

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika komunikace se seniory s poruchou sluchu

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, Ph. D.

Autor práce:

Bc. Šárka Blafková

2012

Abstract

People communicate to understand one another and share information. Speaking is crucial in the course of everyone's entire life. In this thesis, we have focused on the issues related to communication with seniors with a hearing disorder. It is necessary to properly diagnose the hearing disorder using suitable methods of examination, and subsequently propose possible means of therapy and train the patient on use of the hearing aid if necessary.

Two objectives were set out, both of which were achieved. Objective 1: Map the effective skills used by nurses when communicating with seniors with a hearing disorder. Objective 2: Determine how unsuitable communication by nurses affects seniors with a hearing disorder. A quantitative and qualitative examination was performed. Within the quantitative examination, 200 questionnaires were handed out, of which 178 properly completed were returned for processing. The qualitative examination consisted of a semi-structured interview of ten seniors with a hearing disorder with the help of technology.

We defined three hypotheses. Hypothesis 1: The type of education affects nurses' communication skills with seniors with a hearing disorder. Hypothesis 2: Nurses adhere to the principles of communication with seniors with a hearing disorder. Both hypotheses were confirmed. Hypothesis 3: Nurses consider care for seniors with a hearing disorder to be a burden. The last hypothesis was not confirmed.

Three research questions were also defined. Research question 1: How does the current manner of communication by nurses affect seniors with a hearing disorder? Answer 1: The current manner of communication of nurses with seniors with a hearing disorder has a positive effect. Research question 2: How do seniors with a hearing disorder perceive non-verbal communication by nurses? Answer 2: Seniors with a hearing disorder consider the non-verbal communication of nurses to be adequate. Research question 3: What problems do seniors with a hearing disorder encounter when communicating with nurses? Answer 3: The most common problem mentioned by seniors with a hearing disorder was lack of eye contact.

The result of the thesis is a standard containing the procedure for communication with a senior with a hearing disorder, so as to ensure a high level of communication with these seniors.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika komunikace se seniory s poruchou sluchu 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

.....
Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové, Ph. D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat svým blízkým za trpělivost a podporu při studiu a psaní diplomové práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Sluchové ústrojí	4
1.1.1 Anatomie a fyziologie sluchového aparátu	4
1.1.2 Vyšetřovací metody.....	6
1.1.3 Poruchy sluchu ve stáří	9
1.1.4 Terapie poruch sluchu seniorů	12
1.1.5 Používání sluchadla.....	14
1.2 Stárnutí.....	15
1.2.1 Projevy stárnutí	15
1.2.2 Psychické změny seniora s poruchou sluchu	16
1.2.3 Sociální změny seniora s poruchou sluchu	18
1.3 Komunikace se seniorem.....	20
1.3.1 Komunikace se seniorem s poruchou sluchu	20
1.3.2 Inhibující komunikační styly.....	23
1.4 Ošetrovatelská péče	25
1.4.1 Ošetrovatelská péče o seniora s poruchou sluchu	25
1.4.2 Ošetrovatelské diagnózy	28
1.4.3 Edukace seniora s poruchou sluchu	30
2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Hypotézy.....	33
2.3 Výzkumné otázky	33

3. Metodika	34
3.1 Použité metody	34
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	35
4. Výsledky	36
4.1 Výsledky rozhovorů se seniory s poruchou sluchu	36
4.2 Výsledky kvalitativního šetření	44
4.3 Výsledky kvantitativního šetření	54
5. Diskuze	70
6. Závěr	85
7. Seznam použitých zdrojů	87
8. Klíčová slova	92
9. Přílohy	93

Úvod

Komunikace je způsob, díky němuž se mohou lidé mezi sebou dorozumívat a předávat si informace. Spočívá zejména ve slovním předání informací, ale důležitou roli hraje i nonverbální komunikace. Tento druh komunikace dokresluje význam slov i pocity při dorozumívání se mezi osobami. Řeč je pro lidi nepostradatelná v průběhu celého života, zejména při potížích jakéhokoli typu.

V této práci se zaměřujeme zejména na problematiku komunikace se seniory s poruchou sluchu. S přibývajícím věkem se postupně zhoršují smyslové funkce. Čtvrtým nejčastějším onemocněním ve vyšším věku je právě porucha sluchu a hluchota. Počet seniorů s tímto problémem se postupně navyšuje. Je důležité správně diagnostikovat poruchu sluchu za použití vhodných vyšetřovacích metod. Poté navrhnout možnost terapie a popřípadě edukovat seniora v souvislosti s používáním rehabilitační pomůcky pro sluchový aparát, tedy naslouchátkem.

Při komunikaci se porucha sluchu stává velmi limitující zejména pro seniora. Bohužel kvůli zhoršení sluchu často dochází ke konfliktům nebo sníženému pocitu sebevědomí. Tyto nepříjemnosti vznikají na podkladě neúplné informace, kdy senior neslyšel zprávu celou. Důvodem bývá nevhodná forma komunikace, která není individuálně přizpůsobena seniorovi s poruchou sluchu. Konfliktům by se dalo jednoduše předejít, pokud by sestra znala a dodržovala veškeré zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu, na které v této práci upozorňujeme.

Toto téma jsem si zvolila, protože naše populace pomalu stárne a seniorů s poruchou sluchu bude přibývat. Podle mého názoru je komunikace velmi podstatným prvkem v lidském bytí, který je využíván každý den. Domnívám se, že zásady komunikace se seniory by měli znát všichni lidé, zejména pak všeobecné sestry, které se se seniory s poruchou sluchu setkávají nejčastěji.

1. Současný stav

1.1 Sluchové ústrojí

1.1.1 Anatomie a fyziologie sluchového aparátu

Zevní ucho (auris externa) tvoří ušní boltec, který se nachází mezi čelistním kloubem a mastoideálním výběžkem. Ušní boltec má plochý tvar a skládá se z chrupavky kryté tenkou kůží s chmýřím. Ušní boltec usměrňuje akustické vlny do zevního zvukovodu. Tento vnější zvukovod (malus akustikus externus) se skládá z kostěné a chrupavčité části. Měří přibližně 25 – 35 milimetrů a je pokrytý kůží, občas i chloupky. V kůži zvukovodu se nachází chlupy, mazové a potní žlázy. Mazové žlázy zajistí tvorbu ušního mazu. Ušní maz společně s chlupy zachycuje prach, který se dostane do zevního ucha. Na konci vnějšího zvukovodu se nachází bubínek, který překrývá membrána tympani. Bubínek je v průměru jeden centimetr široký. Membrána tympani má lesklou, šedavou barvu a je polopropustná. Její šířka je zhruba 0,1 milimetru. Dále je bubínek tvořen dalšími dvěma vrstvami. Střední vrstva je vazivová, zatímco vnitřní vrstva se skládá ze slizniční výstelky. Zvuk putuje ze zvukovodu směrem k bubínku, kam se přenáší pomocí jeho rozvibrování, a poté se vibrace přesunou na kůstky ve středním uchu. Nervus trigeminus, nervus auricularis magnus, nervus vagus a nervus facialis zajišťují senzitivní inervaci oblasti zevního ucha (Čihák, 2000; Klozar, 2005; Hahn, 2007).

Důležitou částí *středního ucha (auris media)* je středoušní dutina (cavum tympani), která se nachází ve skalní kosti. Dutina je uvnitř pokryta řasinkovým epitelem, zároveň je naplněna vzduchem. Je propojena pomocí Eustachovy trubice s nosohltanem. Trubice vyrovnává tlak uvnitř středoušní dutiny s atmosférickým tlakem vnějšího prostředí. Tento útvar je tvořen chrupavčitou i kostěnou částí. Další nezbytnou částí středního ucha jsou kůstky: kladívko (malleus), kovádlínka (incus) a třmínek (stapes), které umožňují zesilování vibrací z bubínku při přenosu zvuku. Kladívko je napojeno na bubínek a kovádlínku, která je pevně spojena s kladívkem a volně napojená na třmínek. Ten je vložen do oválného okénka oddělující střední ucho od vnitřního

ucha. Na kůstky navazují středoušní svaly, které upravují jejich postavení (Klozar, 2005; Čihák, 2000; Hahn, 2007).

Cévní zásobení středního ucha zajišťují arteria basilaris, arteria maxillaris i arteria tympanica. Vena meningeal media je součástí žilního odtoku středního ucha, vtéká do vena jugularis (Klozar, 2005; Hahn, 2007).

Vnitřní ucho je uloženo v pyramidě spánkové kosti. Sluchovým orgánem je blanitý hlemýžď (cochlea), který se nachází v kostěném labyrintu. Blanitý hlemýžď je omýván perilymfou. Má tvar trubice, která se stáčí do spirály. Ta postupně stoupá do výšky. Průměrná délka tohoto útvaru je 35 milimetrů. Uvnitř hlemýžďe se nachází vazivová struktura, ve které je vodnatá tekutina (endolymfa). Kochleární přepážka rozděluje spirální trubici na horní a dolní poschodí. V každém poschodí jsou umístěna okénka, která oddělují tekutinu vnitřního ucha od vzdušného středouší. Horní část labyrintu tvoří tři polokruhové kanálky. Ty se zaměřují na rotační pohyby těla. O lineárním zrychlení a zpomalení tělo informují dva tíhové váčky, které jsou umístěny v předsíni. Dále se vnitřní ucho skládá z Cortiho orgánu. Ten je uložen na blanitém hlemýždi. Jedná se o tunel, kde jsou vláskové buňky, které zajišťují kmitání. Vzruchy jsou vedeny vestibulokochleárním nervem do mozkového kmene a následně do mozkové kůry spánkového laloku, kde je uloženo sluchové centrum (Klozar, 2005; Čihák, 2000; Hahn, 2007).

Sluchovým aparátem vnímáme zvuk, který vzniká na podkladě kmitání těles, kdy je frekvenční rozsah od 16 Hz do 20 000 Hz. Ucho se stává nejcitlivějším kolem frekvence 1000 Hz. Zvuk se může přenášet vzdušnou nebo kostěnou cestou. Při vzdušném přenosu zvuk postupuje přes boltec do zevního zvukovodu, kde pak rozkmitá bubínek. Tyto vzruchy se převedou na ušní kůstky, tedy na kovádlinku, kladívko a třmínek. V této fázi dochází k přeměně zvuku ze vzdušného prostředí do tekutého, kdy třmínek rozkmitá endolymfu blanitého hlemýžďe. Tuhost převodního systému je upravována prostřednictvím svalů, které aktivuje zvuková energie. Ve vnitřním uchu přijímá zvuk blanitý hlemýžď, uvnitř kterého se nachází Cortiho orgán s vláskovými buňkami (Langmeirer, 2009; Trojan, 2003).

Druhým způsobem přenosu zvuku je kostní cesta. Tu zajistí vláskové buňky Cortiho orgánu, které jsou propojeny s VIII. hlavovým nervem. Podněty, které rozkmitají vláskové buňky, přechází z kosti skalní do mozkového kmene, mozkové kůry a nakonec do spánkového laloku (Langmeirer, 2009; Trojan, 2003).

1.1.2 Vyšetřovací metody

Sluchový vjem je odraz ve vědomí člověka. Mezi přirozené zvuky, které sluchový vjem vyvolávají, se řadí lidská řeč, hudba a hluk. Vyšetřovací metody zjistí, jak ucho sluchový vjem přijímá a zpracovává. Dále zjišťují průchodnost i funkčnost Eustachovy trubice. Mezi vyšetřovací metody patří vyšetření pohledem nebo pohmatem, dále zobrazovací a funkční vyšetření. Vyšetřovací metody se dle základního dělení rozdělují na metody subjektivní a objektivní. Při subjektivních vyšetřovacích metodách je důležitá spolupráce jedince, abychom od něho získali odezvu. Na rozdíl od toho při objektivních vyšetřovacích metodách lékař informuje o hodnotách a výsledcích přístroj (Hloušková, 2012; Vohlídková, 2009).

Pohledem se vyšetřuje bubínek, jedná se o otoskopii. Při vyšetření bubínku se tahem za boltec narovná zvukovod a zavede se ušní zrcátko, mikroskop či otoskop.

Mezi subjektivní vyšetřovací metody patří pět vyšetření. Prvním z nich je rozhovor s pacientem a provádí se již při anamnéze, kdy se sleduje reakce seniora. Pozoruje se, zda rozumí tiché řeči bez odezírání, hlasité řeči bez odezírání, hlasité řeči s odezíráním nebo nerozumí hlasité řeči s odezíráním. Mimo tohoto projevu se sledují i vady výslovnosti, natáčení hlavy při komunikaci a změna melodie v řeči (Hloušková, 2012; Vohlídková, 2009).

Klasická zkouška řeči je druhou subjektivní vyšetřovací metodou. Senior se posadí a otočí uchem k lékaři, aby nemohl odezírat. Lékař hovoří hlasitě, ale senior je záměrně ohlušován. Při šeptavé řeči se seniorovi ucpává zevní zvukovod nevyšetřovaného ucha. Senior během těchto vyšetření opakuje slova po lékaři tak, jak je slyší. Při vyšetření se musí měřit vzdálenost, protože určuje výsledek vyšetření. Pokud senior špatně slyší hlasitou řeč, objevuje se u něho porucha sluchu hlubokých tónů. Oproti tomu poruchu sluchu vysokých tónů ozřejmí špatné slyšení šeptavé řeči. Dále tato vyšetřovací metoda objasní, zda se jedná o poruchu sluchu centrální nebo periferní.

Pokud senior zvládne opakovat slova, jedná se o poruchu sluchu periferní (Hloušková, 2012; Vohlídková, 2009).

Ladičkové zkoušky se řadí jako třetí mezi subjektivní vyšetřovací metody. Tato metoda je dnes využívána méně než v minulosti, kdy se používalo několik ladiček o různých frekvencích. Dnes se využívá například Rinneho zkouška, která vyšetří, zda pacient lépe slyší vzdušnou nebo kostní cestou přenosu. Pro vyšetření vzdušné cesty se ladička přikládá ke zvukovodu a zvuk je přenášen skrz zvukovod, bubínek a středoušní dutinu do vnitřního ucha. Ladička přiložená na lebku naopak rozkmitá lebku, skalní kost, blanitého hlemýžďe a zvuk se přenesse také do vnitřního ucha, ale kostěnou cestou. Rinneho zkouška tedy objasní, zda se jedná o poruchu převodní nebo percepční. Při Weberově zkoušce se ladička přikládá na temeno nebo čelo hlavy a senior určí, ve kterém uchu slyší zvukový vjem. Schwabachova zkouška závisí na porovnání sluchu vyšetřovaného s vyšetřujícím. Tato metoda je pouze orientační a dnes se používá velmi zřídka (Hloušková, 2012; Vohlídková, 2009).

Pomocí prahové tónové audiometrie se vyšetřuje slyšení čistých tónů. Tento způsob je čtvrtou vyšetřovací metodou. K tónové audiometrii se používá audiometr. Pomocí něho je vyšetřován práh sluchu u jednotlivých osob, kdy se zjišťuje minimální intenzita zvuku určité frekvence, která je u jednotlivých osob odlišná. Zvuk může být veden vzdušnou cestou pomocí sluchátek nebo reproduktorů. Vibrátor za uchem zajistí přenos zvuku kostěnou cestou. Vyšetření se provádí v odhlučněné místnosti, kdy se přehrávají tóny různé intenzity od 125 Hz po 4 kHz. Ve chvíli, kdy senior zvuk slyší, stiskne tlačítko na přístroji. Následný záznam z audiometrie se nazývá audiogram. Jedná se o záznam, na kterém jsou vyobrazeny frekvence tónu v herzech a intenzita v decibelech. Na audiogramu je červený záznam, který informuje o stavu pravého ucha, a modrý záznam určí stav levého ucha (Hloušková, 2012; Vohlídková, 2009).

Pátou subjektivní vyšetřovací metodou je slovní audiometrie, při které senior opakuje slova, která jsou přehrávána v různé intenzitě. Používají se slova, která mají stejný poměr souhlásek a samohlásek. Při slovní audiometrii se vyšetřuje celý sluchový analyzátor. Opět se provádí v tiché odhlučněné místnosti. Obvykle se přehrává deset slov z reproduktorů do sluchátek nebo do kostního vibrátoru. Podle porozuměných a

opakovaných slov se vypočítá procento správně zopakovaných slov. Jsou rozdílné sestavy slov pro dospělé i děti. Toto vyšetření informuje o schopnosti jedince vnímat plynulou řeč (Hloušková, 2012; Vohlídková, 2009).

Objektivní vyšetřovací metody jsou tři. Jednou z nich je tympanometrie, která stanovuje poddajnost bubínku v závislosti na změně tlaku ve zvukovodu. Pro vyhodnocení tympanometrie se používají křivky, které mají různé vrcholy. Křivka A je fyziologická. Její vrchol informuje o aktuální hodnotě tlaku ve středním uchu. Bezvrcholová křivka B symbolizuje, že při rozdílných tlacích v zevním zvukovodu se odrazí stejné množství zvuku. Příčinou tohoto stavu může být tuhost středouší, která bývá způsobena přítomností ušního mazu. Křivka C má vrchol v negativních hodnotách tlaku. Lékaře informuje o poruchách ventilační funkce Eustachovy trubice (Hloušková, 2012; Rošková, 2010).

Otoakustické emise jsou druhou objektivní vyšetřovací metodou. Toto vyšetření je rychlé a neinvazivní. Otoakustické emise měří zvuk v zevním zvukovodu po aktivitě hlemýždě. Tato metoda se využívá při senzorineurální poruše sluchu (Rošková, 2010).

Evokované potenciály jsou třetí objektivní vyšetřovací metodou. Vyšetření se provádí na podkladě elektrické odpovědi, kdy se sledují potenciály vedoucí z vláskových buněk až do mozkové kůry. Jedná se o elektrokochleografie, při které se elektroda zavede do středouší, a zaznamenávají se evokované potenciály. Vyšetření je podobné elektroencefalografickému vyšetření. Akusticky evokované potenciály mozkového kmene snímají potenciály, které vznikají na podkladě působení elektrody umístěné na čele. Tato metoda je nejdůležitější pro diagnostiku nedoslýchavosti. Podobná, ale časově více náročná, je metoda akusticky evokovaných potenciálů kůry mozkové. Zde se nepoužívají elektrody, ale tóny o různé intenzitě a frekvenci (Hloušková, 2012; Rošková, 2010; Lejska, 1994).

Pro zobrazovací vyšetření sluchu se používá RTG. Dnes ho postupně nahrazuje dokonalejší CT vyšetření. Magnetická rezonance se volí při vyšetření vnitřního ucha. Není pro seniora tolik zatěžující jako CT vyšetření. Dále lépe rozliší měkké tkáně, ale nevýhodou tohoto vyšetření je delší vyšetřovací doba (Hloušková, 2012; Rošková, 2010; Lejska, 1994).

1.1.3 Poruchy sluchu ve stáří

Poruchy sluchu vznikají na podkladě postižení organické stavby nebo změnou funkce u jednotlivých struktur sluchového aparátu. Pokud není poškozena organická stavba ani změněná funkce struktur sluchového aparátu, jedná se o fyziologický tedy normální sluch (normacusis), kde nejsou zřetelné problémy s komunikací. Při audiometrickém vyšetření sluchový práh nepřesahuje intenzitu 20 dB (Klozar, 2005; Rošková, 2010).

Nedoslýchavost neboli hypacusis je nejčastější porucha sluchu v souvislosti se zvyšujícím se věkem, která seniora poškozuje v oblasti somatické, psychické, ale i sociální. Postihuje zhruba 5% starší populace. Jinak se také nazývá změněnou kvalitou sluchového vjemu nebo sníženou sluchovou ostrotí. V počátku se porucha sluchu dělí na dvě skupiny. První skupinou je kvalitativní porucha sluchu, kdy dochází ke změnám sluchového vjemu. Druhou skupinou je kvantitativní porucha sluchu, při které dojde k horšímu vnímání zvuků. Nedoslýchavost je pojem, který se musí chápat komplexně. To znamená, že nedoslýchavost je spojována se sníženou vitalitou a sníženou adaptabilitou seniora s poruchou sluchu. Tento problém postupně narušuje mezilidskou komunikaci seniora. Pokud bude situace trvat i nadále, může vyústit v psychosociální izolaci seniora (Hroboň, 1998; Klozar, 2005; Rošková, 2010).

V případě, že dojde k nějakému postižení stavby či ke změně funkce sluchového aparátu, dělí se poruchy sluchu na periferní a centrální. Centrální poruchy sluchu se vyskytují při poškození II. až V. neuronu sluchové dráhy. Pokud se objeví porucha v oblasti nervových sluchových drah, je poškozen nervový spoj mezi vnitřním uchem a mozkovou sluchovou kůrou. Poruchy sluchu na nervových drahách se projevují tak, že seniorovi nečiní problém příjem zvuku, ale nechápe význam slov nebo vět a navíc nerozeznává zvuky. Centrální poruchy sluchu se často projeví při nádorových, zánětlivých nebo degenerativních onemocnění mozku. Rozsah centrální nedoslýchavosti závisí na velikosti a umístění léze neuronu (Klozar, 2005; Rošková, 2010).

Mezi periferní poruchy sluchu se řadí percepční, převodní nebo kombinovaná nedoslýchavost. Začneme nedoslýchavostí převodní (hypacusis conductiva). Tato

porucha vzniká na podkladě poškozené struktury ucha zevního a středního. Dochází ke špatnému převodu akustického signálu z vnějšího prostředí k vnitřnímu uchu. Často převodní porucha sluchu postihuje pouze jedno ucho. Senior dokáže určit, které ucho je sluchově dominantní. Příčinou může být neprůchodný zvukovod kvůli vzniklým stenózám nebo díky akustickému zkratu při perforaci bubínku. Ale i zánět či kalcifikace ušních kůstek způsobí tento problém. Dále se může vyskytovat tekutina v bubínkové dutině i sklerotizace kosti v oblasti labyrintu (otoskleróza). Znehybnění či přerušování řetězců ušních kůstek je další důvod neprůchodnosti zvukovodu. Podobných příčin je více. Obvykle se k diagnostice této poruchy využívá Weberova zkouška, která se provádí pomocí ladičky. Tato porucha sluchu se projevuje neslyšením hlubokých tónů. Ostatní zvuky senior slyší při vysoké hlasitosti bez potíží. Dalším z projevů převodní nedoslýchavosti je apofonie. To je stav, kdy senior slyší svůj hlas dunivě, ale hlasy ostatních vnímá jako tiché, bez hlubokých tónů. Tuto poruchu sluchu nelze operovat, ale pokud se vhodně koriguje zesílením zvuků, není senior nijak znevýhodněn (Hroboň, 1998; Klozar, 2005; Rošková, 2010).

Nedoslýchavost senzorineurální (hypacusis sensorineuralis) se také nazývá nedoslýchavost percepční. Opět spadá do kategorie periferních poruch sluchu. Stává se velice rozšířenou poruchou sluchu seniorů. Nejčastější příčinou této poruchy sluchu je narůstající věk. Samozřejmě další prvky, které ovlivňují kvalitu sluchu, zejména v mladším věku, jsou nadměrný hluk, působení různých léků, těžkých kovů, organických rozpouštědel, jedů, atrofie buněk Cortiho orgánu, ale i genetické vlivy. Senior při této poruše různě vnímá hlasitost, nedokáže rozlišit výšku tónů a hůře rozumí řeči. Většinou senior neslyší vysoké tóny a příliš hlasité tóny vnímá jako nepříjemné. Může být postiženo nitrouší (kochlearis), kde jsou postižené sluchové buňky umístěné v hlemýždi. Obvykle se porucha sluchu projeví symetricky. Pokud senior udává zhoršené slyšení na jedné straně, tato porucha se nazývá asymetrickou percepční poruchou sluchu. Ušní šelest (tinnitus) a závratě (vertigo) jsou obvyklými projevy percepční poruchy sluchu. U této poruchy sluchu je velmi významná a důležitá prevence, diagnostika a léčba. Správný postup při léčbě zajistí seniorovi zachování komunikace s okolím (Hroboň, 1998; Klozar, 2005; Rošková, 2010).

Idiopatická náhlá senzorineurální nedoslýchavost se začíná objevovat v období středního věku a presenia. Vzniká na podkladě vaskulárních a metabolických lézí vnitřního ucha. Příčinou těchto lézí mohou být buď virová infekce, nebo autoimunitní onemocnění. Při léčbě tohoto onemocnění se nejčastěji používají vazodilatancia, antikouagulancia, kortikosteroidy a další léky. Dále se využívají i fyzikální prostředky, mezi které patří hyperbarická oxygenoterapie. Schémata pro léčení idiopatické náhlé senzorineurální nedoslýchavosti ale stále podléhají výzkumům. Názory jednotlivých odborníků se v přístupu k léčbě liší. Někdo zastává názor používání farmak, jiný se více přiklání k fyzikálním prostředkům terapie. Lékaři se dále neshodují ani v názorech při hledání příčiny vzniku onemocnění (Klozar, 2005; Rošková, 2010).

Kategorie periferních poruch sluchu zahrnuje i nedoslýchavost smíšenou, která obvykle vznikne sloučením nedoslýchavosti převodní s percepční poruchou sluchu. Častou příčinou smíšené nedoslýchavosti bývají dlouhotrvající a opakující se záněty středního ucha. Vyskytuje se ve velmi vysokém měřítku (Klozar, 2005).

Hluchota (surditas) je dalším onemocněním sluchu ve stáří. Bohužel tento stav neumožňuje slyšení ani porozumění řeči ostatních. Hluchota se dělí na tři skupiny. První skupinou je praktická hluchota, při které senior reaguje jen na velmi silné akustické podněty, ale nerozliší jejich původ. Druhou skupinou je totální hluchota, kdy senior nevnímá žádný akustický vjem bez ohledu na sílu intenzity zvuku. Pokud je sluchový aparát nepoškozený, ale i přesto se u seniora objeví nepravidelná či neadekvátní reakce na zvukový podnět, jedná se o hluchotu psychogenní, která se řadí do třetí skupiny hluchoty (Klozar, 2005; Rošková, 2010).

Senior může trpět ušními šelesty tedy tinnitem buď jako samostatným onemocněním, ale častěji se projevuje v souvislosti se stařeckou nedoslýchavostí. Jedná se o stav, kdy senior subjektivně vnímá sluchové vjemy, které nemají podložený zdroj ze zevního prostředí. Seniorovi ušní šelesty nezpůsobují komunikační problém, ale může mít neblahý dopad na jeho psychiku. Obvykle jsou to nepříjemné zvuky v různých časových intervalech, které se postupně prodlužují. Nejsou vázané na fyzickou aktivitu. Spíše se objevují v době, kdy senior nevykonává žádnou činnost. Při působení ušních šelestů bývá senior podrážděný, unavený, nervózní a málo soustředěný. Často

jsou postiženi senioři s vysokým krevním tlakem, s diabetem mellitem či aterosklerózou, ale postihuje i seniory s degenerativními změnami na krční páteři. Pokud není diagnostikována patologie na sluchovém aparátu, léčí se tinnitus farmakologicky (Hroboň, 1998; Klozar, 2005; Rošková, 2010).

1.1.4 Terapie poruch sluchu seniorů

Při terapii poruch sluchu je důležité odstranit cizí těleso nebo cerumen, které omezují prostupování zvuku, ze zvukovodu. Pokud senior trpí percepční poruchou sluchu s šelestem i se závratí, využívají se k léčbě vazodilatancia a správná životospráva. Pokud není možná terapie somatického onemocnění, přistupuje se k symptomatické léčbě prostřednictvím naslouchadel, pomocnými kompenzačními pomůckami, jako je upravený telefon, domovní zvonek nebo rádio či televize (Topinková, Neuwirth, 1995).

Sluchadlo je využíváno také jako rehabilitační pomůcka pro sluchový aparát. Seniorovi se indikuje po audiologickém vyšetření, kde se zjistí, jakou intenzitu zvuku senior ještě slyší. Pokud je výsledek do 24 dB, jedná se o klinicky nevýznamnou poruchu, kdy senior nemá žádné potíže. Hodnoty v rozmezí od 25 do 40 dB identifikují stav lehké poruchy sluchu, kdy senior začíná hůře rozumět běžné řeči, ale sluchadlo zatím není indikováno. Střední porucha sluchu je vymezena od 41 do 55 dB. V tomto případě senior špatně rozumí i hlasité řeči a většinou je sluchadlo již doporučováno. Při těžké poruše sluchu senior slyší pouze s naslouchadlem, rozmezí této poruchy je od 56 do 80 dB. Nad 81 dB nastupuje stav praktické hluchoty, při které senior neslyší ani s naslouchadlem. K dorozumívání potřebuje znakovou řeč, komunikační tabule a jiné pomůcky usnadňující konverzaci. Po indikaci sluchadla se seniorovi zlepší emocionalita, komunikace s ostatními jedinci a získá více sociálních kontaktů (Kalvach, 2004; Topinková, 2005).

