

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Anna Horáková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Znalosti všeobecných sester při ošetřování a komunikaci nevidomých  
a zrakově postižených

Anna Horáková

Bakalářská práce  
2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Horáková**  
Osobní číslo: **Z14326**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Znalosti všeobecných sester při ošetřování a komunikaci nevidomých a zrakově postižených**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování:

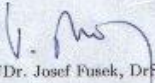
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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


- 1.KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ. Jak žít s těžkým zrakovým postižením? 1. vydání Praha: Triton, 2014, 15 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- 2.MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vydání Praha: Portál, 2011, 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- 3.PLEVOVÁ, Ilona. Ošetřovatelství. 1. vydání Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- 4.POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství. 1. vydání Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 86 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- 5.SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. 1. vydání Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ilona Holubová**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. 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. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 21.7.2017

Anna Horáková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Iloně Holubové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost, které přispěly k vytvoření této práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za jejich podporu během vzniku této práce. Nakonec bych ráda poděkovala respondentům za jejich ochotu a vstřícné chování při dotazníkovém šetření.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá připraveností všeobecných sester v oblasti komunikace s nevidomými a zrakově postiženými. Teoretická část popisuje typy zrakového postižení, úvod do komunikace, kde je představena její verbální i neverbální část. Dále se soustředí na komunikaci se znevýhodněným pacientem, jejíž hlavní částí je přímo komunikace s pacientem s poruchou zraku. Poslední část teorie tvoří přehled kompenzačních pomůcek. Ve výzkumné části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření, které zjišťují povědomí všeobecných sester o problematice zrakově postižených, jejich zkušenosti a míru připravenosti pro ošetřování těchto klientů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

komunikace, zrakové postižení, všeobecná sestra, pacient

## **TITLE**

Knowledge of General nurses for the treatment and communication of the blind and visually impaired

## **ANNOTATION**

This bachelor degree thesis deals with the preparedness of general nurses in the sphere of communication with blind and visually impaired people. The theoretical part describes individual types of visual impairment and contains an introduction to the issues of communication, whose verbal as well as non-verbal aspects are presented here. It also focuses on communication with a disadvantaged patient, especially on communication with a visually impaired patient. The last chapter of the theoretical part offers the reader an overview of compensatory aids. In the practical part, the results of a questionnaire survey are processed. The survey investigates the general nurses' awareness of the problems of visually impaired people, their experience and the level of preparedness for nursing these clients.

## **KEYWORDS**

communication, visual impairment, general nurse, patient

# OBSAH

ÚVOD .....	10
CÍLE PRÁCE.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Zrak.....	12
1.1 Zrakové postižení.....	12
1.2 Typy zrakového postižení.....	13
2 Úvod do komunikace .....	18
2.1 Neverbální komunikace .....	18
2.2 Verbální komunikace .....	19
2.3 Komunikační bariéry .....	20
2.4 Komunikace v ošetrovatelské péči .....	21
3 Znevýhodněný jedinec .....	24
3.1 Komunikace se znevýhodněným pacientem.....	24
3.2 Komunikace s pacientem s poruchou zraku .....	25
3.2.1 Chyby a mýty v komunikaci s lidmi se zrakovým postižením .....	26
4 Kompenzační pomůcky .....	28
4.1 Typy kompenzačních pomůcek .....	28
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	31
5 Výzkumné otázky .....	31
6 Metodika výzkumu .....	32
7 Presentace výsledků.....	34
DISKUZE .....	57
ZÁVĚR .....	63
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	69



## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Rozdělení respondentů dle pohlaví .....	34
Obrázek 2 Rozdělení respondentů dle délky praxe .....	35
Obrázek 3 Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání .....	36
Obrázek 4 Rozdělení respondentů dle pracoviště .....	37
Obrázek 5 Setkání s pacientem s poruchou zraku .....	38
Obrázek 6 Znalost respondentů při péči o pacienta se zrakovým postižením .....	39
Obrázek 7 Vnímání komunikace se zrakově znevýhodněným jako komplikaci .....	40
Obrázek 8 Možné komplikace při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem .....	41
Obrázek 9 Znalost pomůcek pro zrakově postižené .....	42
Obrázek 10 Uvítání pomůcek pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku .....	43
Obrázek 11 Způsob navázání prvního kontaktu s pacientem s poruchou zraku .....	44
Obrázek 12 Důležitá gesta pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku .....	45
Obrázek 13 Znalost základních pravidel pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku .....	46
Obrázek 14 Doprovázení pacienta s poruchou zraku .....	47
Obrázek 15 Komunikace při příjmu pacienta s poruchou zraku .....	48
Obrázek 16 Pokoj pro pacienta s poruchou zraku .....	49
Obrázek 17 Bezpečnost pacienta s poruchou zraku .....	50
Obrázek 18 Informovanost o hmatných orientačních bodech .....	51
Obrázek 19 Znalost způsobů označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku .....	52
Obrázek 20 Znalost organizací pro zrakově postižené .....	53
Obrázek 21 Účast na semináři či školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku .....	54
Obrázek 22 Uvítání možnosti zdokonalit se ve správné technice komunikace .....	55
Obrázek 23 Znalost při ošetrovatelských úkonech pacienta se zrakovým postižením .....	56
Obrázek 24 Braillova abeceda .....	76
Obrázek 25 Zvětšovací elektronická lupa .....	78
Obrázek 26 Orientační hůl .....	79
Obrázek 27 Signalizační hůl .....	79
Obrázek 28 Opěrná hůl .....	80

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
apod.	A podobně
atd.	A tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
CRS	Congenital Rubella Syndrome
č.	Číslo
HIV	Human immunodeficiency virus
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
např.	Například
s.	Strana
tzv.	Tak zvaně, tak zvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Komunikace je nedílnou součástí v ošetrovatelské péči o pacienta. Je velmi důležitá pro navázání dobrého vztahu mezi pacientem a zdravotní sestrou, jejíž součástí by měla být hlavně důvěra, úcta a porozumění. Pomocí správných komunikačních pomůcek lze takto náročný vztah navázat. Zdravotní sestra, která nedokáže navázat správnou komunikaci své neverbální projevy, ale i nevnímá projevy pacienta, nemůže být schopna plnohodnotně pečovat o pacienta.

Člověk se zrakovým postižením má stejné potřeby jako člověk, který je bez postižení. Odlišné a specifické jsou prostředky, způsoby, techniky, služby, kterými lidské potřeby v případě poškození zraku uspokojujeme. S poruchou zraku přichází i velká změna v každodenním životě člověka (Schindlerová, 2007, s. 7).

Pacient, který má narušenou komunikační schopnost, nemusí vždy být příčinou špatné komunikace. Iniciátorem právě bývá často sestra, která si neví rady v komunikaci se znevýhodněným pacientem. Sestra by se proto měla komunikačním dovednostem učit a stále je zdokonalovat, jelikož komunikace v ošetrovatelské péči je v mnoha ohledech specifická. Kvalitní komunikace je také předpokladem úspěšné léčby a má velký vliv na hospitalizaci pacienta. Komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem bývá z nedostatku času omezená jen na nejnnutnější informace. Taková to komunikace vede k neuspokojování pacientových potřeb hlavně v psychosociální oblasti. Tato komunikace může vést k mnoha komplikacím např. agresivita. Dokáže-li si sestra osvojit správné komunikační dovednosti, může se takovým komplikacím předejít.

Toto téma jsem si vybrala, neboť se domnívám, že této problematice není věnována dostatečná pozornost. Prostřednictvím této práce jsem se, chtěla dozvědět více o komunikačních dovednostech a zjistit, na jaké úrovni jsou tyto dovednosti u všeobecných sester v ošetrovatelské péči. Zrakově postižení se ve svém životě setkávají s mnoha překážkami a tyto osoby, ale chtějí být ve společnosti vnímány jako svéprávné a samostatné osoby, ale jsou si vědomy, že může nastat okamžik, kdy budou potřebovat pomoc. Naštěstí v dnešní moderní době existuje mnoho kompenzačních pomůcek, které pomáhají zrakově postiženým se sebeobslouhou, orientací a minimalizují počet úkonů závislých na druhé osobě.

## CÍLE PRÁCE

**Hlavní cíl:** Popsat problematiku znalostí všeobecných sester a komunikace se zaměřením na nevidomé, zrakově postižené a vytvořit praktický výstup práce.

**Dílčí cíle:**

1. Zjistit, jaké je povědomí zdravotnického personálu v základních oblastech dané problematiky (komunikace).
2. Zjistit zkušenosti a míru připravenosti zdravotnického personálu pro ošetřování klientů se zrakovým postižením.
3. Zmapovat zkušenosti všeobecných sester při ošetřování hospitalizovaných nevidomých a zrakově postižených.
4. Vytvořit brožuru - průvodce při komunikaci se zrakově postiženými.

# I TEORETICKÁ ČÁST

*„Co je důležité, je očím neviditelné“ (Antoine de Saint-Exupéry)*

## 1 Zrak

Zrak bez nadsázky můžeme považovat za jeden z našich nejdůležitějších lidských smyslů. Využíváme ho jako primární smysl při získávání až 90 % ze všech informací z našeho okolí. Jakékoliv zrakové omezení nám především ztěžuje orientaci – a pokud se jedná o dlouhodobé nebo trvalé postižení, pak je jím rovněž výrazně ovlivněna komunikace, psychická integrita a celkově i sociální existence člověka (Slowík, 2007, s. 59).

Co si můžeme představit za významem slova vidění? Jde o velmi složitý proces, na němž se kromě oka a nervových drah velkou měrou také podílí mozek, který veškeré signály zpracovává jako výsledný zrakový vjem. Rozlišujeme vidění centrální, kterým vnímáme detaily a barvy, a vidění periferní, které nám umožňuje vnímat a orientovat se v prostoru (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 14).

### 1.1 Zrakové postižení

Řekne-li se „zrakově postižený“, hned nám mezi prvními představami naskočí nevidomý člověk. Třebaže nevidomých lidí je mezi populací se zrakovým postižením výrazná menšina, slepota je prostě „úderný“ úkaz. Nejvyšší počet ale představují lidé, kteří jsou slabozrací, kteří se také v nemalém rozměru potýkají s dopady zrakového postižení (Michalík, 2011, s. 275).

Zrakového postižení může být vada nebo porucha v jakékoliv části zrakového ústrojí – tedy v oblasti receptoru (zevní oko), nervových drah spojujících oko s mozkovým centrem (oční nerv) nebo přímo zrakového centra v mozku (Slowík, 2007, s. 60).

Zrakové postižení bývá velmi často způsobeno vrozenými zrakovými vadami (mohou být geneticky podmíněné, nebo také zapříčiněné infekčním onemocněním matky v době těhotenství apod.). Později mohou být častou příčinou zákaly (šedý – katarakta, případně zelený – glaukom), nádory, následky úrazů nebo intoxikací, ale také třeba patologické změny sítnice (retinopatie), které jsou vyvolané například cukrovkou nebo cévním onemocněním (Slowík, 2010, s. 64).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) uplatňuje následné třídění:

1. H00-H06 – nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice,
2. H10-H13 – onemocnění spojivky,
3. H15-H22 – onemocnění skléry, duhovky, rohovky a řasnatého tělíska,
4. H25-H28 – onemocnění čočky,
5. H30-H36 – nemoci cévnatky a sítnice,
6. H40-H42 – glaukom,
7. H43-H45 – nemoci sklivce a očního bulbu,
8. H46-H48 – nemoci zrakového nervu a zrakových drah,
9. H49-H52 – poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce,
10. H53-H54 – poruchy vidění a slepota,
11. H55-H59 – jiné onemocnění oka a očních adnex (Michalík, 2011, s. 280).

## 1.2 Typy zrakového postižení

Mezi nejčastější zrakové vady řadíme: poruchy barvocitu, refrakční vady (myopatie, astigmatismus), katarakta, afakie, glaukom, retinopatie, degenerace sítnice (pigmentová degenerace sítnice, degenerace žluté skvrny), záněty sítnice, změny terče zrakového nervu, albinismus, aniridie, kolobom, keratokonus, mikroftalmie, nystagmus, poruchy binokulárního vidění a amauróza (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 15).

### Poruchy barvocitu

Jde o neschopnost vidění barev v celém spektru. Úplná barvoslepost se však objevuje velmi zřídka, častěji jde o problémy s vnímáním určitých barev. Tato porucha je obvykle dědičná a neprogresivní. U této vady jsou porušeny čípky a jejich funkce. Jelikož tyto čípky zajišťují vnímání barev tak i zrakovou ostrost, bývá také i ona snížena. Fyziologicky správné barevné vidění se nazývá trichromazie (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 15 - 16).

Většinou jde o porušení čípků, které nemusí být přítomny v sítnici – hovoříme o monochromazii. Zároveň je postižena centrální zraková ostrost a nystagmus. Existuje i typ s normální zrakovou ostroší, ale tato forma poruchy bývá vzácná. Mírnější porucha barvocitu se nazývá dichromazie u níž se nerozlišuje jedna ze tří základních barev. Když postižený hůře vidí červenou barvu, mluvíme o tzv. protanomálii; vidí-li špatně zelenou barvu, hovoříme o tzv. deuteranomálii. Tritanopie je stav, kdy jedinec vidí hůře modrou barvu (Synek a Skorkovská, 2014, s. 62).

Ale chybí-li úplně jedna skupina pigmentu, mluvíme o dichromazii; a stejně i v této skupině bývají stavy, kdy nevidí červenou barvu (protanopie), anebo nevidí barvu zelenou

(deuteranopie). Porucha vidění modré barvy (tritanopie) se vyskytuje velmi málo (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 16).

### **Katarakta – šedý zákal**

Šedý zákal označujeme jako poruchu průhlednosti čočky. Čočka bývá zakalená a znemožňuje optimální průchod a lomivost světelných paprsků v oku. Zákal brání neporušenému obrazu vstupu do oka nebo ho značně deformuje. Rozlišujeme podle doby vzniku tři typy: vrozená (na základě dědičnosti, poškození CNS nebo nitroděložní infekce), pouřazová a spojená se stářím (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 17).

Lidé s kataraktou bývají často citliví na světlo v důsledku nesprávného rozptylu světla uvnitř oka. V pokročilejší fázi u tohoto onemocnění vidí člověk přibližně tak, jako kdyby měl přes oko mikrotenový sáček v několika vrstvách (Michalík, 2011, s. 280).

### **Glaukom – zelený zákal**

Podstatou onemocnění je zvýšený nitrooční tlak, který způsobuje poškození nitroočních tkání, zejména zrakového nervu, popřípadě sítnice. Některé formy glaukomu jsou bolestivé, a tedy i relativně snadno odhalitelné. Většina však probíhá bez bolesti a doprovodné vnější příznaky (blesky v očích, občasné přechodné mlhavé vidění apod.) jsou často dlouhodobě (již nemocným) člověkem bagatelizovány. Zpočátku obvykle nedochází k poruše vidění, takže onemocnění probíhá skrytě, a pokud člověk pravidelně nedochází na oční prohlídky, přichází k lékaři mnohdy až v době, kdy jsou oční tkáně již trvale poškozeny. Neléčený glaukom je jednou z nejčastějších příčin slepoty (Michalík, 2011, s. 280).

### **Retinopatie**

Je to označení pro patologické změny sítnice a jejích cév, které vznikají v důsledku s celkovými chorobami. Jestliže jsou postiženy jenom cévy, bez ložiskových změn na sítnici, pak hovoříme o vaskulopatii. Sítnice je jediným místem v organismu, kde jde přímo pozorovat cévy (Rozsival, 2006, s. 244).

Mezi nejčastější příčiny vzniku řadíme oběhové poruchy (retinopathia arteriosclerotica, retinopathia hypertonica), cukrovka (diabetická retinopatie) nebo koncentrace kyslíku v inkubátorech (retinopatie nedonošených) (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 18).

### **Refrakční vady**

Refrakční vady patří do skupiny poruch zrakové ostrosti. Nejčastější jsou myopie, hypermetropie a astigmatismus (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 16).

Myopie nebo-li krátkozrakost je porucha vidění do dálky. Upravuje se pomocí brýlí, tzv. rozptylkami (konkávní čočky), v diagnostických nálezech jsou označovány znaménkem

minus. Lehká myopatie je do -3 dioptrií, střední od -3,25 do -6 dioptrií, těžká myopatie, tzv. myopia gravis, je nad -6 dioptrií (Michalík, 2011, s. 282).

Hypermetropie je normální nález po narození. S růstem oka se snižuje dalekozrakost a v pubertě má určitý stupeň hypermetropie asi 50 % očí. U této vady leží ohnisko rovnoběžně dopadajících paprsků u neakomodujícího oka za sítnicí (Rozsival, 2006, s. 121).

Upravuje se brýlemi, tzv. spojkami (konvexní čočky), které bývají v diagnostických nálezech označovány znaménkem plus (Michalík, 2011, s. 282).

Astigmatismus většinou je způsoben v důsledku vrozeného nepravidelného zakřivení rohovky nebo jako poúrazový a pooperační stav. Podstatou tohoto poškození je nerovnoměrné rozložení optické mohutnosti oka ve všech rovinách. Kompenzuje se cylindrickými skly v brýlích, které lámou obraz jenom v jednom směru (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 17).

### **Degenerace sítnice**

Jde o řadu degenerativních chorob nezánnělivého původu, kterým je společné poškození nervových elementů sítnice, vztah k dědičnosti, oboustranný výskyt a progrese choroby (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 19).

Pigmentová degenerace sítnice bývá v 90 % autosomálně recesivní onemocnění, které postihuje primárně pigmentový epitel sítnice, fotoreceptory, zejména tyčinky. Toto onemocnění přiřazujeme k tzv. tapetoretinálním degeneracím (tapetum značí pigmentový epitel sítnice). Mezi nejčastější příznaky patří porucha vidění za šera, většinou ve věku puberty (Rozsival, 2006, s. 251).

Degenerace žluté skvrny se řadí ke skupině centrálních retinálních degenerací. Při onemocněních degenerací žluté skvrny dochází k následnému zhoršování až ztrátě centrálního vidění nebo k snížení zrakové ostrosti v centrální oblasti. Z psychologického hlediska je významné vědět, že to nevede k úplné slepotě, protože je zachováno periferní vidění (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 19).

