

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Náplavová Veronika

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Specifika komunikace s pacienty se smyslovou bariérou

Veronika Náplavová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Náplavová**  
Osobní číslo: **Z17038**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Specifika komunikace s pacienty se smyslovou bariérou**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
2. LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007, 151 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
3. MARTINKOVÁ, Eva, Adéla HANÁKOVÁ a Kateřina KROUPOVÁ, JURKOVIČOVÁ, Petra, ed. Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.
4. MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
5. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. Člověk, jeho smysly a svět. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), 248 s. ISBN 978-80-247-2946-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Barbora Sýkorová, DiS.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 16. 7. 2020

Veronika Náplavová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Barboře Sýkorové za odborné vedení, trpělivost a za všechny cenné rady, které mi poskytla při psaní bakalářské práce. Dále patří mé dík všem sestrám, které se s ochotou zapojily do vyplnění dotazníků. Chtěla bych poděkovat i své rodině, přátelům, spolužákům a kolegyním za podporu během celého mého studia

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky komunikace s pacienty se smyslovou bariérou. Teoretická část práce popisuje jedny z nejčastějších zrakových a sluchových onemocnění způsobující sluchový či zrakový deficit, jsou zmíněny typické kompenzační pomůcky pacientů se smyslovým deficitem a specifika komunikace ošetrovatelského personálu s pacienty se zrakovým či sluchovým postižením. Podstatou praktické části práce je vyhodnocení průzkumného šetření, které probíhalo pomocí dotazníků v nemocnici krajského typu, bylo zaměřeno na znalosti sester ohledně specifik komunikace s pacienty se smyslovou bariérou. Ze zpracovaných výsledků vyplývá, že nejlepšími výsledky dosáhli respondenti s Mgr. vzděláním, ačkoliv jejich průměrná úspěšnost nebyla výrazně vyšší od respondentů s Bc/DiS., či se středoškolským vzděláním.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace, pacient, sestra, smyslová bariéra

## **TITLE**

Specifics of communication with patients with sensory barrier

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis deals with the specifics of communication with patients with sensory barriers. The theoretical part of the thesis describes some of the most common visual and auditory diseases causing hearing or visual deficit, the typical compensatory aids for patients with sensory deficits and the specifics of communication of nursing staff with patients with visual or hearing impairment are mentioned. The essence of the practical part of the work is the evaluation of the exploratory survey, which took place using questionnaires in a regional hospital, focused on the knowledge of nurses about the specifics of communication with patients with sensory barriers. The processed results show that the best results were achieved by respondents with master's degree, although their average success rate was not significantly higher than respondents with bachelor degree, associate degree, or with high school education.

## **KEYWORDS**

Communication, nurse, patient, sensory barrier

## **OBSAH**

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 10 |
| Cíle práce.....  | 11 |
| 1 Teoretická část .....  | 12 |
| 1.1 Rozdělení a charakteristika sluchových postižení .....     | 12 |
| 1.1.1 Vrozené sluchové vady .....                              | 13 |
| 1.1.2 Převodní a smíšená nedoslýchavost.....                   | 14 |
| 1.1.3 Percepční (senzorineurální) nedoslýchavost .....         | 15 |
| 1.2 Rozdělení a charakteristika zrakových postižení.....       | 15 |
| 1.3 Komunikace s pacientem .....                               | 17 |
| 1.3.1 Zásady komunikace se sluchově postiženým pacientem ..... | 17 |
| 1.3.2 Zásady komunikace se zrakově postiženým pacientem.....   | 21 |
| 2. Průzkumná část .....  | 27 |
| 1.4 Průzkumné otázky.....                                      | 27 |
| 1.5 Metodika průzkumu .....                                    | 27 |
| 1.5.1 Technika sběru dat.....                                  | 28 |
| 1.5.2 Charakteristika průzkumného vzorku.....                  | 28 |
| 1.6 Analýza a prezentace výsledků.....                         | 29 |
| 2 Diskuze .....  | 57 |
| 3 Závěr.....   | 64 |
| Použitá literatura.....  | 65 |
| 4 Přílohy .....  | 69 |



## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 1 Hodnocení poškození sluchu dle WHO (In Dršata et al. 2015, s. 305)..... | 13 |
| Tabulka 2 Délka praxe ve zdravotnictví .....                                      | 32 |
| Tabulka 3 Dorozumívání s neslyšícími.....   | 46 |
| Tabulka 4 Problémové momenty při komunikaci .....                                 | 52 |
| Tabulka 5 Průměrná úspěšnost v odpovídání na znalostní otázky .....               | 60 |
|   |    |
| Obrázek 1 Pohlaví respondentů .....   | 29 |
| Obrázek 2 Věk respondentů .....   | 30 |
| Obrázek 3 Vzdělání respondentů.....   | 31 |
| Obrázek 4 Kontakt s pacienty se smyslovou bariérou .....                          | 33 |
| Obrázek 5 Zahájení komunikace .....   | 34 |
| Obrázek 6 Oční kontakt .....  | 35 |
| Obrázek 7 Provázení pacienta .....  | 36 |
| Obrázek 8 Vodící pes.....   | 38 |
| Obrázek 9 Komunikace s pacientem v přítomnosti tlumočnicka.....                   | 39 |
| Obrázek 10 Nevhodná slova během rozhovoru.....                                    | 41 |
| Obrázek 11 Nedoslýchavý pacient .....   | 42 |
| Obrázek 12 Šeptání před pacientem .....   | 43 |
| Obrázek 13 Pacient s jednostrannou nedoslýchavostí .....                          | 44 |
| Obrázek 14 Kontrola po rozhovoru .....  | 45 |
| Obrázek 15 Znaková řeč .....  | 47 |
| Obrázek 16 Náročnost péče o nevidomé.....   | 48 |
| Obrázek 17 Náročnost péče o neslyšící .....                                       | 50 |
| Obrázek 18 Příprava na práci se sluchově a zrakově postiženými pacienty .....     | 53 |
| Obrázek 19 Náročnost péče o zrakově a sluchově postižené .....                    | 54 |
| Obrázek 20 Zdroj informací ohledně specifík komunikace .....                      | 55 |
| Obrázek 21 Hodnocení vlastních schopností komunikace.....                         | 56 |

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

|        |   |
|--------|---|
| Apod.  | a podobně   |
| Atd.   | a tak dále  |
| Bc.    | Bakalář   |
| dB     | decibel   |
| DiS.   | Diplomovaný specialista                                     |
| event. | eventuálně  |
| g      | gram  |
| Mgr.   | Magistr   |
| Např.  | například   |
| ORL    | otorinolaryngologie   |
| PS     | praktická sestra  |
| SZŠ    | Střední zdravotnická škola                                  |
| tzv.   | tak zvaný   |
| VS     | všeobecná sestra  |
| WHO    | World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) |

## ÚVOD

Proces předávání informací mezi dvěma či více subjekty se nazývá komunikace. Dobrým předpokladem pro kvalitní komunikaci je vhodný výběr komunikačního prostředku, který může osoba vybrat na základě předchozí znalosti s jedincem, se kterým komunikuje, tedy přizpůsobit komunikaci jeho specifickým potřebám a tím zařídit, aby komunikace byla efektivní (Pokorná, 2010, s. 9-10).

Komunikace ve zdravotnické péči je hlavně o sdělování a přijímání informací na kterých mnohdy může záviset i život, proto sestra musí vědět co a jak to nejlépe říct a vždy se ujistit, že informace byla správně pochopena (Honzák, 1999, cit. dle Janáčková, Weiss, 2008).

Základní podmínkou života všech živočichů, tudíž i člověka, je vnímání pomocí smyslů, díky kterým neustále komunikují s okolním prostředím (Orel, Facová, 2010, s. 11).

V České republice žije přibližně 0,5 milionu sluchově postižených z čehož většina jsou staří lidé, kterým se sluch zhoršil věkem (Hrubý, 1998, cit. dle Novák, 2017). Podle Českého statistického úřadu (2013) je na území České republiky zhruba 65 tisíc občanů s těžkým zrakovým postižením (Pavlíček, 2018).

Osoby trpící jakoukoliv formou poškození zraku musí při svém každodenním životě čelit komunikační bariéře která je při kontaktu s okolím výrazně limituje, a jestli se dá říct, že nevidomost odděluje člověka od věcí, tím že je nevidí, naopak porucha sluchu odděluje osoby od ostatních lidí. Z tohoto vyplývá, že lidé se sluchovou či zrakovou bariérou jsou tak či tak vystavení problémům s komunikací se svým okolím (Pokorná, 2010, s. 58, 66).

Lidé s částečnou či úplnou ztrátou zraku se mohou objevit na jakémkoliv lůžkovém či ambulantním zařízení, a proto by na komunikaci s nimi měla být připravena jakákoliv sestra, nejen ta, která pracuje na oční klinice nebo ambulanci. Každý, kdo pracuje s lidmi, by měl být obeznámen se specifiky zrakových vad a tím, jak tyto vady mohou lidem komplikovat jejich každodenní život (Linhartová, 2007, s. 79-80, Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 13).

Tématem této práce je objasnění hlavních specifik komunikace s pacienty, kteří trpí různou úrovní zrakového či sluchového deficitu, průzkum úrovně znalostí sester v této problematice, jejich subjektivní hodnocení znalostí a náročnosti komunikace s těmito pacienty. Posledním cílem je zjistit souvislost mezi dosaženým vzděláním a úrovní znalostí v oblasti komunikace s pacienty se smyslovou bariérou.

# **CÍLE PRÁCE**

## **Cíl teoretické části**

1. Charakterizovat sluchová a zraková postižení a popsat specifika komunikace a péče u pacientů se smyslovou bariérou

## **Cíle praktické části**

1. Zjistit úroveň znalostí sester o specifikách komunikace s pacienty se smyslovou bariérou
2. Zjistit, jak sestry subjektivně hodnotí svoje znalosti a náročnost komunikace s pacienty se smyslovou bariérou
3. Porovnat úroveň znalostí sester v souvislosti s jejich dosaženým vzděláním

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

Většinu informací z okolí získává jedinec zrakem, a to 75-90 %, zatímco sluchem pouze 15 %, hmat zajišťuje pouze 6 % a chuť s čichem dohromady 5 %. Z těchto údajů vyplývá, že zraková ztráta významně zasahuje do života postiženého a výrazně jej omezuje, především přináší výrazný deficit informací (Martinková et al, 2010, s. 57).

Pro člověka mají všechny zvuky z okolí nějaký význam, proto je pro každého v lidské společnosti přirozené slyšet a být na sluch odkázán. Slyšící člověk si tudíž ani neuvědomuje, jaké problémy může neslyšící či nedoslýchavý člověk v každodenním životě prožívat (Potměšil, 2003, cit. dle Martinková, 2010, s. 10).

## 1.1 Rozdělení a charakteristika sluchových postižení

Ztráta sluchu má velmi negativní dopad na děti, především jejich školní prospěch, a tudíž i životní uplatnění. U nemocných se sluchovou ztrátou může dojít k vyloučení ze sociálního života, nemocný nemá kvůli svému hendikepu přístup k službám a společenským aktivitám, což negativně ovlivňuje emoční rozpoložení člověka, cítí se izolovaný a frustrovaný. Pokud se však sluch správně nahradí jiným komunikačním mechanismem (znakovaný jazyk) nebo se použijí pomůcky ke korekci sluchu, sluchově postižený občan se může opět začlenit do společnosti (Dršata, 2015, s. 304).

Dle Rotha (2011, cit. z Dršata, 2015, s. 173) trpí nedoslýchavostí až 30 % mužů a 20 % žen evropské populace, nejhorším důsledkem pro tyto pacienty je především sociální vyčlenění, nedostatek informací a tím způsobené problémy v komunikaci.

Nedoslýchavost (lat. Hypacusis) není chápána jako onemocnění, spíše jako určitý příznak. Je rozdělována na nedoslýchavost převodní, způsobenou onemocněním zevního zvukovodu, boltce, bubínku, středního a Eustachovy tuby, a nedoslýchavost percepční, kdy je zasaženo vnitřní ucho, sluchový nerv a sluchová dráha. Při zasažení sluchového jádra, dráhy nebo kůry mozkové hovoříme o centrální afekci (Hahn, 2018, s. 27, Michalík, s. 361).

Rozdíl mezi sluchovou vadou a poruchou sluchu spočívá v délce trvání, přičemž poruchy sluchu lze léčit a jedná se o stav přechodný, zatímco sluchová vada je trvalá a nijak se nezlepšuje. Dle stupně postižení se dá rozdělit sluchové postižení na lehké, středně těžké a těžké. Hodnotí se podle množství ztráty sluchu v dB, při ztrátě sluchu do 25 dB se hovoří o normálním sluchu, ztráta od 91 dB a více je už velmi těžká sluchová vada (Hahn, 2018, s. 27).

Dršata (2015, s. 305) naopak uvádí v tabulce 1, že velmi těžká poškození sluchu jsou již při ztrátě sluchu od 81 dB.

**Tabulka 1** Hodnocení poškození sluchu dle WHO (In Dršata et al. 2015, s. 305)

| Stupeň WHO | Slovní hodnocení                        | Audio ISO hodnoty | Schopnost slyšení   | Doporučení WHO  |
|------------|---|-------------------|---|---|
| <b>0</b>   | Normální sluch                          | ≤25 dB            | Normální sluch, schopnost slyšet šepot                      |   |
| <b>1</b>   | Lehká nedoslýchavost                    | 26-40 dB          | Schopnost opakování slov v konverzační intenzitě řeči z 1 m | Informace, event.. sluchadlová korekce  |
| <b>2</b>   | Střední nedoslýchavost                  | 41-60 dB          | Schopnost slyšení a opakování slov s hlasitě řeči z 1 m     | Sluchadlová korekce obvykle potřebná  |
| <b>3</b>   | Těžká nedoslýchavost                    | 61-80 dB          | Schopnost slyšení některých slov při hlasitě řeči do ucha   | Sluchadla nutná; při nedostupnosti odezírání event.. znakový jazyk                            |
| <b>4</b>   | Velmi těžké poškození sluchu (hluchota) | >81 dB            | Neschopnost slyšení a rozumění ani hlasitě řeči             | Sluchadla mohou pomoci; nutná je další rehabilitace, odezírání či znakový jazyk jsou nutností |

### 1.1.1 Vrozené sluchové vady

Vrozené vady sluchu nejsou příliš častou skupinou onemocnění, lze je rozdělit na onemocnění nesyndromová a syndromová, onemocnění spojená s porodní nezralostí a sluchové neuropatie (Dršata et al, 2015, s. 140).

Trvalá ztrátu sluchu nespojená s žádným syndromem (bez somatického, neurologického, psychického či mentálního postižení) se nazývá nesyndromová sluchová vada. Příčiny jsou genetické i negenetické, důležitá je včasná diagnostika. Projevuje se typicky narušením řečového vývoje, z tohoto důvodu je zásadní screening sluchu u novorozenců, a i v případě negativního

výsledku vyšetření sluchu opakovat v pozdějším věku při podezření na ztrátu sluchu (Dršata et al, 2015, s. 141).

Syndromová postižení sluchu se objevuje současně s dalším postižením. U Downova syndromu je typická převodní nedoslýchavost jako následek zánětů středouší, stejně tak i u Turnerova syndromu. Pro neurofibromatózu jsou charakteristické oboustranné nádory sluchového nervu (vestibulární schwannomy), meningeomy a schwannomy zadních míšních kořenů, které mají za následek ztrátu sluchu, méně často pak vrozený šedý zákal nebo tinitus (hučení v uších). Genetických vad způsobujících ztrátu sluchu je mnoho, výjimkou nejsou ani kombinace sluchového a zrakového postižení (Dršata et al, 2015, s. 142, 147).

Děti s porodní hmotností nižší, než je 1500 g mají až desetkrát častěji porušený sluch než děti narozené v termínu, na sluch však nemá vliv předčasný porod jako spíše asfyxie (dušení) během porodu (Dršata et al, 2015, s. 149-150).

Jako sluchová neuropatie (Auditory Neuropathy Spectrum Disorder – ANSD) jsou označovány sluchová postižení způsobené poruchou přenosu nervového impulsu přes sluchovou dráhu. Tato vada nelze zjistit pomocí zobrazovacích vyšetření a příčina vzniku není dosud objasněna. Příznaky typické pro ANSD je ztráta sluchu, častěji oboustranná, a snížená percepce v hluku (Dršata et al, 2015, s. 151).

### **1.1.2 Převodní a smíšená nedoslýchavost**

Jedna z příčin zhoršení sluchu může být problém v oblasti zevního zvukovodu, který se ucpe ušním mazem, dále vrozené vývojové vady zevního zvukovodu, jako je stenóza nebo úplný vrozený uzávěr zvukovodu. Výjimkou není ani zánět zvukovodu, který může způsobit dočasnou převodní nedoslýchavost, zejména jeho akutní forma. Poruchu sluchu způsobí i poranění boltce, nádory boltce nebo zevního zvukovodu. Všechny nedoslýchavosti způsobené poruchou v zevním uchu jsou poruchami převodními (Dršata, 2015, s. 153-156).

Jedno z nejčastějších onemocnění v otorinolaryngologii (ORL) je zánět středního ucha (otitis media), jak forma akutní, chronická a všechny její komplikace, nebo i tzv. otitis media secretorica, což je přítomnost tekutiny ve středouší bez známky zánětu. Dalším častým onemocněním je otoskleróza, což je přestavba spongiózní kosti kostěné kapsuly vnitřního ucha (Dršata, 2015, s. 156).

### **1.1.3 Percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost**

Jedna z nejčastějších nedoslýchavostí senzoryneurálního typu je oboustranná stacionární nedoslýchavost, mezi kterou patří i presbyakuze neboli poškození sluchu věkem. Ve stáří podléhají degeneraci všechny tkáně lidského těla tudíž epitel vnitřního ucha není výjimkou (Dršata, 2015, s. 173, 174).

Jeden z velmi vážných stavů způsobujících poškození sluchu je zánět vnitřního ucha, konkrétně hnisavý zánět labyrintu, který může způsobit hluchotu. Tento zánět je komplikací lehkých forem zánětu labyrintu, které mohou vzniknout při přestupu zánětu ze středního ucha, mozkových blan nebo krevní cestou. Labyrint postihuje i tzv. Menièreova nemoc, kdy bez jasné příčiny vznikne hydroks labyrintu způsobující nejprve dočasnou ztrátu sluchu, ale při opakovaných záchvatech i hluchotu (Orel, Facová, 2010, s. 119, 120).

Percepční nedoslýchavost způsobuje i nadměrná expozice hluku, ze začátku pouze ztrátu reverzibilní, kdy se sluch opět vrátí, avšak při dlouhodobém vystavování se hluku dojde k nevratnému poškození sluchu. Příčinou je častý poslech nadměrně hlučné hudby, pobyt v hlučném prostředí a vliv má i genetika, především na to, jak je kdo citlivý na hluk (Orel, Facová, 2010, s. 120, Kittner, 2007, s. 481).

Další příčinou ztráty sluchu může být nádor, konkrétně vestibulární schwannom. Vestibulární schwannom vyrůstá ze schwannových buněk VIII. hlavového nervu, tedy z nervu sluchově rovnovážného. Svým růstem způsobuje nejen jednostrannou ztrátu sluchu, ale také tinnitus a závratě. Při chirurgické léčbě je riziko úplné ztráty sluchu (Kittner, 2007, s. 481, Kalitová et al, 2013, s. 470).

## **1.2 Rozdělení a charakteristika zrakových postižení**

Zraková postižení je pojem popisující poruchu funkce zraku, kterou už nelze nijak korigovat do normálního vidění. Pedagogika a medicína popisují zraková postižení rozdílně, lékařská terminologie nezná pojem „zbytky zraku“, který je ale důležitý pro pomáhající profese z hlediska intervencí (Michalík, 2011, s. 276).

Zraková vada je označení pro poruchu zrakového vnímání různého rozsahu a původu (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 14).

Ke každému jedinci se zrakovým postižením je třeba přistupovat individuálně, a i dva pacienti se stejnou diagnózou a parametry vidění mohou mít rozlišné nároky na podporu a pomoc okolí. Stejně tak je mylné domnívat se, že nevidomý člověk vidí jen tmou. U některých to tak skutečně je,



ale většinou se jedná o různé „druhy vidění“, například „bílá tma“, barevné skvrny, schopnost rozeznat, zda je tma či světlo, nebo nevidí ani tu tmou ale pouhé „nic“, což je pro vidící populaci pojem nepředstavitelný a nepopsatelný (Michalík, 2011, s. 277).

Je důležité, aby kdokoliv, kdo pracuje s lidmi, byl obeznámen s různorodostí zrakových vad, stupních postižení, jejich kompenzaci, a především s tím, jak tyto zrakové vady komplikují každodenní život klientů a co všechno tito klienti zvládají bez obtíží nebo k čemu už potřebují pomoc druhých (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 13).

Zraková postižení lze klasifikovat po vyšetření oftalmologem a s ohledem na klasifikaci dle WHO na:

- slabozrakost,
- lehká slabozrakost,
- těžká slabozrakost,
- praktická nevidomost, v České republice je pro toto zrakové postižení používán i výraz „zbytky zraku,
- nevidomost,
- zachovaný světlocit s projekcí (osoba pozná, odkud svítí zdroj světla),
- zachovaný světlocit bez projekce (osoba nepozná zdroj světla, rozezná jen světlo a tmou),
- úplná slepota (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 24).

Mezi nejčastější poruchy zraku, se kterými se může sestra setkat, patří refrakční vady oka, což jsou konkrétně dalekozrakost, krátkozrakost a astigmatismus. Při dalekozrakosti (hypermetropie) pacient vidí lépe vzdálené předměty, naopak blízké předměty vidí zamlženě. Krátkozrakost (myopie) je vada oka, kdy pacient vidí ostře detaily v jeho bezprostřední blízkosti, naopak vzdálené objekty zamlženě, v těžkých případech dojde až k výpadkům zorného pole a slepotě (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 16).

