

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Péče o nevidomé a zrakově postižené

Petra Mertlíková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Mertlíková**
Osobní číslo: **Z12064**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Péče o nevidomé a zrakově postižené**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:

1. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů. Praha: Karolinum, 2008, 173 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4614-915.
2. HORNOVÁ, Jara. Oční propedeutika. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 103 s. ISBN 978-802-4740-874.
3. KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
4. KUCHYNKA, Pavel. Oční lékařství. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 768 s. ISBN 978-802-4711-638.
5. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. Člověk, jeho smysly a svět. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 248 s. ISBN 978-802-4729-466.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Rusová, DiS.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne.....

Petra Mertlíková

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mě při tvorbě práce podporovali. Mým rodičům, všem příbuzným a přátelům za jejich důvěru v úspěšné dokončení práce. Velké poděkování patří také mému příteli za jeho trpělivost, lásku, pomoc při finálních úpravách práce a jeho užitečné rady. V neposlední řadě bych velmi ráda poděkovala paní Mgr. Jitce Rusové, DiS., za předání všech jejích velmi cenných zkušeností, odborných rad a pomoc při tvorbě bakalářské práce. Poděkování patří také TyfloCentru v Hradci Králové za možnost v tomto zařízení provést výzkumnou část mé práce a dále všem zúčastněným respondentům.

Anotace

Téma práce je věnováno péči o nevidomé a zrakově postižené pacienty. Začátek teoretické části práce je zaměřen na základní anatomii zrakového ústrojí, což napomáhá snadněji pochopit některé poruchy zraku, kterým je věnována další kapitola. Nejrozsáhlejší kapitolou teoretické části práce je péče, komunikace a kontakt s lidmi se zrakovými poruchami. Tuto část práce jsem psala na podkladě nastudované literatury, a také na základě zkušeností a poznatků z výzkumné části práce, kde se zabývám otázkou, jak nejlépe o pacienta s poruchou zraku pečovat, jak postupovat během hospitalizace a jaký přístup zdravotníků těmto lidem nejvíce vyhovuje. Tyto informace byly zjištěny pomocí kvalitativní a kvantitativní metody ve výzkumném šetření.

Klíčová slova

Zrakově postižený, nevidomý, péče, komunikace, zdravotník

Title

Care of Blind and Visually Handicapped People

Annotation

The Bachelor thesis is focused on the blind and visually handicapped patients. The theoretical part deals with the basic anatomy of the visual system that helps to make some eye disorders with which the following chapter is concerned more easily understood. Based on professional literature, experience and knowledge gained in the research part, the theoretical part further describes the care for patients with eye disorders, communication and contact with them. Based on information gained by quantitative and qualitative methods during the research, the research part then deals with the care for patients with eye disorders, procedures during their hospitalization and the most convenient approach of health care professionals to such patients.

Keywords

Visually handicapped people, blind, care, communication, medical staff

Obsah

Úvod	11
1 Cíle práce	12
2 Teoretická část	13
2.1 Anatomie zrakového ústrojí	13
2.2 Nejčastější onemocnění zraku	14
2.2.1 Dělení zrakových postižení	14
2.2.2 Onemocnění vyskytující se u slabozrakosti	15
2.2.3 Onemocnění vyskytující se v kategorii se zachovanými zbytky zraku	17
2.2.4 Nevidomost	19
2.3 Péče o lidi s poruchou zraku a kontakt s těmito lidmi	20
2.3.1 První kontakt a komunikace s nevidomým člověkem	20
2.3.2 Základní postup při příjmu nevidomého pacienta na oddělení	21
2.3.3 Zásady péče o nevidomé a zrakově postižené pacienty ve specifických situacích	22
2.4 Kompenzační pomůcky	25
2.4.1 Optické pomůcky	26
2.4.2 Pomůcky každodenní potřeby	26
2.4.3 Pomůcky pro usnadnění mobility	27
2.4.4 Výpočetní technika	28
2.4.5 Pomůcky pro zápis Braillova písma	29
3 Teoreticko - průzkumná/výzkumná část	30
3.1 Výzkumné otázky	30
3.2 Metodika výzkumu	30
3.3 Presentace výsledků	32
3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru	32
3.3.2 Výsledky otevřeného kódování	34
3.4 Diskuze	50
4 Závěr	57
Seznam příloh	62
A Struktura rozhovorů	63
B Přepsaný rozhovor č. 1	65
C Přepsaný rozhovor č. 2	75

D Přepsaný rozhovor č. 3	79
E Přepsaný rozhovor č. 4	83
F Dotazník	87
G Obrázková příloha	95

Seznam obrázků

1	Charakteristika respondentů v rozhovorech a jejich zařazení.	33
2	Charakteristika respondentů v dotazníkovém šetření a jejich zařazení. . . .	33
3	Nejčastější příčiny poruchy zraku (DOS = degenerativní onemocnění sítnice, VVV = vrozená vyvojová vada) respondentů dotazníkového šetření a jejich vzdělání.	34
4	Průřez okem a jeho anatomický popis.	95
5	Svět z pohledu člověka, který trpí trubicovitým viděním.	95
6	Pohled člověka, trpícího dvojitým viděním.	96
7	Mírně rozmazaný pohled lidí s glaukomem.	96
8	Pohled očima, trpícíma degenerativním onemocněním sítnice.	96
9	Pohled očí postižených diabetickou retinopatií.	97
10	Lupové brýle - hyperkulární skla.	97
11	Lupa s LED podsvícením.	98
12	Indikátor hladiny.	98
13	Indikátor barev.	99
14	Slepecké hodinky - hmatové.	99
15	Šablonka k podpisu.	99
16	Šablonka na napsání adresy.	100
17	Šablona na peníze.	100
18	Bílá hůl.	100
19	Vysílačka VPN 01 na spouštění majáčků.	101
20	Pichtův psací stroj.	102
21	Braillovský řádek k připojení ke klávesnici.	102
22	Pražská tabulka k zapisování poznámek v Braillově písmě.	103
23	Piktogramy.	103

Seznam zkratk

ATB	Antibiotika
DOS	Degenerativní onemocnění sítnice
HIV	Human Immunodeficiency Virus
NT	Nitrooční tlak
TC	TyfloCentrum
VVV	Vrozená vývojová vada
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
WHO	World Health Organization

Úvod

Jeden z nejdůležitějších smyslů je pro člověka zrak. Zrakem lidé vnímají až 80% informací o našem okolí, jsou schopni rozeznávat nejrůznější tvary, světlo, barvy aj. Zrak umožňuje orientovat se v prostředí, odhadovat vzdálenost předmětů a vnímat kontrast. Porucha tohoto smyslu ovlivňuje člověka v mnoha směrech. Člověk se zrakovým postižením se od lidí vidomých odlišuje v tom, že trpí úplnou nebo částečnou ztrátou zraku či jinou jeho poruchou a postrádá jeden z nejdůležitějších smyslů. O aktuálnosti tématu vyplývají následující statistické údaje. Podle posledních údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) žije na světě 39 milionů lidí nevidomých a 246 milionů lidí, kteří trpí slabozrakostí. Onemocnění a následné poruchy zraku mají stoupající charakter, o čemž vypovídá fakt, že počet nevidomých se v roce 2007 pohyboval okolo 37 milionů a slabozrakých okolo 124 milionů, jak uvádí Kuchynka, který také čerpal ze statistik WHO. Podle sdružení Okamžik žije v České Republice zhruba 100 000 osob se zrakovým postižením, z nichž přibližně 10 000 trpí nejtěžším stupněm poruchy zraku - nevidomostí. (Vrubel, 2015, s. 27; Kuchynka, 2007, s. 2; Kavalírová, 2014)

Motivací k tvorbě bakalářské práce na toto téma byla především touha více se seznámit s problematikou onemocnění očí a blíže poznat svět z pohledu nevidomých lidí. V teoretické části jsem se věnovala základní anatomii zrakového ústrojí, která pomáhá snadněji a lépe pochopit jednotlivá onemocnění oka, kterým je věnována další podkapitola. Nejrozsáhlejší částí práce je popis péče o lidi s poruchami zraku a kontakt s těmito lidmi. V této části jsem shrnula základní postup při prvním kontaktu s nevidomým člověkem, postup vidícího člověka při snaze doprovodit nevidomého na nějaké místo, komunikaci s těmito lidmi v nejrůznějších situacích a při příjmu k hospitalizaci. V práci jsou také uvedeny nejčastěji používané kompenzační pomůcky.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem se zabývala tím, jaké postupy nevidomým a zrakově postiženým lidem při péči o ně nejvíce vyhovují a jakých nejčastějších chyb se zdravotnický personál dopouští. Přístup k těmto lidem je odlišný od klasické péče o lidi vidící a je důležitý empatický přístup k tomu, aby si zdravotník dokázal lépe představit, co pro člověka bez zraku tento handicap znamená. Informace jsem získávala z rozhovorů a dotazníků. Měla jsem možnost lidi se zrakovým postižením poznat osobně, z čehož jsem si odnesla cenné rady a zkušenosti, které interpretuji v diskuzi.

Okolí nevidomého člověka by si mělo uvědomit, že péče o nevidomého je rozdílná, ale že jedná s rovnocenným a svépravným člověkem a není nutné za něho rozhodovat a mluvit. Většinu každodenních činností nevidomý člověk zvládá sám. Je stejný jako člověk vidící, „jen“ o jeden ze smyslů přišel.

1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak má zdravotník přistupovat a pečovat o pacienta se zrakovým postižením. Toto zjištění má zdravotníkům usnadnit práci při kontaktu s těmito lidmi, pomoci jim vžít se do role pacienta, který trpí poruchou zraku, a blíže pochopit, co takový handicap obnáší a jaké mají tito lidé potřeby. Tohoto cíle bych ráda dosáhla prostřednictvím kombinace rozhovorů a dotazníků pro nevidomé a zrakově postižené lidi, kdy budu zjišťovat, v čem mají při kontaktu se zdravotníky problém, co by jim více vyhovovalo a usnadnilo pobyt v nemocničním zařízení a co naopak jejich pobyt znesnadňuje. Jsem si ovšem vědoma toho, že i každý nevidomý člověk má individuální potřeby a může mu vyhovovat něco, co jinému nevidomému nevyhovuje.

2 Teoretická část

2.1 Anatomie zrakového ústrojí

Nejdůležitější součástí zrakového orgánu je oční koule (*bulbus oculi*). Jedná se o vlastní smyslový orgán, pomocí kterého člověk vnímá obrazové informace. Ze zadní části bulbu vystupuje zrakový nerv (*nervus opticus*). Zrakový orgán je uložen v očníci (*orbita*) (viz obr. 4). (Fiala, 2008, s. 118; Rozsival, 2006, s. 25)

Stěnu oční koule tvoří tři vrstvy: zevní vazivová vrstva (*tunica fibrosa*), střední vrstva (*tunica vasculosa - uvea*) a vnitřní vrstva (*tunica interna/intima*). Čočka, sklivec, oční komory (přední a zadní) a komorový mok tvoří obsah oční koule. (Synek, 2014, s. 11)

Zevní vazivová vrstva (*tunica fibrosa*) je tvořena bělimou a rohovkou. Bělímou (*sclera*) je bezcévná, pevná, tuhá vazivová blána bělavé barvy. Tvoří 5/6 povrchu oční koule a její hlavní funkcí je chránit hlubší vrstvy oka a udržovat tvar očního bulbu. Rohovka (*cornea*), je přední průhledná část oční koule, zaujímající 1/6 jejího povrchu. Na zevní ploše rohovky se nachází velké množství nervových zakončení, a proto je rohovka velmi citlivá na dotyk. (Fiala, 2008, s. 118; Rozsival, 2006, s. 26; Synek, 2014, s. 12)

Střední vrstvu (*tunica vasculosa - uvea*) tvoří živnatka (*uvea*), která se skládá z cévnatky (*choroidea*), která vpředu přechází v řasnaté těleso (*corpus ciliare*), a z duhovky (*iris*). Cévnatka je velmi bohatá na cévy a zajišťuje výživu tyčinek a čípků. V zadní části cévnatky je otvor, kterým prostupují vlákna zrakového nervu, sítnicová tepna a žíla. Uvnitř řasnatého tělesa se nachází musculus ciliaris a závěsný aparát a společně ovlivňují akomodaci čočky. V přední části se řasnaté těleso spojuje s duhovkou. Duhovka má uprostřed kruhový otvor, který se nazývá zornice (*pupilla*). Na přední straně duhovky se nacházejí pigmentové buňky a jejich množství určuje barvu očí. (Naňka, 2009, s. 312-313; Rozsival, 2006, s. 26-27, 199; Synek, 2014, s. 19-21, 24)

Vnitřní vrstva (*tunica interna/intima*) zahrnuje sítnici (*retina*). Sítnici dělíme na dva různé oddíly. Prvním oddílem je optická část sítnice (*pars optica retinae*), kde se nacházejí tyčinky a čípky. Tyčinky jsou buňky, které jsou schopny vnímat především intenzitu světla a umožňují vidění za šera. Čípky zase umožňují vidění barevné. Nejvíce těchto buněk se nachází v místě zvaném žlutá skvrna (*macula lutea*), což je místo nejostřejšího vidění. Druhým oddílem sítnice je slepá část sítnice (*pars caeca retinae*), tzv. slepá skvrna, která neobsahuje žádné světločivé elementy, tedy žádné tyčinky ani čípky, a je to oblast výstupu vláken zrakového nervu. (Naňka, 2009, s. 314-315; Synek, 2014, s. 21, 23)

Obsah oční koule je tvořen čočkou (*lens*), jejíž základní funkcí je lámat paprsky tak, aby dopadaly přímo na sítnici. Dále se zde nachází sklivec (*corpus vitreum*), který vyplňuje prostor za čočkou. Rozeznáváme také dvě oční komory (*camerae bulbi*): přední oční komoru (*camera bulbi anterior*) a zadní oční komoru (*camera bulbi posterior*). Obě komory jsou vyplněny čirou komorovou tekutinou (*humor aequosus*), která se podílí na výživě rohovky a na regulaci nitroočního tlaku. (Naňka, 2009, s. 315; Synek, 2014, s. 24, 27, 29)

Mezi **přidatné orgány oka** (*organa oculi accesoria*) řadíme okohybné svaly, vazivový aparát očnice, víčka, spojivku a slzné ústrojí. Přidatné orgány oka zajišťují jeho správnou funkci a ochranu. Okohybné svaly se upínají na oční kouli a zajišťují pohyb očního bulbu. Jakákoli porucha souhry v tahu těchto svalů může způsobit šilhání (*strabismus*). Spojivka (*tunica conjunctiva*) je tenká, slizniční vrstva, jejímž úkolem je zajišťovat zvlhčení rohovky. Slzné ústrojí (*apparatus lacrimalis*) se skládá ze slzné žlázy a vývodných slzných cest. Slzná žláza (*glandula lacrimalis*) leží v očnicovém stropu temporálně. Tato žláza produkuje slzy a ústí do horního spojivkového vaku, jehož vývod ústí do dolního nosního průduchu. Slzy mají ochranný význam, zvlhčují rohovku, chrání ji před infekcí a dodávají jí kyslík a živiny. Vývodné slzné cesty slouží k odtoku slz ze spojivkového vaku do dolního nosního průduchu, odkud slzy mouhou stéct přes nosohltan na kořen jazyka. Přední část oka je chráněna víčky, která při zavření očí brání průniku prachových částic do oka apod. (Hornová, 2011, s. 11,17; Naňka, 2009, s. 316-318; Synek, 2014, s. 37)

2.2 Nejčastější onemocnění zraku

V této kapitole jsou rozdělena zraková postižení podle intenzity postižení zraku a v každé kategorii je popsáno onemocnění, které by tam mohlo patřit. Důraz je kladen na onemocnění, která uváděli respondenti v dotazníkovém šetření při otázce na příčinu poruchy jejich zraku.

2.2.1 Dělení zrakových postižení

Klienti se zrakovým postižením se podle míry tohoto postižení dělí do určitých skupin. Já zde uvedu dělení, které mi bylo poskytnuto z TyfloCentra (TC) v Hradci Králové, kde zrakově postižené klienty rozdělují do tří skupin: slabozrací, lidé se zachovanými sbytky zraku a nevidomí.

Slabozrací

Pokud člověk trpí slabozrakostí - částečnou poruchou zraku, tak i přesto, že se tato porucha dá korigovat pomocí brýlí, člověk neuvidí úplně dobře, ale na svůj zrak se často spoléhá. Podle stupně postižení lze slabozrakost dělit na lehkou, střední a těžkou, která často spadá do kategorie se zachovanými zbytky zraku, respektive je na její hranici. Lidé, kteří spadají do této skupiny, trpí sníženou zrakovou ostrostí a vlivem toho mají rozostřené vidění. Dalším problémem jsou výpadky zorného pole, což je část okolí, kterou vidíme, když se díváme přímo před sebe a neotáčíme přitom hlavou. Výpadek zorného pole může být periferní, to znamená, že člověk před sebe uvidí dobře a jasně, ale do stran nevidí, což mu způsobuje značné problémy v orientaci v prostoru, přecházení silnice apod. Pokud je zasažena pouze část periferního vidění, člověk vidí například skvrny. Dojde-li k postižení celé

periferie, tak pacient trpí tzv. trubicovitým viděním, ilustrovaným na obr. 5. Když dojde k výpadku centrální části zorného pole, což se nazývá *skotom*, tak při pohledu před sebe člověk může vidět skvrny, může mít rozmazané vidění a může mít problémy například při rozeznávání barev, obličejů a při čtení. Uvedené příklady mohou svědčit pro následující onemocnění, která si později přiblížíme: katarakta, glaukom, záněty sítnice a cévnatky (živnatky) a atrofie očního nervu. (Macháček, 2002, s. 5)

Zachovány zbytky zraku

Lidé se zachovanými zbytky zraku mají jeho závažnou poruchu, což způsobuje deformaci všech zrakových schopností. Trpí podobnými problémy jako slabozrací, ale ve větším rozsahu - dá se říci, že stojí na hranici mezi slabozrakostí a nevidomostí. Jejich stav se může zlepšovat, ale také zhoršovat a postupem času přejít do nevidomosti. Lidé, kteří patří do této skupiny, kompenzují svou poruchu tzv. dvojmetodou, tedy využívají kompenzační prostředky a postupy pro slabozraké (korekční brýle, lupy apod.), i pro nevidomé (například se učí Braillovo písmo, pohybují se s bílou holí apod.). Do této skupiny bychom mohli zařadit onemocnění, která spadají do kategorie slabozrakosti, ale došlo k jejich dekompenzaci a následnému zhoršení zraku. Například pokročilé stavy degenerativních onemocnění makuly nebo odchlípení sítnice, které ohrožuje pacientův zrak. (Sedláková, 2012, s. 19-20)

Nevidomí

Jedná se o nejtěžší a nejzávažnější stupeň poškození zraku. Nevidomost může být praktická nebo úplná. U praktické nevidomosti je zachován světlocit a klient je schopen rozeznávat světlo a tmu a případně obrysy ve světle (například když se člověk v tmavém oblečení postaví proti oknu a venku je světlo, prakticky nevidomý člověk uvidí, že tam někdo stojí). Při úplné nevidomosti dochází k postupné ztrátě světlocitu a nevidomý nevidí vůbec nic. Mohou se ovšem u něho objevovat zrakové vjemy, jako jsou záblesky, zrnění apod. (Michálek, 2010, s. 7; Sedláková, 2012, s. 16-17)

2.2.2 Onemocnění vyskytující se u slabozrakosti

Katarakta

Katarakta (*catarakta*) neboli šedý zákal. Toto onemocnění postihuje oční čočku a mluvíme o jejím zakalení. Podle toho, jak intenzivně je čočka zakalená, se toto onemocnění dělí na kortikální, nukleární a zadní subkapsulární kataraktu. Všechny tyto typy mohou progredovat do tzv. zralé (maturní) katarakty. U prvního typu šedého zákalu, tedy u kortikální katarakty, se jedná o zakalení kůry. Mezi příznaky zahrnujeme zhoršené vidění, citlivost oka na silné světelné zdroje, diplopie - dvojité vidění (viz obr. 6). Pokud je zakaleno jádro čočky, mluvíme o nukleární kataraktě. Tento typ šedého zákalu progreduje velmi pomalu a při jeho neléčení, se čočka zbarvuje do hněda. Typickým příznakem je krátkozrakost. Pacient uvidí velmi dobře do blízka, čtení mu nebude činit problémy, ale

při pohledu do dálky uvidí velmi rozmazaně. Opačným případem je zadní subkapsulární katarakta, kdy člověk vidí lépe do dálky a naopak čtení mu činí značné problémy. Zakalení je zadní vrstva kůry, což může vzniknout následkem úrazu, užíváním kortikosteroidů nebo působením rentgenového záření. Při zakalení všech vrtsev čočky jde o stadium zralé (maturní) katarakty. Do tohoto stadia mohou progredovat všechny výše uvedené typy katarakt, proto je důležité je včas léčit. Jedinou možnou léčbou šedého zákalu je chirurgický zákrok, jehož cílem je odstranit zakalenou čočku a nahradit ji čočkou umělou. (Orel, 2010, s. 86; Rozsival, 2006, s. 221-222)

Katarakta také může být vrozená - cataracta congenitalis, kdy mluvíme o vrozené vývojové vadě. Jedná se o dědičné onemocnění a základní prevencí je včasné očkování proti zarděnkám. Ty totiž mohou postihnout vyvíjející se čočku a způsobit její zakalení. (Rozsival, 2006, s. 38)

Glaukom

Glaukom (viz obr. č. 7), neboli zelený zákal, je jedno z velmi závažných onemocnění a je druhou nejčastější příčinou slepoty. Trpí jím přibližně 2% populace. Častější výskyt je v pokročilejším věku, ale může postihovat všechny věkové kategorie. Příčinou vzniku tohoto onemocnění je nadprodukce komorového moku nebo zablokování odtokových cest, což vede ke zvýšení nitroočního tlaku (NT). Následkem zvýšeného NT dojde k poškození zrakového nervu a špatné výživě oka. Mezi další rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku glaukomu, jsou například: hypertenzní nemoc, diabetes mellitus, genetické predispozice atd. Toto onemocnění probíhá dlouhou dobu asymptomaticky (bezpříznakově). Mezi pozdější příznaky patří porucha centrální zrakové ostrosti, časté bolesti hlavy zapříčiněné zvýšeným NT, světloplachost, vidění jako v mlze. Existuje také glaukomový záchvat, který se projevuje prudkými bolestmi hlavy a za očima. Protože hlavní příčinou glaukomu je vysoký NT, tak základní léčba spočívá v jeho korekci pomocí očních kapek, které NT snižují. Protože dochází k postupnému omezování zorného pole, může dojít k trubicovitému vidění (viz obr. 5). (Rozsival, 2006, s. 275; Schindler, 1995-1999, s. V)

Záněty sítnice (retinitidy)

Jako většina zánětů, i retinitidy mohou mít mnoho příčin. Jednou z příčin je zanesení infekčního agens do sítnice hematogenně, což může způsobit septický zánět sítnice. V tomto případě spočívá léčba v podání širokospektrých antibiotik (ATB). Další příčinou je virový původ zánětu, který se nejčastěji rozvine při onemocnění HIV nebo u lidí dlouhodobě léčených imunosupresivou. Projeví se oboustrannou, náhle těžkou poruchou vidění, v některých případech rovnou slepotou. Léčba spočívá v potlačení onemocnění, které zánět způsobilo. Další typ zánětu je zánět sítnicových vén, u kterého není známá jasná příčina, ale předpokládá se, že se jedná o autoimunitní onemocnění. Prvním projevem je nejčastěji jednostranná porucha vidění. V léčbě tohoto typu zánětu se používají kortikosteroidy,

kteře nejsou pŕilíř ućinné, proto se pŕistupuje k laserové fotokoagulaci. Pozdní zahájení terapie nebo progrese zánětu vede až ke ztrátě zraku. (Rozsívál, 2006, s. 250; Schindler, 1995-1999, s. VIII)

Záněty živnatky (cévnatky)

Záněty (*uveitidy*) je možné dělit podle několika kritérií. Podle toho, kterou část živnatky postihují, je dělíme na přední, intermediální a zadní uveitidy.¹ Dále se dělí na akutní a chronické a podle stranového postižení očí na jednostranné a oboustranné. Častými příčinami zánětu jsou infekce oka a autoimunitní onemocnění. Nejčastější je přední uveitida, která se projevuje bolestí oka, slzením, zarudnutím, světlolachostí, zúžením zornic, poklesem vidění až opakujícími se křečemi očních víček (*blefarospasmus*). Dochází k tvorbě zánětlivého výpotku a pokud se tato tekutina (exsudát) tvoří rychle, může dojít ke srůstu zadního okraje duhovky a přední plochy čočky. Uveitidy léčíme pomocí mydriatik, která zornici rozšiřují a zabraňují tak výše zmíněnému srůstu nebo již vzniklé srůsty uvolňují. Dalšími léky jsou kortikosteroidy s protizánětlivým účinkem a nesteroidní antiflogistika, která tlumí bolest. (Orel, 2010, s. 85; Rozsívál, 2006, s. 200-202, 204; Steringová, 2008, s. 20)

Atrofie očního nervu

Atrofie očního nervu, neboli atrofie papily zrakového nervu, je onemocnění, kdy dochází k úbytku nervových vláken a jejich myelinových pochev a následkem toho k odumírání nervu a postupnému zhoršování vidění. Objektívním příznakem je bledost papily. Základní klasifikace je následující: atrofie s ostrým ohraničením a atrofie s neostrým ohraničením. Nejčastějšími příčinami mohou být nádorová onemocnění oka, zánětlivá onemocnění, úrazové stavy včetně intoxikací a v neposlední řadě hraje roli dědičnost. (Kuchynka, 2007, s. 681; Steringová, 2008, s. 21)

2.2.3 Onemocnění vyskytující se v kategorii se zachovanými zbytky zraku

Degenerace sítnice

Jedná se o nezánětlivé onemocnění sítnice. Mezi dva nejznámější typy tohoto onemocnění patří věkem podmíněná degenerace makuly a pigmentová degenerace sítnice.

Věkem podmíněná degenerace makuly (žluté skvrny) je nejčastější příčina slepoty u starších lidí, kdy dochází k poruše centrálního vidění a zrakové ostrosti. Jedná se o to, že s postupujícím věkem dochází k nedostatečnému vyživení sítnice a hromadí se odpadní látky. Postupem času buňky retinálního pigmentového epitelu degenerují a atrofují. Periferní vidění není zasaženo a nemocní tedy nemají problém s orientací v prostředí,

¹Přední uveitida postihuje duhovku a řasnaté těleso, intermediální řasnaté těleso, periferní část choroidey, sítnici a sklivce a zadní choroideu a velice často i sítnici.

ale mají problém při vykonávání věcí, kdy hledí přímo před sebe (například čtení, psaní, nepoznávají tváře lidí apod.). Pohled lidí s tímto onemocněním je vyobrazen na obr. 8. Onemocnění je zpravidla oboustranné a lze rozeznat dvě formy, a to: suchou a vlhkou. Suchá forma progreduje pomalu a dala by se zařadit spíše do kategorie slabozrakosti, protože k těžké slabozrakosti dochází až v průběhu 5-10 let. Oproti tomu vlhká forma vede během několika měsíců ke ztrátě zraku a člověk trpící touto formou, která progreduje, se pak řadí do kategorie nevidomých. Neexistuje žádná léčba, která by přímo ovlivnila příčinu vzniku tohoto onemocnění. Prvním krokem léčby je úprava životosprávy, omezení kouření a ochrana očí před slunečním zářením.

Pigmentová degenerace sítnice je geneticky podmíněné onemocnění, které postihuje zevní vrstvu sítnice (fotoreceptory, zejména tyčinky a pigmentový epitel). Jedná se o onemocnění, které je ve většině případů oboustranné a začíná již v pubertě. Jedním z prvních příznaků je šeroslepost (porucha vidění za šera), která je zapříčiněna poruchou funkce tyčinek. Člověk během dne nebude mít žádné problémy a může se nám jevit jako naprosto zdravý, ale jakmile se začne stmívat nebo bude mlhavo, bude mít problémy s orientací v tomto prostředí. Dochází k zužování zorného pole až na úroveň tzv. trubicovitěho vidění, které hodnotíme jako praktickou slepotu. Tento typ onemocnění progreduje a končí velmi často slepotou, která se objeví okolo padesátého roku života. V současné době neexistuje žádná účinná terapie. (Korda, 2010, s. 432-433; Rozsíval, 2006, s. 252-254)

Retinopatie

Retinopatii označujeme stav, kdy dojde k patologickým změnám na sítnici a jejích cévách, které mohou být zapříčiněny například onemocněním, jako je cukrovka, nebo iatrogeně, nastavením nepřiměřené koncentrace kyslíku v inkubátorech.

Diabetická retinopatie je jednou z chronických komplikací diabetu a pohled postižených očí je vyobrazen pomocí obrázku 9. Při tomto onemocnění nejprve dojde k poškození cévní stěny a k poruše kapilárního řečiště. Protože je porušena propustnost kapilár, proniká do tkáně sítnice více tekutin než je fyziologické a na podkladě toho vzniká edém sítnice. Do tkáně pronikají i látky tukové povahy a vznikají tvrdé exsudáty, které zapříčiní úplné uzavření průsvitu kapilárního řečiště a způsobí hypoxii. Za cílem kompenzovat hypoxii a dodat tkáni kyslík vznikají nové cévy, které jsou ovšem patologické. Kromě skutečnosti, že žádný kyslík nepřinášejí, jsou také velice křehké, tudíž často praskají a krvacejí a mohou vést k odchlípení sítnice. Diabetická retinopatie má různá stadia a formy, od nejméně závažných až po závažné formy, které mohou vést ke ztrátě vidění. Základem úspěšné léčby je velmi dobrá kompenzace diabetu, léčba příčiny, a je také možnost laserové terapie. (Rozsíval, 2006, s. 244-247)

Retinopatie nedonošených dětí vzniká nepřiměřenou koncentrací kyslíku (nad 40%) v inkubátoru, který působí na ještě nedokončený vývin krevních cév v tkáni oka. Během

dlouhodobého pobytu nedonošeného dítěte v inkubátoru, kde je vysoká koncentrace kyslíku, se sítnice takové koncentraci přizpůsobí. Problém nastává ve chvíli, kdy je dítě mimo prostředí inkubátoru, kde působí na sítnici oka atmosféra s normálním parciálním tlakem kyslíku. Protože sítnice oka byla zvyklá na mnohem vyšší koncentraci kyslíku v okolí, dochází k její hypoxii. Stejně jako u diabetické retinopatie může v nejhorším případě dojít k odchlípení sítnice. Je důležité zajistit preventivní opatření, aby k tomuto onemocnění vůbec nedošlo. Pobyt v inkubátoru by měl trvat po dobu nezbytně nutnou a koncentrace kyslíku by neměly být příliš vysoké. (Rozsival, 2006, s. 249)

Odchlípení sítnice

Odchlípení sítnice je velmi závažný stav, který při dlouhém trvání vede k trvalé poruše zraku. Rozlišujeme primární (idiopatické) odchlípení sítnice, což je zapříčiněné trhlinou sítnice, a sekundární - bez trhliny, zapříčiněné jiným očním onemocněním. Podstatou onemocnění je, že se sensorická část sítnice odchlípně od pigmentového epitelu, dojde tím k nedostatečné výživě fotoreceptorů, a pokud se v krátké době nepodaří sítnici přiložit, odchlípená část postupně atrofuje z důvodu nedostatku živin. Příčinou odchlípení sítnice jsou úrazy oka, degenerativní změny na sítnici, retinopatie a další. Mezi první příznaky patří světelné fenomény (záblesky), snížení zrakové ostrosti až výpadky zorného pole. V případě, že během vyšetření přijde lékař na trhlinu v sítnici ještě bez odchlípení, je základní léčbou laserová fotokoagulace, která se provádí ambulantně. Pokud již k odchlípení došlo, je nutná operace. (Rozsival, 2006, s. 257-258; Schindler, 1995-1999, s. IV)

2.2.4 Nevidomost

Lidé, kteří spadají do kategorie nevidomých, trpí nevyléčitelnou ztrátou zraku neboli slepotou, popsanou níže.

