

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**KOMUNIKACE S OSOBOU SE SMYSLOVÝM ONEMOCNĚNÍM  
Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ZORA MLNAŘÍKOVÁ**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2012

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Komunikace s osobou se smyslovým onemocněním z pohledu zdravotnického personálu vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 3. 2012

Podpis:

## **Abstrakt**

MLNAŘÍKOVÁ, Zora. *Komunikace s osobou se smyslovým onemocněním z pohledu zdravotnického personálu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2012. 64 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je komunikace se smyslově postiženými osobami z pohledu zdravotnického personálu. Teoretická část popisuje obecnou problematiku osob se smyslovým postižením z pohledu obecné, vývojové, speciální psychologie a komunikace. Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně vzdělanosti zdravotnického personálu v komunikaci se smyslově postiženými osobami. Součástí práce je rozhovor se smyslově postiženou osobou.

Klíčová slova: Komunikace. Psychologie. Smyslové postižení. Zdravotnický personál.

## **Abstract**

MLNAŘÍKOVÁ, Zora. Communicating with a Person with Sensory Disorders from the Perspective of Medical Staff. College of Health, ops, level of qualification: Bachelor. Supervisor: Mgr. Jitka Nemcova, PhD., MS. Prague. 2012. 64 p.

The main theme of the bachelor thesis is communication with sensory impaired people from medical staff's point of view. Theoretical part of the thesis deals with general issues of sensory impaired people viewing this matters from different perspectives of general psychology, developmental and special psychology as well as communication. Practical part is aimed at finding out the level of education of medical staff when communicating with sensory impaired people. One part of the thesis is an interview with a sensory impaired person.

Keywords: Communication. Psychology. Sensory impal. Medical staff.

Poděkování patří vedoucí bakalářské práce paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné vedení a konzultace při zpracování bakalářské práce, Oblastní nemocnici Kolín a.s. za umožnění provedení průzkumného šetření. Děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili průzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji kolínskému Tyfloservisu za ochotu a paní J. K. za vstřícnost při poskytnutí rozhovoru.

# OBSAH

<b>Obsah.....</b>	<b>6</b>
<b>Seznam použitých tabulek a grafů.....</b>	<b>8</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Psychologie osob s postižením .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Smyslové defekty .....</b>	<b>12</b>
2.1 Sluchové postižení .....	12
2.2 Zrakové postižení .....	14
<b>3 Charakteristika vývojových období .....</b>	<b>17</b>
3.1 Prenatální období .....	17
3.2 Novorozenecké období.....	17
3.3 Kojenecké období.....	18
3.4 Batolecí období .....	18
3.5 Předškolní období.....	19
3.6 Školní období .....	19
3.7 Období dospívání .....	20
3.8 Období dospělosti.....	20
3.9 Stáří .....	21
<b>4 Mezilidská komunikace .....</b>	<b>22</b>
4.1 Verbální komunikace .....	22
4.2 Nonverbální komunikace .....	23
<b>5 Komunikace se smyslově postiženými osobami.....</b>	<b>24</b>
5.1 Osoby s poruchami zraku.....	24
5.2 Osoby s poruchami sluchu .....	25
<b>6 Kompenzační pomůcky.....</b>	<b>27</b>

<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>28</b>
<b>7 Dotazníkový průzkum</b> .....	<b>28</b>
7.1 Průzkumný problém .....	28
7.2 Průzkumné cíle.....	28
7.3 Průzkumné otázky .....	28
7.4 Průzkumné tvrzení .....	28
7.5 Metodika průzkumu .....	28
7.6 Průzkumný soubor .....	29
7.7 Technika dotazníku .....	29
<b>8 Výsledky vlastního průzkumu</b> .....	<b>30</b>
8.1 Obecná část dotazníkového šetření .....	30
8.2 Speciální část dotazníkového šetření .....	37
<b>9 Vyhodnocení průzkumných otázek</b> .....	<b>51</b>
9.1 Průzkumná otázka č. 1 .....	51
9.2 Průzkumná otázka č. 2 .....	55
9.3 Průzkumná otázka č. 3 .....	56
<b>10 DISKUSE</b> .....	<b>57</b>
10.1 Doporučení pro praxi.....	58
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>60</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>62</b>

## Seznam použitých tabulek a grafů

Tabulka 1 Pohlaví.....	29
Tabulka 2 Věkové kategorie.....	30
Tabulka 3 Dosažené vzdělání.....	31
Tabulka 4 Pracovní pozice .....	32
Tabulka 5 Praxe.....	33
Tabulka 6 Pracovní zařazení .....	34
Tabulka 7 Zkušenost zdravotnického personálu se smyslově postiženou osobou.....	36
Tabulka 8 Vzdělanost v předmětu.....	37
Tabulka 9 Názor na vyučování předmětu.....	38
Tabulka 10 Názor na dostatečnou vybavenost nemocnic .....	39
Tabulka 11 Znalost pojmu Tyfloservis .....	40
Tabulka 12 Znalost pojmu Braillovo písmo.....	41
Tabulka 13 Znalost pojmu pseudoizochromatická tabulka.....	42
Tabulka 14 Znalost symbolu červeno-bílé hole .....	43
Tabulka 15 Znalost pojmu Lormova abeceda .....	44
Tabulka 16 Znalost kompenzačních pomůcek .....	45
Tabulka 17 Znalost přístupu k asistenčním psům .....	46
Tabulka 18 Přístup ke zrakově postižené osobě.....	47
Tabulka 19 Předsudky .....	48
Tabulka 20 Nejvhodnější přístup k nevidomé osobě .....	49
Tabulka 21 Skutečná znalost.....	50
Tabulka 22 Skutečná znalost.....	51
Tabulka 23 Skutečná znalost.....	52
Tabulka 24 Skutečná znalost.....	53
Graf 1 Pohlaví .....	29
Graf 2 Věkové kategorie .....	30
Graf 3 Dosažené vzdělání.....	31
Graf 4 Pracovní pozice .....	32
Graf 5 Praxe.....	33
Graf 6 Pracovní zařazení .....	34
Graf 7 Zkušenost zdravotnického personálu se smyslově postiženou osobou.....	36



Graf 8 Vzdělanost v předmětu.....	37
Graf 9 Názor na vyučování předmětu .....	38
Graf 10 Názor na dostatečnou vybavenost nemocnic .....	39
Graf 11 Znalost pojmu Tyfloservis .....	40
Graf 12 Znalost pojmu Braillovo písmo.....	41
Graf 13 Znalost pojmu pseudoizochromatická tabulka.....	42
Graf 14 Znalost symbolu červeno-bílé hole .....	43
Graf 15 Znalost pojmu Lormova abeceda .....	44
Graf 16 Znalost kompenzačních pomůcek .....	45
Graf 17 Znalost přístupu k asistenčním psům .....	46
Graf 18 Přístup ke zrakově postižené osobě .....	47
Graf 19 Předsudky.....	48
Graf 20 Nejvhodnější přístup k nevidomé osobě .....	49
Graf 21 Skutečná znalost .....	50
Graf 22 Skutečná znalost.....	51
Graf 23 Skutečná znalost.....	52
Graf 24 Skutečná znalost.....	53
Graf 25 Skutečné znalosti v porovnání očního a interního oddělení .....	54
Graf 26 Skutečné znalosti v porovnání s délkou praxe .....	55

# Úvod

Komunikace zdravotnického personálu se smyslově postiženými osobami je aktuální, velice zajímavé a často zdravotníky podceňované téma. K napsání této práce jsem byla přivedena osobní zkušeností.

Člověk si většinou neuvědomuje, jak je pro něj důležitý zrak a sluch. Bohužel je snadné o tyto smysly přijít. Zdravý člověk si neumí představit, jak vypadá běžný den smyslově postiženého člověka. Nemáme, tušení kolik překážek musí tito lidé překonat, aby se mohli integrovat do „normálního“ života. Nevidomý člověk se stává po zbytek svého života závislým na svém okolí. Dnešní moderní svět se snaží přinést co možná nejvíce kompenzačních pomůcek, které by pomohly zlepšit úroveň života postiženým osobám. Ovšem tyto pomůcky nikdy nedovedou plně nahradit smysly, o které tyto osoby přišly. Málokterý nevidomý je schopen např. samostatného pohybu po ulicích bez doprovodu. To, co my bereme za samozřejmost, je pro nevidomého člověka jen těžko řešitelnou situací. Ani osoby se sluchovým postižením na tom nejsou lépe. Neslyšící osoby se díky svému handicapu dostávají do určité sociální izolace.

Cílem bakalářské práce je přiblížit psychologickou problematiku osob se smyslovým postižením a problematiku komunikace a vzájemného porozumění.

Bakalářská práce je členěna na dvě části. Na část teoretickou a část empirickou – průzkumnou. Teoretická část se zabývá obecnými aspekty psychologie a komunikace s osobami se smyslovým onemocněním. Empirická – průzkumná část se zabývá problematikou komunikace se smyslově postiženou osobou z pohledu zdravotnického personálu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Cílem práce je zjistit postoj a úroveň znalostí zdravotnického personálu v komunikaci ke smyslově postiženým osobám.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Psychologie osob s postižením

„V každé lidské společnosti panují určité předsudky vůči lidem s postižením (ZACHAROVÁ; HERMANOVÁ; ŠRÁMKOVÁ, 2007, s. 99).“ Přístup společnosti k handicapovaným osobám je ovlivněn systémem obecně přijímaných hodnot danou společností. Z historie víme a můžeme tedy i porovnat, jak lidská společnost vnímala osoby s postižením např. v antickém Řecku, ve středověku nebo v první polovině 20. století a jak jsou tyto osoby vnímány dnešní společností.

Antická kultura upřednostňovala zdraví, krásu a dokonalost lidského těla. Osoby, které tyto normy určitým způsobem nesplňovaly, byly považovány za „méněcenné“. V antické Spartě byly handicapované osoby zabíjeny nebo dány do otroctví.

Středověk nahlížel na osoby s postižením poněkud kontroverzně. Jediný správný smysl života ve středověku byla víra v Boha. Křesťanská církev měla ve svých rukou neomezenou moc nad životy všech lidí. Církev hlásala dle učení Ježíše Krista pomoc trpícím osobám. S obdobím středověku jsou spojeny počátky ošetřovatelské péče. V tomto období vznikají různé církevní, rytířské ale i světské řády, které věnují svou pozornost péči o postiženého člověka. Přesto však ve společnosti panují předsudky a postižení lidé jsou terčem posměchu, útoků a zneužívání.

V období 2. světové války převládá nacistická ideologie a rasová teorie nadřazenosti nad rasově „nečistými“ a „méněcennými“ lidmi. Handicapované osoby jsou tím spíše společností vnímány jako přítěž, které je zapotřebí se zbavit. Postižení lidé jsou proto transportováni do koncentračních táborů, kde jsou následně vražděni.

Vztah dnešní společnosti k lidem s postižením je stále ovlivňován předsudky. Přesto však v naší společnosti převládá snaha o integraci co možná největšího počtu lidí do normálního života. Dnešní společnost se snaží o vytvoření vhodných podmínek pro postižené osoby, které by vedly k jejich postupnému osamostatnění a nezávislosti. Postoj společnosti k handicapovaným osobám je dán socioekonomickou vyspělostí. Je zcela nezbytné stále vytvářet pozitivní vztah mezi zdravou populací a osobami s postižením, protože bez naší spolupráce nemůže společnost umožnit těmto lidem plnohodnotný život (ZACHAROVÁ; HERMANOVÁ; ŠRÁMKOVÁ, 2007).

## 2 Smyslové defekty

*„Smyslové defekty a postižení vznikají na podkladě vrozeném či získaném. Mezi nejčastější postižení řadíme tělesné defekty, smyslové defekty a mentální postižení (ZACHAROVÁ; HERMANOVÁ; ŠRÁMKOVÁ, 2007, s. 99).“*

Naše smysly nám zprostředkovávají kontakt mezi vnějším světem a mozkem. Zrak a sluch má nezastupitelnou roli v mezilidské komunikaci. Zrak nám poskytuje nejvíce vjemů a podnětů z okolního světa. Výpadkem zrakového smyslu dochází k náhradě kompenzačních smyslů (sluch, hmat a kinestetické pocity). Tato kompenzace ovšem neprobíhá automaticky. Zcela zásadní je pravidelný výcvik těchto kompenzačních smyslů. Tyto smysly se musí co nejdříve ale hlavně pravidelně stimulovat, aby se mohly dále rozvíjet.

Rychlost a správnost zrakového vnímání se u slabozrakých osob liší stupněm postižení zorného pole, zrakové ostrosti a schopností barvocitu. Slabozraké dítě by mělo být od raného dětství vedeno k cílenému trénování zbylého vidění.

Sluchové vnímání je velice důležité v procesech poznávání, prostorové a sociální orientace. Nevidomá osoba se musí naučit mnohem efektivněji využívat svůj sluch než osoba s omezeným zrakovým viděním. Sluch je nutné stimulovat a rozvíjet. Pro nevidomé či slabozraké osoby je pro prostorovou orientaci důležitá sluchová paměť a lokalizace zvuku v prostoru.

Dalším smyslem, který kompenzuje vnímání okolního světa je hmatové vnímání. To je nutné rozvíjet co nejdříve. Pomocí různých hmatových tabulek se stimuluje jemné hmatové vnímání. Jako zprostředkovaný - instrumentální hmat se označuje hmat za pomoci kompenzačního nástroje - nejčastěji bílé hole. Díky holi je nevidomá osoba schopná orientace v terénu.

Proces myšlení se u zrakově postižených výrazně neliší od myšlení vidomých osob. Přesto tu jsou určitá specifika. Výrazné odlišnosti se nacházejí osob nevidomých. Nevidomé osoby mají problémy ve srovnávání, přirovnávání a identifikaci některých předmětů. Na rozdíl od vidomých osob má zrakově postižený člověk lépe rozvinutou paměť (HAMADOVÁ; KVĚTOŇOVÁ; NOVÁKOVÁ, 2007).

### 2.1 Sluchové postižení

*„Postižení sluchu vede k narušení schopnosti normální komunikace s okolním světem, což s sebou přináší různé psychické a sociální důsledky (SVĚTLÍK, 2000, s. 9).“*

Je rozdíl mezi sluchovou poruchou a sluchovou vadou. Porucha sluchu představuje přechodný stav způsobený onemocněním nebo změnou sluchového orgánu, který je léčitelný. Naproti tomu

sluchová vada zahrnuje široké pásmo od lehké nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu. Sluchové vady nemají tendenci ke zlepšení.

Díky technickému rozvoji je možné nedoslýchavost kompenzovat různými naslouchadly, které zesilují zvuk. Osoby, které přišly o sluch během života, jsou schopné běžné komunikace s okolním světem. Osoby, které se s tímto postižením už narodily, nemají normálně vyvinutou řeč, protože nepoznaly žádné zvukové vjemy (ČECHOVÁ; MELLANOVÁ; ROZSYPALOVÁ, 2001).

Sluchové vady se dělí podle doby vzniku, stupně postižení, důsledku a místa poškození sluchového orgánu.

***„Dle místa poškození rozeznáváme:***

- *převodní sluchové vady, kde je narušen přenos zvukových vibrací do vnitřního ucha*
- *percepční (senzoneurální) sluchové vady, které vznikají v důsledku poškození vnitřního ucha či vyšších etáží sluchové dráhy poruchou prokrvení, infekcemi, ototoxickými látkami (SĚTLÍK, 2000, s. 14).“*

Zvláštní skupinou sluchových vad tvoří tinnitus – ušní šelesty. Ušní šelesty jsou vnímány velmi nepříjemně a často pacienta obtěžují více než prostá nedoslýchavost. Tinnitus má různou výšku, intenzitu hlasitosti a trvání. Tinnitus je většinou přirovnáván k nepříjemnému šumění, pískání nebo bzučení. Léčba ušních šelestů je dosti komplikovaná. Nejčastěji se k léčbě používají léky s vazodilatorním účinkem. Tinnitus je úzce spjat s lidskou psychikou postiženého, proto se k jeho léčbě užívají i alternativní metody jako akupunktura nebo homeopatie. Prostá víra v uzdravení - „placebo efekt“ může mít příznivý vliv na léčbu ušních šelestů. Při léčbě intenzivních ušních šelestů se využívá řada chirurgických postupů, jako např. protětí tympanické nervové pleteně ve středouší, protětí sluchového nervu nebo chemická destrukce labyrintu. Bohužel ani kladný efekt těchto operativních výkonů není nikdy zcela zaručen.

***„Dle stupně poškození rozeznáváme:***

- *normální sluch*
- *lehkou nedoslýchavost*
- *střední nedoslýchavost*
- *těžké postižení sluchu*
- *velmi závažné postižení sluchu hraničící s hluchotou*
- *úplná ztráta sluchu – hluchota*

*(SLEZÁKOVÁ, 2008, s. 122).“*

## 2.2 Zrakové postižení

*„Zrak je pro nás nejdůležitějším smyslem. Přibližně 90% informací vnímáme právě zrakem (MYSLIVEČEK, 2004, s. 295).“* Zrak nám umožňuje vidět a vnímat svět kolem nás. Díky zraku vidíme různé tvary, vnímáme barvy a dovedeme rozlišit světlo od tmy. S poruchou zraku se můžeme narodit, nebo o zrak můžeme přijít během života. Drobné poruchy zraku je možno v dnešní době velmi dobře korigovat brýlemi nebo kontaktními čočkami. Nošení brýlí je v dnes naprosto běžné. Podstatně hůře jsou na tom slabozraké osoby, osoby se zbytky zraku a nevidomé osoby. Je rozdíl, zda se jedná o vadu vrozenou nebo získanou během života. Zdravé dítě rozvíjí svou motoriku pomocí zraku. Dostává různé zrakové podněty ze svého okolí, které zpracovává. Dítě, které se narodí s vrozenou vadou zraku má značně ztížený psychomotorický vývoj (CHVÁTALOVÁ, 2001).

