

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Využití interakčního modelu I. Kingové v péči o pacienta  
s poruchou sluchu**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce:**  
**Mgr. Alena Machová**

**2010**

**Autor:**  
**Lenka Maláková**

## **Abstract**

The number of patients suffering from hearing impairment steadily increases. I. King's model is oriented to caring and complex nursing. The nurse's task within I. King's model is to help individuals by means of interaction. The nurse and the patient put up goals and they choose means to achieve them.

I have chosen the topic of application of I. King's nursing model in my work in order to point out the issue of nursing models and to show their application in practice.

The research survey was quantitative and qualitative. The quantitative research survey was carried out by the questioning method. A questionnaire was applied to collect data. At the ORL departments 100 questionnaires in total were handed out to the nurses, of which 50 were handed in fully completed. The results are presented in graphs. The qualitative research survey was carried out by a questioning method. The nurses had been working with paperwork according to I. King's method for one month. Then an individual in-depth interview took place. The nurses were asked to give their opinion on the paperwork. The results have been processed in tables.

The bachelor thesis aimed at finding out the possibilities of the nurses in interaction with a hearing impaired patient. The aim was fulfilled and the following hypotheses have been set. H1 – nurses are interested in training in sign language was confirmed. H2 – nurses are not interested in using pictograms was not confirmed. H3 – nurses follow the principles in communication with hearing impaired patients was confirmed.

The second aim of the bachelor thesis was to study the possibilities of application of I. King's model in taking care for patients with a hearing impairment being hospitalized at ORL departments. The research question was, whether the paperwork according to I. King's model can be applied in taking care for patients with a hearing impairment. This aim was fulfilled. The nurses gave a positive evaluation on the application of I. King's model. According to their opinion they get more information about the patient and the communication between the nurse and the patient is improved. Based on the interviews the following hypothesis was set: the training of nurses influences their ability to apply the paperwork according to I. King's model.

The results of this paper will be offered to nurses at ORL departments working with hearing impaired patients. The results can be published in specialized publications.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Využití interakčního modelu I. Kingové v péči o pacienta s poruchou sluchu*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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 jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 3.5. 2010

.....  
Lenka Maláková

**Poděkování:**

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Machové za cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám ORL za ochotu spolupracovat.

## OBSAH:

Úvod .....	2
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>4</b>
<i>1.1 Úvod do problematiky koncepčních modelů ošetřovatelství</i> .....	<i>4</i>
<i>1.1.1 Součásti a kategorie ošetřovatelských modelů</i> .....	<i>5</i>
<i>1.2 Model interakčních systému I. Kingové</i> .....	<i>6</i>
<i>1.2.1 Autobiografie autorky I. Kingové</i> .....	<i>6</i>
<i>1.2.2 Analýza modelu I. Kingové</i> .....	<i>7</i>
<i>1.3 Využití modelu I. Kingové u pacientů s poruchou sluchu</i> .....	<i>12</i>
<i>1.3.1 Úvod do problematiky poruch a vad sluchu</i> .....	<i>12</i>
<i>1.3.1.1 Poruchy a vady sluchu</i> .....	<i>12</i>
<i>1.3.1.2 Stupně sluchového postižení</i> .....	<i>14</i>
<i>1.3.2 Aplikace modelu u pacientů s poruchou sluchu</i> .....	<i>14</i>
<i>1.3.2.1 Pacient s poruchou sluchu jako personální systém</i> .....	<i>15</i>
<i>1.3.2.2 Pacient s poruchou sluchu jako interpersonální systém</i> .....	<i>17</i>
<i>1.3.2.3 Pacient s poruchou sluchu jako sociální systém</i> .....	<i>19</i>
<i>1.3.3 Intervence k dosažení transakce v péči o pacienta s poruchou sluchu</i> .....	<i>20</i>
<b>2. Cíl práce a hypotézy</b> .....	<b>26</b>
<b>3. Metodika</b> .....	<b>27</b>
<i>3.1 Způsob zpracování</i> .....	<i>27</i>
<i>3.2 Charakteristika výzkumného vzorku</i> .....	<i>27</i>
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>29</b>
<i>4.1 Výsledky kvantitativních šetření</i> .....	<i>29</i>
<i>4.2 Výsledky rozhovorů se sestrami</i> .....	<i>44</i>
<b>5. Diskuse</b> .....	<b>48</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>54</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>55</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>59</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>60</b>
<i>9.1 Seznam příloh</i> .....	<i>60</i>

## Úvod

V současné době lidé s poruchou sluchu mají plno obtíží. Postižení těchto lidí může vést až ke komunikační bariéře mezi nimi a okolím. Komunikace s těmito lidmi klade velké nároky na ošetřující personál. Zvláště při jakémkoliv ošetřování nemocných je nutno zajistit především kvalitní komunikaci. Obava z nepochopení a snaha porozumět vyvolává u neslyšících pacientů napětí, úzkost, strach a dále se u těchto pacientů může jednat o jednotlivé problémy. Jedná se o poruchy schopnosti ovládat především mluvenou řeč a porozumění řeči. Nemocní, kteří mají poruchu již od narození, mají zpravidla vyvinut systém náhradních způsobů komunikace. U školních dětí a dospělých je možné použít psanou formu řeči, znakovou řeč a piktogramy. Znaková řeč je výhodným komunikačním prostředkem neslyšících, ale okolí znakové řeči špatně rozumí. Znakový jazyk má svá vlastní pravidla pro tvoření slov a vět. Neslyšící člověk má s okolním světem omezený kontakt. Velice významný je rozsah postižení sluchu. Záleží na tom, zda postižení vzniklo po osvojení řeči nebo před jeho osvojením (34).

Úkolem sestry je v rámci modelu I. Kingové pomáhat jedincům prostřednictvím interakce. Interakce tvoří základ každé ošetřovatelské péče i ošetřovatelského procesu. V procesu interakce prostřednictvím komunikace a percepce si pacient a sestra stanovují společné cíle a hledají prostředky pro jejich dosažení. Aby sestra tohoto cíle dosáhla, je velice důležité, aby využívala kromě jiných poznatků i vědomosti o systémech a interaktivním procesu (22).

Ošetřovatelská praxe klade schopnost interakce a komunikace na velmi významné místo. Při komunikaci dochází k rozvíjení a navázání kontaktu s pacientem. Jedná se o výměnu jednotlivých informací a zkušeností. Sestra by měla umět rozlišit vzhledem ke své zdravotnické praxi specifika komunikace v nejrůznějších rovinách (34).

Ošetřovatelské modely jsou pro většinu sester ještě velkou neznámou. Svou práci na téma využití ošetřovatelského modelu dle I. Kingové jsem si vybrala z důvodu, abych se pokusila více přiblížit problematiku ošetřovatelských modelů a prakticky ukázat jejich využití v praxi. Model I. Kingové zahrnuje interakční proces, ve kterém sestra a pacient společně komunikují a zpracovávají informace, což vede k činnosti,

která vyústí do reakcí. Společně si vytyčují cíle a stanovují prostředky k jejich dosažení. Cílem ošetrovatelství je dosáhnout, obnovit, udržet či navrátit zdraví jedince pro maximální potenciál života a plnění společenských rolí (22).

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Úvod do problematiky koncepčních modelů ošetrovatelství***

S vývojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče vznikla potřeba holistické péče. Holistická péče zahrnuje především péči ošetrovatelskou a péči léčebnou. Každý člověk představuje celistvou, neopakovatelnou a jedinečnou bytost. Lékařská diagnóza je pro nemocného člověka důležitá, ale holistická péče nemůže být založena jen na lékařské diagnóze. Sestry si tato fakta uvědomovaly, respektovaly a pomohlo jim to v hledání lepších modelů ošetrovatelství. V 70. letech se celostní pojetí jedince a péče o jeho zdraví stalo součástí evropské zdravotní politiky. S tím souvisí i nový způsob kvality péče a řízení efektivity ošetrovatelské péče. Proto se výzkum zaměřil na vytvoření standardního ošetrovatelského modelu (18). Koncepční modely jsou formálními ukázkami některých představ sester o ošetrovatelství. Koncepční modely ošetrovatelství existují od doby Florence Nightingale, která prosazovala poprvé myšlenky ošetrovatelství. Různá stanoviska koncepčních modelů výslovně označila až Nursing Development Conference Group v roce 1973. Vytvoření koncepčních modelů je důležitým pokrokem v oboru ošetrovatelství (18, 30).

Model je obraz, představa nebo popis zkoumaného předmětu či jevu. Koncepční model se týká globálních názorů skupiny, jednotlivce, událostí a situací, které souvisejí s daným oborem. Ovlivňují naše vnímání reality a zaměřují se na určité vybrané jevy. Je sestavený tak, aby ověřil určitou teorii. Koncepční model je tvořen výpověďmi a pojmy. Soubor pojmů a výpovědí tvoří tzv. koncepční rámec. Modely vytvářejí vědci, profesionálové z praxe, teoretici, aby vysvětlili nebo analyzovali daný jev. Koncepce koncepčního modelu jsou nejobecnější a nejabstraktnější, nejsou omezené na konkrétní skupinu, jedince a v reálném světě je není možno pozorovat. Koncepční modely ošetrovatelství zavedené do praxe umožňují systematický přístup k řízení, výzkumu, praxi a usnadňují komunikaci mezi sestrami. Dávají explicitní orientaci pro sestry i veřejnost. Cílem ošetrovatelského modelu je tedy zkvalitnit práci sester (2, 18, 22, 30).

Koncepční modely vznikají cestou deduktivní – odvozením ze všeobecných poznatků a dějů, cestou induktivní – pozorované jevy zobecňují. Koncepční modely



ošetřovatelství představují různá paradigmata a jsou odvozena z metaparadigmatu ošetřovatelství (18, 22, 30).

Metaparadigma je globální pohled na zaměření obsahu vědní disciplíny. Je specifikované koncepcemi a teoriemi. Metaparadigma ošetřovatelství se vyvíjí od doby F. Nightingalové, která se v historii poprvé zabývala teorií ošetřovatelství a vlivem prostředí na zdraví člověka. Ve svých publikacích neformálně popsala čtyři základní pojmy ošetřovatelství (zdraví, člověk, prostředí, ošetřovatelství). Metaparadigma ošetřovatelství představují čtyři základní specifické jevy: člověk/jedinec, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Osoba zahrnuje rodiny, komunity, jedince a příjemce ošetřovatelské péče. Prostor je vnitřní a vnější okolí příjemce, ve kterém dochází k ošetřovatelským úkonům. Zdraví je stav osobní pohody či blaha, absence nemoci příjemce. Obyčejně je definováno jako kontinuum od adaptace k maladaptaci. Ošetřovatelství zahrnuje aktivity sester prováděné v zájmu klienta a jeho spolupráce (12, 22, 30).

### ***1.1.1 Součásti a kategorie ošetřovatelských modelů***

Každý ošetřovatelský model by měl obsahovat asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Asumpce jsou předpoklady, které se dají ověřit a odvozují se od praxe a vědecké teorie. Hodnotový systém tvoří základní myšlenky oboru a zdůrazňuje např. orientaci ošetřovatelství na potřeby komunit, rodin a klienta. Hlavní jednotky jsou prvky ošetřovatelského koncepčního modelu, které byly zformulovány z hodnotového systému a asumpcí. Mezi tyto hlavní jednotky koncepčního modelu patří: cíl ošetřovatelství, klient/pacient, role sestry, zdroj potíží či problému klienta, ohnisko ošetřovatelského zásahu, způsoby zásahu a ošetřovatelské činnosti (2, 22, 30).

Ošetřovatelské koncepční modely jsou klasifikovány podle filozofie a světového názoru, ze kterých vychází. Jsou to: vývojové modely (zdůrazňují proces růstu a zrání), modely systémové (zdůrazňují funkce systému – systém, prostředí, závislost, integrace, organizace), humanistické modely (chápe ošetřovatelství jako umění a humanitní vědu – potřeby člověka), interakční modely (zdůrazňují sociální vztahy mezi lidmi), modely energetického pole (využívají koncepci energie), modely výsledků (kladou důraz na

výsledky ošetrovateľskej péče), modely potrieb (hodnotí funkcie sestier a klienta z hľadiska hierarchie potrieb), modely zachovania (zachovávajú príznivé aspekty klienta, ktorý má problémy alebo je ohrozený nemocí), modely zákrokov (zdôrazňujú odbornou činnosť sestry, považujú pacienta za pasívny predmet ošetrovateľskej péče), modely zlepšenia (zaměřujú sa na zlepšenie kvality pacientova života pri poškodení zdravia) a modely podpory (pomáhajú pacientovi pri poškodení zdravia a podporujú jeho vyrovnávanie sa so situáciou). Model I. Kingovej patrí do kategórie interakčných modelov (2, 22, 30).

## ***1.2 Model interakčných systémov I. Kingovej***

### ***1.2.1 Autobiografie autorky I. Kingovej***

Imogene Kingová sa narodila v USA v roku 1923. V roku 1945 získala diplom v ošetrovatelstve na St. John's School of Nursing v St. Louis. V roku 1948 ukončila bakalárske štúdium v oblasti ošetrovateľského vzdelávania na Teachers College Columbia University v New Yorku a po ňom v roku 1957 magisterské štúdium. Do roku 1958 pracovala ako sestra v oblasti chirurgického ošetrovatelstvia. V roku 1961 bol Kingovej udelen doktorát na Kolumbijskej univerzite vo štáte New York. Od roku 1961 do roku 1966 bola I. Kingová profesorkou ošetrovatelstvia na univerzite Loyola v Chicagu, kde vypracovala magisterský program pre ošetrovatelstvie, ktorý bol založený na koncepčnom rámci ošetrovatelstvia. V roku 1964 zverejnila prvý popis základu teórie (22, 29).

Výskumný projekt I. Kingovej položil základ pre vznik teórie. Nadále ho vylepšovala a prepracovávala. Bol zaměřený na interakcie medzi klientom/pacientom a sestrou z pohľadu dvoch rôznych prostredí (v domácej péči a v institucionalizovanej péči). Vzorek, ktorý bol pozorovaný, tvorili klienti s akútnym ochorením. Od roku 1978 až do roku 1980 pracovala ako koordinátorka klinického ošetrovateľského výskumu vo zdravotnom stredisku Loyola. Od roku 1980 pôsobila na Floride ako profesorka ošetrovatelstvia na University of South Florida College of Nursing. I. Kingová bola aktívna členkou Asociácie amerických ošetrovateľiek, Asociácie ošetrovateľiek na Floride a organizácie Sigma Theta Tau. V roku 1994 bola uvedená do úradu Amerického akadémie ošetrovatelstvia. Bola jednou z základných členok

ošetřovatelské organizace – The King International Nursing Group (KING), která vznikla proto, aby umožnila využívání a rozšíření jejích interaktivních systémů. Mezi její vydané publikace patří: K teorii ošetřovatelství, Teorie ošetřovatelských systémů, konceptů a procesů, Osnovy a instrukce v ošetřovatelství. Kingová při vývoji svého modelu vycházela z výsledků výzkumu, ze studia odborné literatury a ze své pětadvacetileté praxe. Ve svých pozdějších pracích rozvinula etické a filozofické základy koncepčního systému a teorie dosahování cílů (6, 22, 29).

### ***1.2.2 Analýza modelu I. Kingové***

Podle I. Kingové funguje jedinec jako otevřený personální systém v rámci sociálního systému, v němž vytváří interpersonální vztahy. Schopnost smysluplné interakce je základní vlastností všech lidí, usilujících o dosažení určitého cíle. Interakce se uskutečňuje ve třech vzájemně se ovlivňujících systémech: personálním, interpersonálním a sociálním. Prostřednictvím personálního systému lidé zpracovávají a přijímají informace z vnějšího prostředí. Jedná se o vzájemné působení smyslových orgánů, které nám umožňují vnímat jevy a předměty jako celek. Osobnostní systém může růst a měnit se s tím, jak se vyvíjí a vyžívá určitý jedinec. V rámci personálního systému Kingová rozpracovává a popisuje tyto základní pojmy: percepce, růst a vývoj, obraz těla, čas a prostor (12, 22).

Percepce je vnímání sebe samého a pomáhá člověku orientovat se v určitém prostředí (22, 36). Vnímání je psychický proces, kterým zachycujeme to, co v daném okamžiku působí na naše smyslové orgány. Informuje nás o vnějším světě, ale i o vnitřním stavu našich orgánů. Je zaměřené na individuální existenci jedince (8). Při hodnocení vnímání by se měla sestra zaměřit na vyšetření smyslových orgánů, orientační neurologické vyšetření a fyzikální vyšetření. Dále na faktory, které ovlivňují proces vnímání. Může se jednat např. o nadměrnou fyzickou a psychickou zátěž. Sestra by měla umět redukovat a eliminovat faktory, které mají vliv na změněné vnímání a narušují interakci mezi sestrou a pacientem. Je zde velice důležitý profesionální přístup sestry (36).

Růst a vývoj zahrnuje změny chování jedince, které se dají předvídat a většinou jsou pravidelné. Jedná se i o procesy buněčných a molekulárních změn (22). Kingová se ve své práci opírá o vývojové teorie Eriksona, Freuda, Piageta a Gessela. Od sester se vyžaduje, aby znaly dobře jednotlivá vývojová stadia člověka a měly by být schopny poskytnout pomoc rodičům v krizových situacích jednotlivých etap vývoje dítěte (36).

Obraz těla je vnímání vlastního těla. Kingová chápe obraz těla jako dynamickou složku, která se během života mění a ovlivňují ji sociálně kulturní vlivy. Sestra by se zde měla zaměřit na stresové faktory, které mají negativní vliv na vnímání těla např. amputace, poranění míchy, narušení smyslového vnímání a artritida (36).

Prostor je místo, ve kterém jedinec žije a je založen na individuální percepci situace (12, 22). Kingová charakterizuje prostor jako personální, transakční, univerzální, dimenzionální a situační. Osobní prostor má vztah k času, vzdálenosti, komunikaci a vnímání. Jakýkoliv zásah do osobního prostoru je většinou spojený s neverbálním způsobem vyjádření. Úlohou sestry v průběhu hospitalizace je respektování prostředí pacienta, dodržování intimity při vykonávání diagnostických a terapeutických výkonů, vyhrazení místností pro společné setkávání pacientů a umístění nábytku dle potřeb pacienta. Je důležité seznámit pacienta s oddělením nemocnice, aby se zlepšila jeho orientace a cítil se v bezpečí (36).

Čas v oblasti ošetřovatelství je velice důležitý. Především se jedná o čas biologický a psychický. Kingová charakterizuje čas jako univerzální, kde se střídají roční období, den a noc. Dále jako relativní, přímočarý, měřitelný a subjektivní. Nejvíce nám čas může ovlivnit věk, pozice, vnímání času, sociální role, hodnoty a postoje. Čas je důležitou dimenzí u pacientů s neuropsychickými poruchami. Hlavní úloha sestry spočívá u pacienta po dobu hospitalizace v udržení pravidelného rytmu nejrůznějších aktivit. Po dobu hospitalizace by měl mít pacient k dispozici hodinky a kalendář, aby se lépe orientoval v čase. Důležité je systematické plánování aktivit týkajících se další péče, která se vztahuje na jeho chorobu (36).

Interpersonální systém se vytváří na základě interakcí jedinců. Určitá skupina, kterou tvoří dva či více jedinců, vstupuje v dané situaci do interakce. Mezi základní pojmy interpersonálního systému patří interakce, komunikace, transakce, role a stres.

Kingová v procesu interakce dává důraz především na pomoc lidem, aby se lépe vyrovnali se svými zdravotními problémy (36).

Interakce zahrnují procesy učení, kde si pacient a sestra více uvědomují sami sebe. Osoby, které vstupují do interakce, si předávají vzájemně informace o svých pocitech, myšlenkách a o tom, co očekávají. Interakce obsahují neverbální a verbální komunikaci. V rámci ošetrovatelství probíhá interakce vždy s určitým cílem např. pomoci pacientovi při udržování a navrácení zdraví (36).

