

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

**SPECIFIKA KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO
ZÁCHRANÁŘE S OSOBAMI S PORUCHOU
SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JIŘÍ POLEDNÍK

Praha 2016

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

**SPECIFIKA KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO
ZÁCHRANÁŘE S OSOBAMI S PORUCHOU
SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ**

Bakalářská práce

JIŘÍ POLEDNÍK

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2016



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

Poledník Jiří
3. A ZZ

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 4. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika komunikace zdravotnického záchranáře s osobami
s poruchou smyslového vnímání

*Specifics of Paramedical Communication with Persons with Impaired
Sensory Perception*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 5. 4. 2016

podpis

Poděkování

Chtěl bych zde poděkovat Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce a za odborné připomínky. Dále bych rád poděkoval své rodině za velkou podporu a všem zdravotnickým záchranářům, pracovníkům občanských sdružení a osobám se smyslovým postižením, kteří mi poskytli cenné informace k vypracování bakalářské práce.

Abstrakt

POLEDNÍK, Jiří. *Specifika komunikace zdravotnického záchranáře s osobami s poruchou smyslového vnímání*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2016

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a osobou se smyslovým postižením. Teoretická část práce se zabývá rozborem komunikace zdravotnického záchranáře se smyslově postiženou osobou. V teoretické části bakalářské práce jsou popsány jednotlivé poruchy smyslů (zraku, sluchu a kombinaci obojího) a způsoby komunikace s osobou daného smyslového postižení. Teoretická část bakalářské práce se také zabývá legislativou, která se týká osob se smyslovým postižením, a specifikuje nejčastěji používané dorozumívací pomůcky. Výstupem práce je pak zhodnocení jednotlivých konkrétních případů, k nimž v praxi došlo, a jejich konfrontace s výsledky uváděnými v použité literatuře. Bakalářská práce potvrdila, že vzájemná komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem je zásadní složkou diagnostického a léčebného procesu.

Klíčová slova:

Hluchoslepý pacient. Komunikace. Neslyšící pacient. Nevidomý pacient. Poruchy smyslového vnímání. Zdravotnický záchranář.

Abstract

POLEDNÍK, Jiří. *Specifics of paramedical communication with persons with impaired sensory perception*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Prague. 2016

The bachelor's work focuses on the communication between a medical rescuer and a person with a sense perception disorder. The theoretical part deals with the analysis of communication between a medical rescuer and a person with a sense perception disorder. It describes the particular sense disorders (sense of sight, hearing and the combination of both) and the methods of communication with a person with the particular sense disorder. The work also discusses the legislation applying to the people with impaired sensory perceptions and mentions the communication aids used most frequently. The outcome of the work is an assessment of particular cases encountered in practice and their comparison to the theoretical methods described in the literary sources used. The work has proved that the communication between the medical rescuer and the patient is an essential part of the diagnostic and medical processes.

Keywords:

Deafblind patient. Communication. Deaf patient. Blind patient. Sense perception disorders. Medical rescuer.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ A KOMUNIKACE.....	13
1.1 PORUCHA, OSLABENÍ, HANDICAP	14
1.2 KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S OSOBAMI SE SMYSLOVÝM POSTIŽENÍM	15
2 PŘÍSTUP K OSOBĚ S PORUCHOU SMYSLU	16
2.1 PORUCHY ZRAKU.....	16
2.1.1 KOMUNIKACE S NEVIDOMÝM PACIENTEM	19
2.2 PORUCHY SLUCHU	21
2.2.1 KOMUNIKACE S NESLYŠÍCÍM PACIENTEM	24
2.3 KOMBINOVANÁ PORUCHA ZRAKU A SLUCHU	25
2.3.1 KOMUNIKACE S HLUCHOSLEPÝM PACIENTEM.....	26
2.4 LEGISLATIVA UPRAVUJÍCÍ PRÁVA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	28
2.5 DOROZUMÍVACÍ POMŮCKY A METODY KOMUNIKACE SMYSLOVĚ POSTIŽENÝCH.....	29
3 PRAKTICKÁ ČÁST	33
3.1 KAZUISTIKA	33
3.2 KAZUISTIKA	38
3.3 KAZUISTIKA	43
3.4 KAZUISTIKA	46

4	DISKUZE	51
4.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DK.....dolní končetina

GCS.....Glasgow coma scale

GLY.....glykemie

HK.....horní končetina

HZS.....hasičský záchranný sbor

ICIDH.....International classification of impairments, disabilities and handicaps

RZP.....rychlá zdravotnická pomoc

TF.....tepová frekvence

TK.....krevní tlak

TT.....tělesná teplota

WHO.....Wold Health Organization

ZOS.....zdravotnické operační středisko

ZZ.....zdravotnický záchranář

ZZS.....zdravotnická záchranná služba

(VOKURKA et al., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afrikáta – souhláska vzniklá asibilační artikulací souhlásky zubní, polosykavka

Augmentativní – jiný způsob komunikace než slovy

Cortiho orgán – struktura v hlemýždi vnitřního ucha sloužící k přeměně zvukových vln na nervové impulsy vedené VIII. hlavovým nervem do mozku

Dermatom – oblast kůže, dermatomy se promítají na povrch těla jako podélné pruhy, části pocházející ze stejného dermatomu mají nervové zásobení z jednoho míšního kořene, poškození míšního kořene způsobuje poruchy citlivosti, hybnosti apod. v příslušném dermatomu

Fosfény – záblesky a jiskry před okem

Lasegue – manévr na dolních končetinách, při kterém se může objevit bolest a ta může svědčit o iritaci ischiadického nervu nebo lumbosakrálních nervových kořenů

Mingazzini – součást neurologického vyšetření, při němž pacient předpaží obě paže se zavřenýma očima; v případě částečné obrny např. po cévní mozkové příhodě dochází k poklesu jedné paže; pyramidový, deficitní příznak

Retroflexe – ohnutí dozadu

Schodolez – zařízení sloužící k transportu pacienta ze schodů, do schodů

Sibilanta – úžinová alveolární souhláska vyznačující se výrazným trvalým šumem, sykavá souhláska, sykavka (např. s, š)

(VOKURKA et al., 2015), (HARTL et al., 2010)

ÚVOD

Zdravotničtí záchranáři se při výkonu povolání setkávají s řadou životních situací. Tématem bakalářské práce je komunikace zdravotnického záchranáře s osobou se smyslovým postižením. Je to jedna ze situací, se kterou se zdravotničtí záchranáři mohou během výkonu svého povolání setkat. Vzájemná komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem je základní složkou diagnostického a léčebného procesu (PTÁČEK et al., 2011). Záleží tedy na tom, nakolik je zdravotnický záchranář obeznámen s tím, že setkání se smyslově postiženým pacientem vyžaduje specifický přístup jak v komunikaci, tak v zacházení s ním.

Podnětem k výběru tématu bakalářské práce byly povinné stáže při studiu na ČVUT v Kladně (obor zdravotnický záchranář) a Vysoké škole zdravotnické v Praze (obor zdravotnický záchranář) v letech 2013 – 2015, kde jsem byl účasten výjezdů ke smyslově postiženým pacientům a také diskutoval se ZZ o problematice komunikace se smyslově postiženým pacientem. Výběr tématu také ovlivnily mé zkušenosti s hluchoněmým bratrancem.

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na fakta týkající se problematiky komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a osobou se smyslovým postižením při zásahu výjezdové skupiny a posoudit a ověřit nutnost vzdělávání se v této problematice i potřebnost praktického nácviku získaných teoretických znalostí.

V teoretické části bakalářské práce jsou popsána obecná doporučení pro komunikaci zdravotnického záchranáře s osobou se smyslovým postižením. Dále jsou zde popsány jednotlivé smyslové poruchy (zraku, sluchu a jejich kombinace), kompenzační pomůcky a legislativa, týkající se osob se smyslovým postižením. V závěru teoretické části jsou uvedeny metodiky přístupu zdravotnického záchranáře k osobám s konkrétním smyslovým postižením.

V praktické části jsou popsány čtyři konkrétní případy, kdy zdravotnická záchranná služba poskytovala přednemocniční péči osobám se smyslovým postižením. V této části jsou zhodnoceny přístupy zdravotnických záchranářů k osobám se smyslovým postižením, a to srovnáním metodik uváděných v teoretické části bakalářské práce s praktickým průběhem jednotlivých zásahů výjezdových skupin.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ A KOMUNIKACE

Tak jako je celý lidský život prožíván a konfrontován ve vzájemném společenství s ostatními, tak i práce ZZ se odehrává v neustálém kontaktu s lidmi. Každé setkání s pacientem je doprovázeno verbální či neverbální komunikací, projevy empatie, spoluúčastí. Tyto okolnosti vytvářejí určitou atmosféru, která pacienty posiluje nebo je naopak tíží. Lidé se potřebují cítit bezpečně a být přijímáni. Bez tohoto vztahového kritéria se práce ZZ stává jen výkonem pověřených pravomocí (KOPŘIVA, 2013).

Vzájemná komunikace mezi ZZ a pacientem je zásadní složkou diagnostického a léčebného procesu a má tedy pro medicínu klíčový význam. Komunikaci nelze brát pouze jako nadstavbu či přidanou hodnotu odborných kompetencí, ale patří do souboru základních znalostí a dovedností a je předpokladem pro výkon medicínských povolání. Tak, jak je důležité umět správně vyšetřit pacienta, je neméně důležité se naučit s pacientem komunikovat. Umění komunikace zahrnuje řadu konkrétních postupů s různou efektivitou a dopadem na celkový proces léčby. Je potřebné komunikaci rozvíjet na profesionální úrovni (odborné kurzy, praktický nácvik, studium materiálů týkajících se dané problematiky). Problémy v komunikaci mohou snižovat důvěru mezi pacientem a ZZ, oddalovat či přímo znemožňovat stanovení diagnózy, působit komplikace v léčbě v důsledku špatného pochopení pokynů ZZ, a to vše může vést ke snížení kvality poskytované léčebné péče, k určení nesprávného léčebného postupu, k frustraci pacienta a následným stížnostem na zdravotnické zařízení. Neduhem dnešní moderní doby je, že ZZ často bere pacienta jako diagnózu a naopak pacientův příběh, pacientovy obavy a řada příčin jeho aktuálního zdravotního stavu zůstává nepovšimnuta. Úroveň komunikace ZZ s pacientem zásadně ovlivňuje všechny části léčebného procesu. Pouhá zkušenost či osobní dispozice jedince kvalitně komunikovat není plně dostačující pro zvládnutí komunikace na profesionální úrovni. Komunikaci je možné se naučit systematickou a cílenou přípravou. Dovednosti získané při tréninku komunikačních dovedností pak dále přetrvávají i během další profesní kariéry (PTÁČEK et al., 2011).

Formy komunikace ZZ jsou verbální a neverbální. Verbální komunikací je myšleno to, co je sdělováno slovy. Úspěšnost verbální komunikace je závislá na tempu řeči, intonaci hlasu, jeho hlasitosti a výšce, důležité jsou pomlky, stručnost, jednoduchost a srozumitelnost slov. Neverbální komunikaci lze jednoduše definovat jako řeč těla. Některé zdravotní stavy pacientů i pacientů handicapovaných jim nedovolí komunikovat slovy a jsou odkázáni pouze na řeč těla. Neverbální komunikací se rozumí gesta a pohyby všemi částmi těla, výrazy tváře, pohledy očí, zaujímání pozice v prostoru, tělesný kontakt – doteky, oblečení, vůně i jiné aspekty vlastního zjevu (KELNAROVÁ et al., 2014).

1.1 PORUCHA, OSLABENÍ, HANDICAP

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí, doplněné o ICDH: „Porucha (impairment) je definována jako ztráta nebo odchylka od psychologické normy, somatické struktury nebo funkce, jako zevní projev chorobného stavu na úrovni orgánu. Tato porucha je dočasná nebo trvalá. Oslabení (disability) představuje změněnou schopnost až neschopnost určité činnosti určitým způsobem a v určitém rozsahu (jako odchylka od fyziologické normy). Handicap je chápán jako znevýhodnění postižené osoby, vyplývající z poruchy nebo neschopnosti, která omezuje nebo znemožňuje postižené osobě provádění životních úkonů, které by jí příslušely dle sociálních, kulturních, věkových a pohlavních kritérií. Handicap znamená promítnutí poruchy nebo neschopnosti postiženého do sféry společenské (kulturní, ekonomické)“ (KULHÁNKOVÁ, 2010, s. 9).

Do postižení smyslových orgánů, které se navenek projevují poruchou, se řadí porucha řečových funkcí a porucha mluvení, porucha sluchové citlivosti a ostatní sluchové poruchy, porucha zrakové ostrosti, ostatní zrakové a oční poruchy. Tyto poruchy jsou hodnoceny jako oslabení až neschopnost komunikace a dalších činností, které mají sociální a společenské důsledky. Poruchy smyslů ve velké míře zasahují do vývoje a růstu jednotlivce a rozdělují se na vrozené a získané. Velmi záleží na druhu a stupni poruchy (KULHÁNKOVÁ, 2010).

Smyslové vnímání zachycuje to, co v daný okamžik působí na smysly. Informuje o tom, co se děje ve vnějším i vnitřním světě. Je to proces subjektivního odrážení

objektivní reality ve vědomí prostřednictvím receptorů. Vnímáním jsou poznávány základní vlastnosti předmětů a jevů, které jsou označovány pojmy a zařazovány do kontextu vlastní zkušenosti. Každý vjem má tedy subjektivní význam a vzhledem k minulým skutečnostem je mu přisuzován určitý smysl. Vnímání je zpracování vjemů v organismu, které by mělo vést k relativně stabilnímu a spolehlivému obrazu okolního světa, sloužícímu k přežití tohoto organismu. Vnímání je zčásti určeno povahou podnětů a kvalitou smyslových orgánů, ale i zkušeností, přítomnými přáními a pozorností individua. Je ovlivněno také emočním stavem jedince. Vnímání nemění vnější svět, ale mění vnímajícího, a tak přímo či nepřímo ovlivňuje jeho činnost (MASON, 2011).

1.2 KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S OSOBAMI SE SMYSLOVÝM POSTIŽENÍM

ZZ by měl být na komunikaci se smyslově postiženým pacientem připraven. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR zformulovala a vydala pro zlepšení komunikace s tělesně, zrakově a sluchově postiženými pacienty tzv. „Desatero“, které stanovilo zásady komunikace zdravotnického personálu s občany s různými druhy zdravotního postižení (ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR). Toto „Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením“ bylo během roku 2006 distribuováno do zdravotnických zařízení. Při Národní radě osob se zdravotním postižením ČR vzniklo také školicí středisko, které na vyžádání zdravotnického zařízení poskytne svého lektora, který zdravotnický personál s „Desaterem“ seznámí a prakticky jej proškolí. O zlepšení komunikace se smyslově postiženými lidmi také usilují různá občanská a pacientská sdružení, vzdělání v této oblasti probíhá na středních i vysokých školách. Na straně druhé by i sami pacienti se smyslovým postižením měli být edukováni o svých právech zajišťovaných kodexem „Práva pacientů ČR“, a jak tato práva uplatňovat („Práva pacientů ČR“ navrhla, formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR, platné od 25. 2. 1992). Již v prvním bodě kodexu je uvedeno, že pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Pacienti by měli být vedeni také k tomu, aby se o svá práva a potřeby neobávali požádat a upozornili na to, jak lze s nimi komunikovat a manipulovat. Pacienti se smyslovým postižením vyžadují

personalizované komunikační postupy a zásady. Neměli by být např. litováni (snižuje to jejich psychický komfort). Hovor by měl být vždy veden směrem k pacientovi a ne na jeho doprovod a to ani tehdy, pokud nevnímá plně. Je dobré být tolerantnější vůči náladovosti, netaktnosti, či hrubosti postižených lidí vzhledem k jejich zvýšené psychické citlivosti. Manipulační pomoc by měla být nabízena, pokud o ni stojí. Komunikace se smyslově postiženým by měla být přiměřená pacientovu chápání s ohledem na typ poškození a mělo by se k němu přistupovat nepředpojatě a bez opovržení (LINHARTOVÁ, 2007), (NRZP ČR, 2008).

