



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Poruchy sluchu u geriatrických pacientů jako
ošetřovatelský problém**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Eliška Terberová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Poruchy sluchu u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2019

.....

Eliška Terberová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velice poděkovat Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, podporu, cenné rady, připomínky, ochotný a vstřícný přístup a čas, který mi věnoval. Děkuji také všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části, za jejich ochotu poskytnout potřebné informace.

Poruchy sluchu u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém

Abstrakt

Hlavním cílem předložené práce je zmapovat specifika přístupu a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče geriatrickým pacientům s poruchou sluchu. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zněly: Jaké problémy v každodenním životě přináší geriatrickým pacientům porucha sluchu?; Jaké potřeby mají geriatrickí pacienti s poruchou sluchu vůči přístupu ošetrovatelského personálu?; S jakými chybami v komunikaci ze strany ošetrovatelského personálu se setkávají geriatrickí pacienti s poruchou sluchu?

Empirická část práce byla zpracována metodami kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Celý rozhovor obsahoval celkem 15 otázek, z nichž některé byly dle průběhu doplněny o podotázky. Výzkumný vzorek tvořilo 7 informantů starších 60 let trpících poruchou sluchu různého stupně. Rozhovory byly zaznamenávány na mobilní telefon pomocí aplikace Záznamník a následně zpracovány do písemné formy, nebo byly písemně zaznamenávány již při jejich průběhu. Získané výsledky byly následně zpracovány metodou otevřeného kódování technikou „tužka papír“.

Výsledky práce jsou členěny do tří kategorií, kterými jsou: adaptace, komunikace a specifická péče. Obecně vyšlo najevo, že informanti jsou se svou poruchou sluchu poměrně smířeni. Ztrátu sluchu různého stupně jim kompenzují především naslouchátka, se kterými je většina uživatelů spokojena. Často směřované otázky na hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče ukázaly převážně spokojenost pacientů. Nejvíce požadavků bylo orientováno zejména na specifika při komunikaci, v níž se personál dopouští občasných omylů. Chyby a nedostatky mohou následně komplikovat spolupráci pacientů s personálem.

Práce přináší ucelený pohled na problematiku poruch sluchu v geriatrickém věku a její dopad na každodenní život všech, kteří jí trpí. Výsledky mohou posloužit sestřím v praxi, ale i studentům lékařských i nelékařských zdravotnických oborů a každému, kdo chce zjistit více o životě s poruchou sluchu ve stáří.

Klíčová slova

Poruchy sluchu, senior, komunikace, ošetrovatelská péče, potřeby, pacient

Hearing disorders in geriatric patients as a nursing problem

Abstract

The main purpose of this work is to map the specifics of access and communication in providing nursing care to geriatric patients with hearing impairment. Following this purpose, three research questions were identified: What problems in daily life in geriatric patients are caused by hearing impairment?; What needs do geriatric patients with hearing impairment have in relation to the nursing staff?; What mistakes in geriatric patients with hearing impairment are encountered by nursing staff?

The empirical part of the work was processed by methods of qualitative research, which was carried out in the form of semi-structured interview. The whole interview contained a total of 15 questions. Some of them were supplemented by sub-questions. The research sample consisted of 7 informants over 60 years of age suffering from hearing impairment of varying degrees. The interviews were recorded on a mobile phone using the Answering Machine application and subsequently processed into a written form or recorded in writing during the interview. The obtained results were subsequently processed by the open coding method, using the "pencil paper" technique.

The results are divided into three categories: adaptation, communication and specific care. In general, it has become clear that informants are relatively reconciled with their hearing impairment. Hearing loss of varying degrees is above all compensated by hearing aids, which makes the most users satisfied. Frequently asked questions on the evaluation of the quality of provided nursing care mainly showed patient satisfaction. Most of the requests were focused on the specifics of communication, in which staff commits occasional errors. Errors and deficiencies may subsequently complicate patient-staff collaboration.

The work brings a comprehensive view of the problems of hearing loss in the geriatric age and its impact on the everyday life of all who suffer from it. The results can serve nurses in practice, as well as medical and non-medical students, and anyone who wants to learn more about life with hearing impairment in old age.

Keywords

Hearing disorders, senior, communication, nursing care, needs, patient

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Období stáří.....	10
1.1.1 Periodizace stáří.....	10
1.1.2 Změny ve stáří	11
1.1.3 Geriatrický pacient.....	13
1.1.4 Specifika péče o geriatrického pacienta.....	14
1.2 Fyziologie sluchu.....	16
1.3 Patologie sluchu	18
1.3.1 Druhy sluchových vad	18
1.3.2 Poruchy sluchu ve stáří	19
1.3.3 Diagnostické postupy při poruchách sluchu	19
1.3.4 Možnosti korekce.....	20
1.4 Komunikace	23
1.4.1 Determinanty komunikace	23
1.4.2 Zásady komunikace s geriatrickým pacientem s poruchou sluchu.....	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíl práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3 Metodika	29
3.1 Použité metody	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30

4 Výsledky výzkumného šetření.....	31
4.1 Základní údaje o informantech	31
4.2 Výsledné kategorie	32
5 Diskuze	42
6 Závěr	50
7 Seznam použitých zdrojů.....	52
8 Přílohy.....	56
9 Seznam použitých zkratk	60

Úvod

Zhoršení sluchových schopností je jednou z nejčastějších změn, které člověka postihnou v důsledku stárnutí. V současnosti je dle výsledků WHO (2018) jedna třetina osob ve věku nad 65 let zasažena poruchou sluchu. Dokud člověka toto znevýhodnění přímo nepostihne, nedokáže si představit, kolik změn do života přináší. Díky moderním technologiím a neustále se zdokonalující medicínské i ošetrovatelské péči lze mnohé obtíže zmírnit a zajistit pacientovi velmi kvalitní život. Pro správný přístup je nutné, aby byl ošetřující personál co nejlépe orientován v oblasti přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou sluchu. Jen tak může poskytovat tu nejkvalitnější péči s ohledem na individuální potřeby každého jedince.

Dané téma jsem si zvolila z důvodu častého kontaktu s geriatrickými pacienty. Ti v mnoha případech trpěli nedoslýchavostí a komunikace s nimi nebyla mnohdy jednoduchá. Zajímalo mě tedy, jak se s nimi dorozumívát co nejefektivněji. V problematice správného přístupu a komunikace jsem nebyla příliš orientovaná, a proto jsem se o poskytování péče těmto pacientům chtěla dozvědět více. Své poznatky bych v budoucnu ráda uplatnila v praxi. Současně se domnívám, že téma je z důvodu stárnoucí populace aktuální.

Teoretická část této bakalářské práce je orientována na období stáří, a to zejména změny, které s sebou tato životní etapa nese. Zajímá se současně o geriatrické pacienty a specifickou péči o ně. Dalším okruhem zájmu je sluch. Popisovány jsou fyziologické stavy a patologické změny, diagnostické postupy a možnosti korekce sluchových vad. Poslední část je věnována komunikaci, která hraje při poskytování ošetrovatelské péče velmi důležitou roli. Popsány jsou zde významné determinanty a specifika komunikace s geriatrickými pacienty se sluchovým znevýhodněním.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá adaptací geriatrických pacientů na sluchové postižení, užíváním kompenzačních pomůcek, kvalitou života s tímto znevýhodněním, spokojeností s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, komunikací, individuálními potřebami a bariérami každodenního života. Informace k dosažení stanoveného cíle byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů s geriatrickými pacienty trpícími poruchou sluchu.

1 Současný stav

1.1 Období stáří

Charakterizovat stárnutí je nesnadné. Existuje několik definic stárnutí, avšak žádná z nich není zcela výstižná. Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin. Stáří představuje vyvrcholení celého životního cyklu jedince (Mlýnková, 2011, s. 13).

Komplexně se problematikou stárnutí a stáří zabývá vědní obor gerontologie. Je multidisciplinární a dle změření se dále dělí na experimentální gerontologii, klinickou a sociální. Důvody a způsoby stárnutí se zabývá gerontologie experimentální. Gerontologie klinická, jinak také geriatric, je obor se zájmem o zvláštnosti ve stáří, které se týkají zdravotního stavu, nemocí, léčby a také přístupu k těmto pacientům. Toto odvětví se zabývá také klienty s takzvaným syndromem stařecké křehkosti (Čeledová et al., 2016). Dle Holmerové et al. (2014) představuje stařecká křehkost fyziologické organové změny ve stáří v jejichž důsledku může dojít ke snížené soběstačnosti, pádům, poruše homeostázy a až k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Poslední odvětví, sociální gerontologie, je zaměřeno na společenský život ve stáří, mezigenerační vztahy a ekonomiku (Čeledová et al, 2016).

1.1.1 Periodizace stáří

Dle Světové zdravotnické organizace je stáří děleno z hlediska kalendářního věku do tří etap. První etapa, označována jako rané stáří, začíná v 60. roku a trvá do 74 let, následuje vlastní stáří, které je datováno od 75 do 89 let. Poslední etapa, dlouhověkost, je stanovena od 90. roku života a trvá až do jeho skončení (Burda a Šolcová, 2016). Čevela et al. (2012), Dvořáčková (2012) i Burda a Šolcová (2016) dále uvádějí kromě přesně stanovitelného kalendářního věku, biologický a funkční věk. Biologický věk se mnohdy nemusí s kalendářním věkem shodovat, ale vzhledem k velkým individuálním odlišnostem v procesu stárnutí, je pro medicínu významnější. Je určen faktory genetickými, vnějším prostředím, dlouhodobým životním stylem a přítomností chorob (Burda a Šolcová, 2016). Dle Čeledové et al. (2016) je biologický věk pouze pocitové označení, zda stav, či dojem, který konkrétní jedinec budí, odpovídá obvyklému dojmu jedinců stejného věku. Rychlost biologického stárnutí se může lišit na úrovni jednotlivých tkání, které mohou být navíc ovlivněny chronicky probíhajícím

onemocněním. Správné určení biologického věku u dospělých je tedy v současné době spíše pouze odhadem, jelikož prozatím nebyly vyvinuty natolik přesné technologie, které by tento věk dokázaly spolehlivě určit (Jylhäva et al., 2017). Funkční věk je hodnocen z hlediska celkového funkčního stavu organismu, na který má vliv oblast biologická, psychologická i sociální (Burda a Šolcová, 2016). Úzce souvisí s věkem biologickým a některá literatura jej nerozlišuje. Funkční věk taktéž nelze určit s naprostou přesností (Navrátil et al., 2008). Čeledová et al. (2016) definují navíc sociální vymezení věku. Tento věk podmiňují sociální zkušenosti, sociální status a také generační příslušnost. Zásadní zlom tohoto věku představuje odchod do penze, čímž člověk přijímá status seniora. Je sem řazeno i odstěhování dětí, role prarodiče, ovdovění a upuštění od aktivit typických pro střední věk (Čeledová et al., 2016).

1.1.2 Změny ve stáří

V období stáří, jakožto poslední životní etapě, dochází k velkému množství individuálních změn, které probíhají různou rychlostí. Svůj vliv na množství a rychlost probíhajících změn zde hraje především genetika a životní styl, ale také úrazy a nemoci prodělané v průběhu života, vlivy prostředí, v němž člověk žije, a celkový psychický stav (Burda a Šolcová, 2016). Venglářová (2007) uvádí, že způsob, jakým senior na příchod změn zareaguje, ovlivňuje jeho osobnostní vlastnosti, přízeň okolí a také dostupnost pomoci v aktivitách, které starý člověk již nemůže nadále samostatně vykonávat. Nastávající změny jsou uspořádány do tří kategorií, a to kategorie biologické, psychické a sociální. Biologické změny zasahují tkáně i celé orgány stárnoucích osob a mohou se projevit na kterémkoliv z orgánových soustav. Všechny tkáně v těle jsou stářím zasaženy a dochází k jejich atrofii, neboli úbytku (Burda a Šolcová, 2016). Nejčastěji je postižen kardiovaskulární systém, na který má vliv nejen faktor stáří, ale také celková kondice starého člověka a snížení pohybové aktivity. Srdce snižuje svou výkonnost, cévy přestávají být pružné z důvodu úbytku elastinu a rozvoje aterosklerotických změn (Holmerová et al., 2014). Jak udávají Čeledová et al. (2016), nelze opomenout ani degenerativní změny postihující nervovou soustavu, se kterými se současná medicína nedokáže příliš vypořádat. Další významné změny se projevují na gastrointestinálním traktu, kdy příčina zhoršeného procesu trávení může započít již při ztrátě trvalého chrupu. Potrava není důkladně rozměňována tak jako bývala, snižuje se sekrece slin, šťáv ostatních orgánů, jež pomáhají při trávení a štěpení potravy, a trávicí trakt, který již není natolik pohyblivý, je nedostatečně rozměňnou stravou

zatížen. Neblahý vliv zapříčiňuje také rostoucí množství léků (Holmerová et al., 2014). Na první pohled pozorovatelné změny jsou zřejmé například na kůži. Nejnápadnější biologickou změnou, která se v souvislosti s termínem stáří obvykle vybaví, jsou kromě šedin a vypadávání vlasů také vrásky vznikající na podkladě snížené elasticity kůže (Burda a Šolcová, 2016). Podkožní vrstva tuku ubývá, svalstvo ochabuje, zvyšuje se kostní fragilita, lidé jsou nahrbení a klesá jejich celkové pohybové tempo. Změna rychlosti je zřejmá i na úrovni nervového systému. Nelze opomenout ani smyslové orgány. Největší změny postihují zejména zrak a sluch, naopak nejméně bývá zasažen čich (Haškovcová, 2010). Na biologické změny následně úzce navazují právě ty psychické. Za nejvíce charakteristickou je označeno zhoršení paměti, se kterou souvisí i špatná schopnost učení se novým věcem. Nutno je také zmínit emoční labilitu a oblast vnímání, jež je ovlivněna jak poškozením smyslových orgánů, tak úrovní kognitivních funkcí (Burda a Šolcová, 2016). Klevetová a Dlabalová (2008) tuto oblast nerozdělují na psychickou a sociální, ale uvádějí ji jako jeden celek, tedy psychosociální stárnutí. Staří lidé se na podkladě zhoršení kognitivních funkcí stávají méně jistými, bojí se chodit ven, jsou nedůvěřiví, ostražití, což může vést až k úplné sociální izolaci. Tomuto stavu příliš nenapomáhá ani změna v mnoha sociálních rolích, jako je odchod do důchodu nebo ovdovění (Burda a Šolcová, 2016). U stárnoucího člověka, který není ničím motivován, může dojít k rozvoji neochoty o něco usilovat až pasivitě a vyčkávání, že se postarají druzí (Čeledová et al., 2016). V jeho životě je mnoho nových situací, na které nebývá připraven. I když dříve snil o odpočinku v důchodovém věku, najednou má příliš volného času, který nedokáže vyplnit. Obvyklé jsou i změny emočního prožívání, jež mohou způsobit pocity úzkosti, sebelítosti a plačtivosti (Burda a Šolcová, 2016). Dvořáčková et al. (2016) uvádějí právě odchod do důchodu jako první velkou krizovou situaci v období stáří. Tímto okamžikem totiž dochází k řadě dalších velkých změn. Jak již bylo výše zmíněno, je zde zahrnut nadbytek volného času, ale i změna dlouhodobě trvajících režimů, který dával člověku určitý pocit naplněnosti, potřebnosti a možnost seberealizace. Je přirozené, že lidé po odchodu do penze chtějí stále udržovat sociální kontakty a vyhledávají různé aktivity (Dvořáčková et al., 2016). Jak uvádějí Čeledová et al. (2016) i mnoho dalších autorů, aktivní způsob života pozitivně ovlivňuje tělesnou, duševní i sociální stránku nejen starého člověka. Z toho důvodu je na místě, aby byl chtíč podporován, jelikož vhodné aktivity pozitivně působí i na lidské sebevědomí a sebehodnocení. Za poslední velkou změnu, kterou je nutno zmínit, bývá označován finanční rozpočet, jež je penzistovi k dispozici. Ekonomické

zabezpečení a sociální postavení mají totiž výrazný vliv na zdravotní stav jedince. Nižší postavení ve společnosti dvojnásobně zvyšuje riziko vzniku závažné choroby a předčasného úmrtí (Dvořáčková et al., 2016).

