

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Některé aspekty komunikace s nevidomým pacientem

2005/2006

Bc. Lenka Šmídová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Děkuji PhDr. Marii Hlaváčové za odborné vedení diplomové práce. Další poděkování patří Sjednocené organizaci nevidomých a slabozrakých v ČR a vedení nemocnic za umožnění výzkumného šetření. Také bych chtěla poděkovat Občanskému sdružení Okamžik a Mgr. Radku Schindlerovi za uvedení do problematiky a cenné rady.

Obhajoba diplomové práce: 13. 6. 2006

Oponent: Mgr. M. SCHIFFEROVÁ

Hodnocení: Práce byla obhájena.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 23. 4. 2006

Lenka Šmídová

Lenka Šmídová
.....

Obsah :	
1	Úvod.....9
2	Teoretická část.....10
2.1	Postoj společnosti k postižení.....10
2.1.1	Postoj společnosti k lidem se zrakovým postižením 11
2.2	Zrakové vady.....12
2.2.1	Klasifikace jednotlivých kategorií osob se zrakovým postižením..... 12
2.2.2	Rozdělení zrakových vad podle stupně zrakové vady 13
2.2.2.1	Osoby nevidomé 13
2.2.2.2	Osoby se zbytky zraku 14
2.2.2.3	Osoby slabozraké..... 14
2.2.2.4	Osoby sporuchami binokulárního vidění 15
2.3	Psychosociální aspekty osob se zrakovým postižením.....16
2.3.1	Poznávací procesy 16
2.3.2	Socializace 16
2.3.3	Vývoj jedince se zrakovým postižením 17
2.3.3.1	Kojenecké a batolecí období (0-3 roky) 17
2.3.3.2	Předškolní období (3-6 let) 19
2.3.3.3	Mladší školní věk (6-11 let)..... 21
2.3.3.4	Starší školní věk - Pubescence (13-15 let) 21
2.3.3.5	Dospívání - Adolescence (15-20 let)..... 22
2.3.3.6	Dospělost (od 20 let) 22
2.4	Prostorová orientace a samostatný pohyb23
2.5	Speciální pomůcky pro osoby se zrakovým postižením.....25
2.6	Vzdělávání dětí a mládeže se zrakovým postižením27
2.6.1	Formy speciálního vzdělávání žáků se zrakovým postižením..... 28
2.6.2	Typy speciálních škol pro zrakově postižené..... 28
2.7	Komunikace30
2.7.1	Komunikace verbální..... 31
2.7.2	Komunikace neverbální..... 31
2.7.3	Komunikační dovednosti 32
2.7.4	Morální a etická stránka řeči..... 34
2.7.4.1	Umění jednat s druhým 34
2.7.4.2	Poškozování pacientů zdravotníkem 35

2.8	Specifika přístupu k pacientům se zrakovým postižením.....	36
2.8.1	Pomoc pacientům se zrakovým postižením při hospitalizaci.....	38
2.8.2	Dobrovolnictví v průvodcovské službě.....	39
2.9	Příprava sester na práci s handicapovanými pacienty	40
3	Empirická část.....	43
3.1	Cíle výzkumu.....	43
3.2	Stanovení hypotéz	43
3.3	Metodika výzkumu	43
3.3.1	Volba výzkumné metody	43
3.3.2	Dotazníková metoda	44
3.3.3	Předvýzkum	44
3.4	Zdroje odborných poznatků.....	45
3.5	Charakteristika výzkumného vzorku	45
3.6	Organizace výzkumu	46
3.7	Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....	46
3.7.1	Výsledky dotazníku pacientů se zrakovým postižením	47
3.7.2	Výsledky dotazníku sester.....	69
3.8	Diskuze.....	81
4	Závěr	88
	Seznam použité literatury a prameny	93
	Přílohy	

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá některými aspekty komunikace s pacienty se zrakovým postižením. Teoretická část je věnována problematice zrakového postižení, obecného vymezení pojmu komunikace a komunikačních zvláštností lidí se zrakovým postižením. Popisuje jednotlivé zrakové vady, psychosociální aspekty zrakového postižení a také se zabývá přípravou všeobecných sester, diplomovaných všeobecných sester a zdravotních asistentů na práci s lidmi se zrakovým postižením.

Výzkumná část zjišťuje problémy lidí se zrakovým postižením při návštěvě zdravotnických zařízení a naopak zkušenosti respondentek ze souboru sester s těmito pacienty. K výzkumu byly použity dva dotazníky vlastní konstrukce. Jeden dotazník byl vytvořen pro osoby se zrakovým postižením a druhý pro všeobecné sestry. Výzkumné vzorky tvořilo 104 osob se zrakovým postižením a 100 sester, které pracují ambulantní složce.

Z výsledků výzkumu je patrné, že komunikovat s pacienty se zrakovým postižením by měly umět sestry pracující na všech pracovištích. Z výzkumu vyplynulo, že v jednání sester s pacienty se zrakovým postižením se objevují nedostatky týkající se snahy řešit situaci s průvodcem, nevhodného doprovodu. Zrakově postižení poukazovali na malou informovanost sester i lékařů o zrakově postižených, špatnou orientaci v budovách zdravotnických zařízení, na jednání se zrakově postiženými jako s neschopnými. Zdravotnická zařízení by se měla zaměřit na celoživotní vzdělávání všeobecných sester a lékařů v oblasti zrakově postižených, dále pak na úpravu prostředí a zlepšení systému organizace pořadí pacientů na ambulancích.

Klíčová slova:

- nevidomý
- jednání se zrakově postiženými
- průvodce nevidomých
- integrace
- problémy nevidomých v ordinaci

Abstract

This diploma work deals with some aspects of the communication with sight disabled patients. The theoretical part is dedicated to the problems of a sight disability, general definition of a communicational idea and and communicational specialities of sight disabled patients. It describes some particular sight defects, psycho – social aspects of a sight disability and it also deals with a training of generally educated nurses, nurses with a diploma and health assistants for a work with sight disabled people.

In an experimental part the diploma work makes an inquiry of sight disabled people when visiting Health Centers and on the contrary the experience of nurses with these patients. For this research work two questionnaires were made and used. One of the questionnaires was used for sight disabled people, another one for nurses. Two experimental groups consisted of 104 sight disabled people and 100 nurses working in outpatients ' department.

From this research it is perceptable that all the nurses working at all the health workplaces should know how to work with sight disabled people. The research proved that the problems appear in dealing nurses with patients, these problems concern especially the nurses lack of effort to solve the situation with a companion or an unsuitable accompaniment. Sight disabled people refered to nurses ' and doctors ' low knowledge of sight disabled people, bad orientation in health centres and services and nurses who treat sight disabled people unable to solve the situation.

Health centers should concentrate on lifelong education of nurses and doctors in sight disability problems as well as on an adjustment of places and improving the system pf organizing the patients in outpatints ' departments.

Key words :

- blind people
- dealing with sight disabled people
- companions for sight disabled people
- integration
- problems of blind people in surgery

1 ÚVOD

Zraková vada mění život člověka zcela zásadním způsobem. Zvládnutí celé řady každodenních činností se stává mnohem obtížnější a vyžaduje nepoměrně více úsilí, námahy, trpělivosti, statečnosti ... Některé oblasti, i přes veškerou snahu, nedokáže člověk se zrakovým postižením zvládnout sám bez pomoci jiných lidí. Má-li být nabídnuta efektivní pomoc, vyžaduje to ze strany vidících jistou dávku empatie, zdravého rozumu a ochoty. U profesionálů, kteří přicházejí do styku s lidmi se zrakovým postižením, by k tomu navíc měla patřit i určitá znalostní a dovednostní výbava. Měli by být odborně poučeni, jak si v takových situacích počínat. Problém, jak bylo do něho při zpracování této práce nahlédnuto, je ale složitější. Na straně vidících lidí se lze setkat nejen s neznalostí „technik“ pomoci, ale (a to je ještě podstatnější) s vnitřní neochotou či neschopností přijmout nevidomého jako rovnoprávného a lidsky rovnocenného partnera. Jednání zdravotnických pracovníků není v tomto případě výjimkou. Na základě výše uvedených skutečností byla diplomová práce zaměřena na problematiku interakce zdravotníků se zrakově postiženými pacienty. Práce mapuje činnost ambulantních sester, které jsou zpravidla první, s kým pacient přijde do styku.

Teoretická část se zabývá problematikou zrakového postižení, charakteristikou jednotlivých zrakových vad. Dále je zaměřena na komunikační zvláštnosti lidí se zrakovým postižením a psychosociální aspekty zrakového postižení, jejichž znalost pomůže sestřám lépe pochopit potřeby těchto pacientů. Častou chybou při komunikaci se zrakově postiženými je např. předávání informací průvodci, a proto se práce zabývá i úlohou dobrovolníků v průvodcovské službě. Poslední kapitola se věnuje přípravě sester na práci s lidmi se zrakovým postižením. V empirické části jsou uvedeny výsledky výzkumu a jejich interpretace. Cílem je zjistit, s jakými problémy se setkávají lidé se zrakovým postižením ve zdravotnických zařízeních a dále poukázat na zkušenosti sester s těmito pacienty. Hypotézy jsou stanoveny na základě zmíněného cíle a odráží se v nich mé vlastní zkušenosti ze zdravotnické praxe. Diplomová práce má potvrdit nebo vyvrátit vytčené hypotézy a upozornit na současný (nijak optimální) stav. V dnešní době se věnuje velká pozornost celoživotnímu vzdělávání sester. Je zde tedy vhodná příležitost na tuto problematiku poukázat a do systému celoživotního vzdělávání ji zařadit.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 POSTOJ SPOLEČNOSTI K POSTIŽENÍ

V průběhu dějin se postoje k postiženým lidem měnily. S postoji k postiženým lidem se setkáváme již na různých úrovních vývoje lidské společnosti a v různých kulturách. V předhistorickém období byli *jedinci* téhož druhu, kteří nevykazovali fyzické znaky druhu, *odmítáni*. Rozvoj společnosti především její *ekonomická situace* byla jedním z činitelů ovlivňujícím postoj k postiženým. Postižení byli vnímáni jako jedinci, kteří nemohou přinést užitek a naopak spíše společnost zatíží péčí o ně. V antickém Řecku a Římě se kladl důraz na *estetický ideál* a podle souladu krásy těla i ducha byla posuzována i hodnota člověka. Zde nemohl postižený člověk obstát. Další vliv na vytváření postojů k postiženým lidem má *náboženství*. Do chápání postižení vstupuje i boží vůle, v podobě boží zkoušky nebo trestu.

Ohlédneme-li se v naší historii o 20 let zpět, měli bychom si uvědomit, že i naši handicapovaní spoluobčané byli izolováni, aby „nekazili“ celkový dojem společnosti. Po roce 1989 se tyto poměry velice rychle změnily. Dnes je běžné, že na ulici potkáváme lidi na vozíku, s bílou holí i jinak handicapované, a to se před rokem 1989 stávalo ojediněle. Demokratická společnost usiluje o maximální integraci všech těchto jedinců do společnosti. Otázkou zůstává, zda dostatečně připravuje i ostatní „zdravé“ spoluobčany na specifika jednání s lidmi s různými handicap a jim naopak, pomáhá řešit pro zdravého člověka bezproblémové, běžné situace. Je důležité naučit spoluobčany všimnout si těchto lidí a umět zhodnotit danou situaci jejich očima. Bezohlednost nemusí být jediný důvod, proč určitý člověk nepomohl. Neznalost se v současné době ukazuje být daleko větším problémem.

Pro kladný vztah k lidem s postižením je podstatný vývoj lidské společnosti. Vágnerová v Psychologii handicapu uvádí: „Vztah k postiženým je tedy obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejích jednotlivých členů schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo se soucitem.“¹

Trvalé postižení může být ze sociálně-psychologického pohledu hodnoceno jako stigma (znamení). Stigmatizované onemocnění se vyznačuje určitou nápadností

¹ VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 13 s.

v sociálních projevech, může jí být způsob komunikace nebo také bílá hůl. Nejde pouze o faktické omezení psychických a somatických funkcí, ale hlavně o to, jakým způsobem jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni a následně i akceptováni. Stigmatizace defektu mění roli takového jedince a do určité míry i jeho identitu. Postoj společnosti je stále charakteristický nedostatkem informací, neochotou umožnit postiženým uspokojování potřeb jako zdravým, větší tendence určit autoritativně potřeby „důležité“ z jejich pohledu. Zdravotníci nejsou v tomto směru výjimkou.

2.1.1 POSTOJ SPOLEČNOSTI K LIDEM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Zrakové postižení patří do stigmatizovaných onemocnění i když je považováno za společensky nejméně odmítané postižení. Stále se často setkáváme s tendencemi jednat s nevidomým člověkem, jako by byl zároveň i mentálně postižený. Snažíme se mluvit pomalu, nahlas, srozumitelně, omezujeme dobu komunikace apod. Nevidomost často vzbuzuje soucit. Nevidomý je považován za ochuzeného, závislého, ale schopného dorozumění.² Oči jsou významnou součástí tělového schématu. Pokud je zraková vada spojena s nápadností očí např. deformací bulbů, zpravidla ovlivňuje postoj zdravých lidí. Riziko negativní sociální akceptace je tak vyšší. Sociálně nepříznivě působí také různé automatismy a nedostatečná kontrola vlastních projevů těžce zrakově postižených. Veškeré nápadnosti v chování zvyšují riziko všeobecně negativního hodnocení společností.³

V současné době se s rozvojem technologie, informatiky, medicíny, speciálního školství a dalších oborů se zlepšily možnosti, kterých může nevidomý člověk využít a je v nich podporován. Najdeme sdružení, organizace, kde mohou lidé se zrakovým postižením najít kvalifikovanou pomoc. Proto dnes potkáme mnoho nevidomých, kteří jsou samostatní, mají středoškolské, vysokoškolské vzdělání, své životní cíle, zaměstnání, účet v bance a žijí tak, jako mnoho z nás, spokojený život.

2 VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 9-13 s.

3 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 207 s.

2.2 ZRAKOVÉ VADY

V české populaci je celkově kolem 0,3 % nevidomých a 0,8-1 % závažně zrakově postižených.⁴ Děti trpících tímto postižením je v populaci přibližně 0,04 %.⁵ V pozdní dospělosti, resp. v období stáří jejich četnost významně stoupá, zrakové potíže má 4,4 % lidí nad 60 let.⁶

2.2.1 KLASIFIKACE JEDNOTLIVÝCH KATEGORIÍ OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Zrakovou vadou označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie a rozsahu. Při vyšetření se hodnotí zraková ostrost, šíře zorného pole, okulomotorické problémy, zpracování zrakových informací, poruchy barvocitu.

Potíže při narušeném zrakovém vnímání u dětí odhalí *vzhled očí*, zvláště jejich postavení a pohyby, zarudnutí očí a víček, slzení, výtok, netransparentní rohovka, šedavé zbarvení zornice. Dále se často setkáváme s *narušeným chováním* dítěte. Dítě nenavozuje oční kontakt, má špatnou koordinaci očí a pohybů, zvláštní způsob používání rukou. Problematická bývá *orientace v prostoru*, dítě naráží do předmětů, zakopává, jeho chůze bývá nejistá, často nemá zájem o televizi, mhouří oči, vysunuje hlavu dopředu. Přidružují se i další *zdravotní potíže*, které mohou svědčit o poškození zraku jako jsou závratě, bolesti hlavy, únava, bolesti očí, dvojitě vidění.⁷

Poškození jednotlivých zrakových funkcí závisí na příčině zrakové vady. Může dojít k *postižení optického aparátu*, které se projevuje neschopností akomodace oční čočky podle potřeb vidění a vzniká tak např. krátkozrakost. K tomuto stavu dochází i při odnětí oční čočky. V případě postižení optického aparátu lze vidění zlepšit optickou korekcí. Postiženy mohou být také *další části oka*. Příčinou může být např. glaukom, nebo zánět živnatky, zde nelze očekávat zlepšení optickou korekcí a navíc mívá onemocnění často progresivní průběh. Další příčinou postižení zrakových funkcí je *postižení sítnice a zrakového nervu*. Setkáváme se jak s progresivními, tak stacionárními formami. Ani při tomto postižení nemá optická korekce velký význam a často přidružuje kombinace s

4 KOCUR, I.: Oftalmologie. In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 195 s.

5 GRAHAM, P.: Child psychiatri. In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 195 s.

6 ZLÁMALOVÁ, H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 195 s.

7 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. 18-19 s.

organickým postižením mozku. Příkladem je retinopatie nedonošených dětí, dětská mozková obrna, epilepsie, mentální retardace. K postižení sítnice a zrakového nervu může dojít i při onemocnění retrobulbární neuritis (příznak roztroušené sklerózy), dále pak mechanickým poškozením mozku, kompresí zrakového nervu, nebo následkem diabetické retinopatie. *Kortikální postižení zrakových funkcí* vzniká při poškození okcipitální oblasti mozku, ke kterému může dojít prenatálně, perinatálně i postnatálně jako důsledek krvácení do mozku. Označují se jako agnozie, dysгноzie. Je zde zvýšené riziko kombinace s dětskou mozkovou obrnou. Vrozené kortikální postižení je obtížně diagnostikovatelné, jedním z důvodů je i to, že postižené oči nejsou ničím nápadné.⁸

Podle *doby vzniku* lze zrakové vady rozdělit na vady *vrozené* a vady *získané*. Jako vrozené lze označujeme vlivy prenatální, dědičné, kongenitální a patologické (rubeola, toxoplasmóza, tuberkulóza). Získané vady jsou rozdělovány podle věku, kdy vada vznikla na postnatální, juvenilní a senilní. *Z etiologického hlediska* lze rozdělit zrakové vady na *orgánové* a *funkční poruchy*. Porucha orgánová vzniká při snížení, nebo nevyvinutí zrakového ústrojí a následkem bývá slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost, kombinované vady, osleplost. K funkční poruše dochází při poruchách binokulárního vidění jako je např. amblyopia a strabismus. Podle délky trvání zrakového postižení lze zrakové vady rozdělit na *akutní, chronické a recidivující*.

Z tyfopedického pohledu je za jedince se zrakovým postižením považována ta osoba, která i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, optické atd.) své zrakové vady či poruchy má nadále problémy při vnímání a zpracování zrakem v běžném životě.

2.2.2 ROZDĚLENÍ ZRAKOVÝCH VAD PODLE STUPNĚ ZRAKOVÉ VADY

Pro účel této diplomové práce je nejdůležitější rozdělení osob podle stupně zrakové vady.

2.2.2.1 OSOBY NEVIDOMÉ

Osoby nevidomé patří do kategorií osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Patří sem děti, mládež a dospělí, kteří mají zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti. Jedná se o ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. (Při vyšetření zraku čte vyšetřovaný vybrané znaky na optotypu. Optotyp má několik řádek

⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 196-197 s.

a u každé řádky je dána vzdálenost, ze které zdravé oko přečte znak správně. Normální zraková ostrost je 6/6 tzn., že ze 6 metrů pacient řádek přečte.)

Praktická nevidomost znamená pokles centrální zrakové ostrosti od 3/60 do 1/60 včetně, binokulární zorné pole větší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace. *Skutečná nevidomost* je pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 až světlocit, binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace. *Plná slepota* znamená světlocit s chybou světelnou projekcí až po ztrátu světlocitu. *Štréblová* charakterizuje projevy nevidomosti takto: „nemožnost zrakových schopností, nemožnost zrakového vnímání a vytváření zrakových představ, omezení a ztížení samostatného pohybu a prostorové orientace, nemožnost grafického výkonu, omezení a ztížení pracovního výkonu.“⁹

Nevidomí jsou odkázáni na využití kompenzačních smyslů, které je nutno neustále rozvíjet. Pracují jak s nižšími (hmat, sluch, čich, chuť), tak současně i s vyššími kompenzačními činiteli (myšlení, paměť, řeč, představivost, obrazotvornost). Využívání náhradních smyslů a vytváření smyslových zkušeností je u nevidomých dětí nutné zahájit co nejdříve, protože je pomalé a vyžaduje specifické zvláštnosti. U nevidomých se nevyvíjí náhradní smysly automaticky, ale je nutné je rozvíjet rámci komplexní rehabilitační péče pomocí speciálně pedagogických metod při výchově a vzdělávání.

2.2.2.2 OSOBY SE ZBYTKY ZRAKU

Osoby se zbytky zraku tvoří samostatnou skupinu mezi osobami nevidomými a osobami slabozrakými. Děti se zbytky zraku jsou postiženy nejtěžšími zrakovými vadami a velmi nízkou zrakovou ostrostí. Z hlediska sociálně právního jsou považovány za nevidomé. *Štréblová* označuje za projevy zbytku zraku: „značné snížení, omezení nebo znemožnění zrakových schopností, závažné omezení ve vytváření správných zrakových představ, závažné snížení orientace v prostředí a závažné snížení schopnosti běžného grafického nebo pracovního výkonu, nemožnosti používat texty a běžným tiskem.“¹⁰

2.2.2.3 OSOBY SLABOZRAKÉ

Jedná se o skupinu dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti. Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou, střední a těžkou. Za

9 ŠTRÉBLOVÁ, M. *Poznáváme svět se zrakovým postižením*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2002. 34-35 s.

10 Dílo výše citované (dále jen DVC). 32 s.

slabozrakost je obecně považováno orgánové postižení obou očí, které i při optimální korekci činí jedinci problémy v běžném životě. Kromě postižení zrakové ostrosti se u těchto osob často objevují poruchy spjaté s narušením zorného pole (např. zúžení zorného pole, výpadky zorného pole, trubicovité vidění). Štrébllová označuje za *projevy slabozrakosti*: „snížení, omezení zrakových schopností, ve vytváření nepřesných, neúplných či zkreslených zrakových představ, ve snížené schopnosti běžného grafického výkonu, který je spojený s přesnou zrakovou kontrolou, v používání běžného tisku, který nemohou používat bez speciálních optických pomůcek nebo možnosti většího a výraznějšího tisku.“¹¹

2.2.2.4 OSOBY S PORUCHAMI BINOKULÁRNÍHO VIDĚNÍ

Jedná se o skupinu dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání narušeno na základě funkční poruchy. Na sítnicích obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem. Do této kategorie patří strabismus (šilhavost) a amblyopie (tupo-zrakost). *Strabismus* je porucha rovnovážného postavení očí. Osy očí nejsou rovnoběžné, v důsledku nedokonalého překrytí obrazů na sítnici nemůže vzniknout prostorový vjem což se projevuje dvojitým viděním (diplopií). *Amblyopie* je snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigování bez viditelných známek oční nemoci. Jde o funkční vadu zraku, při které dochází ke snížení zrakové ostrosti obvykle jednoho oka. Zraková ostrost může být snížena až na hranici praktické slepoty.

Poruchy binokulárního vidění jsou vrozené, nebo se objevují v raném dětství. Při správné a včasné terapii (medikamentózní léčba, chirurgický zákrok, okluze, pleopticko-ortoptická léčba) jsou odstranitelné, nebo je lze mířit a dospělý člověk nemusí mít žádné potíže. Pokud se léčba započne pozdě, nebo při nedodržování léčebného postupu vady přetrvávají a v dospělosti jsou již neodstranitelné. Dále Štrébllová označuje za projevy *tupo-zrakosti a šilhavosti*: „částečné omezení zrakových funkcí obvykle jednoho oka, ani po korekci není dosaženo normální zrakové ostrosti, snížení zrakových schopností, které se mohou speciálním cvičením vyrovnat nebo značně přiblížit vidění zdravému.“¹²

11 ŠTRÉBLOVÁ, M. *Poznáváme svět se zrakovým postižením*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2002. 33 s.
12 DVC. 31 s.

2.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

2.3.1 POZNÁVACÍ PROCESY

Rozvoj poznávacích procesů je ovlivněn především u vrozeně postižených. Zrakové vnímání nám přináší za normálních okolností informace z okolního světa. V případě omezení zrakového vnímání, nebo dokonce chybění zrakového vjemu je nutná kompenzace, která se děje pomocí sluchu, hmatu, myšlení, řeči a paměti. U osob se zrakovým postižením se *sluchové vnímání* se stává citlivější, diferencovanější a nevidomému pomáhá při orientaci v prostředí. Nejde však o vrozené zvýhodnění, ale o důsledek učení. Také *hmat* je nutné cvičit a zdokonalovat, opět se tak neděje spontánně. Hmatové vnímání je analytické, a aby byly souvislosti a vztahy pochopeny, je nutné uspořádat dílčí informace do celku. Návik hmatového vnímání je náročný na pozornost, paměť a myšlení. Prostor, který je možné poznávat hmatem je omezený dosahem obou rukou, tato oblast se nazývá *haptický prostor*. Další důležitý kompenzační význam má *myšlení spojené s rozvojem řeči*. Řeč pomáhá rozvoji poznávacích schopností. Pokud má jedinec dostatečně podnětné rodinné prostředí a alespoň průměrné předpoklady není opožděný rozvoj jeho inteligence. *Verbalismus* znamená důraz kladený na řeč jako na prostředek k získávání informací, jejichž obsah jim není lidem se zrakovým postižením jasný nebo dostupný. Nezastupitelné místo má také *sluchová paměť*, na kterou jsou těžce zrakově postižení ve větší míře odkázáni, protože získávání informací je pro ně obtížnější než jejich uchování.

2.3.2 SOCIALIZACE

Zrakově postižení mají omezenou možnost získat potřebné sociální zkušenosti a problém naučit se tak požadovaným způsobem reagovat. Dochází k tomu, že jejich chování je odlišné od ostatních lidí a i okolí je tedy může vnímat jako méně kompetentní. Socializace lidí se zrakovým postižením má jistá specifika. Níže jsou uvedeny příklady odlišných přístupů nevidomých. *Neverbální komunikace* jako je oční kontakt, mimické a pantomimické projevy, pohybové automatismy a výraz obličeje nemají pro nevidomého žádnou informační hodnotu a naopak vidící partner může tyto projevy považovat za nezáměr ze strany nevidomého. Nevidomý má naopak problém vnímat a rozumět neverbálním signálům komunikačního partnera, což ho zbavuje výhod rychlé orientace v dané situaci. Zrakově postižení se také nemohou *učit nápodobou* pro řešení mnoha



situaci musí hledat vlastní modely řešení. Mívají tak horší *úroveň sociálního porozumění*, která je způsobena nemožností diferenciací různých a projevů ostatních lidí. Další problém, který řeší nevidomý je obtížná orientace v neznámém prostředí, která může vést k závislosti na okolí a v horších případech až k sociální izolaci nevidomého.¹³

2.3.3 VÝVOJ JEDINCE SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

2.3.3.1 KOJENECKÉ A BATOLECÍ OBDOBÍ (0-3 ROKY)

Erikson charakterizuje kojenecké období jako období receptivní, kdy dítě přijímá od druhých.¹⁴ Smyslem této fáze je získat základní pocit důvěry v život. První rok života je klíčový pro rozvoj vlastností, schopností a dovedností, které by měly být přiměřeně stimulovány. Pochopení potřeb zrakově postiženého dítěte je mnohem obtížnější než v případě zdravého dítěte. Nejvýznamnější vývojové pokroky tohoto období jsou rozvoj lokomoce a řeči, které vedou k osamostatnění dítěte.¹⁵

Dopad zrakového postižení je dán závažností vady a věkem, v němž k postižení došlo. Dítě se zrakovým postižením trpí sensorickou deprivací, vizuální informace jsou omezené nebo mohou zcela chybět. Výsledkem bývá omezení poznávacích procesů. Dítě má méně podnětů, méně zkušeností, je spavé, pomalé, klidné, má nízkou pohybovou aktivitu a následně i nižší svalový tonus. Důsledkem toho vzniká dojem, že mozková činnost je na nízké úrovni a psychomotorický vývoj opožděn. Skutečnou příčinou tohoto stavu je ale právě zraková deprivace. Z výše uvedeného vyplývá, jak je nutná včasná aktivizace kompenzačních mechanismů dítěte a dostatek náhradních podnětů od okolí, v tomto věku nejvíce od rodičů. Pokud stimulace není dostatečná, může dítě uspokojovat své potřeby aktivitu náhradním způsobem tzv. autostimulací jako je mačkání očí nebo kývání zepředu dozadu.¹⁶

Lokomoce pro dítě se zrakovým postižením není snadná. Děti mají omezenou možnost orientace na větší vzdálenost, někdy se samy pohybovat bojí, zejména v cizím prostředí. Motorický vývoj u zcela nevidomých dětí bývá proto opožděn. *Jemná motorika*

13 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 195-209 s.

14 ERIKSON, E. H.: Child and society. In VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 132 s.

15 VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 133-134 s.

16 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L.: *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: PAIDO, 2000. 37-38 s.

je důležitá, protože poznávací aktivity jsou spojeny s manipulací. Dítě si věci si přibližuje na co nejmenší vzdálenost od očí. Koordinace motoriky rukou je u dětí s těžkým zrakovým postižením a nevidomých nepřesná a v důsledku chybějící zrakové kontroly se opoždí.

Hmat je důležité využívat u dětí se zrakovým postižením hlavně v prvním roce života, protože jeho vývoj není spontánní. Pokud má dítě ještě zbytky zraku má pro další vývoj velký význam využití hmatu společně se zrakovými informacemi. Předměty i prostor nelze bez zraku vnímat jako celek, ale vnímání postupuje od dílčích částí k celku. Z tohoto důvodu má dítě narušený proces generalizace v poznávání. Využívání speciálních grafických materiálů, vizuálně taktálních knih, speciálních hraček zpřístupňujících dítěti souvislosti mezi předmětem a jeho vyobrazením. Rozvoj všech poznávacích procesů je v tomto období spojen s praktickou činností a s vývojem pohybové aktivity. Dětem se zrakovým postižením je třeba tuto aktivitu zprostředkovat, jednak předměty přiblížit prostorově, na dosah a jednak přímým vedením.¹⁷

Sluchové vnímání se stává citlivější s lepší diferenciací sluchových vjemů, jeho největší význam je ve vnímání řeči. Sluchové vnímání je důležité i pro lokalizaci zvuku v prostoru a pro samostatnou orientaci v prostoru. *Řeč* se u většiny zrakově postižených dětí vyvíjí normálně, první slova se objevují kolem jednoho roku. Jejím prostřednictvím je nutné rozvíjet pozornost, paměť a myšlení. Řeč má poznávací, komunikační a navíc i kompenzační smysl. Květoňová-Švecová uvádí, že řeč nahrazuje chybějící zrakové vnímání, protože zastupuje do jisté míry smyslovou zkušenost dítěte a tím kompenzuje nedostatek zraku.¹⁸ Pro tyto děti je řeč i v pozdějším věku základním mechanismem k určení úrovně psychického vývoje.

Koncentrace *pozornosti* je později nutná při běžných činnostech denního života jako je např. výuka prostorové orientace. Nevidomé děti jsou obecně mnohem méně stimulovány a snižuje se tak jejich aktivační úroveň i upoutávání pozornosti. *Paměť* hraje důležitou roli v životě člověka se zrakovým postižením, který je odkázán na uchování různých informací jako je rozmístění nábytku, uložení věcí apod.

K úspěšné *socializaci dítěte* nestačí na dítě pouze hodně mluvit, ale je potřeba ho také dostatečně motivovat k vlastní řečové aktivitě. Bez této dovednosti má jedinec omezený kontakt s prostředím. Dítě se na rozdíl od vidících dětí setkává s celou řadou odlišností, které vada přináší a nemůže se učit nápodobou. Základním sociálním vztahem

17 VÁGVEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 134, 140-142 s.

18 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: PAIDO, 2000. 38 s.

dítěte je vztah jednotlivých členů rodiny, především rodičů. Tento vztah tvoří předpoklad optimálního vývoje osobnosti a souvisí s tím i budování vlastní identity. A právě na základě tohoto vztahu si dítě buduje a prožívá i další vztahy s okolím.¹⁹

Rodiče zrakově postižených dětí mohou mít tendenci srovnávat vývoj svého dítěte s dětmi zdravými, tento výsledek bývá téměř vždy neuspokojivý. Tito rodiče potřebují mít možnost srovnávat vývoj dětí stejně postižených tak, aby si mohli ověřit, že jejich úsilí není zbytečné. Je nutné, aby vychovatelé porozuměli specifickému omezení a výchovné vedení přizpůsobili možnostem dítěte. Dostatek informací je nutné zajistit vhodným speciálně pedagogickým vedením. Jednou z možností je raná péče.²⁰

Narození dítěte se zrakovým postižením je pro rodinu velmi náročné, a proto všichni zúčastnění potřebují speciální pomoc. *Raná péče* je systém podpory výchovného procesu dítěte s postižením. V prvních letech života dítěte hraje hlavní roli ve výchově rodina, kde dochází k uspokojování všech potřeb dítěte od biologických až po sociální. Raná podpora představuje jednak péči o dítě samotné, do které patří edukace a kompenzace zraku, ale také metodické vedení rodiny, které zahrnuje budování zdravého vztahu rodiny s dítětem se zrakovým postižením. Raná péče v České republice má několik forem, které se prolínají a vzájemně doplňují. Jednou z možností je návštěva speciálního pedagoga domácím rodinném prostředí, nebo se pořádají rehabilitační pobyty dětí se stejným postižením a jejich rodiče. Dále může rodina využívat ambulantní péči pro edukaci zraku (zraková stimulace) ve středisku rané péče a v rámci rané péče jsou pro rodiče pořádány odborné semináře.²¹

2.3.3.2 PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ (3-6 LET)

Podle *Eriksona* je období předškolního věku označováno jako fáze iniciativy, jejímž hlavním motivem je potřeba aktivity a sebeprosazení.²² Období dítěte od tří let je obdobím, kdy se dítě začíná osamostatňovat, uvolňují se vazby na matku, začíná navštěvovat kolektiv jako je speciální mateřská škola, nebo je dítě integrováno do běžných mateřských škol.

V oblasti *manuální zručnosti* chybí u nevidomých vizuální kontrola pohybu. Rozvoj *poznávacích procesů* je závislý na adekvátní stimulaci a sociálních vlivech. Z hlediska

19 VÁGVEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 94 s.

20 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: PAIDO, 2000. 35-46 s.

21 DVC. 39-41 s.

22 ERIKSON, E. H.: Child and society. In VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 148 s.

kognitivního vývoje má velký význam trvalost objektu. U špatně vidících dětí chybí přesné zrakové vjemy a tím i adekvátní představy. Děti vnímají stabilně pouze omezený, zúžený okruh předmětů a podněty, které jsou mimo dosah zrakové ostrosti se ztrácejí. *Myšlení* prochází stejnými fázemi jako u zdravých dětí, lze však pozorovat vliv menší zkušenosti a omezenější zásoby představ. Děti používají nepřesné pojmy, i když jejich slovní označení dobře znají. *Symbolické, předpojmové myšlení* mívá také nižší úroveň. Důvodem je opět omezenější zkušenost, nedostatek přesných vjemů a představ umožňujících rozlišení podstatného od nepodstatného. *Pozornost i paměť* je vzhledem k omezení spontánních podnětů nutné vhodným vedením stimulovat.

Osamostatňování dítěte může být omezeno samotným defektem, ale i postojem rodičů, kteří mohou u dítěte spíše stimulovat projevy závislosti. Nápodoba sociálního učení je pro tyto děti zcela nedostupná, protože nemohou vnímat neverbální složky komunikace. Nevidomé děti nemohou pozorovat chování lidí ve svém okolí, a tím si obtížněji osvojují představu obsahu jednotlivých rolí jako je role dítěte, chlapce, dívky, sourozence apod. Hlavním úkolem v tomto období doma i ve školce je rozvíjet kompenzační smyly, i v tomto období je nutný permanentní rozvoj zrakového vnímání všude tam, kde je alespoň částečně zachováno. Důležitou činností je příprava dítěte na školní povinnosti. Specifické dovednosti jsou zaměřeny na rozvoj zrakových funkcí, sluchového vnímání, nácvik haptizace, uvědomělé posilování čichu a chuti, prostorové orientace a samostatného pohybu.²³

Jak již bylo výše popsáno, děti se závažnějším zrakovým postižením nemají potřebnou stimulační hodnotu. *Stimulace zraku* nevede ke zlepšení zrakové vady, ale k efektivnímu využívání zrakových funkcí, které jsou důležité pro běžný život dítěte. Proto je třeba začít se zrakovou stimulací již v raném věku. *Skalická* vymezuje pojem *zraková stimulace* jako: „Metodiku rozvoje těžce zrakově postiženého dítěte v raném věku a využívání zbylého vidění.“²⁴ Dále pak uvádí, že pro dítě má význam i účelné využívání schopnosti rozlišit světlo a tmu, směr odkud světlo přichází, kde se projevuje stín, příp. poznávání některých barev a tvarů. Zraková stimulace probíhá tak, že dítě vyšetří oční lékař a společně se speciálním pedagogem a rodiči by měli konzultovat individuální plán

23 VÁGVEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 149, 153-154, 156-157, 156, 158-168 s.

24 SKALICKÁ, M.: Metodický list-Zraková stimulace. In KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L.: *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. 41 s.

zrakové stimulace dítěte uzpůsobené zrakové vadě, věku apod. Ke zrakové stimulaci se používá celá řada diagnostických i terapeutických pomůcek.

2.3.3.3 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK (6-11 LET)

Erikson označuje školní období za fázi píce a snaživosti.²⁵ Nástup do školy je důležitým mezníkem v životě dítěte. Dítě přijímá novou roli žáka. Začínají mu povinnosti spojené se školou, osvojuje si vztah k práci. Učí se vyrovnávat se svými osobními problémy. V mnoha případech lze mluvit až o první krizi identity postiženého dítěte. Zvládnutí školních nároků je spojeno se zráním a učením. Obě tyto složky mohou být u zrakově postiženého dítěte negativně ovlivněny, a proto nestačí běžná stimulace, učivo jim musí být zprostředkováno specifickým způsobem.

Dítě je zařazeno do *speciální školy*, což může být spojené i s odchodem z rodiny. Je nutná adaptace nejen na školu, ale i na internát. Tuto náročnou situaci může prožívat jako ztrátu jistoty, bezpečí, ohrožení apod. *Integrace* do běžného typu školy je pro dítě také náročná. Dítě získává často první větší zkušenost s postojí veřejnosti. V tomto období mohou být děti se zrakovým postižením ohroženy pocitem méněcennosti, které ovlivňují ve školním věku vývoj sebepojetí.

Rozvoj *poznávacích procesů* je u nevidomých obtížnější, protože zde úplně chybí podněty z jedné smyslové oblasti. Těžce zrakově postižené dítě má problém analyzovat obrázek, skládat celek z částí, má problém s diferenciací tvarově podobných předmětů apod. Pod vedením speciálního pedagoga se učí děti používat kompenzační pomůcky. *Paměť* využívá zrakově postižené dítě jako kompenzační mechanismus k poznávání po celou dobu školní docházky i v dalším životě.²⁶

2.3.3.4 STARŠÍ ŠKOLNÍ VĚK - PUBESCENCE (13-15 LET)

Je to období, kdy se z dítěte stává dospělý. Proces dospívání přináší změny anatomicko-fyziologické a změny v oblasti psychické. V tomto období dochází podle *Piageta* k dalšímu pokroku v oblasti myšlení, k přechodu do stadia formálních logických operací.²⁷

25 ERIKSON, E. H.: Child and society. In VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 197 s.

26 VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 195, 194-205, 190-191, 209 s.

27 PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B.: Psychologie dítěte. In VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 211 s.