Sluchadlo je elektroakustický přístroj, který zesiluje okolní zvuky. Obsahuje mikrofon, zesilovač a reproduktor. Mikrofon zachytí zvuk z okolního prostředí a přemění jej na elektrický signál. Pokud je snímán zvuk ze všech směrů stejně, musí být sluchadlo vybaveno minimálně dvěma mikrofony. Samozřejmě všechny mikrofony musí být nastaveny na stejnou senzitivitu a fázi. Další součástí naslouchadla je

zesilovač. Ten má za úkol zesílit signál a upravit ho. Poslední součástí sluchadla je reproduktor, který změněný zvuk vysílá zpátky do prostředí. Mimo těchto součástí sluchadlo obsahuje také regulátor hlasitosti, indukční cívku a přepínač programů. Regulátor hlasitosti zajistí přizpůsobení hlasitosti vjemu podmínkám okolního prostředí při komunikaci, aby byla umožněna co nejlepší srozumitelnost řeči. Regulátor hlasitosti má různé podoby. Může se jednat o kolečko, páčku nebo dálkové ovládání. Všechny tyto funkce a součástky zlepšují účinek sluchadla a rozšiřují možnosti jeho využití. Pokud se sluchadlo používá pro kostní přenos, musí obsahovat vibrační segment místo reproduktoru. Vibrační segment musí rozkmitat kost a přes ni vede zvuk do vnitřního ucha. Velmi důležitou a nedílnou součástí sluchadla pro vzdušné vedení zvuku je ušní vložka. Zajistí přenos zesíleného zvuku do zvukovodu a zároveň umožní správné uložení sluchadla v uchu. Dříve se používaly zejména olivky, ale protože nebyly vyráběné individuálně pro jednotlivce, přinášelo jejich používání řadu nevýhod a omezení. Při nevhodném zavedení olivky do ucha hrozilo vypadnutí sluchadla, olivka také vytvářela přílišný akustický tlak na bubínek. Při delším používání docházelo k její netěsnosti, kterou způsobila přítomnost potu a ušního mazu. Tím docházelo ke zhoršené funkci sluchadla. Další nevýhodou bylo ztížené čištění olivky, proto ji senioři s poruchou sluchu museli měnit častěji. Z těchto důvodů a řady dalších příčin došlo k přechodu na používání individuálních ušních vložek tzv. tvarovek, které se vyrábí podle přesného otisku zvukovodu pro každého jednotlivce (Havlík, 2007; Spritzl, 2010).

Sluchadla se mohou dělit podle tří hledisek. Jedním hlediskem je způsob předávání zesílené akustické energie cestou vzdušnou nebo kostní. Sluchadlo pro vzdušný přenos zvuku je více rozšířené. Naopak sluchadlo s kostěnou cestou přenosu se může indikovat jen u seniorů s převodní poruchou sluchu. Sluchadla mají různé tvary, které se liší v různých parametrech, ceně a technickém provedení. Tyto přístroje mohou být krabicové, závěsné, brýlové i nitroušní. Typy sluchadel spadají do druhého hlediska dělení sluchadel. Závěsné sluchadlo je pro seniora nejvhodnější. Přístroj se ukrývá za boltcem a zvuk je přenášen pomocí vsunuté tvarovky do zevního zvukovodu. Tento typ sluchadel je estetičtější než ostatní typy a zajistí nejčistší přenos zvuku. Posledním hlediskem pro dělení sluchadel jsou jeho vlastnosti. Sluchadla, která zvuk pouze

zesilují, se využívají u seniorů s převodní poruchou sluchu. Byla vyrobena i sluchadla zajišťující nejen zesílení zvuku, ale senioři si na nich mohou sami korigovat velikost a charakter zesílení. Sluchadla s modulačními prvky umožní omezení vysokých zvukových intenzit, lepší porozumění řeči a omezení nepříjemných zvuků přicházejících z okolí. Než senior vybere sluchadlo, které mu vyhovuje, doporučuje se vyšetřit seniora i se sluchadlem (Topinková, 2005; Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber, 2008; Popelka, 1998).

1.1.5 Používání sluchadla

Sluchadlo seniorovi nezajistí ihned nápravu porušeného sluchu, ale postupem času si na přístroj zvykne a bude mu tuto poruchu kompenzovat při komunikaci s okolím. Senior si musí pozvolna na naslouchadlo navyknout, proto je nabádán, aby postupně prodlužoval dobu, po kterou bude pomůcku nosit. Doporučuje se z počátku komunikovat s jednou známou osobou tváří v tvář. Ve chvíli, kdy senior zvládá komunikaci s jednotlivcem, měl by hovořit s více známými lidmi v prostředí, které je seniorovi příjemné a známé bez výrazných rušivých elementů. Dále by senior při komunikaci měl postupně omezovat pohled na tvář, aby zvládl komunikaci i prostřednictvím telefonu. Ovšem při běžném hovoru je vhodnější, aby senior mluvčího viděl. Nedoporučuje se z počátku hovořit s několika lidmi najednou. Senior by mohl být zahlcen zvukovými podněty. Pokud senior při komunikaci nerozumí, není vhodné hned zvyšovat hlasitost na sluchadlu. Naopak by se měl senior více soustředit a snažit se rozpoznávat hlas jednotlivce. Poslech televize nebo rádia je pro seniora používajícího tuto kompenzační pomůcku náročný. Nejdříve se doporučuje sledovat televizní programy, kde účastníci sedí a hovoří klidně. Nejvhodnějším programem jsou zprávy. Později může senior začít sledovat nějaký zábavný program, při kterém jsou herci v pohybu. Hlavně se senior nesmí stydět za používání sluchadla. Pokud něčemu při hovoru nerozumí, není ostuda, když požádá o zopakování informace (Pulda, Lejska, 1996; Havlík, 2007).

Při používání sluchadla se nesmí zapomenout na poučení o jeho údržbě. Důležité je pravidelně očišťovat ušní vložku od ušního mazu. Dále se musí pravidelně měnit baterie, aby naslouchadlo bylo i nadále funkční. Je samozřejmé, že senioři, kteří

používají sluchadlo, se nenaučí tyto činnosti po jedné lekci edukace, takže je nutné lekce opakovat a vše postupně nacvičovat. Mimo údržby sluchadla je nezbytná také pravidelná kontrola, kdy senior podstupuje otoskopická vyšetření. Při nich se zjišťuje, zda ušní vložky nepůsobí otlaky ve zvukovodu. Dále se musí ověřit funkce sluchadla pomocí slovní audiometrie, kdy se sleduje, zda seniorovi sluchadlo ulehčuje komunikaci s okolním prostředím (Havlík, 2007).

1.2 Stárnutí

1.2.1 Projevy stárnutí

Stáří se určuje podle kalendářního věku. Existuje i věk funkční. Ten je ale u každého člověka rozdílný. Světová zdravotnická organizace určila dělení podle kalendářního věku tak, že od 45 do 59 let se jedná o střední věk. Rané stáří, tedy presenium, je identifikováno věkem od 60 do 74 let. Od 75 do 89 let se jedná o vlastní stáří neboli senium. Za dlouhověkost se považuje věk 90 let a výše. V současnosti se více používá dělení stáří podle Mühlpachra, kde jsou mladí senioři v rozmezí od 65 do 74 let. Od 75 do 84 let se jedná o staré seniory, kde se změní funkční zdatnost, objevuje se komplikovanější průběh nemocí. Velmi staří senioři, 85 let a více, mají problém se soběstačností a zabezpečeností (Malíková, 2011).

Stárnutí je stav, který lze nazvat souborem čítajícím celou řadu pochodů vedoucích ke změnám fyzického, psychického i sociálního typu. Se vzrůstajícím věkem se snižuje látková výměna, zpomaluje se syntéza bílkovin, klesá spotřeba kyslíku a další podobné změny. Mimo jiné se při stárnutí do orgánového parenchymu více ukládá tuková a vazivová tkáň. Tyto problémy postihují všechny tkáně v rozdílném měřítku. Mezi další projevy stárnutí patří snížení výkonnosti, rychlý nástup únavy, porušená adaptace na zátěž. Důležitý je i zdravotní stav jedince. Nejčastěji se u osob s vyšším věkem objevuje z hlediska zdravotních potíží snížená odolnost vůči infekcím, déle trvá i rekonvalescence u těchto jedinců (Topinková, 2005; Kalvach, 2004).

Člověk se neustále mění. A to nejen vzhled jedince, ale i orgánové funkce. Senior má více vrásek, protože kůže ztrácí elasticitu. Mohou se vyskytnout i pigmentové skvrny způsobené křehkostí kapilár. Vlasy postupně šednou a řidnou nebo

vypadávají. Svaly ztrácí svůj objem, sílu i elasticitu. Kostí se stávají křehčími a řidšími, protože dochází k úbytku kostních trámčů. Postupně ubývá i množství kolagenu, což způsobuje snížení meziobratlových plotének i kloubní chrupavky. Klesá srdeční výkonnost z důvodu sklerotických změn i úbytku srdeční svaloviny. Dalším projevem stárnutí je pokles vitální kapacity plic. Na zažívacím traktu dochází ke změnám kvalitativním i kvantitativním. Jedná se o atrofii sliznic, ochabnutí svaloviny, snížení motility žaludku či peristaltiky střev. Pro účel naší práce je důležitý vývoj smyslových orgánů, takže kromě snížení citlivosti hmatu, zhoršenému zraku, změněné chuti, poruchám čichu, se budeme nejvíce věnovat poruchám sluchu (Topinková, 2005; Kalvach, 2004).

Období, kdy se zhoršuje sluch je zcela individuální. Napomáhá tomu řada faktorů, které se dělí na vnitřní a vnější. Mezi vnější faktory spadá vliv životního prostředí, sociální podmínky, zaměstnání, které senior vykonává celý život a další složky. Vnitřní faktory zahrnují životní styl, věk, genetické predispozice jedince a podobné prvky (Topinková, 2005; Kalvach, 2004).

Při poruše sluchu senior vnímá hluboké tóny bez potíží, ale vysoké tóny slyší hůře. Nejvíce si poruchy sluchu všimne okolí při komunikaci se seniorem tváří v tvář, kdy často potřebuje opakovat jednotlivá slova nebo celé věty. Více se při komunikaci zaměřuje na pohyby rtů, aby mohl odezírat, pokud právě nerozumí. Rušivým elementem při komunikaci se seniorem bývá celkový ruch a větší množství zvuků v prostředí, kde komunikace probíhá. Senior se začne natáčet zdravým uchem k druhé hovořící osobě. Dalším projevem narušeného sluchu je hlasitější poslech televize či rádia (Topinková, 2005; Kalvach, 2004).

Postupem času se začne vyhýbat okolí. Jeho zhoršená komunikace v souvislosti s poruchou sluchu může budit dojem, že senior začíná trpět demencí. Tato domněnka je ovšem mylná a může způsobit větší uzavřenost seniora (Topinková, 2005; Kalvach, 2004).

1.2.2 Psychické změny seniora s poruchou sluchu

Mezi nejčastější psychické změny v souvislosti s poruchou sluchu patří stud, kdy se senior ostýchá přiznat, že hůře rozumí. Stydí se požádat hovořícího o zopakování

slova či věty při komunikaci. Obvykle senioři s poruchou sluchu nechávají za sebe hovořit druhé osoby, což není správný postup. Senioři s poruchou sluchu by se měli do komunikace zapojit stejně, jako kdyby netrpěli žádnou poruchou sluchu. Často se tedy stává, že ostatní se ptají pouze doprovázející osoby a seniora s poruchou sluchu v podstatě ignorují. Bohužel v souvislosti s problematikou komunikace se u seniorů objevuje snížená fatická schopnost, která se projeví poklesem schopnosti pojmenovat určité předměty nebo rozumět řeči (Pulda, Lejska, 1996; Gates, Mills, 2005).

Senior s poruchou sluchu může mít snížené sebevědomí. Jeho sebevědomí snižuje nejen porucha sluchu, ale i samotný fakt, že je senior. Dále se senior cítí neschopný, protože žádný problém nedokáže vyřešit sám. Důvodem tohoto problému je neporozumění ostatním osobám a nechuť opakovaně prosit o zopakování slova či věty. Tento problém může vyvrcholit ve špatné porozumění slovnímu obsahu zprávy a následném výskytu komunikačního konfliktu. Kvůli těmto zkušenostem se může senior začít postupně více uzavírat do sebe (Křivohlavý, 2002; Jarošová, 2006).

Samozřejmě i strach je jedním z psychických problémů seniora s poruchou sluchu. Tato potíže je propojena s výše zmíněnými problémy. Obvykle se strach projevuje po nějakém komunikačním nedorozumění. Strach může podnítit i nedostatečná informovanost o obsluze sluchadla, tedy kompenzační pomůcky seniora s poruchou sluchu. Bojí se, že přístroj poškodí nevhodným zacházením nebo používáním a bude si muset kupovat nové sluchadlo. Důležité je seniora s poruchou sluchu pro manipulaci se sluchadlem dostatečně motivovat, aby přístroj používal každodenně, protože díky správnému využívání sluchadla může předcházet komunikačním konfliktům (Křivohlavý, 2002; Novák, 1996).

V souvislosti s poruchou sluchu se v oblasti psychických změn objevují změny chování, ke kterým může docházet kvůli ztrátě soběstačnosti a závislosti na jiné osobě. Změny v chování podněcuje nejen porucha sluchu, ale i následná možnost používání sluchadla. Senior má obvykle sníženou citlivost v prstech, která znesnadňuje manipulaci se sluchadlem. Z počátku potřebuje senior poradit v jednotlivých krocích, jak se sluchadlem zacházet, než bude sluchadlo ovládat zcela sám. Často se chování změní v negativním smyslu a může opět být příčinou konfliktů. Zkušenost s konflikty může

zapříčinit opět sociální izolaci seniora, kdy se senior bude záměrně vyhýbat jakékoli možnosti kontaktu s jinou osobou (Křivohlavý, 2002; Jarošová, 2006).

Změny kognitivních funkcí ovlivní seniora s poruchou sluchu zejména při obsluze sluchadla. Nácvik obsluhy sluchadla se senior s poruchou sluchu nenaučí ihned, protože intenzita fluidní inteligence ve staří klesá. Fluidní inteligence je schopnost, kdy senior porozumí obsahu informace stejně jako mladší jedinci. Jenže senioři lépe porozumí slovům, která jsou v textu, než když jsou prezentována jednotlivě. Identifikaci slova usnadní i dřívější zkušenost se slovem. Senior při prezentaci informací není omezen menší slovní zásobou, jak se většina lidí domnívá, ale trvá mu delší dobu, než si vybaví vhodný pojem. Kvůli tomu více využívá při komunikaci tzv. slovní vatu. Dále se může u seniorů při komunikaci projevit tzv. kluzký jazyk. V tomto případě senior jinak vysloví jedno nebo více písmen ve slově a může dojít k úplné změně významu slova (Pokorná, 2010).

Proto při edukaci musíme seniorovi věnovat více času, aby si veškeré činnosti snadněji vštípil. Musíme dbát na důkladné ukázky všech činností. Důležité je i kontrolovat seniorovou koncentraci. Senior s poruchou sluchu si tyto činnosti musí vyzkoušet. Doporučíme seniorovi, aby byl trpělivý. Trpělivost je nezbytná z důvodu snížené schopnosti adaptovat se na nové situace ve vyšším věku. (Křivohlavý, 2002).

1.2.3 Sociální změny seniora s poruchou sluchu

Senior s poruchou sluchu má změněné rodinné vztahy. Blízcí musí přijmout fakt, že senior bude z počátku potřebovat pomoc s obsluhou sluchadla. Dále musí respektovat jeho poruchu sluchu, a proto by měli rodinní příslušníci přizpůsobit i způsob komunikace. Složitá situace nastává se seniory, kteří nedokáží akceptovat svou poruchu sluchu a potřebují k obsluze sluchadla pomoc druhých. Při těchto situacích může docházet ke konfliktům, zejména pokud byl senior dominantní osoba, která většinu věcí zařizovala sama bez pomoci druhé osoby (Hroboň, 1998).

Sociální změny ovlivní i narušená komunikace. Senior může způsobit narušení komunikace nevhodnou obsluhou sluchadla a neschopností komunikovat s okolím. Naopak okolí seniora může narušenou komunikaci podnítit na podkladě nedodržování zásad komunikace se seniory s poruchou sluchu. Mezi zásady patří mimo jiné i

přizpůsobení obsahu zprávy věku seniora a jeho celkovému stavu. Ostatní zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu budou blíže popsány v kapitole 1.3.1 Komunikace se seniorem s poruchou sluchu (Jarošová, 2006).

Sociální prostředí ovlivňuje frekvenci používání sluchadla. Pokud senior s poruchou sluchu bydlí s početnější rodinou, využívá sluchadlo při komunikaci s ostatními členy rodiny častěji než senior, který bydlí sám. Osamocený senior bude používat sluchadlo jen v nutných případech, do kterých patří například poslech televize či rádia, nakupování, návštěva lékaře a podobné aktivity (Jarošová, 2006).

Mezi další sociální problémy patří i změna sociální role, kdy se senior může izolovat na podkladě neschopnosti své role plnit. Kvůli těmto potížím začne omezovat veškeré kontakty s ostatní populací, proto by rodina měla seniorovi zajistit vhodnou náplň volného času seniora. Aktivity by měla rodina volit takové, na kterých seniorovi ukáže, že svou roli může plnit i jiným způsobem než tomu bylo doposud (Jarošová, 2006).

1.3 Komunikace se seniorem

1.3.1 Komunikace se seniorem s poruchou sluchu

Komunikace je součástí každodenních činností jedince. Měly by při ní být naplněny čtyři prvky, které zajistí pocit bezpečí a jistoty. Jedná se o sociální kontakt a interakci, dalšími prvky jsou vysvětlení, potvrzení a ujištění. Důležitá při komunikaci je i rada, podpora a edukace. Posledním prvkem při komunikaci je přítomnost komfortu, útěchy, ujištění a uklidnění. Aby těchto prvků a potřeb bylo dosaženo, musí se přizpůsobit komunikační techniky a dovednosti vždy jednotlivci individuálně. Zejména se komunikační styl přizpůsobuje věku jedince. Dále se bere zřetel na schopnosti a dovednosti seniora, aby porozuměl informaci, která je mu předávána. Navíc musí sestra při komunikaci poskytnout seniorovi dostatek času, který má zajistit kvalitní a efektivní komunikaci a zamezit vzniku konfliktu (Kelnarová, 2007; Pokorná, 2010).

Komunikace se seniory se přizpůsobuje změnám fyzickým a psychickým, jako například narůstajícímu věku, ale i přesto se mohou objevit komunikační bariéry. Tyto bariéry popsalo několik autorů rozdílně. Obecně se dají rozdělit na bariéry interní a externí. Mezi interní bariéry řadíme schopnosti, dovednosti jednice, jeho zdravotní stav, obavy z neúspěchu, negativní emoce, mezi které patří například strach, zlost a podobné pocity. Do této kategorie spadá i nepřipravenost, fyzické nepohodlí či nemoc. Do skupiny externích komunikačních bariér zařazujeme vliv zevního prostředí, vyrušení další osobou, hluk či šum, neschopnost naslouchat nebo komunikační zahlcení. Jiní autoři do komunikačních bariér řadí demenci, poruchy sluchu, dysartrii nebo dysfazii (Kelnarová, 2007; Pokorná, 2010).

Nejjednodušší dělení bariér při komunikaci je rozčlenění do tří skupin, které jsou zaměřené na jednotlivé změny. Jedná se o změny fyzické, kam patří poruchy sluchu a zraku. Změny nálad, dysforie či deprese se řadí do skupiny psychických změn. Mezi kognitivní změny zahrnujeme změny poznávacích schopností. A poslední skupinou se staly změny psychosociální (Kelnarová, 2007; Pokorná, 2010).

Ještě než sestra začne se seniorem s poruchou sluchu komunikovat, musí si ujasnit, zda bude rozhovor veden jako edukační, motivující nebo naslouchající. Dále by měla znát seniora jako osobnost. Tedy zda vyžaduje při komunikaci oddělené prostory

od ostatních spolubydlících z pokoje nebo jiná specifika. Důležité je vědět, jestli se senior zvládne sám rozhodovat. I téma rozhovoru je velice podstatné, protože od něho se odvíjí vhodná volba slov a časové rozmezí rozhovoru. Sestra by se seniorem s poruchou sluchu měla ještě před samotným rozhovorem vyplnit testy, které ji informují o seniorových dovednostech a možnostech. Mezi důležité testy patří krátká škála mentálního stavu. Tento test je pro sestru velmi důležitý, podle jeho výsledků přizpůsobí komunikaci se seniorem (Pokorná, 2010; Klevetová, Dlabalová, 2008; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Sestra nejprve zvolí prostor, který pro komunikaci se seniorem s poruchou sluchu upraví tak, že odstraní rušivé elementy, jako například hluk z venkovního prostředí uzavřením okna, odnesením telefonu do jiné místnosti a podobně. Než sestra zahájí rozhovor se seniorem s poruchou sluchu, měla by ho pozdravit a společně s ním vybrat vhodné oslovení. Pozdrav při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu je vhodné doplnit dotykem. Dále je potřeba oznámit, jak dlouho se seniorovi bude sestra věnovat. Pokud je předem určený čas ke komunikaci, zamezí se tak možným konfliktům se seniorem nebo jeho pocitům zbytečné a nezajímavé osoby. Jestliže se seniorem přišel příbuzný jako doprovod, sestra musí komunikovat se seniorem s poruchou sluchu. Rozhodně by neměla pokládat otázky, na které má odpovídat senior, doprovázející osobě. Při dodržení tohoto prvku komunikace zamezí pocitu sníženého sebevědomí u seniora s poruchou sluchu (Pokorná, 2010; Klevetová, Dlabalová, 2008; Vybíhalová, 2011; Beran, 2010).

Během rozhovoru se doporučuje udržovat se seniorem s poruchou sluchu oční kontakt a vzdálenost zhruba 40 centimetrů. Pokud senior s poruchou sluchu používá sluchadlo, měla by sestra mluvit směrem k uchu, na kterém má senior sluchadlo uložené. Je potřeba mluvit hlasitě, správně artikulovat, hovořit v krátkých větách a nepoužívat cizí slova ani zkratky. Pokud senior s poruchou sluchu nepochopí význam slova, je nutné slovo nahradit jiným pojmem, aby senior porozuměl pojmu i celému kontextu věty. Jestliže se mluví o přítomných předmětech nebo částech těla doporučuje se na objekty či tělo ukazovat. Během komunikace musí sestra kontrolovat svou nonverbální komunikaci. Neměla by přehnaně gestikulovat, protože pohyby by mohly

odpoutat seniorovu pozornost od probíraného tématu. Při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu se sestra nesmí otáčet zády nebo chodit po místnosti. Tím by seniorovi zabránila odezírat a navíc mu komplikuje možnost porozumět řečeným větám. Samozřejmě odezíraní z úst stěžuje i žvýkání a překrývání si rtů. Ovšem jen malé množství seniorů s poruchou sluchu umí odezírat. Během celého rozhovoru sestra seniora s poruchou sluchu neustále poslouchá a sleduje, zda se shoduje komunikace verbální s prvky neverbální komunikace. Při konverzaci se doporučuje mluvit plynule, nedělat prudké pohyby a neopouštět seniora. Jako projev aktivního naslouchání může sestra zopakovat poslední slova, která senior při rozhovoru zmínil. Díky tomu se senior s poruchou sluchu ujistí, že ho někdo při rozhovoru poslouchá a nebude se cítit méněcenný. Občas je vhodné při konverzaci se seniorem i mlčení, zejména při bolestné situaci a jiném trápení. Stěžejní informace se doporučuje předat seniorovi s poruchou sluchu v tištěné formě, kde jsou jednoduché body a v závěru jsou veškeré informace ještě jednou shrnuty. I při rozhovoru se musí provést rekapitulace informací, při které senior s poruchou sluchu může pokládat otázky. V rámci zpětné vazby se sestra ptá na jednotlivé části z rozhovoru, aby si ověřila, zda senior předávaným informacím při komunikaci porozuměl. Ještě než se sestra se seniorem s poruchou sluchu rozloučí, měla by rozhovor ukončit pochvalou (Klevetová, Dlabalová, 2008; Vybíhalová, 2011; Beran, 2010; Hines, 2000).

Při komunikaci se seniory s poruchou sluchu by sestra měla být dostatečně trpělivá, empatická, měla by projevovat zájem o seniora s poruchou sluchu. Dále je nezbytné vhodně motivovat seniora s poruchou sluchu k častějšímu používání kompenzačních pomůcek. Při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu je pochvala i podpora důležitým prvkem, který ho povzbudí k vedení dalších rozhovorů. Pro seniora s poruchou sluchu je podstatná také autonomie, protože se sám může rozhodovat o svém způsobu jednání (Venglářová, 2006; Vybíhalová, 2011; Beran, 2010).

Sestra by při rozhovoru měla pátrat po možných problémech a podle nich stanovit ošetřovatelský plán. Při zjištění problému je výhodnější seniora s poruchou sluchu pouze navést k určitému typu řešení, než mu poskytovat rady, které zajistí odstranění problému. Z toho vyplývá, že komunikace se seniory s poruchou sluchu má

řadu specifíků. Aby sestra vedla rozhovor kvalitně, musí znát zásady komunikace se seniory a zásady komunikace s jedinci s poruchou sluchu (Pokorná, 2010; Vybíhalová, 2011; Beran, 2010).

1.3.2 Inhibující komunikační styly

Zdravotničtí pracovníci, kteří pracují se seniory, by měli během komunikace vyhledávat specifické potřeby a pomáhat seniorům při denních aktivitách. Při běžné komunikaci se seniory většina zdravotnických pracovníků využívá zjednodušování, ponižující tón, povrchní komunikaci nebo naopak nadměrné vysvětlování situace. Dále mohou zdravotničtí pracovníci používat direktivní komunikaci, ošetrovatelskou řeč, novou řeč či dětskou řeč. Všechny tyto způsoby komunikace seniora devalvují a jsou nepřijatelné v rámci komunikace se seniory s poruchou sluchu. Při používání těchto způsobů komunikace se navíc zvyšuje závislost seniora na druhých a postupně se vytváří podmínky pro izolaci seniora s poruchou sluchu (Kelnarová, 2007; Malíková, 2011; Klevetová, Dlabalová, 2008).

Pokorná popisuje mimo jiné i pojem zvaný elderspeak. Ten se vyskytuje zejména v zařízeních se zaměřením na sociální péči a služby poskytované prostřednictvím domácí péče. Ve zdravotnických zařízeních není tento způsob komunikace rozšířen. Lidé používající tuto komunikační techniku mají zakořeněno, že všichni senioři jsou méně kompetentní. Jedná se o nereálné hodnocení seniora a jeho schopností. „Elderspeak se projevuje používáním jednodušších vět, změněnými nonverbálními prvky komunikace, jiným emocionálním tónem v řeči, zdůrazněnou intonací, zvýšeným tónem v hlasu, zpomaleným řečovým tepem, používáním zdvořilých, nevhodným oslovením seniora, používáním prvků z dětské řeči a častějším opakováním (Pokorná, 2010, s. 62 – 63).“ Mezi neverbální projevy patří nadměrná mimika, omezení dotyků, nedodržení vzdálenosti a očního kontaktu při komunikaci se seniorem. Při používání této techniky se objeví zejména verbální projevy věkové diskriminace, despekt vůči starším lidem, zvěčňování, ponižující jednání, které při komunikaci využívá spíše mladší populace. Důsledkem elderspeaku může být snížené sebehodnocení seniora, deprese, pocit méněcennosti a izolace (Pokorná, 2010).

Mimo elderspeaku se vyskytují další zlozvyky, které se často projeví při komunikaci zdravotnických pracovníků se seniorem s poruchou sluchu. Jedná se o stav, kdy při komunikaci je seniorovo chování předem odsuzované, dříve než sestra zjistí důvod jeho způsobu chování. Zdravotnický personál nevěnuje problému dostatek času a nesnaží se porozumět seniorovu počínání. Neustále se navyšuje snaha seniora uklidňovat a pomoci mu najít řešení pro danou situaci i přesto, že senior situaci například nechce vyřešit. Mezi další prvky nevhodné komunikace se seniory s poruchou sluchu patří přesvědčování seniora a vnučování mu našeho názoru. V té chvíli se senior nemůže sám rozhodnout o svých aktivitách. Často se zdravotničtí pracovníci snaží zamezit rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu, kdy nejčastějším důvodem je podle sester nedostatek času. Dále sestra seniorovi místo komunikace nabízí jiné aktivity, pomocí kterých seniora s poruchou sluchu zaměstná a tím oddálí rozhovor. Pokud se ovšem k rozhovoru zdravotnický pracovník odhodlá, vyskytuje se při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu velké množství otázek, které často bývají zbytečné. Může tak dojít ke změně tématu, i když senior nezíská veškeré informace o dané problematice, která ho zajímá. Při rozhovoru je senior často přerušován, protože se sestra domnívá, že zná jeho myšlenky a chce mu v dobré víře vnutit svůj názor. Obvykle se rozhovor mezi sestrou a seniorem stává pouze jednosměrný, kdy si sestra odpovídá na své dotazy a neodpovídá na seniorovy otázky (Kelnarová, 2007; Malíková, 2011; Klevelandová, Dlabalová, 2008).

I při neverbální komunikaci se objevují prvky, které jsou nevhodné. Patří sem mávání rukou na seniora s poruchou sluchu, ale i odchod z pokoje, aniž by se senior dozvěděl odpověď na svůj dotaz. Tyto neverbální části komunikace senior vnímá jako ponižování své osoby (Malíková, 2011).