2 PŘÍSTUP K OSOBĚ S PORUCHOU SMYSLU

2.1 PORUCHY ZRAKU

Pomocí zraku je zaznamenáváno kolem 80 % podnětů z našeho okolí. Zraková oslabení bývají trvalého rázu s tendencí ke zhoršování. Do vybraných zrakových poruch se řadí refrakční vady, poruchy zorného pole, poruchy binokulárního vidění, degenerativní onemocnění, slepota a zbytky zraku, cévní porucha sítnice, poruchy barevného vidění. Zraková postižení mohou být způsobena nádory nebo vznikají jako důsledek intoxikace, infekce či pouřazového stavu. U refrakčních vad se jedná o poruchy zrakové ostrosti a řadí se zde krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus a vetchozrakost. Při krátkozrakosti člověk vidí neostře na dálku, při dalekozrakosti nevidí dobře na blízko. Astigmatismus je způsoben chybným nebo zdeformovaným zakřivením rohovky. Chybné zakřivení pak způsobuje nerovnoměrné zaostření. Vetchozrakost je přirozený děj, při kterém dochází k degeneraci materiálu oční čočky v důsledku pokročilejšího věku. Zhoršuje se schopnost zaostřit na blízko. Refrakční vady lze korigovat brýlemi, kontaktními čočkami či pomocí laseru v refrakční chirurgii (KUCHYNKA, 2007).

U poruch zorného pole dochází k postižení různých částí oka nebo různých úseků zrakové dráhy. Poruchy binokulárního vidění se projevují chybným prostorovým viděním, odhadem vzdálenosti, odhadem velikosti předmětů atd. Degenerativní onemocnění zahrnuje zelený zákal (glaukom), šedý zákal (katarakta) a odchlípení sítnice. U zeleného zákalu dochází k destrukci nervových buněk sítnice v důsledku zvýšeného nitroočního tlaku. Šedý zákal je porucha průhlednosti oční čočky, která

způsobuje oslabení zrakové ostrosti. Nemoc lze korigovat brýlemi, či zkalenou čočku odstranit a nahradit umělou. Odchlípení sítnice se projevuje vznikem trhlin v místech degenerativního oslabení sítnice. Mezi příznaky odchlípení sítnice patří fosfény, vidění mušek, či clona při okraji zorného pole (KUCHYNKA, 2007).

Slepotou a zbytky zraku je myšleno vážné zrakové postižení. Závažnost zrakového postižení je určována pomocí Snellenova zlomku, který udává zrakovou ostrost. Zlomek $1/10$ tedy v podstatě značí, že prakticky slepý jedinec musí stát 6 metrů od objektu, aby ho viděl tak, jak je ho schopen vidět zdravý jedinec ze vzdálenosti 60 metrů. V roce 1972 vytvořila WHO mezinárodně platnou klasifikaci chorob. Zrakové vady v ní rozděluje právě podle již zmíněné ostrosti, a to na střední slabozrakost, kde je zraková ostrost ($6/18 - 6/60$), což v přepočtu znamená ($0,30 - 0,10$), silnou slabozrakost ($6/60 - 3/60$), tedy ($0,10 - 0,05$), těžce slabý zrak ($3/60 - 1/50$), tedy ($0,05 - 0,02$) (také koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20° nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45°), praktickou nevidomost ($1/50$, tedy 0,02 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5° kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena) a úplnou nevidomost (ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí), (SLOWÍK, 2010).

K cévním poruchám sítnice dochází vlivem působení stárnutí. Typické změny na očním pozadí lze pozorovat při hypertenzi. Jako další poruchu zraku je možné zmínit daltonismus, kdy se jedná o stav, při kterém postižený nerozeznává žádné nebo jen některé barevné tóny. Člověk při úplné barvosleposti vnímá okolní svět jako černobílou fotografii s různým stupněm jasu. Jiní zase nejsou schopni rozeznat určité barvy, nebo mají tuto schopnost sniženu (KUCHYNKA, 2007).

Lidé s poruchou zraku využívají různé kompenzační pomůcky. Jsou to např. optické pomůcky (různé typy lup a speciální systémy čoček), optoelektronické pomůcky (kamerové lupy), výpočetní technika (hlasové syntézy, softwarové lupy, braillová tiskárna), speciální mobilní telefony a mnoho dalšího. Velmi důležité jsou pro zrakově postižené i pomůcky pro usnadnění mobility. Řadí se zde orientační hole, signalizační hole, opěrné hole a různé elektronické orientační pomůcky (povelové vysílače, orientační majáčky, ultrazvukové vyhledávače překážek). Orientační hole jsou dlouhé hole zakončené pevnou či rotační koncovkou a mohou být skládací i neskládací. Mohou být v bílém či červenobílém provedení. Červenobílá verze informuje o kombinovaném

poškození zraku a sluchu. Signalizační i opěrné hole se vyrábí ve stejných specifikacích jako hole orientační. Orientační hole zajišťují díky své délce dostatečný odstup od překážek, a tím chrání svého uživatele. Orientační hole jsou zdrojem hmatových i zvukových informací. Používají se k udržení směru, který udávají určité liniové prvky, jako jsou zdi či obrubníky, dále také k vyhledávání orientačně významných míst. Signalizační hole jsou krátké a tenké a mají nevýraznou koncovku. Využívají se při chůzi s průvodcem nebo vodícím psem. Výjimečně jsou používány i slabozrakými osobami. Tyto hole především upozorňují okolí na osobu s vážně poškozeným zrakem, lze však s nimi také vyzískat některé důležité orientační informace (rozhraní chodníku a vozovky, začátek schodů). Opěrné hole jsou krátké hole a mají masivní konstrukci, jelikož slouží primárně k zajištění stability při chůzi a ve stoje. Důležitým prvkem hole je protiskluzová koncovka (BUBENÍČKOVÁ et al., 2012).

Při komunikaci s nevidomým je potřeba si uvědomit, že nevidomý má odlišné poznávání světa, jeho celá osobnost je emocionálně i charakterově změněna. Je-li slepota vrozená, praxe ukazuje, že se lidé se svým handicapem vyrovnávají snadněji a svět kolem sebe vnímají zbylými smysly, především sluchem a hmatem. Objeví-li se u nevidomého ztráta zraku až v průběhu života, je provázená především velkou psychickou zátěží. Ve srovnání s většinovou populací se u osob se zrakovým postižením udává až šestkrát častější výskyt řečových vad (LUDÍKOVÁ et al., 2008).

Nejčastější poruchou u zrakově postižených je dyslálie (tato porucha se často vyskytuje i u sluchově postižených jedinců), dále pak huhňavost a narušené koverbální chování. Dyslálie (patlavost) je vadná výslovnost jedné či několika hlásek. Jedná se o narušení článkování řeči. Dalšími projevy dyslálie jsou zbytečné pohyby jazyka a mluvidel, jevící se nepřirozeně. V důsledku stresu se může člověk s dyslálií dostat do úzkostného stavu (agofobie), je tedy potřeba být vlídný a tolerantní při vzájemné komunikaci (KLENKOVÁ, 2006). Huhňavost (rinolálie) je „narušení komunikační schopnosti, která postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci“ (KLENKOVÁ, 2006, s. 130). Jedná se o sníženou nebo zvýšenou nazalitu (nosovost), poruchu zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci, která závisí na činnosti patrohltanového (velofaryngeálního) uzávěru (KLENKOVÁ, 2006). Pacienti s rinolálií mají buď patologicky sníženou, nebo zvýšenou nosovost. Ve snaze správně artikulovat mohou přidávat pomocné grimasy usnadňující komunikaci. Není vhodné tyto grimasy s větším zájmem pozorovat, či se jimi bavit (KELNAROVÁ et al., 2014). Projevy narušeného koverbálního chování jsou

velmi různorodé. „Patří sem zvedání paží při mluvě, zvýšené svalové napětí v oblasti krku, různé grimasy spojené s nafukováním tváří, stahováním nosních křídel, pevným závěrem na rtech a malým čelistním úhlem, špulení a přitahování horního rtu k nosu, stahování nosních křídel i obličeje v jejich okolí, případně čela a celého obličeje“ (KEREKRETIOVÁ, 2008). U nevidomých se také často vyskytují verbalizmy v mluvním projevu (používání některých pojmů bez vytvoření správné představy o jejich významu). Děje se to právě proto, že nemohou obsáhnout jejich smysl zrakem. Dochází také ke gramatickým chybám v písemném vyjadřování. Ve vzájemné komunikaci schází zrakový kontakt, a tak zde může docházet ke komunikačním zvláštnostem. Během rozhovoru se zrakově handicapovaní mohou například odklánět od komunikačního partnera, často se otáčejí za náhodnými zvuky, občas mají také sklony k tomu, věnovat se při rozhovoru jiné činnosti (SLOWÍK, 2010).

2.1.1 KOMUNIKACE S NEVIDOMÝM PACIENTEM

Pro styk s nevidomým pacientem platí ta samá pravidla, jako pro styk se všemi ostatními pacienty (představit se, při hovoru se dívat na pacienta, mluvit směrem k pacientovi, mluvit srozumitelně, vlídně, klidně, slovně doprovázet eventuální výkony atp.). Při komunikaci s nevidomým pacientem je však vhodné si uvědomit, že taková osoba vnímá svět kolem sebe jiným způsobem než pomocí zraku a komunikuje také jiným způsobem, oči nevidomého nahrazuje hmat a sluch. Nevidomý je omezen v množství získávaných informací, protože nemůže číst řeč těla (ta tvoří více jak polovinu z celkové informace), (PTÁČEK et al., 2011).

I když nevidomí nevidí, není třeba se v jazyce vyhýbat slovům označujícím zrakové vjemy (je vidět, podívejte se, hleďte) a ani barvám (někteří z těch, kteří ztratili zrak později, si barvy pamatují a nevidomí od narození dokáží barvy vnímat zástupně, prostřednictvím věcí a jiných než zrakových vjemů). Při hovoru s pacientem, který má alespoň nějaké zbytky zraku, je třeba dbát na to, aby světlo dopadalo na tvář hovořící osoby (slabozrakým je tak lépe sledován výraz a mimika mluvícího). Zároveň je také zajištěno, že pacient není oslněn přímým světlem. Při písemné komunikaci se slabozrakým je vhodné využívat tmavých fixů se silnou stopou na bílém papíru, tím vzniká silný kontrast. Je vhodné psát spíše velkým tiskacím písmem. Je-li nutné

nevidomého pacienta kamkoliv přesunout a cokoliv s ním dělat, je třeba mu to předem říci (např. je mu nabídnuta paže, aby se mohl při chůzi držet). Nevidomý by pak měl být z bezpečnostních důvodů veden vždy o krok za doprovodem a držet se ho za rameno/loket jedné ruky. Měl by být veden vždy na bezpečnější straně (tzn. například na širší straně schodiště, dál od rušné vozovky). Nevidomý může být v případě nutnosti i při chůzi vyzván, aby si přešel na bezpečnější stranu a chytil se za druhou paži. Je potřeba, aby průvodce nevidomého včas upozornil na změny či překážky na trase. Ohlašuje, zda se jde do schodů, ze schodů, nastupuje, vystupuje z dopravního prostředku, jde do kopce či z kopce, prochází kolem překážky. Je třeba verbalizovat každý úkon. Je potřeba říkat vše předem, co se s nevidomým pacientem bude dít, co má při tom dělat, jak to má dělat a proč to má dělat. Také je potřeba pacienta uvědomit, zda úkon bude bolet, studit, tlačit a podobně. Při vyšetřování je nutno vždy pacienta oslovovat jménem nebo titulem, aby věděl, že je mluveno k němu. Je důležité komunikovat přímo s pacientem, nikoliv prioritně prostřednictvím doprovodu. Dotazy směřované k pacientovi přes doprovod pacienta jsou nepřipustné. Ne vždy si také pacient přeje, aby byla jeho vyšetření přítomna doprovázející osoba, je to jeho rozhodnutí a je třeba ho respektovat, i když je pak situace komplikovanější, protože vyšetřujícímu nemá kdo napovídat, jak nevidomého uchopit, jak ho vést, co všechno je pro něj překážkou. Ukazovací zájmena - tam, sem, k tomu, jsou pro nevidomé bezobsažná. Vědí, co znamená doprava, doleva, nahoru, dolů, dopředu, dozadu. Jinak je potřeba vždy vzít ruku nevidomého a položit ji na předmět. Je nutné chybějící zrak nahrazovat slovy a zacíleným hmatáním po povrchu neznámých věcí, s nimiž bezprostředně přichází do styku, nevidomého seznámit. Začne-li nevidomý sám osahávat předměty kolem, neměl by být okřikován. Touhu poznávat hmatem bezprostřední okolí je třeba respektovat a bránit pouze v ohmatávání předmětů nebezpečných anebo nástrojů sterilních. Během hovoru s nevidomým je pro jeho psychickou pohodu dobré se usmívat, nevidomý úsměv slyší, hlas se při úsměvu mění. Hlas je pro nevidomé důležitý, citlivě rozlišují intonaci. Nevidomý člověk prožívá hlas při prvním kontaktu se ZZ jako nejdůležitější chvíli pro vytvoření budoucího vztahu důvěry. Když je nevidomý v místnosti, dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené. Pacienta je nutné upozornit, vstupuje-li někdo další do místnosti, anebo ji naopak opouští. Pohyb v místnosti nevidomý nejen slyší, ale cítí i závan rozvlněného vzduchu. Pokud je potřeba manipulovat s věcmi nevidomého, je nutné ho na to upozornit a seznámit ho s novým umístěním. Nevidomý pacient může

používat jako kompenzační pomůcku vodícího psa. Vodící pes má za úkol provázet nevidomou či slabozrakou osobu a pomáhat jí v běžném životě. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnického zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele (LINHARTOVÁ, 2007).

2.2 PORUCHY SLUCHU

Sluch je spojen především s komunikací. Po zraku je druhým nejdůležitějším smyslem. Sluch umožňuje jak vnímání zvuků, tak prostorovou orientaci. Sluchové postižení může být způsobeno vadou v kterékoliv části sluchového ústrojí. Jedná se tedy o oblasti vnějšího ucha (boltec, zvukovod), středního ucha (bubínek, středoušní kůstky) nebo vnitřního ucha (kochlea neboli hlemýžď, Cortiho orgán). K poruchám sluchu může dojít i příčinou poškození sluchového nervu nebo příslušných center v mozku. Jednotlivé vady zapříčiňují různé stupně závažnosti postižení. Zatímco absence ušního boltce má pouze dopad na rychlé rozpoznávání směru přicházejícího zvuku, nefungující sluchový nerv obvykle znamená permanentní hluchotu (SLOWÍK, 2010).

Jedno z nejčastějších dělení poruch sluchu v odborné literatuře je dělení podle velikosti sluchové ztráty, podle místa sluchové vady a podle doby, kdy ke sluchové vadě došlo. Závažnost sluchového postižení také popisuje mezinárodní škála stupňů sluchových poruch stanovená Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1980. Zde se poruchy rozdělují na lehkou nedoslýchavost (sluchová ztráta 26 – 40 dB), střední nedoslýchavost (sluchová ztráta 41 – 55 dB), středně těžkou nedoslýchavost (sluchová ztráta 56 – 70 dB), těžkou nedoslýchavost (sluchová ztráta 71 – 91 dB) a úplnou hluchotu (sluchová ztráta nad 91 dB), (PIPEKOVÁ, 2006).

Vrozené sluchové vady bývají často geneticky podmíněné, méně časté je zapříčinění vady v důsledku infekčního onemocnění matky během těhotenství. Získané poruchy sluchu mohou vzniknout v důsledku opakovaných středoušních zánětů či v důsledku vedlejších účinků některých léků nebo úrazu. Ke zhoršování sluchu také dochází v průběhu stárnutí. Ke vzniku sluchových vad přispívá i nadměrný hluk, kterému jsou mnozí vystaveni v běžném životě, jako např. poslech hlasité hudby, hlučné pracovní prostředí a nepoužívání ochranných pracovních pomůcek. Dlouhodobě negativně také

působí i běžný nadbytečný hluk ve velkých městech a v blízkosti průmyslových podniků (SLOWÍK, 2010).

