

Pacient s poruchou sluchu ve zdravotnickém zařízení

Lenka Macečková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka MACEČKOVÁ**
Osobní číslo: **H080282**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Pacient s poruchou sluchu ve zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Popsat anatomii a fyziologii sluchového ústrojí a seznámit se sluchovými poruchami. Popsat možnosti korekce sluchových poruch. Specifikovat zásady pro komunikaci se sluchově postiženými ve zdravotnickém zařízení a seznámit s komunikačními systémy neslyšících osob.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření zjistit jakým způsobem komunikují v daném zdravotnickém zařízení nelékařští zdravotničtí pracovníci s pacienty s poruchou sluchu. Analyzovat data získaná šetřením, interpretovat výsledky a na základě získaných dat vytvořit informační materiál pro nelékařské zdravotnické pracovníky týkající se komunikace s pacienty s poruchou sluchu v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAHN, A. a kol. Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi. Praha: Grada Publishing, 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3.

HRUBÝ, J. Velký průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1. díl. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.

JANÁČKOVÁ, L., WEIS, P. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN: 978-80-7367-477-9.

NOVÁK, A. Základy rehabilitační audiologie pro sestry. Diagnostika, protetika a rehabilitace. Praha: Alexej Novák, 1998. 163 s. ISBN 80-238-3294-8 (v knize neuvedeno).

SLOWÍK, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN: 978-80-7367-691-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Treterová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 31. 5. 2011

..... 

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Teoretická část práce popisuje anatomii a fyziologii sluchového orgánu, zabývá se nejčastějšími nemocemi postihující sluch. Seznamuje s kompenzačními pomůckami pro osoby se sluchovou poruchou. Popisuje komunikační systémy neslyšících osob a specifikuje zásady pro komunikaci se sluchově postiženými lidmi.

Výzkumné šetření praktické části je zaměřeno na oblast komunikace všeobecných sester s osobami se sluchovým postižením v daném zdravotnickém zařízení.

Získaná data jsou podkladem pro vytvoření informačního materiálu týkající se komunikace s pacienty s poruchou sluchu pro všeobecné sestry daného zdravotnického zařízení.

Klíčová slova:

Sluchová porucha, komunikace, kompenzační pomůcky, všeobecné sestry, neslyšící osoby.

ABSTRACT

The theoretical part of thesis describes anatomy and physiology of the auditory system and causes of hearing impairment. Introduces assistive technologies (eg. hearing aids, ...) and ways of communication of hearing impaired people. Specifies guides of communication with hard-of-hearing person.

Research survey is focused on communication between nurse and hearing impaired person in a particular healthcare facility. The obtained results are fundamentals for creating newsletter addressing problems of communication with hearing impaired patients in particular medical facility.

Key words:

Hearing impairment, communication, assistive technologies, nurses, hearing impaired people.

Děkuji Mgr. Silvii Treterové za odborné vedení, mnoho cenných rad, připomínek a trpělivosti, které mně poskytla během zpracování této bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

David M 1

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLUCHOVÉHO ORGÁNU	12
1.1 ZEVNÍ UCHO	12
1.2 STŘEDNÍ UCHO	12
1.3 VNITŘNÍ UCHO	12
1.4 FYZIOLOGIE SLUCHU	12
2 SLUCHOVÉ PORUCHY A VADY	14
2.1 Z HISTORIE	14
2.2 HODNOCENÍ SLUCHOVÝCH PORUCH A VAD.....	14
3 NEDOSLÝCHAVOST JAKO SYMPTOM	17
3.1 PŘEVODNÍ NEDOSLÝCHAVOST.....	17
3.2 PERCEPČNÍ NEDOSLÝCHAVOST.....	18
4 KOREKCE SLUCHOVÝCH PORUCH A VAD	20
4.1 SLUCHADLA	20
4.2 KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT.....	21
4.2.1 Péče o osoby s kochleárním implantátem	22
4.3 POMŮCKY PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ	23
5 KOMUNIKACE	24
5.1 VERBÁLNÍ A NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	24
5.2 VÝZNAM SLUCHU V KOMUNIKACI.....	24
5.3 ZÁSADY ÚČELNÉ KOMUNIKACE VŠEOBECNÉ SESTRY	25
5.4 STRATEGIE ÚČELNÉ KOMUNIKACE VŠEOBECNÝCH SESTER	26
5.5 PACIENT S PORUCHOU SLUCHU V NAŠÍ NEMOCNICI	28
6 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY NESLYŠÍCÍCH	29
6.1 SYSTÉM ORÁLNÍ KOMUNIKACE.....	29
6.2 SYSTÉM SIMULTÁNNÍ KOMUNIKACE	29
6.3 SYSTÉM TOTÁLNÍ KOMUNIKACE	30
6.4 SYSTÉM BILINGVÁLNÍ KOMUNIKACE	30
6.5 ODEZÍRÁNÍ.....	31
6.6 JINÉ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
7 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	33

7.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
7.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	33
7.3	METODA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
7.4	FORMY POLOŽEK DOTAZNÍKU	34
7.5	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	34
7.6	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	35
7.7	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	35
8	HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	36
9	DISKUSE	52
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM GRAFŮ	62
	SEZNAM TABULEK.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

K tomu, aby sestry mohly své pacienty podporovat a nacházet vhodná východiska při řešení řady otázek, je třeba, aby účelně se svými nemocnými komunikovaly. Jsou obvykle prvními osobami, se kterými se nemocní ve zdravotnickém zařízení setkávají. Sestry zakládají zdravotnickou dokumentaci, vkládají informace o pacientech do počítačových databází. Oslovují a uvádějí je k lékařům a zajišťují hladký průběh vyšetření a ošetření. Všichni si musí vzájemně sdělovat informace.

Komunikace pokračuje i v případě hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. Pro nemocného se změní jeho prostředí, pečují o něho cizí lidé. Úroveň komunikace je ovlivněna řadou vnějších i vnitřních faktorů. Jedním z nich jsou poruchy sluchu. Celý proces vzájemného předávání informací je v tu chvíli více ztížen. Komunikační dovednosti osob se sluchovým postižením jsou závislé na stupni a době vzniku sluchového postižení. Všeobecné sestry by měly být schopny rozpoznat, že osoba má potíže se sluchem a vzniklé situaci se přizpůsobit. Najít možnou komunikační cestu. To vše vyžaduje od nich citlivý přístup a dostatek znalostí jak překonat komunikační bariéru. V okamžiku, kdy se dorozumívací schopnosti u jedince se sluchovým postižením ještě zhorší právě probíhající nemocí, nebo psychickým vypětím, které může být vyvoláno odloučením od jeho rodiny, stává se situace velmi problematickou. Jak reagují naše všeobecné sestry v konkrétní malé nemocnici na pacienty se sluchovými problémy, znají možnosti komunikace, mají znalosti o kompenzačních pomůckách, zajímají se o problematiku sluchově postižených?

Sdělovat a sdílet informace jsou dovednosti, které by sestry měly získat již během přípravy na své povolání, a potom je v praxi uplatňovat a neustále rozvíjejí.

K výběru tématu mě přivedla má práce audiologické sestry a mnoho zážitků týkajících se komunikace s osobami s poruchou sluchu ve zdravotnickém zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLUCHOVÉHO ORGÁNU

„*Sluchový orgán se skládá ze tří částí: zevního, středního a vnitřního ucha*“ (Dylevský, 2009, s. 446).

1.1 Zevní ucho

Ušní boltec se nachází po straně hlavy, je tvořen chrupavkou, která je kryta kůží. Vnější zvukovod je tvořen částí chrupavčitou, která pak pokračuje částí kostěnou. Esovité zakřivení chrání bubínek před přímým poraněním. V kůži zvukovodu jsou mazové a potní žlázy, které produkují ušní maz (Šejna in Hahn a kol., 2007, s. 21).

1.2 Střední ucho

Středoušní dutina je uložena v kosti skalní. Bubínek je oválná vazivová blanka, která odděluje středoušní dutinu od zevního zvukovodu. Celá dutina středního ucha je pokryta sliznicí. Dutina je vyplněna vzduchem a s vnějším prostředím je spojena Eustachovou trubicí, která zajišťuje vyrovnávání tlaku vzduchu.

Obsahem dutiny středoušní jsou tři sluchové kůstky a dva středoušní svaly. Kladívko, kovádlínka a třmínek jsou vzájemně spojeny drobnými klouby mezi hlavičkou kladívka a kovádlínkou a mezi výběžkem kovádlínky a raménkem třmínku (Dylevský, 2009).

1.3 Vnitřní ucho

Vnitřní ucho je uloženo v kanálcích a dutinkách skalní kosti, vytvářející tzv. kostěný labyrint, ve kterém je teprve uložen vlastní blanitý labyrint. Prostor vnitřního ucha je vůči dutině středoušní zcela uzavřen a je vyplněn tekutinou. Blanitý labyrint se skládá z vestibulárního aparátu, tří polokruhovitých kanálek a blanitého hlemýždě.

Blanitý hlemýžď je asi 35 mm dlouhá, spirálně stočená trubice, která má asi 3,5 závitů a je rozdělena na tři patra. Ve středním patře je uložen vlastní sluchový Cortiho orgán. Zde dochází k dráždění receptorových buněk, které je vlákny sluchové dráhy převáděno do mozku (Dylevský, 2009).

1.4 Fyziologie sluchu

Zvuk je nahušťování a zředování molekul vzduchu. Vlnění či kmitání vzdušným prostředím prochází zevním zvukovodem na bubínek. Ten kmitá ve stejné frekvenci,

s jakým kmitočtem přichází zvukový podnět. Předává jej dál prostřednictvím středoušních kůstek na oválné okénko. Od oválného okénka se příslušná frekvence dále šíří již prostřednictvím tekutého prostředí. „Zvuková vlna“ totožnými frekvencemi deformuje bazilární membránu a na ní uložené vláskové buňky se aktivují. Receptorový potenciál vzniká při ohybu cilií senzoričkových vláskových buněk, a to buď vzhůru, nebo dolů. Při pohybu vzhůru vzniká depolarizace, při dolním pohybu hyperpolarizace (Mourek, 2005).

„Každé výšce zvuku odpovídá určité místo na basilární membráně Cortiho orgánu. Vysoké tóny dráždí smyslové buňky na basi hlemýždě, v basálních závitech, kdežto hluboké zvuky dráždí část u vrcholu hlemýždě“(Lejska, 1994, s. 24).

Dráha řeči

Zvuky jsou převáděny dostředivou sluchovou dráhou do Wernickova senzoričkého centra řeči (Trojan, 2004). *„Zde nastává uvědomování si, uchovávání zvuků mluvy a jejich poznávání na základě shody s již dříve známými fonicko-auditivními obrazy slov a slovních celků“*(Krahulcová, 2003, s. 94). Toto centrum je spojeno s Broccovým motorickým centrem, které *„spolu s mozečkem odpovídá za tvorbu motorických vzorců mluvené a psané řeči“* (Mourek, 2005, s. 183). Vytváří se spoje v průběhu individuálního života člověka, který vyrůstá ve společenském prostředí pod vlivem řeči. Člověk může porozumět řeči, i když přeslechne některé slovo. Význam sdělení si doplní podle souvislostí a vnímání mluveného projevu. Obsahu sdělení může porozumět, i když je řeč méně kvalitní a deformovaná (Krahulcová, 2003).

2 SLUCHOVÉ PORUCHY A VADY

2.1 Z historie

Ve starověkém Řecku bylo neslyšící dítě po dosažení věku šesti let násilím rodičům odňato a usmrceno na pohoří Tajgetos. Zjevně defektní děti byly usmrcovány ihned (Hrubý, 1999, s. 89). Dle historických pramenů měla řada významných Římanů sluchové potíže. Ze zkoumání egyptských fresek a vyobrazení faraonů lze usuzovat, že už staří Egypťané přikládali boltci význam pro slyšení. Ve starověku byly prováděny plastické operace boltců a při atréziích byl používán skalpel, žhavá nebo leptavá tekutina. Ve středověku známý lékař Paulos z Aegina (7. století) nedoslýchavost považoval za nevyléčitelnou. Teprve v novověku s vynálezem mikroskopu začal rozvoj nových vědeckých poznatků o anatomii sluchového orgánu, fyziologii slyšení a s tím spjatý rozvoj protetické péče.

V devatenáctém století se začínají rozvíjet i vyšetřovací metody a počátky audiometrie jsou spjaty s objevy na poli elektřiny. První audiometr byl uveden na trh v r. 1930. Znamenalo to i vznik audiologie, která se začala velmi rychle vyvíjet. Zpřesnila se diagnostika sluchových poruch a vad, byly vypracovány rehabilitační postupy (Novák, 1998).

2.2 Hodnocení sluchových poruch a vad

Většina autorů rozlišuje poruchu sluchu a vadu sluchu. Porucha sluchu je každá změna sluchového prahu při onemocnění sluchového orgánu. Tento stav může být přechodný a po úspěšné konzervativní nebo chirurgické léčbě se může sluch upravit na původní kvalitu (Novák, 1998).

„Sluchová vada je trvalá, může být různého stupně a nezlepšuje se“ (Šejna in Hahn, 2007, s. 49).

Závažnost sluchového postižení určí lékař při otorhinolaryngologickém vyšetření. Přitom využívá vyšetření sluchu pomocí elektroakustického přístroje audiometru. Pacientovi, který sedí ve speciálně zvukotěsně upravené místnosti nebo kabině, jsou poušřeny tóny do sluchátek na uších. Jeho subjektivní vjem zvuku je zaznamenáván do formuláře, který se nazývá audiogram (Lejska, 1994).

Takto určený práh sluchu je minimální postřehnutelná intenzita zvuku, vyjádřena v decibelech [dB], kterou pacient určí jako okamžik, kdy právě začíná slyšet. Frekvence tónu je vnímána jako výška tónu. Je udávána v jednotkách, které se nazývají hertz (dále jen

Hz). Audiometricky jsou vyšetřovány frekvence od 125 Hz až do 8 000 Hz, subjektivně vnímané od nejhlubšího až k nejvyššímu tónu.

Americká akademie pro oftalmologii a otorinolaryngologii (AAOO) v roce 1965 přijala jako standard hodnocení závažnosti sluchové vady, které uvádíme v tabulce 1 (Hahn a kol., 2007, s. 49).

Tabulka č. 1 Hodnocení tíže sluchové vady

Sluchový práh podle (ANSI)**	Třída	Stupeň postižení HTL dB ISO*	Průměrná HTL na 500, 1000 a 2000 Hz podle lepšího ucha		Schopnost rozumět řeči
			více než	ne více než	
	A	Není významný		25 dB (ANSI) ISO	Není výrazná potíže s rozuměním tiché řeči
25	B	Lehký handicap	25 dB	40 dB	Potíže pouze s tichou řečí
40	C	Mírný handicap	40 dB	55 dB	Časté potíže s konverzační řečí
55	D	Výrazný handicap	55 dB	70 dB	Časté potíže s hlasitou řečí
70	E	Těžký handicap	70 dB	90 dB	Rozumí pouze zesílenou řeč
80	F	Velmi těžký handicap	90 dB		Obvykle neslyší ani zesílenou řeč

*HTL – hearing threshold level (sluchový práh), ISO – International standard Organization,

**ANSI - Mezinárodní akustické normy.

Světová zdravotnická organizace hodnotí závažnost sluchové vady výpočtem ze ztrát zjištěných při audiometrickém vyšetření takto:

- 0 – 25 dB - normální sluch,
- 26 – 40 dB - lehká nedoslýchavost,
- 41 – 55 dB - střední nedoslýchavost,
- 56 – 70 dB - středně těžká nedoslýchavost,
- 71 – 90 dB - těžká nedoslýchavost,
- 91 dB a více - velmi těžká sluchová vada (Hahn a kol., 2007).

„*Sluchová vada může být vrozená nebo získaná. Vrozené vady jsou asi z 55 – 60 % dědičné*“ (Valvoda, 2007, s. 515). V současné době je kladen důraz na včasnou diagnostiku, určení stupně postižení a využití zbytku sluchu k zahájení jeho rehabilitace co nejdříve (Hahn a kol., 2007). Pro rozvoj psychomotorických a dorozumivacích schopností dítěte je důležité poskytovat odbornou pomoc hned od počátku, aby se dítě rozvíjelo pomocí všech ostatních jiných smyslů (Slowík, 2010).

