

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou

Bc. Barbora Zouňková

Diplomová práce

2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Zounková**
Osobní číslo: **Z13134**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Specifika perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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 stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelská perioperační péče. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-807-0135-433.
2. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
3. MICHÁLEK, Miroslav; VOJTÍŠEK, Petr a Jana VONDRÁČKOVÁ. Váš nevidomý pacient. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
4. NOVOHRADSKÁ, Hana. Vybrané kapitoly z oftalmopedie. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009. 85 s. ISBN 978-807-3687-311.
5. ŠTRÉBLOVÁ, Miroslava. Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyfopedie. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2002. 67 s. ISBN 80-704-4448-7.
6. Visual impairment and blindness. In: World Health Organization [online]. 2014 [cit. 2014-09-27]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Marie Macková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 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 29. 4. 2015

.....
Bc. Barbora Zounková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svoji vedoucí, paní PhDr. Marii Mackové, PhD., za odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a cenné rady při zpracovávání mé diplomové práce. Zároveň bych ráda poděkovala paní Ing. Janě Holé, Ph.D. za odborné konzultace.

Mé díky patří také mojí rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce se zaměřuje na specifika péče o osoby se zrakovou disabilitou v souvislosti s operací. Práce je členěna na část teoretickou a část výzkumnou. Podstatou teoretické části je charakteristika vybraných funkcí zraku a příčin jejich poruch. Zároveň se zabývá popisem jednotlivých fází perioperační péče a specifiky u osob se zrakovou disabilitou. Výzkumná část diplomové práce prezentuje data, která jsou součástí kvantitativního výzkumu. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření, které se uskutečnilo ve všech nemocnicích České republiky. Výzkum byl doplněn o kvalitativní rozhovor, který byl porovnáván s kvantitativními odpověďmi. Výsledky jsou zpracovány v tabulkách a grafech, shrnuty v diskuzi a v závěrečné části práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zrak, zraková disabilita, perioperační péče, nemocnice, osoby se zrakovou disabilitou

ANNOTATION

This thesis focuses on the specifics of care for people with visual disability in connection with surgery. Thesis is divided between theoretic part and research part. The essence of the theoretical part is characteristic of selected functions of the vision and causes of it's disabilities. It also describes the various phases of perioperative care and specifics of the care for people suffering from visual disability. The research part of the thesis presents data that are part of quantitative research. Data were obtained through a questionnaire survey, which took place in all hospitals in Czech Republic. The research was supplemented by qualitative interview, which was compared with quantitative answers. The results are presented in tables, graphs and summarized in the discussion in the final part of the thesis.

KEYWORDS

Vision, visual disability, perioperative care, hospital, persons with visual disability

OBSAH

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	9
SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Zrak.....	13
2 Zraková disabilita	15
2.1 Nejčastější příčiny zrakové disability	17
2.2 Kompenzační pomůcky.....	20
2.2.1 Braillovo písmo.....	21
2.2.2 Vodící linie	22
2.2.3 Vodící pes	22
3 Perioperační péče.....	24
3.1 Předoperační péče	24
3.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava	25
3.1.2 Krátkodobá předoperační příprava	25
3.1.3 Bezprostřední předoperační příprava.....	26
3.1.4 Příprava pacienta k urgentnímu výkonu	26
3.2 Intraoperační péče	26
3.3 Pooperační péče	27
4 Perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou	28
VÝZKUMNÁ ČÁST	32
5 Výzkumné otázky	32
6 Design studie.....	33
6.1 Metodika studie.....	33
6.1.1 Kvantitativní výzkum	34

6.1.2	Kvalitativní výzkum	34
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	35
6.2.1	První část – kvantitativní	35
6.2.2	Druhá část – kvalitativní	39
6.3	Způsob vyhodnocení získaných dat	39
7	Výsledky kvantitativního výzkumu	41
8	Výsledky kvalitativního výzkumu	50
8.1	Charakteristika zdravotnického zařízení	50
8.2	Shrnutí výsledků.....	50
8.2.1	Komunikace pracovníků	51
8.2.2	Upravené webové stránky.....	51
8.2.3	Orientace	52
8.2.4	Objednání na čas	52
8.2.5	Hospitalizace s doprovodem	53
8.2.6	Seznámení s prostory	54
8.2.7	Upravené informované souhlasy	55
9	Diskuze	56
10	Závěr	59
11	Použitá literatura	61
12	Přílohy.....	67

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Počet lůžek ve zkoumaných nemocnicích.....	37
Obrázek 2 Grafické znázornění četnosti akreditace SAK ve zdravotnickém zařízení	38
Tabulka 1 Sledovaná zdravotnická zařízení v České republice dle typu.....	36
Tabulka 2 Počet nemocnic s akreditací nebo bez akreditace SAK dle typu.....	38
Tabulka 3 Četnost nemocnic s vyškoleným personálem pro komunikaci.....	41
Tabulka 4 Četnost nemocnic s upravenými webovými stránkami	42
Tabulka 5 Četnost nemocnic s přítomností vodících linií a popisků v Braillově písmu	42
Tabulka 6 Četnost nemocnic s možností objednání n a přesný čas	43
Tabulka 7 Četnost nemocnic s možností doprovodu (asistenta).....	43
Tabulka 8 Četnost nemocnic s možností doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	44
Tabulka 9 Četnost nemocnic s možností hospitalizace s vodícím psem	44
Tabulka 10 Četnost nemocnic, ve kterých seznamují s prostory při hospitalizaci	45
Tabulka 11 Četnost nemocnic, kde používají kompenzační pomůcky.....	45
Tabulka 12 Četnost akreditovaných nemocnic s jednotlivými specifiky	46
Tabulka 13 Četnost neakreditovaných nemocnic s jednotlivými specifiky	48

SEZNAM ZKRATEK

NRZP = Národní rada osob se zdravotním postižením ČR

SAK = Spojená akreditační komise

WHO = World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

RTG = rentgen

EKG = elektrokardiogram

ÚZIS = ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

SGS = Studentská grantová soutěž

OECD = Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

PMDV = Pracoviště medicíny dospělého věku

PDM = Pracoviště dětské medicíny

PRM = Pracoviště reprodukční medicíny

ÚSP = Ústav sociální péče

ÚVOD

Zrak. Nejdůležitější lidský smysl. Zejména z toho důvodu, že díky němu přijímáme většinu vjemů z našeho okolí. Ztráta zraku nebo jeho oslabení vytváří výrazně změněné podmínky života, které pak mají dopad na další vývoj a fungování osobnosti. Osoby se zrakovou vadou, ať už celkovou nebo částečnou, jsou ve velkém množství případů odkázány na pomoc druhých, a to je potřeba hlavně v pro ně neznámém prostředí, například v nemocnici. Proto je nutno péči o ně věnovat více času, než běžnému pacientovi. Tito lidé mají také v určitých směrech zvýšené potřeby, na což ale není každá nemocnice řádně připravená. Lékaři a sestry, či jiní zdravotničtí pracovníci, by měli být citliví na funkční potřeby pacientů se zrakovým postižením. Zároveň by měli znát postupy, jak jednat s pacientem s tímto typem disability. Podstatný je zejména první kontakt pacienta se sestrou či lékařem, kdy je potřeba si u pacienta vytvořit důvěru. To je důležité pro další práci s pacientem, zejména pro pacienta s nějakým typem postižení.

Předkládaná diplomová práce seznamuje se specifiky perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou. Perioperační péči můžeme chápat ve dvojitěm pojetí. V užším slova smyslu se jedná o péči bezprostředně před, během a po operačním výkonu či pouze péči poskytovanou sestrami na operačním sále. (Wichsová et al., 2013) Zároveň je možné jako perioperační péči označovat dobu již od přijetí k hospitalizaci až po propuštění do domácího prostředí. Veškerá péče o pacienta před, během a po operaci je podstatná k vytvoření podmínek pro optimální průběh operace, snížení rizika vzniku komplikací a zkrácení doby hospitalizace.

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na popis zraku a základních zrakových funkcí. Další kapitola je věnována zrakové disabilitě, jejímu dělení a popisu příčin jejich vzniku. Oddíl zahrnuje rovněž stručné seznámení s kompenzačními pomůckami. Třetí kapitola definuje perioperační péči a její jednotlivé fáze. Čtvrtá kapitola již seznamuje s jednotlivými specifiky perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou.

Součástí diplomové práce je kromě teoretické části i část výzkumná, tvořená kvantitativním a kvalitativním výzkumem. Úkolem je zmapovat připravenost českých nemocnic na příjem pacientů se zrakovou disabilitou. Podstatnou složkou je seznámení s cíli a výzkumnými otázkami práce, popis metodiky studie, výzkumného vzorku a charakteristika zpracování získaných dat. Výsledky sběru dat jsou následně prezentovány prostřednictvím grafů a tabulek. Výzkumný oddíl představuje i průběh a výsledky kvalitativního rozhovoru. V konečné diskuzi jsou výsledky porovnávány s výsledky jiných studií souvisejících s tématem.

CÍLE PRÁCE

V úvodu byly stanoveny teoretické a výzkumné cíle.

Cíle teoretické části práce:

1. Seznámit s problematikou zrakové disability
2. Prezentovat jednotlivá specifika péče o osoby se zrakovou disabilitou během hospitalizace a v souvislosti s operačním výkonem.

Cíle výzkumné části práce:

1. Zjistit připravenost českých nemocnic na přijetí osob se zrakovou disabilitou k operačnímu výkonu.
2. Zjistit, zda je vztah mezi typem nemocnic a připraveností námi vybraných oblastí péče o osoby se zrakovou disabilitou
3. Zjistit, zda mají nemocnice s akreditací SAK lépe připravené podmínky pro přijetí pacienta se zrakovou disabilitou než-li nemocnice bez akreditace

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zrak

Úkolem první kapitoly je stručné seznámení se zrakem a jeho vybranými funkcemi.

Zrak patří spolu s hmatem, sluchem, čichem a řečí mezi základní lidské smysly. Jak uvádí Moravcová, díky zraku přijímáme asi 70 – 80 % vjemů z našeho okolí. Sluchem získáváme pouze 15 % informací, hmatem asi 6 % a čich a chuť společně zjišťují pouze asi 5 % informací získaných z okolí. (Moravcová, 2004, s. 17) Zejména proto považujeme zrak za smysl nejdůležitější a ztráta citlivosti jiného smyslu není pro člověka tak vysilující, jako ztráta zraku. Zrak zajišťuje oko, což je malý párový orgán, který zaujímá 1/375 povrchu těla. Ovšem Logothetis doplňuje, že zrakový smysl zabírá neuvěřitelných 30 – 40 % celkového povrchu mozkové kůry. (Logothetis, 2004) Díky tomu je schopen přijmout takové velké množství informací. Na zraku se nepodílí jen samotné oko, ale jsou zaměstnány i nervové dráhy a mozek, který všechny signály přeměňuje na konečný vjem.

Zrak je prostředek k poznávání hmotného světa a slouží také jako nástroj komunikace. Dle Štréblové uspořádává zrak informaci v elektromagnetickém záření, to pak mění na nervové signály, které napomáhají získanou informaci zhodnotit. (Štréblová, 2002, s. 11) Zrakové vnímání je složitý komplexní děj, který je zprostředkován různými funkcemi zrakového analyzátoru, mezi něž patří zejména zraková ostrost, refrakce oka, zorný úhel a binokulární vidění.

Zraková ostrost

Zraková ostrost neboli visus slouží člověku k rozeznávání co nejmenších detailů. Novohradská udává, že základem je, aby rozlišovací schopnost sítnice dokázala rozlišit dva body ve vzájemné minimální vzdálenosti. Stručně řečeno jde o nejmenší vzdálenost dvou bodů, které oko ještě rozezná jako dva body. (Novohradská, 2009, s. 15) Jak se výsledné body zobrazí na sítnici, závisí na jejich vzájemné vzdálenosti a zároveň na jejich vzdálenosti od oka. Zraková ostrost je nejvyšší v centru žluté skvrny, kde je nejvyšší hustota čípků. Na výsledném obrázku se ale podílí také kontrast pozorovaného obrazce, počet pozorovaných podrobností, jas a intenzita osvětlení. Synek popisuje, jak zapisujeme zrakovou ostrost. Ta se vyšetřuje pomocí tabulek nazývané optotypy (viz příloha č. 2), které umísťujeme do vzdálenosti

5 nebo 6 m od vyšetřované osoby. Tabulky obsahují číslice, písmena či pro malé děti obrázky. Znaky jsou v řádcích o různé velikosti tak, aby byly viděny ze vzdálenosti uvedené v řádku pod úhlem jedné minuty. Zrakovou ostrost na dálku zapisujeme jako zlomek. Čitatelem je vyšetřovací vzdálenost (5 nebo 6 m) a jmenovatelem číslo nejmenšího optotypu, který je schopen vyšetřovaný přečíst. (Synek, 2004, s. 71)

Refrakce oka

Novohradská popisuje, že abychom pozorovaný obraz viděli dostatečně ostře, je důležité zachování správného poměru délky oka a lomivosti optického prostředí. To nám zajišťuje právě refrakce oka. (Novohradská, 2009, s. 14) Hornová dodává, že v ideálním případě se světelný paprsek lomí na sítnici, pozorovaný objekt je vidět ostře, tehdy mluvíme o emetropii. Pokud je ohnisko lomivosti jinde, jedná se o refrakční vadu (viz podkapitola Nejčastější příčiny zrakové disability). (Hornová, 2011, s. 56)

Zorný úhel

Mezi funkce zrakového analyzátoru se řadí také zorné pole. Kulková definuje zorné pole jako prostor, který vidíme, pokud pohled fixujeme přímo vpřed. Tento prostor dosahuje asi 90° na temporální straně, 60° kraniálně a nasálně a 70° kaudálně. (Kulková, 2008, s. 2) Rozlišujeme zorné pole centrální a periferní. Jak zmiňuje Novohradská, periferní zorné pole je pouze černobílé a slouží k orientaci v prostoru. Díky centrálnímu zornému poli můžeme rozlišovat detaily předmětu a také barvy. (Novohradská, 2009, s. 18)

Binokulární vidění

Dle Juříkové se jedná se o koordinovanou senzomotorickou činnost, která umožňuje vidění oběma očima zároveň. (Juříková, 2012) Novohradská shrnuje, že se obraz, viděný každým okem zvlášť, nakonec spojí v jeden. Vytváříme tak jednoduchý obraz předmětu, který pozorujeme. Novohradská upozorňuje na fakt, že se jedná o funkci zraku, která není vrozená, ale vytváří se až během života, konkrétně od narození až do 7 let věku dítěte. Tento vývoj je spojen s vývojem sítnice a žluté skvrny. (Novohradská, 2013, s. 36)

2 Zraková disabilita

Kapitola představuje definici zrakové disability, jejich klasifikací a charakteristikou hlavních příčin vedoucí k poruše zraku. Součástí je mimo jiné i stručné vykreslení kompenzačních pomůcek.

Zdravotní disabilita nebo také zdravotní postižení či invalidita jsou ukazatelem zdravotního stavu jedince. Světová zdravotnická organizace WHO definuje disabilitu jako „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí*“ (World Health Organization, 2011, s. 9) Nepopisuje tedy jednotlivé osoby, ale zaměřuje se na stavy spojené se zdravím.