Slepota

Slepota (*amauróza*) je nejtěžší stupeň zrakového postižení. Může být jednak praktická, kdy je v určité míře zachován světlocit, a úplná, kdy nemocný nemůže vůbec vnímat světlo. Lidé s tímto onemocněním, ať už praktickou nebo úplnou nevidomostí, mají nárok na pobírání výhod III. stupně invalidního důchodu z oční indikace. Příčiny slepoty jsou různé. Od infekčních a parazitárních onemocnění, malnutrice, katarakty, degenerace oční sítnice, komplikace diabetu a glaukomu, až po geneticky podmíněná onemocnění. Slepota nelze léčit, ale lze ji kompenzovat různými pomůckami, které nevidomému pomáhají nahradit zrak (více o nejčastěji používaných pomůckách je psáno dále). Existuje také spousta organizací a služeb pro zrakově postižené klienty, mezi které patří například: Centrum zrakových vad Oční kliniky dětí a dospělých 2.LF UK a FN v Praze Motole, Společnost pro ranou péči, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, Tyfloservis o.p.s.,

Tyflokabinet o.p.s., Tyflocentrum o.p.s., Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina v Praze 6, LORM (pro hluchoslepé), Ústavy sociální péče pro nevidomé, Český svaz zrakově postižených sportovců v Praze aj. (Rozsival, 2006, s. 351-353)

2.3 Péče o lidi s poruchou zraku a kontakt s těmito lidmi

2.3.1 První kontakt a komunikace s nevidomým člověkem

Při setkání s nevidomým člověkem, ať už je to na ulici, v obchodě, v areálu nemocnice nebo v budovách, je třeba nejprve nevidomého oslovit a poté mu položit ruku na rameno, aby bylo jasné, že se komunikace týká jeho. V případě, že dotyčný člověk nevidomého zná osobně, je vhodné ho oslovit jménem a představit se. Následuje otázka zda o pomoc stojí a v dané situaci ji potřebuje. Pokud ano a vidící člověk neví, jak mu pomoci, není ostuda se zeptat. Za žádnou cenu není potřeba nevidomému pomoc vnucovat. Jsou místa a situace, které nevidomý člověk zná velmi dobře a pomoc svého okolí nepotřebuje.

Když bude nevidomý člověk chtít pomoci někam doprovodit, není správné ho tahat za sebou nebo ho před sebou tlačit. Přístup by měl být následující - člověk snažící se nevidomému pomoci, mu nabídne svou paži a nechá ho, aby se zachytil a šel přibližně půl kroku za doprovodem. Rychlost chůze je vhodné přizpůsobit pomalejšímu z dvojice. Jestliže se na trase nachází překážky, nevidomého je nutné na ně včas upozornit, ale nejednat vyplašeně, pouze zpomalit a říci, co se na cestě vyskytuje (např.: „Asi deset kroků před námi je propadlý chodník, proto ho budeme obcházet“.) V případě chůze po schodišti, je důležité říci, zda vede směrem nahoru nebo dolů. Pokud se u něho nachází zábradlí, je dobré se nevidomého zeptat, jestli se chce chytit. Vždy je důležité upozornit na poslední schod.

Při průchodu dveřmi by bylo dobré, aby byl nevidomý člověk na straně pantů. Průvodce dveře volnou rukou otevře, chytne kliku rukou, kde se ho nevidomý drží, ten po paži sjede na kliku a dveře za sebou zavírá. Když se nevidomý člověk bude chtít někam usadit, rozhodně by neměla situace vypadat takto: „Tady si sedněte, támhle si pověste bundu“. Je důležité si neplést přirozené chování s neohleduplným a neempatickým přístupem. Je dobré nevidomého k židli dovést, položit mu ruku, za kterou se doprovodu drží, na opěradlo židle a nechat ho po paži sjet až k opěradlu. Sám si pak místo osahá, ujistí se, že je volné a je schopný se posadit. Pokud je nutné projít zúženým prostorem, opět platí, že vidící člověk jde jako první. Jednou rukou se nevidomý doprovodu drží nad loktem, druhou ruku si může položit doprostřed jeho zad a takto se zúženým průchodem dá bezpečně projít. Další možností je jít vedle sebe bokem, tzv. krok sun krok. Nikdy však doprovázející osoba s nevidomým neztrácí kontakt.

Pokud je třeba nevidomého doprovodit do sanitního vozu nebo do auta, je vhodné položit mu jeho ruku na horní hranu otevřených dveří a nástup nechat na něm. Další důležitá věc při nastupování je dohodnout se, kdo z dvojice zavře dveře. Při cestování hromadnou

doprovodu nastupuje doprovod opět krůček před nevidomým a hned po nástupu mu zajistí oporu v podobě chyčení se madla a to tak, že ho nechá, aby svou rukou opět sjel po paži dorpovodu až na madlo. Až po zajištění opory je vhodné hledat místo k sezení.

Během komunikace s člověkem trpícím poruchou zraku není potřeba projevovat lítost, zvyšovat hlas během rozhovoru (tento člověk není hluchý), vyhýbat se slovům jako je vidět, dívat se aj., neustále ho ujišťovat, ať se ničeho nebojí, vyhýbat se popisování věcí pomocí barev a další. Stejně tak není potřeba během konverzace neustále mluvit jen proto, aby nebylo ticho, a nevidomý věděl, že tam s ním někdo je. Tlachání o ničem není na místě. Kontakt a komunikace s těmito lidmi není žádná vypjatá a stresová situace, proto je nejlepší chovat se naprosto přirozeně. Při příchodu do nějaké místnosti je pro lepší představitivost nevidomého o okolí vždy důležité podat informace o tom, kdo v místnosti je, kolik je tam lidí, jestli jsou tam děti, nějací domácí mazlíčci apod. Okolí by nemělo nikdy komunikovat pouze prostřednictvím doprovodu. Nevidomost neznamená nesvépravnost. Při podávání pokynů a popisu okolí je nejlepší vysvětlovat co nejpřesněji a zároveň jednoduše (např. „Po Vaší pravé ruce se nachází dvě židle.“ Nikoli takto: „Tamhle za stolem mezi skříněmi jsou dvě židle“.). (Cerha, 2004; Vision Australia, b; The Chicago Lighthouse, 2015; Schindler, 2002-2015)

2.3.2 Základní postup při příjmu nevidomého pacienta na oddělení

Někteří ze zdravotníků zažívají situaci, kdy do ordinace nebo na oddělení vstoupí pacient se zrakovým postižením pouze zřídkka, nebo se s takovou situací během jejich praxe ještě nesetkali. Když nastane situace, se kterou nemá zdravotník dostatek zkušeností, začne být nervózní, chová se nepřirozeně a myslí si, že to, co dělá, určitě není správně. V této podkapitole je proto napsáno několik věcí o specifické péči o pacienty, kteří trpí poruchou zraku nebo nevidomostí, zejména příjem pacienta na oddělení.

Pro začátek postačí základy slušného chování a přístup, který by neměl chybět ani při kontaktu s vidícími pacienty. Nejprve je vhodné se představit, říci jestli nevidomý mluví s lékařem, zdravotní sestrou, sanitářkou nebo s jiným zdravotnickým personálem. V případě, že není nevidomý pacient upoután na lůžko a má možnost se pohybovat po oddělení, je dobré, aby si zdravotník udělal dostatek času na to, aby šel poprvé s ním a oddělení mu popsal. Nevidomý si tak udělá představu o tom, jak je například daleko od pokoje WC, jídelna, sprcha nebo inspekční pokoj. Pomůže mu to při dalším pohybu po oddělení. Další možností je, že nevidomého provede po oddělení někdo z rodiny, jeho doprovod nebo člověk, který již s průvodcovstvím nějaké zkušenosti má a ví, jak nejlépe okolí popsat a jak podat kvalitní informace, kterým bude nevidomý dostatečně rozumět. Pokud se pohybuje po oddělení člověk, který je slabozraký a netrpí úplnou nevidomostí, je velmi důležité zajistit vhodné osvětlení a pokud možno vytvářet kontrast (např. světlé dveře a na nich tmavá vosačka s číslem pokoje). Personál by se měl snažit zajistit maximálně bezpečný pobyt těchto pacientů tím, že dohlédne na to, aby na chodbách a v průchodech nebyly

zbytečné překážky, které by mohly komplikovat jejich pohyb po oddělení. Aby nevidomý bezpečně poznal své lůžko a dveře do jeho pokoje, je vhodné je nějakým způsobem označit (například štítkem či vysačkou). Při příchodu s nevidomým na pokoj je potřeba mu oznámit, kolik lidí s ním na pokoji je a jak je pokoj uspořádaný. Protože je většina instrukcí pro pacienty, ať už seznámení se s harmonogramem oddělení, informované souhlasy a další, vizuálních, tudíž pro nevidomé nepřístupných, je potřeba zařídit, aby se tyto informace nevidomý dozvěděl jinou cestou. Pokud používá notebook, zdravotník mu může nabídnout, že mu potřebné informace poskytne v elektronické podobě, dále se vše dá namluvit na diktafon, poprosit rodinu, známé, nebo pacienta na pokoji, aby nevidomému informace přečetl nebo je přečte sám zdravotník. Na těchto věcech je potřeba se domluvit a zeptat se, jaká z možností je pro nevidomého nejlepší. V situaci, kdy člověk nevidomému pacientovi něco předčítá, měl by se vyvarovat vlastních názorů, komentářů a výkřiků. V tuto chvíli slouží předčítající pouze jako oči nevidomého. Jestliže na nevidomého pacienta zdravotník hovoří, měl by mu při odchodu z pokoje tuto skutečnost oznámit, aby na něho nevidomý nemluvil, zatímco on tam již dávno nebude. V jednom ze zahraničních zdrojů (Vision Australia, a), mě zaujalo tvrzení *"I am vision impaired. Please introduce yourself and let me know when you leave. Please ask if I need assistance."*, což v překladu znamená: *„Jsem zrakově postižený. Proším, představ se a řekni mi, když odcházíš. Proším, ptej se, jestli nepotřebuji pomoc.“* Myslím si, že je to naprosto výstižné. Osobní věci lidí se zrakovým postižením by neměl personál v žádném případě přemísťovat, a pokud by to bylo nezbytně nutné, vždy by měl tuto skutečnost nevidomému oznámit a říci, kde věci má a jak jsou rozmístěny. Při provádění nějakého výkonu zdravotník vždy pacienta osloví ještě dřív, než se ho dotkne, aby se nevylekal. Vše co bude zdravotník dělat, včas popisuje. (Vision Australia, a; Michálek, 2010, s. 44-45; van Dick, 1996.)

2.3.3 Zásady péče o nevidomé a zrakově postižené pacienty ve specifických situacích

Orientace v areálu nemocnice

Pro lidi s poruchou zraku, zejména pak pro lidi nevidomé, neznamena návštěva zdravotnického zařízení pouze zvednutí sluchátka, objednání se a po domluvě příchod na stanovený čas. Pravděpodobně bude nevidomého zajímat spousta informací, které v prvé řadě bude pomocí počítače s hlasovým výstupem hledat na internetových stránkách daného zdravotnického zařízení. Existují zařízení, která mají vytvořený tzv. Blind Friendly Web, neboli webové stránky přístupné nevidomým, které jsou specifické svou přehledností a informacemi, které nevidomého před návštěvou zařízení nejvíce zajímají (například jestli je zdravotnický personál dostatečně proškolen v péči o nevidomé, jestli se v areálu nemocnice nacházejí zvukové majáčky a jiné pomocné body pro lepší orientaci, popis jak se od autobusu do zařízení dostanou, jestli je možné vzít s sebou vodícího psa aj.). Pokud tyto informace nevidomý nenajde, bude se nejspíše informovat telefonicky. V tomto

případě je důležité si na pacienta udělat dostatek času, být trpěliví, snažit se mu vyjít vstříc ve výběru dne a času objednání (nejspíše si bude následně na toto datum sjednávat doprovod), zodpovědět všechny potřebné otázky a zejména pak, kudy se do ordinace dostane (popsat cestu co nejsnadněji). Pokud probíhají v areálu nemocnice nějaké rozsáhlejší rekonstrukce, je vhodné ho o nich předem informovat, aby pohyb po areálu byl bezpečný. Než pacient položí telefon, je na místě se ujistit, zda je mu vše jasné a nemá další otázky. V případě, že nevidomý přijde bez doprovodu, bude se snažit orientovat zejména pomocí hmatu a bílé hole, a proto je ideální, když jsou na podlaze a na chodnících tzv. vodící linie (ve formě vystouplých drážek v podlaze a jiné povrchové změny jako varovné pásy a další), které bílou holí nevidomý bezpečně ucítí. V některých zařízeních jsou také zvukové orientační majáky, které bývají umístěné nad vchodem do jednotlivých budov, a nevidomý je spustí pomocí speciální vysílačky. Dalším orientačním bodem může být hmatová tabule, kde je plánec areálu, který si nevidomý nahmatá. Lze také použít štítky s Braillovým písmem (tlačítko výtahu, názvy oddělení atd.). Nejdůležitější je myslet na bezpečí, proto by měly být označené a zajištěné výkopy, neměly by se v areálu a v budovách nacházet předměty, které nevidomý nenahmatá bílou holí, tedy předměty přibližně od pasu výše. Velmi nebezpečné mohou být i otevřené dveře. Na všechny tyto náležitosti je nutné myslet. První kontakt nevidomého je ve většině případů s osobou na recepci, která by měla být schopna ho doprovodit na dané místo a poskytnout mu potřebné informace, které se týkají orientace v areálu. Lidé by neměli k osobám se zrakovým postižením přistupovat jako k někomu, kdo má nějaký další, tzv. šestý smysl, který kompenzuje porušený zrak. Tak tomu není, nevidomý člověk není žádná nadpřirozená bytost, je úplně stejný jako člověk vidící, pouze s tím rozdílem, že nevidí a jisté smysly (hmat, sluch, čich) má jen více vytrénované. (Michálek, 2010, s. 15-23; Schindler, 2002-2015)

Ambulantní zařízení, ordinace

Pokud přijde nevidomý pacient do čekárny, opět je představení se na prvním místě. Podání ruky nevidomému nahrazuje vizuální kontakt, proto není vhodné se tomu vyhýbat, pouze ho upozornit na to, že mu ruku zdravotník podává. Tito pacienti by měli být objednáni na určitou hodinu, která by pokud možno měla být dodržena. Čím déle bude nevidomý sedět v čekárně a nebude vědět co se děje, bude to zvyšovat jeho nervozitu. Proto by zdravotníci měli vždy dát najevo, že o něm vědí, a v čekárně ho usadit. V případě, že není možné vzít pacienta na danou hodinu, na kterou je objednan, je potřeba mu to včas oznámit, vysvětlit důvody a říci, jak dlouho přibližně bude trvat, než se dostane na řadu. Pokud přichází nevidomý do ordinace s doprovodem, je čistě na jeho rozhodnutí, jestli ho doprovod bude čekat v čekárně, nebo půjde s ním do ordinace, a zdravotník by to měl plně respektovat. V případě přítomnosti vodícího psa je obvyklé, že si ho nevidomý bere s sebou do ordinace. Když by to nebylo z jakéhokoli důvodu možné, je vhodné tuto skutečnost nevidomému oznámit již při telefonátu, kdy se pacient objednává. Během

přítomnosti doprovodu je neslušné a ponižující, když zdravotník komunikuje s doprovodem. Věty typu „Řekněte jí, ať si sedne. Může se oblíknout.“ jsou více než nevhodné. Doprovod může zdravotníka v těchto situacích napomenout. V opačném případě, kdy se nevidomý člověk rozhodne vstoupit do ordinace bez doprovodu, přebírá tuto roli zdravotník. Popíše nevidomému, kam se má usadit, případně kde je lůžko, na které si má lehnout, kde je věšák, kdo je v místnosti přítomen a potřebné předměty by měl mít možnost si nevidomý ohmatat. Dobrá komunikace je základem úspěchu a nevidomému nahrazuje jeho porušený zrak. Proto se po zdravotnickém personálu vyžaduje vše dobře a přesně popsat. Stejně tak, jako je důležité komunikovat s pacientem před výkonem a během výkonu, je nutné pacienta upozornit na to, že výkon je u konce, aby dále neočekával další průběh. (Michálek, 2010, s. 30-35; van Dick, 1996)

Dlouhodobější pobyt nevidomého ve zdravotnickém zařízení

Hospitalizace je pro každého člověka velmi stresující situace. U lidí, kteří trpí poruchou zraku, je stresové vypětí ještě větší. Nevidomému člověku trvá déle, než se s novým prostředím seznámí, a než se v něm naučí orientovat a sám bezpečně pohybovat. Je velmi důležité, aby se pacient s poruchou zraku zvládl orientovat po celém oddělení a zejména pak ve vlastním pokoji. Protože nevidomý člověk si musí vše, co mu zdravotník během provádění řekne, pamatovat, je dobré mu popis co nejvíce zjednodušit. Personál by tedy měl popisovat pokoj nejprve jako celek a postupovat k jednotlivým předmětům a od velkých předmětů k malým - nejprve tedy člověk, který pokoj popisuje, řekne, jak je velký, jaký má tvar, kolik má stěn, jestli má okna, na kterých stěnách okna jsou (např. „Při příchodu na Váš pokoj je naproti Vám stěna vzdálená 6 metrů, na které je okno.“), kde se nachází lůžka, kolik jich tam je, kde je jaký nábytek, pokud jsou v pokoji dveře, řekne kde jsou a kam vedou (např. „Když vejdete na Váš pokoj, hned po Vaší levé ruce jsou dveře, které vedou na WC a do sprchy.“). Dále řekne, čím a jak si přivolat zdravotnický personál, a kde zařízení na přivolání je. Až po obecném popisu, kdy si nevidomý udělal základní představu o pokoji, je vhodné mluvit o detailech. Pozor, již na pokoji by mohlo hrozit nevidomému nebezpečí, personál tedy nesmí zapomenout nevidomému říci například to, že na pokoji je do zdi zavrtaná polička, která je volně v prostoru, že na stole stojí váza apod. Při popisu pokoje je také důležité ukázat nevidomému sociální zařízení. Personál by měl pacientovi říci, kde se WC nachází, jestli je součástí pokoje, nebo je na chodbě. Místnost opět popsat a nezapomenout říci, jestli je v místnosti pisoár nebo klasická toaleta, kde najde splachování, kde je toaletní papír, mýdlo, ručník, umyvadlo, a další věci s používáním toalety spojené. Pokud nevidomý pacient vyžaduje pokoj, kde bude sám, tak je vhodné mu to zajistit, usnadní to jeho pobyt v nemocničním zařízení. Pokud to není možné, nabízí se možnost pokoj po domluvě s ostatními pacienty přizpůsobit co nejvhodněji vůči nevidomému. Jestliže nastane situace, kdy lékař odešle nevidomého pacienta na vyšetření, které se bude provádět na jiném oddělení nebo v jiné budově než je nevidomý hospitalizován,

měl by ho tam někdo z personálu doprovodit. Opět je důležité říci, jak bude probíhat cesta zpět na oddělení, jestli na nevidomého doprovod počká nebo pro něho přijde po vyšetření - v tomto případě říci, kde má počkat (např. „Po vyšetření mi sestřička zavolá, posadí Vás do čekárny na židli a já pro Vás přijdu.“).

Další oblastí, kde je potřeba přistupovat specificky, je podávání jídla a léků. Zdravotník by si mohl myslet, že podávání jídla není žádný problém, stačí říci, co je k jídlu a kde jídlo dotyčného je, a je vyhráno. Člověku, který vidí, by nemuselo vůbec přijít na mysl, že právě stravování se je pro nevidomé stresující záležitostí. Jedním z častých důvodů, proč se nevidomý pacient nechce stravovat s ostatními v jídelně, je stud. Nevidomý pacient může mít problém s nakrájením jídla, bojí se aby se nezamazal od omáčky apod. Proto je dobré se předem dohodnout na tom, jestli bude pacient jíst na pokoji v soukromí nebo v jídelně, jestli potřebuje jídlo nakrájet, případně dát do hlubokého talíře, aby mohl jíst lžící. I v této oblasti by měl být personál ochotný a pacientovi vyjít vstříc. Může totiž nastat i situace, kdy nevidomý pacient raději bude jíst co nejméně, aby od kolektivu nebyl ponižován. Stejně tak, když člověk nebude vědět, co k jídlu má, nebude se do jídla hrnout. Proto je při podávání stravy na místě říci pacientovi, co má k jídlu. Nejvhodnější je způsob popisu podle hodin, kdy si talíř lze představit jako hodiny, a pak je popis následovný: „Od 2 do 6 hodin máte brambory, atd.“. Je důležité popsat i prostor na stole (kde je pití, slánka apod.). Pokud má pacient zachovány zbytky zraku, lze mu pomoci vytvořením kontrastu (tmavý tablet s jídlem položit na světlý ubrus). Pacient si pak udělá lepší přehled o tom, kde jsou okraje tabletu, a lépe si představí, kde jídlo má. Při podávání léků by měla zdravotní sestra dát pacientovi léky na jeho noční stolek, aby nedošlo k záměně a upozornit ho na to, případně opět vytvořit kontrast. Nejlepším řešením by bylo dát mu jeho léky přímo do ruky. Jestliže došlo ke změně léků, které nevidomý užívá dlouhodobě, přiordinování dalšího léku nebo náhradě jednoho léku jiným, je dobré na to nevidomého upozornit, protože pokud pacient své léky zná, je schopný je poznat podle hmatu (tvar, velikost apod.) a jakákoli nejasnost ho může opět uvádět do stresové situace. (Vision Australia, a; Cerha, 2004; Michálek, 2010, s. 44-51)

2.4 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky hrají v životě zrakově postiženého člověka důležitou roli. Jsou to speciálně upravené předměty, které napomáhají těmto lidem k soběstačnosti v mnoha směrech: v sebeobluze, péči o domácnost, nakupování, orientaci v prostoru, v získávání informací aj. V dnešní době je pomůcek spousta, proto jsem se ve výzkumné části práce klientů ptala, jaké pomůcky používají nejčastěji a ty jsou níže popsány. Pokud člověk ztratí zrak, snaží se kompenzovat tuto ztrátu jinými smysly, nejčastěji pomocí hmatu a sluchu. Podle toho se také kompenzační pomůcky rozdělují na hmatové a hlasové (sluchové). (Michálek, 2010, s. 9)

2.4.1 Optické pomůcky

Lupové brýle (hyperokulární skla)

Jedná se o velmi silné lupové čočky (viz obrázková příloha - obr. 10), jejichž rozsah zvětšení je 4-12 krát. Tyto brýle se používají ke čtení běžných textů, psaní, nebo pro další drobné činnosti pro práci do blízka. Neumožňují ale současné čtení oběma očima - jedno ze skel je pouze čiré nebo mléčné. Pomůcku budou nejčastěji používat lidé, kteří spadají do skupiny slabozrakých. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 27-28)

Lupy s podsvícením

Existuje velké množství lup s podsvícením: lupy stojánkové s podsvícením, lupy do ruky jak s mechanickým (viz obrázková příloha - obr. 11), tak s automatickým podsvícením aj. Stejně tak jako hyperokulární skla se lupy používají k práci do blízka a používají je lidé slabozrací nebo lidé se zbytky zraku, kteří většinou potřebují ke čtení dostatek světla. Rozsah zvětšení lup je v rozmezí 2,5-12,5 krát a jejich použití vyžaduje jemnou motoriku, protože lupa zmenšuje rozsah zrkového pole. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 10-11)

2.4.2 Pomůcky každodenní potřeby

Indikátor hladiny

Jedná se o pomůcku používanou v domácnosti při nalévání tekutiny. Nevidomý člověk na základě zvukového nebo vibračního výstupu pozná, že hladina vody v hrnku se blíží k jeho hornímu okraji. Tato pomůcka funguje na podkladě elektrického obvodu, kdy při dotyku tekutiny tohoto obvodu pomůcka začne vibrovat nebo z ní vychází zvuk, který se stupňuje podle toho, jak je hladina v nádobě vysoko. Ukázka jednoho z mnoha různých druhů indikátorů hladiny je možné najít v obrázkové příloze na obrázku č. 12 (Bubeníčková, 2012)

Indikátor barev - Colorino

Již z názvu je jasné, že indikátor barev (vyobrazený v obrázkové příloze na obr. č. 13) slouží k jejich rozpoznávání. Uživatel (nejčastěji nevidomý člověk nebo člověk s poruchou barevného vidění) tuto pomůcku přiloží k předmětu, o kterém chce zjistit jeho barvu (velmi často se tato pomůcka používá při nákupu oblečení), stiskne tlačítko a na základě hlasového výstupu získá informaci o barvě. Jsou různé typy indikátorů, které se liší nejčastěji podle toho, kolik barev jsou schopny rozeznávat (například COLORINO rozlišuje cca 100 odstínů, COLORTEST je vybaven dalšími funkcemi mezi které patří např. intenzita dané barvy na určitém místě). (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 42)

Hodinky

Slepecké hodinky, na které bych ráda odkázala do obrázkové přílohy, kde jsou na obr. č. 14 vyobrazeny, mohou být jednak hmatové nebo s hlasovým výstupem. Jedná se o nejčastěji vyhledávanou kompenzační pomůcku pro lidi s různou intenzitou zrakového postižení. K dostání jsou hodinky náramkové, různé budíky, stolní hodiny apod. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 50-51)

Šablona k podpisu

Jedná se o plastový rámeček obdelníkového tvaru, který se přiloží na místo určené k podpisu a nevidomému jasně ohraničí prostor, kam se má podepsat. Pomůcka je vložena do obrázkové přílohy - obr. č. 15. Existuje i šablona na psaní adresy, která má v sobě výřezy více řádků a umožňuje tak nevidomému napsat adresu řádek po řádku (viz obrázková příloha - obr. č. 16). (Bubeníčková, 2012)

Šablona na peníze

Nevidomí lidé od sebe rozeznávají jednotlivé mince jednak podle jejich velikosti, a také podle toho, jaké jsou po obvodu. Například pětikoruna je po svém obvodu hladká, dvacetikoruna má osm hran. Ale co bankovky? Ty se od sebe liší velikostí, ale rozdíl je mezi některými bankovkami minimální. V pravém horním rohu jsou sice vtištěné hmatové značky, ale ty bohužel po opotřebení bankovky časem zmizí. Proto nevidomí používají plastovou šablonu, do které se bankovka vloží a podle vystouplých hmatových značek, které na sobě šablona má, nevidomí identifikují, o jakou bankovku se jedná. Šablona je zobrazena na obrázku 17 v obrázkové příloze tohoto dokumentu. (Pirnerová, 2008)

2.4.3 Pomůcky pro usnadnění mobility

Bílá hůl

V současné době je možné se setkat s různými typy holí. Bílá hůl je hůl orientační (viz obrázková příloha - obr. č. 18), která nevidomému při chůzi slouží k rozpoznání překážek, které se před ním vyskytují, a k orientaci v prostředí, které zná. Mohou mít různé provedení - neskládací, teleskopické, skládací a kombinované. Dále existují hole signalizační, které jsou kratší, a signalizují okolí, že se jedná o osobu s poruchou zraku. (Matysková, 2009, s. 25-27)

Vodící pes

Vodící pes slouží nevidomému zejména jako pomůcka k orientaci v prostředí, ve kterém se pohybuje. Trasu by měl mít majitel psa i jeho vodící pes naučenou. Vodící pes si naučené trasy pamatuje, umí se vyhýbat překážkám, které se na trase obvykle vyskytují. Dále je schopen najít a upozornit majitele na další překážky, jako jsou schody nebo předměty,

kteře jsou v úrovni hlavy nevidomého. Je schopen najít lavičku, zastávku autobusu, poštovní schránku aj. Tato pomůcka ovšem neslouží jako náhrada bílé hole, ale pouze jako její doplněk. Člověk, který si chce pořídit vodícího psa, musí nejprve bezpečně zvládat orientaci s bílou holí. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 54-55)

Vysílačky

Jedná se o elektronickou pomůcku k orientaci, pomocí které nevidomí spouští zvukové majáčky prostřednictvím radiového signálu. Majáčky jsou nejčastěji umístěné nad vchody do budov, v metrech, na nádražích a v dopravních prostředcích. Vysílačka je v podstatě krabička se šesti tlačítky, které spouští informace o názvu objektu, popis prostředí nebo signál označující jezdící schody, číslo dopravního prostředku a směr jízdy, informuje řidiče, že nevidomý nastupuje nebo vystupuje, zvukové signalizace na světelných přechodech apod. Pomůcka je vložena do obrázkové přílohy - obr. č. 19. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 9)

2.4.4 Výpočetní technika

Zápisník

Existují dva druhy zápisníků, jeden na hlasovém podkladě a druhý na podkladě hmatovém, kdy se k zápisníku dá připojit Braillovský řádek. Pomůcka vydrží dlouhou dobu bez potřeby nabíjení a nevidomý ji může používat během cestování, v práci, ve škole atd. Zápisníky většinou nemají obrazovku, ale mají vše potřebné pro tvorbu každodenních poznámek - diář, kalendář, hodiny, adresář, kalkulačku, poznámkový blok apod. Nevidomý si vše zapisuje v Braillovském písmu. V dnešní době si ovšem většina uživatelů pořizuje rovnou spíše notebooky či stolní počítače. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 40-41)

Mobilní telefony, notebooky a počítače

Mobilní telefony pro nevidomé jsou jako většina jiných elektronických kompenzačních pomůcek s hlasovým výstupem. Mobil tedy funguje jako klasický telefon, má stejné funkce, pouze s rozdílem, že všechny jeho funkce jsou ozvučeny. Stejně jako mobilní telefony, tak i notebooky nebo počítače dnes patří k běžným pomůckám zrakově postižených lidí. Umožňují jim používat naprosto stejné programy a aplikace jako lidem vidícím a usnadňuje to tak komunikaci s okolím nevidomého. K notebookům a počítačům lze také připojit Braillovský řádek, existují i notebooky se zvětšovací lupou, umožňující lidem se zbytky zraku nebo slabozrakým čtení textu. (Bubeníčková, 2012)

Diktafony a přehrávače

Digitální záznamníky jsou důležitou pomůckou nevidomých v případě, kdy si potřebují nahrát nějaký zvukový záznam, přednášku, poradu nebo i čtení různých dokumentů, které musejí podepisovat aj. Tato pomůcka je běžně dostupná pro všechny osoby. V případě,

že si pomůcku pořizuje nevidomý člověk, je důležité se zaměřit na to, aby tlačítka byla dobře hmatatelná. Záznamy je pak možné přehrávat z audio CD, ve formátu MP3 nebo pomocí audiokazet. (Matysková, 2009, s. 47-48)

2.4.5 Pomůcky pro zápis Braillova písma

Psací stroje

Psací stroje umožňují zrakově postiženým osobám psaní textů pomocí Braillova písma, a to prostřednictvím braillovské klávesnice. Existují Pichtovy psací stroje, (viobrazeno v obrázkové příloze, viz obr. č. 20) mechanické a elektronické. Někteří uživatelé tyto stroje používají kromě zaznamenávání poznámek a textů také k psaní krátkých názvů na dymopásku a následné polepení například kořenek v domácnosti apod. Psaní probíhá pomocí šesti kláves, na kterých je šest základních bodů Braillova písma. Psací stroje mohou být obouruční nebo jednoruční (levoruční nebo pravoruční), kdy nevidomý jednou rukou píše a druhou rukou rovnou kontroluje, jestli je zápis správně. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 51-52)

Braillovský řádek s Braillovskou klávesnicí

K počítačům, notebookům a jiným podobným elektronickým zařízením lze připojit klávesnici, která umožňuje psaní textu Braillovým písmem, a je vyobrazena na obrázku 21 v obrázkové příloze. Použití těchto pomůcek vyžaduje velmi dobrou znalost Braillova písma. „*Braillovský řádek je přídavné zařízení připojené k počítači, na kterém se v Braillově písmu zobrazí část textu, již „vidící“ uživatel může sledovat na obrazovce.*” (Matysková, 2009, s. 12)

Pražská tabulka

Jedná se o další pomůcku, která slouží pro psaní Braillem a i tato pomůcka je vložena do obrázkové přílohy - obr. č. 22. Používá se spíše ke psaní krátkých textů, například seznam na nákup, vzkazy apod. Výhodou je, že je pomůcka lehká a snadno přenosná. Nevidomý ji tedy může nosit stále při sobě. Tabulka je složena ze dvou částí, které se dají rozevřít. Na spodní desce jsou jednotlivé znaky Braillova písma. Mezi pláty se vloží papír a zápis se pak vytlačuje pomocí bodátka, ovšem zrcadlově a zprava doleva. (Bubeníčková, 2012; Matysková, 2009, s. 13-14)

3 Teoreticko - průzkumná/výzkumná část

3.1 Výzkumné otázky

1. V jakých činnostech potřebuje člověk s poruchou zraku pomoci od druhé osoby?
2. Jaké kompenzační pomůcky zrakově postižený člověk používá?
3. Jak by zrakově postiženému pacientovi vyhovoval příjem k hospitalizaci a věci s tím spojené (základní výkony apod.)?
4. Co by pomohlo těmto pacientům k identifikaci osob a věcí v jejich okolí a k jejich bezpečné orientaci?

