



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Komunikace sestry se sluchově znevýhodněným
pacientem na covidových jednotkách**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Ilona Raušová

Vedoucí práce: Mgr. Milena Mágrová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Komunikace sestry se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 29.4.2024

.....

Bc. Ilona Raušová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Mileně Mágrové za její cenné rady, velkou trpělivost a čas, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala všem sestřám, které se zapojily do výzkumného šetření, zejména za jejich ochotu, bez které by výzkum nemohl být uskutečněn.

Komunikace sestry se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách

Abstrakt

Úvod:

Pro sestry je komunikace základním nástrojem v ošetrovatelském procesu. V době pandemie Covid – 19 měly sestry povinnost nosit ochranné pomůcky, aby se zabránilo šíření této nemoci. Ochranné pomůcky, zejména roušky, mají negativní dopad na komunikaci. Tlumí hlasitost mluvené řeči, zabraňují odezírání a rozpoznání výrazu tváře. Sestry se musely vyrovnat s těmito komunikačními bariérami a zároveň zachovat standardy ošetrovatelské péče.

Cíle práce:

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika při komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem.

Metodologie:

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Pro sběr dat byl použit hloubkový rozhovor se sestrami, které v období pandemie Covid – 19 pracovaly na covidové jednotce. Rozhovory probíhaly v období březen až květen roku 2023. Rozhovory byly se souhlasem nahrány na mobilní telefon do aplikace Záznamník. Poté byly rozhovory přepsány do písemné formy v programu Microsoft Word. Sepsaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka papír“. Získaná data byla rozdělena do tří kategorií, které byly následně rozděleny na podkategorie. Pro větší názornost byly jednotlivé kategorie a podkategorie zpracovány do přehledných schémat a podrobně popsány.

Výsledky:

Výsledky práce byly rozčleněny na tři hlavní kategorie, kterými jsou sluchově znevýhodněný pacient, bariérová ošetrovatelská péče a komunikace sester se sluchově znevýhodněným pacientem. Obě kategorie jsou členěny na období před pandemií v době pandemie a po ukončení pandemie Covid – 19. Z výzkumného šetření vyplývá, že pandemie Covid – 19 změnila postoj sester k bariérové ošetrovatelské péči, sestry získaly neocenitelné zkušenosti v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným

pacientem. Naučily se improvizovat a využívat všechny dostupné komunikační nástroje. Vzájemně si sdělovaly informace, rady a psychickou podporu.

Závěr:

Práce dokumentuje pohled sester na bariérovou ošetrovatelskou péči a její vliv na komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem. Výzkum ukázal, že sestry překonaly komunikační bariéry a dokázaly udržet standardy ošetrovatelské péče. Přizpůsobily se náročným podmínkám, naučily se používat jednoduché nástroje, které jim usnadnily komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem. Prohloubily vzájemnou spolupráci. Zároveň odhalila, že většina sester se s problémy vyrovnávala na základě intuice. U sester tato zkušenost vyvolala potřebu odborného vzdělávání v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem.

Práce přináší celkový pohled na problematiku komunikace v ošetrovatelském procesu při používání ochranných pomůcek. Předkládá pomůcky, které pomáhají překonat komunikační bariéru. Výsledky mohou pomoci ostatním sestřím v praxi.

Klíčová slova:

Poruchy sluchu, komunikace, Covid – 19, ošetrovatelská péče, bariérová péče, sestra, pacient

Nurse communication with hearing impaired patients in covid - 19 care units

Abstract

Introduction:

For nurses, communication is a basic instrument in the nursing process. During the Covid-19 pandemic, nurses were obliged to wear protective equipment to prevent the spread of the disease. Protective equipment, especially masks, have a negative impact on nurse – patient communication. They dampen the volume of spoken speech, prevent reading and recognition of facial expressions. Nurses had to deal with these communication barriers while maintaining the nursing standards.

Purpose of this work:

The aim of the bachelor's thesis was to find out the specifics when communicating with a hearing-impaired patient.

Methodology:

The empirical part of this thesis was processed using the method of qualitative research analysis. To collect data, a semi-structured interview was used with nurses who worked at a covid-19 unit during the Covid-19 pandemic. The conversations took place in the period from March to May 2023. The conversations were recorded with the participants consent on a mobile phone by the use of the application Záznamník (recorder). The interviews were written afterwards in text, using the Microsoft Word program. Written data were then analyzed by the method of open coding, using the „pencil and paper“ technique. The data obtained were divided into three categories, which were subsequently divided into subcategories. For better illustration, the individual categories and subcategories were drawn up in clear diagrams and described in detail.

Results:

The work results were divided into three categories, which are: hearing-impaired patient, barriers to nursing care and nurses' communication with hearing-impaired patients. Both categories are divided to the period before the Covid-19 pandemic, the period during the pandemic and the period after the end of the pandemic. Research indicates that the Covid-19 pandemic has changed the nurses' approach towards barrier nursing care and nurses have gained invaluable experience in the sense of communication with hearing

impaired patients. They learned to improvise and use all available communication tools. They shared information, advice and psychological support with each other.

Conclusion:

This work documents the view of nurses on barrier nursing care and their influence on communication with hearing-impaired patients. The research showed that nurses overcame the communication barriers and were able to maintain the standards of nursing care. They adapted to demanding conditions, learned to use simple tools which made it easier for them to communicate with hearing-impaired patients. They deepened their mutual cooperation. At the same time, it revealed that most nurses coped with these problems based on their intuition. For nurses, this experience created the need for professional training in the field of communication with hearing-impaired patients.

The work provides an overall view of the issue of communication in the nursing process when using protective equipment.

It presents tools that can help overcome the communication barrier. The results may help other nurses in practice.

Key words:

Hearing impairment, communication, Covid – 19, nursing care, barrier care, nurse, patient

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Sluchové ústrojí	10
<i>1.1.1 Anatomie sluchového ústrojí</i>	10
<i>1.1.2 Fyziologie sluchového ústrojí</i>	11
1.2 Sluchové vady	12
1.2.1 <i>Dělení sluchových vad</i>	12
1.2.2 <i>Diagnostika sluchových vad</i>	13
1.3 Pandemie Covid – 19	15
1.3.1 <i>Bariérová ošetrovatelská péče</i>	16
1.3.2 <i>Bariérová ošetrovatelská péče v období Covid - 19</i>	17
1.4 Komunikace	18
1.4.1 <i>Rozvoj komunikace sluchově znevýhodněných jedinců</i>	19
1.4.2 <i>Význam komunikace v ošetrovatelské péči</i>	21
1.4.3 <i>Zásady komunikace v ošetrovatelské péči se sluchově znevýhodněním pacientem</i>	21
1.4.4 <i>Bariérová opatření a jejich vliv na komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem</i>	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika	28
3.1 Použité metody	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	28

4 Výsledky výzkumného šetření	30
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami	30
4.1.1 Kategorie 1 Sluchově znevýhodněný pacient	30
4.1.2 Kategorie 2 Bariérová ošetrovatelská péče	33
4.1.3 Kategorie 3 Rozdíly v komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem	40
5 Diskuze	45
6 Závěr	53
7 Seznam použitých zdrojů	55
8 Přílohy	59
9 Seznam zkratk	64

Úvod

Sestry během vykonávání ošetrovatelské péče čelí mnohým výzvám. Jednou z nich je i komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem. Komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem vyžaduje použití specifických komunikačních nástrojů, jako je odezírání, používání výrazů v obličeji. Důležitými faktory v úspěšné komunikaci hrají i praktické zkušenosti, teoretické znalosti, postoj a příprava sester v rámci komunikace s těmito pacienty. V době pandemie Covid – 19 měly sestry povinnost používat ochranu úst, která zabránila tyto nástroje při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem použít.

Tato bakalářská práce se věnuje problematice komunikace sester na covidových jednotkách. Důvod, proč jsem si zvolila toto téma byla moje osobní zkušenost z práce na covidovém oddělení, která ve mně zanechala hluboké prožitky.

Teoretická část se věnuje sluchovému ústrojí, diagnostice sluchových vad. Bariérové ošetrovatelské péči a jejímu vlivu na komunikaci, které je věnována poslední část.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika komunikace sester se sluchově znevýhodněným pacientem. Empirická část se tak zabývá zkušenostmi sester se sluchově znevýhodněnými pacienty. Je rozdělena na období před pandemií a na dobu pandemie Covid – 19.

Na základě empirické části jsem vytvořila informační leták, který je určen k edukaci sluchově znevýhodněných pacientů.

1 Současný stav

1.1 Sluchové ústrojí

Sluch zaujímá v lidském životě významnou roli. Jednou z hlavních rolí sehrává sluch v oblasti rozvoje myšlení a řeči. Konkrétně se schopností mluvit a naslouchat. Tyto faktory se podílí na procesu socializace každého jedince. Tento proces je u sluchově znevýhodněných jedinců narušen. Přitom míra komunikačních dovedností rozhoduje o úspěšné integraci osob do společnosti. U sluchově znevýhodněných jedinců je tato integrace ohrožena. Zásadní roli zde hraje včasná diagnostika sluchové vady (Michalík, 2011). Mezilidská komunikace zahrnuje tři složky. První složka je tvořena mluveným slovem a je označována jako verbální. Druhá složka je nazývána paraverbální komunikací. Parametry této složky jsou charakterizovány výškou, frekvencí a rychlostí hlasu. Pro tyto dvě složky komunikace je sluch nezastupitelný. Poslední složkou je neverbální komunikace, která je realizována pomocí zraku (Orel, 2019).

1.1.1 Anatomie sluchového ústrojí

U sluchového ústrojí jsou z hlediska vývojového, anatomického i funkčního rozeznávány tři části (příloha č. 1). První část se nazývá zevní ucho. Funkcí zevního ucha je zvuk z vnějšího okolí zachytit, koncentrovat a převést do další části sluchového ústrojí (Dylevský, 2009). Zevní část ucha se skládá z boltce, zevního zvukovodu a bubínku. Boltce vyplňuje členitá, elastická chrupavka. Kůže boltce je tenká a s hlavou je pevně spojena vazivem pod úhlem 20-40 stupňů. Cévní a nervové zásobení této části sluchového ústrojí je velmi bohaté. Zevní zvukovod tvoří trubice o průměru 9 mm. Představuje spojnicí mezi boltcem a bubínkem. Skládá se z chrupavčité a kostěné části. Chrupavčitá část je pokryta chloupky. Součástí zevního zvukovodu jsou i mazové žlázy, které produkují ušní maz (Naňka, 2009). Střední část ucha tvoří středoušní dutina, v níž se nachází středoušní kůstky – kladívko, kovadlinka a třmínek. Středoušní dutina spojuje Eustachovu trubicí s nosohltanem. Poslední část představuje vnitřní ucho. Ve vnitřním uchu definujeme dva celky. Prvním celkem je kostěný labyrint. Uvnitř kostěného labyrintu se skrývá blanitý labyrint. Blanitý labyrint představuje část sluchovou – hlemýžď a část rovnovážnou, která se skládá z polokruhovitých kanálků a dvou váčků. Hlemýžď vyplňuje endolymfa (Naňka, 2009). Pohyb endolymfy vyvolaný mechanickými vibracemi zachycené vnějším uchem podráždí sluchové receptory

v Cortiho orgánu (Kitnár, 2020). Podrážděné sluchové receptory Cortiho orgánu přenáší nervový vzruch neuronovou dráhou do sluchové části mozkové kůry ve spánkovém laloku. Sluchová část mozkové kůry je tvořena pěti převodními jádry. V jádrech dochází ke zpracování sluchové informace (Syka, 2010).

1.1.2 Fyziologie sluchového ústrojí

Rozsah frekvence vnímání zvuku u mladého, zdravého člověka je mezi 16 – 20 000 Hz. S přibývajícím věkem se citlivost pro vyšší frekvence snižuje. Staří lidé vnímají frekvenci mezi 16 – 5 000 Hz. Zvuky o frekvenci nad 20 000 Hz jsou pro lidské ucho neslyšitelné a označujeme je jako ultrazvuk (Rokyta, 2015). Zvuk o minimální frekvenci, který ještě lidské ucho vnímá, nazýváme prahem sluchu. V rozmezí frekvence 1-5 kHz vnímá lidské ucho zvuk nejcitlivěji (Hanh, 2019). Sluchové ústrojí přijímá zvukové impulzy, které mění na sluchové vjemy. Sluchové vjemy jsou vedeny do mozku sluchovou dráhou, kde jsou následně vyhodnoceny (Kachlík, 2018). Zvukový impulz putuje zevním uchem. Na konci zevního ucha rozkmitá membránu bubínku. Dále zvuk postupuje přes kladívko, kovadlinku a třmínek do oválného okénka vyplněného perilymfou. Prostřednictvím perilymfu se aktivují vlasové buňky uložené na bazální membráně Cortiho orgánu. Výška frekvence pak rozhoduje, v jaké části bazální membrány se vlasové buňky aktivují. Tento systém nazýváme tonotopie (Mourek, 2012). Rozkmitání vlasových buněk způsobí převod zvukového impulzu pomocí spirálního ganglionu na vzruch. Vzruch vede po nervus cochlearis. Nervus cochlearis a nervus vestibularis se spojují v VIII. mozkový nerv, nervus vestibulocochlearis. Nervus vestibulocochlearis prochází vnitřním zvukovodem do zadní jámy lebeční. Následně vstupuje do prodloužené míchy (Fiala, 2015). V oblasti mozkového kmene se sluchové dráhy vedoucí vzruch překříží. Toto překrytí umožňuje schopnost směrového prostorového slyšení. Takto pokračuje až do vlastního centra sluchu, který se nachází v Heschlových závitech v oblasti spánkového laloku (Munkšáblová, 2014). Tento způsob vedení zvuku z vnějšího okolí nazýváme vzdušné vedení. Je jím vnímána většina zvuků. Druhý způsob vnímání zvuku označujeme jako kostní. Realizuje se pomocí rozkmitání kostí vlastní lebky. Tímto způsobem člověk vnímá svůj vlastní hlas (Rokyta, 2015).

1.2 Sluchové vady

Na rozdíl od poruchy sluchu, je sluchová vada trvalou poruchou. V průběhu života má stálý charakter. Zatímco při poruše sluchu lze dosáhnout konzervativní či chirurgickou léčbou vyléčení a obnovu normálního sluchu, porucha sluchu je trvalá. Poruchy sluchu mají různé stupně postižení (Hahn, 2019). Toto kritérium rozděluje sluchové vady do tří kategorií – normální sluch, nedoslýchavost a hluchota. Normální sluch nepředstavuje žádná omezení ani žádné komunikační obtíže. Nedoslýchavost již považujeme za sluchovou vadu, při které bývají postiženy organické stavby sluchového ústrojí, nebo je poškozena funkce sluchového ústrojí. Při této poruše dochází k poškození kognitivních funkcí a k vážným poruchám vývoje řeči (Mukšnáblova, 2014). Dle původu se dělí se na vrozené a získané (Hahn, 2019). Příčinou vrozené sluchové vady je genetické poškození nebo poškození sluchového ústrojí v prvním semestru těhotenství. U části sluchových vad je etiologie nejasná. Z klinického hlediska se dělí sluchové vady na nesyndromové. U těchto vad je poškození sluchu jediným manifestním příznakem. Naopak u syndromové sluchové vady je poškození sluchu jedním z mnoha postižení (Hošnová, 2018).

1.2.1 Dělení sluchových vad

Sluchové vady jsou nejčastěji děleny podle místa, kde došlo k poruše. Na vady převodní a percepční (Mukšnáblova, 2014). U převodních vad dochází k poškození převodu zvuku k receptorovým buňkám v Cortiho orgánu. Toto přerušení může způsobit překážka např. v podobě cizího tělesa či mazové zátky, nebo poškozením bubínku. U percepčních vad bývá narušeno vnímání zvuku. Narušení je způsobeno nádorem, ototoxickými léky, které poškodí sluchový nerv. S přibývajícím věkem se s ubývajícím počtem vlasových buněk sluch zhoršuje. Tento jev se nazývá pesbyakuzie (Rokyta, 2025). Další možné dělení uvádí Barvínková (2015), která sluchové vady dělí na periferní a centrální sluchové vady. Toto dělení je rozhodující pro komunikační schopnosti daného jedince. Ta do periferních sluchových vad, kromě již zmiňovaných vad převodních a percepčních, řadí i vady smíšené. Druhou skupinu sluchových vad nazývá centrální (Barvínková, 2015). Příčinou vzniku periferních vad je buď blokáda nebo přerušení dráhy zvuku. U převodní sluchové vady bývá poškozeno zevní nebo střední ucho. Lidé s převodní vadou mají narušené vnímání hlubokých tónů. U percepčních sluchových vad je příčina v poškození vnitřního ucha nebo sluchového

nervu. U této sluchové vady mají lidé narušené vnímání vysokých tónů. Vzhledem k tomu, že u této vady dochází k poruše jak kvality, tak kvantity sluchu, vzniká u takto postižených lidí problém s porozuměním řeči. To vede komunikační bariéře. Poslední periferní vadou jsou vady smíšené, kde dochází ke kombinaci různých poškození jednotlivých částí sluchového ústrojí. Vyskytují se tu jak vady percepční, tak periferní (Barvínková, 2015). U centrálních sluchových vad dochází k poškození podkorových a korových sluchových drah. Člověk s takto postiženým sluchem vnímá čisté tóny. Problém nastává s dekódováním obsahu sdělení. U tohoto typu poruchy lze předpokládat významné narušení schopnosti porozumět tomu, co je mu sdělováno (Barvínková, 2015). Mezi sluchové poškození se řadí též ušní šelest, tinnitus. Tinnitus je charakterizován zvukovým vjemem o různé hlasitosti, výšce i délky trvání. Rovněž charakter šelesti je u každého jedince individuální a může mít mnoho podob. Tinnitus nemá vnější příčinu, důvod tedy není v zevním podnětu (Světlík, 2000).