Dalším způsobem rozlišení sluchových vad je označení prelingvální a postlingvální. Rozhodující je časové období, kdy vada vznikla. Jestliže se osoba s těžkou sluchovou poruchou narodila nebo ohluchla před tím, než skončilo období vývoje řeči, asi ve věku 5. – 6. roku života, používá se termín prelingvální (Procházková, Vysuček, 2007). S tím souvisí i porozumění psanému textu. Písenná podoba zachycuje zvukovou stránku mluveného jazyka a porozumění je závislé na jazykovém talentu jednotlivce. U všech neslyšících tedy nemůžeme očekávat stejnou úroveň češtiny. Je možné se s nimi dorozumívat psanou češtinou nebo využít tlumočnických služeb znakového jazyka (Tlumočník jako most, 2008).

Pokud člověk už umí mluvit a ztratí sluch, hovoří se o tzv. postlingvální ztrátě. Řeč se může postupně zhoršovat, protože chybí sluchová kontrola, ale zůstává srozumitelná. Dospělý se těžce se ztrátou smíruje. „*Je rozdíl mezi ohluchnutím malého dítěte a dospělého člověka*“ (Procházková, Vysuček, 2007, s. 7). Ohluchnutí v pozdějším věku může působit problémy v nerozumění mluvené řeči. Naučit se odezírat je obtížné a v komunikaci osoby používají raději psanou češtinu. Můžeme očekávat velmi dobré porozumění písennému textu i kvalitní vyjadřování v mluvené a psané češtině (Tlumočník jako most komunikace, 2008).

Do této kapitoly zařazujeme i centrální vady sluchu, které se vyznačují postižením srozumitelnosti řeči a vnímání komplikovaných zvuků. Příčina je v centrální nervové soustavě, v mozkové kůře. Léčba spočívá v dlouhodobé rehabilitaci sluchu, eventuelně v používání sluchadla (Hahn a kol., 2007).

3 NEDOSLÝCHAVOST JAKO SYMPTOM

„Nedoslýchavost je symptom výrazně omezující kvalitu života nemocného i symptom signalizující možné život ohrožující onemocnění“ (Rottenberg, 2008, s. 470). Může se projevovat lehkou nedoslýchavostí až hluchotou (Novák, 1994). V podkapitolách jsou nastíněna nejčastější onemocnění sluchového orgánu, která mohou být s tímto symptomem spojena.

3.1 Převodní nedoslýchavost

Onemocnění zevního a středního ucha vede často k nedoslýchavosti převodního typu. Diagnostice významně napomáhá audiogram. Nejprve se stanoví křivka vzdušného vedení, kdy osoba slyší tón ze sluchátka, potom křivka kostního vedení, kdy tón slyší pomocí kostního vibrátoru. K určení audiogramu převodního typu je důležitý vztah obou křivek (příloha P II). Průběh křivky pro přenos kostního vedení je normální, nepřekračuje hladinu intenzity 20 dB, a křivka vzdušného vedení leží částečně nebo zcela pod úrovní 20 dB (Lejska, 1994).

Převodní poruchu sluchu může způsobit vyplnění zvukovodu cerumenem. Cerumen je žlutavá až tmavohnědá hmota složená ze sekretu ceruminózních a sebaceózních žlázek, prachu, oloupaných epitelii a vlasů. *„Vzniká při časté manipulaci ve zvukovodu štičičkou, která poruší samočistící mechanismus zvukovodu. Jeho odstranění způsobí okamžitý návrat k původnímu sluchu“* (Otruba in Hahn, 2007, s. 71).

U zánětů boltce a zvukovodu je hlavním příznakem bolestivost, zarudnutí, někdy horečka a edém. Převodní porucha sluchu nastává v případě, že lumen zvukovodu je zcela vyplněno edémem, epidermálním detritem a sekrecí. Zlepšení sluchu je průvodním jevem zlepšení klinického stavu (Otruba in Hahn, 2007).

Vývojové vady boltce a zvukovodu často nejsou sdruženy s vadou vnitřního ucha. Tuto nedoslýchavost je možné upravit chirurgickou operací. V posledních letech se však od ní upouští a doporučují se „BAHA sluchadla“ (Otruba in Hahn, 2007). Název je odvozen z počátečních písmen anglického názvu „Bone Anchored Hearing Aid“ (kostní zakotvené sluchadlo). Jedná se o systém, který přenáší zvuk prostřednictvím kostního vedení šroubem zapuštěným do mastoidního výběžku kosti spánkové (Rottenberg, 2008).

Zánětem mohou být postiženy všechny struktury středního ucha. Při virových onemocněních Eustachovy trubice je narušena ventilace středouší. Postižený pociťuje tlak

až lehkou bolest v postiženém uchu. Stěžuje si, že nedoslýchá a při zvýšení tlaku v hltanu slyší praskání a někdy vnímá hučení nebo vysoký pískavý tón (Otruba in Hahn, 2007).

„U malých dětí je Eustachova trubice položena poněkud horizontálněji než u dospělých a jestliže dojde k zánětu nosohltanu, bakteriální infekce se snadněji zanáší do středního ucha“ (Mourek, 2005, s. 165). Pokud není provedena paracentéza, může dojít ke spontánní perforaci bubínku. Sluch se navrácí k původnímu stavu, jakmile se uzavře otvor v bubínku a obnoví se funkce Eustachovy tuby (Otruba in Hahn, 2007).

Chronický zánět středouší se vyznačuje perforací bubínku, která se sama nezavřela. Touto cestou nebo přes Eustachovu tubu proniká do středouší infekce a můžeme pozorovat sekreci, která vytéká ze zvukovodu. Dochází k trvalým změnám na strukturách středouší a sluch bývá postižen různým stupněm převodní nebo kombinované nedoslýchavosti. Aby nedocházelo k opakované infekci, do ucha by se neměla dostat voda (Otruba in Hahn, 2007).

Otoskleróza patří mezi nezánettlivá onemocnění. Choroba spočívá v přestavbě kosti v oblasti oválného okénka a středoušních kůstek. Tyto struktury se různě fixují a způsobují postupnou převodní, někdy i percepční nedoslýchavost. Nedoslýchavost se odstraní chirurgickým zákrokem na kůstkách. Sluchadlo je alternativním řešením pro ty pacienty, kteří operaci nemohou podstoupit nebo ji odmítají (Hahn a kol., 2007).

3.2 Percepční nedoslýchavost

Porucha je charakterizována shodným prahem vzdušného i kostního vedení. Audiometricky je dále testováno, zda se jedná o postižení vláskových buněk ve vnitřním uchu nebo mimo vnitřní ucho (Lejska, 1994). *„Je důležité rozlišovat tento rozdíl, neboť nedoslýchavost mimo vnitřní ucho může být způsobena nádory, které, pokud nejsou včas rozpoznány, ohrožují život pacienta“* (Rottenberg, 2008, s. 471).

Testy využívají poznatek vysvětlující jev nazývaný vyrovnání hlasitosti. Jestliže se zesílí vnější zvuk, dochází k subjektivnímu vjemu zvýšení hlasitosti. Při postižení vláskových buněk ve středním uchu, je vjem hlasitosti neúměrný, *„i malý nárůst intenzity způsobuje velký nárůst hlasitosti“* (Lejska, 1994, s. 98). Obtíže se projevují v hlučném prostředí jako je restaurace či dopravní prostředek a při rozhovoru s více osobami. Lidé si stěžují, že slyší, ale nerozumí, co se říká. Někdy je provází tinitus, zvuk, který subjektivně vnímají

jako vrzání, šumění, hučení nebo jako tón různé výšky. Časový průběh bývá nejednotný, vyskytuje se trvale, přechodně i občas (Novák, 1998).

Tinitus v 5 – 10 % souvisí s neurologickým onemocněním nebo úrazem hlavy. Může se vyskytovat u zlomenin lebky, uzavřeném nitrolebním poranění, poranění krční páteře prudkým nárazem zezadu nebo při roztroušené skleróze. Postihuje pacienty nejen vyšších věkových kategorií, ale i děti (Hahn, 2004).

Náhlá nedoslýchavost či hluchota má často neidentifikovatelné příčiny. Bývá jednostranná, výjimečně oboustranná. Poruchu může doprovázet tlak v uchu, pocit plnosti až bolestivost, tinitus, někdy nejistota, závratě a úzkost. Intenzivní vasodilatační léčbou a podáváním kortikoidů, která se zahájí co nejdříve od začátku obtíží, dojde k úplnému nebo částečnému uzdravení. Postižení může zůstat trvalého rázu (Vejevoda, 2007).

„Méniérova choroba je charakterizována záchvaty s klasickou triádou příznaků: závratí, kolísající percepční nedoslýchavostí a tinitem“ (Jeřábek, 2006, s. 20). V akutní fázi se projevuje prudce, závratě mají „rotační“ charakter a doprovází je vegetativní příznaky, jako jsou nauzea, zvracení, palpitace (Hahn, 2010). Sluchová porucha je zaznamenána ztrátou v hlubokých tónech, která se zpočátku navrácí k normě. *„Avšak toto chronické onemocnění s každou atakou záchvatu prohloubí trvalou ztrátu sluchu“* (Hahn, Šejna, 2007, s. 105).

Percepční nedoslýchavost mohou způsobit i ototoxické léky a látky, některá virová a bakteriální onemocnění a úrazy se zlomeninou pyramidy kosti skalní. Často je postižení sluchu součástí některých dědičných vad. Ve vyšším věku je příčinou nedoslýchavosti atrofie smyslových buněk. Zhoršení sluchu nastává zpočátku ve vysokých později i ve středních frekvencích. Postižení sluchu hlukem je nevratné, ale lze mu účinně předcházet (Hahn a kol., 2007).

Smíšená porucha sluchu může vzniknout kombinací příčin percepční a převodní nedoslýchavosti například po radikálních operacích nebo po těžkých zánětech, které devastují středoušní struktury (Lejska, 1994).

4 KOREKCE SLUCHOVÝCH PORUCH A VAD

V 18. století bylo experimentováno se sluchadly na kostní vedení. Paladinovo „Fonifero“ byla půl metru dlouhá kovová tyč, která se mohla přikládat na zuby nebo mastoidní výběžek. Na druhém konci bylo kovové křídlo, které se přikládalo na hrtan mluvícího. O něco později se v USA objevilo na trhu sluchadlo, které mělo „mikrofon“. Člověk, který mluvil, nemusel být v přímém kontaktu se sluchadlem a mohl mluvit volně v prostoru (Novák, 2002).

Ke zlepšení slyšení byly běžně používány trubky. Snaha o nenápadnost sluchadla vedla ke zhotovení malého trychtýře z kovu, který se vkládal do zvukovodu. Efekt těchto sluchadel byl velmi malý. *„Vývoj sluchadel v posledních 10 letech učinil velký skok dopředu zásluhou digitalizace“* (Valvoda, 2006).

4.1 Sluchadla

Sluchadlo je elektroakustický přístroj. Jeho hlavní funkcí je přijímat zvuky z okolí mikrofonem, modulovat je, přizpůsobit vadě sluchu člověka zesilovačem a miniaturním reproduktorkem vyslat dále k bubínku postiženého (Pulda, 1996). Vývoj vede ke zdokonalování jejich funkcí a k miniaturizaci tak, že některá se mohou vkládat hluboko do zvukovodu. Tento typ nazýváme nitroušní, kanálová a jsou téměř neviditelná. Sluchadlo, které částečně vyplňuje zvukovod i boltce označujeme jako zvukovodové. Závěsné je skryto za ušním boltcem a zvuk je veden pružnou hadičkou ke koncovce umístěné ve zvukovodu (Sluchadla, 6. 5. 2011, online).

Kapesní sluchadlo, ve formě malé krabičky je určeno velmi malým dětem (1 – 2 roky). Místo sluchátka může být připojen kostní vibrátor, který je přichycen za uchem přes hlavu pružnou kovovou sponou nebo čelenkou. Brýlová kostní sluchadla jsou vhodná u pacientů s převodní poruchou sluchu způsobenou chronickým zánětem středouší a s alergií na individuální ušní tvarovku (Hahn a kol., 2007). Novější systém BAHA spočívá v implantaci titanového implantátu do kosti za uchem. Na speciální vyčnívající část se napojí zvukový procesor, který převádí zvuky z okolí na vibrace, které jsou přenášeny kostním implantátem a rezonancí kosti do vnitřního ucha (BAHA centrum, 6. 5. 2011, online).

Při vydávání sluchadla je jeho uživatel vždy poučen o údržbě a používání. Aby u tohoto poučení byli přítomni rodinní příslušníci, vyžadují zejména u starších lidí. Mohou jim

pomoci v domácím prostředí. U dětí přebírají veškerou péči o sluchadlo zákonní zástupci. Sluchadla jsou citlivá na extrémní horko, proto nesmí být ponechána na přímém slunci např. v automobilu. Vadí jim rentgenové, vysokofrekvenční a silné magnetické záření, vlhkost, voda a mechanické vlivy. Musí být odložena při koupání, sprchování, při mytí a vysoušení vlasů a jejich lakování a ve zdravotnickém zařízení při krátkovlnné diatermii, rentgenu, magnetické rezonanci, počítačové tomografii nebo podobných radiačních vyšetřeních a léčbách. Pokud sluchadlo není používáno, je doporučeno baterie vyjmout. Běžná údržba spočívá v každodenním udržování čistoty ušní tvarovky a sluchadla. Sluchadlo je doporučeno otírat suchým hadříkem a odstraňovat znečištění ušním mazem, který může způsobit špatnou funkci sluchadla. Je zakázáno používat k čištění vodu nebo jiné roztoky (Používání sluchadla, 6. 5. 2011, online).

4.2 Kochleární implantát

Kochleární implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která zprostředkuje sluchové vjemy neslyšícím jedincům přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha. Je také označován jako sluchová neuroprotéza, kterou lze využít jen u velmi úzké a vymezené skupiny sluchově postižených. Neporušený sluchový nerv a sluchové mozkové centrum umožňuje, aby si jedinec zvuk uvědomoval (Pulda, Lejska, 1996). Hrubý (1998) popisuje snahu Ústavu radiotechniky a elektroniky Československé akademie věd o vývoj vlastního jednobáňového kochleárního implantátu. V roce 1984 byl první prototyp kochleární neuroprotézy dokončen a první implantace byla provedena v roce 1987 na Otorhinolaryngologické klinice Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. Operovaným byl pacient, který následkem úrazu ohluchl v dospělosti a výsledek implantace byl velice dobrý. Pacient slyšel zvuky, značně se mu usnadnilo odezírání a kontrola vlastního hlasu.

Po otevření trhu v roce 1989 zanikla výroba kochleárních implantátů u nás a používají se vícekanálové kochleární implantáty zahraniční výroby. V současné době jsou prováděny implantace u dětí i u dospělých, děti tvoří asi 2/3 implantovaných (Cochlear, 10.5 2011, online).

4.2.1 Péče o osoby s kochleárním implantátem

U dětí s vrozeným oboustranným závažným postižením sluchu, kdy ani výkonná sluchadla nezprostředkují dostatečné vnímání a rozvoj řeči, se kochleární implantace má provést co nejdříve po stanovení diagnózy, optimálně před 2. rokem života.

U dětí a dospělých ohluchlých, nejčastěji po zánětu nebo úrazu s poškozením vnitřního ucha nebo při progresivní zhoršující se nitroušní nedoslýchavosti, se implantace provádí obvykle do půl roku po ohluchnutí.

Na rehabilitaci osob s kochleárním implantátem se podílí audiolog, foniatr, ORL odborník, psycholog, neurolog, specialista na vyšetření CT a magnetickou rezonanci, klinický inženýr a specializovaný logoped (Kabelka, 2004).

System kochleárního implantátu má dvě části. Vlastní implantát se skládá z tenkého plochého přijímače, který se chirurgicky umísťuje pod kůži za uchem a ze svazku elektrod, který se zavede do hlemýždě.

Zevní část má tvar krabičky nebo závěsného sluchadla, kde je mikrofon, zvukový procesor, který zpracovává a upravuje příchozí zvuky a je spojen kabelem s vysílací cívkou, která pomocí magnetu drží přes kůži na vnitřní cívce přijímače (Hahn a kol., 2007).

Nositel implantátu má tedy viditelný závěs tvaru sluchadla na uchu spojený s cívkou nejčastěji kulatého tvaru umístěnou za ušním boltcem ve vlasech (Kabelka, 2004).