U jedinců se zrakovým postižením má toto období jistá specifika, která vyplývají z větší soudržnosti vrstevníků se zrakovou vadou, ale i soužitím na internátě speciálních škol. Bývá zde také větší závislost na rodičích jejichž důvodem mohou být ochranné postoje rodičů. Mohou mít problém v uspokojení potřeb citové jistoty a bezpečí. Výrazně se to projevuje v omezeném výběru partnera, pro kterého je zrakově postižený přijatelný. Za ideál obecně považují získat zdravého partnera a snížit tak subjektivní míru handicapu, často bez ohledu na další osobnostní kvality člověka.²⁸

2.3.3.5 DOSPÍVÁNÍ - ADOLESCENCE (15-20 LET)

Problémy, které se mohou vyskytnout v tomto období nejsou nijak specifické a mohou postihnout jakkoliv handicapovaného jedince. Jedná se o potíže ve školní práci, adaptaci na novou školu, socializační potíže. Dospívající si začínají uvědomovat svoji jinakost i to, že jsou v mnoha směrech omezeni a některé věci nikdy nedokážou, nebo je nebudou moci vykonávat zcela samostatně.²⁹ Osamostatnění je problematické v důsledku omezené orientace, každou novou trasu si musí nejprve natrénovat, než začnou chodit sami.

2.3.3.6 DOSPĚLOST (OD 20 LET)

Představuje nejdelší období v životě, bývá vymežováno od dosažení plnoletosti (18 let) až po ukončení života. Dospělost dělíme na ranou dospělost, střední věk, zralý věk a stáří. V dospělosti se setkáváme z časového hlediska s dvěma typy postižení. Jednak jsou lidé s vrozeným nebo v raném dětství získaným zrakovým postižením a druhou skupinu tvoří lidé náhle osleplí nebo s výrazně zhoršujícím se zrakem se špatnou prognózou. U obou skupin dochází k ohrožení základních psychických potřeb v souvislosti s budoucností. Toto období je typické hledáním životních partnerů, zakládáním rodiny a s tím spojené i plnění rodičovských funkcí.

Pro později osleplé znamená ztráta zraku nepředstavitelnou změnu v každodenním životě. Přestávají platit všechny dřívější automatismy. Činnosti, které byl ještě nedávno tento člověk schopen vykonávat bez kontroly zraku, dostávají jiný rozměr. Vše je složitější, zdoluhavější a nebezpečnější. Později osleplý člověk si musí vytvořit nové metody, postupy, způsoby zvládnutí nejjednodušších úkonů každodenního života. Výhodou bývá

28 VÁGVEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 122-123 s.

29 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 206 s.

motivace „k návratu do života“, již vytvořené pohybové návyky, zásoba zrakových představ a dřívější zkušenosti, kterých může využívat i přes nynější ztrátu zraku.

Problém také nastává, pokud dojde ke ztrátě zraku v době, kdy postižený již má založenou rodinu. Významně se mění postavení takového člověka v rodině, ale i v širokém okolí, včetně zaměstnání. Stává se závislým na pomoci okolí, může mít existenční obavy, nemůže vykonávat svoji práci, přestože má potřebnou kvalifikaci.

Zrakové postižení také nastává v souvislosti s vyšším věkem. V tomto věku se zrakově postižení hůře přizpůsobují této skutečnosti. Mají tendenci upadat do pasivity a depresí. I v tomto období je vhodná rehabilitační péče, které bohužel v našich podmínkách není věnována dostatečná pozornost.

Komprehensivní rehabilitace se skládá z léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace. Jejím cílem je všechny výše uvedené problémy v co nejvyšší míře eliminovat. *Léčebná rehabilitace* spočívá v léčbě základního onemocnění, resp. volbě vhodných kompenzačních pomůcek (viz kap. 2.5). *Sociální rehabilitace* se zaměřuje na učení zrakově postižených žít s postižením a na dosažení co nejvyššího možného stupně integrace, kterého je zrakově postižený schopen. Programy jsou zaměřeny na rozvoj zrakových funkcí, čtení, psaní Braillova písma, prostorovou orientaci a samostatný pohyb, vedení domácnosti a sebeobsluhu, rozvoj společenského styku a dalších programů. V rámci *pracovní rehabilitace* usiluje člověk se zrakovým postižením o obnovu pracovních schopností a využití těchto schopností v pracovním procesu. Pracovní rehabilitace pozitivně působí i na kladné sebehodnocení zrakově postiženého.³⁰

2.4 PROSTOROVÁ ORIENTACE A SAMOSTATNÝ POHYB

Při zvládnutí problémů v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu (dále jen PO SP) je třeba si uvědomit, že každý pohyb, který vykoná vidící člověk je pro nevidomého pohyb, který provádí naprosto cíleně a za plného soustředění. Čím méně má takový člověk dovedností a návyků, tím je pro něho každá činnost obtížnější. Prostorová orientace je ztížená, a proto dovednost samostatného pohybu je třeba rozvíjet a cvičit. Soustředění je pro nevidomého náročné a vyčerpávající a z tohoto důvodu je cílem PO SP co nejvíce fixovat na úrovni dovedností a ještě lépe návyků.

30 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. 64-67 s.

Květoňová-Švecová definuje orientaci v prostoru takto: "Orientace v prostoru je proces, při němž člověk určuje na určitém systému souřadnic svoji polohu v prostoru. K tomu je zapotřebí lokalizovat sebe sama v určitém bodě a vzhledem k tomuto bodu prostorově vnímat i okolní předměty. Proces orientace v prostoru vyžaduje řešení úkolů, jako je volba směru, udržení směru a dobrání se cíle."³¹ *Wiener* užívá pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb termín mobilita, kterou charakterizuje takto: „*Mobilita* – tedy zvládnutí problémů v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu – je *základním předpokladem* samostatného života zrakově postiženého jedince, jeho socializace (příp. rehabilitace a resocializace), začlenění do pracovního procesu i života společnosti vůbec.“³²

Výuka PO SP probíhá podle individuálních plánů připravených speciálními pedagogy. Plány jsou uzpůsobeny individuálním zvláštnostem jedince se zrakovým postižením s ohledem na meze, jež jsou dány zejména zrakovou vadou (to znamená stupeň, druh, rozsah postižení), ale také celkovým osobnostním vybavením konkrétního jedince. Dosáhnout v rámci možností vysokého stupně mobility lze rozvíjením a zdokonalováním základních návyků. Metodika PO SP je členěna do následujících oblastí:

- a) *Techniky pohybu bez použití hole*: chůze s vidícím průvodcem, bezpečnostní držení (postoje), kluzká prstová technika (trailing).
- b) *Rozvoj přirozených pohybově orientačních schopností a odstraňování nepříznivých důsledků zrakového postižení v oblasti PO SP*: omezování odchylek od přímého směru, odhad vzdálenosti, odhad úhlů, výchova ke vnímání sklonu dráhy, výchova ke vnímání zakřivení dráhy, rozvoj sluchové orientace, rozvíjení „smyslu překážky“, chůze po schodišti, posilování stability zrakově postiženého jedince.
- c) *Technika dlouhé hole*, tímto termínem *Wiener* označuje: "cílevědomé a poučené používání bílé hole přesně stanoveného poměru její délky k postavě; takové užívání hole, které poskytuje zrakově postiženému plnou bezpečnost i subjektivní jistotu při dodržování základních fyziologických i estetických pravidel pohybu."³³ Neexistuje jeden univerzální typ bílé hole, který je vhodný pro všechny činnosti. Bílá hůl plní různé funkce. Nevidomý si různé typy volí podle zamýšlené činnosti.

Funkce bílé hole:

31 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. 66 s.

32 WEINER, P. *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. 1. vyd. Praha: Avicium, 1986. 10 s.

33 DVC. 20 s.

1. Funkce signalizační - bílá barva hole upozorňuje kolemjdoucí a řidiče na osobu těžce zrakově postiženou a této skutečnosti také přizpůsobujeme své chování, či případné poskytnutí pomoci. Signalizační funkci plní každá bílá hůl.
2. Funkce ochranná - bílá hůl upozorní v časovém předstihu na případnou překážku a tím chrání tělo před střetem.
3. Funkce orientační - hůl je prodloužením ruky - umožňuje vyhledávat orientační body a jiná důležitá místa na trase, rozpoznávat strukturu povrchu, udržovat kontakt s vodící linií. Tím napomáhá k prostorové orientaci a samostatnému pohybu nevidomých osob.
4. Funkce opěrná - hůl jako prostředek opory pro osoby s pohybovým handicapem.³⁴

2.5 SPECIÁLNÍ POMŮCKY PRO OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Speciální pomůcky kompenzují zrakový deficit, zlepšují kvalitu zrakového vnímání, pomáhají ke korekci a reedukaci zraku. Popis speciálních pomůcek pro zrakově postižené je pouze obecný, protože firem a výrobců jednotlivých pomůcek je více.

Braillovo písmo (Luis Braille 4.1.1809 – 6.1.1852) je tvořeno z různých kombinací šesti bodů, při nichž se vypouští jeden až pět bodů. Základní šestibodí se skládá ze dvou tříbodových sloupců postavených vedle sebe. Seskupení a rozložení jednotlivých bodů šestibodí plně vyhovuje vnímání bříškem ukazováku. Soustava je skutečnou abecedou rozměrem i obsahem, je ortografická a lze jej užívat na celém světě. Umožňuje zápis velkých písmen, interpunkce, matematických znaků apod. Je využíváno pro tisk knih, časopisů i jako systém znaků pro práci s elektronickými pomůckami pro zrakově postižené.

Pomůcky určené pro domácnost usnadňují nevidomým samostatnost při běžných úkonech v domácnosti. *Indikátor hladiny* zavěsí nevidomý na okraj hrnku a indikátor zvukově signalizuje dolítí po bezpečný okraj. *Šicí jehla* pro nevidomé má ouško uzpůsobené tak, že nit se navléká protlačením horní části ouška. *Kroužek na ponožky* do kterého se pár ponožek navlékne před praním a ponožky tak zůstanou pohromadě. *Minutník digitální kuchyňský* zvukově signalizuje dosažení určitého intervalu. Násypka na lahve zamezí rozsypání nebo rozlítí při přelévání obsahu z jedné lahve do druhé. *Oddělovač žloutků* vypadá jako malá naběračka, do které se vyklepne vajíčko a otvory vyteče bílek a

³⁴ Svárovský, s.r.o. Brno: Výrobce bílých holí. *Speciální pomůcky pro zrakově postižené* [datum citace 12.1.2006]. Dostupné na WWW: <http://www.svarovsky.cz/index.htm>

žloutek vajíčka zůstane na místě. *Kuchyňské prkénko*, které je opatřeno sklopným efektem a brání tak vysypání obsahu mimo určené místo, dále pak *kuchyňské váhy s hlasovým výstupem*. *Rozlišovač klíčů* má hmatové označení. *Telefonní přístroj* pro nevidomé a slabozraké lze použít na stole, nebo umístit na stěnu, přístroj má paměť na čísla, z toho některá mohou být uložena pod tzv. jednodotyková tlačítka tísňového volání, přístroj umožňuje hlasitý provoz bez zvednutí sluchátka a klávesnice je opatřena reliéfními číslicemi v kontrastní barevnosti, mimo to je klávesnice označena i braillovými číslicemi. *Váha osobní* s českým hlasovým výstupem, která se při sešlapu automaticky zapíná a automaticky naměřený výsledek a po jejím opuštění se dojde k vypnutí. *Zásobníky léků* různé velikosti jsou označeny braillovým písmem, pro slabozraké mohou mít různé kontrastní barvy označující jednotlivé části dne.

Pomůcky pro odstraňování informační bariéry. S rozvojem informačních technologií vzrostl i počet elektronických pomůcek pro zrakově postižené. Dnes již pro mnoho lidí nepostradatelný *počítač s hlasovým a hmatovým výstupem*, tiskárna pro reliéfní tisk, černotisk, scanner apod. Pro osoby slabozraké a se zbytky zraku jsou to brýle, lupy, možnost zvětšení textu na kopírce, kamerové zvětšovací televizní lupy, digitální televizní lupy, zvětšovací software. *Elektronický zápisník* pro nevidomé je přenosný počítač, speciálně navržený pro nevidomé, kteří preferují práci s braillovou klávesnicí a hlasovým výstupem, dalším vybavením jsou hodiny, kalkulačka, diář apod. *Budík česky mluvící*, na trhu jsou i budíky mluvící anglicky a německy, zobrazuje a odříkává čas, datum, den v týdnu, týden v roce, obsahuje funkci kuchyňského minutníku, opakovaného buzení umožňuje ohlašování každé celé hodiny a hlídání stavu baterií. *Hmatový budík* má hmatový display, který je uložen odolném uzavíratelném celoplastovém pouzdře, vhodný pro cestování. *Indikátor barev a světla* rozpozná až 100 druhů odstínů barev, je s českým hlasovým výstupem, intenzitu světla oznamuje až v 10 000 různých tónech. Nevidomí velmi často využívají při kontaktech na úřadech, nebo u lékaře různé typy *diktafonů a hlasových záznamníků*. *Dymokleště na bodové písmo a dymopásky* lze použít k označení pomůcek, různých písemností, audiokazet, CD apod. Pro výtvarnou činnost, nebo k nácvičku podpisu jsou vhodné *kreslicí fólie*, které vytváří pozitivní reliéf. *Hmatových osobních dámských i pánských hodinek* je na výběr z mnoha designů, také lze koupit hodinky pro slabozraké s velkými číslicemi. *Kalkulačka s hlasovým výstupem* pro rychlejší výpočet, který lze vybrat česky, německy a anglicky mluvící. Pro diabetiky je určen *měřič krevní glukózy* s hlasovým výstupem, který přečte dvakrát po sobě naměřené hodnoty a

potom se sám vypne. Mezi další lékařské přístroje vyrobené pro pacienty se zrakovým postižením patří *mluvící teploměr a tomometr*. *Pichtův psací stroj* je mechanický 6-bodový psací stroj pro nevidomé, vyrábí se relativně malý, aby nevidomý měli možnost nosit ho sebou. Jednoduchou variantou k zápisu braillovým písmem je *kolíčková písanka*, což je destička vždy s šesti body několikrát vedle sebe, na kterou se umístí papír a mechanickým propichováním kolíčkem si nevidomý provádí záznam. Dalším zajímavým pomocníkem je důmyslný *identifikátor popisů*, který umožňuje nahrát až 2000 záznamů popisů, kdy informace k etiketě, nebo čipu může být dlouhá až 2 minuty, etiketami lze polepit téměř vše počínaje léky, CD apod. Také domácí kutilové mohou využít *svinovací mluvicí pásmo*.

Další skupinu speciálních pomůcek tvoří *pomůcky pro usnadnění orientace a komunikace*. Mezi tyto pomůcky patří velké množství různých typů *bílých holí* od teleskopických až po skládacích. *Orientační maják* se umísťuje především na budovy a nevidomým tak pomáhá v orientaci, je ovládán ovladačem, který má nevidomý u sebe. Ozvučení křižovatek, budov, dopravy, které vibrací či zvukovým signálem upozorňují na překážky.

Pomůcky pro výuku a propagaci přibližují učební látku žákům se zrakovým postižením. Jsou to upravená počítadla, měřidla a úhlooměry s bodovou stupnicí, rýsovací souprava pro nevidomé, kreslicí podložka pro reliéfní znázornění. Do této skupiny pomůcek také patří *učebnice v bodovém písmu*, reliéfní obrazový materiál, reliéfní mapy, glóbus a další elektronické pomůcky, které byly popsány výše. Pro děti slabozraké a se zbytky zraku jsou to především zvětšené texty, větší rozestup řádků, silné linky, psací potřeby se silnou linkou, sklopná pracovní deska.

Nejen dětem jsou určeny *pomůcky pro zábavu a poučení*. Dětem je třeba podněty dávat co nejdříve a pro nejmenší jsou určeny různé hračky se zvukem např. zvířátka, balóny. Starší děti mohou využít reliéfní omalovánky, hmatově označené kostky, karty, reliéfní hlavolamy, dále pak stavebnice, modelovací hmotu, konturování pasty, ale také dvojkola a rehabilitační gumové míče atd.³⁵

2.6 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Tyflopédie – (z řeckého slova tyflos = slepec, paidea = výchova, výuka) věda o speciální výchově a vzdělávání zrakově postižených. *Květoňová-Švecová* charakterizuje

35 Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR [online]. *Pomůcky a firmy*[datum citace 20.3.2006]. Dostupné na WWW: <http://www.sons.cz/pomucky.php>

oftalmopedii takto: „*Oftalmopedie* se zabývá speciálně pedagogickou péčí o osoby se zrakovým postižením.“ Dále uvádí: „Speciální pedagogika se zaměřuje na vnitřní a vnější podmínky výchovy a její zpřístupnění všem dětem, případně vnitřní a vnější podmínky péče o dospělé postižené.“³⁶ Označení oftalmopedie a tyflopédie jsou považována za synonyma pro jedinou vědní disciplínu. Cílem oftalmopedie je dosažení nejvyššího stupně socializace zajištěním vhodných podmínek pro edukaci, přípravu na povolání, pracovní zařazení, společenské uplatnění a tím umožnit maximální rozvoj osobnosti.

Obor Speciální pedagogika lze studovat v bakalářském studijním programu na pedagogických fakultách např. v Liberci, Hradci Králové, Ostravě, Brně a v magisterském studijním programu na pedagogických fakultách např. v Praze, Olomouci, Brně a Hradci Králové.

2.6.1 FORMY SPECIÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Vzdělávání žáků se zrakovým postižením je zajišťováno třemi formami. První z nich je *formou individuální integrace*, která umožňuje zařazení žáků do běžných škol a v případech hodných zvláštního zřetele do speciálních škol určených pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Druhou formou je *skupinová integrace*, která umožňuje zařazení žáků do tříd, oddělení nebo studijních skupin zřízených pro žáky se zdravotním postižením v běžných školách nebo ve speciálních školách určených pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Třetí forma vzdělávání žáků je zařazení do *speciálních škol pro zrakově postižené*. V současné době se žák se zrakovým postižením přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.³⁷

2.6.2 TYPY SPECIÁLNÍCH ŠKOL PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ

Děti předškolního věku mohou navštěvovat *mateřskou školu pro zrakově postižené*. Tato instituce se u dětí se zrakovým postižením zaměřuje na zrakovou stimulaci, poradenskou činnost pro rodiče, výuku základů prostorové orientace, smyslovou výchovu, kompenzaci nebo reedukaci zraku, individuální logopedickou péči. Mateřské školy se také

36 KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. 9 s.

37 2005/73 Sb. *Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Dostupné na WWW. <http://www.skolaonline.cz/scripts/detail.php?id=4407>. [datum citace 20.1.2006]

zabývají činnostmi, které jsou stejné jako v běžných školách jako je např. výuka hry na flétnu, seznamování s cizími jazyky a prací na počítači, dále děti mohou navštěvovat keramické dílny, plavání, jógu, týdenní pobyty v přírodě apod..

Základní škola pro zrakově postižené umožňuje slabozrakým dětem a dětem se zbytky zraku pracovat se speciálními optickými pomůckami, výuku prostorové orientace a samostatného pohybu, technické vybavení pro výuku výpočetní techniky. Speciální základní školy nabízejí různá zaměření např. na hudební výchovu, nebo cizí jazyky. Probíhají zde i další aktivity podobné jako v běžných školách.

Po ukončení základní školy mohou žáci pokračovat ve studiu na *střední škole pro zrakově postižené*, dále pak na *střední odborné škole pro zrakově postižené*, kde mohou studovat obchodní akademii, masérské vzdělání, sociální péči apod. Děti hudebně nadané mají možnost studovat *konzervatoř pro zrakově postižené* a pro ty, kteří chtějí pokračovat ve všeobecném vzdělání jsou zde *gymnázia pro zrakově postižené*. Případně je možné využít některé ze *středních odborných učilišť pro zrakově postižené*, která nabízejí studijní obory jako je například čalouník, keramik, kartáčnické a košíkářské práce, knihař atd.

Praktická škola pro zrakově postižené vytváří individuální výchovně-vzdělávací programy pro žáky se specifickými zdravotními, sociálními nebo jinými potřebami, připravuje zrakově postižené na samostatný život, ke studiu na škole profesního typu nebo kvalifikačním studiu.³⁸

Po absolvování maturity na střední škole mohou zrakově postižení pokračovat ve studiu i na *vysokých školách*. Pomoc jim poskytují centra pro zrakově postižené studenty na vysokých školách. Práce těchto center spočívá v přípravě studijních materiálů, převádění studijních materiálů z běžného tisku do Braillova písma, skenování textů, zajištění průvodcovské služby, evidenci posluchačů, kteří požádají o speciální pomoc, poskytování potřebných informací a získávání následné zpětné vazby. Vysoké školy také nabízejí počítačové studovny uzpůsobené uživatelům se zrakovým postižením. Studenti se zrakovým postižením mohou studovat na některých fakultách vysokých škol např. fakulta Pedagogická, Právnická, Matematicko-fyzikální, Fakulta humanitních studií atd.³⁹

³⁸ 2005/73 Sb. *Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Dostupné na WWW: <http://www.skolaonline.cz/scripts/detail.php?id=4407> [datum citace 20.1.2006].

³⁹ FRANCOVÁ, P., VECERKOVÁ, H.: *Adresář poskytovatelů služeb pro děti a dospělé se zrakovým postižením a jejich rodiny*. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2005. ISBN 80-86932-03-6.

2.7 KOMUNIKACE

Komunikace bývá obecně definována jako *vzájemná výměna informací*. Komunikace tvoří základ ošetrovatelské péče. Ke komunikaci ve zdravotnictví se *Vymětal* vyjadřuje takto: „Meziosobní vztahy a komunikace, čili dorozumívání, se vyskytují při všech lidských setkáních. V situaci zdravotnické praxe jsou specifické tím, že zde přichází do kontaktu člověk ve zdravotní často i psychosociální nouzi, tedy někdo, kdo potřebuje pomoc, s tím, kdo tuto pomoc poskytuje.“⁴⁰

Komunikační proces je složen z pěti základních složek potřebných k dosažení vzájemné výměny informací. Sdělení vychází od *mluvčího – komunikátora* a je určené pro *příjemce – komunikanta*, předmětem komunikace je vysílaná *zpráva – komuniké* a poslední složkou je *kontext*, ve kterém se komunikace odehrává. Podmínkou efektivní komunikace je být ve svých projevech autentický, kongruentní (tzn. shoda ve verbálním a neverbálním projevu, v obsahu a významu řečeného) a neméně významná je nutnost zdokonalovat své vyjadřovací dovednosti jak po stránce obsahové, tak formální. V komunikaci existují tři komunikační kanály, kterými se uskutečňuje sociální komunikace: verbální komunikace, neverbální komunikace a „řeč činů“.⁴¹

Komunikujeme-li s pacientem je velká pravděpodobnost, že může být některá z těchto složek porušena. Příčiny mohou být vnitřní i vnější. Sociální psychologie je nazývá *komunikační bariéry*. Překážky (bariéry) mohou být jak na straně pacienta, tak na straně sestry. Při komunikaci s pacientem se zrakovým postižením bude komunikační proces narušen zcela jistě. Komunikační bariéry můžeme rozdělit na:

1/ Vnější - hluk, přítomnost dalších lidí, horko, či chlad v místnosti.

2/ Vnitřní - Fyzické: *Zdravotní stav pacienta* - smyslová postižení, poruchy řeči, mentální postižení, změna ve vnímání po úrazech, vysoké teploty, bolest, ale i hlad a žízeň. *Zdravotní stav sestry (zdravotníka)* - teplota, virová onemocnění, bolest. *Osobnostní kvality*

- Psychické: *Psychický stav pacienta* - úzkost, strach z nemoci, z nemocničního prostředí, nesoustředěnost, rozptýlenost, apatie, netečnost, pocit viny, pocit křivdy, hněv, nepochopení. *Psychický stav sestry (zdravotníka)* - rozptýlenost, nepozornost,

⁴⁰ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 112.

⁴¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. 48 s.

časový stres, problémy v osobním životě, ale i lhostejnost, která je příznakem „syndromu vyhoření“)

- Sociální: *Vliv výchovy a prostředí*

2.7.1 KOMUNIKACE VERBÁLNÍ

Má-li být komunikace efektivní, je nutné věnovat pozornost i obsahové stránce řeči. Přesto, že má někdo dobrou výslovnost, nemusí druhý člověk pochopit, obsah, který je mu sdělován.

Má-li být řeč pro posluchače srozumitelná je nutné, aby byla přiměřená jeho slovníku. Český jazyk je v porovnání s jinými řečmi velmi rozmanitý a pro stejné slovo lze použít hned několik synonym, a proto je velmi podstatná vhodná *volba slov*. Ve zdravotnictví se s těžkostmi v přiměřenosti používání slov často setkáváme u dětských pacientů, ale také při používání latinských termínů při rozhovoru s dospělým pacientem. Problém může také být u nemocných se smyslovým postižením, kdy např. pacient se zrakovým postižením nemusí mít tak širokou slovní zásobu, protože má omezenou představivost. Při sdělování je vhodné používat jednoduché věty a zaměřit se na *jednoduchost sdělení*. Nevidomý se spoléhá na sluchovou paměť a čím delší souvětí, tím snadněji může dojít k nepochopení sdělovaného. *Souvislé*, plynulé navazování po ukončení jednoho tématu na druhé, ne systematické „přeskakování“ tam a zpět. Hledání nejvýstižnějšího termínu pro sdělení umožní posluchači snadnější pochopení. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat sdělování jednoho termínu příliš velkým počtem slov. Sdělení by mělo mít tu moc, že v případě pacienta *podnítí* námi požadovanou změnu v jeho chování.⁴²

2.7.2 KOMUNIKACE NEVERBÁLNÍ

Neverbální komunikace bývá nazývána sdělením beze slov, nebo také řečí našich těl. Prostřednictvím neverbální komunikace se uskutečňuje 70-90%⁴³ naší komunikace a v posledních letech je jí věnována značná pozornost. Probíhá především na nevědomé úrovni. Přesto je vhodné a účelné, naučit se řeč svého těla do jisté míry ovládat a využívat.

⁴² KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. 75-76 s.

⁴³ ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 28 s.

Dokážeme-li se navíc neverbální řeči porozumět, stává se jedinečným zdrojem informací. Současně je i naší vizitkou, kterou se představujeme svému okolí. Mezi neverbální projevy patří mimika, zrakový kontakt, pantomimika, tělesný kontakt, paralingvistika.

Mimikou dokážeme vyjádřit řadu emocí. Oblast čela a očí sděluje těžké subjektivní stavy, úsměv značí naši přátelskost a umožňuje navázat kontakt. *Řeč očí* bývá obvykle prvním prostředkem k navázání kontaktu. Oči a jejich bezprostřední okolí (obočí, svalstvo kolem očí) má ve vzájemné komunikaci prvořadý význam. *Gestikulace, haptika* (doteky, podání ruky) jsou v komunikaci nesmírně důležité, mohou nám o druhém člověku hodně říci, pevný, chabý stisk, vstřícné dlaně i paže, pohazení apod. Fyzická *vzdálenost*, neboli respekt k teritoriím a zónám komunikačních partnerů (jevy proxemické) rozlišuje zóny: *intimní*, do které patří dotek (15-30 cm), *osobní*, kam řadíme podání ruky (45-70 cm), *sociální*, sem náleží rozhovor (120-350 cm) a *veřejná*, což je na ulici (500 a více cm). Při sledování *postoje* je rozdíl, zda je náš postoj vstřícný a mluvíme natočení čelem. Postoj bez účasti a zájmu znamená, že mluvíme otočení bokem, nebo dokonce zády, když odcházíme. Nadřazenost může evokovat v druhém člověku, pokud s ním mluvíme ve stoje, když on sedí. Druhému člověku se můžeme přiblížit tím, že si také sedneme. Mezi *paralingvistiké projevy* patří také práce s hlasem jako je intonace, modulace, tempo řeči, hlasitost slovního projevu, barva hlasu, přestávky v řeči, slovní parazity, poměr dialogu apod.

2.7.3 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

Komunikační dovednosti nejsou automaticky dané a proto je třeba se v této oblasti kontinuálně zdokonalovat. Lze je rozdělit na verbální a neverbální, ale není možné, aby při efektivní komunikaci probíhaly jedna bez druhé. Komunikačních dovedností je celá řada, proto jsou zde uvedeny dovednosti významné pro komunikaci ve zdravotnictví.

Chceme-li někomu *naslouchat* znamená to, že druhého aktivně vnímáme. Naslouchání má význam i pro další komunikační dovednost empatii. Předpokladem k úspěšnému naslouchání je vysoká citlivost k široké škále podnětů. Je nutné sledovat nejen to co pacient říká, ale také jak se při tom chová (mimika, postoj, pohyby apod). Aktivní naslouchání umožní poznat skutečný smysl sdělení.⁴⁴ Informace, které může naslouchající zachytit jsou verbální i neverbální povahy. Naslouchání je náročné na koncentraci, pozornost, pochopení a paměť.

⁴⁴ BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 24 s.

Empatie (z řeckého *empathia*, tj. vcítění) je porozumění druhému, pochopení jeho stavů, názorů, problémů a jejich respektování. Empatie také znamená projev porozumění, respektování jiných názorů než jsou naše vlastní a vyjádření druhému, že ho chápeme a situaci s ním spoluprožíváme. Empatie má stejně jako ostatní lidské schopnosti podíl vrozený a podíl získaný vlivem výchovy v nejširším slova smyslu. Empatii řadíme mezi předpoklady efektivní komunikace a psychotherapeutického přístupu. Tvoří jednu ze základních složek samostatné psychotherapeutické školy, která je spjata se jménem *C. R. Rogerse* (1902-1987).⁴⁵ Empatické chování ve zdravotnictví je nesmírně důležité. Personál, který projevuje empatii vyvolává v nemocném člověku dojem subjektivní blízkosti a osobního zájmu a tím redukuje nežádoucí prožívání nemoci a úzkostné obavy. Schopnost vcítění by tedy měla být standardní výbavou zdravotníka, který je v nepřetržitém kontaktu s pacienty. Výše uvedená empatie nám pomáhá druhého člověka lépe poznat, *porozumět* mu a pochopit proč právě jedná tak, jak jedná, jak se cítí. Projevem porozumění je vzájemná, otevřená komunikace. Porozumění prohlubuje lidský zájem a toleranci. V nemocničním prostředí je projev porozumění spojen s akceptováním pacienta bez hodnocení a také znamená poskytnutí zpětné vazby. Pro pacienta představuje ujištění, že mu zdravotník (lékař, sestra) rozuměl. Porozumění neznamená, že bezvýhradně souhlasíme. Mohu porozumět, ale nemusím souhlasit.⁴⁶

Mlčení může být velmi těžké. Je však důležité pro oba aktéry komunikace. Umožní mluvčímu srovnat si myšlenky a využít čas na zvolení vhodných slov. Posluchači umožní vzpomenout si na různé události v minulosti, zamyslet se nad řečeným apod. Ve zdravotnictví používáme dotazovací metody automaticky a jsou součástí každodenní práce. Existuje mnoho typů otázek jako jsou otevřené, uzavřené, usměrňující, ověřující, mnohočetné, cílené aj. Některé otázky rozhovor usnadňují, jiné mohou naopak u respondenta vyvolat reakci negativní. U *dotazování* je nutné dbát na srozumitelnost řeči, vhodnou volbu slov, jednoduchost sdělení, souvislost, výstižnost i podnětnost.

Reakce, odpovědi na dotazování mohou být jak verbální, tak neverbální povahy. Většinou se vyskytují společně vedle sebe. Abychom byli v dotazování úspěšní je třeba se zaměřit na zpětnou vazbu, která je důležitá pro všechny aktéry komunikace. To nám umožní následující postupy:

⁴⁵ KRATOCHVÍL, S. Psychotherapie. Směry, metody, výzkum. In BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 21 s.

⁴⁶ VYMÉTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2003. 135-139 s.
BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 21-22 s.

Reflexe – jde o přeformulování klíčových slov posluchačem, kdy si mluvčí ujasní, co řekl, tedy o potvrzení správnosti řečeného.

Parafrázování – vyšší stupeň než reflexe, přeformulování myšlenky popř. celého sdělení několika slovy. Shrnuje co bylo řečeno a upoutává pozornost.

Vyjasnění – ověření si, zda obě strany souhlasí s tím, co bylo řečeno.

Sumarizace – shrnuje obsah rozhovoru, závěry a cíle, které byly stanoveny. Jde o pochopení slovního projevu jako celku.⁴⁷

Křivohlavý řadí ještě před reflexi *rezonanci*, ve které jde o zopakování vlastních slov s minimální úpravou. Účelem rezonance je ujistit pacienta (v případě zdravotnictví), že to co bylo řečeno, s tím také pacient souhlasí.⁴⁸

2.7.4 MORÁLNÍ A ETICKÁ STRÁNKA ŘEČI

2.7.4.1 UMĚNÍ JEDNAT S DRUHÝM

Umění jednat s lidmi patří mezi nejdůležitější dovednosti sestry a nezáleží na kterém oddělení pracuje. „Zaměření našeho života se projeví např. v tom, co označujeme jako *laskavé či nelaskavé jednání s druhým člověkem, ať jím je kdokoliv*. Právě tím, jak jednáme s druhými lidmi – a zvláště s těmi, kteří jsou společensky i jinak „nad námi a hodně pod námi“ – na sebe prozradíme, kdo jsme a oč nám v životě vlastně jde. Není marné si uvědomit, že slovo „laskavě“ je odvozeno od slova „láska“. A v praxi se láska projevuje právě úctou (respektem), přijetím (akceptací), odpouštěním a péčí.“⁴⁹

Každé naše jednání něco sděluje. Sdělujeme i tím, že neuděláme něco co jsme podle očekávání druhého udělat měli. Základním poznatkem sociální komunikace je, že není možné nekomunikovat. I tam, kde si myslíme, že nic neříkáme (nepozdravíme, úšklebek, když nám pacient něco sděluje), přece sdělujeme chtěné i nechtěné. Je třeba si stále uvědomovat, že náš svět je jiný než svět druhých. To, co my považujeme za hlavní a důležité, nemusí být důležitým pro druhé. Každý člověk má své vlastní pojetí světa. Není

⁴⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Lemon 2*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 83-95 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. 67-70 s.

⁴⁸ KŘIVOHLAVÝ, J.: *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. 68 s.

⁴⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 18 s.

jednoduché to přijmout a pochopit, v tom také spočívá „umění jednat s lidmi.“ Děje se tak pomocí slov, často však i bez nich, naším jednáním.

Devalvačním chováním rozumíme snižování hodnoty druhého člověka, s nímž přicházíme do styku, a to jak v jeho očích, tak v očích ostatních přítomných. Děláme to svými činy, mimoslovním jednáním a způsobem, jakým s ním hovoříme a jednáme např. nelaskavé, nadřazené nebo povýšené jednání. *Evalvačním chováním* naopak rozumíme sdělení kladného hodnocení druhé osobě. Toto jednání posiluje sebevědomí a podporuje kladné sebepojetí např. uctivé, taktní, laskavé jednání, nezištná pomoc.⁵⁰

Do zdravotnického zařízení přicházejí zpravidla nemocní lidé, kteří očekávají vlídné přijetí ze strany zdravotníků. Jsou handicapováni svým zdravotním stavem, nemocí. V rukou zdravotníků je překlenout bariéru směrem k nemocnému. Mělo by jít o evalvující, obohacenou výměnu názorů, komunikaci. Je však mnoho případů, kdy jednání zdravotníků zanechá na duši pacienta místo pohlazení a podpory, bolavý šrám.

2.7.4.2 POŠKOZOVÁNÍ PACIENTŮ ZDRAVOTNÍKEM

Iatrogenie, iatropatogenie znamená poškození pacienta způsobené zdravotnickým pracovníkem. Základ termínu je řecký: iatros = lékař, gennan = tvořit, iatrogenes = od lékaře vzniklý. *Sororigenie* znamená poškození pacienta způsobené zdravotní sestrou. Má základ latinský: soror = sestra. Druhá část termínu je řecká: genie = je výraz utvořen jako analogie k termínu iatrogenie. Pokud jde o psychické poškozování nejvíce zasahuje děti, dospívající, staré osoby, těhotné ženy, ženy v šestinedělí, osoby prožívající bolest, těžce, nevléčitelně nemocné a osoby handicapované.

Mezi zdravotníky se najdou jedinci, kteří působí na pacienta tak, že výsledkem jejich snažení je poškození pacienta. Jedná se o poškození somatické, ale také poškození psychické. Tato pochybení jsou zcela zbytečná, a pokud se na ně myslí, lze jim vhodnou prevencí předcházet. Své jednání si zdravotník často ani neuvědomuje, nebo vytěšňuje tuto problematiku ze svého vědomí vůbec. Má snahu bagatelizovat poškozování pacientů, popírat rizika, nezabývat se důsledky apod. S rozvojem lékařské etiky a psychologie se otázka poškozování pacientů dostává do popředí. Z psychologického hlediska poškozování nejvíce zasáhne jedince psychicky labilní, úzkostné, s nereálným očekáváním zlepšení

⁵⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 35-40 s.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. 77-78 s.

zdravotního stavu, s negativními životními zkušenostmi, bez sociálního zázemí, jedince se sníženým sebepojetím apod.

Z výše uvedeného vyplývá, že nejenom samotný pohled na pacienta stačí k tomu, abychom s ním jednali určitým způsobem. Jednání zdravotníků musí být zcela profesionální a uvědomělé, aby se poškozování pacientů minimalizovala.

2.8 SPECIFIKA PŘÍSTUPU K PACIENTŮM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

S handicapovanými pacienty se v ambulancích setkáváme a budeme se setkávat stále častěji. Při jednání s pacientem se zrakovým postižením dodržujte zásady správné komunikace a pomoci, a přispívejte tak k jejich pocitu bezpečí, jistoty a pohody.

Nevidomí jsou *normální lidé*, vyvarujte se přílišného soucitu, podceňování i přeceňování. Nepovažujte nevidomého za mentálně handicapovaného, kvůli nezvyklým mimickým projevům. Netabuizujte slova, jako jsou „vidět“, „dívat se“ apod., tato slova patří do běžného slovníku nevidomých, která užívají k vyjádření svého způsobu vnímání, jako je cítit, hmatat apod. Přistupujte ke každému nevidomému individuálně. Zcela jiný způsob pomoci bude vyžadovat starší člověk, který oslepl nedávno, než nevidomý mladý člověk samostatně se pohybující s bílou holí. Pro nevidomého je nepříjemné, pokud mu neposkytnete nutnou pomoc. Stejně tak, je-li pro něho vaše pomoc degradující, např. rozepínání knoflíků, zouvání bot atd.

Zjistíte-li, že je v čekárně pacient se zrakovým postižením: „Oslovte ho.“ Pro nevidomého je obtížné začít komunikaci. Neví, kde přesně stojíte, zda jste muž či žena. Je vhodné přidat jméno a pracovní zařazení. A to i v případě, že nevidomý již vaši ambulanci navštívil. Nevidomý vás nemusí po hlase poznat. Pozdrav nebo oslovení můžete doprovodit následným dotykem paže, pak nabídněte pomoc. O konkrétní podobě se spolu dohodněte (např. jak se dozví, kdy přijde na řadu).

