



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s tinitem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Zuzana Pánková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s tinitem*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Zuzana Pánková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Aleně Machové za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

Specifika ošetrovateľskej péče u nemocných s tinitom.

Abstrakt

Teoretická východiska

Tinitus je odborné označení pro nepříjemné vnímání vnitřního zdroje zvuku, tedy pro šelest v uších, které může být známo jako hluk v hlavě, šumění a zvonění v uších. Příznaky tinitu pociťuje asi 15 % populace. Ve věku nad 65 let je to již skoro každý druhý. Tinitus sám o sobě není považován za nemoc, ale za symptom, který může být příznakem jiných zdravotních problémů a to jak psychického, tak fyzického druhu. Rozeznáváme subjektivní a objektivní tinitus. Objektivní může slyšet obvykle i jiný člověk, subjektivní ne, je to vlastně zvuková halucinace, která se vyskytuje v převážné většině případů.

Tinitus je považován za jednu z velkých záhad lidského ucha. Vystavení se intenzivnímu hluku zvyšuje riziko jeho vzniku. Například časté pobyty v hlučném prostředí, jako jsou koncerty, hudební festivaly, noční kluby a nebo poslech hudebních přehrávačů na vysoké úrovni hlasitosti. Doprovodným tělesným příznakem je často i nedoslýchavost. Možnou příčinou mohou být také i úrazy v oblasti hlavy, krku, onemocnění cév, nebo také jen ušní záněť. Je doporučeno se vyhýbat potravinám s nadměrným obsahem soli, alkoholu, nikotinu, kofeinu a některým lékům proti bolesti. Pro diagnózu tinitu je nutné podstoupit komplexní lékařskou prohlídku, která zahrnuje shrnutí anamnézy, lékařské vyšetření a audiologické vyšetření. Prvním krokem je však nutná návštěva praktického lékaře a otorinolaryngologa.

V současné době neexistuje žádný schválený lék konkrétně pro léčbu tinitu. Většina možností léčby spočívá v potlačení tinitu společně se zmírněním stresu. Nemocnému se dá pomoci zlepšením cirkulace v cévách a zásobováním hlemýždě ve vnitřním uchu kyslíkem. Terapie může také zahrnovat prvky vzdělávací, jako jsou relaxační techniky a psychologické terapie. Dále existuje možnost alternativní léčby (akupunktura).

Toto onemocnění je vzhledem ke svému charakteru velmi náročné na psychiku nemocného. Lidé postižení tinitem si v důsledku toho stěžují na zhoršenou kvalitu odpočinku, spánku, ale také soustředění, strádají psychicky i fyzicky. Často jsou

podráždění a kvůli obtížím trpí pocity dyskomfortu, což vztahy s jejich okolím narušuje ještě víc. Mohou mít závažné psychické problémy.

Nedílnou součástí, v diagnostice i terapii tinitu, je sestra. Audiometrické vyšetření provádí audiologická sestra, upravuje polohu těla, hlavy při otoskopickém vyšetření, odebírá krev a samozřejmě velký vliv má i její psychická příprava pacienta. Při léčbě sestra zavádí periferní žilní katétr, je zodpovědná za správnou aplikaci vasodilatačních infuzí, která spočívá nejen ve znalostech zásad podání těchto infuzí, ale i ve správné edukaci pacienta. Specifičnost práce sestry při hyperbarické oxygenoterapii vyplývá jak z technického zázemí, tak z potřeby speciální fyzické, psychické přípravy a edukace pacienta.

Cíle práce

Cílem této práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem. Zmapovat odborné znalosti a dovednosti sester pro ošetřování pacienta s tinitem. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem? Jaké mají odborné znalosti sestry pro ošetřování pacientů s tinitem? Jaké jsou dovednosti sester pro ošetřování pacientů s tinitem?

Metodika

K zjištění potřebných informací bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování, technika hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s pacienty trpící tinitem a se sestrami z otorinolaryngologických ambulancí, následně byly nahrány na diktafon a posléze doslovně přepsány. Tyto rozhovory byly podrobeny analýze, pomocí metody papír a tužka otevřeným kódováním.

Výsledky

Z analýzy dat vzniklo u rozhovorů s pacienty pět kategorií: Charakteristika tinitu, Dispenzarizace tinitu, Reakce na tinitus, Kvalita života u pacientů s tinitem a Informovanost pacienta s tinitem. U rozhovorů se sestrami z ambulancí vznikly tři kategorie: Hodnocení tinitu, Znalosti sester v ošetřování pacientů s tinitem a Dovednosti sester v ošetřování pacientů s tinitem. K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny

podkategorie, ve kterých jsou zakódována stěžejní data, vše je znázorněno v přehledných schématech jednotlivých kategorií.

Závěr

Výzkumným šetřením byly zjištěny specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem, kdy jako nejdůležitější se jeví komunikace s pacientem a jeho edukace. Dále to jsou specifické vyšetřovací metody (audiometrie), specifika léčby (vasodilatační infuze, hyperbarická oxygenoterapie). Různorodost reakcí pacientů na tinitus, dopad tinitu na kvalitu života, potřeby a problémy pacientů s tinitem – tato všechna specifika by měl ošetřující personál znát a adekvátně na ně reagovat.

Z výzkumu vyplývá, že dotazované sestry mají všeobecné znalosti i dovednosti v ošetřování pacientů s tinitem. Znají dostupné vyšetřovací i léčebné metody, problémy pacientů, ví jak tinitus hodnotit i jak jej dispenzarizovat. Zarážející je fakt, že jedna dotazovaná sestra měla velmi malé odborné dovednosti, co se týká odběrů krve, zavedení žilního katétru a nezvládla by přípravu a aplikaci vasodilatační infuze. Všechny sestry zvládají dovednost komunikace a edukace pacienta. Ale pro praktické řešení problémů a potřeb pacientů s tinitem bohužel nemají čas ani prostor.

Klíčová slova

Tinitus; sestra; péče; potřeby.

Specifics of nursing care for patients with tinnitus.

Abstract

Theoretical basis

Tinnitus is the technical term for an unpleasant perception of the inner sound source, i.e. for rustle, which may be known as the noise in the head, fizz and ringing in the ears. Symptoms of tinnitus feels about 15% of the population. At the age of 65 years it has been almost every second. Tinnitus is not itself considered as a disease, but as a symptom, which may be a sign of other health problems, mental and physical kind. We distinguish subjective and objective tinnitus. Objective can hear usually and another man, subjective not, it is actually audible hallucinations, which occurs in most cases.

Tinnitus is considered one of the great mysteries of human ear. Exposure to intense noise increases the risk of its occurrence. For example, frequent stays in noisy ambience, such as concerts, music festivals, night clubs or listening to music players at high volume levels. An accompanying physical symptom is often a hearing loss. A possible cause may be even injuries of the head, neck, vascular disease, or just an ear inflammation. It is recommended to avoid foods with excessive levels of salt, alcohol, nicotine, caffeine and some painkillers.

For the diagnosis of tinnitus is required to undergo the complex medical examination, which includes a summary of the case history, medical examination and the audiological assessment. The first step is to visit a general practitioner and an otolaryngologist.

Currently there is no approved drug specifically for the treatment of tinnitus. Most treatment options are based on the suppression of tinnitus, together with a reduction of stress. The patient can be helped by improving circulation in the blood vessels and in the cochlea. Therapy can also include elements of education, such as relaxation techniques and psychological therapy. There is the possibility of alternative treatments (acupuncture).

This disease is due to its character very demanding on the psyche of the patient. People affected by tinnitus complain of impaired quality of rest and sleep, but also concentration, suffer mentally and physically. Often are they irritated and due to difficulties feel the uncomfortableness, what a relationship with their surroundings

disturbs even more. They can have serious psychic problems.

An integral part in the diagnosis and treatment of tinnitus, is a nurse. Audiometric examination is carried out by an audiological nurse, aligns the body and the head during otoscopic examination, blood draw and obviously has great effect on the mental preparation of the patient. During therapy nurse establishes a peripheral venous catheter, it is responsible for the proper application of vasodilator infusions, which consists not only in knowledge of the principles of administration of the infusion, but also in the proper patient education. Specificity of a work of nurses in hyperbaric oxygen therapy follows from a technical background, and the need for special physical, mental training and patient education.

The aim of the work

The aim of this study was to explore the specifics of nursing care for patients with tinnitus. Map the expertise and skills of nurses to treat patients with tinnitus. They were chosen following research questions: What are the specifics of nursing care for patients with tinnitus? What have expertise nurses to treat patients with tinnitus? What are the skills of nurses to treat patients with tinnitus?

Methodics

To determine the necessary information has been selected qualitative research, an interrogation method, technique-depth interviews. Interviews were conducted with patients suffering from tinnitus and nurses from otorinolaryngology ambulances, were subsequently recorded on a dictaphone and then transcribed. These interviews were analyzed using paper and pencil method of open coding.

Results

Based on interviews with patients were developed five categories: characteristics of tinnitus, tinnitus dispensarization, reaction to tinnitus, quality of life in patients with tinnitus, tinnitus awareness. Based on interviews with the nurses from the ambulances were formed three categories: evaluation of tinnitus, knowledge of nurses in treating patients with tinnitus and skills of nurses in the care of patients with tinnitus. Individual categories are assigned subcategories, which are encoded core data,

everything is shown in clear diagrams each category.

Conclusion

Research investigations have revealed the specifics of nursing care for patients with tinnitus, the most important seems to patient communication and education, furthermore, a specific examination methods (audiometry), the specifics of treatment (vasodilator infusions, hyperbaric oxygen therapy). The diversity in responses of patients to tintius, the impact of tinnitus on quality of life, needs and problems of patients with tinnitus - this all are the specifics, which nursing staff should know and adequately respond to them.

The research shows, that the questioned nurses have general knowledge and skills in treating patients with tinnitus. They know the available investigative and therapeutic methods, problems of patients, know how to tinnitus evaluate and observe. Striking is the fact, that one interviewed nurse has had low professional skills with blood draw, venous catheter application and could not handle the preparation and application of a vasodilator infusion. All the nurses managed communication skills and patient education. But for practical solutions to the problems and needs of patients with tinnitus, unfortunately, they do not have time or space .

Keywords

tinnitus; nurse; care; needs

OBSAH

ÚVOD	12
1. SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí.....	13
1.1.1 Zevní ucho.....	13
1.1.2 Střední ucho.....	14
1.1.3 Vnitřní ucho.....	14
1.2 Tinitus.....	16
1.2.1 Vymezení termínu tinitus	16
1.2.2 Objektivní tinitus.....	17
1.2.3 Subjektivní tinitus.....	18
1.2.3.1 Vyšetřování tinitu.....	19
1.2.3.2 Hlasitost tinitu.....	19
1.2.3.3 Léčba tinitu.....	20
1.2.4 Úloha sestry v diagnostice tinitu.....	21
1.2.5 Úloha sestry při léčbě tinitu.....	23
1.2.6 Prognóza a prevence tinitu.....	25
1.3 Psychosociální potřeby nemocných s tinitem.....	26
1.4 Rehabilitační program pro tinitus.....	29
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3. METODIKA	31
3.1 Použitá metoda.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4. VÝSLEDKY	34
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů - odpovědi pacientů.....	34
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů - odpovědi sester.....	45
5. DISKUZE	54
6. ZÁVĚR	62
7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	64

8. PŘÍLOHY	68
8.1 Seznam příloh.....	68

ÚVOD

Možná i Vás už někdy postihlo nepříjemné pískání v uších, kterému otorinolaryngové říkají tinitus. Může trvat několik sekund nebo téměř celý život. Latinské slovo „tinitus“ znamená „zvonění“ a znamená uvědomění si zvuku v uších, i když v okolí není žádný zvuk.

Tinitus není nemoc, ale jen průvodní jev některých chorob. Je to třetí nejčastější symptom (po bolestech hlavy a závratích), který přivádí nemocného k lékaři. Většinou je ale jeho původ nejasný. V poslední době je tomuto psychicky náročnému onemocnění, vystaveno stále více lidí, což je spojeno s narůstajícím hlukem a stresem. Ztráta ticha mívá za následek nedostatek spánku, problémy s koncentrací, soustředěním, s pracovní výkonností, s komunikací, je přítomna frustrace, vztek, tenze a úzkost. Spolu s nedostatkem porozumění ze strany druhých to může vést k negativnímu vlivu na vztahy s přáteli, příbuznými i spolupracovníky a k sociální izolaci. V nejtěžších případech tito pacienti podléhají depresím se suicidálními tendencemi, které jsou bohužel, v některých případech i úspěšně zakončeny. Tinitem trpí zhruba 10 – 15 % populace. Ve věku nad 65 let je to již skoro každý druhý. S pacientem trpícím tinitem se tak můžeme setkat na jakémkoliv lůžkovém oddělení či ambulanci. A proto jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila *Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s tinitem*.

Cílem práce je nejen zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem, ale zmapovat i odborné znalosti a dovednosti sester pro ošetřování těchto pacientů. Metodika práce je kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování a technika hloubkových rozhovorů.

Tato práce má poukázat na problematiku ošetřování pacientů s tinitem, znalost sester a jejich dovednost při ošetřování a psychickou náročnost onemocnění.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí

Ucho představuje čidlo sluchu. Kromě sluchového ústrojí se ve vnitřním uchu nachází také orgán podílející se na udržení rovnováhy těla – tzv. vestibulární (rovnovážné) ústrojí (Parker, 2013).

Sluchový orgán je možné rozdělit na tři hlavní části, a to na 1) ucho zevní (auris externa), 2) ucho střední (auris media), 3) ucho vnitřní (auris interna) (Slezáková, 2008). Hahn (2007) přidává ještě čtvrtou část, a to sluchové dráhy a sluchovou kůru. Téměř všechny části tvořící sluchové ústrojí jsou uloženy uvnitř spánkové lebeční kosti (Rigutti, 2006). Viz příloha 1.

Hybášek a Vokurka (2006) upřednostňují jiné dělení sluchového orgánu a to na dvě hlavní části – periferní a centrální. Periferní část pak tvoří zevní, střední, vnitřní ucho a sluchově rovnovážný nerv. Centrální část je tvořena dráhou sluchovou a rovnovážnou a centry v mozku.

1.1.1 Zevní ucho

Zevní – vnější ucho (auris externa) se skládá z boltce, zevního zvukovodu a někdy je sem řazen i bubínek (Parker, 2013). Boltce je tvořeno chrupavkou (pouze lalůček chrupavčitou kostru nemá) a směřuje akustické vlny do zvukovodu. Zevní zvukovod (meatus acusticus externus) má délku zhruba 22 mm (Hybášek a Vokurka, 2006). Chrupavčitá je první část a druhá, větší je tvořena tunelem v kosti spánkové. Zvukovod je vystlán kůží, na které jsou drobné chloupky a žlázy, které produkují cerumen - žlutohnědý ušní maz. Tento má především ochrannou funkci, která spočívá v zachytávání prachu a odpuzování hmyzu (Marieb a Mallatt, 2005).

Funkcí zvukovodu je vedení akustické kmitové energie k ostatním částem ucha. Rigutti (2006) uvádí, že sluchové receptory u člověka reagují na zvuky, které mají frekvenci mezi 16 – 20 000 hertzů, optimální kapacita je však 500 – 2 000 hertzů.

Bubínek (membrána tympani) rozděluje ucho na dvě části - vnější a střední. Je to tenká kruhovitá ploténka šedorůžové barvy, která je šikmo skloněná a kónicky vtažená do dutiny středního ucha (Rokyta a kol. 2009). Bubínek mívá již od narození

svoji téměř plnou velikost, proto bývá u kojenců více šikmý. Plocha bubínku je cca 15 mm² (Hahn, 2007).

1.1.2 Střední ucho

Střední ucho (auris media) tvoří uzavřená šestistranná dutina v kosti skalní. Dutina je vyplněná vzduchem a součástí jsou tři kůstky, dva svaly a dvě ústí. V dolní stěně se nachází ústí Eustachovy trubice, která spojuje středoušní dutinu s nosohltanem. Za úkol má vyrovnávat tlak vzduchu před a za bubínkem (Hahn, 2007).

Komunikaci mezi středním a vnitřním uchem zajišťují dva otvory – oválné okénko (fenestra vestibuli – ovalis) a okrouhlé okénko (fenestra cochleae – rotunda) (Merkunová a Orel, 2008).

Sluchové kůstky uložené ve středním uchu se nazývají kladívko (malleus), kovádlíka (incus) a třmínek (stapes). Jednotlivé kůstky jsou mezi sebou spojeny kloubně a umožňují přenos zvukových vln od bubínku až po oválné okénko (Rokyta a kol. 2009). Kladívko je přirostlé svou rukojetí k bubínku, na hlavičku kladívka je svým tělem připojena kovádlíka. Hlavice třmínku se upíná přes chrupavku na dlouhé raménko kovádlíky. Na konci je pak třmínek zasazen do oválného okénka. Pomocí závěsných vazů jsou sluchové kůstky fixovány k okolí (Slezáková, 2008).

Svaly, které jsou součástí středoušní dutiny, se nazývají napínač bubínku (musculus tensor tympani) a sval třmínkový (musculus stapedius). Mají především ochrannou funkci, regulují totiž napětí bubínku a sluchových kůstek. Pomocí stahu zpevní řetěz kůstek, a tím omezují velkou akustickou energii, která by se mohla dostat až do vnitřního ucha a poškodit jej (Hybášek a Vokurka, 2006).

1.1.3 Vnitřní ucho

Vnitřní ucho (auris interna) je uloženo v pyramidě kosti spánkové – v kosti skalní. Skládá se z několika dutinek a kanálků, které se nazývají kostěný labyrint (labyrinthus osseus). Tyto kanálky dělíme na tři části, a to polokruhovitě kanálky, vestibulum (předsíň) a hlemýžď (cochlea). V nich se nachází labyrint blanitý (labyrinthus membranaceus). Ten se zase skládá ze dvou částí, které se liší funkcí i

stavbou. Jedná se o ústrojí rovnovážné (vestibulární) a ústrojí sluchové, obě ústrojí spolu vzájemně komunikují. Sluchová část je součástí hlemýždě. Vestibulární se skládá ze tří polokruhovitých kanálků a dvou váčků. Mezi kostěným a blanitým labyrintem je prostor, který vyplňuje tzv. perilymfa. Prostor v kanálkách a dutinkách pak vyplňuje tzv. endolymfa (Rokyta, a kol. 2009).

Sluchová část je přední část v kostěném labyrintu. Tvoří ji kostěný hlemýžď, v němž sídlí Cortiho orgán a hlemýžďovitý kanálek (Rigutti, 2006). V kostěném hlemýždi je hlemýžď blanitý, vyplněný nitroušní tekutinou. Cortiho orgán je dlouhý 2,5 cm a obsahuje 25 000 vláskových buněk. Ty jsou uloženy v podélných rovnoběžných řadách a fixovány v pevné krycí membráně umístěné nad nimi. Existují dva typy vláskových buněk – vláskové buňky vnější, reagující již při malých podnětech, a vláskové buňky vnitřní, reagující až při intenzivnějších zvucích (Slezáková, 2008). Výběžky sluchových buněk jsou tvořeny vlákny, které se v ose hlemýždě spojují do svazku. Na konci těchto vláken se připojují další nervové buňky a vzniká tzv. ganglion spirale. Tato vlákna vytváří sluchový nerv procházející přes vnitřní zvukovod do mozkového kmene (Škodová a Jedlička, 2003).

Rovnovážná část je umístěna v kostěném útvaru zvaném labyrint. Ten opravdu připomíná svým vzhledem bludiště. Toto kostěné pouzdro se skládá z předsíně a polokruhovitých kanálků, které obsahují staticko-kinetické receptory. Funkce rovnovážného ústrojí spočívá v určování polohy hlavy v prostoru i v okolí. Buňky reagují na přímočarý pohyb hlavy jak v horizontálním, tak ve vertikálním směru (Rokyta a kol. 2009). Vlákna ze smyslových buněk, které obsahují rovnovážné ústrojí, tvoří rovnovážný neboli vestibulární nerv. Spojením sluchového a rovnovážného nervu se tvoří společný svalek tzv. sluchově-rovnovážný nerv (nervus vestibulocochlearis = VIII. hlavový nerv) (Škodová a Jedlička, 2003).

Centrální část pak tvoří sluchová dráha a korová centra. Jsou dvě dráhy – vestibulární a sluchová. Vestibulární dodává do mozkového kmene informace o poloze a pohybech hlavy. Sluchová dráha pak přenáší sluchové informace z kochleárních receptorů do kůry mozkové (Hybášek a Vokurka, 2006).

1.2 Tinitus

1.2.1 Vymezení termínu tinitus

Tinitus neboli ušní šelest je zvukový fenomén, o který mají, již po staletí, zájem jak lékaři, tak vědci. Pojem tinitus je z latinského slova „*tinnire*“, tzn. znít nebo zvonit. Hahn (2000, s.9) tinitus definuje jako „*subjektivní sluchový vjem, který nemá objektivní podklad*“. Tinitus znamená ušní šelest, neboli vnímání zvuku bez zvukového podnětu, který má různý charakter a intenzitu a neřídka bývá propojen s poruchou sluchu. Tinitus je porucha sluchového vnímání, která vzniká buď uvnitř sluchového ústrojí, nebo odráží dysfunkci jiných systémů (Vokurka a Hugo, 2006). Marieb a Mallatt (2005) definují tinitus jako trvalý hluk, který se projevuje zvoněním, pískáním, hučením či šuměním, a pacient má pocit, že přichází z jeho uší. Zemek (2011) dodává, že tinitus představuje něco navíc, něco, co by člověk neměl pociťovat, a proto se dá nazvat chorobou. Hahn (2007) uvádí, že tinitus je symptom, který prochází napříč celou medicínou a tvoří jeden z nejzávažnějších problémů neurootologie.