K nejčastějším vadám zraku v dětském věku patří: poruchy binokulárního vidění, strabismus, amblyopie, refrakční vady, hypermetropie, retinopatie u nedonošených dětí, sítnicové degenerace, atrofie zrakového nervu, vrozený šedý zákal, vrozený zelený zákal, retinoblastom, albinismus a kortikální postižení zraku.

Poruchy binokulárního vidění jsou funkční vady, které se dělí na strabismus - (šilhavost) a tupozrakost. Strabismus je porucha souhry obou očí. Obě oči nehledí rovnoběžně, ale jedno oko se stáčí nejčastěji dovnitř. Strabismus se napravuje brýlovou korekcí. Při amblyopii - tupozrakosti dochází ke snížení zrakové ostrosti jednoho oka. U tohoto onemocnění nedochází k žádným viditelným organickým změnám. Důležitá je zde včasná diagnostika a zahájení pravidelného cvičení postiženého oka. Zdravé oko se dočasně kryje okluzorem tak, aby se tupozraké oko mohlo procvičovat.

*„Refrakční vady jsou onemocnění, při kterých dochází k nepoměru mezi lomivostí optických prostředí a předozadní délkou oka (HAMADOVÁ; KVĚTOŇOVÁ; NOVÁKOVÁ, 2007, s. 20).“* Mezi refrakční vady řadíme myopii, hypermetropii a astigmatismus. U zdravého oka se světelné paprsky sbíhají na sítnici. Myopie - krátkozrakost vzniká dopadem světelných impulsů před sítnici. Důvodem může být dlouhý oční bulbus nebo zvýšená lomivost světelných paprsků v čočce. Lidé s myopií obtížně vidí do dálky. Hypermetropie - dalekozrakost vzniká tak, že obraz pozorovaného předmětu dopadá za sítnici. Důvodem je naopak krátký oční bulbus. Astigmatismus je porucha akomodace čočky. Jedná se o nerovnoměrné zakřivení oka, které vede k poruchám zaostřování. Všechny tyto refrakční vady se korigují brýlemi nebo kontaktními čočkami. Myopie se koriguje brýlemi s čočkou rozptylkou, hypermetropie se koriguje brýlemi se spojnou čočkou.

Retinopatie vzniká u předčasně narozených novorozenců, kteří jsou umístěni do inkubátoru s vysokým příivodem kyslíku. Tyto předčasně narozené děti nemají dostatečnou vaskularizaci sítnice

a po vysazení kyslíku u nich dochází ke krvácení do sítnice a sklivce. Následkem tohoto stavu jsou poruchy zraku či slepota. Retinopatie nedonošených dětí se klasifikuje pěti stupni postižení a to od počínající lehké slabozrakosti až po totální slepotu.

Sítnicové degenerace jsou nezánnětlivá onemocnění sítnice. Nejznámější je pigmentová degenerace sítnice. Jedná se o dědičné onemocnění, které nelze léčit. U dětí se projevuje šeroslepostí, světloplachostí, zužováním zorného pole a poklesem centrálního vidění. Nejprve dítě trpí slabozrakostí, později praktickou slepotou a v dospělosti úplnou slepotou. Další chorobou, která postihuje sítnici je dědičná makulární degenerace sítnice. Makulární degenerace se projevuje ztrátou centrálního vidění, výpadky vidění a poruchou barvocitu.

Atrofie zrakového nervu může být způsobena dědičností, úrazem, intoxikací, záněty či tumory. Projevuje se sníženou zrakovou ostroostí, snížením barvocitu a světloplachostí. Atrofie zrakového nervu způsobuje slabozrakost až nevidomost.

Katarakta je vrozený šedý zákal. Jedná se o vrozené dědičné onemocnění, nebo jako následek infekční noxy v těle matky během těhotenství. Indikací je chirurgická léčba, kdy je poškozená čočka nahrazena novou.

Glaukom, vrozený zelený zákal je charakterizován zvýšením nitroočního tlaku s poškozením očního nervu. Dochází k výpadkům zorného pole a poklesu zrakové ostroosti. Diagnostika tohoto onemocnění je u dětí velmi složitá. Asi polovina dětí s vrozeným glaukomem se stane často slabozrakými či úplně nevidomými. Léčba je z pravidla v prvních stádiích medikamentózní (kapky na snížení nitroočního tlaku) a později chirurgická (rozšíření kanálků pro odtok nitrooční tekutiny).

Retinoblastom je maligní nádor, který vyrůstá ze sítnice oka. Jedná se o onkologické onemocnění dětského věku. Důležitá je včasná diagnostika, protože rozsáhlý nádor se řeší enukleací - vyjmutím oka, aby se zabránilo šíření do druhého oka či tkání.

Albinismus je vrozená dědičná vada metabolismu aminokyselin. Porucha je charakterizována nedostatkem melaninu v těle a očích, nebo pouze jen v očích u oční formy. Protože duhovka neobsahuje dostatečné množství pigmentu, vstupuje do oka více světelných paprsků. To má za následek světloplachost. Z dalších projevů to může být strabismus, nystagmus, snížení zrakové ostroosti a slabozrakost (HAMADOVÁ; KVĚTOŇOVÁ; NOVÁKOVÁ, 2007).

*„Zrakové vady se klasifikují dle stupně postižení na osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku a na osoby nevidomé (HAMADOVÁ; KVĚTOŇOVÁ; NOVÁKOVÁ, 2007, s. 36).“*

### **Slabozraké osoby**

Slabozrakost je nezvratný pokles zrakové ostroosti či zúžení zorného pole. Slabozraká osoba vidí z poloviny tak ostře, jako zdravě vidící osoba. Slabozrakost se projevuje sníženým viděním,

poruchami až výpadky v zorném poli, deformací zrakových představ, omezením zrakových schopností, omezením kognitivních činností a vytvářením sociálních vztahů.

### **Osoby se zbytky zraku**

Osoby se zbytky zraku jsou na rozhraní mezi osobami slabozrakými a osobami nevidomými. U osob se zbytky zraku může dojít ke snížení až deformitám zrakových schopností. Mohou mít problém i při prostorové orientaci. Proto používají slepeckou hůl.

### **Nevidomé osoby**

Pro nevidomou osobu to znamená nejtěžší stupeň postižení. Jedná se o ireverzibilní pokles zrakové ostrost. Protože nevidomé osoby nemohou získávat informace z okolního světa pomocí zraku, musí využívat své kompenzační smysly. Pro zlepšení prostorové orientace používají nevidomé osoby slepeckou hůl (HAMADOVÁ; KVĚTOŇOVÁ; NOVÁKOVÁ, 2007).



### 3 Charakteristika vývojových období

Základním předpokladem vývoje lidského jedince je úroveň biologického zrání. Tento proces je geneticky naprogramován a nelze jej nijak uspíšit. Nezastupitelnou roli v lidském vývoji hraje učení a schopnost ukládat, uchovávat a vybavovat si informace. Díky učení získává jedinec nové poznatky a zkušenosti, které ovlivňují jeho chování. K tomu, aby se člověk mohl plně vyvíjet, je nezbytná řeč. Řeč nám umožňuje předávat si zkušenosti, uchovávat je a sdělovat si své představy (VYMĚTAL, 2003).

#### 3.1 Prenatální období

Prenatální období je charakterizováno, jako období mezi početím a narozením dítěte (porodem). Obvykle toto období trvá 40 týdnů (10 lunárních měsíců). Postupně se u plodu vyvíjí základ všech svalů. To můžeme pozorovat už na konci druhého měsíce, jako drobné záškuby těla plodu. Počátkem třetího měsíce je plod schopen otáčet hlavičkou, pohybovat končetinami a otevírat či zavírat ústa. Přibližně od šestého měsíce je plod schopen reagovat na vizuální, akustické, tlakové a bolestivé podněty jako je hlas matky, masáží nebo tlakem na břicho pohyby a kopáním. V tomto období je plod schopen rozlišit lidskou řeč od ostatních zvuků.

#### 3.2 Novorozenecké období

Novorozenecké období je možné rozdělit na časné a pozdní. Časné novorozenecké období je charakterizované od okamžiku porodu do 7. dne po narození dítěte. Pozdní novorozenecké období je charakterizované od 7. dne do konce 28. dne po narození. V časné poporodní fázi je novorozenec vystaven složité adaptaci. Čeká ho přizpůsobení se po stránce dechové, oběhové, trávicí, udržení stálosti vnitřního prostředí a v neposlední řadě nutnost udržet stálou tělesnou teplotu. Zraková ostrost novorozence je oproti dospělému člověku několikanásobně menší z důvodu nezralosti nervových drah. Prozatím dokáže novorozenec rozlišit pouze světlo od tmy, kdy ho prudké světlo irituje. Během čtrnácti dnů již dovede dítě zrakem ulpět na předmětu, který má před obličejem. Paměťová schopnost novorozence se postupně rozvíjí, současně se prodlužuje doba soustředění se na určitý předmět či obraz. V tomto období dokáže novorozenec reagovat na přibližující se předmět určitou obrannou reakcí. Dovede rozlišit, zda předmět směřuje k němu nebo od něho.

### 3.3 Kojenecké období

Kojenecké období je charakterizováno od konce 28. dne do konce 1. roku. V tomto období dochází za poměrně krátkou dobu k rychlému tělesnému i duševnímu vývoji. Proto je pro novorozenecké období nezbytný přísun vysoko energetické potravy. Nejpřirozenější a tedy i nejvhodnější je kojení. Předčasná umělá výživa zbytečně zatěžuje trávicí trakt, může způsobovat průjmy, ale především může vést k alergiím. V tomto období začíná dítě rozlišovat mluvenou řeč od ostatních zvuků, rozvíjí se hrubá i jemná motorika, vnímání a před řečové projevy. Okolo druhého až třetího týdne začíná dítě pohledem fixovat nepohyblivý předmět. Kojenec je schopen soustředit se cca. 1-1,5 minuty na vzdálenost 10-20 centimetrů. Od čtvrtého týdne se dovede soustředit na obličej vlastní matky. Hlavním komunikačním prostředkem je pláč. Dítě se po narození rychle učí, že díky pláči je schopno na sebe upoutat pozornost matky. Pozorování okolí se u dítěte stává stále plynulejším. Nejprve sleduje horizontálně, později vertikálně a nakonec je schopno pozorovat pohyb v kruhu. V období 1,5 - 2 měsíce je dítě schopno pozorovat pohybující se předmět. V období tří měsíců je dítě schopno přenášet pohled z jednoho předmětu na druhý. V období čtvrtého a pátého měsíce je dítě schopno odhadnout vzdálenost předmětu, po kterém sahá. Vidí-li například dva pohybující se předměty, je schopno odhadnout vzdálenost a sáhnout po bližším předmětu. V období od šestého měsíce je dítě schopno cíleně uchopit předmět a manipulovat s ním. Samostatně uchopí hračku, záměrně s ní třepe nebo ji dává z ruky do ruky. Zraková ostrost se již příliš neliší od dospělého člověka. Dítě je schopno bez účasti zraku uchopit zvučící předmět a otáčet se za zvukem. Pokud vezmeme v potaz, že je dítě schopno upřednostňovat určité barvy před druhými, můžeme to považovat za schopnost vnímání různých barev. Ovšem dítě je schopno poznat a pojmenovat různé barvy až na počátku třetího roku. Můžeme tedy říci, že dítě je okolo šestého měsíce schopno rozlišovat různé předměty podle tvaru, barvy a hmotnosti. V prvních měsících života je dítě přitahováno předměty, které jsou výrazné a pestré. V období devátého měsíce se začíná zajímat o detaily a drobné předměty (například ho zajímá řetízek na krku matky či visící provázek). V období dvanáctého měsíce začíná dítě pronikat do trojrozměrnosti.

### 3.4 Batolectí období

Období batolecte je charakterizováno od konce 1. roku do konce 3. roku. V tomto období dochází na rozdíl od novorozeneckého období k určitému zpomalení. Dochází k uzavření velké fontanely a je dokončováno prořezávání dočasného mléčného chrupu. Rozvíjí se psychika a motorika dítěte. Zejména v řeči a myšlení dochází k největšímu pokroku. Toto období je typické pro častá poranění. Dítě má radost z pohybu, stává se stále obratnějším, což má za následek např. neúmyslné poškození

různých předmětů či poškození vlastního zdraví. V tomto období se většina dětí dostává do různých kolektivů (jesle). Z tohoto důvodu zde stoupá riziko vzniku infekčních onemocnění. Dochází k emočnímu vývoji a socializaci. Batole je vysoce závislé na matce či rodinných příslušnících. Případné odloučení od matky snáší velmi špatně. Pro odloučení jsou typické tři fáze chování dítěte. V první **fázi - protestu** dítě ví, že vždy když křičí a pláče přijde k němu matka. Proto křičí a volá matku. Ve druhé **fázi – zoufalství** se dítě postupně utiňuje a přestává křičet, odmítá jakýkoli kontakt s okolím. Ve třetí **fázi** dochází k **odpoutání se od matky** - dítě je schopno navázat kontakt a připoutat své city k osobě, u které cítí náhradu mateřské péče. Okolo dvou let dítě navazuje kontakt s dětmi stejného věku - hraje si s nimi. Schopnosti určité kolektivní spolupráce a určité soutěživosti se u něj projeví okolo třetího roku života. Dítě v období batolete se dokáže pozorovat v zrcadle. V odrazu svého obrazu se poznává a dělá různé grimasy. V tomto období dokáže dítě rozpoznat určité tvary a předměty. Dítě si rádo prohlíží obrázky a obrázkové knížky.

### 3.5 Předškolní období

Předškolní období je charakterizováno od konce 3. roku do konce 5. roku. Růst dítěte stále pokračuje volným tempem. Motorika a psychika dítěte se stále vyvíjí a zdokonaluje. Pohyby jsou stále obratnější. Dochází ke zvyšování slovní zásoby. Na konci pátého roku dochází k postupné výměně mléčného chrupu za trvalý. Na rozdíl od období batolete zde klesá nemocnost. Dítě se dostává do nového kolektivu a to do mateřské školky. Dochází ke zdokonalování koordinace pohybů. Pohyb se stává hbitý, jistý s dávkou určité elegance. Zdokonaluje se řeč a výslovnost dítěte. Na základě zraku se dále rozvíjí myšlení a úsudek. Od třetího roku dokáže dítě rozeznávat různé geometrické tvary, dokáže nakreslit kruh, trojúhelník, čtverec. Okolo třetího až čtvrtého roku je dítě schopno seřadit předměty podle velikosti. Dítě dovede vybarvovat, kreslit, stříhat, v jeho kresbách se již objevují detaily. Na konci pátého roku se posuzuje školní zralost dítěte.

### 3.6 Školní období

Školní období je charakterizováno od 6. roku do 15 let. Školní období je možné rozdělit na mladší školní věk (do 12 let) a starší školní věk. Toto období je pro dítě obdobím velkých změn. Dostává se do školního kolektivu a nastává zásadní změna v jeho životě. Je nutné, aby se dítě přizpůsobilo určitému řádu. Musí se naučit zodpovědnosti, vytrvalosti a soustředění. Nepřizpůsobení se, nesoustředění se při vyučování či špatný prospěch zejména v mladším školním věku svědčí většinou o nezralosti nebo o specifické poruše učení. V šesti letech dovede dítě obkreslit různá písmena a slova. V období šestého až sedmého roku života končí vývoj oka a

zrakové percepcce. V tomto období je dítě schopné pamatovat si tvary písmen, slov, psát, číst a reprodukovat abstraktní symboly. U chlapců nastupuje okolo 11. až 13. roku období puberty. U dívek obecně dochází k dospívání dříve než u chlapců.

### **3.7 Období dospívání**

Období dospívání lze rozdělit na období pubescence (11-15 let) a období adolescence (15-22 let). V první pubertální fázi dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků. U dívek dochází k ukládání tukových zásob v oblasti hýždí, břicha a stehen. Dochází k růstu pubického a axilárního ochlupení, dívkám se zvětšují prsa a dostavuje se (*menarche*). U chlapců dochází ke změně hloubky hlasu, zmohtnění svaloviny a zvětšení fyzické síly. Ve druhé fázi vlastní puberty dochází k dokončení vývoje hlavních pohlavních sekundárních znaků. U dívek se upravuje pravidelnost menstruačního cyklu. Chlapci dospívají oproti dívkám přibližně o 1-2 roky později. Fáze vlastní puberty končí dosažením reprodukční schopnosti. V tomto období dochází k nerovnoměrnému tělesnému růstu - rychleji rostou horní a dolní končetiny. V období pubescence dochází ke změnám v oblasti citové a psychické, proto mohou narušením vzniknout závažné psychosomatické nemoci a poruchy. Období adolescence začíná ukončením pohlavního dospívání - dosažením plné reprodukční zralosti.