Podle mezinárodní klasifikace rozlišujeme jednotlivé stupně sluchového postižení. Faktorem rozlišení jednotlivých stupňů je rozsah ztráty sluchu. Definujeme *normální sluch (ztráta max. do 15 dB)*, *malá ztráta sluchu (ztráta max. 16-25 dB)*, *lehká nedoslýchavost (ztráta max. 26-40 dB)*, *mírná či střední nedoslýchavost (ztráta max. 41-55 dB)*, *středně těžká nedoslýchavost (ztráta max. 56-70 dB)*, *těžká nedoslýchavost (ztráta max 71-90 dB)*, a *velmi těžké postižení sluchu (ztráta více než 91 dB)* (Muknšnábllová, 2014, s. 45).

1.2.2 Diagnostika sluchových vad

Medicínský obor, zabývající se diagnostikou sluchových vad, se nazývá audiologie. Audiologie používá širokou škálu vyšetřovacích metod k určení sluchové vady, místa postižení a možností kompenzace (Horáková, 2012).

První skupinou vyšetřovacích metod k diagnostice sluchové vady jsou subjektivní vyšetřovací metody. Reprezentantem této skupiny je sluchová zvuková zkouška. Zkouška obsahuje vyšetření šepotem, hlasitou řečí a ladičkami. Cílem této zkoušky je určení vzdálenosti, při které je vyšetřovaný schopen opakovat slova vyslovená hlasitou řečí a šepem. Pacient sedí bokem, aby mu bylo znemožněno odezíráni a nevyšetřované ucho je ucpáno vatou. Diagnostické metody sluchové zkoušky ladičkou zastupují Weberova zkouška na principu binaurálního srovnání kostního vedení, Rinneho zkouška, jejíž úlohou je určit, zda je dominantní kostní či vzdušné vedení zvuku a

Gelleho zkouška, která odhalí míru pohyblivosti řetězu kůstek (Hahn, 2018). Tónová audiometrie je dalším zástupcem subjektivních sluchových metod. Tato metoda pomáhá určit sluchový práh. Vyšetřovaný má nasazen sluchátka, do kterých je mu pouštěn přerušovaný tón o frekvenci 1000 Hz. Tón je postupně zesilován do okamžiku, kdy ho vyšetřovaný zaslechne. Tato zaznamenaná intenzita se považuje za sluchový práh pro tuto frekvenci. Výše frekvencí se postupně zvyšuje a každé se stanovuje sluchový práh. VRA (Visual Reinforcement Audiometry) je zkratka pro nejnovější subjektivní metodu. Její využití je vhodné u malých pacientů, kteří nejsou schopni absolvovat tónovou audiometrii. Na rozdíl od metody tónové audiometrie, nevyžaduje spolupráci pacienta. Součástí vyšetření je přítomnost logopeda a pomocí speciálně upravené hračky lze identifikovat sluchový práh. Nevýhoda je nemožnost rozlišit sluchové ztráty na každém uchu zvlášť (Motejzíkova, 2014).

Druhou skupinu vyšetřovacích metod nazýváme subjektivní vyšetřovací metody. Subjektivní metody, na rozdíl od objektivních, nevyžadují spolupráci. Jsou vhodné v případech, kdy vyšetřovaný není schopen spolupráce. Důvod nemožnosti spolupracovat je častá u dětí, případně lidí s narušeným vědomím. (Rokyta, 2015). Do subjektivních vyšetřovacích metod zahrnujeme následující vyšetřovací metody – měření otoakustických emisí, tympanometrie, vyšetření evokovaných potenciálů a vyšetření ustálených evokovaných potenciálů. Měření otoakustických emisí se provádí u novorozenců na novorozeneckém oddělení 2.-5. den po narození. Měřením se diagnostikuje správná funkce vláskových buněk ve vnitřním uchu. Sonda vysílající zvuky se zavede do ucha novorozence a zaznamenávají se tzv. emise. Emise představuje zvukovou odpověď vláskových buněk. V případě nepřítomnosti emisí se dané vyšetření opakuje po několika týdnech (Motejzíkova, 2014). Při vyšetření tympanometrií měříme středoušní impedanci. Podstata impedancmetrie spočívá v měření středoušního odporu a pružnosti středoušního systému. Patologické hodnoty se projeví v případech nedostatečné činnosti Eustachovy trubice, patologických změn na bubínku či nadměrného sekretu ve středouši (Hahn, 2018). Vyšetření evokovaných potenciálů zaznamenává bio elektronické signály šířící se po sluchových mozkových vlnách. Diagnostikuje sluchové vady v periferní části sluchového ústrojí. Ustálené evokované potenciály pomáhají stanovit zbytky sluchu. Jsou založeny na změnách aktivity centrální nervové soustavy, která je stimulována zvukovým podnětem. Výsledkem vyšetření je audiogram (Mukšnáblová, 2014).

1.3 *Pandemie Covid – 19*

Světová zdravotnická organizace (2019) (dále jen WHO) zařadila onemocnění Covid-19 mezi infekční onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2. U většiny pacientů se Covid-19 projevuje jako mírné až středně těžké respirační onemocnění. Tito pacienti nevyžadují zvláštní léčbu. U starších lidí, lidí s kardiovaskulárním onemocněním, cukrovkou, chronickým respiračním onemocněním, rakovinou byla zaznamenána vyšší pravděpodobnost vážného průběhu nemoci Covid-19. Mezi nejčastější příznaky onemocnění Covid-19 se řadí horečka, kašel, únava, ztráta chuti a čichu. Méně časté projevy onemocnění Covid-19 jsou bolest v krku, hlavy, průjem, vyrážka, zarudlé oči. K závažným projevům patří potíže s dýcháním, dušnost, bolest na hrudi, zmatenost. Příznaky se obvykle objevují 5-6 den od infikování virem (WHO,2019). Dle výskytu vybraných příznaků u onemocnění Covid-19 pojmenovala Světová zdravotnická organizace tyto kategorie onemocnění: Těžký průběh Covid-19 definuje některý z následujících příznaků – saturace kyslíku $< 90 \%$, dechová frekvence > 30 dechů za 1 minutu u dospělých a starších 5 let, > 60 dechů za minutu u dětí mladší 2 měsíců, > 50 dechů za 1 minutu u dětí ve věku 2-11 měsíců, > 40 dechů za 1 minutu u dětí ve věku od 1-5 let, přítomnost těžké respirační tísně. Nezávažný průběh onemocnění Covid-19 charakterizuje absence výše uvedených příznaků (WHO, 2019). Covid-19 z roku 2019 se zařadil mezi vysoce infekční onemocnění zasahující především dýchací systém. U mnohých pacientů nemoc velmi rychle progredovala až do syndromu akutní respirační tísně. Přestože průběh klasického syndromu akutní respirační tísně a syndromu akutní respirační tísně způsobené nemocí Covid-19 je velmi podobný, objevují se některé rozdíly: míra hypoxémie neodpovídá poškození plic a nárůstu trombogenních procesů. I když u některých pacientů bylo diagnostikováno závažné poškození plic, klinické projevy nemoci u těchto pacientů byly mírné. Přes rozdíly mezi klasickým průběhem syndromu akutní respirační tísně a syndromu akutní respirační tísně způsobené nemocí Covid-19 je doporučeno držet se uznávaného rámce léčby založeného na důkazech, včetně léčby antivirotyky (Caputo, 2020). Na základě doporučení WHO byly pacientům se závažným průběhem Covid-19, resp. pacienti na umělé plicní ventilaci nebo pacienti s pneumonií, podávány systémové kortikoidy. Tato léčba výrazně zmírnila mortalitu u pacientů s Covid-19. Naopak u pacientů s mírným průběhem nebyl vliv kortikoidů na průběh nemoci prokázán. U těžkých forem onemocnění Covid-19 probíhala nemoc ve

dvou fázích. Vlivem nedostatečné buněčné imunity u vnímavých jedinců došlo v první fázi k masivní replikaci viru. Přejít do druhé fáze byl obvykle mezi 7 až 10 dnem. Na úrovni plicní tkáně je výrazná aktivace cytokinové kaskády, na systémové úrovni je tento proces ojedinělý. Z tohoto důvodu je podávání kortikoidů velmi efektivní léčbou (Balík, 2020).

1.3.1 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérovou ošetrovatelskou péčí rozumíme využití systému pracovních, organizačních a provozních opatření, s cílem zabránit vzniku a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí (Kachlová, 2022, s. 89). Pravidla platná pro všechny zdravotnická zařízení definují Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Předmětem jsou povinnosti o způsobu a hlášení infekčních nákaz, seznam infekčních onemocnění, podmínky izolace, zásady zacházení s biologickým materiálem, sterilizace, manipulace s prádlem, hygienické požadavky na úklid a jiné. Bezpečnost zdravotnického personálu je stanovena Zákonem č. 262/2006 Sb., zákoníku práce v části pět o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. Ten ukládá zaměstnavateli povinnost zajistit zaměstnanci bezpečnost a ochranu zdraví v závislosti na riziku. V souvislosti s problematikou bariérové péče pak v § 104 upravuje problematiku ochranných pracovních prostředků a oděvů (Zákon č. 262/2006 Sb., zákoníku práce). Bariérová péče je nedílnou součástí protiepidemiologických opatření. Protiepidemiologická opatření lze rozdělit na preventivní, která předcházejí vzniku infekčních nemocí a na represivní. Jejich úlohou je zabránit šíření již existujícímu infekčnímu onemocnění. Společným cílem těchto opatření je snížení výskytu infekčních nemocí na minimum (Drnková, 2019). Zabránění přenosu šíření infekčního onemocnění se dosáhne přerušением vlastního procesu šíření nákazy. Proces šíření nákazy má tři části: zdroj původce – kterým může být člověk, nebo zvíře, přenos původce – cesta přenosu, vnímavý organismus – na toho je infekční nemoc přenesena. Cestu přenosu dělíme na přímou a nepřímou. Přímá cesta se realizuje přímým kontaktem se zdrojem původce. Nepřímá cesta se uskutečňuje ingescí, inhalací, inokulací, kontaminací (Rozsypal, 2013). Infekční onemocnění vzniklé v přímé souvislosti s pobytem v nemocničním zařízení označujeme pojmem nozokomiální infekce. K určení, zda jde o nozokomiální infekci, je nezbytné identifikovat místo přenosu infekce. Čas a místo, kde je infekční nemoc zjištěna není přitom rozhodující. V případě nozokomiálních infekcí rozlišujeme

následující zdroje nákazy: pacient, ošetřující personál, návštěva nemocnice. Z hlediska způsobu přenosu nozokomiální infekce převažuje nepřímá cesta přenosu (Horanová, 2017). Podle doktora Rozsypala je zdrojem přenosu nejčastěji ošetřující personál. Jako jednu z podmínek přenosu popisuje nedostatky v dodržení bariérové péče a aseptického přístupu k pacientovi. Z výše uvedeného vyplývají i preventivní opatření k zabránění přenosu jako je izolace pacientů s infekčním onemocněním a správné zacházení s infekčním odpadem, omezený pohyb od pacienta k pacientovi, důsledná bariérová péče, sterilita prostředí a pomůcek, osobní hygiena (Rozsypal, 2013).

1.3.2 Bariérová ošetrovatelská péče v období Covid - 19

V rámci poskytování intenzivní péče známe několik způsobů přenosu nemoci Covid-19 na zdravotnický personál. První, méně pravděpodobnou cestou, je přímý kontakt z osoby na osobu. Rizikovější je aerosolový způsob přenosu z infikovaného pacienta. Mnoho zdravotnických výkonů umožňuje vytvoření potencionálně nebezpečné situace, kdy dochází k uvolňování pacientova sekretu a následného aerosolového přenosu na zdravotnický personál. *Patří mezi ně zajištění dýchacích cest, neinvazivní ventilace, bronchoskopie, otevřené odsávání z dýchacích cest, aplikace nebulizace, manuální ventilace samo rozpínacím vakem, rozpojení ventilačního okruhu, tracheostomie, kardiopulmonální resuscitace* (Černá Pařízková, 2020, s.1.). K poslední možnou cestou přenosu Covid-19 z pacienta na zdravotnický personál jsou osobní ochranné pomůcky (Černá Pařízková, 2020). Hlavní cesta přenosu viru SARS CoV-2 se realizuje prostřednictvím kapének skrz respirační trakt. Proto významnou roli ve snížení přenosu onemocnění Covid -19 hraje nošení roušky. Důkaz o účinnosti nošení roušek přináší i mezinárodní tým autorů, který své výsledky publikoval v časopisu Proceedings of the National Academy of Sciences v lednu 2021 (Howard, 2021).

Pacienti s Covid-19 si vyžádali specifický přístup, nejen po dobu hospitalizace, ale již při příjmu do zdravotnického zařízení. Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicín a Česká společnost intenzivní medicíny společně vydaly doporučení ohledně postupu k pacientům Covid-19 na urgentním příjmu. Hlavním východiskem k doporučeným postupům se řadí na prvním místě bezpečí zdravotnického personálu, zdraví pacientů. Cílem pak je co nejčasnější identifikace pacientů s nemocí Covid-19 a jejich následný přesun na oddělení určená k péči o pacienty s Covid-19, popř. na oddělení intenzivní

péče za dodržení izolace daného pacienta. Rovněž doporučují zdravotnickým zařízením stanovit přesné parametry na základě kterých budou pacienti na urgentním příjmu tříděni (Flajšingrová, 2020). Během pandemie Covid-19 se zvýšil i výskyt běžných nozokomiálních nemocí u pacientů. Hlavní příčinou byl delší pobyt v nemocnici s onemocněním Covid -19 a zároveň potřeba napojení na více přístrojů u pacientů s těžkým průběhem, jejichž zdravotní stav si vyžádal léčbu na oddělení JIP a ARO. Situaci komplikovalo nošení dvojí vrstvy rukavic u zdravotnického personálu z důvodu vlastní ochrany. To vedlo k nedostatečné péči o CŽK a zvýšení rizika zavedení infekčního agens (McMullenová, 2020). Podobný nárůst nozokomiálních infekcí zaznamenaly v roce 2020 během pandemie i v amerických nemocnicích. Podle Sturdyové se výskyt nozokomiálních infekcí v souvislosti se zavedením CŽK a pobytu na JIP zvýšil v některých nemocnicích až o cca 400 % (Sturdyová, 2020). Dodržování přísné bariérové péče v době pandemie mělo vedle zvýšeného výskytu nozokomiálních infekcí vliv i na samotnou náročnost ošetrovatelské péče a psychický stav zdravotnického personálu (Kadeřávková, 2020). Podle Kadeřávkové (2020) popisují sestry z anesteziologicko-resuscitačního oddělení pražské Nemocnice Na Bulovce zvýšenou náročnost v péči o pacienty. Osobní ochranné pomůcky v podobě roušky, respirátoru, neprodyšného obleku s kapucí, minimálně troje rukavice. To všechno vedlo k pocitu stísněnosti, nedostatečného dýchání, rychlejší únavě, bez možnosti napít se, navštívit toaletu. Je třeba si uvědomit, že sestry nebyly na pandemii připraveny. Pro všechny to byla nová zkušenost. Přes vlastní nepohodlí a strach z možné nákazy musely sestry odvést ošetrovatelskou péči dle běžných standardů (Kadeřávková, 2020).

1.4 Komunikace

Význam slova komunikace se odvíjí od latinského slova *communicare*. *Communicare* znamená činit něco společným, něco společně sdílet. Nejde tedy jen o pouhé předávání informací. Ve zdravotnictví zahrnuje komunikace aspekt sebeprezentace a sebe potvrzování. Vyjadřuje postoj nejen k předmětu komunikace, ale i k samotnému příjemci informace. Komunikace tak představuje možnost působení, ovlivňování. Správnou komunikací lze ovlivnit úroveň porozumění mezi účastníky komunikace. (Zacharová, 2016). Komunikace zahrnuje veškeré naše chování, jednání. Jedná se o komplikovaný proces. Svoji úlohu hraje i vzájemná vazba mezi lidmi, kteří spolu komunikují (Trachtová, 2018). Úroveň komunikačních dovedností je závislá na mnoha

faktorech. Svou úlohu zde mají jak dědičné dispozice, tak i získané dovednosti. Za nejdůležitější se považují psychika, vzdělání, sociální dovednosti, kulturní prostředí. Komunikaci tedy můžeme zařadit mezi základní bio-sociální výbavu člověka. Schopnost komunikace každého jedince je přitom zcela individuální (Linhartová, 2006). Umění komunikace se učíme od dětství. To je důvodem, proč mnoho lidí považuje schopnost komunikovat za automatickou. Až případná nedorozumění donutí jedince přestat pohlížet na komunikaci jako na samozřejmost (Ptáček, 2011). Cílem komunikace je výměna informací. Výměna informací může probíhat v různých formách. Proces přenosu informací je oboustranný proces a jde o formu sociální interakce. Základním rozdělením komunikace z pohledu použití komunikačních prostředků je dělení na: verbální komunikaci, kdy komunikačním prostředkem je mluvené slovo, neverbální komunikace, označovaná jako mimoslovní. Komunikačním nástrojem jsou nejčastěji gesta, mimika, oční kontakt, poloha a držení těla. Poslední je komunikace realizovaná činy a skutky (Vymětal, 2008).