### **Záněty sítnice (retinitidy)**

Septický zánět sítnice způsobuje zanesení infekčního materiálu do arteria centralis retinae hematogenní cestou při sepsi, endokarditidě nebo fokální infekci. Akutní nekróza sítnice je označováno jako onemocnění virového původu, které postihuje obyčejně obě oči současně. V pozadí bývá často generalizovaná infekce cytomegalovirem u nemocných, kteří se dlouho léčili imunosupresivy, nebo generalizovaná infekce HIV virem v rámci AIDS. Onemocnění začíná těžkou poruchou vidění až slepotou (Rozsival, 2006, s. 250).



### **Změny terče zrakového nervu**

Je to degenerace terče zrakového nervu, otok a městnání. Obvykle dojde k výpadkům zorného pole, které vede až ke slepotě. Některé formy jsou dědičné, jiné jsou spjaty s diabetem nebo je také způsobují některé jedy (např. metylalkohol), dále poranění, nitrolební nádory a jiné (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 21).

### **Albinismus**

Jedná se o genetickou poruchu, která je charakterizovaná nedostatkem pigmentu melaninu, projevující se hlavně světlou pletí, světlými až platinovými vlasy a narůžovělým odstínem světle modré duhovky. Nedostatek melaninu v očích způsobuje pokles zrakové ostrosti v pásmu slabozrakosti, může se současně také objevit nystagmus, strabismus, světloplachost (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 21).

### **Aniridie (chybění, anomalie duhovky)**

Tento termín se používá jako označení pro bilaterální malformaci oka, u něhož je nejnápadnější chybění duhovky (Kuchynka, 2016, s. 60).

### **Kolobom**

Jedná se o vrozenou vadu žilnatky, kdy chybí část duhovky nebo sítnice. Je-li pouze postižena duhovka, nedochází k výpadkům zorného pole, pokud je zasažena sítnice, pak je příslušná oblast „slepá“ (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 21).

### **Keratokonius**

Jde o onemocnění, které je charakterizované vyklenutím rohovky. Mezi nejčastější příznaky patří změny refrakce oka a kruhy kolem světelných zdrojů (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 21).

### **Mikroftalmie**

Je označováno jako nevyvinuté oko, malé oko. Často bývá krátkozraké, protože rohovka je více zakřivená, a tedy větší měrou lomí paprsky. U tohoto postižení nejsou specifické symptomy ani léčba (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 21).

### **Nystagmus**

Jedná se o nadměrné chvění oka, rychlé mimovolní pohyby očí (Michalík, 2011, s. 282).

### **Poruchy binokulárního vidění**

Vidění pomocí obou očí spojuje obrazy vnímané každým okem v jeden a také nám umožňuje vnímat hloubku prostoru. Poruchy binokulárního vidění mají za následek změny ve vnímání v části senzorické a šilhavost v části motorické. Zpravidla dojde ke snížení zrakové ostrosti, k excentrické fixaci a k poruchám ve vnímání prostoru (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 22).

## **Syndromy**

**Marfanův syndrom** je to genetická porucha pojivové tkáně (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 22).

**CRS – Congenital Rubella Syndrome** (vrozený syndrom zarděnek) se rozvine u dětí, jejichž matka prodělá zarděnky během těhotenství. U dětí je v důsledku tohoto onemocnění postižen sluch nebo zrak (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 22).

**Usherův syndrom** je genetické onemocnění, u kterého dojde k poškození zraku a sluchu. U prvního typu se jedná o totální kongenitální hluchotu (resp. hluchoněmost). U druhého typu je kongenitální částečná a neprogredující hluchota, řeč a vestibulární funkce jsou normální (Kuchynka, 2016, s. 281).

**Sticklerův syndrom** poškozuje tvorbu tělesného kolagenu, který je velmi důležitý pro tvorbu pojivkové tkáně. V oku je v bělimě, rohovce a v moku zadní oční komory. Jako důsledek tohoto poškození se může rozvinout krátkozrakost, glaukom, katarakta a také hrozí i odchlípení sítnice.

**Goldenharův syndrom** je genetické poškození, díky jehož důsledku se bývají vrozené oční a ušní anomálie, vrozená katarakta, mikrooftalmie, anomálie ušní chrupavky a další poškození (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 23).

**Patuův syndrom** je genetické onemocnění, u kterého dochází k trizomii 13. Páru chromozómu. Děti, které mají toto poškození, se většinou narodí bez očí, mají rozštěp rtu i patra, volnou kůži v záhybech, volné klouby palců u rukou, psychomotorickou retardaci, poruchu sluchu (Valenta, Michalík a Lečbých, 2012, s. 59).

## 2 Úvod do komunikace

Pojem komunikace pochází z latinského *communis* („společný“), a tedy že kdykoliv s někým doopravdy komunikujeme, pak se s ním také setkáváme a prožíváme vzájemné sdělení (Slowík, 2010, s. 12).

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces, při kterém se předávají informace mezi dvěma či více komunikujícími subjekty a znamená to prakticky základ všech vztahů mezi lidmi (Pokorná, 2006, s. 9).

Aby komunikace fungovala dobře, je nutné objasnit prvky komunikačního procesu. Komunikátor bývá osoba, která začíná komunikační proces pro nějaký záměr. Má za cíl komunikovat s komunikantem cestou přenosu - komunikačním kanálem, tento kanál je cesta, díky níž je zpráva, kterou chce komunikátor sdělit, předána. Pomocí kódování se zpráva předává ve formě srozumitelné pro komunikanta, který si ji dekóduje, zpráva se předává v prostředí fyzikálním i emocionálním. Zpětnou vazbou si komunikátor zkontroluje, zda došlo k pochopení ze strany komunikanta. Celý proces narušuje šum, který ovlivňuje komuniké (Plevová, 2011, s. 16 - 17).

Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma jedinci, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na danou objektivní situaci. Objektem této komunikace je potom to, jak jedinci na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují. Jedná se tedy o transakční proces, ve kterém každý jedinec může být současně jako mluvčí i posluchač. V tom samém okamžiku, kdy vysílá sdělení, může také přijímat sdělení ze své vlastní komunikace i z reakcí druhého jedince (Pokorná, 2006, s. 9).

### 2.1 Neverbální komunikace

Komunikace beze slov nebo-li viditelná, mimoslovní (z latiny *Verbum* = slovo, *non* = ne) komunikace, která nepoužívá slov, je vývojově (fylogeneticky) starší a existovala už dávno před tím, než se vyvinula řeč. Dá se jen velmi špatně ovládat vůlí a obtížně skrývat (Pokorná, 2006, s. 17).

Je obvykle označována jako řeč těla (anglicky *body language*, *bodytalk*). Tato komunikace se týká způsobů, kterými jedinci zprostředkují informace o svých potřebách, emocích, záměrech, postojích a myšlenkách bez jakéhokoliv verbálního projevu. Většina komunikace mezi jedinci probíhá právě neverbálně. Neverbální komunikace má větší váhu než verbální výpověď a paralingvistické projevy, proto se považuje za více hodnověrné.

Pomocí neverbálního sdělení je možné verbální sdělení podpořit, oslabit, zesílit, nahradit, vyjádřit emoce, vyjádřit zainteresované naslouchání, stanovisko komunikačních partnerů, vlastní postoje a zprostředkovat postoj v interpersonálním vztahu: dominance, přátelskost, pohrdání. Neverbální komunikace se dá vyjádřit jako „sebe prezentace“ jedince (Plevová, 2011, s. 28 - 29).

Každý člověk má vlastní řeč těla, kterou smí ovládat jen do určité části, způsob těchto projevů ovlivňují různé faktory, jako jsou radost, deprese, strach. Pro sestru je velice významné vnímat tyto projevy u pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 39).

Rozlišujeme následující způsoby neverbální komunikace:

1. Haptika: komunikace dotekem
2. Kinezika: komunikace pohybem
3. Mimika: komunikace výrazem obličeje
4. Gestika: komunikace gesty
5. Vizika: komunikace pohledem
6. Posturika: komunikace postojem, polohou a konfigurací těla
7. Proxemika: komunikace udržováním určité vzdálenosti
8. Teritorialita: komunikace prostorem
9. Chronemika: zacházení s časem

Mezi další způsoby neverbálního komunikování, kterými jedinec podává zprávu o důležitých aspektech sebe samého, zařazujeme:

1. Komunikace úpravou zevnějšku
2. Komunikace vzhledem těla
3. Komunikace prostřednictvím předmětů (Plevová, 2011, s. 30).

## **2.2 Verbální komunikace**

Verbální komunikace (slovní komunikace, sdělování slovy) je komunikace, která se sděluje pomocí slov a jazyka (mluveného i psaného). Verbální komunikace má vokální (mluvenou) a nevokální (písemnou) formu. Na pochopení mluvené a čtené informace se podílí Wernickeova oblast, která leží u zadního konce temporálního gyru, přes fasciculus arcuatus proniká do Brockovy oblasti v čelním laloku přímo před spodním koncem motorické kůry. Brockova oblast má za funkci zpracování informace přicházející z Wernickeovy oblasti na podrobný a koordinovaný vzorec aktivity pro vokalizaci a tento vzruchový vzorec vysílá

do motorické kůry, odkud bývají řízeny příslušné pohyby rtů, jazyka a hlasivek tak, aby jejich výsledkem byla řeč (Plevová, 2011, s. 20 - 22).

Řeč by měla být jednoduchá, zřetelná a stručná. Komunikátor by měl přizpůsobovat svoji řeč svému partnerovi a jeho informace by měly být důvěryhodné, správně načasované. U komunikace je důležité to i jak komunikátor mluví, řeč by měla mít určité tempo, rychlost a komunikátor by měl volit příjemnou barvu a tón hlasu, také záleží na délce rozhovoru. Ta by měla odpovídat schopnostem komunikanta udržet pozornost a je podstatné vhodně zvolit pauzy, pomlky (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 29 – 31).

### 2.3 Komunikační bariéry

Kontraproduktivní komunikace je typ komunikace, která nevede ke vzájemnému porozumění, může naopak dojít k miskoncepcím, manipulaci a jiným pochybením. Nazývá se také jako nezdravá komunikace, která vyvolává pocity tísně a nesoulad ve sdělování a chápání. K narušení produktivity a efektivity komunikace může dojít i úmyslně, např. využitím manipulativních technik, nebo neúmyslně prostým nepochopením obsahu slov či nesprávnou interpretací denotativní a konotativní úrovně pojmu. Bariéry se rozdělují do dvou skupin a to na interní a externí překážky. Interní bariéry vznikají mezi komunikačními partnery (Mikuláščík, 2010, s. 36).

Vycházejí ze schopností, dovedností sestry i pacienta. Toho také velmi ovlivňuje jeho zdravotní stav. Negativní emoce jako je strach, zlost, obava z neúspěchu, ale i záporné postoje k okolí jsou překážkou k produktivnímu hovoru (Pokorná, 2006, s. 41).

Pro komunikaci je také velmi důležité okolí, ve kterém hovor probíhá, do externích bariér patří zevní prostředí (Mikuláščík, 2010, s. 36).

Hluk, šum, vyrušení další osobou, to vše je to co narušuje plynulost komunikace. Prostředí by nemělo jedince při komunikaci rozptylovat. Sestra při komunikaci by neměla pacienta zahltit příliš mnoha informacemi a pacient by měl být schopen naslouchat (Pokorná, 2006, s. 41).

Mezi další komunikační bariéry patří překroucení informace, komunikační zahlcení, nevhodná forma předávání zpráv s ohledem na posluchače, elevace, devalvace, použití vágních a bezvýznamných slov a manipulace v komunikaci. K **překroucení informace** většinou dochází nejčastěji neúmyslně, prostou nepozorností poslouchajícího, anebo tím, že poslouchající již přemýšlí nad odpovědí. **Komunikační zahlcení** bývá spojeno

s nedostatečnou diagnostikou aktuálních schopností posluchače. Komunikační klíč je třeba přizpůsobit aktuálnímu psychickému a fyzickému stavu posluchače, nejen z hlediska smyslových vad, ale také jeho věku, vzdělání apod. **Nevhodná forma předávání zpráv s ohledem na posluchače** především s ohledem na složitost výrazů a použitých spojení. **Elevace** vyjadřuje pozitivní vztah charakterizovaný zvýšeným nebo prostým projevem patřičné lidské úcty, zdvořilým a taktickým jednáním. **Devalvace** bývá vyjádření negativního vztahu charakterizované snížením hodnoty druhého jedince v očích jiných lidí, případně v jeho vlastních. **Použití vágních a bezvýznamných slov** je obsah slov a informace nesená slovy, obsažená v komuniké, bývá přizpůsobena cíli komunikace v určitém okamžiku. **Manipulace v komunikaci** se považuje za neproduktivní strategii v komunikaci (Pokorná, 2006, s. 42 - 44).

## 2.4 Komunikace v ošetrovatelské péči

Komunikace, která probíhá v ošetrovatelské péči je výměna informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou. Pacient se sestrou bývají současně vysílačem a přijímačem informací. Komunikace se považuje za základ ošetrovatelské péče a je její nedílnou součástí. Sestra a pacient sdílejí a interpretují informace a budují jejich vztah, který dále rozvíjejí. Bez komunikace mezi sestrou a pacientem je kvalitní ošetrovatelská péče naprosto vyloučená (Špatenková, Králová, 2009, s. 9).

Komunikace je neoddelitelnou součástí práce sestry a je základem všech činností, které sestry vykonávají. Od sestry se především očekává empatické naslouchání a jasné porozumění verbálním a neverbálním projevům. Efektivní komunikační zručnosti jsou důležité, aby došlo k umožnění terapeutických interakcí, hodnocení potřeb pacientů a implementaci intervencí. Pro sestru je rozvoj a udržování komunikačních zručností nepostradatelné (Plevová, 2011, s. 11).

V ošetrovatelské péči se uplatňují tři druhy komunikace, první je **sociální komunikace**, která bývá neplánovaná, odehrává se například na chodbách či pokojích nemocnic. Druhý druh je **strukturovaná komunikace**, ta je naplánovaná a má dopředu dané téma hovoru. Třetí,

**terapeutická** nebo také **léčebná komunikace** bývá, když sestra pacientovi pomáhá s vyrovnáním se pro něj s novou a stresující situací. Pro sestru není náplň ošetrovatelské péče jenom plnit lékařské ordinace, ale také pečovat o pacientovu psychiku právě pomocí

komunikace. Při komunikaci s pacientem je důležité, aby sestra vyslechla i jeho názor (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 90).

Vztah mezi sestrou a pacientem by měl být rovnocenný, protože spolu komunikují dvě lidské bytosti. V ošetrovatelské péči bývá tento vztah nevyvážený, protože setra je z hlediska svého postavení pro pacienta autoritou, expertem. A proto by měla komunikaci do určité míry řídit a rozhodovat o její formě a obsahu (Špatenková, Králová, 2009, s. 9 - 10).

Každá sestra se od té druhé liší osobností, gender aspekty (zda jde o muže nebo ženu), věkem, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, pracovištěm. Sestry bývají různé a také pacienti bývají různí. Co mohou mít pacienti společné, jsou jenom jejich zdravotní problémy a diagnózy. Jinak, ale každý pacient je naprosto originální jedinec, každý má svůj životní příběh a každý z nich bývá v jiné životní situaci. Sestry a pacienti jsou v zcela jiných rolích, což někdy může být příčinou mnoha nedorozumění mezi nimi. Nemoc a léčba nemocí je pro sestry běžnou věcí, normální součástí jejich práce, ale pro pacienty je každá nemoc osobní záležitost, protože se jich bytostně týká. Proto pacienti od sester chtějí pozornost, laskavost, pochopení a maximální péči (Špatenková, Králová, 2009, s. 13 - 14).

Aby komunikace mezi sestrou a pacientem vznikla a byla produktivní, je důležité splnit tři základní požadavky. Prvním požadavkem je, aby pacient se sestrou chtěl komunikovat. Jen ve výjimečných případech není tento požadavek splněn. Druhým požadavkem je, aby sestra i pacient uměli komunikovat. Pacient většinou nemá problém s tímto požadavkem, ale sestra s tradičními komunikacemi nevystačí. Třetí a také poslední požadavek je moci komunikovat a tento požadavek nespĺňují nebo jen částečně splňují handikepovaní pacienti s poruchou řeči, zraku, sluchu nebo dementní pacienti apod. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 258).

Vztah mezi sestrou a pacientem může trvat jen pár minut (např. v ambulancích), hodin, dní, týdnů, měsíců, ale i roky (např. v ústavech sociální péče). Bez ohledu na délku jejich vzájemného vztahu jsou dány základní principy vztahu mezi sestrou a pacientem, mezi které patří respekt, autentičnost, empatie, aktivní naslouchání, důvěra a důvěrnost.

Pacient reaguje na nemoc svým způsobem adaptace, vyrovnává se s určitou situací. Sestra by neměla jakýmkoliv způsobem hodnotit a soudit tyto reakce, ale měla by se snažit takového pacienta bezpodmínečně kladně přijmout a měla by ho respektovat. Respekt znamená vlastnost uznat (přijímat) názory a reakce jiného jedince i přes jeho vlastní (a to i nesouhlasné) pocity.

Mezi další principy vztahu mezi sestrou a pacientem patří autentičnost. Autentičnost znamená vlastnost být sám sebou v rámci jeho profesního statusu. Do vztahu, který má sestra a pacient patří neodmyslitelně i empatie. Empatie znamená vlastnost vcítit se do toho, co pacient v souvislosti s jeho nemocí a svým změněným stavem prožívá (Špatenková, Králová, 2009, s. 22 - 25).

U zdravotní sestry jsou vyžadovány zcela zvláštní komunikační dovednosti, které by každá budoucí sestra se měla naučit již během svého studia, protože komunikace je základem veškeré ošetrovatelské péče (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 81).

Sestra, která si chce (a měla by chtít) vybudovat s pacientem rovnoprávný a uspokojivý vztah, by měla umět aktivně naslouchat. Aktivní naslouchání bývá definováno jako stav, kdy aktivně posloucháme druhého jedince a snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Jsme schopni pozorně vnímat informace a držet se hlavního tématu (Pokorná, 2006, s. 35).

Umění naslouchat a dar schopnosti naslouchání nebývá dán všem lidem stejnou měrou. Někteří lidé mají schopnost empatického ztotožnění na vysoké úrovni. Ostatní se snaží a ne vždy je snaha korunována úspěchem. Další mají schopnost velmi dobrého empatického přístupu, ale jejich reakce nebývá vždy adekvátní a nejvhodnější. Naslouchání se nedá naučit. Lze pracovat na zlepšení této schopnosti stejně jako jiných komunikačních dovedností. Aktivní naslouchání se výrazně liší od klasického naslouchání (Pokorná, 2006, s. 38 - 39).

