

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Uspokojování potřeby komunikace u pacientů
s poruchou sluchu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce

Mgr. Otásková Jitka

Rok

2007/2008

Student

Erika Holarová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Uspokojování potřeby komunikace u pacientů s poruchou sluchu na ORL vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. 11. 2007

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Jitce Otáskové za profesionální rady a vedení bakalářské práce.

Abstrakt:

The work was elaborated on the topic: Satisfaction of communication needs in patients with hearing disorder at ORL. Hearing disorders are most frequent diseases. Hearing goes impairing from puberty in human. In order that the nurse working at ORL can understand patients with hearing disorders, she must first understand their thinking and experiencing. Communication with such patients is very various and depends on the degree of seriousness of the hearing disorder with which the patients arrive to the hospital. The satisfaction of communication needs is integral part of nursing process. If the nurse conducts a conversation with the patient, she must pay attention not only to what the patient tells her, but she pays attention also to his nonverbal expression because it can indicate more than his verbal expression to the nurse. The nurse always selects suitable form of communication, which contributes to understand the patient. We have elaborated two types of questionnaires, for nurses and for patients. Both types included basic identification questions and further questions were directed so that we could find out whether the communication needs are being satisfied. From the data results obtained from the nurses, we found out that communication with patients with hearing disorders is not satisfied. It is confirmed also by the results of the questionnaires we had handed out to the patients. The hypotheses of our work was: The communication needs is more satisfied to clients with hearing disorders at ORL wards than at ORL outpatients' department. This hypotheses is confirmed through the data obtained from the patients and the nurse.

The work can be used for education of nurses of the Faculty of health and Social Studies and for improvement of nursing care performed by nurses working at the ORL ward and outpatients' department.

Úvod	2
1. Současný stav dané problematiky	
1.1 Komunikace	3
1.2 Komunikace verbální mezi sestrou a pacientem.....	4
1.3 Co napoví sestře neverbální komunikace.....	5
1.3.1 <i>Proxemika, Teritorialita</i>	6
1.3.2 <i>Mimika</i>	8
1.3.3 <i>Pohledy</i>	9
1.3.4 <i>Gestikulace</i>	11
1.3.5 <i>Haptika</i>	12
1.3.6 <i>Posturika</i>	13
1.3.7 <i>Kinetika</i>	13
1.4 Komunikace sestry se sluchově postiženým.....	14
1.5 Krátce o ORL.....	17
1.6 Vyšetření sluchového ústrojí.....	17
1.6.1 <i>Vyšetření pomocí řeči</i>	18
1.6.2 <i>Audiometrie</i>	19
1.6.3 <i>Tympanometrie</i>	20
1.6.4 <i>Asistence sestry při vyšetření ušních šelestů</i>	21
1.7 Poruchy sluchu a jeho vady.....	21
2. Cíl práce a hypotézy.....	23
2.1 <i>Cíl práce</i>	
2.2 <i>Hypotéza práce</i>	
3. Metodika při sběru dat použité techniky.....	24
3.1 <i>Metodika výzkumu</i>	
3.2 <i>Charakteristika sledovaného souboru</i>	
4. Výsledky.....	25
5. Diskuze.....	76
6. Závěr.....	85
7. Seznam použité literatury.....	86
8. Klíčová slova.....	88

9.Přílohy.....	89
-----------------------	-----------

Úvod

Poruchou sluchu může začít trpět jakýkoli člověk, tedy kdokoli z nás. U zdravého člověka dochází k postupnému zhoršování sluchu již od jeho puberty. S postupem času se může stát, že sice slyší, ale nerozumí dobře, kdo co říká. Tento stav nezačíná najednou, dotyčný přestává slyšet na místech, kde je větší ruch či více lidí. Právě tento fakt, že porucha sluchu není náhlá, ale velmi postupná, zhoršující se několik let či desetiletí, vede mnoho lidí k tomu, že si své problémy se sluchem nemusejí ani všimnout. Tento stav nevnímají jako problém či nějakou poruchu sluchu, ale považují to za normální vývoj při stárnutí. Mnoho lidí se také za svoji poruchu a za to, že musejí nosit naslouchadla stydí, přestože dnešní naslouchadla jsou miniaturní a zvenku téměř neviditelná. Proto, aby sestra mohla pochopit pacienty s poruchou sluchu, měla by nejdříve pochopit jejich myšlení a prožívání. Komunita pacientů s poruchami sluchu je velmi různorodá, rozsah druhu a stupně těchto vad je velice široký a stejně tak osobnost a potřeby pacientů. Tito pacienti s poruchami sluchu neboli komunita neslyšících a nedoslýchavých není skupinou zdravotně postižených, ale tvoří menšinu jazykovou a kulturní, jelikož znakový jazyk v dnešní době je rovnocenný jazyku mluvenému. Znakový jazyk má svoji historii, ale také vývoj, gramatiku a znakovou zásobu, proto se stává mateřským jazykem většiny neslyšících a nedoslýchavých pacientů. Uspokojování jejich potřeby komunikovat je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu.

1. Současný stav dané problematiky

1.1 Komunikace

Komunikace je nástroj pro dorozumívání a myšlení. Je univerzálním jevem lidské společnosti a podmínkou existence každého sociálního systému. Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*. Komunikace je společenský proces, proto užíváme pojem sociální komunikace. Také ji lze definovat v užším slova smyslu jako interakci mezi dvěma nebo vícero lidmi, přičemž se navzájem mohou, ale také nemusí tyto lidé poznat. Při této komunikaci hraje velkou roli komunikace neverbální, jelikož vzájemně registrujeme pohyby, polohu těla, gestikulaci či jiné další důležité prvky neverbální komunikace (14).

V širším slova smyslu můžeme komunikaci chápat jako výměnu informací, kdy odesíláme a přijímáme zprávy. Komunikace je důležitá nejen pro získávání informací, ale také pro upokojování potřeby člověka, dorozumění, ale i k vzájemnému porozumění.

Komunikace v ošetřovatelství je permanentní proces, proto je důležité při něm být neustále ve střehu, uvědomovat si, že komunikuji a tím na ostatní působím, dělám dojem a ovlivňuji je. (14)

S pomocí komunikace na sebe navzájem působíme s druhými lidmi a poskytujeme jim možnost, aby poznali oni nás. Interpersonální komunikace hraje velkou úlohu například při zjišťování anamnézy pacienta, když žádáme o zaměstnání či při nějakém pohovoru. Prostřednictvím komunikace v malé skupině lidí na sebe vzájemně působíme s ostatními členy hovoru v rámci dané skupiny. (12)

Komunikovat neznamená pouze „mluvit“. Při správně vedené komunikaci s pacientem musí sestra vědět, co chce říct a kdy danou věc chce říct, to znamená odhadnout, zda je správný čas pro předání informace. Dále musí vybrat vhodné místo, kde se má rozhovor mezi ní a pacientem odehrávat a jak nejlépe informaci předat, ne vždy jsou sdělované informace pro pacienta zcela jasné, proto musí sestra mluvit srozumitelně, pomalu a své sdělení nekomplikovat. V přiměřené míře by měla dodržovat oční kontakt a tím sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, zejména projevy hněvu, zmatku, úzkosti a akceptování. Vždy musí brát v úvahu pacientovi pocity, kontrolovat své neverbální projevy, kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil. Sestra by měla umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil, zeptal se na vše co mu není jasné či nesrozumitelné. Nikdy nesmí být hovor jednosměrný, vždy by měl probíhat v obou směrech. Pokud se pacienta sestra dotazuje, dává

mu tím najevo, že mu porozuměla. Po jednom či více odstavcích pacientovo řeči stručně shrne, co se od něho dověděla. Dotazem si sestra ověřuje, zda naši informaci slyšel a pochopil, aniž by to pacient mohl cítit jako disociální, naopak ocení její starostlivou péči a upřímný zájem. To co pacient sděluje sestře, je stejně důležité jako to, co sděluje sestra pacientovi. (4)

1.2 Komunikace verbální mezi sestrou a pacientem

Verbální komunikací rozumíme vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí, případně dorozumívání se jazykem. Základní jednotkou této komunikace je slovo, proto je nazývána komunikací verbální. Při této komunikaci musí vždy existovat záměr sestry něco pacientovi sdělit. Poté následuje vlastní sdělení, které je adresováno určitému příjemci, v tomto případě pacientovi. Příjemce neboli pacient se snaží o dekodování sdělení a snaží se porozumět tomu, co mu sestra říká (4).

Verbální komunikace je sociální interakce při dorozumívání se mezi příslušníky téhož druhu, předává se především prostřednictvím jazyka, v níž mají určití jedinci společnou strukturu poznání. Jsou přenášeny v procesu činnosti umožňující užívání znaků a náznaků, jejichž strukturou lze vyjádřit hodnotu sdělovaného obsahu. V mezilidské interakci se uskutečňuje především ve verbální formě, tedy ve formě řeči. Verbální komunikace vyjadřuje přesně to, co si sestra a pacient navzájem oznamují slovy. Sestra se musí vyjadřovat přesně, srozumitelně a především jasně a přiměřeně ke stavu pacienta. Obsah slov má významnou informační hodnotu (14).

Prostřednictvím slov sestra pacientům vysvětluje, vypráví a hlavně je díky nim povzbuzuje a motivuje je. Slova při rozhovoru s pacientem musí volit sestra uváženě, cíleně, ale také uvědoměle. Po jejich vyřknutí je nelze vrátit zpět, proto musí sestra vážit každého slova. Druhou stránkou verbálního projevu je uvědomění si sestry, jakým způsobem s pacientem hovoří. Zda pacient vůbec rozhovor pochopil, zda zpracoval informace, které mu sestra podala či do jaké míry sestře nerozuměl.

Sestra rozhovor s pacientem musí umět správně načasovat, při komunikaci s ním by měla používat jednoduché, krátké věty a podávat informace názorně, přičemž veškeré nejasnosti musí vždy pečlivě vysvětlit. Také by se při komunikaci s pacientem měla

vyvarovat medicínským výrazům, protože i těm by pacient nemusel porozumět a mohl by se cítit méněcenný.

Přehlednost informací zabezpečí tak, že předem pacientovi řekne, o čem bude rozhovor. Informace, které chce předat pacientovi, by měly na sebe navazovat. Nesmí pominout ani jejich shrnutí. Při každém rozhovoru se sestrou musí pacient cítit důvěru, pokud sestra chce získat pacientovu důvěru, musí se naplno obeznámit s daným problémem a mít přesné informace. Jelikož důvěryhodnost je spolehlivost informací. Při rozhovoru je také vhodné měnit pozici komunikátora a komunikanta(19).

Sestra se musí plně soustředit na podstatné informace, které chce od pacienta získat, a vynechá ty, které jsou pro ni nepodstatné nebo neúčinné. Samozřejmě to nedává pacientovi najevo tím, že ho bude neustále přerušovat při rozhovoru, ale směřuje ho tím směrem, aby se dozvěděla co nejvíce potřebných informací.

Adaptabilita v rozhovoru znamená umět pozměnit předávané informace v závislosti na tom, jak na ně pacient reaguje, jelikož se jeho nálada v průběhu projevu může kdykoli změnit. Sestra by se měla vyhnout automatickému slovnímu projevu. (12,14)

1.3 Co napoví sestře neverbální komunikace

Neverbální komunikace je mimoslovní dorozumívání společnosti, nejde však jen o mimickou stránku řeči, ale o celý komplex mimoslovních signálů. Mimoslovní způsoby komunikace vyjadřují kvality vzájemných vztahů v mezilidské interakci. Taková řeč je mnohem upřímnější než slova.

Prostřednictvím neverbální komunikace si společnost vyměňuje informace o tom, jak vnímáme sami sebe, o vlastních emocích či napětí a rozpoložení. Pomocí neverbální komunikace člověk naznačuje svůj emoční stav - jaký je, anebo jaký by chtěl být.

Neverbální komunikace je tedy komunikace beze slov. Probíhá prostřednictvím způsobů držení těla, pohledů a pohybů očí, změn vzdáleností mezi komunikujícími, výrazů obličeje, signálů ovládnutí prostoru, druhu oblečení a jeho barev, dotyků, rychlosti a hlasitosti řeči a dokonce i způsobem, jakým komunikující zacházejí s časem. (12)

Prostředky neverbální komunikace mají svůj význam při vytváření vzájemných vztahů a jejich řízení, vyjádření aktuálního prožívání, nálady a postoje, pro naznačení jak se sestře či pacientovi daří ovládat své emoce, pro ovlivňování myšlení, názorů a postojů, řízení

rozhovoru a mnoho dalších. Neverbální komunikace je tedy sdělování informací prostřednictvím řeči těla. Existuje velmi velké množství informací, jejichž obsah není vázaný na slovo. To, co prochází přes verbální kanál, jsou pouze holá fakta a informace, kdežto na neverbálním kanálu se zkresluje obraz do duše – nálady, skutečné emoce a prožívání. Při neverbální komunikaci se nemusí čekat na výměnu rolí- roli hovořícího a roli posluchače. Neverbální komunikace není závislá na sluchovém příjmu. Signály, které vysíláme, si neuvědomujeme a ani je nekontrolujeme. Tyto signály vyvolávají okamžitou reakci. Pacient si za určitých okolností význam neverbálního projevu uvědomuje a cílevědomě ho produkuje, uvědomuje a mimovolně ho produkuje, uvědomuje, ale nemá ho pod kontrolou či si ho neuvědomuje vůbec a nemá ho pod kontrolou. Neverbální komunikace se obměňuje podle toho, v jakém prostředí a v jakém čase se hovor odehrává, jak dlouho hovor trvá, jaké jsou vzájemné vztahy mezi komunikujícími či kdo je v roli odesílatele a v roli příjemce. Neverbální komunikace je tedy komunikace prostřednictvím řeči těla. A pouze ucelený soubor projevů vypovídá pravdu o tom, co se skrývá za slovy. Proto je velmi důležité, aby sestra hodnotila jednotlivé neverbální signály v kontextu s celou komunikací a přihlédnutím na situační faktory, jako jsou ošetřovatelské situace, zkušenosti s předcházejícími střetnutími a osobnostní faktory komunikujících- sestry a pacienta.

Sestra by měla rozpoznat význam neverbálních projevů, které pacient vysílá, jelikož jí to může pomoci pro zvýšení efektivity její komunikace, ovlivnit komunikaci směrem, kterým potřebuje, ovlivňovat dojem, jakým působí na ostatní, lepší pochopení prožívání pacienta, pochopení jeho nálady, emocionálního stavu a jeho potřeb. Dále sestře správné rozpoznání projevů neverbální komunikace pomůže k lepšímu porozumění pacientovi, který nemůže komunikovat slovy a je odkázaný na „řeč těla“(25).

1.3.1 Proxemika, Teritorialita

Proxemika je brána jako věda o podvědomém členění vlastního prostoru a následným dodržováním jeho hranic. Jedná se fyzickou vzdálenost sestry – pacienta a naopak. I takto nevinným způsobem, jako je přiblížení se k druhé osobě či naopak odstoupení, a tím i oddálení od ní, jí něco sdělujeme. Fyzická vzdálenost vždy kopíruje pomyslnou pacientovu hranici psychickou od druhé osoby. Termín proxemika je odvozený od latinského slova proximitas neboli blízkost. Tato věda je chápána na dvou úrovních a těmi jsou úroveň

horizontální a úroveň vertikální. Způsob využívání prostoru v komunikaci sděluje obsáhlou řadu signálů.

Horizontální rovina je vzdálenost mezi sestrou a pacientem přiblížením nebo odstupem. Přiblížením k pacientovi dává sestra najevo svoji náklonnost, vyjadřuje svůj zájem o pacienta. Přibližováním sestra může vyjádřit i svůj nesouhlas - například při napomínání pacienta. Odstup neboli zvětšování prostoru mezi sestrou a pacientem může pacient chápat jako její nezájem či lhostejnost.

Vertikální rovina představuje v komunikaci výškovou úroveň mezi komunikujícími. Je to rovina ve vztahu k jinému člověku. Tato rovina nám vyjadřuje, o kolik má komunikující výše oči než druhá osoba. Pokud má komunikátor oči výše než komunikant, působí dominantně a poloha pod úrovní vyjadřuje submisivní postavení. Pokud chce sestra hovořit vyváženou komunikací, musí mít oči v přibližně stejné úrovni jako je má pacient, potom hovoříme o „zrakovém vrchu“. (12,14,20)

Naše vztahy k prostoru a způsoby, kterými tento prostor využíváme při komunikaci, ovlivňuje několik faktorů. Jde o pohlaví a věk pacienta, předmět komunikace mezi sestrou a pacientem, postavení, kulturu a kontext. Ženy všeobecně k sobě stojí blíže než muži. Se zvyšováním věku lidé mají tendenci používat větší proxemické vzdálenosti. Děti stojí k sobě mnohem blíže než dospělí lidé, což by se dalo brát za určitý důkaz, že udržování odstupů je naučené chování. Proxemika rozlišuje čtyři proxemické zóny : intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Intimní zóna splývá s těsným dotykovým kontaktem. Horní hranice mezi dvěma lidmi je přibližně 10-30 centimetrů. Lze ji také vyjádřit jako vzdálenost v intimním vztahu mezi mužem a ženou, dítětem a matkou či přáteli. Sestra často narušuje intimní zónu pacienta při různých odběrech, krmení, při hygieně a dalších odborných ošetrovatelských postupech. Vždy by měla mít na paměti, že pokud vstoupí do intimní zóny pacienta, pokaždé mu musí vysvětlit důvod a časové zdržení v této jeho zóně. Jelikož by tento krok nemusel být pacientovi příjemný, musí být vždy taktní a počítat se změnou jeho nálady, jako je agresivita, zlost, hněv či verbální útok. Osobní zóna je rozdělena na vzdálenost užší, která je vymezena ve vzdálenosti 30-80 centimetrů, a vzdálenost širší, která je vymezena od 80 do 120 centimetrů. Tato vzdálenost je ideální pro rozhovor mezi pacientem a sestrou. Sestra v této vzdálenosti vidí nejen na tvář pacienta, ale může také sledovat ostatní neverbální projevy, lehko udrží zrakový kontakt, ale také může z této vzdálenosti předvídat další průběh

komunikace. Třetí zónou je zóna společenská, která je opět rozdělena na užší (120-130 centimetrů) a širší (230-360 centimetrů), tuto zónu sestra používá při komunikaci s vícero pacienty najednou. V užší společenské zóně může komunikace probíhat normálně, ale pacient ji může vnímat jako sociální odstup sestry. Při této zóně pacienti využívají pohledy, mimiku, posturiku a gestikulaci. Veřejná zóna je vymezena vzdáleností od 3,6(3,7)-7,6 a více metrů. V této vzdálenosti se vytrácí osobní kontakt mezi sestrou a pacientem. Aby si vzájemně rozuměli, museli by výrazně zvýšit hlas a zvýraznit mimiku, což může být pro ně nepříjemné. Tato zóna se užívá při veřejných shromáždění. Sestra při rozhovoru s pacientem variabilně mění své proxemické zóny v závislosti na situaci, ve které se právě nachází. (12,14)

Teritorialita přímo souvisí s prostorem a jeho obsazením a s proxemikou. Tento termín byl převzat z etologie. Znamená projev vlastnických vztahů k určitému prostoru nebo k předmětu. Velikost teritoria vypovídá o postavení člověka. Jedná se o komunikaci prostřednictvím území, každý člověk má vymezenou svou vlastní osobní zónu, kterou chápe jak pomyslný kruh, který ohraničuje prostor kolem něho, do kterého nerad pouští jiné osoby, pokud tam někdo vnikne, může to chápat jako vtíravost či netaktnost. Teritorialita je členění prostoru na oblasti, které považuje za své území. Sestra se s problémy teritoria může setkat ve chvílích, kdy vkročí někam, kde se obvykle vyskytují jen pacienti, například při vstupu do pacientova pokoje.(19)

1.3.2 Mimika

Mimika je komunikace pomocí svalů tváře. Tyto svaly umožňují člověku víc jak 1000 různých výrazů, které představují psychický stav člověka. Mimika jako jediná vyjadřuje míru pocitu potěšení, souhlasu či sympatie. O těchto pozitivních emocích nás informuje dolní část tváře, naopak horní část tváře vyjadřuje psychické napětí. Mimika je v prvé řadě důležitým scelovačem emocionálních stavů. Mimika odráží vzájemné postoje sestry a pacienta při rozhovoru a poskytuje ihned zpětnou vazbu. Tvář je vedle slova druhým nejdůležitějším sdělovacím prostředkem v mezilidské komunikaci. Prostřednictvím mimiky se vyjadřují instrumentální pohyby, což je například výraz tváře při zívání či kýchnutí. Dále jsou to kulturní pohyby jako je zdvořilý úsměv. Mimika hraje také důležitou roli ve znakovém

jazyce. Horní i dolní části obličeje slouží jako artikulátory a přispívají k utváření významu sdělení při znakovém jazyce.

V mimice můžeme prezentovat emoce neupřímné neboli hrané či záměrně vytvářené nebo emoce upřímné. Emoce upřímné nám vyjadřují přesně to, co v danou chvíli prožíváme. Pro komunikaci pomocí svalů obličeje jsou důležité tzv. mimické zóny. Mezi tyto zóny patří : uši, čelo, oči, nos, ústa a brada. Na čele může sestra během rozhovoru s pacientem pozorovat nesouhlas, utrpení, zděšení, bezmocnost a hlavně bolest. Oči signalizují obrovské množství emocí. Při kontaktu s pacientem sestru jako první zaujmou svaly okolo očí, jelikož jako první signalizují utrpení. Nechuť, neochotu či pohrdání nám vyjadřuje mimika nosu. Uši jsou málo výrazným prostředkem pro mimoslovní vyjádření. Nejčastěji u nich sledujeme barvu a jejich pohyb. Ústy nám pacient vyjadřuje radost a štěstí. K ústům můžeme zahrnout úsměv, který může sloužit k odlehčení situace. Sestra se na pacienta může usmívat, přičemž nemusí navzájem verbálně komunikovat. Dále to je úsměv jako prostředek boje a dominance, který působí při rozbouřování bariér. Autentický a nenucený úsměv sestry je vnímaný jako povzbuzující a posilující, a proto má povzbuzující funkci. Smích je vždy doprovázen zvukovým zbarvením. Brada je stejně jako uši nevýrazným prvkem neverbální komunikace. Mezi nejčastější projevy mimiky brady patří třesení brady, což nám naznačuje napětí, pláč nebo trému pacienta, a vysunutí brady, které vyjadřuje převahu a ovládnutí. (4,14)

1.3.3 Pohledy

Pohledy jsou jedním z nejdůležitějších neverbálních projevů mezi sestrou a pacientem. Jsou jádrem mimoslovní komunikace. Oči jsou nejcitlivějším přijímačem informací. Člověk přijme zrakem přibližně 87% všech informací. Signalizují nejen to, co právě pacient prožívá, ale jsou také regulátorem vztahu mezi sestrou a pacientem.

Svémi pohledy může sestra předat celou řadu sdělení a také s nimi může hledat zpětnou vazbu. Pohledy mohou vyjadřovat pozitivní či negativní povahu. Vyhýbá-li se sestra zrakovému pohledu na pacienta, zvyšuje tím psychologický odstup. Vyhýbání se pohledu může také signalizovat nezáměr o osobu nebo konverzaci. Pacient si někdy zakrývá nebo zavírá oči, aby zablokoval nějaké nepříjemné podněty - například při odběru krve. Skutečný základ komunikace mezi lidmi nastává tehdy, když mezi sebou hovoří „z očí do očí“. Pohled

z očí do očí je velice emočně nabitý kontakt a nikdo tento pohled nevydrží dost dlouho. Sestra by měla být pro tento kontakt k dispozici, kdykoli ji pacient potřebuje, a to zejména tehdy, když pacient na ni hovoří. Pokud komunikuje sestra s pacientem, je nezbytné, aby směřovala svůj pohled k pacientovi. Těkavý či odhlížečející pohled je známkou nejistoty. Zaměřenost pohledu vypovídá o tom, na koho nebo na co se pacient během rozhovoru dívá. Někdy je toto místo definováno jako terč pohledu. Tímto terčem může být cokoliv, ať už je to nějaká osoba, předmět či jev(14).

Čas výdrže pohledu nám vyjadřuje čas, po který je pacient schopen udržet pohled na sestru během rozhovoru s ní. Délka pohledu je závislá na vzájemném vztahu mezi nimi. Pokud tento vztah bude pozitivní, tak i délka pohledu se bude prodlužovat a zrakový kontakt bude o to víc intenzivnější.

Odklon pohledu při rozhovoru znamená, že sestra může během komunikace s pacientem udržovat pohled přímý nebo může pohledem uhýbat. Je vhodné, aby po uplynutí 3 vteřin přesunula svůj pohled jinam.

Objem pohledu je ukazatelem zájmu či nezájmu o komunikaci a interakci. Vyjadřuje nám, kolikrát se sestra na pacienta podívá.

Optimální poloha při komunikaci s pacientem je poloha v pravém úhlu, jelikož se v ní dá vyjádřit uvolněná a přátelská atmosféra. Zaručuje nám určování úhlu a četosti pohledů. Tato poloha umožňuje pacientovi kdykoli přerušit či navázat zrakový kontakt se sestrou.

Neslyšící sledují bedlivě nejen rty mluvícího, ale také všechny optické jevy ve svém okolí. Neslyšící má vypěstovaný postřeh pro sebemenší pohyb v jeho blízkosti, proto se kolem sebe často rozhlíží. Každý pohyb v jeho okolí je pro něj rušivý element a ihned odhaduje, co pro něj může tento pohyb znamenat. Pohled neslyšícího pacienta ulpívá na tom, kdo mluví, ulpívá déle než je zvykem, a proto může být sestře tento pohled nepříjemný. Odvrácení její hlavy a pohledu jinam vnímá neslyšící pacient jako signál k přerušování vzájemné komunikace, někdy to však také může brát jako urážlivé odmítnutí kontaktu. Do pohledů lze zařadit také odezírání. Tato činnost při komunikaci sestry s pacientem hraje velkou roli, je to však vložka, která je člověku dána či nikoli, ale pokud ji má, lze ji tréninkem zdokonalovat. Při odezírání je vhodné používat krátké věty, nikoli nekonečně dlouhá souvětí, která odezírání ztěžují. Odezírání je tedy schopnost, která umožňuje neslyšícímu komunikaci s ostatními. Úspěšnost odezírání je ovlivněna mnoha faktory jako je psychický a zdravotní stav odezírajícího. Při

této metodě by měla sestra mít na paměti, že ji nelze provozovat při skupinových rozhovorech a až polovinu mluveného projevu nelze odezírat, proto by měla znát také jiné možné metody komunikace s pacienty s poruchou sluchu.(4,14,20)

1.3.4 Gestikulace

Gestikulace je komunikace prostřednictvím pohybů horních končetin. Je součástí kinetiky, nauky o pohybové činnosti člověka. Gesty se rozumějí pohyby, které mají výrazný sdělovací účel, které doprovázejí slovní projevy nebo je zastupují. V rámci gestikulace by si sestra měla všimnout gest dlaněmi, jelikož ta jí mohou napovědět o upřímnosti, spokojenosti, otevřenosti, ale také o nadřazenosti či podrážděnosti. Ruce na tváři, například při tření oka, ucha nebo nosu, sestře napovídají o klamu či nečestnosti.

Gesta dělíme na primární a sekundární. Primární gesta spočívají v tom, že je člověk nevytváří, pokud v jeho přítomnosti není nikdo jiný. Sekundární gesta spočívají v tom, že jsou doprovázena spontánními pohyby.

Mezi gesta horní končetiny patří ilustrátory, symboly, regulátory a adaptátory. Ilustrátor přidává důraz jednotlivým slovům při komunikaci. Objasňuje a doplňuje význam mluveného projevu.

Regulátor je pohyb horní končetiny, který nám v rozhovoru usměrňuje a řídí způsob komunikace. Dává nám najevo změnu v komunikaci, odevzdání slova nebo jeho přebrání. Mezi regulátory také patří podání ruky, které sestru informuje o charakteru pacienta a signalizuje jí, jakým směrem se komunikace mezi ní a pacientem bude rozvíjet.

Adaptátory jsou pohyby končetin. Sestra či pacient je používají na to, aby se přizpůsobili dané situaci. Sestra tyto pohyby rukou může chápat jako uvolňovače napětí. Řadíme sem také pohyby rukou, které signalizují emoce záporné jako je úzkost, stres nebo napětí.

Při gestech může sestra sledovat jejich intenzitu, rozpor mezi slovním projevem a gestikulací, typ gest, zda jde o gesta obranná, dominantní či agresivní. Nebo také může sledovat velikost prostoru, který gesta zabírají a četnost jejich výskytu. Hlavním dorozumívacím prostředkem u pacientů s poruchou sluchu jsou právě gesta, která používají ve znakovém jazyce. Každé své gesto ve znakovém jazyce má svůj význam.(4,14,20)

1.3.5 Haptika

Haptika je komunikace prováděná pomocí vzájemných dotyků. Tyto dotyky vyžadují od zdravotní sestry schopnost dotykové kultury a samozřejmě schopnost empatie. Taktilní dotek je doprovázený působením tepla či chladu na kůži, působením vibrací, tlakem či chvěním a bolestí. Bez dotykového sociálního projevu by pacient mohl vůči sobě pociťovat lhostejnost, dojem chladu a podobně. Projev haptiky může být pozitivní, tak i negativní. Projevem pozitivní haptiky sestry jsou všechny přátelské dotyky, které jí pomáhají k pozitivní komunikaci a interakci. Patří sem například položení ruky na ruku, pohlazení nebo položení ruky na pacientovo rameno. Všechny tyto projevy mají posilňující účinek při komunikaci sestry s pacientem. Nepřátelský postoj k pacientovi sestra vyjadřuje pomocí negativních haptických projevů, jimiž jsou trhnutí, tahání či odstrčení. Tyto projevy by se však u sestry za žádnou cenu neměly vyskytovat. Nejčastěji směřovaná místa dotyků sestry jsou dlaně, rameno a hlava.

Velkým problémem může být dotýkání se intimních míst pacienta. V této situaci je nezbytně nutné, aby sestra vždy upozornila, co bude dělat, z jakého důvodu a jak dlouho výkon bude trvat. Sestra musí v této situaci pracovat rychle a zručně, jelikož jde o choulostivou situaci pro oba.

Haptiku lze též dělit na náhodnou a úmyslnou. Náhodná haptika nastává tehdy, když není napřed určený její záměr. Úmyslná haptika je sestrou nejprve uvážena. Sestra si zprvu volí konkrétní formu dotyku, a pak ji teprve realizuje. Do problematiky haptiky lze zařadit také sebehaptiku. Sebehaptika je dotýkání se sebe samého. Sestra sem může zařadit tření rukou, objímání kolen nebo držení se za ramena. Těmito činnostmi dává pacient najevo své negativní emoce jako je napětí, nedůvěra, úzkost či nepohoda.

U neslyšících pacientů je dotek obvyklý kontaktní signál, který u nich znamená upozornění, že se chystají něco říci. Tyto dotyky mají vždy svá pravidla, která jim určují kdy, jak a kde je vhodné se druhého dotýkat.

Dotek je u pacientů s poruchou sluchu přípustný v horní polovině paže, na rameni či předloktí. Tento dotyk musí však být pouze lehký. Sestra se nikdy nedotýká zezadu, jelikož se může pacient vylekat. Pokud by chtěl pacient s poruchou sluchu něco sdělit, upozorní na to dotykem nebo zatřepáním ruky. (8)

1.3.6 Posturika

Posturika je sdělování informací pomocí postoje, držení těla a polohových konfigurací. Poloha těla naznačuje sestře nejen to, co se s pacientem v danou chvíli děje, ale i to, co se stalo před chvílí. Při tělesném postoji je důležitý časový moment – setrvačnost. Tělesnou polohu sestra sleduje u pacienta, který se nachází ve skupinové interakci, nebo u pacienta, který není v interakci s jiným člověkem. Tam sleduje, zda jde o polohu aktivní, pasivní či úlevovou. Posturika zahrnuje základní polohy a těmi jsou sed, leh, dřep a postoj. V posturice sestra sleduje komunikační harmonii neboli kongruenci mezi sestrou a pacientem. Při zaujetí rovnocenné polohy mezi nimi vysílají rovnocenné emoční naladění, souhlas a ochotu komunikovat. Naopak inkongruence představuje pro sestru neshodu či nesoulad mezi ní a pacientem.

Pro unaveného, nemocného člověka je typická shrbenost. Bariérové projevy horních a dolních končetin jsou v sociální situaci pro sestru projevem obranného mechanismu. Významně snižují množství přijatých informací. Je mnoho různých komunikačních bariér, tyto bariéry jsou pro sestru signifikátorem odmítání, nezájmu, únavy, nedůvěry a mnoho dalších. Sestra by si ale měla uvědomovat, že bariéry vyzorované u pacienta nemusejí vždy směřovat k ní. Těmito bariérami může totiž pacient reagovat na změnu prostředí, situaci či podmínky. (4,14,20)

1.3.7 Kinetika

Kinetika popisuje pohyby dolních a horních končetin, jednotlivých částí lidského těla, popřípadě celého těla. Analyzuje dynamiku těla, uvolněnost či napětí. Rozsah pohybů souvisí s intenzitou emočního prožívání situace. Například u pacienta s hněvem se zvyšuje rozsah svalového napětí, a tím se zvyšuje frekvence pohybů jednotlivých částí těla, hovoříme tedy o přímé souvislosti. Pohyby pacienta při komunikaci mají bezprostřední vztah k tomu, co se odehrává v komunikaci mezi ním a sestrou. Jeho pohyby hlavy mohou vyjadřovat souhlas nebo naopak nesouhlas, odmítání, kritický odstup, ale také odpor.

Při kinetice se rozlišují dvě kategorie a těmi jsou rytmika a dynamika. Rytmika představuje určitý rytmus pohybů těla, stereotypní, ladné pohyby a tak dále. Dynamika pohybů zahrnuje tempo pohybů částí těla. Pohyby částí těla jsou pro sestru signálem

zdravotního stavu pacienta. Informují o tom, zda se zdravotní stav pacienta zlepšuje, zhoršuje či stagnuje, tedy může tím vyjádřit, jak se momentálně cítí. Sestra také sleduje soulad pohybů, jejich pořadí a časový interval. Z časového hlediska si sestra všimá bodových pohybů, které trvají jen několik vteřin, sem patří například přikývnutí hlavou. Dále jsou to pohybové pozice, které trvají jen několik málo minut, například při nácviků rehabilitačního úkonu, a pak také sleduje pohybové prezentace, které trvají dlouhodobě a zahrnují celkový vzor pohybové činnosti pacienta.

