



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Připravenost nemocnic na přijetí surdopedického dětského pacienta

Vypracoval: Monika Tenklová
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Připravenost nemocnic na přijetí surdopedického dětského pacienta

Sluch je pro člověka nejcitlivějším smyslem. Společně se zrakem slouží jako prostředek komunikace a sociální interakce. U dětí, které mají vrozenou vadu sluchu, nedochází k vytvoření předpokladů pro rozvoj řeči. Tady je na místě dlouhodobá logopedická péče. Pokud se jedná o závažnější poruchu, je na místě při dorozumívání používat znakovou řeč, a naučit ji také okolí dítěte. Naopak osoby trpící získanou vadou sluchovou až po rozvoji řeči, nácviku čtení a psaní, tak přijímají informace písemnou formou a také jsou schopni správné a srozumitelné odpovědi.

Teoretická část práce se zabývá sluchovými vadami a jejich poruchami. Zmiňuje se o sluchově znevýhodněných dětech a o vzdělávání sester. Popisují dětská oddělení a práci sestry na dětském oddělení. Poslední dvě kapitoly teoretické části práce tvoří informace o kompenzačních pomůckách a o komunikaci osob se sluchovým znevýhodněním.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle a to zjistit, zda jsou sestry pracující v nemocnici na dětském oddělení připraveny na péči o surdopedického pacienta a zjistit úroveň vybavenosti nemocnic pro péči o surdopedického pacienta. Na základě vytyčených cílů byly stanoveny výzkumné otázky: Kde se mohou vzdělávat sestry pracující na dětském oddělení o nejnovějších metodách a pomůckách vhodných při péči o surdopedického pacienta? Jaké jsou zkušenosti sester s hospitalizací surdopedického pacienta na dětském oddělení? Jaké surdopedické pomůcky má k dispozici dětské oddělení? Na jaké úrovni spolupracují nemocnice se speciálními pedagogy?

Výzkumná část práce byla zpracována formou kvalitativního šetření prováděného se sestrami na dětském oddělení, metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory se sestrami byly následně přepsány přímým přepisem. Poté následovala technika otevřeného kódování, prostřednictvím metody tužka a papír, kterou byly vyznačeny důležité informace. Po vytvoření jednotlivých kódů, byla použita technika vykládání karet. Z těchto rozhovorů vzniklo pět kategorií a šestnáct podkategorií.

Rozhovor byl veden s deseti sestrami, ze třech různých nemocnic, dvě nemocnice byly z Jihočeského kraje a jedna ze Středočeského kraje. Celkem bylo pro sestry v rozhovoru připraveno 19 otázek. Sestry byly označeny zkratkou S1 až S10. Předmětem zkoumání byly sestry pracujících na dětském oddělení. Tyto sestry byly vybrány záměrně, podmínkou bylo minimálně pět let praxe a práce na dětském oddělení.

První část šetření se zabývala kvalifikačním vzděláváním, celoživotním vzděláváním a možnostmi vzdělávání sester v surdopedii. Z podrobné analýzy dat bylo zjištěno, že žádná ze sester se při kvalifikačním vzdělávání nesetkala se znakovým jazykem a neovládá znakový jazyk. Sestry se ve sluchové problematice nevzdělávají, protože nemocnice nepořádá žádné semináře ani přednášky na toto téma. Na druhou stranu sestry vědí, kde se mohou o této problematice dozvědět více, mezi nejčastější možnosti zjišťování dalších informací uvádí internet a ORL oddělení.

Dále nás zajímala zkušenost sester s hospitalizací sluchově znevýhodněných dětí na dětském oddělení. Objevují se dvě skupiny sester a to sestry se zkušenostmi a bez zkušeností. Všechny malé děti se sluchovým znevýhodněním byly na oddělení hospitalizované s matkou. Větší samostatnější děti byly hospitalizované bez matky. Sestry, které se na oddělení nesetkaly s dětmi se sluchovým znevýhodněním, nemají s nimi žádné zkušenosti ani mimo nemocnici.

V další části šetření jsme se zaměřili na surdopedické pomůcky a moderní technologie, které by mohly zjednodušit péči o děti se sluchovým znevýhodněním. Z rozhovorů je patrné, že oddělením chybí surdopedické pomůcky. Sestry nevědí, nebo se nezajímají o pomůcky, které by mohly být pro oddělení prospěšné. Domnívají se, že moderní pomůcky na dětských odděleních nejsou k dispozici, děti by si je musely přinést nebo by bylo možné nějaké najít na ORL oddělení, avšak dětská oddělení disponují PC, notebooky, mají televize s programy ve znakovém jazyce.

Zajímala nás také možnost spolupráce nemocnic se speciálními pedagogy. Obě nemocnice Jihočeského kraje mají na oddělení k dispozici běžného pedagoga, naproti tomu nemocnice Středočeského kraje na oddělení žádné pedagogy již několik let nemá. Žádná ze sester se prozatím nesetkala na oddělení se speciálním pedagogem.

Poslední část výzkumného šetření je zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacienta s poruchou sluchu. Sestry si myslí, že jsou připravené na ošetrovatelskou péči anebo se to od nich očekává. Ošetrovatelská péče by se lišila v komunikaci a ve zvýšené pozornosti o neslyšící dítě. Sestry ví, jakým způsobem se domlouvat s dítětem se sluchovou poruchou např. pomocí artikulace, tužky a papíru, ukazování, s pomocí rodiče a tlumočnicka znakového jazyka. Děti jsou na oddělení ohroženy riziky pádu, úrazu, nedorozumění při komunikaci, objevil se i názor, že dětem na oddělení nic nehrozí, protože jsou tam s matkami anebo jsou v postýlkách s postranicemi. Sestry se domnívají, že děti s naslouchátkem a kochleárním implantátem nevyžadují žádný specifický přístup.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že se děti s poruchou sluchu vyskytují na dětských odděleních, ale sestry se s nimi nejsou schopny dorozumět pomocí znakového jazyka. Na oddělení mají zkušenosti s hospitalizací těchto dětí, ale i přesto pro ně nemají surdopedické pomůcky, nejsou pro ně k dispozici ani moderní technologie. Sestry na dětských odděleních nejsou informované o možnostech využívání speciálních pedagogů. Nesetkaly se s dětmi používajícími naslouchátko, neznají kochleární implantáty, ale i přesto se domnívají, že jejich uživatelé nevyžadují specifickou péči.

Z šetření pro nás vyplynulo, že by se sestry měly zamyslet nad problematikou sluchově znevýhodněných dětí. Dále by bylo vhodné, aby si doplnily informace o možnostech poskytované péče na jejich oddělení, a ověřit si, zda děti používající kompenzační pomůcky mohou podstoupit všechna vyšetření. Možná by měly uvažovat o absolvování seminářů či kurzů týkajících se sluchového znevýhodnění, pro poskytování lepší komplexní ošetrovatelské péče. Tyto poznatky budou publikovány v odborném časopise pro sestry.

Klíčová slova: dítě – sluchové znevýhodnění - sestra - komunikace - kompenzační pomůcky - ošetrovatelská péče

ABSTRACT

Preparedness of Hospitals to Admit Child Patients with Hearing Impairment

Hearing is the most sensitive of all human senses. Together with sight, it serves as a means of communication and social interaction. Children with congenital hearing impairment lack the preconditions for development of speech. In this case, a long-term speech therapy is needed. If the nature of the impairment is more serious, it is also appropriate to use sign language in communication with the child and teach it to the child's family as well. On the other hand, individuals with acquired hearing impairment that occurred after speech development and training of reading and writing skills can receive information in a written form and are capable of a correct and comprehensible answer.

The theoretical part of the thesis is concerned with hearing impairments. It mentions children with hearing impairments and also the education of nurses. I describe paediatric units and the work of nurses in these units. The last two chapters of the theoretical part of the work contain information about hearing aids and about the communication of people with hearing impairment.

Two objectives were set for this bachelor's thesis: to find out whether nurses working in a hospital paediatric unit are ready to care for patients with hearing impairment and to examine how well the hospitals are equipped to care for these patients. Based on these objectives, several research questions were formulated: Where can nurses working in a paediatric unit find information about the current methods and aids suitable when caring for a patient with hearing impairment? What is the experience of nurses with hospitalisation of patients with hearing impairment in a paediatric unit? What deaf education tools does a paediatric unit have at its disposal? What is the level of cooperation between hospitals and special education teachers?

The research part of the thesis was conducted as a qualitative research with nurses working in a paediatric unit in the form of a semi-structured interview. The interviews with nurses were then transcribed using verbatim transcription. Afterwards, the open coding technique was applied using the pen and paper method to highlight important

information. When the individual codes were created, the technique of “card (code) sorting” was used. From these interviews, five categories and sixteen subcategories emerged.

Altogether, ten nurses working in three different hospitals were interviewed; two of these hospitals are located in the South Bohemian Region and one in the Central Bohemian Region. The total number of questions the nurses were asked in the interviews was 19. The nurses were labelled with abbreviations S1 to S10. The research was aimed at nurses working in a paediatric unit. These nurses were chosen on purpose; at least five years of experience and employment in a paediatric unit were required.

The first part of the research examined the qualification education, lifelong learning and education possibilities for nurses in the area of deaf education. A detailed data analysis concluded that none of the nurses learned about the sign language as a part of their qualification education and none of them can use it. The nurses are not learning about hearing impairments, as their hospitals do not organise any seminars or lectures on this topic. On the other hand, the nurses know where they can find more information on this topic; the most frequently listed sources of information were the internet and the otorhinolaryngology unit.

We were also interested in the experience of nurses with the hospitalisation of children with hearing impairment in the paediatric unit. In this respect, there are two groups of nurses: nurses with experience and without experience. All small children with hearing impairment were hospitalised in the unit with their mothers. Older children who were more able to take care of themselves were hospitalised without their mother. The nurses who did not come into contact with children with hearing impairment in the unit have no experience with them outside the hospital, either.

In the next part of the research, we examined the deaf education tools and modern technologies that could make care of children with hearing impairment easier. It is clear from the interviews that deaf education tools are not available at the units. The nurses are not aware of or not interested in tools that could be useful for the units. Their opinion is that modern tools are not available at the paediatric units and the children

would have to bring them themselves or that some could be found in the otorhinolaryngology unit. The paediatric units are equipped with PCs, notebooks, they have TVs with channels in the sign language.

We were also interested in cooperation between the hospitals and special education teachers. In both hospitals in the South Bohemian Region, a teacher (not specialised in special education) is available in the unit, but the hospital in the Central Bohemian Region has not had any teachers in their unit for several years. So far, none of the nurses have experienced a special education teacher working in their unit.

The last part of the research is aimed at nursing care of patients with hearing impairment. The nurses think that they are ready to provide nursing care or that they are expected to be. Nursing care would be different in the style of communication and in increased attention aimed at the deaf child. The nurses know how to communicate with a child with hearing impairment, e.g. using articulation, pen and paper, pointing, through parents and sign language interpreter. The risks that children face in the units are falls, injuries, misunderstandings in communication; one of the participants was of the opinion that the children face no risks in the unit, as they are there with their mothers or in cribs. The nurses believe that children with hearing aids and cochlear implants do not require any specific approach.

The research showed that there are occasionally children with hearing impairment in the paediatric units, but the nurses are not able to communicate with them using sign language. The paediatric units have experience with hospitalising these children, but in spite of that, they have no deaf education tools or modern technology available for them. The nurses working at paediatric units are not sufficiently informed about the possibility of working with a special education teacher. They have no experience with children who use hearing aids and do not know cochlear implants, but despite that they believe that their users do not require any special care.

The research showed that nurses should get more involved in the problems of children with hearing impairment. They should also gain more information about the caring options provided in their units and should also verify whether children who use hearing aids can undergo all medical examinations. To increase the quality

and comprehensiveness of nursing care, it might be appropriate for the nurses to attend seminars or courses on hearing impairments. These findings will be published in a nursing journal.

Keywords: child – hearing impairment – nurse – communication – hearing aid – nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

Monika Tenklová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za její trpělivost, odborné vedení a cenné rady při vypracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Sluchové ústrojí.....	15
1.1.1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí	15
1.1.2 Vady a poruchy sluchu	16
1.1.2.1 Diagnostika sluchových vad	17
1.2 Vznik a vývoj surdopedie.....	20
1.3 Sluchově znevýhodněné dítě.....	21
1.3.1 Vývojová specifika sluchově postižených dětí	21
1.4 Vzdělání sester na našem území	24
1.4.1 Historický vývoj vzdělávání sester na našem území	24
1.4.2 Současné vzdělávání sester	26
1.5 Dětské oddělení a charakteristika práce sestry.....	27
1.6 Kompenzační pomůcky po sluchově znevýhodněné	28
1.6.1 Sluchadla.....	29
1.6.2 Kochleární implantáty.....	30
1.6.3 Další pomůcky užívané lidmi se sluchovým postižením.....	31
1.7 Komunikace	32
1.7.1 Komunikace s vadami s vrozenou a získanou vadou sluchu	32
1.7.2 Způsoby komunikace osob s těžkým sluchovým znevýhodněním.....	34
1.7.3 Zásady správného jednání v komunikaci s lidmi se sluchovým postižením	36
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38

2.1	Cíle práce	38
2.2	Výzkumné otázky.....	38
3	METODIKA.....	39
3.1	Použitá metoda výzkumného šetření.....	39
3.2	Postup při analýze rozhovoru se sestrami	40
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4	VÝSLEDKY.....	42
4.1	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	42
4.1.1	Vzdělávání sester na dětském oddělení	42
4.1.2	Zkušenosti sester na oddělení s hospitalizací surdopedických dětí	45
4.1.3	Surdopedické pomůcky na oddělení	48
4.1.4	Úroveň spolupráce nemocnic se speciálními pedagogy	51
4.1.5	Ošetrovatelská péče	55
5	DISKUSE	59
6	ZÁVĚR.....	68
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	70
8	PŘÍLOHY	77
8.1	Seznam příloh.....	77

ÚVOD

Pro sluchově znevýhodněné dítě znamená jeho postižení obtíže v oblasti psychické, ale i sociální např. při navazování kontaktů s druhými lidmi. Takoví lidé jsou znevýhodněni při komunikaci se svým okolím a tvoří se komunikační bariéry. Podstatnou roli v životě dítěte sluchově handicapovaného hraje, kdy došlo k poškození sluchu. Jestliže se jedná o vrozenou vadu, je dítě opožděno v řečovém projevu i motorickém projevu. Reaguje pouze na vizuální podněty, protože ty sluchové mu z důvodu poruchy chybí. Děti s vrozenou poruchou se lépe vyrovnávají se svým problémem, protože nikdy neměli možnost sluch poznat. Naproti tomu u dětí, kterých se objevila porucha sluchu v důsledku onemocnění nebo úrazu je to složitější. Velkou úlohu hraje to, zda vada vznikla před nebo po osvojení řeči. Pokud tento problém nastane do šesti let věku dítěte je vhodná logopedická péče a péče rodiny.

Existuje odborná péče, která je rodině a dítěti poskytována po zjištění poruchy. Taková péče se nazývá raná péče a nabízí psychologické, medicínské, speciálně pedagogické, rehabilitační a sociální služby. Také hodnotí stupeň dosazeného rozvoje dítěte a zařazení dítěte do vhodného vzdělávacího zařízení. U těchto dětí se často využívá odklad nástupu do školy. O tom, zda bude dítě do školy přijato, rozhoduje ředitel školy a návrh SPC obsahující vhodné školní zařazení dítěte.

Práce se zabývá především otázkou, jak jsou nemocnice připraveny na přijetí surdopedického dítěte. Poukazuje, jaké mají sestry na oddělení vzdělání a znalosti o dané problematice. Sestry popisují svoje zkušenosti s hospitalizací sluchově znevýhodněného dítěte. Z práce je patrné, jaké pomůcky jsou na oddělení k dispozici, zda sestry znají moderní technologie a zda nějaké z nich na oddělení používají. Dále práce popisuje spolupráci nemocnic s běžnými a speciálními pedagogy a možnosti kontaktování tlumočnicka znakového jazyka. Závěrem se bakalářská práce zabývá poskytovanou ošetrovatelskou péčí, do které spadá připravenost sester na ošetrovatelskou péči, odlišnosti ošetrovatelské péče, komunikaci, hrozící rizika při hospitalizaci, zabývá se i specifickým přístupem péče týkající se sluchátka a kochleárního implantátu.

Toto téma jsem si vybrala, protože můj tatínek trpí prelingválně vzniklou jednostrannou hluchotou. Na základě jeho negativních zkušeností po hospitalizaci v dětském věku jsem chtěla zjistit, jakým způsobem jsou v současné době připraveny nemocnice na hospitalizaci surdopedických dětí. Z výše uvedeného důvodu jsem si také zvolila jako cíl své práce objektivní stanovení toho, zda jsou sestry pracující v nemocnici na dětském oddělení připraveny na péči o surdopedického pacienta a jaká je úroveň vybavenosti nemocnic pro péči o surdopedického pacienta.

1 SOUČASNÝ STAV

Sluch je pro člověka nejcitlivějším smyslem. Společně se zrakem slouží jako prostředek komunikace a sociální interakce (Merkunová a Orel, 2009). Zdraví lidé mají schopnost rozlišovat zvuky v rozmezí 16 až 20 000 Hz. K tomu, aby byl zvuk správně vnímán, je důležité anatomické ucelení a funkce sluchového ústrojí. V souvislosti se zvyšujícím se věkem člověka dochází fyziologicky ke zhoršování vnímání zvuků s vyšší frekvencí, tento jev je nazýván presbyakuze. Při audiologickém vyšetření na všech měřených frekvencích se za hranici normálního sluchu považuje sluchový práh o 20 – 25 dB (Cechnerová, 2011).

1.1 Sluchové ústrojí

Lidské uši jsou sluchovým orgánem, mimo to slouží také k detekci polohy a pohybu hlavy. Z toho vyplývá, že jsou důležité pro udržení rovnováhy. Části, které se starají o rovnováhu a sluch, se nachází v odlišných partiích ucha. Obě pracují na základě receptorových vláskových buněk (Parker, 2007).

1.1.1 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí

Sluchový orgán se dělí na tři základní části. První částí je zevní ucho, v něm se nachází boltec (auricula) a vnější zvukovod (meatus acurticus externus). Vnitřní výstelka ušního boltce produkuje ušní maz, ten slouží k zachycování nečistot a choroboplodných zárodků. Následně dochází k odlupování malých částic, které se dostávají pryč při pohybech čelisti např. při mluvení či žvýkání. Druhou částí je střední ucho obsahující bubínek (membrana tympani) a tři nejmenší kůstky našeho těla, které mají své místo ve středoušní dutině (cavitas tympani), jsou to kladívko (malleus), kovadlinka (incus) a třmínek (stapes) (Parker, 2007). Na vnitřní straně se k bubínku připojuje kladívko. Zevní zvukovod přivádí zvukové vlny rozechvívající bubínek, ten přes kladívko přenáší kmity na kovadlinku a třmínek. Středoušní dutina nacházející se ve spánkové kosti je také spojena s Eustachovou trubicí a nosohltanem. Středoušní dutina je od zevního zvukovodu oddělena bubínkem a od vnitřního ucha kostěnou stěnou, ta obsahuje malé oválné a kulaté okénko. Ve středoušní dutině se dále nachází

dva drobné svaly vykonávající tah, díky němuž je jim umožněno změnit napětí bubínku a hýbat třmínkem. Středoušní kůstky jsou k sobě pohyblivě připojeny a vytvářejí páky, jimiž jsou přenášeny kmity bubínku na třmínek, který se nachází v oválném okénku. Poslední částí sluchového orgánu je vnitřní ucho, nachází se uvnitř spánkové kosti. Vnitřní ucho má svůj vlastní sluchový orgán, nazývaný blanitý hlemýžď (kochlea) s receptory, nachází se v pyramidě spánkové kosti (Dylevský, 2011). Hlemýžď má spirálovitý tvar, který přeměňuje zvuk na nervové impulzy, ty pak putují do mozku (WEBMD, 2014). Ve vnitřně uloženém sluchovém orgánu je Cortiho orgán s vlastními sluchovými receptory (Dylevský, 2011). Blanitý hlemýžď má trojúhelníkový tvar, jeho spodní stěna je tvořena bazální membránou (membrána basilaris) horní stěna vestibulární membránou (membrána vestibularis Reissneri) a zevní stěnu tvoří ztlustělý perióst kostěného hlemýždě s hojnými cévami (stria vascularis) (Merkunová a Orel, 2009).