Ve vztahu sestra - pacient je velice důležitá důvěra. Je významná pro vybudování dobrého vztahu a sdílení informací. Pacient se nachází ve zranitelné pozici (psychicky i fyzicky), a proto potřebuje mít jistotu, že sestra je důvěryhodná a spolehlivá. Rozhodnutí pacienta, zda bude nebo nebude důvěřovat sestře, záleží na jejím projevu chování (Špatenková, Králová, 2009, s. 26).



### 3 Znevýhodněný jedinec

Handicap bývá do češtiny překládáno už jen zřídka, obyčejně však správně jako znevýhodnění. Lidé však nerozpoznávají rozdíly mezi pojmy vada, porucha, postižení či handicap a pod všemi těmito výrazy si představují obvykle totéž (Slowík, 2010, s. 23).

Jak tyto pojmy můžeme rozlišovat a co tedy znamenají? Můžeme si je představit tak, jak jsou definovány v Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů ICDH (WHO, 1980).

**Vada, porucha, defekt (impairment)** jde o narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. **Postižení (disability)** je omezení nebo ztráta schopnosti konat činnost způsobem nebo v rozsahu, který člověk považuje za normální.

**Znevýhodnění (handicap)** se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo vůbec znemožňuje, aby člověk naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální (Slowík, 2007, s. 26 - 27).

Znevýhodněný člověk je ve společnosti často brán jako sociálně slabý jedinec, který vyžaduje péči, pomoc a ochranu. Tyto předsudky je velmi důležité odbourat. Pravda je, že lidé, kteří jsou nějak postižení, mají své specifické potřeby, ale nemělo by je to odloučit od okolí (Michalík, 2011, s. 31).

Zdravotní postižení dělíme na vrozené a získané. Obě tyto postižení zcela ovlivňují jak život člověka, tak život jeho rodiny a okolí. Dítě, které má vrozené znevýhodnění se lépe vyrovnává se svou situací než jeho rodina, naopak když dojde, že člověk své postižení získá, tak se tato nová situace stává velkou zátěží pro jedince, který se musí s touto těžkou situací smířit (Pokorná, 2006, s. 57).

Zdravotní postižení může být mentální, tělesné, smyslové, ale mohou se i kombinovat (Michalík, 2011, s. 34).

#### 3.1 Komunikace se znevýhodněným pacientem

Při komunikaci se znevýhodněnými pacienty by sestra měla vybírat správnou terminologii. Dříve užívané výrazy, jako např. mrzák, invalida (výjimkou je jen zachovaný pojem „invalidní důchod“), dnes jsou naprosto nepřijatelné. V naší společnosti je asi 10 % osob, kteří mají zdravotní postižení, a tento počet se s věkem zvyšuje, výrazně stoupá od 60 let. Jako hlavní uváděné skupiny se zdravotním postižením patří osoby, které mají tělesné postižení, zrakové postižení, sluchové postižení, osoby s vnitřním postižením (osoby s „civilizačními chorobami“), s mentálním postižením a osoby s těžší poruchou řeči.

Také psychiatrickí pacienti (zejména psychotici) a osoby s demencí jsou ve skupině osob se zdravotním postižením. Někdy se může sestra setkat s pacientem, u kterého se vyskytuje hned několik druhů postižení, pak se jedná o kombinované postižení. Kombinované postižení mají často stejnou etiologii, ale nemusí tomu tak být pokaždé. Nejčastěji se tento pojem užívá u osob, které trpí mentálním postižením kombinovaným např. se zrakovým postižením. Někteří laici se bohužel domnívají, že všechny osoby, které mají zdravotní postižení, jsou postiženy i mentálně (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 261 - 262).

Sestra by měla umět využívat pacientových komunikačních schopností a je nutné ho podporovat v jeho nezávislosti i v oblasti komunikace (Špatenková, Králová, 2009, s. 99). Bohužel i v naší společnosti jsou různé projevy pohrdání, odporu a vyhýbání se kontaktu se zdravotně postiženým jedincem, také různé stereotypy a mýty stigmatizují zdravotně postižené pacienty a tím snižují jejich sociální postavení (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 35).

### **3.2 Komunikace s pacientem s poruchou zraku**

Zrak patří mezi základní prvky poznávání a zprostředkování informací. Pomocí zraku je jedinec schopen zachytit svět v jeho mnohotvárnosti a pestrosti. Zrakově postižení lidé mají velmi výrazně malou možnost poznávat okolní svět (Plevová, 2011, s. 63).

Může se zdát, že člověk, který má poruchu zraku nemusí mít problémy při komunikaci s okolím, ale pravda je opakem. Porucha zraku vytváří závažnou komunikační bariéru mezi poškozeným jedincem a jeho okolím. Člověk, který má poruchu zraku, je oddělen od věcí, které ho obklopují (Pokorná, 2006, s. 66).

Jak by sestra měla správně komunikovat s pacientem, který má zrakové postižení a jaká pravidla by měla dodržovat? V první řadě by jako první měla navázat kontakt sestra, protože pacient nemůže sestru vidět. Vždycky by se měla představit a uvést jakou má funkci. Podání ruky nahrazuje zrakově postiženému pacientovi vizuální kontakt, proto by ji sestra měla nabídnout a slovně tuto situaci hned okomentovat. Při ošetřování pacienta by měla okamžitě všechno komentovat, např. „Teď to bude chvíli tlačit ...“, protože pro pacienta jsou takové informace důležité. Je zásadní, aby sestra při rozhovoru s pacientem využívala běžnou hlasitost a tempo řeči a není nutné hovořit hlasitěji nebo pečlivě artikulovat. Další důležitou věcí, kterou by sestra neměla opomenout je oční kontakt s takovým pacientem, ač se to může zdát zbytečné, ale zrakově postižený pacient to často pozná, že mu sestra oční kontakt nevěnuje. Co se týče osobních věcí pacienta, měly by zůstat

na místě, kam si je sám dal, sestra by s jeho věcmi neměla bez jeho vědomí manipulovat. Pokud je nutné pacienta někam poslat, např. na rentgen, je nutné, aby pacient měl sebou doprovod (Špatenková, Králová, 2009, s. 104 - 105).

Když vedeme se zrakově postiženým rozhovor, měli bychom stát čelem k němu. Zrakově postižený pozná, když stojíme nebo se otáčíme někam jinam, protože má dobře vyvinutý sluch. Může poznat různé verbální projevy jako je smích, nezájem, roztěkanost a jiné. Je dobré zrakově postiženému pomoci verbálně nebo praktickým úkonem, a pokud známe Braillovo písmo (viz Příloha B, s. 76), může nám to hodně usnadnit písemnou komunikaci, ale není to podmínkou. V dnešní době je hodně počítačové techniky a jiných pomůcek, které zrakově postiženému člověku usnadňují komunikaci. Mnohem více se psané formy nahrazují audiozáznamem. Zrakově postižení lidé mohou díky hlasovému projevu komunikovat pomocí e-mailu, chatu a mohou také prohlížet internet. Je zásadní, aby webové stránky byly zpracovány ve standardu „Blind Friendly Web“, který umožňuje dobrou čitelnost a správnou funkci softwaru, který převádí obsah stránek do zvukové podoby (Slowík, 2010, s. 70 – 71).

Nikdy by sestra neměla pacienta litovat a dělat z něho méněcenného jedince (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 122).

Ke komunikaci sestry s nevidomým pacientem může pomoci tzv. desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením (viz Příloha C, s. 77).

### **3.2.1 Chyby a mýty v komunikaci s lidmi se zrakovým postižením**

O lidech, kteří jsou zrakově postižení, mají ostatní často hodně zkreslené představy. Spousta lidí se domnívá, že jedinec se zrakovým postižením nemá žádné zrakové vjemy. Přitom slabozrací, ale i mnoho nevidomých lidí má určité vizuální vjemy a můžou rozlišovat světlo a tmou. Zrakově postižení nemůžou vůbec vnímat barevnost a pestrost okolí, ačkoli i u nich, samozřejmě ne stejně jako u ostatních lidí, lze rozvíjet barevné cítění a vnímání (především prostřednictvím jiných smyslů). Také si myslí, že lidem, kteří mají zrakové postižení, vůbec nezáleží na jejich zevnějšku, na stavu oděvu, na estetice tváře apod. Je pravda, že lidé se zrakovým postižením berou vzhled o trochu jinak, než ostatní, ale to nemění nic na tom, že se chtějí líbit. Proto je důležité popisovat lidem se zrakovým postižením, co mají na sobě a jak vypadají (Slowík, 2010, s. 72 – 73).

Mnozí lidé se také mylně domnívají, že o lidi s tímto postižením je dobře postaráno a že nepotřebují pomoci. Může je k tomu přivést byť jen jedna negativní zkušenost

s odmítnutím, nicméně je zásadní, abychom se nedali odradit, protože spousta lidí se zrakovým postižením pomoc potřebuje (Tyfloservis, 2007).

Lidé se zrakovým postižením nemají moc možností k sociálním kontaktům, tak obyčejně nepohrhnou náhodnými rozhovory. Zásadní chybou lidí, kterou dělají, je že při doprovodu zrakově postižené osoby ji mylně tlačí před sebou. Přitom by stačilo se jen zeptat, jakým způsobem chce být zrakově postižený veden. Také bychom se měli při komunikaci vyvarovat soucitu, o který postižený jedinec nestojí (Slowík, 2010, s. 72 – 73).

## 4 Kompenzační pomůcky

Zrak je dominantní smysl, pomocí kterého člověk přijímá většinu informačních podnětů z okolí. Jeho značné omezení nebo dokonce nefunkčnost je provázáno ztrátou nebo velkým omezením mnoha základních schopností, které člověk potřebuje k životu: psaní, čtení, komunikace, koníčky a záliby, výkon a příprava v zaměstnání. Kompenzační pomůcky hrají v životě zrakově postižených lidí významnou roli a bez mnoha z nich se v dnešním světě neobejdou (Bubeníčková, Karásek a Pavlíček, 2012, s. 9).

V rozdělení kompenzačních pomůcek je důležité zda je zrakově postižený jedinec zcela nevidomý nebo zda má zbytky zraku. Lidé, kteří využívají zbytky zraku je pro ně vnímání důležité, aby jejich prostředí, ve kterém se nachází, bylo přizpůsobeno jejich potřebám. Potřebují osvětlení, kontrast, barevnost, zvětšení. Naopak lidé, kteří jsou úplně nevidomí, využívají k vnímání hmat a sluch, proto jsou kompenzační pomůcky vybaveny hmatovým prvkem a hlasovým výstupem (Matýsková, 2009, s. 47).

### 4.1 Typy kompenzačních pomůcek

Když stanovujeme vhodnou kompenzační pomůcku, musíme vzít v úvahu 3 faktory – povahu a stupeň zrakové vady, potřeby pacienta a také jeho tělesnou a duševní schopnost pomůcku využívat. Základním principem těchto pomůcek je zvětšení obrazu, ale za cenu zkrácení pracovní vzdálenosti, zhoršení hloubkového vidění a omezení zorného pole (Řehořová, 2016, s. 24).

Kompenzační pomůcky můžeme rozdělit na optické kompenzační pomůcky, optoelektronické pomůcky, pomůcky všeobecné, pomůcky pro usnadnění mobility, pomůcky pro usnadnění v domácnosti (Bendová, Jeřábková a Růžičková, 2006, s. 9).

#### Optické kompenzační pomůcky

Jsou jednou z nejvyužívanějších pomůcek mezi slabozrakými jedinci. Patří sem např. dioptrické brýle, kontaktní čočky, lupy (viz Příloha D, s. 78) a jiné (Bendová, Jeřábková a Růžičková, 2006, s. 89).

**Hyperkorekce** je to nejjednodušší možnost pro zvětšení obrazu do blízka. Užívá se u lehkého snížení schopnosti čtení, pacienti častěji snášejí další adici kolem +2,0 dioptrií ke své korekci do blízka. **Lupy** jsou to spojné skla, která zvětšují do blízka. Používá se zvětšení od 1,5x do 20x, zhruba od zvětšení 4x bývají lupové čočky asferické, což odstraňuje zobrazovací vady. **Dalekohledy** bývají to optické přístroje, které osoby

se zrakovým postižením používají především do dálky, ale v menší míře i do blízka (Řehořová, 2016, s. 24).

### **Optoelektronické pomůcky**

**Kamerové lupy** bývají to kamery, které mají za úkol snímat obraz (většinou text) a přenášet ho na obrazovku televizoru nebo monitor. Tyto kamery jsou svisle umístěny na fixním rameni,

pod nímž je pohyblivý stůl, na kterém je pozorovaný předmět (text), nebo je kamera ruční, pomocí které uživatel přejíždí po textu. **Digitální (počítačové) lupy** základ je počítač se scannerem, který umožňuje načíst libovolný text a pomocí speciálního softwaru ho libovolně zvětšovat a také upravovat. Ke správnému využívání počítačových lup patří znalost klávesnice (bez použití zraku), obsluhy počítače a příslušných programů, kde je důležité zaškolení. Pro těžce slabozraké a nevidomé pacienty je počítač doplněn hlasovým výstupem nebo klávesnicí s tzv. Braillovým řádkem (Řehořová, 2016, s. 25).

### **Pomůcky všeobecné**

Všeobecné pomůcky kompenzují jedinci informační deficit. Patří sem např. mobilní telefon, digitální čtecí zařízení pro nevidomé, náramkové hodinky, colortest, sherlock (Bendová, Jeřábková a Růžičková, 2006, s. 73).

### **Pomůcky pro usnadnění mobility**

**Bílá hůl** má tři základní typy: orientační, signalizační a opěrná (viz Příloha E, s. 79 - 80).

**Vodící pes** používá se pro urychlení a zjednodušení pohybu. Mezi další pomůcky patří navigační jednotka, elektronické orientační pomůcky, povelové vysílače a jiné (Bubeníčková, Karásek a Pavlíček, 2012, s. 67-74).

### **Pomůcky pro usnadnění v domácnosti**

Pomůcky pro domácnost umožňují nevidomému člověku dělat každodenní činnosti zcela samostatně. **Indikátor hladiny**, který pomáhá nevidomým ke stanovení přesné hladiny tekutiny. **Indikátor světla** pomáhá člověku, který nemá světlocit rozeznat světlo a tmu. **Lékařský teploměr** může být s anglickým nebo také s českým hlasovým výstupem. **Minutník, budík** jsou jednak hmatové, jako je to u náramkových hodinek

s odklopným víčkem, nebo také s hlasovým výstupem (Bendová, Jeřábková a Růžičková, 2006, s. 81 - 83).

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 Výzkumné otázky

1. Jaká je informovanost všeobecných sester a zdravotnických asistentů v oblasti ošetřování a komunikaci s nevidomými a zrakově postiženými?
2. Jaké jsou zkušenosti a znalosti všeobecných sester a zdravotnických asistentů při ošetřování a komunikaci s nevidomým a zrakově postiženým pacientem?
3. Jaké mají všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědomosti a poznatky o kompenzačních pomůckách a technikách v oblasti ošetřování a usnadnění komunikace s nevidomými a zrakově postiženými?



## **6 Metodika výzkumu**

Pro sběr dat byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, kdy jsme využili techniku dotazníku vlastní tvorby. Data byla, získávána písemnou formou. Z důvodů objektivnosti získaných odpovědí byl dotazník zcela anonymní.

### **Forma dotazníku**

Dotazník (viz. Příloha A, s. 70) byl distribuován tištěnou formou. Obsahuje celkem 23 otázek s jednou možnou odpovědí, pokud není u otázky jiná specifikace. Dotazník obsahuje osm otázek s možností „jiná odpověď“ a čtyři otázky otevřené. U dvou otázek mohli respondenti vybírat z více možností. Dotazník je seskupen do čtyř logických celků. První část je zaměřena na demografická data. Zjišťuje pohlaví, věk, vzdělání atd. (otázka č. 1 – 4). Další část je zaměřená na informovanost sester a zdravotnických asistentů v oblasti ošetřování a komunikaci s nevidomými a zrakově postiženými (otázka č. 5 - 8 a č. 19 - 22). Třetí část se zabývá zkušenostmi a znalostmi všeobecných sester a zdravotnických asistentů při ošetřování a komunikaci s nevidomým a zrakově postiženým pacientem (otázka č. 12 - 18 a č. 23). A poslední část zjišťuje, jaké mají všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědomosti a poznatky o kompenzačních pomůckách a technikách v oblasti ošetřování a usnadnění komunikace s nevidomými a zrakově postiženými (otázka č. 9 - 11).

### **Místo realizace dotazníkového šetření**

Sběr dat probíhal v nemocnici Pardubického kraje se souhlasem vrchních sester, které mi ochotně pomohly dotazníky rozdat. Dotazníky byly osobně předány všeobecným sestřím na interním oddělení, chirurgickém oddělení, LDN, JIP a předávány zpět vrchním sestřím. Dotazníkové šetření nebylo věkově ohraničené. Výzkum probíhal od poloviny prosince 2016 do konce ledna 2017. Během tohoto období bylo k dispozici 60 (100 %) dotazníků. Všechny dotazníky byly vyplněny, neboť všichni dotazovaní respondenti byli ochotni spolupráce.

### **Pilotní šetření**

Z důvodu dodržení stylistické a logické správnosti jednotlivých otázek bylo provedeno pilotní šetření. Pilotáž byla provedena v okruhu rodiny a přátel. Zkušební dotazník vyplnilo 5 respondentů s rozdílným pohlavím, věkem i vzděláním. Během pilotního šetření nebylo

třeba dalších úprav. Dotazníky vyplněné během pilotního šetření nejsou zahrnuty v celkových výsledcích.