1.4 Komunikace sestry se sluchově postiženým

Pacienti, kteří mají porušené smysly, mají různé způsoby komunikace. Záleží na stupni jejich přijetí poruchy, na době a jak porucha dlouho trvá. Určujícím kritériem pro pacienty je také rozsah postižení, ale také schopnost nemocného adaptovat se na změněné možnosti. Kvalita života pacientů s poruchou sluchu je úměrná přijetí jejich handicapu a nalezení dalších možností komunikace s ostatními. Pacienti s poruchou sluchu od narození či útlého věku života mají zpravidla vyvinutý systém náhradních způsobů komunikace. Hlavním úkolem sestry tedy je zjistit rozsah pacientova omezení v přijímání a odesílání zpráv a nalézt pro ně vhodnou, přijatelnou metodu komunikace. U dospělých a školních dětí může sestra použít psanou formu řeči, další formou je použití tabulky s abecedou, kde pacient sestře ukazuje písmena a skládá slova. Ke každému neslyšícímu pacientovi je nutné, aby sestra přistupovala zcela individuálně a empaticky. Neslyšící pacient prožívá svět jinak než pacient slyšící, a také si svůj život jinak organizuje. Komunikace se sluchově postiženými pacienty je závislá na stupni jejich sluchové ztráty. Někteří pacienti jsou schopni odezírat a naučit se mluvit. Přestože pacienti dokáží odezírat všechna slova, nikdy nezískají tolik informací stejné kvality jako pacienti slyšící. Odezírání je náročné na jejich pozornost a dlouhé soustředění nikdo dlouho nevydrží. Každého člověka se sluchovým postižením se sestra zeptá, zda chce mluvit, odezírat, psát, či používat znakový jazyk. Vždy pacientovi sestra vysvětlí, jakou spolupráci od něj bude požadovat. Při volbě psaní je vhodné psát velká tiskací písmena silným černým fixem na bílý papír. Pokud s ním chce začít rozhovor, je nutné ho na to předem upozornit, a to tím způsobem, že s ním naváže zrakový kontakt. Pokud se na ni pacient nedívá, je zapotřebí ho upozornit. Upozorní ho například lehkým

dotykem na rameno, předloktí či paži. Tento dotyk je lepší dvakrát opakovat, aby si pacient byl jistý tím, že se jedná o úmyslný kontakt a ne o omyl. Při rozhovoru s pacientem s poruchou sluchu nikdy sestra nezvyšuje hlas a nekřičí na něj. Mluví vždy do ucha, na které pacient lépe slyší. Je nutné, aby sestra na pacienta mluvila pomalu a zřetelně, ale musí si dát pozor na přehnanou artikulaci, jelikož ta ztěžuje pacientovi odezírání z úst. Při odezírání z úst bez pomoci řeči dochází často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické nebo psychické nepohodě. Při rozhovoru s pacientem stojí sestra vždy čelem k němu, nikdy nesmí dovolit, aby byl pacient při pohledu na její rty oslňován sluncem. Vždy musí používat všeobecně známá slova, jednoduché věty, vyhýbá se složitým výrazům, cizím slovům a také ironii. Pokud pacienta s poruchou sluchu doprovází tlumočník nebo jiná osoba, vždy komunikuje směrem k pacientovi a ne k tlumočnickovi. Když má pacient s sebou tlumočníka, nikdy na neslyšícího nemluví ve třetí osobě. Pokud pacient odezírá ze rtů sestry, vždy je upozorněn na téma, o kterém budou hovořit, sestra nesmí otáčet hlavou nebo si jakýmkoli způsobem zakrývat ústa. Mluví volnějším tempem, aby zachovala přirozený rytmus řeči, zdůrazňuje klíčová slova a v případě nutnosti opakuje sdělení jinými slovy. Je vhodné požádat pacienta o zpětnou vazbu. Ten by měl sestře svými slovy říct, co jí rozuměl. O zpětnou vazbu žádá vždy při sdělení důležitých informací. Při neúspěšné komunikaci s pacientem má sestra vždy na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení, proto k takovému pacientovi přistupuje ohleduplně a s respektem. Nikdy mu sestra nesmí projevit netrpělivost, nijak neomezuje komunikaci a snaží se najít cesty ke vzájemnému dorozumění mezi ní a pacientem. Neslyšící nebo ohluchlý pacient má omezený kontakt s okolním světem, tyto pacienti trpí podmětovou deprivací různého rozsahu. Takový pacient prochází odlišným sociálním vývojem, jeho poznávání světa je odlišné od slyšících pacientů. Je možné, že pacient s poruchou sluchu se liší i v reakcích na zátěž, jeho autoregulační procesy budou ovlivněny celkovým přijetím poruchy. Ohluchlý pacient si uchovává schopnost používat mluvenou řeč a úroveň této schopnosti je různá. Snaha porozumět a obava z nepochopení vyvolává u pacientů s poruchou sluchu úzkost a napětí. Tyto pocity jsou u nich navíc podpořeny celkovou situací nemocného, který na neúměrnou psychickou zátěž může reagovat afektem. Zvláštní skupinu pacientů tvoří staří, nemocní lidé, u nichž dochází k postupnému zhoršování poruchy sluchu. Své obtíže často zastírají a nepoužívají

kompenzační pomůcky, které by jim mohly výrazně pomoci (Příloha č. 6 Závěsné sluchadlo).

Je nutné, aby sestra v tomto případě postupovala citlivě, zachovala důstojnost pacienta s poruchou a pomohla mu přijmout zhoršení funkce sluchového aparátu. (25)

Nedoslýchaví pacienti mohou svoji poruchu sluchu částečně kompenzovat nošením sluchadel. Těchto sluchadel se vyrábí několik druhů a je jen na pacientovi, které mu bude vyhovovat. Sluchadla mohou pacienty vrátit do aktivního způsobu života, kdy se nemusí neustále soustředit na slyšení. Sluchadla nevrátí nedoslýchavým pacientům sluch, ale využívají zbytky jejich sluchu. (10,18)

Jádro problému komunikace sestry a pacienta s poruchou sluchu spočívá v neznalosti znakové řeči a neschopnosti tento jazyk užívat. Znaková řeč je souborem manuálních pohybů v definovaném prostoru, v němž se neslyšící zorientují stejně dobře jako se slyšící zorientuje ve změní zvuků. Tento jazyk tvoří hlavně pohyby rukou a obličeje. Tyto znaky mají většinou stejnou úlohu jako slova v řeči mluvené. Někteří neslyšící umějí číst a psát, ale je to pro ně činnost velice náročná a chápání slov je velmi omezené, protože znají pouze některý význam slov. Často neznají význam slov pro jakékoli abstrakce. Neslyšící pacient vidí jen shluk písmen a maximálně si pod daným písmenem umí představit jemu odpovídající znak ze znakového jazyka. Znakový jazyk, jímž se neslyšící vyjadřují, má znaky pro substance a všechno ostatní vyjadřují pohybem ruky v prostoru.(15,26)

Znaková řeč navazuje na běžně používané posunky řeči. Pokud nemocný hovoří pouze znakovým jazykem, je vhodné domluvit se na spolupráci s tlumočnickem. Pacienti s poruchou sluchu se mohou dorozumět pomocí orální řeči, která využívá zbytků sluchu a odezírání. Je proto nutné zapamatovat si kombinaci pohybů mluvidel a vibrací při vyslovení určitých slov. Pro pacienty, kteří neslyší, je to velice obtížný způsob dorozumívání, tento způsob jim spíše pomáhá překonat bariéru v komunikaci se slyšícími. Dalším způsobem, jakým sestra může komunikovat s pacientem, je alternativní komunikace. Tato komunikace se používá jako náhrada mluvené řeči. Jedním z druhů alternativní komunikace jsou komunikační tabulky. Jde o symboly poskládané do komunikačních tabulek, forma této tabulky závisí na potřebách pacienta. Pacient s touto tabulkou by měl být vtažen do procesu výběru slovní zásoby této tabulky, aby byla tabulka pro něj zajímavá a vyjadřovala jeho osobnost, zájmy a věk. (24)

Pokud do nemocnice přichází hluchoslepý pacient, je třeba vždy při kontaktu s takovým pacientem, aby sestra sdělila své jméno, popřípadě použila nějaký identifikační údaj. Velmi důležité je, aby sestra takového pacienta poučila o používání signalizačního zařízení na pokoji. Má-li takový pacient docházet do jídelny, vždy mu sestra musí pomoci s orientací na talíři. Sestra nikdy nesmí manipulovat s osobními věcmi pacienta bez jeho vědomí a jakékoli zapůjčené věci tohoto pacienta musí sestra vracet vždy do jeho rukou.(17)

1.5 Krátce o ORL

Otorinolaryngologie zkráceně ORL je oddělení zabývající se onemocněním uší, nosu, krku, poruchami sluchu, čichu, chuti, hlasu a řeči. Na tomto oddělení se ošetřují veškeré úrazy na krku a obličeji, provádí se zde plastické a kosmetické úpravy. Většinou dle zvyklostí nemocnice se toto oddělení dělí na dvě části - lůžkovou část a část ambulantní. ORL zajišťuje diagnostickou, léčebnou, preventivní i dispenzární péči. Ambulance jsou vybaveny speciálními přístroji, které pomohou detekovat nejrůznější vady, které brání pacientovi vést kvalitní život.

Celá řada nemocí vyžaduje úzkou spolupráci se specialisty jako jsou neurologové při poruše rovnováhy, se stomatochirurgy a neurochirurgy při provádění náročné operace obličejového skeletu a baze lební. Důležité jsou také preventivní prohlídky, které jsou nezbytné nejen pro celou řadu pracovních, ale i zájmových činností. Specializované vyšetření se provádí u osob pracujících v riziku hluku, u potápěčů či lidí, kteří pracují ve výškách (6).

1.6 Vyšetření sluchového ústrojí

Vyšetření sluchového ústrojí, jeho funkce a anatomie patří k základním otorinolaryngologickým vyšetřením, která se v dnešní době provádějí a jsou nezbytně nutná (Příloha č. 4 Anatomie ucha).

Toto vyšetření se dělá nejen u pacientů, kteří do nemocnice přicházejí s poruchou sluchu, ale také u pacientů, kteří mají poruchy intelektu, pozornosti ve škole či poruchy řeči. Základní typ vyšetření provádí lékař specialista pomocí trychtýřovitého kovového ušního zrcátka, které opatrným, pomalým pohybem zavede do zevního zvukovodu. Pomocí tohoto

vyšetření sleduje zevní zvukovod a bubínek.(viz. Příloha 7). Toto vyšetření lékař se sestrou provádí ve vyšetřovacím boxu (viz. Příloha 8).

Střední a vnitřní ucho lze posoudit dle rentgenového vyšetření, zvláště pak při použití počítačového zpracování rentgenového obrazu čili pomocí počítačové tomografie. Tato technika nám zobrazuje nejen kostěný systém, ale i měkké části středního a vnitřního ucha, což je při vyšetření velmi důležité. Jestliže jsou anatomické poměry ucha fyziologické a nejsou nalezeny žádné získané či vrozené vady, postupuje se k vyšetření funkce sluchového ústrojí. Při tomto vyšetření se postupuje od méně složitých vyšetření k nejsložitějším. Vzhledem k tomu, že při vyšetřování funkce sluchu hraje velkou roli věk pacienta, lze toto vyšetření provádět až od určitého věku. Sestra musí vždy pečlivě pomáhat lékaři, stejně tak jako pacient, aby výsledek vyšetření byl kvalitní (5).

Proto, aby pacient mohl zvuk zaznamenat sluchem z okolního prostředí, musí tento zvuk dosáhnout určité fyzikálně dané intenzity. Kmitavý pohyb musí dosáhnout takzvané prahové intenzity, aby vyvolal sluchový podnět. Pro stanovení měření se bere za základ tón o kmitočtu 1 000 Hertzů(dále jen Hz), řečová oblast se nachází o frekvencích mezi 500 – 1000Hz (2,5,6).

1.6.1 Vyšetření pomocí řeči

Vyšetření sluchu pomocí řeči patří k nejjednoduššímu vyšetření sluchu. Provádí se pomocí řeči šepotem nebo plným hlasem. Toto vyšetření musí probíhat v nehlukné místnosti, nejméně šest až deset metrů dlouhé. Při tomto vyšetření je nezbytně nutná spolupráce sestry. Při vyšetření lékař vyslovuje slova a vyšetřovaný pacient je musí po něm opakovat, přičemž se lékař od pacienta pomalu vzdaluje. Pacient stojí bokem k lékaři a sestra, která asistuje při vyšetřování sluchu šepotem, zakryje pacientovi jednou rukou výhled, aby nemohl odezírat ze rtů lékaře, a druhou rukou mu ucpe pomocí gázy nebo Baranyho ohlušovačem nevyšetřované ucho, to samé se děje i při vyšetřování druhého ucha (viz. Příloha 7).

Pokud toto vyšetření provádí sama sestra, je nezbytné, aby pacienta edukovala o tom, jak správně má stát a držet si nevyšetřované ucho tak, aby bylo vyšetření kvalitní a účinné. Poté mu pomalu pronáší vhodná slova, a to taková, aby zjistila, zda slyší pacient spíše vysoké či nízké tóny. Pokud by chtěla zjistit, zda slyší pacient lépe vysoké tóny, použije slova

například písek, síto či sysel. Při zjišťování nízkých tónů vyslovuje slova typu padesát, zahrada či kakao. Zároveň může sestra zjistit porozumění řeči pacienta, když použije slova podobná jako zahrada-ohrada (5).

Pokud je zjištěna porucha jedné nebo obou stran, musí se dále vyšetřit, v jakém úseku se porucha nachází. K tomuto vyšetření se používají rozezvučené ladičky, které se přikládají nemocnému na různá místa hlavy, a dle výsledků se může určit, zda jde o poruchu středouší nebo vnitřního ucha.(6)

1.6.2 Audiometrie

Audiometrie je vyšetření sluchu pomocí speciálního přístroje, který se nazývá audiometr. Tento přístroj je elektronický, je vybaven sluchátkem, vibrátorem a tlačítkem(viz. Příloha 5).

Při tomto vyšetření má nemocný na uších sluchátka a z audiometru jsou k němu vysílány tóny o různé frekvenci od 250 Hz až do 8000 Hz. Před tímto vyšetřením musí vše audiometrická sestra pacientovi vysvětlit a edukovat ho o postupu vyšetření. Je důležitá naprostá spolupráce mezi sestrou a pacientem. Hlasitost tónů, které jsou k nemocnému vysílány, jsou postupně zvyšovány, začíná se od nuly až do okamžiku, kdy nemocný tón uslyší a stiskem tlačítka to ohlásí. Tímto se zjistí nemocného práh slyšitelnosti pro jednotlivé tóny při vzdušném vedení. Pokud chce zjistit kostní vedení, musí se přiložit vibrátor za ušní boltce místo sluchátek. Tento vibrátor rozkmitá spánkovou kost a také nepřímo sluchové buňky vnitřního ucha. Hodnoty, které se při tomto vyšetření pomocí audiometru zjistí, se zapisují do speciálního předtištěného grafu (viz. Přílohy). Z takto vypracovaného grafu neboli audiogramu lze přesně zjistit, o jakou poruchu se jedná. Vzdušné vedení se na audiogramu znázorňuje plnou čarou a přerušovaná čára na audiogramu vyjadřuje kostní vedení (7).

Jelikož pacient vnímá spíše komplexy složené z několika tónů o různé frekvenci, vyšetřuje se pomocí speciální metody a tou je slovní audiometrie, kdy jsou pacientovi do sluchátek pouštěny sestavy 10 různých slov o postupně se zvyšující intenzitě. Tato slova musejí být zastoupena slovy se středními, nízkými a vysokými tóny. Všechna slova, která pacient slyší a zopakuje je, se zaznamenávají do grafu v závislosti na intenzitě těchto slov.

Výsledek se zapisuje v procentech. Toto vyšetření je významné, pokud chceme zjistit, zda jde o poruchu periferní či centrální. Také je důležité pro stanovení schopnosti mluvné komunikace a účelnosti nošení sluchadel. (5)

Nejdůležitějším druhem audiometrie je audiometrie objektivní. Je to vyšetření sluchu, při kterém se do ucha zavádí tón pomocí sluchátek nebo vibrátoru, stejně tak jako je to u klasické tónové audiometrie. Při tomto vyšetření nezáleží na údajích nemocného, zda daný tón slyší či nikoli. Při vyšetřování pomocí objektivní audiometrie se snímá bioelektrický signál mozku, který vzniká na jeho povrchu, tedy na mozkové kůře, nebo pod povrchem při vjemu zvuku. Vše je zpracováno pomocí počítače. Při objektivní audiometrii se hodnotí odpověď mozku na podráždění sluchového aparátu čistým tónem. Metoda je to velmi náročná na čas, vyžaduje velké zkušenosti specialistů a audiometrických sester (2,6).

1.6.3 Tympatometrie

Patří mezi další možnou vyšetřovací metodu funkce sluchového ústrojí. Při tympatometrii není důležitá spolupráce pacienta. Přístroj, který je používán na toto vyšetření, dokáže vyhodnotit tón, který vysílá a který se odráží od bubínku. V zevním zvukovodu je současně zvyšován podtlak pumpičkou nebo se snižuje tlak vzduchu, který mění napětí bubínku. Z výsledku lze posoudit, o jakou poruchu se jedná. Tympatometrie umožňuje měření mechanických a akustických vlastností bubínku a nepřímo měří středoušní transformační systém pomocí odrazu zvuku (viz. Příloha 5).

Sestra při tomto vyšetření pomáhá měřit poddajnost bubínku, která je optimální, je-li bubínek z obou stran obklopen vzduchem o stejném tlaku, při tomto tlaku přístroj aplikuje zkušební tón a současně měří postupně tlak v zevním zvukovodu. Dále je zpětně mikrofonem snímána intenzita zvuku reflektovaného bubínkem.

Křivka tohoto vyšetření má svůj vrchol při tlaku, který odpovídá tlaku ve středním uchu, tedy za normálních podmínek by to mělo být v nulové hodnotě. Pokud je podtlak v bubínkové dutině, tak se vrchol křivky posouvá do pásma negativního tlaku. Při náhradě vzduchu výpotkem dochází k nestlačitelnosti média a vede to k oploštění křivky. Vrchol tympanogramu se zvyšuje při atrofii bubínku či přerušovaném řetězu kůstek, naopak vrchol tympanogramu se snižuje při vzdušném středouší a fixovaném řetězu kůstek (5).

1.6.4 Asistence sestry při vyšetření ušních šelestů

Toto vyšetření se provádí v tiché místnosti pomocí fonendoskopu či otofonem. Vyšetřují se objektivní a subjektivní šelesti. Pokud podkladem šelestů jsou křeče středoušních svalů, lze je zaznamenat tympatometricky a farmakologicky, jde je potlačit pomocí myorelaxancií, což je skupina léků, které slouží k uvolnění svalstva. Také mohou být šelesti pulsni cévního původu, to se nám potvrdí při stlačení cévy. Tyto šelesti jsou nejčastěji v povodí spánkové tepny. Jestliže jsou původcem šelestů křeče spánkových svalů či jde o šelesti pulsni, jedná se o objektivní šelesti.

Subjektivní šelesti ušní mohou být průvodcem všech ušních nemocí, ale není to pravidlem. Ušní šelest je doprovázen většinou adekvátní ztrátou sluchu pacienta. U šelestů se audiometricky sleduje frekvenční skladba a jejich intenzita. Lze je maskovat tónem či šumem, který je blízký tinnitu, a intenzita, která je nutná k zamaskování šelestu, odpovídá většinou hlasitosti vjemu nemocného (6).

Ušní šelest je zvuk velmi různé intenzity a charakteru. Většinou je tento zvuk vnímán pacientem subjektivně a na pacienta působí nepřetržitě, brání tak jeho soustředění, spánku, odpočinku a mnoha dalším aktivitám. Pacienti s ušním šelestem strádají fyzicky, tak i psychicky, šelestem vyvolaná podrážděnost narušuje pohodu pacienta i vztahy s jeho okolím. Léčba ušního šelestu je velmi obtížná a komplexní. Nezbytná je zde role sestry, která musí znát techniku vyšetření. Nejčastější vyšetřovací metodou šelestů je tympanometrie. Sestra pacienta poučí o jaké vyšetření se jedná a jak se provádí, vždy musí být pacientovi oporou (6).

1.7 Poruchy sluchu a jeho vady

Poruchy sluchu mohou být jednostranné či oboustranné. Pokud je porucha u pacienta nalezena, musí se určit, ve které části sluchové dráhy se nachází a co je možnou příčinou poruchy. Při každém vyšetřování poruchy sluchu sestra asistuje lékaři. Její asistence při vyšetřování je nedílnou a velmi důležitou součástí, jelikož mnohdy může dojít ke zkreslení výsledků vyšetření. Poruchy dělíme na poruchy periferní a centrální. Centrální nedoslýchavost nebo hluchota zahrnuje všechny komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují korový a podkorový systém sluchových drah. Určení těchto vad je vzhledem k složitému centrálnímu systému i sluchových drah a center jako takových velmi

obtížné a vyžaduje opakovaná a časově náročná vyšetření. Pokud se jedná o percepční poruchu, je to způsobené tím, že ke sluchovým buňkám přichází zvukový podnět zeslabený. U vysokých tónů je vnímání postiženo a nedoslýchavý tak slyší řeč zkresleně, neboli kvalitativně změněnou. Převodní nedoslýchavost může být způsobena různými překážkami, které znemožňují mechanický převod zvukové vlny od zvukovodu do tekutin vnitřního ucha. Za nejjednodušší takovou vadu lze pokládat například ucpaný zvukovod ušním mazem, což se projeví většinou náhle, když se postupně zužující průsvit uzavře. Nemocný má pocit zalehnutí ucha a šumění v uchu. Po odstranění překážky se sluch okamžitě vrací do původního stavu a nemocný opět slyší. Další možnou příčinou převodní nedoslýchavosti může být perforace v bubínku, která je způsobena zánětem nebo úrazem. Percepční nedoslýchavost zahrnuje všechny nedoslýchavosti, při kterých je porušena funkce vnitřního ucha, mozkové kůry nebo sluchového nervu. U starších pacientů dochází k poruchám funkce způsobené aterosklerózou, zánětem, úrazem či neostatečným prokrvením. Léčba percepčních poruch v dospělosti je dána podáváním medikamentů zlepšujících prokrvení vnitřního ucha, zlepšujících energetickou bilanci a podporujících funkci nervové tkáně sluchového orgánu. Výsledky léčby nejsou často ideální, a proto musí nemocný nosit naslouchadla a v případě totální hluchoty je mu zaveden kochleární implantát (2,5,6).

Kochleární implantát je zařízení, které mění zvukové vjemy na elektrické impulsy pomocí působením elektrod na zachovalá nervová vlákna a pomocí těchto nervových vláken se dostávají až do mozku a tím sluchový pocit neboli vjem. Nejčastějšími pacienty, kterým se dává kochleární implantát, jsou děti (viz. Příloha 3) (1).

Poruchy sluchu lze rozdělit také podle jejich doby vzniku. Jsou to poruchy prelingvální, což znamená, že s těmito poruchami se pacient již narodil nebo ohluchl před tím, než skončilo období vývoje řeči. Svět ticha je pro takového pacienta přirozenou věcí. Tito pacienti odezírají z úst sestry velmi obtížně a je to pro ně často značně vyčerpávající. Jejich mateřským jazykem je znakový jazyk. Druhým typem poruch jsou poruchy vzniklé postlingválně, tato porucha vzniká v době, kdy už je rozvinutá řeč, jejich mluva se sice postupem času zhoršuje, ale zůstává pro nás srozumitelnou. Těmto pacientům problém odezírání nedělá, chtějí jím udržet kontakt se slyšícími. Mladí pacienti se často naučí znakový jazyk a snadno se včlení do komunity, u starších tato porucha představuje větší problém, jelikož ztrátu sluchu prožívají velmi špatně psychicky (21).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit uspokojování potřeby komunikace u klientů s poruchou sluchu na ORL oddělení a ambulance.

2.2 Hypotézy práce

H: Klientům s poruchou sluchu na ORL oddělení je více uspokojována potřeba komunikace než na ORL ambulanci.

3. Metodika při sběru dat

3.1. Metodika výzkumu

K dosažení stanoveného cíle jsme použili dotazníkovou metodu. Nástrojem sběru dat byl formulář dotazníku (příloha č.1,2). Tyto dotazníky byly rozdány respondentům v období od 7.1. 2008 do 24.3.2008. Byly zhotoveny dva typy dotazníků. Dotazník byl rozdán sestřím pracujícím na lůžkovém oddělení otorinolaryngologie a ambulancích, jejichž pracoviště je zaměřeno na problematiku ORL. Dotazník pro sestry obsahoval celkem 25 otázek. Úvodní otázky byly směřovány k identifikaci sester. Zbývající otázky byly směřovány tak, abychom zjistili, zda se nám potvrdila naše hypotéza. Tyto zbývající otázky se týkaly toho, zda sestry uspokojují potřebu komunikace u pacientů s poruchou sluchu. Druhý typ dotazníku byl zhotoven pro pacienty s poruchou sluchu hospitalizovaných a ambulantně ošetřených na oddělení ORL. Tento dotazník obsahoval 26 otázek. Také u dotazníku pro pacienty první otázky směřovaly k identifikaci pacientů. Zbytek otázek nám potvrdil, zda potřeba komunikace je u pacientů skutečně uspokojována.

Převážně všechny otázky byly formulovány jako uzavřené, polootevřené. Ale bylo použito také zcela otevřených otázek.

K ověření hypotézy jsou použity sloupcové grafy, kde jsou znázorněny výsledky z dotazníků.

3.2. Charakteristika sledovaného souboru

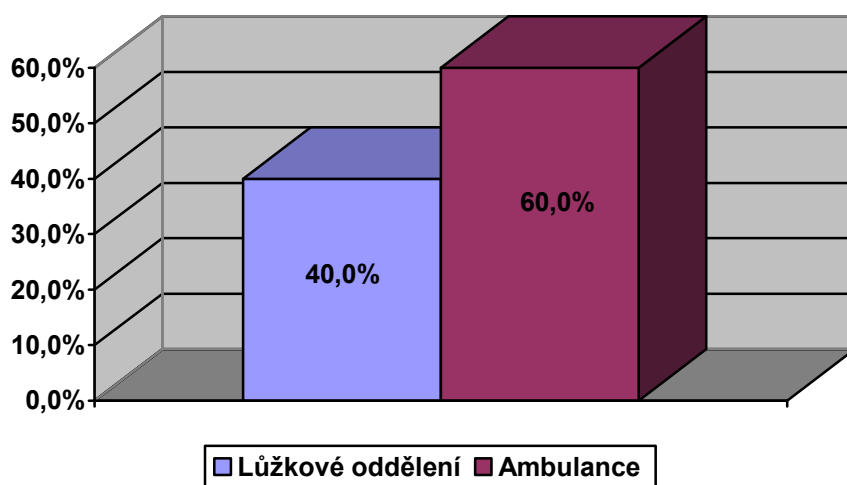
Výzkumný soubor tvořily sestry, které pracují na lůžkové části otorinolaryngologického oddělení v nemocnici a ambulancích v Českých Budějovicích. Sestřím na lůžkové části oddělení i na ambulancích bylo rozdáno 30 dotazníků. Návratnost u dotazníků z lůžkové části je 66,6%, u dotazníků z ambulance 100%. Další skupinu respondentů tvoří pacienti, kteří jsou v péči ORL ambulantně, či jsou hospitalizováni. Zde bylo také rozdáno 30 dotazníků pacientům na ambulanci a 30 dotazníků hospitalizovaným pacientům. Návratnost dotazníků od ambulantních pacientů je 70% a návratnost dotazníků od hospitalizovaných pacientů je 96,6%. Použitelnost všech vrácených dotazníků je 100%.

Výsledky:

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků

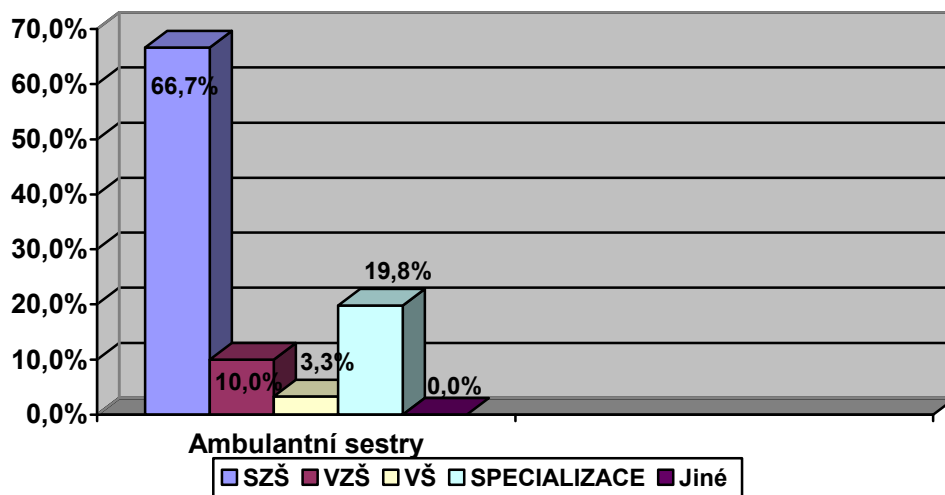
	Počet rozdaných dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Návratnost
Sestry ambulantní	30	30	100%
Sestry lůžkové	30	20	66,6%
Pacienti hospitalizovaní	30	29	96,6%
Pacienti ambulantní	30	21	70%

Graf 1 Pracovní oddělení sester



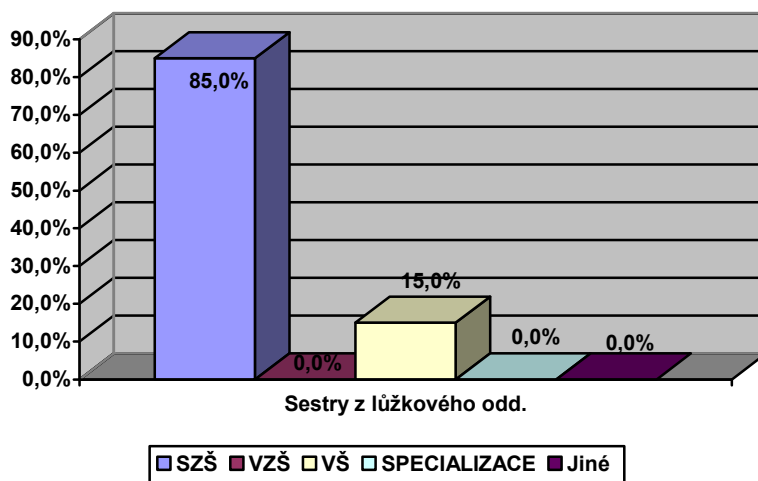
Graf 1 nás informuje o pracovním oddělení sester. 30 dotazovaných sester pracuje na oddělení ambulance(60%) a 20 sester pracuje na lůžková částí (40%).

Graf 2A Vzdělání sester na ambulanci



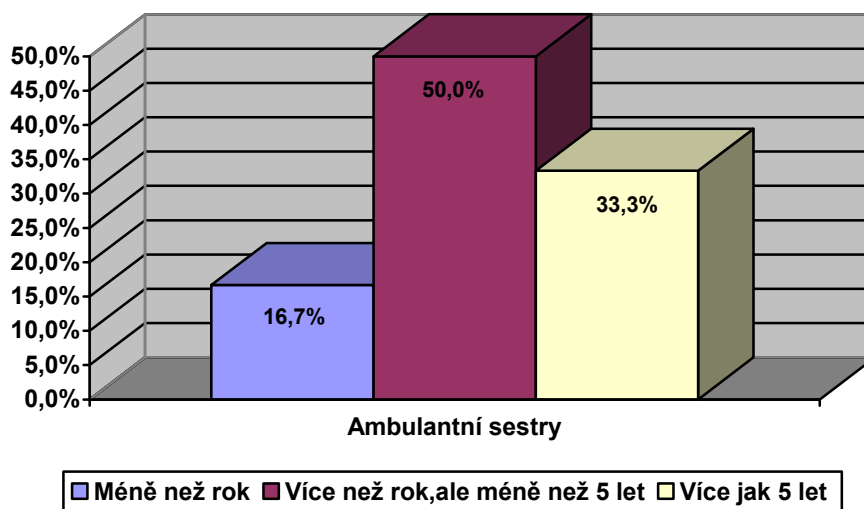
Graf 2A demonstruje vzdělání sester pracujících na ORL ambulanci. Na ambulanci ORL má 20 sester středoškolské vzdělání (66,7%), 3 sestry mají vyšší odborné vzdělání (10%), 1 sestra má VŠ vzdělání (3,3%), 6 sester má specializaci (19,8%).

Graf 2B Vzdělání sester na lůžkovém odd.



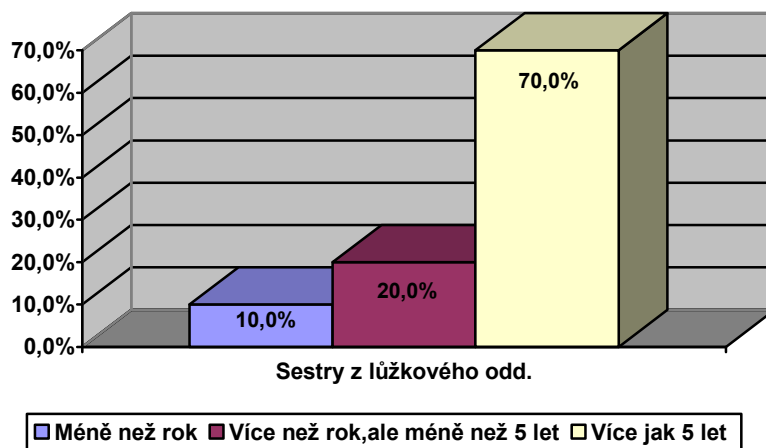
Graf 2B demonstruje vzdělání sester pracujících na ORL lůžkovém oddělení. Na lůžkové části je 17 sester se SZŠ (85%) a 3 sestry s VŠ (15%).