3.2 Metodika výzkumu

K tomu, abych si mohla odpovědět na výše stanovené výzkumné otázky, jsem zvolila metodu kvalitativní, tedy rozhovory, kterou jsem pro získání dalších informací doplnila metodou kvantitativní, dotazníkovým šetřením. Pro výběr respondentů do bakalářské práce jsem zvolila následující kritéria: region, ve kterém tito lidé, starší 18 let, navštěvují nějaké zařízení pro lidi s poruchami zraku a v současné době nějakou poruchou různé intenzity trpí. Celkem jsem tedy pracovala s devatenácti respondenty z Královehradeckého kraje, kde navštěvují TyfloCentrum a jeden z těchto respondentů navštěvuje jiné zařízení. Všichni tito lidé trpí v současné době poruchou zraku různého stupně a jejich věk se pohybuje v rozmezí od 20 do 81 let. V práci několikrát zmiňuji konkrétní zařízení (TyfloCentrum v Hradci Králové), kde jsem dostala souhlas s tím, že název zařízení bude uveden v mé bakalářské práci.

Kvalitativním výzkumem se rozumí výzkum, jehož výsledkem není žádný statistický údaj. Jde o shromažďování údajů, jejich pečlivá studie, analýza a následná prezentace zjištěných informací. (Strauss, 1999, s. 10, 12) Rozhovory jsem provedla s celkem čtyřmi respondenty. Tři z nich navštěvují TyfloCentrum v Hradci Králové a jeden z respondentů navštěvuje jiné zařízení. První rozhovor byl vytvořen s cílem nasbírat co nejvíce dat v dané problematice a podle něho jsem vytvořila jasně danou strukturu pro další tři rozhovory. Tento rozhovor byl tedy časově nejvíce náročný a nejrozsáhlejší. Probíhal s klientem z nejmenovaného zařízení, kdy schůzka byla domluvená soukromě a nebylo zde žádné časové omezení. Další tři rozhovory se konaly po předchozí domluvě přímo v TC v Hradci Králové. Z organizačních důvodů zařízení byly časově omezeny přibližně na půl hodiny. Pro všechny respondenty jsem se snažila vytvořit k rozhovoru stejné podmínky, zajistit soukromí, klid a navodit příjemnou atmosféru. Před začátkem rozhovoru jsem se každému respondentovi představila, seznámila ho s tématem práce a zeptala jsem se, jestli souhlasí s provedením rozhovoru a s nahráváním na diktafon. Po souhlasu byly rozhovory

nahrávány a během nich jsem si ještě dělala k jednotlivým odpovědím písemné poznámky. Následovalo jejich zpracování. Každý rozhovor byl doslovně přepsán do textového dokumentu (viz přílohy B-E) tak, aby byla zajištěna anonymita respondenta a následně byla ke zpracování rozhovorů použita metoda otevřeného kódování. Prvním krokem této metody je tzv. konceptualizace, což je vymezení pojmů, které následně výzkumník zařazuje do jednotlivých kategorií. Tyto kategorie výzkumník pojmenovává, a to tak, aby název kategorie co nejvíce souhlasil s tím, co je jejím obsahem. (Strauss, 1999, s. 43-47)

Dotazníky byly vytvořeny v návaznosti na rozhovory, kdy jsem si v rozhovorech označila nejvíce problematická místa v kontaktu a péči s nevidomým a zrakově postiženým člověkem a následně jsem se respondentů v dotazníku ptala, zda, a případně jak často se s problémy setkávají. Pomocí dotazníku jsem tedy kvantifikovala problémy zjištěné během rozhovorů. Dotazník tvoří celkem 40 otázek. Některé z nich jsou uzavřené, některé otevřené. Takto rozsáhlý dotazník jsem zvolila z důvodu potřeby zjistit velké množství informací v dané problematice a v TC jsem již neměla možnost provést více rozhovorů. Proto jsem tedy po předchozí domluvě v TC postupovala tímto způsobem. Stejně jako v rozhovorech, tak i v dotazníkovém šetření byli respondenti lidé se zrakovým postižením. Dotazníky byly vytvořeny ve dvou formách. Jednak v textovém dokumentu Word a dále také na Google Docs, rozesílaný formou odkazu a vyplněný respondenty on-line. Před rozesláním dotazníků většímu množství respondentů byl proveden pilotní výzkum. Dotazník jsem v obou formách (Word i on-line dotazník) poslala e-mailem dvěma respondentům. Jedním z nich byl již zmiňovaný klient z nejmenovaného zařízení a respondent číslo dva byl spolupracovník mého kamaráda. Oba respondenti vyplnili dotazník ve Wordu. Když se mi dotazníky vrátily zpět, prošla jsem jednotlivé odpovědi na otázky, abych zjistila, že respondenti porozuměli otázkám a že se mi dostalo odpovědí, které jsem očekávala. Nenesetkala jsem se s žádnými nejasnostmi a dotazník jsem tedy poslala do TC do Hradce Králové, kde byl distribuován 15 respondentům. Odtud jsem obdržela devět vyplněných dotazníků, čtyři dotazníky byly vyplněny za spolupráce respondenta č. 2, který dotazník rozeslal pěti svým kamarádům, kteří trpí stejně jako on oční vadou. Z těchto pěti se vrátily vyplněné čtyři. E-mail jsem před tištěnou formou dotazníku upřednostnila, protože mi v TC v Hradci Králové bylo řečeno, že pro takto handicapované lidi je to lepší forma, neboť si dotazník z textového dokumentu mohou překopírovat do jejich poznámkového bloku s hlasovou odezvou, s čímž jsou schopni pracovat. Odpověď, kterou chtěli vybrat, podtrhli nebo za ni dali křížek, hvězdičku a jiné znaky. Dalším důvodem, proč jsem dala přednost e-mailu, byla opět časová náročnost vyplňování tištěné formy, kdy bych potřebovala s každým klientem strávit dostatek času na to, abych s ním dotazník vyplnila osobně, a k tomu v TC nebyl prostor. Během dotazníkového šetření jsem se nenesetkala s žádnými problémy. Dotazníky jsem zpracovávala do tabulky zdrojových dat v programu MS Excel, kam jsem si vypsala jednotlivé otázky, a postupně jsem dotazníky pročítala a psala si k jednotlivým odpovědím, kolik respondentů na ně odpovědělo. Některé otevřené otázky,

kteřé se v dotazníku vyskytují, jsem zpracovala následovně. V otázce (otázka č. 6, příloha F), kde jsem se ptala, jak dlouho trpí poruchou zraku, se mi dostalo různých odpovědí (od narození, po pobytu v inkubátoru a dále od různého věku). Tuto otázku jsem proto rozčlenila na dvě skupiny respondentů, a to ty, kteří trpí poruchou zraku od narození či časně po narození - poškození zraku v inkubátorech apod. (nikdy neviděli), a ty, kteří začali mít problémy se zrakem během života. Stejným způsobem jsem vyřešila otázku, kde jsem se ptala na obor vzdělání a na příčinu poruchy zraku. Otázku na vzdělání jsem zpracovala, tak, že jsem odpovědi respondentů, zařadila do kategorií podle oborů: společenskovední obory, přírodovědecké obory, technické obory a řemesla. Postupovala jsem takto zejména pro lepší přehlednost, protože jsem se setkala s velmi širokým spektrem odpovědí, kde měl každý respondent jiný obor. Otázku, kde jsem se ptala na příčinu poruchy zraku, jsem rozdělila pro lepší zpracování podle toho, kam dané onemocnění, které respondenti uváděli, spadá, do 4 skupin: poúrazové stavy, degenerativní onemocnění sítnice, vrozené vývojové vady a komplikace terapie.

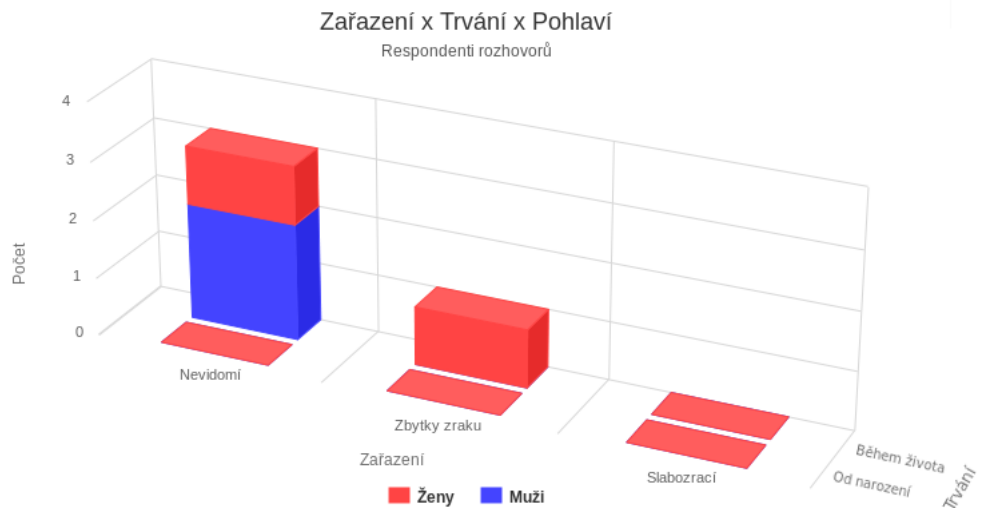
Finální zpracování mého výzkumu, které je presentováno níže, bylo následující: metodu otevřeného kódování jsem z rozhovorů zvolila jednotlivé kategorie a do těchto kategorií jsem řadila i otázky z dotazníku, které se k dané kategorii vztahovaly. Protože rozhovory s dotazníkovým šetřením úzce souvisely, zvolila jsem jejich kombinaci i při závěrečném vyhodnocování a výsledky výzkumu jsem ve většině případů dokládala přímými citacemi textu z rozhovorů.

3.3 Presentace výsledků

3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory

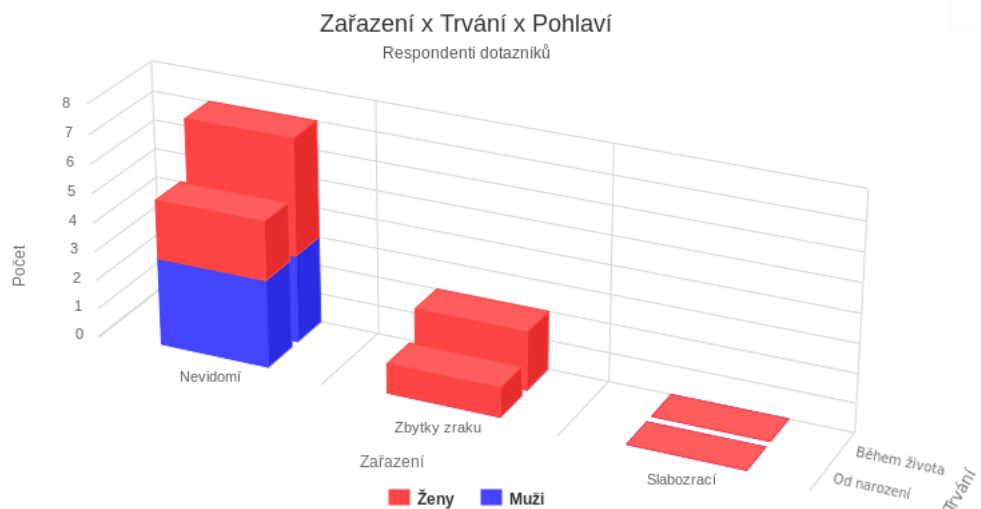
Ze 4 (100%) respondentů kvalitativního výzkumu byli 2 (50%) muži a 2 (50%) ženy. Všichni 4 (100%) respondenti začali trpět poruchami zraku během svého života. Nejvíce byla zastoupena skupina nevidomých, kdy 3 (75%) dotazovaní uvedli, že do této skupiny patří. Pouze 1 (25%) respondent uvedl, že patří do skupiny téměř nevidomých, tedy do skupiny se zachovanými zbytky zraku. Do kategorie slabozrakosti nespadá tedy ani jeden. Výsledky zmíněného šetření zachycuje graf na obr. 1.



Obrázek 1: Charakteristika respondentů v rozhovorech a jejich zařazení.

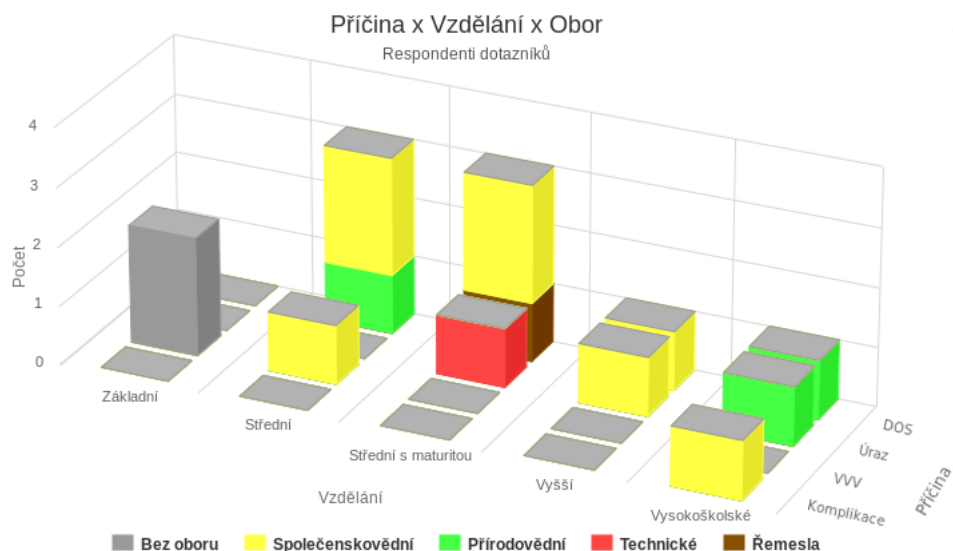
Dotazníkové šetření

Dotazníky vyplnilo celkem 15 (100%) respondentů, z nichž 6 (40%) byli muži a zbylých 9 (60%), tvořily ženy. Drtivá většina respondentů, tedy 12 (80%) z 15 (100%) na otázku „Do jaké skupiny jste zařazen/a?“ (otázka č. 7, příloha F) uvedlo, že spadají do skupiny nevidomých. Skupinu se zachovanými zbytky zraku tvořili 3 (20%) respondenti. Tedy žádný z respondentů, stejně jako v rozhovorech, netrpěl slabozrakostí. Další otázkou bylo „Od kdy máte potíže se zrakem?“ (otázka 6, příloha F), kde bylo zjištěno, že 9 (60%) respondentů začalo mít problémy se zrakem během svého života a 6 (40%) trpí poruchou zraku již od narození. Výsledky dotazníkového šetření, které vypovídají o charakteristice respondentů, kteří se tohoto šetření účastnili, jsou vyobrazeny pomocí grafu na obr. 2.



Obrázek 2: Charakteristika respondentů v dotazníkovém šetření a jejich zařazení.

Z celkového počtu 15 respondentů 8 (53,3%) uvedlo, že příčinou poruchy zraku (otázka č. 5, příloha F) jsou onemocnění spadající do skupiny degenerativních onemocnění sítnice, 3 (20%) uvedli jako příčinu úraz, 3 (20%) vrozenou vývojovou vadu a 1 (6,70%) z respondentů uvedl jako příčinu poruchy zraku byla komplikace léčby. Na otázku „*Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?*“, odpověděli 4 (26,6%) respondenti, že střední bez maturity/vyučen/a a stejný počet respondentů, odpověděli, střední s maturitou. Další skupinu tvořili 3 (20%) lidé s vysokoškolským vzděláním, 2 (13,3%) s vyšším odborným vzděláním a 2 (13,3%) respondenti uvedli vzdělání základní, a tudíž v další otázce zaměřené na obor studia neodpovídali. Nejčastěji studovaným oborem (viz otázka č. 4, příloha F) byly společenskovední obory, kde z 13 (100%) respondentů, tyto obory navštěvovalo 8 (61,5%) dotazovaných. Přírodovědní obory navštěvovali 3 (23%) respondenti, technické obory uvedl 1 (7,70%) a 1 (7,70%) z respondentů se zabýval řemeslem (konkrétně švadlena). Výsledky týkající se příčiny poruchy zraku a vypovídající o vzdělání respondentů dotazníkového šetření zachycuje graf na obr. 3.



Obrázek 3: Nejčastější příčiny poruchy zraku (DOS = degenerativní onemocnění sítnice, VVV = vrozená vyvojová vada) respondentů dotazníkového šetření a jejich vzdělání.

3.3.2 Výsledky otevřeného kódování

Na základě použití metody otevřeného kódování rozhovorů bylo určeno 7 kategorií. Tyto kategorie zahrnují společné problémy nevidomých nebo zrakově postižených lidí z řad respondentů a potřebu pomoci těmto lidem. Do kategorií jsou zahrnuty i výsledky dotazníkového šetření. Vždy je uvedeno odkud jsem výsledky výzkumného šetření čerpal.

Jednotlivé kategorie:

- I. Okolí
- II. Komunikace
- III. Dopomoc, potřeba péče
- IV. Orientace
- V. Kompenzační pomůcky
- VI. Bezpečí
- VII. Limity

I. Okolí

Protože kategorie okolí je rozsáhlá, a každý si pod tímto pojmem představí něco jiného, nejprve stručně definuji čeho se bude týkat (respektive vyjmenuji jednotlivé oblasti, které jsou popsány níže). Pro nevidomého člověka hraje okolí spoustu důležitých rolí: od doprovázení nevidomého, pomoci s ukládáním osobních věcí, v přednemocniční péči pomoc ve formě pohlídání vodícího psa na místě nehody, až do chvíle, než pro něho přijede rodinný příslušník nevidomého. Okolí je tedy pro tyto lidi oporou a v mnoha případech slouží jako jejich oči.

Okolí pro člověka s jakoukoli poruchou zraku hraje v jeho životě důležitou roli v mnoha oblastech. První oblastí, kde je role okolí nezbytně nutná, je role doprovodu. Z celkového počtu 19 (100%) respondentů, jich 18 (94,7%) uvedlo, že doprovod využívá. O této skutečnosti pojednává v dotazníku otázka č. 11: „*Využíváte někdy doprovod?*“, kde 15 (100%) respondentů uvedlo, že ano. I v rozhovorech se o doprovodu 3 (75%) ze 4 (100%) respondentů minimálně jednou zmínili.

Respondent č. 1: „*No hlavně se mnou musel jít nějaký průvodce. Sám jsem ty trasy ještě neznal.*”

Respondent č. 3: Na otázku „*Popsali Vám detailně oddělení a nechali Vás si věci ohmatat?*” respondent odpovídá: „*Já jsem tam byla s tou kamarádkou, takže mně pomohla kamarádka.*” V tuto chvíli byla kamarádka její doprovod.

Respondent č. 4: „*Na jinejch místech samozřejmě potřebuju doprovod.*”

Nejčastěji nevidomí lidé využívají k doprovázení rodinného příslušníka, tedy někoho, kdo je jim z okolí nejbližší, což v dotazníkové otázce č. 12: „*Kdo bývá nejčastěji Vaš doprovod (můžete označit více možností)*”, uvedlo všech 15 (100%) respondentů. Zaměstnanec TC využívá jako doprovod 13 (86,6%) respondentů, 9 (60%) dotázaných uvedlo, že k doprovázení využívá kamaráda či kamarádku, 2 (13,3%) respondenti využívají jako doprovod dobrovolníky z TC a 1 (6,70%) označil za doprovod vodícího psa.

Okolí je také velmi důležitou součástí nevidomého během jeho hospitalizace a ve fázi přednemocniční péče. Z 16 (100%) respondentů, 3 (18,7%) respondenti uvedli, že při ukládání jejich osobních věcí jim v nemocnici pomáhal někdo známý. V dotazníku se jednalo o otázku č. 29: „*Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí?*”, v rozhovorech zněla otázka

stejně a respondenti odpovídali následovně:

Respondent č. 3: „*No při tom prvním pobytu v nemocnici mi pomohla kamarádka.*”

Respondent č. 4: „*Nechal jsem si to uložit do svého stolku, bylo to víceméně za asistence bratra nebo matky.*”

V péči přednemocniční je pro nevidomého důležité zejména to, kdo se postará o jeho vodícího psa. Jestli někdo z přítomných počká, než si psa vyzvedne rodina, policie apod. Ve všech těchto případech se jedná o pomoc okolí. Na otázku č. 21: „*Pokud se na místě nehody nacházíte se svým vodícím psem, co by podle Vás ideálně měla záchranná služba se psem udělat? (můžete označit více možností)*”, odpovědělo 14 (73,7%) z 19 (100%) respondentů (1 z těchto respondentů reagoval tímto způsobem během rozhovoru), že by ZZS měla zajistit odvoz psa rodinným příslušníkem. Další častou odpovědí bylo volat policii ČR, kterou zmínilo 8 (42%) respondentů, stejný počet respondentů by volil možnost kontaktovat TC. Do sanitního vozu a následně s sebou do nemocnice by si vodícího psa vzalo 5 (26,3%) respondentů a stejný počet dotázaných by kontaktoval výcvikové středisko. Žádný z respondentů ne zvolil možnost zavolat hasičský sbor nebo nachat vodícího psa na místě. V rozhovorech na toto téma reagoval pouze jeden respondent, protože ostatní se s přednemocniční péčí nesetkali. Věty, které respondent č. 1 řekl během rozhovoru a souvisejí s tématem vodícího psa na místě nehody, byly tyto: „*Pokud je ten nevidomej člověk úplně sám a nemá žádnou rodinu, příbuzný nebo známý nebo někoho. Tak pak třeba kontaktovat na nás na tyflo centrum nebo do výcvikového střediska někde.*” „*Pejska vzala mamka domů.*” „*Pak bych musel zavolat ségře no nebo někomu z tý rodiny. Někomu říct ať tam počká, než si pro něj někdo přijede.*”

Respondenti v dotazníkovém šetření na otázku č. 22: „*Co z možností uvedených v předchozí otázce preferujete?*”, po jejich preferencích stran toho, jak naložit s jejich vodícím psem odpovídají následovně: nejschůdnější možnost je pro ně odvoz psa rodinným příslušníkem, kdy 9 (60%) z 15 (100%) respondentů volilo tuto možnost, 4 (26,7%) by preferovali odvoz psa s sebou do zařízení, 1 (6,70%) respondent zavolání do TC a 1 (6,70%) by kontaktoval výcvikové středisko. Nikdo z respondentů neoznačil jako svou preferenci zavolání policie ČR, hasičského sboru ani nechání psa na místě, což koresponduje s odpověďmi na předchozí otázku.

Dále může okolí nevidomého člověka sloužit jako pomoc k identifikaci osob, o čemž jsem se přesvědčila v otázce č. 20: „*Co by Vám pomohlo k identifikaci záchranáře?*”, kde 1 (6,70%) z 15 (100%) respondentů uvedl svědky, kteří mu dosvědčí, že se opravdu jedná o zdravotnického záchranáře (ZZ). Nejbližší okolí jako je rodina a příbuzní pak mohou sloužit čerstvě nevidomému člověku jako psychická podpora. O tomto faktu jasně pojednává 1 (25%) ze 4 (100%) respondentů, se kterými jsem dělala rozhovory.

Respondent č. 1: „*Zároveň s tím, ale když jsem se vracel do toho života normálního, tak jsem si uvědomoval, jak ten život vypadá, jak ten svět vypadá, tak se tím víc začala objevovat psychická krize. Takže v rámci tohohle jak jsem se vracel do reality, že už jsem*

ztratil zrak, že nemůžu dělat spoustu jiných věcí a jak to říkám vždycky, když mluvím o problému, tak je nejdůležitější pomoc toho nejbližšího okolí.”

Další oblasti, kde hraje určitou roli okolí, jsou následující: jakou kompenzační pomůcku nevidomí používají jako označení jejich handicapu - jak ostatní lidé poznají, že se jedná o nevidomého člověka a další je role okolí jako spolupacienta nevidomého. Tyto oblasti jsou rozebrány níže.

V rozhovorech 1 (25%) ze 4 (100%) respondentů přímo uvedl, že bílá hůl slouží jako označení, že se jedná o člověka s poruchou zraku.

Respondent č. 2: *„Asi hlavně tyhle dvě věci a pak teda ještě tu hůl pak na to chození po areálu té nemocnice, protože pravděpodobně ji ze začátku určitě budu potřebovat a hlavně je to i označení aby ostatní viděli, že jsem nevidomá.”*

Role okolí jako empatického spolupacienta v případě, že zdravotnický personál se v dané situaci nezachová úplně správně. V případě, že zdravotnický personál nezajistí pacientovi soukromí, může na tuto situaci reagovat samo okolí tím, že se nabídne, že počká za dveřmi nebo se zeptá, jestli nevidomému jeho přítomnost nevádí. Na nedostatek soukromí si během rozhovoru 1 (25%) z respondentů stěžoval.

Respondent č. 2: *„Během vyšetření už tam seděl další pacient. Žádný soukromí, nic.”*

II. Dopomoc, potřeba péče

Tato kategorie velmi úzce souvisí s okolím, protože se jedná o dopomoc a péči okolního světa (ať už zdravotníků, doprovodu nebo blízkých). Situace, v které by většina respondentů, tedy 12 (63%) z 19 (100%) uvítalo pomoc, je při podepisování informovaných souhlasů nebo jiných náležitostí souvisejících s podpisem. V dotazníku jsem se respondentů dotazovala v otázce č. 34: *„Jste ochoten/ochotna podepsat zdravotníkům informované souhlasy, bez přítomnosti někoho z rodiny nebo jiného doprovodu?”*, kde 8 respondentů odpovědělo záporně a další 4 respondenti v rozhovoru na otázku: *„Co jste ochotni podepsat?”*, odpovídali, že by uvítali dokumenty od někoho přečíst - od zdravotníků, od doprovodu nebo nejlépe rodinným příslušníkem a někým, komu mohou důvěřovat.

Respondent č. 1: *„Pak ještě třeba jak potřebujou sepsat všechny ty papíry, tak my říkáme pravidlo - nevidomej člověk ať si všechno prověří, než něco podepíše, ať si to nechá přečíst. Je dobrý se zeptat, jestli to potřebujou podepsat hned, pokud ne, je nejlepší sehnat někoho z rodiny.”*

Respondent č. 2: *„No mně je sestřička vždycky přečetla a já jsem jí věřila. Samozřejmě když měl zrovna přijít někdo ke mně na návštěvu, tak bych to nechala přečíst svým blízkým.”*

Respondent č. 3: *„Když tam se mnou poprvý byla kamarádka, tak nebyl žádný problém. Ona mi je přečetla a já jí věřila. Když jsem tam byla podruhý na stejným zákroku, četly mi to sestřičky a jelikož jsem věděla co to obnáší, bylo to pro mě jednoduchý. Jinak je to otázka no, jestli podepsat něco, když nevím vlastně co podepisuju. Nejlepší je možnost*

rodinného příslušníka.”