„Neslyšící mají k dispozici komunikační a kompenzační pomůcky - psací telefony, uzpůsobené mobilní telefony, faxy, počítače, telefonní přístroje se zesíleným zvukem, světelnou signalizací a s indukční smyčkou, světelnou a vibrační signalizaci, světelné a vibrační budíky, sluchadla nejrůznějších typů a kvality“ (PTÁČEK et al., 2011, s. 297).

Komunikace s neslyšícími je mnohem obtížnější než s nevidomými, protože absence zvuku je osobnostně pozmění mnohem více. Neslyšící myslí jinak, protože neznají slova, kterými jsou běžně vyjadřovány myšlenky. Neslyšící člověk se na pohled od slyšícího ničím neliší, a dokud na svou vadu neupozorní, může dojít k různým nedorozuměním. Lidé s tímto smyslovým poškozením odmítají, aby se o nich mluvilo jako o němých. Většina neslyšících má zbytky sluchu, které sice nestačí ke spontánnímu rozvoji řeči, ale dají se s pomocí současných výkonných pomůcek využít při včasné výchově řeči u dětí. Také záleží na době, kdy sluch ztratili, někteří mluvit dokáží, ale jejich řeč je jiná. Jejich vnímání světa zrakem a hmatem si vynucuje i jiné chování, z našeho hlediska hodnocené jako příliš nápadné a hlučné, sociální vztahy jsou jiné. Vytvářejí si svou vlastní kulturu, cítí se proto národnostně odlišně jako jazyková a kulturní menšina. Vzhledem ke zmíněnému je komunikace s neslyšícími mnohem obtížnější než s nevidomými. Podle kvality a kvantity sluchové ztráty rozeznáváme neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé. Záleží i na době, kdy k omezení došlo. Od toho se odvíjejí také mentální dispozice jedince i péče o něj. Je důležité, zda vada vznikla v období prelingválním (ještě neuměl mluvit) nebo postlingválním (mluvit už uměl), umí odezírat, popřípadě i psát. Jejich řeč může ovšem časem ztrácet na srozumitelnosti. U osob s těžkými stupni prelingválního sluchového postižení dochází ke značnému narušení mluvené řeči již ve fázi fonace, jelikož těžce sluchově postižený člověk obvykle neví, že součástí mluvené řeči je zvuková složka (může ho ale zaznamenat prostřednictvím taktilně-vibračního vnímání na krku nebo hrudníku mluvící osoby). Hlas jedinců s těžkým sluchovým postižením bývá většinou nepřírozený (chraptivý, tlačенý, drsný, nepřiměřeně vysoký nebo nízký apod.). Narušena bývá rovněž dynamika a rytmizace mluveného projevu. U osob, které ztratily sluch až po ukončení vývoje jazyka a řeči (tj. osob s postlingválním sluchovým postižením), bývá obvykle narušena dynamika řeči i její intonace. V oblasti artikulace poté dochází nejčastěji k nezřetelné

artikulaci sibilant a afrikát. V případě zanedbání příslušné logopedické péče poté může dojít k postupnému zhoršování mluveného projevu (ORIEŠČIKOVÁ, 2015).

Není pravdou, že všichni neslyšící umějí odezírat. To je dovednost pouze některých (postlingválních) a je nutné si uvědomit, že schopnost odezírat trvá přibližně 15-20 minut během jednoho hovoru, únava se však dostaví již po pár minutách, je tedy třeba hovor přerušovat. Odezírat dokáže sluchově postižený jen ta slova, která má ve své slovní zásobě (pozor proto na lékařskou terminologii a na všechna pojmenování v lékařském či nemocničním prostředí). Jelikož je odezírání namáhavé a pozornost během hovoru klesá, měla by odezírající osoba sedět tak, aby dobře viděla na obličej hovořícího člověka (vadí vousy, rouška na ústech, ruce na obličejí). Po dobu rozhovoru by hovořící osoba neměla otáčet hlavou a vzdálenost mezi osobami by neměla přesáhnout jeden metr, ale také by neměla být zbytečně porušována osobní zóna. Je vhodné se posadit tak, aby byla ústa mluvícího ve výšce očí odezírajícího člověka. Je třeba používat jednoduché kratší věty s běžnými výrazy. Mluvit se má volně a artikulovat zřetelně (neslabikovat, neoddělovat zbytečnými pauzami jednotlivá slova). Odezírající by měl znát předem téma rozhovoru. Mluvit se má jen s neslyšícím, být obrácen k němu, nikdy ne ke skupině nebo k doprovodu. Na kvalitu odezírání má vliv i zdravotní a psychický stav, nervózní lidé odezírají hůře nebo vůbec. Nemá význam zesilovat hlas (YOOST et al., 2016).

Vzdělání a výchova neslyšících probíhá od raného dětství ve speciálních školských zařízeních, kde se učí znakovému jazyku a sociálnímu chování. Znakový jazyk se liší regionálně. Znaky vytvářené rukama se nesmí zaměňovat se známými (obvyklými) gesty. Protože se hluší neslyší, vydávají při znakování doprovodné zvuky a zdají se tak být příliš hlučnými. Pozornost okolí také poutá jejich dorozumívání se rukama a upozorňování na sebe dotyky. Projevovat se takto je přirozeností neslyšících, neměli bychom je tedy za to odsuzovat. Na rozdíl od zrakově postižených, sluchově postižení sledují bedlivě mimiku lidí a gestikulaci. Přicházejí však bohužel o 35 % informací zprostředkovaných hlasem, slova a jejich význam znají jen v omezené míře. To vše dohromady vytváří odlišnou kulturu komunikace. Sluchově postižení také neznají ironii vyjadřovanou hlasem, vše pojmenovávají přímo, z místnosti odcházejí tak, aby si toho každý všiml, upozorňují na sebe gesty a zvuky, podají ruku, políbí, mávají rukama v zorném poli ostatních, poklepávají se. Nevhodné je však poklepání zezadu, sluchově postižení musí člověka vidět. V místnosti je třeba sluchově postiženého posadit proti

dveřím, musí mít kontrolu nad tím, co se v místnosti děje. Sluchově postižení rádi poslouchají hudbu, protože vnímají její vibrace (mohou i tančit), vnímají zvuky (PTÁČEK et al., 2011).

2.2.1 KOMUNIKACE S NESLYŠÍCÍM PACIENTEM

Předejít nedorozuměním znamená osvojit si základní pravidla komunikace se sluchově postiženými. Bohužel stížností od neslyšících je v dnešní době na zdravotnický personál hodně, a tak je potřebné zásady komunikace s neslyšícími připojit ke společně obecně platným pravidlům pro komunikaci ve zdravotnických zařízeních. Při neznalosti znakového jazyka a zároveň potřebě s neslyšícím komunikovat, je tedy nutné volit jiné postupy než běžné, a to např. upozornit neslyšícího lehkým dotykem anebo rychlým zatřepáním ruky v jeho zorném poli a dát mu tím tak najevo, že se žádá jeho pozornost. Vždy se postavit tak, aby neslyšící dobře viděl do obličeje mluvícího, sundat si případně roušku, při mluvení by jednající osoba neměla jíst, pít, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Jednající osoba by se při komunikaci s neslyšícím pacientem neměla stavět zády k oknu anebo ke zdroji světla, v její tváři jsou pak stíny, a také při tomto postavení neslyšícího světlo oslňuje a znemožňuje mu odezírání i čtení mimiky mluvícího. Doporučuje se mluvit bez hlasu, umožní to lepší artikulaci. Při komunikaci s neslyšící osobou je vhodné používat jen běžná slova, v jednoduchých větách a nezapomínat, že pro neslyšícího je čeština cizí jazyk. Písemná komunikace s neslyšícím je většinou neúčinná, neboť lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, proto pro ně psaný projev není pomocí v komunikaci. Při komunikaci se sluchově postiženým také není vhodné užívat cizí termíny a lékařskou slangovou terminologii (ani pro pojmenování pacientových potíží ani pro stanovení diagnózy). Nerozumí jim (ke srozumitelnosti zavazuje Etický kodex České lékařské komory). Ani ironickým poznámkám či případnému humoru neslyšící nerozumí. Při komunikaci s neslyšícím je také žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky (televize, rádio, mobilní telefon apod.) Je důležité se vždy ujistit, že se neslyšící pacient v komunikaci orientuje a všemu rozumí (POKORNÁ, 2010). Zpětná vazba je velmi důležitá. Chceme-li se ujistit, že sluchově postižený pacient našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré se ptát, zda porozuměl, ale položit otázku: „Co jste mi rozuměl?“ (NRZP ČR, 2008). Při

úplné hluchotě mohou pacienti přijít do zdravotnického zařízení s tlumočnickem. V takové situaci je vhodné si uvědomit, že postižený pacient si přítomnost tlumočnicka platí a ošetřit pacienta přednostně (POKORNÁ, 2010).

2.3 KOMBINOVANÁ PORUCHA ZRAKU A SLUCHU

Již několik let je hluchoslepota považována jako samostatný a specifický druh postižení. Podle Písemného prohlášení Evropského parlamentu z 1. 4. 2004 (č. 1/2004), Evropská deklarace o právech hluchoslepých lidí, se jedná o jedinečné postižení vzniklé kombinací zrakové a sluchové vady, které způsobuje potíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě. Hluchoslepota nemusí v každém případě znamenat, že osoba takto postižená vůbec nevidí ani neslyší. Většinou jde o kombinaci různě závažné zrakové i sluchové vady, z nichž jedna převažuje nad druhou. Podle stupně postižení se tyto osoby dělí na slabozraké nedoslýchavé (osoba se zbytky zraku a sluchu), nedoslýchavé nevidomé (osoba se zbytky sluchu s totální či praktickou slepotou), slabozraké neslyšící (osoba se zbytky zraku s totální či praktickou hluchotou), prakticky hluchoslepé (osoba s minimálními zbytky zraku a sluchu) a totálně hluchoslepé (osoba zcela nevidomá a neslyšící). Mezi další rozlišující znaky patří třeba doba vzniku kombinovaného postižení. Jen malé procento osob se přímo narodí hluchoslepých nebo toto postižení získá v raném dětství. Většinou se u člověka s vrozenou vadou zraku nebo sluchu objeví druhé postižení až během života. K závažnému zhoršení funkce obou smyslů také nejčastěji dochází ve vyšším věku (EVROPSKÝ PARLAMENT, 2004)

Příčinou vzniku hluchoslepoty bývají genetické faktory, z nichž jeden z nejznámějších je Usherův syndrom. Ten se projevuje vrozenou poruchou sluchu a postupně se zhoršuje i zrakové vnímání. Dále mohou být na vině i jiné vrozené anomálie. Dalšími příčinami vzniku hluchoslepoty mohou být infekční onemocnění, úrazy nebo proces stárnutí (SMART, 2012).

Hluchoslepota je nejtěžším smyslovým poškozením. Je to multihandicap, a tak je dopad na rozvoj osobnosti značný. Komunikace s takovým člověkem je velmi obtížná. Definice hluchoslepoty není přesně stanovena, vada se posuzuje buď podle aktuálního stupně zrakové a sluchové vady, podle dominance zrakové nebo sluchové vady, podle doby vzniku vady a také podle doby trvání. Stupeň postižení stanoví specializovaný

lékař, pacientovi (resp. pečující osobě) je znám. Hluchoslepota působí značné potíže při komunikaci a umožňuje jen velmi omezené včlenění do společnosti. Zpravidla jí trpí většinou občané nad 60 let, nevyhýbá se však ani dětem. Ke komunikaci s okolím zbývá jen hmat a čich, popř. chuť. Okolní svět hluchoslepí poznávají a vnímají podle vůní a dotyků, záchvěvů vzduchových vln, teplotních změn či např. terénních nerovností nášlapem. Hluchoslepota bývá bohužel také často doprovázena postižením rovnováhy, příp. lehkou mentální retardací (u dětí) a dalšími vadami. Postižení používají bíločervenou hůl, i když pohybovat se sami téměř nemohou, protože míra samostatnosti je malá, obvykle jsou téměř zcela závislí na opatrovnících (PLEVOVÁ, 2011).

Dle LORMu (občanské sdružení pro hluchoslepé, vydávají čtvrtletník Doteky ve variantách: zvětšený černotisk, Braillovo písmo, zvuková nahrávka mp3, elektronická podoba HTML, pdf a doc) nevidomí a současně neslyšící používají Lormovu abecedu nebo různé dotykové (rodinné) komunikační způsoby. Nevidomí se zbytky sluchu využívají indukční smyčku (mají sluchadlo) a mohou mluvit. Téměř nevidomí-neslyšící se dorozumívají Lormovou abecedou a znakovou řečí. Téměř nevidomí se zbytky sluchu mají indukční smyčku a mluví (mají sluchadlo). Těžce slabozrací a současně neslyšící se dorozumívají Lormovou abecedou, znakovou řečí a odezíráním. Těžce slabozrací se zbytky sluchu mají indukční smyčku, odezírají a mluví (mají sluchadlo), (HLAVÁČOVÁ, 2007).

I přes existenci kompenzačních pomůcek se pro komunikaci s postiženými využívá hlavně hmat. Je důležité sledovat jejich obličej, neboť především z něj lze vyčíst mnoho reakcí na různé podněty, např. při palpačním vyšetření bolest nebo obecně reakce na to, co se s postiženým právě děje. Je-li přítomen tlumočnick, je to snadnější, lze podat více informací. Pokud vada nastala v pozdějším věku, je komunikace snazší, neboť pacient může sdělit leccos sám (PLEVOVÁ, 2011).

2.3.1 KOMUNIKACE S HLUCHOSLEPÝM PACIENTEM

Vzhledem k velké různorodosti kombinace postižení zraku a sluchu zásadně platí - co hluchoslepý, to specifická forma komunikace. Přesto i zde bylo formulováno „Desatero komunikace s pacienty s duálním postižením zraku a sluchu“ (HLAVÁČOVÁ, 2007). K hluchoslepému je nevhodné přistupovat náhle a zbrkle. Před

zahájením komunikace s hluchoslepým je potřeba hluchoslepého upozornit na svoji přítomnost dotykem na paži nebo oslovením. Je především nutné mluvit vždy zásadně směrem k hluchoslepému tak, aby viděl na rty (má-li zbytky zraku) a slyšel, ze kterého směru se na něho mluví (převážně mají sluchadla, anebo jinou sluchovou kompenzaci), a to vlídným, klidným a pomalým hlasem, plynulou řečí, nikoliv slabikováním jednotlivých slov. Nelze-li se s hluchoslepým pacientem dorozumět verbálně, lze použít možnost psaní tiskacích písmen do dlaně. Během hovoru s hluchoslepým pacientem se doporučuje nevzdalovat se ani neotáčet. Je-li konverzaci s hluchoslepu osobou přítomen jeho rodinný příslušník nebo průvodce, doporučuje se i přesto jednat přímo s hluchoslepu osobou. Důležitý je také nácvik orientace v prostoru, především v případech, kdy je postižený pacient hospitalizován. V místnosti je třeba vždy stanovit pevný výchozí bod, od něhož se pak vysvětluje rozestavení předmětů ve všech směrech a pohyb po místnosti, popřípadě po chodbě (na WC, není-li přidruženo k pokoji). Používat v řeči ukazovací zájmena tam, tady, je nevhodné, hodnota informace je pro hluchoslepého nulová (PTÁČEK et al., 2011).