Klozar (2005) představuje v publikaci disciplínu nazvanou tinitologie. Ta se zabývá etiologií, diagnostikou a léčbou symptomu tinitus auris (ušní šelest).

Tinitus pociťuje alespoň jako epizodu 15 % populace. Výskyt tinitu s věkem narůstá a po 60. roce věku se s ním setkalo přibližně 85 % lidí (Zemek, 2011). Thora a Goebel (2006) uvádějí, že z klinických studií vyplývá, že různou formou subjektivního tinitu trpí téměř každá druhá osoba starší 60 – 65 let. Tím se tinitus řadí na třetí místo symptomů, kvůli kterým pacienti nejčastěji vyhledávají lékaře. První místo zaujímá bolest hlavy, druhé pak závratě. Hahn (2000) uvedl, že čím civilizovanější oblast, tím se v ní nachází více osob s tinitem. V České Republice je těchto osob cca 600 – 700 000. Autoři Thora a Goebel (2006) ve své publikaci uvádí, že tinitus pociťují nejčastěji osoby ve věku 40 – 70 let.

Většina lékařů, zabývajících se touto problematikou se shoduje na rozlišení tinitu na objektivní a subjektivní.

Hahn (2000) zmiňuje ve své publikaci také tinitus psychogenní a tinitus posttraumatický. Psychogenní tinitus vzniká u osob s psychickou poruchou a při jeho terapii je nutné velmi úzce spolupracovat s psychiatrem. Tinitus posttraumatický vzniká po kraniálních traumatech, a to nejčastěji na podkladě léze labyrintu či sluchového nervu, což je příčinou velmi nízké úspěšnosti při terapii.

Další klasifikace, která se používá, dělí subjektivní tinitus podle pacienta, který může být lehký, střední či silný, a tinitus podle lokalizace na tinitus ušní, mimoušní, subklinický, středoušní, kochleární, vestibulární, cervikální, centrální, kontralaterální a neutrální (Klozar, 2015).

Podle trvání je pak možné tinitus dělit na akutní, který zmizí do několika týdnů či měsíců, na subakutní, ten obvykle trvá maximálně do 6 měsíců, a tinitus, jehož trvání je delší než 6 měsíců se pak nazývá chronický (Zemek, 2011). Autor však současně upozorňuje, že je lepší při léčbě brát tinitus vždy nejprve jako chronický, který je brán vážněji než tinitus akutní či subakutní.

1.2.2 Objektivní tinitus

Objektivní ušní šelesty vznikají ve sluchovém orgánu nebo v jeho blízkosti. Jsou dvojího typu: cévní a svalové. Patogenezi a etiologii se podaří u tohoto druhu obvykle identifikovat, proto je jejich léčba zpravidla mnohem úspěšnější, na rozdíl od tinitu subjektivního. Objektivní šelesty mají zvukovou povahu, mohou být zaslechnuty i druhou osobou (fonendoskopem) nebo dokonce nahrány na zvukový záznam. Je jich však pouze 1 – 2 %, zatímco subjektivních 98 – 99 % (Thora a Goebel, 2006).

Objektivní ušní šelesty cévní – vznikají na podkladě patologie cévního zásobení ucha nebo jeho okolí (aneurysmata, komprese arteriálního řečiště nebo arterio-venosní spojky). Tyto šelesty mají rytmický charakter a jsou synchronní s tepem. V diagnostice je samozřejmě důležitá rodinná anamnéza, kde se ptáme hlavně na choroby kardiovaskulárního systému, endokrinní choroby, metabolické poruchy, profesionální prostředí, hluk, ototoxické látky, apod. Dále se provádí auskultace a palpce ucha a okolí a poté následuje komplexní neurootologické vyšetření (Hahn, 2007).

Velmi přínosné je použití zobrazovacích metod, jako je Dopplerova ultrasonografie magistralních tepen, angiografie, výpočetní tomografie (dále jen CT), angiografie, magnetická rezonance (dále jen MR) angiografie a velmi cenná pro diferenciální diagnostiku je funkční MR. První diagnostické kroky může provést praktický lékař a dále pak specialista, otorinolaryngolog (dále jen ORL) – neurootolog, neurolog, eventuelně se doporučuje konzultace internistů, endokrinologů, cévních chirurgů, apod. V diferenciální diagnostice je nutno odlišit cévní malformace a nádory ušní, krční a

v okolí ucha, choroby kardiovaskulárního systému, endokrinní a krční páteře (Sila, 2011).

Léčba je dle etiologie buď chirurgická, která spočívá v úpravě cirkulace nebo odstranění tumoru, anebo léčba konzervativní, spočívající v podávání vasoaktivních a vasodilatačních látek za zvýšeného příjmu vitamínů skupiny B. Upravuje se hypertenze apod. (Astl, 2012).

Objektivní ušní šelesty svalové – vznikají ve středoušních svalech buď v oblasti nervus facialis (musculus stapedius) nebo nervu trigeminus (musculus tensor tympani). Bývají to kratší praskavé šelesty, přicházející obvykle v salvách na nejrůznější podněty. Často jsou spojeny se spasmy příslušné inervační oblasti. Tubární a palatinální šelesty mají charakter mlaskavý, vznikají kontrakcemi tubárních svalů, dají se slyšet u ucha nemocného nebo fonendoskopem přiloženým na okolí (Thora a Goebel, 2006).

Při diagnostice se pátrá po příčině patologického dráždění v blízkosti ucha (cévní a svalové malformace, apod.) nebo po celkové příčině (spasmofilie). Jinak je diagnostika stejná jako u šelestů objektivních cévních. Léčba je tak buď chirurgická – dle lokálního nálezu, nebo konzervativní – myorelaxantia, vitamíny skupiny B, apod. (Sila, 2011).

Při komplikaci v afektivní složce, při poruchách spánku, anxiosně-depresivních stavech podáváme po konzultaci s psychiatrem psychofarmaka za podpory cílené psychoterapie (Zemek, 2011).

1.2.3 Subjektivní tinitus

Devadesát procent případů subjektivního tinitu vzniká z ušních (otologických) příčin, zpravidla při nedoslýchavosti způsobené poruchou tzv. vnitřního ucha (smyslových buněk) a nebo ve sluchovém nervu vedoucím zvukové impulzy do mozkových sluchových center. V těchto případech hovoříme o tzv. senzorineurální nedoslýchavosti. Druhou nejčastější příčinou subjektivního tinitu jsou srdečněcévní (kardiovaskulární) nemoci zpravidla spojené s výskytem aterosklerózy. Například vysokým krevním tlakem (hypertenzí) trpí 25 % nemocných s tinitem (Zemek, 2011).

Příčiny tinitu jsou ušní choroby, srdečněcévní choroby, nemoci látkové výměny (metabolické poruchy), neurologické poruchy, dlouhodobé užívání léků, zubní poruchy, psychiatrická onemocnění a jiné (Thora a Goebel, 2006). Viz příloha 2.

1.2.3.1 Vyšetřování tinitu

Každý pacient s tinitem je podrobně a komplexně vyšetřen ORL lékařem, ať už ambulantně nebo za hospitalizace. Vždy se začíná anamnézou, kdy se zjišťuje charakteristika tinitu (stranové vnímání, časový faktor vzniku, tón, šum, frekvence tónu, intenzita, stálost), etiologické faktory (pobyt v hluku, exploze, léky, úraz, operace, sport, ostatní onemocnění apod.), doprovodné symptomy (závratě, nevolnost, zhoršení sluchu, pocit tlaku v uších, bolesti ucha, ušní výtok, bolesti hlavy, porucha zraku, psychosomatická nadstavba), toleranci a v neposlední řadě se musí odlišit od halucinací (klamné vjemy vzniklé bez reálného podnětu v bdělém stavu, které halucinující člověk považuje za realitu) (Sila, 2011).

Dále se vyšetřuje sluch (audiometrie – vyšetření sluchového aparátu, kdy se určuje sluchový práh pro čisté tóny v rozsahu frekvencí 125 – 8 000 Hz s možností regulace hladiny intenzity zvuku od 10 - 100 dB, tympanometrie, vyšetření třmínkových reflexů, otoakustické emise, evokované potenciály mozkového kmene = BERA, nadprahové audiologické testy = SISI, apod.) (Kabátová a Profant, 2012).

Využívá se i zobrazovacích metod, zejména výpočetní tomografie, magnetická rezonance, audiografie, ultrazvuk magistrálních tepen, rentgen krční páteře (Sila, 2011).

Z laboratorních testů krve a moči získáme hladinu minerálů, lipidogram, glykémii, hormony štítné žlázy, vyšetření hladin ototoxických preparátů, jaterní a ledvinové funkce, apod. (Sila, 2011).

Součástí péče o nemocné s tinitem jsou i specializovaná konziliární vyšetření, jako je vyšetření neurologické, rehabilitační, psychologické nebo psychiatrické, oční a interní (Astl, 2012).

1.2.3.2 Hlasitost tinitu

Na otázku, jestli můžeme změřit hlasitost šelestu, není jednoznačná odpověď. Ano i ne. S pomocí audiogramu (graf), který je výsledkem audiometrického vyšetření můžeme stanovit, jak hlasitě je tinitus pocíťován při srovnání hlasitosti s nějakým tónem, anebo jakou intenzitou šumu je maskován. To ovšem ale není objektivní měření. Spíše je to „měření“ založeno na subjektivním posuzování vlastního nitra. Nicméně, je-li pacient kooperativní, výsledek může být reprodukován a s předpokládanou malou

chybou nám dává obrázek o stavu vnímání šelestu danou osobou. Takováto měření mj. odhalila, že množství postižených popisuje změny intenzity šelestu prakticky po minutě, typicky po nějakém sportovním výkonu či po psychickém napětí. Změny v hlasitosti jsou mnohdy v rozmezí jen několika málo dB (tzn. těžko diferencovatelné pro normálně slyšící lidi), ale postižený je popisuje jako „podstatné“. To podtrhuje citlivost těchto pacientů s tinitem (Zemek, 2011). Příklady hluku v decibelech jsou popsány v příloze 3.

A jak, že je vlastně hlasitý? Zemek (2011) uvádí, že tinitus je velmi tichý zvuk, srovnatelný se zvukem listů na stromech při nejmírnějším větříku, téměř bezvětří. Tinitus je zvuk sotva slyšitelný, jen lehce nad prahem vlastního sluchu, nejčastěji mezi 5 – 15 dB. Jsou to opravdové „zvuky ticha“. A pacientům se ale při tom může zdát, že jde o nákladní vlak, který projíždí jeho hlavou.

Protože hlasitost tinitu nelze změřit objektivně, je těžké provést nějaké srovnání. Individuální popisy se velmi liší. 80 % lidí s tinitem, ačkoliv jej popisují jako „velmi hlasitý“, se stavu dobře přizpůsobilo a nehlásí žádné negativní pocity, zatímco zbylých 20 % udává všechny stupně od „zneklidňujícího“ až k „nesnesitelnému“ (Baguley, 2013).

1.2.3.3 Léčba tinitu

Nejvhodnější terapie tinitu je pokud možno příčinná (kauzální), neboli podle vyvolávající příčiny. Příčinu tinitu, zvláště u starších lidí, se většinou nepodaří objasnit. Pak nezbývá než přikročit k méně úspěšné podpůrné neboli symptomatické léčbě (jedná se například o podávání léků tlumících vnímání tinitu, používání zařízení, která přehluší tinitus tzv. „maskery tinitu“, psychoterapii). Často se obě metody léčby – příčinná i podpůrná – kombinují (Sila, 2011).

Rozlišujeme dále neoperační (konzervativní) terapii a vyjímečně, až po vyčerpání metod konzervativní terapie, i operační léčbu (Thora a Goebel, 2006).

Mezi konzervativní terapie patří:

- eliminační léčba – tzn. odstranění známých příčin vyvolávajících tinitus – hluk, kouření, drogy
- dodržování zásad zdravého způsobu života – správná životospráva, pracovní a pohybová aktivita, dostatek spánku, vyhýbání se stresu

- léčba nemocí, které tinitus vyvolávají – kardiovaskulární nemoci, vysoký cholesterol a cukr v krvi, rehabilitace při potížích s krční páteří
- medikamentózní terapie – při periferní lézi se podávají lokální anestetika, vasodilatační, vasoaktivní léky, antihistaminika a vitamíny A, E, B, apod. Při centrálním tinitu se používají vasoaktivní látky, preparáty z Gingko biloby, psychofarmaka, apod.
- fyzikální léčba – hyperbarická oxygenoterapie, laserová terapie, ovlivnění vnímání tinitu přístroji (sluchadlo, tinitus masker, šumový generátor, apod.)
- psychologická terapie – relaxační melodie, hypnoterapie, TRT = Tinitus Retraining Therapy (účinek této terapie spočívá v habituaci neboli zvyknutí si)
- alternativní léčba – akupunktura, čínská medicína, homeopatie, muzikoterapie, apod. (Baguley, 2013).

Chirurgická léčba nemusí vždy vést k odstranění tinitu, není totiž žádná specifická metoda. Řeší se jí však některé poruchy sluchu, závratě, záněty a zejména nádory. Vyjímecně při neúspěchu konzervativní léčby a při praktické jednostranné hluchotě, kdy druhostranné ucho slyší, se provádí chirurgická destrukce labyrintu nebo přetěti VIII. hlavového nervu ve vnitřním zvukovodu (Astl, 2012).

V posledních letech se zkoumají nové druhy léčby zaměřené na mozkovou aktivitu, které vycházejí z nejnovějších poznatků na poli neurověd. Jednou z nich je repetitivní (opakovaná) Transkraniální magnetická stimulace (rTMS), která aplikací silných magnetických polí do mozku pomocí cívky, umístěné na hlavě pacienta, moduluje mozkovou aktivitu. Nověji zkoumanou invazivní metodou je stimulace bloudivého nervu – zavedení tohoto výzkumu do klinické praxe je tak zatím na začátku (Sila, 2011).

1.2.4 Úloha sestry v diagnostice tinitu

Diagnostická metoda, při které je práce sestry opravdu klíčová, se nazývá audiometrie. Audiometrické vyšetření provádí audiologická sestra. Jedná se o kvantitativní vyšetření sluchu a provádí se pomocí přístroje zvaného audiometr. Vyšetření se provádí v tiché komoře, kde je dokonalý útlum pronikajících zvuků, který

zajistí nerušenou slyšitelnost i těch nejslabších prahových zvuků. Příprava pacienta je hlavně psychická, kdy sestra podrobně vysvětlí průběh vyšetření, co se od pacienta očekává a získá si jeho spolupráci. Pacient má přiložené sluchátko, a když slyší první tón, stiskne signalizační zařízení, nebo zvedne ruku. Cílem vyšetření je vyhledávání sluchového prahu u nemocných, jedná se však o subjektivní pocit nemocného. Výsledek vyšetření sestra zapisuje do audiogramu a je ihned k dispozici lékaři. Péče o pacienta po výkonu není nutná (Nováková, 2011).

Úloha sestry při ORL vyšetření u pacientů s tinitem spočívá nejvíce v jeho psychické přípravě, tj. vysvětlení výkonu. Lékař provede fyzikální vyšetření sluchového ústrojí pohledem, pohmatem, poklepem a otoskopické vyšetření pomocí ušního zrcátka nebo otoskopu. Zde sestra pomáhá upravit polohu hlavy nemocnému. U starších pacientů a dětí dbá na srozumitelnost pokynů. Ve většině případů nedělá otoskopie obtíže u dospělých, na druhé straně může být velmi problematická u dětí vzhledem k jejich obavám z neznámého vyšetření a obranným reflexům. Pokud se dítě nepodaří zklidnit a přimět ke spolupráci, je nutné zabránit případnému poranění při vyšetření, u kterých není nutná celková anestezie, bezpečným držením. Základem je boční posazení dítěte na klín sestry (případně matky nebo otce). Nohy dítěte zaklíní sestra mezi své a současně objímá jednu jeho paži na své hrudi rukou. Druhá paže dítěte je zasunuta a fixována podél boku hrudníku sestry. Hlavu dítěte fixuje sestra volnou dlaní. Držení dítěte může být ukončeno až po bezpečném ukončení otoskopie. Naštěstí děti trpících tinitem není mnoho (Slezáková, 2008).

Žilní krev patří mezi nejčastěji vyšetřovaný biologický materiál a tudíž se s jejím odběrem setkáme i při diagnostice tinitu. Stanovuje se krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, biochemické vyšetření – glykémie, lipidogram, jaterní a ledvinové funkce, hladiny minerálů, hormony štítné žlázy či vyšetření hladin ototoxických preparátů. Hlavní osobou zajišťující odběr krve je všeobecná sestra. Na začátku odběru sestra poučí pacienta o výkonu a potřebné spolupráci. Upozorní pacienta na nutnost dietních opatření (12 hodin lačnit) a snížení fyzické námahy před odběrem. Připraví si tácek s pomůckami k odběru, provede hygienickou dezinfekci rukou, identifikaci pacienta, kontrolu odběrového materiálu, zejména neporušenost obalů a správné označení štítkem pacienta. Zajistí u pacienta polohu vsedě s natažením paže v lokti podložené buničitou vatou, vybere místo vpichu (pohledem, pohmatem). Nasadí si rukavice! Pokud je to

nutné, přiloží turniket, končetinu nechává zataženou maximálně 1 minutu. Nastříká dezinfekci na místo vpichu a nechá zaschnout, další palpce místa je naprosto nepřijatelná. Provede venepunkci, pacienta upozorní na okamžik vpichu. Po zavedení jehly do žíly povolí turniket, provede odběr krve, jehlu vytahuje ze žíly až po odpojení poslední zkumavky a odkládá ji do připravené emitky či kontejneru na jehly. Na místo vpichu přitlačí sterilní tampon. Poté si sundá rukavice a přelepí místo náplastí. Sleduje a zhodnotí celkový stav pacienta. Zkontroluje údaje štítků na zkumavce, na žádance a pošle do příslušné laboratoře. Pak provede úklid, dezinfekci pomůcek a i hygienickou dezinfekci rukou. Na závěr provede příslušný záznam o provedení odběru v dokumentaci pacienta, podepíše se (Pavlíková, 2010).

1.2.5 Úloha sestry při léčbě tinitu

V akutním stadiu tinitu, to znamená krátce po traumatu způsobené hlukem či ztrátou sluchu, je infuzní terapie nejčastěji navrhovanou terapií (Thora a Goebel, 2006). U chronických potíží se doporučuje jako prevence zhoršování nedoslýchavosti (Zemek, 2011). Terapie probíhá většinou za hospitalizace, méně často v lůžkových stacionářích či ambulantně. Před zahájením terapie se vyžaduje od praktického lékaře zpráva, zda nejsou k její aplikaci kontraindikace. Léčbu řídí lékař, ale aplikaci provádí téměř vždy zkušená sestra, na které záleží, jestli léčba bude probíhat správně (Slezáková, 2008).

Sestra obeznámí pacienta s výkonem, zodpoví jeho otázky, dá mu možnosti připravit se: dojít si na toaletu, umýt se ..., upraví lůžko. Aplikuje periferní žilní katétr, který zafixuje a nastaví rychlost kapání soustavy dle ordinace lékaře (doba podání je 2-4 hodiny). Před podáním infuze sestra pacienta informuje, že v průběhu infuze bude celý přikrytý, mělo by mu být příjemně teplo a po dokapání ještě půl hodiny leží na lůžku a další hodinu je bez jakékoliv zátěže. Nedílnou součástí léčby je tedy edukace pacienta sestrou, při které ho poučí i o důležitosti dodržování klidového režimu, dostatku spánku, zákazu kouření, pití alkoholu, absence hluku a omezení stresových situací (Slezáková, 2008).

Vasodilatační infuze se podává 1x denně po dobu 10 dní a obsahuje pentoxyphyllin, hydroxylový škrob, kortikoidy či lokální anestetikum (Zemek, 2011). Nežádoucí účinky nejsou časté a jsou většinou krátkodobé. Může se například objevit alergická reakce

na některou látku, pocity horka a nevolnosti nebo vyrážka na trupu. Veškeré nežádoucí účinky sestra neprodleně hlásí lékaři a zapíše je do dokumentace (Slezáková, 2008).

Po podání poslední infuze většinou následuje kontrolní audiometrické vyšetření (Kabátová a Profant, 2012).

Hyperbarická oxygenoterapie (HBOT) je léčebná metoda, při které pacient inhaluje kyslík nejčastěji 100 % koncentrace ve speciální přetlakové komoře při vyšším tlaku, než je běžný atmosférický tlak. Krev má tak schopnost dopravit k orgánům větší množství kyslíku. Tato terapie má největší účinek u akutního případu tinitu (Sila, 2011).

Jedinečnost práce sestry v HBOT vyplývá z technického zázemí, potřeby speciální fyzické a psychické způsobilosti personálu i péče o pacienty z různých medicínských oborů (Vytejková, 2013).