Patologie sítnice se nazývá retinopatie. Poškození sítnice způsobené např. cukrovkou (diabetická retinopatie) způsobuje postupné zhoršování zraku, sníženou zrakovou ostrost, výpadky zorného pole a světloplachost a v konečném důsledku oslepnou až 2 % diabetiků z celkové populace. U předčasně narozených dětí dochází k poškození sítnice vlivem vysoké koncentrace kyslíku v inkubátoru a v důsledku k zúžení zorného pole, snížení zrakové ostrosti nebo až ke slepotě (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 18-19).

Dále způsobují těžká zraková postižení nemoci jako je šedý zákal (katarakta), zelený zákal (glaukom), syndromy vzniklé v prenatálním vývoji jako je Marfanův syndrom, Usherův syndrom nebo trizomie 13. chromozomu zvaná Patauův syndrom (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 18–23).

Tyto nemoci mohou mít různý dopad na zhoršení vidění u pacientů, v užším slova smyslu jsou ale osoby se zrakovým postižením ti, kteří jsou ve svém běžném životě nějak omezeni a nestačí jim běžná korekce zraku. Nepatří do této skupiny člověk s lehkou refrakční vadou, kterou kompenzuje v plném rozsahu dioptrickými brýlemi a zvládá každodenní činnosti včetně pracovního a sociálního uplatnění (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 23, 24).

### **1.3 Komunikace s pacientem**

Komunikace s nemocným člověkem nebo s kolegy zaujímá v ošetrovatelské praxi velmi významné místo. Je to dovednost, která se, pokud je vůle, dá naučit a zdokonalovat se v ní. Sestra musí umět rozlišovat specifika komunikace jak v úrovni komunikace s pacientem a jeho rodinou, tak i s kolegy (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11).

Rozlišují se tři druhy komunikace. První, sociální, je běžný hovor s pacientem, díky kterému se dá navodit příjemná atmosféra, uvolnění a uspokojit pacientovu potřebu po sociálním kontaktu, kterého má v nemocničním prostředí méně. Druhá, strukturovaná komunikace, slouží ke sdělování faktů či edukaci pacienta (např. edukace o následném vyšetření nebo dietním režimu) a je obzvláště důležité, aby pacient všemu porozuměl. Třetí, terapeutická komunikace, pomáhá pacientům vyrovnat se s náročnou životní situací, adaptovat se na nové prostředí, nebo zvyšuje účinnost jiných léčebných postupů (Beran, 1995, cit. dle Venglářová, Mahrová, 2006, s. 12-13).

#### **1.3.1 Zásady komunikace se sluchově postiženým pacientem**

Skupina osob postižená sluchovou vadou je sice jedna z méně početných, avšak jejich postižení je jedno z nejtěžších. Společnost slyšících se dorozumívá nejvíce mluvenou řečí a je jako taková postavená na přijímání informací sluchem (Michalík, 2011, s. 348).

Způsob komunikace závisí nejen na stupni postižení ale i na tom, kdy pacient o sluch přišel, zda ještě před tím, než se naučil mluvit (prelingvální), nebo až potom, co se mluvit naučil (postlingvální), nebo jestli je to kombinace více vad (hluchoslepota). Důležité je zdůraznit, že neslyšící člověk od slyšícího nevypadá nijak odlišně, nemá svoje „černé brýle a bílou hůl“ jako člověk nevidomý, a pokud na svoje onemocnění neupozorní, může dojít k nedorozumění (Linhartová, 2007, s. 87-88).

Pokud komunikuje slyšící lékař se slyšícím pacientem, vždy se dorozumí, i když ne vždy může být komunikace zhodnocena jako dobrá. Neslyšící pacient se ale potýká s většími problémy. Často své zdravotní obtíže řeší s lékařem tak, že mu je vypíše na papír výměnou za recept nebo žádanku na vyšetření. Bez tlumočnicka nebo znalosti znakové řeči nemá lékař v podstatě skoro žádnou šanci odebrat anamnézu neslyšícího pacienta. Když neslyšící pacient kývá hlavou, nemusí to nutně znamenat souhlas, ale rozpačitost či zmatenost (Linhartová, 2007, s. 88).

Sestra by se neměla nechat zmást tím, že pacient neslyší a automaticky na něj své požadavky křičet – nebude to mít o nic lepší výsledek. Místo toho by se měla zkusit domluvit, pokud se jedná o krátký „rozhovor“, spíše gesty – „rukama nohama“. Bude to mít větší úspěch, stejně tak i to, pokud před zahájením rozhovoru předem uvede, na jaké bude téma (Linhartová, 2007, s. 89, Michalík, 2011, s. 403).

Společnost neslyšících má jiné společenské zásady a chování oproti společnosti slyšících. Vytvořili si svou kulturu, ve které mají jiná pravidla a styl myšlení, neznají ironii a nadsázku, věci pojmenovávají přímo a naplno, humor mají svůj vlastní, který by naopak nemusel pochopit někdo ze společnosti slyšících lidí. Mají i svůj způsob loučení se – i když se loučí s velkou skupinou lidí, s každým z nich si potřesou rukou, případně je políbí. Naopak na svoji přítomnost upozorňují máváním ruky v zorném poli ostatních nebo dotykem – avšak nikdy ne dotýkáním někoho, kdo na ně nevidí a je otočený zády. Pokud sestra vstupuje do pokoje a pacient je otočený zády, může použít k upoutání jeho pozornosti místo klepání na dveře např. krátké zapnutí a vypnutí osvětlení. Chce-li navázat sestra rozhovor, může upozornit pacienta dotykem, ale pouze na horní část paže, rameno nebo předloktí. Měla by se vyvarovat dotýkání, pokud k ní osoba stojí zády, mohla by ji polekat (Linhartová, 2007, s. 91, 94).

Důležité je zmínit, že znaková řeč neslyšících má vždy jeden znak pro určitý pojem, neznají synonyma či homonyma, nerozumí odborné lékařské terminologii i přes to, že ji může sestra pro ně přeložit do češtiny. Sestra nesmí ani spoléhat na to, že pacient se sluchovým postižením umí číst a psát. Pro neslyšícího člověka je těžké naučit se číst a psát a pokud to umí, většinou zná jen některá slova a chápe je velmi omezeně. Český jazyk je těžký i pro slyšícího člověka, natož pro neslyšícího (Linhartová, 2007, s. 89).

Určitá skupina neslyšících je schopna se naučit odezírat a je pro ně tím pádem velmi důležitá neverbální část komunikace, ačkoliv podle Michalíka (2011, s. 390) až 87 % lidí trpících sluchovým postižením nezvládá odezírání, aniž by k tomu nevyužily další prostředky (např. sluchadla). I když člověk dokáže odezírat vše, neznamená to, že dostane informace stejně kvalitní jako člověk slyšící.

Odezírání je velmi náročná činnost a velmi rychle neslyšícího vyčerpá – musí se soustředit jak na komunikaci samotnou, tak i na podněty z okolí. Proto se může sestra setkat s tím, že na ni neslyšící pacient upřeně zírá i přes to, že na něj zrovna v tu chvíli nemluví. Je to proto, že si takto svým způsobem hlídá, jestli na něj mluvit nezačne později, bojí se, že by mu nějaký podnět utekl. (Linhartová, 2007, s. 88).

Ke komunikaci s pacientem, který je schopný odezírat, se pojí několik zásad:

- jak už bylo zmíněno – pozor na odbornou lékařskou terminologii, tyto slova totiž nemusí být ve slovní zásobě pacienta,
- nemluvit v příliš dlouhých a složitých větách,
- artikulovat, ale neslabikovat nebo zbytečně vkládat mezi slova pauzy, řeč by měla být volná,
- rozhovor by měl probíhat v osvětlené místnosti, sestra by neměla sedět proti světlu,
- při odezíráni by měl mít pacient oči nejlépe v úrovni úst sestry, sestra by se během komunikace neměla nikam otáčet,
- nestát příliš daleko od pacienta ani nenarušovat jeho osobní zónu,
- pokud se jedná a důležité informace jako dávkování léků, je vhodné informace i zapsat na papír, aby je pacientovi tlumočnick, pokud není zrovna k dispozici, později přeložil (Linhartová, 2007, s. 91).

Když se sestra setká ve své profesi s pacientem se sluchovou vadou vzniklou již po naučení mluvené řeči, může se s ním dorozumět i mluvenou řečí, i když nemusí být vždy úplně srozumitelná – závisí to na tom, jak dlouho pacient neslyší. Další způsob je komunikace „přes papír“, tedy psaním. Pacient, u kterého nebyl sluch porušen úplně (nedoslýchavý pacient) a je schopný rozumět řeči v klidném prostředí, je vhodné pro komunikaci zajistit prostředí bez rušivých podnětů a pokud pacient používá sluchadlo, nejdříve zkontrolovat, zda je funkční. Lidé užívající sluchadla je často vypínají nebo odkládají, aby si odpočinuli (Linhartová, 2007, s. 91, 92).

Pokud má neslyšící pacient s sebou, např. v ambulanci, doprovod či přímo tlumočnicka, vždy musí sestra udržovat oční kontakt a hovořit přímo k pacientovi, nikoli k doprovodu. Po ukončení tématu dá vždy prostor pro tlumočnicka, aby všechny informace zpracoval a správně předal pacientovi. Bylo zmíněno, že neslyšící pacienti mají jiný druh humoru a chápání ironie, totéž, co platí při rozhovoru s neslyšícím, platí i pokud je přítomen tlumočnick. Povinností tlumočnicka je překládat vše, nejen rozhovor mezi sestrou a pacientem, ale i rozhovor lékaře se sestrou nebo poznámky, které si říká sestra sama pro sebe (Michalík, 2011, s. 403, Linhartová, 2007, s. 96).

Po ukončení rozhovoru následuje vždy ujištění, zda pacient rozuměl všem informacím. Sestra by se však nikdy neměla ptát slovy „Rozuměl jste mi?“. Na tyto slova by mohl pacient roztržitě přikývnout a budít dojem, že je mu vše jasné. Vhodnější formulace je „Co jste mi rozuměl?“, díky které se sestra ujistí, co vše je pacientovi srozumitelné a případné problematické části zopakuje nebo přeformuluje. Pacient by měl dostat čas všechny informace vstřebat a ptát se. Na úplném konci rozhovoru je vhodné dát pacientovi písemný obsah toho, co s ním sestra v danou chvíli řešila (Michalík, 2011, s. 403).

Sestra by neměla zapomínat, že neúspěšná komunikace s neslyšícím pacientem je způsobena sluchovým, nikoliv mentálním postižením, a že k takovému člověku musí přistupovat se stejným respektem a zachovávat důstojnost jako by se jednalo o kohokoliv jiného. Neměla by omezovat v komunikaci, dávat najevo netrpělivost či jinak utínat hovor ale naopak se snažit najít způsob, jak se s daným člověkem nejlépe dorozumět (Michalík, 2011, s. 403).

Svoje problémy mají i pacienti s jednostrannou nedoslýchavostí či ztrátou sluchu. Ačkoliv nemají narušený jazyk, je to nepříjemný stav z hlediska socializace. Tyto osoby mají narušenou schopnost směrového slyšení, proto nejsou v komunikaci aktivní. Vyžadují klidné prostředí během rozhovoru, je pro ně těžké zpracovávat příliš mnoho sluchových podnětů najednou. Tento stav by např. u dětí mohl připomínat mentální postižení. Komunikace s jednostrannou sluchovou vadou je náročnější a osobu rychle unaví, proto se dá u nich zpozorovat nepozornost nebo až frustrace a nepřiměřená reakce (Michalík, 2011, s. 372).

#### **1.3.1.1 Komunikace a kompenzační pomůcky neslyšících a nedoslýchavých**

Dle zákona 423/2008 Sb., mají neslyšící právo svobodně se rozhodnout jaký způsob komunikace budou užívat a jejich volba musí být maximálně respektována.

Skupina neslyšících osob je velmi různorodá, liší se nejen stupněm postižení (od lehké ztráty sluchu po hluchotu), ale také tím, kdy jedinec o sluch přišel, jeho mentálními dispozicemi nebo způsobem jakým neslyšící komunikuje se slyšícím okolím nebo naopak s ostatními neslyšícími (Martinková et al, 2010, s.10).

Skupina neslyšících občanů České republiky využívá pro komunikaci Český znakový jazyk, který se může drobně lišit regionálně (na Moravě se mohou užívat trochu jiné znaky než v Čechách) a národnostně – stejně tak jako se najdou ve slovanských jazycích podobně znějící slova s odlišným významem, jsou i podobné znaky, které mohou být v národních znakových jazycích podobné ale znamenat něco jiného. Stejně tak se můžou najít gesta, která používá běžně slyšící populace v rámci neverbální komunikace, ale ve znakovém jazyce znamenají něco jiného. Pro snadnější

komunikaci slyšících a neslyšících osob byla vytvořena znakovaná čeština – jedná se o kombinaci znaků znakového jazyka a artikulaci požadovaných českých slov. Je to však jen pro ty neslyšící, co umí dobře češtinu a zvládají odezírat. Dalším způsobem komunikace, který si vymyslela slyšící populace pro komunikaci s nedoslýchavými, je prstová abeceda. Slouží k vysvětlení slova, pro které neexistuje znak, tudíž velmi vhodný způsob pro komunikaci v nemocničním prostředí, protože ne každé slovo lékařské terminologie má svůj příslušný znak (Linhartová, 2007, s. 90).

Jednou z kompenzačních pomůcek pro osoby s poruchou slyšení či rozumění je sluchadlo. Nejčastěji indikovaná sluchadla pro nedoslýchavé pacienty, se kterými se může sestra setkat, jsou sluchadla kanálová, umístěna i hluboko ve zvukovodu, tudíž nemusí být na první pohled vidět (Dršata, 2015, s. 243).

Druhé nejčastěji používané sluchadlo je závěsné, které je zavěšeno za boltcem a mohou jej používat i osoby s těžkou nedoslýchavostí. Tyto sluchadla, a mnohá další, které se dají snadno nasadit a opět vyjmout ze zvukovodu nejsou jedinou korekcí sluchu, která existuje a sestra by na tuto možnost měla být připravena (Dršata, 2015, s. 282).

Převodní poruchy, neprůchodnost zvukovodu či jednostranná hluchota mohou být indikací pro implantaci systému pro kostní vedení. Pacienti s těžkou ztrátou sluchu mají možnost, při zachované nervové dráze, využít kochleární implantát (Dršata, 2015, s. 287).

Tato sluchadla smí předepisovat pouze lékař se specializací foniatrie či otorinolaryngologie, který vlastní osvědčení Společnosti ORL – to mu dává oprávnění předepisovat sluchadla, která jsou hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Pokud má pacient zájem o lepší sluchadla, např. voděodolná, musí si již sluchadla doplatit (Sršeň, 2020).

Pro velké množství neslyšících pacientů je nezbytnou součástí jejich života tlumočnick. Doprovází je podle potřeby k lékaři a zajišťuje individuální tlumočení. Zásady tlumočnicků, a to nejen těch, kteří tlumočí pro neslyšící, je překládat věrně a neměnit význam sdělení a u tlumočnicku znakové řeči i respektování odlišnosti kultury slyšících od kultury neslyšících (Horáková, 2012, s. 114).

### **1.3.2 Zásady komunikace se zrakově postiženým pacientem**

U osob se zrakovým postižením dochází, v závislosti na zrakové ztrátě, k různě velké míře informačního deficitu, protože většina vjemů, které člověk přijímá, má zrakový charakter. Ovlivněna je prostorová orientace, pohyb jako takový, vývoj senzomotoriky, sociální vztahy a interpersonální komunikace – tedy i komunikace mezi osobou se zrakovým postižením a sestrou (Martinková et al, 2010, s. 69, 70, 72).

Lidé, kteří úplně nebo částečně ztratili zrak, se nemusí objevit jen na oddělení či ambulanci, které přímo souvisí s jejich zrakovým deficitem (oftalmologie), ale i kdekoliv jinde v nemocnici, protože potřebují péči jako kdokoli jiný (praktický lékař, jiná specializovaná pracoviště). Mladí zdravotničtí pracovníci, tudíž i všeobecné a praktické sestry nevyjímaje, udávají nervozitu, pokud mají komunikovat s postiženým pacientem, a nevidomí pacienti potvrzují problémy ve vzájemné komunikaci ve zdravotnických zařízeních. Během kontaktu s nevidomým je dobré řídit se stejnými pravidly jako při styku s ostatními, ale nezapomínat, že nevidomý pacient vnímá svět jinak (Linhartová, 2007, s. 79-80).

První kontakt s nevidomým pacientem by měla iniciovat sestra, a to nejdříve oslovením pacienta, poté následným dotykem, představením sebe sama – důležité je i oznámení pracovního zařazení, tedy že pacient v tuto chvíli mluví se sestrou, nikoliv s lékařem. Při prvním seznámení se nemusí vyhýbat podání ruky, je však důležité slovně upozornit pacienta („Dobrý den pane Nováku, podávám vám ruku“). Pokud pacient nezareaguje a ruku nepodá, je nevhodné se snažit jej násilím za ruku chytit a pozdrav si takto vynutit. Sestra by se měla vyvarovat nečekaným dotykům bez předchozího oslovení nebo upozornění. Naopak při odchodu z místnosti nezapomenout oznámit pacientovi, že ukončuje konverzaci a odchází, čímž nepřipraví pacientovi nepříjemný zážitek, pokud by chtěl v komunikaci stále pokračovat. (Slowík, 2010, s. 70, Michalík, 2011, s. 316).

Vhodné je pacienty objednávat do ordinací či na vyšetření na přesný čas a ten, pokud možno, dodržet. Ve zdravotní kartě by nemělo chybět označení stupně zrakového postižení a bezmocnosti, a to od praktické nevidomosti až po úplnou závislost na druhé osobě (Linhartová, 2007, s. 82).

Pokud nás pacient požádá o přečtení jakéhokoliv dokumentu, nebo naopak si sám potřebuje zapsat důležité informace, jako je ordinační doba či termín kontroly, vyžaduje to více času a přizpůsobit tomu i termín objednání do ordinace. Při čtení informací pacientovi by sestra neměla číst to, co ona sama považuje za důležité a vynechávat podle ní zbytečné informace, protože naopak nevidomý pacient tyto zbytečné informace může považovat za důležité (Michalík, 2011, s. 320).

Je chybné domnívat se, že pacient se zrakovým deficitem bude mít vždy u sebe tmavé brýle a bílou hůl. Zmást mohou dioptrické brýle, protože i ty nevidomí nosí a simulují zrak (Linhartová, 2007, s. 83).

Jednou z kompenzačních „pomůcek“ nevidomého pacienta je vodící pes. Pokud pacient má svého vodícího psa, který ho doprovází, je samozřejmostí, že jej bude doprovázet i na vyšetření do nemocnice. Úkolem sestry není zakázat vstup vodícího psa do ambulance či na oddělení, ale tím

veškerá iniciativa končí. Je nevhodné si psa nějak všímat, hladit ho, volat k sobě, krmit bez vědomí majitele, manipulovat s ním a jinak rozptylovat od jeho činnosti (Janáčková, Weiss, 2008, s. 127, Michalík, 2011, s. 320).

Pokud má nevidomý v nemocnici s sebou doprovod, je nevhodné všechny informace a dotazy směřovat na doprovod, a nikoliv na pacienta. Pacient si sám může určit, zda při vyšetření chce doprovod u sebe a zdravotnický personál by měl tuto skutečnost respektovat. Při vstupu do místnosti vchází vždy první doprovod a nevidomý až za ním. Sestra i lékař musí během komunikace udržovat oční kontakt výhradně s pacientem, protože ten podle sluchu pozná, zda má osoba, která s ním komunikuje, odkloněnou hlavu směrem od něj, a vnímá to stejně urážlivě jako kdokoliv jiný (Linhartová, 2007, s. 84).

Vzhledem k tomu, že sluch do jisté míry kompenzuje zrak nevidomého pacienta, je tento pacient velmi citlivý na změny v tónu hlasu a z konverzace snadno pozná jen po sluchu, zda dotyčný, který s ním hovoří, se usmívá, mračí, je nesoustředěný nebo vůbec o rozhovor nemá zájem a může to velmi komplikovat celou komunikaci (Slowík, 2010, s. 70).

Během komunikace se není třeba obávat z vyslovení nevhodných slov a narušit tím celou plynulost rozhovoru. Nevidomý se stejně jako kdokoli jiný setkává už od narození s pojmy „uvidíme, jdeme se na to podívat“, tudíž není třeba být během rozhovoru nervózní s vyslovení špatných frází a uvedení do rozpaků pacienta i sebe. Na co je však třeba dávat pozor je vyslovení neurčitých pojmů jako „támhle ta postel, sem se posaďte“ apod., tyto fráze je nutné nahradit přesnějšími pojmy. Pokud je potřeba aby se pacient posadil, měla by sestra zvolna vzít jeho ruku a položit ji na místo k posazení. Stejně tak v případě, kdy potřebuje, aby přesunul na jiné místo musí pacienta nejdříve informovat a až poté jej přivést, nepostrkovat ani táhnout silou na místo (Martinková et al, 2010, s. 75).

Sestra se již od začátku učí, že nejdůležitější a čím začít vždy u každého úkonu, je vysvětlení pacientovi, co ho čeká, tedy popis každého léčebného či terapeutického výkonu. U nevidomých je toto o to víc důležité, protože situaci nemohou sledovat očima, ale spoléhají na sluch a hmat, proto by sestra krom vysvětlení výkonu měla, pokud to je možné, nechat pacienta např. osahat manžetu tonometru, fonendoskop apod. (Linhartová, 2007, s. 84).

Při vstupu do pokoje pacienta se musí sestra představit vždy, nejen při prvním kontaktu, pouhé „To jsem zase já“ nevidomému nic neřekne, protože sestra nejen, že ho neoslovila jménem, takže neví, že jde přímo za ním, ale vypovídající hodnotu má pro něj i to, kdo za ním jde, zda sestra, lékař apod. (Linhartová, 2007, s. 84).