Zraková disabilita je charakterizována různým stupněm snížení zrakových schopností. Slezáková popisuje, že se jedná o osoby, kterým jejich poškození zraku ovlivňuje činnosti běžného života a běžná optická korekce či medicínská léčba není dostačující. (Slezáková, 2008, s. 110) Často se také uvádí termín těžké zrakové postižení, které můžeme ještě rozdělovat na osoby slabozraké a nevidomé. Jak doplňuje Světová zdravotnická organizace, jsou osoby se zrakovou disabilitou osoby, jejichž zraková ostrost je horší než 6/18 nebo je zorné pole pod 10°. (Novohradská, 2009, s. 32)

K definování zrakové disability se připojují i další autoři. Květoňová-Švecová popisuje zrakovou disabilitu jako „*nedostatek zrakové percepce různé etiologie i rozsahu*“. (Květoňová-Švecová, 2000, s. 18) Dle Renotiérové se jedná o „*absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání*“ (Renotiérová, 2003, s. 186)

Zrakové disability se dělí do mnoha podskupin. Aby bylo možné určit stupeň zrakové disability, používají se různá vyšetření. Jedná se zejména o vyšetření rozsahu zorného pole, schopnosti rozlišovat barvy, vnímání hloubky, fixace předmětu, vyšetření kontrastní citlivosti a další. Toto prozkoumání napomáhá zjistit úroveň zrakových funkcí. Důležitá je také doba vzniku zrakové disability, kdy závisí na stupni vývoje, při kterém dojde k postižení. Čím dříve je vývoj oka zasažen, tím je postižení závažnější.

Friedlová zmiňuje, že nejzákladnější dělení je na disability vrozené a disability získané v průběhu života. Vrozené disability jsou vady získané prenatálně či perinatálně vlivem exogenních činitelů, například účinkem drog, infekce v těhotenství či metabolickými

poruchami matky. (Friedlová, 2007, s. 40) Často jsou k tomuto onemocnění také predispozice v rodině, a to až ve 20 %.

Dříve bylo hodnocení zrakových disabilit rozdílné v různých státech světa. Pro sjednocení vytvořila Evropská komise Rada Evropy, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), zástupci Světové zdravotnické organizace, Organizace spojených národů a představitelé dalších evropských organizací občanů s disabilitou, v roce 2007, Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. Součástí je i Klasifikace zrakového postižení dle WHO (Světové zdravotnické organizace). Ta rozděluje zrakové disability dle hodnot zrakové ostrosti (ve zlomku) a omezení zorného pole. Klasifikace rozděluje zrakové disability do pěti skupin:

- *střední slabozrakost* – zraková ostrost s nejlepší korekcí je horší než 0,3 (6/18) a je lepší nebo rovna 0,1 (6/60)
- *těžká slabozrakost* – zraková ostrost s nejlepší korekcí je horší než 0,1 (6/60) a lepší nebo rovna 0,05 (3/60)
- *těžce slabý zrak* – zraková ostrost s nejlepší korekcí je horší než 0,05 (3/60) a lepší nebo rovna 0,02 (1/60)
 - koncentrické zúžení zorného pole obou očí je pod 20° nebo v případě jediného funkčního oka pod 45°
- *praktická nevidomost* – zraková ostrost s nejlepší korekcí je horší než 0,02 (1/60) až světlocit se správnou projekcí světla, nebo omezení zorného pole na 5° kolem fixačního bodu, i když centrální ostrost není omezena
- *úplná nevidomost* – ztráta zraku zahrnující stavy od světlocitu s chybnou projekcí světla až k úplné ztrátě světlocitu

(Řehák, Rehák, 2011, s. 128)

V České republice se pro posudkové účely používá klasifikace jiná. Moravcová ji uvádí následovně:

- slabozrakost lehká až střední (visus 6/18 až 6/60)
- slabozrakost těžká (visus 6/60 až 3/60)
- těžce slabý zrak (visus 3/60 až 1/60, dříve zbytky zraku)
- praktická nevidomost (visus 1/60 až světlocit s projekcí)
- nevidomost (světlocit až totální nevidomost)

(Moravcová in Hamadová a Horáková, 2006, s. 3)

Světová zdravotnická organizace uvádí, že na světě je asi 45 miliónů nevidomých, 135 miliónů lidí těžce zrakově postižených a 180 miliónů lidí trpí nějakým typem zrakové disability. (World Health Organization, 2014) Ludvíková zmiňuje, že v České republice je asi 60 000 – 100 000 zrakově postižených osob, z toho asi 7 000 – 12 000 je nevidomých. (Hamadová a kol., 2007, s. 24) Není však možné určit přesný počet, protože neexistuje žádný povinný registr. Šumníková dodává, že asi jen 10 % diagnostikovaných nevidomých jsou totálně nevidomí. Velká část nevidomých reaguje na světlo a na pohyby. (Šumníková, 2011)

2.1 Nejčastější příčiny zrakové disability

Zrak může být poškozen krátkodobě i dlouhodobě, vlivem různých očních onemocnění, úrazů a poruch. V těch nejzávažnějších případech dochází až k jeho ztrátě. Kocur a Resnikoff identifikují hlavní příčiny vážné ztráty zraku. Jako nejčastější důvod označují ve vyspělých zemích věkem podmíněnou makulární degeneraci. Mezi ostatní příčiny zařazují kataraktu, glaukom, retinopatie. U dětí je nejčastější příčinou poruchy zraku retinopatie týkající se zejména nedonošených novorozenců. (Kocur, Resnikoff, 2002) Nejběžnějšími nemocemi zraku jsou refrakční vady, které se však řadí mezi lehká zraková postižení.

Refrakční vady

Rozsival definuje refrakční vady jako vady charakterizované poruchou lomivosti optických prostředí. Ohnisko tedy neleží na sítnici, ale před nebo za ní. Tehdy mluvíme o krátkozrakosti či dalekozrakosti. Mezi refrakční vady se řadí také astigmatismus. (Rozsival, 2006, s. 121)

Kuchynka identifikuje, že krátkozrakost nebo také myopie, je porucha zobrazování vzdálenějších předmětů. Ty se zobrazují před sítnicí. Blízké předměty jsou zobrazovány přímo na sítnici a jejich obraz je ostrý. Při dalekozrakosti (hypermetropii) dochází k promítání paprsků z blízkého předmětu za sítnici, jedná se tedy o pravý opak myopie. (Kuchynka, 2007, s. 115) Dle Silbernagla a Langa znamená astigmatismus nepravidelnost očního bulbu. Jeho tvar je v některé z ploch více zakřivený, než v jiné a paprsky se tedy lámou nerovnoměrně. Konečný obraz je rozostřený. (Silbernagl, Lang, 2012, s. 344)

Poruchy zorného pole

Pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu nebo traumatické poranění mozku, mohou ztratit část zorného pole. Stamper a kolektiv uvádí, že se jedná se o defekt zrakové dráhy,

kdy příčinou je porucha zrakového nervu. Je zhoršena orientace v prostoru a za šera. (Stamper a kol., 2009, s. 109) Postiženo je jedno či obě oči, podle toho zda jsou porušeny oba zrakové nervy. Výpadky se jinak nazývají skotomy. Ty mohou být centrální nebo periferní. Při centrálním vidění nevidí pacient přímo před sebe. Při periferním skotomu je zhoršené vidění ze stran. Sadeghian udává, že pokud se na obou očích nachází výpadek poloviny zorného pole, hovoříme o hemianopsii (viz příloha č. 3). Výpadek stejné poloviny zorného pole obou očí se nazývá homonymní hemianopsie. Výpadek rozdílných stran je heteronymní nebo také bilatelární hemianopsie. Sadeghian dodává, že v „slepé“ oblasti se mohou nacházet zbytkové zrakové funkce, např. detekce pohybů. (Sadeghian, 2011)

Věkem podmíněná makulární degenerace

Haddrill uvádí, že se věkem podmíněná makulární degenerace je progresivní onemocnění, které způsobuje degeneraci makuly, tedy centrální části sítnice. Bez léčby postupně dochází až ke ztrátě centrálního vidění (viz příloha č. 4). Jedná se o postižení objevující se u osob starších 60 let, nejčastěji v rozvinutých zemích. (Haddrill, 2014)

Štorfová a kolektiv rozdělují věkem podmíněnou makulární degeneraci na dvě formy – suchou a vlhkou. Suchá (atrofická) forma postihuje až 85% nemocných. Makulární tkáň stárne, řídne a na povrchu se začínají tvořit drúzy (drobná žlutá zrníčka). Méně častá, ale závažnější porucha je vlhká neboli exudativní forma. (Štorfová a kol., 2013, s. 68) Haddrill dodává, že při této formě dochází k tvorbě nových cév pod sítnicí a k úniku krve. Následně odumírají tyčinky a čípky a vznikají slepá místa na sítnici. (Haddrill, 2014)

Katarakta

Dle Novákové představuje katarakta jakékoliv zakalení čočky, které jakýmkoliv způsobem ovlivňuje vidění (viz příloha č. 5). Protože se jedná o poruchu průhlednosti čočky, je často nazývána šedým zákalem. Postupem času se začíná poškozovat kvalita čočky a začne se zabarvovat a kalit. (Nováková, 2011, s. 104) Příčinou vzniku zakalení je změna chemického složení čočky a v souvislosti s tím se více ukládá pigment.

Nejčastěji se vyskytuje katarakta senilní, která je zapříčiněna stárnutím. Setkat se můžeme i s kataraktou vrozenou, infantilní, toxickou či kataraktu vzniklou v důsledku jiných nemocí (nejčastěji diabetes mellitus). Každý typ se projevuje trochu rozdílně, ovšem konečné poškození je stejné. Etiologie katarakty je multifaktoriální, hlavním faktorem je dědičná

predispozice, vznik katarakty však dále podporují některá léčiva (např. steroidy, antipsychotika), traumata, nitrooční zánět, oční operace či metabolická onemocnění.

Glaukom

Glaukom neboli zelený zákal je jedno z nejzávažnějších onemocnění zraku. Rozsival označuje glaukom za skupinu očních chorob, kdy dochází vlivem zvýšeného nitroočního tlaku k poškození zrkového nervu, následkem toho pak k jeho nedostatečné výživě a krevnímu zásobení. Pokud se nitrooční tlak nezačne léčit, glaukom postupně zmenšuje zorné pole a může vést až k slepotě a to i během několika dnů. Nejčastěji se takové onemocnění objevuje u starších osob, ale i přesto je druhou nejčastější příčinou slepoty (viz příloha č. 6). (Rozsival, 2006, s. 275)

Slezáková rozlišuje několik forem glaukomů – glaukom vývojový, primární s otevřeným úhlem, primární s uzavřeným úhlem, glaukom sekundární a absolutní. (Slezáková, 2008, s. 103)

Rozsival doplňuje, že glaukom vývojový se vytváří již v dětském věku, v důsledku špatného embryonálního vývoje. Nejčastějším typem je zelený zákal s otevřeným úhlem, který je charakterizován poruchou trabekulárního systému (filtrační systém komorové vody). Při glaukomu s uzavřeným úhlem je uzavřený odtokový systém pro komorovou vodu, díky čemuž následně dochází k zvýšení nitroočního tlaku. Sekundární onemocnění vzniká druhotně jako důsledek mnoha přidružených očních chorob. (Rozsival, 2006, s. 275) Nováková popisuje absolutní glaukom. O něm hovoříme, pokud se již jedná o terminální stádium onemocnění. V takovém případě je nitrooční tlak již trvale zvýšen, na rohovce jsou degenerativní změny, duhovka je atrofická, jsou přítomny silné bolesti a pacient už je téměř slepý. (Nováková, 2011, s. 117)

Retinopatie

Při retinopatii dochází k patologickým změnám sítnice a jejích cév. Pokud nedojde ke včasnému zachycení, může způsobovat odchlípení sítnice a následnou slepotu. Nejvíce se hovoří o diabetické retinopatii a retinopatii nedonošených novorozenců.

Diabetická retinopatie je onemocnění vznikající u osob s diabetem mellitem. Jde o typickou komplikaci vznikající zejména u dlouhodobějších silných diabetiků. Rybka píše, že hlavním důvodem vzniku retinopatie je hyperglykemie, ovšem k rozvoji přispívá také hypertenze, porucha metabolismu lipidů, kouření, či genetická predispozice. (Rybka, 2007, s. 91)

Retinopatie nedonošených představuje poruchu sítnice v souvislosti s jejím nedostatečným vývojem a toxicitou kyslíku. Při nedostatečně rychlé diagnostice může vést až k slepotě předčasně narozených dětí. Dvořák uvádí, že na vznik má vliv mnoho faktorů. Rizikovými jsou hlavně děti narození před 36. týdnem gestace a s porodní váhou nižší než 1500 g. Nejvýznamnějším činitelem pro vznik je léčba kyslíkem, dalšími faktory jsou opakované transfuze, dýchací problémy (apnoické pauzy, syndrom dechové tísně), sepse a křeče. (Dvořák, 2002)

Úrazy oka

Onemocnění zraku je často způsobováno poraněním očí. Mezi takové poranění zařazujeme přítomnost cizího tělesa, hematomy, penetrující poranění, zlomenina očnice, popáleniny, poleptání a jiné. Jako nejčastější příčina poranění oka je označována kontuze bulbu neboli zhmoždění. K tomu dochází například při autonehodách, úderem pěstí, napínací pružinou atd. Je možné oko poranit také zářením ionizujícím, ultrafialovým, slunečním či laserovým což může vést k zakalení čočky.

Celková onemocnění

Poškození zraku nemusí být vždy spojené pouze s onemocněním očí, ale může být součástí i celkového onemocnění. Vzniklé poškození se vytváří až v průběhu života. Jak popisuje Rozsival, mezi častější onemocnění, provázené poruchou zraku, patří onemocnění zánětlivá, kloubní, metabolická, kožní, pohlavně přenosná onemocnění a avitaminózy. (Rozsival, 2006, s. 311)

Slepota

Slepota je nejhorší typ zrakových disabilit. Kraus definuje, že „*slepota je defekt obou očí, při kterém nevznikají zrakové počítky, dochází k poklesu zrakové ostrosti pod 3/60^c*“. (Kraus in Ludíková, 2006, s. 12) Jedná se tedy o úplnou nevykonnost zrakového analyzátoru a tím nemožnost zrakového vnímání, samostatnosti a pohybu v prostředí. Může však být přítomno určité zrakové čítí, kdy je nevidomý schopen reagovat na světlo či pohyby.

2.2 Kompenzační pomůcky

Aby některé činnosti, jako například orientace, čtení knih či jednání v domácnosti, byli pro osoby se zrakovou disabilitou ulehčeny, mají k dispozici řadu kompenzačních pomůcek.

Kompenzační pomůcky jsou pomůcky, které hrají v životě osob se zrakovou disabilitou významnou roli. Velké množství handicapovaných si některé činnosti bez nich nedokáží představit. Bubeníčková definuje kompenzační pomůcky následovně: „*Kompenzační pomůckou pro těžce zrakově postižené se rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití alespoň částečně kompenzovalo nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým postižením.*“ (Bubeníčková a kol., 2012, s. 9) Kompenzační pomůcky je možné využívat také při činnostech během pobytu v nemocničním zařízení.

Bubeníčková rozlišuje pomůcky na optické, optoelektrické, pomůcky poskytující hmatový, hlasový, zvukový či akustický vjem. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 10)

Mezi optické pomůcky řadíme zejména lupy, a to lupy stojánkové, do ruky, na brýle a další. Jako optoelektrické pomůcky označujeme také lupy, ty jsou však součástí nějakého elektronického zařízení, počítače, displeje, čtečky. Stručně řečeno se jedná o elektronické lupy. Další skupinou jsou počítače pro zrakově postižené, které jsou zpřístupněny díky speciálnímu softwaru určený vždy specifickému problému – zvětšovací, odečítací atd. K počítačům se také přidává Braillovský řádek, který zobrazuje bodové písmo, tedy textové informace pomocí Braillova písma. Pomůcky pro usnadnění mobility jsou orientační hole, signalizační hole, orientační majáčky pro nevidomé či vodící pes.

Do kompenzačních pomůcek zařazujeme také pomůcky časoměrné, pomůcky pro zápis informací (Pichtův stroj, diktafon) i pomůcky do kuchyně (váhy, dávkovače, indikátory hladiny). Nechybí samozřejmě ani hry pro zrakově oslabené či školní pomůcky.