Nácvik orientace v nemocničním pokoji je možno vést následujícím způsobem. Pacient je doveden zdravotnickým personálem k posteli, kde je mu sděleno, že stojí čelem k nohám postele a je naveden, aby si ohmatal lůžko vlastní rukou. Dále je zdravotnickým personálem přidržen jemně za loket a doveden k nočnímu stolku vedle lůžka, aby si ho ohmatal rukou (tvar, velikost stolku, otevírání dvířek a šuplíku). Je vhodné stanovit si např. postel výchozím bodem a vysvětlovat a určovat polohu dalších předmětů v místnosti počtem kroků a udáním směru (vlevo, vpravo, rovně), např. okno se nachází vlevo od čela postele, jeho vzdálenost jsou čtyři kroky. Poté je hluchoslepý pacient zdravotnickým personálem k oknu doveden. Následuje návrat zpět k lůžku (výchozí bod) a pokračuje se stejným způsobem s rozpoznáváním dalších předmětů v místnosti (např. křeslo je umístěno sedm kroků rovně od lůžka, pacient je ke křeslu doveden a po ohmatání do křesla posazen). Stejný nácvik je prováděn s WC, popř. koupelnou. Pacient je zdravotnickým personálem všude doveden a vše si sám ohmatá (toaletní mísu, uložení toaletního papíru, umístění splachovadla, pouštění vody ve sprše). Velmi důležitý je nácvik toho, kde je umístěno signální zařízení a jeho použití, ale také, kde je např. čaj. Případné spolupacienty je také důležité poučit, a to především o tom, že nemají nic nechávat v cestě a ničím v pokoji posunovat bez upozornění hluchoslepého pacienta. Vždy je třeba si ověřit, zda se pacient v pokoji vyzná, na co si

troufá sám, co je ještě třeba docvičit anebo co sám vůbec bez pomoci nezvládne (LINHARTOVÁ, 2007).

Stanovit pro komunikaci s hluchoslepými osobami jeden návod není možné. Vždy je třeba uvážit individualitu pacienta a stupeň jeho postižení. Hluchoslepé osoby kompenzují postižené senzory hlavně hmatem, bez ohledu na to, že mají nějaké zbytky jednotlivých smyslů, proto jsou hluchoslepi velmi citliví na doteky. Důležité je také to, kde ke komunikaci s hluchoslepu osobou dochází. Vliv na kvalitu komunikace má osvětlení, hluk, počasí, tón hlasu mluvícího (tónina, posazení hlasu), zřetelnost artikulace, tempo řeči, volba jazykových prostředků (jednoduchá slovní zásoba, jednoduché věty), (MARSCHARK, 2010).

2.4 LEGISLATIVA UPRAVUJÍCÍ PRÁVA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Mezi osoby s komunikačními problémy se řadí pacienti s tělesným postižením v důsledku neurologických onemocnění nebo úrazů. Dále sem také patří pacienti s psychickými chorobami a v neposlední řadě také lidé se smyslovým postižením, zejména zraku a sluchu.

Na problematiku komunikace osob se zdravotním postižením je poukazováno v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010, částka 4 (sbírka mezinárodních smluv), kterou je Česká republika vázána. Dle článku 1 je účelem této úmluvy podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. V Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením jsou také zmiňována opatření, kterými by státy měly umožnit osobám se zdravotním postižením žít nezávisle a plně se zapojit do všech oblastí společenského života včetně zajištění přístupu těchto osob k veškerým informacím a všem dostupným formám komunikace, a to i v rámci záchranných služeb. Komunikací se dle článku 2 v této úmluvě rozumí řeč, zobrazení textu, Braillovo písmo, doteková komunikace, zvětšené písmo, přístupná mediální zařízení, jakož i psaný jazyk, zvukové systémy, jednoduchá forma řeči, digitalizovaný hlas a augmentativní a alternativní způsoby, prostředky

a formáty komunikace, včetně dostupných informačních a komunikačních technologií (ČESKO, 2010).

Povinnosti stanovené Úmluvou ovlivnily zákon České republiky č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Tento zákon nabyl účinnosti 1. 4. 2012 a v § 30 je přímo zmíněna komunikace s pacientem se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody. Takový pacient má právo se dorozumívat způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. Dále mají pacienti právo, s ohledem na aktuální stav, využívat psa se speciálním výcvikem jako doprovod a mít psa při sobě ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů (ČESKO, 2011).

Zároveň však v zákoně České republiky č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ani ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, nejsou uvedeny žádné zákonné povinnosti, které by měl ZZ vůči osobě se smyslovým postižením v rámci komunikace dodržovat (ČESKO, 2011).

2.5 DOROZUMÍVACÍ POMŮCKY A METODY KOMUNIKACE SMYSLOVĚ POSTIŽENÝCH

Vzhledem k tomu, že osoby zrakově postižené obvykle nemají problém dorozumívat se běžnou řečí, používají nejčastěji pomůcky nahrazující vizuální vjemy zvukovou nebo hmatovou alternativou. Nejdůležitějším systémem v písemné komunikaci je pro zrakově postižené osoby Braillovo písmo. Funguje na principu plastických bodů vyražených do materiálu a ty pak čtenář vnímá hmatem. Lze jím zapsat jakýkoliv text včetně číslic nebo interpunkce. Většina ostatních lidí ho ovšem nedokáže přečíst. Dnes už však existují i softwarové překládací programy, které Braillovo písmo přenesou na psaný text a naopak. Základní nevýhodou Braillova písma je, že znaky jsou výrazně větší než znaky běžného tisku. Texty v Braillově písmu jsou tedy mnohem obsáhlejší. Dalším problémem je nejednotnost systému. Různé země používají různé modifikace Braillova písma, které se od sebe poměrně výrazně odlišují. Mezi klasické pomůcky, které osoby

zrakově postižené využívají, jsou Pichtův stroj, pražská tabulka a dymokleště. Pomocí Pichtova stroje lze psát bodovým písmem. V současné době se Pichtovy stroje stále používají hlavně na základních školách a také je používají osoby později osleplé (převážně senioři), které se už nechtějí naučit pracovat s počítačem s hlasovým výstupem, či s napojeným braillovským řádkem. Pro psaní Braillova písma se už spíše v minulosti používala pražská tabulka. Jsou to dvě spojené šablony, horní deska šablony má řady obdélníkových otvorů, které odpovídají tvarem i rozměry poli základního šestibodu Braillova písma. V dolní desce jsou řady negativně vypouklých základních znaků šestibodí. Mezi horní a dolní desku se vkládá speciální papír. Psacím nástrojem je tzv. bodátko. V dnešní době se pražská tabulka užívá většinou jen na drobné popisky. Dymokleště jsou speciální kleště, pomocí kterých mohou nevidomí vytvořit nápisy v Braillově písmu na samolepící pásku. Tu lze pak nalepit na cokoliv. Tato pomůcka je často využívána. Vzhledem k dnešní pokročilé době vznikly i další mnohem modernější pomůcky. Řadí se zde elektronické zápisníky a počítače se softwarovým vybavením. Počítač je většinou doplněný o hlasové či hmatové zařízení, skener a tiskárnu, a to jak běžnou, tak i braillovou. Dalším moderním nástrojem je braillovský řádek, který dokáže nevidomým uživatelům počítače nahradit počítačový monitor. Nevidomý si na řádku čte hmatem přesně to, co je zobrazeno i na monitoru. Zařízení se skládá z hladké plochy s pečlivě opracovanými otvory, jimiž na základě potřeby prostupují ven jehličky tvořící jednotlivé braillovské znaky. Řádek má 44 výstupních znaků, ale může jich mít méně i více, jsou zde klávesy pro navádění kurzoru. Pokud si chce nevidomý uživatel vytisknout text z počítače, může použít další moderní zařízení, braillovou tiskárnu (BUBENÍČKOVÁ et al., 2012).

U osob s těžkým sluchovým postižením nebývají jazykové znalosti na takové úrovni jako u lidí s dobrým sluchovým vnímáním. Mají obvykle menší slovní zásobu, obtížně zvládají gramatická pravidla a běžná mluva i odezírání řeči jsou pro ně náročná a někdy dokonce vůbec neporozumí obsahu složitějších sdělení. Originálním komunikačním prostředkem je jazyk znakový. Je založen na systému gest, na postavení rukou i celého těla. Pokud se stane základním dorozumívacím prostředkem sluchově postiženého, je nutné si uvědomit, že není problém porozumět si s podobně postiženými jedinci, ale orientace a spolužití v celé společnosti se stávají složitými a přinášejí riziko uzavírání se do úzké komunity. V komunikaci je pak důležité využít tlumočnické služby (SLOWÍK, 2010).

Znakový jazyk jako přirozenou formu vyjádření neslyšících osob definuje zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb. v § 4 český znakový jazyk takto: „Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. Český znakový jazyk může být využíván jako komunikační systém hluchoslepých osob v taktilní formě, která spočívá ve vnímání jeho výrazových prostředků prostřednictvím hmatu“ (ČESKO, 1998).

Vedle znakového jazyka a běžné řeči využívají lidé se sluchovým postižením také další komunikační prostředky, například daktylní (prstovou) abecedu (jde o modelování písmen pomocí prstů na rukou, které se používá především pro hláskování jmen nebo slov, pro něž neexistuje samostatný znak), písemnou formu vyjadřování (obvykle velmi zjednodušenou a formálně i gramaticky poněkud upravenou) nebo znakovanou češtinu (od českého znakového jazyka se liší tím, že jde o přesné převedení běžného mluveného projevu do pohybových znaků), (SLOWÍK, 2010).

Lidé postižení hluchoslepotou si mohou vybírat z celé škály dorozumívacích prostředků. Jedním z nich je Lormova abeceda. Tato dotyková abeceda je originální systém založený na tom, že se jednotlivá písmena označují stanoveným pohybem nebo dotykem, naznačovaným příjemci sdělení na dlani a prstech jeho ruky. Zdravé osoby, které neznají dotykovou abecedu, mohou při komunikaci s hluchoslepými použít jednobarevnou bavlněnou rukavici, na níž jsou vyznačena jednotlivá písmena. Další možností dorozumívání je taktilní forma českého znakového jazyka. Jde o dotykovou formu českého znakového jazyka přizpůsobenou komunikačním možnostem hluchoslepých. Jednotlivé znaky jsou v průběhu komunikace „ohmatávány“. Dále máme znakovanou češtinu. Ta je na rozdíl od českého znakového jazyka (který má vlastní gramatická pravidla) běžnou, hlasitě artikulovanou řečí doprovázenou znakováním jednotlivých výrazů. Její použití je tedy vhodné především u osob, u kterých se sluchové postižení objevilo až později. Dále je možné využití vizualizace mluvené češtiny. Jde vlastně o známé odezírání mluveného projevu, při kterém jsou však velmi

zřetelně artikulována jednotlivá slova tak, aby je i člověk se zrakovým handicapem dokázal zachytit a rozpoznat. Také lze využít písemného záznamu mluvené řeči. V takovém případě se převádí mluvený projev simultánně do písemné podoby tak, že text se podle potřeby patřičně zvětší nebo se zapisuje alternativně v Braillově písmu. Posledním příkladem je Tahoma. Hluchoslepý člověk vnímá hmatem vibraci svalových pohybů úst, tváří a krku na těle mluvícího tak, že se palcem lehce dotýká rtů a ostatní lehce roztažené prsty klade od jářmové kosti dolů ke krku (SLOWÍK, 2010).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část obsahuje kazuistiky, které popisují průběh setkání výjezdové skupiny s osobou se smyslovým postižením. Zaměřují se především na důkladný záznam průběhu zásahu s ohledem na znalost a používání metodik přístupu k pacientovi se smyslovým postižením. Sběr dat byl prováděn při povinných stážích při studiu na ČVUT v Kladně (obor Zdravotnický záchranář) a Vysoké škole zdravotnické v Praze (obor Zdravotnický záchranář) v letech 2013 – 2015, dále orálně při setkáních se členy ZZS, také s pracovníky občanských sdružení v Praze a Kolíně, kteří pečují o osoby se smyslovým postižením i přímo s některými smyslově postiženými. Data byla zaznamenávána ručně do písemné formy a následně přepsaná do současné podoby. V kazuistikách je zachována anonymita všech zúčastněných i místa událostí. Cílem praktické části bakalářské práce je zhodnocení přístupů ZZ k osobám se smyslovým postižením, a to srovnáním metodik uváděných v teoretické části bakalářské práce (kap. 2.1.1, 2.2.1, 2.3.1) s praktickým průběhem jednotlivých zásahů výjezdových skupin.

3.1 KAZUISTIKA

Výjezdové stanoviště: Kladno

Výjezdové skupiny účastné na výjezdu: RZP (zdravotnický záchranář, řidič)

Indikace: Bolesti břicha, zvracení

Místo zásahu: Byt v panelovém domě s výtahem, 3. patro

Vzdálenost: 10 km

Popis místa zásahu: Letní pracovní den, 20 °C, slunečno, panelové sídliště, byt ve 3. patře, výtah nefunkční.

Popis situace: 65letý nevidomý muž, sedící na židli, zesláblý, stupňující se bolesti břicha. Ve večerních hodinách opakované zvracení. Na místě přítomna dcera.

Anamnéza:

OA: Oslepnutí na levé oko ve 13 letech (úder řetězem na pastvě s kravami, oko se nedalo zachránit a bylo chirurgickým zákrokem vyjmuto, dva dny po této operaci v pravém oku sekundární glaukom). Nevydařená následná operace na pravém oku => úplná slepota pacienta. Hypertonik. Cholecystolithiasa.

RA: Nevýznamná.

PA + SA: Důchodce (dříve ladič pian), žije doma sám, chodí ho navštěvovat dcera s dětmi a pečovatelská služba.

FA: Enapril 5mg 1-0-1

AA: Není známa.

Abusus: Občas pivo k obědu, nekouří.

Status praesens: Starší muž sedící na židli, stěžující si na stupňující se bolest břicha, unavený, dehydrovaný. Záchranou službu zavolala v ranních hodinách dcera, která takto otce našla. Pacient je vyděšený, ale schopen samostatné komunikace. Udává, že několikrát od večera zvracel a má průjem. Dcera se domnívá, že současný stav otce mohl zapříčinit včerejší oběd. V důsledku toho zajištěny vzorky včerejší stravy. GCS 4-4-6, TK 135/90, TT 36,6 °C, GLY - 6,8 mmol/l, dýchání bilaterální čisté, bez vedlejších fenoménů. SpO2 96 %. Tachykardický, TF 110/min. Snížený kožní turgor. Pacient přesunut ze židle na pohovku; provedena inspekce břicha - břicho měkké prohmatné neperitoneální; dále zajištěn žilní vstup kanylou i.v. 18G na levé horní končetině v kubitální jamce; podání 250 ml fyziologického roztoku i.v. Pacient za pomoci řidiče přemístěn na schodolez (nefunkční výtah), přepraven do sanitního vozu a transportován RZP na urgentní příjem Kladenské oblastní nemocnice, bez komplikací během transportu. Upozornění: pacient je nevidomý.

