

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Michaela Marešová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Michaela Marešová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R00

**SPECIFICKÁ OPATŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÝCH
ZAŘÍZENÍCH V PÉČI O KLIENTY SE ZRAKOVÝM
HANDICAPEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Irena Macháčková

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 2. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Ireně Macháčkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům organizace SONS Plzeň-jih za poskytování odborných rad. Poděkování patří také slečně Miroslavě Martincové za ilustraci informační brožury.

Anotace

Příjmení a jméno: Marešová Michaela

Katedra: ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifická opatření ve zdravotnických zařízeních v péči o klienty se zrakovým handicapem

Vedoucí práce: Mgr. Irena Macháčková

Počet stran-číslované: 53

Počet stran- nečíslované: 25

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: komunikace–nevidomost–ošetřovatelská péče–slabozrakost–specifické opatření–zrakové postižení

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce jsou specifická opatření ve zdravotnických zařízeních v péči o klienty se zrakovým handicapem. V teoretické části jsou popsány nejčastější příčiny zrakového postižení, je zde vymezen rozdíl mezi slabozrakostí a nevidomostí. Dalším popisovaným aspektem je komunikace, prostorová orientace a zrakově handicapovaný klient ve zdravotnickém zařízení. Poznatky uvedené v teoretické části jsou čerpány z literatury a z internetových zdrojů. Praktická část se věnuje rozhovorům s klienty, kteří mají bohaté zkušenosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Důležité zde jsou jejich pozitivní i negativní zkušenosti. V závěru práce jsou shrnuty získané poznatky výzkumné studie a jsou zde uvedena doporučení pro praxi. Jako výstup z práce byla vytvořena jednoduchá brožura se základními radami pro zdravotní personál, jak specificky přistupovat k ošetrovatelské péči o zrakově handicapovaného klienta.

Annotation

Surname and name: Michaela Marešová

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Specific measures in health care facilities for clients with visual impairment

Consultant: Mgr. Irena Macháčková

Number of pages-numbered: 53

Number of pages-unnumbered: 25

Number of literature items used: 28

Keywords: communications-blindness-nursing care-low vision-specific measures-visual impairment

Summary:

The theme of Bachelor thesis are specific measures in medical facilities in the care of clients with visual impairment. The theoretical part describes the most common causes of visual impairment, there is defined the difference between amblyopia and blindness. Another described aspect is communication, spatial orientation and visually impaired clients in medical facilities. The findings of the theoretical part are drawn from literature and from internet sources. The practical part is devoted to interviews with clients who have extensive experience with stay in medical facilities. Important are their positive as well as negative experiences. The conclusion of this Bachelor thesis summarized the findings of a research study. There are recommendations to be used in practice. As the output of the work was suggested a simple brochure with basic advices for medical personnel to specifically address the nursing care of the visually handicapped clients.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Incidence zrakového postižení	10
1.2 Příčiny zrakového postižení	10
1.2.1 Katarakta	10
1.2.2 Glaukom.....	11
1.2.3 Makulární degenerace.....	11
1.2.4 Diabetická retinopatie	12
1.2.5 Trachom	12
1.2.6 Poranění oka.....	12
1.3 Klasifikace zrakového postižení.....	13
2 OSOBA SE ZRAKOVÝM HANDICAPEM	15
2.1 Slabozrakost	15
2.2 Nevidomost	15
3 ŽIVOT ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝCH OSOB.....	18
3.1 Orientace slabozrakých osob.....	18
3.2 Orientace nevidomých osob	18
3.3 Organizace a jejich služby pro zrakově handicapované osoby	19
3.4 Kompenzační pomůcky pro zrakově handicapované osoby	20
3.5 Písmo zrakově handicapovaných osob	21
4 ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝ KLIENT A ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	22
4.1 Komunikace se zrakově handicapovanými klienty	22
4.2 Jak doprovázet zrakově handicapovaného klienta.....	24
4.3 Zásady ošetrovatelské péče o zrakově handicapovaného klienta.....	24
4.4 Ošetrovatelské diagnózy u klienta se zrakovým handicapem	26
PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
5 FORMULACE PROBLÉMU	31
5.1 Cíl výzkumu	31
5.1.1 Dílčí cíle.....	31
5.1.2 Výzkumné otázky	31
5.2 Metodologie výzkumu	32
5.2.1 Výběr případu.....	32
5.2.2 Způsob získávání informací	33
5.2.3 Organizace výzkumu	33

6 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	34
6.1 Klient se zrakovým handicapem č. 1	34
6.1.1 Přepis rozhovoru č.1	34
6.1.2 Shrnutí rozhovoru s klientem č. 1.....	41
6.2 Klient se zrakovým handicapem č. 2	41
6.2.1 Přepis rozhovoru č. 2	42
6.2.2 Shrnutí rozhovoru s klientem č. 2.....	46
7 DISKUZE	48
ZÁVĚR	52
LITERATURA A PRAMENY	10
SEZNAM PŘÍLOH.....	13
PŘÍLOHA Č. 1 - OTÁZKY K ROZHOVORU	14
PŘÍLOHA Č. 2 - INFORMOVANÝ SOUHLAS.....	16
PŘÍLOHA Č. 3 - KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ DLE WHO	17
PŘÍLOHA Č. 4 - DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	18
PŘÍLOHA Č. 5 - INFORMAČNÍ BROŽURA	19

ÚVOD

Každý zdravotnický pracovník se může ve své praxi, ale i mimo ni někdy setkat s osobou se zrakovým handicapem. Odhaduje se, že v České republice trpí těžkým zrakovým handicapem přibližně sto tisíc osob. Vedle osob nevidomých, je tu také velká skupina slabozrakých, tedy osob, kteří ani s optimální brýlovou korekcí nevidí úplně dobře. Takto postižené osoby mají potíže s orientací a pohybem v neznámém prostředí. Většina slabozrakých je staršího věku, mají tedy velmi často i jiné zdravotní potíže a ocitají se v jim neznámém prostředí zdravotnického zařízení. Mezi zrakově handicapovanými jsou osoby všech věkových kategorií. Zdravotnický pracovník, se s nimi může setkat na všech odděleních v nemocnicích i v různých specializovaných ambulancích. Je tedy důležité, aby měl dostatek vědomostí a informací o potřebách osob s postižením zraku. Zmíněná problematika je vzhledem k prodlužování lidského života stále více aktuální. Stárnutí je samo o sobě významným činitelem, který může vést ke vzniku zrakové vady. Zrakové postižení zapříčiňuje nepříjemné životní komplikace, proto je důležité se touto problematikou zabývat, aby zdravotničtí pracovníci uměli v maximální míře těmto klientům pomoci.

V rámci předložené práce je formou kvalitativního výzkumného šetření uvedeno, jaké zkušenosti mají osoby se zrakovým handicapem s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Pokud má klient těžkou zrakovou vadu, má velmi omezený tok informací z vnějšího prostředí. V domácím prostředí si zrakově handicapovaný může přizpůsobit okolní prostředí svým potřebám, pokud se ocitne mimo domov, je situace jiná. Zajímá nás tedy, jaké těžkosti museli tito lidé jako klienti zdravotnického zařízení překonat. Co jim je pomohlo překonat? Do jaké míry ovládají zdravotničtí pracovníci komunikaci se zrakově handicapovanými klienty? Umí empaticky posoudit situaci? Téma zrakového handicapu je velice obsáhlé, proto je práce zaměřena především na specifika ošetrovatelské péče o zrakově handicapované klienty. V první části práce jsou popsány nejčastější příčiny zrakového postižení, rozdíl mezi osobou nevidomou a slabozrakou, z hlediska orientace, komunikace a přístupu zdravotnického personálu k takto postiženým klientům. Druhá část se věnuje rozhovorům s klienty. Výzkum byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru se dvěma klienty, kteří popsali své zkušenosti s pobytem ve zdravotnických zařízeních. V této části jsou rozhovory také vyhodnoceny. Bakalářská práce chce ukázat, jak užitečně, korektně a zejména lidsky pomoci těm, kteří ji potřebují. Měla by také přispět

k zvýšení povědomí zdravotnického personálu o specifickém přístupu ke zrakově handicapovaným klientům a pomoci mu, lépe se v této problematice orientovat. Protože skutečností je, že většina těch, kteří mohou zrak používat, téměř nic netuší o potížích zrakově postižených osob a o těžkosti života bez zraku se mohou pouze domýšlet.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

1.1 Incidence zrakového postižení

Těžké zrakové postižení a slepota jsou jeden z vážných světových problémů. Dle údajů Světové zdravotnické organizace je ve světě 45 milionů nevidomých a 135 milionů osob s těžkým zrakovým postižením. Odhaduje se, že v České republice je 60-100 000 osob s těžkým zrakovým postižením, z tohoto počtu představují nevidomí 7-12 000 osob. Stejně jako v celosvětovém měřítku je i v České republice vyšší výskyt těžkého zrakového postižení u osob nad 60 let věku, odhaduje se 60-65% z celkového počtu zrakově postižených. (Rozsival, 2006, s. 351)

1.2 Příčiny zrakového postižení

Mezi hlavní příčiny vzniku těžkého zrakového postižení patří katarakta (47,8%), glaukom (12,3%), věkem podmíněná makulární degenerace (8,7%), dále postižení zraku v důsledku opacity rohovky jako následek různých onemocnění (5,1 %), 4,8% postižení zraku je následkem diabetické retinopatie, 3,9 % je následkem různých dětských onemocnění. Trachom je příčinou 3,6 % zrakového postižení, následuje říční slepota podílem 0,8 %. Zbývajících 13 % tvoří další postižení zraku související s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami. (Kuchynka, 2007, s. 126)

1.2.1 Katarakta

Katarakta neboli šedý zákal představuje zkalení čočky. Projevuje se pomalým poklesem zrakové ostrosti progredující i několik let. Určitý stupeň zkalení čočky postihuje až 50 % osob nad 65 let, nad 75 let je kataraktou postiženo až 70 % obyvatelstva. Pokročilá katarakta je vidět pouhým okem. Příčina vzniku katarakty má multifaktoriální charakter a není ještě zcela vysvětlena. Dle etiologie můžeme kataraktu rozdělit na presenilní, senilní, traumatologickou, komplikovanou a vrozenou. Presenilní katarakta vzniká před 50. rokem věku bez zjevné příčiny. Senilní katarakta se objevuje po 50. roce věku a její jedinou možnou léčbou stejně jako presenilní katarakty je operace. Traumatická většinou progreduje do úplného zkalení. Příčinou komplikované katarakty mohou být oční choroby (uveitida, myopie), metabolické choroby (diabetes, hypokalcémie). Další příčina je farmakologická (léčba kortikosteroidy, chlorpromazinem, amidarinem či zlatem). Poslední jsou vrozené a infantilní katarakty. Infantilní katarakty se rozvinou v průběhu

prvního roku života. Příčinou těchto katarakt mohou být zevní vlivy v průběhu těhotenství (léčba kortikosteroidy, ozáření, předčasný porod), kožní choroby, poruchy metabolismu, intrauterinní infekce aj. Můžeme konstatovat, že mezi největší rizikové faktory vzniku katarakty jsou UV záření, kouření, diabetes mellitus a dlouhodobé podávání kortikosteroidů. Dle Rozsívala (2006, s. 221-224) uvádějí některé studie snížení rizika vzniku katarakty při užívání stravy bohaté na riboflavin, niacin, thiamin, vitamin C a E, karoten a železo. (Hycl, 2006, s. 48-51)

1.2.2 Glaukom

Glaukom zahrnuje skupinu očních onemocnění, při kterých je zvýšen nitrooční tlak, v důsledku kterého dochází k poškození nervových vláken zřetelného nervu. Vysoký nitrooční tlak ovšem není jedinou příčinou vzniku tohoto onemocnění, je ale nejvýznamnějším z rizikových faktorů. Ve většině případů probíhá počátek onemocnění bez příznaků. Proto je časté pozdní stanovení diagnózy, kdy bez včasné léčby může vést až k nevidomosti. Glaukom neboli zelený zákal, je druhou nejčastější příčinou slepoty. Nejčastěji se vyskytuje u starších osob, ale onemocnění glaukomem postihuje všechny věkové kategorie. Rizikové faktory vzniku glaukomu jsou zvýšený nitrooční tlak, systémová hypertenze, genetická predispozice, diabetes mellitus, myopie, vaskulární choroby, u černošské populace je výskyt glaukomu vyšší. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit i věk, neboť se zvyšujícím se věkem incidence glaukomu vzrůstá. Nejčastěji glaukom postihuje osoby mezi 60-80 rokem života. Léčba glaukomu je medikamentózní, pomocí které se normalizuje nitrooční tlak, při neúspěchu se přistupuje k léčbě chirurgické. Glaukom je neléčitelné onemocnění, tato léčba může progresi jen zpomalit či zastavit. (Rozsíval, 2006, s. 226)

1.2.3 Makulární degenerace

Makulární degenerace je věkem podmíněné onemocnění, které je nejčastější příčinou praktické slepoty u osob nad 60 let. Při tomto onemocnění je postiženo centrální vidění a je znemožněno čtení. Jsou dvě formy makulární degenerace a to suchá a vlhká. U suché formy si nemocní stěžují na pozvolný pokles zrakové ostrosti, průběh je dlouhodobý a může trvat i několik let. Suchá makulární degenerace může vést k praktické slepotě. Vlhká forma je méně častá než suchá, vyskytuje se asi u 10 % případů. Onemocnění vede k úplné ztrátě centrálního vidění, kdy je periferní vidění zachováno a nehrozí úplná slepota. Terapie suché formy neexistuje. U vlhké formy jsou možnosti terapie laserem, ale

výsledky této léčby jsou kolísavé. Nitrooční chirurgická léčba je v počátcích. (Rozsival, 2006 s. 256; Hycl, 2006 s. 70)

1.2.4 Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je čtenu pozdní orgánovou komplikací diabetu. Retinopatií se označují patologické změny sítnice a jejích cév. Projeví se většinou po několikaletém trvání diabetu, zpravidla čím lépe je diabetes kompenzován, tím jeho oční komplikace nastupují později. Přibližně 2% diabetiků oslepne kvůli retinopatii. Mezi ovlivňující činitele příčin vzniku diabetické retinopatie je zařazována hypertenze, kolísající hladina glykemie, užívání hormonální antikoncepce, těhotenství a další. Důležité pro úspěšnou léčbu tohoto onemocnění je především zachycení a léčení změn na sítnici v časně fázi, význam mají tedy pravidelné kontroly očního pozadí u osob s onemocněním diabetes mellitus. Dalším, důležitým faktorem pro úspěšnou léčbu je dokonalá kompenzace diabetu a terapie případné hypertenze. (Rozsival, 2006, s. 244, 247)

1.2.5 Trachom

Trachom je ve světě nejčastější příčinou slepoty, zejména v zemích třetího světa. Vznik onemocnění zapříčiňuje bakterie Chlamydia trachomatis, přenáší se přímým kontaktem, na přenosu se mohou podílet například i mouchy. V České republice se trachom nevyskytuje, vzhledem k migraci obyvatelstva lze výskyt tohoto onemocnění očekávat. Léčba je farmakologická (podávání Tetracyklinu lokálně i celkově) a chirurgická. Při pozdní léčbě či neléčení způsobuje trachom slepotu. (Rozsival, 2006, s. 160-161)

1.2.6 Poranění oka

Oko je citlivý orgán, a proto jsou všechna poranění oka nebezpečná a mohou vést až k poškození zraku, ztrátě očního bulbu či slepotě. Mezi příčiny poranění oka řadíme poleptání chemickými látkami, kde je časté poškození oka vápnem či maltou. Další příčiny souvisí s vniknutím cizích tělísek do oka, střelná rána, tupé poranění oka například úderem pěstí. Poranění oka může souviset také s popálením, kdy postihuje často například svářeče. Celá řada poranění vzniká také při autonehodách, ale i při manipulaci s pyrotechnikou. Úrazy oka mívají za následek velmi často celoživotní komplikace, mezi něž se řadí posttraumatická katarakta. Při fázi hojení mohou nastat komplikace, a to především přenos nemoci do nepostíženého oka. V některých případech bývá proto doporučováno vynětí postiženého oka, tím přichází člověk o prostorové vidění. Estetický problém nevzniká, jelikož do očnice se zasadí barevně shodná náhrada se zdravým okem. Důležitá je zde

prevence úrazů, tedy minimalizovat možnost úrazů u dětí i dospělých. Děti i dospělí by měly používat ochranné pomůcky, tedy autosedačky, přilby, svářečské brýle a další, dle aktuální činnosti. (Květoňová - Švecová, 2000, s. 33)

1.3 Klasifikace zrakového postižení

Zrakové postižení lze klasifikovat z hlediska doby vzniku, stupně zrakového postižení, prognózy nebo oblasti poruchy vnímání. Dle doby vzniku se zrakové vady dělí na vrozené a získané. Získané zrakové vady vznikají následkem onemocnění, nebo poranění, příčinou může být diabetes, tuberkulóza, vady související s věkem, například šedý zákal či věkem podmíněná makulární degenerace. Po 45. roce věku začíná pokles zrakové ostrosti, tato vada se nazývá presbyopie. Získaná oční vada vzniká také následkem úrazu. Vznik vrozených vad zapříčiňují exogenní a endogenní vlivy. Dědičné choroby jsou atrofie zrakového nervu, vrozený zelený a šedý zákal aj. Působením exogenních vlivů v průběhu gravidity, při porodu nebo v časném období po něm, vzniká retinopatie nedonošených.