1.1.2 Vady a poruchy sluchu

Sluchové vady dle lokalizace vzniku postižení se dělí na periferní nedoslýchavost či hluchotu a centrální nedoslýchavost či hluchotu. Periferní poruchy se dělí na převodní, percepční a smíšené. Pro převodní vadu (konduktiva, induktivní porucha) je charakteristická překážka, přes kterou je cesta k vlastním citlivým smyslovým buňkám obtížná nebo omezená. Překážkou se může stát zvětšená nosní mandle nebo opakované záněty středního ucha. U percepční vady (perceptiva, sensorineurální porucha) dochází k poruše vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchového nervu, které jsou vázány na funkci smyslového epitelu (Horáková, 2011). Presbyakuzy, ischemické či toxické poškození vnitřního ucha může zapříčinit poranění hlemýždě. V tomto případě se jedná o tzv. kochleární percepční poruchu. Při traumatu, tumoru nebo zánětu může nastat poškození sluchového nervu a jeho jader, pak mluvíme o retrokochleárním percepčním poškození (Hloušková, 2012). Percepční vady sluchu jsou z hlediska četnosti a závažnosti vážnější než převodní. Poslední skupinou jsou vady smíšené (mixta), při kterých se kombinuje jak příčina převodní, tak percepční. Při centrální nedoslýchavosti či hluchotě je postižen korový a podkorový systém.

V souvislosti s tím není mozek schopen normálního zpracování sluchového signálu a dochází k vadám. Sluchové poruchy se dále dělí podle ztráty sluchu v decibelech (Příloha1) (Horáková, 2012).

Šedivá dále uvádí rozdělení sluchových vad dle WHO do kategorií podle hloubky sluchového poškození. Z foniatrického pohledu se poruchy dělí do čtyř skupin (Příloha2) (Šedivá, 2006).

Z hlediska období vzniku poškození můžeme mluvit o vrozených a získaných vadách sluchu. U vrozených vad rozlišujeme geneticky podmíněné sluchové vady a kongenitálně získané sluchové vady. Pro sluchově postižené lidi, u kterých je onemocnění dědičné, má velký význam genetické vyšetření, díky kterému může lékař předpokládat, s jakou pravděpodobností se přenesou porucha na další generace (LékařiOnline.cz, 2008). Geneticky podmíněné sluchové vady může až ze 70% způsobit autozomálně recesivní forma, u o něco menšího počtu vad, přibližně 15%, je prokazatelná autozomálně dominantní forma (ASHA, 2010). Kongenitálně získané vady sluchu se dále dají rozdělit na prenatální, které jsou způsobené v průběhu těhotenství, například toxoplazmóza, a perinatální, které mohou vzniknout u protražovaného porodu anebo porodní hmotnosti dítěte pod 1500 g. Získané sluchové vady jsou prelingvální a postlingvální. Výraz prelingvální lze chápat jako období před fixací řeči vymezující se do věku 6 let. Příčinou jsou infekční choroby dítěte, jako zánět mozkových blan či příušnice, mohou být ale také způsobeny traumatem nebo úrazem hlavy. Postlingvální vady sluchu se objevují až po fixaci řeči, v období po 6. roce dítěte a kdykoli v průběhu života. Možnými příčinami mohou být poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha, hlučné pracovní prostředí nebo hormonální a metabolické poruchy (Horáková, 2011).

1.1.2.1 Diagnostika sluchových vad

Je velmi důležité vyšetřit sluch v raném věku dítěte a tím u něj odhalit poruchy sluchu. Především díky včasné diagnostice je možné zahájit odpovídající léčbu a následnou rehabilitaci sluchově postiženého dítěte. Naopak dítě, u kterého není včas

zjištěna případná porucha, tak může mít problém vyvinout normální řeč, jazyk a další kognitivní vlastnosti potřebné zejména pro učení (MedicineNet.com, 2013).

Nejprve se provádí vyšetření anatomické stavby sluchového orgánu. Přesnější posouzení střední a vnitřní stavby ucha je možné získat pomocí computerové tomografie nebo magnetické nukleární rezonance. Poté prvním vyšetření následují funkční vyšetření, při některých je důležitá spolupráce druhé osoby. U novorozenců se provádí různá vyšetření na vrozené akustické reflexy, např. reflex víčkový, zornicový či orientační (Houdková, 2005).

Sluchové vady se diagnostikují pomocí objektivních a subjektivních vyšetřovacích metod. Při objektivním vyšetřování nepotřebujeme pomoc od vyšetřované osoby. Na druhé straně při využití subjektivních metod potřebujeme s pacientem spolupracovat. Při vyšetření malých dětí lze při diagnostice předpokládat úzkou spolupráci. Horáková (2012) vymezuje dvě subjektivní zkoušky sluchu, kterými jsou klasická zkouška sluchová a subjektivní audiometrii. Klasická zkouška sluchová se řadí mezi orientační zkoušky, její použití vede k posouzení stavu sluchu nebo k porozumění po opakování předříkávaných slov vyšetřujícím. Tímto vyšetřením se posuzuje vzdálenost, ze které vyšetřovaný slova vnímal, a také rozdíl slov hlubokofrekvenčních (např. houba, dub) a vysokofrekvenčních (např. čišnice, měsíc). Tuto vyšetřovací metodu provádí lékař, nejčastěji pediatr, nebo kliničtí logopedové v souvislosti s logopedickým vyšetřením (Skákalová, 2010). Vady pomocí subjektivní audiometrie lze vyšetřit dvěma způsoby. Jedná se o prahovou tónovou audiometrii, při které se používá přístroj audiometr. Toto vyšetření u pacienta provádí sestra pracující na audiologickém oddělení či lékař (Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, 2009). Druhým způsobem je slovní audiometrie s použitím skupiny 10 slov, při které se vyšetřuje stav rozumění řeči. Slova jsou sestavena záměrně tak, aby obsahovala stejný počet podstatných jmen, sloves a běžně užívaných slovních druhů. Nutností je, aby slova byla foneticky a akusticky vyvážená a odpovídala frekvenčnímu zastoupení hlásek a slov v daném jazyce, například u dětí se používají následující: míša, lampa, motýl, banán, pták, sud, drak, éro, brambora a koloběžka. Dítě od věku 3-4 let je schopné provést jak klasickou zkoušku sluchovou, tak subjektivní audiometrii

(Horáková, 2012). Do subjektivních metod se také řadí zkoušky pomocí ladiček. Základními zkouškami jsou zkouška Weberova, Rinneho a Schwabachova. Pomocí Weberovy zkoušky dochází k porovnávání kostního vedení obou uší. Vyšetřovaný bez sluchové vady slyší zvuk rovnoměrně v obou uších. Pokud se jedná o percepční poruchu, tak znevýhodněný slyší do ucha lépe slyšícího, naopak u převodních vad do ucha hůře slyšícího ucha. Při Rinneho zkoušce se rozlišuje, zda je lepší kostní nebo vzdušné vedení. Pro převodní vady je lepší kostní vedení a u percepční vady vzdušné vedení. Schwabachova zkouška se dnes již příliš nevyužívá (Skákalová, 2011).

Do objektivních zkoušek patří tympanometrie, umožňující vyšetřit střední ucho. Provádí se pomocí sondy zavedené do zvukovodu, kterou je do ucha přiváděn měřicí akustický signál. Ve zvukovodu se zároveň začne měnit tlak. V sondě je umístěn měřicí mikrofón, s jehož pomocí se měří odražená část akustické energie. Na základě měření vznikne graf, ze kterého vyplývá závislost poddajnosti středního ucha v závislosti na tlaku ve zvukovodu. Lékař z něj dále určí stav ve středoušní dutině. Objektivní metodou jsou také ustálené evokované emise (SSEP). Tato metoda se provádí v navozeném spánku, umožňuje stanovit zbytek sluchu na hlubokých frekvencích i u lidí s velmi těžkou percepční vadou sluchu. V podstatě se jedná o měření střednědobých evokovaných potencionálů, které vznikají v thalamu. Přístroj ERA-SSEP slouží k zaznamenávání odpovědí, při vyšetření vzniká tzv. odhalovaný audiogram. Dobře využitelnou vyšetřovací metodou u novorozenců a malých dětí je audiometrie z elektrické odezvy mozku (ERA), při níž dochází k měření změn elektrické aktivity nervové soustavy při účinku zvukového podnětu. Je prováděna detekcí aktivity sluchové dráhy z vnější strany hlavy. Podle místa snímání potencionálů označujeme některá vyšetření jako audiometrie z elektrické odezvy v mozkovém kmeni (BERA), nebo audiometrie z elektrické odezvy mozkové kůry (CERA) (Skákalová, 2011). Důležitou objektivní metodou pro novorozence je screening otoakustických emisí (OAE), vyšetření je možné uskutečnit již u den starých novorozenců, provádí ho sestra pracující na novorozeneckém oddělení. Pro toto vyšetření je důležité, aby bylo dítě v klidu, v tom okamžiku se mu zavede sonda přístroje do zvukovodu, ten poté vyvolá zvukový podnět a sondou nastává měření vláskových buněk. Pokud se po prvním

měření zjistí nevybavnost OAE, není vždy jisté, že dítě neslyší, může to být způsobeno negativními faktory jako např. neklidem dítěte, zbytkem plodové vody ve středním uchu. V tomto případě je vhodné vyšetření před odchodem domů zopakovat (Komínek, 2012).

Sestry pracující na audiologických pracovištích vykonávají činnosti podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a to dle § 54. Dále mohou sestry podle § 62 provádět úkony v audiologii a to bez odborného dohledu a bez identifikace lékaře, anebo bez odborného dohledu na základ indikace lékaře (Příloha 3) (Vyhláška č 55/2011 Sb.).

1.2 Vznik a vývoj surdopedie

„Surdopedie (z latinského surdus – hluchý, z řeckého paideia – výchova) představuje speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením“ (Horáková, 2011, s. 10). Pro tento obor existují dále označení surdologie, surdopedagogika nebo pedagogika sluchově postižených (Horáková, 2011).

Surdopedie dříve spadala do logopedie. Samostatným oborem se stala až po roce 1983. Rozdělení obou oborů vedlo k jejich vnitřnímu vývoji, k větším rozdílům v metodice práce i odlišnému pojetí cílů obou disciplín. Logopedie zaujímá svoje místo v oblasti výchovné a vzdělávací práce v rámci surdopedie a neodmyslitelně bude mít svoje působiště ve speciálních školách pro sluchově znevýhodněné (Potměšil, 2003). Surdopedie je úzce spjatá se speciálně pedagogickými obory, ale i obory pedagogickými, biologickými, psychologickými, sociologickými, filozofickými, a proto se staví jako obor multidisciplinární. V oblasti medicíny spolupracuje s pediatrií, otorinolaryngologií a foniatrií (Bytešníková, Horáková a Klenková, 2007).

Jedním z hlavních cílů surdopedie je komunikační kompetence, která se vymezuje jako systém pravidel a produkování promluv a jejich rozumění. Celkově je komunikační kompetence chápána jako soubor všech mentálních předpokladů, díky kterým je člověk schopný komunikovat, sem patří např. dovednost vybrat si vhodné komunikační prostředky a postupy v dané situaci. Pokud si člověk osvojí komunikační prostředky

a postupy, vede to k úspěšné komunikaci. Na základě těchto pravidel dochází k dodržování komunikačních norem (Horáková, 2012).

1.3 Sluchově znevýhodněné dítě

Vrozená sluchová vada znamená pro dítě omezení, z tohoto důvodu je jeho rozvoj z větší části závislý na prostředí. Dochází k opoždění vývoje řeči, v souvislosti s částečným vnímáním a pochopením zvuků. Pokud chybí zvukové podněty, malé dítě se stává více pasivním a reaguje pouze na zrakové stimuly. U těchto dětí nastává také opoždění v motorickém vývoji, přesto ale je tělesný rozvoj stejný jako u dětí bez poruchy sluchu. Aby mělo neslyšící dítě uspokojené základní potřeby jistoty a bezpečí, je důležitý neustálý kontakt blízké osoby a její doteky. V období dvou až tří let se u každého dítěte objevuje období vzdoru, projevuje se častými výbuchy a záchvaty vzteku. O dětech s poruchou sluchu je všeobecně platné, že v okamžiku, ve kterém jsou frustrováni, dochází např. při nefungující komunikaci. Naproti tomu u získaných vad, které u dítěte vzniknou po částečném rozvoji řeči, v rozmezí dvou až čtyř let, je možné za pomoci intenzivní logopedie rozvinutou řeč rozvíjet a zamezit jejímu rozpadu. Pokud k vadě dochází ve věku šesti let, kdy jsou řečové schopnosti vytvořené a upevněné, je možné za pomoci blízkých osob zachovat srozumitelnou řeč (Skákalová, 2011).

1.3.1 Vývojová specifika sluchově postižených dětí

V porovnání s dětmi slyšícími se u jedinců s poruchou sluchu očekává větší přítomnost poruch chování. Pokud mají sluchově handicapované děti rodiče postižené vadou sluchu, projevuje se u nich mnohem méně poruch chování, než jak je tomu u zdravých rodičů. Jestliže, má dítě sluchové postižení, bývá zpravidla nějakým způsobem ohroženo ve svém vývoji. Vývoj raných sociálních vztahů je také ovlivňován sluchovým postižením, to má vliv na vznik emocionálních poruch. U dětí s tímto omezením se velmi často objevuje agresivní chování ke slyšícím stejně starým jedincům. Znevýhodněné děti se mnohem více setkávají s odmítavým postojem vrstevníků než děti slyšící. Sluchové postižení jedince do velké míry ovlivňuje jeho

psychický vývoj. Dítě s poruchou sluchu potřebuje ohleduplnou pomoc všech zúčastněných lidí v oblasti sociálních vztahů se stejně starými dětmi. Pro handicapované dítě je důležitá podpora a pomoc od rodičů i ze strany odborníků v souvislosti s rozvíjením kladného chápání sebe sama. Rozvoj sebezpočtení do značné míry ovlivňuje postoj rodičů. Někteří rodiče si nechtějí přiznat u dítěte špatný pohled na sebe sama, velmi často ho omlouvají a brání (Potměšil, 2007b).

Období raného věku se vymezuje do tří let, kdy je dítě s možnou pomocí odborníků rozvíjeno a vychováváno se zřetelem na závažnost sluchového postižení. V tomto časovém úseku u dítěte dochází k vývoji základních psychických funkcí. Potměšil uvádí jako nespornou výhodu službu rané péče. Ta se soustřeďuje na rodiny se sluchově znevýhodněnými dětmi v raném věku. Systém rané péče není nikde legislativně ukotven, a tím vzniká mnoho problémů např. ve financování (Potměšil, 2007b). Péče je poskytovaná dítěti a rodině ihned po zjištění sluchové poruchy. Raná péče spolupracuje hlavně s rodinou znevýhodněného dítěte, zajišťuje shromáždění a odborné mezioborové vyhodnocení všech dostupných údajů o postižení dítěte, vzdělává rodinu v oblasti komunikace a práce s dítětem. Může také sestavovat individuální plán pro rodinu a dítě, ukázat možnosti, jak využít kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Zahrnuje i vhodné zařazení sluchově znevýhodněného dítěte do vzdělávacího zařízení (Šedivá, 2006). L. Yarrow doporučuje systém pěti vývojových kroků. Tento systém je možné uplatnit pro sluchově znevýhodněné dítě. Prvním krokem je, aby si dítě vytvořilo hranice mezi sebou samým a prostředím, které ho obklopuje např. pomocí smyslového vnímání. Druhým krokem je založení zrakového kontaktu s druhou osobou a schopnost dítěte rozpoznávat živé obličeje od předmětů. Do třetí etapy patří důsledné rozlišování „já“ ve vztahu k blízkým a známým osobám. Čtvrtým bodem je sebeuvědomění s následným ověřováním existence a zpětné vazby. Poslední pátou fází je poznání matky jako blízkého člověka, kterého dokáže již využít, v důsledku čehož opět vzniká zpětná vazba (Potměšil, 2007b).

V předškolním věku jsou sluchově znevýhodněné děti přijímány do speciálních mateřských škol. Dítě si již začíná uvědomovat svoji rozdílnost a dochází k odlišování slyšících od sluchově postižených. V této souvislosti začíná dítě chápat svoji závislost

na podpoře slyšících dospělých při hrách se slyšícími spolužáky (Potměšil, 2007b). V souvislosti se sebereflexí je vhodné, aby bylo dítě schopno s podporou popsat a charakterizovat předmět či jev ve svém okolí. Potměšil (2007b) se dále domnívá, že pro sluchově znevýhodněné dítě je důležité postupné zvládnutí analyticko-syntetického procesu, na který by mohlo být následně navázáno. Je žádoucí vytvořit i základní pojmy pro vyjádření některých charakteristických rysů jako např. vysoký, nízký, malý. Není žádnou výjimkou, že u sluchově znevýhodněných dětí bývá přijatelný odklad školní docházky o jeden rok, ve výjimečných a odůvodněných případech je možné ještě prodloužit nástup do školy o další rok. Někteří rodiče mají snahu si vymoci další odklad školní docházky, protože se bojí, aby jejich dítě v nějakém ohledu nesehalo, nebo předpokládají, že bude poté moci navštěvovat běžnou základní školu (Šedivá, 2006).

V období školního věku je obvyklé, že děti mají nedostatky v oblasti komunikačních schopností, ale i v jiných oblastech vývoje (Potměšil, 2007b). Nástup do školy pro děti znamená obecně zlomovou situaci, pro některé jedince přináší získání mnoha nových poznatků, ale znamená i začátek povinností. O zařazení sluchově postiženého dítěte do školy rozhoduje ředitel a podaný návrh SPC. Následuje pedagogicko-psychologické vyšetření a po dohodě s rodiči se rozhodne, kam bude dítě umístěno. Zařazení dítěte do běžné školy v místě bydliště má nesporné výhody, protože jedinec má zkušenosti a pracuje se svými slyšícími spolužáky. Dítě by mělo bez nadměrné domácí přípravy udržet tempo se třídou a spolupracovat při hodinách s vrstevníky. V našem vzdělávacím systému je možné využívat tlumočníka či asistenta, i když to u nás zatím není tak běžné. U škol pro sluchově znevýhodněné je tomu jinak, žáci bývají vyučováni v malých třídách s nejvyšším možným počtem 8 - 10 dětí. Při výuce využívají spoustu vizuálních pomůcek. Učitelé mají odpovídající speciálně pedagogické vzdělání, žáci mají povinné hodiny logopedické péče a někde se vyučují hodiny komunikace ve znakovém jazyce. U některých škol jsou k dispozici internáty rodinného typu, kde jsou bytováni v malých skupinkách se spolužáky a zkušenými vychovateli (Šedivá, 2006).

1.4 Vzdělání sester na našem území

Počátky českého ošetrovatelství se dají zmapovat již v 10. století za vlády knížete Boleslava (935 – 967). Na území hlavního města Prahy se objevily první hospice, sloužící jako útulky pro chudé občany, ve kterých se o tyto lidi staraly civilní sestry a zajišťovaly jim základní potřeby. Tyto špitály zakládaly vedle klášterů i náboženské řády a měly spíše charitativní než léčebnou funkci. První klášter stával v místě dnešního Mariánského náměstí. Počet takových zařízení nejvíce vzrostl v období 13. a 14. století. V tehdejší době se nejednalo o profesionální ošetrovatelství, ale spíše o laickou pomoc trpícímu člověku. Dnes je tomu jinak. Vzdělávání dělíme na pregraduální a postgraduální. První pregraduální studium zahrnuje vyšší odborné školy a také vysoké školy v bakalářských programech. V druhém postgraduálním vzdělávání se můžeme vzdělávat na vysokých školách v magisterských a doktorských programech. Patří sem i specializační a celoživotní vzdělávání (Plevová, 2011).

1.4.1 Historický vývoj vzdělávání sester na našem území

Za zakladatelku ošetrovatelství u nás je považována Anežka Přemyslovna. Zasloužila se o vznik několika klášterů, prvním byl v roce 1233 klášter U sv. Haštala. Založila také Řád křížovníků, pro který vypracovala pravidla péče o chudé a nemocné. Karel IV. založil v roce 1348 Karlovu univerzitu, na níž byla i lékařská fakulta. To mělo značný vliv na úroveň hygieny v 15. a 16. století a zvyklosti magického léčitelství. Od roku 1620 bylo zajišťováno ošetrovatelství prostřednictvím Milosrdných bratří v oblasti na Františku. Tento řád se staral hlavně o chudé, tělesně i duševně nemocné. O řádu Milosrdných bratří je známo, že si vychovával svoje ošetrovatele a nadaným žákům umožňoval působení na lékařských školách (Plevová, 2011).