Při doprovázení pacienta jde sestra o krok vpřed a pacient ji může držet buď na rameno nebo se lehce zavěsit do její paže, takto může snáze sledovat, kterým směrem se jde a lépe se vyhýbat překážkám. Nevhodné je nevidomého tlačit před sebou, táhnout v závěsu za sebou nebo jen držet za ruku (Slowík, 2010, s. 73).

Pokud doprovází sestra nevidomého pacienta a prochází dveřmi, je vhodné, pokud jde na straně kliky a pacient na straně pantů dveří. Sestra vchází první, otvírá dveře volnou rukou a rukou, kterou provází, pokládá pacientovu ruku na kliku, tudíž pacient může zavřít a procházení se nijak nekomplikuje otáčením, vracením apod. Aby se obyčejné dveře nestaly překážkou pro nevidomého člověka, musí zůstat buď úplně otevřené, nebo zavřené, nic mezi tím. Před chůzí do schodů sestra upozorní, zda se jedná o schody nahoru či dolů, umožní jít pacientovi na straně zábradlí a vždy před posledním schodem mírně zpomalit, aby upozornila na konec schodiště (Michalík, 2011, s. 324-325).

Vede-li sestra nevidomého pacienta na toaletu, a tento pacient nemá žádná jiná fyzická či mentální postižení, stačí ho přivést ke kabince a informovat její, jak je toaleta a umyvadlo umístěno, a kde se nachází splachovadlo (Michalík, 2011, s. 324).

Není na místě s nevidomým hovořit pomalu, hlasitě, zřetelně a zjednodušeně, jako to platí u neslyšících, pokud nevidomý pacient slyší normálně, může s ním sestra hovořit jako s kýmkoliv jiným. Nemusí však každé ticho násilně vyplňovat slovy a ani naopak být příliš potichu pokud se okolo nevidomého pohybuje, mohla by ho tím polekat. Co je žádoucí během rozhovoru je odstranit nežádoucí hluk v okolí, mohl by pacientovi znepříjemnit a znesnadnit komunikaci, na kterou by se nemohl dostatečně soustředit kvůli rušivým podnětům (Slowík, 2010, s. 73).

Z dalších „maličkostí“, které by mohla sestra udělat, aby nevidomému usnadnila hospitalizaci, je důležité zmínit např. odstranění překážek a bariér, které by mohly pacientovi znesnadnit i jen cestu z pokoje na toaletu, např. otevřená dvířka skříně, vysunutá šuplíky, odsunutá židle od stolu. Dále by měla popsat důkladně prostřední pokoje, pokud je tato možnost tak uložit pacienta na lůžko co nejbližší dveřím z pokoje. Slabozraký pacient ocení kontrastní (barevný) hrníček namísto průhledné skleničky nebo misku místo plytkého talíře, ze kterého by se mu hůře jedlo jídlo příborem (Slowík, 2010, s. 69, 74, Michalík, 2011, s. 290).

Osobní věci nevidomého pacienta by sestra neměla nijak přerovnávat nebo uklízet bez jeho vědomí, pacient si přesně pamatuje tak jak si je urovnal a kde jakou věc v nočním stolku hledat, v tomto případě by mohla iniciativa zdravotnického pracovníka akorát uškodit – např. odložení bílé hole mimo dosah pacienta (Janáčková, Weiss, 2008, s. 127).

Nevidomého pacienta by měla sestra přijmout jako normálního člověka se svými specifiky a nejednat s ním jako s někým méně inteligentním, naopak co nejvíce přirozeně a bez ostychu. Snaha pomoci nevidomému pacientovi by měla být vždy vhodně nabídnuta – pacient by měl dostat možnost volby a sám se rozhodnout, zda pomoc potřebuje. Sestra by se neměla vnucovat a pokud pacient pomoc odmítne přijmout to (Slowík, 2010, s. 69, 74, Michalík, 2011, s. 316).

Při konverzaci s nevidomým pacientem je dobré držet se několika zásad. Prvně si uvědomit, s kým sestra mluví, jestli je to nevidomé dítě či dospělý, jestli má nějaká další postižení (sluchová, mentální). Pokud sestra popisuje nějakou věc či činnost, musí si udělat obrázek o tom, jakou má pacient základní představu o věci, kterou popisuje a snažit se přirovnávat k věcem jemu už známým. Vhodné je nezahlcovat slovy a zcela vynechat pojmy „támhle ta postel“. Komunikace s nevidomým by měla vypadat jako dialog, ne pouhopouhé zahlčení pacienta informacemi. Sestra se musí nechat vést pacientem a on si posléze sám vybere důležité informace které chce popsat a které považuje za důležité. Celý proces komunikace vyžaduje spoustu času, který je třeba respektovat a vyhradit si jej, aby mezi sestrou a nemocným nedošlo k nedorozumění (Michalík, 2011, s. 329-330).

#### **1.3.2.1 Kompenzační pomůcky nevidomých**

Jedna z typických pomůcek nevidomých, ale i slabozrakých pacientů a pacientů se zbytky zraku je zajisté hůl, která má za „úkol“ nejen označit danou osobu jako osobu se zrakovým postižením, ale taky slouží k vyhledávání překážek, orientačních bodů v cestě a k opoře těla (Martinková et al, 2010, s. 80).

Dle vyhlášky č. 294 z roku 2015, paragraf č. 21, je nevidomá osoba označená bílou holí a osoba trpící hluchoslepotou holí s červenými a bílými pruhy a v obou případech musí být hůl označena reflexními prvky.

Bílá hůl může být dvojího provedení. Výrazně dlouhá, která neslouží k opírání, a kratší opěrná, pro lidi, kteří mají krom zrakového postižení i poruchu pohybového aparátu. Využití má vícero, nejenom, že člověk si pomocí ní „prohlíží“ okolí, aby se vyhnul překážkám, ale slouží i k orientaci a upozornění okolí, že majitel bílé hole má nějaké zrakové postižení. Bílou hůl nemusí používat jen nevidomý člověk, ale i slabozrací nebo lidé s kolísavým viděním. Průvodcem nevidomého člověka může být speciálně cvičení vodící pes, který informuje svého majitele o překážkách (Michalík, 2010, s. 292)

Mezi pomůcky, které pomáhají nevidomému člověku odstraňovat informační a komunikační bariéry patří mobilní telefony, který dokáží číst text, digitální čtecí zařízení, které dokážou předčítat

i celé knihy, tyflografické plánky a mapy pro orientaci v terénu, psací stroj pro záznam Braillova písma, tabulky pro ruční zápis Braillova písma. Braillovo písmo je systém 6 bodů zpracovaný v hmatové podobě, dají se s ním napsat nejen velká a malá písmena, ale i interpunkce, diakritika a znaky jako procento, písmena řecké abecedy apod. Braillovo písmo se dá přizpůsobit všem světovým jazykům včetně čínštiny a japonštiny. Slabozrakým pomáhají klasické či elektronické lupy, čtecí řádky nebo lišty sloužící k udržení směru psaní, barevné čtecí folie (Michalík, 2011, s. 334, Martinková et al, 2010, s. 82).

Kompenzační pomůcky pro slabozrakého jsou v mnoha provedeních. Používají lupy nejen stolní ale i přenosné, které mohou nosit všude s sebou a slouží k dívání se do blízka. Obojí mohou být v provedení s osvětlením. Ke sledování vzdálených předmětů používají monokulár, kterým vidí předměty různě vzdálené a dokáží tlumit světlo, což ocení světloplachý pacient. Pro redukci nadměrného světla, UV záření a modré části vlnového spektra slouží filtrové brýle. Tyto brýle pomáhají v orientaci v prostoru a k lepšímu čtení. Mezi modernější pomůcky patří elektronické lupy pro slabozraké v různých velikostech a provedeních, aby jejich ovládání zvládl každý. Pro nevidomé a slabozraké slouží i stolní počítače nastavené přímo pro ně, které ovládají pomocí klávesových zkratk nebo hlasem (Bubeníčková et al, 2012, s. 1-43).

## 2. PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část práce obsahuje průzkumné otázky, metodiku průzkumu a analýzu získaných dat.

### 1.4 Průzkumné otázky

1. Jaké znalosti mají respondenti v oblasti komunikace s pacientem se sluchovou a zrakovou bariérou a liší se jejich znalosti v souvislosti s jejich dosaženým vzděláním?
2. Jaké prostředky používají respondenti pro komunikaci s pacientem se sluchovou bariérou?
3. Jak respondenti subjektivně hodnotí náročnost komunikace s pacientem se sluchovou a zrakovou bariérou?
4. Co respondenti udávají jako největší problém v oblasti komunikace s pacientem se smyslovou bariérou?
5. Co bylo pro respondenty největším zdrojem informací ohledně zásad komunikace s pacientem se smyslovou bariérou?

### 1.5 Metodika průzkumu

Tato práce je teoreticko-průzkumná. K sběru dat do průzkumné části byla využita kvantitativní metoda – dotazník. Data získaná pomocí kvantitativní metody jsou měřitelná, tříditelná a analyzují se statistickými metodami z důvodu ověření platnosti představ o výskytu nějakých zkoumaných fenoménů. Analýza dat je rychlá a získávání údajů je standardizované (Reichel, 2009, s. 40).

Dotazník je velmi častá metoda sběru dat, kdy je nejvíce využívána jeho strukturovaná podoba. Ta je charakteristická pořadím otázek, na které má respondent odpovědět, má vzhled „formuláře“ (Reichel, 2009, s. 118-119).

Dotazník vlastní tvorby sestavený pro získání dat k vypracování této práce se skládá z 24 otázek. 20 otázek je uzavřených, kdy má respondent na výběr z několika odpovědí, u 6 otázek má na výběr pouze ze dvou odpovědí, u 13 otázek z více odpovědí a jedna otázka se skládá z odpovědí, které se podle uvedené stupnice číslují. 1 otázka v dotazníku je otevřená a odpovědi do ní respondenti dopisují, 3 otázky jsou polouzavřené a respondent má buď na výběr z nabízených odpovědí nebo může svoji odpověď dopsat. Prvních 5 otázek je identifikačního charakteru, kde se zjišťuje pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a četnost se kterou se respondenti setkávají s pacientem se smyslovou bariérou, dalších 10 otázek je znalostních, pomocí kterých se zjišťují znalosti respondentů o specifikách komunikace s pacienty se smyslovou bariérou. Celé znění dotazníku je v příloze A.

Všechna data získaná do průzkumu byla zpracována prostřednictvím programu Microsoft Office Word 2019 a Microsoft Office Excel 2019. Data byla zanesena do grafů a tabulek.

### **1.5.1 Technika sběru dat**

Samotnému průzkumnému šetření předcházel pilotní průzkum, kdy bylo 5 dotazníků rozdáno sestřím v mém okolí, po jejich vyplnění byl dotazník upraven pro lepší srozumitelnost a dosažení vyšší vypovídající hodnoty odpovědí. Sestry nejčastěji udávaly, že nerozumí znění otázky nebo navrhly další možnosti nabízených odpovědí. U otázky č. 16 jsem po pilotáži doplnila možnost volby prstové abecedy jako způsobu komunikace s nedoslýchavým pacientem a upravila nějaké gramatické chyby na které mě respondentky upozornily.

Sběr dat pomocí dotazníků probíhal od 1. prosince 2019 do 5. února 2020. Před zahájením průzkumného šetření byla podána žádost do nemocnice krajského typu o povolení průzkumného šetření na vybraných odděleních a klinikách. Po udělení souhlasu s průzkumem byly dotazníky rozdány na oddělení v tištěné formě, u každého vyplňování dat do dotazníku jsem byla přítomna vzhledem k charakteru otázek a zachování kvality vyplňovaných dat. Respondenti po vyplnění dotazník vložili do papírového boxu z důvodu zachování anonymity. Všichni respondenti obdrželi písemné informace o době archivace dotazníků, která činí dva roky, a kontakt na autora práce. Bylo rozdáno 60 dotazníků z čehož se vrátilo 55, návratnost tedy činí 83 %. Z průzkumu bylo vyřazeno 5 dotazníků z důvodu chybějících odpovědí, celkový počet byl tedy 50 dotazníků.

### **1.5.2 Charakteristika průzkumného vzorku**

Průzkumný vzorek zahrnují praktické a všeobecné sestry pracující na lůžkových a ambulantních pracovištích nemocnice krajského typu a ve své praxi se setkávají s pacienty se smyslovou bariérou. Pro zařazení do průzkumu nebylo rozhodující pohlaví, průzkumného šetření se však zúčastnily jen ženy. Nejvíce sester bylo ve věku od 36 do 45 let.

## 1.6 Analýza a prezentace výsledků

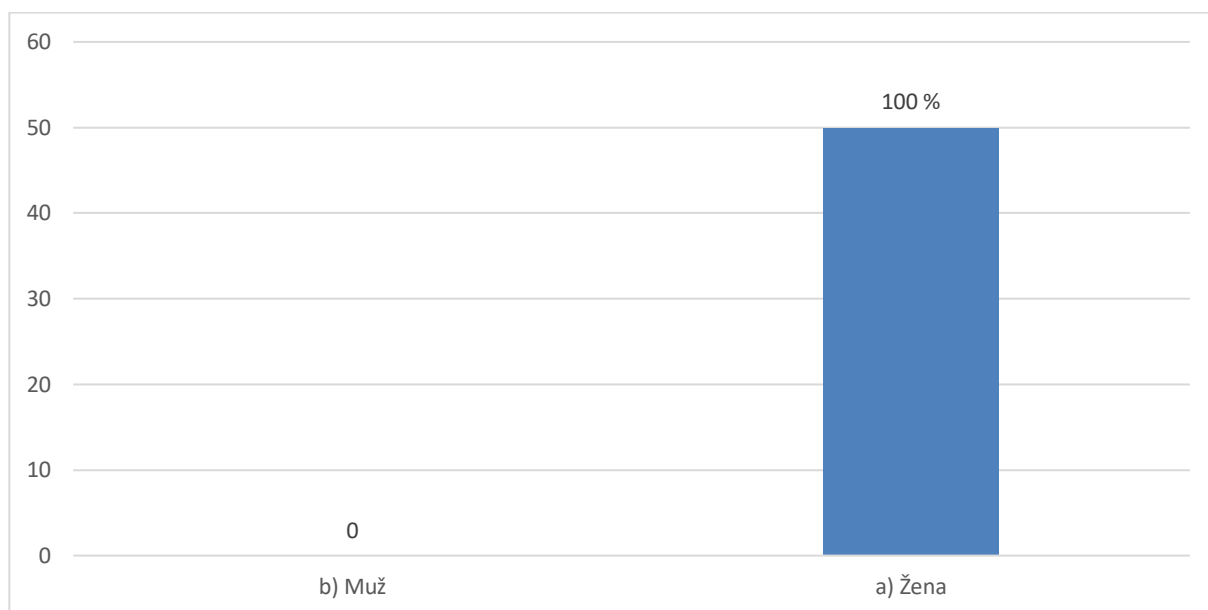
Tato kapitola obsahuje analýzu výsledků dotazníkového šetření. Data jsou zpracovaná do tabulek nebo koláčových a sloupcových grafů.

### Otázka č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?

a) Muž

b) Žena



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

### Obrázek 1 Pohlaví respondentů

Obrázek 1 zobrazuje, jaké je pohlaví respondentů. Dotazník vyplnilo 50 žen (100 %) z celkového počtu 50 respondentů (100 %).

## Otázka č. 2

Kolik Vám je let?

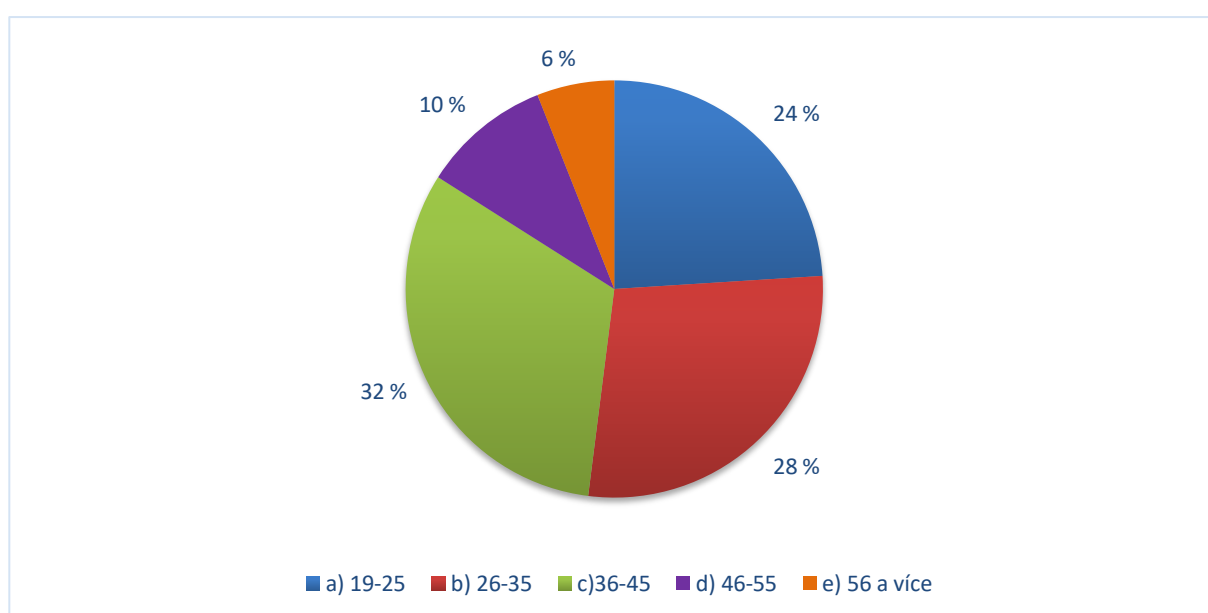
a) 19-25

b) 26-35

c) 36-45

d) 46-55

e) 56 a více



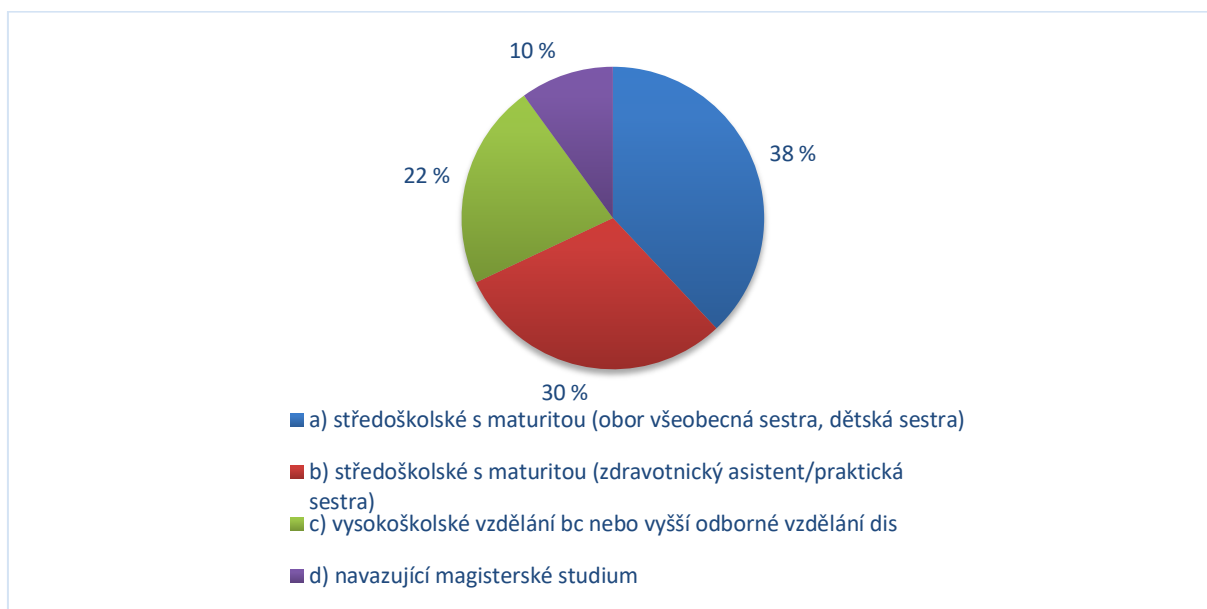
**Obrázek 2** Věk respondentů

Obrázek 2 graficky uvádí věkové rozmezí respondentů, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Nejvíce respondentek bylo ve věku od 36 do 45 let, a to konkrétně 16 (32 %). Druhou nejpočetnější skupinou zahrnující 14 respondentek (28 %) byly respondentky ve věku od 26 do 35. Hned po nich v počtu 12 respondentek (24 %) byly respondentky ve věkové kategorii od 19 do 25 let. 5 respondentek uvedlo, že jejich věk je v rozmezí od 46 do 55 což je 10 % z celkového počtu. Nejméně respondentek, tedy 3 (6 %), bylo ve věku od 56 let.

### Otázka č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské s maturitou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra)
- b) Středoškolské s maturitou (obor Zdravotnický asistent/Praktická sestra)
- c) Vysokoškolské vzdělání (Bc.) nebo vyšší odborné vzdělání (DiS.)
- d) Navazující magisterské studium
- e) Doktorské studium
- f) jiné:



**Obrázek 3** Vzdělání respondentů

Obrázek 3 graficky znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce udávaly respondentky vzdělání v oboru všeobecná sestra zakončené maturitou (SZŠ-VS), celkově to bylo 19 odpovědí (38 %). Druhou odpověď, tedy středoškolské vzdělání zakončené maturitou v oboru zdravotnický asistent/praktická sestra (SZŠ-PS) zvolilo 15 respondentek (30 %). Vzdělání v oboru všeobecná sestra ukončené na vysoké škole či vyšší odborné škole (Bc./DiS.) zvolilo 11 respondentek (22 %). 5 respondentek (10 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání navazující magisterské studium (Mgr.). Žádná respondentka nezvolila možnost doktorského studia nebo jinou z nabízených možností.