Komunikace je důležitá pro udržování a vývoj lidských vztahů. Prostřednictvím komunikace si lidé určují společné cíle a zaměřují se na jejich dosažení. Kingová pokládá komunikaci za významnou složku interakce. V oblasti verbální komunikace zdůrazňuje význam zpětné vazby. Neverbální komunikace jako je mimika, haptika, a proxemika, má též velký význam. Mezi nejvýznamnější faktory, které ovlivňují komunikaci patří potřeby, cíle jednotlivých osob a prostředí, ve kterém probíhá komunikace. Sestra by měla ovládat komunikační zručnosti, které jsou důležité na dosažení cílů (36).

Transakce je určitý proces interakcí, ve kterých lidské bytosti komunikují s osobami a prostředím tak, aby dosáhli společného cíle. Kingová chápe transakci jako dynamický proces, ve kterém si jedinci vyměňují jednotlivé hodnoty. Jedná se zde hlavně o proces interakce, ve kterém jedinec komunikuje s prostředím při dosažení cílů. Probíhá snižování napětí a odbourávání stresu (22, 36).

Role je vztah jedné osoby k druhé. Člověk se během života stává součástí různých sociálních skupin. Každá role je výsledkem interakce mezi skupinou a jedincem. Role, které si jedinec získá v jednotlivých sociálních skupinách, formují jeho osobnost. Každý člověk si je osvojuje sociálním učením a jsou vytvářeny především nápodobou a identifikací. Každá role vyplývá z určité pozice a má svůj status. Pozice nám určuje místo jedince v sociální skupině (31). Během života získává jedinec různé role. Některé role jsou jedinci dány již jeho existencí a další závisí na jeho volbě (32). Podle míry vymezení jejich obsahu rozlišujeme role formální a neformální. Formální role má velmi přesná pravidla a někdy i právními předpisy určená pravidla a způsob, jakým je člověk získal. Neformální role nemá žádná přesná pravidla a vzniká

spontánně. Člověk si takovou roli může vybrat sám a nebo mu ji ostatní, vzhledem k jeho vlastnostem nebo pozici, přidělí. Postoj k jednotlivým rolím závisí na osobnostních vlastnostech a potřebách jedince. Role mohou být v neutrálním vztahu, v souladu a nebo mezi nimi může vzniknout konflikt. Koordinace a integrace jednotlivých rolí není vždycky jednoduchá. Jejich požadavky mohou být úplně opačné nebo zcela rozdílné. Každá role se specificky projeví i v oblasti chování (32). Sestra by měla posoudit nejvýznamnější stresové faktory, které mohou roli pacienta ovlivnit. Může se jednat o ztrátu partnera, dítěte, zaměstnání, rozchod s partnerem či odchod do důchodu (36).

Stres je podle I. Kingové dynamický stav a má časovou a prostorovou dimenzi. Stres je osobní, individuální a subjektivní. Jedná se o stav fyzické a psychické tenze, který inhibuje rozvoj a ohrožuje zdraví. Stres má pozitivní a negativní vliv na lidskou interakci a je možno ho zařadit k základním složkám života. Ošetrovatelské činnosti by se měly zaměřit na eliminaci a redukci stresu (36). Stres je možno redukovat transakcí (6, 22). Stresové situace bývají většinou vyvolány svízelnou situací, která působí na organismus a tím znesnadňuje jedinci uspokojovat potřeby, plnit úkoly a nevede k dosažení určitého cíle. Při prožívání jakékoli zátěže dojde v organismu k celkové aktivizaci, a ta se projeví napětím, pohybovým neklidem, zrychleným tepem, zvýšenou motivací a zvýšenou myšlenkovou aktivitou. Na druhé straně se může jednat o stavy opačné, které se mohou projevit úzkostí, nejistotou, strachem a mlčením. Při překonávání zátěže záleží především na vlastnostech a stavu organismu. Velmi důležitý je přístup pacienta k dané situaci. Jedinci, kteří jsou charakterizováni jako odolní vůči určitým zátěžovým situacím, bývají emocionálně stabilní, pružní a sociálně aktivní. Mají jasnou životní orientaci a vyhraněný hodnotový systém (35).

Sociální systém vzniká spojením systémů interpersonálních. Základem jsou interakce mezi většími skupinami lidí. Tento systém je uspořádaný tak, aby si v nich jedinec našel místo a přesvědčil se o správnosti denních aktivit při udržování života a zdraví. Pro sociální systémy mají podle Kingové význam organizace, autorita, status, moc a rozhodování (6, 12, 22).

Organizace vytvářejí skupiny a jednotlivci, kteří mají neformálně a formálně předepsané úlohy, které vyplývají z jejich pozice v organizaci (6, 12). Sociální struktura organizace tvoří síť sociálních vztahů, které vytvářejí sociální podmínky jednotlivých osob a to nejen v organizaci, ale i mimo ni. Činnosti v organizaci se týkají pracovních úkolů a styku se spolupracovníky (21).

Autorita je aktivní a vzájemný proces transakce. Je možno ji vnímat prostřednictvím příkazů, opatření, vedení a zodpovědnosti za určité činnosti (6, 12, 22).

Status představuje pozici skupiny ve spojení s jinou skupinou nebo jednotlivce ve skupině v rámci organizace. Postavení každého člena ve skupině je provázeno závazky, službami a privilegii (36).

Rozhodování je dynamický a systematický proces v organizaci, který se zaměřuje na určitý cíl (12, 36).

Moc je univerzální, dynamická a neosobní základní vlastností v organizaci (36). Potřeba moci spadá do oblasti motivace sociálního chování. S potřebou moci souvisí především dominance, tendence k ovládnutí druhých lidí a sebeprosazování. Moc souvisí se sociálními rolemi a vztahy mezi nimi (20).

Interaktivní proces tvoří základ ošetrovatelské péče a vychází ze specifík personálního, interpersonálního a sociálního systému. Kingová ve svém modelu definuje jednotlivé kroky interaktivního procesu. Interaktivní proces má čtyři základní fáze, které jsou cyklické, navazují na sebe a mohou se opakovat prostřednictvím zpětné vazby. Jedná se o akci, reakci, interakci a transakci (6, 22, 36).

Akce vyvolává určité chování a vzniká při střetnutí sestry s pacientem. Reakce je způsob, jak na sebe reagují pacient a sestra. Je výsledkem akce a interakce. Interakce je vnitřní hra komunikace mezi pacientem a sestrou, kteří reagovali na určitou akci a mají zájem na vzájemné interakci a na společném dosažení cílů. Pro dosažení cíle jsou velice důležité předpoklady interakce pacient/klient a sestra. Velký důraz je kladen na vnímání potřeb, cílů a vliv sestry i klienta v interakčním procesu. Jedinci mají právo na účast při rozhodování a na informace o sobě, což ovlivní jejich zdraví a život. Za podávání informací je zodpovědný zdravotnický personál a mohou pomoci jedincům při rozhodování o péči, která jim bude poskytnuta. Klient má právo péči odmítnout nebo ji

respektovat. Transakce vytváří předpoklad pro dosažení cíle, dosažení shody v interakci pokračovat, akceptovat a cíle příjemce i zdravotnického personálu se nesmí vzájemně lišit. Pokud sestra poskytuje pacientovi vhodné informace, tak se stanovení cíle a jeho dosažení uskuteční. Transakce je dosažení shody pokračovat v interakci, kdy se vytváří předpoklady pro dosažení cíle. Transakce se uskuteční, jsou-li očekávané role a provedené úkoly sestry a klienta totožné. Jestliže dojde k transakci v interakci sestra – pacient, tak je jeho rozvoj a růst na vyšší kvalitě. Když jsou cíle dosažené, dochází k uspokojení a ošetrovatelská péče je efektivní (22).

### ***1.3 Využití modelu u pacientů s poruchou sluchu***

#### ***1.3.1 Úvod do problematiky poruch a vad sluchu***

Sluch je prvním smyslem, který se začíná rozvíjet již v prenatálním období. Má nezastupitelnou roli orientační a motivační. Na to, co slyšíme, reagujeme mimicky, gesty, řečí, pohybem a jednáním. V neverbální komunikaci mu připadá mnohem menší role než hmatu a zraku. Zřejmě je tomu proto, že tento smysl není interaktivní a na jakoukoliv informaci nemůžeme odpovědět sluchem. Důležitá role připadá sluchu ve verbální komunikaci. Pokud je tento smysl oslaben nebo úplně chybí, znamená to pro postiženého člověka problémy až handicap. Kvalitu vlastního slyšení ovlivňujeme upravováním správné pozice těla. Naše schopnost slyšet se s přibývajícím věkem snižuje. Tyto změny jsou velice nepříjemné a přicházejí nenápadně (16).

Sluchový systém nám analyzuje a přijímá různé zvukové podněty. Umožňuje komunikaci a chrání nás před nebezpečím. Sluchové receptory, které jsou uloženy v Cortiho orgánu, registrují zvukové vlny. Lidské ucho zaznamenává zvuky v rozmezí od 16 Hz do 20 000 Hz a rozsah řeči je asi 250-4000 Hz (24).

##### ***1.3.1.1 Poruchy a vady sluchu***

Lidé, kteří trpí sluchovou vadou, vnímají svůj stav velice těžce. Nejkomplikovanější je situace u hluchot, které vznikají náhle. Většina těchto pacientů očekává, že zahájením léčby dojde ke zlepšení jejich stavu nebo celkové úpravě. Úplná úprava je zcela výjimečná a většinou se jedná o akustická akutní traumata.



U sluchových vad jiné etiologie jako je toxické poškození, meningitida či úrazy zlepšení nelze očekávat. Sluchové vady se nezlepšují a jsou trvalé. Dělíme je na vrozené, získané a dle stupně lehké, středně těžké a těžké (9). Dále může být sluchová vada prelingvální nebo postlingvální. Prelingvální sluchová vada je, když jedinec ztratil sluch ještě v období před osvojením řeči. Postlingvální vada je stav, při kterém došlo ke ztrátě sluchu, když měl jedinec už osvojenou řeč (16).

Porucha sluchu je přechodný stav a pokud je léčba konzervativní či chirurgicky úspěšná, může pacient mít normální sluch. Poruchy sluchu dělíme na periferní a centrální (10). Periferní nedoslýchavost se dále dělí na převodní a percepční nedoslýchavost. Převodní nedoslýchavost znemožňuje mechanický převod zvukových vln od zvukovodu do tekutin vnitřního ucha vlivem různých překážek. Může se jednat o dočasný uzávěr zvukovodu (např. cizí těleso) nebo o vrozenou vývojovou vadu zvukovodu (10). U převodní nedoslýchavosti trpí pacient autofonií a hlasitým vnímáním vlastní řeči (11). Percepční nedoslýchavost je způsobena porušením funkce sluchového nervu, vnitřního ucha nebo mozkové kůry (10). Ztráty sluchu jsou u této nedoslýchavosti nevyrovnané a nemocní i při zesílení intenzity řeči špatně rozumí (11). Centrální porucha sluchu může být způsobena funkční nebo organickou změnou. Postihuje korový a podkorový systém sluchových drah (10). Trvalé vady a poruchy sluchu vedou v celé řadě případů k neúplnému vývoji verbální komunikace. Čím je vada těžší tím dochází k většímu poškození komunikace. V těchto případech se snažíme alespoň o podporu sluchové funkce pedagogickým cvičením či kompenzační pomůckou – sluchadlem. Sluchadlo je elektroakustický přístroj, který má za úkol zesilovat a modulovat zvuky. Zvuk musí být sluchadlem dostatečně zesílen a důležité je, aby byl speciálně modulován podle charakteru a typu sluchové vady (15). Zvyknout si na užívání sluchadla není tak snadné a nácvik se provádí postupně (4).

Většina těchto lidí se nemůže se svým handicapem smířit a jejich chování může přejít až v agresivitu. U většiny nedoslýchavých jedinců se objevuje velice často neurotické chování a bývají podezřívaví ke svému okolí (9). Pro rozvíjení komunikačních a řečových schopností je nezbytné určit rozsah sluchového postižení (10).

### ***1.3.1.2 Stupně sluchového postižení***

Podle stupně sluchové ztráty máme nedoslýchavost lehkou, střední, středně těžkou a těžkou. U lehké nedoslýchavosti máme sluchovou ztrátu 26-40 dB, u střední nedoslýchavosti je sluchová ztráta 41-55 dB, středně těžká sluchová ztráta 56-70 dB, těžká je sluchová ztráta 71-91 dB (25). Dále rozeznáváme hluchotu, kdy se jedná o ztrátu sluchu větší než 110 dB. Tito lidé nejsou schopni slyšet mluvenou řeč. Dále se může jednat o tzv. zbytky sluchu, kdy sluchová ztráta je více než 91 dB. Tito lidé mohou slyšet řečové i neřečové zvuky, ale nerozumějí. Tyto zvuky nedovedou přesně diferencovat. Dále se může jednat o těžkou nedoslýchavost, kdy sluchová ztráta je v rozmezí 71-90 dB. Tito lidé jsou schopni vnímat řeč pomocí kvalitního sluchadla (33).

Vyšetření sluchových funkcí se provádí pomocí audiometrie, kdy je možno zjistit práh slyšení, typ poruchy a stupeň sluchové ztráty. U velmi malých dětí, které nespolupracují s lékařem i u některých dospělých, se používají metody, které nevyžadují odezvu pacienta. Jedná se o měření otoakustických emisí (OAE) nebo o vyšetření BERA. Vyšetření BERA je založeno na vyšetření evokovaných sluchových potenciálů v mozku a diagnostikuje nám rozsah a druh poruchy sluchu (25). Screening OAE je metoda, která slouží k vyhledávání sluchové vady u novorozenců. U jedinců, kteří slyší normálně jsou otoakustické emise přítomny. Během prvních 3 měsíců života dítěte je doporučeno toto vyšetření provést. Pokud je podezření na sluchovou vadu, tak se toto vyšetření opakuje. Když je stále patologický výsledek následuje vyšetření pomocí kmenové audiometrie (BERA) (10). Otoakustické emise lze zaznamenat ve všech věkových skupinách. Nejsou závislé na poloze těla, na pohlaví a ani na denní době (15).

### ***1.3.2 Aplikace modelu u pacientů s poruchou sluchu***

Model Imogene Kingové je orientován na humánní a komplexní ošetrovatelskou péči (28). Cílem modelu I. Kingové je dosáhnout, udržet, navrátit zdraví určitému jedinci a naplnit jeho společenské role (19).

Život u pacientů s poruchou sluchu je velmi složitý. Sestra musí k těmto pacientům přistupovat citlivě a empaticky. Ošetřování těchto pacientů zahrnuje celou

řadu interpersonálních vztahů. Mezi nejdůležitější patří vztah mezi pacientem a sestrou. Aby došlo k dosažení určitého ošetrovatelského cíle, považuje Kingová za důležité zejména potřebu komunikace a percepce. Prostřednictvím percepce člověk získává informace o sobě a svých potřebách, prostředí a jiných lidech (36). Potřeba je určitý stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou a vzniká buď z pocitu nedostatku či přebytku v oblasti sociální, duchovní, biologické a psychologické. Naplnění potřeb směřuje k obnově a vyrovnaní rovnováhy organismu. Intenzita a množství potřeb závisí na věku a pohlaví určitého jedince, na prostředí, ve kterém vyrůstal, zdravotním stavu, kulturní a společenské úrovni a životních zkušenostech (26).

Osobnostní systém je sjednocený soubor vlastností, kterými osoba myslí, vnímá, touží, rozhoduje, určuje svoje cíle a způsoby jejich dosažení (2, 6, 22). Pokud dojde k narušení osobnostního systému u pacienta s poruchou sluchu, sestra si může u něj stanovit tyto ošetrovatelské diagnózy: 00148 – Strach, 00146 – Úzkost, 00122 – Porucha smyslového vnímání, 00126 – Deficitní znalost, 00066 – Duchovní nouze, 00067 – Riziko duchovní nouze, 00054 – Riziko osamělosti (5, 17).

V interpersonálním systému je především narušená interakce, komunikace, narušení rolového systému a může dojít až ke stresu. Při narušení interpersonálního systému si může sestra stanovit tyto ošetrovatelské diagnózy: 00051 – Zhoršená verbální komunikace, 00055 – Neefektivní plnění role, 00054 – Riziko osamělosti, 00055 – Zhoršená rodičovská role (5, 17).

V sociálním systému se může pacient dostat až do sociální izolace a je zde narušena interakce a komunikace. Při narušení sociálního systému si může sestra stanovit tyto ošetrovatelské diagnózy: 00053 – Sociální izolace, 00052 – Poškozená sociální interakce (5, 17).

### ***1.3.2.1 Pacient s poruchou sluchu jako personální systém***

Personální systém je sjednocený soubor vlastností, kterými osoba chápe, myslí, touží, představuje si, rozhoduje, identifikuje si cíle a vybírá prostředky na jejich dosažení (2, 19, 22).

Vnímání sebe samého zahrnuje, jakým způsobem je pacient s poruchou sluchu informován o svém zdravotním stavu a vzniku možných komplikací, které souvisejí s jeho onemocněním. Dále zahrnuje, jakým způsobem vnímá pacient své onemocnění a jaký k němu zaujímá postoj. Součástí je také zájem pacienta spolupracovat na léčebném režimu. Dále velkou roli hraje, jakým způsobem hodnotí pacient sám sebe v souvislosti s jeho onemocněním. Pacient s poruchou sluchu má narušené sluchové vnímání a záleží na typu člověka, jakým způsobem se s tím dokáže vyrovnat (28).

Růst a vývoj zahrnuje u pacienta s poruchou sluchu především získávání nových informací o své nemoci a uvědomování si zodpovědnosti za sebe samého (28). Pacient, který má postižený sluch, může mít poruchy emocionální a může docházet ke změnám v sebehodnocení. V době hospitalizace musí pacient dělat to, co mu určí druzí lidé a musí to dělat tak, jak oni mu to určují. Pacient nemůže dělat to, co by sám chtěl. Musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. Proto může docházet až ke snižování sebevědomí a sebehodnocení (14). Tito lidé mají pocit izolovanosti, která velice často může vést až k depresím (23). Někteří pacienti bývají vlivem poruchy sluchu dezorientováni, protože všemu nerozumějí a jejich reakce mohou být nepřiměřené. Velice těžko chápou význam různých situací a obtížně se orientují i v mezilidských vztazích. Mohou se cítit nejistí, bezmocní a méněcenní (33).

Vzhled těla zahrnuje u pacientů s poruchou sluchu faktory, které se mohou u něj vyskytnout v souvislosti s jeho onemocněním, např. stres, úzkost, strach. Je velice důležité, aby byl pacient s těmito faktory včas seznámen a měl zájem společně se zdravotníky tyto problémy řešit (28). Zlostné a výbušné reakce, které se objevují u těchto pacientů vyplývají ze stresu, který je následkem obtížnosti porozumění. Se vzhledem těla souvisí též vliv poruchy sluchu na denní aktivity pacienta. Záleží na tom, do jaké míry jsou pro pacienta zatěžující. Jsou pacienti, které porucha sluchu nezatěžuje vůbec, ale na druhé straně jsou pacienti, pro které je porucha sluchu zatěžující. Pacient se může cítit vlivem poruchy sluchu méněcenný a může mít pocit vyřazení ze společnosti. U těchto pacientů dochází i ke změně sebevědomí. Záleží na určitém jedinci, jakým způsobem se s poruchou sluchu vyrovná (33).

Vnímání času a prostoru zahrnuje především trávení času u pacienta s poruchou sluchu (rodina, zaměstnání, zájmy). Většina pacientů s poruchou sluchu je omezována v zaměstnání, ale i ve vykonávání svých zájmů (33). V době hospitalizace se může pacient cítit omezený v oblasti svých zájmů (28). Okruh zájmů pacienta se v době jeho onemocnění zužuje, a to především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny (14). Nemůže trávit svůj volný čas, tak jak byl doposud zvyklý. V nemocnici musí dodržovat určitý řád. Pacient má svůj osobní prostor, ve kterém tráví většinu svého času. Sestra by měla tento prostor respektovat a po každém příchodu by měla zaklepat na dveře. Těžce sluchově postiženému jedinci chybí i sluchová orientace a je značně omezen orientací v prostoru. Pacient je postaven do situace, na kterou nebyl doposud zvyklý. Musí dodržovat životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici (14).