Graf 3A Délka praxe sester na ambulanci



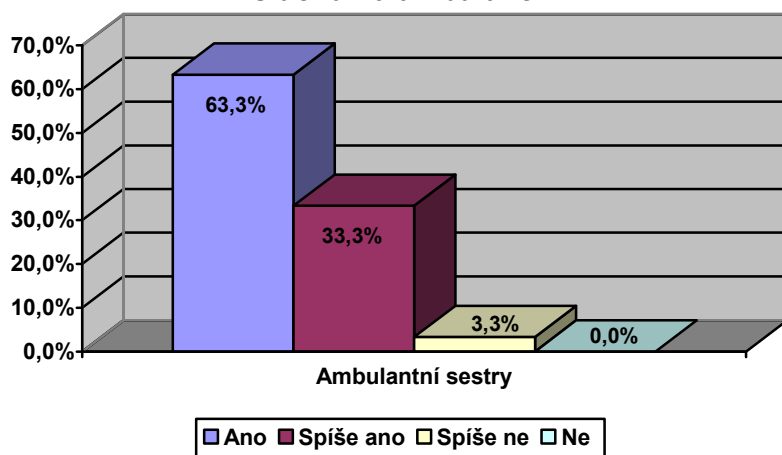
Graf 3A poukazuje na délku praxe sestry pracující na ORL ambulanci. Na ambulanci pracuje 15 sester, které mají praxi více než rok, ale méně než 5 let (50%), 10 sester má praxi déle než 5 let (33,3%), 5 sester z ambulance má praxi menší než 1 rok (16,7%).

Graf 3B Délka praxe sester na lůžkovém odd.



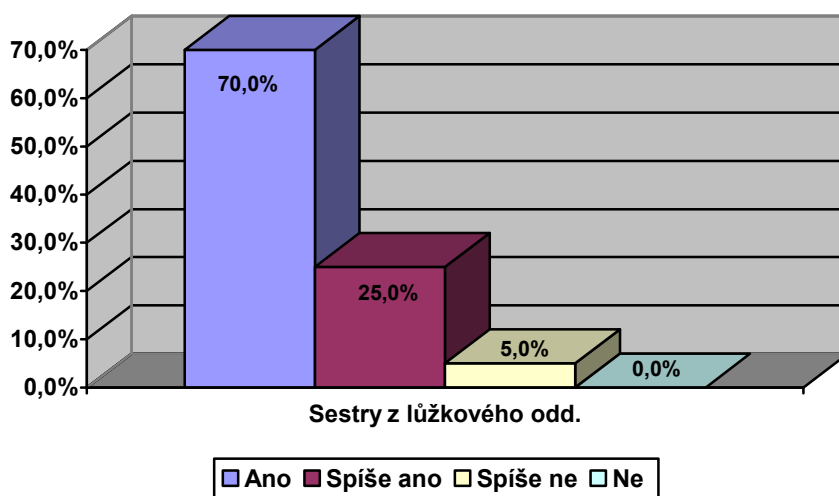
Graf 3B poukazuje na délku praxe sestry pracující na ORL oddělení. Na lůžkové části je 14 sester, které mají praxi delší než 5let (70%), 4 sestry pracují více jak rok, ale méně než 5let (20%) a 2 sestry mají praxi méně než rok (10%)

Graf 4A Četnost setkání s pacienty s poruchou sluchu na ambulanci



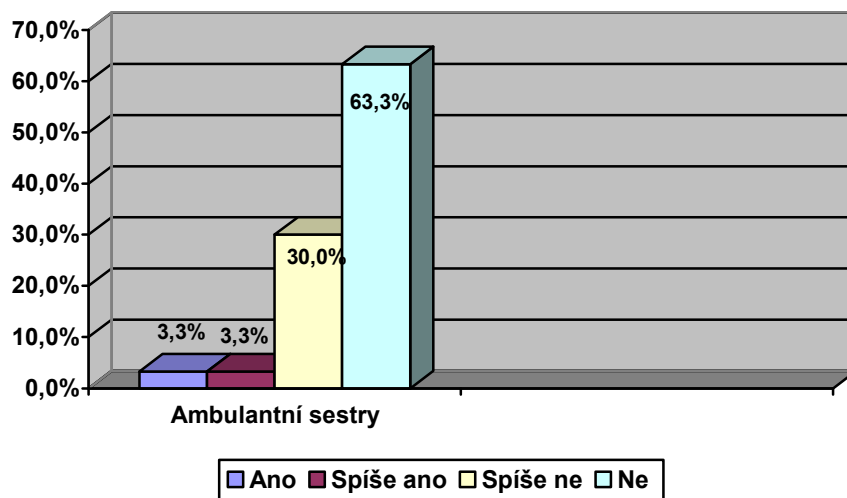
Graf 4A V otázce, zda se často setkávají s pacienty s poruchou sluchu na ambulanci odpovědělo 19 sester ano (63,3%), 10 sester spíše ano (33,3%), 1 sestra odpověděla spíše ne (3,3%)

Graf 4B Četnost setkání s pacienty s poruchou sluchu na lůžkovém odd.



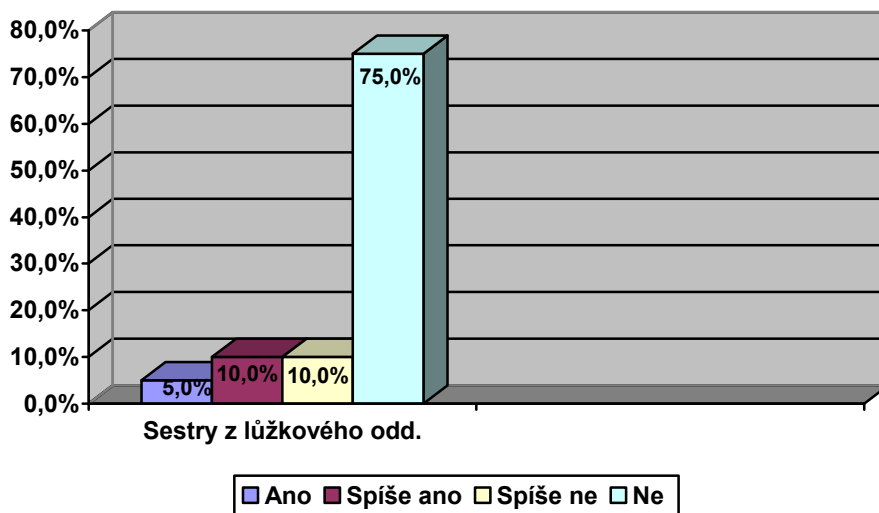
Graf 4B V otázce, zda se často setkávají s pacienty s poruchou sluchu, na lůžkové části odpovědělo 14 sester ano (70%), 5 sester spíše ano (25%), 1 sestra spíše ne (5%).

Graf 5A Znalost znakového jazyka sester na ambulanci



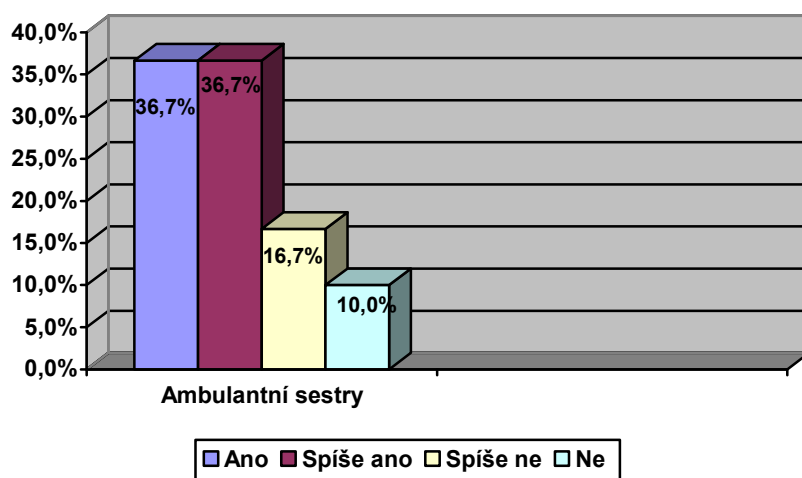
Graf 5A nás informuje o tom, zda sestry znají znakový jazyk. Na ambulanci ne odpovědělo 19 sester (63,3%), spíše ne odpovědělo 9 sester (30%), 1 odpověděla spíše ano (3,3%) a 1 sestra ano (3,3%).

Graf 5B Znalost znakového jazyka sester na lůžkovém odd.



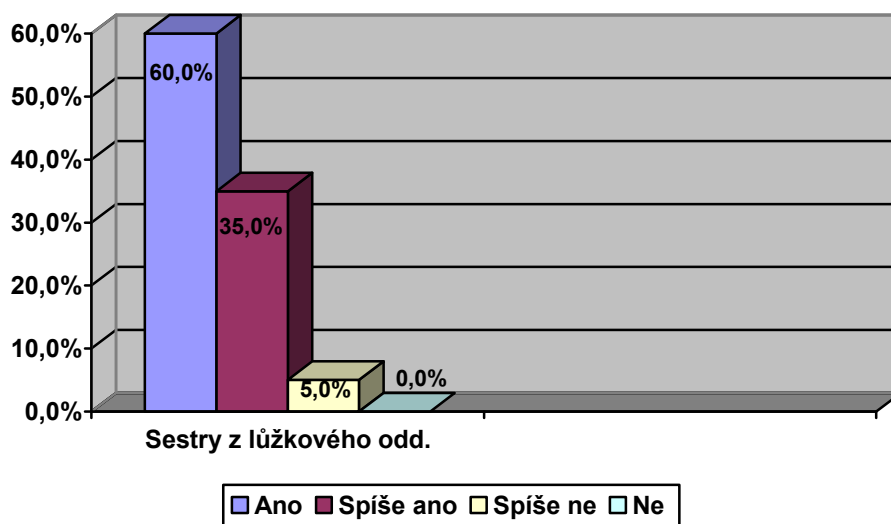
Graf 5B nás informuje o tom, zda sestry znají znakový jazyk. Na lůžkové části odpovědělo 15 sester ne (75%), 2 spíše ne (10%), 2 spíše ano (10%) a 1 sestra odpověděla ano (5%).

Graf 6A Použití metodiky psaní na ambulanci



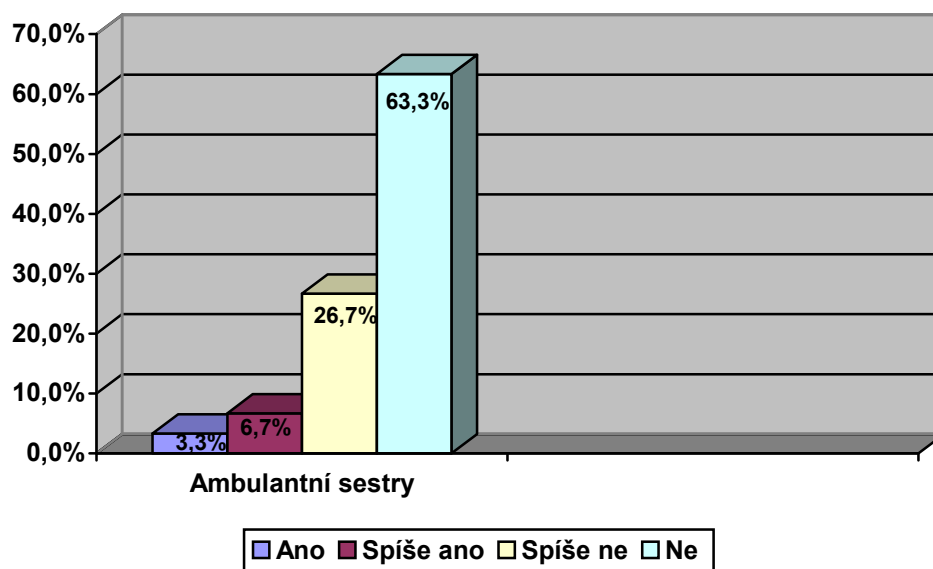
Graf 6A Zde jsme se ptali, zda sestry na ORL ambulanci používají metodu psaní. Na ambulanci možnost ano a také spíše ano nám odpovědělo 11 sester (36,7%), 5 odpovědělo spíše ne (16,7%), 3 sestry odpověděly ne (10%).

Graf 6B Použití metodiky psaní na lůžkovém odd.



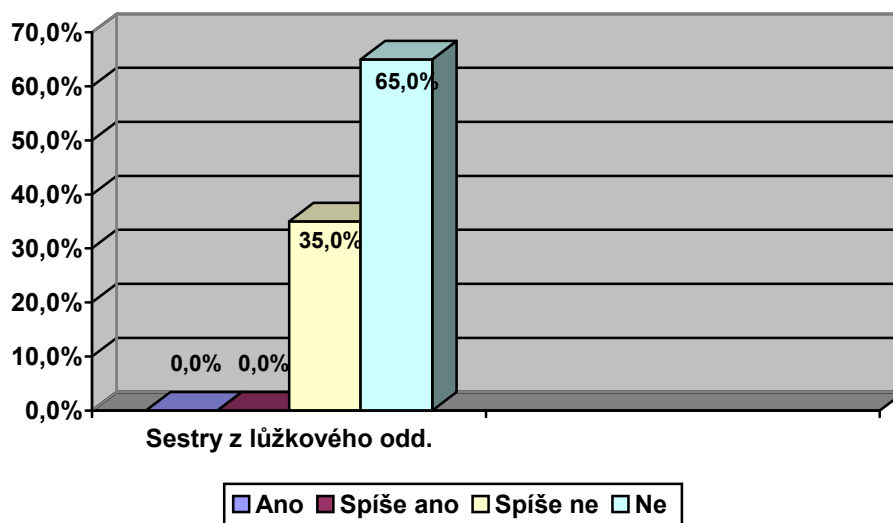
Graf 6B Zde jsme se ptali, zda sestry na lůžkové části používají metodu psaní. Možnost ano uvedlo 12 sester (60%), spíše ano uvedlo 7 sester (35%) a 1 sestra uvedla spíše ne (5%).

Graf 7A Použití tabulky podstatných jmen na ambulanci



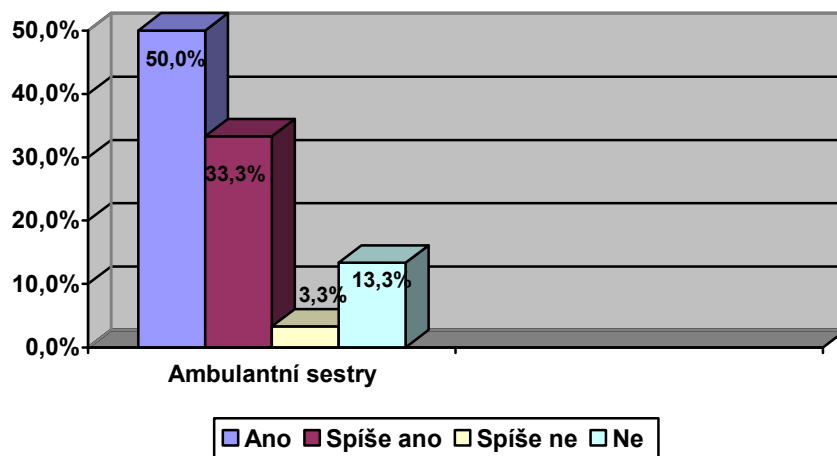
Graf 7A zde bylo zjišťováno, zda sestry používají při komunikaci s pacienty s poruchou sluchu tabulky podstatných jmen. Na ambulanci 19 sester odpovědělo ne (63,3%), 8 sester odpovědělo spíše ne (26,7%), 2 sestry odpověděly spíše ano (6,7%), 1 odpověděla ano (3,3%).

Graf 7B Použití tabulky podstatných jmen na lůžkovém odd.



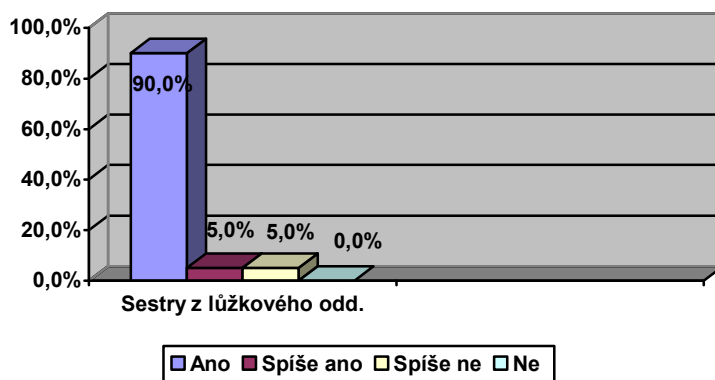
Graf 7B zde bylo zjišťováno, zda sestry používají při komunikaci s pacienty s poruchou sluchu tabulky podstatných jmen. Na lůžkové části odpovědělo 13 sester ne (65%) a 7 sester spíše ne (35%).

Graf 8A Dodržování vhodné vzdálenosti při komunikaci na ambulanci



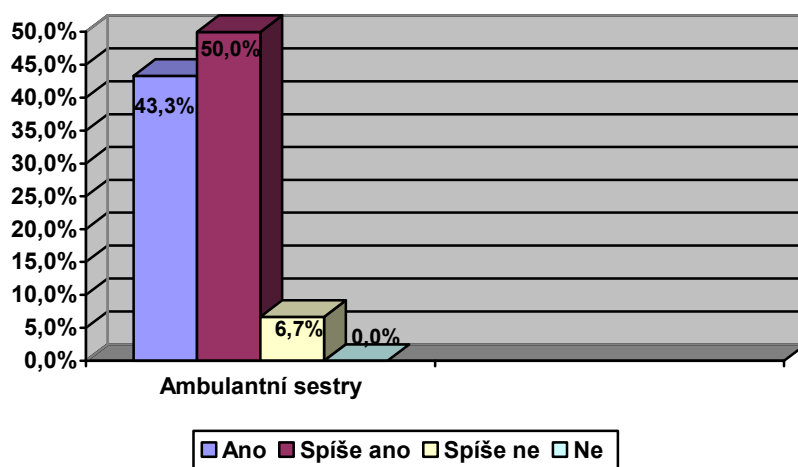
Graf 8A nás informuje o tom, zda sestry dodržují vhodnou vzdálenost při komunikaci s pacientem. Na ambulanci 15 sester odpovědělo ano(50%), 10 spíše ano(33,3%), 4 ne(13,3%) a 1 sestra odpověděla spíše ne (3,3%).

Graf 8B Dodržování vhodné vzdálenosti při komunikaci na lůžkovém odd.



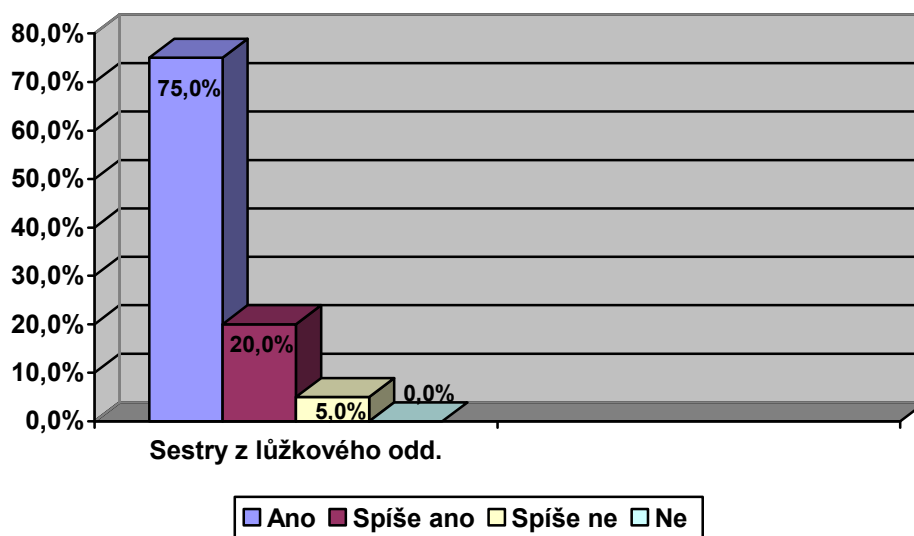
Graf 8B nás informuje o tom, zda sestry dodržují vhodnou vzdálenost při komunikaci s pacientem. Na lůžkovém odd. odpovědělo 18 sester ano (90%), 1 spíše ano(5%) a 1 spíše ne (5%)

Graf 9A Upozornění pacienta na rozhovor na ambulanci



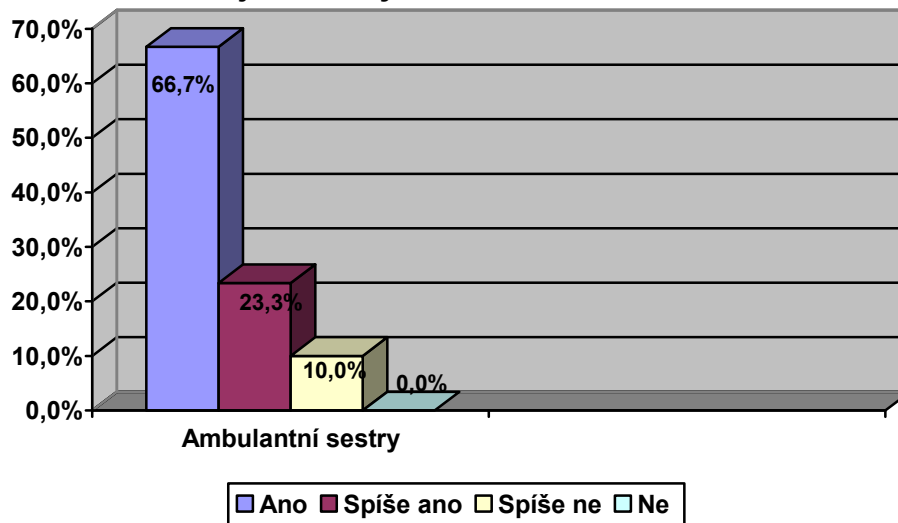
Graf 9A Zde zjišťujeme, zda sestry upozorňují pacienta s poruchou sluchu na rozhovor. Na ambulanci nám spíše ano odpovědělo 15 sester (50%), ano 13 sester (43,3%), spíše ne 2 sestry (6,7%).

Graf 9B Upozornění pacienta na rozhovor na lůžkovém odd.



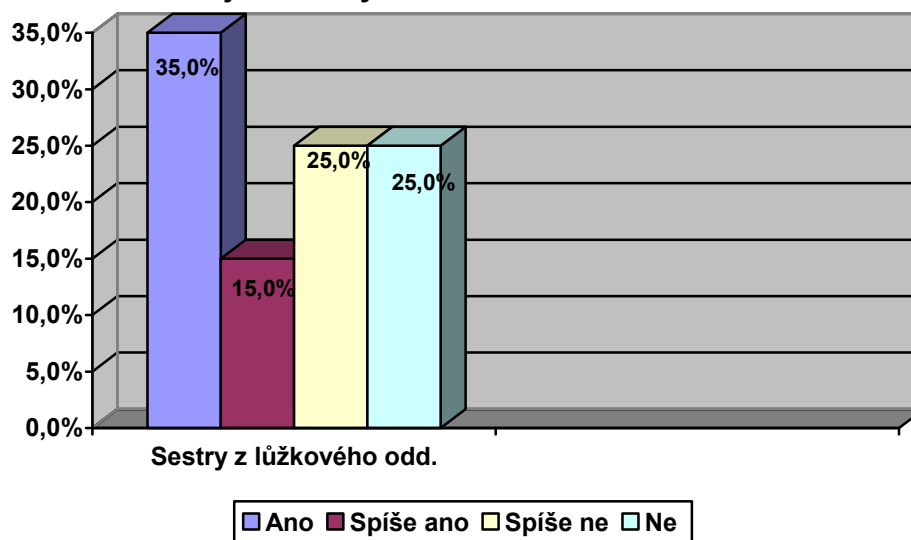
Graf 9B Zde zjišťujeme, zda sestry upozorňují pacienta s poruchou sluchu na rozhovor. Na lůžkovém oddělení odpovědělo 15 sester ano (75%), 4 sestry spíše ano (20%) a 1 sestra spíše ne(5%).

Graf 10A Upozornění pacienta dotekem na rozhovor, stojícího zády k sestře na ambulanci



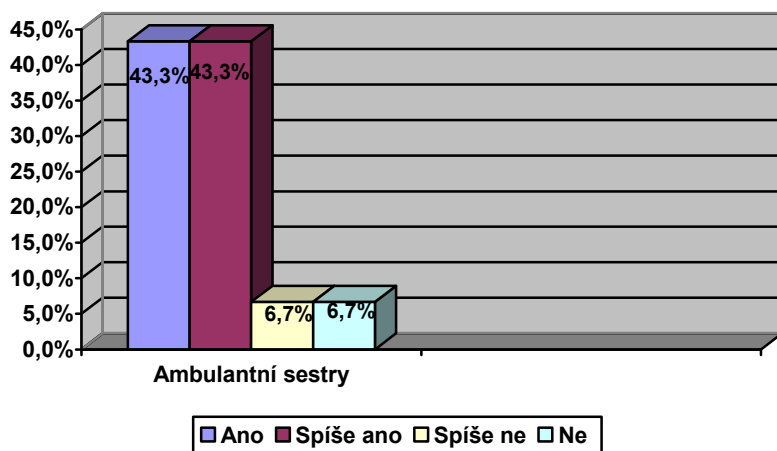
Graf 10A nás informuje o tom, zda sestry upozorňují pacienta na rozhovor i tehdy, pokud k nim pacient v danou chvíli stojí zády. Na ambulanci 20 sester odpovědělo ano (66,7%), 7 sester spíše ano (23,3%), 3 sestry spíše ne (10%).

Graf 10B Upozornění pacienta dotekem na rozhovor, stojícího zády k sestře na lůžkovém odd.



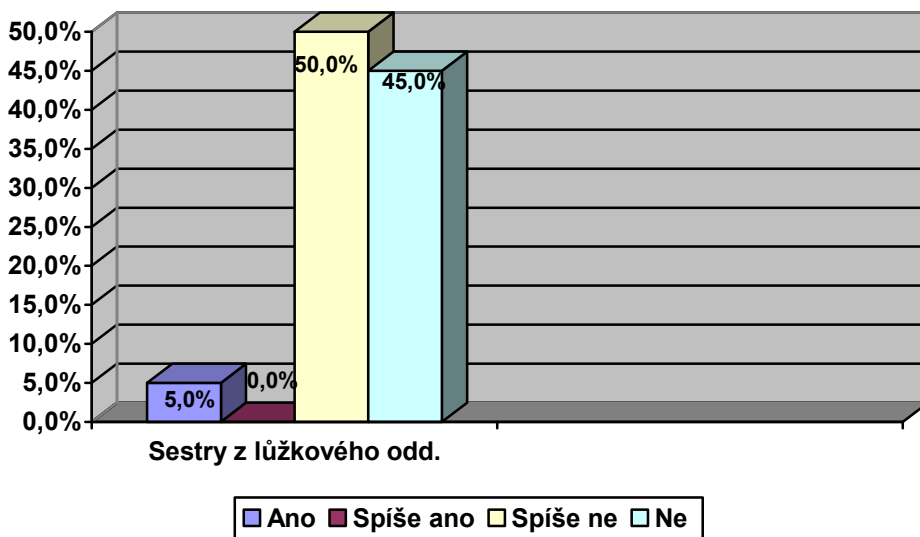
Graf 10B nás informuje o tom, zda sestry upozorňují pacienta na rozhovor i tehdy, pokud k nim pacient v danou chvíli stojí zády. Na lůžkovém odd. odpovědělo 7 sester ano (35%), 3 sestry spíše ano (15%), 5 sester spíše ne (25%) a také 5 sester odpovědělo ne (25%).

Graf 11A Stojí zády ke zdroji světla na ambulanci



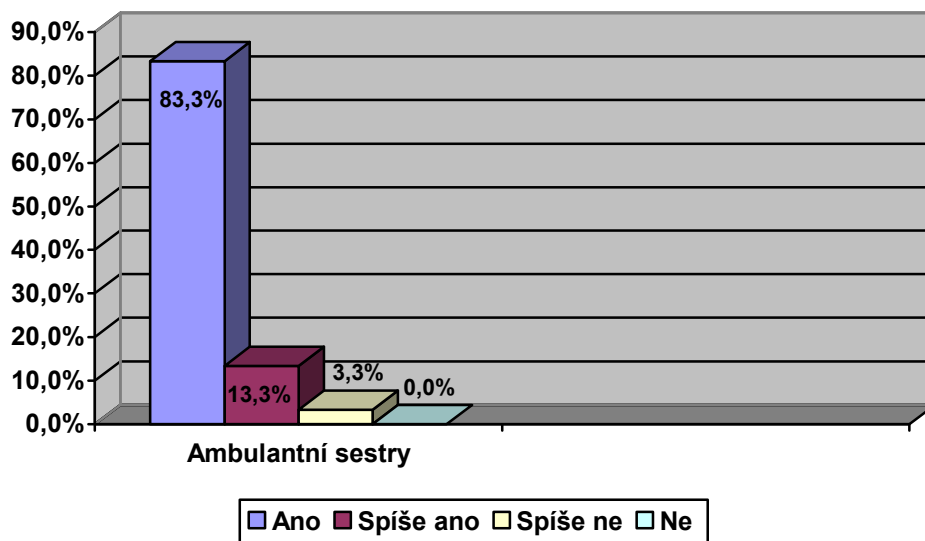
Graf 11A nám demonstruje, zda sestry stojí zády ke zdroji světla, pokud hovoří k pacientovi. Na ambulanci 13 sester odpovědělo ano (43,3%), 13 spíše ano (43,3%), 2 spíše ne (6,7%) a ne nám odpovědělo stejný počet sester (6,7%).

Graf 11B Stojí zády ke zdroji světla na lůžkovém odd.



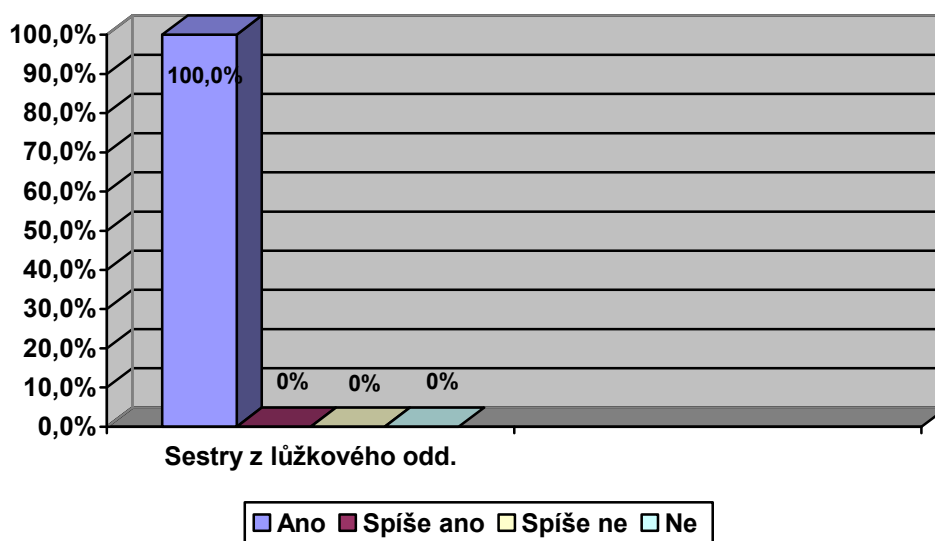
Graf 11B nám demonstruje, zda sestry stojí zády ke zdroji světla, pokud hovoří k pacientovi. Na lůžkové části odpovědělo 10 sester spíše ne (50%), 9 sester ne (45%) a pouze 1 sestra odpověděla ano (5%).

Graf 12A Umožnění odezírání z úst na ambulanci



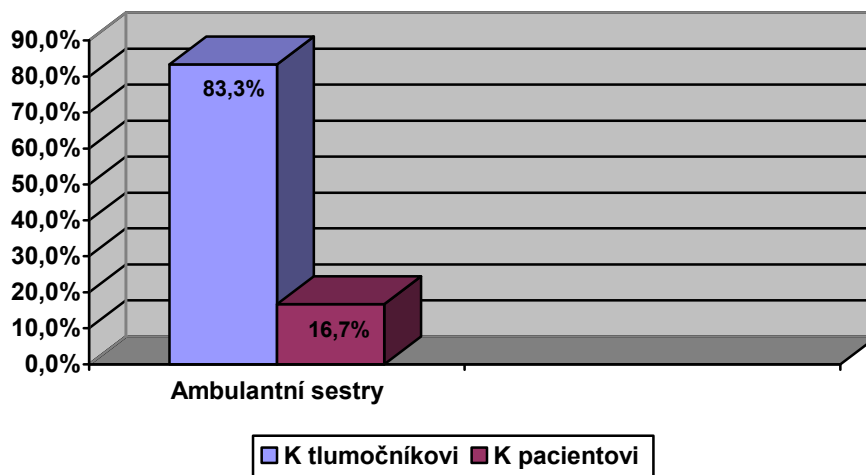
Graf 12A poukazuje na to, zda sestry umožňují pacientům odezírání z úst. Na ambulanci 25 sester odpovědělo ano (83,3%), 4 spíše ano (13,3%) a spíše ne odpověděla 1 sestra (3,3%).

Graf 12B Umožnění odezírání z úst na lůžkovém odd.



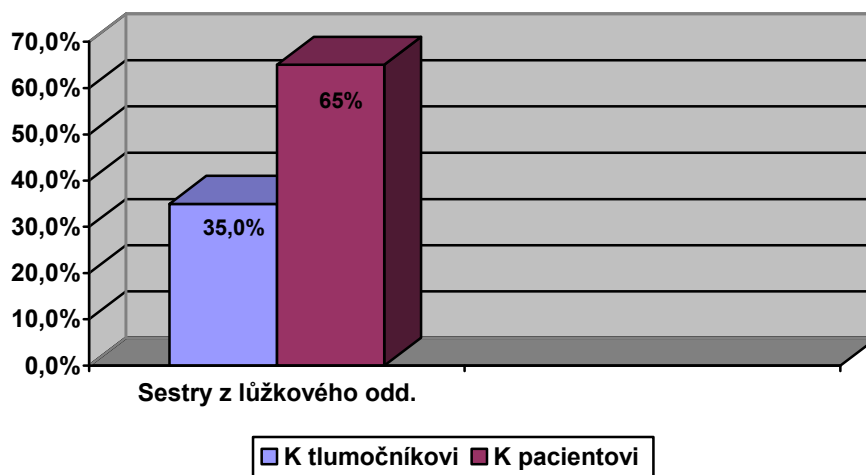
Graf 12B poukazuje na to, zda sestry umožňují pacientům odezírání z úst. Na lůžkové části odpovědělo všech 20 dotazovaných sester ano (100%).