1.1.3 Geriatrický pacient

Geriatrický pacient může být definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční chorobné změny natolik ovlivňují funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů, tolerance k zátěži (Holmerová et al., 2014, s. 45). Z této definice vyplývá, že za geriatrického pacienta může být považován i člověk, jenž prozatím nedosáhl takového věku, který stanovuje hranici stáří. Může se tedy jednat i o osobu mladší. Senioři mohou být klasifikováni na základě velkých individuálních rozdílů dle zdatnosti, rizikovosti a soběstačnosti (Holmerová et al., 2014). Na této klasifikaci se shodují Holmerová et al. (2014) i Čeledová et al. (2016) a dělí seniory na elitní, zdatné, nezávislé, křehké a závislé. Pro skupinu elitních seniorů je typická velice nadprůměrná výkonnost (Holmerová et al., 2014). Čeledová et al. (2016) uvádějí pro zajímavost případ Johna Glenna, který se ve věku 78 let vydal na cestu do kosmu. Zdatnými seniory bývají označeni lidé, kteří si zachovali svou zdatnost typickou pro aktivního dospělého a zvládají i náročnější podmínky. Bývají to především obyvatelé vesnic, kteří se musí postarat o dům, zahradu a zvířata. Třetí skupinou jsou lidé, kteří jsou schopni se o sebe a svou domácnost sami postarat, dokud nepřijde závažnější změna narušující jejich stereotyp. Může se jednat například o nepojízdný výtah, nebo podstoupení operačního výkonu. Tito senioři jsou označováni za nezávislé, ale při zátěžové situaci se stávají závislými na pomoci okolí (Čeledová et al., 2016). Dalšími jsou takzvaní křehcí senioři, což jsou lidé s chronicky trvajícím rizikem ublížení na zdraví. Jedná se například o klienty s rizikem pádu, s chronickým zhoršením kognitivních funkcí, se zhoršenou celkovou fyzickou zdatností a o depresivní klienty. U těchto lidí je nutné zabezpečit pravidelnou kontrolu, ať už pracovníky domácí péče, příbuznými, nebo pečovateli. Poslední skupinou jsou zcela závislí senioři, kteří, jak již název napovídá, jsou plně odkázáni na pomoc druhých, vyžadují nepřetržitou a komplexní péči (Holmerová et al., 2014). Haškovcová (2010) uvádí, že zdraví ovlivňuje kvalitu života, ale kvalita života není pevně vázána pouze s tímto činitelem. Je tedy důležité, pokud nedojde k úplnému vyléčení, aby se starý člověk naučil se svou nemocí žít, akceptoval ji a pokusil se najít takové aktivity, které jsou pro něj vzhledem ke zdravotnímu stavu dosažitelné a neohrožují jej. Dle Böhma (2015) je prioritní, při

snaze aktivizovat seniora, aktivizovat nejprve duši a poté bude následovat i tělo. S tímto může pomoci i ošetřující personál (Haškovcová, 2010). Pro získání pohledu na to, jak subjektivně hodnotí klient kvalitu svého života, uvádí Haškovcová (2010) vhodnost využití dotazníků Index Quality of Life, které se soustředí především na subjektivní vnímání klienta v oblasti sebedpřijetí, pozitivních vztahů, autonomie, orientace a pocitu bezpečí v daném prostředí, smyslu života a osobního rozvoje. Po zjištění nedostatků v některých oblastech mohou pomoci zdravotníci při nasměrování klienta správným směrem. Nejdůležitější ale je, aby člověk pochopil, že on sám je především strůjcem svého štěstí (Haškovcová, 2010).

1.1.4 Specifika péče o geriatrického pacienta

Zásadní rozdíl v péči mezi mladým a geriatrickým pacientem je ten, že starý člověk se léčí pomaleji, podléhá vysokému riziku vzniku komplikací a mnohdy není cílem jej vyléčit, ale dosáhnout alespoň optimálního stavu a zachovat jeho soběstačnost (Koubová, 2016). Druhé specifikum týkající se starších pacientů je spojeno s atypickým nebo němým klinickým obrazem, polymorbiditou (přítomnost více chorob současně) a polypragmazií (užívání velkého množství léků). Tato souvislost bývá u starých klientů začarovaným kruhem. U klienta probíhá více chorob, některé bezpříznakově, jiné s netypickými příznaky. Již jejich diagnostika bývá obtížná. Následně jednotlivé choroby vyžadují specifickou léčbu a jelikož je nemocí více, je nutné využít větší množství léků. Problém nastává v okamžiku, kdy je množství užívaných léčiv opravdu velké, působí proti sobě a jejich užívání je doprovázeno nežádoucími účinky (Kalvach et al., 2008). Vyšetřování a celková péče o geriatrického klienta bývá z těchto i jiných důvodů časově náročná. Největší důraz by měl být kladen na rozhovor s klientem, který není vhodné orientovat pouze na současný zdravotní stav, ale i problémy z minulosti, psychiku a sociální podmínky. Bohužel, ne vždy klientův stav dovoluje získání informací. Zde se nabízí navázat kontakt s rodinnými příslušníky, ošetřovateli a dalšími osobami, které jsou s klientem v úzkém kontaktu (Holmerová et al., 2014). Při získávání informací je důležité nehodnotit stav pouze na základě slovních odpovědí, ale nechat klienta aktivity názorně předvést. Nebývá totiž výjimkou, že se senioři za svou nesoběstačnost stydí a mají tendenci informace zatajovat (Koubová, 2016). Jak udávají Hudáková a Majerníková (2013), v současné praxi je hojně používáno komplexní geriatrické hodnocení, které umožňuje zhodnocení zdravotní stránky, psychosociálních problémů a funkční schopnosti seniorů. Dává tak zdravotníkům holistický pohled

na klienta, jeho aktuální problémy, potřeby i rizika. Údaje získané z komplexního geriatrického hodnocení následně pomáhají s upřesněním lékařských i sesterských diagnóz. Na základě těchto výsledků je snadnější objektivně posoudit potřeby klienta a poskytnout vhodnou formu léčby i ošetrovatelské péče (Hudáková a Majerníková, 2013). V souvislosti s hospitalizací zmiňuje Venglářová (2007) nejčastější změny ve stáří, které se mohou odrážet na chování seniora a činit tím problémy při poskytování péče ve změněném prostředí. Jde například o úbytek energie, který má za důsledek větší odkázanost na pomoc druhých. Vzhledem k věku a zdravotnímu stavu, se ale ošetrujícímu personálu může zdát, že zvýšená potřeba pomoci je klientem zveličována (Venglářová, 2007). Na základě takovéto domněnky může dojít ze strany personálu k nevhodnému zacházení, aniž by si to mnohdy uvědomoval, nebo tak konal se špatným úmyslem. Může jít například o poskytnutí inkontinenční pomůcky v situaci, kdy senior potřebuje pouze doprovod na toaletu. V rámci úspory času zdravotník zvolí pro něj jednodušší řešení, avšak tím snižuje pacientovu důstojnost (Čeledová, et al., 2016). S úbytkem energie souvisí také zvýšená spavost během dne, popřípadě výskyt spánkové inverze. Klient více pospává přes den a následně je v noci neklidný, čímž ruší i své okolí. Oblast výživy nejčastěji odkazuje na problém s nedostatečným příjmem stravy, ať už v důsledku nechutenství, nebo nevhodné formy podávaného jídla. Také řeší komplikace související se sníženým pocitem žízně, který může následně vést až k dehydrataci. Posledním hojně uváděným problémem je zhoršená schopnost orientace, kdy náhlá změna prostředí v pokročilém věku může způsobit zmatenost klienta, zhoršenou orientaci v místě i čase. Obvykle je poté personál vystaven situacím, kdy je klient neklidný, bloudí, neustále hledá své věci, není schopen si zapamatovat sdělené informace a tato zmatenost může vyústit až v agresi. (Venglářová, 2007).

Jedno z největších rizik vznikající v důsledku hospitalizace starého klienta v nemocničním zařízení představuje takzvaný geriatrický hospitalismus. Tento pojem popisuje stav, kdy se klienta podaří vyléčit, ale v důsledku dlouhodobé hospitalizace a pobytu na lůžku dochází k úbytku soběstačnosti. V nejhorším případě může dojít k tomu, že se z relativně soběstačného, chodícího klienta stane sice vyléčený, ale v důsledku hospitalizace nesoběstačný, nepohyblivý člověk, plně odkázaný na péči druhých (Čeledová et al., 2016). Právě imobilizační syndrom, vznikající na podkladě inaktivity, jenž má značný vliv na řadu orgánových soustav, může být příčinou až úmrtí klienta (Bielaková, 2018). Proto je nutné zaměření nejen na léčbu dané choroby, ale

velkou váhu přikládat také péči o biologickou, psychickou a sociální stránku nemocného a motivovat jej k udržování i rozvoji soběstačnosti (Čeledová et al., 2016). V návaznosti na změněný zdravotní stav, především k horšímu, dochází mnohdy u seniorů k úniku do minulosti a upínání se na ni. Vzpomínají na to, co prožili, a dochází k bilanci, zda rozhodnutí, která učinili, byla správná a zda prožili takový život, jaký si představovali. V tomto případě je vhodné člověka podpořit v názoru, že svůj život žil nejlépe, jak mohl, jelikož na nápravu chyb v těchto okamžicích nebývá čas a ani dostatek energie (Haškovcová, 2010). Posledním z mnoha specifíků, které vyžaduje poskytování kvalitní ošetrovatelské péče starému člověku, je zajištění vhodné formy následné péče po propuštění z akutní péče. Cílem je zabezpečit co nejvyšší možnou úroveň soběstačnosti nejlépe v domácím prostředí (Holmerová et al., 2014). Na základě aktuálního stavu klienta by mu měla být doporučena následná péče, která má za úkol pomoci s rehabilitací a celkovým návratem k plnohodnotnému životu. V ideálním případě je patřičné pomoci klientovi zajistit péči ze strany rodiny (Koubová, 2016). Pečujícím blízkým lze nabídnout domácí zdravotní nebo pečovatelskou péči a jiné podpůrné služby, které umožňují pomoc a odlehčení mnohdy náročné situace v péči o staré občany (Čeledová et al., 2016).

1.2 Fyziologie sluchu

Sluchové ústrojí nepřetržitě (i ve spánku) monitoruje okolí a může tak, podobně jako zrak a čich, přenášet informace z okolí. Zaznamenává však i vlastní zvukové projevy a je mimořádně důležité pro vznik řečové komunikace (Kittnar, 2011, s. 651).

Zdravý mladý člověk vnímá tóny o rozsahu 16 - 20 000 Hz (Hertz). V důsledku stárnutí se tento rozsah mění a staří lidé vnímají zvukové frekvence v přibližném rozsahu 16- 5 000 Hz, přičemž největší citlivost lidského ucha je na tóny o frekvenci 2 000- 4 000 Hz (Rokyta, 2015). Hodnocení se provádí i z hlediska intenzity. Zdravé lidské ucho je schopno zachytit nejnižší intenzitu zvuku v rozmezí 0-20 dB (decibel), což je například zvuk padajícího listí. Při běžné mluvě se pohybuje intenzita zvuku okolo 40 dB a čím je hlasitost vyšší, tím více decibelů má (Horáková, 2012).

Ucho je děleno z anatomického hlediska na 3 části. Každá z nich má významný podíl na zachycení zvuku a jeho převodu až do centrální nervové soustavy (Horáková,

2012). Zevní část ucha je tvořena boltcem a zvukovodem, na jehož konci se nachází bubínek. Dopad šířícího se zvuku ze zevního prostředí na bubínek způsobí jeho rozechvění. Kmitání o stejné frekvenci se šíří dál přes kůstky středního ucha, kterými jsou kladívko, kovádlínka a třmínek (Mourek, 2012). Tento systém kůstek je velice významný. Dochází zde k přenosu energie větší silou, čímž se minimalizují ztráty, které by vznikly v důsledku převodu zvukových vln ze vzdušného zevního prostředí do prostoru vnitřního ucha, vyplněného endolymfou. Naopak, při nadměrném hluku dochází ve středouší k regulaci rozvibrování díky dvěma svalům ovládajícím napětí bubínku a oválného okénka (Langmeier et al., 2009). Snaží se tak ochránit bubínek a oválné okénko před poškozením hlasitým zvukem, ačkoli to mnohdy nestačí (Rokyta, 2015).

Poslední částí ucha, kam se zvuk šíří, je vnitřní ucho. Popisovány jsou zde dvě části, a to hlemýžď a polokruhovitě kanálky. Při rozvibrování oválného okénka, na které přiléhá třmínek, se pohyby přenesou na protékající endolymfu v kanálcích hlemýžďe. Součástí hlemýžďe je Cortiho orgán, obsahující jemné vláskové buňky. Protékající endolymfa tyto buňky mobilizuje a mechanická energie je změněna v elektrickou, která se dále šíří přítomným sluchovým nervem do mozkového kmene. Zde se nervy pravého a levého ucha kříží a přes podkorovou oblast prochází do Heschlových závitů, v nichž se nachází samotné sluchové centrum (Horáková, 2012).

Tento výše popsáný princip převodu zvuku je označován za vzdušné vedení a je při vnímání zvuku nejčastější. Existuje ale také kostní vedení zvuku, které je popisováno především při slyšení vlastního hlasu. Když člověk mluví, dochází k rozvibrování kostí celé lebky a tyto vibrace jsou sekundárně přenášeny na středoušní kůstky (Rokyta, 2015).

1.3 Patologie sluchu

1.3.1 Druhy sluchových vad

Sluchové vady jsou děleny nejčastěji z hlediska vyvolávající příčiny na převodní a percepční (Rokyta, 2015), ale Horáková (2012) uvádí dělení dle období, ve kterém vznikly, na vrozené a získané. Z důvodu zaměření mé práce jsem se rozhodla upřednostnit dělení dle Rokyty (2015).

Jak již název napovídá, při převodních vadách je narušena cesta převodu zvuku ke vnímavým buňkám Cortiho orgánu. Překážka se může vyskytovat v zevním zvukovodu, který může být postihnut zduřením, obstrukcí z důvodu vniknutí cizího tělesa, či mazovou zátkou. Ve středouší může převod narušovat nejčastěji zánět, poškozený bubínek, otoskleróza, nebo vrozená vada. Postižený slyší hůře, natáčí hlavu a přibližuje se, aby lépe slyšel. Vlastní hlas slyší oproti okolním zvukům velice dobře, jelikož je veden kostním vedením, proto nemá potřebu mluvit sám nahlas (Kejklíčková, 2011).

Percepční vady vznikají na úrovni vnitřního ucha a sluchového nervu. Poškození může vzniknout v důsledku nádorového onemocnění, úrazu, infekcí, dlouhodobě působícího hluku, nebo užívání ototoxických léků, jež mají negativní vliv na sluch. (Rokyta, 2015).