Používání implantátu vyžaduje opatrnost při činnostech, které by silným nárazem do hlavy mohly způsobit jeho poškození. Zvýšenou pozornost vyžaduje implantát při sportech nebo u malých dětí, jejichž pohybové schopnosti se teprve vyvíjejí. Před plaváním je nutné vnější součásti implantačního systému odložit, protože nejsou vodotěsné. Zevní součásti nejnovějších systémů však vůči stříkající vodě a potu již odolné jsou.

Některé léčebné zákroky vyvolávající indukované proudy mohou způsobit poškození tkáně nebo trvale poškodit kochleární implantát. Nesmí být používány monopolární elektrochirurgické nástroje a je kontraindikována magnetická rezonance. Implantáty typu Nucleus provedení tohoto vyšetření již umožňují, protože mají odstranitelný magnet. Osoby s kochleárními implantáty nosí při sobě identifikační kartu uživatele, kde jsou pokyny, kterých zákroků a situací je třeba se vyvarovat (Návody a tipy pro uživatele, 6. 5. 2011, online).

4.3 Pomůcky pro sluchově postižené

Kromě sluchadel mohou osoby se sluchovým postižením využívat i další pomůcky, které jim umožní zvládat běžné úkony závislé na vnímání zvuku.

Sociální odbory dle vyhlášky č.206/1995 Sb. a dle Zpravodaje č. 4/2000 poskytují příspěvky na rehabilitační a kompenzační pomůcky. Jedná se o zábleskovou, světelnou a zvukovou signalizaci, která se napojí na domovní zvonek a telefon, signalizaci pláče dítěte, telefonní zesilovače nebo telefon se zesílením zvuku a tónů, vibrační a světelné budíky, vibrační hodinky, indukční smyčky pro přepážky na úřadech nebo u lékaře, bezdrátová zařízení pro přenos zvuku, nákup počítače, faxu nebo televizoru s teletextem a další (Kompone, 6. 5. 2011, online).

Kromě toho neslyšící mohou používat běžné mobily a počítače. Piší SMS zprávy, e-maily a vyhledávají informace na Internetu. Mohou využívat Internetové služby, kdy prostřednictvím webové kamery komunikují znakovým jazykem s osobami z celého světa. Běžně se dnes setkáváme, že digitální videodisk s českým filmem obsahuje titulky určené neslyšícím a některé televizní pořady a zprávy jsou titulkované nebo tlumočeny ve znakovém jazyce (Slowík, 2010).

5 KOMUNIKACE

„Komunikovat znamená vysílat, přijímat a dešifrovat signály z vnějšího světa. Ve zdravotnictví komunikace neznamena pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

Mezilidská komunikace je vnímána jako přenos a výměna sdělení mezi účastníky prostřednictvím smyslů, nejčastěji sluchem, zrakem, hmatem, může být i čichem. Žádné mimosmyslové přenášení myšlenek se nepodařilo prokázat (Plaňava, 2005).

5.1 Verbální a nonverbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. *„Měli bychom se tak jednoznačně dorozumět, ale není to tak vždy. Mnohá slova mají více významů zvláště při sdělování subjektivně zabarvených údajů, postojů, domněnek, dojmů, zážitků, představ“* (Křivohlavý, 1985, s. 77).

K efektivní komunikaci v širším slova smyslu patří i osvojení pravidel společenského chování. Mezi verbální komunikační dovednosti jsou řazeny otázky a výzvy, objasňování, souhrny, výklad a projev porozumění (Beran, 2000).

Nonverbálně sdělované informace většinou *„vyhodnocujeme“* nevědomě. Je tak získávána úplnější představa o smyslu sdělení, které podává druhá osoba. Naopak jsou také nevědomě nonverbální informace vydávány. Sdělované informace verbální a nonverbální mohou být ve vzájemném souladu. Někdy ale není vnitřní ztotožnění s tím, co je řečeno a to se projevuje v nonverbálním chování. To představuje mimika, gesta, držení těla a způsob, jakým je verbální informace řečena, paraverbálním projevem je intonace řeči, rychlost a hlasitost řeči, pauzy v řeči a tón hlasu. Ženy dokážou lépe interpretovat smysl nonverbálního chování než muži. Vysvětlení se nachází v jejich možná vrozené dispozici, získávání a rozvíjení této schopnosti při výchově dětí. Hlavně v prvních měsících života dítěte musí rozpoznat jeho potřeby a přání (Beran, 2000). Pochopení nonverbálního chování je závislé na podmínkách a okolních událostech průběhu komunikace.

5.2 Význam sluchu v komunikaci

Sluch má ve verbální komunikaci důležitou roli. Je-li oslaben nebo chybí, komunikace je velmi ztížena. Sluchem také vnímáme informace ze svého vlastního vnitřního prostředí. Slyšíme svůj dech, pohyb střev, zvuky při vyprazdňování, za určitých okolností vlastní tep.

S přibývajícím věkem se sluch zhoršuje. Změny jsou velmi nepříjemné. Člověk, který špatně slyší, se k nám naklání jedním nebo druhým uchem, podle toho, které ucho lépe slyší. Přikládá si dlaň k boltci, jako by ho chtěl zvětšit. Krčí čelo, upíná zrak na naše rty a odezírá (Linhartová, 2007).

Z hlediska posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti je oboustranná hluchota indikací k přiznání invalidity nebo u části postižených k střednímu omezení pracovní zátěže u typu zaměstnání, kde není k jeho provozování nutná sluchová informace. Osoba, která má implantovanou neuroprotézu nemůže být považována za normálně slyšícího člověka. Jeho postižení trvá, stejně jako u nedoslýchavé osoby, která používá sluchadlo. Mnohé osoby s implantací slyší a rozumějí řeči bez odezírání, jsou schopny telefonovat, avšak pro mnohé je nezbytná zraková kontrola a kochleární implantát je pro ně pomůckou při odezírání (Vyhláška č.207/1995 Sb., 6. 5. 2011, online).

„Osoby vzhledem ke zbytkům sluchu se dokážou vcelku dobře orientovat ve slyšícím prostředí. Nedostatky v jejich mluveném projevu často zaregistruje jen odborník“ (Souralová, 2007, s. 24). Jedná se o určitou monotónnost či nedokonalou artikulaci některých hlásek, většinou sykavek s, z, š, ž, ale mnoho lidí s nedokonalou denticí nebo anomálií čelistí může mít podobnou výslovnost. Porozumění u osob s poruchou sluchu se zhoršuje, jestliže postižený nevidí mluvícímu do obličeje, na ústa mluvícího nedopadá světlo, postižený je oslněn nebo je celkově malá intenzita osvětlení. Když mluví několik osob najednou, postižený nemůže sledovat změnu mluvčího, artikulace je příliš rychlá, nezřetelná a probíhá v hlučném prostředí. Osoba nerozumí, pokud mluvčí hovoří příliš potichu, jednotvárně a s nevýraznými modulačními faktory, stejně, jestliže má postižený zhoršen příjem zvuku z důvodu nefunkčního sluchadla (Souralová, 2007).

Komunikace je podobná, jako když jednáme s cizincem a neumíme dobře cizí jazyk. Slyšíme, ale nerozumíme. Může se stát, že osoba se sluchovým postižením nám odsouhlasí, že rozumí sdělení. Ve skutečnosti rozumí jiný obsah, než si myslí. Proto je nutné, ověřit, co nám osoba se sluchovým postižením rozuměla. Špatné pochopení instrukce může vést k závažným důsledkům (Štěrbová in Kurková, 2008).

5.3 Zásady účelné komunikace všeobecné sestry

Mezi faktory vyvolávající poruchy verbální komunikace jsou uváděny anatomická porucha např. rozštěp patra, kulturními rozdíly nebo neschopnost hovořit jazykem příslušné krajiny,

zhoršený zdravotní stav, například po cévní mozkové příhodě, nádoru mozku nebo stavu po laryngektomii nebo tracheotomii. Dále ji ovlivňuje velká úzkost, extrémní zlost, panický strach, deprese, stydlivost, osamělost nebo nepřiměřené sebehodnocení a samozřejmě medikamentózní léčba například užívání antidepresiv (Kozierová, 1995).

Mezi základní kritéria účinné verbální komunikace patří jednoduchost a srozumitelnost slov, stručnost sdělení v mluveném i psaném projevu, zřetelnost slovního projevu. Tak, abychom se jasně vyjádřili co, jak, proč, kdy, kdo a kde, mluvili pomalu, jasně a zřetelně vyslovovali. Informace musí mít správný dopad na příjemce a musí se přizpůsobit jeho reakci. Nejdůležitější je důvěryhodnost poskytované zprávy a je nutné vycházet ze znalosti problému. Poznatky musí být podány přesvědčivě (Kozierová, 1995). U sester se mohou vyskytnout překážky v komunikaci z důvodů časové tísně nebo neochoty vyslechnout pacienta. Také, když používají odbornou terminologii, mění témata a navrhují vlastní návody a řešení problémů pacienta. Negativně působí také nadměrné ujišťování o uzdravení, zatěžování vlastními problémy a nadměrné přikyvování, jestliže popírají emoce a používají klišé a fráze (Kristová, 2004).

Můžeme vymezit určité zásady účelné komunikace všeobecné sestry s osobou s poruchou sluchu: je třeba vyslovovat zřetelně a mluvit pomalu. Ptát se, ze které strany lépe slyší a z té přistupovat. Přesvědčit postiženého, aby využíval kompenzační pomůcky. Používat krátké jednoduché věty, využívat předměty k ukázání, opakovat sdělení jinak, mluvit vždy o jedné věci či na jedno téma a až druhý porozumí, lze se věnovat dalšímu tématu. Zajistit, aby byl dostatek světla a postižený viděl na ústa, mluvit tváří v tvář, udržovat oční kontakt a dbát na shodu verbální a neverbální komunikace. Vést rozhovor pokud možno vsedě, nepřecházet, mluvit jen s jednou osobou. Dávat dostatečný čas k pochopení sdělení, odezírání je namáhavé, opakovaně se ptát, zda rozuměl sdělení a nechat je zopakovat. Mít trpělivost, projevovat takt, vlídnost a zájem, používat pochvalu (Klevetová, Dlabajová, 2008).

5.4 Strategie účelné komunikace všeobecných sester

Do nemocnice pacienti přichází z důvodů jejich nemoci, nebo léčby. Mají mnoho otázek, musí se podrobit řadě testů a vyšetření. Chtějí znát výsledky a důvody vyšetření a opatření. Přitom pocítují nejistotu, obavy a strach (Křivohlavý, 2002). Dovednosti komunikovat, sdělovat informace nebo vyměňovat informace, by se všeobecné sestry měly naučit již během přípravy na své povolání a tuto dovednost by měly neustále rozvíjet (Zacharová,

2007). Pacienti očekávají, že personál, který se o ně stará, je připraven kvalitně. Věří, že budou respektovány jejich potřeby a autonomie. Důvěřují sestřám, že je budou chápat a v průběhu nemoci nebudou přehlížet (Šamánková, 2011). Sestry jsou v neustálém kontaktu s pacienty. Před řadou ošetrovatelských úkonů je musí informovat a být připraveny zodpovídat jejich otázky. U pacientů s poruchou sluchu by měly nejdříve zjistit a dohodnout způsob, jak se dorozumí (Venglářová, 2006).

Neslyšící jednájí prostřednictvím rodinných příslušníků a tlumočnicků, kteří jsou obeznámeni se zdravotnickou problematikou. „*Pokud se potřebujeme při náhodném setkání dorozumět s člověkem, který preferuje znakový jazyk, můžeme zkusit běžná obecně srozumitelná gesta*“ (Slowík, 2010, s. 87). Zdravotníci by měli být připraveni na to, že obecné povědomí neslyšících o prevenci a léčbě nemocí je velmi malé. Doporučuje se cíleně zeptat na určitou důležitou věc, kterou jsme neslyšícímu sdělili. Všeobecné sestry v případě, že zvou neslyšícího z čekárny do ordinace, mu mají naznačit například kývnutím či jiným způsobem, že je na řadě, ne jenom pouhým zavoláním. V ordinaci se pak domluví způsob komunikace. Obvyklou formou je odezírání nebo psaná čeština. Zvolený způsob je vhodné poznačit do karty pacienta (Fikejs, 2008).

Může být zhotoven soubor nejčastějších základních frází a otázek, které jsou napsané v jednoduchém jazyce, videozáznam seznamující s prostředím oddělení i lidmi, kteří se budou o neslyšící osobu starat. Seznámení s prostředím a ošetřujícími osobami může proběhnout za přítomnosti tlumočnicka. Rodinní příslušníci mohou být zbláhli ve znakovém jazyce, avšak jsou ovlivněni citově a některé informace o nežádoucích účincích nebo nepříznivé situaci mohou neslyšícímu zatajit s tím, že je předají později nebo vůbec. Proto je vhodné zajistit přítomnost tlumočnicka k projednání zásadních informací o léčebném plánu nebo sdělení o zdravotním stavu. Je vhodné vyhnout se diskuzím v blízkosti pacienta obzvláště při vizitě, neboť odezíráním si může některé informace neslyšící pacient chybně interpretovat. Na oddělení může být jmenována osoba, která komunikaci s neslyšícím zajistí (McAller, 2006).

Pro komunikaci lze využít komunikátorů. V roce 1994 byl proveden průzkum v Saldorfské nemocnici ve Velké Británii. Deseti oddělením zakoupili podpurné sluchové komunikátory, které měly sloužit k vytvoření lepších podmínek pro komunikaci s pacienty se sluchovým postižením. Byly dodány s přiloženým návodem k použití. Po 18 měsících zjišťovali, jak často sestry použily tyto komunikátory a v jakém funkčním stavu komunikátory jsou. Pouze 30 % ze všech dotazovaných sester vědělo o komunikátorech,

jen necelých 30 % z těchto sester je v průběhu 18 měsíců použily. Kontrolou funkčnosti komunikátorů zjistili, že přes 50 % komunikátorů nebylo nalezeno, další byly nefunkční a jen jeden byl v pořádku. Zpráva ukázala, že plán na zlepšení komunikace s pacienty se sluchovou poruchou byl neúspěšný. Sestry používaly v komunikaci s pacienty vlastní strategie. Mluvily hlasitě a pomalu, používaly vlastní primitivní jazyk. To je časově náročné a neefektivní. Používáním komunikátorů se může komunikace zlepšit. K tomu je potřeba zapojit celý tým zdravotníků, rozšiřovat jejich znalosti o komunikačních strategiích, které lze v péči o osoby s poruchou sluchu využít (Roper, 1995).

5.5 Pacient s poruchou sluchu v naší nemocnici

Naše nemocnice řeší dostupnost zdravotní péče pro všechny skupiny obyvatel ve směrnici SM – 47 – 0200/ 09 Identifikace a řešení bariér. Je přístupna prostřednictvím vlastní nemocniční počítačové sítě (dále jen intranet) všem zaměstnancům. Popisuje problém pacientů se sluchovými potížemi a předkládá řešení v oblasti postupu při prvním kontaktu s pacientem. Její součástí jsou přílohy se základními zásadami postupu v komunikaci s pacienty se sluchovým postižením, neslyšícím pacientem za přítomnosti tlumočnicka a seznam osob ochotných poskytnout tlumočnické služby. Externí firmu spolupracující na zajištění profesionálních tlumočnicků kontaktuje, dle této směrnice službu konající lékař, pokud dostatečné poučení pacienta není možné zajistit osobami uvedenými v seznamu. V používané jednotné zdravotnické dokumentaci sestry provádí zápis do ošetřovatelského posouzení zaškrtnutím kolonky sluch a naslouchadlo (Hrabicová, 2010).

6 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY NESLYŠÍCÍCH

Potřeba mezilidské komunikace a účinné didaktické komunikace ztížené sluchovou bariérou vyvolala rozvoj speciálně - pedagogické teorie a praxe. Neexistuje jediná nebo nejlepší metoda, cesta, způsob, komunikační strategie nebo vzdělávací program, ale široké spektrum možností k překonání komunikační bariéry zohledňující individuálních schopnosti sluchově postižených. V průběhu rozvoje péče o sluchově postižené se nejméně prosadily systémy orální, totální, simultánní a bilingvní komunikace. Potřeba oboustranně si rozumět se uplatňuje mezi matkou a dítětem, učitelem a žákem nebo profesionálem a jeho sluchově postiženým klientem (Krahulcová, 2003).