Časová osa:

- Tísňové volání na linku KZOS: 7:48
- Čas výzvy: 7:50

- Výjezd vozidla RZP: 7:52
- Příjezd na místo zásahu: 7:57
- Zahájení PNP: 8:03

Průběh zásahu výjezdové skupiny RZP:

Na linku 155 volala v ranních hodinách dcera postiženého a ohlásila, že se nachází na návštěvě u svého otce, který je nevidomý. Dcera uvedla, že otec je od včerejšho večera unavený, zesláblý a má stupňující se bolesti břicha. Také uvedla, že ona sama nevlastní řidičský průkaz a nemá jak tatínka dopravit do nemocnice. Během tohoto hovoru byla vyslána výjezdová skupina RZP na místo zásahu. Po příjezdu na místo zásahu ZZ a řidič zjistili, že panelový dům, ve kterém mají zasahovat, sice má výtah, ale je momentálně nefunkční. Řidič tedy šel do vozu pro schodolez a vrátil se zpět do budovy. Poté, co výjezdová skupina vyšla do 3. patra, setkala se s dcerou postiženého. Ta se omluvila, že zapoměla ve stresu operátorce do telefonu říci, že je výtah nefunkční. Výjezdová skupina vstoupila do bytu a v obývacím pokoji na židli našla 65letého nevidomého muže. ZZ k němu přistoupil, sklonil se, představil se a položil mu svou ruku na rameno. Nevidomý pacient zareagoval pozdravem. ZZ dotazováním zjistil, že pacienta od včerejšho večera bolí břicho (pacient také upozornil, že jej trápí žlučník), stále se mu chce zvracet, má průjem a je velmi unaven. Naposledy pacient jedl včera v poledne - uzené, hrachovou kaši a domácí čalamádu, kterou pacientovi donesla jedna známá. Pacient hůře artikuloval a občas mu nešlo rozumět, stěžoval si na sucho v ústech. ZZ si vše vyposlechnul a oznámil pacientovi, že provedou základní vyšetření. S pacientem bylo dohodnuto, že bude položen na pohovku, kde mu bude prohmatáno břicho, změřen tlak, pulz, teplota, množství kyslíku v krvi a zavedena kanyla s fyziologickým roztokem. Pacient nejistě souhlasil a ZZ ho ubezpečil, že každý prováděný úkon bude slovy doprovázet. ZZ se domluvil s pacientem, z jaké strany má k němu přistoupit a pomoci mu přemístit se na pohovku. ZZ uchopil pacienta pod pravým ramenem a pomalu se přesunuli k pohovce. Mezitím řidič odstranil překážky z cesty mezi židlí a pohovkou. Řidič byl dcerou pacienta upozorněn, aby pak dal věci zpět na své místo. Pacient byl za asistence ZZ umístěn do polohy v leže, pod hlavu mu byl vložen polštář. Byl mu podán sáček, kdyby se mu udělalo opět nevolno. ZZ sdělil pacientovi, že si poslechne jeho dýchání přiložením fonendoskopu na hrudník. Nejprve mu vložil konec fonendoskopu do ruky pro pocit uklidnění. ZZ dále pacientovi

vysvětlil, že přiložením kolíčku na prst nyní změří množství kyslíku v krvi a tepovou frekvenci, nejprve mu také dal kolíček osahat. Dále vzal ZZ do rukou tlakoměr a sdělil pacientovi, že mu změří tlak. ZZ dal pacientovi do rukou osahat manžetu tlakoměru, aby informace byla jasná. Pacient přikývl. ZZ se domluvil s pacientem, že z prstu na druhé ruce mu vpichem jehly odebere kapku krve pro určení množství cukru. ZZ slovně upozornil pacienta o okamžiku vpichu. ZZ si dále připravil fyziologický roztok a sdělil pacientovi, že mu zavede do paže kanylu s fyziologickým roztokem, aby se u něj zabránilo prohlubování dehydratace. ZZ přiložil a utáhl zaškrcovadlo a vybral vhodné místo pro vpich. Před každým svým úkonem se ZZ snažil popisovat, co dělá, včetně upozornění na okamžik vpichu kanyly do HK. ZZ dále upozornil, že kanyla je připojena k hadičce, tak aby si pacient dával pozor a nezavadil o ní. Pacientovi bylo oznámeno, že je potřeba udělat další vyšetření v nemocnici. ZZ poprosil dceru, aby mu přinesla zbytky oběda a zavařeninu, pro zajištění vzorků. Dále ZZ dceru poprosil, aby tatínkovi sbalila nejnütnější věci s sebou do nemocnice. Dcera se zeptala, jestli může jet spolu s tatínkem. ZZ jí odpověděl, že je to zbytečné a dal jí kartičku s kontaktem do Kladenské oblasti nemocnice na urgentní příjem, aby si tam během dne zavolala. Řidič oznámil pacientovi, že se přesunou na schodolez, kvůli nefungujícímu výtahu. ZZ navedl ruku pacienta na konstrukci schodolezu, aby si jej osahal a za podpory ZZ se pacient na schodolez přesunul. Pacient byl poučen, že se nemá po čas přesunu na schodolezu ničeho po cestě chytat a má si nechat ruce položeny volně v klíně. Dcera přinesla sbalené osobní věci a předala je řidiči. Výjezdová skupina oznámila pacientovi, že dorazili do přízemí domu a nyní už budou vycházet ven z budovy. Dále mu sdělili, že sanitní vůz je zaparkován vlevo za domem v ulici. Pacient se zdál být klidnější, když mu výjezdová skupina takto všechno popisovala. Těsně před vozem sjel řidič s pacientem z chodníku, pacient se lehce leknul, protože si myslel, že padá. Řidič mu řekl, ať mu důvěřuje, že každého pacienta vždy dopravil v pořádku. ZZ otevřel boční posuvné dveře u nástavby sanitního vozu a informoval pacienta o tom, že následuje přesun do vozu. ZZ pacienta upozornil, že jsou před ním dva schody, aby dával pozor. Pacient měl problém na schod správně navést nohu, a tak mu ZZ nohu uchopil a pomohl mu ji navést. ZZ pomohl pacientovi nahmatat okraje nosítek a oznámil mu, že zde se má posadit a opřít. Pacient pomalu usedl. Dále jej také připoutal pásem k nosítkům a upozornil ho, že to může cestou trochu skákat. Na dveře vozu zaklepala dcera, která si ještě uvědomila, že tatínek nemá svou slepeckou hůl. ZZ poděkoval a s dcerou se rozloučil. Řidič nastartoval vůz a výjezdová skupina odjela do zdravotnického zařízení.

Pacient byl výjezdovou skupinou odvezen na urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno. Zde jej ZZ předal zdravotnickému personálu, vyměnili si o něm potřebné informace, dokumentaci, osobní věci a odebrané vzorky. ZZ v první řadě zdravotnický personál upozornil, že pacient je mimo jiné také nevidomý a předal i slepeckou hůl. Tímto zásah skončil.

Analýza a interpretace průběhu zásahu:

Převzetí výzvy o nevidomém muži proběhlo rychle a byly zjištěny všechny dostupné informace. Výjezd výjezdové skupiny RZP proběhl v časovém limitu (v zákoně České republiky č. 374/2011 Sb. v § 5). Výjezdová skupina dorazila na místo zásahu ve velmi krátkém čase při zachování bezpečné jízdy. Průzkum místa zásahu proběhl rychle, včetně získání prvotních informací od dcery. Výjezdová skupina byla informována, že vyjíždí k nevidomému pacientovi a ZZ se obracel přímo na něj. Prvotní vyšetření, s ohledem na osobu nevidomou, proběhlo v dostatečném rozsahu a po provedení všech léčebných úkonů (po 15 min) byl pacient převezen na urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno. ZZ předal všechny potřebné informace pracovníkům urgentního příjmu.

Komunikace výjezdové skupiny RZP s nevidomým pacientem v průběhu zásahu:

Výjezdová skupina věděla, že jede k nevidomému pacientovi. Také věděla, že je na místě zásahu přítomna dcera pacienta. ZZ se pozdravil s pacientem způsobem, který vykazoval znalosti problematiky komunikace s nevidomým pacientem. ZZ si nechal popsat od pacienta, jak se cítí a v jakém stavu se pacient nachází. ZZ se s pacientem domluvil, že se provede základní vyšetření a v jakém rozsahu základní vyšetření bude provedeno. Řidič RZP odstranil překážky v cestě při přesunu pacienta ze židle na pohovku a byl upozorněn dcerou, aby věci, se kterými pohnul, vrátil po vyšetření zpět na původní místa, kvůli tatínkově orientaci v prostoru. Každý prováděný úkon základního vyšetření byl nejprve ZZ pacientovi popsán. Pacient si následně při jednotlivých úkonech prováděných ZZ zdravotnickou pomůcku nejprve ohmatal, ZZ každý prováděný úkon doprovázel slovně. ZZ oznámil pacientovi, že další vyšetření proběhnou v nemocnici. Dceři ZZ oznámil, že není třeba, aby otce doprovázela a připravil pacienta k transportu způsobem, který vykazoval znalost problematiky

chování se k nevidomému pacientovi. Pacient byl řidičem dopraven k sanitnímu vozu, kde pacientovi ZZ pomohl s nastoupením do vozu, opět způsobem vhodným pro zacházení s nevidomou osobou. Dcera na poslední chvíli přinesla k sanitnímu vozu otcovu slepeckou hůl, kterou nepřibalila k tatínkovu zavazadlu do nemocnice. Po příjezdu do nemocničního zařízení byl pacient předán s potřebnými informacemi, dokumentací, odebranými vzorky a osobními věcmi (včetně slepecké hole) personálu urgentního příjmu.

3.2 KAZUISTIKA

Výjezdové stanoviště: Kladno

Výjezdové skupiny účastny na výjezdu: RZP (zdravotnický záchranář, řidič)

Indikace: Zvyšující se bolesti dolní části zad, iradiace do levé DK

Místo zásahu: Byt v cihlovém domě, 1. p, bez výtahu

Vzdálenost: 22 km

Popis místa zásahu: Podzimní víkendový den, 17 °C, polojasno, větrno, okraj města, kolonie cihlových 4.patrových domů, byt v 1.patře bez výtahu.

Popis situace: Muž, 38 let, nevidomý, ležící na posteli v ložnici, stěžující si na rozvíjející se bolest dolní poloviny zad, která vystřeluje do levé DK. Na místě přítomna částečně nevidomá partnerka.

Anamnéza:

OA: Oslepl ve 3 letech po úrazu (nezdařilá operace sítnice), jiné problémy neměl

RA: Otec zemřel ve 45 letech na cirhózu jater, matka zemřela ve 38 letech následkem epi záchvatu

SA+PA: Žije doma s částečně nevidomou partnerkou, pracovník callcentra

FA: Léky trvale neužívá

AA: Psy a kočky, prach, peří

Abusus: Nepije, nekouří

Status praesens: Muž středního věku, nevidomý, ležící v posteli, stěžující si na zvyšující se bolesti dolní poloviny zad, vystřelující až do levé DK, pacient je plně při vědomí, GCS 4-5-6, TK 125/80, TT 36,5 °C, TF 97/min. Páteř palpačně nebolestivá, není zde hmatná žádná deformita, flexe trupu nebolestivá do 50°, retroflexe nebolestivá, úklony taktéž, zaznamenán výpadek senzitivity v dermatomu L5 vlevo. Mingazzini vpravo pozitivní od 70°, vlevo od 20°, Lasegue reverzní pozitivní vlevo, prokrvení končetin v normě, svalová síla DK přiměřená, kožní turgor v normě. Po provedení základního vyšetření ZZ pacientovi doporučen převoz RZP do zdravotnického zařízení na neurologické oddělení k dalšímu vyšetření s podezřením na vyhřezlou ploténku.

Časová osa:

- Tísňové volání na linku KZOS: 10:12
- Čas výzvy: 10:15
- Výjezd vozidla RZP: 10:17
- Příjezd na místo zásahu: 10:28
- Zahájení PNP: 10:38

Průběh zásahu výjezdové skupiny RZP:

Na linku 155 volal v dopoledních hodinách 38letý muž. Včera po práci pocítil pozvolna se rozvíjející bolesti dolní půlky zad s vystřelováním do levé DK a omezení pohybu. Muž dále sdělil, že napadá na levou nohu. Muž oznámil, že je nevidomý a že se proto do nemocnice těžko dopraví sám a nedokáže ho dopravit ani jeho partnerka, která je také nevidomá, i když pouze částečně. Byla tedy vyslána výjezdová skupina RZP na okraj města do kolonie cihlových čtyřpatrových domů. Výjezdová skupina přijela na místo oznámení. Výjezdová skupina zazvonila na zvonek domu a partnerka pacienta jim bzučákem otevřela vchodové dveře. Výjezdová skupina vešla do chodby a zaklepała na dveře v prvním patře. Partnerka pacienta se za dveřmi zeptala, jestli je to záchranná služba. Dostalo se jí odpovědi, že ano a dveře tedy otevřela. Výjezdová skupina se ženě

představila. Žena upozornila, že je taky nevidomá, ale dokáže rozpoznat světlo/stíny a hrubé obrysy okolních předmětů. Výjezdová skupina dala najevo, že tomu rozumí a že se tomu budou snažit přizpůsobit. Žena zavedla výjezdovou skupinu do ložnice. Tam na posteli ležel nevidomý muž. ZZ se cestou do ložnice přítelkyně muže zeptal, co pána trápí. Žena ZZ odpověděla, ať to probere rovnou s ním samotným a zůstala stát u dveří ložnice. ZZ se pacientovi u postele představil jako zdravotnická záchranná služba a zeptal se pacienta, jak se cítí a co mu je. Pacient si stěžoval na rozvíjející se bolesti dolní poloviny zad, od včerejška, co skončil práci. Bolest mu dnes začala vystřelovat až do levé dolní končetiny, což ho vyděsilo. Dále pacient ZZ sdělil, že se mu špatně hýbe a na levou nohu jakoby kulhá. ZZ pověděl pacientovi, že ho na posteli vyšetří. Během doby, kdy se ZZ pacienta ptal, jak se cítí, začal řidič připravovat zdravotnické pomůcky pro změření tlaku, teploty a tepové frekvence. A tak si pacient uvědomil, že v ložnici je přítomna další osoba a zeptal se ZZ, kdo to je. ZZ pacientovi odpověděl, že je to jeho kolega řidič, který patří k výjezdové skupině. ZZ postupně začal pacientovi na posteli měřit tlak, teplotu a tepovou frekvenci. Před každým úkonem pacientovi sdělil, co bude dělat. Dále ZZ postupně vyšetřil pacienta na ohebnost a bolestivost pohybového aparátu. Nejprve pacientovi sdělil, že mu pomůže vstát z postele a že mu vyšetří záda ve stoje. Pacient souhlasil a podal ZZ ruku. Pacient pomalu vstal z postele a snažil se narovnat. Ve stoje evidentně napadal na levou nohu a byl lehce předkloněn. ZZ pacientovi sdělil, že mu prohmatá páteř. Dále ZZ pacienta požádal, jestli by se mohl ohnout v trupu směrem dopředu, dozadu a do stran. ZZ stále své úkony verbalizoval a udržoval tělesný kontakt s pacientem. Dále pacienta poprosil, jestli by si mohl jít lehnout zpět na postel. ZZ chytl pacienta za ruku a popošel s ním zpět k posteli, pacient si ohmatal okraj postele a opatrně si lehl. ZZ pacienta dále instruoval, aby zvedl obě dolní končetiny a dal je do pravého úhlu. Pacient tento pokyn ne zcela pochopil, a tak jej ZZ za nohy uchopil a navedl jej do správné pozice. Dále ZZ pacienta poprosil, aby natáhl na posteli dolní končetiny a takto natažené je zvedal směrem nahoru. Tento pokyn pacient pochopil správně. Dále ZZ vybídl pacienta, aby nohami tlačil proti němu. Po provedeném vyšetření ZZ sdělil pacientovi, že jej odvezou do nemocnice na neurologii, kde jej řádně dovyšetří a pomohou mu od bolesti. ZZ požádal přítelkyni pacienta, aby připravila tašku s osobními věcmi pacientovi do nemocnice. Přítelkyně pacienta odpověděla, že už ráno pro jistotu připravila tašku s sebou. Sdělila ZZ, že do tašky přibalila i slepeckou hůl. Přítelkyně pacienta se zeptala, jestli může jet do nemocnice s nimi, ale ZZ odpověděl, že bude lepší, když počká doma, protože pacient

nyní půjde na různá vyšetření a přítelkyně by v nemocnici jen zbytečně čekala. ZZ předal ženě kontakt do nemocnice a ta jej požádala, zda by jí ZZ pomohl kontakt uložit do mobilního telefonu s hlasovým průvodcem, aby mohla zavolat a informovat se o stavu pacienta. Řidič si převzal pacientovy věci. ZZ řekl pacientovi, aby pomalu vstal a chytil se ho za ruku. Pacient se zeptal ZZ, jestli k němu může ZZ přistoupit z pravé strany, že se ho chytí za loket. Pacient o to požádal ZZ z důvodu, že schodiště na chodbě z domu má zábradlí nalevo, a tak se nebudou muset před schodištěm stranově přehazovat. ZZ tak učinil a pomalu se dali do pohybu. Žena se snažila uhnout z cesty, ale zakopla o brašnu ZZ, kterou nechal na zemi řidič. Žena zavravorala a našťastí se v poslední chvíli instinktivně chytla okraje komody, která se nalézala vedle ní. Řidič se velmi omlouval. Žena jej poprosila, aby už nenechával nic v cestě a pokud posunovali během svého zásahu s něčím v bytě, ať jí na to upozorní, nebo to dají zpět na své místo, jak to bylo. Pacient se držel ZZ za loket a pomalým pohybem se přemisťovali na chodbu v domě. ZZ pacienta upozornil, že teď půjdou po schodech. Pomalým krokem sešli dolů a pokračovali k sanitnímu vozu. Cestou k sanitnímu vozu pacient ZZ požádal, aby ZZ šel vpředu před ním, že se tak cítí jistěji. Po příchodu k sanitnímu vozu otevřel řidič boční posuvné dveře kabiny vozu a upozornil pacienta na dva schody vzhůru. Pacient po nich, i když s obtížemi, vystoupal. V kabině vozu ZZ pomohl pacientovi ulehnut na nosítka a přepásal ho bezpečnostním pásem. Pacient se trochu lekl, protože nebyl na přepásání ZZ upozorněn. Výjezdová skupina i s pacientem odjeli do nemocnice na podrobnější neurologické vyšetření. Po příjezdu do nemocnice pomohl ZZ vystoupit pacientovi z vozu a řidič k pacientovi zezadu přisunul invalidní vozík a řekl pacientovi, ať si na vozík sedne, že vozík pevně drží. Dále byl pacient výjezdovou skupinou předán zdravotnickému personálu neurologické ambulance. Při předání byla zdravotnickému personálu neurologické ambulance odevzdána dokumentace, taška s osobními věcmi pacienta a bylo poukázáno na smyslovou poruchu pacienta.