Světová zdravotnická organizace (2018) uvádí klasifikaci dle velikosti ztráty sluchu zaznamenané v decibelech. Z tohoto hlediska je rozeznáváno 5 stupňů. Nultý stupeň se označuje za žádné zhoršení. Jedná se o rozmezí ztráty od 0 do 25 dB, a to vždy u lépe slyšícího ucha. Lehký stupeň je definován jako ztráta v rozsahu 26-40 dB. Střední stupeň se pohybuje od 41 do 60 dB, kdy má postižený problém zachytit běžnou mluvu i po přiblížení se zdroji. Čtvrtý stupeň je označován jako těžký, rozmezí je stanoveno na 61-80 dB. Člověk s takto vysokým stupněm zaznamenaná pouze křik ve své blízkosti, nebo zvuk sirény. Mezi tímto stupněm a hlubokým, jenž je klasifikován od 81 dB, je velice tenká hranice (WHO, 2018). V těchto vysokých stupních postižení může dotyčný vysoké zvuky slyšet, ale slovům neporozumí. Z tohoto důvodu je důležité věnovat pozornost prevenci a včasnému zachytu v raných stádiích, jelikož poruchy sluchu mají veliký dopad na všechny oblasti života postiženého (Kejklíčková, 2011).

1.3.2 Poruchy sluchu ve stáří

Ve stáří se nejčastěji vyskytují sluchové vady na podkladě percepčního poškození. Vznikají v důsledku úbytku množství sluchových buněk uvnitř hlemýžďe. Tato porucha je označována jako presbyakuzie (Rokyta, 2015). Kejklíčková (2011) uvádí, že její příznaky se začínají vyskytovat kolem 65. roku života a vyvíjí se pozvolna. Postižený zpočátku hůře slyší vysoké tóny, postupně se zhoršuje slyšitelnost i v oblasti středních frekvencí. Korekce medikamenty není u této poruchy možná, proto se často přistupuje k operativnímu zavedení kochleárního implantátu, který nahrazuje funkci hlemýžďe, za předpokladu, že je nepoškozený sluchový nerv (Kejklíčková, 2011).

Při poškození převodního i percepčního systému je popisována takzvaná smíšená nedoslýchavost. Tento typ je příznivější, především pokud je větší částí zapříčiněn převodním problémem. Vady vyskytující se v zevním a středním uchu jsou totiž snadněji řešitelné pomocí sluchadel (Kejklíčková, 2011).

Kromě poruch sluchu spojených s jeho úbytkem, se ve stáří vyskytují ušní šelesty, odborně nazývané jako tinitus. Pacienty jsou popisovány jako šumění, hučení a pískání v uších měnící se intenzity. Jejich výskyt může být zapříčiněn podrážděním vláskové buňky, ale i jejím úmrtím (Arndt, 2014). Vohlídková (2009) uvádí, že nemusí mít příčinu pouze v uchu, ale výskyt tinitu může být doprovodným příznakem jiné přidružené choroby jako je diabetes mellitus, hypertenze nebo onemocnění krční páteře. Nebývá pravidlem, že po odhalení a vyléčení, či kompenzaci vyvolávajícího faktoru dojde k ustoupení potíží (Vohlídková, 2009).

1.3.3 Diagnostické postupy při poruchách sluchu

Diagnostikou v oblasti sluchu se zabývá audiologie. Je medicínským oborem, který díky rozmanitým druhům vyšetřovacích metod odhaluje patologické stavy a navrhuje odpovídající kompenzaci (Horáková, 2012). Příznaků, které mohou poukazovat na potíže se sluchovým ústrojím existuje více. Nejčastější je zvýšení sluchového prahu, což znamená, že postižený hůře slyší, popřípadě špatně rozumí. Tento problém obtěžuje postiženého i jeho okolí a nejčastěji jej donutí podrobit se ušnímu vyšetření (Rošková, 2010).

Stejně jako v jiných oborech, odebírá lékař při vyšetřování nejdříve anamnézu. Je zaměřen především na sluchové ústrojí a faktory, které mohou sluch ovlivňovat.

Jde tedy o osobní anamnézu, rodinnou, farmakologickou a pracovní. Poté následuje fyzikální vyšetření. Pohledem je vyšetřována oblast hlavy a zevní část ucha. Pro vyšetření zvukovodu a bubínku používá lékař otoskop, což je nástroj se zrcátkem a světlem. Pohmatem je hodnocen stav uzlin a bolest (Burda a Šolcová, 2016). Horáková (2012) dále dělí zkoušky sluchu na subjektivní a objektivní. Pro subjektivní vyšetření je potřebná spolupráce ze strany vyšetřovaného, jinak není možné vyšetření provést. Řadí se sem klasická zkouška sluchu, kdy vyšetřující říká slova hlasitou i šeptanou řečí a vyšetřovaný má za úkol je opakovat, přičemž se vyšetřující vzdaluje a je hodnoceno z jaké dálky byl klient schopný slova ještě slyšet. Touto zkouškou je posuzována i schopnost porozumět vysokofrekvenčním slovům, což jsou ta, která obsahují hlásku „u“ a nízkofrekvenčním slovům, jenž poznáme podle přítomnosti hlásek „e“, „i“ a podle sykavek (Horáková, 2012). Jak uvádí Vohlídková (2009), právě slova obsahující sykavky dělají klientovi problém při porozumění, pokud se jedná o stařeckou nedoslýchavost. Horáková (2002) i Havlík (2007) dále mezi subjektivní zkoušky řadí subjektivní audiometrii. Pro toto vyšetření se využívá přístroj audiometr a zvukově izolovaná kabinka, nebo místnost (Horáková, 2012). Na základě záznamu, audiogramu, je lékař schopen posoudit dolní práh sluchu, tedy nejnižší intenzitu zvuku, kterou je vyšetřovaný schopen slyšet a horní sluchovou hranici, na které je poslech pro klienta nepříjemný až bolestivý. Druhou částí vyšetřování je posuzována schopnost porozumět vybraným slovům na určitých hladinách intenzity (Havlík, 2007). Objektivní zkoušky lze provést bez iniciativy vyšetřovaného, a proto jsou často využívány k diagnostice sluchu u dětí. Z hlediska diagnostiky u klientů v seniorském věku lze využít tympanometrii. Při tomto vyšetření zjišťuje lékař kvalitu funkce systému ve středním uchu tím, že do zvukovodu pouští zvuk, který svou energií rozkmitá bubínek a vzruch je veden přes středoušní kůstky až na oválné okénko. Část energie se ale od bubínku odrazí zpět. Velikost této odražené energie je závislá na napjatosti a celistvosti bubínku, správném postavení středoušních kůstek a obsahu středního ucha. Čím více energie se odrazí, tím méně se jí dostane do hlemýždě (Motejzíkova, 2014). Výsledek je zaznamenán do tympanometrické křivky na jejímž podkladě lékař analyzuje stav tlaku ve středouší a diagnostikuje o jaký typ poruchy sluchu se jedná (Horáková, 2012).

1.3.4 Možnosti korekce

Hahn et al. (2007) i Havlík (2007) se shodují, že pro vybrání optimální nápravy, při poruše sluchu, je stěžejní důkladné otorinolaryngologické vyšetření sluchového ústrojí,

na jehož základě dochází ke stanovení diagnózy. Účelem korekce je zlepšit slyšení a porozumění mluvené řeči, popřípadě naučit postiženého využívat jako náhradu sluchu zrak, či hmat (Kejklíčková, 2011). Lehčí případy nedoslýchavosti umožňují zlepšit kvalitu sluchu pomocí medikamentů a miniinvazivních zákroků. Jde například o záněty, které jsou léčeny lokálními antibiotiky, obstrukce zvukovodu cizím tělesem nebo cerumenem (cerumen je latinské označení pro maz, jenž se tvoří v prostoru zevního zvukovodu) (Slezáková et al., 2014). V případě obstrukce je přínosný prostý výplach zvukovou, díky kterému dojde k uvolnění a vyplavení mazové zátky (Vohlídková, 2009).

Druhým nejhojněji užívaným řešením při korekci sluchu je využití kompenzačních pomůcek, sluchadel (Horáková, 2012). Sluchadlo je přístroj umožňující zesílit a modulovat zvuky, které člověk přijímá ze svého okolí. Jeho jednotlivé základní komponenty jsou mikrofon, zařízení regulující hlasitost, reproduktor a baterie (Kejklíčková, 2011). Hahn et al. (2007) i Kejklíčková (2011) dále uvádějí, že produkce zvuku může být v závislosti na typu poruchy zprostředkována nejen reproduktorem, ale také kostním vibrátorem. V současnosti existuje mnoho druhů sluchadel, která jsou neustále zdokonalována a jejich výběr se odvíjí nejen od aktuální sluchové vady postiženého, ale také dle jeho preferencí a zájmů (Horáková, 2012). Mohou být klasifikována z mnoha hledisek, například Havlík (2007) uvádí 3 nejdůležitější, a to na základě způsobu zpracování akustického signálu, charakteru přenosu zvuku a tvaru. Způsob zpracování akustického signálu dělí sluchadla na analogová a digitální (Havlík, 2007). Již Kejklíčková (2012) ve své publikaci uváděla, že analogová sluchadla jsou na ústupu a některé firmy svou výrobu orientují pouze na sluchadla digitální, která jsou „inteligentnější“. Analogový obvod funguje na principu zachycení zvuku mikrofonem, převedení na elektrický proud, jenž je zesílen a opět vystupuje ve formě zvuku reproduktorem do zvukovodu (Havlík, 2007). Nevýhodou je neschopnost naslouchadel rozeznat žádoucí zvuky od nežádoucích šumů, v důsledku čehož není zvuk uživateli poskytován tak kvalitní a čistý, jako je tomu u nejnovějších digitálních sluchadel (Horáková, 2012). Digitální sluchadla obsahují počítačové technologie, pomocí kterých je převáděn zvukový signál do číselných kódů, které jsou dále matematicky zpracovány pro vznik co nejkvalitnějšího výstupu zvuku (Kejklíčková, 2011). V současnosti nabízí mnoho firem nepřeberné množství speciálně upravených sluchadel, aby si každý uživatel přišel na své a jeho užívání ho nijak nelimitovalo v každodenním životě a oblíbených aktivitách. Například na stránkách výrobce ReSound jsou sluchadla

klasifikována dle velikosti a viditelnosti, výdrže baterie, životního stylu a prostředí, ve kterém se uživatel převážně pohybuje. V závislosti na preferencích umožňují nejnovější produkty propojení s mobilním telefonem, kdy lze skrze aplikaci poslouchat hudbu, ovládat hlasitost sluchadel, ulevit při tinnitu, nebo dokonce přizpůsobit poslech aktuální situaci pro pohodlnou komunikaci například v rušné kavárně (ReSound, 2018). Na základě způsobu, jakým sluchadla vyvolávají vznik zvukového vjemu uvádí Havlík (2007) dělení na sluchadla se vzdušným vedením, která zprostředkovávají zesílený zvuk přicházející ze zevního prostředí. Vstupující akustická energie se ve sluchadle zesílí a šíří se dále do zvukovodu (Havlík, 2007). Druhým typem jsou sluchadla na principu kostního vedení, u nichž dochází k přenesení zvukových kmitů v podobě vibrací na spánkovou kost, odkud se kmitání dále šíří až na tekutiny vnitřního ucha. Ke sluchadlům na principu vibrací se přistupuje pouze v případě, kdy klasický převod přes zvukovod není z nějakého důvodu možný. Nejhojněji jsou tedy využívána sluchadla určena pro vzdušné vedení zvuku (Kejklíčková, 2011). Dle tvaru lze rozeznávat kapesní, závěsná, brýlová a zvukovodová sluchadla. Kapesní sluchadla jsou taková, která jsou pomocí drobného vodiče napojena na krabičku, v níž je soustředěn mikrofon, zesilovač i zdroj energie a uživatel ji obvykle nosí v kapse. Ovšem z důvodu nepraktičnosti se tato sluchadla téměř nepoužívají (Horáková, 2012). Druhým, také téměř nepoužívaným typem, jsou brýlová sluchadla, kombinující brýle a sluchadlo. Tento typ byl více využíván pro kostní vedení zvuku a veškerý systém byl situován v pacičkách brýlí (Kejklíčková, 2011). Zvukovodová jsou malým modelem, umístěným ve zvukovodu. Vzhledem ke své velikosti jsou sice nenápadná, ale z hlediska manipulace nejsou vhodná pro seniory (Horáková, 2012). U starších osob nejvyužívanější závěsná naslouchadla zprostředkovávají přenos zvuku pomocí průhledné trubičky vyúsťující z pouzdra, které je ukryto v oblasti za ušním boltcem, do zvukovodu, na jehož vstupu je trubička obkroužena na míru vytvořenou koncovkou (Vinšová, 2018). Jak uvádí Havlík (2007), tento typ není nejčastěji využívaným pouze z důvodu jednoduché manipulace, ale také díky svému výkonu, kapacitě baterie a minimálním požadavkům na údržbu. Sluchadlo nemusí být ze strany audiologa indikováno, pokud klient slyší hlasitou řeč z 6 metrů alespoň na jedno ucho, pokud vyšetřovaný dosáhne 100% srozumitelnosti při intenzitě do 60 dB a pokud není práh sluchu na frekvenci 2kHz horší než 40dB (Hahn et al., 2007). Samostatnou kapitolu v oblasti korekce sluchových vad tvoří kochleární implantáty. Jsou poskytovány lidem s těžkou nedoslýchavostí až hluchotou a fungují na principu zachycení zvukového

signálu, který je následně převeden na elektrické impulzy, jenž stimulují sluchový nerv (Horáková, 2012). Po výběru vhodné kompenzační pomůcky a ověření její efektivity je nutné edukovat pacienta v oblastech správné aplikace, ovládnání, udržování pomůcky a o nutnosti trvalé spolupráce se specialisty. Především u starších osob je na místě trpělivý přístup v případě častější reedukace (Havlík, 2007).

1.4 Komunikace

Komunikace je předávání informací, pocitů, postojů, očekávání, v komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme. Dáváme najevo, co si o něm myslíme, zda jsou naše city k němu pozitivní nebo negativní, zda ho máme v oblibě či nikoliv. K předávání informací slouží jak verbální složka komunikace, tak i neverbální (Mlýnková, 2011, s. 52). Takto zní jedna z mnoha definic komunikace. Linhartová (2007) dále zdůrazňuje, že pro efektivní komunikaci je nutné zapojení všech zúčastněných. Způsob, kterým jsou informace předávány, je označován jako komunikační kanál. Jde o cestu přenosu informací od zdroje k příjemci. Tento komunikační kanál může být narušen mnoha vlivy, takzvanými komunikačními šumy, jako je nekvalitní osvětlení, šum, hluk, nedoslýchavost, únava nebo inteligenční úroveň (Linhartová, 2007). Významné dvě složky, které jsou nedílnou součástí při komunikaci, představuje složka verbální užívající slov nebo znakových symbolů a neverbální zaobírající se mimoslovním projevem. Neverbální komunikace může být dále dělena na samostatné podskupiny, jež jsou pozorovány a hodnoceny. Mezi jedny z nejvýznamnějších mimoslovních projevů, které lze hodnotit, je řazena například vizika, neboli kontakt očí, dále pohyby v obličeji, pohyby celého těla, gesta vyjadřována pomocí rukou, doteky a vzdálenost mezi komunikujícími osobami. Neverbální složka, odborně také nazývána jako paralingvistika, se zabývá zbarvením, intenzitou, intonací a plynulostí v mluvě (Pokorná, 2010). Z hlediska účelu komunikace zmiňuje Zacharová (2016) dělení na informativní, instruktivní, přesvědčovací, motivující, zábavné, poznávací, svěřovací a únikové neboli také nezávazné.