Pro určení stupně zrakového postižení, je nutné znát hodnotu vizu. Hodnota vizu určuje míru zrakové ostrosti. Vizus se udává ve zlomku a je zkoumán při očním vyšetření. První číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které vyšetřovaná osoba čte a druhé číslo značí vzdálenost, ze které čte stejnou velikost písmene osoba s nepostiženým zrakem. Vizus zdravého oka je tedy např. 6/6. Sníženou zrakovou ostrost vyjádřenou zlomkem 1/60 lze vysvětlit tak, že zdravé oko vidí předmět z 60 metrů, oko postižené ten samý předmět vidí ze vzdálenosti 1 metru Podle výsledků oftalmologického vyšetření je dle Světové zdravotnické organizace v současné době pět kategorií zrakového postižení. Kategorie 1. střední slabozrakost, kategorie 2. silná slabozrakost, kategorie 3. těžce slabý zrak, kategorie 4. praktická slepota, kategorie 5. úplná slepota. Střední slabozrakost je definována jako zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí, maximum menší než 6/18, minimum rovné nebo lepší než 6/60-kategorie 1. Silná slabozrakost je postižení, kdy je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60-minimum rovné nebo lepší než 3/6-kategorie zrakového postižení 2. Těžce slabý zrak se vyznačuje zrakovou ostrostí s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60-minimum rovné nebo lepší než 1/60-kategorie zrakového postižení 3. Praktická slepota-zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60,1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena- kategorie zrakového postižení 4. Úplná slepota- ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování

světlocitu s chybnou světelnou projekcí- kategorie zrakového postižení 5. Pro lepší přehlednost je v příloze č. 3 přiložena klasifikace zrakového postižení dle WHO v tabulce. (www.who.org; Michalík et kol., 2011, s. 274)

V odborné literatuře je udáváno dělení zrakových postižení na tři skupiny, nevidomé, slabozraké a osoby s binokulárními poruchami. Květoňová-Švecová (2000) rámcově dělí zrakové postižení pouze na dvě skupiny a to slabozraké a nevidomé.

2 OSOBA SE ZRAKOVÝM HANDICAPEM

Osoby se zrakovým handicapem jsou lidé s různými stupni snížených zrakových schopností. Lidé se zrakovým postižením jsou ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnost v běžném životě a u kterých již běžná korekce nedostačuje. Nelze mezi tyto osoby zahrnout osobu, která nosí dioptrické brýle a bez obtíží s brýlemi zvládá každodenní činnosti.

2.1 Slabozrakost

Slabozrakost je nevratný proces zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60. Podle hodnoty vizu se slabozrakost rozděluje na lehkou, střední a těžkou. Slabozrakou osobou lze definovat osobu, které ani brýlová korekce nepomůže dobře vidět. V důsledku slabozrakosti má potíže v běžném denním životě. Nejčastější projev oslabení zraku je snížení zrakové ostrosti, poruchy vidění v zorném poli, komplikace při vnímání intenzity světla, poruchy barvocitu či narušené vnímání hloubky prostoru. Při snížené zrakové ostrosti vidí slabozrací rozostřeně, někteří si musí dávat objekty velmi blízko před oči, aby je viděly. Porucha vidění v zorném poli se projevuje tím, že části obrazu jsou rozmazány, nebo zcela chybí. Komplikaci při vnímání světla lze obecně vysvětlit tak, že někdo potřebuje více světla než osoba se zdravým zrakem, jiný méně. Nedostatek světla způsobuje nemožnost využít vnímání barev a taktéž snižuje zrakovou ostrost. U slabozrakých osob je zvýšena potřeba místního osvětlení, tato potřeba může být zvýšena až pětikrát. Porucha barvocitu se projevuje ztrátou barevného vidění, v tomto případě osoba vidí pouze černobíle a v šedých odstínech, porucha barvocitu se může projevit narušeným vnímáním pouze jednoho barevného tónu. Při orientaci je problémem narušené vnímání hloubky prostoru, protože osoba s touto poruchou má obtíže s odhadováním vzdálenosti a polohy předmětů, například hrnku na stole. Všechny tyto poruchy se různě kombinují a lze tudíž říci, že každý slabozraký vidí jinak. Slabozraké osoby jsou snáze unavitelné, vzhledem k tomu, že mají neustále zvýšenou pozornost na dění kolem sebe. Důsledkem může být pomalejší tempo práce či studia. Je důležité, aby slabozrací dodržovaly po celý život zásady zrakové hygieny a rady oftalmologa. (Finková, 2011, s. 21-22; Macháček, Grillová 2009; Pipeková, 2010, s. 257)

2.2 Nevidomost

Nevidomost je nejtěžší typ zrakového postižení. Je rozlišována nevidomost praktická a totální. Typy nevidomostí jsou rozlišovány dle využití zorného pole, zrakové

ostrosti a možnosti rozlišení světla a tmy. Praktická nevidomost je definována jako pokles zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 až světlocit se správnou korekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace. Totální nevidomost je nevidomost se světlocitem se špatnou projekcí nebo ztrátou světlocitu. Lze tedy říci, že nevidomý je osoba, která nevidí vůbec nic, nebo rozezná světlo nebo jeho intenzitu, může poznat i směr odkud světlo přichází. Osoby s extrémně zúženým zorným polem se dívají na svět jakoby úzkou trubičkou. Mohou vidět dobře i malá písmena, přesto mají při pohybu v prostoru velké potíže. Mají potíže při hledání cedulí, hodin na zdi, vypínačů nebo předmětů na stole. Osoby, které jsou na úrovni nevidomosti, mají problém s přijímáním nových informací zrakovou cestou. Ke kompenzaci zrakového postižení jsou tedy využívány ostatní lidské smysly. Tito jedinci získávají informace pomocí sluchu, čichu a hmatu. Sluch je důležitý při poznávání blízkých lidí podle hlasu nebo chůze, pomáhá i v orientaci na ulici. Sluch udává nevidomému dostatek informací o prostředí, ve kterém se právě pohybuje a také o směru vlastního pohybu. K sluchovému vnímání prostoru využívají zrakově handicapovaní přímý zvuk a echolokaci (ozvěnu). Přímé zvuky jsou například hlasy, zvuky v přírodě, různé šelesty a kroky. Ozvěna vzniká šířením zvukové vlny prostorem. Zvuky kroků, ťukání hole, lusknutí prstů se od překážek odrážejí a to umožňuje odhalit překážku, určit její přibližné umístění v prostoru a včas se jí vyhnout. Sluch využívají zrakově postižení také pro získávání informací pomocí audiozáznamů. Sluchové představy zrakově postižených osob bývají spojeny s hmatovými představami. Hmat je velmi důležitý pro získávání informací nevidomých osob. Hmat musí zrakově postižené osoby procvičovat a zdokonalovat. Rozlišují se tři formy hmatového vnímání, pasivní, aktivní a zprostředkované hmatové vnímání. Při položení ruky na předmět bez dalšího pohybu vzniká pasivní hmatové vnímání. Takto získávají zrakově postižení informace o velikosti, tvaru či teplotě předmětu. Haptika, čili aktivní hmatové vnímání značí položení a následný pohyb ruky po předmětu. Takto jsou zrakově postiženými získávány informace o vlastnostech a o tvaru předmětu, vytváří si tedy o předmětu komplexní představu. Zprostředkované neboli instrumentální hmatové vnímání je využíváno k poznávání předmětů a okolního prostředí pomocí nástroje, především bílé hole. Pomocí využití bílé hole a hmatání nohama může nevidomý rozpoznat strukturu terénu či změny horizontálního členění. Základní funkcí bílé hole je bezpečnostní funkce, s její pomocí lze zjistit druh i rozměr překážky. Tímto smyslem může nevidomý získat také informace, které se zdají být získatelné pouze zrakem, například dle sálajícího tepla může poznat, že je rozsvícena žárovka. Dalším smyslem, využívaným ke kompenzaci zrakové vady je čich.

Prostřednictvím čichu si zrakově handicapovaní doplňují sluchové a hmatové vjemy. Čich může nevidomého upozornit na místo, kde se právě nachází, dle specifických vůní a zápachů. Prostřednictvím čichu nevidomý rozezná nebezpečí, například zápach dýmu při požáru. Dle čichu může nevidomý také rozeznat různé potraviny nebo koření. (Finková, 2011, s. 17-18; Keblová, 199/a, s. 5; Macháček, Grillová, 2009; Keblová, 1999/c, s. 5-7; Keblová, 1999/b, s. 7; Pipeková, 2010, s. 258).

3 ŽIVOT ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝCH OSOB

Tato kapitola bude věnována prostorové orientaci zrakově handicapovaných osob, organizacím, které se zabývají problematikou zrakově handicapovaných, kompenzačními pomůckami, a zmíněno bude Braillovo písmo. Aby zde mohla být věnována pozornost orientaci zrakově handicapovaných osob, je nutné nejprve vysvětlit základní pojmy, které se týkají této problematiky a to orientační bod a vodící linie. Orientační bod je výrazné, snadno rozpoznatelné místo, které nemění tvar ani umístění. Tento bod poskytuje zrakově handicapovanému důležité informace o tom, kde se na trase právě nachází. Orientačním bodem může být roh domu, kus nábytku, okna, dveře apod. Vodící linie spojují jednotlivé orientační body. Jedná se například o předěl chodníku a trávníku, okraj koberce a dlažby v interiéru, nebo styk stěny domů a chodníku. (Dudr, Lněnička, 2000, s. 9-19, Pielasch, 1976)

3.1 Orientace slabozrakých osob

Slabozraké osoby spoléhají při orientaci v prostoru zejména na zrakové vjemy. Doplnkové jsou vjemy sluchové a hmatové. Důležité jsou pro ně plochy s kontrastem barev, například tmavá podlaha a bílá zeď, tmavé dlaždičky v koupelně a bílé umyvadlo. Orientačními body v prostoru mohou tedy být např. tmavé dveře v kontrastu s barvou okolních zdí. V prostředí, které slabozrací znají, se pohybují s jistotou. Nebezpečná a orientaci zhoršující jsou zrakem obtížně rozeznatelná místa, tedy taková místa, která jsou bez barevného kontrastu a splývají vizuálně v jeden celek. Mohou to například být neoznačené prosklené plochy či vstupní dveře bez kontrastního pruhu ve výši očí. Takto neoznačené dveře vyvolávají dojem průchozího prostoru, další příklad jsou dveře, zárubně a stěny stejného odstínu. Vhodné není ani prostředí příliš barevné a vizuálně členité, protože zde se zrak musí v krátkém čase vyrovnávat s rychle se měnícími vjemy. Důležité jsou pro osoby slabozraké také světelné podmínky. Mezi nevhodné světelné podmínky pro slabozraké patří velký kontrast mezi osvětlením vně budovy a uvnitř budovy, světlo, které oslňuje a svítí do očí či střídání světla a stínu v různě osvětlených místnostech. Úspěšná orientace slabozrakých osob spočívá zejména v používání vhodného osvětlení a vytváření barevně kontrastního prostředí. (Wiener, 2006, s. 21-43; Macháček, Grillová, 2009)

3.2 Orientace nevidomých osob

Nevidomí se při orientaci v prostoru spoléhají zejména na hmatové vjemy, které získávají nohama, rukama, pomocí bílé hole nebo v interiéru, který znají i bez ní. Při

pohybu využívají vodících linií například kontrastu různých struktur povrchů jako je například trávnik asphalt nebo koberec, různé výšky povrchů jako je zeď, podlaha nebo chodník. Při orientaci si nevidomí všímají orientačních bodů (nábytek, dveře). Důležité jsou i zvuky například rádio, hluk z ulice nebo tikající hodiny. V prostoru, který znají, tedy ve svém bytě či kanceláři se pohybují s jistotou, pomáhají si ochranným držením, tedy rukama před tělem a hmatem nohou. V tomto prostoru se pohybují převážně bez hole. Mezi typické bariéry prostorové orientace a samostatného pohybu patří především předměty ve výši ramen a hlavy. Pokud jde o chůzi bez hole, jsou to předměty uloženy níže než je pas. Jako příklad překážky ve výši hlavy jsou poličky na zdech nebo i otevřená dvířka skříněk. Příklad nízké překážky je konferenční stůl, volně ležící kabely, koberečky, které nejsou pevně připevněny k podlaze. Mezi překážky vodící linie patří nejčastěji květiny podél zdi a nedovřené dveře. Nevidomým osobám znesnadňuje orientaci příliš mnoho předmětů například křesla, stoly nebo židle. Základní pravidlo úspěšné orientace je, že každá věc má své stálé místo. Nikdy se nesmí přerovnávat nevidomému jeho věci, uspořádá si je sám, aby věděl, kde má co uloženo. Při pohybu v místnostech nebo budovách využívají nevidomí i hmatové práce rukou. Schopnost orientace ve vnějším prostředí je vyvíjena postupně, proto osoby, které získaly postižení v dětství, mají větší zkušenosti, než osoby, které získaly postižení později. (Macháček, Grillová, 2009)

3.3 Organizace a jejich služby pro zrakově handicapované osoby

V České republice, mohou osoby se zrakovým handicapem využívat specializované služby ve všech obdobích života. Služby poskytují speciální vzdělávací instituce, krajská zařízení, organizace s národní působností, nestátní neziskové organizace, které se zabývají různými činnostmi. Nabízejí klientům služby v oblasti sociální práce a poradenství, sociální rehabilitace, výuky obsluhy kompenzačních pomůcek, asistenční službu, průvodcovskou a předčitatelskou službu, pracovní právní poradenství a pomáhají při hledání zaměstnání, věnují se zájmové činnosti, organizují rekvalifikace všech věkových skupin a v neposlední řadě pořádají různé školení a rekondice pro zrakově postižené klienty. Některé organizace provozují vydavatelskou činnost, vydávají časopisy pro zrakově handicapované osoby, k dispozici jsou speciální knihovny. Je nutné zmínit také organizace, které se zabývají výcvikem vodících psů, jelikož vodící pes je těmto osobám velkou pomocí. V této práci budou jmenovány pouze o některé organizace a to ty, které působí v Plzni. V Lazaretní ulici č. 25 sídlí Základní a Mateřská škola pro zrakově postižené a vady řeči. Jsou zde poskytovány služby dětem od tří let do skončení školní

docházky, děti se zde učí Braillovo písmo, prostorovou orientaci, jsou zde pro ně různé zájmové kroužky. Při této škole je Speciálně pedagogické centrum. Centrum nabízí bezplatné služby v oblasti speciální pedagogiky, psychologie, a sociální diagnostiky dětem od tří do patnácti let, poskytuje rady jejich rodičům a pedagogům. Většina organizací zabývajících se problematikou zrakově handicapovaných je soustředěna v Tomanově ulici č. 5. Sídlo zde má organizace Raná péče Kuk, Tyfloservis o.p.s., Tyflokabinet o.p.s. a Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých SONS. Službami pro rodiny se zrakově postiženými dětmi se zabývá organizace Raná péče Kuk, která se věnuje odbornému poradenství v oblasti stimulace zraku dítěte, je zde možnost půjčit si hračky, vyzkoušet rehabilitační pomůcky, odborníci zde rodičům pomáhají při výběru předškolního vzdělávacího zařízení (Speciální pedagogického centra, Mateřské školy nebo stacionáře). Tyfloservis o.p.s. se zabývá sociální rehabilitací, poskytuje služby klientům starším 15. let. Tyto služby se týkají prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobsluhy, nácviku sociálních dovedností, reedukace zraku a jsou zde organizovány různé rehabilitační kurzy. Tyflocentrum o.p.s. poskytuje služby v oblasti sociální aktivizace, sociálního poradenství, je zde nabízena průvodcovská a předčitatelská služba. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR SONS se věnuje sociálním službám. Sdružení nevidomých a slabozrakých ČR Plzeň v Dlouhé ulici pod názvem Porozumění, nabízí služby osobní asistence, sociální činnost, provozuje linku porozumění (telefonní intervence) a doprovod klientů do zdravotnického zařízení. V Plzni, v Jagelonské ulici se nachází knihovna pro nevidomé. Výcvikem vodících psů se zabývá organizace Pomocné tlapky, která sídlí ve Starém Plzenci. Přehled poskytovatelů služeb pro zrakově postižené lze najít na internetových stránkách. (Michálek, Vojtíšek a Vondráčková, 2011, s. 8-9)

