

# **Připravenost zdravotnického personálu na péči o pacienty se sluchovým postižením**

Natálie Schuchová

---

Bakalářská práce  
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Schuchová**  
Osobní číslo: **H16326**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Připravenost zdravotnického personálu na péči o pacienty se sluchovým postižením**

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti poruch sluchu.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumného šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumného šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HORÁKOVÁ, R. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HORÁKOVÁ, R. Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání. 1. vyd. Brno: Paido, 2011. 126 s. ISBN 978-80-7315-225-3.

MACUROVÁ, A. a R. ZBOŘILOVÁ. Jazyky v komunikaci neslyšících: český znakový jazyk a čeština. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 316 s. ISBN 978-80-246-3412-8.

MARSCHARK, M. a P. C. HAUSER. Deaf cognition: foundations and outcomes [online]. New York: Oxford University Press, 2008, [cit. 2019-10-03]. 480 s. ISBN 978-019-5368-673.

ZACHAROVÁ, E. Komunikace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

---

**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu



# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29. 5. 2020

.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Základem této práce jsou pacienti se sluchovým postižením. Teoretická část práce se zaměřuje na historii, vznik prvních spolků, péči o sluchově postižené v dobách minulých i dnes, metody komunikace, pomůcky zlepšující životní úroveň takto postižených osob. Součástí je také anatomie, fyziologie a patologie sluchového ústrojí. Praktická část práce se zaměřuje na zpracování a hodnocení získaných informací, týkajících se přístupu zdravotnického nelékařského personálu k pacientům se sluchovou vadou. Konkrétně, zaměřeno na přístup, komunikaci a vzdělávání na jednotlivých odděleních zařízení nemocničního typu.

Klíčová slova: sluchové postižení, ztráta sluchu, znaková řeč, komunikace, historie

## **ABSTRACT**

The basis of this work are patients with hearing impairment. The theoretical part is focused on history, establishment of the first associations, care for the hearing impaired in the past and today, methods of communication, aids improving the standard of living of people with disabilities. It also includes anatomy, physiology and pathology of the auditory system. The practical part of the thesis is dedicated to the processing and evaluation of acquired information concerning the access of medical non-medical staff to patients with hearing impairment. Specifically, it is focused on access, communication and education at individual departments of hospital-type facilities.

Keywords: hearing impairment, hearing loss, sign language, communication, history

*„V úplné tmě a tichu, které mě oddělují od světa, mi ze všeho nejvíc chybí přátelský zvuk lidského hlasu. Slepota odděluje člověka od věcí – hluchota od lidí.“*

(Helen Keller americká autorka a politická aktivistka 1880–1968)

(Hrubý, 1999, s. 13)

V této části mé bakalářské práce, bych ráda poděkovala za spolupráci Centru pro sluchově postižené Zlínského kraje, o. p. s. a jejich paní ředitelce Bc. Kateřině Kupčíkové, za sjednání spolupráce a umožnění několika náhledů na práci překladatelů v praxi. Také děkuji jednotlivým překladatelkám, paní Vlastě Baptošíkové, Oldřišce Baránkové a Renatě Trávníčkové za milý přístup, zodpovězení všech mých otázek a zasvěcení do praxe. Dále děkuji paní PhDr. Anně Krátké Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za její vstřícný a milý přístup. Děkuji i mé rodině za trpělivost a podporu při tvorbě této práce. A v neposlední řadě děkuji také všem respondentům, kteří byli ochotni a nápomocni vyplnit mé dotazníky a díky tomu umožnili vznik této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 PATOFYZIOLOGIE SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Anatomie .....	12
1.1.2 Fyziologie.....	13
1.1.3 Patologie.....	14
1.2 TERMINOLOGIE SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ .....	15
1.2.1 Nedslychavost .....	16
1.2.2 Presbyakuzie .....	16
1.2.3 Periferní nedslychavost .....	17
1.2.4 Tinnitus .....	17
1.2.5 Ztráta sluchu.....	18
1.2.5.1 Zdravý sluch .....	18
1.2.5.2 Lehká a střední nedslychavost .....	18
1.2.5.3 Těžká a velmi těžká nedslychavost.....	18
1.2.6 Hluchota .....	19
1.2.7 Vady sluchu vrozené .....	19
1.2.8 Vady sluchu získané.....	19
1.3 HISTORIE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH.....	20
1.3.1 Starověk.....	20
1.3.2 Období 16. století .....	21
1.3.3 Období 17. století .....	21
1.3.4 Období 19. a 20. století .....	22
<b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ANEB JAK SPRÁVNĚ KOMUNIKOVAT S PACIENTY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>24</b>
2.1 KOMUNIKACE S OSOBAMI SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI .....	24
2.1.1 Metodika komunikace se sluchově postiženými .....	24
2.1.1.1 Znakový jazyk.....	25
2.1.2 Surdopedie.....	26
2.1.3 Základy komunikace se sluchově postiženými v ošetrovatelské praxi .....	27
2.1.4 Specifika ošetrovatelské péče o klienty se sluchovým postižením .....	29
2.2 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY .....	30
2.2.1 Historie kompenzačních pomůcek .....	30
2.2.2 Současnost kompenzačních pomůcek .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>35</b>



3.1	CÍLE A OTÁZKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	35
3.2	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ .....	35
3.3	METODA A TECHNIKA VÝZKUMU .....	36
3.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU .....	36
3.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	37
3.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	37
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>55</b>
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	59
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

Současné zdravotnictví je na velmi vysoké úrovni, dokáže si poradit téměř s jakoukoliv nemocí či zraněním. Nemocnice jsou vybavovány nejmodernějšími přístroji a lékaři používají k léčbě ty nejnovější léčebné metody. Přesto existují oblasti, ve kterých není současné zdravotnictví silné. Jednou z nich je komunikace, zejména pak komunikace personálu s pacienty. V této oblasti vyniká jedna velmi specifická skupina, jsou to sluchově postižení. Oni sami z velké části nepocítují, že by trpěli nějakým handicapem a byli odlišní od ostatních, nicméně i tak jsou ale velmi omezováni svým okolím. Málokterý zdravotník, ať už lékař nebo sestra, ovládá znakový jazyk, základní dorozumívací techniku s touto lidskou skupinou. Ve většině zdravotnických zařízení není dostatečné značení ani vybavení pro tyto pacienty. Zdravotnický personál se komunikaci se sluchově postiženými vyhýbá nebo volí nevhodné metody, jako je křik nebo přehnaná gestika, což může být pro spoustu sluchově postižených velmi nepříjemné. Tito lidé jsou od nepaměti součástí populace, v dávných dobách s nimi nebylo příliš dobře zacházeno a právě proto možná vznikla vůči těmto lidem řada předsudků a mýtů. Přitom právě v nemocnicích nejsou tyto předsudky na místě. Hospitalizovaný pacient je již tak ve značném stresu z neznámého prostředí a cizích lidí, je plný obav, zda jeho onemocnění bude úspěšně vyléčeno a proto by mělo být cílem každého zdravotníka pacientovy obavy co nejdříve zmírnit nebo úplně rozptýlit. Základním klíčem je právě komunikace.

To je také důvod volby tématu této bakalářské práce. Během mých odborných praxí v rámci studia jsem se nesčetněkrát setkala se sluchově postiženými pacienty a také jsem měla možnost krátce spolupracovat s profesionálními tlumočnicemi. Společně s nimi a jejich klienty jsem navštívila různá nemocniční oddělení i soukromé praxe a vždy byla nemile překvapena, že zdravotnický personál nezvládá ani základní znaky a vše přenechává na tlumočnicích. Myslím si, že je to velká škoda. Já sama jsem na střední škole absolvovala kurz znakového jazyka a proto vím, že to není nic tak těžkého. Tato práce se zaměřuje na zdravotnický personál v nemocnicích, jejich ochotu přijímat a učit se něco nového nad rámec běžně požadovaných vědomostí, protože dovednost správné komunikace je také správnou cestou k dobré, kvalitní péči a spokojenému pacientovi. A to by měl být cíl všech zdravotníků.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PATOFYZIOLOGIE SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

Ucho je jedním z velmi důležitých smyslových orgánů, jedná se o párový orgán. Hlavním úkolem tohoto orgánu je zachycovat a převádět zvukové vlny do CNS. Pomáhá k vnímání zvuků nejen z vnějšího prostředí, ale také z prostředí vnitřního. Sluchové ústrojí je hlavním činitelem rovnováhy, jelikož zároveň umožňuje vnímání polohy lidského těla. Ucho je analyzátor, díky němu se vyvíjí řeč a celkové chápání vnějších podnětů, které tvoří náš svět. Ucho je nejcitlivější orgán, jaký lze v lidském těle nalézt. Na orgánu sluchu rozlišujeme část vnější a část vnitřní, tyto jsou podrobně popsány z hlediska anatomického, fyziologického a patologického (Horáková, 2012).

### 1.1.1 Anatomie

Ústrojí sluchu se anatomicky dělí na tři části, a to zevní ucho (lat. auris externa), střední ucho (lat. auris media) a vnitřní ucho (lat. auris interna).

- Zevní ucho – je tvořeno boltcem (lat. auricula), jenž je tvořen elastickou chrupavkou. Zevním zvukovodem (meatus acusticus externus), což je chrupavčitá trubice vedoucí od ušního boltce až na druhý konec bubínku. Průměr zvukovodu je okolo 9 mm. Ve zvukovodu vyrůstají drobné chloupky a také se zde tvoří ušní maz a to pomocí mazových žláz. Bubínek (membrana tympani), jenž představuje přechod mezi zevním a středním uchem, také zavírá zvukovod. Bubínek vypadá jako polopropustná šedorůžová membrána, jeho tloušťka je 10 mm. Okraje bubínku jsou ale silnější, střed srůstá s kladívkem ve středním uchu. S kladívkem také srůstá vyvýšená hrana (stria mallearis), ta je ukončena jako prominentia mallearis. Od prominentia mallearis až k bubínku vedou dvě řasy (striae membranae tympani anterior et posterior). Mezi těmito striemi je blána bubínku ztenčená. Povrch bubínku je pokryt mnohvrstevnatým epitelem (Naňka a Elišková, 2015).
- Střední ucho – představuje dutinu, tvaru bikonkávní čočky, která se nachází uprostřed kosti spánkové (os temporale). Svaly v dutině napínají membránu bubínku ze zevního ucha. Ve spodní části dutiny se nachází semicanalis tubae pharyngotympanicae, jenž umožňuje spojení středního ucha a nosohltanu. Další částí, která tvoří střední ucho, je Eustachova trubice (tuba pharyngotympanica), která má za úkol vyrovnávat tlaky mezi nosohltanem a dutinou středního ucha. Eustachova trubice je z části tvořena kostí a z části chrupavkou. Délka Eustachovy trubice je asi 3,8 cm.

Ve středouší se také nacházejí tři drobné kůstky: kladívko (malleus), kovádlínka (incus) a třmínek (stapes). Tyto kůstky jsou spojeny pomocí drobných kloubů a vazů. Pokud dojde k osifikaci vazů, vzniká sluchová nedostatečnost neboli nedoslýchavost, při zániku fenestra cochleae (okrouhlé okénko mezi středoušní dutinou a scala tympani) dochází k hluchotě. Přes kladívko jsou napojeny na ušní bubínek, jehož chvění přenáší dále do vnitřního ucha. Ve středním uchu jsou také dva svaly musculus tensor tympani a musculus stapedius, tyto svaly se při velkém hluku natahují a utlumují chvění probíhající mezi jednotlivými středoušními kůstkami. Je-li musculus stapedius postižen obrnou VII. hlavového nervu, projevuje se jako přecitlivělost na hluk (hyperakuzie) (Naňka a Elišková, 2015).

- Vnitřní ucho – najdeme zde blanitý labyrint, jenž je součástí kostěného labyrintu kosti skalní (os petrosus). Prostor kostěného labyrintu vyplňuje perilymfa, ta je stejného charakteru jako likvor (mozkomíšni mok). Blanitý labyrint obsahuje endolymfu a díky perilymfě a endolymfě se přenáší chvění ze středního ucha do sluchových receptorů. V kostěném labyrintu se nachází hlemýžď (cochlea), vestibula a tři polokruhovitě kanálky. Na vestibulum je napojen třmínek, díky tomuto spojení dochází k přenosu vlnění ze středního ucha. Skrze hlemýžď vedou vlákna VIII. hlavového nervu. Pars statica (orgán rovnováhy) obsahuje smyslové buňky, ale také vápníkové krystaly, jenž svou polohu změní vždy s pohybem hlavy, svými pohyby dráždí buňky napojené ke statickému nervu. V pars auditiva (orgán sluchu) se nachází tenká lamina basilaris, na níž se nachází Cortiho orgán, jenž je tvořen buňkami smyslovými a podpůrnými. Prostor je vyplněn endolymfou, jejíž vibrace dráždí smyslové buňky a stimuluje zvukový podnět (Dylevký, 2009).
- Jak vnímáme zvuk – ušní boltce zachycuje vlny zvuku z vnějšího prostředí a dochází k rozkmitání bubínku. Následně se vlnění přenesou na perilymfu a odtud na stěny blanitého hlemýžďe, přičemž z hlemýžďe přecházejí vlny do endolymfy. Je vyslán vzruch do hlavového nervu a sluchové dráhy (Naňka a Elišková, 2015).

### 1.1.2 Fyziologie

Zevní ucho je tvořeno boltcem a zvukovodem, které zachycují a vedou vlnění zvuku k ušnímu bubínku. Z bubínku k perilymfě ve vnitřním uchu vedou zvukové vlny tři drobné kůstky. Tyto kůstky také zajišťují přenos vlnění ze vzduchového na kapalné prostředí tak, aby nedošlo ke ztrátě energie. Pokud dojde k poškození těchto středoušních kůstek, nedo-



chází k úplné ztrátě sluchu, pouze se navýší práh sluchu o cca 40 dB. Funkcí kůstek je také ochrana před přílišným hlukem, který mění svým pohybem a snížením akustického tlaku na perilymfě. Vzdušná cesta vedení zvukových vln probíhá za pomoci třmínku, který svým rozvibrováním přenáší vlny na bazální ploténku, na níž jsou umístěny smyslové buňky. Při vystavení sluchu silnému hluku nebo pro slyšení vlastního hlasu se uplatňuje vedení kostní. Pro jasnou a přesnou identifikaci zvukových podnětů jsou zapotřebí tzv. korové oblasti, umístěné v laloku kosti spánkové. Při jejich narušení se navýší práh pro intenzitu zvuku a zvětší se rozdíl mezi prahem vnímané intenzity a frekvencí. Správná funkce korové oblasti je také potřebná pro dobrou analýzu sekvence času u akustických podnětů. Pro správnou orientaci a dobrou lokalizaci zvuků v prostoru napomáhá dopad zvukových vln na oba ušní laloky zároveň a ve stejné intenzitě, zdroj zvuku musí být ve střední rovině. Je-li zdroj zvuku kdekoli jinde, bude intenzivněji zachycen uchem, k němu blíže postavenému. Důležitý je i posun času, kdy zvuk dojde k levému a kdy k pravému uchu, hluboké tóny mají posun času delší než tóny s vysokou intenzitou. Posun času je také ovlivněn pohybem předmětu, který zachycený zvuk produkuje (Petřek, 2019).