1.4.1 Determinanty komunikace

Komunikace v rámci poskytování ošetrovatelské péče je ovlivňována dle Pokorné (2010) třemi činiteli, a to pečujícím, pacientem a situací nebo pracovištěm. Tomová

a Křivková (2016) dělí činitele na individuální, sociální a situační. Z hlediska zaměření na komunikaci při poskytování ošetrovatelské péče upřednostňují rozdělení dle Pokorné (2010), avšak klasifikace autorek se vzájemně prolíná.

Pokorná (2010) uvádí, že kvalitu komunikace s geriatrickým pacientem nejvíce ovlivňuje vztah poskytovatele péče k lidem v seniorském věku. Tyto postoje a předsudky se bez ohledu na úroveň vzdělání odráží na kvalitě poskytované péče. Avšak specializační, či vyšší dosažené vzdělání sester poukazuje na jejich schopnost strategicky přistupovat k pacientovi se záměrem udržovat jeho soběstačnost, zachovat důstojnost a respektovat autonomii (Pokorná, 2010). Tomová a Křivková (2016) přikládají velký význam schopnosti interagovat i s rodinou klienta, zvládat náhlé náročné situace, komunikovat asertivně, empaticky s dodržováním etických i morálních zásad a zejména schopnosti aktivně naslouchat s adekvátní odezvou. Negativní vliv na komunikaci mají především předsudky, negativní ladění, únava a antipatie (Tomová a Křivková, 2016). Jako další negativní činitel označuje Venglářová (2007) strach, a to na straně sestry či lékaře i pacienta. Jde obvykle o strach ze závažného nebo intimního tématu, které je obtížné otevřít (Venglářová, 2007). Při zaměření se na pacienta uvádí Pokorná (2010) jako nejvlivnější činitel při komunikaci právě věk, zdravotní stav a pohlaví. V souvislosti s pohlavím je uváděno, že sestry se v rámci komunikace častěji dotýkají bez ostychu žen než mužů. V návaznosti na věk a zdravotní stav je obvykle zmiňováno, že se seniorům nedostává takové informovanosti jako je tomu u mladších pacientů (Pokorná, 2010). Problém omezené komunikace vzhledem k věku ovlivňuje i zhoršená kvalita smyslových orgánů, především sluchu, jenž hraje v komunikaci velkou roli (Kejklíčková, 2011). Haškovcová (2010) upozorňuje na hojně se vyskytující problém, kdy ošetrující personál na základě aktuálního stavu klienta vyhodnotí, že jej příjemce péče neslyší, nebo mu nerozumí, což následně může vést k poskytování péče bez slovního kontaktu k čemuž by v praxi nemělo vůbec docházet. I vlídné slovo, nebo dotyk může pacienta potěšit, ačkoliv není schopný dát své pocity jakkoliv najevo (Haškovcová, 2010). Faktorů prostředí a situací, jenž ovlivňují komunikaci je mnoho. Mezi ty nejvýznamnější lze zařadit například časovou tíseň, hluk, nekvalitní osvětlení, nedostatek soukromí, užívaný slang i klima na pracovišti (Pokorná, 2010).

1.4.2 Zásady komunikace s geriatrickým pacientem s poruchou sluchu

Je ironií, že ve vyšším věku, kdy mají lidé dostatek času na komunikaci pro potěšení, rozvíjí se mnoho potíží, které ztěžují schopnost komunikace a dorozumění (Pokorná, 2010, s. 49).

Hlavním klíčem pro porozumění a pochopení je důležitost přizpůsobit komunikaci potřebám a celkovému stavu auditora neboli poslouchajícího. Komunikování se seniorem nevyžaduje v závislosti na kalendářním věku téměř žádná specifika, ale odvíjí se spíše od posouzení věku biologického. Ke každému je nutné přistupovat individuálně a reagovat na odlišné požadavky a poruchy (Pokorná, 2010). Všichni zdravotníci by měli dodržovat obecné zásady pro zdvořilou komunikaci, jako je pozdravení, představení se, oslovování příjmením. Naprosto se vylučuje oslovení „dědo“ či „babi“. Před zahájením konverzace je pacientovi nabídnuto místo pro posazení, které je situováno tak, aby na zdravotníka viděl a ve výhledu nic nepřekáželo (Linhartová, 2007). V případě, že je pacient upoután na lůžko, je nutné, aby bylo zajištěno jeho pohodlí a opět aby byl umožněn ničím nenarušený oční kontakt. Jestliže pacient užívá dioptrické brýle, měl by se zdravotník alespoň optat, zda je nepotřebuje nasadit (Tomová a Křivková, 2016). Oční kontakt je udržován po celou dobu rozhovoru, kdy se zdravotník soustředí pouze na klienta a nenechá se vyrušovat telefonátem nebo odbíháním k jinému úkonu (Linhartová, 2007). Dále je nutno připomenout, že lidé s poruchou sluchu mohou preferovat odlišné způsoby komunikace, jako je psaná, mluvená, nebo využití znakové řeči (Tichý svět, 2018). Pacienti se schopností odezírat vyžadují kromě očního kontaktu také ničím nenarušený výhled na ústa osoby, se kterou komunikují po celou dobu jejich rozhovoru. V případě zdravotníků tvoří významnou překážku nošení roušky a u mužů také vousy (Linhartová, 2007). Rozhovor může být veden za určitým cílem, který by měl být předem stanoven, stejně jako možné otázky, jež pomohou k jeho dosažení (Zacharová, 2016). Venglářová (2007) při práci se seniory poukazuje na důležitost uvědomění si jisté odlišnosti v historickém a kulturním kontextu. Z toho důvodu je vhodné vyhýbat se novodobým i slangovým výrazům a také vulgarismům. Řada současných seniorů považuje intimní téma za tabu, proto je vhodné při důvěrném rozhovoru nechat pacienta určovat téma, směr i časový rozsah. Zdravotník by měl zajistit klid, soukromí a s pacientem by měl být předem domluvený, jak s jeho sdělením bude moci nakládat (Venglářová, 2007). Pokud je pacient s vyšším stupněm nedoslýchavosti hospitalizován, je nutno si

uvědomit, že opakované příchody personálu na pokoj jej mohou z důvodu nedoslýchavosti vylekat. Lze tomu ale předcházet a již při rozhodování, kam bude pacient uložen by měla sestra tento fakt zohlednit. Výhodou je uložení na takové lůžko, ze kterého je na dveře vedoucí do pokoje dobře vidět. Příchod lze také „oznámit“ rozsvícením a zhasnutím světel při vstupu. Přípustný je i dotyk v oblasti ramene a horní části paže, a to vždy zepředu (Linhartová, 2007). Tito pacienti by měli být v ideálním případě zřetelně označeni v dokumentaci, aby ošetřujícímu personálu bylo neustále připomínáno, že vyžadují specifický přístup (McKee, 2013).

Při kontaktu s nedoslýchavým pacientem je vhodné zjistit, zda užívá sluchadlo, popřípadě zkontrolovat jeho zapnutí, správné vložení a funkčnost. Pokud sluchadlo nemá, měl by se zdravotník alespoň optat, na které ucho slyší lépe a mluvit na něj ze strany lépe slyšícího ucha hlasitěji, ale nekřičet (Flegerová, 2012). Vzdálenost mezi komunikujícími by neměla být příliš velká, aby pacient dobře slyšel, ale neměl by být ani narušen jeho osobní prostor (Venglářová, 2007). Na začátku konverzace dojde ke sdělení tématu, kterého se bude rozhovor týkat a pokud od něj je nutno odbočit, opět je nutno sdělit, na jaké téma je přecházeno (Flegerová, 2012). Slova jsou vyslovována zřetelně, bez přehnané artikulace. Je důležité přistupovat k pacientovi trpělivě, v průběhu rozhovoru jej pozorovat a dotazovat se pomocí kontrolních otázek, aby měl zdravotník zpětnou vazbu, čemu pacient rozumí a co je třeba znovu vysvětlit (Kejklíčková, 2011). Pokorná (2010) vyvrací často zmiňovaný mýtus, že je vhodné upřednostňovat jednodušší formy sdělení. Uvádí, že senioři nemají problém v porozumění složitým sdělením, ovšem je nutno aby byla podána ve smysluplném kontextu. Naopak rozhovor v co nejjednodušších větech může způsobit nesprávné vyložení sděleného obsahu. V souvislosti s efektivní komunikací dále uvádí nezbytnost shody verbální a neverbální složky komunikace. Důležité informace je vhodné pacientovi poznamenat písemně a ponechat mu je (Pokorná, 2010). V některých případech se nabízí využít pomůcky k názorné demonstraci, které ulehčí porozumění bez nutnosti rozsáhlého teoretického výkladu (Burda a Šolcová, 2016). Předávání sdělovaných informací by mělo probíhat v nerušeném prostředí, avšak výzkum ukázal, že úroveň inteligence a vzdělání má vliv na schopnost porozumění sdělovaného obsahu i za přítomnosti rušivých elementů. Pacienti s nižším vzděláním tedy potřebují větší klid. Naopak pro vzdělanější nedoslýchavé osoby není komunikace v rušném prostředí

takovým problémem (Araújo de Carvalho et al., 2017). Všichni, kteří přichází s pacientem do styku, by s ním měli komunikovat jednotlivě, aby se mohl na rozhovor dostatečně soustředit a nemusel svou pozornost rozdělovat (Kejklíčková, 2011). V případě, že je s neslyšícím přítomen tlumočník, zdravotník vždy komunikuje tváří v tvář s pacientem a měl by si být vědom toho, že tlumočníci musí ctít etický kodex, dle kterého překládají vše, co v místnosti zazní, jelikož je náhradou pacientových uší (Linhartová, 2007). Pokud nastane situace, kdy je nutno využít služeb tlumočníka, ale žádný není v zařízení přítomen, nabízí společnost Tichý svět online tlumočení zdarma prostřednictvím videohovoru. Tato služba je dostupná 24 hodin a lze ji smluvit na předem určený čas, nebo videohovor uskutečnit i v urgentních situacích (Třísková, 2018). Poslední významnou zásadou v oblasti komunikace s klientem majícím poruchu sluchu je nutnost nepřipomínat mu jeho znevýhodnění, nezmiňovat se o tom, že špatně slyší a nesdělovat to ani jiným osobám, pokud to není nutné. Může to narušit jeho sebehodnocení i vztah s personálem (Kejklíčková, 2011).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat specifika přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou sluchu v ošetrovatelské péči.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké problémy v každodenním životě přináší geriatrickým pacientům porucha sluchu?
2. Jaké potřeby mají geriatrickí pacienti s poruchou sluchu vůči přístupu ošetrojícího personálu?
3. S jakými chybami v komunikaci ze strany ošetrojícího personálu se setkávají geriatrickí pacienti s poruchou sluchu?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro empirickou část této bakalářské práce byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl uskutečněn za využití polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval celkem 15 otázek (příloha 1), jež byly ve vhodných případech doplněny o podotázky.

Výzkum byl uskutečněn na dvou odděleních v Nemocnici Jindřichův Hradec v březnu 2019. Požádáno o účast na rozhovorech bylo celkem 10 informantů, avšak 2 tuto nabídku odmítli a jeden prokazoval v průběhu rozhovoru známky dezorientace, tudíž byl rozhovor pro nepřiléhavost odpovědí ukončen. Aktivně se tedy celkem účastnilo 7 informantů. Před jeho samotným zahájením byli pacienti seznámeni s účelem daného výzkumu, tématem, kterého se rozhovor bude týkat, a byli také ubezpečeni o zachování jejich plné anonymity. Rozhovory byly zaznamenány buď formou zvukového záznamu, a to pouze po předchozím informování dotazovaného a s jeho písemným souhlasem, nebo písemnou formou záznamu na papír. Zvukové záznamy byly později taktéž přepsány do písemné formy.

V úvodu rozhovoru byli informanti dotazováni na základní identifikační údaje, jako je pohlaví, věk, charakter sluchové vady a délka jejího trvání. Poté následoval vlastní rozhovor, jenž byl zaměřen na přízpůsobení se sluchové vadě a užívání kompenzačních pomůcek, přístup ze strany ošetřujícího personálu, který je pro osoby trpící sluchovou vadou žádoucí. Orientoval se také na komunikaci a bariéry, které každodenní život s tímto znevýhodněním přináší.

Získaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka papír“. Na základě tohoto postupu vznikly tři kategorie. Dvě z nich jsou dále rozpracovány na další podkategorie. Pro lepší orientaci je toto členění znázorněno ve výsledkové části formou diagramu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor nebyl vybrán náhodným způsobem. Dle předem stanovených kritérií byli osloveni hospitalizovaní pacienti ve věku minimálně 60 let, u nichž ošetřující personál popisoval nedoslýchavost různého stupně. Z celkového počtu 10 pacientů bylo 8 z nich ochotno věnovat nám svůj čas. Rozhovor s jedním z informantů však nemohl být dokončen. Pro jeho stav zmatenosti a nepřiléhavost odpovědí jsme tento rozhovor označili za nekvalitní a dále v něm nepokračovali. Celkový počet zúčastněných je tedy ve výsledku 7 informantů. V rámci zpracování výsledků jsou tito informanti označeni jako I1 – I7 (I = informant).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Základní údaje o informantech

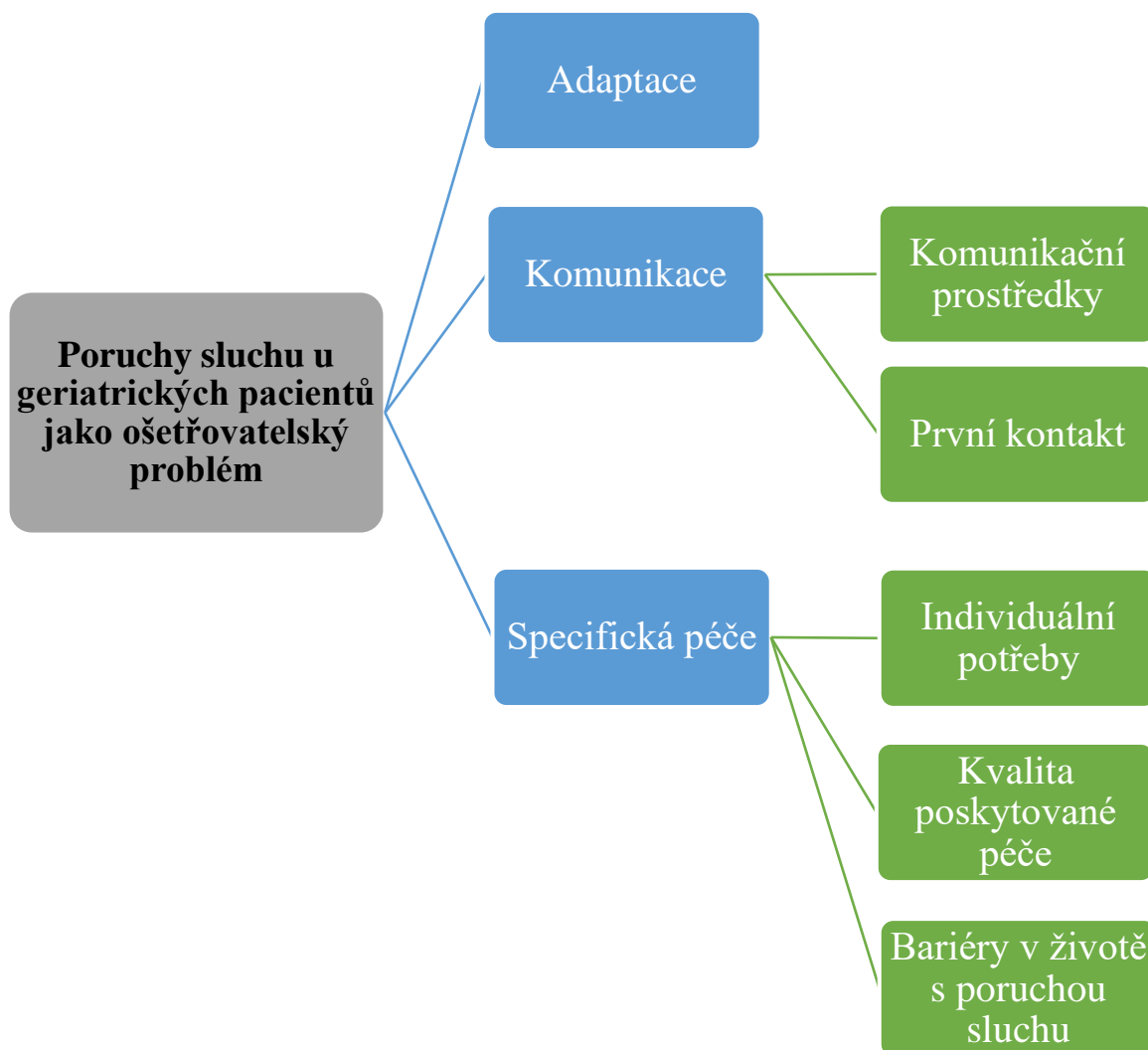
<i>Informant</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Charakter sluchové vady</i>	<i>Trvání sluchové vady</i>
I1	Muž	75 let	Lehká nedoslýchavost	3 měsíce
I2	Žena	60 let	Těžká nedoslýchavost	30 let
I3	Žena	85 let	Středně těžká nedoslýchavost	3 roky
I4	Žena	91 let	Lehká nedoslýchavost	2 roky
I5	Žena	65 let	Středně těžká nedoslýchavost	5 let
I6	Muž	73 let	Středně těžká nedoslýchavost	Středně těžký stupeň asi 3 roky, lehký přibližně 5 let předtím
I7	Žena	66 let	Lehká nedoslýchavost na pravé ucho, lehká až střední nedoslýchavost na levé	Asi 5 let