1.4.1 Rozvoj komunikace sluchově znevýhodněných jedinců

Již v kojeneckém věku dochází k rozvoji řeči jako komunikačního nástroje. Začíná obdobím křiku, broukání, žvatlání a následně období opakování, kdy dítě opakuje zvuky z vnějšího okolí. Při správném vývoji řeči se okolo prvního roku dítěte objeví první vědomé slovo. Ve dvou letech pak první věta. Při prvních známkách opožděného vývoje v řeči, by mělo dojít k odbornému vyšetření sluchu dítěte (Kejklíčková, 2016). Rozvoj komunikačních dovedností u sluchově znevýhodněných jedinců je dán závažností sluchového postižení. V případě nedoslýchavosti, která je charakteristická částečným zachováním sluchu, je vývoj řeči a komunikačních dovedností pouze zpomalen. Naopak u úplné hluchoty, která vylučuje schopnost vnímat zvuk před fixací řeči (před 8. rokem života), dochází k výraznému poškození či dokonce k nulovému vývoji řeči. Pokud dojde ke hluchotě před fixací řeči (po 8. roku života), je postižený jedinec schopen používat ke komunikaci dříve slyšenou a mluvenou řeč. Jelikož však nedochází ke kontrole sluchem, změní se u takto postiženého jedince artikulace (Mukšnáblová, 2014). Rozhodující roli hraje i typ sluchové vady. Při převodní sluchové vadě, kdy jsou slabší sluchové vjemy, je omezena kvantita sluchového vnímání. U percepčních sluchové vady je zasažena kvalita sluchového vnímání a daný jedinec navíc špatně rozumí mluvené řeči (Horáková, 2012). Převodní poruchy sluchu

způsobí slabý přenos zvukové vlny. Pokud je současně vnitřní ucho zdravé, vyvine se u pacienta nedoslýchavost. Pacient slyší mluvenou řeč hůře, jeho řeč zůstává tichá, protože kostní vedení zvuku, které vnímá vlastní zvuk, není postiženo. Tato sluchová vada bývá velmi dobře vykompenzována sluchadlem. Vývoje řeči, přestože je opožděný, se nakonec normalizuje. U percepčních vad, kdy je narušen sluchový nerv nebo je přítomna patologie ve vnitřním uchu, je kompenzace sluchadlem méně úspěšná (Kejkíčková, 2011). Zajímavým faktorem v rozvoji komunikačních dovedností sluchově znevýhodněných jedinců hraje jejich osobnost a ochota dorozumět se se svým okolím. Tato ochota je přímo úměrná touze uspokojit své potřeby. Aby došlo k uspokojení potřeb sluchově znevýhodněného jedince, je snaha o komunikaci se slyšícími nezbytností (Slowík, 2010). Neslyšící pacienti komunikují pomocí gest s jazykovou povahou mající gramatickou výpověď. Jedná se tedy o manuální komunikaci, která zahrnuje všechny rysy jazyka s velice komplikovanými pravidly. Na rozdíl od gestikulace, která je pouze doprovodná k řeči. Podtrhuje dynamiku, frekvenci řeči, zdůrazňují jednotlivé prvky v řeči (Fulka, 2017). Jan Michalík (2011) ve své knize pojmenovává čtyři skupiny pacientů dle sluchových postižení. Každá skupina vyžaduje specifickou komunikační techniku. První skupina vyžaduje orální přístup – zde se člověk používá mluvenou řeč i přes své sluchové postižení, nacvičuje si současně odezírání a rozvíjí funkci zbytkového sluchu. Cílem je, aby takový člověk plně akceptoval mluvenou řeč jako svůj vlastní komunikační nástroj. Druhá skupina využívá totální komunikaci – ta se využívá při vzájemné komunikaci jednotlivce se zdravím sluchem a sluchově znevýhodněného jedince. Jde o komunikační techniku, která využívá jak mluvené slovo, tak i znakovou řeč. Třetí skupinu charakterizuje bilingvální přístup. Tento přístup neobsahuje pouze komunikační techniku, ale považuje jednotlivce se sluchovou vadou za menšinu. Tento přístup představuje pokrok ve vnímání sluchově znevýhodněných spoluobčanů. Zde je mluvené slovo a znaková řeč na rovnocenné úrovni. Poslední skupina je tvořena jedinci s kochleárním implantátem. Díky implantátu je sluchově znevýhodněným jedincům umožněno vnímat zvuk a naučit se mluvenou řeč v plném rozsahu (Michalík, 2011). Zastáncem toho, aby většinová, slyšící společnost začala o sluchově znevýhodněných uvažovat jako o jazykové menšině, je i ((Harlan Lane (Harlan, 2013). Bohužel většina americké společnosti se této změně brání. Nadále považuje jedince se sluchovou vadou za nedostatečné (Harlan, 2013).

1.4.2 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

V ošetrovatelské péči představuje komunikace základní nástroj sestry. Smyslem komunikace je získat relevantní informace, které lze využít k uspokojení potřeb pacienta. Je součástí celého ošetrovatelského procesu včetně edukace, posouzení stavu pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů, intervencí, edukačního procesu. Komunikace má jak ústní, tak písemnou formu. Písemná forma je realizována především v ošetrovatelské dokumentaci. Ta bývá podkladem pro kontrolu kvality (Trachtová, 2018). Zacharová (2016) považuje komunikaci za teoretický základ v ošetrovatelském procesu. Komunikaci mezi pacientem a sestrou charakterizuje jako nezbytnou, nezvratnou a neopakovatelnou. Důraz na komunikaci přikládá v oblasti získávání a předávání informací pacientovi, při edukaci pacienta a při informování pacienta ohledně jeho léčby. Pokud mezi sestrou a pacientem nastanou překážky v komunikaci, může to vést k narušení ošetrovatelského procesu (Zacharová, 2016). Ošetrovatelský proces, jako vědecká metoda, se realizuje prostřednictvím dialogu. Jeho kvalita závisí na verbálních dovednostech ošetrovatelského personálu. Jde o obousměrný proces. Na jedné straně je pacient se svými obavami a potřebami a na druhé straně je sestra, která tyto informace využije ke stanovení ošetrovatelských diagnóz. Sestra tedy musí umět informace správně vyhodnotit a zároveň předat závěry v takové formě, která bude pro pacienta srozumitelná (Korkouta, 2014). Výsledky průřezové studie ze dvou nemocnic přidružených k Alborz University of Medical Sciences v roce 2012 ukázaly, že komunikace přímo souvisí s kvalitou poskytovaných služeb. Účinnou a profesionální komunikaci sestry v ošetrovatelském procesu lze zařadit mezi prostředky, kterými je možno dosáhnout spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí. Je v zájmu nemocnic sestry motivovat ke zdokonalování se v efektivní komunikaci, k holistickému přístupu k pacientovi. Správná komunikace je významným indikátorem kvality poskytovaných služeb (Norouzinia, 2015).

1.4.3 Zásady komunikace v ošetrovatelské péči se sluchově znevýhodněným pacientem

Determinantem komunikace mezi sestrou a pacientem je vzájemný poměr vyváženosti nebo převahy. V souvislosti s tímto aspektem jsou v komunikaci mezi pacientem a sestrou používány dva hlavní komunikační styly – symetrický, nebo asymetrický styl. V symetrickém komunikačním stylu mají oba stejná práva a komunikace je založena na

rovnosti. Verbální i neverbální složka komunikace je u obou na stejné úrovni. Mezi charakteristické projevy tohoto stylu jsou považovány úsměv, přátelská gesta, ochota pomoci. Asymetrický komunikační styl, jak už název napovídá, je představován nerovností práv mezi sestrou a pacientem. Pacient se stává na sestře závislý. Sestra v komunikaci používá kritiku, příkazy, zákazy. Její postoj je dominantní vůči pacientovi. Asymetrie se projevuje především v neverbální komunikaci (Zacharová, 2016). Komunikační nároky na sestru představují schopnost zvládnout interakci s pacientem, rodinou a jejími spolupracovníky. Sestra by si měla osvojit řadu komunikačních technik a správně je použít. Respektovat morální a etické zásady. Přizpůsobit komunikaci kulturním a sociálním zvyklostem pacienta, zdravotnímu stavu a smyslovým omezením pacienta. Důležitá technika, kterou by sestra měla ovládat, je aktivní naslouchání. Ta jí umožní odhalit přání a potřeby pacienta (Tomová, 2016).

V dnešní západní společnosti rozlišujeme dva základní přístupy v chápání sluchového postižení. První přístup identifikuje sluchové postižení jako deficit. Sluchově znevýhodněný jedinec je vnímán jako někdo, komu něco chybí. Tento princip zahrnuje představu, že pokud jedinec neslyší, není ani schopen mluvit a nelze s ním komunikovat. Přitom samotní sluchově znevýhodnění jedinci, zejména ti, kteří řeč nikdy neslyšeli, tento deficit vůbec nevnímají. Pohled slyšících tak vychází z jejich vlastní představy sami sebe, jako sluchově znevýhodněného jedince. To sebou nese mnoho negativních pocitů, které brání v rovnocenné komunikaci. Možnosti sluchově znevýhodněného jedince spočívají v pantomimice, popř. použití výrazné gestikulace (Fulka, 2017). Druhý princip vidí ve hluchotě odlišnost. Takové vnímání sluchově znevýhodněných pacientů odbourává negativní pocity při komunikaci. Akceptuje existenci plně hodnotného jazyka sluchově znevýhodněných pacientů. Tento princip naplňuje možnost rovnocenné komunikace (Fulka, 2017).

Je třeba mít na paměti, že se u pacienta se sluchovým postižením může objevovat zvláštní řečový výraz. Rozdílná může být i úroveň porozumění a komunikaci může doprovázet i specifický neverbální projev, jako jsou nestandardní gestikulace, odlišná posturika, haptika. Tyto komunikační kanály přitom tvoří v interpersonální komunikaci až 70 % informační výměny. Záleží na adaptační schopnosti sestry, zda zachová vstřícný přístup přes všechny odlišnosti. Brát pacienta se sluchovým znevýhodněním jako rovnocenného partnera, znamená udržet si partnerský přístup a vidět především člověka (Slowík, 2010).

Neobvyklý pohled na komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem představuje zapojení kreativity. Pokud na ošetrovatelský proces budeme pohlížet jako na umění, lze plně využít kreativní přístup sestry. Kreativita představuje objevování nových možností a způsobů v komunikaci sestry se sluchově znevýhodněným pacientem. Podmínkou je ochota sestry v pochopení procesu kreativity a ochota se učit. Úspěšná komunikace je zárukou úspěšného léčebného procesu. Sluchově znevýhodněný pacient, se kterým se setra setkává, může trpět celou škálou sluchového postižení, od mírné nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu. Pro sestru představuje takový pacient výzvu, kde právě kreativita hraje důležitou roli při zvládnutí úspěšné komunikace a naplnění holistického přístupu k pacientovi (Fertalová, 2010). Zejména člověk trpící závažným sluchovým postižením, je závislý pouze na odezírání. Přestože se tato technika slyšícím často jeví jako jednoduchá, ve skutečnosti jde o náročnou aktivitu. Odezíráním lze zachytit pouze část mluvené řeči a zbytek si člověk musí domyslet. Opakování a ujišťování je tedy nezbytnou součástí této komunikační techniky. Proto nelze na tuto techniku vždy spoléhat (Slowik, 2010). Mezi nejvýznačnější komunikační problémy sluchově znevýhodněných pacientů se řadí problém se srozumitelností řeči. Jádrem problému je omezená schopnost se vyjádřit a na druhé straně omezená schopnost porozumět. K eliminaci těchto nedorozumění v komunikaci pomáhá dodržování následujících pravidel v komunikaci: jednoduchost, uspořádanost, stručnost a podnětnost (Slowik, 2010). Pravidla komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem zmiňuje mnoho webů. Nalezneme je i na stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny (příloha č.2). V knize zdravotní postižení a pomáhající profese byl Michalík (2011) konkrétnější a definoval deset zásad, které by měly být dodržovány při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem. První krok je navázat zrakový kontakt, který je třeba udržovat v průběhu celého dialogu. Druhým krokem je otázka, jaký druh komunikace pacient preferuje. Pokud nám pacient nerozumí, můžeme otázku položit v písemné formě. Třetí zásadou je nespoléhat se na odezírání. Ne všichni jedinci se sluchovým postižením tuto techniku ovládají. Čtvrtou zásadou je omezení hluku v okolí. Hlas pak nemusíme zesilovat na ani zvyšovat tón. Pátou zásadou se řídíme v případě, kdy je sluchově znevýhodněný pacient doprovázen tlumočnickem. V takovém případě se obracíme vždy na pacienta, ne na tlumočnicka. Šestý krok je ověřování. V průběhu dialogu si pravidelně ověřujeme, kolik toho pacient z našeho sdělení porozuměl. Sedmý krok je o našem přístupu. Je třeba být trpělivý, neznervóznět v případě, že musíme nějaké informace opakovat. Osmým krokem je odmlka po každém důležitém sdělení.

S tím souvisí následující krok, a to dát pacientovi prostor se vyjádřit. Posledním krokem je písemný doklad o tom, co jsme se sluchově znevýhodněným pacientem probírali (Michalík, 2011).

Potřebu vzdělávání sester v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem ukázalo i dotazníkové šetření ve třech nemocnicích Moravskoslezského kraje, jak píše Sikorová (2011) ve svém článku Komunikace dětských sester se sluchově postiženými dětmi. Šetření proběhlo mezi 68 dětskými sestrami. Plná jedna třetina sester nedokázala odpovědět na otázku metod v komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem. Pouze tři sestry uvedly základní znalost znakového jazyka. Ukázaly se výrazné nedostatky ve znalostech v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem. Sestry při komunikaci postupují z velké části na základě intuice, a ne na základě znalostí. To vede k chybám v ošetrovatelské péči, narušení pocitu bezpečí zejména u dětských pacientů. Pozitivní je, že většina sester vyjádřila zájem o případné školení v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem či výuku znakového jazyka (Sikorová, 2011). Podobné nedostatky v oblasti komunikace sester se sluchovým postižením uvádí i autorka bakalářské práce Smažíková (2015). Ta ve své práci provedla dotazníkové šetření mezi zdravotním personálem zubních ordinací. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že 72 % zdravotníků není seznámeno se základními pravidly komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem, současně by pravidelná školení uvítalo 79 % z dotazovaných. Smažíková (2015) ve své práci doporučuje zaměřit se na větší vzdělávání zdravotnického personálu v této oblasti. Spolu s teoretickou rovinou vzdělávání by zároveň měla probíhat i přímá komunikace s dobrovolníky se sluchovým postižením. Tato činnost by byla přínosem pro obě strany (Smažíková, 2015).

1.4.4 Bariérová opatření a jejich vliv na komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem

Podle Pasquale Bottalico (2020) může mít nošení roušek škodlivý vliv na komunikaci, a to jak na straně posluchače, tak na straně mluvčího. Posluchače ovlivňuje především ztlumená hlasitost a mluvčí je nucen vyvinout větší námahu. Příčinou škodlivého účinku na komunikaci je materiál, ze kterého jsou roušky vyrobeny. Pórovitá struktura materiálu a navrstvení vede k pohlcování hluku. Dochází k útlumu řeči především ve středních a vyšších frekvencích. Tyto frekvence jsou přítom k porozumění řeči zásadní.

Sekundárním účinkem nošení obličejových masek je ztráta odezírání ze rtů a vizuálních řečových signálů z výrazu obličeje. Tento sekundární účinek je obzvláště škodlivý pro osoby se ztrátou sluchu (Bottalico, 2020). Carter (2020) předpokládá, že obličejové masky budou mít zásadní význam ve zdravotnictví a sociální péči. Je třeba si uvědomit tento aspekt a najít nové způsoby komunikace. Masky mění kvalitu hlasu, zabraňují vizuálnímu vnímání podnětů. Neslyšící, starší lidé a další osoby s poruchou sluchu spoléhají na odezírání ze rtů. Odezíráním doplňují slova, která jim v řeči unikla. Nemožnost odezírání způsobí, že sluchově znevýhodnění pacienti, nebudou rozumět základním informacím a pokynům. To přinese zvýšený pocit izolace těchto pacientů. Je důležité, aby se ošetřující personál zajímal o pocity a duševní stav těchto pacientů a reagovat na ně. Je třeba se naučit věnovat pozornost vlastním neverbálním projevům, které se dostanou v komunikaci do popředí. Na důležitosti získá i důslednější příprava na schůzku s pacientem, využívání alternativních komunikačních nástrojů jako jsou kresby, psaní. Mnoho informací pacient může vyčíst z našich očí, obočí. Zvedne se i časová náročnost na jednání s pacientem. Pro mnohé bude tato doba představovat výzvu, kterou je třeba překonat ve prospěch pacientů (Carter, 2020). Studie (Deardorff, 2021) pod záštitou Rady Kalifornské univerzity v San Francisku si dala za cíl zjistit, v reakci na pandemii Covid – 19, zda a jak povinnost nošení ochranných ovlivnila komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem během ošetřovatelského procesu. Průzkum byl celostátní a zúčastnilo se ho 257 osob, z toho bylo 57,8 % lékařů, 19,9 % tvořily sestry. Více jak polovina respondentů (59,7 %) ve studii uvedla, že před pandemií nevnímala sluchovou vadu jako ošetřovatelský problém. Tento postoj se během pandemie výrazně změnil, téměř 90 % respondentů považovalo komunikaci s ochrannými prostředky za faktor, který ztížil komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem a došlo tak k negativnímu narušení ošetřovatelského procesu. 37,1 % respondentů udává potíže s komunikací z důvodu tlumené řeči způsobené ochrannou úst, 20,6 % respondentů pak považuje hlavní problém v nutnosti prodloužení času, který je potřeba na komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem. Dále ze studie vyplývá, že došlo ke zvýšení povědomí o problémech při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem (37,9 % respondentů). Zajímavé je, že 67,1 % respondentů zároveň uvádí, že se nijak nezvýšil screening na sluchové vady u pacientů, rovněž používání pomůcek ke komunikaci se nesešlo s větším zájmem. Závěrem lze tedy říci, že studie ukazuje negativní dopad nošení ochranných pomůcek na komunikaci se sluchově

znevýhodněným pacientem. Zároveň se zhoršená komunikace negativně promítá do celého ošetrovatelského procesu (Deardorff, 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit specifika při komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají sestry komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách?
2. Jak ovlivňuje používání ochranných pomůcek komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách?
3. Jak stížená komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách zasahuje do práce sester?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část této bakalářské práce byla uskutečněna pomocí metodiky kvalitativního výzkumného šetření. Pro sběr dat byl použit hloubkový rozhovor, který obsahoval 20 otázek (příloha č. 4). V případě potřeby byly položeny i doplňující podotázky.