1.4 Ošetrovatelská péče

1.4.1 Ošetrovatelská péče o seniora s poruchou sluchu

Každodenní péče o seniory s poruchou sluchu v zařízení zdravotnickém nebo sociálním vyžaduje holistický přístup zdravotníků. Specifické odlišnosti se vyskytují i při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Aby sestra mohla seniorovi poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, měla by znát biologická specifika stárnutí a také psychologické i sociální odlišnosti vyššího věku. Z holistického pohledu je nutné se zaměřit při poskytování ošetrovatelské péče na seniorovu celoživotní dráhu, kdy se sestra zajímá o jeho život. Dále by sestra měla znát pořadí seniorových hodnot a jeho vztah k ostatním lidem (Zacharová, 2010; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

V rámci profesionálního přístupu musí člen zdravotnického týmu respektovat individuální změny psychických funkcí. Pro kvalitní a účelnou komunikaci je nejhodnější volit nedirektivní formu komunikace, při které se seniorovi s poruchou sluchu poskytují pravdivé informace. Sestra by neměla seniorovi vyvracet jeho představy. Naopak se doporučuje, respektovat seniorovu naději. V souladu s holistickou péčí umožníme seniorovi s poruchou sluchu přítomnost rodinného příslušníka, který je pro něho nepostradatelný nebo důležitý. Velmi podstatnou složkou při ošetrování seniora s poruchou sluchu je taktní přístup s projevenou empatií. Samozřejmě pomáháme i rodině seniora s poruchou sluchu poskytováním informací například při obsluze sluchadla (Topinková, 2005; Zacharová, 2010; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Pro vytvoření kvalitního vztahu mezi zdravotníkem a seniorem s poruchou sluchu se může vycházet z Evropské charty pacientů seniorů, kde jsou uvedeny podstatné prvky pro správný přístup zdravotníků k seniorům s poruchami sluchu. Dobrého vztahu se seniorem s poruchou sluchu se dá docílit jeho přijímáním za partnera. Seniorovi má být umožněno podílet se na rozhodnutí, které se týká péče a jeho zdraví. Každý zdravotník má trpělivě a terapeuticky naslouchat seniorovi s poruchou sluchu. Ten si může zvolit osobu, která jej bude zastupovat při potížích spojených s komunikací. Dále je velmi podstatné zajištění kompenzačních pomůcek pro komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Od členů zdravotnického týmu by měl být senior

s poruchou sluchu citlivě, ale jasně poučen o svých zdravotních problémech. Samozřejmě může požádat o písemnou zprávu svého zdravotního stavu. Vzhledem ke zdravotnímu stavu seniora s poruchou sluchu se připojují i informace o možnostech léčby a jejích rizicích. Důležitým prvkem komunikace se seniorem je, aby byl o svém zdravotním stavu informován jako první. Poté záleží na seniorovi, zda se rozhodne sdělit tyto informace rodině a jiným příbuzným. S tím souvisí další důležité informace, ve kterých se senior s poruchou sluchu dozvídá o možných službách, které jsou buď zdravotního, nebo sociálního typu. V každé situaci by mělo být seniorovi s poruchou sluchu předáno dostatečné množství informací, poskytnut dostatek času a upřesněno vysvětlení možných následků při rozhodnutí se pro jinou strategii léčby než byla původně naplánována (Haškovcová, 2002; Malíková, 2011).

Kromě dobrého vztahu je součástí holistické péče profesionální přístup zdravotníků. Individuální přístup k seniorovi s poruchou sluchu je specifikován zjišťováním aktuálních problémů a stanovením ošetřovatelského plánu. Problémy seniora s poruchou sluchu se ověří na základě ošetřovatelské anamnézy, kdy sestra získává informace o jednotlivých oblastech podle používaného modelu z více zdrojů. Informace o seniorovi s poruchou sluchu sestra získává z dokumentace, která obvykle obsahuje i geriatrické testy jako například test instrumentálních denních činností (IADL). Zde se zjišťují seniorovy schopnosti při vykonávání běžných denních činností nebo test pro hodnocení kognitivních funkcí seniora. Dále sestra informace obdrží od samotného seniora s poruchou sluchu během rozhovoru, ale i od příbuzných, kterým může také pokládat otázky týkající se jeho zdravotního stavu. Při rozhovoru musí sestra dodržovat zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Další možností, jak získat informace o seniorovi s poruchou sluchu, je i jeho pozorování. Všechny získané informace sestra zváží a ujednotí si je, poté stanoví ošetřovatelské problémy a možná rizika, která budou do ošetřovatelského plánu zanesena jako potencionální ošetřovatelské diagnózy. Po identifikaci problémů se určí ošetřovatelské diagnózy podle seznamu ošetřovatelských diagnóz NANDA domény, které se pravidelně kontrolují, obnovují, nebo se ověřuje jejich ukončení. Podle vytvořeného plánu sestra vykonává intervence, které daný problém odstraní. Během plnění ošetřovatelského plánu sestra

sleduje seniora s poruchou sluchu komplexně, tedy jestli nedošlo k nějakým změnám, které by mohly zapříčinit přepracování či úpravu ošetrovatelského plánu. Po předem stanoveném časovém intervalu se celý plán hodnotí, zda došlo prostřednictvím intervencí ke splnění plánu a následnému odstranění problémů. Pokud ošetrovatelský plán nezajistil odstranění problémů, musí se přepracovat a po znovu určeném časovém intervalu se plán opět zhodnotí. Zhodnocení je velmi důležitou součástí ošetrovatelského plánu, ovšem hodnocení plánu se se seniory stává složitější. Problémem při vyhodnocování může být ze sesterského pohledu nedostatek času, který je stěžejní při takové činnosti. Poruchy paměti mohou hodnocení také zkomplikovat, protože senior si nemusí pamatovat, jakým způsobem ho problém limitoval na začátku ošetrovatelského procesu nebo si nemusí pamatovat intervence, které sestra prováděla pro odstranění problému. Mezi další problémy patří i změny nálad seniora nebo náhlá ztráta ochoty spolupracovat. Proto je ošetrovatelský proces pro sestry více náročný než ošetrovatelský proces u mladších osob (Malíková, 2011; Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

Mezi celosvětové principy geriatrické péče patří zabezpečení, autonomie, důstojnost, smysluplnost a participace, které chce seniorům zajistit každé zařízení zdravotního nebo sociálního typu. Zabezpečení spočívá v zajištění oblečení, potravy, pitné vody, základní péče a přístřeší. Tyto prvky jsou základem péče o seniora a jsou nepostradatelné v jeho každodenním životě. Aby se senior necítil méněcenný, musí se podporovat jeho autonomie tak, že má právo sám se rozhodovat a má kontrolu nad svým jednáním i soukromím. Důstojnost je dalším prvkem kvalitní geriatrické péče. Jedná se o respektování osobnosti, studu a soukromí od všech členů zdravotnické skupiny. Při dodržování tohoto principu nebude senior zažívat ponižující způsoby péče a chování při ošetrování zdravotnickými pracovníky. Smysluplnost při hledání životní náplně se stává další součástí péče o seniory. Do této kategorie spadají animační programy oživující zejména ústavní péči seniorů, ale postupně dochází ke snaze o zcivilnění dlouhodobé péče. Participace je poslední součástí kvalitní geriatrické péče. Na jejím podkladě dochází k začleňování jedinců do komunity. Senioři tak ve

společnosti sdílejí své vzájemné problémy a mohou spolu komunikovat (Pokorná, 2010).

1.4.2 Ošetřovatelské diagnózy

Senior s poruchou sluchu může mít řadu problémů, které se definují prostřednictvím ošetřovatelského procesu na ošetřovatelské diagnózy. Ty jsou zcela individuální a určují se po předešlé anamnéze získané při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Základní ošetřovatelskou diagnózou seniora s poruchou sluchu by měla být *Porucha smyslového vnímání*, kdy se specifikuje porucha sluchu. Podle aktualizovaného seznamu ošetřovatelských diagnóz NANDA domény se tato diagnóza jmenuje *Narušené auditivní vnímání*. Nejčastěji se projevuje zhoršeným slyšením nebo změnami chování, které se objeví při komunikaci. S tímto problémem souvisí poruchy smyslového vnímání i narušený přenos zvuků. Intervencí pro tuto diagnózu je přizpůsobení komunikace seniorovým možnostem. Sestra musí zjistit, do jaké míry má senior sluch zachovaný a podle výsledku zvolí techniku pro dorozumívání. Pokud má senior částečně zachovaný sluch, postačí dodržovat zásady komunikace se seniory, tedy mluvit v krátkých a jasných větách. Nepoužívat při komunikaci cizí slova nebo zkratky, kterým by senior s poruchou sluchu nemusel porozumět. Nedoporučuje se při rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu přecházet po místnosti. Nezbytné je dodržování správné vzdálenosti i očního kontaktu při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Sestra musí seniorovi s poruchou sluchu poskytnout dostatek času na odpověď a zároveň mu zodpovídat veškeré dotazy. Před ukončením rozhovoru sestra poskytne seniorovi s poruchou sluchu informace v písemné podobě, které jsou zestručněné, důležité a mohou být doplněné malým množstvím obrázků. Jestliže senior nemá zachovaný sluch, snaží se sestra dorozumět se seniorem pomocí jednoduchých obrázků nebo psaní. Ovšem pokud sestra i senior s poruchou sluchu ovládají prstovou abecedu nebo znakovou řeč, mohou komunikovat prostřednictvím této techniky (Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

Další diagnózou může být *Zhoršená verbální komunikace*, kdy senior s poruchou sluchu nechce mluvit, špatně porozumí řeči, nedokáže vyjádřit svoje myšlenky nebo komunikuje s obtížemi. Tyto potíže mohou souviset se sníženým prokrvením mozku, s

poruchami sluchu a s bariérami jakéhokoli typu. Při zhoršené verbální komunikaci se musí dodržovat zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Sestra může použít jako pomůcky při rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu jednoduché obrázky. Dále může sestra požádat o spolupráci logopeda (Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

S předchozí ošetrovatelskou diagnózou souvisí i další ošetrovatelská diagnóza *Ochota ke zlepšení komunikace*, která je v aktualizovaném seznamu ošetrovatelských diagnóz NANDA domény interpretována jako *Snaha zlepšit komunikaci*. Tato diagnóza se objevuje zejména mezi seniory, kteří chtějí zlepšit úroveň své komunikace, snaží se vyjadřovat své myšlenky a pocity. Sestra či rodinní příslušníci seniora by měli seniora s poruchou sluchu dostatečně a vhodným způsobem motivovat, aby jedinec vyjadřoval svůj aktivní zájem spojený se získáním nových informací. Jedním ze způsobů motivace je možnost, kdy se seniorovi s poruchou sluchu nabídne řada důvodů, proč by se měl v dorozumívání zlepšovat (Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

Bohužel pokud zdravotničtí pracovníci i rodinní příslušníci nebudou dodržovat zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu, mohou se vyskytnout ošetrovatelské diagnózy, které budou demonstrovat devaluaci seniora. Jedná se o diagnózu *Riziko situačně snížené sebeúcty*, která se může vyskytnout jednorázově při nevhodně vedeném rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Ovšem pokud bude sestra opakovaně komunikovat nevhodným způsobem se seniorem s poruchou sluchu, může se u devalvovaného seniora objevit *Situačně snížená sebeúcta*. Projevuje se nerozhodností, negativním sebehodnocením nebo bezradností. Tyto projevy mohou souviset s nedostatečným uznáním seniora, se změněnou rolí seniora nebo s funkčním poškozením sluchu. Velmi důležitou prevencí *Chronicky nízké sebeúcty*, tedy další ošetrovatelské diagnózy, je dodržování zásad komunikace se seniory s poruchou sluchu, pozitivní hodnocení seniora s poruchou sluchu, jeho motivování k vykonávání nových činností, s kterými nemá zkušenost. Pokud po výskytu těchto diagnóz nebudou dodržovány výše zmíněné intervence, může se problém prohloubit až k *Sociální izolaci*, která v aktualizovaném seznamu ošetrovatelských diagnóz NANDA domény nese název *Zhoršená sociální interakce*. Může být problémem nespolečenského, nekomunikativního seniora, který chce být sám. Izolovaný senior se projevuje například

neudržením očního kontaktu a smutným výrazem. Takový člověk se navíc cítí odmítnutý a rozdílný v porovnání s ostatními seniory (Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

Ochota zlepšit sebepojetí neboli *Snaha zlepšit sebepojetí*, jak uvádí aktualizovaný seznam ošetřovatelských diagnóz NANDA domény, by měla být u seniora s poruchou sluchu podporována. Senior s poruchou sluchu by měl pocítovat spokojenost se sebou samým, důvěřovat svým schopnostem, uznávat své hodnoty. Pro splnění této ošetřovatelské diagnózy je nutné seniora s poruchou sluchu dostatečně podporovat, aby se snažil více projevovat, komunikovat a zapojovat do kolektivu (Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

I diagnóza *Ochota doplnit deficitní vědomosti* se týká nejen samotného seniora s poruchou sluchu, ale i příbuzných. Senior s poruchou sluchu si musí doplnit informace týkající se péče o sluchadlo. Příbuzní seniora se mohou naučit zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Pokud senior nemá sluch zachovaný, měly by se příbuzní naučit prstovou abecedu nebo znakovou řeč. Důležité pro ukončení této diagnózy je naučit se něčemu novému nebo pocít potřeby zdokonalení komunikace se seniorem s poruchou sluchu (Marečková, 2006; Hedrman, 2010).

1.4.3 Edukace seniora s poruchou sluchu

Edukace je proces, kdy edukátor, v našem případě sestra, poskytuje důležité a specifické informace edukantovi, v našem případě seniorovi s poruchou sluchu. Senior tyto informace musí pochopit, zapamatovat si je a poté využívat při následné péči o sebe. Zda jednotlivé fáze proběhly v pořádku, zjistí sestra pomocí zpětné vazby, kterou využije na konci edukačního procesu. Protože edukace není pro účel naší práce stěžejní, zmíníme ji jen okrajově. Obvykle ji provádí sestra pomocí různých metod, které se upravují individuálně pro každého seniora. Vhodné metody se volí podle seniorových schopností, dovedností a možností, které sestra zjistí pomocí testů. Samozřejmě sestra může edukovat i příbuzné seniora. Před edukací sestra připravuje edukační plán, který je zcela individuální pro každého jedince. Nejčastěji se k edukaci používá metoda slovní prezentace. Proto sestra musí znát slovní zásobu seniora s poruchou sluchu, aby nepoužívala pojmy, kterým senior s poruchou sluchu nerozumí. Nezbytné je při edukaci

dodržování zásad komunikace se seniory s poruchou sluchu. Tedy nezakrývat si ústa, stát čelem k seniorovi s poruchou sluchu, nežvýkat, mluvit nahlas a zřetelně, v krátkých větách. Doporučuje se seniorovi s poruchou sluchu poskytnout edukační materiál v psané formě doplněný obrázky. Veškeré činnosti sestra se seniorem s poruchou sluchu nacvičuje. Po provedení edukace si sestra musí ověřit prostřednictvím zpětné vazby, zda senior s poruchou sluchu všemu porozuměl a pochopil všechny pojmy. Zjistí to pokládáním otázek nebo může požádat seniora, aby určitou činnost předvedl, a poté zhodnotí kvalitu provedení (Petlák, 2004; Petty, Kovařík, 2006; Průcha, 2009).

Seniora s poruchou sluchu sestra nejčastěji edukuje ohledně používání sluchadla. Než začne senior sluchadlo používat, měl by přístroj umět ovládat. Je tedy nutné, aby věděl, jakým způsobem se mění baterie ve sluchadlu, které jsou nezbytné pro jeho správnou funkci. Sestra by při edukaci seniora s poruchou sluchu měla upozornit na správné uložení baterie, kdy musí souhlasit póly na baterii i ve sluchadlu. Ještě než se baterie vloží do přístroje, je nutné z ní sloupnout nalepenou folii. Samotný přístroj seniora s poruchou sluchu upozorní na malé množství energie v baterii čtyřmi rychlými tóny. Po tomto zvukovém upozornění by měl senior s poruchou sluchu baterii vyměnit, aby mohl sluchadlo i nadále využívat (Juřeníková, 2010; Petlák, 2004; Průcha, 2009).

Senior s poruchou sluchu si musí na používání sluchadla zvyknout. Sestra mu doporučí používat sluchadlo z počátku v kratších intervalech, které se postupně prodlužují. Důležité je, aby senior s poruchou sluchu sluchadlo využíval pravidelně a stalo se běžnou denní činností jeho přikládání na postižené ucho. Proto si senior s poruchou sluchu musí osvojit správný postup nasazení sluchadla. Při vkládání tvarovky do ucha je senior poučen, že je vhodnější si pomoci zatáhnutím za boltec, kdy dojde ke snazšímu umístění ušní tvarovky do zevního zvukovodu. Pokud senior s poruchou sluchu využívá sluchadlo závěsné, postačí, aby zbytek sluchadla přiložil za boltec. Tato činnost se seniorovi musí ukázat a následně s ním i vyzkoušet. Po důkladném nacvičování sestra seniora požádá o názornou ukázkou, jak si senior s poruchou sluchu sluchadlo zavede bez pomoci druhých. Při opakovaném vkládání sluchadla do ucha si senior tuto aktivitu zautomatizuje a bude používat sluchadlo

pravidelně. Samozřejmě se seniorovi s poruchou sluchu poskytne prostor pro pokládání otázek (Juřeníková, 2010; Petty, Kovařík, 2006; Průcha, 2009).

Dalším nezbytným prvkem edukace seniora s poruchou sluchu je péče o sluchadlo, kdy je nutné sluchadlo pravidelně čistit a vysoušet. Sestra poučí seniora s poruchou sluchu o každodenním čištění tvarovek uložených v uchu od ušního mazu, potu i prachu. Výrobci sluchadel mají k čištění tvarovek řadu prostředků, mezi které patří šumivé čisticí tablety nebo vlhčené dezinfekční ubrousky, ale někteří výrobci preferují pouze čištění suchým hadříkem. Pro čištění hadičky, mikrofonních vstupů a větracího kanálku sluchadla se využívají štětečky a „šťourátka“. Po vyčištění se hadička profukuje pomocí malého balónku, který odstraní zbytky vody nebo čisticího prostředku. Při každodenním používání sluchadla se v přístroji usazují zbytky vody nebo potu, proto je důležité nechat každý den sluchadlo vyschnout. Sestra seniora s poruchou sluchu upozorní, že pokud by tuto činnost neprováděl, docházelo by k dřívějšímu opotřebení elektroniky uložené ve sluchadlu. I k tomuto mají výrobci sluchadel uzpůsobené různé pomůcky, jako například sušící box, do kterého se navíc se sluchadlem přidávají i vysoušecí tablety. Kromě vysoušecí funkce zajistí tento přístroj i vhodný prostor pro uložení naslouchadla v době, kdy se právě nevyužívá. Dále sestra musí informovat seniora s poruchou sluchu, že když hadička tvrdne, tuhne, praská nebo žloutne, musí se nahradit novou hadičkou, kterou zakoupí v příslušné prodejně (Anon, 2011; Havlík, 2007; Krišková, 2006).

2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat efektivní dovednosti, které sestry využívají při komunikaci se seniory s poruchou sluchu.

Cíl 2: Zjistit, jak na seniory s poruchou sluchu působí nevhodná komunikace sester.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Druh vzdělání ovlivňuje komunikační dovednosti sester při komunikaci se seniory s poruchou sluchu.

Hypotéza 2: Sestry dodržují zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu.

Hypotéza 3: Sestry vnímají ošetrovatelskou péči o seniory s poruchou sluchu jako zatěžující.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak na seniory s poruchou sluchu působí současný způsob komunikace sester?

Výzkumná otázka 2: Jak vnímají senioři s poruchou sluchu nonverbální komunikaci sester?

Výzkumná otázka 3: S jakými problémy se senioři s poruchou sluchu setkávají při komunikaci se sestrou?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat v rámci této práce bylo zvoleno kvantitativní i kvalitativní šetření. Kvantitativní šetření bylo provedeno u všeobecných sester pracujících na odděleních následné péče, v domovech pro seniory a v agenturách domácí péče. Byla upřednostněna technika dotazníku. Při tvorbě dotazníku bylo vybráno 18 otázek otevřeného i uzavřeného typu (příloha č. 1). Některé otázky umožnily možnost zvolit více odpovědí, dotazník byl zcela anonymní. Otázky v dotazníku zjišťovaly znalosti sester týkající se zásad komunikace se seniory s poruchou sluchu. Před rozdělením dotazníků předcházela předvýzkum, který napomohl některé otázky upravit či doplnit. Při předvýzkumu byl dotazník rozdělán šesti sestřím pracujících na oddělení následné péče a v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Data z dotazníků byla zpracována do grafů v programu Microsoft Excel.

Při kvalitativním šetření byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru s deseti seniory s poruchou sluchu. Rozhovor byl veden na podkladě předem stanovených otázek (příloha č. 2). Prostřednictvím otázek jsme zjišťovali pocity seniorů s poruchou sluchu při komunikaci se sestrou. Dále nás zajímalo, zda při komunikaci seniora s poruchou sluchu se sestrou vznikají nějaké problémy. Respondenti nesouhlasili s nahráváním rozhovorů, proto byly jejich odpovědi zapisovány do záznamových archů a poté pro lepší přehlednost zpracovány a přepsány do rozhovorů s respondenty. Následně byly vytvořena schémata v programu Xmind.

Pro zajištění kvalitní komunikace se seniory s poruchou sluchu byl na podkladě výsledků vytvořen standard, který bude obsahovat postup komunikace se seniory s poruchou sluchu. Dalším výstupem práce je informační brožura, která je také zaměřena na zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření tvořily všeobecné sestry, které pracují na odděleních následné péče, v domovech pro seniory a v agenturách domácí péče v Jihočeském kraji. Záměrně byly vybrány sestry z těchto pracovišť, protože se se seniory s poruchou sluchu setkávají velmi často. Dotazníky byly rozdány 200 sestrám, řádně vyplněných dotazníků využitelných ke zpracování se vrátilo 178, návratnost tedy byla 89 %. Dotazníky byly zpracovány během měsíce ledna 2012.

Další sledovaný soubor pro kvalitativní šetření byl utvářen deseti seniory s poruchou sluchu, kteří souhlasili. Otázky respondenti zodpovídali během měsíce února 2012.

4. Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů se seniory s poruchou sluchu

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 1

Respondent číslo 1 je 81 letá žena, která trpí poruchou sluchu již pět let. Naslouchadlo používá přibližně čtyři roky, doporučil jí ho lékař. Komunikaci ji výrazně ulehčilo, protože lépe rozumí ostatním lidem, než tomu bylo před používáním sluchadla. Komunikace zdravotních sester na respondentku *působila pozitivně. Neměla při ní nepříjemný pocit, spíše se jí líbila*. Na komunikaci sester by *nic změnit nechtěla*. Podle jejích slov *je vše v naprostém pořádku*. Naopak *sestry obdivuje, že se při tak náročné práci navíc dokážou chovat tak mile*. Neverbální komunikace na ní určitě *neudělala špatný dojem*. V podstatě si *ani nevšimla nějakých projevů, které se jí jeví jako nevhodné*. Takže podle respondentky by *sestry nemusely žádné prvky neverbální komunikace odstranit*. Jako nejčastější problém udává respondentka *drmolení, kdy hůře rozumí*. *Ale když sestru upozorní, že ji nerozumí, začne sestra mluvit pomaleji a více se zajímá o respondentku, jestli jí rozumí*. Respondentka se domnívá, že sestry komunikaci se seniory s poruchou sluchu *zvládají dobře*. *Velmi ji potěší, když si sestra na ni udělá čas, aby ji sdělila různé informace, které se týkají buď pokynů, jak má co udělat nebo jen rad*.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 2

Druhým respondentem je muž, kterému je 75 let. Poruchu sluchu má tři roky, naslouchadlo začal používat rok po odhalení poruchy sluchu. O možnostech lepšího slyšení prostřednictvím naslouchátka ho informoval lékař i sestra. Je s ním velmi spokojen, nemusí opakovaně žádat ostatní, aby mu zopakovali některé věty. Než začal sluchadlo využívat pravidelně, tento problém jej velmi obtěžoval. Navíc se několikrát setkal s problémem, že mu sestra informaci opakovala, ale bylo na ní vidět, že ji to obtěžuje. Komunikace zdravotníků vytváří na respondenta *dobry dojem, je spokojen díky vhodnému přístupu sester i ostatních zdravotníků*. Domnívá se, že *když sestra nemusí věty několikrát opakovat, má na konci rozhovoru více času, kdy může odpovídat*

na respondentovy otázky. V rámci komunikace sester respondent *neudává žádné prvky, které by chtěl změnit. Spíše vyzdvihl zásady komunikace, které sestry dodržovaly.* Jednou ze zásad bylo *dodržování očního kontaktu během rozhovoru.* Dále sestry poskytly respondentovi *prostor pro pokládání otázek a podobně.* V zápětí dodává, že *naslouchadlo zde ovšem také hraje svou důležitou roli, díky němu je komunikace jednodušší pro všechny zúčastněné.* Neverbální komunikace byla pro respondenta *přijatelná. Nevyvolala v něm nepříjemné pocity, byl s ní v podstatě spokojen.* Proto *neudává žádné prvky neverbální komunikace, které by chtěl respondent omezit. Sestry se snaží dodržovat zásady komunikace.* Respondent chápe, že když jsou sestry v časovém tlaku, *občas nedodržují některé zásady komunikace. Ale když se tento problém objeví, snaží se pak respondentovi onu chybu vynahradiť například větším prostorem při pokládání otázek.* Respondent uvádí jako *nejčastější problém drmolení slov.* Tento jev je pro něho limitující, protože ve chvíli kdy sestra *slova říká moc rychle, začne hůře vyslovovat* a respondent *nedokáže porozumět všem pojmům,* které jsou při rozhovoru využity. Podle respondentova názoru sestry *komunikaci ovládají velmi dobře.* Respondent je *vděčný za to, že sestry dodržují zásady komunikace, protože usnadňují komunikaci na obou stranách.*

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 3

Třetím respondentem je muž, který má poruchu sluchu diagnostikovanou pouze rok a jeho věk je 65 let. Naslouchátko senior vlastní, ale nechce ho používat, protože ho obtěžuje a celkově mu nevyhovuje. Naslouchátko si pořídil, protože lékař i sestra neustále říkali, že tento přístroj mu pomůže při komunikaci nejen se svými vrstevníky, ale i s cizími lidmi ve společnosti. Komunikace zdravotních sester vyvolala u respondenta *negativní pocit.* Během některých rozhovorů se respondent *cítil ponížene.* *Občas se totiž setká se sestrou, která mu vynadá, proč nepoužívá naslouchátko, když ho vlastní.* Poté *není tak ochotná opakovat některá slova, kterým respondent nerozuměl.* Zejména by *chtěl změnit přístup některých sester, které při žádosti o zopakování věty, dávaly najevo, že tato činnost je pro ně obtěžující.* S touto situací se setkal ve chvíli, kdy sestra zjistila, že senior své naslouchátko nepoužívá pravidelně. I neverbální komunikaci respondent hodnotí jako *nevhodnou.* Během rozhovorů respondent

postrádal jednotlivé složky *neverbální komunikace*, zejména se jedná o *chybění očního kontaktu*. Podle respondenta je *rozhovor více osobní pokud sestra dodržuje oční kontakt*. Dalším nevhodným prvkem neverbální komunikace byla podle respondenta *mohutná gestikulace* několika sester a *žvýkání žvýkaček* při vedeném rozhovoru. Výrazná gestikulace odvádí respondentovu pozornost a *soustředí se více na pohyby sestry než na slova, která říká*. Respondent se často setkal s *nechutí zopakovat věty, o které předtím požádal*. V zápětí dodává, že *tento problém více pozoruje u sester mladšího věku než u starších sester*. Respondent si myslí, že *starší sestry mají víc trpělivosti a tolik nechvátají*. Jako *nejčastější problém* respondent udává *nedodržování očního kontaktu během rozhovoru*. Jak již bylo zmíněno výše, respondent se domnívá, že *oční kontakt zajistí více osobní rozměr rozhovoru*. Respondent na poslední otázku odpověděl, že *věkově starší sestry komunikaci se seniory zvládají podstatně lépe než mladší sestry*. Myslí si, že je to dáno tím, že mají *více trpělivosti a zkušeností a navíc dodržují zásady komunikace*.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 4

Respondentem číslo čtyři je 70ti letý muž. S poruchou sluchu žije již čtyři roky. Naslouchátko nepoužívá, naopak ho odmítá, i přesto, že mu bylo vícekrát nabízeno rodinou i lékařem. Komunikace sester na seniora působí *v podstatě pozitivně*. Sice *občas hůře slyší, ale je spokojen i bez naslouchátka, protože sestry zvýší hlas při dorozumívání se s respondentem*. Pokud sestře respondent nerozumí, *upozorní ji, že naslouchátko dnes nemá a sestra poté hovoří hlasitěji*. Na komunikaci by *nic změnit nechtěl*. Domnívá se, že jejich styl *komunikace je kvalitní*. *Sestra vždy vyhoví jeho požadavkům* ohledně komunikace. Na neverbální komunikaci se respondent velmi soustředí. Všimá si i drobných prvků *neverbální komunikace*, které podle jeho slov *vhodně doplňují věty během hovoru*, takže ji *vnímá pozitivně*. Líbí se mu, že když mu *sestra ukazuje nějaký přístroj nebo něco jiného, vždy si najde dostatek času a vše mu pečlivě ukazuje*. Respondent udává, že sestra by se měla v rámci neverbální komunikace *vyvarovat mohutné gestikulace, která může být zavádějící* pro seniora s poruchou sluchu. Respondent se totiž poté *zaměřuje spíše na pohyby, které sestra vykonává a nesoustředí se na její slova*. Respondent jako *nejčastější problém* uvádí *přehnanou*

gestikulaci, která odvádí jeho pozornost od rozhovoru. Zejména by se mohutné gestikulace měla sestra vyvarovat při vysvětlování obsluhy nějakého přístroje. Komunikaci sestry ovládají dobře. Pokud nerozumí nějakému slovu, sestra obratem zvolí jiné slovo, které je významově stejné a zvýší hlas. Dokonce se i potom zeptá, jestli nyní slovu rozuměl. Ale větší pozornost by některé sestry měly věnovat neverbální komunikaci, tedy zejména gestům, které využívá při rozhovoru.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 5

