

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Tereza Mlčáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Tereza Mlčáková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VŠEOBECNÁ SESTRA JAKO EDUKÁTOR
NEVIDOMÉHO A JEHO RODINY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šanderová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

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

V Plzni dne 29. 3. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Šanderové za cenné profesionální rady, připomínky a metodické vedení práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi umožnili provést výzkumné šetření. Děkuji celé své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Mlčáková Tereza

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Všeobecná sestra jako edukátor nevidomého a jeho rodiny

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šanderová

Počet stran – číslované: 74

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 39

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: edukace, edukátor, klient, nevidomost, rodina, všeobecná sestra

Souhrn:

V teoretické části bakalářské práce jsem popsala anatomii oka, zrakové funkce, objasnila termín oftalmopedie, klasifikaci podle stupně zrakového postižení a seznámila s problematikou rodiny s nevidomým členem. V závěru teoretické části jsem věnovala pozornost pojmu edukace, komunikačním a průvodcovským zásadám, úpravám prostředí ve zdravotnickém zařízení a nastiňuji rozsáhlou síť organizací pro zrakově postižené klienty. Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí dotazníků. Dotazníky byly vytvořeny pro všeobecné sestry a pro nevidomé klienty, kteří již mají zkušenost se zdravotnickým zařízením. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry edukují nevidomé klienty a zda jejich odpovědi potvrdí výsledky výzkumného šetření ze strany nevidomých klientů. Druhým cílem bylo zjistit jakou konkrétní osobu či zdroj informací považují nevidomí klienti za hlavního edukátora.

Annotation

Surname and name: MIčáková Tereza

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: General nurse as educationer a blind person and his family

Consultant: Mgr. Jana Šanderová

Number of pages – numbered: 74

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 39

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 32

Keywords: education, educationer, client, blindness, family, general nurses

Summary:

In the theoretical part of the Bachelor thesis I described the anatomy of the eye, visual functions, clarify the term visual impairment, classification according to the degree of visual impairment, and met with the issue of families with a member of the blind. In conclusion, the theoretical part, I dedicated attention to the concept of education, communication and guide principles, modify the environment in medical equipment and I outlined a large network of organizations for the visually impaired clients. For the practical part of the Bachelor thesis I chose quantitative research using questionnaires. The questionnaires have been created for general nurses and for the blind clients who already have experience with the medical device. The first target of Bachelor thesis was to determine whether the General nurses educate blind clients and whether their answers shall confirm the results of the research investigation on the part of the blind clients. The second target was to find out what a specific person or a source of information be construed as blind clients for the main educationer.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ANATOMIE ZRAKOVÉHO ÚSTROJÍ	13
1.1 Oční koule, bulbus oculi	13
1.2 Přídatné orgány oka, organa oculi accessoria.....	15
1.3 Cévy a nervy oka	15
2 ZRAKOVÉ FUNKCE	17
2.1 Zraková ostrost	17
2.2 Zorné pole	17
2.3 Barvocit.....	18
2.4 Adaptace	18
2.5 Akomodace	18
2.6 Binokulární vidění, okohybná aktivita.....	19
3 OFTALMOPEDIE.....	20
3.1 Definice a cíl oftalmopedie.....	20
4 KLASIFIKACE DLE STUPNĚ ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ	21
4.1 Osoby nevidomé	21
4.1.1 Vady vrozené.....	22
4.1.2 Vady získané.....	23
4.2 Osoby se zbytky zraku	24
4.3 Osoby slabozraké.....	25
4.4 Osoby s poruchami binokulárního vidění.....	26
5 RODINA S NEVIDOMÝM ČLENEM.....	27
5.1 Fáze přijímání faktu o zrakově postiženém dítěti	28
5.2 Styly rodinné výchovy zrakově postiženého dítěte	28
6 VŠEOBECNÁ SESTRA – EDUKÁTOR NEVIDOMÉHO KLIENTA A RODINY....	29
6.1 Edukace.....	29
6.2 Dělení edukace.....	30
6.3 Edukační proces	30
6.4 Tyfloedukace	30
6.5 Úprava prostředí a soběstačnost klienta ve zdravotnickém zařízení	31
6.6 Edukace klienta v komunikaci a průvodcovství ve zdravotnickém zařízení	32
6.7 Edukace rodiny nevidomého člena o zásadách komunikace a průvodcovství	34
6.8 Organizace pro zrakově postižené	34
6.8.1 Střediska rané péče	34

6.8.2	Speciálně pedagogická centra.....	36
6.8.3	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
7	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	39
7.1	Formulace problému	39
7.2	Cíl a úkol průzkumu	39
7.2.1	Pro VŠS bylo stanoveno 5 hypotéz:	39
7.2.2	Pro nevidomé osoby byly stanoveny 4 hypotézy:	40
7.3	Vzorek respondentů	40
7.4	Metody výzkumu	40
7.5	Zpracování údajů	41
8	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	42
8.1	Vyhodnocení dotazníků všeobecných sester	42
8.1.1	Obecné otázky	42
8.1.2	Hypotéza H1	46
8.1.3	Hypotéza H2	50
8.1.4	Hypotéza H3	53
8.1.5	Hypotéza H4	56
8.1.6	Hypotéza H5	58
8.2	Vyhodnocení dotazníků nevidomých respondentů.....	60
8.2.1	Obecné otázky	60
8.2.2	Hypotéza H1	64
8.2.3	Hypotéza H2	67
8.2.4	Hypotéza H3	70
8.2.5	Hypotéza H4	71
8.2.6	Ostatní vyjádření nevidomých respondentů	75
9	DISKUZE	76
9.1	Diskuze vztahující se k výsledkům dotazníků všeobecných sester	76
9.2	Diskuze vztahující se k výsledkům dotazníků nevidomých respondentů.....	79
	ZÁVĚR.....	83
	LITERATURA A PRAMENY.....	85
	SEZNAM ZKRATEK	88
	SEZNAM TABULEK	89
	SEZNAM GRAFŮ	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91
	PŘÍLOHA 1 – KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ PODLE WHO.....	92
	PŘÍLOHA 2 – REKVALIFIKAČNÍ KURZY, DĚDINA O. P. S.....	93

PŘÍLOHA 3 – DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY	94
PŘÍLOHA 4 – DOTAZNÍK PRO NEVIDOMÉ OSOBY	98
PŘÍLOHA 5 – INFORMAČNÍ MATERIÁL PRO ODBORNOU I LAICKOU VEŘEJNOST.....	103
PŘÍLOHA 6 – DOTAZNÍK PRO NEVIDOMÉ OSOBY V BRAILLOVĚ PÍSMU.....	113

ÚVOD

Nevidomost je sice nejtěžší stupeň zrakového postižení, ale i s touto vadou se dá plnohodnotně žít, což laická veřejnost neví. Myslím si, že většina vidících osob při osobním kontaktu s nevidomým člověkem, by ráda pomohla, ale neví jak. A tak se mu raději vyhne nebo použije nevhodný způsob komunikace a průvodcovství. Všeobecná sestra by však měla znát alespoň základní ošetrovatelskou péči o nevidomé klienty.

K volbě tématu mě dovedla má osobní zkušenost s hospitalizovanou nevidomou klientkou ve zdravotnickém zařízení. Netečné, nevhodné a odmítavé jednání zdravotnického personálu, zejména všeobecných sester, ke klientce mě přimělo zvolit si právě toto téma a zaměřit se převážně na přístup zdravotnického personálu a nejen na problematiku speciální pedagogiky.

Dle statistik existuje na světě 1–1,5 % slabozrakých a nevidomých, přičemž toto číslo ve vyspělých státech se pohybuje pod hranicí jednoho procenta. Celkové statistické výsledky zhoršují odhady z rozvojových zemí, kde přístup ke zdravotnickému ošetření, včasné diagnostice a následné terapii očních vad je minimální. Brzká diagnostika přitom může předejít následkům zrakových vad. V České republice dle statistických údajů žije 60 000 osob se zrakovým postižením, z toho je 3 000–4 500 osob zcela nevidomých. V porovnání s celosvětovými údaji je to 0,6 % zrakově postižených a nevidomých a z toho plně nevidomé osoby činí 0,03–0,045 %. Z výše uvedených údajů je patrná dostupnost a úroveň lékařské péče v České republice (1).

Při vypracovávání bakalářské práce jsem se zaměřila především na edukaci nevidomých klientů a jejich rodin ze strany všeobecných sester. Domnívám se, že znalost zdravotnického personálu o komunikačních, průvodcovských zásadách a komplexně specifické ošetrovatelské péči k nevidomým klientům ve zdravotnických zařízeních je velmi důležitá. Vhodný přístup k takto handicapovaným klientům mnohdy umožní lepší spolupráci, komunikaci, vstřícnost a získání důvěry klienta. Tím se lze vyhnout jak nepříjemným situacím ze strany zdravotnického personálu nebo ze strany klienta, ale lze tím i zpříjemnit pobyt nevidomého jedince ve zdravotnickém zařízení.

Praktická část bakalářské práce je vypracována na základě kvantitativního výzkumu pomocí anonymních dotazníků, který jsem vytvořila pro všeobecné sestry a pro nevidomé klienty, kteří již mají zkušenost se zdravotnickým zařízením. Dotazník pro všeobecné

sestry obsahuje 21 otázek a dotazník pro nevidomé zahrnuje 20 otázek. Cílem práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry edukují nevidomé klienty a zda jejich odpovědi korespondují s pocity nevidomých klientů.

Přála bych si, aby tato práce přispěla nejen ke zvýšení informovanosti o zmíněné problematice, ale aby byla také využita při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Tím bych chtěla pomoci všeobecným sestřím a nevidomým vytvořit důvěryhodný vztah, vstřícné prostředí a snížení stresové zátěže, která doprovází každého klienta při hospitalizaci. Nevidomí klienti nepotřebují přehnanou pozornost a péči od zdravotnického personálu ani od společnosti, ale empatický a respektující přístup k důstojnému životu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ZRAKOVÉHO ÚSTROJÍ

Oculus se skládá z oční koule a očního nervu. Pod pojmem organa oculi accessoria jsou zahrnuty struktury oka, které zajišťují mnohé funkce bulbu. Mezi ně patří víčka, spojivka, slzný aparát a okohybné svaly. Zrakový orgán je schopný vnímat nejen světlo a jeho kvality, ale i pohyb, tvar a prostorové rozložení předmětů (2, 3).

1.1 Oční koule, bulbus oculi

Zrakovým orgánem je oční koule, která je uložena v očnici na tukovém polštáři, chránící oko před nárazy na kostěný podklad. Víčka uzavírají vchod do očnice. Stěna oční koule je uspořádána do tří vrstev na zevní, střední a vnitřní. Do vazivové zevní vrstvy řadíme bělimu a rohovku. Do střední vrstvy obsahující cévy řadíme cévnatku, řasnaté tělísko a duhovku. Do vnitřní vrstvy patří sítnice (2).

Bělíma, sclera je bezcévná a proto má bělavou barvu. Je to silná vazivová blána tvořící pevný obal oční koule. Vzadu přechází na n. opticus a navazuje na tvrdou plenu mozkovou. Pro výstup optického nervu je v bělimě otvor. V přední části přechází do rohovky (3).

Rohovka, cornea je bezbarvá, průhledná a bezcévná. Její struktura se skládá z tenkých vazivových vláken těsně k sobě přiložených. Na rozmezí mezi rohovkou a bělimou je mělký žlábek, pod ním je Schlemmův kanálek, kde cirkulárně probíhá žilní splav (2, 3).

Cévnatka, choroidea je velmi tenká a bohatě cévně zásobená vazivová vrstva. Její hlavní funkcí je vyživovat sítnici. Uvnitř cévnatky jsou buňky obsahující hnědý pigment, který zabraňuje rozptylu světelných paprsků uvnitř oculusu. Cévnatka vpředu vyúsťuje v řasnaté těleso (3).

Řasnaté těleso, corpus ciliare je spolu s duhovkou součástí přední části střední vrstvy oční koule. Corpus ciliare je volně zavěšeno mezi bělimou a rohovkou. Obsahuje hladká svalová vlákna, m. ciliaris, na kterých je zavěšena oční čočka. Musculus ciliaris obstarává akomodaci oka. V řasnatém tělesu se tvoří nitrooční tekutina, která vyplňuje oční komory. Vystupuje z něj duhovka (3, 4).

Duhovka, iris, má tvar mezikruží se středovým otvorem nazývaným se zornice, pupilla. Barva duhovky je určena množstvím pigmentu v epitelu. Uvnitř duhovky jsou dva hladké svaly, m.sphincter pupillae a m.dilator pupillae. Při smrštění kruhového svalu se zužuje zornice a tím omezuje vstup světla do dalších oddílů oka. Tato reakce se nazývá miosa. Opačnou reakcí je mydriasa. Nastává při nedostatku světla, při kterém svalové snopce rozšiřují zornici (2, 3).

Sítnice, retina tvoří vnitřní, senzoryckou vrstvu oka a skládá se z mnoha buněčných vrstev. Nejdůležitější vrstvou je neuroepiteliální, světločivná vrstva obsahující tyčinky a čípky. Světločivé elementy sítnice jsou receptory pro vnímání světla, jež k tomu slouží tyčinky a k barevnému vidění, jež jsou určeny čípky. V sítnici začínají vlákna zrakového nervu, která přivádí světelné podněty do mozku. Pars optica je část sítnice, která přiléhá k cévnatce. Část slepá, pars caeca kryje řasnaté těleso a zadní část duhovky. Světločivé elementy zde nejsou přítomny. Přejít mezi optickou a slepou částí sítnice se nazývá ora serrata. Papilla n.optici je místo na zadní stěně sítnice, ze které vystupují a vstupují centrální cévy, a. centralis retinae a v. centralis retinae. Nejsou zde žádné světločivé elementy, a proto je místo nazýváno „slepou skvrnou“ sítnice. Místem nejostřejšího vidění je macula lutea tzv. žlutá skvrna, která je složena převážně z čípků (2, 3).

