne bolezni pa je potrebno v okviru zdravstvene vzgoje podajati ustrezne informacije o bolezni ter možnostih za izboljšanje bolezni. Potrebni so ustrezni dodatni ukrepi na makro in mezo ravni, predvsem pa realizacija ukrepov v praksi na mikro ravni. Osebe z okvaro sluha je potrebno seznaniti z vsemi možnostmi, ki so jim nudene za ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni ali ukrepanje v nujnih primerih. Pomembna informacija za osebe z okvaro sluha je med drugim tudi delovanje dežurnega tolmača.

Želeni končni izid je zdrav in ustrezno informiran posameznik, ki si želi in zna pridobiti potrebne informacije za ohranjanje zdravja. Pomembno je, da si za gluhega človeka, ki pride v ambulantno ali bolnišnico, vzamemo čas, smo z njim potrpežljivi, govorimo razločno, počasi, si ne zakrivamo ust in smo spoštljivi. Zagotovimo mu tudi možnost prejema razumljivih informacij v pisni obliki. Na koncu je vedno smiselno preveriti, ali in koliko prejetih informacij je oseba z okvaro sluha razumela. Vse zgoraj omenjeno je lahko ključ za kakovostno obravnavo osebe z okvaro sluha za doseganje visoke stopnje zadovoljstva in pozitivnega zdravstvenega stanja.

13 LITERATURA

Andrade Pereira PC, Carvalho Fortes PA (2010). Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *Am Ann Deaf*. 155 (1): 31–7.

Babnik K, Štemberger Kolnik T, Bratuž A (2013). Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzor Zdrav Neg*. 47 (1): 62–73.

Ball AR (2011). Equal accessibility for sign language under the convention on the rights of persons with disabilities. *Case W Res J Int L*. 43 (3): 759–98.

Barnett S, McKee M, Smith SR, Pearson TA (2011a). Deaf sign language users, health inequities, and public health: Opportunity for social justice. *CDC*. 8 (2): 1–6.

Barnett S, Klein JD, Pollard RQ et al. (2011b). Community participatory research with deaf sign language users to identify health inequities. *Am J Public Health*. 101 (12): 2235–8.

Berry JA, Stewart AJ (2006). Communicating with the Deaf During the Health Examination Visit. *J Nurs Pract*. 2 (8): 509–15.

Bubnič M (2006). Uporaba IKT pri poučevanju gluhih in naglušnih, *Teleinformatika za Izobraževanje*. http://hrast.pef.uni-lj.si/~joze/seminarji/seminrs/0506/IKT_gluhi.pdf. <19.11.2014>

Buzeti T, Gobec M (2012). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. *Zdrav Vestn*. 51 (1): 75–9.

Cogito – strokovno informativni bilten (2005). Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana.

Černelič Bizjak M (2007). Izraženost primarnih dimenzij emocij in obrambna naravnost mladostnikov z izgubo sluha. *Psihološka obzorja*. 16 (3): 105–23.

Černilec B (2013). Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana. <http://www.zgnl.si/zavod/index.php/ct-menu-item-3/ct-menu-item-5>. <22. 11. 2013>

Dean R, Powell S (2009). Being deaf can be bad for your health. *Practice Nursing*. 20 (10): 486–8.

Doyle G, Cafferkey K, Fullam J (2012). The European Health Literacy Survey: Results from Ireland. Dublin, Ireland: University College Dublin, 46–50.

Fellinger J, Holzinger D, Dobner U et al (2005) Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40 (9): 737–42.

Freda MC (2004). Issues in patient education. *J Midwifery Womens Health.* 49 (3): 203–9.

Gannon U, Hildebrand E (2002). A winning combination: Women, Literacy and participation in health care. *Health care Women Int.* 23 (6–7): 754–60.

Globačnik B (2006). Nekatere jezikovne značilnosti skupine učencev s polževim vsadkom in skupine gluhih učencev. V: Zbornik referatov 3. Slovenskega posveta o rehabilitaciji oseb s polževim vsadkom, Maribor, 10.–11. november 2006. Maribor: Center za sluh in govor Maribor, 99–102.

Greco V, Beresford B (2008). Deaf children and young people's experiences of using specialist mental health services. *Children and society.* 23 (6): 455–69.

Hoyer S (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvene delavce. 9.