Analýza a interpretace průběhu zásahu:

Převzetí výzvy od volajícího (nevidomý muž středního věku) proběhlo rychle a byly zajištěny všechny dostupné informace. Výjezd výjezdové skupiny RZP proběhl v časovém limitu (v zákoně České republiky č. 374/2011 Sb. v § 5). Průzkum místa zásahu proběhl rychle, v ložnici výjezdová skupina našla ležícího muže stěžujícího si na

rozvíjející se bolesti dolní poloviny zad s vystřelováním do levé DK. Prvotní vyšetření, s ohledem na osobu nevidomou, proběhlo v dostatečném rozsahu a po vyhodnocení aktuálního stavu byl pacientovi doporučen převoz RZP na neurologickou ambulanci Oblastní nemocnice Kladno s podezřením na vyhřezlou ploténku.

Komunikace výjezdové skupiny RZP s nevidomým pacientem:

Výjezdová skupina věděla, že jede k nevidomému pacientovi, na což upozornila výjezdovou skupinu po příjezdu na místo i částečně nevidomá družka pacienta. Na aktuální stav pacienta se nejprve ZZ zeptal přítelkyně pacienta, ale ta ho odkázala přímo na něj a zavedla výjezdovou skupinu do ložnice, kde pacient ležel. Po příchodu do ložnice se ZZ představil a začal se pacienta ptát, jak se cítí a co mu je. K podání rukou, ani k jinému tělesnému kontaktu (např. položení ruky ZZ na rameno pacienta), který by nahradil chybějící vizuální kontakt mezi ZZ a pacientem, při setkání nedošlo. Až při přípravě zdravotnických pomůcek pro měření fyziologických funkcí řidičem RZP, nevidomému pacientovi došlo, že je v ložnici další osoba. Při měření fyziologických funkcí pacienta ZZ nebylo pacientovi nabídnuto, aby si nejprve zdravotnické pomůcky osahal. Samotná měření fyziologických funkcí byla slovně doprovázena. Následovalo vyšetření zad, u kterého byl pacient veden ZZ slovně i dotykem. Pro převoz pacienta do nemocnice připravila jeho přítelkyně tašku s osobními věcmi i se slepeckou holí uvnitř, důležitou pro nevidomého pacienta. Při odchodu pacienta z ložnice za doprovodu ZZ, si pacient domluvil se ZZ způsob, jakým ho bude ZZ fyzicky doprovázet (pacient se přidržel lehce ZZ za pravý loket, zábradlí u schodiště je na levé straně). Při odchodu z ložnice nechal řidič ležet v cestě na zemi brašnu ZZ, o kterou při odchodu z ložnice zakopla částečně nevidomá přítelkyně pacienta. Žena výjezdovou skupinu požádala, aby předměty, se kterými bylo hnuto během vyšetření, dali zpět na své místo (kvůli úrazu). Při odchodu pacienta za doprovodu ZZ z domu k sanitnímu vozu, poprosil pacient ZZ, aby šel ZZ o krok před ním (pacient se stále přidržoval ZZ lehce za pravý loket). Nastupování pacienta do sanitního vozu proběhlo bez potíží v komunikaci mezi ZZ a nevidomým pacientem. V sanitním voze, při přepásání pacienta ZZ bezpečnostním pásem, se pacient vylekal, netušil totiž, co se děje, nebyl na připásání ZZ upozorněn. Po příjezdu do nemocnice byl pacient přemístěn ze sanitního vozu za pomoci ZZ i řidiče na invalidní vozík. Způsob přemístění nebyl příliš vhodný pro nevidomého člověka (invalidní vozík byl pod něj řidičem zezadu podsunut a pacient usazen).

3.3 KAZUISTIKA

Výjezdové stanoviště: Kladno

Výjezdové skupiny účastné na výjezdu: RZP (zdravotnický záchranář, řidič)

Indikace: Bolesti břicha, zhoršující se při chůzi

Místo zásahu: Vesnice severně od Kladna

Vzdálenost: 30 km

Popis místa zásahu: Jarní pracovní den, 16 °C, déšť, přízemní rodinný dům na okraji vesnice.

Popis situace: Žena, 18 let, částečně nevidomá, ležící na pohovce, stěžující si na bolest v oblasti břicha, vystřelující k pravé kyčli, na místě přítomna matka.

Anamnéza:

OA: Nedonošená, retinopatie, dívka částečně nevidomá od narození, porody 0, potraty 0

RA: Dědeček zemřel na rakovinu plic v 78 letech, babička hypertonik

SA+PA: Žije doma s rodiči, studentka

FA: Hormonální antikoncepce

AA: Pyl, včelí produkty

Abusus: Nepije, nekouří

Status praesentis: Mladá žena ležící v prenatální úlevové poloze na pohovce, stěžující si na bolesti břicha vystřelující k pravé kyčli. ZZS zavolala matka, která byla doma. Pacientka je částečně nevidomá, schopná však samostatné komunikace. Dívka vyloučila dietní chybu. Na otázku ZZ odpověděla, že stolice je pravidelná a další potíže, kromě vystřelující bolesti, neudala. GCS 4-5-6, TK 120/60, TT 37,5 °C, TF 98/min.

Břicho je v nivěau, palpačně nebolestivé, žádné kýly se nevyklenují ani při kašli, břicho je na pohmat měkké. Dechová vlna prochází břichem jen do úrovně pupku. Epigastrium i obě hypochondria jsou měkká, palpačně nebolestivá, volně prohmatná bez hmatných rezistencí a známek peritoneálního dráždění. Taktéž levé hypogastrium bez patologických nálezů. Pravé hypogastrium je hůře vyšetřitelné pro bolestivost, Murphyho příznak negativní, Blumbergův příznak pozitivní, Rowsingův příznak pozitivní, Pleniesův příznak pozitivní, Copeův příznak lehce naznačen.

Časová osa:

- Tísňové volání na linku KZOS: 15:35
- Čas výzvy: 15:37
- Výjezd vozidla RZP: 15:38
- Příjezd na místo zásahu: 16:02
- Zahájení PNP: 16:09

Průběh zásahu výjezdové skupiny RZP:

Na linku 155 zavolala v odpoledních hodinách matka 18leté dcery. Nahlásila dceřiny bolesti břicha, které se stupňují již od předešlého večera a přesouvají se nad oblast pravé kyčle, dcera pouze polehává. Matka ohlásila, že dcera je částečně nevidomá. Dále sdělila, že nedokáže sama s dcerou na ambulanci přijet, protože nevlastní řidičský průkaz a otec je v zaměstnání. Během hovoru byla na místo vyslána RZP. Po příjezdu na místo zásahu již matka pacientky čekala venku a doprovodila ZZ s řidičem do rodinného domu. Matka připomněla, že dcera je částečně nevidomá. V obývacím pokoji našli pacientku v prenatální úlevové poloze na pohovce. Ode dveří ZZ zřetelně pozdravil dívku, která se otočila za zvukem, přistoupil k ní, představil se a položil jí přitom svou ruku na rameno. Dívka byla zpočátku vylekaná a napjatá, avšak po osobním kontaktu a vlídném tónu ZZ se dívka trochu uklidnila. Začala nejistě popisovat své bolesti v břiše, které vznikly v úrovni pupku a postupně se přemístily do oblasti pravé jámy kyčelní. Pacientka vyloučila dietní chybu. Stolici udala pravidelnou, měkkou, plyny odcházejí volně. ZZ pacientce oznámil, že ji krátce vyšetří, aby si udělal představu, co se děje. Nejdříve byl změřen tlak. ZZ si připravil tonometr a zeptal se dívky, zda už má s měřením tlaku zkušenosti. Dívka odpověděla kladně, ale i přesto jí

ZZ dal osahat manžetu tonometru, kterou pak nasadil na levou paži pacientky a upozornil ji, že to bude chvíli trochu tlačit. Pak změřil teplotu bezdotykovým teploměrem a změřil tep na zápěstí levé ruky. Na všechno pacientku předem upozornil a popisoval, co právě dělá. Dále ZZ pacientku informoval, že se pokusí prohmatat břicho. Poprosil ji, aby si lehla na záda a pokrčila nohy v kolenu. ZZ prohmatával oblast břicha a podbřišku. ZZ po vyšetření informoval dívku, že ji převezou do nemocnice na chirurgické oddělení, aby jí lékaři dovyšetřili. Dívka volala na matku a ptala se jí, zda pojede s ní, že se sama bojí. Matka odpověděla, že pojede. ZZ ovšem konstatoval, že to není běžný postup a předal matce informační kartičku s kontakty do nemocnice. Řidič pacientku uklidňoval, že se není čeho obávat. ZZ se zeptal dívky, zda je schopna sama dojít k sanitnímu vozu. Dívka odpověděla, že se pokusí. Vstala a poprosila ZZ, jestli by k ní přistoupil z pravé strany a nabídl jí svůj loket. Dívka se nechala vést ZZ, orientace po domě ji naštěstí nedělala potíže, a tak bez problémů a pomalými kroky vyšli před dům k vozu. ZZ otevřel dveře kabiny a upozornil pacientku na dva schody vzhůru při nástupu. Pacientka si schody nohou ozkoušela a bez potíží nastoupila. Ve voze ZZ pomohl pacientce s ulehnutím na nosítka a řekl jí, že si může nechat pokrčené nohy. Převoz do zdravotnického zařízení proběhl bez problému. ZZ se s pacientkou snažil udržet kontakt, aby co nejvíce snížil její psychický diskomfort. Po příjezdu RZP předala pacientku zdravotnickému personálu chirurgické ambulance. Zde byla provedena další vyšetření. Byla zjištěna apendicitis a pacientka byla následně operována.

Analýza a interpretace průběhu zásahu:

Převzetí výzvy o částečně nevidomé 18leté ženě s bolestmi břicha vystřelujícími k pravé kyčli od volající (matka) proběhlo rychle a byly zajištěny všechny dostupné informace. Vyhodnocení výzvy na základě získaných informací proběhlo s minimální časovou ztrátou. Avšak vzhledem k nepříznivému počasí, vzdálenosti od výjezdového stanoviště, spuštěným závorám na kolejích a nedostatečně označenému domu přijela výjezdová skupina na místo zásahu po 25 minutách. Průzkum místa zásahu proběhl rychle, v obývacím pokoji našli na pohovce pacientku v prenatální úlevové poloze tvářící se napjatě a vylekaně. Prvotní vyšetření provedené ZZ, s ohledem na osobu částečně nevidomou, proběhlo v dostatečném rozsahu a po provedení základního vyšetření byla pacientka převezena výjezdovou skupinou na chirurgickou ambulanci

Oblastní nemocnice Kladno. ZZ předal všechny informace pracovníci chirurgické ambulance.

Komunikace výjezdové skupiny RZP s částečně nevidomou pacientkou v průběhu zásahu:

Výjezdová skupina věděla, že jede k částečně nevidomé pacientce. Po vstupu do obývacího pokoje, kde se pacientka nacházela, se ZZ představil způsobem, který vykazoval znalost problematiky komunikace se smyslově postiženým pacientem a zpočátku vylekanou a napjatou dívku dokázal uklidnit. Dívka ZZ popsala své bolesti břicha a ZZ jí požádal, aby se otočila na záda, že oblast břicha vyšetří. Při zjišťování tlaku, teploty a tepové frekvence se ZZ choval podle zásad přístupu k pacientovi se smyslovým postižením. ZZ vysvětlil pacientce, že je potřeba břicho dovyšetřit v nemocnici. Vylekaná pacientka prosí o doprovod matku. ZZ oběma vysvětluje, že vzhledem k dceřině plnoletosti to není možné a vylekanou pacientku se mu podařilo uklidnit. I během převozu se ZZ snažil s pacientkou udržet komunikaci tak, aby co nejvíce snížil její psychický diskomfort.

3.4 KAZUISTIKA

Výjezdové stanoviště: Kolín

Výjezdové skupiny účastné na výjezdu: RZP (zdravotnický záchranář, řidič), 1 jednotka HZS

Indikace: Náhlá nevolnost, zvracení

Místo zásahu: Nejvyšší patro věže městského kostela, cca 50 m

Vzdálenost: 2 km

Popis místa zásahu: Letní víkendový den, 34 °C, slunečno, nejvyšší patro věže městského chrámu, centrum města.

Popis situace: Muž, 32 let, hluchoněmý, nekomunikující, malátný, zvracející, na místě přítomna hluchoněmá partnerka.

Anamnéza:

OA: Hluchoněmý

RA: Nezjištěná

SA+PA: Žije doma s hluchoněmou partnerkou, pracuje v pekárně

FA: Léky trvale neužívá

AA: Neguje

Abusus: Nepije, nekouří

Status praesens: Muž středního věku, při vědomí, pozvracený, zvyšující se bolesti břicha, zesláblý, zimnice, nekomunikující, hluchoněmý. ZZS volá pokladník. Partnerka muže také hluchoněmá. Čeká se na příchod tlumočnice. Partnerka muže písemně sděluje, že snídal míchaná vejce s houbami. GCS 3-4-6, TK 106/65, TF 102/min, GLY - 5,4 mmol/l, tachykardie. Zajištěn žilní vstup na levé HK kanylou 18G v kubitální jamce a podán 250 ml fyziologický roztok. Pacient zabalen ZZ do deky, přeložen jednotkou HZS na transportní nosítka, zafixován a transportován jednotkou HZS pomocí záchranného koše z věže a naložen do sanitního vozu, převezen RZP do zdravotnického zařízení Oblastní nemocnice Kolín s podezřením na otravu z hub.