Čočka, lens crystallina, se nachází mezi zadní komorou a sklivcem. Je průhledná, tuhá, velmi pružná a je zavěšena jemnými vlákny zvané zonula k řasnatému tělesu. Díky m. ciliaris se zonula více či méně napínají a přibližují čočku dopředu. Základní vlastností čočky je možnost měnit vyklenutí a tím i optickou mohutnost tak, aby předměty různě vzdálené od oka se vždy zobrazili na sítnici. Tento jev se nazývá akomodace. Další strukturou tvořící vnitřek bulbu je sklivec, corpus vitreum. Skládá se z průhledné, čiré, bezbuněčné rosolovité hmoty vyplňující prostor uvnitř bulbu (2).

Oční komory, camerae bulbi jsou nitrooční štěrbinové prostory vyplněné komorovým mokem produkovaný řasnatým tělesem. Mok se vstřebává do Schlemmova kanálku ve sklěře. Prostory se dělí na přední komoru oční, tj. mezi duhovkou a rohovkou, a na zadní komoru oční, což je prostor mezi duhovkou a přední plochou čočky. Obě komory komunikují přes zornici (2).

1.2 Přídavné orgány oka, organa oculi accessoria

Okohybné svaly, musculi bulbi zajišťují postavení a pohyb očních bulbů. Na oční kouli se upínají čtyři přímé, mm.recti a dva šikmé, mm. obliqui okohybné svaly, které jsou inervovány mozkovými nervy. Svaly přímé se upínají do skléry před ekvátor oka. Šikmé svaly se upínají do skléry za ekvátor oka. Na spodině orbity je štěrbina zčásti uzavřena hladkým svalem, m.orbitalis ovlivňující polohu bulbu v očnici. Tento sval může způsobit exoftalmus či enoftalmus (2, 5).

Víčka, palpebrae jsou zploštělé útvary ohraničující oční štěrbinu a uzavírající očnici. Podkladem víček jsou vazivové ploténky, na které se upínají snopečky kruhového očního svalu. Horní a dolní víčka se laterálně a mediálně spojují v očním koutku. Řasy chrání oko před prachem a přílišným oslněním jsou zasazeny v okraji víček. Vnější povrch víček je kryt jemnou kůží a k vnitřní straně víček přechází spojivce (3).

Spojivka, conjunctiva je jemná slizniční blanka, která je bohatá na cévní pleteně. Přechází na bulbus, kde vytváří horní a dolní spojivkový vak a upíná se na oční kouli kolem okraje rohovky. Do boční části horního spojivkového vaku vyúsťují slzné žlázy (2).

Slzná žláza, glandula lacrimalis leží při zevním a horním okraji očnice. Žlázy produkují slzy, lacrimae, které vytékají drobnými vývody na spojivku horního víčka a následně jsou pohybem víček roztírány po rohovce a tím udržují vlhkost. Slzy se hromadí v tzv. slzném jezírku ve vnitřním očním koutku. Odtud začínají odvodné slzné kanálky, které se spojují v slzný vak odvádějící slzy vývodem ductus nasolacrimalis do dolní nosní dutiny (2).

1.3 Cévy a nervy oka

Základní tepnou je a. ophtalmica, větev z a. carotis interna, vstupující do očnice kanálkem zrakového nervu. Tam se větví na a. centralis retinae, která vstupuje se zrakovým nervem do bulbu a zásobuje sítnici. Poté se artérie dále větví a zásobují i ostatní vrstvy oční koule, okohybné svaly, slznou žlázu a sklípky kosti čichové. Amaurosis fugax obvykle trvá jen několik sekund či minut z důvodu stenózy karotidy nebo embolie do a. retinae. Amauróza může být i trvalá, po embolii do a. centralis retinae. Žíly oka provázejí podélně většinu tepen. Žilní krev je odváděna jednak v. ophtalmica superior, která vede do sinus cavernosus, a jednak v. ophtalmica inferior jdoucí do plexus pterygoideus (2, 6).

Nervy oka jsou sensitivní vlákna a autonomní visceromotorická vlákna. Nervus opticus je druhým hlavovým nervem, který vstupuje do kosti klínové, kde se kříží. Je součástí zrakové dráhy a díky dalším nervovým spojům umožňuje řízení zornicových reflexů, zaostřování akomodací čočky a rychlé pohyby očních bulbů. Třetím hlavovým nervem je n. oculomotorius zajišťující pohyby oční koule, akomodaci čočky a miosu. Čtvrtý hlavový nerv je n. trochlearis inervující horní šikmý oční sval. Pátý hlavový nerv se nazývá n. trigeminus. Má tři základní větve, jež první a druhá větev senzitivně inervuje spojivku, víčka, očníci což zahrnuje oční koule a slzné žlázy. Šestým hlavovým nervem je n. abducens, který svými vlákny motoricky inervuje zevní přímý sval oční koule (2, 5).

2 ZRAKOVÉ FUNKCE

2.1 Zraková ostrost

Optická soustava oka umožňuje ostré zobrazení předmětů ležících v odlišných vzdálenostech od oka. Skládá se z rohovky, komorového moku, čočky a sklivce. Po propuštění paprsků přes optickou soustavu se na sítnici zobrazí obraz pozorované věci, v místě dopadu světla dojde k podráždění a vytvořený vzruch je zrakovou dráhou přenesen do zrakového centra v mozku. Zraková ostrost neboli visus je nejostřejší v místě žluté skvrny sítnice. Rozlišujeme vidění do dálky a do blízka. Vyšetření vizu se zjišťuje na optotypech existující mnoho typů. Vidění do dálky se vyšetřuje např. nejznámějším Snellenovým optotypem, který je sestaven z číslic nebo písmen. U malých dětí se užívají jednoduché obrázkové optotypy a poté pro větší děti Pflügerovy háky, tj. náhodně otočená písmena „E“. Vidění do blízka se vyšetřuje na speciálních optotypech, např. Jägrov, Purovy aj. Jde o napsaný text různou velikostí od č. 1, tj. největší velikost písmen po č. 14, tj. nejmenší velikost písmen. V současnosti se pro přesnější vyšetření používá tabulka „logMÚR“ s Landoltovými prstenci. Osoby se ztrátou zrakové ostrosti nevidí zřetelně, většinou mívají potíže s rozlišováním detailů než identifikací velkých předmětů (7, 8, 9).

2.2 Zorné pole

Zorným polem míníme vnímání určitého místa v prostoru přímo před sebou včetně širokého prostoru kolem. Čistě orientační vyšetření se provádí za pomoci Amslerovy mřížky, kdy klient sleduje centrální tečku a oznamuje defekty, které vidí na mřížce. Pomocí perimetru se vyšetřuje centrální i periferní zorné pole. Postižení zorného pole přináší změny v omezení prostoru, který člověk vidí. Může či nemusí být tato vada spojena s omezením zrakové ostrosti, obtížemi s diskriminací barev, zhoršujícím viděním za šera a při adaptaci na změnu osvětlení. Výpadek části centrálního zorného pole se nazývá skotom, při kterém není pohyb omezen, ale klient nemůže číst a detailně vnímat. Při výpadku periferie zorného pole vzniká tzv. trubicové vidění, které negativně ovlivňuje orientaci v prostoru ale čtení a detailnímu vnímání nijak nevadí (8, 9, 10).

2.3 Barvocit

Barvocit je schopnost oka rozlišovat barvy. Barevné vidění závisí na čípkách, které jsou obsaženy ve žluté skvrně. Existují tři druhy čípků rozlišující tři druhy barev tj. červenou, zelenou, modrou. Kombinací těchto barev se vytváří různé barevné vjemy. Trichromazie je fyziologický stav barevného vidění. Pokud zcela chybí jedna skupina pigmentu, vada se nazývá dichromazie. Úplná barvoslepost neboli achromazie je dědičná porucha. Klient nerozlišuje barvy, vidí v různých odstínech šedi, od bílé až po černou, v barvách rozlišuje jen jasnost. K vyšetření barvocitu se používají pseudoizochromatické tabulky, které slouží ke screeningovému vyšetření, obsahující body různých barev a jasu. Pro přesnější vyšetření se používají různé typy anomaloskopů (7, 9).

2.4 Adaptace

Adaptace je schopnost oka přizpůsobit se různé světelné intenzitě. Vidění ve dne umožňují čípky, za šera a v noci tyčinky, které jsou umístěny v okrajových částech sítnice. Tyčinky obsahují zrakovou červeň zvanou rodopsin umožňující jejich činnost. Ve tmě se rodopsin obnovuje, přičemž obnova trvá déle než jeho štěpení. To zapříčiňuje při přechodu ze světla do tmy, že nějaký čas nevidíme a při přechodu ze tmy do světla jsme nejprve oslněni. Šeroslepost neboli hemeralopie je neschopnost adaptace. Přístroj vyšetřující adaptaci na světlo a tmu se nazývá adaptometr a zaznamenává časový průběh adaptační křivkou (7, 10).

2.5 Akomodace

Akomodace čočky se snižuje přibližně po čtyřicátém roce života. Paprsky z předmětu, který leží velmi blízko oka, nedokáže sítnice zpracovat, a proto předmět nevidíme ostře. To samé můžeme vyjádřit i naopak. Blízký bod nazýváme nejbližšímu místu ležící oku, jež můžeme při největší akomodaci stále ostře vidět. Naopak daleký bod nazýváme nejvzdálenějšímu místu ležící oku, které můžeme při minimální akomodaci ještě ostře vidět. Emetropie neboli refrakční vady jsou poruchy lomivosti vznikající nepoměrem lomivosti optických prostředí k délce bulbu. Nejčastější refrakční poruchy jsou krátkozrakost neboli myopia a dalekozrakost čili hypermetropie, u nichž je příčina dlouhá či krátká oční osa. Astigmatismus také patří k refrakčním vadám, způsobený nepravidelným zakřivením rohovky. Presbyopie neboli stařecká dalekozrakost je typická degenerace čočky (7, 9).

2.6 Binokulární vidění, okohybná aktivita

Binokulární vidění je výraz pro používání obou očí společně. Není vrozené, začíná se rozvíjet od narození do 7 let věku spolu se sítnicí a žlutou skvrnou. Toto vidění zajišťuje i vidění do hloubky. Postupně v prvním roku života se vyvíjí reflex konvergence, schopnost zaostřování, rozvíjí se mechanismy fúze a následně i stereoskopické vidění. V průběhu dalších šesti let je dosaženo zdokonalení, upevnění a stabilizace binokulárního vidění (8).

Pohyby očí zajišťuje šest okohybných svalů. Při jejich poruchách vzniká např. strabismus, nystagmus aj. Strabismus, šilhavost je porušení rovnovážného postavení očí, při kterém dochází k poruše zrakového vnímání. Mnohdy je šilhající oko oslabeno optickou činností s následnou tupozrakostí téhož oka. Nystagmus jsou rytmické, trhavé mimovolné pohyby očí, jež ale nepatří mezi poruchy koordinace očních svalů. Okulomotorické poruchy začínají při vadné koordinaci pohybu očí. S touto vadou jedinec sleduje předmět nejprve jedním poté druhým okem. Při prohlížení předmětu zblízka se při této poruše může jedno oko stáčet dovnitř, druhé zevně, nebo se obě stácejí dovnitř. Jedinec může mít obtíže v uchopování věcí a přesně mířenými pohyby (7, 11).

3 OFTALMOPEDIE

3.1 Definice a cíl oftalmopedie

Oftalmopedie je speciálně pedagogický obor, který se: „*zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením*“ (8, s. 9).

Mnohdy se v odborné literatuře můžeme setkat také s názvem tyflopedie. Tento obor je úzce spojen i s ostatními vědními disciplínami, jimiž jsou pedagogika, sociologie, psychologie, oftalmologie, neurologie aj. Vzájemná spolupráce ohledně reedukačních a kompenzačních pomůcek je nezbytná s obory jako optika, akustika, elektronika a kybernetika. Jakož i ostatní obory tak i oftalmopedie se taktéž člení do několika hledisek. Základní dělení je podle kritéria věku, tj. tyflopedie raného věku, předškolního věku, školního věku, tyfloandragogika a tyflogerontagogika, podle stupně zrakového postižení (dále jen „ZP“) tj., speciální pedagogika (dále jen „SP“) nevidomých, se zbytky zraku, slabozrakých, s poruchami binokulárního vidění a multihandicapovaných se ZP, dle doby vzniku postižení tj. pedagogika ZP od narození, pedagogika se získaným ZP. Uvedená dělení dle kritérií nejsou konečná, existuje ještě mnoho dalších členění (12).

Cílem oftalmopedie je „*maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením, což znamená nejen dosažení nejvyššího stupně socializace, včetně zajištění adekvátních podmínek pro edukaci, ale i přípravu na povolání, následné pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění.*“ (12, s. 11).

4 KLASIFIKACE DLE STUPNĚ ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ

Osoba se ZP je osoba, která „*po optimální korekci (např. medikamentózní, chirurgické, optické) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zrakem vnímaného v běžném životě.*“ (13, s. 192).

Na základě oftalmologického vyšetření je diagnostikována vada zraku. Hlavním ukazatelem pro diagnostiku je vizus neboli zraková ostrost a stav zorného pole. Aby vyšetření bylo komplexní, oftalmolog by měl vyšetřit další zrakové funkce a přihlídnout i k mnohým faktorům, které jsou velmi důležité. Významným kritériem je etiologie ZP, doba vzniku postižení, reparabilita či ireparabilita postižení a další přidružená postižení zrakově handicapovaného člověka. Určení stupně ZP by mělo také vycházet i ze speciálně-pedagogických a psychologických hledisek (13).

Zrakové vady se mohou dělit podle doby vzniku na vrozené a získané. Dle délky trvání dělíme na krátkodobou (akutní), dlouhodobou (chronickou) a opakující se (recidivující). Dle příčiny vzniku se dělí zrakové vady na orgánové (osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké) a funkční (osoby s poruchami binokulárního vidění). Odborné literatury popisují stupně ZP velmi odlišně, proto v následujícím textu zmíním čtyřstupňovou klasifikaci osob se ZP, kterou používá soudobá SP a klasifikaci dle Světové zdravotnické organizace (dále jen „WHO“), (viz Příloha 1) (12).