Během léčby musí pacienti dodržovat určité zásady, které jim ujasní sestry pracující na těchto pracovištích. Cílem edukace je pozitivně působit na chování pacienta tak, aby jeho léčba byla co nejvíce úspěšná. Edukace by měla být cílená, trvalá a nenásilná. Na konci edukace je nezbytné použít vždy zpětnou vazbu (Juřeníková, 2010).

V komorách plněných vzduchem pacient dýchá kyslík přes masku z dýchacího přístroje. Před vstupem do komory sestra seznámí pacienta s nepříjemnými pocity ve středouší i s jejich odstraněním pomocí žvýkaček či cucáním bonbónů. Řádně poučí o zákazu zapalovačů, zápalek, cigaret a všech hořlavých materiálů v komoře. Pacient při expozici nesmí mít na rtech jelení lůj ani rtěnku. Oblečení je pouze z bavlněného materiálu. Na sobě mohou mít šperky, hodinky a pro vyplnění volného času si mohou vzít knihy, časopisy, křížovky a tužky k luštění (Vytejková, 2013).

V komorách plněných kyslíkem dýchají pacienti kyslík přímo z komory. Sestra poučí pacienta, že do této komory nikdy nesmí přijít nic mastného, kovového a ani nic jiného, co by obsahovalo jakékoli umělé materiály. Nesmí se namazat žádnými krémy. Hrozí riziko požáru. Dále ho informuje o zákazu zapalovačů, zápalek, cigaret a všech hořlavých materiálů v komoře. Na sobě nesmí mít žádné šperky, hodinky. Nesmí mít s sebou kontaktní čočky, zubní protézu, parfém, oleje a krémy. Zvláštní pozor si musí pacienti dávat na oleje na vlasy, make-up a laky na vlasy. Pacient je oblečen do bavlněného empíru. Je nutné pacientovi vše důkladně vysvětlit a připravit ho na možné nepříjemné pocity v uších, které vznikají díky nárůstu tlaku. Do hyperbarické

komory tohoto typu nikdy nesmí pacient vstoupit s jakoukoliv dlahou, ortézou či protézou (Palušková, 2013).

Před vstupem do komory sestra změří pacientovi fyziologické funkce (TK, P, TT, D), saturaci kyslíku, pacient se převleče v převlékárně do bavlněného oděvu a zavede ho do komory. Po celou dobu expozice sestra kontroluje koncentraci kyslíku a množství CO₂. Na závěr léčby provede u pacienta opět kontrolní měření fyziologických funkcí, saturaci kyslíku a vše zaznamená do dokumentace (Palušková a Krčméryová, 2013).

1.2.6 Prognóza a prevence tinitu

Prognóza tinitu objektivního, který lze dobře diagnostikovat, je příznivá a léčebně zvládnutelná. Terapie subjektivního tinitu závisí na mnoha faktorech a úspěšnost všech metod se pohybuje okolo 50 %. U správně indikovaných operací je úspěch lepší, jde však jen asi o 10 – 13 % indikovaných pacientů. Doporučuje se kombinovat terapii medikamentózní s psychoterapií a použitím přístrojů (Sila, 2011).

Prevence tinitu nespočívá v ochraně před samotným tinitem, ale v ochraně před jeho příčinami. Jednou z nejčastějších příčin vzniku tinitu ušního původu je expozice hluku, ať už akutní nebo chronická. Krátkodobé zalehnutí a tinitus může v mládí ustoupit a člověk si neuvědomí, že došlo k poškození sluchového analyzátoru na úrovni sluchových buněk. Například výbuch rachejtle nebo nepoužívání ochranných pomůcek proti hluku v práci, sportovní střelbě nebo lovu v mládí může vést k předčasnému vzniku poruchy sluchu a tinitu po 40. roce života. Většina odborníků doporučuje použít ochranné pomůcky (sluchátka, špunty do uší), jakmile jsme vystaveni hluku od 85 decibelů a výše (Thora a Goebel, 2006). Na ochranu zdraví před hlukem pamatuje i právní předpis. Je to nařízení vlády o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací (Česko, 2011).

Dobrou prevencí vzniku tinitu je i vyhýbání se látkám, které mohou spolupůsobit při vzniku tinitu (deriváty kyseliny acetylsalicylové, ototoxické antibiotika, kouření, alkohol, drogy, apod.) (Zemek, 2011). Vhodné je i pravidelné cvičení, zaměřené na svalstvo zad ještě dříve, než vzniknou nevratné změny v oblasti páteře, dále zdravá strava a zdravý životní styl. Samozřejmostí by mělo být léčení doprovodných onemocnění (Zemek, 2011).

Zatímco se lékař zaměřuje především na procesy probíhající v organismu, sestra má k nemocným daleko blíž a předpokládá se, že bude mít větší vnímavost, více pochopení a také více možností k přímému ovlivnění jeho postojů. Cílem edukace u pacienta s tinitem je ovlivnit jeho chování a jednání, navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace také zlepšuje vztahy pacientů se sestrou, která během ní projevuje jak svou kompetenci, tak empatii. Sestra nejen doplňuje „vědeckou“ edukaci lékaře, ale praktickým způsobem ji rozšiřuje a často šije na míru konkrétnímu pacientovi (Juřeníková, 2010).

1.3 Psychosociální potřeby nemocných s tinitem

Tato kapitola se věnuje nejčastějším potížím, které může tinitus způsobit a se kterými se tito pacienti musí vyrovnávat. Každý člověk si jen těžko dokáže představit život bez ticha. Ticho je potřebné k přemýšlení, spánku, odpočinku, soustředění a dalším důležitým aspektům našeho života. Při představě, že nemůžeme „vypnout“ nepříjemný zvuk a na chvíli si od něho odpočinout, nás jistě zamrazí. Pacienti s tinitem se s tímto zvukem musí naučit žít a zvyknout si na něj, což nezřídka vede k nepříjemným pocitům, které mohou negativně ovlivnit jejich život.

Každou nemoc lze posuzovat z objektivního hlediska (lékařské hodnocení příznaků) a subjektivního hlediska (hodnocení nemoci pacientem). Právě na subjektivním vnímání a prožívání nemoci závisí míra utrpení člověka a jeho celková reakce na nemoc (Vágnerová, 2008).

Pojem „kvalita života“ nelze jednoznačně definovat, jelikož každý obor na něj pohlídá ze svého úhlu pohledu. Vágnerová (2008) uvádí, že se k jeho charakteristice užívá subjektivní míra spokojenosti – hodnocení člověka, do jaké míry nemoc zatěžuje jeho život a do jakých oblastí života zasahuje. *„Nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost“* (Vágnerová, 2008, s. 76).

Pokud je tinitus vyhodnocen jako rušivý a neakceptovatelný, může výrazně narušit kvalitu života jedince. Již během prvního objevení tinitu se u pacienta často dostaví obavy, co tinitus znamená, proč se vyskytl právě u nich, zda značí vážnou chorobu a jestli se zhorší (Holmes a Padgham, 2009). Ztráta ticha pak mívá za následek nedostatky spánku, problémy s koncentrací či zvýšenou iritabilitu. Tito pacienti mívají nedostatek

odpočinku, problémy se soustředěním, s pracovní výkonností, s komunikací apod. (Koress, a kol. 2010).

Na základě těchto stesků by mohla sestra diagnostikovat Porušený spánek – 00095 v souvislosti s „hlukem v uchu“ – tinitem, úzkostí, projevující se usínáním delším než 30 minut, slovním vyjádřením neodpočinutí si, nespokojeností se spánkem a kratší celkovou dobou spánku oproti délce odpovídající věku. Ošetrovatelské intervence by v tomto případě mohly být tyto: seznámit pacienta s relaxačními metodami, pobízet pacienta k tělesné aktivitě, cvičení, doporučit omezení kofeinu, alkoholu a jiných stimulačních látek, doporučit konzultaci s psychologem eventuelně sledovat účinnost léků (Herdman, 2010).

Přítomná může být frustrace, vztek, tenze, což vede ke stavu nepřetržité úzkosti. To má za následek zvýšenou pozornost vůči tinitu, a tak se uzavírá bludný kruh neustálého posilování a udržování anxiety a stresu (Koress, a kol. 2010).

V akutní fázi tinitu se nejčastěji u pacienta objevuje Úzkost – 00146 v souvislosti s onemocněním (tinitem), projevující se slovním vyjádřením obav, neklidem, sníženou pozorností, neschopností soustředit se a změnami vegetativního systému. Zjistit stupeň úzkosti (mírná, střední, silná) je začátkem v ošetrovatelských intervencích. Dále by sestry měly s pacientem mluvit klidně, beze spěchu, používat krátké věty, projevit zájem, úctu, respekt, umožnit pacientovi vyjádřit emoce (pláč, hněv, podrážděnost), zapojit ho do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost, popřípadě podat léky dle ordinace lékaře (Herdman, 2010).

Pacienti se často setkávají s nedostatkem porozumění ze strany druhých, jejich emocionální stav má negativní vliv na vztahy s příbuznými, přáteli i spolupracovníky. Je proto důležité, aby se sestra snažila tyto pocity zmírnit, omezit situace vyvolávající nejistotu a obavy, vyjádřila pacientovi pochopení a podporu. Získala jeho důvěru svou autoritou, pravdivostí ve vztahu k pacientovi, úctou, respektem a porozuměním. Sestra může tak výrazně přispět k pozitivním změnám v průběhu nemoci a procesu léčby (Vágnerová, 2008).

Kvalita života bývá snížena také kvůli tomu, že někteří pacienti musí přestat vykonávat činnosti, které patřily k jejich práci či koníčkům, jako je například častá četba kvůli neschopnosti soustředit se, poslech či aktivita spojená s hudbou kvůli

ochraně sluchu, návštěva divadel, společenských akcí kvůli narušené komunikaci, apod. (Kratochvílová, 2009).

Z výše uvedeného sestra může diagnostikovat Sociální izolaci – 00053 v souvislosti s tinitem, projevující se nekomunikativností, stahováním se, vyhledáváním samoty a zabývání se vlastními myšlenkami. Možné intervence jsou většinou časově náročné: snažit se získat rodinu pro spolupráci, vytvořit s pacientem vztah založený na důvěře, psychicky povzbuzovat pacienta, vyjádřit mu svou podporu, konzultovat pacientův stav s odborníkem – psychologem, psychiatrem, učít pacienta sociálním dovednostem – jak komunikovat, jak řešit problémy, navrhnout pacientovi kontakt s jinými lidmi – zájmové organizace (Herdman, 2010).

U pacientů s tinitem existuje vysoké riziko pesimistického přesvědčení ohledně prognózy, na čemž se podílí dosud nejednotná efektivní léčba tinitu, ale i přesvědčení samotných klinických pracovníků. Při hodnocení pacientovy reakce je důležité přihlížet také k jeho dřívějším zkušenostem a jeho osobnosti (Zacharová, a kol. 2007). To jestli bude tinitus vnímán jako stresový faktor a bude způsobovat výše popsané problémy, není přímo spojeno s jeho závažností. Jsou lidé, jejichž tinitus dosahuje vysoké intenzity, a kteří ho dokáží zvládat dobře, a lidé, jejichž tinitus je naopak nižší intenzity, a kteří ho vnímají jako nesnesitelný. Je tedy pravděpodobné, že snížená kvalita života souvisí spíše s psychickým zpracováním tinitu než s jeho audiologickými charakteristikami. Tak většina problémů způsobená tinitem leží právě v psychosociální oblasti (Holmes a Padgham, 2009).

Postoj pacienta, nemusí být jen negativní. Stává se, že pacient není motivován k aktivní účasti na léčbě a uzdravení kvůli jejím pozitivním aspektům. Hovoříme o tzv. ambivalentním prožívání nemoci. Nemoc například vyvolává větší ohleduplnost a pozornost okolí a může pacienta zbavit pracovních povinností. Pacient si na jedné straně může přát své uzdravení, na druhé straně se nechce vzdát výhod, které nemoc poskytuje (Zacharová, a kol. 2007). Zde by sestra měla pacienta vhodně motivovat k větší účasti na léčbě, popřípadě zapojit i rodinu. Aby došlo k smysluplnému rozhovoru a spolupráci, měla by sestra zjistit, co si pacient o svém stavu myslí. Pak může být spolupráce a léčba efektivní (Mlčák, 2011).

1.4 Rehabilitační program pro tinitus

Účelem rehabilitace tinitu není jeho úplné odstranění nýbrž nastolení životní pohody pacienta. Tento postup stojí na třech pilířích:

1) Aktivní naprogramování – zde se využívají zejména kognitivní techniky – co nejhlubší poznání a pochopení fenoménu tinitu snižuje strach. Je třeba naučit se vnímat tinitus neutrálně, nikoli jako nepřítele. Vhodná je kognitivně behaviorální terapie a pozitivní psychodynamická terapie.

2) Pasivní naprogramování – spočívá ve vyhýbání se tinitu a používání hudby, vodní a jiné přírodní zvuky, zvukový generátor a další zvukové pomůcky. Hlavním účelem je desenzitizace k tinitu, později habituace. Dobré zkušenosti jsou s muzikoterapií.

3) Zlepšení kvality života – zde je zaměření na zlepšení vnímání vlastního těla, na utváření psychické pohody a zlepšování sociálního prostředí (zvládání stresu, komunikační techniky, řešení konfliktů atd.). I zde je řešením aplikace pozitivní psychodynamické terapie (Kulka, 2007).

Pacienti často žádají, aby se svých psychických problémů rychle, zcela a navždy zbavili. Už nikdy nechtějí mít depresivní náladu, už nikdy nechtějí okusit úzkost nebo strach, na stupnici žádoucí představy o intenzitě tinitu občas vyznačí nulu. Bohužel nejde o to, abychom se životním problémům nebo nepříjemnostem pouze vyhýbali, ale abychom je řešili a někdy si třeba i zvykli. To platí obecně a pro tinitus obzvlášť (Alpini a Cesarano, 2006).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1. Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem.

Cíl 2: Zmapovat odborné znalosti a dovednosti sester pro ošetřování pacienta s tinitem

2.2. Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem?
2. Jaké mají odborné znalosti sestry pro ošetřování pacientů s tinitem?
3. Jaké jsou dovednosti sester pro ošetřování pacientů s tinitem?

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum probíhal únor až březen 2016 v Nemocnici Jindřichův Hradec. Výzkumné šetření povolila hlavní sestra Nemocnice Jindřichův Hradec - viz příloha 4. Metodou bylo dotazování (viz příloha 5 a 6), technikou – hloubkové rozhovory.

Kvalitativní metoda výzkumu byla zvolena zejména proto, že jde o metodu, která je otevřenější a můžeme při ní zjistit subjektivní názor dotazovaných. Je věrohodnější, protože se týká přímo zkušeností, vědomostí, dovedností, chování, pracovního výkonu dotazovaných a tazatel může být jeho součástí (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Hloubkové rozhovory jde definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu většinou jedním dotazovatelem pomocí otevřených otázek (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Dotazování a rozhovor byl veden s pacienty trpící tinitem a se sestrami z ORL ambulancí podle předem sestavených výzkumných otevřených otázek, které byly doplňovány dotazováním. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány do Microsoft Word 2010 – viz příloha 7 (CD). Jednotlivé rozhovory s pacienty a sestrami byly očíslovány. Na tyto jednotlivá čísla je odkazováno v textu, například pacient 1 = respondent 1 = R1, sestra 2 = S2.

Analýza získávaných dat probíhala metodou kódování v ruce, neboli metodou tužka a papír (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Na podkladě vytvořených kódů vznikaly kategorie a jejich podkategorie, které jsou zpracovány do přehledných schémat. Slova v podkategoriích jsou pro přehlednost v textu označena jinou barvou (příloha 8). Text, který obsahoval odpovědi respondentů a sester, byl očíslován. Každé řádce bylo přiděleno číslo. Pokud byl tedy zpracováván respondent 3, který odpověděl na otázku v řádce 25, kódem pro zpracování bylo R3/25 – viz příloha 9, pro sestry podobně S1/12 - viz příloha 10.

Pro rozhovor s respondentkou, která byla hospitalizovaná na ORL oddělení na vasodilatační terapii, byla zvolena klidnější část oddělení. S dalšími pěti respondenty byly rozhovory nahrány v domácím prostředí, které podpořilo jejich psychickou pohodu a otevřenost.

Pro sestry z ORL ambulancí bylo většinou výhodné provádět rozhovory přímo na jejich pracovišti (ORL ambulanci), po pracovní době, kdy riziko jakéhokoliv vyrušení bylo minimální.

Před dotazováním se tazatel vždy představil a vysvětlil důvody výzkumu. Dotazovaní odpovídali na otázky zcela dobrovolně, bez nátlaku, vstřícně a samozřejmostí bylo zachování jejich anonymity.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný vzorek tvořilo 6 pacientů = respondentů trpících tinitem.

Tabulka 1 - IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Věk	70	57	63	79	58	51
Pohlaví	Žena	Žena	Muž	Žena	Muž	Muž
Délka tinitu	6 měsíců	22 let	3 roky	2 roky	5 let	4 měsíce

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumu se celkem zúčastnilo 6 respondentů ve věku od 51 do 79 let. Průměrný věk respondentů je 63 let. Tři respondenti jsou muži, tři ženy. Tinitem trpí od čtyř měsíců po 22 let. Průměrná délka tinitu u respondentů je téměř 5,5 roku.

Druhý výzkumný vzorek tvořilo 5 všeobecných sester z ORL ambulancí.

Tabulka 2 – IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE SESTER

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	37	57	46	44	41
Nejvyšší vzdělání	SŠ	SŠ + PSS (instrumentářka)	VŠ – Bc.	VŠ – Bc.	SŠ + PSS (chirurgie)
Délka praxe na ORL ambulanci	2,5 roku	8 let	25 let	5 let	18 let
Délka praxe ve zdravotnictví	18	38	25	26	23

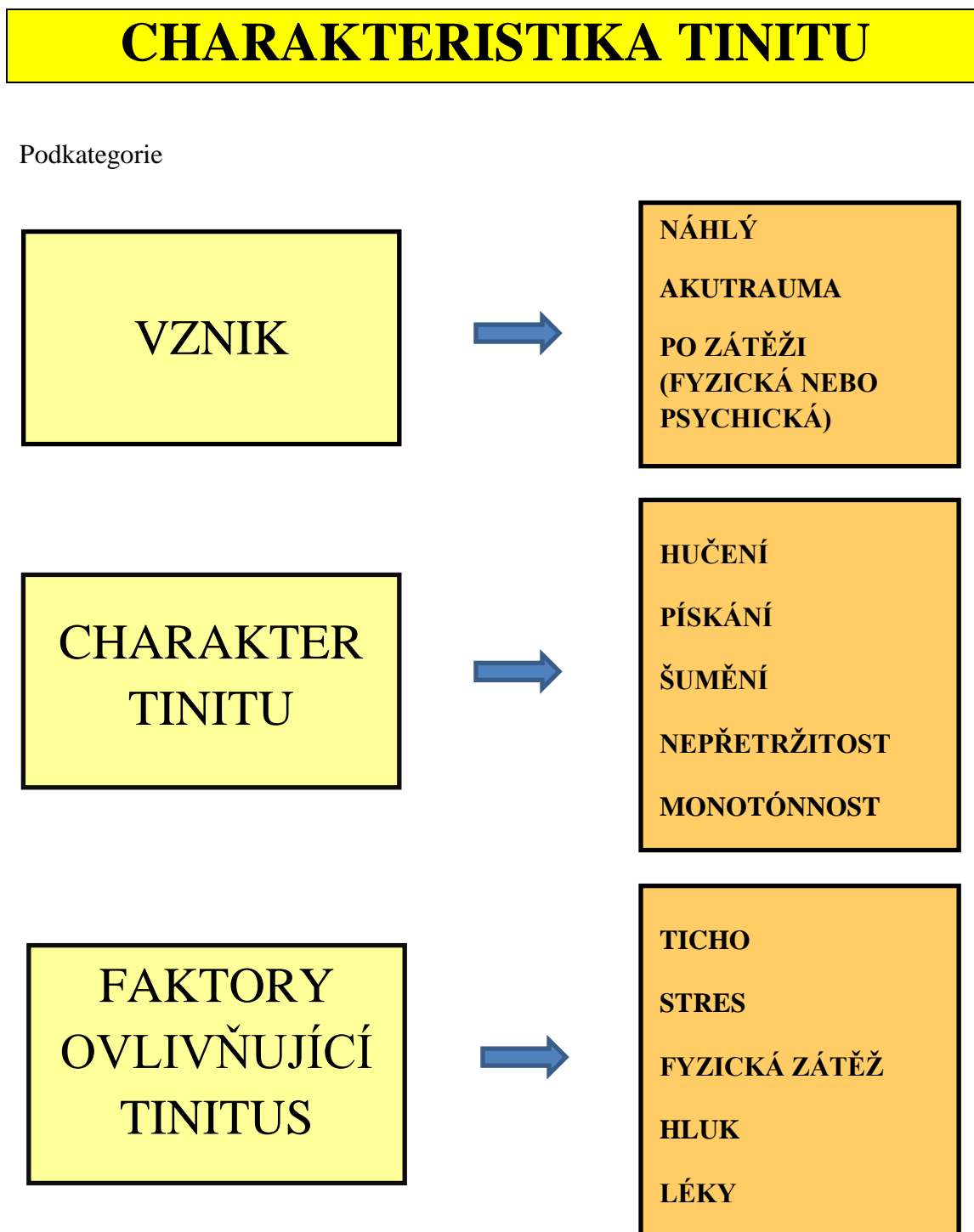
Zdroj: vlastní výzkum

Na výzkumu se celkem podílelo pět sester pracujících na ORL ambulancích. Věk sester se pohybuje od 37 do 57 let. Průměrný věk činí 45 let. Jedna sestra má středoškolské vzdělání s maturitou. Dvě sestry středoškolské s maturitou plus pomaturitní specializační studium (dále jen PSS) – jedna specializaci chirurgii, druhá instrumentářka. Poslední dvě jsou vysokoškolsky vzdělané s titulem Bc. Délku praxe v ORL ambulanci mají od 2,5 roku do 25 let. Průměrná je okolo 11,5 roku. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví je 26 let.

4. VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů – odpovědi pacientů

Schéma 1 – Kategorie: Charakteristika tinitu



Charakteristika tinitu

Kategorie Charakteristika tinitu se zaměřila na to, jak tinitus u respondentů vznikl, jaký má charakter a na faktory ovlivňující tinitus – což je název i všech tří podkategorií. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazena klíčová slova dle respondentů, která jsou v textu kódována.

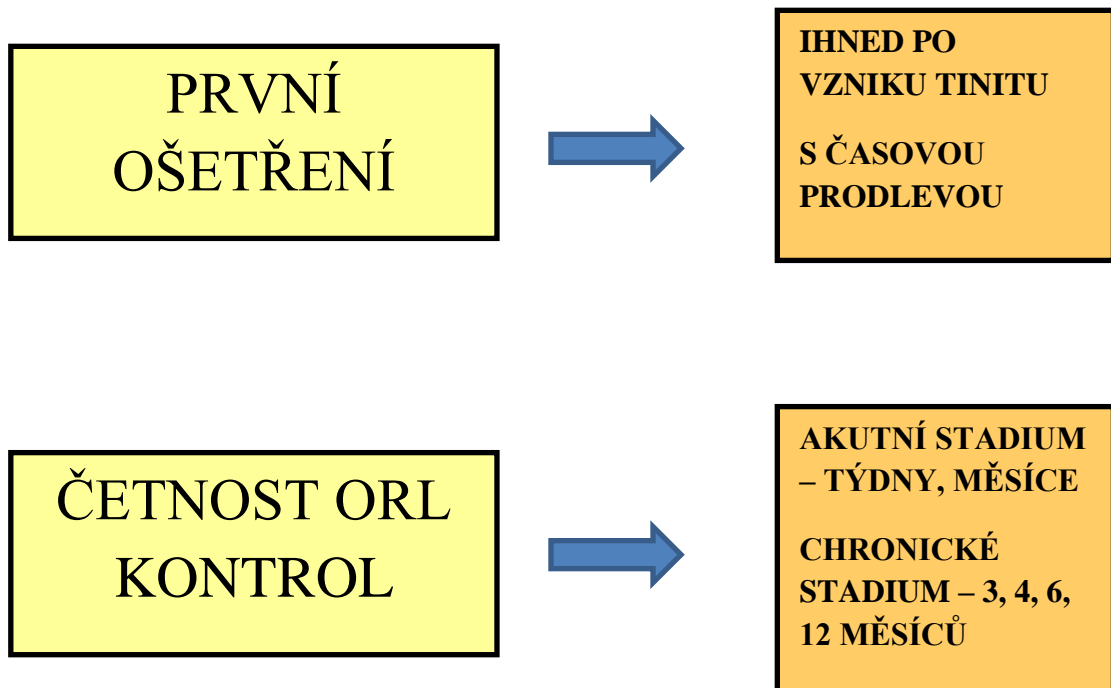
Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji vzniku tinitu nic významného nepředcházelo, vznikl náhle: „*Jakoby zničehonic,*“ na tomto se shodnou respondenti číslo 1, 4, 5, 6. R2 odpověděla, že: „*Tinitu předcházela určitě fyzická zátěž, která byla v předklonu hlavy.*“ Do možné souvislosti dala i obtížnou extrakci zubu moudrosti, která proběhla dva měsíce před objevením tinitu. Po extrakci zubu trpěla přechodně bolestmi levého ucha a po dobu hojení jí byla vystavena pracovní neschopenka. R3 popisuje vznik tinitu takto: „*Když mi bouchla petarda za uchem.*“ Je to jediný respondent, který uvádí akutrauma.

Všichni respondenti uvádí nepřetržitost, monotónost tinitu. V čem se však rozchází je jeho charakter. R1, R2 a R4 ho popisují jako hučení, R3 a R5 jako pískání a pro R6 je to šumění, připomínající zvuk rozpouštějícího se Celaskonu ve vodě.

Všichni respondenti se shodli na nejzávažnějším faktoru ovlivňujícím tinitus – je jím ticho. V tichém prostředí popisují zvýšené vnímání tinitu. R2 a R5 udávají shodně stresové situace jako faktor výrazně ovlivňující vnímání tinitu, ve smyslu jeho zhoršení. R2 dále udává, že dalším ovlivňujícím faktorem je: „*Velký nápor na krk. Ten mi ztuhne a vystupňuje se to hučení.*“ Jako jediný respondent uvádí zhoršení tinitu po fyzické zátěži. Hluk, jako další faktor uvádí R3. Neobvyklý faktor zmiňuje R4: „*Když si vezmu lék, tak se mi na chvíli změní to pískání na hučení v hlavě – to je lepší.*“ Jako klíčové slovo jsem pro tento faktor zvolila heslo - léky.

DISPENZARIZACE TINITU

Podkategorie



Dispenzarizace tinitu

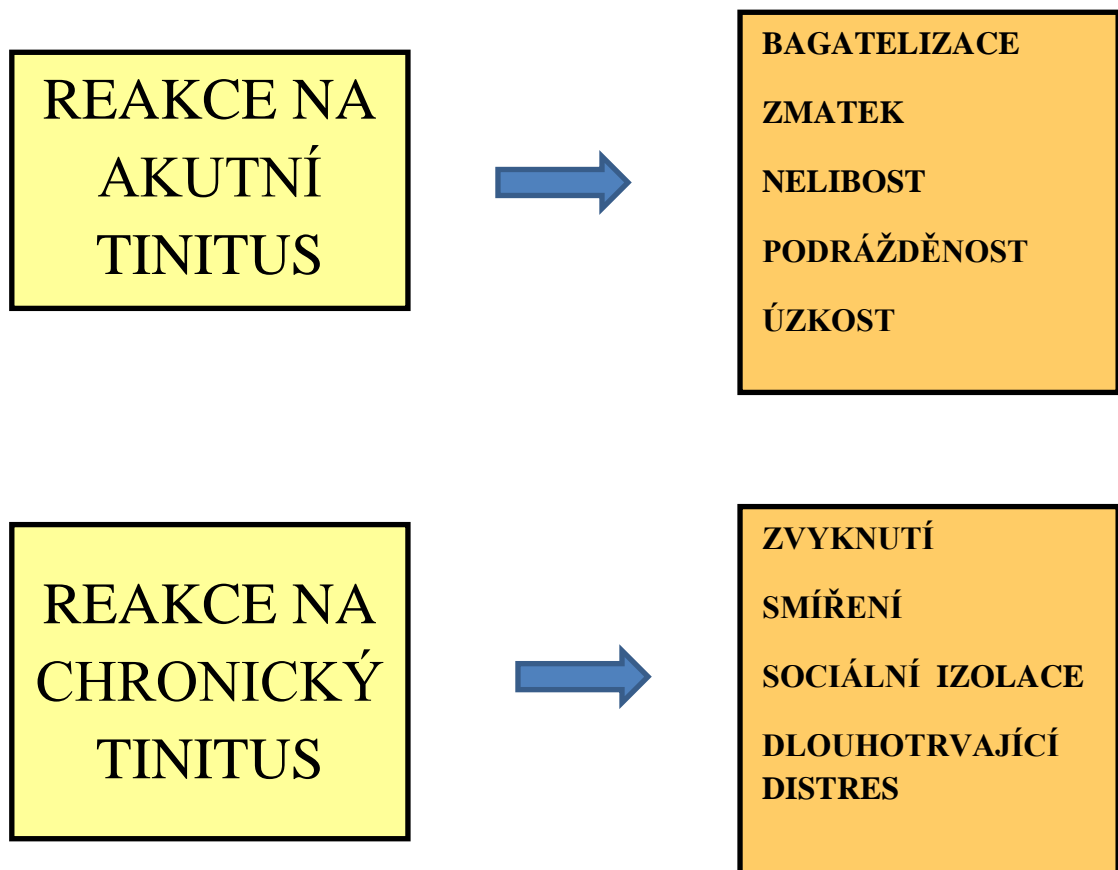
Kategorie Dispenzarizace tinitu je rozdělena jak na četnost či pravidelnost ORL kontroly, tak na první ošetření po vzniku tinitu. Čím dříve totiž dojde k diagnostice a léčbě tinitu, tím se zvyšuje úspěšnost léčby.

Na otázku: „*Kdy jste navštívil/a lékaře poprvé od vzniku tinitu?*“, z odpovědi R1 vyplynulo, že došlo k časové prodlevě dvou měsíců. R2 sice zašla k praktickému lékaři ihned po nástupu příznaků, ale protože byl tinitus provázen ještě závratěmi, byla odeslána na neurologické vyšetření. ORL vyšetření bylo indikováno až po roce trvajícím tinitu. Do té doby byla dispenzarizována v neurologické ambulanci. Akutrauma prodávající R3 byl ihned ošetřen na pohotovosti z důvodu popáleniny kůže, způsobené petardou, ale tinitu si podle jeho slov „*nikdo moc nevšímal.*“ Po dvou dnech nepřestávajícího pískání sám navštívil ORL ambulanci. Odpověď „*hned*“ zvolil R4, R5 i R6.

Z analýzy odpovědí vyplynulo, že četnost ORL kontrol se odvíjí od délky trvání tinitu. V akutním stádiu jsou zváni respondenti častěji, při dlouhotrvajícím tinitu se časový interval kontrol posouvá až na půl roku. R1, u které tinitus trvá půl roku a k prvnímu ORL ošetření došlo až za dva měsíce, byla zvána na kontroly po měsíci. Tinitus sužuje už 22 let R2, která udává kontroly u svého ORL lékaře každé tři měsíce. Není to ani tak z důvodu tinitu, spíše se jeví nutnější dispenzarizace závratěovitých stavů. Během tohoto dlouhého období měla respondentka tři roky „klidu“, kdy závratě pominuly, ale tinitus ne. V průběhu této doby nenavštěvovala ORL lékaře. R3 uvádí kontroly po třech měsících, poté roční výpadek z vlastní iniciativy, po roční pauze byl pozván na další kontrolu za čtyři měsíce. Nejstarší R4 uvedla tři ORL kontroly za celé dva roky trvajícím tinitus. Pokud nezapočítáme první ošetření, vyjde nám pravidelnost kontrol po šesti měsících. R5 na výzkumnou otázku o četnosti kontrol odpověděl: „*Dle potřeby. Při zhoršení stavu jsem měl přijít na kontrolu k lékaři.*“ ORL ambulanci navštěvuje pouze z důvodu vyzvednutí receptu na léky ovlivňující tinitus. R6, trpící tinitem čtyři měsíce, uvedl první tři kontroly po měsíci, další za čtyři měsíce.

REAKCE NA TINITUS

Podkategorie



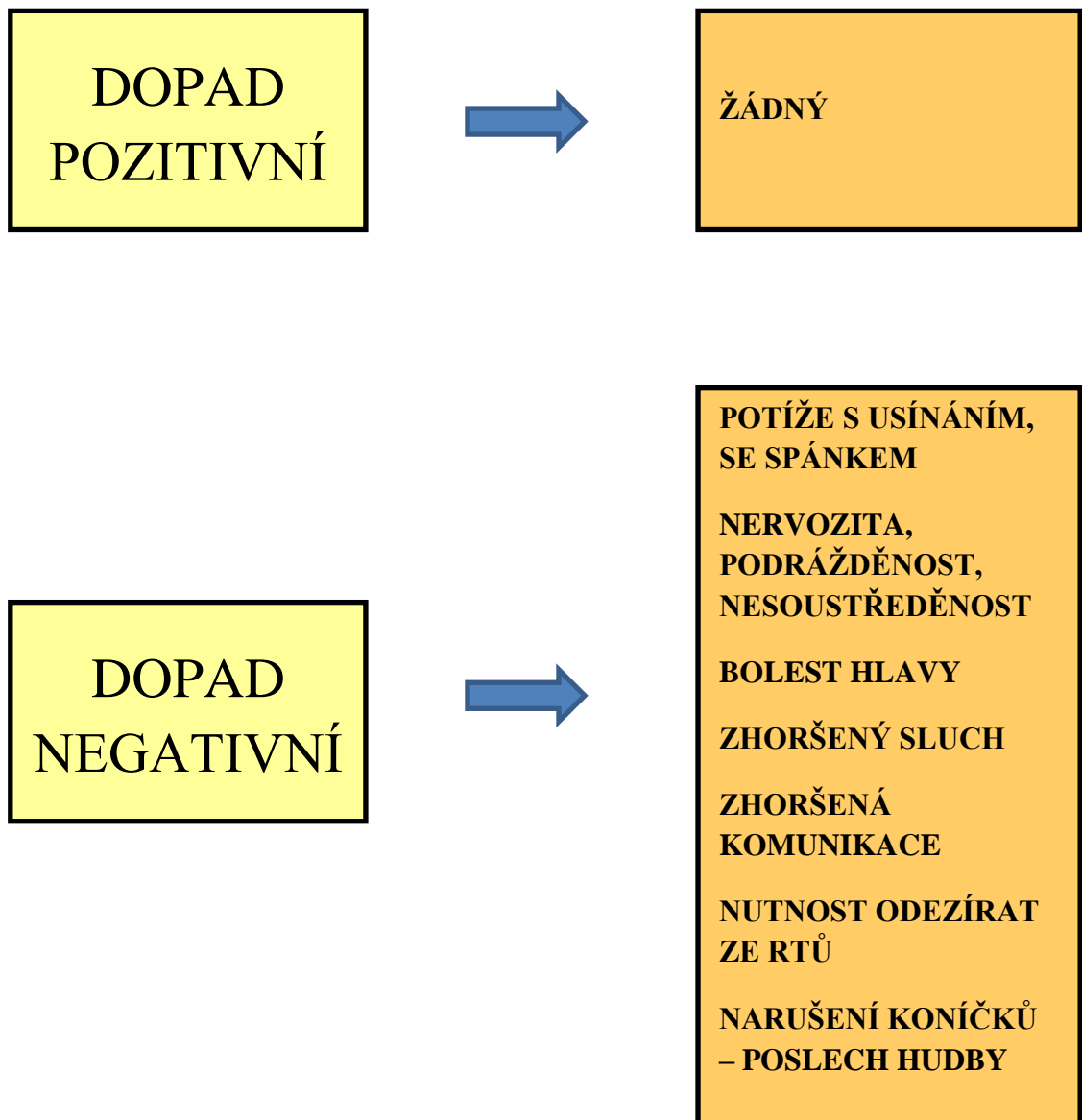
Reakce na tinitus

Kategorie Reakce na tinitus je zaměřena na jeho vnímání respondenty. Dvě podkategorie určují rozdílnost reakcí na právě vzniklý, akutní a dlouhotrvající, chronický tinitus. Respondenti se však shodují na nepříjemných pocitech ve všech fázích tinitu.

Při vzniku tinitu R1 bagatelizovala příznaky, cítila se sice nepříjemně, ale věřila „*že to přestane*.“ Nyní po půl roce trvání tinitu je více nervóznější, výbušnější. Ke smíření či zvyknutí si nedošlo. Respondentka doufá ve vymizení či vyléčení tinitu, nedokáže si představit celý život s tímto symptomem. Sociální izolaci popírá. Na akutní tinitus R2 reagovala zmateně, myslela si „*že má něco v hlavě*“, cítila se „*hrozně, na zbláznění*.“ Dnes, po 22 letech si zvykla a naučila se s tinitem žít. Chodí do práce, společnosti, sociální izolaci netrpí. R3 uvádí shodně jako R1 víru v samovolné odeznění akutního tinitu, nečekal však dva měsíce jako R1, ale dva dny. Ve vyléčení doufal dva roky a nyní po dalším roce má pocit, že tinitus zvládl, má ho pod kontrolou a „*doufá, že se to nebude zhoršovat*.“ Zvýšenou nervozitu neguje. Ve společnosti mu tinitus nevádí. Ze začátku byla z tinitu „*nešťastná, špatná*“ i R4. Po dvou letech hučení si již „*zvykla*.“ R4 žije v domě s pečovatelskou službou sama, popisuje se jako samotářská, nevyhledávající společnost z důvodu zhoršeného sluchu a nesoustředění se při hovoru. R5 popisuje u vzniku svého pískání zmatenost, nelibost a pocit vody v uchu. Svě kolísavé nálady se naučil velmi rychle ovládat – je učitel a podle jeho slov nemůže být při hodině výbušný nebo podrážděný. Pět let trvající tinitus ho naučil většímu sebeovládání, svůj stav má pod kontrolou, je s ním smířený a snaží se ho nevnímat jako handicap. Dlouhodobě přestal navštěvovat oblíbené koncerty – nemá z nich zážitek. Sociální izolaci, jako učitel, nepocítuje. R6 vyjádřil své pocity v akutním stadiu tinitu jako úzkostné – nevěděl, co se děje, bylo mu to protivné, cítil se jako pod vodou, bláznivě, podrážděně a nervózně. I když tinitem trpí pouze čtyři měsíce, uvádí již po měsíci zklidnění a zvládnutí svých pocitů a nyní i smíření. Domnívá se, že má tinitus pod kontrolou, sociální izolaci neuvádí – naopak do společnosti i na koncerty chodí pořád, i když už „*to není ono*.“

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S TINITEM

Podkategorie



Kvalita života u pacientů s tinitem

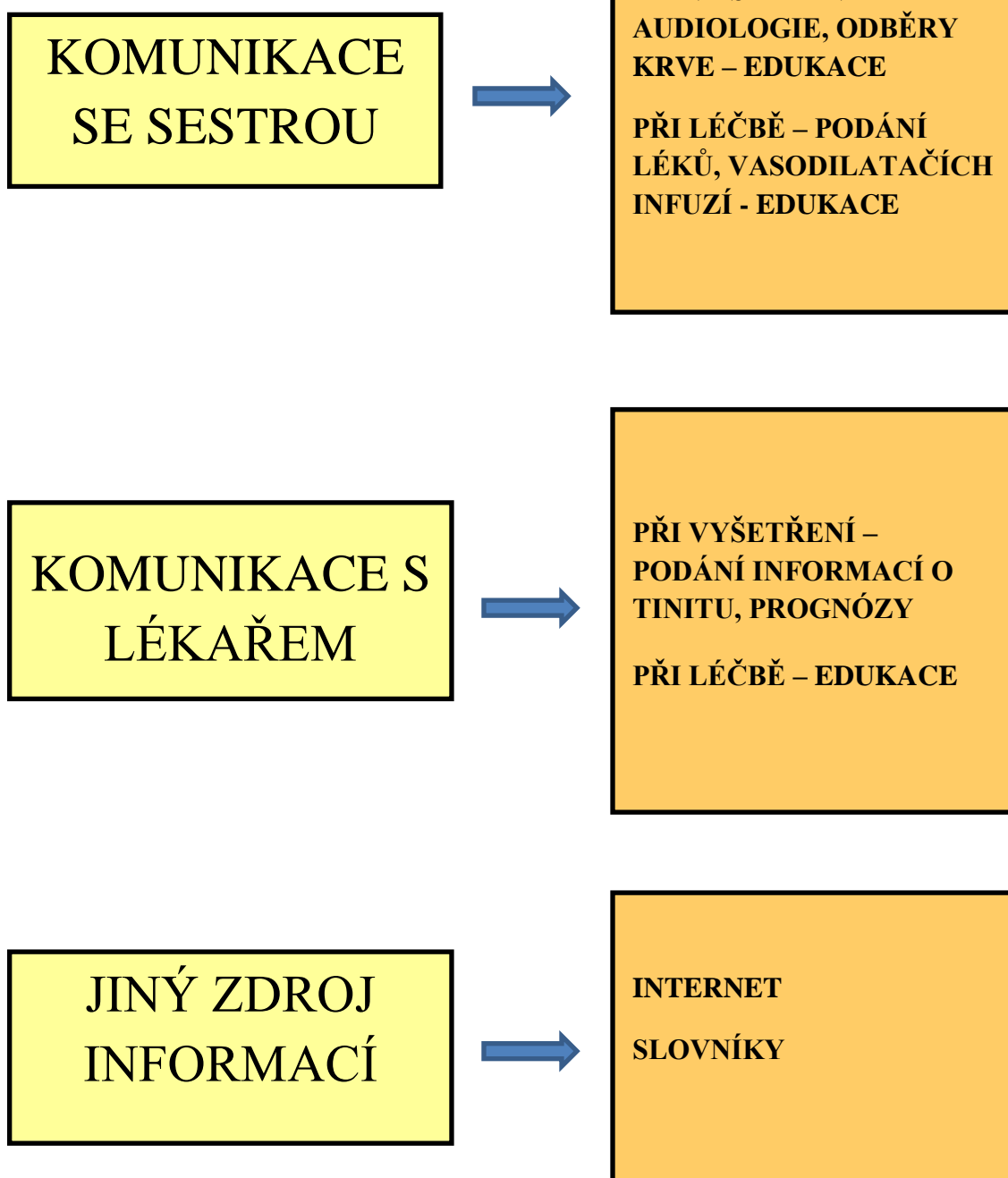
Kategorie Kvalita života pacientů s tinitem se zajímá o to, jak nebo jakým způsobem tinitus ovlivnil jejich život. Z výsledných rozhovorů je zřejmé, že pozitivní dopad na kvalitu života nepocítuje žádný z respondentů. Negativních stránek je ale celá řada.