#### Otázka č. 4

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 2 Délka praxe ve zdravotnictví

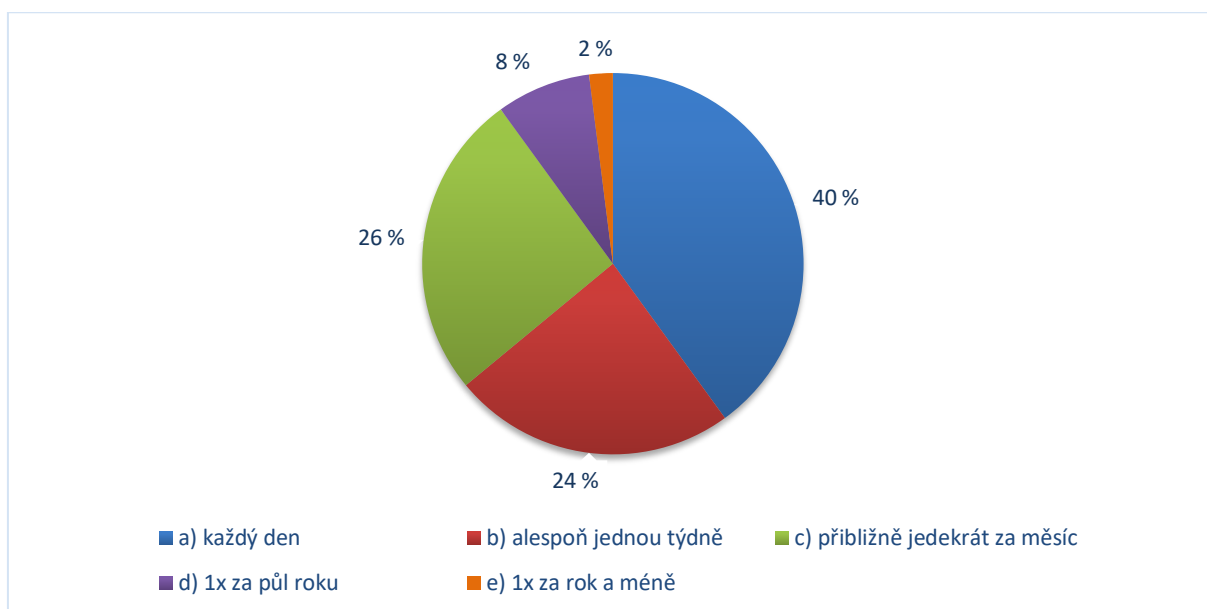
| Časové rozmezí praxe | Absolutní četnost ( $n_i$ ) | Relativní četnost ( $f_i$ ) |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 0–5 let              | 16                          | 32 %                        |
| 6–10 let             | 7                           | 14 %                        |
| 11–15 let            | 7                           | 14 %                        |
| 16–20 let            | 3                           | 6 %                         |
| 21–25 let            | 7                           | 14 %                        |
| 26–30 let            | 6                           | 12 %                        |
| 31–35 let            | 3                           | 6 %                         |
| 36 let a více        | 1                           | 2 %                         |
| <b>Celkem</b>        | 50                          | 100 %                       |

Tabulka 2 zobrazuje odpovědi na otázku, jak dlouho respondenti pracují ve zdravotnictví. Tato otázka byla otevřená, tudíž respondenti odpověď na otázku sami dopisovali a pro lepší přehlednost odpovědí byla vytvořena tabulka 2, jednotlivé odpovědi na otázku č. 4 jsou uvedeny v příloze B. Průměrná doba práce ve zdravotnictví byla 14,27 let, nejdelší praxe ve zdravotnictví byla 36 let, nejkratší doba byla skoro jeden rok. Praxi ve zdravotnictví v rozmezí od 0 do 5 let má 16 respondentů (32 %), v rozmezí do 6 do 10 let má 7 respondentů (14 %), v rozmezí od 11 do 15 let má praxi 7 respondentů (14 %), v rozmezí od 16 do 20 let mají 3 respondenti (6 %), 7 respondentů (14 %) pracuje ve zdravotnictví v časovém rozmezí od 21 do 25 let, ve věkovém rozmezí od 26 do 30 let pracuje ve zdravotnictví 6 respondentů (12 %), 3 respondenti (6 %) pracují ve zdravotnictví v časovém úseku od 31 do 35. Jeden respondent (2 %) pracuje ve zdravotnictví více než 35 let, konkrétně 36 let.

### Otázka č. 5

Jak často se ve svém zaměstnání setkáváte s pacientem s různým stupněm zrakového či sluchového postižení?

- a) Každý den
- b) Alespoň jednou týdně
- c) Přibližně jedenkrát za měsíc
- d) 1x za půl roku
- e) 1x



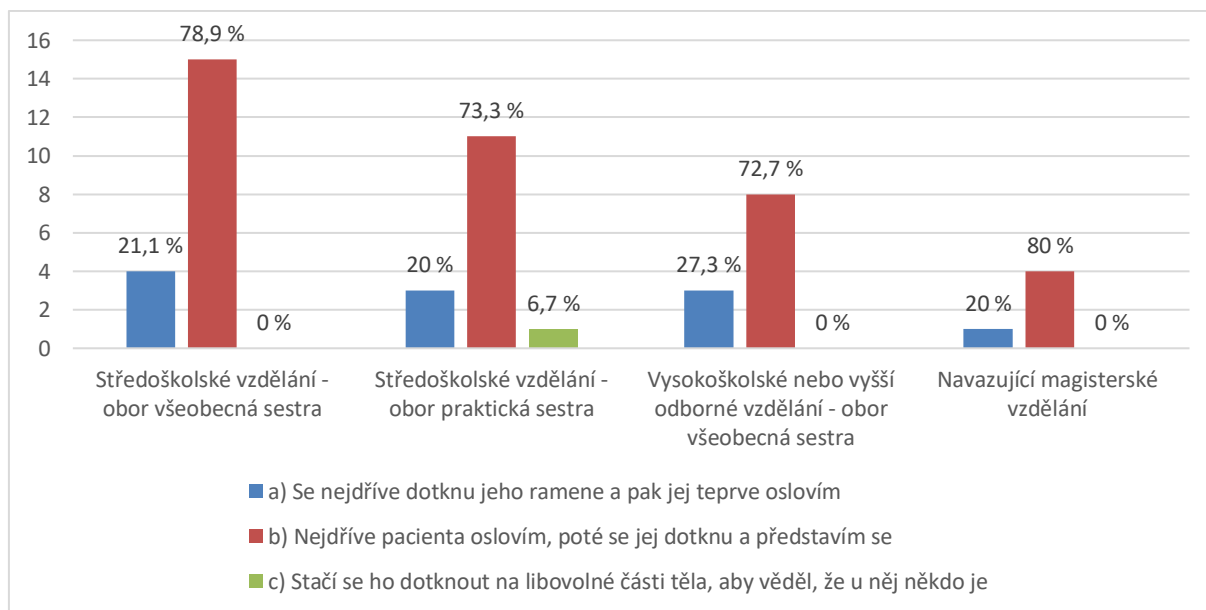
**Obrázek 4 Kontakt s pacienty se smyslovou bariérou**

Graf na obrázku 4 ukazuje četnost, s jakou se setkávají sestry ve svém zaměstnání s pacienty s různým stupněm zrakového nebo sluchového postižení. Až 40 % respondentů (20 odpovědí) udalo, že se s takovými pacienty setkávají každý den. Alespoň jednou týdně se s takovými pacienty setkává 12 respondentů (24 %), jedenkrát do měsíce 13 respondentů (26 %), jednou za půl roku se s nimi setkávají 4 respondenti (8 %) a jedna respondentka uvedla, že se s nimi setkává jednou do roka a méně (2 %).

## Otázka č. 6

Při zahájení komunikace s nevidomým/slabozrakým pacientem...

- Se nejdříve dotknu jeho ramene a pak jej teprve oslovím
- Nejdříve pacienta oslovím, poté se jej dotknu a představím se
- Stačí se ho dotknout na libovolné části těla, aby věděl, že u něj někdo je



Obrázek 5 Zahájení komunikace

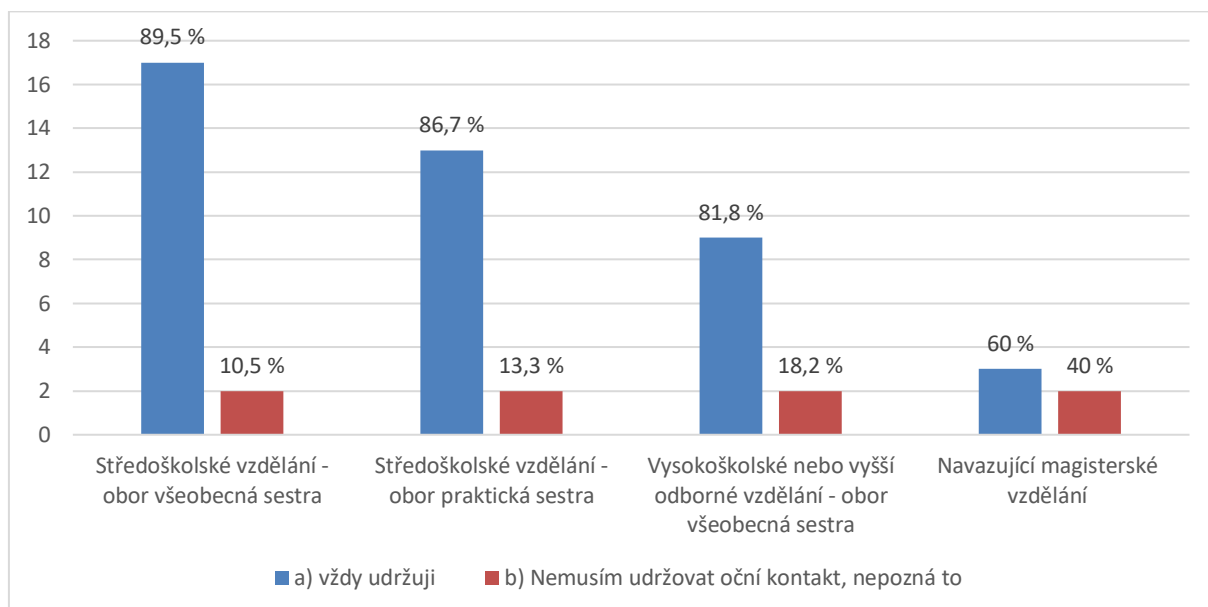
Na obrázku 5 jsou znázorněny odpovědi na otázku, jak sestry zahájí komunikaci s nevidomým pacientem. Z celkového množství 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS odpovědělo 15 respondentů (78,9 %) správně, že pacienta nejdříve osloví a poté se jej dotknou, 4 respondenti (21,1 %) odpověděli špatně, že se pacienta nejdříve dotknou a poté jej osloví. Z celkového množství 15 (100 %) respondentů se SZŠ vzděláním v oboru PS odpovědělo 11 (73,3 %) správně, že pacienta nejdříve osloví a poté se jej dotknou, 3 respondenti (20 %) odpověděli špatně, že se pacienta nejdříve dotknou a poté jej osloví, 1 respondent (6,7 %) uvedl, že se stačí pacienta jen dotknout na libovolné části těla, aby věděl, že u něj někdo je. Z celkového množství 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. odpovědělo správně, že pacienta nejdříve osloví a poté se jej dotknou 8 respondentů (72,7 %), 3 respondenti (27,3 %) odpověděli špatně, že se nejdříve dotknou pacienta a poté jej osloví. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. vzděláním odpověděli 4 (80 %) správně, že nejdříve pacienta osloví a poté se jej dotknou, jeden respondent (20 %) uvedl možnost, že se pacienta nejdříve dotkne a poté jej osloví. Z toho vyplývá, že nejvíce tyto pravidla znají respondenti s Mgr. a SZŠ-VS.

## Otázka č. 7

S nevidomým/slabozrakým člověkem oční kontakt...:

a) vždy udržuji

b) Nemusím udržovat oční kontakt, nepoznává to



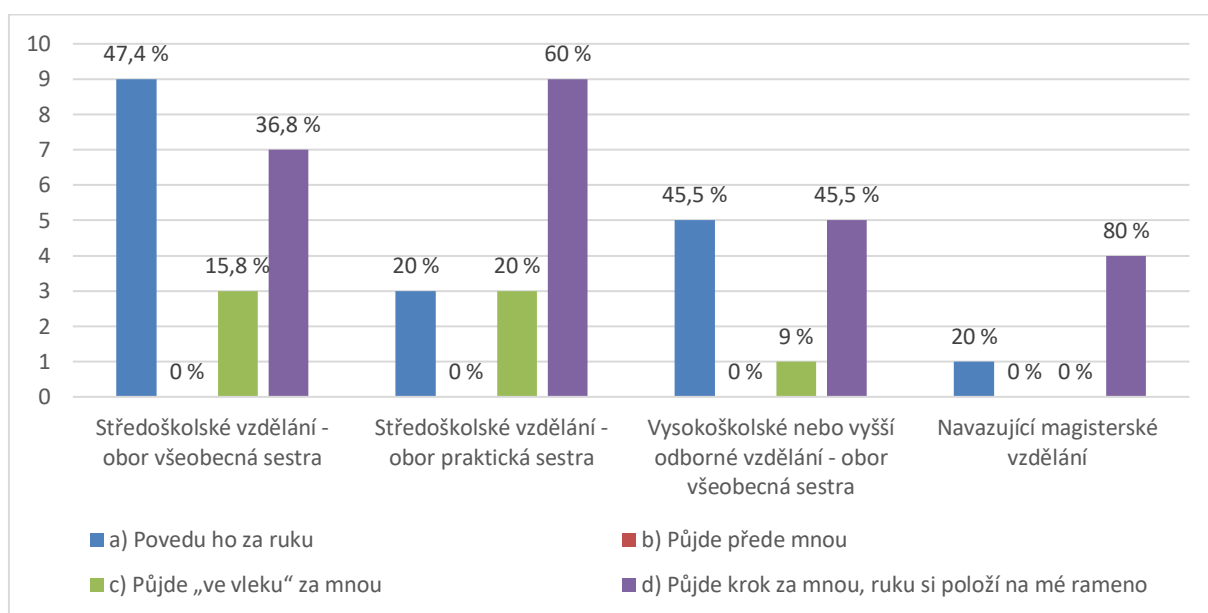
**Obrázek 6 Oční kontakt**

Obrázek 6 zobrazuje, zda respondenti udržují oční kontakt s nevidomým pacientem. Z celkového množství 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS odpovědělo 17 (89,5 %) správně, že udržují oční kontakt s nevidomým pacientem, 2 respondenti (10,5 %) odpověděli špatně, že nemusí udržovat oční kontakt. Z celkového množství 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS odpovědělo správně 13 (86,7 %), že oční kontakt udržují, 2 respondenti (13,3 %) odpověděli špatně, že oční kontakt udržovat nemusí. Z 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedlo správně 9 respondentů (81,8 %), že oční kontakt udržují, špatnou odpověď zvolili 2 respondenti (18,2 %). Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. odpověděli správně 3 (60 %), že oční kontakt udržují, špatně odpověděli 2 respondenti (40 %).

## Otázka č. 8

Pokud vedu nevidomého/slabozrakého, vedu ho tak, že:

- a) Povedu ho za ruku
- b) Půjde přede mnou
- c) Půjde „ve vleku“ za mnou
- d) Půjde krok za mnou, ruku si položí na mé rameno



**Obrázek 7 Provázení pacienta**

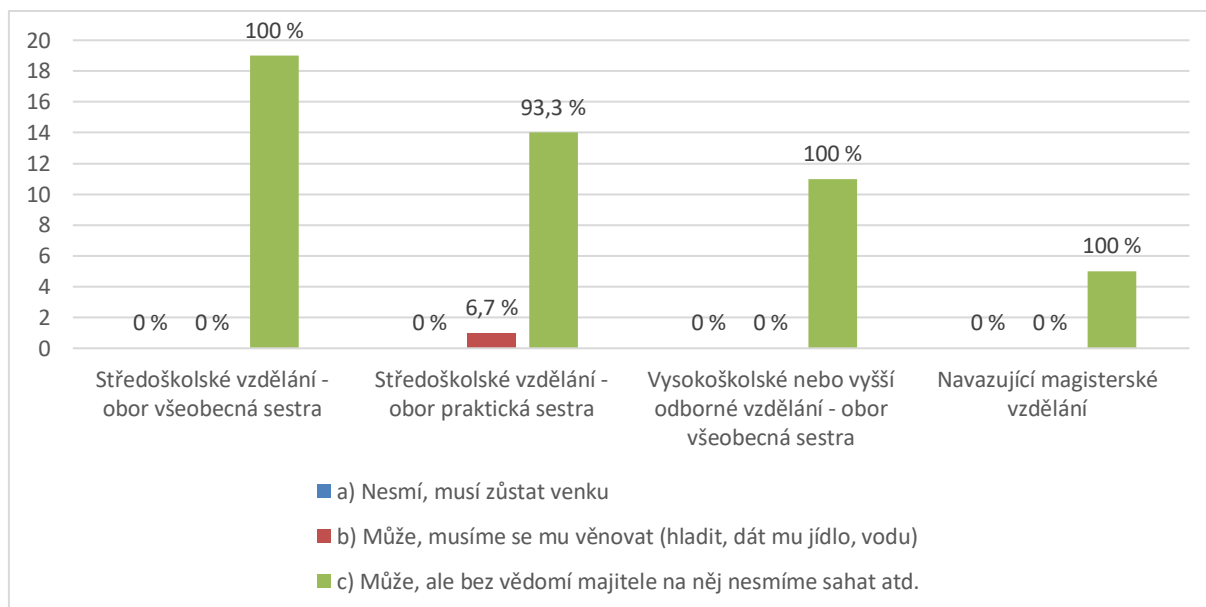
Obrázek 7 popisuje odpovědi na otázku, jak respondenti povedou nevidomého pacienta. Z 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS odpovědělo 7 respondentů (36,8 %) správně, že povedou pacienta tak, že půjde krok za nimi a ruku si položí na jejich rameno, 9 (47,4 %) odpovědělo chybně, že povedou pacienta za ruku a 3 odpověděli (15,8 %) chybně, že půjde pacient ve vleku za nimi. Z počtu 15 (100 %) respondentů se SZŠ vzděláním v oboru PS uvedlo 9 (60 %) správnou odpověď, že pacient půjde krok za nimi, 3 respondenti (20 %) uvedli chybně, že pacienta povedou za ruku a 3 respondenti (20 %) uvedli chybně, že pacient půjde ve vleku za nimi. Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedlo 5 respondentů (45,5 %) správně, že pacient půjde krok za nimi, 5 respondentů (45,5 %) uvedlo chybně, že pacienta povedou za ruku, 1 respondent (9 %) chybně uvedl, že pacient půjde ve vleku za nimi. Z 5 respondentů (100 %) s Mgr. uvedli správně 4 (80 %), že pacient půjde krok za nimi, 1 respondent (20 %) chybně uvedl, že pacienta povede za ruku. Nikdo z respondentů neuvvedl odpověď, že pacient půjde před nimi. Z těchto údajů vyplývá, že nejvíce tato doporučení znají

absolventky oboru praktická sestra, sestrám se SZŠ vzděláním v oboru VS tato doporučení naopak dělala problém.

## Otázka č. 9

Slepecký pes nevidomého pacienta do nemocnice:

- a) Nesmí, musí zůstat venku
- b) Může, musíme se mu věnovat (hladit, dát mu jídlo, vodu)
- c) Může, ale bez vědomí majitele na něj nesmíme sahat atd.



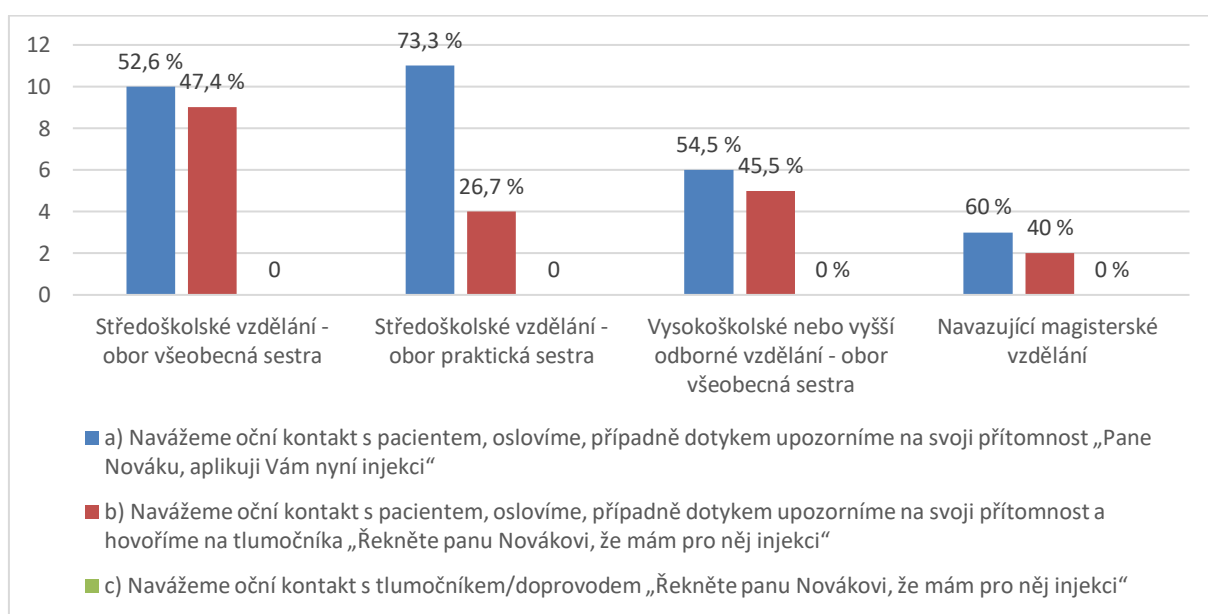
**Obrázek 8** Vodící pes

Graf na obrázku 8 zobrazuje odpovědi na otázku, zda vodící pes nevidomého pacienta smí do nemocnice. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS uvedlo správně všech 19 (100 %), že vodící pes do nemocnice smí, ale bez vědomí majitele na něj nesmíme sahat atd. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS uvedlo 14 (93,3 %) správně, že vodící pes do nemocnice smí, ale nesmí se jej dotknout, pouze jeden respondent (6,7 %) uvedl chybně, že vodící pes do nemocnice smí ale musí se mu věnovat. Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedlo všech 11 (100 %) správně, že vodící pes do nemocnice smí ale nesmí se mu věnovat, stejně tak uvedlo z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. tuto správnou odpověď všech 5 (100 %). Nikdo z respondentů neuvedl, že vodící pes do nemocnice nesmí. Z těchto výsledků vyplývá, že naprostá většina respondentů, až na jednoho, toto pravidlo zná.