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 je shrnutím identifikačních údajů o informantech. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 7 osob ve věku od 60 let do 91 let postižených lehkým, středně těžkým i těžkým stupněm nedoslýchavosti. Nejvíce byl zastoupen lehký a středně těžký stupeň nedoslýchavosti. Těžkým stupněm byla postižena pouze jedna informantka, a to zároveň

s nejdelší dobou trvání v délce 30 let. Doba trvání sluchové vady ostatních informantů se pohybovala v rozmezí 3 měsíců až 5 let.

4.2 Výsledné kategorie



Kategorie 1: Adaptace

Tato kategorie se zabývá způsoby a schopnostmi informantů sžít se s poruchou sluchu různého rozsahu, která má velký vliv na kvalitu jejich života. Do této kategorie jsme také zahrnuli užívání kompenzačních pomůcek, jelikož mohou značně zkvalitnit život nedoslýchavých.

Dle očekávání byla se svým postižením nejlépe sžita I2, která byla nucena přizpůsobit se postupné ztrátě sluchu již ve svých 30 letech. Uváděla, že vzhledem k délce trvání se s těžkou nedoslýchavostí naučila žít. Určité překážky jí samozřejmě do života přináší, ale i přesto toto znevýhodnění přijala bez problémů. Jako jediná ze všech informantů byla také schopna vést rozhovor pouze na základě odezírání. Naopak I3, u níž trvá střední stupeň nedoslýchavosti po dobu 3 let, považovala poruchu sluchu za velkou přítěž a dosud nebyla schopna se s ní smířit. Tuto skutečnost se snažila řešit užíváním naslouchátka, které pro ni ale nebylo přínosem. Na otázku, z jakého důvodu jej neužívá odpověděla: „*Vadí mi v uchu-přijde mi, že tlačí a taky to občas píská. Sama s ním zacházet neumím a ani s ním nijak dobře neslyším.*“ Opětovné vyšetření a řešení nepohodlného užívání jí nabídnuto nebylo. Při zvažování této možnosti sdělila následovně: „*ani nevím, jestli by se mi znovu někam chtělo*“. Naslouchátko tedy odmítá používat a celou situaci se snaží kompenzovat alespoň tím, že žádá okolí o velmi hlasitou řeč. Informanti 2, 5 i 6, kteří také řešili své znevýhodnění užíváním naslouchátka, jsou s ním na rozdíl od I3 spokojeni a považují ho za nezbytnost pro jejich každodenní život. Tito informanti zároveň samostatně zvládají základní obsluhu naslouchátka, jako je zapnutí/vypnutí, výměna baterií a správná aplikace. Z těchto uživatelů pouze I2 odpověděla, že se bez naslouchátka dokáže na krátko obejít, jelikož jí nedělá problém odezírat z úst. Dotazovaní, kteří naslouchátko neužívají (I1, I3, I4, I7), se shodli, že pro kvalitní komunikaci preferují především zvýšení hlasitosti. I1 navíc doplnil: „*Vím, že v tomto stádiu je třeba nedoslýchavost řešit, a tak jsem se objednal na ušní, kam jdu za týden.*“ Jeho otec se potýkal s nedoslýchavostí také a řešil ji užíváním brýlových naslouchátek. Tento typ kompenzace označil I1 za optimální řešení zhoršeného sluchu a předpokládá, že mu pomůže ke zkvalitnění jeho života. Informantka 7 se v průběhu rozhovoru taktéž opakovaně zmínila o možnosti užívat naslouchátko. Na rozdíl od I1 k této kompenzační pomůcce ale zaujímala spíše negativní postoj. Sdělila, že nad užíváním naslouchátka již mnohokrát přemýšlela. Na otázku, z jakého důvodu jej odmítá užívat odpověděla: „*Myslím si, že to ještě zvládám bez problémů i bez naslouchátka. Zatím ho tedy ani nechci, připadám si na to mladá.*“ Nejstarší z informantů (I4), by korekci pomocí naslouchátka ráda vyzkoušela, avšak samotnou jí tento druh řešení nikdy nenapadl, ani jí nebyl nabídnut ze strany ošetřujících lékařů. Vzhledem k věku je pro ni obtíží dojíždění k lékařům a vyčkávání v čekárnách, takže svou nedoslýchavost řešit v budoucnosti pravděpodobně nebude.

Kategorie 2: Komunikace

Tato kategorie, jež je členěna na dvě podkategorie, se zabývá nejčastěji užívanými komunikačními prostředky informantů s poruchou sluchu. Dále popisuje reakce personálu při zjištění, že pacient trpí poruchou sluchu.

Podkategorie 2.1 Komunikační prostředky

Odpověď na otázku, jenž se týkala nejběžněji užívaného komunikačního prostředku při různém stupni poruchy sluchu, obsahovala shodně u všech informantů mluvenou řeč. Dotazovaní, jež jsou uživateli naslouchátek (I2, I5, I6), se dále shodli, že ani není třeba, aby okolí při komunikaci zvýšilo hlasitost, což naopak vyžadují všichni ti, kteří žádnou kompenzační pomůcku pro zlepšení svých sluchových schopností nepoužívají (I1, I3, I4, I7). I2 ke své odpovědi dále doplnila: *„Dokážu odezírat jako to dělám nyní. Uměla jsem také dobře znakovou češtinu. Tu ale už dlouho vůbec nepoužívám a vzpomenu si pouze na pár základních slov.“* Byla zároveň jediná, která pouze na základě odezírání byla schopna vést celý rozhovor v téměř srovnatelné kvalitě jako slyšící člověk. I1, I3, I5 i I7 sdělili, že se na ústa druhé osoby při rozhovoru soustředí, ale považují to pouze jako lehký doplněk k tomu, co jsou schopni zachytit sluchem. Například I5 na otázku ohledně komunikačního prostředku, který nejčastěji používá, odpověděla následovně: *„Běžnou mluvenou řeč a ještě mi doktor na ušním doporučil, ať se snažím odezírat od úst- proto na vás pořád tak koukám a docela to pomáhá.“* Naopak I6, jemuž lékař také doporučil soustředit se na ústa osob, se kterými komunikuje, uvedl, že mu to komunikaci neulehčuje. Není schopen z úst odezírat a jeho naslouchátka jsou pro komunikaci naprosto dostačující. I7 společně s I4 považovaly jako jediné za výhodu, když je komunikant po jejich pravé straně, jelikož na pravé ucho slyší obě tyto informantky lépe. I7 dále doplnila, že v případech, kdy je komunikant po její levé straně, se sama snaží dané situaci přizpůsobit, a to následovným způsobem: *„neustále otáčím a nastavuji hlavu tak, aby zvuk do toho pravého ucha směřoval.“*

Podkategorie 2.2 První kontakt

V této podkategorii jsme se zaměřili na to, jak obvykle reaguje ošetřující personál při zjištění, že daný pacient trpí poruchou sluchu. Dále nás zajímalo, zda a popřípadě jakým způsobem se této skutečnosti snaží přizpůsobit.

Jak se dalo očekávat, od všech dotazovaných obsahovaly odpovědi jednu shodnou reakci, a sice zvýšení hlasu ze strany personálu. Například I6 uvedl: *„To je občas vtipné, protože přesto, že vidí, že mám naslouchátka, tak zvyšují někteří hlas asi abych slyšel ještě líp. Ale to je zbytečný, protože je mám dobře seřízený, takže křičí úplně zbytečně. Ale asi si to neuvědomují, tak je na to upozorním že namáhat hlasivky opravdu nemusí.“* I4 sdělila, že se setkává i s dotazy, na jaké ucho slyší lépe. Je prý ale zvyklá své okolí upozornit automaticky při prvním kontaktu na svou nedoslýchavost a současně s tím poprosit o hlasitou mluvu spíše z pravé strany. Prakticky stejnou odpověď jsme dostali i od I7: *„Já většinou hned řeknu ať mluví spíš do pravého ucha. Snaží se teda většinou přizpůsobit komunikaci tak, abych lépe slyšela a rozuměla.“* I5 jako jediná uvedla případ, kdy se k ní personál naklonil, nebo alespoň přiblížil, aby jej lépe slyšela. I2 obohatila odpověď o svou domněnku, že v situaci, kdy má naslouchátka, nemá personál šanci poznat, že jde o osobu s těžkým stupněm nedoslýchavosti: *„když mám naslouchátka a neupozorním na to, tak si dle mého ani nevšimnou.“*

Kategorie 3: Specifická péče

V této kategorii je zaměřena pozornost na specifické potřeby informantů trpících poruchou sluchu, dále jsme pokračovali kapitolou zabývající se spokojeností s kvalitou poskytované péče a poslední podkapitola uvádí bariéry, které porucha sluchu informantům přináší nejen v nemocničním prostředí, ale i každodenním životě.

Podkategorie 3.1 Individuální potřeby

Následující podkategorie je orientována na individuální potřeby jednotlivých informantů, které jsou pro ně přínosem při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Nejméně náročný byl v tomto ohledu I1, kterému k zabezpečení kvalitní péče a efektivní komunikace stačí zvýšení hlasu ze strany ošetřujícího personálu. Pokud není okolí o jeho nedoslýchavosti informováno, dostává se občas do situací, kdy na něj osoba mluví, aniž by to on sám zpozoroval. K otázce orientované na chyby v komunikaci se vyjádřil následovně: *„I když možná na mě někdy začne někdo mluvit, ale není dostatečně hlasitý, a dokud to nezpozoruji, nevím, že na mě mluví. Tak by možná přišel vhod nějaký dotyk, abych věděl, že je někdo v místnosti a mluví na mě.“* I5 sdělila obdobné: *„Když nemám naslouchátka a usnu, tak je třeba se mě dotknout, abych se probírala.“*

Upoutání pozornosti dotykem zaznělo ještě od informantek 2, 3 a 6. Pro I1 není prozatím problémem ani komunikace v hlučném prostředí, v čemž se od většiny pacientů lišil. Například I4 uvedla, že pro efektivní komunikaci je pro ni zabezpečení klidného prostředí důležité, stejně jako krátká vzdálenost mezi ní a druhou osobou, se kterou komunikuje. Obdobnou odpověď poskytla i I3: *„Lépe se soustředím pouze na jednu osobu a potřebuji klidné prostředí, abych lépe rozuměla.“* A ani odpověď I5 nebyla příliš odlišná: *„Potřebuji na dotyčného dobře vidět a soustředím se na jeho ústa. Taky je lepší, když nás nikdo nevyrušuje a když mluvím pouze s jedním člověkem.“* Informantka dále doplnila, že pokud se dostane do situace, kdy je rušno a musela by se soustředit na rozhovory s více lidmi, raději osloví osobu, která jí přetlumočí pouze to nejdůležitější. I6 uvedl ze své vlastní zkušenosti dvě zásadně rozdílné situace, ve kterých se liší i přístup, který vyžaduje. V případech, kdy má naslouchátka, se považuje za normálně slyšícího člověka bez jakýchkoliv omezení. Na otázku, zda mu tedy nedělá problém vést rozhovor v rušném prostředí, odpověděl následovně: *„No, jako lepší je, když je klid, ale slyším i v tom rušnějším. To je asi stejné jako u slyšících. Oni jsou ty naslouchátka už docela vypilovaný, že vědí, co zesílit a co ne, takže jsem spokojenej.“* Pokud je ale uveden do situace, kdy je nucen naslouchátka odložit, vyžaduje zcela jiný přístup. Jelikož v ten okamžik slyší pouze křik z bezprostřední blízkosti, je převážně odkázán na svůj zrak. Dále tedy uvedl: *„potřebuju určitě vidět na toho člověka, je taky dobré, když mi názorně ukáže, co chce a když je jen jeden, abych věděl, na koho se soustředit.“* Označil také za vhodné napsání informací na papír, nebo nakreslení toho, co se od něj vyžaduje. Stejně jako tento informant, i I2 se dostává do situací, kdy naslouchátka nelze použít. *„Pokud naslouchátko nemám, musím odezírat, a to potom nemůžu mluvit s více lidmi najednou, musím si všimat, kdo a zda na mě zrovna někdo mluví. Ten, se kterým mluvím, musí být dostatečně blízko, tváří v tvář a nesmí mít zakrytá ústa.“* V těchto okamžicích mají oba informanti velmi podobné nároky, avšak u I2 je výhodou schopnost komunikace pouze na základě odezírání. Tato pacientka se v průběhu rozhovoru zmínila i o situacích, které jsou při odezírání problematické. Ve vztahu k nemocničnímu prostředí šlo například o okamžiky, kdy je v místnosti více personálu. Pacientka uvedla vlastní zkušenost, kdy komunikovala s lékařem, který komunikoval zároveň s ní i se všeobecnou sestrou. Pacientka odezírala od úst lékaře, který s ní hovořil, ale ten náhle a bez upozornění začal mluvit na přítomnou sestru, což pro neslyšící pacientku nebylo zřejmé. Z rozhovoru byla následně zmatená. Stejně jako u této informantky, tak i ve výpovědích informantů 3, 5, 6 a 7

zaznělo, že jim umožňuje lepší soustředěnost vedení rozhovoru pouze s jednou osobou, na kterou se mohou plně koncentrovat. Za další nevýhodu označila I2 lékaře a sestry z cizích zemí, kteří česky příliš neumí, mají značný přízvuk a špatně artikulují. Takový rozhovor pro ni nebývá snadný ani za použití naslouchátek. S touto problematikou obtížné komunikace se špatně mluvícím nemocničním personálem ze zahraničí se ztotožňovala také I7.