Pátým respondentem je 73 letá žena trpící poruchou sluchu dva roky. Naslouchátko jí bylo nabídnuto několik měsíců po určení diagnózy praktickým lékařem, který ji doporučil lékaře specialistu. Ovšem dodnes není s naslouchátkem spokojena, používá ho nerada. Zdá se jí, že jí vadí při nošení brýlí. Navíc se bojí, že v deštivém počasí se naslouchátko rozbije. Komunikace sester na ni působí *neutrálním dojmem, není z ní nadšená ani jí nevadí*. Na druhou otázku respondentka odpověděla, že *při komunikaci by chtěla změnit přístup některých sester*. Přímou uvedla, že *by sestry při rozhovoru měly věnovat seniorům více trpělivosti a méně chvátat při vysvětlování různých pokynů nebo činností*. Bojí se totiž, že *by některé informace mohla zapomenout*, protože nových informací je velké množství. Byla by ráda, *když by dostala papír, na kterém je vše ještě jednou napsané a mohla si to doma pak v klidu přečíst a zopakovat*. Neverbální komunikace si respondentka *moc nevšimá, takže k ní žádný postoj nemá*. *Nezdá se jí tato část komunikace důležitá, proto ji nevěnuje dostatek pozornosti*. Proto na následující otázku odpověděla, že *neví, jaká gesta neverbální komunikace by neměla sestra používat*. Ovšem všeobecně se jí *nelíbí žvýkání při rozhovoru, ale to zařazuje mezi zásady slušného chování*. Nad otázkou týkající se *nejčastějšího problému při komunikaci* respondentka velmi přemýšlela a nakonec odpovídala, že *je to velmi individuální u každé sestry, ale nejčastěji se setkala s netrpělivostí sester, hlavně ve chvíli, kdy chtěla něco zopakovat*. Myslí si, že *kdyby dostala papír, kde je vše napsané, neměla by tolik dotazů na sestru*. Komunikaci sester hodnotí jako *průměrnou, nechce je ani chválit ani kárat*. *Vždy totiž potká jinou sestru, která může být vynikající při komunikaci a druhá sestra může být nepříjemná a zlá*.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 6

79 letý muž je šestým respondentem, poruchu sluchu má diagnostikovanou tři roky, naslouchátko prozatím odmítl. Komunikace sester na respondenta *působí kladně*. Je s ní *spokojený, líbí se mu*. Na jejich komunikaci by *skoro nic neměnil*, pouze zmiňuje, že by *některé sestry mohly být více trpělivé*. Podle respondenta prvky neverbální komunikace sestry *volí správně*, takže na něho *působí dobře*. Respondent dále zmiňuje, že mu komunikaci *usnadní, když sestra na určité předměty či části ukazuje nebo nějakou aktivitu předvede tak, jak má být provedena*. Respondent poté udává, že *po názorné ukázce aktivity si ji lépe zapamatuje, než když by o ní jen slyšel*. Respondent udává, že sestry by při neverbální komunikaci měly *dodržet oční kontakt se seniorem a vyvarovat se znechuceného výrazu*. Ten respondenta odrazuje od žádosti znovu zopakovat slovo nebo větu. *Oční kontakt je pro respondenta velmi důležitý i od rodinných příslušníků ho vyžaduje*. I když respondent ví, že sestra mluví s ním, *cítí se lépe, když se na něho i dívá při dorozumívání se*. Jako nejčastější problém respondent prezentuje *ostýchání se znovu požádat o zopakování věty nebo slova, kterému neporozuměl*. Dříve se totiž setkal s reakcí sester, které se *netvářili přívětivě při opakování slov*. *Ještě horší bylo, když respondent žádal o zopakování během rozhovoru opakovaně*. *Starší sestry komunikaci zvládají výborně, žádný problém během rozhovorů s nimi nevznikl*. Respondent si myslí, že je to kvůli tomu, že *starší sestry vidí, co je čeká*. Oproti tomu dorozumění se s *mladšími sestrami je komplikované*, protože se respondentovi zdá, že jsou *příliš rychlé a méně ochotné*.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 7

Sedmým respondentem je 68 letý muž, který poruchou sluchu trpí šest let. Naslouchátko začal používat teprve před dvěma lety, ale pravidelně jej nevyužívá. Nejprve mu o výhodách naslouchátka pověděl kamarád. Později mu naslouchátko nabídl i lékař. Respondent má pocit, že sluchadlo ho spíše omezuje, než mu pomáhá. Vadí mu, při nasazování brýlí, které potřebuje ke čtení. Jelikož je senior společenský typ, rád komunikuje s okolím, proto naslouchátko využívá při společenských akcích. Komunikace sester je podle jeho hodnocení *průměrná, ale působí na něho příjemně*. *Vždy je potěšen, když si může s kýmkoli popovídat*. Na druhou otázku respondent

odpověděl, že by na komunikaci sester *nechtěl nic změnit. Zdá se mu vhodná, asi protože se s každým snaží vždy domluvit.* Neverbální komunikace na respondenta *působí negativně, protože respondent během hovorů postrádá oční kontakt. Pokud je v místnosti více osob a sestra se na respondenta nedívá nebo ho neosloví při vedeném rozhovoru, není si jistý, zda sestra opravdu mluví s ním.* Prvky, které by sestra měla vynechat v rámci neverbální komunikace, jsou podle respondenta *nedívání se seniorovi do očí a žvýkání při rozhovoru.* Žvýkání při rozhovoru respondent nemá velmi rád. Upozorňuje, že je to *nejen zásada správné a vhodné komunikace, ale i zásada slušného chování.* Spíše ho *udivuje, že lidé si tento fakt neuvědomují.* Sedmý respondent uvádí jako nejčastější problém *nedodržování očního kontaktu. Protože naslouchátko nepoužívá pravidelně, cítí se lépe, když sestra při rozhovoru respondenta sleduje. Je si totiž jistý, že rozhovor je uveden právě s ním.* Respondentova odpověď na poslední otázku zněla tak, že komunikaci sester hodnotí *jako průměrnou, zejména neverbální komunikaci sestry mohou zlepšit. Ale jinak je rád, když si může s někým popovídat.*

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 8

Osmým respondentem je 77 letá žena. S poruchou sluchu žije tři roky, naslouchátko využívá od začátku své nemoci. Tvrdí, že ji k používání naslouchátka nabádala hlavně rodina. Nyní je za to ráda. Je s ním velmi spokojena a domnívá se, že bez této pomůcky by se mnohem komplikovaněji dorozumívala. Komunikace sester na ni *působí pozitivně, protože se jí vždy dostatečně věnují. Pokud něčemu nerozumí, zopakují ji danou část, poté se sestra ještě ptá, zda respondentka nyní porozuměla.* Na komunikaci sester respondentka *nic změnit nechce, je za ní vděčná. Vyhovuje jí celkový přístup sester i volba jejich slov. Pozoruje, že sestry málo používají cizí slova, za to je respondentka ráda. Neví, jak by všem cizím slovům porozuměla.* Neverbální komunikace je podle ní také *dobrá, má z ní ve spojení se slovem příjemný pocit.* Hlavně se jí *líbí, že se sestry ptají, zda všemu rozumí. Má poté pocit, že se o ni sestry zajímají.* Jako prvek neverbální komunikace, který by sestra měla při komunikaci vypustit, je *žvýkání žvýkaček.* V zápětí hned dodává, že s tímto problémem *se u sester nesešla.* Na další otázku respondentka odpovídá, že zatím *žádný problém při rozhovoru se sestrou nenastal. Vždy když požádala o zopakování slova, sestra ji bez potíží slovo zopakovala*

nebo jí řekla jiné, které mělo stejný význam. Na poslední otázku respondentka odpovídá tak, že sestry komunikaci zvládají na velmi dobré úrovni. Domnívá se, že vhodně volí slova i ve chvíli, kdy musí pojem, kterému respondentka nerozumí, nahradit jiným slovem.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 9

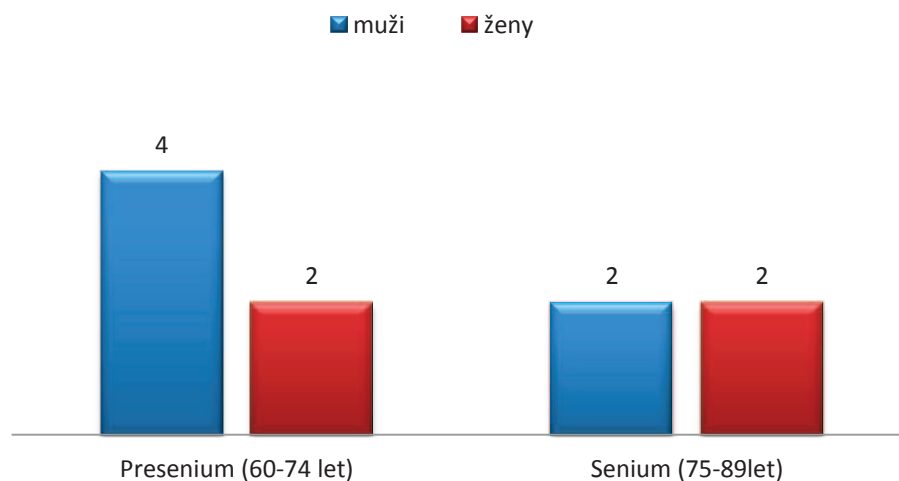
Muž, devátý respondent, kterému je 67 let, trpí poruchou sluchu osm let, naslouchadlo využívá pouze tři roky. Před osmi lety prý nebyla naslouchadla tak kvalitní jako dnes, proto ho dříve nepoužíval. Vesměs komunikace sester na něho působí pozitivně, sestry se snaží dorozumívání respondentovi ulehčit. Je rád, že si na něho udělají čas, i když jsou zrovna v časovém tlaku. Na komunikaci sester by chtěl změnit jejich dotazování se na to, zda senior naslouchadlo používá či ne. Protože respondent se v posledních letech setkává se sestrami, které si nezjistí, jestli sluchadlo používá a zbytečně na něho při komunikaci zvyšují hlas. Respondent je poté informuje o tom, že naslouchadlo používá. Sestry hlas zeslabí, ale za chvíli znovu hlas postupně nevědomě zvyšují. Na neverbální komunikaci respondent neklade velký důraz, proto odpověď na následující otázku zněla tak, že z jeho pohledu na něj *nijak nepůsobí*. Devátý respondent na následující otázku odpověděl tak, že v rámci neverbální komunikace mu vadí *narušování intimní zóny*, když se sestra snaží usnadnit komunikaci *přiblížením se k seniorovi, aby ji lépe slyšel*. Podle respondenta tento problém souvisí s *nedostatečnou informovaností sester o tom, zda senior naslouchadlo používá*. Kdyby se zeptaly na začátku rozhovoru, *hned by věděly, jak se seniorem komunikovat*. Jako nejčastější problém respondent uvádí *zbytečné zvýšení hlasu i přesto že používá naslouchadlo*. A další problém, který ho irituje, je *volba příliš jednoduchých vět* během komunikace s respondentem. Respondent uvádí, že při *komunikaci se sestrou, která volí příliš jednoduchá slova nebo věty, se cítí jako dítě*. V podstatě dorozumívání se seniory sestry zvládají kvalitně, ale bylo by vhodné, aby důkladně zjišťovaly, *zda senior používá naslouchadlo a komunikaci individuálně přizpůsobily*.

Rozhovor se seniorem s poruchou sluchu číslo 10

73 letá žena trpící poruchou sluchu teprve jeden rok je desátým respondentem. Naslouchátko jí doposud nebylo nabídnuto, ale slyšela o něm. Zatím o něj zájem nemá. Komunikace sester na respondentku *působí záporně, špatně se s nimi domlouvá. Nechtějí ji opakovat slova, kterým nerozumí. Má pocit, že sestry jsou na ni příliš zlé. Při komunikaci by respondentka chtěla, aby sestry lépe artikulovaly, mluvily hlasitě a pomalu. Zdá se jí, že na ni sestry všechny informace vychrlí a jdou je předávat dalšímu seniorovi. Domnívá se, že by se sestry měly zeptat, zda tomu rozuměla nebo ji aspoň mají dát papír, kde je vše důležité napsáno.* Neverbální komunikaci respondentka vnímá jako *pozitivní*. Tady se jí líbí, že *sestra na vše ukazuje*. Ale respondentka si to nestihne prohlédnout tak, jak by si představovala. Potřebovala by si určitou věc *osahat sama a pak se sestrou například nacvičit nějakou s tím spojenou činnost*. Respondentka uvádí, že sestra by se během rozhovoru měla v rámci neverbální komunikace vyvarovat *přílišné gestikulaci a omezit vykonávání dalších činností, které odvádí pozornost*. Respondentka se *nelíbí, když jí sestra něco vysvětluje a do toho vyřizuje telefonáty, chodí za lékařem a odpovídá na jeho dotazy*. Respondentka uvádí problémů hned několik. Nejzávažnějším problémem podle jejích slov je *mluvení potichu a nedodržování očního kontaktu*. Respondentka uvádí, že *když sestra mluví potichu, ale sleduje ji při rozhovoru, dokáže si odvodit, co po ní chce. Ale pokud sestra mluví potichu a nedívá se na respondentku, je to podle jejích slov, ta nejhorší varianta*. Komunikaci sester respondentka hodnotí *negativně*. Domnívá se, že by si měly *doplnit informace o zásadách komunikace se seniory s poruchou sluchu*. Dále doplňuje, že by bylo vhodné, aby *sestry navštěvovali nějaké kurzy, kde si mohou tyto nedostatky doplnit a zajistí zlepšení komunikace*.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Graf 1 Pohlaví a věk respondentů



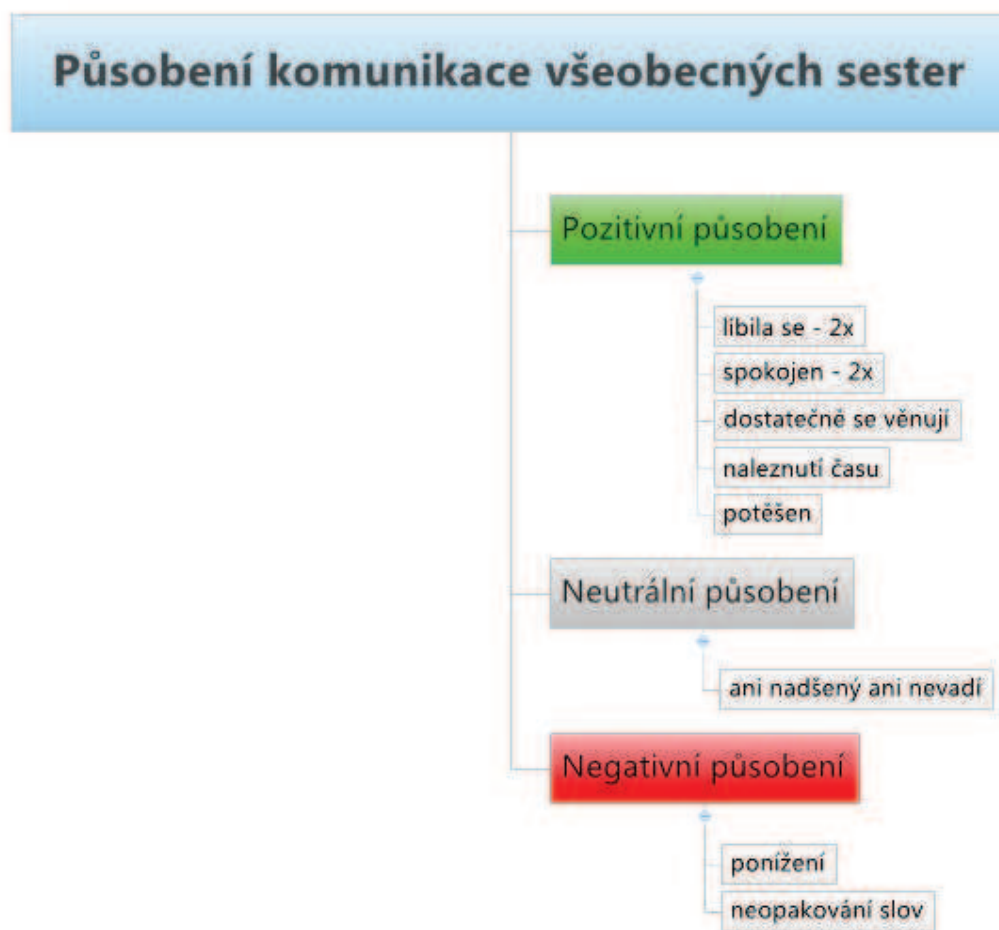
Čtyři respondenti v preseniu, tedy mezi 60 a 74 lety, jsou muži. Další dva muži se nachází v seniui od 75 do 89 let. Mezi další respondenty se řadí dvě ženy, které spadají do kategorie presenia od 60 do 74 let. V seniui, 75 až 89 let, jsou také dvě ženy.

Působnost komunikace všeobecných sester

Odpověď *pozitivní působení* při komunikaci všeobecných sester se vyskytlo 5x (R1, R4, R6, R8, R9). R1 doplňuje, že při komunikaci *něměla nepříjemný pocit, spíše se jí líbila*. R4 *občas hůře slyší, ale je spokojen i bez naslouchátka, protože sestry zvýší hlas, pokud je to potřeba při dorozumívání se*. Spokojený s komunikací sester je R6, *líbí se mu*. R8 se sestry při komunikaci *dostatečně věnují*. R9 poukazuje na to, že *sestry se snaží dorozumívání ulehčit*. Navíc ocení, že si na něho *udělají čas, i když jsou zrovna v časovém tlaku*. Dále v respondentech komunikace sester vyvolává *negativní pocit* (R3, R10). R3 udává, že se *cítí ponížene ve chvíli, kdy mu sestra vytkne, že nepoužívá naslouchátko, i když ho vlastní*. R10 se *špatně domlouvá se sestrami. Nechtějí ji opakovat slova, kterým nerozumí*. Dobrý dojem vytváří komunikaci sester na R2, zejména je *spokojen díky vhodnému přístupu sester i ostatních zdravotníků*. Neutrální pocit při dorozumívání se se sestrou byl vyvolán u R5, dodává, že *z ní není nadšená ani*

jí nevadí. R7 zhodnotil komunikaci sester jako průměrnou, ale působí na něho příjemně. Upozorňuje na to, že je potěšen, když si může s kýmkoli popovídat.

Schéma 1

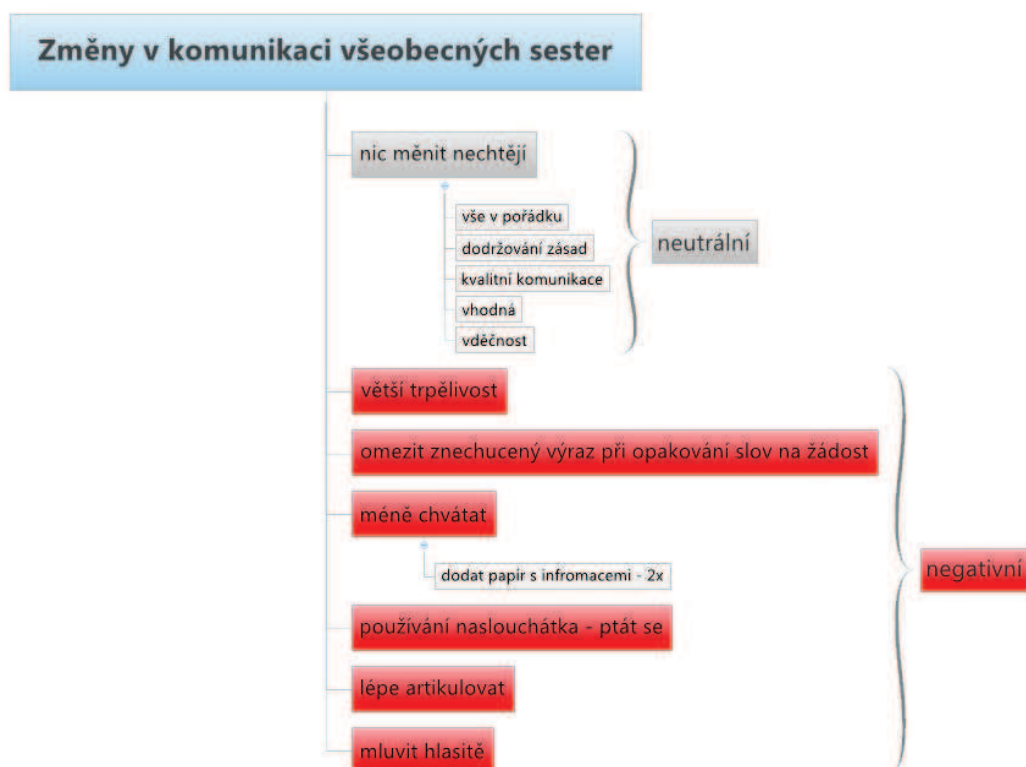


Změny v komunikaci sester

R1, R2, R4, R7, R8 by na komunikaci sester *nechtělo nic měnit*. R1 udávala, že při komunikaci se sestrami je vše *v naprostém pořádku*. R2 vyzdvihl *zásady komunikace, které sestry dodržovaly*. Jedná se o *udržování očního kontaktu, poskytnutí prostoru pro otázky a podobně*. Komunikaci jako kvalitní hodnotí R4. Doplnuje, že *sestra vždy vyhoví jeho požadavkům*. R7 se komunikace zdá vhodná, *asi protože se s každým snaží vždy domluvit*. R8 je za ní vděčná. *Vyhovuje jí celkový přístup sester i volba jejich slov při rozhovoru. Pozoruje, že sestry málo používají cizí slova, je tomu*

ráda. Neví, jak by všem cizím pojmům porozuměla. 2x se objevila odpověď, že by sestry měly být více trpělivé (R5, R6). R5 upozorňuje, že sestry by při rozhovoru měly věnovat seniorům více trpělivosti a méně chvátat při vysvětlování různých pokynů nebo činností. Bojí se totiž, že by některé informace mohla zapomenout, proto by byla ráda, kdyby dostala papír, na kterém je vše ještě jednou napsané. Změnit přístup sester by chtěl R3, protože při žádosti o zopakování věty, dávaly sestry najevo, že tato činnost je pro ně obtěžující. R5 by ocenila, kdyby sestra při rozhovoru méně chvátala. R9 doporučuje, aby se sestra ptala, zda senior používá naslouchátko. Protože R9 se setkává se sestrami, které si nejsou jisté, jestli sluchadlo používá a zbytečně na něho při komunikaci zvyšují hlas. Odpovědi lépe artikulovat a mluvit hlasitě i pomalu zvolil R10. Zdá se jí, že všechny informace sestry vychrlí a jdou je předávat dalšímu seniorovi. Dále si R10 myslí, že by se sestry měly zeptat, zda tomu rozuměla nebo jí aspoň mají dát papír, kde je vše důležité napsáno.

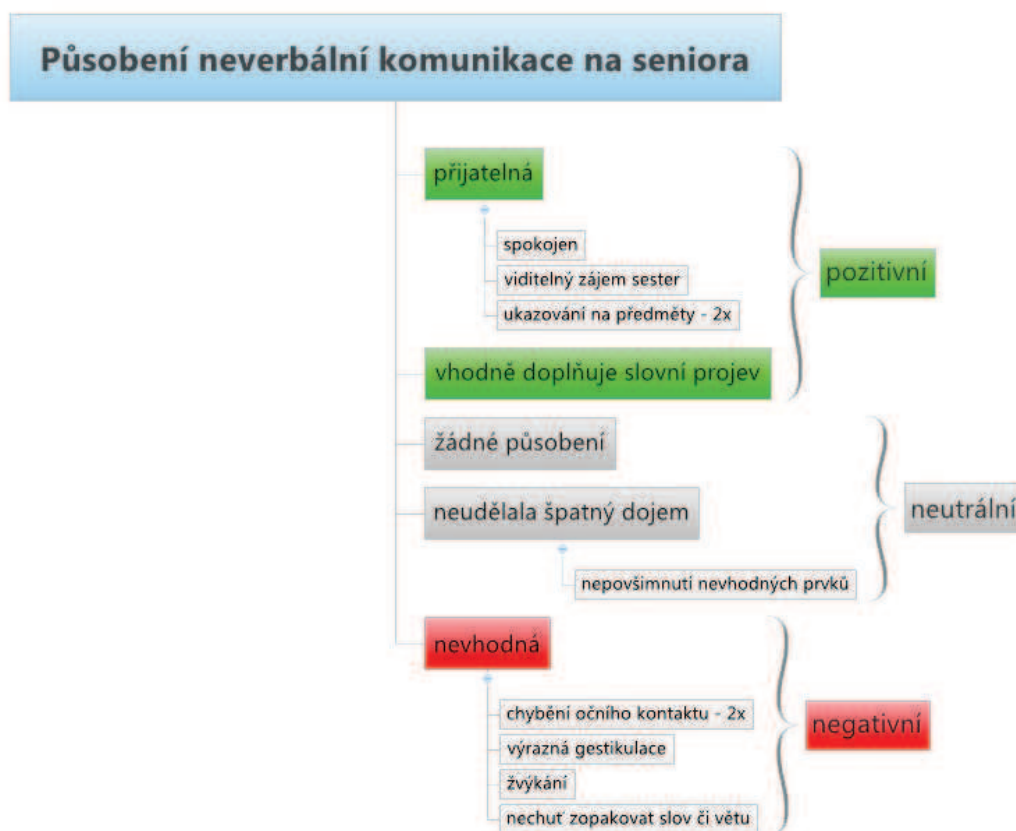
Schéma 2



Působení neverbální komunikace na seniora

Tři respondenti označili neverbální komunikaci sester jako *přijatelnou* (R2, R8, R10). Neverbální komunikace v R2 *nevyvolala nepříjemné pocity, byl s ní v podstatě spokojen*. R8 *se líbí, že se sestry ptají, zda všemu rozumí. Má poté pocit, že se o ni sestry zajímají*. R10 *je ráda, když sestra na vše ukazuje*. R4 i R6 *uvádí, že neverbální komunikace vhodně doplňuje verbální projev*. Zejména R4 *vyhovuje, když sestra ukazuje nějaký přístroj nebo něco jiného, že si na vše najde dostatek času a pečlivě ukazuje jednotlivé kroky*. Na dva respondenty neverbální komunikace *nijak nepůsobila* (R5, R9). R5 *se nezdá se tato část komunikace důležitá, proto ji nevěnuje dostatek pozornosti*. R1 *odpověděl, že neverbální komunikace sester na ni neudělala špatný dojem, nevěšila si nevhodných projevů*. R3 *ohodnotil neverbální komunikaci sester jako nevhodnou, postrádal oční kontakt, vadila mu výrazná gestikulace a žvýkání i nechut' sestry opakovat slovo či větu*. Dodává, *že se s tím setkal hlavně u mladších sester*. *Negativní působení* neverbální komunikace uvedl R7, *protože během hovorů postrádá oční kontakt*. *Není si poté jistý, zda sestra skutečně hovoří s ním*.