### ***1.3.2.2 Pacient s poruchou sluchu jako interpersonální systém***

Interpersonální systém je formován na základě interakcí jedinců a umožňuje dosáhnout ošetrovatelské cíle. Jeho nedílnou součástí je interakční proces (19, 28).

Interakce zahrnuje získání důvěry a navázání kontaktu mezi pacientem s poruchou sluchu a sestrou. Sestra by měla pacienta pozitivně stimulovat, aby byl ochoten komunikovat a vyjádřit své vlastní pocity bez jakýchkoliv obav (28).

Komunikace patří mezi důležité součásti ošetrovatelské činnosti. Zahrnuje komunikativnost pacienta se sestrou, přáteli, rodinou a spolupacienty. Je zde důležité navazování kontaktu a komunikační vazba mezi sestrou a rodinou (28). Abychom dosáhli kvalitní ošetrovatelskou péči je zde důležitá komunikace mezi sestrou, pacientem a mezi zdravotnickým personálem navzájem. Komunikace vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým by se měly sestry naučit již během své profesionální přípravy (4). Součástí kvalitní komunikace je pozitivní vztah k pacientovi, empatie a individuální přístup. Pozitivní vztah k pacientovi by se měl projevit jednak v řeči, pohledu, výrazu tváře a pohybech těla. Sestra by měla komunikovat účinně, aby navázala snadněji s pacientem důvěrný vztah. Empatie je vcítění se do toho, co nemocný prožívá. Sestra by se měla snažit pochopit jeho emoce (4).

Podle Kingové je velice důležitá informovanost. Považuje ji za velmi důležitý předpoklad k uskutečnění interakce. Pacient s poruchou sluchu má právo být informován o svém zdravotním stavu. Informovanost je jednak základní povinností zdravotníků a patří mezi základní potřeby pacienta. Interakce mezi sestrou a pacientem se uskutečňují v určitých situacích. Lidé jsou cílevědomí jedinci, kteří jsou orientováni v prostoru a čase (28). Mezi základní potřeby patří především potřeba informací o jejich zdraví, potřeba péče, která je zaměřena na prevenci onemocnění a potřeba péče druhých, pokud není schopen jedinec sám sobě pomoci. Interaktivní vztah tvoří proces akce, reakce, interakce a transakce (22). Prostřednictvím tohoto vztahu si sestra a pacient sdílejí jednotlivé informace o ošetrovatelské činnosti a svých percepcích (28).

Transakce je výsledkem komunikace a spolupráce mezi pacientem s poruchou sluchu a zdravotnickým personálem, kteří se podílejí na společném dosažení cílů. Například pacient má snahu a zájem předcházet komplikacím svého onemocnění a dodržovat určitá léčebná opatření (28).

Role zahrnuje především roli rodinnou, profesní a společenskou. Rodinná role zahrnuje pacientovo postavení v rodině např. manžela, otce, dědečka apod. Role profesní zahrnuje určitou profesi pacienta. Role společenská zahrnuje, zda je pacient zaměstnaný nebo nezaměstnaný (28).

Stres je faktor se, kterým se nejčastěji můžeme setkat u pacientů s poruchou sluchu. Někteří tito pacienti mohou udávat pocity bezmocnosti. Mohou trpět úzkostí a strachem ze zhoršování svého onemocnění a vzniku možných komplikací. Stresorem mohou být nevyhovující podmínky v zaměstnání, nemocnici či samotné onemocnění.

Velkou roli zde hrají především psychické aspekty. Psychika pacienta má velice důležitou úlohu při jeho onemocnění. Pacient se dostává do duševní pohody, pokud se vyrovná se svým onemocněním. Hlavním cílem je, aby pacient respektoval svoji nemoc. Měl by rozlišit to, co se dá změnit a to co se změnit nedá. Úkolem sestry je, aby se snažila pacienta k tomu vést. Měla by ho povzbuzovat, a tím i nabudit jeho zájem o okolí, aby se neuzavřel do sebe (28).

### ***1.3.2.3 Pacient s poruchou sluchu jako sociální systém***

Sociální systém je uspořádán tak, aby v něm mohly probíhat denní aktivity, které jsou nezbytné pro zachování zdraví, štěstí a života. Sestra chápe pacienta jako součást sociálního systému a v rámci sestry je důležité u pacienta respektovat spirituální aspekty. Jedná se o to, že pacient má právo na respektování svých hodnot a víry. Sestra by měla věřící pacienty nábožensky podporovat a jejich víru akceptovat (28).

Dále je důležité, aby se sestra zaměřila na sociální aspekty nemocného. U pacienta s poruchou sluchu dochází k narušení rolového systému. Pacient trpí strachem, úzkostí, nejistotou a může se dostat až do tzv. sociální izolace. Sestra by měla včas rozpoznat narušení sociálního systému (28).

Organizace je tvořena pacientem s poruchou sluchu a zdravotnickým personálem. Pacient a sestra si stanovují určité cíle a snaží se o jejich dosažení. Velký význam má interakce mezi pacientem s poruchou sluchu a zdravotnickým personálem. Pacient, který je hospitalizovaný v nemocnici, by měl být seznámen s organizací celého oddělení. Především by měl být seznámen s právy pacientů a domácím řádem. Měl by být také dostatečně informován o tom, kdo je jeho ošetřující lékař, primární sestra, staniční sestra, vrchní sestra a primář oddělení (28).

Autorita je další součástí sociálního systému. Každý pacient s poruchou sluchu cítí, že má určitou autoritu. Součástí jeho autority je například respekt v rodině či zaměstnání. Vlivem poruchy sluchu může být jeho autorita změněná. V nemocnici by měl pacient respektovat jistá léčebná opatření a určitá omezení týkající se jeho nemoci. Měl by se chovat asertivně vůči ostatním spolupacientům a zdravotnickému personálu. Autoritou v nemocničním prostředí je pro něj především lékař a sestra (28).

Moc a síla se může u pacientů s poruchou sluchu projevit především neklidem a nevyrovnaností. Vlivem poruchy sluchu se může pacient cítit až méněcenný. Sestra by neměla dávat najevo svou moc nad pacientem. Měla by nechat pacienta, aby se podílel na rozhodování o léčebné a ošetrovatelské péči (28).

Status může u pacienta s poruchou sluchu přinést změnu v jeho postavení, a to jak v rodině, společnosti či zaměstnání. V nemocnici zaujímá roli pacienta. Sestra by

měla tuto změnu respektovat. I když je pacient v nemocnici má mít svůj pokoj a zajištěno své soukromí (28).

Rozhodování může být u pacienta vlivem poruchy sluchu zhoršeno. Jeho onemocnění či nemocniční prostředí může působit negativně na jeho rozhodování. Může se cítit omezený. Proto je velice důležitá i pomoc rodiny. Pacient má právo na to, aby se rozhodoval sám za sebe a sestra by měla jeho rozhodnutí do určité míry respektovat (28).

### ***1.3.3 Intervence k dosažení transakce v péči o pacienta s poruchou sluchu***

K tomu, abychom dosáhli společného cíle u pacienta s poruchou sluchu je velice důležitá komunikace. Bez komunikace mezi sestrou a pacientem je nemyslitelná kvalitní ošetrovatelská péče. V komunikaci informujeme toho druhého o našem vztahu k němu, o svých pocitech, cílech, přáních a očekávání. Komunikační proces má pět základních složek. Významnou složku tvoří osoba, od níž sdělení vychází, osoba, které je sdělení určeno, zpráva, která je vysílána, zpětná vazba a kontext (prostředí a situace, ve kterém komunikace probíhá). Aby komunikace mohla začít a splnila svůj základní smysl, musí být obě komunikující strany schopny vnímat informace, zhodnotit je, uchovat či předat. Předávání informací mezi sestrou a pacientem může probíhat neverbálně nebo verbálně (4).

Neverbální komunikace je vývojově starší a existovala již dávno předtím, než došlo k rozvoji řeči (23). Představuje řeč těla, která je považována za upřímnější než verbální projev. Je to mimoslovní komunikace a používáme ji k tomu, abychom řeč podpořili či nahradili. Její pomocí vyjadřujeme své interpersonální postoje a emoce. Mezi významné složky neverbální komunikace patří mimika, proxemika, haptika, posturologie, kinetika, gestika, chronemika, pohledy a úprava zevnějšku (34).

Mimika je výraz obličeje, z kterého můžeme vyčíst primární lidské emoce. V obličeji se nacházejí tzv. mimické zóny a to v oblasti čela, obočí, očí a dolní části obličeje. Za nejdůležitější mimické zóny je považována oblast očí. Sestra si musí všimnout u pacienta především oblasti čela a očí, protože tato oblast nám sděluje těžké subjektivní stavy (34). Pokud trpí pacient úzkostí a strachem mívá pokrčené čelo (4).



Velký význam má též dolní část obličeje a to zvláště okolí úst. Úsměvem může sestra velice rychle navázat kontakt.

Proxemika je vzdálenost, kterou mezi sebou lidé zaujímají . Velice důležité při komunikaci jsou proxemické zóny – teritoria. Teritorium je prostor, který považuje jedinec za svůj a dělá si na něj jisté právo. Z teritorií vycházejí jednotlivé zóny pro komunikaci jedinců (23, 34). Vzdálenost nám prozradí o vztahu dvou lidí mnoho. Sociální psychologové často rozlišují čtyři základní sféry, ve kterých se odehrávají určité transakce. Jedná se o vzdálenost intimní, osobní, pracovní a veřejnou. Pro sestru je důležité zaujímat přátelskou vzdálenost. Sestra by měla informace sdělovat z bezprostřední vzdálenosti, tím máme na mysli přímo u lůžka nemocného. Je rozdíl, zda sestra přijde na pokoj něco říci pacientovi a stojí u dveří, odkud informuje pacienta. Takové jednání může vyvolávat u pacienta dojem, že sestra o něho nemá zájem (4).

Haptika je dorozumívání pomocí doteků a podáváním rukou. Doteky mohou mít různý význam. Mezi nejčastější používané doteky patří podání ruky nebo dotyk v oblasti ramene a zad. Podávání rukou je hlavní součástí lidské komunikace. Ruce by se měly setkat na horizontální úrovni a stisk musí být přiměřený. Podání ruky by mělo být doprovázeno mimickým projevem (23). Mezi haptiku patří i sebehaptika – dotýkání se sebe samého. Patří sem tření rukou, držení za ramena a objímání kolenou. Sebehaptika vyjadřuje u pacienta i záporné emoce. Může se jednat o nepohodu, strach, napětí, nedůvěru a nerozhodnost (13).

Posturologie je charakterizována jako řeč našich postojů, polohových konfigurací a držení těla. Polohu, kterou člověk zaujímá v sociální interakci, vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se děje kolem něho. Postoj sestry a pacienta by měl být co v největším souladu. Měli bychom se snažit, aby naše oči byly při rozhovoru ve stejné výšce. Sestra by neměla stát nad ležícím či sedícím pacientem (4, 34).

Kinetika zahrnuje veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se trváním, ohraničením, prostorovostí a rychlostí pohybu.

Gestika je součástí kinetiky a zahrnuje záměrné pohyby hlavy, rukou i nohou. Gesta jsou pohyby, které mají určitý sdělovací účel a doprovázejí slovní či mimoslovní

projevy. Jednotlivá gesta mají plno významů a tyto významy jsou složité (23). Mohou být doplněny verbálním projevem a tím ho i zesílit (34).

Chronemika je způsob, jakým vyjadřujeme, strukturujeme čas vůči jiným lidem. Sestra by měla být schopna efektivně využívat čas za účelem zlepšení vztahů s klienty, o něž pečuje (23).

Pohledy mohou být vnímány příjemně, ale i nepříjemně. Nevhodný je pohled vzhůru, protože vyjadřuje opovržení či nezáměr. Oční kontakt je zde velice důležitý. Nikdo v naší péči by neměl být přehlížený (34). Pohled na druhého je prvním prostředkem k navázání kontaktu mezi dvěma lidmi (4).

Velký význam má též vzhled a úprava zevnějšku. V našem případě je specifikem uniforma sestry a její celková upravenost. Uniforma jasně definuje roli sestry. Velký důraz je zde kladen také na úpravu prostředí a zevnějšku pacienta (34).

Verbální komunikace je dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Pokud chceme, aby komunikace byla efektivní a přinesla nám to, co od ní očekáváme, musíme sledovat prvky z oblasti neverbální a verbální komunikace. Dobře komunikovat neznámá jen volit správná slova, ale důležité je věnovat pozornost dalším prvkům. Velký význam má zde rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, intonace a délka projevu. Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je naslouchání. Naslouchání nám vytváří podmínky k dalšímu rozhovoru a umožňujeme druhému možnost se svěřit. Tím, že nasloucháme, dáváme najevo ochotu pomoci. Nasloucháme ušima, očima a srdcem. Ušima slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam. Očima vidíme pohled hovořícího, výraz obličeje a jeho postoj. Srdcem se snažíme zapojit naše emoce (34).

V praxi rozlišuje tři základní druhy komunikace. Jedná se o komunikaci sociální, specifickou a terapeutickou. V sociální komunikaci probíhá běžný rozhovor a kontakt s nemocným. Člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování je omezený v oblasti sociálních kontaktů. Situace vhodné k rozvíjení sociální komunikace jsou úprava lůžka, pomoc při jídle a volnější okamžiky denního režimu oddělení, kdy sestra může s pacientem komunikovat na pokoji či denní místnosti. Specifická (strukturovaná) komunikace obsahuje sdělování důležitých fakt, motivace pacienta k další léčbě a velký

význam má edukace. Na závěr je důležité, zda pacient určitému sdělení porozuměl. Tato oblast komunikace je problematická u pacientů, kteří mají sníženou schopnost komunikovat. Terapeutická komunikace se odehrává většinou formou rozhovoru. Nemocnému poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, pomáháme při adaptaci na nějakou změnu a přijímáme jeho nepříjemné zážitky. Úkolem terapeutického rozhovoru je zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky nemocných (34). K dosažení kvalitní komunikace mezi sestrou a pacientem je důležité respektovat určité požadavky. Velký význam má úcta k člověku, která je základním principem vysoce humánní ošetrovatelské péče. Sestra si musí vážit každého nemocného a ponechat mu určitou autonomii. Velký důraz je kladen na individuální přístup sestry a schopnost empatie. Porozumění přináší sestře důležité informace o nemocném, který pocituje úlevu a přestává být sám (35).

Neslyšící lidé jinak myslí, cítí, mluví a neznají homonyma ani synonyma. Pro každé slovo používají jeden znak (16). Pokud se jedná o neslyšícího pacienta, jsou zde určitá pravidla komunikace. K těmto pacientům musí sestra přistupovat citlivě, zachovat jejich důstojnost a pomoci jim přijmout jejich onemocnění (34). Sestra by neměla na pacienta křičet, ale naopak mluvit bez hlasu, protože jí to umožní lépe artikulovat. Při neznalosti znakového jazyka, by sestra měla upozornit neslyšícího pacienta především lehkým dotykem anebo rychlým zatřepáním ruky v jeho zorném poli, pokud s ním chce navázat kontakt. Dotyk musí být lehký a je přípustný v oblasti ramene, předloktí a horní části paže. Sestra by měla svůj příchod do místnosti oznámit rychlým zapnutím a vypnutím osvětlení, které nahrazuje zaklepání na dveře. Neměla by na pacienta mluvit zády a nestavit se zády k oknu či ke zdroji světla, které pacienta oslňuje a znemožňuje mu čtení mimiky a odezírání. Sestra musí dodržovat zrakový kontakt a postavit se tak, aby pacient viděl dobře na její rty. Pokud sestra přeruší oční kontakt, dává najevo, že jí určité sdělení nezajímá. Měla by občas kývnout hlavou a zúčastněným pohledem dát najevo, že pacientovi rozumí. Dále je důležité, aby používala jen běžná slova v jednoduchých větách a nesnižovala tón hlasu na konci věty. Velkou roli hraje zpětná vazba, kdy se sestra přesvědčí, zda pacient určitému sdělení rozumí. Pokud pacient používá naslouchadlo je velice důležité, aby sestra před začátkem komunikace

zkontrolovala, zda je funkční (13, 16). Pokud má pacient u sebe tlumočnicka či jiný doprovod, zásadně mluvíme k neslyšícímu pacientovi. Tlumočnick je povinen ctít etický kodex a ten jim ukládá, aby tlumočili vše, co pacientovi sestra říká. V přítomnosti tlumočnicka by sestra neměla používat ironii (16). Způsob tlumočení je určován především potřebami a schopnostmi přítomných osob (23). Sestra by měla pacienta pochválit a vyjádřit uznání za ochotu spolupracovat (34).

Dalším způsobem komunikace u pacientů s poruchou sluchu je odezírání. Jedná se o velmi obtížný způsob vnímání mluvené řeči, který nemůžeme využít za všech okolností. Odezírání je možné jen v komunikaci s jednotlivcem a musí být přímý zrakový kontakt mezi sestrou a pacientem. Tímto způsobem nelze realizovat rozhovor s větší skupinou lidí (33). Na kvalitu odezírání má velký vliv psychický a zdravotní stav pacienta. Odezírat dokáže každý sluchově postižený jen ta slova, která má ve slovní zásobě. Měli bychom dávat pozor na lékařskou terminologii a dále na všechna pojmenování v lékařském či nemocničním prostředí. Osoba, která odezírá by měla sedět tak, aby dobře viděla na osvětlený obličej sestry. Vzdálenost sestry a pacienta při odezírání by neměla přesahovat jeden metr, ale také nesmí být porušována osobní zóna. Sestra by měla k pacientovi mluvit volně, zřetelně artikulovat a neměla by se otáčet směrem od pacienta. Pacient, který umí odezírat, nikdy nezíská takovou kvalitní informaci, jako pacient, který slyší (16).

Dalším způsobem komunikace jsou piktogramy. Piktogramy patří mezi nejdůležitější formy vizuální komunikace a překračují hranice jazyka i kultury. Nezáleží na tom, jakou řečí mluvíte, ani na tom zda ovládáte zdejší jazyk. Vyjadřují nám efektivně a rychle určitý pojem. Mezi mezinárodně používané piktogramy patří např. znak jídla – vidlička a nůž (7). V nemocnici by sestry mohly začít využívat piktogramy např. znak koupelny, znak jídla a nebo si mohou dle potřeby vytvořit své vlastní. Komunikace mezi sestrou a pacientem by byla kvalitnější.

Mezi významný způsob komunikace patří také znaková řeč. Jedná se o soubor manuálních pohybů v definovaném prostoru (16). Znaková řeč je výhodným komunikačním prostředkem pro těžce sluchově postižené pacienty a ve srovnání s mluvenou řečí je zjednodušeným systémem komunikace (33).

Na podobném principu jako znaková řeč je založena prstová abeceda. Zde jeden znak představuje jedno písmeno a z písmen se skládají celá slova. Tento způsob komunikace je poměrně zdlouhavý, ale sestry by ho mohly u pacientů s poruchou sluchu využívat (33).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

**Cíl 1.** Zjistit, možnosti sester v interakci se sluchově postiženým pacientem

**Cíl 2.** Zmapovat, možnost využití interakčního modelu I. Kingové v péči o pacienta s poruchou sluchu

### **2.2 Hypotézy a výzkumné otázky**

**Hypotéza 1:** Sestry mají zájem o školení ve znakové řeči

**Hypotéza 2:** Sestry mají zájem používat piktogramy v komunikaci se sluchově postiženým pacientem

**Hypotéza 3:** Sestry dodržují zásady komunikace se sluchově postiženým pacientem

**Výzkumná otázka 1:** Je možné použít v péči o sluchově postiženého pacienta dokumentaci podle interakčního modelu I. Kingové?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Způsob zpracování**

Výzkumné šetření je kvantitativně kvalitativní. Podkladem výzkumného šetření byla kniha kolektivu autorů Výzkum a ošetrovatelství (3). Kvantitativní výzkumné šetření bylo prováděno metodou dotazování. Na techniku sběru dat byl použit dotazník s převahou uzavřených otázek, s možnostmi výběru. Byl vypracován dotazník pro sestry, které pracují na ORL oddělení (Příloha 1). Dotazníky byly rozdány v období od 14. prosince 2009 do 14. ledna 2010.