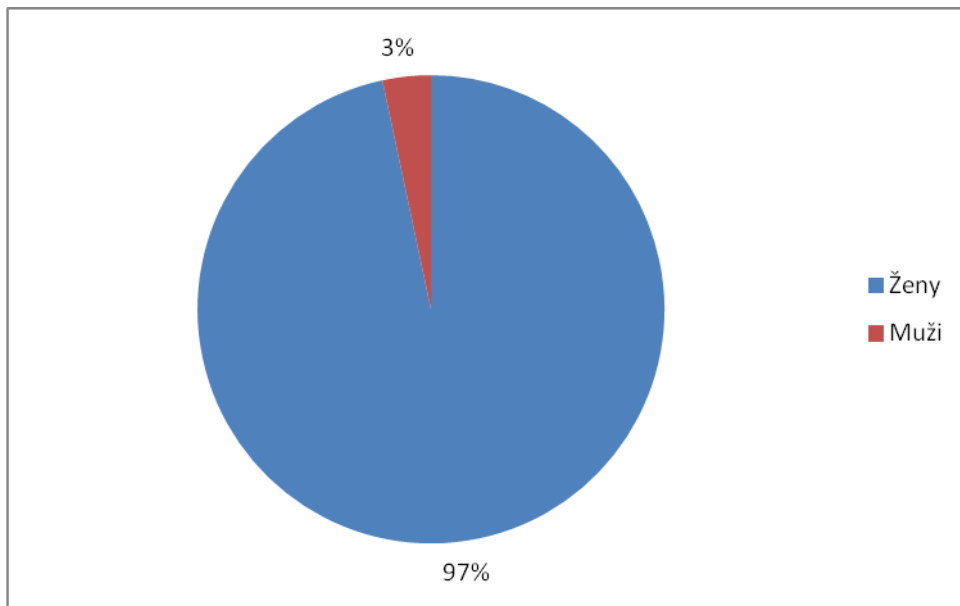
### **Způsob vyhodnocení získaných dat**

Pro vyhodnocení dotazníku byly použity kvantitativní metody. Získaná data byla vyhodnocena s využitím programu Microsoft Office Excel 2007. Některé otázky jsou filtrační, tudíž v nich pracuji s nižším počtem respondentů. Výsledky každé otázky jsou zpracovány v grafické formě s uvedenou relativní četností a současně v písemné formě obsahující absolutní i relativní četnost.

## 7 Prezentace výsledků

Výsledky výzkumu jsou interpretovány grafickou formou. Popis výsledků je uveden ve formě – počet odpovědí (procento z celku).

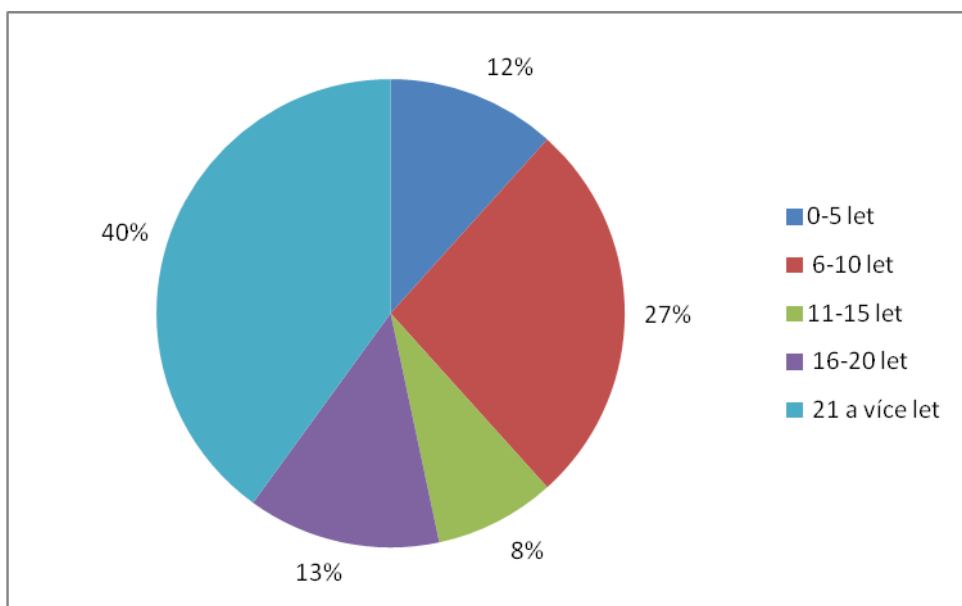
### Otázka č. 1 – Pohlaví



**Obrázek 1** Rozdělení respondentů dle pohlaví

První otázka zjišťovala procentuální zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření. Většinu, tedy 58 (97 %) respondentů, tvořily ženy. Zbylí 2 (3 %) respondenti byli muži.

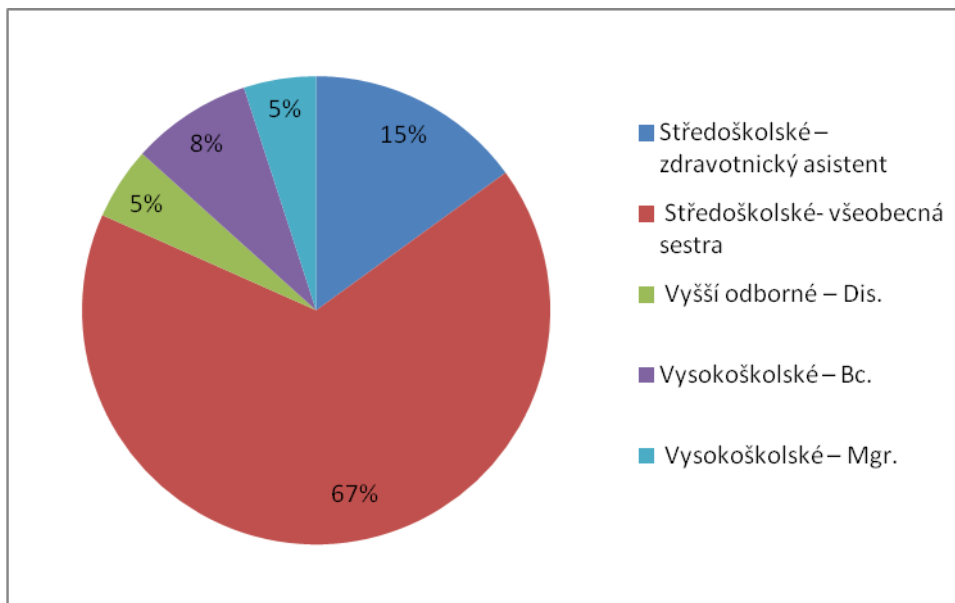
## Otázka č. 2 – Délka praxe



Obrázek 2 Rozdělení respondentů dle délky praxe

Druhá otázka zjišťovala délku praxe respondentů. Respondenti měli možnost zařazení do jednoho z pěti intervalů. Mezi respondenty byla nejméně zastoupena délka praxe 11 – 15 let, kterých bylo 5 (8 %). Téměř polovinu, konkrétně 24 (40 %) dotázaných, tvořili lidé s praxí 21 a více let. Další významnou skupinu, čítající 16 (27 %) respondentů, tvořili lidé s délkou praxe 6 – 10 let. Respondenti s délkou praxe 16 – 20 let bylo 8 (13 %). Zbýlých 7 (12 %) odpovědí pochází od respondentů s délkou praxe 0 – 5 let.

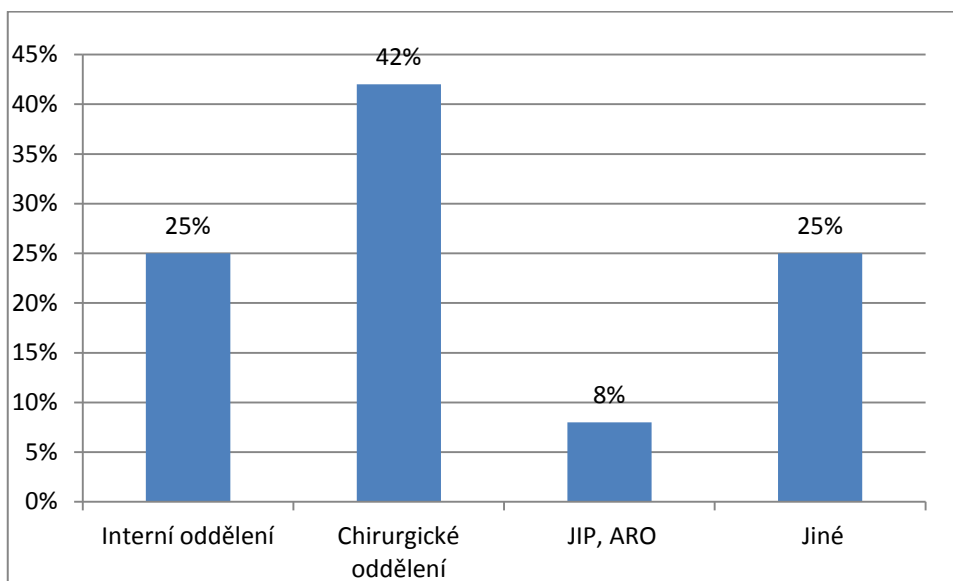
### Otázka č. 3 – Dosažené vzdělání



Obrázek 3 Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Třetí otázka se zaměřovala na vzdělanost respondentů. Více jak polovinu, tedy 40 (67 %), tvořili lidé se středoškolským vzděláním obor všeobecná sestra. Druhou nejpočetnější skupinou byli středoškolsky vzdělaní lidé obor zdravotnický asistent, kterých se zúčastnilo celkem 9 (15 %). Méně početná byla skupina respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním, kterých se zúčastnilo pouze 5 (8 %). Nejméně byli zastoupeni lidé s magisterským, kteří byli 3 (5 %) a vyšším odborným vzděláním, jejich počet byl také 3 (5 %).

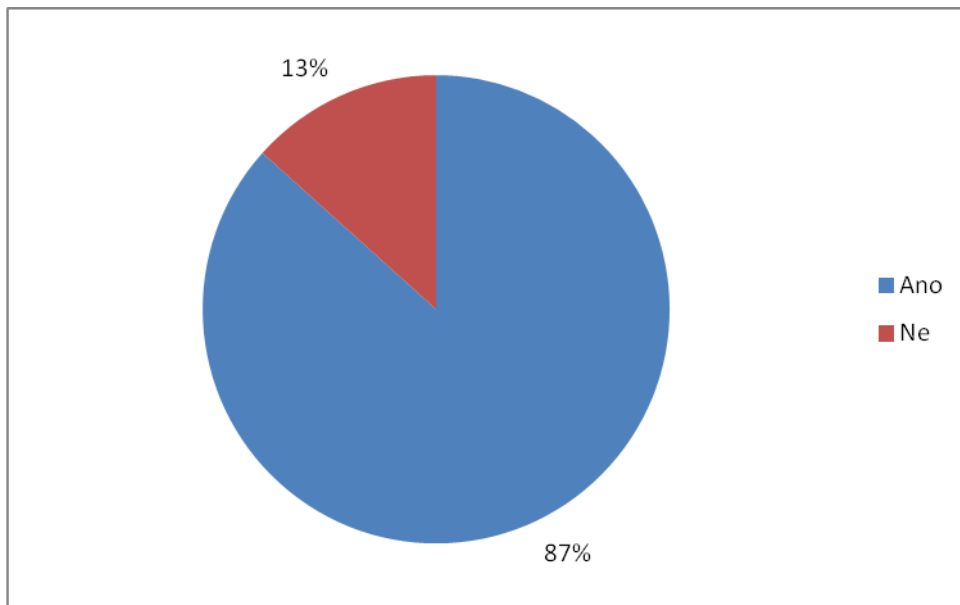
#### Otázka č. 4 – Na jakém oddělení pracujete?



Obrázek 4 Rozdělení respondentů dle pracoviště

V této otázce byl vznesen dotaz, na jakém oddělení respondenti pracují. Dominantní skupinu tvořili respondenti na chirurgickém oddělení, kterých odpovědělo celkem 25 (42 %). Další významná část responzí pocházela od lidí na interním oddělení, zúčastněných v počtu 15 (25 %) osob a na oddělení LDN (jiné), kterých bylo také 15 (25 %) osob. K vyplnění dotazníků přispělo také 5 (8 %) respondentů z oddělení JIP.

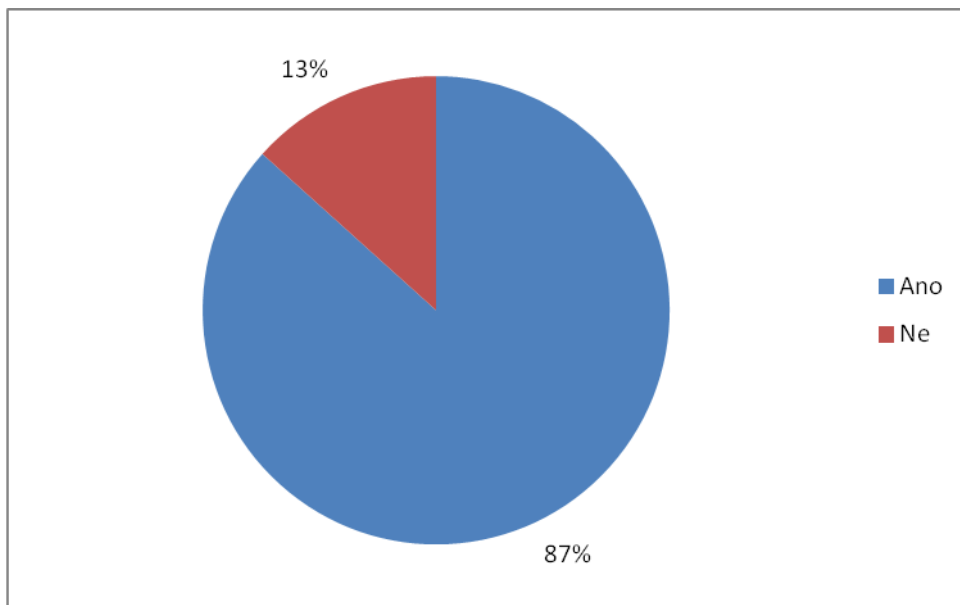
**Otázka č. 5 – Setkáváte se na Vašem oddělení v rámci ošetrovatelství s pacientem s poruchou zraku?**



**Obrázek 5 Setkání s pacientem s poruchou zraku**

Pátá otázka zjišťovala, zda se respondenti setkávají na svém oddělení s pacientem s poruchou zraku. Z celkového počtu respondentů se s pacientem s poruchou zraku nesetkalo 8 (13 %) osob. Zbytek respondentů 52 (87 %) se s již s pacientem s poruchou zraku setkalo na svém oddělení.

**Otázka č. 6 – Věděl/a jste jak se k pacientovi s poruchou zraku chovat?**

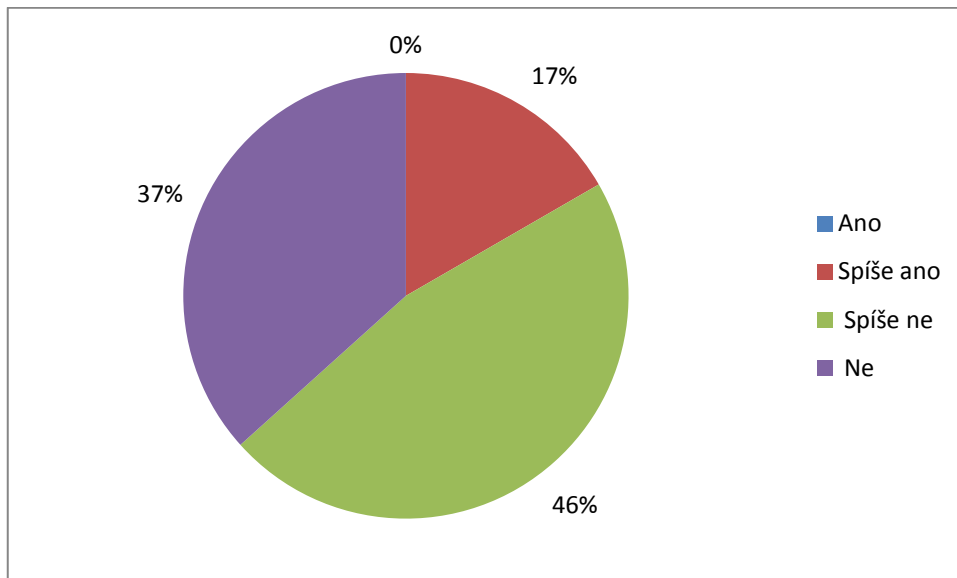


**Obrázek 6 Znalost respondentů při péči o pacienta se zrakovým postižením**

Otázka zjišťovala, zda se respondenti umí chovat k pacientům s poruchou zraku. Výsledky jsou procentuálně shodné s předchozí otázkou, na odpověď ano odpovědělo 52 (87 %) osob a na otázku ne odpovědělo 8 (13 %) osob.



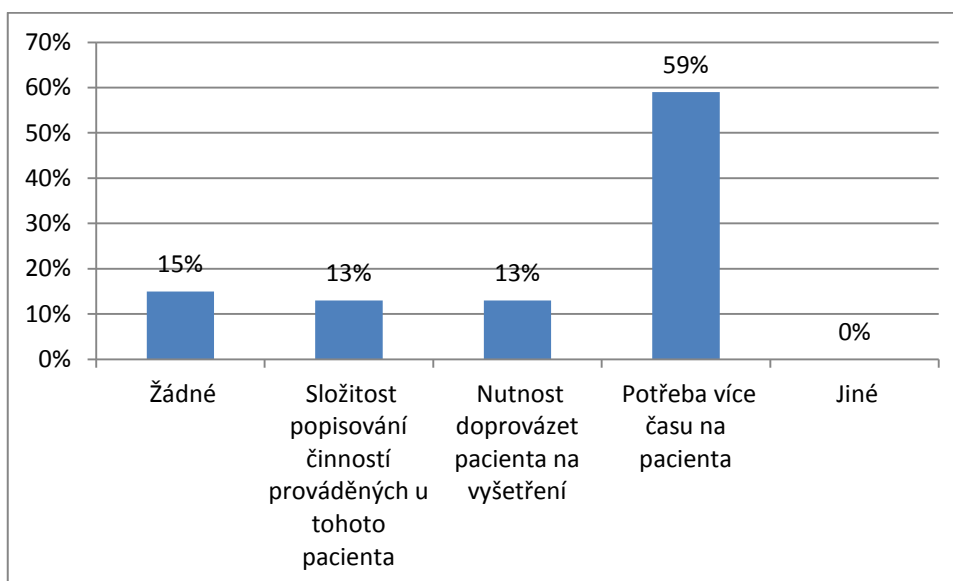
**Otázka č. 7 – Berete komunikaci s pacientem s poruchou zraku jako komplikaci při Vaší práci?**



**Obrázek 7 Vnímání komunikace se zrakově znevýhodněným jako komplikaci**

Tato otázka odhalovala, zda respondenti berou komunikaci s pacienty s poruchou zraku, jako komplikaci ve vykonávání své práce. Největší počet respondentů 28 (46 %) spíše nebere komunikaci s pacientem s poruchou zraku, jako komplikaci, zatímco žádný z respondentů neodpověděl na tuto otázku ano. Druhou nejpočetnější skupinou 22 (37 %) byli respondenti, kteří neberou komunikaci s pacientem s poruchou zraku, jako komplikaci. Zbýlých 10 (17 %) osob odpovědělo na otázku, že je komunikace s pacientem s poruchou zraku pro ně spíše komplikací.