Schéma 3



Nevhodné prvky neverbální komunikace sester z pohledu seniorů

Tři respondenti uvedli, že v rámci neverbální komunikace *postrádali oční kontakt* (R3, R6, R7). R6 potvrzuje, oční kontakt je *velmi důležitý i od rodinných příslušníků ho vyžaduje*. Odpověď *mohutná gestikulace* sester při rozhovoru se objevila také 3x (R3, R4, R10). R4 upozorňuje, že se senior s poruchou sluchu *zaměřuje spíše na pohyby, které sestra vykonává a nesoustředí se na její slova*. Jako nevhodný prvek neverbální komunikace označili tři respondenti (R3, R7, R8) *žvýkání žvýkaček*. R7 se domnívá, že zásada nežvýkat patří nejen mezi zásady komunikace, ale *i mezi zásady slušného chování*. R8 se se *žvýkáním během komunikace nesetkala*. R1, R2 neregistrovali *žádné nevhodné prvky neverbální komunikace*, kterých by se sestra měla vyvarovat při komunikaci. R5 *neví, jaké prvky neverbální komunikace by sestra měla omezit*. Podle R3 a R6 by se sestra měla vyvarovat *znechuceného výrazu* při komunikaci

se seniorem s poruchou sluchu. R3 si myslí, že *tento problém více pozoruje u sester mladšího věku než u starších sester*. *Narušení intimní zóny* je také jedním nevhodným prvkem neverbální komunikace (R9). Podle R9 *se sestra snaží usnadnit komunikaci přiblížením se k seniorovi, aby ji lépe slyšel*. R10 zvolil jako nevhodný prvek neverbální komunikace *vykonávání jiných činností během rozhovoru*. R10 se *nelíbí, když jí sestra něco vysvětluje a do toho vyřizuje telefonáty, chodí za lékařem a odpovídá na jeho dotazy*

Schéma 4

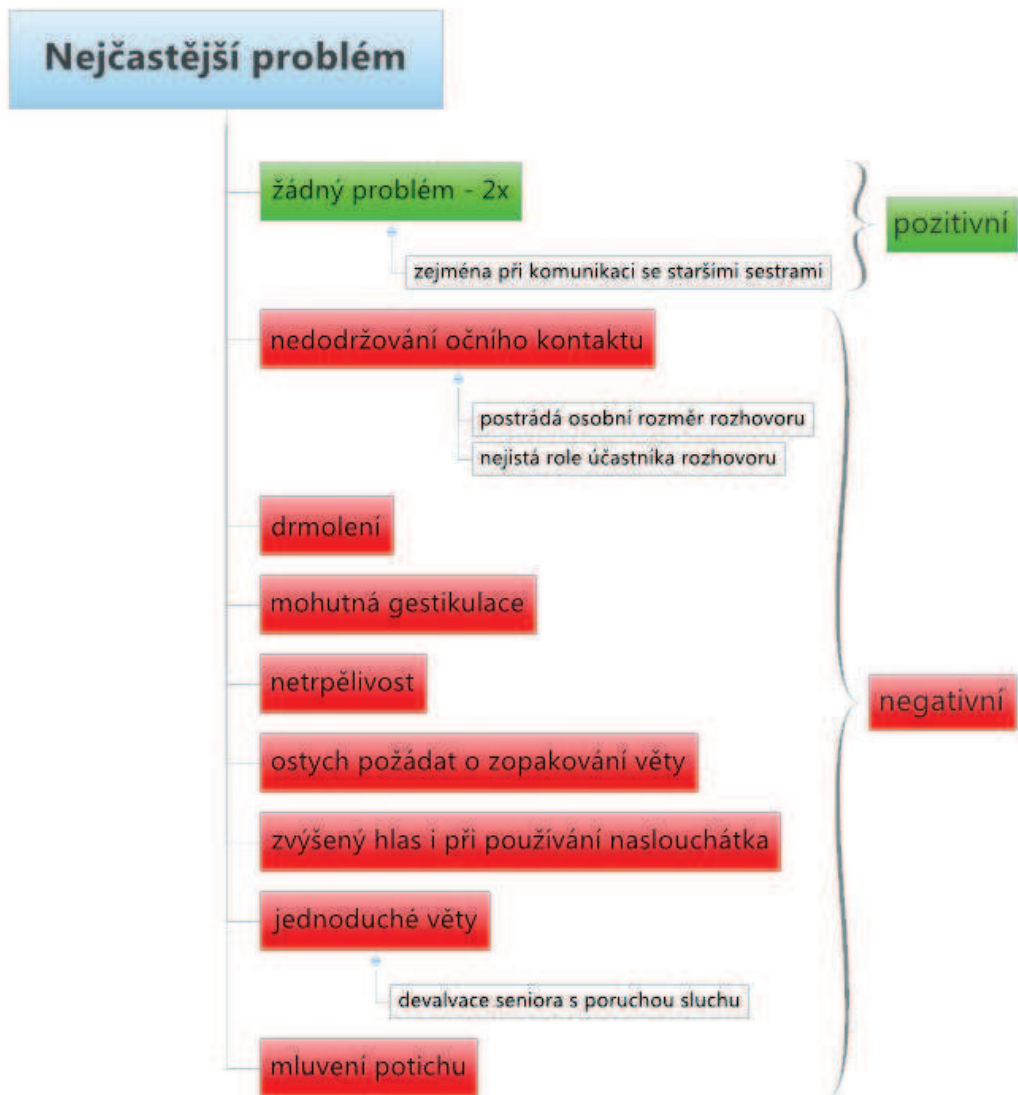


Nejčastější problém

Nejčastější problém je podle tří respondentů *nedodržování očního kontaktu* (R3, R7, R10). R7 uvádí, že když sestra dodržuje oční kontakt, *je si jistý, že rozhovor je uveden právě s ním*. Podle názoru R3 *oční kontakt zajistí více osobní rozměr rozhovoru*. Druhým nejčastějším problémem bylo zvoleno *drmolení* (R1, R2). Ale když R1 sestru

upozorní, že ji nerozumí, začne sestra mluvit pomaleji a více se zajímá, jestli jí R1 rozumí. Pro R2 je problematické porozumět všem pojmům, které sestra prezentuje. R4 uvedl jako nejčastější problém přehnanou gestikulaci, která je nevhodná hlavně při vysvětlování obsluhy nějakého přístroje. Netrpělivost je pro R5 nejčastější problém. R5 si myslí, že kdyby dostala papír, kde je vše napsané, neměla by tolik dotazů na sestru a nepotřebovala by tolik času na zodpovídání otázek. R6 odpověděl, že nejčastějším problémem pro něho je ostých požádat o zopakování věty. Sestry se netvářily přívětivě při opakování slov. Ještě horší bylo, když R6 žádal o zopakování slov během rozhovoru opakovaně. Starší sestry komunikaci zvládají výborně, žádný problém během rozhovorů s nimi nevznikl, podle názoru R6. Naopak R8 uvedl, že se žádný problém během komunikace nevyskytl. Vždy když požádala o zopakování slova, sestra ji bez potíží slovo zopakovala nebo jí řekla jiné, které mělo stejný význam, uvádí R8. R9 znepokojuje zvýšený hlas i přesto, že používá naslouchátko. Dále jako problém R9 vnímá mluvení prostřednictvím jednoduchých vět, R9 při komunikaci se sestrou, která volí příliš jednoduchá slova nebo věty, se cítí jako dítě. Mluvení potichu je pro R10 nejčastější problém. Pokud sestra mluví potichu a nedívá se na R10, myslí si, že je to nejhorší varianta.

Schéma 5



Zvládnutí komunikace sestrami

5x se vyskytla odpověď, že sestry komunikaci zvládají dobře (R1, R2, R4, R8, R9). R1 velmi potěší, když si sestra na ni udělá čas, aby ji sdělila různé informace, které se týkají buď pokynů, jak má co udělat nebo jen rad. R2 je vděčný za to, že sestry dodržují zásady komunikace, protože usnadňují komunikaci na obou stranách. R4 ocení, když sestra nahradí neporozuměné slovo jiným pojmem a poté si ověří, zda tomu R4 porozuměl, ale dodává, že by se sestry měly více soustředit na svá gesta. R8 uvádí,

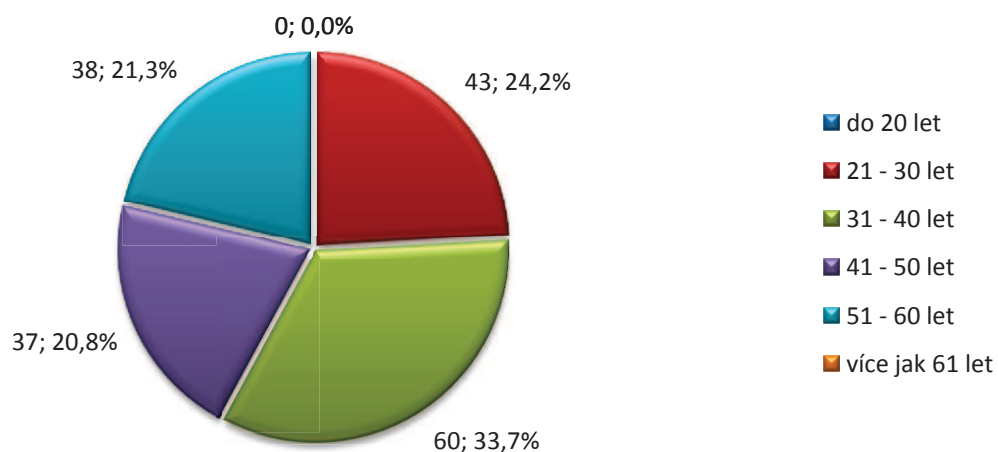
že sestry vhodně volí slova i ve chvíli, kdy musí pojem, kterému respondentka nerozumí, nahradit jiným slovem. R9 jen doplňuje, že sestry by měly důkladně zjišťovat, zda senior používá naslouchadlo a poté komunikaci individuálně přizpůsobily. R3 a R6 uvedli, že komunikaci lépe zvládají věkově starší sestry oproti mladším sestrám. Podle názoru R3 mají starší sestry více trpělivosti i zkušeností a navíc dodržují zásady komunikace. Mladší sestry jsou příliš rychlé a méně ochotné, tvrdí R6. Dva respondenti ohodnotili komunikaci jako průměrnou (R5, R7). R5 komunikaci sester nechce ani chválit ani kárat. Vždy totiž potká jinou sestru, která může být vynikající při komunikaci a druhá sestra může být nepříjemná a zlá, uvádí R5. Podle R7 neverbální komunikaci sestry mohou zlepšit. Podle R10 sestry komunikaci nezvládají. R10 se domnívá, že sestry by si měly doplnit informace o zásadách komunikace se seniory s poruchou sluchu například návštěvou nějakých kurzů.

Schéma 6



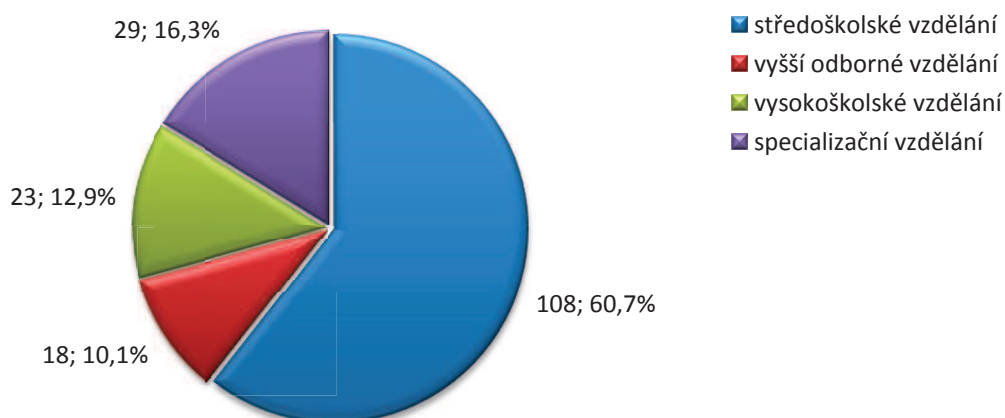
4.3 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 2 Věkové kategorie respondentů



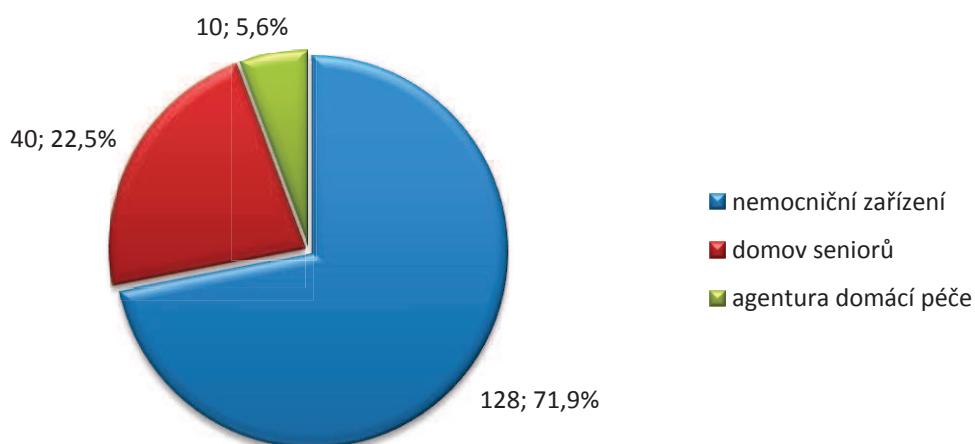
60 (33,7 %) sester spadá do kategorie 31 – 40 let. V rozmezí 21 – 30 let se nachází 43 (24,2 %) sester. 38 (21,3 %) respondentů se řadí do kategorie 51 – 60 let. Ve věku 41 – 50 let je 37 (20,8 %) tázaných. Věkové rozmezí do 20 let a více jak 61 let nezvolil žádný respondent.

Graf 3 Vzdělání sester



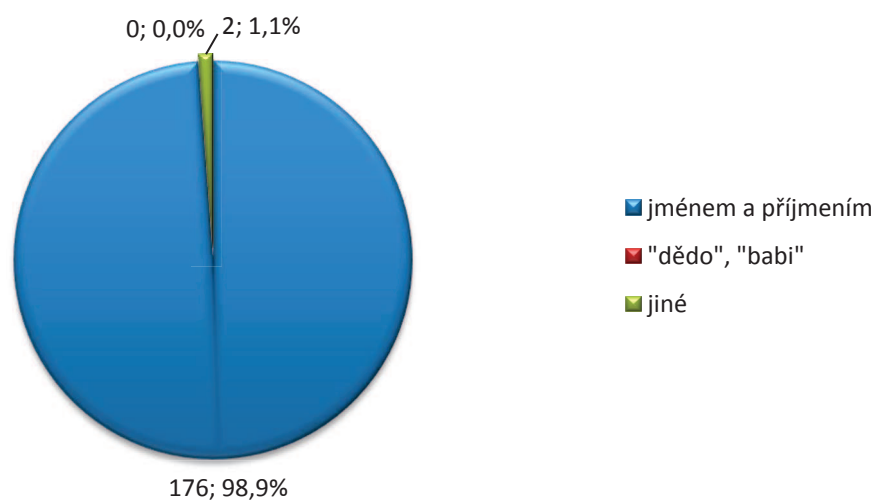
Středoškolské vzdělání uvedlo 108 (60,7 %) sester. Specializační vzdělání studovalo 29 (16,3 %) respondentů, všichni se v rámci specializačního vzdělávání zaměřili na ARIP . 23 (12,9 %) sester ukončilo své vzdělání na vysoké škole. 18 (10,1 %) sester udává jako nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné vzdělání.

Graf 4 Pracoviště



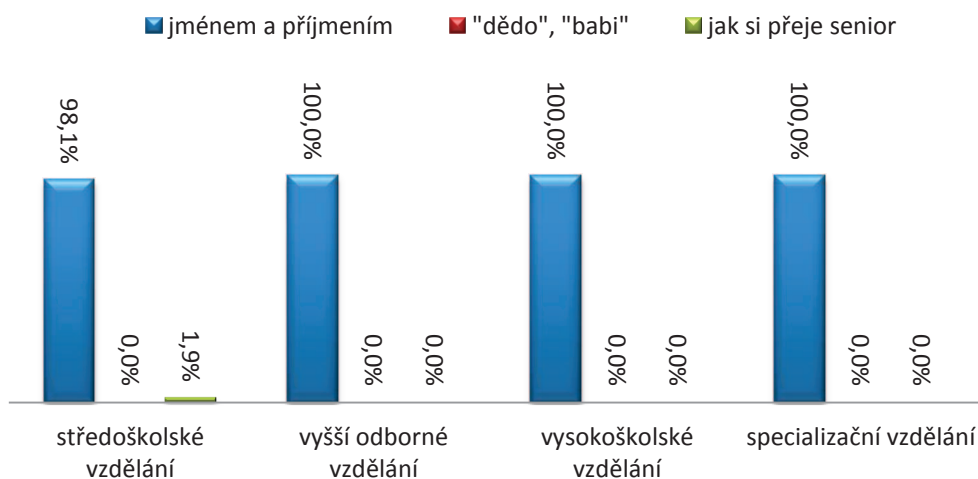
Z celkového počtu 178 pracuje v nemocničním zařízení 128 (71,9 %) sester. 40 (22,5 %) respondentů je zaměstnáno v domovech pro seniory. 10 (5,6 %) sester uvedlo jako své pracoviště agenturu domácí péče.

Graf 5 Oslovení seniora



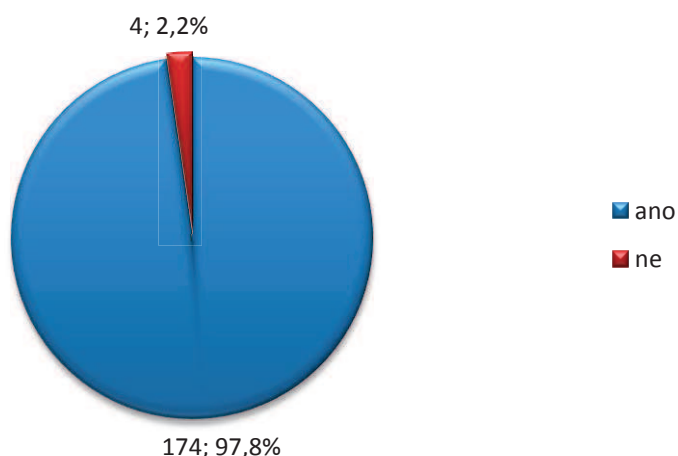
Jménem a příjmením oslovuje seniora 176 (98,9 %) sester. Pouze 2 (1,1 %) respondenti zvolili možnost jiné, kdy seniora oslovují až po dohodě s ním. Nikdo z respondentů nezvolil odpověď „dědo“, „babi“.

Graf 6 Porovnání vzdělání - oslovení seniora



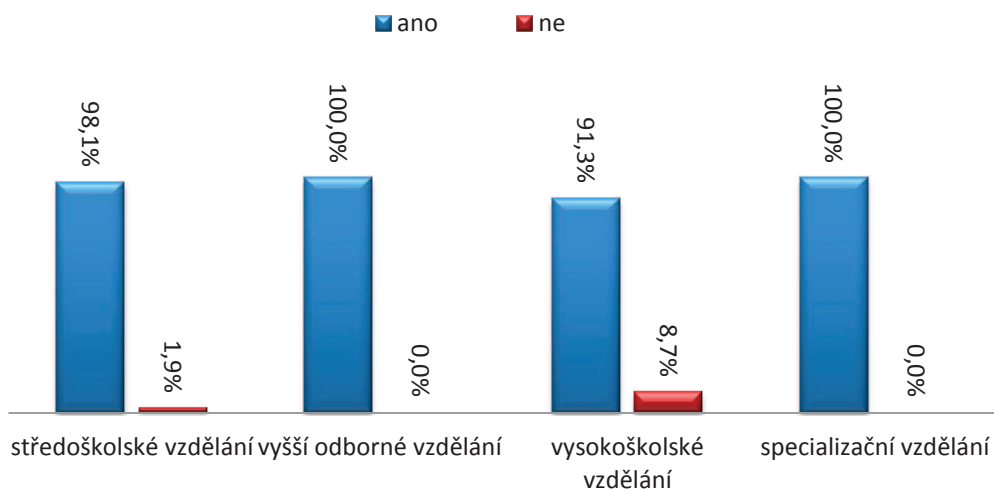
Tento graf prezentuje, zda jednotlivé sestry ovlivní vzdělání v rámci komunikačních dovedností, při oslovování seniora s poruchou sluchu. 100 % sester s vyšším odborným vzděláním seniora s poruchou sluchu oslovuje jménem a příjmením. Taktéž ve 100 % sestry s vysokoškolským vzděláním i sestry, které dokončily specializační vzdělání oslovují seniora s poruchou sluchu jménem a příjmením. 1,9 % sester se středoškolským vzděláním vybere oslovení společně se seniorem s poruchou sluchu.

Graf 7 Odstranění rušivých elementů



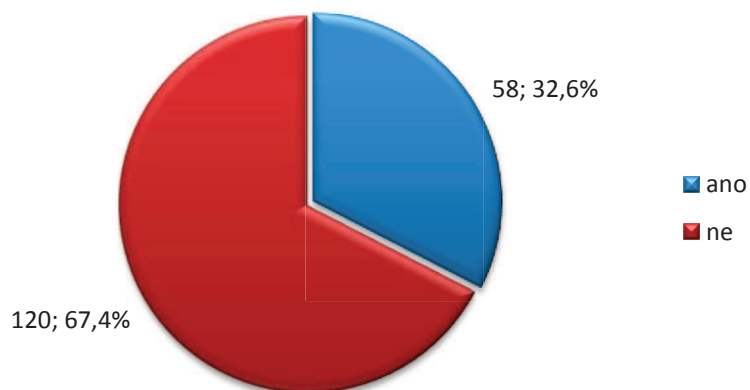
Před zahájením rozhovoru odstraní 174 (97,8 %) sester rušivé elementy z místnosti, kde rozhovor bude probíhat. 4 (2,2 %) respondenti rušivé prvky neodstraňují.

Graf 8 Porovnání vzdělání - odstranění rušivých elementů



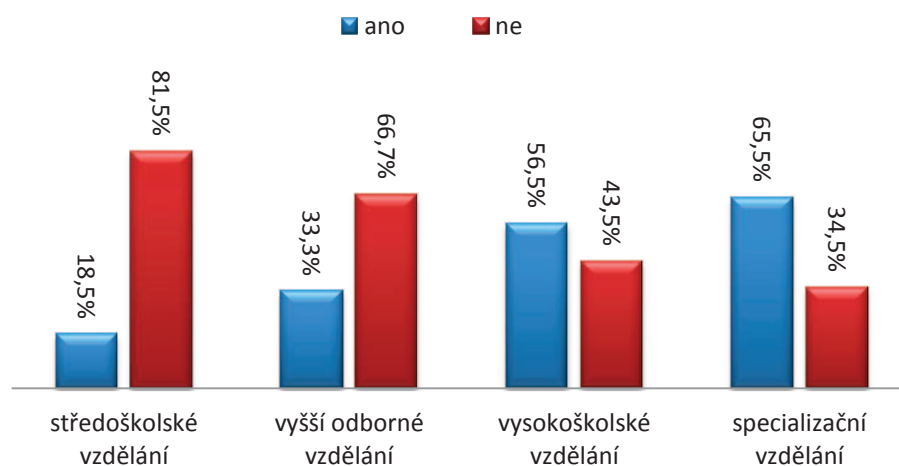
100 % sester s vyšším odborným vzděláním i 100 % respondentů se specializačním vzděláním si před začátkem rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu odstraní rušivé elementy z místnosti, kde bude rozhovor probíhat. V 98,2 % si sestry se středoškolským vzděláním také odstraní rušivé prvky před zahájením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Respondenti s vysokoškolským vzděláním odstraní rušivé elementy před komunikací se seniorem s poruchou sluchu v 91,3 %. 8,7 % respondentů s vysokoškolským vzděláním neodstraní rušivé elementy před zahájením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Sestry se středoškolským vzděláním v 1,9 % také neodstraní rušivé prvky před vedením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu.

Graf 9 Předem určený časový interval rozhovoru



Před začátkem rozhovoru si 120 (67,4 %) sester stanoví časový rozsah vedeného rozhovoru. 58 (32,6 %) sester časové rozmezí neurčuje před zahájením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu.

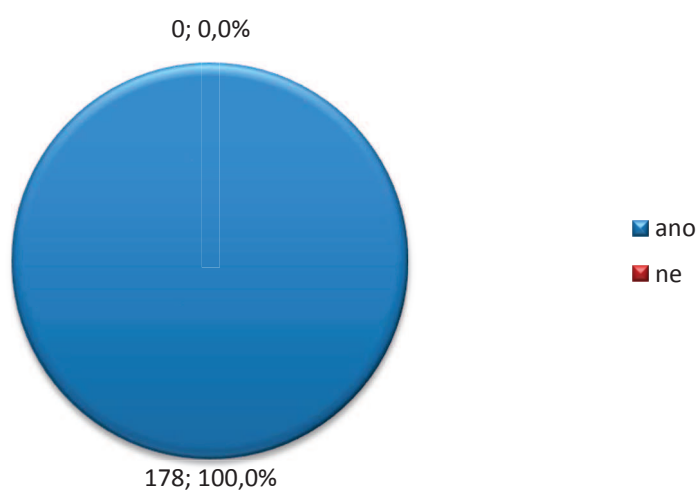
Graf 10 Porovnání vzdělání - předem určený časový interval rozhovoru



Před zahájením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu si 65,5 % sester se specializačním vzděláním určí časové rozmezí rozhovoru. Stejně tak vykoná 56,5 % respondentů s vysokoškolským vzděláním. I 33,3 % sester s vyšším odborným vzděláním

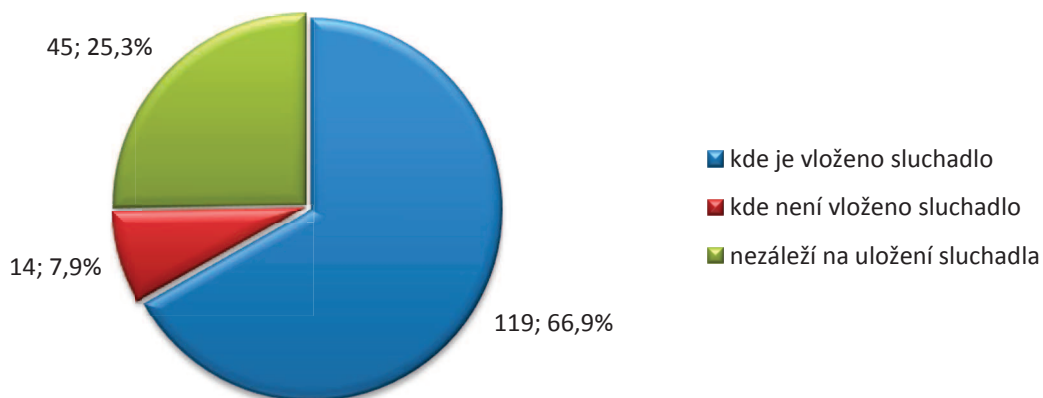
předem stanoví časový interval rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Respondenti se středoškolským vzděláním v 18,5 % také předem určí časové rozmezí rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Naopak 81,5 % sester se středoškolským vzděláním neurčí časové rozpětí rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. V 66,7 % respondentů s vyšším odborným vzděláním předem nestanoví časový interval rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Časové rozmezí rozhovoru neurčuje 43,5 % sester s vysokoškolským vzděláním i 34,5 % respondentů se specializačním vzděláním.

Graf 11 Udržování očního kontaktu



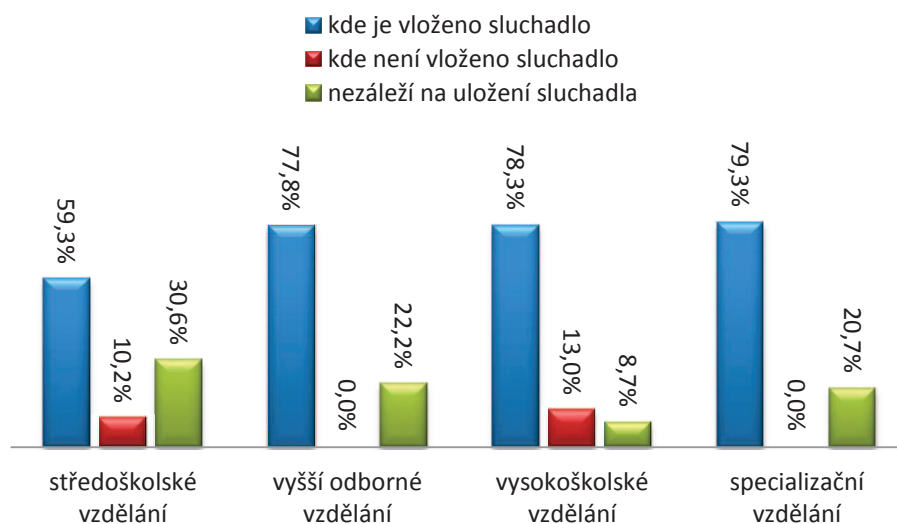
Všech 178 (100 %) respondentů uvedlo, že při rozhovoru udržují oční kontakt.

Graf 12 Komunikace se seniorem využívajícím sluchadlo



119 (66,9 %) sester při rozhovoru mluví směrem ke straně, kde je vloženo sluchadlo. Během komunikace nezáleží na uložení sluchadla, tedy je jedno jakým směrem se hovoří, zvolilo 45 (25,3 %) respondentů. 14 (7,9 %) sester odpovídalo, že hlas má směřovat tam, kde není sluchadlo vloženo.