Iezzoni LI, O Day BL, Killeen M, Harker H (2004). Communicating about health care: Observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med.* 140 (5): 356–62.

Kaphing KA, Kreuter MW, Casey C et al. (2012). Health literacy INDEX: Development, reliability, and validity of a new tool for evaluating the health literacy demands of health information materials. *J Health Comm.* 17 (Suppl): 203–21.

Karras E, Rintamaki LS (2012). An examination of online health information seeking by deaf people. *Health communication.* 27 (2): 194–204.

Klepec V (2007). Problemi implementacije priporočenih skupnih evropskih politik – primer resolucije o znakovnih jezikih za gluhe. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 59–70.

Kopčavar Guček N (2004). Čezmerne informacije in odnos do zdravja. V: Družinska medicina na stičišču kultur. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 157–60.

Kosec P (2011). Dostopnejši splet za gluhe in naglušne s pomočjo transparentnega večmodalnega predvajalnika znakovnega jezika s podnapisi. Maribor: doktorska disertacija. 10–13.

Košir S (1999). Sluh: naglušnost in gluhost. Ljubljana: Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije.

Krause Parello CA, Samms K (2010). School nurses in New Jersey: a quantitative inquiry on roles and responsibilities. *J Spec Pediatr Nurs.* 15 (3): 217–22.

Kritzinger J, Schneider M, Swartz L, Braathen SH (2014). “I just answer ‘yes’ to everything they say”: Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient Education and Counseling.* 94 (3): 379–83.

Kuplenik N (2002). Nova samozavest v svetu »mahanja z rokami«. Delo - Sobotna priloga. 44 (3): 28–9.

Lebar C, Tomšič M, Ficzkó J (2006). Problemi starostnika pri izvajanju dnevnih aktivnosti v domačem okolju. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo. 37. http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/starostniki2006/4_LebarTomsicFiczko.pdf. <10. 1. 2015>

Lesar I (2007). Osnovna šola kot inkluzivno naravnana institucija. Doktorska disertacija, 211–4. <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-ERVITYWZ>. <30. 11. 2014>

Lewis D (2003). Computers in patient education. *Comput Inform Nurs.* 21 (2): 86–8.

Lobnik Zorko A (1999). Moj materni jezik je znakovni jezik. *Otrok in družina.* Ljubljana: 3 (2): 62–3.

Luft P (2000). Communication barriers for deaf employees. Needs assessment and problem – solving strategies. *Work* 14 (1): 51–9.

McMullan M (2006). Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Educ Couns.* 63 (1-2): 24–8.

Mifront Health in Europe (2004). International conference on differences and health care provision. Final announcement. The Netherlands: june 23–25.

Opara B (2005). Otroci s posebnimi potrebami v vrtcih in šolah: vloga in naloga vrtcev in šol pri vzgoji in izobraževanju otrok s posebnimi potrebami. Ljubljana: Centerkontura, 47.

Pahor M (2007). Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. *Zdrav Vestn.* 76 (1): 43–7.

Pegan SG (2010). Sporazumevanje z osebo z gluhoslepoto. *Socialno delo.* 49 (4): 247–56.

Perušek A, Zorc J, Skela Savič B (2013). Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzor Zdrav Neg.* 47 (3): 253–9.

Petek Šter M, Kersnik J (2004). Obravnava starostnika v družinski medicini. *Zdrav Vestn.* 73: 767–71.

Peterson MU, Fretz PC (2003). Patient use of the internet for information in a lung cancer clinic. *Chest.* 123 (2): 452–7.

Pfifer A (2010). Razvoj jezika in mišljenja pri gluhih otrocih: gluhi otroci gluhih in gluhi otroci slišočih staršev. *Psihološka obzorja.* 19 (4): 81–93.

Podboršek L (1990). Uvajanje znakovnega jezika v vzgojo, izobraževanje in usposabljanje slušno prizadetih v Sloveniji. Ljubljana: Zavod za usposabljanje slušno in govorno prizadetih Ljubljana, 9.

Podboršek L, Krajnc K (2006). Naučimo se slovenskega znakovnega jezika 1: učbenik za slovenski znakovni jezik. Ljubljana: Zavod za gluhe in naglušne, 12–9.

Pollard RQ, Dean RK, Hearn A, Haynes SL (2009). Adapting health education material for deaf audiences. *Rehabilitative Psychology* 54 (2): 232–8.