Od poloviny 18. století byly na našem území zakládány první všeobecné nemocnice. Za nejstarší nemocnici je u nás považována Nemocnice Na Františku v Praze. První všeobecná nemocnice byla založena roku 1785 v Brně, roku 1787 v Olomouci a roku 1790 v Praze. Pozadu nezůstává rozvoj ani porodnic, které byly nejdříve založeny v Brně a v Olomouci v roce 1787. V Praze roku 1842 byla vybudována první dětská nemocnice – byla německá (Kutnohorská, 2010). Opatrovníci

a opatrovnice, kteří se starali o nemocné, ale i o úklid, to činili bez předchozího ošetrovatelského vzdělání. V necírkevních zařízeních zaujímal ošetrovatelský personál nejnižší post ze zdravotnických pracovníků. Pracovali tam za velmi nízké ohodnocení, spali s nemocnými v pokoji, neměli žádný soukromý život a z nemocnice směli odejít pouze na tzv. propustky, někdy byli dokonce nazýváni hlídači (Plevová, 2011).

V roce 1916 vznikla Státní dvouletá ošetrovatelská škola. Ta získala vysokou úroveň díky americkým sestřím, které do Prahy pozvala Alice Masaryková. Dále byla v roce 1937 zřízena Státní ošetrovatelská škola v Moravské Ostravě. Vzdělávání pokračovalo i za období druhé světové války. V roce 1946 bylo na našem území 28 škol pro ošetrovatelky, dvě z toho byly zaměřeny na ošetrování kojenců a dětí. Odborné vzdělání bylo nutné zvýšit, a proto vznikla Vyšší odborná škola pro sestry. Rozvoj medicíny se zasloužil o specializaci sester v oblasti diabetologie nebo o práci v laboratořích (Farkašová a kol., 2006).

V roce 1960 bylo otevřeno vysokoškolské studium na Karlově univerzitě v Praze určené hlavně pro vyučující ošetrovatelských předmětů. Značným pokrokem se stalo v roce 1960 založení Střediska pro vzdělávání dalších zdravotnických pracovníků, v současné době ho nalezneme pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Počátkem 90. let došlo ke změně ve vzdělávání. Vzniklo pomaturitní kvalifikační studium v oboru všeobecná sestra v denní, dálkové i večerní formě, určené pro zájemce s úplným středním všeobecným nebo odborným vzděláním. Další formou bylo vysokoškolské denní bakalářské studium v oboru ošetrovatelství, určené pro absolventy střeňích škol s maturitou a také jako studium při zaměstnání sester z praxe. Vyšší odborné tříleté denní studium na vyšších zdravotnických školách se otevřelo pro další zájemce ze středních škol. I zde je pro přijetí podmínkou středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Absolventi po úspěšném ukončení nesou označení diplomovaný specialista (DiS). Úplné střední odborné studium v oboru všeobecná sestra, které doplňovalo předcházející nabídku studia, se v roce 2004 se vstupem do Evropské unie zrušilo, protože neodpovídalo požadovaným kritériím (Farkašová a kol., 2006). Plevová (2011) uvádí, že jako poslední studium na úplné střední odborné škole v oboru všeobecná sestra, ukončili

studenti v roce 2007. Od školního roku 2004/2005 jsou ke studiu přijímáni studenti pro obor zdravotnický asistent. V roce 2005 se možnosti dále rozšířily o zdravotnická lycea. Lycea nabízejí studium dvou cizích jazyků a také prohlubování znalostí ve všeobecných vzdělávacích předmětech. Ve 3. ročníku si mohou žáci vybrat předměty se specializací na klinické lékařské a ošetrovatelské obory nebo technické či laboratorní obory (Kutnohorská, 2010).

1.4.2 Současné vzdělávání sester

V současné době patří všeobecné sestry mezi tzv. regulovaná povolání. Do této skupiny spadají i další zdravotnická povolání, jejichž výkon je spojen s možností ohrožení zdraví a životů jiných lidí, jsou to např. lékař, zubní lékař, farmaceut. Regulace se v tuto chvíli řídí mnoha normami, jednou z nich je např. zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Plevová a kol., 2011).

1. 4. 2004 vznikl na našem území Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Zdravotníci zapsaní v registru jsou držitelé Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Cílem registrace je ochrana veřejnosti, ta spoléhá na celoživotní vzdělávání, průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí a způsobilosti, vedoucí ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče (Plevová a kol., 2011)

Sestry se mohou dále vzdělávat v rámci specializačního vzdělávání na akreditovaných zařízeních, což můžeme označit jako jednu z forem celoživotního vzdělávání. Každé studium končí složením atestační zkoušky před atestační komisí. (MZČR, 2010). Sestry z otorinolaryngologických, audiologických či jiných pracovišť provádějící audiometrické vyšetření, mají možnost se vzdělávat v rámci Certifikovaných kurzů v audiometrii v rámci projektu nelékaři (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2010).

1.5 Dětské oddělení a charakteristika práce sestry

„*Dětské lékařství (pediatrie) je obor, který se zabývá péčí o dítě od narození do 18 let věku. Náplní pediatrie je péče o dítě ve zdraví i nemoci (prevence, diagnostika, léčba a prevence)*“ (Nejedlá, Svobodová a Šafránková, 2004, s. 186). Zdravotnická péče je poskytována prostřednictvím ambulancí, hospitalizací a ozdravných pobytů. S ambulantní péčí přicházíme do kontaktu v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost a ve speciálně pedagogických ordinacích. Péče prostřednictvím hospitalizací probíhá na dětských a novorozeneckých odděleních nemocnic. V poslední řadě se jako hospitalizace dají označit i pobyty v dětských léčebnách a ozdravných, kojeneckých ústavech a v mnoha dalších. Ošetrovatelská péče se poskytuje stejně u dospělých i u dětí prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Nejedlá, Svobodová a Šafránková, 2004).

Charakteristika práce sestry na všech úsecích dětského oddělení je odlišná. Na dětské ambulanci sestra vykonává všechny potřebné činnosti týkající se přijetí, čekání, vyšetření a léčby dítěte. Je zde důležitá její spolupráce s rodiči. Ve specializovaných ordinacích sestra asistuje lékaři či může některá speciální vyšetření provádět sama. Ambulantní ordinace jsou součástí nemocnic a probíhá na nich příjem dětských pacientů (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004). Dětská oddělení nemocnic bývají rozdělena na tři stanice. Těmi jsou novorozenecká oddělení, oddělení kojenců a batolat a posledním úsekem je stanice větších dětí. Ve většině nemocnic jsou při nich také zřizovány odborné poradny např. kardiologie, gastroenterologie, neurologie a jiné (Sedlářová a kol. 2010). Na novorozeneckém oddělení probíhá také péče o matku v šestinedělí, během které ji učí správnou manipulaci s dítětem, ošetrovatelskou péčí a techniku kojení. Při poskytování ošetrovatelské péče na oddělení malých dětí je důležité věnovat pozornost bezpečnosti dítěte. Sestra se snaží zabezpečit mnoho věcí, které by mohly dětskému pacientovi k uzdravení pomoci a snaží se zabránit tomu, aby dítě na oddělení nebylo nešťastné, pokud je tam například bez matky. Na odděleních větších dětí jsou hospitalizováni pacienti ve věku 3 až 18 let. Součástí bývá herna. Zde může probíhat jak výuka mateřské školy, tak si zde mohou dětští pacienti hrát. Pro větší děti je zřízená učebna sloužící k výuce učitelů ze základní školy. Pro sestru je důležité vyvolat u dětí pocit důvěry. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči

i v léčebných zřízeních, ty se dají rozdělit na denní pobytová, do kterých spadají jesle a denní stacionáře a na dlouhodobá pobytová zařízení, kterými jsou Kojenecké ústavy a dětské domovy nebo Ústavy sociálního zabezpečení (Nejedlá, Svobodová a Šafránková, 2004).

Při poskytování zdravotní ošetrovatelské péče je důležité, aby sestry pracující nejen na dětském oddělení znaly a dodržovaly metodu ošetrovatelského procesu. Ten poskytuje pracovníkům organizovaný a systematický přístup k dítěti a jeho doprovodu. Jeho prostřednictvím je možné poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte (Sedlářová a kol., 2008). Ošetrovatelský proces je z teoretického pohledu systémová teorie využívaná jako platný postup. Z praktického hlediska se jedná o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče se záměrem změnit zdravotního stavu pacienta. V České republice má ošetrovatelský proces pět fází. Začíná zhodnocením pacienta, pokračuje přes diagnostiku, plánování, realizaci a končí vyhodnocením (Tóthová, 2009).

Kompetence dětských sester jsou legislativně vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Činnost dětských sester vychází jak ze speciální úpravy § 57 této vyhlášky, tak z § 54, jehož ustanovení se vztahují na činnost všeobecných sester se specializovanou způsobilostí obecně (Příloha 4, 5) (Vyhláška MZČR, 2011).

1.6 Kompenzační pomůcky pro sluchově znevýhodněné

Kompenzační pomůcky umožňují sluchově znevýhodněným pacientům překonávat problémy v oblasti komunikace, jedná se hlavně o pomůcky na principu zesilovacích elektroakustických přístrojů. Někteří sluchově znevýhodnění lidé tyto pomůcky vůbec nepoužívají. Důvodem může být to, že si nechtějí přiznat své postižení a přijmout pomoc. Další příčinou bývá, že používání upozorní na dané postižení okolí, to pak může následně ovlivnit svůj postoj vůči němu. Jiní pacienti po používání kompenzační pomůcky nezaznamenali žádné zlepšení. Příčinou mohlo být špatné užívání pomůcky či její nesprávný výběr (Horáková, 2012).

1.6.1 Sluchadla

Maixnerová popisuje sluchadlo jako miniaturní zesilovač zvuku, který vede ke zvyšování kvality života nedoslýchavých. Tato kompenzační pomůcka se skládá z mikrofону, jenž zachytí zvukové vlny a změni je na elektrický signál. Další součástí bývá mikročip s digitálním zesilovačem, s jeho pomocí se upravuje a zesiluje zvuk. Poslední součástí je reproduktor přeměňující zesílené signály na zvuk. Součástí sluchadel také bývá indukční cívka, díky které je uživateli umožněn příjem řeči nebo hudby, bez přítomnosti okolního hluku. Regulátorem si může nedoslýchavý zvýšit hlasitost sluchadla. Některá sluchadla bývají také vybavena vypínačem (Maixnerová, 2010). Současná digitální technologie umožňuje sluchadlům zprostředkovat více přirozený zvuk, identifikovat a upřednostnit určité vstupy (např. pro zesilování požadovaných zvuků, jako lidské řeči a zároveň snížit ty nežádoucí, jako jsou typy hluku na pozadí) a mohou prakticky eliminovat zpětnou vazbu (např. pískání u starších přístrojů). V dnešní době fungují jako miniaturní počítače a jsou schopny interakce s jinými elektronickými zařízeními, jakými jsou chytré telefony, mp3 přehrávače či televize (AFA, 2013).

Pro sluchově znevýhodněné jsou k dispozici různé druhy sluchadel. Může jím být např. kapesní sluchadlo, pro které je největší nevýhodou jeho velikost, omezení uživatele při nošení a přenos šelestů z oblečení. Toto sluchadlo dnes patří k nejméně užívaným. Dalším typem sluchadla je závěsné, jak už z názvu vyplývá, zavěšuje se za ušní boltec. Pro klienty přináší výhodu ve snadné obsluze a menší nápadnosti. Pohybovou volnost, kvalitu poslechu a malou velikost zajišťuje nitroušní sluchátko. Vkládá se přímo do ucha, a proto je pro pacienta náročnější na ovládání a manipulaci. Není vhodné pro děti, protože se během jejich růstu mění velikost boltce a bubínku. Posledním typem je brýlové sluchadlo, které se neliší od běžných brýlí. Pro uživatele je důležité, aby mu s pomocí sluchadla bylo umožněno co nejlepší slyšení a rozumění řeči, proto je vždy nastaveno pro konkrétní osobu (Houdková, 2005).

Bouček (2012) popisuje kompenzační pomůcku BAHA (Bone – Anchored Hearing Aid), tedy do kosti ukotvené sluchadlo. Přístroj přeměňuje zvuky na vibrace přenášené na kost lebky. Přenos je možný díky ukotvení titanového implantátu do kosti v oblasti

retroaurikulární krajiny, ze které jsou vibrace generovány, procesorem přeneseny na kost lebky a tak až na tekutiny vnitřního ucha. Implantát BAHA je doporučován k řešení převodních a smíšených vad, pokud není účelné využít běžná sluchadla. U těchto typů vad je sluchadlo hrazeno zdravotní pojišťovnou. Implantát je také určen pro člověka s jednostrannou hluchotou, oproti předchozím vadám si ho ale znevýhodnění lidé musí hradit ze svých prostředků. Jednostranně hluchým pacientům implantát zprostředkovává zvuky z hluché strany a tím jim umožní rozumět v hlučném prostředí. U implantátu BAHA došlo k velkému rozšíření, z údajů v roce 2010 vyplývá, že jej celosvětově používá přes 80 tisíc pacientů.

1.6.2 Kochleární implantáty

Kochleární implantát má velký význam pro člověka s poruchou sluchu. Slouží jako funkční smyslová náhrada pro pacienty s velmi vážnou oboustrannou senzoneurální poruchou sluchu. Jeho funkce přímo spočívá v tom, že stimuluje vlákna sluchového nervu elektrickými impulzy. Skládá se ze dvou částí, z vnitřní a vnější. Vnitřní část obsahuje přijímač, který je umístěn pod kůží za uchem a svazek elektrod ústící do hlemýždě. Vnější část je tvořena řečovým procesorem a vysílací cívkou. Řečový procesor kóduje zvuk a posílá ho do vysílací cívky, ta vysílá signál přes kůži do vnitřní části implantačního systému. Pro dětské pacienty se používá nejčastěji implantační systém krabičkového procesoru, může se nosit v malém batůžku či na opasku. Na rozdíl od toho závěsný procesor se nosí za uchem jako sluchadlo (Hronová a Hudáková, 2005).

Před samotnou operací se musí provést vyšetření, které je zpravidla dvoufázové. V první fázi se provede foniatrické, audiologické, psychologické a logopedické vyšetření. Při nich jsou posuzovány sluchové vady a jejich dopad na mluvenou řeč a jazyk. Hodnotí se také vlastnosti a dovednosti kandidáta, u malých dětí se zkoumá schopnost spolupráce rodičů při rehabilitaci, naopak u větších dětí se posuzuje motivace pro nošení vnější části kompenzační pomůcky. Po implantaci je důležitá sluchová rehabilitace. Pro děti neslyšící od narození nebo děti ohluchlé brzo po narození je

rehabilitace náročnější a trvá většinou několik let. U lidí nebo starších dětí, u kterých se vada objevila až postlingválně, to tak složité není (Hronová a Hudáková, 2005).

Na stránkách americké asociace jsou zveřejněny obecně dohodnuté podmínky, kteří dětští pacienti jsou vhodní pro kochleární implantáty. K implantaci u dětských pacientů dochází např. při hluboké ztrátě sluchu u obou uší, pokud je pro ně přínos sluchadla omezený, nemají žádné zdravotní potíže, které by výkon znemožňovaly, ztratily sluch po vývoji řeči a jazyka (ASHA, 2011).

V České republice se od roku 1993 rozvíjí program kochleárních implantací u dětí. Od té doby došlo k vylepšení jak technologického provedení implantátu a řečového procesoru, tak i samotné provedení operace. Kochleární implantát nefunguje na principu zesílení zvuku jako sluchátko, ale na speciálně kódovaném zvukovém podnětu, který je poté převeden elektrickou cestou ke sluchovému nervu. Tato pomůcka je vhodná pro osoby, které ani s použitím sluchátka nerozlišují po určitém časovém odstavu zvuky řeči (Svobodová, 2005).

1.6.3 Další pomůcky užívané lidmi se sluchovým postižením

Tyto pomůcky se dají rozdělit na dvě skupiny. První transformují zvukové podněty na vibrace nebo světelné signály. Nejčastěji se jedná o signalizační zařízení, kterými jsou různé druhy vibračních a světelných budíků. Druhý typ usnadňuje pacientům přijímání informací pomocí televize, kde je k dispozici teletext, některé programy nabízejí skryté titulky. Dalšími prostředky mohou být internet či mobilní telefony (Horáková, 2011).

Mnoho internetových stránek nabízí široké spektrum produktů pro neslyšící. Často jsou k dispozici různé vysílače, které jsou schopné snímat např. domovní, bytový zvonek, mobilní telefon či klepání na dveře. Nabízejí také různá příslušenství do sluchadel, jako jsou baterie, nabíječky baterií, ale i věci na údržbu např. čistící spreje. Dostupné jsou i pomůcky na ochranu sluchu např. sluchovka vybavená světelnou signalizací pro různou úroveň zvuku. Nejsou výjimkou ani vzdělávací materiály obsahující kurzy znakového jazyka nebo různé filmy ve znakovém jazyce (Unie neslyšících Brno, 2011).

Je možné získat finanční příspěvek na zvláštní pomůcku. Minimální věk pro získání finančního obnosu je 1 rok, výjimku tvoří příspěvek na úpravu bytu, ten se poskytuje osobám starším 3 let a finanční příspěvek na vodícího psa je poskytován osobám od věku 15 let. Výše částky na jednotlivou pomůcku činí 350 000,-Kč, ta může maximálně dosahovat 90% z předpokládané nebo již zaplacené ceny. Pokud nastane situace, že znevýhodněný člověk nemá dostatek finančního prostředků, je v pravomoci krajské pobočky Úřadu práce určit nebo snížit spoluúčast, pro kterou je nejnižší stanovená hranice 1000,- Kč. Pokud je nutné určit vyšší spoluúčasti, bere se ohled na četnost využívání pomůcky, příjmy žadatele, příjmy dalších společně posuzovaných osob a celkové sociální a majetkové poměry. Maximální limit součtu vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku činí 800 000,- Kč, v 60 po sobě jdoucích kalendářních měsících. Do této celkové částky je započítán i příspěvek na motorové vozidlo. Příspěvek na zvláštní pomůcky se řídí zákonem č.329/2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (Poradenské centrum při Svazu neslyšících a nedoslýchavých v ČR, 2011).

1.7 Komunikace

Kolektiv autorů pod vedením Jiřího Krause definuje komunikaci jako „*přenos nerůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů za použití různých komunikačních medií, zejména prostřednictvím jazyka*” (Kraus, 2005, s. 426). Řeč slouží jako prostředek dorozumívání mezi lidmi. Lidská řeč má velký vliv na rozvoj poznávacích procesů, ale i na socializaci člověka. Komunikaci probíhá na verbální a nonverbální úrovni. Za verbální se považuje slovní, mluvená nebo psaná řeč, do nonverbální komunikace se řadí gesta, mimika, haptika a mnoho dalších (Přinosilová, 2007).

1.7.1 Komunikace s vadami s vrozenou a získanou vadou sluchu

Komunikace s osobami s vrozenou i získanou sluchovou vadou se od sebe liší. Prelingválně vzniklá sluchová vada znamená pro dítě překážku v jeho psychomotorickém vývoji. Takový jedinec omezeně vnímá zvukové podněty okolo

sebe, neslyší hovor ostatních lidí, nevytváří si předpoklady pro rozvoj řeči a s tím přímo souvisí i rozvoj myšlení. Pro takového jedince je významná včasná diagnostika, ta je v současné době uskutečňována prostřednictvím rané péče. Většinou bývají první rodiče, kteří mají podezření, že s jejich dítětem není něco v pořádku. Obvykle při těchto domněnkách vyhledají odbornou pomoc. Pro vyloučení sluchové vady se provádí vyšetření foniatrické, doplněné neurologickým vyšetřením. Pokud se obavy potvrdí, je důležitá další odborná péče. Pro takto znevýhodněné dítě je důležité, aby se vybraný komunikační prostředek učilo i nejbližší okolí. Vzdělání je pro sluchově znevýhodněné zajišťováno prostřednictvím speciálních škol pro děti s vadami sluchu. Děti s tímto handicapem mívají omezenější slovní zásobu. Jejich řeč bývá špatně srozumitelná, z tohoto důvodu se objevují potíže při navazování kontaktu se slyšícími osobami. Obtížněji se orientují v běžných sociálních situacích, často jsou velmi fixováni na nejbližší osobu, potřebují více haptický kontakt. S dítětem se musí jednat tak, aby mělo pocit samostatnosti a cítilo se sebevědomě. V dospělém věku bývá složitější zařadit handicapované do pracovního procesu. Lidé s poruchami sluchu bývají dobře manuálně zruční, vykonávají povolání např. jako krejčí, strojní mechanici či pracují v keramické oblasti. V současné době dochází k rozšiřování pracovních i studijních možností, lidé s tímto handicapem mají možnost studovat na vysokých školách. Mohou pracovat i jako asistenti ve školách se speciálními potřebami nebo zubní laboranti (Pokorná, 2010).