4.1 Osoby nevidomé

Štréblová ve své knize uvádí definici nevidomosti dle Flenerové: „*je ve smyslu speciální pedagogiky vada zraku, která se projevuje úplným nevyvinutím, úplnou nebo téměř úplnou nevykonností zrakového analyzátoru a tím nemožností zrakového vnímání.*“ (7, s. 25).

Nevidomí jedinci spadají do nejtěžšího stupně ZP a řadíme sem jedince, kteří mají zrakové vnímání poškozené na stupni nevidomosti. Nevidomost dělíme na praktickou, skutečnou a plnou tj. amaurósa. Tyto stupně nevidomosti se odlišují zejména v zorném poli, zrakové ostrosti, rozlišení světla a tmy apod. Dělíme ji na vrozenou a získanou. Nejčastější příčiny vrozené nevidomosti jsou dědičnost, porušení plodu v době prenatalní, infekční choroby matky v době gravidity, drogové závislosti matky, děti předčasně narozené s nutností oxygenoterapie aj. Získané příčiny jsou způsobeny např. progresí

refrakčních vad, glaukomem, kataraktou, nádorem, intoxikací, úrazem, komplikacemi diabetes, aj. (12, 14).

Z důvodu nemožnosti vizuálního vnímání nevidomí používají ke čtení Braillovo písmo. K jeho psaní je potřebná nejčastěji používaná pomůcka Pichtův stroj. Prostorová orientace a samostatný pohyb je taktéž velmi omezující pro nevidomé. Proto mohou využívat průvodcovské služby, speciální techniky jako je například chůze s bílou holí, ozvučené prostředí, hmatový popis trasy aj. K doprovodu mohou využít i speciálně vycvičené vodící psy. Nesmíme opomenout i kompenzační smysly a pomůcky, které hrají pro nevidomé významnou roli (12).

4.1.1 Vady vrozené

Vágnerová a kolektiv ve své knize uvádí: „*Vrozený defekt mění veškeré podmínky vývoje, mění sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte.*“ (15, s. 65).

Vrozená vada má závažnější vliv na vývoj jedince, ale oproti získané vadě se narozené dítě s handicapem lépe adaptuje. Pro rozvoj osobnosti a vytváření představ o okolním světě je nutné, aby tito jedinci pracovali s nižšími kompenzačními činiteli tj. hmat, sluch, čich a chuť, tak i s vyššími kompenzačními činiteli, což jsou myšlení, paměť, řeč, představivost a obrazotvornost. Tuto formu rozvoje je nutné aplikovat co nejdříve po narození nevidomého dítěte, aby se omezilo vývojové opoždění na minimum. Využitím kompenzačních činitelů je nahrazen zrakový handicap a mohou se vyvíjet zbylé složky osobnosti (14).

Od novorozeneckého období se musí rozvíjet hmat, kdy se nevidomému dítěti za pomoci měkkých a hladkých hraček navozují příjemné vjemy, a to podněcuje ke zvýšení zájmu o poznávání. Pro nevidomé má velký význam v poznávání, prostorové a sociální orientaci i sluchové vnímání. Nevidomí jsou schopni rozpoznat blízké osoby podle hlasu či typu chůze, orientovat se v dopravních situacích apod. Čichem mohou poznat blízké osoby díky specifickým vůním ještě dříve než po hlase. Rovněž tímto smyslem dokážou zjistit místo, na kterém se nachází a popřípadě i vycítit nebezpečí. Chuť je převážně pro gastronomický účel (7, 14).

Paměť u zrakově handicapovaných jedinců je lépe rozvinuta z důvodu neustálé koncentrace při denních aktivitách než u vidících. Vokalizace a řečové projevy plní pro

nevidomé mnohem větší účel než u zdravých jedinců, neboť slouží k získávání představ o prostoru, který se děje např. odrazem hlasu od nábytku a stěn. Představivost u zrakově handicapovaných je velmi složitá, ale jde o postupně se rozvíjející schopnost. Není stavěna na smyslovém poznání, a proto mnohdy má nereálný základ, např. představa o barvách. Pokud nevidomé dítě není schopno dostatečně rozvinout řeč, nezíská úroveň abstraktního myšlení. Můžeme se setkat s pojmem verbalismus nevidomých, který nastane tehdy, kdy jsou použity nesprávné postupy v edukaci a rehabilitaci. Nejčastěji se tak děje u dětí, jež používají velká množství slov a nerozumí jejich významu (9, 15, 16).

Chybějící zrakové podněty mají za následek opožděný psychomotorický rozvoj dítěte. Vlivem toho není dítě motivováno k vyhledávání informací a tím nemá potřebu pohybu. U dětí, kterým nebyla poskytována péče motorických dovedností, se projevuje opoždění v celkovém vývoji. Jsou hypotonické se špatnou koordinací, chodí nejistě apod. U handicapovaných se můžeme setkat s vlastnostmi jako egocentrismus, tj. upozorňování na sebe, přecitlivělost a vztahovačnost. Další vlastností je negativismus projevující se závislostí a nesamostatností, potřeba sebe-prosazování jako kompenzace vady a vytyčení schopností v jiných oblastech či naopak introverzním chováním, méněcenností či sebepřeceňováním, agresivitou, nedůvěrou apod. (8, 15).

Okolo pátého roku života si dítě začne uvědomovat odlišnost od ostatních lidí. V tomto období je potřeba k jedinci přistupovat taktně, neboť si začíná utvářet akceptaci vlastního handicapu a sebeúctu. Nástup do mateřské školy a absolvování základní školní docházky je významné v navazování kontaktů, odpoutání od rodiny, prosazení sebe sama, rozvíjení sebehodnocení, získávání dovedností a pro rozvoj osobnosti. V tomto věkovém rozmezí je žádoucí se obrátit na odborná raná a poté speciálně pedagogická centra (dále jen „SPC“). Dalším velmi citlivým obdobím je pubescence a adolescence. Dochází při něm k hledání vlastní identity, pocitu osamostatnění od rodiny, obtížnějšímu uspokojení potřeb v seberealizaci což může být spjato s hledáním partnera, omezeném výběru vzdělání, zaměstnání, aj. (9, 12).

4.1.2 Vady získané

Štréblova ve své knize uvádí definici osleposti dle Flenerové: „*ve smyslu speciální pedagogiky vada zraku, která se projevuje ztrátou činnosti zrakového analyzátoru a tím nemožností dalšího zrakového vnímání.*“ (7, s. 25).

Získaný defekt pro širokou veřejnost je akceptovanější než vrozená vada, neboť příčina je známa nikoliv záhadná. Může vzniknout náhle či postupně a nejčastější etiologií bývají diabetické retinopatie, úrazy, nádorová onemocnění, glaukomy, degenerativní procesy apod. Získané vady zasahují méně do vývoje funkcí osobnosti, neboť se až do doby postižení mohly přirozeně vyvíjet. Při ztrátě zraku kolem 5–7 let, které je obdobím mozkového strukturálního vyžívání, mají zachovalé zrakové představy v paměti a to má podstatnou roli pro formování obrazového myšlení a prostorovou orientaci. Jedinci, kteří ztratili zrak před 5–7 rokem, své zrakové představy časem ztrácejí. Postupná ztráta zraku má na psychiku člověka rozdílný účinek než ztráta náhlá. Může probíhat i několik let a jedná se o dlouhodobou psychologickou zátěž. Například u diabetu mellitu se stav zraku střídá a často jsou nálady měněny v naději se zoufalstvím, s úzkostí a depresemi (8, 9, 15).

Pro jedince způsobuje postižení ve většině případů duševní trauma a tím je velkým zásahem do osobnosti. Ztráta zraku je náročnou životní situací a každý jedinec reaguje na své postižení individuálně. Existují dvě značně odlišné varianty. Buď se handicapovaná osoba vyrovná s postižením realisticky tak, že akceptuje svá omezení a rozvíjí možnosti, nebo reakce jsou negativní a to má za následek změny určitých specifických rysů osobnosti. S touto druhou možností se setkáme častěji. Z velké části po ztrátě zraku jedinci prožívají v počátečním období šok, kdy pociťují strach či úzkost z budoucnosti, z izolace, ze ztráty sociálního místa. Po překlenutí prvního období nastávají tzv. reaktivní deprese, při kterých hledají vinu u druhých, mají vztek na všechny, i na svou osobu. Toto období je velmi nebezpečné, neboť se objevují sebevražedné myšlenky a jejich pokusy. Třetím obdobím je tzv. reorganizace, kdy jedinec se začíná odpoutávat od závislosti na druhých a začíná se učit sebe-obsluže a základní orientaci (9, 15).

4.2 Osoby se zbytky zraku

Štréblova v knize uvádí definici zbytky zraku dle Flenerové: „*jsou ve smyslu speciální pedagogiky orgánová vada zraku, která se projevuje závažným nevyvinutím, snížením nebo zkreslující činností zrakového analyzátoru obou očí a tím poruchou při zrakovém vnímání.*“ (7, s. 25).

Tato skupina v mnoha klasifikacích neexistuje a je spíše přiřazována do kategorie na úrovni těžké slabozrakosti. Proto se nachází na rozhraní mezi slabozrakými a prakticky nevidomými. Příčiny mohou být jak vrozené tak i získané. Jedince s touto vadou můžeme rozdělit do dvou skupin. Ti, kteří se přiklání ke stylu poznávání nevidomých, tj. využívají

více kompenzačních smyslů, a na ty, jenž se přibližují ke stylu poznávání vidomých, tzn. využívají postiženého smyslu. Zajímavostí z hlediska vyučování dětí se zbytky zraku je výuka tzv. dvojmetody, kdy se děti na základní škole jednak učí číst a psát klasickým způsobem tak i rovněž Braillovým písmem. Potřebou je rozvíjet zrakové schopnosti, hmatové vnímání i veškeré kompenzační činitele. Důvodem výuky dvojmetody je riziko zhoršení zrakového vnímání, avšak se nevylučuje i ustálení či zlepšení zraku. Omezení, se kterými se osoby s touto vadou setkávají, je v prostorové orientaci a samostatném pohybu, který je pro handicapovaného velmi stresující. Pro toto postižení se již doporučuje chodit s bílou holí či mít zajištěnou asistenci druhé osoby (8, 14, 17).

4.3 Osoby slabozraké

Definici slabozrakosti dle Flenerové, uvedla Štréblová ve své knize: *„je ve smyslu speciální pedagogiky orgánová vada zraku, která se projevuje částečným nevyvinutím, snížením nebo zkreslující činností zrakového analyzátoru obou očí a tím poruchou zrakového vnímání.“* (7, s. 25).

Tato vada je dělena na lehkou, střední a těžkou, jejímž základním kritériem je úroveň zrakové ostrosti a stav zorného pole. Mohou se objevit potíže, např. zúžení zorného pole až po tubicové vidění, výpadky či skotomy v zorném poli, poruchy barvocitu, nystagmus apod. Příčiny slabozrakosti můžeme vymežit jako vrozené či získané. Velmi důležitá je reedukace zraku a kompenzace i ostatních smyslů. Značně omezují možnosti jedince kritéria jako např. stupeň postižení, přístup okolí k jedinci, přítomnost přidruženého handicapu apod. Vizualní omezení negativně ovlivňuje rozvoj zrakového vnímání a to má za následek neúplné, zkreslené představy. Tito jedinci jsou v důsledku svého postižení více unaveni nutností zvýšené pozornosti na dění ve svém okolí. Potíže se objevují i v prostorové orientaci a v samostatném pohybu. Pro slabozraké osoby existují také kompenzační pomůcky např. do domácnosti, pro vzdělávání apod. (12, 14).

4.4 Osoby s poruchami binokulárního vidění

Finková a kolektiv ve své knize uvádí: „*Při poruchách binokulárního vidění dochází k situaci, kdy na sítnicích obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění.*“ (12, s. 47).

Tato porucha je označována za nejpočetnější a shledáváme se s ní nejvíce u dětí v předškolním věku. Patří mezi funkční vady zraku, kdy nastává porucha zrakové funkce jednoho oka a dělí se na tupozrakost neboli amblyopii a šilhavost neboli strabismus. Jedinci s touto vadou mají pomalejší a nedokonalé utváření představ, nekoordinované motorické reakce oko – ruka, problémy v prostorové orientaci a vnímání prostoru. Důležitá je včasná diagnostika a následná léčba za pomoci rodiny, neboť v dětském věku zhruba do 7–8 let je možno zmírnit či odstranit poruchu. V pozdějším věku se pravděpodobnost odstranění poruch menší. Léčebné postupy binokulárního vidění jsou započaty vhodnou brýlovou korekcí, v případě amblyopie je dána okluze. Následují pleoptická cvičení, při silné odchylce je doporučen chirurgický zákrok s následným ortoptickým cvičením (8, 14).

5 RODINA S NEVIDOMÝM ČLEMEM

Vágnerová a kolektiv ve své knize uvádí: „*Rodiče svým chováním, reakcemi a podněty, které směřují k dítěti, pomáhají dítěti strukturovat okolní svět, poznávat ho a orientovat se v něm, organizovat informace a zkušenosti do významných vzorců, kterými se dítě zmocňuje okolního světa.*“ (15, s. 94).

Vztah rodičů k dítěti je velmi důležitý, neboť přejímá určité postoje, chování i způsoby řešení situací právě od nich a tím vzniká získaná dispozice a poté stabilní rys osobnosti. Ačkoli je příčinou vady dědičnost či náhlá nebo postupná ztráta zraku v pozdějším věku, vždy nastanou změny celého životního stylu nejbližších příbuzných. Členové rodiny jsou nuceni přeorganizovat hodnoty v rodině, přizpůsobit denní rozvrh a plány do budoucna. Tato situace není snadná, avšak by se s ní měli co nejdříve smířit (9, 15).

U narození nevidomého dítěte partneři hledají viníka, kdo za postižení jejich dítěte může, svádějí vinu na druhého, aby získali vnitřní klid. Mohou mít pocity selhání, že nebyli schopni zplodit zdravé dítě, a mohou mít obavy z budoucnosti a z reakce okolí. U získané vady mají rodiče možnost vytvořit si do jisté doby k dítěti normální rodičovský vztah než u vrozené vady (15).