Neslyšící osoby se dorozumívají jazykem, který je zakotven v Zákoně č.155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Zde se uvádí, že osoby mají právo zvolit si komunikační systém podle svých potřeb a tento způsob komunikace musí být respektován v uplatňování jejich práv. Mohou si zvolit český znakový jazyk a další komunikační systémy, které vycházejí z českého jazyka.

6.1 Systém orální komunikace

Od roku 1894 byla orální řeč uznána za jediný vyučovací komunikační prostředek ve všech zemských ústavech zřízených pro české neslyšící děti (Hrubý, 1999).

Cílem je osvojení si mluvené, hláskové řeči a didaktického obsahu vzdělávacího programu. Má historicky dlouhou, všestranně propracovanou metodiku i dosahované výsledky u části sluchově postižené populace. V současnosti se snižuje využití čistě orálního monolingvního systému, je pomalý, nákladný a nerespektuje přirozené fyziologické potřeby těžce sluchově postižených z hlediska rozvoje jazyka. Doplnuje se nejčastěji vizuálními prstovými abecedami, pomocnými artikulačními znaky, psanou podobou jazyka, doplňovanou řečí. Vizualizace mluvené řeči je využitelná již v raném věku dítěte a je obousměrná, zvláště v případě slyšících rodičů a neslyšícího dítěte (Krahulcová, 2003).

6.2 Systém simultánní komunikace

Též bimodální model je systém, který používá většinový (mluvený národní) jazyk dané oblasti, státu a s ním i nejrůznější další doplňující komunikační formy, nejčastěji vizuálně-motorické. Znakový jazyk bývá nadřazen mluvené a trvalá simultánní produkce dvou

rozdílných komunikačních kódů vyvolává kognitivní přetížení a je tedy vhodný pouze částečně (Krahulcová, 2003).

6.3 Systém totální komunikace

Používá pevnou kombinaci, kdy se řeč a odezírání spojují s prstovou abecedou a znakovým jazykem neslyšících. Osoby v okolí dítěte musí vždy používat všechny komunikační prostředky. Integrace se uskutečňuje do světa slyšících i neslyšících (Krahulcová, 2003). Prstová abeceda využívá různých poloh a postavení prstů, přitom prstové znaky jsou čteny jako by ve výřezu papíru. Písmena se objeví a vzápětí zas zmizí. Vymysleli ji slyšící, aby mohli „napsat“ jméno nebo slovo, pro které není znak (Linhartová, 2007).

6.4 Systém bilingvální komunikace

Výše uvedené komunikační systémy měly vytvořit mluvenou řeč jako prostředek, který vede ke vzdělávání a socializaci. Cílem bilingvální komunikace je rozvoj jazyka a myšlení nezávisle na kvalitě mluvené řeči. Znakový jazyk je jediným jazykem, který dovoluje neslyšícím získat a zvládnout jazykové jevy. Neslyšící děti neslyšících rodičů se dorozumívají gesty ve stejném věkovém období, v jakém slyšící děti začínají vokalizovat. U neslyšícího dítěte se zrak a hmat stávají od nejranějšího věku nejdůležitější. Neslyšící dítě, jehož rodiče jsou také neslyšící, je přirozeně vtaženo do komunikace znakovou řečí. Je s ním více manipulováno, aby více vidělo, zažívá více kontaktů dotykem. Jestliže mu nejbližší okolí začíná rozumět, odpovídá mimikou, pohybem. Dítě nachází odezvu na své pohyby a zjišťuje, že pohyby (znaky) matky jsou v mnoha situacích stejné jako jeho. Začíná sdělovat, začíná rozumět prozatím jednoduché znakové řeči, jako se jednoduše hovoří s malým slyšícím dítětem. Zároveň se učí odezírat pohyby úst. Znakový jazyk je tedy pro něj jazyk první rodný, český jazyk je druhý, přijímaný odezíráním (Krahulcová, 2003).

Český jazyk se tedy neslyšící dítě učí jako druhý jazyk. Slyšící dítě, které se učí číst a psát, se učí jen jinou podobu jazyka, který zná. Neslyšící tuto možnost nemá. Naučí se písmena, jednotlivá slova, ale to nezaručuje, že porozumí textu. Může znát pouze jeden pojem pro danou skutečnost a synonymní výrazy si s ní nedokáže spojit (Tlumočnick jako most, 2008).

6.5 Odezírání

V zákoně č. 155/1998 Sb., § 6, odst. 4 je uvedeno, že vizualizace mluvené češtiny je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace.

Odezírání je vnímání řeči zrakem a její chápání podle pohybu úst, mimiky tváře, výrazu očí, gestikulace rukou i celého těla (Sovák in Krauhlová, 2003). To však nemůže nikdy zcela nahradit sluch. Ze souhlásek je možno zrakem spolehlivě určit asi třetinu. K odezírání je potřebné určité nadání, schopnost předvídat a na základě již odezřeného logicky doplňovat mezery mnohoznačnosti v přijímané informaci. Je také důležité, aby výšková úroveň hlavy mluvícího a odezírajícího byla stejná. *„Také správná artikulace je další podmínkou, má být mírně zvýrazněna, mírně zpomalena a pečlivá“* (Krauhlová, 2003, s. 198).

6.6 Jiné komunikační systémy

Jsou určeny pro velmi těžká postižení a postižení kombinovaná nebo vícenásobná. Mezi tyto systémy patří systém facilitované komunikace, kdy jsou využívány lístky s obrázky, symboly, piktogramy, písmena nebo slova. Nemluvicí osoba pak vybírá nebo ukazuje na předložený symbol podle svého komunikačního záměru.

Alternativní komunikace se používá jako náhrada mluvené řeči, v případě sluchově postižených jako náhrada znakového jazyka. Součástí jsou mimoslovní způsoby sdělování, jako je řeč očí, výrazy obličeje, pohyby těla, fyzické postoje, gesta, doteky, přiblížení a oddálení.

Augmentativní komunikace podporuje již existující komunikační možnosti a schopnosti. Účelem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování.

Tyto způsoby dorozumívání umožňují, aby postižená osoba nezůstala v komunikační izolaci, a jsou její jedinou možností. Avšak pro převážnou část okolí bývají málo srozumitelné a tím se zužuje okruh osob pro komunikaci (Slowik, 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Osoby se zdravotními problémy, které přicházejí do zdravotnického zařízení, mohou mít poruchu sluchu. Ta může být kompenzována technickou pomůckou, pak osoba nemá žádné komunikační problémy. Avšak kompenzace sluchové poruchy mohou selhávat a komunikace se stává obtížnou. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na způsoby komunikace všeobecných sester s pacienty s poruchou sluchu v nemocnici okresního typu.

7.1 Cíle průzkumného šetření

Ve své bakalářské práci jsem si vytýčila tři cíle.

Cíl číslo 1 – Zjistit jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou sluchu v dané nemocnici okresního typu.

Cíl číslo 2 – Zjistit jaké mají všeobecné sestry znalosti o kompenzačních pomůckách používaných pacienty s poruchou sluchu.

Cíl číslo 3 – Zjistit zda všeobecné sestry v dané nemocnici využívají v komunikaci s pacienty s poruchou sluchu informací, které jsou uvedeny k této problematice ve směrnici Identifikace a řešení bariér.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce březen 2011 v nemocnici okresního typu. Byly osloveny všechny všeobecné sestry na lůžkové i ambulantní části dané nemocnice, kromě anesteziologicko-resuscitačního a dětského oddělení. Ambulantní zařízení provádějí vyšetření příchozích pacientů k hospitalizaci, a také svou vlastní činnost dle specializace. Pacienti přichází s doporučením svého lékaře nebo v době pohotovostní služby s akutními záležitostmi bez doporučení. Lůžková část zajišťuje vyšetření a léčbu hospitalizovaných pacientů.

7.3 Metoda průzkumného šetření

Ve své práci jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Jedná se o nestandardizovaný strukturovaný dotazník. Je také označován jako standardizované interview v písemné podobě. Jeho výhodou je úspora času a data mohou být kvantifikována. Nevýhodou je nemožnost kladení doplňujících dotazů, pro některé respondenty nedostatečná

srozumitelnost otázek a nižší věrohodnost dat. Je nutná jeho pečlivá příprava (Ferjenčík, 2000). Informace jsou získávány písemně, kdy na připravené otázky mají respondenti dostatek času (Hendl, 2005). Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů od velkého počtu respondentů. Dotazník se považuje za ekonomický výzkumný nástroj (Gavora, 2000). Vytvořený dotazník (příloha P I) obsahuje 17 položek zaměřených na problematiku komunikace všeobecných sester s osobami se sluchovou poruchou. Pro účely dotazníku byly v jeho záhlaví přesně vydefinovány pojmy osoba se sluchovými potížemi a osoba neslyšící.

7.4 Formy položek dotazníku

Dotazník obsahuje položky uzavřené, které nabízejí soubor možných variant odpovědí, a respondent vybírá tu, která se nejvíce blíží jeho názoru. Tyto položky mohou být s výběrem jedné alternativy odpovědi – položka č. 9, 13, 14, 15, 17, nebo s výběrem více alternativ odpovědi – položka č. 11. Dále dotazník zahrnuje otevřené volné položky, které nenapovídají žádné řešení, a to je zároveň jejich nevýhoda způsobující obtíže při zpracování, jednalo se o položky č. 1, 2, 4, 16. Dalšími položkami jsou polouzavřené, které jsou v souboru možných variant rozšířeny o doplnění vlastním řešením dotazovaného – položky č. 7, 10, 12. Posledními použitými jsou položky filtrační eliminující respondenty, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohli odpovědět na následující položku, jsou to položky č. 3, 5, 6, 8.

7.5 Charakteristika položek

Položky č...14,15,16... jsou identifikační. Cílem bylo zjistit pohlaví, pracoviště, délku praxe respondentů...

Položky č...1,2,4,5,6,6b,9,17... jsou zaměřeny na zjištění, jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou sluchu...

Položky č...11,12,13... slouží ke zjištění, jaké mají všeobecné sestry znalosti o kompenzačních pomůckách...

Položky č...3,3a,3b,7,8a,8b,10... slouží ke zjištění, kde sestry ve zdravotnické dokumentaci uvádí informace o sluchových potížích pacienta a znají směrnici daného zdravotnického zařízení...

7.6 Organizace šetření

Samotnému výzkumnému šetření předcházelo vytvoření dotazníku. Na začátku jsem provedla pilotní studii. Rozdala jsem 10 dotazníků náhodným respondentkám a na základě jejich odpovědí jsem u některých položek provedla jejich přeformulování. Po opravení dotazníku jsem zhotovila a rozdala 110 kusů dotazníků.

Z celkového počtu 110 rozdaných dotazníků se mně vrátilo 80, to je 72,73 % kvalitně vyplněných, které jsem zpracovala a vyhodnotila.

7.7 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovávala pomocí programu Microsoft Excel, kde jsem vkládala jednotlivá data, roztřídila, zpracovala tabulky a vytvořila grafy.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (%) nám dává informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Údaje jsou zaokrouhleny na dvě desetinná čísla.

Odpovědi na otevřené položky byly dodatečně kategorizovány a obsahově analyzovány. Pro názornost jsem u některých také vytvořila grafy, které znázorňují seřazení odpovědí od nejvyšší četnosti.

8 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

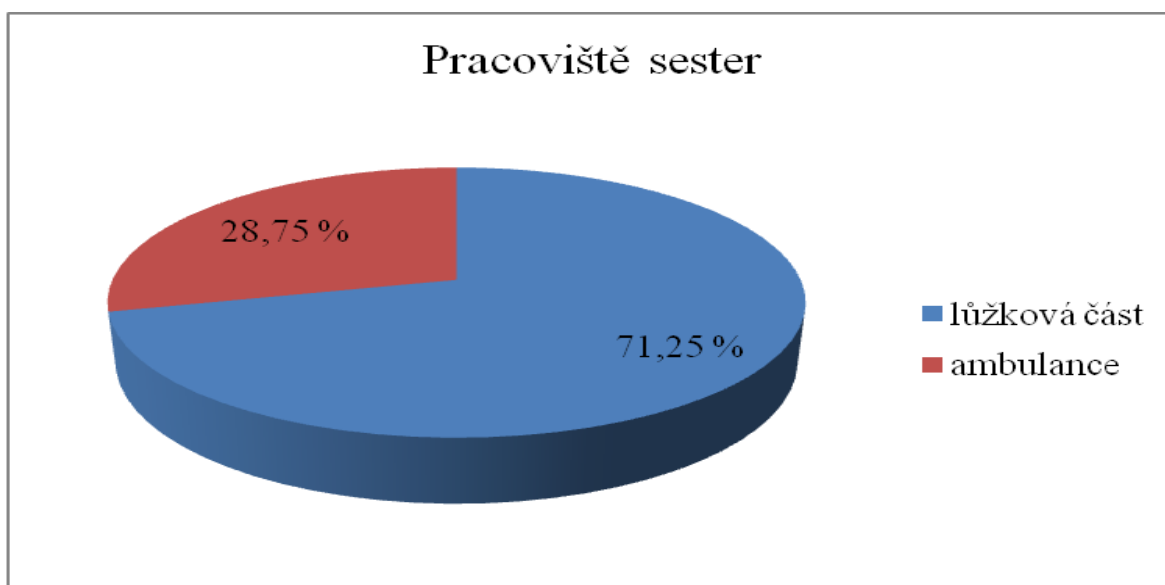
Položka č. 14 Pohlaví respondentů

Všichni respondenti, od kterých jsme získali kvalitně vyplněný dotazník, byli pohlaví ženského.

Položka č. 15 Jaké je Vaše pracoviště?

Tabulka č. 2 Pracoviště sester

Pracoviště sester	absolutní četnost	relativní četnost v %
lůžková část	57	71,25
ambulance	23	28,75
celkem	80	100,00



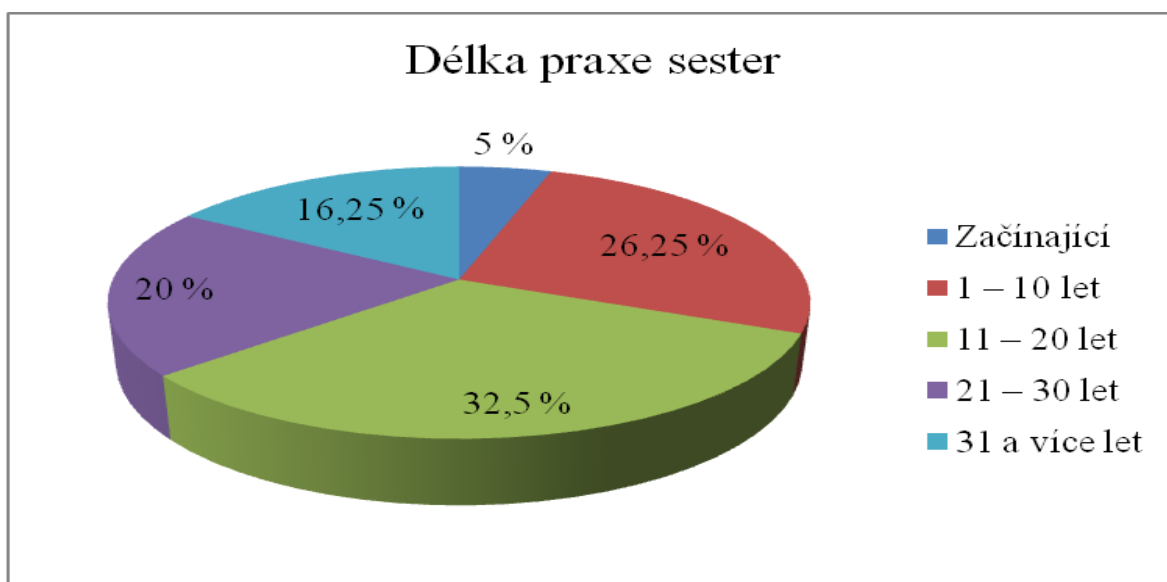
Graf č.1 Pracoviště sester

Dotazník vyplnilo 23 % všeobecných sester pracujících na ambulancích a 57 % všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních.