Jako nejčastější, nejhůře vnímaný a nejvíce obtěžující jsou potíže s usínáním či spánkem, který shodně uvádějí všichni respondenti. Z případného nedostatku spánku se odvíjí i bolest hlavy, nervozita, podrážděnost, kterou udává R1, které usínání trvá i dvě hodiny. Tinitu připisuje i častější hádky s manželem. R2 popisuje zhoršenou komunikaci – na levou stranu hůře slyší pro tinitus – musí se natáčet k hovořícímu na druhou (pravou) stranu, nebo se doptávat. Spí pouze okolo pěti hodin, přes den deficit nedospává. Vztahy udává bezproblémové, manžel s ní vše „prožívá“. V zaměstnání jsou tolerantní, ohleduplní. Ráda čte a při čtení jí tinitus nevadí. R3 uvádí potíže s usínáním, komunikaci z důvodu nedoslýchavosti i tinitu – když mluví více lidí najednou, tak nerozumí, ale při sledování TV tinitus neobtěžuje. Pro R4 se toho v životě s nástupem tinitu příliš nezměnilo, snad jen se ještě více uzavřela do sebe. Příliš nekomunikuje s okolím, nesnese, aby na ní někdo dlouho mluvil, rodinu nemá. Zhoršené usínání vyřešila léky (Trittico). R5 vyjádřil potíže v práci. Z důvodu tinitu a zhoršeného sluchu se musí opakovaně doptávat, odezírat ze rtů a natáčet se za hlasem. Má pocit, že to vyznívá komicky. Tinitus mu velmi narušil jeho největší zálibu – koncerty a poslech hudby obecně. Doma si pouští muziku do sluchátek, nebo do čtyř reproduktorů, které má rozmístěné v každém rohu pokoje. V tomto případě je s poslechem spokojený, ne však jeho manželka, která ho upozorňuje, aby ztlumil zvuk. Problém s usínáním vyřešil pozdním uléháním – až kolem půlnoci, kdy cítí takovou únavu, že usíná bez problémů. R6 vidí zhoršenou kvalitu pouze v prožívání jeho koníčku, a to je jako u R5, poslech hudby. S nástupem tinitu téměř ohluchl na pravé ucho, takže „*stereo neslyší*“, „*tak to není ono*“. Vadí mu to. Koncertů se ale nevzdal a navštěvuje je dál. Zhoršené usínání prožíval pouze ze začátku, dnes mu tinitus v usínání ani ve spánku nebrání. Ve zvládnutí tinitu mu pomáhá rodina, přítelkyně a práce na internetu.

Schéma 5- Kategorie: Informovanost pacienta trpící tinitem

INFORMOVANOST PACIENTA

Podkategorie



Informovanost pacienta trpící tinitem

Kategorie Informovanost pacienta měla za úkol odkrýt všeobecné znalosti pacientů o tinitu. Jak tyto informace obdrželi, od koho a zda byly dostačující či nikoliv. Kategorie je rozdělena na tři jednotlivé podkategorie, které shrnují zdroje informací. Výzkumem bylo zjištěno, že respondenti mají všeobecné znalosti, znají prognózu tinitu a jejich informovanost je, z jejich pohledu, dostačující.

Na otázku: „Jak jste obdržela informace o tinitu?“ R1 odpověděla: „*od doktora*“ (ORL) a „*všechno mi pěkně vysvětlili.*“ Sestra na ORL ambulanci jí vysvětlila princip audiometrie, R1 byla s informacemi spokojená, v tu chvíli jí přišly dostačující. V době našeho rozhovoru u ní probíhala vasodilatační terapie na ORL oddělení. Sestra ji edukovala o zásadách vasodilatační terapie. Dále uvedla i odběr krve, neví úplně na co, sestra při odběru byla komunikativní, popisovala co dělá a jak má spolupracovat ona. Lékaři sdělili R1 i možnost nevyléčitelnosti tinitu, tuto informaci ale respondentka neakceptuje. Žádný jiný zdroj informací nevyhledala. Pro R2, u které se objevil tinitus před 22 lety a je spojen se závratěmi, byly začátky plné nedorozumění. Sama si hledala v lékařském slovníku své symptomy, až si určila diagnózu (Meniér), i když jí lékaři tvrdili, že to tak není. Po roce neurologického vyšetřování a sledování byla odeslána na ORL ambulanci, kde jí lékař poskytl vyčerpávající informace o tinitu, vyšetřil jí, doporučil vasodilatační terapii a léky. Sestra z ORL ambulance R2 poučila o audiometrii a o její úloze při tomto vyšetření. Při aplikaci vasodilatačních infuzí byla poučena sestrou z ORL oddělení již před více jak dvaceti lety, a protože tuto terapii podstupuje téměř každý rok, z důvodu udržení úrovně sluchu, udává, že všechno ví a že už jí nemusí nikdo poučovat. R3 nejprve popisuje svou nespokojenost nad nedostatkem vstupních informací při vzniku tinitu, kdy ho ORL lékařka odeslala rovnou k hospitalizaci na ORL oddělení k vasodilatační terapii, bez jakéhokoliv vysvětlení. Respondent dlouho nevěděl, že se jeho pískání říká tinitus. Zjistil to po dvou letech náhodně z internetu. Lékaři mu následně diagnózu tinitu potvrdili a sdělili prognózu o jeho nevyléčitelnosti. Při audio vyšetření zmiňuje nezastupitelnou úlohu sestry v edukaci. U vasodilatační terapie si nejvíce vzpomíná na hovor s lékařkou, která mu vše vysvětlila, úloha sestry pro něj byla pouze v napojení infuze. Při odběru krve byl

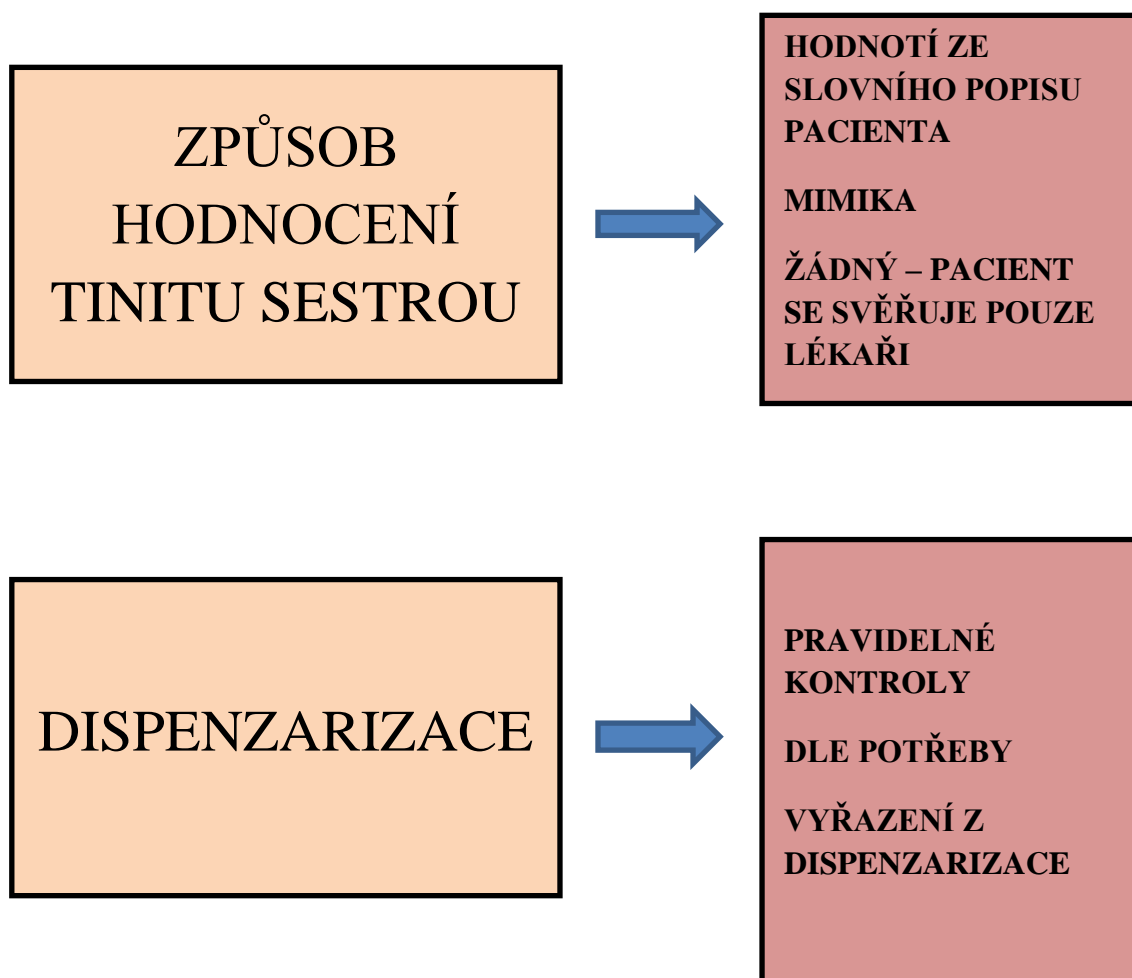
sestrou poučen a uklidněn. Nyní je, co se týká informovanosti, spokojen. R4 obdržela informace o tinitu od ORL lékařky, informace byly podány srozumitelně a v dostatečné míře. Se sestrou z ORL ambulance komunikovala pouze při audio vyšetření, kdy byla poučena o své úloze při audiometrii. Vasodilatační terapie nebyla indikována. Otázky ohledně tinitu nemá. R5 získal informace o svém „problému“ nejprve od ORL lékaře. S rozsahem informací nebyl zřejmě plně spokojen, proto další hledá na internetu. Nic nového se ale nedozvídá. Lékař ho edukuje o užívání léků a navrhuje vasodilatační terapii, která je bohužel po interním (kardiologickém) vyšetření nedoporučena. Sestra z ORL ambulance R5 při audio vyšetření plně poučila, vysvětlila mu jeho průběh i nutnou spolupráci. Se stavem své informovanosti je nyní plně spokojen. ORL lékaře, jako zdroj informací o tinitu, uvedl i R6. Na internet se „díval“, ale nic nového se nedozvěděl, pouze se utvrdil o nevléčitelnosti tinitu a nízké šanci slyšet jako dříve. Při audiologickém vyšetření ho sestra poučila a vysvětlila mu jeho úkol. Edukaci sestrou R6 popisuje jako srozumitelnou. Vasodilatační terapie byla po první infuzi zrušena. Důvodem byl špatný stav očních cév a riziko zhoršení zraku či úplné oslepnutí. Při aplikaci infuze mu sestra z ORL oddělení vysvětlila zásady této terapie. V současné době je R6 srozuměn se svým stavem a nemá potřebu vyhledávat další informace.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů – odpovědi sester

Schéma 1 – Kategorie: Hodnocení tinitu

HODNOCENÍ TINITU

Podkategorie



Hodnocení tinitu

Kategorie Hodnocení tinitu zjišťuje znalosti či dovednosti sester v oblasti způsobu jeho hodnocení a také dispenzarizace tinitu, což jsou také názvy dvou podkategorií. Znalosti byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena kategorie Hodnocení tinitu. V jednotlivých podkategoriích jsou zakódovány výrazy, kterými nejčastěji sestry odpovídaly.

Sestry z ORL ambulancí se shodují na obtížném způsobu hodnocení tinitu. Tinitus je subjektivní symptom, který je jen velmi těžko měřitelný pomocí audiometrie. Proto jsou zde sestry odkázány na slovní popis obtíží nebo i výraz tváře – mimika, která jim může napovědět, jak je pro pacienty tinitus obtěžující.

Na otázku „Jak hodnotíte tinitus u pacienta?“ se ORL sestry S1, S2 a S3, zúčastněné výzkumu, shodly na slovním popisu pacienta, který se se svými stesky svěří, pouze S5 zmínila mimiku tváře, ze které může odhadnout „utrápenost.“ Názor S4 je takový, že tinitus hodnotí pouze lékař, sestra nijak nehodnotí – nepřísluší jí to.

V otázce dispenzarizace tinitu S1 odpověděla: „jak je lékař pozve.“ Intervaly uvedla po 3,6 měsících u déletrvajícího tinitu po roce. S2 uvedla rozmezí 1 měsíce, 3 a 6 měsíců. S3 blíže specifikovala ohled na akutní fázi, kde jsou pacienti zvaní častěji – po měsíci, dále po 3,6 měsících. U chronického tinitu se vyřazují z evidence a jsou poučeni o nutnosti návštěvy ORL ambulance při zhoršení stavu. S4 v akutní fázi uvedla častější dispenzarizaci vždy po 1 či 2 týdnech, po 3, 6 měsících u chronického tinitu. S5 také oddělila akutní fázi – zde uvedla kontroly po týdnu až měsíci, u chronické fáze – po půl roce či vyřazení z dispenzarizace s návštěvou pouze při zhoršujících se obtížích.

ZNALOSTI SESTER V OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S TINITEM

Podkategorie

ZNALOSTI
DOSTUPNÝCH
VYŠETŘOVACÍCH
METOD

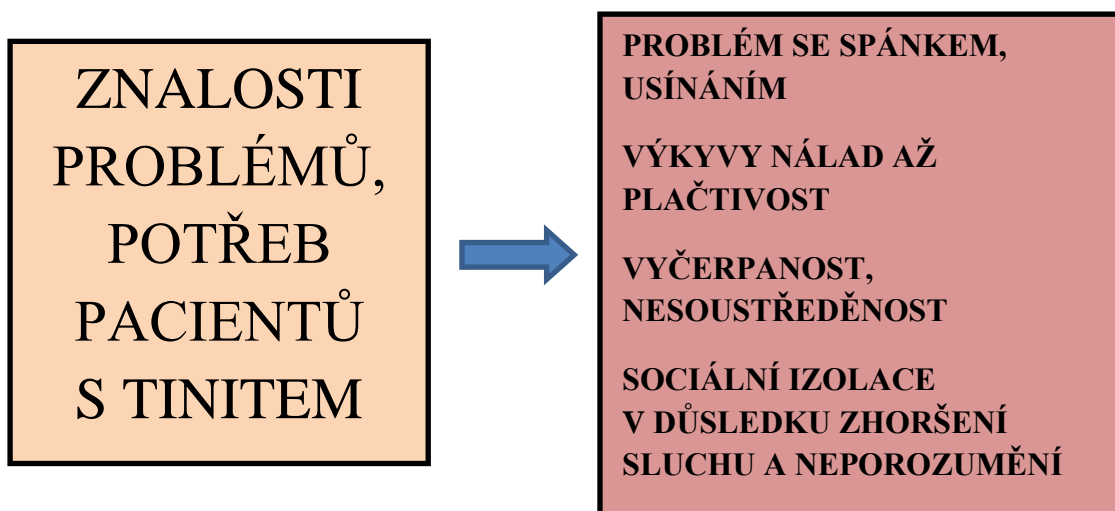


ANAMNÉZA
OTOSKOPIE
AUDIOMETRIE
TYMPANOMETRIE
CT, MR
NEUROLOGICKÉ,
INTERNÍ, OČNÍ
VYŠETŘENÍ

ZNALOSTI
LÉČEBNÝCH
METOD



LÉKOVÁ FORMA
VASODILATAČNÍ
TERAPIE –
ZNALOST ČI
NEZNALOST ZÁSAD
PŘI APLIKACI
REHABILITACE
(KRČNÍ PÁTEŘ)
PSYCHOLOGICKÁ,
PSYCHIATRICKÁ
PODPORA
HYPERBARICKÁ
KOMORA



Znalosti sester v ošetřování pacientů s tinitem

Kategorie Znalosti sester v ošetřování pacientů s tinitem odhaduje teoretické vědomosti sester z ORL ambulancí při ošetřování těchto pacientů. Má tři podkategorie, které odhalují znalosti dostupných vyšetřovacích metod, léčebných metod a znalost problémů a potřeb pacientů s tinitem. Všechny tyto poznatky byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena tato kategorie. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých odpovědí.

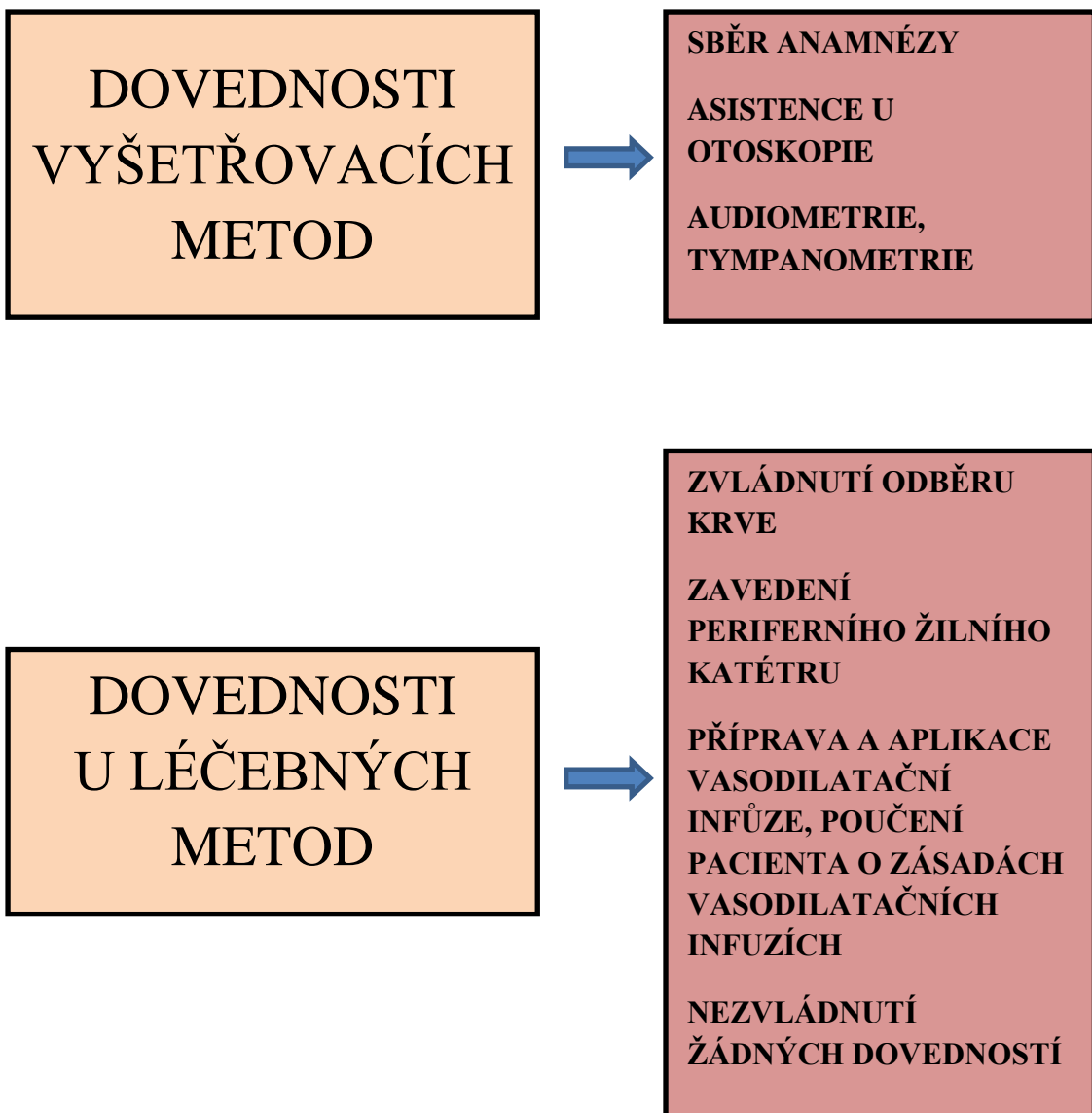
S1 z vyšetřovacích metod tinitu zná audiometrii, tympanometrii, CT mozku, po kterém následuje neurologické vyšetření, také interní a oční vyšetření. Z léčebných metod uvedla lékovou formu, vasodilatační infuze, psychiatrickou pomoc a rehabilitaci. Zásady při podávání vasodilatačních infuzí zná, protože dříve pracovala na interním oddělení, kde tato metoda léčby byla často indikována, i když z jiných důvodů. Mezi problémy pacientů, trpících tinitem, na prvním místě udala potíže s usínáním, se spánkem, dále výkyvy nálad, plačtivost a sociální izolaci. S2 uvádí u vyšetřovacích