Rodiče často nevědí jak se k jejich handicapovanému dítěti chovat a jak mu porozumět. Partneři nejsou uspokojeni z nenavození očního kontaktu, z chudších mimických projevů a tím nejsou naplněna jejich očekávání. V rodině může nastat i citové neuspokojení a narušení sociálních vztahů vyvolané zdáním, že na ně dítě nereaguje. U dítěte se může vytvořit citová deprivace z důvodu nedarované rodičovské, převážně matčiny, lásky jestliže rodič není smířen s faktem handicapu. Může vzniknout buď závislost, zejména matky k nevidomému dítěti jako kompenzace za zničené ambice a pocity viny, či naopak odmítání dítěte, projevující se jeho častými pobyty mimo domov, např. ve zdravotnickém zařízení apod. V tomto těžkém období je zvýšené riziko rozpadu rodiny, proto by se nemělo zapomínat na edukaci ohledně odborné pomoci, např. psychologů, speciálních pedagogů, duchovních atd., edukaci o zrakové vadě, zejména o jejím rozsahu, prognóze a důsledcích, a o citovém významu sluchové stimulace, komunikačních signálech, způsobech dorozumívání apod. (9, 15).

5.1 Fáze přijímání faktu o zrakově postiženém dítěti

Majorita rodičů prochází určitými fázemi přijímání faktu. Vágnerová rozděluje tuto skutečnost do tří fází. První fáze je šok a popření, kdy rodiče nechtějí skutečnost přijmout a odmítání je pro ně obrannou reakcí před ztrátou psychické rovnováhy. V tomto období by se mělo dbát na edukaci rodiny ohledně rané péče, která pomáhá se s tímto problémem vyrovnat. Druhá fáze je akceptace a vyrovnávání se s problémem, kdy se rodina snaží přijmout a pochopit situaci. V této fázi je nutné získat informace ohledně postižení, následného vývoje a možnosti vzdělávání. Předložené informace by měly být dostatečné. I v tomto období stále přetrvává hněv, zoufalství a deprese. Velmi důležitá je pomoc příbuzenstva, přátel, ale také i odborníků. Smíření se s touto situací záleží na zralosti osobnosti rodičů, na jejich životních zkušenostech a citovém zázemí. Časové období je pro každého individuální. Přechodný mezník mezi druhou a třetí fází je období smlouvání. Rodiče se smířili s vadou, ale potřebují cítit naději, že aspoň něco uvidí. Třetí fáze je charakterizována jako fáze smíření a realismu, kdy rodiče přijali fakt postižení dítěte, akceptují ho a jsou svolní rozvíjet dítě v mezích jejich možností. K tomuto postoji bohužel nejsou schopni dojít všichni rodiče (8, 15).

5.2 Styly rodinné výchovy zrakově postiženého dítěte

Styly výchovy dítěte s postižením zaujímají rodiče odlišně. Velký význam má postoj rodičů k němu samému, který následně ovlivňuje charakter vývoje osobnosti většinou až do dospělosti. Styl nesprávné výchovy, při kterém rodiče dávají dítěti nadměrnou péči, úlevy a nedostává se jim přiměřené kompetence, se charakterizuje jako protekcionistická výchova. Dalším typem nesprávné výchovy je perfekcionistická, při níž rodiče kladou nadměrné nároky. U realistické výchovy je dítě motivováno k dosažení maximálních hranic svého vývoje a jsou respektovány ze strany rodičů nepřekonatelná omezení. Může nastat i rezignace na výchovu handicapovaného dítěte a následné přeložení do instituce či jiné osobě, když matka nepřijala dítě a svou roli. Pozici „nekritické lásky“ zaujímají rodiče vzhledem k vynahrazení toho, o co jsou nevidomí ochuzeni. Přílišná láska způsobuje omezení v životních situacích, návyků dítěte, vysoké sebevědomí apod. Následujícím typem je „nadměrné ochraňování dítěte“, při kterém rodina nenechá dítě vykonávat žádné úkony, aby si neublížil. Toto dítě je většinou pasivní, apatické a chybí mu sebedůvěra (12, 15).

6 VŠEOBECNÁ SESTRA – EDUKÁTOR NEVIDOMÉHO KLIENTA A RODINY

6.1 Edukace

Pojem edukace znamená vzdělávání a výchovu jedince. Můžeme ji definovat: „*jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (19, s. 9).

Edukace pacienta i jeho rodiny je velmi důležitou součástí v ošetrovatelském procesu. Profesionální edukátor při vedení edukace klientovi poskytuje nejen informace a rady, ale také dokáže získat klientovo důvěru, která je významná při jejich vzájemné spolupráci. Je důležité klientovi nejen taktně vysvětlit, že jeho vada může být trvalá, ale především poukázat na způsob, jakým dokáže ovlivnit kvalitu svého života. Edukátor zaměří edukaci na konkrétní vadu, problém či riziko a stanoví si reálný cíl, kterého chce u klienta dosáhnout. Musí si uvědomit, že průběh výuky má jít nenásilně a postupně začít v oblastech, které jsou nejpodstatnější. Edukátor by měl počítat s tím, že si klient vše při prvním rozhovoru nezapamatuje, proto by ho neměl zahltit velkým množstvím informací. Průběžně je potřeba kontrolovat klientovu úroveň znalostí a dovedností. O obsahu edukace je nutné provést záznam do dokumentace klienta (18).

Edukace obsahuje čtyři determinanty, jímž jsou edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukant je osoba, která je subjektem vzdělávání. Každý jedinec je individuální, charakterizující fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Postoj edukanta ovlivňuje i etnikum, víra, sociální prostředí aj. Edukátor je jedinec, který vede edukaci. Ve zdravotnickém zařízení je hlavním edukátorem lékař, všeobecná sestra (dále jen „VŠS“) a další specialisté. Edukační konstrukty jsou předpisy, standardy, zákony, materiály aj. Edukační prostředí je místo kde je edukace prováděna. Edukace může probíhat buď skupinově či individuálně. Individuální edukace je nejužívanější formou ve zdravotnickém zařízení. Výhodou je úzký kontakt s klientem, individuální edukační plán klienta, rychlost výuky, vyšší úroveň dosaženého výsledku vzdělání, aj. Ovšem tato forma má i své nevýhody, kterou je např. časová tíseň vzhledem k počtu edukantů, nemožnost výměny zkušeností s ostatními klienty, apod. Skupinová forma edukace je přednášení vyčleněné skupině edukantů. Výhodou skupinové výuky je možnost předání zkušeností

mezi sebou, práce s různými skupinami. Nevýhodou této formy je nezapojení všech členů sezení (19).

6.2 Dělení edukace

Edukace se rozděluje na základní, reedukační a komplexní. V základní edukaci jsou poskytovány nové informace či dovednosti, které jsou pro klienta motivací. Reedukační edukace znamená navázání informací na dovednosti a vědomosti již dříve získané. Tím se zvětšuje informovanost či dovednost klienta. Komplexní edukace jsou např. kurzy. Edukace probíhá v etapách, kdy jsou předávány a upevňovány vědomosti či dovednosti (19).

6.3 Edukační proces

Účel edukace je předcházet nemoci, udržet či navrátit zdraví a zkvalitnit život jedince. Edukační procesy nás doprovází celý život. Edukace se dělí na pět fází. První fáze je počáteční pedagogická diagnostika, kdy edukátor sbírá informace o úrovni znalostí, dovedností, pozoruje postoj edukanta k učení a zjišťuje jeho edukační potřeby. Sběr těchto informací realizuje rozhovorem či pozorováním. Druhá fáze se nazývá projektování, kdy edukátor si naplánuje cíle, zvolí metodu, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob elevace edukace. Třetí fáze je realizace a rozděluje se do postupných etap, tj. motivace, expozice, fixace, průběžná diagnostika a aplikace. Expozicí rozumíme získání nových poznatků s aktivní účastí edukanta. Fixace znamená procvičování získaných vědomostí a dovedností. Průběžnou diagnostikou prověřujeme porozumění informacím a zájem edukanta. Aplikace je důležitá při praktickém využití získaných vědomostí a dovedností. Čtvrtá fáze se nazývá upevnění a prohlubování učiva, kdy školící soustavně opakuje a procvičuje s edukantem přednesené informace. Poslední fáze je zpětná vazba, při níž edukátor hodnotí výsledky (19).

6.4 Tyfloedukace

Jesenský vymezuje ve své publikaci pojem tyfloedukace jako: „*Předmětem komprehenzivní tyflopédie je zrakově handicapovaný člověk v situaci edukace. Tyfloedukace se od běžné edukace odlišuje svým zaměřením na zrakově handicapovaného jedince a skupiny a jejich edukační potřeby.*“ (20, s. 41).

Dále dle Jesenskéého: „*Tyfloedukace se zabývá cílevědomým utvářením osobnosti zrakově handicapovaného jedince a kultivací jeho vztahů k dimenzím, které vymezují různé stránky, vnitřní a vnější podmínky jeho existence.*“ (20, s. 41).

Vnitřními podmínkami rozumíme psychickou a somatickou vybavenost ZP jedince, která je poznamenána vadou zraku a jeho funkcí. Tento defekt ovlivňuje celkovou psychickou stránku a omezuje schopnost handicapovaného např. jeho specifík učení, poznávací schopnosti, životní postoje, jednání a chování. Do vnějších podmínek tyfloedukace zahrnujeme celé vnější prostředí a jeho složky ekonomické, sociální, pracovní a kulturně civilizační (kultura, bydlení, doprava, zdravotnictví aj.). Tyfloedukace se také zabývá adaptací zrakově handicapovaného jedince na změny podmínek. Možnosti ovlivňovat tyto jevy jsou spojeny s kompenzací (nahrazení handicapu jiným faktorem tj. výcvik hmatu, sluchu, aj.), reedukací (obnovení dovedností a rozvoj poškozených funkcí organismu tj. zraková stimulace, ortopticko-pleoptická cvičení), rehabilitací (obnovení celkového komfortu handicapovaného ke způsobilosti; výcvik chůze s holí, sebeobslužných činností), enkulturací (tj. začleňování zrakově postižených do stejné či jemu blízké kultury) a integrací což znamená začlenění zrakově handicapovaných do pracovního a společenského prostředí (21).

6.5 Úprava prostředí a soběstačnost klienta ve zdravotnickém zařízení

Základem bezpečného pobytu nevidomého klienta ve zdravotnickém zařízení je bezbariérová úprava prostředí. Pokud by klient vyžadoval nadstandardní pokoj, bylo by vhodné mu vyhovět, je-li to v možnostech zdravotnického zařízení. Klient má možnost si uzpůsobit pokoj svým potřebám a nehrozil by úraz žádným předmětem v okolí od ostatních klientů. Pokud nevidomý sdílí pokoj s ostatními klienty, měla by VŠS v rámci možností upravit místnost hlavně jednoduše, účelně, aby se orientoval a snadno vyznal. Umístění předmětů by měla VŠS přizpůsobit snadné dosažitelnosti a minimalizovat rizika zranění. Každý předmět má mít své stabilní místo, které se musí zachovat! VŠS by měla nevidomého edukovat o předmětech trčících do prostoru, různých výstupcích, květináčích, apod. I spolupacienty je nutné edukovat o nepřemisťování věcí a o odstranění veškerého zdroje možného nebezpečí, zejména o zásadě zcela otevřených či zavřených dveří, o neodkládání předmětů na podlahu, aj. Zdravotnický personál nesmí nechávat dvířka od skříněk otevřená, vysunuté zásuvky od stolečků, dovnitř otevřené okenice, pojízdný vozík od léků, převazový vozík či vozík s hygienickými potřebami na chodbě, apod. (22).

Aby handicapovaný jedinec plně dosáhl soběstačnosti, musí se naprosto orientovat v prostoru a jeho okolí. Většina nevidomých používá kompenzační pomůcky, které jim napomáhají právě k soběstačnosti v denním životě. Proto by je měl zdravotnický personál akceptovat a podporovat v jejich používání. Např. notebook s hlasovým či hmatovým výstupem usnadní personálu zdravotnického zařízení předčítat nevidomému veškeré informované souhlasy, práva pacientů, dokumenty v písemné podobě. Pouze stačí, aby VŠS předložila podklady v elektronické podobě. Díky lékovkám s popiskem v Braillově písmu naprosto samostatně užívají léky. Indikátor hladiny umožní nevidomému si bez pomoci zdravotnického personálu nalít čaj, vodu, udělat kafe. A samozřejmě s pomocí jiných pomůcek zvládnou úkony osobní hygieny a péči o zevnějšek (22, 23).

6.6 Edukace klienta v komunikaci a průvodcovství ve zdravotnickém zařízení

Pobyt ve zdravotnickém zařízení patří mezi náročné životní situace i u klientů bez postižení. U nevidomých přibývají další specifické okolnosti, které je stresují. Musí si zapamatovat uspořádání prostor, ve kterých se ocitají, mají obavy z vyšetření, diagnózy, léčby. Samostatnost pohybu ve zdravotnickém zařízení je narušena, a proto by VŠS měla s klientem najít způsob, jak mu pomoci s orientací a pohybem (22, 24).

S nevidomým klientem VŠS jedná přirozeně a bez soucitu. Přílišná ochota a chválení také není vhodná. Pokud má nevidomý vedle sebe průvodce, VŠS mluví přímo na klienta, nikoliv na doprovod. VŠS pozdraví klienta s následným představením a oslovením jeho jména, aby věděl, že mluví na něj. Podání ruky kompenzuje oční kontakt. Nevidomému stačí oznámit: „Právě Vám podávám ruku.“ Při rozhovoru neotáčí tvář, klient to obvykle pozná. Z hlasu může poznat i nervozitu, nezájem, nesoustředěnost apod. VŠS se nevyhýbá slovům jako „vidět, prohlédnout si“, neboť ohmatat či očichat není vhodné vyjádření. Naopak nevhodná sdělení jsou „tam, tady, tudy“ či ukazování rukou. Gesta a ukazovací zájmena jsou pro pacienta nic neříkajícími. Tudíž vše VŠS popisuje přesně a detailně. VŠS by měla ihned reagovat na otázky nevidomého klienta, vždy oznamuje odchod během rozhovoru, aby nevidomý nepokračoval v komunikaci naprázdno. Měla by přizpůsobit prostředí pro klienta a to odstraněním překážek v ordinaci, zdravotnickém zařízení, a pokud to je možné minimalizovat hluk. V žádném případě VŠS nemanipuluje s nevidomým a jeho věcmi (22, 25, 26).