Dotazníky pro sestry byly rozdány na oddělení ORL v Nemocnici České Budějovice, Nemocnici Tábor, Nemocnici Jindřichův Hradec a ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze. Na těchto odděleních bylo rozdáno celkem 100 dotazníků pro sestry a návratnost vyplněných dotazníků byla 50 %. Výsledky z kvantitativního výzkumného šetření byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Office Excel.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo prováděno metodou dotazování. Sestry měly možnost pracovat s vytvořenou dokumentací (Příloha 2) po dobu jednoho měsíce a každá měla v péči dva pacienty, u kterých zjišťovala anamnézu. Dále sestry pracovaly metodou ošetrovatelského procesu, což již nebylo cílem našeho výzkumného šetření. Po té byl s nimi proveden individuální hloubkový rozhovor (Příloha 3), který zahrnoval 9 otázek. 3 otázky byly identifikační a další byly zaměřené na znalost koncepčního modelu I. Kingové, názory sester na vytvořenou dokumentaci a možnost jeho využití na ORL oddělení v Českých Budějovicích. Rozhovor byl veden na denní místnosti sester a trval 15 minut. Tento rozhovor byl zaznamenán písemnou formou. Výsledky z kvalitativního výzkumného šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Word do přehledných tabulek. Výzkumné šetření proběhlo od února 2010 do března 2010.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

1. Výzkumný soubor z kvantitativního výzkumného šetření tvořily sestry ORL oddělení. Výzkumný vzorek tvořilo 50 sester, které na tomto oddělení pracují. 45 sester

vystudovalo SZŠ, 2 sestry VŠ s dosaženým titulem Bc. a 1 sestra VŠ s dosaženým titulem Mgr. Délka praxe sester se pohybuje v rozmezí méně než 1 rok až 16 a více let.

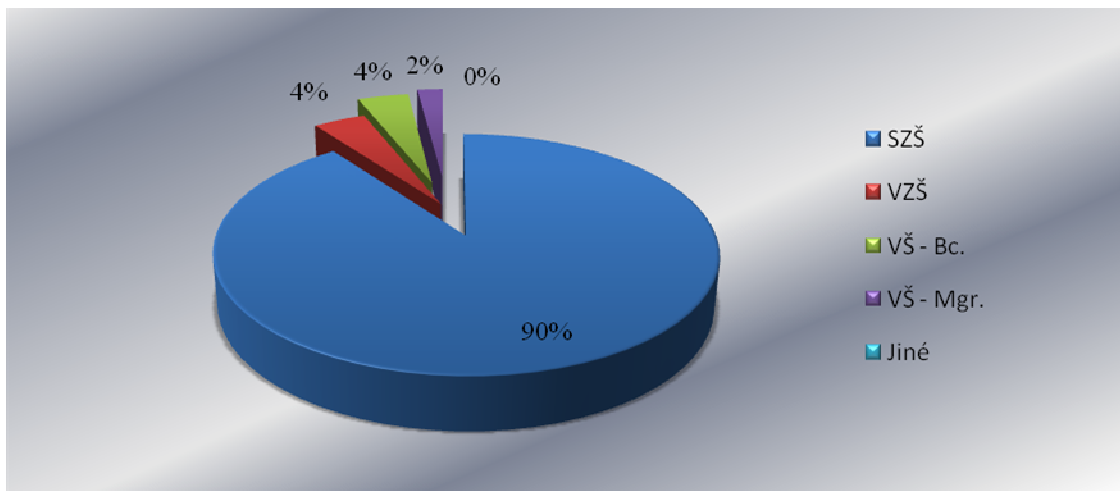
2. Výzkumný soubor z kvalitativního výzkumného šetření tvořily sestry ORL oddělení v Českých Budějovicích. Výzkumný vzorek tvořilo 5 sester, které na tomto oddělení pracují. Jsou různého věku od 21 let do 51 let. Jedna sestra vykonává funkci staniční sestry a všech pět sester je registrovaných. Praxe sester je různá od 1 roku po 21 let. Tyto sestry byly vybrány, na základě ochoty a vstřícnosti spolupracovat na tomto výzkumném šetření.



## 4. Výsledky

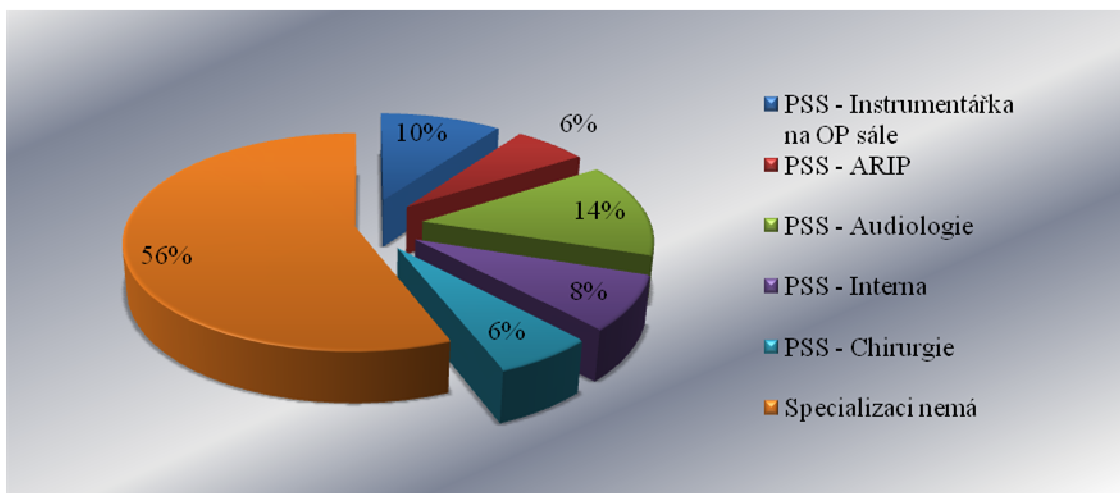
### 4.1 Grafické zpracování otázek z dotazníku pro sestry

**Graf 1** Vzdělání sester



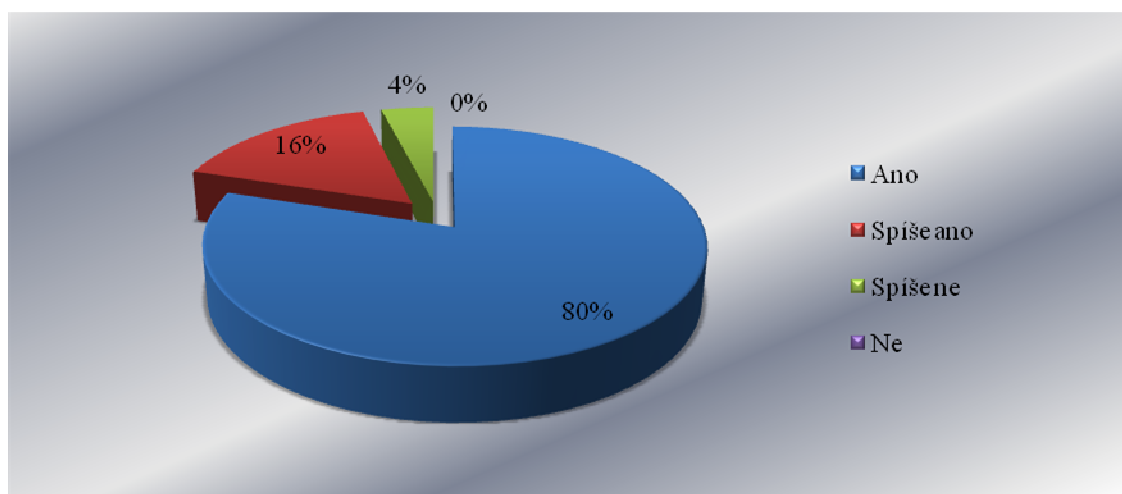
Z celkového počtu 50 sester (100 %) 45 (90 %) vystudovalo SZŠ, 2 (4 %) VZŠ, 2 (4 %) VŠ s dosaženým titulem Bc. a 1 (2 %) VŠ s dosaženým titulem Mgr. a žádná sestra (0 %) neoznačila možnost jiné.

**Graf 2** Specializace sester



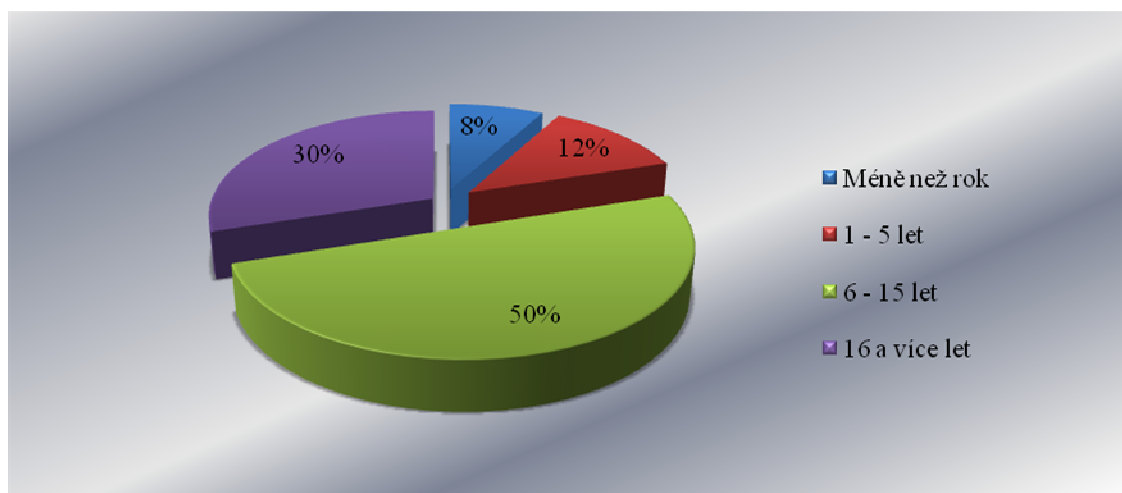
Z celkového počtu 50 sester (100 %) má specializaci 5 (10 %) v instrumentování na operačním sále, 3 (6 %) ARIP, 7 (14 %) audiologie, 4 (8 %) interna, 3 (6 %) chirurgie a 28 sester (56 %) specializaci nemá.

**Graf 3 Setkávání se s pacienty s poruchou sluchu**



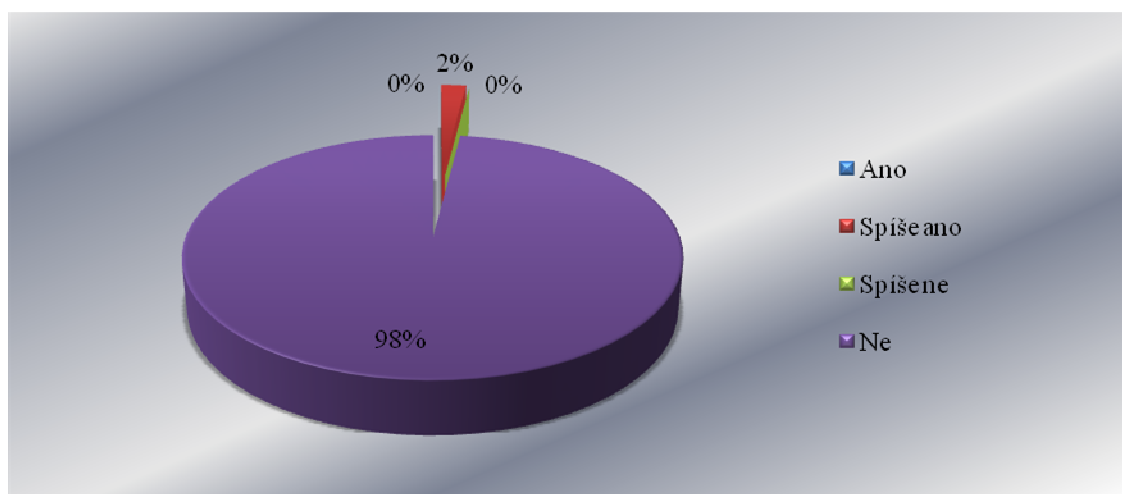
Z celkového počtu 50 sester (100 %) na otázku, zda se setkávají často s pacienty s poruchou sluchu uvedlo ano 40 (80 %) sester, spíše ano 8 (16 %), spíše ne 2 (4 %) sestry a možnost ne neuvedla žádná sestra (0%).

**Graf 4 Délka praxe na oddělení ORL**



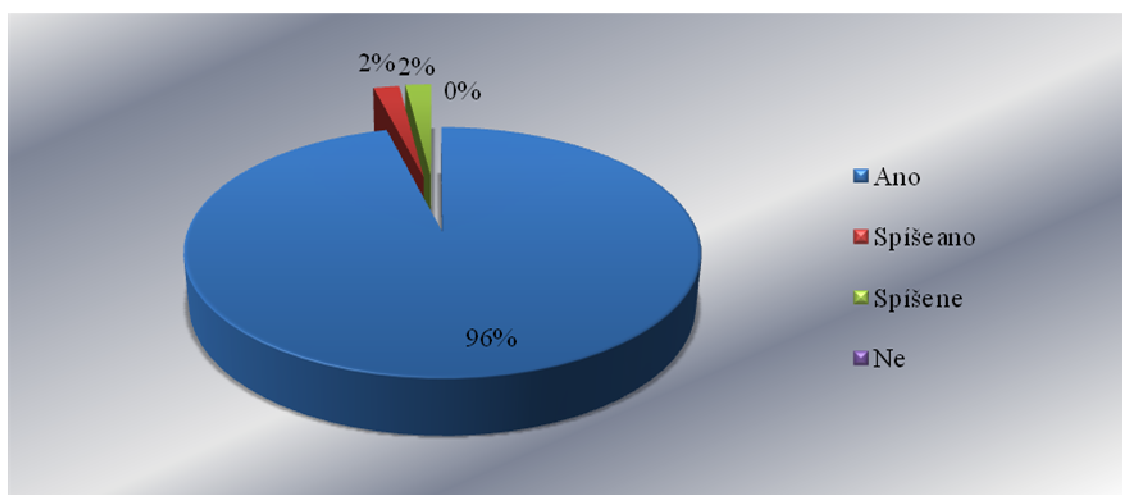
Z celkového počtu 50 sester (100 %) pracují na ORL oddělení méně než rok 4 (8 %) sestry, 1-5 let 6 (12 %) sester, 6-15 let 25 (50 %) sester, 16 a více let 15 (30 %) sester.

**Graf 5 Znalost základních slov ve znakové řeči**



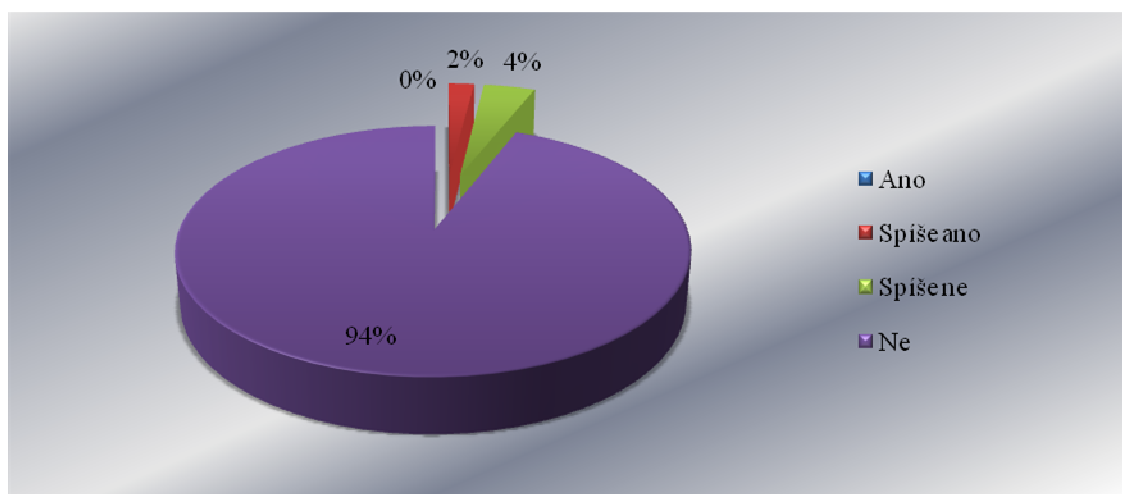
Z celkového počtu 50 sester (100 %) žádná nevedla znalost základních slov ve znakové řeči, spíše ano uvedla 1 (2 %) sestra, spíše ne nevedla žádná sestra (0 %) a 49 (98 %) sester nezná základní slova ve znakové řeči.

**Graf 6 Používání metody psaní u pacientů s poruchou sluchu**



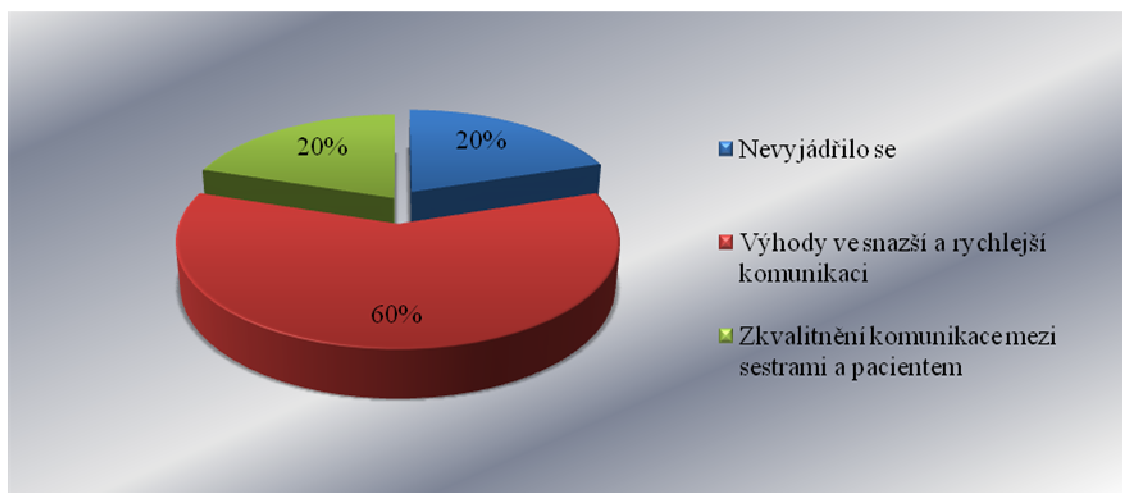
Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo na otázku při sdělování důležitých informací používání metody psaní ano 48 (96 %) sester, spíše ano 1 (2 %), spíše ne 1 (2 %) a ne nevedla žádná sestra (0 %).