3.4 Kompenzační pomůcky pro zrakově handicapované osoby

Vážné poškození nebo ztráta zraku omezuje získávání informací prostřednictvím zraku. V samostatném pohybu, sebeobsluze, a k získávání informací, pomáhají takto postiženým osobám kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky jsou speciálně upravené či vyrobené předměty, které osobám se zrakovým handicapem umožňují alternativní způsob řešení některých běžných situací doma i v terénu. Dle účelu použití se pomůcky dělí na pomůcky usnadňující orientaci a pohyb nevidomého, jedná se zejména o bílou hůl, akustické hlásiče, orientační kompas, ale také o vodícího psa. Vodící pes je svému majiteli nenahraditelnou pomocí, umí zastavit na začátku a konci schodiště,

vyhledat lavičku, zastávku hromadné dopravy nebo vstup do objektu. Dalšími pomůckami jsou pomůcky pro každodenní použití a do domácnosti. Tyto pomůcky jsou například hmatové hodinky, šablona na bankovky, rámeček na podpis, indikátor hladiny, různé měřicí přístroje jako glukometr, či teploměr s hlasovým výstupem. Další jsou pomůcky pro zpřístupnění a zpracování informací, například osobní počítač s hlasovým výstupem nebo kamerové lupy. Kompenzačních pomůcek existuje celá řada. Více informací o kompenzačních pomůckách pro zrakově postižené osoby se lze podrobněji informovat ve specializovaných prodejnách nebo v organizacích, které se zabývají problematikou zrakově postižených osob. (Kavalírová, 2012, s. 8)

3.5 Písmo zrakově handicapovaných osob

Slabozraké osoby mohou číst běžný černotisk, který pokud potřebují, zvětší pomocí lupy. Píší větším písmem a při psaní používají psací potřeby, které zanechávají širší stopu. Nevidomé osoby čtou a píší bodovým písmem Braillovy abecedy. Braillovo slepecké písmo, funguje na principu plastických bodů vyražených do materiálu. Toto písmo nevidomí čtou pomocí hmatu, nejčastěji ukazováky obou rukou. (Květoňová-Švecová, 2000, s. 60)

4 ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝ KLIENT A ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

Klient se zrakovým handicapem si může klást otázku, zda zdravotnické zařízení, které chce navštívit, vychází vstříc zrakově postiženým klientům. Klient dnes již ve většině případů vyhledává informace na internetu, tedy i o zdravotnickém zařízení, které chce navštívit. Je důležité, aby internetové stránky zdravotnického zařízení byly těmto klientům dostupné. Stránky by měly být přehledné a obsahovat co nejvíce informací o službách, které zdravotnické zařízení poskytuje. Součástí internetových stránek by měla být i informace o přístupu vozíčkářů, v ideálním případě mohou tyto stránky obsahovat i popis trasy k zařízení či popis orientace v zařízení. Informace o zdravotnickém zařízení klient získá nejen na internetu, měly by mu být poskytnuty také telefonicky, ve větším zdravotnickém zařízení pracovníkem recepce, v menších, zdravotnickým personálem. Pokud se klient se objednává telefonicky a v hovoru upozorní, že je nevidomý, je důležité projevit trpělivost. Klient si může informace zaznamenávat a potřebuje k tomu dostatek času. Zdravotnický pracovník by měl upozornit na nečekané události, které by ho mohly při návštěvě zdravotnického zařízení překvapit. Může se jednat o stavební úpravy, přestěhování ambulance a jiné. V areálech některých zdravotnických zařízení jsou pro lepší orientaci zvukové orientační majáčky, které označují vchody do jednotlivých budov. Součástí moderních zdravotních zařízení jsou vodící linie a pásy, někde mohou být naznačeny trasy pro zrakově handicapované klienty odlišnými podlahovými krytinami (linoleum, koberec). Na zakázku zdravotnického zařízení může být vyhotoven tyflografický plán areálu. Tyflografické mapy a plány jsou vytvořeny tak, aby mohly být vnímány hmatem nebo poškozeným zrakem. Pracovník v recepci většího zdravotnického zařízení by měl umět zrakově handicapovanému klientovi podat srozumitelné informace. Pokud má k dispozici tyflografický plán areálu, poskytnout ho klientovi, nebo zajistit doprovod k ordinaci. (Michálek, Vojtíšek a Vondráčková, 2010, s. 20)

4.1 Komunikace se zrakově handicapovanými klienty

Ve zdravotnictví je komunikace klíčovým nástrojem v péči o nemocné, je důležité věnovat komunikaci velkou pozornost. Než začneme komunikovat se zrakově handicapovaným, je vhodné vědět, jak s takto postiženým klientem komunikovat a jak mu ulehčit orientaci v neznámém prostředí. Důležité je respektovat ho a dívat se na něj jako na

kohokoliv jiného. Není třeba se bát používat slova jako vidět, dívat, neboť i úplně nevidomí tato slova používají. Také barvy v rozhovoru lze použít, protože tito lidé mají o barvách nějakou představu nebo si je pamatují z doby, kdy ještě viděli lépe. Při komunikaci se zrakově handicapovaným je naopak nutné používat kvalitní popis, to znamená vyvarovat se neurčitých pojmů, například: „*tam dole, je to kousek*“ a jiné. Pokud se děje něco neočekávaného měl by být zrakově handicapovaný upozorněn. Při oslovení zrakově handicapovaného je možné lehce se dotknout jeho předloktí, aby poznal, že je hovořeno k němu. Důležité je vždy navázat kontakt jako první, vždy se představit a uvést svou funkci. Zrakově handicapovaný nevidí, nemůže si přečíst jmenovku, ani nepozná, o koho se jedná, zda o lékaře, sestru či někoho jiného. Pozdrav: „*dobrý den*“, není dostačující, k pozdravu musí být připojeno jméno oslovovaného, aby si byl jist, že pozdrav či oslovení patří jemu. Při pozdravu je vhodné podání ruky, ale je nutné upozornit klienta, kterému jí podáváme, co chceme dělat. Je nepatřičné zrakově handicapovaného bez upozornění chytat za ruku a dožadovat se tak podání ruky. Při rozhovoru by se mělo hovořit přímo na klienta, protože přestože nevidí, pozná, odkud k němu přichází hlas a pozná, že se osoba hovořící s ním dívá jinam. Není nutné s klientem mluvit nahlas, pomalu v nerozvitých větách. Zrakově handicapovaný klient není hluchý ani mentálně postižený a takový rozhovor pro něj může být ponižující. Pokud má zrakově handicapovaný průvodce, vždy je nutné hovořit ke klientovi, nikoliv k průvodci. Součástí komunikace jsou i neverbální projevy, je nutné myslet na to, že tento klient neverbální projevy nevidí a je nutné je doprovodit slovním projevem. Zrakově handicapovanému, mají být dávány přesné instrukce o poloze předmětů, například židle, stolu a jiných. Tedy pokud je klient uveden do prostředí, například ordinace, čekárny, nemocničního pokoje je důležité popsat, jak tato místa vypadají, rozmístění nábytku, kde je lůžko, stolek, umyvadlo, WC, koupelna, inspekční pokoj sester. V neposlední řadě je důležité ukázat zrakově handicapovanému zařízení na přivolání pomoci a manipulaci s ním. Základním pravidlem komunikace se zrakově postiženým je vždy ho informovat o tom, kdo je v místnosti, kdo přichází, odchází, pokud odchází ošetřující personál, vždy by měl zrakově postiženého klienta o svém odchodu či příchodu informovat. Při ošetřovatelské péči o klienta, je důležité slovně ho informovat o všem, co se s ním bude dělat. Pokud má zrakově handicapovaný vodíciho psa, bez vědomí majitele je nepřípustné na něj mluvit, krmit ho nebo hladit (Špatenková, Králová, 2009, s. 104-106; Nováková, 2011, s. 123; Michálek, Vojtíšek a Vondráčková, 2010, s. 24; Michalík a kol., 2011, s. 314- 315; Kavalířová, 2012, s. 25)

4.2 Jak doprovázet zrakově handicapovaného klienta

Pokud je nutné zrakově handicapovaného někam doprovodit, není vhodné ho před sebou strkat nebo ho za sebou vléct. Při chůzi je vhodné klientovi nabídnout paži. Zrakově handicapovaný se při chůzi přidržuje nad loktem průvodce. První jde průvodce, klient pozná z pohybu těla průvodce, zda zahýbá doleva nebo doprava a následuje ho automaticky. Před schodištěm je nutné zastavit nebo zpomalit a upozornit zrakově handicapovaného na směr schodiště (schody nahoru nebo dolů), průvodce ohlašuje první a poslední schod. Pokud je u schodiště zábradlí, průvodce by měl klienta o něm informovat. Upozorňuje také na změny v terénu, tedy úzký průchod, nerovnosti terénu, snížené dveře či schodiště. Pokud je doprovázen klient zkušený v samostatném pohybu, při procházení dveřmi otvírá dveře průvodce a po průchodu dveřmi je zavírá klient. Průvodce by měl jít na straně kliky, otevře dveře, rukou za kterou se zrakově handicapovaný klient drží, se po průchodu dveřmi dotkne kliky, tím klient pozná, kde má kliku hledat a dveře zavře. V opačném případě zavírá i otvírá dveře průvodce. Je nutné se se zrakově handicapovaným předem domluvit, jak bude provázení probíhat. Při procházení úzkým prostorem, průvodce posune paži, za kterou se ho zrakově handicapovaný přidržuje za záda a nevidomý se zařadí za něj. Průvodce by měl se zrakově handicapovaným klientem neustále udržovat slovní i fyzický kontakt. Pokud je nucen se vzdálit, například jít upozornit na ambulanci, nebo vyšetřovnu, že klient je již v čekárně, vyhledá klientovi místo k čekání, vhodné je usadit ho na židli. To znamená přivést zrakově postiženého těsně před židli a upozornit ho na místo k sezení. Je nepřijatelné nechat klienta stát uprostřed čekárny nebo chodby. Vhodné je využít techniku navádění na předměty, která se dá využít v různých situacích. Vidící položí ruku na hledaný předmět, poté vyzve nevidomého, aby sjel rukou po jeho ruce k předmětu. Může se jednat o židli, lůžko a jiné předměty. (Špatenková, Králová, 2009, s. 104-106)

4.3 Zásady ošetřovatelské péče o zrakově handicapovaného klienta

Pokud zrakově handicapovaný klient přichází do zdravotnického zařízení s doprovodem, on sám se rozhoduje, zda s ním půjde do ordinace nebo ne, pokud má vodícího psa je samozřejmé, že s ním půjde do ordinace. Zrakově handicapovaného klienta, který jde bez doprovodu, do ordinace provází zdravotní sestra. Klientovi nabídne paži a dovede do ambulance, kde ho zavede k židli, křeslu či lůžku. Zdravotní sestra také informuje klienta, kdo je v místnosti a kdo bude ošetření provádět. Při všech ošetřeních a úkonech je důležité popsat připravovaný úkon, ale nejen to, nutné je i upozornit na

zahájení, například: „*ted' bude prohmátáno Vaše břicho*“, klient musí být také upozorněn, že vyšetření již skončilo. Velmi složitou situací pro zrakově handicapovaného je dlouhodobý pobyt v nemocnici, v lázních nebo v jiném zařízení. Nástup do nemocnice klade na klienta velké nároky, dostává hodně nových informací a ne vždy jim rozumí, musí si zapamatovat uspořádání pokoje nebo i celého zařízení. Pomoci zde mohou speciální pracovníci, kteří znají problematiku orientace v prostoru nevidomých a slabozrakých osob. Tato osoba může s klientem prostředí projít, upozornit ho na problematická místa, může mu najít potřebné vodící linie a trasy. Tyto specialisty na prostorovou orientaci, je možné oslovit v organizacích zabývajících se službami pro zrakově postižené. Dalším úskalím ve zdravotnických zařízeních jsou informace v písemné podobě, tedy informovaný souhlas a jiné. Tato poučení lze klientovi poslat v elektronické podobě, namluvit mu je na audiozáznam nebo mu je všechny v klidu přečíst. Pokud má zdravotnické zařízení tyflografický plán budovy nebo plánek oddělení, měl by být klientovi poskytnut. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení je důležitá ošetrovatelská péče v oblasti podávání léků, stravy, hygienická péče, vykonávání ošetrovatelských úkonů. Při příchodu zrakově handicapovaného klienta na oddělení by zdravotní personál měl klienta po oddělení provést, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav. To znamená ukázat mu důležitá místa na oddělení, jako je koupelna, WC, inspekční místnost sester. Srozumitelně popsat, jak vypadá pokoj, kde je okno, dveře, rozmístění stolků, lůžek a názorně ukázat signalizační zařízení a manipulaci s ním. Zrakově handicapovanému je nutné nechat dostatek času na uložení věcí do skříňky, neukládat věci za něj a hlavně mu věci nepřemisťovat. Klient by měl být umístěn blízko sociálního zařízení a inspekční místnosti sester, lůžko zvolit tak, aby bylo dobře přístupné. Při příchodu na pokoj je pravidlem představit zrakově handicapovanému spolubydlící. Pokud zdravotní personál vchází, měl by to oznámit, slovně komentovat kdo přišel a proč, například rozdat teploměry. Při odchodu je také nutné oznámit to klientovi. O stravování je velmi vhodné se zrakově postiženým komunikovat, protože konzumace jídla patří k obtížnějším dovednostem osoby se zrakovým handicapem. Tudiž velkou pomocí pro některé nevidomé a slabozraké je naporcování jídla, aby mohlo být konzumováno lžící. Pro některé zrakově handicapované klienty, ale může být tento způsob nepřijatelný. Vždy je nutné se zeptat, zda potřebuje pomoc či nikoliv. Vhodné je sdělit zrakově handicapovanému klientovi co je k jídlu. Pomůckou pro popsání jídla na talíři mohou být hodiny, například na 3. hodině je maso, na 6. hodině rýže apod. Je nepřípustné odložit jídlo na společný stůl bez jakékoliv pomoci. Při podávání léků platí obdobná pravidla. Léky nepokládat bez jakékoliv komunikace na klientův stůl. Nutné je

sdělit klientovi, jaké léky mu jsou podávány a informovat ho o každé změně dávkování či změně medikace. V oblasti péče o hygienu zrakově handicapovaného klienta by nejprve měl být zhodnocen stupeň soběstačnosti klienta. Po dohodě s klientem hygienu provede sám nebo mu zdravotní personál pomůže dle potřeby. Je ovšem nezbytné klienta seznámit s orientací v koupelně, hygienické pomůcky ponechat na dosah ruky a popsat druh a typ baterie. Zdravotní personál poučí zrakově postiženého také o typu zařízení na WC. Zrakově handicapovanému klientovi, by mělo být umožněno, mít sebou kompenzační pomůcky, na které je zvyklý a ošetřující personál by toto měl respektovat. (Michálek, Vojtíšek a Vondráčková 2010, s. 16- 45)