Při nástupu do zdravotnického zařízení seznámí VŠS nevidomého s prostorami. Potřebné místnosti mu dostatečně popíše a nechá je patřičným způsobem „prozkoumat“. Nejvíce by se měla zaměřit na jeho pokoj a sociální zařízení. V popisu vylíčí umístění dveří (musí být vždy zavřené či plně otevřené, neboť hrozí čelní náraz), oken, uspořádání nábytku, věšáku, nočního stolku, signalizačního zařízení, apod. Při popisování prostor začíná od celku k jednotlivostem, od velkých předmětů k malým (22).

Při doprovodu nabídne VŠS pokrčenou paži, jde půl krok vpředu a tempo chůze určuje pomalejší z dvojice. Při doprovázení jde nevidomý na bezpečnější straně. VŠS musí včas hlásit veškeré překážky, nerovnosti vyskytující se v místnosti a popř. v terénu na chodníku či ulici. Okrajově VŠS popíše okolí trasy, ve kterém se právě nacházejí. Při procházení v zúženém prostoru VŠS dá paži mírně vzad, aby se nevidomý mohl zařadit za něj. U procházení dveřmi VŠS uchopí kliku rukou, za kterou se drží nevidomý, a ten druhou volnou rukou sjede po paži VŠS ke klice a otevře i zavře dveře. VŠS prochází dveřmi jako první. Při posazení nevidomého VŠS položí ruku, za kterou se drží nevidomý na opěradlo židle. Nevidomý sjede po paži a uchytí ho, obejde židli a volnou rukou si ujistí výšku a popř. zkontroluje, zda sedací plocha je prázdná. Následně se usadí. Na schodiště popřípadě v terénu obrubníky vždy vstupovat kolmo, kdy VŠS přesně popíše zvláštnosti v prostoru, kde se nachází (točivé schody, zúžená místa) a vyčká na svolení nevidomého klienta, že je připraven (22, 23, 27).

Pro pacienty bývá nejobtížnější dovedností konzumace jídla, a proto by se VŠS měla dohodnout s nevidomým na způsobu popsání pokrm na tácu. Pokrm lze popsat buď dle hodinového číselníku („maso máte na trojce, knedlíky na šestce a zelí na desítce“) nebo klasicky („maso máte vpravo, knedlíky dole a zelí nahoře“) (28).

Při vyšetření by měla VŠS či lékař podrobně nevidomému vysvětlit o jaký výkon se jedná, průběh výkonu a ověřit si, zda je pacient na něj připraven, např. „Teď vpíchnu injekci“, „Nyní to zastudí“ apod. Vše, co VŠS či lékař provádí, by měli ihned komentovat. Při vizitě jsou stejné zásady jako u vyšetřování. Vše musí zdravotnický pracovník okomentovat, např. „Právě budu prohmatávat Vaše břicho“ apod. Při ukončování vizitních úkonů je potřebné oznámit: „Teď už se obracíme na vašeho souseda.“ (22).

6.7 Edukace rodiny nevidomého člena o zásadách komunikace a průvodcovství

Nejprve by VŠS měla seznámit rodinu se základními komunikačními zásadami, které jsou shodné s komunikačními zásadami VŠS, popsány v části 6.6 této práce. Pokud rodina bude seznámena se základními komunikačními zásadami, následně by VŠS měla dostatečně popsat zásady doprovázení nevidomého s následnou praktickou ukázkou, výše popsané v části 6.6 této práce.

VŠS by neměla zapomenout na situaci, kdy nevidomý bude propuštěn do domácího prostředí a musí absolvovat převoz. Tudíž by měla edukovat o nástupu do automobilu či do hromadné městské dopravy. Při nástupu do automobilu rodinný příslušník (dále jen „RP“) vezme za kliku, nevidomý sjede po jeho ruce a otevře dveře. Následně položí jeho ruku na střechu, aby zjistil výšku automobilu. Ohmatá si sedadlo a bokem se usadí. Při vystupování nevidomý čeká na RP až mu otevře dveře, popíše terén okolo dveří vozu a vystoupí. Při nástupu či výstupu z hromadné městské dopravy RP popíše situaci, pomůže mu najít madlo na dveřích a RP jde jako první (23).

6.8 Organizace pro zrakově postižené

6.8.1 Střediska rané péče

Je nestátní organizací, pomáhající rodinám, kterým se narodí dítě se zrakově či zrakově kombinovaným postižením. Společnost rané péče vznikla v roce 1997 se sídlem v Praze. V současnosti působí dalších 6 regionálních středisek, jejich působiště jsou Liberec, České Budějovice, Brno, Olomouc, Ostrava, Plzeň. Raná péče tedy zajišťuje nejen spolupráci s dítětem ohledně edukace, příprav do mateřské školy či kompenzace zraku, ale i vedení rodiny od budování vztahu k dítěti, výchovných postupů až po vytváření vazeb v širokém sociálním prostředí. Věková hranice se pohybuje od narození po dovršení 4 let. U dětí s kombinovaným postižením je hranice posunuta na 7 let. Péči o dětské klienty obstarává multidisciplinární tým tvořící rodiče, speciální pedagog, zrakový terapeut, fyzioterapeut a často jsou v součinnosti i se sociálním pracovníkem, psychologem, neonatologem, pediatrem, neurologem apod. Raná péče nabízí rodinám i služby jako půjčování hraček, pomůcek a literatury, možnost konzultace s odborníky, pomoc při výběru předškolního zařízení, základní sociálně-právní poradenství aj. Na působení Střediska rané péče by měla plynule navázat služba SPC pro děti a žáky. Formy rané péče

organizované střediskem jsou návštěvy v rodině, rehabilitační pobyty, ambulantní péče a odborné semináře (11, 14, 29).

6.8.1.1 Návštěvy v rodině

Období, které rodiče po obeznámení faktu o jejich postiženém dítěti prožívají, je velmi kritické. Poradce může být prvním odborníkem nabízející pomoc, který vyslechne problémy rodičů a poskytne východisko. V prvních chvílích se odborník seznámí se změnami v životě členů rodiny a dítěte. Poté se zaměří na práci s dítětem dle individuálního plánu, zhodnocení minulé aktivity a ukázání nových aktivit. Četnost návštěv se pohybuje v rozmezích jednou až třikrát za měsíc (11).

6.8.1.2 Rehabilitační pobyty

Rehabilitační pobyty jsou řazeny do komplexní rehabilitace dítěte i jeho rodiny. Program, většinou týdenního pobytu, spočívá ve výchovné rehabilitaci dítěte v reedukaci zraku probíhající formou zrakové stimulace a rehabilitaci sociální, která je z větší části určena rodičům. Každý speciální pedagog má zpravidla jednu rodinu a na základě zjištěných informací vytvoří individuální program. Hlavním cílem je práce s dětmi a jejich rodinami, využitím kompenzačních metod, popř. při zachovalém zrakovém vnímání i edukačních metod. Významnou roli hraje i kontakt s ostatními rodinami, které mají společné problémy (11).

6.8.1.3 Ambulantní péče

Tvoří pravidelné návštěvy nevidomého dítěte ve středisku rané péče, kde je péče zaměřena na speciálně pedagogickou diagnostiku tj. kvalita zrakové percepce, edukace zraku, využití pomůcek, sociální rehabilitaci, kde je sledována adaptabilita dítěte. Přítomnost rodiny umožňuje konzultaci problémů s odborníkem a získávání nových informací ohledně práce s dítětem v domácím prostředí (11).

6.8.1.4 Odborné semináře

Jsou zaměřeny pro rodiny ZP dětí a pro odborníky, kteří se na rané péči podílí mezioborově. Odborné semináře určené rodičům, jsou přednášejícími lékaři oftalmologové, neurologové, psychiatři a další zdravotničtí pracovníci nemocnice jakož jsou psychologové a fyzioterapeuti. Odborníci ze SPC a speciálních škol také přispívají přednáškou na těchto seminářích. Probíhají ve formě přednášky a následující diskuze (11).

6.8.2 Speciálně pedagogická centra

SPC bývá různě definováno: „*Speciálně pedagogické centrum podporuje a provádí rodiny dětí se zrakovým postižením a se souběžným postižením více vadami. Poskytuje poradenské služby zrakově postiženým dětem, žákům, studentům a jejich rodičům, pedagogickým pracovníkům škol a školských zařízení a všem ostatním, kteří jsou zainteresováni při integraci zrakově postižených.*“ (30).

Služby poskytované centrem jsou stanoveny pro děti ZP či s kombinovaným postižením od tří let do ukončení základní školy, popřípadě i studentům na středních školách. Zaměstnanci SPC jsou speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci aj. Rodič se může plně kompetentně rozhodnout, zda dítě dá do speciální či do běžné školy. Rozhodne – li umístit handicapované dítě se specifickými potřebami do běžné školy, lze obstarat činnost SPC. Centra mohou být zřizována jako jeden právní objekt se školou. Tím umožňuje týmovou práci všech zaměstnanců ve prospěch dítěte, úzkou spolupráci se školami s integrovanými dětmi nabízející odbornou pomoc pedagogickým pracovníkům, vytvoření odpovídajícího individuálního vzdělávacího plánu, zabezpečení pomůcek aj. SPC nabízí několik služeb např. v předškolním věku nácvik sebe-obsluhy, ve školním věku nácvik kompenzačních pomůcek, výcvik specifických činností, čtení a psaní Braillova písma, nácvik orientace a samostatného pohybu aj. Formy centra jsou ambulantní, návštěvy v domácím prostředí, ve školním prostředí, krátkodobé diagnostické pobyty a další (9, 14, 29).

6.8.3 Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

„*Posláním organizace SONS je jednak sdružovat a hájit zájmy nevidomých a jinak těžce zrakově postižených občanů, jednak poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti.*“ (31).

V České republice jsou v provozu služby sociální rehabilitace pro klienty nad 15 let. Hlavní organizací, která zajišťuje tyto služby je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (dále jen „SONS“). SONS je občanské sdružení s celostátní působností, které vzniklo spojením dvou sdružení a to České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. Středisko se snaží, aby síť služeb, jejich návaznost, kvalita a dostupnost, byla co nejlepší ve spolupráci s dalšími poskytovateli služeb. Nabídka služeb je velmi rozsáhlá, proto zmíním jen jejich část. SONS podporuje zaměstnanost nevidomých a slabozrakých občanů, pomáhá při výběru kompenzačních pomůcek a jejich nácviku obsluhy, vydává informační časopisy (v Braillově písmu, zvukové podobě,

zvětšeném černotisku, digitálním textu), podporuje rozvoj a obohacení získaných dovedností v programech rehabilitace, podporuje výcvik vodících psů, osobní asistenci apod. (9, 31).

SONS je zakladatelem četných zařízení – Tyfloservis, Tyflocentrum, Tyflokabinet, pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, metodické středisko pro informatiku a brailnet, středisko sociálněprávního poradenství, středisko integračních aktivit, středisko pro odstranění architektonických bariér, výcvikové středisko vodících psů (12).

6.8.3.1 Tyfloservis, o. p. s.

Je středisko zajišťující terénní individuální práci s klientem, ambulanti služby v prostorách tyfloservisu a skupinové kurzy sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých. Jejich střediska pokrývají celé území České republiky se sídlem v Praze. Péče je zaměřena pro ZP nad 15 let. Tyfloservis nabízí např. informace o získání kompenzačních pomůcek a jeho obsluze, nácvik domácích sebeobslužných činností, výcvik v prostorové orientaci a chůzi s bílou holí, nácvik čtení a psaní Braillova písma apod. (14).

6.8.3.2 Tyflocentrum, o. p. s.

Kimplová ve své knize uvádí: „*Posláním společnosti je vytvářet a poskytovat služby sociální intervence a služby sociální péče pro nevidomé a slabozraké občany a občany s jiným zdravotním, zejména kombinovaným zdravotním postižením vymezené základací listinou společnosti.*“ (9, s. 52).

Tyflocentrum je středisko sociálních služeb, které má doplňovat a rozšiřovat nabídku služeb pro nevidomé a slabozraké. Jedná se o služby, které zdokonalují kvalitu života, podporují společenské, pracovní a kulturní uplatnění, bojují za integraci do společnosti aj. Středisko poskytuje služby tj. sociální poradenství (důchody, sociální dávky), asistenční služby nevidomých (průvodcovská a předčitatelská služba), pracovněprávní poradenství aj. Služby si klienti platí převážně sami (9, 14).

6.8.3.3 Rekvalifikační středisko Dědina, o. p. s.

Dědina byla založena za finanční podpory Ministerstva práce a sociálních věcí, Magistrátu hlavního města Prahy a holandské nadace Care for Czech Republic. Středisko se zaměřuje na pořádání rekvalifikačních kurzů pro nevidomé a těžce ZP a umožňuje

absolvovat intenzivní kurzy pracovní rehabilitace s následnou rekvalifikací a pracovním uplatněním. Kromě kurzů nabízí středisko i rehabilitaci prvního stupně formou ambulantní a pobytové. Tj. kurzy čtení a psaní Braillova písma, kurz sebeobsluhy a prostorové orientace a samostatného pohybu. Rekvalifikační středisko Dědina je pro klienty od 16 let. Rekvalifikační kurzy jsou určeny nezaměstnaným zrakově handicapovaným klientům, kteří jsou zaregistrováni na úřadech práce. Kurzy jsou možno uhradit buď ze strany úřadu práce, budoucího zaměstnavatele či sponzora. Kurzy jsou akreditované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a absolventům je vydáno osvědčení s celostátní platností. Přehled rekvalifikačních kurzů nabízené střediskem Dědina o. p. s. (viz Příloha 2) (14, 32).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Formulace problému

Ošetrovatelská péče o nevidomé klienty je nejen pro VŠS, ale i pro veškerý ošetrovatelský tým velmi specifická a náročná. Z tohoto důvodu mě zajímalo, na jaké úrovni je o nevidomé klienty ve zdravotnickém zařízení postaráno, zda VŠS ovládají a používají komunikační a průvodcovské zásady a zda edukují nevidomé a jejich rodiny, což je hlavním zaměřením mé práce. Protože je výskyt osobního kontaktu s nevidomým klientem ve zdravotnickém zařízení méně častý, jako dílčí problém jsem zvolila, zda VŠS umí edukovat na jiných standardních odděleních na stejné úrovni jako na očních odděleních.