Respondent č. 4: *„No tak asi bych samozřejmě, podepsal bych to, ale s nějakým svým doprovodem, kterému důvěřuju a řekl bych si - jo, to můžu podepsat.”*

Byli i respondenti, kteří by dokumenty k podpisu podepsali bez problému. Na otázku č. 34 (viz podkapitola 3.3.2), odpovědělo 5 (33,3%) z 15 (100%) kladně. Do kolonky pro vlastní komentář respondentů se 2 (13,3%) z 15 (100%) vyjádřili tak, že by dokumenty podepsali pouze v případě, že by měli možnost si to, co zdravotník čte, nahrávat na diktafon. Na následující otázku č. 35: *„Je pro Vás ústní souhlas (bez nutnosti podpisu) v nepřítomnosti někoho z rodiny či jiného doprovodu přijatelný?”*, odpovědělo 6 (40%) z 15 (100%), že ano, pro 9 (60%) respondentů by toto tedy nebyla přijatelná možnost. Z čehož je jasně patrné, že většina respondentů v této oblasti potřebuje pomoc.

Další oblastí, kde je důležitá pomoc zejména ze strany zdravotníků, je podávání stravy. Ne všichni nevidomý chtějí jíst v jídelně za přítomnosti dalších pacientů. K této části se vztahuje otázka č. 32: *„Jak by Vám vyhovovalo podávání stravy v nemocnici?”* a v rozhovorech jsem se respondentů ptala následovně: *„Jak při jejich hospitalizaci probíhalo podávání stravy?”*. Celkem z 19 (100%) respondentů by 11 (58%) z nich uvítalo donést jídlo přímo na pokoj nebo s tímto přístupem byli spokojeni. U jednoho z těchto respondentů (respondent č. 1) to vyžadoval jeho zdravotní stav a jeden z respondentů se nevyjádřil, protože během pobytu v nemocnici byl v bezvědomí. Zbýlých 8 (42%), by preferovalo možnost dát jídlo do jídelny jako ostatním pacientům. Jeden respondent v rozhovoru uvedl, že mu nevyhovoval systém, který při podávání stravy v nemocnici fungoval (uvedeno níže přímou citací - respondent č. 2).

Respondent č. 1: *„A tam odtud mám první vzpomínky: s kým jsem ležel na pokoji a jak mně sestry nosily všechno na pokoj, všechny jídla a dalších možností pro pacienta, kterej není v nestabilní poloze, ale potřebuje tu péči, že si nemůže chodit jíst do jídelny apod.”*

Respondent č. 2: *„Systém, že vlastně po těch stolech byly takový jako tácy s tím poklopem, takže každej si tam našel to volný místo, kde ještě bylo zaklopeno, kde nikdo nejed. Takže bych třeba ocenila, kdyby se dalo jídlo do misky na ten pokoj.”*

Respondent č. 3: *„Vše probíhalo báječně, nosili mi jídlo přímo na pokoj, opravdu jsem byla s jejich přístupem velmi spokojená.”*

Dále nevidomý nebo zrakově postižený člověk uvítá dopomoc ve formě doprovodu, jak již bylo zmíněno v kategorii č. 1 (viz 3.3.2), kde o tom jasně vypovídá otázka č. 11 a také reakce respondentů v rozhovorech, kteří se o doprovodu zmiňovali. Nyní uvedu pár dalších příkladů, kdy respondenti hovořili o tom, v čem a jak potřebují pomoc jejich doprovodu nebo kohokoli, kdo je potká v nesnázích.

Respondent č. 1: *„No hlavně se mnou musel jít nějaký průvodce. Sám jsem ty trasy ještě neznal. Ať už je to jakákoli pomoc, převedení přes silnici, doprovod ke stolu, doprovod na nějaký nástupiště nebo ukázání místa v autobuse. Tam když mu řeknou pojďte sem, tady to máte, takže bude něco jinýho, když mu řeknou, když mu vezmou ruku a polořej na to*

sedadlo.” Tento respondent uvádí formu pomoci.

Respondent č. 4: *„Ale prostě si tohle vůbec nepamatuju a pak když už jsem se z toho dostal, tak mě všude doprovázeli. Potřeboval jsem doprovod.”*

Samozřejmě je možné se setkat s pomocí a potřebou péče v různých formách. V rozhovorech ze 4 (100%) respondentů 3 (75%) minimálně jednou zmínili, jak jim bylo pomozeno v jiných situacích, než je pouze orientace v neznámém prostředí a výše zmíněné formy pomoci.

Respondent č. 1: *„No tak jsem měl jeden obratel zlomenej a jeden našťáplej. No a furt jenom ležet.”* Zde je nezbytná potřeba péče zdravotnického personálu v mnoha oblastech (hygiena, podávání stravy atd.)

Respondent č. 2: *„Když vážili dítě, tak na tu váhu jsem už opravdu neviděla jo, takže se vždy před kojením odneslo miminko na váhu a pak se to zapisovalo do nějaký tabulky, tak od toho mě teda osvobodili jo.”* Pomoc při péči o dítě.

Respondent č. 4: *„Doktoři s tím souhlasili, takže bez problémů mě to ošetřující lékař zařídil, takže v tý nemocnici jsme byli společně (s kamarádkou) na pokoji.”* Lékaři vyšli vstříc při přání pacientky s poruchou zraku, zařídili aby mohla nastoupit do nemocnice s kamarádkou, která podstupovala totéž, a pomohli jí tak v mnoha věcech, které jsou s hospitalizací spojené.

K tomu aby se člověk rychleji uzdravoval, potřebuje klid a dostatek spánku, tedy i péče o pacientův spánek je důležitá. V otázce č. 9: *„Trpěl/a jste po ztrátě zraku poruchami spánku?”*, uvedl 1 (6,70%) z 15 (100%) respondentů, že ano, protože jeho spánek ovlivňovaly léky, které mu způsobovaly nevolnost. V tomto případě je na lékaři, aby pacientovi pomohl například změnou medikace. Další důležitou oblastí ohledně spánku je změna v jeho rytmu. V rozhovorech 1 (25%) ze 4 (100%) respondentů uvedl, že měl problémy se spánkem, protože nemohl rozeznat světlo a tmu. Pro zdravotníky je to důležité zejména z toho hlediska, že pacienti pak mohou usínat v době, kdy s nimi je potřeba pracovat.

Respondent č. 1: *„To šlo jedna ruka v rukávě s tím spánkem, kterej byl narušený tou ztrátou zraku a člověk když nevidí světlo, tak mozek mu neovládá přesně ráno a to buzení. Když tohle bylo narušený nemoh jsem, večer jsem usínal v 6 v 7 hodin v obýváku. Musel jsem jít spát, nic mi nezbejvalo a ve 3 hodiny ráno jsem byl vzhůru.”*

V dotazníkovém šetření jsem se ptala v otázce č. 10: *„Co bez pomoci druhého člena nezvládnete? (prosím vypište)”*. Odpovědi byly různorodé a bylo jich možné vypsát více. Z 15 (100%) respondentů 11 (73,3%) uvedlo orientaci v neznámém prostředí, 3 (20%) starost o domácnost a čtení a vždy 1 (6,70%) respondent u každé z těchto odpovědí: zařizování věcí, návštěva lékaře, řízení motorových vozidel, poznávání osob, situace okolo (semafony, doprava, automaty na jízdenky, nádraží, pošty, banky), systém v čekárnách. Je tedy viditelné, že pomoci člověku, který má porušený zrak, můžeme opravdu všude v případě, že o naši pomoc stojí.

III. Orientace

K tomu, aby se zrakově postižený člověk mohl dobře orientovat v jakémkoli prostředí, a aby věděl s kým právě hovoří, potřebuje mít dostatek informací o jeho okolním světě. K orientování se ve svých osobních věcech má určitý systém a používá ostatní smysly. V této kategorii jsem se zaměřila na nejrůznější činnosti a případy, které by s orientací mohly souviset. Začnu situací, kdy do zdravotnického zařízení přijde zrakově postižený člověk, který má být hospitalizován. Aby se mohl bezpečně pohybovat po oddělení, je nutné ho s oddělením seznámit. V rozhovorech jsem se dotazovala na tuto oblast následovně: „*A jak probíhal příjem v nemocnici - popsali Vám oddělení?*” a v dotazníku jsem na to navázala v otázce č. 27: „*Byl/a jste při příjmu seznámen/a s oddělením?*”, kde na tyto otázky odpovídali pouze respondenti, kteří byli někdy hospitalizováni. V dotazníku na tuto otázku odpovědělo z 15 (100%) respondentů 12 (80%), že ano, a v rozhovorech byli hospitalizováni všichni 4 (100%) respondenti. Takže z celkového počtu 16 (100%) respondentů, kteří někdy byli hospitalizováni, jsem se dozvěděla, že 8 (50%) z nich bylo s oddělením seznámeno, 6 (37,5%) vůbec, u 1 (6,25) respondenta (respondent č. 1) to nedovoloval jeho zdravotní stav, ale během rozhovoru řekl, jak by měl popis vypadat, a u 1 (6,25%) z respondentů to nebylo nutné, protože oddělení znal z předešlé hospitalizace (respondent č. 3).

Respondent č. 1: „*Pak i to přijmutí na ten pokoj a na to léčení. Tam by se mělo všechno ukázat, kde je postel, kde je věšák, tady máte ovládání postele, tady si na nás můžete zazvonit, tady máte noční stolek, tam si můžete vyložit ty věci. Pak ta sociální místnost - taky popsat, provést, jak sprcha - jestli je páková nebo nějaká jiná - kohoutková, jestli je tam hadice nebo jestli je zabudovaná. Samozřejmě všude můžu položit ruku a jenom na prkýnko záchoda se nepokládá ruka, tam ne.*”

Respondent č. 2: „*A v podstatě tak jako sestra se mnou prošla stylem vpravo pokoje, vlevo jídelna.*”

Respondent č. 3: „*Pak když jsem šla s druhou rukou po čtvrt roce, tak už jsem šla sama, protože už jsem si tam to prostředí tak nějak pamatovala.*”

Respondent č. 4: „*To mně popsali až později, ale jako já jsem ten první den ani de facto nemoh z postele a hlavně jsem ještě trochu viděl.*”

Pro lepší představu o tom, jak věci a předměty vypadají, jaký mají tvar, používají nevidomí lidé velmi často hmat. Proto jsem zjišťovala, jestli měli lidé, kteří byli hospitalizováni, možnost si potřebné věci ohmatat. Otázka č. 28 zněla: „*Měl/a jste možnost si vše potřebné ohmatat?*” V rozhovorech proběhla obdobná: „*Nechali Vás ohmatat si věci?*”, opět na obě dvě otázky odpovídali pouze respondenti, kteří někdy byli hospitalizováni. Odpovědi byly následující: z 16 (100%) respondentů, 7 (43,8%) odpovědělo, že ano a vše proběhlo dle jejich představ, 3 (18,8%) respondenti měli možnost ohmatání věcí, ale bylo to příliš rychlé a nedostačující a 4 (25%) vůbec tuto možnost neměli. U zbývajících dvou respondentů se opakuje situace jako u popisování oddělení.

Respondent č. 2: „*To ne, jako ohmatat věci určitě ne.*”

Respondent č. 4: „*To ano, ano, ano. Sprcha a tak, to mi všechno hezky ukázali.*”

Je důležité si uvědomit, že člověk, který nevidí, se orientuje ve svých osobních věcech podle toho, jak si je uložil, a má v tom určitý systém. Na toto téma byla v dotazníku směřovaná otázka č. 29: „*Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí? (vyberte tvrzení, které nejvíce odpovídá Vaší zkušenosti)*” a v rozhovorech zněla naprosto stejně. Opět odpovídali pouze respondenti, kteří ve filtrační otázce, která se vztahovala k hospitalizaci, uvedli, že byli hospitalizovaní. U respondenta č. 1 jsem se ptala jiným způsobem, protože jsem zjišťovala, jak to má být správně. Nebude tedy v této otázce započítán k ostatním respondentům, ale pro zajímavost jsem níže uvedla, jak by mělo ukládání věcí probíhat správně. Z 15 (100%) respondentů 7 (47%) odpovědělo, že si věci ukládali sami a nikdo jim je nepřerovnával (v rozhovorech 2 respondenti pouze uvedli, že si je ukládali sami a o dalším pohybu s věcmi se nezmínili, byli spokojeni), 2 (13,3%) respondenti sice měli možnost si uložit věci sami, ale každé ráno jim někdo z personálu poklízal na stolečku a věci pak nemohli najít, 3 (20%) se setkali s tím, že zdravotník na ukládání pouze dohlížel, 2 (13,3%) respondentům pomáhal někdo z rodiny a 1 (6,70%) dotazovaný uvedl, že byl přivezen po vážném úrazu a nic u sebe neměl.

Respondent č. 1: „*Takže nějaký pravidla by tam měly fungovat. Samozřejmě to nemůže fungovat vždycky ve všem stoprocentně. Ale rozložení věcí, třeba oděvů ve skříni má pořád stejnej styl. Rozdělují si třeba ponožky na barevný a černý, letní a zimní nebo pořadí v těch skříních - kde mám košile s dlouhým rukávem, s krátkým rukávem. Takovejhle systém je i v lednici. Třeba ovladače od televize by měly být na stejném místě aspoň přibližně. Takže pokud jde nevidomej člověk, tak mu ukázat, kde má noční stolek, kde je koupelna, toaleta, kde všechno je, ale ať si ty věci z toho kufříku nebo z tašky ať si to uloží sám, ať si to naskládá, ať má pořadí těch, věcí jaký tam zvolil, a bude vědět, kde co přesně všechno má.*”

Respondent č. 2: „*Tak my jsme tam jako měli takovej stoleček s poličkou, takže vlastně tam jsem si ty věci ukládala sama.*”

Respondent č. 3: „*Při tom druhém jsem si je ukládala sama, abych prostě věděla, kde co mám.*”

Respondent č. 4: „*Nechal jsem si to uložit do svého stolku, bylo to víceméně za asistence bratra nebo matky. Ale nechali mě to udělat, abych pak v tom stolku věděl, kam šáhnout. Nějaký to rádio nebo toho volkmena jsem měl na svých místech a nešibovali mi s tím.*”

Aby člověk s poruchou zraku poznal bezpečně svůj pokoj, musí se podle něčeho orientovat jaký orientační bod je vyhovující, jsem zjišťovala v otázce č. 31: „*Jaké označení nemocničního pokoje by Vám vyhovovalo nejvíce?*” a v rozhovorech jsem se ptala obdobně: „*Jak probíhala identifikace Vašeho pokoje? Případně co by Vám k identifikaci pokoje pomohlo?*”. U této otázky někteří respondenti v rozhovorech uvedli více možností, ke kterým by se přikláněli, a jsou uvedené níže. Možnost, která zněla tak, že na každé klice by bylo číslo pokoje napsané Braillovým písmem, uvedlo z 19 (100%) respondentů 6 (31,5%),

9 (47%) respondentů uvedlo, že by jim vyhovovalo, kdyby na dveřích pokoje bylo velké vystouplé plastické číslo, které se dá ohmatat. V případě, že má člověk nějaké zbytky zraku nebo je slabozraký, je důležitá tvorba kontrastu barev (světlé dveře a na nich tmavé číslo), 3 (15,7%) respondenti volili tuto možnost. Obyčejná gumička namotaná na klíče nebo jiná cedulka či vysačka by také byla vhodná, což uvedlo 5 (26,3%) respondentů. 1 (31,5%) z respondentů navrhol piktogramy (viz obr. č. 23).

Respondent č. 1: *„Může se tam dát gumička jednoduše namotat a člověk tak půjde dál, nějaká kuchyňka tam bude a půjde zpátky a bude vědět, že na klíče je gumička.“*

Respondent č. 2: *„Takže je potřeba ty číslice, aby byly dostatečně veliký. Prostě pro ty slabozraký je důležitý, aby to bylo kontrastní a větší. Tak třeba no, taky by se tam dalo něco pověsit, přilípnout.“*

Respondent č. 3: *„Nějakou cedulku, nějaký výrazný barvy. Určitě je dobrý, když na dveřích visí nějaká cedulka nebo je číslo pokoje vystouplý a dá se ohmatat.“*

Respondent č. 4: *„Co by mně pomohlo, tak v tomhle případě samozřejmě zase by bylo ideální, kdyby já nevím, na těch dveřích, na nějakých futrech od toho pokoje, bylo prostě kromě toho štítku s tím číslem, kdyby to číslo bylo třeba i nějak plasticky aspoň, abych to mohl osahat a věděl, že jdu na tu svoji devítku. Kdyby to prostě bylo nějak vystouplý. Ideálně samozřejmě by bylo, kdyby to číslo bylo na klíče Braillovým písmem, ale to jsem tehdy ještě nemohl znát že jo.“*

V předchozí otázce někteří respondenti volili možnost tvorby kontrastu, na což jsem v rozhovorech navázala otázkou č. 38: *„Nejste-li zcela nevidomý/á, jaké barvy upřednostňujete při tvorbě kontrastu? (například číslo pokoje na dveřích)“*. Na tuto otázku odpovídali i někteří klienti, kteří již patří mezi nevidomé, ale podělili se o zkušenost, co upřednostňovali, když ještě měli zachovány zbytky zraku. Celkem odpovědělo 8 (100%) respondentů, z nichž 4 (50%) uvedli, že černou barvu, 2 (25%) základní syté barvy (červená, zelená, modrá), 1 (12,5%) fosforové (výrazně svítící) a 1 (12,5%) pastelové (sytlejší barvy). Samozřejmě vždy záleží na barvě podkladu.

Během rozhovorů jeden z respondentů uvedl, že je důležité vědět, jaký funguje v čekárně systém, tato poznámka mě zaujala a reagovala jsem na ni v dotazníku otázkou č. 15: *„Je pro Vás nezbytné vědět, jaký v čekárně funguje systém? (někde si lékař pacienty volá popořadě, jinde si musí pacienti vzít své „pořadové“ číslo)“*, kde 12 (80%) z 15 (100%) dotazovaných odpovědělo, že ano.

Všechny výše uvedené výsledky nějakým způsobem souvisejí se zdravotnickým zařízením. Může ale také nastat situace, že se nevidomý člověk setká se zdravotnickou záchranou službou (ZZS). Jak tento člověk pozná, s kým komunikuje a komu sděluje informace? Jestli se opravdu jedná o zdravotnického záchranáře. Na oblast přednemocniční péče byla v rozhovorech směřována otázka: *„Jak byste identifikoval/a záchranáře, co by Vám k identifikaci pomohlo?“* a v dotazníku otázka č. 20. Většina respondentů, tedy 13 (72%) z 18 (100%) uvedlo, že by byl vhodný nějaký identifikační odznak (záchranářský), číslo co se

dá ohmatat, cedulka, kde je Braillem psáno, že se jedná o ZZS - toto navrhl 1 (5,60%) respondent. V tomto případě by se nevidomý člověk mohl orientovat, aniž by potřeboval pomoc okolí, mohl by se spoléhat sám na sebe a svůj hmat.

Respondent č. 2: „*Tak asi třeba nějaký identifikační odznáček, kterej by teda prošel i tak mezi nevidomý, aby se s ním seznámili.*”

Respondent č. 3: „*Po předchozím třeba kurzu, kde by člověk si mohl osahat nějaký znak nebo něco, jinak je to celkem bez šance.*”

Respondent č. 4: „*Něco jednoduchýho prostě, nějakěj znak, plastickej znak na tý visačce, kterej bych poznal, že se jedná o záchranáře. Napad mě ten zdravotnickěj znak.*”

Velký podíl na tom, aby se nevidomý člověk orientoval v prostředí, ve kterém se pohybuje, hraje doprovod. Na otázku č. 13: „*K čemu doprovod používáte? (můžete označit více možností)*” a v rozhovorech obdoba této otázky: „*S čím potřebujete pomoci s touto poruchou zraku?*”. Ostatní respondenti nejčastěji odpovídali takto: všech 18 (100%) dotázaných uvedlo, že potřebují pomoc v orientaci v neznámém prostředí. Hned další nejčastější činností byla návštěva specialisty (oční lékař, chirurg, zubní lékař, gynekolog), což uvedlo 15 (83,3%) respondentů. Dalších 13 (72%) uvedlo vyšetření v nemocnici, 6 (33,3%) pokud chtějí jít na vycházku, 4 (22,2%) k vybalení věcí při hospitalizaci, 3 (16,6%) při návštěvě obvodního lékaře a 4 (22,2%) respondenti uvedli jiné důvody (například nákupy, dovolená, jiné kulturní a společenské akce a v zaměstnání).

Respondent. č. 2: „*Tak samozřejmě největší problém mi dělá orientace v cizím prostředí.*”

Respondent č. 3: „*U mě hlavně ta orientace.*”

Respondent č. 4: „*Takže na známějch trasách se umím sám pohybovat. Samozřejmě pak ten doprovod je dobrej i při občasně návštěvě nějakýho specialisty lékaře. Prostě pohyb v neznámým prostředí je problém.*”

V kategorii orientace mě také zajímalo, jakým způsobem (smyslem) nejčastěji lidé s poruchou zraku kompenzují toto omezení. V rozhovorech jsem pozorovala, kolik lidí zmínilo jednotlivé smysly, a v dotazníku jsem na to směřovala přímo otázkou č. 40: „*Který smysl Vám nejvíce pomáhá kompenzovat poškození či ztrátu Vašeho zraku? (vypište prosím)*”. Sluch uvedlo všech 19 (100%) respondentů, hmat 16 (84,2%) a čich 2 (10,5%) z respondentů.

Respondent č. 1: „*Takže právě pro ty úplně nevidomý je důležitěj ten sluch a ten dotyk.*”

Respondent č. 2: „*No a pak samozřejmě ty drobné pomůcky v kuchyni - indikátor hladiny třeba. To ne, jako ohmatat věci určitě ne*”. Z toho vyplývá, že používá hmat a sluch (indikátor hladiny má hlasový výstup nebo vibruje).

Respondent č. 3: „*Já mám....indikátor hladiny,.... Kde by si třeba člověk mohl osahat nějaký znak nebo něco.*” Vytrženo z kontextu, kde se jedná o kompenzační pomůcky (viz podsekcce 2.4) a stejné tvrzení jako u respondenta č. 2.

Respondent č. 4: „*.....Ozvučený diktafon.... Abych to mohl osahat a věděl,....*” Opět věta

vytržená z kontextu. Ozvučený - tedy s hlasovým výstupem.

Poslední věc, kterou jsem zařadila do této velmi rozsáhlé kategorie, a která může ovlivňovat orientaci člověka, je porucha spánku. V otázce č. 9 (viz 3.3.2) a během rozhovorů z 19 (100%) respondentů 4 (21%) uvedli, že ano, protože neviděli světlo a tmu a nemohli rozlišit, kdy je den a kdy noc.

Respondent č. 1: *„To šlo jedna ruka v rukávě s tím spánkem, kterej byl narušenej tou ztrátou zraku, a člověk, když nevidí světlo, mozek mu neovládá přesně ráno a to buzení.“*

IV. Kompenzační pomůcky

Z níže uvedených výsledků je patrné, že kompenzační pomůcky jsou velice důležité pro každého člověka, který trpí poruchou zraku. Na kompenzační pomůcky byla konkrétně v rozhovorech i dotazíku otázka: *„Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklý/á?“*. V rozhovoru číslo 1 jsem spíše pozorovala, co tento respondent používá za pomůcky (při placení šablonu na peníze), a jaké pomůcky během rozhovoru uvádí. Všech 19 (100%) respondentů uvedlo, že používá mobilní telefon, 17 (89,4%) bílou (slepeckou) hůl, 12 (63%) dotazovaných indikátor hladiny, slepeckou vysílačku a počítač, 11 (57,8%) respondentů používá notebook, 10 (52,6%) hodinky a přehrávač s načtenými knihami, 5 (26,3%) uvedlo jako svou pomůcku lupu se zvětšením a podsvícením a šablonku na peníze, 4 (21%) šablonku k podpisu a vodícího (asistenčního) psa, 3 (15,7%) lupové brýle a diktafon, 2 (10,5%) Colorino (indikátor barev) a tyto pomůcky uvedl vždy 1 (5,30%) respondent - Pichtův psací stroj, pražská tabulka a braillovský řádek s braillovskou klávesnicí.

Respondent č. 1: *„...naučil se chodit s holí, orientovat se v tom domě, zacházet s těma běžnýma pomůčkama. Prakticky jsem se učil začátky té chůze s holí.“*

Úryvek z rozhovoru, kde se respondent č. 1 zmiňoval o vodícím psovi: *„No takže jsem tam ležel na silnici, vodící pes jsem úplně zapomněl, kde je...“*

Respondent č. 2: *„Pejska, i když to zní zvláštně, ale je to tak. Jinak teda používám mobilní telefon s hlasovým průvodcem, počítač s odcítačem obrazovky a potom varianta notebook jako zápisník. No a pak samozřejmě ty drobné pomůcky v kuchyni - indikátor hladiny třeba a další. Potom samozřejmě vysílačka na spouštění majáčků.“*

Respondent č. 3: *„Já mám mobilní telefon, bílou hůl používám, potom mám lupu se zvětšením a podsvícením, indikátor hladiny, potom ještě používám přehrávač s načtenýma knihami, pak ještě lupový brýle, když třeba potřebuju něco opravit nebo přišít.“*

Respondent č. 4: *„Počítače, mobily, ozvučený diktafon, to je tak nejvíc a samozřejmě slepecká hůl. Slepecký hodinky používám.“*

Kompenzačních pomůcek je používáno mnoho, proto jsem se zaměřila na pomůcky, které by si s sebou vzali k hospitalizaci, a to v otázce č. 23: *„Když by Vás měli hospitalizovat, jaké pomůcky byste si s sebou vzal/a do nemocnice? (můžete označit více možností)“* a v rozhovorech v otázce: *„Které pomůcky si myslíte, že by se vám hodily v té nemocnici?“*

Tedy z celkového počtu 18 (100%) by si všichni tito respondenti vzali do nemocnice mobilní telefon, 14 (77,7%) bílou hůl, 7 (38,8%) notebook (zápisník) a přehrávač s načtenými knihami, 6 (33,3%) slepecké hodinky, 4 (22,2%) indikátor hladiny, 3 (16,6%) slepeckou vysílačku a šablonku k podpisu, 2 (11,1%) lupu s podsvícením a zvětšením, 1 (5,60%) respondent uvedl vodícího psa a 1 (5,60%) lupové brýle. U respondenta č. 1 konkrétně otázka na kompenzační pomůcky během hospitalizace nezazněla, protože až během analýzy prvního rozhovoru mě napadlo, že by bylo dobré se na oblast nejčastěji používaných kompenzačních pomůcek během hospitalizace zaměřit, aby zdravotníci věděli s kterými pomůckami se mohou během své praxe setkat.

Respondent č. 2: *„No tak určitě telefon a kdybych si měla balit, tak si teda vezmu určitě i ten zápisník. Asi hlavně tyhle dvě věci a pak teda asi ještě tu hůl. Pak je dobrý použít na podpis třeba šablonku k podpisu”*

Respondent č. 3: *„Já bych si určitě vzala bílou hůl a telefon.”*

Respondent č. 4: *„Určitě bych tam mohl potřebovat mobilní telefon, pak asi co dalšího ještě. Hlavně ten mobil asi.”*

A poslední otázka, která byla směřovaná na kompenzační pomůcky a velmi souvisí s otázkou předchozí, byla otázka č. 24: *„Co si myslíte, že budete potřebovat během hospitalizace nejvíce? (označte prosím 3 pomůcky)”*, kdy všech 15 (100%) dotazovaných uvedlo mobilní telefon, 10 (66,6%) slepeckou hůl, 5 (33,3%) slepecké hodinky, 4 (26,6%) přehrávač s načtenými knihami, 2 (13,3%) notebook (zápisník) a lupu s podsvícením a zvětšením. Šablonku k podpisu, slepeckou vysílačku a lupové brýle, uvedl vždy 1 (6,70%) respondent.

V. Komunikace

Je jasné, že pokud člověk nevidí nebo má zrak porušený a svět okolo sebe nemůže vnímat zrakem, je důležité mu ho popsat slovy a s tímto člověkem komunikovat. Jak jsem se již zmínila v kategorii okolí o doprovodu, kde jsem se dozvěděla, že většina respondentů doprovod používá, napadlo mě dát do dotazníku otázku č. 14: *„Když jdete k lékaři na nějaké vyšetření nebo pouze preventivní prohlídku s doprovodem, komunikuje zdravotnický personál s Vámi?”*, kde 8 (53,3%) z 15 (100%) dotázaných označilo tuto možnost: *„Ne, se mnou hovoří minimálně, většina rozhovoru probíhá s doprovodem.”* a 7 (46,6%) respondentů uvedlo, že se vždy obrací na něho. V jednom z rozhovorů zaznělo, že je důležité vědět, jaký v čekárně funguje systém, na což jsem se ptala i v dotazníku (viz 3.3.2). Z hlediska komunikace mi přišla zajímavá otázka č. 16: *„Jak informaci o systému v čekárně získáváte?”*. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí filtrační otázce, která zněla takto: *„Je pro Vás nezbytné vědět, jaký v čekárně funguje systém? (někde si lékař pacienty volá popořadě, jinde si musí pacienti vzít své „pořadové” číslo)”*, odpověděli ano, což bylo 12 respondentů. Z těchto 12 (100%) respondentů na otázku č. 16 odpovědělo následovně: 7 (58,3%) uvedlo, že od lidí, kteří již v čekárně jsou, 2 (16,6%) uvedli, že počkají až si jich sestřička všimne a řekne jim, jak to bude probíhat, 2 (16,6%)

od doprovodu a 1 (6,25%) vždy po příchodu do čekárny klepe na sestřičku a ptá se jak to funguje. Z čehož plyne, jak je komunikace lidí s nevidomým důležitá.