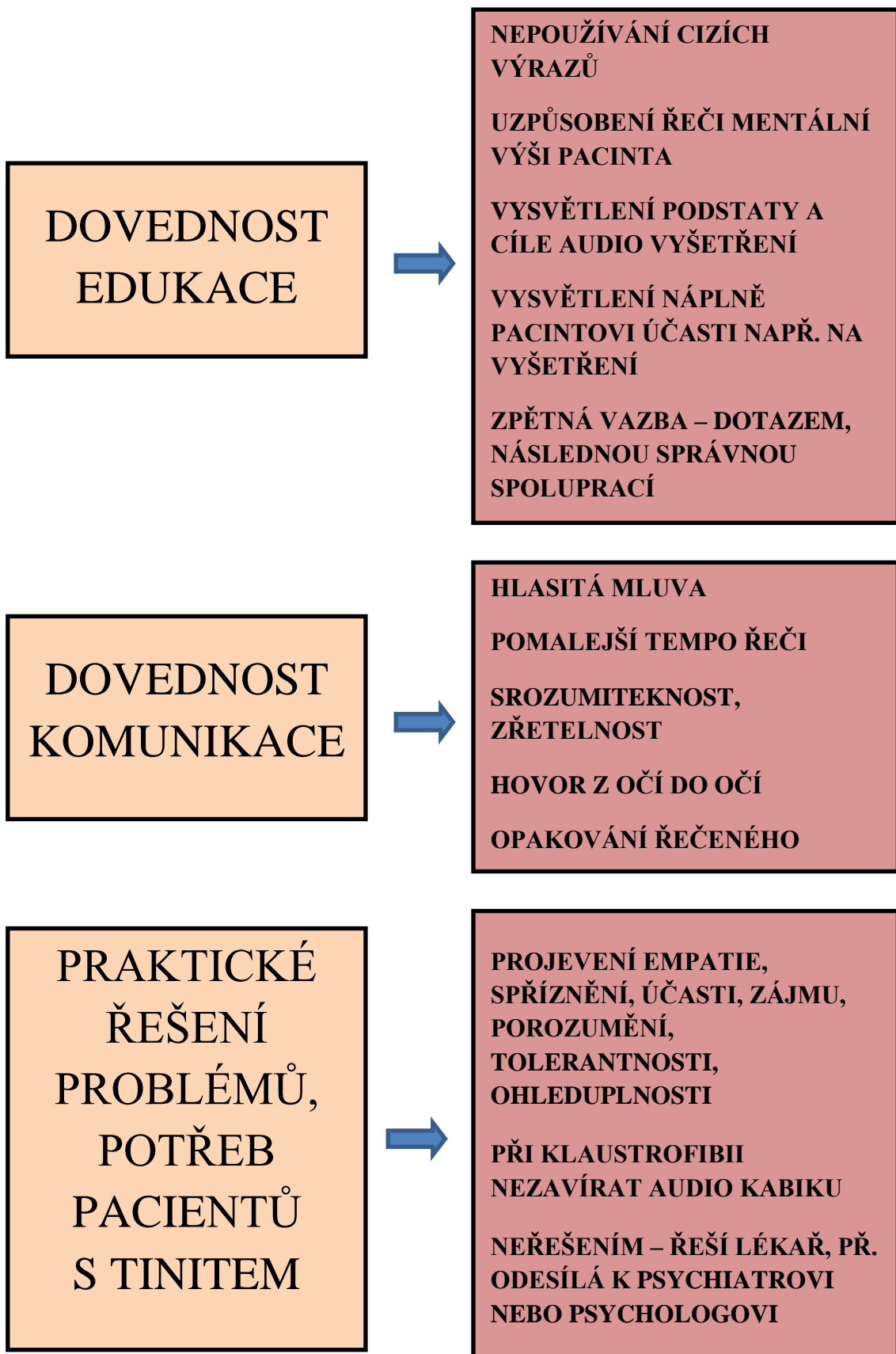
metod audio, tympano, CT mozku a neurologické vyšetření. Léčebné metody, které zná, jsou: vasodilatační terapie, léky, rehabilitace, podpora psychologická, psychiatrická a hyperbarická komora. Znalost zásad při aplikaci vasodilatačních infuzí popírá, nikdy nepracovala na lůžkovém oddělení, má specializaci jako instrumentářka a v tomto oboru pracovala 30 let, nyní ale již 8 let pracuje na ORL ambulanci. Problémy pacientů ale má dobře zmapované. Vedle potíží se spánkem a stranění se kolektivu popisuje psychické obtíže, nervozitu, zhoršený sluch, nerozumění řeči dokonce uvádí až invalidizaci pro tinitus. S3 jako dostupné vyšetřovací metody uvedla audio, tympano, otoskopické vyšetření, které se dělá standardně u každé kontroly. Dále CT, MR mozku, vyšetření neurologické, oční a interní. Léčebné metody, které udala, jsou: vasodilatační terapie, léky, psychiatrická pomoc, rehabilitace, hyperbarická komora. Zásady při aplikaci vasodilatační terapii ovládá, nejdůležitější i vyjmenovává. Jako největší problémy, které pacient s tinitem má zmiňuje poruchy spánku, respektive usínání, podrážděnost a nesoustředěnost. S4 na otázku znalostí vyšetřovacích metod jako první uvedla anamnézu, pak otoskopii, audio, tympano vyšetření, neurologické vyšetření, CT mozku a base lební, magnetická rezonance, oční vyšetření a interní. Znalosti léčebných metod jsou stejné, jako u předchozích sester. Jsou to léky, vasodilatační infuze, hyperbarická komora, pomoc psychologická, psychiatrická. Zásady vasodilatační terapie si pamatuje z doby, kdy pracovala na neurologickém oddělení, pár jich i vyjmenovává. Vedle nejčastějších problémů, které trápí pacienty s tinitem – porucha spánku, únava, překážky v komunikaci, sociální izolace - uvedla ještě nechutenství, při dlouhodobé pracovní neschopnosti nežádoucí pokles financí a strach z budoucnosti. Také S5 jako první vyšetřovací metodu u tinitu udává sběr anamnézy, dále otoskopické vyšetření, audio, tympano, CT, MR, neurologické, oční a interní vyšetření. Z léčebných metod uvádí jako nejúčinnější hyperbarickou komoru, v závěsu vasodilatační léčbu, léky a pomoc psychiatrickou. Protože pracuje na zkrácený úvazek na ORL oddělení, zásady vasodilatační terapie zná. Jako nejhorší problém, který se vyskytuje u pacientů trpících tinitem, vidí poruchu usínání, spánku, následuje zhoršení až ztráta sluchu, obtížnější komunikace, problém s porozuměním, zvýšená nervozita a sociální izolace.

Schéma 3 – Kategorie: Dovednosti sester v ošetřování pacientů s tinitem

DOVEDNOSTI SESTER V OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S TINITEM

Podkategorie





Dovednosti sester v ošetrování pacientů s tinitem

Kategorie Dovednosti sester v ošetrování pacientů s tinitem se zaměřila nejen na jejich praktické, komunikační a edukační dovednosti, ale i manuální zručnost sester. Kategorie je rozdělena na pět podkategorií, ke kterým jsou přiřazena klíčová slova dle odpovědí sester, která jsou v textu kódována. Sestry při hloubkovém rozhovoru odkryly své dovednosti u vyšetřovacích a léčebných metod, dovednost edukace, komunikace i jejich praktické řešení problémů, potřeb pacienta s tinitem v rámci jejich ORL ambulance.

První z podkategorií mapuje praktickou dovednost při vyšetřování pacienta s tinitem. Všechny sestry z ORL ambulancí, které se zúčastnily výzkumu (S1 – S5) udaly zvládání vyšetření audiometrického i tympanometrického. S1 ještě uvedla asistenci u otoskopii, která spočívá v úpravě polohy hlavy pacienta. S2, S4 i S5 udaly sběr anamnézy.

Druhá podkategorie odkrývá dovednosti sester u léčebných metod. Fakt, že v ORL ambulanci není na praktikování jakékoliv léčby sestrou prostor ani čas, potvrdily všechny sestry z výzkumného souboru. S1 potvrdila praktickou dovednost při odběru krve, zavedení periferního žilního katétru a zvládla by přípravu i aplikaci vasodilatační infuze. S2 přiznala absenci odběrů krve na ambulanci. Při nezbytnosti krevního vyšetření odesílá pacienty na ORL oddělení. Dále nezavede periferní kanylu, ani nikdy nepodávala vasodilatační infuzi. Třicet let pracovala jako instrumentářka na operačních sálech a nikdy si tyto dovednosti neosvojila. S3 a S5 ovládají přípravu i aplikaci vasodilatační infuze, odběry krve i zavedení periferní kanyly, protože se stále pohybují i na ORL oddělení, kde si tyto dovednosti udržují. S4 pracující v ORL ambulanci 5 let věří, že po dvaceti letech práce na neurologickém oddělení nejde zapomenout správnou techniku odběru krve, zavedení periferního žilního katétru ani přípravu a aplikaci vasodilatačních infuzí.

Následné dvě podkategorie nesou název – dovednost edukace a dovednost komunikace. Na správnou edukaci by měl být dostatek času, který, jak se ukázalo z hloubkových rozhovorů se sestrami, není. Čekárna plná dalších pacientů vyvíjí psychický tlak na ošetřující personál, který se snaží ošetřit co nejvíce pacientů v co nejkratší době. Na otázku komunikačních dovedností všechny dotazované sestry

odpovídaly pouze z pohledu její verbální složky, přitom neverbální složka komunikace – jako je například úsměv – leckdy dokáže více. Edukaci při audio a tympano vyšetření, jako nezbytnou a někdy jako jedinou v procesu ošetřování, uvedly všechny sestry. Všechny vysvětlují princip vyšetření a popisují nutnost správné spolupráce pacienta. Účinnost jejich edukace se projeví při zpětné vazbě. Jejím nejlepším ukazatelem je správná spolupráce pacienta při audio vyšetření, který uvádí S1 a S5. S ostatními sestrami se shodují na zpětné vazbě pomocí dotazování, nicméně S1 a S2 uvádí i přes souhlasné pacientovo odkývání (všemu rozumí) jeho následnou neznalost. S4 svou edukaci uzpůsobuje mentální výši pacienta, nepoužívá cizí a odborné výrazy. S1 se v otázce komunikace snaží s pacientem trpícím tinitem mluvit nahlas, zřetelně, z očí do očí a nepřerušuje ho v hovoru. S2 také hovoří s pacientem z očí do očí, opakuje klíčová slova, aby jim pacient správně porozuměl. S3 volí pomalejší tempo řeči. S4 mluví pomalu, zřetelně a z očí do očí. S5 komunikuje zpřímá, pomalu, srozumitelně a jednoduše.

Poslední pátá podkategorie měla za úkol zjistit, zda sestry ovládají či mohou řešit různé problémy či potřeby pacientů s tinitem. S1 se domnívá, že při tak malém časovém úseku, který je pacient v ORL ordinaci, může projevit pouze ohleduplnost, tolerantnost a zbytek je na lékaři, který pacienta odesílá k psychiatrovi, nebo mu naordinuje sám slabší psychofarmaka. S2 je toho názoru, že řešení problémů hledá lékař, který doporučuje odborné psychiatrické vyšetření či sám naordinuje lehčí psychofarmaka. S3 popisuje spříznění duše a empatii, kterou může pacientovi poskytnout. Lékař doporučí psychologa, psychiatra, nebo předepíše slabší psychofarmaka. S4 se zmínila o klaustrofobii pacienta v audio kabině, kterou řeší jejím otevřením, jinak opět pacienta odesílají k psychiatrickému lékaři. S5 se snaží projevovat zájem, porozumění, účast, ale připouští, že problémy pacienta moc neřeší – ani ona, ani lékař a odesílají ho rovnou k místnímu psychiatrovi.

5. DISKUZE

Cílem této práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče pacientů s tinitem a zmapovat odborné znalosti i dovednosti sester pro ošetřování pacienta s tinitem. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno metodou dotazování a technikou hloubkových rozhovorů. Výzkumný soubor tvořili jak pacienti s tinitem, tak sestry z ORL ambulancí. Bylo osloveno celkem 6 pacientů – respondentů a 5 sester. Rozhovory byly zaznamenány, následně přepsány a zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou papír a tužka. Na podkladě takto vytvořených kódů vznikly kategorie a jejich podkategorie. Z rozhovorů s pacienty (dále jen respondenty) bylo vytyčeno pět kategorií: charakteristika tinitu, dispenzarizace tinitu, reakce na tinitus, kvalita života u pacientů s tinitem a informovanost pacienta. Z rozhovorů se sestrami vznikly kategorie tři: hodnocení tinitu, znalosti sester v ošetřování pacientů s tinitem a dovednosti sester v ošetřování pacientů s tinitem.

Z první části výzkumného šetření u respondentů s tinitem vyplynulo věkové rozmezí od 51 do 79 let. Průměrný věk respondentů je 63 let. Tinitem trpí od 4 měsíců po 22 let. Průměrná délka tinitu u respondentů je 5,5 roku. Tři respondenti jsou ženy, tři muži.

V první kategorii – Charakteristika tinitu – se objevily tři podkategorie. První, nesoucí název „vznik“ odhalila u čtyř respondentů náhlý, zdánlivě ničím nevyvolaný začátek tinitu. Respondent - R3 - zaznamenal tinitus po akutraumatu a R2 po fyzické zátěži. Thora a Goebel (2006) uvádějí jako nejčastější příčinu subjektivního tinitu ušní choroby (90 %). Jednu z nich – Meniérovu chorobu uvádí R2. Do skupiny ušních chorob spadají i záněty středouší, které popisuje R5. Profesionální nedoslýchavost se vyskytuje u R3, který celý život pracoval jako řidič nákladního automobilu a u R2, který pracuje v kotelně, kde si chrání sluch sluchátky. Zhoršení sluchu popisují všichni respondenti. Druhou nejčastější příčinou subjektivního tinitu jsou srdečněcévní nemoci, zpravidla spojené s výskytem aterosklerózy. Například vysokým krevním tlakem (hypertenzí) trpí 25 % nemocných s tinitem (Thora a Goebel, 2006). Druhá podkategorie „charakter tinitu“ ukázala na jeho monotónnost, nepřetržitost, někdo ho popisoval jako hučení (R1, R2 a R4), jiný pískání (R3 a R5) a pouze R6 jako šumění. Marieb a Mallatt (2005) k uvedeným charakteristikám přidávají ještě zvonění. Samo latinské slovo „tinnire“ znamená znít, zvonit, cinkat. Třetí podkategorie se jmenuje

„faktory, ovlivňující tinitus“, která ukázala na to, co tinitus ovlivňuje, respektive zhoršuje jeho vnímání. Zde se všichni respondenti shodli na jednom nejdůležitějším faktoru, a to je ticho. V klidu intenzivněji vnímají svůj tinitus, z čehož vyplývají problémy se soustředěním, s komunikací apod. Na tom se shodne jak Koress a kol. (2010), tak Holmes a Padgham (2009). Tito autoři i respondenti se dále shodují v dalším faktoru, kterým je stres. Zde vzniká bludný kruh, kde na začátku je tinitus, vedoucí ke stresu, zvýšený stres zhoršuje vnímání tinitu atd. Třetí respondent uvedl hluk, jako faktor zhoršující tinitus. Odůvodnil to svým pozorováním při jízdě v nákladním automobilu, kde měl pocit, že je tinitus horší a od té doby, co je v důchodu se tinitus zmírnil. Myslím si, že jeho interpretace je mylná. Baguley (2013), Sila (2011), Thora a Goebel (2006) a i jiní autoři se shodují na tom, že naopak v hlučnějším prostředí je tinitus vnímám méně negativně. Nesmíme to ovšem zaměňovat za tzv. nebezpečný hluk, který je naopak rizikovým faktorem při vzniku tinitu. Tato hladina je zhruba na 85 decibelech. Na překrytí, či zvyknutí si na tinitus se proto používají různé maskery, šumové generátory apod. Jsem spíše tohoto názoru, že s odchodem do důchodu je R3 méně ve stresu, tudíž více v psychické pohodě, a to vede k méně intenzivnějšímu vnímání jeho pískání. R4 uvedla užívání léků na kvalitu tinitu, kdy po požití se na chvíli změnil charakter – z pískání na hučení, které je vnímáno pozitivněji. Jako dalším faktorem, ovlivňujícím tinitus může být zvýšená fyzická námaha (Thora a Goebel, 2006), obzvláště v oblasti krční páteře, což potvrzují i R2.

Druhá kategorie se jmenuje: Dispenzarizace tinitu a má dvě podkategorie. Jedna se zabývá prvním ošetřením po vzniku tinitu a druhá četností ORL kontrol. Je obecně známo, že čím dříve začne léčba jakéhokoliv onemocnění, a u tinitu to platí také, tím lépe. Proto je velmi důležité, aby se tyto pacienti dostavili co nejdříve do ORL ambulance, byli odborně vyšetřeni a adekvátně léčeni. Čas je tady důležitým faktorem, který udává Hahn (2000), Zemek (2001), Thora a Goebel (2006) i jiní autoři zabývající se touto problematikou. Odpověď „hned“ na otázku: „Kdy poprvé jste navštívil lékaře od vzniku tinitu?“ zazněla od pěti ze šesti respondentů. Pouze R1 měla časovou prodlevu 2 měsíce. Zajímavé je, že R2, která udává návštěvu lékaře (praktického) ihned po nástupu tinitu a dostává se na ORL ambulanci až po roce. Její tinitus byl provázen rovnou závratěmi a rok pro ně byla léčena v neurologické ambulanci. Během tohoto roku si sama vyhledala v odborné literatuře soubor svých příznaků a diagnostikovala si

Meniérovu chorobu, kterou následná vyšetření potvrdila. Tinitem trpí již 22 let. Druhá podkategorie se zabývá četností ORL kontrol. V akutním stadiu je dispenzarizace častější, udávaná respondenty v týdnech či po měsíci, při chronickém tinitu se intervaly prodlužují až na půl roku nebo rok. Při těchto kontrolách se sleduje stav tinitu, stav sluchu – jestli nedochází ke ztrátě a psychický stav pacienta (Thora a Goebel, 2006). Na pravidla dispenzarizace jsem nenašla v literatuře jednotný názor, pokud nějaký. Zřejmě je velmi individuální a záleží na lékaři, jak zhodnotí stav pacienta.

Třetí kategorie se zabývá reakcí pacienta na tinitus. Jiné reakce popisují respondenti při vzniku obtíží a jiné při jejich dlouhodobém trvání. Právě na subjektivním vnímání a prožívání závisí míra utrpení člověka a jeho celková reakce na nemoc (Vágnerová, 2008). Při akutním tinitu respondenti nejčastěji prožívali zmatek, nelibost, podrážděnost, úzkost. Bohužel, R1, dva měsíce bagatelizovala tyto příznaky, věřila, že sami odezní a tato časová prodleva ji připravila o vyšší šanci na vyléčení. U chronického tinitu dochází u všech respondentů k určité adaptaci, zvyknutí si na něj, smíření se s ním. R1, u které se tinitus objevil před půl rokem a v době rozhovoru byl hospitalizována na ORL oddělení k vasodilatační terapii, věří ve zmírnění, či vymizení obtíží. Nedokáže si představit, že by měla své hučení vnímat celý život. Naproti tomu R6, trpící tinitem teprve 4 měsíce udává zklidnění nálad – nervozitu, podrážděnost – již po prvním měsíci. Nyní se snaží vést život jako před vznikem tinitu, včetně svého koníčku, kterým je poslech hudby a návštěvy koncertů. Další reakcí na dlouhodobý tinitus je sociální izolace. Myslím si, že z výzkumného souboru pacientů žije v sociální izolaci R4, která bydlí sama v pečovatelském domě, společnost nevyhledává, dlouhé hovory netoleruje a naslouchadlo ke zlepšení kvality života odmítla. Nejsem si jistá, zda žije samotářským životem dobrovolně, nebo zda byla do této pozice „donucena“ tinitem. Na samotu ani osamělost si nestěžuje, ba co víc, vyhovuje jí.

Kvalita života u pacientů s tinitem je název čtvrté kategorie. Pojem „kvalita života“ nelze jednoznačně definovat, jelikož každý obor na něj pohlíží ze svého úhlu pohledu. Vágnerová (2008) udává, že se k jeho charakteristice užívá subjektivní míra spokojenosti – hodnocení člověka, do jaké míry nemoc zatěžuje jeho život a do jakých oblastí života zasahuje. Holmes a Padgham (2009) uvádí, že snížená kvalita života souvisí spíše s psychickým zpracováním tinitu, než s jeho audiologickými charakteristikami. Na tom, že tinitus nemá žádný pozitivní dopad na kvalitu života, se

shodli všichni respondenti i odborná literatura. Soubor negativ je ale pestrý. Potíže s usínáním, někdy i se spánkem, provází každý tinitus. Všichni respondenti tento problém určitým způsobem zvládli sami. Nejlepším řešením je únava po celodenní práci, kdy vyčerpanost navodí spánek rychle. Pouze R4, která je nejstarší, chodí o dvou francouzských holích, bydlí v pečovatelském domě a přes den nevyvíjí velkou fyzickou aktivitu, užívá pravidelně na noc léky na spaní (Trittico), po kterém usíná a spí dostatečně. Ztráta ticha má dále za následek u každého z respondentů problém s koncentrací, podrážděnost, nervozitu a částečnou ztrátu sluchu. Na poslední problém se nabalují další obtíže, jako je: nutnost odezírat ze rtů u R5, zhoršená komunikace u R2, R3, R4 a narušení koníčků u R5 a R6. Oba dva posledně zmiňovaní respondenti se s tímto handicapem vyrovnali rozdílně. R5 přestal úplně navštěvovat koncerty, poslech hudby řeší doma sluchátky nebo čtyřmi reproduktory, rozmístěnými v každém rohu pokoje. To R6 chodí na koncerty dál, i když už to, dle jeho slov „není ono“. Častější bolest hlavy popisuje R1. Tato respondentka dává do přímé souvislosti tinitus a bolest hlavy, ale možná, že bolest hlavy je vyvolána spíše nedostatkem spánku a zvýšenou iritabilitou.