**Graf 13A Komunikace s pacientem na ambulanci,
který má tlumočníka**



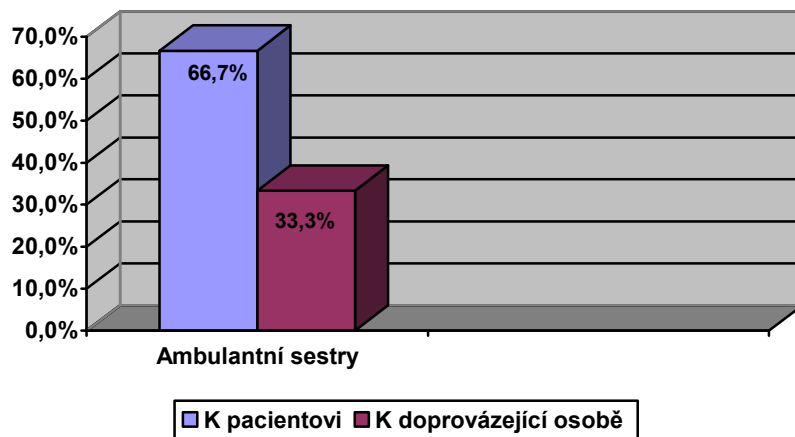
Graf 13A zde bylo zjišťováno, jestli sestry hovoří k pacientovi nebo k tlumočnickovi, se kterým pacient přichází. Na ambulanci k tlumočnickovi odpovědělo 25 sester (83,3%) a k pacientovi odpovědělo 5 sester (16,7%).

**Graf 13B Komunikace s pacientem na lůžkovém odd.
který má tlumočníka**



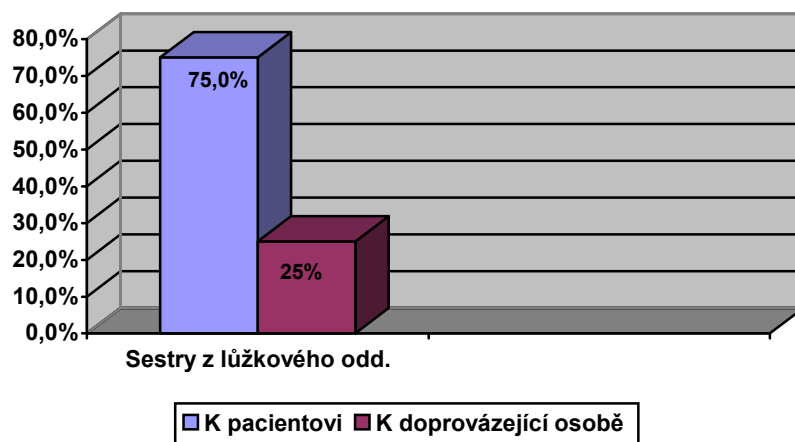
Graf 13B zde bylo zjišťováno, jestli sestry hovoří k pacientovi nebo k tlumočnickovi, se kterým pacient přichází. Na lůžkovém oddělení odpovědělo 13 sester k pacientovi (65%) a 7 sester k tlumočnickovi (35%).

**Graf 14A Komunikace s pacientem na ambulanci,
který má doprovod**



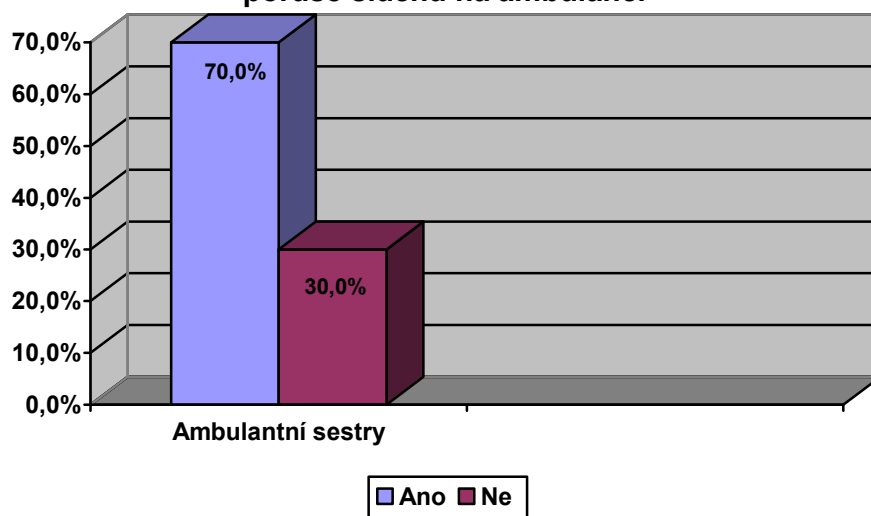
Graf 14A zde bylo zjišťováno, jestli sestry hovoří k pacientovi nebo k jeho doprovodu, pokud pacient přichází s doprovodem. Na ambulanci k pacientovi hovoří 20 sester (66,7%) a k doprovodu hovoří 10 sester (33,3%).

**Graf 14B Komunikace s pacientem na lůžkovém
odd., který má doprovod**



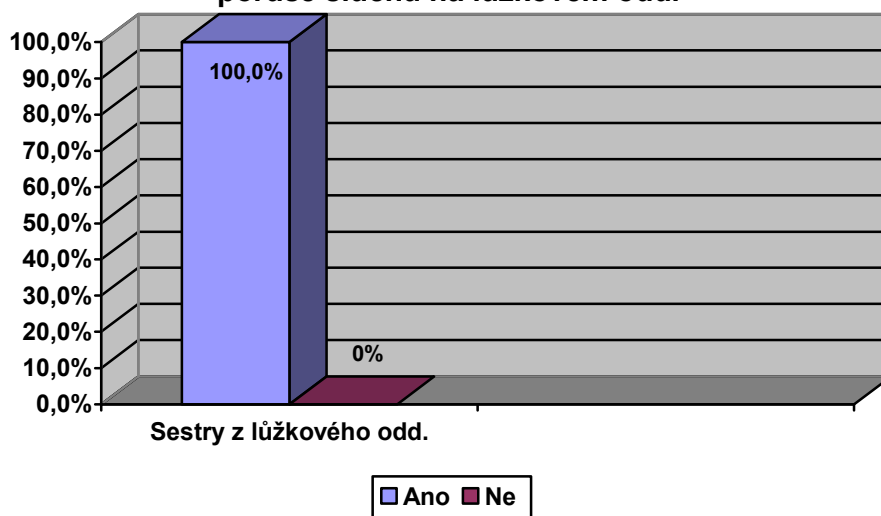
Graf 14B zde bylo zjišťováno, jestli sestry hovoří k pacientovi nebo k jeho doprovodu, pokud pacient přichází s doprovodem. Na lůžkové části hovoří k pacientovi 15 sester (75%) a k doprovodu 5 sester (25%).

Graf 15A Znalost základních metod komunikace při poruše sluchu na ambulanci



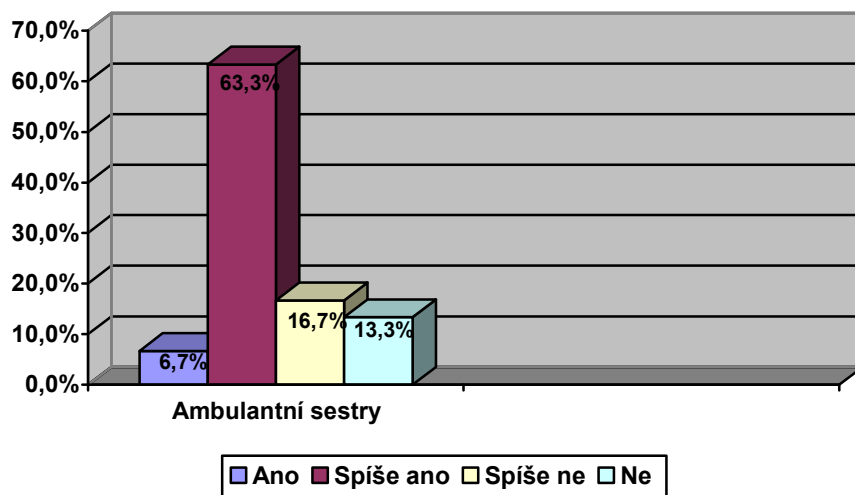
Graf 15A informuje o znalosti základních metod komunikace při poruše sluchu. Na ambulanci ano odpovědělo 21 sester (70%), 9 sester odpovědělo ne (30%).

Graf 15B Znalost základních metod komunikace při poruše sluchu na lůžkovém odd.



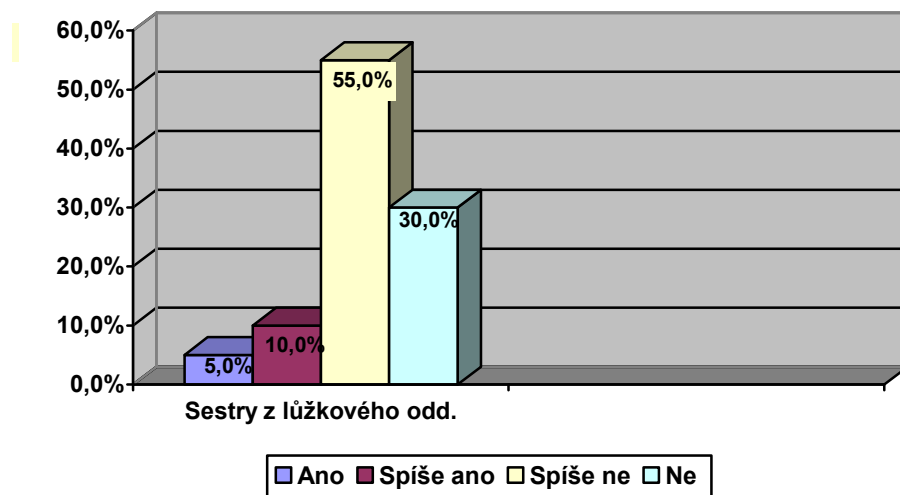
Graf 15B informuje o znalosti základních metod komunikace při poruše sluchu. Na lůžkovém oddělení odpověděly ano všechny sestry (100%).

Graf 16A Otáčení hlavou při rozhovoru na ambulanci



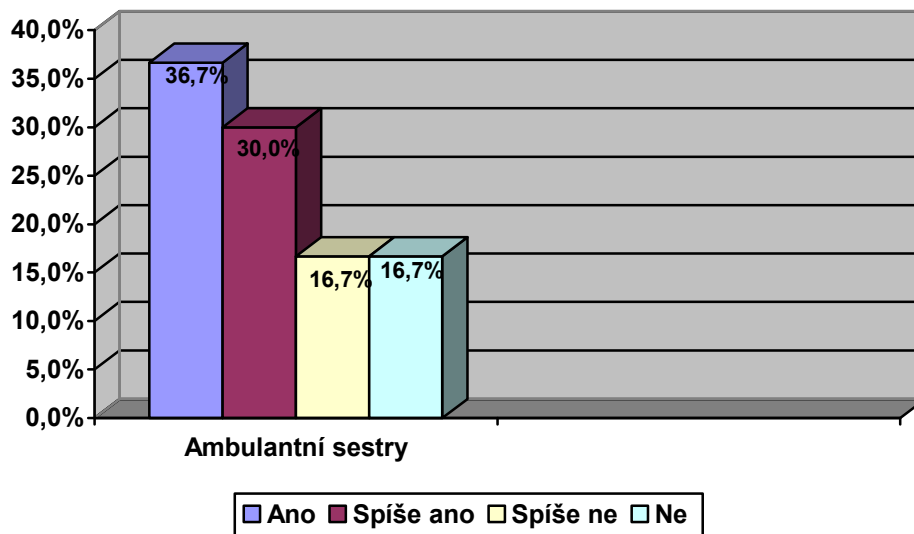
Graf 16A zjišťuje zda sestry při rozhovoru s pacientem otáčejí hlavou. Na ambulanci spíše ano odpovědělo 19 sester (63,3%), spíše ne 5 sester (16,7%), 4 sestry odpověděly ne (13,3%) a 2 sestry odpověděly ano (6,7%).

Graf 16B Otáčení hlavou při rozhovoru na lůžkovém odd.



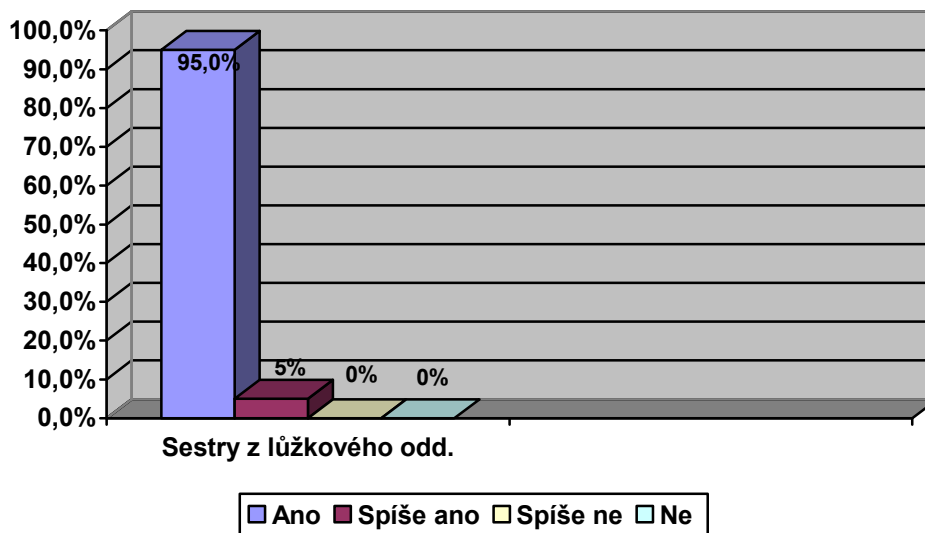
Graf 16B zjišťuje zda sestry při rozhovoru s pacientem otáčejí hlavou. Na lůžkové části uvedlo 11 sester spíše ne (55%), 6 sester uvedlo ne (30%), 2 sestry odpověděly spíše ano (10%) a 1 sestra odpověděla ano (5%).

Graf 17A Vyžadování zpětné vazby na ambulanci



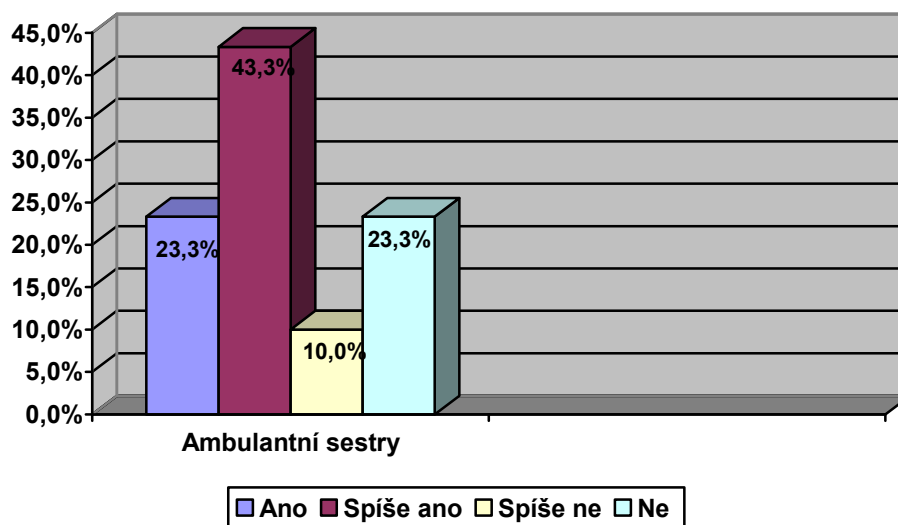
Graf 17A informuje o tom ,zda sestry vyžadují od pacientů s poruchou sluchu zpětnou vazbu. Na ambulanci ano odpovědělo 11 sester(36,7%), 9 sester odpovědělo spíše ano(30%), spíše ne a ne odpovědělo 5 sester (16,7%).

Graf 17B Vyžadování zpětné vazby na lůžkovém odd.



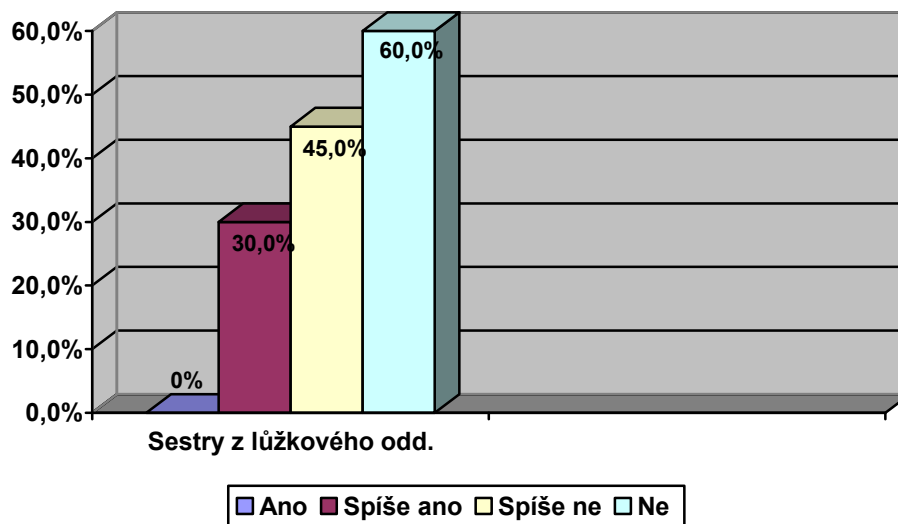
Graf 17B informuje o tom ,zda sestry vyžadují od pacientů s poruchou sluchu zpětnou vazbu. Na lůžkové části uvedlo ano 19 sester (95%) a 1 sestra uvedla spíše ano(5%).

Graf 18A Projev netrpělivosti sestry na ambulanci



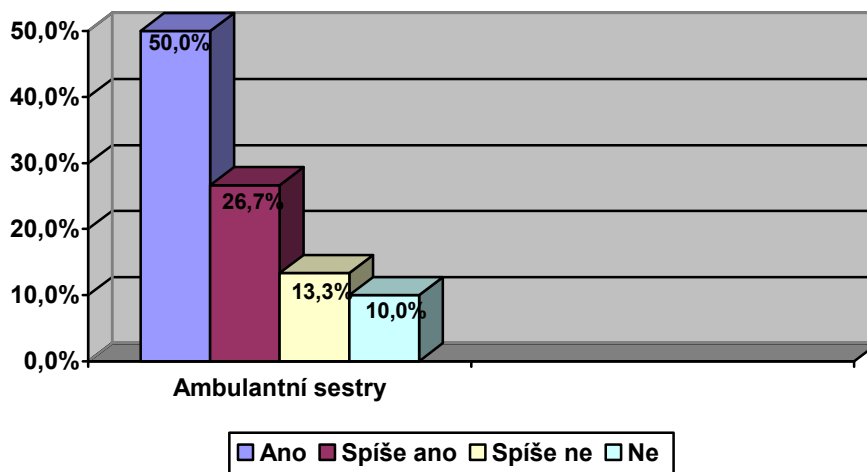
Graf 18A znázorňuje zda sestry projevují svoji netrpělivost, pokud se jim nedaří úspěšná komunikace. Na ambulanci uvedlo 13 sester spíše ano (43,3%), 7 sester ne (23,3%), 7 sester uvedlo ano (23,3%) a 3 sestry spíše ne (10%).

Graf 18B Projev netrpělivosti sestry na lůžkovém odd.



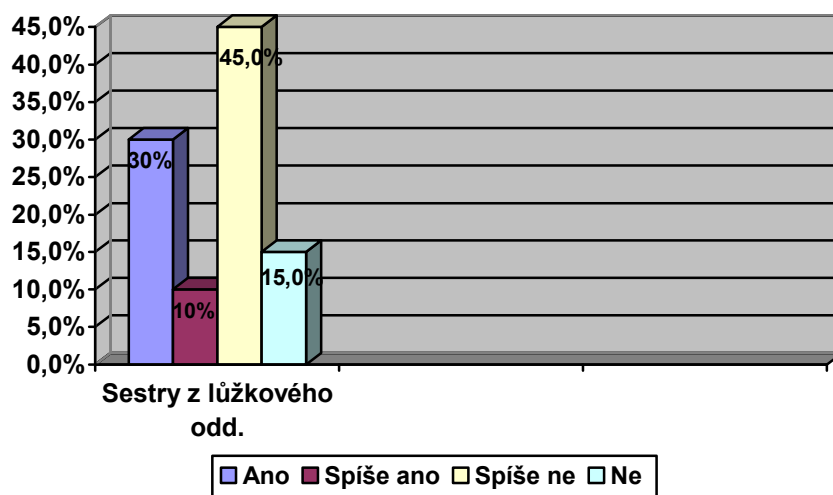
Graf 18B znázorňuje zda sestry projevují svoji netrpělivost, pokud se jim nedaří úspěšná komunikace. Na lůžkové části nejvíce sester odpovědělo ne (60%), 9 sester uvedlo spíše ne (45%) a 6 sester uvedlo spíše ano (30%)

Graf 19A Odvrácení hlavy při upřeném pohledu pacienta na ambulanci



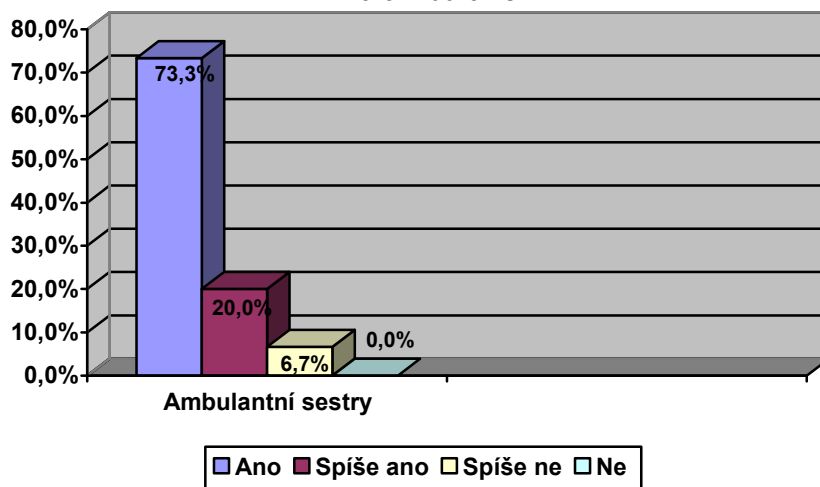
Graf 19A nás informuje o tom, zda sestry odvracejí hlavu při upřeném pohledu pacienta s poruchou sluchu. Na ambulanci ano odpovědělo 15 sester (50%), spíše ano 8 (26,7%), spíše ne 4 (13,3%) a ne odpověděly 3 sestry (10%).

Graf 19B Odvrácení hlavy při upřeném pohledu pacienta na lůžkovém odd.



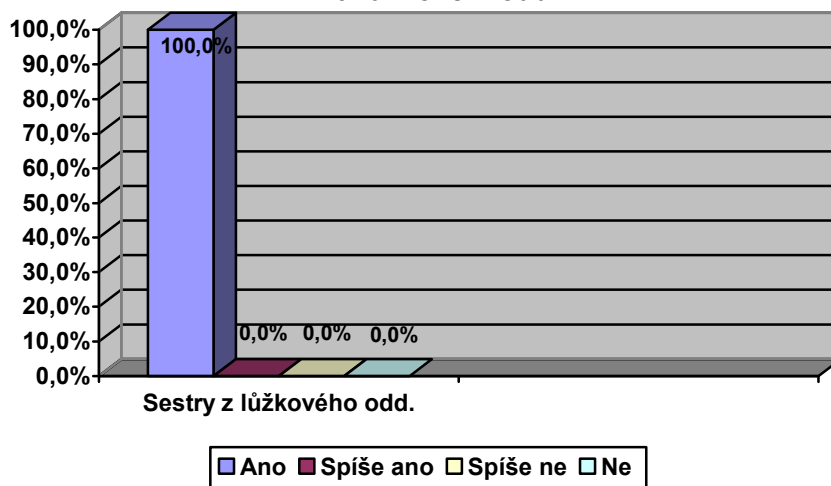
Graf 19B nás informuje o tom, zda sestry odvracejí hlavu při upřeném pohledu pacienta s poruchou sluchu. Na lůžkové části 9 sester uvedlo spíše ne (45%), 6 sester ano (30%), 3 sestry uvedly ne (15%) a 2 sestry odpověděly spíše ne (10%).

Graf 20A Vysvětlení výkonu a spolupráce pacienta na ambulanci



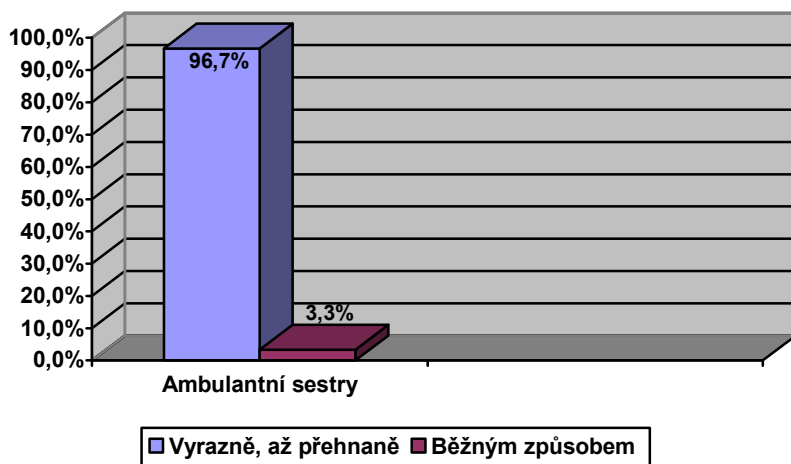
Graf 20A nám demonstruje, zda sestry vysvětlují jakou spolupráci čekají od pacienta a zda mu vysvětlují výkon, který se u něj bude dělat. Na ambulanci 22 sester odpovědělo ano (73,3%), 6 sester odpovědělo spíše ano (20%), 2 spíše ne (6,7%) sester.

Graf 20B Vysvětlení výkonu a spolupráce pacienta na lůžkovém odd.



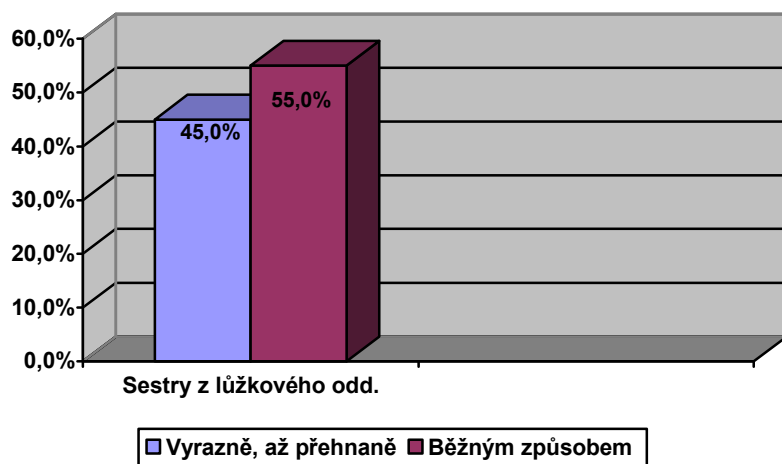
Graf 20B nám demonstruje, zda sestry vysvětlují jakou spolupráci čekají od pacienta a zda mu vysvětlují výkon, který se u něj bude dělat. Na lůžkové části odpověděly všechny sestry ano (100%).

Graf 21A Artikulace sestry na ambulanci



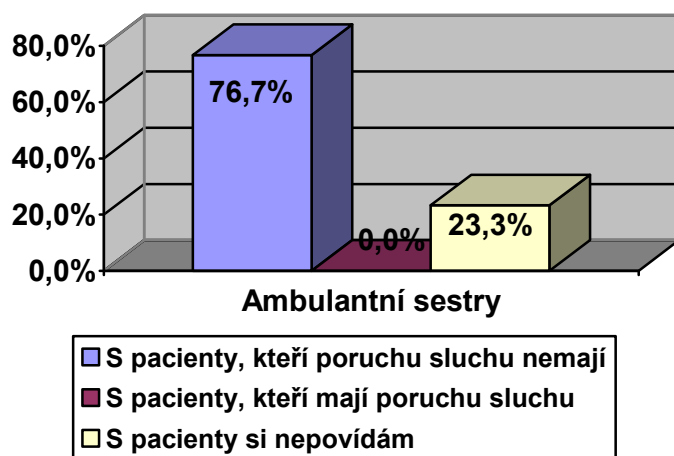
Graf 21A nás informuje, zda sestry artikulují při rozhovoru s pacientem běžným způsobem nebo používají výraznou až přehnanou artikulaci. Na ambulanci výrazně až přehnaně artikuluje 29 sester s těmito pacienty (96,7%) a pouze 1 sestra mluví běžným způsobem (3,3%).

Graf 21B Artikulace sestry na lůžkovém odd.



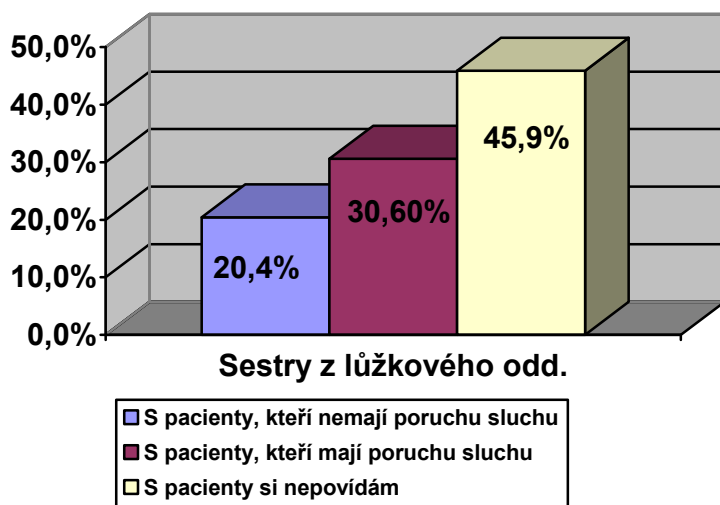
Graf 21B nás informuje, zda sestry artikulují při rozhovoru s pacientem běžným způsobem nebo používají výraznou až přehnanou artikulaci. Na lůžkové části artikuluje výrazně 9 sester (45%) a 11 sester běžným způsobem (55%).

Graf 22A Komunikace sestry s pacientem ve volném čase na ambulanci



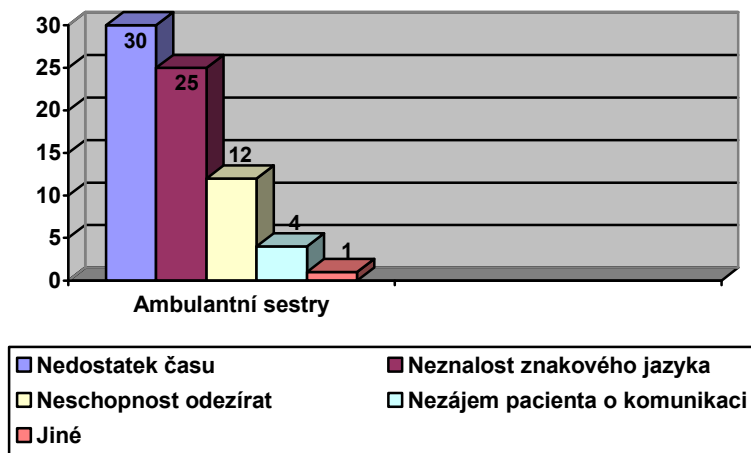
Graf 22A nám demonstruje, s jakými pacienty si sestry povídají ve volném čase. Na ambulanci 23 sester odpovědělo, že si raději povídají s pacienty, kteří poruchu sluchu nemají (76,7%), 7 sester odpovědělo, že si s pacienty ve volném čase nepovídají (23,3%).

Graf 22B Komunikace sestry s pacientem ve volném čase na lůžkovém odd.



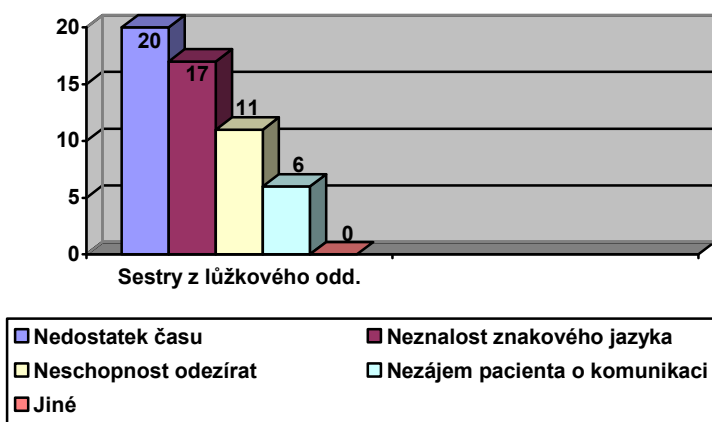
Graf 22B nám demonstruje, s jakými pacienty si sestry povídají ve volném čase. Na lůžkové části si 10 sester si povídá s pacienty, kteří poruchu sluchu má (50%), 5 sester si povídá s pacienty, kteří poruchu sluchu nemají (25%) a 5 sester si s pacienty nepovídá (25%).