Ani zdravotnický záchranář by v přednemocniční péči neměl zapomenout dostatečně komunikovat, protože situace v terénu je specifická navíc tím, že zraněný či nemocný člověk je ve stresu a i člověk, který vidí, bude potřebovat vše řádně vysvětlit, natož pak člověk nevidomý. Hned při prvním kontaktu je představení se na prvním místě, o čemž vypovídá fakt, že 5 (26,3%) z 19 (100%) respondentů by k identifikaci záchranáře stačilo představení se a komunikace a 2 (10,5%) kontrola přes dispečink. Co se zkušenosti se ZZS týče, tak z 19 (100%) respondentů mělo tuto zkušenost 6 (31,5%) respondentů, z nichž 2 byli v bezvědomí, tudíž si situaci nepamatují. U těch, kteří zkušenost měli a na událost si pamatovali, jsem se v otázce č. 19 ptala: „*Pokud ano, jaká Vaše zkušenost byla? (vyberte tvrzení, které nejvíce odpovídá Vaší zkušenosti)*” a v rozhovoru jsem se ptala, jestli bylo něco, co respondentovi v přístupu zdravotníků nevyhovovalo (odpověď jsem zahrнула k jedné z odpovědí v dotazníku). „*Posádka komunikovala velmi málo, neříkali nic o tom, co budou dělat, pouze mi po naložení do vozu řekli, kam pojedeme.*” - tuto možnost zvolili 3 (75%) ze 4 (100%) respondentů a 1 (25%) označil, že „*Vše probíhalo naprosto v pořádku, věděl/a jsem, co se se mnou bude dít a kam pojedeme, cítil/a jsem se v bezpečí, posádce jsem důvěřoval/a.*”

Respondent č. 1: „*No, on to byl docela fojfr, ale přiznávám, že ta doktorka toho teda asi měla plný zuby a nebylo to přesně tak jak jsem říkal, že by to bylo ideální. Doktorka moc neříkala, co bude dělat a co se bude dít.*”

Pokud si člověk představí, že najednou nevidí a někdo mu přinese oběd, určitě pro něho bude důležité, aby mu někdo popsál, co k obědu má. V rozhovorech jsem se respondentů ptala, jak probíhalo podávání stravy, a v dotaznících jsem otázku více konkretizovala a pozměnila. Otázka č. 33: „*Jak máte nejraději popis jídla na talíři?*”. Popis metodou hodinových ručiček by uvítalo 14 (74%) z celkového počtu 19 (100%) respondentů, 2 (10,5%) by rádi popis stylem „*napravo máte brambory, nalevo maso a nahoře zeleninu, vpravo vedle talíře máte polévku*“ nebo s tímto byli spokojeni, 1 (5,30%) respondent uvedl, že stačí oznámit co je k jídlu, 1 (5,30%) respondentka v rozhovoru uvedla, že jí jídlo nepopsali, ale jak by to měli udělat, neřekla, a 1 (5,30%) respondentka v rozhovoru neřekla, jakým stylem popis probíhal, ale byla velmi spokojená.

Respondent č. 1: „*Popis - nate, tady máte rejži a tohle máte nějaký kuřecí maso a vpravo na dvojce od talíře máte kompot. Podle hodinovejch ručiček popis oblasti na tom talíři.*”

Respondent č. 2: „*Jak jsem řekla už před tím, s tím jsem měla docela problém.*”

Respondent č. 3: „*Vše proběhlo báječně, nosili mi jídlo přímo na pokoj, opravdu jsem byla s jejich přístupem velmi spokojená.*”

Respondent č. 4: „*Budťo mi to dali a řekli dneska máte omáčku, k tomu rozmixovanéj knedlík, maso a máte k tomu brčko. Takže to taky nebyl problém, říkali mi co máme.*”

Komunikace s pacientem během výkonu by měla být všem zdravotníkům blízká, a pokud komunikuje zdravotník s nevidomým člověkem, musí si uvědomit, že v tu chvíli je komunikace a popis pro nevidomého jeho očima. V dotazníku jsem se na toto téma zaměřila v otázce č. 37: „Komunikoval s Vámi zdravotník během výkonu? (měření tlaku, odběr krve apod.)”, kdy 10 (66,6%) z 15 (100%) respondentů odpovědělo kladně a 5 (33,3%) záporně. Následně jsem se v otázce č. 39, ptala: „Poskytujete aktivně zdravotníkům potřebné informace k tomu, aby se o Vás dobře postarali?”. Všech 15 (100%) respondentů odpovědělo, že ano, a jeden z respondentů poznamenal, že ale neposlouchají. V rozhovorech jsem se na danou otázku neptala, ale setkala jsem se s následující větou, která sem určitě patří.

Respondent č. 3: „Tohleto taky hodně závisí na tom, jako v nemocnici projde spousta lidí a prostě když maj nějaký problémy, tak je potřeba to hnedka říct. Je to celý o komunikaci a je to v lidech.”

Už několikrát jsem zmínila, že představení se by mělo být na prvním místě. Od respondentů jsem se na otázku č. 26: „Když přišel zdravotnický personál na Váš pokoj, představovali se Vám? (vypište prosím)” a v rozhovorech na obdobnou otázku dozvídala různé odpovědi: 6 (37,5%) respondentů ze 16 (100%) uvedlo, že ne, nevěděli s kým hovoří, 5 (31,2%) uvedlo, že většinou ano, 2 (12,5%), že vždy ano, 2 (12,5%), že lékaři ne a 1 (6,25%) z respondentů, že sestry ne. Jednalo se opět o otázku na kterou odpovídali pouze respondenti, kteří někdy byli hospitalizovaní.

Respondent č. 1: „Líp, no tam asi ty věci, že za mnou přišel někdo a já jsem nevěděl, že je to primář, to se mně stalo, že se nepředstavil nebo jsem nevěděl jestli to byla doktorka nebo sestra - to se mně stalo víckrát.”

Respondent č. 2: „Moc ne, doktoři se nepředstavovali skoro nikdy.”

Respondent č. 3: „V nemocnici jsem neměla žádnéj problém. Stěžovat si můžu z mojí zkušenosti asi na oční v nejmenovaném zařízení, tam jsou lidi hodně nespokojený. Sestra je protivná, neumí ani pozdravit.”

Respondent č. 4: „Většinou ano. S tímhle problém nebyl.”

VI. Bezpečí

Na tuto kategorii je možné pohlížet z mnoha úhlů pohledu. Jedná se o bezpečí při pohybu a orientaci v cizím prostředí, bezpečí co se podepisování jakýchkoli dokumentů týče, bezpečí během výkonů aj. Vrátím se k otázce č. 13 a vyzdvihla bych zde odpověď, kdy 9 (60%) z 15 (100%) respondentů uvedlo, že doprovod používají, pokud musí něco podepisovat (například v bance, na poště apod.). Přičemž také v rozhovorech všichni 4 (100%) respondenti uvedli, že pokud musí něco podepisovat, je vhodná přítomnost rodinného příslušníka. Jedná se o bezpečí klientů z pohledu toho, že bez důvěryhodného doprovodu nebo člena rodiny by mohli podepsat nejrůznější dokumenty a nevěděli by, co v nich je psáno a k čemu se upisují.

K bezpečnému pohybu po oddělení se vztahuje řádné seznámení s oddělením při příjmu pacienta. S bezpečným pohybem pacienta po oddělení úzce souvisí možnost si ohmatat všechny potřebné věci. V případě, že člověk bude vědět, kde se co nachází, bude jeho pohyb mnohem bezpečnější, než když mu nikdo oddělení neukáže a pacient bude vše hledat sám. Na popis oddělení jsem navázala otázkou č. 30: „*Jak by dle Vás měl ideálně personál popisovat oddělení?*“, kde 8 (53,3%) z 15 (100%) respondentů zvolilo tuto možnost: *stručný popis oddělení i pokoje, je lepší, když Vás později provede někdo z rodiny či známých*, 5 (33,3%) respondentům by vyhovoval detailní popis celého oddělení včetně pokoje a možnost si vše potřebné ohmatat a 2 (13,3%) dotazovaným by stačil stručný popis oddělení (například „napravo jídelna, nalevo inspekční pokoj a pokoje pacientů“) a pouze detailní popis vlastního pokoje a možnost jeho ohmatání.

Oblastí, kdy se jedná z velké části i o bezpečnost zdravotníků, je provádění nějakého výkonu u nevidomého či zrakově postiženého pacienta. Například při odběrech krve nebo aplikaci injekce může dojít k poranění o jehlu, a to nejčastěji v případě, kdy zdravotník nevidomému neřekne, co se bude dít, on se při vpichu vyleká a může zdravotníka nechtěným způsobem poranit a sebe také. Respondentů jsem se tedy ptala v otázce č. 36: „*Byl/a jste vždy zdravotníkem podrobně informován/a o prováděném výkonu? (měření tlaku, odběry krve apod.)*“ a v rozhovorech zněla otázka takto: „*Co výkony jako například měření tlaku a odběry krve?*“. Z 18 (100%) respondentů 13 (72,2%) odpovědělo, že ano, že jim říkali co se bude dít a 5 (27,7%) odpovědělo, že ne. Respondent č. 1 zde není započítán, protože jeho odpověď byla spíše obecnějšího charakteru (viz níže).

Respondent č. 1: „*Tak zase důležitý slovní popis. Posadí ho na nějakou židli, řeknou teď si sem dejte ruku, vezmou ji a najednou bodnou a on nebude vědět, nečeká to, může rukou cuknout a vedle něj je stůl, kde mají ty zkumavky že jo. Všechno říkat jakoby on na to koukal, aby si to uměl představovat.*“

Respondent č. 2: „*Tak s tím jsem žádný problém neměla, to mně vždycky řekli co budou dělat.*“

Respondent č. 3: „*Řekli mi, co se bude dít, jestli to bude bolet, nebo prostě vše co s tím souviselo.*“

Respondent č. 4: „*To mi říkali ano, že teď Vám uděláme tohle a tohle, všechno řekli než udělali.*“

Když jsem se v rozhovorech respondentů ptala na otázku: „*Co výkony u ostatních pacientů na pokoji, informovali Vás o nich?*“ nebo jestli bylo něco, co by potřebovali líp, 3 (75%) ze 4 (100%) dotazovaných se zmínili, že o tom, co se dělo u ostatních pacientů, toho příliš nevěděli a 1 (25%) neměla žádný problém. Z odpovědí vyplývá, že je velmi důležitá komunikace nejen ze strany zdravotníků, ale také spolupacientů.

Respondent č. 1: „*Pak třeba když se něco děje na pokoji, jednání o kterých jsem nic nevěděl. No a v té nemocnici co se mně stalo, pak samozřejmě když je tam s více pacientama, tak že nevidomost co dělají jo. Je fajn vědět, že tam něco dělá, proč to dělá, jestli*

má něco vážného, jestli bych neměl přivolat posilu a takový.”

Respondent č. 2: *„To mi neříkali nikdy. Takže občas jsem nevěděla co se děje, ale zas je to o komunikaci.”*

Respondent č. 3: *„Jelikož jsem byla na pokoji s kamarádkou, tak jsem vše věděla.”*

Respondent č. 4: *„To určitě ne vždycky, jako třeba přišli a řekli pane XY, uděláme tohle tohle, tak jsem to odposlouchal a věděl jsem.”*

S bezpečností souvisí mnoho věcí i z ostatních kategorií, jako je ukládání věcí, tvorba kontrastu (hlavně při podávání léků), správný popis trasy a také počasí. Níže uvedu některé příklady.

Respondent č. 1: *„Když si nevidomej člověk něco položí, ať je to kamkoli - do obýváku, do kuchyně, a vidoucí člověk to veme a položí to třeba na chodbě, tak nevidomej člověk to pak může hledat hodně dlouho, než to najde. Komunikace klasicky, klasická věc, co se často opakuje - přinesou ráno horkej čaj, položí to na noční stůl a odejdou. A teď ten nevidomej člověk o tom neví,, tedka konvici shodí nebo se popálí. A zase tam nebyla jenom ta jednoduchá komunikace. U těch, co maj zbytky zraku, je jednoduchý a úplně nejlepší věc, co může bejt - na stůl, co má světlou barvu, když se přinášej prášky v nějakých těch plastickejch kelímkách, tak vždycky tam mít čtverec nějakýho tmavýho papíru a na to položit tu plastovou místičku nebo plastovej hrníček nebo kalíšek, v kterým maj prášky. Teď starší lidi se to budou bát říct, že to shodili, budou hledat po zemi a nemusej si vzít všechno.”*

Respondent č. 3: *„Jako ze začátku mně řekli, tak pojďte, teď já jsem neviděl a postavil jsem se a jak jsem dlouho ležel, tak se mi zamotala hlava a spadl jsem.”*

VII. Limity

Každý člověk, který trpí jakoukoli poruchou zraku, je tímto handicapem svým způsobem limitován. Protože nevidí, musí si všechny informace, které se týkají popisu místa, výkonu a dalších, pamatovat. Protože se jedná o velké množství informací, také může jako každý jiný člověk někdy na něco zapomenout, něco přeslechnout, splést se, apod. Níže jsem uvedla některé věty vytržené z rozhovorů, které s touto kategorií souvisejí.

Respondent č. 1: *„Ta ztráta zraku tam byla 100% i ta ztráta čichu a měl jsem k tomu špatně mluvit a paměť a částečně mentálně bejt postiženej, ležet, bejt bez pohybu.”* Když jsme hovořili o poruše spánku, který byl narušen: *„Musel jsem jít spát, nic mi nezbejvalo a ve 3 hodiny ráno jsem byl vzhůru.”* Diskuze o položení horkého čaje na stůl: *„Nebo na to zapomene, tedka konvici shodí nebo se popálí.”* Orientace po oddělení: *„Může mít třeba napočítaný, že to jsou třetí dveře, ale někdy se může taky splíst, neví kolik počítal, ale ta gumička je jasná.”* Diskuze o navádění na nějakou trasu: *„Nejjednodušší způsob, a pokud by to bylo takhle daleko, samý doprava, doleva, tak ten člověk si to nemusí pamatovat, takže říct, ať jde tolik metrů rovně a tam se pak radši zeptá.”* Druhý pacient na pokoji: *„Může křičet, a když ten nevidomej to nevidí, tak ho to děsí a neví, co se všechno může*

stát a jaký to bude mít důsledky.”

Respondent č. 2: *„Tak já jsem téměř nevidomá.”* Řešení hospitalizace: *„No byla jsem v porodnici, ale v době, kdy jsem ještě měla takové zachovalejší zbytky zraku jo, takže jsem na tom tedka zase hůř, než jsem byla v té době.”*

Respondent č. 3: *„Já mám zbytky zorného pole.”* Otázka s čím potřebuje pomoci s její poruchou zraku: *„Protože jakmile svítí sluníčko, tak v podstatě nevidím nic a nemohu si ani nic přečíst, ani když je šero tak si nepřečtu linku autobusu jaká tam je napsaná.”*

Respondent č. 4: *„Jsem prakticky nevidomý.”*

Z dotazníkového šetření bych do této kategorie ráda zahrнула otázku č. 8: *„S jakými problémy se nejvíce v souvislosti s poškozením Vašeho zraku potýkáte?”*, která vypovídá o tom, čím vším mohou být lidé s poruchou zraku limitováni, a bylo možno uvést více příkladů. Z 15 (100%) dotazovaných 8 (53,3%) uvedlo, že s orientací v neznámém prostředí, 3 (20%) závislost na druhé osobě, 2 (13,3%) čtení textu, neschopnost komunikovat s okolím a zařizování různých věcí a u každé z následujících možnosti vždy 1 (6,70%) respondent - přechody ze světla do šera, narušený biorytmus a špatný přístup okolí.

3.4 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1: V jakých činnostech potřebuje člověk s poruchou zraku pomoci od druhé osoby?

K této výzkumné otázce se vztahují zejména dotazníkové otázky č. 8, 10, 13, 34 a 35. V rozhovorech jsem se na tuto kategorii zaměřila následujícími otázkami: *„S čím potřebujete pomoci?, Co Vám chybělo, co byste potřeboval/a?, Informované souhlasy, jak je s Vámi řešili a co jste ochoten/ochotna podepsat?”*

Začala bych otázkami číslo 8 a 10, které se mezi sebou prolínají, stejně jako otázka *„S čím potřebujete pomoci?”* a *„Co Vám chybělo, co byste potřeboval/a?”*. Jestliže má člověk nějaký problém, nejspíše s ním bude potřebovat pomoci. Nejčastějším problémem a zároveň oblastí, ve které potřebují nevidomí a zrakově postižení lidé pomoci, je orientace v cizím a neznámém prostředí. Myslím si, že v této oblasti hraje velmi důležitou roli okolí nevidomého člověka, a záleží na tom, jak se k němu ostatní postaví. V dnešní době si většina lidí hledí pouze svého, což je možné sledovat dennodenně například v městské hromadné dopravě nebo na nádraží. V autobusech mladí lidé spokojeně sedí, poslouchají hudbu a starší lidé o berlích mají co dělat, aby se udrželi na nohách. Stejně tak na nádraží nikdo z mladších lidí není schopný vyndat sluchátka z uší a zeptat se staré paní, jestli nepotřebuje pomoci s kufrem. Myslím si, že je to při kontaktu s nevidomými podobné. Každý si hledí svého a okolí vůbec nevnímá. Co se ale takhle občas rozhlédnout okolo sebe a udělat něco pro druhé lidi, kteří za nabídnutí pomoci budou vděční. Člověk, který okolo sebe pátrá bílou holí, nikomu neublíží, není divný, zlý ani nebezpečný, jen možná potřebuje pomoci. Neví, kam má jít, odkud mu jede vlak, a tyto informace si nikde nepřečte, což

zároveň někteří respondenti uvedli jako další bod, v kterém by pomoc uvítali. Proto by se lidé neměli bát takového člověka oslovit a zeptat se ho, jak mu mohou pomoci. Jak bylo uvedeno v rozhovoru č. 1, není ostuda, když vidící člověk neví, jak má pomoci, je lepší se zeptat, než pomáhat způsobem, který nikam nevede (například popis cesty stylem „běžte tamhle, už je to kousek“ apod.).

Další otázkou, která byla zaměřená na výzkumnou otázku č. 1, byla otázka č. 13, kde opět nejvíce respondentů zmínilo, že nejčastěji doprovod používají k orientaci v neznámém prostředí. Následovaly ještě dvě velmi časté odpovědi, a to návštěva specialisty a vyšetření v nemocnici, což také může souviset se strachem ve zorientování se. V případě, že s sebou nevidomý člověk nebude mít doprovod, je důležité, aby zdravotník věděl, jak k takovému pacientovi přistupovat. Podle mého názoru by každý člověk pracující ve zdravotnictví měl projít základním proškolením na téma péče o nevidomé pacienty nebo něco podobného, aby věděl, jakým způsobem těmto pacientům pomoci a co už jim naopak spíše uškodí. Tím mám na mysli například ukládání jejich osobních věcí. Zdravotník tento skutek může myslet dobře, ale už si neuvědomí, že nevidomý pacient se pak ve svých věcech nevyzná a bude je hledat. Ráda bych zdůraznila, že nikdo z respondentů nevedl, že by doprovod používal jako komunikační prostředek. Doprovod neslouží k tomu, aby na něho okolí mluvilo, a neznačí žádnou nesvéprávnost osoby, kterou doprovází. Pouze jí pomáhá se orientovat v neznámém prostředí a doprovázet na místa, kde to bude s pomocí doprovodu pro nevidomého snadnější. Myslím si, že je krajně nevhodné, když někdo hovoří na doprovod, nevidomý člověk není hluchý a má svůj rozum.

Další důležitou oblastí, která se vztahuje k potřebě pomoci, je oblast, kdy nevidomý člověk musí podepisovat různé dokumenty a formuláře. K této kategorii se vztahuje otázka č. 34, 35 a otázka „*Informované souhlasy, jak je s Vámi řešili a co jste ochotni/ochotna podepsat?*“. Většina respondentů uvedlo, že nejsou ochotni podepisovat jakékoli papíry a dávat ústní souhlasy, pokud není přítomna osoba, které mohou důvěřovat. Jako alternativa byla uvedena odpověď, že pokud těmto pacientům někdo ze zdravotníků informované souhlasy přečte a mohou si to nahrávat na diktafon, budou ochotni papíry podepsat. Nejlepší možnou variantou ale je možnost přítomnosti rodinného příslušníka. Pokud by tedy byla možnost podpisy o nějakou dobu odložit, bylo by podle mého názoru nejlepší, aby s podpisem vyčkali, a vyšli tak nevidomému pacientovi vstříc. Zdravotník by si neměl brát v žádném případě osobně to, že nevidomý projeví neochotu k podpisu. Je důležité vžít se do role nevidomého člověka. V dnešní době, kdy kolikrát i člověk vidící podepíše něco, co by ve skutečnosti nikdy podepsat nechtěl, je chování nevidomých naprosto pochopitelné. Člověk, který nevidí, si bude chtít dokumenty, pod které se má podepsat, nechat prověřit někým, o kom si je jist, že by si na něho nic nevymyslel. A zároveň aby měl dostatek času na to, mu vše přečíst.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké kompenzační pomůcky zrakově postižený člověk používá? Na tuto výzkumnou otázku nejvíce odpovídají dotazníkové otázky č. 17, 22 a 24 a v rozhovorech následující: „*Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklý/á?, Jaké pomůcky byste potřeboval/a s sebou k hospitalizaci?*”.

Otázku č. 24 a „*Jaké pomůcky byste potřeboval/a s sebou k hospitalizaci?*” jsem volila především proto, abych zjistila, se kterými pomůckami by se mohl zdravotnický personál nejčastěji setkat, a měl by tedy mít aspoň představu o tom, jak daná pomůcka vypadá a k čemu se používá. Mezi 3 nejčastější pomůcky, které by si nevidomý člověk do nemocničního zařízení vzal, patří: mobilní telefon, bílá hůl a slepecké hodinky. Tyto pomůcky nejspíš zdravotník obsluhovat nebude, ale určitě je dobré o nich mít přehled. Například vědět, že pokud bude možnost poskytnout zrakově postiženému člověku nějaké písemné podklady s informacemi v elektronické podobě, je to možné. Mobilní telefon obsahuje všechny aplikace jako telefon klasický a na základě hlasového výstupu se nevidomý informace bez problémů dozví. Opět je vše zejména na domluvě mezi pacientem a zdravotníkem a o tom, co vše je zdravotnický personál pro pacienta ochoten udělat. Zdravotník by také měl znát skutečnost, že nevidomý člověk může dle zákona č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), část čtvrtá, §30 odst. 3, vstoupit do zdravotnického zařízení se svým vodícím psem.

Otázka č. 17 a „*Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklý/á?*” měla udělat jasný přehled o tom, jaké pomůcky má zrakově postižený člověk k dispozici. Tím jsem také chtěla poukázat na to, že tito lidé mají mnoho možností, jak se zapojit do kolektivu, a opravdu nepatří na okraj společnosti a okolí by tuto skutečnost mělo plně respektovat. Nevidomí mají k dispozici mobilní telefon, stejně jako většina populace, jsou dennodenně v kontaktu se svým okolím, jsou schopni se ve svém městě pohybovat pomocí bílé hole a asistenčního psa. Stejně tak se nevidomého je možné zeptat na to, kolik je hodin, to, že nevidí, neznamena, že nám informaci nemůže poskytnout, i nevidomí používají hodinky. Domlouvat si s nevidomým člověkem schůzku po e-mailu? Většině z těchto lidí to nečiní nejmenší problémy, protože vlastní počítač nebo notebook. Pokud se někdo ocitne na návštěvě u zrakově postiženého člověka, není potřeba, aby všechny činnosti dělal za něho, nevidomý při použití indikátoru hladiny zvládne jistě připravit čaj nebo kávu. Z těchto všech výše uvedených příkladů vyplývá, že člověk s poruchou zraku může být stejně šikovný, chytrý a inteligentní jako člověk vidící, protože o těchto vlastnostech vůbec nevypovídá to, že nevidí. Stejně tak mezi vidícími lidmi jsou lidé více či méně inteligentní a chytrí. Totéž platí o lidech nevidomých.

Otázka č. 22 se věnuje problematice vodícího psa na místě nějaké nehody. Dle respondenta č. 1 nemají ZZ povinnost vzít asistenčního psa do sanitního vozu, ale mají dávat přednost raněnému. Záleží ovšem opět na ochotě lidí. Můj názor je, že pokud je zraněný člověk při vědomí a jeho stav umožňuje se o psa postarat, měl by ZZ být ochoten vzít psa s sebou do sanitního vozu. Pokud ale na tuto možnost nepřistoupí, byla bych pro to,

aby se aspoň snažil nějakým způsobem zajistit, aby se o psa někdo postaral. Pokud samozřejmě bude pacientův stav opravdu vážný, chápu, že má záchranář spoustu jiných starostí. Ptala jsem se respondentů, co by v případě přítomnosti psa na místě nehody preferovali, a nejlepší by bylo zajištění odvozu psa rodinným příslušníkem nevidomého a hned druhou nejčastější odpovědí právě naložení psa do sanitního vozu. To, že pacient bude mít strach, co se s jeho psem děje, kde je a jestli ho někdo najde, když zůstal na místě sám, rozhodně uzdravování nepomůže. Je pochopitelné, že záchranář nebude hodinu čekat, než pro psa někdo přijede, ale nabízí se možnost naložit ho s sebou do vozu a předat v nemocnici s pacientem, kde pes podle výše zmíněného zákona také může být, a tam si ho už pak rodina může vyzvednout.

Výzkumná otázka č. 3: Jak by zrakově postiženému pacientovi vyhovoval příjem k hospitalizaci a věci s tím spojené (podávání stravy, základní výkony apod.)?

O této výzkumné otázce nejvíce vypovídají otázky č. 26, 32, 33, 36, 37 a v rozhovorech následující: „*Představoval se personál?, Jak probíhalo podávání stravy?, Co výkony jako měření tlaku a odběry krve?, Když se dělaly nějaké výkony u ostatních pacientů na pokoji, informovali Vás o nich?*”

Prvním krokem při přijmutí pacienta na oddělení by mělo být samozřejmostí představit se. Výsledky v otázce 26 a v otázce „*Představoval se personál?*”, vypovídají o opaku. Větší část respondentů odpověděla, že se jim personál nepředstavil a nevěděli tak, s kým mluví. Sice další nejčastější odpovědí bylo, že většinou ano, ale i tak si myslím, že je to znepokujující. Už když jsem navštěvovala střední zdravotnickou školu, bylo samozřejmostí, že při příchodu na pokoj, se studenti představili, a to se jednalo o pacienty, kteří viděli a mohli si identifikační kartičku se jménem přečíst. Pokud ale přijde pacient nevidomý, je ještě více na místě mu oznámit, jestli se jedná o lékaře, sestru nebo jiný personál. Profesi z hlasu nevidomý opravdu nepozná.

S podáváním stravy souvisely v dotazníkovém šetření dvě otázky č. 32 a 33 a v rozhovorech otázka „*Jak probíhalo podávání stravy?*”. Z vlastní zkušenosti vím, že zdravotníci se co nejvíce snaží pacienty mobilizovat, a pokud to jen trochu jde, nutí je, aby si na jídlo došli do jídelny. I já jsem zastáncem toho, že pokud je to možné, pacient by se měl pohybovat, ale jde to i jinou cestou, než jen tak, že si dojde na oběd. Proto si myslím, že je vhodné se pacienta zeptat, jestli chce jídlo donést na pokoj, nebo do jídelny. Zvláště pak nevidomý člověk může mít spoustu pádných důvodů, proč raději bude jíst v soukromí. Tím, že se zdravotník zeptá, kam má jídlo donést, a donese ho tam, ale jeho role nekončí. Jak nevidomý člověk pozná, kde co má? Vhodnou metodou k popisu jídla na talíři je tzv. metoda podle hodinových ručiček. Talíř je možné si představit jako ciferník a popisovat stylem „Od 12 do 6 hodin máte brambory, na 9 hodině je maso.” Zdravotník by neměl zapomenout říci, jestli je k tomu ještě například kompot a kam položil příbor, aby to nevidomý nemusel hledat po stole a nestalo se, že na sebe svrhne talíř s polévkou apod.

Další oblastí, kde je komunikace obzvlášť důležitá, je provádění výkonů od palpce pulsu, měření tlaku až po aplikaci injekce. Na problematiku výkonů jsem se zaměřila v otázce č. 36, 37 a v rozhovorech zněly otázky takto: „*Co výkony jako měření tlaku a odběry krve?*” a „*Když se dělaly nějaké výkony u ostatních pacientů na pokoji, informovali Vás o nich?*”. Většina dotazovaných odpověděla, že během výkonu s nimi zdravotník komunikoval, což mě velmi potěšilo. Je pravdou, že během praxe jsem se setkala s tím, že většina zdravotníků má určitý popis výkonu zažitý a je to pro ně jakýsi stereotyp. „Teď Vám změřím tlak.” nebo „Nyní to píchne, tak se nelekněte.”. Pokud ovšem dělá zdravotník výkon u nevidomého pacienta, bylo by nejlepší, kdyby popis ještě více obohatil a popisoval výkon co nejpodrobněji. „Teď si vezmu Vaši pravou ruku, na kterou Vám namotám manžetu, kterou nafouknu, což může trochu tlačit, ale nebude to dlouho trvat a manžeta se začne vyfukovat.” apod. Přeci jenom je v tuto chvíli zdravotník pro nevidomého jeho očima. V rozhovorech jsem se zaměřila také na to, jestli zdravotníci informují nevidomé o výkonech u ostatních pacientů, a setkala jsem se s opakem. Všichni respondenti uvedli, že ne. Toto už zdravotníci zažité nemají, není běžné, že by oznamovali ostatním pacientům, že jdou něco dělat k pacientovi na vedlejší lůžku, což je pochopitelné, ostatní spolupacienti to totiž vidí. Pozor ale, pokud je hospitalizován člověk nevidomý, je vhodné si na tyto věci dávat pozor. Nevidomého může vylekat, když se něco děje a oni neví co, jestli mají někoho zavolat, jsou vystrašení. Bylo by tedy dobré stručně při příchodu říci, že jdou zdravotníci na vedlejší lůžku, a při odchodu říci, že odcházejí.

Výzkumná otázka č. 4: Co by pomohlo těmto pacientům k identifikaci osob a věcí v jejich okolí a k jejich bezpečné orientaci?