Položka č. 15 Uveďte délku Vaší praxe ve zdravotnictví v letech

Tabulka č. 3 Délka praxe sester

délka praxe	absolutní četnost	relativní četnost v %
do 1 roku	4	5,00
1 – 10 let	21	26,25
11 – 20 let	26	32,50
21 – 30 let	16	20,00
31 a více let	13	16,25
celkem	80	100,00



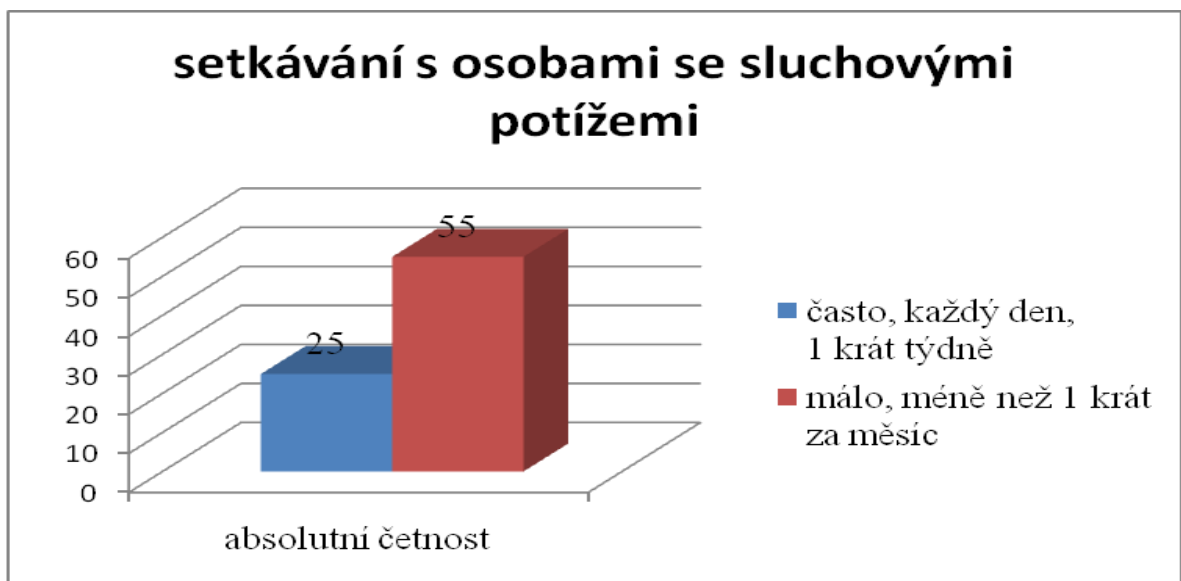
Graf č. 2 Délka praxe sester

Délku praxe uvedly všeobecné sestry ve 21 % mezi 1 – 10 lety, 26 % sester období mezi 11 – 20 lety, 16 % 21 – 30 let, praxi 31 a více let uvedlo 13 % a 1 roku 4 %.

Položka č. 1 Prosím, napište, jak často se při své práci v naší nemocnici setkáváte s osobami se sluchovými potížemi?

V odpovědích na tuto otázku respondentky udávaly přesné časové údaje nebo se snažily vymezit četnost slovně. Slovní termín, kterým hodnotily množství setkání s pacienty se sluchovými potížemi, byl často, dále následoval každý den a několikrát týdně, několikrát do měsíce. Z časových údajů se jednalo o 1 x za den, 1 x za týden.

Na druhé straně se naše respondentky vyjadřovaly v termínech zřídka, občas, velmi málo a výjimečně. Z časových údajů se jednalo o vyjádření méně než 1 x za měsíc, 1 x za 3 měsíce, 1x za ½ roku, 1x za rok, 3x za život. Pokusila jsem se shrnout uvedené časové údaje do dvou velkých skupin a snažila jsem se roztrdit odpovědi respondentů do kategorií. Mohu říci, že menší skupina sester, 25 respondentek, se setkává s osobami se sluchovými potížemi v naší nemocnici často, tím myslím denně, často, 1x za den, 1x za týden. Druhá skupina, 55 respondentek, se s těmito pacienty setkává v naší nemocnici málo, do této skupiny jsem zařadila odpovědi respondentů, které četnost setkání vymezovali méně než 1 x za měsíc.



Graf č. 3 Setkávání s osobami se sluchovými potížemi

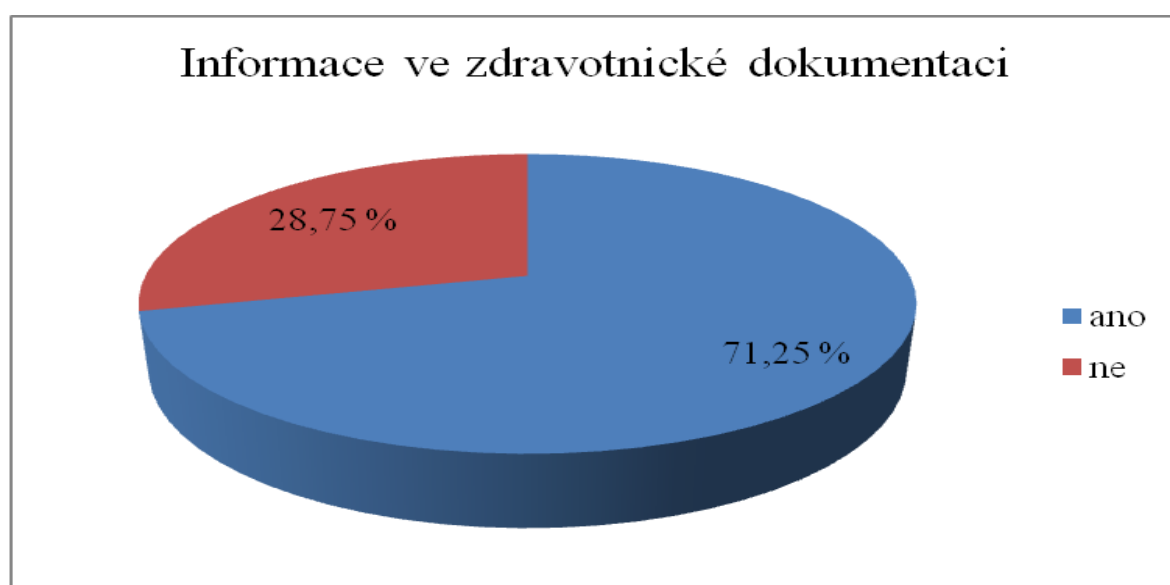
Položka č. 2 Podle čeho poznáte, že osoba má sluchové potíže?

41 respondentek uvádí, že poznají osobu se sluchovými potížemi, když „...*nereaguje na výzvu...*“, „...*otázky...*“, „...*pokyny...*“, „...*oslovení...*“ nebo „...*dotaz...*“. 25 respondentek uvádí, že sama osoba je upozorní a řekne, že špatně slyší. 23 respondentek uvádí, že se osoba opakovaně ptá, neadekvátně odpovídá „...*já o koze, on o voze...*“, „...*neví, co po ní chceme, a udělá a vykoná pravý opak...*“ a dále z jejich chování a neverbálních projevů usuzují, že má pacient sluchové problémy. 11 respondentek popsalo, že někteří nedoslýchaví upřeně sledují rty a odezírají. Mezi dalšími odpověďmi bylo upozornění na problém příbuznými nebo doprovodem. V neposlední řadě zmiňují naše respondenty používání sluchadla a znakové řeči jako typické projevy osob se sluchovými potížemi.

Položka č. 3 Nacházíte informaci o sluchových potížích osoby ve zdravotnické dokumentaci?

Tabulka č. 4 Informace ve zdravotnické dokumentaci

Informace ve zdravotnické dokumentaci	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	57	71,25
ne	23	28,75
celkem	80	100,00



Graf č. 4 Informace ve zdravotnické dokumentaci

V 71,25 % odpověděly respondentky, že informace o sluchových potížích nachází a 28,75 % jich uvádí opak.

Položka 3 a V případě, že jste odpověděli možností „ANO“, prosím, popište, jakým způsobem je tato informace v dokumentaci vyznačena:

Informace o sluchových potížích osoby lze nalézt podle našich 19 respondentek v chorobopise, v lékařské anamnéze, nebo lékařské zprávě, „...někdy i v hospitalizační zprávě...“. Také bývá uvedena informace praktickým lékařem. 34 respondentek uvádí, že informaci naleznou v sesterské dokumentaci „...při příjmu zjišťujeme stav sluchu eventuelně kompenzační pomůcky...“, „...v ošetřovatelském posouzení...“, dále je tato

informace uvedena při hlášení sester „...ústně i písemně...“ a také v teplotní tabulce. Informace bývá v dokumentaci označena jako „...porucha sluchu...“, „...hypacusis...“, „...neslyšící...“, „...špatně slyší...“, „...nedoslýchá...“, „...nosí...“ nebo „...používá sluchadlo...“.

Položka č. 3 b V případě, že „NE“, pak prosím popište, proč si myslíte, že tato informace není ve zdravotnické dokumentaci vyznačena:

V tomto případě si 2 sestry myslí, že „...pacient nemá potíže se sluchem, jedná se o běžnou nedoslýchavost a pacient sám upozorní na své postižení...“.

V 8 odpovědích zdůvodňují sestry nevyznačení této informace jako opomenutí lékaře zaznamenat ji: „...lékaři tuto informaci často neznačí do dokumentace, zvláště praktičtí lékaři ji neuvádějí na žádanku či ‚tiskopis 06‘, nepovažují to za důležité...“, „...odesílající lékaři (např. obvodní) své pacienty ‚znají‘ a nepřipadá jim to podstatné...“. V 7 odpovědích nacházím odpověď „...nevím...“. Mezi dalšími 6 odpověďmi nacházím zdůvodnění, jako „...chyba personálu“, „...neklade se na ni důraz...“, a „...na našem oddělení málo nahlížíme do zdravotnické dokumentace, je nám to oznámeno při předání pacienta sestrou nebo sanitářem...“.

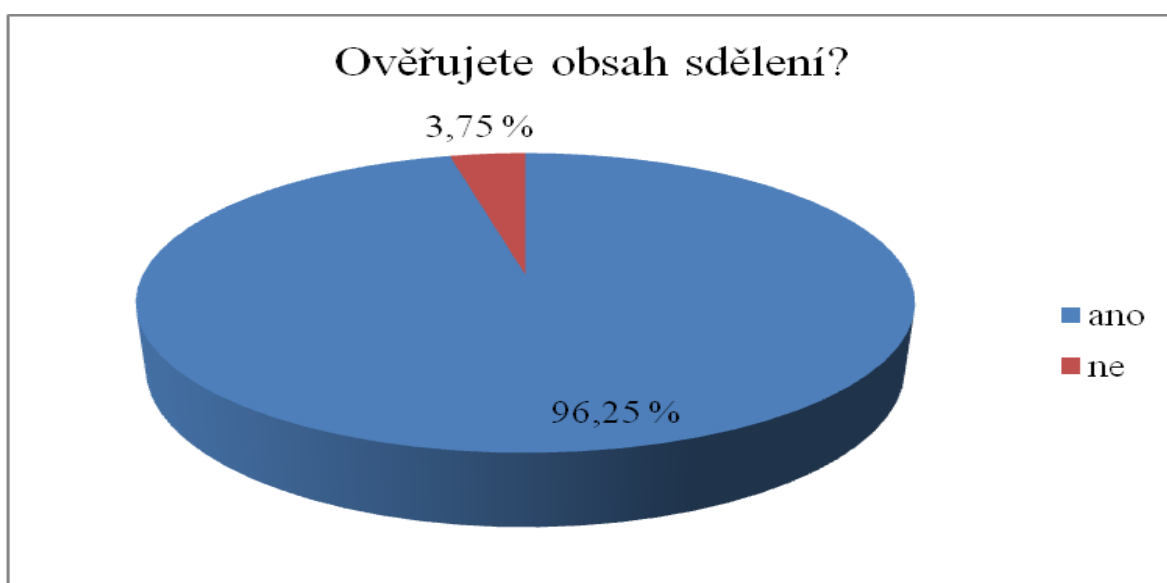
Položka č. 4 Které faktory považujete za rušivé a ztěžující komunikaci s osobou se sluchovými potížemi?

Za rušivý faktor, který ztěžuje komunikaci s osobami se sluchovým postižením, respondentky uvádí v 18 případech hlučné prostředí. 14 respondentek uvádí spěch a nedostatek času, dále (12) nepoužívání a nefunkčnost kompenzační pomůcky – sluchadla. Kromě těchto faktorů může mít vliv také „...únava...“, „...zhoršený fyzický stav komunikující osoby a její věk...“, „...stres a bolest...“, „...nespolupráce klienta...“, „...stav po narkóze...“, „...dezorientace...“, „...zrakové postižení...“ a „...demence...“. Ve 3 odpovědích respondentky uvádí jako faktor ztěžující komunikaci s osobou se sluchovým postižením, nedostatek trpělivosti a vstřícného přístupu personálu.

Položka č. 5 Ověřujete, zda osoba se sluchovými potížemi rozumí obsahu Vašeho sdělení?

Tabulka č. 5 Ověřujete obsah sdělení?

Ověřujete obsah sdělení?	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	77	96,25
ne	2	2,50
celkem	80	100,00



Graf č. 5 Ověřujete obsah sdělení?

V 96,25 % respondentky uvádí, že ověřují u pacienta obsah svého sdělení. Jenom 3,75 % se ověřováním nezabývá.

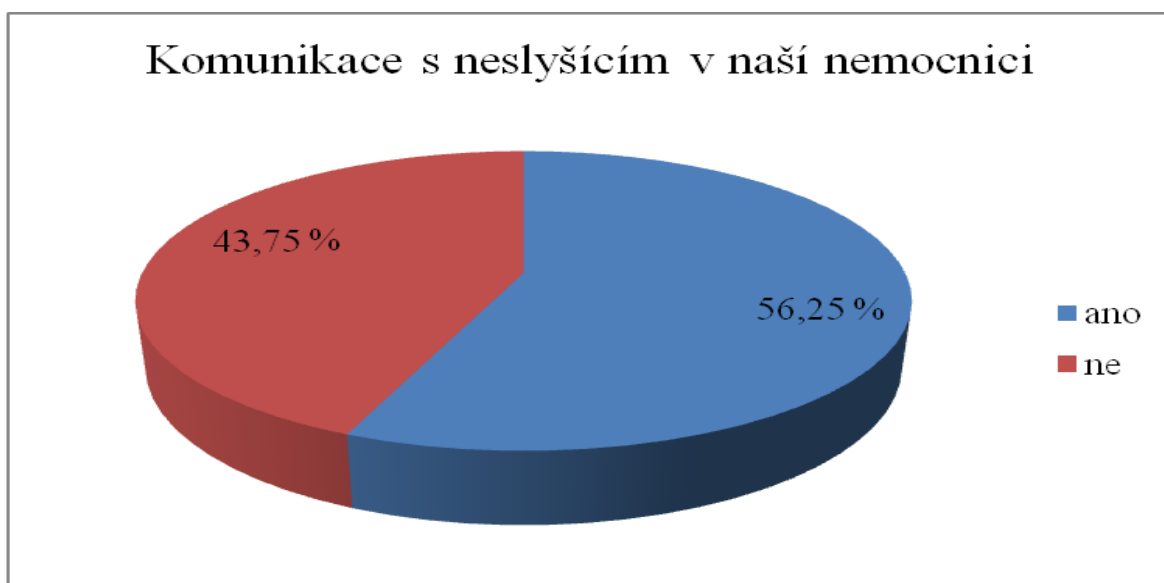
Položka 5 b Pokud jste odpověděla „ano“, prosím, napište, jakým způsobem ověřujete, že osoba se sluchovými potížemi rozumí obsahu Vašeho sdělení:

1 respondentka uvádí, že: „...komunikace ze strany zdravotníka musí být aktivnější, vnímavější...“. 18 respondentek tvrdí, že ověřuje obsah svého sdělení od pacienta písemně. V 16 případech respondentky odpověděly, že se pacientů ptají, zda rozuměli všemu, co jim řekly. 15 respondentek napsalo „...žádám, o zopakování obsahu, který byl sdělen...“, „...požádám o odkývání ano – ne, pokud rozumí...“. Stejně množství respondentek napsaly „...zpětnou vazbou...“.

Položka č. 6 a Komunikovala jste v minulosti s neslyšícím v naší nemocnici?

Tabulka č. 6 Komunikace s neslyšícím v naší nemocnici

Komunikace s neslyšícím v naší nemocnici	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	45	56,25
ne	35	43,75
celkem	80	100,00



Graf č. 6 Komunikace s neslyšícím v naší nemocnici

S neslyšícím v naší nemocnici komunikovalo 56,25 % dotázaných respondentek.