Při doprovodu se nevidomý drží průvodce *zezadu za paži, těsně nad loktem*. Jde půl kroku za ním, což mu umožňuje sledovat pohyby průvodce a přirozeně na ně reagovat. „Nestrkejte“ nevidomého před sebou, je tak vystaven všem kolizím bez možnosti reagovat na ně. Další nevhodná varianta je, kdy sestra (průvodce) jde pozpátku čelem k pacientovi a drží ho za obě ruce. Společný pohyb je neobratný a náročný pro sestru, která takto nemá přehled o překážkách a ani pacientovi. Tento způsob doprovodu nedodává pacientovi pocit

bezpečí. Při doprovodu by měl být nevidomý *na bezpečnější straně*, tempo udává pomalejší z dvojice. Před překážkami zpomalte nebo zastavte a popište situaci.

Při *chůzi zúženým místem*, průvodce mírně pohne paží, za kterou ho nevidomý drží směrem za záda. Tento signál znamená pro nevidomého, aby se „zařadil“ za průvodce. Na *schodiště* vstupujte kolmo, před vstupem zpomalte nebo zastavte a slovně informujte o směru (nahoru, dolů). Nevidomý opět z vaší paže vycítí změnu směru pohybu. *Zaujmout místo na židli* pomůže průvodce tak, že položí ruku, za kterou se drží nevidomý, na madlo, opěradlo židle. Nevidomý volnou rukou sjede po vaší ruce k hledanému předmětu. Můžete nabídnout, že jeho volnou ruku položíte na hledaný předmět. Při *nástupu do sanitky* popište nevidomému situaci a pomozte mu najít madlo, jděte jako první. Při nástupu do osobního automobilu se s nevidomým předem dohodněte, jak mu můžete pomoci.

Velký *hluk* velmi ztěžuje samostatný pohyb a orientaci nevidomých. Vstoupíte-li do místnosti, kde je nevidomý, *dejte o sobě vědět*. Oznamte svůj odchod, aby později nemluvil do prázdna. Činnost, kterou budete provádět *komentujte slovy*, aby nevidomý věděl, co ho čeká. Zaměřte se na *dostatečný popis činnosti*, kterou právě provádíte. Není vhodné, aby se pacient dozvěděl, že mu jdete aplikovat oční kapky až ve chvíli, kdy mu rozevíráte oční víčko. S největší pravděpodobností se lekne. (A tomu lze jednoduše předejít.) *Předcházejte úrazům*. Nenechávejte napůl otevřené dveře (když voláte pacienta do ordinace), hrozí mu čelní náraz. Při *procházení dveřmi* zařadí průvodce nevidomého pohnutím paže do „zákrytu“ za sebe. Nevidomý jde na straně pantů dveří. Průvodce uchopí kliku dveří rukou, kterou se nevidomý drží. Nevidomý sjede po průvodcově paži a přehmátne na kliku. Průvodce prochází dveřmi jako první a nevidomý za sebou zavře dveře.

Pokud voláte pacienta do ordinace, vyhněte se oslovení „*další*“, nevidomý nemá přehled, kdo je „*další*“ a tak se stává, že ho vidící pacienti snadno předběhnou. To platí také v případě, že pořadí pacientů určuje digitální display. Nevidomý se obtížně orientuje, kdy přijde na řadu. Při pomoci v místnosti, v ordinaci nebo v čekárně se s nevidomým dohodněte na uložení předmětů (tašky, kabátu). Seznamte ho s prostředím, pozor na předměty trčící do prostoru (přístroje, závěsné skříňky) a popište, kde je přístroj a co od pacienta očekáváte. Pozor na tašky odkládané na podlahu v čekárně. Přestože má nevidomý sebou průvodce, *jednejte vždy s nevidomým*. Není-li to přání nevidomého, *nezvěte průvodce do ordinace*. Veškeré záležitosti (týkající se vyšetření, receptů, další návštěvy) řešte přímo s nevidomým, pokud bude chtít přizvat doprovod, řekne Vám to.

Jednáte-li se slabozrakým pacientem zajistěte, aby informace, které mu předáváte byly pro něho čitelné (velké písmo, silný zvýrazňovač). Pacientovi jistě pomůže, bude-li mít lékařskou zprávu vytištěnou velkým, tučným písmem, kterou si přečte sám. Pro snazší orientaci nevidomého ve zdravotnickém zařízení jsou vhodné popisky dveří v Braillově písmu a pro slabozraké pacienty dostatečné osvětlení, popisky na dveřích velkým tučným písmem a v úrovni očí. Moderní zdravotnická zařízení jsou vybavena vodíciemi liniemi, které usnadní orientaci v budově zdravotnického zařízení.

Nepoužívejte nic neříkající a pouze nejistotu až paniku vzbuzující slova „pozor“, „opatrně“, dejte jasný pokyn „stůj“. Vyvarujte se slov vázaných na subjektivní pojetí toho, kdo je vyslovil „tam“, „tady“, „kousek“, „támhle“. Odhad času a vzdálenosti je velice individuální. *Buďte upřímní* i v situacích, kdy obsah sdělení není příjemný (rozcuchaný účes, špinavé oblečení). Zkrátíte tak dobu, kdy nevidomý bude nechtěně středem pozornosti.

Pokud si s něčím nevíte rady, zeptejte se. Nevidomý již tuto situaci možná řešil.⁵¹

2.8.1 POMOC PACIENTŮM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM PŘI HOSPITALIZACI

Pro komunikaci a pomoc nemocnému se zrakovým postižením dodržujte výše popsaná doporučení.

Přistupujte k pacientům se zrakovým postižením individuálně. Zjistěte informace o zrakové vadě, případných zbytcích zraku a samostatnosti v běžném životě pacienta. Ne všichni budou samostatnost vyžadovat. Při příjmu důkladně seznamte pacienta se zrakovým postižením s oddělením. Společně projděte *několikrát* oddělení, aby se nevidomý zorientoval a ukažte mu, kde je sesterna, jídelna, vyšetřovna, toaleta, koupelna a další místnosti, kam bude pacient docházet. Zaměřte se na důkladný popis pokoje, lůžka, stolku. Užívání toalety je choulostivé téma pro každého, i vidícího pacienta. Nevidomému sdělte o jaký typ zařízení se jedná, kde je splachování a kde toaletní papír. Zkontrolujte čistotu

⁵¹ MICHÁLEK, M.: *Nebojte se nevidomých!* Praha: Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2004, 10-14 s.

SCHINDLER, R.: Chůze se zrakově postiženým pacientem. *Sestra*, 2000, roč.10, č.7, 1-2 s.

DYNÁKOVÁ, Š.: Uvidíme zítra...*Sestra*, 2006, roč. 16, č. 1, 16 s.

HONZÁK, R., PÁLKA, J.: *Komunikace lékařů a zdravotníků s handicapovanými lidmi*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1992, videokazeta

WIČAZOVÁ, E.: Nebojte se nevidomých. *Sestra*, 2005, roč. 16,č.1, 1 s.

toalety, nevidomý si bude místo ohmatávat, a proto mu nabídněte pro první seznámení gumové rukavice. Stejným způsobem seznámte nevidomého i s koupelnou.

Je-li nemocný soběstačný, snažte se mu vytvořit vhodné podmínky pro soběstačnost i v nemocnici. Není pravda, že se pacient nepůjde projít, protože nevidí. Buďte kreativní a společně vytvořte označení orientačních bodů například nalepením proužků nebo jiných tvarů leukoplasti na dveře toalet, na chodbě, ve sprše. Mnozí lidé se zrakovým postižením nosí stále sebou speciální pomůcky k zapisování poznámek. Můžete společně vytvořit popisky oddělení (př. sesterny, lékařského pokoje, vyšetřovny) v Braillově písmu. Pro pacienty se zbytky zraku připravte popisky velkým písmem s použitím kontrastních barev.

Při podávání jídla popište, kde a co leží na podnosu, popište i skladbu jídla na talíři. Pro lepší přehled je vhodné použít přirovnání k hodinovým ručičkám: „Na devítce až dvanáctce brambory, na šestce maso, na trojce obloha.“ Je-li nemocný schopen jíst v jídelně, doprovodte ho a opět mu vše taktně popište.

Pokud pomáháte nemocnému se zrakovým postižením s úklidem osobních věcí, stolu apod., vždy se s ním domluvte na místě uložení. Nepřemísťujte věci bez jeho vědomí. Nevidomý je odkázaný na paměť a měl by problém věci najít, v horším případě by se mohl poranit například o vysunutou stoličku u postele.

Doprovázíte-li nemocného s postižením zraku na vyšetření, předem mu podrobně vysvětlíte, jak bude vyšetření probíhat, v jaké poloze, co se od něho očekává, jak bude zajištěn doprovod na vyšetření a zpět na oddělení. Rovněž informujeme personál, který se bude o nemocného během vyšetření starat, o zrakovém postižení pacienta.

Vždy se domluvte se na pomoci, kterou bude nevidomý od vás potřebovat.

2.8.2 DOBROVOLNICTVÍ V PRŮVODCOVSKÉ SLUŽBĚ

Nevidomí velmi často upozorňují na skutečnost, že pokud je s nevidomým pacientem u lékaře průvodce, zdravotníci velmi často komunikují s doprovodem. Jednou z možných příčin, i když ne omluvou, může být to, že si zdravotník neuvědomuje, kdo průvodce je a automaticky ho považuje za rodinného příslušníka, což ovšem nemusí být pravidlo.

Od roku 2000 mají nevidomí v některých městech možnost využít službu osobní asistence pro nevidomé profesionálně vedenými dobrovolníky. *Průvodcovská služba pro nevidomé* znamená servis jednorázových doprovodů nevidomých prováděných

dobrovolníky. Těchto služeb mohou využívat nevidomí k doprovodu po složitých, neznámých trasách, ale také k vyřizování na úřadech, k doprovodu k lékaři apod. Dobrovolník je v průvodcovské činnosti proškolen a může tak několika hodinami měsíčně velmi pomoci nevidomému v naléhavých situacích.

Osobní asistence pro nevidomé znamená zajištění dlouhodobé spolupráce stálé dvojice, kterou tvoří nevidomý a dobrovolný asistent v dohodnuté oblasti. Spolupráce této dvojice se vytváří na základě poptávky nevidomého klienta a nabídky dobrovolného asistenta, který je označován jako osobní asistent. Dvojice se předem dohodne na potřebách a přáních, včetně časového rozvržení. Někteří nevidomí využívají služeb dvou i více osobních asistentů, což se odvíjí od činností, ve kterých potřebují pomoc. Ztráta zraku komplikuje mnoho oblastí běžného života, některé činnosti může nevidomý vykonávat obtížné, jiné vůbec ne. Osobní asistence umožňuje tyto činnosti vykonávat efektivněji pomáhá realizovat potřeby, které by nevidomý nebyl schopen vykonávat sám vůbec. Jedná se například o třídění dokumentů, vyhledávání textů, čtení a psaní dokumentů, orientace v knihovnách, ale také umožňuje sportovní vyžití jako je běhání, plavání, tandemové kolo, vycházky, včetně doprovodu na kulturní akce a mnoho dalšího.⁵²

2.9 PŘÍPRAVA SESTER NA PRÁCI S HANDICAPOVANÝMI PACIENTY

Sestra je zpravidla první, kdo přichází ve zdravotnickém zařízení s pacientem do kontaktu. Není jednoduché pravidla komunikace s nevidomým používat v praxi. Reálná situace je vždy jiná než simulovaná ukázka v učebně školy. Mezi pacientem se zrakovým postižením a zdravotníkem často dochází k nedorozumění, nepochopení nebo k nevhodné pomoci. Budou-li mít sestry dostatek informací a možnost se touto problematikou záměrně zabývat, je zde velká naděje, že budou moci nabídnout pacientům se zrakovým postižením kvalitní pomoc a budou je schopny lépe pochopit.

Cílem práce zdravotníků je pomoci udržet a podporovat zdraví lidí. Výsledkem špatné komunikace mezi sestrou a pacientem se zrakovým postižením může být psychické poškození pacienta. Mají-li případy poškození vymizet, musíme o nich diskutovat a neustále na ně upozorňovat. Je nutné se jimi odborně zabývat a věnovat maximální úsilí

⁵² Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých. *Dobrovolnictví, osobní asistence* [datum citace 17.2.2006]. Dostupné na WWW: <http://www.okamzik.cz>

prevenci. Pravdou je, že tato poškození, která si sestry ani často neuvědomí, jsou často zbytečná a dá se jim zabránit.

V posledních letech dochází ve vzdělávání sester k významným změnám. Za dva roky končí studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole. Právě tímto a jemu podobným systémem (dříve obory zdravotní, dětská sestra) vzdělání prošly sestry vykonávající v současné době profesi všeobecné sestry. Na středních zdravotnických školách vznikl nový studijní obor zdravotnický asistent. Studovat obor všeobecná sestra je nyní možné pouze na vyšších zdravotnických školách.

Komunikaci s lidmi s handicapem by měl být položen základ již při studiu na školách, které připravují *všeobecné sestry* k výkonu profese. Studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole je čtyřleté střední odborné studium ukončené maturitní zkouškou. Informace týkající se handicapovaných pacientů jsou nyní v oboru všeobecná sestra žákům předávány ve dvou vyučovacích předmětech a tím je ve 3. ročníku SZŠ Psychologie a pedagogika a ve 4. ročníku předmět Ošetřovatelství. V předmětu Psychologie a pedagogika je tato problematika zařazena do tématického celku s názvem Psychologie nemocných a pro tento celek je určeno 14 vyučovacích hodin teorie, které obsahují 11 témat k odpřednášení (viz příloha č. 3) a jedno z těchto 11 témat je věnováno všem handicapům. Je na každém učiteli kolik času, kterému handicapu věnuje, a zda právě na nevidomým bude věnováno času více či méně. Ve čtvrtém ročníku pak probíhá výuka předmětu Ošetřovatelství 3 hodiny týdně, z toho je 1 hodina cvičení. Handicapovaným je věnována část tématického celku s názvem Práce sestry v terénu, v dětských zařízeních a léčebných ústavech, která se sestává ze 14 hodin teorie, tří hodin cvičení. Celek věnovaný práci v terénu, v dětských zařízeních a léčebných ústavech je rozložen do tří témat k odpřednášení. Jedno z nich se nazývá Práce sestry v ústavech pro mentálně a tělesně postižené – typy zařízení, funkce, vybavení, ošetřovatelské a výchovné činnosti (viz příloha č. 4). Dále je ve čtvrtém ročníku v ošetřovatelství ještě zařazen tematický celek nazvaný Ošetřovatelský proces na očním oddělení, kterému je věnováno 8 hodin teorie a 3 hodiny cvičení. Jak velká část bude věnována nevidomým záleží opět na úvaze samotného učitele.

Zdravotnický asistent je čtyřleté denní studium ukončené maturitní zkouškou, dosažený stupeň vzdělání je úplné střední odborné. Nyní jsou žáci tohoto studia v 1. a v 2. ročníku. Učební osnovy předmětu Psychologie a komunikace doporučují zařadit tento předmět od druhého ročníku. Učivo Psychologie nemocných má dvacet hodinovou dotaci

a jedna ze 17 položek se nazývá Psychologie jedince se zdravotním postižením (viz příloha č. 5). Otázkou zůstává kolik času v takovém objemu učiva bude skutečně věnováno psychologii a komunikaci s člověkem se zrakovým postižením.

Diplomovaná všeobecná sestra je název oboru vyššího odborného studia, denní forma trvá tři roky a je ukončena absolutoriem. Při studiu tohoto oboru se problematice handicapovaných věnuje několik předmětů a těmi jsou Ošetřovatelství v klinických oborech, Komunikace v ošetřovatelství a Zdravotnická psychologie. Celková hodinová dotace předmětu Ošetřovatelství v klinických oborech ve vzdělávacím programu pro diplomovanou všeobecnou sestru je 401 hodin včetně cvičení (viz příloha č. 6). Rozpis učiva na celý vzdělávací program obsahuje 32 položek, z toho jednou z položek se nazývá Ošetřovatelský proces u jedinců se somatickým, mentálním, smyslovým a řečovým handicapem. Délka modulu Komunikace v ošetřovatelství je 56 hodin včetně přednášek a cvičení. Modul obsahuje 11 položek a jedna z nich je nazvaná Komunikace v zátěžových situacích (např. v terminálním stádiu, s rodinou, s handicapovaným klientem, s cizincem, prevence řešení konfliktů). Z tohoto rozpisu je patrné, že i tento tematický celek je široký (viz příloha č. 7). Dále se žáci mohou setkat s problematikou nevidomých v modulu Zdravotnická psychologie, která má dotaci 44 hodin včetně přednášek, seminářů a cvičení. Obsah modulu je 22 položek, z toho jedna je nazvaná Psychologie jedince s handicapem (viz příloha č. 8). Na první pohled se může zdát, že hodinová dotace jednotlivých předmětů je dostatečná, ale při bližším pohledu a hlubším zamyšlení je třeba si uvědomit, že problematika je tak široká, že ne všemu je možné věnovat dostatečnou pozornost a tak logicky i zde velmi záleží na učitelích jednotlivých předmětů, jaký mají oni sami vztah k jednotlivým tématům.

Problematice výuky věnované nevidomým v *bakalářských programech* se vzhledem k širokému spektru studijních programů nebudu v rámci rozsahu této diplomové práce zabývat.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 CÍLE VÝZKUMU

Ve své diplomové práci se zabývám některými aspekty komunikace s pacienty se zrakovým postižením. Problémy, se kterými se lidé se zrakovým postižením setkávají při návštěvách ambulantních zařízení a naopak i se zkušenostmi zdravotních sester s těmito pacienty.

Výzkumný cíl:

Zmapovat problémy nevidomých při návštěvě ambulantního zařízení.

3.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ

Na základě stanoveného cíle jsem formulovala tyto hypotézy:

H1: S pacienty se zrakovým postižením se ve své praxi setkává naprostá většina sester různých oborů, vzdělávání v této oblasti je potřebné.

H2: Většina zdravotníků při setkání s nevidomým komunikuje s jeho doprovodem.

H3: Více než polovina sester neví, jak vhodně doprovodit nevidomého pacienta.

H4: Dle názoru nevidomých nekomentuje většina sester probíhající výkon dostatečně.

H5: Statisticky významný počet sester se domnívá, že v průběhu výkonu poskytuje dostatečné informace.

3.3 METODIKA VÝZKUMU

3.3.1 VOLBA VÝZKUMNÉ METODY

Ve své práci jsem zvolila výzkum kvantitativní a k získání informací jsem použila anonymní dotazníky vlastní konstrukce. Získané údaje byly statisticky vyhodnoceny.

3.3.2 DOTAZNÍKOVÁ METODA

Pro tento výzkum jsem zvolila dotazníkovou metodu, která je určená pro hromadné získávání údajů. Zvolila jsem dva výzkumné soubory, první tvořily všeobecné sestry a druhý pak osoby s těžkým zrakovým postižením a osoby nevidomé. Oba dotazníky jsou sestaveny tak, aby bylo možné přímo porovnat zkušenosti a názor obou dvou skupin, které spolu musí komunikovat. Záměrem bylo zjistit, zda se zkušenosti nevidomých shodují se zkušenostmi všeobecných sester.

Dotazník č. 1 (viz příloha č. 1) pro všeobecné sestry se skládá ze dvou částí, první část zjišťuje četnost návštěv zdravotnického zařízení osobami se zrakovým postižením. Další otázky se věnují aspektům komunikace, zkušenostem sester s pacienty se zrakovým postižením z tohoto jednání. Závěrečnou část dotazníku tvoří otázky zjišťující základní identifikační údaje (pracoviště, délka praxe, stupeň vzdělání). V dotazníku byly použity 3 otázky polouzavřené, 4 otázky filtrační, 2 otázky otevřené, 3 otázky uzavřené alternativní (dichotomické), 3 otázky uzavřené s výběrem jedné alternativy odpovědi a 1 otázku uzavřenou s výběrem několika alternativ.

Dotazník č. 2 (viz příloha č. 2) pro osoby se zrakovým postižením tvoří také dvě části. První část dotazníku je tvořena otázkami zjišťujícími, která zařízení pacienti se zrakovým postižením navštěvují, jak často a s jakými problémy se nejčastěji při návštěvě zdravotnického zařízení setkávají a jaké by uvítali změny pro zlepšení péče. Závěrečnou část dotazníku tvoří otázky zjišťující identifikační údaje (věk, stupeň zrakového postižení, kdy došlo k zhoršení zraku, místo zdravotnického zařízení, do kterého dochází). V dotazníku jsem použila 5 otázek polouzavřených, 1 otázku filtrační, 4 otázky otevřené, 3 otázky uzavřené alternativní (dichotomické), 7 otázek uzavřených s výběrem jedné alternativy odpovědi a 5 otázek uzavřených s výběrem několika alternativ.

3.3.3 PŘEDVÝZKUM

Předvýzkum probíhal v říjnu 2005 na malém vzorku respondentů. Cílem předvýzkumu bylo ověření funkčnosti vytvořených dotazníků a získání podnětů pro jejich úpravu, doplnění, popř. rozšíření nabízených možností odpovědí. Součástí předvýzkumu bylo několik rozhovorů s lidmi se zrakovým postižením. Provedení předvýzkumu a ověření dotazníku se ukázalo jako velmi přínosné. Na základě připomínek jsem v dotazníku pro zdravotní sestry upravila znění otázky číslo 2 a doplnila možnosti odpovědí u otázek číslo 7

a 10. V dotazníku pro respondenty se zrakovým postižením jsem upravila znění otázek číslo 7, 8 a možnosti odpovědí na otázky číslo 6, 12, 13 a 16.

3.4 ZDROJE ODBORNÝCH POZNATKŮ

Vědecké poznatky byly získány prostudováním odborné literatury a časopisů. Dále jsem k získání aktuálních informací využila celosvětově propojenou informační síť Internet. V rámci uvedení do problematiky jsem se zúčastnila 12. 2. 2005 jednodenního semináře na téma Nebojte se nevidomých pod vedením Mgr. Pavly Francové a Mgr. Radka Schindlera, které pořádalo občanské sdružení Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých a 31. 3. 2005 jsem se účastnila besedy na téma Svět objevovaný poslepu, pod vedením PhDr. Vachulové. Besedu opět pořádalo sdružení Okamžik.

3.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný vzorek tvořily 2 skupiny respondentů. Jeden soubor tvořily všeobecné sestry pracující na ambulancích v nemocnicích. Statistický soubor hlavního výzkumu tvořily všeobecné sestry z různých nemocničních zařízení. 24 všeobecných sester z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 31 všeobecných sester z Fakultní Thomayerovy nemocnice, 25 všeobecných sester z Fakultní nemocnice v Motole a 20 všeobecných sester z Městské nemocnice Turnov. Hlavního výzkumu se zúčastnilo 100 ambulantních sester z interních, chirurgických, očních, gynekologických ambulancí, neurologických ambulancí a ORL ambulancí. Průměrná délka praxe dotázaných je 21,5 roku. Výzkumného šetření se zúčastnily sestry, které vystudovali SZŠ, VZŠ, VŠ i sestry s pomaturitní specializací, pro zjednodušení jsou všechny nazývané všeobecné sestry nebo sestry.

Druhý soubor tvořili osoby se zrakovým postižením, kterým zraková vada činí potíže v orientaci a samostatném pohybu. Hlavního výzkumu se zúčastnilo 104 osob se zrakovým postižením, 76 lidí zaslalo vyplněný dotazník e-mailem a 28 respondentů tvořili klienti Tyfloservisu v Praze a klienti kurzů Pobytového rehabilitačního a rekvalifikačního střediska pro nevidomé. Průměrný věk respondentů činil 39,14 roku a průměrná doba, po kterou jsou mají problémy se zrakem je 19,21 roku.

3.6 ORGANIZACE VÝZKUMU

Hlavní výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2005 do ledna 2006. V této době bylo rozdáno 105 dotazníků vlastní konstrukce do výše uvedených nemocnic. O umožnění výzkumu jsem požádala náměstky ošetrovatelské péče a hlavní sestry jednotlivých nemocnic. Respondenti byli ujištěni, že dotazník je anonymní. Návratnost dotazníků byla 95%. Ze strany vedení sester jsem se setkala s velmi kladným přístupem.

O spolupráci s respondenty se zrakovým postižením jsem požádala Občanské sdružení Okamžik a Sjednocenou organizaci nevidomých (SONS). Také zde jsem se setkala s velmi vstřícným přístupem a zájmem o toto téma. V SONS mi zajistili rozeslání dotazníku prostřednictvím internetové konference členům organizace. O zájmu lidí se zrakovým postižením svědčí 76 vyplněných dotazníků posílaných z celé republiky. Téměř polovina respondentů projevila zájem o zaslání zjištěných výsledků výzkumu. Elektronickou verzi dotazníku jsem s pomocí pana Bajtla ze SONS upravila do takové podoby, aby ho byl schopen přečíst a vyplnit nevidomý respondent. Vyplnění ostatních 28 dotazníků zajistili speciální pedagogové a vedoucí rekvalifikačních kurzů, kteří se starají o klienty Tyfloservisu a Pobytového rehabilitačního a rekvalifikačního střediska Dědina.

3.7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Výsledky výzkumu byly rozděleny na dvě části. První část obsahuje výsledky dotazníku určeného pro pacienty se zrakovým postižením, druhá část obsahuje výsledky dotazníku určeného pro ambulantní sestry.

3.7.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU PACIENTŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Položka A – Pohlaví respondentů

Z celkového počtu dotázaných jich odpovědělo na tuto položku 97. Mužů je 53 (54,6 %) a žen 44 (45,4 %).

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	%	n
muži	54,6 %	53
ženy	45,4 %	44
celkem	100 %	97

Položka B – Věk respondentů

Pro výpočet byl použit soubor 95 dotázaných, kteří uvedli svůj věk. Průměrný věk respondentů činil 39,14 roku. Nejstaršímu dotazovanému bylo 77 let a nejmladší byl o 60 let mladší, bylo mu 17 let.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk	n
19 a méně	4
20-29	29
30-39	12
40-49	27
50-59	18
60-69	4
70 a více	1
celkem	95

Položka C - Nejvyšší ukončené vzdělání

Pro výpočet byl použit soubor 97 dotázaných, kteří uvedli svoje nejvyšší ukončené vzdělání. Základní vzdělání má 12 (12,4 %) dotázaných. Vyučen, středoškolské bez maturity uvedlo 26 (26,8 %) dotázaných. Nejpočetnější je skupina 39 (40,2 %) respondentů, kteří mají středoškolské vzdělání s maturitou. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 5 (5,2 %) dotázaných a 15 (15,5 %) má vysokoškolské vzdělání (viz tabulka č. 24).

Tabulka č. 3: Rozdělení podle nejvyššího ukončeného vzdělání

Vzdělání	%	n
základní	12,4 %	12
vyučen, středoškolské bez maturity	26,8 %	26
středoškolské s maturitou	40,2 %	39
vyšší odborné	5,2 %	5
vysokoškolské	15,5 %	15
celkem	100,0 %	97

Položka D – Subjektivní popis vlastního zdravotního stavu

Z celkového počtu 104 respondentů odpovědělo 96 dotazovaných. Pro výpočet byl použit soubor 96 respondentů, kteří uvedli svůj zdravotní stav. Svůj zdravotní stav považuje za dobrý 35 (36,5 %) respondentů. Největší počet dotázaných 42 (43,8 %) hodnotí zdravotní stav jako uspokojivý, za méně uspokojivý jej považuje 14 (14,6 %) respondentů a 5 (5,2 %) za špatný (viz tabulka č. 25).

Tabulka č. 4: Subjektivní popis zdravotního stavu

Zdravotní stav	%	n
dobry	36,5 %	35
uspokojivý	43,8 %	42
méně uspokojivý	14,6 %	14
špatný	5,2 %	5
celkem	100,0 %	96

Položka E – Postižení zraku

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 99 dotázaných. Jsem slabozraký označilo svůj stav 5 (5,1 %) dotázaných, jako těžce slabozraké se hodnotí 8 (8,1 %). Stejný počet 43 (43,4 %) dotázaných je prakticky nevidomých a těch, kteří vůbec nevidí.

Tabulka č. 5: Postižení zraku

Zrak	%	n
slabozraký	5,1 %	5
těžce slabozraký	8,1 %	8
prakticky nevidomý	43,4 %	43
vůbec nevidím	43,4 %	43
celkem	100,0 %	99

Položka F – Věk, kdy nastalo poškození zraku

V položce F uváděli respondenti věk, od kterého začali mít výrazné problémy se zrakem - odpovědělo 97 respondentů. Nevidomých od narození je 44 dotázaných a ostatních 53 o zrak přišlo v průběhu života. Nejdelší dobu se zrakovým postižením 52 let uvádí 59-letý nevidomý. Naopak druhý 57-letý přišel o zrak teprve před jedním rokem. Průměrná doba po kterou jsou mají problémy se zrakem je 19,21 roku.

Tabulka č. 6: Počátek problémů se zrakem ve věku

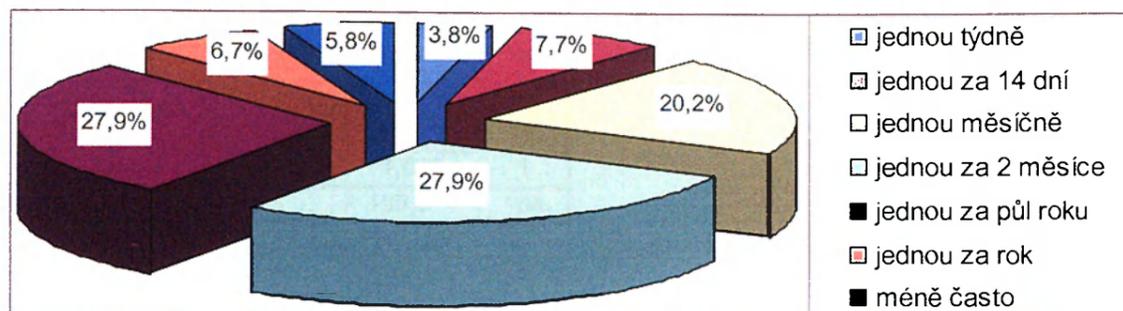
Věk	n
od narození	44
1-10	10
11-20	28
21-30	8
31-40	2
41-50	3
51-60	2
celkem	97

Položka č. 1 – Četnost návštěv osob se zrakovým postižením ve zdravotnických zařízeních

Položka č. 1 zjišťuje, jak často docházejí pacienti se zrakovým postižením do zdravotnických zařízení. Respondentům bylo nabídnuto sedm variant, ze kterých měli jednu vybrat. Z celkového počtu respondentů jich navštíví nejčastěji 29 (27,9 %) zdravotnické zařízení jednou za dva měsíce a stejný počet, tedy 29 (27,9 %) jednou za půl roku. Jednou měsíčně dochází k lékaři 21 (20,2 %) dotázaných, jednou za čtrnáct dní 8 (7,7 %) respondentů a jednou ročně navštíví lékaře 7 (6,7 %) dotázaných. Méně než jednou ročně přijde k lékaři 6 (5,8 %) respondentů a nejméně jednou týdně navštíví zdravotnické zařízení 4 (3,8 %) dotázaných.

Z odpovědí vyplývá, že 68 % dotázaných navštěvuje zdravotnické zařízení nejvíce jednou za dva měsíce a 40 % dokonce maximálně jednou za půl roku (viz graf č. 1 a tabulka č. 7).

Graf č.1: Četnost návštěv ve zdravotnických zařízeních



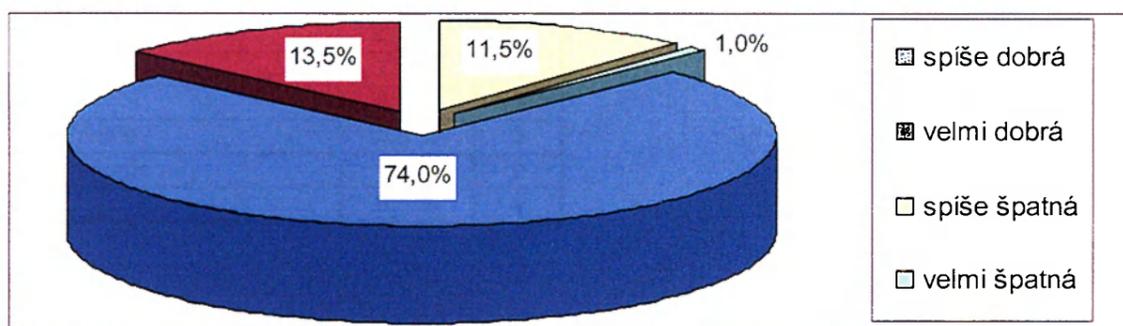
Tabulka č. 7: Četnost návštěv ve zdravotnických zařízeních

Četnost návštěv	%	n
jednou týdně	3,8 %	4
jednou za 14 dní	7,7 %	8
jednou měsíčně	20,2 %	21
jednou za 2 měsíce	27,9 %	29
jednou za půl roku	27,9 %	29
přibližně jednou za rok	6,7 %	7
méně často	5,8 %	6
celkem	100,0 %	104

Položka č. 2 – Kvalita poskytované zdravotní péče z pohledu zrakově postižených

V položce č. 2 respondenti vyjadřují svůj subjektivní názor na poskytovanou péči ve zdravotnických zařízeních. Nabídnuty jim byly čtyři možnosti, z nichž byly dvě kladné a dvě záporné. Z celkového počtu dotázaných největší počet 77 (74 %) hodnotí zdravotní péči jako spíše dobrou, za velmi dobrou ji považuje 14 (13,5 %) respondentů. Za spíše špatnou označuje péči ve zdravotnických zařízeních 12 (11,5 %) dotázaných a 1 ji hodnotí dokonce jako velmi špatnou (viz graf č. 2 a tabulka č. 8).

Graf č. 2: Kvalita poskytované zdravotní péče



Tabulka č. 8: Kvalita poskytované zdravotní péče

péče	%	n
spíše dobrá	74,0 %	77
velmi dobrá	13,5 %	14
spíše špatná	11,5 %	12
velmi špatná	1,0 %	1
celkem	100,0 %	104

Položka č. 3 – Návštěvnost ambulancí

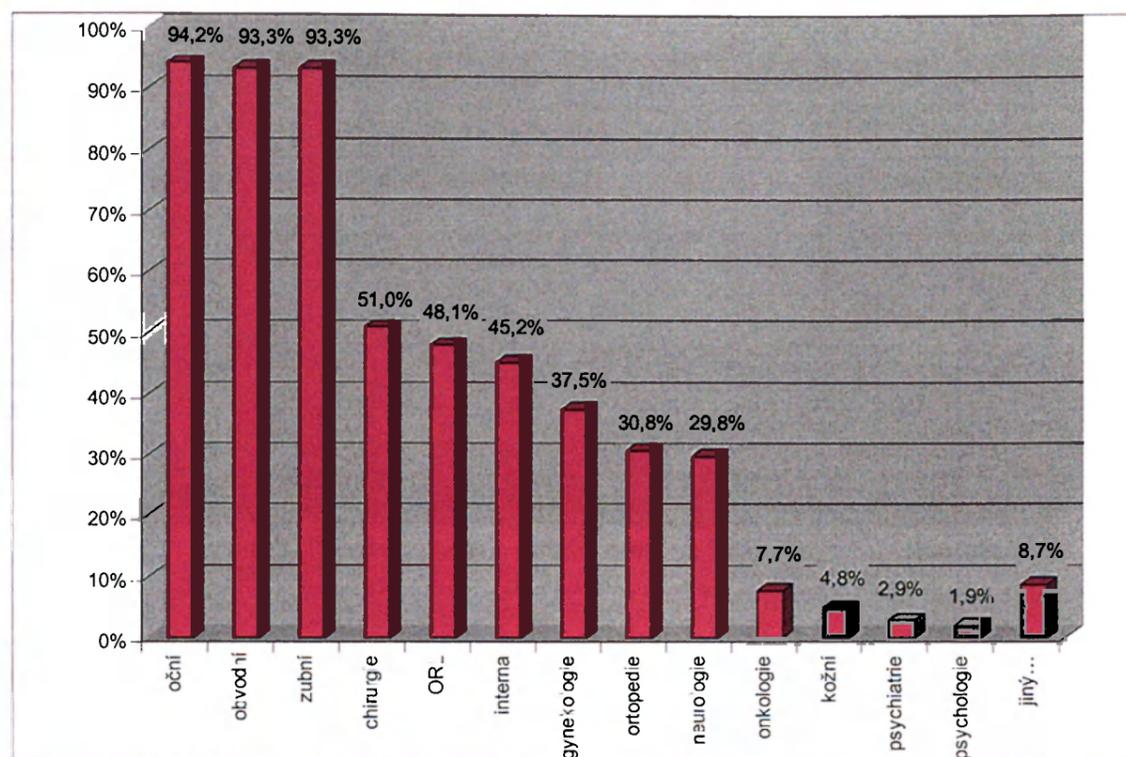
Položka č. 3 zjišťuje, které odborné lékaře pacienti se zrakovým postižením navštěvují. Bylo možno zvolit více odpovědí.

Z celkového počtu respondentů jich naprostá většina 98 (94,2 %) navštívila oční ambulanci, 97 (93,3 %) dotázaných pak ordinaci praktického a zubního lékaře. Chirurgii navštívilo 53 (51,0 %) dotázaných, méně než polovina 50 (48,1 %) respondentů navštívila ORL, na internu dochází 47 (45,2 %) dotázaných, na gynekologii 39 (37,5 %) dotazovaných, na ortopedii 32 (30,8 %) respondentů, neurologii navštívilo 31 (29,8 %) dotázaných, na kožní dochází 5 (4,8 %) respondentů, psychiatrii navštívili 3 (2,9 %) dotázaní, ambulanci psychologa 2 (1,9 %) dotázaní a 9 (8,7 %) dotazovaných dochází do jiných blíže nespecifikovaných ambulancí (viz graf č. 3, tabulka č. 9).