Komunikace s osobami se získanou sluchovou vadou, není tak obtížná jako u vrozených vad, protože má jedinec již osvojenou řeč, její gramatickou stavbu, někdy v závislosti na věku již umí číst a psát. Oblast psychomotorického vývoje také nebývá narušená do takové míry jako u vrozených poruch. Pokud jde o psychickou stránku člověka, nastává již větší problém. Mohou se objevit obtíže při hodnocení sebe sama, pocity izolovanosti vedoucí až k depresím. Pro takto handicapované nastává velká změna při komunikaci s okolím, najednou nemohou být přítomni běžných hovorů, z tohoto důvodu mohou mít pocit, že se hovoří o nich. Velmi často dochází k narušování sociálních vazeb i mimo rodinu. Jedinec se musí začít učit odezírat a učit se znakovou řeč. Většinou se objevují obtíže s pracovním zařazením v zaměstnání,

to vede k ještě větší izolovanosti a osamění znevýhodněné osoby. Značný rozdíl v chování lze pozorovat u lidí, kteří jsou viníky své poruchy, těmi mohou být např. lidé, kteří při svém zaměstnání nepoužívají ochranné pomůcky, osoby s neléčenými opakovanými záněty středouší či úrazy po manipulaci s výbušninou. Takoví jedinci bývají často agresivní, hledají viníka svých problémů a odmítají se smířit s danou skutečností. Takto znevýhodnění lidé bývají často považováni za jedince s nižším intelektem nebo za méně komunikativní členy společnosti (Pokorná, 2010).

1.7.2 Způsoby komunikace osob s těžkým sluchovým znevýhodněním

V současné době se nabízí několik náhradních přístupů a metod komunikace, jednou z nich je znakový jazyk. Znaková řeč vychází ze systémů pohybů, hlavně gest rukou, pohybových a mimických prvků. Sluchově znevýhodněným napomáhá tento způsob ke snadnému a souvislému dorozumívání, kdežto pro zdravého člověka je tento jazyk naprosto nesrozumitelný. Znevýhodnění lidé se pomocí znakového jazyka dovedou dorozumět i v mezinárodním prostředí. Znakový jazyk je pro handicapované přirozeným komunikačním prostředkem (Slowík, 2007a). Pro tento systém komunikace je nejmenší významovou částicí znak, který obsahuje jak část manuální, tak nemanuální. Manuální složka charakterizuje místo, kde je znak předveden, tvarem ruky tvořící daný znak a pohybem znakující ruky či rukou. Mezi další manuální částice znaku se řadí orientace dlaně a prstů, vzájemná poloha rukou a kontakt s tělem. Za nemanuální složku se považuje zejména gestikulace a mimika doplněné nonverbálními způsoby komunikace. Pro znakový jazyk jsou tyto nemanuální prvky důležitým faktorem, který může změnit obsah sdělení (Horáková, 2012).

Horáková (2012) ve své publikaci *Surdopedie* uvádí další způsob komunikace, tím je znaková čeština. Jedná se o způsob komunikace využívající gramatické prostředky češtiny, buď hlasitě, nebo bezhlasně artikulované. Současně se slovy jsou pomocí pohybu a postavením rukou předváděny znaky mající základ v českém znakovém jazyce. Tento způsob komunikace upřednostňují odezírající lidé, protože při dorozumívání s druhými se soustředí hlavně na ústa a pohyby rukou jsou brány spíše jako doplňkové.

Mezi alternativní druhy komunikace se také řadí orální metoda. V historii se vedly spory mezi zastánci znakového jazyka a obhájci orální koncepce o její efektivitě. Ta zastává názor, že člověk se sluchovým postiženým by si měl osvojit běžně mluvenou i psanou podobu řeči, aby byl schopen co nejlépe žít ve společnosti. Podmínkou je užívání zřetelně mluvené řeči a přijatelná dovednost neslyšící osoby odezírat mluvenou řeč od jiného člověka. Pro doplnění se může také použít daktylní (prstová) abeceda. Náročné ovšem bývá naučit se dobře odezírat a spleť jazykový systém lidí běžné společnosti. Do jaké míry dovedou neslyšící odezírat, závisí na mnoha faktorech např. na osvětlení mluvčího, na dobré artikulaci druhé osoby, na dostatečně vhodné vzdálenosti, na tempu mluvené řeči či na doplňkových prvcích, kterými jsou gestikulace a mimika (Slowík, 2007a).

Dalším způsobem komunikace pro neslyšící pacienty je bilingvální metoda. Bilingvismus je znalost a využívání znakového jazyka a mluveného jazyka většinové společnosti země, v níž žijí. *Bilingvální vzdělávání neslyšících vychází z názoru, že sluchově postižený by měl nejprve zvládnout znakový jazyk jako jazyk mateřský (neslyšící děti neslyšících rodičů) nebo jazyk první (neslyšící děti slyšících rodičů) a jazyk většinové společnosti (nebo některou z jeho forem) jako jazyk druhý“* (Šedivá, 2006, s. 41 - 42). Zásadní podmínkou pro zavedení bilingválního přístupu je uznání znakového jazyka jako plnohodnotný a rovnocenný jazyk. Názory některých autorů na bilingvální vzdělávání se zcela liší. Pro jedny je důležité, aby se handicapované dítě nejprve naučilo znakový jazyk, ten pro ně bude jazykem mateřským a poté jazyk většinový jen do podoby, kterou je dítě schopno zvládnout. Tomu se říká sukcesivní forma bilingvismu. Druzí obhajují názor, že znevýhodněné dítě se současně učí znakovému jazyku i jazyku mluvenému. Tento způsob vzdělávání se nazývá simultánní forma (Šedivá, 2006).

Mezi komunikační přístupy také patří totální komunikace. Cílem je zajistit efektivní komunikaci sluchově znevýhodněným osobám i mezi nimi navzájem. Tento způsob dorozumívání nabízí z metodologického hlediska využití všech komunikačních nástrojů mezi sluchově znevýhodněnými a slyšícími lidmi. Je tedy žádoucí, aby slyšící i sluchově znevýhodnění používali řeč, znaky, daktylní abecedu a českou syntax.

U sluchově handicapovaných se očekává využívání zbytku sluchu a možnost odezírání mluvené řeči. Totální komunikace znamená velký přínos pro pedagogiku sluchově znevýhodněných, ve srovnání s výsledky orální metody se ukázalo, že totální komunikace má pozitivní dopad na žáky (Potměšil, 2007a). Slowík (2007a) uvádí, že na našich školách pro sluchově postižené žáky je nejrozšířenějším přístupem metoda totální komunikace.

1.7.3 Zásady správného jednání v komunikaci s lidmi se sluchovým postižením

O sluchově znevýhodněných lidech existuje mnoho mýtů a polopravd. Někteří lidé dělají ukvapené závěry o člověku nereagujícím příliš rychle a s přijatelným porozuměním. Domnívají se, že oplývají nižší inteligencí. Někteří lidé používají pro sluchově znevýhodněné osoby chybné označení, velmi často bývají pojmenováni jako hluchoněmý. Toto název je ale významově nesprávný a uráží je. Mnoho osob, které se setkávají se sluchově handicapovanými, má sklon zesilovat hlas ba až dokonce křičet, u mnoha lidí je to ale bezvýznamné, protože se tím jejich porozumění nezlepší. Jiní lidé se naopak mylně domnívají, že sluchově postižený člověk nepostřehne, co se říká třeba šeptem, je ale na omylu, protože někteří umí dobře odezírat. Velkou chybou je, pokud budeme hovořit k nedoslýchavému člověku v okamžiku, kdy k nám stojí zády či se na nás nedívá. Pokud neslyšící člověk přichází s tlumočnickem, velmi často se stává, že následující hovor je veden pouze s ním a handicapovaný je obcházen. Dalším velmi častým mýtem je, že neslyšící lidé jsou z důvodu neschopnosti vnímat hudbu anebo poezii trvale ochuzeni o kulturní a duchovní zážitky. Někteří lidé jsou přesto schopni vnímat hudbu pomocí zvukových vibrací (Slowík, 2010b).

Na stránkách všeobecné zdravotní pojišťovny se nachází desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením. Obsahuje celkem deset bodů a dává návod, jak jednat se sluchově znevýhodněným člověkem. Některé z nich již ve své publikaci popisuje Slowík (2007b). V nich se dále při komunikaci s neslyšícím člověkem doporučuje udržovat neustálý oční kontakt po celou dobu komunikace. S každým sluchově znevýhodněným je důležité se zprvu domluvit, jakou komunikační metodou s ním budeme komunikovat např. mluvit, psát či odezírat. Pokud se stane sluchově

znevýhodněný člověk pacientem, u kterého je nutné provést nějaké ošetření nebo vyšetření, je nutné mu vysvětlit průběh vyšetření a jaká spolupráce od něj bude potřeba. Když se jedná o nějaké důležité otázky ohledně zdravotní dokumentace jako např. zda má alergii, kardiostimulátor anebo jaké užívá léky, je vhodné užít písemnou formu. Pokud pacient používá znakový jazyk, je dobré počkat na příchod tlumočnicka. Poté je vždy důležité se ujistit, zda nám neslyšící pacient rozuměl a zda vše dostatečně chápe. Pokud by při komunikaci došlo k nepochopení mezi znevýhodněným pacientem a zdravotnickým personálem, je důležité k člověku přistupovat s respektem a důstojností jako k pacientovi bez postižení. Je důležité, abychom při komunikaci nebyli netrpěliví, neomezovali komunikaci a snažili se o co nejlepší dorozumění (VZP ČR, 2012).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda jsou sestry pracující v nemocnici na dětském oddělení připraveny na péči o surdopedického pacienta.

Cíl 2: Zjistit úroveň vybavenosti nemocnic pro péči o surdopedického pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Kde se mohou vzdělávat sestry pracující na dětském oddělení o nejnovějších metodách a pomůckách vhodných při péči o surdopedického pacienta?

VO 2: Jaké jsou zkušenosti sester s hospitalizací surdopedického pacienta na dětském oddělení?

VO 3 : Jaké surdopedické pomůcky má k dispozici dětské oddělení?

VO 4: Na jaké úrovni spolupracují nemocnice se speciálními pedagogy?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření

K získání potřebných informací bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, prováděné na dětských odděleních, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor tvoří přechodnou variantou mezi strukturovaným a volným rozhovorem. Dotazovaný má hrubý seznam otázek, které musí mít jinak má volné pole působnosti (Bártlová a kol., 2008)

Celkem bylo v rozhovoru se sestrami použito 19 otázek (Příloha 6). První tři otázky se týkaly věku pacienta, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe sestry na dětském oddělení. Dále byl rozhovor zaměřen na zkušenosti sester s hospitalizací surdopedického dítěte. Největší počet otázek se týkal ošetrovatelské péče v souvislosti s připraveností sester, odlišností péče mezi znevýhodněným a zdravým pacientem, komunikací, hrozícími riziky při hospitalizaci a specifickým přístupem u dítěte s naslouchátkem nebo kochleárním implantátem. Další dvě otázky zjišťují zkušenosti, znalosti a příležitosti v oblasti znakového jazyka v rámci vzdělávání. V rozhovoru jsou také uvedeny tři otázky týkající znalostí kompenzačních pomůcek, které jsou vhodné pro oddělení a zda sestry znají moderní technologie, jenž je možné využít u sluchově znevýhodněných, a některé z nich využívají.

Výzkumné šetření probíhalo na jednotlivých odděleních třech různých nemocnic v měsících leden a únor 2014, z toho dvě nemocnice byly nemocnicemi Jihočeského kraje a jedna Středočeského kraje. Rozhovory probíhaly po předchozím svolení hlavních sester nemocnic.

V práci je použita metoda kvalitativního výzkumu, z důvodu že na jeho základě dochází k zevšeobecňování dle subjektivního pojetí a interpretování lidské činnosti, analýza narativních dat induktivním způsobem (Bártlová a kol., 2008).

Sestry souhlasily s rozhovorem, byly obeznámeny, z jakého důvodu rozhovor probíhá a na jaké téma budou otázky pokládány. Sestry si nepřály, aby byl z rozhovorů pořízen záznam, tak byly rozhovory zaznamenány do předem připravených archů, dále

přepsány přímým přepisem v programu Microsoft Office Word 2007, poté zpracovány technikou otevřeného kódování, použitím metody tužka a papír.

Sestry v rozhovorech uváděly pouze identifikační údaje týkající se věku, nejvyššího dosaženého vydělání a délky praxe na dětském oddělení. Rozhovory byly vedeny v uzavřené místnosti s každou sestrou jednotlivě. Z informací, které byly při rozhovoru zjištěny, vzniklo pět kategorií a šestnáct podkategorií. Cílem sběru dat bylo zjistit zkušenosti sester s hospitalizací surdopedických dětí a jejich připravenost na ošetrovatelskou péči u takto znevýhodněných dětí, dispozici kompenzačních pomůcek na oddělení, úroveň spolupráce nemocnice se speciálními pedagogy.

3.2 Postup při analýze rozhovoru se sestrami

Pro zpracování práce byla použita metoda otevřeného kódování. Ta představuje proces, při kterém jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a poskládány novým způsobem (Švaříček a Šed'ová, 2007). Dotazované sestry z dětských oddělení jsou uváděny pod zkratkami S1 až S10.

Po vytvoření kódů byl zvolen další postup, kterým byla technika vyložení karet. Tato technika je považována za nadstavbu nad otevřené kódování, a při ní člověk provádějící výzkum používá kategorizovaný seznam kódů a kategorie, které vznikají přes otevření kódování, následně uspořádá do schémat. Vzniklé schéma, jenž tvoří převyprávěný obsah daných kategorií, následně popíše (Švaříček a Šed'ová, 2007). Na základě rozhovorů vzniklo pět kategorií: Vzdělání sester na dětském oddělení, Zkušenosti sester s hospitalizací surdopedických dětí, Vybavenost nemocnic kompenzačními pomůckami, Úroveň spolupráce nemocnic se speciálními pedagogy a Ošetrovatelská péče, k nim vznikly podkategorie: Kvalifikační vzdělávání, Celoživotní vzdělávání a Možnosti vzdělávání v surdopedii, Zkušenosti s hospitalizovaným znevýhodněným dítětem a Bez zkušeností s hospitalizací, Absence pomůcek na oddělení, Prospěšné pomůcky pro oddělení a Moderní technologie, Spolupráce s běžným pedagogem, Spolupráce se speciálním pedagogem a Zkušenosti se speciálním pedagogem, Připravenost sester na ošetrovatelskou péči, Odlišnost

ošetřovatelské péče, Možnosti komunikace, Rizika a Specifický přístup ošetřovatelské péče.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Do souboru výzkumu bylo zahrnuto 10 sester pracujících na dětském oddělení třech různých nemocnic. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou nemocnicích Jihočeského kraje a jedné nemocnici Středočeského kraje. Vzdělání sester výzkumného vzorku bylo středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské. Z rozhovorů vyplývá, že dotazovaným sestrám bylo v rozmezí 25 až 56 let. Období odpracovaných let se pohybovalo od 5 do 35 let. Tyto sestry byly vybrány záměrně, podmínkou bylo alespoň pět let praxe na dětském oddělení. Na každém ze tří různých oddělení byl rozhovor veden také s vrchní nebo staniční sestrou daného oddělení (Tabulka 1).

Tabulka 1 Identifikační údaje

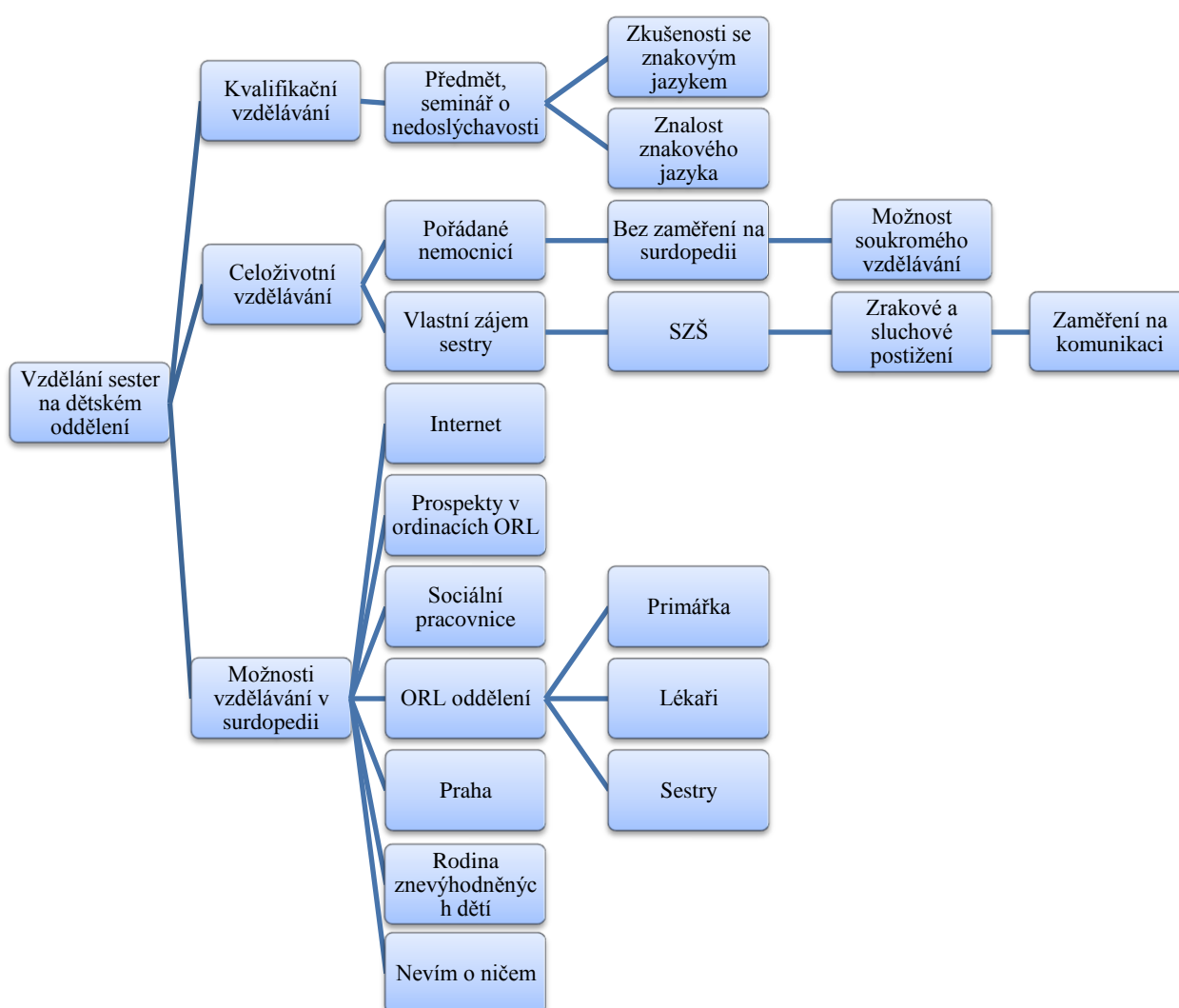
Sestra	Nemocnice v kraji	Věk	Vzdělání	Počet let na oddělení	Pracovní zařazení
S1	Jihočeský	33	VOŠ v Českých Budějovicích	6	Sestra
S2	Jihočeský	25	VŠ v ČB, VŠ Praha	5	Sestra
S3	Jihočeský	54	VOŠ v Brně	35	staniční sestra
S4	Jihočeský	41	SZŠ	19	Sestra
S5	Jihočeský	56	SZŠ	26	Sestra
S6	Jihočeský	40	Gymnázium, nástavba s maturitou	12	vrchní sestra
S7	Středočeský	42	SZŠ, specializace na dorost v Brně	17	vrchní sestra
S8	Středočeský	38	SZŠ	12	Sestra
S9	Středočeský	45	SZŠ, ARIP	18	Sestra
S10	Středočeský	32	SZŠ	8	Sestra

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

4.1.1 Vzdělávání sester na dětském oddělení

Schéma 1 Vzdělávání sester na dětském oddělení



Kategorie Vzdělání sester na dětském oddělení se zaměřuje na formy vzdělávání a znalosti možností dalšího vzdělávání. Výsledky rozhovorů byly podrobně zpracovány. Na základě toho vznikly tři základní podkategorie, kterými jsou Kvalifikační vzdělávání, Celoživotní vzdělávání a Možnosti vzdělávání v surdopedii.

První podkategorie se zaměřuje na kvalifikační vzdělávání sester týkající se problematiky sluchově handicapovaných. Rozhovory byly zaměřeny na předměty a semináře týkající se znakového jazyka v souvislosti se vzděláváním sester ve školách. Všechny dotazované sestry v rozhovorech uvedly, že nemají zkušenosti s předmětem nebo seminářem, který by souvisel s komunikací prostřednictvím znakového jazyka.