4.4 Ošetřovatelské diagnózy u klienta se zrakovým handicapem

Zdravotní personál vyhledává, odstraňuje, zmírňuje a předchází problémům v oblasti lidských potřeb. Tedy chápe klienta v celé bio-psycho-sociální stránce. Dokáže odhalit a uspokojovat potřeby klienta pomocí ošetřovatelské anamnézy, stanoví si ošetřovatelské diagnózy, formuluje ošetřovatelské cíle a plánuje intervence nutné k uspokojení všech potřeb klienta. Potřeby klienta je nutné při diagnostice seriózně posoudit. Názvy ošetřovatelských diagnóz jsou pojmenováním ošetřovatelských problémů, které se označují mezinárodním číselným kódem. Ošetřovatelský problém může být aktuální, potenciální a edukační. Aktuální ošetřovatelská diagnóza označuje nynější dysfunkční potřebu klienta. Potenciální, potřebu, která je ohrožena vznikem dysfunkce. Edukační značí potřebu klienta, která je funkční, ale edukací lze její fungování zlepšit. Jednotlivé ošetřovatelské problémy jsou označeny názvy ošetřovatelských diagnóz NANDA International. Tento systém specifikuje diagnózy podle určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů, definic diagnóz a číselných kódů. V této práci jsou uvedeny možné ošetřovatelské diagnózy, ošetřovatelské intervence a očekávané cíle u klienta se zrakovým handicapem. (Marečková, 2006, s. 17-19; Gordon, 2002)

00075 Ochota blízké osoby lépe zvládnout zátěž

Související faktory: blízká osoba se dobře identifikuje s novou situací

Určující znaky: subjektivní-zájem o kontakt s osobami, které prožily podobnou situaci

objektivní- blízká osoba projevuje aktivní postoj k léčebným postupům

Ošetřovatelské intervence: vytvoř s rodinnými příslušníky atmosféru důvěry předej blízkým osobám dovednosti a zkušenosti, které jim pomohou, naučit se

poskytnout klientovi péči a oporu, hovoř s blízkými osobami o významu otevřené komunikace

Očekávané výsledky: blízká osoba sdělí pocity sebedůvěry a uspokojení s dosaženým pokrokem

00093 Únava

Související faktory: stres, úzkost, deprese, hluk, nevhodné osvětlení, negativní životní událost, nedostatek spánku

Určující znaky: subjektivní-neschopnost načerpat energii spánkem, unavenost, ospalost

objektivní-lhostejnost, netečnost, spavost, nezájem o okolí

Ošetřovatelské intervence: zajisti klidný spánek, klidné prostředí, zajímej se o celkový stav klienta (výživa, hydratace, fyziologické funkce)

Očekávané výsledky: klient má zájem o okolí, vykonává běžné denní činnosti, necítí se unavený

00090 Zhoršená schopnost se přemístit

Související faktory: zrakový handicap, pooperační stav

Určující znaky: subjektivní-verbalizace

objektivní- zhoršená schopnost se přemístit z lůžka na židli a naopak, na toaletu, mezi nestejnými rovinami

Ošetřovatelské intervence: zajisti dobré osvětlení, uprav okolní prostředí klienta dle jeho individuálních potřeb, seznam klienta s prostředím

Očekávané výsledky: klient zná okolní prostředí, klient se přemístí bez pomoci

00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování

Související faktory: zhoršená schopnost se přemístit, neschopnost spláchnout toaletu, bolest, úzkost, vyčerpanost

Určující znaky: subjektivní- verbalizace

objektivní- neschopnost přemístit se na toaletu, neschopnost spláchnout toaletu

Ošetrovatelské intervence: dbej na soukromí klienta, ulož klienta blízko WC, seznam klienta s prostředím a typem hygienického zařízení

Očekávané výsledky: klient provádí péči o vyprazdňování dle svých schopností

00102 Deficit sebepéče při jídle

Související faktory: zrakový handicap, bolest, nedostatečná motivace

Určující znaky: subjektivní: verbalizace

objektivní-neschopnost stravovat se společensky přijatelným způsobem, neschopnost otevřít obaly, neschopnost připravit si jídlo

Ošetrovatelské intervence: udělej si čas, popiš klientovi předloženou stravu, zmírní nepohodlí, vyřeš bariéry prostředí

Očekávané výsledky: klient se stravuje samostatně

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

Související faktory: zrakový handicap, slabost, únava, úzkost, bolest, bariéry prostředí

Určující znaky: subjektivní- verbalizace

Objektivní- neschopnost přemístit se do koupelny, neschopnost regulovat proud a teplotu vody

Ošetrovatelské intervence: dbej na soukromí klienta, zajisti bezpečné prostředí, komunikuj s klientem, proved' klienta po oddělení, ukaž mu koupelnu, seznam klienta s typem baterie, zajisti pomůcky k hygienické péči, pomůcky nech je klientovi nadosah

Očekávané výsledky: klient bude provádět hygienu dle svých schopností

00078 Neefektivní léčebný režim

Související faktory: nedůvěra v léčebný režim, konflikt v rodině, ekonomické obtíže, nadměrné požadavky kladené na klienta

Určující znaky: subjektivně- klient sděluje, že léčebná opatření do svého denního života nezahrnul

objektivně- klient nedodržuje doporučená léčebná opatření, chování klienta je takové, že neumožňuje dosáhnout žádoucích výsledků léčby

Ošetrovatelské intervence: edukuj klienta o nutnosti dodržování léčebného režimu, zprostředkuj klientovi informace o léčebném režimu, oceňuj klientovu snahu

Očekávané výsledky: klient vyřeší problémy, které neumožňují pokračovat v léčebném režimu

00146 Strach

Související faktory: ztráta životních jistot, hospitalizace

Určující znaky: subjektivně-verbalizace (pocit bušení srdce, nevolnost, sucho v ústech)

objektivně-nauzea, nechutenství, průjem, tachykardie, impulzivita

Ošetrovatelské intervence: odpoutej klienta od zdroje strachu vhodnou relaxací, naslouchej klientovi, informuj klienta dle svých kompetencí o léčebném postupu

Očekávané výsledky: klient komunikuje o svých obavách

00146 Úzkost

Související faktory: ohrožení nebo změna zdravotního stavu

Určující znaky: subjektivně-znepokojení, palpitace, nauzea, zvracení

objektivně-třes rukou, lítostivost, nechutenství, dechové potíže

Ošetrovatelské intervence: sleduj klientovy projevy úzkosti, mluv s klientem klidně,

nespěchej, umožni klientovi popsat jeho pocity, informuj klienta o léčebném postupu dle svých kompetencí

Očekávané výsledky: klient má dostatek informací, spolupracuje, klient umí vyjádřit své pocity úzkosti

00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku

Související faktory: zrakový handicap, snížená motivace, bolest, dyskomfort

Určující znaky: subjektivní- bolest, úzkost, únava

objektivní- zhoršená schopnost obléknout se, svléknout se, zhoršená schopnost opatřit si oblečení, neschopnost udržet úpravu na uspokojivé úrovni

Ošetřovatelské intervence: věnuj pozornost potížím se zrakovým vnímáním, nabídní pomoc při provádění péče

Očekávané výsledky: klient prokáže znalost, jak o sebe pečovat, klient bude provádět péči o sebe sama včetně využívání kompenzačních pomůcek

00054 Riziko osamělosti

Rizikové faktory: sociální izolace, citové strádání, fyzická izolace

Ošetřovatelské intervence: zajisti kontakt s rodinou, vyjádři klientovi svoji podporu, zajisti dostatek podnětů (televize, rádio), vyjádři klientovi svoji podporu, konzultuj klientův stav s psychologem

Očekávané výsledky: klient bude aktivně zapojen do společenských činností

00152 Riziko bezmocnosti

Rizikové faktory: chronické nebo akutní onemocnění, nedostatek znalostí o onemocnění, nevhodný způsob zvládnání situace, závislost na druhé osobě

Ošetřovatelské intervence: komunikuj s klientem o jeho potřebách, buď empatická, naslouchej klientovi, informuj klienta dle tvých kompetencí o léčbě, sleduj chování klienta, doporuč klientovi podpůrné skupiny nebo poradenství

Očekávané výsledky: klient se aktivně účastní na léčbě (Marečková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Téma bakalářské práce jsou specifická opatření ve zdravotnických zařízeních v péči o klienty se zrakovým handicapem. Vzhledem k tomu, že v České republice trpí těžkým zrakovým postižením přibližně sto tisíc lidí, je problém velmi aktuální a je důležité se s ním zabývat. Mezi zrakově handicapovanými jsou lidé všech věkových kategorií od dětí po seniory, můžeme se s nimi tedy setkat na všech odděleních v nemocnicích, ambulancích nebo v lázních. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci měli dostatek informací o potřebách těchto klientů. Vzhledem k tomu, že na většině zdravotnických pracovištích se se zrakově handicapovanými setkávají velmi zřídka, je důležité tuto problematiku připomenout, neboť dobrá vůle sama o sobě nestačí, důležitá je dobrá informovanost zdravotnických pracovníků o specifických potřebách klientů se zrakovým handicapem. Jaké jsou tedy zkušenosti zrakově postižených klientů se zdravotnickými zařízeními?

5.1 Cíl výzkumu

- 1) Zjistit, jaké mají klienti se zrakovým handicapem zkušenosti s pobytem ve zdravotnických zařízeních

5.1.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, jaká specifická opatření klientům se zrakovým handicapem při pobytu ve zdravotnickém zařízení chyběla
- 2) Zjistit odlišnosti v potřebách zrakově handicapovaných klientů
- 3) Vytvořit soubor doporučení pro zdravotnická zařízení, která mohou pomoci zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče o klienty se zrakovým handicapem

5.1.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty se zrakovým handicapem?
- 2) Jaká specifická opatření jsou pro klienty se zrakovým handicapem ve zdravotnických zařízeních dostupná?
- 3) Jaká specifická opatření klientům se zrakovým handicapem v průběhu pobytu ve zdravotnickém zařízení nejvíce chybí?
- 4) Jaké jsou odlišnosti v potřebách zrakově handicapovaných klientů?

- 5) Mohou pomoci konkrétní specifická opatření klientům se zrakovým handicapem lépe se adaptovat na pobyt ve zdravotnickém zařízení?

5.2 Metodologie výzkumu

K vypracování této Bakalářské práce byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je metoda, která umožňuje zkoumat problematiku do hloubky, všímá si pocitů klientů, pomáhá odhalit názory a potřeby klientů. Výhodou kvalitativního výzkumu je, že problém je zkoumán v přirozeném prostředí respondentů, mezi nevýhody patří možnost ovlivnění výzkumu výzkumníkem, nevýhodou může být i časová náročnost výzkumu. Rozhovory probíhají většinou individuálně a umožňují intenzivní interakci mezi tazatelem a dotazovanou osobou. V průběhu těchto rozhovorů je prostor pro vyjádření osobních názorů, a proto lze proniknout hluboce do potřeb, pocitů a prožitků dotazované osoby. Dotazování je vždy přizpůsobeno požadavkům konkrétního výzkumu. Rozhovory mohou být osobní, skupinové, párové, individuální, telefonické, mohou probíhat v domácnosti, v terénu, ale i jinde. Rozhovory se podle míry formálnosti dělí na nestrukturované, strukturované a polostrukturované. K výzkumnému šetření v této práci byl použit rozhovor polostrukturovaný. Při vedení polostrukturovaného rozhovoru musí mít tazatel vytvořeno schéma, tedy mít definováno jádro rozhovoru. Tazatel musí mít připraveno minimum otázek a témat, pořadí a znění otázek není striktně stanoveno a mohou se v průběhu rozhovoru měnit dle uvážení tazatele. Výhodou tohoto rozhovoru je především jeho kreativita a snadnější navázání kontaktu s respondentem. K rozhovorům je doporučeno použít audio záznamovou techniku, neboť písemný záznam zachytí pouze 40% informací a dalších 25% může být zkresleno. (Kutnohorská, 2009, s. 39-40; Hendl, 2005, s. 166; Plevová a kol., 2011, s. 229)

5.2.1 Výběr případu

Výběr klientů pro vedení rozhovorů byl záměrný. Kritériem bylo, aby klient byl v kategorii zrakového postižení 3-5 a měl bohaté zkušenosti s pobytem v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Pro výzkumné šetření bylo důležité, aby byla zastoupena obě pohlaví. Klient č. 1 je žena, klient č. 2 je muž. Oba klienti byli ochotni odpovídat na otázky.

5.2.2 Způsob získávání informací

Informace k této bakalářské práci byly získány polostrukturovaným rozhovorem. Osloveni byli klienti se zrakovým handicapem, kteří mají bohaté zkušenost s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Rozhovory byly prováděny na pracovišti klientů, pro oba bylo vybrané prostředí známé. Rozhovory probíhaly za účasti paní Mgr. Macháčkové, která tyto rozhovory zprostředkovala. Oba dotazovaní klienti byli v úvodu rozhovoru informováni o účelu rozhovorů, byl jim přečten informovaný souhlas s rozhovorem, který obsahuje i souhlas s pořízením audiozáznamu. Tento souhlas zaručuje také absolutní anonymitu klientů. Klienti byly informovány o možnosti odstoupit od výzkumu či odmítnout odpověď na některou otázku. Oba klienti s výzkumem souhlasili a podepsaly informovaný souhlas. Informovaný souhlas naleznete v příloze. Rozhovor s klienty trval okolo šedesáti minut. Během dotazování byly pokládány většinou otevřené otázky. Dotazováno bylo v počátku rozhovoru na anamnézu klientů, dále na jejich zkušenost s pobytem ve zdravotnických zařízeních, dle vývoje rozhovoru byly pokládány doplňující otázky. Otázky byly pokládány jasně, srozumitelně, byl dán najevo zájem a empatie. Cílem dotazování bylo získat informace o pocitech zrakově handicapovaných klientů při návštěvě zdravotnického zařízení a jejich názorech na pobyt v nich. Otázky rozhovoru byly formulovány, tak, aby bylo odpovězeno na výzkumné otázky. Osnova otázek byla předem připravena, tyto otázky naleznete v příloze. Z rozhovoru byl pořízen audiozáznam, se kterým oba klienti souhlasili.

5.2.3 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření této bakalářské práce probíhalo v prosinci 2015 a v lednu 2016. Výzkum byl veden formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor s klientem č. 1 probíhal v prosinci 2015 v kanceláři, kde pracuje, rozhovor trval 80 minut. Rozhovor s klientem č. 2. byl veden v lednu 2016 na půdě zaměstnavatele klienta, rozhovor trval 50 minut. Na začátku kapitoly jsou stručně popsány anamnézy klientů, dále jsou popsány jednotlivé zkušenosti s pobytem v různých zdravotnických zařízeních. Důležité pro závěr výzkumu jsou pozitivní i negativní prožitky klientů.

6 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Klient se zrakovým handicapem č. 1

Klient č. 1 je žena, narodila se v Plzni, kde dosud také žije. Klientce je 49 let. Klientka žije v bytě 2+1, kde s ní žije její vodící fenka. Vystudovala VŠ pedagogickou v Hradci Králové. Pracuje jako asistentka na částečný úvazek. Je aktivní, ve volném čase, chodí cvičit jógu, na procházky se svým psem, jezdí na různé pobyty s lidmi, kteří mají podobné postižení jako ona. Zdravotní anamnézu klientka popsala jako velmi závažnou. 40 let má diabetes mellitus 1. Typu. Je v péči nefrologa pro nefropatii, v současnosti je zvažováno, zda postačí dialýza či podstoupit transplantaci. Před šesti lety prodělala operaci srdce, čtyřnásobný bypass. Poté prodělala pro komplikace další operaci. Dalším onemocněním je angína pectoris, neuropatie periferních nervů. Další nemoci, které klientka uvedla, jsou diabetická retinopatie, šedý zákal, zelený zákal, v důsledku diabetu praktická slepota obou očí. Klientka je samostatná, v domácnosti se o sebe stará sama, k lékaři ji doprovází její pes.

6.1.1 Přepis rozhovoru č. 1

Byla jste někdy hospitalizována?