U zvuku rozlišujeme jeho hladinu hlasitosti, výšku tónu a sluchový práh, ten se dělí:

1. Intenzitní sluchový práh – jedná se o nejnižší možnou intenzitu zvuku, kterou lze uchem zachytit,
2. Práh bolesti – opak intenzitního sluchového prahu, jedná se o horní práh zvukového podnětu, který lze sluchem zachytit. Spadají zde zvuky o intenzitě 140 dB a výš. Takto vysoké zvuky vyvolávají u posluchače bolest v uších, způsobenou vysokým tlakem.

Rozdíl mezi těmito veličinami se nazývá „Rozdílový práh pro intenzitu“ (Petřek, 2019).

### 1.1.3 Patologie

Mezi patologie ucha se řadí zejména záněty, jako například zánět zevního zvukovodu (lat. otitis externa). Tento zánět bývá akutní, ale může přejít i do chronického stádia. Původcem tohoto onemocnění jsou plísňe a bakterie. Často se přenáší při koupání v bazénu. Dalším typem zánětu je zánět středního ucha (lat. otitis media). Taktéž u otitis media se rozlišuje akutní a chronický charakter onemocnění. Akutní otitis media je velmi často způsoben streptokokovými, pneumokokovými a hemofilovými infekcemi. V bubínkové dutině se objevuje větší množství hnisu, následně dochází k protržení bubínku a hnis z ucha postup-

ně vytéká. Pokud k protržení nedojde, hrozí, že se zánět rozšíří na okolí a vzniká mastoiditis (zánět výběžku kosti skalní). Zánět se dále šíří na mozkové pleny a vzniká otogenní meningitida sekundárního typu nebo tromboflebitida mozkových splavů až otogenní absces temporálního mozkového laloku. Při chronické formě zánětu z ucha vytéká hnisavý hlenovitý a silně zapáchající výtok, bubínek je trvale protržen. U chronického onemocnění se zánět volně přenáší do kosti a dále na mozkové pleny. Může také vzniknout nepravý nádor cholesteatom. Má kulovitou podstatu, šedobílou barvu a utlačuje okolní kosti. Zvláštním typem patologického onemocnění ucha je otoskleróza. Jedná se o autosomální dominantní dědičné onemocnění, kdy dochází k přestavění kostěné části labyrintu ve vnitřním uchu. Onemocnění se projevuje šelesty a pískoty s postupným úbytkem sluchu. Nemoc je častější u žen a velmi neblaze ji ovlivňuje zejména těhotenství (Bártová, 2015).

## 1.2 Terminologie sluchového postižení

Tak jako každé onemocnění i onemocnění sluchu má svou terminologii, která se vyvíjela v souladu s rozvojem oboru. Pro osoby s onemocněním nebo poruchou sluchu se používá v historickém kontextu několik označení. Nesprávná terminologie může způsobit mnohá nedorozumění, především v interakci s pacientem a jeho blízkými. V historii bylo základním a nejčastěji používaným označením „sluchově postižený“ a to nejen v jazyce českém, ale také v jazycích cizích, jako je angličtina, němčina, francouzština anebo italština. Dále bylo velmi rozšířené označení „nedoslýchavý“. I toto označení se používalo jak u nás, tak i v zahraničí. Jednalo se o označení pro osoby, jejichž ztrátu sluchu lze alespoň částečně kompenzovat. Naprosto nevhodným označením bylo „hluchoněmý“. Toto označení vychází z doby, kdy převládal názor, že osoba, která neslyší, nemůže automaticky ani mluvit. Postupem času se ukázalo, že tento názor není až tak pravdivý. Např. neslyšící dítě začíná mluvit ve stejném období, jako slyšící děti. Rozdíl je pouze v tom, že dítě s hluchotou se neslyší a neslyší ani své okolí, proto nemá možnost rozvíjet se a s mluvením ustává. Z toho pak pramení, že jeho slovní projev je buďto velmi omezen nebo není téměř žádný. V naší historii lékařům trvalo velmi dlouho, než tuto prostou skutečnost pochopili. Do té doby byli tito lidé léčeni velmi drastickými způsoby (Hrubý, 1999). Dnešní doba je, co se terminologie týká, velmi nejednotná. Český jazyk je velmi květnatý a je stejně jako i jiné jazyky zasažen přijímáním cizích slov, zejména pak z jazyka anglického. Proto zejména mladší populace se sluchovou vadou se označuje slovem „Deaf“. V rámci odborné a spisovné terminologie se nejvíce doporučuje a využívá slovních spojení „osoba se sluchovým

postižením“ nebo „osoba se sluchovou vadou“. Odborníci také radí rozlišovat mezi termíny „porucha sluchu“, což je označení pro přechodné zhoršení sluchu, a „sluchová vada“, jenž popisuje stav trvalého poškození sluchu. Za naprosto nevhodné se považuje označení „hluchoněmý“ a nedoporučuje se používat pojem „handicap“, místo tohoto je lépe využít slovního spojení „omezená participace“. Slovo „handicap“ se nedoporučuje používat pro svou nejednoznačnost (Skákalová, 2016).

Je také velmi důležité zmínit, jak se vnímají sami sluchově postižení, kteří se velmi často ani za osoby s postižením nepokládají. Spíše se považují za členy menšiny, která ze standardu vybočuje svým jazykem i kulturou. Navíc znakový jazyk velmi často chápou jako svůj oficiální jazyk, který staví na stejnou úroveň jako jazyk český či jiný světový jazyk. Tato sociálně – kulturní skupina má také své označení a to „Neslyšící“. Na toto označení přistoupili i ve světě, kdy například angličtina tuto skupinu osob označuje slovem „Deaf“ (Horáková, 2011). Dle Skákalové (2016) se neslyšící osoby velmi často sami označují jako „neslyšící“, kdežto nedoslýchaví sebe označují slovem „sluchově postižení“. U seniorů, kteří trpí presbyakuzii, převládá označení „ohluchlí“. Což, jak sama autorka uvádí, není úplně nejvhodnější, protože se jedná o hanlivé označení.

### 1.2.1 Nedoslýchavost

Pod tímto pojmem označujeme jakékoli zhoršení sluchu od normálu. Tak, jak je běžné, i nedoslýchavost má hned několik stupňů (celkem čtyři) - lehké, střední, těžké až po velmi těžké poškození sluchu. Pozitivem je, že nedoslýchavost lze v určité míře korigovat kompenzačními pomůckami, jako jsou například kochleární implantáty nebo naslouchadla. Nedoslýchavost je typická pro seniory, ale poměrně často se vyskytuje i u mladší populace. Projevuje se špatným zachycováním a porozuměním zvuků z okolí a to zejména zvuků tichých, jako je například šepot (Skákalová, 2016).

### 1.2.2 Presbyakuzie

Tímto termínem se označuje nedoslýchavost u osob staršího věku (senioři). Při presbyakuzii má osoba problémy se zachycením vysoko frekvenčních tónů. S tímto také souvisí omezené a zhoršující se porozumění mluvené řeči. Presbyakuzie s největší pravděpodobností vzniká v důsledku odumírání vláskových buněk, tyto buňky nelze ničím nahradit. Další možnou příčinou vzniku onemocnění může být špatné prokrvení sluchového ústrojí (Horáková, 2012).

### 1.2.3 Periferní nedoslýchavost

Tento typ nedoslýchavosti se dělí na dvě podoblasti:

- **převodní** – dochází k poruše převodu zvukových vln a to v důsledku překážky. Zvuk nemůže být přenášen do hlemýždě ve vnitřním uchu (Vady sluchu, 2016). Překážku může tvořit opakovaný zánět ve středouší, zvětšená ušní mandle, která může uzavřít nebo zúžit průchod do Eustachovy trubice a zhoršit ventilaci středouší, dále také nahromaděný ušní maz, který po určité době tuhne a tvoří pevnou zátku. Příčinou může také být prasklý ušní bubínek (Horáková, 2012) či cholesteatom, což je agresivní tkáň stříbrné barvy, která způsobuje velmi závažné záněty středního ucha, projevující se hnisavým výtokem z ucha a napadením a deformací okolních středoušních kostí, které jsou v důsledku zánětu patologicky změněny. Zánět velmi často přechází do chronického stádia a je nutné jej odstranit operačně (ORL-ucho-sanace, 2015). Další příčinou vzniku periferní nedoslýchavosti může být otoskleróza, při níž se tvoří nárůstky kostěného charakteru na stěnách labyrintu. Což má za následek, že převod zvukových vjemů do středouší probíhá v omezené míře nebo dochází k zúžení ve středouší a s tím souvisejícímu narušení vlnění kůstek vnitřního ucha. Nejčastějším důvodem je nepohyblivost třmínku. (Operace otosklerózy (stapedektomie), 2015).
- **percepční** – na rozdíl od převodních poruch sluchu dochází u percepčních k poškození sluchových buněk nebo nervu ve vnitřním uchu. Percepční vady lze dále dělit na vady kochleární, kdy nedochází k převodu zvuku na elektrický signál a na vady retrokochleární, v tomto případě nedochází k převodu zvuku VIII. hlavovým nervem a dráhou sluchu, které probíhají v kmeni mozku. V celkovém měřítku sluchových vad lze říci, že percepčních vad je v populaci daleko více než vad převodních. Percepční vady jsou daleko náročnější na diagnostiku a následnou léčbu (Horáková, 2012).

### 1.2.4 Tinnitus

Jedná se o příznak, kterým jsou označeny ušní šelesty různého charakteru. Tyto šelesty mají epicentrum vzniku v ušním orgánu, zde vznikají vlivem nedostatečného přívodu okysličené krve k uchu a do jeho okolí. Šelesty se projevují jako subjektivní vjemy zvuku (hu-

čení, pískání, šumění) bez nároku na nějaký podnět z vnějšího okolí. Tinnitus se projevuje u osob starších 60 let (Horáková, 2012).

### **1.2.5 Ztráta sluchu**

Jako ztráta sluchu se označuje stav, kdy osoba není schopna zachytit zvuk o hlasitosti 25 dB na jedno nebo obě uši. Ztráta sluchu může být úplná nebo částečná, přičemž částečnou ztrátou sluchu trpí okolo pěti procent světové populace, což je 466 milionů lidí. Odhaduje se, že postupem času bude osob s částečnou ztrátou sluchu přibývat. Částečnou ztrátu sluchu lze definovat jako slyšení zvuků o hlasitosti větší než 40 dB. Tak jako většina nemocí i ztráta sluchu má několik podskupin: lehké, střední, těžké a velmi těžké poškození sluchu. Nejtěžší forma ztráty sluchu se označuje jako hluchota. Lidé s hluchotou neslyší žádné zvuky nebo pouze zvuky velice hlasité (Deafness and hearing loss, 2019).

#### ***1.2.5.1 Zdravý sluch***

Člověk se zdravým sluchem slyší zvuky i velmi slabé jako šepot, šumění moře, šelest listů ve větru nebo tikot hodin. To znamená, že osoby se zdravým sluchem dokážou zaznamenat zvuky až do hranice 0–25 dB (Horáková, 2012).

#### ***1.2.5.2 Lehká a střední nedoslýchavost***

Osoby s lehkou až střední nedoslýchavostí mají mírně omezené slyšení, nedokáží rozlišit například komunikaci v prostředí, které je velmi hlučné, jako jsou továrny nebo rušné ulice. Tito lidé dokáží zachytit zvuky do zvukové frekvence 26–60 dB (Horáková, 2012).

#### ***1.2.5.3 Těžká a velmi těžká nedoslýchavost***

Těžká a velmi těžká nedoslýchavost se projevují silným omezením vnímání zvuků. Lidé s těžkými sluchovými poškozeními jsou odkázáni na využívání kompenzačních pomůcek. Bez jejich pomoci nejsou schopni běžné každodenní komunikace, protože běžná řeč a zvuky jsou pro osoby s těžkou nedoslýchavostí nezachytitelné. U těžké sluchové nedoslýchavosti ucho zachycuje zvuky o hlasitosti od 61–80 dB (Horáková, 2012).



### 1.2.6 Hluchota

Při hluchotě dochází ke ztrátě sluchu, kdy ucho dokáže vnímat pouze zvuky o vysoké hlasitosti a frekvenci, která překračuje 90 dB. Slabší zvuky ucho nevnímá a neslyší. Při úplné hluchotě ucho nevnímá zvuky žádné (Horáková, 2012).

### 1.2.7 Vady sluchu vrozené

Je zřejmé již z názvu, že s vrozenou vadou sluchu se člověk rodí, přičemž příčiny mohou být infekčního charakteru, dědičné nebo důsledkem komplikací matky během těhotenství (Deafness and hearing loss, 2019). Mezi dědičné choroby sluchu patří například Usherův syndrom. Tento syndrom postihuje sluchové i zrakové smysly. V případě Pendredova syndromu je kromě sluchového ústrojí postižen i endokrinní systém, konkrétně štítná žláza (Horáková, 2012). Mezi komplikace matky během těhotenství patří onemocnění zarděnkami, syfilis, žloutenkou či jinými přenosnými infekčními chorobami. Velkým problémem je také nízká porodní váha novorozence, asfyxie po porodu nebo užívání léků během těhotenství jako například diuretik, cytostatik, baktericidních antibiotik aj. (Deafness and hearing loss, 2019).

### 1.2.8 Vady sluchu získané

Tato vada sluchu přichází až v průběhu života, dítě se rodí plně slyšící, vada se rozvíjí později. Získané vady sluchu se dělí na vady sluchu získané před fixací jazyka a řeči. Tato vada se projevuje u dětí do 4-6 roku věku, tedy před obdobím, kdy se plně rozvíjí řeč. Pro dítě se nemusí jednat o závažnou komplikaci, zvláště když se s vadou sluchu rodí. Daleko větší problém může nastat pro rodinu a blízké okolí dítěte, obzvláště pokud zde není nikdo se sluchovou vadou. Pokud dítě užívá kochleární implantát či jinou pomůcku od narození nebo raného dětství, nepřináší mu žádné omezení, naopak tento považuje za nedílnou součást svého života (Felman, 2018).

Příčinou vzniku získaných sluchových postižení mohou být infekce, které dítě prodělá, jako například meningitida, příušnice, spalničky, záněty mozkových blan, chronické ušní infekty anebo zánět středního ucha a v neposlední řadě také závažná poranění hlavy a mozku (Deafness and hearing loss, 2019).