Z hlediska vlivů prostředí často zazníval velký význam klidu a ticha při předávání informací. Zmínili je I2, I3, I4, I5 a I7. Dále se informanti 2, 5 a 6 shodli, že komunikaci ovlivňuje i kvalita viditelnosti na osobu, která s nimi komunikuje. Tudíž hraje svou úlohu celkové osvětlení prostředí, v němž k rozhovoru dochází. „*Potřebuji na dotyčného dobře vidět*“ sdělil I5.

V souvislosti se specifickými potřebami byly informantům kladeny i otázky týkající se vhodného obohacení sdělovaného obsahu ze strany ošetřujícího personálu. V případech, kdy informant nevěděl, čím lze mluvenou formu sdělení doplnit, jsme nabídli možnosti, jako jsou obrázky a piktogramy, názorné předvedení, názorné kreslení, nebo vypsání nejdůležitějších informací. Většina informantů (I2, I3, I4, I5, I6, I7) se alespoň s jednou z výše jmenovaných forem setkala. I4 velice kladně hodnotila doplnění slovních instrukcí o praktické předvedení: „*Občas se setkávám s názornými ukázkami a ty jsou pro mě přínosnější než pouhý slovní výklad. Jednak to slyším, ale i vidím a lépe si poté zapamatuji, jak danou činnost provádět, než kdybych dostala jen slovní instrukce.*“ Obdobně reagovala I5: „*Názorné ukázky, s těmi jsem se setkala a považuji je za přínosné.*“ Zkušenost s tímto druhem doplnění sdělovaného obsahu mají i I2, I3 a I6. Například I2 jako jediná zmínila, že se v minulosti setkala s piktogramy, ale jejich užívání by pro ni nemělo v souvislosti s nemocničním prostředím pravděpodobně žádný význam. Nyní jí vyhovuje poznamenat si důležité informace, a proto má neustále po ruce tužku a papír. Na téma zapisování si poznámek shodně reagoval i I6: „*Taky tu a tam něco zapomenu a nosím u sebe i bloček s tužkou a to důležité si občas zapíšu i sám.*“ Trojice informantek (I3, I4, I5) přiznala, že by pro ně bylo vyhovující, kdyby jim sestry nechávaly důležité informace vypsané na papírku, aby se k nim mohly kdykoliv vrátit. „*To ale nikde nedělají, a ani mě to samotnou nikdy nenapadlo. Budu je o to muset žádat.*“ Doplnila informantka I3. I4 se svěřila se svými občasnými problémy se zapamatováním si, tudíž by toto stručné vypsání informací mohlo ulevit i personálu. Tři informanti (I2, I6 a I7) ocenili, že k některým vyšetřením

dostávají podklady, kde jsou právě důležité informace vypsány. „*Jsem ráda, když mi k důležitým sdělením dají i papíry, abych si vše mohla přečíst. To mi vyhovuje.*“ Objasnila I2. K tématu orientace v rozhovoru a textu nám I2 sdělila svou osobní preferenci. Na základě svých zkušeností uvedla, že jí usnadňuje orientaci v rozhovoru, když je jí předem sděleno, jaké problematiky se bude týkat. Toto úvodní sdělení by ocenila také I4 a I5, avšak nejsou si vědomy, že by se s tím v minulosti setkaly.

Podkategorie 3.2 Kvalita poskytované péče

Následující podkategorie je zaměřena na subjektivní pocity a zkušenosti informantů, týkající se kvality poskytované ošetrovatelské péče a její srovnatelnosti s péčí poskytovanou pacientům bez poruch sluchu.

Z odpovědí informantů vyšlo najevo, že jim nepřipadá kvalita péče odlišná vzhledem k péči poskytované slyšícím pacientům. Avšak to neznamena, že není uzpůsobena individuálním potřebám informantů. Personál se povětšinou snažil slabinám pacientů přizpůsobit a byl tedy z jejich pohledu hodnocen převážně kladně. „*Určitě je péče stejná a nevidím v ní žádné rozdíly. Personál se ani nerozčiluje, když opakovaně něčemu nerozumím. Myslím si, že jsou na hluché pacienty zvyklí,*“ ocenil informant I1. I2 také uvedla, že si žádné znevýhodnění od ostatních slyšících pacientů neuvědomuje a dále doplnila, že ji naopak pomáhá, když jí personál podá informace i v tištěné formě, aby si je mohla pročit. Její odpověď byla následující: „*Jsem ráda, když mi k důležitým sdělením dají i papíry, abych si vše mohla přečíst. To mi vyhovuje.*“ I4 byla s péčí taktéž téměř spokojena, avšak jednu výtku k přístupu personálu sdělila: „*Jen si myslím, že když už hůř slyším, tak mi to naslouchátka a vyšetření uší mohlo být nabídnuto, když už jsem tady v té nemocnici.*“ Tuto odpověď následně uzavřela svou domněnkou: „*jsem stará, tak už to asi nikdo neřeší a považují to za normální.*“ Trojice informantů (I1, I5 a I7) při rozhovorech zdůraznila trpělivost personálu, kterou s nimi má. Ocenili ochotné a trpělivé chování při opakovaném neporozumění, či přeslechnutí informací. „*Jsou tu trpěliví a když něčemu napoprvé nerozumím, nedělá nikomu problém mi to znovu vysvětlit*“ označila kladně přístup informantka I5. I7 dokonce uvedla, že si připadá jako nedoslýchavá upřednostňována, jelikož s ní personál obvykle tráví více času, než s pacienty slyšícími. Má pocit, že rozhovory jsou z důvodu nedoslýchavosti zdouhavější a celkově náročnější. I3 zmínila, že se setkala s různými druhy přístupů na mnoha odděleních, kterými prošla, které se nedají shrnout ani jako pozitivní, ani

negativní. Také uvedla následovně: „*Když jsem na nějakém oddělení déle, tak mám občas pocit, že i ten personál to vysiluje na mě pořád křičet, a potom mi sdělují spíše jen ty základní informace.*“ Za pozitivní však považuje obohacení komunikace o názorné ukázky, které jí přijdou u ní, jako nedoslýchavé častější, než u slyšících pacientů.

V souvislosti s kvalitou péče nás také zajímalo, zda a jak se ošetřující personál přesvědčuje, že konkrétní pacient jejich sdělení porozuměl a edukace tak byla účinná. Výsledné odpovědi informantů se příliš nelišily. I1, I2, I4 i I6 shodně odpověděli, že se personál zeptá, zda všemu rozuměli. „*Většinou se jen zeptají, zda jsem všemu rozuměla. Když ale něco nechápu, nebojím se zeptat.*“ Sdělila I2. Obdobná odpověď jako od většiny pacientů se nám dostala i od informantky I4: „*asi se zeptají, jestli jsem všemu rozuměla.*“ I7 doplnila, že se ani nikdy nesetkala s tím, že by chtěl personál zopakovat to, co jí bylo řečeno, nebo to dokonce názorně ukázat. Odpovědi zbylých tří informantů (I3, I5, I7) byly také téměř shodné. Sdělili, že si neuvědomují, jestli vůbec se personál přesvědčuje o jejich porozumění. Takto zněla například odpověď I7: „*To nevím, asi se zeptají, jestli jsem všemu rozuměla, nebo se ani neptají. To jsem nikdy nepozorovala*“ I5 si konkrétně taktéž nevybavila, jak se personál přesvědčuje: „*Myslím si, že se nepřesvědčují, nebo si to alespoň nevybavuji. Na druhou stranu, když něčemu nerozumím, tak se přeci můžu sama zeptat-od toho mám pusy.*“ Poslední z informantek (I3) se domnívala, že k žádnému přesvědčování se ze strany personálu nedochází. Pouze důležité informace několikrát zopakují. Dostala se ale i do situací, kdy druhá osoba nemluvila dostatečně nahlas, a tak nevěděla, o čem je řeč. Na otázku, zda je ochotna požádat o zopakování, pokud jí některé informace utečou, odpověděla následovně: „*To jak kdy, někdy je mi to blbé, takže se neptám, ale není to pravidlem. Taký záleží jak se ten, se kterým komunikuji, tváří a jak je příjemný.*“

Podkategorie 3.3 Bariéry v životě s poruchou sluchu

V této poslední podkategorii jsme se pokusili shrnout výpovědi všech informantů ukazující problémy života s poruchou sluchu především při pobytu v nemocničním prostředí, ale i v každodenním životě.

Z odpovědí vyplynula celkově větší spokojenost pacientů, kteří užívají naslouchátka. Označili kvalitu svého sluchu za mnohem lepší, než když tuto pomůcku neužívali. Nejlépe to vystihl svou odpovědí na otázku, jak ho porucha sluchu limituje v běžném

životě, I6: „*Ted' už žádné, slyším všechno. Sice to není z těch naslouchátek tak hezký zvuk, jak ho slyšíte vy, ale svůj účel to plní. Ted' už bych se jich nevzdal.*“ Totožná odpověď zazněla také z úst I5: „*S tím naslouchátkem už žádné obtíže v běžném životě nemám.*“ Tato informantka následně uvedla i své obavy ze situace, která by mohla nastat, pokud by se její naslouchátko poškodilo, nebo došlo k vybití baterie a nemohla jej tak použít. „*Bez něj opravdu neslyším, takže bych nedokázala vnímat nejen řeč, ale i různé zvuky z okolí, a to by určitě mohly nastat problémy, když neslyšíte ani jedoucí auto.*“ V tom okamžiku by byla odkázána pouze na svůj zrak, který vzhledem k věku není příliš kvalitní, a bez brýlí na dálku se neobejde. Zhoršení zrakové ostrosti komplikuje komunikaci taktéž infomantům 2 a 6. I2 je na rozdíl od I5 nucena užívat dioptrické brýle i na blízkou vzdálenost, tudíž je pro ni odezírání bez jejich použití nemožné. „*Nosím brýle a když si je nevezmu, tak vidím okolí spíše jen rozmazané. Bez nich tedy nedokážu odezírat,*“ sdělila. Informantovi 6 komplikuje komunikaci krom zhoršeného zraku i občasné zapomínání informací, které mu byly podány. Problémy s pamětí zazněly taktéž z úst informantky I4. Ta si postěžovala, že když je při rozhovoru neustále vyrušována ona nebo osoba, se kterou právě komunikuje, je tím občas uvedena do situací, kdy si nemůže vzpomenout, na jaké téma byl rozhovor veden. Jako příklad uvedla rozhovor s lékařem, který v jeho průběhu zvedá zvonící telefon a domlouvá se se sestrou na jiných věcech, které nemají s vyšetřovanou pacientkou nic společného. I6 nás dále informoval i o svých obavách v každodenním životě. Neustále se musí mít na pozoru, aby svá naslouchátka nepoškodil například vlivem vody, když se sprchuje. V souvislosti s nemocničním prostředím jde například o zapomenutí vyjmout sluchátka před podrobením se vyšetření přístrojem, který by je mohl poškodit. Jejich vyřazení mimo provoz by jemu i jeho okolí značně zkomplikovalo komunikaci a běžný život. I5 takovéto obavy o svou kompenzační pomůcku nesdělila. Přiznala se, že v nemocnici častokrát usne, aniž by si naslouchátko z ucha vyndala. To jí poté způsobuje bolest ucha, pro kterou je občas donucena užít i lék, aby polevila.

Pětice dotazovaných (I1, I3, I4, I5, I7) zmínila, že jim komunikaci ztěžuje občasné přeslechnutí některých informací. I3 uvedla, že právě z toho důvodu je neustále v pozoru a sleduje, zda na ni někdo nemluví. Pokud jí některá informace uteče, je ochotna požádat o zopakování. Zároveň přiznala i následovné: „*Také se mi stává, že na mě okolí mluví, ale já mu nerozumím, a tak jen přikyvuji abych se neustále neptala.*“ Téměř totožná odpověď zazněla z úst I5: „*Víte, ale někdy je mi blbě neustále se ptát*

„cože?“ *když něčemu nerozumím, tak to prostě přeslechnu a usmívám se a kývu. To dělá asi občas každý. Nechci se totiž neustále přeptávat.*“ I7 v souvislosti s přeslechnutím informací uvedla svou osobní zkušenost, která se jí stala již opakovaně. „*Několikrát se mi i stalo, že sedím v čekárně, tam je takový klasický šum, pokud tam nejste sama a jak sestřička vyvolává pacienty, tak také hůř rozumím, nebo se stane, že své příjmení přeslechnu.*“ Tento problém, který jistě není vlastní pouze této pacientce, jsme se snažili společně prodiskutovat a najít optimální řešení. Informantka se domnívala, že by pomohlo, kdyby si personál poznamenal informaci o její nedoslýchavosti v dokumentaci a při vyvolávání příjmení to zohlednil. Mohla by k ní například sestřička přijít na dostatečnou vzdálenost a říci jí, že je na řadě. Nedoslýchavost tuto pacientku omezovala i v navazování komunikace s ostatními hospitalizovanými. Nebylo jí příjemné, když musela žádat o zvýšení hlasu, proto s kolegyní na pokoji vedla konverzaci pouze v situacích, kdy byla v její dostatečné blízkosti. Neuspokojenou potřebu komunikace zmínila také I4. Sdílela pokoj s o mnoho mladší pacientkou, se kterou nechtěla navazovat příliš kontakt jednak z důvodu své nedoslýchavosti, a jednak z důvodu odlišných zájmů i generačních rozdílů. Uvíjala by tedy, pokud by personál více zohledňoval věkové rozdíly. „*Kdybych tu k sobě měla taky takovou starou ženskou jako jsem já, bylo by to pro mě příjemnější,*“ sdělila. Omezena se cítila i v zálibě sledování televize. Roli zde hrál opět věkový rozdíl a porucha sluchu, kvůli které by musela mít nastavenou vysokou hlasitost, což by mohlo druhou pacientku rušit. Stejný požadavek na sledování televize uvedla I3 a I7. I3 byla hospitalizována na stejném oddělení, jako I4. Sestěhování těchto dvou informantek by mohlo být současně řešením i menšího věkového rozdílu a možná by vedlo k větší spokojenosti na obou stranách. Ne vždy to však podmínky oddělení dovolují. I7 krom požadavku na hlasitost televize dále uvedla, že jí v každodenním životě dělá problémy mnoho dalších zvuků, které neslyší. „*Neslyším šepot, varnou konvici, televizi musím mít více nahlas, blízko jedoucí auto slyším jen trošku, tekoucí vodu také špatně slyším. Je toho plno a ani si to člověk neuvědomuje,*“ sdělila. S touto odpovědí se ztotožňovala také I2. Dle jejího názoru, by k lepšímu pochopení a tím i kvalitnějšímu uspokojování potřeb nedoslýchavých pomohlo, kdyby si lidé bez těchto obtíží mohli vyzkoušet, jaký je život bez sluchu. „*Možná by jim to pomohlo v pochopení a byli by hodnější, více by si pomáhali. Vadí mi poznámky typu „ježiši ty jsi hluchá“.*“ S těmito poznámkami se setkává především mimo nemocnici a příjemné jí nejsou. Proto by ocenila, aby mělo okolí možnost vžít se do její situace a možná by se mnohé změnilo.

5 Diskuze

Poruchy sluchu jsou jednou z nejvíce rozšířených somaticko-funkčních poruch, které populaci postihují. U většiny osob žijících na území České republiky je zhoršení sluchových schopností zapříčiněno právě pokročilým věkem (Horáková, 2012).