7.2 Cíl a úkol průzkumu

Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda VŠS edukují nevidomé klienty a zda jejich odpovědi potvrdí výsledky šetření ze strany nevidomých klientů. Především jsem se zaměřila na komunikační a průvodcovské zásady, informovanost o poradenských zařízeních a poté mě zajímalo, zda VŠS kontaktují sociálního pracovníka nemocnice. Dílčím cílem je zjistit úroveň a porovnat kvalitu edukace nevidomých klientů ze strany VŠS z očních oddělení a jiných standardních oddělení. Druhým cílem je najít konkrétní osobu či zdroj informací, kterého považují nevidomí klienti za hlavního edukátora.

7.2.1 Pro VŠS bylo stanoveno 5 hypotéz:

H1: Většina všeobecných sester při své práci s nevidomými klienty ve zdravotnickém zařízení nepoužívá základní komunikační zásady.

H2: Většina všeobecných sester při své práci s nevidomými klienty ve zdravotnickém zařízení nepoužívá zásady průvodcovství.

H3: Většina všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení needukuje rodinu nevidomého o základních komunikačních a průvodcovských zásadách.

H4: Všeobecné sestry edukují o dostupných poradenských zařízeních pro zrakově postižené v okolí bydliště handicapovaného.

H5: Domnívám se, že většina všeobecných sester zajistí kontakt sociálního pracovníka nemocnice.

7.2.2 Pro nevidomé osoby byly stanoveny 4 hypotézy:

H1: Nevidomí neshledávají poskytované komunikační schopnosti ze strany všeobecných sester jako vhodné.

H2: Nevidomí neshledávají poskytované průvodcovské schopnosti ze strany všeobecných sester jako vhodné.

H3: Nevidomí jsou edukováni o poradenských zařízeních pro zrakově postižené v okolí bydliště.

H4: Domnívám se, že hlavním edukátorem nevidomých je lékař.

7.3 Vzorek respondentů

Dotazníky, které jsem vytvořila, byly určeny pro VŠS (viz Příloha 3) a pro nevidomé klienty (viz Příloha 4), kteří již mají zkušenost se zdravotnickým zařízením.

Dotazníky určené VŠS jsem z poloviny distribuovala na oční oddělení a druhou polovinu dotazníků jsem rozdala na jiná standardní oddělení. Konkrétně se na mém šetření podílela tato zdravotnická zařízení: Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice Český Krumlov, a. s., Nemocnice České Budějovice a. s. a Pardubická krajská nemocnice a. s.

Dotazníky určené nevidomým klientům jsem osobně rozdala v těchto poradenských zařízeních: TyfloCentrum Plzeň o. p. s., SONS ČR oblastní odbočka Plzeň – Jih, Tyflokabinet České Budějovice, o. p. s., Palata – Domov pro zrakově postižené Praha 5.

7.4 Metody výzkumu

Praktická část bakalářské práce je vypracována na základě kvantitativního výzkumu pomocí dotazníků, který je vhodný pro ověření hypotéz. Výhodou této metody je oslovení širší skupiny osob, lepší statistické zpracování a věrný obraz u dané problematiky. Nevýhodou je nepochopení smyslu otázek a problém s návratností dotazníků. Dotazníky byly zcela anonymní a byly rozděleny do části „A“ obsahující obecné otázky a do části „B“ zahrnující otázky potřebné k hypotézám. Dotazník pro VŠS obsahoval 21 otázek, z toho 2 otevřené (č. 14, 17), 8 polouzavřených (v části „A“ č. 2, 3; v části „B“ 2, 3, 5, 8, 9, 12) a zbylých 11 bylo uzavřených. Položky dotazníku určené VŠS v části „B“ byly zaměřeny na používání komunikačních zásad (č. 1–4), dále na používání průvodcovských

zásad (č. 5–7), edukaci rodiny (č. 8–11), edukaci o poradenských zařízeních pro ZP (č. 12–14) a zajištění kontaktu sociálního pracovníka (č. 15–16). Dotazník pro nevidomé zahrnoval 20 otázek, z toho 9 polouzavřených (č. 4, 5, 9, 11, 13–17) a zbylých 11 uzavřených. Položky v dotazníku určené nevidomým v části „B“ zjišťovaly spokojenost s užíváním komunikačních zásad (č. 3–5) a průvodcovských zásad (č. 6–8), informovanost o poradenských zařízeních pro ZP (č. 10, 12), hlavního edukátora nebo zdroj informací (č. 9, 11, 13, 14). V dotazníku určeném pro VŠS jsem se zaměřila na úroveň edukace nevidomých klientů ze strany VŠS z očních oddělení a jiných standardních oddělení. V dotazníku určeném nevidomým klientům jsem se věnovala porovnání výsledků o edukaci nevidomého klienta ze strany VŠS. Prvním určeným cílem bylo zjistit, zda VŠS edukují nevidomé klienty a zda jejich odpovědi potvrdí výsledky šetření ze strany nevidomých klientů. Druhým cílem bylo zjistit, jakou konkrétní osobu či zdroj informací považují nevidomí klienti za hlavního edukátora. Před prováděnou pilotní studií jsem kontaktovala vrchní sestru očního oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň. Vrchní sestra mi poskytla velmi ochotně a laskavě cenné rady z praxe a po této konzultaci jsem upravila několik otázek v dotazníku určeného VŠS a uvedla ho do konečné podoby. I přesto jsem provedla pilotní studii, na níž se podílelo 10 VŠS. Výzkumné šetření proběhlo v lednu 2012. Všechna zdravotnická, poradenská a pobytová zařízení byla nejprve kontaktována a po jejich souhlasu bylo prováděno dotazníkové šetření. Ve většině případů byly kontaktované osoby velmi ochotné a vstřícné dotazníky vyplnit.

7.5 Zpracování údajů

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků (100 %) VŠS, z toho 30 dotazníků na oční oddělení a stejný počet na jiná standardní oddělení. Návratnost dotazníků od VŠS činila 56 ks (93 %) vyplněných dotazníků. Dalších 6 dotazníků pro neúplné vyplnění bylo nutné vyřadit. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 50 ks správně vyplněných dotazníků (100 %).

Celkem s nevidomými respondenty jsem osobně vyplňovala určený dotazník a to v počtu 50 ks (100 %).

Získané výsledky byly zpracovány za pomoci programu Microsoft Office Excel 2007. Ke každé položené otázce z dotazníku byl vytvořen graf či tabulka s popisem a komentářem.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

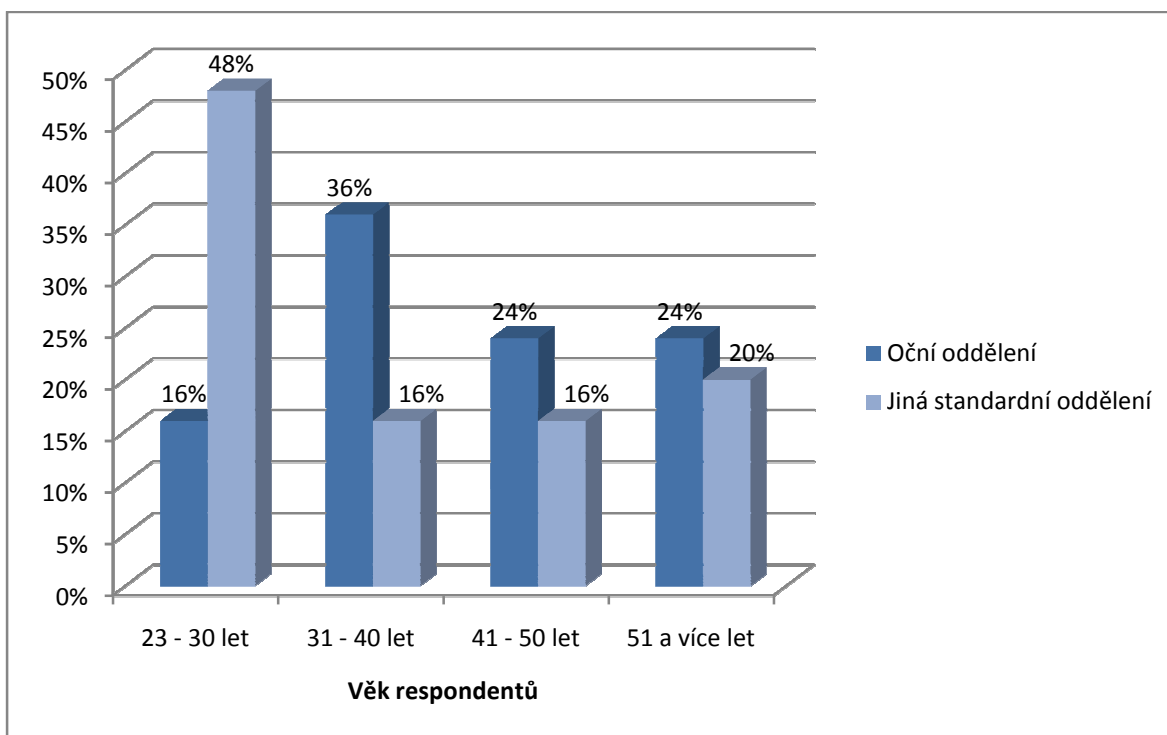
8.1 Vyhodnocení dotazníků všeobecných sester

8.1.1 Obecné otázky

8.1.1.1 Věk respondentů

Otázka č. 1A Kolik je Vám let?

Graf 1 Věk respondentů



Jak uvádí graf, na očních odděleních byla nejvíce zastoupena věková skupina 31 – 40 let, a to v počtu 9 VŠS (36 %). Ve věkových skupinách 41–50 let a 51 a více let se výzkumného šetření zúčastnilo stejné množství respondentů, a to 6 (24 %). Nejméně respondentek bylo ve věku od 23–30 let, pouze 4 VŠS (16 %).

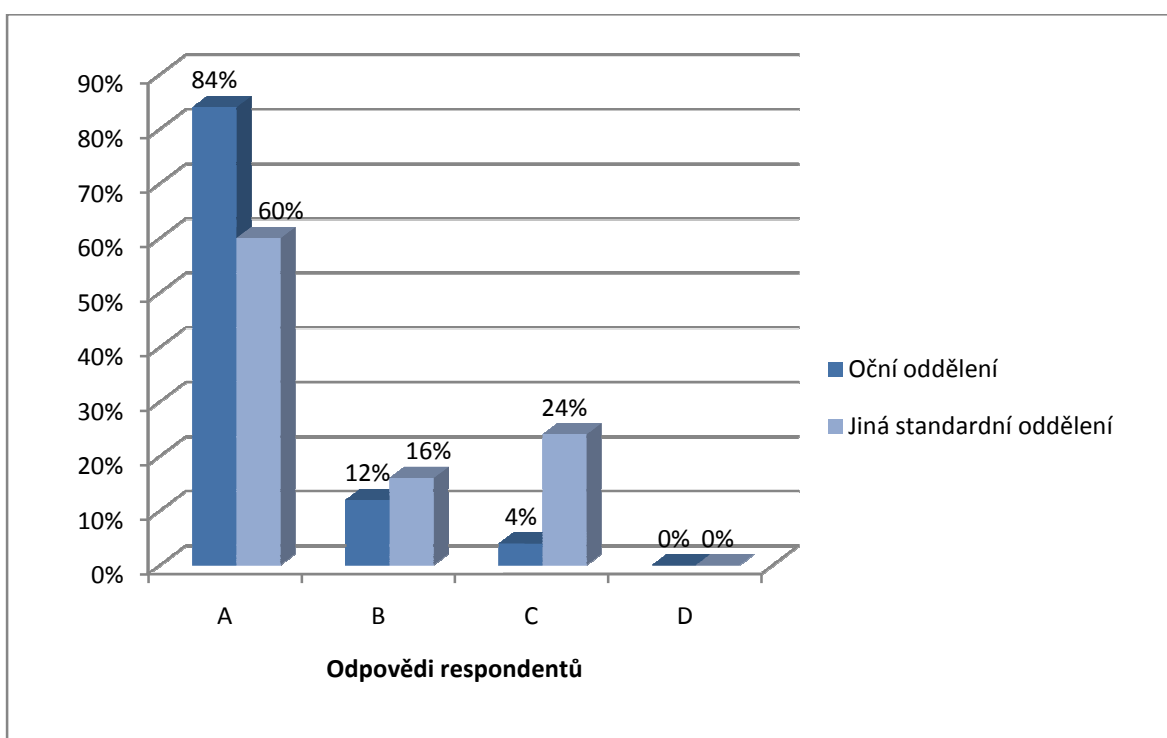
Nejpočetnější zastoupená věková hranice na jiných standardních odděleních byla ve věku 23–30 let, a to v počtu 12 VŠS (48 %). V rozmezí 51 a více let se zúčastnilo 5 respondentek (20 %). Stejně množství respondentek bylo zastoupeno ve věkových kategoriích od 31–40 let a 41–50 let v počtu 4 (16 %).

8.1.1.2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Otázka č. 2A Uvedte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a specializované kurzy:

- A. Střední zdravotnická škola
- B. Vyšší odborná škola zdravotnická
- C. Vysoká škola s dosaženým titulem Bc.
- D. Vysoká škola s dosaženým titulem Mgr.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Z grafu je patrné, že nejvíce respondentek z očních oddělení má středoškolské vzdělání a to v počtu 21 (84 %). Vyšší odbornou školu absolvovaly 3 VŠS (12 %) a vysokoškolské vzdělání s dosaženým titulem Bc. 1 respondentka (4 %). Vzdělání v magisterském programu nevedla žádná respondentka. Na doplňující otázku o absolvování specializovaných kurzů uvedly 2 dotázané kurz PSS v ošetrovatelství v chirurgických oborech a 1 respondentka zmínila kurz perioperační péče.