Vady sluchu získané po fixaci jazyka a řeči postihují děti starší 4–6 let. Jazyk a řeč jsou u těchto osob už plně vyvinuty, není zde tedy problém s mluvou a poškození nebo ztrátu

sluchu lze kompenzovat kochleárními implantáty nebo sluchadly. Získané vady sluchu jsou daleko více traumatizující, protože jedinec již měl možnost zdravě slyšet a náhle o sluch přišel. Je tedy pro něj daleko těžší a zdlouhavější zvyknout si na nedoslýchavost či dokonce hluchotu, přičemž používání kompenzačních pomůcek může být omezující, pro někoho třeba až ponižující (Felman, 2018). Poškození sluchu může nastat při dlouhodobém vystavení se nadměrnému hluku, který přesahuje frekvenci 85 dB, což bývají hlučné prostředí práce, koncerty, poslech hlasité hudby, výbuchy aj. Příčinou může být také blokáce sluchového kanálu cizími tělesy, mechanické poškození sluchového ústrojí, metabolické a hormonální poruchy či degenerace. Velikou skupinou jsou také senioři, v tomto případě je ztráta sluchu zapříčiněna stárnutím sluchových buněk. Nelze opomenout ani některá onemocnění, kupříkladu toxoplazmózu, lymfskou boreliózu, záškrť, meningitis, Meniérovu chorobu, HIV infekce (Horáková, 2012).

### 1.3 Historie sluchově postižených

Historie sluchově postižených je stejně zajímavá, rozvíjející se a poutavá jako jakákoliv odnož lidské historie a to jak u nás, tak také ve světě. Neslyšící lidé se od těch slyšících liší pouze v tom, že neslyší. Mají svůj vlastní svět, ztráta sluchu se nahrazuje jinými aspekty a dovednostmi, jakými je například unikátní znakový jazyk, stejně bohatý jako jazyk mluvený (Hrubý, 1999).

#### 1.3.1 Starověk

V období starověku neexistovaly žádné školy nebo organizace zabývající se péčí o osoby se sluchovým postižením. Děti, rodící se s vadou sluchu, se učily odezírat a napodobovat své blízké rodinné příslušníky. Ve starověkém Řecku se tyto děti násilným způsobem odebíraly svým rodičům a následně byly usmrceny. Odebírané děti byly ve věku okolo 5-6 let. Podobným způsobem byly usmrcovány postižené děti i ve starověkém Římě. Děti byly také pohazovány na ulici, topeny nebo je nechali roztrhat psy. Tyto děti byly považovány za méněcenné a pokud přežily, stávali se z nich otroci. Jedním z prvních myslitelů, který se začal zabývat myšlenkou hluchých, byl Aristoteles. Vytvořil teorii, podle které vše, co vstupuje do paměti a vědomí, musí nejprve přejít přes jeden ze smyslových orgánů. Z toho také Aristoteles vyvozoval, že pokud smyslový orgán chybí, musí také scházet ta část vědomí, kterou daný smysl zaštiťoval a nelze toto vědomí jakýmkoliv způsobem získat zpět. O neslyšících si proto myslel, že nemohou nikdy mluvit, a to právě z toho důvodu, že nes-

lyší. Tato teorie na velmi dlouhou dobu ovlivnila přístup společnosti a světových myslitelů k osobám se sluchovým postižením. Situace se změnila až v období 16. století, tedy zhruba dva tisíce let po Aristotelově smrti. V Justiniánově zákoníku byla zapsána práva pro neslyšící. V židovské kultuře se věřilo, že jakýkoliv zdravotní neduh je z vůle boží a tito lidé přijímají ochranu boží. „*Hluchému nebudeš zlořečiti a před slepým nepoložíš úrazu, ale báti se budeš Boha svého, nebo já jsem Hospodin*“. (Kniha Mojžišova Třetí, Leviticus 19:14 dle Hrubý, 1999, s. 89).

### 1.3.2 Období 16. století

Změna situace nastala až s osobou Rudolfa Agricoly (vlastním jménem Roelof Huysman), který se situací hluchoněmých zabýval ve své knize „*De Inventione Dialectica*“. V této knize mimo jiné poznamenává, že lidé, kteří se rodí se sluchovou vadou, jsou schopni porozumět mluvenému i psanému projevu a své myšlenky převádět psanou formou na papír. Úplně prvním, kdo se rozhodl učit hluchoněmé, byl benediktinský mnich Pedro Ponce de Leon, který také založil první školu pro sluchově postižené z významných rodin. V jeho škole se žáci učili vyslovovat vše, co bylo zapsáno na papír. Komunikace probíhala formou psanou nebo pomocí gestiky (Hrubý, 1999).

### 1.3.3 Období 17. století

Jedním z nejvýznamnějších myslitelů 17. století zabývajících se problematikou sluchově postižených, byl John Bulwer, anglický lékař. Tématu hluchoněmých se věnoval řadu let, napsal několik publikací. První vyšla v roce 1644 a nazývala se „*Chirologia a Chironomia*“. Chirologie je označení pro prstovou abecedu a Chironomia byla znaková řeč. Další velmi důležitá publikace vyšla v roce 1648 a nesla název „*Philocophus: or, The Deaf and Dumb Man's Friend*“ (Philocophus: aneb přítel hluchoněmého). Toto dílo je první, které se zabývá myšlenkou odezírání.

Další významnou osobností byl švýcarský lékař Johann Konrad Amman (1669–1724), ten se proslavil svými díly „*Surdus Loquela*“ (Hluchý mluvící, 1692) a „*Dissertatio de Loquela*“ (Pojednání o řeči, 1700). Díky těmto knihám je Amman považován za zakladatele orálního vzdělávání neslyšících. Tito lidé se později nazývali jako „*Oralisté*“. Amman také jako první posuzoval mluvení podle pohybu hlasivek a začal využívat předmět, který nazval „*logopedické zrcadlo*“ (Hrubý, 1999).

### 1.3.4 Období 19. a 20. století

V roce 1857 vzniká Kolumbijský institut pro vzdělávání hluchoněmých a slepých, který se v roce 1864 přejmenovává na Gallaudetovu univerzitu pro neslyšící studenty. Tato univerzita sídlí ve Washingtonu D.C. ve Spojených státech amerických.

V českých zemích vzniká Podpůrný spolek hluchoněmých sv. Františka Saleského v Praze, a to konkrétně 22. 5. 1868. Hlavním posláním spolku bylo finančně podporovat osoby chudé a sluchově postižené. Dne 4. 7. 1915 byl založen první Zemský spolek pro péči o hluchoněmé. Zakladateli spolku byli Jitka Haunerová – Staňková (životopis viz. příloha), JUDr. Jaroslav Kallab a prof. PhDr. František Čáda. Prvním ředitelem se stává prof. MUDr. Karel Výmola, významný otorinolaryngolog. Od roku 1918 tyto dva spolky začaly vydávat časopis s názvem „Obzor Hluchoněmých“. V roce 1921 se v Praze konal první Československý národní sjezd hluchoněmých, účast na tomto sjezdu byla okolo 600 osob. Na Moravě byl dne 23. 3. 1919 založen Spolek českých hluchoněmých pro Moravu se sídlem v Brně. Tento spolek se zasloužil o výstavbu útulku pro hluchoněmé. V průběhu zejména 20. století začalo vznikat velké množství spolků a škol pro sluchově postižené a to napříč celou republikou. Během druhé světové války však došlo k útlumu veškerých aktivit všech spolků. Velké množství sluchově postižených zahynulo během náletů nebo byli odvezeni do koncentračních táborů a zde zabiti (Hrubý, 1999).

Ihned po ukončení druhé světové války docházelo ke snahám sjednotit do té doby roztříštěný systém péče o osoby postižené. V letech 1945 až 1948 vznikl Ústřední svaz neslyšících se sídlem v Praze, který sjednotil celkem 16 spolků neslyšících do jedné organizace. Sjednocování pokračovalo i po změně režimu v roce 1948 a to vznikem tzv. Ústřední jednoty invalidů (ÚJI) v roce 1949. Hlavním cílem činnosti ÚJI bylo vyhledávání pracovních příležitostí pro invalidy a začleňování osob se sníženou pracovní schopností do práce. Bylo založeno výrobního družstvo invalidů DRUTĚVA, které těsně po svém vzniku v roce 1950 zaměstnávalo přes 1000 těžkých a středních invalidů, a které svou činnost provozuje i v dnešní době. ÚJI se věnovala také činnosti osvětové, vzdělávací a kulturní. Vydávala časopis Zpravodaj, kterým byli členové informováni o všem, co se života invalidů týká. Pro informaci nejširší veřejnosti je vydáván časopis Práce invalidů. Ve vlastních rekreačních střediscích zajišťovala ÚJI rekreaci svých členů s přihlédnutím k potřebám nejrůznějšího postižení (Paur, 2016).

Dne 8. 5. 1990 byl v Praze založen Svaz sluchově postižených v ČR, svaz později přejmenovali na Svaz neslyšících a nedoslýchavých. V roce 1996 byl otevřen Stacionář pro sluchově postižené, tento stacionář se nacházel na Praze 5.

Dne 24. 10. 1990 byla založena Českým a Slovenským svazem sluchově postižených Asociace svazů sluchově postižených.

V Plzni se 16. 2. 1994 zakládá Český klub nedoslýchavých Help, tento klub poskytoval pomoc v oblasti zdravotnictví, sociálního a technického zabezpečení. Klub Help existuje dodnes a má své pobočky po celé České republice.

Dne 11. 6. 1998 vstupuje v platnost zákon č. 155/1998 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (Hrubý, 1999).



## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ANEB JAK SPRÁVNĚ KOMUNIKOVAT S PACIENTY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Základní dovedností lidí a vztahů mezi nimi je komunikace. Jedná se o zásadní schopnost, pomocí které si lidé mezi sebou sdělují své každodenní poznatky, pocity a informace. Komunikace je základním kamenem k vytváření fungující společnosti. V běžném životě nás doprovází na každém kroku, ať už v podobě přímé komunikace mezi lidmi nebo komunikace multimediální (internet, televizní či rozhlasové vysílání). Každá překážka komunikace představuje zásadní problém a může mít nedozírné důsledky. A je velmi problematické nalézt správnou metodu překonávání komunikačních bariér zejména u sluchově postižených, protože každý člověk má jinou míru schopností a dovedností a není možno použít jakési universální, souhrnné řešení tak, jako tomu bylo mnohdy v minulosti. (Krahulcová, 2002).

### 2.1 Komunikace s osobami sluchově postiženými

#### 2.1.1 Metodika komunikace se sluchově postiženými

V komunikaci se sluchově postiženými velmi často dochází ke generalizování. Společnost slyšících vnímá všechny sluchově postižené stejně a vůbec si nepřipouští, že sluchové postižení má různé stupně, podle kterých je důležité volit správnou metodu komunikace. Zcela zásadním problémem, který se vyskytuje především na straně slyšících osob, je neochota přijímat nové dovednosti, pomáhající lépe komunikovat s osobami sluchově postiženými. Komunikace se sluchově postiženými může probíhat na bázi interakce, za použití nejrůznějších pomůcek, jako jsou obrázky, písmena, gesta, znaky. Při komunikaci se sluchově postiženými rozlišujeme dle Kurkové (2008) tři podskupiny:

1. Unisenzorická skupina: zde patří osoby, které mají sluch poškozený, ale stále mají zbytkový sluch, zároveň si dopomáhají sluchadly.
2. Multisenzorická skupina: zahrnuje osoby, se zbytkovým sluchem, kteří navíc v komunikaci využívají odezírání ze rtů.
3. Kombinovaná skupina: tyto osoby mají zbytkový sluch, ale zároveň si dopomáhají nejrůznějšími metodami, jako je například znakový jazyk.

Při komunikaci se sluchově postiženým je podstatné omezit všechny rušivé elementy, jako mohou být různé zvuky, rychlá mluva, špatná artikulace, nevhodné nebo nedostatečné svě-

telné podmínky, vzdálenost či rychlé měnění témat. Naopak velmi důležité jsou přímé postavení, oční kontakt, řeč těla, správné pohyby rukou, krátké a jasně pochopitelné věty (Kurková, 2008).

Komunikační metody pro osoby sluchově postižené dle zákona č. 384/2008 Sb. jsou znaková čeština, prstová abeceda, vizualizace (artikulace) mluveného slova, písemné záznamy, taktilní odezírání (vnímání vibrací hlasivek při mluvení). Správnou metodu komunikace je nutné vybírat podle následných kritérií: míra inteligence, pohybové schopnosti, typ sluchového postižení, kdy k postižení došlo (diagnostika), případná další onemocnění. Během komunikace se sluchově postiženými je velmi nutné ověřování, zda správně rozuměli, konkrétně co přesně požadují a následně zpětná interpretace toho, co bylo řečeno (Kurková, 2010). Velmi často je také doporučováno (zejména ve zdravotnických zařízeních) využití služeb profesionálních tlumočnicků, zabezpečovaných Českou komorou tlumočnicků znakového jazyka, kteří zajistí adekvátní komunikaci se sluchově postiženým. (Procházková a Vysuček, 2007).

### **2.1.1.1 Znakový jazyk**

Komunikace pomocí znakového jazyka není v mnoha ohledech příliš odlišná od komunikace mluvené, jediný rozdíl je v tom, že mluvená komunikace využívá lidský hlas. To u sluchově postižených není možné, nikoliv z důvodu že by nemluvili, ale protože lidský hlas nevnímají. V ostatních aspektech jsou si ale oba druhy komunikace velmi blízké, využívají mimiku svalů v obličeji, řeč celého těla, gestikulaci rukou a také zrakové vjemy. Znakový jazyk se řadí do skupiny jazyků vizuálně – motorických. Znakový jazyk pracuje stejně jako jazyk mluvený s termíny, jako jsou fonémy (nejmenší stavební jednotky jazyka, hlásky), morfémy (předpona, přípona, kořen slova), nicméně místo slov používá znaky. Jeho pomocí mohou tedy i sluchově postižení vytvářet věty, případně celé texty. Znakový jazyk, stejně jako i ostatní jazyky z kategorie mluvených, prošel v průběhu času svým vývojem a zdokonalením. Rozšířila se slovní zásoba o nová slova, přijímaná ze zahraničí a znaková řeč také reflektuje sociální proměny společnosti. U znakového jazyka je také velmi důležité určité osvojení si dané terminologie, stejně tak i u mluveného projevu. Pro znakový jazyk je typická ikoničnost, což je spojitost a jistá podobnost formy a významu. Koresponduje s tím, že lidský život je vizuální, časový a prostorový. Znakový jazyk z těchto informací vybírá to nejpodstatnější. Ze sociálního hlediska je znakový jazyk jazykem menšinovým. Ve zkratce lze říct, že o znakovém jazyce platí následná formulace

„obecná schopnost lidského rodu myslet a komunikovat může být manifestována i jinak, než je „obvyklé“, systém znaků, jejichž prostřednictvím člověk myslí a navazuje vztahy se svým lidským okolím, může být jiný než ten „náš“, většinový: může být tvořen i znaky, jejichž označujícím není artikulovaný zvuk“ (Macurová a Zbořilová, 2018, s. 16). I znakový jazyk se rozvíjí, stále vznikají nová slova. Přestože vznik nových znaků je pomalejší, výraznou výhodou je, že jeden znak v sobě pojme hned několik slov podobného významu dohromady. Díky tomu lze v jedné větě znakovým jazykem vyjádřit daleko více informací nežli v jedné větě jazykem mluveným. Znakový jazyk se skládá ze dvou částí, první je část manuální a druhá část nemanuální. Do manuální části patří různé pohyby rukou, které vyjadřují základní lexikální význam slova. Do nemanuální části patří mimika obličeje a pohyby celého těla, které doplňují manuální část a dávají jí nějakou vlastnost, intenzitu a děj. Znakový jazyk má místo artikulace určité pohyby a tvary rukou. Velmi důležitou součástí znakového jazyka jsou ústa, ta by se měla během „znakování“ pohybovat a korespondovat s ukazovaným znakem (Macurová a Zbořilová, 2018).