Ramovš J (2010). Medgeneracijska vzgoja, osnova za učinkovito gerontološko in geriatrično izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov. V: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege: strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 21. in 22. junij, 2010: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego. 9–16.

Reeves D, Kokoruwe B (2005). Communication and communication support in primary care: A survey of deaf patients. *Audiological medicine.* 3 (2): 95–107.

Reuters (2003). Consumer-targeted internet investment: online strategies to improve patient care and product positioning. Reuters Business Insight Report.

RNID (2004) A simple cure. RNID, London.
<http://www.med.qub.ac.uk/deafawarehealth/files/asimplecure.pdf>. <10. 1. 2015>

Robertson RG, Currey L (2004). How to make the media your public health partner. *Form Pract Monag.* 11 (5): 40–2.

Rungapadiachy DM (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy, 1.

San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical work. *J Interprof Care.* 19 (1): 132–47.

Schiavo R (2007). *Health communication: From theory to practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 16–8.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA.* 228(4): 475-82.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Int med.* 163 (1): 83–90.

Selič P (2004). *Družinska medicina na stičišču kultur – učenje veščin sporazumevanja*. V: Smith CE, Massey-Stokes M, Lieberth A (2012). Health information needs of d/Deaf adolescent females: A call to action. *Am Ann Deaf.* 157 (1): 41–7.

Skela Savič B, Zurc J, Hvalič Touzery S (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N.* 44 (2): 89–100.

Sneed S, Joss D (1999). Deafness and hearing loss. A global health problem. *Work* 12 (1): 93–101.

Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P (2006). Populations at risk: health care system accessibility. *J Gen Intern Med.* 21 (3): 260–6.

Suggs LS (2006). A 10-year retrospective of research in new technologies for health communication. *J Health Comm.* 11 (1): 61–74.

Tabaj A (2010a). *Standardi usposabljanj in znanj za prilagoditve delovnih mest*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Direktorat za invalide, 22–30. <http://www.ir->

rs.si/f/docs/Razvojni_center_za_poklicno_rehabilitacijo/Standardi_znanj_za_prilagoditve_delovnih.pdf?irrs_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4. <23.9.2014>

Tabaj A (2010b). Informacijske in komunikacijske tehnologije za invalide v procesu zaposlitvene rehabilitacije. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Direktorat za invalide, 23–40. http://uri-soca.si/f/docs/Razvojni_center_za_poklicno_rehabilitacijo/IKT_v_ZR.pdf. <22. 5. 2012>

Tabaj A (2010c). Informacijske in komunikacijske tehnologije za invalide v procesu zaposlitvene rehabilitacije. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Direktorat za invalide, 70–2. http://uri-soca.si/f/docs/Razvojni_center_za_poklicno_rehabilitacijo/IKT_v_ZR.pdf. <22. 5. 2012>

Tamaskar P, Malia T, Stern C, Gorenflo D, Meador H, Zazove P (2000). Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. Arch Fam Med. 9 (6): 518–25.

Torkar T, Grmek Košnik I, Skela Savič B (2013). Vključevanje poklicnega profila šolska medicinska sestra v slovenske šole: vidik učiteljev in zdravstvenih delavcev. Obzor Zdrav Neg. 47 (3): 224–35.

Vertot N (2010). Mednarodni dan invalidov 2010. Ljubljana: Statistični urad republike Slovenije. www.stat.si/pub.asp. <3. 3. 2014>

Vintar Š, Jerko B, Kulovec M (2014). Prvi leksikalni podatki o slovenskem znakovnem jeziku iz korpusa Signor. 9. Konferenca jezikovne tehnologije. Univerza v Ljubljani: Filozofska fakulteta, 163. http://nl.ijs.si/isjt14/proceedings/isjt2014_29.pdf. <23. 11. 2014>

Vovk-Ornik N (2014). Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 11–14. <http://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf>. <23.9.2014>

Weiss BD (2004). Relationship Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medical Population. J Am Board Fam Pract. 17 (1): 44–7.

Wilson FL, Racine E, Tekieli V, Williams B (2003). Literacy readability and cultural barriers: Critical factors to consider when educating older African Americans about anticoagulant therapy. J Clin Nurs. 12 (2): 275–82.