## Otázka č. 10

Pokud má nevidomý/neslyšící pacient tlumočnicka/doprovod, hovoříme s ním tímto způsobem:

- Navážeme oční kontakt s pacientem, oslovíme, případně dotykem upozorníme na svoji přítomnost „Pane Nováku, aplikuji Vám nyní injekci“
- Navážeme oční kontakt s pacientem, oslovíme, případně dotykem upozorníme na svoji přítomnost a hovoříme na tlumočnicka „Řekněte panu Novákovi, že mám pro něj injekci“
- Navážeme oční kontakt s tlumočnickem/doprovodem „Řekněte panu Novákovi, že mám pro něj injekci“



**Obrázek 9 Komunikace s pacientem v přítomnosti tlumočnicka**

Obrázek 9 zobrazuje odpovědi na otázku, jak nejlépe komunikovat s pacientem, který má s sebou doprovod. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS uvedlo 10 (52,6 %) správnou odpověď, že navážou kontakt s pacientem a přímo s ním i mluví, 9 respondentů (47,4 %) uvedlo chybně, že navážou kontakt s pacientem, ale mluví k tlumočnickovi. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS uvedlo 11 (73,3 %) správně, že navážou kontakt i mluví přímo s pacientem, 4 respondenti (26,7 %) uvedli špatně, že navážou kontakt s pacientem, ale mluví k tlumočnickovi. Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedlo správně 6 (54,5 %), že navážou kontakt i mluví přímo s pacientem, 5 respondentů (45,5 %) uvedlo chybně, že navážou kontakt s pacientem, ale mluví k tlumočnickovi. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. uvedli 3 (60 %) správně, že navážou kontakt i mluví přímo s pacientem, 2 respondenti (40 %) uvedli chybně, že navážou kontakt s pacientem, ale mluví



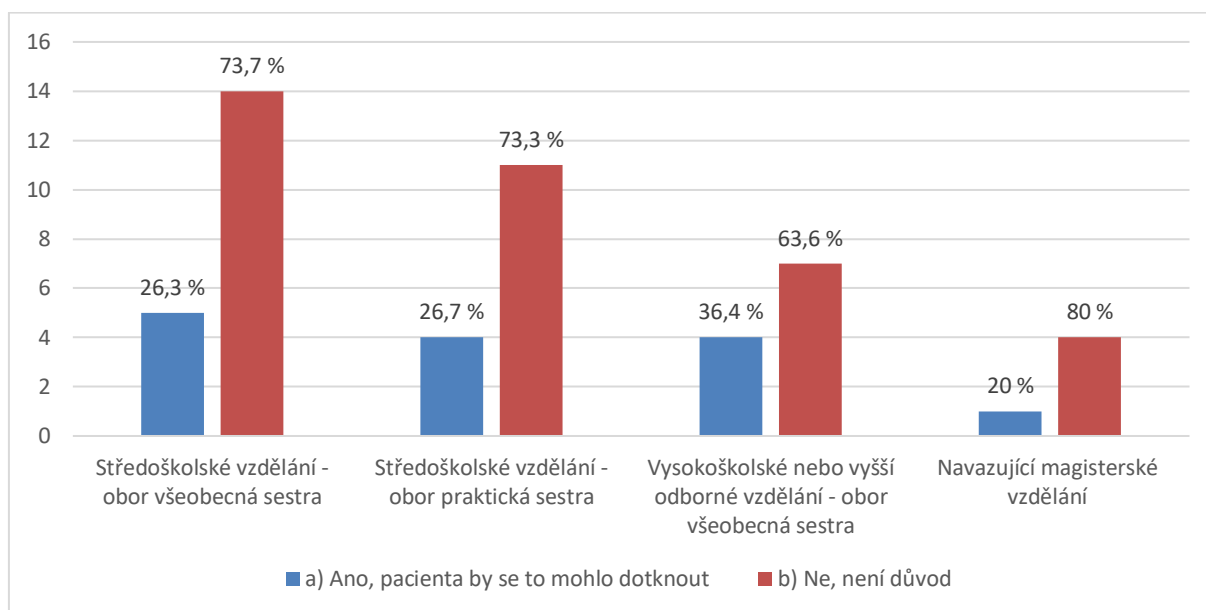
k tlumočnickovi. Nikdo z respondentů neved nabízenou odpověď, že navážou oční kontakt i mluví přímo k tlumočnickovi. Z těchto výsledků vyplývá, že nejvíce tato doporučení znají respondenti se vzděláním v oboru praktická sestra.

## Otázka č. 11

Při komunikaci s pacientem se zrakovým postižením nesmím v žádném případě říkat slova jako „podívejte, uvidíme“.

a) Ano, pacienta by se to mohlo dotknout

b) Ne, není důvod



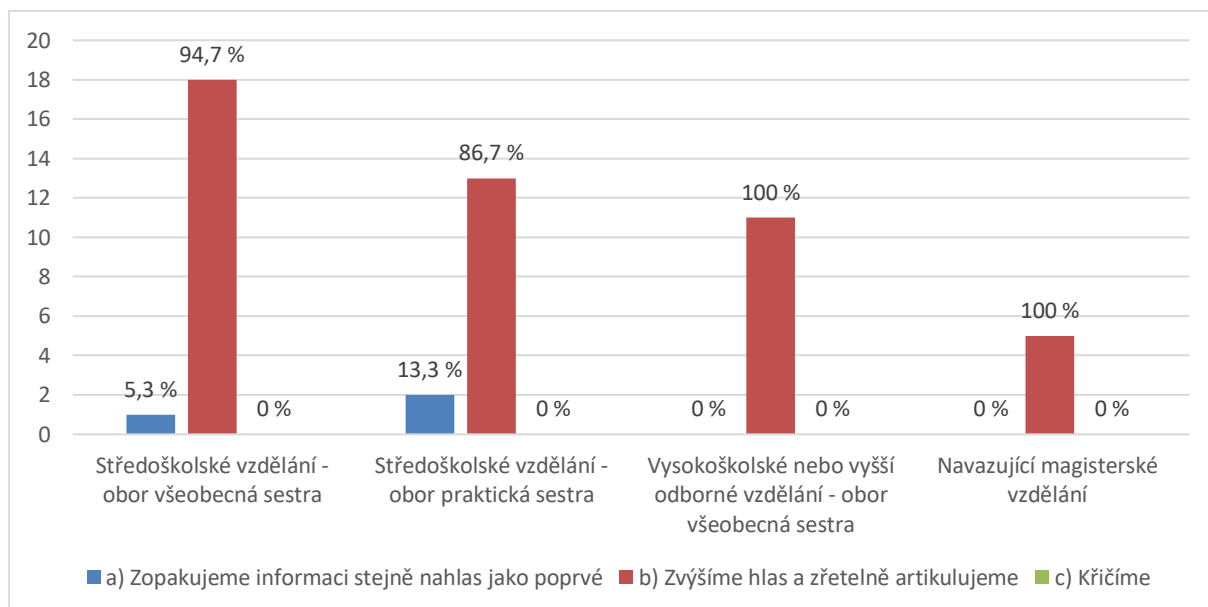
**Obrázek 10** Nevhodná slova během rozhovoru

Graf na obrázku 10 znázorňuje, zda respondenti nesmí před nevidomým pacientem užívat slova jako „podívejte se“ apod. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS uvedlo 14 (73,7) správně, že není důvod obávat se vyslovení těchto slov, 5 respondentů (26,3 %) uvedlo chybně, že nesmí tato slova vyslovit. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS uvedlo 11 (73,3 %) správně, že se nemusí obávat vyslovit tyto fráze, zatímco 4 respondenti (26,7 %) uvedli chybně, že by se vyslovení těchto slov mohlo pacienta dotknout. Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedlo správně 7 (63,6 %), že se nemusí obávat vyslovení slov „podívejte se, uvidíme“, 4 respondenti (36,4 %) chybně uvedli, že tato slova vyslovit nesmí. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. správně odpověděli 4 (80 %), že se nemusí obávat vyslovit slova „podívejte se, uvidíme“, 1 respondent (20 %) uvedl chybně, že tato slova vyslovit nesmí. Z těchto výsledků vyplývá, že nejvíce toto opatření znají respondenti se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra.

## Otázka č. 12

Pokud nás nedoslýchavý pacient špatně slyšel:

- a) Zopakujeme informaci stejně nahlas jako poprvé
- b) Zvýšíme hlas a zřetelně artikulujeme
- c) Křičíme



**Obrázek 11 Nedoslýchavý pacient**

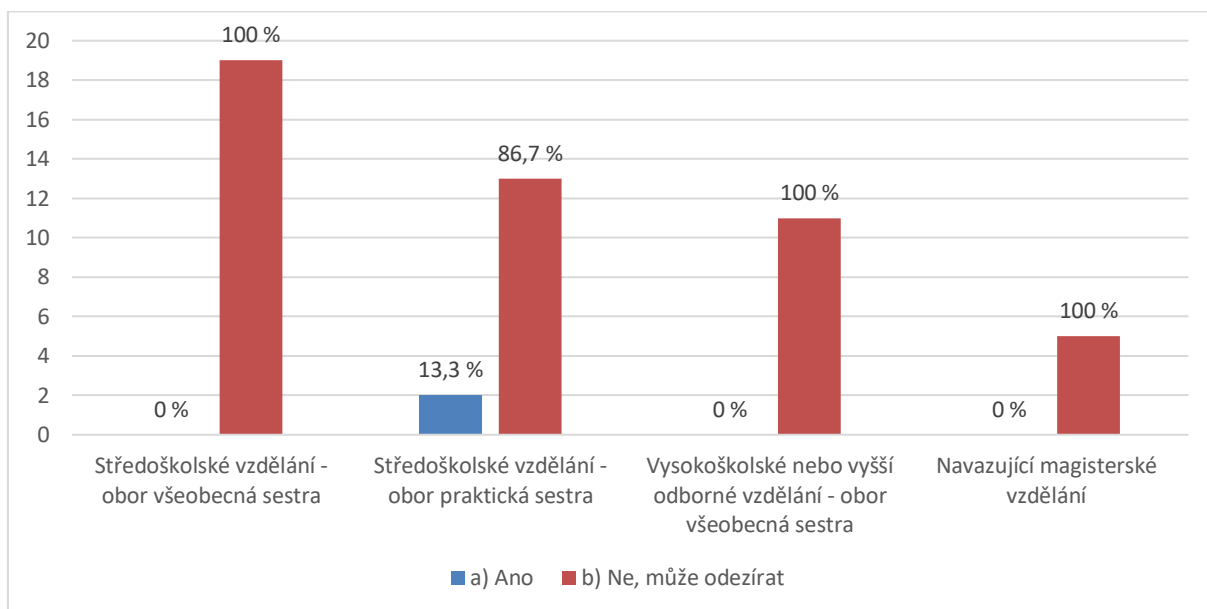
Graf na obrázku zobrazuje, jak nejlépe hovořit s nedoslýchavým pacientem, v případě, že informace nezaslechl na poprvé. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS správně odpovědělo 18 (94,7 %), že zvýší hlas a zřetelně artikulují, chybně zodpověděl pouze 1 respondent (5,3 %), že bude mluvit stále stejně nahlas jako poprvé. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS zodpovědělo 13 (86,7 %) správně, že zvýší hlas a zřetelně artikulují, 2 respondenti (13,3 %) zvolili chybnou odpověď, a to že budou mluvit stále stejně nahlas. Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. zodpovědělo všech 11 (100 %) správně, že zvýší hlas a zřetelně artikulují, zbylé dvě chybné odpovědi nikdo nezvolil. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. vzděláním odpovědělo všech 5 (100 %) správně, že zvýší hlas a zřetelně artikulují, nikdo nezvolil chybné odpovědi. Z těchto výsledků vyplývá, že nejlépe toto doporučení znají respondenti s Bc/DiS. a Mgr. vzděláním.

### Otázka č. 13

Před nedoslýchavým/neslyšícím pacientem můžeme šeptat, protože nás neslyší...

a) Ano

b) Ne, může odezírat



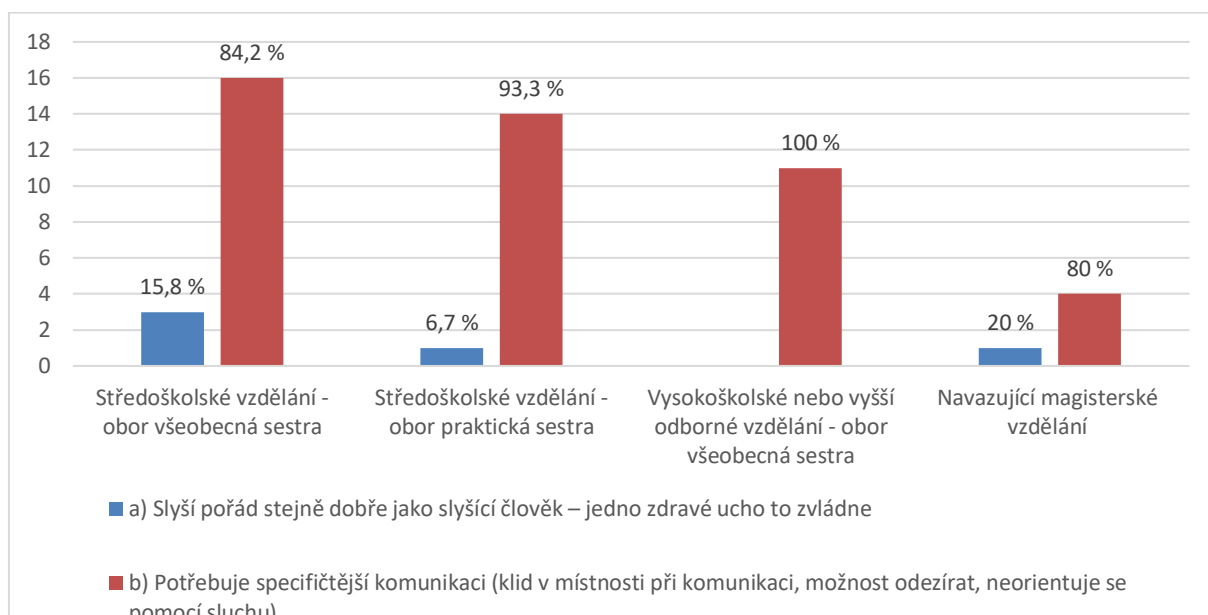
Obrázek 12 Šeptání před pacientem

Obrázek 12 popisuje odpovědi na otázku, zda respondenti mohou před nedoslýchavým pacientem šeptat. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS uvedlo správně všech 19 (100 %), že před pacientem nesmí šeptat, nikdo nevedl chybnou odpověď, že ano. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS odpovědělo 13 (86,7 %) správně, že před pacientem šeptat nesmí, 2 respondenti (13,3 %) chybně uvedli, že šeptat mohou. Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. správně všech 11 (100 %) uvedlo, že šeptat nesmí, nikdo ne zvolil chybnou odpověď. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. uvedlo všech 5 (100 %) správně, že před nedoslýchavým pacientem šeptat nesmí, nikdo ne zvolil chybnou odpověď. Z těchto výsledků vyplývá, že většina respondentů tato opatření zná, až na dvě chybné odpovědi respondentů se vzděláním v oboru praktická sestra.

## Otázka č. 14

Člověk s jednostrannou nedoslýchavostí/hluchotou:

- a) Slyší pořád stejně dobře jako slyšící člověk – jedno zdravé ucho to zvládne
- b) Potřebuje specifitější komunikaci (klid v místnosti při komunikaci, možnost odezírat, neorientuje se pomocí sluchu)



**Obrázek 13 Pacient s jednostrannou nedoslýchavostí**

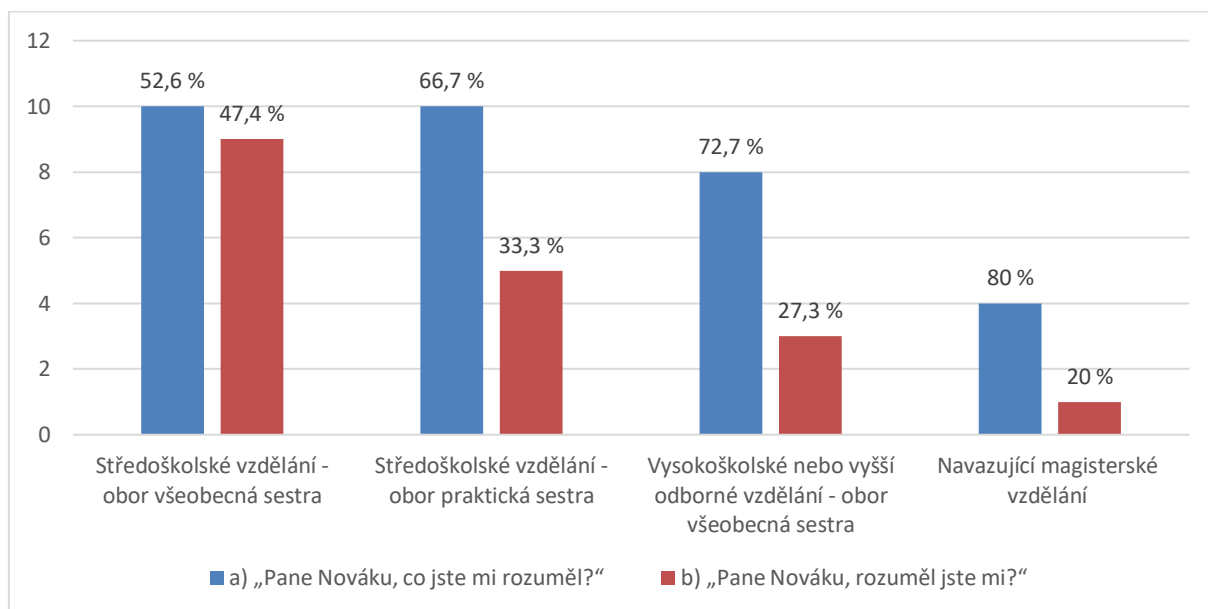
Graf na obrázku 13 zobrazuje odpovědi na otázku, jak hovořit s pacientem s jednostrannou nedoslýchavostí či hluchotou. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS zvolilo 16 (84,2 %) správnou odpověď, a to že takový pacient potřebuje specifitější komunikaci, 3 respondenti (15,8 %) chybně zvolili, že slyší pořád stejně dobře. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS zvolilo správně 14 z nich (93,3 %), že pacient s jednostrannou nedoslýchavostí či hluchotou potřebuje specifitější komunikaci, chybnou odpověď, že slyší pořád stejně, vybral 1 respondent (6,7 %). Z celkového počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedlo všech 11 (100 %) správně, že takový pacient potřebuje specifitější komunikaci, nikdo neuvedl chybnou odpověď. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. odpověděli správně 4 (80 %), že pacient s jednostrannou nedoslýchavostí potřebuje specifickou komunikaci. Chybnou odpověď, že takový pacient slyší pořád stejně, zvolil 1 respondent (20 %). Z těchto výsledků vyplývá, že toto pravidlo znají nejlépe respondenti s Bc/DiS.

## Otázka č. 15

Chceme-li se ujistit, zda nám nedoslýchavý pacient dostatečně rozuměl, formulujeme otázku takto:

a) „Pane Nováku, co jste mi rozuměl?“

b) „Pane Nováku, rozuměl jste mi?“



**Obrázek 14** Kontrola po rozhovoru

Graf na obrázku 14 zobrazuje odpovědi, jak se nejlépe dotázat nedoslýchavého pacienta, zda rozuměl všem informacím, které mu byli řečeny během rozhovoru. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS zvolilo 10 z nich (52,6 %) správnou odpověď, kdy se dotazuje stylem „Co jste mi rozuměl?“, 9 respondentů (47,4 %) zvolilo chybnou odpověď, a to že se dotazují „Rozuměl jste mi?“. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS vybralo 10 z nich (66,7 %) správnou odpověď, kdy se dotazuje formou „Co jste mi rozuměl?“, 5 respondentů (33,3 %) zvolilo chybnou odpověď, a to že se dotazují „Rozuměl jste mi?“. Z počtu 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. vybralo 8 z nich (72,7 %) správně, že se budou ptát formou „Co jste mi rozuměl?“, 3 respondenti (27,3 %) vybrali chybně možnost „Rozuměl jste mi?“. Z celkového množství 5 respondentů (100 %) s Mgr. vybrali 4 (80 %) správně možnost formulace otázky „Co jste mi rozuměl?“, 1 respondent (20 %) zvolil chybně možnost „Rozuměl jste mi?“. Z těchto výsledků vyplývá, že tato doporučení ovládají nejméně respondenti se SZŠ vzděláním v oboru VS, nejvíce respondenti s Mgr. vzděláním s Bc/DiS. vzděláním.

### Otázka č. 16

Jakým způsobem se nejčastěji dorozumíváte se sluchově postiženým pacientem? Na výběr máte více možností.