### 2.1.2 Surdopedie

Pojem surdopedie pochází tak jako většina pojmů z latiny a řečtiny. Základem je latinské slovo „*surdus*“, což v překladu znamená hluchý a řecké „*paideia*“ neboli výchova. Tento obor se zabývá speciální pedagogikou a výchovou, vzděláním a rozvíjením osob se sluchovým omezením. Surdopedie, jakožto vzdělávací obor, úzce spolupracuje s jinými pedagogickými obory, ale zároveň také spolupracuje s obory lékařskými, jako jsou foniatric, pediatrie a otorinolaryngologie, zkráceně ORL. Z dalších vědních oborů lze jmenovat například sociologii či lingvistiku. Surdopedie se cílově zaměřuje zejména na děti a mladistvé, kteří se potýkají s onemocněním sluchu, a také na jejich rodinné příslušníky, které učí, jak správně s dítětem jednat a komunikovat. Surdopedie ale nepracuje pouze s osobami se sluchovým postižením, pracuje také s osobami, které mají i další onemocnění, jako je slepota, mentální postižení či tělesné postižení. Základním pilířem surdopedie je určit a zajistit vhodnou kompetenci v komunikaci. To znamená, že vytváří pravidla pro správnou komunikaci a porozumění. Hlavním cílem je sluchově postiženého uvést do problematiky komunikace, socializace a řeči, a tuto problematiku přenést do skutečného života tak, aby si sluchově postižený mohl vytvořit svou existenci nezávislou na jeho okolí. V tomto případě jednoznačně platí, že správně zvládnutá komunikace zajišťuje úspěch v socializaci lidí napříč společnostmi a kulturním spektrem (Horáková, 2011).

### 2.1.3 Základy komunikace se sluchově postiženými v ošetrovatelské praxi

Součástí profese zdravotníků je také komunikace s pacienty. Jedná se stěžejní oblast jejich práce, jelikož každé nedorozumění může způsobit významné komplikace a napáchat neodstranitelné škody. Komunikace zdravotníka s pacientem by měla obsahovat následující části: „*nezbytnost, nezvratnost a neopakovatelnost*“ (Zacharová, 2016, s. 101). Překážky, které by měl zdravotník umět překonat, jsou hlasová nevyváženost (tichý, hlasitý projev), nepřiměřená emotivnost, opomenutí intelektu pacienta (dlouhé a příliš složité věty, nadměrná odborných termínů), nedbání na tělesný a psychický stav pacienta. V komunikaci s pacienty se sluchovým postižením je velmi důležitá nonverbální komunikace, kterou by měl mít každý zdravotnický pracovník zvládnutou v takovém rozsahu, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním. Základními prvky nonverbální komunikace jsou proxemika (udržení určité vzdálenosti mezi zdravotníkem a pacientem), haptika (doteky, přičemž je potřeba si uvědomit, že ne každému pacientovi mohou být doteky příjemné), posturologie (postavení celého těla), kinetika/gestika (tělesné pohyby – rychlé, pomalé, uspořádané, roztěkané), mimika a pohled (výraz v obličeji, oční kontakt). Nonverbální komunikace je klíčem k sociální interakci s pacientem. U pacientů s mírnou sluchovou nedostatečností lze zmínit i paralingvistickou komunikaci, která spočívá v různé intonaci hlasu, čímž řečník dává najevo své rozpoložení, které však nemusí být vždy dobře přijato. Také špatná intonace hlasu má schopnost zcela zásadně změnit řečený obsah a to jak ze strany zdravotnických pracovníků, tak také ze strany pacientů (Zacharová, 2016).

Socializace u pacientů s mírnou a střední poruchou sluchu, by měla probíhat v následujících kategoriích:

- Úvodní komunikace (sociální), při které jde o navázání kontaktu s pacientem.
- Strukturovaná komunikace je prvotním kontaktem, který je nutno následně dále rozvíjet při získávání důležitých informací o pacientovi.
- Poslední částí je komunikace léčebná (terapeutická), kdy je nutno pacienta podpořit v životně důležitých rozhodnutích a situacích. I zde je velmi důležitá verbální a nonverbální složka komunikace.

Všechny tyto součásti by měly být v rovnováze, jinak opět dochází ke komunikačnímu nedorozumění, kdy slova vyjadřují zcela něco jiného, než-li postavení a výraz v obličeji. V komunikaci se sluchově postiženými, ať je jejich sluch omezen jakkoliv, je obzvlášť důležité pochopení a vcítění se do jejich situace a postavení. Jinými slovy je nezbytné, aby

byli zdravotníci dostatečně empatičtí ke svým pacientům, což je nejlepší cesta k navázání kvalitního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Empatické chování nemusí být vždy vyjádřeno slovy, lze jej vyjádřit i mimikou v obličejí nebo tělesným postavením či gesty. Empatické chování ze strany zdravotnických pracovníků velmi často v pacientech vyvolává pocity důvěry, bezpečí a sounáležitosti. (Zacharová, 2016). Hlavním specifikem a rozdílem v péči o pacienty se sluchovým postižením je omezená komunikace a s tím spjatý deficit informací. Řada zdravotníků se péči o sluchově postižené pacienty snaží vyhýbat, protože nemá představu, jak s nimi správně jednat. Velmi často dochází ke špatné interpretaci standardních a pro zdravé osoby běžných informací. Velkou výhodou dnešní doby je proto možnost využití služeb tlumočnicka, který na dané oddělení pravidelně dochází a komunikaci se sluchově postiženým pacientem zajišťuje za zdravotnický personál. Každý pacient se sluchovým postižením by měl mít nárok na osobitý přístup zdravotního personálu, který správnými metodami uspokojí jednotlivé potřeby pacienta a zároveň bere ohled na stupeň sluchového postižení (Kalvach, 2011). Každý stupeň postižení má svá specifika, co se komunikace týče, například osoby s mírným nebo středním poškozením sluchu, které používají sluchadla, využívají ke komunikaci velmi blízký kontakt. Proto se může stát, že nevědomky narušují komfortní zónu člověka, se kterým komunikují, což je dáno tím, že se snaží využít i poslední zbytky svého sluchu. Naopak pacienti, kteří trpí silnou nedoslýchavostí až hluchotou, komunikují se zdravotnickým personálem z větší vzdálenosti a to proto, aby lépe viděli na jejich obličej a zejména ústa, ze kterých odezírají jednotlivá slova. Proto platí, že je důležité stát obličejem přímo otočeným na pacienta, aby měl dobrý přehled o zdravotnickově výrazu tváře. Velmi často dělanou chybou je, že se zdravotnický personál, při komunikaci se sluchově postiženými snaží křičet, zvláště u ohluchlých pacientů, je to zcela kontraproduktivní (Dynáková, 2005a). Zdravotnický personál má k dispozici celou řadu možností, jak efektivně komunikovat se sluchově postiženým pacientem, lze například využít znakový jazyk, který má i svou českou variantu. Další možností je prstová abeceda, odezírání ze rtů a velmi jednoduchou formou jsou piktogramy. Nicméně zcela nejlepší variantou, pokud je možná, je využití tlumočnicka, což je osoba, která prošla náležitým vzděláním tak, aby mohla adekvátně překládat do znakové češtiny (Dynáková, 2005b). K výše uvedenému samozřejmě platí, že každý pacient by měl mít možnost volby metody komunikace, tedy zda chce použít znakový jazyk, odezírání, psaní, piktogramy či zcela jinou metodu, na kterou je navyklý. Zdravotnický personál by měl tuto volbu ctít a přizpůsobit se jí. Jde primárně o spokojenost pacienta a o to, aby všemu správně porozuměl. Bo-

hužel komunikace i přes správně zvolenou metodu nemusí být vždy úspěšná a i na tuto variantu by měl být zdravotník připravený. Každý zdravotnický pracovník by si měl především uvědomit, že práce se sluchově postiženými, ať už je jejich postižení jakéhokoli rozsahu, je zejména o velké trpělivosti, empatii, velké časové náročnosti a opakování. Pokud je komunikace vedena špatným způsobem, je stresovou záležitostí pro obě strany, jak pro zdravotního pracovníka, tak i pro sluchově postiženého pacienta. Je také bezpodmínečně nutné, aby na každém oddělení i v celém nemocničním zařízení byla nastavena opatření, která pomohou sluchově postiženým pacientům, ale i dalším návštěvníkům v lepší orientaci. Dnešní doba nabízí velkou řadu signalizačních a informačních materiálů pro sluchově postižené a také návodů, jak tyto vhodně zakomponovat do interiéru budov. Základem by mělo být rozmístění piktogramů na všech tabulích a dveřích, dále také světelné signalizace a jasně a dobře čitelné informace. Každé zařízení, které je určeno i pro osoby se sluchovým postižením, musí mít viditelně umístěný mezinárodní znak pro sluchově postižené. Jedná se o tmavě modrý čtverec, v jehož středu je znázorněn ušní boltec, kterým vede tlustá bílá diagonála. Minimální rozměr tohoto označení musí být 100 x 100 milimetrů. Zařízení signalizace musí obsahovat, kromě zvukové složky, také složku vizuální, jsou to hlavně požární hlásiče a vyvolávací zařízení (Kalvach, 2011).

#### **2.1.4 Specifika ošetrovatelské péče o klienty se sluchovým postižením**

Základní péče o pacienty se sluchovým postižením se ve svém jádru neliší od péče o jiné pacienty. Ošetrovatelská péče by měla být vykonávána na základě kompetencí a odborností jednotlivých nelékařských zdravotnických profesí, ale také dle nejlepšího úmyslu ve prospěch pacienta. Zdravotnický personál, pečující o sluchově postižené pacienty, by měl být trpělivý, empatický, s dostatkem času, který může svým pacientům poskytnout. Ve zdravotnické dokumentaci pacienta by mělo být uvedeno čitelně a na viditelném místě, že se jedná o sluchově postiženého člověka. Tato informace je důležitá pro všechny pracovníky nemocničního zařízení, kteří se s pacientem mohou dostat do kontaktu. Osoby se sluchovým postižením tvoří velice různorodou skupinu, proto i saturace jejich potřeb je velice rozlišná a záleží zejména na konkrétních požadavcích dané osoby. Nejčastěji probíhá uspokojování potřeb v oblasti komunikace, sociálních služeb a zajištění, seberealizaci a rehabilitaci tělesné i psychické (Kalvach, 2011).

Specifikum v ošetrovatelské péči může nastat v případě, že všeobecná sestra získá specializaci potřebnou pro výkon práce audiologické sestry dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. Tato

vyhláška specifikuje jednotlivé úkony, které může takto vzdělaná sestra vykonávat. Mezi tyto úkony patří: sledování a hodnocení stavu pacienta se sluchovým postižením dle objektivních vyšetření, vykonávání orientačních vyšetření sluchu za pomoci hlasu (šepot, hlasitá mluva, ladička), údržba a péče o speciální vyšetřovací audiometrické zařízení, poskytování poradenství a šíření prevence v oblasti sluchových postižení a ochrany sluchu, správná edukace pacientů o užití a péči o speciální sluchové pomůcky (sluchadla, implantáty). Dle ordinace lékaře tyto sestry mohou vykonávat následující činnosti: diagnostiku sluchu za pomoci speciálních vyšetřovacích metod, které zahrnují i objektivní metody na vyšetření sluchu a také vyšetření vestibulárního ústrojí pomocí přístroje (Vyhláška č. 391/2017 Sb., 2017).

## 2.2 Kompenzační pomůcky

Sluchové postižení, pokud není absolutní, lze kompenzovat nejrůznějšími metodami, jako jsou kochleární implantáty, sluchadla aj. Přesto stále existují lidé, kteří užívání kompenzačních pomůcek odmítají a to z prostého důvodu, stydí se za ně a nechťejí na své zdravotní omezení příliš upozorňovat. Jedná se především o mladší populaci. Velmi důležité je zvolit si vhodnou pomůcku tak, aby svému majiteli pomáhala a nepřinášela mu zbytečné komplikace. Úkolem kompenzačních pomůcek je pomáhat sluchově postiženým v každodenním životě a tak, jako všechny zdravotní pomůcky, i tyto mají svou historii, vývoj a původ (Horáková, 2012).