2.2.1 Braillovo písmo

Braillovo písmo je speciální druh písma určené pro nevidomé a slabozraké. Bylo vytvořeno francouzským učitelem Louisem Braillem (*4. 1. 1809 – †6. 1. 1852) poté, co v dětství ztratil zrak. Jak uvádí Bendová, jedná se reliéfní bodové písmo vyražené do papíru či jiného materiálu, vytvářející určitý obrazec. Je složeno z šesti bodů uspořádaných do dvou sloupečků a tří řad. Existuje tak 63 kombinací těchto bodů, kdy každá variace představuje jeden znak (viz příloha č. 7). (Bendová, 2011, s. 109) Bodový text se čte hmatem, konkrétně bříškem ukazováku.

Synek poukazuje na fakt, že podkladem pro vytvoření písma byl francouzský vojenský systém umožňující čtení za tmy. Braill toto písmo zjednodušil, eliminoval čárky a použil pouze tečky.

(Synek, 2009) Vytvoření Braillova písma znamenalo revoluci ve vzdělání nevidomých osob a umožnilo jim čtení jakýkoli textu.

Písmo je možné psát ručně pomocí speciální destičky s perem, kdy se přes speciální dírky vytváří v papíru body. Na vytvoření textu v Braillově písmu je možné používat také Pichtův psací stroj (viz příloha č. 8) či speciální počítačové tiskárny.

2.2.2 Vodící linie

Vodící linie slouží k usnadnění orientace pohybu slabozrakých a nevidomých osob v interiéru či exteriéru. Spojují jednotlivé hmatné orientační body, tedy body, které jsou na určité trase od okolního prostředí odlišitelné a snadno a rychle rozeznatelné. Jedná se například o roh domu, automat na jízdenky. Hlavním úkolem je určit směr pěší cesty. S vodícími liniemi nevidomý neustále udržuje kontakt prostřednictvím bílé hole. Do vodících linií nesmí zasahovat žádné trvalé překážky.

Šestáková rozděluje vodící linie na přirozené a umělé. Přirozené linie jsou součástí bezprostředního okolí trasy nevidomého a využívají se v případě, kde není možné zajistit linii přirozenou. Hovoříme zejména o stěnách domů, obrubnicích, zábradlích se zarážkou pro bílou hůl. Umělá vodící linie doplňuje či úplně nahrazuje linii přirozenou. Jako umělou linii označuje Šestáková přímý pás speciální dlažby, v interiéru musí být široký minimálně 0,3 m. Na obou koncích musí navazovat na orientační bod nebo linii přirozenou. (Šestáková, 2010, s. 48)

2.2.3 Vodící pes

Mezi kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovou disabilitou patří i asistenční vodící psi. Dle vyhlášky č. 388/2011 Sb. O provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením ve znění pozdějších předpisů je vodící pes považován za zvláštní pomůcku, která je určena osobám s těžkým zrakovým postižením. (2011) Jde o speciálně vycvičeného psa, který pomáhá nevidomým a slabozrakým v běžném životě a provází je při chůzi. Usnadňuje orientaci v pohybu a upozorňuje na nebezpečí ve formě různých překážek. Musí se naučit nalézt schody, dveře, zastavit před silnicí, ale také upozornit na překážky ve výši hlavy svého pána.

Psi jsou již od štěnat cvičeni k asistenci u osob se zrakovým handicapem, výcvik je zakončený závěrečnou zkouškou. Pro výcvik vodícího psa jsou nejčastěji voleni zejména labradorští

retrívři, zlatí retrívři, popřípadě i kolie. Musí jít o psa, který má nejen výborný zdravotní stav, ale musí mít i určité povahové vlastnosti, a to zejména dobrý vztah k lidem, výbornou ovladatelnost, nebyt agresivní a jiné.

Osoba se smyslovým nebo tělesným postižením, která je majitelem vodícího nebo asistenčního psa, má dle předpisu č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů právo mít ve zdravotnickém zařízení psa u sebe vzhledem ke svému současnému zdravotnímu stavu. Přítomností psa ovšem nesmí být přehlížena práva dalších pacientů. (2011) Každá nemocnice si vždy ještě určuje podmínky hospitalizace s vodícím či asistenčním psem. Majitel si tak musí například domluvit osobu, která mu bude přicházet psa venčit, nebo hlídat v průběhu operace či jiných vyšetření.

3 Perioperační péče

Kapitola s názvem perioperační péče, se zaměřuje na popis jednotlivých fází péče o pacienta v období souvisejícím s operací.

Každá operace znamená pro člověka určitou zátěž a proto je potřeba jej na takovou zátěž připravit. K tomu nám slouží perioperační péče. Perioperační péče je poměrně nový název pro péči před, během a po operačním výkonu. Jedličková zmiňuje, že tento název vznikl v roce 2004 spolu s přijetím Zákona č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních. Perioperační období můžeme chápat dvojitým způsobem – v širším a v užším pojetí. (Jedličková, 2012) Perioperační péči sjednocuje mnoho oborů, které zajišťují dobré klinické výsledky a bezpečnost pacienta v souvislosti s výkonem. Zajišťují ji perioperační sestry a sestry anesteziologické.

Perioperační péče v širším pojetí zahrnuje již péči na standardním oddělení před operací a končí úplným zotavením pacienta po výkonu. Péče je složena ze tří fází. První fáze – předoperační – začíná přijetím pacienta na chirurgické oddělení a končí jeho přeložením na operační sál. Druhá fáze probíhá během operace. Začíná uložením pacienta na operační stůl a končí předáním pacienta dispečinku operačních sálů. Poslední, třetí fáze, fáze pooperační, je období, kdy je pacient po ukončení výkonu předán na příslušné pooperační oddělení. Období končí, jakmile dojde ke kompletnímu zotavení nemocného po operaci.

V užším pojetí začíná perioperační období přeložením na operační stůl a dezinfekcí operačního pole. Toto období končí předáním pacienta dispečinku operačního sálu. (Jedličková, 2012)

Cílem perioperační péče je vytvoření nejvhodnějších podmínek pro optimální průběh operace a snížení rizika vzniku komplikací v souvislosti s operačním výkonem.

3.1 Předoperační péče

Předoperační péče začíná již v momentě, kdy pacient vstoupí na příslušné oddělení k přijetí k výkonu. Kala a Penka popisují, že tato péče zahrnuje prvky obecné, které jsou typické pro každý typ operace, a prvky speciální, charakteristické pro určitý typ operačního výkonu. (Kala, Penka, 2010, s. 18) Délka předoperačního období závisí na velikosti operace a jeho druhu, zda se jedná o výkon akutní, urgentní či plánovaný. Součástí předoperační péče je předoperační příprava, která se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

3.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Základem dlouhodobé předoperační přípravy je interní vyšetření dle indikace chirurga. Vyšetření nesmí být starší než 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Jak popisuje Janíková, vyšetření zahrnuje zejména anamnézu, laboratorní testy, fyzikální vyšetření, EKG, RTG srdce a plic a popř. sonografické vyšetření. Laboratorní testy zahrnují vyšetření moče a vyšetření krve. Důležitá je hlavně biochemie, krevní obraz, koagulace a zjištění krevní skupiny a Rh faktoru. Rentgenové vyšetření se provádí u pacientů nad 60 let a u kuřáků nad 40 let. Elektrokardiografie je prováděna u osob nad 40 let. Vyšetření provádí obvodní lékař nebo lékař internista. Součástí dlouhodobé předoperační přípravy je také možný odběr krve určený k autotransfuzi. (Janíková, 2013, s. 96)

V případě potřeby je vyžadováno také odborné vyšetření vztahující se k určitému typu onemocnění (kardiologické, neurologické, diabetologické, atd.). O něm rozhoduje lékař na základě celkového zdravotního stavu vyšetřovaného. Vzhledem k tomu, že operační výkon je velká zátěž pro organismus, je podstatné, aby se zajistila dostatečná kompenzace přidružených onemocnění.

V konečné fázi internista zhodnotí celkový stav pacienta a vyjádří se k výkonu a anestezii.

3.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava probíhá až po přijetí pacienta do nemocničního zařízení a je omezena na dobu 24 hodin před operačním výkonem. Navazuje na dlouhodobou přípravu. Lékař a sestra zkontrolují výsledky interního vyšetření, zhodnotí celkový stav pacienta a seznámí jej s výkonem, pacient podepisuje informované souhlasy související s operací a hospitalizací. Pacient je převlečen do nemocničního prádla a uložen na pokoj. Následuje příprava operačního pole (oholení a očista), podání očistného klyzmatu a provedení celkové hygieny. Nováková dodává, že je důležité edukovat pacienta o nutnosti lačnění před operačním výkonem. Pacient by neměl nic jíst ani kouřit nejméně 8 hodin před výkonem, od půlnoci nepřijímat ani žádné tekutiny. (Nováková, 2011, s. 106) Během krátkodobé přípravy by měl nemocného navštívit také anesteziolog, pacientovi se představit a zvolit vhodný typ anestezie a premedikace vzhledem k celkovému stavu operovaného.

Velice významná, ale přesto často opomíjená je psychická příprava nemocného k operaci. Dle Slezákové je cílem psychické přípravy snížení strachu a stresu z výkonu. Tento úkol

je určen zejména pro všeobecné (perioperační) sestry, ale účastní se jej i lékaři a pomocný zdravotnický personál. (Slezáková, 2012, s. 97)

Abychom zajistili dostatečný odpočinek a spánek, podáváme večer před výkonem léky určené k premedikaci. Nejčastěji se jedná o sedativa a hypnotika.

3.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava se odehrává asi 2 hodiny před operačním výkonem na chirurgickém oddělení. Slezáková zmiňuje, že součástí je kontrola dokumentace pacienta, popř. doplnění potřebných údajů, kontrola lačnění, operačního pole, vyprázdnění. Zajišťuje se prevence tromb-embolických komplikací přikládáním bandáží na dolní končetiny pomocí elastických obinadel či kompresními punčochami. Pacient odstraní šperky a protetické pomůcky (umělý chrup, brýle, rovnátka), popřípadě smyje make-upu. U malého výkonu pacient spontánně vyprázdní močový měchýř, je-li potřeba, zavádí se permanentní močový katetr. Těsně před předáním na operační sál sestra aplikuje premedikaci dle ordinace anesteziologa. Nejčastěji jsou používány benzodiazepiny, které zklidňují a zároveň usnadňují úvod do anestezie. Vzápětí je pacient spolu s dokumentací předán anesteziologické sestře k operačnímu výkonu. (Slezáková, 2012, s. 98)

3.1.4 Příprava pacienta k urgentnímu výkonu

Pokud je pacient přijat k urgentnímu výkonu, odebíráme biologický materiál na STATIM, připravíme operační pole, odstraníme protetické pomůcky, zavádíme permanentní močový katetr. Stejně jako v bezprostřední perioperační péči přikládáme bandáže jako prevenci tromb-embolických komplikací a aplikujeme premedikaci dle ordinace lékaře. Nutné je také zajištění informovaných souhlasů. Kontraindikováno je však podávání očistného klyzmatu.

Krajíček a Peregrin zmiňují, že vzhledem k nedostatečně provedené předoperační přípravě a menšímu množství vstupních informací je u urgentních výkonů větší riziko pooperačních komplikací. Riziko stoupá i s věkem a přidruženými onemocněními. (Krajíček, Peregrin, 2007, s. 193)

3.2 Intraoperační péče

Basavanthappa zmiňuje, že intraoperační období začíná vstupem na operační sál a končí předáním na pooperační oddělení. Péči během operace zajišťují hlavně anesteziologické

a perioperační sestry. (Basavanthappa, 2003, s. 98) Pacient je uložen do příslušné polohy a zajištěn proti možnému pádu. Perioperační sestra kontroluje identifikaci a zjišťuje, zda pacient nemá alergii na nějakou dezinfekci či léky, se kterými by mohl během výkonu přijít do kontaktu. Jakmile je pacient v anestezii, je nanášena na operační pole a jeho okolí dezinfekce a následně je operovaný zarouškován.

Hlavním cílem intraoperační péče je zamezení možným komplikacím vzniklým v souvislosti s operačním výkonem. Mezi tyto komplikace patří zejména infekce, pád, vznik popálenin, záměna operované strany či ponechání nástroje, roušky nebo jiného materiálu v těle pacienta. Po celou dobu výkonu jsou pacientovi monitorovány fyziologické funkce, dodržují se základy asepse (jako ochrana před infekcí), vede se dokumentace, operační protokol a zaznamenávají se použité pomůcky. Zásadou poskytování plnohodnotné péče na operačním sále je vzájemná spolupráce všech členů týmu.

3.3 Pooperační péče

Odjezdem pacienta z operačního sálu ještě péče o něj zdaleka nekončí. Velice významná je i pooperační péče, která začíná předáním pacienta dispečinku a převozem na pooperační oddělení. Ukončena je pak úplným zotavením nemocného. Jak píše Flajšingrová, z hlediska celkového stavu se jedná o rizikové období. (Flajšingrová in Jedličková, 2012, s. 239) Délka hospitalizace se řídí dle typu operace a celkového stavu pacienta. U rozsáhlejších výkonů je pacient umístěn na jednotku intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde je většinou po dobu 2 – 3 dnů. Po celou dobu jsou monitorovány jeho fyziologické funkce, bolest, stav vědomí, operační rána, invazivní vstupy, diuréza (denní množství moče) a vše je zaznamenáváno do dokumentace. Součástí je aplikace léků a infuzí dle ordinace lékaře. Po celou dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče má hospitalizovaný na dolních končetinách bandáže jako prevenci tromb-embolických komplikací. Hlavním principem prevence je ale zejména včasná mobilizace a rehabilitace na lůžku.

Slézáková udává, že pacient zůstává na jednotce intenzivní péče do doby, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něj patrné obranné reflexy, jako je kašel a polykání. (Slézáková, 2012, s. 98)

4 Perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou

Poslední kapitola teoretické části diplomové práce se již zabývá samotnou perioperační péčí o pacienta s oslabenou či ztracenou funkcí zraku. Soustředí se na celý pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení, od příchodu pacienta až po jeho propuštění do domácí péče.

Pobyt v nemocnici a chirurgický způsob léčby je pro každého člověka velice stresující. Pacient přichází do neznámého prostředí, potkává zcela neznámé lidi, seznamuje se s pravidly oddělení, kterým se musí přizpůsobit. Zároveň je vystavován spoustě informací, chodí na různá vyšetření a podstupuje zákroky, které jsou už samy od sebe dost zatěžující. Situace je také horší, pokud se jedná o jedince se zrakovou disabilitou. Ten se daleko hůře seznamuje s novým prostředím, čeká ho řada neznámého.

Zraková vada, ať už celková či částečná, zasahuje a ovlivňuje celou osobnost. Lidé s tímto postižením se často musí spolehnout na pomoc druhých a je třeba péči o ně věnovat více času, než běžnému pacientovi. Základem je správná komunikace, prostřednictvím které předáváme pacientovi veškeré informace. Jak bylo výše popsáno, v České republice je asi 60 000 – 100 000 zrakově postižených osob, je tedy velmi pravděpodobné, že sestry a lékaři přijdou do kontaktu s takto handicapovaným pacientem. Právě proto je důležité, aby každý zdravotnický pracovník znal zásady správné komunikace s osobou, která má určitý typ postižení zraku. K přijetí pacienta se zrakovou disabilitou by neměli být připraveni pouze zdravotníci, ale zahrnout by se mělo i uzpůsobení nemocnice. Je nezbytné, aby se zrakově handicapovaným osobám vytvořili podmínky, vedoucí k jejich největší samostatnosti.