Z jiných standardních oddělení je také nejvíce respondentek středoškolsky vzdělaných a to v počtu 15 (60 %). Dále má vysokoškolské vzdělání s dosaženým titulem Bc. 6 respondentek (24%) a vyšší odbornou školu 4 VŠS (16 %). Žádná z respondentek nemá magisterský titul.

8.1.1.3 Délka praxe ve zdravotnictví

Otázka č. 3A Kolik let praxe máte ve zdravotnictví? Dále prosím uveďte kolik let z toho na očním oddělení.

Tabulka 1 Délka praxe ve zdravotnictví

Dotazovaná oddělení	1 – 5 let	6 – 10 let	11 – 20 let	21 – 30 let	>=31 let
Oční oddělení	20%	8%	28%	32%	12%
Z toho průměrná délka praxe na očním oddělení v letech	2,2 let	3,8 let	8,8 let	6,4 let	28,3 let
Jiná standardní oddělení	44%	12%	8%	16%	20%

Z celkového počtu 25 respondentek (100 %) z očních oddělení pracuje 8 VŠS (32 %) v rozmezí 21–30 let, 7 VŠS (28 %) s délkou praxe 11–20 let. V rozmezí 1–5 let praxe pracuje 5 respondentek (20 %), dále 3 VŠS (12 %) uvádí délku praxe 31 a více let. Nejméně zastoupena je skupina s délkou praxe 6–10 let a to v počtu 2 VŠS (8 %).

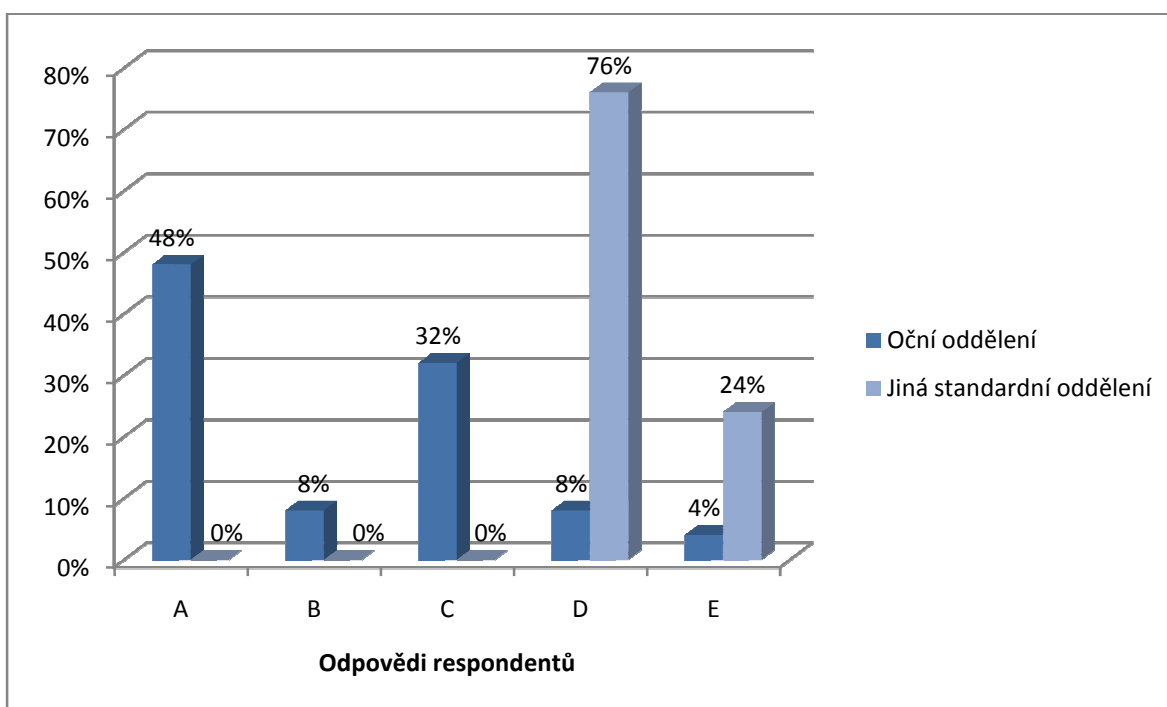
Na jiných standardních odděleních je nejvíce početná skupina v rozmezí 1 roku – 5 let, a to v počtu 11 VŠS (44 %), 5 respondentek (20 %) je v praxi 31 a více let. O respondentku méně, tj. 4 (16 %), je zastoupena skupina s praxí 21–30 let. 3 dotázané (12 %) uvádí délku praxe 6–10 let. Nejméně zastoupená skupina je v rozmezí 11–20 let, a to s 2 respondentkami (8 %).

8.1.1.4 Četnost setkání s nevidomým klientem

Otázka č. 4A Jak často se stýkáte s nevidomým klientem?

- A. Pracuji s nevidomými denně.
- B. Setkávám se s nevidomými klienty 1 krát týdně.
- C. Setkávám se s nevidomými klienty 1 krát za 3 měsíce.
- D. Setkávám se s nevidomými klienty 1 krát za rok.
- E. Za mou praxi jsem se s nevidomým klientem nesečkala.

Graf 3 Četnost setkání s nevidomým klientem



Graf 3 uvádí, že na očních odděleních se denně setkává s nevidomými klienty 12 VŠS (48 %), 8 respondentek (32 %) „1 krát za 3 měsíce“. Možnost „1 krát týdně“ a „1 krát za rok“ zvolilo stejný počet tj. 2 respondentky (8 %). 1 VŠS (4 %) uvedla, že se za svou praxi s nevidomým klientem nesečkala.

Z jiných standardních oddělení nejvíce respondentek v počtu 19 (76 %) zvolilo odpověď „1 krát za rok“. Ostatních 6 VŠS (24 %) se za svou praxi nesečkalo s nevidomým klientem. Možnost „denně“, „1 krát týdně“ a „1 krát za 3 měsíce“ nebyly uvedeny.

8.1.2 Hypotéza H1

H1: Většina všeobecných sester při své práci s nevidomými klienty ve zdravotnickém zařízení nepoužívá základní komunikační zásady.

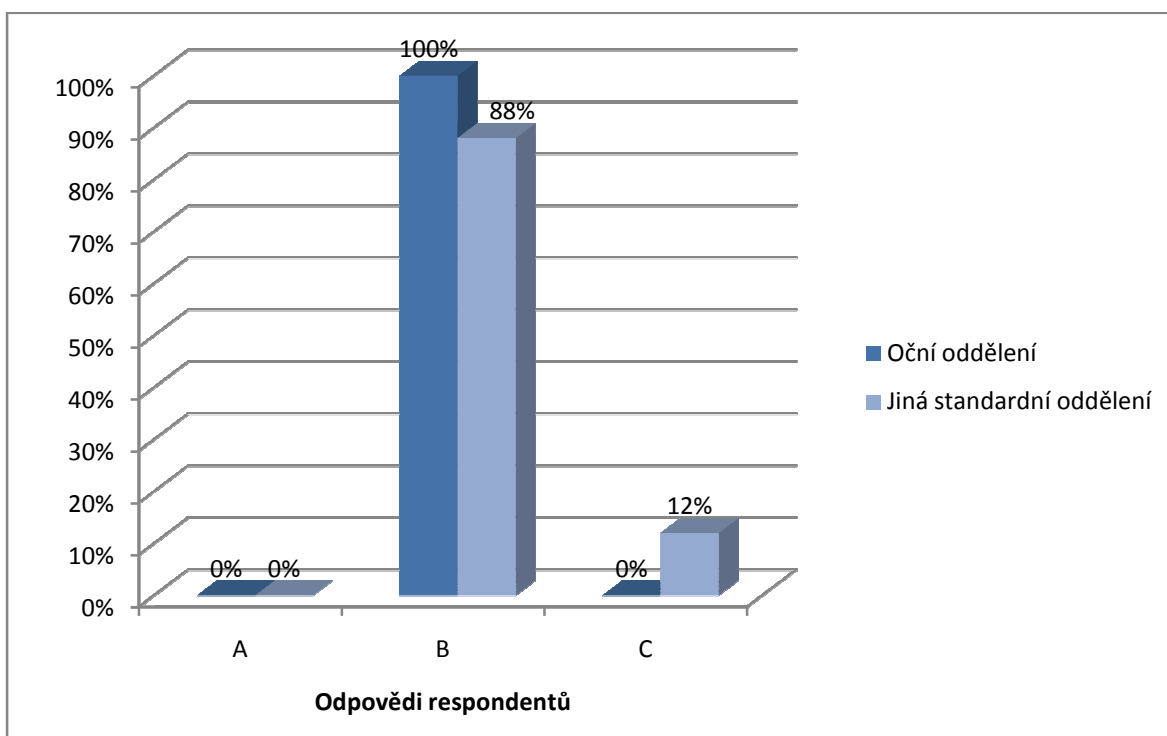
K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 1, 2, 3, 4.

8.1.2.1 Oslovení nevidomého klienta

Otázka č. 1 Oslovujete nevidomého klienta:

- A. Pouze, když je starší dle společenské etikety.
- B. Vždy jako první, i když je klient mladší.
- C. První mne oslovuje klient, neboť on něco potřebuje.

Graf 4 Oslovení nevidomého klienta



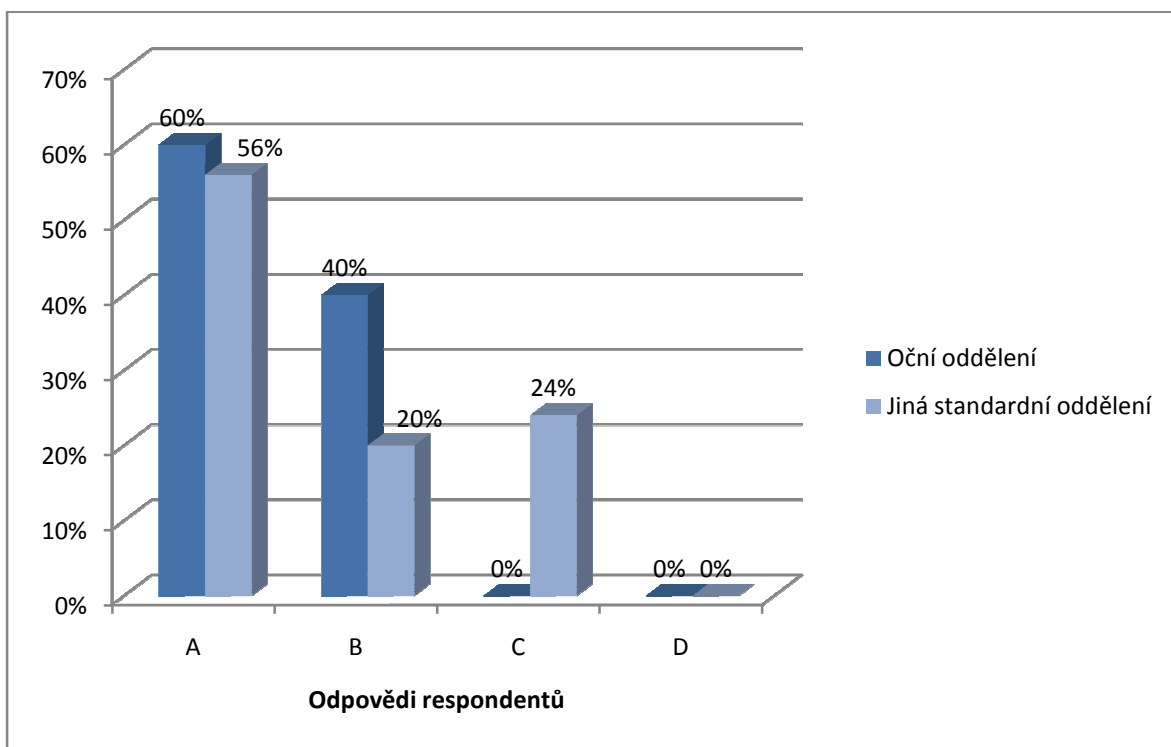
Z grafu je patrné, že správnou odpověď „B“ zvolilo z očních oddělení 25 respondentek (100 %) a 22 VŠS (88 %) z jiných standardních oddělení. Možnost „C“ zvolily 3 respondentky (12 %) z jiných standardních oddělení a odpověď „A“ ne zvolila žádná respondentka.

8.1.2.2 Postup při přijetí nevidomého klienta na oddělení

Otázka č. 2 Jak postupujete při přijetí nevidomého klienta na oddělení?

- A. Nevidomému vylíčím, jaké místnosti na oddělení jsou a kde je najde.
- B. Projdu s nevidomým potřebné místnosti, detailně je popíši a nechám mu patřičným způsobem místnost „prozkoumat“.
- C. Vzhledem k handicapu není nutné se zabývat prohlídkou oddělení.
- D. Jiná možnost

Graf 5 Postup při přijetí nevidomého klienta na oddělení



Z celkového počtu 25 respondentek (100 %) z očních oddělení zvolilo nesprávnou odpověď „A“ 15 VŠS (60 %). Správnou odpověď „B“ uvedlo 10 respondentek (40 %). Možnost „C“ a „D“ nebyla VŠS z očních oddělení zvolena.