Výzkum byl uskutečněn na interním oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec, které sloužilo po dobu pandemie jako covidové oddělení. Výzkum byl prováděn od 1. dubna do 31. května 2023. Výzkumu se tedy účastnilo celkem 7 sester. Výběr sester byl záměrný. Zvolená kritéria pro výběr sester byla zkušenost se sluchově znevýhodněným pacientem, praxe před a v době pandemie Covid – 19, aby sestry byly schopny posoudit rozdíly v komunikaci mezi těmito dvěma obdobími. Sestry byly před zahájením výzkumu obeznámeny s tématem výzkumu a rovněž byli ubezpečeni o zachování anonymity. Rozhovory byly po písemném souhlasu zaznamenány na zvukový záznam. Sebraná data byla přepsána a analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka papír“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor nebyl vybrán náhodným způsobem. Sestry byly zvoleny na základě předem stanovených kritérií. Kritéria byla stanovena před začátkem výzkumného šetření a obsahují následující parametry: věk, pracovní pozice, dosažené vzdělání, délka praxe, zkušenosti se sluchově znevýhodněným pacientem. Sestry byly označeny písmeny a čísly S1-S 7 podle pořadí provedení rozhovoru.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru

Sestra	Věk	Pracovní pozice	Dosažené vzdělání	Délka praxe
S1	27	všeobecná sestra	bakalářské	5 let
S2	47	všeobecná sestra	středoškolské	24 let
S3	36	všeobecná sestra	středoškolské	12 let
S4	37	všeobecná sestra	středoškolské	18 let
S5	26	všeobecná sestra	bakalářské	4 roky
S6	25	praktická sestra	středoškolské	6 let
S7	28	všeobecná sestra	bakalářské	7 let

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1 je shrnutím základních identifikačních údajů o sestrách. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 7 sester ve věku od 25 do 64 let. Délka praxe se pohybovala od 5 let do 41 let. Celkem 6 sester pracuje na pozici všeobecná sestra, z toho 3 sestry dosáhly bakalářského vzdělání. 1 sestra je na pozici praktická sestra.

4 Výsledky výzkumného šetření

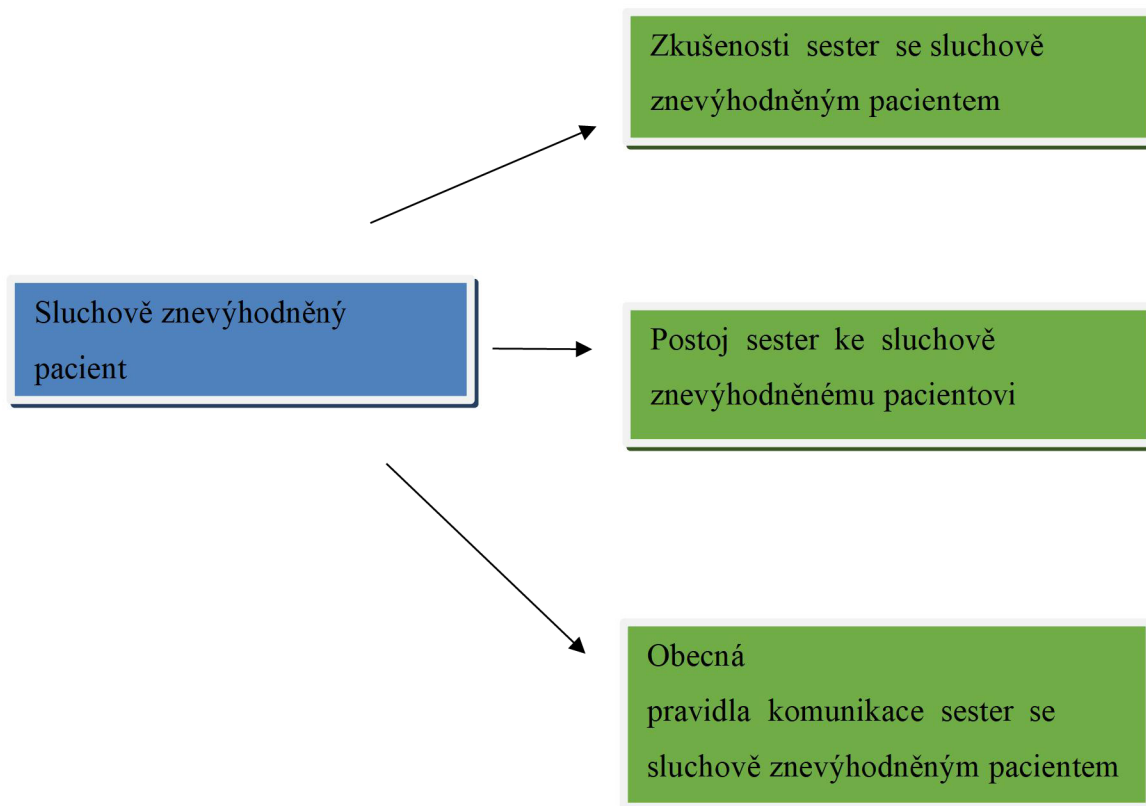
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami

Tato kategorie popisuje výsledky výzkumného šetření a je rozdělena do jednotlivých kategorií.

4.1.1 Kategorie 1 Sluchově znevýhodněný pacient

Tato kategorie mapuje zkušenosti sester se sluchově znevýhodněným pacientem v různých oblastech, které jsou nezbytné pro ošetrovatelskou činnost. Pro analýzu byly vytvořeny následující podkategorie: zkušenosti sester se sluchově znevýhodněným pacientem, postoje sester ke sluchově znevýhodněnému pacientovi a obecná pravidla komunikace sester se sluchově znevýhodněným pacientem.

Schéma 1: Sluchově znevýhodněný pacient



Zkušenosti sester se sluchově znevýhodněným pacientem

Všechny oslovené sestry uvádějí, že mají dostatečné zkušenosti se sluchově znevýhodněnými pacienty. Jako sestry na interním oddělení pracují převážně se staršími pacienty, kde je sluchové omezení velmi časté. Na otázku, s jakými sluchovými vadami se nejčastěji setkávají sestry S1 odpověděla *„Nejčastěji se setkávám s nedoslýchavostí různého stupně, také s hluchoněnými, nebo s pacienty kteří udávali neustálý tinnitus.“* Stejně sluchové vady udávaly i sestry S2, S4, S5, S6, S7. Sestra S3 vyjmenovala následující sluchové vady: *„tinnitus, převodní hluchota, periferní sluchové vady.“* Na otázku, jak se o případné sluchové vadě pacienta dozví udává sestry S4 *„Většinou u příjmu, když pacienta přijímáme a vyplňujeme s ním příjmové doklady.“* Sestra S6 doplnila: *„Hodně pacientů se k nám pravidelně vrací, takže už je známe. V tom máme výhodu. Už víme, jaká omezení pacient má, včetně omezení sluchu.“* Tuto zkušenost potvrzují všechny dotazované sestry. Sestra S1 dodává: *„U pacientů, co chodí z domova, je často doprovod. Hlavně u starých pacientů, kteří bývají někdy zmateni. Takže tam se ptáme doprovodu. Je to výhodné, co se týče případných kompenzačních pomůcek, hlavně naslouchátek. Je dobré, že nám sdělí, že pacient má naslouchátko a můžeme to uvést do naší dokumentace.“* K tomuto tématu dále vysvětluje sestra S 5: *„Problém bývá u pacientů, kteří jsou při příjmu ve stavu, kdy jejich odpovědi nejsou příliš směrodatné. Již několikrát se nám stalo, že když se pacientům druhý den udělalo lépe, začali se shánět po sluchátku a my už ho bohužel nenašli.“* Sestra S 2 dodává: *„Ideální je, když je sluchátko zaznamenáno již z urgentu. Pacientovi ho vyndáme z ucha a dáme k věcem. Jakmile je schopen komunikace, sluchátko se mu nasadí. Zabrání se tak nepříjemným situacím a komunikace probíhá bez problémů.“* Ke kompenzačním pomůckám sestry S 3 doplňuje: *„Dost často se stává, že si naslouchátko pacienti, ani rodina, před odjezdem do nemocnice nezkontroluje. Bývá pak vybité a nefunkční. Pacient si neuvědomuje, že mi nemáme k dispozici baterie na oddělení. A rodině i několik dní trvá, než donesou nové. To je pak problém, pacient je nervózní až agresivní, protože nic neslyší, neumí odezírat a cítí se izolovaný.“*

Postoj sester ke sluchově znevýhodněnému pacientovi

Na otázku, jak přistupují ke sluchově znevýhodněnému pacientovi odpovídají shodně sestry S1, S5 a S7. Všechny vypovídají, že ke všem pacientům přistupují stejně, bez ohledu na jejich případné zdravotní omezení. Sestra S5 uvádí: *„Celou vysokou školou se prolínal holistický přístup k pacientům. Takže se každého snažím vnímat takový, jaký je*

a respektovat ho. Ať už jeho osobnost, nebo jeho zdravotní stav.“ Sestra S7 dále myšlenku rozvíjí: *„Přesně tak, to bylo mantrou vysoké školy. Respektovat pacienta, přizpůsobit se jeho mentalitě. Pokud to dokážete, chová se k vám většina pacientů také s respektem. Lépe se s ním na všem domluvíte. Celkově je ošetrovatelská péče o takového pacienta daleko jednodušší.“* Sestra S2 odpovídá: *„Když nad tím tak přemýšlím, tak mám pocit, že k těmto pacientům přistupuji asi trochu jinak. Mluví s nimi více jako s dítětem, což je asi chyba. Ale dokud jsi se mě na to nezeptala, tak jsem si to neuvědomovala.“* Podobně odpovídá i sestra S4: *„Určitě trochu jinak. Mám pocit, že je trochu podceňuji. Tak nějak mi připadá, že když neslyší, musím s nimi mluvit jednodušeji.“* Sestra S3 se k dané otázce vyjádřila takto: *„Asi trochu jinak. Vnitřně se tak nějak nastavím na větší trpělivost. Podvědomě mám nastavený, že přijdou komplikace.“* Sestra S6 tuto problematiku vnímá podobně: *„Když ošetřuji pacienta se sluchovou vadou, tak jsem daleko ostražitější. Rozhodně nemám stejný pocit, jako u slyšících pacientů. Dopředu jsem připravená na problémy. Asi to ze mě pacienti často vycítí, takže ten konflikt nakonec opravdu přijde. Otázka je, zda by se to změnou přístupu zlepšilo. Těžko říct.“*

Obecná pravidla komunikace sester se sluchově znevýhodněným pacientem

Na otázku, učili jste se v rámci vzdělávání teorii komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem? Sestra S1 odpovídá: *„Na škole jsem si to určitě okrajově říkali. Ale nemyslím si, že bychom šli nějak do hloubky, nebo si komunikaci prakticky mohli vyzkoušet. S pravidly jsem se seznámila v rámci mé bakalářské práce.“* Podobně odpovídají i další dvě sestry s vysokoškolským vzděláním sestry S5 a S7. Sestra S6 odpovídá: *„Asi nějaká určitě existují. Ze střední školy si to nevybavuji. Sice nám všichni pořád říkali, že je komunikace důležitá, ale vždy se jednalo o nácvik se slyšícím pacientem. Se sluchovým omezením nikdo ve škole nepočítal. Možná někdy na praxi, ale to si nepamatuji.“* Sestry S2, S3, S4 mají stejnou zkušenost, sestra S2 s praxí 24 let odpovídá: *„Na škole jsme se určitě nic takového neučili. Tenkrát se vlastně ani neřešila nějaká komunikace. Pro sestru byly důležité jiné znalosti, znalost léků, vyřídít dobře ordinace lékaře. Sestra byla v úplně jiném postavení. Nedá se to teď ani srovnávat. O pacienta muselo být postaráno ohledně ordinací lékaře, a to bylo všechno. Někjaká psychika pacienta, pocity. To vůbec nevím, zda na školách bylo. Musela jste být rychlá a přesná. To bylo všechno.“*

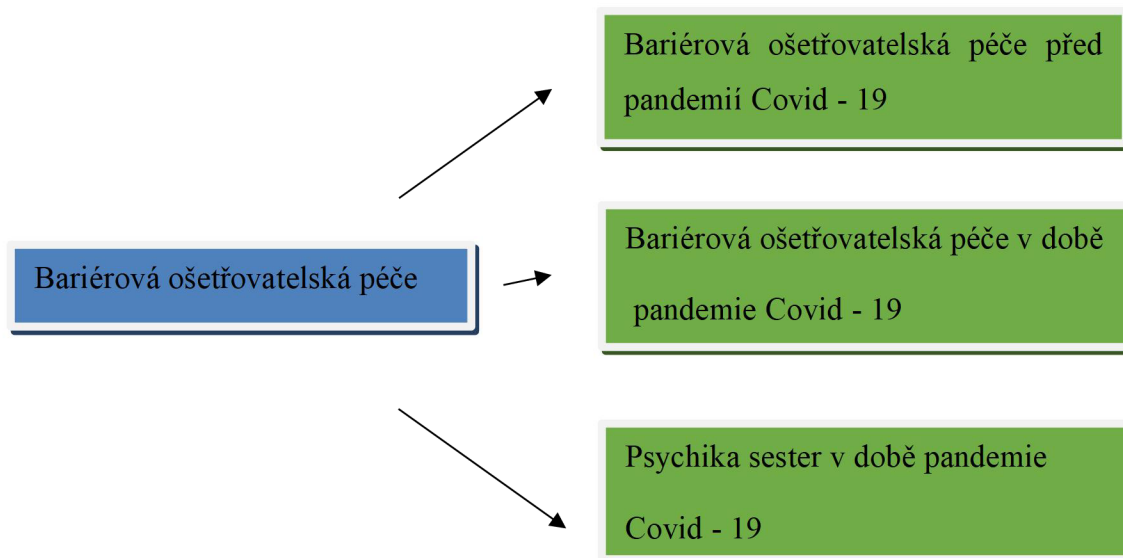
Na otázku, zda si sestry sami vyhledávali chybějící informace ohledně komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem, odpověděly všechny sestry S1 – S7 stejně a to negativně. Sestra S2 uvádí: „*Nevyhledávala, vždycky se nějak domluví. Nic jiného mi nezbyvá. Praxe vám vždycky dá nejvíc.*“ Sestra S4 dodává: „*Teorie je vždycky jen teorie. V terénu je to nakonec stejně jinak.*“

Na otázku, zda by dovedly vyjmenovat pravidla komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem odpovídá sestra S1: „*Já ano, jen díky bakalářské práci, která se zabývala geriatrickými pacienty. Jsou to: oční kontakt, omezení hluku, domluvit si způsob komunikace, nespoléhat na schopnost odezírat, vše opakovat a přesvědčovat se, že nám člověk rozumí, nekřičet, pokud je tlumočník, tak stejně hovořit přímo na pacienta, respektovat ho.*“ Ostatní sestry S3 – S7 vyjmenovaly následující pravidla jako sestra S3: „*Oční kontakt, zajistit klid, víc nahlas, opakovat věty.*“ Na základě odpovědí tedy vyvstala otázka, na základě, čem je tedy postavená komunikace odpověděly, kromě sestry S1, že na vlastní intuici.

4.1.2 Kategorie 2 Bariérová ošetrovatelská péče

V této kategorii byly pokládány otázky související s bariérovou ošetrovatelskou péčí, zejména používání ochrany úst, která výrazně ovlivní komunikaci s pacientem. Obzvláště, pokud má pacient sluchové omezení. Odpovídá na otázku postoje sester na bariérovou ošetrovatelskou péči a na případnou změnu, kterou pandemie Covid -19 vyvolala. Z tohoto důvodu byla kategorie rozdělena na podkategorii před pandemií a podkategorii v době pandemie Covid – 19. Poslední kategorií je psychika sester, na která prošla extrémní zátěží.