V současné době je pro většinu z nás nepostradatelný internet. Najdeme zde různé informace, či například cestu do zdravotnického zařízení. Řada osob se zrakovou disabilitou používá v dnešní době internet, ovšem je potřeba, aby pro ně byly příslušné stránky přístupné. To se týká také webových stránek nemocnice, které jsou zdrojem velkého množství informací, aby si i osoby se zrakovou vadou mohly zjistit něco o zdravotnické instituci, o příslušném lékaři či o tom, kde se nemocnice nachází. Michálek uvádí, že vyhláška č. 64/2008 upravuje pravidla uveřejňování informací související s výkonem veřejné správy prostřednictvím webových stránek pro osoby se zrakovou disabilitou. (Michálek a kol., 2010, s. 15) Cílem přístupného webu je odstraňovat překážky. Takový web by měl mít kontrastní barvy textu a pozadí, kontrast napomáhá k lepší orientaci na stránce. Využívá se zejména tmavé pozadí a světlý text. Základem je ovladatelnost webu klávesnicí nikoliv myší, což je pro slabozraké dosti obtížné

a pro nevidomé zcela nemožné. Měly by být dodržovány zvyklosti při tvorbě, jako je například čtení tabulky po řádcích či automatizovaná velikost nadpisů. Důležitá je také možnost vypnout zobrazování grafických objektů, které mohou být při čtení rušivé. Stránky, které úspěšně prošly testy příslušnosti, mohou získat označení „blind friendly“.

Výrazné omezení či ztráta zraku přináší problémy zejména v oblasti mobility a orientace. To se zhoršuje, pokud se osoba dostane do zcela neznámého prostředí, například zdravotnického zařízení. Jak popisuje Michálek, jsou v areálu nemocnice potřeba určitá technická opatření. Mezi takové mechanismy patří akustické orientační majáky umístěné nad vchody, vodící linie, značení v Braillově písmu, ozvučení tlačítek výtahu, řádné zajištění nebezpečných míst, odstranění bariér či nebezpečných předmětů. Pro osoby se zbytky zraku mohou postačit výrazná kontrastní pole umístěné například na schodech nebo rámech dveří. (Michálek a kol., 2010, s. 17) Každý takový technický prvek přispívá k větší samostatnosti pro osoby se zrakovou disabilitou při pobytu v nemocnici.

Pro osobu nevidomou či slabozrakou je nejdůležitější slovní kontakt. Nahrazuje oční kontakt a slouží jako hlavní nástroj pro komunikaci s okolním světem. Prostřednictvím komunikace by zdravotníci, mimo jiné, měli u pacienta redukovat záporné emoce, dodávat odvalu, projevit zájem o potřeby pacienta. Komunikace slouží jako hlavní pojítka mezi pacientem a sestrou. Aby se lidé, kteří se dostanou do styku s osobou mající zrakovou disabilitu, naučili s ní správně komunikovat, vytvořila v roce 2006 Národní rada zdravotně postižených ČR projekt – DESATERA KOMUNIKACE:

- S pacientem jednáme jako se sobě rovným, přirozeně, tak aby se necítil poníženo. Hovoříme s ním jako s ostatními pacienty.
- Jednáme přímo s pacientem, nikoliv však s jeho doprovodem.
- Osoba jednáající s pacientem zdraví jako první. Při oslovení je vhodný i lehký dotyk, aby dotyčný věděl, že mluvíte k němu, popřípadě oslovit jej jménem. Důležité je vlastní představení a uvedení svého funkčního zařazení (lékař, sestra), aby se pacient mohl orientovat, s kým hovoří. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
- Vhodné je také podání ruky, jako součást pozdravu. Stačí jen pacienta upozornit, že mu ruku podáváte.
- Jakékoliv vyšetření, odběry, veškeré prováděné úkony je nutné pacientům vysvětlit. Stručně vysvětlit co se bude dít, jaké nástroje se používají, jak dlouho to potrvá.

- Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
- Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě, je dobré s nimi nemanipulovat bez vědomí pacienta.
- Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele
- Pacienta se zrakovou disabilitou objednávané na určitou hodinu, která by měla být dodržena, aby se předešlo větší nervozitě. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

(DESATERO komunikace s pacienty se zrakovým postižením, 2006)

Dle stejných pravidel se postupuje také na operačním sále. Sestra, která plně neovládá komunikační proces, nemůže být schopna plnohodnotně pečovat o znevýhodněného pacienta. Vždy je nutné se pacientovi představit a vše řádně vysvětlit. Kde se nachází, co se mu právě děje a jak se bude dál postupovat. Vždy je předem informován o nepříjemném a bolestivém zákroku a zároveň je mu vysvětleno, proč je tento zákrok nezbytný. Pokud má pacient nějaké dotazy, je nutné na ně odpovědět a věnovat mu speciální pozornost.

Pokud je přijímán pacient se zrakovou disabilitou, je potřeba zajistit dostatek volného času, aby bylo možné mu vše řádně vysvětlit. Rozhovor by měl probíhat v přijatelném akustickém prostředí, tedy bez rušení. Pacientovi je vysvětleno, jak bude probíhat předoperační příprava na oddělení, jaký je režim oddělení, kdy bude operován a stručně je možné popsat i postup operace. Poté jsou vypsány přijímací dokumenty a přijímaný podepisuje informované souhlasy. Pro osoby se zrakovou disabilitou by měly být dokumenty připraveny ve zvukové podobě. Jedná se například o informované souhlasy, práva pacientů či informace o postupu léčby. Pokud nemocnice nemá souhlasy takto upravené, je nutné je pacientovi přečíst. Možné je poslat souhlasy prostřednictvím emailu, ovšem ve formě přístupné pro zrakově handicapované.

Jakmile je příjem s pacientem hotov, je nutno jej provést po oddělení. Ukázat mu, kde se nachází sesterna, kde je kuchyňka a ukázat mu jeho pokoj. Na pokoji je také potřeba osobu se zrakovou disabilitou provést, seznámit jej s uspořádáním a úskalími pokoje, aby se dále mohl pohybovat po místnosti samostatně. Důležité je věnovat pacientovi dostatečný

čas a být trpělivý, handicapovaný se pak necítí nejistě a úzkostně. Pokud je to možné, je zajištěno provádění někým příbuzným či sociálním pracovníkem, který s vedením má již zkušenost. Michálek zmiňuje, že je potřeba při popisu postupovat od obecného ke konkrétnímu, od celku k jednotlivým předmětům. (Michálek a kol. 2010, s. 45) Vždy je lepší, aby měl pacient se zrakovou disabilitou samostatný pokoj, lze mu pak lépe uzpůsobit prostředí.

Během hospitalizace je pro některé zrakově disabilní jedince důležité mít s sebou svého vodícího psa. Pes a jeho majitel jsou ve vzájemném poutu, a jejich odloučení je pro oba velká psychická zátěž. Výhodou je, že pacient je se psem samostatnější a jistější v pohybu. Zároveň pes zlepšuje psychickou pohodu pacienta, čímž zkracuje dobu hospitalizace. Ovšem ne všechny nemocnice jsou na takový pobyt připraveny. Řeší se hygienická stránka pobytu a také problém s péčí o psa v době, kdy bude pacient na operaci či neschopen pohybu. Vše je však o vzájemné domluvě majitele psa s pracovníky nemocnice či příbuznými nemocného.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumné otázky

Na základě výše stanovených cílů byly vymezeny následující výzkumné otázky. V souvislosti s nedostatečnou validitou dat nebyly pro výzkumnou část práce voleny pracovní hypotézy.

Výzkumná otázka č. 1

Jsou české nemocnice připravené na přijetí pacienta se zrakovou disabilitou k operaci?

Výzkumná otázka č. 2

Existuje vztah mezi typem nemocnic a připraveností v námi vybraných oblastech péče o osoby se zrakovou disabilitou?

Výzkumná otázka č. 3

Jsou nemocnice, které mají akreditaci SAK, lépe připraveny na přijetí pacienta se zrakovou disabilitou, než-li nemocnice bez této akreditace.

6 Design studie

Studie zaměřující se na specifika péče o osoby se zrakovou disabilitou vznikla v rámci Studentské grantové soutěže (dále SGS) Univerzity Pardubice.

Výzkumná část předkládané diplomové práce důkladně popisuje jednotlivé fáze výzkumného šetření. Seznamuje s cíli a výzkumnými otázkami práce, metodikou kvantitativního a kvalitativního bádání, charakterizuje výzkumný vzorek, představuje vyhodnocení sesbíraných dat prostřednictvím tabulek a grafů a popis informací zjištěných rozhovorem.

Hlavním úkolem je zpracování definovaných cílů praktické části diplomové práce.

6.1 Metodika studie

Účelem výzkumného pátrání bylo zmapovat, v jakém rozsahu jsou české nemocnice připraveny na přijetí pacienta se specifickými potřebami na péči v souvislosti se zrakovou disabilitou. Na začátku byly stanoveny cíle studie a výzkumné otázky. Výzkum byl prováděn metodou kvantitativního průzkumu, pro jehož účely byl v únoru 2014 vytvořen dotazník sloužící jako výzkumný nástroj. Protože však odpovědi na jednotlivé otázky nebyly dostačující, byl kvantitativní výzkum doplněn jedním kvalitativním rozhovorem ve vybrané nemocnici. Pracovník, s nímž rozhovor probíhal, odpovídal na stejné otázky, které byly vytvořeny v souvislosti s kvantitativním výzkumem, a které byly během rozhovoru doplňovány. Otázky byly předem zaslány emailem.

Zjišťování kvantitativních dat bylo realizováno dle stanoveného harmonogramu prací v rámci finančních prostředků projektu Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice číslo 70150/20/SG740002. Průzkum se uskutečnil ve dvou fázích – fázi přípravné a realizační. Přípravná etapa, probíhající v první polovině roku 2014, zahrnovala vytvoření dotazníku v návaznosti na stanovené cíle diplomové práce a konzultaci jeho podoby s NRZP. Druhá, realizační fáze, probíhala v červnu a srpnu roku 2014 a zabývala se samotným sběrem dat ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Dotazník, vytvořený pro anonymní sběr dat, byl složen z části obecné a části orientované na zvolené typy disabilit. Dotazník byl věnován nejen službám poskytovaným pacientům se zrakovou disabilitou, ale zaměřoval se také na sběr dat týkajících se disabilit sluchových, mentálních a tělesných. Obecná část je tvořena 5 otázkami, kde si respondenti vybírají

z nabízených odpovědí či sami formulují odpověď. Tato část seznamuje s charakteristikou zdravotnických zařízení, v nichž byl výzkum prováděn. Druhá část je rozdělená na čtyři oddíly, které se již věnují samotným disabilitám. Zrakové disabilitě je věnováno 9 uzavřených otázek, na které respondenti odpovídají ano či ne. Úkolem tohoto úseku je zjistit, zda vybrané nemocnice poskytují zvolené služby, bohužel však nezjišťují v jakém rozsahu. Dotazník je vložen jako příloha práce (viz příloha č. 1).

Sběr dat probíhal v období od 1. – 31. 7. 2014 písemně prostřednictvím tištěné podoby dotazníku rozesílané poštou. Aby se však zvýšila návratnost dotazníku, byli následně mezi 25. 7. – 15. 8. 2014 poskytnuty také elektronické verze dotazníků pomocí emailu.

Kvalitativní výzkum probíhal v březnu 2015 ve Fakultní nemocnici Brno formou rozhovoru.

6.1.1 Kvantitativní výzkum

Jak je již výše zmíněno, pro opatření dat ke zpracování praktické části práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Pomocí něj můžeme nejlépe zhodnotit úroveň připravenosti zdravotnických zařízení na přijetí osob s určitým typem disabilit. V souvislosti s kvantitativním výzkumem se pracuje s větším souborem respondentů, díky čemuž je zjišťováno zastoupení určitého znaku v populaci, či v našem případě, v nemocničních zařízeních. Nevýhodou však je, že odpovědi nemusí být přesně definovány a může tak dojít k chybám jak u respondentů tak i následně u vyhodnocování.

Dle Kutnohorské je nejčastější metodou sběru dat dotazníkové šetření. (Kutnohorská, 2009, s. 21) Data jsou zpracovány ve formě grafů a tabulek. Kutnohorská dodává, že na základě stanovených hypotéz se statisticky popisují závislosti jednotlivých proměnných a měří se intenzita této závislosti. (Kutnohorská, 2009, s. 21)

6.1.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je doplňkem výzkumu kvantitativního. Cílem není změření četnosti jevů ve vybraném vzorku, ale spíše popis, hloubkový rozbor těchto jevů, jak na problematiku lidé nahlízejí a jak ji chápou. Dle Johnové je kvalitativní rozbor prováděn na malé skupině respondentů, kteří vyjadřují své myšlenky, pocity, názory. (Johnová, 2008, s. 109) Zároveň tato metoda nevyužívá statistického zpracování. Často je dílčí otázkou „Proč?“.

Výsledky výzkumu nejsou kvantifikovatelné a nelze je aplikovat na celek. Je vhodné používat kvalitativní formu bádání v situaci, kdy o zkoumané problematice mnoho nevíme a snažíme se jí lépe pochopit.

Pro účely práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o techniku, kdy tazatel pokládá předem připravené otázky, které však mohou být doplňovány otázkami vznikajícími během rozhovoru. Podkladem pro dotazování při rozhovoru sloužil dotazník, který byl použit pro kvantitativní výzkum. Úkolem rozhovoru však bylo zaměřit se na jednotlivé otázky více do hloubky.

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Kapitola detailně seznamuje s výzkumným vzorkem. Součástí je popis respondentů účastnících se kvantitativního sběru dat i seznámení s nemocnicí, ve které probíhal kvalitativní výzkum.

6.2.1 První část – kvantitativní

Data pro výzkumnou část byla sbírána v nemocničních zařízeních České republiky, tedy zařízeních lůžkové péče, které provádějí operační zákroky a tudíž poskytují perioperační ošetřování. Dle informací ÚZIS bylo na území České republiky evidováno k 31. 12. 2013 celkem 188 nemocnic, z nichž 140 (74,5 %) zařízení provádějí operace. (Typltová, 2014) V rámci SGS byla oslovena všechna tato zařízení, respektive manažeři těchto nemocnic (náměstek/náměstkyně ošetřovatelské péče, vrchní sestra, popřípadě ředitel/ka). Jedná se o nemocnice fakultní, nemocnice akutní péče. Vyřazeny byly léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, odborné léčebné ústavy, ozdravovny, hospice a další lůžková zařízení. Pro účely výzkumné části diplomové práce byly směřodátne pouze dotazníky, na které odpovídaly zařízení poskytující chirurgické ošetřování spolu s perioperační péčí. V souvislosti s tím byly nakonec vyčleněny rovněž nemocnice s následnou péčí společně s několika nemocnicemi poskytující péči akutní. Jedná se tedy o soubor zvolený záměrným výběrem. Adresy vybraných zařízení byly získány z Adresáře poskytovatelů zdravotních služeb v České republice.