**Graf 7 Zájem sester o používání tabulek podstatných jmen (piktogramů)**



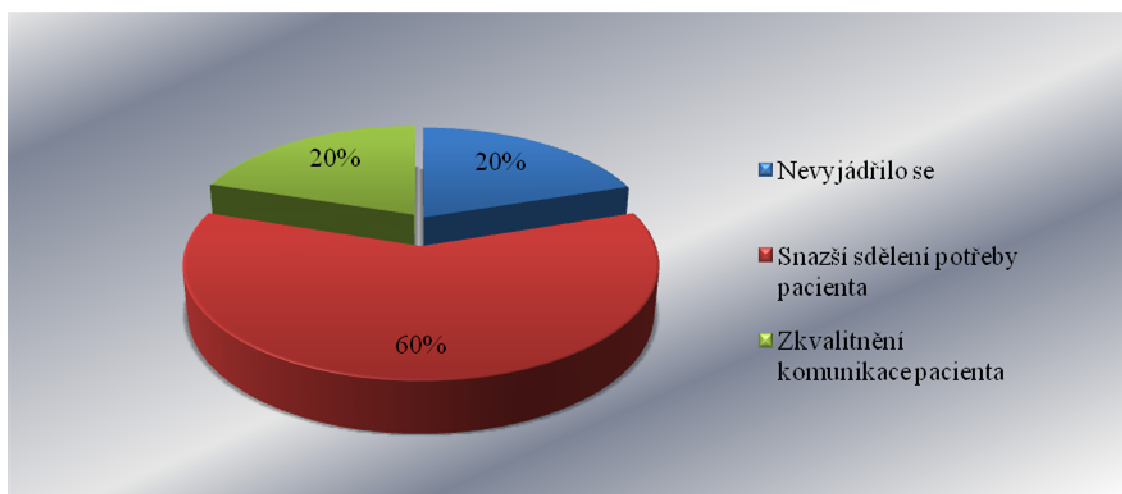
Z celkového počtu 50 sester (100 %) na otázku, zda mají zájem používat piktogramy, neuvědla žádná sestra možnost ano (0 %), spíše ano uvedla 1 (2 %) sestra, spíše ne 2 (4 %) sestry a ne 48 (96 %) sester.

**Graf 8 Výhody používání piktogramů u sester**



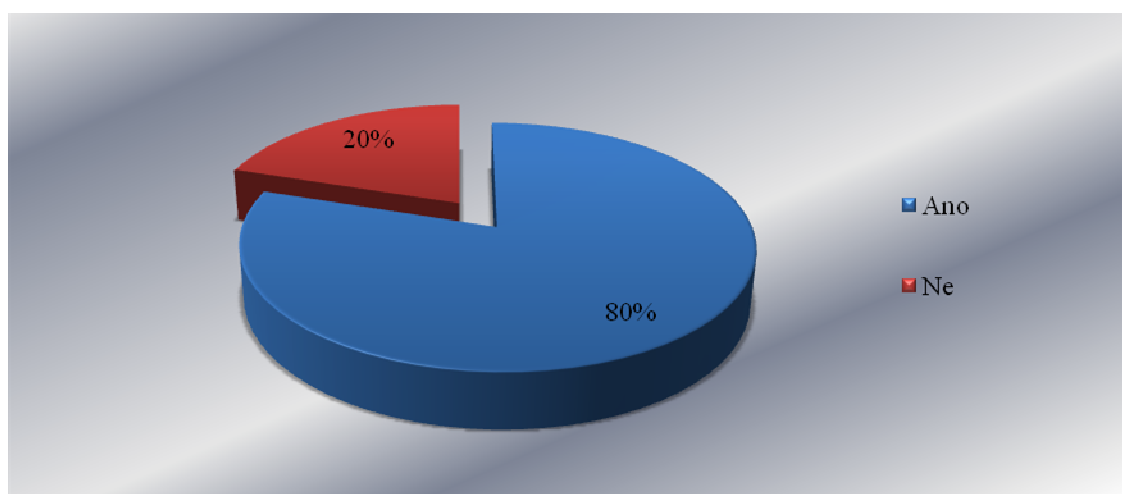
Z celkového počtu 50 sester (100%) se 10 (20%) nevyjádřilo, 30 (60%) uvedlo výhody ve snazší a rychlejší komunikaci a 10 (20 %) ve zkvalitnění komunikace mezi sestrami a pacientem.

**Graf 9 Výhody používání piktogramů u pacienta**



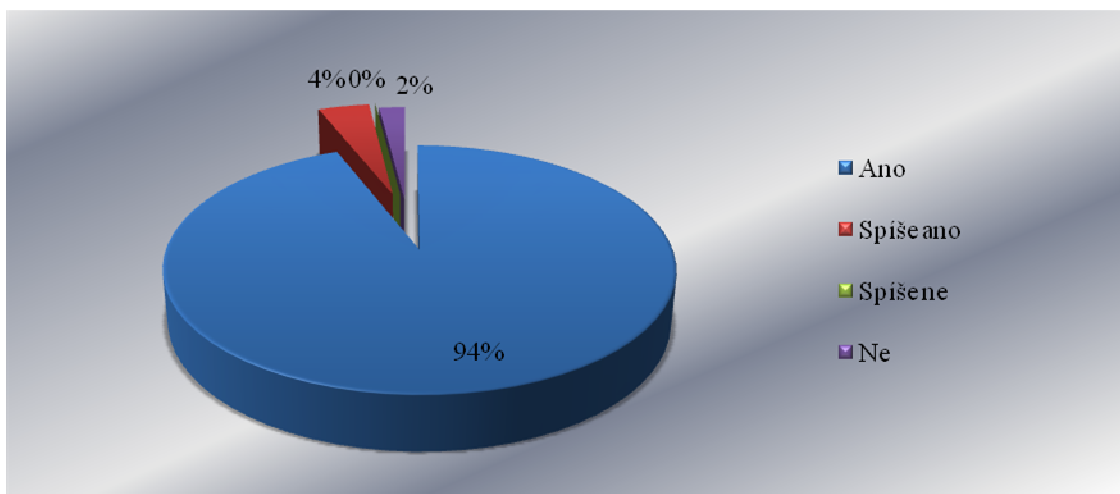
Z celkového počtu 50 sester (100 %) se jich nevyjádřilo 10 (20 %), 30 (60 %) uvedlo snazší sdělení potřeby pacienta a 10 (20 %) zkvalitnění komunikace pacienta.

**Graf 10 Zájem sester o školení ve znakové řeči**



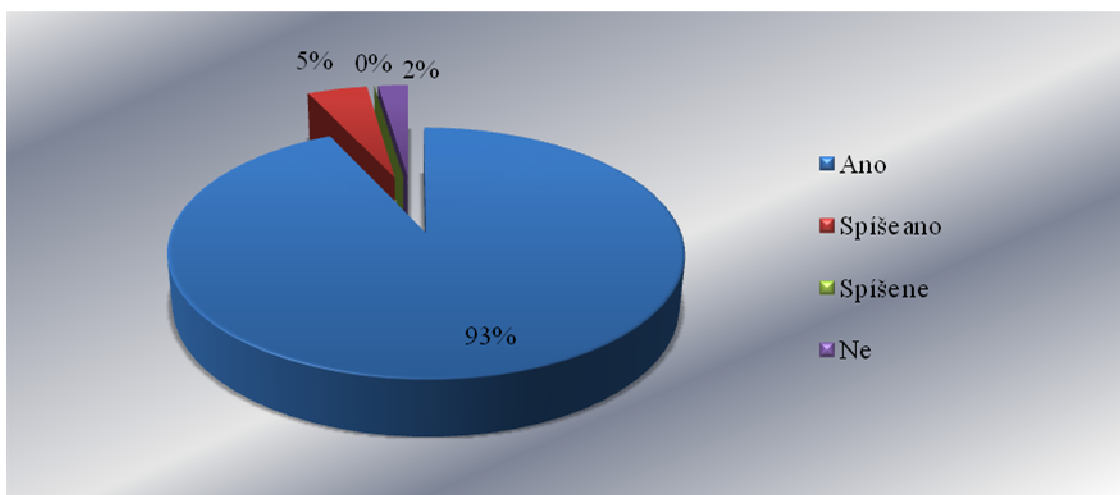
Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo zájem o školení ve znakové řeči 40 (80 %) sester a 10 (20 %) sester nemá zájem o školení ve znakové řeči.

**Graf 11 Upozornění pacienta s poruchou sluchu na navázání kontaktu**



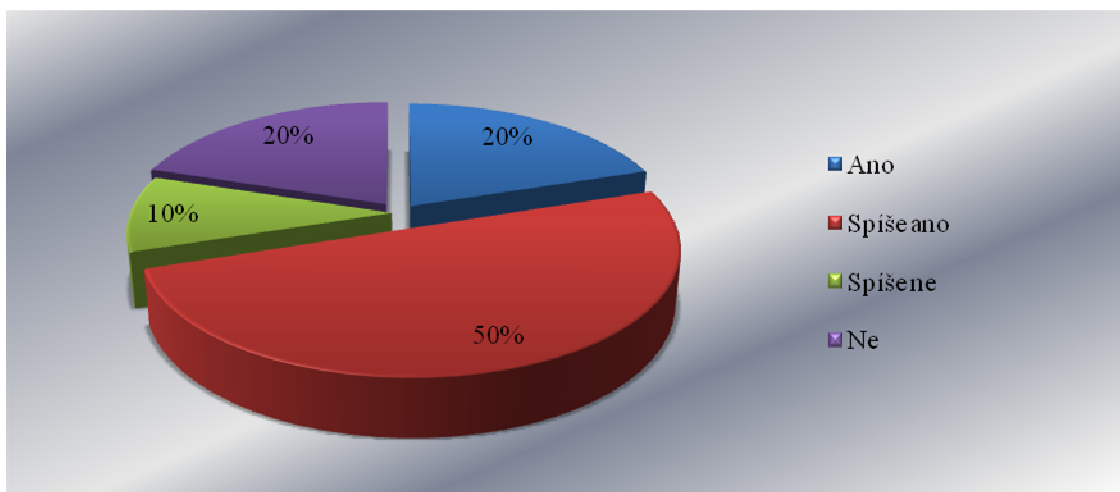
Z celkového počtu 50 sester (100 %) upozorňuje pacienta na navázání kontaktu 47 (94 %) sester, spíše ano uvedly 2 (4 %) sestry, spíše ne nevedla žádná sestra (0 %) a 1 (2 %) sestra neupozorňuje.

**Graf 12 Dodržování vhodné vzdálenosti při komunikaci s pacientem**



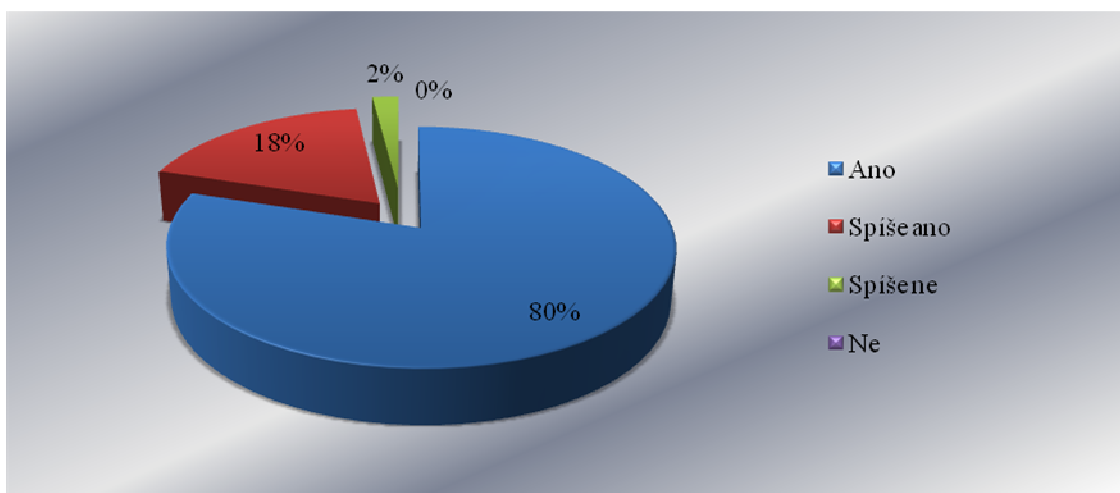
Z celkového počtu 50 sester (100 %) na otázku zda, dodržují vhodnou vzdálenost při komunikaci s pacientem uvedlo ano 40 (93%) sester, spíše ano 2 (5 %), spíše ne nevedla žádná sestra (0 %) a ne 1 (2 %) sestra.

**Graf 13 Postoj sestry čelem k pacientovi při komunikaci**



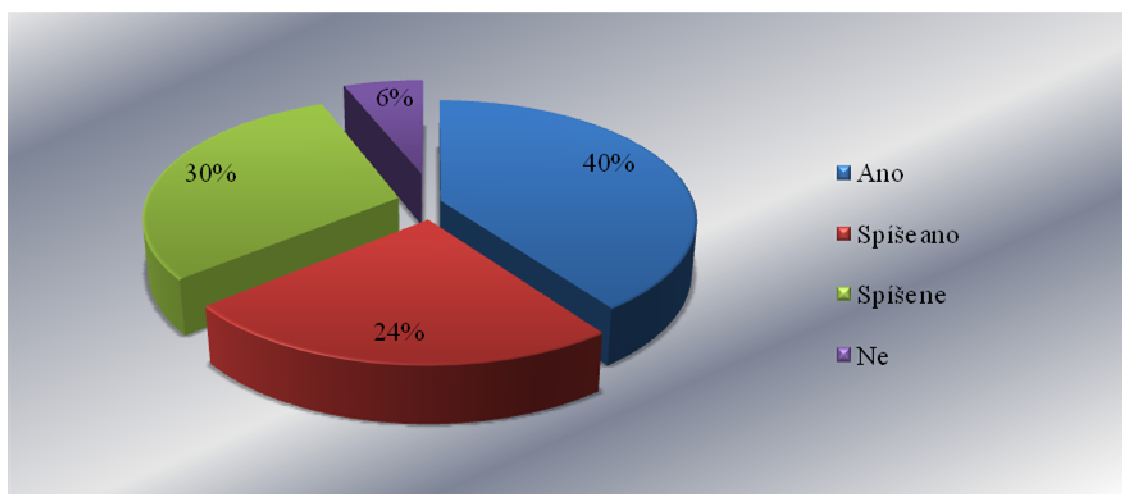
Z celkového počtu 50 sester (100 %) na otázku, zda při komunikaci s pacientem stojí sestra čelem k pacientovi, uvedlo ano 10 (20 %), spíše ano 25 (50 %), spíše ne 5 (10 %) a ne 10 (20 %) sester.

**Graf 14 Umožnění odezírání z úst**



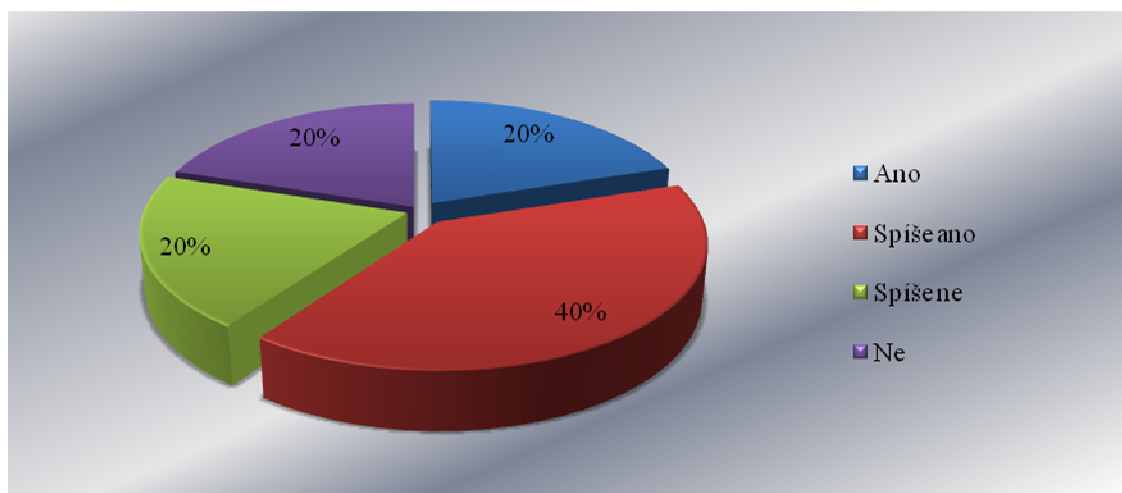
Z celkového počtu 50 sester (100 %) odpovědělo ano 40 (80 %), spíše ano 9 (18 %), spíše ne 1 (2 %) sestra a ne nevedla žádná sestra (0 %).

**Graf 15 Vyzývání pacienta k reprodukování informací**



Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo v otázce vyzývání pacienta k reprodukování informací ano 20 (40 %) sester, spíše ano 12 (24 %), spíše ne 15 (30 %) a ne 3 (6 %) sestry.

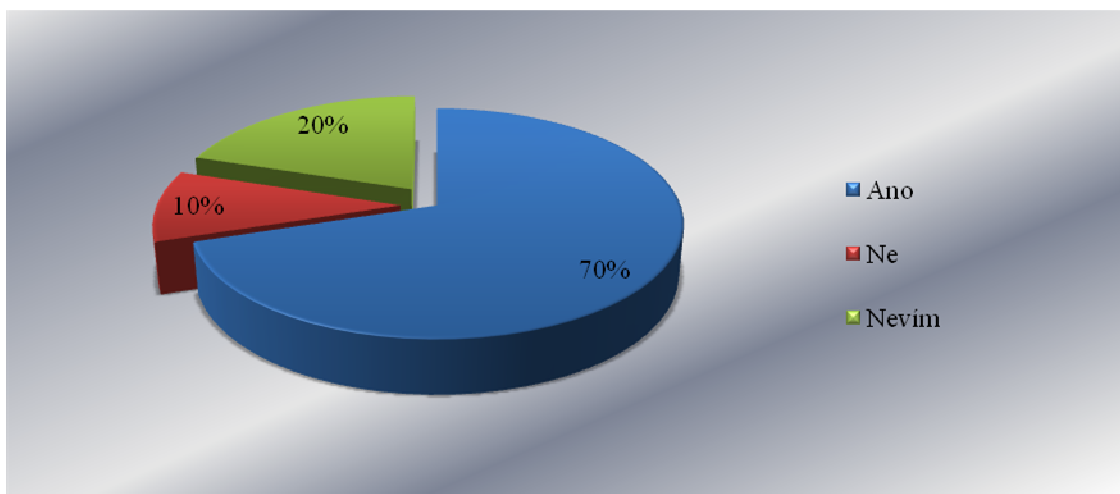
**Graf 16 Kontrola funkčnosti naslouchadla**



Z celkového počtu 50 sester (100 %) v otázce kontrola funkčnosti naslouchadla uvedlo ano 10 (20 %), spíše ano 20 (40 %), spíše ne 10 (20 %) a ne 10 (20 %) sester.