Tato bakalářská práce si pokládala za cíl zmapovat specifika přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou sluchu při poskytování ošetrovatelské péče. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky. Znění první z nich bylo následující „**Jaké problémy v každodenním životě přináší geriatrickým pacientům porucha sluchu?**“ Informantům byly pokládány otázky zaměřené na problematické situace, které jim jejich sluchové znevýhodnění přináší. Z výpovědí vyšlo najevo, že nejčastějším problémem je komunikace v rušném prostředí, kdy vlivem okolních zvuků a šumů dochází u pacientů k přeslechnutí informací a neporozumění sdělovanému obsahu. I Vohlídková (2009) shodně publikovala, že problém neporozumění je právě pro nedoslýchavost v seniorském věku typický. Jak uvádí Venglářová (2007), pro zajištění efektivní komunikace především s nedoslýchavými, je nutné věnovat pozornost vlivům prostředí. Rozhovor by neměl být ničím narušován a stejně tak nesmí být narušena osobní zóna klienta. Je nutné zachovat dostatečný prostor, avšak přílišná vzdálenost může opět zhoršovat schopnost porozumění (Venglářová, 2007). Kejkličková (2011) upozorňuje také na fakt, že vlivem věku dochází ve stáří k pomalejšímu a obtížnějšímu zpracování zvukového signálu. Mozek seniora může mít i problém některé zvuky rozeznat a zkresluje tak slyšená slova (Kejkličková, 2011). S těmito výše zmíněnými problémy se přímo ztotožňovala nejstarší informantka I4: „*Vadí mi, když je v prostředí ruch, když je rozhovor neustále někým narušován. Já už si potom třeba ani nepamatuji, o čem se mluvilo.*“ Dále zmínila, že její nedoslýchavost negativně ovlivňuje i pokročilý věk. Vyjádřila se následovně: „*To víte, člověk je celý takový pomalý a všechno se zhoršuje. Občas i něco zapomenu...*“ Tyto jevy zmiňuje ve své literatuře i Hauke (2014). Dle ní, by měl být rozhovor vedený se seniorem stejný, jako s jiným dospělým člověkem. Zdůrazňuje ale, že je nutno pamatovat na změny, které s sebou stáří přináší a komunikaci těmito změnám přizpůsobit (Hauke, 2014). Pokorná (2010) s Mlýnkovou (2011) doporučují především navázání vztahu důvěry, aby se pacient nebál na cokoli znovu zeptat. Při zhoršení kvality paměti seniorů může pomoci doplnění slovních instrukcí například o piktogramy, nebo psaný text (Pokorná, 2010). Většina informantů odpověděla, že personál obohacuje sdělení o názorné ukázky, což je přínosné.

I4 se vyjádřila takto: „*ty jsou pro mě přínosnější než pouhý slovní výklad. Jednak to slyším, ale i vidím a lépe si poté zapamatuji, jak danou činnost provádět, než kdybych dostala jen slovní instrukce.*“ Výpovědi pacientů se tedy shodují s tím, co uvádí autorky Venglářová (2007) a Klevetová s Dlabalovou (2008), které vhodnost využití názorných ukázek zmiňují ve své literatuře. Pro lepší pochopení doporučují i zopakování jednoho sdělení jiným způsobem (Klevetová a Dlabalová, 2008). Totéž zmiňuje také Pokorná (2010), která doplňuje, že jinou formulaci je vhodné použít při neporozumění, avšak nedoporučuje opakovat dokola stejné pojmy.

Jedna informantka (I3) uvedla jako značnou obtíž užívání naslouchátka. Primárním účelem této pomůcky je usnadnit každodenní život nedoslýchavých, avšak v tomto případě se nejednalo o spokojeného uživatele. Zmíněné popsala slovy: „*Mám naslouchátko, ale vadí mi v uchu-přijde mi, že tlačí a taky to občas píská. Sama s ním zacházet neumím a ani s ním nijak dobře neslyším.*“ Venglářová (2007) i Kejkličková (2011) se shodují na nutnosti motivace klienta k užívání naslouchadel. O naslouchadla je nutno správně pečovat, uživatel se musí naučit i správnému zacházení, aplikaci a také trvá mnohdy i několik měsíců, než se s nimi naučí poslouchat (Kejkličková, 2011). Na otázku, zda by byla ochotna podstoupit znovu vyšetření, které by mohlo vést k napravení problémů s naslouchátkem, tato pacientka odpověděla: „*To mi nikdo nenabízel a ani nevím, jestli by se mi znovu někam chtělo.*“ Z odpovědi informantky vyplývalo, že není dostatečně motivována k užívání naslouchátka a o opakované návštěvy audiologa nejevila příliš zájem. Bohužel, i Vohlídková (2009) zdůrazňuje, že zejména u seniorů je na místě absolvovat více návštěv specialisty, než se naučí správné obsluze naslouchátka i poslechu s ním. Z výsledků práce Popelkové (2011) vyplynul průměrný počet edukace alespoň 5krát, přičemž největší počet návštěv zaznamenala u jednoho z informantů, který vyžadoval 12 edukací. I3 dále zmínila, že pro ulehčení života v domácnosti jí příbuzní alespoň koupili zvonek se světelnou výstrahou, což doporučuje ve své literatuře i Kejkličková (2011).

Dvojice informantů (I3, I7) dále sdělila, že za velkou komplikaci každodenního života považují neschopnost slyšet různé zvuky prostředí. „*Neslyšíte zvuky v přírodě, jedoucí auta, klepání na dveře*“ zaznělo z úst I3. I7 se vyjádřila velmi podobně: „*Neslyším šepot, varnou konvici, televizi musím mít více nahlas, blízko jedoucí auto slyším jen trochu, tekoucí vodu také špatně slyším. Je toho plno a ani si to člověk neuvědomuje.*“ Právě tyto problémy by oběma pacientkám mohlo pomoci alespoň částečně vyřešit

užívání kompenzačních pomůcek. I3 jej ale odmítá z důvodu nespokojenosti a I7 při návrhu užívat naslouchátka odpověděla následující: „*Myslím si, že to ještě zvládám bez problémů i bez naslouchátka. Zatím ho tedy ani nechci, připadám si na to mladá.*“ Její výpověď se tedy shoduje s tím, co uvádí Horáková (2012), a sice že pouze jedna třetina osob, které by byly vhodnými adepty k užívání sluchové kompenzační pomůcky ji skutečně užívá. Jedním z mnoha důvodů odmítání této formy pomoci je právě neochota si přiznat své sluchové potíže a jejich závažnost (Horáková, 2012). Případ lhostejného přístupu ke zhoršující se ztrátě sluchu popsal I6. K postupnému ztracení sluchu u něj docházelo po dobu zhruba 8 let. Lehký stupeň si příliš nepřipouštěl, ale pozdější zhoršování již registroval. I přesto nezvažoval žádná vyšetření. K řešení tohoto problému jej přinutila až dcera, která mu byla i doprovodem na veškerá vyšetření, která bylo nutno absolvovat. „*No zjistili, že mám asi pokročilejší stupeň nedoslýchavosti, na který už je opravdu lepší používat naslouchátka. Dcera hned řekla že si ho určitě musím vzít, moc jsem se tomu tedy nebránil.*“ V závěru tento informant uvedl, že je nyní s užíváním naslouchátek spokojený. Než ale byla naslouchátka seřizena k jeho plné spokojenosti a naučil se je správně ovládat, bylo nutností absolvovat více návštěv audiologa. Domníváme se, že právě podpora ze strany rodiny přispěla k vytrvání při hledání vhodného řešení problému tohoto pacienta. Důležitost podpory a motivace ze strany blízkých zdůrazňuje i Kejkličková (2011).

Z hlediska zabezpečení kvalitní ošetrovatelské péče v nemocničním prostředí nás dále zajímalo, jaká specifika tito informanti při ošetřování vyžadují. Proto byla položena další výzkumná otázka zaměřená na tuto oblast, a sice: „**Jaké potřeby mají geriatričtí pacienti s poruchou sluchu vůči přístupu ošetřujícího personálu?**“ Dle našeho názoru hraje při uspokojování potřeb nedoslýchavým jedincům největší roli komunikace. Právě na ni by měl být ošetřující personál nejvíce zaměřen. Současně je důležité, aby si personál pečující o pacienta s různým stupněm poruchy sluchu předal informace o klientových specifických požadavcích. Tím se může ušetřit zbytečných nedorozumění, která komplikují budování vzájemného vztahu a důvěry. V dané oblasti se odpovědi informantů rozdělily na základní dvě skupiny. U pacientů, kteří užívají naslouchátka, šlo především o požadavek dobré viditelnosti na osobu, se kterou je komunikace vedena. Nejlépe vystihla tyto požadavky ve své odpovědi I2: „*Ten, se kterým mluvím, musí být dostatečně blízko, tváří v tvář a nesmí mít zakrytá ústa.*“ Vzájemné pozorování neverbálních projevů hraje totiž v komunikaci velice důležitou

roli. Klevetová a Dlabalová (2008) zmiňují výsledky výzkumu, který ukázal, že informace předané formou slov sdělují pouze 7 %, tón hlasu předá 38 % informací a až 55 % sdělí řeč těla. Minibergerová a Dušek (2006) v souvislosti s neverbálními signály poukazují na fakt, že právě ženy jsou k řeči těla mnohem vnímavější, než muži. I to může být důvodem, proč Il netrval na dobré viditelnosti druhé osoby při komunikaci s ní a v průběhu vedení rozhovoru téměř nenavazoval oční kontakt a hleděl převážně z okna. V dobré viditelnosti na oblast úst mohou přikázat nejen vousy, ale v kontextu zdravotnictví se často vyskytuje zakrytí části obličeje rouškou. Tento problém zmiňuje ve své publikaci Linhartová (2007), které se se svou negativní zkušeností svěřil jeden z informantů. Uvedl, že se dostal do situace, kdy lékař měl na ústech roušku a následně při komunikaci s ním hleděl do počítače. Tento příklad velmi špatné komunikace pacienta rozčílil a uvedl do rozpaků (Linhartová, 2007).

Informanti, kteří žádné kompenzační pomůcky nepoužívají, nejčastěji zmínili, že pro kvalitní komunikaci vyžadují krom výše zmíněné dobré viditelnosti na druhou osobu i hlasitější řeč. Toto doporučení uvádí i Kejkličková (2011). V úvodu je vždy vhodné zjistit, jaké má pacient preference a co mu naopak komunikaci ztěžuje (Pokorná, 2010). Kejkličková (2011) uvádí obecné rady, které mohou usnadnit komunikaci s nedoslýchavým. Jedná se například o hlasitou řeč, avšak ne křik (Kejkličková, 2011). Toto tvrzení se rozchází s požadavkem jedné z našich informantek, I3: „*Potřebuji, aby okolí více křičelo.*“ Při vedení rozhovoru bylo opravdu nutné být v těsné blízkosti této pacientce a mluvit velice nahlas. Proto se domníváme, že v případě vedení komunikace na větší vzdálenost, například v rámci místnosti, by bylo opravdu zapotřebí křičet. Dále Kejkličková (2011) považuje za vhodné zřetelné vyslovování, udržování očního kontaktu, dostatek trpělivosti a kladení důrazu na užívání naslouchátek.

Výsledky Popelkové (2011) ukázaly, že 41 % uživatelů naslouchátek vyžaduje pomoc druhé osoby při jejich obsluze. Z výsledků našich rozhovorů vyšlo najevo, že z celkového počtu 4 informantů užívajících naslouchátko pouze jeden potřebuje při jeho obsluze pomoc. Vzhledem k tomu, že s každým pacientem je při příjmu na oddělení vyplňována ošetrovatelská anamnéza, pro nás bylo překvapením, že při uskutečňování rozhovorů se pouze jedna informantka zmínila o dotazování se ze strany sester na užívání naslouchátek. Většina nedoslýchavých pacientů však informuje o této indispozici již při prvním kontaktu, stejně tak obvykle upozorní na užívání naslouchátka. Je tedy možné, že z tohoto důvodu se vyskytl tento druh odpovědi pouze

jedenkrát, protože ve většině případů tuto skutečnost oznamují pacienti automaticky sami od sebe. Že klienti o své nedoslýchavosti často informují sami, vyplynulo i z výzkumu Macečkové (2011). V tomto výzkumu bylo automatické informování ze strany klientů byla druhou nejčastější odpovědí na otázku: „Podle čeho poznáte, že osoba má sluchové potíže?“ První místo zaujaly odpovědi sester, které lze taktéž předvídat, neboť šlo o opakované neporozumění, nereagování na pokyny a podobné (Macečková, 2011).

Další potřebou celé řady informantů je upozornění na navázání kontaktu. Vzhledem k jejich sluchové disabilitě totiž nestačilo běžné zatukání na dveře a oslovení. S pacientem je vhodné se domluvit, jaký způsob navázání kontaktu upřednostňuje. Jeden z informantů (I6) byl zvyklý, že ho ráno sestřičky budí rozsvícením světla, což může být při ranním buzení příjemnější než dotyk, který by jej mohl vylekat. „*Obyčejně rozsvítí a já si hned naslouchátka nandám, abych věděl, co po mě chtějí.*“ Další pacientky zase upřednostňovaly navázání kontaktu právě dotykem. I2 uvedla příklad: „*V nemocnici se mi občas stává, že když spím a naslouchátka mám vyndané, tak na mě někdo z personálu mluví a já o tom ani nevím. Je tedy lepší, když mne upozorní alespoň dotykem.*“ Linhartová (2007) ve své publikaci uvádí několik druhů navázání kontaktu s neslyšícím. Jde o zrakový kontakt, který musí být oboustranný a je nutno jej udržovat po celou dobu komunikace. Jeho přerušением dává jedna z komunikujících stran najevo, že rozhovor končí. Pro upozornění na sebe doporučuje již zmíněný lehký dotyk, nebo například zadupání (Linhartová, 2007). Ruka, kterou se pacienta dotýkáme, musí být suchá a čistá (Zacharová, 2016). My také považujeme za vhodnější nepoužívat pro tento dotyk jednorázové rukavice. Pacient by totiž mohl mít pocit, že se jej štítíme. Další možností oznámení přítomnosti na pokoji je rychlé a krátké zablikáním světla, které nahradí zaklepaní na dveře (Linhartová, 2007). Tento způsob ohlášení vyhovoval informantovi I6.