Graf 23A Největší problémy s oblastí komunikace na ambulanci



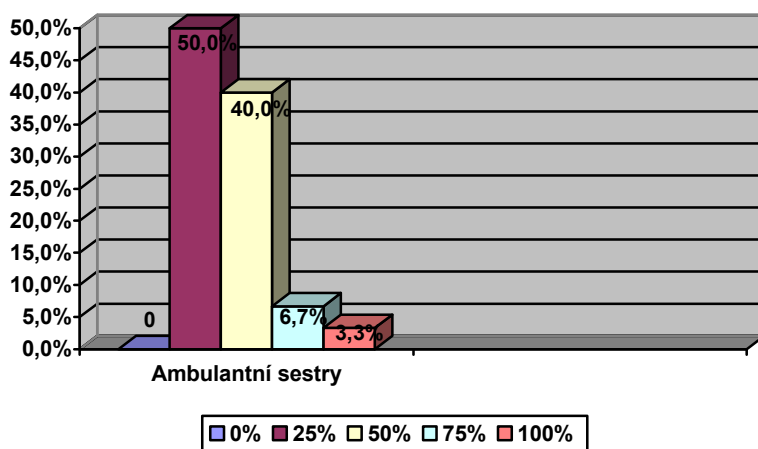
Graf 23A nás informuje o tom, jaké největší problémy sestry shledávají v oblasti komunikace. Na ambulanci největší počet odpovědí byl u možnosti nedostatek času (30), neznalost znakového jazyka (25), nezájem pacienta o komunikaci (4), neschopnost odezírat (4) a u možnosti jiné byla 1 odpověď.

Graf 23B Největší problémy s oblastí komunikace na lůžkovém odd.



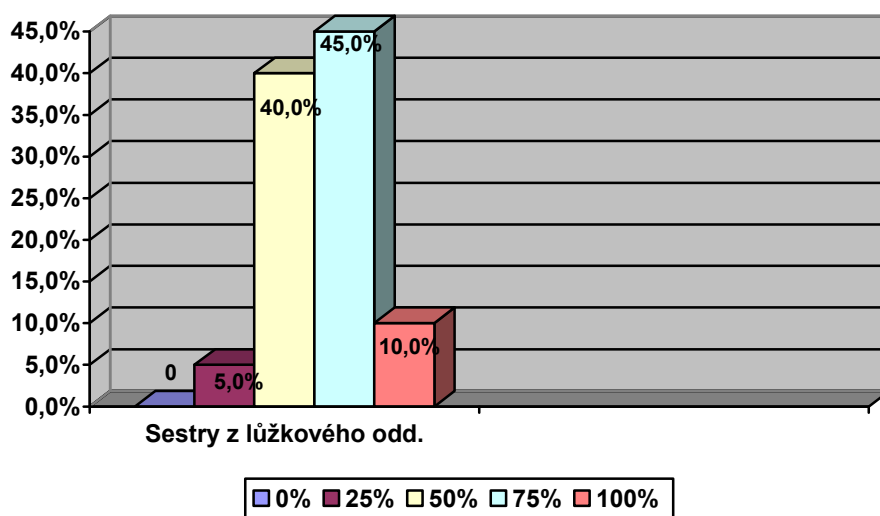
Graf 23B nás informuje o tom, jaké největší problémy sestry shledávají v oblasti komunikace. U odpovědí sester z lůžkového oddělení bylo nejvíce odpovědí u možnosti nedostatek času (20), neznalost znakového jazyka (17), nezájem pacienta o komunikaci (11) a neschopnost odezírat (6).

Graf 24A Uspokojování potřeby komunikace v % na ambulanci



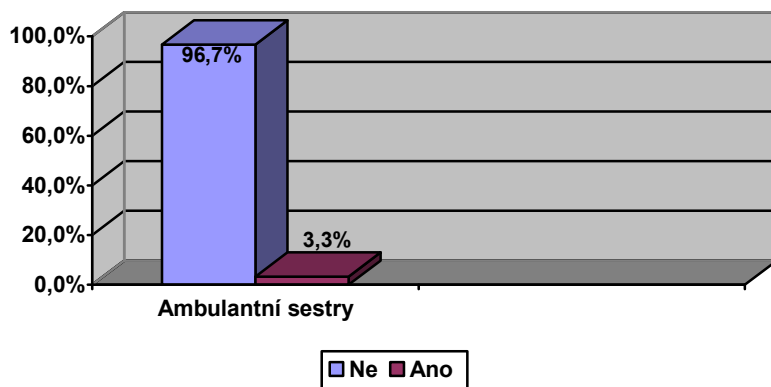
Graf 24A informuje o tom, v jakém % si sestry myslí, že uspokojují pacientovu potřebu komunikace. Na ambulanci se 15 sester domnívá, že potřebu uspokojují na 25% (50%), 12 sester uspokojuje potřebu na 50% (40%), 2 sestry si myslí, že potřebu uspokojují na 75% (6,7%) a 1 sestra se domnívá, že potřebu komunikace uspokojuje na 100% (3,3%).

Graf 24B Uspokojování potřeby komunikace v % na lůžkovém odd.



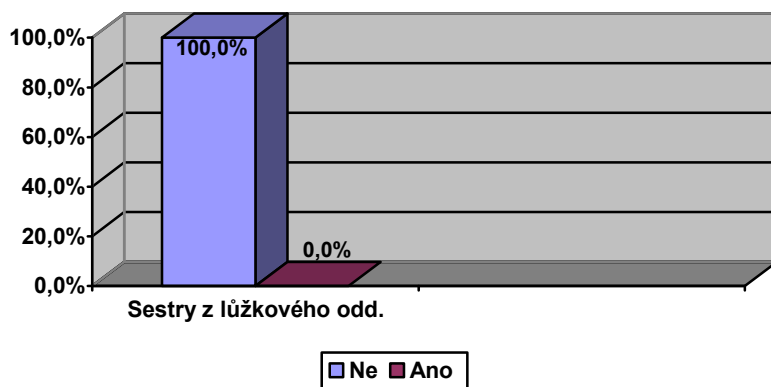
Graf 24B informuje o tom, v jakém % si sestry myslí, že uspokojují pacientovu potřebu komunikace. Na lůžkové části si 9 sester myslí, že potřebu komunikace uspokojuje na 75% (45%), 8 sester si myslí, že potřebu uspokojuje na 50% (40%), 2 sestry se domnívají, že potřebu uspokojují na 100% (10%) a jedna sestra si myslí, že potřebu komunikace uspokojuje na 25% (5%).

Graf 25A Chcete nám ohledně tohoto tématu něco sdělit?



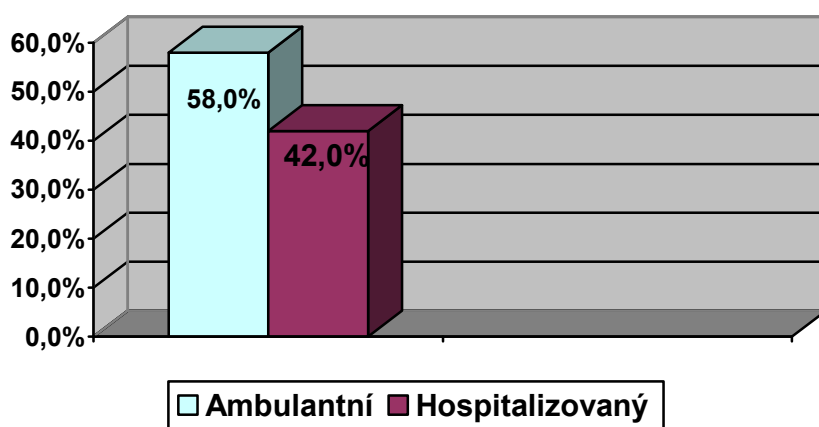
Graf 25A informuje o tom, zda sestry k danému tématu chtějí něco sdělit. 29 sester z ambulance uvedlo odpověď ne (96,7%) a jedna sestra odpověděla ano (3,3%).

Graf 25B Chcete nám ohledně tohoto tématu něco sdělit?



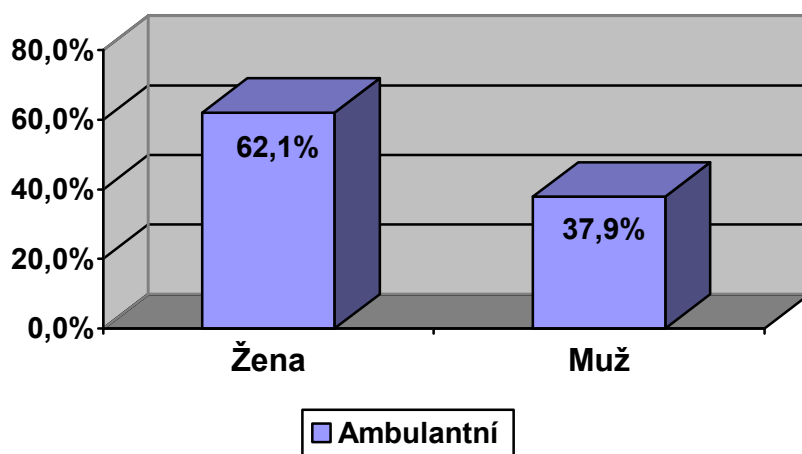
Graf 25B informuje o tom, zda sestry k danému tématu chtějí něco sdělit. Ze sester z lůžkového oddělení odpověděly všechny sestry možnost ne (100%).

Graf 26 Typ respondenta



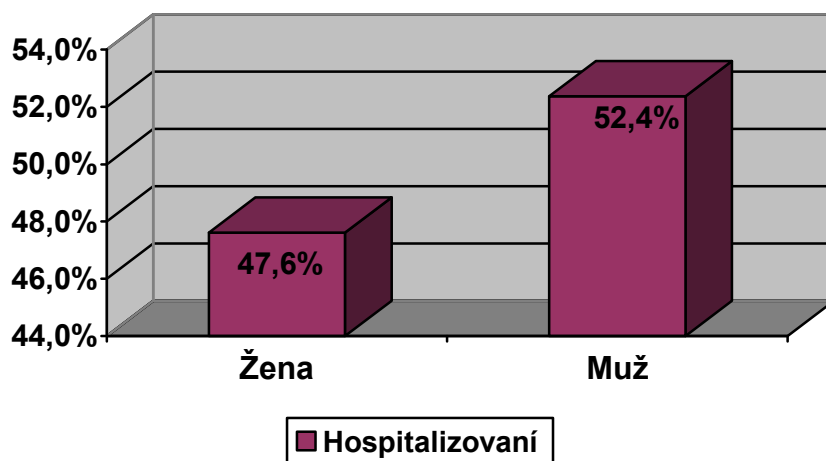
Graf 26 nás informuje o počtu pacientů s poruchou sluchu na oddělení a ambulanci ORL. Ambulantních pacientů dle výsledků bylo 29 (58%) a pacientů s poruchou sluchu, kteří byli hospitalizovaní na oddělení ORL bylo 21 (42%).

Graf 27A Pohlaví respondenta na ambulanci



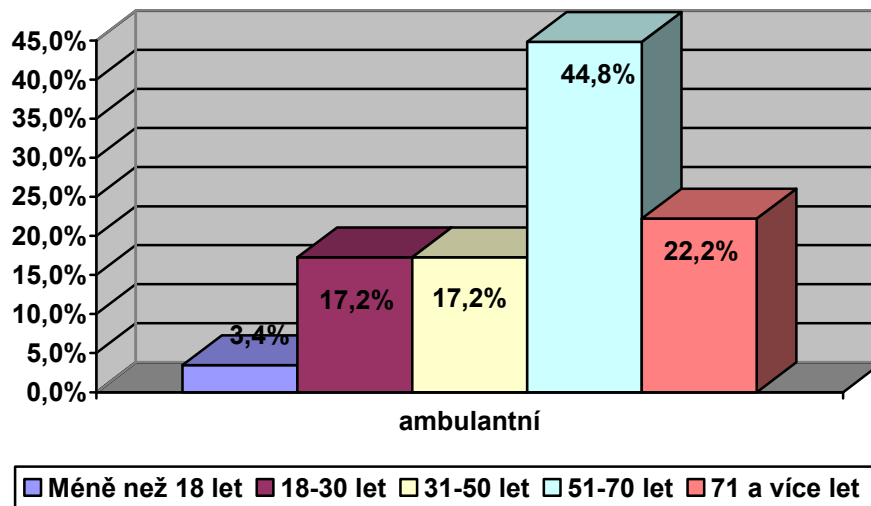
Graf 27A nám demonstruje pohlaví respondentů ambulantně ošetřených na oddělení ORL. Podle grafu bylo složení respondentů dle pohlaví ošetřeno na ambulanci 18 žen (62,1%) a 11 mužů (37,9%).

Graf 27B Pohlaví respondenta na lůžkovém odd.



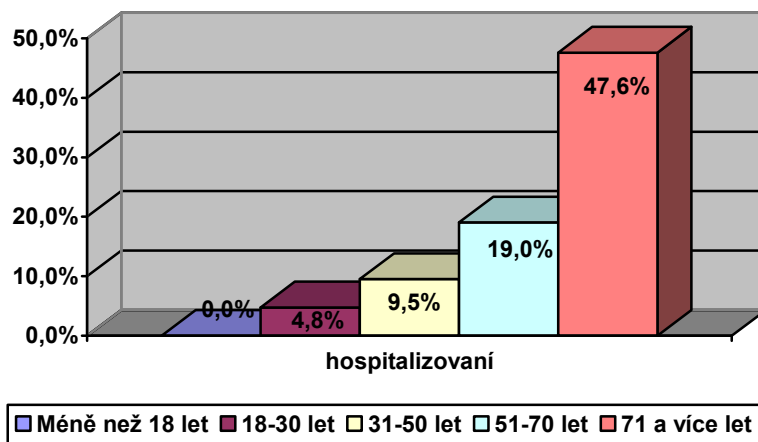
Graf 27B nám demonstruje pohlaví respondentů hospitalizovaných na oddělení ORL. Podle grafu bylo složení respondentů dle pohlaví ošetřeno na lůžkové části bylo 10 žen (47,6%) a 11 mužů (52,4%).

Graf 28A Věk respondenta na ambulanci



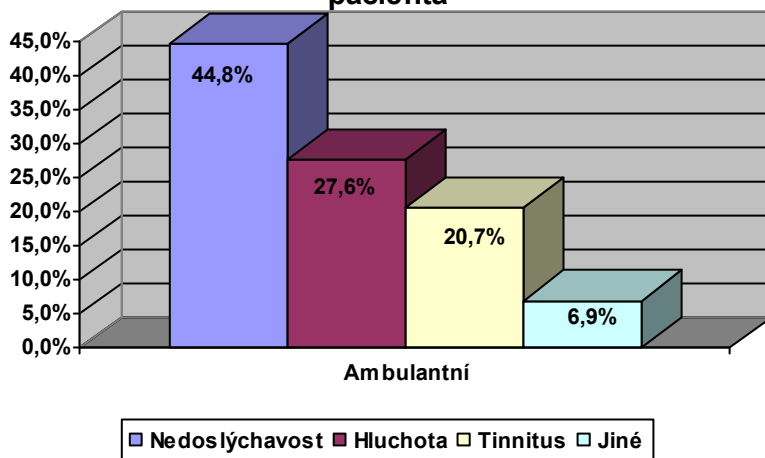
Graf 28A znázorňuje věk dotazovaných respondentů na oddělení ORL. Na ambulanci bylo 13 pacientů ve věku 51-70let (44,8%), pacientů ve věku 71 a více bylo 5 (22,2%), pacientů ve věku 31-50 let bylo 5 (17,2%), ve věku 18-30let bylo 5 pacientů (17,2%) a 1 pacient ve věku méně než 18let (3,4%).

Graf 28B Věk respondenta na lůžkovém odd.



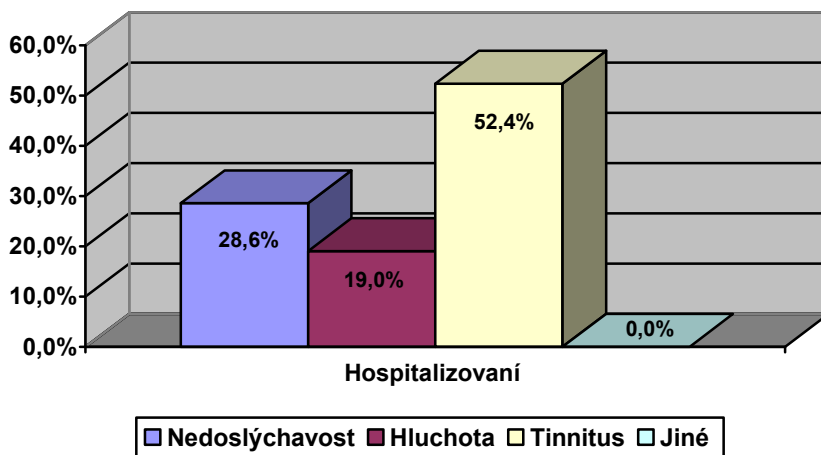
Graf 28B znázorňuje věk dotazovaných respondentů na oddělení ORL. Na lůžkovém oddělení bylo 10 pacientů ve věku 71 a více (47,6%), ve věku 51-70 let bylo 5 pacientů (19%), 4 pacienti ve věku 31-50 let (9,5%) a dva pacienti ve věku 18-30 let (4,8%).

Graf 29A Typ poruchy sluchu ambulantního pacienta



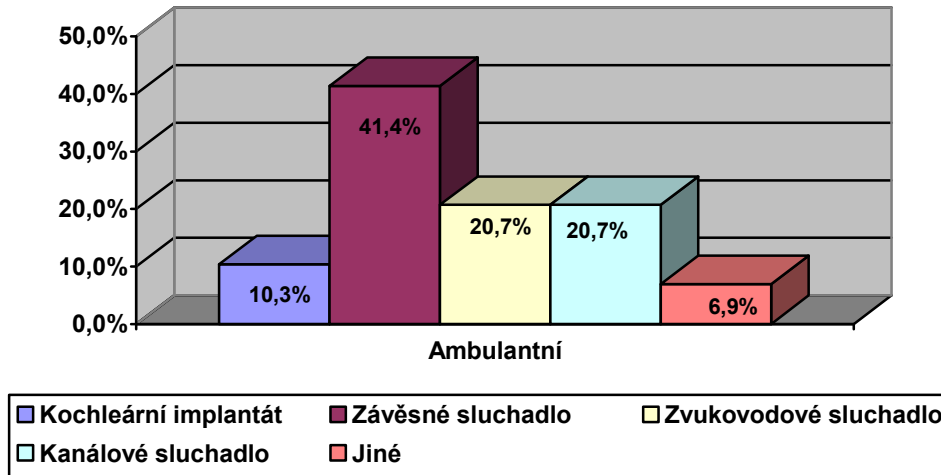
Graf 29A znázorňuje % výskyt jednotlivých typů poruch sluchu. Na ambulanci bylo 13 respondentů s nedoslýchavostí (44,8%), 6 pacientů s tinnitem (20,7%). 8 pacientů, kteří mají hluchotu (27,6%) a 2 pacienti uvedli jinou poruchu sluchu než byla zadána v otázce dotazníku (6,9%).

Graf 29B Typ poruchy sluchu hospitalizovaného pacienta



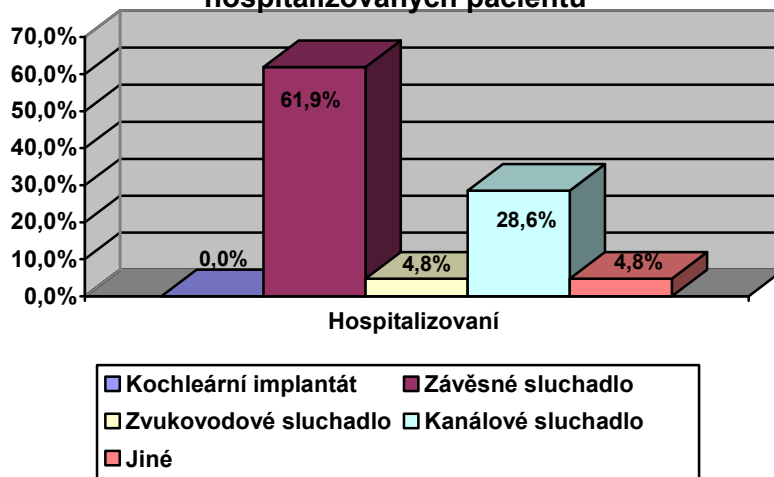
Graf 29B znázorňuje % výskyt jednotlivých typů poruch sluchu. Hospitalizovaných pacientů bylo 6 s nedoslýchavostí (28,6%), 4 pacienti s hluchotou (19%) a 11 pacientů s tinnitidou (52,4%).

Graf 30A Kompenzační pomůcka u ambulantních pacientů



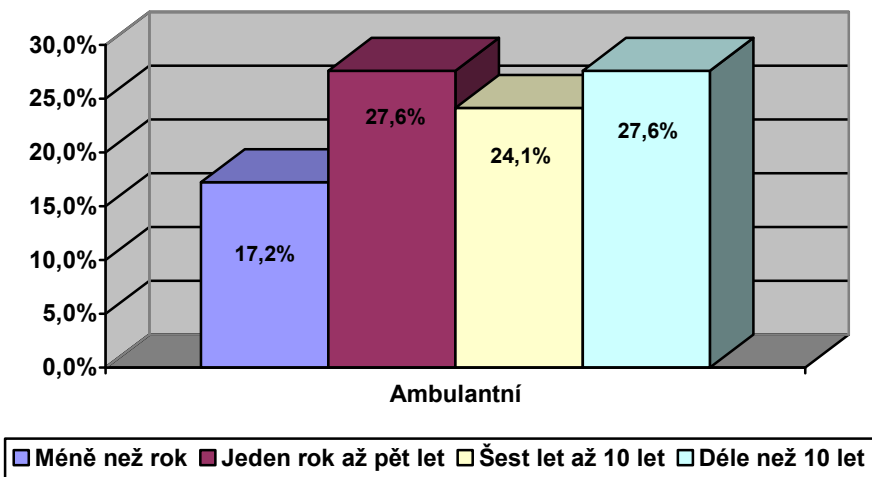
Graf 30A nás informuje o druhu použití kompenzační pomůcky. Na ambulanci 12 respondentů uvedlo možnost závěsné sluchadlo (41,4%). Na možnost kanálové sluchadlo a zvukovodové sluchadlo uvedlo odpověď stejný počet respondentů 6 (20,7%), 3 respondenti odpověděli kochleární implantát (10,3%) a 2 respondenti odpověděli možnost Jiné (6,9%).

Graf 30B Kompenzační pomůcka u hospitalizovaných pacientů



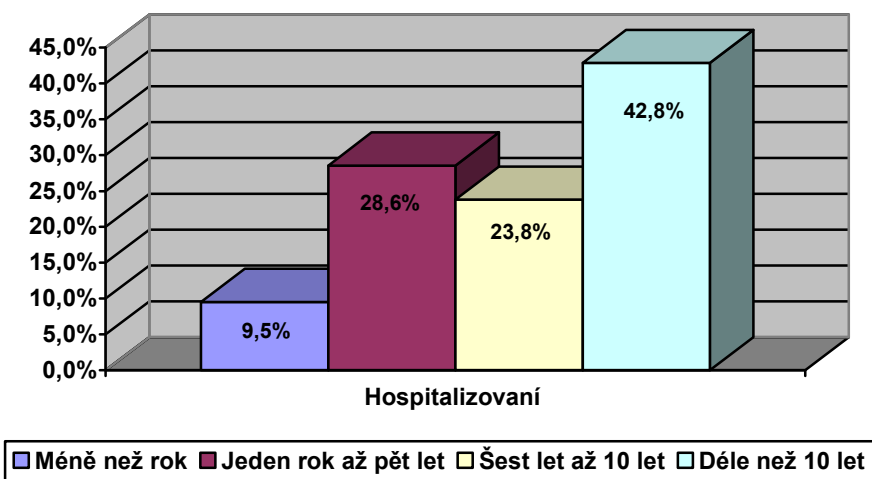
Graf 30B nás informuje o druhu použití kompenzační pomůcky. 13 hospitalizovaných pacientů uvedlo možnost závěsného sluchadla (61,9%), 6 pacientů kanálového sluchadla (28,6%) a stejný počet pacientů uvedl možnost zvukovodové sluchadlo a možnost Jiné (4,8%).

Graf 6A Délka doby poruchy u u ambulantních pacientů



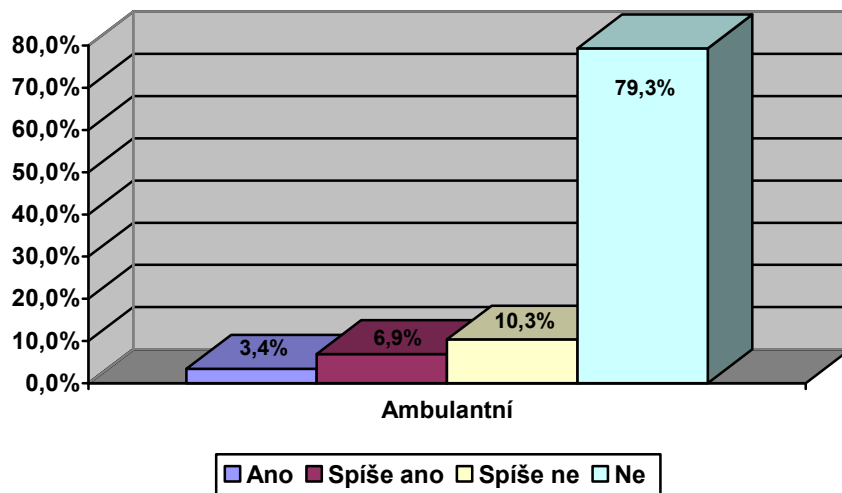
Graf 31A nám demonstruje délku poruchy sluchu. Na ambulanci 8 respondentů má poruchou sluchu jeden rok až pět let a nebo delší než 10let (27,6% a 27,6%). Další tvoří skupinu pacientů, kteří trpí poruchou 6 až 10 let zde je to 7 pacientů(24,1%). 5 pacientů má poruchu sluchu méně než rok (17,2%).

Graf 31B Délka doby poruchy u pacientů na lůžkovém odd.



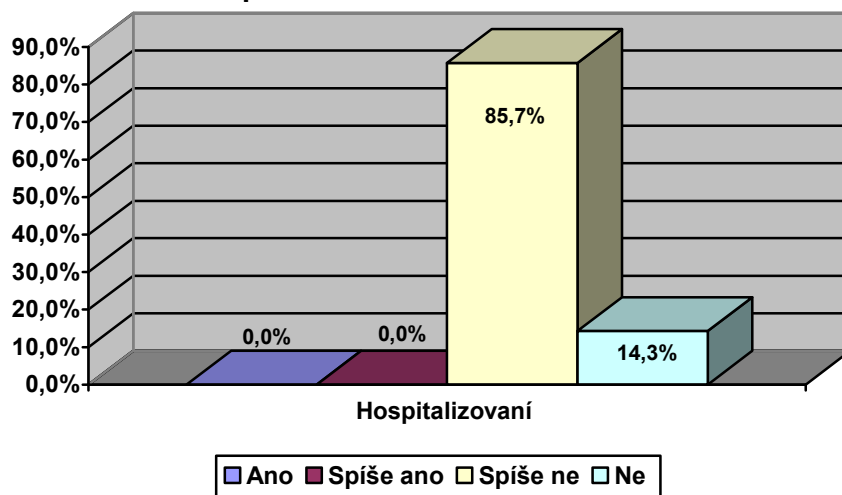
Graf 31B nám demonstruje délku poruchy sluchu. 9 hospitalizovaných pacientů má poruchu déle než 10 let (42,8%), 6 pacientů má poruchu sluchu 1 až 5 let (28,6%), 5 pacientů má poruchu 6 až 10 let (23,8%) a 2 pacienti mají poruchu sluchu méně než jeden rok (9,5%).

Graf 32A Použití znakového jazyka sestrou u ambulantních pacientů



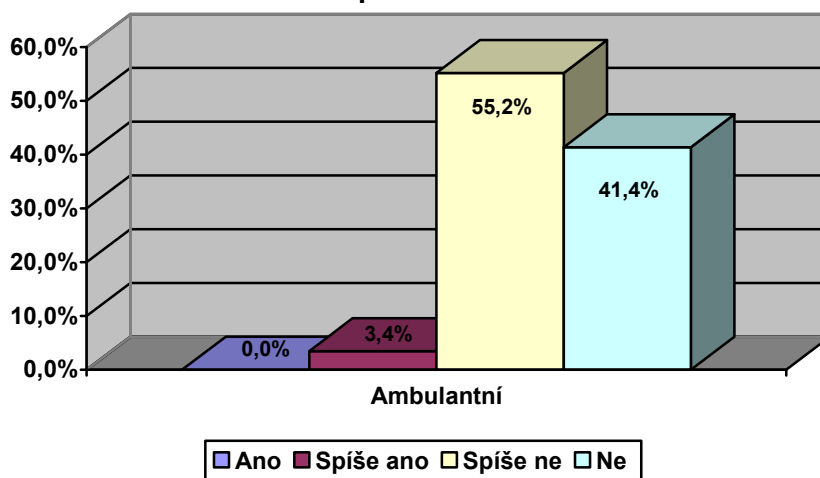
Graf 32A nás informuje o tom, zda sestry používají znakový jazyk. Na ambulanci uvedlo 23 pacientů odpověď ne (79,3%), 3 pacienti uvedli odpověď spíše ne (10,3%), 2 pacienti uvedli spíše ano (6,9%) a jeden pacient uvedl ano (3,4%).

Graf 32B Použití znakového jazyka sestrou u pacientů na lůžkovém odd.



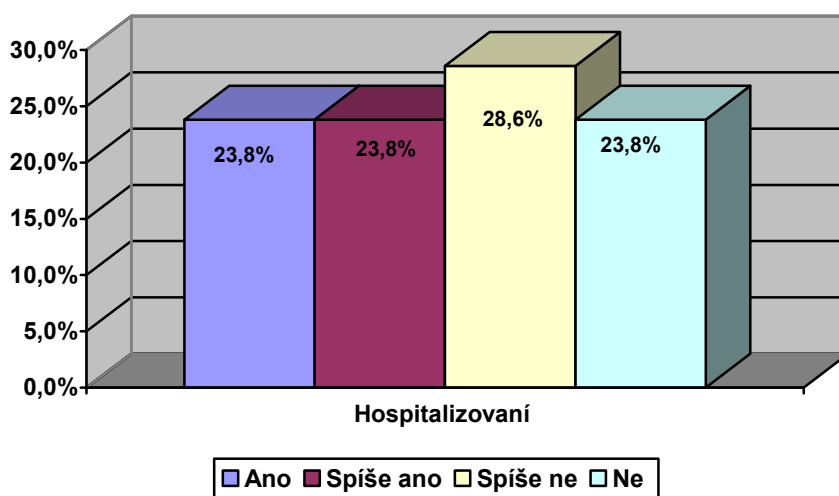
Graf 32B nás informuje o tom, zda sestry používají znakový jazyk. Na lůžkovém oddělení uvedlo 18 pacientů spíše ne (36%) a 3 pacienti uvedli odpověď ne (6%).

Graf 33A Použití metodiky psaní u ambulantních pacientů



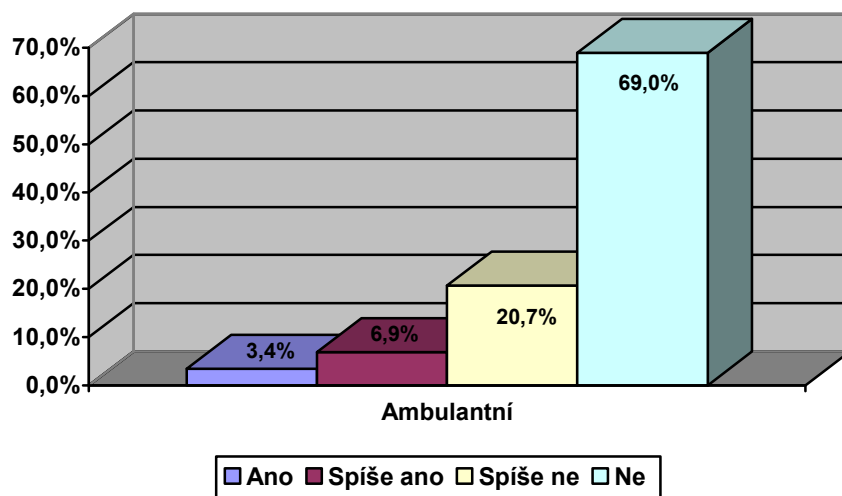
Graf 33A nám demonstruje, zda sestry používají metodu psaní. Na ambulanci uvedlo 16 pacientů spíše ne (55,2%), odpověď ne uvedlo 12 pacientů (41,4%) a spíše ano uvedl jeden pacient (3,4%).

Graf 33B Použití metodiky psaní u pacientů na lůžkovém odd.



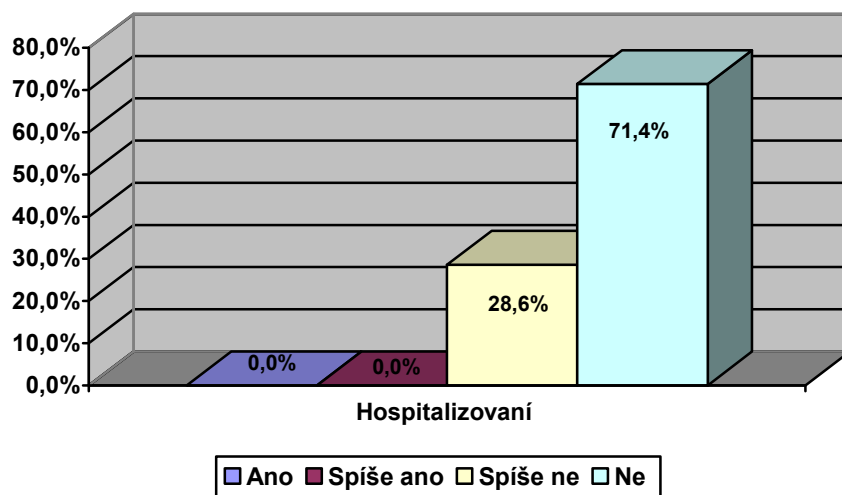
Graf 33B nám demonstruje, zda sestry používají metodu psaní. Šest hospitalizovaných pacientů uvedlo spíše ne (28,6%) a na ostatní možnosti odpověděl stejný počet 5 pacientů (23,8%).