### 2.2.1 Historie kompenzačních pomůcek

Úplně první pomůckou, která lidem pomáhala k zesílení slyšeného zvuku, byla dlaň přiložená k ušnímu boltci. Další velmi jednoduchou pomůckou byl papír smotaný do trubičky, který se přikládal k uchu. Tuto primitivní pomůcku postupem času nahradily upravené rohy zvířat, případně lastury v přímořských oblastech. Tyto jednoduché pomůcky navíc dávaly jasný signál okolí, aby komunikovalo s větší hlasovou razantností. První funkční sluchadlo bylo vynalezeno okolo roku 1673 a jeho autorem byl Frederick Dekkers. V 17. století měla sluchadla tvar dýmky, vyráběla se v různých velikostech. Jejich nedostatkem bylo, že musela být neustále držena v ruce a tím omezovala své majitele. Začala se tedy vyrábět sluchadla, jež obsahovala pružinu, která dobře držela na hlavě svého majitele. Sluchadla se dělila podle typu sluchového onemocnění. Pokud se jednalo o převodní hluchotu, kdy je zvuk veden na kost lební, využívala se jako pomůcka kovová nebo dřevě-

ná tyč, kterou si postižený vložil do úst a stiskl zuby, druhý konec přiložil k původci zvuků. Tímto způsobem si vypomáhal i slavný hudební skladatel Ludwig van Beethoven. V pozdějších letech byl na konec tyče instalován trychtýř, jehož vynálezcem byl John Paul Baumer. V 19. a 20. století se začala vyrábět sluchadla uhlíková, průkopníkem této metody byl Alexander Graham Bell, jenž nakonec místo sluchadla pro svou ženu vynalezl telefon. První uhlíkové sluchadlo vytvořil až Ferdinand Alz v roce 1892. Uhlíková sluchadla se vyráběla po celém světě, hlavními velmocemi v tomto oboru byly ale Spojené státy americké a Dánsko. Uhlíková sluchadla se vyráběla až do roku 1945. V následujících letech byla na trh uvedena sluchadla elektronková a tranzistorová. Od roku 1959 byla vyráběna sluchadla zmenšená tak, aby se dala vložit do ucha. V roce 1972 bylo vytvořeno sluchadlo, které dokázalo zvýraznit mluvené slovo a okolní zvuky naopak zatlačit. Od roku 1983 se vyrábějí sluchadla tvarovatelná. V českých zemích byla až do druhé světové války využívána mechanická sluchadla ve tvaru dýmek a také sluchadla uhlíková. Ve druhé polovině 20. století se začala vyrábět sluchadla tranzistorová, hlavními centry výroby byly firmy Tesla ve Valašském Meziříčí a Chirana ve Staré Turé na Slovensku. Od roku 1983 se začala vyrábět sluchadla závěsná a to v Metě v Brně (Hrubý, 1998).

### 2.2.2 Současnost kompenzačních pomůcek

Pro některé sluchově postižené může být nošení kompenzačních pomůcek stresující, jelikož tak dávají okolnímu světu najevo, že mají zdravotní problém. I z tohoto důvodu jsou mezi sluchově postiženými používána sluchadla různých typů. Základním principem je zvýraznění a formulace zvukových vjemů z vnějšího okolí. Výběr a doporučení vhodného sluchadla má za úkol lékař specialista, který se nazývá foniatr. Celý proces podléhá řadě kritérií, jako jsou věk, typ sluchové vady, celková individualita, potřeba jedince a patřičné lékařské vyšetření, jako jsou otoskopie či tympanometrie. Sluchadla mohou být analogová nebo digitální. Důležité také je, jak se zvuk do ucha dostává, zda je to vibracemi na kost lební (brýlová sluchadla) nebo zvukovými vlnami vzduchem. Specifickým typem sluchadel je BAHA sluchadlo, jehož principem je titánový konec implantovaný přímo do spánkové kosti, přenášený zvuk je tak srozumitelnější a čistší. Závěsné sluchadlo je typ je nejvíce rozšířený napříč věkovými kategoriemi Umisťuje se za ušní boltec, druhý konec se vkládá do ucha. Závěsné sluchadla lze použít i u osob s těžkým poškozením sluchu. Velmi zřídka se mohou objevit sluchadla kapesní nebo nitroušní. Kochleární implantáty se uplatňují u osob, jejichž sluchové postižení přešlo do nejtěžší fáze nebo jsou zcela hluchí. Im-



plantáty se vkládají do středouší a vedou elektrické vlny, které nahrazují zdravý sluch. Nedoporučují se ale u pacientů, k jejichž postižení došlo poškozením nervového vedení nebo patologickými abnormalitami (Horáková, 2012). Kochleární implantáty jsou vhodné pro všechny věkové skupiny bez rozdílu, nejnižší doporučený věk pro kochleární implantáty je okolo dvou let věku, ale velmi často se aplikují daleko dříve. Výzkumem bylo zjištěno, že děti, které obdrží kochleární implantáty v brzkém věku, se daleko lépe s implantáty sžijí a mají lepší a rozsáhlejší slovní zásobu. Takovéto děti umí lépe pracovat se slovy a také lépe čtou, což jim usnadňuje vstup do života a jejich postižení pro ně není takovým traumatem. Je ale zajímavé, že i přesto si tyto děti velmi často dopomáhají v komunikaci znakovou řečí a stávají se bilingválními, tzn. že ke své komunikaci využívají jak mluvené slovo, tak také znakovou řeč. Tuto skutečnost samozřejmě nelze aplikovat plošně na všechny děti, jelikož každé na aplikaci kochleárních implantátů reaguje jiným způsobem. Stává se, že u některých dětí jsou výsledky po aplikaci implantátů horší než dříve. V takovémto případě je pak je výběr pomocné metody značně problematický. Vědci a lékaři se touto problematikou zabývají poměrně dlouhou dobu, přesto se nemohou na nejhodnějším věku, od kdy by se měly kochleární implantáty aplikovat, shodnout. Velkou roli při aplikaci kochleárních implantátů u malých dětí hraje také rodina a blízké okolí. Pro tyto děti je velmi důležitá brzká a dostatečná socializace. Možným problémem, proč některé děti s kochleárními implantáty neprospívají je skutečnost, že kochleární implantát je nastavován univerzálně. Z tohoto důvodu nemusí některým dětem vyhovovat, protože implantát není schopen správně zaznamenávat různě dimenzované kognitivní funkce jak dítěte, tak i jeho okolí (rychlejší mluva, myšlení, pozornost, prostorová orientace dítěte) (Marschark a Hauser, 2008). Kochleární implantáty nejsou vhodné u sluchových postižení, jež byla způsobena poškozením nervu či centrální sluchové dráhy, chronickou otitidou, vrozenými anomáliemi hlemýžďe ve vnitřním uchu. Operace spojená s implantáty se provádějí ve specializovaných centrech, jako například Centrum kochleárních implantací Ostrava, jenž je součástí Otorinolaryngologické kliniky FN Ostrava, dále Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK v Motole, Katedra IPVZ, Klinika dětské ORL FN Brno, jenž je součástí FN u sv. Anny. Kmenový implantát (ABI) se používá v případě, že byl poškozen sluchový nerv, v tomto případě se operační cestou do hlemýžďe ve vnitřním uchu vloží elektrody ve formě terčičků, ty vedou elektrické vlny a obnovují sluchové vnímání. Dalšími pomůckami, které mají za úkol usnadnit sluchově postiženým život, jsou takové, které převádí zvukové vlny na vlny vibrační nebo světelné (zvonečky, světelné hodiny). Pak jsou zde pomůcky pomáhající při

informovanosti osob, skryté titulky, internet, počítače, mobilní telefony, speciálně upravené počítačové programy. Velmi často sluchově postiženým vycházejí vstříc i mobilní operátoři, kteří vytvářejí speciální programy pro tuto skupinu osob (Horáková, 2012). Na většinu kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené je možné získat příspěvek od státu dle vyhlášky č. 388/2011 Sb. ze dne 29. listopadu 2011 (Vyhláška č. 388/2011 Sb., 2011).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODIKA

#### 3.1 Cíle a otázky výzkumného šetření

Výzkumná otázka číslo 1: Ovlivňuje celkovou pohodu pacienta se sluchovým postižením a tím i jeho důvěru ve zdravotnický personál a zdravotnické zařízení dodržování správných zásad komunikace?

Výzkumná otázka číslo 2: Má NLZP zájem o pravidelné zvyšování svého odborného vzdělání s cílem zlepšení schopnosti komunikace se sluchově postiženým pacientem?

Výzkumná otázka číslo 3: Komplikuje pomoc sluchově postiženým pacientům nevyužívání služeb specializovaných pracovníků a speciálních pomůcek?

Hlavní cíl: Zjistit, jak probíhá komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci péče o pacienty se sluchovým postižením v nemocničním zařízení.

Dílčí cíle:

Cíl číslo 1: Zjistit, jaké znají nelékařští zdravotničtí pracovníci možnosti při komunikaci s pacienty se sluchovým postižením.

Cíl číslo 2: Zjistit, jak často pečují nelékařští zdravotničtí pracovníci o pacienty se sluchovým postižením na jednotlivých odděleních v nemocničních zařízeních.

Cíl číslo 3: Zjistit, jak přijímá nelékařský zdravotnický personál možnosti k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty se sluchovým postižením.

Cíl číslo 4: Zjistit, zda-li je nelékařský zdravotnický personál ochoten přizpůsobit se potřebám a požadavkům pacientů se sluchovým postižením.

#### 3.2 Charakteristika vzorku respondentů

Dotazníkové šetření jsme prováděli ve třech typech nemocničních zařízení ve Zlínském a Olomouckém kraji. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce února a na začátku měsíce března roku 2020 a to na čtyřech typech oddělení, konkrétně se jednalo o oddělení urgentního příjmu, ORL (včetně ambulancí foniatrie), LDN a geriatrie. Skupinu respondentů tvořily všeobecné a praktické sestry. Kritéria pro výběr respondentů byla následující: praktické a všeobecné sestry vzdělané dle platné legislativy v ČR, pracující na vybraných odděle-

ních, mající praxi minimálně 1 rok a zkušenosti s péčí o klienty se sluchovým postižením, ochotné spolupracovat na výzkumném šetření.

### 3.3 Metoda a technika výzkumu

Pro tuto bakalářskou práci jsme zvolili kvantitativní metodu sběru dat. Kvantitativní metoda se obvykle zaměřuje na popis závislosti dvou a více proměnných, měření intenzity těchto závislostí. Základem této metody je práce s větším vzorkem respondentů. Vyhodnocování získaných dat probíhá nejčastěji statistickými metodami. Sběr dat probíhá za předem stanovených podmínek, které musí být kontrolovány. Kvantitativní metoda se zaměřuje na práci s čísly, její výsledky jsou spíše obecnějšího charakteru, nezaměřuje se na problematiku do hloubky. Základními technikami získávání dat v kvantitativní metodice jsou dotazníky, standardizované rozhovory, analýzy dat aj. (Kutnohorská, 2009). Pro náš výzkum se nám jevila jako nejvhodnější technika dotazníku. Dotazník má vždy pevně stanovenou formu, jedná se o soubor otázek, které bývají většinou anonymní. Hlavním charakteristickým znakem je, že výzkumník nemusí být přítomen při tomto typu šetření. Dotazník zahrnuje otázky a odpovědi pro celkovou problematiku zkoumané oblasti (Kutnohorská, 2009). Výhodou této techniky je rychlost a přímočarost v získávání výsledných dat u velkých skupin respondentů a testování, valorizace teorií (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008).

### 3.4 Charakteristika položek dotazníku

Pro potřeby této práce byl zkonstruován originální dotazník, který obsahuje 33 otázek, otevřených i uzavřených. Celkově je v dotazníku 23 otázek uzavřených, 5 otázek otevřených a 5 je uzavřených s možností dopsání vlastního poznatku. U dvou otázek respondenti mohou volit z více možností. Otázky byly tvořeny tak, aby korespondovaly s předem stanovenými cíli. Hlavní cíl práce vychází z výsledků dílčích cílů. K dílčímu cíli číslo jedna jsme vytvořili otázky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 22. Dílčí cíl číslo dvě má přiřazeny otázky 1, 2, 3, 4, 13. Na třetí dílčí cíl odpovídají otázky 16, 17, 18, 19, 20. K poslednímu čtvrtému dílčímu cíli patří otázky 21, 23, 24, 25, 26, 27. Otázky 28, 29, 30, 31, 32, 33 byly záměrně zařazeny na konec dotazníku a jsou demografického charakteru, mapující pohlaví, věk, vzdělání, místo působení a délku praxe respondentů.

### 3.5 Organizace šetření

Celkově jsme distribuovali 120 ks dotazníků, bohužel zpět jsme získali 106 dotazníků, z nichž 92 bylo vyplněných kompletně, 2 dotazníky vyplněné jen z části a 12 dotazníků nevyplněných. Po provedení srovnání s předem vytvořenými kritérii byly 3 dotazníky vyřazeny jako nevyhovující. **Finální počet platných a dále zpracovaných dotazníků je tedy 89.** Mezi respondenty jasně převažovaly ženy, kterých bylo 86 (96,63 %), mužští respondenti byli pouze 3 (3,37 %). Největší věkovou skupinu tvořili respondenti od 26 do 35 let (22,47 %) a od 36 do 45 let (23,60 %). Polovina respondentů (52,81 %) měla středoškolské vzdělání. Nejvíce respondentů pracovalo na oddělení geriatric (32,58 %). Dotazníky byly distribuovány na jednotlivá pracoviště osobně autorkou práce, a to po předchozí domluvě s vrchními nebo staničními sestrami daných oddělení. Celý proces podléhal také schválení hlavními sestrami nebo náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči jednotlivých nemocničních zařízení. Dotazníky byly na vybraných odděleních k dispozici vždy dle domluvy v horizontu jednoho týdne až tři týdnů.

### 3.6 Zpracování získaných dat

Vyhodnocování vyplněných dotazníků probíhalo formou tužka a papír. Získané výsledky byly následně zaneseny do tabulek absolutních a relativních četností v programu Microsoft Word z důvodu celkové přehlednosti výsledků šetření. Jednotlivé číselné odpovědi v tabulkách jsou statisticky zpracovány pomocí matematických úkonů, absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost udává, kolikrát se číslo vyskytne v sledovaném souboru hodnot. Nejčastěji se absolutní četnost označuje písmenem  $N_1$ . Dále jsme získané číselné hodnoty zpracovávali pomocí relativní četnosti, což je podíl absolutní četnosti a rozsahu souboru. Relativní četnost se udává v procentech. Relativní četnost se počítá:  $\frac{N_1}{N} * 100 \%$  ( $N_1$ ...absolutní četnost,  $N$  .... rozsah souboru) (Vošický, 2007).

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka 1. Demografické údaje respondentů dotazníkového šetření

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Pohlaví respondentů</b>		
Žena	86	96,63
Muž	3	3,37
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>
<b>Věk respondentů</b>		
18-25 let	19	21,34
26-35 let	20	22,47
36-45 let	21	23,60
46-55 let	21	23,60
56 a více let	8	8,99
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>
<b>Dosažené vzdělání respondentů</b>		
Středoškolské	47	52,81
Vyšší odborné	16	17,98
Vysokoškolské (Bc.)	15	16,85
Vysokoškolské (Mgr.)	7	7,87
Jiné	4	4,49
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>
<b>Pracoviště respondentů</b>		
Geriatric	29	32,58
LDN	12	13,48
ORL	25	28,09
Foniatric	2	2,25
OUP	21	23,60
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>
<b>Odpracované roky respondentů</b>		
Méně než 1. rok	0	0,00
1,5 roku	4	4,49
2 roky	6	6,75
2,5 roku	4	4,49

3 roky	8	8,99
více než 3 roky	67	75,28
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Ze získaných údajů vyplývá, že testovaný personál byl většinou zastoupen ženami ve středním věku, nejčastějším dosaženým vzděláním mezi respondenty je středoškolské. Nejvíce odpovídajících pracuje na odděleních geriatry s praxí v oboru více než tři roky.