„Byla jsem hospitalizována mnohokrát na různých odděleních i v různých městech a nemocnicích. Moje první větší zkušenost s hospitalizací byla po roce 1990, kdy jsem najednou byla slepá na obě oči. Poškození bylo způsobeno rychlou kompenzací diabetu, já byla šťastná, začala jsem se cítit lépe, ale bohužel mělo to za následek poškození zraku. Bylo mi to vysvětleno tak, že na sítnici chyběl cukr, na který byla zvyklá, vytvořily se nové cévičky, které ale nebyly tak kvalitní. Vidění se rozmazávalo, až postupně nebylo vidět vůbec nic. Prodělala jsem tenkrát operace ve Zlíně a v Praze. Operace trvaly 5-6 hodin. Tenkrát to opravdu nebylo příjemné, začínalo se s léčbou sítnice a všichni se mi chodily koukat do oka, za celý den spousta lidí, lékaři i medici, nikdo se mě nezeptal, jestli s tím souhlasím, bylo to velmi únavné a v situaci ve které jsem byla opravdu skličující. Člověk nevěděl pořádně co se vlastně děje. Lékař tehdy řekl, že pravé oko nemá smysl vůbec operovat. Jestli to můžu říct, léčila jsem se pak s pomocí léčitele, který působil energeticky na oči, a nakonec jsem viděla lépe. Těžko říct, možná by se to zlepšilo i bez jeho pomoci, těžko říct, ale já věřím, že mi pomohl. Neviděla jsem normálně, neviděla jsem středem, tak

jsem koukala jakoby bokem a viděla jsem zřetelně i prasklinky na stropě. Dnes vidím, jak to říct, mám vše v mlze, ale nepropustné mlze. Vidím kontrast, vidím Vás, kde jste. Dokáží poznat kontrast mezi zdí a Vámi, Vy máte něco tmavého na sobě, takže dokáží identifikovat, kde jste, nicméně nedokáží identifikovat Váš obličej.“

Můžete popsat, co vidíte či nevidíte, když přijdete do neznámého interiéru?

„ Zbylo mi po operaci trochu koukání, takže levým okem můžu trochu pozorovat kontrasty. Kde to znám, tam se orientuju, venku chodím stále trasy, mám pejska, bez něj by to bylo pomalý a složitý. Ale mám představu, kde jsem. Můžu to srovnat s obdobím, kdy jsem byla úplně slepá a zaplat' pámbu i za sebemenší zbyteček. Je sice pravda, že člověk se snaží co může tím okem vykoukat. . Jsou to úplně jiné pocity, jiná situace, úplně jinak pracuje mozek. Kdybych si oči zavřela, určitě bych byla ve větším klidu, ale musel by začít makat mozek. Potřebuju hodně světla, ale ne tolik, aby mě to oslňovalo, když svítí sluníčko, to nejde, musím mít tmavé brýle a nemůžu odlišit kontrasty, doma všude svítím. Ptala jste se, co vidím. Poznám kontrasty, takže když je možnost je vidět tak je rozliším, třeba dveře, okno, někde ale nelze rozlišit nic, záleží kde.

Co Vám nejvíce pomáhá, pokud se ocitnete v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?

„ Každý jsme na tom trošku jinak, každý chodíme do jiných zdravotnických zařízení, já, protože s tou mojí cukrovkou jsem začala chodit do fakultní nemocnice, protože veškerý problémy, který jsem řešila byly v návaznosti na tu cukrovku, tak se mi postupně věnovaly na různých ambulancích. Porovnání s tím co bylo dříve a dnes, myslím, že dnes je situace mnohem lepší, co se týká ochoty personálu. Porovnání nová nemocnice, starší areál, rozhodně dávám přednost nové, měla jsem možnost být hospitalizována i v městské nemocnici a musím říct, že nový areál upřednostňuji.“

Proč dáváte přednost novému areálu?

„Protože, prostory jsou tam, řekněme materiálně jakoby modernější, jsou tam větší prostory, daleko lepší sociální zařízení. Řekla bych, že i ten zdravotnický personál tam má možnosti jak pečovat o toho pacienta. Jsou tam třeba supr sociální zařízení, oni mají po ruce všechno, co potřebujou, kdežto třeba ve starší nemocnici se musí běhat někde třeba přes celou chodbu. Nedej bože třeba Purkyňuv pavilon, jestli pamatujete, no to byla

katastrofa, to už je naštěstí dávno pryč. A tam právě bylo oční, bylo nás tam dvanáct na pokoji.

Myslíte si tedy, že dnes je péče vzhledem k modernějšímu vybavení lepší než dříve?

„Bohužel personál dříve neuměl, ale i dneska jsem se přesvědčila tom, že neumí pracovat s pacientem, tak aby braly do úvahy jeho základní onemocnění. Takže oni se starají o oči, a vůbec je nezajímá, nebo ne vůbec, ale neví co to obnáší, že ten člověk má třeba cukrovku. Kdybych já sama si nedokázala kolikrát říct, že takhle teda ne, co se týká inzulinu, tak bych tady třeba dávno nebyla. Když jsem byla před operací v Praze, dostala jsem se do hyperglykémie, protože zdravotní personál mě vůbec neposlouchal. A když přišel lékař, tak říkal ježišmarjá. Já jim říkala, že si musím přidat inzulin, ale nikdo mě neposlouchal. Nakonec mě operovaly v té hyperglykémii a to byl opravdu průšvih a to byl opravdu průšvih, protože po operaci nedokázaly vykompenzovat tu cukrovku. Sehnaly si inzulinovou pumpu, ale neuměly to použít, všichni tam běhaly, to bylo strašný. Byla jsem sice napůl omámená, ale všechno jsem velmi dobře vnímala. Představte si, že tam chodily sestry a plakaly, že neví, co mají dělat, to bylo pro mě úplně šílený. Slyšela jsem, jak jedna povídá tej druhéj mezi dveřma, ale to je asi konec. Byla jsem z toho úplně vyřízená. Myslím si, že se to může stát i dneska, protože oni si neuměli představit, že edukovaný pacient si může sám říct, jak by to mělo být, že prostě ví, jak si dávkovat léky a to si myslím je problém i dnes.

Myslíte si, že k Vám zdravotní personál má jiný přístup kvůli Vašemu postižení?

„Ne, tady jde o to, že ty starší sestry se už nedovzdělávají a oni zůstaly někde v těch sedmdesátých letech. Vývoj šel dopředu. Pacienti mají dneska svoje pomůcky, vědí jak s nimi zacházet, ale když přijdete na oddělení, vezmou mi glukometr i léky a to mi vadí. Postižení tady si myslím nehraje roli.

Pokud jste byla na jiném oddělení, než očním, věděl zdravotní personál, jak k Vám má přistupovat z hlediska zrakového postižení?

„Ano, co se týká například kardiologie, tam mě sestra vždycky odvedla, kam jsem potřebovala, tam je výhoda, že toalety jsou v pokoji, tak když mi to jednou ukázaly, tak už jsem pak věděla. Ale když je to přímo v ambulancích, tak na některých dodneška neví, jak mají vodit, nebo to možná i ví, ale jak jsou v tom fofru, tak se snaží toho člověka tam dostrkat honem rychle. Oni jsou schopný normálně mě popadnout a narvat mě do té židle,

nebo mě prostě veme sestřička za ruku a tlačí mě před sebou. Já naštěstí ještě jakž takž rozeznávám, poznám třeba, že jdu do futer, nebo že jdu někam do nějakýho prostoru, ale instinktivně mám před sebou ruce, protože to je fakt dost nepříjemnej pocit. Já bych neřekla, že by oni nevěděly, ale že mají pocit, že to bude rychlejší. Oni to chtějí honem rychle.

Doprovází Vás vodící pes do zdravotnických zařízení?

„Ano, doprovází. Když přijdu se psem, zběhne se všechen zdravotní personál, jsou unešení, hladí ji a mluví na ní. Kdyby to bylo někde venku, tak bych ty lidi odehnala. Ale nedovolím si to u těch zdravotnických osob, protože mám jakoby respekt. Takže je nechám, někdy ji pustím i na volno. Víím, že když přišla ta vyhláška, že smí psi do zdravotnických zařízení i na lůžková oddělení, tak to hrozně řešily. Přitom nevím o nikom nevidomém z mého okolí, že by se nechal hospitalizovat se psem.“

Jak řešíte hospitalizaci vy, máte psa sebou?

„Od té doby, co platí ta vyhláška jsem naštěstí být hospitalizována nemusela.“

Jak by jste řešila doprovod psa, kdyby byla nyní nutná hospitalizace?

„To by záleželo na situaci, kdybych ležela někde na přístrojích, tam bych si jí určitě nebrala. Když bych šla jenom na normální lůžko, třeba na pozorování, prostě když budu moct chodit a starat se o ni, tam bych si ji vzala, jinak ne, to bych si zařídila hlídání. Ono je to komplikované. Když jsem měla předchozího psa, byla jsem dva měsíce v nemocnici. A když jsem se vrátila, bylo hrozně těžké se znovu sehnat. Ona mi nevěřila, byla to pro ni obrovská zrada. Psovi to nevysvětlíte, že musíte někam pryč. Tenkrát jsem si říkala, že se mi vrátil úplně cizí pes. Naštěstí se rychle dala do kupy.“

Měla jste někdy problém s přístupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?

„Ne, například na zubním, tam leží přímo pod křeslem, když mě doktor prohlíží. Třeba i na gynekologii chodí se mnou do ordinace. Prostě ať jdu, kam jdu, tak mě naopak lákají, ať jdu s ním. Ale naopak, když jsem chodila bez pejska, tak jsem narážela na takové problémy, jako například pojd'te si dál, zůstala jsem stát u těch dveří. Nebo taky pojd'te si sednout, posad'te se a já jsem koukala a nevěděla jsem kam. Člověk si musí říct, ono jim to nedojde.“

Pokud jste byla hospitalizována na oddělení, kde jste to neznala, nabídl Vám někdo, že Vám ukáže, jak to tam vypadá? Kde je jídelna, inspekční pokoj sester a podobně ?

„Ne, to ne, nikdy. Ale, asi je to i tím, jako že se snažím dělat, jako když koukám, ale při tom nevidím. Nenosím černé brýle, protože se snažím využít zbytek toho koukání, který tam je, když přijdu do místnosti, abych se zorientovala. Většinou, když jsem někam přišla, musela jsem si sama říct. Vždy bylo nutné si říct, samotné je to nenapadlo.“

Jak probíhalo podávání stravy?

„No, tak moje první zkušenost s jídlem byla taková, že mě nechaly sedět na posteli, že jsem nemusela ke stolu, s tím že mi daly do klína táč s talířem, kde byly špagety s omáčkou, a já byla po operaci obou očí. Tak jsem si to tak jako ohmatala, ale neuměla jsem si s tím poradit, přišla sestra a povídala jak to, že jsem to nesnědla. Povídala jsem, že nevím jak, skoro jsem se tam rozbrečela. Ona na to řekla, něco v tom smyslu, že si to nemůžu nakrájet a že s tím nadělám, tak takhle to vypadalo. Myslím si, že když má zařízení pocit jedinečnosti a nadřazenosti ve velkém městě, že se to může stát. Pak už se mi takový hrůzy nestávaly.

Popsaly Vám někde při příchodu nemocniční pokoj ?

„Ne, to ne, nikdy.

Jak probíhá podávání léků?

„Položí mi na stolek v tý skleničce, nebo v čem to maj. Většinou nic neříkají. Chtěla jsem si léky dávkovat sama, protože jsem je viděla, jak to dávkujou do těch skleniček rukama, seděla jsem u toho. Neměla rukavice a předtím byla někde, kde těma rukama šahala, no to je šílený. Něco vidím, něco ne, já nemůžu říct, já si ty léky vezmu sama , nechci , aby jste to brala do rukou. Myslí si, že jsem slepá, nic nevidím, ale to i slyším, že si ty rukavice neberou na ruce. Myslím si, že dřív se na tuto dbalo víc.

Setkala jste se někde, že by pracovaly s kontrasty, orientační pruhy, barevné zdi, obložení dveří nebo cedule?

„Většinou se s tím nikde moc neseškávám. Nejhorší jsou bílé zdi, to všechno splývá. Myslím si, že trošku na tom zapracovaly ve FN na očních ambulancích, tam natřely barevné zdi. U zdi jsou tam madla, ale já řeknu pejskovi. To je v čekárně, ale přímo v ambulanci, tak tam

mám pocit, že tam mají zatažený rolety. Tam se musím nechat dotáhnout tou sestřičkou, ale na chodbách to vylepšily a je to mnohem lepší.

Co by Vám nejvíce pomohlo při pobytu ve zdravotnickém zařízení? Jaký je ideál?

„To je strašně složitá otázka. Já tam vždycky byla v situacích, kdy jsem byla odkázána na personál. Mě by asi nejvíce pomohlo, kdyby mluvily, kdyby prostě uměly popsat, co dělají, co se chystají dělat. Myslím si, že to by pomohlo i pacientům, kteří vidí, ale mě zvlášť, protože když se s vámi něco děje a vy nečekáte zrovna, kam šáhnou, kam vás píchnou, to se leknu. Sestřičky mají způsob trošku takovýho vojenskýho drilu. Je to takový hrozně neosobní, že máte pocit, že jste tam jako kus, nebo číslo, a to není dobré. Oni vám třeba změří tlak a nic neřeknou, kdybych se nezeptala, tak neřeknou nic. Pak se mě zeptá doktor a já nevím, protože mi to neřekly. Je to tam takový někdy, jakože komunikace vážne. Tak tohle by mi určitě dost pomohlo. Kdyby mi třeba řekly, tak teď půjdeme tam a tam, po pravý straně je to a to, jdem si sednout na židli. Takže já si třeba sednu na židli a pak zjistím, že ten přístroj je úplně na druhý straně. Sestra mi třeba řekne, ať se opřu o ten přístroj, ale já nevím kde je, tak začnu hrabat, hrabat, až ho teda najdu. Rozumíte, ono jim to zkrátka prostě v tu chvíli nedojde, tak nechaj člověka, aby si nějak poradil, a když si neporadí, tak se třeba začnou zlobit. Pospíchají, jakože honem, honem, rychle za Vámi přijdou další pacienti. Asi tady to, no.“

Stále mluvíme o lidském faktoru, co technické věci?

„Záleží na konkrétním lékaři, na konkrétní sestřičce. Jsou tam různé sestřičky. Zažila jsem sestřičky, který bych rovnou odstřelila rovnou někam na Mars. Pak přišla jedna, kdy jsem měla pocit, že snad spadla z nebe, protože měla úžasný přístup, povídala, ptala se, vyloženě mi všechno přišlo, takový jakoby přirozený. Je rozdíl velikej mezi lidským přístupem, takže to ani tak není o těch technických věcech, technika se vždycky dá nějakým způsobem obejít, nebo omluvit, ale člověk, který s vámi pracuje, musí mít nějaký přirozený citění a to se nenaučíte ve škole.

Mají někde k dispozici průvodcovskou službu? Využíváte ji?

„Mám pejska, ten mi pomáhá, takže nevyužívám. Nevím, ale o žádné průvodcovské službě, kterou by poskytovalo přímo nějaké zdravotnické zařízení. Dříve jezdila ve výtahu paní, dnes je trochu problém. Neumím Braila, tak jedu celou dlaní, někde je větší mezera, odpočítávám zhora, abych se vyhnula jiným značkám. Panely se zapuštěnýma čudlíkama

jsou katastrofa. Někde už mají vedle čudlíku velkým písmem napsané patro, tak to je dobré. Já se dneska, ale už nebojím zeptat, tak se většinou zeptám a někdo mi pomůže.

Ještě jsme nemluvily o hygieně, jak probíhá při pobytu ve zdravotnickém zařízení?

„Nejhorší zážitek, jaký jsem kdy měla byl na oddělení, kde byly chlapi i ženský dohromady. Tam nikomu nevadilo, že tam sedí v křesle chlap bez kalhot, že by potřeboval přikrýt, člověk tam byl rád, že nic moc nepotřebuje. Hygiena. Byla jsem ve čtyři ráno dostrkaná k umyvadlu, tady se umyjte. Bylo to nepříjemný, když člověk nevidí, tak než najde mýdlo, musíte si všechno osahat a když si představím, co všechno na tom umyvadle může být. Předemnou tam byly jiný lidi a nemyslete si, že tam nějak dbají na hygienu, nikdo to mezi tím neumyl. Posadí vás a běží dělat něco jinýho. Mě třeba vadí takové věci, hrozně moc. Ale někde se i snaží, ale chápu, je jich tam málo, je tam třeba na noc jedna sestra na celý oddělení, nevím kolik pokojů, ale to nemůže uhlídat.

Je možnost, brát si sebou do zdravotnického zařízení pomůcky, které běžně používáte?