- a) Verbálně i neverbálně („rukama nohama“)
- b) Přes papír
- c) Znakovou řečí
- d) S pomocí tlumočnicka
- e) Prstovou abecedou
- f) Jiné, uveďte:

Tabulka 3 Dorozumívání s neslyšícími

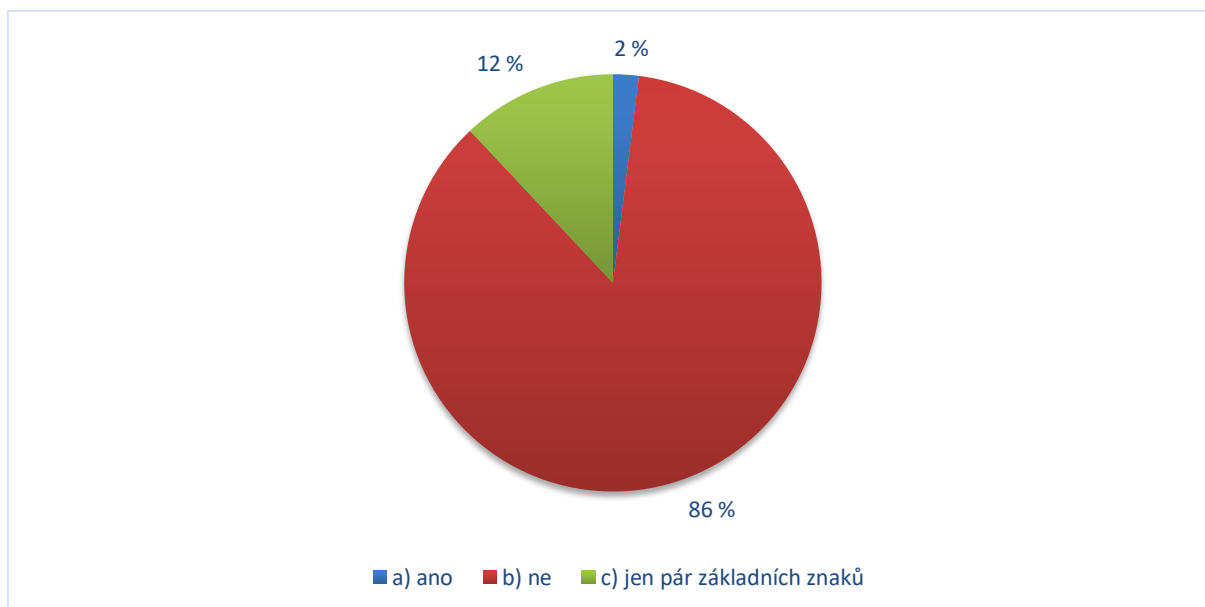
| Odpovědi  | Absolutní četnost ( $n_i$ ) | Relativní četnost ( $f_i$ ) |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>a) verbálně i neverbálně ("rukama nohama")</b> | 34                          | 68 %                        |
| <b>b) přes papír</b>                              | 36                          | 72 %                        |
| <b>c) znakovou řečí</b>                           | 4                           | 8 %                         |
| <b>d) s pomocí tlumočnicka</b>                    | 11                          | 22 %                        |
| <b>e) prstovou abecedou</b>                       | 8                           | 16 %                        |
| <b>f) jiné:</b>                                   | 2                           | 4 %                         |
| <b>Celkem</b>                                     | 95                          | 190 %                       |

Tabulka 3 představuje četnost, s jakou sestry odpovídaly na otázku ohledně technik komunikace se sluchově postiženým pacientem. Na otázku byla možnost vybrat více odpovědí. Odpověď verbálně a neverbálně zvolilo 34 respondentů (68 %), komunikaci přes papír uvedlo 36 respondentů (72 %), dorozumívání pomocí znakové řeči využívají 4 respondenti (8 %), ke komunikaci s neslyšícím si 11 respondentů (22 %) sester zve tlumočnicka a 8 respondentů (16 %) používá ke komunikaci prstovou abecedu. Z 50 respondentů uvedly 2 (4 %) jinou dorozumívací techniku, konkrétně *komunikační karty a zřakové tabulky a abeceda na papíře*.

### Otázka č. 17

Umíte znakovou řeč?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jen pár základních znaků



**Obrázek 15** Znaková řeč

Graf na obrázku 15 zobrazuje, zda sestry umí znakovou řeč. Většina respondentů uvedla, že ne, konkrétně 43 respondentů (86 %), znalost pár základních znaků uvedlo 6 respondentů (12 %), pouze 1 respondent (2 %) uvedl, že ano.

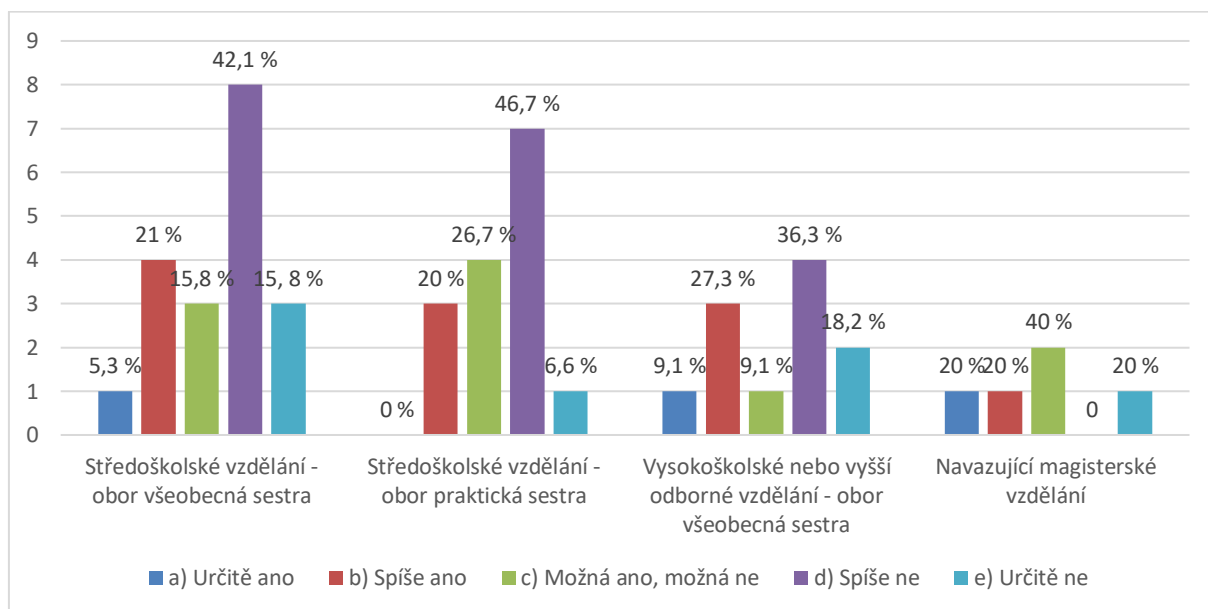


## Otázka č. 18

Ohodnoťte následující tvrzení.

Komunikace se zrakově postiženými pacienty je pro mě velmi obtížná:

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Možná ano, možná ne
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne



**Obrázek 16** Náročnost péče o nevidomé

Obrázek 16 znázorňuje odpovědi na otázku, zda je pro respondenty náročná komunikace se zrakově postiženým pacientem. Z 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS odpověděl 1 (5,3 %) že určitě ano, 4 respondenti (21 %) odpověděli spíše ano, 3 respondenti (15,8 %) uvedli možná ano, možná ne, 8 respondentů (42,1 %) uvedlo spíše ne. 3 respondenti (15,8 %) uvedli určitě ne. Z 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS nikdo neuvedl, že určitě ano, 3 respondenti (20 %) uvedli spíše ano, 4 respondenti (26,7 %) možná ano, možná ne, 7 respondentů (46,7 %) uvedlo spíše ne, 1 respondent (6,6 %) uvedl určitě ne. Z 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedl 1 (9,1 %) určitě ano, 3 respondenti (27,3 %) uvedli spíše ano, 1 respondent (9,1 %) uvedl možná ano, možná ne, 4 respondenti (36,3 %) uvedli spíše ne, 2 respondenti (18,2 %) zvolili možnost, že určitě ne. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr. 1 respondent (20 %) uvedl možnost

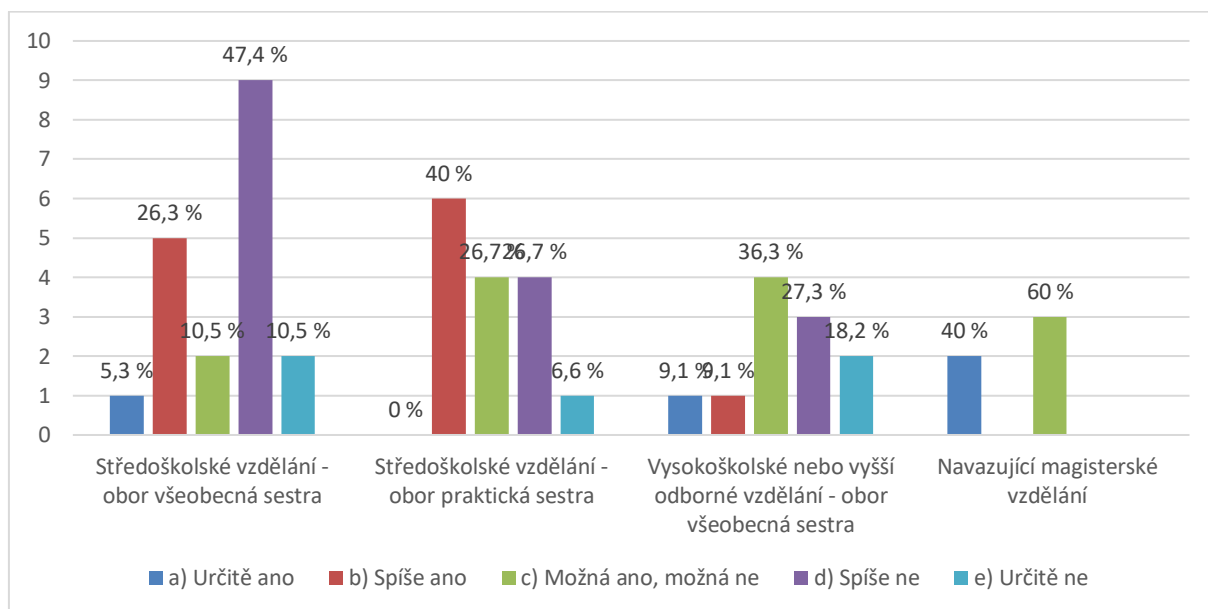
určitě ano, 1 respondent (20 %) uvedl spíše ano, 2 respondenti (40 %) uvedli možná ano, možná ne, žádný respondent neuvedl možnost spíše ne, 1 respondent (20 %) uvedl možnost určitě ne. Z těchto výsledků vyplývá, že 26 respondentů (52 %) uvedlo záporné odpovědi, tudíž pro ně komunikace s pacienty se zrakovým postižením, alespoň podle jejich názoru, není obtížná, a nejvíce tyto záporné odpovědi udávali respondenti se SZŠ vzděláním v oboru VS. Neutrální odpověď (možná ano, možná ne) udalo 10 respondentů (20 %), nejvíce jich bylo se vzděláním v oboru PS. Kladně zaměřené odpovědi, tedy odpovědi, že je pro respondenty komunikace spíše obtížná, uvedlo 14 respondentů (28 %).

## Otázka č. 19

Ohodnoťte následující tvrzení.

Komunikace se sluchově postiženými pacienty je pro mě velmi obtížná:

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Možná ano, možná ne
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne



**Obrázek 17** Náročnost péče o neslyšící

Obrázek 17 zobrazuje odpovědi na otázku, za je pro respondenty komunikace se sluchově postiženým pacientem obtížná. Z 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru VS odpověděl 1 (5,3 %) že určitě ano, 5 respondentů (26,3 %) odpovědělo spíše ano, 2 respondenti (10,5 %) uvedli možná ano, možná ne, 9 respondentů (47,4 %) uvedlo spíše ne. 2 respondenti (10,5 %) uvedli určitě ne. Z 15 respondentů (100 %) se vzděláním v oboru PS nikdo neuvedl, že určitě ano, 6 respondentů (40 %) uvedlo spíše ano, 4 respondenti (26,7 %) možná ano, možná ne, 4 respondenti (26,7 %) uvedli spíše ne, 1 respondent (6,6 %) uvedl určitě ne. Z 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS. uvedl 1 (9,1 %) určitě ano, 1 respondent (9,1 %) uvedli spíše ano, 4 respondenti (36,3 %) uvedli možná ano, možná ne, 3 respondenti (27,3 %) uvedli spíše ne, 2 respondenti (18,2 %) zvolili možnost, že určitě ne. Z celkového počtu 5 respondentů (100 %) s Mgr.

2 respondenti (40 %) uvedli možnost určitě ano, žádný respondent neuvedl možnost spíše ano, 3 respondenti (60 %) uvedli možná ano, možná ne, žádný respondent neuvedl možnost spíše ne a možnost určitě ne. Z těchto výsledků vyplývá, že 21 respondentů (42 %) uvedlo záporné odpovědi, tedy že pro ně není péče o sluchově postiženého pacienta obtížná, nejvíce jich bylo se SZŠ vzděláním v oboru VS. 13 respondentů (26 %) zvolilo neutrální odpověď (možná ano, možná ne). Kladnou odpověď, tedy že pro ně je péče o sluchově postižené pacienty obtížná, uvedlo 16 (32 %) respondentů, nejvíce jich bylo se vzděláním v oboru PS.

## Otázka č. 20

Co je podle Vás největším problémem, se kterým se setkávají sestry během komunikace se smyslově postiženým pacientem? Očíslujte popořadě od 1 do 4 podle stupně závažnosti, přičemž 1=nejmenší problém, 4=největší problém

\_Nedostatek času

\_Nedostatek informací ohledně specifik komunikace a péče

\_Nedostatek kompenzačních pomůcek, které by pomohly v komunikaci

\_Stud či strach pacienta

**Tabulka 4 Problémové momenty při komunikaci**

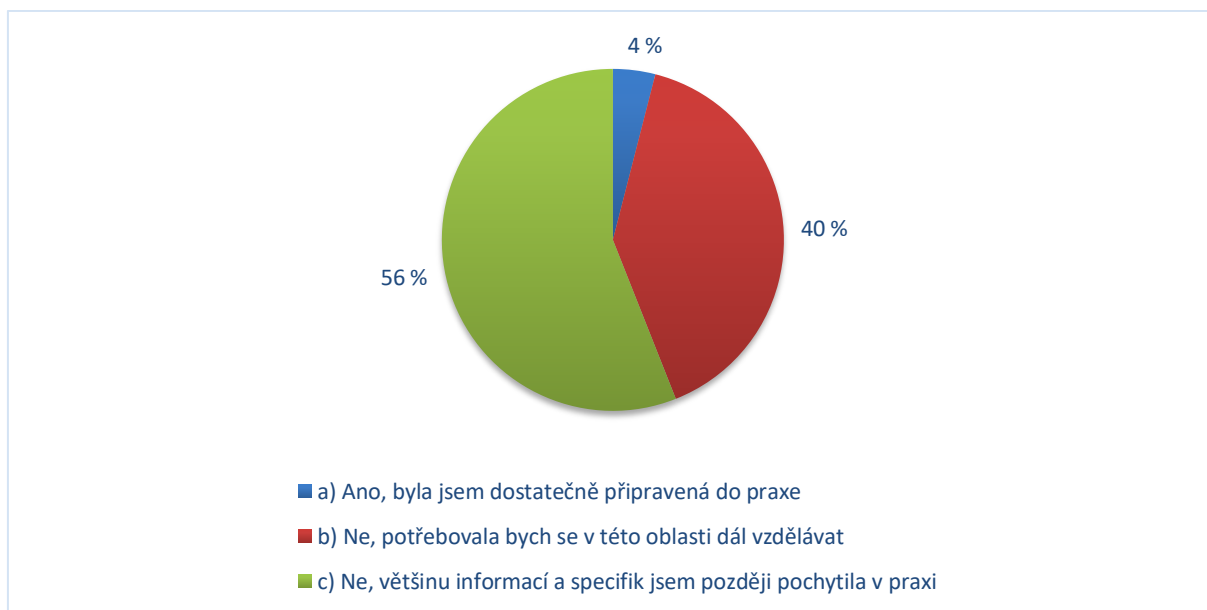
| Pořadí výsledků | Problémové faktory  | Celkový počet bodů |
|-----------------|---|--------------------|
| 1.              | Nedostatek času   | 167                |
| 2.              | Nedostatek kompenzačních pomůcek, které by pomohly komunikaci | 120                |
| 3.              | Nedostatek informací ohledně specifik komunikace a péče       | 118                |
| 4.              | Stud či strach pacienta                                       | 99                 |

Tabulka 4 zobrazuje, jaké momenty uvádějí respondenti za nejproblémovější při komunikaci s pacientem se smyslovou bariérou. Největší problém je dle jejich názoru nedostatek času, hned poté nedostatek kompenzačních pomůcek, které by pomohly v komunikaci, těsně za tím nedostatek informací ohledně specifik komunikace a péče a jako nejmenší problém je pro ně stud či strach ze strany pacienta.

### Otázka č. 21

Myslíte si, že Vás studium dostatečně připravilo na komunikaci se smyslově postiženými pacienty?

- a) Ano, byla jsem dostatečně připravená do praxe
- b) Ne, potřebovala bych se v této oblasti dál vzdělávat
- c) Ne, většinu informací a specifik jsem později pochytila v praxi



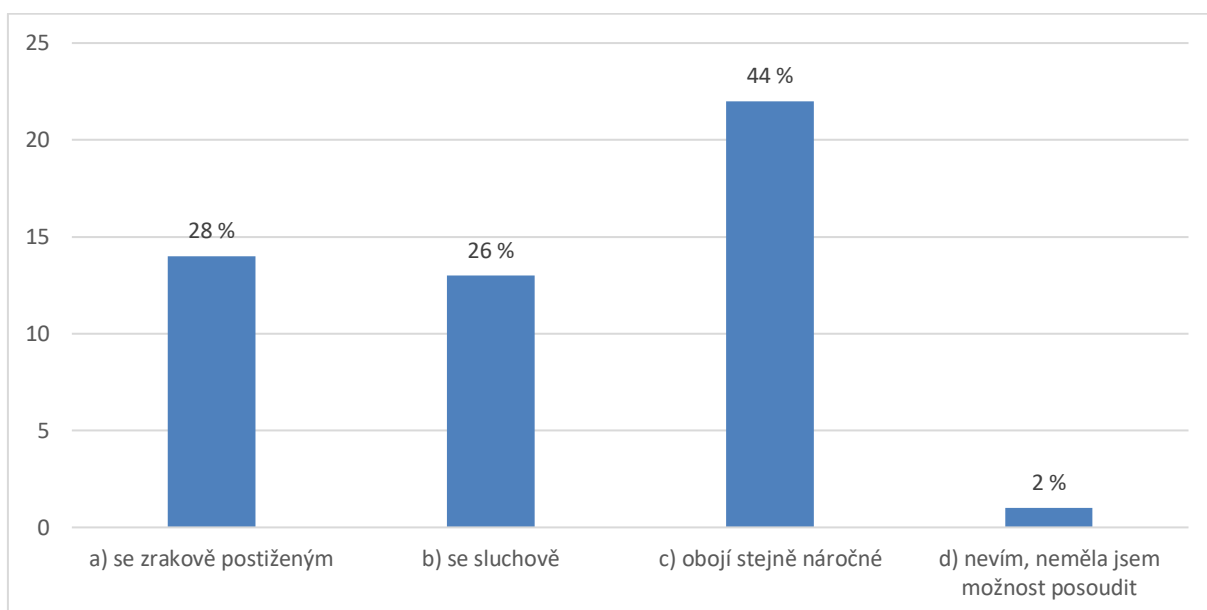
**Obrázek 18 Příprava na práci se sluchově a zrakově postiženými pacienty**

Obrázek 18 zobrazuje, zda sestry podle jejich názoru byly dostatečně připraveny po studiu na komunikaci s pacientem se smyslovou bariérou. Pouze dva respondenti (4 %) uvedli, že je studium dostatečně připravilo na péči o smyslově postižené pacienty, 20 respondentů (40 %) uvedlo, že je studium nepřipravilo na péči o tyto pacienty a že se potřebují v této oblasti dále vzdělávat, 28 respondentů (56 %) odpovědělo, že je studium nepřipravilo a že většinu specifik pochytili sami v praxi.

## Otázka č. 22

Je pro Vás náročnější komunikace se zrakově postiženými pacienty nebo se sluchově postiženými pacienty?

- a) Se zrakově postiženým pacientem
- b) Se sluchově postiženým pacientem
- c) Obojí stejně náročné
- d) Nevím, neměla jsem tu možnost to porovnat



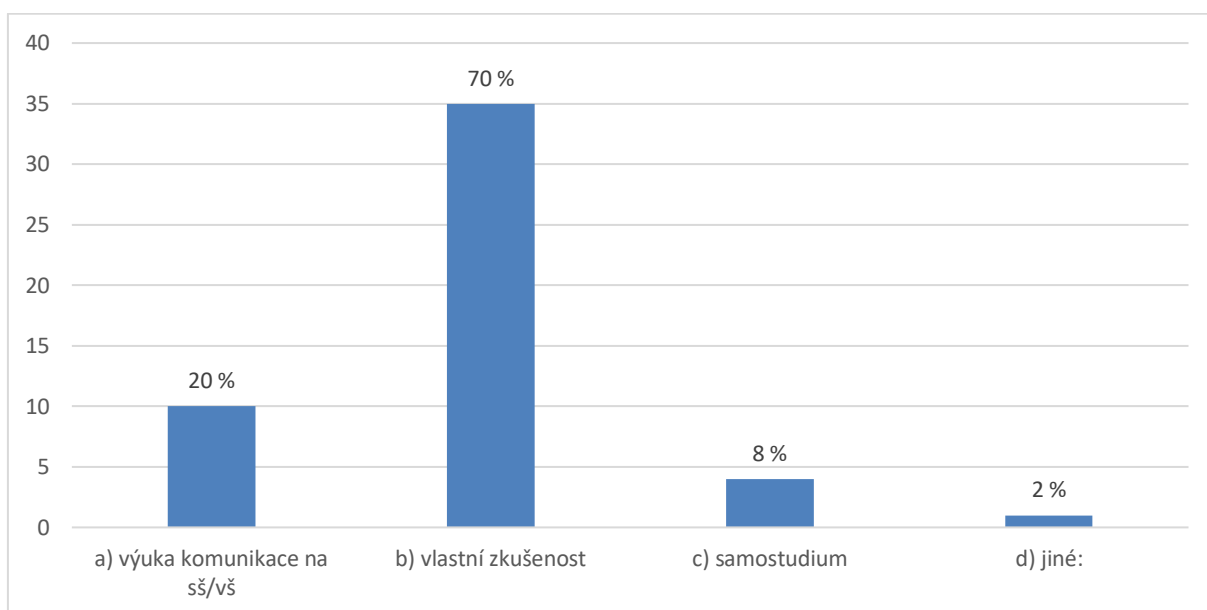
**Obrázek 19 Náročnost péče o zrakově a sluchově postižené**

Graf na obrázku 19 ukazuje, s kým je dle jejich názoru náročnější komunikovat. Nejvíce respondentů, přesně 22 (44 %), odpovědělo, že je pro ně stejně náročné pečovat jak o zrakově, tak i o sluchově postižené pacienty. 14 respondentů (28 %) uvedlo, že je pro ně náročnější péče o zrakově postižené pacienty, 13 respondentů (26 %) uvedlo, že je pro ně náročnější péče o sluchově postižené pacienty, 1 respondent (2 %) uvedl, že neví.