Na problematiku identifikace a orientace jsem se zaměřila především v otázkách č. 15, 20, 30, 31 a 38. V rozhovorech jsem se tázala takto: „*Jak identifikujete záchranáře a co by Vám k identifikaci pomohlo?, Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí?, Jak probíhal pobyt v nemocnici - pohyb po oddělení, identifikace pokoje?*”

Vzala jsem to od přednemocniční péče (otázka č. 20 a otázka „*Jak identifikujete záchranáře a co by Vám k identifikaci pomohlo?*”), kde jsem se zajímala, jak vlastně nevidomý člověk pozná, že se opravdu jedná o záchranáře. Podle nevidomých by nejlepším možným řešením bylo, kdyby na sobě ZZ měl nějaký identifikační znak a číslo, co se dá ohmatat. Z vlastní zkušenosti, kdy jsem byla na praxi na ZZS vím, že nic takového na sobě záchranář nemá. Pouze na rukávu u trička občas bývá vyšitý znak - modrá hvězda života, ale myslím si, že to není pravidlem a že se nedá dostatečně a bezpečně poznat podle hmatu. Bylo by tedy ideální, kdyby každý zdravotník ZZS měl podobný znak jako například policie ČR, který by si nemohl vyrobit jen tak někdo doma, a bylo by na něm jeho identifikační číslo. Nevidomý by si tak mohl znak bezpečně ohmatat a pokud by se chtěl ještě více ujistit, tak by bylo dobré, kdyby měl možnost poslouchat komunikaci s krajským operačním stře-

diskem, respektive fázi, kdy ZZ hlásí dispečinku, kam daného pacienta směřuje a s čím. Samozřejmostí je, že se při příjezdu na místo zdravotník představí.

V případě, že se nevidomý člověk pohybuje v ambulantním zařízení, je důležité ho seznámit s tím, jaký systém v čekárně funguje. Značná část respondentů v otázce č. 15 uvedla, že tato informace je pro ně nezbytná a že ji získávají velmi často o lidí, kteří již v čekárně jsou. Myslím si, že to není správné. Podle mě by si měl zdravotník pacienta v čekárně všimnout a podat mu základní informace o tom, jak bude vše probíhat, jak dlouho přibližně by mohl čekat, než přijde na řadu, apod. Zamezí tak zbytečnému stresu nevidomého z toho, že nebude vědět, jestli vůbec si ho někdo všiml nebo jestli na něho nezapomněli.

V otázkách č. 30, 31 a dále následující: „*Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí?*” a „*Jak probíhal pobyt v nemocnici - pohyb po oddělení, identifikace pokoje?*”, jsem se již zaměřila na pacienty, které by bylo nutné hospitalizovat. Zmiňovala jsem zde, že zdravotník by se měl nevidomého zeptat, s čím mu má pomoci, aby mu spíše neuškodil než pomohl, a stejně jako s ukládáním osobních věcí to je v případě seznamování s oddělením. Většina respondentů volila možnost, že ideální by bylo, kdyby zdravotník stručně popsal oddělení i pokoje a zbytek nechal na rodině pacienta. Neplatí to ale u všech, druhou nejpočetnější odpovědí byl pravý opak a to detailní popis celého oddělení včetně pokoje. Z tohoto tedy jasně plyne, že není vždy správné to, co si zdravotník myslí, že dělá, neboť každý si myslí, že je správné něco jiného. Proto je nejlepší se domluvit na tom, co bude pacient považovat za správnou možnost. K tomu, aby se mohl nevidomý a zrakově postižený člověk bezpečně pohybovat po oddělení a následně našel svůj pokoj, je potřeba ho dobře označit. Nevidomým by nejvíce vyhovovalo, kdyby na dveřích pokoje bylo velké, vystouplé, plastické číslo, které by si mohli ohmatat, nebo na každé klice štítek, kde by Braillovým písmem bylo psané číslo pokoje. Nemyslím si, že by to musel být pro zdravotnická zařízení tak velký a finančně náročný problém, ale i přesto jsem se během své praxe s těmito praktikami nesetkala. V případě, že by toto nebylo možné, je ještě další možnost, která je v silách každého zdravotníka i nezdravotníka. Namotaná gumička na klice pokoje, kde je nevidomý hospitalizován, také bohatě postačí.

V otázce č. 38 jsem řešila, jaké barvy při tvorbě kontrastu upřednostňují lidé, kteří mají zbytky zraku, a kontrastní věci jim pomáhají k orientaci. Samozřejmě záleží na tom, jaký bude podklad. Ve většině nemocnic jsou ale dveře pokoje bílé, proto by bylo dobré myslet na to, že futra by měla být tmavá a číslo pokoje také. Bylo by vhodné dát přednost praktickým věcem před estetickými. Samozřejmě by oddělení mělo i dobře vypadat, ale mělo by se myslet i na tyto drobné věci, které pro některé lidi nemusejí být podstatné a pro některé to naopak může znamenat zásadní orientační bod.

Porovnání s jiným výzkumem

Výsledky výzkumu mé bakalářské práce jsem porovnávala s výsledky výzkumu bakalářské práce Bohdany Dvořákové, s názvem „*Úskalí nevidomého ve zdravotnickém zařízení*“. Tato práce byla zpracována pod vedením Jany Kutnohorské v roce 2011.

Ve většině případů byly výsledky mého výzkumu a výzkumu Dvořákové v problematice nevidomých pacientů totožné. Například v porovnávané práci je na otázku „*Navštívujete zdravotnická zařízení sám/sama nebo s průvodcem?*“ uvedeno, že zásadně s doprovodem chodí 1 respondent, 4 jak kdy a 2 samostatně. Nicméně uváděli, že tam, kde to neznají, chodí vždy s průvodcem. Z toho jasně vyplývá, že doprovod je pro zrakově postiženého člověka velmi důležitá součást při orientaci v neznámém prostředí, což jsem ve svém výzkumu také zjistila - konkrétně v otázce č. 11 a 13. Dále se doprovodu týkala otázka č. 14, jestli zdravotnický personál komunikuje výhradně s nevidomým nebo naopak s doprovodem. Opět je znepokujující, že v mém výzkumu a ve výzkumu Dvořákové respondenti uváděli, že se jim stalo, že zdravotnický personál komunikoval s doprovodem. Co se informovaných souhlasů týče, většina respondentů v její práci uvedlo, že by uvítalo poslat souhlasy e-mailem, aby si je přečetli, z čehož plyne, že je pro nevidomé bezpečnější, když ví, co podepisuje, a nerad podepisuje dokumenty, o nichž ví jen velmi málo. Navrhovala jsem pravidelná školení zdravotníků v péči o nevidomé pacienty. Dvořáková ve výzkumu zjišťovala, jak si vede zdravotník v roli doprovodu, a všech 7 (100%) respondentů uvedlo, že zdravotníci v roli doprovodu nevyhověli. Dále se v jejím výzkumu objevil návrh, že zdravotníci by mohli zlepšit přístup k nevidomým tím, že by se v této oblasti více vzdělávali. Dalším společným tématem byly kompenzační pomůcky, kdy se Dvořáková ptala „*Jaké pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?*“, a výsledkem bylo, že nejčastěji používanou pomůckou k orientaci je VPN vysílačka, kterou v mém výzkumu příliš respondentů neuvádí. Ovšem hned další kompenzační pomůckou k orientaci uváděli respondenti v obou těchto výzkumech bílou hůl, z čehož vyplývá, že se jedná o jednu z nejzákladnějších kompenzačních pomůcek zrakově postiženého člověka. Stejný počet respondentů uváděl v porovnávaném výzkumu Braillové popisky. I někteří z mých respondentů uváděli, že by bylo dobré, kdyby bylo na klíče pokoje napsané číslo Braillovým písmem. Lidem, kteří dobře ovládají Braillovu písmo, by toto opatření ve formě štítků vyhovovalo. Dále během mého výzkumu vyplynulo, že vše je o komunikaci. V porovnávané práci na otázku „*Čeho se vám od zdravotníků nedostává?*“ respondenti uváděli, že se jim nedostává vhodná komunikace. Autorka se také respondentů dotazovala, co by jim usnadnilo hospitalizaci. Stejně jako já, tak i ona se setkala s různými návrhy, ale naše práce se shodovaly v tom, že pacient potřebuje poznat bezpečně svůj pokoj, lůžko, a dále v jejím výzkumu respondenti navrhovali, aby s nimi sestra prošla oddělení a provedla je. (Dvořáková, 2011. s. 60-75)

Z následujícího porovnání výzkumů vyplývá, že problematika o nevidomých a zrakově postižených lidech není mezi zdravotníky příliš rozšířená a ve většině případů nevědí, jak správně jednat. Téma práce je velmi aktuální a bylo by vhodné, aby se stalo rozšířenějším.

4 Závěr

Hlavním cílem této práce na téma „Péče o nevidomé a zrakově postižené“ bylo zjistit základní problematiku v přístupu zdravotnického personálu k těmto pacientům a odpovědět na 4 základní výzkumné otázky. Na základě kvalitativního a kvantitativního výzkumu, který jsem prováděla v TyfloCentru v Hradci Králové s lidmi, kteří trpí poruchou zraku, se mi podařilo cíle práce splnit. Z výsledků výzkumné části práce jasně vyplývá, že je spousta oblastí, které by se daly zlepšit, a v diskuzi jsou některé návrhy na zlepšení uvedené. Nejčastěji se jednalo o špatný způsob komunikace personálu s nevidomým a v horším případě pouze s jeho doprovodem. Problém v komunikaci byl spatřen zejména při představování se, což by mělo být samozřejmostí každého člověka. Přínosné pro každého zdravotníka by mohlo být nějaké pravidelné školení v problematice o zrakově postižených lidech.

Velkým přínosem a pokračováním této práce by mohla být tvorba manuálu, kde by byly uvedené základní poznatky o tom, jak správně s nevidomým člověkem komunikovat a jak o něho pečovat. Mohl by být proveden rozsáhlejší výzkum ve více zařízeních, která se věnují těmto klientům. Výzkum by mohl být proveden i v nemocničních zařízeních, kde by se zjišťovalo, jaké zkušenosti mají zdravotníci v kontaktu s nevidomými a zrakově postiženými lidmi. Na základě všech informací by mohl být vytvořen již výše zmíněný manuál, který by pak byl ve velkém formátu vyvěšen ve zdravotnických zařízeních, kde výzkum probíhal. Stejně tak by se v budoucnu dala vyřešit nějaká přání nevidomých, jako například popis pokojů v nemocnicích apod. Tomu všemu by mohla být věnována diplomová práce s podobným zaměřením.

Výzkum v této bakalářské práci přinesl dostatek základních poznatků o světě lidí se zrakovým postižením. Pokud nastane situace, s kterou se člověk nesetkává často, je pochopitelné, že je nervózní a neví, jak danou situaci řešit. Správným řešením ale není utéci od problému nebo ho nějakým způsobem co nejrychleji zamést pod koberec, správné je se k němu postavit čelem. Nejdůležitější je komunikace, pokud zdravotník neví, jak má postupovat, je nejlepší se zeptat. Je totiž dost pravděpodobné, že zatímco zdravotník v některých situacích nemá příliš zkušeností, nevidomý už nejspíše podobnou situaci řešil a ví, jak na to.

Reference

Tištěné zdroje:

1. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.
2. FURDEKOVÁ, Magdaléna. *Refrakční vady*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce Sylvie Petrová.
3. HORNOVÁ, Jara. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 103 s. ISBN 978-80-247-4087-4.
4. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
5. KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
6. MACHÁČEK, Pavel. *Osvětlení a slabozrakost: jak správně svítit a vytvořit vhodné podmínky pro slabozrakého člověka*. 1. vyd. Praha: Tyfloservis, 2002, 48 s. ISBN 80-238-9231-2.
7. MATYSKOVÁ, Kateřina. *Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2009, s. 58. ISBN 978-80-86932-24-8.
8. MICHÁLEK, Miroslav, Petr VOJTÍŠEK a Jana VONDRÁČKOVÁ. *Váš nevidomý pacient*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2010, 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
9. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, 416 s. ISBN 978-80-246-1717-6.
10. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 248 s. ISBN 978-80-247-2946-6.
11. ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2006, 373 s. ISBN 80-246-1213-5.
12. STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-85834-60-x.
13. SYNEK, Svatopluk. *Fyziologie oka a vidění*. 2., doplň. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3992-2.
14. TŘEŠKA, Vladislav. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 459 s. ISBN 80-247-0239-8.

Elektronické zdroje:

15. BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením* [online]. Brno, 2012, [cit. 2015-04-04]. Do-

stupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz>.

16. CERHA, Josef. Rady průvodcům nevidomých [online]. 2004 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/rady-pruvodcum-nevidomych.php>.

17. van DICK, Herman. Ne tak, ale tak. Příručka správného kontaktu s nevidomým a slabozrakým [online]. Praha, 1996 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/netak>.

18. KAVALÍROVÁ, Kateřina. Život bez zraku [online]. 2014 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/O_zivote_bez_zraku/Zivot_bez_zraku.html.

19. KORDA, Vladimír. Medicína pro praxi - věkem podmíněná makulární degenerace sítnice (VPMD) [online]. 2010, č. 7, s. 432-436 [cit. 2015-03-27].

Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/11/08.pdf>.

20. MICHÁLEK, Miroslav. Nevidomí mezi námi [online]. 2011 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Komunikace/zasady_komunikace.html.

21. PIRNEROVÁ, Helena. Nevidomí musí k rozpoznání bankovek používat šablonu. IDNES.cz/

ekonomika [online]. 2008 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: http://ekonomika.idnes.cz/video-nevidomi-musi-k-rozpoznani-bankovek-pouzivat-sablonu-pll-ekonomika.aspx?c=A080526_093350_ekonomika_pin.

22. SCHINDLER, Radek a Milan PEŠÁK. Když potkáte nevidomého - jak mohu pomoci - když potkáte nevidomého [online]. 2002 - 2015 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.sons.cz>.

23. SCHINDLER, Radek a Milan PEŠÁK. Když potkáte nevidomého - některé mýty o zrakově postižených [online]. 2002 - 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: <http://www.sons.cz>.

24. SCHINDLER, Radek. Zrakové vady [online]. 1995 - 1999 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak>.

25. THE CHICAGO LIGHTHOUSE. Programs and services - employment - employers - Working with Someone who is Blind or Visually Impaired - How to Communicate with Someone who is Blind [online]. 2015 [cit. 2015-04-04].

Dostupné z: <http://chicagolighthouse.org>.

26. VISION AUSTRALIA. a. Living with low vision - family friends and carers - caring for patients who are blind or have low vision [online]. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.visionaustralia.org>.

27. VISION AUSTRALIA. b. Living with low vision - learning to live independently - in the community - useful tips and mobility fact sheets - guiding a person who is blind or has low vision [online]. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.visionaustralia.org>.

Akademické práce:

28. DVOŘÁKOVÁ, Bohdana. *Úskalí nevidomého ve zdravotnickém zařízení* [online]. Praha, 2011 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130057910/?lang=cs>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
29. KROUPOVÁ, Hana. *Biomikroskopie oka: Optometrie* [online]. Brno, 2008 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101056/lf_b/Biomikroskopie_oka.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce MUDr. Tomáš Jurečka, PhD.
30. SEDLÁKOVÁ, Tereza. *Nejčastější příčiny zrakového postižení v populaci žáků základních škol, středních škol a v populaci dospělých se zrakovým postižením* [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://theses.cz/id/ye9zob/Bakalsk_prce_Te.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Veronika Růžičková.
31. STERINGOVÁ, Jana. *Služby pro zrakově postižené děti a mládež v Českých Budějovicích*. [online]. České Budějovice, 2008 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: http://theses.cz/id/0hofbf/downloadPraceContent_adipIdno_10278. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Petr Jánský.
32. VRUBEL, Martin. *Analýza determinant školní a sociální inkluze osob se zrakovým postižením* [online]. Brno, 2015 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214871/pedf_d/Dizertace_Vrubel_2015_vysledna_verze.pdf. Disertační práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Zdroje obrázků:

33. *Degenerace žluté skvrny oční (senilní degenerace makuly)* [online]. 2009 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/degenerace-zlute-skvrny-ocni/>.
34. *Diabetická retinopatie*. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 29.9.2013 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Diabetick%C3%A1_retinopatie#/media/File:Human_eyesight_two_children_and_ball_with_diabetic_retinopathy.jpg.
35. *Diplopia*. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-, 26.1.2015 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Diplopia#/media/File:Diplopia.jpg>.
36. *Glaukom*. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 8.9.2014 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Glaukom#/media/File:Human_eyesight_two_children_and_ball_with_glaucoma.jpg.
37. *Grafický design, piktogramy a typografie* [online]. 2009 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://ratatatata.webnode.cz/news/graficky-design-piktogramy-a-typografie/>.

38. *Indikátor hladiny* [online]. 2011 [cit. 2015-04-18].
Dostupné z: <http://tyflocomp.sk/produkty-php/elektronika/indikator-hladiny>.
39. *Integrace znevýhodněných studentů na ZČŮ* [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://handicap.zcu.cz/pomucky_zrak.php
40. *Mikroskopy a lupy* [online]. 2006 [cit. 2015-04-18].
Dostupné z: http://m.miniinthebox.com/cz/zw-7011-12x-lupa-s-led-podsvicenim-a-handheld_p1600725.html.
41. *Pomůcky pro zrakově postižené* [online]. 1995-2015 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.
42. *Povelový vysílač VPN 01*. [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.apex-jesenice.cz/tyfloset1.php?lang=cz>.
43. STUCHLÁ, Stanislava. *Glaukom neboli zelený zákal (glaukos = zelený - z řečtiny)* [online]. 2009 [cit. 2015-04-18].
Dostupné z: <http://www.drstuchla.cz/sluzby/Glaukom/glaukom.html>.
44. *Tyflopomůcky Olomouc* [online]. [cit. 2015-04-18].
Dostupné z: <http://www.tyflopomucky.cz/olomouc/organizace-penez/349-sablona-na-eur-2457896321258.html>.
45. *Žlutá skvrna*. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 14.7.2013 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%BDlut%C3%A1_skvrna#/media/File:Schematic_diagram_of_the_human_eye_cs.svg.

Seznam příloh

Příloha A: *Struktura rozhovorů*

Příloha B: *Přepsaný rozhovor č. 1*

Příloha C: *Přepsaný rozhovor č. 2*

Příloha D: *Přepsaný rozhovor č. 3*

Příloha E: *Přepsaný rozhovor č. 4*

Příloha F: *Dotazník*

Příloha G: *Obrázková příloha*

A Struktura rozhovorů

OSNOVA - ROZHOVORY

1. Jakou máte poruchu zraku?

- > Příčina poruchy zraku – diagnóza?
- > Zařazení do skupiny dle TC Hradec Králové?

2. Co pro Vás tento handicap znamená?

- > S čím potřebujete pomoci?
- > Co zvládáte sám/a?
- > Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklá/ý? (máte psa, hůl...?)

3. Máte zkušenosti s PNP?

- > Pokud ano, jaké?
- > Jaké pomůcky byste potřeboval s sebou k hospitalizaci?
- > Jak identifikujete záchranáře?
- > Co by Vám k identifikaci pomohlo, čemu byste věřil/a?

4. Byl/a jste někdy hospitalizován/a?

- > Jak probíhal příjem?
- > Co vám chybělo, co byste potřeboval/a?
- > Popsali Vám detailně oddělení?
- > Nechali Vás věci ohmatat?
- > Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí?

- > Jak probíhal pobyt v nemocnici?
- > Pohyb po oddělení, identifikace pokoje?
- > Informované souhlasy, jak je s Vámi řešili a co jste ochoten/ochotna podepsat?
- > Představoval se personál?
- > Jak probíhalo podávání stravy?
- > Výkony?
- > Měření TK, odběry krve?
- > Výkony u ostatních pacientů?

B Přepsaný rozhovor č. 1

ROZHOVOR č. 1

Já: Asi tedy můžeme klidně začít. Nejprve bych tě tedy upozornila, že tímto dávaš souhlas s provedením rozhovoru, s pořízením nahrávky, s tím, že rozhovor provádíš dobrovolně a s tím, že na základě rozhovoru bych vytvořila dotazníky. Souhlasíš?

Respondent: *Ano, respondent č. 1 souhlasí.*

Já: Super, tak jo. Zatím Ti mockrát děkuju a můžeme začít. Nejprve by mě zajímalo, jaký byl Tvůj první kontakt se zdravotníky.

Respondent: *První kontakt se mnou, jako se zrakově postiženým, byl vlastně když jsem se probíral z tej nehody, autonehody, kdy jsem vlastně přišel o zrak. A ten můj stav nebyl zrovna lehký. Teď budu říkat to, co si vůbec nepamatuju, to vím jenom z vyprávění ostatních lidí – těch nejbližších, že jsem měl nulovou šanci na přežití. V „XY” na JIPce mě léčili, dávali ty šance na přežití než pak došlo k vyříznutí lebeční části v těch místech, kde byla proražená lebka. A pak teda se dávaly různý trvalý následky podle toho, jak se budu vzpamatovávat a jaký možnosti mám. Ta ztráta zraku tam byla 100%, i ta ztráta čichu, a měl jsem k tomu špatně mluvit, a paměť a částečně mentálně bejt postiženej, ležet, bejt bez pohybu. Tohle se pak odbourávalo a zůstal „jenom“ ten zrak, čich a něco co mozek ovládá vlastně jakoby ledviny a ten močový mechýř, který nefunguje bežně, ale musím na to brát určité prášky, aby se vrátil do té jeho polohy. No a protože jsem ztratil i paměť a začal jíst, když jsem ztratil hodně kilo, tak si něco pamatuju no, že jsem byl až na mém bydlišti a tam mě pustili jenom kvůli tomu, že tam jsou mí nejlepší lidé, který za mnou denně chodí no, a tam jsem se vzpamatovával. Jednak se učít vlastně vracet se na tenhle ten svět a nejen fyzicky ale psychicky, tělesně se vracet zpátky. Takže první co si pamatuju, že v tý nemocnici ve „XY” jsem měl po „XX”, kde mě dále složitější operace, jsem byl už na takový doléčení, než budu ve stádiu, kdy mě pustí do domácího doléčení. A tam odtud si pamatuju první vzpomínky: s kým jsem ležel na pokoji a jak mě sestry nosily všechno na pokoj, všechny jídla a dalších možností pro pacienta, kterej není nestabilní poloze, ale potřebuje tu péči, že si nemůže chodit jíst do jídelny apod. Takže z tohohle místa si pamatuju nějaký vzpomínky. No nehoda se stala 15.10.2001 no a právě lékaři usoudili na to, že se budu léčit tak 8 měsíců, následky tý nehody budou dost hrozný, což jsem tady vlastně vykládal jaký následky měli bejt. Takže ten závěr, když se mě i ta paměť začala vracet postupně, tak je to vlastně dobrý.*

Já: No tak na to jak to mělo vypadat teda, tak je to dobrý.

Respondent: *Na to jak to mělo vypadat, že bych si to ani neuvědomoval, ani vůbec bych nevěděl co se stalo, tak ten výsledek je dobrý. A pustili mě vlastně už za dva měsíce – 14.12. mě pustili domů.*

Já: No paráda.

Respondent: *Což bylo rychlejší, jak jsem se teda vzpamatoval kupodivu rychleji, než předpokládali a doma jsem musel samozřejmě procházet ještě tím domácím léčením, hodně jsem spal, ptal jsem se na spoustu věcí co jsem slyšel o čem se baví. Třeba když se řekne brambory, tak co jsou brambory, co budeme mít k obědu. No brambory přeci, taková zelenina. Říkám brambory, to je Amerika, to je Columbus. Už mě to docházelo, jak se ty myšlenky postupně vracely od toho znovuzrození. Vracela se ta paměť a vracelo se i ta přítomnost té situace, jsem si uvědomoval co se stalo. A jaká ta realita těch dní co jsem se vzpamatoval v domácím prostředí, byla čím dál tím lepší. Zároveň s tím, ale když jsem se vracel do toho života normálního, tak jsem si uvědomoval jak ten život vypadá, jak ten svět vypadá, tak se tím víc začala objevovat psychická krize. To šlo jedna ruka v rukávě s tím spánkem, kterej byl narušený tou ztrátou zraku a člověk když nevidí světlo, tak mozek mu neovládá přesně ráno a to buzení. Když tohle bylo narušený nemohl jsem, večer jsem usínal v 6 v 7 hodin v obýváku. Musel jsem jít spát, nic mi nezbejvalo a ve 3 hodiny ráno jsem byl vzhůru. Takže v rámci tohohle jsem se vracel do reality, že už jsem ztratil zrak, že nemůžu dělat spoustu jiných věcí a jak to říkám vždycky když mluvím o problému, tak je nejdůležitější pomoc toho nejbližšího okolí. Pokud by člověk neměl - ať to je vlastní děti, manželku, rodiče, sourozence, kamarády, který by mu pomáhal v tomhle, tak hodně těžko se s tím dokáže vypořádat, prakticky vůbec, je to hodně psychicky náročný. A ten tlak toho okolí musí být – když si uvědomují o co ten jejich blízký člověk přišel tak musej ho donutit k těm věcem aby se přizpůsobil tomu životu, naučil se chodit s holí, orientovat se v tom domě, zacházet s těma běžnýma věcmi, takže to okolí toho člověka je dost důležitý bod pro vzpamatování po té ztrátě zraku. Podpora okolí. A dost je i podpora okolí když se tomu nevidomýmu nechce, tak pořád ho to okolí musí nutit aby si to šel vyzkoušet, než si to ten člověk sám třeba uvědomí, že ta pomoc nebyla proti jeho vůli, nebyla zbytečná ani špatná. Takže to bylo to nejlepší co pro mě mohli udělat – to nejbližší okolí.*

Já: Takže ty Ti pomohli asi ze všeho nejvíc, rozumím.

Respondent: *Určitě! Rodiče, sourozenci, kamarádi a příbuzní. Tohle je hodně důležitý bod.*

Já: A teďka teda se zeptám když jsi byl třeba v té nemocnici nebo pak jsi navštěvoval určitě nějaké rehabilitace nebo něco podobného, tak jaký byl ten jejich přístup – těch

zdravotníků, protože my zdravotníci se zase až tak často nesetkáme na oddělení s nevidomým člověkem.

Respondent: *No hlavně se mnou musel jít nějaký průvodce. Sám jsem ty trasy ještě neznal. Prakticky jsem se učil začátky té chůze s holí, ale rozhodně ne abych si docházel do nemocnice na nějaké léčení nebo do jiných organizací. Důležitý, že člověk vidomý, který se setká s nevidomým, že není jeho chyba, že neví jak k němu přistupovat, jak mu všechno oznamovat, jak mu poradit. Ale důležitý pravidlo je zeptat se, komunikace. Pokud neví, jak by se nevidomý člověk měl zachytit aby ho doprovodil na to místo, tak se musí zeptat, protože ten nevidomý člověk nejlíp ví co potřebuje za pomoc, v čem potřebuje pomoci, jak hodně potřebuje tu pomoc a důležité je to dohnat tou slovními komunikací, že ten úplně nevidomej člověk je odkázán jenom na ty zvuky. Takže nějaký ukazování – pojdte půjdeme támhle a už to máte kousek, to jsou všechno nejasný informace. Ne že půjdeme vpřed, ale vezme se nevidomému ruka a namíří se mu směrem, kterým půjdeme nebo třeba přibližně vzdálenosti v metrech. Máte asi 5 metrů před sebou stůl a jsou kolem něj 4 židle.*

Já: Takto přesně jsem se snažila to říct když jsme šli. Jak je to tedy nejlepší, když chci nevidomému něco přiblížit, nějak pomoci?

Respondent: *Prostě nejlepší je, když se člověk, kterej nemá vůbec žádný zkušenosti s tou komunikací a s průvodcováním nevidomého člověka, zeptat se ho jak hodně potřebuje pomoci nebo v čem by potřeboval pomoci. A on už si řekne – ne, mě se tady stačí jenom zachytit a jen když mě dovedete k tej židli. Někdo třeba chce víc popsat to okolí nebo chce něco navíc. Takže nejdůležitější je, že se musej spolu domluvit. Jak je pravidlo – kdo se nezeptá, ten nic neví.*

Já: To je pravda.

Respondent: *To je základ toho prvního kontaktu pokud vidoucí člověk neví, chce pomoci. Ať už to je jakákoli pomoc, převedení přes silnici, doprovod ke stolu, doprovod na nějaký nástupiště nebo ukázání místa v autobuse. Tam když mu řeknou pojdte sem, tady to máte, tady to máte, takže bude něco jinýho, když mu řeknou, když mu vezmou ruku a položej mu jí na to sedadlo nebo na židli, tak to už pak nevidomej člověk ví, že to je prázdný místo, osahá si ho, protože na něj nevidí, co nevidí, tak si musí osahat. Samozřejmě co jde osahat, to je v rámci možností a pak už se podle toho zařídí daleko rychleji než kdyby ta pomoc byla opačná jako pojdte sem, dozadu, ještě kousek, ještě kousek. To člověk nebude ani mít žádnou ochotu v tomhle stylu, protože neví kam přesně jde a co tam bude, co ho čeká na té cestě. Stačí mu položit ruku na místo na sezení a bude to rychlejší.*

Já: Chápu. A jak je to třeba v tomto případě – nám ve škole, již na střední zdravotnické škole říkali, že kdybychom se setkali v nemocnici s nevidomým nebo s těžce zrakově postiženým, tak že není dobré jim přesouvat věci na stolečku, protože oni vědí jak si to srovnali. Předpokládám, že je to tak?

Respondent: *To patří i v domácnosti nevidomýho, když si nevidomej člověk něco položí, ať je to kamkoli – do obýváku, do kuchyně a vidoucí člověk to vezme a položí to třeba na chodbě, tak nevidomej člověk to pak může hledat hodně dlouho než to najde. Si říkám – tady to bylo, kam to mohli dát, mohli to schovat, kamkoli odnýt. Takže nějaký pravidla by tam měly fungovat. Samozřejmě to nemůže fungovat vždycky ve všem stoprocentně. Ale rozložení věcí třeba oděvů ve skříni má pořád stejnej styl. Rozdělují si třeba ponožky na barevný a černý, letní a zimní nebo pořadí v těch skříních – kde mám košile s dlouhým rukávem, s krátkým rukávem. Takovejhle systém je i v lednici. Systém, že nahoře vlevo jsou jogurty, napravo jsou uzeniny, takže tohle by tam mělo zůstat stále a nezměněný. Třeba ovladače od televize by měli být na stejném místě aspoň přibližně. Nedávat to aspoň z toho stolku třeba. Důležitý, to znamená i v nemocnici, když si nevidomý člověk vyndá svoje věci, tak je vždycky nejdůležitější pravidlo, rada, když přijde nevidomej člověk do nemocnice, tak má spoustu i drahejších kompenzačních pomůcek a může nastat nechtěná situace, kdy ochotná zdravotní sestra se nabídne, že mu pomůže, že mu to tam vyndá, rozmístí mu to do nočního stolku do nějaký skříňky a ten nevidomej člověk tam pak půjde, nenajde to, nedej bože aby se to ztratilo a bude to svádět vinu na sestru, že mu tam pomáhala, že mu to tam dávala, jestli si to nevzala ona. Takže tohle můžou bejt takový situace co se dějou. Ještě horší to je i u sluchově postižených, u nich je to ještě komplikovanější. Takže pokud jde nevidomej člověk, tak mu ukázat, kde má noční stolec, klde je koupelna, toaleta, kde všechno je, ale ať si ty věci z toho kufríku nebo z tašky ať si to uloží sám, ať si to naskládá, ať má pořadí těch věcí jaký tam zvolil a bude vědět kde co přesně všechno má. Komunikace klasicky, klasická věc co se často opakuje – přinesou ráno horkej čaj, položí to na noční stolec a odejdou. A teď ten nevidomej člověk o tom neví nebo na to zapomene, tedka konvici shodí nebo se popálí. A zase nebyla jenom ta jednoduchá komunikace – tady máte čaj a položit mu třeba ruku na ten hrnek.*

Já: Takže všechno říkat a popisovat.