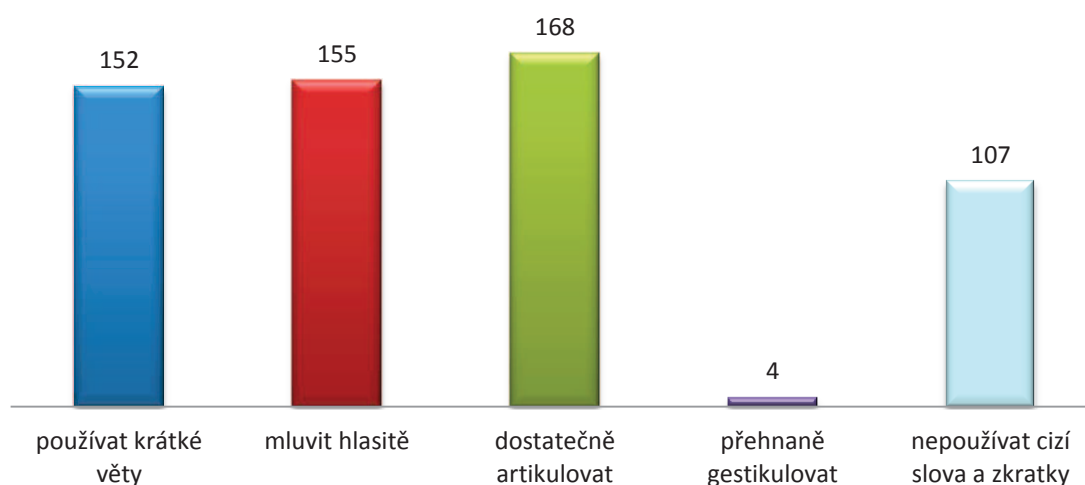
Graf 13 Porovnání vzdělání – komunikace se seniorem využívajícím sluchadlo



79,3 % sester se specializačním vzděláním mluví ke straně, kde má senior s poruchou sluchu vložené sluchadlo. Stejným způsobem postupuje 78,3 % respondentů

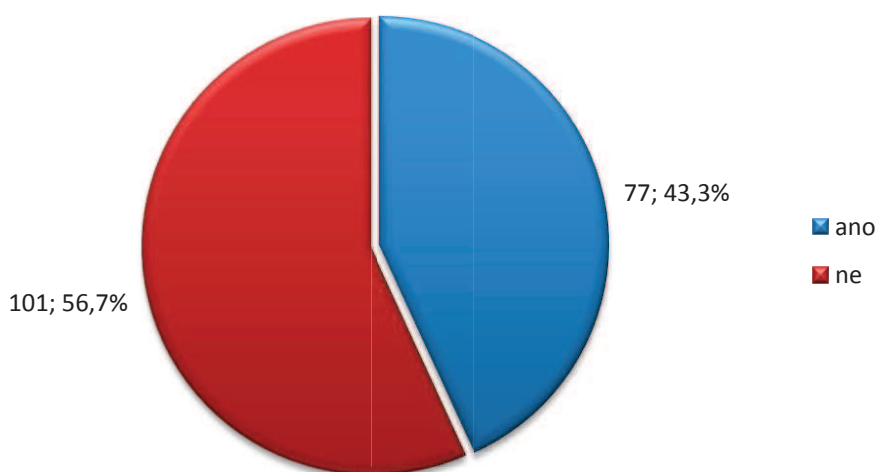
s vysokoškolským vzděláním i 77,8 % sester s vyšším odborným vzděláním. Taktéž 59,3 % respondentů se středoškolským vzděláním hovoří k seniorovi směrem, kde má umístěné sluchadlo. 30,6 % sester se středoškolským vzděláním uvedlo, že při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu nezáleží na uložení sluchadla. Stejnou možnost zvolilo 22,2 % sester s vyšším odborným vzděláním i 20,7 % respondentů se specializačním vzděláním. Sestry s vysokoškolským vzděláním tuto variantu vybraly v 8,7 %. 13,0 % sester s vysokoškolským vzděláním uvedlo, že budou na seniora s poruchou sluchu využívající sluchadlo hovořit ke straně, kde není vloženo sluchadlo. I 10,2 % respondentů se středoškolským vzděláním volilo tuto odpověď. Sestry s vyšším odborným vzděláním i se specializačním vzděláním takovou možnost nezvolilo.

Graf 14 Zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu



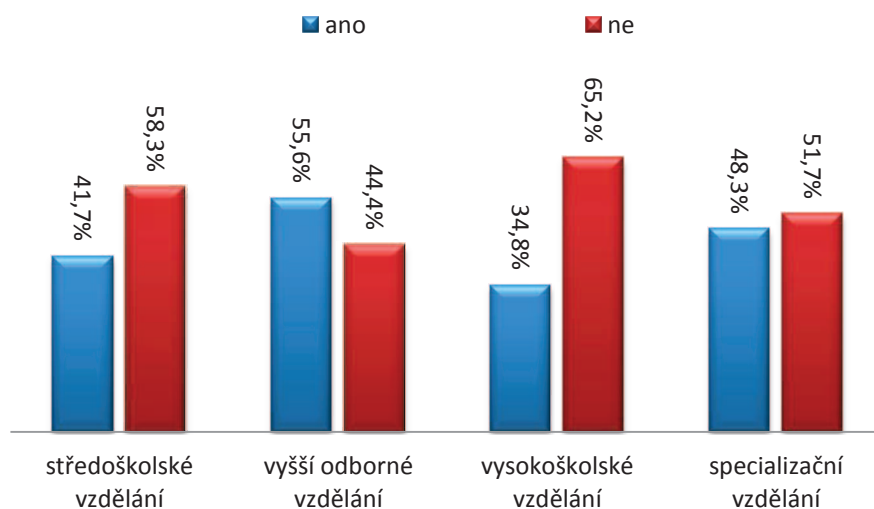
Graf demonstruje četnost odpovědí respondentů týkajících se zásad komunikace se seniorem s poruchou sluchu. 168x sestry uvedly, jako jednu ze zásad, dostatečně artikulovat. Zásadu mluvit hlasitě volily sestry 155x. Odpověď používat krátké věty vybraly sestry 152x. 107x se vyskytla odpověď nepoužívat cizí slova. Přehnaně gestikulovat zvolily sestry 4x.

Graf 15 Používání piktogramů během rozhovoru



Z celkového počtu 178 respondentů 101 (56,7 %) sester nevyužívá při rozhovoru jednoduché obrázky. Naopak piktogramy během komunikace používá 77 (43,3 %) respondentů.

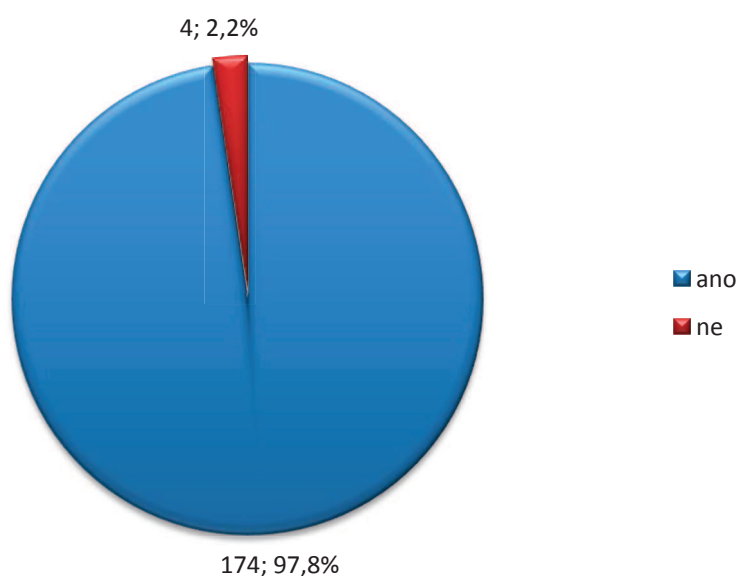
Graf 16 Porovnání vzdělání – používání piktogramů během rozhovoru



65,2 % sester s vysokoškolským vzděláním nepoužívá během rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu piktogramy. Stejnou odpověď zvolilo i 58,3 % respondentů se středoškolským vzděláním. Také 51,7 % sester se specializačním vzděláním i 44,4 % respondentů s vyšším odborným vzděláním nevyužívá jednoduché obrázky při

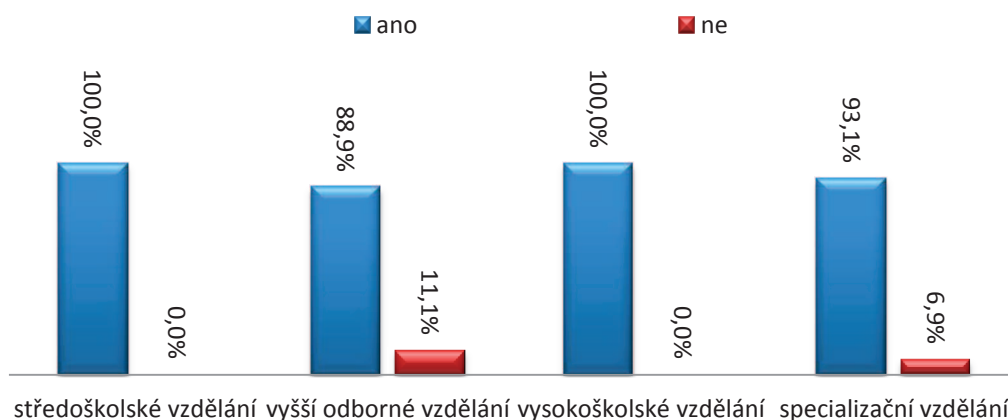
komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Naopak 55,6 % sester s vyšším odborným vzděláním piktogramy v rámci rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu používá. Také 48,3 % respondentů se specializačním vzděláním, spolu s 41,7 % sester se středoškolským vzděláním jednoduché obrázky využívá při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Stejnou odpověď zvolilo 34,8 % sester s vysokoškolským vzděláním.

Graf 17 Prostor pro otázky na konci rozhovoru



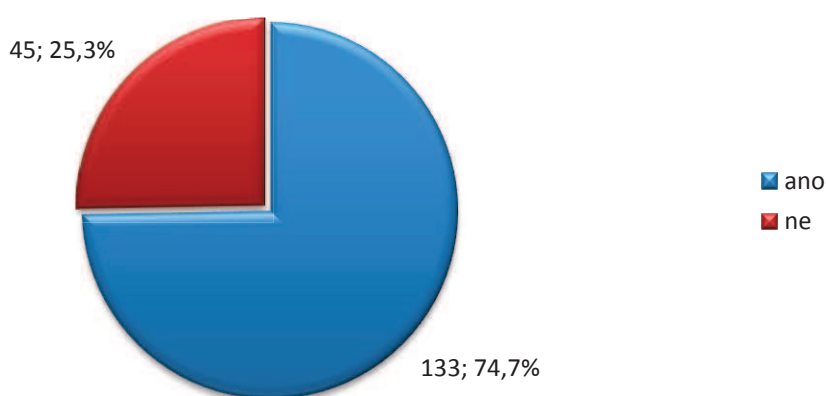
Na konci rozhovoru 174 (97,8 %) sester nabídne seniorovi možnost klást otázky pro ujasnění odpovědi. 4 (2,2 %) respondenti na konci rozhovoru neposkytnou seniorovi prostor pro kladení otázek.

Graf 18 Porovnání vzdělání - prostor pro otázku na konci rozhovoru



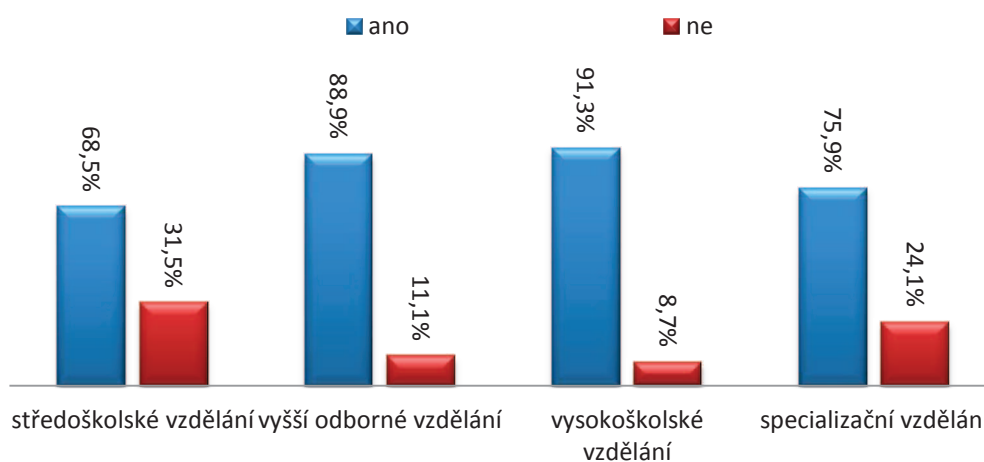
100 % sester se středoškolským vzděláním i 100 % respondentů s vysokoškolským vzděláním poskytují seniorovi s poruchou sluchu na konci rozhovoru prostor pro otázku. 93,1 % sester se specializačním vzděláním umožní seniorovi s poruchou sluchu ptát na konci rozhovoru. Stejnou možnost zvolilo 88,9 % respondentů s vyšším odborným vzděláním. 11,1 % sester s vyšším odborným vzděláním a 6,9 % sester se specializačním vzděláním neposkytují seniorovi s poruchou sluchu na konci rozhovoru možnost zodpídat otázky. Nikdo ze sester se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním nezvolil tuto odpověď.

Graf 19 Sumarizace rozhovoru



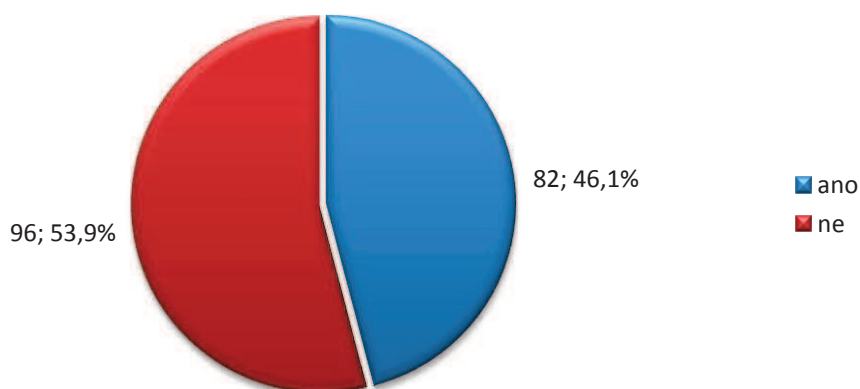
Sumarizaci rozhovoru provádí 133 (74,7 %) respondentů z celkového počtu 178 sester. Ovšem 45 (25,3 %) sester neshrne před ukončením rozhovor do několika bodů.

Graf 20 Porovnání vzdělání – sumarizace rozhovoru



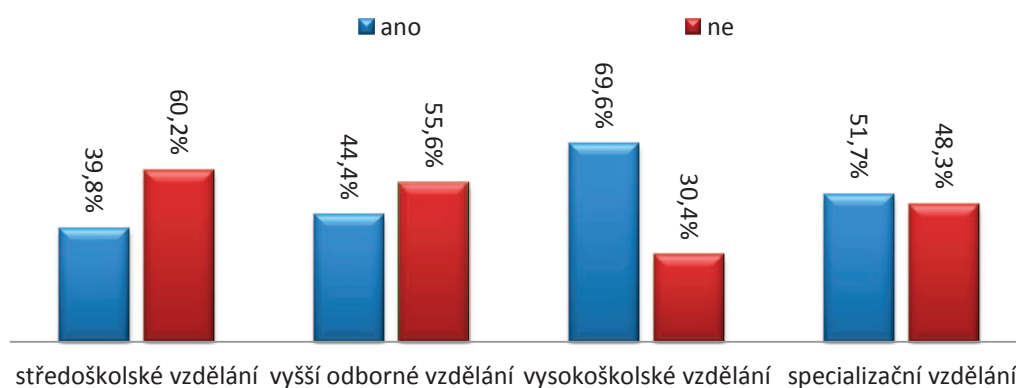
91,3 % sester s vysokoškolským vzděláním shrne rozhovor do pár bodů. Stejnou odpověď zvolilo 88,9 % respondentů s vyšším odborným vzděláním, 75,9 % sester se specializačním vzděláním i 68,5 % sester se středoškolským vzděláním. Naopak sumarizaci rozhovoru neprovede 31,5 % respondentů se středoškolským vzděláním. Stejná možnost se objevila ve 24,1 % sester se specializačním vzděláním, 11,1 % respondentů s vyšším odborným vzděláním i 8,7 % s vysokoškolským vzděláním.

Graf 21 Písemné podklady k rozhovoru



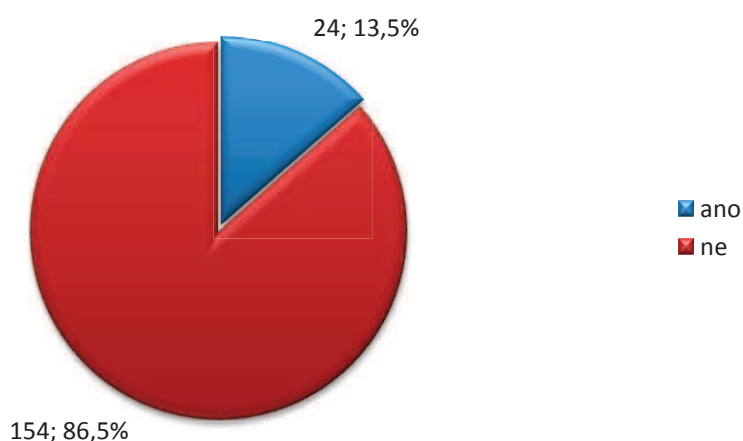
96 (53,9 %) sester si k vedenému rozhovoru nepřinesou písemné podklady. Naopak s písemnou kostrou vede rozhovor 82 (46,1 %) respondentů.

Graf 22 Porovnání vzdělání - písemné podklady k rozhovoru



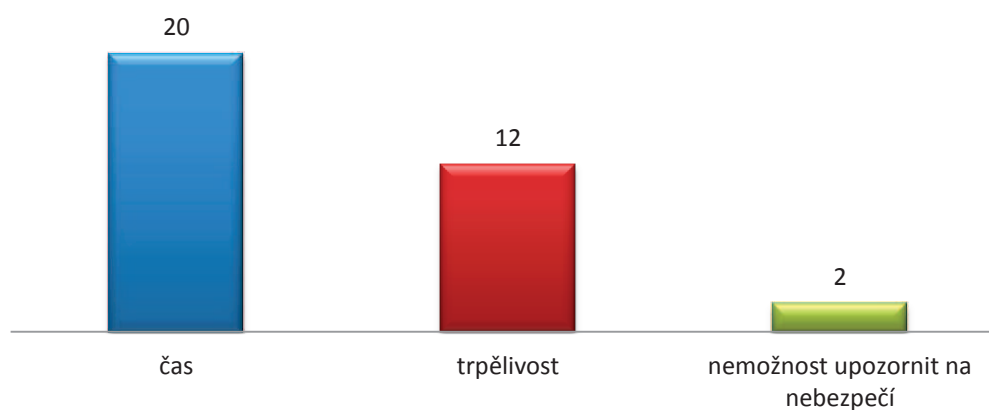
69,6 % sester s vysokoškolským vzděláním vede rozhovor se seniorem s poruchou sluchu s písemnými podklady. 51,7 % respondentů se specializačním vzděláním písemné body přinese k rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Stejným způsobem postupuje 44,4 % sester s vyšším odborným vzděláním i 39,8 % respondentů se středoškolským vzděláním. Písemnou kostru k rozhovoru si nevezme 60,2 % sester se středoškolským vzděláním. Stejnou odpověď zvolilo 55,6 % respondentů s vyšším odborným vzděláním i 48,3 % sester se specializačním vzděláním. Také 30,4 % sester s vysokoškolským vzděláním nevyužívá písemné podklady k rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu.

Graf 23 Senioři s poruchou sluchu a zatěžující péče



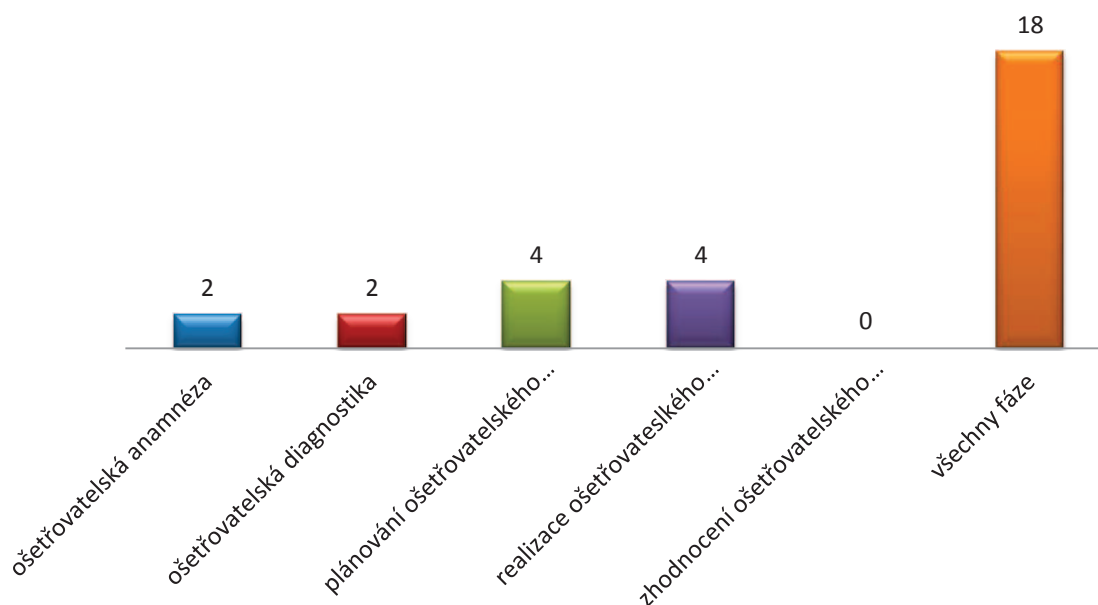
Péče o seniory s poruchou sluchu se 154 (86,5 %) respondentům nejeví jako zatěžující. 24 (13,5 %) sester vnímá tuto péči jako zatěžující.

Graf 24 Důvody zatěžující péče



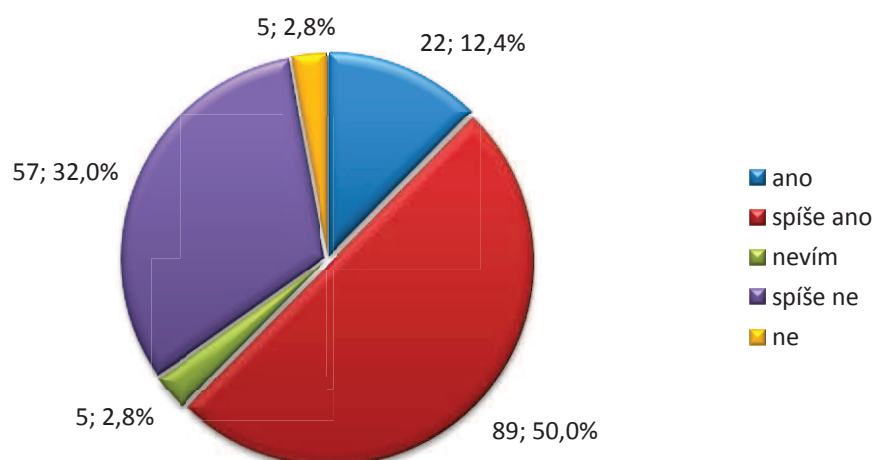
Graf znázorňuje četnost odpovědí. Čas, jako jednu z příčin zatěžující péče o seniory s poruchou sluchu, uvedli respondenti 20x. 12x se vyskytla odpověď trpělivost. Nemožnost upozornit seniora s poruchou sluchu na nebezpečí zavoláním se objevila 2x.

Graf 25 Zatěžující fáze ošetrovatelského procesu



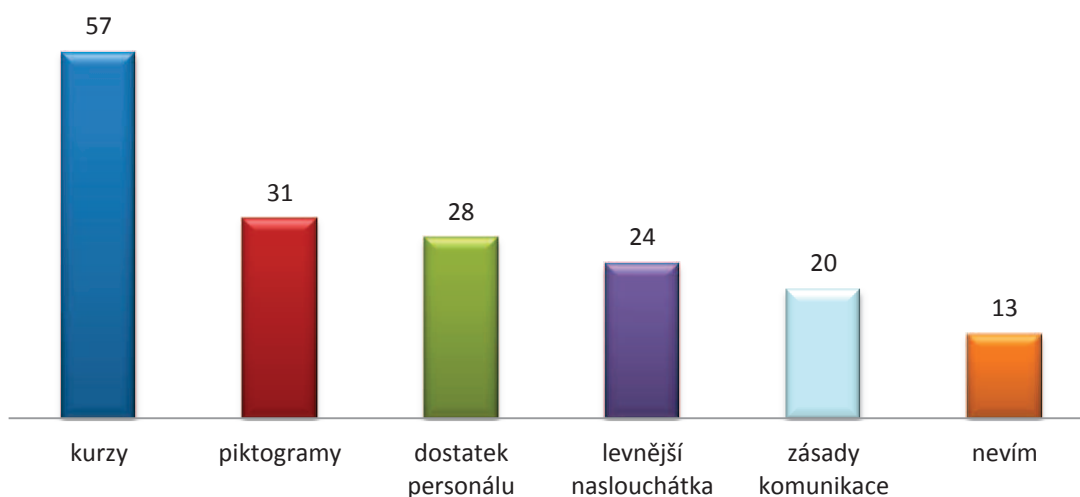
Graf popisuje četnost odpovědí. 18x byla zvolena odpověď, že všechny fáze ošetrovatelského procesu jsou zatěžující. Odpovědi plánování ošetrovatelského procesu, realizace ošetrovatelského procesu se vyskytly 4x. 2x byla uvedena odpověď ošetrovatelská anamnéze, ošetrovatelská diagnostika.

Graf 26 Čas během směny na komunikaci



89 (50 %) respondentů udává, že spíše má dostatek času pro komunikaci se seniorem s poruchou sluchu během služby. Naopak odpověď „spíše ne“ zvolilo 57 (32 %) sester. Ano, mám dostatek času na komunikaci se seniorem s poruchou sluchu, odpovědělo 22 (12,4 %) respondentů. 5 (2,8 %) sester uvádí, že neví, jestli mají dostatek času na komunikaci se seniorem s poruchou sluchu v rámci směny. Odpověď ne, nemám dostatek času na komunikaci vybralo taktéž 5 (2,8 %) sester.

Graf 27 Možnosti zlepšení komunikace



Graf předkládá četnost odpovědí. 57x sestry odpověděly, že komunikace by se mohla zlepšit po absolvování kurzů zaměřených na komunikaci. Využívání piktogramů

navrhovaly sestry 31x. 28x se objevila odpověď, že komunikace by se mohla stát kvalitnější v případě, kdy by byl navýšen počet personálu na jednotlivé směny. Další variantou pro zlepšení komunikace se seniory s poruchou sluchu se 24x vyskytla odpověď levnější naslouchátka. Dodržování zásad komunikace se seniorem bylo napsáno 20x. 13x sestry nevěděly, jakým způsobem by se mohla komunikace se seniorem s poruchou sluchu vylepšit.

5. Diskuze

Problematika komunikace se seniory s poruchou sluchu je významná, protože počet seniorů s poruchou sluchu se zvyšuje. Z tohoto důvodu jsme se zabývali současným způsobem komunikace všeobecných sester se seniory s poruchou sluchu, ale také nás zajímali pocity seniorů s poruchou sluchu, které komunikace vyvolává. Naším záměrem bylo zmapovat dovednosti, které sestry využívají při komunikaci se seniory s poruchou sluchu. Pro splnění tohoto cíle bylo zvoleno kvantitativní šetření, kdy jsme prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťovali, jaké zásady komunikace sestry se seniory s poruchou sluchu dodržují.

Zjistit, jak na seniory s poruchou sluchu působí nevhodná komunikace, byl druhý záměr naší práce. K výsledkům jsme se dopracovali prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru v rámci kvalitativního šetření, při kterém jsme se zaměřili na pocity seniorů s poruchou sluchu vzniklé během komunikace se sestrami.

V rámci sledování komunikačních dovedností sester jsme zjistili, že 176 sester (98,9 %) pro započetí rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu zvolí jako oslovení seniora jeho jméno a příjmení (graf 5). Žádná sestra již neoslovuje seniora „dědo“ nebo „babi“. Dříve bylo oslovení tohoto typu poměrně rozšířeno. Pouze 2 sestry (1,1 %) zvolily možnost jiné, kde vypsaly, že oslovení vybírají podle přání seniora a po dohodě s ním. Záměrně jsme do dotazníku nevypisovali možnost podle přání seniora, chtěli jsme si ověřit, zda sestry takovou možnost seniorovi s poruchou sluchu vůbec nabídnou. Již v anamnestických listech, které sestra vyplňuje se seniorem s poruchou sluchu hned při úvodním kontaktu, by se oba jedinci měli dohodnout na volbě oslovení. Podle Pokorné (2010) je oslovení seniora velmi podstatným prvkem pro zahájení rozhovoru. Proto je překvapující, že si sestry se seniorem s poruchou sluchu předem nestanoví oslovení, které bude pro oba zúčastněné přijatelné. Jednou z příčin, proč si sestra se seniorem s poruchou sluchu předem nestanoví jeho oslovení, může být fakt, že v rámci dotazníkového šetření převažovaly odpovědi sester pracujících v nemocničním zařízení oproti sestrám pracujícím v domově seniorů, jak uvádí graf 4. Domníváme se, že pokud by dotazník vyplňovaly pouze sestry, které pracují v domovech pro seniory, mohly by se výsledky lišit. Z osobní zkušenosti jsem se v domovech pro seniory setkala s tím, že

sestry seniory oslovovaly spíše jejich křestním jménem než příjmením nebo dle jejich přání. Seniorům takový způsob oslovení vyhovoval, získali pocit vlídného přístupu, který se podobá chování rodinných příslušníků k nim samotným. Ovšem musíme připustit, že by nebylo vhodné, kdyby sestry v nemocničních zařízeních oslovovaly seniory křestním jménem, tak jako tomu často bývá v domovech pro seniory. Při porovnání vzdělání respondentů se lišila odpověď jen u sester se středoškolským vzděláním, které v 98,2 % oslovují seniora s poruchou sluchu jeho jménem a příjmením (graf 6). Ostatní respondenti ve 100 % bez ohledu na jejich vzdělání oslovují seniory s poruchou sluchu jménem a příjmením. Středoškolsky vzdělaní respondenti uvedli jako další možnost jiné, kde se shodli, že oslovení vyberou před zahájením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu v 1,9 %.