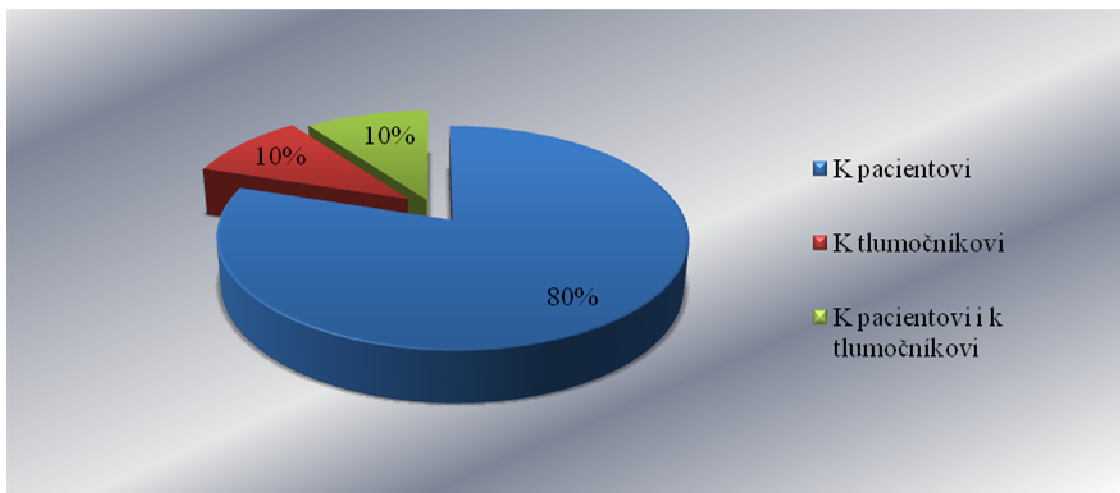


**Graf 17 Znalost základní metody v komunikaci s pacientem**



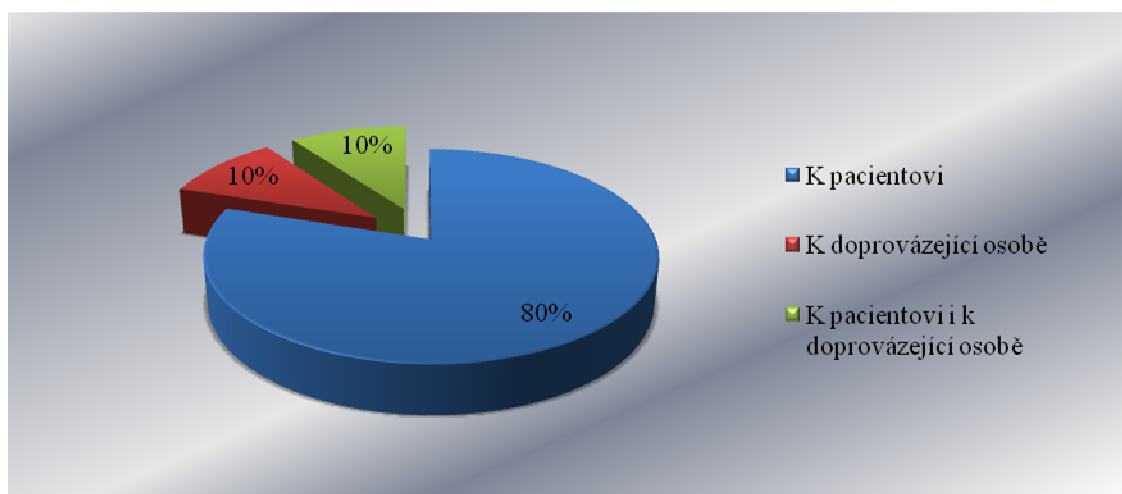
Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo 35 (70 %) znalost základní metody v komunikaci s pacientem, 5 (10 %) nezná základní metodu a nevím odpovědělo 10 (20 %) sester.

**Graf 18 Komunikace s pacientem za přítomnosti tlumočníka**



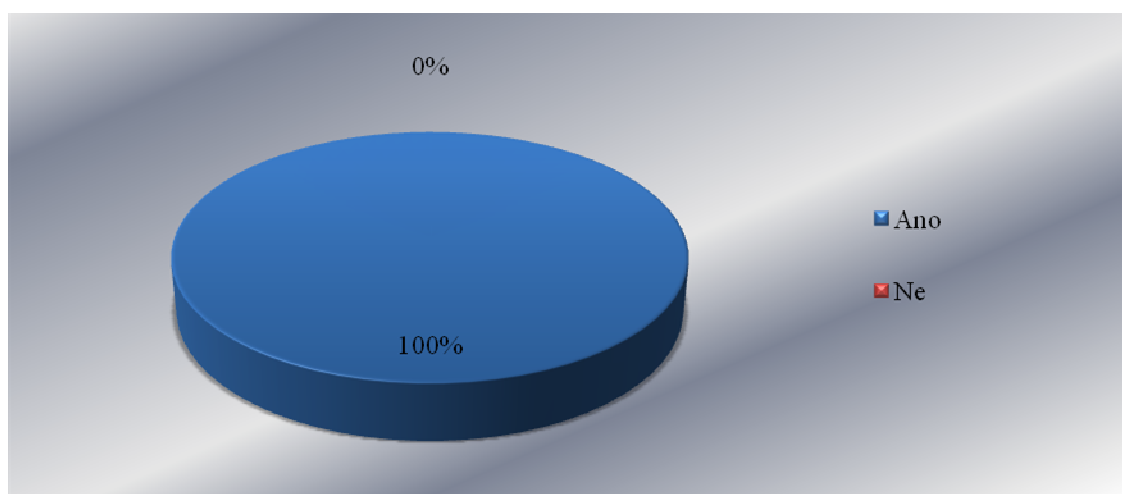
Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo 40 (80 %), že hovoří k pacientovi za přítomnosti tlumočníka, k tlumočnickovi 5 (10 %) a 5 (10 %) k pacientovi i tlumočnickovi.

**Graf 19 Komunikace za přítomnosti jiné osoby**



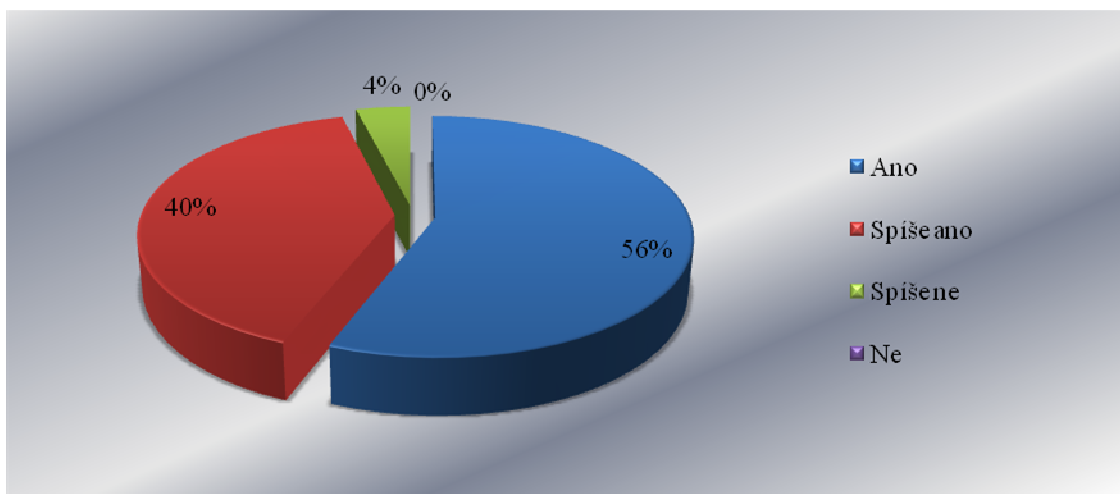
Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo, že hovoří k pacientovi 40 (80 %), 5 (10 %) k doprovázející osobě a 5 (10 %) k pacientovi i doprovázející osobě.

**Graf 20 Udržení zrakového kontaktu s pacientem s poruchou sluchu**



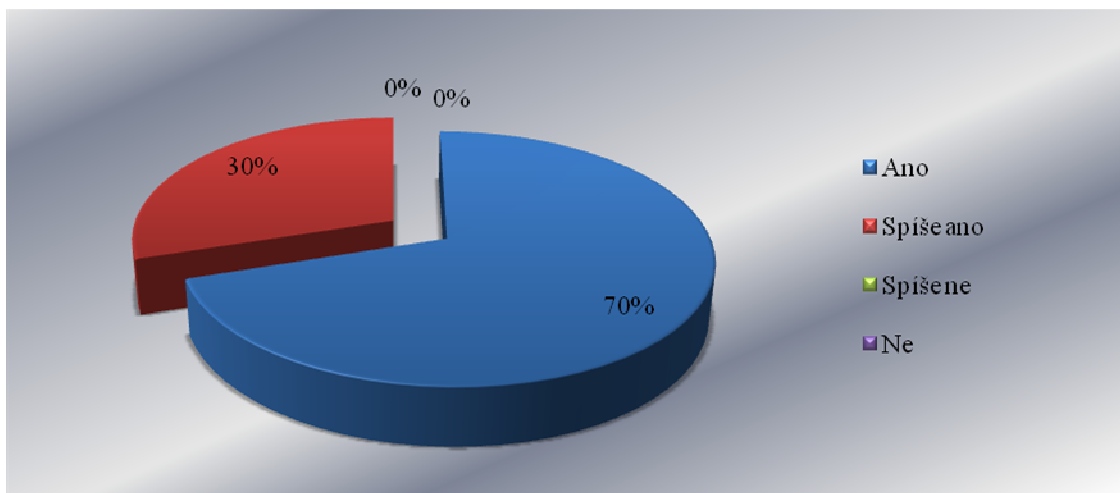
Z celkového počtu 50 sester (100 %) udržuje zrakový kontakt při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu 50 (100 %) sester.

**Graf 21 Vyžádání zpětné vazby**



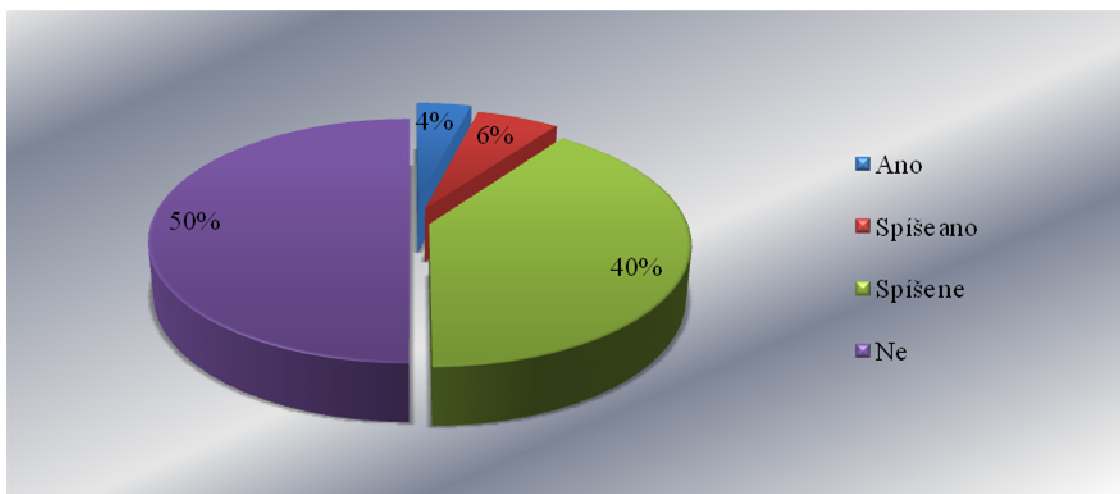
Z celkového počtu 50 sester (100 %) v otázce, vyžádání zpětné vazby uvedlo ano 28 (56 %) sester, spíše ano 20 (40 %), spíše ne 2 (4 %) sestry a ne nevedla žádná sestra (0 %).

**Graf 22 Zajištění klidného a nerušivého prostředí při komunikaci**



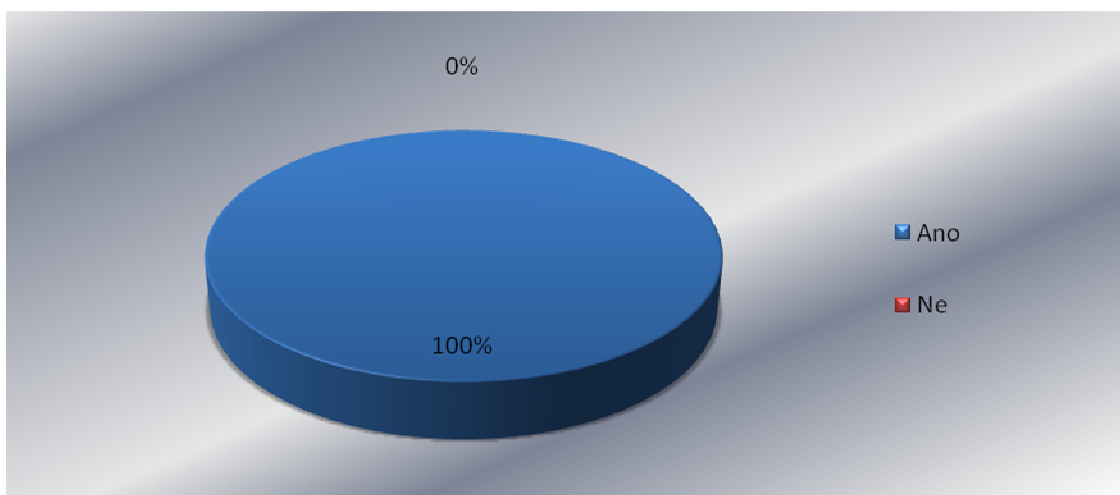
Z celkového počtu 50 sester (100 %) v otázce zajištění klidného a nerušivého prostředí při komunikaci uvedlo ano 35 (70 %), spíše ano 15 (30 %), spíše ne a ne nevedla žádná sestra (0 %).

**Graf 23 Vliv nedosažené interakce na chování sestry**



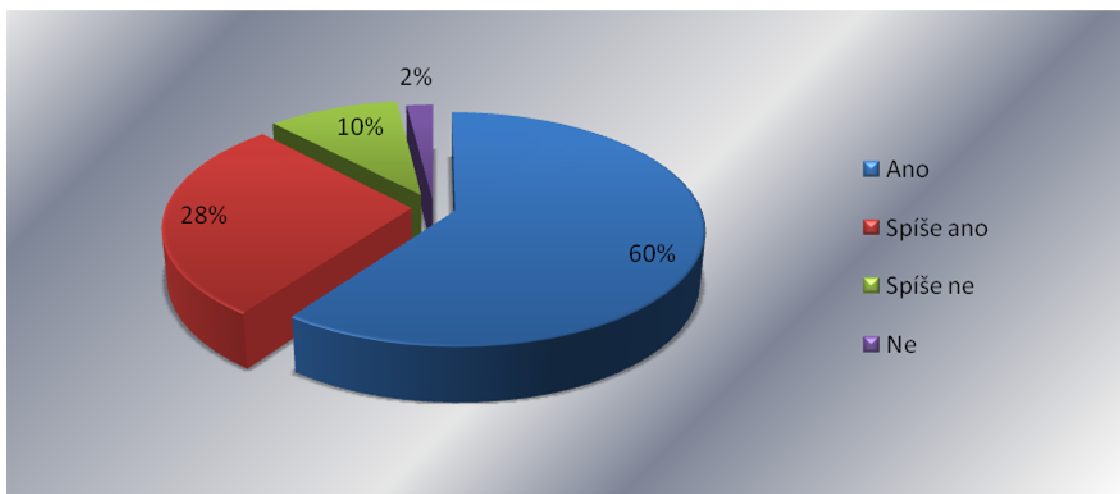
Z celkového počtu 50 sester (100 %) v otázce vliv nedosažené interakce na chování sestry uvedlo ano 2 (4 %) sestry, spíše ano 3 (6 %), spíše ne 20 (40 %) a ne 25 (50 %) sester.

**Graf 24 Sledování neverbálních projevů u pacientů s poruchou sluchu**



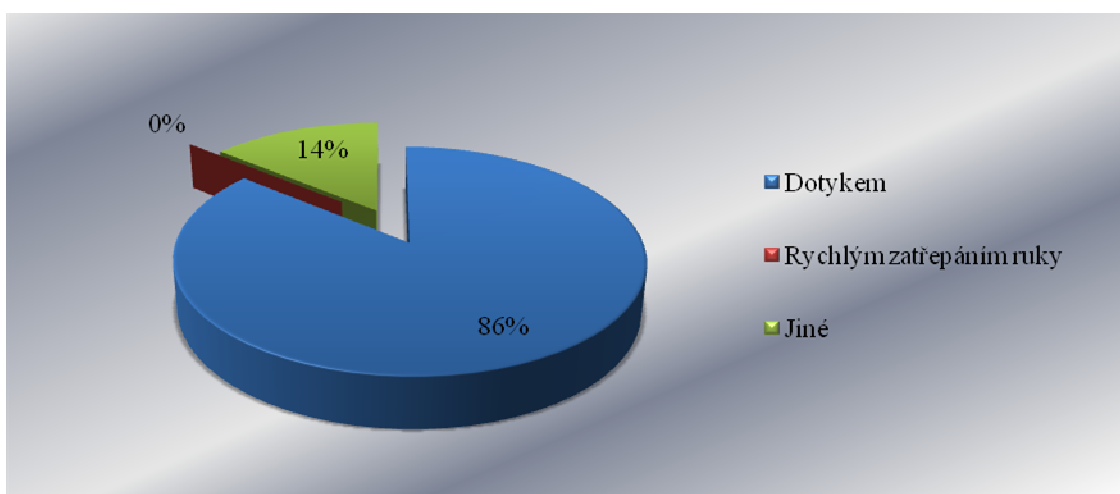
Z celkového počtu 50 sester (100 %) sleduje neverbální projevy pacienta 50 (100 %) sester.

**Graf 25 Pochválení pacienta po komunikaci**



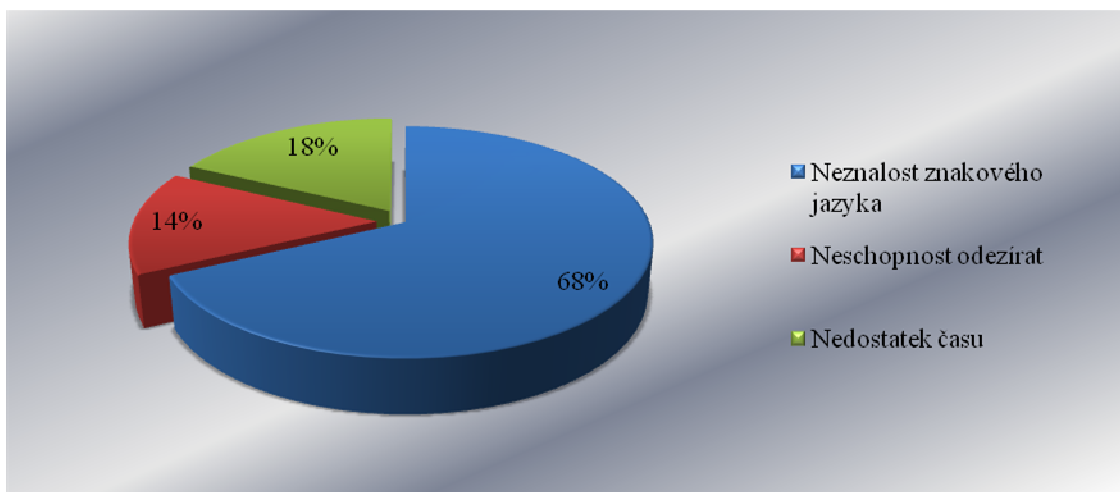
Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo v otázce pochválení pacienta po komunikaci 30 (60 %) ano, spíše ano 14 (28 %), spíše ne 5 (10 %) a ne 1 (2 %) sestra.

**Graf 26 Způsob navázání rozhovoru s pacientem s poruchou sluchu**



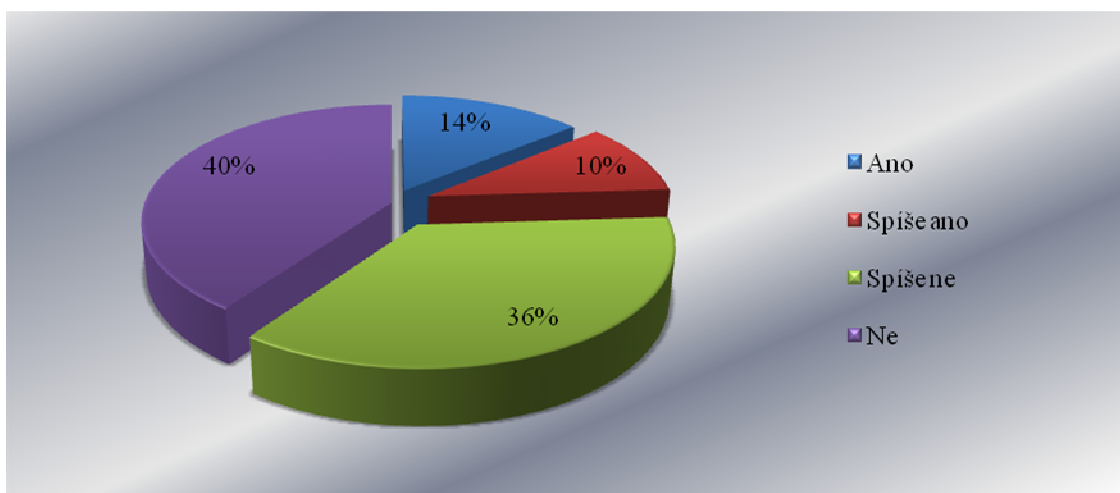
Z celkového počtu 50 sester (100 %) navazuje rozhovor s pacientem dotykem 43 (86 %), rychlým zatřepáním ruky 0 (0%) nevedla žádná sestra a možnost jiné uvedlo 7 (14%) sester.