Graf 34A Komunikace pomocí tabulek podstatných jmen u ambulantních pacientů



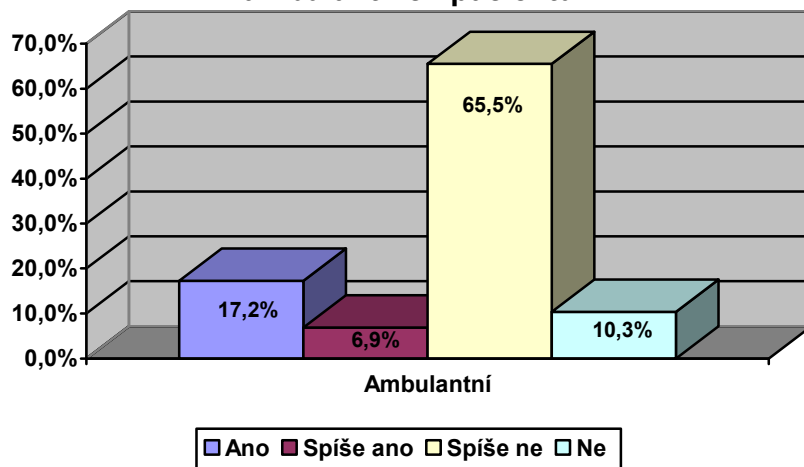
Graf 34A znázorňuje, zda sestry používají tabulky podstatných jmen při komunikaci. Na ambulanci uvedlo 20 pacientů možnost Ne (69%), spíše ne uvedlo 6 pacientů (20,7%), 2 pacienti odpověděli spíše ano (6,9%) a jeden pacient odpověděl ano (3,4%).

Graf 34B Komunikace pomocí tabulek podstatných jmen u pacientů na lůžkovém odd.



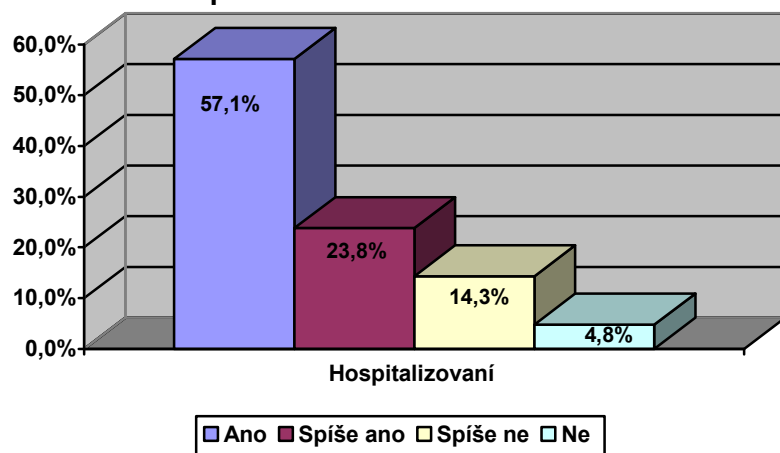
Graf 34B znázorňuje, zda sestry používají tabulky podstatných jmen při komunikaci. Na lůžkovém oddělení odpovědělo 15 pacientů ne (71,4%) a 6 pacientů spíše ne (28,6%).

Graf 35A Dodržování vhodné vzdálenosti u ambulantních pacientů



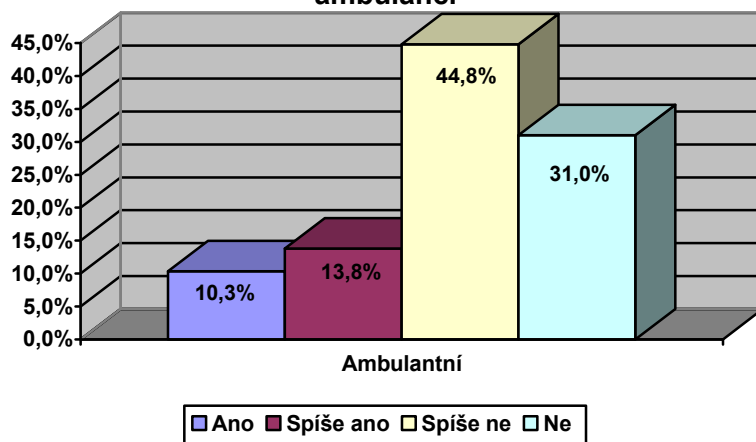
Graf 35A nám demonstruje, zda sestry udržují vhodnou vzdálenost při komunikaci. Ambulantní pacienti odpovídali následovně: 19 pacientů uvedlo možnost spíše ne (65,5%), 5 pacientů uvedlo ano (17,2%), 3 pacienti uvedli ne (10,3%) a dva uvedli spíše ano (6,9%).

Graf 35B Dodržování vhodné vzdálenosti u pacientů na lůžkovém odd.



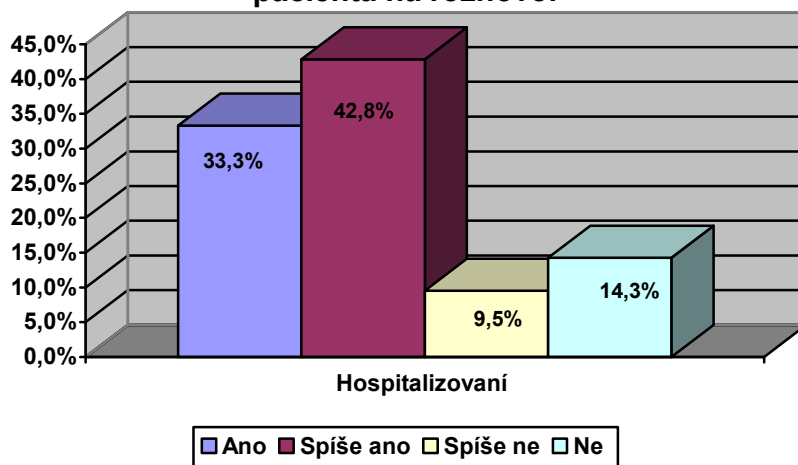
Graf 35B nám demonstruje, zda sestry udržují vhodnou vzdálenost při komunikaci. Hospitalizovaní pacienti odpověděli následovně : 12 pacientů uvedlo možnost ano (57,1%), 5 pacientů uvedlo možnost spíše ano (23,8%), 3 pacienti odpověděli spíše ne (14,3%) a jeden pacient uvedl odpověď ne (4,8%).

Graf 36A Upozornění pacienta na rozhovor na ambulanci



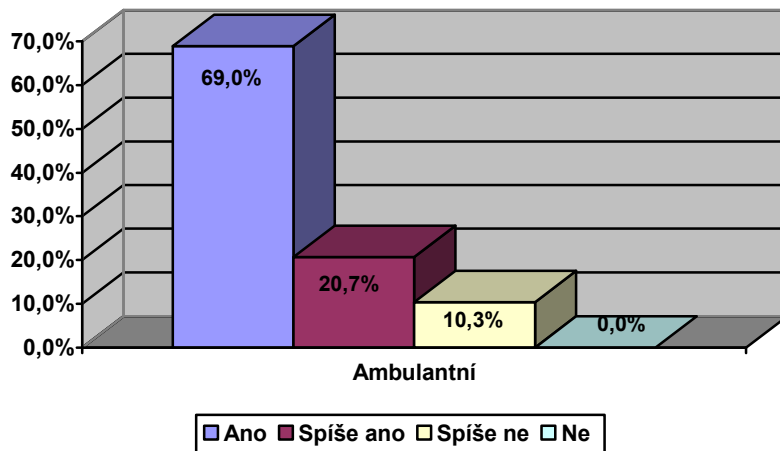
Graf 36A nám demonstruje, jestli sestry upozorní předem pacienta na rozhovor. Na ambulanci 13 pacientů uvedlo spíše ne (44,8%), 9 pacientů ne (31%), 4 pacienti uvedli spíše ano (13,8%) a 3 pacienti uvedlo ano (10,3%).

Graf 36B Upozornění hospitalizovaného pacienta na rozhovor



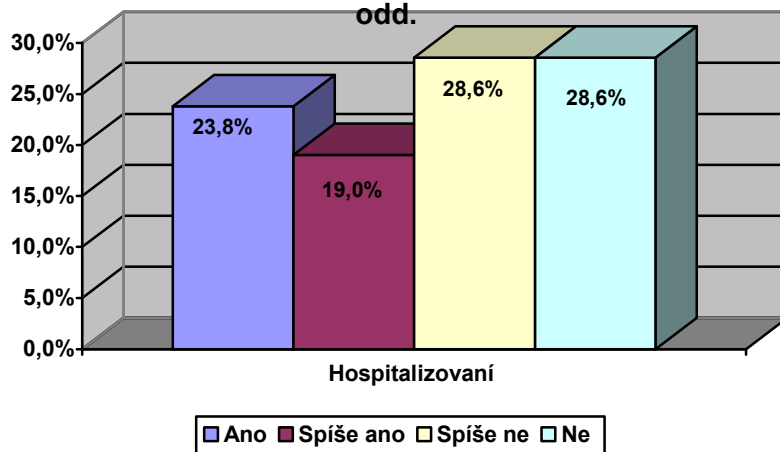
Graf 36B nám demonstruje, jestli sestry upozorní předem pacienta na rozhovor. 9 hospitalizovaných pacientů odpovědělo spíše ano (42,8%), 7 pacientů uvedlo ano (33,3%), 3 pacienti uvedli ne (14,3%) a 2 pacienti uvedli spíše ne (9,5%).

Graf 37A Upozornění pacienta na rozhovor dotykiem, stojícího zády k sestře na ambulanci

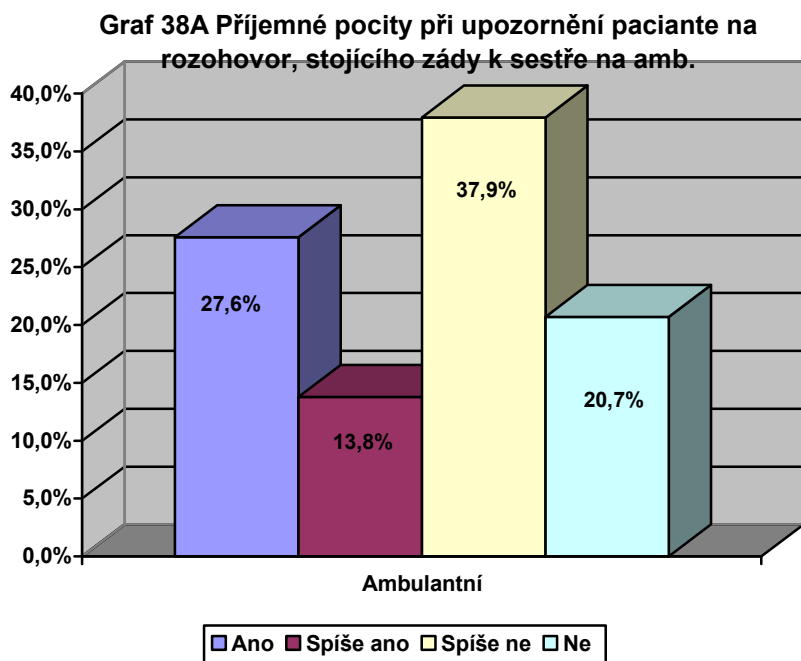


Graf 37A uvádí, zda je pacient upozorněn na rozhovor, přestože stojí zády k sestře. Na ambulanci odpovědělo 20 pacientů ano (69%), 6 pacientů spíše ano (30,7%) a 3 pacienti spíše ne (10,3%).

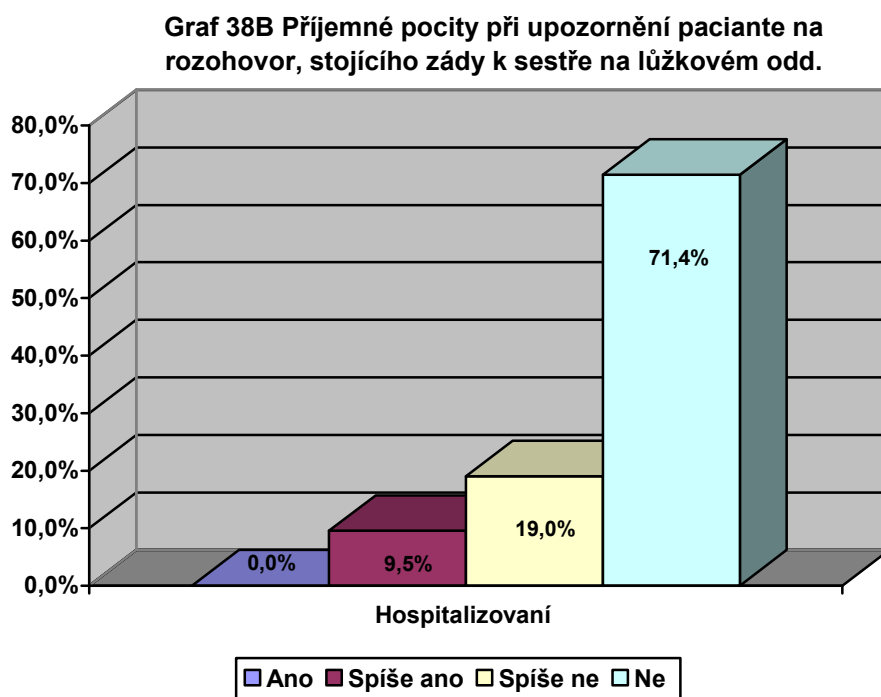
Graf 37B Upozornění pacienta na rozhovor dotykiem, stojícího zády k sestře na lůžkovém odd.



Graf 37B uvádí, zda je pacient upozorněn na rozhovor, přestože stojí zády k sestře. Na lůžkové části ORL odpovědělo spíše ne a ne 6 pacientů (28,6%), 5 pacientů odpovědělo ano (23,8%) a 4 pacienti uvedli spíše ano (19%).

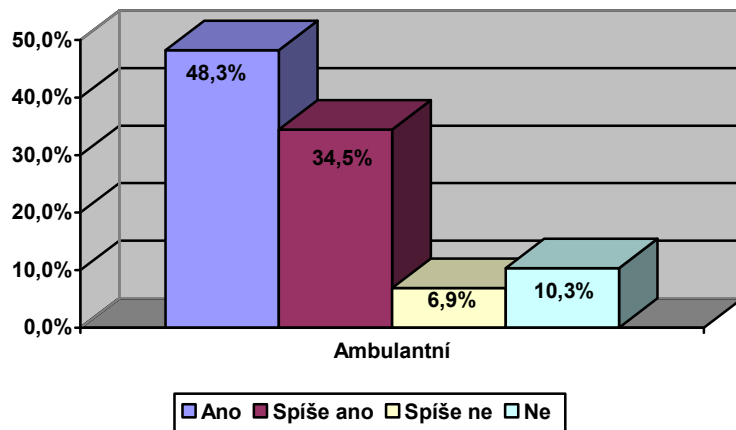


Graf 38A nás informuje o tom, zda má pacient příjemný pocit, když sestra osloví pacianta, stojícího zády k ní. Na ambulanci uvedlo 11 pacientů, že spíše ne (37,9%), ano uvedlo 8 pacientů (27,6%), 6 pacientů ne (20,7%) a 4 pacienti odpověděli spíše ano (13,8%).



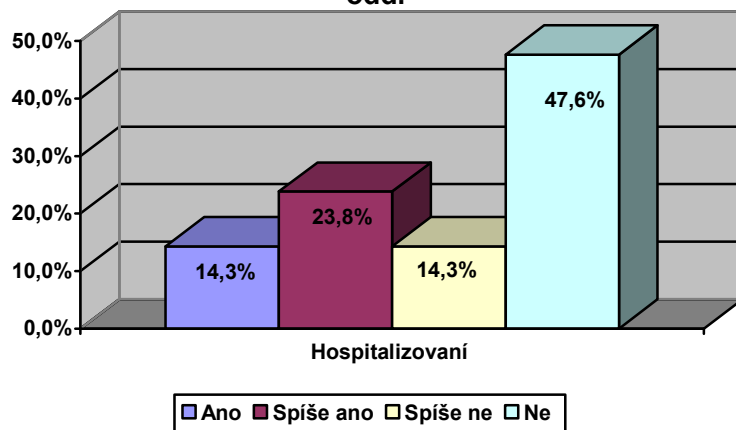
Graf 38B nás informuje o tom, zda má pacient příjemný pocit, když sestra osloví pacianta, stojícího zády k ní. 15 hospitalizovaných pacientů uvedlo odpověď ne (71,4%), 4 uvedli spíše ne (19%) a dva pacienti uvedli spíše ano (9,5%).

Graf 39A Stoj zády ke zdroji světla na ambulanci



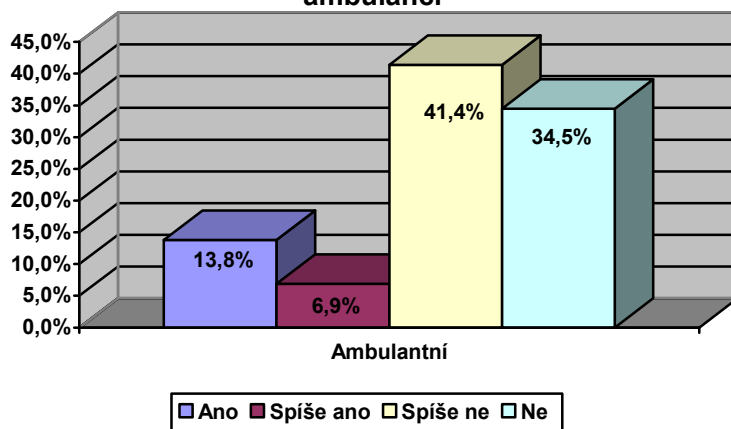
Graf 39A informuje o tom, zda sestry stoj zády ke zdroji světla. Na ambulanci odpovídá 14 pacientů ano (48,3%), 10 pacientů spíše ano (34,5%), 3 pacienti ne (10,3%) a dva odpověděli spíše ne (6,9%).

Graf 39B Stoj zády ke zdroji světla na lůžkovém odd.



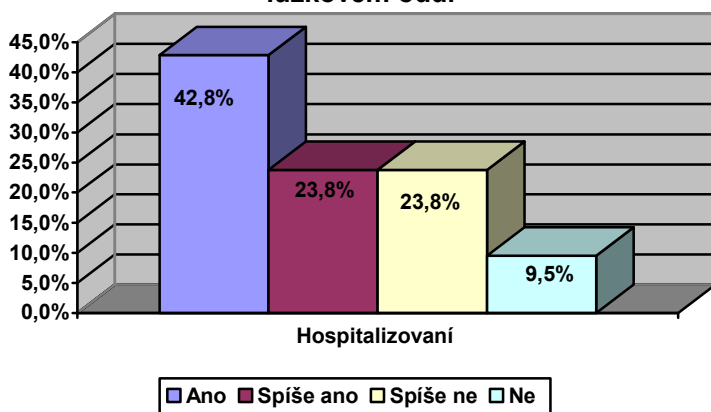
Graf 39B informuje o tom, zda sestry stoj zády ke zdroji světla. Na lůžkové části odpovědělo 10 pacientů ne (47,6%), 5 pacientů spíše ano (23,8%) a stejný počet 6 pacientů uvádí odpověď ano a spíše ne (14,3%).

Graf 40A Umožnění odezírání ze rtů u sester na ambulanci



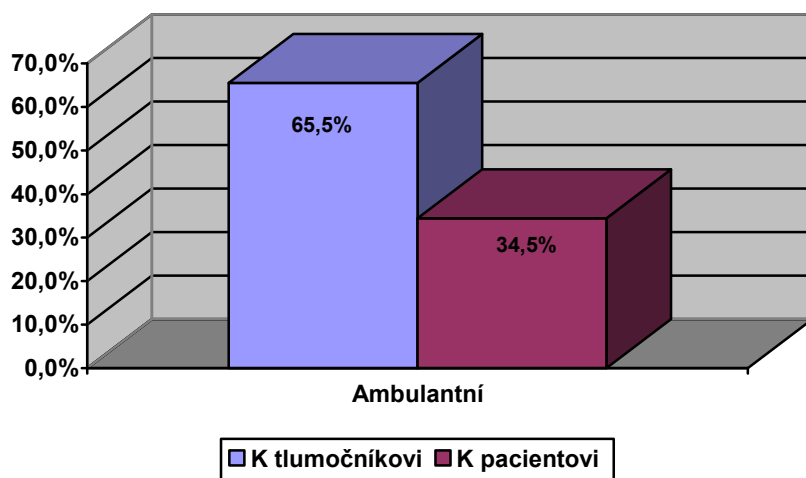
Graf 40A demonstruje, zda sestry umožňují odezírání z úst při komunikaci. Na ambulanci uvádí 12 pacientů odpověď spíše ne (41,4%), 10 pacientů ne (34,5%), 4 pacienti ano (13,8%) a dva pacienti odpovídají spíše ano (6,9%).

Graf 40B Umožnění odezírání ze rtů sester na lůžkovém odd.



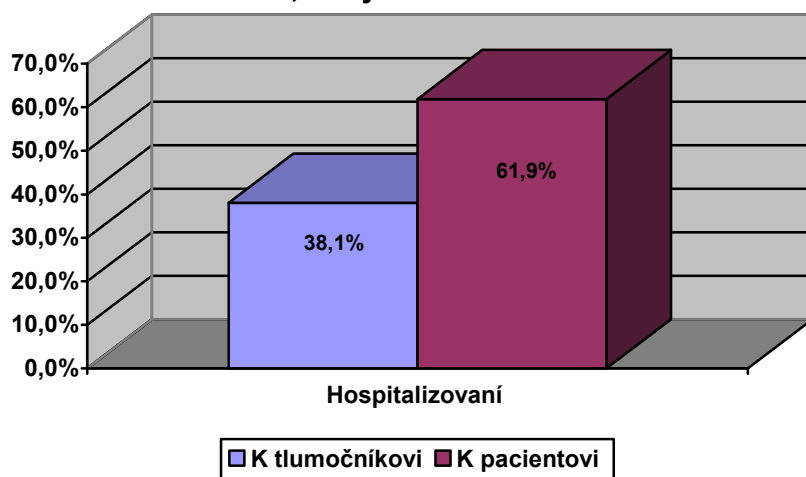
Graf 40B demonstruje, zda sestry umožňují odezírání z úst při komunikaci. 9 pacientů hospitalizovaných odpovídá ano (42,8%), stejný počet hospitalizovaných odpovídá spíše ano a spíše ne (23,8%) a 2 uvádí ne (9,5%).

Graf 41A Komunikace s ambulantním pacientem, který má tlumočníka



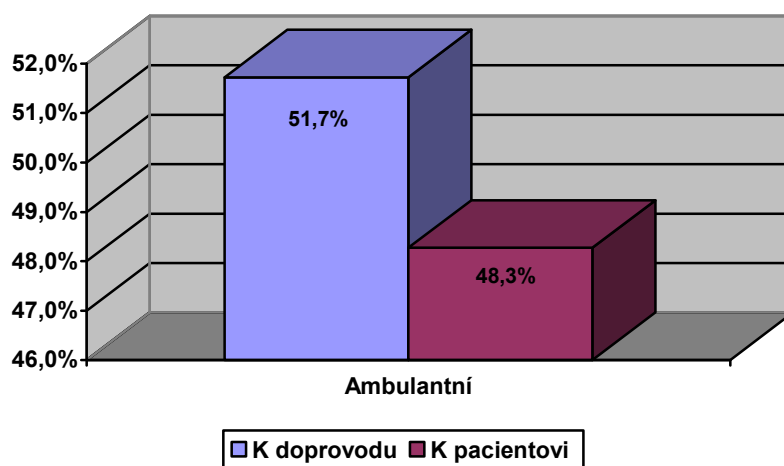
Graf 41A nás informuje o tom, zda sestra hovoří k pacientovi či k jeho tlumočnickovi. Na ambulanci 19 pacientů uvádí, že sestry hovoří k tlumočnickovi (65,5%) a 10 pacientů odpovídá, že sestry hovoří k nim (34,5%).

Graf 41B Komunikace s pacientem na lůžkovém odd., který má tlumočníka



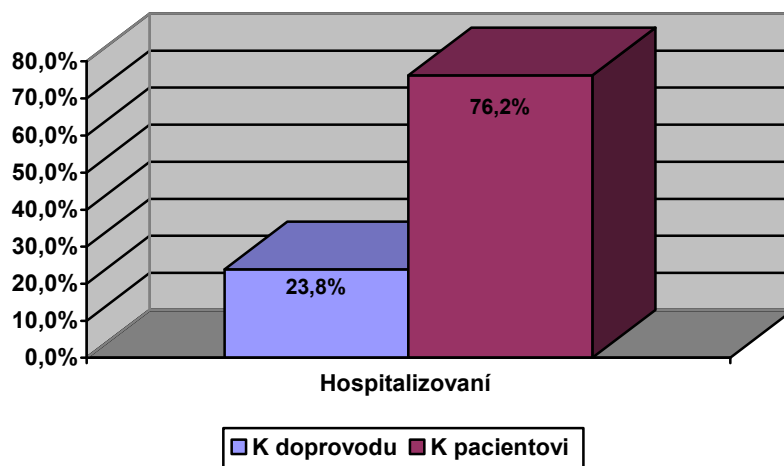
Graf 41B nás informuje o tom, zda sestra hovoří k pacientovi či k jeho tlumočnickovi. 13 pacientů hospitalizovaných uvádí, že sestry hovoří k nim (61,9%) a 8 pacientů uvádí komunikaci sestry s tlumočnickem (38,1%).

Graf 42A Komunikace s ambulantním pacientem, který má doprovod



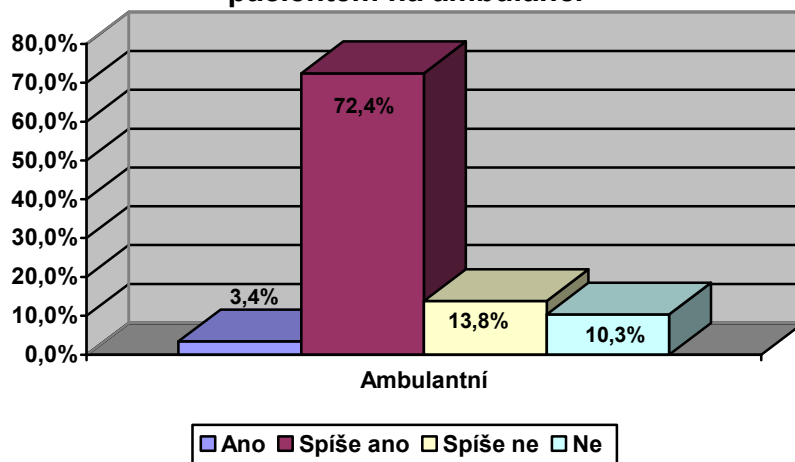
Graf 42A znázorňuje, zda sestry směřují komunikaci k pacientovi nebo k jeho doprovodu. 15 ambulantních pacientů odpovědělo komunikaci sestry k doprovodu (51,7%) a 14 pacientů uvedlo, že sestry komunikují s nimi (48,3%).

Graf 42B Komunikace s pacientem na lůžkovém odd., který má doprovod



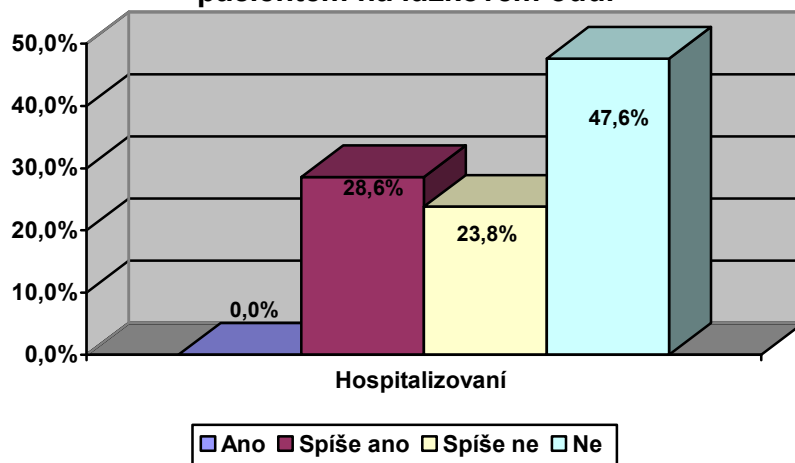
Graf 42B znázorňuje, zda sestry směřují komunikaci k pacientovi nebo k jeho doprovodu. Na lůžkové části odpovědělo 16 pacientů, že sestry komunikují s nimi (76,2%) a 5 pacient uvádí komunikaci sestry s doprovodem (23,8%).

Graf 43A Otáčení hlavou během rozhovoru s pacientem na ambulanci



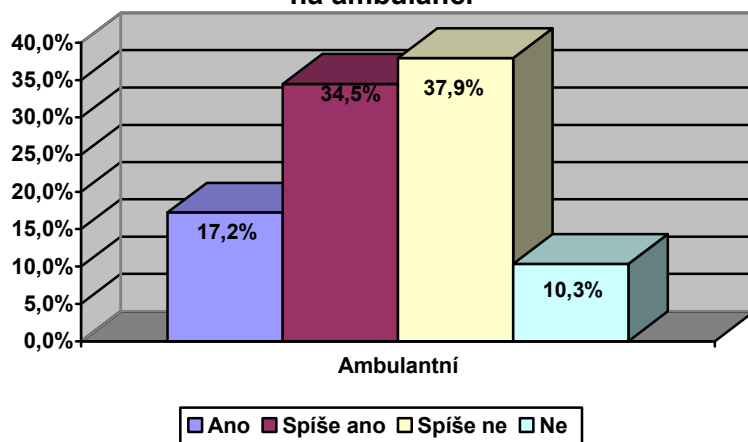
Graf 43A informuje o tom, zda sestry při komunikaci otáčí hlavou. 21 dotazovaných pacientů na ambulanci uvádí spíše ano (72,4%), 4 uvádí spíše ne (13,8%), 3 ambulantní pacienti uvádí ne (10,3%) a 1 odpovídá ano (3,4%).

Graf 43B Otáčení hlavou během rozhovoru s pacientem na lůžkovém odd.



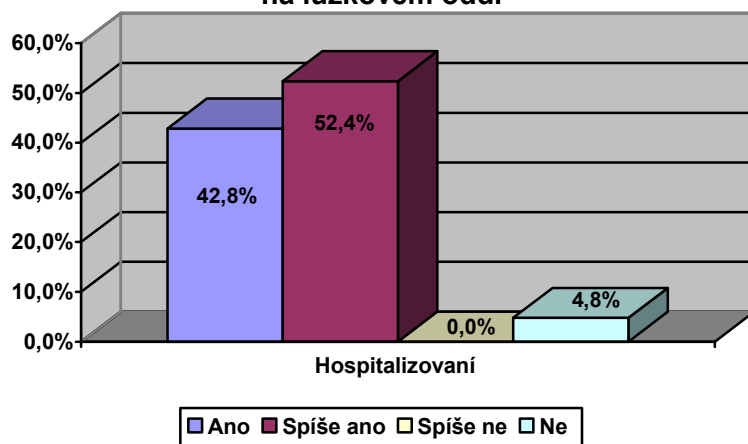
Graf 43B informuje o tom, zda sestry při komunikaci otáčí hlavou. Na lůžkovém oddělení odpovídá 10 pacientů ne (47,6%), 6 pacientů spíše ano (28,6%) a 5 jich odpovídá spíše ne (23,8%).

Graf 44A Vyžadování zpětné vazby od pacienta na ambulanci



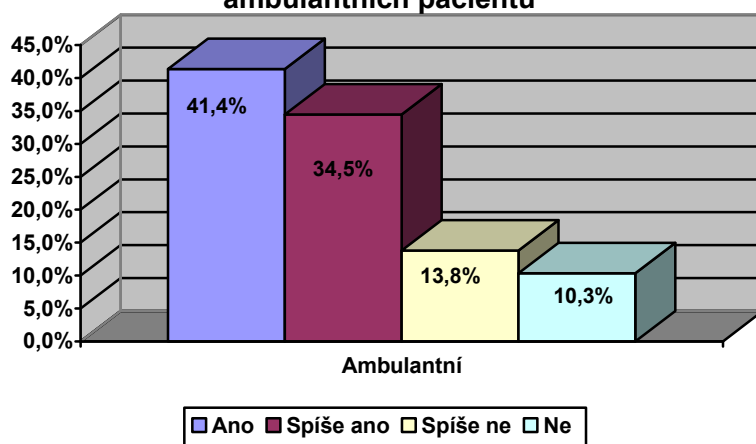
Graf 44A nás informuje, zda sestry vyžadují po rozhovoru zpětnou vazbu. Na ambulanci odpovědělo 11 pacientů spíše ne (37,9%), 10 pacientů spíše ano (34,5%), 5 pacientů ano (17,2%) a 3 pacienti uvádí ne (10,3%).

Graf 44B Vyžadování zpětné vazby od pacienta na lůžkovém odd.



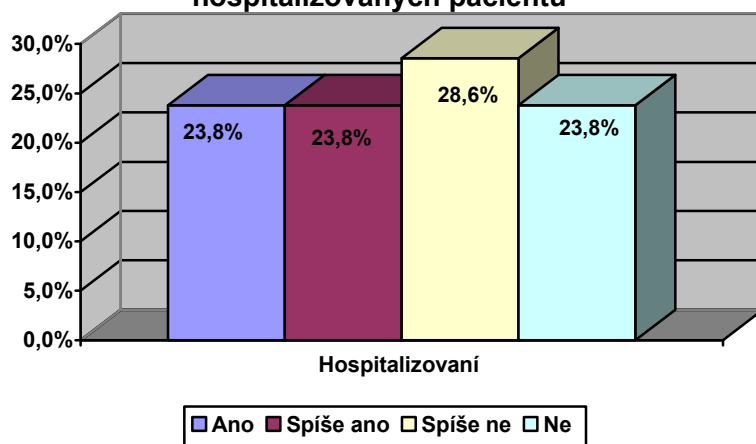
Graf 44B nás informuje, zda sestry vyžadují po rozhovoru zpětnou vazbu. Na lůžkové části odpovědělo 11 pacientů spíše ano (52,4%), 9 pacientů ano (42,8%) a 1 pacient odpověděl ne (4,8%).