Jako další důležitou součást kvalitně vedeného rozhovoru uvádí Pokorná (2010) odstranění rušivých elementů z místnosti, kde je veden rozhovor se seniorem s poruchou sluchu. Graf 7 informuje o tom, že sestry všechny rušivé podněty před zahájením rozhovoru z místnosti odstraní v 97,8 % (174 sester). Díky této aktivitě si sestra zajistí možnost nejen klidného rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu, ale i větší koncentraci seniora s poruchou sluchu při projednávání dané problematiky. Senior s poruchou sluchu není rušen okolním hlukem či vyzvánějícím telefonem, který kromě narušeného soustředění seniora může způsobit i horší srozumitelnost vět, které sestra prezentuje a tím může vzniknout dezinformovanost seniora s poruchou sluchu. Výsledek grafu 7 nás tedy informuje o tom, že si sestry uvědomují důležitost zajištění klidného prostředí při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Ovšem 4 sestry (2,2 %) rušivé prvky před rozhovorem neodstraní. Tento fakt můžeme pozorovat i v grafu 8, kde sestry s vysokoškolským vzděláním v 8,7 % neodstraní rušivé elementy před komunikací se seniorem s poruchou sluchu. 1,9 % sester se středoškolským vzděláním také rušivé prvky neodstraňuje, jak uvádí graf 8.

V grafu 9 můžeme sledovat fakt, kdy 120 sester (67,4 %) předem nestanoví časové rozmezí rozhovoru. Kvůli tomuto problému může dojít ke komplikaci rozhovoru, zároveň senior s poruchou sluchu může mít pocit, že se mu sestra dostatečně nevěnovala nebo že mu nechce zodpovědět jeho dotazy. Důvodem může být časová

tíseň, která sestru limituje. Musí vykonávat jinou činnost, kterou má naplánovanou. Dalším problémem může být nedostatečné využití času určeného ke komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. V tomto případě se může senior cítit jako zbytečná osoba. Na takovouto komplikaci upozorňuje i Kelnarová (2007). Sestry se středoškolským vzděláním (81,5 %) a vyšším odborným vzděláním (66,7 %) předem nestanoví časový limit na plánování vedeného rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu (graf 10). Ovšem tento graf poukazuje i na výsledky, kdy 65,5 % respondentů se specializačním vzděláním a 56,5 % sester s vysokoškolským vzděláním se seniorem s poruchou sluchu společně před zahájením rozhovoru určí časové rozmezí. Na rozdíl od sester s vysokoškolským vzděláním a specializačním vzděláním si sestry se středoškolským vzděláním a vyšším odborným vzděláním časové rozmezí rozhovoru nestanoví. Může to být způsobeno nedostatkem zkušeností s rozhovory se seniory s poruchou sluchu.

Dále Venglářová (2007) doporučuje při rozhovoru dodržovat oční kontakt nebo se alespoň chvíli dívat do tváře seniora s poruchou sluchu. Všech 178 sester (100 %) v grafu 11 uvádí, že oční kontakt během rozhovoru dodržují. Ovšem z kvalitativního šetření jsme zjistili, že ve schématu 4 oční kontakt během rozhovoru postrádali hned tři respondenti (R3, R6, R7). Stejně tak výsledky schématu 5 poukazují na to, že také tři respondenti (R3, R7, R10) nedostatek očního kontaktu vnímají jako nejčastější problém při komunikaci se sestrou. Tyto protirečící si výsledky jsou překvapující. Touto problematikou jsme se více zaobírali. Napadlo nás, že k takovýmto odlišným výsledkům mohlo vést různé vnímání jak sester, tak seniorů s poruchou sluchu. Vydedukovali jsme, že sestry mohou považovat za dostatečný oční kontakt pouhý pohled při zahájení rozhovoru a během rozhovoru pak postačí jen nahodilé podívání se na seniora s poruchou sluchu, při kterém si sestra zkontroluje, zda je senior s poruchou sluchu koncentrovaný nebo zda rozumí danému tématu. Oproti tomu senior může za dostatečný oční kontakt považovat pečlivé sledování během celého rozhovoru, kdy povolí odklonění pohledu jen na krátké časové rozmezí, ale vyžaduje jeho návrat.

Graf 12 poukazuje na další podmínku vhodně vedeného rozhovoru, ve kterém je poukázán výsledek, kdy 119 sester (66,9 %) ví, že při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu, který používá naslouchátko, musí při hovoru přistupovat k seniorovi

s poruchou sluchu ze strany, kde má vloženo naslouchátko. Ovšem 45 sester (25,3 %) se mylně domnívá, že během rozhovoru nezáleží, z jaké strany sestra k seniorovi s poruchou sluchu přistupuje bez ohledu na uložení naslouchátka. Graf 13 upozorňuje na fakt, že nejvíce mylných odpovědí se vyskytlo u sester se středoškolským vzděláním. Podle našeho názoru, právě tato zásada je poměrně důležitá, aby sestra zajistila kvalitně vedený rozhovor. Pokud sestra bude hovořit na seniora z opačné strany, než na které má přiložené naslouchátko, může se zhoršit srozumitelnost vět či slov. Tuto zásadu nalézáme v publikaci Pokorné (2010). Jedním z důvodů špatně zvolených možností respondentů se středoškolským vzděláním může být například nedostatek zkušeností týkající se komunikace se seniorem s poruchou sluchu, který používá naslouchátko. Dalším důvodem chybných odpovědí sester se středoškolským vzděláním může být i neznalost principu funkcí sluchadla.

Dalším důležitým prvkem, který zmiňuje také Pokorná (2010), je dostatečný prostor na konci rozhovoru, kdy sestra zodpovídá seniorovi otázky. 174 sester (97,8 %) umožní seniorovi s poruchou sluchu na konci rozhovoru pokládat otázky, které si senior s poruchou sluchu potřebuje ujasnit v rámci nově získaných informací (graf 17). Výsledky nás překvapily, protože jsme předpokládali, že sestry seniorům s poruchou sluchu nebudou nabízet prostor pro zodpovězení otázek. Často totiž říkají, že mají málo času na celkovou péči o jedince kvůli nedostatečnému počtu spolupracovníků. Je tedy možné, že si sestry uvědomily důležitost poskytování seniorovi s poruchou sluchu prostor pro otázky na konci rozhovoru i přesto, že mají omezené časové podmínky. Pouze 4 sestry (2,2 %) podle výsledků mají odlišný názor než Pokorná (2010), která prostor pro otázky na konci hovoru upřednostňuje. Proto tento přístup sester může způsobit nepochopení pokynů, jež sestra předává seniorovi s poruchou sluchu. Kvůli nepochopení jednotlivých pokynů mohou vznikat další s tím související problémy, které se mohou vyvinout v komunikační konflikt. Z grafu 18 vyplývá, že důležitost zásady poskytnutí prostoru na zodpovězení otázek na konci rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu by si měly ujasnit zejména sestry s vyšším odborným vzděláním, aby se ztotožnily s názorem Pokorné (2010).

Obdobným způsobem může kvalitu rozhovoru ohrozit nepoužívání jednoduchých obrázků, které seniorovi s poruchou sluchu mohou pomoci pochopit určité pojmy. V grafu 15 je patrné, že sestry piktogramy při komunikaci se seniory s poruchou sluchu nepoužívají. Příčinou může být, že některá pracoviště piktogramy nevlastní. Tuto skutečnost potvrzuje i graf 27, kde sestry 31x zvolily možnost využití piktogramů pro vylepšení současné komunikace sester z jejich pohledu. Naopak graf 16 poukazuje na uvědomělost sester s vyšším odborným vzděláním, které v největším zastoupení jednoduché obrázky ke komunikaci se seniorem s poruchou sluchu využívají. Z těchto výsledků je patrné, že každé zařízení by mělo několik základních piktogramů vlastnit a využívat při ztížené komunikaci s kýmkoli.

Pokorná (2010) upozorňuje na další důležitou zakončující složku rozhovoru, tedy na shrnutí hovoru do několika podstatných bodů. 133 sester (74,7 %) rozhovor seniorovi s poruchou sluchu shrne do pár bodů (graf 19). Ovšem 45 sester (25,3 %) neupřednostňuje závěrečné shrnutí rozhovoru seniorovi s poruchou sluchu. Domníváme se, že tento postup není vhodný, jde totiž o formu zpětné vazby. Může být jednou z příčin seniorova znejistění, které je podmíněno velkým množstvím nových informací, jež si senior s poruchou sluchu nedokáže dostatečně utřídit. Senior s poruchou sluchu poté může působit zmateným dojmem a cítit se méněcenný. Tento efekt mohou způsobit respondenti se středoškolským vzděláním, kteří v nejpočetnějším zastoupení důležitou sumarizaci na konci rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu neaplikují. Naopak graf 20 vyzdvihuje sestry s vysokoškolským vzděláním, které v 91,3 % konečné shrnutí rozhovoru do několika bodů provádí. Z toho je patrné, že chtějí zamezit méněcennému pocitu seniorům s poruchou sluchu, který vzniká v případě, kdy nevykonají nějakou aktivitu dle pokynů sestry.

Graf 21 popisuje připravenost sester k používání během rozhovoru písemné podklady. 96 sester (53,9 %) si písemné podklady k rozhovoru nepřipravuje. Pokorná (2010) i Kelnarová (2007) doporučují písemné materiály pro rozhovory, aby byl senior s poruchou sluchu obeznámen s celou problematikou probíraného tématu. Nejen že sestru navedou během dorozumívání se se seniorem, ale může je navíc použít jako předlohu pro shrnutí rozhovoru do několika bodů, podle našeho názoru. 82 sester (46,1

%) naopak písemné materiály pro rozhovor preferuje. Je zajímavé, že výsledky jsou nepatrně rozdílné. Podle našeho názoru můžeme z výsledků soudit, že sestry k běžným osobním rozhovorům, které pravděpodobně u sester při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu převažují, písemné podklady nepotřebují. Naopak sestry při probírání obsáhlejší tematiky se seniorem s poruchou sluchu využívají písemné podklady. Je tedy možné, že každá sestra se při zodpovídání dotazníkové otázky zaměřila na jiný typ a obsah rozhovoru. Nejvíce uvědomělé jsou sestry s vysokoškolským vzděláním, které chtějí seniorovi s poruchou sluchu předat ucelené a podstatné informace, proto využívají písemné podklady pro vedení rozhovorů se seniory s poruchou sluchu (graf 22). S tím korespondují i výsledky grafu 20, kde nejvíce sester s vysokoškolským vzděláním provádí sumarizaci rozhovoru. Myslíme si, že písemné podklady těmto respondentům slouží nejen jako kostra rozhovoru, ale i jako shrnutí důležitých bodů. Výsledky vysokoškolsky vzdělaných respondentů jsou pravděpodobně ovlivněny kladením velkého důrazu na shrnutí nově přijatých informací i používáním písemných předloh při komunikaci. Na základě analýzy výše zmíněných výsledků vyplývá, že hypotéza 1: *Druh vzdělání ovlivňuje komunikační dovednosti sester při komunikaci se seniory s poruchou sluchu, byla potvrzena.*

Klevetová, Dlabalová (2008) s Pokornou (2010) uvádějí několik zásad komunikace, které by sestra měla dodržovat při rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. V rámci dotazníkového šetření jsme zvolili nejdůležitější zásady komunikace, které by sestra nezbytně měla znát a mohla je použít ihned bez jakýchkoli pomůcek během komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Nejpočetněji, tedy 168x, sestry volily zásadu dostatečně artikulovat během komunikace se seniorem s poruchou sluchu (graf 14). Na podkladě tohoto výsledku je patrné, že si sestry uvědomují a zároveň kladou důraz na správné vyslovování slov během rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Díky tomu sestry omezují špatnou srozumitelnost a nezpůsobují seniorovi pocit devalvace ve chvílích, kdy musí opakovaně žádat o zopakování slova nebo věty. Jako druhou nejdůležitější zásadu komunikace sestry vybraly ve 155 případech možnost mluvit hlasitě. Zásadu používat krátké věty sestry uvedli 152x. Kombinace tří zásad, dostatečně artikulovat, mluvit hlasitě a používat krátké věty, vypovídá o uvědomělosti

sester ohledně důležitých zásad komunikace se seniorem s poruchou sluchu, kterými může sestra osobně ovlivnit nebo ulehčit rozhovor se staršími jedinci s poruchou sluchu. Ovšem pokud sestra nepřizpůsobí komunikaci individuálně seniorovi s poruchou sluchu, mohou se vyskytnout reakce seniorů s poruchou sluchu na komunikaci sestry podobné výsledkům kvalitativního šetření. Při rozhovorech senioři s poruchou sluchu poté uváděli, že sestra na ně „příliš křičí“, ale objevila se i odpověď seniora, že naopak chce, aby na něho sestra „zvyšovala hlas, protože nechce používat naslouchátko“. Výše zmíněné zásady sestry doplňují o zásadu nepoužívat cizí slova během rozhovoru ve 107 případech (graf 14). Ovšem 4x se vyskytla odpověď přehnaně gestikulovat. Tato zásada je vyřazována z prvků vhodné komunikace se seniorem s poruchou sluchu, jak uvádí Pokorná (2010). Podle 4x zvolených odpovědí přehnaně gestikulovat, můžeme spekulovat nad tím, že sestry se při vyplňování dotazníku pouze upsaly. Ovšem pokud se některé sestry domnívají, že přehnaná gestikulace spadá do zásad komunikace se seniorem s poruchou sluchu, vypovídá to, o nedostatečných znalostí sester nezbytných pro vedení kvalitního rozhovoru. Sami respondenti kvalitativního šetření uváděli, že mohutná gestikulace jim „vadí“ nebo „ji nemají rádi“. Z analýzy výše popsaných výsledků vyplývá, že hypotéza 2: *Sestry dodržují zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu, byla potvrzena*. Sestry mohly volit z několika různých zásad komunikace, některé byly vhodné pro komunikaci se seniorem, ale jiné byly zcela nepřijatelné pro komunikaci se seniory s poruchou sluchu. Protože sestry v nadpoloviční většině zvolily správné zásady komunikace, mohla být hypotéza potvrzena.

Graf 23 prezentuje výsledky týkající se otázky, zda sestry považují péči o seniory s poruchou sluchu za zatěžující. 154 sester (86,5 %) péči o seniory s poruchou sluchu nevnímá jako zatěžující. Pouze 24 sester (13,5 %) se domnívá, že péče o seniory s poruchou sluchu je zatěžující. Jako důvody zatěžující péče o seniory s poruchou sluchu uvedly sestry 20x nedostatek času, 12x více trpělivosti při péči a 2x nemožnost upozornit seniora s poruchou sluchu na nebezpečí zavoláním (graf 24). Takovéto výsledky jsou překvapující. Dle našeho názoru sestry neustále poukazují na nedostatek času při poskytování péče jednotlivci, který je často podmíněn nízkým počtem

zdravotnického personálu. Mysleli jsme si, že péče o seniory s poruchou sluchu, která je více náročná na čas, bude sestrami vnímána jako zatěžující. Napadá nás několik důvodů, které by mohly vysvětlovat zjištěné výsledky. Jedním z nich je, že na pracovištích, kde přebývají senioři s poruchou sluchu, mají dostatečný počet kvalifikovaného personálu. Dalším řešením může být lepší propracovanost a návaznost jednotlivých činností prováděných při péči o seniory s poruchou sluchu podložené dlouholetou praxí.

Z celkového počtu 178 respondentů zhodnotilo pouze 24 sester (13,5 %) jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, které považují jako zatěžující v rámci péče o seniory s poruchou sluchu. Odpověď všechny fáze se vyskytla 18x, plánování ošetrovatelského procesu i realizace ošetrovatelského procesu bylo zvoleno 4x (graf 25). Při plánování realizace ošetrovatelského procesu musí sestra myslet na denní aktivity seniora s poruchou sluchu a vše propojit s dříve získanými poznatky z ošetrovatelské anamnézy. Jednotlivé činnosti na sebe musí navazovat. Další zatěžující částí ošetrovatelského procesu je samotná realizace ošetrovatelského procesu, která může být kdykoli narušena. Poté sestra musí najít nový způsob provedení naplánovaných činností. Pouze odpovědi ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelská diagnostika byly vybrány 2x. Výsledek je zajímavý, protože při zjišťování anamnézy musí sestra vhodným způsobem volit otázky, pomocí nichž chce jednotlivé informace získat. Stanovení diagnóz je také náročnou, ale častou i obsáhlou složkou ošetrovatelského procesu. Je tedy možné, že sestry tyto činnosti zvládají precizně. Konečnou fázi ošetrovatelského procesu, tedy zhodnocení ošetrovatelského procesu, není ze sesterského pohledu vnímána jako zatěžující při péči o seniory s poruchou sluchu. Ovšem objevuje se otázka, v jaké kvalitě sestry provádí závěrečné zhodnocení, když jim nepřipadá náročné. Podle našeho názoru jsou všechny fáze náročné pro splnění ošetrovatelského procesu, pokud se sestra snaží vykonat je v co nejlepší kvalitě. Ovšem je pozoruhodné, že některé sestry vnímají jako zatěžující pouze některé fáze ošetrovatelského procesu a jiné naopak uvedly jako zatěžující všechny složky ošetrovatelského procesu. Mohlo by to být způsobeno ztotožněním se s ošetrovatelským procesem, kdy všeobecné sestry pozorují své nedostatky jen v některých fázích

ošetřovatelského procesu při komunikaci s různě handicapovanými jedinci. Na všechny problémy týkající se ošetřovatelského procesu upozorňuje také Malíková (2011). Po analýze těchto výsledků jsme došli k závěru, že hypotéza 3: *Sestry vnímají ošetřovatelskou péči o seniory s poruchou sluchu jako zatěžující, nebyla potvrzena.*

Mezi zajímavé poznatky z našeho pohledu patří výsledky grafu 26, kde sestry odpovídaly, zda mají dostatek času na komunikaci se seniorem s poruchou sluchu během směny. Zejména nás překvapilo, že sestry všeobecně poukazují na celkový nedostatek času pro vykonávání svých činností při směně. Nedostatek času mají z různých důvodů. Často slyšíme, že na vině je velké množství administrativní práce nebo nedostatečný počet personálu na jednotlivých pracovištích. Ale podle výsledků sestry spíše mají dostatek času na komunikaci v 89 případech (50 %). Jen 57 sester (32 %) uvedlo, že spíše nemá dostatek času. Dále můžeme z výsledků soudit, že polovina sester většinou najde nějakou časovou rezervu, kterou věnují komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Pravděpodobně sestry chápou podstatu a jsou seznámeny s důsledky kvalitně vedeného rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. Nebo pracují na oddělení, kde není 100% využití lůžek a obvykle nemají plný stav hospitalizovaných pacientů. Je tedy zajímavé, že i přes velmi časté stížnosti sester ohledně časové problematiky v rámci jedné směny se ukázalo, že polovina všeobecných sester si čas na komunikaci se seniorem zajistí.

Další, pro nás překvapující výsledky, byly z grafu 27. Sestry zde navrhovaly možnosti, které by mohly zlepšit komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Nejčastěji se vyskytla možnost absolvování kurzu týkajícího se vhodné komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Mysleli jsme si, že tato možnost nebude sestrami navržena, jelikož se postupně rozšiřuje nechuť jakékoli kurzy navštěvovat pro získání nebo obnovení registrace. Dále sestry postrádají piktogramy, které by mohly ulehčit komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Již v grafu 15 je patrné, že 101 sester (56,7 %) při rozhovoru nevyužívá tuto pomůcku. Domníváme se, že odpověď více používat piktogramy se vyskytla jako druhá nejčastější proto, že některá zařízení jednoduché obrázky vůbec nevládní. 28x sestry uvedly, že komunikaci by vylepšily při dostatečném počtu personálu na pracovišti. Poté by se sestry mohly seniorům s poruchou sluchu

dostatečně dlouho věnovat a rozebírat s nimi zajímavá témata. Ovšem tato odpověď odporuje výsledkům z grafu 26, kde polovina oslovených sester uvedla, že mají dostatečný počet personálu a proto většinou mohou z časového hlediska dostatečně komunikovat se seniorem s poruchou sluchu během směny. Levnější naslouchátka by sestry přivítaly 24x. Tím by se komunikace se seniory s poruchou sluchu výrazně ulehčila, ale senioři by museli naslouchátka pravidelně používat. Problematické je vhodné motivování seniora s poruchou sluchu k využívání naslouchadla, o kterém se zmiňuje i Venglářová (2007). Sestry 20x zmínily jako další možnost, která komunikaci se seniory zlepší, důsledné dodržování zásad komunikace se seniory s poruchou sluchu. I odpověď nevím se vyskytla 13x.

V rámci kvalitativního šetření jsme zjišťovali, jak na seniory s poruchou sluchu působí nevhodná komunikace. Schéma 1 uvádí, jakým způsobem senioři s poruchou sluchu vnímají současný způsob komunikace, kdy pět respondentů ji označilo za „*pozitivní*“ (R1, R4, R6, R8, R9). Dva senioři s poruchou sluchu mají na současný způsob komunikace sester „*negativní názor*“ (R3, R10). R2 vypověděl, že komunikace sester je podle něho „*kvalitně vedena*“ a vyvolává tedy „*vhodný přístup sestry*“ ke komunikaci se seniorem s poruchou sluchu. Dále můžeme pozorovat, že R5 má „*neutrální dojem*“ z komunikace sester. R7 zhodnotil komunikaci sester jako „*příjemnou*“. Je tedy patrné, že senioři s poruchou sluchu pečlivě sledují, jakým způsobem sestry komunikují.

S tím souvisí výsledky schématu 2, kde senioři s poruchou sluchu upřesňují prvky, které by chtěli změnit při komunikaci sester. Jen pět respondentů (R1, R2, R4, R7, R8) na komunikaci sester „*nic měnit nechtělo*“, jsou s ní „*spokojeni*“. R5, R6 by uvítal od sestry během komunikace se seniorem s poruchou sluchu „*více trpělivosti*“. Nedostatek trpělivosti jako zatěžující složku při rozhovoru se seniorem udávají sestry v grafu 24 hned ve 12 případech. Z toho vyplývá, že i sami sestry si uvědomují tento problém a snaží se ho jako jednotlivci omezovat. R10 uvedl, že sestry by měly během komunikace se seniorem s poruchou sluchu „*lépe artikulovat a mluvit hlasitě i pomalu*“. Podle R9 sestry v malé míře zjišťují, zda senior s poruchou sluchu „*naslouchátko používá*“. Domníváme se, že sestry si neuvědomí, že senior s poruchou sluchu nemusí

používat závěsné naslouchátko, které je vidět na první pohled. Pro seniora s poruchou sluchu může být pohodlnější odlietek, který se vkládá do ucha, není tedy ihned patrný. Z tohoto důvodu by se sestra měla informovat, zda senior sluchadlo využívá, aby na něho zbytečně nezvyšovala hlas při dorozumívání a přizpůsobila komunikaci individuálně jednotlivci. Ovšem i někteří senioři s poruchou sluchu sluchadlo používají a i přesto chtějí, aby na ně sestra hlas zvyšovala při komunikaci. Na výzkumnou otázku 1: *Jak na seniory s poruchou sluchu působí současný způsob komunikace sester?* můžeme odpovědět odpovědí 1, že: **Současný způsob komunikace sester působí na seniory s poruchou sluchu pozitivně.** Tato odpověď poukazuje na skutečnost, kdy sestry dodržují zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu a vyvolávají tím v seniorech s poruchou sluchu pozitivní pocity i přes jejich znevýhodnění vůči ostatním seniorům.

Schéma 3 vyobrazuje, jak na seniory s poruchou sluchu působí neverbální komunikace, která by měla mluvené slovo vhodně doplňovat. Stejně tak upozorňuje Venglářová (2007) na správné využívání neverbální komunikace při vedeném rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu. R2, R8, R10 ohodnotili nonverbální způsob komunikace jako „přijatelný“. Neverbální komunikace „vhodně doplňuje řečené věty“, jak uvedli R4, R6. Dva respondenti (R5, R9) nemají „žádný dojem“ z neverbální komunikace. Tento výsledek potvrzuje, že každý jedinec se v rámci neverbální komunikace zaměří na různé prvky, které pozoruje během hovoru velice pečlivě. Pro někoho je podstatné závěrečné shrnutí na konci rozhovoru, jiný člověk se naopak zabývá výše zmíněnými gesty či mimikou a podobnými neverbálními prvky komunikace. Proto se domníváme, že sestra by během komunikace měla dbát na jednotlivé části neverbální individuální komunikace.

Zajímavé jsou výsledky schématu 4, ve kterém senioři s poruchou sluchu uvádějí prvky neverbální komunikace, jichž by se sestra měla vyvarovat. Tři respondenti (R3, R6, R7) sestrám nedoporučují „nedodržování očního kontaktu“. Na většinu respondentů komunikace poté „nepůsobila osobním dojmem“, který je pro vhodný způsob vedení rozhovoru podstatný. Pokud ho sestra dodržuje, evokuje u seniorů s poruchou sluchu během komunikace pocit osobního rozměru rozhovoru, což

popisuje Pokorná (2010) i Klevetová, Dlabalová (2008). Myslíme si, že právě tento pocit se stává pro seniora s poruchou sluchu podstatným a zároveň ho může naplňovat pocitem bezpečí a jistoty při vedeném rozhovoru, protože se poté cítí více zapojen i jako rovnocenný partner, než jen jako pouhý posluchač. Oční kontakt se může využít i v případě, když senior s poruchou sluchu momentálně nemá funkční naslouchátko a sestra jej při hovoru pozoruje. Senior se poté stává více jistým, že rozhovor je skutečně veden s ním. Mohutnou gestikulaci by sestry měli vypustit podle hodnocení R3, R4, R10, protože jak říkají „*vadí*“ a „*nelíbí se*“ jim. Respondenti se poté více zaměřili na gesta, než na mluvené slovo. Proto sestra, podle našeho názoru, může tomuto problému předejít tím, že bude například ukazovat na jednotlivé předměty, pokud nedokáže zpočátku ovlivnit vlastní vůli svou neverbální komunikací. R3, R7, R8 uvedli jako nevhodný prvek nonverbální komunikace „*žvýkání žvýkaček*“. Z toho můžeme soudit, že senioři s poruchou sluchu se při komunikaci zaměřují zejména na výrazné prvky komunikace, viditelné na první pohled, mezi které patří gestikulace a žvýkání. Ovšem senioři s poruchou sluchu bedlivě sledují nejen vhodné a nevhodné komunikační dovednosti sester, ale navíc se zaměřují i na zásady slušného chování. Poté hodnotí výkony jednotlivých sester v porovnání s dřívějšími zkušenostmi. Na výzkumnou otázku 2: Jak vnímají senioři s poruchou sluchu nonverbální komunikaci sester? jsme po analýze výsledků získali odpověď 2: **Nonverbální komunikaci sester senioři s poruchou sluchu vnímají jako přijatelnou.** Z toho je patrné, že výsledky upozorňují na prvky, které se mohou zlepšit i přes pozitivní výsledky šetření. V rámci neverbální komunikace by se sestry měly více soustředit na jednotlivé činnosti, které při rozhovorech se seniory s poruchou sluchu vykonávají, třeba i nevědomě.

Schéma 5 informuje o nejčastějších problémech vzniklých při komunikaci mezi seniorem s poruchou sluchu a sestrou z pohledu seniora s poruchou sluchu. Nejčastějším problémem se stalo „*nedodržování očního kontaktu*“, uvedli ho R3, R7, R10. Přestože jsme se očním kontaktem již zabývali, nyní jej uvádíme podle výsledků kvalitativního šetření. Tento problém senioři s poruchou sluchu zmiňovali i v rámci jiných otázek než jen při určení nejčastějšího problému komunikace. Z toho usuzujeme, že senioři velmi lpí na dodržování této zásady. Ztotožňujeme se s názorem Pokorné

(2010) a Klevetové, Dlabalové (2008), které upozorňují na osobnostní rozhraní rozhovoru při dodržení této zásady. Sami si myslíme, že senior s poruchou sluchu bude lépe přijímat nové informace, když se bude cítit v bezpečí. Pocit bezpečí a jistoty může sestra navodit právě dodržováním očního kontaktu během hovoru vedeného se seniorem s poruchou sluchu. Dalším problémem stávajícím se pro seniora s poruchou sluchu v rámci komunikace limitujícím je „*drmolení slov*“. Jestliže sestra jednotlivá slova na seniora s poruchou sluchu vychrlí navíc se špatnou artikulací, může způsobit seniorovi potíže, které mohou mít původ v neporozumění slov. Navíc pokud se senior s poruchou sluchu ostýchá požádat o zopakování slova, může problém vyústit až v komunikační konflikt. Proto souhlasíme s Pokornou (2010), která uvádí jednotlivé zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu. Při dodržení těchto zásad si sestra z větší části zajistí porozumění pojmů či pochopení činností, které musí senior s poruchou sluchu vykonat. „*Přehnaná gestikulace*“ je také dalším problémem při komunikaci. I na tento jev poukazují předchozí výsledky schématu 4. Sami senioři poruchou sluchu si uvědomují, že při mohutné gestikulaci začnou „*více sledovat pohyby*“ sestry a „*nejsou koncentrováni na mluvené slovo*“ sestry. R9 uvedl jako nejčastější problém při komunikaci se sestrou používání „*jednoduchých vět během rozhovoru*“. Tento problém je individuální. Například se seniory s demencí musí sestra během komunikace volit jednoduché věty, aby si byla jistá, že senior pochopí probíranou problematiku. Proto by se sestra mohla tohoto problému vyvarovat ve chvíli, kdy si zjistí základní údaje o seniorovi s poruchou sluchu. Zpočátku rozebere se seniorem nějaké obecné téma, podle kterého zjistí například slovní zásobu seniora. Během rozhovoru sestra dokáže odhadnout, jakým způsobem může volit a skládat věty, aby zajistila pochopení daného tématu seniorem s poruchou sluchu. Zajímavý je i uvedený problém R6, tedy „*ostých seniora s poruchou sluchu požádat o zopakování věty nebo slova*“. Prvotní problém seniora s poruchou sluchu je způsoben devalvací, kterou zapříčinila sestra nevhodným přístupem ve chvíli, kdy senior požádal o zopakování pojmu. Tento způsob komunikace je nepřijatelný, jak z našeho pohledu, tak i z pohledu Pokorné (2010) či Malíové (2011). Obě autorky sestry upozorňují, že musí být při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu vlídné, trpělivé a empatické. R5 uvedl jako nejčastější problém právě zmíněnou

„netrpělivost“ sestry, která může být způsobena nedostatkem času. Ale v grafu 26 je patrné, že sestry mají dostatek času pro komunikaci se seniory s poruchou sluchu, je tedy zajímavé, že tyto výsledky si odporují. Poté se mohou vytvářet generalizované názory na sestry, kdy sestry dostatečně kvalitně nevyužívají čas. Problém R5 může být také způsoben nevhodným přístupem sestry při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu.