„Ano, ale většinou si sebou žádné neberu. Používám glukometr, ale mám zkušenost, že mi ho při příchodu na oddělení berou, nevím proč. Jiné pomůcky, jako třeba počítač si sebou neberu. Jde o to, ne že bych to tam nemohla mít, ale že by se mi to tam nikam nevešlo, stolečky jsou tam tak prťavý, že se tam vejdu sotva základní věci. A taky není radno tam mít nějaký dražší věci, každý tam může přijít. Bojím se krádeže, jednou mi ukradli mobil a to byla katastrofa, bez mobilu nemůžu být a je to dost drahá záležitost.“

Jakou formou Vám byly podávány informace, které jsou v tištěné podobě?

„Ono je toho hrozně moc těch papírů, nikdo mi to nečte, podepíšu to aniž, bych věděla co. Někdy mi řeknou, stručně o co se jedná, někdy jen ať to podepíšu.

Bylo Vám někdy nabídnuto, pokud to byla plánovaná hospitalizace, že Vám tyto informace poskytnou elektronicky, aby jste se s nimi mohla seznámit?

„Ne, nikdy Když o tom tak přemýšlím, to by mi hodně pomohlo. Měla jsem různé léčebné režimy, musela jsem si vše pamatovat, jak mi řekli. A když nad tím tak přemýšlím, dost by mi to pomohlo, hlavně po těch složitějších operacích, doma by měl člověk na to čas v klidu si to pročíst a zorientovat se.

6.1.2 Shrnutí rozhovoru s klientem č. 1

Klient č. 1 má bohaté zkušenosti nejen s hospitalizací, ale i s návštěvou různých ambulantních zařízení. Jako doprovod do zdravotnického zařízení užívá psa, s čímž nikdy neměla problém, hospitalizována s ním zatím nebyla. Jako největší problém udává, že zdravotní personál s ní málo komunikuje. Uvítala by, větší vstřícnost zejména v oblasti komunikace. Klient si myslí, že zdravotní personál není neochotný, ale spíše neví, nebo ho nenapadne, jak má s klientkou jednat. Klient uvítal změnu v podobě nové FN, ale uvádí, že technické věci se dají nahradit, ale za důležité považuje přirozené citění, empatii a vstřícnost zdravotnického personálu. Dle klientových slov záleží na konkrétní situaci, na konkrétní sestřičce. Přístup ke klientovi byl různý. Převládá ale přesvědčení klienta, že zdravotnický personál není dostatečně informován o přístupu ke zrakově handicapovaným klientům. Zdravotní personál buď nevěděl, jak klienta vodit, nebo dle jeho názoru pospíchal a domníval se, že když ho někam dostrká, bude to rychlejší. Jako další problém uvedl podávání stravy, má zkušenost, že zdravotní personál neřekl, co je k jídlu. Zažil i situaci, kdy s jídlem zůstal úplně bez pomoci a nemohl se najíst. Dále má klient pocit, že si zdravotní personál myslí, že jim nemůže podat správné informace o svém zdravotním stavu. Kompenzační pomůcky si sebou k hospitalizaci nebere, protože se bojí krádeže. Glukometr, na který je zvyklý, při příchodu na oddělení u sebe mít nemůže. Klient by také ve zdravotnických zařízeních uvítal, kdyby se více pracovalo s kontrasty, protože většina prostoru v ambulancích, chodbách a jinde jí splývá, protože vše je v jedné barvě.

6.2 Klient se zrakovým handicapem č. 2

Klient č. 2 je muž, jeho věk je 25 let. Narodil se v Praze, žije v malé vesnici v Západních Čechách. Žije sám v bytě 1+1, vodícího psa nemá. Vystudoval Střední odborné učiliště pro nevidomé obor masér v Praze. Pracuje na poloviční úvazek v neziskové organizaci. Svůj zdravotní stav hodnotí jako velmi dobrý. Zrakové postižení má od narození. V dětství mu byl operován šedý zákal, v důsledku kterého onemocněl sekundárním zeleným zákalem. V současné době je jeho zrakové postižení na úrovni praktické slepoty. Několikrát byl hospitalizovaný. Podstoupil operaci očí, slepého střeva a kýly. Klient je samostatný, o domácnost se stará sám, někdy mu vypomůže matka. Ve svém volném čase chodí na kávu s přáteli.

6.2.1 Přepis rozhovoru č. 2

Byl jste někdy hospitalizován?

„Ano, několikrát. Mám zkušenost s pobytem v nemocnici už od dětství. Byl jsem na očním, na chirurgii, na dětském, na infekčním, jednou jsem byl taky v lázních.“

Co vidíte, nebo nevidíte, když přijдете do neznámého interiéru?

„Já mám zúžený zorný pole, takže do stran nahoru a dolů nevidím, takže to je u mě blbější na tu orientaci, ale je to pořád něco a člověk se bude vždycky snažit využít ten zbyteček zraku co nejvíc. Rozeznám jen světlo a tmu. Když je tam něco tmavého nebo okno, tak to vidím, když to mám v zorném poli, ale u doktora je to většinou splývavý.“

Co Vám nejvíc pomáhá, pokud se ocitnete v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?

„Já nevím, asi se mnou málo mluví. To by bylo lepší, kdyby mluvily víc. Byl jsem třeba na laseru, to dělaj v lokále a nevím, co se mnou dělají. Možná, že někdy je asi lepší, když to člověk neví. Možná, že jsou vyhořelý, že to pro ně může být nutný zlo, který musí udělat, a už by to radši měly za sebou.“

Myslíte si, že k Vám má zdravotnický personál jiný přístup kvůli vašemu postižení?

„Asi ne, nemyslím si. V ambulancích je většinou hodně lidí a pospíchají na každého, je tam zmatek. Doprovází mě radši rodiče, nebo si platím průvodce. A, když tam ležím, tak si taky myslím, že se mnou zacházej jako s ostatníma. Nevím, nevšimnul jsem si nějakýho rozdílu. Možná na mě někdy mluví moc nahlas, jako bych byl hluchej, jinak nevím.“

Kdo Vás doprovází do zdravotnického zařízení?

„Chodí se mnou rodiče, nebo když nemůžou, využívám průvodcovskou službu. Někdy chodím sám. Psa nemám, nechci ho, protože si myslím, že bych se o něj neuměl dobře postarat. Už mi ho tady i nabízely, musím říct, že je spousta nevidomých lidí, kteří se o ty psi špatně stará, spíš by si zasloužily vodícího robota. Ten by vyhovoval i mě, nemusel bych na procházku. Se psem by to asi bylo jednodušší. Bydlím v paneláku na sídlišti a nechci ho tam. Taky zrušily příspěvek na granule, úplně nesmyslně, byly to asi tři miliony za rok na celou republiku, jedno auto na ministerstvu.“

Pokud bylo nutné Vás někam doprovodit, věděl zdravotnický personál, jak?

„Už jsem říkal, většinou mě doprovází rodiče nebo průvodce, tak s tím nemám moc zkušenost. V lázních jsem si prošel celý areál sám, co jsem potřeboval jsem se zeptal. Ale sestřičky u procedur se mnou jednaly jako s vidícím, říkaly, ať jdu tam a tam. Když si to uvědomily, tak mě nějak za ruku k místu kam chtěly, dovedly.“

Pokud s Vámi chodí doprovod, jak s Vámi komunikuje personál?

„Jak to myslíte? Mluví normálně se mnou, ale slyšel jsem, že třeba na úřadech se třeba zeptají doprovodu, jestli se pán zvládne podepsat a tak. To musím říct, že se mi nikdy nestalo“

Pokud jste byl na jiném oddělení než očním, věděl zdravotní personál, jak k Vám přistupovat z hlediska zrakového postižení?

„Často bývá, že jsou tam praktikantky, jako ty z vysokých škol a ty zas nejsou moc proškolený. Ale nevadí jim, když já sám je požádám. Když si řeknu, nemám problém. Někdy, ale tam nejsou a sestry třeba nemaj čas, tak si nějak musím poradit. A když někde musím, na vyšetření nebo tak, tak mě většinou vezmou a vlečou za sebou. Když jste v situaci, že vám není dobře, někdo vás popadne, tak se necháte vláčet všude možně. Ale prostě, jak kdy, někdy mi všechno ukážou, asi jak mají čas. To ale v lázních, tam mi neukázaly a neřekly nic. Tam je to totální. Tam vůbec neví, jak mají s člověkem jednat. Nechaj tam člověka napospas. Tam není žádná profesionalita. Daly mi rozpis procedur a vůbec je nenapadlo, že na to nevidím. Prošel jsem si kde co je sám, ptal jsem se lidí a ten rozpis mi taky přečet jeden pacient. Tam počítaj s tím, že se člověk o sebe postará sám, individuální péči jsem nezažil. Potřeboval bych sebou průvodce, ale to nejde zařídit. Rodiče jsou v práci a placenýho průvodce, to by asi ani nešlo zaplatit. Tak když jsem chodil třeba na koupele, našel jsem kde to je, ale pak mi řekly, ať se svlíknu a vlezu si do vany, ale já nevěděl kam. Někdy vznikaj takový nepříjemný situace. Musím říct, že i na očním se stává, že mi řeknou, ať jdu, nebo mě za sebou táhnou, není to podle oddělení, ale podle toho, s kým se tam právě potkáte“

Jak probíhalo podávání stravy?

„Zeptaj se mě, jestli to zvládnou a sám se najím.“

Popisovaly Vám co je k jídlu, co máte kde na talíři?

„Ne, to mě nikdy neříkaly.“

Jak probíhalo podávání léků?

„Normálně mi je položily ve skleničce na stolek.“

Pokud jste dostal jiné léky, než na které jste zvyklý, byl jste upozorněn?

„Ne, vzal jsem si vždycky, co mi daly. Ani mě nenapadlo se ptát, musíte jim věřit.“

Jak probíhala hygienická péče?

„Odvedly mě k umyvadlu, nebo ukázaly, kde je koupelna. Nechaly mě, ať se umyju sám. Jsem rád, ale trvá mi dlouho, než si všechno ošahám. Nevím v té koupelně, kde co je a jaký mají třeba kohoutek. Dneska už mají většinou páky, ale mohly by mi to popsát. Na WC bych taky potřeboval vědět, kde je toaletní papír, jak se splachuje. Já jsem zvyklý si všechno dělat sám, ale kdyby mi to popsaly, bylo by to lepší. Ale zeptaly se mě jestli to zvládnu sám, to asi vždycky“

Popsaly Vám někde při příchodu pokoj, provedly Vás po oddělení?

„V pokoji mi většinou ukážou kde co je, po oddělení mě provází rodiče, ti mě když můžou, doprovází. Pomáhají mi vybalit, přinesou pití a co je potřeba. Jednou se mi stalo, že doprovod odešel a oni myslím si předpokládají, že si všechno udělám sám. Nechaly mě tam a měl jsem si vybalit věci. To byla situace nepříjemná, musel jsem si nejdřív zjistit ten prostor, jaký jsou tam poličky, skříňky, teď si musím vyndat ty věci z té tašky a postupně si je tam ukládat. Udělal bych to, to jo, ale potřebuju čas. Oni na mě ale pospíchaly, že už musím někam jít na vyšetření. V tomhle by taky mohly pomoci, nechaly mě tam v tom jakoby plácát.“

Nabídly Vám někdy, že Vám dají pokoj blíže k inspekčnímu pokoji, nebo ke koupelně ?

„Ne, nabídly mi většinou jen nadstandart, ale to já nevyžívám. Pokoj mi daj vždycky , kde je zrovna volno, neptaj se mě, co by mi vyhovovalo. Dneska už bývá naštěstí všude sociální zařízení v pokoji, to je výhoda.“

Pokud bylo v pokoji více volných lůžek, zeptaly se, které by Vám lépe vyhovovalo?

„Ne, sestra mi vždycky řekne, kam si mám lehnout, nikdy mě nenapadlo, že bych si mohl vybrat. Někdy mi třeba postel nevyhovuje, třeba v létě a hodně svítí sluníčko, to není

příjemné. Já myslím, že to ale není neochota, asi je nenapadne, že by mi to světlo mohlo vadit.

Co by Vám nejvíce pomohlo při návštěvě zdravotnického zařízení?

„Nemám úplně představu, co by bylo nejlepší. Asi jak už jsem říkal, kdyby personál víc mluvil. Já nevím, co si doktor myslí, když mě vyšetřuje. Nebo třeba když přijde sestra do pokoje, mohly by třeba říct, že jdou za mnou. On, když se k Vám někdo přiřítí a začne s Vámi něco dělat i když zrovna nespím, je to pro mě úlek. Oni můžou bejt už hodně vyhořelý, už aby to měly hotový a šly domu. Je rozdíl, když přijde sestřička, která má zájem, člověk se potom tak nějak i líp cítí. Chodím za babičkou do LDN, tam za nima chodí sestra Michaela a povídá si s nima, to bych taky uvítal. Nemusela by to být ani řádová sestra, stačil by někdo, kdo by si se mnou promluvil, ty dny jsou tam hodně dlouhý. Možná není od věci ani vysílačka VPN, ale já stejně ani nevím, jestli někde jsou, vím, že jsou v podchodech a na nádraží. Dřív jsem to s ní někdy zkoušel, ale je nespolehlivá, začne mluvit později, někde dokonce bývá zařízení vypnuté.

Myslíte si tedy, že spíše než technická opatření, Vám více pomáhají lidé?

„Určitě, co se týká u doktora nebo na úřadě, tam mi technika není k ničemu. Používám sice počítač a různé jiné pomůcky, ale bez lidí a jejich pomoci se zkrátka neobejdu. Podle mě by ve velkých nemocnicích měla být průvodcovská služba. Ve FN měla být, ale není tam, ptal jsem se. Ke vchodu bych se nějak dostal a nemusel bych sebou brát rodiče, kdyby tam ta služba byla. Někde mají ozvučený výtah, myslím asi tady na poliklinice, to je dobré, ale když to tam není, zeptám se. Já většinou ale chodím s rodiči nebo si objednávám průvodcovskou službu, dnes ji zrovna využiju. Stojí to 100 Kč na hodinu. Pojišťovna to neplatí, ale od toho máme příspěvky ne?“

Říkáte, že využíváte průvodcovskou službu, využil jste jí někdy, pokud byla hospitalizace plánovaná, aby s Vámi průvodce prošel místo, kde budete?

„Ne, to ne, ani mě to nenapadlo. Člověk je rád, že tam jde, jenom když musí. Nikdo mi ani neřekl, že bych si to někam mohl jít předem prohlédnout, třeba v těch lázních by to nebylo od věci.“

Máte možnost brát si sebou pomůcky, které potřebujete?

„To asi jo, nikdy mi nikdo neřekl, že něco sebou mít nesmím. Ale já si беру jenom mobil a stejně se o něj ještě bojím. Pokoje nejsou zamčené, bojím se krádeže, o svůj počítač bych přijít nechtěl. Ostatní pomůcky nepotřebuju, bez těch se v nemocnici obejdu. Stalo se mi sice, že jsem si došel pro čaj a přeteklo mi to, to byla spíš vyjímka, vím, že je lepší si zavolat na sestřičku, nestydím se. A ještě bílou hůl, tu mám vždycky, bez tý se opravdu neobejdu.“

Jakou formou Vám byly předávány informace v tištěné podobě? Tedy pokyny k léčbě, informované souhlasy apod.?

„Co mi dají, to podepíšu, myslím, že to nechte, ani kdo vidí.“

Kdo vidí, ten si může vybrat, zda si to přečte nebo ne, nebyla Vám někdy nabídnuta možnost předání informací v digitální formě, nebo poskytnuty v audio formě?