Časová osa:

- Tísňové volání na linku: 11:10
- Čas výzvy: 11:11
- Výjezd vozidla RZP: 11:12
- Výjezd jednotky HZP: 11:13
- Příjezd na místo zásahu RZP: 11:14
- Příjezd na místo zásahu HZP: 11:16
- Zahájení PNP: 11:29

Průběh zásahu výjezdové skupiny RZP:

V dopoledních hodinách zavolal na linku 155 muž a oznámil, že se nachází v nejvyšším patře kostelní věže v centru města (vybírání na věži vstupné) a volal kvůli muži, kterému se z ničeho nic udělalo nevolno a pozvracel se. Muž byl sice při vědomí, ale nedařilo se s ním komunikovat. Na místo byla vyslána výjezdová skupina RZP a také jednotka HZS. První na místo přijela RZP, dvě minuty po nich HZS. RZP vystoupala nahoru po schodech věže a v nejvyšším patře našla tři lidi. Jeden z nich byl pacient (seděl schoulený a opřený o zeď), druhý byl pokladník ve věži a třetí byla žena (přítekně pacienta). ZZ se všem představil, přiklekl k pacientovi a zjistil, že pacient je sice při vědomí, ale neodpovídá a je pozvracen. Pokladník poukázal na to, že ani žena nijak nekomunikuje. Myslel si o ní, že je opilá. ZZ se obrátil na ženu a zeptal se jí, co se stalo. Žena rozhazovala rukama, vyluzovala slova, ale nešlo jí moc rozumět, ukazovala na uši a kroutila hlavou. ZZ vydedukoval, že je žena hluchoněmá. Vzal tedy tužku a papír a napsal na něj, jestli s ní může komunikovat tímto způsobem. Žena pokynula hlavou, že ano a napsala ZZ na papír, že její partner je hluchoněmý od narození a ona od 12 let. Navíc ukazovala ZZ svůj mobilní telefon, kde byla zobrazena konverzace, ze které šlo odezřít, že hluchoněmá žena dala formou sms vědět své kamarádce, kde se s partnerem nacházejí a ať přijde za nimi. Hluchoněmá přes psaný text ZZ informovala, že kamarádka umí tlumočit ze znakové řeči do mluvené a naopak. Dorazí prý do 5 minut. Pacientovi se mezitím udělalo znovu nevolno. ZZ mu ihned podal sáček, aby mohl zvracet do něj. Pacient ukázal na oblast břicha a dával posunky najevo, že ho tam bolí. Byl lehce apatický a měl svalový třes. ZZ se ženy přes psaný text dotázal, jaký má vztah k pacientovi. Žena odpověděla, že je jeho partnerka. ZZ se dále dotazoval, jestli má pacient problémy s výškami. To žena odmítla, ale upozornila na to, že měl přítel ráno smaženici z hub. Aby byla možnost potvrdit či vyvrátit dietetickou chybu, ZZ zajistil vzorek zvratků pro laboratorní zkoumání. Mezitím na místo dorazila kamarádka, která byla přivolána prostřednictvím sms zprávy. Se ZZ se navzájem představili a tato kamarádka propojila komunikaci mezi ZZ a pacientem pomocí znakové řeči. ZZ se zeptal pacienta na tepelný komfort. Ten odpověděl, že je mu zima, dostal tedy deku na zahřátí. Pacient dále potvrdil, že měl k snídani míchaná vejčička s houbami, které mu přinesl jeho soused. Na věži kostela začal mít docela silné bolesti břicha a pozvracel se. V nejbližší minulosti žádnou chorobu neprodělal a žádné potíže neměl. ZZ dále pacientovi oznámil, že dostane infuzi. ZZ naznačil pacientovi,

aby si vyhrnul rukáv a nasadil mu zaškrcovadlo. ZZ skrze tlumočnicku dále informoval pacienta, že mu zavede kanylu do žíly a podá fyziologický roztok. Řidič mezitím nachystal EKG a nalepil pacientovi elektrody. U toho tlumočnicku pacienta na pokyn ZZ informovala, že nyní ZZ změří srdeční aktivitu. Mezitím řidič výjezdové skupiny informoval jednotku HZS o tom, že pacient není schopen svépomocí slézt z věže. Jednotka HZS už během vyšetřování začala připravovat a vynášet materiál potřebný pro transport pacienta. Pacient byl s pomocí jednotky HZS přeložen na transportní nosítka a zafixován, aby nevypadl. Vzhledem k výšce, ve které se pacient nalézal a dostupné technice, byl zvolen následující postup. Jednotka HZS odstranila dřevěné víko v podlaze věže, které je určeno pro zvedání materiálu. Tímto otvorem pacienta spustili do mezipatra, kde byl připraven záchranný koš plošiny Bronto 42, který bezpečně dosáhne do mezipatra věže a urychlil tak záchranu pacienta. Po naložení do koše byl pacient jednotkou HZS dopraven na zem. Zde si ho již opět převzal ZZ s řidičem. Všechny pokyny a informace o tom, co se bude dít, byly neustále překládány pacientovi přes tlumočnicku do znakového jazyka. Výjezdová skupina naložila pacienta na nosítka, kde byl řidičem zafixován a výjezdovou skupinou naložen do sanitního vozu. Spolu s nimi odjela do zdravotnického zařízení i tlumočnicku, která byla požádána ZZ o pomoc s předáním pacienta zdravotnickému personálu urgentního příjmu.

Analýza a interpretace průběhu zásahu:

Převzetí výzvy od volajícího o muži, který se nacházel pozvracený a zesláblý v nejvyšším patře věže místního chrámu proběhlo rychle a byly zajištěny všechny dostupné informace. Činnost ZOS byla provedena rychle a byl vyslán dostatečný počet výjezdových prostředků (RZP a 1 jednotka HZS). Při jízdě na místo zásahu byla využita světelná a akustická výstražná zařízení. Průzkum na místě zásahu nebyl zpočátku snadný ze dvou důvodů: 1. RZP a HZS se nejprve museli dostat po příkrých a úzkých schodech do nejvyššího patra věže; 2. ZZ nejprve, místo základního vyšetření pacienta zjistil a řešil, že pacient je hluchoněmý a že je hluchoněmá i jeho partnerka, která byla na místě také přítomna. Po příchodu tlumočnicku došlo k základnímu vyšetření pacienta v dostatečném rozsahu a jeho následnému snesení z věže kostela jednotkou HZS, předání do sanitního vozu a převezení pacienta výjezdovou skupinou RZP na urgentní příjem Oblastní nemocnice Kolín s podezřením na otravu z hub.

Komunikace výjezdové skupiny RZP s hluchoněmým pacientem:

Výjezdová skupina nevěděla, že jede k hluchoněmu pacientovi. Výjezdová skupina v nejvyšším patře chrámové věže našla tři osoby. Pacienta, jeho přítelkyni a pokladníka, který pomoc přivolal (pokladník nevěděl, že muž a jeho přítelkyně jsou hluchoněmí). ZZ nejprve zjistil, že pacient je sice při vědomí, ale nereaguje na dotazy ZZ. A tak se obrátil na jeho partnerku, která rozhazovala rukama, vyluzovala slova, ale nešlo jí moc rozumět. V tento moment si ZZ uvědomil, že se může jednat o sluchově postižené osoby a pokusil se se ženou komunikovat písemnou formou. Přítelkyně pacienta ZZ informovala ukázkou sms zpráv na svém mobilním telefonu, že se během chvíle dostaví na místo zásahu její kamarádka, která je tlumočnicí do znakového jazyka. Než tlumočnice dorazila na místo zásahu, ZZ pokračoval v písemné komunikaci s přítelkyní pacienta a zjišťoval s její pomocí, co se přesně pacientovi přihodilo. Jakmile dorazila na místo zásahu tlumočnice do znakového jazyka, začal ZZ komunikovat se samotným pacientem a provádět základní vyšetření, při kterém se ZZ choval k pacientovi velmi ohleduplně a o všech jednotlivých krocích základního vyšetření ZZ pacienta skrze tlumočnici informoval. Díky přítomnosti tlumočnice byl pacient informován o průběhu transportu do sanitního vozu. ZZ tlumočnici požádal, aby doprovodila pacienta i při převozu do nemocničního zařízení a o pomoc při předání pacienta na urgentní příjem.

4 DISKUZE

Pacienti se smyslovým postižením vyžadují personalizované komunikační postupy a zásady. ZZ by měl být na komunikaci se smyslově postiženým pacientem připraven (LINHARTOVÁ, 2007). V kapitolách 2.1.1, 2.2.1 a 2.3.1 teoretické části bakalářské práce jsou uvedeny metodologické postupy, které doporučují a shrnují přístupy a chování ZZ v komunikaci k osobě nevidomé, hluché, hluchoslepé (navrženo Národní radou zdravotně postižených ČR, 2006). Praktická část bakalářské práce ověřuje ve čtyřech kazuistikách znalost problematiky komunikace ZZ s pacientem smyslově postiženým v praxi a diskutuje potřebu této znalosti v záchranářské praxi.

V první kazuistice přijela RZP ke staršímu nevidomému muži. Po srovnání metodiky uváděné v teoretické části bakalářské práce, kap. 2.1.1, se zaznamenaným průběhem výjezdu bylo zjištěno, že spolupráce ZZ s pacientem prokázala znalost metodologie, jak komunikovat a manipulovat s nevidomým pacientem (např. při představování se ZZ byla pacientovi položena ruka na pacientovo rameno, pacientovi bylo ZZ vždy nabídnuto ohmatání zdravotnických pomůcek před jednotlivými kroky vyšetření, ZZ verbálně doprovázel veškerou činnost, která byla s pacientem při vyšetřování prováděna). I při transportu pacienta z bytu do sanitního vozu se ZZ choval podle metodologických doporučení Národní rady zdravotně postižených ČR („Desatero“, kap. 1.2, s. 15 teoretické části bakalářské práce) a přemístování pacienta na schodolez i přemístování pacienta do sanitního vozu ZZ proběhlo bez komplikací a pacient nebyl, vzhledem ke svému smyslovému postižení, dezorientován. Uvedená kazuistika prokázala, že ZZ byl s jistotou seznámen s metodologickými postupy komunikace s osobou se smyslovým postižením. Chybou však zůstává, že ani ZZ ani řidič si neuvědomili, že je třeba vzít s sebou i slepeckou hůl pacienta. Přinesla jim ji do sanitního vozu dcera. Kdyby nebyla u zásahu dcera přítomna, uvědomili by si tuto chybu? Vzhledem k pacientovu smyslovému postižení, stáří i horší artikulaci v mluveném projevu se také jako chyba jeví fakt, že nevzali dceru s sebou jako pacientův doprovod. Z průběhu zásahu lze také konstatovat, že řidič výjezdové skupiny problematiku komunikace se smyslově postiženým pacientem neovládá (je otázkou, zda-li by předměty, kterými v bytě posunul, navrátil zpět na původní místo, také neupozornil pacienta, že s ním sjíždí z chodníku a ten se vylekal). Měl by být i řidič

obeznámen se základními principy manipulace a komunikace s osobou smyslově postiženou?

Ve druhé kazuistice přijela RZP k nevidomému muži ve středních letech. Srovnáme-li metodiku uváděnou v teoretické části bakalářské práce, kap. 2.1.1, se zaznamenaným průběhem výjezdu, lze konstatovat, že ZZ není konkrétně informován, jakých forem a doporučených způsobů komunikace s nevidomým pacientem bylo možné a dokonce velmi vhodné použít (když se ZZ pacientovi představoval, nedošlo k položení ruky ZZ na rameno pacienta a řidič nebyl pacientovi představen vůbec, dále nebyly pacientovi nabídnuty k ohmatání zdravotnické pomůcky použité ZZ při vyšetřování; byl to sám pacient, který si se ZZ domlouval, jakým způsobem by měl probíhat jeho přesun z domova do sanitního vozu, aby pacient neztrácel jistotu). Měření fyziologických funkcí bylo doprovázeno slovně a i tělesný kontakt ZZ s pacientem při vyšetření zad byl v souladu s metodikou uváděnou v kap. 2.1.1. Chybou bylo, že řidič nechal ležet na zemi v cestě brašnu ZZ; ani přemístění pacienta po příjezdu do nemocnice ze sanitního vozu na invalidní vozík nebylo v souladu s uváděnou metodikou v kap. 2.1.1. Úroveň komunikace ZZ s pacientem zásadně ovlivňuje všechny části léčebného procesu. Pouhá zkušenost či osobní dispozice jedince kvalitně komunikovat není plně dostačující pro zvládnutí komunikace na profesionální úrovni (PTÁČEK et al., 2011). Měl by být i řidič obeznámen se základními principy manipulace a komunikace s osobou smyslově postiženou?

Ve třetí kazuistice přijela RZP k mladé částečně nevidomé ženě. Ze srovnání metodiky uváděné v kapitole 2.1.1. teoretické části bakalářské práce a průběhu zásahu výjezdové skupiny jednoznačně vyplynulo, že se ZZ choval a jednal podle metod komunikace s osobou nevidomou. ZZ v tomto případě prokázal, že má teoretické znalosti spojené s problematikou komunikace s pacientem se smyslovým postižením a dokáže je citlivě použít v praxi.

Ve čtvrté kazuistice přijela RZP k hluchoněmu muži ve středních letech. Výjezdová skupina nevěděla, že jede k hluchoněmu pacientovi. Po srovnání metodiky uváděné v teoretické části bakalářské práce, kap. 2.2.1, se zaznamenaným průběhem výjezdu bylo zjištěno, že se ZZ dobře zorientoval na místě zásahu a jeho činnost vykazovala znalost problematiky komunikace s hluchoněmým pacientem. Poté co se na místo zásahu dostavila tlumočnice do znakového jazyka, komunikoval ZZ

s pacientem přímo. Došlo tedy k situaci, kdy nejprve byla řešena komunikační bariéra ZZ s pacientem a až po příchodu tlumočnice bylo přistoupeno k základnímu vyšetření. Co je lepší? Začít vyšetřovat okamžitě a nechat pacienta v komunikačním diskomfortu nebo čekat na tlumočnici, která se má objevit „během chvíle“? Odpověď na to není jednoznačná. Kazuistika však s jistotou ukázala, že nakolik je ZZ obeznámen s tématikou komunikace se smyslově postiženým pacientem a je schopen toto prakticky využít, tak je po všech stránkách kvalitní či nekvalitní diagnostika i celý průběh vyšetřování pacienta.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I přesto, že praktická část bakalářské práce obsahuje pouze čtyři případové studie, lze konstatovat, že znalost toho, jak přistupovat k pacientovi se smyslovým postižením a jak s ním komunikovat, je nezbytná pro kvalitní průběh zásahu výjezdové skupiny. Doporučení pro praxi, která lze na základě toho vyvodit, by se měla týkat jak oblasti vzdělávání v dané problematice, tak praktického nácviku, jak k pacientům se smyslovým postižením přistupovat. Národní rada zdravotně postižených již před deseti lety vydala a distribuovala do zdravotnických zařízení „Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením“, které má pomáhat zdravotnickým pracovníkům s bezproblémovou komunikací s lidmi se zdravotním postižením a na žádost zdravotnického zařízení poskytuje kurzy vyškolenými lektory v problematice komunikace a přístupu k pacientům se smyslovými poruchami.

I nadále pořádat kurzy s tématikou týkající se osob se smyslovým postižením, a to jak pro ZZ, tak řidiče výjezdových skupin i pro další zdravotnické profese (týká se jak nabytí informací, tak i praktického nácviku) je doporučením pro praxi vyplývajícím z této bakalářské práce. Obzvláště, když si uvědomíme, že ani v zákoně nenalezneme oporu (ZZ není ze zákona povinen jakkoliv se zabírat problematikou, která by se týkala komunikace a zacházení s pacientem se smyslovým postižením).

ZÁVĚR

Komunikace patří do souboru základních znalostí a předpokladů pro výkon medicínských povolání. Vzájemná komunikace mezi ZZ a pacientem je zásadní složkou diagnostického a léčebného procesu a má tedy pro medicínu klíčový význam. Tak, jak je důležité umět správně vyšetřit pacienta, stejně důležité je naučit se s pacientem komunikovat. Umění komunikace se smyslově postiženým pacientem zahrnuje řadu konkrétních postupů s různou efektivitou a dopadem na celkový proces léčby. Je tedy nutné komunikaci rozvíjet na profesionální úrovni (PTÁČEK et al., 2011).

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na fakta týkající se problematiky komunikace mezi ZZ a osobou se smyslovým postižením a posoudit nutnost vzdělávání se v této problematice a potřebnost praktického nácviku získaných teoretických znalostí.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část bakalářské práce popisuje nutnost a způsoby komunikace ZZ s osobami se smyslovým postižením a věnuje se jednotlivým poruchám smyslů, u kterých je popsána metodika komunikace s pacientem s daným smyslovým postižením. V praktické části bakalářské práce byly popsány čtyři konkrétní případy zásahu RZP u pacienta se smyslovým postižením, ve kterých byla sledována a popsána komunikace RZP se smyslově postiženým pacientem od začátku setkání s ním až po převoz pacienta RZP do zdravotnického zařízení a předání pacienta personálu nemocnice.

První a třetí kazuistika prokázala, že ZZ byl seznámen se zásadami a principy komunikace s nevidomým pacientem. Přivedla však také k myšlence věnovat čas praktickému nácviku teoretických znalostí. Komunikace ZZ s nevidomým pacientem ve druhé kazuistice ukázala, že ZZ není konkrétně informován, jakých forem a doporučených způsobů komunikace s nevidomým pacientem bylo možné a vhodné použít. Čtvrtá kazuistika popisovala komunikaci ZZ s hluchoněmým pacientem. Komunikace ZZ se smyslově postiženým pacientem probíhala nejprve písemně za pomoci partnerky postiženého. Velkou výhodou, pro zajištění pacienta po zdravotní i psychické stránce však bylo, že se na místo zásahu dostavila tlumočnice znakového jazyka. Tato kazuistika nejvíce ukázala na potřebu alespoň základní znalosti a praktické schopnosti komunikovat se smyslově postiženým pacientem.