Pátou, poslední kategorií vytyčenou z rozhovorů s pacienty je: Informovanost pacienta. Obsahuje tři podkategorie – komunikace se sestrou, komunikace s lékařem a jiný zdroj informací. Ke komunikaci se sestrou dochází v ORL ambulanci při vyšetření, při léčbě je to spíše sestra z ORL oddělení. Komunikace při vyšetření má spíše edukativní charakter. Nejdůležitější z vyšetřovacích metod, prováděných v ORL ambulancích, je audiometrie. Zde závisí pravdivost výsledku (audiogramu) na komunikačních dovednostech sestry. Příprava pacienta je hlavně psychická, kdy sestra podrobně vysvětlí průběh vyšetření, co se od pacienta očekává a získá si jeho spolupráci (Nováková, 2011). Všichni respondenti se shodují na účinné edukaci sestrou při audiometrii. Sestra jim sdělila podrobný popis toho, co se „bude dít“, co se od nich očekává, co mají dělat a jak se chovat. Odběr krve je dnes nespíš nejčastější vyšetřovací metodou a najít v populaci člověka nad 50 let, který by nikdy nepodstoupil odběr krve, je, myslím si, nemožné. Hlavní osobou, zajišťující odběr krve, je všeobecná sestra. Respondenti shodně vypovídají o tom, jak je sestra poučila, že je informovala co dělá a jak mají spolupracovat oni. Při léčbě nejčastěji komunikuje pacient se sestrou při aplikaci vasodilatačních infuzí. Léčbu řídí lékař, ale aplikaci provádí téměř vždy

zkušená sestra, na které záleží, jestli léčba bude probíhat správně (Slezáková, 2008). Respondenti vesměs chválili zdravotnický personál, shodně vypovídali o jejich schopnostech jak komunikačních tak praktických. Komunikace pacienta s lékařem je nedílnou složkou jak při vyšetření, tak při léčbě tinitu. Ošetřující lékař má určitě rozhodující podíl na sdělení diagnózy, prognózy, prováděných vyšetření i léčbě. K vyšetření tinitu patří v první řadě sběr anamnézy (Sila, 2011), který ale respondenti neuváděli. Domnívám se, že otázky lékařů, týkající se charakteristiky tinitu, etiologickými faktory apod. nebyly brány jako vyšetřovací metoda. Respondenti uváděli na prvním místě audiometrii, poté otoskopii, zobrazovací metody, odběry krve a konziliární vyšetření. Kabátová a Profant (2012) uvádějí ještě vyšetření BERA = evokované potenciály mozkového kmene a otoakustické emise. Sila (2011) uvádí kromě výpočetní tomografie (podstoupil R1, R2, R3 a R6) a magnetické rezonanci (podstoupil R5) ještě ultrazvuk magistralních tepen, který neuvedl žádný respondent. Znepokojující byla výpověď R3, který uvedl dlouhodobou neinformovanost o své nemoci. Udává dvouroční lhůtu, než se náhodně dozvěděl z internetu, že jeho pískání se nazývá tinitus a je téměř nevléčitelný. Otázkou zůstává, zda mu lékaři opravdu tuto diagnózu nesdělili, nebo pro přemíru vstupních informací, obavy z následné hospitalizace na ORL oddělení, byly tyto informace vytěsněny – zapomenuty. Vágnerová Marie (2008) toto vytěsnění nazývá obrannou reakcí člověka na stres. Lékaři u všech respondentů nasadili medikamentózní terapii, pokud jejich zdravotní stav dovolil tak vasodilatační terapii a psychologickou terapii. Žádný z respondentů neuvádí eliminační terapii a edukaci o dodržování zásad zdravého způsobu života. Myslím, že problém bude stejný jako u vyšetření anamnézy (viz výše), kdy rady lékaře nebyly brány jako léčba. Alternativní léčba nebyla nabízena, snad z důvodu neinformovanosti, snad z její nedostupnosti či preferování klasické léčby. Tuto léčbu (akupunkturu) vyzkoušela R2 s pozitivním výsledkem, ale bohužel ne trvalým – zbavila se tinitu na tři měsíce. O akupunktuře se dozvěděla na internetu. Kromě R4 si všichni respondenti dohledávali informace na internetu, R2 uvedla ještě lékařské slovníky.

Druhou částí výzkumného šetření byly rozhovory se všeobecnými sestrami z ORL ambulancí. Věk sester se pohybuje od 37 do 57 let. Průměrný věk je 45 let. Délku praxe ve zdravotnictví mají od 18 do 38 let, průměr je 26 let. V ORL ambulanci pracují od 2,5 do 25 let, průměrně okolo 11,5 roku. Jedna sestra má středoškolské vzdělání

s maturitou, dvě sestry středoškolské s maturitou plus PSS (jedna specializaci v chirurgii, druhá instrumentářka) a dvě jsou vysokoškolsky vzdělané s titulem Bc.

V první kategorii – Hodnocení tinitu, vznikly dvě podkategorie. První se jmenuje způsob hodnocení tinitu sestrou, kde měly sestry popsat, jak hodnotí tinitus. Thora a Goebel (2006) uvádějí, že u subjektivního tinitu člověk slyší něco, co jiní neslyší. To znamená, že ti jiní, kteří nemají tinitus vůbec nevědí, jak ten tón zní a jaký má při tom člověk pocit. S tím se ztotožňují i sestry, které obtížně hodnotí tinitus, právě pro jeho subjektivitu. Jsou odkázány na slovní popis pacienta, jeho mimiku, kterou zmínila S5, nebo, bohužel, tinitus nehodnotí (S4), protože „ten hodnotí pouze lékař“. Druhá podkategorie se věnuje dispenzarizaci tinitu. Zde sestry odpovídaly shodně s respondenty, že záleží na stadiu tinitu, jestli je v akutní nebo chronické fázi. S3 a S5 uváděly při dlouhodobém tinitu vyřazení z dispenzarizace, kdy pacienti ORL ambulanci navštíví pouze při zhoršujících se obtížích. V odborné literatuře jsem nenašla pravidla pro dispenzarizaci tinitu, je to opravdu velmi individuální, kdy nezáleží pouze na stavu tinitu a sluchu, ale i na psychickém stavu pacienta.

Znalosti sester v ošetřování pacientů s tinitem je název druhé kategorie. Tato kategorie mapuje znalosti sester dostupných vyšetřovacích metod, léčebných metod a znalosti problémů a potřeb pacientů s tinitem. Sila (2011), Zemek (2011), Hahn (2007) i ostatní odborní autoři uvádějí, že každý pacient s tinitem je podrobně a komplexně vyšetřen ORL lékařem a vždy se začíná s anamnézou. Anamnézu ve vyšetřovacích metodách nevedla S1 a S3. Důvodem bude nejspíš nezpomenutí si, protože sběr anamnézy, podle mě, provádějí dnes a denně, ať už ony nebo lékař. Dále všechny uvedly stěžejní vyšetřovací metodu, a to je audiometrie, potom tympanometrie, otoskopii uvedly S3, S4 a S5, i když přiznávají, tinitus se při ní nepozná. Kabátová a Profant (2012) dále popisují vyšetření BERA = evokované potenciály mozkového kmene, otoakustické emise a audiologické testy = SISI. Ze zobrazovacích metod udávaly znalost počítačové tomografie a magnetické rezonance. Sila (2011) uvádí ještě ultrazvuk magistrálních tepen a rentgen krční páteře. Fakt, že žádná z dotázaných sester nevedla, jako vyšetřovací metodu odběr krve, je alarmující. S2 přiznala svou manuální nedostatečnost v této otázce, kdy případné odběry krve se provádí na ORL oddělení. Provádí se standardně v ORL ambulancích odběr krve u tinitu? Z předchozího výzkumného šetření u pacientů s tinitem ale vyplynulo, že všem byla odebrána krev,

tudíž jsem toho názoru, že sestry tuto tak rutinní a rozšířenou činnost, jako vyšetřovací metodu přehlížejí. Myslím, že se tomu říká profesní slepota, kterou zmiňuje Vágnerová (2008) i Zacharová a kol. (2007). Mezi specializovaná konziliární vyšetření sestry zařadily neurologické, oční a interní vyšetření. Astl (2012) přidává vyšetření rehabilitační, psychologické nebo psychiatrické, které sestry popisovaly spíše v léčebných metodách. U otázky znalosti léčebných metod sestry správně jmenovaly medikamentózní terapii, vasodilatační terapii, psychologickou nebo psychiatrickou pomoc, S1, S2, S3 uvedly rehabilitaci, S2, S3, S4, S5 hyperbarickou oxygenoterapii. Baguley (2013) uvádí ještě alternativní léčbu. To vše jsou konzervativní způsoby léčby. Astl (2012) přidává ještě chirurgickou léčbu, která se provádí na specializovaných pracovištích. Třetí podkategorie se zabývá znalostí problémů a potřeb u pacientů s tinitem. Koress a kol. (2010) vyjadřuje následky ztráty ticha jako nedostatek spánku, odpočinku, problémy s koncentrací, zvýšenou podrážděností, problémy se soustředěním, s pracovní výkonností, s komunikací, přítomná může být frustrace, vztek, tenze a úzkost. To vše popisovaly i sestry. Uváděly shodně s Kratochvílovou (2009) sociální izolaci. S4 ještě uvedla strach z budoucnosti, v souvislosti s pracovní neschopností a poklesem financí, S2 připustila i možnou invalidizaci.

Třetí, poslední kategorie, vytyčená z rozhovorů se sestrami, se jmenuje Dovednosti sester v ošetřování pacientů s tinitem. Má pět podkategorií: dovednosti u vyšetřovacích metod, dovednosti u léčebných metod, dovednost edukace, dovednost komunikace a praktické řešení problémů a potřeb pacientů s tinitem. V první podkategorii je tou nejdůležitější vyšetřovací metodou audiometrie. Jedná se o kvantitativní vyšetření sluchu, kdy cílem je vyhledání sluchového prahu u pacientů. Příprava pacienta je hlavně psychická (Nováková, 2008). Tuto metodu ovládají všechny sestry z výzkumného souboru. Standardně se provádí otoskopie, u které sestra pomáhá upravit polohu hlavy. Slezáková (2008) uvádí, že ve většině případů nedělá otoskopie obtíže u dospělých, ale může být velmi problematická u dětí vzhledem k jejich obavám z neznámého vyšetření a obranným reflexům. Otoskopie je vyšetřovací metoda, která je v ORL ambulancích prováděna několikrát za den, a proto si myslím, že s ní sestry nemají žádný problém. Druhá podkategorie mapující dovednosti u léčebných metod zjistila, že S1, S3, S4, S5 by zvládly odběr krve, zavedení periferního žilního katétru, přípravu a aplikaci vasodilatační infuze a znají zásady pro její podání, které i zmiňují. V akutním stadiu

tinitu je infuzní terapie nejčastěji navrhovanou terapií (Thora a Goebel, 2006). Pouze S2, která pracuje v ORL ambulanci 8 let a 38 let ve zdravotnictví, přiznává svůj handicap v jakékoliv manipulaci s jehlou a případné odběry krve, nebo přípravu a aplikaci infuze by už nezvládla. Pracovala 30 let jako instrumentářka na operačním sále a tyto odborné dovednosti, které se sice učila na zdravotní škole, si nejspíš nestačila rutinně osvojit. Myslím, že nejdůležitější v úloze sestry při kontaktu s pacientem trpícím tinitem, jsou její dovednosti edukační a komunikační. Všechny dotazované sestry edukují pacienta při audiometrii, vysvětlují mu náplň jeho spolupráce. S1 se snaží mluvit nahlas, S2 z očí do očí, S3 zase volí pomalejší tempo řeči, S4 nepoužívá cizí výrazy a S5 se snaží mluvit co nejjednodušeji. Edukace zlepšuje vztahy pacientů se sestrou, která během ní projevuje jak svou kompetenci, tak empatii. Sestra nejen doplňuje „vědeckou“ edukaci lékaře, ale praktickým způsobem ji rozšiřuje a často „šije na míru“ konkrétnímu pacientovi (Juřeníková, 2010). To, zda edukace byla účinná, zjistíme zpětnou vazbou. Domnívám se, že z pouhého dotazu sestry: „Rozuměl jste tomu?“, pravdivou odpověď od pacienta vždy nedostaneme. Na tuto otázku odpoví většina, že ano, protože se stydí zeptat znovu na to, čemu neporozuměli, co nepochopili. Nejlepší je snad, aby po nás pacient opakoval instrukce, z kterých poznáme, míru znalostí. S1 a S5 uvádějí zpětnou vazbu při audiometrickém vyšetření, kterou je správná či chybná spolupráce pacienta. Poslední podkategorie mapuje, jestli sestry řeší problémy a potřeby pacientů s tinitem. V této otázce sestry shodně vypovídají o nedostatku času v ORL ambulanci, kdy opravdu není prostor k dlouhému dialogu. Holmes a Padgham (2009) tvrdí, že většina problémů způsobená tinitem, leží právě v psychosociální oblasti. A možná právě proto, pokud se pacient svěří se svým problémem, řeší ho většinou lékař psychofarmaky nebo odesláním pacienta k psychologovi či psychiatrovi. Sestry uvádí pouze malé intervence ze své strany, a to jsou projevy tolerance, účasti u S1, empatie, rady u S3, S4 se snaží u klaustrofobických pacientů nezavírat audio kabinku, S5 ukazuje zájem, porozumění. Pouze S2 má názor, že problémy pacientů řeší pouze lékař.

Z výzkumu bylo zjištěno, že sestry mají odborné znalosti i dovednosti pro ošetřování pacientů s tinitem. Snad jen S2, která má nejdelší praxi ve zdravotnictví, vykazuje znaky možného vyhoření (burn-out syndrom). Řešením by bylo přeložení na jiné pracoviště, kde by doplnila své praktické dovednosti a rozšířila si odborné znalosti.

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u nemocných s tinitem. Cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem a zmapovat odborné znalosti a dovednosti sester pro ošetřování pacienta s tinitem. Výzkumné otázky byly: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem? Jaké mají odborné znalosti sestry pro ošetřování pacientů s tinitem? Jaké jsou dovednosti sester pro ošetřování pacientů s tinitem?

Z hloubkových rozhovorů s respondenty byly zjištěny následující skutečnosti. Tinitus vzniká náhle, většinou jakoby „zničehonic“, ať už po akutraumatu, fyzické zátěži, nebo i bez žádného předcházejícího rizikového faktoru. Jeho charakter popisují jako hučení, pískání, šumění, dále monotónností a hlavně nepřetržitostí. Respondenti znají faktory ovlivňující vnímání tinitu, tím nejméně příjemným je pro ně klid, ticho. Na jakoukoliv zátěž, stres, reaguje každý člověk jinak a stejné je to s reakcí respondentů na tinitus, ať už v akutní či chronické fázi. Reakce jsou různé, od bagatelizace, zmatku, úzkostných stavů, přes dlouhotrvající distres, sociální izolaci, až po zvyknutí si, smíření se s tinitem. Důležitá je co nejmenší časová prodleva od vzniku tinitu k prvnímu odbornému ošetření. Čím dříve dojde k zahájení léčby, tím se zvyšuje pravděpodobnost zmírnění či vymizení obtíží. Z šesti respondentů vyhledalo okamžitou pomoc pět, pouze jedna měla dvouměsíční prodlevu. Z výzkumu vyplynula různorodost ORL kontrol, která závisí na tom, zda je tinitus v akutní či chronické fázi. V akutní fázi je samozřejmě dispenzarizace četnější, v chronické fázi dochází až k ročním intervalům. Negativní dopady na kvalitu života jsou četné. Respondenti udávají nejčastěji potíže s usínáním, se spánkem, nervozitou, nesoustředěností, zhoršeným sluchem, zhoršenou komunikací, nutností odezírat ze rtů a narušením koníčků. Důležitým specifikem v ošetřování pacienta s tinitem je komunikace a jeho edukace. Sestra s respondenty hovoří při audiologickém vyšetření, kdy je musí správně edukovat. Edukace při léčbě probíhá u podávání vasodilatačních infuzí, kdy jsou respondenti náležitě informováni. Samozřejmě komunikace s lékařem je pro ně stěžejní, protože od nich se dozvídají informace o své diagnóze, prognóze, léčbě atd. Zde si R3 stěžoval na neúplně podané informace od lékařského personálu, kdy „údajně“ dva roky nevěděl, že se jeho pískání

říká tinitus a že je trvalého rázu. Jako další zdroje informací respondenti uvedli internet a slovníky.

Z hloubkových rozhovorů se sestrami vyplynulo, že způsob jak hodnotit tinitus je velmi obtížné, pro jeho subjektivní charakter. Jsou odkázány na popisy pacientů, mohou si však všimnout jejich mimiky. Zazněl tu i názor, že sestra nehodnotí tinitus – pacient se svěřuje pouze lékaři. V otázce dispenzarizace sestry správně udávaly intervaly, podle toho, zda se jedná o tinitus akutní či chronický. U vyšetřovacích metod sestry projevily znalosti audiometrie, tympanometrie, správně udávaly zobrazovací metody, sběr anamnézy na prvním místě, dále otoskopické vyšetření i specializovaná neurologická, oční i interní vyšetření. Léčebné metody uváděly nejčastěji konzervativní: léková forma, vasodilatační terapie, psychologická nebo psychiatrická pomoc, rehabilitační terapie a hyperbarická komora. Neudávaly operační řešení či alternativní způsoby léčby nejspíše z důvodu jejich nevyužívání v ORL ambulancích. Sestry popisovaly problémy a potřeby pacientů s tinitem, dokonce uvedly problémy i tam, kde si je respondent buď hůře uvědomuje či si je nespojuje s tinitem. Dovednosti sester v ošetřování pacientů s tinitem jsou na dobré úrovni, zvládají asistenci při otoskopii, sběr anamnézy i audiometrii. Až na jednu sestru zvládají odběry krve, zavedení periferního žilního katétru i podání vasodilatačních infuzí. Mají komunikační i edukační dovednosti. Při rozhovorech popisovaly spíše verbální složku komunikace, kdy neverbální složku opomíjely, zřejmě z důvodu neuvědomění si jejího současného průběhu s mluveným slovem. U praktického řešení problémů pacientů s tinitem sestry uvedly časovou tíseň v ORL ambulanci, která jim nedovolí vést s pacienty delší dialogy – to nechávají na lékařích, kterým se pacient nejvíce svěřuje. Jejich jediným způsobem tak zůstává projev empatie, účasti, zájmu, porozumění a tolerance.

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

ASTL, Jaromír, 2012. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: pro bakaláře, obor ošetrovatelství*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 138 s. ISBN 978-80-246-2053-4.

ALPINI, Dario a Antonio CESARANI, 2006. Tinnitus as an Alarm Bell: Stress Reaction Tinnitus Model. *ORL* [online]. **68**(1): 31-37 [cit. 2015-12-08]. DOI: 10.1159/000090488. ISSN 1423-0275. Dostupné z: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000090488>.

BAGULEY, David, 2013. *Tinnitus: a multidisciplinary approach*. 2nd ed. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell, viii, 313 p. ISBN 140519989x.

ČESKO, NAŘÍZENÍ VLÁDY č.272/2011 Sb. o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací. [online]. 09/2011 [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?DR=SB&CP=2011s272>.

HAHN, Aleš, 2000. *Tinnitus 2000: Praha 12. října 2000*. Praha: Vesmír, 36 s. ISBN 80-85977-26-5.

HAHN, Aleš, 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 390 s. ISBN 978-80-247-0529-3.

HERDMAN, Tracy, 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009-2011*. 1. české vyd. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

HOLMES, Susan a Nigel D. PADGHAM, 2009. Review paper: more than ringing in the ears: a review of tinnitus and its psychosocial impact. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2927-2937. ISSN 1365-2702.

HYBÁŠEK, Ivan a Jan VOKURKA, 2006. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 426 s. ISBN 80-246-1019-1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KABÁTOVÁ, Zuzana a Milan PROFANT, 2012. *Audiológiá*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4173-4.

KLOZAR, Jan, 2005. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 224 s. ISBN 80-7262-346-x.

KORRES, Stavros a kol., 2010. Tinnitus Retraining Therapy (TRT): Outcomes after one-year treatment. *International Tinnitus Journal*, **16**(1), 55-59. ISSN 0946-5448.

KRATOCHVÍLOVÁ, Kristina, 2008. Tinnitus a partnerské vztahy. *Gong*, **37**(11), s. 50. ISSN 0323-0732.

KULKA, Jiří, 2007. Tinnitus v perspektivě klinické psychologie, psychoterapie a rehabilitace. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*, **14**(1), 49-52. ISSN 1338-7030.

MARIEB, Elaine Nicpon a Jon MALLATT, 2005. *Anatomie lidského těla*. Vyd. 1. Brno: CP Books, xvi, 863 s. ISBN 80-251-0066-9.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.

MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd.2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 235 s. ISBN 978-80-247-3422-4.

PALUŠKOVÁ, Monika a Terézia KRČMÉRYOVÁ, 2013. Ošetrovatelská péče v hyperbarické komoře. *Sestra*, **23**(3), s. 30.-31. ISSN 1210-0404.

PALUŠKOVÁ, Monika, 2013. Specifické intervence sestry v HBOT. *Sestra*, **23**(1), s. 30.-31. ISSN 1210-0404.