Respondent: *Všechno říkat, kontrolovat a případně ať si to osáhne. U těch co maj zbytky zraku je jednoduchý a úplně nejlepší věc co může bejt - na stolec co má světlou barvu, když se přinášej prášky v nějakých těch plastickejch kelímkách, tak vždycky tam mít čtverec nějakýho tmavýho papíru (modrýho nebo černýho) a na to položit tu plastovou mističku nebo plastovej hrníček nebo kalíšek v kterym maj prášky. Pokud by to třeba nebylo na tom tmavym čtverci, kterej ty co maj zbytky zraku viděj hnedka, že je černá plocha na bílý ploše*

a na tom ještě něco malýho, tak ty si to uvědoměj, ale když dáš světly na světly, člověk máchně rukou a prášky jsou na zemi. Teď starší lidi se to budou bát říct, že to shodili, budou hledat po zemi a nemusejí si vzít všechno. Buďto teda se počká až ty léky spolkně a nebo se to tam takhle nechá tímhle jednoduchým způsobem. Další věc je, když se chce pohybovat na chodbě v nemocnici, aby poznal ty svoje dveře, pokaždý je klika stejná, jak pozná svoje dveře od pokoje? Co může člověk využít, když teda nemá zrak?

Já: Tak něco na tu kliku třeba pověsit, ne?

Respondent: Přesně tak. Může se tam dát gumička jednoduše namotat a člověk tak půjde, já nevím, nějaká kuchyňka tam bude a půjde zpátky a bude vědět že na klíce je gumička, může mít třeba napočítaný, že to jsou třetí dveře, ale někdy se může taky splíst, neví kolik počítal, ale ta gumička je jasná. Pak se nestane ta příhoda, že tam otevře, vlezte a vlezte do postele a v té posteli je náhodou někdo jiný. To se ale opravdu dělo, to nejsou vymyšlený historky. Takže gumička na klíce co si člověk osahá a ví, že to je jeho pokoj. Takže právě pro ty úplně nevidomý je důležitý ten sluch a ten dotyk. Jak jsme tady říkali, dá se rukou nahmatat ta židle nebo cokoli jinýho, takže tyhle metody platěj všude. Buďto popis podrobnější, ale ne tím neurčitým způsobem – Mám to daleko na náměstí? Ne, támhle to je kousek. Samozřejmě když chce někam dál a člověk nezná to místo kam by chtěl jít, to se tak často neopakuje, většinou by nevidomý tu trasu kde jde měl znát. Ale tak mu poradit třeba ať jde 50 metrů na roh budovy a tam ať se optá dál kam má jít. Nemůžou ho navádět běžte tady 50 metrů rovně, pak doleva 30 metrů, pak najdete na druhou stranu, půjdete 20 metrů ještě doprava.;

Já: Ano, takže co nejjednodušší způsob.

Respondent: Nejjednodušší způsob a pokud by to bylo takhle daleko, samý doprava, doleva, tak ten člověk si to nemusí pamatovat, takže říct ať jde tolik a tolik metrů rovně a tam se pak radši dál zeptá.

Já: Super. A ještě se zeptám, když jsi byl v té nemocnici, tak když šli sestřičky něco dělat – například píchat injekci a podobně, tak jestli ti přesně řekli co se bude dít?

Respondent: Jo, takhle. Když přijde nějaký pracovník v nemocnici a nebo mělo by to platit všude, ale v nemocnici je to taková důležitější oblast, protože když ten nevidomý člověk leží v posteli a najednou přijde nějaký pracovník. A jak má poznat o koho se jedná, jestli to je zdravotní bratr nebo nějaký chirurg nebo primář a začne se ho na něco ptát a teď neví s kým jedná. Takže je důležitý aby se představili kdo jsou. Pokud za náma choděj třeba zdravotní sestry častějc, tak říct třeba: „Dobrý den, já jsem tady „xy“ a já tady

asi budu dneska často u vás. Nebo když už pak budou chodit častěji tak jen: dobrý den, já jsem ta Lucka a oni už pak budou vědět, podle hlasu budou poznávat. Nebo když pak přijde nějaký primář před operací, tak by se měl představit a říct kdo je tomu danýmu člověku. A pak ses ptala ještě....?

Já: Když jdou dělat nějaký výkon – píchnutí injekce třeba.

Respondent: *Injekci. Tak zase důležitý slovní popis. My jsme třeba na střední zdravotní škole v Chrudimi dávali scénku, kde měli takovej jednoduchý úkol. Kdyby to bylo v nemocnici nebo u obvodního lékaře nebo kdekoli jinde a budou mu třeba odebírat krev a posadí ho na nějakou židli, řeknou teď si sem dejte ruku, vezmou ji a najednou bodnou a on nebude vědět, nečeká to, může rukou cuknout a vedle něj je stolek, kde mají ty zkumavky žejo. Teď už se to tak nedělá, ale když potom shodí ty zkumavky a může to ta sestra dělat všechno znova. Ale každopádně slovní komentář. „Dobrý den, já vám jdu tady odebrat krev, vezmu si vaši levou ruku, tak já vám to nejdřív ošetrím dezinfekcí a teď už budu brát krev, teď píchnu.“ Všechno říkat jakoby on na to koukal, aby si to uměl představit.*

Já: A přímo ty konkrétně setkal ses s něčím co ti vyloženě nesedělo od těch zdravotníků, když jsi byl hospitalizovaný? Že by jsi to potřeboval trochu jinak, líp?

Respondent: *Líp, no tam asi tady ty věci, že za mnou přišel někdo a já jsem nevěděl, že je to primář, to se mě stalo, že se nepředstavil nebo jsem nevěděl jestli to byla doktorka nebo sestra – to se mě stalo víckrát. Ale nemusí pokaždý „já jsem zdravotní sestra xy“, ty co tam chodí třeba často na tom patře, že mají službu, tak si je nevidomý zapamatuje po hlase. Pak třeba když se něco děje na pokoji, jednání o kterých jsem nic nevěděl. I když není to v jejich silách, když tam je druhý pacient vedle detailně vše popisovat, ale aspoň nějaká hrubá informace co se bude dít s tím druhým pacientem. Může křičet a když ten nevidomej to nevidí, tak ho to děsí a neví co se všechno může stát a jaký to bude mít důsledky. Takovej příklad je když třeba přejde silnici po přechodu, ujde 10-15 metrů a najednou rána a teď neví co se stalo, jestli vybuchla bomba nebo někdy třeba nákladákoj vybuchne guma, všichni se podívají a hnedka to vědět během sekundy, ale nevidomej člověk to neví. Neví jestli třeba něco na něj nespadne nebo co má dělat. Jednou jsme s tyflocentrem byli na nějakým pobytu a prohlíželi jsme si nějaký muzeum s něčím a najednou tam vypadly prosklené dveře, ale oni se nerozbily, jen vypadly, ale rána to byla hrozná. Naše ředitelka jasně věděla co má dělat „nebojte se nic, tady stůjte, jen vypadly dveře z rámu nebo z pantu nebo z něčeho“. No a v té nemocnici co se mě stalo, pak samozřejmě když je tam s více pacientama, tak že nevědomost co dělají jo. To už je takový spíš, že to nezávisí na těch pracovníkách. Je fajn vědět, že tam něco dělá, proč to dělá, jestli má něco vážnýho, jestli bych neměl přivolat posilu. Prostě vnímání toho okolí no. Pak i to přijmutí na ten pokoj a*

na to léčení. Tam by se mělo všechno ukazát, kde je postel, kde je věšák, tady máte ovládní postele, tady si na nás můžete zazvonit, tady máte noční stolek tam si můžete vyložit ty věci. Pak ta sociální místnost – taky popsat, provést, jak je sprcha – jestli je páková nebo nějaká jiná – kohoutková, jestli je ta hadice nebo jestli je zabudovaná. Samozřejmě všude můžu takhle položit ruku a jenom na prkýnko záchoda se nepokládá ruka, tam ne. Můžu na splachování, kde je to tlačítko nebo táhlo se šňůrou prostě nebo ve zdi aby to tam nemusel hledat někde. Případně když přinesou třeba jídlo na pokoj, aby nemusel chodit do jídelny, tak samozřejmě popis toho jídla, co přinesli a jestli k tomu třeba dali nějakou kompot dali nebo nedali nebo něco jiného, aby to tam nemusel hledat po stole všude, příbor. Popis – nate tady máte rejži a tohle máte nějaký kuřecí maso a vpravo na dvojce od talíře máte kompot.

Já: Vpravo na dvojce to znamená jako hodiny, podle hodin?

Respondent: Ano, přesně tak. Podle hodinových ručiček popis oblasti na tom talíři.

Já: Dále se zeptám jak je to s vodícím psem, ten by v nemocnici mohl být jako kompenzační pomůcka?

Respondent: S pejskem platí pravidlo, že vodící pes by byl potřebnej jenom v tom smyslu, kdyby ho ten nevidomej člověk mohl nějak využít. Pokud by ho mohl venčit, pokud by ho nějak doprovázel v té nemocnici na ty místa kde by se naučil, tak pak by ten vodící pes byl využitelný. Ale pokud ten člověk leží v nemocnici a ještě má třeba kapačky nebo kdo ví co, nebo může ležet po operaci a pokud to teda ještě není nějaký infekční středisko nebo infekční oddělení, tak pak je ten pes tam zbytečný. Protože kdo by ho potom venčil, kdo by mu potom dával nažrat granule. A ten pes aby tam byl jenom proto aby ležel u nevidomýho člověka? To tam pomůcka jako vodící pes není potřebnej.

Já: Tak v tom případě by se mělo někam zavolat? Kdo by se o toho psa postaral?

Respondent: Pokud je ten nevidomej člověk úplně sám a nemá žádnou rodinu, příbuzný nebo známý nebo někoho. Tak pak třeba na nás na tyflo centrum nebo do výcvikového střediska někde. Ale to už je konkrétní, to už je dost individuální.

Já: Jasně, třeba když ten člověk bude mít rodinu nebo nějaký zázemí, tak by se dalo dát vodícího psa do jejich péče. Zeptám se ještě jinak. Třeba v záchrance, jak by měli správně postupovat záchranáři?

Respondent: No tedka platí zákon, že když je nevidomý člověk raněnej, když třeba ho

srazí auto, což se stalo i mě loni. Tak platí zákon, že přijede záchranka a toho psa nemaj za povinnost brát. Maj dávat přednost tomu pacientovi.

Já: A jak to tedy probíhalo když přijela záchranka k tobě po srážce autem, jestli se můžu zeptat?

Respondent: *No loni v červenci v pátek jsem byl odpoledne ve městě něco nakoupit a šel jsem u vedlejší silnice po chodníku, kterej vede k bráně. Takhle vede silnice, tady je ten chodník a tady je parkoviště (názorně ukázáno). A takhle vede ještě hlavní silnice vedle toho parkoviště oddělenýho od hlavní silnice. Já jsem takhle přecházel tu vedlejší silnici. Byl to pátek takže hodně aut a já jsem neslyšel to auto který vyjíždělo z toho parkoviště. A já jsem přecházel na chodník a poslouchal jsem jestli někdo neodbočuje z hlavní, nikdo neodbočoval, tak jsem šel, udělal jsem 4 kroky a ten co jel z toho parkoviště, tak mě takhle napálil doleva do boku. No takže jsem tam ležel na silnici, xxx (vodící pes) jsem úplně zapoměl kde je a jenom jsem cejtíl strašnou bolest v zádech, ta byla příšerná teda, jsem už nevěděl co mám dělat, takže jsem tam nějako ječel a opíral jsem se tak rukou jak jsem nevěděl co mám dělat. A přišlo mi to jako strašně dlouhá doba než ten řidič tam nějako zastavil všechny. Vyběh z toho auta, přišel ke mě co mě je, pak přišel další chlap a odtáhli mě i s batohem na trávník na ten chodník jak jsem přecházel. No ta bolest se postupně po troškách mírnila, ležel jsem na boku. Nějaká paní tam zastavila jak odbočovala z té hlavní, viděla to, tak začla volat záchranku, policajty, já jsem tušil, že tam volá. A ten jeden chlap co tam stál, ne ten řidič, ale ten druhý je truhlář a dělal nám dřevěný dveře do baráku. No tak ten věděl kde bydlíme, tak šel k nám, začal tam zvonit a mamka přiběhla a on na ni zavolal přes bránu „paní, vašeho syna porazilo auto“. Mamka se tam složila málem. Pak teda vyběhla, běžela za mnou. Sanitka nikde, trvalo to 43 minut než přijela (moje podivení). Tenkrát to byl první nejhorší den na havárky v roce kdy bylo nejvíc mrtvejch, bylo asi 11 mrtvejch. Takže oni říkali, že už vyjížděj po 42. No a pak teda přijeli záchranka, policajti, nevím kdo dřív kdo dýl. Vyběhli, sundali mě ten batoh a něco. Jo a xxx (pes) ta už pak byla u mě, jak jsem tam ležel, pak už ke mě přiběhla, byla zmatená a taky dostala trošku ránu. Na blatníku na nárazníku byli chlupy od psa. A dali mě na takový stahovací nosítka (vakuová matrace) to se nafoukne, tak na to mě naložili, šup do sanitky a vezli mě do nemocnice no.*

Já: A pejska tedy vzala maminka domů?

Respondent: *Pejska vzala mamka domů. No takže když se stanou takovýhle věci, ten člověk je třeba v bezvědomí, tak co s tím psem no.*

Já: Tak asi by měli někoho zavolat aspoň, ne?

Respondent: *No je to takový na vážkách no, jestli ty policajti by si ho vzali k sobě. Sice xxx má známku, kde je „jméno psa vodící pes“ a na druhé straně je moje jméno, telefonní číslo, jenže když se to pak stane mě, tak to je na nic že jo. To tam mám kdyby se náhodou ztratila a má tam pak ještě číslo nebo že pochází z výcvikovýho střediska v xxx. Tak jestli tam by sehnali kontakt nějaký, to je taková sporná věc.*

Já: A na tvym místě, když by tam ta mamka nepřišla a nevzala si ho, tak jak by se to řešilo?

Respondent: *Pak bych musel zavolat ségře no nebo někomu z tý rodiny. Někomu říct ať tam počká než si pro něj někdo přijede. No tak jsem měl jeden obratel zlomenej a jeden naštíplej. Nejdřív mě dali do „XX“ nemocnice a protože byly prázdniny, tak se to protáhlo o dva dny než mě operovali a do té doby jsem ležel jenom a převálel se doleva nebo doprava na bok. No a furt jenom ležet. A po 11 dnech od té havárky jsem šel v „XY“ na operaci. No pak mě převezli zpátky do xxx na doléčení ještě pár dní, pak domů. Pravidla co mám dělat: cvičit, bederní pás žejjo, tejdny vůbec nesedět. No pak po 6 tejdnech prohlídka v „XX“, ještě lázně, jsem jel na 3 tejdny do xxx. Tak takhle.*

Já: A ještě se zeptám, třeba teda v té záchrance se chovali správně nebo ti něco nevyhovovalo? Ptali se a řekli ti všechno co se bude dít?

Respondent: *No, on to byl docela fofr, ale přiznávám, že ta doktorka toho teda asi měla plný zuby a nebylo to přesně tak jak jsem říkal že by to bylo ideální. Protože mě vezli do nemocnice, tak abych byl připravenej, kapačku, nějaký léky jsem musel dostat, tak to prostě nebylo ideální podle pravidel. Doktorka moc neříkala co bude dělat a co se bude dít. No tak takhle. Kapačka, nějaký injekce, tlak a všechny tyhle věci, pořád něco dělala. Pak se během hospitalizace staly dvě chyby – když mě překládali do „XY“, tak v tý sanitce jelo víc lidí a on mě tam ukázal kam se mám posadit jo, ale já říkám „no a kde je to lehátko, já nemůžu sedět ani 30s ani minutu“. A on mi říká „aha, no tak to já nevím, ale tady je paní na tom lehátku“. Tak jsem to vydržel sedět po městě než ji vyložil. Pak ještě třeba jak potřebujou sepsat všechny papíry, tak my říkáme pravidlo – nevidomej člověk ať si všechno prověří než něco podepíše, ať si to nechá přečíst. Ale když si to takhle vezmeš, tak je těžký aby se před vyšetřením čekalo na nějakýho člověka kterej mi to přečte, kterému můžu důvěřovat. Když je to třeba v bance, tak si to vemu domů ty papíry a doma mi to někdo přečte a vrátím to druhej den. Ale tady když jsem musel jít na všechny prohlídky tak to je těžký no, protože jsem některý papíry i podepsal.*

Já: A přečetla ti to aspoň sestřička nebo ne?

Respondent: *Jo, přečetli mě to, to jo, ale mohli si něco vymyslet. Je to těžký no tohle. Je to taková záludná nedořešená věc no, stejně jako s tím psem když tam zůstane no. Je dobrý se zeptat jestli to potřebujou podepsat hned, pokud ne, je nejlepší sehnat někoho z rodiny.*

Já: Dobře, to bude tedy asi vše, mockrát Ti děkuji.

Respondent: *Nemáš za co, hlavně ať se ti to vydaří.*

C Přepsaný rozhovor č. 2

ROZHOVOR č. 2

Já: Asi tedy můžeme začít, tak já tedy nejdříve ještě jednou řeknu, že souhlasíte s tímto rozhovorem, že to děláte dobrovolně, nejste do toho nuceni a že souhlasíte s pořízením nahrávky.

Respondent: *respondent č. 2 souhlasím.*

Já: Dobře, děkuji, můžeme tedy přistoupit k otázkám. Nejprve se zeptám jakou máte poruchu zraku?

Respondent: *Tak já jsem téměř nevidomá v podstatě mi zůstal světlocit, takže poznám světlo, poznám tmu.*

Já: Dobře. Nyní se zeptám do jaké skupiny se dle TyfloCentra zařazujete? Paní „xxx” říkala, že máte tři skupiny, tak pokud se mohu zeptat?

Respondent: *Já patřím do skupiny prakticky nevidomých. Ono to zahrnuje poměrně širokou škálu jako vad.*

Já: S čím potřebujete pomoci s tímto handicapem?

Respondent: *Tak samozřejmě největší problém mi dělá orientace v cizím prostředí, byt ten je jasnej, tam si to jako člověk i upraví tak jak potřebuje, takže hlavně potom když pak třeba přicházím do nějaké budovy, zdravotního zařízení, tak prostě zorientovat se, dveře který, jaký prostě jo nebo potom kam si člověk může sednout v čekárně, jak je to tam organizovaný – někde si volá lékař někde si to musíte hlídat, takže i tohleto je důležitý vědět.*

Já: Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklá?

Respondent: *Pejska, i když to zní zvláštně, ale je to tak. Jinak teda používám mobilní telefon s hlasovým průvodcem, používám počítač s odcítačem obrazovky a potom varianta notebook v podstatě jako zápisník jo, takže zápisník pro nevidomé de facto, prostě notebook s tím odcítačem. No a pak samozřejmě ty drobné pomůcky v kuchyni – indikátor hladiny třeba a další drobnější pomůcky. Potom samozřejmě slepecká vysílačka na spouštění majáčků.*

Já: Máte zkušenosti se záchrannou službou, s tou přednemocniční péčí?

Respondent: *Tak já teda ne.*

Já: Když tedy by Vás měli – nechci nic přivolávat, hospitalizovat, jaké pomůcky byste s sebou potřebovala? Které pomůcky si myslíte, že by se vám hodily v té nemocnici?

Respondent: *No tak určitě telefon a kdybych si měla balit, tak si teda vezmu určitě i ten zápisník. No a co bych si ještě vzala. Asi hlavně tyhle dvě věci a pak teda asi ještě tu hůl pak na to chození po areálu té nemocnice, protože pravděpodobně ji ze začátku určitě budu potřebovat a hlavně je to i označení aby ostatní viděli, že jsem nevidomá.*

Já: Jak byste identifikovala třeba záchranáře? Co by Vám pomohlo k tomu abyste poznala o koho se jedná. Například hasiči mají přilbu, policie odznak.

Respondent: *No, to je dobrá otázka. Tak asi třeba nějaký identifikační odznáček, kterej by teda prošel i tak mezi nevidomý, aby se s ním seznámili. Rozšířit to mezi ty nevidomý, že to takhle je a možnost si to teda někde osahat, někde v těch organizacích, třeba jako ty tyflo centra, který jsou v těch krajskejch městech a podchycují velkou část jako i těch nevidících v tom svém okolí, pak ta spolupráce by mohla být i docela dobrá.*

Já: Byla jste někdy hospitalizovaná?

Respondent: *No byla jsem v porodnici, ale v době kdy jsem ještě měla takové zachovalejší zbytky zraku jo, takže jsem na tom tedka zase hůř než jsem byla v té době. Takže s těma zbytkama zraku jsem si tam ještě docela poradila jo. Samozřejmě věděli to všichni a nějakým způsobem se tam chovali, byli ke mě takoví ohleduplní. Když vážili dítě, tak na tu váhu jsem už opravdu neviděla jo, takže se vždy před kojením odneslo miminko na váhu a pak se to zapisovalo do nějaký tabulky, tak od toho mě teda osvobodili jo.*

Já: Co Vám v přístupu zdravotníků chybělo, co byste od nich potřebovala navíc?

Respondent: *Já si myslím, že vyloženě vytknout se jim nic nedá, akorát možná jedině... Jedině to, když třeba přišli lékaři na vizitu, takže se prostě ani jako nepředstavili. Občas jsem měla problém identifikovat, kterej doktor je kterej jo, protože většinou má člověk nějakýho ošetřujícího lékaře nebo tak, pak jsem si taky spletla paní doktorku se sestřičkou. A ještě jeden problém na kterej si vzpomínám je, že jak jsme docházeli do jídelny na jídlo a tam byl takovej systém, že vlastně po těch stolech byly takový jako tácy s tím poklopem, takže každej si tam našel to volný místo, kde ještě bylo zaklopeno, kde nikdo nejed, takže*

tam jako pokud jsem se nechytla teda třeba s nějakou tou co byly se mnou na pokoji, tak s tímhletem jsem tam trošku měla problém. Takže bych třeba ocenila, kdyby se dalo jídlo do misky na ten pokoj. Takže ta jídelna byla trochu takovej oříšek no.

Já: Popsali Vám detailně oddělení a nechali Vás ohmatat si věci?

Respondent: *To ne, jako ohmatat věci určitě ne. Jenom si mě prostě tenkrát sestřička vyzvedla nějak ve dveřích. Já jsem to vlastně měla domluvený, že nastoupim nějak na termín, miminko se ještě tak jako nehlásilo. A v podstatě tak jako sestra se mnou prošla stylem jako v pravo pokoje, vlevo jídelna. Takže prostě tak, ale že bych si jako ošahávala ty věci to jako ne. Takže jsem se ještě trochu spoléhala na ty zbytky zraku. Mě pak třeba pomohlo, že ty dveře nebyly bílí jo. Takže prostě na bílí stěně, když jsou prostě barevný dveře, třeba tmavší, třeba rám, tak je tam kontrast jo, takže prostě když je tam vytvořenej kontrast je to lepší. Pak jsem teda trošku lavírovala s čísly pokojů, protože vlastně jako matka čekatelka jsem byla na sedmičce, což byl jediný pokoj na pravý straně. Pak s miminkem už mě dali na jinej a tam už byla řada těch dvěří, tak jako jsem vždycky teda zírala na to jestli tam uvidim to číslo. Takže je potřeba ty číslice aby byly dostatečně veliký. Prostě pro ty slabozraký je důležitý aby to bylo kontrastní a větší.*

Já: Mohlo by třeba pomoci pověsit něco na kliku?

Respondent: *Tak třeba no, taky by se tam dalo něco pověsit, přilípnout.*

Já: Dobře. Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí?

Respondent: *Tak my jsme tam jako měli takovej stoleček s poličkou, takže vlastně tam jsem si ty věci ukládala sama. Samozřejmě oblečení jako si odnesli, to dávali někam do šatny všechno. Pak jsem dostala erární.*

Já: Jak probíhal pobyt v nemocnici – pohyb po oddělení, identifikace pokoje?

Respondent: *No tak jak jsem říkala. Pro zjednodušení je opravdu důležitý aby byl vytvořen kontrast, jak u dvěří, tak při podávání léků a tak. Hodně barevný věci. U těch nevidomých, tam jako toho potřebují ještě víc, ale u lidí se zbytkama zraku to pomůže. Další věc jak už jsem řekla jsou veliká čísla.*

Já: Co informované souhlasy, jak je s Vámi řešili a co jste ochotna podepsat?

Respondent: *No mě je sestřička vždycky přečetla a já jsem jí věřila. Samozřejmě když měl zrovna přijít někdo ke mně na návštěvu tak bych to nechala přečíst svým blízkým, ale před porodem se zas až o tolik souhlasů nejednalo. Pak je dobrý použít na podpis třeba šablonku k podpisu. Obdélník, který ohraničí kam se mám podepsat.*

Já: Představoval se personál?

Respondent: *Moc ne, doktoři se nepředstavovali skoro nikdy. A nejhorší situaci jsem zažila na očním v „YY”. Tam je to přesně tak jak to být nemá. Seděla jsem v čekárně, pak si mě zavolala sestra a říká mi – „tamhle se posaďte.“ Já ji říkám „kde tamhle, nevidím kam si mám sednout.“ Odsekla protivně. Pak přišla doktorka asi po čtvrt hodině ještě s nějakýma medikama. Během vyšetření už tam seděl další pacient. Žádný soukromí nic. A přístup strašnej (opravdu podivení z mé strany, že zrovna na očním, opravdu paradox).*

Já: Jak probíhalo podávání stravy?

Respondent: *Jak jsem řekla už předtím, s tím jsem měla docela problém. Na pokoj mi jídlo nenosili a v jídelně byla zvláštní organizace. Ocenila bych to spíš na ten pokoj.*

Já: Co výkony jako měření tlaku a odběry krve?

Respondent: *Tak s tím jsem žádný problém neměla, to mě vždycky řekli co budou dělat. Opravdu v tomhle směru nebyl problém.*

Já: Co výkony u ostatních pacientů na pokoji, informovali Vás o nich?

Respondent: *Ne tak to ne. To mi neříkali nikdy. Takže občas jsem nevěděla co se děje, ale zas je to o komunikaci. Když jsem se zeptala, řekli mi to. Je ale fakt že by bylo lepší na to upozornit, že se něco bude dít, abych věděla.*

Já: Dobře, tak já Vám mockrát děkuji za Váš věnovaný čas a přeji Vám, ať se Vám v životě daří.

Respondent: *Není zač a až budou nějaké výsledky, budeme rádi, když se to dozvíme. Ať Vám práce vyjde.*

D Přepsaný rozhovor č. 3

ROZHOVOR č. 3

Já: Můžeme nyní začít, tak já tedy nejdříve ještě jednou zopakuji, že souhlasíte s tímto rozhovorem, že to děláte dobrovolně, nejste do toho nucena a že souhlasíte s pořizováním nahrávky.

Respondent: *respondent č. 3 souhlasím.*

Já: Dobře, děkuji. Nejprve se tedy zeptám jakou máte poruchu zraku?

Respondent: *Já mám zbytky zorného pole. Levým okem tam rozeznávám světlo, tmou. Dále mám několik očních vad, mám atrofii sítnice, pigmentovou retinopatii. A ty vady jsou neléčitelné a není na to ani operace ani lék.*

Já: Do jaké skupiny se dle TyfloCentra zařazujete?

Respondent: *Do skupiny téměř nevidomých.*

Já: S čím potřebujete pomoci s touto poruchou zraku, s tímto handicapem?

Respondent: *U mě hlavně ta orientace, protože jakmile svítí sluníčko tak v podstatě nevidím nic a nemohu si ani nic přečíst, ani když je šero tak si nepřečtu linku autobusu jaká tam je napsaná.*

Já: Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklá?

Respondent: *Já mám mobilní telefon, bílou hůl používám, potom mám lupy se zvětšením s podsvícením, indikátor hladiny, potom ještě používám přehrávač s načtenými knihami protože toho moc nepřečtu, s tou lupou to je tak přečíst si mobil a něco podobného, ale na čtení knížky to absolutně nestačí, kamerovou televizi na nějaký časopis třeba, pak ještě lupový brýle když třeba potřebuju něco opravit nebo přišít nebo když nakládám zeleninu, tak aby to bylo požitelné.*

Já: Máte zkušenosti s přednemocniční péčí tedy záchrannou službou?

Respondent: *Zatím nemám.*

Já: Když tedy by Vás měli hospitalizovat, jaké pomůcky byste si s sebou vzala? Které pomůcky si myslíte, že byste v nemocnici mohla potřebovat?

Respondent: *Já bych si určitě vzala bílou hůl a telefon. Já teda se záchrankou mám zkušenost, ale to ještě bylo ve chvíli kdy jsem celkem viděla.*

Já: Jak byste identifikovala záchranáře? Co by Vám pomohlo k tomu abyste poznala o koho se jedná?

Respondent: *Po předchozím třeba kurzu, kde by člověk si mohl osahat nějaký znak nebo něco, jinak je to celkem bez šance. Jako třeba když k vám přijde kontrola třeba na plyn, tak jedinou možnost jak zjistit jestli to ten člověk opravdu je, je telefonem tam zavolat a zeptat jestli vám na tu danou hodinu a den někoho poslali. Pokud jste doma sama, nemáte tam dalšího příslušníka rodiny nebo nějakýho kamaráda nebo kamarádky tak nemáte šanci.*

Já: Byla jste někdy hospitalizovaná?

Respondent: *No, byla jsem hospitalizovaná, mám obě dvě ruce operovaný po karpálech, to už jsem vlastně měla třetí stupeň invalidity, takže jsem si domluvila s kamarádkou, že ta tu operaci potřebuje taky, takže jsme šli spolu. Doktoři s tím souhlasili, takže bez problémů mě to ošetřující lékař zařídil, takže v té nemocnici v „XY” jsme byli společně na pokoji a pak když jsem šla s druhou rukou po čtvrt roce, tak už jsem šla sama, protože už jsem si tam to prostředí tak nějak pamatovala. A navíc ti zdravotníci jako v pohodě všechno.*

Já: Co Vám v přístupu zdravotníků chybělo, co byste od nich potřebovala?