„Ne, nevím, že by to bylo možný. Oni mi většinou zhruba řeknou, o co jde, nebo kousek přečtou, ale rozhodně to nečtou celý. Je to strašně lejster, na to by musely mít jednoho člověka. Jak mám brát léky, si pamatuju a to ostatní jim musím věřit, nechávám to na nich a podepíšu, co mi předloží. Je pravda, že aspoň v těch lázních by něco jako audio záznam mohl být, nebo kdyby mi poslaly emailem rozpis procedur, to by bylo ideální.“

6.2.2 Shrnutí rozhovoru s klientem č. 2

Klient č. 2 je mladý muž, který má se zdravotnickými zařízeními menší zkušenosti, než klient č. 1, přesto ale byl několikrát hospitalizován a dochází na některé ambulance. Klient č. 2 nemá vodícího psa, proto využívá doprovodu rodičů, nebo služeb placeného průvodce. Nikdy neměl problém, že by zdravotní personál sděloval informace jeho průvodci, vždy mluvily s ním. Přesto považuje stejně jako klientka č. 1 jako největší problém komunikaci. Udává, že zdravotní personál s ním málo komunikuje, nepodává mu informace o úkonech, které dělají, je mu to velmi nepříjemné. Stejně jako klient č. 1 nepovažuje za podstatné technické věci, ale spíše lidský faktor. Uvítal by, kdyby byl při hospitalizaci k dispozici někdo, kdo by si s ním promluvil, například řádová sestra. Klient kladně hodnotí přítomnost studentek na odděleních, protože mu ochotně pomůžou se vším, co potřebuje. Také si myslí, že zdravotní personál příliš spěchá, protože on nestihne všechny věci stejně rychle jako vidící. Největší problém měl v lázeňském zařízení, kde nezažil žádný individuální přístup, se vším si musel poradit sám. Klient udává, že v lázních

se neseťkal s řádnou profesionalitou. Kompenzační pomůcky mimo bílé hole a mobilního telefonu k hospitalizaci nebere, protože tyto pomůcky jsou nákladné a stejně jako klient č. 1 se obává jejich odcizení. Informované souhlasy klient vždy podepsal, aniž by věděl, co je v nich psáno. Uvítal by, kdyby alespoň některé informace mohly být poskytovány v elektronické podobě.

7 DISKUZE

K výzkumnému šetření, které bylo zaměřené na specifická opatření v péči o klienty se zrakovým handicapem ve zdravotnických zařízeních, byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu. Výzkum byl veden formou polostrukturovaného rozhovoru. K výzkumu byli vybráni dva klienti, kteří mají zrakové postižení na úrovni praktické slepoty. Tato metoda byla zvolena, protože při tomto druhu výzkumu lze rozebírat jednotlivé otázky více do hloubky, klient se může vyjádřit pouze k otázkám, ke kterým se vyjádřit chce a je mu ponechán prostor pro vyjádření subjektivních pocitů a názorů. Klient číslo 1 byla čtyřicetiletá žena, která o zrak přišla ve dvaceti pěti letech následkem diabetu mellitu, podstoupila několik operací sítnice, v současné době je jí diagnostikována praktická slepota. Prožila i jiné operace a má bohaté zkušenosti s pobytem v různých zdravotnických zařízeních. Klient číslo 2 je dvaceti pětiletý muž, který trpí praktickou slepotou od narození. Klienti svými zpověďmi odpověděli na výzkumné otázky této práce.

Otázka č. 1, jaká jsou specifická opatření ošetrovatelské péče pro klienty se zrakovým handicapem a zda jsou dostupná, byla klienty zodpovězena ochotně a jejich odpovědi se téměř shodovaly. Nejprve je nutné ovšem definovat specifická opatření pro klienta se zrakovým handicapem. Mezi tyto opatření lze zařadit technické vybavení zdravotnických zařízení. Zde je účinným prostředkem zvukový orientační maják, který může pomoci zrakově handicapovanému najít vchod do budovy, nebo ozvučený výtah. Pomocí pro zrakově handicapované jsou také vodící linie, signální varovné pásy, značení v budově Braillovým písmem např. označení tlačítek výtahu, využívání kontrastů nebo tyflografický plánec areálu. Toto jsou specifická opatření, která zdravotnický personál nemůže ovlivnit. Do kategorie, kterou ovšem ovlivnit může, patří ošetrovatelská péče a drobné úpravy interiéru. Mezi specifika ošetrovatelské péče se řadí především správná komunikace, vhodná péče v oblasti stravování, hygieny, podávání léků a správná technika vodění klienta. Tyto specifika byly popsány v praktické části. Drobnými úpravami interiéru je myšleno odstranění nebezpečných předmětů z míst, kde se zrakově handicapovaný bude pohybovat. Oba klienti uvedli, že se snaží, co je možné vykonat bez pomoci zdravotnického personálu. Bohužel se setkaly s tím, že jim nebyl dopřán dostatek času, v důsledku shonu a spěchu zdravotnického personálu. Dalším problémem je oblast vyšetření a ošetrovacích úkonů, zde také shodně uvedli, že by uvítaly, kdyby s nimi personál více komunikoval, není jim příjemné, pokud je s nimi manipulováno, a oni nemají informace o tom, co bude následovat. Vojtíšková (2012) ve své práci uvedla, že zdravotní

personál si není jist zásadami ošetrovatelské péče u klientů se zrakovou vadou. Toto tvrzení vyplynulo i z výzkumu v této práci. Ovšem, klienti se spíše domnívali, že zásady správné ošetrovatelské péče nebyly dodržovány v důsledku spěchu. Klient číslo 1 na otázku, zda zdravotní personál věděl, jak k němu má přistupovat z hlediska jeho postižení, odpověděl, že na některých ambulancích měli „fófr“ a zdravotní personál nevěděl jak klienta doprovodit. Nebo věděl, ale myslel si, že pokud ho někam „dostrká“ bude to rychlejší. Klient číslo 2 na stejnou otázku odpověděl, že má dobré zkušenosti se studentkami, ale pokud na oddělení nejsou, zdravotní personál nemá čas a on si musí nějak poradit. Dle Vojtíškové (2012), by klienti se zrakovým postižením zdravotnímu personálu doporučily lépe komunikovat. Toto vyplynulo i z výzkumného šetření v této práci. Na otázku co by klientům nejvíce pomohlo při hospitalizaci, odpověděl klient číslo 1, že nejvíce kdyby s ním zdravotní personál více komunikoval a edukoval ho o probíhajících výkonech. Je velmi nepříjemné, pokud klient neví, co bude následovat. Opět zde byl zmíněn spěch, klient uvedl, že zdravotní personál příliš pospíchal a tudíž ho nenapadlo klientovi situaci popsat. Klient číslo 2 na tuto otázku také odpověděl, že by byl rád, kdyby s ním zdravotní personál více komunikoval a bylo mu při vyšetření popisováno, jaké výkony jsou mu prováděny. Komunikaci uvedli oba klienti shodně jako nejdůležitější součást ošetrovatelské péče. Další oblast výzkumu byla zaměřena na hygienickou péči o klienta. Klient číslo 1 na otázku, jak probíhala hygienická péče, odpověděl, že nemá dobrou zkušenost. Po operaci si nemohl dojít do koupelny sám, byl pouze doprovázen k umyvadlu. Byl zde ponechán a musel si nějak poradit bez pomoci, jelikož zdravotní personál neměl čas. Nedostatečnou péči v této oblasti příkládá nedostatku personálu na oddělení. Klient číslo 2 na tutéž otázku odpověděl, že se ho personál vždycky zeptal, zda zvládne hygienu sám, při pozitivní reakci mu ale nebyla dostatečně popsána koupelna. Z odpovědí vyplynulo, že zdravotní personál poskytoval klientům v oblasti hygieny nedostatečnou péči. Další zkoumanou oblastí, v ošetrovatelské péči o klienty se zrakovým handicapem, je podávání stravy a léků. Klient číslo 1. popsal velmi nepříjemnou událost. Při jedné z hospitalizací mu personál položil na klín ták s jídlem a on nevěděl, co si s ním má počít, nejen že mu ošetroující personál nepomohl, ale ještě se na něj zlobil. Naštěstí takovou negativní zkušenost uvedl jen jednu. K podávání léků se klient vyjádřil, že pravidlem na odděleních bylo, že mu léky daly v lahvičce na stolek. Klient číslo 2 uvedl, pokud se týká stravování, nikdy mu nebylo popsáno, co je k jídlu, tudíž ani rozmístění na talíři. Podávání léků, popsal stejně jako klient číslo 1, byly mu bez upozornění pokládány na stolek. Vojtíšková (2012) uvádí, že dle průzkumu mezi zdravotnickými pracovníky,

většina ví, jak postupovat při podávání léků a stravy zrakově handicapovaným klientům. Z tohoto průzkumu naopak vyplynulo, že zdravotnický personál neví jak správně postupovat při podávání léků a stravy zrakově handicapovaným klientům. Klient číslo 1 i číslo 2 si s sebou k hospitalizaci neberou kromě bílé hole žádné kompenzační pomůcky. Z důvodu, že tyto pomůcky jsou nákladné a bojí se odcizení. Klient č. 1 má vodícího psa, který ho doprovází na vyšetření do různých zdravotnických zařízení. Klient nikdy neměl problém s přístupem psa do zdravotnického zařízení, ale uvedl, že když přijde se psem, všichni zdravotníci se kolem seběhnou, mluví na psa a hladí ho. Dle jeho slov, pokud by se tak stalo někde venku, vyhnal by je, ale ke zdravotníkům si to nedovolí. Zde je opět odhalena neznalost zdravotnického personálu v přístupu ke klientovi se zrakovým handicapem, neboť tímto chováním ruší vodícího psa při práci. Otázka, zda zdravotní personál zná správné průvodcovské techniky, nebyla vyslovena, jelikož klienti o této problematice hovořili, při jiných tématech. Klient číslo 1 uvedl, že někde ho odvedly správně, ale někde dosud neví, jak správně vodit. Na některých ambulancích ho vyloženě dostrkaly na místo, kam potřebovaly, nebo ho silou „narvaly“ do židle. Klient zde opět zmínil časový faktor, myslí si, že někteří zdravotničtí pracovníci neznají správnou techniku vodění, jiní pospíchají. O průvodcovství, klient číslo 2 uvedl, že ho většinou někdo doprovází, proto neví, zda zdravotnický personál ovládá správnou techniku vodění. Z lázní má negativní zkušenost, zde mu pomoc většinou nabídnuta vůbec nebyla. V místnostech, kde probíhaly procedury, zdravotní personál techniku vodění neznal, neznal ani zásady komunikace.

Na otázku, zda by klientům pomohlo při hospitalizaci lepší technické zařízení. Klient číslo 1 odpověděl, že technika se může nahradit nebo obejít, ale lidský přístup je velmi důležitý a člověk, který ho ošetřuje, musí mít přirozené cítění. Klient číslo 2 na stejnou otázku odpověděl, že by uvítal, kdyby byly na budovách rozmístěny akustické majáčky, zároveň však uvedl, že neví, zda někde jsou, protože to nikdy nevyzkoušel. Klient číslo 1 také neví, zda je tímto zařízením nějaké zdravotnické zařízení vybaveno, také to nevyzkoušel. Klient číslo 1 hodnotil kladně využití kontrastů v čekárně očního oddělení, kde barevně vymalovali zdi. Převládají zdravotnická zařízení, ambulance i nemocnice, kde mají většinou zdi bílé, a klientovi vše splývá v jeden celek. Klient č. 1 i klient č. 2, by uvítali ozvučení tlačítek výtahu, klient č. 1 neumí číst Braillovo písmo, proto mu toto značení nestačí, tlačítka odpočítává, v některých budovách mají čísla pater vyznačena tučně

velkými písmeny vedle tlačítek, což mu vyhovuje. Oba klienti se shodují, že jim při návštěvě zdravotnického zařízení, spíše než technické zařízení pomáhali lidé.

Poslední výzkumná otázka byla: Jaká specifická opatření klientům při pobytu ve zdravotnickém zařízení nejvíce chybí?“

K této výzkumné otázce se nejvíce vztahovaly odpovědi na otázku: „*Co by Vám nejvíce pomohlo při pobytu ve zdravotnickém zařízení?*“ Klient číslo 1 odpověděl, že je to moc složitá otázka, ale nejvíc by mu pomohlo a zároveň nejvíc chybí, kdyby s ním zdravotní personál více komunikoval. Chtěl by, aby mu uměl popsat, co právě podstupuje, kam půjde. Otázka komunikace byla pro něj nejdůležitější. Klient číslo 2 odpověděl také, že by chtěl, aby s ním zdravotní personál více komunikoval. Z výzkumu vyplývá, že klienti příliš nepotřebují moderní vybavení. Spíše než technické vybavení upřednostňují lidský přístup a kvalitní ošetrovatelskou péči. Základní zásady v této péči považují komunikaci. Ke stejnému závěru dospěla ve svém výzkumu Vojtíšková (2012). Ve své práci uvedla, že sestry by se neměly bát se zrakově postiženými komunikovat a že zdravotnický personál v nemocnicích není dostatečně vyškolený v přístupu ke zrakově postiženým klientům. Přestože je k dispozici množství knih a brožur, které se věnují přístupu ke zrakově handicapovaným klientům, je zřejmé, že na odděleních tento materiál nejspíš není využíván. Některé nemocnice mají vytvořeny desatera pro kontakt se zrakově postiženým klientem, ale dle výsledků šetření zdravotnický personál zásady těchto desater příliš nezná. Jeden z důvodů této neznalosti může být, že se zdravotní personál se zrakově handicapovaným klientem setkává zřídka. Jiným důvodem může být přílišná obsáhlost informačních materiálů, nebo tyto informace nejsou k dispozici přímo na pracovišti. Na pracovišti by stačilo mít k dispozici pouze několik základních rad, aby si zdravotní personál mohl při setkání s tímto klientem zásady správné péče v krátkosti připomenout. Příklad desatera pro komunikaci se zrakově handicapovaným klientem je uveden v příloze č. 4.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou zrakově handicapovaných klientů, v souvislosti s jejich specifickými potřebami a opatřeními ve zdravotnických zařízeních. Pro kvalitativní výzkum byli vybráni dva klienti se zrakovým handicapem, kterým byla diagnostikována praktická slepota. Klienti byli různého věku, pohlaví a oba měli bohaté zkušenosti s návštěvou, nebo pobytem ve zdravotnických zařízeních. Výzkum byl veden formou polostrukturovaného rozhovoru. Na počátku byl stanoven jeden hlavní a tři dílčí cíle. Pro zjištění hlavního cíle, bylo k rozhovoru s klienty připraveno 21 otázek.

Teoretická část se zabývala nejčastějšími příčinami zrakového postižení, klasifikací zrakového postižení. Byl zde popsán rozdíl mezi osobou slabozrakou a nevidomou. V další kapitole byly zmíněny organizace, které se zabývají problematikou zrakově postižených osob, kompenzační pomůcky, které zrakově handicapovaní využívají a prostorová orientace nevidomých a slabozrakých osob. Důležitá je kapitola, která pojednává o zrakově handicapovaném klientovi ve zdravotnickém zařízení. Bylo zde uvedeno, jaké znalosti by měl mít zdravotnický personál k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o zrakově handicapované klienty. Praktická část byla věnována rozhovorům s klienty. S těchto rozhovorů byl pořízen audiozáznam, s kterým oba klienti souhlasili. Následně byly rozhovory písemně zaznamenány a zpracovány. Na konci každého rozhovoru je uveden souhrn, nejdůležitějších údajů, které klienti uvedli. V diskusi byly jednotlivé výzkumné otázky zhodnoceny.

Z výzkumného šetření zaměřeného na specifická opatření v péči o klienty se zrakovým handicapem ve zdravotnických zařízeních je zřejmé, že téma je pro zdravotnickou praxi důležité. Spokojenost v oblasti uspokojování životních potřeb klientů se zrakovou vadou ve zdravotnických zařízeních závisí na správném přístupu a profesionalitě zdravotnického personálu. Je důležité, aby lidé, kteří s takto postiženými klienty pracují, měli správné znalosti o zásadách správné komunikace, průvodcovství a ošetrovatelské péče. Z výzkumného šetření vyplývá, že mezi časté chyby v ošetrovatelské péči o klienta se zrakovým handicapem patří nevhodné způsoby vedení. Nejčastěji sunutí klienta před sebou, nebo, vláčení“ za sebou. Chyby se dopouští zdravotní personál i v komunikaci a to zejména, pokud mluví příliš nahlas, nepředstaví se, neoslovuje klienta jménem, nepopisuje probíhající situaci, Největší chybou v komunikaci je nekomunikovat. Zrakově handicapovaní klienti jsou různí, mají různé potřeby. Je nesmírně důležité se

klienta vždy zeptat, zda a jakou pomoc potřebuje. Klienti shodně uvedli, že postrádali popis situace, pokud s nimi bylo manipulováno. Situace, kdy jim byl aplikován lék, nebo byli vyšetřováni bez jakékoliv komunikace, byla pro ně velmi nepříjemná a stresující. V oblasti podávání stravy, klienti postrádali pomoc ze strany ošetrovatelského personálu a popis předkládaného jídla. Rovněž podávání léků nebylo dle klientů v pořádku, zde rovněž chyběla komunikace personálu. Technické vybavení ve zdravotnických zařízeních klientům příliš nechybí, jelikož dle nich se tyto věci dají nahradit. Co je ovšem důležité, je lidský faktor, tedy přístup zdravotnického personálu, ochota, trpělivost, lidský přístup a edukovanost, což se nedá ničím nahradit. Výstupem této práce je jednoduchá brožura se základními informacemi pro zdravotní personál. Informace se týkají ošetrovatelské péče, komunikace a základních pravidel průvodcovství. Brožura není obsáhlá, jejím účelem je poskytnutí informací o základních zásadách ošetrovatelské péče o zrakově handicapovaného klienta. Nejedná se o odbornou publikaci, ale spíše je nabízen praktický průvodce, který může pomoci zdravotnickému personálu, rychle se v problematice zrakově handicapovaného klienta zorientovat.