Fakultní nemocnice je podle Arnoldové definována jako státní příspěvková organizace zřizována Ministerstvem zdravotnictví ČR. Krmě poskytujících zdravotních služeb zde probíhá klinická a praktická výuka lékařských a farmaceutických fakult. Zároveň provádí souvislou výzkumnou nebo vývojovou činnost. (Arnoldová, 2012, s. 318)

Jak uvádějí Čeledová a Čevela, nemocnice akutní péče jsou zařízení lůžkové péče, poskytující lékařskou péči ambulantní i lůžkovou. Poskytuje ošetřování zejména pro pacienty s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronického onemocnění. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 102 – 103)

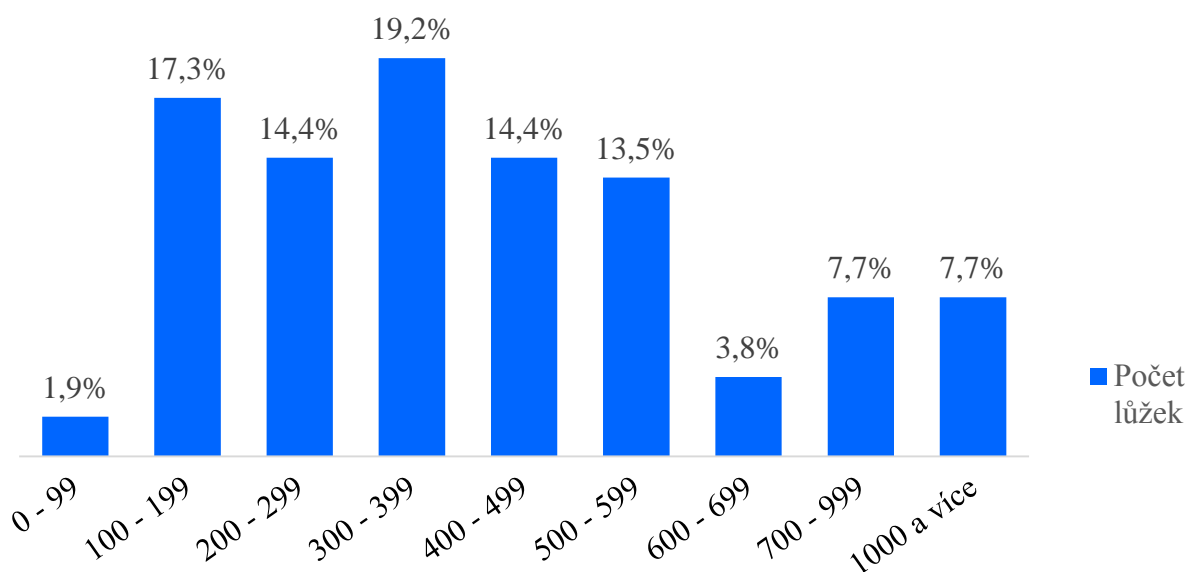
Ze 188 (100 %) oslovených zařízení reagovalo 156 (83 %) zařízení, avšak některé dotazníky nebyly zcela vyplněny či neprovádějí operace, a proto je bylo nutno ze studie vyřadit. Zpracováno tedy bylo 104 dotazníků tedy 55,3 % z celkového počtu nemocnic České republiky.

Tabulka 1 Sledovaná zdravotnická zařízení v České republice dle typu

Typ nemocnice	Počet zařízení ve výzkumném vzorku		Počet nemocnic v základním souboru (nemocnice V ČR provádějící operace)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fakultní	10	9,6	10	7,1
Akutní péče	94	90,4	130	92,9
Celkem	104	100,0	140	100,0

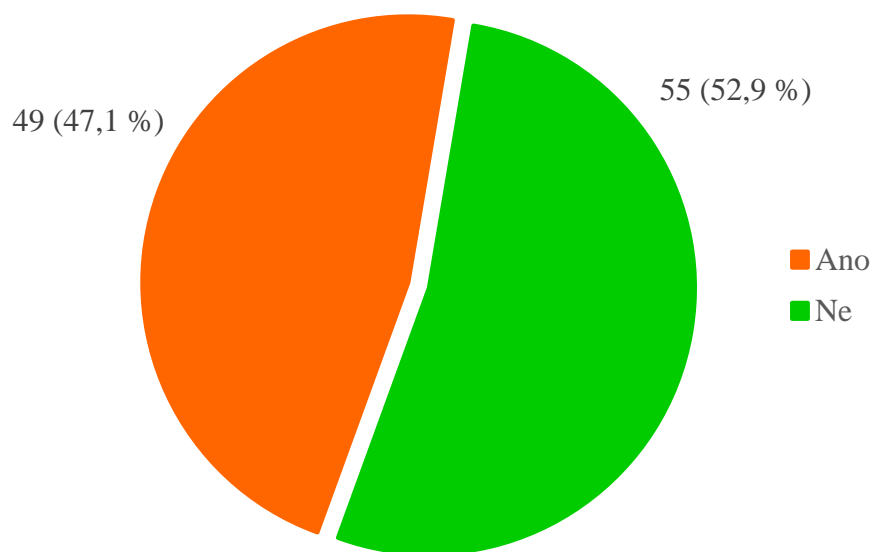
**Zdroj dat: ÚZIS, Síť zdravotnických zařízení 2014*

Úkolem tabulky 1 je popsat zdravotnická zařízení ve výzkumném vzorku rozdělených dle typu, a současně celkový počet daných nemocnic v České republice. Jak tabulka popisuje, do výzkumného šetření bylo zařazeno 10 nemocnic fakultních a 94 institucí s akutní péčí poskytující perioperační ošetřování. Fakultní nemocnice představují 9,6 % z výzkumného vzorku, nemocnice s akutní péčí 90,4 %. V České republice se nachází celkem 10 fakultních nemocnic a 130 nemocnic akutní péče, celkem se jedná o 140 zařízení poskytující chirurgickou péči a tedy i péči perioperační. Ze zvolené populace tedy fakultní nemocnice zaujímají 7,1 % a nemocnice s akutní péčí 92,9 %. Rozložení výzkumného souboru se významně neliší od rozložení celkové populace.



Obrázek 1 Počet lůžek ve zkoumaných nemocnicích

Obrázek 1 představuje rozložení zdravotnických zařízení, účastnících se kvantitativního výzkumu, rozdělených dle počtu lůžek. Skupinu s nejmenším počtem lůžek, tedy počtem od 0 – 99 lůžek, představují 2 (1,9 %) zařízení. Mezi nemocnice, které označily počet lůžek 100 – 199 patří 18 (17,3 %) institucí. 15 (14,4 %) nemocnic uvedlo, že mají 200 – 299 lůžek. Ze všech 104 nemocnic se do skupiny s 300 – 399 lůžky zařadilo 20 (19,2 %) zařízení. Počet lůžek 400 – 499 napsalo 15 (14,4 %) nemocnic. 14 (13,5 %) institucí označilo 500 – 599 lůžek. Ze skupiny počtu lůžek 600 – 699 se zúčastnily výzkumu 4 (3,8 %) nemocnic. 8 (7,7 %) zařízení se zařadilo do skupiny s počty lůžek 700 – 999. Stejně množství nemocnic označilo možnost 1000 a více lůžek.



Obrázek 2 Grafické znázornění četnosti akreditace SAK ve zdravotnickém zařízení

Součástí dotazníkového šetření bylo také zjišťování, zda jednotlivé nemocnice vlastní akreditaci od Spojené akreditační komise. Jejich počet je předveden v obrázku 2. Z celkového počtu 104 nemocnic účastnících se naší studie, má akreditaci SAK 49 (47,1 %) zařízení. 55 (52,9 %) zařízení touto akreditací nedisponuje.

Spojená akreditační komise se zaměřuje na zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. Poskytuje poradenskou činnost, vydává akreditační standardy a spolupracuje i mezinárodně v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečností péče. (Spojená akreditační komise, 2010)

Tabulka 2 Počet nemocnic s akreditací nebo bez akreditace SAK dle typu

Typ nemocnice	Nemocnice s akreditací SAK		Nemocnice bez akreditace SAK	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fakultní	7	14,3	3	5,5
Akutní	42	85,7	52	94,5
Celkem	49	100,0	55	100,0

Tabulka 2 zobrazuje nemocnice fakultní a nemocnice s akutní péčí rozdělené dle akreditace od SAK. Ze 49 akreditovaných zařízení je 7 (14,3 %) nemocnic fakultních a 42 (85,7 %)

nemocnic poskytuje akutní péči. Mezi neakreditované instituce se řadí 3 (5,5 %) nemocnice fakultní a 52 (94,5 %) nemocnic akutní péče.

6.2.2 Druhá část – kvalitativní

Do druhé části bylo zařazeno jedno zdravotnické zařízení České republiky, konkrétně se jednalo o Fakultní nemocnici Brno (FN Brno), kde probíhal kvalitativní rozhovor. Nemocnice byla zvolena náhodně, ovšem kritériem pro výběr bylo provádění operací v tomto zařízení. Předpokladem realizace výzkumu byla ochota manažerského pracovníka podílet se na výzkumu.

Rozhovor byl veden s náměstkyní pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Před rozhovorem byl od paní náměstkyně vyžádán souhlas s podílením se na výzkumu, jehož součástí byl i souhlas s uvedením názvu zařízení v diplomové práci. Pro doslovnou transkripci byla celá diskuze zaznamenávána na nahrávací zařízení, taktéž po předchozím schválení paní náměstkyní.

6.3 Způsob vyhodnocení získaných dat

Data dosažená dotazníkovým šetřením během kvantitativního výzkumu byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2013 a textového editoru Microsoft Word 2013. Pro větší přehlednost jsou data prezentována prostřednictvím tabulek a grafů. Tabulky byly následně přiřazeny k jednotlivým výzkumným otázkám. Ke zpracování byly použity odpovědi 104 nemocnic, tedy všech nemocnic, které se zúčastnily výzkumu a splňovaly daná kritéria.

Předkládané tabulky popisují absolutní a relativní četnost odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku. Ke každé tabulce jsou následně přiřazeny slovní interpretace všech dat, která se v nich nacházejí. Procenta jsou zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

Četnost vyjadřuje výskyt jednotlivých variant odpovědí. Absolutní četnost vyjadřuje počet opakování se určité proměnné ve výzkumném souboru a je vyjádřena veličinou n_i . Relativní četnost představuje podíl absolutní četnosti a celkové četnosti (n) proměnných. Označuje se f_i . Pro procentuální vyjádření je výsledný podíl vynásoben 100 % a zaokrouhlen.

Vzorec využívaný k vypočtení relativní četnosti v procentech: $f_i = \frac{n_i}{n} \times 100 \%$

V tabulce je použita také značka Σ (suma), která znázorňuje celkový počet respondentů. (Kozel, 2006)

Data získaná prostřednictvím kvalitativního rozhovoru byla zaznamenávána na diktafon a následně zpracována do písemné podoby v programu Microsoft Word 2013.

Vzhledem k nedostatečně validním datům, získaným dotazníkovým šetřením, nebyly pro výzkumnou část práce zvoleny hypotézy vztahující se k výzkumným otázkám. Tabulky jsou pouze popisnou statistikou sesbíraných dat a nejsou dále statisticky zpracovány.

7 Výsledky kvantitativního výzkumu

Kapitola prezentuje data získaná prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Data jsou pro lepší přehlednost vyobrazena ve formě tabulek formou absolutní i relativní četnosti a následně slovně popsána. Vyhodnocení je rozděleno na tři oddíly. První oddíl uvádí tabulky četností odpovědí na dotazníkové otázky vztažené na typ nemocnice, souvisí s druhou výzkumnou otázkou. Na třetí výzkumnou otázku se zaměřuje druhý a třetí oddíl. Druhý oddíl se zaměřuje na popis četností odpovědí u nemocnic, které mají akreditaci SAK. Třetí oddíl popisuje četnosti nemocnic bez akreditace SAK. Všechny otázky jsou dichotomické, respondenti tedy mohli volit pouze jednu odpověď z nabízených možností ano či ne.

A) Vyjádření četností jednotlivých specifík péče o pacienty se zrakovou disabilitou vztažené na typ nemocnice

Otázka 1) Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se zrakovou disabilitou?

Tabulka 3 Četnost nemocnic s vyškoleným personálem pro komunikaci

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	8	80,0	43	45,7
Ne	2	20,0	51	54,3
Σ	10	100,0	94	100,0

První otázka se zaměřovala na zmapování proškoleného personálu v komunikaci se zrakově disabilní osobou v dotazovaných nemocničních zařízeních. Odpovědi na otázku shrnuje tabulka 3. Mezi zařízení, u nichž se nachází takto proškolení zaměstnanci, se řadí 8 (80,0 %) fakultních nemocnic a 43 (45,7 %) nemocnic akutní péče. Naproti tomu stojí 2 (20,0 %) nemocnice fakultní a 51 (54,3 %) nemocnic akutní péče, která proškolený personál v komunikaci nemají.

Otázka 2) Webové stránky upravené pro osoby se zrakovou disabilitou

Tabulka 4 Četnost nemocnic s upravenými webovými stránkami

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	0	0	7	7,4
Ne	10	100,0	87	92,6
Σ	10	100,0	94	100,00

Tabulka 4 zobrazuje četnost odpovědí na druhou otázku, která zjišťovala, zda mají nemocnice přístupné webové stránky pro zrakově disabilní pacienty. Jak je patrné z tabulky, veškeré fakultní nemocnice, konkrétně 10 (100,0 %), připustilo neupravené webové stránky. Z celkového počtu nemocnic akutní péče, jich uvedlo 7 (7,4 %) upravené webové stránky. V tabulce je jasně vidět, že nejvíce nemocnic akutní péče, tedy 87 (92,6 %) přiznalo, že jejich webové stránky nejsou uzpůsobeny pro osoby se zrakovou disabilitou. Je tedy evidentní, že v této oblasti mají zdravotnická zařízení rozsáhlé nedostatky.

Otázka 3) Přítomnost vodících linií, popisků v Braillově písmu

Tabulka 5 Četnost nemocnic s přítomností vodících linií a popisků v Braillově písmu

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	2	20,0	10	10,6
Ne	8	80,0	84	89,4
Σ	10	100,0	94	100,00

Otázka 3 zkoumala, zda-li se v dotazovaných nemocnicích nacházejí vodící linie či popisky v Braillově písmu. Sesbírané odpovědi na tuto otázku shrnuje tabulka 5. Bylo zjištěno, že zařízení takto upravené podmínky pro pacienty se zrakovou disabilitou spíše nemají. Pouze 2 (20,0 %) nemocnice fakultního typu a 10 (10,6 %) nemocnic akutní péče zvolilo odpověď ano, tedy přítomnost vodících linií či popisků v Braillově písmu v celém areálu zařízení. 8 (80,0 %) fakultních nemocnic připustilo, že vodící linie ani popisky v Braillově písmu

se u nich nenachází. Stejnou odpověď označilo 84 (89,4 %) nemocnic poskytující akutního péči.

Otázka 4) Možnost objednání na přesný čas

Tabulka 6 Četnost nemocnic s možností objednání n a přesný čas

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	10	100,0	79	84,0
Ne	0	0,0	15	16,0
Σ	10	100,0	94	100,0

Tabulka 6 se vztahuje ke čtvrté dotazníkové otázce sbírající data o počtu nemocnic, která umožňují objednání pacienta na přesný čas. Zmiňovanou službu poskytují veškeré nemocnice fakultního typu, tedy 10 (100,0 %). Z nemocnic akutní péče umožňuje objednat na přesný čas 79 (84,0 %) zařízení, 15 (16,0 %) zařízení tuhle službu neposkytuje.

Otázka 5) Možnost doprovodu (asistenta)

Tabulka 7 Četnost nemocnic s možností doprovodu (asistenta)

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	10	100,0	88	93,6
Ne	0	0,0	6	6,4
Σ	10	100,0	94	100

Otázka 5 se zabývala možností doprovodu či asistenta zrakově handicapovaného pacienta do zdravotnického zařízení. Odpovědi na otázku jsou vyobrazeny v tabulce 7. 10 (100,0 %) fakultních nemocnic se přiklonilo k odpovědi ano, je možné si doprovod vzít s sebou. Z nemocnic akutní péče označilo odpověď ano 88 (93,6 %) institucí, naopak 6 (6,4 %) zařízení označilo odpověď ne.

Otázka 6) Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci

Tabulka 8 Četnost nemocnic s možností doprovodu (asistenta) při hospitalizaci

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n _i	f _i v %	n _i	f _i v %
Ano	10	100,0	77	81,9
Ne	0	0,0	17	18,1
Σ	10	100,0	94	100,0

Otázka 6 se zaměřovala na zjištění četnosti nemocnic, v nichž je možnost mít s sebou doprovod či asistenta po celou dobu hospitalizace. Odpovědi na otázky shrnuje tabulka 8, ze které vyplývá, že všech 10 (100,0 %) fakultních nemocnic umožňuje hospitalizaci zrakově handicapovaného pacienta spolu s doprovodem či asistentem. Stejnou službu nabízí 77 (81,9 %) nemocnic akutní péče. Naproti tomu 17 (18,1 %) zařízení s akutní péčí tuto službu není schopno poskytnout.