Tabulka č. 9: Návštěvnost ambulancí

Ambulance	%	n
oční	94,2 %	98
obvodní	93,3 %	97
zubní	93,3 %	97
chirurgie	51,0 %	53
ORL	48,1 %	50
Interna	45,2 %	47
gynekologie	37,5 %	39
ortopedie	30,8 %	32
neurologie	29,8 %	31
onkologie	7,7 %	8
kožní	4,8 %	5
psychiatrie	2,9 %	3
psychologie	1,9 %	2
jiný...	8,7 %	9

Graf č. 3.: Návštěvnost ambulancí



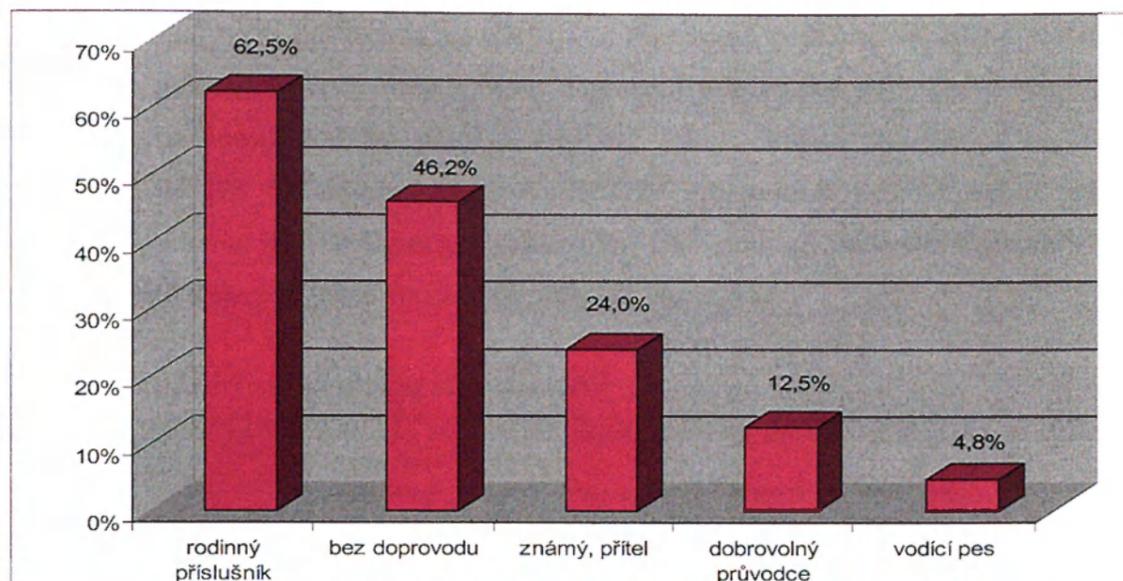
Položka č. 4 – Doprovod k lékaři

Položka č. 4 je zaměřena na zjištění, kdo nejčastěji doprovází pacienta se zrakovým postižením k lékaři. Bylo možné zvolit více odpovědí. Dotazovaným byli nabídnuty čtyři možnosti a jedna k doplnění. Jediná možnost, která se objevila v doplněné nabídce jiné, byl doprovod vodícím psem.

Z celkové počtu respondentů jich více než polovina 65 (62,5 %) využila doprovodu rodinného příslušníka, necelá polovina dotazovaných 48 (46,2 %) chodí k lékaři sama, doprovodu přítele nebo známého využívá 25 (24,0 %) respondentů. Ve velkých městech se začíná rozšiřovat možnost doprovodu dobrovolným průvodcem. Tuto alternativu využívá 13 (12,5 %) dotazovaných. Svého vodícího psa jako doprovod zvolilo 5 (4,8 %) respondentů (viz graf č. 4 a tabulka č. 10).

Jednu variantu doprovodu využívá 64 (61,5 %) respondentů. Dvě různé možnosti doprovodu využívá 29 (25 %) dotázaných, 10 (9,6 %) respondentů využívá tři variant a jeden dokonce 4 různé možnosti doprovodu – všechny uvedené možnosti mimo vodícího psa.

Graf č. 4.: Doprovod k lékaři



Tabulka č. 10: Doprovod k lékaři

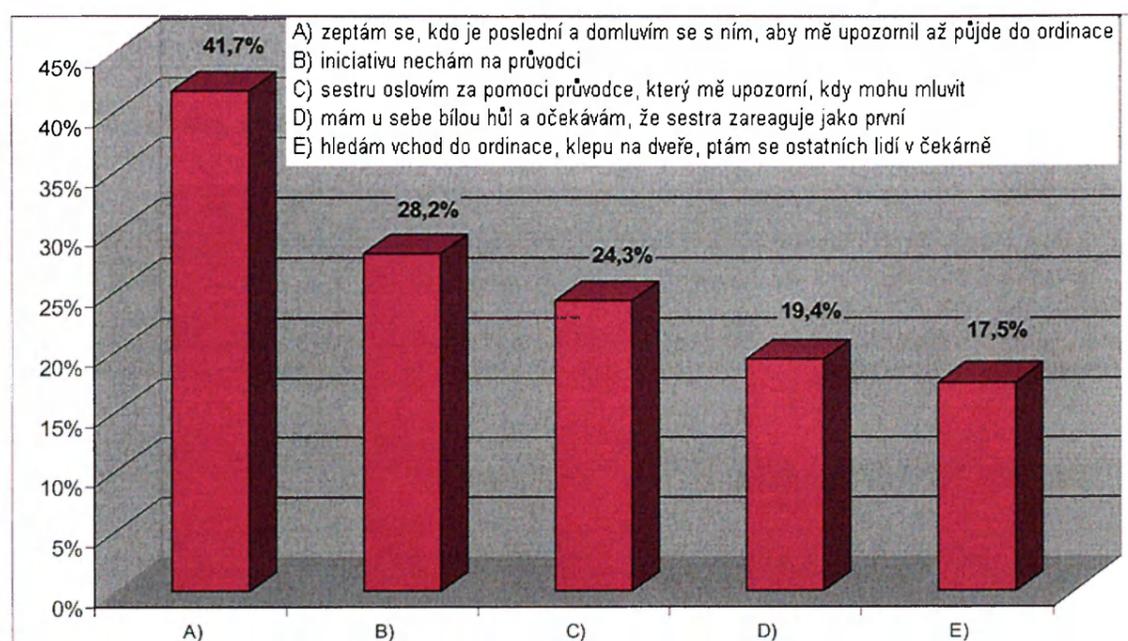
Možnosti doprovodu	%	n
rodinný příslušník	62,5 %	65
bez doprovodu	46,2 %	48
známý, přítel	24,0 %	25
dobrovolný průvodce	12,5 %	13
vodící pes	4,8 %	5

Položka č. 5 – Možné způsoby upozornění na sebe v čekárně

Položka č. 5 zjišťuje, jakým způsobem upozorňují pacienti se zrakovým postižením na svůj příchod do čekárny. Z celkového počtu dotazovaných neodpověděl jeden respondent. Pro výpočet byl použit vzorek 103 respondentů. Po příchodu do čekárny na sebe upozorní nejvíce dotazovaných 43 (41,7 %) tím způsobem, že se zeptá, kdo je poslední a toho pak požádá, aby pacienta se zrakovým postižením upozornil, až půjde do ordinace. Na iniciativu svého průvodce se spoléhá 29 (28,2 %) respondentů. Další skupina je necelá čtvrtina dotazovaných 25 (24,3 %), kteří sice mají sebou průvodce, ale ten je pouze upozorní, kdy mohou oslovit sestru a oni si své záležitosti vyřizují sami. Těch, kteří spoléhají na zdravotnický personál, protože mají u sebe bílou hůl je 20 (19,4 %). Nejméně početná je skupina 18 (17,5 %) respondentů, kteří sami aktivně hledají vchod do ordinace, klepou na dveře, ptají se ostatních lidí v čekárně (viz graf č. 5 a tabulka č. 11).

Ze 103 respondentů jich 19 (18,3 %) zvolilo dvě různé možnosti, jak na sebe pacienti se zrakovým postižením upozorňují, 3 dotazovaní používají tři různé varianty doprovodu, jeden užívá čtyři různé způsoby doprovodu a jeden dokonce označil všech pět navržených možností. Celkem používá více než jednu variantu upozornění na svoji přítomnost 24 (23 %) dotazovaných. Z těchto 24 respondentů jich 17 volilo jednu z možností, kterou mají k dispozici v okamžiku, kdy jsou ve zdravotnickém zařízení s doprovodem a alespoň jednu variantu na průvodci nezávislou.

Graf č. 5.: Způsoby upozornění na sebe v čekárně



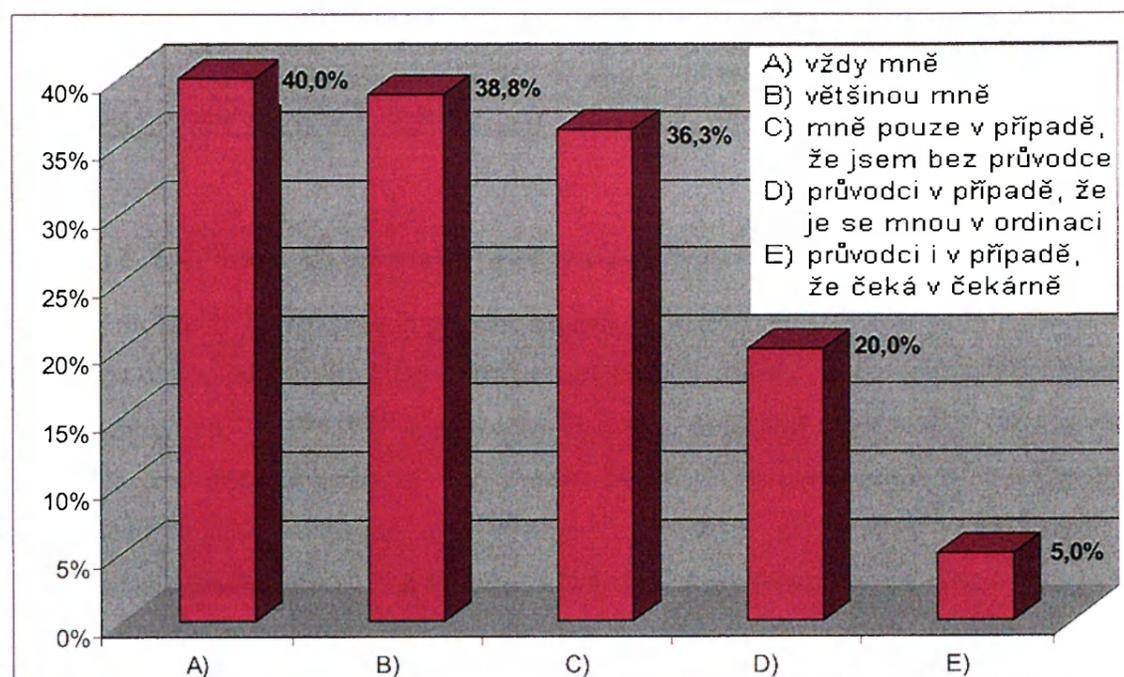
Tabulka č. 11: Způsoby upozornění na sebe v čekárně

Způsoby upozornění	%	n
A) zeptám se, kdo je poslední a domluvím se s ním, aby mě upozornil až půjde do	41,7 %	43
B) iniciativu nechám na průvodci	28,2 %	29
C) sestru oslovím za pomoci průvodce, který mě upozorní, kdy mohu mluvit	24,3 %	25
D) mám u sebe bílou hůl a očekávám, že sestra zareaguje jako první	19,4 %	20
E) hledám vchod do ordinace, klepu na dveře, ptám se ostatních lidí v čekárně	17,5 %	18

Položka č. 6 - Předávání informací

Položka č. 6 hodnotí, na koho se sestra nejčastěji obrací s informacemi, které jsou určeny pro pacienta se zrakovým postižením. Z celkového počtu dotazovaných jeden neodpověděl. Pro výpočet byl použit vzorek 103 respondentů. Informace předává sestra vždy dotazovaným a to v 32 (31,1 %) případech, 31 (30,1 %) respondentů uvádí, že se sestra obrací většinou na ně. Na 29 (28,2 %) dotazovaných se sestra obrací pouze v případě, že jsou u lékaře bez průvodce. Sestra se obrací na průvodce v případě, že je s pacientem se zrakovým postižením v ordinaci u 16 (15,5 %) respondentů a 4 (3,9 %) dotázaní uvádějí, že se sestra obrací na průvodce i v případě, že čeká v čekárně (viz graf č. 6 a tabulka č. 12).

Graf č. 6.: Osoba, které sestra předává informace



Tabulka č. 12: Osoba, které sestra předává informace

Předávání informací	%	n
vždy mně	31,1 %	32
většinou mně	30,1 %	31
mně pouze v případě, že jsem bez průvodce	28,2 %	29
průvodci v případě, že je se mnou v ordinaci	15,5 %	16
průvodci i v případě, že čeká v čekárně	3,9 %	4

Pro přesnější vyhodnocení položky č. 6 bylo ze 103 respondentů odečteno 23 dotázaných, kteří v položce č. 4 uvádějí, že chodí k lékaři bez doprovodu. V jejich případě,

není možné, aby se zdravotnický personál obracel na kohokoliv jiného, než na ně samotné. Počet dotázaných se tak snížil na 80. Pro výpočet byl použit vzorek těchto 80 respondentů. Informace, které jsou určeny pacientům se zrakovým postižením předává sestra vždy dotazovaným a to v 9 (11,3 %) případech, 31 (38,8 %) respondentů uvádí, že se sestra obrací většinou na ně. Na pacienta se zrakovým postižením se sestra obrací pouze v případě, že je bez průvodce a to u 29 (36,3 %) dotazovaných. Sestra se obrací na průvodce v případě, že je s pacientem v ordinaci u 16 (20,0 %) respondentů a 4 (5,0 %) uvádějí, že se sestra obrací na průvodce i v případě, že čeká v čekárně (viz tabulka č. 13).

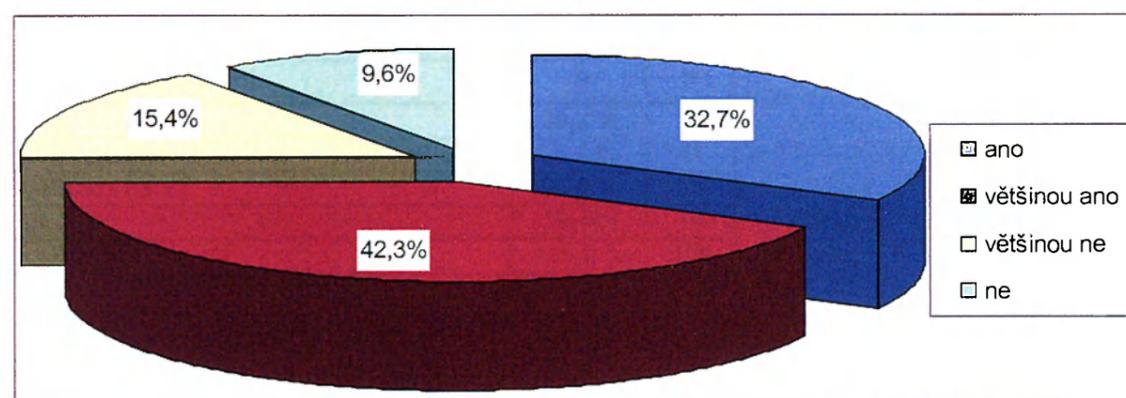
Tabulka č. 13: Osoba, které sestra předává informace – je-li pacient doprovázen průvodcem

Předávání informací	%	n
vždy mně	11,3 %	9
většinou mně	38,8 %	31
mně pouze v případě, že jsem bez průvodce	36,3 %	29
průvodci v případě, že je se mnou v ordinaci	20,0 %	16
průvodci i v případě, že čeká v čekárně	5,0 %	4

Položka č. 7 – Poskytnutí informací před prováděným výkonem

Položka č. 7 zjišťuje, zda pacienti se zrakovým postižením považují za dostačující informace o tom, jaký u nich bude sestra provádět ošetřovatelský výkon. Z celkového počtu respondentů jich 78 (75 %) odpovědělo kladně a negativně odpovědělo 26 (25 %) dotazovaných. Přičemž odpověď ano uvedlo 34 (32,7 %) respondentů a 44 (42,3 %) respondentů uvedlo, většinou ano. Většinou ne zvolilo 16 (15,4 %) dotázaných a jednoznačně nesouhlasilo 10 (9,6 %) respondentů (viz graf č. 7 a tabulka č. 14).

Graf č. 7.: Poskytnutí informací před prováděným výkonem



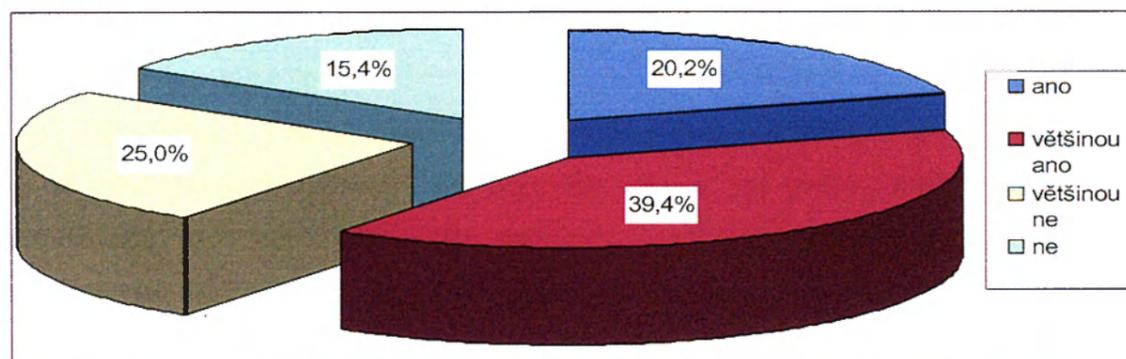
Tabulka č. 14: Poskytnutí informací před prováděným výkonem

Dostatek informací	%	n
ano	32,7 %	34
většinou ano	42,3 %	44
většinou ne	15,4 %	16
ne	9,6 %	10
celkem	100,0 %	104

Položka č. 8 – Poskytování informací v průběhu výkonu

Položka č. 8 uvádí, zda pacienti se zrakovým postižením považují za dostatečné, informace poskytované sestrou v průběhu provádění ošetrovatelského výkonu. Z celkového počtu respondentů jich 62 (59,6 %) odpovědělo kladně a negativně odpovědělo celkem 42 (40,4 %) respondentů. Jednoznačné ano odpovědělo 21 (20,2 %) dotázaných a 41 (39,4 %) pak zvolilo odpověď většinou ano. Jednoznačné ne volilo 16 (15,4 %) dotázaných a 26 (25,0 %) respondentů se přiklonilo ke spíše negativním zkušenostem (viz graf č. 8 a tabulka č. 15).

Graf č. 8.: Poskytování informací v průběhu výkonu



Tabulka č. 15: Poskytování informací v průběhu výkonu

Dostatek informací	%	n
ano	20,2 %	21
většinou ano	39,4 %	41
většinou ne	25,0 %	26
ne	15,4 %	16
celkem	100,0 %	104

Položka č. 9 – Způsob doprovodu nevidomého sestrou

Položka č. 9 hodnotí, se kterými způsoby doprovodu sestrou se pacienti ve zdravotnických zařízeních setkávají nejčastěji. Pro výpočet byl použit soubor 103, kteří odpověděli na tuto položku. 31 respondentů zvolilo více než jednu možnost odpovědi. Nejvíce 59 (57,3 %) respondentů se setkala s možností chycením za loket nebo ruku a dovedením do ordinace. Pouze 15 (14,6 %) respondentů uvádí, že se setkala se správným způsobem doprovodu a tím je, že sestra požádá nevidomého, aby se jí chytil za paži a doprovodí ho do ordinace. Také 15 (14,6 %) dotazovaných se setkala s možností, kdy sestra chytí nevidomého za obě ruce a po té před ním couvá, stejný počet 15 (14,6 %) respondentů udává, že pokud mají doprovod, sestra vyžaduje, aby šel do ordinace (viz tabulka č. 16).

Tabulka č. 16: Způsob doprovodu nevidomého sestrou

Způsob doprovodu	%	n
sestra mě chytí za loket, nebo za ruku a dovede do ordinace	57,3 %	59
sestra mě požádá, abych se chytil(a) za paži a doprovodí mě do ordinace	14,6 %	15
sestra mě chytí za obě ruce a poté přede mnou couvá	14,6 %	15
pokud mám doprovod, sestra vyžaduje, aby šel se mnou do ordinace	14,6 %	15
jiným způsobem	41,7 %	43

V položce č. 9 mohli respondenti doplnit jiný způsob doprovodu sestrou, se kterým se ve zdravotnických zařízeních setkávají. Pro výpočet byl použit vzorek 43 (41,7 %) respondentů, kteří odpověděli jiným způsobem a pro názornost v tabulce č. 17 jsou uvedeny tyto další možnosti doprovodu sestrou. 17 respondentů schopno dojít do ordinace bez pomoci, jedná se o pacienty slabozraké a se zbytky zraku, kteří v této situaci nepotřebují pomoc. 7 respondentů uvádí, že pokud je sestra špatně chytí, ukáží jí, jak má chůze s nevidomým vypadat. Procentuelně méně zastoupené jsou tyto možnosti: jdu za hlasem, pojďte se mnou, sestra se dívá, jak to zvládnou, já požádám, jak mě má sestra doprovodit, sestra se zeptá, jak může pomoci, do ordinace jdu s průvodcem.

Tabulka č. 17: Jiné způsoby doprovodu nevidomého sestrou

Jiné způsoby doprovodu	%	n
jsem schopen jít sám	39,5 %	17
strkání před sebou	23,3 %	10
pokud mne sestra špatně chytí, ukáží jí, jak se má chůze s nevidomým provádět	16,2 %	7
jdu za hlasem	4,7 %	2
jen pojďte za mnou	4,7 %	2
dívá se jak to zvládnou	4,7 %	2
já požádám	2,3 %	1
sestra se zeptá, jak mohu pomoci	2,3 %	1
do ordinace jdu s průvodcem	2,3 %	1

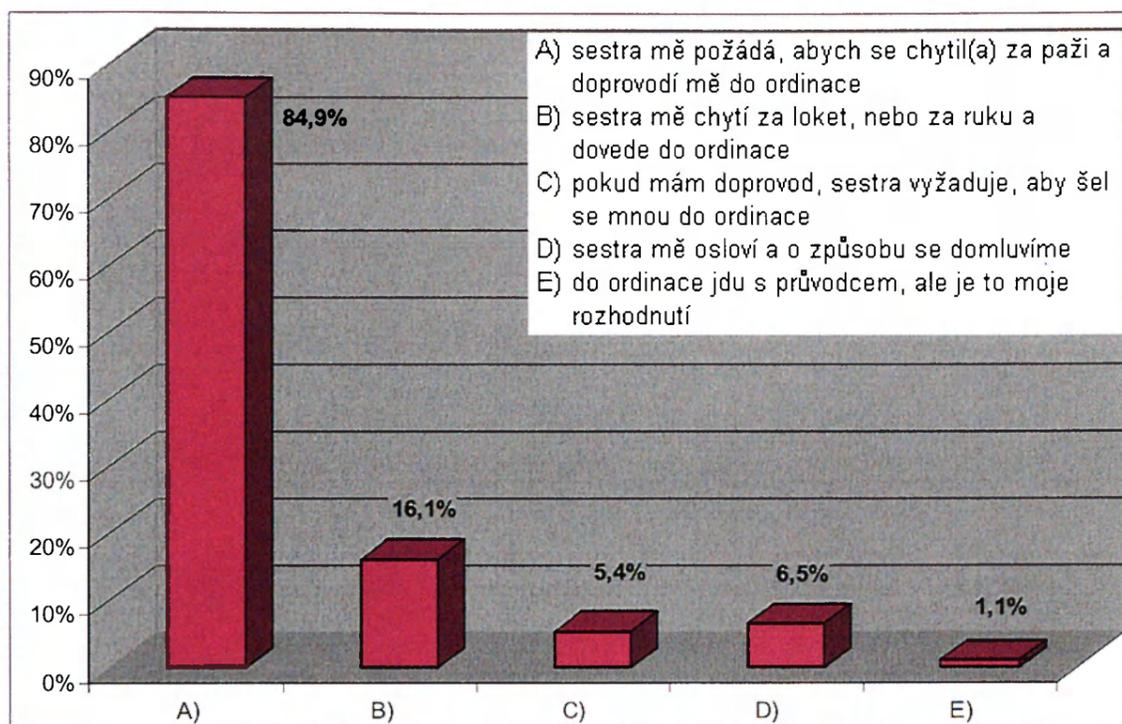
Položka č. 9a – Ideální způsob doprovodu nevidomého sestrou

Položka č. 9a zjišťuje, jaký způsob doprovodu považují za ideální sami zrakově postižení. Z celkového počtu respondentů jich 11 neopovědělo na tuto položku. Pro výpočet byl použit soubor 93 respondentů. Dvě možnosti vybralo 13 z nich. Většina nevidomých 79 (84,9 %) považuje za ideální doporučený způsob doprovodu, kdy je nevidomý požádán, aby se chytil za paži a následně veden. Možnost sestra mě chytí za loket, nebo ruku a dovede do ordinace označilo za ideální 15 (16,1 %) dotázaných a 5 (5,4 %) respondentů uvítá, aby byl zván s nevidomým průvodce do ordinace. Nikdo z respondentů nepovažuje za ideální způsob doprovodu chycení za ruce a couvání sestry před nevidomým. 6 (6,5 %) dotázaných by přivítalo, kdyby byli sestrou dotázáni, jakým způsobem chtějí doprovodit a jeden zvolil možnost jít do ordinace s průvodcem, ale na základě vlastního rozhodnutí (viz graf č. 9 a tabulka č. 18).

Tabulka č. 18: Ideální způsob doprovodu nevidomého sestrou

Doprovod	%	n
sestra mě požádá, abych se chytil(a) za paži a doprovodí mě do ordinace	84,9 %	79
sestra mě chytí za loket, nebo za ruku a dovede do ordinace	16,1 %	15
pokud mám doprovod, sestra vyžaduje, aby šel se mnou do ordinace	5,4 %	5
sestra mě chytí za obě ruce a poté přede mnou couvá	0,0 %	0
sestra mě osloví a o způsobu se domluvíme	6,5 %	6
do ordinace jdu s průvodcem, ale je to mé rozhodnutí	1,1 %	1

Graf č. 9: Ideální způsob doprovodu nevidomé sestrou

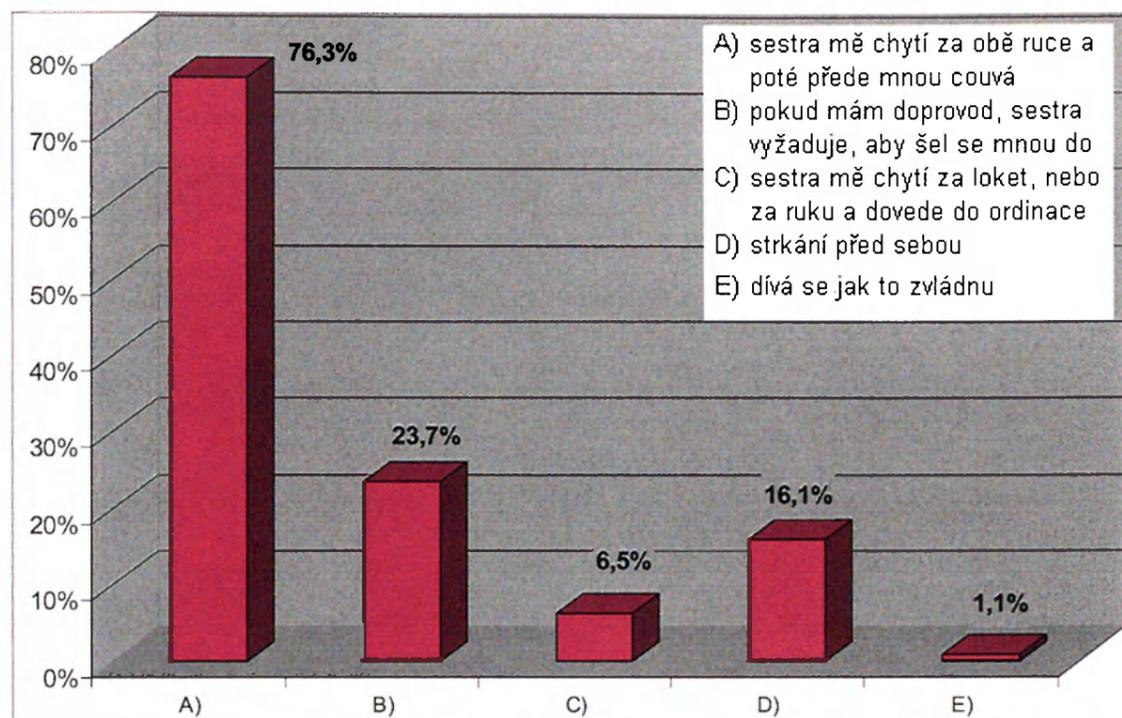


Položka č. 9b – Nepřijatelný způsob doprovodu nevidomé sestrou

Položka č. 9b zjišťuje, která z nabídnutých možností doprovodu do ordinace je pro nevidomé nejméně přijatelná. Pro výpočet byl použit soubor 93 dotázaných, kteří odpověděli na tuto položku. Dva nepřijatelné způsoby označilo 20 respondentů a 2 dokonce zvolili možnosti 3.

Pro 71 (76,3 %) dotázaných je nepřijatelný způsob takový, když sestra nevidomého chytí za obě ruce a po té s ním couvá. Necelá čtvrtina respondentů 22 (23,7 %) považuje za nepřijatelnou, aby byl zván průvodce do ordinace. Chycení za loket a následné dovedení do ordinace odmítá 6 (6,5 %) dotazovaných. Pro skupinu 15 (16,1 %) dotazovaných je nepřijatelný způsob doprovodu „strkání před sebou“. Jeden respondent dokonce doplnil odpověď, že se sestra dívá, jak zvládne dojít do ordinace sám tento prakticky nevidomý respondent (viz graf č. 10 a tabulka č. 19).

Graf č. 10: Nepřijatelný způsob doprovodu nevidomého sestrou



Tabulka č. 19: Nepřijatelný způsob doprovodu nevidomého sestrou

Doprovod	%	n
sestra mě chytí za obě ruce a poté přede mnou couvá	76,3 %	71
pokud mám doprovod, sestra vyžaduje, aby šel se mnou do ordinace	23,7 %	22
sestra mě chytí za loket, nebo za ruku a dovede do ordinace	6,5 %	6
strkání před sebou	16,1 %	15
dívá se jak to zvládnu	1,1 %	1

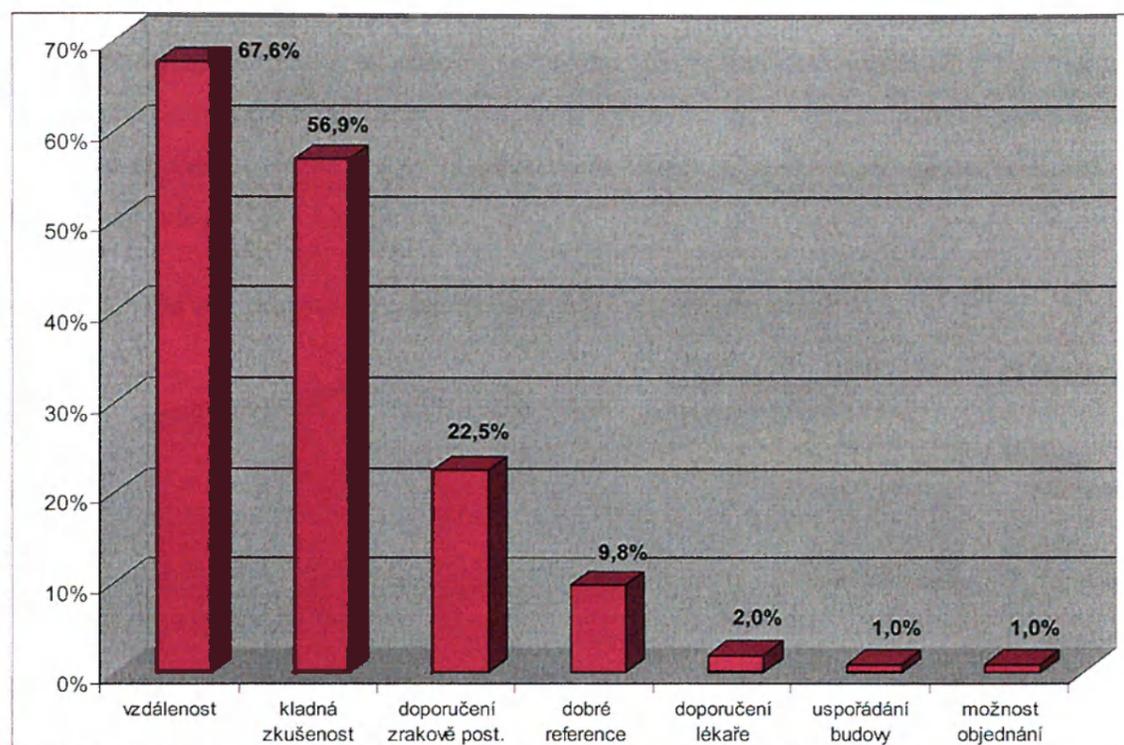
Položka č. 10 – Faktory ovlivňující výběr zdravotnického zařízení

Položka č. 10 hodnotí, čím se řídí pacient se zrakovým postižením při výběru zdravotnického zařízení. Pro výpočet byl použit soubor 102 respondentů, kteří odpověděli na tuto položku. Bylo možné zvolit více odpovědí, dvě možnosti vybralo 40 dotázaných a tři zvolilo dokonce 11 respondentů.

Nejvíce respondentů 69 (67,6 %) se řídí při výběru zdravotnického zařízení především jeho vzdáleností. Pro 58 (56,9 %) dotazovaných je důležitá kladná zkušenost s jednáním zdravotnického personálu. Na doporučení někoho se zrakovým postižením dá 23 (22,5 %) dotázaných. Dobré reference o odbornosti označilo za důležité 10 (9,8 %) respondentů. Procentuálně méně zastoupené jsou faktory: doporučení lékaře, který pacienta

na vyšetření poslal, uspořádání budov a styl práce, možnost přímého objednání bez čekání (viz graf č. 11 a tabulka č. 20).

Graf č. 11: Faktory ovlivňující výběr zdravotnického zařízení



Tabulka č. 20: Faktory ovlivňující výběr zdravotnického zařízení

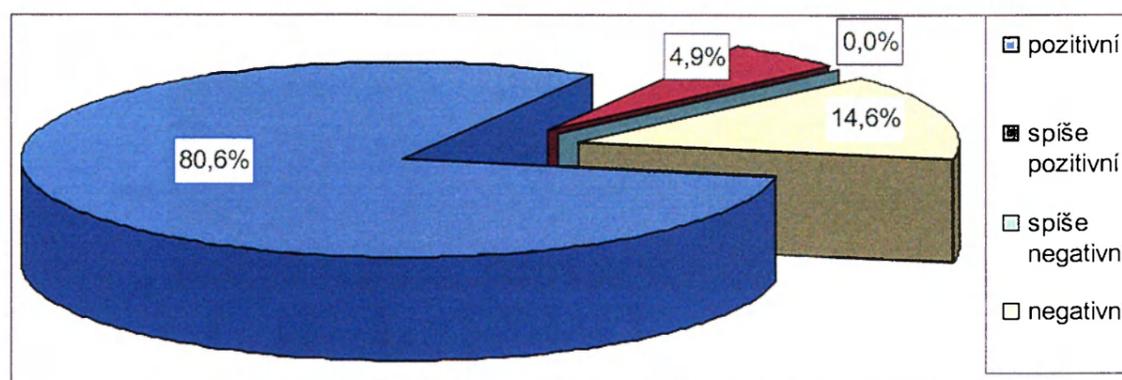
Faktory	%	n
vzdálenost (dostupnost) zdravotnického zařízení od bydliště	67,6 %	69
kladná zkušenost s jednáním zdravotnického personálu	56,9 %	58
doporučení někoho se zrakovým postižením	22,5 %	23
dobré reference o odbornosti	9,8 %	10
doporučení lékaře, jež mne na vyš.poslal	2,0 %	2
uspořádání budovy a style práce	1,0 %	1
možnost objednání bez čekání	1,0 %	1

Položka č. 11 – Osobní zkušenost zrakově postižených s jednáním sester

Položka č. 11 je zaměřena na hodnocení zkušeností nevidomých s jednáním sester. Pro výpočet byl použit soubor 103 dotázaných, kteří odpověděli na tuto položku. Respondenti měli na výběr ze čtyř možností.

Pozitivní zkušenost při jednání se sestrou má většina dotázaných 83 (80,6 %), za spíše pozitivní považuje své osobní zkušenosti 5 (4,9 %) respondentů a naopak převažující negativní zkušenost má 15 (14,6 %) dotázaných. Odpověď spíše negativní ne zvolil žádný respondent (viz graf č. 12 a tabulka č. 21).

Graf č. 12: Osobní zkušenost zrakově postižených s jednáním sester



Tabulka č. 21: Osobní zkušenost zrakově postižených s jednáním sester

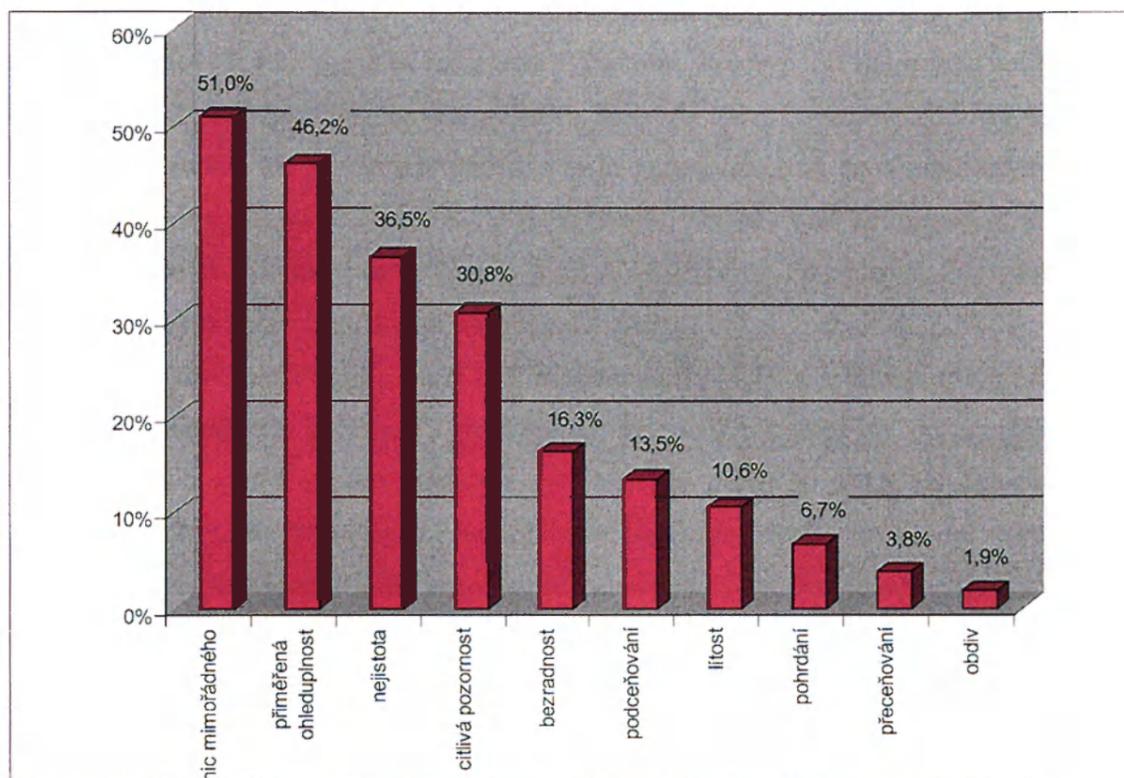
Zkušenost	%	n
pozitivní	80,6 %	83
spíše pozitivní	4,9 %	5
spíše negativní	0,0 %	0
negativní	14,6 %	15
celkem	100,0 %	103

Položka č. 12 – Pocity zrakově postižených vyplývající z chování sester

Položka č. 12 zjišťuje, jaké pocity mají pacienti se zrakovým postižením z chování sester. Bylo možné zvolit více odpovědí. Z celkového počtu respondentů se 53 (51,0 %) z nich setkalo se stejným přístupem sestry jako ke všem ostatním pacientům. Přiměřenou ohleduplnost pocítuje z chování sester 48 (46,2 %) respondentů. Třetí nejvíce zastoupená odpověď byla nejistota ze strany sester a to u 38 (36,5 %) dotázaných. Následuje citlivá pozornost 32 (30,8 %), bezradnost u 17 (16,3 %) dotázaných, na podceňování upozorňuje 14 (13,5 %) respondentů, lítost označilo 11 (10,6 %) dotázaných a pohrdání 7 (6,7 %)

respondentů. Přeceňování označili 4 (3,8 %) respondent a nejméně 2 (1,9 %) obdiv (viz graf č. 13 a tabulka č. 22).