**Otázka číslo 1: Setkal/a jste se za dobu Vašeho působení ve zdravotnictví s pacientem se sluchovou poruchou?**

Tabulka 2. Frekvence práce s pacienty se sluchovou poruchou.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Často	63	70,79
Méně často	15	16,85
Výjimečně	11	12,36
Nedochází	0	0
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Četnost kladných odpovědí potvrdila skutečnost, že zdravotnický personál pracuje velmi často s osobami sluchově postiženými a tudíž je potřeba se této problematice věnovat do hloubky.



**Otázka číslo 2: Pokud Vaše odpověď byla kladná, kolikrát jste se s takovým pacientem setkal/a v horizontu přibližně jednoho roku?**

Tabulka 3. Četnost práce s pacienty se sluchovou poruchou.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Více než čtyřikrát ročně	65	73,03
Čtyřikrát ročně	2	2,25
Tříkrát ročně	6	6,74
Dvakrát ročně	6	6,74
Jednou ročně	10	11,24
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Odpovědi respondentů na tuto otázku, bylo že práce se sluchově postiženým pacientem není nic ojedinělého, protože většina respondentů se s nimi setká více než čtyřikrát za rok. Proto by, také měl být testovaný zdravotnický personál plně připraven na péči a komunikaci s těmito pacienty.

**Otázka číslo 3: O jaký typ sluchového postižení se nejčastěji jednalo?**

Tabulka 4. Přehled typů sluchového postižení.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lehká nedoslýchavost	17	19,10
Střední nedoslýchavost	47	52,81
Těžká nedoslýchavost	19	21,35
Hluchota částečná	3	3,37
Hluchota úplná	3	3,37
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že respondenti nejčastěji pracují s pacienty se „střední nedoslýchavostí“. Tuto odpověď volilo 47 (52,81 %) respondentů.

**Otázka číslo 4: Myslíte si, že četnost pacientů se sluchovým postižením na Vašem oddělení v průběhu pěti let se zvyšuje, snižuje nebo je konstantní?**

Tabulka 5. Trend vývoje počtu pacientů se postižením sluchu v průběhu pěti let.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Snižuje se	3	3,37
Je konstantní	61	68,54
Zvyšuje se	25	28,09
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Počet odpovědí konstatujících stav setrvalý či zvyšující se počty pacientů sluchově postižených potvrdil skutečnost, že se zdravotnický personál s největší pravděpodobností bude i v budoucnu velmi často s osobami sluchově postiženými setkávat a tudíž je potřeba této problematice věnovat náležitou pozornost.

**Otázka číslo 5: Je na Vašem oddělení někdo, kdo primárně komunikuje se sluchově postiženými pacienty v rámci ošetrovatelské péče?**

Tabulka 6. Zajištění primární komunikace se sluchově postiženým pacientem.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Komunikujeme všichni	76	85,39
Využíváme služeb tlumočnicka	8	8,99
Komunikuje vyškolená kolegyně/kolega	5	5,62
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že problematika komunikace s osobami sluchově postiženými se primárně týká všech členů zdravotnického týmu. Služeb tlumočnicka se využívá jen zřídka.

**Otázka číslo 6: Pečujete-li o tyto pacienty je Vaše péče v něčem odlišná?**

Tabulka 7. Odlišnost péče o pacienty se sluchovým postižením.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Je velmi odlišná	17	19,10
Je odlišná, ale jen v drobnostech	38	42,70
Spíše se neodlišuje	27	30,34
Neodlišuje se	7	7,87
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Z výsledků vyplývá, že péče o sluchově postižené pacienty, se téměř neliší od péče o ostatní pacienty, otázkou zůstává, zda tento fakt vyhovuje i sluchově postiženým pacientům.

**Otázka číslo 7: Pokud byla Vaše odpověď kladná, v čem si myslíte, že je odlišná?**

Tabulka 8. Odlišnosti práce se sluchově postiženými pacienty.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Nutnost správné artikulace	21	23,60
Nutnost zpětné vazby	12	13,48
Dostatek času	10	11,24
Komunikace z jedné strany	7	7,87
Komunikace z očí do očí	8	8,99
Použití jednoduchých vět	3	3,37
Na otázku neodpovědělo	28	31,46
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Z otevřených odpovědí vyplývá, že problematika komunikace s osobami sluchově postiženými se dá zvládnout různými postupy, záleží především na stupni poškození sluchu pacienta a dále pak na zkušenostech a individuálním přístupu nelékařského personálu.

**Otázka číslo 8: Jak komunikujete s pacientem se sluchovým postižením během hospitalizace?**

Tabulka 9. Způsoby komunikace s pacientem se sluchovým postižením.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Znakovou řečí	6	1,94
Obrázky	24	7,77
Ukazováním	55	17,80
Psaním	69	22,33
Multimediální komunikací	9	2,91
Hlasitou mluvou	62	20,06
Křikem	11	3,56
Za pomoci tlumočnicka	8	2,59
Pomalou, srozumitelnou mluvou	65	21,04
<b>Celkem</b>	<b>309</b>	<b>100,00</b>

Ze značného počtu odpovědí (každý z respondentů měl možnost označit libovolný počet předem stanovených bodů) je zřejmé, že problematiku komunikace s osobami sluchově postiženými je možno řešit celou řadou metod, v rámci nichž převládají především metody standartní, se zaběhlými přístupy k pacientovi. Snaha o využití novějších metod, například použití multimediální techniky je minimální.

**Otázka číslo 9: Která z výše uvedených možností komunikace je dle Vás nejvhodnější a proč?**

Tabulka 10. Která z možností komunikace je pro NLZP nejvhodnější.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pomalá mluva, správná artikulace	30	33,71
Psaní	17	19,10
Obrázky	10	11,24
Multimedia	5	5,62
Pomoc tlumočnicka	5	5,62
Metoda, kterou preferuje pacient	3	3,37
Na otázku neodpovědělo	19	21,35
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Z odpovědí na otevřenou otázku vyplývá, že respondenti upřednostňují především pomalou srozumitelnou komunikaci s pacientem, daleko méně jsou využívány jiné možnosti. Správnou odpovědí by však mělo být, že metoda komunikace by se měla odvíjet od potřeb a možností pacienta.

**Otázka číslo 10: Jaké ještě znáte techniky při práci s pacienty se sluchovým postižením?**

Tabulka 11. Další techniky používané při komunikaci se sluchově postiženým pacientem.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Komunikační karty	3	3,37
Prstová abeceda	2	2,25
Doteky	1	1,12
Výrazná gestikulace	4	4,49
Malování	2	2,25
Piktogramy	10	11,24
Na otázku neodpovědělo	67	75,28
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Problematika komunikace s osobami sluchově postiženými se dá zvládnout různými postupy, jak ukazují získané výsledky této otevřené otázky, záleží především na stupni po-

škození sluchu pacienta a dále pak na zkušenostech a individuálním přístupu nelékařského personálu.

**Otázka číslo 11: Jaká pravidla je podle Vás nutné dodržet při komunikaci s pacientem se sluchovým postižením?**

Tabulka 12. Pravidla komunikace s pacientem se sluchovým postižením.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Udržování očního kontaktu	85	25,76
Správná mimika	51	15,46
Zřetelná artikulace úst	86	26,06
Gestikulace	22	6,67
Doteky	9	2,73
Udržování dostatečného odstupu	11	3,33
Křik	8	2,42
Hlasitá mluva	49	14,85
Minimální komunikace	8	2,42
Jiné pravidlo	1	0,30
Celkem	330	100,00

Ze značného počtu odpovědí (každý z respondentů měl možnost označit libovolný počet předem stanovených bodů), že pro pacienty se sluchovým omezením je důležitý osobní kontakt a citlivý, individuální přístup. Dotazovaný NLZP je tedy ochoten a připraven přizpůsobit se potřebám a požadavkům pacientů se sluchovým postižením, čímž je odpovězeno na dílčí otázku číslo 4.

**Otázka číslo 12: Snažíte se dodržovat výše zmíněná pravidla během komunikace s pacientem?**

Tabulka 13. Dodržování pravidel komunikace zdravotnickým personálem.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pravidla dodržuji	48	53,93
Pravidla dodržuji částečně	31	34,83
Snažím se, ale o pravidlech jsem nevěděl/a	10	11,24
Nedodržuji, nemám na to čas	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Dotazovaný NLZP si velmi dobře uvědomuje, jak zásadní je pro pacienty se sluchovým omezením citlivý a individuální přístup. Respondenti jsou tedy ochotni a připraveni přizpůsobit se potřebám a požadavkům pacientů se sluchovým postižením.

**Otázka číslo 13: Během ošetrovatelské péče, máte dostatek prostoru na komunikaci se sluchově postiženým pacientem?**

Tabulka 14. Velkost prostoru pro komunikaci se sluchově postiženými pacienty.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy mám dostatek prostoru	11	12,36
Ano, většinou mám dostatek prostoru	36	40,45
Ano, občas mám dostatek prostoru	28	31,46
Většinou nemám dostatek prostoru	13	14,61
Nemám dostatek prostoru	1	1,12
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí jasně vyplynulo, že na jedné straně si dotazovaný zdravotnický nelékařský personál velmi dobře uvědomuje, jak zásadní je pro pacienty se sluchovým omezením citlivý a individuální přístup, nicméně vzhledem k dalším faktorům (jako je především čas a často i podmínky pracoviště), není schopen individuální přístup realizovat.

**Otázka číslo 14: Víte, že každé zdravotnické zařízení má k dispozici tlumočnickou službu?**

Tabulka 15. Informovanost zdravotnického personálu o dostupnosti tlumočnické služby.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, víme o ní, využíváme ji často	1	1,12
Ano, občas jsme ji využili	14	15,73
Ano, ale nikdy jsme ji nevyužili	53	59,55
Nevím o této službě	21	23,60
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí jsme zjistili, že na jedné straně dotazovaný zdravotnický nelékařský personál není schopen vždy plně realizovat individuální přístup k pacientům se sluchovým postižením, na straně druhé ale nejsou plně využívány všechny možnosti, které poskytuje například tlumočnická služba. Tito pracovníci tedy vědí o dalších možnostech komunikace s pacienty, tyto možnosti však nejsou využívány.

**Otázka číslo 15: Ovládáte český znakový jazyk (znakovou řeč)?**

Tabulka 16. Úroveň znalosti českého znakového jazyka.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, docela dobře	0	0,00
Ano, částečně, stačí mi to	1	1,12
Ano, ale chci se zdokonalit	5	5,62
Ne, neovládám, ale chci jej umět	45	50,56
Ne, nevidím důvod	38	42,70
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Znalost znakové řeči je na testovaných zdravotnických pracovištích podceňována, této problematice není věnována potřebná pozornost. I částečná znalost znakového řeči by zásadním způsobem pomohla v komunikaci s pacienty těžšími formami poškození sluchu.



**Otázka číslo 16: Hodláte v budoucnu své znalosti českého znakového jazyka (znakovou řeč) rozšířit?**

Tabulka 17. Ochota zdravotnického personálu rozšířit své znalosti o znakovou řeč.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, určitě	2	2,25
Ano, velmi o tom uvažuji	2	2,25
Ano, pokud mi budou vytvořeny podmínky	16	17,98
Nevím, budu o tom uvažovat	37	41,57
Ne, nevidím důvod	32	35,96
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Z odpovědí vyplývá, že znalost znakové řeči je u respondentů podceňována. Nicméně v případě odpovídajícího přístupu vedení jednotlivých nemocnic (vytvořením časového prostoru pro studium, organizováním vlastních kursů apod.), případně orgánů Ministerstva zdravotnictví (organizace oficiálních kursů znakové řeči) by se situace mohla změnit.

**Otázka číslo 17: Máte možnost se naučit znakovou řeč v rámci kurzu pořádaného Vaším zaměstnavatelem?**

Tabulka 178. Možnost studia znakové řeči v kurzech pořádaných zaměstnavatelem.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, takovou možnost máme	3	3,37
Ano, ale nevyužívám ji	9	10,11
O takové možnosti nevím	39	43,82
Zaměstnavatel kurzy nenabízí, jsou ale k dispozici jinde	11	12,36
Ne, nemáme	27	30,34
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Ze získaných odpovědí vyplývá, že možnosti studia základů znakové řeči zdravotnických pracovištích (byť v omezených počtech) existují a v případě aplikace vhodných organizačních opatření je zdravotnickému personálu dána možnost zvýšit si své znalosti.

**Otázka číslo 18: Pořádá Váš zaměstnavatel i jiné kurzy zaměřené na přístupu pacientům se sluchovým postižením, pokud je Vaše odpověď kladná, prosím napište, o jaké kurzy se jedná?**

Tabulka 18. Jiné kurzy zaměřené na přístup k pacientům se sluchovým postižením.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, pořádá jich několik	2	2,25
Ano, ale této možnosti nevyužívám	5	5,62
O žádných kurzech nevím	65	73,03
Ne, nepořádá	17	19,10
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z tohoto vyplývá, že jednotliví zaměstnavatelé v dotazovaných zařízeních další kurzy zaměřené na péči o osoby sluchově postižené fakticky neorganizují.

**Otázka číslo 19: Jak často Váš zaměstnavatel takovéto kurzy pořádá?**

Tabulka 19. Četnost kurzů zaměřených na péči o pacienty s postižením sluchu.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Měsíčně	0	0,00
Půlročně	1	1,12
Ročně	7	7,87
V intervalu delším dvou let	7	7,87
Nepořádá	74	83,15
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Získané výsledky ukázaly, že jednotliví zaměstnavatelé další kurzy zaměřené na péči o osoby sluchově postižené organizují velmi zřídka.

**Otázka číslo 20: Bývá mezi personálem o takové kurzy zájem?**

Tabulka 20. Zájem o kurzy zaměřené na osoby se sluchovým postižením.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, zájem je velký	1	1,12
Ano, zájem je přiměřený	3	3,37
Ano, občas je projeven zájem	38	42,70
Ne, vůbec není zájem	47	52,81
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí vyplývá, že možnost rozšíření kvalifikace formu kurzu o sluchově postižených je na zdravotnických pracovištích velmi podceňována a dotazovaný zdravotnický personál o takové kurzy nejeví zájem.

**Otázka číslo 21: Myslíte si, že by měl zdravotnický personál ovládat základy znakového jazyka?**

Tabulka 21. Postoj zdravotnického personálu ke znalosti znakového jazyka.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, je to benefit	5	5,62
Ano, alespoň základní znaky	42	47,19
Ano, ale pouze ve specializovaných centrech	34	38,20
Ne, je to zbytečné	8	8,99
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí vyplývá, že existuje reálná potřeba znalosti znakové řeči na zdravotnických pracovištích. Závěry z otázky číslo 21 potvrzují údaje zjištěné především v otázkách číslo 15 a 16, to znamená, že přibližně polovina testovaného nelékařského zdravotnického personálu považuje znalost alespoň základy znakové řeči za důležitou součást své práce.