Schéma 2: Bariérová ošetrovatelská péče



Bariérová ošetrovatelská péče před pandemií Covid – 19

Na otázku, jaký postoj sestry zaujímají k bariérové ošetrovatelské péči sestra S1 uvedla. „Vysoká škola mě naučila chovat se ke všem pacientům jako kdyby byli všichni infekční. Proto základní ochranné pomůcky, jako jsou rukavice a ústenka, používám při každém kontaktu s pacientem. V případě, kdy byl pacient infekční, jsem důsledně dodržovala všechny zásady bariérové péče, abych ochránila sebe i ostatní pacienty.“ Rovněž dbala na to, aby si ochranné pomůcky měnila vždy s každým pacientem. K dodržování této zásady uvedla. „Vždycky mě neskutečně zarazí, když vidím nějakou kolegyni, co jde k jednomu pacientovi, vezme si ochranné pomůcky, a pak jde k dalšímu, a nevymění si ani rukavice, natož roušku. To už si fakt nemusí brát nic.“. Podle jejích slov je tato praxe bohužel velmi častá. Lepší postoj u svých kolegyň vidí alespoň u izolovaných infekčních pacientů. Tam bývá bariérová ošetrovatelská péče ve většině případů dodržována. U neinfekčních pacientů jsou zásady ošetrovatelským personálem porušovány denně. Shodný postoj k bariérové ošetrovatelské péči zaujali i sestry S5 a S7. Obě sestry dosáhly, stejně jako sestra S1, bakalářského vzdělání. I ony důsledně dodržují bariérovou ošetrovatelskou péči a ke každému pacientovi přistupují jako by byl infekční. Sestra S5 uvedla. „Nedovedu si představit jít k pacientovi bez roušky a rukavic. Jsou to většinou starší lidé a mají spoustu nemocí. Každá další infekce pro ně může být

vážnou komplikací. *Nechci je mít na svědomí. Ale je pravda, že hlavně starší kolegyně, to moc neřeší.*“ Dále uvádí, že mladší kolegyně jsou na tom ohledně dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče mnohem lépe. Příkládá to lepší informovanosti o přenosu nozokomiálních infekcí. K problematice bariérové ošetrovatelské péče dále uvedla. *„Na druhou stranu chápu svoje starší kolegyně. Dříve se to na školách asi vůbec neřešilo. Stejně tak v nemocnicích. A sama dobře vím, že když něco neděláte od začátku, tak to prostě nejde jen tak přeučit. Zažité věci se blbě mění.*“ Daleko benevolentnější postoj k bariérové ošetrovatelské péči zaujímají věkově i služebně dvě nejstarší sestry. Sestra S2 tématu uvedla. *„Ze školy si matně pamatuji, že jsme se něco učili. Když jsem začínala, tak jsme roušky nosili jen k těm, od kterých jsme mohli něco chytnout. Rukavice jsem se naučila nosit, hlavně u odběrů. Tam to opravdu dodržuju. Nechci nic chytnout. Ale roušky to ne. Vedení to nevyžaduje, tak co. A na interně vám půlka pacientů stejně v roušce nerozumí.*“ Z rozhovoru dále vyplynulo, že ochranu úst nosí v případě, kdy je nachlazená. Tam si je vědoma nežádoucího přenosu na pacienta. Pokud se ale cítí zdravá a pacient není infekční, ochranu úst téměř nepoužívá. Velmi podobný postoj zaujímá i sestra S4. *„Já si to ze střední pamatuji. Určitě jsme bariérovou péči probírali. Ale když jsem pak přišla do praxe, tak mi to připadalo zbytečné. Ještě před 10 lety to nikdo nenosil. Teď už to vidím na oddělení častěji, tak bych řekla, že i já už to vnímám jako dobrou věc. Asi je pravda, že člověk nikdy neví. A už kvůli sobě by to měl dodržovat. Rukavice používám na odběry vždycky. Roušku k těm, co kašlou, anebo k onkologickým pacientům. Tam jo, tam mi to dává smysl. Ale u ostatních pacientů na to zapomínám. U lidí v izolaci je to samozřejmost. Pokud by to byla povinnost, tak bych to nosila všude. Ale když není.*“ Sestra S3 si uvědomuje důležitost bariérové ošetrovatelské péče, a to se odráží i v jejím postoji k této problematice. *„Roušku i rukavice nosím. Rukavice si pravidelně měním u každého pacienta. S rouškou je to horší, tu většinou měním, až když je špinavá. Ale nosím ji ke každému pacientovi. Nechci nic přinést domů a mám děti, co jsou každou chvíli nemocné a nechci nakazit pacienty.*“ Pravidelné nošení roušek odkoukala od kolegyň. Chápe, že se tyto věci mění. Taky si je vědoma, že vzhledem k tomu, že lidé hodně cestují a na oddělení přichází stále častěji cizinci, se riziko, že se nakazí zvětšuje. Motivem ke změně postoje je tak u této sestry tedy strach z možného nakažení se infekční nemocí. Opačné riziko přenosu ze zdravotnického personálu na pacienta vnímá pouze v případě, kdy jsou její děti, nebo ona sama, nemocná. Sestra S6 pracuje jako jediná na pozici praktické sestry. Z rozhovoru vyplývá, že nastal výrazný posun ve

vzdělání ohledně nozokomiálních infekcí na středních zdravotnických školách. Zatímco služebně starší sestry uváděly, že se na střední škole neučili o bariérové ošetrovatelské péči vůbec, nebo jen okrajově, sestra S6 byl velmi dobře poučena o této problematice. *„Ve škole nám to pořád opakovali. Taky na praxích nepřipadalo v úvahu, že bych nedodržovala zásady bariérové ošetrovatelské péče. To bych neudělala zkoušku z praxe. Takže jsem na to od začátku zvyklá a nepřijde mi to divné. Mám to prostě zautomatizované. Sice vidím, že to někdo nedodržuje, ale podle mě by to byl krok zpátky, a to asi není dobrý.“*

Na otázku, jak řešili bariérovou ošetrovatelskou péči v případě péče o sluchově znevýhodněného pacienta sestra S1 odpovídá: *„V tomto případě to bylo zcela individuální. Samozřejmě jsem se snažila ochranu úst dodržovat, ale byly případy, kdy to prostě nebylo možné, pokud jsem chtěla, aby mi pacient rozuměl.“* Sestra S5 k tomu dodává: *„Záleželo, jak velkou měl pacient vadu. Pokud byla mírná a stačilo jen trochu přidat hlasitost, tak jsem si ochranu úst nechala. Pokud byl pacient úplně hluchý, sundala jsem si ji, aby mohl odezírat.“* Sestra S7, která byla také zvyklá dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče to shrnuje: *„V podstatě, dokud to šlo, tak jsem si ochranu úst nechala.“* Sestra S2 nosila ochranu úst jen u rizikových pacientů, a tak tyto situace neřešila. Se sluchově znevýhodněnými pacienty hovořila bez ochrany. Podobně reagovala i sestra S4. Sestra S3 odpovídá: *„Pokud nebyli tito pacienti v izolaci, tak jsem si ochranu nebrala. Šetřilo mi to spoustu času.“* Sestra S6 říká: *„Prvotní bylo si ochranu nechat, ale když jsem se nemohla domluvit, tak jsem si ji v těchto případech sundávala. Pacient byl rád a komunikace byla jednodušší.“*

Bariérová ošetrovatelská péče v době pandemie Covid – 19

Sestra S1 odpověděl na otázku bariérové ošetrovatelské péče v době Covid – 19 následující. *„Přesně si pamatuji naši první pacientku s Covidem. Byla to paní s respiračními potížemi a vysokými teplotami. Covid se prokázal asi až třetí den hospitalizace. Byla jsem tak ráda, že nosím pravidelně roušku ke všem pacientům. Holky, co se nechránily, byly z toho hotové. Bály se, že to chytly. Já jsem mohla být relativně v pohodě.“* Tuto úlevu potvrdily i sestry S5 a S7, které rovněž dodržovaly nošení ochranných pomůcek striktně u každého pacienta. Sestra S7 dodala. *„Nosila jsem všechny ochranné pomůcky. Sice to bylo náročné, ale když jsem viděla, jak je ta nemoc nebezpečná, tak jsem byla ráda, že se mohu nějak chránit.“* Sestra S5 dále odpovídá na nošení ochranných pomůcek takto. *„Ty začátky byly strašně chaotický. Věděly jsme, co*

máme mít na sobě, ale třeba pro mě byl problém, jak se z toho svléknout. Taky jsem občas něco zapomněla a teď co s tím? Pacienti se nás kolikrát báli. Ani se nedá spočítat, kolikrát se mě, hlavně ti staří, ptali, proč to všechno nosím. Necháпали, co znamená, že jsou infekční. A to jsem byla zvyklá se chránit rouškou, ale tohle byl prostě masakr. “ Sestra S2 nebyla zvyklá na ochranu úst před Covid – 19. Jak to tedy vnímala, když se z dobrovolnosti stala povinnost? Podle jejích slov neměla problém s tím, že se z toho stala povinnost. *„Viděla jsem pacienty ve velmi těžkém zdravotním stavu, nedalo se odhadnout, zda to přežije, nebo ne. To si pak člověk hodně rychle srovná v hlavě, zda se má chránit, nebo ne.“* Největší potíže jí činilo to, že nošení ochranných pomůcek nemá zažité. *„Musela jsem na to pořád myslet, často jsem se vracela a dodatečně si musela něco obléknout.“* Tím se zbytečně vystavovala většímu riziku možné nákazy. *„Trvalo tak měsíc, než se mi nošení ochranných pomůcek stalo automatické.“* Sestra S3 byla rovněž zvyklá na nošení ochrany úst. Přesto pro ni bylo nošení dalších ochranných pomůcek velice komplikované. Největší problém jí dělalo nošení štítu. *„Byla to hrozná situace. V okamžiku, kdy jsem se oblekla do ochranných pomůcek a vzala si štít, měla jsem pocit, že jsem úplně hluchá. Představ si tu situaci, já skoro hluchá a pacient taky. Ještě že mám ruce.“* Přes tyto problémy nosila sestra S3 všechny nařízené ochranné pomůcky. Změna nastala po druhé dávce očkování, kdy už si dovolila trochu polevit a nošení štítu opustila. Ostatně očkování ovlivnilo všechny sestry, které se výzkumu účastnili. Společně uvádí pocit jistoty, které jim očkování dalo. Umožnilo jim to poněkud polevit a uvolnit se. Sestra S4 nosila ochranu úst před Covid – 19 pouze v případě respiračních problémů u pacienta a u infekčních pacientů. Už před pandemií procházela změnou postoje díky kolegyním, které ochranu úst nosily pravidelně. Přesto nebyla sama v nošení důsledná. To razantně změnila právě její zkušenost s pandemií Covid – 19. *„Před Covidem jsem byla dost nedůsledná, ale za Covidu jsem si oblékala poctivě do všeho a bylo mi jedno, jak dlouho mi to trvá. Pacient prostě musel počkat. Ostatně vedení to řeklo jasně, naše zdraví je nejdůležitější a musíme se chránit. Byla jsem ráda, že to takhle vnímali a nemutili nás třeba jít do rizika.“* Rovněž se změnil způsob organizace její práce. Důsledně si kontrolovala, zda má všechny potřebné pomůcky, aby se nemusela znova svlékat a oblékat do ochranných pomůcek. Na pokoji se snažila provést vždy všechny ošetrovatelské výkony najednou, aby se nemusela vracet víckrát na jeden pokoj. *„Nebylo nic, co by Covid na mé práci nezměnil.“* Sestra S6 situaci vnímala jako úžasnou zkušenost. Ochranné pomůcky nosila všechny, tak jak bylo nařízeno. Viděla v tom především ochranu svých blízkých, tedy rodičů a prarodičů.

„Dost často se stávalo, že staré pacienty nakazili jejich mladší příbuzní, kteří prodělali jen lehkou formu onemocnění. Mnoho z nemocných zemřelo a já jsem rozhodně nechtěla být zodpovědná za smrt někoho blízkého. Nedovedu si představit, jak se s tím ti lidé pak vyrovnávali. Takže jsem byla opravdu opatrná, abych to nedostala.“ Sama si ještě více uvědomila zodpovědnost za své zdraví, a především zdraví svých blízkých. Byla ráda, že nemoc nedostala a že nikoho z rodiny nenakazila. Jak sama říká, i u svých blízkých trvala na nošení ochrany mimo domov. Díky tomu se smrt její rodině z důvodu tohoto onemocnění vyhnula. Mnozí ale takové štěstí neměli. K tomuto dodává: *„Tuto zkušenost bohužel nelze přenést na zbytek populace. Kdyby to šlo, byli by lidé určitě do budoucna zodpovědnější.“* Tyto obavy sdílely společně všechny sestry bez rozdílu.

Na otázku, jak přistupovali ke sluchově znevýhodněným pacientům v době pandemie sestry odpovídají. Sestra S1: *„Byla jsem v situaci, kdy ochrana byla na prvním místě, a to i za cenu, že mi pacient nerozuměl. Bylo mi jich líto, ale ten strach byl silnější.“* Sestra S2 dodává: *„Bylo to hrozné. Pacient se sluchovou vadou a já si prostě nemohla dovolit sundat respirátor. I kdybych se nebála, že se nakazím já, co ostatní kolegyně, rodina? Už to nebylo jenom o mně. Měla jsem zodpovědnost za všechny kolem sebe, a tak pacient hold měl smůlu. Za celou dobu praxe jsem neviděla tolik mrtvých. Ochrana byla prostě na prvním místě.“* Sestra S3 odpovídá: *„Věděla jsem, že mi pacient nerozumí. Prosili nás, abychom si to sundali, ale to prostě nešlo. Byl to hrozný stres. Byla jsem zvyklá u těchto pacientů nenosit roušky, ale teď to prostě nebylo možné.“* Sestra S4 říká: *„Měla jsem z toho špatný pocit. Pacient se posunul na druhé místo a na prvním místě byla ochrana sebe a ostatních.“* Podobné pocity měla i sestra S5: *„Měla jsem pocit, že nedělám svoji práci na 100 %. Odcházíte od pacienta, víte, že vám nerozuměla, vy jste nerozuměla jemu a stejně prostě odejdete. Odejdete, protože nemáte jinou možnost. A přestat se chránit? Ani náhodou. Na to nám tam umíralo mnoho lidí.“* Sestra S6 jen potvrzuje postoj ostatních: *„Dříve to bylo dobrovolné. Teď to byla otázka života a smrti a to doslova. Nemohla jste riskovat. Prostě to nešlo. Koncentrace viru byla na pokojích a celém oddělení obrovská. Dostala byste vysokou dávku a s tím jste si nechtěla zahrávat.“*

Psychika sester v době pandemie Covid – 19:

Na otázku, jak se sestry cítily při vykonávání ošetrovatelské péče v době pandemie odpovídala sestra S1: *„Ze začátku to docela šlo. Myslela jsem si, že to bude záležitost jednoho, dvou měsíců. První jarní vlna nás moc nezasáhla. Ty další byly daleko horší a*

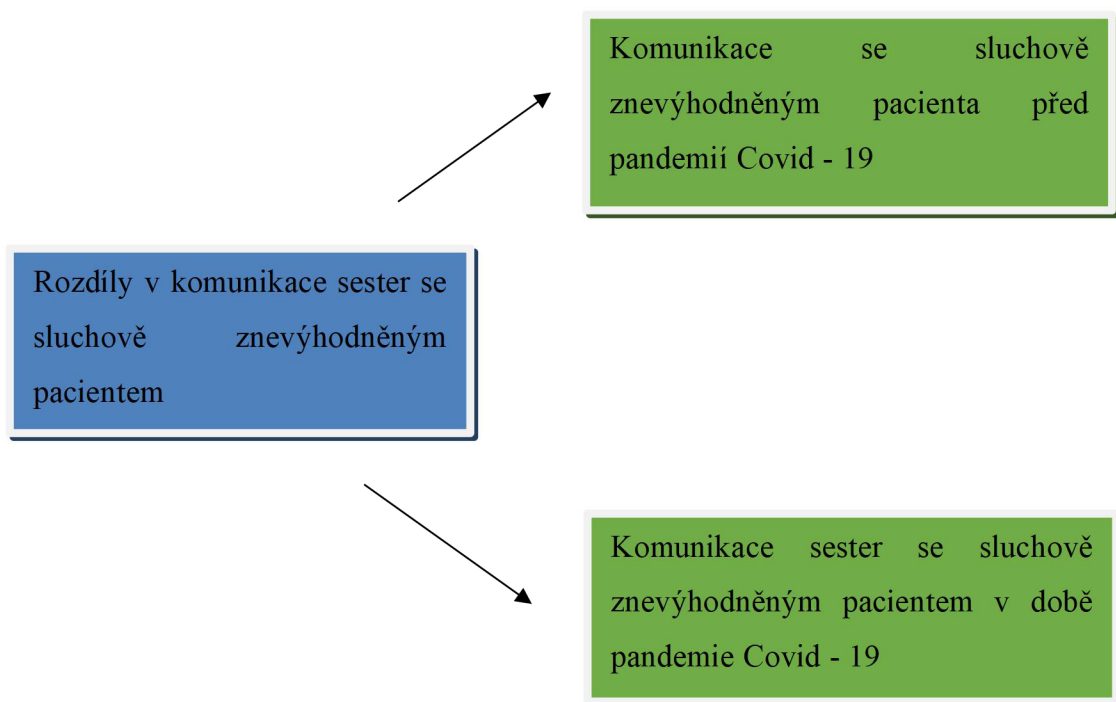
tam to byl opravdu stres. Převládá pocit nejistoty, co bude zítra. Kdy to skončí? Jak dlouho to bude trvat? To bylo nejhorší.“ Sestra S2 odpovídá: *„Myslím, že převládá strach. O sebe ani tak ne, ale o rodiče. Viděla jsem, jak mladší rodinní příslušníci nakazili své rodiče a ti pak zemřeli. Tohle jsem ve své rodině nechtěla prožít. Takže obava, že se nakazím a přinesu to domů, to bylo nejhorší.*“ Sestra S3 dodává: *„Pro mě byla nejhorší ta nejistota, jak to bude vypadat, až přijdu na směnu. V jakém zdravotním stavu budou pacienti, kolik mi jich umře za směnu.*“ Sestra S4 dále odpovídá: *„U mě to byl strach o rodinu. Pořád jsem byla ve stresu, abych se nenakazila. Abych dodržela všechny zásady ochrany. Zpětně jsem si vždycky všechno přehrávala. Bála jsem se, aby se někdo rychle nezhoršil a já si ve spěchu nezapomněla něco obléct. Pořád jsem všechno dezinfikovala. Radši víckrát.*“ Sestra S5 odpovídá: *„Já jsem se o sebe moc nebála. Jsem mladá. Rodina chápala, že se s nimi nebudu moc vidat. Ale měla jsem samozřejmě pocit izolace. Telefonování s rodinou dobrý, ale osobní setkání je vždycky lepší. Hlavně mi bylo líto pacientů. Ti starší vůbec nevěděli, co se děje. Často se nás báli.*“ Podobně to vnímala i sestra S6: *„Jsem mladá, takže jsem o sebe moc strach neměla. Ale pacientů mi bylo líto. Bylo vidět, že mají strach. Navíc, nebyly návštěvy, takže v tom byli sami. A to i několik týdnů. Hlavně starší pacienti na tom byli psychicky špatně. Vyžadovali větší pozornost, jenže na to nebyl čas. Často se nás báli. Vůbec netušili, co se děje. Byla jste v respirátoru, se štítem, celá v igelitu. Bylo doporučeno omezit kontakty na minimum. Hrozná doba. Věděla jste, že by potřebovali, abyste si to sundala, popovídala si s nimi, ale to prostě nešlo. I když jsem se já nebála, byly tu kolegyně, které jste prostě nechtěla vystavit riziku nakažení.*“ Sestra S7 dále rozvíjí myšlenku: *„V podstatě jste řešila sebe, pacienta a kolegyně. Pořád jste zvažovala, aby bylo dobře pro všechny. Co si můžete dovolit a co ne, abyste neohrozila kolegyně. Máte se zdržet u pacienta, který se cítí mizerně a tím se vystavit riziku nakažení? Nebo prostě pacientovi potřeby ignorovat?“* Tyto pocity rozpolčení v podstatě vnímaly všechny sestry bez rozdílu. Popisovaly stres z toho, že často nemohly uspokojit psychické potřeby pacientů, aniž by zároveň neohrozily sebe a své kolegyně. Sestra S1 dodává: *„V podstatě se ke strachu přidávala často frustrace. Věděla jste, že pacient potřebuje pohladit, popovídat si. Ostatně to nás učili. Holistický přístup, uspokojovat pacientovy emoční a psychické potřeby. Jenže to bylo v rozporu s vaší ochranou a ochranou vašich kolegyně.*“ Sestra S5 dodává: *„Uspokojení psychických potřeby pacienta prostě nebylo kolikrát možné. Věděla jste, že tím zhoršíte jeho uzdravení. Ale prostě jste to nějak musela vytěsnit. Jinak byste se zbláznila. Prostě ochrana zdraví byla na prvním místě.*