Graf č. 13.: Pocity zrakově postižených vyplývající z chování sester



Tabulka č. 22: Pocity zrakově postižených vyplývající z chování sester

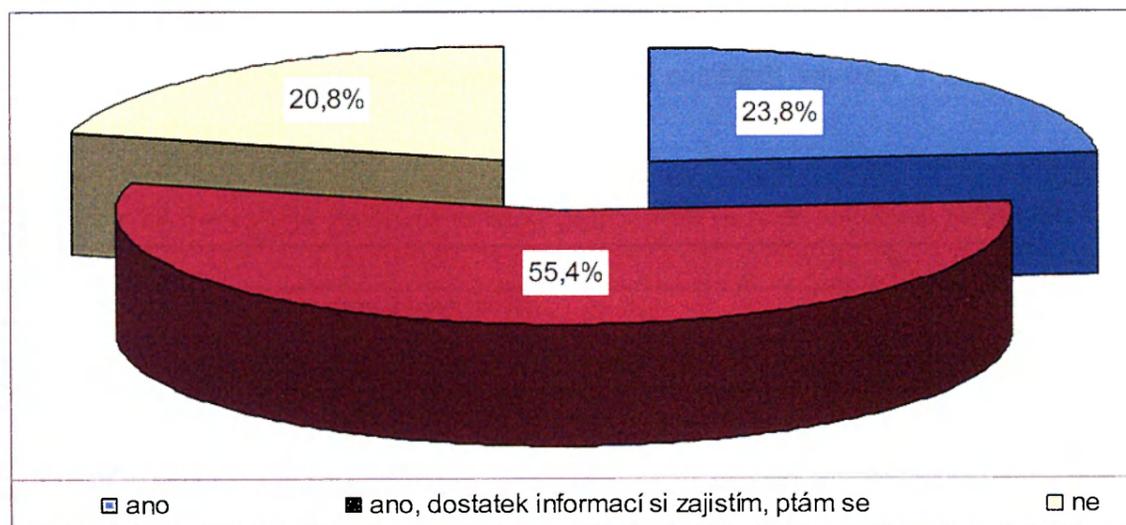
Pocity	%	n
nic mimořádného	51,0 %	53
přiměřená ohleduplnost	46,2 %	48
nejistota	36,5 %	38
citlivá pozornost	30,8 %	32
bezradnost	16,3 %	17
podceňování	13,5 %	14
lítost	10,6 %	11
pohrdání	6,7 %	7
přeceňování	3,8 %	4
obdiv	1,9 %	2

Položka č. 13 – Míra poskytování informací sestrou

Položka č. 13 hodnotí, zda informace, které poskytuje sestra pacientům se zrakovým postižením (o dalších vyšetřeních, receptech apod.), jsou pro ně dostačující. Respondenti měli na výběr odpovědi ano, ne a na základě předvýzkumu byly tyto možnosti doplněny odpovědí ano, dostatek informací si zajistím. Pro výpočet byl použit soubor 101 respondentů, kteří odpověděli na tuto položku. Největší počet dotázaných 56 (55,4 %) má dostatek informací, ale pouze v případě, že si je zajistí sám tím, že se ptá. Jednoznačně dostatek informací dostává 24 (23,8 %) respondentů. Naopak celá pětina respondentů 21 (20,8 %) dostatek informací nedostane. Z grafu č. 14 je patrné, že z hlediska nevidomých a slabozrakých jim sestry neposkytují dostatek informací.

U zrakově postižených, kteří byli nespokojeni, byl ještě v této položce zjišťován důvod nedostatečných informací. Pro výpočet byl použit soubor 43 dotázaných, kteří odpověděli a 5 z nich zvolilo možnosti dvě. Největší počet 30 (69,8 %) dotazovaných potvrzuje snahu sester řešit situaci přes průvodce. Nesrozumitelné instrukce od sester uvádí 14 (32,6 %) respondentů. Méně procentuelně zastoupené odpovědi jsou: neochota, nevole informace poskytnout a málo poskytnutých informací.

Graf č. 14.: Poskytnutí dostatečných informací sestrou



Položka č. 14 – Nejčastější problémy zrakově postižených ve zdravotnických zařízeních

Položka č. 14 zjišťuje, s jakými problémy se nejčastěji setkávají pacienti se zrakovým postižením při návštěvě zdravotnického zařízení. Pro výpočet byl použit soubor 82 dotázaných, kteří odpověděli na tuto položku. Více než jeden problém napsalo 21 z nich.

Největší počet dotázaných 24 (29,3 %) uvedl problém nedostatečnou informovanost sester o zrakově postižených. Se špatnou orientací v budovách se setkává více než pětina respondentů 17 (20,7 %). Třetí nejčastější problém a to komunikaci s průvodcem označilo 12 (14,6 %) respondentů, 10 (12,2 %) dotázaných odpovědělo, že sestry často jednají s člověkem jako s neschopným. Dlouhá čekací doba bez ohledu na objednání je problém pro 9 (11,0 %) dotázaných. Nejistotu ze strany sester označilo 8 (9,8 %) respondentů a stejný počet 8 (9,8 %) dotázaných si stěžuje na nevhodný systém organizace pořadí pacientů. Nedostatečné informace vidí jako problém 7 (8,5 %) respondentů a stejný počet 7 (8,5 %) nemá žádné problémy při návštěvě zdravotnického zařízení. Na lékaře, který mluví s průvodcem si stěžují 3 (3,7 %) dotázaní (viz tabulka č. 23). Procentuelně méně zastoupené problémy: průvodce by měl vždy čekat venku/ pokud sestra nemá čas mě odvést, lékař vyžaduje průvodce v ordinaci/ nadřazenost ze strany pacientů/ při objednávání větší ohleduplnost, jsme vázáni na průvodce/ protekce "normálních" pacientů/ obtížný přístup k budově/ neochota sester/ občasné odmítnutí vpuštění s vodícím psem/ neberou mě přednostně /.

Tabulka č. 23: Nejčastější problémy zrakově postižených ve zdravotnických zařízeních

Problém	%	n
neinformovanost sester o zrakově postižených	29,3 %	24
špatná orientace v budovách	20,7 %	17
sestra komunikuje s průvodcem	14,6 %	12
jednání sester s člověkem jako s neschopným	12,2 %	10
dlouhá čekací doba bez ohledu na objednání	11,0 %	9
nejistota ze strany sester	9,8 %	8
nevhodný systém organizace pořadí pacientů	9,8 %	8
nemám žádné	8,5 %	7
nedostatečné informace	8,5 %	7
lékař mluví s průvodcem	3,7 %	3
procentuelně méně zastoupené problémy	12,2 %	10

Položka č. 15 – Návrhy na zlepšení zdravotní péče

Položka č. 15 hodnotí změny, které by uvítali sami pacienti se zrakovým postižením při návštěvě zdravotnického zařízení. Pro výpočet byl použit soubor 88 respondentů, kteří odpověděli na tuto položku. Více než jeden návrh na změnu k lepšímu napsalo 31 dotázaných.

Větší informovanost sester o zrakově postižených označilo nejvíce respondentů 47 (53,4 %) respondentů a 15 (17,0 %) dotázaných označilo větší informovanost lékařů o zrakově postižených. Zvukové majáky, popisky v braillově písmu, informační panely označilo 15 (17,0 %) dotázaných. Zlepšení osvětlení, kontrastní velké nápisy, kontrastní barvy, barevné dveře by uvítalo 10 (11,4 %) dotázaných. Zlepšit systém organizace pořadí pacientů si přeje 9 (10,2 %) dotázaných. Větší ochotu informovat pak 8 (9,1 %) dotázaných, zkrácení čekací doby a komunikativnější přístup ze strany sester označilo po 7 (8,0 %) respondentech, aby se personál nespolehal na průvodce si přeje 6 (6,8 %), nepovažovat nevidomé za neschopné uvádí 5 (5,7 %) dotázaných (viz tabulka č. 24). Procentuelně méně zastoupené návrhy jsou: sestra by měla aktivně oslovit nevidomého/ taktnost sester/ přednostní vyšetření/ více komunikativního přístupu ze strany lékaře/ jednotné oblečení sester, aby se odlišily od lékařů/ individuální přístup/ větší ohleduplnost při objednávání, jsme vázáni na průvodce/ oslovovat nevidomého jménem.

Tabulka č. 24: Návrhy na zlepšení zdravotní péče

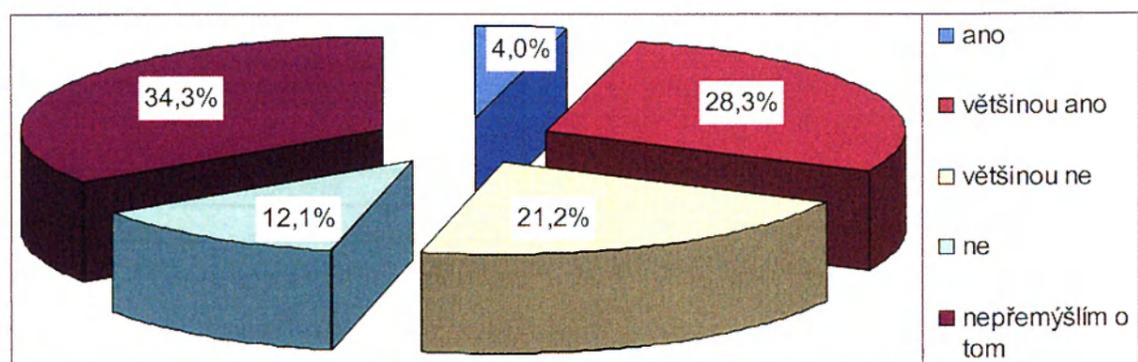
Návrhy	%	n
větší informovanost sester o zrakově postižených	53,4 %	47
větší informovanost lékařů o zrakově postižených	17,0 %	15
zvukové majáky, popisky v Braillově písmu, informační panely	17,0 %	15
osvětlení, kontrastní velké nápisy, kontrastní barvy, barevné dveře	11,4 %	10
zlepšit systém organizace pořadí pacientů	10,2 %	9
větší ochota informovat	9,1 %	8
zkrácení čekací doby	8,0 %	7
více komunikativního přístupu ze strany sester	8,0 %	7
nespoléhat na průvodce	6,8 %	6
nepovažovat zrakově postižené za neschopné	5,7 %	5
nestěžují si	4,5 %	4
sestra by měla aktivně oslovit nevidomého	4,5 %	4
taktnost sester	3,4 %	3
přednostní vyšetření	3,4 %	3
více komunikativního přístupu ze strany lékaře	3,4 %	3
jednotné oblečení sester, aby se odlišily od lékařů	2,3 %	2
individuální přístup	2,3 %	2
větší ohleduplnost při objednávání, jsme vázáni na průvodce	1,1 %	1
oslovovat nevidomého jménem	1,1 %	1

Položka č. 16 – Vhodnost uspořádání ordinace

Zkoumá, zda uspořádání ordinací (nábytek, osvětlení, akustika, nápisy) vyhovuje pacientům se zrakovým postižením. Pro výpočet byl použit soubor 99 respondentů, kteří odpověděli na tuto položku.

Kladný názor na uspořádání ordinace vyslovilo 32 (32,3 %) respondentů. Odpověď ano zvolili 4 (4,0 %) dotazovaní a 28 (28,3 %) se přiklonilo k názoru většinou ano. Pouze o jednoho dotazovaného více 33 (33,3%) se domnívá, že uspořádání ordinace nevyhovuje. O způsobu uspořádání nepřemýšlí 34 (34,3%) respondentů (viz graf č. 15 a tabulka č. 25)

Graf č. 15: Spokojenost s uspořádáním ordinace



Tabulka č. 25: Spokojenost s uspořádáním ordinace

Vhodné uspořádání	%	n
ano	4,0 %	4
většinou ano	28,3 %	28
většinou ne	21,2 %	21
ne	12,1 %	12
nepřemýšlím o tom	34,3 %	34
celkem	100,0 %	99

3.7.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU SESTER

Položka A - Obor

Respondentky ze souboru sester pracují na těchto ambulancích: 40 dotázaných na interně, 18 na chirurgii, 16 na očním, 7 na gynekologii, 7 na ORL, 4 na neurologii a 8 dotázaných neurčilo obor, ve kterém pracují (viz tabulka č. 26).

Tabulka č. 26: Obor

Obor	n
interní ambulance	40
chirurgická ambulance	18
oční ambulance	16
gynekologicko ambulance	7
ORL ambulance	7
neurologická ambulance	4
ambulance blíže neurčené	8
celkem	100

Položka B – Délka praxe sester

Na tuto položku odpovědělo 97 respondentek. Průměrná délka praxe je 21,5 roku. Nejdelší praxe je 41 let a nejkratší pak 4 měsíce.

Tabulka č. 27: Délka praxe

Praxe	%	n
Do 1 roku	3,1 %	3
Do 5 let	5,2 %	5
Do 10 let	10,3 %	10
Do 15 let	8,2 %	8
Do 20 let	14,3 %	14
Do 25 let	19,6 %	19
Do 30 let	19,6 %	19
Do 35 let	15,5 %	15
Do 40 let	3,1 %	3
41 let	1,1%	1
celkem	100,0 %	97

Položka C – Nejvyšší ukončené vzdělání zdravotních sester

Z celkového počtu respondentek má vystudovanou SZŠ 57 (57%) dotázaných, PSS, ARIP, VZŠ 38 (38%) respondentek a VŠ 5 (5%) dotázaných.

Tabulka č. 28: Nejvyšší ukončené vzdělání sester

Nejvyšší ukončené vzdělání	%	n
SZŠ	57 %	57
VZŠ, ARIP, PSS	38 %	38
VŠ	5 %	5
celkem	100,0 %	100

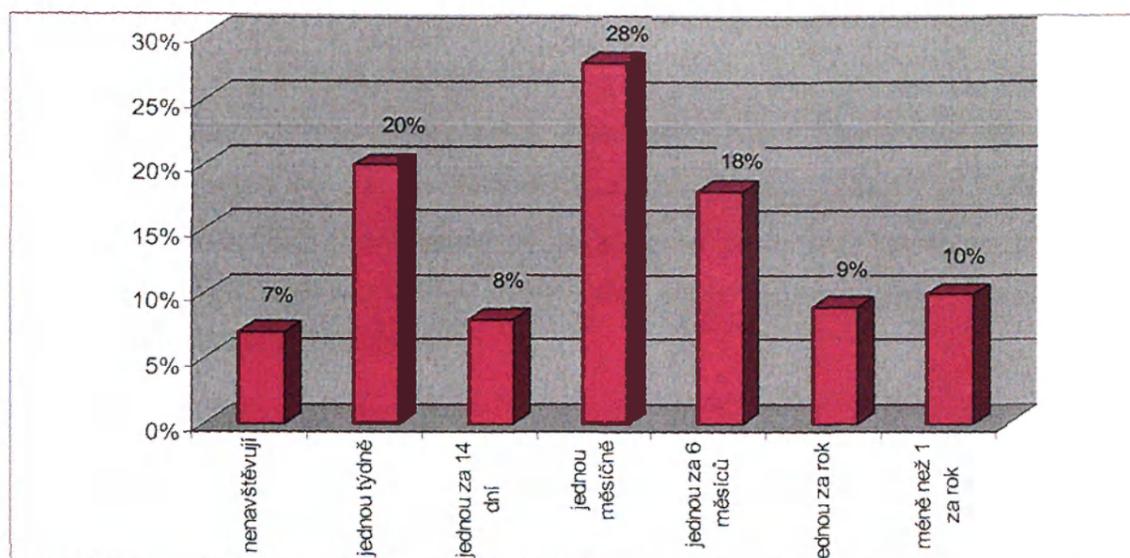
Položka č. 1 – Hodnocení četnosti návštěv pacientů se zrakovým postižením sestrami

Položka č. 1 zjišťuje, zda navštěvují pacienti se zrakovým postižením pracoviště, kde respondentky ze skupiny sester pracují. Dále tato položka mapuje, jak často se při své práci dotazované setkávají se zrakově postiženými.

Z celkového počtu dotazovaných pouze 7 (7 %) respondentek odpovědělo, že jejich ordinaci nenavštěvují lidé se zrakovým postižením, opak uvedlo 93 (93 %) respondentek. Jednou týdně navštěvuje některou ambulanci dvaceti (20 %) dotázaných, jednou za 14 dní osmi (8 %) respondentek a nejvíce 28 (28 %) zvolilo variantu jednou měsíčně. Jednou za půl roku je to u 18 (18 %) z nich u 9 (9 %) jednou ročně a u ostatních 10 (10 %) je to ještě méně než jednou za rok (viz graf č. 16 a tabulka č. 29).

Pro zajímavost graf č. 17 porovnává četnost návštěv zrakově postižených na očních ambulancích proti ostatním ambulancím, ve kterých probíhal výzkum. Zatímco na očním odpovědělo 11 (69 %) respondentek, že u nich dochází k týdenním návštěvám, měsíčně odpověděly 3 (19 %), půl ročně a jednou ročně volilo shodně 1 (6 %) dotázaných. Na ostatní ambulance přicházejí pacienti se zrakovým postižením nejčastěji jednou měsíčně, což uvedlo 25 (30 %) respondentek.

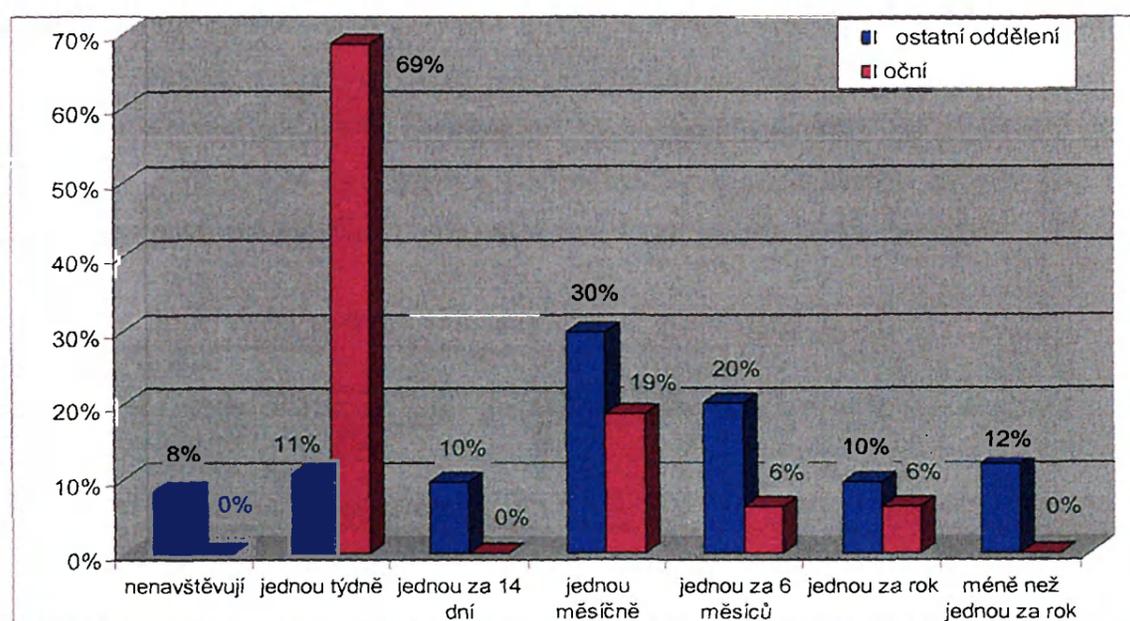
Graf č. 16: Návštěvnost ambulancí zrakově postiženými hodnocená sestrami



Tabulka č. 29: Návštěvnost ambulancí zrakově postiženými hodnocená sestrami

Návštěvnost / Četnost	%	n
nenavštěvují	7 %	7
jednou týdně	20 %	20
jednou za 14 dní	8 %	8
jednou měsíčně	28 %	28
jednou za 6 měsíců	18 %	18
jednou za rok	9 %	9
méně než jednou za rok	10 %	10
celkem	100 %	93

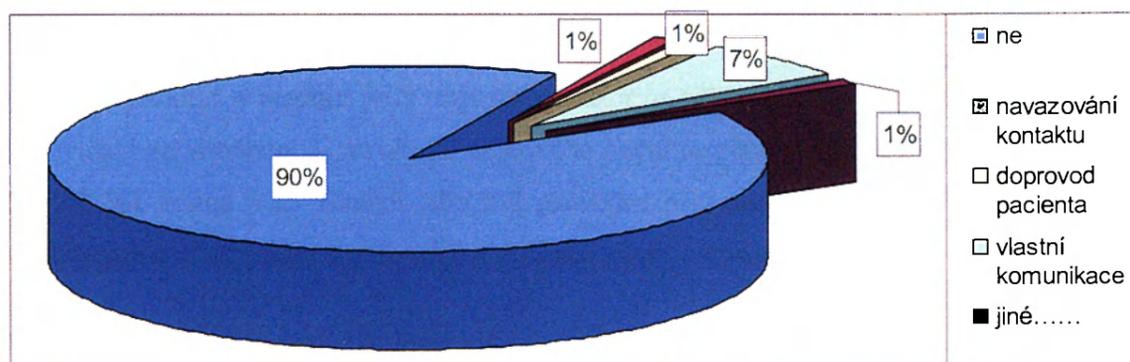
Graf č. 17: Porovnání četnosti návštěv v oční ambulanci a v ostatních ambulancích



Položka č. 2 – Pocit nejistoty sester při komunikaci a pacientem se zrakovým postižením

Položka č. 2 hodnotí, zda sestry při jednání s pacientem se zrakovým postižením pocítují nejistotu. Nejistotu překvapivě necítí při jednání s pacientem 90 (90 %) respondentek, pouze 10 (10 %) dotázaných určitou nejistotu uvedlo (viz graf č.18). Z těchto 10 dotázaných 7 poukázalo na nejistotu ve vlastní komunikaci – používání nevhodných slov, gest a mimiky. Vždy jedna respondentka označila nejistotu při navazování kontaktu a při doprovodu.

Graf č. 18: Pocit nejistoty sester při komunikaci a pacientem se zrakovým postižením



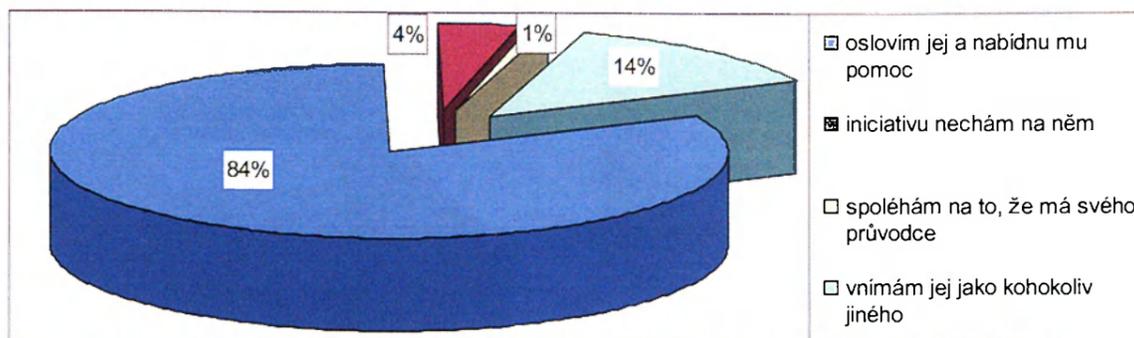
Položka č. 3 – Chování sester při setkání se zrakově postiženými

Položka č. 3 zkoumá, jak zareaguje sestra, pokud je v čekárně pacient se zrakovým postižením. Dotazované měly na výběr ze čtyř možností odpovědi a mohly označit více odpovědí. Nejvíce dotazovaných 84 (84 %) pacienta se zrakovým postižením osloví a nabídne mu pomoc, 14 (14 %) respondentek vnímá pacienta se zrakovým postižením jako kohokoliv jiného, 4 (4 %) dotázané nechají iniciativu na samotném pacientovi a na přítomnost průvodce spoléhá 1 (1 %) respondentek (viz tabulka č.30 a graf č.19).

Tabulka č. 30: Chování sester při setkání se zrakově postiženými

Chování sester	%	n
oslovím jej a nabídnu mu pomoc	84,0 %	84
vnímám jej jako kohokoliv jiného	14,0 %	14
iniciativu nechám na něm	4,0 %	4
spoléhám na to, že má svého průvodce	1,0 %	1

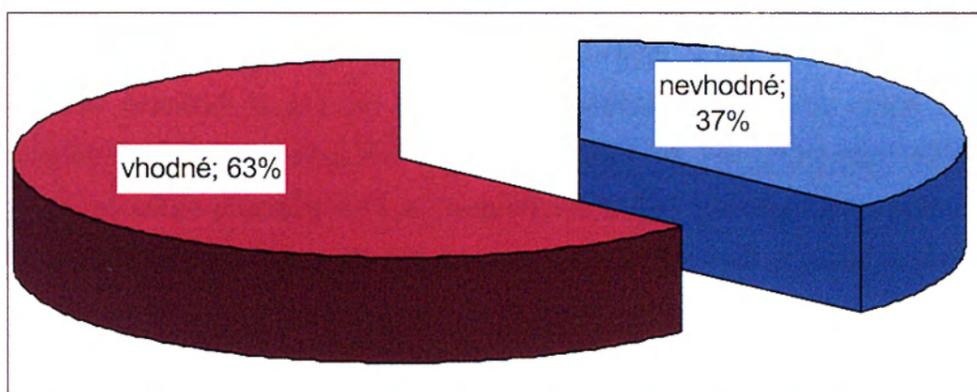
Graf č. 19: Chování sester při setkání se zrakově postiženými



Položka č. 4 – Názor sester na přítomnost průvodce v ordinaci

Položka č. 4 mapuje, jaký mají sestry názor na přítomnost průvodce v ordinaci, zda ji považují za vhodnou, či nikoliv. Z celkového počtu respondentek jich více než polovina 63 (63 %) vnímá jako vhodné, aby byl průvodce přítomen v ordinaci. Pro 37 (37 %) dotázaných není přítomnost průvodce v ordinaci vhodná (viz graf č. 20).

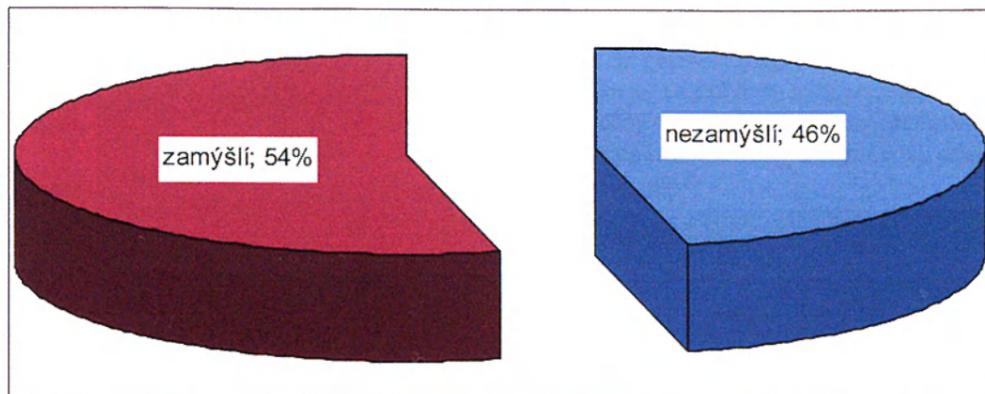
Graf č. 20: Názor sester na vhodnost přítomnosti průvodce v ordinaci



Položka č. 5 – Vztah mezi pacientem se zrakovým postižením a průvodcem z pohledu sestry

Položka č. 5 zjišťuje, zda se sestry vůbec zamýšlí nad tím, v jakém vztahu je průvodce a pacient se zrakovým postižením. Respondentky měly na výběr z odpovědí ano a ne. Z celkového počtu dotázaných se jich 54 (54 %) zamýšlí nad vztahem mezi nevidomým a průvodcem, naopak o vztahu mezi nimi neuvažuje 46 (46 %) respondentek (viz graf č.21).

Graf č. 21: Otázka zamyšlení se sester nad vztahem mezi zrakově postiženým a průvodcem



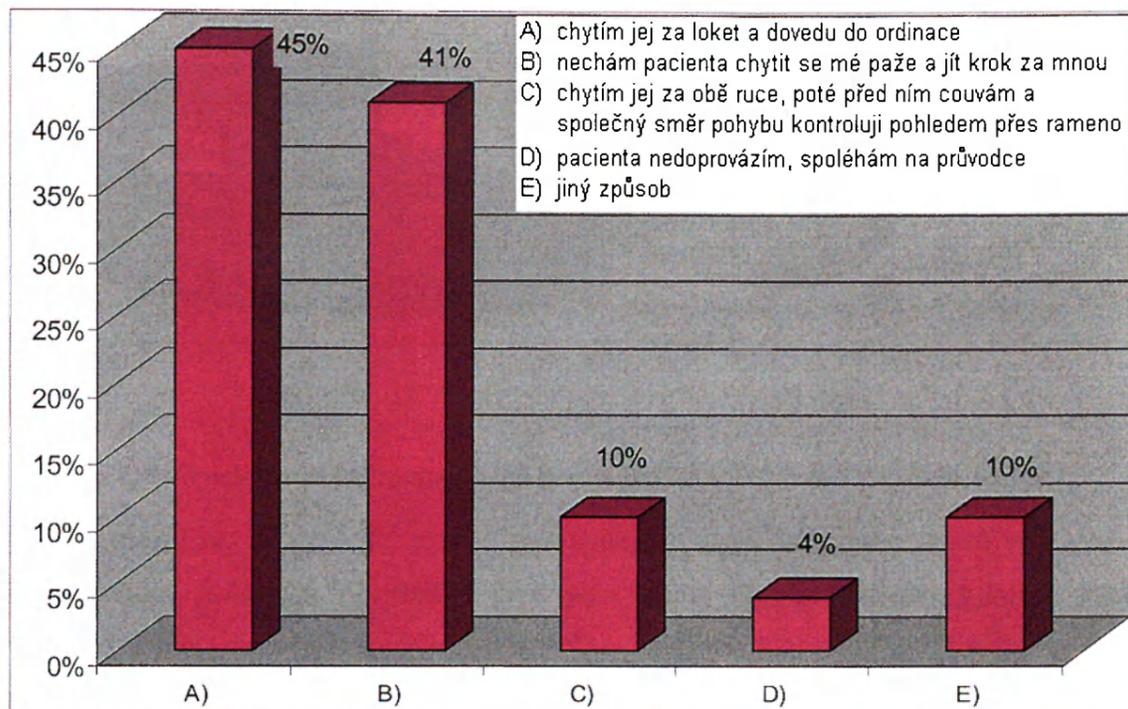
Položka č. 6 – Způsob doprovodu zrakově postiženého používaný sestrou

Položka č. 6 hodnotí, jaký způsob zvolí sestra doprovází-li pacienta se zrakovým postižením do ordinace. Respondentky mohly zvolit více odpovědí. Z celkového počtu respondentek označilo dvě možnosti 8 dotázaných a jedna zvolila možnosti tři. Největší počet dotázaných 45 (45 %) volí způsob, kdy pacienta se zrakovým postižením chytí za ruku nebo loket a dovede ho do ordinace. Následuje doporučovaný způsob, kdy sestra požádá, aby se pacient se zrakovým postižením chytil za její paži a sestru následoval, tuto možnost označilo 41 (41 %) respondentek. Způsob, kdy sestra couvá a při tom drží nevidomého za obě ruce používá 10 (10 %) dotázaných. Pacienta nedoprovází, spoléhají na to, že má svého průvodce 4 (4 %) respondentky. Jiný způsob doprovodu označilo 10 (10 %) dotázaných, v těchto možnostech se nejčastěji objevovala odpověď doprovod proběhne dle situace, po domluvě s pacientem dle jeho potřeb a přání (viz graf č. 22 a tabulka č. 32).

Tabulka č. 31: Sestrou zvolený způsob doprovodu

Způsob	%	n
chytím jej za loket a dovedu do ordinace	45%	45
nechám pacienta chytit se mé paže a jít krok za mnou	41%	41
chytím jej za obě ruce, poté před ním couvám a společný směr pohybu kontroluji pohledem přes rameno	10%	10
pacienta nedoprovázím, spoléhám na průvodce	4%	4
jiný způsob	10%	10

Graf č. 22: Sestrou zvolený způsob doprovodu



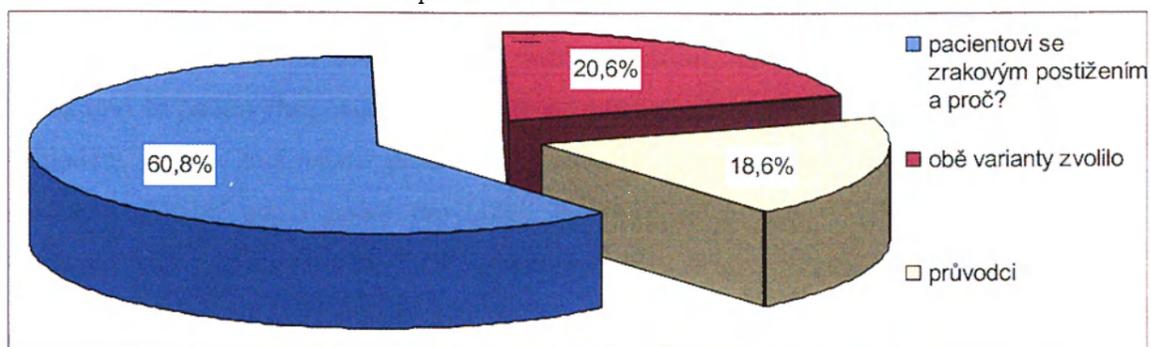
Položka č. 7 - Předávání informací z pohledu sester

Položka č. 7 sleduje, komu sestra nejčastěji předává informace o plánovaných vyšetřeních, předává recepty a jiné písemnosti určené pro pacienta se zrakovým postižením. Pro výpočet byl použit soubor 97 dotázaných, kteří odpověděli na tuto položku. Více než polovina dotázaných 59 (60,8 %) uvedla, že nejčastěji sděluje informace o plánovaných vyšetřeních a předává recepty i jiné písemnosti pacientovi. Informace i písemnosti sděluje a předává výhradně průvodci 18 (18,6 %) respondentek a 20 (20,6 %) jich sděluje informace jak pacientovi, tak jeho průvodci (viz tabulka č. 32 a graf č. 23).

Tabulka č. 32: Předávání informací z pohledu sester

Předávání informací	%	n
pacientovi se zrakovým postižením	60,8 %	59
pacientovi a průvodci.	20,6 %	20
průvodci	18,6 %	18
celkem	100 %	97

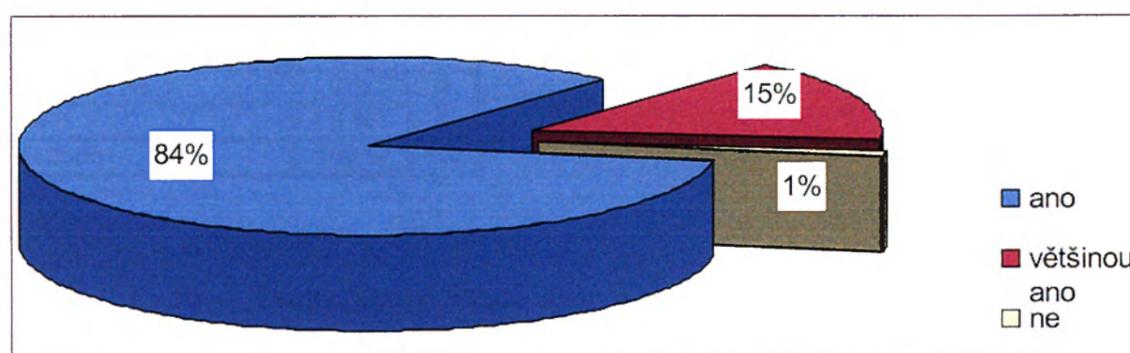
Graf č. 23: Předávání informací z pohledu sester



Položka č. 8 - Poskytnutí informací před prováděným výkonem z pohledu sester

Položka č. 8 zjišťuje, zda se sestra domnívá, že informace, které poskytuje pacientovi se zrakovým postižením před prováděním ošetrovatelského výkonu, jsou vzhledem k jeho zrakovému postižení dostatečné. Respondentky měly zvolit jednu ze čtyř možností. Slovní popis činnosti zohledňuje 84 (84 %) dotázaných. Odpověď většinou ano zvolilo 15 (15 %) respondentek a pouze jedna dotázaná odpověděla, že nezohledňuje slovní popis činnosti, kterou bude provádět (viz graf č. 24 a tabulka č. 33)

Graf č. 24: Poskytnutí informací před prováděným výkonem z pohledu sester



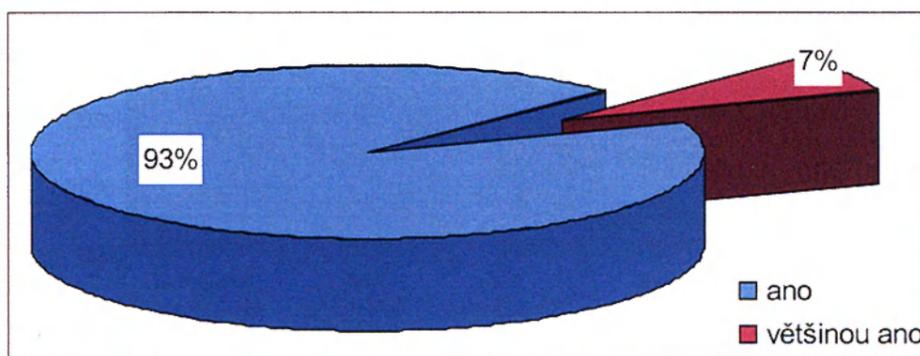
Tabulka č. 33: Poskytnutí informací před prováděným výkonem z pohledu sester

Dostatek informací	%	n
ano	84 %	84
většinou ano	15 %	15
většinou ne	0 %	0
ne	1 %	1
celkem	100 %	100

Položka č. 9 - Poskytování informací v průběhu výkonu z pohledu sester

Položka č. 9 hodnotí, zda se sestra domnívá, že informace, které poskytuje pacientovi se zrakovým postižením v průběhu prováděného ošetrovatelského výkonu, jsou vzhledem k jeho zrakovému postižení dostatečné. Respondentky měly na výběr čtyři možnosti. Slovní popis právě prováděné činnosti zohledňuje 93 (93 %) dotázaných. Odpověď většinou ano zvolilo 7 (7 %) respondentek. Negativní odpověď ne zvolila žádná dotazovaná (viz graf č. 25 a tabulka č. 34).