Respondent: *Nebyl problém. Byli tam skvělý.*

Já: Popsali Vám detailně oddělení a nechali Vás si věci ohmatat?

Respondent: *Já jsem tam byla s tou kamarádkou, takže mě pomohla kamarádka. No a když jsem tam byla podruhý tak jako všichni věděli a navíc tam člověk přišel – jeden den nástup, druhý den jde na zákrok.*

Já: Mohlo by třeba pomoci označit nějakým způsobem kliku?

Respondent: *No jako třeba na hotelu, nerušit a takovýhle. Nějakou cedulku, nějaký výrazný barvy.*

Já: Dobře. Jak probíhalo ukládání Vašich věcí?

Respondent: *No při tom prvním pobytu v nemocnici mi pomohla kamarádka a při tom druhém jsem si je ukládala sama abych prostě věděla kde co mám. Tohleto taky hodně závisí na tom, jako v nemocnici projde spousta lidí a prostě když mají nějaký problémy tak je potřeba to hnedka říct. Je to celý o komunikaci a je to v lidech.*

Já: Jak probíhal pobyt v nemocnici – pohyb po oddělení, identifikace Vašeho pokoje?

Respondent: *Určitě je dobrý, když na dveřích visí nějaká cedulka nebo je číslo pokoje vystouplý a dá se ohmatat.*

Já: Jak s Vámi řešili informované souhlasy a co jste ochotna podepsat?

Respondent: *Tak jak už jsem řekla, když tam se mnou poprvý byla kamarádka, tak nebyl žádný problém. Ona mi je přečetla a já jí věřila, navíc jsme každá měly souhlasy stejný u stejnýho výkonu. Když jsem tam byla podruhé na stejným zákroku, četli mi to sestřičky a jelikož jsem věděla co to obnáší bylo to pro mě jednoduchý. Jinak je to otázka no, jestli podepsat něco, když nevím vlastně co podepisuju. Nejlepší je, když je možnost rodinnýho příslušníka.*

Já: Proběhlo vždy představení personálu?

Respondent: *V nemocnici jsem neměla žádný problém. Tam všechno bylo fajn. Taky to bylo asi hodně daný tím, že poprvé tam se mnou byla ta kamarádka, tak už podruhé oni věděli co a jak a já taky. Stěžovat si můžu z mojí zkušenosti asi na oční v „YY“, tam jsou lidi hodně nespokojený. Sestra je protivná, neumí ani pozdravit, hrozně dlouho se čeká než tam přijde doktorka. Vůbec se neuměj chovat ani k vidoucím natož pak když přijde někdo s postižením zraku. Nikde jinde jsem takovej přístup nezažila.*

Já: Jak probíhalo podávání stravy?

Respondent: *Vše probíhalo báječně, nosili mi jídlo přímo na pokoj, opravdu jsem byla s jejich přístupem velmi spokojená.*

Já: Co výkony jako například měření tlaku nebo odběry krve?

Respondent: *Všechno probíhalo v pořádku. Řekli mi co se bude dít, jestli to bude bolet, nebo prostě vše co s tím souviselo. Spokojenost.*

Já: Když se dělali nějaké výkony u ostatních pacientů na pokoji, informovali Vás o nich?

***Respondent:** Jelikož jsem byla na pokoji s kamarádkou, tak jsem vše věděla a podruhé jsem byla na pokoji sama, takže s tímhle zkušenosti nemám.*

Já: Dobře, nyní jsme u konce. Ráda bych Vám mockrát poděkovala za ochotu provést rozhovor, mějte se krásně a hodně zdraví přeji.

***Respondent:** Vám také a ať se vše vydaří jak si přejete.*

E Přepsaný rozhovor č. 4

ROZHOVOR č. 4

Já: Dobře, nyní tedy začneme, já jsem spustila to nahrávání, takže jenom opakuji, že tímto souhlasíte s tím, že rozhovor děláte dobrovolně, že jsem Vás k tomu nijak nenutila, souhlasíte s provedením rozhovoru a s pořízením nahrávky.

Respondent: *respondent č. 4 souhlasí.*

Já: Dobře. Můžeme začít. Nejprve se tedy zeptám jakou máte poruchu zraku?

Respondent: *Jsem prakticky nevidomý, jedno oko úplně slepý a druhý oko zachovanéj trochu světlocit. Přerušovaný oční nervy.*

Já: Jaká byla příčina poruchy zraku?

Respondent: *Po úraze.*

Já: Zařazení do skupiny dle TyfloCentra?

Respondent: *Prakticky nevidomý.*

Já: Co pro Vás tento handicap znamená – s čím potřebujete pomoci a co všechno zvládnete sám?

Respondent: *Tak co všechno no. Takže na známejch trasách se umím sám pohybovat. Na jinejch místech samozřejmě potřebuju doprovod. Samozřejmě pak ten doprovod je dobrý i při občasné návštěvě nějakýho specialisty lékaře. Prostě pohyb v neznámým prostředí je problém. No a dál s čím potřebuju pomoci. Určitě třeba doma s úklidem, s praním, nějaká náročnější příprava jídla. Něco si jako umím uvařit – učil jsem se vařit, takže něco zvládnou.*

Já: Na jaké kompenzační pomůcky jste zvyklý?

Respondent: *Jee. Počítače, mobily, ozvučený diktafon, to je tak nejvíc a samozřejmě slepecká hůl. Slepcký hodinky používám. Je toho hodně. Hlavně asi tu pokročilou techniku – počítače a mobily.*

Já: Máte zkušenosti se záchrankou?

Respondent: *Vlastně jenom tu, ale o tom teda nevím no. Takže ta zkušenost je taková, že jsem byl v bezvědomí. A jinak jako někdy, že bych vyloženě já volal a já potřeboval tak to ne.*

Já: Když by Vás měli nedej bože hospitalizovat, jaké pomůcky byste s sebou potřeboval, co byste si vzal?

Respondent: *Určitě bych tam mohl potřebovat mobilní telefon, pak asi co dalšího ještě. Hlavně ten mobil asi. Ostatní jako co se týče potřeb jídla, tak nic. Pak samozřejmě něco na umytí a tak, takže jako kartáček na zuby, osobní věci, ta osobní hygiena a tak.*

Já: Jak byste identifikoval záchranáře, co by Vám pomohlo k identifikaci?

Respondent: *No, jako samozřejmě člověk na sobě může mít cokoli a já to nepoznám jestli to je záchranářský. Takže asi podobně jako u policajtů, kdyby na sobě měl třeba nějakou vysačku, kterou bych já jako poznal, kdyby tam byl třeba aspoň takovej ten znak záchranářskej. Nemyslím si totiž, že všichni umíme dokonale Braillovo písmo, takže asi ne, že by to bylo Braillem napsaný, že je to záchranná služba no. Něco jednoduchýho prostě, nějaký znak, plastickej znak na tý visáčce, kterej bych poznal, že se jedná o záchranáře. Napad mě ten zdravotnickej znak.*

Já: Byl jste někdy hospitalizován?

Respondent: *Ano.*

Já: A jak probíhal příjem v nemocnici – popsali Vám oddělení?

Respondent: *To mě popsali až později, ale jako já jsem ten první den ani de facto nemoh z postele a hlavně jsem ještě trochu viděl. Ta druhá hospitalizace byla až po tý nehodě, kdy de facto až po tejdnu jsem zjistil, možná ještě po delší době, že vlastně nevidím. Já jsem měl přeražený popraskaný obě čelisti žejo, zlomeninu lopatky, nosu, takže jsem zpočátku ležel, to ani nevím, to bylo v umělým spánku. Takže si to nepamatuju a pak teprve si pamatuju dobu, kdy jsem trošku začal už vnímat. Jako přinesli mi jídlo, položili ho na stůl, tam byla máma a já jsem tam po tom začal šmátrat že jo a nic. A mamka, to si taky moc nepamatuju se mě ptala „vidíš mě?“ a já jsem jí říkal že jo. Ale prostě si tohle vůbec nepamatuju a pak když už jsem se z toho dostal, tak mě všude doprovázeli. Jako ze začátku mě řekli, tak pojdte, teď já jsem neviděl a postavil jsem se a jak jsem dlouho ležel, tak se*

mi zamotala hlava a spadl jsem. Pak mě teda všude vozili a když jsem třeba potřeboval do koupelny tak se mnou všude sestřička došla. Potřeboval jsem doprovod. Jako čerstvě nevidomej jsem nebyl znalej těch pohybů.

Já: Nechali Vás později ohmatat věci?

Respondent: *To ano, ano ano. Sprcha a tak, to mi všechno hezky ukázali. Po tom jak jsem upadl tady byla ta kolegyně (z TC), tak ta tady trošku udělala jako cirkus, tak se mě teda začli sakra víc věnovat. To bylo na očním v „YY” a tam teda s nima nejsou vůbec dobrý zkušenosti. Prostě tam teda udělala nějaký to proškolení základní, ale paradoxně jako na očním oddělení, tomu se divím do teď. Takže jako víceméně, když jdu prostě na oční, tak jdu s doprovodem. Vždycky doprovod. Když se mě zeptaj „pane xxx jak to jde?” Tak říkám „no pane doktore, je to čím dál stejný“.*

Já: Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí?

Respondent: *Nechal jsem si to uložit do svého stolku bylo to víceméně za asistence bratra nebo matky. Ale nechali mě to udělat, abych pak v tom stolku věděl kam šáhnout. Někaký to rádio, toho volkmena jsem měl na svých místech a nešibovali mi s tím.*

Já: Jak probíhal pobyt v nemocnici – jak jste poznal, že je to Váš pokoj? Případně co by Vám pomohlo k identifikaci pokoje?

Respondent: *Co by mě pomohlo, tak v tomhle případě samozřejmě zase by bylo ideální kdyby já nevím, na těch dveřích, na nějakých futrech od toho pokoje, bylo prostě kromě toho štítku s tím číslem, kdyby to číslo bylo třeba i nějak plasticky aspoň, abych to mohl osahat a věděl, že jdu opravdu na tu svoji devítku. Jo nebo já nevím jak to maj očíslovaný. Kdyby to prostě bylo nějak vystouplý. Ideálně samozřejmě by bylo kdyby to číslo bylo na klíče Braillovým písmem, ale to jsem tehdá ještě nemohl znát že jo. Spíš jako opravdu ty čísla, takhle ty plastický arabský.*

Já: Jak s Vámi řešili informované souhlasy, co jste byl ochoten podepsat?

Respondent: *Já si myslím, že jsem tehdá já přímo snad ani nic nepodepisoval, že to za mě jako de facto sice mi bylo už devatenáct, ale přenechal jsem to na matku nebo bráchu. Takže oni to buď podepsali za mě nebo když jsem už mohl, tak jsem třeba ústně souhlasil. Fakt si nevzpomínám, že bych něco podepisoval.*

Já: A když si představíte, že teďka by Vám sestřička dala nějaký papír a řekla ať jí to podepíšete, tak jak byste to řešil?

Respondent: *No, tak asi bych samozřejmě podepsal bych to, ale s nějakým mým doprovodem, kterému důvěřuju a řekl bych si jo, to můžu podepsat.*

Já: Představoval se Vám personál?

Respondent: *Většinou ano. S tímhle problém nebyl. Jako nevěděl jsem jména, ale poznal jsem jestli je to doktor nebo sanitář. Jako třeba když přišla vizita tak se nepředstavili všechny samozřejmě. Ale jako i sestřička „pane xxx, tady Lenka, pojedte pojedeme spolu na vyšetření“. Opravdu myslím si, že poté co jsem vstal a spadl, tak opravdu paradoxně, no paradoxně ne, spíš zaplať pán bůh začali se opravdu chovat.*

Já: Jak probíhalo podávání stravy?

Respondent: *Budto mi to dali a řekli dneska máte omáčku k tomu rozmixovanéj knedlík, maso a máte k tomu brčko. Takže to taky nebyl problém, říkali mi co máme.*

Já: Co výkony jako měření tlaku a odběry krve?

Respondent: *To mi říkali ano, že teď Vám uděláme tohle a tohle, všechno řekli než udělali. To fakt fungovalo no.*

Já: A co výkony u ostatních pacientů na pokoji, když šli něco dělat, řekli Vám, že tam budou?

Respondent: *To myslím si, že ne vždycky. To určitě ne vždycky, jako třeba přišli a řekly pane „XY“ uděláme tohle tohle, tak jsem to odposlouchal a věděl jsem.*

Já: Já Vám mockrát děkuju.

Respondent: *Doufám, že Vám to pomůže a ať se daří.*

F Dotazník

DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Petra Mertlíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce na téma "Péče o nevidomé a zrakově postižené".

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

V dotazníku je možné na otázky odpovídat různým způsobem. U některých otázek označíte pouze jednu odpověď, u některých je možné označit odpovědi více a některé otázky jsou na vypsání. U otázek, kde je možné označit více odpovědí nebo se jedná o otázky vypisovací, jsou k tomuto vždy uvedené pokyny.

V případě jakýchkoli nejasností se na mě můžete kdykoli obrátit. Je možné mě kontaktovat e-mailem: st38080@student.upce.cz nebo na telefonním čísle 731 485 229.

Předem Vám mnohokrát děkuji za spolupráci.

1. Pohlaví

- a)muž
- b)žena

2. Kolik je Vám let? (prosím vypište)

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

- a)Základní
- b)Střední bez maturity / vyučen/a
- c)Střední s maturitou
- d)Vyšší odborné
- e)Vysokoškolské

4. Jaký obor jste studoval/a? (prosím vypište)

.....

5. Jaká je příčina poruchy Vašeho zraku? (prosím vypište)

.....

6. Od kdy máte potíže se zrakem? (prosím vypište)

.....

7. Do jaké skupiny jste zařazen/a?

a) nevidomý/á

b) zachovány zbytky zraku

c) slabozraký/á

8. S jakými problémy se nejvíce v souvislosti s poškozením Vašeho zraku potýkáte? (prosím vypište)

.....

9. Trpěl/a jste po ztrátě zraku poruchami spánku?

a) Ano, protože jsem neviděl/a světlo a nemohl/a jsem rozlišit, kdy je den a kdy noc

b) Ano, ale z jiného důvodu než je uvedeno v předchozím bodě – uveďte prosím Váš důvod

.....

c) Ne, žádné problémy jsem nepociťoval/a

10. Co bez pomoci druhého člena nezvládnete? (prosím vypište)

.....

11. Využíváte někdy doprovod?

a) Ano

b) Ne (pokud ne, napiště prosím, proč doprovod nevyužíváte)

.....

Pokud jste odpověděl/a ano, odpovězte prosím na další 3 otázky, tedy otázky číslo 12, 13 a 14. Pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte prosím otázkou číslo 14.

12. Kdo bývá nejčastěji Váš doprovod? (můžete označit více možností)

- a) zaměstnanec Tyflocentra
 - b) dobrovolník/dobrovolnice z Tyflocentra
 - c) rodinný příslušník
 - d) kamarád/ka
 - e) jiné (vypište prosím)
-

13. K čemu doprovod používáte? (můžete označit více možností)

- a) návštěva obvodního lékaře
 - b) návštěva specialisty (oční lékař, chirurg, zubní lékař, gynekolog)
 - c) vyšetření v nemocnici
 - d) pokud bych měl/a být přijat/a do nemocnice, tak k vybalení věcí
 - e) orientace v neznámém prostředí
 - f) pokud musím něco podepisovat (například v bance, na poště apod.)
 - g) chci jít na vycházku
 - h) jiné důvody (vypište jaké)
-

14. Když jdete k lékaři na nějaké vyšetření nebo pouze preventivní prohlídku s doprovodem, komunikuje zdravotnický personál s Vámi?

- a) Ano, personál se v rozhovoru vždy obrací na mě
- b) Ne, se mnou hovoří minimálně, většina rozhovoru probíhá s doprovodem

15. Je pro Vás nezbytné vědět, jaký v čekárně funguje systém? (někde si lékař pacienty volá popořadě, jinde si musí pacienti vzít své „pořadové“ číslo)

- a) Ano
- b) Ne

16. Jak informaci o systému v čekárně získáváte?

- a) vždy po příchodu do čekárny klepu na sestřičku a ptám se jak to funguje
 - b) počkám, až si mě sestřička všimne a řekne mi, jak to bude probíhat
 - c) od lidí, kteří již v čekárně jsou
 - d) jiným způsobem (vypište jakým)
-

17. Jaké používáte kompenzační pomůcky?

- a) asistenční pes
- b) mobilní telefon
- c) bílá slepecká hůl
- d) notebook
- e) indikátor hladiny
- f) slepecká vysílačka
- g) lupa se zvětšením a s podsvícením
- h) přehrávač s načtenými knihami
- i) lupové brýle
- j) počítač
- k) slepecké hodinky
- l) šablona k podpisu
- m) šablona na peníze
- n) jiné

.....

18. Máte zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou?

- a) Ano
- b) Ne

19. Pokud ano, jaká Vaše zkušenost byla? (vyberte tvrzení, které nejvíce odpovídá Vaší zkušenosti)

- a) Vše probíhalo naprosto v pořádku, věděl/a jsem, co se se mnou bude dít a kam pojedeme, cítil/a jsem se v bezpečí, posádce jsem důvěřoval/a
- b) Posádka se snažila komunikovat, říkali, co se bude dít (měření tlaku, píchání injekce, nakládání na nosítka apod.), ale nevěděl/a jsem, kam mě vezou
- c) Posádka komunikovala velmi málo, neříkali nic o tom, co budou dělat, pouze mi po naložení do vozu řekli, kam pojedeme
- d) Posádka skoro nekomunikovala, neměl/a jsem k nim žádnou nebo jen minimální důvěru
- e) Prostor pro Váš komentář

.....

20. Co by Vám pomohlo k identifikaci záchranáře? (prosím vypište)

.....

21. Pokud se na místě nehody nacházíte se svým vodícím psem, co by podle Vás ideálně měla záchranná služba se psem udělat? (můžete označit více možností)

- a)nechat ho na místě
 - b)zavolat policii ČR
 - c)zavolat hasičský záchranný sbor
 - d)vzít psa s sebou do sanitního vozu a do nemocnice
 - e)zajistit odvoz psa rodinným příslušníkem nevidomého
 - f)zavolat do Tyflocentra
 - g)kontaktovat výcvikové středisko
 - h)jiné (vypište jaké)
-

22. Co z možností uvedených v předchozí otázce preferujete?

- a)nechat ho na místě
 - b)zavolat policii ČR
 - c)zavolat hasičský záchranný sbor
 - d)vzít psa s sebou do sanitního vozu a do nemocnice
 - e)zajistit odvoz psa rodinným příslušníkem nevidomého
 - f)zavolat do Tyflocentra
 - g)kontaktovat výcvikové středisko
 - h)jiné (vypište jaké)
-

23. Když by Vás měli hospitalizovat, jaké pomůcky byste si s sebou vzal/a do nemocnice? (můžete označit více možností)

- a)mobilní telefon
 - b)slepeckou hůl
 - c)notebook, zápisník
 - d)indikátor hladiny
 - e)šablonku k podpisu
 - f)vodícího psa
 - g)slepeckou vysílačku
 - h)lupu s podsvícením a zvětšením
 - i)přehrávač s načtenými knihami
 - j)lupové brýle
 - k)slepecké hodinky
 - l)jiné (vypište jaké)
-

24. Co si myslíte, že budete potřebovat během hospitalizace nejvíce? (označte prosím 3 pomůcky)

- a) mobilní telefon
- b) slepeckou hůl
- c) notebook, zápisník
- d) indikátor hladiny
- e) šablonku k podpisu
- f) vodícího psa
- g) slepeckou vysílačku
- h) lupu s podsvícením a zvětšením
- i) přehrávač s načtenými knihami
- j) lupové brýle
- k) slepecké hodinky
- l) jiné (vypište jaké)

.....

25. Byl/a jste někdy hospitalizován/a?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, odpovězte prosím na další 4 otázky, tedy otázky číslo 26, 27, 28 a 29. Pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte prosím otázkou číslo 29.

26. Když přišel zdravotnický personál na Váš pokoj, představovali se Vám? (vypište prosím)

.....

27. Byl/a jste při příjmu seznámen/a s oddělením?

- a) Ano
- b) Ne

28. Měl/a jste možnost si vše potřebné ohmatat?

- a) Ano, vše proběhlo podle mých představ
- b) Ano, ale bylo to příliš rychlé a nedostačující
- c) Ano, položili mi ruku i na prkénko od WC
- d) Ne, většinu věcí jsem neměl/a možnost si ohmatat

29. Jak probíhalo ukládání Vašich osobních věcí? (vyberte tvrzení, které nejvíce odpovídá Vaší zkušenosti)

a) zdravotnický personál mě nechal, abych si vše udělal/a sám/sama a věci mi nikdo nepřerovnával

b) zdravotnický personál mě sice nechal věci uložit samotného/samotnou, ale každé ráno mi poklízeli na stolečku a nemohl/a jsem pak věci najít

c) zdravotník pouze dohlížel na ukládání věcí a dopomáhal a dále mi s věcmi nikdo nepohyboval

d) všechny věci mi ukládala sestřička nebo jiný zdravotnický personál a já nevěděl/a kde co mám e) prostor pro Váš komentář

.....

30. Jak by dle Vás měl ideálně personál popisovat oddělení?

a) detailní popis celého oddělení včetně pokoje a možnost si vše potřebné ohmatat

b) stačí stručný popis oddělení (například „napravo jídelna, nalevo inspekční pokoj a pokoje pacientů“) a pouze detailní popis a možnost ohmatání vlastního pokoje

c) stručný popis oddělení i pokoje, je lepší, když Vás později provede někdo z rodiny či známých

d) prostor pro Váš komentář

.....

31. Jaké označení nemocničního pokoje by Vám vyhovovalo nejvíce?

a) na každé klice napsané číslo pokoje Braillovým písmem

b) velké vystouplé plastické číslo na dveřích pokoje, které se dá ohmatat

c) kontrast barev – například na bílých dveřích by bylo velké černě napsané číslo pokoje

d) gumička namotaná na klice nebo nějaká vysačka

e) jiné (vypište prosím jaké)

.....

32. Jak by Vám vyhovovalo podávání stravy v nemocnici?

a) jídlo dávat do jídelny jako ostatním

b) jídlo přinést na pokoj

33. Jak máte nejraději popis jídla na talíři?

a) stačí oznámit co je k jídlu

b) popsat co je na talíři dle hodin, například „na 3 hodině máte brambory a podobně“

c) popis stylem „napravo máte brambory, nalevo maso a nahoře zeleninu, vpravo vedle talíře máte polévku“

d) jiné (vypište jaké)

.....
34. Jste ochoten/ochotna podepsat zdravotníkům informované souhlasy, bez přítomnosti někoho z rodiny nebo jiného doprovodu?

- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Místo pro Váš komentář
-

35. Je pro Vás ústní souhlas (bez nutnosti podpisu) v nepřítomnosti někoho z rodiny či jiného doprovodu přijatelný?

- a) Ano
- b) Ne

36. Byl/a jste vždy zdravotníkem podrobně informován/a o prováděném výkonu? (měření tlaku, odběry krve apod.)

- a) Ano
- b) Ne

37. Komunikoval s Vámi zdravotník během výkonu? (měření tlaku, odběr krve apod.)

- a) Ano
- b) Ne

38. Nejste-li zcela nevidomý/á, jaké barvy upřednostňujete při tvorbě kontrastu? (například číslo pokoje na dveřích)

- a) fosforové (výrazně svítící)
- b) barvy základní syté barvy (červená, zelená, modrá)
- c) pastelové (světlejší) barvy
- d) černou barvu

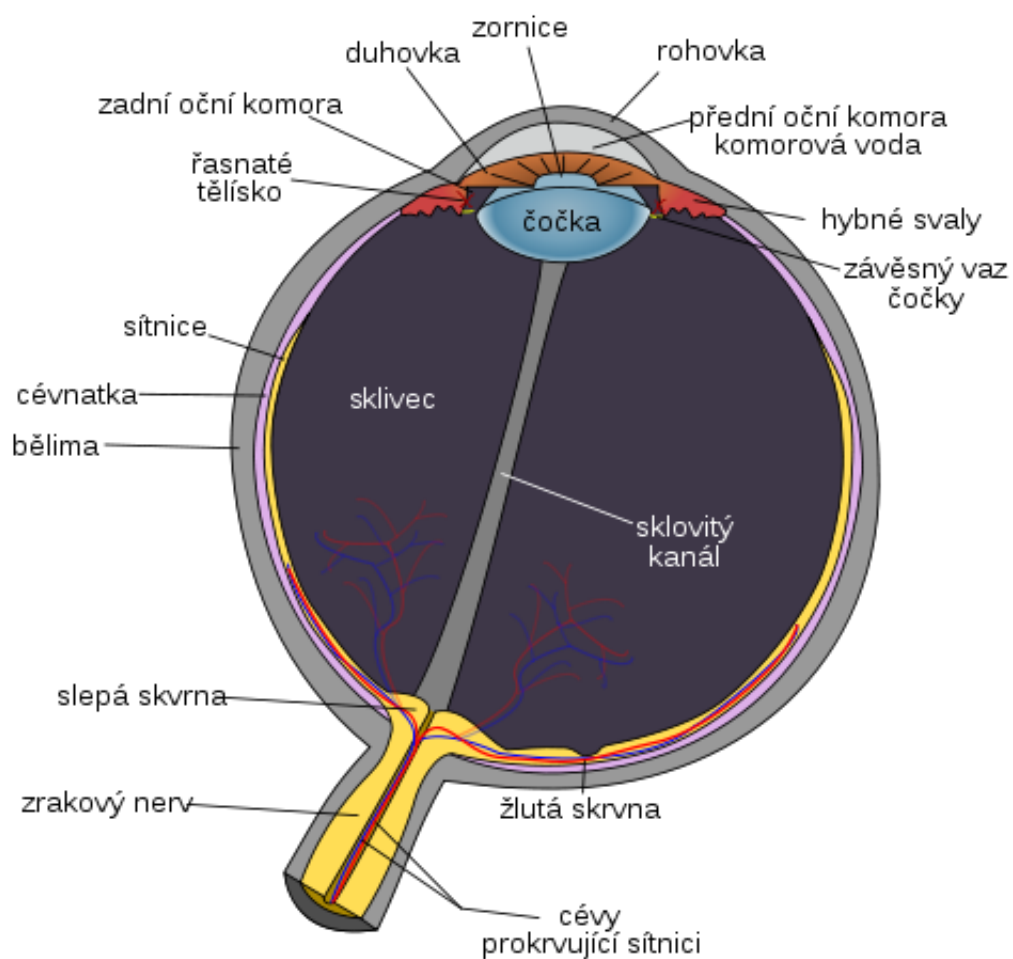
39. Poskytujete aktivně zdravotníkům potřebné informace k tomu, aby se o Vás dobře postarali?

- a) Ano
- b) Ne

40. Který smysl Vám nejvíce pomáhá kompenzovat poškození či ztrátu Vašeho zraku? (vypište prosím)

.....

G Obrázková příloha



Obrázek 4: Průřez okem a jeho anatomický popis.
(Žlutá skvrna, 2013)



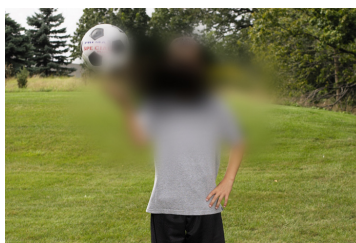
Obrázek 5: Svět z pohledu člověka, který trpí tubicovitým viděním.
(Stuchlá, 2009)



Obrázek 6: Pohled člověka, trpícího dvojitým viděním.
(Diplopia, 2015)



Obrázek 7: Mírně rozmazaný pohled lidí s glaukomem.
(Glaukom, 2014)



Obrázek 8: Pohled očima, trpícíma degenerativním onemocněním sítnice.
(Degenerace žluté skvrny oční, 2009)



Obrázek 9: Pohled očí postižených diabetickou retinopatií.
(Diabetická retinopatie, 2013)



Obrázek 10: Lupové brýle - hyperokulární skla.
(Bubeníčková, 2012, s. 27)



Obrázek 11: Lupa s LED podsvícením.
(Mikroskopy a lupy, 2006)



Obrázek 12: Indikátor hladiny.
(Indikátor hladiny, 2011)



Obrázek 13: Indikátor barev.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2015)



Obrázek 14: Slepecké hodinky - hmatové.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2015)



Obrázek 15: Šablonka k podpisu.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2015)



Obrázek 16: Šablona na napsání adresy.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2015)



Obrázek 17: Šablona na peníze.
(Tyflopomůcky Olomouc)



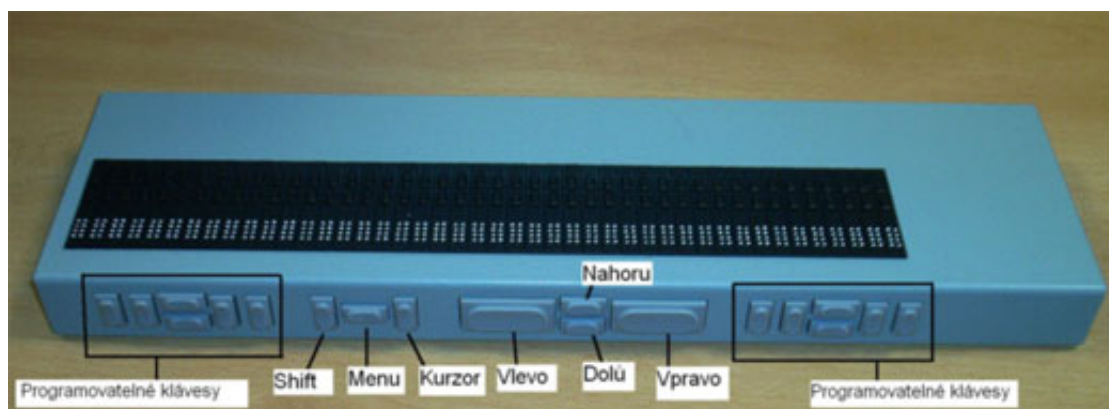
Obrázek 18: Bílá hůl.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2015)



Obrázek 19: Vysílačka VPN 01 na spouštění majáčků.
(Povelový vysílač VPN 01)



Obrázek 20: Pichtův psací stroj.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2015)



Obrázek 21: Braillový řádek k připojení ke klávesnici.
(Integrace znevýhodněných studentů na ZČÚ)



Obrázek 22: Pražská tabulka k zapisování poznámek v Braillově písmě.
(Pomůcky pro zrakově postižené, 1995-2005)



Obrázek 23: Piktogramy.
(Grafický design, piktogramy a typografie, 2009)