**Graf 27 Problémy v oblasti komunikace s pacienty s poruchou sluchu**



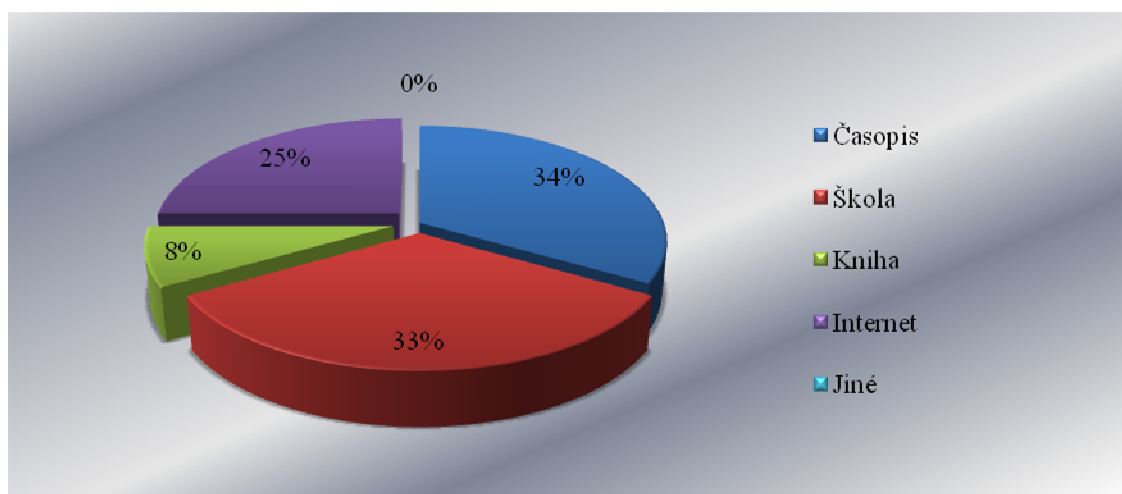
Sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkem bylo 62 (100 %) odpovědí. Z dotazovaných sester nezná znakový jazyk 42 sester (68 % odpovědí), 9 sester (14 % odpovědí) není schopno odezírat a 11 sester (18 % odpovědí) má nedostatek času.

**Graf 28 Znalost modelu interakčních systémů podle I. Kingové**



Z celkového počtu 50 sester (100 %) uvedlo znalost modelu I. Kingové 7 (14 %) sester, spíše ano 5 (10 %), spíše ne 18 (36 %) a 20 (40 %) sester jej nezná.

**Graf 29 Zdroje informací o modelu podle I. Kingové**



Z dotazovaných sester 12 (100 % odpovědí), které uvedly, že model I. Kingové znají, se s ním setkaly v časopise 4 (34 %) sestry, ve škole 4 (33 %), v knize 1 (8 %), na internetu 3 (25 %) a možnost jiné nevedla žádná sestra (0 %).

## 4.2 Výsledky rozhovorů se sestrami

Číslování tabulek neodpovídá číslování otázek v rozhovoru.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester (ot. 1, 2, 3)

	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	51	21	42	27	40
Dosažené vzdělání	VŠ-Bc	SZŠ	VŠ-Bc	SZŠ	SZŠ
Pracovní zařazení	staniční sestra	VS	VS	VS	VS
Délka praxe na ORL	21 let	3,5 roku	15 let	1 rok	14 let

Sestře 1 je 51 let a na ORL oddělení pracuje jako staniční sestra. Délka její praxe je 21 let. Sestře 2 je 21 let, sestře 3 je 42 let, sestře 4 je 27 let a sestře 5 je 40 let. Sestry 1 a 3 mají vysokoškolské vzdělání s dosaženým titulem Bc. a sestry 2, 4, 5 mají středoškolské vzdělání. Sestry 2, 3, 4 a 5 pracují na ORL oddělení jako registrované všeobecné sestry. Délka praxe u sestry 2 je 3,5 roku, sestra 3 má praxi 15 let, sestra 4 má 1 rok a sestra 5 má 14 let praxe.

Tabulka 2 – Obecný názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci (ot. 4)

	S1	S2	S3	S4	S5	Σ
Zdroj informací o potřebách klienta	1	1	1	1	1	5
Ovlivnění kvality péče	1	1	1	1	1	5
Nedostatek času	1	1	1	1	1	5
Celkový počet odpovědí	3	3	3	3	3	15

Všech 5 sester se společně shodlo, že ošetrovatelská dokumentace je zdrojem informací o potřebách klienta a ovlivňuje kvalitu péče u pacientů s poruchou sluchu. Dále se všech 5 sester shodlo na nedostatku času při vyplňování ošetrovatelské dokumentace, které v současné době přibývá.



**Tabulka 3 – Zdroje informací o koncepčním modelu I. Kingové (ot. 5)**

	S1	S2	S3	S4	S5	Σ
Studium na SZŠ		1				1
Studium na VŠ	1		1			2
Odborná literatura, ošetřovatelské časopisy				1	1	2
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Všech 5 sester se odpovědělo, že se s ošetřovatelským modelem I. Kingové setkaly. Sestry 1 a 3 při studiu na VŠ, sestra 2 při studiu na SZŠ, sestry 4 a 5 získaly informace z ošetřovatelských časopisů a odborné literatury.

**Tabulka 4 – Pozitiva dokumentace I. Kingové (ot. 6)**

	S1	S2	S3	S4	S5	Σ
Přehlednost, systém	1		1		1	3
Dostatek informací	1	1	1	1	1	5
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Sestry 1, 3 a 5 považují dokumentaci za přehlednou, která má určitý systém. Všech 5 sester se shodlo, že tato dokumentace nás dostatečně informuje o pacientech s poruchou sluchu.

**Tabulka 5 – Negativa dokumentace I. Kingové (ot. 7)**

	S1	S2	S3	S4	S5	Σ
Zvýšená administrativní činnost	1	1	1	1	1	5
Časová náročnost	1	1	1	1	1	5
Doplnění jednotlivých potřeb	1	1	1	1	1	5
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

Všech 5 sester považuje za nedostatky dokumentace podle I. Kingové mnoho času, který stráví nad jejím vyplňováním, kdy se zvýší opět jejich administrativní činnost. Všech 5 sester se shodlo, že by bylo vhodné do této dokumentace ještě zařadit další potřeby klienta.

**Tabulka 6 – Změny dokumentace podle I. Kingové (doplnění jednotlivých potřeb) (ot. 8)**

	S1	S2	S3	S4	S5	Σ
Bolest		1		1	1	3
Spánek	1	1	1	1	1	5
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Sestry 2, 4 a 5 se domnívají, že by bylo vhodné do této dokumentace doplnit bolest. Všech 5 sester se shodlo, že by do této dokumentace zařadily ještě spánek.

*Tabulka 7 – Představy sester o používání dokumentace dle I. Kingové v praxi (ot. 9)*

	S1	S2	S3	S4	S5	Σ
Ano, mám zájem	1		1			2
Dostatek informací	1	1	1	1	1	5
Zlepšení komunikace	1	1	1	1	1	5
Zvýšená administrativa	1	1	1	1	1	5
Nemám zájem		1		1	1	3
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>20</b>

Sestry 1 a 3 mají zájem o používání dokumentace dle I. Kingové v praxi. Všech 5 sester se shoduje, že tato dokumentace nás dostatečně informuje o potřebách pacienta s poruchou sluchu a dochází ke zlepšení komunikace. Dále se shodly, že používáním této dokumentace se zvýší jejich administrativní činnost. Sestry 2, 4 a 5 nemají zájem z tohoto důvodu dokumentaci používat.

## 5. Diskuse

V první části výzkumného šetření jsme se snažili zjistit, jaké jsou možnosti sester v interakci se sluchově postiženým pacientem. Byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza byla zaměřena na zájem sester o školení ve znakové řeči. Zjistili jsme, že největším problémem jsou především nedostatečné znalosti sester ve znakové řeči. Sestry nemají znalosti ani nejzákladnějších slov pro komunikaci se sluchově postiženým pacientem (Graf 5). Povzbudivé je, že sestry nemají znalosti základních slov pro komunikaci se sluchově postiženými pacienty, ale mají zájem o školení ve znakové řeči (Graf 10). Jak uvádí Kristová (13), nejsložitější komunikace je s neslyšícími, kteří neovládají verbální jazyk a dorozumívají se prostřednictvím znakové řeči. Základem znakové řeči je systém pohybů – gest rukou a dalších doplňujících prvků, které vytváří nezávislé plnohodnotné jazykové prostředí (25). Znaková řeč je výhodným komunikačním prostředkem pro minoritu neslyšících (34). Proto se domníváme, že by bylo vhodné sestřám školení umožnit, aby si osvojily alespoň základní slova ve znakové řeči. Jak uvádí Venglářová a Mahrová (34), znaková řeč je specifický systém dorozumívání, který je nutno si osvojit. Sestry by po té lépe komunikovaly se sluchově postiženými pacienty. Tímto se potvrzuje hypotéza 1: Sestry mají zájem o školení ve znakové řeči.

Druhá hypotéza zněla, zda sestry mají zájem o používání piktogramů se sluchově postiženým pacientem. Sestry uváděly výhody v používání piktogramů. Některé sestry se k této otázce nevyjádřily. 60 % sester uvádělo, že používáním piktogramů by komunikace se sluchově postiženým pacientem byla snazší, rychlejší a 20 % sester uvedlo, že by došlo ke zkvalitnění komunikace mezi sestrami a pacienty. (Graf 8). Dále se sestry vyjadřovaly, jaké vidí výhody při používání piktogramů u pacientů s poruchou sluchu. Z hlediska pacienta 60 % sester vidí výhody ve snazším sdělení jeho potřeby a 20 % sester ve zkvalitnění komunikace (Graf 9). Je zarážející, že sestry vidí výhody v používání piktogramů, ale přesto nemají zájem je v praxi používat. Domníváme se, že mezi pacientem a sestrou by došlo při používání piktogramů k dosažení transakce. Tímto se hypotéza 2 nepotvrdila: Sestry nemají zájem používat piktogramy.

Třetí hypotéza byla zaměřena na dodržování zásad komunikace se sluchově postiženými pacienty. Komunikace vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým by se sestry měly naučit během své profesionální přípravy, jak uvádí kolektiv autorek (4). Komunikace s těmito pacienty se řídí především stupněm jejich sluchové ztráty. Jak uvádí Linhartová (16), k tomu, aby byla komunikace dostatečně efektivní, je velice důležité respektovat možnosti každého pacienta. Dále jsme zjišťovali, zda sestry používají při komunikaci se sluchově postiženými pacienty metodu psaní. Výsledky ukazují, že metoda psaní se osvědčila (Graf 6). 96 % sester používá u pacientů s poruchou sluchu metodu psaní. Domníváme se, že je důležité vědět, jaké sluchové postižení se u pacienta vyskytuje, podle toho by měla sestra využívat různé techniky komunikace.

Dále jsme se zajímali, jakým způsobem sestry navazují rozhovor se sluchově postiženým pacientem. 86 % sester uvádělo, že upozorňují pacienta dotykem (Graf 26). Jak uvádí Pokorná (23), pokud chcete mluvit na pacienta, vhodně ho upozorněte nejlépe dotykem. Komunikaci není možno začít, pokud si nejste jisti, že Vás pacient zaregistroval. Dotyk je přípustný v horní části paže, na předloktí nebo na rameni (16). Další položená otázka byla, zda sestry udržují zrakový kontakt při komunikaci se sluchově postiženým pacientem. Výsledky ukazují, že sestry se snaží tuto zásadu komunikace dodržovat (Graf 20). Jak uvádí Kristová (13), sestra musí dbát na stálé udržení zrakového kontaktu při komunikaci se sluchově postiženým pacientem. Pacient má mít pocit, že se mu sestra věnuje a má o něho zájem. Dále jsme se snažili zjistit, zda sestry vyzývají pacienta k reprodukování obsahu sdělených informací. Výsledky nám ukazují, že 40 % sester tuto zásadu komunikace dodržuje (Graf 15). U těchto pacientů je velice důležité, abychom se přesvědčili, zda určitému sdělení rozumí. Jak uvádí Pokorná (23), v závěru komunikace je nutné vyzvat pacienta, aby sám reprodukoval obsah sdělených informací. Sestra by měla pacientovi klást kontrolní otázky, aby zjistila, zda pacient určitou informaci pochopil. Dále jsme se zajímali, zda sestry dodržují vhodnou vzdálenost při komunikaci se sluchově postiženými pacienty. 93 % sester se snaží dodržovat vhodnou vzdálenost, což vyplývá z Grafu 12. Jak uvádí Pokorná (23), je nutno respektovat odlišné proxemické zóny, dle typu znevýhodnění.

U nedoslýchavých pacientů bude sestra udržovat menší vzdálenost, aby lépe využili zbytky svého sluchu. Naopak u neslyšících pacientů bude udržovat větší odstup, aby mohli lépe odezírat (23). Dále jsme zjišťovali, jaké jsou problémy sester v komunikaci se sluchově postiženými pacienty. Sestry uváděly především neznalost znakového jazyka, neschopnost odezíráni a nedostatek času na pacienta (Graf 27). Významnou podmínkou komunikace je zajištění klidného prostředí při komunikaci se sluchově postiženým pacientem. 70 % sester se snaží zajistit klidné a nerušivé prostředí (Graf 22). Jak uvádí Kristová (13), sestra by měla před začátkem komunikace eliminovat či odstranit rušivé faktory. Mezi důležité zásady komunikace se sluchově postiženým pacientem patří jeho pochválení po ukončení komunikace. Výsledky ukazují, že 60 % sester tuto hlavní zásadu komunikace dodržuje (Graf 25). Jak uvádí Pokorná (23), nesmíme zapomenout na pochvalu za snahu pacienta. Dále jsme se zajímali o to, zda sestry sledují neverbální projevy u sluchově postiženého pacienta. Velice nás překvapilo, že sestry tuto zásadu komunikace dodržují (Graf 24). Sestra by si měla uvědomit vlastní škálu neverbálních projevů. Neslyšící pacient to ocení a bude lépe rozumět. Mimika a gesta nesmí být přehnaná, aby neodváděla pozornost od sledování tváře. Nedostatečná gestikulace či její úplná absence může způsobit nepochopení. Sestra by se neměla ostýchat a měla by využívat gesta a mimiku (23). Dále jsme se zajímali, zda sestry projevují svoji netrpělivost, pokud se jim nedaří komunikovat se sluchově postiženým pacientem. Výsledky ukazují, že 50 % sester svoji netrpělivost nedává najevo. Komunikace se sluchově postiženým pacientem je náročná a sestra by měla být trpělivá (Graf 23). Podle mého názoru by se netrpělivostí komunikace mezi pacientem a sestrou zhoršila. Tímto se hypotéza 3 potvrdila: Sestry dodržují zásady při komunikaci se sluchově postiženým pacientem.

V druhé části výzkumného šetření jsme se snažili zmapovat, možnosti využití modelu I. Kingové v péči o pacienty s poruchou sluchu.

Byla stanovena výzkumná otázka, zda je možné využít v péči o pacienta s poruchou sluchu dokumentaci podle interakčního modelu I. Kingové. Ošetrovatelský model I. Kingové je orientován na humánní a komplexní ošetrovatelskou péči (28). Jak uvádí Pavlíková (22), základní vlastností všech lidí je schopnost smysluplné interakce,

kteří usilují o dosažení určitého cíle. Dle mého názoru je správné využívání ošetrovatelského modelu I. Kingové zcela jistě náročné, ale tento model je pro pacienta s poruchou sluchu vhodný.

Byla vytvořena ošetrovatelská dokumentace na základě ošetrovatelského modelu I. Kingové. Snažili jsme se, aby dokumentace obsahovala potřebné informace, které jsou důležité pro sestry pracující s pacienty s poruchou sluchu. Sestry měly možnost pracovat s touto dokumentací po dobu jednoho měsíce. Dále měly sestry možnost zjišťovat anamnézu u pacientů s poruchou sluchu. Každá sestra si vybírala pacienta náhodně a při zjištění anamnézy u pacienta s poruchou sluchu si stanovila též ošetrovatelské diagnózy.

Sestra 1 zjišťovala anamnézu u pacienta s náhlou nedoslýchavostí a tinnitem pravého ucha. U pacienta si stanovila tyto ošetrovatelské diagnózy: Porucha smyslového vnímání – 00122, Sociální izolace – 00053, Úzkost – 00146, Porušený spánek – 00095 a Strach – 00148. Sestra 2 zjišťovala anamnézu u pacienta po traumatické perforaci bubínku levého ucha. Sestra 2 si stanovila tyto ošetrovatelské diagnózy: Porušený spánek – 00095, Riziko pádů – 00155, Porucha smyslového vnímání – 00122, Nauzea – 00134, Riziko infekce – 00004. Sestra 3 zjišťovala anamnézu u pacienta, který trpí dlouhodobě oboustrannou nedoslýchavostí a občas se u něj objeví závratě. Stanovila si tyto ošetrovatelské diagnózy: Riziko pádů – 00155, Úzkost – 00146, Porucha smyslového vnímání – 00122. Sestra 4 zjišťovala anamnézu u pacienta, který byl přijat pro náhlou nedoslýchavost levého ucha a občasné závratě. Stanovila si tyto ošetrovatelské diagnózy: Porucha smyslového vnímání – 00122, Riziko pádů – 00155, Porušený spánek – 00095, Strach – 00148, Neefektivní plnění role – 00055. Sestra 5 zjišťovala anamnézu u pacientky, která trpí dlouhodobě oboustrannou nedoslýchavostí a tinnitem levého ucha. Stanovila si tyto ošetrovatelské diagnózy: Porucha smyslového vnímání – 00122, Sociální izolace – 00053, Úzkost – 00146 a Porušený spánek – 00095. Všechny 5 sester pracovalo dále metodou ošetrovatelského procesu, což již nebylo cílem našeho výzkumného šetření. Autorka Archalousová (1) aplikovala také model I. Kingové u pacientů s interním onemocněním a na základě

zjištění anamnézy si stanovila též ošetrovatelské diagnózy. Dále již metodou ošetrovatelského procesu nepracovala.

Poté jsme provedli se sestrami individuální hloubkový rozhovor, který obsahoval 9 otázek. Odpovídaly nám sestry s délkou praxe od 1 roku až do 21 let. Dvě sestry, které odpovídaly měly vysokoškolské vzdělání a tři středoškolské (Tabulka 1). Ptali jsme se, jaký názor mají sestry na ošetrovatelskou dokumentaci obecně (Tabulka 2). Všechny 5 sester odpovědělo, že dokumentace je zdrojem informací o potřebách klienta a ovlivňuje kvalitu péče. Dále se všech 5 sester shodlo na nedostatku času při vyplňování ošetrovatelské dokumentace, které v současné době neustále přibývá. Dále jsme chtěli vědět, zda se již někdy sestry setkaly s ošetrovatelským modelem I. Kingové (Tabulka 3). Výsledky ukazují, že všechny 5 sester se s tímto modelem již setkaly. Sestry 1 a 3 při studiu na vysoké škole, sestra 2 při studiu na střední zdravotnické škole, sestry 4 a 5 získaly informace z odborné literatury a zdravotnických časopisů. Velmi nás potěšilo, že sestry znají koncepční modely.