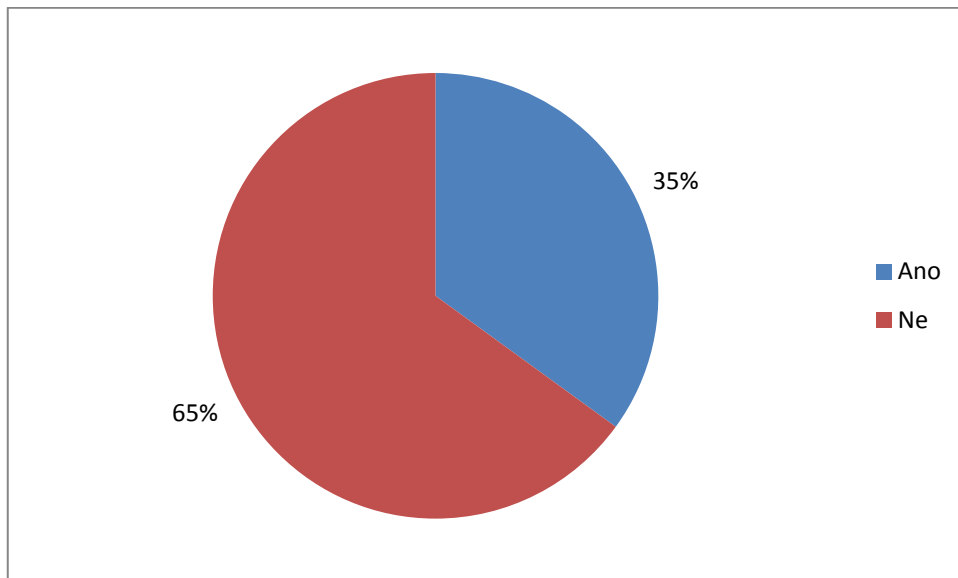
**Otázka č. 8 – Jaké komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou zraku v rámci ošetrovatelské péče pozorujete?**



**Obrázek 8** Možné komplikace při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem

Z celkového počtu respondentů nevidí komplikace při komunikaci se zrakově znevýhodněným 9 (15 %) respondentů, „složitost popisování činností prováděných u tohoto pacienta“ označilo 8 (13 %) respondentů, 8 (13 %) respondentů označilo „problémy nutnosti doprovodu pacienta“, 35 (59 %) respondentů vnímá jako problém potřebu více času na pacienta. „Jiné“ neoznačil žádný respondent.

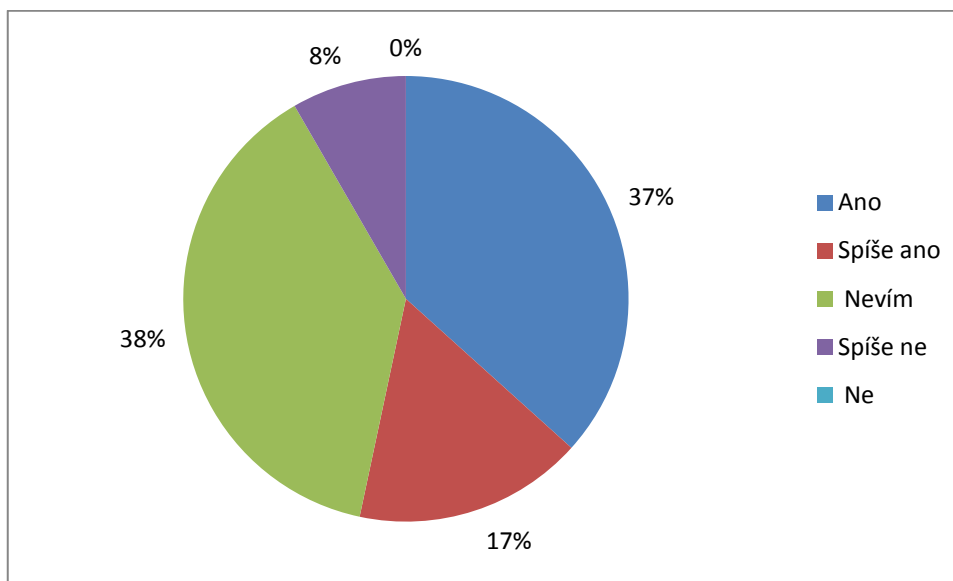
**Otázka č. 9 – Znáte nějaké pomůcky při komunikaci s pacientem se zrakovým postižením?**



**Obrázek 9 Znalost pomůcek pro zrakově postižené**

Tato otázka zjišťuje, zda respondenti znají pomůcky pro zrakově postižené. Většina respondentů 39 (65 %) nezná pomůcky pro pacienty s poruchou zraku. Jen 21 (35 %) respondentů zná pomůcky, které usnadňují život zrakově postiženým pacientům. Jedná se o *speciální mobilní telefon, tablet, speciální kartičky, počítače a čtecí přístroje*.

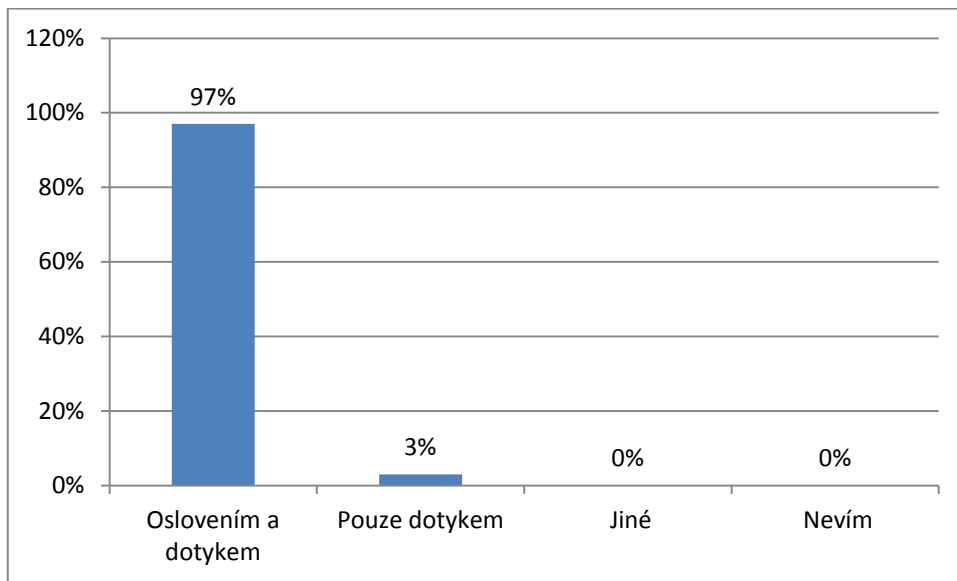
**Otázka č. 10 – Uvítala byste pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou zraku?**



**Obrázek 10 Uvítání pomůcek pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku**

Z celkového počtu respondentů by uvítalo pomůcky pro usnadnění komunikace 22 (37 %) respondentů, „spíše ano“ zvolilo 10 (17 %) respondentů, „nevím“ označilo 23 (38 %) respondentů. Možnost Spíše ne označilo 5 (8 %) respondentů a žádný z respondentů by neuvítal pomůcky pro usnadnění pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Pro usnadnění komunikace by respondenti, uvítali speciální tablety či čtecí zařízení.

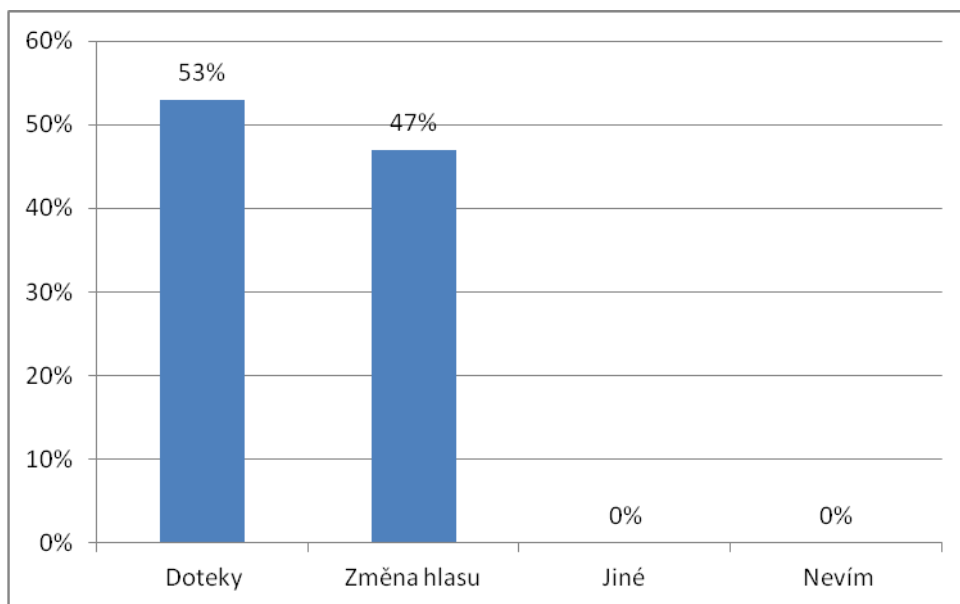
**Otázka č. 11 – Jakým způsobem navážete první kontakt s pacientem s poruchou zraku?**



**Obrázek 11 Způsob navázání prvního kontaktu s pacientem s poruchou zraku**

Tato otázka zjišťovala, jakým způsobem by respondenti navázali první kontakt s pacientem s poruchou zraku. Nejvíce respondentů 58 (97 %) by navázalo první kontakt oslovením a dotykem. Zbylí 2 (3 %) respondenti by začali první kontakt pouze dotykem. Odpověď „jiné“ a „nevím“ neoznačil žádný respondent.

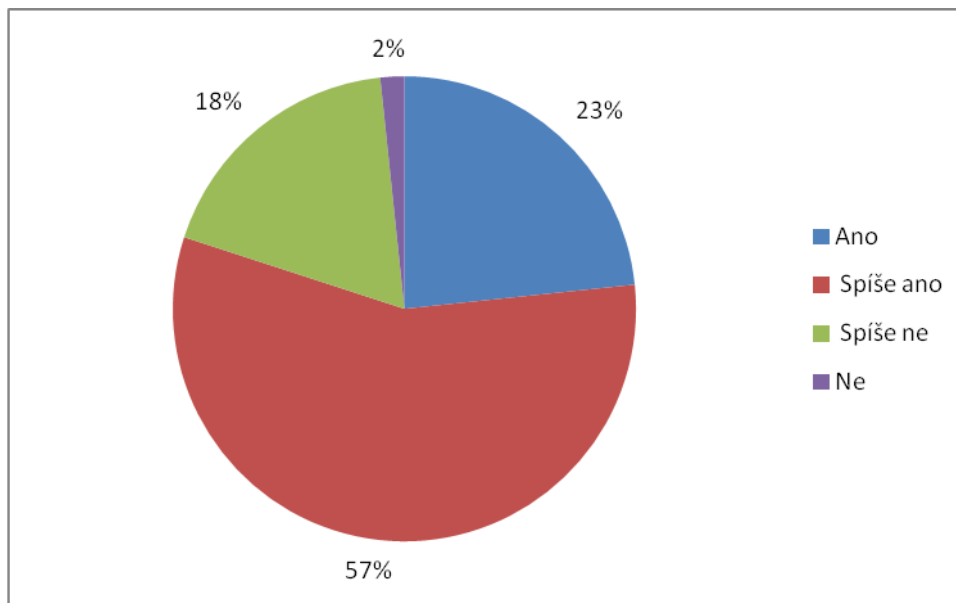
**Otázka č. 12 – Jaká gesta jsou pro Vaši komunikaci s pacientem s poruchou zraku důležitá?**



**Obrázek 12 Důležitá gesta pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku**

Dvanáctá otázka zjišťuje, která gesta jsou důležitá pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Odpověď „doteky“ označilo nejvíce respondentů 32 (53 %). Druhou nejpočetnější odpovědí 28 (47 %) byla „změna hlasu“. „Jiné“ a „nevím“ neoznačil žádný respondent.

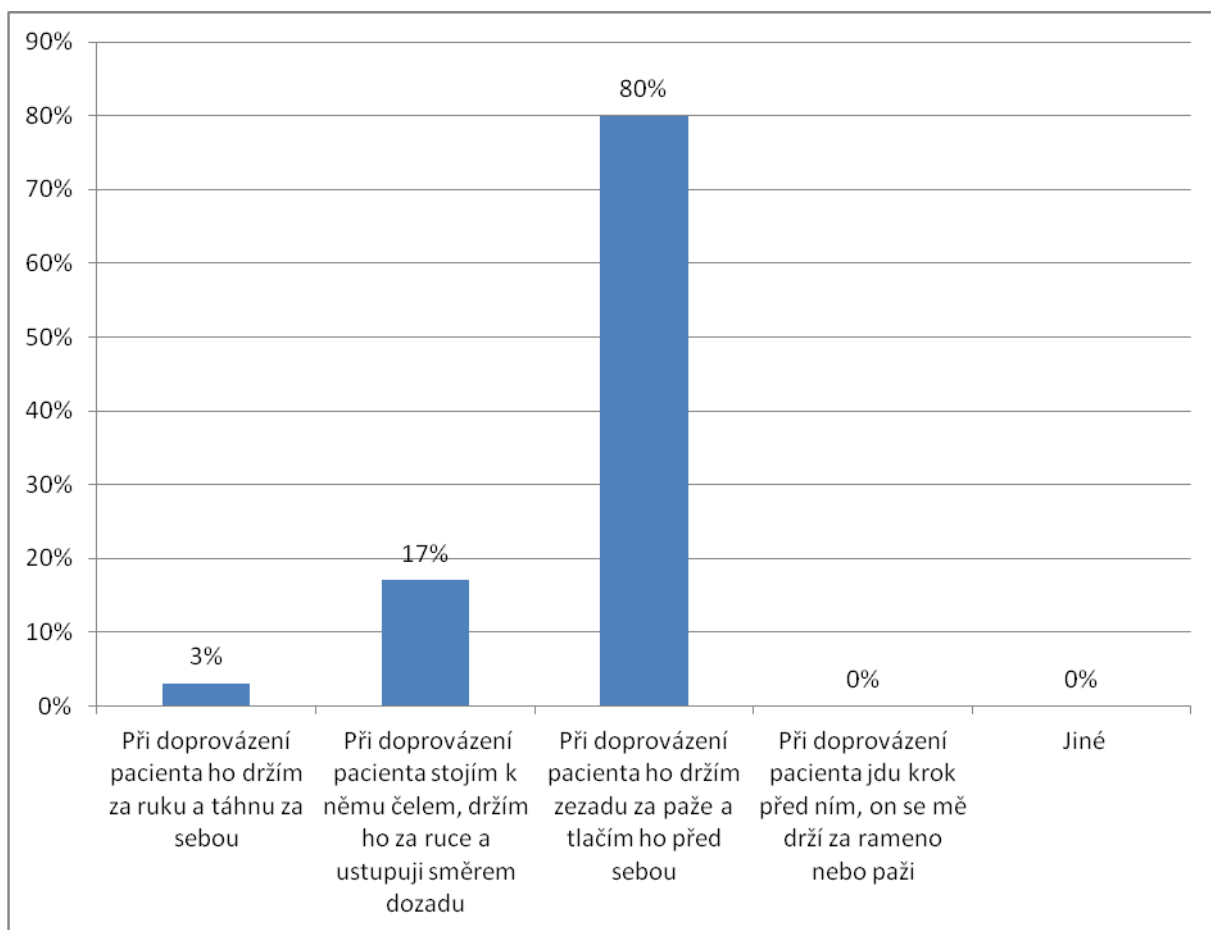
**Otázka č. 13 – Znáte základní pravidla pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku?**



**Obrázek 13 Znalost základních pravidel pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku**

Tato otázka zjišťovala znalost základních pravidel pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Více jak polovina respondentů 34 (57 %) odpověděla „spíše ano“, pouze 1 (2 %) respondent nezná základní pravidla pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Skupina 14 (23 %) respondentů zná základní pravidla. Zbýlých 11 (18 %) respondentů označilo odpověď „spíše ne“.

### Otázka č. 14 – Jak doprovázíte pacienta s poruchou zraku po zdravotnickém zařízení?

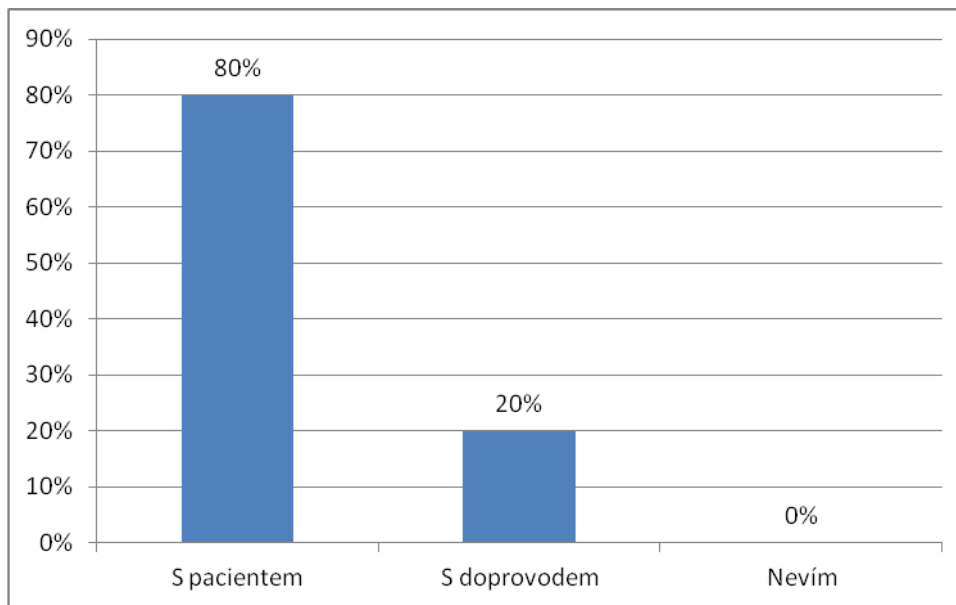


Obrázek 14 Doprovázení pacienta s poruchou zraku

Otázka se zaměřovala na znalost doprovázení pacienta s poruchou zraku po zdravotnickém zařízení. Z celkového počtu respondentů zvolilo variantu „držím ho za ruku a táhnu za sebou“ 2 (3 %) respondenti, možnost „stojím k němu čelem, držím ho za ruce a ustupuji směrem dozadu“ označilo 10 (17 %) respondentů, 48 (80 %) respondentů zvolili variantu „držím ho zezadu za paže a tlačím ho před sebou“. „Jdu krok před ním, on se mě drží za rameno nebo paži“ a možnost „jiné“ neoznačil nikdo.