Zazove P, Meador HE, Reed BD, Sen A, Gorenflo DW (2012). Effectiveness of videos improving cancer prevention knowledge in people with profound hearing loss. J Canc Educ. 27 (2): 327–37.

Žagar A (2010). Poročilo za leto 2010 o uresničevanju Akcijskega načrta za izenačevanje in uresničevanje enakih možnosti oseb z oviranostmi v Mestni občini Ljubljana za obdobje od 2008 do 2010. Mestna uprava Mestne občine Ljubljana Oddelek za zdravje in socialno varstvo, 24.

https://www.google.si/?gws_rd=cr,ssl&ei=sfOvVPPrHL8TmyQOo94DACQ#q=osebe+z+okvaro+sluha+v+sistemu+zdravstvenega+varstva. <9. 1. 2015>

13.1 Dokumentacijski viri

European Commission (2003). Survey of Online Health Information. Available at http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/eb59/eb59_rapport_final_en.pdf. <10. 1. 2015>

European Commission (2013).

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/disability>. <25. 11. 2014>

Informacijska pismenost (2004). Prispevek v TV Dnevniku SLO1, 26. 07. 2004 ob 19.30.

Konvencija o pravicah invalidov (2006). Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/invalidi_vzv/konvencija_o_pravicah_invalidov/. <23.9.2014>

Medical news today Knowledge center (2014). What is deafness? What is hearing loss?

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/249285.php>. <23. 11. 2014>

Pravilnik o izkaznici in vavčerjih (2003). Ur List RS 67.

<http://www.pisrs.si/Predpis.aspx?id=PRAV5139&pogled=strokovni>. <12. 11. 2013>

Statistični urad republike Slovenije (2010). http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3606. <12. 11. 2013>

Statistični urad republike Slovenije (2012). http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5180. <12. 11. 2013>

Statistični urad republike Slovenije (2014). http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6513. <10. 1. 2015>

Tarifa za tolmačenje slovenskega znakovnega jezika (2012). Ur List RS 106: 11632. <http://www.uradni-list.si/1/content?id=111193>. <12. 11. 2013>

U.S. Department of Health and Human Services. (2011). Healthy people 2020. <http://www.healthypeople.gov/2020/about/default.aspx>. <25. 11. 2014>

White paper (2007). Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013. Brussels: Commission of the European Communities. 4. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf (18. 9. 2012).

World Federation of the Deaf (2006). <http://www.evropa.gov.si/evropomocnik/question/71-14/index.text.html>. <30. 11. 2013>

World Federation of the Deaf (2014). Sign language. <http://wfdeaf.org/our-work/focus-areas/sign-language>. <30. 11. 2014>

World Health Organization (2014a). Deafness and hearing loss. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>. <23.9.2014>

World Health Organization (2014b). Disability. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/disability>. <30. 11. 2014>

World report on disability (2011). http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_eng.pdf?ua=1. <30. 11. 2014>

Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika (2002). Ur List RS 96: 10554. [http://www.uradni-list.si/1/content?id=39212&part=&highlight=zakon+o+uporabi+slovenskega+znakovnega+jezika#!/Zakon-o-uporabi-slovenskega-znakovnega-jezika-\(ZUSZJ\)](http://www.uradni-list.si/1/content?id=39212&part=&highlight=zakon+o+uporabi+slovenskega+znakovnega+jezika#!/Zakon-o-uporabi-slovenskega-znakovnega-jezika-(ZUSZJ)). <12. 11. 2013>

Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana (2013). <http://www.zgnl.si/zdravstvo/index.php/ct-menu-item-15/ct-menu-item-17>. <22. 11. 2013>

Zavod Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik (2013). <http://www.tolmaci.si/?id=3&c=21>. <12. 11. 2013>

Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije (2010a). <http://www.zveza-gns.si/zakonodaja>. <12. 11. 2013>

Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije (2010b). <http://www.zveza-gns.si/o-zvezi/gluhota>. <12. 11. 2013>

Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije (2010c). <http://www.zveza-gns.si/o-zvezi>. <12. 11. 2013>

Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije (2014). <http://www.zveza-gns.si/o-zvezi/kdo-smo/>. <24.9.2014>

14 PRILOGE

14.1 Izjava o avtorstvu

14.2 Anketni vprašalnik