### Otázka č. 23

Co pro Vás bylo nejpřínosnějším zdrojem informací ohledně komunikace se smyslově postiženými pacienty?

- a) Výuka komunikace na SŠ/VŠ
- b) Vlastní zkušenost (informace jsem získala až v praxi)
- c) Samostudium
- d) Jiné, uveďte:



**Obrázek 20 Zdroj informací ohledně specifík komunikace**

Obrázek 20 zobrazuje, co bylo pro respondenty dle jejich názoru největším zdrojem informací ohledně specifík komunikace. Nejvíce respondentů, konkrétně 35 (70 %), odpovědělo, že nejvíce přínosným zdrojem informací pro ně byli vlastní zkušenosti, 10 respondentů (20 %) uvedlo, že nejvíce informací získalo během výuky komunikace na střední či vysoké škole, 4 respondenti (8 %) uvedli, že nejvíce získali samostudiem, 1 respondent (2 %) uvedl, že nejvíce přínosným zdrojem pro něj byly „přednášky z tyflocentra“.



### Otázka č. 24

Jak byste ohodnotila svou schopnost komunikovat se smyslově postiženými pacienty?

- a) Výborná, už není co zlepšit
- b) Na velmi dobré úrovni, ale určitě by se našli ještě nějaké nedostatky
- c) Dobrá, ale mám ještě co zlepšovat
- d) Umím toho velmi málo, potřebovala bych se v této oblasti dost vzdělávat
- e) Kdyby se do mé péče dostal pacient se smyslovým postižením, vůbec bych nevěděla, co dělat



### Obrázek 21 Hodnocení vlastních schopností komunikace

Obrázek 21 znázorňuje, jak respondenti hodnotí svoji schopnost komunikovat s pacientem se smyslovou bariérou. 30 respondentů (60 %) uvedlo, že je jejich schopnost dobrá, ale mají ještě co zlepšovat. 10 respondentů (20 %) uvedlo, že toho umí velmi málo a potřebují se v této oblasti dost vzdělávat, zatímco 9 respondentů (18 %) uvedlo, že je jejich schopnost na velmi dobré úrovni s drobnými nedostatky. Jeden respondent (2 %) uvedl, že by vůbec nevěděl, co dělat, kdyby se do jeho péče dostal pacient se sluchovou nebo zrakovou bariérou. Nikdo nevedl, že je jeho schopnost výborná a není už co zlepšovat.

## 2 DISKUZE

Hlavním tématem diskuze je odpověď na průzkumné otázky, které byly položeny na začátku průzkumu a jejich porovnání s jinými bakalářskými pracemi nebo odbornou literaturou. V této práci odpovídalo 50 respondentů, věk ani pohlaví respondentů nebylo rozhodující. Mezi akademické práce zabývající se tématem komunikace se sluchově či zrakově postiženými pacienty patří bakalářská práce Strempkové (2015) s názvem *Komunikace s handicapovanými pacienty se sluchovým postižením*, kde 100 respondentů, 50 z interního a 50 z chirurgického oddělení Thomayerovy nemocnice, odpovídalo na dotazník vytvořený autorkou práce. Plesníková (2016) ve své práci s názvem *Přístup zdravotníků k hospitalizovaným neslyšícím pacientům* zpracovávala data od 109 respondentů, získané pomocí vlastnoručně sestrojeného dotazníku, který rozdala ve Fakultní nemocnici Brno či v ambulanci obvodního lékaře. Ďurišová (2016) ve své bakalářské práci *Specifika péče o nevidomého pacienta* pracovala s odpověďmi 105 respondentů, data do své práce získávala pomocí vlastního dotazníku umístěného v Nemocnici Jihlava p.o. a také umístěním na webové stránky. Horáková (2017) do své bakalářské práce *Znalosti všeobecných sester při ošetřování a komunikaci nevidomých a zrakově postižených* získala data pomocí dotazníku od 60 respondentů pracujících v nemocnici Pardubického kraje. Poklopová (2013) zaměřila svou bakalářskou práci na *Přípravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu* a pomocí dotazníkového šetření získala odpovědi od 102 respondentů pracujících v Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Strakonice a.s. a Nemocnice Písek a.s.

### **Jaké znalosti mají respondenti v oblasti komunikace s pacientem se sluchovou a zrakovou bariérou a liší se jejich znalosti v souvislosti s jejich dosaženým vzděláním?**

Pro tuto průzkumnou otázku nalezneme odpovědi v dotazníkových otázkách č. 6-15. Na otázku č. 6, kde respondenti odpovídali, jak zahájí komunikaci s nevidomým pacientem, správnou odpověď, tedy že pacienta prve osloví a poté se jej dotknou a představí se, uvedlo 15 respondentů (78,9 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 11 respondentů (73,3 %) se SZŠ vzděláním v oboru PS, 8 respondentů (72,7 %) s Bc/DiS. a 4 respondenti (80 %) s Mgr. Z těchto údajů vyplývá, že 38 respondentů (76 %) z celkových 50 ví, jak správně zahájit komunikaci s nevidomým. Horáková (2017, s. 45) se ve svém průzkumu taktéž ptala, jak respondenti zahájí komunikaci s nevidomým pacientem. Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) uvedlo 58 respondentů (97 %) správně, že zahájí komunikaci oslovením a dotykem, což je oproti tomuto průzkumu mnohem lepší výsledek.

V otázce č. 7 byli respondenti dotázáni, zda udržují oční kontakt s nevidomým pacientem. Správnou odpověď, tedy že oční kontakt udržují, zvolilo 17 respondentů (89,5 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 13 respondentů (86,7 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, 9 respondentů (81,8 %) s Bc/DiS, 3 respondenti (60 %) s Mgr. Z těchto výsledků vyplývá, že 84 % respondentů, tedy 42 respondentů z celkových 50, ví, zda udržovat kontakt s nevidomým pacientem.

Na otázku č. 8 respondenti odpovídali, jak doprovází nevidomého pacienta. Správnou odpověď, tedy že jej vedou tak, že půjde krok za nimi a ruku si položí na jejich rameno, uvedlo 7 respondentů (36,8 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 9 respondentů (60 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, 5 respondentů (45,5 %) s Bc/DiS. a 4 respondenti (80 %) s Mgr. Z těchto údajů vyplývá, že z celkového počtu 50 respondentů zná tyto zásady pouze 25 respondentů (50 %). V průzkumu Horákové (2017, s. 48) neuvedl žádný respondent správnou odpověď, naopak 80 % uvedlo, že tlačí pacienta před sebou, což je možnost, kterou v tomto průzkumu nezvolil žádný respondent.

Na otázku č. 9, ve které byli respondenti tázáni, zda smí vodící pes do nemocnice, správnou odpověď, tedy že vodící pes do nemocnice smí, zvolilo všech 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 14 respondentů (93,3 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS, 5 respondentů (100 %) s Mgr. Podle těchto výsledků se dá říct, že jsou respondenti s touto skutečností velmi dobře obeznámeni, protože správně odpovědělo 49 respondentů (98 %) z celkových 50. Ďurišová (2016, s. 42) se ve svém průzkumu ptala, zda mají nevidomí pacienti možnost ponechat si u sebe vodícího psa během hospitalizace na oddělení, na kterém dotazovaní respondenti pracují. Z celkového počtu 105 respondentů (100 %) odpovědělo 18 (17,14 %), že určitě může vodící pes zůstat na oddělení, 26 respondentů (24,76 %) uvedlo, že si myslí, že ano, 24 respondentů (22,86 %) si myslí, že vodící pes k nim na oddělení nesmí, 14 respondentů (13,33 %) uvedlo, že k nim na oddělení vodící pes určitě nesmí, 23 respondentů (21,90 %) vůbec netuší, zda na oddělení smí. Výsledky Ďurišové mohou být tolik odlišné od výsledků této práce z důvodu jiné formulace otázky a nabízených možností.

V otázce č. 10 byli respondenti dotazováni na správný způsob komunikace s neslyšícím či nevidomým pacientem. Správnou odpověď, tedy že musí udržovat oční kontakt a mluvit přímo s pacientem, uvedlo 10 respondentů (52,6 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 11 respondentů (73,3 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, 6 respondentů (54,5 %) s Bc/DiS., 3 respondenti (60 %) s Mgr. Z těchto výsledků vyplývá, že z celkového počtu

50 respondentů (100 %) zná tuto zásadu jen 30 respondentů (60 %). Ďurišová (2016, s. 32) se ve svém průzkumu ptala, jak by podle respondentů měla probíhat správná komunikace s nevidomým pacientem, přičemž 73 respondentů (69,52 %) uvedlo, že přímo s pacientem, 16 respondentů (15,24 %) uvedlo, že spíše s asistentem, 11 respondentů (10,48 %) uvedlo, že hovoří pouze s asistentem, 5 respondentů (4,76 %) na tuto otázku neumělo odpovědět. Poklopová (2013, s. 40) se ve své práci ptala, jak respondenti hovoří s neslyšícím pacientem s doprovodem tlumočnicka. 62 % respondentů (61 %) odpovědělo, že hovoří přímo s pacientem, 10 respondentů (10 %) by hovořilo jen s tlumočnickem, 27 respondentů (26 %) uvedlo, že by hovořili jak s pacientem, tak s tlumočnickem, 3 respondenti (3 %) odpověděli, že neví. Výsledky jak Ďurišové, tak Poklopové, jsou srovnatelné s výsledky této práce.

Otázkou č. 11 byli respondenti dotazováni, zda podle jejich názoru nesmí vyslovit před nevidomým pacientem slova jako „podívejte, uvidíme“. Správnou odpověď, tedy že se nemusí obávat z vyslovení takových slov, uvedlo 14 respondentů (73,7 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 11 respondentů (73,3 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, 7 respondentů (63,6 %) s Bc/DiS., 4 respondenti (80 %) s Mgr. Z těchto údajů vyplývá, že toto pravidlo zná 36 respondentů z celkových 50, tedy 72 %. Nedá se však považovat za chybné, pokud se respondenti snaží těmto slovům vyhýbat, pokud se o to ale snaží, sami sobě si tím komunikaci zbytečně komplikují (viz kapitola 2.3.2 Zásady komunikace se zrakově postiženým pacientem, s. 30).

Otázka č. 12 zjišťovala, jak respondenti zopakují nedoslýchavému pacientovi informace v případě, že je napoprvé neslyšel. Správnou odpověď, tedy že při zopakování informace lehce zvýší hlas a budou zřetelněji artikulovat, zvolilo 18 respondentů (94,7 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 13 respondentů (86,7 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, všech 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS., všech 5 respondentů (100 %) s Mgr. Z těchto údajů vyplývá, že většina respondentů, konkrétně 47 respondentů (97 %) z celkových 50 ví, jak správně hovořit s nedoslýchavým pacientem.

Otázkou č. 13 byli respondenti dotazováni, zda před nedoslýchavým či neslyšícím pacientem mohou šeptat. Správnou odpověď, tedy že šeptat nesmí, uvedlo všech 19 respondentů (100 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 13 respondentů (86,7 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, všech 11 respondentů (100 %) se Bc/DiS. a všech 5 respondentů (100 %) s Mgr. Toto pravidlo mají tedy respondenti osvojené velmi dobře, protože celkem správně odpovědělo 48 respondentů (96 %) z celkových 50 dotázaných.

V otázce č. 14 byli respondenti dotázáni, zda pacient s jednostrannou nedoslýchavostí či úplnou ztrátou sluchu na jedno ucho potřebuje specifickou komunikaci či slyší pořád stejně dobře. Správnou odpověď, tedy že takový pacient potřebuje specifičtější komunikaci, uvedlo 16 respondentů (84,2 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra, 14 respondentů (93,3 %) se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra, všech 11 respondentů (100 %) s Bc/DiS., a 4 respondenti (80 %) s Mgr. Podle těchto výsledků se dá říct, že respondenti toto pravidlo znají velmi dobře, správně odpovědělo 45 respondentů (90 %) z celkových 50 (100 %).

Otázkou č. 15 byli respondenti dotazováni, jakým způsobem zjistí, že jim nedoslýchavý pacient dostatečně porozuměl. Správnou odpověď, tedy že se pacienta musí zeptat „Co jste mi rozuměl?“, uvedlo 10 respondentů (52,6 %) se SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra. 10 respondentů (66,7 %) se vzděláním v oboru praktická sestra, 8 respondentů (72,7 %) s Bc/DiS., 4 respondenti (80 %) s Mgr. Celkově tedy tohle pravidlo zná 32 respondentů (64 %) z celkově 50 dotázaných. Poklopová (2013, s. 40) se ve svém průzkumu taktéž ptala respondentů, jak zajistí zpětnou vazbu po komunikaci s pacientem s poruchou sluchu, a kdy z celkového počtu 102 respondentů (100 %) odpovědělo správně 62 respondentů (61 %). Výsledky na toto téma zjištěné v této práci jsou srovnatelné s výsledky Poklopové v jejím průzkumu, kdy se dá říct, že respondenti mají téměř stejnou úroveň znalostí.

Ze zjištěných údajů vyplývá, že respondentům dělala největší problém otázka č. 8, tedy způsob, jakým správně vést nevidomého pacienta, a otázka č. 10, ve které byli dotazováni na nejvhodnější způsob, jak vést rozhovor s pacientem v přítomnosti tlumočníka či doprovodu. Naopak nejvíce úspěšní byli v odpovídání na otázku č. 12 a 13, kde odpovídali, zda mohou před neslyšícím pacientem šeptat a jak s takovým pacientem vhodně komunikovat.

**Tabulka 5** Průměrná úspěšnost v odpovídání na znalostní otázky

|                     | Úspěšnost v %<br>(SZŠ – VS) | Úspěšnost v %<br>(SZŠ – PS) | Úspěšnost v %<br>(Bc/DiS.) | Úspěšnost v %<br>(Mgr.) |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <b>Otázka č. 6</b>  | 78,9 %                      | 73,3 %                      | 72,7 %                     | 80 %                    |
| <b>Otázka č. 7</b>  | 89,5 %                      | 86,7 %                      | 81,8 %                     | 60 %                    |
| <b>Otázka č. 8</b>  | 36,8 %                      | 60 %                        | 45,5 %                     | 80 %                    |
| <b>Otázka č. 9</b>  | 100 %                       | 93,3 %                      | 100 %                      | 100 %                   |
| <b>Otázka č. 10</b> | 52,6 %                      | 73,3 %                      | 54,5 %                     | 60 %                    |
| <b>Otázka č. 11</b> | 73,7 %                      | 73,3 %                      | 63,6 %                     | 80 %                    |
| <b>Otázka č. 12</b> | 94,7 %                      | 86,7 %                      | 100 %                      | 100 %                   |
| <b>Otázka č. 13</b> | 100 %                       | 86,7 %                      | 100 %                      | 100 %                   |
| <b>Otázka č. 14</b> | 84,2 %                      | 93,3 %                      | 100 %                      | 80 %                    |
| <b>Otázka č. 15</b> | 52,6 %                      | 66,7 %                      | 72,7 %                     | 80 %                    |
| <b>Průměr</b>       | <b>76,3 %</b>               | <b>79,3 %</b>               | <b>79,1 %</b>              | <b>82 %</b>             |

Pro přehlednost výsledků byla vytvořena tabulka č. 5. Nejlépe na znalostní otázky odpovídali respondenti s Mgr. vzděláním s celkovou průměrnou úspěšností 82 %, dále respondenti se SZŠ vzděláním v oboru praktická sestra s úspěšností 79,3 %, dále respondenti s Bc/DiS. s úspěšností 79,1 %, nejméně úspěšní byli respondenti s SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra s úspěšností 76,3 %. Z těchto výsledků vyplývá, že nejlépe odpovídali respondenti s Mgr. vzděláním, avšak celkově se úroveň znalostí nijak významně nelišila.

### **Jaké prostředky používají respondenti pro komunikaci s pacientem se sluchovou bariérou?**

K zodpovězení této otázky poslouží dotazníkové otázky č. 16 a 17. Na otázku 16 respondenti odpovídali, jakou technikou se nejčastěji dorozumívají se sluchově postiženými pacienty, u této otázky byla možnost vybrat více odpovědí. Nejvíce uváděnou odpovědí bylo dorozumívání se přes papír, kterou uvedlo 36 respondentů (72 %), 34 respondentů (68 %) uvedlo, že se dorozumívají verbálně a neverbálně, 11 respondentů (22 %) uvedlo, že se dorozumívají nejčastěji s pomocí tlumočnicka.

Strempková (2015, s. 35) se ve své práci ptá, jaké prostředky respondenti využívají ke komunikaci se sluchově postiženým pacientem, přičemž 39 respondentů (39 %) z chirurgického oddělení a 44 respondentů (44 %) z interního oddělení využívá ke komunikaci tužku a papír, neverbální komunikaci využívá 30 respondentů (30 %) z chirurgického oddělení a 35 respondentů (35 %) z interního oddělení, a tlumočnicka ke komunikaci využije 15 respondentů (15 %) z chirurgického oddělení a 20 respondentů (20 %) z interního oddělení. Četnost odpovědí ve výzkumu Strempkové (2015, s. 35) ohledně využití komunikace přes papír i neverbálně je srovnatelná s výsledky tohoto výzkumu, pouze možnost pomoci s komunikací od tlumočnicka udávaly v jejím výzkumu častěji než v průzkumu této práce.

Na otázku č. 17, kdy respondenti odpovídali, zda umí znakovou řeč, odpovědělo 43 respondentů (86 %) že ne, 6 respondentů (12 %) uvedlo, že umí pouze pár základních znaků a jeden respondent (2 %) uvedl, že znakovou řeč umí. Ve výzkumu Plesníkové (2016, s. 25) z celkového počtu 109 respondentů uvedlo 88 (80 %), že znakovou řeč neumí, 18 dotazovaných (16 %) uvedlo že umí pár znaků nebo prstovou abecedu, 3 respondenti (2 %) uvedli, že znakovou řeč umí. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výsledky průzkumu této práce, ze kterých vyplývá, že respondenti, konkrétně praktické a všeobecné sestry, ve většině případů neumí znakovou řeč, která by jim mohla být nápomocná k dorozumívání s neslyšícími pacienty.

## **Jak respondenti subjektivně hodnotí náročnost komunikace s pacientem se sluchovou a zrakovou bariérou?**

Pro tuto průzkumnou otázku nalezneme odpovědi v dotazníkových otázkách č. 18, 19, 22 a 24. Na otázku 18, kde respondenti odpovídali, zda je pro ně komunikace se zrakově postiženými pacienty obtížná, odpovědělo 26 respondentů (52 %) záporně, tedy že není, 14 respondentů (28 %) odpovědělo kladně. Rozdíl oproti otázce 19, kdy respondenti odpovídali, zda je pro ně obtížná komunikace se sluchově postiženými, je to více záporných odpovědí a méně kladných. Záporně v otázce 19 odpovědělo 21 respondentů (42 %) a kladně 16 respondentů (32 %). Z těchto údajů vyplývá, že je pro respondenty méně obtížná komunikace se zrakově postiženým pacientem než se sluchově postiženým pacientem, avšak podle odpovědí na otázku 22, zda je pro respondenty náročnější komunikovat s pacientem se sluchovým postižením či se zrakovým postižením, je to vyrovnané. Na otázku odpovědělo 22 respondentů (44 %) že je pro ně obojí stejně náročné, počet odpovědí u jednotlivých postižení se liší pouze o 2 %. Na otázku 24, která zkoumala, jak respondenti hodnotí svoji schopnost komunikovat s pacientem se smyslovou bariérou. Většina odpovědí, konkrétně 30 (60 %) byla, že je jejich schopnost dobrá, ale mají co zlepšovat. Více odpovědí na tuto otázku bylo negativních, tedy že toho respondent umí dle jeho názoru velmi málo anebo že by nevěděl, co dělat, pokud by se do jeho péče dostal pacient se smyslovou bariérou. Přesně bylo těchto negativních odpovědí 11 (22 %), zatímco kladných odpovědí bylo 9 (18 %), přičemž nikdo neohodnotil svoje schopnosti jako výborné.

Strempková se ve své práci (2015, s. 41) také ptala, zdá si respondenti myslí, že mají dostatečné znalosti v komunikaci s neslyšícím pacientem. Z celkového počtu 100 respondentů odpovědělo 62 % kladně, tedy že mají dostatečné znalosti, 38 % respondentů odpovědělo zápornou odpovědí. V porovnání s výsledky této práce hodnotí respondenti z práce Strempkové své znalosti více kladně. Ďurišová (2016, s. 29) se ve svém průzkumu dotazovala respondentů, zda znají specifika v péči o nevidomého pacienta, přičemž z celkového množství 105 respondentů (100 %) odpovědělo 23 respondentů (21,90 %), že je zná velmi dobře, 71 respondentů (67,62 %) uvedlo, že si myslí, že je zná, 6 respondentů (5,71 %) uvedlo, že tyto specifika nezná, 5 respondentů (4,76 %) uvedlo, že toto nedokáže posoudit. Oproti výsledkům této práce, hodnotí respondenti, které oslovila Ďurišová ve svém průzkumu, více kladně své schopnosti v péči o nevidomé.