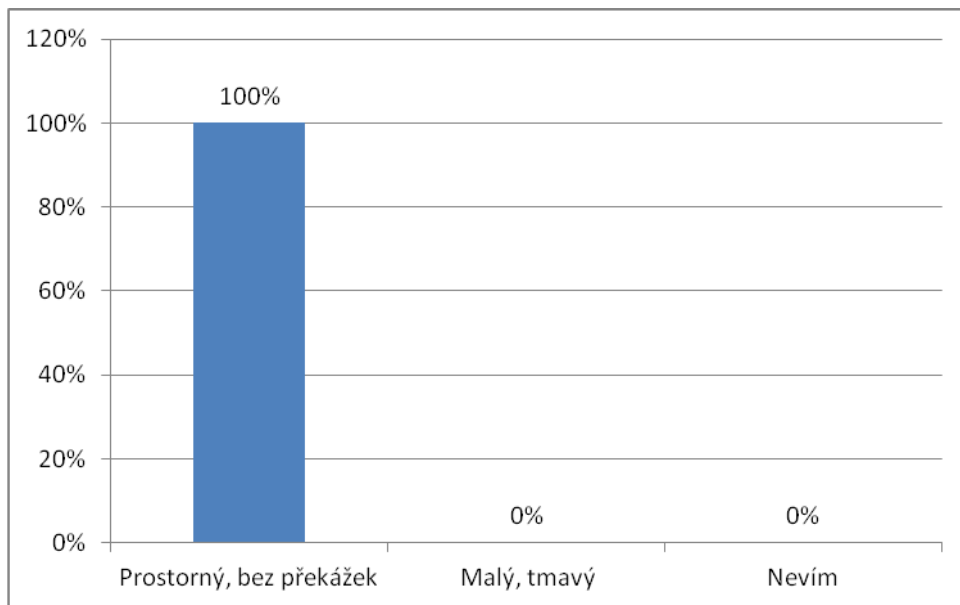
### Otázka č. 15 – S kým budete komunikovat při příjmu pacienta s poruchou zraku?



**Obrázek 15** Komunikace při příjmu pacienta s poruchou zraku

Tato otázka odhadovala, zda respondenti vědí, s kým mohou komunikovat, při příjmu pacienta s poruchou zraku. Respondenti měli na výběr z tří odpovědí. Největší počet respondentů 48 (80 %) odpovědělo, že by komunikovali při příjmu pacienta s poruchou zraku přímo s pacientem. Zbytek respondentů 12 (20 %) označilo odpověď „s doprovodem“. Na možnost „nevím“ neodpověděl žádný respondent.

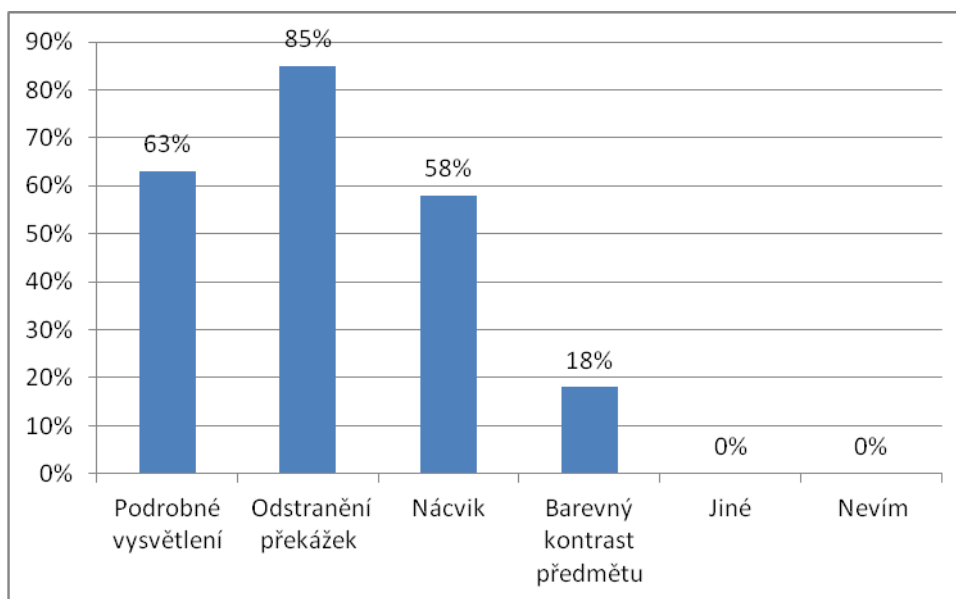
**Otázka č. 16 – Jaký pokoj byste zvolil/a pro pacienta s poruchou zraku?**



**Obrázek 16 Pokoj pro pacienta s poruchou zraku**

Šestnáctá otázka zjišťuje, jaký pokoj by respondenti zvolili pro pacienta s poruchou zraku. Všichni dotázaní respondenti 60 (100 %) by zvolili pro pacienta s poruchou zraku prostorný pokoj, který neobsahuje překážky.

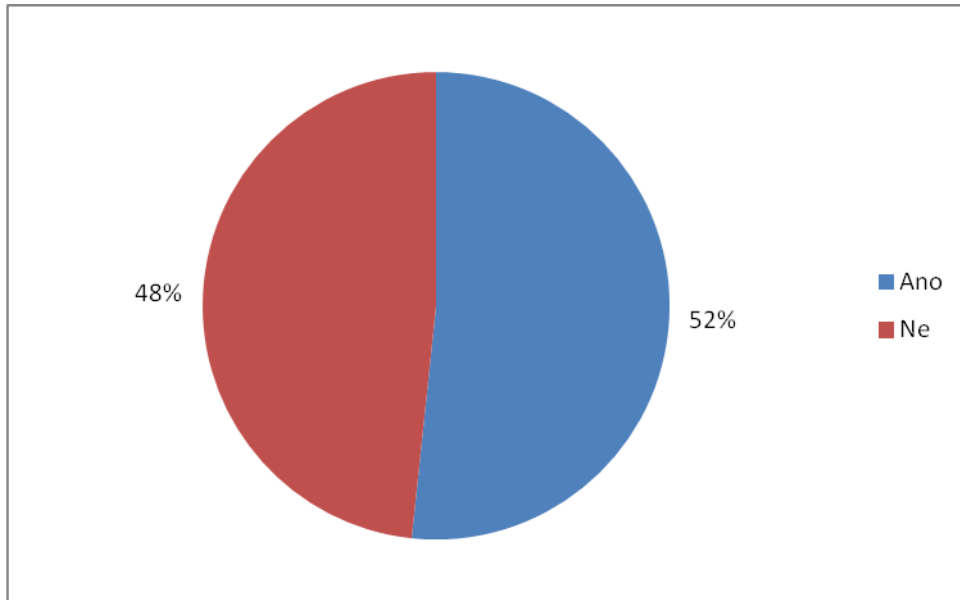
### Otázka č. 17 – Jakým způsobem byste zajistil/a bezpečnost pacienta s poruchou zraku?



**Obrázek 17** Bezpečnost pacienta s poruchou zraku

Otázka zjišťovala, jakým způsobem by respondenti zajistili bezpečnost pacienta s poruchou zraku. Respondenti mohli označit i více možností, proto součet dílčích výsledků není 100 %. Odpověděli všichni respondenti a největší počet od respondentů 51 (85 %) by zajistilo bezpečnost odstraněním překážek. Druhou nejpočetnější skupina, v celkovém počtu 38 (63 %) odpovědí, zvolila možnost „podrobné vysvětlení“. Další skupina, v celkovém počtu 35 (58 %) odpovědí, označila možnost „nácvik“. Zbýlých 11 (18 %) osob z celkového počtu dotazovaných respondentů odpovědělo „barevný kontrast předmětu“. „Jiné“ a „nevím“ neoznačil žádný respondent.

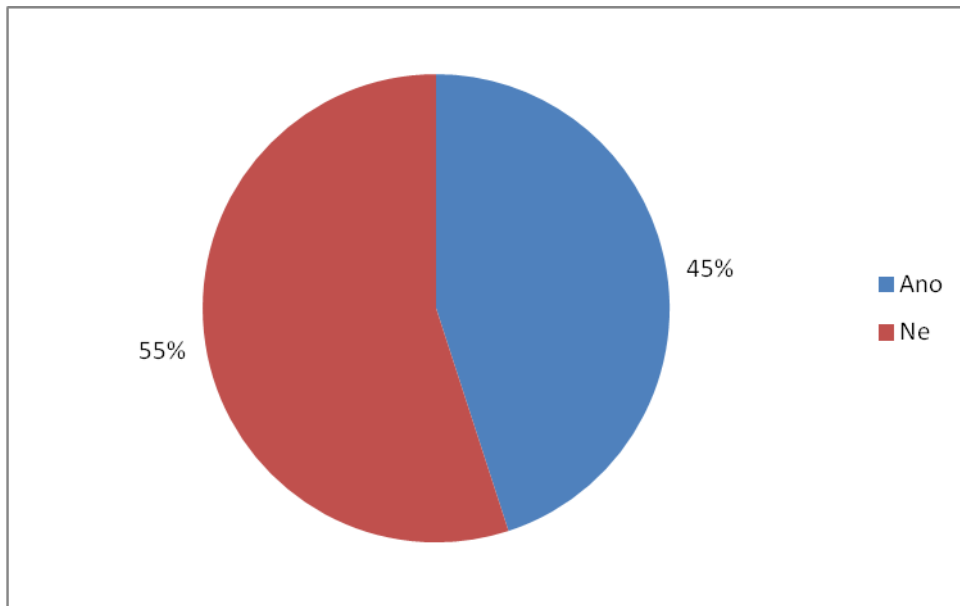
**Otázka č. 18 – Jste informován/a, zda se u Vás na oddělení nacházejí hmatné orientační body (př. hmatné číslo na dveřích pokoje, označení tlačítek ve výtahu) pro lepší orientaci nevidomých?**



**Obrázek 18 Informovanost o hmatných orientačních bodech**

Tato otázka se zabývá informovaností respondentů, zda se na jejich oddělení nacházejí hmatné orientační body pro lepší orientaci pacientů s poruchou zraku. Více jak polovina respondentů 39 (52 %) označila odpověď „ano“. Zbýlých 21 (48 %) respondentů označilo odpověď „ne“.

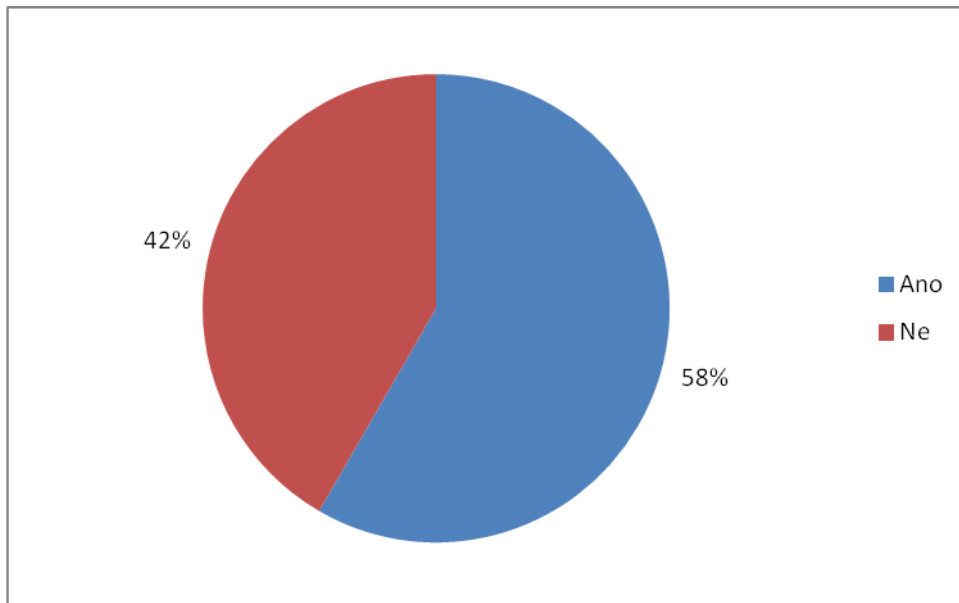
**Otázka č. 19 – Znáte způsoby označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku?**



**Obrázek 19 Znalost způsobů označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku**

U devatenácté otázky odpovědělo 33 (55 %) respondentů, že neznají způsoby pro označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku. Zbýlých 27 (45 %) respondentů označilo, že znají způsoby pro označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku.

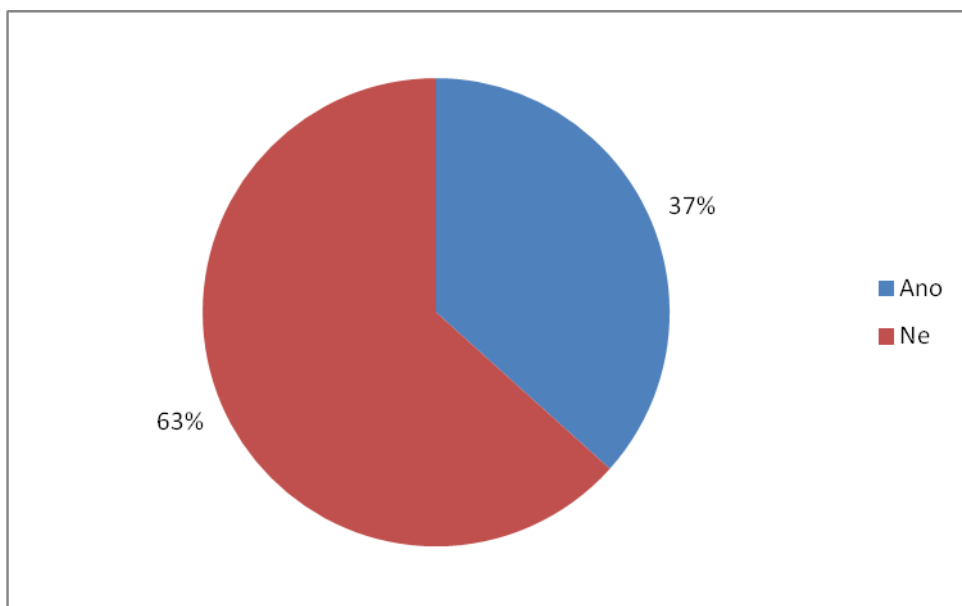
**Otázka č. 20 – Znáte nějaké organizace pro zrakově postižené?**



**Obrázek 20 Znalost organizací pro zrakově postižené**

Otázka zjišťuje, jestli respondenti znají nějaké organizace pro zrakově postižené. Z výsledků je patrné, že 25 (42 %) respondentů nezná organizace pro zrakově postižené, 35 (58 %) respondentů organizace pro zrakově postižené zná, a to organizace jako: *Tyflocentrum, Světluška, Bílá Pastelka*.

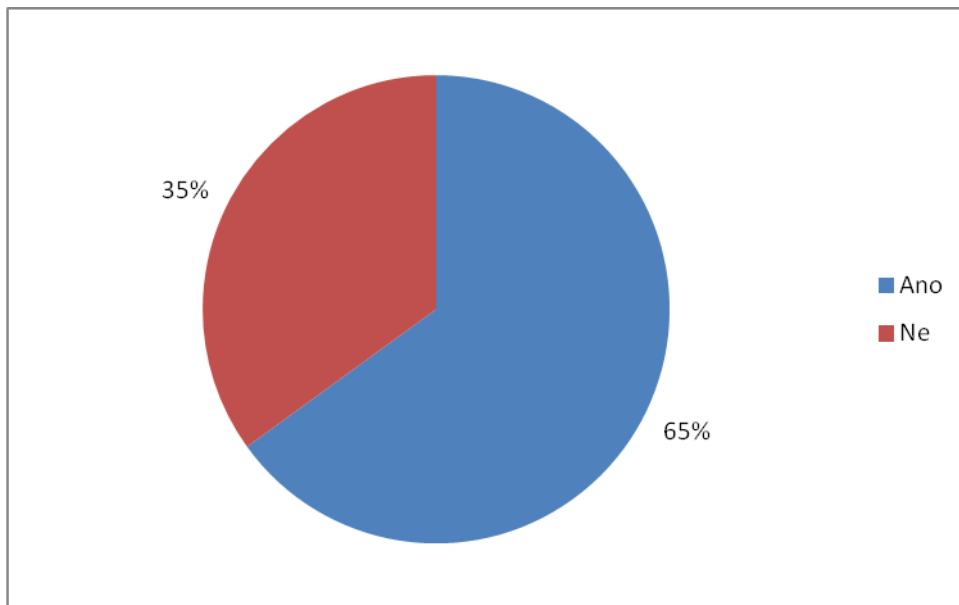
**Otázka č. 21 – Zúčastnili jste se někdy v rámci celoživotního vzdělávání semináře, školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku?**



**Obrázek 21 Účast na semináři či školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku**

Tato otázka se zabývá účastí respondentů na semináři či školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Z celkového počtu respondentů, 38 (63 %) respondentů nenavštívilo seminář nebo školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku, 22 (37 %) respondentů navštívilo seminář nebo školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku.