Všechny dotazované sestry odpověděly, že nemají zkušenosti se znakovou řečí, pouze S6 uvedla „*občas potkám někoho, kdo se na ulici domlouvá znakovou řečí, ale já ji neumím*“. Dále bylo výzkumné šetření zaměřeno na ovládnutí znakového jazyka, při kterém se zjistilo, že žádná z uvedených sester neovládá znakový jazyk.

Druhou podkategorii tvoří celoživotní vzdělávání, které je nezbytnou součástí povolání sestry. Všechny dotazované sestry uvedly, že nemocnice pořádá školení na různá témata, zároveň se ale ukázalo, že žádná z nich krom jediné se nezúčastnila žádného semináře nebo školení týkajícího se sluchového postižení. S2 na otázku, zda má možnost vzdělávat se v souvislosti s problematikou surdopedických dětí odpovídá „*myslím si, že ne, nevím o ničem*“. S1 až S6 se shodly v tom, že nemocnice pořádá mnoho kurzů, ale žádná z nich se v rámci zaměstnání nezúčastnila žádného, který by se týkal neslyšících. S3 uvádí „*nikdo nám nenabízel žádný seminář, ani nevím o žádném kurzu*“. S7, S9 a S10 se shodují, že nemocnice nepořádá žádné přednášky, semináře nebo kurzy, které by se týkaly neslyšících dětí. S9, ale zároveň uvádí „*nemocnice nepořádá žádné semináře o neslyšících a ani soukromě jsem na žádném nebyla*“. Jediná S8 připouští možnost individuálního vzdělávání o neslyšících „*nebyla jsem na žádném semináři. Od nemocnice nejspíš ne, ale soukromě by to šlo*“.

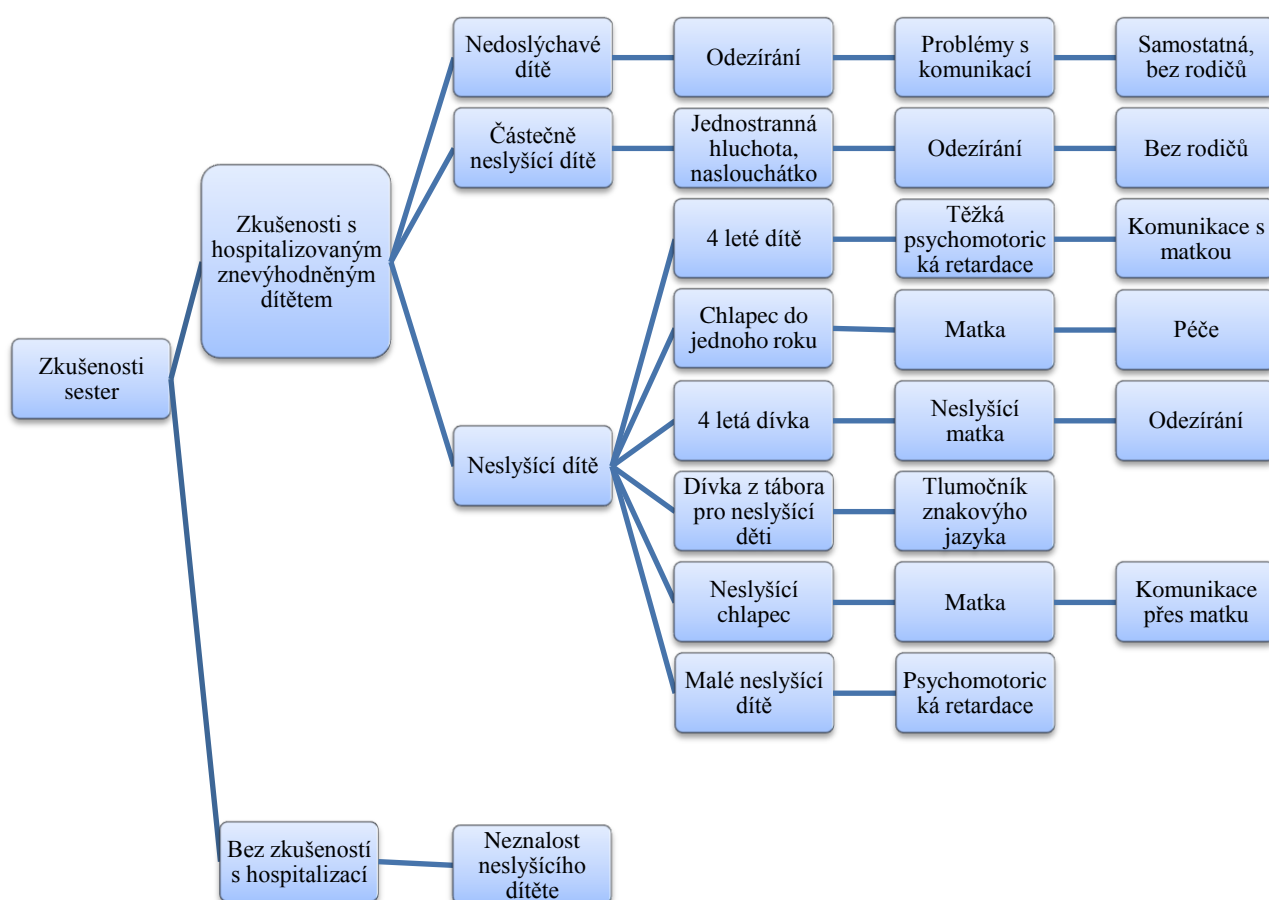
Ve spojení s touto záležitostí pouze jedna sestra uvedla, že měla zájem a před čtyřmi lety se zúčastnila přednášky spojené s nedoslýchavostí. Přednáška probíhala na střední zdravotnické škole. Při rozhovoru S6 uvedla, že se „*nejednalo*

pouze o sluchové postižení, ale i o zrakové, bylo to celé zaměřené hlavně na komunikaci“.

Poslední podkategorie je zaměřená na možnosti vzdělávání v surdopedii. Z rozhovoru vyplynulo, že většina sester by věděla, kde má hledat potřebné informace o dané problematice. Šest z deseti sester zmínilo dvě a více možností o příležitostech vzdělávání. Pouze S1, S6 a S8 zmínily jediný zdroj a to internet. S9 uvedla také pouze internet, ale po doplňující otázce, zda by se ptala na jiných odděleních např. na ORL, odpověděla *„ano, ale nevím, zda by mi pomohli“*. Na základě této odpovědi je patné, že se tato sestra domnívá, že i pracovníci na oddělení, které se touto problematikou zabývá, by také nevěděli o možnostech dalšího vzdělávání. Poslední dotazovaná S10 uvádí jako další možnost vzdělávání následující *„v nějakých letáčkách ordinací ORL a na internetu“*. S5 by v této záležitosti hledala pomoc mimo zdravotnictví a obrátila se na sociální sféru, vyjadřuje se takto *„řešila bych to přes sociální pracovníce, protože jsou ve všech směrech erudované“*. Více sester mělo také společnou odpověď, že by se obrátily na ORL oddělení, některé z nich přímo uvedly, kde by hledaly pomoc, ale každá by šla za někým jiným. Konkrétně S 4 uvedla *„šla bych za rodiči nebo primářkou z ORL, ta je v naší nemocnici nová, přišla k nám z Prahy a jistě by o něčem věděla“*. Na doplňovací otázku, zda by neporadily sestry z ORL, zazněla jednoznačná odpověď *„ne“*. Z toho je patné, že ani S4 si nemyslí, že by sestry z ORL byly nějakým způsobem vzdělané v této oblasti. S2 by se zase ptala lékařů z ORL nebo rodičů dítěte. Jenom S7 uvádí, jako možnost dalšího vzdělávání dvě místa *„v Praze nebo na internetu“*. Z rozhovorů vyplynulo, že většina dětí byla na oddělení hospitalizovaná alespoň s jedním z rodičů, ale pouze S2, S3, S4 by se ptaly rodičů znevýhodněných dětí. S1 uvedla také pouze jeden zdroj vzdělávání *„nejspíš bych se podívala na internet, jinak o ničem jiném nevím“*. Z toho lze usuzovat, že se sestra o tuto problematiku nikdy moc nezajímala a nemá o ní žádné znalosti.

4.1.2 Zkušenosti sester na oddělení s hospitalizací surdopedických dětí

Schéma 2 Zkušenosti sester na oddělení s hospitalizací surdopedických dětí



Následující kategorie je zaměřená na zkušenosti sester s hospitalizací surdopedického dětského pacienta. Orientuje se hlavně na zkušenosti sestry s takovým dítětem. Také je z výsledků tohoto šetření patrné, jak se sestry k dítěti chovali, jakým způsobem s ním probíhala komunikace. Z této kategorie se utvořily dvě podkategorie, které jsou pojmenovány *Zkušenosti s hospitalizovaným znevýhodněným pacientem* a *Bez zkušeností s hospitalizací*.

První podkategorie se soustřeďuje na *zkušenosti s hospitalizovaným znevýhodněným pacientem*. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry pracující na dětském oddělení přišly do kontaktu s různými stupni sluchové poruchy. Konkrétně S1 popisuje Nedoslýchavé dítě na oddělení. Zkušenosti s takovým pacientem má S1 a uvádí setkání s 16 ti letou nedoslýchavou dívkou. Tato dívka byla schopna při správné komunikace a zejména dobré artikulaci „*odezírat*“, zároveň sestra popisuje, že dívka „*měla také značné problémy s komunikací*“. Na oddělení byla hospitalizována bez rodičů, podle S1 byla v některých věcech samostatná.

S5 popisuje částečně neslyšící dítě na dětském oddělení. Toto setkání se uskutečnilo s částečně neslyšící dívkou. Jejím sluchovým poškozením byla závažná jednostranná hluchota. Z uvedených rozhovorů vyšlo najevo, že pouze tato sestra se setkala s dítětem, které mělo sebou na oddělení kompenzační pomůcku. Touto kompenzační pomůckou bylo naslouchátko. Komunikace s dívkou, byla stejná jako u výše zmíněné nedoslýchavé dívky, tudíž prostřednictvím odezírání. Stejně jako předchozí dívka, byla i tato na oddělení hospitalizována bez rodičů.

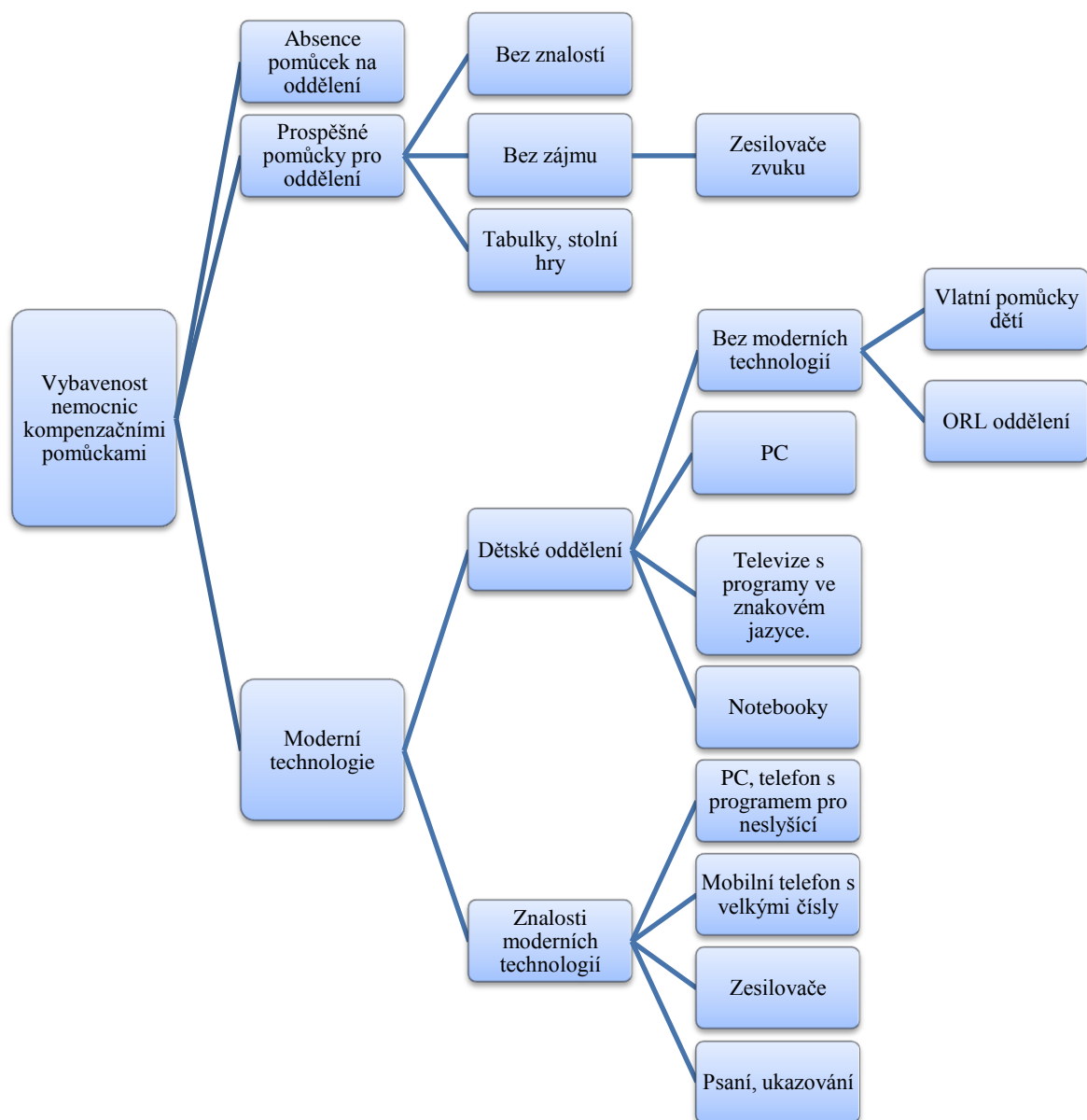
Polovina z dotazovaných sester popisuje neslyšící dítěte na oddělení. Konkrétně S2 má zkušenost s hospitalizovaným 4 letým dítětem, které nemělo pouze poruchu sluchu, ale současně u něho byla také diagnostikována těžká psychomotorická retardace. Dítě bylo na oddělení přijato se svojí matkou, přes ni také probíhala veškerá komunikace. Další sestrou, která má zkušenost s neslyšícím dítětem je S4, která popisuje setkání s chlapcem do jednoho roku. Současně s dítětem, byla na oddělení hospitalizovaná také jeho matka. Vzhledem k věku dítěte matka obstarávala veškerou péči. Pouze S7 má nejvíce zkušenosti s neslyšícími dětmi, nejprve popsala setkání se 4 letou dívkou, se kterou byla na oddělení hospitalizována neslyšící matka. Veškerá komunikace byla

vedena přes matku, která se dorozumívala prostřednictvím odezírání mluvené řeči. Dále byla na oddělení přijata dívka z tábora pro neslyšící děti. Sestra se dokonce v průběhu své praxe setkala s tlumočnickem znakového jazyka, který byl s dívkou na oddělení, protože byl také jako ona z tábora pro neslyšící děti. S8 při výkonu se při výkonu svého povolání setkala pouze s jedním neslyšícím dítětem a tím byl malý neslyšící chlapec. Na oddělení byl přijat společně s matkou. S 8 uvedla, že veškeré „*dorozumívání s dítětem probíhalo přes matku*“. Poslední sestra, jenž má na oddělení zkušenosti s neslyšícím dítětem, je S9. Ta popisuje na oddělení malé neslyšící dítě. Znevýhodněné dítě zároveň trpělo psychomotorickou retardací. Z rozhovorů vyplývá určitá podobnost mezi dětmi, se kterými se setkala S2 a S9, obě byly malé a objevila se u nich psychomotorická retardace. Z rozhovorů vyplývá, že sestry, které se na oddělení setkaly s dítětem s poruchou sluchu, komunikovaly z větší části skrz rodiče, kteří byli přítomni na oddělení. Pouze dvě děti byly na oddělení bez rodiny, tudíž bylo veškeré dorozumívání vedeno přímo s nimi.

Druhou podkategorii tvoří sestry, které se prozatím v průběhu svého povolání nesetkaly se surdopedickým dítětem, a jsou tedy s nimi *bez zkušenosti s hospitalizací na dětském oddělení*. Tímto způsobem odpověděly S3, S6 a S10. S3 přímo uvedla „*nesetkala jsem se na oddělení s takovým dítětem, nemám žádné zkušenosti. Ani v mém okolí neznám dítě, které by špatně slyšelo*“. Také S10 má podobné zkušenosti jako S3 a vyjádřila to následovně „*na oddělení jsem se ještě nikdy s neslyšícím dítětem nesetkala, ani neznám žádné neslyšící dítě ve svém okolí*“. S6 se nezmiňuje o zkušenostech s neslyšícím dítětem mimo nemocnici.

4.1.3 Surdopedické pomůcky na oddělení

Schéma 3 Surdopedické pomůcky na oddělení



Následující kategorie Vybavenost nemocnic kompenzačními pomůckami, popisuje pomůcky na dětských odděleních. Uvádí, jaké pomůcky jsou pro děti s poruchou sluchu na oddělení k dispozici. Zaměřuje se na znalosti sester o pomůckách, které by byly pro oddělení prospěšné. A v neposlední řadě se soustřeďuje na využívání a znalosti moderních technologií v surdopedii. Na základě toho vznikly tři podkategorie Absence pomůcek na oddělení, Prospěšné pomůcky pro oddělení a Moderní technologie.

První podkategorie je zaměřená na přítomnost pomůcek pro děti s poruchou sluchu. S1 až S10 se ve svých odpovědích shodují na pomůckách, které jsou na oddělení dostupné a S10 popisuje „*na oddělení nemáme žádné pomůcky pro neslyšící*“. Z toho je patrná absence pomůcek na oddělení dotazovaných nemocnic.

Druhá podkategorii se snaží zmapovat prospěšné pomůcky pro oddělení a do jaké míry jsou o nich sestry informované. S1, S4, S5, S7, S8, S9 a S10 se shodují, že nemají přehled o pomůckách anebo je nezají. S3 uvádí „*tak to nevím, znám pouze naslouchátka a to má každé dítě svoje*“. Podobně je tomu také u S2, která nepopisuje svoje znalosti, ale uvádí „*nezajímala jsem se nikdy o pomůcky pro sluchově postižené, možná nějaké se hodily, nějaké zesilovače zvuku*“. Jenom S6 uvedla pomůcky, o kterých si myslí, že by byly pro oddělení prospěšné, těmi jsou tabulky a stolní hry.