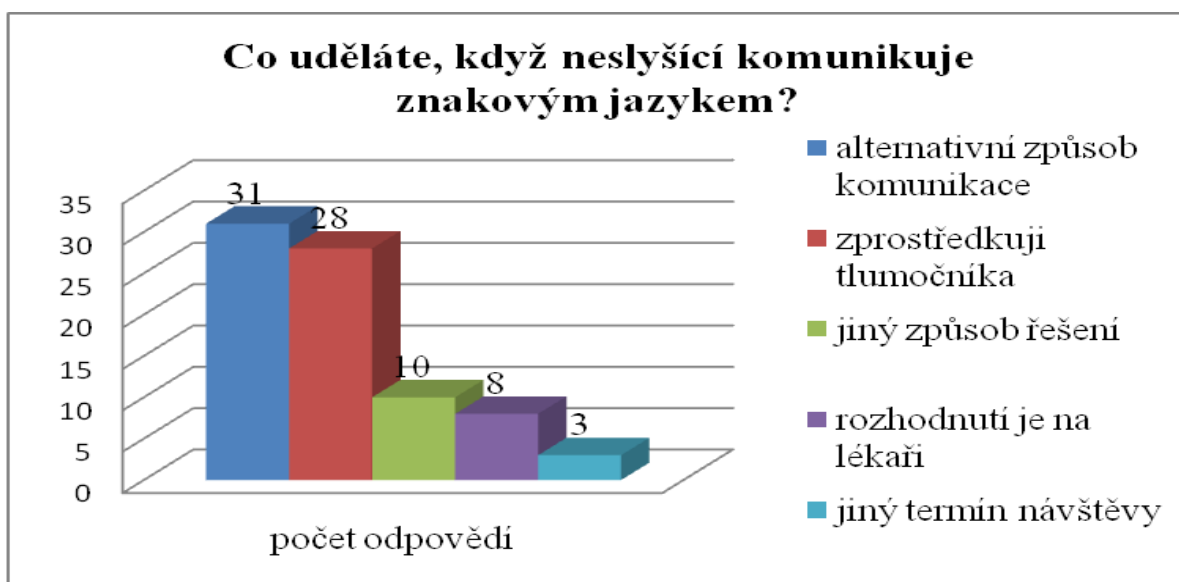
Položka č. 6 b: Pokud jste odpověděla „ano“, prosím, popište, jaké byly Vaše pocity při setkání s ním?

O svých pocitech při komunikaci s neslyšícím se 10 sester vyjádřilo, že byly normální. V dalších odpovědích nacházíme spíše hodnocení nepříjemných a rozpačitých pocitů jako jsou nejistota a obavy „...zda informacím osoba rozuměla nebo jen tak přikývla...“, „...zda mě dobře rozuměl...“, „...že se nedokážeme domluvit...“, „...nejdříve obava, pak snaha a zájem...“, některé cítily bezmocnost a nedostatek času, náročnost komunikace.

Nacházím vyjádření „...setkání s vyjimečným člověkem, který svou energii vložil do něčeho, jiného než do slov...“.

Položka 7 Jak se zachováte při své práci v nemocnici (na oddělení, v ambulanci), zjistíte-li, že neslyšící komunikuje znakovým jazykem?

Naše respondentky v 31 odpovědích uvedly, že když zjistí, že neslyšící při komunikaci používají znakový jazyk, na žádost dotčené osoby dohodne alternativní způsob komunikace. Tlumočnicka zprostředkuje 28 dotázaných a jiný termín návštěvy s přítomností osoby nebo tlumočnicka, který ovládá znakový jazyk, doporučí 3 respondentky. Rozhodnutí, jak dále postupovat nechá na lékaři 8 dotázaných. V 10 odpovědích navrhují své vlastní řešení, kdy chtějí komunikovat písemně, zajistit rodinného příslušníka a 2 respondentky řeší situaci samy, neboť ovládají znakový jazyk.



Graf č. 7 Co uděláte, když neslyšící komunikuje znakovým jazykem?

Položka č. 8 a Víte, kde najdete kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?

Tabulka č. 7 Víte, kde je kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?

Víte, kde je kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	50	62,50
ne	30	37,50
celkem	80	100,00



Graf č. 8 Víte, kde je kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?

62,5 % respondentek uvádí, že ví kde najít kontakt na tlumočnicka znakového jazyka.

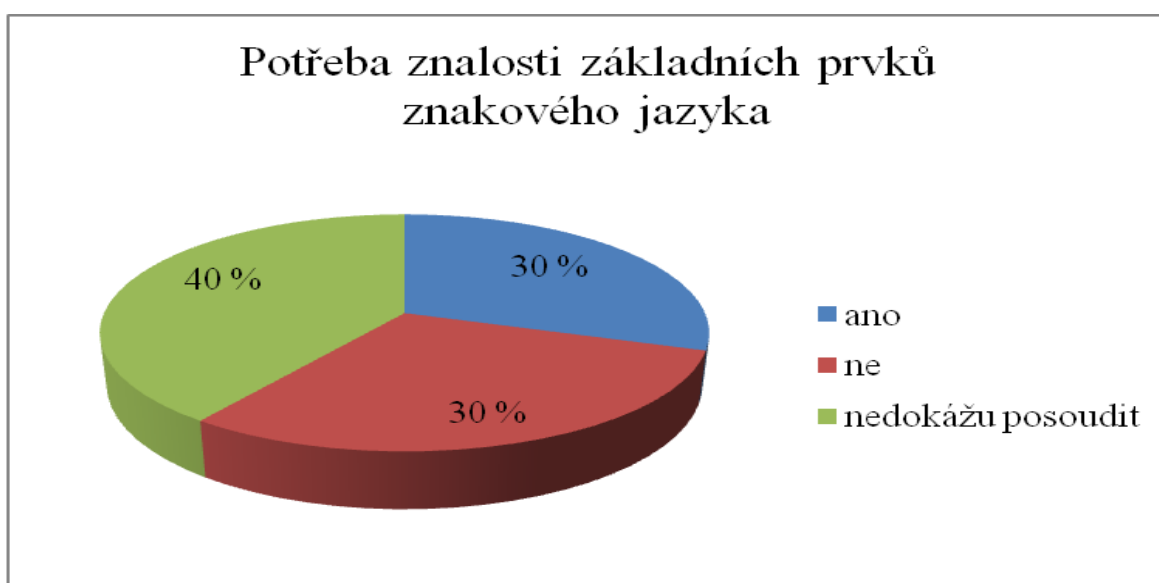
Položka č. 8 b Pokud „ANO“, kontakt najdu zde:

V 19 případech respondentky udávaly odkaz na stránky intranetu nemocnice a 4 odkazují na internetové a webové stránky. 4 sestry specifikovaly směrnici nemocnice a ve 23 odpovědích nacházím kontakt na konkrétní osobu, z nichž 10 uvádí, že kontakt je dostupný na určeném místě přímo na pracovišti. V ostatních případech respondentky uváděly ORL oddělení, Unii neslyšících nebo speciální školu pro sluchově postižené.

Položka č. 9 Myslíte si, že všeobecné sestry by měly ovládat alespoň základní prvky znakového jazyka?

Tabulka č. 8 Potřeba znalosti základních prvků znakového jazyka

Potřeba znalosti základních prvků znakového jazyka	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	24	30
ne	24	30
nedokážu posoudit	32	40
celkem	80	100

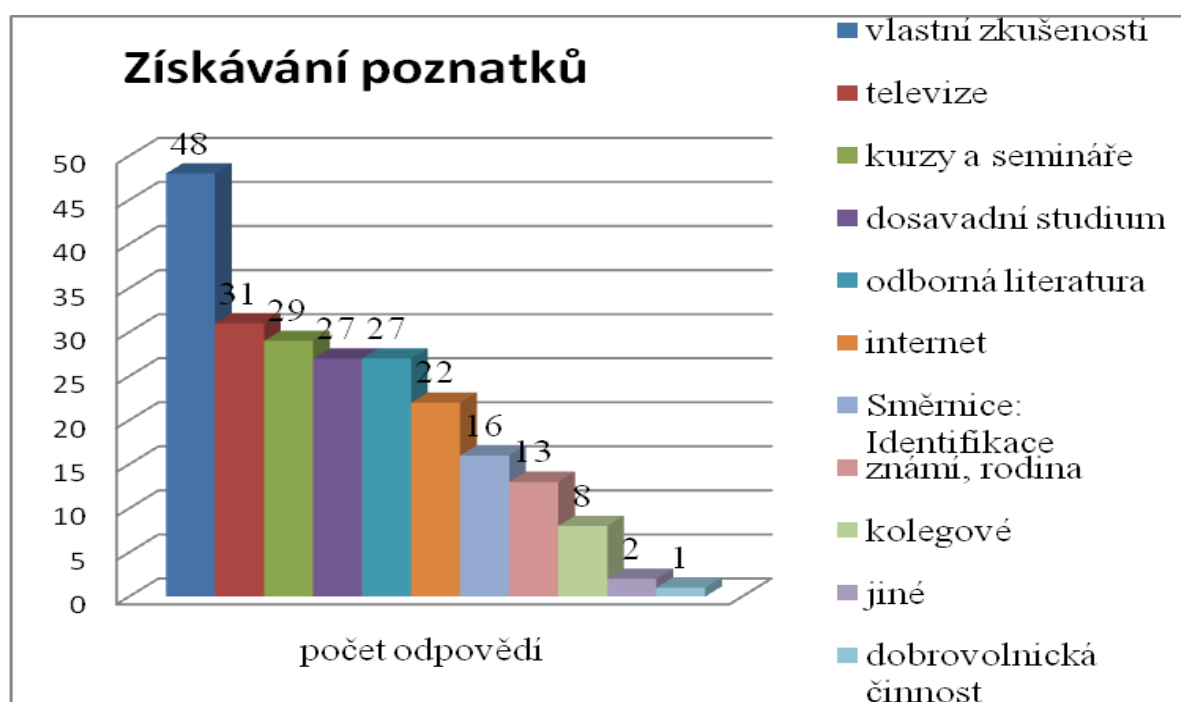


Graf č. 9 Potřeba znalosti základních prvků znakového jazyka

Na otázku, zda mají sestry umět alespoň základní prvky znakového jazyka, se vyjádřilo 30 % respondentek kladně. Dalších 30 % zaujalo rozhodné stanovisko „ne“ a 40 % dotázaných respondentek nedokázalo posoudit potřebu znalosti znakového jazyka.

Položka č. 10 Kde jste získala poznatky o komunikaci s osobami se sluchovými potížemi? (Zaškrtněte i více odpovědí)

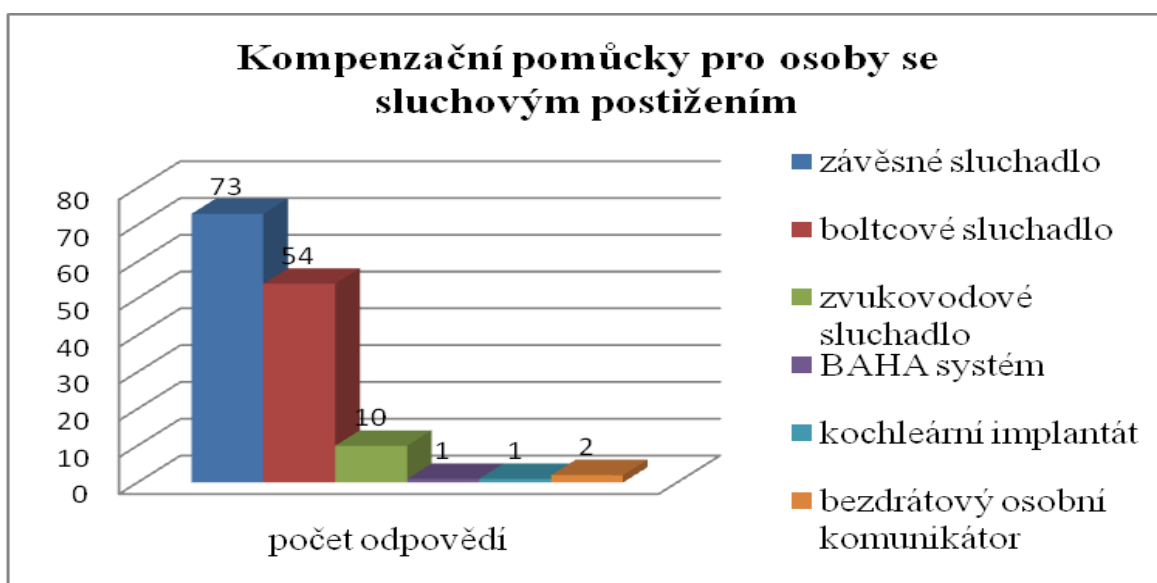
Na otázku kde respondentky získaly poznatky o komunikaci s osobami se sluchovými potížemi, si mohly vybrat i několik odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo z vlastních zkušeností, (48), z televize (31) a ve 29 odpovědích uváděly respondentky odborné kurzy a semináře. Zaznamenávám shodný výběr položky z dosavadního studia mé přípravy k povolání všeobecné sestry a z odborné literatury ve 27 odpovědích. 16 respondentek uvedlo, že poznatky získaly ze směrnice Identifikace a řešení bariér a 8 uvedlo své kolegy. 22 respondentek získalo poznatky na internetu a 1 uvádí při dobrovolnické činnosti s osobami se sluchovými potížemi. Ve volné odpovědi 2 respondentky specifikují dobrovolný předmět znakového jazyka při studiu připravující k povolání.



Graf č. 10 Získávání poznatků

Položka č. 11 S kterými z kompenzačních pomůcek pro osoby se sluchovým postižením jste se ve své práci setkala?

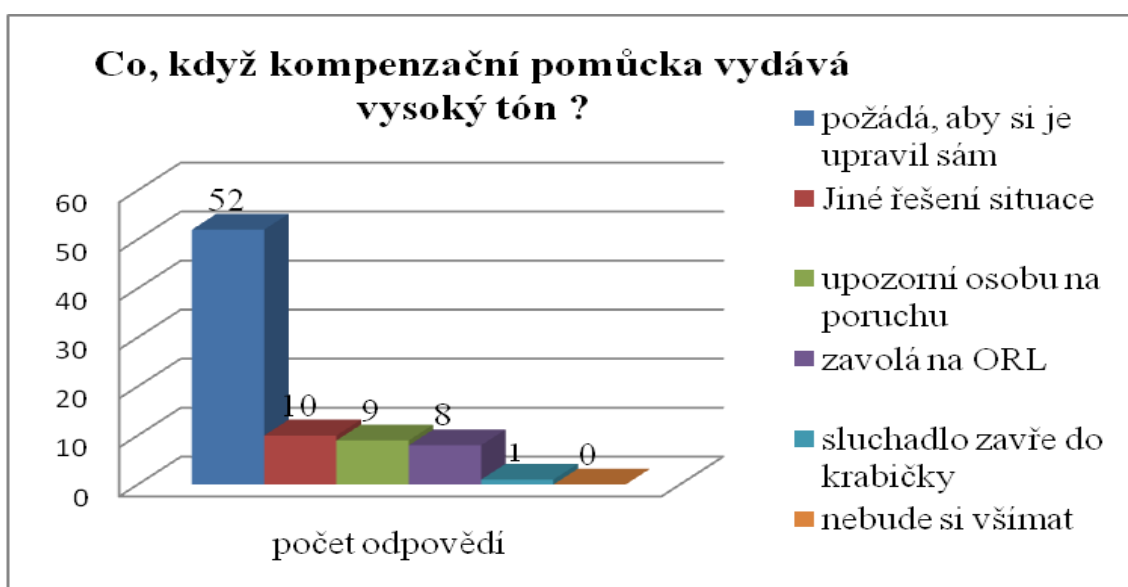
Ve své práci se 73 respondentek setkala se závěsným sluchadlem, 54 se sluchadlem boltcovým a 10 respondentek uvedlo sluchadlo zvukovodové. Jen vyjimečně se setkaly respondentky se systémem BAHA, kochleárním implantátem a bezdrátovým osobním komunikátorem.



Graf č. 11 Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Položka č. 12 Jak se zachováte v případě, že kompenzační pomůcka – sluchadlo osoby se sluchovým postižením vydává vysoký tón?