**Otázka č. 22 – Chtěla byste si osvojit nebo zdokonalit se ve správné technice komunikace s pacientem s poruchou zraku?**

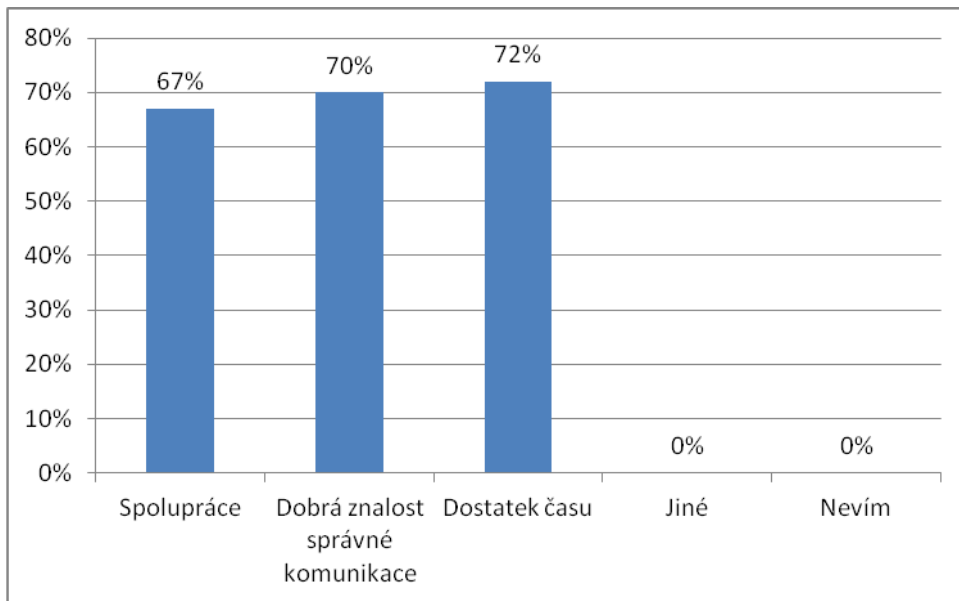


**Obrázek 22** Uvítání možnosti zdokonalit se ve správné technice komunikace

Otázka byla orientovaná na zájem respondentů na zdokonalení se ve správné technice komunikace s pacientem s poruchou zraku. Z výsledků vyplývá, že 39 (65 %) respondentů by si chtělo zdokonalit techniky pro správnou komunikaci se zrakově postiženým pacientem. Zbýlých 21 (35 %) respondentů nemá zájem o zdokonalení správných technik.



**Otázka č. 23 – Co považujete za důležité vědět při ošetrovatelských úkonech pacienta se zrakovým postižením?**



**Obrázek 23 Znalost při ošetrovatelských úkonech pacienta se zrakovým postižením**

Otázka odkrývala, co respondenti považují za důležité vědět při ošetrovatelských úkonech pacienta se zrakovým postižením. Respondenti mohli označit i více možností, proto součet dílčích výsledků není 100 %. Největší počet dotázaných, přesně 43 (72 %) z celkového počtu 60 (100 %) považuje za důležitý dostatek času při ošetrovatelských úkonech. Dobrá znalost správné komunikace je důležitá pro 42 (70 %) respondentů. Pro 40 (67 %) respondentů je důležitá spolupráce při ošetrovatelských úkonech. Možnosti „jiné“ a „nevím“ nikdo z respondentů neoznačil.

## DISKUZE

V této kapitole je popsána diskuze nad výzkumnými otázkami z dotazníkového šetření. Podobný výzkum byl proveden v roce 2012 v rámci závěrečné práce Petra Grygarová s názvem „Klienti se zrakovým postižením ve zdravotnickém zařízení“. V rámci jejího výzkumu bylo osloveno celkem 100 respondentů a ke zpracování výsledků bylo použito 85 dotazníků. Dále byla použita v diskuzi práce Kateřiny Poklopové obhájené v roce 2013 s názvem „Připravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu“ a práce Kateřiny Štrosové, DiS. s názvem „Kompenzační pomůcky pro nevidomé“ obhájené v roce 2009. Součástí diskuze je, tedy také srovnání některých výsledků jejich výzkumů a provedeného výzkumu v rámci této práce. Srovnání je pouze orientační z důvodu odlišnosti cílů závěrečných prací, formulace otázek a počtu respondentů.

První čtyři otázky byly pouze informativní. V první otázce bylo zjištěno, že se dotazníkového šetření zúčastnily převážně ženy a to s procentuálním zastoupením 97 %, mužů byla pouhá 3 %. Další otázka se věnovala délce jejich praxe, kde největší zastoupení tvoří sestry 40 %, které pracují ve zdravotnictví 21 a více let. Třetí otázka se zaměřovala na dosažené vzdělání respondentů. Většina dotazovaných sester 67 % má dosažené středoškolské vzdělání. U poslední informační otázky bylo zjištěno, že nejvíc sester 42 %, které se podílely na dotazníkovém šetření, byly z chirurgického oddělení. Dále sestry z interního oddělení 25 % a LDN (25 %), nejméně se zúčastnily šetření sestry 8 % z oddělení JIP.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost všeobecných sester a zdravotnických asistentů v oblasti ošetřování a komunikaci s nevidomými a zrakově postiženými?**

K této výzkumné otázce jsem zjišťovala data za pomoci dotazníkových otázek č. 5, 6, 7, 8, 19, 20, 21, 22. V této otázce jsem se věnovala tomu, jak jsou všeobecné sestry informované o komunikaci a ošetřování zrakově postiženého a nevidomého pacienta.

Nejdříve jsem zaměřila na to, jestli se sestry vůbec na svém oddělení setkávají se zrakově postiženým pacientem. Z výsledků této otázky vyplynulo, že většina dotazovaných osob 87 % se setkala na svém pracovišti s takto postiženým pacientem, zbylí respondenti 13 % nemají tuto zkušenost. Toto zjištění je téměř shodné s výsledky šetření Grygarové (2012, s. 52). Ve svém výzkumu uvádí, že 88,75 % sester má zkušenosti během své praxe s nevidomým pacientem. Pouze 11,25 % dotazovaných tuto zkušenost nemá. I když si myslím, že každý z nás se s osobou s poruchou zraku již setkal. Myslím si, že si sestry zcela neuvědomují, co je porucha zraku. Michalík hovoří o klasifikaci zrakového postižení takto: „*řekneme-li „zrakově postižený“, obvykle nám mezi prvními představami naskočí nevidomý člověk. Přesto,*

*že nevidomých lidí je mezi lidmi se zrakovým postižením absolutní menšina, slepota je zkrátka „úderný“ fenomén. Daleko nejvyšší počet však představují lidé slabozrací, kteří se rovněž v nemalé míře potýkají s důsledky zrakového postižení a mnohdy se setkávají s neporozuměním či podceňováním svých potřeb ze strany vidících, neboť „přece vidí“* (Michalík, s. 275, 2011).

Bylo příjemné zjistit, že 87 % sester vědělo, jak se k těmto pacientům chovat, ale ve srovnání s výzkumem Grygarové (2012, s. 53), která uvedla, že 95,77 % sester ví jak zacházet se znevýhodněným pacientem, by bylo dobré po tomto srovnání, kdyby si více sester osvojilo znalosti a využilo je v praxi.

Poté jsem se dotazovala sester, zda-li berou komunikaci s pacientem s poruchou zraku ve své práci za komplikaci. 83 % dotazovaných nemá s touto situací problém. Tyto poznatky se shodují s výsledky výzkumu Poklopová (2013, s. 36), která uvádí, že 81 % respondentů nevidí komunikaci s pacientem tohoto postižení jako komplikaci. Ale hned v zápětí jenom 15 % sester uvedlo, že žádnou komplikaci při komunikaci s pacientem s poruchou zraku nevnímají. 13 % respondentů vidí problém ve složitosti popisování veškerých činností a nutnost doprovodu na vyšetření. Největším problémem, který uvedlo nejvíce sester 59 % je potřeba více času na tohoto pacienta.

U další otázky jsem zjišťovala, zda sestry znají způsoby označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku. Bylo znepokojivé, že více jak polovina 55 % dotazovaných odpověděla na tuto otázku záporně. Předpokládala jsem, že bude více kladných odpovědí a ne pouze 45 %. Podobnou otázku položila ve svém výzkumu i Grygarová (2012, s. 56) jejíž počet respondentů 75 % odpovědělo záporně a 11,25 % kladně. Zbýlých 13,25 % respondentů nevědělo. V článku PhDr. Petra Vojtíška a kolektivu (2010) je zmíněno, že pro dobrou orientaci pacienta slouží hmatné body na dveřích, barevný kontrast dveří, vodící linie a orientační majáky umístěné na dveřích.

Na otázku zda znají nějaké organizace pro zrakově postižené, bylo zjištěno, že 58 % sester takového zařízení zná. Uvedly zde organizace *Tyflocentrum, Světluška, Bílá Pastelka*. Zbytek sester 42 % nezná žádné takovéto organizace. Štrosová (2009, s. 32) ve svém šetření uvádí, že 68 % respondentů zná organizace pro zrakově postižené, což je o něco více než vyplývá z mého výzkumu. Předpokládám, že za tento nedostatek může menší informovanost.

Na tuto otázku navazuje to, jestli se respondenti zúčastnili někdy v rámci celoživotního vzdělávání semináře, školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku. Bohužel více jak polovina (63 %) se takového vzdělávání nezúčastnila, což si myslím, že je velká chyba.

Pouze 37 % sester mělo možnost toto vzdělání podstoupit. Ale ve srovnání s prací Poklopové (2013, s. 33), kde 80 % dotazovaných nevyužilo tohoto vzdělání. Dle mého názoru je hlavní příčinou malé odlišnosti rok obhájení práce Poklopové. Od roku 2013 uplynuly čtyři roky a komunikace s pacientem se zrakovým postižením je diskutovanějším tématem.

V poslední řadě bylo důležité zjistit, jestli si sestry chtějí osvojit a zdokonalit se ve správné technice komunikace s pacientem s poruchou zraku. 65 % sester by si chtělo, rozšířit vzdělání zabývající se touto problematikou. Špatné je, že 35 % respondentů si vzdělání nechce zdokonalit nebo osvojit. Výsledky výzkumu se téměř shodují s šetřením Poklopové (2013, s. 32). Celkem 64 % sester by si chtělo rozšířit znalosti v komunikaci s pacientem s poruchou zraku. 10 % si nechce rozšířit toto vzdělání a 26 % odpovědělo „nevím“.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti a znalosti všeobecných sester a zdravotnických asistentů při ošetřování a komunikaci s nevidomým a zrakově postiženým?**

K této výzkumné otázce jsem zjišťovala informace za pomoci dotazníkových otázek č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Snažila, jsem se odkrýt, jaké mají sestry znalosti a zkušenosti při ošetřování a komunikaci s nevidomým a zrakově postiženým.

V dotazníkovém šetření jsem respondentům položila několik otázek, abych zjistila jejich znalosti a zkušenosti o dané problematice. Nejdříve mě zajímalo, jaká gesta jsou důležitá pro komunikaci sestry s pacientem se zrakovým postižením. Pro více jak polovinu dotazovaných 53 % jsou důležité doteky, pro zbylých 47 % to je změna hlasu. Podle Mgr. Lenky Krhutové, Ph.D. (2013), která uvádí ve své práci, že není nutnost doteků, hlavně u pacienta, který dobře slyší, ale v případě že člověk nereaguje, můžeme se ho lehce dotknout nejlépe na předloktí. Hlavně bychom se měli vyhnout zónám hlava, krk a paže.

Další otázka se dotazovala, jestli respondenti znají základní pravidla pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku. 80 % dotazovaných odpovědělo, že znají tyto základní pravidla. Podobnou otázku položila i Grygarová (2012, s. 49) ve své práci, počet jejich respondentů, kteří odpověděli kladně, bylo 71,25 %, což je o něco méně, než jsou výsledky v mém výzkumu.

V návaznosti na tuto otázku jsem chtěla vědět, jak by sestra doprovázela pacienta s poruchou zraku po zdravotnickém zařízení. Většinu 80 % tvořila odpověď „Při doprovázení pacienta ho držím zezadu za paže a tlačím ho před sebou“. 17 % osob odpovědělo „Při doprovázení pacienta stojím k němu čelem, držím ho za ruce a ustupuji směrem dozadu“ a zbylá 3 % by pacienta držela za ruku a táhla před sebou. Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D. (2013) uvádí

ve své práci, že je důležité se s pacientem nejdříve domluvit na způsobu doprovodu. Základní způsob spočívá v tom, že sestra nabídne zrakově postiženému rámě a ten se ho při chůzi lehce přidržuje za loket. Sestra jde vpředu, nevidomého nepostrkuje, nepopotahuje ani jinak se s ním nesnaží manipulovat. Odpovědi, které jsem zjistila, během výzkumu mě velice znepokojily, protože většina respondentů odpověděla špatně.

V další otázce byly odpovědi už více uspokojivé. Ptala jsem se, s kým by sestra komunikovala při příjmu zrakově postiženého člověka. V 80 % případů zvolily sestry, že by komunikovaly přímo s pacientem. Zbýlých 20 % by komunikovalo s doprovodem. Výsledky mého výzkumu nekorrespondují s výsledky v práci Grygarové (2012, s. 63). Z jejího výzkumu vyplývá, že většina a to 37,14 % bude komunikovat s klientem, 40,95 % bude komunikovat s klientem i s jeho doprovodem, 19,05 % bude komunikovat s doprovodem, ale pouze v případě když si to klient výhradně přeje a 2,86 % bude komunikovat s doprovodem, protože klient je nervózní a mohl by podat mylné informace.

Poté mě zajímalo, jaký pokoj by sestra zvolila pro pacienta s poruchou zraku. Všichni respondenti 100 % odpověděli, že by pro pacienty s touto problematikou zvolili pokoj, který je prostorný a bez překážek. Tyfloservis, rehabilitace nevidomých a slabozrakých (2009) ve svém článku zmiňují, že pro pacienta se zrakovým postižením je důležitý prostor, používat vhodné osvětlení a vytvářet barevně kontrastní prostředí.

Dále jsem zjišťovala, jakým způsobem by sestra zajistila bezpečnost pacienta s poruchou zraku. U této otázky byla možnost více odpovědí. 85 % osob by zajistilo bezpečnost pacienta odstraněním překážek. 63 % respondentů by pacientovi vše podrobně vysvětlili, 58 % lidí zvolilo možnost „nácvik“ a 18 % osob odpovědělo „barevný kontrast předmětu“. Všechny odpovědi, které jsou zde uvedené, jsou správné. *„Nevidomý člověk je mobilní, když je schopen se s využitím naučených technik pohybu a získávání informací bezpečně a jistě přemísťovat v prostoru“* (Wiener, 2006, s. 17).

Poslední zjišťovaná otázka byla, zda se u nich na oddělení nacházejí hmatné orientační body. U více jak poloviny 52 % dotazovaných sester odpovědělo, že jsou informovány o tom, že se u nich na oddělení nacházejí hmatné orientační body. Zbýlých 48 % nebylo o tomto označení informováno. Podobnou otázku položila ve svém výzkumu i Grygarová (2012, s. 56) jejíž počet respondentů 75 % odpovědělo záporně a 11,25 % kladně. Zbýlých 13,25 % respondentů nevědělo.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaké mají všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědomosti a poznatky o kompenzačních pomůckách a technikách v oblasti ošetřování a usnadnění komunikace s nevidomými a zrakově postiženými?**

K této výzkumné otázce jsem zjišťovala informace za pomoci dotazníkových otázek č. 9, 10, 11, 23. V této otázce jsem zjišťovala informovanost sester o kompenzačních pomůckách a technikách při ošetřování a komunikaci se zrakově postiženým jedincem.

V první otázce jsem chtěla vědět, jestli sestry znají kompenzační pomůcky pro zrakově postižené a jaké. Velmi mě překvapilo, že 65 % respondentů nezná kompenzační pomůcky. Pouhých 35 % osob zná tyto pomůcky, jedná se o *speciální mobilní telefon, tablet, speciální kartičky, počítače a čtecí přístroje*. Grygarová (2012, s. 50) ve svém výzkumu uvádí, že 87,5 % zná kompenzační pomůcky pro zrakově postižené, zbylých 12,5 % takovéto pomůcky nezná. Výsledky mého výzkumu nekorespondují s výsledky Grygarové (2012, s. 50). Je to dáno zřejmě rozdílnou informovaností respondentů.

Další otázka navazuje na předešlou, jestli by sestry uvítaly pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou zraku. 54 % by uvítalo pomůcky, které by usnadnily komunikaci s pacientem s poruchou zraku. 38 % respondentů odpovědělo „nevím“ a zbylých 8 % by takovéto pomůcky neuvítalo. Ve svém výzkumu Poklopová (2013, s. 36) uvedla, že by tyto pomůcky uvítalo 48 % respondentů, 35 % odpovědělo „nevím“ a zbylých 17 % sester by tyto pomůcky nechtěly pro usnadnění při ošetřování a komunikaci se zrakově postiženým jedincem. Myslím si, že kompenzační pomůcky jsou velmi důležité pro správnou komunikaci se znevýhodněným pacientem a sestry by je měly brát v úvahu.

Poté mě zajímalo, jakým způsobem by sestra navázala první kontakt s pacientem s poruchou zraku. V 97 % respondenti odpověděli, že by první kontakt navázali oslovením a dotykem. Zbylá 3 % osob zvolila možnost „pouze dotykem“. Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D. (2013) ve svém článku zmiňuje to, že by člověk, který začíná komunikaci s pacientem s poruchou zraku, by měl ho první oslovit a je-li to pro něj přirozené podat mu ruku a krátce jej slovně informovat o tom, že mu ji podává.

V poslední otázce jsem se informovala o tom, co sestry považují za důležité vědět při ošetřovatelských úkonech pacienta se zrakovým postižením. U této otázky byla možnost více odpovědí. 72 % osob považuje za důležitý dostatek času, 70 % dobrou znalost správné komunikace a 67 % považuje za zásadní spolupráci. Tyfloservis, rehabilitace nevidomých a slabozrakých (2009) ve svém článku zmiňují, že pro pacienta se zrakovým postižením je důležité všechny tyto tři nabízené možnosti. Protože při komunikaci se zrakově postiženým je

důležitá dobrá znalost správné komunikace, dostatek času při komunikaci, aby bylo vše dobře vysvětleno, a na to navazuje i spolupráce, bez které by nemohla být poskytnuta dobrá péče o klienta.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala komunikačními dovednostmi a znalostmi všeobecných sester s pacientem s poruchou zraku. V teoretické části jsou stručně popsány onemocnění, které postihují zrak. Komunikace tvoří samostatnou kapitolu, ve které jsou objasněny typy komunikace s jejími bariérami. Znevýhodněný jedinec je další samostatná kapitola, ve které je popsána komunikace s pacientem s poruchou zraku a také chyby a mýty, které lidé při komunikaci s pacientem s poruchou zraku dělají. Poslední samostatnou kapitolu tvoří přehled kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené jedince.