Když ne vaše, tak vašich blízkých a kolegyň.“ Sestra S3 téma uzavírá: „Dobré na té době bylo, že nás to všechny sblížilo. To byla asi jediná pozitivní věc.“

4.1.3 Kategorie 3 Rozdíly v komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem

Tato kategorie odpovídá na otázku, jak povinné nošení ochranných pomůcek ovlivnilo komunikaci mezi sestrou a sluchově znevýhodněným pacientem. Jaké byly v komunikaci rozdíly. Jaké alternativní komunikační nástroje sestry používaly. Na jaké problémy narazily a zda pro tyto problémy našly řešení.

Schéma 3: Rozdíly v komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem



Komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem před pandemií Covid – 19

Na otázku, jak se sestry připravují na komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem sestra S1 odpovídá: *„Ověřím si, zda již nemáme o pacientovi nějakou informaci v dokumentaci. Určitě je potřeba zajistit klidné prostředí, dobré osvětlení,*

aby mě pacient dobře viděl a já na něj. Zejména obličej, jaký způsob komunikace preferuje. Zjišťuji také kompenzační pomůcky a zda je používá, nebo na jaké ucho lépe slyší. Je potřeba více času, a to i z toho důvodu, že se musím vícekrát ujišťovat, že mi rozumí.“ Sestra S2 odpovídá: „Komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem je určitě časově náročnější, takže je třeba si vyhradit více času. Navíc si musíte získat důvěru pacienta a neustále si ověřovat, že vám rozumí.“ Sestra S3 se připravuje následovně: „Je třeba počítat s větší potřebou empatie a trpělivosti. Přečtu si dokumentaci, zda tam již není něco užitečného napsáno, např. na jaké ucho lépe slyší.“ I sestra S4 popisuje odlišný přístup: „Určitě se připravuji. Minimálně v tom, že si nechávám více času. Požádám ostatní pacienty o ticho. Ujistím se, že se na mě pacient soustředí a dobře mě vidí. Mám výraznější gesta, artikulaci a asi i mluvím hlasitěji.“ I sestra S7 si nechává dostatečný časový prostor na komunikaci, navíc dodává: „Je to pro mě náročnější než komunikace se slyšícím. Navíc se snažím s pacientem domluvit, jaká komunikace mu vyhovuje.“ Sestra S5 odpovídá: „Hlavně více času a klidnější prostředí.“ Sestra S6 odpovídá: „Moc se nepřipravuji. Prostě improvizuji až na pokoji.“

Na otázku, jaké komunikační nástroje sestra používala odpovídá sestra S1 „Před Covidem jsem neměla zakrytá ústa, což situaci usnadňovalo. Pacienti dokáží alespoň trochu odezírat, když je nejhůř. Dost pomáhá výraz obličeje. Pacient hned pochopil, zda je to důležité, co mu sděluji.“ Jako poslední možnost popisuje psanou formu, ukázkou, pomůcky a pantomimu. Sestra S2 a S7 odpovídají: „Na prvním místě odezíráni, pak následuje psaní, mobil, gesta.“ Stejně odpovídá i sestra S3 a ještě dodává: „Dávám si také větší pozor na správnou artikulaci a mluvím pomaleji. Většina pacientů se naučila odezírat, takže si dávám pozor, aby mi viděli na ústa.“ Sestra S4 odpovídá: „Hlavně odezíráni, nebo něco namaluji, takže psanou formu. Písmo funguje jen u těch mladších. Staří lidé nejsou už kolikrát schopni číst. A pak prostě ruce. Hodně výrazem obličeje. Třeba na souhlas se usměji a podobně.“ Sestra S5 používá tyto komunikační prostředky: „Většinou rovnou psaní, gesta. Ráda používám i mobil.“ Sestra S6 odpovídá: „Snažím se mluvit dostatečně nahlas, zvolím bližší přístup k pacientovi a snažím se mluvit stručně. Pokud komunikace není zdařená, využívám papír a pacientovi vše napíšu.“

Komunikace sester se sluchově znevýhodněným pacientem v době pandemie Covid

– 19

Na otázku, jaký zásadní rozdíl byl v komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem v době pandemie, odpověděla všechny sestry podobně jak sestra S4: „Hlavní

rozdíl byl v tom, že v této době jste si prostě nemohla dovolit sundat ochranu úst. Už to nebyla vaše volba, zda si usnadníte komunikaci s pacientem tím, že nebudete mít roušku. Teď jste ji prostě měla, k tomu štít a musela jste se nějak domluvit.“ Sestra S1 dodává: *„Navíc přes ústenku štít a v tyvecu s kapucí na hlavě. Už to bylo peklo. Krom šustění při každém pohybu nebylo slyšet prakticky nic. Nerozuměli jsme si ani mezi sebou s kolegy a sluchově znevýhodnění pacienti to měli jednou tak těžké.“* Sestra S2 popisuje další problém: *„Navíc pacientům kolem uší šustil kyslík brýlemi, ústa jim zakrývala kyslíková maska, nebo v těžkých případech foukalo na vysoký průtok tzv. high-flow. Bariéra byla v komunikaci na obou stranách, takže jako nedoslýchavý s nedoslýchavým.“* Sestra S6 popisuje: *„Mezi sestrami a pacientem vznikla bariéra v podobě respirátoru, tudíž bylo znemožněno odezírání ze rtů, což je u sluchově znevýhodněných pacientů často velmi nápomocné.“* Sestra S4 přidává další problém: *„Navíc bylo dost pacientů hyposaturovaných, takže jejich vědomí bylo narušené. Byli zmatení, nebyli schopni vás poslouchat. I když vás slyšeli, nerozuměli pokynům, kvůli nedostatku kyslíku.“*

Na položenou podotázku, zda tedy v případech, kdy komunikace byla nemožná, sundaly sestry ochranu úst odpověděla pozitivně sestra S5 a S7. Sestra S5 uvádí: *„Učinila jsem to z důvodu, že jsem chtěla, aby pacient pochopil, co se bude dít a neměl strach. Nikdy jsem nechtěla a nechci, aby pacient pocítoval v době hospitalizace pocitu nejistoty.“* S7 uvádí následující důvod: *„Když jsem se například setkala s pacientem a začala jsem vnímat, jak je nešťastný, že se nemůžeme dorozumět a začínal být nervózní či nepřijemný. Zároveň jsem i já cítila bezmoc, tak jsem si ochranu úst sundala.“* Ostatní si ochranu ponechaly i v případě, že se s pacientem nemohly nijak domluvit a daly přednost své vlastní ochraně.

Na otázku, jaká forma komunikace tedy byla v době pandemie možná, odpověděla sestra S1: *„Daleko častěji jsem volila psanou formu.“* Psanou formu využívaly jako hlavní komunikační nástroj všechny dotazované sestry. Sestry S5 a S7, které byly ochotné si sundat ochranu úst využívaly možnost odezírání. Sestra S2 dodává: *„V podstatě jsem ztratila dřívější možnost odezírání. Bylo nemožné ji nahradit. Zvyšovat hlas sice šlo, ale ten ruch a šum byl tak velký, že to nemělo téměř žádný efekt. Jediná možnost byly obrázky, nebo psaní.“* Sestra S3 rozvíjí myšlenku: *„Psaní bylo pro nás nejjednodušší. Ale starší pacienti, dementní či pacienti s hyposaturací to nebyli schopni přečíst a pochopit. Takže jsem kreslila obrázky.“* Sestra S4 odpověděla: *„Když bylo fakt*

nejhůře, požádala jsem kolegyni a ta mi dělala figuranta, aby pacient pochopil, co po něm chci.“

Z odpovědi sestry S1 vyplynula podotázka, zda měly sestry možnost někde čerpat informace o komunikaci s rouškou: *„Já měla výhodu, že jsem na téma komunikace a poruch sluchu psala bakalářskou práci, takže jsem čerpala ze zkušeností a intuice mi pomáhala. Člověk musí být vynalézavý, aby si usnadnil práci. Navíc v době pandemie nezbývalo moc energie se o takové věci zajímat. Alespoň já chtěla po práci spíše vypnout.“* Intuice a improvizace při komunikaci byla hlavní u všech sester. Navíc si sestry mezi sebou předávaly zkušenosti ohledně komunikace s pacienty, aby si navzájem pomohly. Sestra S4 dodává: *„V kolektivu jsme si předávaly informace o tom, jak ke kterému pacientovi přistupovat. Jestli stačí mluvit hlasitěji, do jakého ucha, nebo raději psát.“*

Z rozhovorů vyplynul další problém s psanou formou, a to ohledně bariérové ošetrovatelské péče. Sestra S2 vypovídá: *„Papír a tužka byli fajn, když jste potřebovala pacientovi něco vysvětlit. Pak jste to prostě na pokoji nechala. Problém byl, když jste si ty poznámky potřebovala vzít na sesternu, abyste s nimi dala pracovala. V tu chvíli jste ale ohrozila sebe i kolegyně nákazou, protože to bylo kontaminované.“* Sestra S3 souhlasí: *„To byl opravdu problém. Protože když byl příjem a vy jste měla vyplnit ošetrovatelskou diagnózu s pacientem, tak nastal problém. Máte si to vzít na pokoj a kontaminovat? Nebo si to zapamatujete? To jste tam ale pořád běhala několikrát, protože jste půlku zapoměla. Ale pokud jste na sesternu nechtěla přinést kontaminovaný materiál, nic jiného vám nezbývalo.“* Sestra S4 odpovídá: *„Já to řešila tím, že jsem ty papíry prostě postříkala dezinfekcí, jenže dost často se to rozmazalo a musela jste to stejně přepsat. Takže zase další ztráta času.“* Sestra S5 k tomu dodává: *„Pamatuji si, že všechny papíry byly pořád mokré. Hrůza.“* Sestra S6 popisuje další komplikaci: *„Ono i s těmi papíry a tužkou na pokojích to nebylo moc dobré. Věčně došel a zapomněl se doplnit. Ideální by byla nějaká stírací tabulka. Prostě napíšete, setřete a další může zase psát.“* K tomuto řešení se přiklánějí všechny sestry. Odpadl by tak problém, že na pokoji došel papír a vy jste si ho nevzala sebou.

Na otázku, co by jim případně mohlo usnadnit komunikaci sestry odpovídají sestra S5: *„Myslím, že ty stírací tabulky by byly fajn. Dát každou na jeden pokoj a nemusíte myslet na to, jestli u sebe máte tužku a zda je na pokoji papír. A určitě navýšit počet sester.“* S nápadem tabulek souhlasily všechny sestry. Navíc by všechny sestry uvítaly

semináře ohledně komunikace s ochranou úst. Sestra S1 odpovídá: „Možná by byli vhodné semináře, nebo podobné formy edukace na základě zkušeností. Komunikační karty, nebo nějaké zjednodušené formy pro odebrání anamnézy. Třeba i obrázkové, protože mohou být snazší pro pochopení.“ Sestra S2 odpovídá: „Mohla by být fajn nějaká osvěta formou letáčků, kde by bylo v jednoduchých krocích nastíněno, jak lze nedoslýchavost co nejefektivněji řešit, co je třeba vyřídit, jaké jsou možnosti a jakého specialistu navštívit.“ Sestra S: „Určitě bych ocenila nějaké kartičky pro pacienty. Nebo nějaké edukační kartičky. Největší problém byl pacientovi vysvětlit, jak má ležet, když je hyposaturovaný.“ Na tento problém naráželo většina sester. Sestra S1 dodává: „To bylo nekonečné vysvětlování, pacienti leželi v poloze na zádech, která není moc vhodná při nedostatku kyslíku a ten měl každý. Takže při každé návštěvě pořád dokola. Lehněte si na bok, dejte si hlavu výš.“ Sestra S3: „Pořád dokola. Znovu a znovu jim vysvětlovat, že na zádech fakt ne. Přitom saturace byla to hlavní, co se u těchto pacientů řešilo. Ideální by byl nějaký obrázek, jaká poloha je správná.“

5 Diskuze

V této bakalářské práci jsem si položila za cíl zjistit specifika při komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách. V souladu s cílem byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jak vnímají sestry komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách?; Jak ovlivňuje používání ochranných pomůcek komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách?; Jak stížená komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách zasahuje do práce sester? Do výzkumného šetření bylo vybráno 7 sester, které mají zkušenosti s ošetřováním sluchově znevýhodněných pacientů, a to jak v době před pandemií, tak v době pandemie Covid – 19. Toto kritérium bylo zvoleno záměrně proto, aby sestry měly dostatek zkušeností v komunikaci z obou zkoumaných období. Následnou analýzou dat byly odhaleny rozdíly v komunikaci. Výzkum probíhal v období března až května 2023. Pro sběr dat jsem zvolila hloubkový rozhovor.

Z výzkumu vyplývá, že všechny sestry mají dostatečnou zkušenost s komunikací se sluchově znevýhodněnými pacienty, především u geriatrických pacientů. Sestry udávají různé stupně nedoslýchavosti, od velmi lehké až po úplnou hluchotu. Jak popisuje Hahn (2019), poruchy sluchu mají různé stupně postižení. Tři sestry uvedly, že k pacientům se sluchovou vadou přistupují stejně, jako k ostatním. Naplňují tak holistický přístup k pacientům, který je vyučován na vysokých školách. Tuto zkušenost mohu osobně potvrdit. Holistický přístup se prolínal téměř všemi předměty, které jsem na vysoké škole studovala. Dle mého názoru je tento trend velmi pozitivní. Odráží se v něm rovnost a respekt vůči sobě navzájem. Tento princip naplňuje možnost rovnocenné komunikace a zabraňuje zbytečným konfliktům mezi sestrou a pacientem (Fulka, 2017). Zacharová (2016) označuje tento postoj jako symetrický. Slowik (2010) v tomto postoji vnímá snahu vidět pacienta především jako člověka. Tři sestry uvedly jiný postoj ke sluchově znevýhodněným pacientům. Sestra S2 popsala svůj postoj jako postoj k dítěti. Sestra S4 dle jejích slov má tendenci tyto pacienty podceňovat. Sestry S3 a S6 podvědomě čekají komplikace při komunikaci. Tento postoj označuje Zacharová (2016) jako asymetrický. Podle Zacharové (2016) sebou nese tento postoj negativní emoce. Pacient pak pouze podvědomě reaguje na náš přístup k němu. Podle mého názoru by bylo vhodné zařadit další vzdělávací kurzy, na nichž by byla simulována komunikace

mezi sestrou a pacientem, kteří vůči sobě zaujímají symetrický, a naopak asymetrický postoj. Komunikace by byla aplikována na reálné situace, které sestry s pacienty zažívají. Dostaly by tak možnost srovnání. Obecně považují tato školení za velmi prospěšná. Sama jsem se v rámci dřívější profese školícího pracovníka těchto kurzů účastnila. Mnoho lidí z kurzů si do té doby často neuvědomovala, jak mohou ovlivnit svým postojem míru konfliktů na pracovišti. Jsem toho názoru, že by tyto kurzy přinesly zlepšení vztahu sestra – pacient.