Otázka 7) Hospitalizace s vodícím psem

Tabulka 9 Četnost nemocnic s možností hospitalizace s vodícím psem

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n _i	f _i v %	n _i	f _i v %
Ano	10	100,0	51	54,3
Ne	0	0,0	43	45,7
Σ	10	100,0	94	100,00

Zda je možné pro osobu se zrakovou disabilitou být hospitalizován s vodícím psem zjišťovala otázka 7. Četnost nemocnic nabízející či naopak nenabízející tuto službu má za úkol zobrazit tabulka 9. Stejně jako u předchozí otázky týkající se hospitalizace s doprovodem, odpovědělo i u příležitosti pobytu ve zdravotnickém zařízení s vodícím psem všech 10 (100,0 %) nemocnic fakultního typu pozitivně, tedy že tuto službu poskytují. Shodnou odpověď uvedlo i 51 (54,3 %) nemocnic akutní péče. U 43 (45,7 %) nemocnic akutní péče tahle služba možná není.

Otázka 8) Seznámení s prostory při hospitalizaci

Tabulka 10 Četnost nemocnic, ve kterých seznamují s prostory při hospitalizaci

Odpověď	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	10	100,0	91	96,8
Ne	0	0,0	3	3,2
Σ	10	100,0	94	100,0

Otázka 8 zkoumala, jaké množství nemocničních zařízení seznamuje své zrakově disabilní pacienty s prostory oddělení a pokoje při příjmu k hospitalizaci. Odpovědi jsou shrnuty v tabulce 10. Zde opět všech 10 (100,0 %) fakultních nemocnic seznamuje při hospitalizaci pacienty s prostory oddělení. V tomhle ohledu jsou na tom velmi dobře také nemocnice poskytující akutní péči. Z celkového počtu 94 zdravotnických zařízení, účastníci se dotazníkového šetření, probíhá v 91 (96,8 %) zařízeních seznamování s prostory oddělení při příjmu k hospitalizaci. Pouze ve 3 (3,2 %) nemocnicích akutní péče personál prostory oddělení pacientům s poruchou zraku nepředstavuje.

Otázka 9) Užívání pomůcek pro osoby se zrakovým handicapem

Tabulka 11 Četnost nemocnic, kde používají kompenzační pomůcky

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i v %	n_i	f_i v %
Ano	7	70,0	50	53,2
Ne	3	30,0	44	46,8
Σ	10	100,0	94	100,00

Poslední devátá otázka měla za úkol zjistit množství zdravotnických zařízení užívající pomůcky pro osoby se zrakovým handicapem, tedy pomůcky kompenzační. Tabulka 11 zobrazuje výsledné četnosti odpovědí. Z tabulky je patrné, že v 7 (70,0 %) fakultních nemocnicích jsou kompenzační pomůcky běžně používány, naopak 3 (30,0 %) nemocnice stejného typu pomůcky při práci se zrakově disabilními pacienty nepoužívá. Z 94 nemocnic akutní péče uvedlo

50 (53,2 %) institucí používání kompenzačních pomůcek. 44 (46,8 %) zařízení akutní péče připustilo, že při práci s osobou se zrakovou disabilitou žádné kompenzační pomůcky neužívá.

B) Vyjádření četností nemocnic s akreditací SAK v souvislosti s jednotlivými specifiky péče o pacienty se zrakovou disabilitou

Tabulka 12 Četnost akreditovaných nemocnic s jednotlivými specifiky

Nemocnice s akreditací SAK				
Úprava jednotlivých složek pro péči o osoby se zrakovou disabilitou	Ano		Ne	
	ni	fi v %	ni	fi v %
Vyškolení personál v komunikaci	30	61,2 %	19	38,8 %
Upravené webové stránky	3	6,1 %	46	93,9 %
Vodící linie, popisky v Braillově písmě	4	8,2 %	45	91,8 %
Možnost objednání na přesný čas	45	91,8 %	4	8,2 %
Možnost doprovodu (asistenta)	46	93,9 %	3	6,1 %
Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	38	77,6 %	11	22,4 %
Hospitalizace s vodícím psem	29	59,2 %	20	40,8 %
Seznámení s prostory	48	98,0 %	1	2,0 %
Užívání kompenzačních pomůcek	30	61,2 %	19	38,8 %

Tabulka 12 prezentuje četnost akreditovaných nemocnic s vybranými specifiky péče o osoby se zrakovou disabilitou. Procenta vyjadřují zastoupení prvku ve výzkumném vzorku. Vyškolený personál v komunikaci s osobou zrakově handicapovanou má 30 (61,2 %) nemocnic s akreditací, 19 (38,8 %) zařízení s akreditací svůj personál neškolí. Přístupné webové stránky osobám s poruchou zraku mají pouze 3 (6,1 %) nemocnice s akreditací, zbylých 46 (93,9 %) má webové stránky bez modifikace pro osoby se zrakovou disabilitou. 4 (8,2 %) akreditovaná zdravotnická zařízení uvedla, že se u nich nacházejí vodící linie a popisky v Braillově písmu, u 45 (91,8 %) akreditovaných nemocnic se nenachází ani vodící linie, ani popisky v Braillově

písmu. Z celkových 49 institucí s akreditací SAK označilo 45 (91,8 %) zařízení možnost objednání na přesný čas, zbylé 4 (8,2 %) nemocnice tuto službu neposkytují. U 46 (93,9 %) akreditovaných nemocnic je možné přijít s doprovodem nebo asistentem, u 38 (77,6 %) je možné mít doprovod či asistenta i během hospitalizace. 3 (6,1 %) zařízení s akreditací upřednostňují návštěvu pacienta se zrakovou disabilitou bez doprovodu a 11 (22,4 %) neumožňuje pobyt pacienta spolu s doprovodem. Pobyt ve zdravotnickém zařízení spolu s vodícím psem dovoluje 29 (59,2 %) akreditovaných nemocnic, naproti tomu jej zakazuje 20 (40,8 %) zařízení s akreditací SAK. Jak vyplývá z tabulky, pouze 1 (2,0 %) nemocnice s akreditací neuskutečňuje seznámení s prostory při hospitalizaci, zbylých 48 (98,0 %) nemocnic představí prostory oddělení všem pacientům při příjmu k hospitalizaci. Co se týče kompenzačních pomůcek, ty jsou využívány v 30 (61,2 %) akreditovaných zařízení a nepoužívá je 19 (38,8 %) zařízení.

C) Vyjádření četností nemocnic bez akreditace SAK v souvislosti s jednotlivými specifiky péče o pacienty se zrakovou disabilitou

Tabulka 13 Četnost neakreditovaných nemocnic s jednotlivými specifiky

Nemocnice bez akreditace SAK				
Úprava jednotlivých složek pro péči o osoby se zrakovou disabilitou	Ano		Ne	
	ni	fi v %	ni	fi v %
Vyškolенý personál v komunikaci	21	38,2 %	34	61,8 %
Upravené webové stránky	4	7,3 %	51	92,7 %
Vodící linie, popisky v Braillově písmě	8	14,5 %	47	85,5 %
Možnost objednání na přesný čas	44	80,0 %	11	20,0 %
Možnost doprovodu (asistenta)	52	94,5 %	3	5,5 %
Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	49	89,1 %	6	10,9 %
Hospitalizace s vodícím psem	32	58,2 %	23	41,8 %
Seznámení s prostory	53	96,4 %	2	3,6 %
Užívání kompenzačních pomůcek	27	49,1 %	28	50,9 %

V tabulce 13 jsou zobrazeny počty nemocnic bez udělené akreditace SAK. Úlohou tabulky je představit četnost zařízení, která mají či nemají upravené podmínky pro pacienty se zrakovou disabilitou. Z celkového množství 55 nemocnic bez akreditace SAK uvedlo 21 (38,2 %) vyškolený personál v komunikaci s pacientem s poruchou zraku, zbylých 34 (61,8 %) má personál bez vyškolení v komunikaci. Upravené webové stránky pro osoby se zrakovou disabilitou mají 4 (7,3 %) zařízení, naproti tomu je 51 (92,7 %) nemocnic bez modifikace stránek. Na otázku, zda se v nemocnici nachází vodící linie či popisky v Braillově písmu odpovědělo ano 8 (14,5 %) nemocnic bez akreditace SAK, ne zvolilo 47 (85,5 %) zařízení. Na přesný čas je možné se objednat ve 44 (80,0 %) nemocnic, v 11 (20,0 %) to možné není. Doprovod či asistenta si může pacient se zrakovou disabilitou přivést do 52 (94,5 %) nemocnic, zatímco do 3 (5,5 %) musí přijít bez něj. Hospitalizace s doprovodem je možná ve 49 (89,1 %)

nemocnicích, v 6 (10,9 %) taková příležitost není. Možnost být hospitalizován s vodícím psem dává pacientům se zrakovým handicapem 32 (58,2 %) zařízení bez akreditace SAK, 23 (41,8 %) zařízení tuto službu neposkytuje. Analýzou dat bylo zjištěno, že v 53 (96,4 %) neakreditovaných nemocnic dochází k seznámení s prostory oddělení při příjmu pacienta k hospitalizaci. Ve 2 (3,6 %) nemocnicích k seznámení s prostory nedochází. Jak respondenti uvedly, kompenzační pomůcky jsou používány u pacientů s poruchou zraku ve 27 (49,1 %) zařízeních bez akreditace SAK, v 28 (50,9 %) nemocnicích nikoliv.

8 Výsledky kvalitativního výzkumu

V kapitole jsou popisovány výsledky rozhovoru vedeného s náměstkyní pro nelékařské zdravotnické pracovníky osloveného zdravotnického zařízení. Polostrukturovaný rozhovor sloužil k prohloubení informací zaměřující se na péči poskytovanou pacientům se zrakovou disabilitou.

8.1 Charakteristika zdravotnického zařízení

Kvalitativní výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Brno. Jak je uvedeno na webových stránkách nemocnice, Fakultní nemocnice Brno je největší zdravotnické zařízení na Moravě a druhý největší poskytovatel zdravotnické péče v České republice. Jedná se o státní příspěvkovou organizaci zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví a spolupracující s Masarykovou univerzitou v Brně. Nemocnice je držitelem certifikátu kvality ISO 9001:2008 (standardy DIAS), certifikátu NIAHOSM a normy ČSN 15 189 (pro laboratorní pracoviště). Akreditaci od Spojené akreditační komise zařízení nemá.

Fakultní nemocnice je tvořena třemi pracovišti – PMDV – Pracoviště medicíny dospělého věku (sídlicí v Bohunicích), PDM – Pracoviště dětské medicíny (tj. Dětská nemocnice v Černých polích) a PRM – Pracoviště reprodukční medicíny (tedy Porodnice nacházející se na Obilním trhu).

Pracoviště medicíny dospělého věku (dále PMDV) je pracovištěm s 1913 lůžky. Nacházejí se zde centralizované operační sály (COS), kde bylo v roce 2014 provedeno celkem 30 101 operací. Oddělení COS je zřízeno od roku 1992 a v současné době zahrnuje 24 operačních sálů a k tomu 2 sály zákrokové. Cos jsou rozděleny do 10 oborů, mezi které jsou zařazeny např. chirurgie, gynekologie, oční, popáleniny či traumatologie. (FN Brno, 2015)

8.2 Shrnutí výsledků

Informace, které byly získány kvalitativním výzkumem, jsou zpracovány a rozděleny do sedmi oddílů a následně popsány. Oddíly jsou rozděleny dle služeb, na které jsem se při výzkumu zaměřila. U každé části jsou uvedeny otázky, vztahující se k příslušným tématům.

8.2.1 Komunikace pracovníků

Fakultní nemocnice Brno je nemocnicí poskytující velice specializovanou péči o veškeré nemocné, kteří do zařízení každý den přicházejí. Nezaměřují se tak pouze na péči o osoby, které nemají žádný handicap, ale jejich snahou je poskytnout tu nejkvalitnější péči také pacientům oslabeným, a to nejen v rámci oslabení zraku, ale taktéž oslabení na úrovni sluchu či celého těla. Aby o pacienty se zrakovou disabilitou bylo pečováno co nejlépe, spolupracuje nemocnice s několika institucemi pečujícími o zrakově handicapované, konkrétně se společností slabozrakých Tyfloservisem Brno a ÚSP Chrlice. Kromě toho má FN Brno také svou vlastní oční kliniku, která napomáhá k úpravě podmínek pro zrakově postižené pacienty. Nejen oční klinika, ale v případě potřeby také spolupracující společnosti, pořádají semináře, prostřednictvím kterých školí zaměstnance nemocnice v péči o osoby se zrakovou disabilitou. Jednou z hlavních témat jednotlivých školení je právě i komunikace se zrakově oslabeným pacientem, která je velmi důležitá pro práci s ním. Součástí těchto školicích seminářů je mimo jiné také seznámení s kompenzačními pomůckami a s jejich užíváním při péči o nemocné. Kompenzační pomůcky jsou tak na jednotlivých odděleních běžně používány, ovšem pacient si je musí sám donést, běžně se na oddělení nevyskytují. Pokud pacient přijde o zrak náhle, nemocnice zajišťuje pomoc ergoterapeuta, součástí jeho práce je také naučit oslabenou osobu jak s kompenzačními pomůckami pracovat a v rámci toho jsou kompenzační pomůcky zapůjčovány.

Související otázky

- Máte proškolený personál v komunikaci s pacientem se zrakovou disabilitou?
- Jak probíhá školení?
- Používáte kompenzační pomůcky?

8.2.2 Upravené webové stránky

Velké množství lidí, ať už vidících či slabozrakých, využívá v současné době k získání informací internet. Není tomu jinak ani v případě zájmu o zdravotnické zařízení, do něhož se osoba slabozraká či nevidomá vydává jako pacient. Je tedy nutné webové stránky zpřístupnit nejen vidícím, ale všem, kteří mají možnost internetu, tedy i zrakově disabilním. Zda jsou upravené webové stránky pro osoby se zrakovým handicapem, nás zajímalo také v nemocnici, ve které probíhal kvalitativní výzkum. Jak uvedla paní náměstkyně, jsou webové stránky

upraveny zvětšovací lupou, tudíž pouze pro osoby slabozraké, jiné úpravy pro zrakově oslabené stránka nemá. O tom zda plánují nemocniční stránky zpřístupnit širšímu spektru zrakově oslabených, neměla informace.

Související otázky

- Máte upraveny webové stránky pro nevidomé?

8.2.3 Orientace

Nejčastějším problémem v jednotlivých nemocnicích jsou chybějící pomůcky, napomáhající slabozrakým a nevidomým pacientům při pohybu po zdravotnickém zařízení. I v instituci, v níž probíhal rozhovor, je velkým nedostatkem nepřítomnost vodících linií či popisků v Braillově bodovém písmu. Popisky, které napomáhají zrakově handicapovaným pacientům v identifikaci okolí, je možné v nemocnici nalézt pouze ve výtahu, což je dáno Evropskou unií. Jinde v nemocnici se s nimi neseznamujeme. Stejně tak v zařízení nenalezneme uměle vytvořené vodící linie sloužící k orientaci po budovách a odděleních. „*Na vodící linie máme vypracovaný projekt, v současné době však nejsou finanční prostředky na jeho realizaci*“ uvádí paní náměstkyně.

Fakultní nemocnice není vybavena ani jinými prostředky na usnadnění orientace po areálu a v budovách ústavu, například ozvučené nebo plastické mapy, orientační majáčky či kontrastní pole na zdech či dveřích. Aby však nebyly osoby se zrakovou disabilitou úplně znevýhodněny a byl jim usnadněn pohyb institucí a tedy i snížen jejich stres, je možné si dopředu domluvit doprovod, který je na příslušné oddělení zavede. O tuhle službu se starají zejména sanitáři, kteří vědí jak s pacienty komunikovat a znají zásady správné chůze s osobou, která má porušený zrak.