Po zjištění specifických potřeb jednotlivých informantů jsme se zaměřili na chyby a nedostatky, které v komunikaci s personálem nastávají. K této oblasti se vztahuje třetí výzkumná otázka, která byla formulována následovně: „**S jakými chybami v komunikaci ze strany ošetřujícího personálu se setkávají geriatrictí pacienti s poruchou sluchu?**“ Zacharová (2016) jako největší problém uvádí právě nedostatečnou komunikaci. Zmiňuje nedostatek edukace, informovanosti a podávání nesrozumitelných informací. K našemu překvapení tyto problémy zmínila pouze jedna

informantka (I3). Ostatní oslovení byli s rozsahem komunikace převážně spokojeni a žádné zmínky o rozdílném rozsahu sdělovaných informací, oproti slyšícím pacientům nepociťovali. I3 však uvedla následující: „*Když jsem na nějakém oddělení déle, tak mám občas pocit, že i ten personál to vysiluje na mě pořád křičet, a potom mi sdělují spíše jen ty základní informace v krátkých větách.*“ Právě Pokorná (2010) upozorňuje na tuto častou chybu v komunikaci, kdy personál záměrně komunikuje s nedoslýchavým v krátkých a zjednodušených větách v domnění, že tím usnadní porozumění. Většinou má tato komunikace naprosto opačný efekt. Starší lidé totiž nemají problém porozumět složitějšímu sdělení, pokud je ve smysluplném kontextu (Pokorná, 2010). S tímto tvrzením Pokorné (2010) se shodovalo sdělení jedné z informantek, které bylo následující: „*Jak jste říkala o tom heslovitém sdělování v pár slovech, tak s tím jsem se také setkala a určitě mi to neulehčilo porozumění tomu, o čem je řeč. To je pravda že je to spíš na obtíž, protože mi nedávalo smysl, co mi chce sestra sdělit.*“ Naopak Linhartová (2010) i Mlýnková (2011) doporučují jednoduchá sdělení formou kratších vět. Dle našeho názoru je optimální předcházet neporozumění tím, že v průběhu rozhovoru jsou pokládány pacientovi otázky, kterými si ošetřující personál ověří pochopení sdělovaného obsahu. Získá tím i zpětnou vazbu, zda je komunikace efektivní. V návaznosti na efektivitu je nutno zmínit, že informantům byly pokládány i otázky, které zjišťovaly, jak se personál zpětně přesvědčuje, zda byly podané informace pro pacienty srozumitelné. Na základě odpovědí lze říci, že personál zpětnou vazbu nezískává příliš efektivním způsobem, což lze také označit za chybu v komunikaci. Většinou se pouze zeptá, zda pacient všemu rozuměl, což je nedostačující. Někteří informanti (I1, I3, I4, I5, I7) se přiznali k občasnému přeslechnutí informací a I5 dále doplnila: „*Víte, ale někdy je mi blbě neustále se ptát „cože?“ když něčemu nerozumím, tak to prostě přeslechnu a usmívám se a kývu.*“ Například Mlýnková (2016) doporučuje, aby se personál přesvědčoval, zda pacient rozuměl. Nezmiňuje však v této publikaci, jakým způsobem by mělo k přesvědčování se docházet. Kejkličková (2011) doporučuje pokládat ověřovací otázky v průběhu komunikace a Mlýnková (2011) navrhuje požadovat zopakování sdělených pokynů. Při praktickém nácviku bychom považovali za vhodné požádat edukanta o slovní zopakování postupu, ale i praktické předvedení.

Jako další častou chybu uvedli informanti narušování komunikace, a to nejčastěji jinou osobou, nebo telefonáty. Tuto odpověď jsme očekávali, jelikož zejména v ambulantních provozech se tento jev často vyskytuje. Jak tvrdí Linhartová (2007), neustálé narušování

konverzace má negativní vliv na kvalitní předání informací. Jedna z informantek uvedla: „*Já už si potom třeba ani nepamatuji, o čem se mluvilo.*“ Je to také rušivý element při navazování vztahu s pacientem a získávání jeho důvěry. Proto by si sestra měla udělat na pacienta dostatek času a zabezpečit klidné a nerušené prostředí, protože především pro seniory je zatěžující vnímat více podnětů současně (Hauke, 2014). V souvislosti s narušováním komunikace jsme se setkali se zmínkami ohledně odvracení pohledu nebo dokonce otáčení se bokem a zády k pacientovi. „*Vadí mi, když se otáčí bokem nebo zády v průběhu hovoru*“ uvedla I2. Další příklad bariéry v komunikaci zazněl od I5: „*Občas se tedy stane, že při vyšetřování na lékaře nevidím, ale za to on nemůže, že mi musí stát třeba za zády.*“ Postěžovala si také I7: „*Většinou mi dělá problém, když mě nějak sestřičky nebo doktor ošetřují a zároveň u té práce mluví. Při tom se na mě ani nedívají, takže jim nevidím do tváře a ještě třeba při odběru krve z levé strany, když nemluví tak nahlas a dávají nějaké pokyny, tak je prostě neslyším.*“ Je tedy nutné si uvědomit, že právě nedoslýchaví potřebují dobré osvětlení místnosti a stejně tak osoby, která s nimi komunikuje (Linhartová, 2007). Zacharová (2016) pro tyto situace doporučuje předem a dostatečně informovat pacienta o všem, co u něj bude sestra či lékař vykonávat a samozřejmě poskytnout prostor pro otázky a požadavky. Stejně tak je nutné pacienta při vykonávání ošetrovatelských činností neustále pozorovat a reagovat na jeho verbální i neverbální projevy (Zacharová, 2016).

Jako poslední často uváděnou chybu je nutno zmínit neupozornění pacienta na zahájení konverzace. I1 sdělil: „*možná na mě někdy začne někdo mluvit, ale není dostatečně hlasitý a dokud to nezpozoruji, nevím že na mě mluví.*“ Podobná zkušenost zazněla z úst dalších tří informantů (I2, I3 a I6). Domníváme se, že k tomuto problému dochází především na základě nekvalitního předávání informací mezi personálem. Řešením by mohlo být výrazné označení sluchového znevýhodnění pacientů jak na orientační tabuli na sesterně, tak v dokumentaci a popřípadě na teplotní tabulce, která bývá umístěna u lůžka nemocného. Nemyslíme si totiž, že by toto personál činil záměrně a zmíněná opatření by mohla pomoci takovým situacím předcházet.

Zhoršení sluchových schopností je jednou z nejčastějších změn, která člověka napadne v souvislosti se stářím. Pacienti s tímto znevýhodněním mají specifické potřeby jako každý jiný člověk, které se promítají v oblasti biologické, psychické i sociální. Úlohou ošetrovatelského personálu je uspokojovat tyto potřeby co nejlépe dle svých i pacientových možností. Především díky kompenzačním pomůckám je život pacientů

s touto poruchou mnohem kvalitnější, ale sestry se ve své praxi setkávají i s těmi, kteří tuto formu pomoci odmítají, nebo ji z nějakého důvodu nepoužívají. Se všemi těmito pacienty musí ošetřující personál navázat kontakt a přistupovat k němu dle jeho individuálních požadavků. Z empirické části této práce vyplynulo, že se pacienti setkávají převážně s ochotou a kladným přístupem ze strany sester a i ostatních zdravotnických pracovníků, avšak některé specifické požadavky nemusí být vždy naplněny a komunikace ne vždy probíhá dle představ obou stran.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Poruchy sluchu u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém“ se zabývala problematikou geriatrických pacientů trpících různým stupněm sluchového postižení, vlivem tohoto znevýhodnění na kvalitu života a individuálními požadavky na uspokojování potřeb. Hlavním cílem práce bylo zmapovat specifika přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou sluchu v ošetrovatelské péči. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zněly: Jaké problémy v každodenním životě přináší geriatrickým pacientům porucha sluchu?; Jaké potřeby mají geriatrickí pacienti s poruchou sluchu vůči přístupu ošetrujícího personálu?; S jakými chybami v komunikaci ze strany ošetrujícího personálu se setkávají geriatrickí pacienti s poruchou sluchu?

Ze získaných výsledků vyplynulo, že většina informantů se dokázala životu s poruchou sluchu přizpůsobit, avšak v ojedinělých případech byla pro pacienty značnou obtíží pro každodenní život. Informanti, jež uváděli, že porucha sluchu je příliš nelimituje, byli současně spokojenými uživateli naslouchátek, která jim ztrátu sluchu různého rozsahu efektivně nahrazovala. Jako nejčastější problém každodenního života byly zmiňovány chyby v komunikaci ze strany okolí. V souvislosti s nemocničním prostředím se objevily stížnosti na ruch a šum, který velmi negativně ovlivňuje následné porozumění. Dále informanti zmiňovali, že mnohdy personál nedá dostatečně najevo, že s nimi komunikuje. Uvítali by pro upoutání pozornosti alespoň lehký dotyk. Jako další problém jsme shledali nedostatečné získávání zpětné vazby a přesvědčování se o porozumění sděleným informacím.

Z hlediska požadavků na ošetrující personál zmínili pacienti nejčastěji potřebu dobré viditelnosti na danou osobu a její tvář, což dle výpovědí informantů zdravotníci převážně splňovali. Dále bylo informantům vyhověno i v potřebě zvýšeného hlasu při komunikaci. Problematická komunikace byla ale zmiňována zejména při vyšetřování, nebo provádění ošetrovatelských úkonů u pacienta, kdy personálu nevidí do tváře, což snižuje efektivitu komunikace. Pozitivním zjištěním pro nás bylo, že pacienti považují kvalitu poskytované péče i informací za rovnocenný, jako je tomu u osob bez sluchového znevýhodnění a poskytovanou péči hodnotili celkově kladně.

Získané poznatky této práce mohou posloužit studentům lékařských i nelékařských zdravotnických oborů, sestřám v praxi a každému, kdo by rád povznesl svou komunikaci s nedoslýchavými osobami pokročilého věku na vyšší úroveň.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARAÚJO de CARVALHO et al., 2017. Speech perception in noise in the elderly: interactions between cognitive performance, depressive symptoms, and education. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 83 (2), s. 195-200. ISSN 1808-8686.
2. ARNDT, T., 2014. *Tinitus* [online]. Celostní medicína [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://www.celostnimediceina.cz/tinitus.htm>
3. BIELAKOVÁ, K., 2018. Zdravotní péče u seniorů v pobytových zařízeních. *Braunoviny*. 3, s. 34-35. ISSN 1801-0342.
4. BÖHM, E., 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 208 s. ISBN 978-80-204-3197-4.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. 1. vydání. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
6. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
7. *Deafness and hearing loss*, 2018. [online]. WHO [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
8. DVOŘÁČKOVÁ, D. et al., 2016. *Sociální determinanty zdraví u seniorů žijících v Jihočeském kraji*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 152 s. ISBN 978-80-7422-546-8.
9. Flegerová, J. © 2012. [online]. Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: <http://www.snnccr.cz/Hlavni-zasady-pro-komunikaci-se-sluchove-postizenymi>
10. HAHN, A. et al., 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 392 s. ISBN 970-80-247-0529-3.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
12. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory-nejen v pečovatelských službách*. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

13. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
14. HORÁKOVÁ, R., 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
15. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
16. JYLHÄVA, J. et al., 2017. Biological Age Predictors. *EBioMedicine*. 21, s. 29–36. ISSN 2352-3964.
17. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
18. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
19. KITTNAR, O. et al., 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
20. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
21. KOUBOVÁ, M., 2016. *Měli bychom zlepšovat kvalitu péče o seniory, místo toho podkopáváme základy, zlobí se geriatři* [online]. Zdravotnický deník [cit. 2018-11-16]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/01/meli-bychom-zlepsovati-kvalitu-pece-o-seniory-misto-toho-podkopavame-zaklady-zlobi-se-geriatri/>
22. LANGMEIER, M. et al., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
23. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
24. MACEČKOVÁ, L. 2011. *Pacient s poruchou sluchu ve zdravotnickém zařízení*. Zlín. Bakalářská práce. FHS UTB.
25. McKEE, M. M., 2013. Caring for older patients who have significant hearing loss. *American family physician*. 87(5), s. 360-366. ISSN 1532-0650.

26. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
27. MOTEJZÍKOVÁ, J., 2014. *Metody vyšetření sluchu* [online]. Ruce [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/1101-metody-vysetreni-sluchu>
28. MOUREK, J., 2012, *Fyziologie-Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
29. MÝNKOVÁ, S., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
30. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
31. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
32. POPELKOVÁ, R., 2011. *Použití sluchadel u seniorů*. Olomouc. Bakalářská práce. FZV UPOL.
33. *ReSound*, © 2018. [online]. GN Hearing [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <https://www.resound.com/en-us>
34. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
35. ROŠKOVÁ, S., 2010. Sluch náš každodenní. *Sestra*. 11, s. 72. ISSN 1210-0404.
36. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2014. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy IV - Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-4342-4.
37. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
38. TRÍSKOVÁ, P., *Tichý svět* [přednáška]. Jindřichův Hradec: Nemocnice Jindřichův Hradec, 12.11.2018.

39. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
40. VINŠOVÁ, S., 2018. *Naslouchátko* [online]. UzdravímSe!cz [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <https://www.uzdravimse.cz/naslouchatko-zdr-1175-10563.html>
41. VOHLÍDKOVÁ, V., 2009. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 11(6), s. 291-293. ISSN 1212-7299.
42. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

8 Přílohy

Příloha 1 Podklad pro rozhovor

Příloha 2 Povolení k realizaci výzkumného šetření

Příloha 1 Podklad pro rozhovor

Základní identifikační údaje:

1. Pohlaví
2. Věk
3. Charakter sluchové vady
4. Trvání sluchové vady

Vlastní rozhovor:

1. Jak sám/sama vnímáte své sluchové postižení?
2. Jak jste své znevýhodnění přijal/a?
3. Užíváte kompenzační pomůcku pro korekci Vaší vady? Jakou?
 - 3.1 Pokud užívá: zvládáte samostatně obsluhu Vaší pomůcky?
 - 3.2 Pokud nezvládá: kdo a jak Vám s obsluhou Vaší pomůcky pomáhá?
 - 3.3 Pokud neužívá: z jakého důvodu?
4. Jaký komunikační prostředek používáte v běžné komunikaci se slyšícími lidmi?
5. Jak jste poruchou sluchu limitován/a v běžném životě? Jaké obtíže přináší?
6. Jak Vás porucha sluchu limituje při pobytu v nemocničním zařízení?
7. Liší se dle Vás kvalita poskytované péče u Vás, oproti pacientům bez poruchy sluchu, popřípadě jak?
8. Považujete rozsah komunikace a sdělovaných informací za rovnocenný jako u pacientů bez poruchy sluchu?
9. Jak personál obvykle reaguje, když zjistí, že nedosýcháte?
10. Co je pro Vás při komunikaci důležité, abyste lépe porozuměl/a a komunikace byla efektivní? (vzdálenost, hlasitost, gesta, mimika, artikulace, komunikace tváří v tvář, komunikace pouze s jedním člověkem, mluvit do lépe slyšícího ucha, sdělení tématu, ke kterému se sdělení vztahuje, prostředí- osvětlení, soukromí, hluk, ...)
11. Užívá personál metody pro doplnění sdělovaného obsahu? (obrázky, názorné předvedení, kreslení, napsání nejdůležitějších informací? / Uvítal/a byste tyto metody?

12. Jakých chyb se personál při komunikaci s Vámi dopouští a ztěžuje Vám tím porozumění (např. jednodušší heslovité sdělení, které je neefektivní)?
13. Existují ve vašem životě nějaké další vlivy, které spolu s poruchou sluchu negativně ovlivňují schopnost komunikace? Jaké?
14. Jak se personál zpětně přesvědčuje, že jste sdělení porozuměl/a?
15. Napadá Vás něco, co by mohlo usnadnit uspokojování potřeb nedoslýchavým pacientům?

Příloha 2 Povolení k realizaci výzkumného šetření

Vážená paní
Mgr. Dana Velimská, MBA – hlavní sestra
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
U Nemocnice 380/III
377 38 Jindřichův Hradec

České Budějovice, 27. února 2019

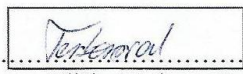
VĚC: Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

Vážená paní magistro,

obracím se na Vás s žádostí o povolení spolupráce s Nemocnicí Jindřichův Hradec, a.s., za účelem získání respondentů pro výzkumné šetření do bakalářské práce „Poruchy sluchu u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém“.
Jedná se o kvalitativní šetření, které by bylo vedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Sledovaným souborem by měli být geriatrickí pacienti s poruchou sluchu.
Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita všech zúčastněných.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


.....
Eliška Terberová

Vyjádření:

Souběžně. výzkumné povolení.

Mgr. Dana Velimská, MBA

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
U Nemocnice 380/III
377 38 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157
DIČ pro DPH CZ699005400 -24-

9 Seznam použitých zkratk

dB Decibel

Hz Hertz

WHO Světová zdravotnická organizace, World Health Organization