Graf č. 25: Poskytování informací v průběhu výkonu z pohledu sester



Tabulka č. 34: Poskytování informací v průběhu výkonu z pohledu sester

Dostatek informací	%	n
ano	93 %	93
většinou ano	7 %	7
většinou ne	0 %	0
ne	0 %	0
celkem	100 %	100

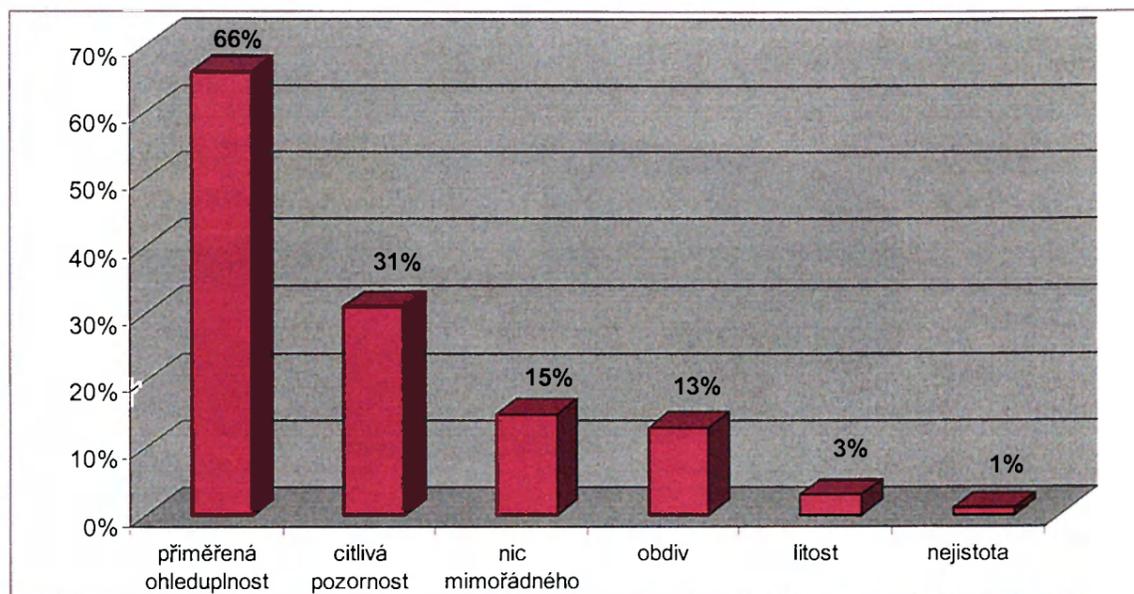
Položka č. 10 – Pocity sester vyplývající z kontaktu s pacientem se zrakovým postižením

Položka č. 10 zkoumá, jaké pocity u sester vyvolává kontakt s pacientem se zrakovým postižením. Respondentky měly na výběr osm odpovědí a měly také možnost popsat pocit jiný. Bylo zde možné zvolit více odpovědí. Z celkového počtu dotázaných označilo 19 respondentek tři možnosti a pět dalších uvedlo, že u nich pacienti vyvolávají pocity tři.

Z celkového počtu dotázaných jich největší počet 66 (66 %) pociťuje přiměřenou ohleduplnost. Citlivou pozornost vyvolává pacient se zrakovým postižením u 31 (31 %) respondentek. Nic mimořádného, přistupují ke všem pacientům stejně označilo 15 (15 %) dotázaných a u 13 (13 %) respondentek vzbuzují tito pacienti obdiv. Lítost pociťují 3 (3 %)

dotazované a pouze 1 (1 %) cítí nejistotu. Nikdo nezvolil nabízené odpovědi bezradnost a pohrdání (viz graf č. 26 a tabulka č. 35).

Graf. č. 26: Pocity sester vyvolávající kontakt s pacientem se zrakovým postižením



Tabulka č. 35: Pocity sester vyvolávající kontakt s pacientem se zrakovým postižením

Pocity sester	%	n
přiměřená ohleduplnost	66 %	66
citlivá pozornost	31 %	31
nic mimořádného	15 %	15
obdiv	13 %	13
lítost	3 %	3
nejistota	1 %	1
bezradnost	0 %	0
pohrdání	0 %	0

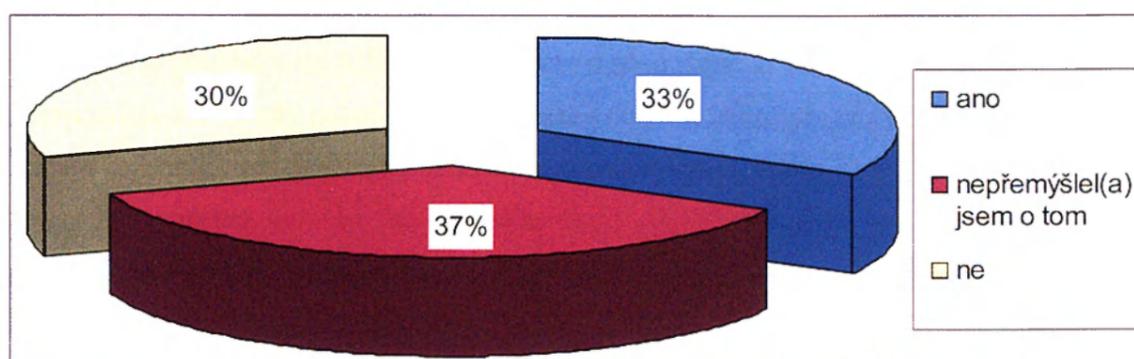
Položka č. 11 - Vhodnost uspořádání ordinace pro pacienty se zrakovým postižením z pohledu sester

Položka č. 11 hodnotí, zda se sestry domnívají, že uspořádání ambulance, ve které pracují, vyhovuje pacientům se zrakovým postižením. U respondentek, které se domnívají, že jejich ordinace není vyhovující pro zrakově postižené, tato položka ještě zjišťovala, co by změnily.

Z celkového počtu dotazovaných je uspořádání ordinace vyhovující podle 33 (33%) respondentek, naopak jako nevyhovující ho označilo 30 (30%) dotázaných. Ostatních 37

(37%) dotazovaných se nad touto otázkou nikdy nepřemýšlelo (viz graf č. 27 a tabulka č. 36). Na změnu, kterou by respondentky realizovaly jich odpovědělo 14 z 30. Nejčastěji se objevovala odpověď zvětšit prostor, změnit vše, bezbariérový přístup, odstranění překážek v chůzi a také změna není nutná, pacientů je málo.

Graf č. 27: Vhodnost uspořádání ordinace z pohledu sester



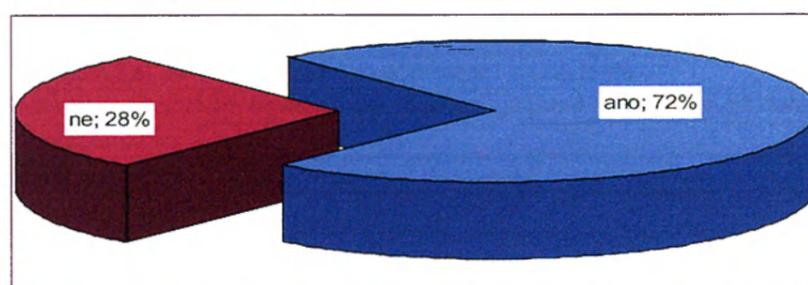
Tabulka č. 36: Vhodnost uspořádání ordinace z pohledu sester

Vhodné uspořádání	%	n
ano	33 %	33
nepřemýšlel(a) jsem o tom	37 %	37
ne	30 %	30
celkem	100 %	100

Položka č. 12 – Zájem sester o seminář s informacemi o lidech se zrakovým postižením

Položka č. 12 mapuje, zda mají sestry zájem rozšířit si znalosti o pacientech se zrakovým postižením účastí na semináři. Pro výpočet byl použit soubor 98 dotazovaných, kteří odpověděli na tuto položku. Zájem o seminář na toto téma má 71 (72 %) respondentek a naopak 27 (28 %) nemá potřebu se v této oblasti vzdělávat (viz graf č. 28).

Graf č. 28: Zájem o seminář na téma lidé se zrakovým postižením

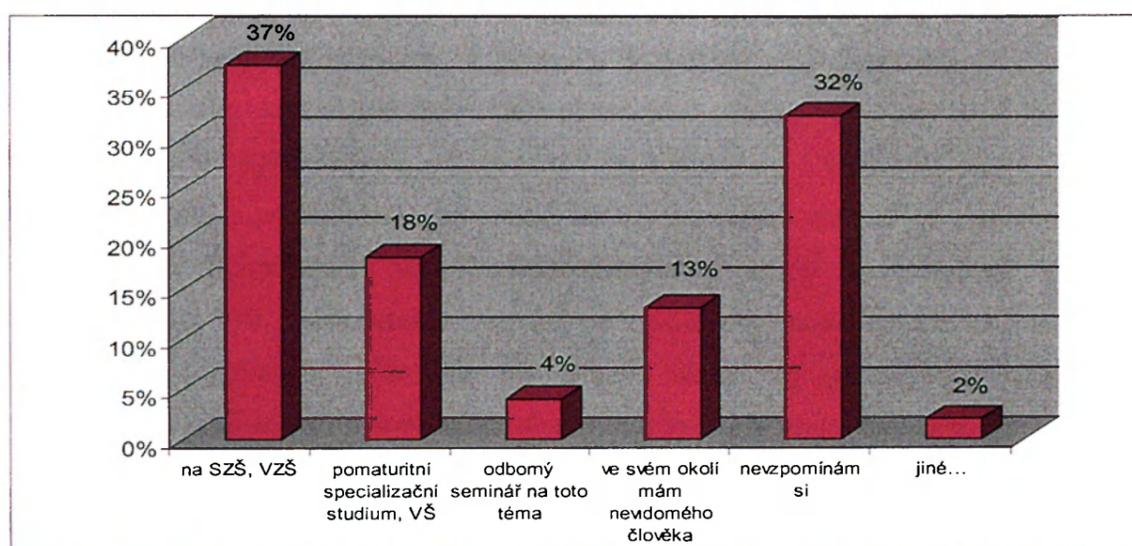


Položka č. 13 – Poslední získané informace sester o problematice zrakově postižených

Položka č. 13 zjišťuje, kdy naposledy dostala sestra informace o tom, jak jednat s pacientem se zrakovým postižením. Respondentky měly na výběr z pěti možností a dále měly možnost se vyjádřit jinak. Pro výpočet byl použit soubor 99 dotázaných, které odpověděly na tuto položku. Dvě možnosti odpovědi zvolilo 7 respondentek.

O problematice nevidomých bylo nejvíce dotazovaných 37 (37 %) naposledy informováno při studiu na SZŠ, či VZŠ. Pouze o něco méně 32 (32 %) dotázaných si vůbec nevzpomíná, zda někdy informace na toto téma dostaly. Dále pak 18 (18 %) respondentek dostalo informace při dalším pomaturitním specializačním studiu či při studiu na vysoké škole. Nevidomého člověka má ve svém okolí 13 (13 %) dotázaných a 4 (4 %) se zúčastnily odborného semináře na toto téma. Osobní praxe a vlastní zájem jako jiné uvedly 2 (2 %) respondentky (viz graf č. 29 a tabulka č. 37).

Graf č. 29: Poslední získané informace sester o zrakově postižených



Tabulka č. 37: Poslední získané informace sester o zrakově postižených

Poslední vzdělávání	%	n
SZŠ, VZŠ	37 %	37
pomaturitní specializační studium, VŠ	18 %	18
zúčastnil(a) jsem se odborného semináře na toto téma	4 %	4
ve svém okolí mám nevidomého člověka, jednání a doprovod mi nečiní problémy	13 %	13
nevzpomínám si	32 %	32
jiné...	2 %	2

3.8 DISKUZE

Umět vhodně komunikovat s lidmi se zrakovým postižením není nikomu z nás vrozené. Ze zkušenosti je známo, že se nevidomí potýkají s problémy při návštěvě zdravotnického zařízení, a proto se diplomová práce snažila tuto problematiku odkrýt. Problematika je daleko širší, do výzkumného souboru nebyly např. zařazeny sestry pracující na lůžkových odděleních, protože specifika práce jsou rozdílná.

V roce 2002 byla provedena v České republice studie na téma: Zrakově postižení v České republice a jejich realita života⁵³. Zadavatelem této studie byla Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých. Studie se zúčastnili slabozrací a nevidomí občané ČR ve věku 18-75 let, informace byly získány osobními rozhovory a celkem se zúčastnilo 300 respondentů. Jednou z položek bylo hodnocení úrovně, nedostatky a dosažitelnost specializované oftalmologické péče. Téměř třetina respondentů (30 %) hodnotila péči očního lékaře jako velmi dobrou, 42 % dotázaných ji hodnotilo jako spíše dobrou, 23 % vyjádřilo spíše neutrální hodnocení a pouze 3 % dotázaných ji hodnotilo jako velmi špatnou. Na otázku: „Jakou péči při Vašem postižení postrádáte?“, se objevily odpovědi jako obecně kvalitnější lékařskou péči a to u 7 % dotázaných, 5 % uvedlo více času na jednoho pacienta a ohleduplnost ze strany lékaře by uvítalo také 5 % respondentů. Specializovaná oftalmologická péče je snadno dosažitelná pro 69 % respondentů. V této diplomové práci byli respondenti dotazováni na kvalitu poskytované péče, ne však na hodnocení oftalmologické péče, ale na celkové hodnocení poskytované péče ve zdravotnických zařízeních. Porovnáním obou výzkumů, lze dojít k závěru, že 30 % respondentů považuje péči očních lékařů za velmi dobrou na rozdíl od hodnocení celkové zdravotní péče, kde ji jako velmi dobrou označilo pouze 13,5 % dotázaných. V celkovém součtu hodnocení je na tom nepatrně lépe celková péče, kde kladné odpovědi označilo 87,5 % respondentů, na rozdíl od očních lékařů, kde kladně odpovědělo 72 % dotázaných. Domnívám se, že rozdíl výsledků není velký, což svědčí o dobré kvalitě poskytované zdravotnické péče v České republice.

⁵³ GFK PRAHA, s.r.o.: *Zrakově postižení v České republice a jejich realita života březen 2002 II. etapa – kvantitativní část*

H1: S pacienty se zrakovým postižením se ve své praxi setkává naprostá většina sester, vzdělávání v této oblasti je potřebné.

Zdravotnická zařízení navštěvují všichni, jak ve zdraví, tak v nemoci. Pacienti se zrakovým postižením nejsou v tomto směru výjimkou. Do zdravotnických zařízení dochází více než polovina (59,6 %) respondentů se zrakovým postižením alespoň jednou za dva měsíce. Téměř všichni (94,2 %) dochází na oční, na ambulanci obvodního a zubního lékaře dochází pravidelně 93,3 % dotázaných. Každý třetí respondent má zkušenost s interní, chirurgickou, ORL, ortopedickou či neurologickou ambulancí. Další odborné ambulance, které zrakově postižení navštěvují jsou psychologická, kožní, psychiatrická, onkologická a další. Vhodné jednání s pacientem se zrakovým postižením není tedy záležitostí pouze sester pracujících na očních ambulancích, ale je nezbytné pro sestry na všech pracovištích.

Z šetření mezi sestrami vyplývá, že se více než 50 % dotazovaných sester setkává v ordinaci s pacientem se zrakovým postižením alespoň jednou měsíčně. Výjimku tvoří samozřejmě sestry pracující v očních ambulancích, kde se jich nejvíce (69 %) setkává s těmito pacienty alespoň jednou týdně. Pouze 8 % dotázaných sester uvedlo, že k nim pacienti se zrakovým postižením nechodí.

Myslím si, že naučit se vhodně komunikovat s lidmi se zrakovým postižením, umět je vhodně doprovodit, dodržovat určité zásady v komunikaci není jednoduché a vyžaduje to správné návyky v této oblasti. Přesto nejistotu v jednání s pacienty se zrakovým postižením necítí 90 % dotázaných sester, pouze každá desátá připouští určité problémy s doprovodem nevidomého, navazování kontaktu s ním a vlastní komunikací. Což vypadá jako velmi povzbudivé, ale tomuto tvrzení neodpovídají výpovědi nevidomých. Právě nejistotu ze strany sester pociťuje v 36,5 % respondentů, dále 16,3 % vnímá bezradnost a 10,6 % lítost. Komunikace sester se zrakově postiženými není bez problémů, což dokazuje i to, že pouze necelá čtvrtina pacientů se zrakovým postižením se domnívá, že dostává od sester dostatečné informace, naopak jedna pětina nemá dostatek informací a více jak polovina (55,4 %) dotázaných pacientů se zrakovým postižením si musí informace zajistit tím, že se aktivně dotazuje.

Problém vidím již v samotné přípravě sester na práci s pacienty se zrakovým postižením. Rozsah učiva v jednotlivých předmětech je široký. Problematika nevidomých je řazena do celku všech handicapovaných a velmi záleží na vyučujícím, kolik času bude jednotlivým typům handicapu věnovat. Výše uvedené potvrzuje skutečnost, že 32 %

dotázaných sester si vůbec nevzpomíná, kdy byly naposledy informovány o tom, jak vhodně jednat s lidmi se zrakovým postižením. Vzhledem k tomu, že průměrná délka praxe dotazovaných sester je 21,5 roku je naprosto alarmujícím zjištěním skutečnost, že 37 % dotázaných bylo naposledy o zmíněné problematice poučeno ve škole. Možným řešením této situace by dle mého názoru bylo zařazení akreditovaných odborných seminářů v rámci programů celoživotního vzdělávání sester. Velmi pozitivní je, že 72 % dotázaných sester považuje za užitečné takový seminář absolvovat. Hypotéza se potvrdila.

H2: Většina zdravotníků při setkání s nevidomým komunikuje s jeho doprovodem.

Komunikace s doprovodem je velmi častý problém, na který lidé se zrakovým postižením upozorňují a to nejen v souvislosti s jednáním se zdravotníky, ale i při komunikaci na úřadech, poštách apod. Není jednoduché komunikovat přímo s nevidomým, když vedle něho stojí někdo, kdo s námi udržuje oční kontakt. Výsledky výzkumu ukázaly, že 63 % respondentek ze souboru sester vnímá jako vhodné, aby byl průvodce přítomen v ordinaci, naproti tomu 37 % z nich toto nepovažuje za vhodné. Domnívám se, že kdyby sestra komunikovala výhradně s pacientem se zrakovým postižením, nepovažovala by za vhodné, aby byl průvodce přítomen v ordinaci. Avšak necelá polovina dotázaných sester (46 %) se vůbec nezamýšlí nad tím, kdo je nevidomému průvodcem - zda je to osoba známá nebo cizí, před kterou vůbec nechce řešit své zdravotní problémy. Sestry (60,8 %) samy uvádějí, že informace sdělují přímo pacientovi, 20,6 % respondentek pacientovi i průvodci a 18,6 % dotázaných jen průvodci. Celkem 39,2 % dotázaných sester tedy komunikuje více či méně s doprovodem. Pro názornost nyní uvedu výčet nejčastějších důvodů uváděných sestrami pro předávání informací průvodcům:

- „Průvodci, je mobilní.“
- „Průvodci, postará se.“
- „Průvodci, protože není zrakově postižen.“
- „Průvodci, spoléhám na to, že mu to bude vyřizovat.“
- „Průvodci, mohu mu vše lépe vysvětlit a ukázat.“
- „Průvodci, je lepší, když má průvodce všechny dokumenty pohromadě.“
- „Průvodci, protože nevidomého doprovází do lékárny, vysvětlím mu dávkování, popř. přípravu na vyšetření.“
- „Informace předávám oběma najednou a ujistím se, že oba dostatečně porozuměli instrukcím.“

- „Průvodci, pokud si nejsem jistá, že mě nevidomý pochopí.“
- „Pacientovi podám informace o zdravotním stavu a o tom, že písemnosti má průvodce, průvodci předávám lék. zprávu, recepty, poukazy apod.“
- „Pacientovi sdělím informace a plán vyš., protože se to týká jeho, průvodci písemnosti, aby je nevidomý neztratil.“
- „Pacientovi v přítomnosti průvodce.“
- „Je vhodné vše sdělit pacientovi a částečně i průvodci.“
- „Průvodci, většinou se jedná o starší pacienty a ti vše hned zapomenou.“

Dle mého názoru, některé z těchto odpovědí nevyznívají pro pacienty příliš povzbudivě a jsou přímo v rozporu s doporučením, jak jednat s pacientem se zrakovým postižením. Porovnáním výsledků odpovědí sester s odpověďmi nevidomých, lze i v tomto případě dojít k závěru, že podle nevidomých sestry příliš často komunikují s jejich doprovodem.

V případě odpovědí nevidomých by se na první pohled mohlo zdát, že se hypotéza nepotvrdila. Sestra se obrací vždy na mě uvedlo 31,1 % dotázaných se zrakovým postižením, 30,1 % většinou na mě a 28,2 % na mě pouze v případě, že jsem bez průvodce. 15,5 % uvádí, že se sestra jedná s průvodcem v případě, že jsme v ordinaci společně a 3,9 % uvádí, že sestra jedná s průvodcem i v případě, že ten čeká v čekárně. Při součtu zjišťujeme, že „pouze“ u 47,6 % respondentů se zrakovým postižením se sestry obrací s informacemi na doprovod. Situace je však z pohledu pacientů se zrakovým postižením daleko horší, protože 23 z celkového počtu 103 dotázaných odpovědělo, že je nikdo k lékaři nedoprovází. V jejich případě tedy není možné, aby se kdokoliv obrátil na průvodce. Zůstává tedy 80 respondentů a zásadně se mění výsledky. Správnou odpověď (sestra komunikuje výhradně s pacientem) uvádí pouze 16,3 % dotázaných. Odpovědi, v nichž se sestra obrací na doprovod, zvolilo v různé podobě a kombinaci 50 % z 80 dotázaných, kteří navštěvují zdravotnická zařízení s doprovodem, dalších 38,8 % uvádí, že se sestra obrací většinou na ně, možnost obrátit se na doprovod tedy svou odpovědí také připouští. Hypotéza se potvrdila.

H3: Více než polovina sester neví, jak vhodně doprovodit nevidomého pacienta.

Jsem přesvědčena, že umět správně doprovodit pacienta se zrakovým postižením by mělo patřit mezi základní dovednosti všech zdravotníků. Nejvíce pacientů se zrakovým postižením 57,3 % se setkalo s tím, že je sestra chytí za loket, nebo za ruku a dovede do ordinace. Pouze 14,6 % pacientů bylo doprovázeno doporučeným způsobem (sestra

požádá, aby se nevidomý chytil za paži a následně ho doprovodí do ordinace). V odpovědích nevidomých se často objevuje, že sestry užívají nesprávný způsob doprovodu jako např. sestra mě chytí za obě ruce a po té přede mnou couvá, sestra vyžaduje, aby šel doprovod se mnou do ordinace, nebo naprosto nevhodné strkání před sebou. Také bylo zjišťováno, jaké způsoby doprovodu, se kterými se nevidomí setkávají, považují za zcela nepřijatelné. Právě chycení za ruce a vedení couvající sestrou označilo nejvíce respondentů se zrakovým postižením (76,3 %). Tento způsob je nejen komický a zbavuje zrakově postiženého kontroly nad sebou, ale je také nebezpečný, protože sestra nemá přehled, co se děje za ní. Každý čtvrtý respondent (23,7 %) pak odmítá požadavek být doprovázen průvodcem do ordinace. Další nepřijatelný způsob je pro 16,1 % nevidomých strkání pacienta před sebou, protože pokud je pacient strkán před sestrou, stává se terčem všech překážek, které potká. Naopak za ideální způsob považuje naprostá většina 84,9 % zrakově postižených doporučovaný způsob doprovodu.

Myslím si, že o neinformovanosti sester v této oblasti svědčí i to, že v mnoha případech nedokáží zvolit ani správnou odpověď z nabídky. Správnou variantu zvolilo pouze 41 % dotázaných sester a naopak nevhodnou vybralo 59 % respondentek. Variantu pro zrakově postižené nejméně přijatelnou (chycení za ruce a vedení couvající sestrou) zvolilo 10 % respondentek, přičemž z deseti sester, které vybraly tento způsob doprovodu, jich osm takto doprovází pacienta na oční ambulanci. Hypotéza se potvrdila, což dokazují výsledky obou souborů.

H4: Dle názoru nevidomých nekomentuje většina sester probíhající výkon dostatečně.

Sester, které nekomentují dostatečně probíhající výkon není dle názoru pacientů se zrakovým postižením většina, ale „pouze“ 40,4 %. Dostatečné informace o probíhajícím výkonu dostalo 59,6 % respondentů. Tato hypotéza se potvrdila částečně.

Hypotéza se sice potvrdila pouze částečně, ale domnívám se, že 40,4 % je poměrně velký počet pacientů se zrakovým postižením, kteří mnohdy neví, co se s nimi děje.

H5: Statisticky významný počet sester se domnívá, že v průběhu výkonu poskytuje dostatečné informace.

93 % sester se domnívá, že vzhledem k zrakové vadě poskytuje v průběhu výkonu dostatek informací. Zbývajících 7 % respondentek se domnívá, že poskytuje dostatek informací ve většině případech. Hypotéza se potvrdila, ale při porovnání s H4 zjistíme, že 40,4 % pacientů se zrakovým postižením má jiné zkušenosti. Vzhledem k tomu, že se

pohled sester neshoduje s názorem zrakově postižených, je třeba této oblasti věnovat pozornost. Tato hypotéza se potvrdila.

Každý z nás se chce dobře orientovat ve světě, kde žije a vědět co může očekávat. Dle mého názoru, bychom měli mít stále na paměti, že právě u lidí se zrakovým postižením je nesmírně důležité zaměřit se na slovní komentář veškerých činností, které plánujeme udělat, ale i těch, které právě provádíme.

Z dalších zjištěných problémů je pocit nevidomých, že jsou v ordinaci považováni za méně schopné a nesamostatné. Z odpovědí na přímé dotazy nelze tuto domněnku potvrdit, protože pacienti se zrakovým postižením vnímají podceňování ze strany sester pouze v 13,5 %. Více než polovina 51 % respondentů se zrakovým postižením se domnívá, že sestra se chová ke všem pacientům přiměřeně a 42,6 % pocítuje přiměřenou ohleduplnost. Podobné pocity vyjádřily i sestry, které v 66 % pocítují přiměřenou ohleduplnost a 15 % dotázaných sester nedělá mezi pacienty rozdíl. Pokud by skutečně podceňování ze strany sester vnímalo pouze 13,5 % dotázaných se zrakovým postižením, bylo by to dle mého názoru akceptovatelné, ale na tuto problematiku se lze podívat i z jiného pohledu. Odpověď lze hledat v porovnání s H2, kde bylo potvrzeno, že většina sester komunikuje s doprovodem. Zamysleme se nad touto skutečností. Jaké budou naše pocity, když někdo v naší přítomnosti mluví s doprovodem, jako bychom tam nebyli? Domnívám se, že to mohou být právě pocity neschopnosti, nesamostatnosti. Ze 43 dotázaných, kteří odpovídali na část otázky, jich 30 uvádí jako problém snahu sester řešit situaci přes průvodce. Pro názornost uvedu nejčastější příklady, kdy se pacienti se zrakovým postižením vyjadřují ke komunikaci s průvodcem:

- „Zdravotní sestry si dost často neuvědomují, že i nevidomý člověk je schopný jednat sám za sebe a postarat se o sebe.“
- „Sestry ve většině případů jednají s mým průvodcem, jako bych nebyla svéprávná. Vím, že to nemyslí zle, ale vždy mě to rozčílí.“
- „Uvítal bych, kdyby se sestry ke mně chovaly jako k jiným pacientům (aby komunikovaly se mnou a ne s průvodcem).“
- „Sestra mluví většinou na průvodce, ne na mě, ač se snažím mít iniciativu.“
- „Někdy mám pocit, že si myslí, že člověk je nevědomý a nikoli nevidomý.“

Také byl zjišťován způsob, jakým na sebe upozorní pacient se zrakovým postižením po příchodu do čekárny a jak reaguje sestra pokud je takový pacient v čekárně. Z výsledků

je patrné, že 23 % dotázaných se zrakovým postižením volí více než jednu variantu, což je dáno možnostmi, které v danou chvíli pacient má, zda je doprovázen průvodcem či nikoliv. Nejvíce zrakově postižených (41,7 %) se po příchodu do čekárny ptá, kdo je poslední a požádá, aby ho dotyčný upozornil, až půjde do ordinace. V této souvislosti bych chtěla upozornit na nutnost zabývat se pořadím pacientů v čekárně, protože tento způsob upozornění na sebe v čekárně může být příčinou předbíhání vidícími pacienty. Porovnáním odpovědí obou skupin, lze dojít k velmi rozdílným výsledkům. Na iniciativu průvodce spoléhá 28,2 % dotázaných a dalších 24,3 % má s sebou průvodce, ale zařizují si své záležitosti sami. Na pomoc zdravotnického personálu spoléhá 19,4 % dotázaných se zrakovým postižením a 17,5 % respondentů sami aktivně hledají vchod do ordinace. Naopak 84 % dotázaných sester uvádí, že osloví pacienta a nabídne mu pomoc a 14 % dotázaných sester vnímá pacienta jako kohokoliv jiného.

Dále výzkum mapoval, jaké faktory ovlivňují výběr zdravotnického zařízení u pacientů se zrakovým postižením. Z výsledků je patrné, že pro 67,6 % respondentů je nejdůležitější vzdálenost a dostupnost zdravotnického zařízení, což je dáno jistým omezením samostatnosti pohybu vzhledem k zrakové vadě. Možná více, než by se dalo očekávat, je důležitá kladná zkušenost s jednáním zdravotnického personálu a to pro 56,9 % respondentů. Na doporučení někoho se zrakovým postižením dá 22,5 % a pouze pro 9,8 % dotázaných jsou podstatné dobré reference o odbornosti. Při analýze těchto výsledků je nutné si opět uvědomit, jak je důležitá informovanost o zrakově postižených lidech.

Šetření ukázalo zásadní rozdíl mezi žádaným stavem a realitou. Pro odhalení příčin tohoto nesouladu, by bylo dle mého názoru, nutné provést kvalitativní výzkum.

4 ZÁVĚR

Diplomová práce je věnována některým aspektům komunikace sester pracujících na ambulancích s pacienty se zrakovým postižením. Teoretická část se zabývá problematikou zrakového postižení, obecného vymezení pojmu komunikace a specifikům jednání s nevidomými. Popisuje jednotlivé zrakové vady, psychosociální aspekty zrakového postižení, speciální vzdělávání, speciální pomůcky, dobrovolnictví v průvodcovské službě a zabývá se také přípravou sester na práci s lidmi se zrakovým postižením.

Záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat zkušenosti lidí se zrakovým postižením ve zdravotnických zařízeních. Výzkum byl zaměřen na úskalí komunikace mezi pacienty se zrakovým postižením a ambulantními sestrami. Byly analyzovány výsledky dotazníků vlastní konstrukce předložené souboru osob se zrakovým postižením a souboru sester pracujících v ambulantní složce. Před hlavním výzkumem byl v říjnu 2005 proveden předvýzkum na jehož základě byly některé položky upraveny a doplněny. Hlavní výzkum probíhal od listopadu 2005 do ledna 2006. Hlavního výzkumu se zúčastnilo 104 respondentů se zrakovým postižením z České republiky a 100 všeobecných sester pracujících v interních, chirurgických, očních, gynekologických, neurologických a ORL ambulancích.

Cílem diplomové práce bylo poukázat na problémy, se kterými se zrakově postižení setkávají ve zdravotnických zařízeních. Problémů je celá řada, ale dle mého názoru je velmi pozitivní, že většina z nich se dá odstranit bez velkých finančních nákladů. Mnohé (29,3 %) vyplývají právě z nedostatečné informovanosti zdravotnického personálu o zrakově postižených. Respondenti se zrakovým postižením upozorňují na další konkrétní prohřešky v komunikaci, jako je „komunikace s průvodcem namísto s pacientem“ 14,6 %, „jednání jako s člověkem neschopným“ 12,2 %, „nejistota ze strany sester“ 9,8 % a další procentuálně méně zastoupené, jako je „lékař mluví s průvodcem“, „průvodce by měl čekat venku“, „neochota ze strany sester“, „nedostatek informací“, „pokud sestra nemá čas mě odvést, lékař trvá na tom, aby šel průvodce se mnou do ordinace“ a další.

Požadavek na vítanou změnu v informovanosti sester uvedlo 53,4 % dotázaných se zrakovým postižením a dalších 17 % dotázaných by tuto osvětu rozšířilo i na lékaře. Jedna pětina (20,7 %) pacientů se zrakovým postižením vidí problém ve špatné orientaci v budovách, ve špatném značení. Tyto technické změny (osvětlení, kontrastní velké nápisy, kontrastní barvy, barevné dveře, zvukové majáky, popisky v Braillově písmu, informační

panely) navrhovalo 28,4 % dotázaných. Třetí nejvíce procentuelně zastoupený návrh na změnu (18,2 %) je zlepšení systému organizace pacientů a zkrácení čekací doby.

První hypotéza poukazuje na skutečnost, že se ve své praxi naprostá většina sester setkává s pacienty se zrakovým postižením a vzdělávání v této oblasti je nutné. Z šetření mezi sestrami vyplývá, že více než 50 % z nich se setkává v ambulanci s nevidomými alespoň jednou měsíčně. Respondenti se zrakovým postižením (59,6 %) uvádějí, že do zdravotnických zařízení dochází alespoň jednou za dva měsíce. Zajímavé je, že 90 % dotázaných sester necítí nejistotu v jednání s pacienty se zrakovým postižením, pouze každá desátá připouští určitou nejistotu. Nevidomí, ale pociťují nejistotu ze strany sester v 36,5 %, dále pak 16,3 % respondentů bezradnost a lítost uvádí 10,6 % dotázaných. Pouze necelá čtvrtina (23,8 %) respondentů se zrakovým postižením se domnívá, že informace od sester jsou dostatečné, naopak 20,8 % dotázaných informace nepovažuje za dostatečné a 55,4 % si musí informace zajistit tím, že se ptá. Vzdělávám, či spíše doplnění vzdělání v této oblasti je plně na místě, protože 37 % dotázaných sester bylo o tomto tématu naposledy poučeno ve škole a přitom průměrná délka praxe dotazovaných sester činí 21,5 roku. Plných 32 % z celkového počtu dotázaných sester si vůbec nevzpomíná, kdy byly naposledy informovány o zrakově postižených. Tato hypotéza se potvrdila.

Druhá hypotéza se zabývala počtem zdravotníků, kteří při setkání s nevidomým komunikují s jeho doprovodem. Přítomnost průvodce v ordinaci vnímá jako vhodné 63 % dotázaných sester, naproti tomu 37 % toto považuje za nevhodné. Z 80 respondentů se zrakovým postižením, kteří dochází do zdravotnických zařízení v doprovodu průvodce, jich uvádí pouze 16,3 %, že se sestra obrací vždy na ně. Odpovědi, v nichž se nabízí možnost komunikace sestry s průvodcem zvolilo 50 % dotázaných se zrakovým postižením a 38,8 % uvádí, že se sestra obrací většinou na ně, kde připouští možnost obrátit se na doprovod. Hypotéza se potvrdila.

Třetí hypotéza zjišťovala, zda více než polovina sester neví, jak vhodně doprovodit nevidomého pacienta. Více než polovina respondentů se zrakovým postižením (57,3 %) se setkala s nevhodnými či nešikovnými způsoby doprovodu, a naopak s doporučeným způsobem doprovodu se setkala pouze 14,6 % respondentů. Správný způsob doprovodu pacienta si ze čtyř možných variant odpovědí zvolilo 41 % dotázaných sester a naopak je zarážející, že nevhodný způsob doprovodu do ordinace zvolilo 59 % dotázaných sester. Neznalost v této oblasti potvrzuje i to, že mnohdy sestry nedokáží ani vybrat doporučený způsob doprovodu. Hypotézu potvrzují oba výzkumné soubory.

Čtvrtá hypotéza poukazuje na to, že dle názoru nevidomých nekomentuje většina sester probíhající výkon dostatečně. Sester, které nekomentují probíhající výkon dostatečně, není většina, ale 40,4 %. Za dostatečný, nebo téměř dostatečný považuje komentář sester 59,6 % respondentů se zrakovým postižením. Hypotéza se potvrdila částečně.

Pátá hypotéza zjišťovala, zda se statisticky významný počet sester domnívá, že v průběhu výkonu poskytuje dostatečné informace. Tuto hypotézu potvrzují odpovědi 93 % dotázaných sester, které se domnívají, že poskytují dostatečné informace v průběhu výkonu vzhledem ke zrakové vadě a ostatních 7 % dotázaných sester se domnívá, že dostatečné informace poskytuje ve většině případech.

Nevidomí upozorňují, že jsou často považováni za méně schopné a nesamostatné. Výzkum měl odhalit, jak tento problém vnímají pacienti se zrakovým postižením a jak sestry. Na přímou otázku označilo podceňování ze strany sester pouze 13,5 % dotázaných se zrakovým postižením, což se nezdá být tak alarmující. Odpověď lze také hledat v H2, která potvrzuje, že většina sester komunikuje s doprovodem. Je otázkou, zda právě komunikace s průvodcem (jakkoli pochopitelná z důvodu snazšího očního kontaktu) nestaví pacienta se zrakovým postižením do pozice člověka druhořadého, méně schopného, méně chápavého, nesamostatného.

Nejdůležitější při výběru zdravotnického zařízení je pro respondenty se zrakovým postižením jeho vzdálenost (dostupnost) a to v 67,6 %. Kladnou zkušeností s jednáním zdravotnického personálu se řídí 56,9 % dotázaných, doporučením někoho se zrakovým postižením se řídí 22,5 % respondentů a pro 9,8 % dotázaných jsou to dobré reference o odbornosti.

Stanovené hypotézy se téměř podařilo potvrdit. Výzkum poukázal na další problémy (nejen v komunikaci), se kterými se lidé se zrakovým postižením setkávají ve zdravotnických zařízeních. Dle získaných výsledků tohoto výzkumu se domnívám, že v informovanosti sester je opravdu co měnit. Další výzkumné šetření by se mohlo rozšířit i na ostatní zdravotnický personál, který komunikuje s pacienty se zrakovým postižením. Zajímavé by také bylo zjistit zkušenosti s těchto pacientů na lůžkových odděleních.

V naší společnosti má vážné problémy se zrakem přibližně každý šedesátý člověk, přičemž pravděpodobnost výskytu zrakové vady prudce stoupá s přibývajícím věkem. Vzhledem k prodlužující se délce života se zvyšuje i četnost zrakových vad v populaci. Z toho lze soudit, že v situaci, kdy se na svůj zrak již nebudou moci spolehnout, ocení

kvalifikovaný, pozorný a laskavý přístup ze strany zdravotnického personálu. Výzvy a doporučení uvedené v této práci jsou návodem ke zlepšení poskytované péče.

Navrhovaná opatření:

1. Celoživotní vzdělávání sester

V této oblasti je třeba se věnovat sestrám v praxi, protože po ukončení studia již další informace týkající se zrakově postižených nezjišťují. Do systému celoživotního vzdělávání sester by měly být zařazeny akreditované semináře věnované problematice komunikace se zrakově postiženými. Dostatek informací podaných přitažlivou formou je to, co bychom měli poskytnout sestrám. Umět vhodně jednat a doprovodit pacienta se zrakovým postižením není věda, ale je potřeba si to vyzkoušet pod odborným vedením.