Další částí rozhovoru se sestrami byl rozbor dané dokumentace. Mezi pozitiva dané dokumentace (Tabulka 4) sestry 1, 3 a 5 řadí přehlednost a systematičnost. Všechny 5 sester považuje získání dostatečného množství informací o pacientovi s poruchou sluchu. Jako nedostatky (Tabulka 5) uváděly sestry časovou náročnost a zvýšenou administrativní činnost. Všechny sestry se domnívají, že bylo vhodné doplnit jednotlivé potřeby pacienta. Další část rozhovoru se týkala změn této dokumentace (Tabulka 6). Sestry 2, 4 a 5 se shodly, že by do této dokumentace zařadily ještě bolest. Porucha sluchu může vzniknout z nejrůznějších příčin i vlivem nějakého onemocnění. Z toho vyplývá, že u těchto pacientů se můžeme setkat i s bolestí. Všechny 5 sester se domnívá, že by bylo vhodné do této dokumentace zařadit také spánek. Dle názorů sester, pacienti s poruchou sluchu mohou trpět i poruchou spánku. Záleží na tom, jakým způsobem postižení sluchu vzniklo a jak to každý pacient vnímá. Proto považují za důležité spánek do této dokumentace doplnit. Další částí rozhovoru byly představy sester o používání dokumentace I. Kingové v praxi (Tabulka 7). Sestry 1 a 3 mají zájem o používání této dokumentace v praxi. Všechny 5 sester se shodlo, že předložená dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientovi a dochází ke zlepšení komunikace mezi sestrou



a pacientem. Dále se všech 5 sester shodlo, že dochází ke zvýšení administrativní činnosti. Vzhledem ke zvýšené administrativní činnosti sestry 2, 4 a 5 nemají zájem s předloženou dokumentací pracovat. Autorka Šlapáková (27) ve své práci aplikovala též model I. Kingové, ale u dialyzovaných pacientů a dospěla k podobnému závěru, že většina sester nemá zájem o používání dokumentace dle modelu I. Kingové v praxi. Domníváme se, že sestrám, které vystudovaly pouze střední zdravotnickou školu není problematika ošetrovatelských modelů tak blízká. Důvodem toho je, že dříve na střední zdravotnické škole nebyla problematika ošetrovatelských modelů věnována pozornost. Dále jsme došli k závěru, že sestry, které jsou vysokoškolsky vzdělané mají o ošetrovatelských modelech větší přehled. Na vysokých školách je této problematice věnováno více času. Sestry se učí ošetrovatelské modely a po té se je snaží aplikovat na určitého pacienta.

V současné době sestry užívají v praxi ošetrovatelský model funkčního typu zdraví podle Gordonové. Jsou zvyklé dle modelu Gordonové zjišťovat ošetrovatelskou anamnézu. Domníváme se, že některé sestry nemají potřebu učit se novým věcem. Je jisté, že v současné době přibývá administrativní činnost sester a ty jsou rády, že nemusí vyplňovat nic navíc. Sestry, které vystudovaly vysokou školu zaujímají k problematice ošetrovatelských modelů jiný postoj. Mají o této problematice větší přehled, protože ošetrovatelské modely jsou jedním z hlavních předmětů na vysokých školách. Jsou schopny se učit novým věcem a zavádět je do praxe. Na základě toho jsme si stanovili hypotézu „Vzdělání sester ovlivňuje schopnost pracovat s ošetrovatelskou dokumentací dle modelu I. Kingové“.

Výsledky ukazují, že používání modelu I. Kingové hodnotily sestry kladně. Sestra získává dostatek informací o pacientovi a dochází ke zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem.

## 6. Závěr

V současné době pacientů s poruchou sluchu neustále přibývá. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, možnosti sester v interakci se sluchově postiženým pacientem. Cíl byl splněn. Byly stanoveny tři hypotézy. H1 – Sestry mají zájem o školení ve znakové řeči se potvrdila. H2 – Sestry nemají zájem používat piktogramy se nepotvrdila. H3 – Sestry dodržují zásady při komunikaci se sluchově postiženým pacientem se potvrdila.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat možnosti využití modelu I. Kingové v péči o pacienty s poruchou sluchu, hospitalizovaných na ORL oddělení. Cíl byl splněn. Dále byla položena výzkumná otázka, zda je možno využít dokumentaci dle modelu I. Kingové u pacientů s poruchou sluchu. Výsledky ukazují, že používání modelu dle I. Kingové hodnotily sestry kladně. Dle jejich názoru získávají více informací o pacientovi a dochází ke zlepšení komunikace mezi pacientem a sestrou. Na základě výsledku rozhovorů jsme si stanovili hypotézu: „Vzdělání sester ovlivňuje schopnost pracovat s ošetrovatelskou dokumentací dle modelu I. Kingové“.

Výsledky práce budou poskytnuty jednotlivým sestřím ORL oddělení, které pracují se sluchově postiženými pacienty, s možností jejich využití v ošetrovatelském procesu. Dále bude možno výsledky prezentovat na konferencích ORL a Foniatrie, popřípadě je uveřejnit v odborných publikacích.

Vytvořenou dokumentaci dle I. Kingové by bylo vhodné začít používat u pacientů s poruchou sluchu. Dále by bylo vhodné dokumentaci začít využívat ve výuce studentů v praxi.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCZ NZO, 2008. 146 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. 3. vyd. *Speciální psychologie*. Brno: NCO NZO, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
5. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel. I. Suchardová. 2. české vydání. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo - teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
7. GALLAGHER, M., SAVARDOVÁ, L. *1000 ikony, symboly a piktogramy*. 1. vyd. Praha: Slováry, 2006. 320 s. ISBN 80-7209-824-1.
8. GILLERNOVÁ, I., BURIÁNEK, J. *Základy společenských věd*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 160 s. ISBN 80-7168-749-9.
9. HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: 1. vyd. Grada, 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
10. HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: 1. vyd. Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.

11. HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, 2006. 426 s. ISBN 80-246-1019-1.
12. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 84 s. ISBN 80-7042-339-0.
13. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
16. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
17. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
18. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha: Karolinum, 2002. 184 s. ISBN 80-246-0429-9.
19. MÁŠOVÁ, R. Využití modelu Imogene Kingové v praxi. *Sestra*. 2009. roč.19, č.1, s. 49-50. ISSN 1210-0404.
20. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Akademia, 2009. 491 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
21. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 228 s. ISBN 80-247-0577-X.

22. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
23. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
24. ROKYTA, R. a kol. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5.
25. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
26. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
27. ŠLAPÁKOVÁ, M. *Význam interakce a komunikace s použitím ošetrovatelského modelu I. Kingové u dialyzovaných pacientů*. České Budějovice, Diplomová práce, 2006. ZSF, 188 s. ZS-DP-2216.
28. ŠLAPÁKOVÁ, M., SEDLÁKOVÁ, G. *Aplikace Kingové modelu u hemodialyzovaných pacientů*. *Sestra*. 2008. roč.18, č.5, s. 31-33. ISSN 1210-0404.
29. TOMEY, A.,M., ALLIGOOD, M., R. *Nursing Theorists and their work*. 6. vyd. St Elsevier Health Science, 2005. 848 s. ISBN-13: 9780323030106.
30. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely a teorie ošetrovatelství*. [online] 2004 [cit 2009-11-15]. Dostupné z: <[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos\\_3294/index.htm](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm)>.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2001. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.

32. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
34. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
35. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
36. ŽIAKOVA, K. a kol. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: 1. vyd. Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

## **8. Klíčová slova**

ošetřovatelský model

pacient

sestra

komunikace

interakce

sluchové postižení

## **9. Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1 Dotazník pro sestry ORL

Příloha 2 Návrh dokumentace dle modelu I. Kingové

Příloha 3 Otázky k rozhovoru pro sestry



## **Příloha 1 Dotazník pro sestry**

### **Anonymní dotazník pro sestry pracující s pacienty s poruchou sluchu**

Vážená kolegyně,

jsem studentkou ZSF JCU obor všeobecná sestra a prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Využití interakčního modelu I. Kingové v péči o pacienty s poruchou sluchu. Dotazník je samozřejmě dobrovolný a anonymní. Prosím o trpělivé přečtení všech otázek dotazníku a o pravdivé odpovědi. Na otázky odpovídejte zakřížkováním jedné z uvedených možností. Děkuji Vám za spolupráci a čas věnovaný tomuto dotazníku.

Lenka Maláková, České Budějovice

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- Jiné

2. Máte nějakou specializaci?

- Ano (doplňte) .....
- Ne

3. Setkáváte se často s pacienty s poruchou sluchu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

4. Jak dlouho pracujete na oddělení ORL?

- Méně než rok
- 1-5 let
- 6-15 let
- 16 a více

5. Znáte základní slova pro komunikaci s pacientem s poruchou sluchu ve znakové řeči?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

6. Používáte pro komunikaci u pacientů s poruchou sluchu, při sdělení důležitých informací metodu psaní?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

7. Máte zájem při rozhovoru s pacienty s poruchou sluchu používat tabulky podstatných jmen (piktogramy)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

8. V čem vidíte výhody používání piktogramů u sester?

.....

.....

.....

9. V čem vidíte výhody používání piktogramů u pacienta?

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

10. Máte zájem o školení ve znakové řeči?

- Ano
- Ne

11. Upozorňujete pacienta s poruchou sluchu na to, že s ním chcete navázat kontakt?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

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

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

13. Pokud mluvíte s pacientem s poruchou sluchu, stojíte zády k oknu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14. Umožníte pacientovi, aby odezíral z Vašich úst?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

15. Vyzýváte pacienta s poruchami sluchu, aby reprodukoval obsah informací?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

16. Pokud pacient s poruchou sluchu používá naslouchadlo, provádíte kontrolu, zda je funkční?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

17. Znáte alespoň 2 základní metody v komunikaci s pacientem s poruchou sluchu?

- Ano
- Ne
- Nevím

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

- K pacientovi
- K tlumočnickovi

19. Pokud má pacient s poruchou sluchu u sebe jinou osobu než tlumočníka, hovoříte k pacientovi nebo jiné osobě?

- K pacientovi
- K doprovázející osobě

20. Pokud komunikujete s pacientem s poruchou sluchu, udržujete zrakový kontakt?

- Ano
- Ne

21. Vyžadujete u pacienta s poruchou sluchu zpětnou vazbu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

22. Snažíte se před začátkem komunikace s pacientem s poruchou sluchu zajistit klidné a nerušivé prostředí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Projevujete svoji netrpělivost, pokud se Vám nedaří komunikovat mezi Vámi a pacientem s poruchou sluchu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

24. Všímate si při rozhovoru s pacienty s poruchami sluchu neverbálních projevů?

- Ano
- Ne

25. Snažíte se pacienta s poruchou sluchu po komunikaci pochválit?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26. Jakým způsobem navazujete rozhovor s pacientem s poruchou sluchu?

- Dotykem
- Rychlým zatřepáním ruky
- Jiné

27. Jaké největší problémy shledáváte v oblasti komunikace s pacienty s poruchami sluchu?

- Neznalost znakového jazyka
- Neschopnost odezírat
- Nedostatek času
- Jiné, prosím napište .....

28. Říká Vám něco model interakčních systémů, podle I. Kingové?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

29. Pokud jste napsali ano, napište, kde jste se s ním setkali?

- Časopis
- Škola
- Kniha
- Internet
- Jiné

## Ošetřovatelská dokumentace dle Imogene Kingové

### Anamnéza:

<b>Jméno:</b>	<b>Příjmení:</b>
	<b>Titul:</b>
<b>Rodné číslo:</b>	<b>Kontakt na blízkou osobu (telefon, adresa):</b>
<b>Pojišťovna:</b>	
<b>Trvalé bydliště:</b>	<b>Alergie:</b>
<b>Přechodné bydliště:</b>	<input type="checkbox"/> ano <b>Jaké:</b>
	<input type="checkbox"/> ne
<b>Přijímající lékař:</b>	<b>Léky:</b>
<b>Primární sestra:</b>	
<b>Ošetřující lékař:</b>	

### Základní screeningové vyšetření

<b>Celkový vzhled, úprava:</b>	<b>Dieta č:</b>
<b>Hmotnost:      Výška:</b>	<b>BMI:</b>
<b>Puls/rychlost:</b>	<b>Práh sluchu:</b>
<b>Dýchání:      /min</b>	<b>TK:              TT:</b>

## I. OSOBNOSTNÍ SYSTÉM

<b>1. Vnímání zdravotního stavu</b>	
<b>Vyrovnění s poruchou sluchu:</b> <input type="checkbox"/> dobře, bez problémů <input type="checkbox"/> nejsem s tím dostatečně smířený/á <input type="checkbox"/> beru to, jako součást života	<b>Vnímání poruchy sluchu:</b> <input type="checkbox"/> vážné <input type="checkbox"/> středně vážné <input type="checkbox"/> málo vážné
<b>Omezení v souvislosti s poruchou sluchu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas	<b>Vliv poruchy sluchu na sebe samého:</b> <input type="checkbox"/> jsem nemocný, ale chci žít <input type="checkbox"/> nechci žít, jsem nemocný <input type="checkbox"/> nemocný člověk je také člověkem
<b>Problémy s adaptací na nemocniční prostředí:</b> <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná Proč? .....	<b>Vliv poruchy sluchu na vztahy v rodině:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>2. Růst a vývoj osobnosti</b>	
<b>Věk:</b> <input type="checkbox"/> 30-40 let <input type="checkbox"/> 40-50 let <input type="checkbox"/> 50-60 let <input type="checkbox"/> 60-70 let <input type="checkbox"/> nad 70 let	<b>Pohlaví:</b> <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
<b>Dostatečná informovanost lékařem o léčbě:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>Informování rodiny o zdravotním stavu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Dostatečná informovanost o svém zdravotním stavu a diagnóze:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> ne	<b>Informování lékařem o možnosti sluchadla:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>3. Vzhled těla</b>	
<b>Používání sluchadla:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> ne	<b>Vliv poruchy sluchu na vnímání vlastního těla:</b> <input type="checkbox"/> ano    Jak? ..... <input type="checkbox"/> ne
<b>Spokojenost se svým vzhledem:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím	<b>Vliv poruchy sluchu na denní aktivity:</b> Označte na stupnici: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 1 - nezatěžuje 5 - zatěžuje
<b>4. Vnímání času a prostoru</b>	
<b>Obavy z budoucího života:</b> <input type="checkbox"/> ano    Jaké? ..... <input type="checkbox"/> ne	<b>Vliv poruchy sluchu na trávení volného času:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> ne
<b>Omezující faktory při běžných denních aktivitách:</b> <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> únava <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> úzkost	<b>Vliv poruchy sluchu na vaše zájmy:</b> <input type="checkbox"/> kino <input type="checkbox"/> hudba <input type="checkbox"/> sport <input type="checkbox"/> televize
<b>Prékážky ve vykonávání svého zaměstnání:</b> <input type="checkbox"/> ano, ale pracuji ve stejném zaměstnání <input type="checkbox"/> nemám <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepracuji, jsem důchodce	<b>Trávení volného času:</b> <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> s přáteli <input type="checkbox"/> jiné



## II. INTERPERSONÁLNÍ SYSTÉM

<b>1. Interakce:</b>	
<b>Hodnocení péče sester na ORL oddělení:</b> Označte na stupnici: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 1 - výborná    5 - nedostatečná	<b>Oblíbená sestra:</b> <input type="checkbox"/> mám oblíbené všechny <input type="checkbox"/> pouze některé
<b>Navázání dobrého vztahu se zdravotnickým personálem:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne    Proč? .....	<b>Seznámení sestrou s další ošetrovatelskou péčí:</b> <input type="checkbox"/> ano, informuje mě pravidelně <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> neinformuje mě
<b>2. Komunikace:</b>	
<b>Sdělování svých problémů ostatním spolupacientům:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> ne	<b>Navazování kontaktu s cizími lidmi:</b> <input type="checkbox"/> ano, velice špatně navazuji kontakt <input type="checkbox"/> ne, snadno navazuji kontakty <input type="checkbox"/> lidem nevěřím, kontakty nenavazuji
<b>Vycházení s ostatními spolupacienty:</b> <input type="checkbox"/> rozumím si jen s některými <input type="checkbox"/> nevycházím se všemi dobře <input type="checkbox"/> vycházím dobře se všemi	<b>Problém odpovídat na dotazy:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas
<b>Komunikace zdravotnického personálu s rodinou:</b> <input type="checkbox"/> ze strany personálu nevidím zájem <input type="checkbox"/> pouze někteří <input type="checkbox"/> vždy a velice ochotně	<b>Vycházení se zdravotnickým personálem:</b> <input type="checkbox"/> velice dobře <input type="checkbox"/> vůbec s ním nevycházím <input type="checkbox"/> vycházím jen s některými
<b>Vyžadování zpětné vazby sestrou:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>Zajištění klidného prostředí sestrou při komunikaci u pacienta s poruchou sluchu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Udržení zrakového kontaktu se sestrou:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<b>3. Transakce:</b>	
<b>Dodržování léčebných opatření:</b> <input type="checkbox"/> rady a doporučení zásadně nedodržuji <input type="checkbox"/> ano, snažím se vše dodržovat <input type="checkbox"/> pouze někdy	<b>Zapojení rodiny do léčebného režimu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas
<b>Aktivní spolupráce se zdravotnickým personálem:</b> <input type="checkbox"/> určitě ano <input type="checkbox"/> nezájem spolupracovat <input type="checkbox"/> nevím	
<b>4. Role:</b>	
<b>Jste:</b> <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> zaměstnan <input type="checkbox"/> jiné	<b>Stýkání se svými přáteli v době nemoci:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> ne
<b>Bydlení:</b> <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> doma sám <input type="checkbox"/> domov pro seniory	<b>Vliv poruchy sluchu na společenský život:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

<b>Změna vztahů mezi přáteli vlivem poruchy sluchu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<b>5. Stres:</b>	
<b>Strach z budoucnosti:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas	<b>Výskyt únavy a podrážděnosti:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas
<b>Řešení problémů:</b> <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí	<b>Zvládání stresu:</b> <input type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> sport

### III. SOCIÁLNÍ SYSTÉM

<b>1. Autorita:</b>	
<b>Respektování léčebných opatření od zdravotnického personálu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>Autorita v rodině:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> někdy
<b>Zachování svého postavení v rodině v době onemocnění:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>Autoritativní typ člověka:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>2. Síla, Moc:</b>	
<b>Ztráta síly:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>Zodpovědnost v zaměstnání:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Méněcennost vlivem poruchy sluchu:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas	<b>Dostatek energie:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas
<b>3. Status:</b>	
<b>Změna postavení v zaměstnání vlivem poruchy sluchu:</b> <input type="checkbox"/> nezměnilo <input type="checkbox"/> změnilo	<b>Změna postavení v rodině vlivem poruchy sluchu:</b> <input type="checkbox"/> nezměnilo <input type="checkbox"/> změnilo
<b>Změna postavení mezi přáteli vlivem poruchy sluchu:</b> <input type="checkbox"/> nezměnilo <input type="checkbox"/> změnilo	
<b>4. Rozhodování:</b>	
<b>Rozhodování bez pomoci:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jen někdy	<b>Pomoc v rozhodování:</b> <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> nikdo, rozhoduji se sám <input type="checkbox"/> přátelé
<b>Rozhodování o zdravotním stavu:</b> <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> sám	<b>Vliv poruchy sluchu na rozhodování:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne



### **Příloha 3**

#### **Podklad pro rozhovor se sestrami**

- 1. Jaký je Váš věk?**
- 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
- 3. Jak dlouho pracujete na ORL oddělení?**
- 4. Jaký máte názor na ošetřovatelskou dokumentaci?**
- 5. Kde jste se seznámily s ošetřovatelským modelem I. Kingové?**
- 6. Co byste zařadily mezi pozitiva ošetřovatelské dokumentace I. Kingové?**
- 7. Co byste zařadily mezi negativa ošetřovatelské dokumentace I. Kingové?**
- 8. Jaké změny byste provedly v ošetřovatelské dokumentaci podle I. Kingové pro lepší využití v praxi?**
- 9. Umíte si představit používání dokumentace podle I. Kingové v praxi a proč?**