Na otázku ohledně teoretických znalostí sester v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem, sestry S1, S5 a S7 uvádějí, že výuka komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem v rámci výuky považují za okrajovou. Sestra S2, S3, S4, S6 si ze střední školy vybavují předmět komunikace, ale komunikaci věnovanou sluchově znevýhodněným pacientům si nepamatují. V rámci svého vzdělávání si tak sestry nestačily osvojit dostatečné teoretické znalosti, které by pak mohly používat ve své práci. Dle mého názoru by měl být zvýšen počet výukových hodin tak, aby si sestry tyto znalosti měly čas zafixovat. Všechny zásady komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem vyjmenovala pouze sestra S1. Ta je získala v rámci psaní své bakalářské práce. Stejně nedostatky v této oblasti popisuje i Sikorová (2011). Opírá se o dotazníkové šetření ze třech nemocnic Moravskoslezského kraje. Ze 68 dotázaných sester plná jedna třetina sester nedokázala odpovědět na otázku zásad v komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem. Komunikace tak probíhá na základě intuice. Na stejném principu komunikuje i většina sester z mého výzkumu. Přitom intuice, podle Sikorové (2011), vede k chybám v ošetrovatelské péči a narušení pocitu bezpečí u pacienta. Podobné nedostatky v teoretických znalostech uvádí i autorka bakalářské práce Smažíková (2015), kdy 72 % sester v zubních ordinacích nedokáže vyjmenovat pravidla komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem. Navíc žádná z dotazovaných sester neměla snahu si tyto informace dohledat. Sestra S1 to udělala jen v rámci psaní bakalářské práce. Sestry tedy neprokázaly žádnou aktivitu ve svém vzdělávání. V rámci praxe jsem se nesešla se sestrami, které by se samy aktivně vzdělávaly. O důvodech mohu jen spekulovat. Osobně si myslím, že na to všeobecně lidé nejsou zvyklí. Nemocnice nevytváří žádnou motivaci z venku a zevnitř evidentně chybí.

V kategorii bariérové ošetrovatelské péči před pandemií Covid – 19 vyšlo najevo, že nejdůsledněji dodržují pravidla bariérové ošetrovatelské péče vysokoškolsky vzdělané

sestry S1, S5, S7a služebně nejmladší středoškolsky vzdělaná sestra S6. Jako důvod uvádějí školu, kde k tomuto chování byly sestry vedeny. Zatímco služebně nejstarší sestry S2 a S4 používaly pouze rukavice, ochranu úst pouze v případě infekčního pacienta. V okamžiku nutnosti komunikace s pacientem se sluchovou vadou, sestry, které ošetrovatelskou bariérovou péčí dodržovaly ji sundávaly pouze v nezbytně nutných případech, kdy se nebylo možné s pacientem jinak domluvit. Z výše uvedeného se ukazuje, že vzdělávací systém má výrazně pozitivní vliv na přístup sester k dodržování bariérové ošetrovatelské péče. Ta je nedílnou součástí protiepidemiologických opatření, jak poukazuje Drnková (2019). Při přenosu nozokomiálních infekcí podle Horanové (2017) převažuje nepřímá cesta. Podle doktora Rozsypala (2017) je pak zdrojem přenosu nejčastěji právě ošetřující personál. Jako jednu z příčin uvádí nedostatky v dodržení bariérové péče a aseptického přístupu k pacientovi. Z mé zkušenosti v rámci absolvování povinné školní praxe se bariérová ošetrovatelská péče před pandemií Covid – 19 plnila převážně v podobě nošení rukavic a pravidelné dezinfekce rukou. Na většině oddělení (kromě infekčního a u izolovaných pacientů) však téměř chybělo nošení ochrany úst. Sestry toto chování neměly zažité. Přestože jsem se i já ve škole učila, jak je bariérová ošetrovatelská péče důležitá, většinou jsem se přizpůsobila zvyklostem oddělení a ochranu úst nepoužívala. Když si nyní do toho promítnu mé zkušenosti z období pandemie, nosila bych ochranu úst vždy. Postoj sester k bariérové ošetrovatelské péči přinesla, podle mého názoru, až zkušenost s pandemií Covid – 19. Nejlépe se přizpůsobily sestry S1, S3, S5 a S7, které byly zvyklé dodržovat bariérovou ošetrovatelskou péči i před pandemií. Jak odpověděla sestra S5, byla ráda, že měla nošení ochranných pomůcek zautomatizované. Sestra S3 uvádí, že měla problém s nošením štítu, v němž si připadala úplně hluchá. Sestra S5 prožívala na začátku pocit chaosu, který pramenil z neznalosti správného oblékání a svlékání ochranných pomůcek. Sestra S4, která nebyla před pandemií zvyklá na ochranné pomůcky ocenila především pozitivní přístup vedení nemocnice. Nemocnice jim zdůrazňovala, aby dávaly přednost ochraně svého zdraví. Dále uvádí, že se musela naučit lépe organizovat si práci, aby se k pacientům nemusela zbytečně vracet a vystavovat se tak riziku nákazy. Snažila se vždy provést všechny sesterské výkony při jedné návštěvě pacienta. Jak uvádí Černá Pařízková (2020) mnoho zdravotnických výkonů umožňuje vytvoření potencionálně nebezpečné situace. Postup sestry S4 byl tedy v tomto případě správný a snižoval riziko možného přenosu onemocnění. Sestru S6 motivovala zodpovědnost vůči ostatním. Všechny sestry tedy v průběhu pandemie

dodržovaly zásady bariérové ošetrovatelské péče. Výrazný posun nastal především v důsledné ochraně úst. Tento fakt pravděpodobně přispěl v mnoha případech k zabránění přenosu onemocnění na sestry, protože podle Howarda (2021) je hlavní cesta přenosu viru SARS CoV-2 prostřednictvím kapének skrz respirační trakt. Změnu postoje zaznamenal i přístup ke sluchově znevýhodněnému pacientovi. Zatím co před pandemií byly sestry, které ochranu úst nosily i před pandemií, v rámci usnadnění komunikace ochotny tuto ochranu sundat, v době pandemie 5 sester odpovědělo, že si za žádných okolností ochranu úst nebyly ochotny sundat. Pouze sestra S5 a sestra S7 byly ochotny si za výjimečných okolností ochranu sundat. Sestra S5 uvedla jako důvod, že nechtěla pacienta vystavit pocitu nejistoty. Sestra S7 jako důvod uvedla nervozitu pacienta a svůj vlastní pocit bezmoci. Společně sestry udávají pocity strachu, nervozity. Jak popisuje sestra S4, měla špatný pocit z toho, že odchází od pacienta, o kterém věděla, že ji nerozumí. Sestře S5 zase negativní pocity vyvolával fakt, že musela pacienta posunout na druhé místo a na první dát ochranu svého zdraví. Kadeřávková (2020) přidává i další negativní pocity, které sestry prožívaly, jako stísněnost, rychlejší únavu, pocit nedostatečného dýchání. Jak dále píše, i přesto sestry odváděly profesionální péči. S tímto stanoviskem se plně ztotožňuji. Přes veškeré překážky dokázaly sestry na oddělení svoji vysokou profesionalitu a plnily svou ošetrovatelskou roli na 100 %. Překonaly svůj vlastní strach a obavy, aby udržely pacienty v co největším klidu. Z odpovědí sester dále vyplynulo, že výraznou úlevu jim přineslo očkování na Covide – 19. Pocit úlevy se dostavil i u mého druhého očkování. Cítila jsem, že i když onemocním, nebude průběh tak dramatický, aby byl ohrožen můj život. Shodně pociťují zmírnění strachu z možného přenosu nemoci.

Odpovědi sester ohledně pocitů při vykonávání ošetrovatelské péče v době pandemie si byly velmi podobné. Společně pociťovaly nejistotu, strach. Sestra S5 přidává pocit izolace od rodiny. Rovněž lítost hlavně nad staršími pacienty. Ten uvádí i sestra S6, kdy nemohla pacientům dopřát blízký kontakt, který vyžadovali. Špatný pocit z nemožnosti uspokojit pocit blízkosti u pacientů popisuje i sestra S7. Jediný pozitivní pocit uvedla sestra S3 a to, že došlo ke vzájemnému sblížení sester pracujících na oddělení. Já sama jsem často pociťovala frustraci právě z toho, že pacienti požadovali vaši pozornost a blízký kontakt. I když jsem se přímo nebála o svoje zdraví, měla jsem strach z případného nakažení svých rodičů. Zejména otce, u něhož by onemocnění mohlo být fatální. Často jsem odcházela s pocitem, že jsem nechala pacienta v nejistotě a

zmateného. Nicméně zodpovědnost vůči zdraví ostatních byla prvořadá. Ostatně takový postoj zaujalo i vedení nemocnice, což můj negativní pocit částečně zmírnilo a za to jsem mu vděčná a myslím, že to takto cítily i ostatní sestry.

Další okruh otázek se soustředil na komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem před pandemií Covid – 19. První otázka se týkala přípravy sestry na komunikaci. Z odpovědí vyplynulo, že sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S7 se na tuto komunikaci připravují. Pouze sestra S6 je bez přípravy a vše řeší až na pokoji. Nejdůsledněji se připravuje sestra S1, před samotnou návštěvou pacienta si přečte dokumentaci, zda v ní nejsou informace, které by jí usnadnily komunikaci. Zajistí si dostatek času, osvětlení, klidné prostředí, domluví se s pacientem, jaký preferuje jazyk, ověří si případné kompenzační pomůcky. Příprava tak kopíruje zásady komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem. Příprava ostatních sester spočívá především v časové rezervě, úpravě prostředí. Sestra S3 si rovněž ověřuje, zda nejsou v dokumentaci pacienta informace, které by jí případně usnadnily komunikaci s pacientem. Sestra S2 a S3 vnímají i potřebu získat si důvěru pacienta. Sestra S3 mluví o vzájemné empatii. Ze způsobu sester na přípravu je zřejmé, že kopíruje jejich teoretické znalosti. Sestra S1 jako jediná znala všechny zásady komunikace a plně těmto zásadám přizpůsobila i svoji přípravu. Ostatní sestry znaly ze zásad většinou jen oční kontakt, časovou náročnost a klidné prostředí. Proto se jejich příprava soustředila pouze na tyto požadavky. Výzkum zde podle mého ukázal důležitost teoretických znalostí a schopnost je aplikovat do praxe. Znovu tak potvrdil potřebu zařadit komunikační dovednosti se sluchově znevýhodněným partnerem do školních osnov, popřípadě do vzdělávacích kurzů již praktikujících sester. Na otázku, jaké komunikační nástroje používaly sestry před pandemií Covid- 19, odpovědělo šest sester, že hlavním nástrojem je odezírání. Tuto techniku jim umožnila komunikace bez ochrany úst. Jak již dříve sestry odpověděly, při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem ochranu úst nepoužívaly. Podle Slowíka (2010) je odezírání pro pacienta velmi náročnou technikou, kdy pacient zachytí jen část mluvené řeči a zbytek si musí domyslet. Proto je velmi důležité dodržovat zásady, které popsal Michalík (2010) a to především nespoléhat na odzírání, opakovat sdělení, udělat odmlku po každém důležitém sdělení a mít písemný doklad o tom, co jsme s pacienty projednaly. Nemyslím si, že by při komunikaci byly všechny tyto zásady důsledně dodržovány. Často bývá pacient ponechán v nevědomosti, což vede ke zhoršení psychického stavu a neúmyslné nespolupráci. Pacient je

dezorientován a neví, co se bude dít. Písemný doklad je vystavován pouze na část výkonů, především souhlasy s operací a vyšetřením, popřípadě k edukacím. Nicméně je nereálné, abychom měli písemný doklad na každý ošetřovatelský výkon, jako jsou podání léků, infuze, antibiotik apod. Řešením je podle mě tedy jen neustálé dozdělování sester a zdůrazňování negativních dopadů na pacienta v případě nesprávné komunikace. Jedna sestra S5 uvedla jako první techniku psaní. Ideálně využívá mobilů pacientů, které jsou k tomu většinou uzpůsobeny. Vyhne se tak komunikačním problémům při technice odezírání. Tato metoda je podle mě výhodnější, pokud pacient zvládne číst. Předchází se nedorozumění, pacient si může sdělení sám opakovaně přečíst. Nevýhoda je v časové náročnosti a nemožnosti odhadnout, jak dlouho bude pacient potřebovat čas na přečtení. Jako další techniky uvádějí sestry gesta, artikulaci, zvýšenou hlasitost, pantomimu. Sestry tyto techniky vnímají jako doprovodné. Naopak u pacientů se sluchovou vadou tvoří neverbální projevy až 70 % (Slowík, 2010). Z tohoto pohledu by sestry mohly neverbální projevy zařadit častěji do komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem.

Na otázku, jak se změnila komunikace v době pandemie, shrnula sestra S5 hlavní rozdíl a ten spočíval v tom, že sestry si nyní nedovolily sundat ochranu úst z důvodu ochrany vlastního zdraví a zdraví ostatních. Bylo jim tak znemožněno používat dřívější komunikační techniku – odezírání. Tuto techniku používaly sestry S1, S2, S3, S5, S6 a S7. Výhodu měla pouze sestra S4, která dosud používala techniku psaní na mobilu. Sestry tak byly nuceny ze dne na den opustit zažité komunikační vzorce a přizpůsobit se nové situaci. Tuto skutečnost předpokládal i Carter (2020). Podle něj obličejové masky výrazně zasáhnou do komunikace ve zdravotnictví a sestry budou muset najít nové způsoby komunikace. Navíc masky mění kvalitu hlasu, zabraňují vizuálnímu vnímání podnětů. Neslyšící, starší lidé a další osoby s poruchou sluchu spoléhají na odezírání ze rtů. Odezíráním doplňují slova, která jim v řeči unikla. Nemožnost odezírání způsobí, že sluchově znevýhodnění pacienti, nebudou rozumět základním informacím a pokynům. Jen dodám, že nejen pacienti se sluchovou vadou spoléhají na odezírání, ale i většina dotazovaných sester. Škodlivý vliv roušek na komunikaci předpokládal i Bottalico (2020) a to z důvodu ztlumení hlasitosti ve středních a vyšších frekvencích, které jsou k porozumění řeči zásadní. Zmínil i sekundární účinek roušek, a to je ztráta výrazu obličeje, na který při komunikační bariéře spoléhala sestra S1. Další komunikační bariéru podle sester představoval šum způsobený kyslíkovou podporou u

hyposaturovaných pacientů. Tento hluk se nedal ze zdravotních důvodů odstranit a sestry ho musely překonávat zvýšením hlasitosti. Další problém popisuje sestra S4. Velmi často měli tito pacienti narušené vědomí, a tak byl problém s porozuměním toho, co mu říkáte. I když vás slyšel, nebyl schopný porozumět. Přitom snížená schopnost porozumět je běžným problémem u sluchově znevýhodněných jedinců, jak popisuje Slowík (2010). Sestrám tak zůstal v podstatě jediný hlavní komunikační nástroj a to psaní, jak vyplývá z odpovědí. Občas komunikaci doprovázela výrazná gesta a pantomima. Tuto zkušenost mohu potvrdit. Ochranné prostředky znemožnily ostatní možnosti komunikace. Zůstala pouze psaná forma, která se mi jevila jako nevhodnější.

Sestra S5 a S7 byly ochotné si ve výjimečných situacích sundat ochranu úst a umožnit pacientům odezírání. Děly to v případě, že byla ohrožena výrazně psychika pacienta a mohlo by dojít k narušení ošetřovatelského procesu. Svědčí o tom výsledky studie pod záštitou Rady kalifornské univerzity v San Francisku, kde podle Deardorffa (2021) 90 % respondentů z řad zdravotníků odpovědělo, že nošení roušek narušuje ošetřovatelský proces. Občas dle sester komunikaci doprovázela výrazná gesta a pantomima. Tyto techniky uvádí i Fulka (2017), jako vhodné komunikační nástroje pro sluchově znevýhodněné jedince. Pro psanou formu sestry nejčastěji při používaly tužku a papír. Sestra S3 v případech, kdy pacient nebyl schopen číst, kreslila obrázky. Sestra S2 a S3 uvádějí komplikace, které sebou tužka a papír přinášel. Kromě časté absence na pokojích pacientů byl problém, když jste si poznámky potřebovala vzít s sebou, jak vypovídá sestra S2. V tuto chvíli totiž došlo k narušení ošetřovatelské bariérové péče. V případě časté absence papíru a tužky sestry navrhly řešení v podobě smývatelné tabulky. Odpadl problém s doplňováním a nedostatkem papíru. Tabulka je daleko lépe omyvatelná a snáze se dezinfikuje než papír. Co se týče pacientů, kteří nebyli schopni číst, ať už z důvodu poruchy sluchu, nebo z důvodu hyposaturace, uvítaly by sestry informační letáky v obrázkové formě. Tento materiál by jim výrazně usnadnil komunikaci v případech, kdy pacient nebyl schopen číst. Mé zkušenosti s komunikací v době pandemie jsou shodné se sestrami. Hluk v okolí byl natolik velký, že zvyšování hlasu nemělo žádnou cenu. Roušky a štít pohltily většinu řeči. Být bez ochrany nebylo možné, pokud jste nechtěl ohrozit své zdraví. Jediná reálná možnost byla psaná forma. Pandemie tak výrazně zasáhla do komunikace mezi sestrou a sluchově znevýhodněným pacientem. Znemožnila do té doby preferovanou formu komunikace – odezírání. Byly

jsme nuceny přejít na písemnou formu, na kterou nebyla ani jedna strana zvyklá. To přineslo stres jak na straně sester, tak na straně pacienta.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala komunikací sester se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách. Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika při komunikaci sester se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách. V souladu s cílem byly stanoveny tři výzkumné otázky: „Jak vnímají sestry komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách?“ „Jak ovlivňuje používání ochranných pomůcek komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách?“ „Jak stížená komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem na covidových jednotkách zasahuje do práce sester?“ Do výzkumného šetření bylo vybráno 7 sester, které mají zkušenosti s ošetřováním sluchově znevýhodněných pacientů, a to jak v době před pandemií, tak v době pandemie Covid – 19. Toto kritérium bylo zvoleno záměrně proto, aby sestry měly dostatek zkušeností v komunikaci z obou zkoumaných období.