Návrh programu semináře pro sestry

Jednodenní seminář cca 7 hodin, 2 přestávky.

Lektoři: -instruktor prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených
- nevidomý lektor

Místo konání: interiér (popř. exteriér) umožňující praktický nácvik dle textu

I. část – teoretická 3 hodiny

A/ Kdo jsou zrakově postižení?

- úvod do problematiky zrakově postižených
- informace o životě se zrakovou vadou
- rozdíl ve vnímání světa mezi nevidomým od narození a později osleplým

B/ Názvosloví

- zcela nevidomý, zrakově postižený, se zbytky zraku.....

C/ Komunikace se zrakově postiženým pacientem

- zásady komunikace

II. část – praktický nácvik 3 hodiny

A/ Prožitek simulované slepoty

B/ Nácvik technik chůze s průvodcem (pohyb v místnosti, po chodbách, po schodech)

III. část – diskuze 1 hodina

2. Zlepšit značení ve zdravotnických zařízeních

Vyřešení tohoto problému vyžaduje jisté náklady, ale ne vždy se musí jednat o náklady přímé. Například při plánování malování by bylo možné konzultovat tuto činnost s lidmi zabývajícími se problematikou zrakově postižených a využít kontrastních barev jako vodících linií pro slabozraké, natřít barevně rámy dveří i dveře samotné. Dále pak označení dveří ordinací velkými kontrastními nápisy a popisky klik v Braillově písmu a v neposlední řadě také zlepšit osvětlení v ordinacích, aby se slabozrací mohli lépe orientovat. Vhodné je i využití zvukových majáků a informačních panelů s hlasovým výstupem.

Pokud zdravotnické zařízení investuje do informačních brožur, které seznamují pacienty se zařízením, s přípravou na vyšetření apod., bylo by vhodné, aby byly všechny informace k dispozici také v Braillově písmu nebo v elektronické podobě uzpůsobené pro čtení na PC s hlasovým výstupem.

3. Zlepšit systém organizace pořadí pacientů

Tento problém se dá řešit dodržováním objednávací doby, sestra má kontrolu, zná jméno objednaného pacienta a tím by se mělo předejít předbíhání (i nechtěnému) vidícími pacienty. Organizace práce neumožňuje objednávání pacientů na všech pracovištích (např. úrazová ambulance, pohotovost apod.), zde je nutná právě všímavost sestry a její přehled o čekajících. Dále bychom si měli uvědomit, že pokud je pacient objednaný na určitou hodinu a současně je doprovázen průvodcem, naše neorganizovanost může přinést komplikace oběma. Dalším doporučením je opustit systém „další“. Všichni máme své jméno a nejsme jen „další kus“ v řadě. Pro nevidomé představuje problém i systém vybírání kartiček pojišťovny nebo předávání informací pouze vizuální formou (displeje, psané pokyny na dveřích apod.).

Seznam použité literatury a prameny

1. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V.: *Výzkum a ošetřovatelství*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
2. BERAN, J.: *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.
3. ČÁP, J., MAREŠ, J.: *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-197-7.
5. DYNÁKOVÁ, Š.: Uvidíme zítra...*Sestra*, 2006, roč. 16, č. 1, 16 s.
6. ERIKSON, E. H.: Child and society. In VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 132, 148, 197 s. ISBN 80-7184-929-4.
7. FRANCOVÁ, P., SCHINDLER, R.: *Nebojte se nevidomých*. (Seminar 12.2.2005, Praha Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých)
8. FRANCOVÁ, P., VEČERKOVÁ, H.: *Adresář poskytovatelů služeb pro děti a dospělé se zrakovým postižením a jejich rodiny*. Praha: Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2005. ISBN 80-86932-03-6
9. FRANCOVÁ, P.: *Za zeptání nic nedáte aneb jak vidím svět, když nevidím*. Praha: Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2004. ISBN 80-903247-2-X.
10. GFK PRAHA, s.r.o.: *Zrakově postižení v České republice a jejich realita života březen 2002 II. etapa – kvantitativní část*
11. HOLOUŠOVÁ, D. – KROBOTOVÁ, M.: *Diplomové a závěrečné práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0458-3.
12. HONZÁK, R., PÁLKA, J.: *Komunikace lékařů a zdravotníků s handicapovanými lidmi*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1992, videokazeta
12. HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. 2.doplňené vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0.
14. HYCL, J. – VALEŠOVÁ, L.: *Atlas oftalmologie*. 1.vyd. Praha: Triton s.r.o., 2003. ISBN 80-7254-382-2.
15. HYCL, J.: *Oftalmologie minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton s.r.o., 1999. ISBN 80-7254-065-3.

16. CHVÁTALOVÁ, H.: Speciálního jenom tolik, kolik je nezbytně třeba. *Děti a my*, 2000, roč.30, č.3, 40-41 s. ISSN 0323-1879.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J.: *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
18. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
19. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2.přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. ISBN 80-7013-187-X.
20. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L.: *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
21. LACHMAN, J.: Budou si vědět rady. *Zora*, 2005, č. 1
22. MAREŠ, J. a kol.: *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 2. vyd. Praha: VŠ J.A. Komenského s.r.o., 2002. ISBN 80-86723-00-3.
23. MICHÁLEK, M. – FRANCOVÁ, P. – JAKEŠ, J.: *Nevidáno*. Praha: Okamžik, komunitní centrum sociálních a kulturních služeb pro nevidomé, 2002.
24. MICHÁLEK, M.: *Nebojte se nevidomých!* Praha: Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2004. ISBN 80-903247-3-8.
25. PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B.: Psychologie dítěte. In VÁGNEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 211 s. ISBN 80-7184-929-4.
26. RENOTIÉROVÁ, M. – LUDÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
27. RUCKÁ, R.: *Bestseller o životě*. NUT'S PRODUCTION, o.p.s., 2004.
28. SEIFERT, R.: *Řízek na severozápadě*. 1. vyd. Praha: Editpress, s.r.o., 2003. ISBN 80-239-0514-7.
29. SCHINDLER, R.: Chůze se zrakově postiženým pacientem. *Sestra*, 2000, roč.10, č.7, 1-2 s. ISSN1210-0404.
30. SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRKÝCH ČR.: *Vidíme ty, kteří nevidí*. Praha: Symply sirena, 2004, videokazeta.
31. SKALICKÁ, M.: Metodický list-Zraková stimulace. In KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L.: *Oftalmopedie*. 2 vyd. Brno: PAIDO, 2000. s. 41. ISBN 80-85931-84-2.
32. ŠIMŮNEK, M.: *Sociální rehabilitace těžce zrakově postižených*. Čes. slov. Oftalmologie, 2000, roč.56, č.6, 389-393 s. ISSN 1211-9059.

33. ŠTĚPANÍK, J.: *Umění jednat s lidmi 2 komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0844-2.
34. ŠTRÉBLOVÁ, M.: *Poznáváme svět se zrakovým postižením*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2002. ISBN 80-7044-448-7.
35. TATE, P.: *Komunikace pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0911-2.
36. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšíř. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
37. VÁGVEROVÁ, M. – HAJD-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
38. VACHULOVÁ, J.: *Svět objevený poslepu*. (Beseda 31.3.2005, Praha Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých).
39. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
40. WEINER, P.: *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. 1. vyd. Praha: Avicem, 1986.
41. WIČAZOVÁ, E.: *Nebojte se nevidomých*. *Sestra*, 2005, roč.....,č.1, 1 s. ISSN 1210-0404.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION.: *Lemon 2*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-238-8.

Elektronické dokumenty a stránky

43. *Ministerstvo školství tělovýchovy a sportu*. 2005/73 Sb. Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných./ datum citace 20.1.2006/. Dostupné na WWW: <http://www.skolaonline.cz/scripts/detail.php?id=4407>.
44. *Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých*. Praha: Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých [datum citace 17.2.2006]. Dostupné na WWW: <http://www.okamzik.cz>
45. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR* [online]. Praha: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR [datum citace 20.3.2006]. Dostupné na WWW: <http://www.sons.cz>
46. Svárovský, s.r.o. Brno: Výrobce bílých holí[datum citace 12.2.2006]. Dostupné na WWW: <http://www.svarovsky.cz/index.htm>
47. *Tyfloservis*. Praha: Tyfloservis. Dostupné na WWW: <http://www.tyflosesrvis.cz>

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce pro pacienty se zrakovým postižením

Příloha č. 2: Dotazník vlastní konstrukce pro sestry

Příloha č. 3: Učební osnova předmětu – Psychologie a pedagogika

Příloha č. 4: Učební osnova předmětu – Ošetřovatelství

Příloha č. 5: Učební osnova předmětu – Psychologie a komunikace

Příloha č. 6: Učební osnova předmětu – Ošetřovatelství v klinických oborech

Příloha č. 7: Učební osnova předmětu – Komunikace v ošetřovatelství

Příloha č. 8: Učební osnova předmětu – Zdravotnická psychologie

Příloha č. 9: Speciální pomůcky pro osoby se zrakovým postižením

Příloha č. 10: Seznam poskytovatelů služeb pro osoby se zrakovým postižením

Příloha č. 11: Braillova slepecká abeceda

Příloha č. 12: Seznam tabulek

Příloha č. 13: Seznam grafů

Příloha č. 1

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia 1. lékařské fakulty UK – obor učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. V rámci mé diplomové práce bych chtěla zmapovat Vaše problémy při návštěvě zdravotnického zařízení. Prosím Vás proto o zodpovězení několika otázek. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity ke zlepšení poskytované péče. Za spolupráci předem děkuji.

Bc. Lenka Šmídová

- 1/ Jak často navštěvujete zdravotnické zařízení?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> asi jednou týdně | <input type="checkbox"/> asi jednou za 6 měsíců |
| <input type="checkbox"/> asi jednou za 14 dní | <input type="checkbox"/> přibližně jednou za rok |
| <input type="checkbox"/> asi jednou měsíčně | <input type="checkbox"/> méně často |
| <input type="checkbox"/> asi jednou za 2 měsíce | |
- 2/ Jak hodnotíte zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních?
- velmi dobrá
 spíše dobrá
 spíše špatná
 velmi špatná
- 3/ Uveďte prosím, které ambulance jste dosud navštívil(a)? (lze označit více odpovědí)
- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> obvodní | <input type="checkbox"/> ušní,nosní,krční |
| <input type="checkbox"/> interna | <input type="checkbox"/> gynekologie |
| <input type="checkbox"/> chirurgie | <input type="checkbox"/> onkologie |
| <input type="checkbox"/> neurologie | <input type="checkbox"/> ortopedie |
| <input type="checkbox"/> oční | <input type="checkbox"/> jiný..... |
| <input type="checkbox"/> zubní | |
- 4/ Kdo Vás nejčastěji doprovází k lékaři? (lze označit více odpovědí)
- rodinný příslušník
 známý, přítel
 dobrovolný průvodce
 nikdo
 pokud někdo jiný, kdo.....
- 5/ Jakým způsobem na sebe upozorníte po příchodu do čekárny?

- hledám vchod do ordinace, klepu na dveře, ptám se ostatních lidí v čekárně
- mám u sebe bílou hůl a očekávám, že sestra zareaguje jako první
- iniciativu nechám na průvodci
- sestru oslovím za pomoci průvodce, který mě upozorní, kdy mohu mluvit
- zeptám se, kdo je poslední a domluvím se s ním, aby mě upozornil až půjde do ordinace

6/ Na koho se obrací sestra s informacemi pro Vás?

- vždy na mě
- většinou na mě
- na mě pouze v případě, že jsem bez průvodce
- na průvodce v případě, že je se mnou v ordinaci
- na průvodce i v případě, že čeká v čekárně

7/ Zohledňuje sestra Vaše zrakové postižení a informuje Vás sestra předem, jaký bude provádět ošetřovatelský výkon (aplikace injekce, očních kapek, ošetřování poraněné části atd.)?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

8/ Zohledňuje sestra Vaše zrakové postižení a popisuje dostatečně činnost, kterou právě provádí (aplikace injekce, očních kapek, ošetřování poraněné části atd.)?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

9/ Se kterou z těchto možností doprovodu do ordinace se setkáváte nejčastěji?

- A/ sestra mě chytí za loket, nebo za ruku a dovede do ordinace
- B/ sestra mě požádá, abych se chytil(a) za paži a doprovodí mě do ordinace
- C/ sestra mě chytí za obě ruce a poté přede mnou couvá
- D/ pokud mám doprovod, sestra vyžaduje, aby šel se mnou do ordinace
- E/ pokud jiným způsobem, jak.....

9a/ Kterou z těchto možností považujete za ideální.....

9b/ Kterou z těchto možností považujete za nepřijatelnou.....

10/ Při výběru zdravotnického zařízení se řídím především:

- vzdáleností (dostupností) zdravotnického zařízení od mého bydliště

- doporučením někoho se zrakovým postižením
- kladnou zkušeností s jednáním zdravotnického personálu
- jinými kritérii, jakými.....

11/ Jaká převažuje Vaše osobní zkušenost při kontaktu se sestrou?

- pozitivní
- negativní

12/ Při komunikaci se sestrami nejčastěji z jejich strany vnímáte: (lze označit více opovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nic mimořádného
(sestra se chová ke všem
pacientům stejně) | <input type="checkbox"/> podceňování |
| <input type="checkbox"/> lítost | <input type="checkbox"/> přiměřenou ohleduplnost |
| <input type="checkbox"/> bezradnost | <input type="checkbox"/> pohrdání |
| <input type="checkbox"/> nejistotu | <input type="checkbox"/> přeceňování |
| <input type="checkbox"/> citlivou pozornost | <input type="checkbox"/> jiné..... |

13/ Domníváte se, že doplňující informace (o vyšetřeních, receptech atd.), které dostáváte od sestry jsou dostatečné?

- ano
- ano, dostatek informací si zajistím, ptám se
- ne

Pokud ne v čem? (lze označit více opovědí)

- nesrozumitelná instrukce
- snaha řešit situaci přes průvodce
- jiné.....

14/ S jakými problémy se nejčastěji setkáváte:

.....

15/ Jaké změny byste uvítal(a)?

.....

16/ Domníváte se, že uspořádání ordinací vyhovuje pacientům se zrakovým postižením (nábytek, osvětlení, akustika, nápisy)?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne
- nepřemýšlím o tom

A/ Uveďte prosím, zda jste:

- muž
- žena

B/ Kolik Vám je let?

C/ Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- základní
- vyučen, středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

D/ Jak hodnotíte Váš celkový zdravotní stav?

- dobrý
- uspokojivý
- méně uspokojivý
- špatný

E/ Jak hodnotíte poškození Vašeho zraku?

- jsem slabozraký
- jsem těžce slabozraký
- jsem prakticky nevidomý
- vůbec nevidím

F/ Od kdy jste začal(a) mít výrazné problémy se zrakem?

- od narození
- ve věku.....

G/ Uveďte prosím obec, kde navštěvujete zdravotnické zařízení?.....

Příloha č. 2

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem studentkou magisterského studia 1. lékařské fakulty UK – obor učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Součástí mé diplomové práce je dotazník zabývající se problematikou pacientů se zrakovým postižením. Prosím Vás proto o zodpovězení několika otázek. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity ke zlepšení poskytované péče. Za spolupráci předem děkuji.

Bc. Lenka Šmídová

Za osoby zrakově postižené jsou považovány osoby, jimž zraková vada činí potíže při orientaci a samostatném pohybu.

1/ Navštěvují Vaši ambulanci lidé se zrakovým postižením?

- ne
 ano

Pokud ano, jak často?

- asi jednou týdně
 asi jednou za 14 dní
 asi jednou měsíčně
 asi jednou za 6 měsíců
 přibližně jednou za rok
 méně často

2/ Cítíte se nejistý(á) při jednání s pacientem se zrakovým postižením?

- ne
 ano

Pokud ano, v čem? (lze označit více odpovědí)

- navazování kontaktu
 doprovod pacienta
 vlastní komunikace (používání nevhodných slov, gesta, mimika apod.)
 jiné.....

3/ Je-li v čekárně pacient se zrakovým postižením:

- oslovím jej a nabídnu mu pomoc
 iniciativu nechám na něm
 spoléhám na to, že má svého průvodce
 vnímám jej jako kohokoliv jiného

4/ Je-li pacient se zrakovým postižením doprovázen průvodcem (nebo jinou osobou) vnímáte jako vhodné, aby byl průvodce přítomen v ordinaci?

- ne
- ano

5/ Je-li pacient se zrakovým postižením doprovázen průvodcem (nebo jinou osobou) zamýšlíte se nad tím, zda je pro něho tento člověk osoba příbuzná, známá, příp. cizí?

- ne
- ano

6/ Jaký způsob zvolíte, když doprovázíte pacienta se zrakovým postižením do ordinace?

- chytím jej za loket a dovedu do ordinace
- nechám pacienta chytit se mé paže a jít krok za mnou
- chytím jej za obě ruce, poté před ním couvám a společný směr pohybu kontroluji pohledem přes rameno
- pacienta nedoprovázím, spoléhám na průvodce

Pokud jiným způsobem, jak?

.....

7/ Komu nejčastěji sdělujete informace o plánovaných vyšetřeních, popřípadě komu předáváte recepty a jiné písemnosti?

Pacientovi se zrakovým postižením a proč?.....

.....

Průvodci a proč?.....

.....

8/ Zohledňujete u pacienta se zrakovým postižením slovní popis činnosti, kterou budete provádět?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

9/ Zohledňujete u pacienta se zrakovým postižením slovní popis činnosti (aplikace injekce, očních kapek, atd.), kterou právě provádíte?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

10/ Jaké pocity ve Vás vyvolává pacient se zrakovým postižením: (lze označit více odpovědí)

- nic mimořádného (přistupuji se ke všem pacientům stejně)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bezradnost | <input type="checkbox"/> přiměřenou ohleduplnost |
| <input type="checkbox"/> citlivou pozornost | <input type="checkbox"/> lítost |
| <input type="checkbox"/> nejistotu | <input type="checkbox"/> pohrdání |
| <input type="checkbox"/> obdiv | <input type="checkbox"/> jiné..... |

11/ Domníváte se, že uspořádání Vaší ordinace vyhovuje pacientům se zrakovým postižením (nábytek, osvětlení, akustika, nápisy)?

- ano
 nepřemýšlel(a) jsem o tom
 ne

Pokud ne, co byste změnil(a).....

12/ Přišlo by Vám užitečné absolvovat seminář na téma Jak jednat se zrakově postiženým pacientem?

- ano
 ne

13/ Kdy jste byl(a) naposledy informován(a) o tom, jak vhodně jednat s pacientem se zrakovým postižením?

- při studiu na SZŠ, VZŠ
 při studiu pomaturitním specializačním, VŠ
 zúčastnil(a) jsem se odborného semináře na toto téma
 ve svém okolí mám nevidomého člověka, jednání a doprovod mi nečiní problémy
 nevzpomínám si
 jiné.....

A/ Uveďte prosím, v jakém zdravotnickém oboru pracujete?

.....

B/ Jak dlouho vykonáváte profesi zdravotní sestry?

.....

C/ Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
 PSS, ARIP, DIS, SIP, VZŠ
 VŠ

Příloha č. 3

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

Učební osnova předmětu

PSYCHOLOGIE A PEDAGOGIKA

Schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky dne 8. listopadu 1999,
pod čj.32 295/99-23, s platností od září 2000 počínaje 1. ročníkem.

1. Pojetí vyučovacího předmětu

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický s aplikací na zdravotnickou praxi. Tvoří důležitou součást profesionální přípravy sestry a úzce navazuje na předměty ošetrovatelství.

Obsah předmětu tvoří základní informace o psychologii jako vědě, o obecné psychologii, psychologii osobnosti, ontogenetické psychologii, dále pak je obsahem psychologie nemocných, psychologie sestry, sociální psychologie a základy pedagogiky.

Cílem předmětu je dát žákům teoretické vědomosti a praktické dovednosti z uvedených oblastí, které by aplikovali při praktických činnostech v péči o zdravé i nemocné - dospělé i děti. Má naučit žáky chápat chování i jednání zdravých i nemocných osob. Má je naučit základům profesionálního chování a v neposlední řadě i porozumět sobě samým a využít těchto poznatků v seberegulaci.

Cílem cvičení je naučit žáky komunikativním dovednostem, vedení různých typů rozhovoru, auto regulaci, zvláštnostem práce s dětmi a různým regulačním technikám.

Učivo stanovené učební osnovou je minimálním základním učivem závazným pro výchovu a vzdělávání. Učitel může po dohodě s ředitelem školy doplnit obsah učební osnovy o rozšiřující učivo s ohledem na specifiku regionu.

Počty hodin uvedené v rozpisu učiva jsou orientační. Vyučující si může rozpis upravit podle potřeb školy nebo třídy. Přitom celkový počet vyučovacích hodin týdně v ročníku u daného předmětu v učebním plánu, upravený popř. ředitelem školy, je závazný.

3. ročník

(2 hodiny týdně, tj. 68 vyučovacích hodin celkem,

Teorie

- | | |
|---|----|
| 1. Ontogeneze psychiky člověka | 12 |
| Podstata ontogeneze. Činitelé ontogeneze | |
| Zákonitosti psychického vývoje | |
| Vývojová stadia, jejich charakteristika (profil absolventa připravuje i pro péči o dítě včetně výchovy k rodičovství) | |
| 2. Psychologie nemocných | 14 |
| Vliv choroby na psychiku nemocného. Faktory, které určují tyto změny | |
| Bolest, strach, úzkost | |
| Iatrogenie, hospitalismus | |
| Mentální a tělesné defekty, smyslové defekty a vady řeči jejich důsledky na psychiku | |
| Psychologická a filozofická problematika umírání a smrti | |

3. Psychologie sestry	8
Pojem profesionálního chování. Definice, teoretická východiska	
Etika a psychologie chování a postojů zdravotnických pracovníků	
Sestra jako subjekt, faktory ovlivňující pracovní výkon sestry, sestra a spolupracovníci	
Duševní hygiena	

Cvičení

1. Zvláštnosti v psychologicko-pedagogickém přístupu při práci s dětmi	10
Neuropsychický záznam, vedení, hodnocení	
Ukázky metodik jednotlivých výchov - zdravé i nemocné dítě	
Rozhovor s dítětem, rodiči	
2. Sebepoznávání a sebehodnocení	4
Pozorování a posuzování psychických stavů a procesů, hodnocení osobnosti na podkladě teoretických poznatků	
3. Zjišťování potřeb	8
Potřeby zdravých a nemocných dětí i dospělých	
Vyhledávání, hodnocení a uspokojování potřeb	
Rozhovory s nemocnými různých věkových kategorií - zpracování získaných informací	
4. Komunikace - nácvik komunikativních dovedností	10
Druhy komunikací	
Nácvik nonverbální komunikace	
Rozhovor informační, diagnostický, anamnestický, abreakční, direktivní	
Navazování kontaktu - využití verbálních a nonverbálních prostředků v sociální interakci, empatie	
5. Relaxační techniky – úvod	2

Příloha č. 4

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
Učební osnova Předmětu

OŠETROVATELSTVÍ

Vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky dne 6. 6. 1997, čj. 22599/97, s účinností od I. září 1997 počínaje I. ročníkem.

1. Pojetí vyučovacího předmětu

Ošetřovatelství je koncipováno jako teoreticko-praktický předmět. Jeho pojetí vyplývá z profitu absolventa oboru. všeobecná sestra.

Cílem výuky předmětu ošetřovatelství je, aby žáci získali teoretické poznatky a praktické dovednosti v péči o zdraví, v prevenci a v ošetřování nemocných.

Výchovná funkce předmětu spočívá ve vytváření správného vztahu k člověku ve zdraví i v nemoci, k pracovnímu týmu a k povolání. Centrem péče musí být člověk se svými potřebami biologickými, psychickými i sociálními, věkovými i individuálními zvláštnostmi.

Důraz je kladen na úroveň sociálních dovedností a na aplikaci psychologického přístupu ke klientovi. Žáci jsou vzděláváni v teorii ošetřovatelského procesu, který je předpokladem pro individualizovanou ošetřovatelskou péči, jsou vedeni k altruizmu, empatii, poznávání klienta, registraci odchylek ve zdravotním, psychickém i sociálním stavu, k jejich zpracování a využití v ošetřovatelské péči. Tyto aspekty prolínají celou výukou, aby se tak předešlo nežádoucím situacím, které vyplývají z nedostatečného uspokojování potřeb nemocných, zvláště pak potřeb psychických a sociálních.

Obsah předmětu tvoří teoretické a praktické základy péče o zdraví, ošetřování nemocných dětí všech věkových kategorií a dospělých. Učivo stanovené osnovou je minimálním základním učivem závazným pro výchovu a vzdělávání ve studijním oboru všeobecná sestra. Učitel může po dohodě s ředitelem školy doplnit obsah učební osnovy o rozšiřující učivo s ohledem na regionální specifiku.

Výuka je vedena tak, aby žáci chápali prožívání nemocného, na tomto podkladě plánovali ošetřovatelskou péči. V předmětu jsou využívány mezipředmětové vztahy, zvláště poznatky z klinických oborů.

Při výuce předmětu v jednotlivých ročnících jsou stanoveny hodiny teoretické a praktické. Pro praktické hodiny se třída dělí na skupiny tak, aby bylo možné nacvičit jednotlivé dovednosti na úrovni, která je žádoucí pro vstup do nemocničního prostředí a kontakt s klienty.

Vyučující využívá adekvátní vyučovací metody, vede žáky k aktivnímu řešení modelových situací, k vyvozování ošetřovatelských diagnóz, k řešení ošetřovatelských problémů za účasti klienta.

Počty hodin uvedené v rozpisu učební osnovy jsou orientační. Celkový počet týdenních vyučovacích hodin je závazný. Předmět je zařazen do všech ročníků studia a je předmětem maturitním. Má bezprostřední návaznost na předmět ošetřování nemocných, který se realizuje ve zdravotnických zařízeních.

Součástí vyučování předmětu je i bezpečnost a ochrana zdraví při práci.

4. ročník

3 hodiny týdně, z toho 1 hodina cvičení, celkem 90 hodin / na cvičení se třída dělí na dvě skupiny / V hodinách cvičení budou modelovány fáze ošetřovatelského procesu u vybraných systémových onemocnění u všech tematických celků.

1. Práce sestry v terénu, v dětských zařízeních a léčebných ústavech

Úseky práce, náplň práce na jednotlivých úsecích - zdravotní středisko. vedení dokumentace.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých v domácí péči, u tělesně a mentálně postižených, invalidních a handicapovaných občanů, starých lidí.

Práce sestry v jeslích, kojeneckých ústavech, dětských domovech, dětských léčebnách, ústavech pro mentálně a tělesně postižené děti - typy zařízení, funkce, vybavení, ošetrovatelské a výchovné činnosti. Dětská centra - stacionáře, dětské ozdravovny.

2. Ošetrovatelský proces na onkologickém oddělení .

Úseky práce, vybavení, charakter práce, léčebný režim, ošetrovatelský proces, vyšetřovací metody, ochrana a bezpečnost při práci. Ošetrovatelský proces u nemocných s nádorovým onemocněním plic, zažívacího traktu, uropoetického traktu, prostaty, krvevorného systému, gynekologickým onemocněním a nádorem prsu.

Ošetrovatelský proces u dětí s onkologickým onemocněním,

3. Ošetrovatelský proces na neurologickém oddělení Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, vyšetřovací metody.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých se záchvatovými stavy. epilepsií, zánětlivými chorobami CNS, úrazy, poruchou vědomí, náhlou mozkovou příhodou.

4. Ošetrovatelský proces na ortopedickém oddělení

Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, diferenciacie ošetrovatelské péče, vyšetřovací metody včetně endoskopií.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých se zánětlivými procesy, před a po operaci pohybového aparátu, tělesně postižených.

5. Ošetrovatelský proces na infekčním oddělení

Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, diferenciacie ošetrovatelské péče, vyšetřovací metody, prevence, proti epidemiologické vyšetření.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých s nejčastějšími infekčními chorobami, které vyžadují hospitalizaci a u nemocných v domácí péči.

6. Ošetrovatelský proces na ORL oddělení

Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, diferenciacie ošetrovatelské péče, instrumentárium a vyšetřovací metody, prevence poškození sluchu, prevence úrazů. Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých s onemocněním polykacích a dýchacích cest, ušním onemocněním, před a po operaci.

První pomoc při úrazech.

Foniatrie.

7. Ošetrovatelský proces na očním oddělení

Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, diferenciacie ošetrovatelské péče, vyšetřovací metody, prevence poškození zraku.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých s nejčastějšími chorobami v očním lékařství, před a pooperační péče.

První pomoc při úrazech a poleptání oka.

8. Ošetrovatelský proces na kožním oddělení

Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, diferenciacie ošetrovatelské péče, vyšetřovací metody, prevence.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých s onemocněním kůže zánětlivým, alergickým, přenosným, varikózními změnami, nádory a pohlavními chorobami.

9. Ošetrovatelský proces na psychiatrickém oddělení Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, vyšetřovací metody, prevence neuróz.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých s organickými, endogenními a psychogenními poruchami.

10. Ošetrovatelský proces na stomatologii

Úseky práce, vybavení, charakter práce sestry, léčebný režim, ošetrovatelský proces, instrumentárium, vyšetřovací metody.

Prevence zubního kazu, úrazů - stomatologických onemocnění. Paradontologie, ortodoncie, stomatochirurgie.

Ošetrovatelský proces u dětí a dospělých s poraněním čelistních kostí a zubů, zánětlivým onemocněním, nádory, před a po stomatologických operacích.

Příloha č. 5

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví dne 17. 12. 2003, čj. 33 318/2003-23, s platností od 1. září 2004 počínaje prvním ročníkem

Učební osnovy předmětu

PSYCHOLOGIE A KOMUNIKACE

Studijní obor .53-41-
M/007 Zdravotnický asistent

1 Pojetí vyučovacího předmětu

1.1 Obecný cíl předmětu

Psychologie je jedním ze základních odborných předmětů, který spolu s dalšími odbornými předměty, zejména s předměty ošetrovatelství a ošetřování nemocných, významně rozvíjí osobnost žáka, formuje jeho vztah k povolání a rozvíjí profesní kompetence, zejména vztah k pacientům/klientům. Žáci jsou vedeni k osvojení vybraných vědomostí a dovedností z psychologie a jejich aplikaci při řešení konkrétních problémů a situací. Významnou součástí je také rozvoj komunikativních a sociálních kompetencí žáků.

1.2 Výchovně-vzdělávací cíle

Výuka směřuje k tomu, aby žák:

chápal potřeby a chování pacienta/klienta a vhodně s ním komunikoval,
uplatňoval individuální přístup k pacientům/klientům, respektoval jejich osobnost, věk, sociokulturní a jiné zvláštnosti,
uměl navazovat kontakty s lidmi a řešit vhodným způsobem různé komunikativní a sociální situace,
využíval při práci i v osobním životě poznatky z psychologie obecné, osobnosti, vývojové, sociální a zdravotnické,
uměl využívat techniky sebepoznání, sebevýchovy a učení k rozvoji vlastní osobnosti,
získal vědomosti a dovednosti z oblasti péče o duševní zdraví a uměl je uplatňovat jak při poskytování ošetrovatelské péče a vedení zdravých i nemocných k péči o zdraví, tak pro podporu vlastního zdraví,
byl připraven pracovat v týmu a s mimořádnou zátěží,
uměl využívat získané vědomosti a dovednosti pro plánování osobního i pracovního života, a při hledání zaměstnání.

Předmět má významnou úlohu i v rozvoji klíčových kompetencí, a to především kompetencí komunikativních, personálních a sociálních (interpersonálních). Prostřednictvím vhodných vyučovacích metod a forem práce přispívá také k osvojování dovednosti řešit problémy, racionálně se učit, pracovat s odborným textem a jinými zdroji informací.

1.3 Pojetí výuky

Předmět je chápán jako teoreticko-praktický. Cílem cvičení je naučit žáky rozumět sám sobě i druhým lidem, adekvátně komunikovat jak v běžném životě, tak s pacienty/klienty různého typu, se spolupracovníky, s lékaři a nadřízenými a řešit situace, s nimiž se bude setkávat v osobním i v pracovní životě. Žáci jsou vedeni také k dovednosti racionálně se učit a řešit problémy, hodnotit své předpoklady a výsledky, racionálně plánovat svůj osobní rozvoj. Pro prohloubení vědomostí se využívají i různé formy práce s odbornou literaturou, diskusní a jiné aktivizační metody.

Žáci jsou hodnoceni nejen na základě teoretických vědomostí, ale také dovedností řešit zadané modelové a problémové situace, vyjadřovat se k dané problematice a pracovat s informacemi.

Předmětu se vyučuje v celkovém rozsahu 5 týdenních vyučovacích hodin, tj. 166-170 hodin celkem; doporučuje se zařadit jej od 2. ročníku. Rozvržení předmětu do ročníků a organizace výuky (zvl. cvičení) je v kompetenci školy. Počty hodin uvedené v rozpisu učiva jsou orientační. Tzv. volné hodiny využije učitel dle uvážení k besedám, práci s literaturou, odborným exkurzím, opakování, k posílení vybraných tematických celků. Rozvržení tematických celků do ročníků provede vyučující nebo předmětová komise.

2 Rozpis učiva a výsledků vzdělávání

Učivo	Výsledky vzdělávání
1. Psychologie jako věda (3) - předmět psychologie - odvětví psychologie - vztah k jiným vědním oborům - využití poznatků z psychologie v praxi - fylogeneze lidské psychiky	Zák: - charakterizuje psychologii jako vědu a její přínos pro jiné vědní obory; - ukáže na příkladech praktické využití psychologie; - definuje základní disciplíny psychologie; - vysvětlí vztah mezi nervovou soustavou a psychikou;
2. Člověk jako osobnost (25) - charakteristika osobnosti, biologická a sociokulturní determinance osobnosti - vývoj osobnosti v procesu socializace - struktura a rysy (vlastnosti) osobnosti - vlastnosti osobnosti - klasifikace, charakteristika - motivace, potřeby a jejich členění - zájmy, postoje, hodnoty, cíle - utváření osobnosti; motivace a učení - typologie osobnosti - poznávání a posuzování osobnosti, chyby v soudech; stereotypy a předsudky - seberealizace osobnosti, motivace a životní cíle - požadavky na osobnost zdravotnického pracovníka - poruchy osobnosti a jejich prevence	- na příkladech charakterizuje faktory ovlivňující vývoj osobnosti; - zdůvodní význam rodiny pro vývoj osobnosti; - vysvětlí a dokumentuje na příkladech pojmy vlohy, schopnosti a dovednosti, nadání, talent, tvořivost, flexibilita; - vymezí pojem motivace a uvede klasifikaci potřeb; - na příkladech rozpozná projevy lidí různé povahy; - na příkladech objasní motivované chování; - uvede kladné a záporné volní vlastnosti osobnosti; - vysvětlí fáze socializačního procesu; - na konkrétních situacích použije vhodnou metodu poznávání osobnosti; - na konkrétních příkladech ukáže chyby, stereotypy a předsudky v posuzování osobnosti; - uvede příklady poruch osobnosti a možnosti prevence;

<p>3. Psychické procesy, stavy. a vlastnosti (20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - třídění psychických jevů - procesů, stavů a vlastností - poznávací procesy - procesy emoční a volní - paměť a učení; vybrané metody a techniky učení - vybrané metody a techniky rozvoje pozornosti a paměti - myšlení a řeč - poruchy psychických procesů a stavů - metody sebepoznávání a sebehodnocení psychických funkcí, využití sebepoznávání pro sebevýchovu, sebevzdělávání a seberealizaci 	<ul style="list-style-type: none"> - na příkladech rozliší základní psychické procesy, stavy a vlastnosti; - ukáže, jak se psychické procesy odrážejí v tělesných funkcích, v chování a jednání člověka; - na příkladech vysvětlí, jak probíhá proces poznávání; - vysvětlí význam paměti a zapomínání; - rozliší a popíše jednotlivé druhy a typy paměti, vysvětlí význam posilování paměti u starších lidí; - vysvětlí podstatu a význam představivosti a fantazie, myšlení a řeči, myšlenkového řešení problému; - vysvětlí význam sebepoznávání a sebehodnocení ve vztahu k aspirační úrovni; - objasní, na čem závisí efektivita učení; - zhodnotí efektivitu svého učení a své předpoklady pro práci zdravotnického asistenta; - uvede, které psychické jevy jsou významné pro práci zdravotnického pracovníka a proč; - vysvětlí možnosti prevence poruch psychických procesů a stavů; - vyhledá cvičení na rozvoj a posilování vybraných psychických procesů a stavů vhodná pro děti a seniory;
<p>4. Vývoj psychiky jedince (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> - charakteristika ontogenetického vývoje psychiky, faktory vývoje, vývojová křivka, - periodizace vývoje psychiky - charakteristika vývojových stádií - vývoj a uspokojování potřeb v jednotlivých vývojových stádiích 	<ul style="list-style-type: none"> - vymezí základní vývojové etapy a mezníky; - charakterizuje a porovná tělesný, psychický a sociální vývoj v jednotlivých etapách života; - vysvětlí, jak se specifika jednotlivých vývojových etap promítají do práce zdravotnického pracovníka;
<p>5. Vliv civilizace na psychiku člověka (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - náročné životní situace a jejich vliv na člověka - stres, frustrace, deprivace, strach, agrese - týrání a zneužívání, domácí násilí - problematika závislostí - péče o duševní zdraví - syndrom vyhoření a jeho prevence - odolnost k zátěži; techniky vyrovnávání se s náročnými životními situacemi 	<ul style="list-style-type: none"> - charakterizuje základní náročné životní situace (stres, frustrace, deprivace, vyhoření), jejich příčiny a možné důsledky; - popíše s využitím příkladů a zhodnotí různé způsoby řešení náročných životních situací; - uvede některé identifikační znaky týrání a objasní chování jednotlivých aktérů; - uvede možnosti obrany před násilím a

	<p>vysvětlí, jak postupovat v případě zjištěné (či podezření) skutečnosti;</p> <ul style="list-style-type: none"> - vysvětlí, jak drogová a jiná závislost ovlivňuje psychiku a chování jedince; - charakterizuje předpoklady zdravého duševního života; - vyhledá a zpracuje informace týkající se vybrané problematiky;
<p>. Základy sociální psychologie (20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sociální podstata osobnosti - sociální učení a zrání - sociální skupiny, vliv na vývoj osobnosti - sociální vnímání, jeho vývoj - sociální interakce - vytváření sociálních vztahu a jejich charakter - sociální adaptace, poruchy adaptace - konflikty, diskriminace, šikana, minorita-majorita - profesionální sociální skupiny - pozice, status, role, vedení; profesní skupiny ve zdravotnictví; zásady týmové práce - poruchy socializace 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlí pojem socializace; - na příkladech ukáže, jak se sociální učení a zralost projevují v životě člověka; - vysvětlí rozdíl mezi sociální a biologickou zralostí; - definuje pojem sociální vnímání a charakterizuje jeho vývoj; - charakterizuje n příkladech jednotlivé typy sociálních vztahů; - identifikuje vztahy mezi členy modelové skupiny, třídy, pracovní skupiny (týmu), sportovního týmu atp.; - charakterizuje skupinu z hlediska jejich znaků a vztahů mezi členy; - vymezí a charakterizuje základní typy sociálních skupin.; - na příkladu demonstruje, jak mohou sociální skupiny ovlivňovat chování člověka; - objasní pojem sociální adaptace; - uvede příklady poruch socializace; - pomocí příkladů ukáže možnosti prevence a obrany před diskriminací a šikanou; - navrhne řešení modelových konfliktních situací, návrh zdůvodní;
<p>7. Umění komunikace a jednání s lidmi (40)</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbální a neverbální komunikace, kulturní chování, asertivita, agresivita - navazování kontaktu - verbálně, neverbálně, vzhledem k věkovým a individuálním zvláštnostem osobnosti - vytváření partnerské a skupinové citlivosti - kultura řeči - umění naslouchat druhému - rozhovor: navázání kontaktu, vedení rozhovoru, zaujímání a projevování postojů - diskuse; argumentace - poruchy v komunikaci 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlí pojem komunikace a rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací; - rozliší na příkladech projevy asertivního a neasertivního chování; - zhodnotí komunikační situaci z hlediska zásad a prostředků komunikace; - popíše zásady vedení rozhovoru; - vysvětlí nebo ukáže na situaci, kterých chyb se nejčastěji při rozhovoru a jednání s druhými lidmi dopouštíme; - vysvětlí rozdíl mezi rozhovorem, besedou a diskusí; - vysvětlí zásady a předpoklady úspěšné diskuse; - najde argumenty k zadané otázce či úkolu;

<ul style="list-style-type: none"> - řešení modelových situací z běžného života, z práce s klienty/pacienty různého typu (z hlediska osobnosti, zdravotního stavu, sociokulturních a jiných specifik), v kontaktu se spolupracovníky a nadřízenými - komunikace s nemocným dítětem (s ohledem na vývojovou psychologii), jeho rodiči, event. s jinými příbuznými - řešení situací souvisejících s hledáním zaměstnání: odpověď na inzerát, účast v konkurzu, jednání na úřadu práce a s potenciálním zaměstnavatelem, osobní prezentace 	<ul style="list-style-type: none"> - odhalí chyby a nedostatky v komunikaci a navrhne jiné řešení; - řeší vhodným způsobem modelové komunikativní situace;
<p>8. Psychologie nemocných (20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - vliv nemoci nebo zdravotního postižení na psychiku člověka - psychosomatické a somatopsychické nemoci - pohled na nemoc - subjektivní prožívání nemoci, jeho modifikace kulturou; - poměr nemocného k nemoci - prožívání nemoci v čase - adaptace na nemoc a hospitalizaci; kulturní specifika - psychoterapie v práci zdravotníka - produktivní a neproduktivní přístup zdravotníka k nemocnému. - formování vztahu nemocný - zdravotnický pracovník - psychologie čekárny a ordinace - problematika iatrogenie - problematika domácí péče - zvláštnosti přístupu k dospělým, dětem, dospívajícím, cizincům a příslušníkům národnostních aj. menšin - psychologie jedince se zdravotním postižením - psychologie bolesti, strachu, úzkosti, umírání a smrti - profesní adaptace, deformace 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlí, které faktory ovlivňují psychiku nemocného; - ukáže, jak se nemoc nebo zdravotní postižení mohou projevit v chování a jednání člověka (dítěte, dospělého, starého člověka, příbuzných pacienta); - na příkladech rozezná různé postoje pacienta k nemoci; - vysvětlí pojmy hospitalismus a iatrogenie; - objasní důsledky hospitalismus a iatrogenie; - charakterizuje pocity a problémy pacienta/klienta v odlišném jazykovém nebo kulturním prostředí; - vysvětlí, kterým projevům v chování pacienta/klienta je třeba věnovat pozornost a proč; - na příkladech rozliší a zhodnotí různé přístupy a postoje zdravotnického pracovníka k pacientům/klientům; - vyhledá a zpracuje informace týkající se tematiky; - vysvětlí pojmy empatie, altruismus, nasazení a uvede příklady; - zhodnotí konkrétní situaci z hlediska profesionálního chování zdravotnického pracovníka;
<p>9. Volné hodiny (8)</p>	

Příloha č. 6

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

Schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky v dohodě s
Ministerstvem
zdravotnictví České republiky dne 27.5.1996 pod č.j. 20385/96-23, s účinností od I. září
1996 počínaje prvním ročníkem.