LITERATURA A PRAMENY

1. DUDR, Viktor a Petr LNĚNIČKA. *Metodické poznámky k vytváření podmínek pro samostatný a bezpečný pohyb nevidomých a slabozrakých lidí*. 2. vydání. Praha: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 1999. 77s. ISBN 80-902-253-5.
2. ČERVENKA, Pavel. *Mapa a orientační plány pro zrakově postižené*. 1. vydání. Praha: Aula, 1999. 67s. ISBN 80-9026-674-6.
3. FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2011, 119s. ISBN 978-80-244-2742-3.
4. GORDON, Marjory. *The NANDA Taxonomy II*. In Nico, O. *Acendio 2002 Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Viena*. 1. vydání. Bern: Verlag Hans Huber, 2002.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. 407s. ISBN 978-80-262-0219-6.
6. HYCL, Josef. *Oftalmologie, minimum pro praxi*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. 152 s. ISBN 80-7254-827-1.
7. KAVALÍROVÁ, Kateřina. *Nevidomý ve Vaší firmě*. 1. vydání. Praha: Okamžik, 2012. 52s. ISBN 978-80-86932-29-3.
8. KEBLOVÁ, Alena. *Čich a Chuť u zrakově postižených*. 1. vydání. Praha: Septima, 1999/a. 32s. ISBN 80-7216-081-8.
9. KEBLOVÁ, Alena. *Hmat u zrakově postižených*. 1. vydání. Praha: Septima, 1999/b. 40s. ISBN 80-7216-085-0.
10. KEBLOVÁ, Alena. *Sluchové vnímání u zrakově postižených*. 1. vydání. Praha: Septima, 1999/c. 32s. ISBN 80-7216-080-X.
11. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. vydání. Brno: Paido-edice pedagogické literatury, 2000. 70s. ISBN 80-85931-84-2.
12. KUCHYNKA, Pavel et. al. *Oční lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 768s. ISBN 978-80-247-1163-8.

13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 124s. ISBN 978-80-244-1877-3.
14. MACHÁČEK, Pavel a Vlasta GRILLOVÁ. *Úpravy interiéru pro slabozraké a nevidomé*. Tyfloservis, o. p. s. 2009.
15. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské dianózy v Nanda doménách*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3
16. MICHÁLEK, Miroslav; VOJTÍŠEK, Petr a VONDRÁČKOVÁ, Jana. *Váš nevidomý pacient*. 1. vydání. Praha: Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010. 59s. ISBN 978-80-86932-26-2.
17. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. 512s. ISBN 978-80-7367-859.
18. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.
19. PIELASCH, Helmut a kol. *Mobilität- Mittel zur Selbständigkeit und Integration des Blinden*. Leipzig: Deutsche Zentralbucherei für Blinde, 1976.
20. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované vydání. Brno: Paido, 2010. 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
21. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288s. ISBN 978-80-247-3558-0.
22. ROZSÍVAL, Pavel et. al. *Oční lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 373s. ISBN 80-7262-404-0.
23. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace*. 1. Vydání. Praha: Galén, 2009, 135s. ISBN 978-80-726-2599-4.
24. VOJTÍŠKOVÁ, Aneta. *Ošetřovatelská problematika pacientů s poruchou zraku*. Bakalářská práce, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, 2012.
25. WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 1. vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 168s. ISBN 80-239-6775-4.

26. NÁRODNÍ RADA ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH ČR. *Desatero pro komunikaci se zrakově postiženým.* [online]. Publikováno: 2010. [cit.25.2.2016]. Dostupné z www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.htm

27. ČÁKIOVÁ, Julie. *Klasifikace zrakového postižení.* [online]. Publikováno: 28. 3. 2014. [cit.25.2.2016]. Dostupné z <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

28. WHO. *Klasifikace zrakového postižení* [on line]. Publikováno: 2015. [cit.8.10.2015]. Dostupné z <http://www.who.int/pbd/pbl/img/icd10.gif>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1. Otázky k rozhovoru
- Příloha 2. Informovaný souhlas
- Příloha 3. Klasifikace zrakového postižení dle WHO
- Příloha 4. Desatero pro komunikaci se zrakově postiženým
- Příloha 5. Informační brožura Náš zrakově handicapovaný klient.

PŘÍLOHA Č. 1 - OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Byl jste někdy hospitalizován?
2. Můžete popsat, co vidíte, když přijdete do neznámého interiéru?
3. Setkal jste se někdy, že by ve zdravotnickém zařízení pracovaly s kontrasty orientační pruhy, barevné zdi, cedule)?
4. Co Vám nejvíce pomáhá, pokud se ocitnete v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?
5. Myslíte si, že je péče lepší v modernějším, lépe vybaveném zdravotnickém zařízení?
6. Myslíte si, že k Vám má zdravotnický personál jiný přístup kvůli Vašemu postižení?
7. Věděl zdravotní personál na všech odděleních, jak k Vám má přistupovat z hlediska Vašeho postižení?
8. Znal zdravotní personál zásady správného provázení?
9. Doprovází Vás pes do zdravotnického zařízení?
10. Měl jste někdy problém s přístupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?
11. Popsal Vám někdo při příchodu na oddělení Váš pokoj?
12. Provedl Vás někdo po oddělení a ukázal důležitá místa, jako inspekční pokoj, sociální zařízení apod.?
13. Nabídli Vám při příjmu na oddělení pokoj, či lůžko, které Vám bude nejlépe vyhovovat?
14. Jak probíhá při hospitalizaci podávání léků?
15. Jak probíhá při hospitalizaci podávání stravy?
16. Jak probíhá při hospitalizaci hygienická péče?

17. Pomáhá Vám při návštěvě zdravotního zařízení technika?
18. Máte možnost brát si sebou do zdravotnického zařízení kompenzační pomůcky, které potřebujete?
19. Využil jste někdy možnosti při plánovaném pobytu ve zdravotnickém zařízení projít si prostředí s průvodcem?
20. Jakou formou Vám byly předány informace v tištěné podobě? Jedná se o různé informované souhlasy, pokyny k léčbě apod.
21. Co by Vám při návštěvě zdravotnického zařízení nejvíce pomohlo?

PŘÍLOHA Č. 2 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

Specifická opatření pro klienty se zrakovým postižením ve zdravotnických zařízeních

Student: Michaela Marešová

Vedoucí BP. Mgr.. Irena Macháčková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

e-mail: irena.m@seznam.cz

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail mich.maresova@seznam.cz

Cílem studie je zjistit jaké mají klienti se zrakovým postižením zkušenosti s pobytem ve zdravotnických zařízeních

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být

použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude

rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky,

pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo

studie.

Souhlas s výzkumem

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru

budou použity anonymně.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

PŘÍLOHA Č. 3 - KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ DLE WHO

Položka	Druh zdravotního postižení
1.	Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	Silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	Těžce slabý zrak a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	Praktická nevidomost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	Úplná nevidomost ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Zdroj: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>.

PŘÍLOHA Č. 4 - DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.

2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.

3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.

1. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
2. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
3. Dveře do místností by měly zůstatvat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
4. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
5. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
6. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
7. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR 2006

Zdroj: www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html

PŘÍLOHA Č. 5 - INFORMAČNÍ BROŽURA

NÁŠ ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝ KLIENT

PRAKTICKÝ PRŮVODCE



Každý z nás se může někdy v životě setkat s osobou se zrakovým handicapem a to nejen pracovně, ale i v běžném životě. Tato brožurka je věnována všem zdravotnickým pracovníkům, kteří chtějí pomoci, ale neví jak. Tento malý průvodce si nečiní nárok na úplnost, jen chce ukázat, jak užitečně a především lidsky nabídnout pomoc těm, kteří to potřebují. Dobrá vůle znamená mnoho, ale neřeší vše. Správná informovanost o skutečných potřebách zrakově postižených osob, je podmínkou takové pomoci, která nesnižuje lidskou důstojnost zrakově postižené osoby. Pokud tento malý rádce přispěje k efektivněji poskytované pomoci, tedy laskavé a kompetentní, splnil svou funkci.

Jak komunikovat se zrakově handicapovaným klientem

- Zrakově postiženého klienta při rozhovoru oslovte, aby věděl, že mluvíte k němu
- Používejte jednoznačné pojmy
- Vyhýbejte se neurčitým pojmům, např.: „je to tam vzadu“
- Nejsou žádná tabuizovaná slova, např. vidět, dívat se
- Vždy mluvte na klienta, nikoli na jeho doprovod
- Vždy se představte
- Pokud odcházíte a ukončujete rozhovor, klientovi to oznamte
- Pokud klientovi něco podáváte, oznamte mu to.

Zrakově handicapovaný klient a telefonický hovor

- Mluvte jasně, pomalu
- Mějte trpělivost
- Dejte klientovi čas, aby si mohl, pokud chce, zaznamenat informace, které mu podáváte
- Buďte při hovoru konkrétní
- Objednejte klienta na určitý čas

Zrakově handicapovaný klient v čekárně

- Dodržujte čas objednání
- Dejte klientovi najevo, že o něm víte
- Oslovujte klienta jménem



Zrakově handicapovaný klient v ordinaci lékaře

- Zeptejte se klienta, zda potřebuje pomoc
- Doprovod'te klienta k židli, eventuálně k vyšetřovacímu lůžku, nabídněte klientovi, aby se přidržel Vaší paže jako při doprovázení. Položte svou ruku na opěradlo židle, vyzvěte klienta, aby sjel rukou k opěradlu
- Pokud je v ordinaci více osob, všechny klientovi představte, aby věděl, kdo vše je v ordinaci přítomen
- Hovořte s klientem jako s každým jiným pacientem, nekřičte, špatně vidí, ale slyší dobře
- Vždy předem popište všechny úkony, které budete klientovi provádět, na vše ho předem upozorněte, po ukončení vyšetření mu oznamte, že skončilo
- Ověřte si otázkou, zda je klient připraven k úkonu (aplikace injekce, aj.)
- Umožněte klientovi vstup do ordinace s vodícím psem
- Přečtete klientovi informace, které jsou v tištěné formě
- Umožněte klientovi nahrát si informace na záznamník

Zrakově handicapovaný klient a pobyt v lůžkovém zařízení

- Základem dobré péče je dobrá komunikace
- Nebojte se klienta zeptat, co potřebuje
- Projděte s klientem oddělení, upozorněte na důležitá místa jako je inspekční pokoj sester, koupelna, WC, jídelna
- Popište klientovi jeho pokoj, při popisu buďte konkrétní, neříkejte „stolek je tamhle“, ale „po Vaší pravé straně je stolek“, popisujte od velkých věcí k detailům
- Dejte klientovi dostatek času na uložení věcí
- Léky vždy podávejte klientovi přímo, nikoliv na stolek, upozorněte klienta, pokud se medikace změnila, nebo dostává jiný typ léku
- Stravování – klienta vždy upozorněte, které jídlo je jeho, opět konkrétně, pokud je v pokoji více klientů, dovedte ho k jeho židli. Zeptejte se, zda nepotřebuje pomoc jídlo nakrájet. Informujte klienta, co je k jídlu a popište mu polohu jídla na talíři dle ciferníku hodin.



Pobyt v lůžkovém zařízení

- Klientovi zásadně nikdy nepřerovnávejte věci, přesně ví, kam si co uložil
- Umožněte klientovi nahrát si informace na záznamník
- Zeptejte se klienta, zda mu nevadí ostré světlo, pokud ano, neumíst'ujte ho na lůžko u okna
- Pokud není sociální zařízení na pokoji, umístěte klienta na pokoj blízko koupelny, WC a inspekční místnosti sester
- Hygiena – domluvte se s klientem, zda hygienickou péči vykoná sám, popište typ baterie, umístění sprchy, hygienické potřeby připravte na dosah
 - WC – popište typ splachovacího zařízení
- Dokumenty v tištěné formě klientovi přečtete, popřípadě poproste doprovod pacienta, aby mu je přečetl, pokud máte možnost, předejte mu informace v elektronické podobě
- Usnadněte klientovi orientaci na pokoji, pokud lze, poskytněte zrakově handicapovanému barevně odlišné povlečení. Pokud je více lůžek v pokoji, uložte klienta na lůžko, které je nejlépe přístupné



Jak správně doprovázet zrakově handicapovaného klienta

- Oslovte klienta a zeptejte se, zda potřebuje pomoc
- Nabídněte pokrčenou paži zrakově postiženému klientovi, aby se mohl přidržet vašeho lokte, nebo zavěsit do rámě
- Jděte vždy o krok před klientem
- Před schodištěm nebo překážkou na cestě zastavte a popište situaci
- Na schody, obrubníky a jiné překážky jděte kolmo

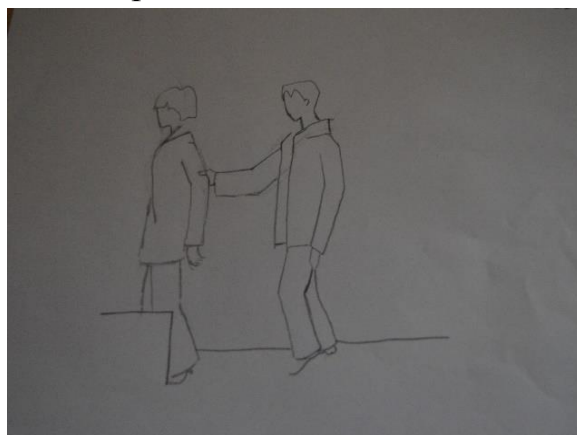
Chůze s průvodcem



Chůze zúženým prostorem



Chůze po schodech



Neplatí

Nevidomí lidé mají zvláštní schopnosti - hudební sluch, nadání poznat z hlasu povahu člověka, zvláštní smysl pro vnímání překážek, mají výborný hmat

Při rozhovoru s nevidomým není vhodné dívat se mu do očí, vhodnější je mluvit nahlas směrem k jeho uchu

Nevidomí nesledují televizi, nemají obrazy, ani fotografie

Při seznámení s nevidomým je vhodné nechat si od něj ohmatat obličej, aby si nás dokázal představit

Ztráta zraku sebou nese celoživotní a úplnou závislost na ostatních

Ve společnosti nevidomého by se nemělo mluvit o barvách a vyhýbat se slovu vidět

Nevidomí vidí jen tmou

Platí

Slepota nezaručuje žádné zvláštní schopnosti, je ovšem podnětem ke cvičení různých dovedností. Nevidomí smysly jako je hmat a sluch procvičují, což může budít dojem zvláštního nadání

Je slušností, pokud mluvíte s nevidomým dívat se mu do očí, podle toho odkud hlas přichází, pozná, zda se na něj díváte

Mnozí nevidomí sledují televizi, někteří mají fotografie své rodiny, třeba aby je mohli někomu ukázat

Ohmatání obličeje při seznámení, neumožní nevidomému představit si obličej, zejména pokud je nevidomý od narození

Bez zraku lze prát, žehlit, psát, číst i chodit samostatně na různá místa

Hovor o barvách může nevidomému přinést vítané informace

Někteří nevidomí vnímají silné zdroje osvětlení, jiní říkají, že vidí mlhu nebo vnímají různé světelné záblesky

Zdroje:

MICHÁLEK, Miroslav, VOJTÍŠEK Petra VONDRÁČKOVÁ, Jana. *Váš nevidomý pacient* š, 1 vydání. Praha: Okamžik, 2010, 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.

WIENER, Pavel. *Prostorová orientace Zrakově postižených*, 1. vydání. Praha: Institut rehabilitace z P UK FHS, 2006. 168 s. ISBN 80-239-6775-4.

Ilustrovala Miroslava Martincová ml.