Na tuto otázku 52 respondentek, vybralo odpověď, že požádají, aby si osoba sluchadlo upravila tak, aby nepískalo. Že má sluchadlo pokažené upozorní osobu 9 dotázaných. 8 respondentek zavolá na ORL oddělení, aby se zeptaly, co mají dělat. 10 předkládá svůj návrh řešení, který většinou spočívá v kontrole baterky sluchadla, dopomoci jeho správného umístění do ucha nebo kontaktování jiné osoby se znalostí péče o pomůcku.

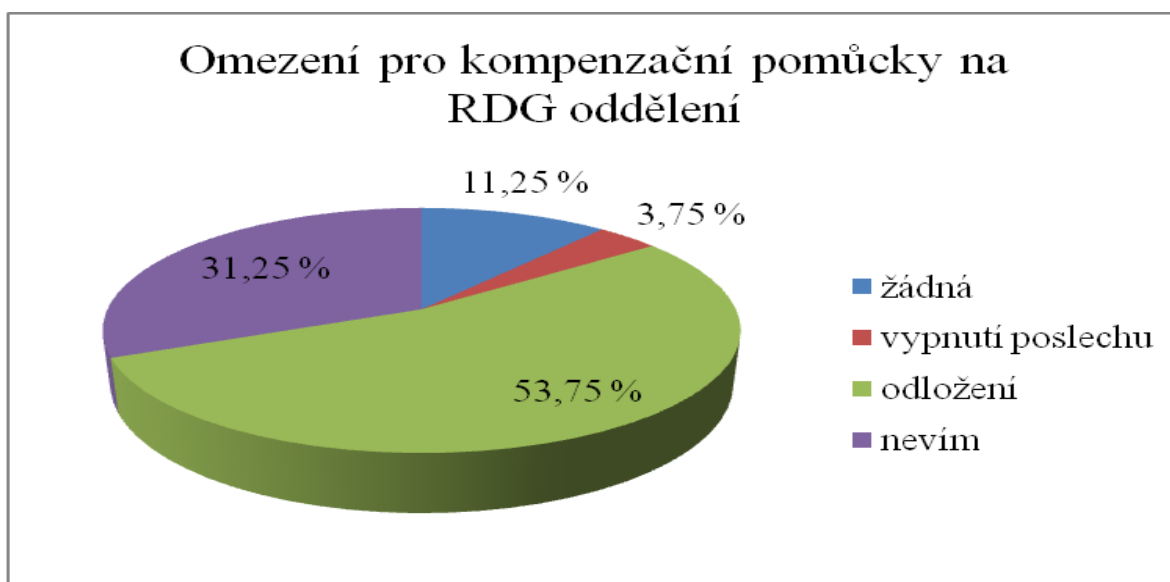


Graf č. 12 Co, když kompenzační pomůcka vydává vysoký tón?

Položka č. 13 Jaká omezení pro výše uvedené kompenzační pomůcky platí při vyšetření osob na radiodiagnostickém oddělení?

Tabulka č. 9 Omezení pro kompenzační pomůcky na RDG oddělení

Omezení pro kompenzační pomůcky na RDG oddělení	absolutní četnost	relativní četnost v %
žádná	9	11,25
vypnutí poslechu	3	3,75
odložení	43	53,75
nevím	25	31,25
celkem	80	100,00



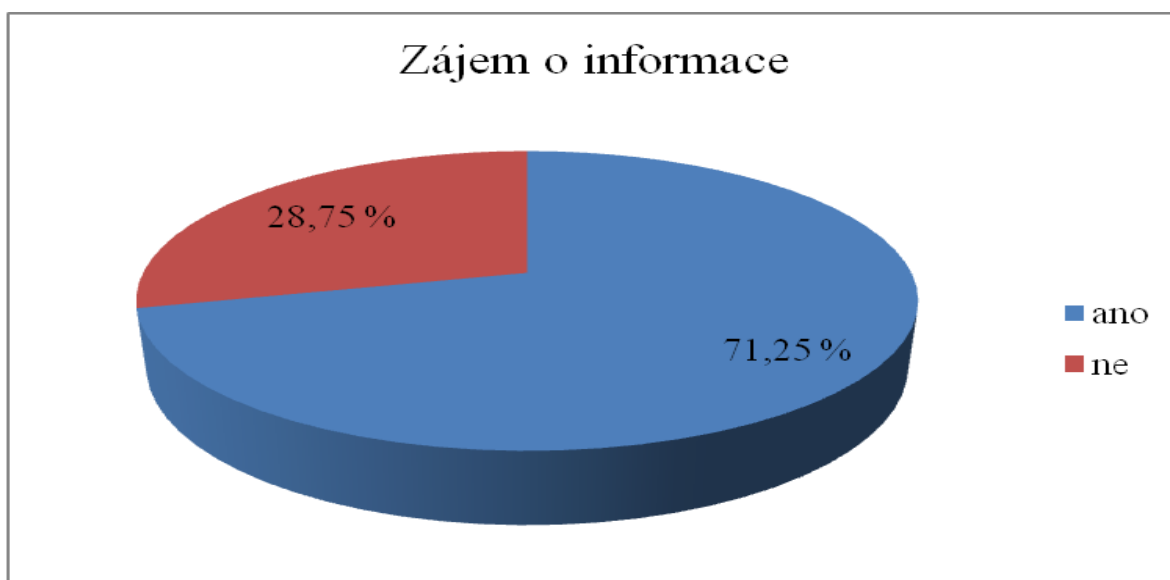
Graf. č. 13 Omezení pro kompenzační pomůcky na RDG oddělení

Podle 53,75 % dotázaných respondentek platí pro kompenzační pomůcky na radiodiagnostickém oddělení odložení. Ve 31,25 % respondentky neví a v 11,25 % odpovědí uvádí, že žádná. Vypnutí poslechu volí 3,75 % dotázaných respondentek.

Položka č. 17 Chtěla byste získat více informací o specifikách komunikace s lidmi se sluchovými potížemi? (včetně užívání kompenzačních pomůcek a alternativních formách a způsobech komunikace apod.)

Tabulka č. 10 Zájem o informace

Zájem o informace	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	57	71,25
ne	23	28,75
celkem	80	100,00



Graf č. 14 Zájem o informace

Závěrečná otázka ověřuje zájem o další informace o specifikách komunikace s lidmi se sluchovými potížemi včetně užívání kompenzačních pomůcek a alternativních forem a způsobech komunikace. Tyto informace by chtělo získat 71,25 % respondentek a 28,75 % nemá zájem.

9 DISKUSE

Cíl číslo 1 – Zjistit jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou sluchu v dané nemocnici okresního typu.

Je mně jasné, že se naleznou mnozí oponenti, kterým se vyhodnocení nebude zdát dosti exaktní, ale pro potřeby této práce si dovoluji konstatovat, že je postačující.

Všeobecné sestry ve svých odpovědích uváděly, že se v naší nemocnici setkávají častěji s nedoslýchavými osobami a s neslyšícími jen velmi zřídka. Polovina respondentek pozná poruchu sluchu z chování osoby. 30 % respondentek si všímá, že osoba nerozumí a opakovaně se ptá. Ve 30 % osoba sama upozorňuje na problém nebo jsou upozorněny na poruchu sluchu příbuznými. Za rušivé faktory, které ovlivňují komunikaci, považují všeobecné sestry především hlučné prostředí (22,5 %), spěch, nedostatek času a také nepoužívání a nefunkčnost kompenzační pomůcky (15 %). Kromě těchto faktorů si sestry uvědomují, vliv celkového tělesného stavu komunikující osoby a nedostatek trpělivosti a vstřícného přístupu personálu.

Rozpoznat nedoslýchavost je obtížné. Na webových stránkách firmy zabývajících se sluchadly je uvedeno, že jedna osoba z deseti trpí nedoslýchavostí a tyto potíže mají mnohé osoby tendenci skrývat. Souvisí to s předsudky spojenými s nedoslýchavostí. Jedním z nich je, že nedoslýchaví lidé jsou méně chytří a s tímto mýtem nikdo nechce být spojován.

Téměř všechny sestry uvedly, že ověřují, zda osoba porozuměla obsahu jejich sdělení. Postupují různým způsobem. Ve více než 22 % uvádí, že ověřují svá sdělení písemně, ve 20 % se pacientů ptají, zda rozuměli všemu, co jim řekly. V necelých 19 % žádají zopakování informace pacientem a ve stejném počtu sestry uvedly zpětnou vazbu. S neslyšícím pacientem v minulosti komunikovalo 56,25 % sester. Setkání s neslyšící osobou přitom může vyvolávat různé pocity. Sestry vyjadřovaly spíše nejistotu a obavy, zda jim osoba při komunikaci porozuměla. Rozpačité pocity jsem zažila v začátcích, mého vzdělávání ve znakovém jazyce, kdy jsem neuměla ještě znakovat. Komunikace byla obtížná. V odpovědi na otázku, zda by všeobecné sestry měly ovládat alespoň základní prvky znakového jazyka, odpovědělo 30 % sester kladně. Ve 30 % se rozhodly pro jasné ne a 40 % nedokázalo posoudit, zda by měly ovládat alespoň základy znakového jazyka.

Z pozice audiologické sestry bych se přimlouvala za to, aby všechny sestry měly alespoň minimální znalosti znakového jazyka. Dovolím si tvrdit, že by se usnadnila komunikace alespoň s některými osobami s poruchami sluchu.

Cíl číslo 2 Zjistit jaké mají všeobecné sestry znalosti o kompenzačních pomůckách používaných pacienty s poruchou sluchu.

Sestry se při své práci nejčastěji setkaly s osobami se sluchadlem závěsným (91,25 %) a boltcovým (67,5 %). Obě sluchadla jsou vidět.

Kompenzační pomůcky pro zlepšení sluchu některé osoby málo využívají. Zvláště senioři se nemohou sžít s novou věcí, kterou jim v mnoha případech nechaly pořídit jejich děti. Se sluchadlem mohou být spokojeni, ale potíže jim dělá obsluha. Výměnu baterií zvládá jen jejich rodinný příslušník. Neméně důležité je, dodržovat některá opatření, aby nedošlo k poškození kompenzační pomůcky. Vědí to i sestry v případě, že je osoba v nemocnici a vlivem zdravotního stavu si na doporučení nevzpomene? Více než polovina sester (53,75 %) kompenzační pomůcku při rentgenologickém vyšetření nechá odložit, jak doporučují výrobci. Ostatní uvádí, že nevědí, jak takovou situaci řešit nebo si myslí (11,25 %), že nejsou žádná omezení potřebná. V případě, že sluchadlo vydává vysoký tón, většina sester (65 %) by se snažila osobu upozornit na tento zvuk, aby pomůcku náležitě upravily. Pokud by problém trval, sestry by kontaktovaly jiné osoby, které mají znalosti o používání těchto pomůcek. Nejčastěji by se obracely na rodinné příslušníky dotyčné osoby nebo ORL oddělení.

Je zřejmé, že sestry v oblasti kompenzačních pomůcek pro osoby s poruchou sluchu nemají dost znalostí.

Inspirací k těmto otázkám byly příspěvky firem zabývajících se sluchadly na konferencích audiologických sester, kterých se každoročně zúčastňuji. Uvědomila jsem si, že v nemocničním zařízení může nastat problém z neznalosti omezení v používání kompenzační pomůcky. Domnívám se, že dobrou informovaností všeobecných sester můžeme předejít důsledkům případného poškození těchto pomůcek při některých činnostech.

Cíl číslo 3 – Zjistit zda všeobecné sestry v dané nemocnici využívají v komunikaci s pacienty s poruchou sluchu informací, které jsou uvedeny k této problematice ve směrnici Identifikace a řešení bariér.

Identifikaci sluchových potíží a záznam v dokumentaci provádí téměř 43 % sester. Ne vždy je patrné, že pacient poruchu sluchu má. V případě identifikace sluchové poruchy směrnice ukládá zápis na desky chorobopisu. Navíc relativně nízká frekvence setkání s osobou s poruchou sluchu vede sestry k tomu, že si neuvědomují při zjišťování sesterské anamnézy tuto skutečnost a 29 % uvedlo, že informace v dokumentaci nenachází. Z toho 10 % sester uvádí, že důvodem může být chyba zdravotnického personálu nebo opomenutí lékaře zápis provést.

Zjistila jsem, že na nevyznačení informace o poruše sluchu lékařem upozorňují ve většině případů sestry pracující na ambulanci (18,75 %). Proč tomu tak je? Snad je to povahou jejich práce, která vyžaduje získání maxima informací.

Ve směrnici je uváděno právo pacienta na výběr způsobu komunikace. Též popisuje postup při prvním setkání s osobou se sluchovými potížemi a při selhání běžných prostředků komunikace uvádí kontakty osob i profesionální agentury ochotných zajistit tlumočnické služby. Při existenci této směrnice to není zcela pozitivní situace, když jenom 62,5 % dotázaných sester uvádí znalost kontaktu na tlumočnicka znakového jazyka. Jen 5 % sester tuto směrnici uvádí jmenovitě. V ostatních 25 % odpovědí je uveden intranet nebo konkrétní osoba a 12,5 % uvedlo, že mají kontakt na pracovišti umístěn na nástěnce. Některé ze sester uvedly zcela přesné informace o postupu v jednání s osobou s poruchou sluchu i o telefonním čísle tlumočnicka. Některé napsaly velmi obecný údaj. Nemohu srovnávat vyplňování dotazníku se skutečnou potřebou vyhledání informací v případě nutnosti komunikace s pacientem. Zaráží mne, že na detailní označení směrnice v otázkách sestry nezareagovaly alespoň zběžnou kontrolou informací. Domnívám se, že sestry, nevyužívají informace uvedené ve směrnici a vytváří si své vlastní strategie. Vědí, kde údaje mají hledat, otázkou zůstává, zda je v případě potřeby opravdu najdou.

Praxeologická opatření

V úvodu dotazníku se musely sestry zamyslet nad tím, jak často se setkávají s osobou s poruchou sluchu, kolikrát musely zhodnotit, že pacient nerozumí, co se říká a kolikrát vůbec tento svůj poznatek samy zapsaly do dokumentace. Způsob označení ve zdravotnické dokumentaci je nejednotný. Problematika poruchy sluchu je podnětem pro další diskusi mimo oblast této bakalářské práce. Je potěšující, že i většina sester v závěru dotazníku projevila zájem o více informací z oblasti této problematiky.

Navrhuji uskutečnění semináře v rámci celoživotního vzdělávání, jehož náplní budou informace o komunikaci a pomůckách pro osoby s postižením sluchu.

Některé podněty získaných informací ze zahraničního tisku prodiskutovat k případné implementaci do praxe v podmínkách naší nemocnice.

Ve volně přiloženém letáku předkládám nejdůležitější informace o komunikaci a doporučeních k odkládání komunikačních pomůcek.

ZÁVĚR

V teoretické části práce se zabývám problémem poruchy sluchu. Seznamuji s verbální a nonverbální komunikací, zásadami vymezující účelnou komunikaci s osobou s poruchou sluchu. Lze říci, že účelnost komunikace spočívá ve srozumitelnosti projevu slova a těla.

Některé osoby mají poruchu sluchu, která je způsobena onemocněním sluchového ústrojí a stupeň závažnosti se určuje při odborném vyšetření. Lékaři mohou navrhnout účinnou úpravu sluchu pomocí kompenzačních pomůcek.

V praktické části seznamuji s výsledky průzkumného šetření, které probíhalo v nemocnici okresního typu. Zaměřila jsem se na sestry a jejich komunikaci s osobami přicházejícími k ošetřování do tohoto zařízení. V průzkumném souboru byla třetina sester z ambulantní části, ostatní z lůžkových oddělení.

Většina sester se setkává s osobami s poruchou sluchu málo, méně než 1 krát za měsíc a poruchu sluchu poznají nejčastěji podle chování osoby, kdy nereaguje na výzvu nebo nereaguje očekávaným způsobem. Třetina sester uvedla, že osoba sama řekne, že neslyší nebo jsou v doprovodu jiné osoby, která vzájemnou komunikaci usnadňuje. Upozornění nacházejí ve většině případů i v dokumentaci. V případě nutnosti komunikovat s neslyšící osobou, sestry určí způsob komunikace dohodou s dotčenou osobou. Nejčastější formou, kterou sestry volí, je písemná a využití služeb tlumočnicka. Kontakt na něj většina sester nachází na Intranetu. Jejich názor na znalosti základních prvků znakového jazyka je nejednoznačný.