Dané kazuistiky potvrdily, že ZZ by měl být na komunikaci se smyslově postiženým pacientem připraven (LINHARTOVÁ, 2007). Nelze však opomíjet, že nejen po stránce vzdělanosti, stejně důležitá je empatie, citlivý přístup a nabrané zkušenosti každého jednotlivce. Popsané případy potvrdily (porovnáním uvedených kazuistik s metodikami popsány v teoretické části bakalářské práce, kap. 2.1.1, 2.2.1, 2.3.1), že pokud je ZZ vzdělán v komunikaci s osobami se smyslovým postižením, je zásadně usnadněno vyšetření a celková diagnostika.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUBENÍČKOVÁ, H., P. KARÁSEK a R. PAVLÍČEK, 2012. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno. 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.

ČESKO, 1998. Zákon č. 384/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob), In: *Sbírka zákonů ČR*. 138, 6980. ISSN 1211-1244. Dostupný z: www.mvcr.cz/soubor/sb124-08-pdf.aspx

ČESKO, 2010. Úmluva č. 10/2010, částka 4, o právech osob se zdravotním postižením. In: *Sbírka mezinárodních smluv 2010*. ISSN 1801-0393. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>

ČESKO, 2011a, Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [cit. 26.3.2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html

ČESKO, 2011b. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), In: *Sbírka zákonů ČR*. 131, 4730 – 4801. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2011_375.pdf

EVROPSKÝ PARLAMENT, 2004. Declaration of the European Parliament on the rights of deafblind people [online]. European Parliament. [cit. 15.7.2015]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P5-TA-2004-0277+0+DOC+XML+V0//EN>

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. Velký psychologický slovník. 4. vyd. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HLAVÁČOVÁ, J., 2007. Hluchoslepí mezi námi [CD-ROM]. Občanské sdružení LORM – Společnost pro hluchoslepe. Pozn.: PC s CD-ROM, OS: Windows XP SP3 nebo ekvivalent, RAM: 512 MB, HDD: 2 GB, SW: Internet explorer 11 nebo ekvivalent

KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ, 2014. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. 2. vyd. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

KEREKRÉTIOVÁ, A., 2008. Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]. 1. vyd. Praha: Grada. 203 s. ISBN 978-80-247-2264-1.

KLENKOVÁ, J., 2006. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. Pedagogika. ISBN 978-802-4711-102.

KOPŘIVA, K., 2013. Lidský vztah jako součást profese. 6. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-262-0528-9.

KUCHYNKA, P., 2007. Oční lékařství. 1.vyd. Praha: Grada. 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8.

KULHÁNKOVÁ, R., 2010. Pedagogicko-psychologická problematika znevýhodněných žáků a možnosti intervence. 1. vyd. V Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 47 s. ISBN 978-80-7414-321-2.

LINHARTOVÁ, V., 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

LUDÍKOVÁ, L. aj., 2008. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 48 s. ISBN 978-80-244-1935-0.

MASON, P., 2011. Medical neurobiology. New York: Oxford University Press. 665 s. ISBN 978-019-5339-970.

NRZP ČR, 2008. Desatero komunikace s osobami se zdravotním postižením ve zdravotnictví [online]. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. [cit. 13.4.2015]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/images/PDF/Brozura-zdravotnici.pdf>

ORIEŠČIKOVÁ, H., 2015. What will be the next, special educational system?. Milano: EDUCatt. 234 s. ISBN 978-88-6780-767-3.

PIPEKOVÁ, J., 2006. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. 330 s. ISBN 80-7315-120-0.

PLEVOVÁ, I., 2011. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

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

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

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

SMART, J., 2012. Disability across the developmental life span: for the rehabilitation counselor. New York, NY: Springer. 480 s. ISBN 9780826107350.

SPENCER, P., E., 2010. The Oxford handbook of deaf studies, language, and education. editováno MARC MARSCHARK. 2. vyd. New York: Oxford University Press. 576 s. ISBN 978-019-5390-032.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 1128 s. ISBN 978-80-7345-456-2.

YOOST, B. L. a L. R. CRAWFORD, 2016. Fundamentals of nursing: active learning for collaborative practice. St. Louis, Missouri: Elsevier. 1216 s. ISBN 978-0-323-29557-4.

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha A – Braillovo písmo.....	I
Příloha B – Pichtův stroj.....	II
Příloha C – Pražská tabulka.....	III
Příloha D – Dymo kleště.....	IV
Příloha E – Braillovský řádek.....	V
Příloha F – Braillovská tiskárna.....	VI
Příloha G – Znaková řeč.....	VII
Příloha H – Lormova abeceda.....	VIII
Příloha CH – Orientační hůl.....	IX
Příloha I – Signalizační hůl.....	X
Příloha J – Opěrná hůl.....	XI
Příloha K – Rešerše.....	XII

Příloha A – Braillovo písmo

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
u	v	w	x	y	z	ch			
á	é	í	ó	ú	ý	ů			
ě	đ	ě	ň	ř	š	ť	ž		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
,	;	:	+	?	!	"	(*)
.	-	'		/					
číselný znak	malé písmeno	velké písmeno	řetězec velkých písmen	řecké písmeno malé	řecké písmeno velké				

obr. 1 – ukázka Braillova písma

Zdroj: Braillovo bodové písmo. In: *Tyflokaabinet České Budějovice, o.p.s.* [online]. © 2006 - 2016 Tyflokaabinet České Budějovice, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: http://www.tyflokabinet-cb.cz/pic/brail_new.jpg

Příloha B – Pichtův stroj



obr. 2 – Pichtův stroj

Zdroj: Pichtův psací stroj pro „tisk“ braillova písma. In: *Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s.* [online]. © 2006 - 2016 Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z:

<http://www.tyflokabinet-cb.cz/pic/picht.jpg>

Příloha C – Pražská tabulka



obr. 3 – Pražská tabulka

Zdroj: Tabulka. In: *Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s.* [online]. © 2006 - 2016 Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/pic/gall/tabulka.jpg>

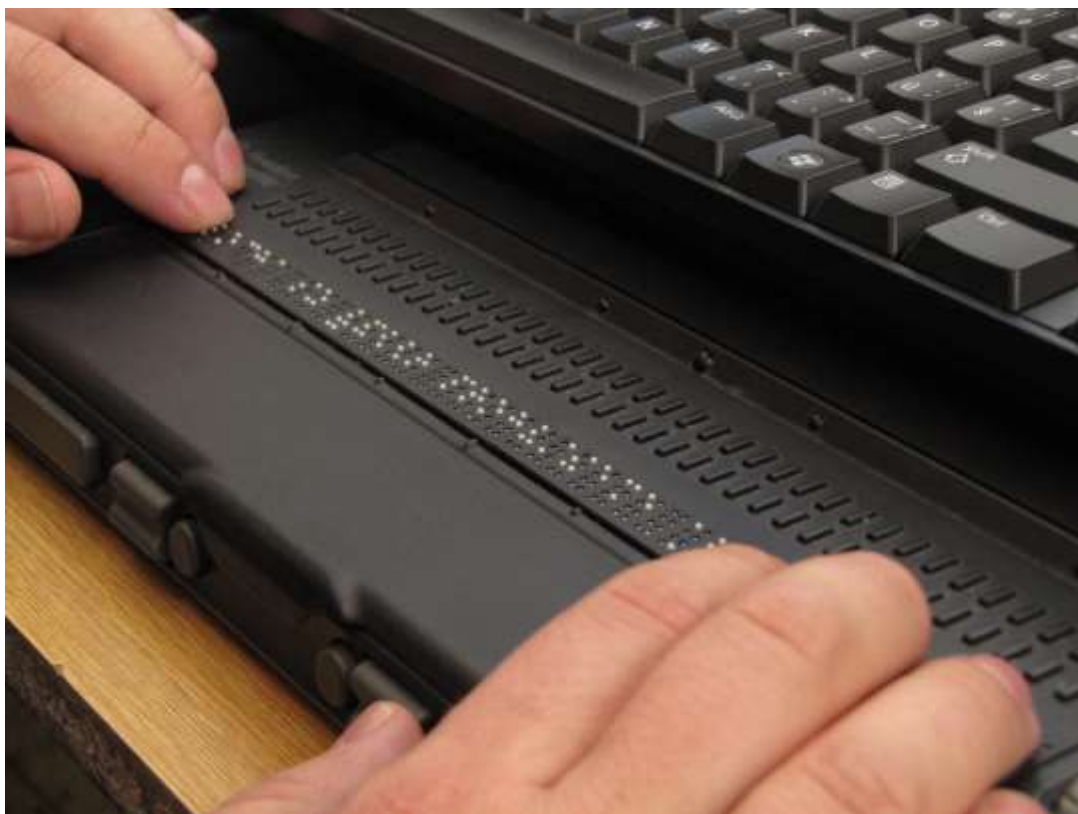
Příloha D – Dymo kleště



obr. 4 – Dymo kleště

Zdroj: Picht – Dymo kleště. In: *Spektra* [online]. © 2006 - 2016 Ascio Technologies inc. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://www.spektra.eu/sites/default/files/new/images/zrakove-vady/picht-dymo-kleste.jpg>

Příloha E – Braillový řádek



obr. 5 – Braillový řádek

Zdroj: Braillový řádek. In: *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením* [online].
© 2003 Tyflocentrum Brno, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/img/43-braillovy-radek.jpg>

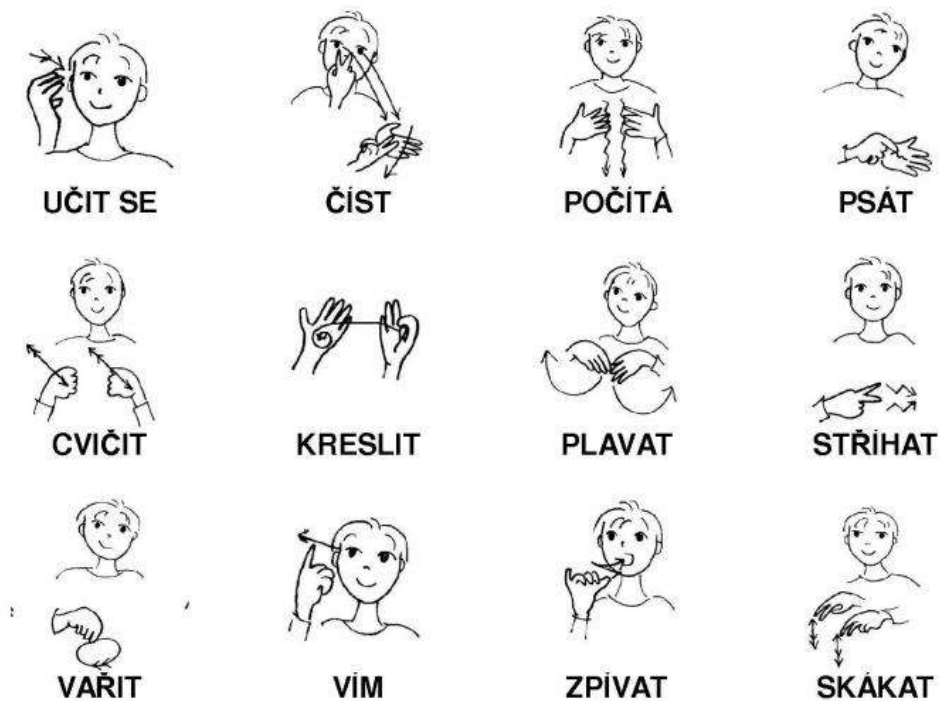
Příloha F – Braillová tiskárna



obr. 6 – Braillová tiskárna

Zdroj: Braillová tiskárna. In: *Smain.cz* [online]. © 2003 THINline s.r.o. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z:
<http://www.smain.cz/wp-content/uploads/2008/10/centrum-tereza-5.jpg>

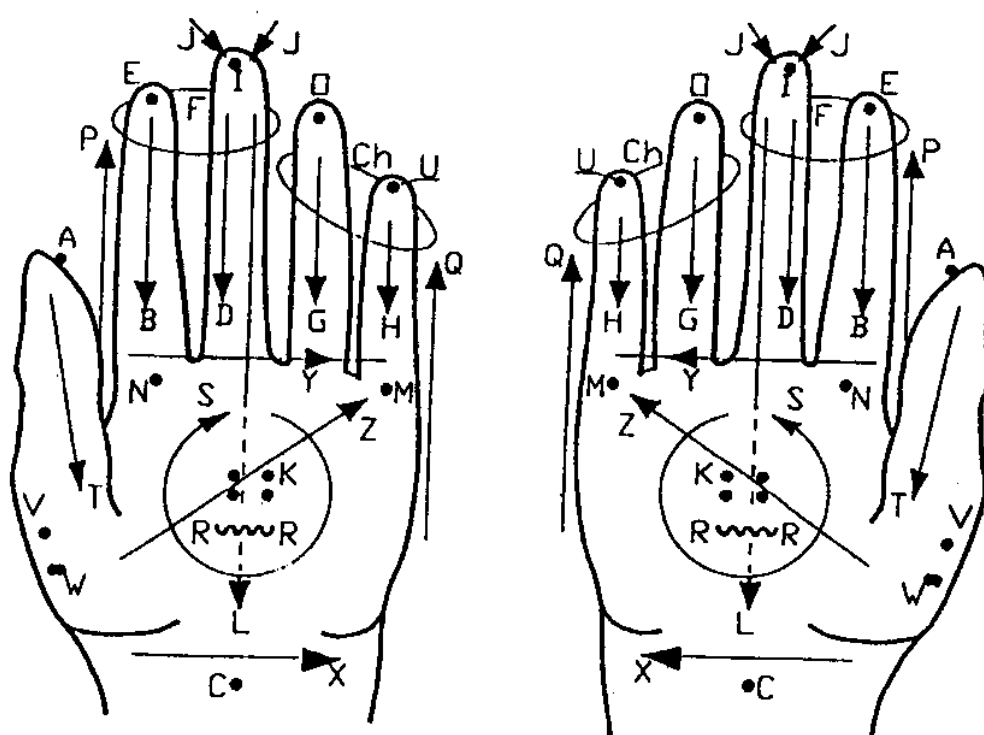
Příloha G – Znaková řeč



obr. 7 – Ukázka znakové řeči

Zdroj: Brněnští úředníci se naučili znakový jazyk. In: *Národní muzeum* [online]. © 2007 Národní muzeum [vid. 10.3.2016]. Dostupné z:

<http://www.emuzeum.cz/admin/clanky/images/018409300138840036727.jpg>



obr. 8 – Nákres Lormovy abecedy

Zdroj: Nákres Lormovy abecedy. In: *Lorm* [online]. © 2001 LORM, o.s. - společnost pro hluchoslepé [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/brozura/img/lormova-abeceda.png>

Příloha CH – Orientační hůl



obr. 9 – Orientační hůl

Zdroj: Orientační hůl. In: *Pomůcky pro usnadnění mobility* [online]. © 2003 Tyflocentrum Brno, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/img/57-orientacni-hul.jpg>

Příloha I – Signalizační hůl



obr. 10 – Signalizační hůl

Zdroj: Signalizační hůl. In: *Pomůcky pro usnadnění mobility* [online]. © 2003 Tyflocentrum Brno, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/img/57-signalizacni-hul.jpg>

Příloha J – Opěrná hůl



obr. 11 – Opěrná hůl

Zdroj: Opěrné hole. In: *Pomůcky pro usnadnění mobility* [online]. © 2003 Tyflocentrum Brno, o.p.s. [vid. 10.3.2016]. Dostupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/img/58-operne-hole.jpg>

SPECIFIKA KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S OSOBAMI S PORUCHOU SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ

Jiří Poledník

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova: komunikace, zdravotnický záchranář, smyslové postižení, dorozumívací prostředky, smyslové orgány

Časové vymezení: 2005-2015

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

Počet záznamů: 145 (vysokoškolské práce: 12, knihy: 36, články a příspěvky ve sborníku: 97, elektronické zdroje: 0)

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)

- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)