Související otázky

- Nachází se v nemocnici vodící linie či popisky v Braillově písmu?
- Jak jinak je pacientovi usnadněna orientace po zařízení?

8.2.4 Objednání na čas

Důležitou službou poskytovanou pro pacienty se zrakovou disabilitou je možnost objednat se na přesný čas. Pokud se slabozraký či nevidomý pacient může objednat na konkrétní čas

a je v tento čas také přijat, snižuje se tím jeho stres z čekání v neznámém prostředí. Pokud osoba přichází na nějaké vyšetření je ve Fakultní nemocnici Brno vždy objednána na konkrétní datum i čas. Pokud není možné jej v tuto dobu přijmout je personálem informována o prodloužení čekání a o problému, který nastal. Co však nemocnice neumožňuje je objednání pacienta na přesný čas v souvislosti s operací. Nemocný je objednán na určitý den, kdy má přijít k příjmu a kdy mu bude proveden výkon. „*Co se týče operací tak na přesný čas neobjednáváme, objednání je na konkrétní den, nikoliv na konkrétní čas*“ uvedla paní náměstkyně. Zároveň je informován o čase, kdy se má dostavit do nemocnice. Během příjmu je pak pacientovi sdělen pravděpodobný čas jeho operace. Ten se však může kdykoliv změnit v závislosti na výkonech, které mu předcházejí. Pokud není žádná zdravotní indikace, například diabetes, nemají zrakově oslabení pacienti přednostní právo, aby byli například první v operačním plánu.

Související otázky

- Je možná objednání na přesný čas?
- Je možné objednání na přesný čas v souvislosti s operací?

8.2.5 Hospitalizace s doprovodem

Pokud si pacient se zrakovým oslabením není zcela jistý, že by pobyt ve zdravotnickém zařízení zvládl sám, je možné si do Fakultní nemocnice Brno vzít s sebou také doprovod či asistenta. Jako doprovod je myšlena osoba blízká, jako je například rodinný příslušník. Asistentem je osoba, která odborně proškolená a profesionálně pomáhá zrakově handicapovanému se všemi činnostmi běžného dne. V nemocnici napomáhá nejen k orientaci, ale pomáhá s péčí o vodícího psa a zejména snižuje stres z neznámého prostředí. Ve zkoumané nemocnici je možné si doprovod či asistenta na veškerá vyšetření, ovšem pokud jde pacient na operaci, končí doprovod na předsáli. Přístup na operační sály doprovod nemá povolen. O přítomnosti doprovodu se rozhoduje již při objednávání k výkonu „*Už při rozhodnutí k výkonu se rovnou domlouvá, zda bude pacient s doprovodem či bez něj*“ jak popisuje paní náměstkyně. Pokud přítomnost doprovodu či asistenta během hospitalizace indikuje lékař, je pobyt doprovodu ve zdravotnickém zařízení hrazen zdravotní pojišťovnou.

Ve Fakultní nemocnici Brno může pacienta se zrakovou disabilitou kromě asistenta doprovázet také vodící pes. Náměstkyně pro nelékařské zdravotnické pracovníky řekla: „*Pacient si musí zajistit, že se někdo o pejska postará, vyvenčí jej a nakrmí. Zdravotnický personál se nemůže o psa starat.*“ Aby mohl vodící pes přijít do zdravotnického zařízení, musí splnit podmínky,

určené nemocnicí. Mezi podmínky stanovené ve FN Brno patří například řádné označení psa postrojem či vestičkou, pes musí mít zákonem nařízené očkování a ošetření od parazitů, nesmí se pohybovat po oddělení volně bez dozoru a je také potřeba doložit kontakt na cvičitelský subjekt, aby se zdravotnické zařízení mohlo přesvědčit, že jde opravdu o řádně certifikovaného vodícího či asistenčního psa. Pes je pak po celou dobu se svým pánem, pouze v případě operace či vyšetření, kde je to kontraindikováno, musí pes počkat na pokoji, nebo se o něj postará určená osoba.

Pokud je pacient se zrakovou disabilitou hospitalizován s doprovodem nebo vodícím psem, poskytuje zkoumané zdravotnické zařízení ošetřovanému samostatný pokoj, který je přizpůsobený jeho potřebám a zvykům. Pokud je ovšem hospitalizovaný sám, leží na běžném pokoji s ostatními pacienty.

Související otázky

- Je možný doprovod při hospitalizaci?
- Je možná hospitalizace s vodícím psem?

8.2.6 Seznámení s prostory

Pokud přijde člověk do neznámého prostředí, kde se musí orientovat a trávit nějaký čas, na seznámení s okolím používá zejména zrak. Tak si nejlépe zapamatuje, kde se co nachází a kam má jít, když něco potřebuje. V případě slabozrakého či nevidomého je takhle možnost značně omezena a tudíž je nutné jej provést po oddělení a po jeho pokoji. Tato služba je také poskytována v souvislosti s příjmem ve sledované fakultní nemocnici. Součástí je také domluva personálu s pacientem nebo jeho doprovodem, jak má být pokoj, respektive pacientovi věci v pokoji uspořádány. Kde chce mít postavený stůl, kde židli, jak chce uspořádat předměty na stolku, poučení nemocného o přítomnosti zvonku na sesternu. Důležitým prvkem je také odstranění překážek, které by mohly činit obtíže při pohybu po pokoji či oddělení. Nemocný není seznámený pouze s pokojem, ale je samozřejmě proveden po celém oddělení, kde se nachází sesterna či lékařský pokoj, v případě, že bude něco potřebovat.

Související otázky

- Dochází při příjmu k seznámení s prostory oddělení a pokoje?

8.2.7 Upravené informované souhlasy

Úkolem kvalitativního výzkumu také bylo zjistit, jak je na tom nemocnice s přístupností dokumentů, které jsou spojené s příjmem pacienta k hospitalizaci. Pokud pacient přichází do zdravotnického zařízení, seznamuje se s právy pacientů, s domácím řádem, s průběhem hospitalizace, s průběhem operace, komplikacemi a s dalšími informacemi, které jsou ošetřovaným nejčastěji podávány v písemné formě, tedy naprosto nevhodné pro pacienty s poruchou či úplnou ztrátou zraku. Je vhodné proto připravit dokumenty do formy hlasového záznamu nebo napsané Braillovým písmem. Jak bylo zjištěno od paní náměstkyně, ve zkoumané instituci upravené dokumenty, zejména informované souhlasy, pro pacienty se zrakovou disabilitou v žádné podobě nemají. Personál je však poučen, že všechny listiny související s příjmem do zdravotnického zařízení ošetřovanému předčítají na vhodném místě, kde nejsou ničím a nikým rušeni a mají na tyto služby vymezen dostatek času.

Související otázky

- Máte upravené informované souhlasy?

9 Diskuze

Výzkumná část předkládané diplomové práce se zaměřuje na zjištění připraveností českých nemocnic na příjem pacienta se zrakovou disabilitou k operačnímu výkonu. Na začátku studie byly určeny 3 cíle zkoumající připravenost nemocnic ve vztahu k typu zdravotnického zařízení a také v souvislosti s akreditací od Spojené akreditační komise. Podkladem pro splnění cílů bylo dotazníkové šetření, jehož výsledky byly zpřehledněny do grafů a tabulek. Vzhledem k nedostatečně vypovídajícím datům nebyly stanoveny hypotézy a výzkum byl následně doplněn jedním kvalitativním rozhovorem. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 104 zdravotnických zařízení České republiky provádějící operační výkony. Kvalitativní rozhovor probíhal ve Fakultní nemocnici Brno. Výsledky byly porovnávány s výsledky jiných studií na podobné téma.

Úkolem této kapitoly je zodpovězení výzkumných otázek, které byly stanoveny na začátku výzkumné části předkládané diplomové práce.

Výzkumná otázka č. 1

První stanovená výzkumná otázka zní: „*Jsou české nemocnice připravené na přijetí pacienta se zrakovou disabilitou?*“ Obecně lze říci, že nemocnice jsou připraveny na pobyt pacienta se zrakovou disabilitou. Námi zvolené oblasti péče, které usnadňují pobyt pacienta s poruchou zraku, se většinou v nemocnicích nacházejí. Nemocnice se zaměřují zejména na možnost pobytu s doprovodem či vodícím psem, na možnost objednávání na konkrétní čas, na seznámení s prostory při přijetí k hospitalizaci. Velkým nedostatkem v zdravotnických zařízeních České republiky je nepřítomnost vodících linií či popisků v Braillově písmu. Ty je možné nalézt pouze ve 20 % fakultních nemocnic a 10,6 % nemocnic akutní péče. Taktéž z výzkumu Grygarové (2012), kterého se zúčastnilo 85 respondentů ze zdravotnického personálu, vyplynulo, že usnadnění orientace je nedostatečné. Studie se zabývala přítomností hmatných orientačních bodů. Personál v 75 % uvedl, že se u nich v zařízení hmatné orientační body nenacházejí. Pouze v 11,3 % případů se hmatné orientační body v nemocnici vyskytují, ale jen ve výtahu. Zbýlých 13,8 % neví o pomůckám usnadňující orientaci. Jedním z nedostatků, které je možné nalézt ve většině nemocnic, jsou webové stránky nepřístupné pro pacienty se zrakovou disabilitou. Přístupné webové stránky má pouze 7,2 % nemocnic akutní péče. Jak bylo zjištěno výzkumem, až v 98,4 % nemocnic provádějí seznamování s prostory oddělení a pokoje. Ovšem nelze přesně stanovit, jak toto seznamování probíhá, a to zejména pokud je personál v časové tísní. Stejnou

otázkou se zabývala Mlčáková (2012). Ta se dotazovala 50 všeobecných sester, jak seznamují s prostory oddělení. 58 % respondentů odpovědělo, že pacientovi se zrakovou disabilitou pouze popíše, kde co najde. Pouze 30 % dotazovaných s pacientem projde celé oddělení, detailně popíše, kde se co nachází a nechá pacienta, ať si vše prozkoumá svým způsobem. Zarážející je, že 24 % všeobecných sester považuje seznamování oddělení pacientům s oslabením zraku za zcela zbytečné. Gašperíková (2014) ve své práci zkoumala, zda-li sestry seznamují pacienta s interiérem pokoje při příjmu k hospitalizaci. Z jejího výzkumu vyplývá, že 87,5 % sester popisuje celý interiér pokoje ihned při příjmu. 7,5 % respondentek seznamuje až později, poté co mají více času. Je překvapivé, že 5 % sester s pokojem pacienta vůbec neseznámí.

Fakultní nemocnice Brno, která se zúčastnila kvalitativního výzkumu, je na přijetí pacienta se zrakovou disabilitou připravena dobře, ovšem nalezneme zde stejné nedostatky jako v ostatních institucích. Zvláště se jedná o upravenost webových stránek, které jsou upraveny pouze zvětšovací lupou, což je však nedostatečné. Clark (2005) představuje výsledky svého výzkumu, díky nimž bylo zmapováno, že i přesto, že je stránka zvětšena lupou, nemusí být pro některé uživatele se zrakovým postižením přístupná. Je to dáno zejména kombinací barev a vícesloupcovým uspořádáním, které činí při zvětšení problémy. K nedostatkům je řazena také nepřítomnost vodících linií a popisků v Braillově písmu. Ovšem velmi kladně hodnotím připravenost personálu. Ten je vyškolen jak v komunikaci, tak v práci s kompenzačními pomůckami. Jakýkoliv nedostatek nemocnice nahrazuje personál tak, aby pacientům s poruchou zraku mohly být poskytnuty stejně kvalitní služby jako pacientům bez zrakového handicapu. Jedná se zejména o možnost dovést pacienta na příslušné oddělení či předčítání dokumentů spojených s hospitalizací (informované souhlasy, práva pacientů).

Výzkumná otázka č. 2

Druhá výzkumná otázka zní: „*Existuje vztah mezi typem nemocnic a připraveností v námi vybraných oblastech péče?*“ Ve vztahu k typu nemocnic jsou lépe připraveny nemocnice fakultní. Kromě přístupných webových stránek a přítomností vodících linií a popisků v Braillově písmu, které chybějí u obou typů nemocnic, mají instituce poskytující akutní péči také nedostatky v proškoleném personálu v komunikaci s osobou se zrakovou disabilitou. Pouze 45,7 % nemocnic akutní péče svůj personál školí. Podobnou studii prováděla také Poklopová (2013), která mapovala připravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Ze 102 všeobecných sester, u nichž bylo šetření prováděno, uvedlo pouze 20 % respondentů

možnost zúčastnit se takto zaměřeného semináře a pouze 11 % této možnosti využilo. 10 % sester dokonce vůbec nejeví zájem o zdokonalení se v komunikaci s oslabeným pacientem. Důležitou součástí komunikace se zrakově handicapovaným pacientem při výkonech je vše řádně vysvětlit. Michálek (2010) popisuje, že je nutné vše pojmenovat, popsat procedury, a popsat každý krok, který bude následovat. Gašperíková (2014) ve své bakalářské práci popisuje, jak si všeobecné sestry představují komunikaci s pacientem se zrakovou disabilitou, kdy výzkumný vzorek tvořilo 50 všeobecných sester z chirurgických a interních oddělení. Z její studie vyplývá, že 80 % dotazovaných sester pacientům se zrakovým postižením vysvětluje dopodrobna každý úkon, který bude následovat. Zbylých 20 % upozorňuje pacienta pouze na výkony bolestivé. Problémem u nemocnic akutní péče je také hospitalizace pacienta spolu s vodícím psem. Tuto službu umožňuje pouze 54,3 % zařízení, a to i přesto, že zákon č. 37/2012 O zdravotních službách umožňuje přístup vodícího či asistenčního psa do jakéhokoliv zařízení poskytující zdravotnické služby. Také Grygarová se zaměřila na možnost přístupu vodícího psa do zdravotnického zařízení. Jejího výzkumu se zúčastnilo 85 respondentů z řad zdravotnického personálu. Pouze 40 % respondentů uvedlo možný přístup psa zrakově handicapovaného pacienta. 35 % respondentů popsalo, že pes do zařízení přístup nemá a 25 % neví.

Výzkumná otázka č. 3

Třetí výzkumnou otázkou je: „*Jsou nemocnice, které mají akreditaci SAK, lépe připraveny na přijetí pacienta se zrakovou disabilitou, než-li nemocnice bez této akreditace?*“ Z četnosti jednotlivých odpovědí je patrné, že nemocnice s akreditací SAK nemají lépe uzpůsobeny podmínky pro pacienty se zrakovou disabilitou. Je spíše zajímavé, že některé vybrané oblasti péče jsou upravené spíše u nemocnic, které akreditací nedisponují. Hovoříme například o vodících liniích a popisků v Braillově písmu či doprovodu při hospitalizaci. V ostatních oblastech jsou nemocnice s akreditací SAK připraveny přibližně stejně jako nemocnice neakreditované. Odpovědi se liší pouze v malém procentu.

10 Závěr

Hlavním záměrem předkládané diplomové práce bylo vypracovat ucelený přehled o specifikách perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou. Shrnout, jak jsou české nemocnice připraveny na pobyt pacientů s poruchou zrakových funkcí.

Pro teoretickou část práce byly zvoleny dva cíle. Prvním cílem bylo seznámit s problematikou zrakové disability. Druhým cílem bylo prezentovat jednotlivá specifika péče o osoby se zrakovou disabilitou během hospitalizace a v souvislosti s operačním výkonem. Teoretická část popisuje zrak, zrakové disability a jejich nejčastější příčiny. Důležitou součástí je popis perioperačního období a perioperační péče. Nejdůležitějším bodem teoretické části je popis jednotlivých specifik perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou

✓ Cíle byly splněny

Pro výzkumnou část práce byly stanoveny tři cíle. Výzkumná část je tvořena daty získanými dotazníkovým šetřením.