PARKER, Steve, 2013. *Lidské tělo: jak to funguje - fakta a zajímavosti*. 1. vyd. Praha: Fragment, 40 s. ISBN 978-80-253-1742-6.

- PAVLÍKOVÁ, Pavla, 2010. *Podklady pro praktická cvičení v ošetrovatelských postupech*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 166 s. ISBN 978-80-246-1835-7.
- RIGUTTI, Adriana, 2006. *Ilustrovaný atlas anatomie*. 1. vyd. Praha: Sun, 239 s. ISBN 80-7371-142-7.
- ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ, 2014. *Somatologie: učebnice*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 259 s. ISBN 978-80-7478-514-6.
- SILA, Peter, 2011. Tinitus v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, **8(9)**, s.386.-390. ISSN 1214 8687.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2008. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 213 s. ISBN 9788024725062.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA, 2003. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- THORA, Carl a Gerhard GOEBEL, 2006. *Tinitus: 100 otázek a odpovědí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 100 s. ISBN 80-7254-739-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2006. *Velký lékařský slovník*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, xv, 1017 s. Jessenius. ISBN 80-7345-105-0.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 272 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3420-0.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZEMEK, Rudolf, 2011. *Migréna a tinnitus: možnosti alternativní léčby*. Vyd. 1. Praha: Meduňka, 119 s. ISBN 978-80-904750-4-5.

8. PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Anatomie lidského ucha

Příloha 2 – Příklady hluku

Příloha 3 – Příčiny tinitu

Příloha 4 – Povolení k výzkumnému šetření

Příloha 5 – Otázky pro pacienty s tinitem

Příloha 6 – Otázky pro sestry z ORL ambulancí

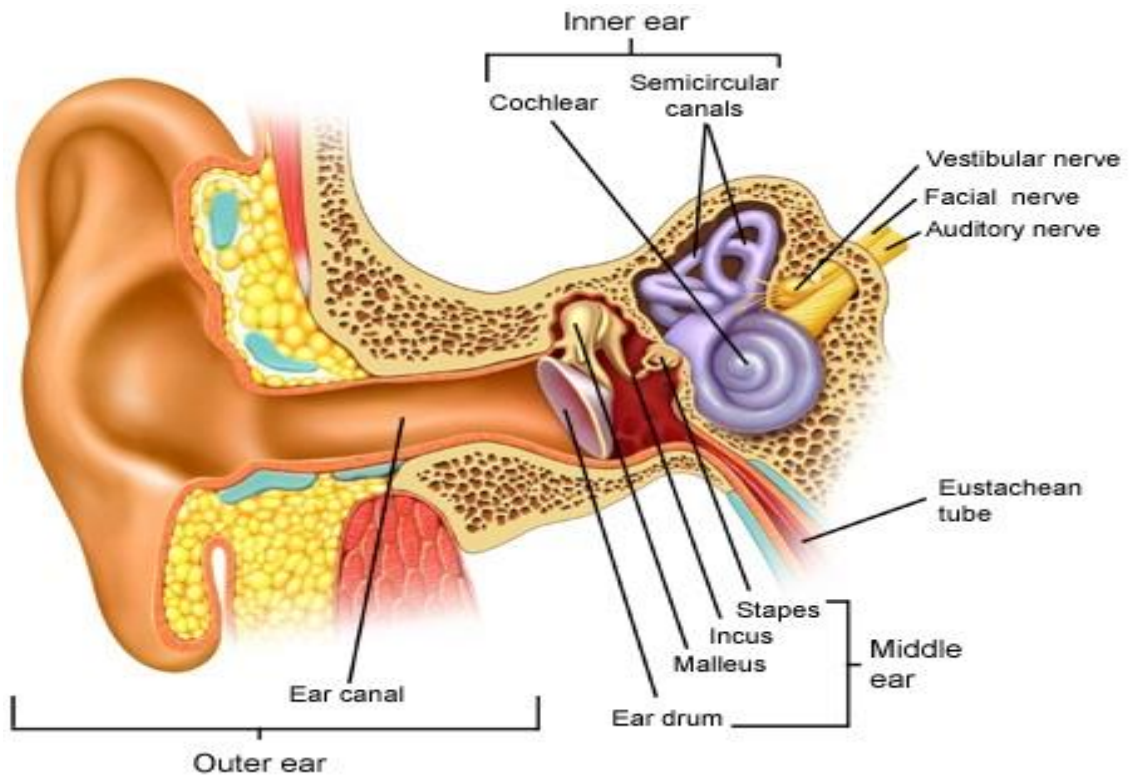
Příloha 7 – Přepis rozhovorů (uloženo na CD)

Příloha 8 – Technika kódování

Příloha 9 – Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s pacienty trpící tinitem

Příloha 10 – Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami z ORL amb.

Příloha 1: Obrázek 1 – Anatomie lidského ucha



Zdroj: RIGUTTI, Adriana, 2006. *Ilustrovaný atlas anatomie*. 1. vyd. Praha: Sun, 239 s. ISBN 80-7371-142-7.

Příloha 2: Příčiny tinitu

Příčiny tinitu – Ušní choroby:

- mazová zátka a cizí těleso v zevním zvukovodu, kostní výrůstek zvukovodu (exostóza), poškození bubínku
- záněty středního ucha (mezititidy) – zvláště chronické záněty
- záněty vnitřního ucha (labyrinthitidy)
- neprůchodnost sluchové (Eustachovy) trubice
- stařecká nedoslýchavost neboli presbycusis
- profesionální nedoslýchavost vznikající nadměrným hlukem a vibracemi
- Meniérova choroba – nemoc, jejímž podkladem je pravděpodobně porucha rovnováhy tekutin ve vnitřním uchu, zpravidla přetlak – hydroks labyrinthu. Projevuje se záchvaty závratě s nevolností, tinitem a později trvalou poruchou sluchu (Astl, 2012)
- otoskleróza – onemocnění charakterizované přestavbou kostních částí středního ucha a někdy i vnitřního ucha a jejich poškozením
- nádory, zejména tumor VIII. hlavového nervu (nervus statoacusticus)
- úrazy – otřesy a zlomeniny lební spodiny a poranění mozku

Srdečněcévní choroby:

- ateroskleróza – onemocnění tepen („kornatění“)
- vysoký krevní tlak (hypertenze)

Nemoci látkové výměny (metabolické poruchy)

- zvýšená hladina krevních tuků (hyperlipidémie)
- cukrovka (diabetes mellitus)
- snížená funkce štítné žlázy (hypotyreóza)
- zvýšená funkce štítné žlázy (hypertyreóza)
- nedostatek vitamínů, zinku aj.

Neurologické poruchy:

- choroby krční páteře (vertebrogenní onemocnění)
- poruchy prokrvení mozku (snížení až uzávěr cév, krvácení)
- úrazy hlavy a krku

- roztroušená skleróza (sclerosis multiplex)
- stavy po zánětu mozkových blan (menigitidě), po zánětech nervové tkáně
- nádory (příklad: nezhoubný nádor schwannom)

Dlouhodobé užívání léků:

- aspirin, nesteroidní antirevmatika, chinin, těžké kovy
- ototoxická antibiotika

Zubní poruchy:

- postižení čelistního kloubu (degenerativní onemocnění)
- poruchy skusu a postavení zubů
- chorobně prodloužený styloidní výběžek (jde o trn spánkové kosti, na který se upínají některé krční svaly a vazy)

Psychiatrická onemocnění:

- porucha adaptace na stres
- deprese
- úzkostné stavy (anxieta)
- kouření, užívání drog, aj.

Různé:

- systémová choroba přestavby kostí (Pagetova nemoc)
- kombinace uvedených poruch

Zdroj: HAHN, Aleš, 2000. *Tinnitus 2000: Praha 12. října 2000*. Praha: Vesmír, 36 s.
ISBN 80-85977-26-5.

Příloha 3: Tabulka 1 – Příklady hluku

dB	Příklady hluku
0 dB	Práh zvuku, slyšení
10 dB	Šelest listů na stromech (při velmi slabém vánku)
20 dB	Volná příroda a bezvětří
20 dB	Padající listů
30 dB	Velmi tichý pokoj (např. ložnice)
40 dB	Běžné hlukové pozadí
50 dB	Normální bavení se mezi sebou
50 dB	Mírný déšť
55 dB	Televizor při běžné hlasitosti
60 dB	Hlasité bavení se mezi sebou
60 dB	Myčka nádobí
70 dB	Potlesk v sále
70 dB	Zvuk klávesnice
70 dB	Pračka
70 dB	Trvalý dlouhodobý zvuk nad tuto hranici má negativní vliv na zdraví
75 dB	Spláchnutí toalety
75 dB	Rychlovarná konvice (před varem, pak se ztiší)

80 dB Křik

80 dB Vysavač (jak který, většina spíše méně)

80 dB Osobní auto v městském provozu

90 dB Nákladní auto v městském provozu

90 dB Jedoucí vlak

100 dB Maximální řev motorky

100 dB Řetězová motorová pila

110 dB Sbíječka

110 dB Rockový koncert

130 dB Start tryskového letadla

130 dB Práh bolestivosti, hrozí poškození sluchu při náhlém zvuku nad 130dB

140 dB Výstřel děla z bezprostřední blízkosti

Zdroj: KABÁTOVÁ, Zuzana a Milan PROFANT, 2012. *Audiológi*a. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4173-4.

Příloha 4: Povolení k výzkumnému šetření

Hlavní sestra
Bc. Dana Běhounová

1. 2. 2016

Věc: žádost o povolení výzkumného šetření k bakalářské práci

Šetření se bude týkat pacientů trpící tinitem a sester z ORL ambulance. A to od 8. 2. - 25. 3. 2016.
Bude probíhat formou rozhovorů s pacienty a sestrami.

Téma: Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tinitem.

Děkuji,
s pozdravem

Pánková Zuzana

11. 5. 2016 Janklová

Bc. BĚHOUNOVÁ Dana



Příloha 5: Otázky pro pacienty s tinitem

1. **Pohlaví. Věk.**
2. **Jak dlouho se u vás tinitus projevuje?**
3. **Kdy jste lékaře navštívil/a poprvé od vzniku tinitu?** Jak často navštěvujete ORL ambulanci?
4. **Jaké byly první příznaky tinitu?** Jak jste se cítil/a? Pohyboval/a jste se v hlučném prostředí? Udála se u vás nějaká stresující událost v době vzniku tinitu?
5. **Jak jste reagoval/a na tinitus?** Jaké pocity ve vás tinitus vyvolává?
6. **Je něco, co ho zhoršuje?** Kdy je tinitus nejintenzivnější? Je to jeden přetrvávající zvuk, nebo kombinace více zvuků? Projevuje se u vás tinitus permanentně či přerušovaně?
7. **Jaké vyšetřovací metody byly u vás provedeny?** Jakou roli měla sestra při vyšetření? Poučila vás a jak?
8. **Jak jste obdržel/a informace o tinitu?** (lékař, sestra, internet...srozumitelnost, čas, empatie...vyčerpávající, postačující, nedostatečné...)
9. **Jak probíhal/a vaše léčba?** Jaké metody či léky jste využíval/a? Co vám nejvíce pomohlo? Dbáte na rady a názory lékařů, sester? Při aplikaci

vasodilatačních infúzí – Jak vás sestra poučila? Dala vám prostor pro otázky?

Jak se chovala? (empatie....)

10. Víte o nějakých jiných možnostech (i alternativních) léčby tinitu? O jakých?

Řekl/a vám o nich lékař, sestra?

11. Jak ovlivnil tinitus kvalitu vašeho života? Do jaké míry vám tinitus brání

vykonávat každodenní činnosti? Jaké problémy jsou s ním nejčastěji spojeny?

Co vám pomáhá před usnutím a během noci? Mohl/a byste o svém tinitu říci, že s sebou přinesl i nějaká pozitiva?

12. Byl/a jste někdy u psychologa? Máte nějaké rituály, strategie, které vám

pomáhají tinitus zmírnit, odvést od něj pozornost? Máte pocit, že máte tinitus pod kontrolou?

Zdroj: vlastní

Příloha 6: Otázky pro sestry z ORL ambulancí

- 1. Pohlaví. Věk. Vzdělání. Pracoviště.**
- 2. Jak dlouho pracujete na tomto místě?**
- 3. Jak často navštěvují pacienti s tinitem ORL ambulanci?**
- 4. Jak hodnotíte tinitus u pacienta?**
- 5. Jaké vyšetřovací metody u tinitu znáte?**
- 6. Jaké vyšetřovací metody u tinitu ovládáte a provádíte?**
- 7. Jaký máte prostor pro hovor s pacientem? Jak hovor probíhá?**
- 8. Do jaké míry se zajímáte o jeho psychickou stránku? Jak řešíte psychické problémy pacienta?**
- 9. Jaké další problémy či potřeby má podle vás pacient s tinitem?**
- 10. Jaké léčebné metody znáte? Jak se zapojujete při léčbě pacientů s tinitem?**

Znáte zásady vasodilatační terapie? Zvládla byste odběr krve, zavést periferní žilní katétr?
- 11. Jakým způsobem edukujete pacienta? Vysvětlujete mu vše srozumitelně?**

Máte zpětnou vazbu?
- 12. Jak se vzděláváte v problematice tinitu?**

Zdroj: vlastní

Příloha 8: Technika kódování

Respondent 6

1. Pohlaví, Věk.

1 Muž, 51 let.

2. Jak dlouho se u vás tinitus projevuje?

2 Od prosince 2015.

3. Kdy jste navštívil poprvé lékaře od vzniku tinitu?

3 Navštívil jsem ho hned. Mně se to stalo něk 23 nebo 24 prosince, takže jsem po Vánocích navštívil lékaře. Pak jsem byl po měsíci, no a teď v březnu jsem dostal termín za 4 měsíce.

4. Jaké byly příznaky tinitu?

5 Šel jsem doprovodit kluka na nádraží a náhle, zničehonic, a najednou to vzniklo. Přestal jsem
6 slyšet na pravý ucho asi na 5 minut, pak se mi sluch vrátil a pak znovu postupně ztrácel. Bylo
7 to na dvě fáze, ale úplná hluchota to není. Na pravý ucho slyším jako vzdálený tóny.

Pohyboval jste se v hlučném prostředí?

8 Ne, dělám vrátného.

Udělala se u vás nějaká stresující událost v době vzniku tinitu?

9 Ne.

5. Jak jste reagoval na tinitus?

10 Cítil jsem se jako bych byl pod vodou. Strašně divnej pocit to byl pro mě, bláznivej. Nevěděl
11 jsem, co se děje. Bylo to protivný, nemohl jsem spát.

6. Je něco, co ho zhoršuje?

12 Ne. Jen třeba když je den, je trošku hluk kolem mě, tak to moc neslyším, až když se zklidním,
13 jdu spát, tak to slyším v noci.

Je to jeden přetrvávající zvuk, nebo kombinace více zvuků?

14 Je to jeden přetrvávající zvuk, jako když hodíte Celaskon do vody, tak to tak šumí. Je to
15 nepřerušovaný zvuk.

7. Jaké vyšetřovací metody byly u vás provedeny?

16 Tak to bylo audio, to jsem mačkal ty tlačítka, potom tympano. Předtím se mi ještě podíval do
17 těch uší. Pak mě poslal doktor na ORL do nemocnice - tam mi to všechno zopakovali. Jo
18 potom mi dělali CT vyšetření a viděl mě po něm neurolog, no a to mám všechno v pořádku.

Jakou roli měla sestra při vyšetření? Použila vás? Jak?

Zdroj:vlastní

Příloha 9: Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s pacienty trpící tinitem

Kategorie: Charakteristika tinitu

Vznik: náhlý R1/9; R4/6; R5/8; R6/5

akutrauma R3/3

po fyzické zátěži R2/19

Charakter tinitu: hučení R1/9; R2/19; R4/5,10

pískání R3/5,9; R5/11,30

šumění R6/14

nepřetržitost R1/12; R2/42; R3/15; R4/19; R5/24,30; R6/15

monotónnost R1/12; R2/39; R3/15

Faktory ovlivňující tinitus: ticho R1/31; R2/41; R3/14; R4/7; R5/16; R6/16

stres R2/66, 67; R5/54-55

fyzická zátěž R2/67

hluk R3/12

léky R4/18

Kategorie: Dispenzarizace tinitu

První ošetření: ihned R2/5; R3/3, 4; R4/11; R5/3; R6/3

časová prodleva R1/3-4

Četnost ORL kontrol: po měsíci R1/6

po třech měsících R2/15; R4/3-4

po čtyřech měsících R3/8; R6/4

dle potřeby R5/3

Kategorie: Reakce na tinitus

Akutní tinitus: bagatelizace R1/3; R3/11

zmatek R2/26; R5/10; R6/10

nelibost R1/11; R2/23,32; R4/7,35; R6/11

podrážděnost R1/28; R6/42

úzkost R1/36-37; R6/10-11

Chronický tinitus: zvyknutí R2/35; R4/19,35; R6/48

smíření R3/46; R5/56-57

sociální izolace R4/39

dlouhotrvající distres R2/35-36

Kategorie: Kvalita života u pacientů s tinitem

Dopad pozitivní: žádný R2/119; R3/43; R5/53; R6/46

Dopad negativní: potíže s usínáním, se spánkem R1/28,29,31; R2/34-35,91; R3/36;
R4/7,36

nervozita, podrážděnost, nesoustředěnost R1/28; R2/111,120,123;
R4/39; R5/54-55; R6/42

bolest hlavy R1/28

zhoršený sluch R1/7; R3/36,40; R4/39; R5/10,48

zhoršená komunikace R2/102; R3/41; R4/38

odezírání ze rtů R5/19,25

narušení koníčků R5/12-14,49; R6/36-37

Kategorie: Informovanost pacienta

Komunikace se sestrou: odběry R1/18; R3/20; R6/28-29

audiometrie R1/22; R2/54; R3/21; R4/20,25; R5/37-38; R6/19

vasodilatační terapie R1/19-21; R2/76; R3/33-34

Komunikace s lékařem: R1/23; R2/53,59-61; R3/26-27,29; R4/11,21,27,30-31; R5/39;
R6/17,22

Jiný zdroj informací: internet R3/26; R5/40; R6/23

slovníky R2/11,58

Zdroj: vlastní

Příloha 10: Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami z ORL amb.

Kategorie: Hodnocení tinitu

Způsob hodnocení tinitu sestrou: slovní popis S1/5; S2/6; S3/6; S5/6

mimika S5/6-7

žádné hodnocení S4/5

Dispenzarizace: pravidelné kontroly S1/3; S2/3; S3/3; S4/3-4; S5/4

dle potřeby S3/5; S5/5

vyřazení S3/5; S5/5

Kategorie: Znalosti sester v ošetřování pacientů s tinitem

Vyšetřovacích metod: anamnéza S2/8; S4/6; S5/9

otoskopie S3/7; S4/6; S5/9

audio, tympano S1/6; S2/7; S3/7; S4/6; S5/9

CT, MR S1/6; S2/13; S3/8; S4/6,7; S5/9-10

neurologické, interní, oční S1/6; S2/13; S3/9; S4/6,7; S5/10

Léčebných metod: léky S1/22; S2/14; S3/20; S4/18; S5/25

vasodilatační terapie S1/22; S2/14; S3/20; S4/18; S5/25

rehabilitace S1/23; S2/14; S3/21

psychologická, psychiatrická podpora S1/22; S2/15; S3/20; S4/19;
S5/26

hyperbarická komora S1/16; S3/22; S4/18; S5/26

Znalosti problémů, potřeb pacientů s tinitem:

problém se spánkem, usínáním S1/16; S2/6-27; S3/16; S4/15; S5/19

výkyvy nálad až plačtivost S1/16; S3/18; S4/12; S5/16,24

vyčerpanost, nesoustředěnost S2/26; S3/18,19

sociální izolace S1/21; S2/37; S4/17; S5/22

invalidizace, strach z budoucnosti a finanční tísně S2/38; S4/16,17

Kategorie: Dovednosti sester v ošetřování pacientů s tinitem

Dovednosti u vyšetřovacích metod: sběr anamnézy S2/8; S4/8; S5/11

asistence u otoskopie S1/8

audio, tympano S1/8; S2/7; S3/10; S4/8; S5/11

Dovednosti u léčebných metod:

zvládnutí odběru krve S1/29; S3/25; S4/22; S5/28

zavedení periferního žilního katétru S1/29; S3/25; S4/22; S5/28

příprava, aplikace a edukace u vasodilatační infuze S1/27,28; S3/25-27; S4/22-23;
S5/28

nezvládnutí S2/48-49

Dovednost edukace: nepoužívat cizí výrazy S4/27

uzpůsobení řeči mentální výši pacienta S4/25

vysvětlení audiometrie S1/30; S2/19; S3/12; S4/24; S5/29

zpětná vazba - dotazem S1/33; S2/51; S4/26; S5/31

- následnou správnou spoluprací S1/34; S3/33-34;

S5/32

Dovednost komunikace: hlasitá mluva S1/32

pomalejší tempo řeči S3/30; S4/26; S5/29

srozumitelnost, zřetelnost S3/33; S4/26; S5/30

hovor z očí do očí S1/32; S2/50; S4/27

opakování S1/25

Praktické řešení problémů, potřeb pacientů s tinitem:

projev empatie, příznění, účasti, zájmu, porozumění, tolerantnosti, ohleduplnosti
S1/14-15; S3/13; S4/21; S5/15

při klaustrofobii nezavírat audio kabinku S4/13-14

neřešení S2/23

Zdroj: vlastní