**Otázka číslo 22: Víte, že existuje specializace audiologická sestra, znáte kompetence této specializace?**

Tabulka 22. Znalosti funkce a kompetencí audiologické sestry.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, znám její kompetence	19	21,35
Ano, ale nejsem si jist/a kompetencemi	8	8,99
Ano, ale její kompetence neznám	17	19,10
Ne a neznám ani její kompetence	45	50,56
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí vyplývá, že je nutno rozšířit povědomí o pracovní náplni audiologické sestry mezi nelékařským zdravotním personálem. Audiologické sestry by zásadním způsobem mohly napomoci v komunikaci se sluchově postiženými pacienty a na základě svých zkušeností přebudovat organizaci práce na pracovištích se sluchově postiženými pacienty.

**Otázka číslo 23: Na Vašem oddělení je hospitalizován geriatrický pacient (88 let) s částečnou hluchotou, pacient je dezorientovaný a běžné úkony mu jdou pomaleji. Pacient čeká na důležité vyšetření, na Vás je pacienta na toto vyšetření připravit. Kolik času budete asi potřebovat?**

Tabulka 23. Čas potřebný k přípravě sluchově postiženého pacienta na vyšetření.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 10 minut	3	3,37
15 minut	42	47,19
30 minut	32	35,96
Více času (až 45 minut)	12	13,48
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Zjistili jsme, že testovaný nelékařský zdravotnický personál velmi dobře chápe složitost práce s pacienty sluchově postiženými a potřebu věnovat těmto osobám maximum času. Je ale pochopitelné, že čas potřebný k přípravě pacienta bude záležet především na stupni poškození sluchu pacienta.

**Otázka číslo 24: Pacient z bodu 23 se snaží s Vámi spolupracovat a využít svůj zbytkový sluch, proto požaduje, aby mohl porušit Vaši komfortní zónu, zároveň se snaží odezírat vše, co mu říkáte, proto požaduje, aby Vám neustále viděl do obličeje. Bude te tyto požadavky akceptovat?**

Tabulka 24. Úroveň akceptace požadavků pacienta na porušení komfortní zóny.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Budu akceptovat, nevadí mi to	54	60,68
Budu akceptovat, ale tak aby mi to bylo příjemné	29	32,58
Budu akceptovat, ale nebude mi to příjemné	4	4,49
Nebudu akceptovat, je mi to nepříjemné	2	2,25
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí vyšlo, že úroveň schopnosti testovaného nelékařského zdravotnického personálu vcítit se do potřeb pacientů je velmi vysoká, což samo o sobě vytváří základy pro další zlepšování péče o sluchově postižené pacienty.

**Otázka číslo 25: Pacient z bodu 23 se snaží s Vámi spolupracovat a využít svůj zbytkový sluch, proto požaduje, abyste hovořil/a výrazně hlasitěji, případně křičel/a. Bude jeho požadavek akceptovat?**

Tabulka 25. Úroveň akceptace dalších požadavků pacienta.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Budu akceptovat, nevadí mi to	60	67,42
Budu akceptovat, ale tak aby mi to bylo příjemné	22	24,72
Budu akceptovat, ale nebude mi to příjemné	7	7,87
Nebudu akceptovat, je mi to nepříjemné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Ze získaných odpovědí opět vyplývá, že úroveň schopnosti nelékařského zdravotnického personálu vcítit se do potřeb pacientů je velmi vysoká, což vytváří vhodné základy pro další zlepšování péče o sluchově postižené pacienty.

**Otázka číslo 26: Je Vaše oddělení přizpůsobeno pro pacienty se sluchovým postižením, jste vybaveni speciálním signalizačním zařízením nebo piktogramy, tak aby se pacienti se sluchový postižení mohli lépe na oddělení orientovat?**

Tabulka 26. Vybavenost nemocnic speciálním signalizačním zařízením nebo piktogramy.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, je to samozřejmé	13	14,61
Ano, postupně se vybavujeme	23	25,84
O žádném zařízení a piktogramech nevím	20	22,47
Není, ale bylo by dobré se těmito prostředky vybavit	27	30,34
Ne, myslím, že je to zbytečné	5	5,62
Jiné	1	1,12
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí respondentů vyplývá, že úroveň vybavenosti testovaných zdravotnických pracovišť speciálním signalizačním zařízením nebo piktogramy je na poměrně nízké úrovni. NLZP by podobné prostředky většinou uvítal, nicméně je otázkou, zda toto je prioritou jednotlivých nemocnic s ohledem na přidělené finanční prostředky.

**Otázka číslo 27: Jak budete reagovat na sluchově postiženého pacienta, který na Vašem oddělení ruší poslechem hlasité hudby, televize či hlučným hovorem?**

Tabulka 27. Způsob reakce na hlučného, sluchově postiženého pacienta.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Situaci akceptuji, nevadí mi	16	17,98
Situaci akceptuji, ale vadí mi	24	26,97
Pacienta opakovaně upozorním, že ruší, na handicap neberu zřetel	6	6,74
Pacienta separuji	41	46,07
Situaci neřeším, je mi to jedno	2	2,25
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,01</b>

Ze získaných odpovědí jsme zjistili, že i přes vysokou schopnost testovaného nelékařského zdravotnického personálu vcítit se do potřeb sluchově postižených pacientů je tento

v některých mezních případech nucen použít i radikálnější prostředky (separace) při práci se sluchově postiženým, neakceptujícím ostatní pacienty.

**Otázka číslo 28: Pokud máte k tomuto tématu něco, co chcete sdělit:**

Tabulka 28. Vyjádření se k tématu.

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Svědectví z dětství (nabádání k empatii)	1	1,12
Popis vybavenosti oddělení	1	1,12
Reflexe špatné situace v nemocnicích (nedostatek pomůcek a času)	1	1,12
Poděkování za zájem o dané téma	1	1,12
Pochvala za dobré zpracování dotazníku	2	2,26
Neodpovědělo	83	93,26
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Z výsledku této otevřené otázky jasně vyplývá, že většina respondentů k danému tématu neměla další nápady ani potřebu k vyjádření, přesto se našlo pár respondentů, kteří chápou nutnost zlepšení dané situace a projevíli snahu a vděčnost za změnu situace.

## 5 DISKUSE

V této kapitole prezentujeme, co jsme zjistili, a to ve vztahu k výzkumným otázkám a ke stanoveným cílům práce. Nejdříve se vyjádříme k výzkumným otázkám a jednotlivým cílům této práce.

**Výzkumná otázka číslo 1: Ovlivňuje celkovou pohodu pacienta se sluchovým postižením a tím i jeho důvěru ve zdravotnický personál a zdravotnické zařízení dodržování správných zásad komunikace?** Ano, ovlivňuje. A dotazovaný zdravotnický personál tak, jak bylo ze získaných dat zjištěno, dodržování správných zásad komunikace považuje za významnou součást své práce.

**Výzkumná otázka číslo 2: Má NLZP zájem o pravidelné zvyšování svého odborného vzdělání s cílem zlepšení schopnosti komunikace se sluchově postiženým pacientem?** Na tuto výzkumnou otázku jsme dostali odpověď, že většina respondentů si v oblasti komunikace se sluchově postiženým pacientem své vědomosti neprohlubuje ani dobrovolně, ani v rámci formálního vzdělávání v zaměstnání.

**Výzkumná otázka číslo 3: Komplikuje pomoc sluchově postiženým pacientům nevyužívání služeb specializovaných pracovníků a speciálních pomůcek?** Ano, dle respondentů komplikuje. Nevyužívání specializovaných pracovníků, překladatelů a také technických pomůcek vede k vyšší úrovni nepochopení mezi pacientem a NLZP.

A nyní se zaměříme na vyhodnocení jednotlivých cílů:

**Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaké znají nelékařští zdravotničtí pracovníci možnosti při komunikaci s pacienty se sluchovým postižením.**

Zjišťovali jsme, kdo v rámci jednotlivých dotazovaných oddělení primárně komunikuje se sluchově postiženými pacienty. Z výsledků vyplynulo, že komunikace s těmito pacienty je v odpovědnosti všech, pouze minimální počet pracovišť využívá služeb specializovaných pracovníků. Zároveň je většina respondentů přesvědčena, že práce s osobami trpícími poruchami sluchu není odlišná od práce s dalšími pacienty. Zjistili jsme také, že nejčastějšími metodami komunikace jsou: psaní, pomalá a srozumitelná mluva, hlasitá mluva a názorná ukázka. Co se týká pravidel komunikace, jež je potřeba během komunikace se sluchově postiženými dodržovat, těmi se zabývala především otázka číslo 11. Většina respondentů



kladla důraz na udržování očního kontaktu a zřetelnou artikulaci úst a správnou mimiku. Z odpovědí na otázku číslo 12 zároveň vyplývá, že většina respondentů výše uvedená pravidla dodržuje buď úplně nebo částečně. Největší odlišnosti pak jsou v potřebě správné artikulace, nutnosti zpětné vazby a také dostatku času na komunikaci s pacientem sluchově postiženým. Respondenti také uvedli, že pro komunikaci se sluchově postiženými lze využívat i jiné pomocné prostředky, jako například piktogramy. Ohledně možnosti využití služby tlumočení do znakové řeči se prokázalo, že většina dotázaných tuto službu zná, nicméně je využívána velmi zřídka. Proto nás také zajímala situace ohledně využívání znakové řeči mezi nelékařským zdravotním personálem. Bylo bohužel zjištěno, že stav není příliš povzbudivý, více než 90 % respondentů znakovou řeč neovládá a velká část ani nevidí důvod se jí naučit. Poměrně překvapivě bylo odpovídáno na otázku znalosti specializace audiologická sestra. Větší polovina respondentů tuto specializaci vůbec neznala, pouze jedna pětina respondentů měla informace o kompetencích audiologické sestry.

**Dílčí cíl zjistit, jaké znají nelékařští zdravotničtí pracovníci možnosti při komunikaci s pacienty se sluchovým postižením, byl splněn.**

**Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak často pečují nelékařští zdravotničtí pracovníci o pacienty se sluchovým postižením na jednotlivých odděleních v nemocničním zařízení.**

Z hlediska četnosti práce se sluchově postiženými bylo zjištěno, že většina dotázaných pracovníků se se sluchově postiženými setkává více než čtyřikrát ročně. Převážně se pak jednalo o pacienty se středně těžkou nedoslýchavostí a těžkou nedoslýchavostí. Majorita respondentů je také přesvědčena, že počty sluchově postižených jsou více méně stabilní, nedochází k nárůstu či znatelnému snížení počtů těchto postižených v nemocničních zařízeních. V rámci odpovědí na otázku 13 respondenti uvedli, že mají většinou dostatek prostoru ke komunikaci se sluchově postiženým pacientem.

**Dílčí cíl zjistit, jak často pečují nelékařští zdravotničtí pracovníci o pacienty se sluchovým postižením na jednotlivých odděleních v nemocničním zařízení, byl splněn.**

**Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jak přijímá nelékařský zdravotnický personál možnosti k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty se sluchovým postižením.**

Bylo zjištěno, že přibližně dvě třetiny oslovených z řad NLZP je rozhodnuto nebo uvažuje o rozšíření svých znalostí znakového jazyka. Bohužel třetina respondentů odpověděla, že pro studium znakové řeči nevidí žádný důvod. Ani nemocniční zařízení ve většině případů situaci se studiem znakové řeči neusnadňují, jelikož přibližně tři čtvrtiny odpovídajících neví o tom, že by jejich zaměstnavatel kurzy znakového jazyka organizoval. Podobná situace je i u dalších kurzů zaměřených na pacienty s poruchami sluchu.

**Dílčí cíl zjistit, jak přijímá nelékařský zdravotnický personál možnosti k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty se sluchovým postižením, byl splněn.**

**Dílčí cíl č. 4: Zjistit, zda-li je nelékařský zdravotnický personál ochoten přizpůsobit se potřebám a požadavkům pacientů se sluchovým postižením.**

Zjišťovali jsme, zda si NLZP myslí, že je dobré ovládat znakový jazyk. Potěšující je, že přibližně polovina respondentů si myslí, že znalost alespoň základů znakové řeči je potřebná. Co se týká otázek 23, 24 a 25, tyto vytvářely modelovou situaci, v rámci které respondenti mají na oddělení seniora s částečnou hluchotou. Na základě získaných výsledků je potěšující, že NLZP z větší části chápe nutnost speciálního přístupu k osobám sluchově postiženým a to například v otázce času, nezbytného k přípravě pacienta k nadcházejícím úkonům. NLZP je ochoten akceptovat porušení komfortní zóny modelovým seniorem a je schopen akceptovat větší hlasitost komunikace. Otázka 26 se zaměřovala na vybavenost nemocnic speciálními pomůckami, signalizacemi a piktogramy. Zde je situace také poměrně neuspokojivá, pouze 30 % nemocničních zařízení je těmito prostředky vybaveno. Problematickou situaci (poslech značně hlasité hudby případně televize pacientem) je NLZP připraven řešit tak, jak jim umožňuje situace na jednotlivých odděleních a s ohledem na komfort ostatních pacientů. A to například jeho separací.

**Dílčí cíl zjistit, zda-li je nelékařský zdravotnický personál ochoten přizpůsobit se potřebám a požadavkům pacientů se sluchovým postižením, byl splněn.**

**Hlavní cíl: Zjistit, jak probíhá komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci péče o pacienty se sluchovým postižením v nemocničním zařízení.**

Hlavní cíl vychází z cílů dílčích a byl jejich prostřednictvím naplněn.

Nyní bychom rádi provedli srovnání námi zjištěných výsledků s výsledky obdobných šetření. V dostupných zdrojích jsme našli bakalářskou práci z roku 2015, autorkou práce je studentka Masarykovy univerzity Lenka Müllerová. Tématem její práce byla problematika komunikace osob se sluchovým postižením pohledem zdravotnického personálu. Finální počet respondentů byl 88, téměř stejný počet respondentů jsme měli i my. Z obou prací vyplynulo, že setkání se sluchově postiženým pacientem není ve zdravotnickém zařízení nic neobvyklého, v tomto ohledu byl dosažen výsledek okolo 95 % kladných odpovědí. V případě nejvyužívanějších komunikačních metod jsme srovnáním obou prací dosáhli shody v bodech hlasité mluvy, psaní, ukazování (gesta), dále jsme shody nenašli. Základní rozdíl se týkal dodržování pravidel komunikace, dle práce studentky Müllerové z roku 2015 pravidla dodržuje 86 % respondentů, v našem případě to bylo jenom 52 % dotázaných. V návaznosti na předchozí otázku jsme porovnali znalost českého znakového jazyka nelékařským zdravotnickým personálem. V práci studentky Müllerové byla výsledná hodnota nulová, v našem případě byl výsledek mírně lepší a to 7 % úroveň znalosti. Problematika kurzů pořádaných zaměstnavatelem se bohužel příliš nezměnila, v obou případech většina respondentů uvedla, že zaměstnavatel žádné kurzy nepořádá. Co se týká ochoty studovat kurzy zaměřené na problematiku osob se sluchovým postižením, zde se naše výsledky zásadně neshodují, jelikož Müllerová uvádí 83 % respondentů majících zájem dozvědět se něco nového z této oblasti, v našem případě takto odpovědělo pouze 1 % respondentů.