Prvním cílem praktické části bylo zjistit připravenost českých nemocnic na přijetí osob se zrakovou disabilitou. V obecném měřítku jsou nemocnice na přijetí pacienta s poruchou zraku připraveny dobře i přes určité nedostatky, týkající se zejména pomůckami k pohybu po areálu nemocnice a upraveností webových stránek.

✓ Cíl 1 splněn

Druhým cílem bylo zjistit, zda je vztah mezi typem nemocnice a připraveností v námi zvolených oblastech péče o osoby se zrakovou disabilitou. Z výsledků vyplývá, že fakultní nemocnice jsou lépe připraveny než nemocnice akutní péče. Akutní péče oproti nemocnicím fakultním nabízejí méně možnost pobytu s vodícím psem. V menším procentu nemocnic akutní péče se nachází vyškolený personál v komunikaci s pacientem se zrakovou disabilitou. V ostatních oblastech jsou oba typy nemocnic přibližně stejně připraveny.

✓ Cíl 2 splněn

Třetím cílem bylo zjistit, zda mají nemocnice s akreditací SAK lépe připravené podmínky pro přijetí pacienta se zrakovou disabilitou než-li nemocnice bez této akreditace. Dle získaných

dat bylo zjištěno, že nemocnice s akreditací nemají lépe připravené námi zvolené oblasti péče. V některých oblastech, jako je například přítomnost vodících linií a popisků v Braillově písmu, je tomu spíše naopak.

✓ **Cíl 3 splněn**

Pro praxi bych navrhla zaměřit se více na přizpůsobení areálu nemocnice k lepšímu pohybu a orientaci pacienta se zrakovou disabilitou, kde jsou nejčastější nedostatky. Během tvorby diplomové práce jsem se také setkala s velkým nedostatkem odborné literatury týkající se specifik péče o osoby se zrakovou disabilitou a proto si myslím, že na tuto problematiku by bylo vhodné zaměřit další výzkumná šetření.

11 Použitá literatura

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 350 s. ISBN 978-802-4737-249.
2. BASAVANTHAPPA, BT. *Medical surgical nursing*. New Delhi: Jaypee Brothers, 2003. ISBN 81-806-1173-6.
3. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 150 s. ISBN 978-802-4738-536.
4. BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012, 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.
5. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
6. FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika STOKLASOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-802-4418-575.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
8. GAŠPERÍKOVÁ, Nikola. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči*. Plzeň, 2014, 72 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Lenka Kroupová.
9. GRYGAROVÁ, Petra. *Klienti se zrakovým postižením ve zdravotnickém zařízení*. Zlín, 2012, 108 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká, Ph. D.
10. HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-807-3151-591
11. HORNOVÁ, Jara. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 103 s. viii s. obr. příl. ISBN 978-802-4740-874.

12. HUTYROVÁ, Iva. *Zorné pole*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita - lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Zdeňka Mašková.
13. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovateľská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.
14. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovateľská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-807-0135-433.
15. JOHNOVÁ, Radka. *Marketing kulturního dědictví a umění: [art marketing v praxi]*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 284 s. ISBN 978-80-247-2724-0.
16. KALA, Zdeněk a Igor PENKA. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
17. KOCUR, I, S RESNIKOFF. *Visual impairment and blindness in Europe and their prevention*. British Journal of Ophthalmology. 2002, vol. 86, issue 7, s. 716-722. DOI: 10.1007/springerreference_223576.
18. KOZEL, Roman. *Moderní marketingový výzkum: nové trendy, kvantitativní a kvalitativní metody a techniky, průběh a organizace, aplikace v praxi, přínosy a možnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 277 s. ISBN 80-247-0966-X.
19. KRAJÍČEK, Milan a Jan H. PEREGRIN. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.
20. KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, [40], 768 s. ISBN 978-802-4711-638.
21. KULKOVÁ, Martina. *Sociální oftalmologie*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce MUDr. Zdeňka MAŠKOVÁ.
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.

23. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
24. LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie-andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 47 s. ISBN 80-244-1191-1.
25. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2011, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
26. MICHÁLEK, Miroslav, Petr VOJTÍŠEK a Jana VONDRÁČKOVÁ. *Váš nevidomý pacient*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2010, 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
27. MLČÁKOVÁ, Tereza. *Všeobecná sestra jako edukátor nevidomého a jeho rodiny*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Jana Šanderová.
28. MORAVCOVÁ in HAMADOVÁ, Petra a Radka HORÁKOVÁ. *Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Expertíza pro cílovou skupinu "osoby se smyslovým postižením"*. Brno, 2006, 15 s.
29. MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4.
30. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224.
31. NOVOHRADSKÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2013, s. 129. ISBN 978-80-7464-480-1.
32. NOVOHRADSKÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009, 85 s. ISBN 978-807-3687-311.
33. POKLOPOVÁ, Kateřina. *Přípravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková.
34. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

35. ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 373 s. ISBN 80-246-1213-5.
36. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 317 s. ISBN 978-802-4716-718
37. ŘEHÁK, Jiří a Matuš REHÁK cit. podle *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10)*, vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Venózní okluze sítnice. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 138 s. ISBN 978-802-4734-804.
38. SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012, x, 406 s. ISBN 978-802-4735-559.
39. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 249 s., viii s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3602-0.
40. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 213 s. ISBN 978-802-4725-062.
41. STAMPER, Robert L, Marc F LIEBERMAN a Michael V DRAKE. *Becker-Shaffer's diagnosis and therapy of the glaucomas*. 8th ed. Edinburgh: Mosby/Elsevier, c2009, xi, 568 s. ISBN 978-032-3023-948.
42. SYNEK, Svatopluk a Šárka SKORKOVSKÁ. *Fyziologie oka a vidění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 93 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0786-1.
43. SYNEK, Svatopluk. *Historie Braillova písma*. Brno: Společenstvo českých optiků a optometristů, 2009, 3 s. Česká oční optika.
44. ŠESTÁKOVÁ, Irena a Pavel LUPAČ. *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 125 s. ISBN 978-80-247-3225-1.
45. ŠTORFOVÁ, Helena, Karel SEDLÁČEK, Alena JAROŠOVÁ a Zora DUBSKÁ. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Klinická farmakologie a farmacie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, roč. 27, č. 2, s. 68-74.

46. ŠTRÉBLOVÁ, Miroslava. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2002, 67 s. ISBN 80-704-4448-7.
47. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. Sestra. ISBN 978-802-4737-546.

Elektronické zdroje

48. ČESKO. Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením ve znění pozdějších předpisů. In: *Portál veřejné správy* [online]. 2014 [cit. 2014-1-12]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio/=75673&fulltext=&nr=388~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>
49. ČESKO. *Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů*. In: *Portál veřejné správy* [online]. 2013 [cit. 2013-12-06]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio/=75500&fulltext=&nr=372~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>
50. DESATERO komunikace s pacienty se zrakovým postižením. In: *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2006 [cit. 2014-09-30]. Dostupné z [www: http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html](http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html)
51. CLARK, Joe. Big, Stark a Chunky. In: *A list apart* [online]. 2005 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://alistapart.com/article/lowvision>
52. DVOŘÁK, Jan. Retinopatie nedonošených, diagnostika a terapie zpět. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2002 [cit. 2014-09-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/retinopatie-nedonosenyh-diagnostika-a-terapie-147364>
53. Fakultní nemocnice Brno - hlavní menu. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. © 2015 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/>

54. HADDRILL, Marilyn. Understanding Age-Related Macular Degeneration (*AMD*). In: *All about vision* [online]. 2014 [cit. 2014-09-28]. Dostupné z: <http://www.allaboutvision.com/conditions/amd.htm>
55. JUŘÍKOVÁ, Lenka. Děti s narušeným binokulárním viděním. In: *Zdraví E15*. 2012, č. 10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/deti-s-narusenym-binokularnim-videnim-467093>
56. LOGOTHETIS. Visual Perception - Psychophysics, Physiology and fMRI Studies. In: *Max Planck Institute for Biological Cybernetics* [online]. 2014, 10. 9. 2014 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://www.kyb.tuebingen.mpg.de/research/dep/lo/visual-perception.html>
57. SADEGHIAN, Abbas. Breakthrough treatment for Hemianopia. In: *OpEdNews.com* [online]. 2011 [cit. 2015-02-05]. Dostupné z: <http://www.opednews.com/articles/2/Breakthrough-treatment-for-by-Abbas-Sadeghian-110814-413.html>
58. Spojená akreditační komise, o.p.s. *SAK - Spojená akreditační komise* [online]. 2010 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz/>
59. ŠUMNÍKOVÁ, Pavlína a Lea KVĚTOŇOVÁ. Základní pojmy a informace související s tematikou postižení zraku [online]. 2011, 8 s. [cit. 17. 12. 2015]. Dostupné z: http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Kurzy_zp/Studijni_materialy_osvetovy_pracovnik/P.Sumnikova_Zakladni_pojmy_k_zrakovemu_postizeni.pdf
60. TYPLTOVÁ, Jolana. Nemocnice v České republice v roce 2013. In: *ÚZIS* [online]. 2014 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2013>
61. Visual impairment and blindness. In: *World Health Organization* [online]. 2014 [cit. 2014-09-27]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

12 Přílohy

Příloha 1 Dotazník	68
Příloha 2 Snellenovy optotypy	72
Příloha 3 Hemianopsie	72
Příloha 4 Věkem podmíněná makulární degenerace	73
Příloha 5 Katarakta	73
Příloha 6 Glaukom	74
Příloha 7 Braillovo písmo	74
Příloha 8 Pichtův stroj	74

Příloha 1 Dotazník

Dotazník je zaměřen na pobyt dospělých pacientů s různými typy disability (handicap tělesný, mentální, zrakový, sluchový a kombinovaný) v nemocničních zařízeních.

Prosím, pečlivě si přečtěte následující otázky a odpovězte, jak nejpřesněji můžete. Předpokládaná doba na vyplnění dotazníku je 15 minut. Sběr dotazníků bude ukončen 31. 7. 2014.

SEKCE 1: OBECNÉ INFORMACE

1.0 Prosím vyberte typ nemocnice

- a) nemocnice fakultní
- b) nemocnice
- c) nemocnice následné péče

1.1 Zřizovatel:

- a) Ministerstvo zdravotnictví
- b) kraj
- c) město a obec
- d) církev
- e) jiná právnická osoba
- f) ostatní centrální orgány

1.2 Počet lůžek:

- a) 0 - 99
- b) 100 – 199
- c) 200 – 299
- d) 300 – 399
- e) 400 – 499
- f) 500 – 599
- g) 600 – 699
- h) 700 – 999
- i) 1000 a více

1.3 Agreditace SAK

- a) ano
- b) ne

1.4 Počet hospitalizovaných pacientů ročně. Prosím vypište:

Pokud neprovádíte operace, přejděte prosím k sekci 2.

1.5 Počet operovaných pacientů ročně. Prosím vypište:

SEKCE 2: TĚLESNÁ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro tělesně postižené. Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
2.1 Prostorová bezbariérovost	ANO	NE
2.2 Bezbariérová toaleta	ANO	NE
2.3 Výškově nastavitelné lůžko	ANO	NE
2.4 Polohovací lůžko	ANO	NE
2.5 Protiskluzová podlaha	ANO	NE
2.6 Vyškolený personál pro manipulaci s osobou s tělesným handicapem	ANO	NE
2.7 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
2.8 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
2.9 Hospitalizace s asistenčním psem	ANO	NE
2.10 Možnost bezplatného parkování automobilu v areálu nemocnice při hospitalizaci	ANO	NE

SEKCE 3: MENTÁLNÍ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro mentálně postižené. Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
3.1 Jednoduché orientační nápisy	ANO	NE
3.2 Povolání klinického psychologa k vyšetření	ANO	NE
3.3 Vyškolený personál pro komunikaci s osobou s mentálním handicapem	ANO	NE

3.4 Užití alternativní komunikace (obrázky, piktogramy)	ANO	NE
3.5 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
3.6 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
3.7 Hospitalizace s asistenčním psem	ANO	NE

SEKCE 4: ZRAKOVÁ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro zrakově postižené. Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
4.1 Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se zrakovým handicapem	ANO	NE
4.2 Webové stránky upravené pro osoby se zrakovým handicapem	ANO	NE
4.3 Vodicí linie, popisky v Braillově písmu	ANO	NE
4.4 Možnost objednání na přesný čas	ANO	NE
4.5 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
4.6 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
4.7 Hospitalizace s vodicím psem	ANO	NE
4.8 Seznámení s prostory při hospitalizaci	ANO	NE
4.9 Užívání pomůcek pro osoby se zrakovým handicapem	ANO	NE

SEKCE 5: SLUCHOVÁ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro sluchově postižené. Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
5.1 Podávání informací o léčbě a lécích v písemné formě	ANO	NE
5.2 Jednoduché informační tabule	ANO	NE
5.3 Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se sluchovým handicapem	ANO	NE
5.4 Možnost využití služeb tlumočnicka	ANO	NE
5.5 Využití tabletu při komunikaci	ANO	NE
5.6 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
5.7 Znalost znakového jazyka personálem	ANO	NE
5.8 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
5.9 Hospitalizace se signálním psem	ANO	NE

Děkujeme Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Přejeme Vám hodně spokojených pacientů.



(Zdroj: <http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio7/site/html/iconographie12.html>)

Příloha 4 Věkem podmíněná makulární degenerace



(Zdroj: <http://zena-in.cz/clanek/vekem-podminena-makularni-degenerace-ohrozuje-stale-vice-cechu>)

Příloha 5 Katarakta



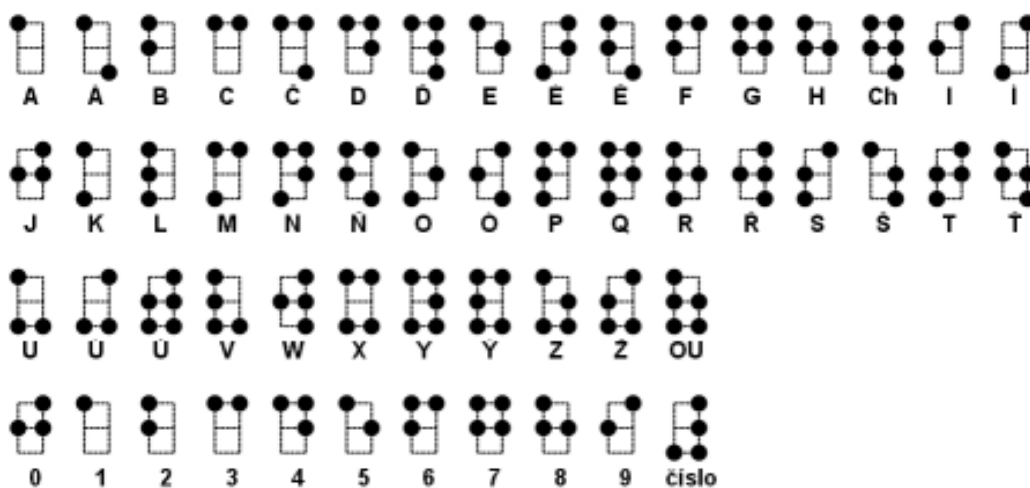
(Zdroj: http://urartugozmerkezi.com/haber_detay.aspx?id=8)

Příloha 6 Glaukom



(Zdroj: http://www.ophtha.uniluebeck.de/Informationen+f%C3%BCr+Patienten/Augenerkrankungen/Gr%C3%B6%C3%9Fen+Star+_+Glaukom-p-34.html)

Příloha 7 Braillovo písmo



(Zdroj: http://sifry.sourceforge.net/sff_braille.html)

Příloha 8 Pichtův stroj



(Zdroj: http://praha.tyflocentrum.cz/pop_pujcovna.php?item=212)