### **3.8 Období dospělosti**

Období dospělosti je možné rozdělit na tři etapy. Období časně (rané) dospělosti (20-30 lety), na období střední dospělosti (trvá asi do 45 let) a na období pozdní dospělosti (45-60 let). Ovšem je nutné si uvědomit, že tyto věkové hranice nejsou absolutně přesné. Vždyť i každý člověk je jedinečná neopakovatelná osobnost, která se vyvíjí zcela individuálně. To znamená, že mezi jednotlivci mohou být velké rozdíly. Dalo by se říci, že dospělost začíná i určitou ekonomickou nezávislostí na rodičích. Dospělý člověk se odpoutává od závislosti na rodičích, hledá si partnera, se kterým by mohl založit vlastní rodinu. Tímto nekončícím koloběhem se sám dostává do role svých rodičů a musí se připravit na vlastní proces výchovy nové generace. Období střední dospělosti je obdobím, kdy se upevňuje role jako rodiče. To s sebou přináší nutnost odpovědnosti a upevnění ekonomického postavení. V podstatě všechen volný čas věnují rodiče výchově dětí. Na konci tohoto období se může objevit tzv. krize středního věku. Krize středního věku je vyvolaná určitou nespokojeností buď v zaměstnání nebo v partnerských vztazích či potížemi v rodině. Krize středního věku se může projevit např. popíráním vlastního věku a snahou vymanit se z dosavadního stylu života. V tomto období jsou časté konflikty a rozvody mezi partnery. Období pozdní

dospělosti v sobě nese určitou nostalgii. Člověk přehodnocuje svůj dosavadní život a své cíle, kterých chtěl dosáhnout. V tomto období je častý výskyt některých onemocnění, což může mít za následek ztrátu životního partnera.

### **3.9 Stáří**

Stáří je charakterizováno jako období člověka převážně nad 60 let věku. Období stáří je možné rozdělit na období počínajícího stáří (60-74 let), na období vlastního stáří (75-89 let) a na období dlouhověkosti (90 a více let). Toto období je typické pro zvýšenou mortalitu a morbiditu. Dochází k oslabení fyzické výkonnosti a poklesu intelektových schopností. Osobnost člověka je dána předešlými životními zkušenostmi. Rozhodně ale není stáří jen čekání na smrt. Je nutné toto období strávit co nejproduktivněji a zbytečně ho nepromarnit. Protože i starý člověk si může život užívat naplno (LANGMEIER; KREJČÍŘOVÁ, 2006).

## 4 Mezilidská komunikace

Komunikace je složitý proces sdělování informací. Mezilidská komunikace se skládá z verbálních a nonverbálních projevů. Z pohledu psychologie se jedná o celoživotní vývoj. Mezilidská komunikace je ovlivňována řadou faktorů. Každý člověk se vyvíjí odlišně a žije v rozdílném prostředí. Komunikaci ovlivňuje kultura, ve které žijeme, zvyky, tradice, úroveň naší vzdělanosti a vyspělosti, dědičnost a v neposlední řadě výchova. Rozvoj našich komunikačních dovedností je dán našim tělesným, smyslovým, kognitivním a sociálním vývojem. Přibližně ve druhém trimestru těhotenství je dítě schopno reagovat na vizuální a akustické podněty. To znamená, že je schopno učení ještě v děloze matky. Po narození může dítě určitým způsobem komunikovat pomocí nonverbálních projevů. Dítě, které vyrůstá v prostředí bohatém na verbální stimuly je schopno verbálního projevu podstatně dříve než dítě, kterému tyto podněty chybí (EXNEROVÁ, 2006).

### 4.1 Verbální komunikace

Formou verbální komunikace je dorozumívání se pomocí jazyka – řeči. Verbální komunikace má podobu psanou a mluvenou. Cílem verbálního projevu je snaha o co nejefektivnější sdělení, pobavení, přesvědčení, dorozumění. Průběh naší komunikace ovlivňují emoce, temperament, schopnost komunikace, osobnostní rysy, postoje, zkušenosti, vědomosti, sociální role aj. Verbální komunikace se řídí obecnými a specifickými pravidly, která jsou dána kulturou a národem, ve které jedinec žije. Při mluveném projevu hraje zásadní roli rétorika a vizáž konkrétního člověka (VENGLÁŘOVÁ; MAHROVÁ, 2006).

*„Ve slovním projevu si všímáme:*

- *přednesu, jeho délky a srozumitelnosti*
- *rychlosti a hlasitosti řeči*
- *dýchání a přítomnosti pomlky v projevu*
- *artikulace*
- *intonace*
- *gestikulace s doprovodnou mimikou*
- *přítomnost parazitních zvuků a slov*

*(VENGLÁŘOVÁ; MAHROVÁ, 2006, s. 21).“*

Tyto faktory slovního projevu ovlivňují zdar naší komunikace. Na nich záleží, zda mezi mluvčím (vysílač) a příjemcem (příjímač) dojde k porozumění či nepochopení.

## 4.2 Nonverbální komunikace

Nonverbální komunikace neboli „řeč těla“ je komunikace bez použití slov. Jedná se o neverbální sdělování za pomoci prostorového chování, polohy těla, gest, mimiky, pohledu očí, doteků a úpravy zevnějšku. Při nonverbální komunikaci využíváme všech smyslových orgánů.

*„Součástí nonverbálních projevů jsou:*

- *gesta (vědomé a nevědomé pohyby)*
- *mimika (odraz emocí, pocitů – výraz obličeje)*
- *proxemika (pohyb těla přiblížením a oddálením)*
- *haptika (kouzlo podání ruky – hmatová komunikace)*
- *posturologie (fyzická poloha, postoje, držení těla)*
- *pohledy, oční komunikace*
- *úprava zevnějšku, tělesná hygiena*

*(VENGLÁŘOVÁ; MAHROVÁ, 2006, s. 40).“*

Mezilidská komunikace funguje jako jeden celek. V lidské komunikaci jsou prvky verbálních a nonverbálních projevů neoddělitelné (VENGLÁŘOVÁ; MAHROVÁ, 2006).

## 5 Komunikace se smyslově postiženými osobami

Určujícím znakem v komunikaci se smyslově postiženými osobami je stupeň postižení, délka a schopnost adaptability na dané postižení. Osoby, které se se svým postižením narodily, mají zpravidla osvojen kompenzační systém náhradní komunikace s vnějším světem. Každý pacient má právo na dostatek informací. Zdravotnický personál by měl být dostatečně vzdělán, aby mohl správně reagovat a pomáhat těmto lidem. Je důležité naslouchat a nechat si poradit. Pacienty je nutné vést k tomu, aby se neostýchali a řekli, co potřebují, upozornili na případné chyby a posléze i poradili. Proto je nutná vzájemná spolupráce (VENGLÁŘOVÁ; MAHROVÁ, 2006).

### 5.1 Osoby s poruchami zraku

Obecně rozeznáváme mnoho stupňů postižení počínaje lehkými očními poruchami až po nevidomost. Pro komunikaci je vždy výhodné znát konkrétní stupeň postižení.

Nevidomý člověk má stejné potřeby jako kterákoli jiná osoba. Je nutné si uvědomit, že nevidomá osoba vnímá náš svět jinak a podle toho také komunikuje. Je hrubou chybou s nevidomým jednat jako s mentálně postiženou osobou. Nevidomý člověk není ani dítě ani nesvéprávný. Komunikace by měla být normální, přirozená a přímo úměrná stavu a věku postiženého. Tito lidé potřebují jen slyšet to, co sami nevidí. Je nutné jim vše co děláme nebo chceme udělat dopodrobna popsat a vysvětlit.

Většina lidí se obává v komunikaci s nevidomou osobou používat slova jako vidět, dívat se, podívat se. Nevidomý člověk sice nevidí očima ale „vidí“ a vnímá náš svět pomocí hmatu, sluchu a čichu. Rozhodně neplatí, že by všichni nevidomí žili ve tmě. Někteří vidí a vnímají světlo a stíny. Osoby, které přišly o zrak během života, znají barvy. Člověk, který barvu nikdy nepoznal, si ji umí pomocí kompenzačních smyslů do určité míry představit. Modrou barvu může nevidomý vnímat jako proudící řeku, zelenou jako šumění listí, dotyk a vůně trávy a žlutou jako například teplo vycházející ze slunce. Nevidomý člověk „vidí“ a cítí všemi svými smysly a do svého obrazu si promítá své pocity, představy a fantazii.

Na každého člověka působí stejně „kouzlo prvního okamžiku“. Vidomá osoba získává své sympatie vizuálním kontaktem. Pro nevidomou osobu se tímto kontaktem stává hlas. Nevidomý člověk vnímá náš hlas velmi citlivě a dokáže přesně rozeznat naše vnitřní rozpoložení (LINHARTOVÁ, 2007).



### **Zásady komunikace:**

- K nevidomým osobám je třeba se chovat naprosto přirozeně, s úctou, trpělivostí a pochopením. Nevidomý člověk není nesvéprávný a má stejná práva jako ostatní.
- Pokud nevidomá osoba přijde do ordinace s doprovodem – zásadně vždy mluvíme jen s pacientem a nikdy přes prostředníka.
- Nevidomá osoba má právo přijít do nemocnice s asistenčním psem. Na asistenčního psa nevoláme ani ho nikterak nehladíme bez vědomí majitele.
- Musíme si uvědomit, co vše nám zprostředkovává zrak. Už při pouhém vstupu do ordinace získává vidomý člověk mnoho informací. Kdo je v místnosti přítomen, jak vypadá, jak se jmenuje a co se bude následně provádět. Tyto informace nevidomému zcela chybí. Proto je nutné, abychom jako první nevidomého pozdravili, upozornili ho na to, že mu podáme ruku, představili se, podrobně popsali nevidomému místnost, jak, čím, kde a proč bude vyšetřován (LINHARTOVÁ, 2007).

### **Zásady vedení nevidomého:**

- Během doprovodu je nutné poskytnout dostatek informací s přesným popisem prostoru a upozornit na možné překážky.
- Nevidomého je možné vést za obě ruce, kdy k němu jeho doprovod stojí čelem. Tento způsob je nevýhodný, protože doprovázející nevidí za sebe a nemůže včas odstranit případnou překážku.
- Nejvhodnější hlavně pro chůzi po schodech je držení, kdy postižená osoba položí ruku na rameno svému doprovodu. Doprovázející jde vždy krok před postiženou osobou (VENGLÁŘOVÁ; MAHROVÁ, 2006).

**Je naprosto nepřipustné a hlavně nebezpečné vést postiženého za ruku a sunout ho před sebou!**

## **5.2 Osoby s poruchami sluchu**

Stejně jako u zrakového postižení tak i u sluchového postižení závisí způsob komunikace na stupni postižení. Je rozdíl v komunikaci s osobou, která se s danou vadou již narodila nebo s osobou, která o sluch přišla během života. Člověk, který ohluchl, si uchovává schopnost užití orální řeči. Někteří neslyšící jsou schopni odezírat ze rtů. To je ovšem velice náročné na soustředěnost a rychlou únavu. Sluchově postižený člověk se dorozumívá pomocí znakové řeči a orální řeči.

**Zásady komunikace:**

- Zajistěte, aby místnost byla dostatečně osvětlena a zbavena všech rušivých elementů. Je nutné, aby nám postižený při komunikaci stále viděl do obličeje. Je vhodné s postiženým udržovat oční kontakt.
- Nikdy se na sluchově postiženou osobu nesmí křičet. Je nutné mluvit klidně s dostatečnou artikulací.
- Je zbytečné v rozhovoru používat dlouhá souvětí. Vhodné jsou krátké výstižné věty.
- U osob, které přišly o sluch během života je vhodné dorozumět se pomocí psaného projevu. To ovšem neplatí u osob s vrozeným postižením sluchu.
- Vždy je nutné být v komunikaci co nejtrpělivější, zpomalit nebo zopakovat větu (LINHARTOVÁ, 2007).

## 6 Kompenzační pomůcky

Pro prostorovou orientaci je pro osoby se zrakovým postižením nezbytná bílá hůl. Slepcká hůl by měla být správně dlouhá. Pokud se kolmo postaví vůči podložce, měla by její délka sahat až ke hrudní kosti postižené osoby.

Akustický majáček je elektronické zařízení na dálkové ovládání, které pomocí zvukových signálů navádí nevidomou osobu k cíli. Nevidomá osoba aktivuje akustický majáček na vzdálenost 50 - 100 metrů.

Braillovský řádek je v dnešní době nezastupitelnou kompenzační pomůckou. Funguje jako výstupní spojení s počítačem. Informace se zobrazují pomocí Braillova bodového písma. Nevidomí, tak mohou číst text v digitální podobě.

Další kompenzační pomůckou jsou náramkové hodinky speciálně upravené pro zrakově postiženou osobu. Tyto hodinky fungují na principu odklopného sklíčka s následnou možností osahat si postavení hodinových ručiček.

Pichtova psacího stroje se využívá k ručnímu psaní bodového písma. V posledních letech je však Pichtův psací stroj nahrazován především na druhých stupních speciálních škol počítačem.

Existuje mnoho kompenzačních pomůcek, které ulehčují běžné denní aktivity zrakově postiženým osobám. Patří mezi ně různé navlékače jehel, digitální mluvící teploměry, ozvučené hladinky na nápoje, ozvučený míč a různé elektronicky ozvučené stolní hry (MORAVCOVÁ, 2004).

Pro sluchově postiženého člověka je nejdůležitější pomůckou sluchadlo. Díky sluchadlu se mohou osoby se zbytky sluchu zapojit do „normálního“ života. Kromě sluchadel existuje celá řada kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené osoby, které jim usnadňují běžný život.

Základní pomůckou pro sluchově postižené osoby jsou různé světelné signalizátory zvonění zvonku dveří nebo zvonění telefonu. Běžně dostupné jsou speciálně upravené telefony se zesílenou hlasitostí ve sluchátku. Nezastupitelnou roli v komunikaci hraje fax, počítač a internet.

V některých případech nedoslýchavosti nebo úplné hluchoty se využívá chirurgických postupů ke korekci sluchových vad implantací sluchové protézy do mozkového kmene či do vnitřního ucha (SVĚTLÍK, 2000).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 Dotazníkový průzkum

### 7.1 Průzkumný problém

Úroveň znalostí zdravotnického personálu v komunikaci se smyslově postiženými osobami.

### 7.2 Průzkumné cíle

**Cíl 1** Získat informace o postoji a komunikaci zdravotnického personálu ke komunikaci se smyslově postiženou osobou.

**Cíl 2** Získat informace o úrovni znalostí zdravotnického personálu v komunikaci se smyslově postiženou osobou.

### 7.3 Průzkumné otázky

**Otázka 1** Předpokládá se, že zdravotnický personál neumí správně komunikovat se smyslově postiženými osobami.

**Otázka 2** Předpokládá se, že zdravotnický personál na očním oddělení bude více vzdělán v problematice správné komunikace se smyslově postiženými osobami než zdravotnický personál na interním oddělení.

**Otázka 3** Předpokládá se, že úroveň vzdělanosti zdravotnického personálu poroste s praxí.

### 7.4 Průzkumné tvrzení

Předpokládá se, že zdravotnický personál není dostatečně vzdělán a neví, jak správně komunikovat se smyslově postiženými osobami.

### 7.5 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodou k získávání informací byl zvolen dotazník. Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíce leden až březen 2012.

Aby nedošlo k nedorozumění, byla ještě před realizací vlastního průzkumného šetření provedena sonda na neurologickém oddělení v kolínské nemocnici. Sondy se zúčastnilo 17 zdravotnických pracovníků (4 lékaři, 8 všeobecných sester a 5 ošetřovatelek). Bylo vyhodnoceno, že dotazníku porozumělo 100 % dotázaných. Výsledky byly ovšem poněkud zkreslené, protože bylo zjištěno, že oslovení respondenti si těžké otázky zjišťovali pomocí internetu a správné odpovědi si kolektivně předávali. Proto byl změněn systém rozdávání a vybírání dotazníků. Dotazníky nebyly již volně ponechány na oddělení, ale byly hned na místě vyplněny osloveným respondentem a následně vybrány ke zhodnocení.

## **7.6 Průzkumný soubor**

Průzkumný vzorek tvořil zdravotnický personál Oblastní nemocnice Kolín a.s. Se souhlasem vedení kolínské nemocnice byla oslovena tato oddělení: interní, dětské, oční, chirurgické a gynekologicko-porodnické oddělení. Celkem bylo osloveno 50 respondentů. Návratnost činila 100 %. Z vybraných oddělení bylo osloveno vždy 10 respondentů. Vyhodnoceno bylo 50 dotazníků. Průzkumný vzorek činili všeobecné sestry, lékaři a ošetřovatelky. Celkem bylo osloveno 12 lékařů, 28 všeobecných sester a 10 ošetřovatelek. Z celkového množství padesáti respondentů bylo osloveno 8 mužů a 42 žen. Dotazník byl zcela anonymní.

## **7.7 Technika dotazníku**

Dotazník obsahoval 14 položek. Průzkumná část dotazníkového šetření se skládá ze tří částí. V úvodu průzkumného šetření byly uvedeny pokyny respondentům, jak vyplnit požadovaný dotazník. První část byla zaměřena na obecné znalosti v dané problematice. Druhá část se věnovala specifickým problémům v komunikaci se smyslově postiženými osobami. Třetí část byla zaměřena na identifikaci respondentů. V dotazníkovém šetření byly použity otevřené, uzavřené a alternativní otázky.

K průzkumné otázce č. 1 se vztahovaly položky 11 - 14. Průzkumná otázka č. 2 byla ověřena položkami 5 - 14 v porovnání s identifikačními údaji oslovených respondentů. Průzkumná otázka č. 3 byla ověřena položkami 5 - 14 v porovnání s identifikačními údaji oslovených respondentů.

## 8 Výsledky vlastního průzkumu

### 8.1 Obecná část dotazníkového šetření

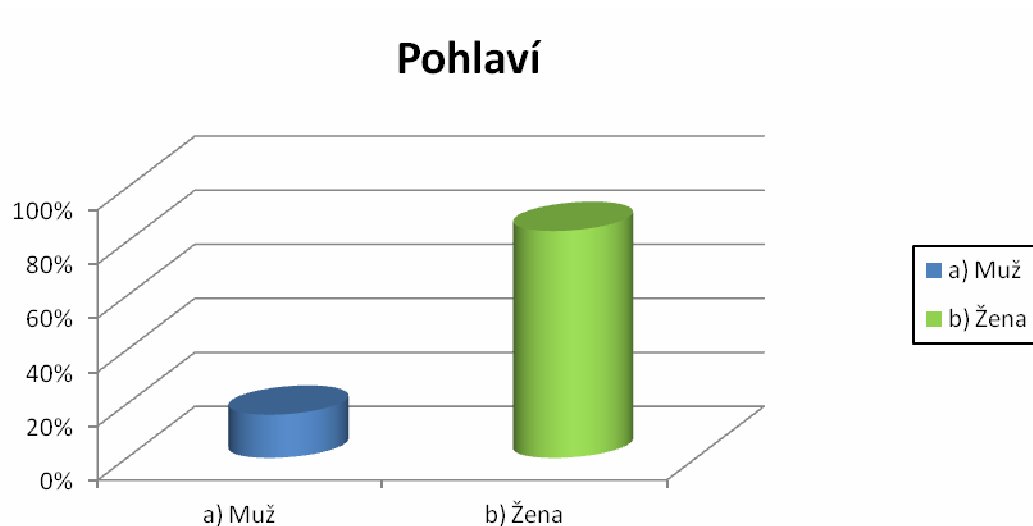
Pohlaví: Žena:

Muž:

Tabulka č. 1 – Pohlaví

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	8	16%
b) Žena	42	84%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 1 - Pohlaví



Z celkového množství dotazovaných činili 8 respondentů (16 %) muži a 42 respondentů (84 %) ženy. Z tohoto grafického znázornění lze usuzovat, že zdravotnické povolání vykonávají převážně ženy.

- Věk:**  18 – 30 let  
 30 – 40 let  
 40 – 50 let  
 nad 50 let

Tabulka č. 2 – Věkové kategorie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 18 - 30 let	10	20%
b) 30 - 40 let	19	38%
c) 40 - 50 let	13	26%
d) 50 a více let	8	16%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 2 – Věkové kategorie



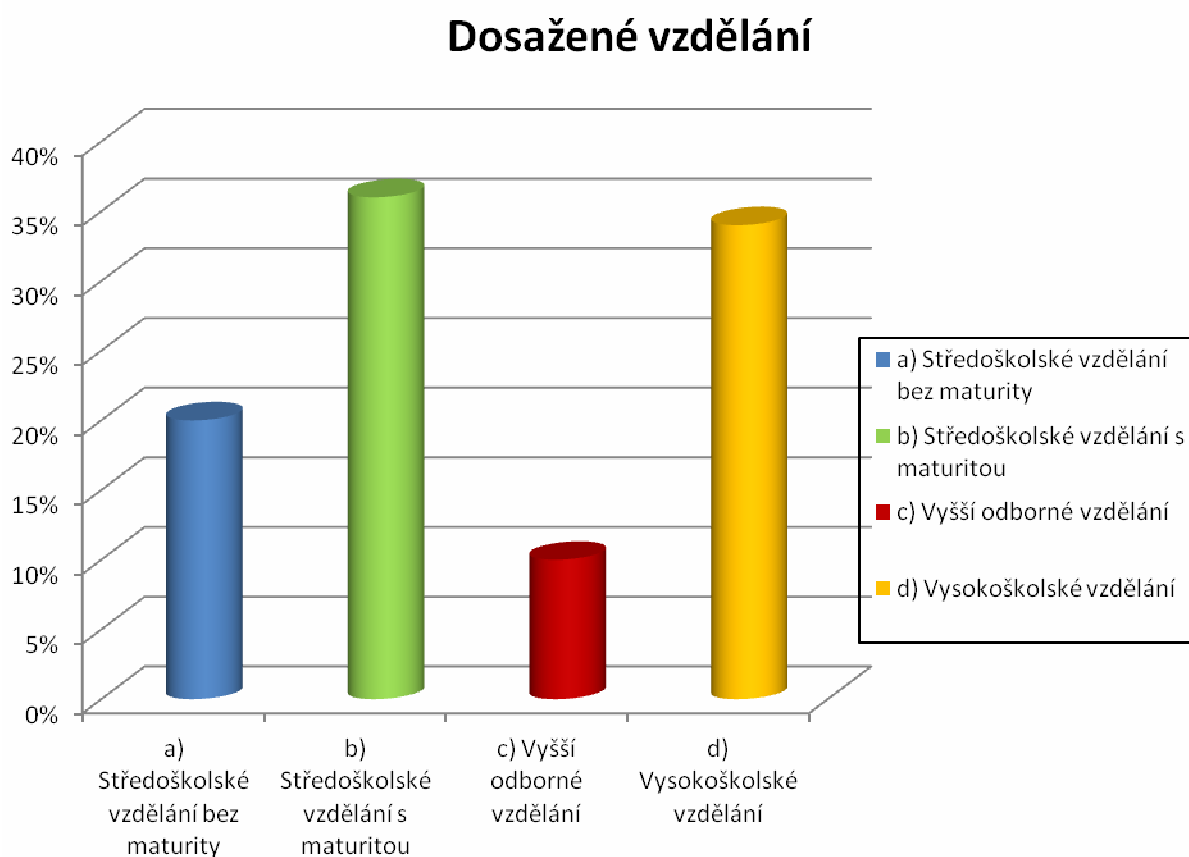
Nejvyšší procentuální zastoupení oslovených 19 respondentů (38 %) činila věková hranice mezi (30-40) lety. Druhou nejpočetnější skupinu 13 respondentů (26 %) činila věková hranice mezi (40-50) lety. Třetí skupinu 10 respondentů (20 %) činila věková hranice mezi (18 - 30) lety. Poslední skupinu 8 respondentů (16 %) činila věková hranice (nad 50) let.

- Vzdělání:  Středoškolské vzdělání bez maturity  
 Středoškolské vzdělání s maturitou  
 Vyšší odborné vzdělání  
 Vysokoškolské vzdělání

Tabulka č. 3 – Dosažené vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Středoškolské vzdělání bez maturity	10	20%
b) Středoškolské vzdělání s maturitou	18	36%
c) Vyšší odborné vzdělání	5	10%
d) Vysokoškolské vzdělání	17	34%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 3 – Dosažené vzdělání



Z celkového počtu dotázaných činily nejpočetnější skupinu osoby se středoškolským vzděláním s maturitou - 18 respondentů (36 %) a osoby s vysokoškolským vzděláním - 17 respondentů (34 %). Třetí nejpočetnější skupinu tvořily osoby se středoškolským vzděláním bez



maturity - 10 respondentů (20 %). Poslední skupinu tvořily osoby s vyšším odborným vzděláním - 5 respondentů (10 %).

- Povolání:**  Ošetřovatelka  
 Všeobecná sestra  
 Lékař

Tabulka č. 4 – Pracovní pozice

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ošetřovatel	10	20%
b) Všeobecná sestra	28	56%
c) Lékař	12	24%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 4 – Pracovní pozice



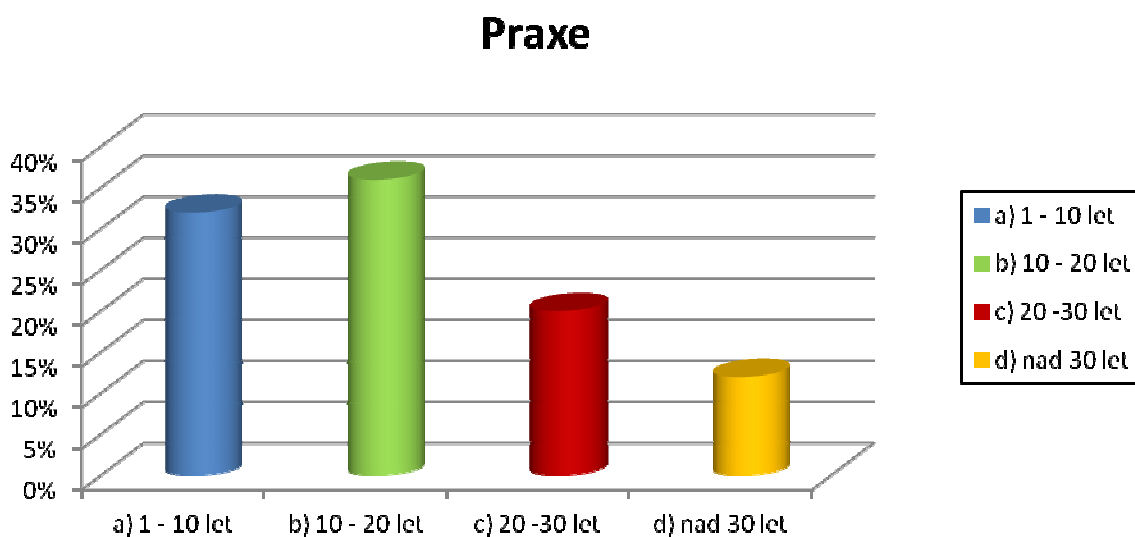
Z celkového množství oslovených respondentů činily nejpočetnější skupinu všeobecné sestry - 28 respondentů (56 %). Lékaři - 12 respondentů byli zastoupeni (24 %) a ošetřovatelky – 10 respondentů činily (20 %).

- Kolikaletou máte praxi:**  1 – 10 let  
 10 – 20 let  
 20 – 30 let  
 nad 30 let

Tabulka č. 5 – Praxe

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 1 - 10 let	16	32%
b) 10 - 20 let	18	36%
c) 20 -30 let	10	20%
d) nad 30 let	6	12%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 5 – Praxe



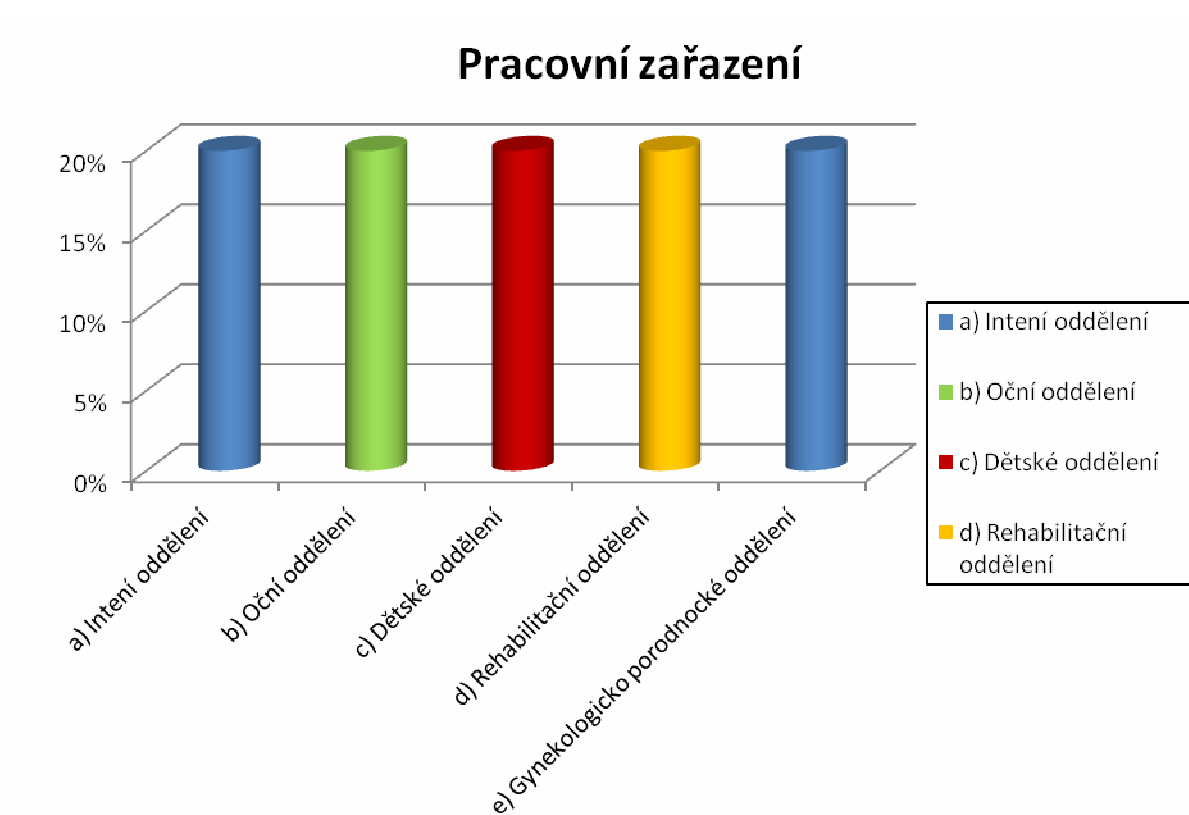
Z celkového množství oslovených činí nejpočetnější skupinu 18 respondentů (36 %) osoby s deseti až dvacetiletou praxí. Druhou skupinu 16 respondentů (32 %) činí osoby s praxí jeden rok až deset let. Třetí skupinu 10 respondentů (20 %) tvoří osoby s praxí dvaceti až třiceti let ve zdravotnictví. 6 respondentů (12 %) zaujmají osoby, které ve zdravotnictví pracují déle než třicet let.

- Oddělení:  Interní oddělení  
 Oční oddělení  
 Dětské oddělení  
 Rehabilitační oddělení  
 Gynekologicko-porodnické oddělení

Tabulka č. 6 – Pracovní zařazení

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Interní oddělení	10	20%
b) Oční oddělení	10	20%
c) Dětské oddělení	10	20%
d) Rehabilitační oddělení	10	20%
e) Gynekologicko-porodnické oddělení	10	20%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 6 – Pracovní zařazení



Celkově bylo osloveno pět nemocničních oddělení. Procentuální zastoupení oslovených oddělení je totožný. Cíleně bylo z každého oddělení osloveno deset respondentů. Byla oslovena tato

oddělení: interní oddělení 10 respondentů (20 %), oční oddělení 10 respondentů (20 %), dětské oddělení 10 respondentů (20 %), rehabilitační oddělení 10 respondentů (20 %) a gynekologicko-porodnické oddělení 10 respondentů (20 %).

## 8.2 Speciální část dotazníkového šetření

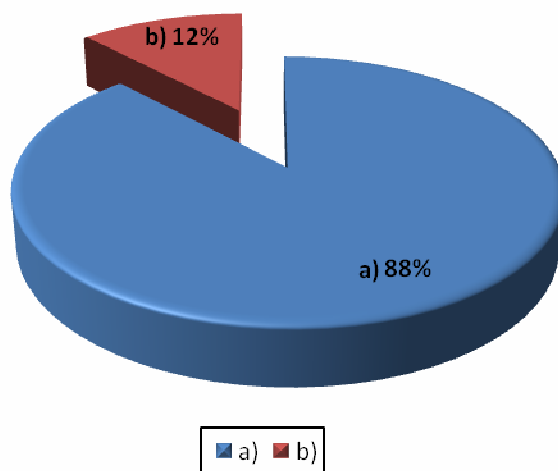
### Položka č. 1 – Setkal/a jste se ve zdravotnictví se smyslově postiženou osobou

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 7 – Zkušenost zdravotnického personálu se smyslově postiženou osobou

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	44	88%
b) Ne	6	12%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 7 – Zkušenost zdravotnického personálu se smyslově postiženou osobou



„Jelikož neexistují oficiální statistiky, odhaduje se, že je v ČR okolo 60 000–100 000 zrakově postižených osob (HAMADOVÁ, KVĚTOŇOVÁ, NOVÁKOVÁ, 2007, s. 24).“ „Nedoslýchavých osob se odhaduje v ČR na 400 000 a neslyšících osob se odhaduje na 7 000 osob (SVĚTLÍK, 2000, s. 7).“ Z celkového množství dotázaných uvedlo 44 respondentů (88 %), že se ve zdravotnictví setkali se smyslově postiženou osobou. 6 dotázaných respondentů (12 %) uvádí, že se ve zdravotnictví se smyslově postiženou osobou neseťkali.

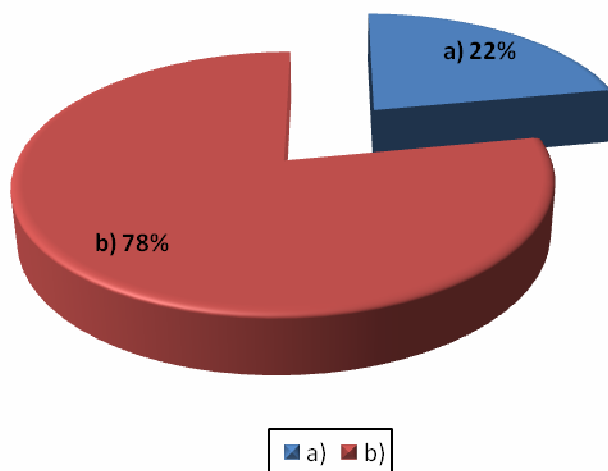
**Položka č. 2 – Měli jste na škole předmět, ve kterém by se vyučovaly zásady správné komunikace se smyslově postiženými osobami**

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 8 – Vzdělanost v předmětu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	11	22%
b) Ne	39	78%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 8 – Vzdělanost v předmětu



Na položku č. 2, zda měli dotazovaní na škole předmět, ve kterém by se vyučovaly zásady správné komunikace se smyslově postiženými osobami, odpovědělo 39 respondentů (78 %) že tento předmět na škole neměli. Pouhých 11 respondentů (22 %) odpovědělo, že tento předmět na škole měli. Zásady správné komunikace jsou pro zdravotnický personál nedílnou součástí při poskytování lékařské i ošetrovatelské péče. Je s podivem, že většina dotázaných respondentů neměla na škole předmět zabývající se komunikací s osobami se specifickými potřebami. Přitom polovina úspěchu v léčbě a v ošetrovatelské péči závisí na správné komunikaci a dorozumění mezi zdravotnickým personálem a pacientem.

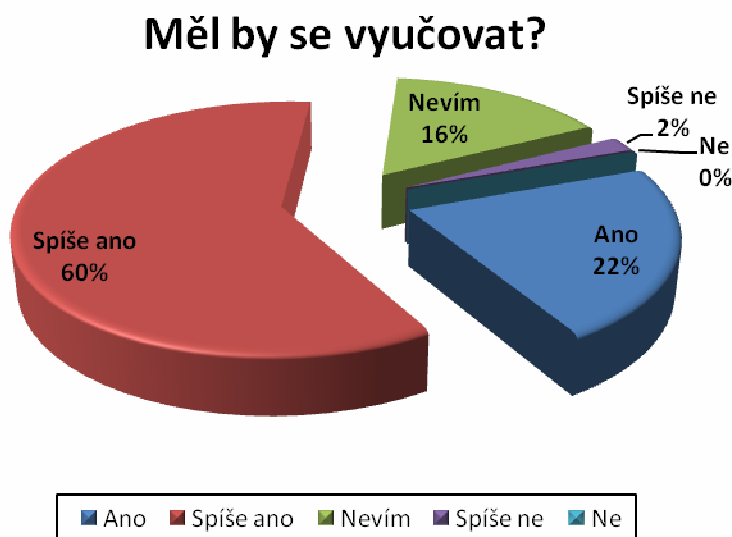
**Položka č. 3 – Myslíte si, že by se měl předmět zabývající se komunikací s osobami se specifickými potřebami vyučovat na střední, vyšší odborné či vysoké škole?**

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

Tabulka č. 9 – Názor na vyučování předmětu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	11	22%
b) Spíše ano	30	60%
c) Nevím	8	16%
d) Spíše ne	1	2%
e) Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 9 – Názor na vyučování předmětu



30 oslovených respondentů (60 %) se domnívá, že by se předmět zabývající se komunikací s osobami se specifickými potřebami spíše měl vyučovat na střední, vyšší odborné a vysoké škole. 11 respondentů (22 %) je toho názoru, že by se tento předmět měl učit. 8 respondentů (16 %) si není zcela jista. 1 respondent (2 %) se domnívá, že by se tento předmět vyučovat spíše neměl. Zápornou odpověď ne tento předmět by se vyučovat neměl označilo 0 respondentů (0 %).

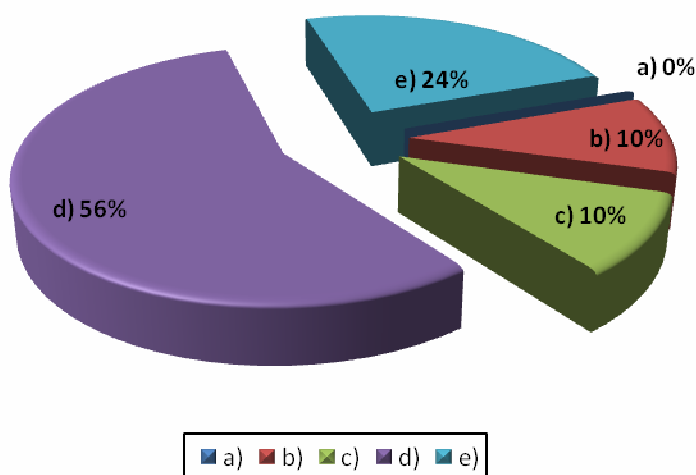
**Položka č. 4 – Myslíte si, že jsou všechny nemocnice dostatečně vybavené pro hospitalizaci smyslově postižených osob**

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

Tabulka č. 10 – Názor dostatečné vybavenosti nemocnic

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	0	0%
b) Spíše ano	5	10%
c) Nevím	5	10%
d) Spíše ne	28	56%
e) Ne	12	24%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 10 – Názor dostatečné vybavenosti nemocnic



28 dotázaných respondentů (56 %) se domnívá, že naše nemocnice spíše nejsou dostatečně vybavené pro hospitalizaci osob se smyslovým postižením. 12 respondentů (24 %) se domnívá, že naše nemocnice nejsou dostatečně vybavené. 5 dotázaných respondentů (10 %) neví nebo se domnívají, že zdravotnická zařízení jsou spíše vybavená pro hospitalizaci smyslově postižených osob. 0 respondentů (0 %) se domnívá, že naše nemocnice jsou dostatečně vybavené



pro hospitalizaci smyslově postižených osob. Většinou tedy převládal názor, že naše nemocnice spíše nejsou dostatečně vybavené. „Všechny nemocnice nemusí být dostatečně stavebně upravené, mohou chybět reliéfní znaky, na zábradlí u schodiště braillové popisky či prosté hmatné pásy v dlažbě (LINHARTOVÁ, 2007, s. 82).“

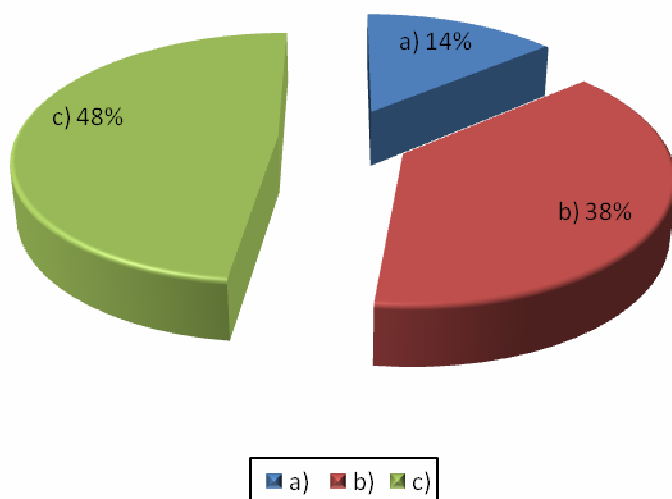
### Položka č. 5 – Označte správné tvrzení co je Tyfloservis

- a) Společnost zajišťující rady nevidomým osobám
- b) Obecně prospěšná společnost zajišťující rady a sociální rehabilitaci osobám s postižením zraku**
- c) Obecně prospěšná společnost zajišťující rady a sociální rehabilitaci osobám s postižením zraku, sluchu, hluchu - slepotou a kombinovanými vadami

Tabulka č. 11 – Znalost pojmu Tyfloservis

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	7	14%
b)	19	38%
c)	24	48%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 11 – Znalost pojmu Tyfloservis



Na položku č. 5 co je Tyfloservis odpovědělo 19 respondentů (38 %) správně, že se jedná o obecně prospěšnou společnost zajišťující rady a sociální rehabilitaci osobám s postižením zraku. Většina 24 dotázaných (48 %) se mylně domnívala, že se jedná o obecně prospěšnou společnost zajišťující rady a sociální rehabilitaci osobám s hluchoslepotou a kombinovanými vadami. 7

dotázaných respondentů (14 %) se domnívalo, že Tyfloservis je společnost zajišťující rady nevidomým osobám. Tyfloservis poskytuje rady a sociální rehabilitaci všem osobám s poruchami zraku. Nikoli jen nevidomým osobám nebo sluchově postiženým osobám.

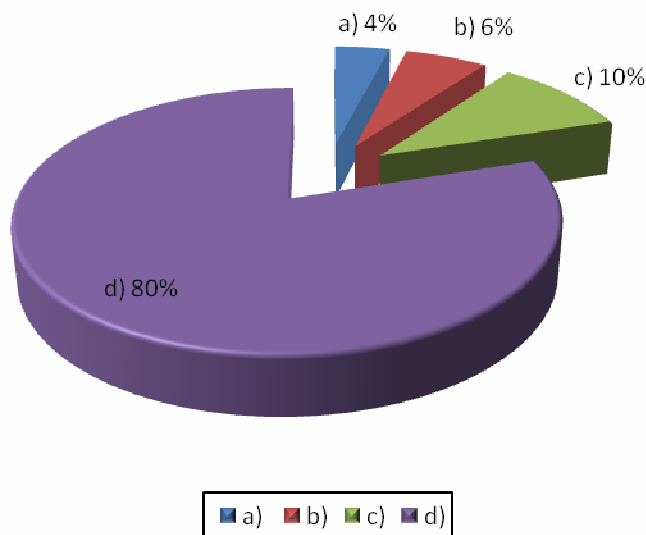
**Položka č. 6 – Označte to, co považujete za správné, že je Braillovo písmo**

- a) Braillovo písmo využívají převážně osoby se zrakovým postižením
- b) Braillovo písmo je znak šesti bodů uspořádaných do obdélníku
- c) Na každém bodě Braillova písma může nebo nemusí být vytlačena hmatná tečka
- d) Všechny možnosti jsou správné**

Tabulka č. 12 – Znalost pojmu Braillovo písmo

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	2	4%
b)	3	6%
c)	5	10%
d)	40	80%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 12 – Znalost pojmu Braillovo písmo



Na položku č. 6 co je Braillovo písmo odpovědělo 40 dotázaných respondentů (80 %) správně a označili variantu d) všechny možnosti jsou správné. 5 respondentů (10 %) označilo variantu c) na každém bodě Braillova písma může nebo nemusí být vytlačena hmatná tečka. 3 respondenti (6 %) zvolilo odpověď b) Braillovo písmo je znak šesti bodů uspořádaných do obdélníku. 2 oslovení respondenti (4 %) označili variantu a) Braillovo písmo využívají převážně osoby se zrakovým

postižením. V této otázce byly správně všechny odpovědi. Možnost d) byla jedinou správnou variantou.

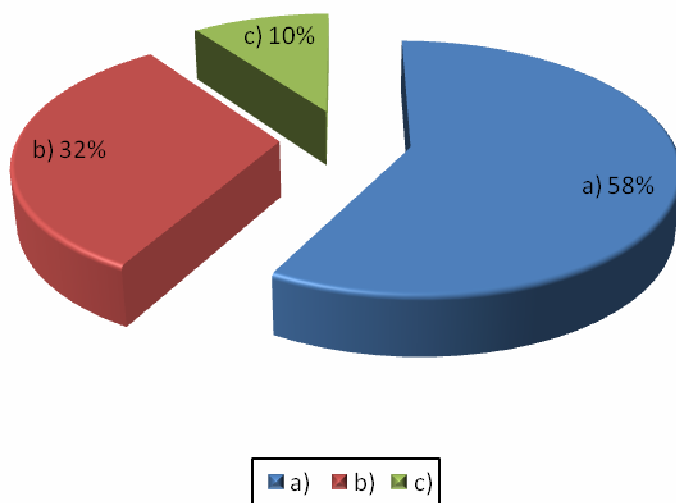
### **Položka č. 7 – K čemu slouží pseudoizochromatická tabulka**

- a) K vyšetření zrakové ostrosti
- b) K vyšetření barvocitu**
- c) K vyšetření zraku novorozence

Tabulka č. 13 – Znalost pojmu pseudoizochromatická tabulka

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
a)	29	58%
b)	16	32%
c)	5	10%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 13 – Znalost pojmu pseudoizochromatická tabulka



Na položku č. 7 k čemu slouží pseudoizochromatická tabulka zvolilo správnou možnost 16 respondentů (32 %). Správně odpověděli, že pseudoizochromatická tabulka slouží k vyšetření barvocitu. 29 respondentů (58 %) zvolilo možnost a) pseudoizochromatická tabulka slouží k vyšetření zrakové ostrosti. Pouhých 5 respondentů (10 %) se domnívalo, že pseudoizochromatická tabulka slouží k vyšetření zraku novorozence. Tato otázka byla velice složitá hlavně pro respondenty, kteří pracují na jiných odděleních, než je oční oddělení.

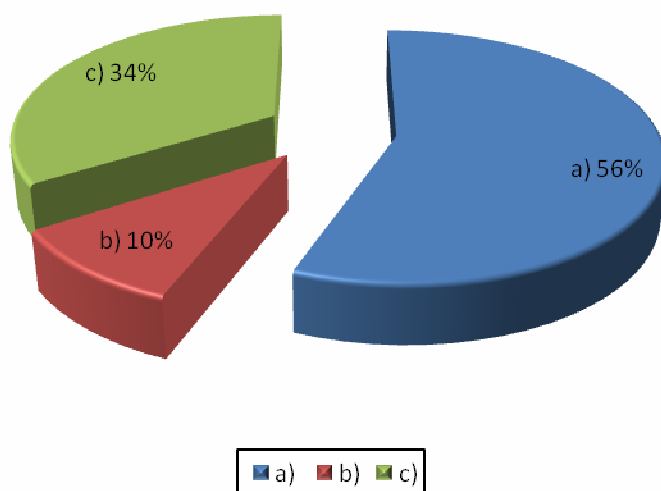
### Položka č. 8 – Co symbolizuje červeno-bílá hůl

- a) Symbolizuje hluchoslepotu
- b) Symbolizuje slepotu
- c) Symbolizuje hluchotu

Tabulka č. 14 – Znalost symbolu červeno-bílé hole

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	28	56%
b)	5	10%
c)	17	34%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 14 – Znalost symbolu červeno-bílé hole



Na položku č. 8 co symbolizuje červeno-bílá hůl odpovědělo 28 (56 %) správně. Zvolili možnost a) červeno-bílá hůl symbolizuje hluchoslepotu. 17 respondentů (34 %) se domnívalo, že červeno-bílá hůl symbolizuje hluchotu a proto zvolili možnost c). Pouhých 5 respondentů (10 %) zvolilo variantu b) červeno-bílá hůl symbolizuje slepotu. Pravdou je, že slepotu symbolizuje bílá slepecká hůl. Červeno-bílá hůl symbolizuje osoby hluchoslepé.

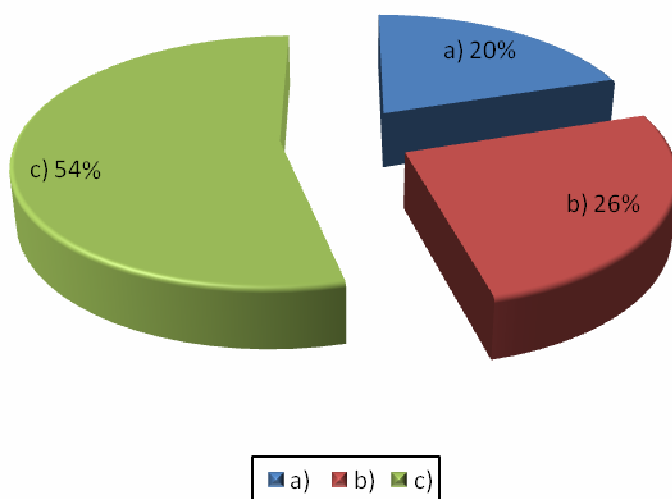
## Položka č. 9 – Co je Lormova abeceda

- a) Lormova abeceda je totožná s Braillovým písmem
- b) Jedná se o dotekovou abecedu vytvořenou pro psaní do dlaně ruky**
- c) Lormova abeceda je jednoduchá prstová abeceda

Tabulka č. 15 – Znalost pojmu Lormova abeceda

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	10	20%
b)	13	26%
c)	27	54%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 15 – Znalost pojmu Lormova abeceda



Na položku č. 9 co je Lormova abeceda zvolilo 13 respondentů (26 %) správnou odpověď b) Jedná se o dotekovou abecedu vytvořenou pro psaní do dlaně ruky. 27 respondentů (54 %) se domnívalo, že s jedná o jednoduchou prstovou abecedu. 10 respondentů (20 %) odpovědělo chybně a zvolilo možnost, že Lormova abeceda je totožná s Braillovým písmem. „*Princip Lormovy abecedy spočívá v tom, že jednotlivá písmena mají své specifické místo na dlani a prstech nejlépe levé ruky (LINHARTOVÁ 2007, s. 100).*“

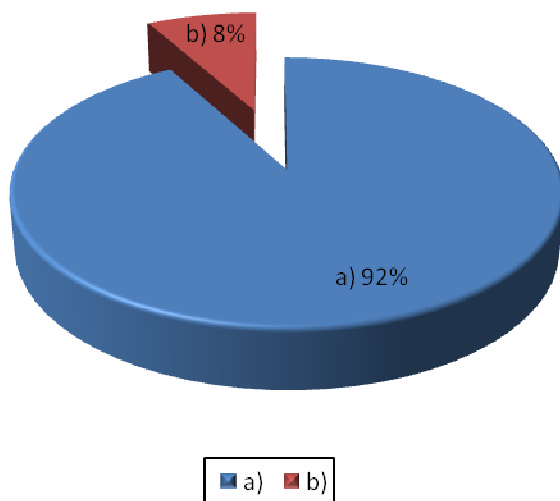
**Položka č. 10 – Znáte nějaké kompenzační pomůcky pro smyslově postižené osoby? Pokud ano alespoň tři vypište**

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 16 - Znalost kompenzačních pomůcek.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	46	92%
b)	4	8%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 16 – Znalost kompenzačních pomůcek.



Na položku č. 10 znalost kompenzačních pomůcek pro smyslově postižené osoby odpovědělo 46 respondentů (92 %) správně. 4 dotázaní respondenti (8 %) odpověděli, že žádné kompenzační pomůcky pro smyslově postižené osoby neznají.

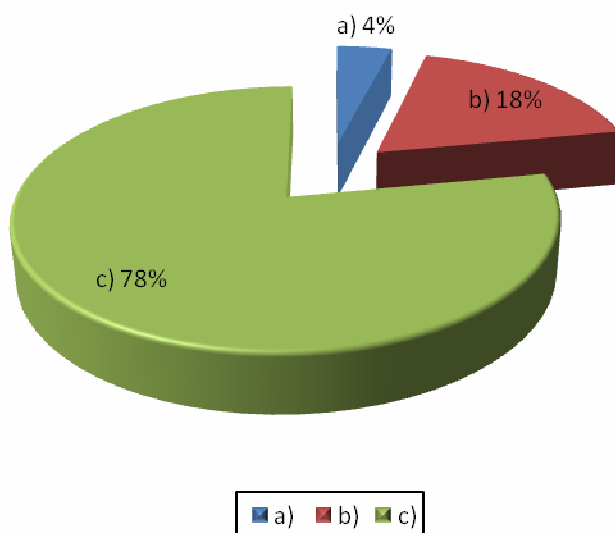
**Položka č. 11 – Kterou variantu považujete za správnou v kontaktu s asistenčním psem**

- a) Na asistenčního psa se může volat ale nesmí se na něj sahat
- b) Na asistenčního psa se nesmí volat ani sahat
- c) **Na asistenčního psa se nesmí volat, sahat se na něj může, pokud to jeho majitel dovolí**

Tabulka č. 17 – Znalost přístupu k asistenčním psům

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	2	4%
b)	9	18%
c)	39	78%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 17 – Znalost přístupu k asistenčním psům



Na položku č. 11, kterou variantu považujete za správnou v kontaktu s asistenčním psem zvolilo 39 respondentů (78 %) správnou možnost c) na asistenčního psa se nesmí volat, sahat se na něj může pokud to jeho majitel dovolí. 9 respondentů (18 %) zvolilo variantu b) na asistenčního psa se nesmí volat ani sahat. 2 respondenti (4 %) byli přesvědčeni, že se na asistenčního smí volat, ale nesmí se na něj sahat.

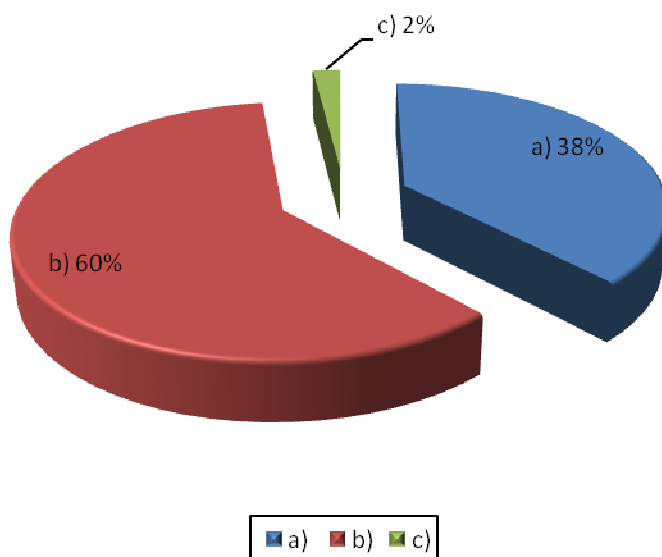
**Položka č. 12 – Kterou variantu považujete za správnou v přístupu ke zrakově postižené osobě**

- a) Zrakově postiženého nejprve oslovím, vezmu ho za rameno a vedu ho krok před sebou
- b) Zrakově postiženého nejprve oslovím, nabídnu mu své rámě a půjdu krok před ním**
- c) Zrakově postiženého vůbec neoslovím, nabídnu mu své rámě a povedu ho krok před sebou

Tabulka č. 18 – Přístup ke zrakově postižené osobě

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	19	38%
b)	30	60%
c)	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 18 – Přístup ke zrakově postižené osobě



Na položku č. 12, kterou variantu považujete za správnou v přístupu ke zrakově postižené osobě, zvolilo 30 respondentů (60 %) správnou možnost b) zrakově postiženého nejprve oslovím, nabídnu mu své rámě a půjdu krok před ním. Variantu a) zrakově postiženého nejprve oslovím, vezmu ho za rameno a vedu ho krok před sebou, označilo 19 respondentů (38 %). (2 %), 1 respondent označil variantu c) zrakově postiženého vůbec neoslovím, nabídnu mu své rámě a povedu ho krok před sebou. Zrakově postiženou osobu nikdy nesmíme sunout před sebou! Zdravotnický personál nahrazuje zrakově postižené osobě oči. Proto musíme jít vždy před zrakově postiženou osobou, abychom mohli v případě nutnosti odstranit z cesty všechny překážky.

### Položka č. 13 – Vyberte správné tvrzení

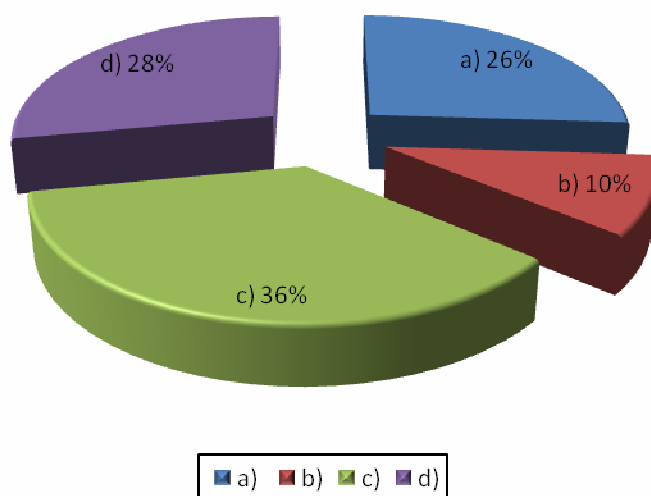
- a) Ztráta zraku vede automaticky vždy ke zlepšení sluchu
- b) Nevidomý je vždy vděčný za jakoukoli pomoc
- c) S nevidomým člověkem se bez obav můžeme bavit o barvách a o tom co vidíme**
- d) Všichni nevidomí vidí jen tmou



Tabulka č. 19 – Předsudky

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	13	26%
b)	5	10%
c)	18	36%
d)	14	28%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 19 – Předsudky



Na položku č. 13 vyberte správné tvrzení, označilo správnou odpověď c) s nevidomým člověkem se můžeme bez obav bavit o barvách a o tom co vidíme 18 respondentů (36 %). Ostatní zvolily chybnou možnost. 14 dotázaných respondentů (28 %) se domnívá, že všichni nevidomí vidí jen tmou. 13 respondentů (26 %) se domnívá, že ztráta zraku vede automaticky vždy ke zlepšení sluchu. 5 respondentů (10 %) se domnívá, že nevidomý je vždy vděčný za jakoukoli pomoc.

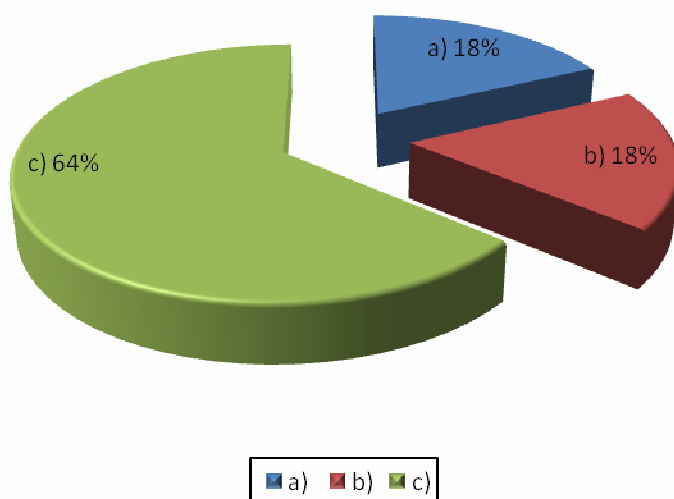
**Položka č. 14 – Na vaše oddělení je poprvé hospitalizována nevidomá osoba. Je velice neklidná z nového prostředí. Chcete, aby se posadila na vzdálenou židli. Kterou variantu považujete v tomto případě za nejvhodnější**

- a) Řeknete: „Dva metry před Vámi je volná židle.“
- b) Na židli zaklepete a řeknete: „Zde je volná židle.“
- c) **Popíšete nevidomému místnost, nabídnete mu, že ho na židli dovedete**

Tabulka č. 20 – Nejvhodnější přístup k nevidomé osobě

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	9	18%
b)	9	18%
c)	32	64%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 20 – Nejvhodnější přístup k nevidomé osobě



Na položku č. 14 na vaše oddělení je poprvé hospitalizována nevidomá osoba. Je velice neklidná z nového prostředí. Chcete, aby se posadila na vzdálenou židli. Kterou variantu považujete v tomto případě za nejvhodnější, označilo 32 respondentů (64 %) správnou variantu c) Popíšete nevidomému místnost, nabídnete mu, že ho na židli dovedete. 9 respondentů (18 %) zvolilo variantu a) řeknete: „Dva metry před Vámi je volná židle.“ Stejný počet 9 respondentů (18 %) zvolilo možnost b) na židli zaklepete a řeknete: „Zde je volná židle.“

## 9 Vyhodnocení průzkumných otázek

### 9.1 Průzkumná otázka č. 1

Předpokládá se, že zdravotnický personál neumí správně komunikovat se smyslově postiženými osobami.

Pro vyhodnocení této otázky byly využity položky 11, 12, 13 a 14 ze speciální části dotazníkového šetření.

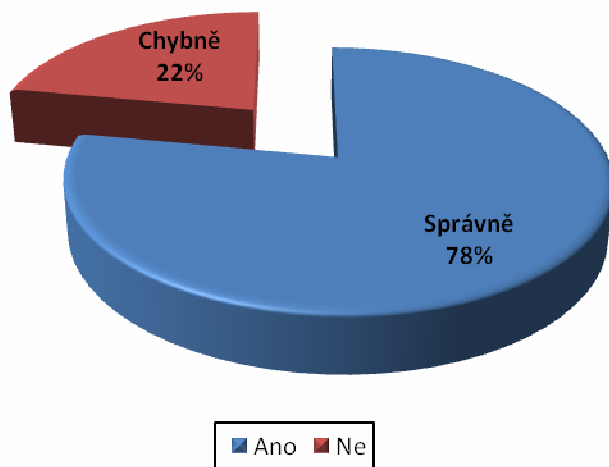
#### Položka č. 11 – Kterou variantu považujete za správnou v kontaktu s asistenčním psem

- a) Na asistenčního psa se může volat, ale nesmí se na něj sahat
- b) Na asistenčního psa se nesmí volat ani sahat
- c) **Na asistenčního psa se nesmí volat, sahat se na něj může, pokud to jeho majitel dovolí**

Tabulka č. 21 – Skutečné znalosti položky č. 11

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Správně	39	78%
b) Chybně	11	22%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 21 – Skutečné znalosti položky č. 11



Nevidomý člověk má právo přijít do nemocničního zařízení s asistenčním psem. Na asistenčního psa se nesmí volat, hvízdát ani mlaskat. Hladit se asistenční pes může jen tehdy, pokud to jeho majitel dovolí. Na tuto otázku odpovědělo 39 dotázaných respondentů (78 %) správně. Chybně odpovědělo 11 dotázaných respondentů (22 %).

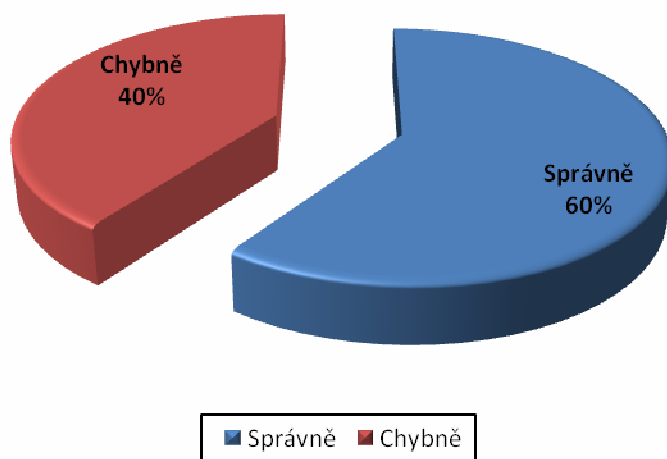
**Položka č. 12 - Kterou variantu považujete za správnou v přístupu ke zrakově postižené osobě**

- a) Zrakově postiženého nejprve oslovím, vezmu ho za rameno a vedu ho krok před sebou
- b) Zrakově postiženého nejprve oslovím, nabídnu mu své rámě a půjdu krok před ním**
- c) Zrakově postiženého vůbec neoslovím, nabídnu mu své rámě a povedu ho krok před sebou

Tabulka č. 22 – Skutečné znalosti položky č. 12

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Správně	30	60%
b) Chybně	20	40%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 22 – Skutečné znalosti položky č. 12



Na položku č. 12 - Kterou variantu považujete za správnou v přístupu ke zrakově postižené osobě odpovědělo 30 respondentů (60 %) správně a 20 respondentů (40 %) chybně. Když doprovázíme zrakově postiženou osobu, měli bychom znát stupeň jeho postižení. Vždy platí zásada, že doprovod jde krok před postiženým, aby mohl odstranit případné překážky z cesty. Nikdy se nesmíme dopustit hrubé chyby, že bychom zrakově postiženou osobu nějakým způsobem sunuli před sebou!

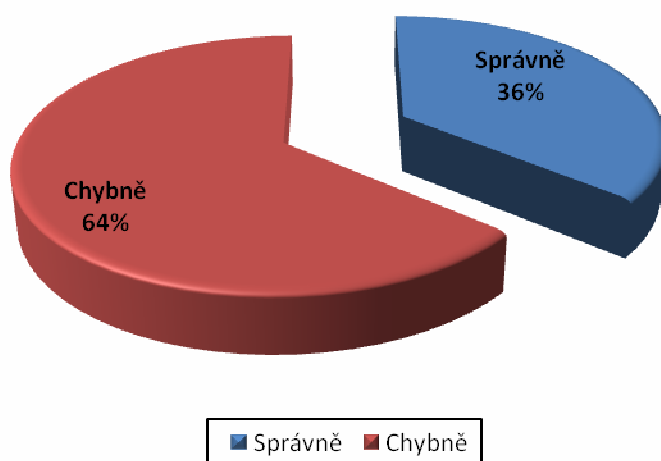
### Položka č. 13 – Vyberte správné tvrzení

- a) Ztráta zraku vede automaticky vždy ke zlepšení sluchu
- b) Nevidomý je vždy vděčný za jakoukoli pomoc
- c) **S nevidomým člověkem se bez obav můžeme bavit o barvách a o tom co vidíme**
- d) Všichni nevidomí vidí jen tmou

Tabulka č. 23 – Skutečné znalosti položky č. 13

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Správně	18	36%
b) Chybně	32	64%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 23 – Skutečné znalosti položky č. 13



Na položku č. 13 odpovědělo 32 respondentů (64 %) chybně. 18 oslovených respondentů (36 %) odpovědělo správně. Z tohoto grafu je patrné, že převážná většina z oslovených respondentů je ovlivněna zažitými předsudky.

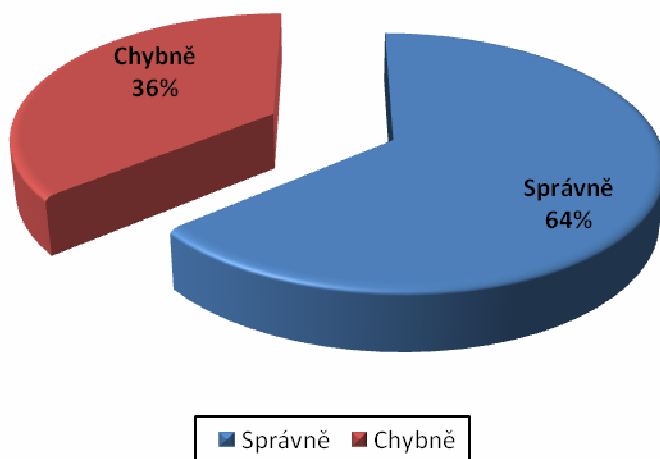
**Položka č. 14 – Na vaše oddělení je poprvé hospitalizována nevidomá osoba. Je velice neklidná z nového prostředí. Chcete, aby se posadila na vzdálenou židli. Kterou variantu považujete v tomto případě za nejvhodnější**

- a) Řeknete: „Dva metry před Vámi je volná židle“
- b) Na židli zaklepete a řeknete: „Zde je volná židle“
- c) **Popíšete nevidomému místnost, nabídnete mu, že ho na židli dovedete**

Tabulka č. 24 – Skutečné znalosti položky č. 14

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Správně	32	64%
b) Chybně	18	36%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Graf č. 24 – Skutečné znalosti položky č. 14



Na položku č. 14 odpovědělo 32 respondentů (64 %) správně. 18 respondentů (36 %) zvolilo jinou variantu. Jejich odpovědi byly vyhodnocené, jako chybné. Tato otázka byla spíše intuitivní. V podstatě by se daly obhájit všechny varianty. Ovšem zdravotnický personál ví, co je empatie a jak je nezbytné se umět přizpůsobit. Pro zdravotnický personál je velice důležité umět se v danou chvíli správně rozhodnout.

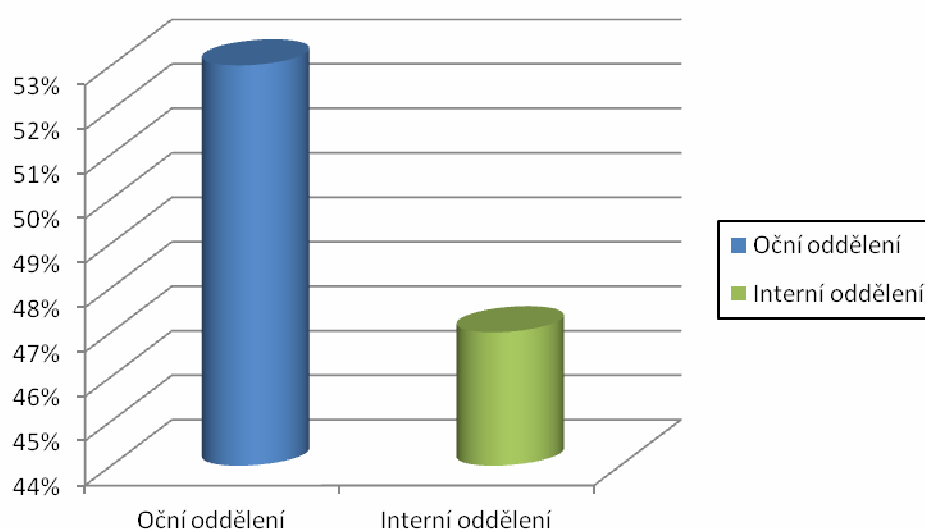
**Průzkumná otázka č. 1 - Předpokládá se, že zdravotnický personál neumí správně komunikovat se smyslově postiženými osobami, se nepotvrdila.** Z tohoto průzkumného šetření vyplývá, že většina zdravotnického personálu by se správně dorozuměla se smyslově postiženou osobou.

## 9.2 Průzkumná otázka č. 2

Předpokládá se, že zdravotnický personál na očním oddělení bude více vzdělán v problematice správné komunikace se smyslově postiženými osobami než zdravotnický personál na interním oddělení.

Pro vyhodnocení této průzkumné otázky byly vybrány všechny údaje. Následně byly porovnány skutečné znalosti ze dvou vybraných oddělení. V tomto případě bylo vybráno oční oddělení a interní oddělení. Z důvodu zpracování velkého množství dat nepřikládám tabulku absolutních a relativních četností.

Graf č. 25 – Skutečné znalosti v porovnání očního a interního oddělení



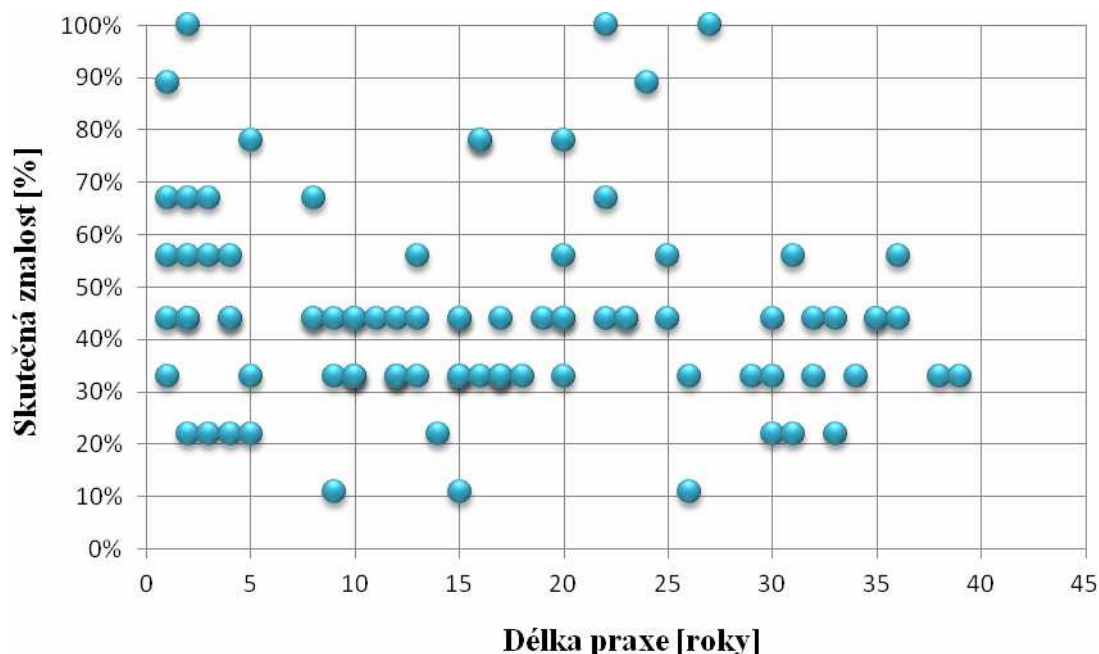
**Průzkumná otázka č. 2 Předpokládá se, že zdravotnický personál na očním oddělení bude více vzdělán v problematice správné komunikace se smyslově postiženými osobami než zdravotnický personál na interním oddělení, se potvrdila.** Z tohoto průzkumného šetření se potvrdilo, že zdravotnický personál na očním oddělení je zvyklý komunikovat s osobami se smyslovým postižením a je tedy i v této problematice zkušenější a vzdělanější než personál z interního oddělení.

### 9.3 Průzkumná otázka č. 3

Předpokládá se, že úroveň vzdělanosti zdravotnického personálu poroste s praxí.

Pro vyhodnocení této průzkumné otázky byly zpracovány všechny údaje oslovených respondentů. Následně byly údaje skutečných znalostí porovnány s léty praxe. Z důvodu zpracování velkého množství dat nepřikládám tabulku absolutních a relativních četností.

Graf č. 26 – Skutečné znalosti v porovnání s délkou praxe



**Průzkumná otázka č. 3 - Předpokládá se, že úroveň vzdělanosti zdravotnického personálu poroste s praxí, se nepotvrdila.** Z tohoto grafického znázornění je patrné, že úroveň vzdělanosti v dané problematice s praxí nestoupá. Naopak by se dalo říci, že má spíše tendenci klesající.



## 10 DISKUSE

Problematika správné komunikace ve zdravotnictví je velmi rozsáhlé téma. Proto bylo problematice srovnání s jinými autory. Mnoho autorů se ve svých pracích zabývá problematikou komunikace zdravotnického personálu se seniory, s mentálně nebo tělesně postiženými osobami, s autisty, s agresivními pacienty atd.

Například absolventka bakalářského studia Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2011, Kristýna Králová, se zabývala tématem porucha komunikace z pohledu sestry. Ve své teoretické části se zaměřila na problematiku komunikace: s agresivním pacientem, s nevidomým pacientem, se seniorem, s handicapovaným pacientem a s pacientem s poruchou sluchu. Průzkumné šetření realizovala na Neurochirurgické klinice ve Fakultní nemocnici Brno metodou anonymních dotazníků u 50 respondentů. Dotazník obsahoval celkem 18 položek. Průzkumný vzorek činily všeobecné sestry. Ve svém průzkumném šetření zjišťovala ochotu všeobecných sester k dalšímu zdokonalování v oblasti komunikace a náročnost komunikace s postiženým pacientem. Ve svém průzkumném šetření uvádí, že z padesáti oslovených se 50 (100 %) respondentů setkali s osobou, která by měla nějaké komunikační obtíže. Uvádí, že s osobami se sluchovým postižením má zkušenost 41 (82 %) dotázaných, 32 (64 %) respondentů má zkušenost s osobami s poruchou zraku. Dále ve svém průzkumném šetření uvádí, že z padesáti oslovených absolvovali vzdělávací program nebo kurz zabývající se komunikací s osobami se specifickými potřebami 8 (16 %) respondentů. Zajímavé bylo, že 33 (78 %) dotázaných by chtělo nějaký program či kurz o komunikaci absolvovat. 49 (98 %) považuje vzdělávání v oblasti komunikace za velmi přínosné a užitečné v praxi.

Rozdílnost výsledků celého průzkumného šetření byla způsobena odlišným nastavením jednotlivých položek. Studentka Kristýna Králová se zaměřila na obecnou problematiku komunikace se všemi problematickými skupinami pacientů. My se zaměřujeme pouze na specifickou část problematiky komunikace s osobami se smyslovým onemocněním. Výsledky průzkumného šetření jasně ukazují, že zdravotnický personál má zájem se v problematice komunikace dále zdokonalovat. Přestože výsledky průzkumného šetření ukazují, že zdravotnický personál umí správně jednat s osobami se smyslovým onemocněním, většina zdravotnických pracovníků to tak necítí. V komunikaci se smyslově postiženou osobou se cítí velmi nejistě.

## 10.1 Doporučení pro praxi

### Doporučení pro management zdravotnického zařízení:

- je důležité, aby vedení nemocnice umožňovalo vzdělávání zdravotnickému personálu,
- bylo by vhodné doplnění informací o této problematice formou přednášek, seminářů a praktických cvičení, k tomu by byla vhodná spolupráci s Tyfloservisem,
- dále by bylo vhodné, aby se těchto vzdělávacích „programů“ účastnil veškerý zdravotnický personál – lékaři, všeobecné sestry a ošetřující personál.

### Doporučení pro zdravotnický personál:

- neobávat se na cokoli zeptat např. rodiny nebo samotného postiženého,
- všichni máme stejný zájem na tom, aby se naši pacienti uzdravili, není chybou něco nevědět ale chybou je se na to nezeptat,
- zdravotnický personál by měl pečovat o svou tělesnou a duševní kondici relaxací, sportem nebo svými zálibami a tím předcházet syndromu vyhoření.

### Doporučení pro školy:

- předmět komunikace by měl být vyučován v rámci psychologie již na středních zdravotnických školách,
- bylo by vhodné, aby studenti v rámci školní praxe řešili modelové situace z pohledu smyslově postižené osoby.

### Doporučení pro smyslově postižené osoby:

- nestyďte se za svůj handicap,
- bylo by vhodné sdělit ošetřujícímu personálu chyby, pro jejich možné odstranění.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit problematiku komunikace, zjistit postoj a úroveň znalostí zdravotnického personálu v komunikaci se smyslově postiženými osobami. Z průzkumného šetření vyplývá, že zdravotnický personál má zkušenost se smyslově postiženými osobami a umí s nimi i správně komunikovat. Z 50 oslovených má zkušenost se smyslově postiženými osobami 44 (88 %) respondentů. Pouhých 11 (22 %) mělo na škole předmět, ve kterém by se vyučovaly zásady správné komunikace se smyslově postiženými osobami. 30 (60 %) oslovených respondentů je přesvědčeno, že by se tento předmět, zabývající se komunikací se smyslově postiženými osobami, měl vyučovat na střední, vyšší odborné a vysoké škole.

Předmět komunikace je zařazen do osnov na vyšších odborných a vysokých školách. Ač se to nezdá, je předmět komunikace velice rozsáhlý. Je otázkou zda po té zbývá dostatek času věnovat se i problematice komunikace se smyslově postiženými osobami. Přitom nejcennější jsou vždy vlastní zkušenosti. Není důležité, kolik hodin se této problematice ve školách věnuje ale co si studenti z přednášek odnášejí do praxe. Proto by bylo velice přínosné, kdyby se již studenti středních zdravotnických škol měli možnost setkávat se smyslově postiženými osobami. Umění správné komunikace by mělo mít pevné základy ve znalostech. Ovšem neopomenutelnou součástí správné komunikace je i míra empatie, faktor času a vůle chtít správně komunikovat.

Bylo velmi překvapující, že se v průzkumném šetření nepotvrdilo, že by úroveň vzdělanosti rostla s praxí. Naopak z grafického znázornění na str. 55 lze usuzovat, že úroveň vzdělanosti s praxí naopak klesá. Důvodem tohoto výsledku je skutečnost, že pouhých 11 (22 %) oslovených respondentů udalo, že mělo na škole předmět, ve kterém se vyučovaly zásady správné komunikace se smyslově postiženými osobami. Dále potvrzuje tuto skutečnost fakt, že nejpočetnější věkovou skupinu 38 % činila věková hranice mezi 30 – 40 lety, která se komunikaci povinně neučila.

Výsledky průzkumného šetření nejsou ovšem reprezentativní, protože zkoumaný vzorek byl příliš malý. Bylo by přínosné vypracovat rozšířenou studii o této problematice a zaměřit se více na praktickou část otázek. Není příliš hodnověrné usuzovat ze čtyř otázek, zda zdravotnický personál umí či neumí správně komunikovat s osobami se smyslovým postižením.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENDOVÁ, P.; JEŘÁBKOVÁ, K.; RŮŽIČKOVÁ, V. 2006. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci pedagogická fakulta, 2006. 104 s. ISBN 80-244-1436-8.

ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. 2001. *Speciální psychologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.

EXNEROVÁ, S. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. 146 s. ISBN 80-7372-096-5.

HAMADOVÁ, P.; KVĚTOŇOVÁ, L.; NOVÁKOVÁ, Z. 2007. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělání*. Brno : Paido edice pedagogické literatury, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

HAVLÍK, R. 2002. *Úvod do sociologie*. Praha : Karolinum, 2001. 128 s. ISBN 80-246-0381-0.

CHVÁTALOVÁ, H. 2001. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha : Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.

KEBLOVÁ, A. 2001. *Zrakově postižené dítě*. Praha : Septima, 2001. 68 s. ISBN 80-7216-191-1

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha : Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MORAVCOVÁ, D. 2004. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha : Triton, 2004. 204 s. ISBN 80-7254-476-4.

MYSLIVEČEK, J.; TROJAN, S. 2004. *Fyziologie do kapsy*. Praha : Triton, 2004. 466 s. ISBN 80-7254-497-7.

NAKONEČNÝ, M. 2003. *Úvod do psychologie*. Praha : Akademie věd České republiky, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

PLAMÍNEK, J. 2008. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. Praha : Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2706-6.

POŽÁR, L. 2000. *Psychológia detí a mládeže s poruchami zraku*. Trnava : Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity, 2000. 142 s. ISBN 80-88774-74-8.

SLEZÁKOVÁ, L. 2008. *Oštrůvatelství pro zdravotnické asistenty IV: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2506-2.

SVĚTLÍK, M. 2000. *Postižení sluchu: současné možnosti sluchové protetiky*. Praha : Triton, 2000. 62s. ISBN 80-7254-114-5.

VÁGNEROVÁ, M. 2002. *Úvod do psychologie*. Praha : Karolinum, 2002. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.

VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

WALTHES, R. 2003. *Einführung in die Blinden - und Sehbehindertenpädagogik*. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2003. 234 s. ISBN 3-497-01651-9.

ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Rozhovor se smyslově postiženou paní J.K.

Příloha C – Jednoruční prstová abeceda

Příloha D – Braillová abeceda

Příloha E – Lormova doteková abeceda

Příloha F – Pseudoizochromatická tabulka

Příloha G – Souhlas zdravotnického zařízení s realizací průzkumného šetření

## PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK

Dobrý den jmenuji se Zora Mlnářková a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze. Prosím vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a je nezbytnou součástí mé bakalářské práce. Slouží jako materiál k průzkumnému šetření o vzdělanosti zdravotnického personálu v komunikaci se smyslově postiženými osobami. Upozorňuji, že v dotazníku je vždy jen jedna varianta správná. Předem děkuji za vyplnění dotazníku a za váš čas.

1. Setkal/a jste se ve zdravotnictví se smyslově postiženou osobou?

Ano  Ne

2. Měli jste na škole předmět, ve kterém by se vyučovaly zásady správné komunikace se smyslově postiženými osobami?

Ano  Ne

3. Myslíte si, že by se měl předmět zabývající se komunikací s osobami se specifickými potřebami vyučovat na střední, vyšší odborné a vysoké škole?

Ano  Spíše ano  Nevím  Spíše ne  Ne

4. Myslíte si, že jsou všechny nemocnice dostatečně vybavené pro hospitalizaci smyslově postižených osob?

Ano  Spíše ano  Nevím  Spíše ne  Ne

5. Označte správné tvrzení. Co je Tyfloservis?

A) Společnost zajišťující rady nevidomým osobám

B) Obecně prospěšná společnost zajišťující rady a sociální rehabilitaci osobám s postižením zraku

C) Obecně prospěšná společnost zajišťující rady a sociální rehabilitaci osobám s postižením zraku, sluchu, hlucho-slepotou a kombinovanými vadami

6. Označte co považujete za správné tvrzení. Co je Braillovo písmo?

A) Braillovo písmo využívají převážně osoby se zrakovým postižením

B) Braillovo písmo je znak šesti bodů uspořádaných do obdélníku

C) Na každém bodě Braillova písma může nebo nemusí být vytlačena hmatná tečka

D) Všechny možnosti jsou správné

7. K čemu slouží pseudoizochromatická tabulka?

- A) K vyšetření zrakové ostrosti
- B) K vyšetření barvocitu
- C) K vyšetření zraku novorozence

8. Co symbolizuje červeno-bílá hůl?

- A) Symbolizuje hluchoslepotu
- B) Symbolizuje slepotu
- C) Symbolizuje hluchotu

9. Co je Lormova abeceda?

- A) Lormova abeceda je totožná s Braillovým písmem
- B) Jedná se o abecedu vytvořenou pro psaní do dlaně ruky
- C) Lormova abeceda je jednoduchá prstová abeceda

10. Znáte nějaké kompenzační pomůcky pro smyslově postižené osoby? Pokud ano vypište alespoň tři.

Ano       Ne

.....

.....

.....

11. Kterou variantu považujete za správnou v kontaktu s asistenčním pse?

- A) Na asistenčního psa se může volat ale nesmí se na něj sahat
- B) Na asistenčního psa se nesmí volat ani sahat
- C) Na asistenčního psa se nesmí volat, sahat se na něj může pokud to jeho majitel dovolí

12. Kterou variantu považujete za správnou v přístupu ke zrakově postižené osobě?

- A) Zrakově postiženého nejprve oslovím, vezmu ho za rameno a vedu ho krok před sebou
- B) Zrakově postiženého nejprve oslovím, nabídnu mu své ramię a půjdu krok před ním
- C) Zrakově postiženého vůbec neoslovím, nabídnu mu své ramię a povedu ho krok před sebou



13. Vyberte správné tvrzení.

- A) Ztráta zraku vede automaticky vždy ke zlepšení sluchu
- B) Nevidomý je vždy vděčný za jakoukoli pomoc
- C) S nevidomým člověkem se bez obav můžeme bavit o barvách a o tom co vidíme
- D) Všichni nevidomí vidí jen tmu

14. Na vaše oddělení je poprvé hospitalizována nevidomá osoba. Je velice neklidná z nového prostředí. Chcete, aby se posadila na vzdálenou židli. Kterou variantu považujete v tomto případě za nejvhodnější.

- A) Řeknete: „dva metry před Vámi je volná židle.“
- B) Na židli zaklepete a řeknete: „zde je volná židle.“
- C) Popíšete nevidomému místnost, nabídnete mu, že ho na židli dovedete

Pohlaví:      Žena   
                  Muž

Věk:  18 – 30 let  
 30 – 40 let  
 40 – 50 let  
 nad 50 let

Vzdělání:  Středoškolské vzdělání bez maturity  
 Středoškolské vzdělání s maturitou  
 Vyšší odborné vzdělání  
 Vysokoškolské vzdělání

Povolání:  Ošetrovatelka  
 Všeobecná sestra  
 Lékař

Praxe ve zdravotnictví:  1 – 10 let  
 10 – 20 let  
 20 – 30 let  
 nad 30 let

- Oddělení, na kterém pracujete:
- Interní oddělení
  - Oční oddělení
  - Dětské oddělení
  - Rehabilitační oddělení
  - Gynekologicko-porodnické oddělení

*Děkuji Vám za Váš čas a přeji Vám hezký zbytek dne.*

## **PŘÍLOHA B – ROZHOVOR SE SMYSLOVĚ POSTIŽENOU PANÍ J.K.**

Díky spolupráci s Tyflocentrem v Kolíně jsem navázala kontakt se zrakově postiženou paní J.K. Diagnóza paní J.K. je (*retinopathie pigmentosa*). Jedná se o dědičné onemocnění, které je způsobeno degenerací sítnice. Bohužel i v dnešní době se jedná o onemocnění nevyléčitelné. Z počátku se choroba projevuje šeroslepostí, zúžením zorného pole, zhoršením zrakové ostrosti až následnou slepotou. Paní J.K. dříve pracovala na ústředně plynárenského podniku, nyní je v důchodu a žije s manželem, který ji nahrazuje zrak. Paní J.K. je nevidomá.

### **Jak se Vaše rodina smířila s faktem, že jste se na rodila s touto chorobou?**

Dalo by se říci, že moje maminka to očekávala. Ona sama byla nevidomá. To onemocnění je bohužel genetické a tak se stalo, že moje maminka to podělila od babičky a já od své matky.

### **Jaké bylo Vaše dětství?**

Od dětství jsem špatně viděla, takže ve škole jsem vždycky musela sedět v první řadě i když se mi moc nechtělo. Ale moje dětství bylo moc hezké. Nepamatuji se, že by se mi někdo posmíval za to, že špatně vidím nebo nosím brýle. Nikdy jsem se necítila nějak izolovaná od ostatních dětí. Byla jsem na všechno připravená, protože jsem věděla co mě čeká. Věděla jsem že jednou přijdu o zrak. V celku jsem s tím byla smířená, protože moje maminka také neviděla, takže mi to přišlo tak nějak normální.

### **Máte nebo měla jste někdy asistenčního psa?**

Ne. Nikdy jsem asistenčního psa neměla a ani ho vlastně nepotřebuji. Mám svého manžela, který se mnou všude chodí. Ani bych se toho psa neuměla postarat.

### **Máte zkušenost s hospitalizací v nemocnici? A na jakých odděleních?**

Nikdy jsem nijak vážně nestonala. Největší zkušenost mám samozřejmě s očním oddělením, ale v poslední době jsem byla hospitalizovaná na urologii.

### **Lišil se nějak přístup zdravotnického personálu z očního oddělení od personálu z urologického oddělení?**

Samozřejmě lišil. Na očním oddělení jsou zvyklí na nevidomé pacienty a proto s nimi umí i jednat. Člověk se sám špatně orientuje v cizím prostředí, proto je pro mě důležité v klidu si vše s někým projít a osahat. Ne všude je to možné.

### **Jaké máte zkušenosti s přístupem lékařů a sester?**

Dobré. Občas jsem sice měla problém s komunikací a porozuměním. Se sestřičkami jsem se vždycky domluvila, ale s lékaři to bylo občas složitější.

### **Myslíte si, že nemocnice jsou dostatečně vybavené pro hospitalizaci zrakově postižených osob?**

To rozhodně nejsou. Je tam mnoho překážek, které by potřebovaly odstranit. Například v některých nemocnicích, je velmi nepříjemné, když je sociální zařízení na chodbě mimo pokoj.

### **Co je pro vás nejobtížnější?**

Nejobtížnější je pro mě jít po ulici. Ven nikdy nechodím sama a obdivuji všechny, kteří jsou schopni chodit bez doprovodu. Já jsem v tomto ohledu zcela závislá na svém muži. Nikdy bych si netroufla jít sama na procházku už jen z toho důvodu aby mě někdo nepřepadl.

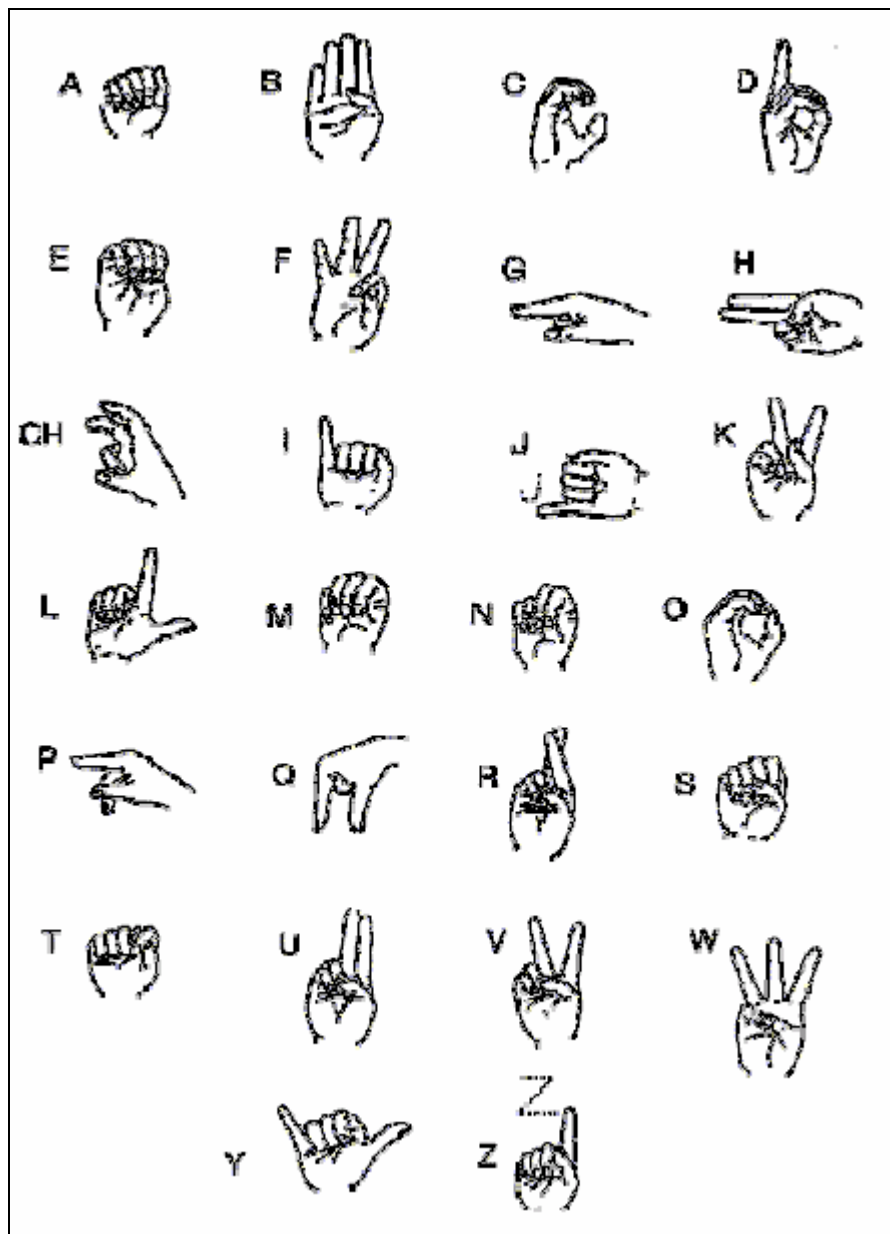
### **Co je pro vás nejčastější kompenzační pomůcka, kterou používáte?**

Nejčastěji používám slepeckou hůl, počítač s diktafonem a neobejdu se ani bez hladinky na kafe. Počítač je pro mě absolutně nezbytný. Zprostředkovává mi komunikaci s okolním světem. Navíc mám v současné době rozepsanou jednu knížku, takže počítač a diktafon jsou nutností.

### **Jak vypadá váš všední den?**

Úplně obyčejně jako každého druhého důchodce. Mám stejné povinnosti jako každá žena. Ráno uklízím, vytírám podlahu a vařím. Odpoledne jdeme s manželem na procházku, nebo na nákup. A ve volném čase píše knihu nebo šiji. Občas se mi stane nějaké to „faux pas“, ale tak to bohužel je. Zrovna nedávno se mi stalo, že jsem jela metrem a domnívala jsem se, že vedle mě sedí můj manžel. Chtěla jsem se ho chytit za ruku ale místo toho jsem položila ruku do klína úplně cizímu mladíkovi. Naštěstí to vzal sportovně a reagoval vtipně něco v tom smyslu, že to nevádí, protože mu to nebylo vůbec nepříjemné.

## PŘÍLOHA C – JEDNORUČNÍ PRSTOVÁ ABECEDA



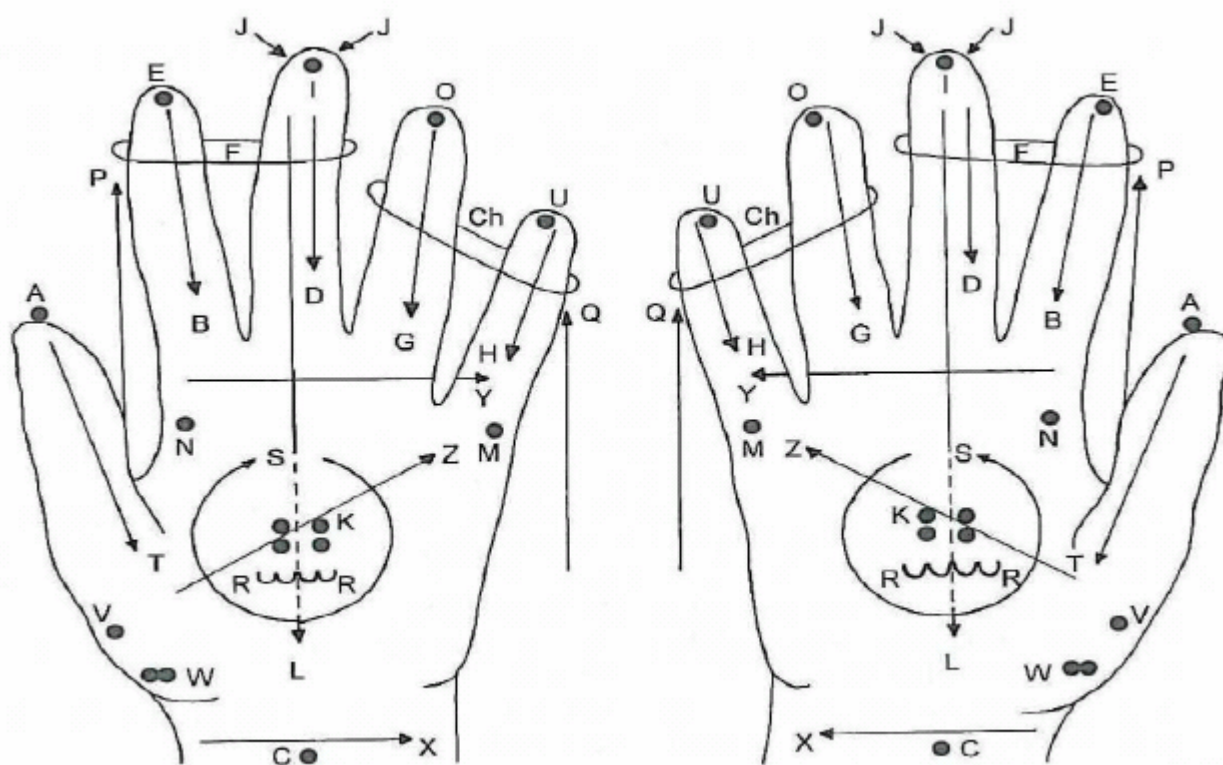
Zdroj: Juřeníková, P a kol. Ošetřovatelství pro IV ročník středních zdravotnických škol, 2000, s.147.

## PŘÍLOHA D – BRAILLOVÁ ABECEDA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
●○	●○	●●	●●	●○	●●	●●	●○	○●	○●
○●	●○	○●	○●	○●	●○	●●	●●	●○	●●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
●○	●○	●●	●●	●○	●●	●●	●○	○●	○●
○●	●○	○●	○●	○●	●○	●●	●●	●○	●●
●○	●○	●○	●○	●○	●○	●○	●○	●○	●○
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
●○	●○	●●	●●	●○	●●	○●	●○	○●	○●
○●	●○	○●	○●	○●	●○	○●	●●	●○	●●
●●	●●	●●	●●	●●	●●	○●	●●	●●	●●
u	v	x	y	z	ý	ä	ou	ž	ů-õ
●○	●○	●●	●●	●○	●●	●●	●○	○●	○●
○●	●○	○●	○●	○●	●○	●●	●●	●○	●●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
á	ě	č	d'	š	ň	ch	l'	ó	ř-f
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
●○	●○	●●	●○	○●	●●	○●	○●	●●	○●
í	é	ú-š	'	příz- vuk	-	VP	pro- lož í	čís. zn.	l'

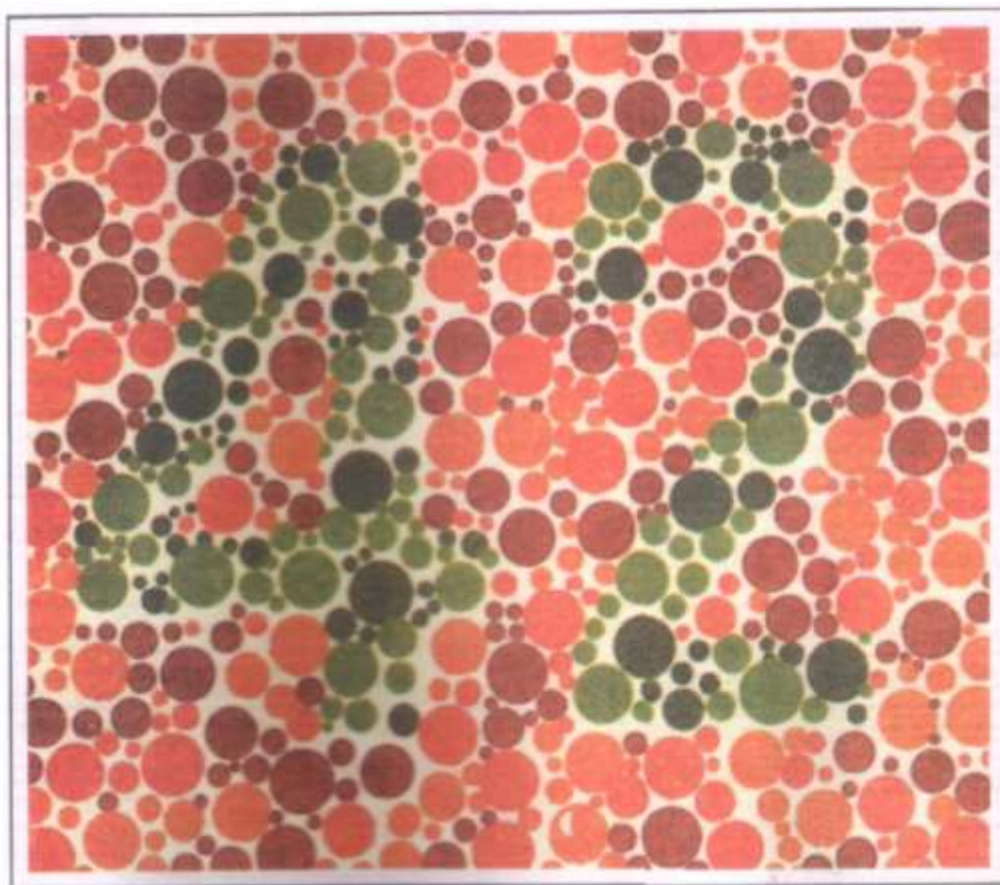
Zdroj: Juřeníková, P a kol. Ošetrovatelství pro IV ročník středních zdravotnických škol, 2000, s.148.

## PŘÍLOHA E – LORMOVA DOTEKOVÁ ABECEDA



Zdroj: Linhartová, V. Praktická komunikace v medicíně, 2007, s. 143.

## PŘÍLOHA F – PSEUDOIZOCHROMATICKÁ TABULKA



Zdroj: Juřeníková, P a kol. Ošetrovatelství pro IV ročník středních zdravotnických škol, 2000, s.149.



## PŘÍLOHA G – SOUHLAS ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ S REALIZACÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

K rukám hlavní sestry Ireny Šandové.  
Oblastní nemocnice Kolín – nemocnice Středočeského kraje, a.s.  
Žižkova 146  
280 02 Kolín 3

**Žadatel:**  
Zora Mlnářiková 3.AVS  
Jaselská 267/55  
280 02 Kolín 4

**Věc:**  
**Žádost o souhlas zdravotnického zařízení s realizací průzkumného šetření.**

Jmenuji se Zora Mlnářiková a jsem studentkou závěrečného ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické v Praze. Tímto Vás paní hlavní sestro Šandová žádám o svolení realizovat v Oblastní nemocnici Kolín a.s. Průzkumné šetření na téma Komunikace s osobou se smyslovým onemocněním z pohledu zdravotnického personálu.

Zora Mlnářiková 3.AVS

SCHVALUJI



Oblastní nemocnice Kolín a.s.  
hlavní sestra  
Irena Šandová