Dále jsme výsledky našeho výzkumu porovnávali s prací Michaely Káňové, studentky lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, která se ve své bakalářské práci z roku 2010 zabývala otázkou, jak jsou dospělí sluchově postižení spokojeni s poskytováním informací ve zdravotnickém zařízení. Tato práce má shodné téma s naší, pouze respondenty jsou v tomto případě sami sluchově postižení pacienti, počet respondentů byl 54. Káňová ve své práci uvádí až 72 % respondentů odpovídajících, že od zdravotnického personálu neobdrží informace v dostatečném rozsahu. Tento výsledek je možno interpretovat i tak, že problémem může být nedostatečná znalost znakové řeči ze strany zdravotníků, což už jsme uváděli i v naší práci. Dalším problémem by mohl být i nedostatek prostoru pro komunikaci, jelikož na pacienty má dostatek času pouze 12 % našich respondentů. Na toto také navazuje zjištění, že 45 % sluchově postižených respondentů si myslí, že nedostává informace dostatečným a přiměřeným způsobem a 50 % respondentů rozumí získaným informacím jen z části. Na druhou stranu sluchově postižení respondenti potvrzují trend nejčastěji vo-

lených dorozumívacích technik (hlasitá mluva, psaní a gestikulace), což už jsme uváděli i v naší práci. V posledním bodě srovnání zjišťujeme pohled na vzdělání zdravotníků v oblasti komunikace. Největší počet respondentů si myslí, že by znakový jazyk měli ovládat především pracovníci na specializovaných pracovištích a ostatní by měli znát pár základních znaků. Stejný názor nesdílí sluchově postižení, kdy dle Káňové (2010) 72 % odpovědělo, že by zdravotnický personál měl být vzdělaný ve znakové řeči bez výjimky.

## 5.1 Doporučení pro praxi

V této práci jsme se zabývali NLZP, konkrétně praktickými a všeobecnými sestrami a jejich připraveností na péči o pacienty se sluchovým postižením. Péče o každého pacienta je tvořena několika na sebe navazujícími faktory, patří zde správná diagnostika, úspěšná léčba a dobrá komunikace. Všechny tyto vzájemně propojené a nedělitelné součásti mají za úkol zajistit, aby se pacienti v nemocnicích cítili dobře a s důvěrou se odevzdali do rukou zdravotnických pracovníků.

Z výsledku dotazníkového šetření vyplynula následující doporučení:

- seznámit management zdravotnických zařízení s možnostmi využití tlumočnických služeb,
- zajistit ve sledovaných nemocnicích tlumočnickou službu přímo na pracovišti (kanceláře), tak aby zdravotnický personál nemusel dlouho čekat na příjezd,
- seznámit zdravotnické pracovníky s činností a organizací těchto služeb a to formou letáků či besed,
- v komunikaci využívat moderní techniku, jako jsou tablety s interaktivními programy,
- zajistit pro zdravotnické pracovníky, včetně nově začínajících, kurzy a semináře s výukou znakové řeči a tím zároveň zvýšit ošetrovatelský standard daného pracoviště,
- zajistit pro studenty na praxi dostatečné množství informací ve formě letáků a brožur vztahujících se k péči o pacienty se sluchovým postižením,
- zajistit studentům na praxi mentora, který dohlédne na správný přístup studentů k pacientům se sluchovou vadou,
- začínající pracovníci by měli prokázat znalost alespoň základních znaků znakového jazyka,

- zajistit do sledovaných nemocnic více speciálních pomůcek pro sluchově postižené pacienty, včetně signalizačního zařízení a piktogramů,
- zajistit televizní obrazovky, tabule s LED zářivkami pro lepší informovanost a orientaci pacientů se sluchovým postižením.

## ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali zjišťováním situace ohledně připravenosti zdravotnického personálu na péči o pacienty se sluchovým postižením. Svůj výzkum jsme zaměřili na nelékařský zdravotnický personál, konkrétně všeobecné a praktické sestry. Situaci jsme sledovali napříč třemi zdravotnickými zařízeními. Dané téma bylo námi zvoleno, protože jsme mnohokrát sami byli svědky, že zdravotnický personál neumí dobře komunikovat s pacienty se sluchovým postižením, velmi často se této povinnosti vyhýbá nebo volí naprosto nevhodnou metodu. Práce ovšem není striktně zaměřena jen na komunikaci, nýbrž na péči jakožto celek. Proto jsme se také rozhodli provést šetření i mimo Zlínský kraj, abychom zjistili, zda je situace stejná nebo se liší zařízení od zařízení. Sledovaný vzorek je ale malý a tudíž výsledky výzkumu nelze bez dalších analýz zevšeobecnit na nemocnice napříč celou Českou republikou. Velká část výsledků potvrdila naše předpoklady, nicméně se našlo hned několik bodů, které nás překvapily a to v pozitivním i negativním smyslu. Překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že velká část respondentů neovládá český znakový jazyk a navíc ani nemá v plánu se jej alespoň v základech naučit. K čemuž se váže i následující zjištění, že ani v jednom testovaném zařízení nevyužívají služeb profesionálních tlumočnicků do znakového jazyka. Další velkou problematikou jsou kurzy zvyšující kvalifikaci zdravotnického personálu. Většina respondentů ve svém zaměstnání žádnou takovou možnost nemá. Tristní je i zjištění, že žádné z testovaných pracovišť nemá dostatečně zajištěnu signalizaci a značení piktogramy pro sluchově postižené a to napříč odděleními. Navíc i v dnešní době moderních technologií stále většina respondentů používá ke komunikaci zastaralé metody, jako například ukazování nebo hlasitou mluvu. Aby ale naše hodnocení nebylo pouze negativní, velmi mile nás překvapilo, že většina respondentů by se vzdala své komfortní zóny pro potřeby pacienta. V zásadě ale lze říci, že jsme dosáhli všech předem stanovených cílů a podařilo se nám i odpovědět na všechny výzkumné otázky.

Na úplný závěr bychom rádi podotkli, že i přes malý zkoumaný vzorek si myslíme, že je stále co zlepšovat. Nelékařský zdravotnický personál se zdál nepříliš zainteresován v dané problematice, přitom velká část respondentů se shodla, že sluchově postižených pacientů v průběhu pěti let přibylo. A proto by bylo dobré věnovat této skupině podstatně větší pozornost. Zároveň by se mělo zlepšit motivování nelékařských pracovníků, protože to je ústředním problémem celé sledované situace. Vhodných metod k péči a komunikaci se sluchově postiženými pacienty je nepřeberné množství, jen je nezbytné vybrat tu správnou.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BÁRTOVÁ, Jarmila, 2015. *Přehled patologie*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2745-8.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

Deafness and hearing loss, 2019. *World Health Organization* [online]. Ženeva: World Health Organization [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

DYNÁKOVÁ, Šárka, 2005a. *Neslyším vás, ale jsem tady: Komunikace se sluchově postiženými - I. část*. Sestra: Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. Praha: Mladá fronta, 15(11), 59. ISSN 1210-0404.

DYNÁKOVÁ, Šárka, 2005b. *Rozumím vám, přece vidím, co říkáte: Komunikace se sluchově postiženými - II. část*. Sestra: Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. Praha: Mladá fronta, 15(12), 59. ISSN 1210-0404.

FELMAN, Adam, 2018. What's to know about deafness and hearing loss?. *Medical News Today* [online]. Brighton: Healthline Media UK [cit. 2019-10-06]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/249285.php>

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.

HRUBÝ, Jaroslav, 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-721-6096-6

HRUBÝ, Jaroslav, 1998. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-721-6075-3.

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KÁŇOVÁ, Michaela, 2010. *Spokojenost dospělých sluchově postižených s informovaností ve zdravotnických zařízeních*. Brno, 59 s. Dostupné také z: [https://is.muni.cz/th/omf61/Bakalarska\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/omf61/Bakalarska_prace.pdf). Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta lékařská, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Miroslava Kyasová.

KRAHULCOVÁ, Beáta, 2002. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2.

KURKOVÁ, Petra, 2008. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1964-0.

KURKOVÁ, Petra, 2010. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2544-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACUROVÁ, Alena a Radka ZBOŘILOVÁ, 2018. *Jazyky v komunikaci neslyšících: český znakový jazyk a čeština*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3412-8.



MARSCHARK, Marc a Peter C. HAUSER, 2008. *Deaf cognition: foundations and outcomes* [online]. New York: Oxford University Press [cit. 2019-12-10]. ISBN 97-80-195-3686-73. Dostupné z:

<https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195368673.001.0001/acprof-9780195368673>

MÜLLEROVÁ, Lenka, 2015. *Problematika komunikace s osobami se sluchovým postižením z pohledu zdravotnického personálu*. Brno, 36 s. Dostupné také z: [https://is.muni.cz/th/h05yc/Mullerova\\_Lenka.pdf](https://is.muni.cz/th/h05yc/Mullerova_Lenka.pdf). Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Jana Pavelková.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.

ORL-ucho-sanace: Poučení o výkonu, 2015. *Nemocnice Pardubického kraje a.s.: Svitavská nemocnice* [online]. Svitavy: Svitavská nemocnice [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <http://svitavy.nempk.cz/orl-ucho-sanace>

Operace otosklerózy (stapedektomie), 2015. *Nemocnice Pardubického kraje a.s.: Pardubická nemocnice* [online]. Pardubice: Pardubická nemocnice [cit. 2019-10-05].

Dostupné z: <http://pardubice.nempk.cz/sites/default/files/nemocnice-pardubice/obsah/informovane-souhlasysouhlasysoubory/f051mp8003orl37operaceotosklerozystapedektomie.pdf>

PAUR, Jaroslav, 2016. Naše historie. *Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z. s.* [online]. Praha: Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://www.snn-cr.cz/Historie-SNN>

PETŘEK, Josef, 2019. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2208-0.

PROCHÁZKOVÁ, Věra a Petr VYSUČEK, 2007. *Jak komunikovat s neslyšícím klientem?* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-18-4.

Prstová abeceda České republiky, 2016. In: *Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s.: Pražský spolek neslyšících, p.s.* [online]. Praha [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <http://www.cds-psn.eu/index/prstova-abeceda-z-celeho-sveta>

SKÁKALOVÁ, Tereza, 2016. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku.* Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-628-5.

VOŠICKÝ, Zdeněk, 2007. *Matematika v kostce: pro střední školy* [online]. Havlíčkův Brod: Fragment [cit. 2020-05-14]. Maturita v kostce. ISBN 978-80-253-0191-3. Dostupné z: <http://www.gvp.cz/~horyna/matematika/Matematika%20v%20kostce.pdf>

Vyhláška č. 391/2017 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. *Zákony pro lidi.cz: Sbírka zákonů* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

Vyhláška č. 388/2011 Sb.: Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, 2011. *Zákony pro lidi.cz: Sbírka zákonů* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388/souvislosti>

Vady sluchu, 2016. *Idětskýsluch.cz: informační portál* [online]. Praha [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/sluchove-vady/zakladni-rozdeleni/vady-sluchu-br-38/>

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

dB	decibel
lat.	latinsky
CNS	centrální nervová soustava
aj.	a jiné
tzn.	to znamená
apod.	a podobně
ORL	otorhinolaryngologie
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
%	procento
např.	například
OUP	oddělení urgentního příjmu

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Demografické údaje respondentů dotazníkového šetření .....	38
Tabulka 2. Frekvence práce s pacienty se sluchovou poruchou. ....	39
Tabulka 3. Četnost práce s pacienty se sluchovou poruchou. ....	40
Tabulka 4. Přehled typů sluchového postižení. ....	40
Tabulka 5. Trend vývoje počtu pacientů se postižením sluchu v průběhu pěti let. ....	41
Tabulka 6. Zajištění primární komunikace se sluchově postiženým pacientem.....	41
Tabulka 7. Odlišnost péče o pacienty se sluchovým postižením.....	42
Tabulka 8. Odlišnosti práce se sluchově postiženými pacienty.....	42
Tabulka 9. Způsoby komunikace s pacientem se sluchovým postižením. ....	43
Tabulka 10. Která z možností komunikace je pro NLZP nejvhodnější.....	44
Tabulka 11. Další techniky používané při komunikaci se sluchově postiženým pacientem.....	44
Tabulka 12. Pravidla komunikace s pacientem se sluchovým postižením. ....	45
Tabulka 13. Dodržování pravidel komunikace zdravotnickým personálem. ....	46
Tabulka 14. Velikost prostoru pro komunikaci se sluchově postiženými pacienty.....	46
Tabulka 15. Informovanost zdravotnického personálu o dostupnosti tlumočnické služby.....	47
Tabulka 16. Úroveň znalosti českého znakového jazyka. ....	47
Tabulka 18. Možnost studia znakové řeči v kurzech pořádaných zaměstnavatelem.....	48
Tabulka 19. Jiné kurzy zaměřené na přístup k pacientům se sluchovým postižením. ....	49
Tabulka 20. Četnost kurzů zaměřených na péči o pacienty s postižením sluchu. ....	49
Tabulka 21. Zájem o kurzy zaměřené na osoby se sluchovým postižením.....	50
Tabulka 22. Postoj zdravotnického personálu ke znalosti znakového jazyka. ....	50
Tabulka 23. Znalosti funkce a kompetencí audiologické sestry. ....	51
Tabulka 24. Čas potřebný k přípravě sluchově postiženého pacienta na vyšetření.....	51
Tabulka 25. Úroveň akceptace požadavků pacienta na porušení komfortní zóny.....	52
Tabulka 26. Úroveň akceptace dalších požadavků pacienta.....	52
Tabulka 27. Vybavenost nemocnic speciálním signalizačním zařízením nebo piktogramy.....	53
Tabulka 28. Způsob reakce na hlučného, sluchově postiženého pacienta. ....	53
Tabulka 29. Vyjádření se k tématu. ....	54

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: FORMULÁŘ DOTAZNÍKU

PŘÍLOHA P2: PRSTOVÁ ABECEDA ČESKÉ REPUBLIKY

PŘÍLOHA P3: JITKA HAUNEROVÁ - STAŇKOVÁ