Z výzkumu vyplynulo, že většina sester nemá dostatečné teoretické znalosti a praktické dovednosti při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem, proto komunikují s těmito pacienty na základě intuice. Před pandemií Covid - 19 bylo hlavním komunikačním nástrojem odezírání. Tento komunikační nástroj nemohly sestry na covidových jednotkách po dobu pandemie Covid-19 používat. Důvodem bylo povinné nošení ochranných pomůcek, především ochrany úst.

Obecně se ukázalo, že sestry vnímaly komunikaci v době pandemie jako velmi náročnou. Ochranné pomůcky vytvořily komunikační bariéru jak na straně pacienta, tak na straně sester. Omezily u sester schopnost naslouchat a způsobovaly nadměrný hluk v podobě šumu při každém pohybu. Ochrana úst znemožňovala nejen odezírání, ale zabraňovala sestřím používat výrazy v obličeji, jako jeden z doplňkových komunikačních nástrojů. Sestry tak ztratily svůj hlavní komunikační nástroj, který doposud používaly. To sebou přineslo negativní pocity jako nervozitu, strach, frustraci. Pozitivně sestry vnímaly postoj vedení nemocnice, který poukazoval primárně na potřebu ochránit sebe a své kolegyně. V době pandemie Covid -19 tak přešly sestry na další komunikační nástroj – psaní. Tento nástroj před pandemií sestry používaly jako poslední možnost. Podle většina sester bylo psaní jediná možnost, jak se s pacientem domluvit.

Problém nastal s pacienty, kteří nemohli napsaný text přečíst. Tito pacienti se podle sester ocitli v izolaci. Samy sestry u těchto pacientů pociťovaly frustraci. Byly si vědomy, že nenaplnily základní potřebu pacienta na informace. Jen malá část sester v této souvislosti upřednostnila pacienta před ochranou svého zdraví a sundala si ochranné pomůcky, aby pacientovi umožnila odezírání.

Za hlavní ošetrovatelský problém na covidových jednotkách sestry považují nedostatečnou komunikaci. Nemožnost předat sluchově znevýhodněným pacientům všechny potřebné informace. To způsobovalo problémy zejména v edukaci pacienta. Nejčastěji sestry popisují problém při edukaci pacienta ohledně zaujmutí vhodné polohy pro usnadnění dýchání, které bylo v rámci léčby pro pacienta často zásadní. Na základě těchto poznatků jsem vytvořila informační leták, který pacienty informuje o vhodných polohách v souvislosti s dýcháním.

Bakalářská práce ukázala zájem sester o vzdělávání se v oblasti komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem. Dokázala schopnost sester přizpůsobit se extrémním podmínkám. Mohla by tak být inspirací pro další sestry. Zvýšit zájem o pacienty se sluchovým znevýhodněním a usnadnit sestřím jejich práci v podobě vytvoření jednoduchého edukačního letáku pro tyto pacienty.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BALÍK, M. et al., 2020. *Použití kortikosteroidů u COVID-19* [online]. Hradec Králové: Česká společnost intenzivní medicíny [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: https://csim.cz/wp-content/uploads/Kortikosteroidy-u-Covid-19_5.10.2020.pdf
2. BARVÍNKOVÁ, J., et al., 2015. *Katalog podpůrných opatření*. Olomouc: Univerzita Palackého. 199 s. ISBN 978-80-244-4515-5.
3. BOTTALICO, P. et al., 2020. Effect of masks on speech intelligibility in auralized classrooms. *The Journal of the Acoustical Society of America*. 148 (5), s. 2878-2884, ISSN 0001-4966.
4. CAPUTO, ND. et al., 2020. Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. *Acad Emerg Med*. 27(5), s. 375-378, doi: 10.1111/acem.13994.
5. CARTER, L., 2020, Face masks: a guide for nurses to reassure patients: Compulsory face coverings can pose particular challenges in nursing patients who are deaf or have dementia [online]. *Nursing Older People* [cit. 2023-01-01]. 32(4), s. 10-11, ISSN 2047-8941. Dostupné z: <https://rcni.com/nursing-older-people>
6. *Coronavirus disease (COVID 19)*, 2022. [online]. WHO [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
7. *COVID-19 Clinical management*, 2019. [online]. WHO. [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338882/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-eng.pdf>
8. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., MACH, D., 2020. *Obecné zásady péče o pacienta s Covid 19 na pracovišti intenzivní péče*. [online]. [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: <https://aimjournal.cz/pdfs/aim/2020/01/07.pdf>
9. DEARDORFF, W. J. et al., 2021. COVID-19, masks, and hearing difficulty: Perspectives of healthcare providers [online]. *J Am Geriatr Soc* [cit. 2021-04-02]. 69(10), s. 2783-2785, doi:10.1111/jgs.17349. Dostupné z: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.17349>
10. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
11. DRNKOVÁ, B., 2019. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0693-6.

12. FERTALOVÁ, T. et al., 2010. *Kreativita v práci sestry so sluchovo znevýhodneným pacientom*. [online]. Cesta k modernímu ošetrovatelství [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/wpcontent/uploads/sbornikzkonferencecestakmodernimuošetřovatelstvixii.pdf>
13. FIALA, P. et al., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova. 243 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
14. FLAŠINGROVÁ, J. et al., 2020. [online]. *Doporučený postup „COVID-19“Příjem a třídění pacientů se suspektním nebo potvrzeným Covid-19* [cit. 2022-2-12]. Dostupné z: https://csim.cz/wp-content/uploads/07_DP_SUMMK_CSARIM_CSIM_Prijem-a-triage-pacienta-s-COVID-19-na-UP_verze_070420_final.pdf
15. FULKA, J., 2017. *Když ruce mluví. Gesto a znakový jazyk v dějinách západního myšlení*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova. 253 s. ISBN 278-80-7308-747-0.
16. HAHN, A., 2018. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 440 s. ISBN 978-80-271-0572-4.
17. HARLAN, L., 2013. *Pod maskou benevolence*. Praha: Univerzita Karlova. 284 s. ISBN 978-80-246-2449-5.
18. HORANOVÁ, V., 2017. *Vybrané kapitoly ze základů hygieny, epidemiologie, mikrobiologie a imunologie v bodech*. České Budějovice: JKA s.r.o. 112 s. ISBN 978-80-87101-55-1.
19. HOŠKOVÁ, D., et al., © 2018. [online]. *Sluchové vady a poruchy dětského věku*. [cit. 2022-2-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatric/2018-7-2/sluchove-vady-a-poruchy-detskeho-veku107181/download?hl=cs>
20. HOWARD, J., et al., 2021. An evidence review of face masks against COVID-19. *PNAS*. 118 (4), s. 1-12. doi: 10.1073/pnas.2014564118.
21. KADERÁVKOVÁ, L., 2020. *Špatně se nám dýchá a jsme velmi unavené, popisují svou zkušenost sestry pečující o pacienty s Covid- 19*. [online]. Pro Sestru [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/covid-19/spatne-se-nam-dycha-a-jsme-velmi-unavene-popisuji-svou-zkusenost-sestry-pecujici-o-pacienty-s-covid-19-122022>
22. KACHLÍK, D., 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova. 153 s. ISBN 978-80-246-4058-7.

23. KACHLOVÁ, M., et al., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči 2, Bariérová ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 111 s. ISBN 978-80-271-1243-2.
24. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0
25. KITTNAR, O. et al., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
26. KOURKOUTA, L., PAPATHANASIOU I., 2014. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014. 26 (1), s. 65-67. doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67.
27. LINHARTOVÁ, E., 2006. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
28. MICHALÍK, J., et al., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
29. MOTEJZÍKOVÁ, J., 2014. *Metody vyšetření sluchu*. [online]. Ruce.cz [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/1101-metody-vysetreni-sluchu>
30. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
31. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
32. McMullen K. M., et al., 2020 Impact of SARS-CoV-2 on hospital acquired infection rates in the United States: predictions and early results. *Am J Infect Control*. 48 (11), s. 1409–1411, doi: 10.1016/j.ajic.2020.06.209.
33. NAŇKA, O., 2009. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
34. NOROUZINIA, R. et al., 2015. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Glob J Health Sci*. 8(6), s. 65-74, doi:10.5539/gjhs.v8n6p65.
35. OREL, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
36. PTÁČEK, R., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
37. ROKYTA, R., et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
38. ROZSYPAL, H., et al., 2017. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Univerzita Karlova. 396 s. ISBN 978-80-246–2197-5.

39. SIKOROVÁ, L., CZUDKOVÁ, M., 2011. Komunikace dětských sester se sluchově postiženými dětmi. *Pediatric pro praxi*. 12 (3), s. 110–112. ISSN 1213-0494.
40. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
41. SMAŽÍKOVÁ, J., 2015. Komunikace s pacientem s postižením sluchu v zubní ordinaci. Praha. Bakalářská práce. LF UK FNKV.
42. SVĚTLÍK, M., 2000. *Postižení sluchu. Současné možnosti sluchové propedeutiky*. Praha: Triton. 62 s. ISBN 80-7254-114-5.
43. STURDY, A., et al., 2020. Severe COVID-19 and healthcare-associated infections on the ICU: time to remember the basics? *The Journal of Hospital Infection*. 105 (4). s. 593–595, doi: 10.1016/j.jhin.2020.06.027.
44. SYKA, J., 2010. *Mozek a hudba*, [online]. Sanquis [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art3349>
45. SÁLUSOVÁ, M., 2010. *Bariérová ošetrovatelská péče*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova Praha.
46. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
47. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
48. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. *COVID-19 Clinical management*. [online]. Preparecenter.org [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: [://preparecenter.org/wp-content/uploads/2021/04/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-eng.pdf](https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2021/04/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-eng.pdf)
50. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
51. *Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce*, 2006. [online]. Zákony pro lidi [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
52. *Zákon č. 258/2000 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*, 2000. [online]. Zákony pro lidi [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

8 Přílohy

Seznam příloh:

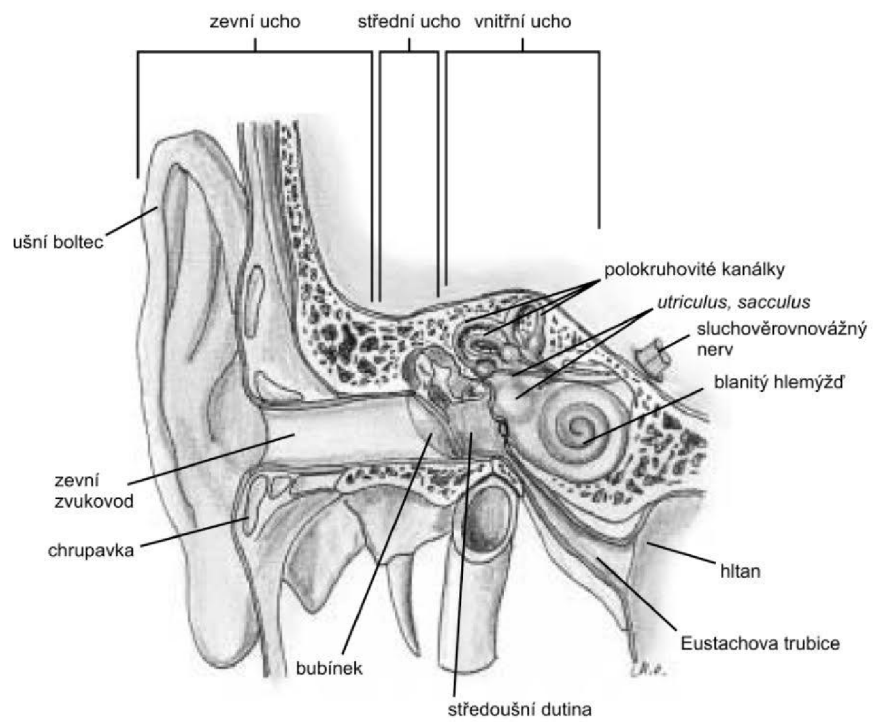
Příloha 1: Sluchové ústrojí

Příloha 2: Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

Příloha 3: Informační leták

Příloha 4: Výzkumné otázky

Příloha 1



Zdroj: Merkunová, A., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada. 302 s.
ISBN 9788024715216.

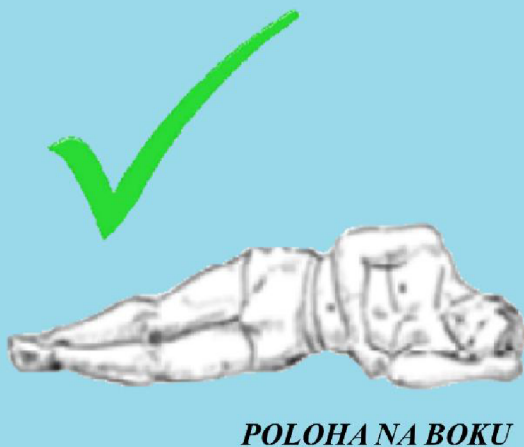
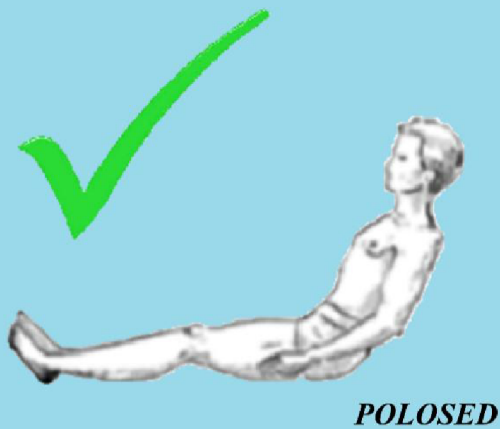
Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky zdravotní dokumentace.
3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obrácení čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.
4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnick či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.
6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, co může během vyšetření či ošetření očekávat a jakou spolupráci od něj budeme potřebovat. Při vyšetření nebo ošetření mimo zrakové pole pacienta potřebujeme další osobu, která bude stát před pacientem a dávat mu potřebné pokyny. Tvář této osoby musí být dobře osvětlena. Před snímkováním na RTG domluvíme optický signál, kdy už může pacient začít dýchat a pohybovat se.
7. Důležité dotazy na alergie, kardiostimulátor, užívané léky atd. raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější se zdravotní anamnézou počkat na tlumočnicka. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má užívat léky nebo dodržovat léčebnou životosprávu. Toto své sdělení vždy ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou.
8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.
9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.
10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, je nutno prostudovat si příslušnou literaturu a získat dostatečné dovednosti a zkušenosti v praxi.

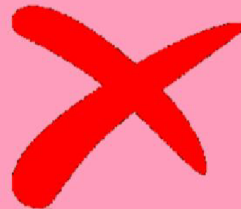
Zdroj: *Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením*, 2023, [online]. VZP [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/desatero-komunikace-s-pacienty-se-sluchovym-postizenim>

VÍTE, JAK SI USNADNIT DÝCHÁNÍ?

VHODNÁ POLOHA



NEVHODNÁ POLOHA



Zdroj fotografií:
BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015.
Ošetrovatelská péče 1. díl. Praha: Grada.
224 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

Příloha 4

Výzkumné otázky:

1. Jaké máte zkušenosti s pacienty se sluchovým postižením?
2. S jakými sluchovými vadami se nejčastěji setkáváte?
3. Jak se o případné sluchové vadě pacienta dozvídáte?
4. Jak přistupujete ke sluchově znevýhodněnému pacientovi?
5. Učili jste se v rámci vzdělávání teorii komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem?
6. Dovedla byste vyjmenovat pravidla komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem?
7. Jaký postoj jste zaujímala k ošetrovatelské bariérové péči před pandemií Covid - 19?
8. Jak řešíte bariérovou ošetrovatelskou péči před pandemií Covid - 19 (zejména ochranu úst) u sluchově znevýhodněného pacienta?
9. Jaký postoj jste zaujímala k ošetrovatelské bariérové péči v době pandemie Covid - 19?
10. Jak řešíte bariérovou ošetrovatelskou péči v době pandemie Covid- 19 (zejména ochranu úst) u sluchově znevýhodněného pacienta?
11. Jaké jste měla pocity při vykonávání ošetrovatelské péče v době pandemie?
12. Jak se sestry připravujete na komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem?
13. Jaké komunikační nástroje jste používala před pandemií Covid-19 při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem?
14. Jaký zásadní rozdíl byl v komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem v době pandemie?
15. Jaká forma komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem byla v době pandemie Covid – 19 možná?
16. Měla jste možnost čerpat informace o komunikaci přes roušku? (doplňující otázka)
17. Existuje něco, co by vám mohlo usnadnit komunikaci v době pandemie Covid- 19?

Zdroj: Vlastní

9 Seznam zkratek

WHO – Světová zdravotnická organizace