### **Co respondenti udávají jako největší problém v oblasti komunikace s pacientem se smyslovou bariérou?**

Odpověď na tuto průzkumnou otázku nalezneme ve výsledcích dotazníkové otázky č. 20, ve které respondenti na číselné škále hodnotili problémy, se kterými se mohou sestry setkat během komunikace s pacientem se smyslovou bariérou podle toho, jak moc je považují za závažné. Nejvíce bodů (167 bodů) dostala odpověď *nedostatek času*, tedy tenhle problém podle nich nejvíce ztěžuje komunikaci. Strempková (2015, s. 38) se ve své práci ptá taktéž respondentů, co považují za zábranu v komunikaci se sluchově postiženým pacientem, nejčastější odpovědí na otázku bylo taktéž *nedostatek času*, kterou uvedlo 29 % respondentů z interního a 29 % respondentů z chirurgického oddělení, což je dohromady 58 respondentů ze 100. Horáková (2017, s. 41) ve svém průzkumu uvádí, že pro 59 % sester je největší komplikací při komunikaci s pacientem s poruchou zraku *potřeba více času na pacienta*.

### **Co bylo pro respondenty největším zdrojem informací ohledně zásad komunikace se smyslově postiženým pacientem?**

K zodpovězení této průzkumné otázky poslouží výsledky dotazníkových otázek č. 21 a 23. Na otázku 21 respondenti odpovídali, jestli byli dle jejich názoru studiem dostatečně připraveni na komunikaci s pacientem se smyslovou bariérou. Více jak polovina respondentů, konkrétně 28 (56 %) odpověděla, že ne a že většinu specifik pochytili v praxi, což potvrzuje i otázka 23, kde nejčastější odpovědí na otázku, co je pro respondenty největším zdrojem informací, byla odpověď „vlastní zkušenost“. Tuto odpověď zvolilo 35 dotázaných (75 %). Pouze 10 respondentů (20 %) uvedlo, že nejvíce informací získalo během studia na SŠ/VŠ. Strempková (2015, s. 42) se ve své práci ptala, odkud respondenti získávají více informací ohledně sluchových postižení, odpovědi byli však rozdílné oproti této práci. Největším zdrojem informací je pro dotázané internet, který uvedlo 32 % dotázaných z chirurgického oddělení a 41 % dotázaných z interního oddělení, vlastní zkušenost uvedlo pouze 28 % dotázaných z chirurgického oddělení a 25 % z interního oddělení. Dle průzkumu Strempkové (2015, s. 42) byly znalosti ze školy až čtvrtým nejpoužívanějším zdrojem informací, uvedlo ho pouze 19 % dotázaných z chirurgického oddělení a 24 % dotázaných z interního oddělení. Z těchto šetření vyplývá, že nejvíce se respondenti spoléhají na jejich znalosti, které pochytili až v průběhu své praxe, což samozřejmě nemusí nutně znamenat, že všechny informace, které pochytili, jsou dostatečně kvalitní a v dostatečné míře, jak potvrzují výsledky tohoto průzkumu, které nalezneme v první průzkumné otázce.



### 3 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je problematika komunikace s pacienty se smyslovou bariérou. Teoretická část se zabývá popisem nejčastějších příčin jak částečné, tak i úplné ztráty zraku či sluchu. Dále jsou v ní popsána specifika komunikace s pacienty se smyslovou bariérou.

Prvním cílem bylo zjistit, jakou úroveň znalostí mají sestry v oblasti komunikace s pacienty se smyslovou bariérou. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že více než polovina znalostních otázek (konkrétně 6 z 10 otázek) byla vyplněna s více jak 75% úspěšností. Každá ze znalostních otázek měla více jak polovinu správných odpovědí. Respondenti jsou výborně obeznámeni s tím, jak zopakovat informace nedoslýchavému pacientovi a zda před tímto pacientem mohou šeptat, stejně jako jsou výborně obeznámeni s tím, zda může do nemocničního zařízení vodící pes nevidomého pacienta. Naopak nejhůř respondenti odpovídali na otázku, jakým správným způsobem doprovázet nevidomého či slabozrakého pacienta, kde odpovědělo správně pouze 50 % respondentů, a na otázku, jak vhodně komunikovat s pacientem v přítomnosti doprovodu či tlumočnicka, odpovědělo správně pouze 60 % respondentů.

Dalším cílem bylo zjistit, jak sestry hodnotí subjektivně svoje znalosti a jak je podle nich práce o tyto pacienty náročná. Žádný z dotazovaných svoji úroveň znalostí neoznačil jako výbornou. Více jak polovina (60 %) označila svou úroveň znalostí jako dobrou. 22 % dotázaných hodnotí negativně svoje znalosti, tedy že toho umí velmi málo a potřebují se dále vzdělávat v oblasti komunikace s pacienty se smyslovou bariérou. Na otázky, zda je pro ně náročná komunikace s pacienty se smyslovou bariérou, odpovídali u obou otázek více negativně, tedy že pro ně komunikace náročná není. Tyto výsledky, tedy že žádná sestra neoznačila svoje schopnosti jako výborné, ale ani naopak nehodnotí většina z nich svoje schopnosti jako špatné, odpovídají výsledkům, jakých dosahovaly při odpovídání na znalostní otázky.

Posledním cílem bylo porovnat úroveň znalostí v souvislosti s jejich dosaženým vzděláním. Nejlepších výsledků dosahovali respondenti s Mgr. vzděláním, hned po nich byli nejméně úspěšní respondenti se SZŠ vzděláním v oboru, poté respondenti s vysokoškolským či vyšším odborným vzděláním v oboru všeobecná sestra, nejméně úspěšní byli respondenti s SZŠ vzděláním v oboru všeobecná sestra. Rozdíly v úspěšnosti mezi těmito skupinami nebyly zvláště výrazné, všechny dosáhly více jak 75% úspěšnosti.

Závěrem je nutné zmínit, že by se sestry v této oblasti měli průběžně vzdělávat, ať už hodnotí svoji schopnost komunikovat jakýmkoliv způsobem, či je jejich vzdělání středoškolské nebo vysokoškolské.

## POUŽITÁ LITERATURA

DRŠATA, Jakub a Radan HAVLÍK, CHROBOK, Viktor, ed. *Foniatrie - sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. Medicína hlavy a krku. 384 s. ISBN 978-80-7311-159-5.

BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.

ĎURIŠOVÁ, Júlia. *Specifika v péči o nevidomého pacienta* [online]. Jihlava, 2016 [cit. 2020-03-13].

Dostupné z:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiZxNGp3pfoAhUzQUEAHaygDv0QFjACegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fis.vspj.cz%2Fbp%2Fget-bp%2Fstudent%2F43554%2Ftheme%2F5284&usg=AOvVaw20usLFm0liCdMgmPoSUIUN>

Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Bublaková.

HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. 440 s. ISBN 978-80-271-0572-4.

HORÁKOVÁ, Anna. *Znalosti všeobecných sester při ošetřování a komunikaci nevidomých a zrakově postižených*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Ilona Holubová.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KALITOVÁ, Petra, Ondřej ČAKRT, Zdeněk ČADA, Oliver PROFANT, Martin CHOVANEC, Jan BETKA a Jan JEŘÁBEK. Význam vestibulárního a posturografického vyšetření u pacientů s vestibulárním schwannomem. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2013, **76/109**(4), 469-474 [cit. 2020-01-24]. ISSN 1802-4041. Dostupné

z: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNzMmC->

[5znAhUGJFAKHTGIAWUQFjABegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.csnn.eu%2Fcasopisy%2Fceska-slovenska-neurologie%2F2013-4-4%2Fvyznam-vestibularniho-a-posturografickeho-vysetreni-u-pacientu-s-vestibularnim-schwannomem-41173%2Fdownload%3Fhl%3DCs&usg=AOvVaw1UIQVbnxLVMK4Urbn3ZQKj](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNzMmC-5znAhUGJFAKHTGIAWUQFjABegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.csnn.eu%2Fcasopisy%2Fceska-slovenska-neurologie%2F2013-4-4%2Fvyznam-vestibularniho-a-posturografickeho-vysetreni-u-pacientu-s-vestibularnim-schwannomem-41173%2Fdownload%3Fhl%3DCs&usg=AOvVaw1UIQVbnxLVMK4Urbn3ZQKj)

KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton, 2014, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.

KITTNAR, Otomar. *Stručná fyziologie a patofyziologie smyslů. Vnitřní lékařství* [online]. 53(5), s. 477-482 [cit. 2020-01-24]. Dostupné z: <https://adoc.tips/struena-fyziologie-a-patofyziologie-smyslu.html> ISSN 1801-7592

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007, 151 s. ISBN 978-80-247-1784-5

MARTINKOVÁ, Eva, Adéla HANÁKOVÁ a Kateřina KROUPOVÁ, JURKOVIČOVÁ, Petra, ed. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVÁK, Martin. *Statistiky počtu osob se sluchovým postižením. Česká unie neslyšících, Z.Ú.* [online]. Praha: Česká unie neslyšících, Z.Ú., 2017 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.cun.cz/blog/2017/05/17/statistiky-poctu-osob-se-sluhovym-postizenim/>

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada, 2010. *Psyché (Grada)*, 248 s. ISBN 978-80-247-2946-6.

PAVLIČEK, Radek. *Kolik je v České republice zrakově postižených lidí? POmoc SLEPým Uživatelům – přístupnost webu, aplikací a informací; asistivní technologie pro uživatele se specifickými potřebami; inkluzivní design* [online]. WordPress, 2018 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://poslepu.cz/kolik-je-v-ceske-republice-zrakove-postizenych-lidi/>

PLESNÍKOVÁ, Petra. *Přístup zdravotníků k hospitalizovaným neslyšícím pacientům* [online]. Jihlava, 2016 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=2ahUKEwiZgN32\\_qPoAhVOCewKHYIEDLA4ChAWMAB6BAgHEAE&url=https%3A%2F%2Fis.vspj.cz%2Fbp%2Fget-bp%2Fstudent%2F46148%2Fthema%2F6208&usg=AOvVaw3vtkmzi4MEgU27QxnHfV4u](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=2ahUKEwiZgN32_qPoAhVOCewKHYIEDLA4ChAWMAB6BAgHEAE&url=https%3A%2F%2Fis.vspj.cz%2Fbp%2Fget-bp%2Fstudent%2F46148%2Fthema%2F6208&usg=AOvVaw3vtkmzi4MEgU27QxnHfV4u).

Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Lukáš Cakl.

POKLOPOVÁ, Kateřina. *Připravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu* [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2020-04-23]. Dostupné z:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiwhoLEnv7oAhVNskQKHUtCBewQFjABegQIARAB&url=https%3A%2F%2Ftheses.cz%2Fid%2Fqq0av0%2F7563726&usg=AOvVaw0xuNqxdkgF8YJkrS7re2ha>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SRŠEŇ, Vlastimil. Otázka týdne. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. ©2020 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kolik-prispiva-vzp-na-sluchadla>

STREMPKOVÁ, Lucie. *Komunikace s handicapovanými pacienty se sluchovým postižením* [online]. 2015 [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdxNGn4ZfoAhXOzqQKHbQNDVkJAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fis.cuni.cz%2Fwebapps%2Fzpz%2Fdownload%2F130150708&usg=AOvVaw3G6O0BFnQePHyiYXimLyeg>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová, PhD.

ŠMÍDOVÁ, Lenka. *Některé aspekty komunikace s nevidomým pacientem* [online]. Praha, 2006 [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwijiIak6ZfoAhVO-qQKHVBCkgQFjACegQICBAB&url=https%3A%2F%2Fdspace.cuni.cz%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.11956%2F6446%2FDPTX\\_2005\\_2\\_11110\\_B01224\\_101581\\_0\\_22935.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw2eqJd4UhhpqysAqhJIZ5nz](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwijiIak6ZfoAhVO-qQKHVBCkgQFjACegQICBAB&url=https%3A%2F%2Fdspace.cuni.cz%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.11956%2F6446%2FDPTX_2005_2_11110_B01224_101581_0_22935.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw2eqJd4UhhpqysAqhJIZ5nz). Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Marie Hlaváčová.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ČESKO, Zákon č. 423 ze dne 8. prosince 2008 o znakové řeči a o změně dalších zákonů, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 384/2008 In: Sbírka zákonů České republiky, 2008, částka 138, s. 6980-6982. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-423> ISSN 1211-1244

ČESKO, Vyhláška č. 294 ze dne 27. října 2015 kterou se provádějí pravidla provozu na pozemních komunikacích. In: Sbírka zákonů České republiky, 2015, částka 122, s. 3730-3815 Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-294> ISSN 1211-1244

## 4 PŘÍLOHY

|  |    |
|--|----|
| Příloha A Dotazník .....                   | 70 |
| Příloha B Tabulka s věkem respondentů..... | 76 |

## **Příloha A Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Veronika Náplavová a studuji Fakultu zdravotnických studií Univerzity Pardubice v oboru Všeobecná sestra. Tento dotazník mi poslouží k získání informací k bakalářské práci, která je zapotřebí k úspěšnému zakončení mého studia.

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala: Specifika komunikace s pacienty se smyslovou bariérou

Veškeré informace, které uvedete do tohoto dotazníku, budou zpracovány anonymně a slouží jako podklad k průzkumné části bakalářské práce. Svě odpovědi prosím zakroužkujte, případně dopište. Vybírejte pouze jednu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Tento list s informacemi k dotazníku má dole na konci stránky své číslo, stejné má i samotný dotazník. Informace z dotazníku budou archivovány 2 roky. V případě, že byste se rozhodli z průzkumu odstoupit, nebo předčasně ukončit archivaci těchto dat, informujte mě na tomto emailu (st54350@student.upce.cz) s informací, jaké číslo máte na tomto listu, abych vyřadila příslušný dotazník ze svého průzkumu.

Předem mnohokrát děkuji za vyplnění.

**1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Muž
- b) Žena

**2. Kolik Vám je let?**

- a) 19-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56 a více

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské s maturitou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra)
- b) Středoškolské s maturitou (obor Zdravotnický asistent/Praktická sestra)
- c) Vysokoškolské vzdělání (Bc.) nebo vyšší odborné vzdělání (DiS.)
- d) Navazující magisterské studium
- e) Doktorské studium
- f) jiné:

**4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

\_\_\_\_\_

**5. Jak často se ve svém zaměstnání setkáváte s pacientem s různým stupněm zrakového či sluchového postižení?**

- a) Každý den
- b) Alespoň jednou týdně
- c) Přibližně jedenkrát za měsíc
- d) 1x za půl roku
- e) 1x za rok a méně



## **6. Při zahájení komunikace s nevidomým/slabozrakým pacientem...**

- a) Se nejdříve dotknu jeho ramene a pak jej teprve oslovím
- b) Nejdříve pacienta oslovím, poté se jej dotknu a představím se
- c) Stačí se ho dotknout na libovolné části těla, aby věděl, že u něj někdo je

## **7. S nevidomým/slabozrakým člověkem oční kontakt...:**

- a) Vždy udržuji
- b) Nemusím udržovat oční kontakt, nepozná to

## **8. Pokud vedu nevidomého/slabozrakého pacienta, vedu ho tak že:**

- a) Povedu ho za ruku
- b) Půjde přede mnou
- c) Půjde „ve vleku“ za mnou
- d) Půjde krok za mnou, ruku si položí za mé rameno

## **9. Slepecký pes nevidomého pacienta do nemocnice:**

- a) Nesmí, musí zůstat venku
- b) Může, musíme se mu věnovat (hladit, dát mu jídlo, vodu)
- c) Může, ale bez vědomí majitele na něj nesmíme sahat atd.

## **10. Pokud má nevidomý/neslyšící pacient tlumočníka/doprovod, hovoříme s ním tímto způsobem:**

- a) Navážeme oční kontakt s pacientem, oslovíme, případně dotykem upozorníme na svoji přítomnost „Pane Nováku, aplikuji Vám nyní injekci“
- b) Navážeme oční kontakt s pacientem, oslovíme, případně dotykem upozorníme na svoji přítomnost a hovoříme na tlumočníka „Řekněte panu Novákovi, že mám pro něj injekci“
- c) Navážeme oční kontakt s tlumočníkem/doprovodem „Řekněte panu Novákovi, že mám pro něj injekci“

## **11. Při komunikaci s pacientem se zrakovým postižením nesmím v žádném případě říkat slova jako „podívejte, uvidíme“.**

- a) Ano, pacienta by se to mohlo dotknout
- b) Ne, není důvod

**12. Pokud nás nedoslýchavý pacient špatně slyšel:**

- a) Zopakujeme informaci stejně nahlas jako poprvé
- b) Zvýšíme hlas a zřetelně artikulujeme
- c) Křičíme

**13. Před nedoslýchavým/neslyšícím pacientem můžeme šeptat, protože nás neslyší...**

- a) Ano
- b) Ne, může odezírat

**14. Člověk s jednostrannou nedoslýchavostí/hluchotou:**

- a) Slyší pořád stejně dobře jako slyšící člověk – jedno zdravé ucho to zvládne
- b) Potřebuje specifičtější komunikaci (klid v místnosti při komunikaci, možnost odezírat, neorientuje se pomocí sluchu)

**15. Chceme-li se ujistit, zda nám nedoslýchavý pacient dostatečně rozuměl, formulujeme otázku takto:**

- a) „Pane Nováku, co jste mi rozuměl?“
- b) „Pane Nováku, rozuměl jste mi?“

**16. Jakým způsobem se nejčastěji dorozumíváte se sluchově postiženým pacientem? Na výběr máte více možností.**

- a) Verbálně i neverbálně („rukama nohama“)
- b) Přes papír
- c) Znakovou řečí
- d) S pomocí tlumočnicka
- e) Prstovou abecedou

f) Jiné, uveďte:

**17. Umíte znakovou řeč?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jen pár základních znaků

**18. Ohodnoťte následující tvrzení.**

Komunikace se zrakově postiženými pacienty je pro mě velmi obtížná:

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Možná ano, možná ne
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

**19. Ohodnoťte následující tvrzení.**

Komunikace se zrakově postiženými pacienty je pro mě velmi obtížná:

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Možná ano, možná ne
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

**20. Co je podle Vás největším problémem se kterým se setkávají sestry během komunikace se smyslově postiženým pacientem? Očíslujte popořadě od 1 do 4 podle stupně závažnosti, přičemž 1=nejmenší problém, 4=největší problém**

\_Nedostatek času

\_Nedostatek informací ohledně specifík komunikace a péče

\_Nedostatek kompenzačních pomůcek, které by pomohly v komunikaci

\_Stud či strach pacienta

**21. Myslíte si, že Vás studium dostatečně připravilo na komunikaci se smyslově postiženými pacienty?**

- a) Ano, byla jsem dostatečně připravená do praxe
- b) Ne, potřebovala bych se v této oblasti dál vzdělávat
- c) Ne, většinu informací a specifik jsem později pochytila v praxi

**22. Je pro Vás náročnější komunikace se zrakově postiženými pacienty nebo se sluchově postiženými pacienty?**

- a) Se zrakově postiženým pacientem
- b) Se sluchově postiženým pacientem
- c) Obojí stejně náročné
- d) Nevím, neměla jsem tu možnost to porovnat

**23. Co pro Vás bylo nejpřínosnějším zdrojem informací ohledně komunikace se smyslově postiženými pacienty?**

- a) Výuka komunikace na SŠ/VŠ
- b) Vlastní zkušenost (informace jsem získala až v praxi)
- c) Samostudium
- d) Jiné, uveďte:

**24. Jak byste ohodnotila svou schopnost komunikovat se smyslově postiženými pacienty?**

- a) Výborná, už není co zlepšit
- b) Na velmi dobré úrovni, ale určitě by se našli ještě nějaké nedostatky
- c) Dobrá, ale mám ještě co zlepšovat
- d) Umím toho velmi málo, potřebovala bych se v této oblasti dost vzdělávat
- e) Kdyby se do mé péče dostal pacient se smyslovým postižením, vůbec bych nevěděla, co dělat

**Příloha B Tabulka s věkem respondentů**

| <b>Počet let</b> | <b>Absolutní četnost (n<sub>i</sub>)</b> | <b>Relativní četnost (f<sub>i</sub>)</b> |
|------------------|--|--|
| 24 let           | 3  | 6 %                                      |
| 21 let           | 2  | 4 %                                      |
| 3 roky           | 5  | 10 %                                     |
| 11 let           | 1  | 2 %                                      |
| 5 let            | 3  | 6 %                                      |
| 25 let           | 2  | 4 %                                      |
| 30 let           | 1  | 2 %                                      |
| 20 let           | 2  | 4 %                                      |
| 27 let           | 2  | 4 %                                      |
| 10 let           | 2  | 4 %                                      |
| 6 let            | 2  | 4 %                                      |
| 1 rok            | 1  | 2 %                                      |
| 26 let           | 2  | 4 %                                      |
| 29 let           | 1  | 2 %                                      |
| 8 let            | 3  | 6 %                                      |
| 16 let           | 1  | 2 %                                      |
| 35 let           | 2  | 4 %                                      |
| 1,5 roku         | 1  | 2 %                                      |
| 13 let           | 3  | 6 %                                      |
| 4 roky           | 2  | 4 %                                      |
| 31 let           | 1  | 2 %                                      |
| 36 let           | 1  | 2 %                                      |
| Skoro rok        | 1  | 2 %                                      |
| 2 roky           | 3  | 6 %                                      |
| 12 let           | 2  | 4 %                                      |
| 14 let           | 1  | 2 %                                      |
| <b>Celkem</b>    | <b>50</b>                                | <b>100 %</b>                             |