Poslední podkategorie řeší moderní pomůcky na oddělení. S6 uvádí „*na oddělení nepoužíváme žádné moderní technologie*“. Podobně jako S6 odpovídaly i S1 až S4 z ostatních nemocnic. Z toho lze usuzovat, že všechna dětská oddělení, na kterých tyto sestry pracují, jsou bez moderních technologií vhodných pro uplatnění v dorozumívání nebo zaměstnávání sluchově znevýhodněných dětí. S2 se domnívá, že „*většina dětí má takové pomůcky s sebou*“. Z čehož by se dalo vyvozovat, že se domnívá, že moderní pomůcky na oddělení nejsou zapotřebí, protože by si děti vzaly na oddělení ty jejich pomůcky. S9 souhlasí, že na dětském oddělení nejsou k dispozici moderní technologie pro neslyšící, zároveň uvádí možnost, že by mohli mít nějaké pomůcky na ORL oddělení, ale není si tím úplně jistá. Z této odpovědi vyplývá, že by sestra spolupracovala s jiným oddělením, ale zároveň nemá znalosti o jeho možnostech. S5 si naopak myslí, že na oddělení mají moderní technologie a uvádí „*na každém pokoji je televize, tam jsou i programy ve znakovém jazyce. Na herně jsou k dispozici PC. Myslím*

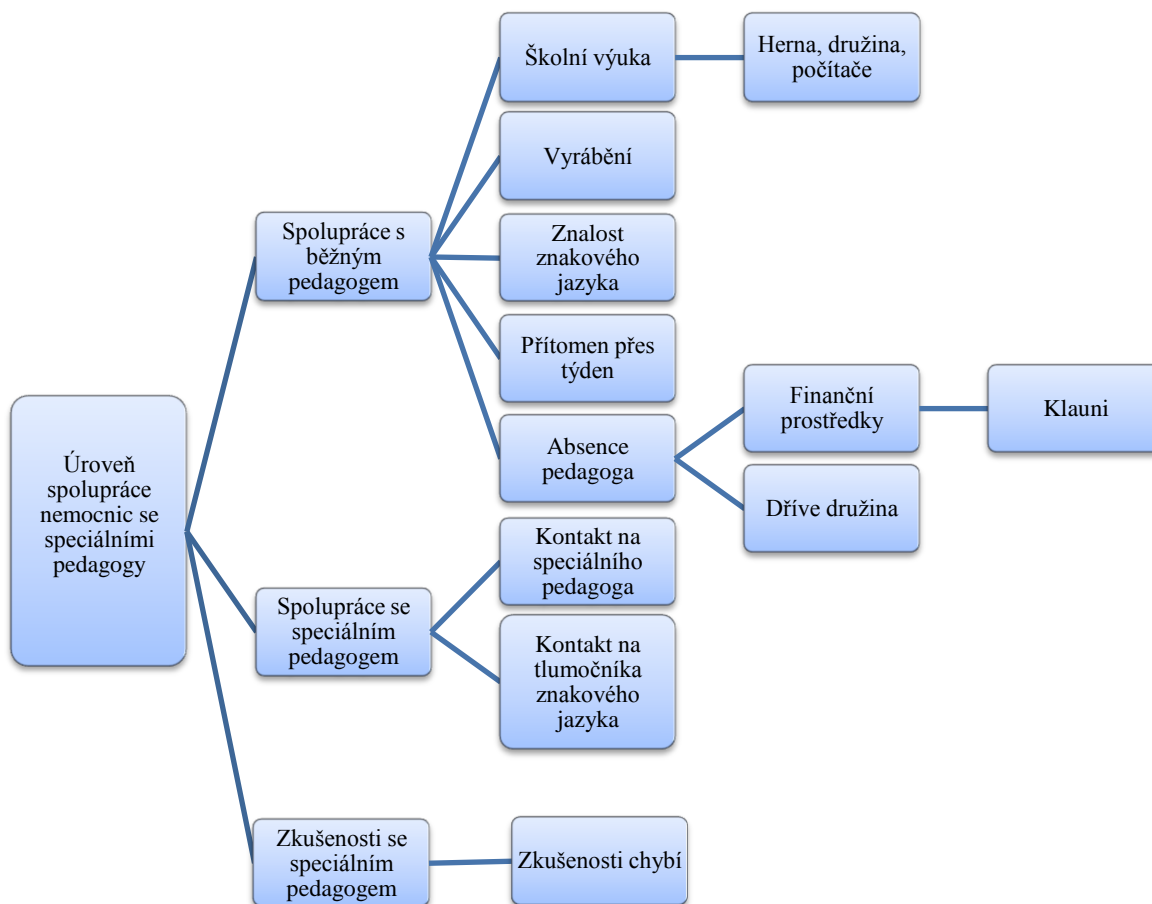
si, že to jsou moderní technologie“. Z této odpovědi vyplývá, že S5 má úplně jiné představy o moderních technologiích, než její kolegyně, konkrétně S4 a S6. S3 uvádí, že děti mají na oddělení k dispozici PC, který neshledává jako moderní technologii. S4 a S8 připouští přítomnost moderních pomůcek na oddělení pouze za předpokladu, že by to byly vlastní pomůcky dětí. Z těchto závěrů, je patrné ze se sestry také domnívají, že moderní technologie na oddělení nejsou. S9 a S10 sdělují, že mají možnost půjčit dětem na oddělení notebooky. S10 konkrétně říká „na oddělení máme notebooky, tak pomocí nich bych se domlouvala, jinak žádné moderní technologie nemáme“. Na základě této odpovědi by se dalo předpokládat, že se S10 domnívá, že notebook je moderní technologie.

Podkategorie se dále zaměřuje na znalosti moderních technologií, které by použily při komunikaci se sluchově znevýhodněným dítětem. Z následujících rozhovorů vyplývají znalosti sester pracujících na dětském oddělení o moderních pomůckách. S6 popisuje, že by použila „PC s nějakým programem pro neslyšící nebo telefony pro neslyšící“. S4 by při komunikaci s neslyšícím dítětem využila „mobilní telefon s velkými čísly“ nebo nějaké „zesilovače“ zvuku. S1 by také využila „mobilní telefon“ nebo „PC“. S7 uvádí, že by s neslyšícím pacientem komunikovala prostřednictvím „psaní“ a „ukazování“.

Z uvedených dat vyplývá, že dětská oddělení disponují PC, televizemi s programy v neslyšícím jazyce, ale i přesto je většina sester nepovažuje za moderní pomůcky. Na druhou stranu při zjišťování, které moderní technologie by vyžívaly, popisují PC s programy pro neslyšící, mobilní telefony.

4.1.4 Úroveň spolupráce nemocnic se speciálními pedagogy

Schéma 4 Úroveň spolupráce nemocnic se speciálními pedagogy



Následující kategorie Úroveň spolupráce nemocnic se speciálními pedagogy popisuje tři různá dětská oddělení, zkušenosti tamních sester a úroveň spolupráce se speciálními pedagogy. Poukazuje, jaké nemocnice mají k dispozici pro děti pedagogy, a jak vypadá způsob jejich práce s nimi. Odhaluje, do jaké míry jsou dětské pacienti na oddělení zaměstnávání. Dále se zaměřuje na zkušenosti sester se speciálními pedagogy. V důsledku zjištěných skutečností vznikly podkategorie Spolupráce s běžným pedagogem, Spolupráce se speciálním pedagogem a Zkušenosti se speciálním pedagogem.

V první podkategorii byly otázky ve výzkumném šetření zaměřeny na spolupráci oddělení se speciálními pedagogy. Z uvedených odpovědí vyplývá, že S1 až S6 spolupracují s běžnými pedagogy. Naopak S7 až S10 se shodují, že jim na oddělení chybí pedagogové. Konkrétně S9 uvádí „*na oddělení nedochází žádný pedagog*“. S1 uvádí působení pedagoga na oddělení a náplň jeho práce srovnává se školní výukou. Další sestra ze stejného oddělení, konkrétně S2, uvádí, že děti mají k dispozici „*hernu, družinu, kde jsou počítače*“. S3 popisuje další zaměstnávání dětí pedagogem i vztah mezi ním a sestrou „*na oddělení chodí pouze pedagog, který se tu s dětmi učí nebo něco vyrábí, ale nevím, zda zná znakovou řeč*“. Z toho by se dalo usuzovat, že i když pedagog na oddělení dochází, tak je s ním sestra v omezeném kontaktu, protože je evidentní, že neví, zda má znalost znakového jazyka. Oddělení, ze kterého je S4 má také k dispozici pedagoga. Sestra popisuje, že má na oddělení zkušenosti s pedagogem, který je na oddělení jen omezeně a to pouze přes týden. Z toho je patrné, že o víkendy na tomto oddělení nemají děti žádný pedagogický dohled, který by se jim věnoval.

Naopak S7 až S10 popisují absenci pedagoga na oddělení a uvádí jiné krátkodobé zaměstnávání dětí na oddělení. S10 uvádí „*na oddělení nemáme žádné pedagogy, kteří by se věnovali dětem na oddělení, chodí k nám jenom klauni*“. Z rozhovoru se S8 vyplývá, že působení klaunů na oddělení je pouze chvilková záležitost a moc dlouho s nimi děti zaměstnávání nejsou, přímo to popisuje „*na oddělení nemáme žádné pedagogy, chodí nám sem jenom klauni, ty jsou tu 10 minut a to je všechno*“. S9 poukazuje na finanční stránku nemocnice, z čehož je patrné, že by přítomnost pedagoga vyžadovala pro oddělení finanční prostředky navíc. Zmiňovaná sestra uvádí „*pedagog*

by stál peníze navíc“. Zároveň ale připouští, že před jejím působením na dětském oddělení byl přítomen i pedagog „*před několika lety tady byla družina a děti se tu učily, ale to už nepamatuji“.*

Druhá podkategorie zahrnuje oblast týkající se spolupráce se speciálním pedagogem. Z prováděných rozhovorů vyplývá, že se sestry při výkonu svého povolání ještě nesetkaly na oddělení se speciálním pedagogem. S2 uvádí „*neám žádné zkušenosti se speciálním pedagogem na oddělení.“* Na druhou stranu ale přiznává, že kontakt na speciálního pedagoga je na oddělení k dispozici „*ve směrnicích by na něho nějaký kontakt určitě byl, ale to bych musela hledat“.* Naopak S1 se jen zvažuje „*myslím si, že nemáme kontakt na nějakého speciálního pedagoga nebo tlumočnicka znakové řeči“.* S4 ví, že „*kontakt na speciálního pedagoga je na oddělení k dispozici, nikdy jsem ho zatím nepoužila“.* Její spolupracovnice S5 si není v této záležitosti tak jistá a přiznává „*nejsem si jistá, zda taky máme na někoho takového nějaký kontakt“.* Z uvedených rozhovorů, kdy různé sestry ze stejného oddělení na totožné otázky odpovídají protichůdně, lze usuzovat, že sestry o kontaktu na speciálního pedagoga nic neví.

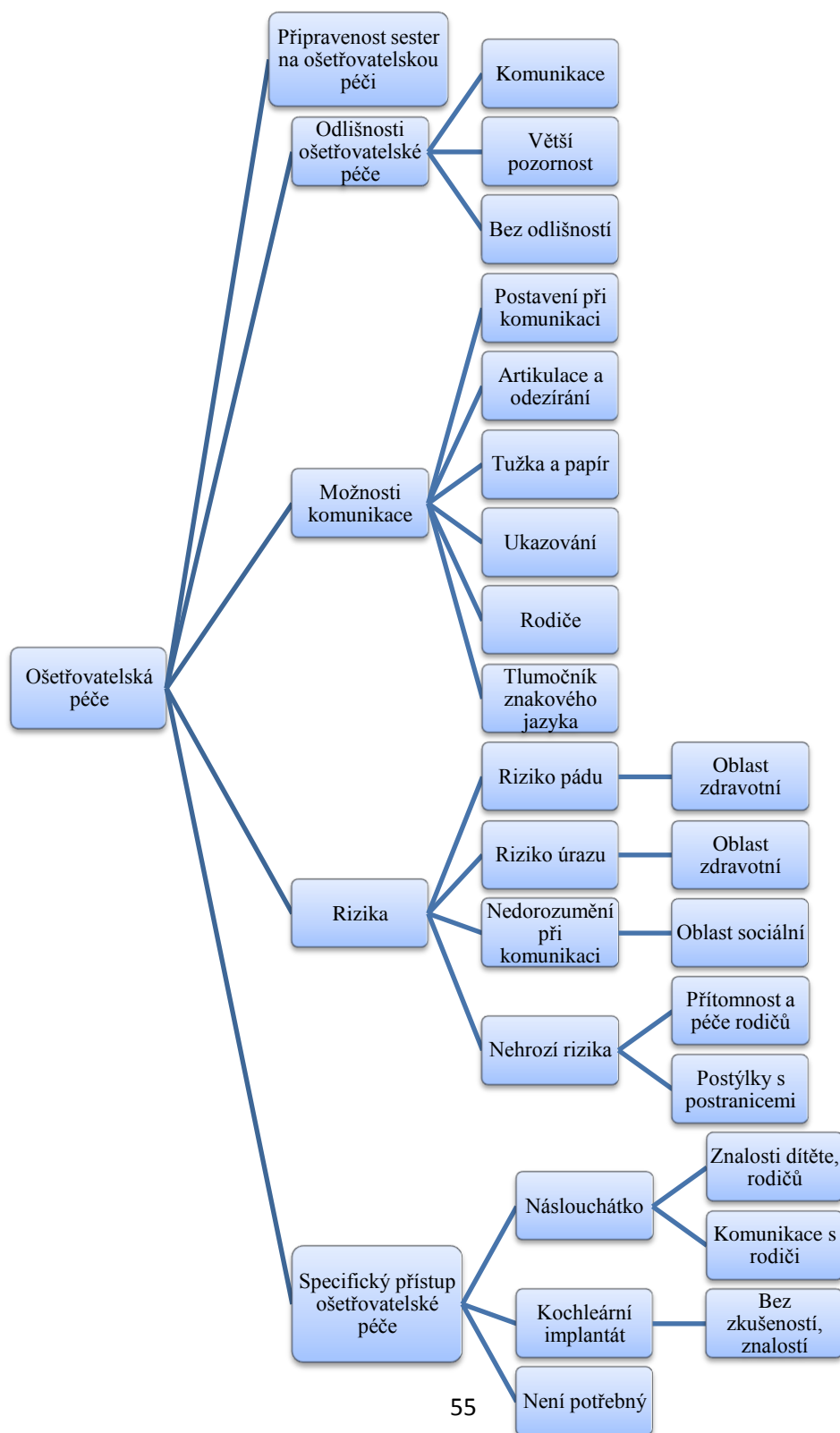
Dále se část druhé podkategorie zaměřuje na kontakt tlumočnicka znakového jazyka na dětském oddělení. S3 se domnívá „*myslím si, že tu nemáme ani žádný kontakt na tlumočnicka znakové řeči“.* Také S8 odpovídá „*myslím, že na oddělení nemáme kontakt na tlumočnicka znakového jazyka“.* Z následných odpovědí je patrné, že sestry na odděleních neví, zda mají kontakt na tlumočnicka znakového jazyka. S6 uvádí „*tlumočnicka znakového jazyka v nemocnici nemáme“.*

Poslední podkategorie se zaměřuje na zkušenosti se speciálním pedagogem. Prostřednictvím výzkumného šetření se sestrami se mělo zjistit, zda mají sestry zkušenosti se speciálním pedagogem v souvislosti s dítětem, které má sluchovou vadu. Vyšlo najevo, že za hospitalizovaným dítětem, které mělo poruchu sluchu, nebyl žádný speciální pedagog. S2 uvádí „*když tady byl hospitalizovaný ten malý chlapec, tak za ním nikdo nebyl“.* Pouze jedna sestra, konkrétně S7 z nemocnice, se při svém povolání setkala s tlumočnickem znakového jazyka, tuto zkušenost popisuje takto „*zkušenosti*

nemám žádné. Jenom, když tu byla dívka z toho tábora s tlumočnickem znakového jazyka, ale nevím, zda to byl zároveň speciální pedagog“.

4.1.5 Ošetřovatelská péče

Schéma 5 Ošetřovatelská péče



Následující kategorie se zabývá ošetrovatelskou péčí o surdopedického dětského pacienta. Poodhaluje připravenost sester na ošetrovatelskou péči. Zjišťuje, zda jsou nějaké odlišnosti mezi péčí o dítě se sluchovou poruchou nebo o dítě bez takového znevýhodnění. Ukazuje nejružnější možnosti dorozumívání. Zaměřuje se také na možná rizika nebo překážky spojené se sluchovou vadou. Uvádí dvě kompenzační pomůcky pro sluchově znevýhodněné a následný specifický přístup.

První podkategorie zjišťuje připravenost sester na ošetrovatelskou péči o surdopedického pacienta. Ze zjištěných údajů vyplývá, že menší polovina z dotazovaných sester, konkrétně S3, S4, S7 a S10, se domnívají, že jsou připravené na sluchově znevýhodněné dítě. S6 uvádí „*předpokládám se, že jsem připravená*“. Ostatní dotazované sestry se shodují, že musí být připravené na ošetrovatelskou péči o takového dětského pacienta. S9 tuto záležitost hodnotí následovně „*musíme být připravené na všechny děti*“.

Druhá kategorie je zaměřena na to, zda je nějaký rozdíl mezi ošetrovatelskou péčí o zdravé dítě nebo o dítě s poruchou sluchu. Většina sester tvrdí, že by odlišnosti ošetrovatelské péče nastaly především v oblasti komunikace. S5 popisuje, jak by s takovým dítětem jednala „*bude jiná v komunikaci, budu stát tak, aby na mě dítě dobře vidělo a mohlo odezírat, musím pořádně artikulovat, mohla bych mu to i napsat nebo ukázat na panence*“. S1 a S3 by takovému dítěti věnovaly větší pozornost. S1 navíc klade větší důraz na rodinu a uvádí „*komunikovala bych s rodinou, získala od ní informace, jakým způsobem s dítětem jednat a na co je zvyklé*“. S3 by se obrátila na někoho, kdo by jí pomohl s dorozumíváním, říká „*pokusila bych se zajistit někoho se znakovou řečí*“. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že dotazované sestry vidí rozdíl pouze v komunikaci, poukazují na to, že základní ošetrovatelská péče by byla bez odlišností. S9 uvádí „*v základech by se ošetrovatelská péče nelišila. Záleželo by na tom, kdy dítě přišlo o sluch, a jak by rozumělo. Zaměřila bych se na to, na co jsou zvyklé, zda umí odezírat, pomalu, dobře bych artikulovala*“.

Třetí kategorie se zaměřuje na způsob komunikace s neslyšícím dítětem. Dotazované sestry uvedly různé možnosti komunikace. Z rozhovoru vyplynulo, že by dotazované sestry komunikovaly různým způsobem. S4, S5, S6, S7 a S10 společně

mimo jiné uvedly jako důležité pro dorozumívání s dítětem postavení při komunikaci. Další často uváděnou možností byla artikulace, tu společně popsaly S3, S4, S5, S7, S9 a S10. S1 popisuje postoj a zároveň další způsob komunikace takto „*mluvila bych přímo na něj, stála bych tak, aby mi bylo vidět do obličeje a dítě mohlo odezírat*“. Sestry S1 až S4 uvedly jako další možnost dorozumívání odezírání. Z uvedených informací lze usuzovat, že všechny sestry, uvádějící postavení při komunikaci jako důležitou, považují tuto pozici za důležitou z toho důvodu, že jim je dobře vidět do obličeje a mohou i dobře artikulovat a dítě poté následně odezírat. Zároveň z toho také vyplývá, že sestry, které zmínily pouze artikulaci nebo odezírání, tak by stejně musely zaujmout určité postavení při komunikaci. Dalším způsobem komunikace, který vypověděla S1 je tužka a papír. Dále S2, S4, S5 a S7 zmiňují, že někdy záleží i na věku a zda už umí dítě číst a psát. Z toho lze usuzovat, že pokud by dítě umělo již číst a psát, tak by také využily možnosti tužka a papír. S 1, S7, S8, S9 a 10 by použily další formu komunikace a tou by bylo ukazování na předměty, zmiňovaná S1 by to dítěti ukazovala na panence. Děti jsou velice často přijímány na oddělení s rodiči. Některé dotazované sestry se domnívají, že by u takto sluchově znevýhodněného dětského pacienta, který je hospitalizovaný s rodiči, mohla být další možností dorozumívání s dítětem kontakt s rodiči. Tuto variantu uvedla S2, S3, S4, S6 a S8. Poslední možností, která vzešla z výzkumného šetření, je tlumočnický znakového jazyka. Tuto variantu, vedle dalších možností v oblasti komunikace, uvedla pouze S4 následovně „*kdyby znalo dítě jenom znakovou řeč, pokusila bych se zajistit tlumočnicka znakové řeči*“.

Čtvrtá podkategorie popisuje, zda hospitalizovaný neslyšící dětský pacient je na oddělení ohrožen nějakými riziky nebo překážkami a popř. do jaké oblasti tyto problémy spadají. Z výsledných dat vyplývá, do jaké míry se sestry domnívají, že by dítěti na oddělení hrozila či nehrozila nějaká rizika. Dvě sestry, konkrétně S5 a S9, uvádějí jako možnou variantu riziko pádu. S5 tuto možnost připouští v závislosti na rodičích a věku dítěte a říká „*záleží na tom, zda je tam s rodiči nebo kolik mu je let. Kdyby tu byl sám, tak si myslím, že by byl víc ohrožen. Mohlo by se jednat o nějaké riziko pádu. Musela bych na něj dávat větší pozor*“. S9 popisuje kromě ohrožení pádem také nepochopení sestry ze strany dítěte. Tento problém spadá do oblasti zdravotní

a sociální. Jako další riziko označila S6 riziko pádu a rovnou toto ohrožení zařadila do oblasti zdravotní. Objevil se také názor, že možným rizikem, které dítěti hrozí, je nedorozumění při komunikaci. Tuto skutečnost uvedla S 4, která připouští tato rizika při porozumění dítěte, když uvádí „záleží také na diagnóze, se kterou je pacient na oddělení. Ohrožen je, protože je neslyšící. Může nastat problém v dorozumívání“. S2 si myslí, že takto znevýhodněnému dítěti rizika nehrozí, ale zároveň také přiznává „mohl by jediné nastat problém při komunikaci dítěte“. Nejsilnější skupinu tvoří sestry, které se domnívají, že takovému dítěti nehrozí rizika. Celkem se na této možnosti shodlo pět sester, konkrétně S1, S3, S7, S8 a S10. Některé sestry se spoléhají na přítomnost a péči rodičů, mezi ně patří S 2, S5, S7. S 10 uvádí „myslím, že by takovému dítěti nehrozila žádná rizika. Byl by tu stejně nejspíš s matkou a ta by si ho určitě hlídala“. S2 se kromě rodičů, respektive matky, spoléhá na postýlky s postranicemi, ve kterých pobývají děti na oddělení. Ze zjištěných údajů vyplývá, že se až polovina z dotazovaných sester domnívá, že dítěti na oddělení nehrozí žádná rizika.