Graf 45A Projev netrpělivosti sestry dle ambulantních pacientů



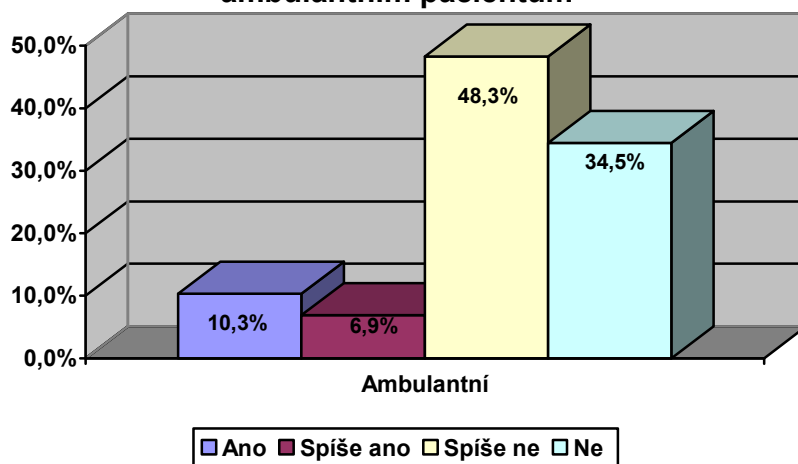
Graf 45A demonstruje, zda sestry projevují svoji netrpělivost při neúspěšné komunikaci. Na ambulanci odpovědělo 12 pacientů ano (41,4%), 10 pacientů spíše ano (34,5%), 4 pacienti spíše ne (13,8%) a 3 pacienti ne (10,3%).

Graf 45B Projev netrpělivosti sestry dle hospitalizovaných pacientů



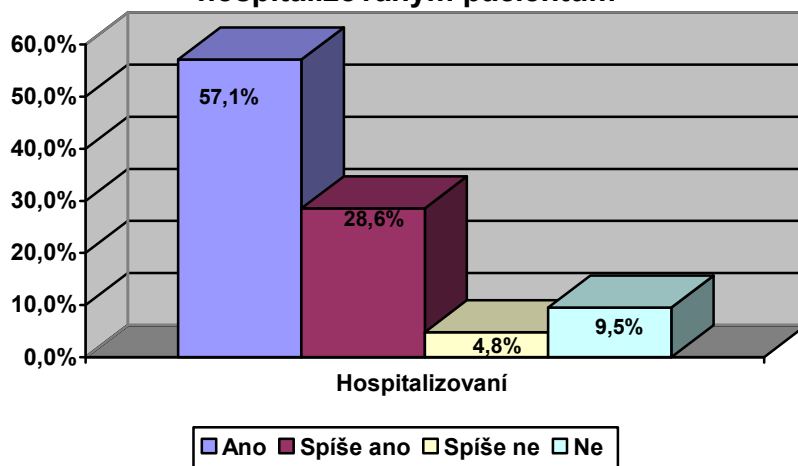
Graf 45B demonstruje, zda sestry projevují svoji netrpělivost při neúspěšné komunikaci. Na lůžkové části uvádí stejný počet pacientů odpověď ano, spíše ano, ne, na každou tuto možnost odpovědělo 5 pacientů (23,8%) a 6 pacientů uvádí spíše ne (28,6%).

Graf 46A Vysvětlení výkonu a spolupráce ambulantním pacientům



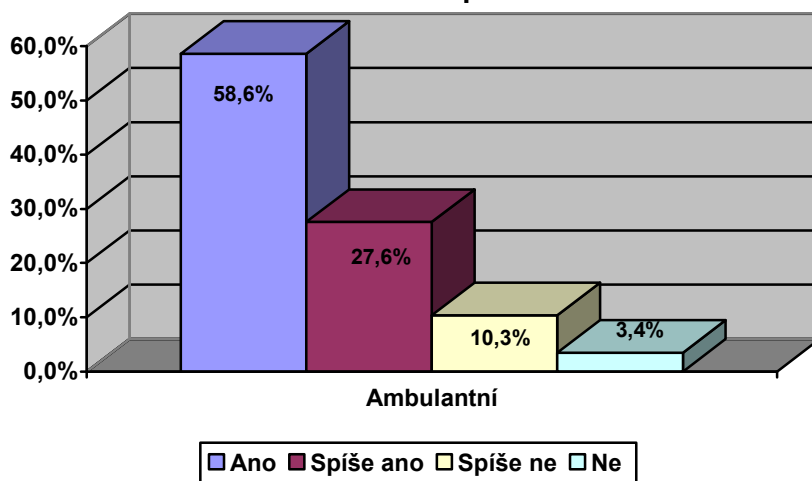
Graf 46A znázorňuje, zda sestry vysvětlují pacientům výkon a požadovanou spolupráci. Na ambulanci uvádí 14 pacientů spíše ne (48,3%), 10 pacientů ne (34,5%), 3 odpovídají ano (10,3%) a 2 odpověděly spíše ano (6,9%).

Graf 46B Vysvětlení výkonu a spolupráce hospitalizovaným pacientům



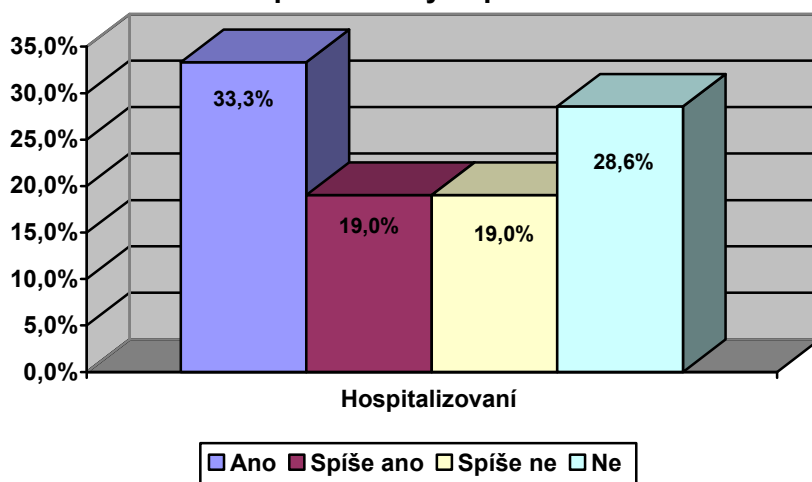
Graf 46B znázorňuje, zda sestry vysvětlují pacientům výkon a požadovanou spolupráci. Na lůžkové části odpovědělo 12 pacientů ano (57,1%), 6 pacientů spíše ano (28,6%), dva pacienti uvedli ne (9,5%) a 1 pacient uvedl spíše ne (4,8%).

Graf 47A Výrazná artikulace sester dle ambulantních pacientů



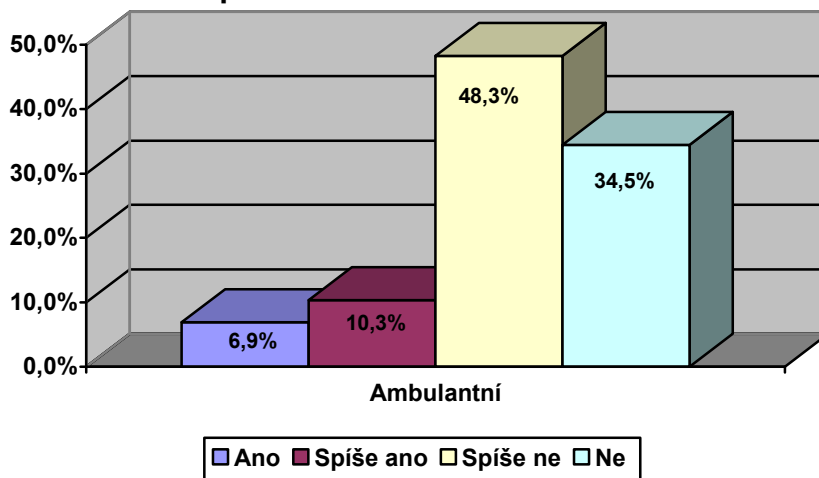
Graf 47A nás informuje o tom, zda sestry výrazně artikulují. Na ambulanci uvedlo 17 pacientů ano (58,6%), 8 pacientů uvádí spíše ano (27,6%), 3 pacienti odpověděli spíše ne (10,3%) 1 odpověděl ne (3,4%).

Graf 47B Výrazná artikulace sester dle hospitalizovaných pacientů



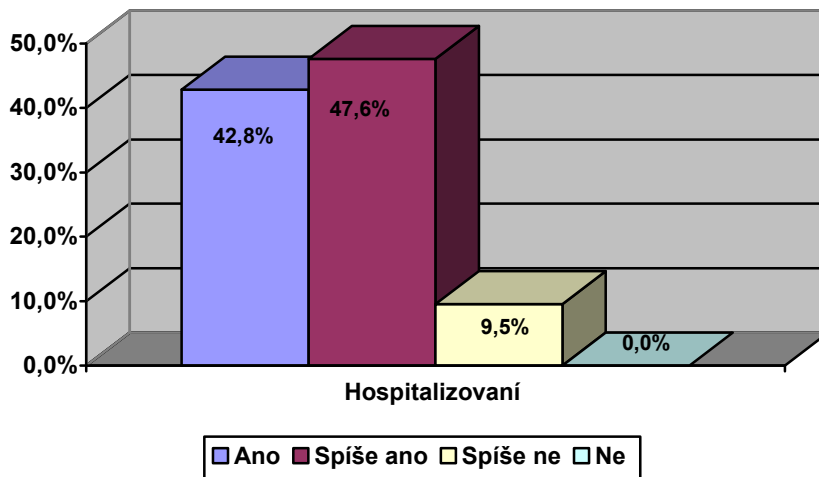
Graf 47B nás informuje o tom, zda sestry výrazně artikulují. 7 hospitalizovaných pacientů uvádí ano (33,3%), 6 odpovědělo ne (28,6%) a stejný počet pacientů odpověděl spíše ano a spíše ne (19%).

Graf 48A Komunikace sestry s ambulantním pacientem ve volném čase



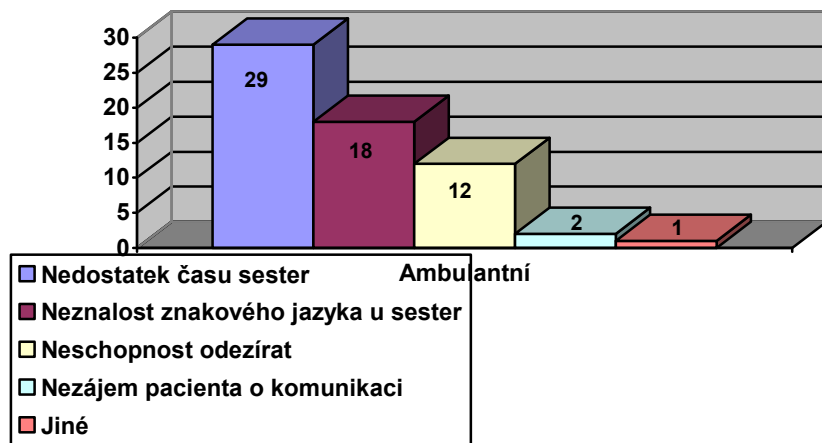
Graf 48A nás informuje o tom, zda sestry komunikují s pacienty ve volném čase. Na ambulanci uvádí 14 pacientů spíše ne (48,3%), 10 pacientů ne (34,5%), 3 pacienti spíše ano (10,3%) a dva uvádějí ano (6,9%).

Graf 48B Komunikace sestry s hospitalizovaným pacientem ve volném čase



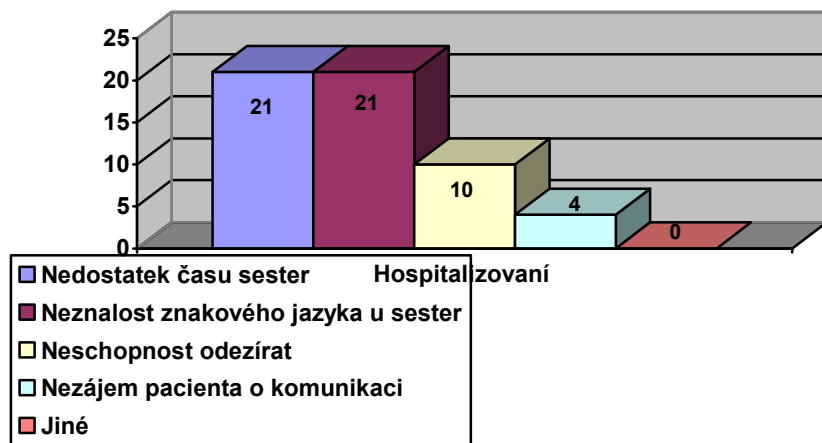
Graf 48B nás informuje o tom, zda sestry komunikují s pacienty ve volném čase. Na lůžkové části odpovědělo 10 pacientů spíše ano (47,6%), 9 pacientů ano (42,8%) a dva pacienti odpověděli spíše ne (9,5%).

Graf 49A Největší problémy v oblasti komunikace dle ambulantních pacientů



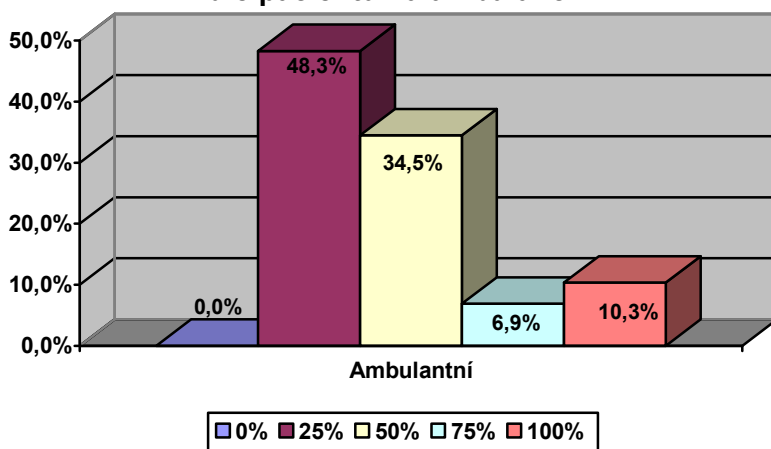
Graf 49A znázorňuje největší problémy v oblasti komunikace dle pacientů. Na ambulanci považují pacienti za největší problém nedostatek času sester (29), neznalost znakového jazyka u sester (18), neschopnost odezírat (12), nezájem pacienta o komunikaci (2) a jeden pacient na ambulanci uvedl možnost Jiné (1).

Graf 49B Největší problémy v oblasti komunikace na lůžkovém odd.



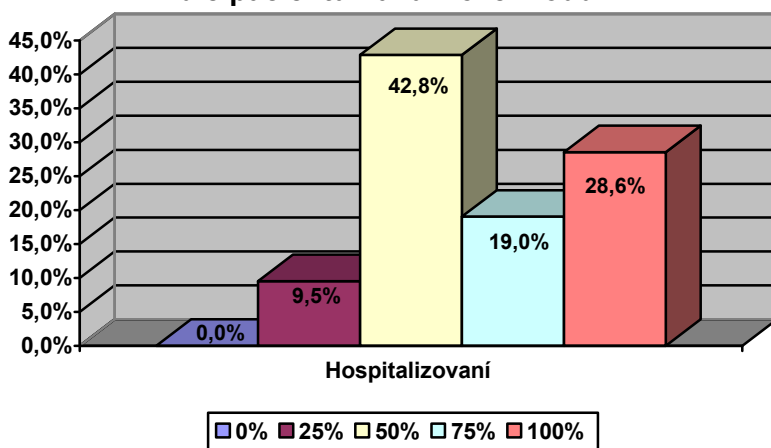
Graf 49B znázorňuje největší problémy v oblasti komunikace dle pacientů. Na lůžkové části považují pacienti za největší problém při komunikaci nedostatek času sester (21), neznalost znakového jazyka (21), neschopnost odezírat (10), nezájem pacienta o komunikaci (4).

**Graf 50A Uspokojování potřeby komunikace v %
dle pacientů na ambulanci**



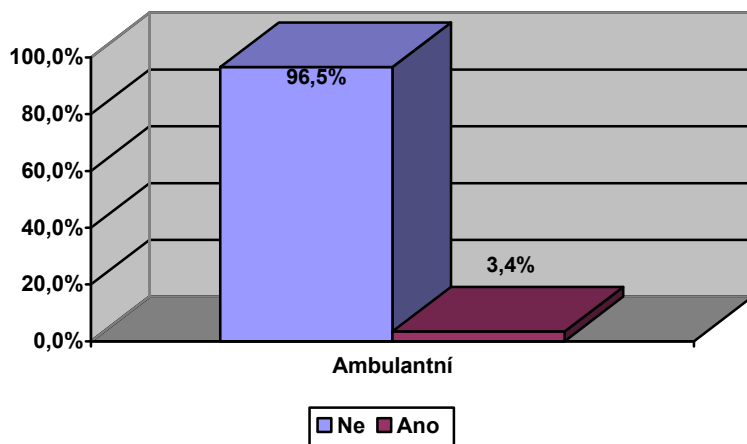
Graf 50A nám demonstruje, v jakém % si pacienti myslí, že je uspokojována jejich potřeba komunikace. Na ambulanci odpovědělo 14 pacientů 25% (48,3%), 10 pacientů uvedlo 50% (34,5%), 3 pacienti uvedli 100% (10,3%) a dva pacienti uvedli 75% (6,9%).

**Graf 50B Uspokojování potřeby komunikace v %
dle pacientů na lůžkovém odd.**



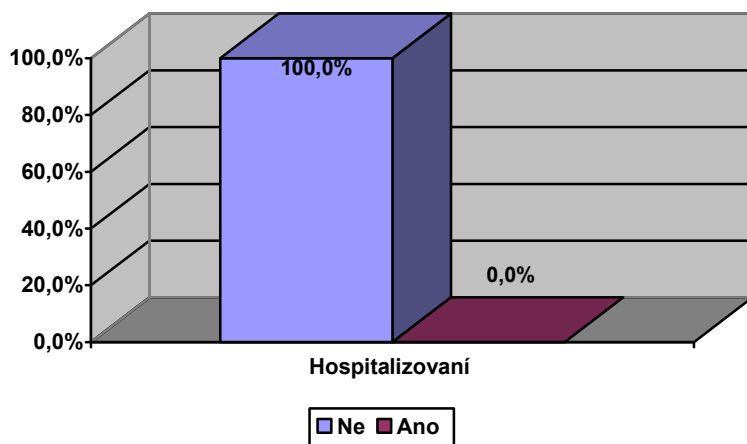
Graf 50B nám demonstruje, v jakém % si pacienti myslí, že je uspokojována jejich potřeba komunikace. Na lůžkové části uvedlo 9 pacientů 50% uspokojování (42,8%), 6 pacientů uvádí 100% uspokojení (28,6%), 4 pacienti uvedli 75% uspokojení potřeby komunikace (19%) a dva pacienti uvedli 25% uspokojování potřeby komunikace (9,5%).

Graf 51A Chcete nám ohledně tohoto tématu něco sdělit?



Graf 51A nás informuje o tom, zda pacienti nám chtějí ohledně tohoto tématu něco sdělit. Na ambulanci 28 pacientů uvedlo možnost ne (96,5%) a jeden pacient odpověděl ano (3,5%).

Graf 51B Chcete nám ohledně tohoto tématu něco sdělit?



Graf 51B nás informuje o tom, zda pacienti nám chtějí ohledně tohoto tématu něco sdělit. Na lůžkové části ORL odpovědělo všech 21 pacientů ne (100%).

5. Diskuse

Šetření pro účel této práce bylo prováděno, abychom zjistili, zda sestry z lůžkového oddělení kvalitněji uspokojují potřebu komunikace u pacientů s poruchou sluchu než sestry pracující na ambulancích otorinolaryngologie. Uspokojování této potřeby je u pacientů s poruchou sluchu velmi důležité z toho důvodu, aby se necítili méněcennými a nestranili se naší společnosti. Sestry mají v tomto případě velmi těžkou úlohu a ne vždy jsou schopny tuto potřebu u pacientů uspokojit. Byly vypracovány dvě verze dotazníků. Jeden typ byl vypracován pro sestry, které pracují na oddělení nebo ambulancích otorinolaryngologie, kde přicházejí do styku s pacienty, kteří mají poruchu sluchu (viz Příloha 1). Pro zajímavost byl vytvořen druhý typ dotazníku pro pacienty, díky kterému se nám potvrdí odpovědi sester nebo se naopak vyvrátí (viz Příloha 2). Oba typy dotazníků byly doplněny o úvodní identifikační otázky, které nám slouží k rychlé orientaci mezi sestrami a pacienty. Při sběru informací a zpracovávání naší bakalářské práce nedošlo k žádným problémům, které by zkomplikovaly či dokonce znemožnily zpracování této práce.

V úvodních otázkách dotazníku, který byl rozdán sestřím i pacientům, byly zjišťovány identifikační údaje. Sester jsme se ptali na část oddělení, kde pracují. Sester pracujících na ambulanci ORL bylo dle výsledků odpovědí celkem 30 a sester na lůžkovém oddělení bylo 20, toto je znázorněné v grafu 1A. V další identifikační otázce v dotazníku pro sestry zjišťujeme vzdělání sester na ambulanci a lůžkovém oddělení. Na ambulanci je nejčastější středoškolské vzdělání sester, které má 20 sester (66,7%) a specializační vzdělání má 6 sester (19,8%), toto je znázorněné v grafu 2A. Na lůžkovém oddělení je nejčastější vzdělání sester také středoškolské 17 (85%) a dále je to pak vysokoškolské vzdělání 3 (15%), tyto údaje jsou patrné v grafu 2B. Třetí identifikační otázka nás informuje o tom, jak dlouho sestry pracují na oddělení a ambulancích otorinolaryngologie. Na ambulancích převažují sestry, které tam pracují v rozmezí více než jeden rok, ale méně než pět let, těchto sester je celkem 50%. Na lůžkové části tvoří největší skupinu sestry, které pracují na tomto oddělení déle než pět let (70%). Na otorinolaryngologickém oddělení se sestry velmi často setkávají s pacienty s poruchou sluchu, alespoň to tak uvedlo 63,3% sester pracujících na ambulanci a 70% sester pracujících na lůžkovém oddělení otorinolaryngologie. Identifikační otázky jsme položili také v dotazníku pro pacienty. První identifikační otázka sloužila k tomu, abychom zjistili skladbu respondentů, zda jde o pacienty z lůžkového oddělení nebo jsou to pacienti, kteří byli

ambulantně ošetřeni. Dle dat nám dotazník vyplnilo 29 ambulantních pacientů a 21 hospitalizovaných pacientů, toto je znázorněné v grafu 26. Druhou identifikační otázkou bylo pohlaví respondentů. Na ambulanci vyplnilo dotazník 18 žen (62,1%) a 11 mužů (37,9%). Na lůžkovém oddělení to je 10 žen (47,6%) a 11 mužů (52,4%). Počet pacientů s poruchou sluchu roste s věkem, věk je významným rizikovým faktorem pro rozvoj nedoslýchavosti. 13 pacientů bylo s poruchou sluchu na ambulanci ve věku 51 -70 let (44,8%), nejméně pak ve věku méně než 18 let (3,4%). Na lůžkovém oddělení byl největší počet pacientů ve věku 71let a více, těchto pacientů tam bylo 10 (47,6%). Vše je zaznamenáno v grafech 28A,B. Nedoslýchavost patří k nejčastějšímu onemocnění populace. Nejčastější příčinou nedoslýchavosti jsou záněty, nádory, cizí těleso či nějaké vývojové anomálie, věk v rozvoji nedoslýchavosti hraje také důležitou roli. S narůstajícím věkem lze předpokládat částečnou či úplnou ztrátu sluchu. Sluchový práh u mužů je o něco horší, obzvláště ve vyšších frekvencích, než u žen, jak je poznamenáno v publikaci Speciální otolar. autorů Hybáška, Vokurky (6). Dle výsledků z dotazníku pro pacienty na ambulanci vyplývá, že nejčastější poruchou sluchu, jak uvádí publikace Speciální otorinolaryngologie Hybáška, Vokurky (6) je skutečně nedoslýchavost, a to už jakéhokoli stupně této poruchy. Na lůžkové části otorinolaryngologie je nejčastějším onemocněním Tinnitus. Toto nám potvrzuje graf 29A,B. V současné době existuje více druhů kompenzačních pomůcek, které pacientům s poruchou sluchu navrátí alespoň částečně jejich sluch. V dnešní době se vyrábějí tak malá sluchadla, že nejsou na pacientovi téměř vidět a on se za jejich užívání nemusí vůbec stydět. Přes jejich malou velikost je však zachována jejich kvalita přenosu zvuku. Sluchadlo nikdy nezajistí sluch jako u zdravého člověka, ale poskytuje největší přínos pro kompenzaci sluchové vady. Další možnou variantou navrácení sluchu je kochleární implantát, který zprostředkuje sluchové vjemy neslyšícím jedincům přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha, jak uvádí Informační portál KOCHLEAR webík s vypnutým zvukem (13) a Informační portál pro osoby se specifickými potřebami (9). V otázce, kterou jsme položili pacientům na ambulanci i pacientům hospitalizovaným s poruchou sluchu, jakou kompenzační pomůcku používají, odpověděli v obou případech možnost závěsné sluchadlo. Použití kompenzačních pomůcek je zaznamenáno v grafu 30A,B. Porucha sluchu může vzniknout v jakémkoli věku. Vždy záleží na tom, kdy porucha vznikla, zda jde o prelingvální poruchu, to znamená, že se pacient s poruchou sluchu již narodil nebo u něj vznikla v době,

kdy ještě neuměl mluvit, nebo jde o poruchu, která vznikla v době, kdy již byla vyvinuta řeč, to znamená, že jde o poruchu postlingvální. Jestliže porucha vznikla v době, kdy pacient již hovořil, musí se s tím pacient naučit žít. Tato událost je pro něj vždy těžkou životní situací, jak uvádí v publikaci Z. Vybíral (26). V dotazníku jsme zjišťovali, jak dlouho pacienti mají poruchu sluchu. Toto byla další identifikační otázka pro pacienty. Nejčastější odpovědí bylo u hospitalizovaných pacientů, že poruchu sluchu mají déle než 10 let (42,8%), těchto pacientů bylo 9. U ambulantních pacientů byl stejný počet odpovědí u možnosti jeden rok až pět let a déle než 10 let, na obě možnosti odpovědělo 8 pacientů (27,6%).

V publikaci Komunikácia v ošetrovatelstve J.Kristelová uvádí jako největší problém v komunikaci mezi sestrou a pacientem s poruchou sluchu neznalost znakového jazyka, která je velkou bariérou pro uspokojování potřeby komunikace u pacienta. Tuto teorii nám potvrzuje dotazník pro sestry v grafu 5A,B. Na ambulanci neovládá znakový jazyk 19 sester (63,3%), na lůžkovém oddělení ho neovládá 15 sester (75%). Tuto otázku jsme položili také v dotazníku pro pacienty, ti nám odpověděli, že sestry znakový jazyk na ambulanci neznají, takto odpovědělo 23 pacientů (79,3%) a na lůžkovém oddělení odpovědělo 18 pacientů, že sestry znakový jazyk spíše neznají (85,7%). Toto je zaznamenané v grafech 32A,B. Nejčastější a nejspolehlivější metodou komunikace s pacienty, kteří mají poruchu sluchu, je metoda psaní, při které sestra napíše na papír svůj obsah sdělení, který si pacient snadno přečte a sestře odpoví, tato metoda je pro ně nejsnazší a nejspolehlivější, jelikož nemůže dojít k záměně slov, nepochopení či špatnému vyložení slova a jeho významu jako k tomu dochází při odezírání, které je navíc pro pacienta velmi vysilující. O této metodě se hovoří v publikaci Jak komunikovat s neslyšícím klientem, kterou napsali Procházková, Vysuček (21), kde doporučují při psaní na papír silný černý fix, aby bylo pro pacienta vše zřetelné. Tuto techniku dle výsledků využívá 11 sester pracujících s pacienty na ambulanci (36,7%) a 12 sester pracujících na lůžkovém oddělení ORL (60%). To je zřejmé z grafu 6A,B. Odpovědi sester z ambulancí nám vyvrací dotazník pro pacienty, kteří na tuto otázku odpověděli, že sestry s nimi metodiku psaní spíše nepoužívají, takto odpovědělo 16 dotázaných pacientů (55,2%). Používání metodiky psaní na ambulanci nám nepotvrdil žádný pacient. Naopak pacienti z lůžkového oddělení nám potvrdili odpovědi sester z tohoto oddělení, jak uvádí grafy 33A,B. Další vhodnou metodou pro komunikaci s takto znevýhodněnými pacienty je

komunikace sester pomocí tabulek s podstatnými jmény, tato alternativní metoda je uvedena v publikaci Alternativní a augmentativní komunikace Z. Janovcové (11), kde se tabulka doporučuje sestavovat tak, aby vystihovala potřeby pacienta. Sestavování této tabulky by se měl pacient účastnit, aby vystihovala přesně jeho osobu. Tato tabulka se při kontaktu s pacienty s poruchou sluchu využívá minimálně, potvrzují to výsledky dotazníků pro sestry, dle kterých tuto metodu nevyužívá na ambulanci 19 sester (63,3%), na oddělení je to jen 13 sester (65%), vše je zřejmé v grafu 7A,B. Tuto otázku jsme opět položili také v dotazníku pro pacienty. Data od sester se nám v této otázce potvrzují i dle dat získaných od pacientů, vše je znázorněné v grafu 34A,B. Ať sestra komunikuje s jakýmkoli pacientem, měla by vždy udržovat vhodnou vzdálenost při rozhovoru, uvádí v publikaci Komunikační pasti v medicíně Honzák (4). Pokud zasahuje sestra do intimní zóny pacienta, musí počítat s tím, že je možné, že pacient se sestrou přestane komunikovat, jelikož mu bude toto postavení nepříjemné, někteří pacienti mohou být také agresivní, jak uvádí publikace Psychologie lidské komunikace Z. Vybírala (26). Při zjišťování, zda sestry udržují vhodnou vzdálenost při komunikaci s pacientem, odpovědělo ano 15 sester z ambulance (50%) a 18 sester z lůžkového oddělení (90%). Odpovědi sester jsou uvedeny v grafech 8A,B. Dle dotazníku pro pacienty se nám však potvrzuje, že ambulantní sestry vhodnou vzdálenost spíše neudržují, to nám uvádí 19 pacientů s poruchou sluchu (65,5%), naopak 12% pacientů z lůžkového oddělení potvrzuje, že sestry vhodnou vzdálenost při komunikaci dodržují, jak je znatelné v grafu 10B (57,1%). Při každém rozhovoru s pacientem, který trpí jakoukoli poruchou sluchu je důležité, aby ho sestra vždy před rozhovorem upozornila na to, že s ním potřebuje hovořit. Upozorní ho tak, že s pacientem naváže vždy zrakový kontakt, pokud ji pacient nesleduje, je důležité, aby na sebe sestra upozornila například lehkým dotekem na rameno, který však musí alespoň dvakrát zopakovat, aby si pacient byl jistý, že se nejedná o omyl. Tento způsob navázání kontaktu dle výsledků dotazníku pro sestry spíše využívá 13 sester ambulantních (43,3%), dále pak 15 ambulantních sester uvádí, že pacient na rozhovor spíše upozorňují (50%). Sester z lůžkového oddělení, které upozorňují předem pacienta na rozhovor, je 15 (75%) a spíše upozorňují odpověděly 4 sestry (20%), toto je v grafech 9A,B. Tyto odpovědi nám opět vyvrátil dotazník pro pacienty, kde pacienti ambulantní uvádějí, že největší skupinu sester z ambulance tvoří sestry, které pacienta předem na rozhovor spíše neupozorňují (44,8%). Na lůžkové části tvoří dvě větší skupiny sestry, které pacienta upozorňují na

rozhovor nebo uvedly odpověď spíše ano. Tuto skutečnost nám potvrzuje graf 36A,B. Pokud sestry pracují s pacienty, kteří mají poruchu sluchu, a chtějí je upozornit na rozhovor, neměly by je upozorňovat, pokud k nim pacient stojí v danou chvíli zády, jak uvádí v publikaci Komunikace pro zdravotní sestry Venglářová, Mahrová (25), to totiž může pacienta vylekat, pacient nemusí příchod sestry zaznamenat, a pak by pro něj takový kontakt byl jistě nepříjemný. Přesto, že pacient stojí zády k sestře, dotykem ho na rozhovor upozorní 20 sester pracujících na ambulanci (66,7%) a jen 7 sester pracujících na lůžkovém oddělení (35%). Toto množství odpovědí se nám neliší v dotazníku pro pacienty, kteří uvedli téměř ten samý počet odpovědí jako sestry. Dotazník pro pacienty jsme navíc doplnili o otázku, zda je pro ně příjemné, pokud je sestra upozorní, přestože k ní v danou chvíli stojí zády. Na tuto otázku nám 8 ambulantních pacientů odpovědělo ano (27,6%) a žádný z pacientů hospitalizovaných ano nevedl. Jejich odpovědi byly spíše záporné. Z toho tedy vyplývá, že pacientům není příjemné, pokud je sestra takto upozorňuje na rozhovor. Vše je znázorněno v grafech 38A,B. Pokud již sestra naváže kontakt s pacientem a může k němu začít hovořit, neměla by dovolit, aby pacient byl oslňován sluncem či jakýmkoli jiným druhem světla. Pokud tak nastane, komunikace mezi ní a pacientem se může stát neúčelnou, jelikož nevidí sestře do tváře a stěžuje až znemožňuje mu to odezírání ze rtů sestry. Na toto postavení si sestry z lůžkové části dávají pozor, jelikož pouze 1 sestra odpověděla, že při komunikaci s pacientem stojí zády ke zdroji světla (5%). Naopak sestry z ambulancí nejvíce odpovídaly na naši otázku ano a spíše ano, tedy že stojí zády ke zdroji světla, tyto dvě odpovědi uvedl stejný počet 13 sester (43,3%). Odpovědi sester nám opět potvrzují data získaná od pacientů. Každý pacient má právo na to, rozhodnout se jakým způsobem bude se sestrou komunikovat. Komunikuje s ní podle toho, jak mu to nejvíce vyhovuje. To by sestra měla před začátkem rozhovoru s ním zjistit. Zda pacient chce použít metodu psaní, odezírání či znakový jazyk. Pokud se pacient rozhodne pro odezírání, měla by sestra mluvit pomalu a zřetelně, nikdy na pacienta nezvyšuje hlas a nepoužívá cizí slova a složité výrazy, jak uvádí v publikaci Praktická komunikace v medicíně Linhartová (16). V dotazníku bylo zjišťováno, zda sestry pacientům s poruchou sluchu umožňují odezírání ze rtů. Na ambulanci uvedlo 25 sester (83,3%), že tuto metodu umožňují, na lůžkovém oddělení odpověděly všechny sestry ano (100%), toto je zřejmé z grafu 12A,B. Odpovědi sester z ambulance nám vyvrací odpovědi pacientů ošetřených na ambulanci. Ti odpovídají, že jim sestry tuto možnost umožňují pouze v 13,8%, nejvíce