Základem výzkumné části jsou čtyři výzkumné otázky, uvedené na jejím počátku. Pro jejich zodpovězení bylo využito anonymního dotazníkového šetření, jehož prostřednictvím byla zjišťována informovanost sester v oblasti ošetřování a komunikaci s pacientem s poruchou zraku, zkušenosti a znalosti sester při komunikaci a ošetřování zrakově postiženého pacienta, dále pak vědomosti a poznatky o kompenzačních pomůčkách a technikách pro usnadnění komunikace a ošetřování pacienta se zrakovým postižením. Z výsledku vyplynulo, že při komunikaci s pacientem s poruchou zraku si jsou sestry jisty svými znalostmi a uvádějí, že většina z nich nevnímá setkání tímto pacientem jako komplikaci. Přesto bohužel jejich odpovědi odhalily, že jsou určité nedostatky, které by se mohly vylepšit. Tyto rezervy jsou ve správném vedení nevidomého, ve znalostech kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené jedince, nebo zda vědí, že se na jejich oddělení nacházejí hmatné orientační body. Dle mého názoru je chyby v tom, že většina respondentů se nezúčastnila žádného vzdělávacího semináře či školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku, kde by jim bylo vše správně vysvětleno a mohli si tímto způsobem doplnit své nedostatky. Na druhé straně bylo příjemné zjištění z dotazníkového šetření, že více jak polovina dotazovaných sester by si chtěla tyto techniky správné komunikace s pacientem s poruchou zraku osvojit a zdokonalit. Zjistíme-li nedostatky a neznáme správný postup, jak se co dělá, tak při dostatečné komunikaci nám klient sám ochotně sdělí své připomínky.

Je důležité, aby nejen sestry, ale celý zdravotnický personál věděl, jak k těmto pacientům přistupovat, protože se můžeme kdykoliv s tímto pacientem setkat na jakémkoliv oddělení. A měli bychom mu pobyt v nemocničním zařízení co nejvíce zpříjemnit. Za účelem odstranění těchto nedostatků a zlepšení informovanosti jsem vytvořila edukační materiál, který je součástí přílohy (viz Příloha F, s. 81 - 82). Tento edukační materiál by měl poskytnout pomoc sestrám při komunikaci se zrakově postiženými.



Závěrem lze konstatovat, že zpracováním teoretické části, vyhodnocením dotazníkového šetření a vytvořením informačního letáku byly splněny cíle, které byly vytyčeny v úvodu této práce.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BENDOVÁ, Petra, Kateřina JEŘÁBKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 125 s. ISBN 80-244-1436-8.

BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: Tyflocentrum, 2012, 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 400 s. ISBN: 978-80-247-4026-3.

KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ. *Jak žít s těžkým zdravotním postižením?* 1. vyd. Praha: Triton. 2014, 157s. ISBN 978-80-738-7831-3.

KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*, 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 936 s. ISBN:978-80-247-5079-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Komunikace v kontextu sociální práce s klienty se zdravotním postižením*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2013, 86 s. ISBN 978-80-746-4411-5.

MATÝSKOVÁ, Kateřina. *Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2009, 60 s. ISBN 978-80-86932-24-8.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. r. o., 2011, 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 86 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROZSÍVAL, Pavel a kol. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 2006, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.

ŘEHOŘOVÁ, Jitka. *Oftalmologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2016, 23-26 s. ISBN 978-80-747-1160-2.

SCHINDLEROVÁ, Olga. *Na ruce si nevidím: praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2007, 230 s. ISBN 978-80-86932-10-1.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 155s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SYNEK, Svatopluk a Šárka SKORKOVSKÁ. *Fyziologie oka a vidění*, 2. vyd. Praha: Grada, 2014, 108 s. ISBN: 978-80-247-3992-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 352 s. ISBN: 978-80-247-3829-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-2471-262-8.

WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006, 168 s. ISBN 80-239-6775-4.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-24-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

### **Bakalářské práce**

GRYGAROVÁ, Petra. *Klienti se zrakovým postižením ve zdravotnickém zařízení*. Zlín, 2011. 108 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

POKLOPOVÁ, Kateřina. *Přípravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu*. České Budějovice, 2013. 72 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková.

ŠTROSOVÁ, Kateřina. *Kompenzační pomůcky pro nevidomé*. Praha, 2009. 49 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Husitská teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lenka Chittussiová.

### **Elektronické zdroje**

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. Desatero pro komunikaci s osobou zrakově postiženou. *Národní rada osob se zdravotním postižením* [online]. 2010 [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>

TYFLOSERVIS. *Tyfloservis* [online]. 2007 [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz>

TYFLOPOMŮCKY. *Tyflopomůcky* [online]. 2012 [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.tyflopomucky.cz/>

UNIOPTIK. Elektronická zvětšovací lupa. *Unioptik* [online]. 2013 [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.unioptik.cz/p234/lupy/digitalni-kamerove-lupy-video-lupy-kompenzacni-pomucky-pro-slabo zrake/video-digitalni-zvetsovaci-televizni-lupa-mezzo/>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Braillovo písmo

Příloha C – Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

Příloha D – Zvětšovací elektronické lupy

Příloha E – Bílá hůl

Příloha F – Edukační materiál

## **PŘÍLOHA A**

### **DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Anna Horáková, jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Znalosti všeobecných sester při ošetřování a komunikaci nevidomých a zrakově postižených.

Dotazník je anonymní a zjištěné informace budou použity pouze pro potřeby mé práce.

Na otázky odpovídejte zakroužkováním jedné odpovědi, pokud není-li uvedeno jinak nebo slovně. Předem Vám děkuji za ochotu a věnovaný čas vyplňováním dotazníku.

#### **1) Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

#### **2) Jaká je délka Vaší praxe?**

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

#### **3) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské – zdravotnický asistent
- b) Středoškolské- všeobecná sestra
- c) Vyšší odborné – Dis.
- d) Vysokoškolské – Bc.
- e) Vysokoškolské – Mgr.
- f) Jiné, prosím uveďte:.....

**4) Na jakém oddělení pracujete?**

- a) Interní oddělení
- b) Chirurgické oddělení
- c) JIP, ARO
- d) Jiné, prosím uveďte:.....

**5) Setkáváte se na Vašem oddělení v rámci ošetrovatelství s pacientem s poruchou zraku?**

- a) Ano
- b) Ne

**6) Věděl/a jste jak se k pacientovi s poruchou zraku chovat?**

- a) Ano
- b) Ne

**7) Berete komunikaci s pacientem s poruchou zraku jako komplikaci při Vaší práci?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

**8) Jaké komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou zraku v rámci ošetrovatelské péče pozorujete?**

- a) Žádné
- b) Složitost popisování činností prováděných u tohoto pacienta
- c) Nutnost doprovázet pacienta na vyšetření
- d) Potřeba více času na pacienta
- e) Jiné, prosím uveďte:.....



9) **Znáte nějaké pomůcky při komunikaci s pacientem se zrakovým postižením?**

a) Ano

b) Ne

**Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte, jaké znáte kompenzační pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou zraku:**

.....  
.....

10) **Uvítala byste pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou zraku?**

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

**Pokud jste odpověděl/a ano nebo spíše ano uveďte jaké:**

.....

11) **Jakým způsobem navážete první kontakt s pacientem s poruchou zraku?**

a) Oslovením a dotykem

b) Pouze dotykem

c) Jiné, prosím uveďte:.....

d) Nevím

**12) Jaká gesta jsou pro Vaši komunikaci s pacientem s poruchou zraku důležité?**

- a) Doteky
- b) Změna hlasu
- c) Jiné.....
- d) Nevím

**13) Znáte základní pravidla pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

**14) Jak doprovázíte pacienta s poruchou zraku po zdravotnickém zařízení?**

- a) Při doprovázení pacienta ho držím za ruku a táhnu za sebou
- b) Při doprovázení pacienta stojím k němu čelem, držím ho za ruce a ustupuji směrem dozadu
- c) Při doprovázení pacienta ho držím zezadu za paže a tlačím ho před sebou
- d) Při doprovázení pacienta jdu krok před ním, on se mě drží za rameno nebo paži
- e) Jiné, prosím uveďte:.....

**15) S kým budete komunikovat při příjmu pacienta s poruchou zraku?**

- a) S pacientem
- b) S doprovodem
- c) Nevím

**16) Jaký pokoj byste zvolil/a pro pacienta s poruchou zraku?**

- a) Prostorný, bez překážek
- b) Malý, tmavý
- c) Nevím

**17) Jakým způsobem byste zajistil/a bezpečnost pacienta s poruchou zraku? (možnost více odpovědí)**

- a) Podrobné vysvětlení
- b) Odstranění překážek
- c) Návčik
- d) Barevný kontrast předmětu
- e) Jiné.....
- f) Nevím

**18) Jste informován/a, zda se u Vás na oddělení nacházejí hmatné orientační body (př. hmatné číslo na dveřích pokoje, označení tlačítek ve výtahu) pro lepší orientaci nevidomých?**

- a) Ano
- b) Ne

**19) Znáte způsoby označení pokoje pro pacienty s poruchou zraku?**

- a) Ano
- b) Ne

**20) Znáte nějaké organizace pro zrakově postižené?**

- a) Ano
- b) Ne

**Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte, jaké znáte organizace pro zrakově postižené:**

.....

**21) Zúčastnili jste se někdy v rámci celoživotního vzdělávání semináře, školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku?**

- a) Ano
- b) Ne

**22) Chtěla byste si osvojit nebo zdokonalit se ve správné technice komunikace s pacientem s poruchou zraku?**

- a) Ano
- b) Ne

**23) Co považujete za důležité vědět při ošetrovatelských úkonech pacienta se zrakovým postižením? (možnost více odpovědí)**

- a) Spolupráce
- b) Dobrá znalost správné komunikace
- c) Dostatek času
- d) Jiné.....
- e) Nevím

**Zde je prostor pro Vaše připomínky, postřehy a nápady týkající se tématu znalosti všeobecných sester při ošetrování a komunikaci nevidomých a zrakově postižených:**

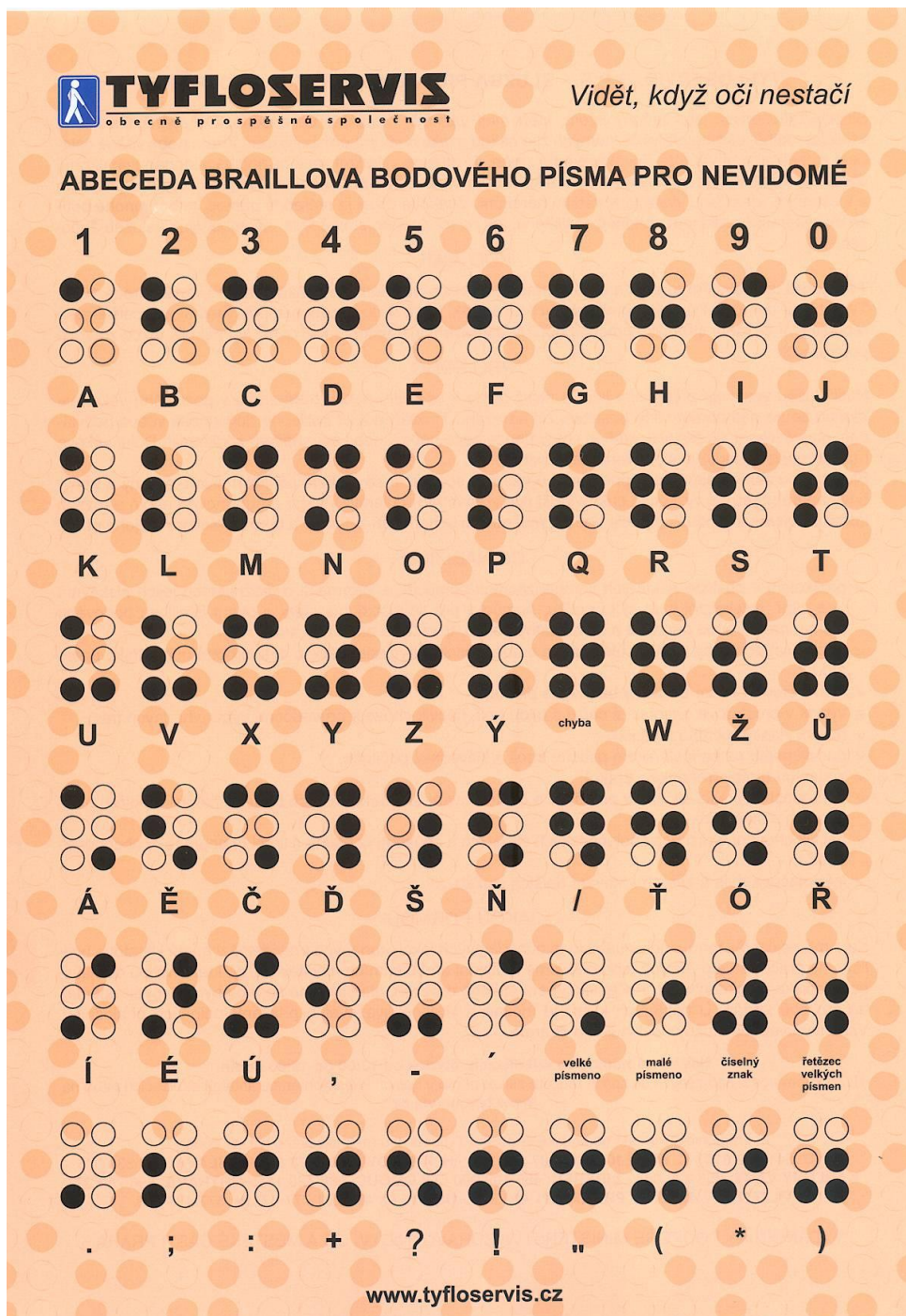
.....

.....

.....

# PŘÍLOHA B

## BRAILLOVO PÍSMO



Obrázek 24 Braillova abeceda

Zdroj: Tyfloservis, 2007

## PŘÍLOHA C

### DESÁTERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížěn. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

Zdroj: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2010

**PŘÍLOHA D**  
**ZVĚTŠOVACÍ ELEKTRONICKÁ LUPA**



**Obrázek 25** Zvětšovací elektronická lupa

Zdroj: Unioptik, 2013

## **PŘÍLOHA E**

### **BÍLÁ HŮL**



**Obrázek 26 Orientační hůl**



**Obrázek 27 Signalizační hůl**





**Obrázek 28 Opěrná hůl**

Zdroj: Tyflopomůcky, 2012

## Průvodce při komunikaci se zrakově postiženými

### **Představování**

Je vhodné zrakově postiženého před zahájením jakékoli komunikace přiměřeně oslovit, aby bylo zjevné, že se sdělení týká právě jeho. Nejlépe je to udělat z určité vzdálenosti přiměřeně nahlas, aby se oslovený člověk vyhnul nepříjemnému úleku. Představíme se a – pokud je to s ohledem na předmět dalšího jednání vhodné – stručně uvedeme svou roli (pozici).

### **Podání ruky**

Pro podávání ruky samozřejmě platí běžná společenská pravidla. Pro přehledný průběh představování je nejlepší doprovodit nabídnutí ruky slovně. Ze strany nevidomého se můžeme setkat s drobným náznakem nastavení ruky těsně u těla. Tímto způsobem předchází nejistotám v úvodu konverzace a dává možnost a čas ruku přijmout. Pokud k tomu nedojde, po chvíli nenápadně stáhne tuto ruku zpět.



Obrázek: <http://www.uzis.cz/katalog/ostatni-publikace/vas-nevidomy-pacient>

# Průvodce při komunikaci se zrakově postiženými

## **Při hovoru**

Při hovoru mluvíte vždy přímo na zrakově postiženou osobu. Při hovoru není důvod omezovat slovník o výrazy spojené s názorností a pohledem („podívejte se, prohlédněte si“). Jakékoli úsilí o náhradu jinými výrazy působí spíše nepřírozně, než ohleduplně. Naopak bychom měli slovník maximálně rozšířit o přesné popisy směrů, polohy, velikosti, apod. Například místo nejasného: „támhle, tady, asi takhle vysoký“ je lépe říci jednoznačně: „vpravo, vlevo, vzadu, asi metr vysoký, atd.“ Je důležité o ukončení konverzace o našem odchodu informovat nevidomou osobu.

## **Popisování**

Pro popis dané situace je nutné zvolit správný, co nejpřesnější způsob slovního popisu („Věšák stojí asi metr vpravo za Vámi“). Při hovoru vedeném u stolu je důležité si uvědomit, že směry jsou pro posluchače proti Vám opačně. Umístění jídla na talíři je zvykem popisovat s pomocí pomyslného rozdělení talíře podle ciferníku hodin. Přesný popis rozložení předmětů využijete např. při návštěvě toalety, kde se přirozeně fyzický kontakt omezuje na minimum a je nutné celý prostor přesně popsat („umyvadlo je před vámi, nádoba s tekutým mýdlem je na zdi nad levou hranou umyvadla, zásobník s papírovými osuškami je vpravo od umyvadla a koš na použité osušky je na zemi pod zásobníkem...“)

## **Ukázky a instrukce**

Pokud chcete nevidomému cokoli dát nebo ukázat, je důležité před ja-kýmkoli dotykem nevidomého informovat a stejně tak je třeba se domluvit, zda si dotyčný přeje předmět prohlédnout. Při prohlížení či jiné manipulaci je nutné brát v potaz, že hmatové vnímání je daleko pomalejší, a tedy určité činnosti mohou probíhat pomaleji. Není to, ale důvod k tomu, aby nevidomý tyto činnosti nevykonával sám. Kterákoli snaha o urychlení jakékoli samostatné činnosti vede spíše k jeho zbytečnému stresování.

Autor: Anna Horáková

Kontaktní údaj: [melmen.h@seznam.cz](mailto:melmen.h@seznam.cz)

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Holubová

Kontaktní údaj: [ilona.holubova@upce.cz](mailto:ilona.holubova@upce.cz)



Použité zdroje:

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál. 2010, 155s. ISBN 978- 80-7367-691-9.

TYFLOSERVIS. *Tyfoservis* [online]. 2007 [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: <http://www.tyfoservis.cz>

WIENER, Pavel a kol. *Základy komunikace se zrakově postiženými* [online]. 2007 [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/komunikace.pdf>

Obrázek: <http://archiv.sons.cz/netak/04.php>

Tento materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce s názvem Znalosti všeobecných sester při ošetřování a komunikaci nevidomých a zrakově postižených, pod Fakultou zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.