Poslední podkategorie popisuje specifický přístup ošetřovatelské péče k dítěti, které bude mít s sebou kompenzační pomůcky. Kompenzačními pomůckami se myslí naslouchátko a kochleární implantát. S4, S8, S9 a S10 popisují, že nemají zkušenosti s naslouchátkem. S1 a S10 se v péči o sluchátko spoléhá na samostatnost a znalosti dítěte a rodičů a uvádí „děti jsou většinou tady na oddělení s rodiči a ty by s naslouchátkem uměli zacházet“. S1 popisuje, jak by jednala s dítětem, které používá naslouchátko „při komunikaci bych počkala, než si dítě nasadí sluchátko a poté bych mu to vysvětlila, co ho bude čekat“. S2 by se nejprve pokusila domluvit s dítětem, za předpokladů, že by byl nějaký problém, tak by to řešila prostřednictvím komunikace s rodiči. Stejně tak by tomu bylo i u S3, která by vedla veškerou komunikaci pouze s rodiči dítěte. S5 popisuje jako specifický přístup to, že pokud bude mít dítě naslouchátko, tak na něj bude mluvit na stranu, na které ho nosí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že žádná z dotazovaných sester se nikdy nesetkala s kochleárním implantátem a S1 ho ani nezná. Z uvedených odpovědí jasně vyplývá, že sestry jsou bez zkušeností a znalostí kochleárního implantátu.

5 DISKUSE

Tato bakalářská práce se zabývá připraveností nemocnic na přijetí surdopedického dětského pacienta. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou sestry pracující na dětském oddělení připraveny na péči o surdopedického pacienta a dále zjistit, úroveň vybavenosti nemocnic pro péči o surdopedického pacienta.

Na základě cílů byla použita kvalitativní forma výzkumného šetření na dětském oddělení nemocnic Jihočeského a Středočeského kraje technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly zaznamenány přímým přepisem do předem připravených archů, následně zpracovány technikou otevřeného kódování, a poté byla použita metoda tužka a papír. Na základě takto zpracovaných údajů vznikly kategorie a podkategorie. Dohromady bylo vytvořeno pět kategorií a šestnáct podkategorií.

Počáteční otázky v rozhovoru byly zaměřeny na věk sestry, vzdělání a počet let na daném oddělení. Z daných odpovědí vyplývá věkové rozhraní sester, které bylo 25 až 56 let. Doba praxe na dětském oddělení se pohybuje od 5 do 35 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské, to jako jediná měla nejmladší z dotazovaných sester. Z hlediska pracovního zařazení, byl rozhovor proveden s vrchní sestrou nemocnice Středočeského kraje, s vrchní sestrou nemocnice Jihočeského kraje a staniční sestrou nemocnice Středočeského kraje.

Pokud se budeme hlouběji zajímat, kde se mohou vzdělávat sestry pracující na dětském oddělení o nejnovějších pomůckách a metodách vhodných pro při péči o surdopedického dětského pacienta (Schéma1) setkáme se s nejrůznějšími možnostmi. První oblast otázek se týkala kvalifikačního vzdělávání a s ním souvisejících zkušeností s předmětem či seminářem znakového jazyka. Dále se otázky zaměřovaly na znalosti a ovládání znakového jazyka. Nebylo žádným překvapením, že sestry neznají a ani neovládají znakový jazyk. Z rozhovorů také vyplynulo, že se sestry při svém kvalifikačním vzdělávání nesetkaly s žádným předmětem nebo seminářem zaměřeným na znakový jazyk. Rozhovor se S2 je velmi rozporuplný, neboť uvádí „*ve škole jsme nic takového neměly*“. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že tato sestra studovala v letech 2008 až 2011 Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích, obor

Všeobecná sestra. Vzhledem k tomu, že pro akademický rok 2008/2009 nabízela fakulta nejen pro obor Všeobecná sestra volitelný předmět s názvem Kurz znakového jazyka, tak je vysoce nepravděpodobné, že by se tato sestra nesetkala anebo alespoň nevěděla o možnosti jeho studia (Tóthová a kol., 2008).

V případě celoživotního vzdělávání sester vyšlo najevo, že drtivá většina se v oblasti surdopedie nikdy nevzdělávala. Tento fakt potvrzuje skutečnost, která vyplývá z výzkumného šetření, že neabsolvovaly žádný seminář nebo kurz týkající se problematiky neslyšících dětí. Tuto skutečnost zdůvodňují tím, že nemocnice nepořádají žádné semináře týkající se neslyšících. Výjimkou je pouze S6, která se sama rozhodla absolvovat seminář týkající se sluchového a zrakového znevýhodnění, zaměřeného především na komunikaci. Na základě odstraňování komunikačních bariér mezi zdravotníky a neslyšícími pacienty vznikl v roce 2007 Institut Neslyšících pro specializované vzdělávání, o. s., který pořádá kurzy znakového jazyka. Kurzy probíhají vesměs ve známějších nemocnicích v Praze, např. v Thomayerově nemocnici nebo na vyšších a vysokých školách (Bytešníková I. a kol., 2007). Na základě mých zkušeností vím, že sestry dostávají na oddělení široké spektrum nabídek nejrozličnějších seminářů a kurzů. Z tohoto důvodu se domnívám, že je velice nepravděpodobné aby ani jedna z dotazovaných sester především staniční a vrchní sestry neslyšely o nabídkách výše zmíněného institutu.

Poslední oblast ukazuje na možnosti, kde by se sestry mohly vzdělávat o nejnovějších pomůckách a metodách vodných pro péči o surdopedické dětské pacienty. Sestry jako jednu z variant rozšiřování vzdělávání, která byla současně nejčastější a vyplývala z analýzy, uváděly internet. Toto je možné podložit rozsáhlým výčtem internetových stránek, které se zabývají surdopedií, mezi tyto stránky patří např. internetové stránky Unie neslyšících, které jsou vhodné pro zdravotníky i pro širokou veřejnost. Zde jsou zveřejněny různé kurzy, videa, projekty, nabídky práce týkající se neslyšících (Unie neslyšících Brno, 2011). Mezi další uváděné varianty vzdělávání patřila ORL oddělení, kontakt se sociální pracovníci, různé nabídky v Praze, komunikace s rodiči neslyšících dětí a některými sestrami, objevily se také sestry,

které uvedly pouze jednu možnost a dále nevěděly o dalších variantách, takovou je např. S1, která uvádí „*nejspíš bych se podívala na internet, jinak o ničem jiném nevím*“.

Zkušenosti sester s hospitalizací surdopedických dětí na dětském oddělení (Schéma 2) jsou různé. Z analýzy výzkumného šetření byly vyselektovány dvě skupiny sester. Z nich ta větší, má zkušenosti se sluchově znevýhodněným dítětem, druhá žádné zkušenosti nemá. Sestry, které se s dětmi setkaly, popisují zkušenosti s dívkou, která trpěla jednostrannou hluchotou a měla naslouchátko, s malými neslyšícími dětmi předškolního roku a dítětem do jednoho roku. Způsob komunikace probíhal ve většině případů prostřednictvím rodičů. Většinou měly sestry zkušenost, že malé děti byly zároveň hospitalizovány s rodiči, respektive s matkou. S7, která má na oddělení nejvíce zkušeností s neslyšícími dětmi se kromě hospitalizované neslyšící matky, setkala také s tlumočnickem znakové řeči. Tuto zkušenost uvádí následovně „*setkala jsem se s dívkou, byly jí čtyři roky, byla tady s matkou, která taky neslyšela. Matka uměla dobře odezírat. Taky jsem se setkala s dívkou, která byla na táboře pro neslyšící děti, byl s ní v nemocnici tlumočnick*“. Z uvedených odpovědí je patrné, že všechny děti byly hospitalizované s rodiči, kromě dvou dětí, se kterými se setkaly S1 a S5. Tento výsledek koresponduje s tvrzením Zacharová a kol.(2007), že je vhodné, aby bylo dítě přijímáno na oddělení s matkou. Matka může jednak zmírnit negativní působení faktorů na dítě a také je tato skutečnost prevencí dětského hospitalismu.

Další oblast výzkumného šetření se zabývala tím, jaké surdopedické pomůcky má k dispozici dětské oddělení (Schéma 3). Všechny dotazované sestry ve výzkumném šetření odpověděly, že na oddělení nejsou žádné pomůcky pro neslyšící děti. Např. S3 uvádí „*na oddělení nemáme žádné pomůcky pro neslyšící*“.

Další oblast byla zaměřena na pomůcky, které by byly pro oddělení prospěšné. Z analýzy rozhovorů vyšlo najevo, že sestry neznají anebo se nezajímají o pomůcky pro neslyšící, a neví, které by byly pro ně vhodné. Objevil se názor S6, že by byly vhodné „*tabulky, stolní hry*“. Na druhou stranu S2, která se o pomůcky nezajímala, zmínila, že by se tato problematika mohla řešit jinak, když řekla „*nezajímala jsem se nikdy o pomůcky pro sluchově postižené, možná by se hodily nějaké zesilovače zvuku*“. S tímto tvrzením se shoduje Unie neslyšících Brno (2011), která na svých internetových

stránkách má k dispozici katalog komunikačních a kompenzačních pomůcek, který má ve své nabídce různé zesilovací systémy zvuku. Tyto zesilovače umožňují sluchově znevýhodněným poslechnout TV, radia nebo mluveného slova z prostředí.

Výzkum se dále zabýval tím, zda sestry disponují znalostmi moderních technologií pro komunikaci s neslyšícími pacienty a zda se nějaké na oddělení používají. Z následného analyzování dat se ukázalo, že se sestry domnívají, že nemají na oddělení moderní technologie, některé dodávají, že mají k dispozici pouze PC, notebooky nebo televize obsahující programy ve znakovém jazyce. Z rozhovorů vyplynulo, že dotazované sestry tyto zmíněné pomůcky nepovažují za moderní technologie. Pouze S5 se domnívá, že na oddělení používají moderní technologie a uvádí *„na každém pokoji je televize, tam jsou i programy ve znakovém jazyce. Na herně jsou k dispozici PC. Myslím, že to jsou moderní technologie“*. S názorem S5 nesouhlasí Marek (2014), který vyzdvihuje moderní tablety, jež jsou vhodné pro osoby, které nevnímají zvuky, mohou se s nimi volně pohybovat i na ulici, nahrazují papír a tužku a ostatní lidé s nimi mohou prostřednictvím tabletu komunikovat. Tato situace se postupně mění. V nedávné historii vznikl projekt Bezbariérové nemocnice pro neslyšící, při kterém se vybral jistý finanční obnos, díky němuž bylo umístěno 100 tabletů do celkem 82 nemocnic v celé České republice. Jejich prostřednictvím bude možné zprostředkovávat služby tlumočnicka online přes Skype nebo Oovoo, bude možné komunikovat mezi lékařem a sluchově znevýhodněným. Jako součást tohoto projektu probíhaly po České republice přednášky o neslyšících a komunikaci s nimi. Přednášky byly určeny lékařům, sestřím, sociálním pracovníkům, studentům zdravotnických škol a lékařských fakult (Zprávy pro neslyšící, 2013).

Další rozpor nastává v okamžiku, ve kterém sestry na jednu stranu tvrdí, že na oddělení mají PC, ale nepovažují je za moderní technologie a poté je mezi moderními pomůckami jmenují vedle telefonu s programem pro neslyšící, mobilního telefonu s velkými čísly, zesilovači a jedna sestra dokonce uvedla psaní a ukazování. Na základě těchto dat, lze vyvozovat, že sestry neví nic o moderních technologiích. Na základě svých znalostí vím, že telefon s velkými čísly nepatří do kompenzačních pomůcek pro neslyšící, ale do kompenzačních pomůcek pro nevidomé. A proto se

domnívám, že S4 neví, jaké pomůcky využívají lidé se zrakovým či sluchovým znevýhodněním.

Výzkumné šetření se dále zabývalo tím, na jaké úrovni spolupracují nemocnice se speciálními pedagogy (Schéma 4). Sestry na oddělení nemocnic Jihočeského kraje se shodují na přítomnosti běžného pedagoga na dětském oddělení. Podle mínění sester je náplní práce pedagogů zaměstnávání dětí na oddělení, do kterého zahrnují výuku na úrovni základní školy a vyrábění věcí. Na základě rozhovorů by se dalo říci, že sestry s pedagogy na oddělení nespolupracují, protože nevědí, jakými dovednostmi disponují, což dokazuje odpověď *„na oddělení chodí pouze pedagog, který se tu s dětmi učí nebo něco vyrábí, ale nevím, zda zná znakovou řeč“*. Na druhé straně v nemocnici Středočeského kraje na oddělení žádný pedagog není a sestry to řeší tím, že dávají dětem notebooky. Tyto sestry zdůvodňují nepřítomnost pedagoga tím, že *„pedagog by stál peníze navíc“*. Podle mých zkušeností, které jsem získala absolvováním praxe na dětských odděleních, mohu tvrdit, že děti mají na oddělení moderní techniku od nejnovějších telefonů po notebooky a tablety, děti se často od nich nechtějí odtrhnout a zaměstnávání pedagogů je spíše obtěžuje.

Další oblast výzkumného šetření se zaměřuje na spolupráci se speciálními pedagogy, především na kontakt na speciálního pedagoga a tlumočnicka znakového jazyka. Z rozhovorů jasně vyplynulo, že sestry neví, zda mají na oddělení kontakt na speciálního pedagoga či nikoli. To dokazují i odlišné odpovědi S1 a S2 pracujících na stejném oddělení. S1 uvádí *„myslím si, že nemáme kontakt na nějakého speciálního pedagoga nebo tlumočnicka znakové řeči“*. Na druhou stranu S2 tvrdí *„ve směrnících by na něho nějaký kontakt určitě byl, ale to bych musela hledat“*. K podobnému případu došlo i v druhé nemocnici Jihočeského kraje, kdy S4 tvrdí, že kontakt k dispozici je a S5 si touto možností není jistá. Odlišné odpovědi těchto sester pracujících na dětském oddělení dokazují, že sestry neví, jaké možnosti jejich oddělení poskytují. Sestry se ohledně tlumočnicka znakové řeči vesměs shodují, S3 přímo uvádí *„myslím si, že tu nemáme ani žádný kontakt na tlumočnicka znakové řeči“*.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že sestry doposud nemají zkušenosti s přítomností speciálního pedagoga v rámci spolupráce s neslyšícím pacientem. S2

popisuje tuto zkušenost velmi negativně „*myslím, že speciální pedagog tady žádný doposud nebyl. Když tady byl hospitalizovaný, ten malý chlapec, tak za ním nikdo nebyl*“. Nejedná se pouze o zkušenost speciálního pedagoga se sluchově znevýhodněným dítětem. Rozhovory se sestrami odhalily, že sestry nemají žádné zkušenosti se speciálními pedagogy na oddělení. S5 popisuje „*zatím jsem se tu nesetkala se speciálním pedagogem*“. Na základě absolvované praxe na dětských odděleních při středoškolském a vysokoškolském studiu se domnívám, že přítomnost pedagogů na dětském oddělení je pro dětské pacienty nezbytná. Větší děti bývají na oddělení hospitalizovány bez rodičů a kromě svých moderních technologií nemají žádné další aktivity. Prostřednictvím pedagogů navazují kontakt s jinými hospitalizovanými dětmi a jsou dále zaměstnáváni.

Na základě analýzy rozhovorů byla vytvořena také oblast, která neodpovídá žádné výzkumné otázce, ale vyplývá z výzkumného šetření (Schéma 5). Tato část se týká ošetrovatelské péče o sluchově znevýhodněného dětského pacienta. Pro bakalářskou práci hraje velice významnou roli, protože je v ní obsažena práce sestry a veškerá její péče. Zprvu se otázky týkaly hlavně připravenosti dětských sester na přijetí surdopedického dětského pacienta. Většina sester zastávala názor, že jsou připravené na péči anebo musí být připravené na péči o takového pacienta. Objevilo se také vyjádření znějící „*předpokládá se, že jsem připravená*“. Na základě mého kvalifikačního vzdělávání zastávám názor, že sestry by měly být připravené na všechny pacienty, ať už by byly v různých oblastech handicapování anebo trpěli nějakou psychickou poruchou.

Další část odlišností ošetrovatelské péče byly při výzkumném šetření zjištěny v rozdílnosti poskytované péče mezi sluchově znevýhodněným a zdravým dítětem. Z analyzovaných dat byly vytvořeny dvě skupiny sester. Jedna skupina se domnívá, že ošetrovatelské péče o sluchově znevýhodněné dítě bude odlišná. Rozdílnost vidí při komunikaci a věnování větší pozornosti dítěti, což vyjadřuje S5 tvrzením „*bude jiná v komunikaci, budu stát tak, aby na mě dítě dobře vidělo a mohlo odezírat. Musím pořádně artikulovat, mohla bych mu to i napsat nebo ukázat na panence*“. Druhá skupina tvrdí, že ošetrovatelská péče o surdopedické dítě by se nijak zásadně nelišila.

S9 uvádí „v základech by se ošetrovatelská péče nelišila. Záleželo by na tom, kdy dítě přišlo o sluch, a jak by rozumělo. Zaměřila bych se na to, na co jsou děti zvyklé, zda umí odezírat, pomalu, dobře bych artikulovala“. Na základě uvedených odpovědí, zastávám názor, že sestry neví, jak se správně starat o sluchově znevýhodněné dítě.

Výzkumné šetření se dále soustředilo na možnosti komunikace se sluchově znevýhodněným dítětem. S1 popisuje způsob komunikace „mluvila bych přímo na něj, stála bych tak, aby mi bylo vidět do obličeje a dítě mohlo odezírat. Kdyby dítě umělo číst a psát, tak bych používala tužku a papír anebo vzala nějakou panenku a ukazovala to na ní“. Také se ukázalo, že některé sestry by komunikovaly spíše s rodiči než s dětmi. Jako poslední možnou variantou, která by byla využita při komunikaci, je tlumočnický znakový jazyk. S některými způsoby dorozumívání se shoduje i desatero komunikace s pacienty se sluchovým znevýhodněním, které je jakýmsi návodem, jak správně s takovým člověkem jednat. Mezi nejdůležitější patří neustálý oční kontakt, domluvit se na začátku jakým způsobem bude dorozumívání probíhat, tím může být mluvení, psaní nebo odezírání. V případech, jakými je například podávání léků, různé alergie či kardiostimulátory, je přínosnější používat pro komunikaci písemnou formu nebo mnoho jiných metod (VZP ČR, 2012).

Další oblastí jsou rizika, která se zaměřují na možné ohrožení dítěte při pobytu na dětském oddělení. Tady se v důsledku výzkumného šetření opět setkáváme se dvěma odlišnými názory. První z nich zastávají sestry, které se domnívají, že dítěti na oddělení hrozí rizika pádu a úrazu a zařadily by tento problém do zdravotní oblasti. Velmi často se uvádí překážky, které by mohly vzniknout v důsledku nedorozumění vzniklých při komunikaci. Ty by spadaly do sociální oblasti. Druhý názor nepřipouští vůbec žádná rizika, kdy S8 zmiňuje „myslím, že v nemocnici mu žádná rizika nehrozí. Většinou jsou tady s matkou a ty si je samy hlídají“. Sestry se také spoléhají na přítomnost dítěte v postýlkách s postranicemi, kde mu nic nehrozí. Problematikou pádů se začala zabývat ČAS a následně vznikl projekt Pády pacientů při hospitalizaci, která je sleduje i v pediatrických oborech. Hlaváčková a kol. (2012) se v souvislosti s riziky pádů zaměřuje na jejich příčinu, ta může být vnější a vnitřní. Mezi vnější se řadí např. vliv medikace, kvalita poruchy, osvětlení, tvar nábytku a vnitřní příčinou jsou poruchy

mobility, chůze, změny duševního stavu, poruchy zraku. Také mohou být pády způsobené v důsledku pochybení zdravotníků nebo kvůli špatnému vyhodnocení rizika pádu.

Další část výzkumného šetření se podrobněji zabývala specifickým přístupem ošetrovatelské péče k dítěti, které má naslouchátko nebo kochleární implantát. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že pouze S5 se setkala s dítětem, které mělo naslouchátko, tato sestra zároveň popisuje způsob komunikace následovně *„při komunikaci bych počkala, než si dítě nasadí sluchátko a poté bych mu to vysvětlila, co ho bude čekat“*. Také se objevil tento názor *„komunikovala bych více s rodiči. Domlouvala bych se na všem spíše s nimi“*. Podobný přístup ke sluchově znevýhodněnému dítěti popisuje Slowík (2010b) jako velmi častou chybou, ke které při komunikaci dochází a uvádí, že pokud sluchově znevýhodněný přichází s tlumočnickem, tak bývá veškerá komunikace vedena přes něj a sluchově znevýhodněný je vynecháván.