odpovědí je však od 12 pacientů, kteří odpověděli spíše ne (41,4%), toto je zřejmé z grafu 40A,B. Pacient, který má poruchu sluchu, může do nemocnice přijít se svým tlumočnickem, malé děti s poruchou sluchu často doprovázejí jejich rodiče, kteří jsou jakousi spojkou mezi dítětem a zdravotnickým personálem. Tato osoba tlumočí pacientovi to, co sestra říká. Zde by sestra měla vědět, ke komu má hovořit. Vždy sestra hovoří směrem k pacientovi, ne jako k třetí osobě, to znamená pokud pacient má s sebou tlumočnicka či doprovázející osobu, hovoří směrem k pacientovi a tlumočnick je tam pouze od toho, aby pacientovi řekl, o čem sestra hovoří. Nikdy sestra nesmí říkat tlumočnickovi, aby to či ono pacientovi neřikal a povinností tlumočnicka je, aby přeložil úplně vše, co mu sestra říká, a ne jen to, co uzná za vhodné, taková komunikace mezi nimi by byla neúčelná, jak uvádí Informační portál pro neslyšící (8). Z grafu 13A je zřejmé, že 25 sester z ambulance z větší části směřují svá slova k tlumočnickovi (83,3%), který doprovází pacienta. Na lůžkovém oddělení svá slova k tlumočnickovi směřuje 7 sester pracujících na tomto oddělení (35%), vše je zaznamenáno v grafu 13B. Odpovědi sester nám potvrzují odpovědi pacientů ambulantních i hospitalizovaných. Pacienta s poruchou sluchu může doprovázet také jiná osoba než tlumočnick, například rodinný příslušník, který pomáhá sestře v komunikaci s takto znevýhodněným pacientem. I zde jsme zjišťovali, s kým sestra vede rozhovor, zda mluví přímo k pacientovi či k doprovázející osobě. To nám zjišťuje graf 14A,B. Zde 20 sester z ambulance odpovědělo (66,7%), že svá slova směřují k pacientovi. Z lůžkového oddělení odpovědělo 15 sester, které směřují rozhovor k pacientovi (75%). V dotazníku pro pacienty jsme tuto otázku pro ověření také uvedli. Pacienti nám potvrzují odpovědi sester pracujících na lůžkovém oddělení a vyvracejí odpovědi sester z ambulance, kde 15 ambulantních pacientů uvádí, že sestry komunikují s jejich doprovodem než se samotným pacientem (51,7%). Tyto odpovědi jsou znázorněny v grafu 42A. Při komunikaci s pacientem, který má jakoukoli poruchu sluchu, nemá sestra otáčet hlavou. To velmi ztěžuje pacientovo odezírání a soustředění se na to, co mu sestra říká, jak uvádí v literatuře Komunikácia v ošetrovaťelstve J. Kristelová (14). V grafu 16A,B bylo zjištěno, že 19 sester na ambulanci spíše hlavou otáčejí a ztěžují tím odezírání pacientů (63,3%). Na lůžkové části otáčí hlavou 1 sestra a 2 sestry uvedly, že hlavou spíše otáčejí (10%). Odpovědi se nám potvrzují také z dotazníku pro pacienty. Prostřednictvím slov sestra pacienta povzbuzuje, motivuje, a tak předchází tomu, že pacient nebude spolupracovat. Vždy sestra od pacienta vyžádá zpětnou vazbu, díky které se

ujistí, že pacient vše slyšel a pochopil. Důležité je, dát pacientovi prostor na vyjádření a prostor pro kladení otázek, jak je uvedeno v literatuře Kristelová J.(14) Grafy 17A,B nás informují o tom, zda sestry vyžadují zpětnou vazbu. 19 sester z lůžkové části uvedlo, že zpětnou vazbu vždy vyžadují (90%), naopak ani jedna sestra z tohoto oddělení nevedla možnost, že zpětnou vazbu nevyžaduje. Na ambulancích ORL 11 sester uvádí, že vyžadují zpětnou vazbu (36,7%) a nevyžaduje ji 5 sester (16,7%). Zde se nám liší odpovědi sester s odpověďmi pacientů. Ti uvádějí u vyžadování zpětné vazby při komunikaci se sestrami na ambulancích nejčastější odpověď spíše ne (37,9%). Pacient, který má poruchu sluchu, je často odkázán na odezírání ze rtů sestry, to je pro něj mnohdy hodně vysilující a ne vždy rozumí sestře, co mu říká. Úspěšnost jeho odezírání je často ovlivněna psychickou i fyzickou stránkou, jakákoli zátěž ztěžuje odezírání a soustředění pacienta na odezírání. V žádném případě sestra nikdy na pacienta nesmí zvyšovat hlas či na něj křičet, jak uvádí publikace Komunikace pro zdravotní sestry Venglářové, Mahrové (25). 13 sester z ambulance nedovede skrýt svoji netrpělivost (43,3%), z lůžkového oddělení je to pouze 6 sester spíše nedovede skrýt netrpělivost (30%). Pokud sestra umožňuje pacientovi s poruchou sluchu, aby odezíral z jejích rtů, musí počítat s tím, že pacient bude upřeně sledovat její obličej. Bude ho sledovat i tehdy, pokud sestra nebude právě hovořit a to proto, aby si všiml, kdy na něj začíná mluvit. Tento upřený pohled může být pro většinu sester nepříjemný, protože na něj nejsou zvyklé, a ve většině případů tyto sestry reagují odvrácením hlavy. Tato teorie uvedená v publikaci Joseph a DeVito (12), to nám potvrzují také sestry pracující na ambulanci, kde 15 sester uvádí, že reagují odvrácením hlavy (50%). Sester z lůžkové části, které takto odpověděly je 6 (30%), jak znázorňuje graf 19A,B. Výsledky nám opět potvrzují odpovědi pacientů. Pokud bude sestra pracovat s pacientem, který má poruchu sluchu, je nutné, aby takového pacienta předem upozornila, co se bude u něj provádět za výkon či vyšetření. Měla by mu vysvětlit, jak vše bude probíhat a jaká spolupráce je od něj očekávána, jak je uvedeno v literatuře Základy mezilidské komunikace Joseph,DeVito (12). Zde se nám liší odpovědi sester a pacientů. Ambulantní sestry odpověděly, že pacientům očekávanou spoluprací a výkon vysvětlují, takto odpovědělo 22 sester (73,3%). Jejich odpovědi vyvrací dotazník pro pacienty, kterým tato otázka byla také položena. Ti odpověděli, že sestry na ambulancích nevysvětlují (34,5%) či spíše nevysvětlují (48,3%). Sestry z lůžkové části otorinolaryngologie očekávanou spoluprací a výkon vysvětlují, to potvrzují i data od pacientů. Vše je znázorněné v grafech 20A,B a

46A,B. Sestry, které nám odpověděly, že umožňují pacientům odezírat při komunikaci ze svých rtů, používají často přehnanou artikulaci při mluvení, což pacientovi velice stěžuje odezíráni, protože dochází mnohdy k záměně či nepochopení slov, a komunikace se pro ně stává velice náročnou, jak uvádí v publikaci J.Kristelová (14). Na ambulancích odpovědělo 29 sester, že artikulují výrazně, jelikož se domnívají, že jim pacient lépe porozumí (96,7%). Na lůžkovém oddělení používá přehnanou artikulaci 9 sester (45%). Výsledky z dotazníků pro sestry se nám potvrzují dle grafů 47A,B, kde jsem tuto otázku položili také pacientům. Komunikovat by měly sestry se všemi pacienty. Tedy nejen s pacienty, kteří poruchu sluchu nemají, přestože to je pro ně jednodušší a příjemnější. Každý pacient, ať má poruchu sluchu či nikoli, má potřebu si povídat. Nebude-li tato potřeba u nich uspokojována, hrozí jejich sociální izolace. Takoví pacienti se mohou cítit méněcenní, nepotřební a v horších případech uvažují také o smrti. Sestra toto nesmí v žádném případě dopustit, pacientům se má věnovat tak, jako každému pacientovi, ať už má kteroukoli poruchu sluchu, vždy existuje nějaký způsob, jak se s takovým pacientem dorozumět a je jen na sestře, jaký způsob zvolí. Ke každému pacientovi s poruchou sluchu přistupuje sestra individuálně, podle druhu postižení, komunikace s takovým pacientem závisí na tom, zda jde o vrozené poškození sluchu nebo časem získané. Pokud má pacient poruchu pouze jednoho sluchového ústrojí, postaví se sestra na tu stranu, aby hovořila do ucha zdravého, jak uvádí v literatuře Praktická komunikace v medicíně Linhartová (16). Ptali jsme se sester, zda si sestry ve volném čase povídají s pacienty, kteří poruchu sluchu nemají, nebo s pacienty, kteří mají poruchu sluchu, či zda si s pacienty ve volném čase vůbec nepovídají, jak uvádí graf 22A,B. Dle grafu je jasně viditelné, že sestry z ambulančí si ve volném čase s pacienty, kteří mají poruchu sluchu nepovídají a raději volí pacienty pro komunikaci, kteří poruchu sluchu nemají. Takto odpovědělo 23 sester z ambulance (76,7%). Na lůžkovém oddělení otorinolaryngologie si 10 sester (50%), raději povídá s pacienty, kteří mají poruchu sluchu a tím uspokojují jejich potřebu komunikace. Opět se to potvrzuje z dat, které jsme získali v dotazníku pro pacienty. Do dotazníku byla vytvořena škála pro hodnocení uspokojování potřeby komunikace. Sestry měly za úkol na daném měřítku zaškrtnout, v jakém procentu si myslí, že uspokojují potřebu komunikace u pacientů s poruchou sluchu. Toto měřítko bylo dáno i v dotazníku pro pacienty, kde jsme je požádali, aby nám na měřítku zapsali, v jakém procentu uspokojují sestry pacientům s poruchou sluchu potřebu komunikace. Toto měřítko je uvedeno v grafu 24A,B a

50A,B. Jak graf 24A znázorňuje, na ambulanci si 15 (50%) sester myslí, že potřebu komunikace uspokojují na 25%, 12 (40%) ambulantních sester se domnívá, že potřebu uspokojují na 50%, 2 sestry uvádí 75% uspokojení(6,7%) a 1sestra uvádí 100% uspokojení potřeby komunikace (3,3%). Na lůžkovém oddělení pouze 1 sestra uvádí, že uspokojuje potřebu na 25%(5%), za to 9 sester uvádí až 75% uspokojování potřeby komunikace(45%). Jak již bylo zmíněno, toto měřítko bylo dáno také do dotazníku pro pacienty. Ti uvádějí, že sestry z lůžkového oddělení uspokojují potřebu komunikace lépe než sestry z ambulance. Oba tyto dotazníky byly doplněny otázkou, ve které se jak sestry, tak i pacienti mohli vyjádřit k danému tématu. Ze všech dotázaných sester na ambulanci tuto možnost využila pouze jedna sestra (3,3%), ostatní sestry nic dodat nechtěly (96,7%) U sester na ambulanci se k danému tématu nevyjádřila žádná sestra. U ambulantních pacientů využil tuto možnost vyjádřit se také jen jeden pacient (3,4%). Tento pacient uvedl, že by bylo dobré, kdyby do nemocnice docházeli dobrovolníci, kteří by si s nimi rádi povídali, a tím by uspokojovali jejich potřebu komunikovat. U hospitalizovaných pacientů se nevyjádřil pacient žádný.

Dle uvedených výsledků z jednotlivých grafů je zřejmé, že došlo k vyplnění naší stanovené hypotézy, kde jsme předpokládali, že sestry z lůžkového oddělení více uspokojují potřebu komunikace, než sestry, které pracují na ambulancích.

6. Závěr

Bakalářská práce byla vypracována na téma : „Uspokojování potřeby komunikace u pacientů s poruchou sluchu“. Cílem této práce bylo zjistit, zda je uspokojována potřeba u pacientů s poruchou sluchu, kteří přicházejí na oddělení a ambulance otorinolaryngologie. Ke zjišťování výsledků byla použita metoda dotazníku. Tyto dotazníky byly vytvořeny ve dvou variantách. Jeden typ byl rozdán sestřám, druhý pacientům. Dotazník pacientům je pouze orientační, který nám potvrzuje odpovědi sester. Dle výsledků z dotazníku sester nám vyplývá, že potřeba komunikace je lépe uspokojována u pacientů s poruchou sluchu od sester, které pracují na lůžkovém oddělení. Tuto skutečnost nám potvrzují také dotazníky, které byly rozdány pacientům na ambulancích a lůžkovém oddělení ORL. Z výsledků je zřejmé, že náš cíl práce byl splněn, přičemž výzkumem, který byl proveden se měla potvrdit či vyvrátit jedna hypotéza bakalářské práce, která zněla : H_1 : Klientům s poruchou sluchu na ORL oddělení je více uspokojována potřeba komunikace než na ORL ambulanci.

Ke zkvalitnění uspokojování potřeby komunikace pacientů bych doporučila, aby sestra poslouchala, nejen to, co jí pacient říká slovně, ale také to, co je jí sdělováno neverbální komunikací. Jelikož mnohdy neverbální komunikace o pacientovi napoví více, než-li je nám sdělováno slovy. Při komunikaci s pacientem, který má poruchu sluchu, by si sestra měla vždy počínat tak, aby neztěžovala pacientovi komunikaci a měla by mu vyjít vstříc při jeho volbě způsobu komunikace. Sestřám, které pracují s těmito pacienty bych také doporučila kurzy znakového jazyka, které jsou pro ně časově, tak i finančně dostupné.

Práci bude možno využít pro edukaci sester Zdravotně sociální fakulty i pro zkvalitnění ošetrovatelské péče sester pracujících na oddělení a ambulanci ORL.

7. Seznam použité literatury

- 1) Centrum kochleárních implantací u dětí [online], [cit. 25.2.2008]. Dostupné z :
<<http://www.ckid.cz/vybkaand.asp>>.
- 2) FLORIANOVÁ P., ŠLAPÁK I. : *Kapitoly z otorinolaryngologie a foniatrie*, Brno: Paido, 1998, s 87, ISBN 80-85931-67-2
- 3) HAVLÍK : *Sluchadlová propedeutika*, 1.vyd. Brno :Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, s 209, ISBN 978-80-7013-458-0
- 4) HONZÁK : *Komunikační pasti v medicíně*, 2.vyd. Praha :Galén,.,1999, s 165, ISBN 80 7262 032 0
- 5) HYBÁŠEK : *Ušní, nosní a krční lékařství*, 1.vyd. Praha : Galén, 1999, s 220, ISBN 80 7262 017 7
- 6) HYBÁŠEK, VOKURKA : *Speciální otorinolaryngologie* ,1. vyd.Praha: Univerzita Karlova :Karolinum, 1997, s 198, ISBN 382 155 96
- 7) Informační portál ORL.cz [online], [cit.14.12.2007]. Dostupné z:
<<http://www.orl.cz/diagnozy/audiologie/3/kopie/whosluch.html>>.
- 8) Informační portál pro neslyšící [online], [cit. 12.10.2007]. Dostupné z
<<http://ruce.cz/clanky/12>>.
- 9) Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online],[cit. 25.3.2008]. Dostupné z :< http://www.widex.cz/_private/co_je_sluchadlo.htm>.
- 10) Informační portál Siemens Audiologická Technika s.r.o [online], [cit.25.3.2008]. Dostupné z:
<http://www.sluchadla.cz/index.php?master=sluch&filter_kind=6&filter_prod=1>.
- 11) JANOVCOVÁ Z. : *Alternativní a augmentativní komunikace*, Brno : Masarykova Univerzita, 2003, 48s., ISBN 80-210-3204-9
- 12) JOSEPH A DEVITO : *Základy mezilidské komunikace*, 1.vyd. Praha : Grada, 2002, s 420, ISBN 80-7169-988-8
- 13) KOCHLEAR webík s vypnutým zvukem [online], [2.4.2008]. Dostupné z :
< <http://kochlear.unas.cz/html/implant.html>>.
- 14) KRISTOVÁ JARMILA: *Komunikácia v ošetrovatelstve*, vyd. Martin : Osveta, 2004, s 211, ISBN: 80-8063-160-3
- 15) LEJSKA, PULDA : *Jak žít se sluchovou vadou*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, s 78, ISBN 80-7013-226-4
- 16) LINHARTOVÁ: *Praktická komunikace v medicíně*, Praha: Grada, 2007, s.152, ISBN 978-80-247-1784
- 17) LORM, Společnost pro hluchoslepé [online],[cit.24.3.2008]. Dostupné z :
<<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/jak-komunikovat-s-hluchoslepou-osobou.php>>.
- 18) Měsíčník pro sluchově postižené [online],[cit.25.3.2008]. Dostupné z :
<<http://www.gong.cz/clanky.php?c=265>>.
- 19) NELEŠOVÁ : *Pedagogická komunikace v teorii a v praxi*, 1.vyd. Praha : Galén, s 171, 2005, ISBN 80-247-0738-1,
- 20) PEASE: *Řeč těla*, Praha : Portál, r2001, s 137, ISBN 80-7178-582-2
- 21) PROCHÁZKOVÁ, VYSUČEK : *Jak komunikovat s neslyšícím klientem?* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2007, s 28, ISBN 978-80-86991-18-4

- 22) Průvodce informací o vědě a výzkumu [online], [cit. 20.2.2008]. Dostupné z <http://www.veda.cz/dwn/5430/13551_Sluhov%C3%A9%20a%20rovnov%C3%A1%C5%BE%C3%A9%20%C3%BAstroj%C3%AD.ppt>.
- 23) Sborník z mezinárodní konference zaměřené na poruchy sluchu a hlasu, jejich včasnou diagnostiku a prevenci, vyd. 30.9.2005, 1.vyd., České Budějovice – Jihočeský inzerť expres s.r.o., ZSF JU, ISBN 80-7040-812-x, s 76
- 24) Sluchové postižení – možnosti edukace [online], [cit. 20.2.2008]. Dostupné z <<http://www.lehn-acad.net/downloads/letter01cz.pdf>> .
- 25) VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*, vyd. Praha: Grada, 2006, s 144, ISBN 80-247-1262-8
- 26) VYBÍRAL Z. : *Psychologie lidské komunikace*, Praha: Portál, 2000, s. 263, ISBN 80-7178-291-2

8. Klíčová slova

Komunikace – Sestra – Pacient – Poruchy sluchu

9. Přílohy

Seznam:

Příloha č. 1 Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 Dotazník pro pacienty

Příloha č. 3 Kochleární implantát

Příloha č. 4 Anatomie ucha

Příloha č. 5 Přístroje k vyšetření sluchu (Audiometr, Tympanometr)

Příloha č. 6 Sluchadla

Příloha č. 7 Pomůcky k vyšetření sluchu

Příloha č. 8 Vyšetřovací box na ORL

Příloha č.1 Dotazník pro sestry

Anonymní dotazník pro sestry pracující s pacienty s poruchou sluchu

Dobrý den,

Jmenuji se Erika Holarová a prosím Vás, o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma : Uspokojování potřeby komunikace u pacienta s poruchou sluchu na ORL. Dotazník je samozřejmě anonymní a dobrovolný. Prosím, o trpělivé přečtení všech otázek dotazníku a o pravdivé odpovědi. Na otázky odpovídejte zakřížkováním jedné z uvedených možností. Děkuji za vyplnění dotazníků.

Po jejich vyplnění je prosím odevzdejte staniční sestře tohoto oddělení.

Erika Holarová, České Budějovice

1. Jste sestra pracující na ORL:

- Lůžkové části
- Ambulanci

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ
- Sestra se specializací
- Jiné

3. Jak dlouho pracujete na oddělení ORL?

- Méně než rok
- Více než rok, ale méně než 5 let
- Více jak 5 let

4. Setkáváte se často s pacienty s poruchou sluchu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

5. Znáte základní slova pro komunikaci s pacientem s poruchou sluchu ve znakovém jazyce?

- Ano
- Spíše ano

- Spíše ne
- Ne
- Neumím znakový jazyk

6. Při sdělení důležitých informací používáte pro komunikaci metodu psaní?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

7. Používáte při rozhovoru s pacienty s poruchou sluchu tabulky podstatných jmen?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

8. Dodržujete při komunikaci s pacientem vhodnou vzdálenost, tj. dodržujete jeho osobní zónu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9. Upozorňujete pacienta s poruchou sluchu na to, že s ním chcete začít rozhovor?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

10. Když chcete upozornit pacienta dotykem na to, že s ním chcete hovořit a on k Vám v danou chvíli stojí zády, přesto ho upozorníte?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

11. Pokud mluvíte s pacientem s poruchou sluchu, stojíte zády k oknu či ke zdroji světla?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne

- Ne

12. Umožňujete pacientovi, aby odezíral z Vašich úst?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

13. Pokud má pacient s sebou tlumočníka, hovoříte k pacientovi nebo k tlumočnickovi?

- K tlumočnickovi
- K pacientovi

14. Pokud pacienta s poruchou sluchu doprovází jiná osoba než tlumočník, hovoříte k pacientovi nebo k doprovodu?

- K pacientovi
- K doprovázející osobě

15. Znáte alespoň 3 základní metody v komunikaci s pacientem s poruchou sluchu?

- Ano
- Ne

16. Pokud komunikujete s pacientem s poruchou sluchu otáčíte při rozhovoru hlavou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

17. Vyžadujete při rozhovoru od pacienta s poruchou sluchu zpětnou vazbu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

18. Pokud se Vám nedaří úspěšná komunikace mezi Vámi a pacientem s poruchou sluchu projevujete jakýmkoli způsobem svoji netrpělivost?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

19. Je Vám nepříjemný upřený pohled pacienta do Vaší tváře, na který reagujete odvrácením hlavy?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

20. Vysvětľujete pacientovi, co u něj budete provádět za výkon?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

21. Při rozhovoru pacient odezírá Vaše slova, artikulujte při tom :

- Výrazně, až přehnaně
- Běžným způsobem

22. Pokud máte v pracovní době pár minut času, jdete si popovídat s pacienty, kteří :

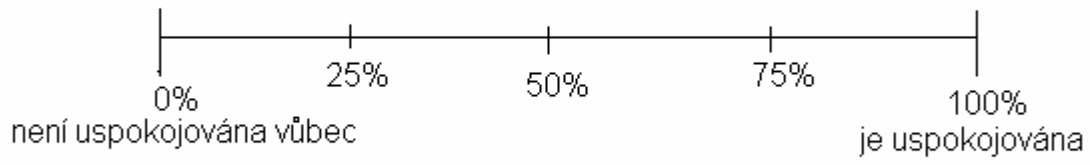
- Nemají poruchu sluchu, jelikož komunikace s nimi je lehčí a méně náročná
- S pacienty, kteří poruchu sluchu mají, jelikož tím uspokojujete jednu ze základních biologických potřeb pacienta
- S pacienty si ve volném čase nepovídám

23. Jaké největší problémy nejvíce shledáváte v oblasti komunikace?

(můžete zaškrtnout více možností)

- Nedostatek času
- Neznalost znakového jazyka
- Neschopnost odezírat
- Nezájem pacienta o komunikaci
- Jiné, prosím napište.....

24. Prosím Vás o zaškrtnutí v jakém procentu si myslíte, že je uspokojována potřeba komunikace u pacientů s poruchou sluchu.



25. Chcete nám ohledně tohoto tématu něco sdělit?

Ne

Ano:
.....
.....

Příloha č. 2 Dotazník pro pacienty

Anonymní dotazník pro pacienty s poruchou sluchu

Dobrý den,

Jmenuji se Erika Holarová a prosím Vás, o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma : Uspokojování potřeby komunikace u pacienta s poruchou sluchu na ORL. Dotazník je samozřejmě anonymní a dobrovolný. Prosím, o trpělivé přečtení všech otázek dotazníku a o pravdivé odpovědi. Na otázky odpovídejte zakřížkováním jedné z uvedených možností. Děkuji za vyplnění dotazníků.

Po jejich vyplnění je prosím odevzdejte staniční sestře tohoto oddělení nebo sestře v ambulanci.

Erika Holarová, České Budějovice

1. Jste pacient s poruchou sluchu:

- Ambulantní
- Hospitalizovaný na ORL oddělení

2. Pohlaví:

- Žena
- Muž

3. Kolik Vám je let:

- Méně než 18
- 18-30
- 31-50
- 51-70
- 71 a více

4. Kterou poruchu sluchu máte:

- Nedslychavost
- Hluchota
- Tinnitus
- Jiné, prosím napište....

5. Používáte nějaké kompenzační pomůcky:

- Kochleární implantát
- Závěsné sluchadlo
- Zvukovodové sluchadlo
- Kanálové (nitroušní) sluchadlo

- Jiné, prosím napište....

6. Jak dlouho trpíte poruchou sluchu?

- Méně než rok
- Jeden rok až pět let
- Šest let až 10let
- Déle než deset let

7. Pokud s Vámi sestry vedou rozhovor používají znakový jazyk?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

8. Pokud Vám sestra potřebuje sdělit důležitou informaci, používá metodu psaní?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9. Používá sestra při komunikaci s Vámi tabulky podstatných jmen pro sluchově handicapované?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

10. Když s Vámi sestra hovoří, dodržuje pro Vás vhodnou vzdálenost (tj. Vaší osobní zónu, vzdálenost pro Vás příjemnou)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

11. Upozorňuje Vás sestra na to, že s Vámi chce začít rozhovor?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12. Upozorní Vás sestra na rozhovor i přesto, že k ní stojíte v danou chvíli zády?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

13. Pokud Vás sestra upozorní i když k ní právě stojíte zády, je to pro Vás příjemné?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14. Při rozhovoru se setrou k Vám sestra stojí tak, že je zády ke zdroji světla (například k oknu)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

15. Umožňuje Vám setra odezírání ze rtů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

16. Pokud přicházíte do nemocnice s tlumočnickem, hovoří sestra:

- K tlumočnickovi
- K Vám

17. Pokud Vás do nemocnice doprovází jiná osoba než tlumočnick, hovoří sestra:

- K Vám
- Doprovázející osobě

18. Otáčí sestra hlavou, když s Vámi hovoří?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

19. Vyžaduje od Vás sestra zpětnou vazbu?(Vysvětlení co jste pochopil/a z informací, které Vám sestra podala)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

20. Projevuje sestra netrpělivost, pokud ji nerozumíte či neslyšíte?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

21. Vysvětlují Vám sestry při rozhovoru, jakou spolupráci od Vás očekávají?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

22. Artikuluje sestra přehnaně, když s ní hovoříte?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Povídají si s Vámi sestry i během dne, pokud mají čas?

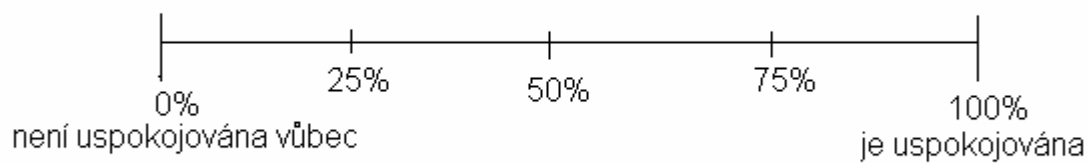
- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

24. Jaké největší problémy nejvíce shledáváte v oblasti komunikace?

(můžete zaškrtnout více možností)

- Nedostatek času sester
- Neznalost znakového jazyka u sester
- Neschopnost odezírat
- Nemám zájem o komunikaci
- Jiné, prosím napište.....

25. Prosím Vás o zaškrtnutí, v jakém procentu si myslíte, že je uspokojována Vaše potřeba komunikace.



26. Chcete nám ohledně tohoto tématu něco sdělit?

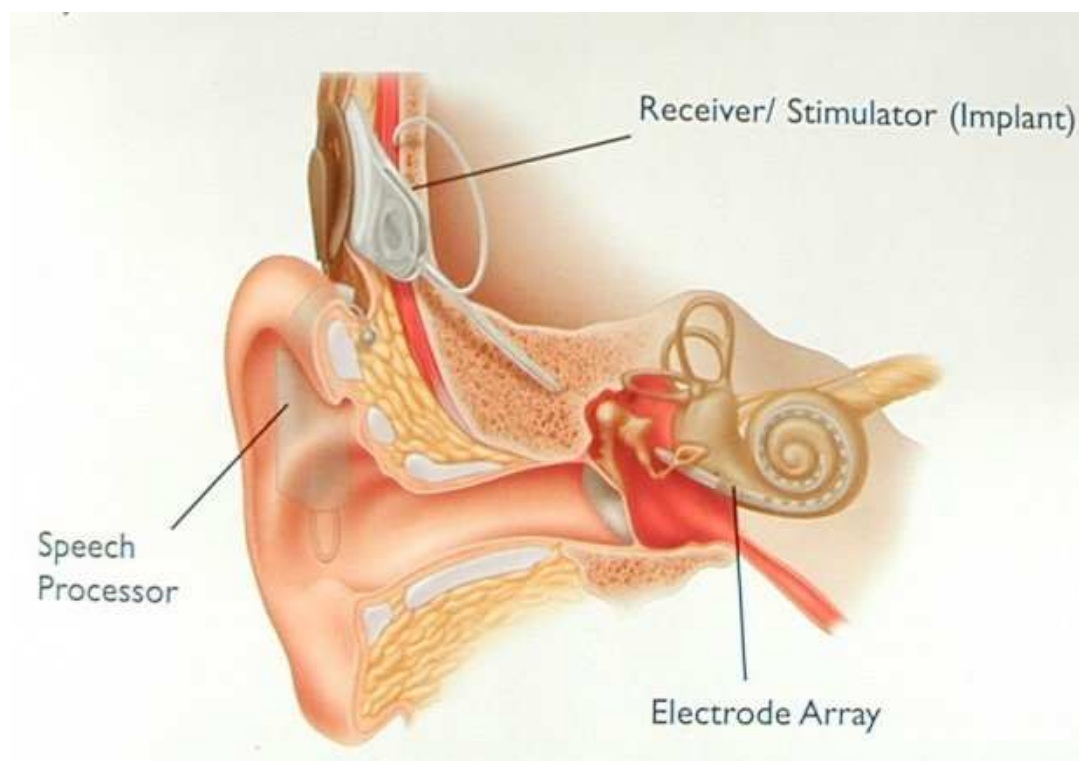
Ne

Ano:

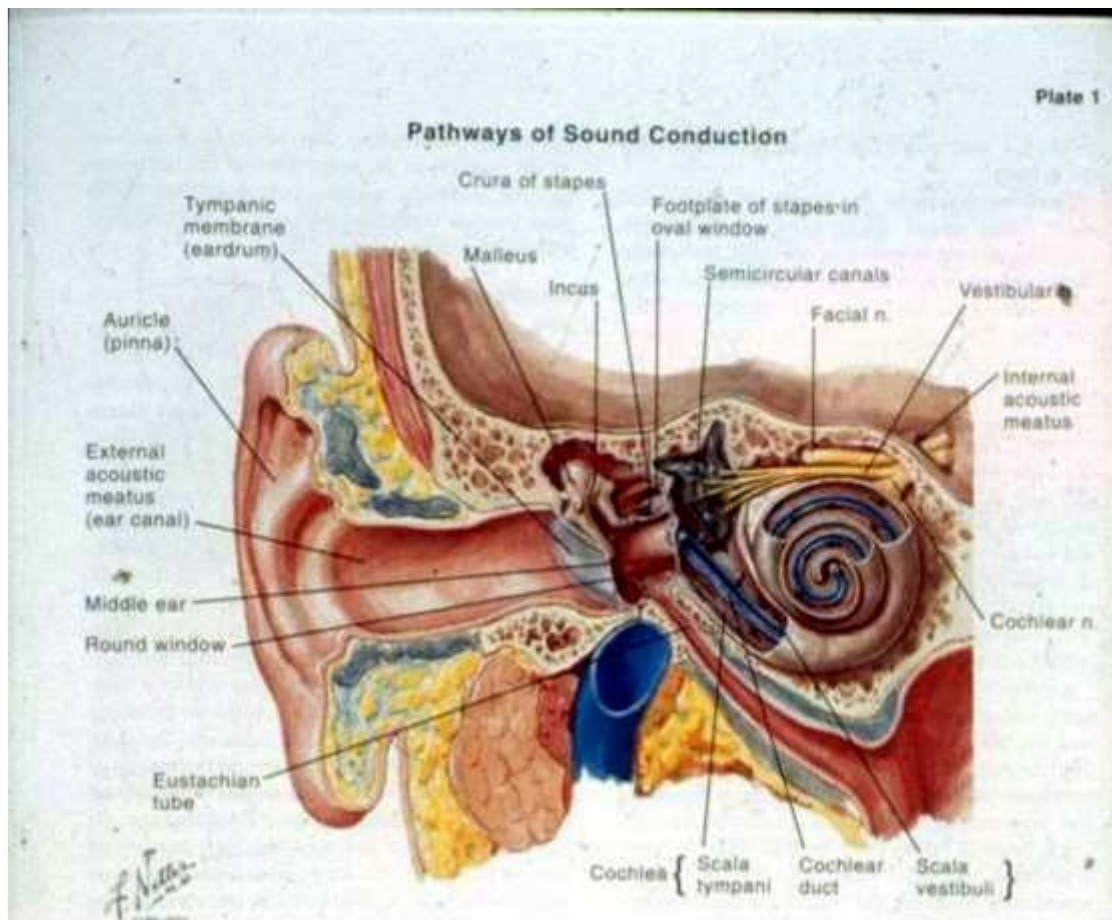
.....

.....

Příloha č. 3 Kochleární implantát



Příloha č. 4 Anatomie ucha



Příloha č. 5 Přístroje na vyšetření sluchu (audiometr, tympanometr)

Audiometr



Tympanometr



Obrázky dostupné z URL [online] : <http://www.volny.cz/audionika/madsen.html>

Příloha č. 6 Sluchadla



Obrázky dostupné z [online] URL : <http://aplikace.homolka.cz/orl/poruchy.php#1>

Příloha č.7 Pomůcky k vyšetření sluchu

Sada ladiček



Baranyho ohlušovač



Čelní zrcátko



Ušní zrcátka



Fotografie pořízeny na lůžkovém oddělení ORL v Nemocnici České Budějovice a.s. dne 3.4.2008

Příloha č.8 Vyšetřovací box na ORL



Fotografie pořízena na lůžkovém oddělení ORL v Nemocnici České Budějovice a.s. dne 3.4.2008