Aby se těmto problémům předcházelo, navrhovali bychom, podle našeho názoru, navštěvovat kurzy, kde by si sestry důležitost dodržování všech zásad a dovedností komunikace dostatečně uvědomily a osvojily. Jenže i s tím je spojený další problém. Nikdy školení nepodstoupí všechny sestry, pokud nebude povinné. Proto bychom jako řešení navrhli, aby vedoucí jednotlivých oddělení vyvěsili na všechna pracoviště zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu, aby si sestra kdykoli během směny mohla ujasnit, které zásady má pro kvalitní rozhovor dodržovat. Po analýze výše zmíněných výsledků jsme zprostředkovali odpověď na výzkumnou otázku 3: S jakými problémy se senioři s poruchou sluchu setkávají při komunikaci se sestrou? odpověď 3: **Senioři s poruchou sluchu uvedli jako nejčastější problém nedodržování očního kontaktu.**

Můžeme říci, že všechny problémy jsou způsobeny nedodržováním zásad komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Je tedy zajímavé, že sestry teoreticky zásady znají a podle výsledků kvantitativního šetření je ve větší míře i dodržují. Ovšem kvalitativní výsledky poukazují na opak. Všeobecná sestra si pravděpodobně neuvědomuje potřebu seniorů s poruchou sluchu neustále dodržovat oční kontakt, tak aby mohli v případě přeslechnutí odezírat. Dále sestra může prostřednictvím očního kontaktu poznat podle výrazu seniorů, že něco neslyšeli nebo něčemu nerozuměli. Dále je možné, že výsledky jednotlivých sester senioři s poruchou sluchu mezi sebou porovnávají a tím se zvyšují požadavky seniorů s poruchou sluchu na dodržování zásad komunikace s nimi. Jiným důvodem může být nedostatek empatie sestry během komunikace se seniory s poruchou sluchu, kdy nevnímá potřeby seniorů dostatečně kvalitně. Jako obdobný problém se může objevit přílišná orientace sestry na výkon, kdy se důkladně nevěnuje vysvětlení činnosti a pouze bezmyšlenkovitě provádí výkon, aby

měla splněný plán. Z důvodů těchto nedostatků byl vytvořen standard, který obsahuje postup správné komunikace se seniorem s poruchou sluchu. Tento standard bude poskytnut zařízením, ve kterých byla provedena kvantitativní a kvalitativní šetření. Dále byla vytvořena informační brožura. Ta je také zaměřena na správný postup komunikace se seniory s poruchou sluchu.

6. Závěr

V této diplomové práci byly stanoveny dva cíle. Cíl 1: Zmapovat efektivní dovednosti, které sestry využívají při komunikaci se seniory s poruchou sluchu. Cíl 2: Zjistit, jak na seniory s poruchou sluchu působí nevhodná komunikace sester. Oba cíle byly splněny, protože jsme potvrdili a nepotvrdili hypotézy a také získali odpovědi na výzkumné otázky.

Kvantitativní šetření bylo provedeno u všeobecných sester pracujících na odděleních následné péče, v domovech pro seniory a v agenturách domácí péče. Byla upřednostněna technika dotazníku. Při tvorbě dotazníku bylo vybráno 18 otázek otevřeného i uzavřeného typu. Před rozdáním dotazníků předcházela předvýzkum, který napomohl některé otázky upravit či doplnit. Při předvýzkumu byl dotazník rozdán šesti sestrám pracujících na oddělení následné péče a v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Dotazníky byly rozdány 200 sestrám, řádně vyplněných dotazníků využitelných ke zpracování se vrátilo 178, návratnost tedy byla 89 %. Dotazníky byly zpracovány během měsíce ledna 2012. Pro kvantitativní šetření byly určeny tři hypotézy. Hypotéza 1: Druh vzdělání ovlivňuje komunikační dovednosti sester při komunikaci se seniory s poruchou sluchu, byla *potvrzena*. Hypotéza 2: Sestry dodržují zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu, se také *potvrdila*. Naopak hypotéza 3: Sestry vnímají ošetrovatelskou péči o seniory s poruchou sluchu jako *zatěžující, potvrzena nebyla*.

Při kvalitativním šetření byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru s 10 seniory s poruchou sluchu. Rozhovor byl veden na podkladě předem stanovených otázek. Otázky respondenti zodpovídali během měsíce února 2012. V rámci kvalitativního šetření se zodpověděly tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jak na seniory s poruchou sluchu působí současný způsob komunikace sester? Odpověď 1: : *Současný způsob komunikace sester působí na seniory s poruchou sluchu pozitivně*. Na výzkumnou otázku 2: Jak vnímají senioři s poruchou sluchu nonverbální komunikaci sester? vyplynula odpověď 2: *Nonverbální komunikaci sester senioři s poruchou sluchu vnímají jako přijatelnou*. Poslední výzkumná otázka 3: S jakými problémy se senioři s poruchou sluchu setkávají při komunikaci se sestrou? byla zodpovězena odpovědí 3:

Senioři s poruchou sluchu uvedli jako nejčastější problém nedodržování očního kontaktu.

Výstupem této práce je standard, jehož obsahem bude postup komunikace se seniorem s poruchou sluchu, aby byla zajištěna kvalitní komunikace se seniory s poruchou sluchu. Tento standard bude poskytnut zařízením, ve kterých bylo prováděno kvantitativní i kvalitativní šetření. Dále je výsledkem práce informační brožura zaměřená na doporučení pro komunikaci se seniory s poruchou sluchu.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) ANON. *Cedis – vše pro péči o naslouchadla a ušní koncovky*. [cit. 28. 12. 2011]. Dostupné z [<http://www.auris-audio.cz/naslouchadla-do-usi-novinky>].
- 2) ANON. *Návod použití sluchadla REAL™*. [cit. 28. 12. 2011]. Dostupné z [http://www.widex.cz/download/~media/Agent_CZ/intershop/pdf/navody/navod%20REm.ashx].
- 3) BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 140 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1125 – 6.
- 4) ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 2. upravené a dopl. vyd. Praha: Grada, 2000. 675 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1132 – 4.
- 5) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80 – 247 – 0242 – 8.
- 6) DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 544 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3240 – 4.
- 7) ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80 – 246 – 1216 - X.
- 8) GATES, G., MILLS, J. H. Presbycusis. *The Lancet*. 2005, roč. 366, č. 9491, s. 1111-1120. ISSN 0140-6736.
- 9) HAHN, A. a kol. *Otorinolarygologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 392 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 0529 – 3.
- 10) HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80 – 7013 – 363 – 5.
- 11) HAVLÍK, R. *Sluchadlová propedeutika*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 209 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 458 – 0.
- 12) HLOUŠKOVÁ, M. Kvalita života s nedoslýchavostí. *Sestra*. Praha: 2012, roč. 22, č. 1, s. 31 – 32. ISSN 1210 – 0404
- 13) ROTTENBERG, J. Diagnostika a terapie nedoslýchavosti. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: 2008, roč. 10. č. 10, s. 470 – 473. ISSN 1212 – 7299

- 14) HEDRMAN, T. H. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009 – 2011*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3423 – 1.
- 15) HINES, J. Communication problems of hearing – impaired patients. *Nursing standard*. 2000, roč. 14, č. 19, s. 33 – 37. ISSN 0029 - 6570.
- 16) HROBOŇ, M., HOŘEJŠÍ, J., JEDLIČKA, I. *Nedoslýchavost*. 1. vyd. Praha: Markopolus, 1998. 90 s. ISBN 80 – 86003 – 13 - 2.
- 17) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 108 s. ISBN 80 – 7 – 368 – 110 – 2.
- 18) JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 2171 – 2.
- 19) KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2490 – 4.
- 20) KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80 – 247 – 0548 – 6.
- 21) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80 – 7262 – 455 - 5.
- 22) KELNAROVÁ, J. Komunikace se seniory. *Geriatrica*. Bratislava: 2007, roč. 13, č. 4, s. 166 – 168. ISSN 1335 – 1850.
- 23) KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2169 – 9.
- 24) KLOZAR, J. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 224 s. ISBN 80 – 7262 – 346 – X.
- 25) KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Osvěta 2004. 211s. ISBN 80 – 8063 – 160 - 3.
- 26) KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatelské techniky – metodika sesterských činností: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80 – 8063 – 202 – 2.
- 27) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0.

- 28) LANGMEIER, M. A KOL. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 320 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2526 – 0.
- 29) LEJSKA, M. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1994. 171 s. ISBN 80 – 7013 – 178 – 0.
- 30) LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978 – 80 – 247 - 1784.
- 31) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3148 – 3.
- 32) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
- 33) NOVÁK, A. *Foniatricke a pedaudiologie I*. 1. vyd. Praha: UNITISK, 1996. 131 s. ISBN neuvedeno.
- 34) PETLÁK, E. *Všeobecná didaktika*. 2. vyd. Bratislava: Iris, 2004. 311 s. ISBN 80 – 89018 – 64 - 5.
- 35) PETTY, G., KOVAŘÍK, Š. *Moderní vyučování*. 4.vyd. Praha: Portál, 2006. 380 s. ISBN 80 – 7367 – 172 - 7.
- 36) POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCONZO, 2008. 100 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 466 – 5.
- 37) POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3271 – 8.
- 38) POPELKA, M. M., CRUICKSHANKS, K. J., WILEY, T. L., TWEED, T. S., KLEIN, B. E., KLEIN, R. Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998, roč. 46, č. 9, s. 1075-1078. ISSN 0002-8614.
- 39) PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 4. vyd. Praha: Portál, 2009. 481 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 503.
- 40) PULDA, M., LEJSKA, M. *Jak žít se sluchovou vadou*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 78 s. ISBN 80 – 7013 – 226 – 4.
- 41) RAFTEY, A. T., LIM, E. *Diferenciální diagnóza*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 520 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2356 – 3.

- 42) RICHTEROVÁ, M. Praktické zásady komunikace se specifickými skupinami seniorů. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: 2002, roč. 5, č. 3, s. 3 – 19. ISSN 1212 – 1053.
- 43) ROŠKOVÁ, S. Sluch náš každodenní. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 11, s. 72 – 73. ISSN 1210 – 0404.
- 44) SPRINZL, G. M., RIECHELMANN, H. Current trends in treating hearing loss in elderly people: A review of the technology and treatment options – A mini – review. *Gerontology*. 2010, roč. 56, č. 3, s. 351 – 358. ISSN 0304 – 324X.
- 45) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 599 – 4.
- 46) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80 – 7262 – 365 – 6.
- 47) TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 299 s. ISBN 80 – 7169 – 099 – 6.
- 48) TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978 – 80 – 7387 – 2861 – 1.
- 49) TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80 – 247 – 0512 – 5.
- 50) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2170 – 5.
- 51) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vydání neuvedeno. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 52) VOHLÍDKOVÁ, M. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: 2009, roč. 11, č. 6, s. 291 – 293. ISSN 1803 – 5256.
- 53) VYBÍHALOVÁ, L. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210 – 0404.
- 54) VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací – efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

- 55) ZACHAROVÁ, E. Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 12, s. 40 – 42. ISSN 1210 – 0404.
- 56) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 – 5.

8. Klíčová slova

- Senior
- Porucha sluchu
- Komunikace
- Všeobecná sestra
- Zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se seniory s poruchou sluchu

Příloha 3 Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

Příloha 4 Desatero pro komunikaci se sluchově postiženými

Příloha 5 Standardní ošetřovatelský postup

Příloha 6 Informační brožura

Příloha 1

Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

píší diplomovou práci zaměřenou na téma: Problematika komunikace se seniory s poruchou sluchu. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který je zcela anonymní. Pokud nebude u jednotlivé otázky uvedeno, že můžete zvolit více odpovědí, vyberte pouze jednu odpověď. Předem děkuji za Vaši spolupráci a čas, který strávíte nad tímto dotazníkem.

Šárka Blafková, student 2. ročníku navazujícího studia oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech.

1) Kolik Vám je let?

- a) do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) více jak 61 let

2) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské vzdělání
- b) vyšší odborné vzdělání
- c) vysokoškolské vzdělání
- d) specializace (jaká).....

3) V jakém zařízení pracujete?

- a) nemocniční zařízení
- b) domov seniorů
- c) agentura domácí péče

- 4) **Jak oslovujete seniora s poruchou sluchu?**
- a) jménem a příjmením
 - b) „dědo“, „babi“
 - c) jiné:.....
- 5) **Odstraníte před rozhovorem se seniorem s poruchou sluchu rušivé elementy?**
- a) ano
 - b) ne
- 6) **Určíte si se seniorem předem časové rozmezí hovoru?**
- a) ano
 - b) ne
- 7) **Udržujete se seniorem s poruchou sluchu při komunikaci oční kontakt?**
- a) ano
 - b) ne
- 8) **Pokud senior s poruchou sluchu používá sluchadlo, měla by sestra mluvit směrem k uchu,**
- a) kde je uloženo sluchadlo?
 - b) kde není sluchadlo uloženo?
 - c) nezáleží na uložení sluchadla
- 9) **Jaké jsou nejdůležitější zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu?**
(můžete zvolit více možností)
- a) používat krátké věty
 - b) mluvit hlasitě
 - c) dostatečně artikulovat
 - d) přehnaně gestikulovat
 - e) nepoužívat cizí slova nebo zkratky
 - f) chodit po místnosti během hovoru
 - g) žvýkat při vedeném rozhovoru

10) **Využíváte při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu jednoduché obrázky?**

a) ano

b) ne

11) **Poskytnete seniorovi na konci rozhovoru prostor pro otázky?**

a) ano

b) ne

12) **Shrnete seniorovi celý rozhovor do pár bodů?**

a) ano

b) ne

13) **Dáváte seniorovi s poruchou sluchu písemné podklady k rozhovoru?**

a) ano

b) ne

14) **Je pro Vás péče o seniory s poruchou sluchu zatěžující?** (Pokud odpovíte *ANO*, pokračujte otázkou číslo 15. Pokud odpovíte *NE*, pokračujte otázkou číslo 17)

a) ano

b) ne

15) **Vypište, prosím, proč je pro Vás péče o seniory s poruchou sluchu zatěžující.**

.....
.....
.....

16) **Jaká fáze ošetrovatelského procesu je z Vašeho pohledu zatěžující při péči o seniora s poruchou sluchu?** (můžete zvolit více možností)

- a) ošetrovatelská anamnéza
- b) ošetrovatelská diagnostika
- c) plánování ošetrovatelského procesu
- d) realizace ošetrovatelského procesu
- e) zhodnocení ošetrovatelského procesu
- f) všechny fáze

17) **Domníváte se, že máte dostatek času, při své směně, pro komunikaci se seniorem s poruchou sluchu?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

18) **Vypište, prosím, jakým způsobem by se mohla zlepšit komunikace se seniory s poruchou sluchu z Vašeho pohledu.**

.....

.....

.....

.....

Příloha 2

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se seniory s poruchou sluchu

- 1) Jak na Vás působí komunikace zdravotních sester?

- 2) Co by jste chtěl/a změnit na komunikaci sester?

- 3) Jak na Vás působí neverbální komunikace sester?

- 4) Které prvky neverbální komunikace by sestra neměla používat při komunikaci, podle Vašeho názoru?

- 5) S jakým problémem se nejčastěji setkáváte při komunikaci se sestrou?

- 6) Do jaké míry, podle Vás, sestry zvládají komunikaci?

Příloha 3

Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšťování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jeho důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na papír.
6. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti seniora nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Zdroj: ANON. Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2011-12-28]. Dostupné z [<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim.html>].

Příloha 4

Desatero pro komunikaci se sluchově postiženými

1. Při rozhovoru se sluchově postiženým člověkem vyslovujte zřetelně, nezvyšujte hlas a neměňte rychlost řeči.
2. Nezačínejte rozhovor se sluchově postiženým, je-li k vám obrácen zády nebo ze strany. Dbejte na to, aby viděl zepředu, že na něj mluvíte. Pokud se na vás nedívá, upozorněte ho třeba jemným dotykem. Dbejte na to, aby váš obličej byl dokonale osvětlen, nestavte se zády k oknu.
3. Mnohdy ani dobře slyšící není schopen vnímat potřebné informace, mluví-li více lidí najednou, nebo je-li rozhovor rušen hudbou či hlukem. Vnímat řeč pomocí sluchadla a navíc odezírat je značně namáhavé. Proto pokud je to možné, vypněte všechny zdroje zvuku a ať při jednáních se sluchově postiženým mluví vždy jen jeden.
4. Ujistěte se, že váš postižený partner všemu dobře rozuměl. Potřebné informace opakujte bez nervozity, případně pozměňte stavbu věty nebo použijte jiná slova.
5. Jste-li se sluchově postiženým ve společnosti dalších osob, dbejte na to, aby se i on zúčastnil rozhovoru. Sdělte mu, o čem je řeč, případně použijte i písemné sdělení.
6. Na pracovišti nenechávejte sluchově postiženého bez pomoci, postarejte se o to, aby dostal všechny potřebné informace a důležitá sdělení.
7. Nezapomínejte ani v zápalu vzájemné diskuse na to, že rozhovor vyžaduje od sluchově postiženého plné soustředění, které vyvolá brzy únavu. Tzv. oddechový čas při důležitých jednáních přijímají rádi i slyšící.
8. Záleží-li vám alespoň trochu na mezilidských vztazích, povzbuzujte sluchově postiženého, aby využíval všechny dostupné kompenzační pomůcky a prostředky sociální rehabilitace.
9. Indukční smyčky v konferenčních a společenských sálech, divadlech, kinech, kostelech usnadňují sluchově postiženým rozumět sledovanému pořadu. I váš osobní zájem napomůže tomu, aby tato zařízení byla instalována a udržována v provozu.
10. Pokuste se vcítit do situace sluchově postiženého. Pak snáze porozumíte jeho potřebám, někdy i jeho překvapivým reakcím.

Zdroj: KUBERTOVÁ. Desatero pro komunikaci se sluchově postiženými. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2011-12-28]. Dostupné z [<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/357-desatero-pro-komunikaci-se-sluchove-postizenymi-kubertova.html>].

Příloha 5

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

č. 1

Název SOP: Komunikace s klienty s poruchou sluchu

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetřovatelský postup
<i>Oblast péče</i>	Individualizovaná péče
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Klienti s poruchou sluchu
<i>Místo použití</i>	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Zdravotničtí pracovníci, kteří získali kvalifikaci dle § 5, 6, 7, 10, 15, 18, 24, 29, 32, 36, 42 zákona č. 96/ 2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/ 2011 Sb
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2012
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za 3 roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	Bc. Šárka Blafková
<i>Oponenturu provedl/a</i>	XY
<i>Schválil/a</i>	XY, náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

Komunikace s klienty s poruchou sluchu**Úvod**

Tento standard se zabývá komunikací se skupinou osob s vyšším věkem a poruchou sluchu. Komunikace je způsob, díky kterému se mohou lidé mezi sebou dorozumívat, sdělovat si a vyměňovat informace i myšlenky. Osoby si předávají informace pomocí slov, prostřednictvím jazyka, ale podstatnou složkou komunikace je i neverbální komunikace.

Indikace a kontraindikace

Indikace: jakákoli situace v rámci péče o klienta s poruchou sluchu.

Kontraindikace: klient v bezvědomí

Definice standardu

Komunikace je jednáním, jehož cílem z hlediska komunikátora je přenos sdělení jedné či více osobám prostřednictvím symbolů. Vzájemné působení mezi komunikujícími partnery se nazývá komunikační proces. Pokud se v komunikačním procesu vyskytne komunikační bariéra, kterou může být porucha sluchu, vyvolává nedorozumění, ale i poruchu potřeby jistoty a bezpečí.

Cíl standardu

Kvalitní a vhodně vedená komunikace s klienty s poruchou sluchu.

***KRITÉRIA STRUKTURY*****S1 Kompetentní osoby k výkonu**

Všeobecné sestry

Porodní asistentky

Zdravotničtí pracovníci

Ergoterapeuti

Zdravotně – sociální pracovníci

Nutriční terapeuti

Nutriční asistenti

Zdravotničtí záchranáři

Fyzioterapeuti

Ošetřovatelé

Sanitáři

S2 Pomůcky

- Tištěný text s několika body tématu

S3 Dokumentace

Formulář edukace – pokud byla edukace provedena při rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu.

S4 Prostředí

Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice řádně upravené pro vedení rozhovoru se seniory poruchou sluchu, tedy bez rušivých prvků.



KRITÉRIA PROCESU

Ošetřovatelský postup

P1 Kompetentní osoba odstraní rušivé prvky z prostředí, kde bude veden rozhovor (zvonící telefon, hluk z okolí a podobné prvky).

P2 Kompetentní osoba pozdraví klienta s poruchou sluchu.

P3 Kompetentní osoba pozdrav klienta s poruchou sluchu doplní dotykem.

P4 Kompetentní osoba určí časový interval před zahájením rozhovoru.

P5 Kompetentní osoba udržuje při rozhovoru oční kontakt.

P6 Používá – li klient s poruchou sluchu sluchadlo, hovoří kompetentní osoba směrem k uchu, kde má sluchadlo vložené.

P7 Kompetentní osoba hovoří v krátkých větách, hlasitě, správně artikuluje a nepoužívá cizí slova.

P8 Kompetentní osoba při neverbální komunikaci přehnaně negestikuluje, nežvýká, a neotáčí se zády během rozhovoru s klientem s poruchou sluchu.

P9 Kompetentní osoba provede před koncem rozhovoru sumarizaci celého rozhovoru.

P10 Kompetentní osoba zodpovídá klientovy dotazy a pokládá otázky v rámci zpětné vazby klientovi s poruchou sluchu před ukončením rozhovoru.

- **záznam do dokumentace**

P11 Provádí se do formuláře edukace – pokud byla edukace provedena při rozhovoru.

Uvede se téma edukace, jednotlivé fáze edukace, poté se zhodnotí zpětná vazba a výsledek edukace.

Komplikace

Komplikací rozhovoru se klientem s poruchou sluchu může být nedodržení zásad komunikace s klienty s poruchou sluchu, která se může projevit devalvací či strachem klienta zeptat se na cokoli.

Zvláštní upozornění

Důležité je sledovat klienta s poruchou sluchu během celého rozhovoru. Zaměřit pozorování na to, zda se shodují neverbální prvky komunikace s verbálními projevy komunikací. Podstatné je i naslouchání klientovi s poruchou sluchu. Odpovídat na klientovy otázky je také velmi důležité.



KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Komunikace byla vhodně a kvalitně vedena.

V2 Senior s poruchou sluchu je klidný, adekvátně reaguje.

Literatura

1. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 108 s. ISBN 80 – 7 – 368 – 110 – 2.
2. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3148 – 3.

3. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8. 7.
4. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3271 – 8.

Zpracoval
Blafková Šárka

Kontrolní kritéria k auditu

Komunikace s klienty s poruchou sluchu

Pracoviště:

Datum:

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Provádí daný výkon kompetentní osoba?	Dotaz/otázky pro sestru		
S2	Má osoba provádějící daný výkon k dispozici potřebné pomůcky?	Dotaz/otázky pro sestru		
S3	Má kompetentní osoba k dispozici potřebnou dokumentaci?	Pozorování klienta, sestry		
S4	Bylo prostředí pro komunikaci s klientem s poruchou sluchu řádně upraveno?	Kontrola prostředí		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Co musí kompetentní osoba odstranit před zahájením rozhovoru s klientem s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		
P2	Čím musí kompetentní osoba zahájit rozhovor s klientem s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		
P3	Čím by měla kompetentní osoba doplnit pozdrav klienta s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		

P4	Co musí kompetentní osoba určit před zahájením rozhovoru?	Dotaz/otázky pro sestru		
P5	Jakou nonverbální zásadu musí kompetentní osoba dodržet během rozhovoru s klientem s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		
P6	Jakým směrem hovoří kompetentní osoba, používá – li klient s poruchou sluchu sluchadlo?	Dotaz/otázky pro sestru		
P7	Jaké verbální zásady musí kompetentní osoba dodržovat během komunikace s klientem s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		
P8	Jaké prvky neverbální komunikace by neměla kompetentní osoba provádět během komunikace s klientem s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		
P9	Co musí kompetentní osoba provést na konci rozhovoru s klientem s poruchou sluchu?	Dotaz/otázky pro sestru		
P10	Co musí kompetentní osoba zajistit v rámci zpětné vazby?	Dotaz/otázky pro sestru		
P11	Provádí kompetentní osoba správně záznam do dokumentace?	Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Byla komunikace vhodně vedena?	Pozorování klienta, sestry		
V2	Jakým způsobem reaguje klient s poruchou sluchu?	Pozorování klienta, sestry		

Zdroj: vypracováno autorem práce

KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHOU SLUCHU

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph. D.
Autor práce: Bc. Šárka Blafková

2012

OBSAH

- Co je to komunikace?
- Proč komunikovat se seniorem s poruchou sluchu jinak?
- Jaké je věkové rozmezí seniorů?
- Zásady před zahájením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu
- Zásady verbální komunikace během rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu
- Zásady nonverbální komunikace během rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu
- Zásady před ukončením rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu
- Chyby při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu
- Zdroje

CO JE TO KOMUNIKACE?

- Možnost dorozumívat a předávat si informace
- Spočívá ve slovním předání informací
- Důležitou roli hraje i nonverbální komunikace
 - dokresluje význam slov i pocity při dorozumívání se mezi osobami



PROČ KOMUNIKOVAT SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU JINAK?

- S přibývajícím věkem se postupně zhoršují smyslové funkce.
- Čtvrtým nejčastějším onemocněním ve vyšším věku je právě porucha sluchu a hluchota.
- Počet seniorů s tímto problémem se postupně navyšuje a všichni chtějí komunikovat.
- Pro komunikaci s nimi existují specifické zásady, které budou popsány blíže.



JAKÉ JE VĚKOVÉ ROZMEZÍ SENIORŮ?

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO)

- Ranné stáří je stanoveno od 60 do 74 let
- Senium je stanoveno od 75 do 89 let
- Dlouhověkost je stanovena od 90 let a výše

Dle Mühlpachra

- Mladí senioři jsou stanoveni od 65 do 74 let
- Staří senioři jsou stanoveni od 75 do 84 let
- Velmi staří senioři jsou stanoveni od 85 let a výše

ZÁSADY PŘED ZAHÁJENÍM ROZHOVORU SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU

- Zvolit téma komunikace
- Zvolit typ rozhovoru
 - edukační, motivující nebo naslouchající
- Znát seniorovi dovednosti a možnosti
- Upravit prostředí odstraněním rušivých elementů
 - Zvonící telefon, hluk z venkovního prostředí

ZÁSADY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE BĚHEM ROZHOVORU SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU

- **Pozdravit** seniora s poruchou sluchu
- Zvolit **vhodné oslovení** seniora s poruchou sluchu
- **Používá – li senior sluchadlo, hovoří se směrem k uchu, kde je vloženo sluchadlo**
- **Mluvit hlasitě**
- Volit **krátké věty**
- **Správná artikulace**
- **Nepoužívat cizí slova nebo zkratky**

ZÁSADY NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE BĚHEM ROZHOVORU SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU

- **Pozdrav doplnit dotykem**
- **Dodržovat oční kontakt** se seniorem s poruchou sluchu
- **Ukazovat na přítomné předměty**
- **Pouze mírná gestikulace**
- **Neotáčet se zády** k seniorovi s poruchou sluchu
- **Nežvýkat** během rozhovoru se seniorem s poruchou sluchu

ZÁSADY PŘED UKONČENÍM ROZHOVORU SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU

- **Důležité a podstatné informace** jsou seniorovi s poruchou sluchu předány **v tištěné podobě**
- **Informace shrnuty do pár bodů**
- **Senior může pokládat otázky**
- Je nutné **ověřit si, zda** senior s poruchou sluchu **informacím porozuměl**
 - **položením otázek z jednotlivých částí rozhovoru**
- Velmi důležitá je i **pochvala** seniora s poruchou sluchu

CHYBY PŘI KOMUNIKACI SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU

- Nedodržování očního kontaktu
- Mluvení potichu
- Drmolení slov
- Příliš složité věty
- Špatná artikulace
- Mohutná gestikulace
- Netrpělivost druhé osoby
- Zvýšení hlasu i v případě, kdy senior s poruchou sluchu používá sluchadlo

ZDROJE

- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 108 s. ISBN 80 – 7 – 368 – 110 – 2.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3148 – 3.
- MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8. 7.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3271 – 8.

Zdroj: vypracováno autorem práce