Celé výzkumné šetření ukázalo, že žádná ze sester se nesetkala a zároveň nezná kochleární implantát. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že se sestry domnívají, že specifický přístup péče k pacientovi s naslouchátkem a kochleárním implantátem není potřebný. Přitom většina nemocnic na svých internetových stránkách informuje širokou veřejnost o vyšetřovacích metodách a mimo jiné popisuje, kteří lidé nemohou některá vyšetření podstoupit. Pomocí NMR nemohou být vyšetřeni ti, kteří mají v těle kovové předměty např. nitroušní implantát (Pardubická krajská nemocnice, 2012). Tento případ se týká i CT vyšetření, při kterém kovové předměty znamenají omezení této metody. Ve vyšetřované tkáni způsobí artefakty, a tudíž znehodnotí tkáň a její okolí (Nemocnice Na Homolce, 2011).

Dle mého názoru, který se odvíjí z výzkumného šetření, nejsou sestry na dětských odděleních a tudíž i nemocnice připraveny na péči o surdopedického dětského pacienta. Je to z důvodů, že sestráům chybí vzdělání týkající se sluchového znevýhodnění, neovládají a nemají zkušenosti se znakovým jazykem. Další problém vidím v tom, že sestry neví, zda mají na oddělení nějaký kontakt na speciálního pedagoga či tlumočnicka znakového jazyka. Neznají pomůcky pro sluchově znevýhodněné, dokonce je zaměňují

s pomůckami pro zrakově znevýhodněné. Neshodují se ani v ošetrovatelské péči o sluchově znevýhodněné dítě. Sestry nemají znalosti v oblasti naslouchadel a kochleárních implantátů a nevědí, zda mohou pacienti absolvovat bez omezení všechna vyšetření.

6 ZÁVĚR

Název bakalářské práce je „Připravenost nemocnic na přijetí surdopedického dětského pacienta“. Sluch pro člověka znamená jeden z nejcitlivějších smyslů. Jak vyšetřit sluch dítěte v jeho brzkém věku, aby se mohly diagnostikovat případné vady a začít s léčbou a následnou rehabilitací? Teoretická část práce se skládá z popisu sluchového ústrojí a jeho metod vyšetřování tohoto orgánu, zabývá se rozdělení vad a poruch sluchu, práce nastiňuje problematiku sluchově znevýhodněného dítěte, popisuje vzdělávání sester a dětská oddělení, obsahuje i kapitolu zabývající se kompenzačními pomůckami a komunikací se sluchově znevýhodněnými. Empirická část práce byla zpracována metodou kvalitativního šetření, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným vzorkem byly sestry pracující na dětských odděleních v nemocnicích Jihočeského a Středočeského kraje.

Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle a to zjistit, zda jsou sestry pracující v nemocnici na dětském oddělení připraveny na péči o surdopedického pacienta a zjistit úroveň vybavenosti nemocnic pro péči o surdopedického pacienta. Na základě cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Kde se mohu vzdělávat sestry pracující na dětském oddělení o nejnovějších metodách a pomůckách vhodných při péči o surdopedického pacienta? Z těchto rozhovorů bylo zjištěno, že nemocnice nepořádají semináře týkající se sluchového znevýhodnění. Z deseti sester byla pouze jedna na semináři zaměřeném na komunikaci s lidmi se zrakovou a sluhovou poruchou. Sestry jako nejčastější možnost vzdělávání a získávání informací uváděly internet, ORL oddělení a rodiče znevýhodněných dětí.

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou zkušenosti sester s hospitalizací surdopedického pacienta na dětském oddělení? Na základě analyzovaných dat bylo zjištěno, že více než polovina z dotazovaných sester má zkušenosti s hospitalizací sluchově znevýhodněného dítěte na dětském oddělení. Jejich zkušenosti jsou různé, malé děti byly hospitalizované s matkou, větší bez matky, některé trpěly psychomotorickou retardací. Jedna sestra má také zkušenost s hospitalizací dítěte doprovázeného tlumočnickem znakového jazyka.

Výzkumná otázka 3: Jaké surdopedické pomůcky má k dispozici dětské oddělení? Z výzkumného šetření vyplývá, že dětská oddělení nemají pomůcky pro neslyšící. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry neví nebo se nezajímají o pomůcky, které by byly pro oddělení prospěšné. Některá dětská oddělení disponují PC, televizemi s programy ve znakovém jazyce nebo notebooky. Sestry uvádějí, že nemají na oddělení moderní pomůcky, výše zmiňované za moderní nepovažují.

Výzkumná otázka 4: Na jaké úrovni spolupracují nemocnice se speciálními pedagogy? Na dětském oddělení nemocnic Jihočeského kraje jsou k dispozici běžní pedagogové, kteří zaměstnávají dětské pacienty. Nemocnice Středočeského kraje již několik let nemá na oddělení žádné pedagogy. Žádná ze sester se doposud na oddělení nesetkala se speciálními pedagogy. Z uvedených rozhovorů vyplývá, že sestry neví, zda mají kontakt na speciální pedagogy či tlumočníky znakového jazyka.

Z výzkumného šetření pro nás v rámci doporučení, pro sestry v praxi, vyplývá, že by se měly zamyslet nad problematikou sluchově znevýhodněných dětí. S největší pravděpodobností by měly uvažovat o absolvování kurzů týkajících se sluchového znevýhodnění, zejména z důvodu poskytování kvalitnější a komplexnější ošetrovatelské péče. Dále by bylo vhodné, aby si doplnily důležité informace týkající se především možností poskytované péče na jejich oddělení. K rozšiřování jejich vědomostí by jim mohly pomoci nemocnice, pokud by vedle nejrůznějších seminářů zařadily i semináře týkající se problematiky sluchového postižení. Umožnilo by to sestřám získat další vědomosti především o moderních technologiích, které se dají využít u sluchově postižených dětí, případně poukázat na důležitost pomůcek na oddělení. Sestry by také získaly nové poznatky týkající se ošetrovatelské péče, především v rámci vhodné komunikace, možných ohrožení těchto dětí na oddělení a toho, zda mohou děti využívající naslouchátko nebo kochleární implantát bez omezení absolvovat jakékoli vyšetření.

Závěry výzkumného šetření budou využity pro přípravu článku, který bude publikován v odborném časopise pro sestry.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AFA, 2013. Balance & Hearing institute, [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.atsu.edu/afainstitute/hearing-aids.html>

ASHA, 2011. American Speech-Language-Hearing Association ©1997-2013., Cochlear Implants. [online]. [cit. 2013-05-10]. Dostupné z [www.:](http://www.asha.org/public/hearing/Cochlear-Implant/) <http://www.asha.org/public/hearing/Cochlear-Implant/>

ASHA, 2010. American Speech-Language-Hearing Association ©1997-2013. Hearing Loss at Birth (Congenital Hearing Loss)[online]. [cit. 2013-9-6]. Dostupné z [www: <http://www.asha.org/public/hearing/Congenital-Hearing-Loss/>](http://www.asha.org/public/hearing/Congenital-Hearing-Loss/)

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.

BOUČEK, Jan, 2012. BAHA jako řešení jednostranné hluchoty. *Lékařské listy, odborná příloha Zdravotnických novin*. 61 (3-4), s. 1-2 ISSN 1805-2355.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, HORÁKOVÁ Radka a Jiřina KLENKOVÁ, 2007. *Logopedie & surdopedie Texty k distančnímu vzdělávání*, Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-136-2.

CECHNEROVÁ, Alena, 2011. Nedoslýchavost v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 6 (6), s. 272 ISSN 1803-5310.

ČESKÁ UNIE NESLYŠÍCÍCH, 2014. [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.cun.cz/>

DYLEVSKÝ, Ivan, 2011. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání. ISBN 978-80-87419-06-9.

FARKAŠOVÁ, Dana, kol., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osvěta. ISBN 80-8063-227-8.

FENCLOVÁ, Jana, 2005. *Ve světě sluchového postižení*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-86792-27-7.

HLAVÁČKOVÁ, Eva, 2012. Jak je sledováno riziko pádů u dětí v českých zdravotnických zařízeních. *Pediatric pro praxi*. 13 (6) s. 412-414 ISSN 1213-0494.

[online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z:

<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/15.pdf>

HLOUŠKOVÁ, Miroslava, 2012. *Sestra*. Kvalita života s nedoslýchavostí. 22(1) s. 31 - 32. ISSN: 1210-0404.

HORÁKOVÁ, Radka, 2011. *Surdopedie Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-225-3.

HORÁKOVÁ, Radka, 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUDOVÁ, Zuzana, 2005. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-623-6.

INSTITUT NESLYŠÍCÍCH PRO SPECIALIZOVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ, O. S., 2013. *České zdravotnictví a neslyšící pacienti aneb proč docházet do kurzu českého znakového jazyka*. [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z:

<http://www.florence.cz/zpravodajstvi/novinky-nasich-partneru/ceske-zdravotnictvi-a-neslysici-pacienti-aneb-proc-dochazet-do-kurzu-ceskeho-znakoveho-jazyka/>

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ, 2010. *Certifikovaný kurz - Certifikovaný kurz v audiometrii - PROJEKT NELEKÁŘI.*[online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/farmaceuti/akce/36786-ter-Certifikovany-kurz-CERTIFIKOVANY-KURZ-V-AUDIOMETRII-1-modul-PROJEKT-NELEKARI.aspx>

KOMÍNEK, Pavel, 2012. Screening sluchu u novorozenců – jaká je role lékaře. *Pediatric pro praxi*. 13 (5) s. 326 ISSN 1803-5264.

KRAUS, Jiří a kol., 2005. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1351-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

LÉKAŘIONLINE.CZ, 2008. *Včasná diagnostika vad sluchu u novorozenců a kojenců*. © 2006 - 2013 Estheticon ISSN 1802-1751 0.2 [online]. Publikováno 29. 10. 2008 [cit. 2013-9-6]. Dostupné z [www.:](http://www.lekari-online.cz/orl-otorinolaryngologie/zakroky/casna-diagnostika-vad-sluchu-u-novorozencu-a-kojencu) < <http://www.lekari-online.cz/orl-otorinolaryngologie/zakroky/casna-diagnostika-vad-sluchu-u-novorozencu-a-kojencu>>

LÉKAŘSKÁ FAKULTA MASARYKOVY UNIVERZITY, 2009. *Základy otorinolaryngologie a foniatrie. Vyšetřovací metody ucha.*[online]. [cit. 2013-05-10]. Dostupné z: http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1_2_vysetrovaci_metody_ucha.html

MAIXNEROVÁ, Klára, 2010. Foniatrie. *Medicína pro praxi*. 7(8-9) s. 342 ISSN 1803-5310.

MAREK, Jiří, 2014. *Na které kompenzační pomůcky mají nárok sluchově postižení?* INV arena deník pro čtenáře se specifickými potřebami, [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.invarena.cz/?p=6426>

MEDICINENET.COM, 2013.[online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: http://www.medicinenet.com/detecting_hearing_loss_in_children/article.htm

MERKOUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2009. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2010. *Specializační vzdělávání*. [online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_935_3.html

NEJEDLÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2004. *Ošetřovatelství III/1 : pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-030-X: 204.00.

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2011. [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/radiodiagnosticke-oddeleni-rdg/vysetrovaci-a-intervencni-metody/ct-vypocetni-pocitacova-tomografie.html>

PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, 2012. [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/kliniky-a-oddeleni/radiodiagnostika/magneticka-rezonance/327/>

PARKER, Steve, 2007. *Lidské tělo*. Praha: Euromedia Group - Knižní klub. ISBN 978-80-242-2211-0.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

PORADENSKÉ CENTRUM PŘI SVAZU NESLYŠÍCÍCH A NEDOSLYCHAVÝCH V ČR, 2011. *Kompenzační pomůcky*. [online]. [cit. 2013-20-11]. Dostupné z: <http://www.snntabor.estranky.cz/clanky/kompenzacni-pomucky.html>

POTMĚŠIL, Miloň, 2007a. *Projektování v surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1726-4.

POTMĚŠIL Miloň, 2007b. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1300-0.

POTMĚŠIL, Miloň, 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0766-3.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar, 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-157-7.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.

SKÁKALOVÁ, Tereza, 2011. *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-098-6.

SLOWÍK, Josef, 2007a. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

SLOWÍK, Josef, 2010b. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

SVOBODOVÁ, Karla, 2005. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Ilustrace Danuše Plajnerová. Praha: Septima. ISBN 80-721-6214-4.

ŠEDIVÁ, Zola, 2006. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-232-2.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha. ISBN 978-80-7367-313-0.

TÓTHOVÁ, Valerie a kol., 2008. Zdravotně sociální fakulta, Akademický rok 2008/2009. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

UNIE NESLYŠÍCÍCH BRNO, 2011. *Seznam rehabilitačních a kompenzačních pomůcek*. [online]. [cit. 2013-18-10]. Dostupné z:
<http://www.pomuckyproneslysici.cz/informace/seznam-rehabilitacnich-a-kompenzacni-pomucek.html>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením*. [online]. [cit. 2013-20-11]. Dostupné z:
<http://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/desatero-komunikace-s-pacienty-se-sluhovym-postizenim>

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*[online]. [cit. 2013-04-11] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html

WEBMD, 2014.[online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/brain/picture-of-the-ear>

ZACHAROVÁ, Eva., HERMANOVÁ, Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZPRÁVY PRO NESLYŠÍCÍ, 2013. [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.zpravy-pro-neslysici.cz/9359-reportaz-neslysici-si-muzou-pujcit-tablety-v-nemocnicich-pro-online-tlumoceni/>

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Rozdělení sluchových vad podle ztráty v decibelech

Příloha 2 - Rozdělení sluchových vad dle WHO podle houbky sluchového postižení

Příloha 3 - § 62 Audiologická sestra

Příloha 4 - § 57 Dětská sestra

Příloha 5 - § 54 Činnosti dětské sestry se specializovanou způsobilostí

Příloha 6 – Rozhovor se sestrami pracujícími na dětském oddělení

Rozdělení sluchových vad podle ztráty sluchu v decibelech.

Posouzení výsledků audiometrie podle ztráty v decibelech pro vydušné vedení v oblasti řečových frekvencí	
normální stav sluchu	0 dB - 20 dB
lehká nedoslýchavost	20 dB - 40 dB
středně těžká nedoslýchavost	40 dB - 60 dB
těžká nedoslýchavost	60 dB - 80 dB
velmi těžká nedoslýchavost	80 dB - 90 dB
hluchota komunikační (praktická)	90 dB a více
hluchotu úplná (totální)	bez audiometrické odpovědi

Zdroj: HORÁKOVÁ, Radka, 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha:

Portál. ISBN 978-80-262-0084-0

Rozdělení sluchových vad dle WHO podle houbky sluchového postižení

Tabulka stupňů sluchové poruchy		
Stupeň sluchové poruchy:	Odpovídající audiometrické ISO hodnoty: (průměr frekvencí 500, 1000, 2000, 4000 Hz)	Projevy:
0 žádná porucha	25 dB nebo lepší (lepší ucho)	Žádné nebo velmi lehké problémy se sluchem. Schopnost slyšet šepot.
1 lehká porucha	26 - 40 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet a opakovat slova, která jsou mluvena normálním hlasem z 1 metru.
2 střední porucha	41 - 60 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet a opakovat slova, která jsou mluvena hlasitou řečí z 1 metru.
3 těžká porucha	61 - 80 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet nějaká slova, když jsou křičena do lepšího ucha.
4 velmi těžká porucha, včetně hluchoty	81 dB a větší (lepší ucho)	Neschopnost slyšet a porozumět dokonce hlasu, který je křičen.
Omezující sluchová porucha: (disabling hearing impairment)		Dospělí: 41 dB a více (lepší ucho)
		Děti do 15 let včetně: 31 dB a více (lepší ucho)

Zdroj: ŠEDIVÁ, Zola, 2006. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-232-2

Audiologická sestra

§62

Audiologická sestra

Audiologická sestra vykonává činnosti podle § 54 v audiologii. Přitom může

- a) bez odborného dohledu a indikace lékaře
 1. sledovat a hodnotit aktuální stav pacienta se sluchovou vadou nebo sluchovou poruchou z hlediska objektivnosti vyšetření,
 2. provádět orientační vyšetření sluchu šepotem, hlasitou řečí i pomocí ladiček,
 3. evidovat a kontrolovat servis a údržbu audiometrických zdravotnických přístrojů,
 4. poskytovat rady v oblasti prevence vzniku sluchových poruch především s ohledem na vliv hluku a zvuk,
 5. edukovat pacienty v používání sluchových pomůcek, sluchových protéz a sluchadel,
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
 1. provádět specializované diagnostické postupy sluchu včetně objektivních metod vyšetření sluchu,
 2. provádět přístrojová vyšetření vestibulárního ústrojí

Zdroj: VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*[online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html

Dětská sestra

§ 57

Dětská sestra

Dětská sestra vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o zdravé i nemocné dítě, u kterého nedochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání nehrozí, nebo které nemá poruchy duševního zdraví, které vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví dítěte nebo jeho okolí. Dále může

- a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře
 1. provádět první ošetření novorozence včetně případného zahájení resuscitace, zajišťovat termoneutrální prostředí a sledovat bezproblémovou poporodní adaptaci,
 2. vykonávat činnosti specializované ošetrovatelské péče poskytované dítěti v domácím prostředí i během hospitalizace, vykonávat návštěvní službu, spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, klinickým psychologem nebo zdravotně-sociálním pracovníkem,
 3. vyhodnocovat výchovné, sociální a léčebné prostředí ve zdravotnických a zvláště dětských zařízeních, vytvářet stimulační prostředí pro zdravý rozvoj dítěte, sledovat psychomotorický vývoj dítěte, rozvíjet komunikační schopnosti dítěte,
 4. vykonávat činnosti specializované ošetrovatelské péče poskytované dítěti, které má poruchy duševního zdraví, ale nevyžaduje stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví dítěte nebo jeho okolí,

5. zajišťovat preventivní a protiepidemiologická opatření včetně plánu povinného očkování,
 6. edukovat rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, a to převážně ve výživě, včetně kojení, hygieně a dále v oblasti preventivních prohlídek a dispenzární péče;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
1. vykonávat činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče u dítěte,
 2. aplikovat infuzní roztoky a nitrožilní léčiva s výjimkou radiofarmak,
 3. provádět výplach žaludku u dítěte při vědomí
 4. zavádět gastrickou a duodenální sondu u dítěte při vědomí,
 5. provádět katetrizaci močového měchýře dívek.

Zdroj: VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*[online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

§ 54

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
5. provádět ošetrovatelský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
6. připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
7. vést specializační vzdělávání v oboru své specializace;

b) na základě indikace lékaře

1. provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetrovat po výkonu,
2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

Zdroj: VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*[online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasec-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html

Rozhovor se sestrami pracujícími na dětském oddělení

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je Vaše délka praxe na dětské oddělení?
4. Setkala jste se už někdy v průběhu svého povolání s neslyšícím dětským pacientem?
Pokud ano, mohla byste popsat Vaši zkušenost?
5. Myslíte si, že jste připravená na ošetrovatelskou péči o surdopedického pacienta?
6. Lišila by se péče nějakým způsobem od pacienta bez sluchového znevýhodnění?
7. Popište, jaké máte zkušenosti se znakovou řečí? Ovládáte ji?
8. Mohla byste uvést nějaký předmět nebo seminář týkající se znakového jazyka, se kterým jste se setkala v rámci Vašeho vzdělávání?
9. Jakým způsobem byste komunikovala s neslyšícím dítětem?
10. Je podle Vašeho názoru surdopedický dětský pacient při hospitalizaci více ohrožen nějakými riziky či překážkami než běžný pacient? Pokud ano, do jaké oblasti byste zařadila tato rizika?
11. Pokud by mělo dítě naslouchátko nebo kochleární implantát, vyžadovala by tato situace z Vaší strany specifický přístup?
12. Jaké pomůcky pro neslyšící děti máte k dispozici na Vašem oddělení?
13. Uvedla byste některé pomůcky, které by byly pro oddělení prospěšné?
14. Víte, jaké moderní technologie lze využívat při komunikaci s neslyšícím dětským pacientem, využíváte nějaké?
15. Popsala byste ještě nějaký jiný způsob komunikace, který byste mohla využít u neslyšících dětí?
16. Máte jako dětské sestry možnost se vzdělávat v souvislosti s problematikou surdopedických dětí?
17. Víte, kde by bylo možné se vzdělávat v souvislosti s touto problematikou?
18. Spolupracuje vaše oddělení v současné době s nějakým speciálním pedagogem?

19. Máte na Vašem pracovišti nějaké zkušenosti se speciálním pedagogem v rámci spolupráce s neslyšícím pacientem?

Zdroj: vlastní