V této nemocnici se sestry setkaly nejčastěji se závěsným a boltcovým sluchadlem. Při rentgenovém vyšetření většina nechá kompenzační pomůcky odložit, ale některé přiznaly, že neví, jak se zachovat. V této oblasti nejsou sestry informovány a většina by chtěla získat více informací o specifiích komunikace s osobami s poruchou sluchu včetně používání kompenzačních pomůcek a o alternativních formách a způsobech komunikace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY*Monografie:*

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno, NCO NZO. 185 s. ISBN-13: 978-80-7013-467-2.

BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 156 s. ISBN 80-7169-932-2.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. Praha: FRPSP, Septima, 1999. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. díl. Praha: FRPSP, Septima, 1999. 328 s. ISBN 80-7216-075-3.

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZIEROVÁ, B., a kol. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.

KURKOVÁ, P., a kol. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2008. 71 s. ISBN 978-80-244-1964-0.

LEJSKA, M., a kol. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1994. 171 s. ISBN 80-7013-178-0.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MOUREK, J. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.

NOVÁK, A. *Stručná historie protetické péče o sluchově postižené*. 1. vyd. Praha: Alexej Novák, 2002. 78 s. ISBN 80-238-9863-9

NOVÁK, A. *Základy rehabilitační audiologie pro sestry. Diagnostika, protetika a rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Alexej Novák, 1998. 163 s. ISBN 80-238-3294-8

PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: 1. vyd. Grada, dotisk 2006. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

PULDA, M., LEJSKA, M. *Jak žít se sluchovou vadou*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 78 s. ISBN 80-7013-226-4.

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

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

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

Tlumočník jako most komunikace mezi slyšícím zdravotníkem a neslyšícím pacientem. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, [2008]. ISBN 978-80-87153-86-4.

TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 772 s. ISBN 80-242-0512-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Zpracování odborných lékařských podkladů pro funkční posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti. Praha: MPSV ČR, 2009. ISBN 978-80-86878-96-6.

Periodika, časopisy:

FIKEJS, J. Neslyšící pacient v ordinaci. *Practicus*. 2008, roč. 7, č 3, s. 48-49. ISSN 1213-8711.

McALEER, M. Communicating effectively with deaf patients. *Nursing Standard*. 2006 Jan, 18-24, 20 (19), p. 51-54.

ROPER, T. A. The use of Deaf-aid communicators in a Salford Hospital: a silure of communication? *Age Agein*. 1995 Mar, p. 160-2.

SLAVÍKOVÁ, H., STRAŇÁK, Z. Porody neslyšících maminek. *Sanqius*. 2008, č 57, s. 83. ISSN 1212-6535.

SOUKUPOVÁ, I. Bezbariéroví zdravotníci. *Zdravotnické noviny*. 2006, roč. 55, č. 5, s. 12-13. ISSN 1214-7664.

Internetové zdroje:

HAHN, A. Diagnostický přístup k tinitu – komentář. *Medicína pro praxi* [online] 2010. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/6853>>

HAHN, A. Závratě z ohledu otorhinolaryngologa. *Medicína pro praxi* [online] 2010. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z:<<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/09.pdf>>

JEŘÁBEK, J. Diferenciální diagnostika závratí. *Interní medicína pro praxi*, [online] 2003. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/02/10.pdf>>

KABELKA, Z. Kochleární implantace. *Postgraduální medicína, ZDN*, [online] 2004. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/kochlearni-implantace-163565>>

ROTTENBERG, J. Diagnostika a terapie nedoslýchavosti. *Interní medicína*, [online] 2008. [cit. 2011-02-12]. Roč. 10, s. 470-473. Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/10/08.pdf>>

VALVODA, J. K rehabilitaci sluchových vad sluchadly. *ZDN, Lékařské listy* [online] 2006. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/k-rehabilitaci-sluchovych-vad-sluchadly-170865>>

BAHA centrum, dětské ORL UK 2 l.f. FNM [online]. [cit. 2011-05-07]. Dostupné z: <<http://www.fnmotol.cz/baha-centrum.html?pracoviste=6>>

Digitální sluchadla. Widex [online]. [cit. 2011-05-07]. Dostupné z:<<http://www.widex.cz/>>

KOMPONE – katalog komunikačních a kompenzačních pomůcek [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.kompone.cz/seznam.html>. >

Používání sluchadla. Widex [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.Widex.cz/Products/Widex%20Product/Hearing%20aid%20use.aspx> >

Návody a tipy pro uživatele [online]. [cit. 2011-05-07]. Dostupné z: <<http://www.aima.cz/navody.htm>>

Stigma. Encyklopedia. Widex, [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://www.widex.cz/Widex%20Global/Dictionary/Agent_CZ/Advice%20for%20first-time%20hearing%20aid%20users.aspx>

Vyhláška 182/1991 Sb. Provedení zákona o sociálním zabezpečení, příloha č. 4. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=182/1991>

Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob [online]. [cit. 2011-04-22].Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd. >

Zaměření a specializovaná centra FN v Motole[online]. [cit. 2011-05-07]. Dostupné z: <<http://www.fnmotol.cz/zamereni-a-specializovana-centra.html?pracoviste=6>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod a podobně

AAOO Americká akademie pro oftalmologii a otorinolaryngologii

ANSI American National Standards Institute

BAHA Bone Anchored Hearing Aid

CT Computed Tomografie

dB decibel

Hz Hertz

HTL hearing threshold level

ISO International standard Organization

ORL otorinolaryngologické

RDG Radiodiagnostické

tzv. takzvaný

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pracoviště sester

Graf č. 2 Délka praxe sester

Graf č. 3 Setkávání s osobami se sluchovými potížemi

Graf č. 4 Informace ve zdravotnické dokumentaci

Graf č. 5 Ověřujete obsah sdělení?

Graf č. 6 Komunikace s neslyšícím v naší nemocnici

Graf č. 7 Co uděláte, když neslyšící komunikuje znakovým jazykem?

Graf č. 8 Víte, kde je kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?

Graf č. 9 Potřeba znalosti základních prvků znakového jazyka

Graf č. 10 Získávání poznatků

Graf č. 11 Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Graf č. 12 Co, když kompenzační pomůcka vydává vysoký tón?

Graf č. 13 Omezení pro kompenzační pomůcky na RDG oddělení

Graf č. 14 Zájem o informace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Hodnocení tíže sluchové vady

Tabulka č. 2 Pracoviště sester

Tabulka č. 3 Délka praxe sester

Tabulka č. 4 Informace ve zdravotnické dokumentaci

Tabulka č. 5 Ověřujete obsah sdělení?

Tabulka č. 6 Komunikace s neslyšícím v naší nemocnici

Tabulka č. 7 Víte, kde je kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?

Tabulka č. 8 Potřeba znalosti základních prvků znakového jazyka

Tabulka č. 9 Omezení pro kompenzační pomůcky na RDG oddělení

Tabulka č. 10 Zájem o informace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Audiogramy

Příloha P III Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P IV Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená/ý paní, pane,

jsem studentkou studijního programu ošetrovatelství, kombinovaného studia obor – Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování praktické části mé bakalářské práce, jejímž tématem je problematika osob se sluchovými potížemi.

Tento dotazník je anonymní a získané údaje budou použity pouze v mé závěrečné práci.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Lenka Macečková

Definice pojmu:

- osoba se sluchovými potížemi – osoba, která má potíže přijímat zvukové podněty svým sluchovým ústrojím z důvodu úrazu, náhlých i degenerativních onemocnění a vrozených vad sluchového ústrojí
- neslyšící – osoba se sluchovými potížemi, které jí neumožňují porozumět řeči sluchem ani pomocí sluchadla

Poznámka k vyplnění: u každé otázky, pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor.

1) Prosím, napište, jak často se při své práci v nemocnici setkáváte s osobami se sluchovými potížemi?

.....

2) Podle čeho poznáte, že osoba má sluchové potíže? (Prosím, dopište.)

.....

.....

.....

3) Nacházíte informaci o sluchových potížích osoby ve zdravotnické dokumentaci?

ano

ne

- a) V případě, že jste odpověděl/a možností „ANO“, prosím, popište, jakým způsobem je tato informace v dokumentaci vyznačena:

.....

V případě, že „NE“, pak prosím, popište, proč si myslíte, že tato informace není ve zdravotnické dokumentaci vyznačena:

.....

4) Které faktory považujete za rušivé a ztěžující komunikaci s osobou se sluchovými potížemi?

.....

5) Ověřujete, zda osoba se sluchovými potížemi rozumí obsahu Vašeho sdělení?

a)

ano

ne

b) Pokud jste odpověděl/a „ano“, prosím, napište, jakým způsobem ověřujete, že osoba se sluchovými potížemi rozumí obsahu Vašeho sdělení:

.....

6) Komunikoval/a jste v minulosti s neslyšícím v naší nemocnici?

a)

ano

ne

b) Pokud jste odpověděl/a „ano“, prosím, popište, jaké byly Vaše pocity při setkání s ním?

.....

7) Jak se zachováte při své práci v nemocnici (na oddělení, v ambulanci), zjistíte-li, že neslyšící komunikuje znakovým jazykem?

- rozhodnutí o dalším postupu nechám na lékaři
- doporučím jiný termín návštěvy s návrhem přítomnosti osoby nebo tlumočnicka, který ovládá znakový jazyk
- zprostředkuji pomoc tlumočnicka
- na žádost dotyčné osoby dohodneme způsob alternativní komunikace
- vyřeším situaci jiným způsobem, a to takto:

.....

8) Víte, kde najdete kontakt na tlumočnicka znakového jazyka?

a)

ano

ne

b) pokud ano, kontakt najdu zde:

.....

9) Myslíte si, že všeobecné sestry by měly ovládat alespoň některé základní prvky znakového jazyka?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

10) Kde jste získal/a poznatky o komunikaci s osobami se sluchovými potížemi? (Zaškrtněte i více odpovědí)

- z dosavadního studia mé přípravy k povolání všeobecné sestry
- z vlastních zkušeností
- odborných kurzů a seminářů
- z odborné literatury
- internetu
- od známých, rodiny
- televize
- Směrnice: Identifikace a řešení bariér (SM – 47 -0200/09)
- od kolegů
- při dobrovolnické činnosti (práce s osobami se sluchovými potížemi)
- jiné, prosím uveďte:

.....

11) S kterými z kompenzačních pomůcek pro osoby se sluchovým postižením jste se setkal/a?

- sluchadlo závěsné (nosí se za uchem)
- sluchadlo boltcové (vyplňuje konchu)
- sluchadlo zvukovodové (není vidět, je zasunuto ve zvukovodu)
- sluchadlo BAHA (kostní vibrátor)
- kochleární implantát
- bezdrátový osobní komunikátor

12) Jak se zachováte v případě, že kompenzační pomůcka – sluchadlo osoby se sluchovým postižením vydává vysoký tón?

- nebudu si toho všimnout
- upozorním osobu, že má sluchadlo pokažené
- sluchadlo zavřu do krabičky
- požádám, aby si osoba sluchadlo upravila tak, aby nepískalo
- zavolám na ORL oddělení
- vyřeším situaci jiným způsobem, a to takto:

.....

13) Jaká omezení pro výše uvedené kompenzační pomůcky platí při vyšetření osob na radiodiagnostickém oddělení?

- žádná
- vypnutí poslechu
- odložení
- nevím

14) Pracuji:

- na lůžkové části
- v ambulanci

15) Jsem:

- muž
- žena

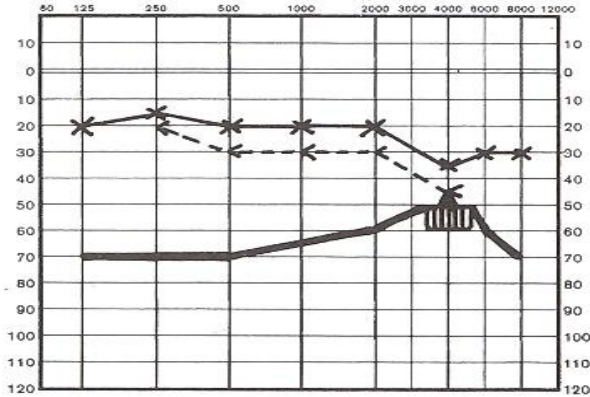
16) Uveďte délku vaší praxe ve zdravotnictví v letech:

.....

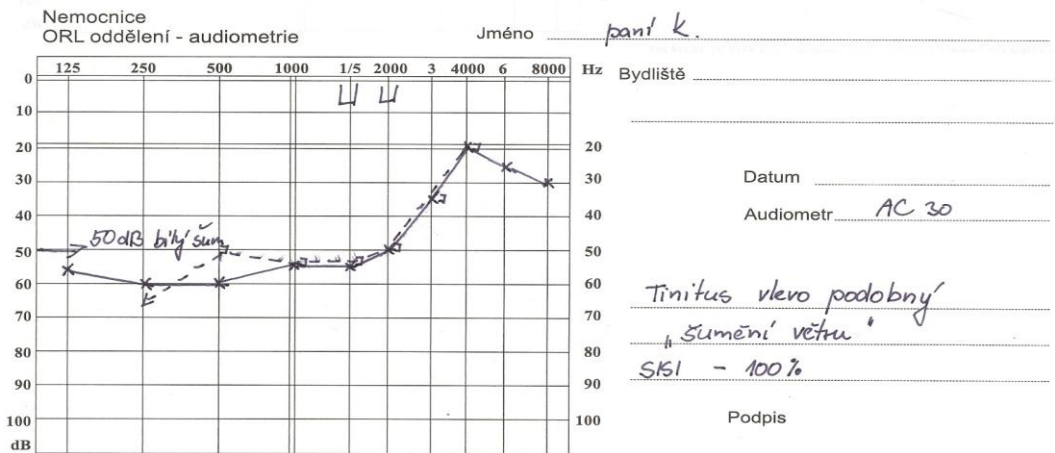
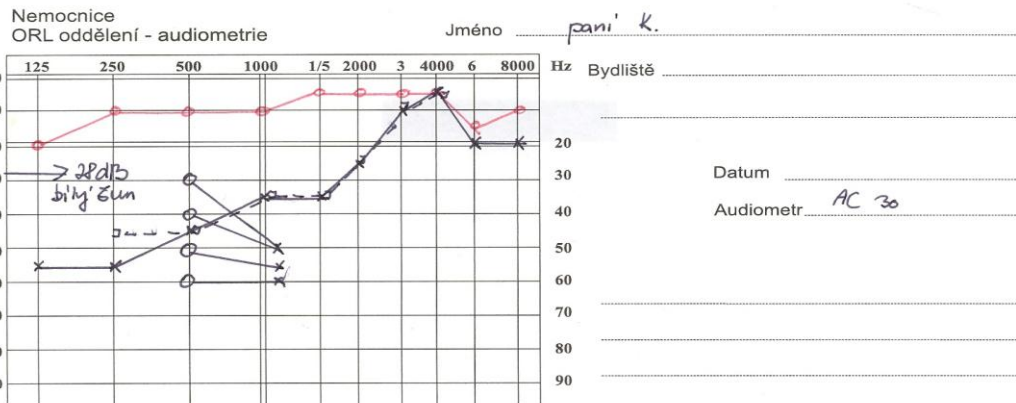
17) Chtěl/a byste získat více informací o specifických komunikace s lidmi se sluchovými potížemi? (včetně užívání kompenzačních pomůcek a alternativních formách a způsobech komunikace apod.)

- ano
- ne

PŘÍLOHA P II: AUDIOGRAMY



Audiogram převodní poruchy (podle Lejska, 1994)



Audiogram percepční poruchy

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Lenka Macečková
Téma bakalářské práce	Pacient s poruchou sluchu ve zdravotnickém zařízení
Pracoviště	Směrnice: Identifikace a řešení bariér (SM – 47 – 0200/09)


Děkujeme za pochopení a spolupráci



Ve Zlíně dne 29. 3. 2011


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Vsetínská nemocnice a.s.
Mgr. Jaroslava Hrabicová
náměstkyně ředitele pro OP

4. 5. 2011 
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Lenka Macečková
Téma bakalářské práce	Pacient s poruchou sluchu ve zdravotnickém zařízení
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	Vsetínská nemocnice a.s.


Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne ...4. 3. 2011.....


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Vsetínská nemocnice a.s.
Mgr. Jaroslava Hrabicová
náměstkyně ředitele pro OP


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz