

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**PŘÍSTUP K SMYSLOVĚ HANDICAPOVANÝM
PACIENTŮM V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA NĚMCOVÁ, DiS.

Praha 2015

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

**PŘÍSTUP K SMYSLOVĚ HANDICAPOVANÝM
PACIENTŮM V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

HANA NĚMCOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Dana Vaňharová

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Němcová Hana
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Přístup k smyslově handicapovaným pacientům v přednemocniční
péči

Approach to Patients with Sensory Handicap in Prehospital Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Dana Vaňharová

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci 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 31. 3. 2015

Hana Němcová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Daně Vaňharové, vedoucí mé bakalářské práce, za čas a ochotu, kterou mi věnovala při konzultacích, za pomoc, odborné vedení a za podnětné připomínky, jimiž mě nasměrovala. Také děkuji mé rodině, která mi pomáhala a podporovala mne po celou dobu studia.

ABSTRAKT

NĚMCOVÁ, Hana. *Přístup k smyslově handicapovaným pacientům v přednemocniční péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Dana Vaňharová. Praha. 2015. 83 s.

Bakalářská práce prezentuje pacienty se smyslovým handicapem v prostředí přednemocniční neodkladné péče. Zaměřuje se na specifika komunikace u jednotlivých druhů smyslových handicapů.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část analyzuje jednotlivé typy smyslových handicapů. Konkrétním objektem zkoumání jsou pacienti s postižením zraku, sluchu a kombinací obou. Teoretická část interpretuje poznatky anatomie smyslových orgánů, klasifikaci jednotlivých druhů smyslových postižení a specifika komunikace s pacienty s danými druhy postižení.

Hlavní cíle empirické části práce jsou stanoveny ke zjištění nejčastějších typů postižení, se kterými se zdravotničtí záchranáři setkávají v přednemocniční neodkladné péči. Empirická část prostřednictvím výsledků výzkumného šetření objasňuje, zda se zdravotničtí záchranáři orientují ve specifikách komunikace se smyslově handicapovanými pacienty. Zjišťuje, zda zdravotničtí záchranáři absolvují v průběhu svého profesionálního růstu vzdělávací programy, se zaměřením na specificky handicapované pacienty. Praktickou část bakalářské práce tvoří průzkumné šetření, které vede k předem vytyčeným cílům a ověřuje stanovené hypotézy. Metodou průzkumného šetření je dotazníkové šetření. Soubor respondentů tvoří zdravotničtí záchranáři. Výsledky práce jsou zpracovány do tabulek a grafů. Diskusní část práce popisuje a analyzuje výsledky šetření a zhodnocuje zjištěná data.

Klíčová slova

Hluchoslepí. Komunikace. Sluchové postižení. Smyslový handicap. Zrakové postižení.

ABSTRACT

NĚMCOVÁ, Hana. *Approach to patients with sensory handicap in prehospital care.* The College of Nursing, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Dana Vaňharová. Prague. 2015. 83 pages.

Bachelor thesis presents patients with sensory disabilities in an environment of pre-hospital emergency care. It is focused on specifics of the communication of different types of sensory disabilities.

The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part analyzes the different types of sensory disabilities. Specific objects of investigation are those with impaired vision, hearing, and a combination of both. The theoretical part interprets the findings anatomy of sensory organs, the classification of different types of sensory impairment and specifics of communication with patients with these types of disability.

The main objectives of the empirical part are set to detect the most common types of disability with which paramedics encounter in the prehospital emergency care. The empirical part clarifies through the results of the research whether paramedics focus on communication specifics with sensory handicapped patients. It determines whether paramedics take part in training programmes during their professional development, focusing specifically on handicapped patients. The practical part consists of a survey that leads to a pre-set goals and verifies determined hypothesis. The investigation method is descriptive research. File of respondents consists of paramedics. Results are summarized in tables and graphs. Discussion section describes and analyzes results of the investigation and evaluates the data content.

Key words

Deaf blind. Communication. Hearing disability. Sensory handicap. Visual disability.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 12 |
| 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ | 13 |
| 1.1 Vada | 13 |
| 1.2 Defekt..... | 13 |
| 1.3 Porucha..... | 14 |
| 1.4 Disabilita | 14 |
| 1.5 Handicap | 14 |
| 2 ZRAKOVÝ HANDICAP | 16 |
| 2.1 Anatomie oka | 16 |
| 2.2 Klasifikace osob se zrakovým handicapem | 17 |
| 2.2.1 Klasifikace zrakového postižení podle World health organization | 17 |
| 2.2.1.1 Střední slabozrakost..... | 18 |
| 2.2.1.2 Silná slabozrakost..... | 18 |
| 2.2.1.3 Těžce slabý zrak | 18 |
| 2.2.1.4 Praktická nevidomost | 18 |
| 2.2.1.5 Úplná nevidomost..... | 18 |
| 2.2.2 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle stupně zrakového postižení | 18 |
| 2.2.3 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle doby vzniku vady | 19 |
| 2.2.4 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle příčiny..... | 19 |
| 2.2.5 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle délky trvání postižení | 19 |
| 2.3 Specifika komunikace s pacienty se zrakovým handicapem | 19 |
| 2.3.1 Průvodce a asistenční pes | 21 |
| 2.3.2 Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým handicapem..... | 22 |
| 2.3.3 Hmatné úpravy pro nevidomé..... | 23 |
| 2.3.4 Použití popisků v Braillově písmu v terénu..... | 25 |
| 3 SLUCHOVÝ HANDICAP | 26 |
| 3.1 Anatomie ucha | 27 |
| 3.2 Klasifikace osob se sluchovým handicapem..... | 27 |
| 3.2.1 Mezinárodní klasifikace dle World health organization podle stupně sluchového postižení..... | 28 |
| 3.2.2 Klasifikace sluchového postižení podle typu..... | 29 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.2.3 | Klasifikace sluchového postižení dle doby vzniku..... | 29 |
| 3.2.4 | Klasifikace sluchového postižení podle etiologie..... | 29 |
| 3.2.5 | Klasifikace sluchového postižení dle schopnosti vnímat zvuk..... | 30 |
| 3.3 | Specifika komunikace s pacienty se sluchovým handicapem..... | 30 |
| 3.3.1 | Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením | 31 |
| 3.3.2 | Komunikační techniky osob s postižením sluchu..... | 32 |
| 4 | PACIENTI S DUÁLNÍM SENZORICKÝM HANDICAPEM – HLUCHOSLEPÍ | 35 |
| 4.1 | Klasifikace hluchoslepých osob..... | 35 |
| 4.1.1 | Klasifikace hluchoslepých osob dle čtyř základních skupin | 36 |
| 4.1.2 | Klasifikace hluchoslepých osob dle sensorického příznaku..... | 36 |
| 4.1.3 | Klasifikace hluchoslepých osob dle doby, kdy došlo k projevu jednotlivých příznaků hluchoslepoty | 37 |
| 4.2 | Specifika komunikace s pacienty s duálním sensorickým handicapem..... | 37 |
| 4.2.1 | Komunikační techniky osob s duálním sensorickým handicapem..... | 38 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 40 |
| 5 | CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE..... | 40 |
| 5.1 | Cíl práce | 40 |
| 5.2 | Průzkumný cíl | 40 |
| 5.3 | Zkoumaný soubor..... | 40 |
| 5.4 | Metody a techniky..... | 40 |
| 5.5 | Zpracování..... | 41 |
| 5.6 | Hypotézy | 41 |
| 5.7 | Výsledky průzkumu | 43 |
| 6 | Diskuze | 66 |
| 7 | Doporučení pro praxi..... | 70 |
| | ZÁVĚR | 72 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 74 |
| | PŘÍLOHY | 78 |

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Informační leták s doporučením pro komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty..... | 71 |
| Tabulka 1 Kolik let pracujete ve zdravotnictví..... | 43 |
| Tabulka 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání..... | 44 |
| Tabulka 3 Ošetřujete smyslově handicapované pacienty..... | 45 |
| Tabulka 4 Intenzita setkání se smyslově handicapovanými pacienty..... | 46 |
| Tabulka 5 Typ smyslového postižení, se kterým jste se setkal/a..... | 47 |
| Tabulka 6 Pacient, který chodí o bílé holi..... | 48 |
| Tabulka 7 Pacient, který chodí o červenobílé holi..... | 49 |
| Tabulka 8 Nárok na tlumočnicka při komunikaci se zdravotníky..... | 50 |
| Tabulka 9 Pojem iniciální dotek..... | 51 |
| Tabulka 10 Vodící pes při výjezdu ke zraněnému nevidomému pacientovi..... | 52 |
| Tabulka 11 Přítomnost tlumočnicka při komunikaci s neslyšícím pacientem..... | 53 |
| Tabulka 12 Komunikace s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru..... | 54 |
| Tabulka 13 Způsob vedení nevidomého pacienta..... | 55 |
| Tabulka 14 Jak komunikovat se sluchově handicapovaným pacientem..... | 56 |
| Tabulka 15 Kdo používá Braillovo písmo..... | 58 |
| Tabulka 16 Přítomnost asistenta/průvodce při komunikaci s nevidomým pacientem.... | 59 |
| Tabulka 17 Vyžaduje péče o smyslově handicapované pacienty individuální přístup...61 | |
| Tabulka 18 Zajímáte se aktivně o kurzy/semináře s problematikou smyslově handicapovaných pacientů..... | 62 |
| Tabulka 19 Možnost absolvování vzdělávacího programu na pracovišti..... | 63 |
| Tabulka 20 Absolvoval/a jste vzdělávací program..... | 64 |
| Tabulka 21 Měl/a byste zájem o absolvování vzdělávacího programu..... | 65 |
| Graf 1 Kolik let pracujete ve zdravotnictví..... | 43 |
| Graf 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání..... | 44 |
| Graf 3 Ošetřujete smyslově handicapované pacienty..... | 45 |
| Graf 4 Intenzita setkání se smyslově handicapovanými pacienty..... | 46 |
| Graf 5 Typ smyslového postižení, se kterým jste se setkal/a..... | 47 |
| Graf 6 Pacient, který chodí o bílé holi..... | 48 |

| | |
|--|----|
| Graf 7 Pacient, který chodí o červenobílé holi..... | 49 |
| Graf 8 Nárok na tlumočnicka při komunikaci se zdravotníky..... | 50 |
| Graf 9 Pojem iniciální dotek..... | 51 |
| Graf 10 Vodící pes při výjezdu ke zraněnému nevidomému pacientovi..... | 52 |
| Graf 11 Přítomnost tlumočnicka při komunikaci s neslyšícím pacientem..... | 53 |
| Graf 12 Komunikace s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru..... | 54 |
| Graf 13 Způsob vedení nevidomého pacienta..... | 55 |
| Graf 14 Jak komunikovat se sluchově handicapovaným pacientem..... | 57 |
| Graf 15 Kdo používá Braillovo písmo..... | 58 |
| Graf 16 Přítomnost asistenta/průvodce při komunikaci s nevidomým pacientem..... | 60 |
| Graf 17 Vyžaduje péče o smyslově handicapované pacienty individuální přístup..... | 61 |
| Graf 18 Zajímáte se aktivně o kurzy/semináře s problematikou smyslově handicapovaných pacientů..... | 62 |
| Graf 19 Možnost absolvování vzdělávacího programu na pracovišti..... | 63 |
| Graf 20 Absolvoval/a jste vzdělávací program..... | 64 |
| Graf 21 Měl/a byste zájem o absolvování vzdělávacího programu..... | 65 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|------|---|
| CNS | Centrální nervová soustava |
| dB | Decibel – jednotka intenzity zvuku |
| Hz | Hertz – jednotka frekvence |
| MHD | Městská hromadná doprava |
| SONS | Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých |
| WHO | World health organization (Světová zdravotnická organizace) |
| ZZ | Zdravotnické zařízení |

ÚVOD

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.“

Fjodor Michajlovič Dostojevskij

Přístup ke smyslově handicapovaným pacientům v přednemocniční neodkladné péči je dost opomíjené, avšak aktuální téma. Žijeme v době inkluze osob s handicapem do společnosti. Společnost však na tento proces není dostatečně připravena. Smyslově handicapovaná osoba je ta, která je nějakým způsobem a do nějaké míry znevýhodněna oproti ostatním osobám na úrovni smyslů.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřujeme na vymezení základních pojmů, které jsou použity v textu. Bakalářská práce přibližuje a podrobněji vysvětluje jednotlivé pojmy jako je vada, defekt, porucha, disabilita a handicap. Zabýváme se vývojem lidských smyslových orgánů. V teoretické části podrobně diskutujeme o zrakovém handicapu. Vysvětlujeme, co je to zrakový handicap, popisujeme anatomii oka, proces vidění, klasifikaci osob se zrakovým handicapem a specifikami komunikace u pacientů se zrakovým handicapem. Vedle zrakového handicapu se v teoretické části bakalářské práce zaměřujeme na sluchový handicap. Podrobněji rozebíráme anatomii ucha a stavbu sluchového orgánu, klasifikaci osob se sluchovým handicapem a specifika komunikace u pacientů se sluchovým handicapem. V teoretické části bakalářské práce se také zabýváme pacienty s duálním senzoričným handicapem, tedy hluchoslepými pacienty. Popisujeme klasifikaci hluchoslepých osob a specifika komunikace u hluchoslepých pacientů.

V praktické části bakalářské práce jsme se pomocí anonymních dotazníků ptali zdravotnických záchranářů na zkušenosti a znalosti o smyslově handicapovaných pacientech. Sestavili jsme dostupné cíle a k nim vykonstruovali hypotézy. Vyplněné dotazníky jsme analyzovali a dle stanovaných hypotéz šetření vyhodnotili a sepsali výsledný závěr.

Doporučením pro praxi je informační leták, který by měl sloužit zdravotnickým záchranářům jako vodítko při komunikaci s pacienty se smyslovým handicapem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Každý jedinec se rodí s pěti základními smysly. Pro získávání vjemů z okolí máme sluch, zrak, čich, chuť a hmat. Člověk vnímá tyto smysly jako samozřejmost. V okamžiku, kdy se jeden či více lidských smyslů stanou dysfunkčními, člověk zjistí, že jsou nepostradatelné. Dlouho bychom se mohli zabývat otázkou, který z těchto pěti smyslů je pro život ten nejdůležitější. K jednoznačnému závěru bychom se ale patrně nedočkali.

1.1 Vada

Vada je způsobena nedostatečným vývojem orgánu. Může vzniknout v prenatálním, natálním či postnatálním období. Vadný orgán není vždy nepoužitelný. Často je schopen fungovat alespoň částečně. Člověk se zrakovým handicapem nemusí být nutně nevidomý, ale může vidět alespoň částečně. Stejně tak, jako člověk, který bude mít případné postižení sluchu, ale nebude zcela ohluchlý.

1.2 Defekt

Defekt vzniká vrozenými vývojovými vadami, nemocemi nebo úrazy. Vrozené vývojové vady vznikají již v prenatálním období. Jsou následky neobvyklého ontogenetického vývoje. Příčinou jsou genetické faktory, vlivy vnějšího prostředí nebo kombinace obou (ŠÍPEK et al., 2013).

O defektu hovoříme v okamžiku, kdy nemůžeme naplno používat naše tělo, jeho součást nebo konkrétní orgán. Stane se tak, pokud nám chybí daný orgán nebo jeho část. Defekt způsobený nemocí či úrazem je relativně stálá porucha nebo poškození. Vzniká z plného zdraví, aniž by byl orgán původně tkáňově porušen.

1.3 Porucha

Porucha je nemoc nebo stav, kdy je snížena nebo úplně ztracena funkce orgánu. Vzniká odchylkami ve vývoji orgánu nebo následky poranění či nemoci.

Poruchy vnímání jsou často způsobeny organickými faktory, např. krátkozrakost, dalekozrakost, nedoslýchavost atd. Jednotlivé poruchy mohou být jen mírné a přechodné nebo může jít o středně těžké až těžké poruchy (KOHOUTEK, 2002).

1.4 Disabilita

Disabilita je určité omezení, úplná ztráta či neschopnost osobně splnit konkrétní činnost. O takovém postižení mluvíme v případě, že není jedinec schopen vykonat danou činnost v rozsahu, který považujeme obecně za ustálenou normu. Porucha se může projevit nejen určitým rozsahem, ale i ve způsobu, jak činnost vykonáváme (SLOWÍK, 2007).

1.5 Handicap

Termín handicap užíváme, jestliže poškození orgánu limituje nebo zabraňuje naplnění role člověka, která je pro něj vzhledem k jeho životním nárokům potřebná. Handicap posuzujeme jako vliv nedostatečné funkčnosti orgánu nebo onemocnění na práci člověka, na dosažení jeho cílů, či nároků společnosti na člověka (KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, 2004).

Smyslový handicap vzniká v okamžiku, kdy je funkce smyslového orgánu narušena, nebo úplně chybí. Postižení je ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce orgánu. Stupeň handicapu je individuální. Včasnost, kvalita léčby a následné rehabilitace rozhodují o stupni postižení. Handicap není ucelený a přesně definovatelný pro každého jedince stejně. Závisí na druhu postižení a době vzniku defektu. Také záleží na tom, jakou má člověk povahu. Člověk, který je úzkostný, své postižení zveličuje, nechce spolupracovat se specializovaným týmem a svůj zdravotní stav tak vylepšovat, ponese svůj handicap jako břemeno. Jeho léčba bude viditelně obtížnější. U jiného člověka, který i na neštěstí vidí něco pozitivního a přistupuje k životu optimisticky, bude léčba a následná rehabilitace znatelně snazší. Závažnost handicapu se tedy bude odvíjet podle povahy a

temperamentu konkrétního člověka. Nemalý podíl ponese také vnímání postižení jeho okolím. Tedy pokud k postiženému budou přistupovat členové rodiny, nebo jeho blízcí či kolegové jako k méněcennému a nesoběstačnému, bude mít jejich přístup nepříznivý vliv na další vývoj stavu handicapovaného. V opačném případě, kdy bude okolí přeceňovat schopnosti handicapovaného a podceňovat závažnost situace, bude výsledek naprosto stejný (SLOWÍK, 2007).

2 ZRAKOVÝ HANDICAP

Zrak je bezpochyby jedním z nejdůležitějších lidských smyslů. Jeho funkce při zprostředkování informací v mezilidské komunikaci je mimořádně důležitá. Ten, kdo potřebuje k ostrému vidění brýle nebo čočky ovšem ještě nepatří mezi zrakově postižené (SLOWÍK, 2010).

Zrakově handicapovanými osobami se zabývá oftalmopedie. Jde o součást vědního oboru speciální pedagogiky. Název oftalmopedie vychází z řeckého slova *oftalmos*, což je oko a slova *paidea*, neboli výchova. Tento obor se věnuje výchově, vzdělání a rozvoji osob se zrakovým handicapem. V České republice je rozšířený název tyflopédie, kdy *tyflos* překládáme jako slepý (PIPEKOVÁ, 2010).

Za osobu se zrakovým handicapem považujeme podle tyflopédie jedince, který má i po optimální korekci zrakových vad v běžném životě obtíže s příjmem a zpracováním informací prostřednictvím očí. Zrakový handicap nastává tehdy, když chybí nebo je nedostačující kvalita zrakového vnímání (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ, 2004), (VITÁSKOVÁ, SOURALOVÁ, 2003).

2.1 Anatomie oka

Oko je smyslový orgán, který slouží k zaznamenávání optických stimulů. Sítnice je vnitřní tenká vrstva oka. Její hlavní funkcí je snímání a předzpracování světelných signálů přicházejících na sítnici skrz čočku. Oko nám umožňuje vidět prostorově, černobíle i barevně. Chrání ho víčko a slzný aparát. Spojivka je tenká, vlhká, dobře prokrvená sliznice, která pokrývá povrch oka a vnitřní stranu víček. Pohyby oka umožňují okohybné svaly. Tvar oka se podobá kouli a jeho průměr je přibližně 25 mm. Obsah oka je tvořen sklivcem a čočkou. Zbylý prostor vyplňuje hustá tělní tekutina, komorová voda.

Oko rozdělujeme na tři vrstvy:

- Vnější vrstva chrání oko mechanicky. Skládá se z předního a zadního segmentu. Přední segment tvoří rohovka. Je průhledná a lámou se zde světelné paprsky. Zadní segment je tvořen pevnou a neprůhlednou bělimou.
- Střední vrstva se stará hlavně o výživu oka.

- Sítnice obsahuje vlastní receptorové buňky. Je součástí vnitřní vrstvy. Ze sítnice jsou podněty vedeny do centrální nervové soustavy, kde se následně zpracovávají (NAŇKA, 2009).

Zrakový aparát není jen samotné oko. Jde o mnohem složitější systém, který slouží k zachycení, registraci, příjmu a prvotnímu zpracování informací z vnějšího prostředí člověka a skládá se z refrakčních a akcesorních struktur. Tyto struktury se následně podílejí při různých etapách procesu vidění. Proces vidění začíná u oka. Zde jsou zachycovány zrakové podněty, které jsou prostřednictvím zrakového nervu vedeny do korového centra v mozku. Tam jsou následně zpracovány na zrakové vjemy. Můžeme tedy říci, že se předmět v procesu vidění nejprve rozdělí na samostatné body, následně se průchodem paprsků optickými zařízeními opět spojí a vznikne původní obraz (KRHUTOVÁ, 2011).

2.2 Klasifikace osob se zrakovým handicapem

Zrakové vady a postižení můžeme rozdělovat do mnoha kategorií dle různých kritérií. Protože žádná klasifikace nedokáže dostatečně charakterizovat všechny okolnosti a projevy zrakového postižení, většinou se klasifikační přístupy kombinují a doplňují (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ, 2004).

Pokud uslyšíme označení zrakově postižený, většinou si automaticky představíme nevidomého člověka. Je ale fakt, že nevidomých lidí je mezi osobami se zrakovým handicapem absolutní menšina. Největší skupinu lidí z této minority představují slabozrací jedinci (KRHUTOVÁ, 2011).

Zraková vada je nedostatečnost zrakového vnímání vyvolaná různými příčinami a různých rozsahů. Mezi zrakové postižení patří i onemocnění oka s následnou sníženou funkcí vidění, stavy po úrazech oka, vrozené nebo získané poruchy na podkladě anatomickefyziologické poruchy (KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, 2004).

2.2.1 Klasifikace zrakového postižení podle World health organization

Zrakové vady rozdělujeme podle různých, stanovených kritérií. Níže uvádíme rozdělení zrakového postižení podle World health organization, dále jen WHO.

2.2.1.1 Střední slabozrakost

„Střední slabozrakost je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10–1/10. Přisuzujeme kategorii zdravotního postižení 1.

2.2.1.2 Silná slabozrakost

Silná slabozrakost je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) – minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10–10/20. Jedinec s takovým handicapem má druhou kategorii zrakového postižení.

2.2.1.3 Těžce slabý zrak

Těžce slabý zrak se dělí na zrakovou ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) – minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20–1/50 a na koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů. Osoby s těžce slabým zrakem se řadí do třetí kategorie zrakového postižení.

2.2.1.4 Praktická nevidomost

Praktická nevidomost je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena. Přisuzujeme 4. kategorii zrakového postižení.

2.2.1.5 Úplná nevidomost

Úplná nevidomost je ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí. Jedinec s takovým postižením bude patřit do páté kategorie zrakového postižení“ (SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY, 2014A, s. 1).

2.2.2 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle stupně zrakového postižení

Osoby se zrakovým handicapem rozdělujeme podle stupně zrakového postižení na:

- Nevidomé.

- Se zbytky zraku.
- Slabozraké.
- S poruchami binokulárního vidění (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

2.2.3 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle doby vzniku vady

Podle doby vzniku vady rozdělujeme zrakové postižení na:

- „Vrozené.
- Získané“ (SKÁKALOVÁ, 2011, s. 12).

2.2.4 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle příčiny

Zrakového postižení rozdělujeme podle příčiny na:

- Orgánová příčina – porucha zasahuje zrakový orgán buď jako celek nebo jeho jednotlivé části.
- Funkční příčina – porucha oslabuje výkon zrakového orgánu (SLOWÍK, 2007).

2.2.5 Klasifikace osob se zrakovým handicapem dle délky trvání postižení

Zrakové postižení rozdělujeme podle délky trvání na:

- Krátkodobé.
- Dlouhodobé (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ, 2004).

2.3 Specifika komunikace s pacienty se zrakovým handicapem

Život se zrakovým postižením je ve srovnání s životem vidících náročnější. Vidící lidé mohou osobám s postižením zraku snadno pomoci. Častokrát se ovšem může stát z pomoci nesnáz. Proto je důležité vědět, jak přistupovat k lidem se zrakovým handicapem. Z pohledu vidících lidí nejsou slabozrací zcela nevidomými. Tudiž podle vidících lidí slabozrací nepotřebují tak specifický přístup, jaký je určen nevidomým. Slabozrací lidé se často potýkají s důsledky zrakového postižení. Ze strany vidících se slabozrací hojně setkávají s nepochopením či se znevažováním svých kompenzačních pomůcek či speciálních úprav pro své potřeby (KRHUTOVÁ, 2011).

Častým problémem při snaze pomoci zrakově handicapovanému je nevědomost. Člověk, který chce pomoci, často neví, jak přistupovat ke člověku se zrakovým handicapem. Kvůli nesprávnému přístupu vidícího člověka se mnohdy stane, že nevidomý jedinec ani neví, že se mluví právě na něho. Nevidomý člověk netuší, že mu chceme pomoci, pokud na něho nejprve nepromluvíme. Proto je vhodné oslovit handicapovaného jako první. Nestačí pouze *dobrý den* nebo *ahoj*. Je důležité oslovit ho jménem, pokud ho známe. Následně bychom se měli představit my svým jménem, a to i přes to, že už jsme se v minulosti potkali. Postižený si nás nemusí pamatovat po hlase. Pokud jsme zvyklí podávat při začátku rozhovoru ruce, je vhodné na to handicapovaného upozornit předem – říci mu *nyní vám podávám ruku*. Některým nevidomým lidem nahrazuje stisk ruky oční kontakt.

V prostředí zdravotnictví je obzvláště důležité uvádět kromě našeho jména i pracovní zařazení. Pacient s postižením zraku nevidí naši jmenovku připnutou na oděvu. Nemá jinou možnost, jak se dozvědět, kdo ho ošetřoval a s kým přišel do kontaktu. V případě, že by se následně potřeboval odkázat na předchozího ošetřujícího lékaře, sestru nebo kohokoli jiného ze zdravotnického personálu, neměl by žádnou šanci. Může se stát, že handicapovaný jedinec na oslovení nebude reagovat. V tomto případě je vhodné se ho lehce dotknout. Pro dotyčného to často není příjemné, protože mu zasahujeme do jeho osobní zóny. Osobní zóna je termín užívaný při neverbální komunikaci. Jde o vzdálenost mezi komunikujícími. Odpovídá přibližně vzdálenosti natažených paží. Do této zóny se dostanou ti, s kterými si podáváme ruku. Delší setrvání v osobní zóně umožňujeme při neformální komunikaci přátelům. Blíže tělu se nachází zóna intimní. Do této zóny pouštíme pouze velmi blízké okolí. Vstup do intimní zóny cizím člověkem vyvolává ústup a tělo spouští obranné mechanismy. Tělo reaguje jako při útoku. Dotyčnému se napnou svaly do útoku nebo útěku, zrychlí se mu dech a tep, je ve stresu (KRHUTOVÁ, 2011); (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

Někdy pro začátek komunikace s nevidomou osobou používáme tzv. iniciální dotek. Iniciální dotek je určité domluvené znamení s nevidomým proto, aby věděl, že jsme u něho a že na něj mluvíme. Iniciální dotek také určuje začátek a konec naší přítomnosti. Handicapovaný jedinec má obvykle se svým blízkým okolím již domluvené místo iniciálního doteku. Pokud se s handicapovaným setkáváme poprvé a dané místo neznáme, je vhodné zvolit předloktí nevidomého jako místo iniciálního

doteku. Dotek by měl být zřetelný a přiměřeného tlaku. Dáváme si ale pozor, abychom se nevidomého dotkli až po tom, kdy ho oslovíme. Nikdy ne dříve (FRIEDLOVÁ, 2007).

2.3.1 Průvodce a asistenční pes

Zrakově handicapovaní mají možnost využívat asistence průvodcem nebo vodícím psem. Vodící pes nahrazuje handicapovanému zrak. Kromě vedení postiženého umí vodící pes najít prázdné místo v hromadné dopravě a ukázat mu, kam si má sednout. Tento pes umí také najít telefonní automat, projít stanicí až k nástupu a zabránit handicapovanému pádu do kolejiště. Pes umí převést handicapovaného přes cestu, přejít přes přechod pro chodce a najít na nádraží nebo na poště okénko, kde se zrakově znevýhodněného někdo ujme. Uplatňují se nejen nacvičené povely, ale také tzv. inteligentní neposlušnost. To znamená, že pes umí intuitivně odmítnout uposlechnutí povelu, pokud by jeho vykonání bylo pro pána nebezpečné (POMOCNÉ TLAPKY O. P. S., 2015).

Asistence těmito speciálně vycvičenými psy má ale také svá úskalí. Handicapovaný se často setkává s tím, že za doprovodu svého vodícího psa nemůže bez problémů vstoupit do některých veřejných míst. Blíže se tomuto problému věnuje zákon 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v části 3, § 30, který zní: „Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se pro potřeby věty první rozumí vodící pes nebo asistenční pes“ (ZÁKONY PRO LIDI, 2015A). Přičemž vstup a pohyb v těchto prostorech je pak na dohodě se zástupci příslušné organizace. Postiženého se psem lze tak prakticky z úřadů, škol a dalších zařízení vykázat. Tím se dostáváme k tomu, že vstup do veřejných prostor vodícím ani jiným asistenčním psům negarantuje žádný zákon ani vyhláška. Bohužel by pouze stačilo respektovat to, že asistenční či vodící pes má právo přístupu všude tam, kam má právo přístupu jeho pán (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

Při komunikaci se zrakově handicapovaným jedincem je důležité nezapomínat na to, že je člověk stejně jako každý jiný. Nevidomí lidé jsou svéprávní, ačkoli k nim tak vidící okolí často nepřistupuje. Průvodce nevidomého člověka není jeho zástupcem, je jen jeho doprovod. Nevidomý člověk nepotřebuje tiskového mluvčího. Vždy hovoříme k nevidomému jedinci, ne k jeho doprovodu.

Pokud je průvodcem nevidomého člověka vodící pes, měli bychom dodržovat určité zásady. Nikdy vodícího psa nevyrušujeme v jeho konání. Nikdy na psa nemlaskáme, nehvízdáme na něj, ani na sebe jiným způsobem neupozorňujeme. Vodící pes patří nevidomému a je jeho důležitou součástí. Není atrakcí pro okolí. Nikdy na vodícího psa nesaháme, nehladíme jej a nemluvíme na něj bez vědomí a dovození majitele. Jde o zasahování do vztahu nevidomý – pes. Stejně tak k sobě nikdy vodícího psa nevoláme a nekrmíme ho bez vědomí majitele. Pomáháme-li člověku s vodícím psem, nikdy nemanipulujeme se psem. Jak již bylo zmíněno, i zde platí, že nejdříve oslovíme nevidomého člověka i v takovém případě, že jej doprovází vodící pes (KRHUTOVÁ, 2011).

V případě, že vidící jedinec nahrazuje nevidomé osobě průvodce, je dobré nabídnout nevidomému paži vidícího průvodce. Obvykle se nevidomý pacient chytí mírně nad loktem a jde přibližně půl kroku za námi. Tím předcházíme případným nehodám. Při procházení dveřmi je vhodné jít jako průvodce na straně kliky a nevidomý člověk prochází okolo dveří na straně pantů. Naši volnou rukou otevíráme dveře a při průchodu dveřmi současně pokládáme naši průvodcovskou ruku na kliku. Nevidomý člověk pak sjede svou volnou rukou po naší ruce položené na klíce, kliku uchopí, projde a sám dveře zavře (KRHUTOVÁ, 2011).

2.3.2 Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým handicapem

Lidé se zrakovým postižením používají jako kompenzační pomůcky bílé hole. Funkce bílé hole jsou:

- Signalizační
 - Bílá barva na holi upozorňuje kolemjdoucí a řidiče na osobu těžce zrakově postiženou.

- Je nutné brát na tuto okolnost ohled a v případě potřeby poskytnout pomoc.
- Splňují všechny bílé hole.
- Ochranná
 - Hůl upozorní osobu se zrakovým handicapem v dostatečném předstihu na překážku a zabrání případnému střetu.
- Orientační
 - Hůl vyhledává body a znaky hmatového charakteru.
 - Napomáhá k prostorové orientaci a bezproblémovému pohybu nevidomých osob.
- Opěrná funkce
 - Hůl může sloužit i jako prostředek opory pro starší nebo nemocné osoby s postižením zraku (SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY, 2014B).

Při používání bílé hole se využívá kyvadlová a kluzná technika. Kyvadlová a kluzná technika jsou způsoby, jak číst terén prostřednictvím bílé hole. Kyvadlová technika je způsob chůze o holi, při níž hůl opisuje oblouk nad zemí v šíři ramen. Hůl se dotýká země jen na levé a pravé straně. Kluzná technika znamená, že hůl klouže po podložce a přesně kopíruje terén. Hůl nepouštíme z ruky. Tato technika je používána převážně u začátečníků. Pomocí ní je možno nalézt překážky, objekty a předměty.

Pro další kompenzaci zraku využívají osoby s těžkým postižením zraku hmat. S jeho pomocí čtou a píšou. Mají speciální písmo zvané Braillovo. Využívá se plastičnosti bodů vyražených do materiálu, které čtenář vnímá hmatem. Nejčastěji se s Braillovým písmem můžeme setkat na krabičkách léků, ve veřejných budovách, při označovacích cedulích, na zvoncích, před vstupem na schodiště nebo u zábradlí. Popisky, názvy a jiná upozornění v Braillově písmu informují a chrání osoby s postižením zraku.

2.3.3 Hmatné úpravy pro nevidomé

Mezi další kompenzační pomůcky pro lepší orientaci ve volném prostoru využívají nevidomí speciálně upravený terén. Jedná se o tzv. *hmatné úpravy pro nevidomé*, které jsou vytvořeny speciálními stavebními úpravami. Stavební úpravy

využívají všechny prvky pro zlepšení orientace a samostatného pohybu nevidomých a osob s těžkým zrakovým postižením. Zřizují se pro zajištění jejich soběstačnosti a bezpečnosti při běžném pohybu na ulicích a v dopravě. Hmatné prvky mají orientační nebo bezpečnostní funkci. Výjimečně zastávají i funkci informační. Handicapované osoby je vnímají především slepeckou holí a nášlapem. Pokud je přítomen i popisek v Braillově písmu nebo s reliéfním znakem, využívá handicapovaný i hmat.

- Vodící linie

Jsou základním hmatným prvkem. Jedná se o bezpečný a orientačně jednoduchý koridor. Vodící linie tvoří v exteriéru přirozené prostředí. Mohou jimi být například rozhraní chodník – trávník nebo stěna domu. V interiérech a tam, kde tyto prvky chybí, se nahrazují umělou vodící linií. Typické umělé vodící linie nalezneme na nástupištích metra nebo na vlakových nástupištích.

Povrch umělých vodících linií tvoří podélné drážky, které jsou hmatné pouze při použití kyvadlové a kluzné techniky. Přerušování vodící linie v délce cca 400 mm se zřizuje v místech, kde nevidomý může z linie odbočit nebo označení místa, kde lze nástupiště bezpečně přejít napříč k druhé odjezdové hraně.

- Signální pás

Je zvláštním typem umělé vodící linie. Signální pás určuje nevidomému přesný směr chůze v případech jako je přístup od vodící linie k označníku městské hromadné dopravy, dále jen MHD, nebo k přechodu pro chodce. Na železničních nástupištích signální pásy vyznačují přístup k vstupu do podchodu nebo k vstupu do výpravní budovy. Signální pás je vždy ukončen u přirozené nebo umělé vodící linie. Jeho povrch tvoří výstupky tvaru komolých kuželů. Signální pás je hmatný slepeckou holí a nášlapem. Pás je obvykle barevně odlišný vůči okolí.

- Vodící pás přechodu pro chodce se zrakovým postižením

Dalším typem umělé vodící linie je vodící pás přechodu. Vede napříč vozovkou a musí navazovat na signální pásy na chodníku. Vodící pás se zřizuje tam, kde je orientačně složitější přechod. Jeho povrch tvoří čtyři podélné proužky, které se na vozovku nalepují, proto je hmatný pouze při použití kyvadlové kluzné techniky.

- Varovný pás

Slouží k označení rozhraní mezi prostorem běžně přístupným a prostorem potenciálně nebezpečným. Zřizuje se v místech sníženého obrubníku. Jeho povrch tvoří výstupky tvaru komolých kuželů. Varovný pás je hmatný slepeckou holí a nášlapem a musí být vizuálně kontrastní.

- Varovný pás se sloučenou vodicí funkcí

Zřizuje se na železničních nástupištích. Tento pás odděluje bezpečnostní pruh od ostatní plochy nástupiště. Profil povrchu tvoří podélné drážky, které jsou hmatné při použití kyvadlové kluzné techniky (TYFLOCENTRUM, 2015).

2.3.4 Použití popisků v Braillově písmu v terénu

- Označování výstupu z podchodů.
- Umisťují se na zadní stranu pravého zábradlí do oblasti před první schodišťový stupeň.
- Označení ovládacích prvků výtahů.
- V interiéru pro označení dveří.
- K označení nástupiště, stanoviště a cílové stanice na autobusových nádražích.
- Na zastávkách městské hromadné dopravy obsahují název zastávky, informaci o čísle linky, směru jízdy, a zda se jedná o denní nebo noční spoj.
- Tyto stavební úpravy nalezneme především ve větších městech (TYFLOCENTRUM, 2015).

3 SLUCHOVÝ HANDICAP

Sluch je druhým nejdůležitějším lidským smyslem. Umožňuje nám dorozumívat se mluvenou řečí. Sluch je tedy velmi významnou součástí komunikace. Během mluvení zajišťuje sledování a kontrolu mluveného projevu (KEJKLÍČKOVÁ, 2011).

Sluch je základní podmínkou pro rozvoj řeči a mezilidské komunikace, a tím i pro přirozený rozvoj duševního života člověka a jeho společenských vztahů (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

Sluchové vnímání je po genetické stránce důležitou složkou dorozumívacího procesu, protože sluchem přicházejí informace sloužící ke správné orientaci v prostředí. Normální funkce sluchového analyzátoru je nezbytným předpokladem pro rozvoj mluvené řeči (SOURALOVÁ, LANGER, 2003).

Sluchová vada je poškození orgánu nebo jeho funkce tak, že je nějakým způsobem snížena kvantita či kvalita slyšení. Sluchové postižení je širší termín zahrnující i sociální důsledky včetně řečového defektu (POTMĚŠIL, 2003).

Sluchové postižení je následkem organické vady nebo funkční poruchy v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center. Případně se může jednat i o následek funkcionálně percepčních poruch (SLOWÍK, 2007).

Sluchově handicapovanými osobami se zabývá obor surdopedie. Pojem surdopedie se skládá ze slov *surdus*, což je latinsky hluchý, a řeckého *paideia* neboli výchova. Tento vědní obor se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedince se sluchovým postižením. Snaží se o jeho plné začlenění do společnosti. Pracuje s jedinci, jejichž sluchové postižení je natolik závažné, že se nemohou vzdělávat v podmínkách běžné školy (STRNADOVÁ, 2002).

Na rozdíl od ostatních postižení lidských smyslů má sluchový handicap tu nevýhodu, že není na první pohled viditelný.

3.1 Anatomie ucha

Sluchové ústrojí dělíme dle vývoje, anatomie a funkce na tři části:

- Zevní ucho se skládá z boltce, zevního zvukovodu a bubínku.
- Do středního ucha patří středoušní dutina, kde se nachází sluchové kůstky. Mezi sluchové kůstky řadíme kladívko, kovadlinku a třmínek. Středouší komunikuje s nosohltanem pomocí Eustachovy trubice.
- Vnitřní ucho se skládá z kostěného a blanitého labyrintu. Kostěný labyrint představuje sluchovou část ucha. Tvoří ho centrální dutina, tři polokruhovitě chodbičky a hlemýžď. Rovnovážnou část ucha představuje labyrint blanitý. Obsahuje tři polokruhovitě kanálky a dva váčky (NAŇKA, 2009).

Sluchový aparát tvoří párový orgán. Je tvořen periferní a centrální částí. Periferní část je složena z vnějšího ucha a zvukovodu. Zvukovod je zakončen bubínkem a bubínkovou blankou. Tenká a pružná blanka zajišťuje díky své schopnosti reagovat na zvukové vlny rozkmitáním, přenos zvukových vln do dalších částí ucha. Následuje střední ucho, jež je tvořeno drobnými a vzájemně propojenými kůstkami zvanými kladívko, kovadlinka a třmínek. Kůstky převedou vibrace blanky bubínku na druhou pružnou blanitou část, která uzavírá bubínkovou dutinu. Ta odděluje tekutinu vnitřního ucha. Vnitřní ucho slouží k převodu kmitů na elektrické impulzy a ty následně vedou k centru nervovou dráhou. Ve vnitřním uchu se nachází centrum rovnováhy. Často se tedy setkáváme u osob s postižením sluchu i s poruchou rovnováhy (POTMĚŠIL, 2011).

Hlavní význam pro sluchové vnímání a pro řízení sluchových reakcí má centrální část sluchového analyzátoru, která je uložena v temporálním laloku mozkové kůry. Na podkladě zákonitostí vyšší nervové činnosti zde dochází k veškeré analýze a syntéze přicházejících zvuků a také ke zpracování základního zvukového materiálu řeči (SOURALOVÁ, LANGER, 2003).

3.2 Klasifikace osob se sluchovým handicapem

Osoba se sluchovým handicapem nemusí být vždy neslyšící. Podle zákona č.155/1998 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, se za neslyšící považují osoby, které neslyší od narození, nebo ztratily sluch

před rozvinutím mluvené řeči. Dále se za neslyšící považují osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči. A osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem (ZÁKONY PRO LIDI, 2015B).

Stejně jako u postižení zraku i u sluchového handicapu hrají důležitou roli velikost sluchové ztráty a doba vzniku postižení.

V roce 1980 vydala v Ženevě Světová zdravotnická organizace doporučenou klasifikaci stupňů sluchového postižení, která je aktuální i z hlediska charakteristik vývoje řeči. Sluchová ztráta se vypočítá jako průměr hodnot na audiogramu na kmitočtech 500 Hertz, dále jen Hz, 1000 Hz a 2000 Hz na lepším uchu. Za neslyšící jsou podle této klasifikace považováni pouze ti, kteří nejsou schopni slyšet zvuk ani při zesílení (KRAHULCOVÁ, 2002).

3.2.1 Mezinárodní klasifikace dle World health organization podle stupně sluchového postižení

Sluchový handicap rozdělujeme podle stupně sluchového postižení na:

1. Normální sluch: 0 – 25 decibelů, dále jen dB
2. Lehká nedoslýchavost: sluchová ztráta 26–40 dB
3. Střední nedoslýchavost: sluchová ztráta 41–55 dB
4. Středně těžké postižení sluchu: sluchová ztráta 56–70 dB
5. Těžké postižení sluchu: sluchová ztráta 71–90 dB
6. Velmi závažné postižení: sluchová ztráta nad 91 dB (STRNADOVÁ, 2002).

Pro lepší představu uvedeme několik příkladů zvuků. Nejnižší práh slyšení lidského ucha je 0 dB, šeptaná řeč má 10 dB, psaní tužkou vyvine 30 dB, standardně hlasitý hovor má sílu přibližně 60 dB, řetězová pila dosahuje 100 dB, motorová sbíječka vyvine 130 dB a motory startujícího letadla ve vzdálenosti cca 200 metrů dosahují 140 dB (POTMĚŠIL, 2011).

Slowík ve své publikaci uvádí jednoduchý návod jak definovat poruchu sluchu: „Orientačně je možné rozpoznat sluchovou vadu u člověka tehdy, když dobře neporozumí běžné řeči na vzdálenost větší než 6 metrů“ (SLOWÍK, 2010, s. 78).

3.2.2 Klasifikace sluchového postižení podle typu

Sluchové postižení rozdělujeme podle typu vady na:

- Převodní vady jsou vady vnějšího a středního ucha; jedinec špatně slyší a jde o kvantitativní postižení sluchu.
- Percepční vady jsou vady vnitřního ucha a centrální nervové soustavy, dále jen CNS; jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu.
- Smíšené vady jsou kombinací obou předchozích (SLOWÍK, 2007).

3.2.3 Klasifikace sluchového postižení dle doby vzniku

Sluchové postižení rozdělujeme podle doby vzniku na:

- Vrozené – vznikají na základě dědičnosti nebo v době nitroděložního vývoje dítěte.
- Získané – vznikají až po narození (SOURALOVÁ, LANGER, 2003).

Osoby se získanou vadou sluchu dále dělíme na prelingválně a postlingválně neslyšící.

- Prelingválně neslyšící osoby – postižení vzniklo perinatálně nebo ke ztrátě sluchu došlo před ukončeným vývojem jazyka.
- Postlingválně neslyšící osoby – ke ztrátě sluchu došlo po ukončení vývoje jazyka.

„V tomto hodnocení se odráží předpokládaná úroveň ovládnutí jazyka a míra komunikačních schopností“ (POTMĚŠIL, 2011, s. 366).

3.2.4 Klasifikace sluchového postižení podle etiologie

Sluchové postižení dělíme podle etiologie na:

- Původ defektu je ve sluchovém orgánu; handicap vznikl na podkladě vývojové vady, následkem nemoci nebo úrazu.

- Původ defektu je ve funkci sluchu; handicap vznikl na podkladě funkce bez poškození tkání (VÍTKOVÁ, 2004).

3.2.5 Klasifikace sluchového postižení dle schopnosti vnímat zvuk

Podle schopnosti vnímat zvuk rozdělujeme sluchové postižení na:

- „Nedoslýchavost – snížená schopnost vnímat zvuk.
- Hluchota – úplná neschopnost vnímat zvuk.
- Praktická hluchota – zbytkové slyšení není v tónové oblasti pro řeč“ (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014, s. 18).

Nejtěžším stupněm sluchové poruchy je hluchota. Znemožňuje vnímání mluvené řeči i její přirozený vývoj. Jedinec je zcela odkázán na vizuální způsob příjmu informací (SOURALOVÁ, LANGER, 2003).

Člověk s postižením sluchu nemusí mít oba sluchové aparáty stejně postižené. U téhož jedince může být stupeň sluchového postižení na každém uchu jiný. Za neslyšícího se nepovažuje jedinec s jednostrannou úplnou hluchotou. Jeho druhé zdravé ucho může používat k vnímání mluvené řeči, kterou si následně spontánně osvojí (STRNADOVÁ, 2002).

3.3 Specifika komunikace s pacienty se sluchovým handicapem

Obecné zásady pro mezilidskou komunikaci platí pro všechny lidi stejně. Také pro komunikaci s neslyšícími lidmi platí, že individuální přístup bez předsudků je ideální. Je ovšem důležité komunikovat se znalostí širších souvislostí. Například jaký způsob komunikace handicapovaný preferuje, jestli umí odezírat, anebo jestli bude potřeba přivolat tlumočnicka. Lidé s různým typem sluchového postižení mají zcela odlišné a protichůdné potřeby. Především musíme rozlišit osoby s postižením sluchu, vzniklým prelingválně a postlingválně pro správný způsob komunikační techniky (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

Pro komunikaci s neslyšícím člověkem platí i důležitá etická pravidla. Pokud komunikujeme s neslyšící osobou prostřednictvím tlumočnicka, obracíme se v řeči vždy na neslyšícího. Tlumočnick pouze tlumočí naše sdělení, nezastupuje handicapovaného.

Úkolem tlumočnicka je tlumočit naprosto přesně a detailně obsah komunikace. Vyvarujme se proto nevhodných a postranních poznámek na adresu neslyšícího pacienta (SLOWÍK, 2007).

3.3.1 Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Mezi základní kompenzační pomůcky pro sluchově handicapované osoby se řadí sluchadlo a kochleární implantát.

- Individuální sluchadlo

Sluchadlo je elektroakustický přístroj. Má za úkol zesilovat a modulovat zvuky. Je vhodné pro nedoslýchavé osoby. Sluchadlo je vždy individuálně nastaveno podle potřeb pacienta a na základě vyšetření sluchu. Nejstarším typem sluchadla je *kapesní sluchadlo*. Zdrojem pro provoz je tužková baterie a pomocí tenkého kabelu je spojen se sluchátkem, které je na konci opatřeno tvarovkou. Tvarovka je přesný odlitek zvukovodu a musí přesně zapadnout do zvukovodu, jinak nefunguje správně. Snadno správnost sluchadla poznáme. Pokud sluchadlo píská tak, že ho slyší i okolí handicapovaného, je to známka toho, že není správně upevněno a potřebuje opravu. Novějším typem sluchadla je *závěsné sluchadlo*. Je zavěšeno na vnitřní straně boltce. Zvuk se do zvukovodu šíří pomocí plastové hadičky, která je na konci opatřena tvarovkou. *Brylové sluchadlo* je kombinací dvou kompenzačních pomůcek. Tento typ sluchadla se moc nedoporučuje, protože pokud se poškodí jedna část, handicapovaný přijde o obě pomůcky zároveň. *Zvukovodné sluchadlo* je již miniaturní, ale výkonná kompenzační pomůcka. Všechny její součásti jsou umístěny ve zvukovodu, což má velkou výhodu pro nositele, který bude lépe přijat do společnosti. *Kanálové sluchadlo* je nejmenší kompenzační pomůckou pro sluchově handicapované osoby. Je kvalitní a díky své velikosti se dá umístit hluboko do zvukovodu. Používá se ke korekci lehčích sluchových ztrát.

- Kochleární implantát

Kochleární implantát je elektronická funkční smyslová náhrada. Kochleární implantát přenáší zvuk přímo elektrickou stimulací, tedy drážděním sluchového nervu uvnitř hlemýždě ve vnitřním uchu. Skládá se z řečového procesoru s mikrofonom, 22 elektrod a vysílací cívky. Signál řeči se mění pomocí

procesoru na elektrické impulzy. Cívka slouží k vysílání signálů přes kůži do implantovaného přijímače. Přijímač se umísťuje pod kůži za ucho do spánkové kosti. Svazek elektrod je tak veden až do hlemýždě vnitřního ucha. Přijímač a svazek elektrod jsou vnitřní součástky kochleárního implantátu. Je určen pro neslyšící osoby, kterým nestačí kompenzace sluchu sluchadlem. Většinou se implantuje již v předškolním věku dítěte, aby pomohl s rozvojem řeči (HOUDKOVÁ, 2005); (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014); (POTMĚŠIL, 2011).

3.3.2 Komunikační techniky osob s postižením sluchu

Komunikace s osobou se sluchovým handicapem je individuální. Záleží na tom, jaký typ komunikace dotyčný preferuje. Důležité je, jestli je úplně ohluchlý, nebo zda má zbytky sluchu a jestli o sluch přišel před ukončením vývoje řeči nebo až po ukončení vývoje řeči. Pro komunikaci s pacientem se sluchovým postižením v přednemocniční neodkladné péči se může použít papír a tužka. Veškeré informace se tak sdělí psaním. Ovšem tento typ komunikace není vždy účinný. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, a nemají abstraktní myšlení, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

Podle zákona č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, mají osoby s postižením sluchu nárok na výběr komunikační techniky z více typů (ZÁKONY PRO LIDI, 2015D).

- Český znakový jazyk
Český znakový jazyk je založen na tvarech, pozicích a pohybech rukou a mimice. Nepoužívá skloňování a časování.
- Znakovaná čeština
Znakovaná čeština je uměle vytvořený typ komunikace. Princip je stejný jako u českého znakového jazyka, s tím rozdílem, že se kromě posunků slova i hláskují. Využívá se skloňování i časování. Věta se znakuje podle slovosledu mluvené věty.

- Prstová abeceda
Jde o zobrazování hlásek pomocí rukou. Používá se tam, kde neexistuje znak pro daný pojem nebo pro cizí a odborné výrazy.
- Gestuno
Gestuno je mezinárodní znakový jazyk. Gestuno je pro sluchově handicapované jako esperanto pro slyšící.
- Vizualizace mluvené češtiny
Vizualizace mluvené češtiny je zřetelná artikulace českých slov. Je to jednodušší způsob odezírání. Tento typ komunikace je vhodný pro ty, jež ovládají český jazyk a odezírání preferují.
- Mluvený jazyk
Mluvený jazyk se snaží používat ve slyšících rodinách s neslyšícím příslušníkem. Cílem je, aby řeč handicapovaného byla co nejvíce srozumitelná. Tento typ není moc efektivní vzhledem k tomu, že handicapovaný potřebuje komunikovat se širším okolím, než je jeho rodina.
- Písemný záznam mluvené češtiny
Písemný záznam mluvené řeči neboli komunikace přes papír. Je vhodná u těch handicapovaných, kteří přišli o sluch až po vývoji řeči.
- Lormova abeceda
Lormova abeceda je dotyková dlaňová abeceda, při které se jednotlivá písmena vyznačují do dlaně a prstů příjemce pomocí ustálených pohybů a doteků.
- Daktylografika
Jde o vpisování velkých tiskacích písmen do dlaně ruky příjemce sdělení.

- Braillovo písmo
Braillovo písmo využívá taktilní formu. Písmena abecedy se zobrazují pomocí ustálených dotyků na dvou prstech jedné ruky nebo na více prstech obou rukou příjemce sdělení.
- Taktilní odezírání
Jde o vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek mluvícího.
- Vibrační metoda Tadoma
Tato vibrační metoda je založena na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek a zároveň i pohybů dolní čelisti, rtů a tváří mluvícího.
- Tlumočení
Každý pacient s postižením sluchu má nárok na služby tlumočnicka. O tlumočení jsme se zmiňovali výše, v kapitole 3.3.
- Odezírání
Odezírání je velmi náročný způsob komunikace. Neslyšící neslyší intonaci, sílu a barvu hlasu. Je schopen vidět rytmus a tempo. Neslyšící odhaduje projev také podle postoje a mimiky mluvícího. Je důležité při odezírání mluvit pomalu a klidně a výrazně artikulovat. Neslyšící musí znát téma rozhovoru, aby mohl předpokládat nebo očekávat slova rozhovoru.
- Počítač a internet
Počítač a internet používají osoby s postižením sluchu stejně jako slyšící lidé. Místo výstupu zvuku využívají titulky (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014); (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010); (SKÁKALOVÁ, 2011).

4 PACIENTI S DUÁLNÍM SENZORICKÝM HANDICAPEM – HLUCHOSLEPÍ

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

Helen Kellerová

„Specifickou skupinou mezi zdravotně postiženými občany tvoří osoby s duálním senzoricím postižením – hluchoslepí. Představují mezi všemi smyslově postiženými jednu z nejproblematictějších skupin, a to vzhledem ke kombinaci postižení zraku a zároveň i sluchu. A přitom se toho mezi nepostiženou veřejností o nich ví poměrně málo“ (LUDÍKOVÁ, 2001, s. 7).

Hluchoslepota je jedinečné postižení, které vzniká kombinací zrakové a sluchové vady. Tento druh postižení způsobuje potíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě. Hluchoslepota je postižení, které je způsobeno kombinací vážného poškození sluchu a zraku. Hluchoslepí lidé jsou nejen osoby s úplnou ztrátou sluchu a zraku, ale i jedinci, kteří mají tyto funkce postiženy jen částečně. Toto je velmi důležitá věc, protože hluchoslepý člověk nemusí být úplně hluchý a slepý. Hluchoslepý člověk může být také těžce nedoslýchavý a slabozraký, nebo hluchý a slabozraký, či slepý a nedoslýchavý (ŠTĚRBOVÁ et al., 2005; SLOWÍK, 2007).

Člověk je považován za hluchoslepého, pokud mu kombinace jeho zrakové a sluchové vady způsobuje potíže při komunikaci, v přístupu k informacím a při orientaci v prostoru (LORM, 2015).

4.1 Klasifikace hluchoslepých osob

Klasifikace osob s tímto typem handicapu je velmi obtížná, a to zejména z toho důvodu, že hluchoslepe osoby tvoří velmi různorodou skupinu s postižením dvou základních lidských smyslů.

Příčiny vzniku hluchoslepoty jsou různé. Vedle dědičnosti a nedonošení plodu hrají svou roli i viry a infekce, a to jak v období před početím, v době početí, tak v prenatálním období jedince (LUDÍKOVÁ, 2005).

Kategorie osob s duálním sensorickým handicapem je dle příčiny i hloubky postižení nestejnorodou skupinou. Je důležité vědět, že postižení každého hluchoslepeho jedince je zcela individuální. Důsledek handicapu závisí na době vzniku a délce projevu smyslového poškození. Dále se na úrovni handicapu podílí intelektuální předpoklady jedince a další případná přidružená postižení. V neposlední řadě záleží také na včasnosti a adekvátnosti výchovně vzdělávací péče a celkové úrovni psychického, biologického a sociálního vývoje daného jedince (LUDÍKOVÁ, 2005; SOURALOVÁ, HORÁKOVÁ, 2008).

4.1.1 Klasifikace hluchoslepých osob dle čtyř základních skupin

Hluchoslepe osoby dělíme podle čtyř základních skupin na:

- Osoby se souběžným postižením zraku a sluchu od narození; tj. vrozená totální hluchoslepota.
- Osoby s postižením sluchu od narození a získanou zrakovou vadou. Obvykle jde o osoby prelingválně neslyšící s progredující ztrátou zraku, která je způsobena nemocí či vrozeným syndromovým onemocněním.
- Osoby s postižením zraku od narození a získanou sluchovou vadou. Jde o osoby primárně nevidomé se zhoršující se sluchovou vadou. Přičemž se opět v průběhu života projevují důsledky syndromového onemocnění, případně dojde k úrazu.
- Osoby se získanou sluchovou i zrakovou vadou. To jsou osoby, kterým se zrak a sluch zhoršuje v průběhu života, případně až v seniorském věku (HORÁKOVÁ, 2012).

4.1.2 Klasifikace hluchoslepých osob dle sensorického příznaku

Hluchoslepe osoby rozdělujeme podle sensorického příznaku na:

- „Totálně hluchoslepi – osoby s totální absencí zraku i sluchu.
- Prakticky hluchoslepi – osoby s minimálními zbytky zraku či sluchu.
- Slabozrací neslyšící – osoby se zbytky zraku a totální či praktickou hluchotou.

- Nedoslychaví nevidomí – osoby se zbytky sluchu a totální či praktickou slepotou.
- Slabozrací nedoslychaví – osoby se zbytky zraku i sluchu“ (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010, s. 123).

4.1.3 Klasifikace hluchoslepých osob dle doby, kdy došlo k projevu jednotlivých příznaků hluchoslepoty

Hluchoslepe osoby dělíme podle doby, kdy došlo k projevu jednotlivých příznaků hluchoslepoty na:

- „Hluchoslepi od narození.
- Prvotně hluší se ztrátou zraku v raném období; tj. mezi šestým až devátým rokem věku dítěte.
- Prvotně hluší s pozdní ztrátou zraku – ke ztrátě zraku došlo po dosažení devátého roku věku dítěte.
- Prvotně nevidomí s ranou ztrátou sluchu.
- Prvotně nevidomí s následnou, počecovou ztrátou sluchu.
- Prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v raném období.
- Prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v počecovém období.
- Prvotně slabozrací s následnou ztrátou sluchu.
- Prvotně nedoslychaví s následnou ztrátou zraku“ (LUDÍKOVÁ, 2005, s. 117).

4.2 Specifika komunikace s pacienty s duálním senzoricým handicapem

Většina osob s duálním senzoricým postižením ztratí nejdříve jeden z lidských smyslů – zrak nebo sluch – a až poté, postupně nebo náhle, v pozdější době ztratí i druhý z těchto lidských smyslů. U této skupiny hluchoslepých předpokládáme, že již byla komunikace vybudována. To znamená, že můžeme vycházet z nějaké formy komunikace. Může to být mluvené slovo, znaková řeč, znalost základních jazykových pravidel či psané slovo. Velkým plusem je i určitá základna znalostí pojmů, na kterém může člověk s duálním senzoricým postižením dále budovat a rozvíjet své znalosti (ROSULKOVÁ, 2005).

4.2.1 Komunikační techniky osob s duálním sensorickým handicapem

Komunikace s hluchoslepým pacientem je velmi individuální. Závisí na tom, zda k postižení zraku došlo před vývojem mluvené řeči a době, kdy došlo k postižení sluchu. Podle zákona č. 423/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, si mohou osoby s duálním sensorickým handicapem vybrat z různých způsobů dorozumívacích prostředků.

- **Taktilní forma českého znakového jazyka**
Taktilní forma českého znakového jazyka je dotyková forma znakového jazyka. Je přizpůsobena komunikačním možnostem hluchoslepých osob. De facto jde o to, že jednotlivé znaky jsou ohmatávány v průběhu komunikace.
- **Znakovaná čeština**
Znakovaná čeština se liší od českého znakového jazyka tím, že je v podstatě běžnou a hlasitě artikulovanou řečí, jež je doprovázena znakováním jednotlivých výrazů. Vhodné použití je u osob, kde došlo ke sluchovému postižení později.
- **Prstová abeceda**
Prstová abeceda neboli daktylotika je formování tvarů písmen pomocí prstů a dlaní jedné nebo obou rukou. Používá se hlavně při hláskování neznámých a cizích slov, odborných termínů nebo vlastních jmen. U hluchoslepých osob se používá taktilní forma prstové abecedy. Jednotlivé znaky odezírají hmatem.
- **Vizualizace mluvené češtiny**
Jde o odezírání mluveného projevu. Klade se ale důraz na zřetelné artikulování, aby i osoba se zrakovým handicapem dokázala slova zachytit a rozpoznat.
- **Písemný záznam mluvené češtiny**
Mluvený projev se převádí do písemné podoby. Podle potřeb handicapovaného se patřičně zvětší nebo se přepíše do Braillova písma. Je vhodný u osob, které přišly o sluch až po ukončení vývoje řeči.

- Lormova abeceda

Dalším typem taktilní komunikace je Lormova abeceda. Jde o to, že se jednotlivá písmena označují stanoveným pohybem nebo dotykem na dlani a prstech příjemce sdělení. Pro nepostížené, kteří komunikují s hluchoslepými a neumí Lormovu abecedu, existuje speciální rukavice s vyznačením jednotlivých písmen (ZÁKONY PRO LIDI, 2015C); (SLOWÍK, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

5.1 Cíl práce

Praktickou část bakalářské práce jsme zpracovali formou průzkumného šetření. Prostřednictvím dotazníkového šetření jsme objasňovali, zda se zdravotničtí záchranáři orientují ve specifikách komunikace se smyslově handicapovanými pacienty. Zjišťovali jsme, zda zdravotničtí záchranáři absolvovali v průběhu svého profesionálního růstu vzdělávací programy, se zaměřením na specificky handicapované pacienty.

5.2 Průzkumný cíl

Vytyčením průzkumného cíle chceme zjistit zkušenosti a znalosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s osobami se smyslovým handicapem. Abychom dokázali odpovědět na stanovený průzkumný cíl, vytyčili jsme si vedlejší cíle. Úkolem dotazníkového šetření bylo zjistit nejčastější typy postižení, se kterými se zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči setkávají. Dále jsme si určili zmapovat znalosti zdravotnických záchranářů o specifikách komunikace v přednemocniční neodkladné péči u pacientů se smyslovým handicapem. Zajímalo nás, zda zdravotničtí záchranáři absolvovali vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty.

5.3 Zkoumaný soubor

Dotazník jsme rozeslali mezi respondenty 1. 2. 2015. Průzkumné šetření bylo ukončeno ke dni 5. 3. 2015. Zkoumaným souborem byli zdravotničtí záchranáři. Zkoumaný soubor čítal 80 respondentů. Dotazník jsme respondentům zaslali na základě zaměstnání u záchranné služby. Místo průzkumu nelze konkretizovat vzhledem k tomu, že byl dotazník anonymní a zdravotničtí záchranáři ho mohli vyplňovat na celém území České republiky, potažmo Slovenské republiky.

5.4 Metody a techniky

Při průzkumném šetření jsme použili kvantitativní metodu sběru dat. Dotazník byl zpřístupněn respondentům pomocí online dotazníku, který byl vytvořen

na internetového serveru survio.com. Strukturovaný dotazník jsme respondentům rozesílali pomocí e – mailové pošty nebo přes sociální síť. Finanční nároky na dotazník nebylo potřeba více zohledňovat. Dotazník jsme vytvořili na internetovém serveru, kde je možnost vytvořit dotazník zdarma. Následné zprostředkování dotazníků respondentům pomocí emailové pošty a sociální sítě bylo rovněž zdarma. Předpokládali jsme, že se navrátí více než 100 dotazníků. Skutečná návratnost byla 80 dotazníků. Zjištěné údaje jsme zpracovali v počítačovém programu MS EXCEL.

5.5 Zpracování

Jednotlivé položky dotazníku, stejně jako jeho úvod, jsme koncipovali tak, aby byl pro respondenty přehledný a nenáročný. Dotazník byl sestaven tak, abychom se dozvěděli o zkušenostech zdravotnických záchranářů s komunikací se smyslově handicapovanými osobami a zároveň abychom zjistili, jaké znalosti zdravotničtí záchranáři o této problematice mají. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Celé znění dotazníku je patrné z přílohy R – Dotazník k průzkumnému šetření.

Pro průzkumné šetření jsme zvolili strukturovaný dotazník, který tvořil dvacet jedna položek. Dotazník se skládal z dvaceti uzavřených a jedné polootevřené otázky. Polootevřenou otázku jsme zvolili tam, kde jsme očekávali vlastní odpověď respondenta. U dvou uzavřených otázek mohl respondent označit více možností odpovědí, jelikož bylo u otázky více správných odpovědí.

Časový harmonogram tvorby dotazníku tvořil přípravu od 20. 1. 2015 do 29. 1. 2015. Pilotní vyplňování dotazníku probíhalo mezi spolužáky a rodinou. Poté jsme vyhodnotili dotazník jako srozumitelný a validní. Samotná realizace průzkumu probíhala od 1. 2. 2015 do 5. 3. 2015 včetně. Závěrečné zpracování dat z dotazníkového šetření probíhalo v březnu 2015.

5.6 Hypotézy

Hypotézy jsme stanovili na základě předem vytyčených cílů.

Hypotéza 1 - Předpokládáme, že nejčastějším typem postižení, se kterým se zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči setkali, je sluchové postižení.

Hypotéza 2 - Předpokládáme, že 2/3 dotázaných respondentů má obtíže při komunikaci s pacienty se smyslovým handicapem.

Hypotéza 3 - Předpokládáme, že 2/3 zdravotnických záchranářů neabsolvovaly žádný vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty.

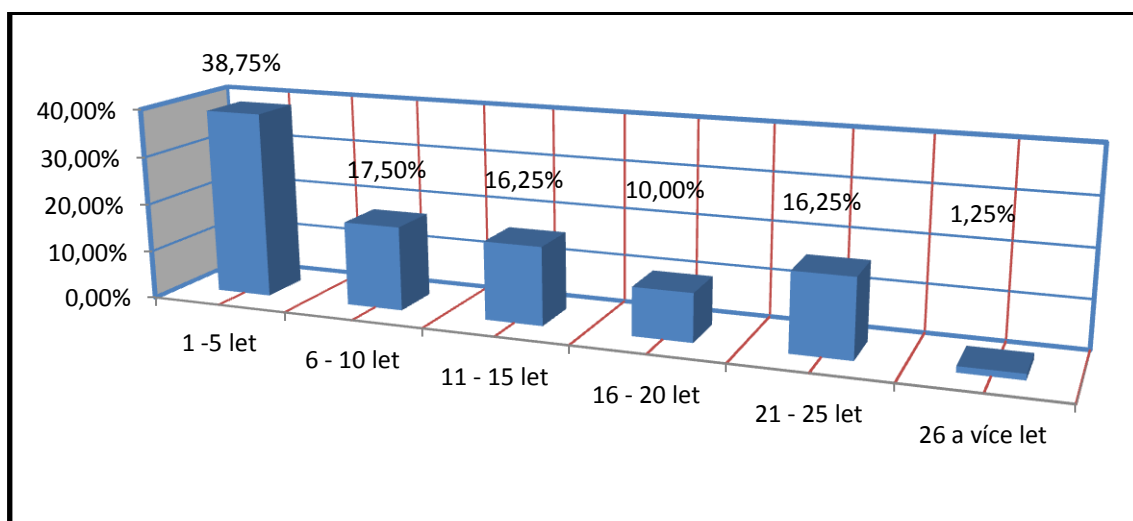
5.7 Výsledky průzkumu

Položka 1 – Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 1 Kolik let pracujete ve zdravotnictví

| Položka 1 | | |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Odověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) 1 – 5 let | 31 | 38,75 % |
| b) 6 – 10 let | 14 | 17,50 % |
| c) 11 – 15 let | 13 | 16,25 % |
| d) 16 – 20 let | 8 | 10,00 % |
| e) 21 – 25 let | 13 | 16,25 % |
| f) 26 a více let | 1 | 01,25 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 1 Kolik let pracujete ve zdravotnictví



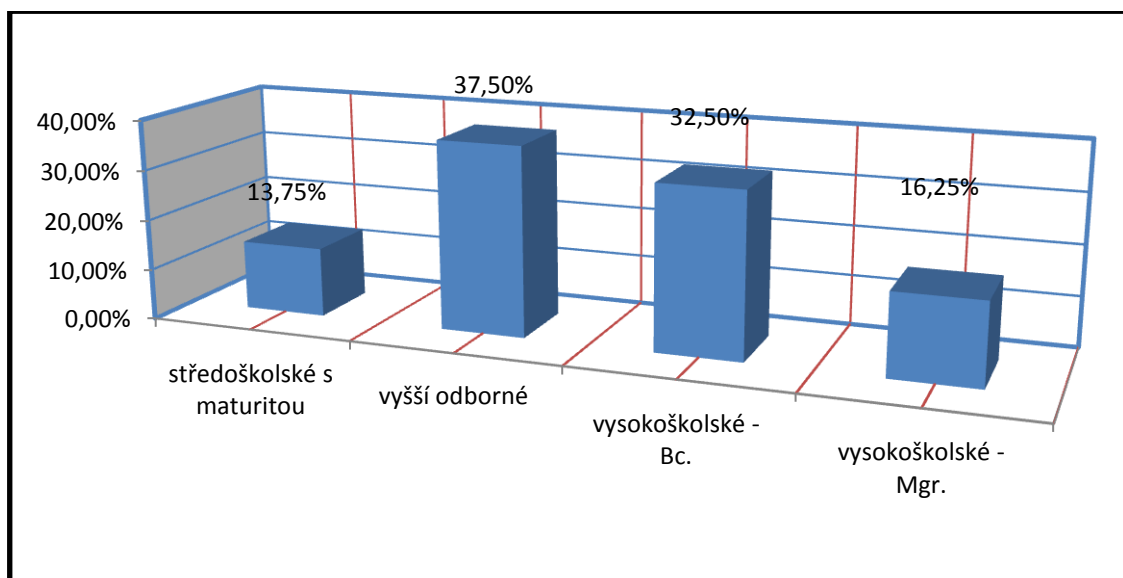
Položka 1 se dotazovala na dobu, po kterou respondent pracuje ve zdravotnictví. Na položku 1 odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Celkem 31 tj. (38,75 %) respondentů zvolilo možnost jeden rok až pět let. Čtrnáct (17,50 %) respondentů odpovědělo, že ve zdravotnictví pracuje šest až deset let. Třináct (16,25 %) respondentů označilo možnost 11 až 15 let. Dvacet jedna až dvacet pět let pracovalo ve zdravotnictví 13 (16,25 %) respondentů. Osm (10,00 %) respondentů odpovědělo, že ve zdravotnictví pracuje 16 až 20 let. Jeden (01,25 %) respondent odpověděl, že pracuje ve zdravotnictví 26 a více let. Položka 1 byla uzavřená otázka.

Položka 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

| Položka 2 | | |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) středoškolské s maturitou | 11 | 13,75 % |
| b) vyšší odborné | 30 | 37,50 % |
| c) vysokoškolské – Bc. | 26 | 32,50 % |
| d) vysokoškolské – Mgr. | 13 | 16,25 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



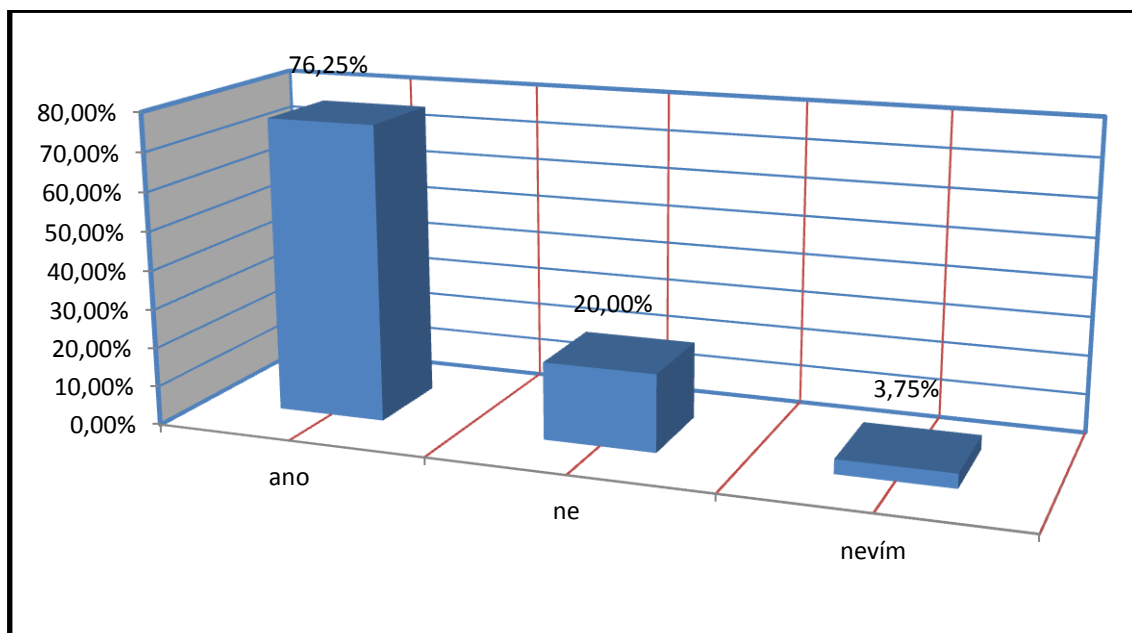
Položka 2 se zaměřovala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Celkem odpovědělo 80 (100,00 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání mělo 30 (37,50 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář mělo 26 (32,50 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání zakončené titulem magister mělo 13 (16,25 %) respondentů a středoškolské vzdělání s maturitou mělo 11 (13,75 %) respondentů. Položka 2 byla uzavřená otázka.

Položka 3 – Ošetřujete smyslově handicapované pacienty?

Tabulka 3 Ošetřujete smyslově handicapované pacienty

| Položka 3 | | |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 61 | 76,25 % |
| b) ne | 16 | 20,00 % |
| c) nevím | 3 | 03,75 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 3 Ošetřujete smyslově handicapované pacienty



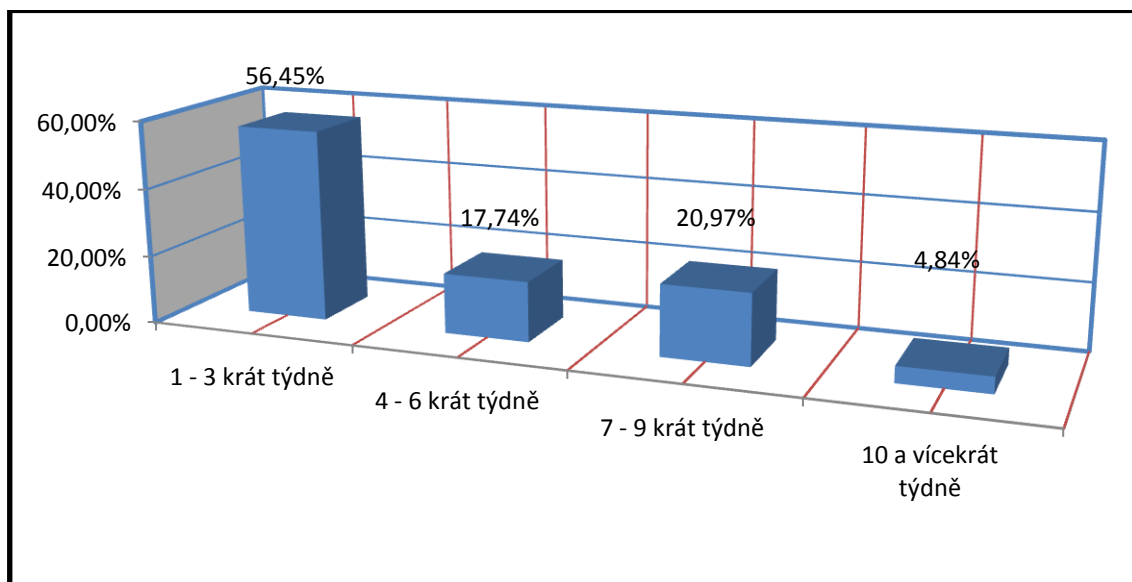
V položce 3 jsme se respondentů dotazovali na to, zda ošetřují smyslově handicapované pacienty. Na tuto položku odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Šedesát jedna (76,25 %) respondentů odpověděl ano, smyslově handicapované pacienty ošetřují. Celkem 16 (20,00 %) respondentů odpovědělo, že smyslově handicapované pacienty neošetřuje a tři (03,75 %) respondenti odpověděli, že neví, jestli ošetřují smyslově handicapované pacienty. Položka 3 byla uzavřená otázka.

Položka 4 – Pokud jste u předešlé otázky odpověděl/a ano, zvolte intenzitu setkání se smyslově handicapovanými pacienty.

Tabulka 4 Intenzita setkání se smyslově handicapovanými pacienty

| Položka 4 | | |
|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Odpoověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) 1 – 3 krát týdně | 35 | 56,45 % |
| b) 4 – 6 krát týdně | 11 | 17,74 % |
| c) 7 – 9 krát týdně | 13 | 20,97 % |
| d) 10 a vícekrát týdně | 3 | 04,84 % |
| Celkem | 62 | 100,00 % |

Graf 4 Intenzita setkání se smyslově handicapovanými pacienty



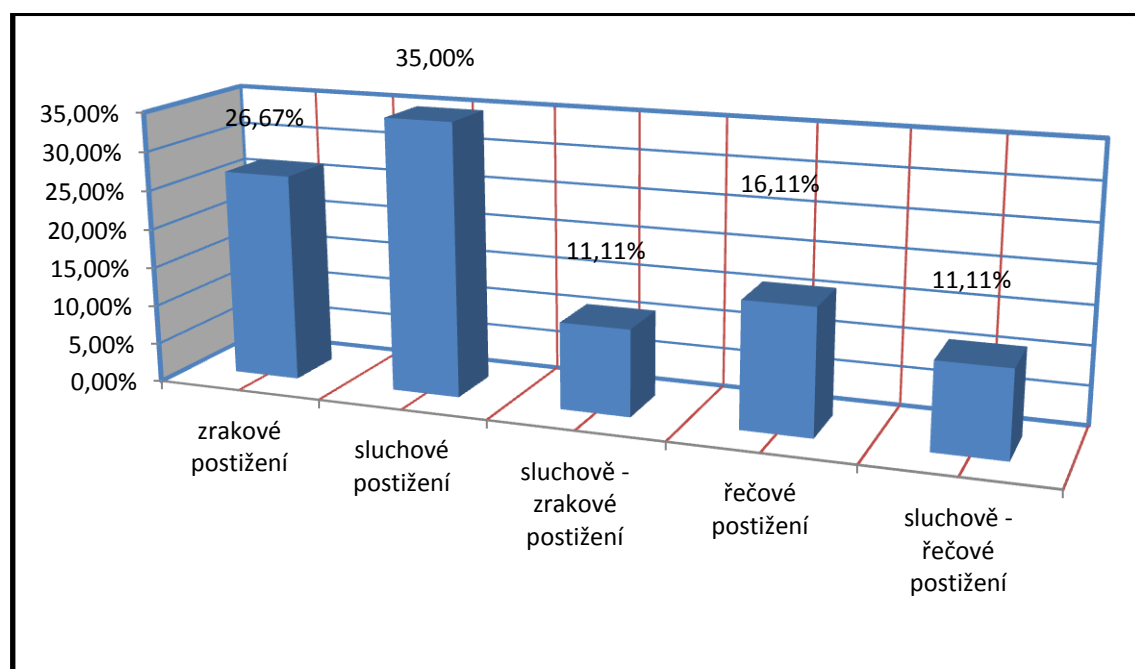
Položka 4 byla nepovinnou položkou v dotazníku a jednalo se o uzavřenou otázku. Odpovídali na ni pouze respondenti, kteří odpověděli **ano** u předešlé otázky. Celkem na položku 4 odpovědělo 62 (77,50 %) respondentů z celkových 80 dotazovaných. Celkem 35 (56,45 %) respondentů se setkala 1 až 3 krát týdně se smyslově handicapovanými pacienty. Třináct (20,97 %) respondentů se setkala se smyslově handicapovanými pacienty 7 až 9 krát týdně. Jedenáct (17,74 %) respondentů odpovědělo, že se setkala 4 až 6 krát týdně se smyslově handicapovanými pacienty a 3 (04,84 %) respondenti se setkali 10 a vícekrát za týden se smyslově handicapovanými pacienty.

Položka 5 – Pokud jste se již při výkonu povolání setkal/a s pacientem se smyslovým postižením, zvolte z níže uvedené nabídky. (Můžete zvolit více odpovědí)

Tabulka 5 Typ smyslového postižení, se kterým jste se setkal/a

| Položka 5 | | |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) zrakové postižení | 48 | 26,67 % |
| b) sluchové postižení | 63 | 35,00 % |
| c) sluchově – zrakové postižení | 20 | 11,11 % |
| d) řečové postižení | 29 | 16,11 % |
| e) sluchově – řečové postižení | 20 | 11,11 % |
| Celkem | 180 | 100,00 % |

Graf 5 Typ smyslového postižení, se kterým jste se setkal/a



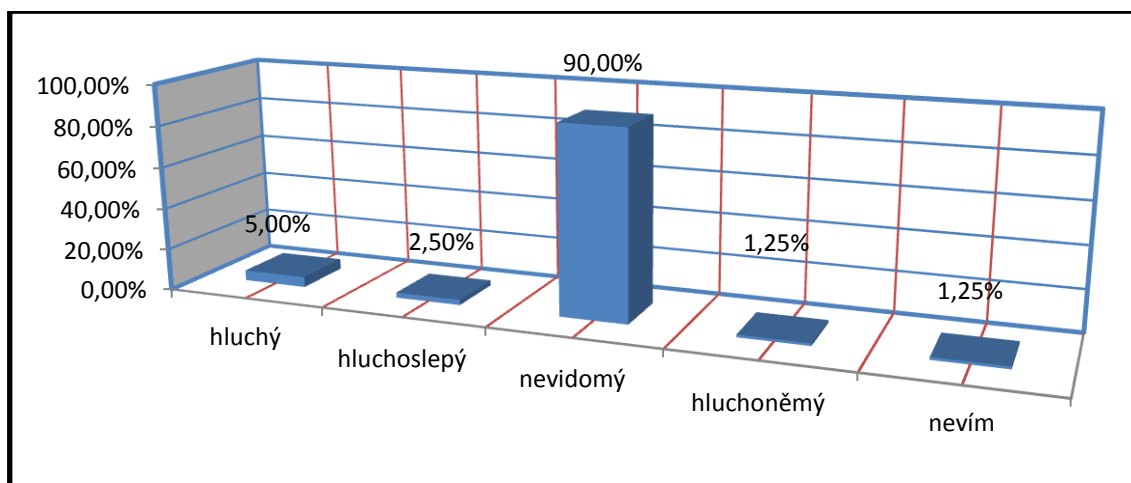
V položce 5 jsme se zaměřili na to, s jakým typem smyslového handicapu se respondenti již setkali. Celkem odpovědělo 80 (100,00 %) respondentů. Odpověď sluchové postižení zvolilo 63 (35,00 %) respondenti. Zrakové postižení zvolilo 48 (26,67 %) respondentů. Celkem 29 (16,11 %) respondentů označilo možnost řečové postižení. Odpověď sluchově – zrakové postižení zvolilo 20 (11,11 %) respondentů. Zbýlých 20 (11,11 %) respondentů zvolilo odpověď sluchově – řečové postižení. Položka 5 byla uzavřená otázka s možností více odpovědí.

Položka 6 – Zvolte prosím správnou odpověď, pacient, který chodí o bílé holi je?

Tabulka 6 Pacient, který chodí o bílé holi

| Položka 6 | | |
|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) hluchý | 4 | 05,00 % |
| b) hluchoslepý | 2 | 02,50 % |
| c) nevidomý | 72 | 90,00 % |
| d) hluchoněmý | 1 | 01,25 % |
| e) nevím | 1 | 01,25 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 6 Pacient, který chodí o bílé holi



V 6. položce jsme se respondentů ptali, který pacient chodí o bílé holi. U této otázky byla jednoznačně jedna možná správná odpověď.

Lidé se zrakovým postižením používají jako kompenzační pomůcky bílé hole (SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY, 2014B).

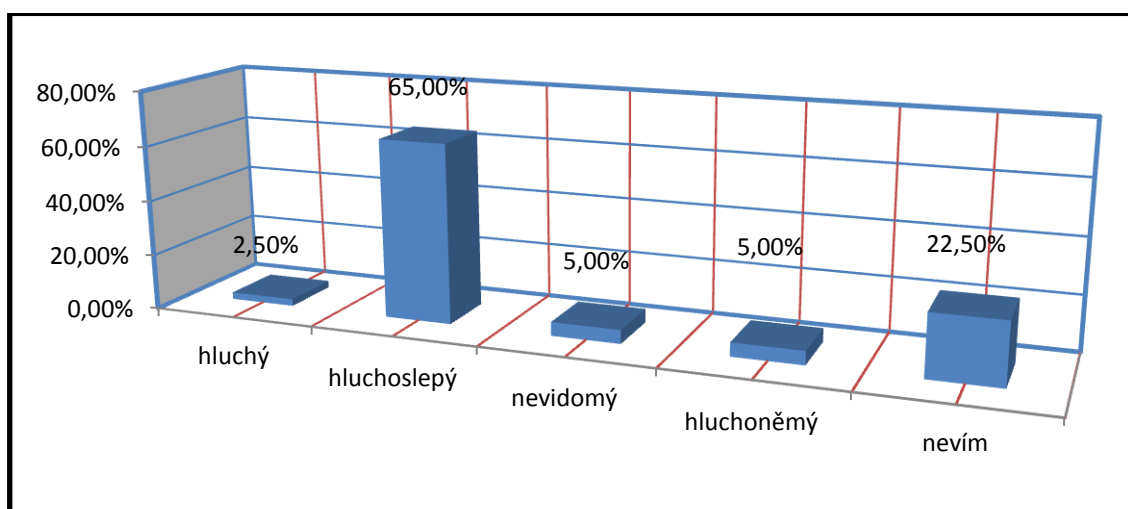
Na tuto položku odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Většina respondentů odpověděla správně. Celkem 72 (90,00 %) respondenti zvolili odpověď nevidomý pacient. Čtyři (05,00 %) respondenti odpověděli, že o bílé holi chodí hluchý pacient, 2 (02,50 %) respondenti odpověděli, že o bílé holi chodí hluchoslepý pacient. Jeden (01,25 %) respondent zvolil možnost hluchoněmý pacient, stejně tak tomu bylo i u možnosti nevím. Položka 6 byla uzavřená otázka.

Položka 7 – Zvolte prosím správnou odpověď, pacient, který chodí o červenobílé holi je?

Tabulka 7 Pacient, který chodí o červenobílé holi

| Položka 7 | | |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) hluchý | 2 | 02,50 % |
| b) hluchoslepý | 52 | 65,00 % |
| c) nevidomý | 4 | 05,00 % |
| d) hluchoněmý | 4 | 05,00 % |
| e) nevím | 18 | 22,50 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 7 Pacient, který chodí o červenobílé holi



V položce 7 jsme zjišťovali, který pacient chodí o červenobílé holi. Tato otázka měla jednoznačně jednu správnou možnou odpověď.

Hluchoslepeho člověka je možné rozeznat podle červenobílé reflexní hole, která je odlišuje od nevidomých (ZELENÍKOVÁ, 2011).

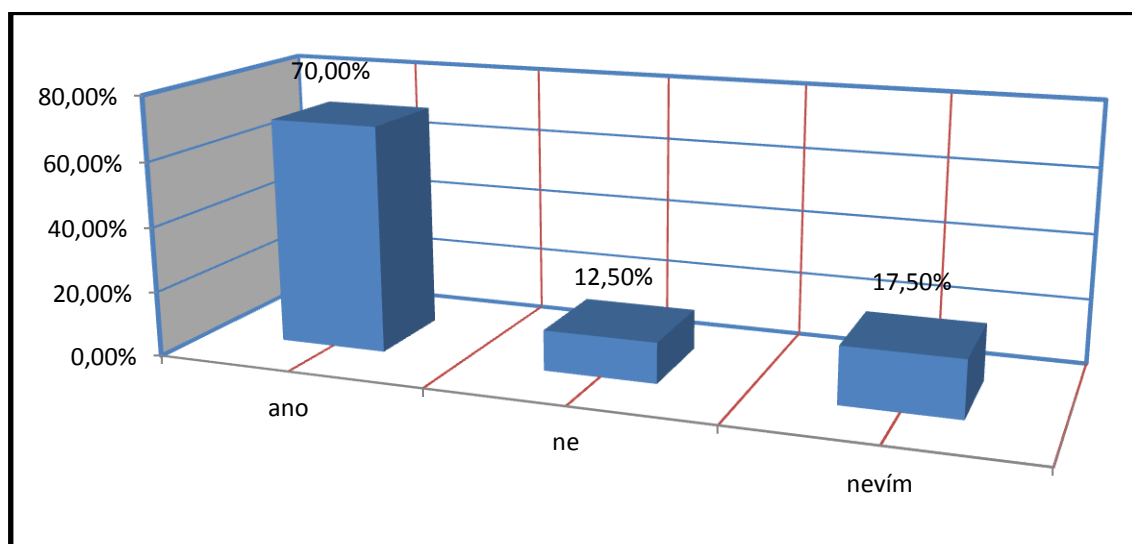
Na položku 7 odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Většina respondentů zvolila správnou možnost hluchoslepý. Celkem nechybovali 52 (65,00 %) respondenti. Osmnáct (22,50 %) respondentů zvolilo možnost nevím. Možnost nevidomý zvolili 4 (05,00 %) respondenti, stejně tak tomu bylo i u možnosti hluchoněmý. Dva (02,50 %) respondenti zvolili možnost hluchý. Položka 7 byla uzavřená otázka.

Položka 8 – Domníváte se, že má neslyšící pacient při komunikaci se zdravotníky nárok na tlumočníka?

Tabulka 8 Nárok na tlumočníka při komunikaci se zdravotníky

| Položka 8 | | |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Odpoověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 56 | 70,00 % |
| b) ne | 10 | 12,50 % |
| c) nevím | 14 | 17,50 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 8 Nárok na tlumočníka při komunikaci se zdravotníky



V položce 8 jsme se respondentů ptali na to, zda se domnívají, jestli má neslyšící pacient nárok na tlumočníka při komunikaci se zdravotníky. Tato otázka měla jednoznačně jednu správnou možnou odpověď.

Každý pacient s postižením sluchu má nárok na služby tlumočníka při komunikaci se zdravotníky (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

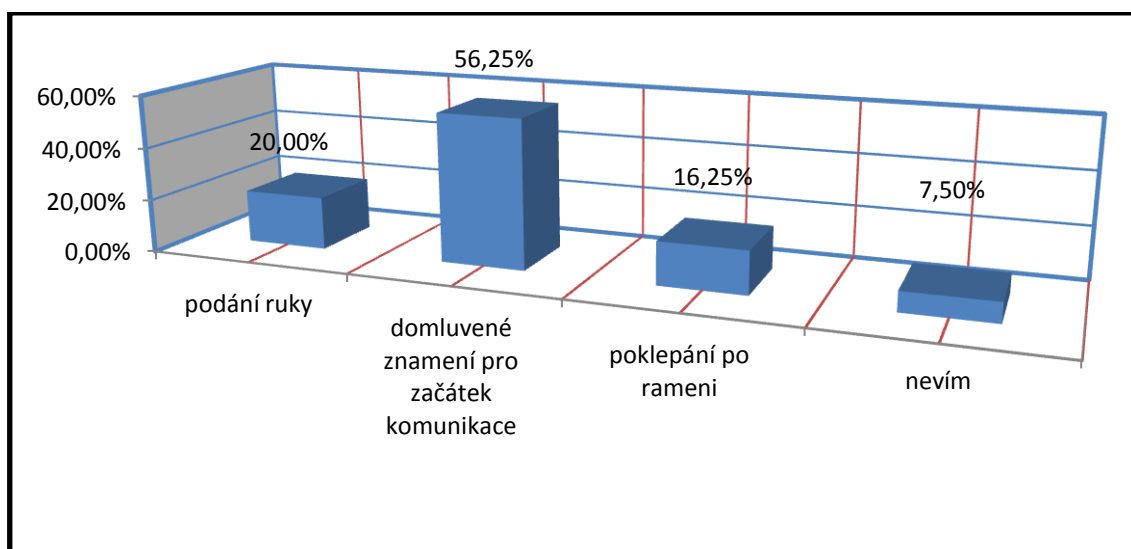
Na položku 8 odpovědělo 80 (100,00 %) respondentů. Většina respondentů odpověděla správně. Celkem zvolilo odpověď ano 56 (70,00 %) respondentů. Odpověď nevím označilo 14 (17,50 %) respondentů. Možnost ne zvolilo 10 (12,50 %) respondentů. Položka 8 byla uzavřená otázka.

Položka 9 – Vyjádřete prosím, co znamená pojem iniciální dotek?

Tabulka 9 Pojem iniciální dotek

| Položka 9 | | |
|--|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) podání ruky | 16 | 20,00 % |
| b) domluvené znamení pro začátek komunikace | 45 | 56,25 % |
| c) poklepání po rameni | 13 | 16,25 % |
| d) nevím | 6 | 07,50 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 9 Pojem iniciální dotek



Položka 9 zaznamenávala odpovědi na otázku, co je to pojem iniciální dotek. Tato položka měla jednu možnou správnou odpověď.

Iniciální dotek je domluvené znamení pro začátek komunikace s handicapovaným. Je to znamení pro začátek a konec naší přítomnosti (FRIEDLOVÁ, 2007).

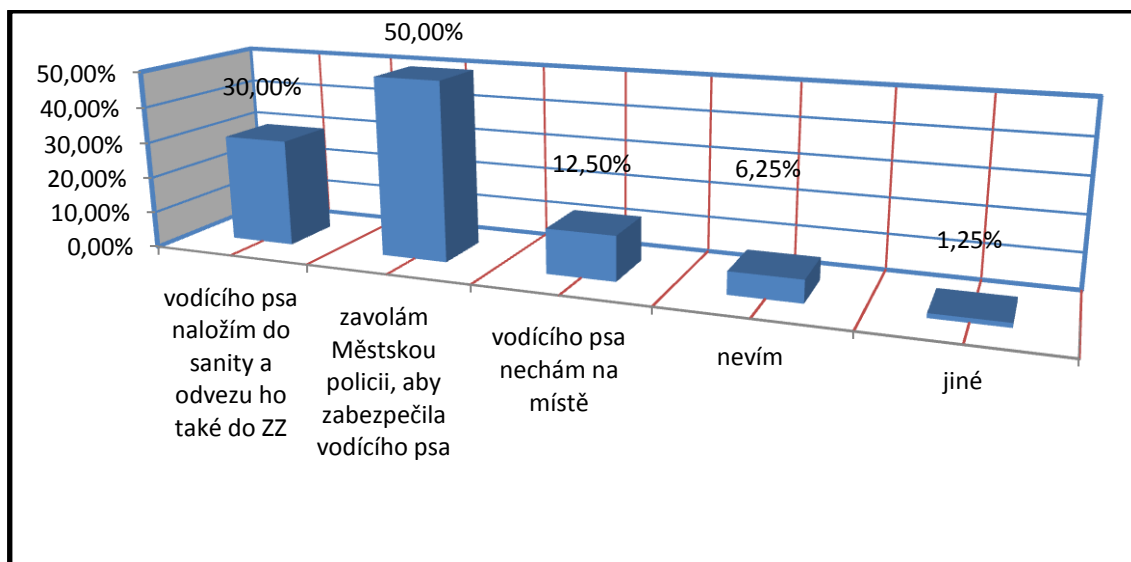
Položku 9 vyplnilo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Správnou odpověď domluvené znamení pro začátek komunikace označilo 45 (56,25 %) respondentů. Možnost podání ruky zvolilo 16 (20,00 %) respondentů. Celkem 13 (16,25 %) respondentů zvolilo možnost poklepání po rameni a 6 (07,50 %) respondentů odpovědělo nevím. Položka 9 byla uzavřená otázka.

Položka 10 – Při výjezdu ke zraněnému nevidomému pacientovi (není v život ohrožujícím stavu) je na místě i vodící pes. Jak budete postupovat?

Tabulka 10 Vodící pes při výjezdu ke zraněnému nevidomému pacientovi

| Položka 10 | | |
|--|-------------------|-----------------------|
| Odověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) vodícího psa naložím do sanity a odvezu ho spolu s nevidomým pacientem do zdravotnického zařízení | 24 | 30,00 % |
| b) zavolám Městskou policii a domluvíím zabezpečení vodícího psa jejich posádkou | 40 | 50,00 % |
| c) vodícího psa nechám na místě | 10 | 12,50 % |
| d) nevím | 5 | 6,25 % |
| e) jiné – uveďte: | 1 | 01,25 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 10 Vodící pes při výjezdu ke zraněnému nevidomému pacientovi



V položce 10 jsme se dotazovali na to, jak by respondenti postupovali v případě, že by na místě zásahu byl přítomen vodící pes nevidomého pacienta. Na tuto položku odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Jednalo se o polootevřenou otázku, na kterou je jedna možná správná odpověď. Čtyřicet (50,00 %) respondentů by zavolalo Městskou policii a domluvilo zabezpečení vodícího psa jejich posádkou. Celkem 24

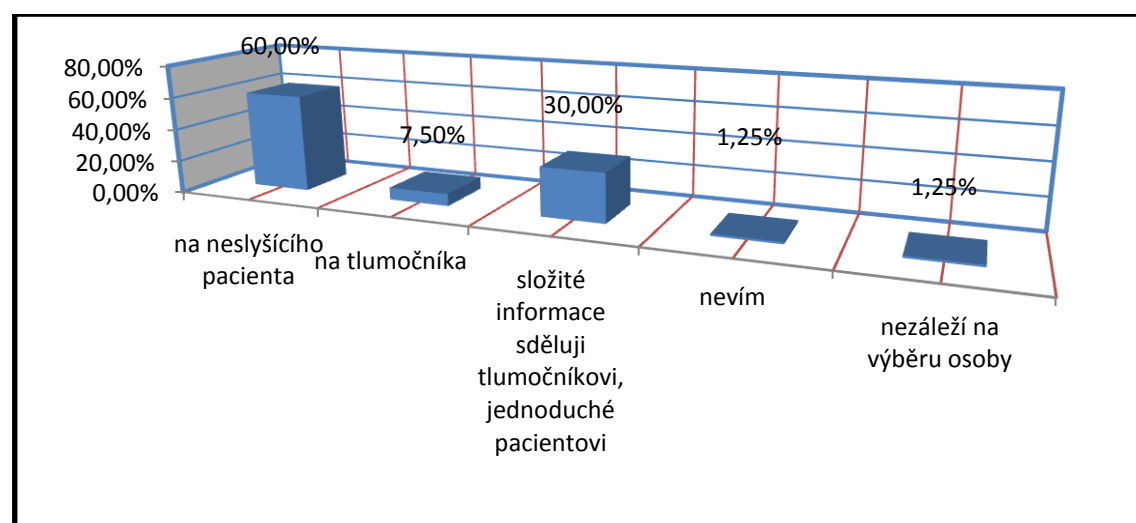
(30,00 %) respondenti zvolili možnost vodícího psa naložím do sanity a odvezu ho spolu s nevidomým pacientem do zdravotnického zařízení. Celkem 10 (12,50 %) respondentů by nechalo vodícího psa na místě. Pět (06,25 %) respondentů zvolilo možnost nevím. Pouze jeden (01,25 %) respondent volil vlastní odpověď, a to pacienta připravím pro transport a před transportem kontaktuji Městskou policii a domluvím zabezpečení psa.

Položka 11 – Pokud je u neslyšícího pacienta při ošetření přítomen tlumočník, na koho budete hovořit během komunikace?

Tabulka 11 Přítomnost tlumočníka při komunikaci s neslyšícím pacientem

| Položka 11 | | |
|--|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) na neslyšícího pacienta | 48 | 60,00 % |
| b) na tlumočníka | 6 | 07,50 % |
| c) složité informace sděluji tlumočnickovi, s těmi jednoduchými se obracím na neslyšícího pacienta | 24 | 30,00 % |
| d) nevím | 1 | 01,25 % |
| e) nezáleží na výběru osoby | 1 | 01,25 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 11 Přítomnost tlumočníka při komunikaci s neslyšícím pacientem



Položka 11 se zabývala tím, na koho by respondenti hovořili během komunikace s neslyšícím pacientem za přítomnosti tlumočníka. Na tuto položku odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. U této otázky byla jedna správná možná odpověď. „Rozhovor vedeme přímo s neslyšícím a udržujeme zrakový kontakt s ním, nikoliv s tlumočnickem“ (DINGOVÁ, 2010, s. 55).

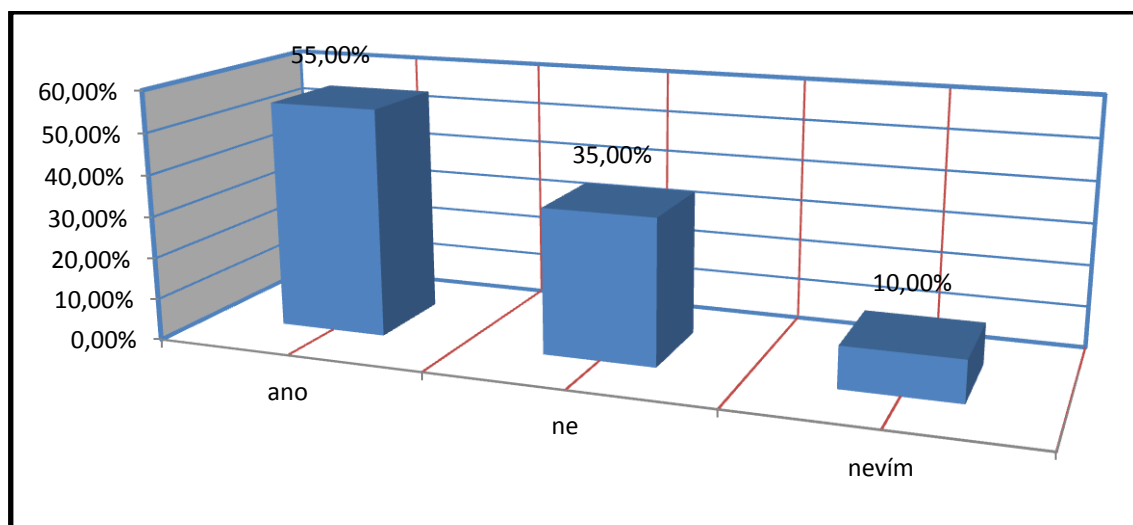
Správnou odpověď na neslyšícího pacienta zvolilo 48 (60,00 %) respondentů. Celkem 24 (30,00 %) respondenti odpověděli, že by složité informace sdělovali tlumočnickovi a s těmi jednoduchými by se obraceli na neslyšícího pacienta. Šest (07,50 %) respondentů by hovořilo na tlumočníka a zbylí dva (01,25 % a 01,25 %) respondenti označili možnost nevím a nezáleží na výběru osoby. Položka 11 byla uzavřená otázka.

Položka 12 – Domníváte se, že je možné se vždy uspokojivě domluvit s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru?

Tabulka 12 Komunikace s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru

| Položka 12 | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 44 | 55,00 % |
| b) ne | 28 | 35,00 % |
| c) nevím | 8 | 10,00 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 12 Komunikace s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru



Položka 12 se zabývala otázkou, zda je možné se vždy uspokojivě domluvit s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru. Byla možná jedna správná odpověď, a to ne.

Pro komunikaci s pacientem se sluchovým postižením se může použít papír a tužka. Tento typ komunikace není vždy účinný. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, a nemají abstraktní myšlení, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

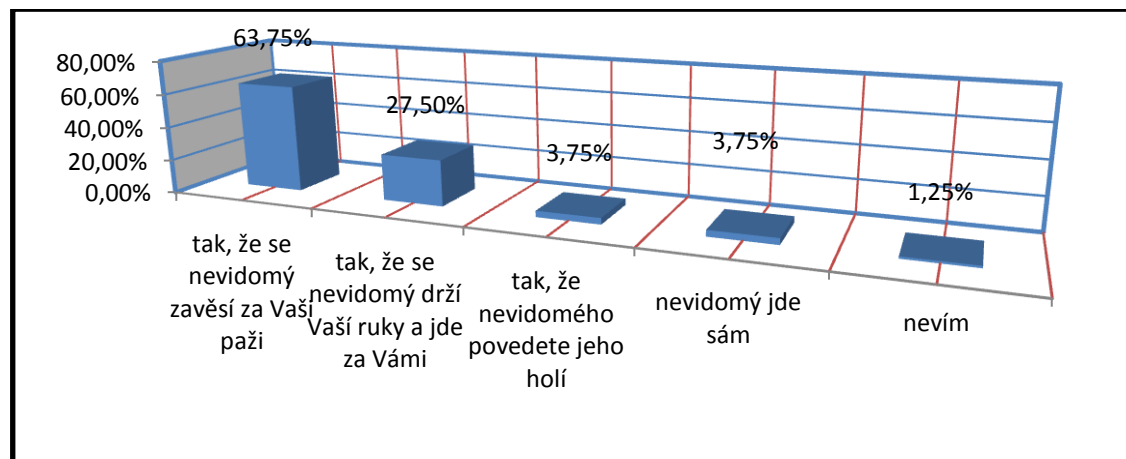
Tuto položku vyplnilo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Správnou odpověď ne, označilo 28 (35,00 %) respondentů. Možnost ano zvolilo 44 (55,00 %) respondentů. Zbýlých 8 (10,00 %) respondentů odpovědělo nevím. Jednalo se o uzavřenou otázku.

Položka 13 – Vyjádřete prosím, jaký byste zvolili způsob vedení nevidomého pacienta?

Tabulka 13 Způsob vedení nevidomého pacienta

| Položka 13 | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) tak, že se nevidomý zavěsí za Vaši paži | 51 | 63,75 % |
| b) tak, že se nevidomý drží Vaší ruky a jde za Vámi | 22 | 27,50 % |
| c) tak, že nevidomého povedete jeho holí | 3 | 03,75 % |
| d) nevidomý jde sám | 3 | 03,75 % |
| e) nevím | 1 | 01,25 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 13 Způsob vedení nevidomého pacienta



Způsob vedení nevidomého pacienta zajišťovala položka 13. Správná odpověď byla, že se nevidomý zavěsí za Vaši paži.

V případě, že vidící jedinec nahrazuje nevidomé osobě průvodce, je dobré nabídnout nevidomému paži vidícího průvodce (KRHUTOVÁ, 2011).

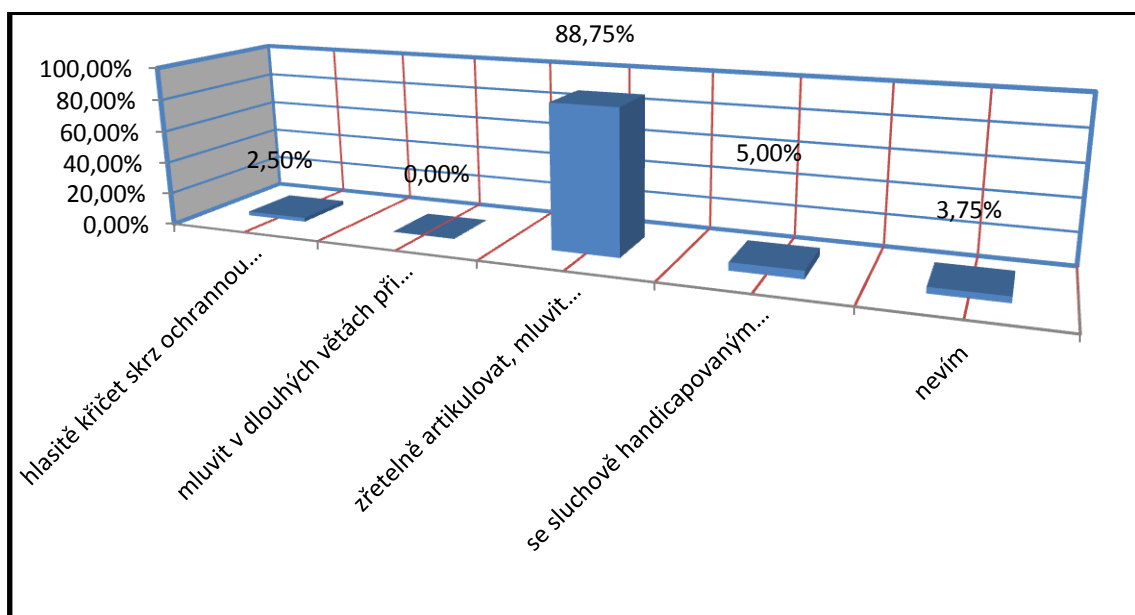
Celkem 80 (100,00 %) respondentů odpovědělo na položku 13. Správně odpověděla většina respondentů. Celkem to bylo 51 (63,75 %) respondentů. Možnost tak, že se nevidomý drží Vaší ruky a jde za Vámi, zvolilo 22 (27,50 %) respondentů. Tři (03,75%) respondenti označili možnost tak, že nevidomého povedete jeho holí a jiní 3 (03,75 %) respondenti odpověděli, že jde nevidomý sám. Pouze 1 (01,25%) respondent zvolil možnost nevím. Položka 13 byla uzavřená otázka.

Položka 14 – Zvolte prosím správnou odpověď, při komunikaci se sluchově handicapovaným pacientem je důležité?

Tabulka 14 Jak komunikovat se sluchově handicapovaným pacientem

| Položka 14 | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) hlasitě křičet skrz ochrannou ústenku | 2 | 02,50 % |
| b) mluvit v dlouhých větách při špatném osvětlení | 0 | 00,00 % |
| c) zřetelně artikulovat, mluvit pomalu, používat názorné ukázky | 71 | 88,75 % |
| d) se sluchově handicapovaným pacientem nekomunikuji | 4 | 05,00 % |
| e) nevím | 3 | 03,75 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 14 Jak komunikovat se sluchově handicapovaným pacientem



V položce 14 jsme zjišťovali, jakým způsobem by respondenti komunikovali se sluchově handicapovaným pacientem. Za správnou odpověď jsme považovali možnost zřetelně artikulovat, mluvit pomalu, používat názorné ukázky.

Při komunikaci s pacientem s postižením sluchu bychom měli mluvit pomalu, používat jednoduché věty a zřetelně artikulovat (ZELENÍKOVÁ, 2011).

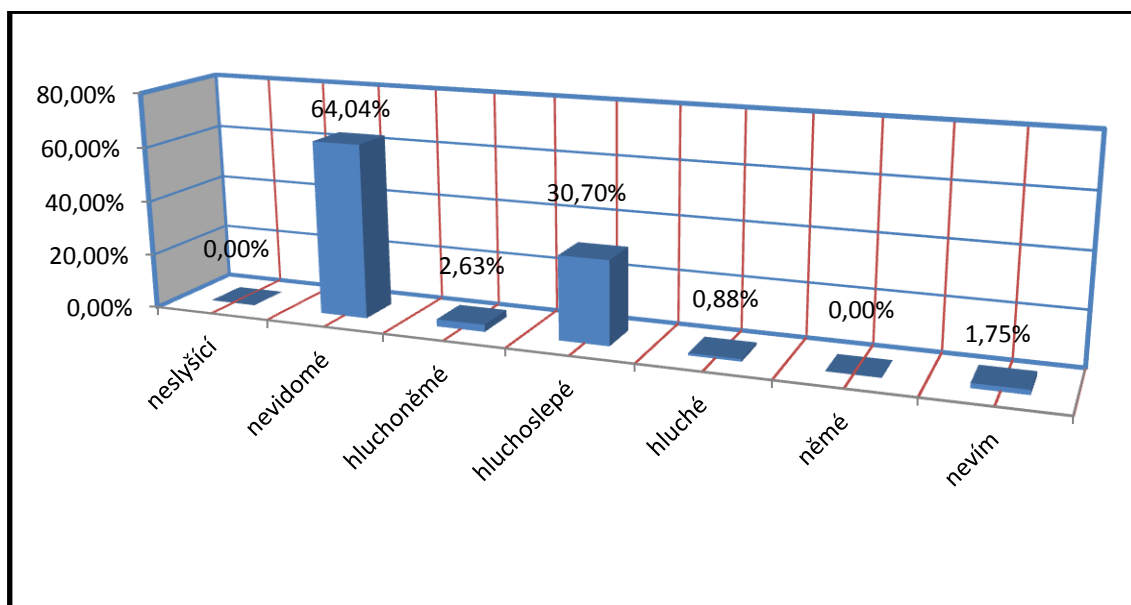
Na položku 14 odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Správnou odpověď zvolilo 71 (88,75 %) respondentů. Čtyři (05,00 %) respondenti odpověděli, že se sluchově handicapovaným pacientem nekomunikují. Celkem 3 (03,75 %) respondenti zvolili možnost nevím a zbylí 2 (02,50 %) respondenti označili možnost hlasitě křičet skrz ochrannou ústenku. Možnost mluvit v dlouhých větách při špatném osvětlení nezvolil žádný respondent. Položka 14 byla uzavřená otázka.

Položka 15 – Zvolte prosím správnou odpověď, Braillovo písmo je určené pro pacienty? (Můžete zvolit více odpovědí)

Tabulka 15 Kdo používá Braillovo písmo

| Položka 15 | | |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) neslyšící | 0 | 00,00 % |
| b) nevidomé | 73 | 64,04 % |
| c) hluchoněmé | 3 | 02,63 % |
| d) hluchoslepé | 35 | 30,70 % |
| e) hluché | 1 | 00,88 % |
| f) němé | 0 | 00,00 % |
| g) nevím | 2 | 01,75 % |
| Celkem | 114 | 100,00 % |

Graf 15 Kdo používá Braillovo písmo



V položce 15 jsme se ptali, komu je určené Braillovo písmo. Tato položka měla 2 možné správné odpovědi.

Lidé s postižením zraku využívají pro kompenzaci zraku hmat. S jeho pomocí čtou a píší. Mají speciální písmo zvané Braillovo. Jedná se o plastické body, které různým uspořádáním vyjadřují jednotlivá písmena a čísla (SJEDNOCENÁ

ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY, 2014B).

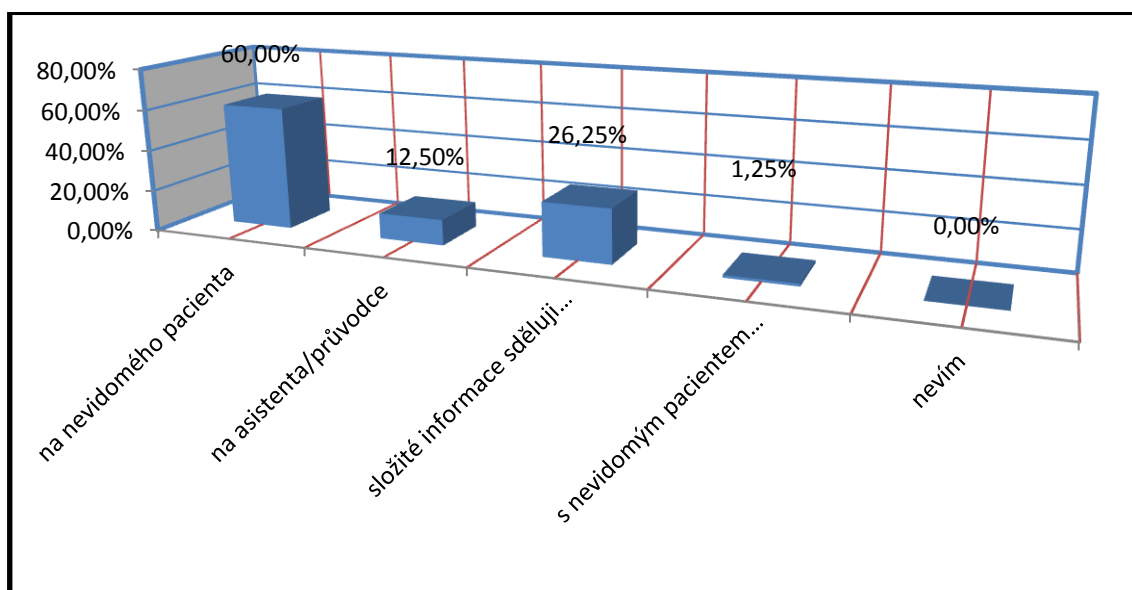
Na položku 15 odpovědělo celkem 80 (100,00%) respondentů. Správnou možnost nevidomé zvolili 73 (64,04 %) respondenti. Druhou správnou odpověď hluchoslepé zvolilo 35 (30,70 %) respondentů. Možnost hluchoněmé označili 3 (02,63 %) respondenti. Dva (01,75 %) respondenti odpověděli, že neví a 1 (00,88 %) respondent zvolil odpověď němé. Žádný z respondentů neoznačil odpověď neslyšící, ani němé. Jednalo se o otázku s možností více odpovědí.

Položka 16 – Rozhodněte se, prosím, pokud je u nevidomého pacienta přítomen asistent/průvodce, na koho budete hovořit v průběhu ošetřování?

Tabulka 16 Přítomnost asistenta/průvodce při komunikaci s nevidomým pacientem

| Položka 16 | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) na nevidomého pacienta | 48 | 60,00 % |
| b) na asistenta/průvodce | 10 | 12,50 % |
| c) složité informace sděluji asistentovi/průvodci, s těmi jednoduchými se obracím na nevidomého pacienta | 21 | 26,25 % |
| d) s nevidomým pacientem nekomunikuji | 1 | 01,25 % |
| e) nevím | 0 | 00,00 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 16 Přítomnost asistenta/průvodce při komunikaci s nevidomým pacientem



Položka 16 se zabývala otázkou, na koho by v případě přítomnosti asistenta/průvodce respondenti hovořili během ošetřování nevidomého pacienta. Položka měla jednu možnou správnou odpověď.

Pokud je nevidomý pacient s průvodcem, jednáme vždy přímo s nevidomým pacientem, ne s jeho průvodcem (ZELENÍKOVÁ, 2011).

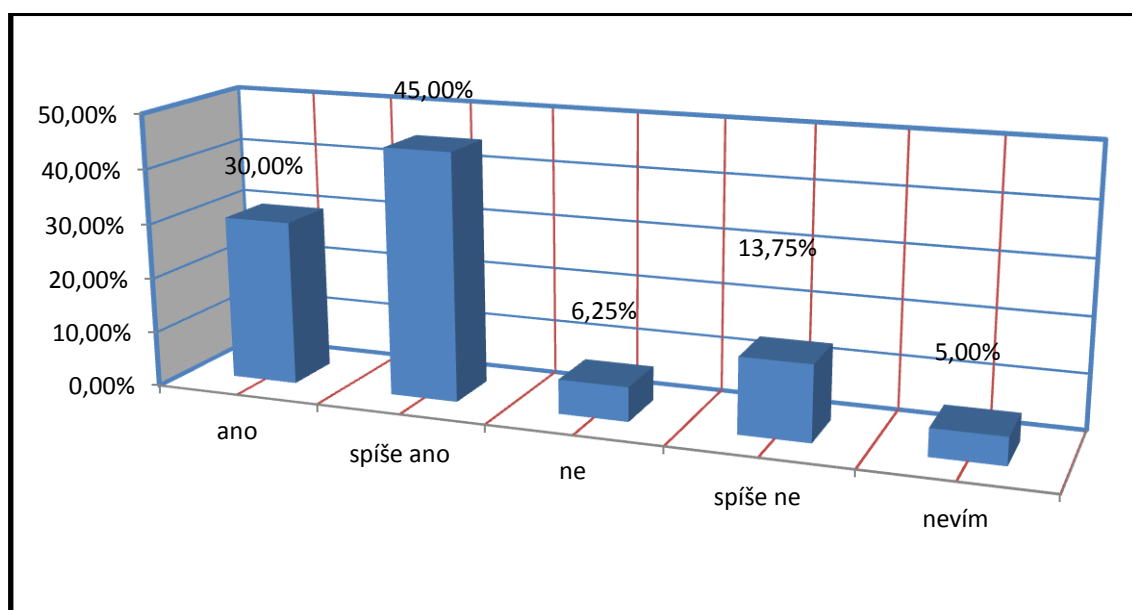
Položku 16 vyplnilo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Na nevidomého pacienta by hovořilo 48 (60,00 %) respondentů. Možnost složitě informace sdělují asistentovi/průvodci, s těmi jednoduchými se obracím na nevidomého pacienta, označilo 21 (26,25 %) respondentů. Deset (12,50 %) respondentů by hovořilo na asistenta/průvodce. Odpověď s nevidomým pacientem nekomunikuji, zvolil 1 (01,25 %) respondent. Žádný z respondentů neodpověděl nevím. Položka 16 byla uzavřená otázka.

Položka 17 – Domníváte se, že poskytování přednemocniční neodkladné péče smyslově handicapovaným pacientům vyžaduje individuální přístup?

Tabulka 17 Vyžaduje péče o smyslově handicapované pacienty individuální přístup

| Položka 17 | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 24 | 30,00 % |
| b) spíše ano | 36 | 45,00 % |
| c) ne | 5 | 06,25 % |
| d) spíše ne | 11 | 13,75 % |
| e) nevím | 4 | 05,00 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 17 Vyžaduje péče o smyslově handicapované pacienty individuální přístup



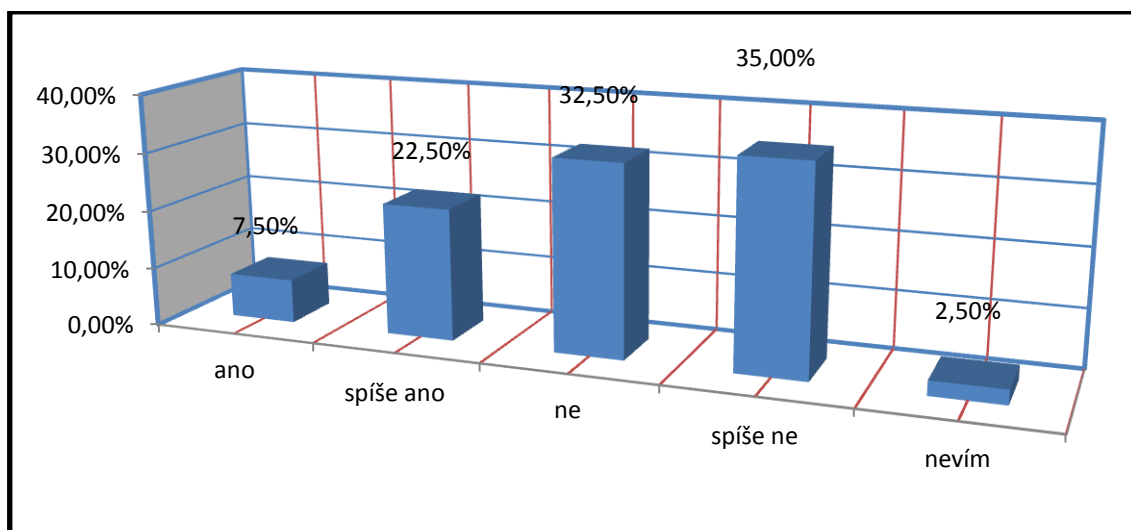
Položka 17 se zabývala otázkou, zda vyžaduje poskytování přednemocniční neodkladné péče smyslově handicapovaným osobám individuální přístup. Na tuto položku odpovědělo 80 (100,00 %) respondentů. Možnost spíše ano označilo 36 (45,00 %) respondentů. Odpověď ano zvolilo 24 (30,00 %) respondenti. Spíše ne odpovědělo 11 (13,75 %) respondentů. Možnost ne zvolilo 5 (06,25 %) respondentů. Čtyři (05,00 %) respondenti označili odpověď nevím. Položka 17 byla uzavřená otázka.

Položka 18 – Zajímáte se aktivně o pořádané kurzy či semináře, které se zabývají problematikou smyslově handicapovaných pacientů?

Tabulka 18 Zajímáte se aktivně o kurzy/semináře s problematikou smyslově handicapovaných pacientů

| Položka 18 | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 6 | 07,50 % |
| b) spíše ano | 18 | 22,50 % |
| c) ne | 26 | 32,50 % |
| d) spíše ne | 28 | 35,00 % |
| e) nevím | 2 | 02,50 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 18 Zajímáte se aktivně o kurzy/semináře s problematikou smyslově handicapovaných pacientů



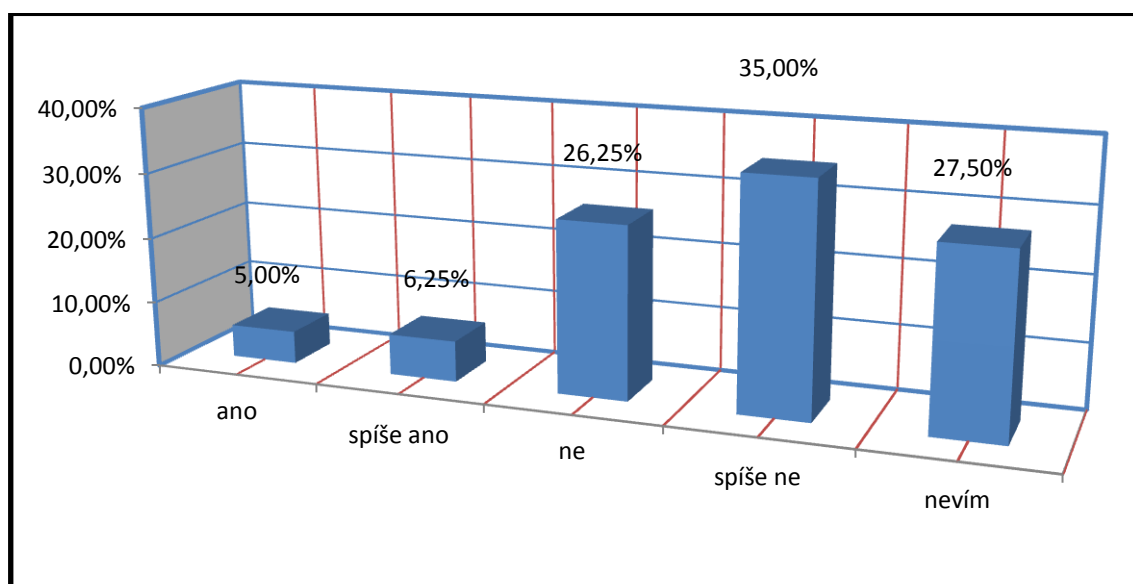
V položce 18 jsme se respondentů ptali, zda se aktivně zajímají o pořádané kurzy či semináře, které se zabývají problematikou smyslově handicapovaných pacientů. Celkem na položku 18 odpovědělo 80 (100,00 %) respondentů. Možnost spíše ne označilo 28 (35,00 %) respondentů. Možnost ne zaškrtnulo 26 (32,50 %) respondentů. Osmnáct (22,50 %) respondentů odpovědělo spíše ano a 6 (07,50 %) respondentů zvolilo možnost ano. Zbylí 2 (02,50 %) respondenti označili možnost nevím. Položka 18 byla uzavřená otázka.

Položka 19 – Máte možnost na svém pracovišti absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty?

Tabulka 19 Možnost absolvování vzdělávacího programu na pracovišti

| Položka 19 | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 4 | 05,00 % |
| b) spíše ano | 5 | 06,25 % |
| c) ne | 21 | 26,25 % |
| d) spíše ne | 28 | 35,00 % |
| e) nevím | 22 | 27,50 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 19 Možnost absolvování vzdělávacího programu na pracovišti



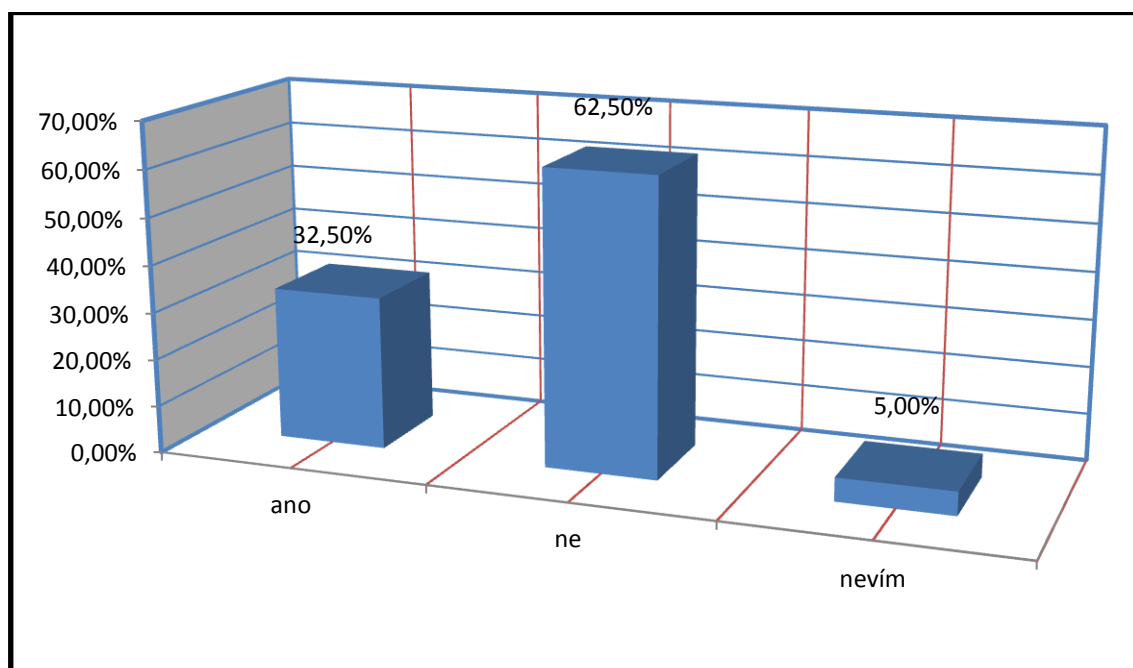
Zda mají respondenti možnost na svém pracovišti absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty, se dotazovala položka 19. Celkem na tuto otázku odpovědělo 80 (100,00 %) respondentů. Možnost spíše ne zvolilo 28 (35,00 %) respondentů. Nevím byla odpověď 22 (27,50 %) respondentů. Ne odpovědělo 21 (26,25 %) respondentů. Pět (06,25 %) respondentů označilo možnost spíše ano a 4 (05,00 %) respondenti zvolili možnost ano. Položka 19 byla uzavřená otázka.

Položka 20 – Absolvoval/a jste někdy vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty?

Tabulka 20 Absolvoval/a jste vzdělávací program

| Položka 20 | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| a) ano | 26 | 32,50 % |
| b) ne | 50 | 62,50 % |
| c) nevím | 4 | 05,00 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 20 Absolvoval/a jste vzdělávací program



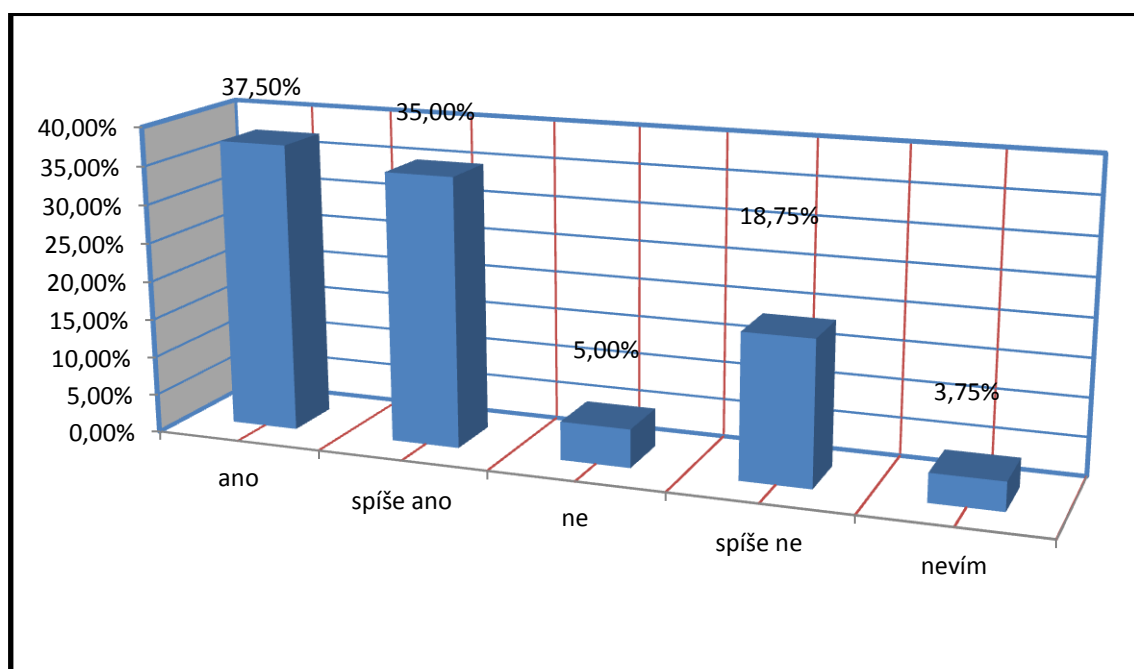
V položce 20 jsme se respondentů ptali, zda někdy absolvovali vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Na tuto položku odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Možnost ne zvolilo 50 (62,50 %) respondentů. Ano odpovědělo 26 (32,50 %) respondentů. Odpověď nevím označili 4 (05,00 %) respondenti. Položka 20 byla uzavřená otázka.

Položka 21 – Měl/a byste zájem absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty?

Tabulka 21 Měl/a byste zájem o absolvování vzdělávacího programu

| Položka 21 | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v% |
| a) ano | 30 | 37,50 % |
| b) spíše ano | 28 | 35,00 % |
| c) ne | 4 | 05,00 % |
| d) spíše ne | 15 | 18,75 % |
| e) nevím | 3 | 03,75 % |
| Celkem | 80 | 100,00 % |

Graf 21 Měl/a byste zájem o absolvování vzdělávacího programu



Položka 21 odpovídala na otázku, zda by měli respondenti zájem absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Na tuto položku odpovědělo celkem 80 (100,00 %) respondentů. Možnost ano zvolilo 30 (37,50 %) respondentů. Možnost spíše ano označilo 28 (35,00 %) respondentů. Spíše ne odpovědělo 15 (18,75 %) respondentů. Odpověď ne označili 4 (05,00 %) respondenti. Nevím odpověděli 3 (03,75%) respondenti. Položka 21 byla uzavřena otázkou.

6 Diskuze

Pro průzkumné šetření jsme měli předem stanovené cíle, kterých jsme chtěli pomocí strukturovaných dotazníků dosáhnout. Ke stanoveným cílům jsme sestavili hypotézy, které jsme průzkumným šetřením prokázali nebo naopak vyvrátili.

Naším prvním cílem bylo zjistit nejčastější typy postižení, se kterými se zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči setkávají. Předpokládali jsme, že nejčastějším typem postižení, se kterým se zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči setkávají, je sluchové postižení. K ověření této hypotézy sloužily položky 3, 4 a 5. Podle položky 3 jsme zjistili, že většina zdravotnických záchranářů ošetřuje smyslově handicapované pacienty. Respondenti, kteří odpověděli, že ošetřují smyslově handicapované pacienty, odpovídali na otázku 4. Dle analýzy položky 4 jsme zjistili, že se zdravotničtí záchranáři setkávají se smyslově handicapovanými několikrát do týdne. Nejčastěji 1 – 3 krát za týden. Položka 5 odpovídala na otázku, s jakým typem smyslového postižení se zdravotničtí záchranáři již setkali. Nejčetnější zastoupenou skupinu tvořila skupina sluchové postižení. Hypotéza číslo 1 byla potvrzena.

Druhým cílem, který jsme si stanovili, bylo zmapovat znalosti zdravotnických záchranářů o specifikách komunikace v přednemocniční neodkladné péči u pacientů se smyslovým handicapem. Předpokládali jsme, že 2/3, které tvoří přibližně 53 dotázaných respondentů, bude mít obtíže při komunikaci s pacienty se smyslovým handicapem. Pro ověření této hypotézy jsme využili položky 6 – 17. Podle položky 6 jsme zdokumentovali, že většina zdravotnických záchranářů ví, že o bílé holi chodí nevidomí lidé. Bílá hůl je mezinárodním poznávacím znamením nevidomých lidí. V položce 7 jsme se respondentů dotazovali, kteří pacienti chodí o červenobílé holi. Většina respondentů odpověděla, že o červenobílé holi chodí hluchoslepí pacienti. Jejich odpověď byla správná. Červenobílá hůl je společným znakem hluchoslepých. V položce 8 jsme se zabývali otázkou, zda má neslyšící pacient při komunikaci se zdravotníky nárok na tlumočnicka. Většina respondentů věděla, že má neslyšící pacient při komunikaci se zdravotníky nárok na tlumočnicka. Využití služeb tlumočnicka neslyšícím nebo hluchoslepým pacientem je ze zákona dané. Podle položky 9 jsme si ověřili znalost respondentů. Většina ví, že pojem iniciální dotek znamená domluvené

znamení pro začátek komunikace. V položce 10 jsme řešili otázku, jak se postarat o vodícího psa na místě zásahu u nevidomého pacienta. Polovina respondentů odpověděla tak, že by zajistila zabezpečení vodícího psa prostřednictvím Městské policie. Když vezmeme v potaz, že každý člen zdravotnické záchranné posádky musí být v sanitě připoután, je jasné, že vodící pes nemůže odjet se svým nevidomým pánem do zdravotnického zařízení. Otázkou číslo 11 jsme se respondentů dotazovali, na koho by hovořili během ošetřování neslyšícího pacienta. Většina respondentů odpověděla správně, to znamená, že by hovořili na neslyšícího pacienta. I přes to, že je během ošetřování přítomen tlumočnick, kterého neslyšící pacient sleduje především, je vhodné mluvit přímo na neslyšícího pacienta. Informace sdělujeme právě jemu, a proto není důvod hovořit na tlumočnicka. Jsme profesionálové a z etického hlediska budeme hovořit přímo s neslyšícím pacientem. V položce 12 nás zajímalo, zda se lze vždy uspokojivě domluvit pomocí tužky a papíru s neslyšícím pacientem. Správná odpověď je ne. U této otázky odpověděla většina respondentů špatně. Možná si většina respondentů odůvodnila odpověď tím, že neslyšící pacient využívá namísto sluchu především zrak. Respondenti už ale nepomysleli na ten fakt, že někteří neslyšící lidé ztratili sluch před vývojem jazyka a nemají dostatečnou slovní zásobu anebo se narodili již jako neslyšící. Tato mylná představa by se mohla odvrátit častějšími a kvalitnějšími vzdělávacími kurzy, které se zaměřují na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Otázkou číslo 13 jsme se respondentů dotazovali, jakým způsobem by vedli nevidomého pacienta. Nevidomého pacienta vedeme tak, že se zavěsí za naši paži a jde přibližně půl kroku za námi. Jde o efektivní způsob vedení nevidomého, který je všeobecně doporučován. Zavěšením za paži nám pacient bude blíže a předejdeme nežádoucím narážením do překážek a pádům. Většina respondentů zvolila správnou odpověď. V položce 14 nás zajímalo, co je důležité při komunikaci se sluchově handicapovaným pacientem. Za správnou odpověď jsme považovali zřetelně artikulovat, mluvit pomalu a používat názorné ukázky. Vzhledem k tomu, že se v přednemocniční neodkladné péči setkáváme s neslyšícím pacientem poprvé, nevíme, jaký způsob komunikace preferuje. Pokud při ošetřování není přítomen tlumočnick, nezbyvá nám nic jiného, než zkusit jednoduchý způsob komunikace, který zahrnuje již zmíněné. Neslyšící pacient často dokáže odezírat mluvené slovo. Většina respondentů odpověděla na otázku číslo 14 správně. V položce 15 jsme řešili otázku pro koho je určené Braillovo písmo. Většina respondentů odpověděla na tuto položku správně. Všeobecně je známo, že Braillovo písmo používají nevidomí pacienti. Jde o speciální

písmo, kde se využívá plastičnosti bodů vyražených do materiálu. Tyto body čtenář vnímá hmatem. Málokterý respondent označil druhou možnou správnou odpověď hluchoslepý pacient. Často si neuvědomíme, že hluchoslepý člověk může být také právě nevidomý. V položce 16 nás zajímalo, na koho by respondenti hovořili během komunikace s nevidomým pacientem. Většina respondentů odpověděla správně – během komunikace s nevidomým pacientem bych hovořil/a na nevidomého pacienta. V tomto případě jde především o etický problém. I přes to, že nás pacient nevidí, je vhodné mluvit právě na něho. Pacienti náš postoj k nim snadno vycítí a naše chování by nebylo profesionální. V položce 17 jsme se respondentů dotazovali, zda si myslí, že poskytování přednemocniční neodkladné péče smyslově handicapovaným pacientům vyžaduje individuální přístup. Názory respondentů se lišily a žádná z odpovědí výrazně nepřevyšovala ostatní odpovědi. Analýzou odpovědí respondentů se nám hypotéza 2 nepotvrdila.

Posledním, třetím cílem, který jsme si stanovili, bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři absolvovali vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Předpokládali jsme, že 2/3 zdravotnických záchranářů, které tvoří přibližně 53 dotázaných respondentů, neabsolvovaly žádný vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Pro ověření hypotézy jsme použili položky 18 – 21. Podle položky 18 jsme zjistili, že se respondenti aktivně spíše nezajímají o pořádané kurzy či semináře, které se zabývají problematikou smyslově handicapovaných pacientů. V položce 19 jsme zjišťovali, zda mají respondenti možnost absolvovat na svém pracovišti vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Dle odpovědí respondentů jsme zjistili, že takovou možnost nemají. Položka 20 se respondentů tázala, zda již někdy respondenti absolvovali vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Většina respondentů zatím neabsolvovala žádný vzdělávací program na dané téma. V položce 21 jsme se respondentů ptali, zda by měli zájem absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Nejčastější odpověď, jakou respondenti označili, byla ano. Na základě odpovědí vztahujících se k hypotéze 3, byla hypotéza potvrzena.

Empirická část bakalářské práce nás překvapila, protože jsme předpokládali, že správné odpovědi respondentů nebudou v tak četném zastoupení. Předpokládali jsme,

znalosti zdravotnických záchranářů ohledně komunikace s pacienty se smyslovým handicapem není na tak dobré úrovni. Předpokládané hypotézy se potvrdily ze dvou třetin.

Otázkou je, zda znalosti zdravotnických záchranářů závisí na délce praxe nebo na dosaženém stupni vzdělání. Velký podíl respondentů tvořili zdravotničtí záchranáři, kteří pracují ve zdravotnictví do pěti let. Celkem tomu tak bylo z 38,75 % ze všech respondentů. Šest až deset let pracuje ve zdravotnictví 17,50 % respondentů. Celkem 16,25 % respondentů pracuje ve zdravotnictví 11 – 15 let. Stejný podíl respondentů pracuje ve zdravotnictví 21 – 25 let. Pouze 10,00 % respondentů pracuje ve zdravotnictví 16 – 20 let. Jen 01,25 % respondentů pracuje ve zdravotnictví více než 25 let. Pokud bychom výsledky dotazníkového šetření analyzovali z pohledu dosaženého vzdělání respondentů, získali bychom tyto poznatky. Celkem 37,50 % respondentů odpovědělo, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské vzdělání ukončené titulem bakalář má celkem 32,50 % respondentů. Vysokoškolské vzdělání ukončené titulem magister má celkem 16,25 % respondentů. Zbylých 13,75 % respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou.

Po analýze odpovědí zdravotnických záchranářů bychom mohli konstatovat, že jsou respondenti dostatečně připraveni pro ošetřování smyslově handicapovaných pacientů.

7 Doporučení pro praxi

Pokud budeme usuzovat podle zjištěných výsledků průzkumného šetření, můžeme konstatovat, že množství znalostí zdravotnických záchranářů odpovídá dnešním potřebám jasné a zřetelné komunikace se smyslově handicapovanými pacienty.

Přesto jsme přesvědčeni a navrhujeme zdravotnickým záchranářům, aby se více zajímali o pořádané kurzy a vzdělávací programy zaměřené na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. V rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků by toto téma nemělo být opomíjené. Domníváme se, že by tato problematika měl být stále více aktuální i pro TOP management jednotlivých záchranářských pracovišť.

Žijeme v době inkluze handicapovaných osob do společnosti. Vždyť ošetřování handicapovaných pacientů je dnes pro zdravotnické záchranáře běžnou rutinní záležitostí. S handicapovanými pacienty se setkávají stejně běžně jako s pacienty bez handicapu.

Pro zlepšení kvality péče o smyslově handicapované pacienty v přednemocniční neodkladné péči jsme vypracovali jednoduchý informační leták pro zdravotnické záchranáře. Informační leták je stručný a obsahuje základní informace o pacientech se smyslovým handicapem a doporučení, jak s těmito specifickými pacienty komunikovat.



Základní doporučení pro komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty

Zrakově handicapovaní pacienti

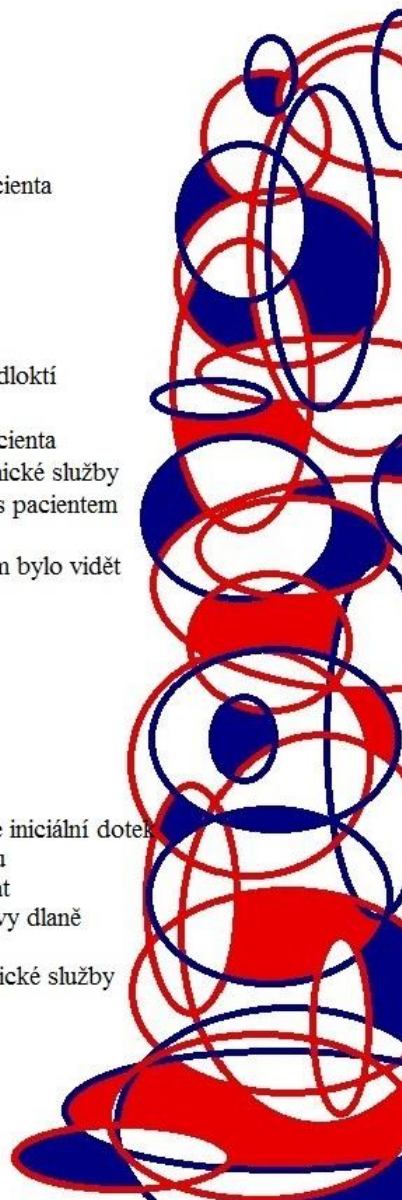
- chodí o bílé holi
- oslovíme vždy jako první
- představíme se celým jménem i funkčním zařazením
- za přítomnosti průvodce vždy hovoříme na nevidomého pacienta
- vedeme tak, že se zavěsí za naši paži a jde za námi
- vždy včas oznámíme svůj odchod

Sluchově handicapovaní pacienti

- na začátek komunikace iniciálním dotekem – např. dotek předloktí
- udržujeme po celou dobu komunikace zrakový kontakt
- za přítomnosti tlumočníka vždy hovoříme na neslyšícího pacienta
- mají ze zákona ve zdravotnickém prostředí právo na tlumočnické služby
- pokud není přítomen tlumočník, pokusíme se komunikovat s pacientem metodou tužka – papír
- zřetelně artikulujeme, mluvíme pomalu a nahlas a tak, aby nám bylo vidět do tváře
- používáme názorné ukázky

Hluchoslepi pacienti

- chodí o červenobílé holi
- oslovíme vždy jako první
- představíme se celým jménem i funkčním zařazením
- před začátkem komunikace nejprve oslovíme, poté použijeme iniciální dotek
- komunikace závisí na míře zrakového i sluchového handicapu
- nejprve zkusíme pacienta oslovit, poté zkusíme komunikovat prostřednictvím psaní velkých tiskacích písmen do pacientovy dlaně
- udržujeme taktilní kontakt
- mají ze zákona ve zdravotnickém prostředí právo na tlumočnické služby
- vždy včas oznámíme svůj odchod



Zdroj: (DINGOVÁ, 2010; PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010; ZELENÍKOVÁ, 2011)

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na opomíjené, avšak aktuální téma smyslově handicapovaných pacientů v přednemocniční neodkladné péči. Zaměřili jsme se na pojmy jako je handicap, disabilita, porucha a vada. Zabývali jsme se anatomii zrakového a sluchového orgánu. Popisovali jsme rozdělení postižení zrakového a sluchového aparátu. Vysvětlili jsme, jaké možnosti jsou pro smyslově handicapované pacienty v odvětví kompenzačních pomůcek. Poukázali jsme na speciální úpravy terénu pro smyslově handicapované pacienty. Snažili jsme se přiblížit a osvětlit praktické techniky, pomocí kterých budeme snadněji a srozumitelněji komunikovat se smyslově handicapovanými pacienty.

V praktické části bakalářské práce jsme zkoumali zkušenosti a znalosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s pacienty se smyslovým handicapem. Průzkumné šetření jsme prováděli pomocí strukturovaného dotazníku, který vznikl na podkladě předem daných cílů a hypotéz. Průzkum probíhal od 1. 2. do 5. 3. 2015. Průzkum jsme realizovali pomocí sociální sítě a e-mailové pošty. Podle analýzy průzkumného šetření jsme se dobrali k následujícím výsledkům:

- nejčastějším typem smyslového postižení, se kterým se respondenti setkali, bylo sluchové postižení
- přibližně 66,67 % respondentů má znalosti o komunikaci s pacienty se smyslovým handicapem
- většina respondentů neabsolvovala žádný vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty.

Do příloh práce jsme zakomponovali informace, podle kterých snadno identifikujeme smyslově handicapované pacienty. Nalezneme tam také obecná doporučení, která nám pomohou kvalitněji komunikovat se smyslově handicapovanými pacienty.

Výstupem naší práce je informační leták se základními doporučeními pro komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty. Tato doporučení jsou vhodná pro všechny zdravotníky, kteří mají chuť dozvědět se něco nového, nebo si jen

připomenout zapomenuté znalosti. Informační leták by mohl být součástí každého sanitního vozu.

Tato práce by měla poukázat na specifickou skupinu pacientů, se kterou se můžeme ve své praxi denně setkat. Práce by měla čtenáře obohatit o informace, jak komunikovat s pacienty se smyslovým handicapem. Pro usnadnění náročné práce a zachování profesionality by měl každý zdravotnický záchranář znát obecná pravidla komunikace se smyslově handicapovanými pacienty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DINGOVÁ, Naďa. 2010. Desatero pro komunikaci s neslyšícím člověkem za přítomnosti tlumočníka. In: MLADOVÁ, P. 2010. *Tlumočník jako most mezi zdravotnickým personálem a neslyšícím pacientem*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o. s. s. 55.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

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

HOUDKOVÁ, Zuzana. 2005. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-623-6.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.

KOHOUTEK, Rudolf. 2002. *Základy užité psychologie*. Brno: CERM. ISBN 80-214-2203-3.

KRAHULCOVÁ, Beáta. 2002. *Komunikace sluchově postižených*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2.

KRHUTOVÁ, L., 2011. Lidé se zrakovým postižením a pomáhající profese. In: MICHALÍK, J. et al. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 269-346. ISBN 978-80-7367-859-3.

KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, Lea. 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Editor Marie Vítková. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

LORM. *O hluchoslepotě*. [online]. [cit. 2015-1-30]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/pro-verejnost/o-hluchoslepote>

LUDÍKOVÁ, Libuše. 2001. *Edukace hluchosleпého dítěte raného věku*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0250-5.

LUDÍKOVÁ, L. et al. 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5034-7.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELÍŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.

PIPEKOVÁ, J. et al. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozšíř. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

POMOCNÉ TLAPKY o. p. s. *Asistenční psi*. [online]. [cit. 2015-1-6]. Dostupné z: <http://www.pomocnetlapky.cz/cz/o-asistencnich-psech/asistencni-psi/vodici-psi-44.html>

POTMĚŠIL, Miloň. 2011. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. In: MICHALÍK, J. et al. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 347-405. ISBN 978-80-7367-859-3.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ, 2004. *Speciální pedagogika*. 2. dopl. a aktualiz. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0873-2.

ROSULKOVÁ, Petra. 2005. Komunikace lidí s hluchoslepotou. In: ŠTĚRBOVÁ, D. et al. 2005. *Hluchoslepotá – lidé s ní a kolem ní*. Olomouc: Univerzita Palackého. s. 53-60. ISBN 80-244-1244-6.

SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY. A. *Klasifikace zrakového postižení podle WHO*. [online]. [cit. 2014-12-4]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY. B. *Bílé hole – kategorizace a názvosloví bílých holí*. [online]. [cit. 2014-12-4]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/docs/bilehole/01.php>

SKÁKALOVÁ, Tereza. 2011. *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-098-6.

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

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

SOURALOVÁ, E., LANGER, J. 2003. Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In: RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. dopl. a aktualiz. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 175-189. ISBN 80-244-0873-2.

SOURALOVÁ, Eva a Radka HORÁKOVÁ. 2008. *Problematika osob s hluchoslepotou a kontaktní tlumočení u hluchoslepých preferujících český znakový jazyk*. 2. opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. ISBN 978-808-7218-082.

STRNADOVÁ, Věra. 2002. *Úvod do surdopedie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-564-8.

ŠÍPEK, A. et al., 2013. *Vrozené vývojové vady: definice a rozdělení vrozených vad*. [online]. [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=definice_vady

ŠTĚRBOVÁ, D. et al. 2005. *Hluchoslepota - lidé s ní a kolem ní*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1244-6.

TYFLOCENTRUM BRNO, o. p. s. *Hmatné úpravy pro nevidomé*. [online]. [cit. 2015-1-6]. Dostupné z: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/hmatne.htm>

VITÁSKOVÁ, K., L. LUDÍKOVÁ, a E. SOURALOVÁ, 2003. *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0621-7.

ZÁKONY PRO LIDI. A. *Předpis č. 372/2011 Sb.* [online]. [cit. 2015-1-6]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ZÁKONY PRO LIDI. B. *Předpis č. 155/1998 Sb.* [online]. [cit. 2015-1-4]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-155>

ZÁKONY PRO LIDI. C. *Předpis č. 423/2008 Sb.* [online]. [cit. 2015-2-6]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-423>

ZÁKONY PRO LIDI. D. *Předpis č. 384/2008 Sb.* [online]. [cit. 2015-2-6]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>

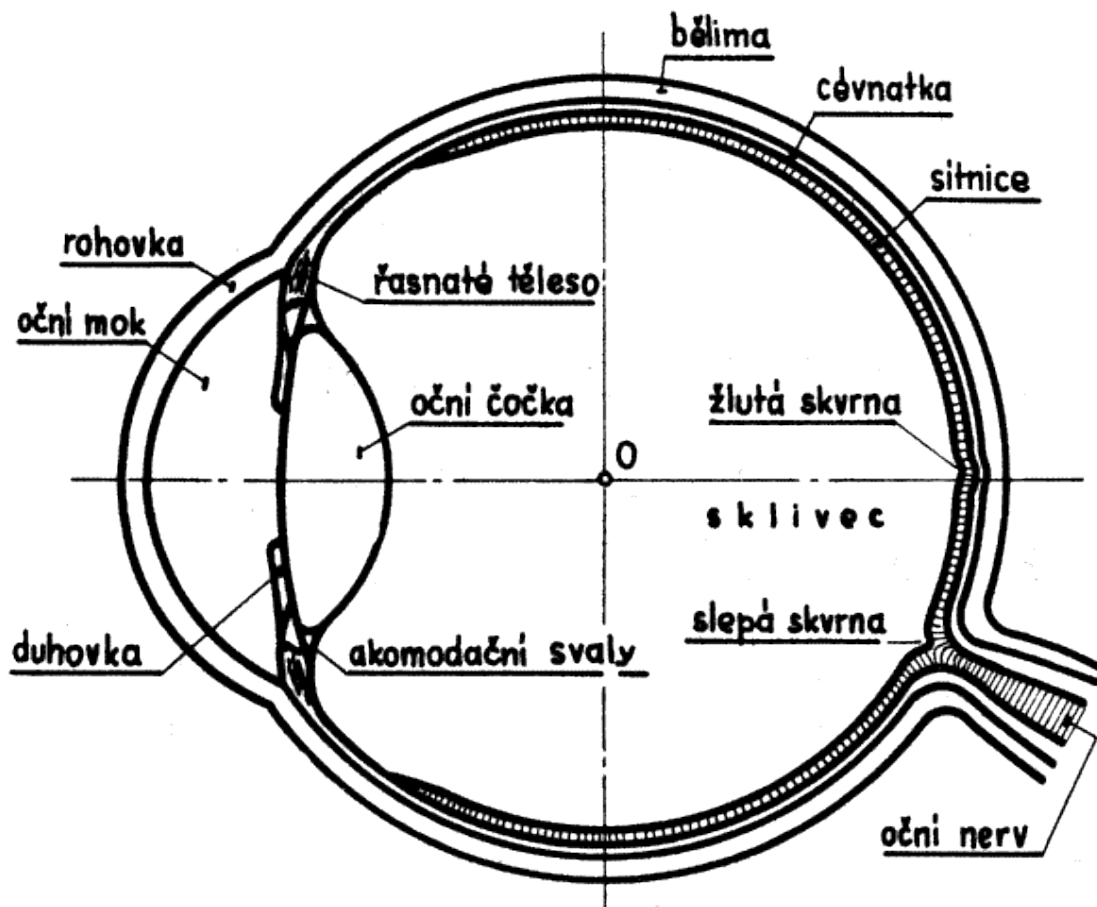
ZELENÍKOVÁ, R., 2011. Komunikace v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II: komunikace – etika – člověk, jeho motivace a potřeby – paliativní péče – transkulturní ošetrovatelství – výchova ke zdraví*. Praha: Grada, s. 11-68. ISBN 978-80-247-3558-0.

PŘÍLOHY

| | |
|---|-------|
| Příloha A – Schéma oka | I |
| Příloha B – Bílá hůl | II |
| Příloha C – Braillova abeceda | III |
| Příloha D – Popisky v Braillově abecedě | IV |
| Příloha E – Signální pás pro osoby se zrakovým postižením | V |
| Příloha F – Přejíždění pro chodce se zrakovým postižením | VI |
| Příloha G – Vodící linie pro osoby se zrakovým postižením | VII |
| Příloha H – Varovný pás pro osoby se zrakovým postižením | VIII |
| Příloha I – Schéma ucha | IX |
| Příloha J – Znakový jazyk | X |
| Příloha K – Červenobílá hůl | XI |
| Příloha L – Lormova abeceda | XII |
| Příloha M – Prstová obouruční abeceda | XIII |
| Příloha N – Doporučení pro komunikaci s pacienty se zrakovým postižením | XIV |
| Příloha O – Doporučení pro komunikaci s pacienty se sluchovým postižením | XV |
| Příloha P – Doporučení pro komunikaci s hluchoslepými pacienty | XVI |
| Příloha Q – Desatero pro komunikaci s neslyšícím člověkem za přítomnosti tlumočnicka | XVII |
| Příloha R – Dotazník k průzkumnému šetření | XVIII |
| Příloha S – Rešerše | XXVI |

Příloha A

Schéma oka



Zdroj:

http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/fyzika/prof/Tesar/diplomky/obr_dopl_optika/optika/zakl_prvky/oko/anatomie.htm (5.2.2015)

Příloha B

Bílá hůl



Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/problemy.htm> (5. 2. 2015)

Příloha C

Braillova abeceda

| | | | | | | | |
|-----------|----|----------|---|-----------|---|-----------|---|
| a (1) | ⠁ | g (1245) | ⠒ | ó (246) | ⠏ | ů (23456) | ⠥ |
| á (16) | ⠁⠠ | h (125) | ⠓ | p (1234) | ⠏ | v (1236) | ⠦ |
| b (12) | ⠃ | i (24) | ⠒ | q (12345) | ⠏ | w (12356) | ⠦ |
| c (14) | ⠉ | í (34) | ⠒ | r (1235) | ⠕ | x (1346) | ⠭ |
| č (146) | ⠉⠠ | j (245) | ⠒ | ř (2456) | ⠕ | y (13456) | ⠭ |
| d (145) | ⠙ | k (13) | ⠓ | s (234) | ⠎ | ý (12346) | ⠭ |
| d' (1456) | ⠙⠠ | l (123) | ⠒ | š (156) | ⠎ | z (1356) | ⠵ |
| e (15) | ⠑ | m (134) | ⠓ | t (2345) | ⠞ | ž (2346) | ⠵ |
| é (345) | ⠑⠠ | n (1345) | ⠓ | t' (1256) | ⠞ | | |
| ě (126) | ⠑ | ň (1246) | ⠓ | u (136) | ⠤ | | |
| f (124) | ⠑ | o (135) | ⠓ | ú (346) | ⠤ | | |

Zdroj: http://www.sons.cz/braillska_abeceda_sada.php (5. 2. 2015)

Příloha D

Popisky v Braillově abecedě



Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/hmatne.htm> (5. 2. 2015)

Příloha E

Signální pás pro osoby se zrakovým postižením



Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/hmatne.htm> (5. 2. 2015)

Příloha F

Přechod pro chodce se zrakovým postižením



Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/hmatne.htm> (5. 2. 2015)

Příloha G

Vodící linie pro osoby se zrakovým postižením



Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/hmatne.htm> (5. 2. 2015)

Příloha H

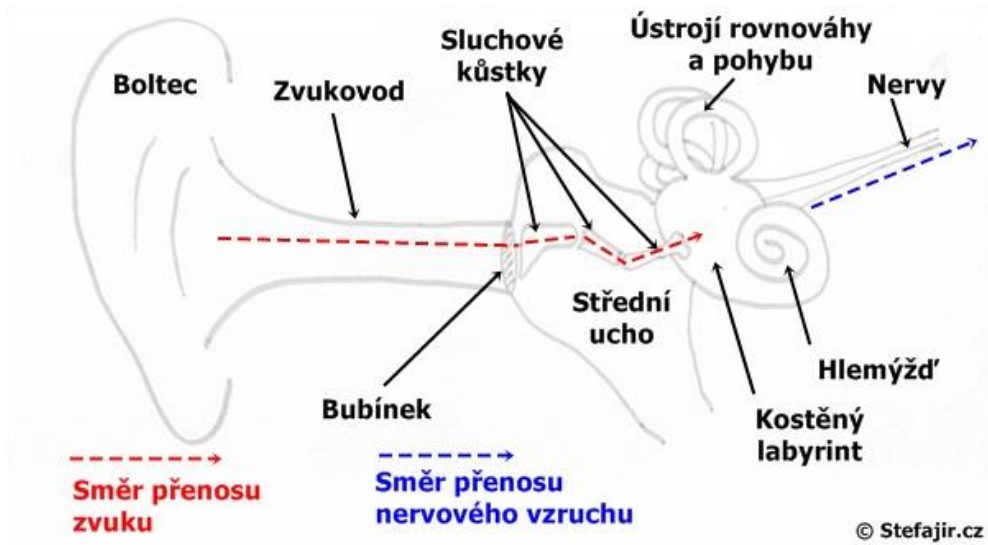
Varovný pás pro osoby se zrakovým postižením



Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/hmatne.htm> (5. 2. 2015)

Příloha I

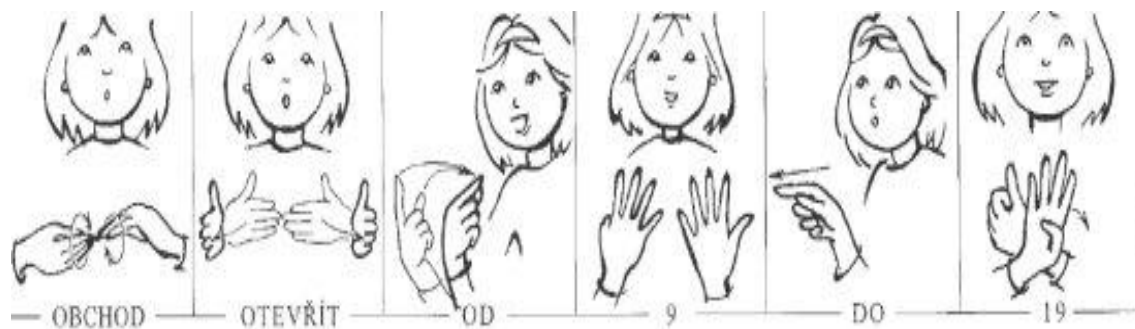
Schéma ucha



Zdroj: <http://www.stefajir.cz/?q=menierova-choroba> (5. 2. 2015)

Příloha J

Znakový jazyk



V obchodě mají otevřeno od 9 do 19.

Zdroj: <http://ruce.cz/clanky/481-znakovani-pro-kazdy-den> (5. 2. 2015)

Příloha K

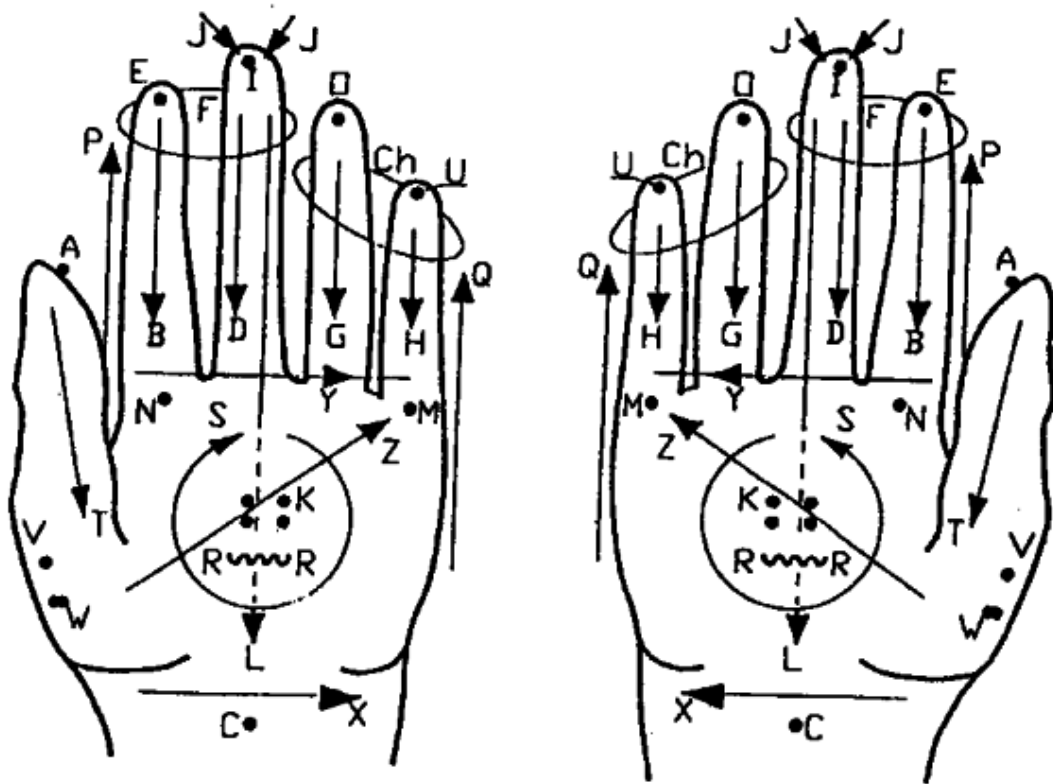
Červenobílá hůl



Zdroj: <http://www.lorm.cz/download/HMN2/obsahCD/brozura/brozura.html> (5. 2. 2015)

Příloha L

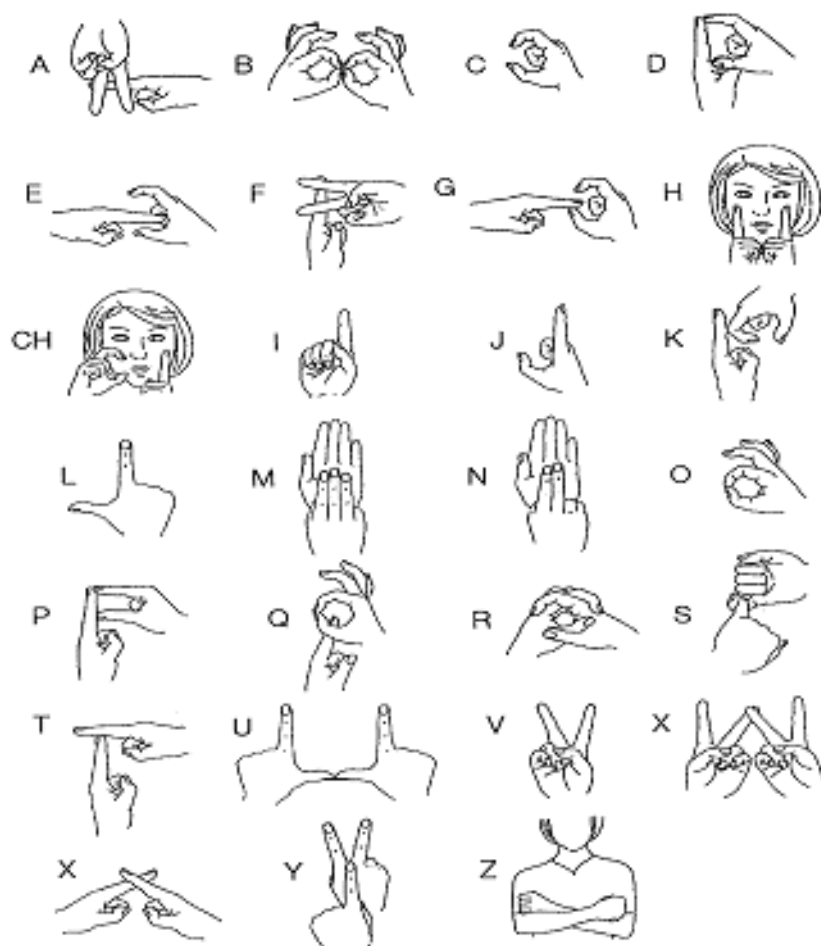
Lormova abeceda



Zdroj: <http://www.lorm.cz/download/HMN2/obsahCD/brozura/brozura.html> (5. 2. 2015)

Příloha M

Prstová obouruční abeceda



Zdroj: <http://www.lorm.cz/download/HMN2/obsahCD/brozura/brozura.html> (5. 2. 2015)

Příloha N

Doporučení pro komunikaci s pacienty se zrakovým postižením

- Při kontaktu s pacientem se zrakovým handicapem bychom měli navázat kontakt jako první.
- Pozdravit handicapovaného vždy jako první a k pozdravu připojit i jméno nevidomého, aby věděl, že pozdrav patří jemu.
- Dále bychom se měli představit my a uvést i své funkční zařazení.
- Během hovoru s pacientem s postižením zraku bychom ho měli informovat o všem, co se děje v okolí.
- Upozornit na příchod a odchod z místnosti.
- Chovat se přirozeně a nenuceně, vyvarovat se projevů soucitu.
- Odstranit z dosahu nebezpečné překážky a bariéry, ostré a nebezpečné předměty.
- Popsat pokoj, sociální zařízení a upozornit na stálé překážky.
- Při popisu používat označení směru. Pro příklad: po pravé ruce máte; před námi; nalevo. Nepoužívat slova jako tady a tam, využívat analogové hodiny. Na příklad: na čtvrté hodině je...; na dvanáctce najdete...
- Při komunikaci dbát na prostředí bez nadměrného hluku a šumu, kvůli omezování orientace a komunikace nevidomého.
- Při komunikaci nespoléhat na gestikulaci, mimiku a další neverbální komunikace vnímané vizuálně; o to větší význam má hlas a další komunikační prvky, přijímané zejména sluchem nebo hmatem. Mezi tyto komunikační prvky řadíme zvětšovací lupy, Braillovo písmo, čtečky pro nevidomé apod.
- Pokud je nevidomý s průvodcem, jednat vždy přímo s nevidomým, ne s jeho průvodcem (ZELENÍKOVÁ, 2011).

Příloha O

Doporučení pro komunikaci s pacienty se sluchovým postižením

- Před rozhovorem s člověkem se sluchovým handicapem je vhodné navázat zrakový kontakt a udržovat ho po celou dobu rozhovoru.
- Na začátek komunikace upozornit sluchově postiženého iniciálním dotekem.
- Zjistit, zda sluchově postižená osoba preferuje pro komunikaci odezírání, český znakový jazyk, prstovou abecedu nebo písemnou formu komunikace. Preferovaný způsob komunikace zaznamenat.
- Využít služeb tlumočnického znakového jazyka. Podle §8 Zákona o komunikačních systémech neslyšících č. 384/2008 Sb. Neslyšící a hluchoslepé osoby mají při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb právo na tlumočnické služby zajišťující tlumočení v jimi zvoleném komunikačním systému. Tlumočnicka může nahradit i člen rodiny. Vzhledem k obsahu komunikace se ale vždy člen rodiny nehodí. Téma hovoru může být pro neslyšícího potažmo pacienta citlivé. O nemocech či jiných soukromých záležitostech bude neslyšící pacient možná raději mluvit prostřednictvím cizího tlumočnicka. Neslyšící pacient má právo odmítnout tlumočení svého příbuzného.
- Mluvit pomalu, používat jednoduché věty a zřetelně artikulovat.
- Nikdy nekřičet. Slyšící často při komunikaci s neslyšícími začnou křičet. Efekt je opačný. Křičení působí nesnáze a neslyšící obvykle hůře rozumí.
- Nemluvit se sluchově postiženým zezadu ani ze strany. Měli bychom dbát na to, aby sluchově postižený na obličej mluvícího dobře viděl zepředu.
- Při odezírání musí být obličej mluvícího dobře osvětlen a ničím nekryt.
- Pokud je to možné verbální sdělení bychom měli doplnit názornou ukázkou. Například když vysvětlujeme neslyšícímu postup při lékařském výkonu, je vhodné vzít si s sebou i pomůcky, které se budou při výkonu používat.
- Osvojit si alespoň základy znakového jazyka jako je pozdrav nebo poděkování a používat je.
- Písemná komunikace se sluchově postiženým by měla být přiměřeně jednoduchá, stručná a výstižná (ZELENÍKOVÁ, 2011).

Příloha P

Doporučení pro komunikaci s hluchoslepými pacienty

- Hluchoslepého člověka je možné rozeznat podle červenobílé reflexní hole, která je odlišuje od nevidomých.
- Nejprve hluchoslepého člověka oslovit, ověřit si jeho úroveň sluchového a zrakového vnímání, zjistit, jaké komunikační techniky dotyčný ovládá a upřednostňuje.
- Ke hluchoslepé osobě přistupovat vždy opatrně, ne zbrkle.
- Vždy upozornit na svou přítomnost a na následnou komunikaci upozornit oslovením a lehkým dotykem. I zde používáme tzv. iniciální dotek, kdy se handicapovaného dotkneme například na rameni nebo na paži. Dotek by ho neměl vylekat.
- Včas oznámit svůj odchod.
- Vyzkoušet a použít cokoli, co může zlepšit úspěšnost dorozumívání s hluchoslepými. Pokud se s dotyčným setkáváme poprvé, je vhodné vyzkoušet nejprve psaní velkých tiskacích písmen do dlaní.
- Během hovoru se nevzdalovat ani neotáčet od hluchoslepého člověka, mluvit vždy přímo směrem k jeho tváři.
- Využít všechny zbytky zraku a sluchu, kterými dotyčný disponuje, pokud je to možné.
- Nikdy nekomunikovat s tlumočnickem, pokud doprovází hluchoslepého, ale hovořit přímo s hluchoslepým člověkem.
- Nerozhodovat za hluchoslepého člověka, ale častěji mu nabídnout pomoc. I zde platí, nepodceňovat, ale ani nepřeceňovat síly handicapovaného.
- Dbát na správně osvětlené a co nejméně hlučné místo. V přednemocniční neodkladné péči to tedy znamená, že s handicapovaným pacientem se co nejdříve odebereme do vozu. Tam budeme mít vhodné podmínky pro klidné vyšetření pacienta bez rušivých elementů.
- V průběhu komunikace je dobré být s hluchoslepým člověkem v taktilním kontaktu. To znamená, že pokud nepoužíváme komunikaci skrz dlaně, snažíme se alespoň o občasný dotek pacienta. Pacient bude stále vědět o naší přítomnosti (ZELENÍKOVÁ, 2011).

Příloha Q

Desatero pro komunikaci s neslyšícím člověkem za přítomnosti tlumočnicka

1. Neslyšící člověk má při komunikaci se slyšícími úředníky či zdravotníky právo na tlumočnicka, pokud o to požádá.
2. Neslyšící člověk má právo vybrat si tlumočnicka, kterému dobře rozumí a kterému důvěřuje.
3. Tlumočení může probíhat formou znakového jazyka, znakované, mluvené či psané češtiny dle komunikační preference neslyšícího člověka.
4. Rozhovor vedeme přímo s neslyšícím a udržujeme zrakový kontakt s ním, nikoliv s tlumočnickem. Neslyšící ovšem musí sledovat tlumočení informací. Stojíme či sedíme tak, abychom za zády neměli zdroj světla.
5. Nemluvíme s tlumočnickem s tím, že ten to později neslyšícímu pacientovi vysvětlí. Hovor je veden s neslyšícím člověkem, a ten má právo na informace v plné kvalitě a v reálném čase, aby se mohl průběžně ptát na to, co ho zajímá.
6. Tlumočnick musí být vždy vedle slyšící osoby, jejíž řeč tlumočí. Neslyšící potřebuje vidět, jak na tlumočnicka, tak i na hovořící osobu.
7. Během hovoru neodbíháme. Vzdálíme-li se od tlumočnicka, neslyšící se obrací za námi a uniká mu tak část tlumočených informací.
8. Mluvíme svým obvyklým tempem. Tlumočnick nás sám upozorní, bude-li třeba řeč zpomalit. Máme však na paměti, že při tlumočení vždy dochází k časovému skluzu. Tlumočnick musí mít čas přijmout informaci, zpracovat ji a zprostředkovat.
9. Na konci hovoru se neslyšícího člověka ptáme, zda ještě něco potřebuje upřesnit.
10. I když se s neslyšícím dorozumíváme prostřednictvím tlumočnicka, dejme mu s sebou také písemné sdělení o jeho zdravotním stavu a o důležitých doporučeních (DINGOVÁ, 2010, s. 55).

Příloha R

Dotazník k průzkumnému šetření

Dotazník, který byl vytvořen a rozeslán cestou internetové stránky www.surveio.com.

12. 3. 2015

Zkušenosti a znalosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s osobami se smyslovým handicapem

Zkušenosti a znalosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s osobami se smyslovým handicapem

Dobrý den,

Jmenuji se Hana Němcová, DiS. a studuji na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze, obor zdravotnický záchranář.

Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci na mé bakalářské práci. Zaměřuje se na zkušenosti a znalosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s osobami se smyslovým handicapem. Dotazník je určen pouze pro účely zpracování bakalářské práce, je zcela anonymní, dobrovolný a údaje v něm vyplněné nebudou nijak zneužity.

Prosím Vás o laskavé vyplnění dotazníku. Zaškrtněte prosím Vámi zvolenou odpověď. Pokud zvolíte možnost odpovědi: "jiné", vjádřete prosím slovně svůj názor.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Hana Němcová, DiS.

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- 1 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 - 15 let
- 16 - 20 let
- 21 - 25 let
- 26 a více let

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské - Bc.

<http://www.surveio.com/survey/d/U755X9C6C6J8S8R1Z>

1/8

vysokoškolské - Mgr.

Ošetřujete smyslově handicapované pacienty?

- ano
 ne
 nevím

Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a ano, zvolte intenzitu setkání se smyslově handicapovanými pacienty.

- 1 - 3 krát týdně
 4 - 6 krát týdně
 7 - 9 krát týdně
 10 - a vícekrát týdně

Pokud jste se již při výkonu povolání setkal/a s pacientem se smyslovým postižením, zvolte z níže uvedené nabídky. (Můžete zvolit více odpovědí)

- zrakové postižení
 sluchové postižení
 sluchově - zrakové postižení
 řečové postižení
 sluchově - řečové postižení

Zvolte prosím správnou odpověď, pacient, který chodí o bílé holi je?

- hluchý
- hluchoslepý
- nevidomý
- hluchoněmý
- nevím

Zvolte prosím správnou odpověď, pacient, který chodí o červenobílé holi je?

- hluchý
- hluchoslepý
- nevidomý
- hluchoněmý
- nevím

Domníváte se, že má neslyšící pacient při komunikaci se zdravotníky nárok na tlumočníka?

- ano
- ne
- nevím

Vyjádřete prosím, co znamená pojem iniciální dotek?

- podání ruky
- domluvené znamení pro začátek komunikace
- poklepání po rameni
- nevím

Při výjezdu ke zraněnému nevidomému pacientovi (není v život ohrožujícím stavu) je na místě i vodící pes. Jak budete postupovat?

- vodícího psa naložím do sanity a odvezu ho spolu s nevidomým pacientem do zdravotnického zařízení
- zavolám Městskou policii a domluvim zabezpečení vodícího psa jejich posádkou
- vodícího psa nechám na místě
- nevím
- jiné - uveďte:
Napište vlastní odpověď

Zbývá 100 znaků

Pokud je u neslyšícího pacienta při ošetření přítomen tlumočník, na koho budete hovořit během komunikace?

- na neslyšícího pacienta
- na tlumočnicka
- složité informace sdělují tlumočnickovi, s těmi jednoduchými se obracím na neslyšícího pacienta
- nevím
- nezáleží na výběru osoby

Domníváte se, že je možné se vždy uspokojivě domluvit s neslyšícím pacientem pomocí tužky a papíru?

- ano
 ne
 nevím

Vyjádřete prosím, jaký byste zvolili způsob vedení nevidomého pacienta?

- tak, že se nevidomý zavěsí za Vaši paži
 tak, že se nevidomý drží Vaší ruky a jde za Vámi
 tak, že nevidomého povedete jeho holí
 nevidomý jde sám
 nevím

Zvolte prosím správnou odpověď, při komunikaci se sluchově handicapovaným pacientem je důležité?

- hlasitě křičet skrz ochrannou ústenku
 mluvit v dlouhých větách při špatném osvětlení
 zřetelně artikulovat, mluvit pomalu, používat názorné ukázky
 se sluchově handicapovaným pacientem nekomunikuji
 nevím

Zvolte prosím správnou odpověď, Braillovo písmo je určeno pro pacienty? (Můžete zvolit více odpovědí)

- neslyšící
- nevidomé
- hluchoněmé
- hluchoslepé
- hluché
- němé
- nevím

Rozhodněte se, prosím, pokud je u nevidomého pacienta přítomen asistent/průvodce, na koho budete hovořit v průběhu ošetřování?

- na nevidomého pacienta
- na asistenta/průvodce
- složité informace sdělují asistentovi/průvodci, s těmi jednoduchými se obracím na nevidomého pacienta
- s nevidomým pacientem nekomunikuji
- nevím

Domníváte se, že poskytování přednemocniční neodkladné péče smyslově handicapovaným pacientům vyžaduje individuální přístup?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

nevím

Zajímáte se aktivně o pořádané kurzy či semináře, které se zabývají problematikou smyslově handicapovaných pacientů?

- ano
 spíše ano
 ne
 spíše ne
 nevím

Máte možnost na svém pracovišti absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty?

- ano
 spíše ano
 ne
 spíše ne
 nevím

Absolvoval/a jste někdy vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty?

- ano
 ne

12. 3. 2015

Zkušenosti a znalosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s osobami se smyslovým handicapem

nevím

Měl/a byste zájem absolvovat vzdělávací program zaměřený na komunikaci se smyslově handicapovanými pacienty?

- ano
 spíše ano
 ne
 spíše ne
 nevím

ODESLAT DOTAZNÍK

[Dotazník \(/cs/?source=survey_footer&medium=link&term=brand\)](#) vytvořen pomocí **Survio**.

Vyzkoušejte si předpřipravené [vzory dotazníků \(/cs/vzory-dotazniku/?source=survey_footer&medium=link&term=survey_templates\)](#) pro snadný start!

<http://www.survio.com/survey/d/U7S5X9C6C6J8S8R1Z>

8/8

Zdroj: <http://www.survio.com/survey/d/U7S5X9C6C6J8S8R1Z> (5. 3. 2015)

Příloha S

Rešerše

Přístup k smyslově handicapovaným pacientům v přednemocniční péči

Hana Němcová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: hluchoslepí – deaf blind, komunikace – communication, smyslový handicap – sensory handicap, sluchové postižení – hearing disability, zrakové postižení – visual disability

Časové vymezení: 2005 – 2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

Počet záznamů: 290 (vysokoškolské práce: 2, knihy: 116, články a příspěvky ve sborníku: 169)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)