Učební osnova předmětu

OŠETŘOVATELSTVÍ V KLINICKÝCH OBORECH

Studijní obor: 53 - 51 - 7 diplomovaná všeobecná sestra

Vyšší odborné studium

Denní tříleté studium

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět ošetřovatelství v klinických oborech je koncipován jako teoreticko-praktický předmět, jeho pojetí vyplývá z profitu absolventa diplomovaná všeobecná sestra.

Cílem výuky předmětu ošetřovatelství v klinických oborech je, aby studenti získali vědomosti a dovednosti jak v péči o zdraví, tak i v prevenci onemocnění a v péči o nemocné.

Obsah předmětu navazuje na předměty ošetřovatelství, ošetřovatelské postupy, chirurgie, vnitřní lékařství, pediatrie, gynekologie a porodnictví, neurologie, psychiatrie, vybrané medicínské obory a společně s nimi tvoří východisko pro předmět odborná praxe.

Jednotlivá témata jsou zařazována do tematického plánu tak, aby analogicky navazovala na témata z předmětů klinické medicíny.

Cílem předmětu je:

- získat vědomosti a dovednosti pro poskytování individualizované ošetřovatelské péče prostřednictvím

ošetřovatelského procesu u dětí a dospělých s onemocněním: dýchacího systému, kardiovaskulárního systému, trávicího systému, urogenitálního systému, žláz s vnitřní sekrecí, krve, pohybového ústrojí, neurologickým, infekčním, dermatovenerologickým, otorinolaryngologickým, oftalmologickým, stomatologickým, psychiatrickým, mentálním, se smyslovým a řečovým handicapem, se syndromem získaného selhání imunity,

- získat vědomosti a dovednosti pro ošetřovatelskou péči li klientů ve stáří,

- získat vědomosti a dovednosti pro ošetrovatelskou péči u klientů v terminálním stadiu, -
- získat vědomosti a dovednosti pro péči o ženu v těhotenství, při porodu a po porodu,
- získat vědomosti a dovednosti pro ošetrovatelskou péči při náhlých stavech v chirurgii, vnitřním lékařství, pediatrii, v gynekologii a porodnictví,
- získat vědomosti a dovednosti pro práci sestry na pracovištích primární péče,
- získat vědomosti a dovedností pro práci sestry v odborných léčebných ústavech a zvláštních dětských zařízeních.

Vyučující využívá aktivizující vyučovací metody a podporuje samostatnost a aktivitu studentů. Pro výuku tohoto předmětu je možno zařadit stáže a semináře na odborných klinických pracovištích.

Ve cvičeních se třída dělí na skupiny, aby bylo možné vytvářet a řešit modelové situace u jednotlivých systémových onemocnění klienta/nemocného prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Organizace výuky:

Předmět je zařazen v letním semestru I. ročníku 1 hodiny týdně, z toho 1 hodina cvičení, a je ukončen zkouškou. V zimním semestru 2. ročníku 6 hodin, z toho 3 hodiny cvičení, a je ukončen zkouškou, v letním semestru 10 hodin, z toho 5 hodin cvičení, a je ukončen zkouškou. V zimním semestru 3. ročníku 10 hodin, z toho 5 hodin cvičení, a je ukončen zkouškou, v letním semestru 12 hodin, z toho 6 hodin cvičení, a je ukončen zkouškou.

Celková hodinová dotace předmětu ošetrovatelství v klinických oborech ve vzdělávacím programu pro diplomovanou všeobecnou sestru je 401 hodina.

Rozpis učiva:

(1 hodiny týdně, 13 týdnů, tj. 13 hodin)

2. ročník, 4. a 6. blok (6 hodin týdně, 16 týdnů, tj. 96 hodin, 10 hodin týdně, 8 týdnů, tj. 80 hodin) 3. ročník, 7. a 9. blok (10 hodin týdně, 8 týdnů, tj. 80 hodin, 12 hodin týdně, 11 týdnů, tj. 132 hodin)

1. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním dýchacího systému s operativní a neoperativní léčbou
Vrozené vady, záněty, nádory, úrazy, alergie, funkční poruchy a náhlé příhody
2. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním kardiovaskulárního systému s operativní a neoperativní léčbou
Vrozené vady, záněty, úrazy, degenerativní a funkční změny a náhlé příhody
3. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním trávicího systému s operativní a neoperativní léčbou
Vrozené vady, záněty, nádory, úrazy, funkční změny, parazitární onemocnění a náhlé příhody

4. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním krve a sleziny
S chorobami červené a bílé krevní složky, s krvácivými stavy, onemocněním sleziny
5. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním žláz s vnitřní sekrecí s operativní a neoperativní léčbou
Funkční změny, záněty, nádory, úrazy
6. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s diabetem mellitus a jeho komplikacemi
7. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním urogenitálního systému s operativní a neoperativní léčbou
Vrozené vady, záněty, nádory, úrazy, funkční poruchy a náhlé příhody
8. Ošetrovatelský proces u nemocných s popáleninami
9. Ošetrovatelský proces u dospělých a dětí s onemocněním kostí a kloubů s operativní a neoperativní léčbou
Vrozené vady, záněty, nádory, degenerativní a metabolicky podmíněná onemocnění, úrazy
10. Ošetrovatelský proces u nemocných s poruchami vědomí
11. Ošetrovatelský proces u nemocných s onemocněním CNS a míchy s operativní a neoperativní léčbou
Záněty, nádory, úrazy, degenerativní změny
12. Ošetrovatelský proces u nemocných s epilepsií a se záchvatovými stavy
13. Ošetrovatelský proces u nemocných s intoxikacemi
14. Ošetrovatelský proces v geriatrii
15. Ošetrovatelský proces u nemocných v terminálním stadiu a péče o mrtvé tělo
16. Ošetrovatelský proces u ženy v těhotenství, před porodem, při porodu a v šestinedělí
17. Ošetrovatelský proces u ženy s onemocněním mléčné žlázy
18. Ošetrovatelský proces u ženy s onemocněním zevních a vnitřních rodidel s operativní a neoperativní léčbou
Záněty, nádory, funkční poruchy, náhlé stavy

19. Ošetrovatelský proces u fyziologického novorozence ve zdravotnickém zařízení
20. Ošetrovatelský proces u fyziologického novorozence a kojence v domácnosti
21. Ošetrovatelský proces u nemocných s organickými, endogenními, psychogenními psychickými poruchami, s psychosomatickými poruchami, se sexuálními poruchami a se závislostmi
22. Ošetrovatelský proces u nemocných s nejčastějšími chorobami v oftalmologii s operativní a neoperativní léčbou
Záněty, úrazy, degenerativní změny
23. Ošetrovatelský proces u nemocných s nejčastějším onemocněním v otorinolaryngologii s operativní a neoperativní léčbou
Úrazy, :záněty, nádory
24. Ošetrovatelský proces u nemocných v dermatovenerologii
Záněty, plísňe, parazitární onemocnění, degenerativní, funkční a autoagresivní změny, prekancerózy a nádory
25. Ošetrovatelský proces u nemocných s infekčními chorobami, které vyžadují hospitalizaci
26. Ošetrovatelský proces u nemocných s infekčními chorobami ošetřovaných v domácnosti
27. Ošetrovatelský proces u nemocných ve stomatologii s operativní a neoperativní léčbou
Vrozené vady, úrazy, :záněty, nádory
28. Ošetrovatelský proces u nemocných se syndromem získaného selhání imunity
29. Ošetrovatelský proces u jedinců se somatickým, mentálním, smyslovým a řečovým handicapem

29. Ošetrovatelský proces u jedinců se somatickým, mentálním, smyslovým a řečovým handicapem
30. Práce sestry na pracovištích primární a sekundární péče
31. Práce sestry ve zvláštních dětských zařízeních
32. Práce sestry v odborných léčebnách a léčebných ústavech

Příloha č. 7

VYŠŠÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA			
Studijní obor	53-41-N/001 Diplomovaná všeobecná sestra		
Název modulu	Komunikace v ošetrovatelství	Kód modulu	P-KOO 01
Délka modulu	56 hodin	Platnost od	1.9.2004
Přednášky semináře/cvičení	26/0/3 O	Způsob ukončení	Splněno S klasifikací
Typ modulu	Povinný	Počet kreditů	
Vstupní předpoklady		Pojetí modulu	Kombinovaný
<p>Stručná anotace vymezující cíle</p> <p>Předmět komunikace v ošetrovatelství podstatným způsobem rozvíjí sociálně-komunikativní kompetence žáků a kultivuje jejich vyjadřování a chování. Vede k osvojení žádoucích postojů ke klientům/pacientům a učí je vhodně komunikovat s klienty/pacienty adekvátně jejich věku, zdravotnímu stavu a dalším osobnostním nebo sociokulturním specifikám.</p> <p>Modul je chápán jako teoreticko-praktický, zahrnující přednášky a cvičení.</p>			
<p>Klíčové kompetence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komunikovat s klienty/pacienty, jejich příbuznými, lékařem a dalšími zdravotnickými pracovníky - Vyjadřovat se jasně a srozumitelně, dbát na dodržování jazykové normy - Jednat v souladu s etickými, právními a společenskými principy, angažovat se ve prospěch druhých lidí, projevovat empatii, takt a toleranci - Respektovat sociokulturní odlišnosti, nepodléhat předsudkům - Plánovat a řídit své učení a pracovní činnost, kriticky vyhodnocovat dosažené výsledky - Vyrovnávat se zátěžovými situacemi a adekvátně je řešit - Prezentovat sebe a svou práci - Zvládat asertivitu - Získávat informace a pracovat s nimi - studovat odbornou literaturu, sledovat nové poznatky a trendy v oboru, využívat IKT jako zdroj informací - Umět přijímat oprávněnou kritiku svých nedostatků jako stimul pro své další zdokonalování a osobní růst 			
<p>Předpokládané výsledky</p> <p>Po absolvování modulu žák:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Vysvětlí principy komunikace na různých úrovních sociálních vztahů 2 Popíše zásady vedení rozhovoru a aplikuje je v konkrétní situaci 3 Profesionálně vystupuje a kultivovaně se vyjadřuje v konkrétních situacích 4 Rozumí verbálním i neverbálním projevům klientů, a je schopen na tyto projevy adekvátně reagovat 5 Popíše sociokulturní specifika komunikace a aplikuje je v konkrétní situaci 			

Obsah modulu

- 1 Komunikace jako forma sociální interakce
 - 2 Neverbální komunikace - proxemika, posturologie, haptika, mimika, kinezika, gestika
návčik v modelových situacích
 - 3 Baby masáže
 - 4 Verbální komunikace - komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační kanál,
psychologický dopad komunikace na klienta, chyby v komunikaci
 - 5 Rozhovor - obsah, fáze, druhy, kladení otázek, zaujímání a projevování postojů, chyby 6
- Bazální stimulace
- 7 Devalvace, evalvace
 - 8 Naslouchání
 - 9 Asertivita, agresivita
 - 10 Komunikace v zátěžových situacích (např.v terminálním stadiu, s rodinou,
s handicapovaným klientem, s cizincem), prevence a řešení konfliktů
 - 11 . Řešení modelových situací:
 - komunikace s klientem různého věku a zdravotního stavu a na různých úsecích klinické
praxe, komunikace s příbuznými;
 - multikulturní komunikace;
 - komunikace s lékařem a dalšími zdravotnickými pracovníky, s praktikanty;
 - komunikace s institucemi, při hledání zaměstnání, osobní prezentace

Doporučené postupy výuky

Přednáška, demonstrace (i s využitím multimediálních prostředků), řešení a rozbor
modelových situací, diskuse, práce s odbornou literaturou

Způsob hodnocení výsledků žáků

Ústní zkoušení, řešení modelové situace, praktický výstup, aktivita a postoj žáků

Příloha č. 8**VYŠŠÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA**

<u>Studijní obor:</u>	53-41-N/001 Diplomovaná všeobecná sestra		
<u>Název modulu:</u>	Zdravotnická psychologie	Kód modulu:	<u>P-PSY 04</u>
<u>Délka modulu:</u>	44 hodin	Platnost od:	<u>1.9.2004</u>
<u>Přednášky/ semináře/cvičení</u>	25/5/14 Způsob		Zkouška
		<u>ukončení:</u>	
		Počet kreditů:	
<u>Typ modulu:</u>	Povinný	Pojetí modulu:	Kombinovaný
<u>Vstupní předpoklady:</u>	Absolvování modulů P-PSY 01, P-PSY 02, P-OSE 02, P-KOO 01		

Stručná anotace vymežující cíle:

Předmět je chápán jako teoreticko-praktický se zaměřením na využití základních vědomostí ze zdravotnické psychologie v ošetrovatelské praxi. Žáci jsou vedeni tak, aby se orientovali v teoretických základech zdravotnické psychologie a dokázali je aplikovat v kontaktu s klienty/pacienty a jejich rodinou na všech úsecích zdravotní péče i v kontaktu se zdravotnickými pracovníky. Učí se reflektovat odlišnosti v prožívání nemoci a v postoji ke zdraví u klientů různých kultur, rozumět změnám v chování klientů/pacientů na jednotlivých odděleních a vhodně s nimi jednat a komunikovat. Proto součástí výuky jsou situačně a problémově zaměřená cvičení.

Klíčové kompetence:

- Interpersonální (sociální) kompetence: Tzn. dovednost chápat změny v chování a prožívání druhých lidí, respektovat jejich osobnostní a sociokulturní odlišnosti, angažovat se ve prospěch druhých, projevovat empatii, takt a přiměřenou toleranci
- Profesionálně se chovat a jednat
- Komunikovat s klienty/pacienty, rodinnými příslušníky, zdravotnickými pracovníky
- Řešit problémy a předcházet konfliktům, diskutovat o odborných problémech
- Pracovat v týmu, předávat vědomosti a zkušenosti druhým, řídit je a vést
- Plánovat a řídit své učení a pracovní činnost, kriticky vyhodnocovat dosažené výsledky - Vyrovnávat se zátěžovými situacemi a adekvátně je řešit, usilovat o rozvoj své osobnosti, dbát na své zdraví
- Prezentovat sebe a svou práci
- Získávat informace a pracovat s nimi - studovat odbornou literaturu, sledovat nové poznatky a trendy v oboru, využívat ICT jako zdroj informací
- Získávat návyk soustavně pracovat, logicky uvažovat, pěstovat jasné vyjadřování a objektivně posuzovat své výkony
- Umět přijímat oprávněnou kritiku svých nedostatků jako stimul pro své další zdokonalování a osobní růst

Předpokládané výsledky:

Po absolvování modulu žák:

1. Chápe a umí objasnit podstatu psychosomatických onemocnění
2. Zná faktory ovlivňující psychiku a jednání nemocného, dokáže identifikovat změny v chování klienta/pacienta
3. Řeší vhodným způsobem různé profesní situace, využívá přitom vědomosti a dílčí dovednosti z osobnostní, vývojové a zdravotnické psychologie
4. Je schopen reflektovat své chování a prožívání, ví, jak se vyrovnávat se zátěžovými situacemi a rozvíjet svoji osobnost

5. Zná zvláštnosti přístupu k dětským a dospělým klientům na jednotlivých odděleních a umí je vhodně aplikovat
6. Zná zvláštnosti přístupu k dětským a dospělým klientům z různých kultur

Obsah modulu:

1. Psychologická problematika nemoci s ohledem na multikulturní odlišnosti
2. Subjektivní prožívání nemoci
3. Vlastnosti v psychice nemocných
4. Fáze prožívání nemoci v čase
5. Poměr nemocného k nemoci
6. Kategorie nemocných z psychologického hlediska
7. Psychologická problematika čekárny, ordinace
8. Psychologická problematika hospitalizace. Neurotizace, deprivace, deprivanční syndrom. Psychologická problematika návštěv
9. Psychologická problematika domácí péče i s ohledem na multikulturní prostředí
10. Problematika iatropatogenie, sorrorigenie
11. Psychosomatické a somatopsychické vztahy
12. Psychoterapie v práci sestry, produktivní a neproduktivní chování zdravotní sestry
13. Syndrom vyhoření
14. Psychologická problematika chronicky nemocných
15. Psychologická problematika předoperačních a pooperačních stavů
16. Psychologická problematika resuscitace
17. Thanatologie - měnící se postoje ke smrti ve společnosti, pohledy na smrt v různých kulturách, postoje vůči smrti ve společnosti dříve a nyní, vyrovnávání se s vědomím smrti
18. Psychologická problematika bolesti
19. Zdravotník jako klient - nemocný
20. Psychologie jedince s handicapem
21. Svěpomocné skupiny - významní činitelé v procesu komplexní péče o klienty
22. Psychologická problematika onkologicky nemocných

Doporučené postupy výuky:

Přednášky, semináře, cvičení, samo studium

Způsob hodnocení výsledků žáků:

Ústní zkouška, písemný test, řešení modelových situací

**Příloha č. 9: Speciální pomůcky pro
zrakově postižené**

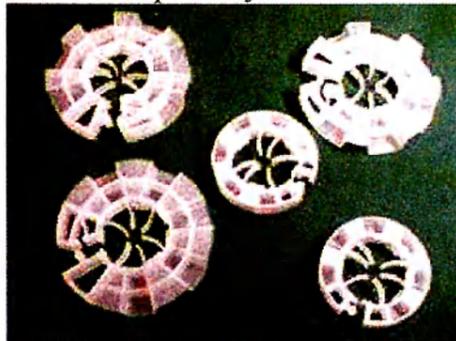
Indikátor hladiny hranatý



Navlékač jehel



Kroužek na ponožky



Telefon pro nevidomé a slabozraké



Násypka na láhve



Váha kuchyňská česky mluvící, do 2kg



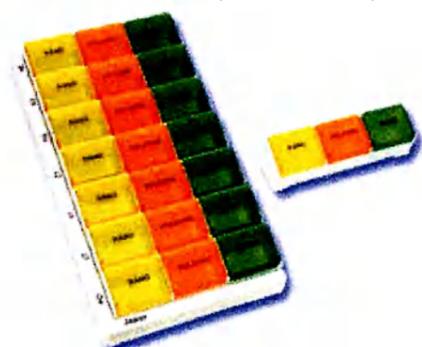
Váha osobní s českým hlasovým výstupem



Indikátor barev a světla



Zásobník léků na týden-barevný



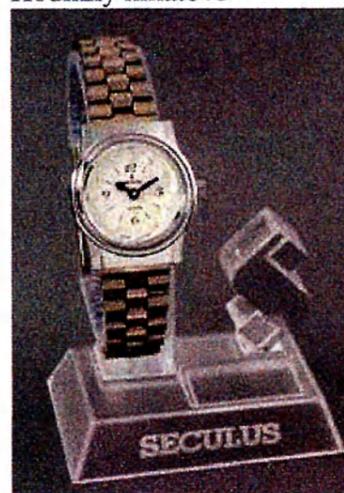
Dymokleště na bodové písmo



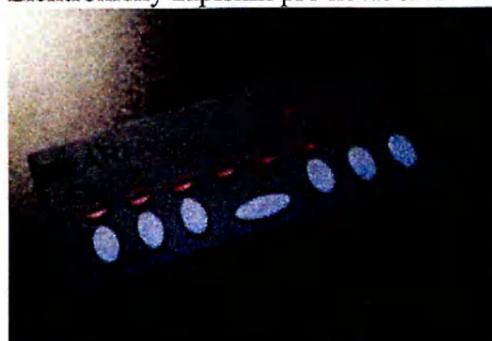
Držák na cibuli



Hodinky hmatové



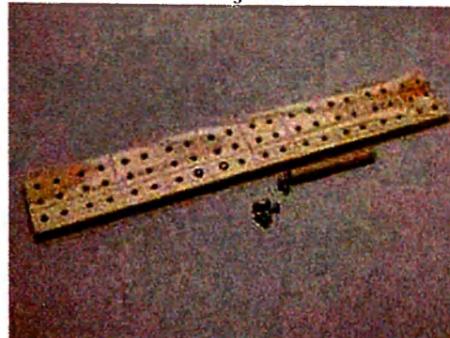
Elektronický zápisník pro nevidomé



Kalkulátor s českým hlasovým výstupem



Písanka kolíčková jednořádková



Měřič krev. glukózy s hlasovým výstupem



Tonometr s českým hlasovým výstupem



Pichtův psací stroj



Teploměr lékařský česky mluv



Záznamník digitální



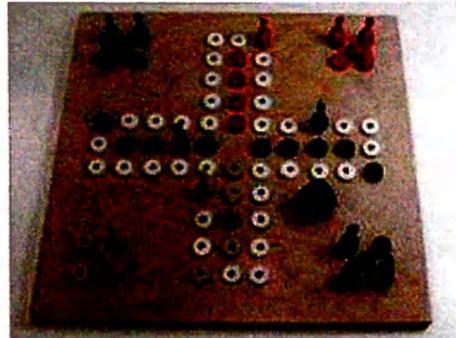
Šablona na rozlišování EUR



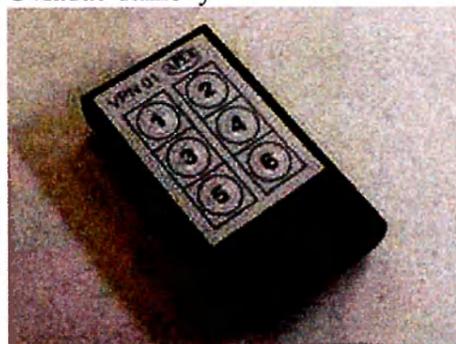
Hůl bílá orientační kombinovaná



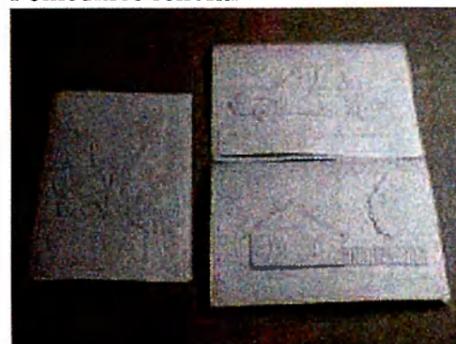
Hra Člověče, nezlob se



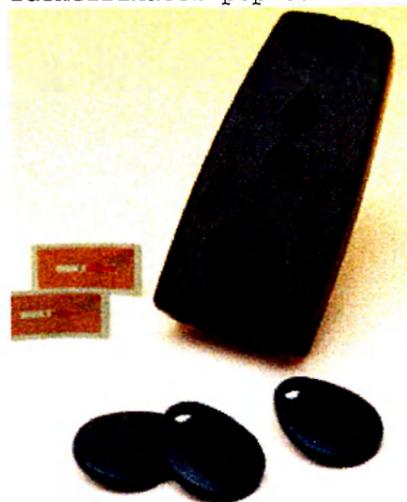
Ovladač dálkový



Pohlednice reliéfní



Identifikátor popisů



Hra Šachy



Příloha č. 10: Seznam poskytovatelů služeb pro osoby se zrakovým postižením

Asociace rodičů a přátel dětí nevidomých a slabozrakých v ČR

Adresa: Haštalská 27, 110 00 Praha 1
Mobil: 728 945 537
E-mail: tereziekochova@seznam.cz

AVE – Křesťanské sdružení zrakově postižených a jejich příznivců, Praha

Adresa: Vladislavova 12, 110 00 Praha 1 (Dagmar Koutská)
Tel.: 296 243 330 linka 172
E-mail: dagmar.koutska@charita.cz

Český svaz zrakově postižených sportovců

Adresa: Vaníčková 2, PO Box 34, 160 17 Praha 6
Tel.: 233 351 357
Mobil: 731 517 404
Fax: 233 351 378
E-mail: cbsa.sekretariat@seznam.cz
URL: www.sport-nevidomych.cz

DĚDINA, o. p. s. – Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé

Zřizovatel: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
Adresa: Šmolíkova 866, 161 00 Praha 6
Tel.: 235 301 194
235 325 353
Fax: 235 325 876
E-mail: dedina@brailnet.cz
URL: www.brailnet.cz/dedina

Diakonie Českobratrské církve evangelické

Středisko pro zrakově postižené Diakonie ČCE
Adresa: Klimentská 21, 110 15 Praha 1
Tel.: 222 316 306
E-mail: szp@diakoniecce.cz
URL: http://szp.diakoniecce.cz

Fakultní nemocnice Motol

Centrum zrakových vad
Adresa: V Úvalu 84, 150 00 Praha 5
Tel.: 224 432 772
E-mail: jitka.rehorova@fnmotol.cz

Charita Opava

Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené
Adresa: Marie Dolanské 19, 746 01 Opava-Vlaštovičky

Tel.: 553 793 459
553 793 401
Fax: 553 793 401
E-mail: vlastovicky@opava.cz
URL: www.aoc.cz/charita

Klub přátel červenobílé hole
Adresa: Přemyslská 13, 182 00 Praha 8
Tel.: 284 691 012
Mobil: 775 164 190
E-mail: klub@klubpratel.wz.cz
URL: www.klubpratel.wz.cz

LORM – společnost pro hluchoslepé
Adresa: Zborovská 62, 150 00 Praha 5
Tel./fax: 257 325 478
Mobil: 604 906 874
E-mail: info@lorm.cz
URL: www.lorm.cz

Mládež Českého červeného kříže
Adresa: Thunovská 18, 118 04 Praha 1
Tel.: 251 104 253
Tel./fax: 251 104 267
Mobil: 776 113 953 (Help Trans – dispečink)
E-mail: info@mladezck.org
URL: www.mladezck.org

Nadace Leontina
Adresa: BP Avenir, Radlická 714/113, 158 00 Praha 5
Fax: 235 097 622
Mobil: 602 216 510
E-mail: info@nadaceleontina.cz
URL: www.nadaceleontina.cz

Nadace prof. Vejdovského
Adresa: Bouzov 60, 783 25
Mobil: 737 318 231
E-mail: nadace.prof.vejdovskeho@seznam.cz

Nadační fond Českého rozhlasu
Adresa: Vinohradská 12, 120 99 Praha 2
Tel.: 221 551 217-9
E-mail: nadacni-fond@rozhlas.cz

URL: www.svetluska.net

Národní rada zdravotně postižených ČR

Adresa: Partyzánská 1/7, 170 00 Praha 7
Tel./fax: 266 753 424
E-mail: nrzp@nrzp.cz
URL: www.nrzp.cz

Občanské sdružení pro podporu Tyfloturistického oddílu

Adresa: Ječná 19/545, 120 00 Praha 2
Mobil: 605 572 250 (Ondřej Hynek)
775 326 781 (Rebeka Vadasová)
605 572 250 (Anna Češková – oddílové schůzky)
607 665 473 (Jiří Bernkopf – vodácký kurz)
E-mail: turistak@seznam.cz

Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých

Adresa: Umělecká 5, 170 00 Praha 7
Tel.: 233 379 196, 9
220 571 173
Mobil: 775 209 055
604 841 926

PALATA – Domov pro zrakově postižené

Adresa: Na Hřebenkách 5, 150 00 Praha 5
Tel.: 257 311 930
257 311 931
257 311 933
E-mail: servis@palata.cz
URL: www.palata.cz

Porozumění – Sdružení nevidomých a slabozrakých ČR Plzeň

Adresa: Dlouhá 4, 312 00 Plzeň-Doubavka
Tel./fax: 377 470 313
E-mail: porozumeniplzen@tiscali.cz
URL: <http://sweb.cz/sdruzeniporozumeni>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS)

Adresa: Krakovská 21, 110 00 Praha 1
Tel.: 221 462 462
Fax: 221 462 461
URL: www.sons.cz

Společnost pro ranou péči

Metodické centrum
Adresa: Klimentská 2, 110 00 Praha 1
Tel.: 224 826 858
Mobil: 777 235 630
Fax: 224 817 407
E-mail: centrum@ranapece.cz
URL: www.ranapece.cz

TyfloCentrum, o. p. s.

Zřizovatel: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
URL: www.tyflocentrum.cz

Tyfloservis, o. p. s.

Zřizovatel: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
Organizační a metodické centrum
Adresa: Krakovská 21, 110 00 Praha 1
Tel.: 221 462 365
Fax: 221 462 361
E-mail: centrum@tyfloservis.cz
URL: www.tyfloservis.cz

VIA Sdružení hluchoslepých

Adresa: K Vodojemu 29, 150 00 Praha 5
Tel.: 251 556 381
E-mail: jajakes@volny.cz
URL: odkaz na stránkách sdružení Okamžik: www.okamzik.cz

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany

Adresa: Úřad vlády ČR, nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
Tel.: 224 002 316
Fax: 224 002 207
E-mail: vvz@vlada.cz
URL: http://wtd.vlada.cz/pages/rvk_vvzpo.htm

ZÁBLESK – Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí

Adresa: Lubinova 338, 742 21 Kopřivnice
Mobil: 724 266 830
E-mail: zablesk.deafblind@seznam.cz¹

¹ FRANCOVÁ, P., VEČERKOVÁ, H.: *Adresář poskytovatelů služeb pro děti a dospělé se zrakovým postižením a jejich rodiny*. Praha: Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2005.

Braillova slepecká abeceda

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
u	v	x	y	z	ý		w	ž	ů
á	ě	č	d'	š	ň	/	t'	ó	ř
í	é	ú	číselný znak		ch				
,	;	:	+	?	!	”	(*)
.	-	'	řecké písmeno malé		malé písmeno	řetězec velkých písmen	řecké písmeno velké	velké písmeno	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

115 17
PSČ

222 210 492
telefonní číslo
Knihovna pro nevidomé K. E. Macana
Praha

2005

Příloha č. 12

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví.....	str. 47
Tabulka č. 2: Věk respondentů.....	str. 47
Tabulka č. 3: Rozdělení podle nejvyššího ukončeného vzdělání.....	str. 48
Tabulka č. 4: Subjektivní popis zdravotního stavu.....	str. 48
Tabulka č. 5: Postižení zraku.....	str. 48
Tabulka č. 6: Počátek problémů se zrakem ve věku.....	str. 49
Tabulka č. 7: Četnost návštěv ve zdravotnických zařízeních.....	str. 50
Tabulka č. 8: Kvalita poskytované zdravotní péče.....	str. 51
Tabulka č. 9: Návštěvnost ambulancí.....	str. 51
Tabulka č. 10: Doprovod k lékaři.....	str. 53
Tabulka č. 11: Způsoby upozornění na sebe v čekárně.....	str. 54
Tabulka č. 12: Osoba, které sestra předává informace.....	str. 55
Tabulka č. 13: Osoba, které sestra předává informace – je-li pacient doprovázen průvodcem.....	str. 56
Tabulka č. 14: Poskytnutí informací před prováděným výkonem.....	str. 57
Tabulka č. 15: Poskytování informací v průběhu výkonu.....	str. 57
Tabulka č. 16: Způsob doprovodu nevidomého sestrou.....	str. 58
Tabulka č. 17: Jiné způsoby doprovodu nevidomého sestrou.....	str. 59
Tabulka č. 18: Ideální způsob doprovodu nevidomého sestrou.....	str. 59
Tabulka č. 19: Nepříjemný způsob doprovodu nevidomého sestrou.....	str. 61
Tabulka č. 20: Faktory ovlivňující výběr zdravotnického zařízení.....	str. 62
Tabulka č. 21: Osobní zkušenost zrakově postižených s jednáním sester.....	str. 63
Tabulka č. 22: Pocity zrakově postižených vyplývající z chování sester.....	str. 64
Tabulka č. 23: Nejčastější problémy zrakově postižených ve zdravotnických zařízeních.....	str. 66

Tabulka č. 24: Návrhy na zlepšení zdravotní péče.....	str. 67
Tabulka č. 25: Spokojenost s uspořádáním ordinace.....	str. 68
Tabulka č. 26: Obor.....	str. 69
Tabulka č. 27: Délka praxe.....	str. 69
Tabulka č. 28: Nejvyšší ukončené vzdělání zdravotních sester.....	str. 70
Tabulka č. 29: Návštěvnost ambulancí zrakově postiženými hodnocená sestrami.....	str. 71
Tabulka č. 30: Chování sester při setkání se zrakově postiženými.....	str. 72
Tabulka č. 31: Sestrou zvolený způsob doprovodu.....	str. 74
Tabulka č. 32: Předávání informací z pohledu sester.....	str. 75
Tabulka č. 33: Poskytnutí informací před prováděným výkonem z pohledu sester.....	str. 76
Tabulka č. 34: Poskytování informací v průběhu výkonu z pohledu sester.....	str. 77
Tabulka č. 35: Pocity sester vyvolávající kontakt s pacientem se zrakovým postižením.....	str. 78
Tabulka č. 36: Vhodnost uspořádání ordinace z pohledu sester.....	str. 79
Tabulka č. 37: Poslední získané informace sester o zrakově postižených.....	str. 80

Příloha č. 13

Seznam grafů

Graf č.1: Četnost návštěv ve zdravotnických zařízeních.....	str. 50
Graf č. 2: Kvalita poskytované zdravotní péče.....	str. 50
Graf č. 3: Návštěvnost ambulancí.....	str. 52
Graf č. 4: Doprovod k lékaři.....	str. 53
Graf č. 5: Způsoby upozornění na sebe v čekárně.....	str. 54
Graf č. 6.: Osoba, které sestra předává informace.....	str. 55
Graf č. 7.: Poskytnutí informací před prováděným výkonem.....	str. 56
Graf č. 8.: Poskytování informací v průběhu výkonu.....	str. 57
Graf č. 9: Ideální způsob doprovodu nevidomého sestrou.....	str. 60
Graf č. 10: Nepřijatelný způsob doprovodu nevidomého sestrou.....	str. 61
Graf č. 11: Faktory ovlivňující výběr zdravotnického zařízení.....	str. 62
Graf č. 12: Osobní zkušenost zrakově postižených s jednáním sester.....	str. 63
Graf č. 13.: Pocity zrakově postižených vyplývající z chování sester.....	str. 64
Graf č. 14.: Poskytnutí dostatečných informací sestrou.....	str. 65
Graf č. 15: Spokojenost s uspořádáním ordinace.....	str. 68
Graf č. 16: Návštěvnost ambulancí zrakově postiženými hodnocená sestrami.....	str. 71
Graf č. 17: Porovnání četnosti návštěv v oční ambulanci a v ostatních ambulancích...str.	71
Graf č. 18: Pocit nejistoty sester při komunikaci a pacientem se zrakovým postižením.....	str. 71
Graf č. 19: Chování sester při setkání se zrakově postiženými.....	str. 73
Graf č. 20: Názor sester na vhodnost přítomnosti průvodce v ordinaci.....	str. 73
Graf č. 21: Otázka zamyšlení se sester nad vztahem mezi zrakově postiženým a průvodcem.....	str. 74
Graf č. 22: Sestrou zvolený způsob doprovodu.....	str. 75
Graf č. 23: Předávání informací z pohledu sester.....	str. 76
Graf č. 24: Poskytnutí informací před prováděným výkonem z pohledu sester.....	str. 76
Graf č. 25: Poskytování informací v průběhu výkonu z pohledu sester.....	str. 77

Graf č. 26: Pocity sester vyvolávající kontakt s pacientem se zrakovým postižením...str.	78
Graf č. 27: Vhodnost uspořádání ordinace z pohledu sester.....str.	79
Graf č. 28: Zájem o seminář na téma lidé se zrakovým postižením.....str.	79
Graf č. 29: Poslední získané informace sester o zrakově postižených.....str.	80