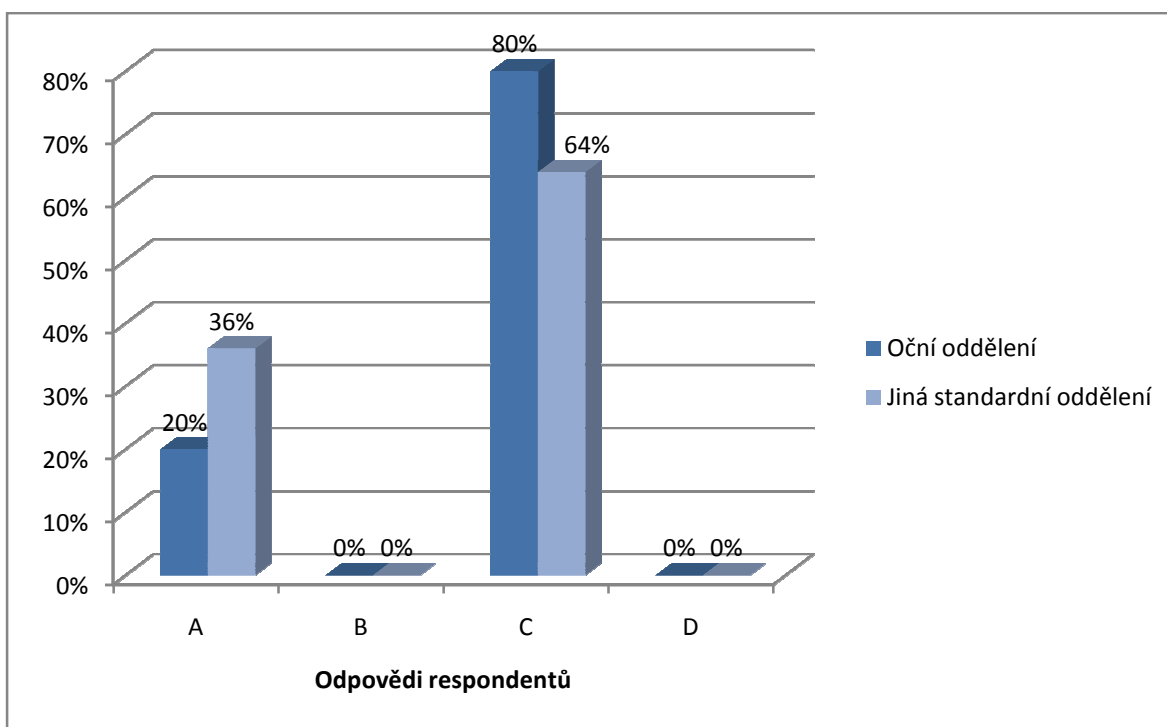
Z jiných standardních oddělení odpověď „A“ uvedlo 14 respondentek (56 %). 6 respondentek (24 %) zvolilo možnost „C“ a 5 VŠS (20 %) odpověď „B“. Odpověď „D“ nebyla zvolena.

8.1.2.3 Postup při odborném výkonu

Otázka č. 3 Při odborném výkonu nejprve:

- A. Nevidomému dostatečně popíši, o jaký výkon se jedná, vysvětlím postup a poté provedu výkon.
- B. Nevidomému nebudu nic vysvětlovat a provedu výkon.
- C. Nevidomému dostatečně popíši, o jaký výkon se jedná, vysvětlím postup, domluvím se s klientem na způsobu výkonu, zeptám se, jestli je připraven a poté provedu výkon.
- D. Jiná možnost

Graf 6 Postup při odborném výkonu



Z uvedeného grafu je patrné, že VŠS z očních oddělení uvedly správnou odpověď „C“ v počtu 20 (80 %), 5 respondentek (20 %) odpovědělo možnost „A“. Odpověď „B“ a „D“ VŠS neuvedly.

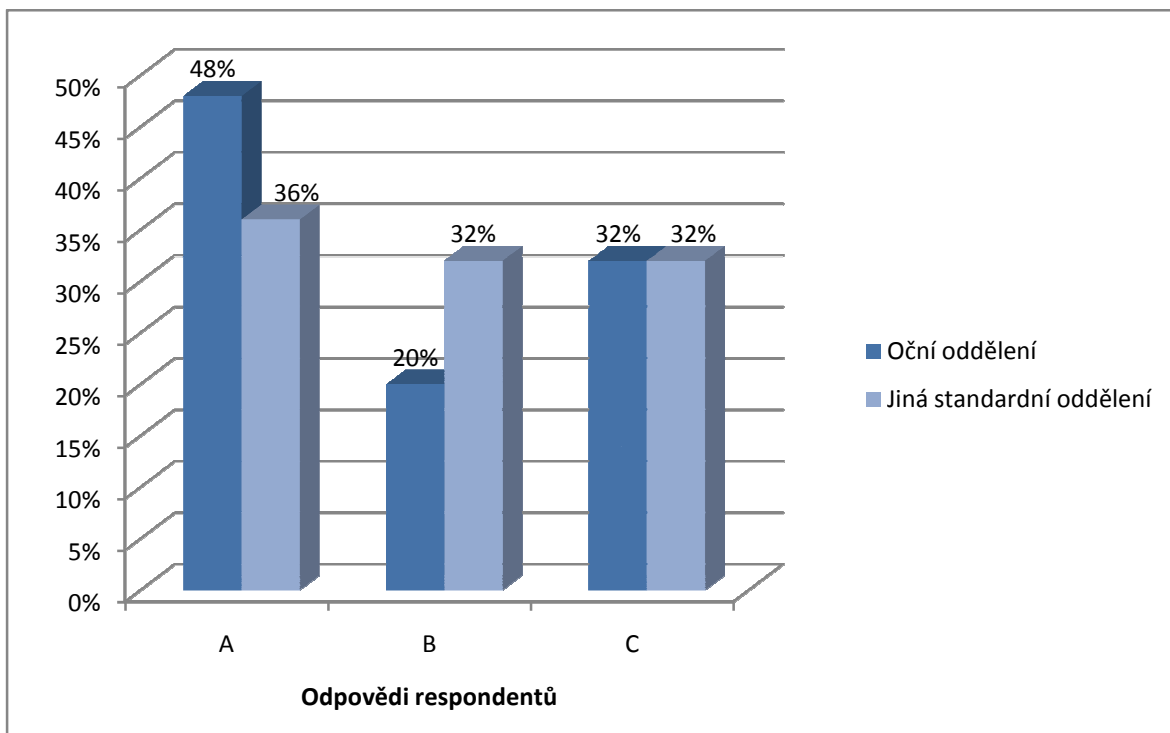
Z jiných standardních oddělení také nejvíce VŠS označilo možnost „C“ v počtu 16 (64 %) a možnost „A“ zvolilo 9 respondentek (36 %). Opět odpověď „B“ a „D“ nebyly VŠS vybrány.

8.1.2.4 Nevhodná metoda při rozložení pokrmu na talíři

Otázka č. 4 Jakou metodu byste rozhodně nepoužila při rozložení pokrmu na talíři?

- A. Popis pokrmu klasickou metodou (nahore, dole, zleva, zprava).
- B. Popis pokrmu podle systému hodinového číselníku.
- C. Popis pokrmu podle tzv. metody obličejce.

Graf 7 Nevhodná metoda při rozložení pokrmu na talíři



Z celkového počtu 25 respondentek (100 %) z očních oddělení a 25 respondentek (100 %) z jiných standardních oddělení, VŠS z očních oddělení by nepoužily klasickou metodu, a to v počtu 12 (48 %). Tu samou odpověď zvolily VŠS z jiných standardních oddělení v počtu 9 (36 %). Dále uvedly z očních oddělení a jiných standardních oddělení metodu obličejce ve stejném počtu 8 respondentek (32 %). Odpověď hodinového číselníku označilo 5 VŠS (20 %) z očních oddělení a 8 respondentek (32 %) z jiných standardních oddělení.

8.1.3 Hypotéza H2

H2: Většina všeobecných sester při své práci s nevidomými klienty ve zdravotnickém zařízení nepoužívá zásady průvodcovství.

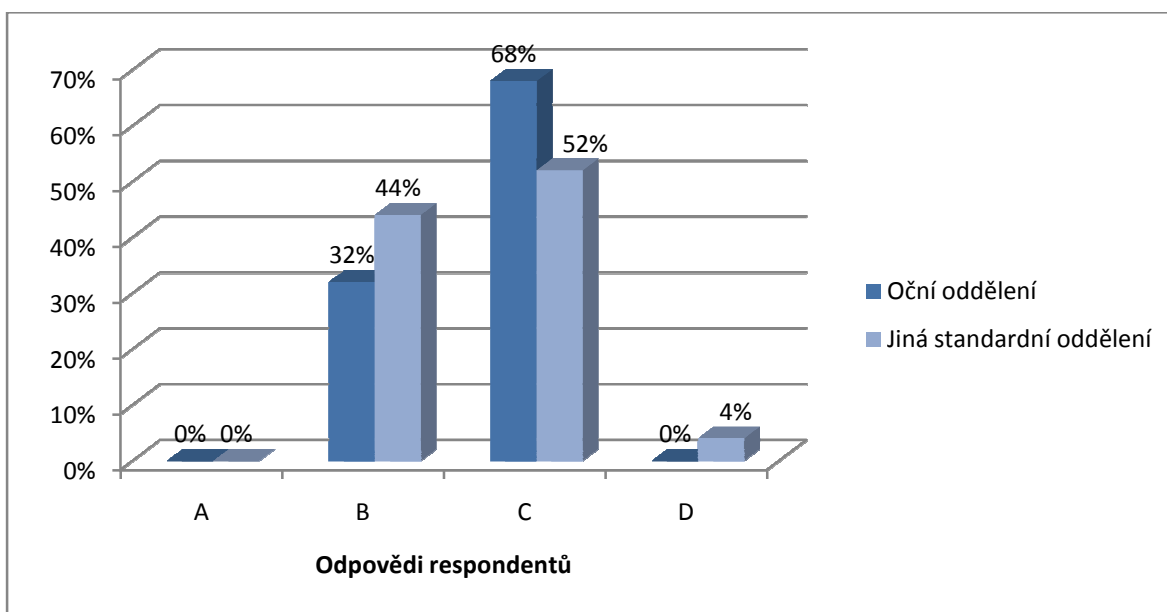
K druhé hypotéze, se vztahovaly otázky číslo: 5, 6, 7.

8.1.3.1 Postup při doprovodu nevidomého

Otázka č. 5 Jak praktikujete postup při doprovázení nevidomého?

- A. Po domluvě mu nabídnu pomoc a jdu za nevidomým tím způsobem, že ho vedu před sebou.
- B. Po domluvě mu nabídnu svou pokrčenou paži na zavěšení a jdu krok za ním.
- C. Po domluvě zaujmu vhodný způsob vedení tím, že nabídnu svou pokrčenou paži na zavěšení a jdu půl krok před ním.
- D. Jiná možnost

Graf 8 Postup při doprovodu nevidomého



Z celkového počtu 25 respondentek (100 %) z očních oddělení uvedlo správnou odpověď „C“ 17 VŠS (68 %). 8 respondentek (32 %) zvolilo odpověď „B“. Možnost „A“ a „D“ nevedla žádná respondentka.

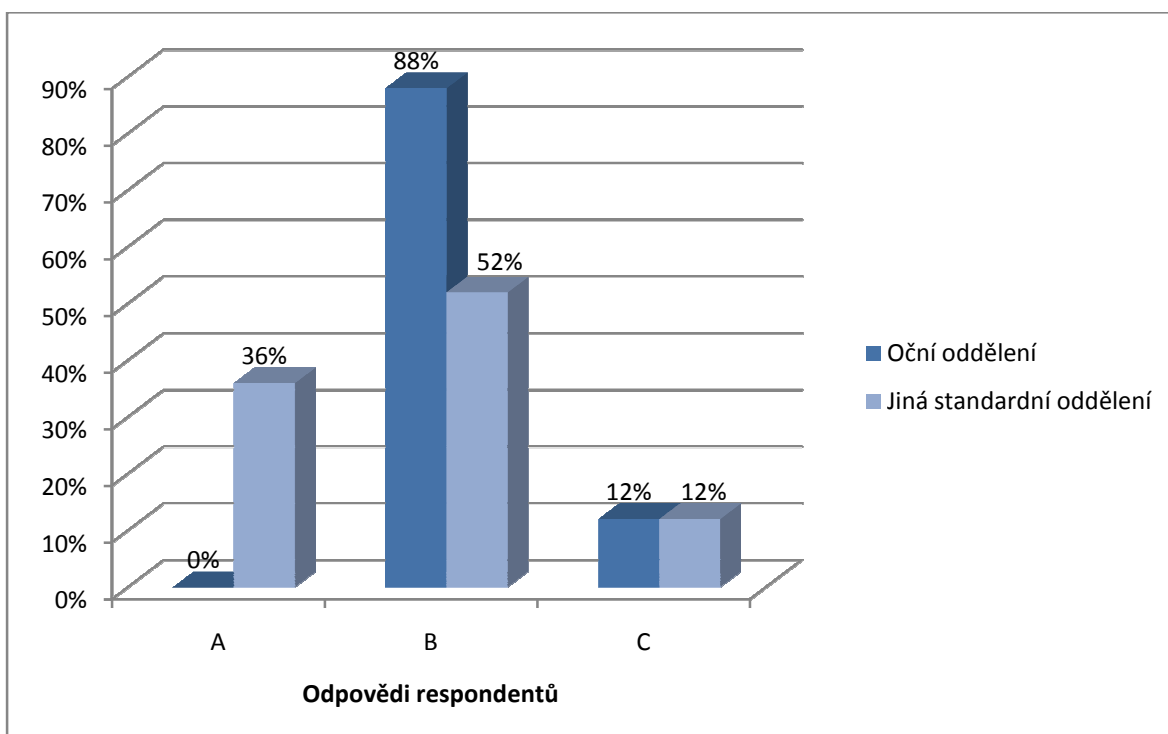
Z celkového počtu 25 respondentek (100 %) z jiných standardních oddělení zvolilo 13 VŠS (52 %) správnou možnost „C“, 11 respondentek (44 %) odpověď „B“ a jedna respondentka (4 %) uvedla možnost „D tj. jiná možnost“: „Domluví se s pacientem, jakým způsobem mu vedení vyhovuje.“ Odpověď „A“ také nevedla žádná respondentka.

8.1.3.2 Vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru

Otázka č. 6 Při vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru:

- A. Předsunu před sebe paži, za kterou se klient drží, tím se nevidomý dostane do pozice přede mnou a poté ho vedu za záda.
- B. Pohnu paží, za kterou se klient drží, mírně za sebe, natáhnu ruku a jdu jako první.
- C. Zastavím se, klienta předsunu před sebe a vedu ho za ramena.

Graf 9 Vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru



Z očních oddělení nejvíce VŠS uvedlo odpověď „B“ v počtu 22 (88 %) a tři respondentky (12 %) zvolily možnost „C“. Odpověď „A“ neuvedla žádná respondentka.

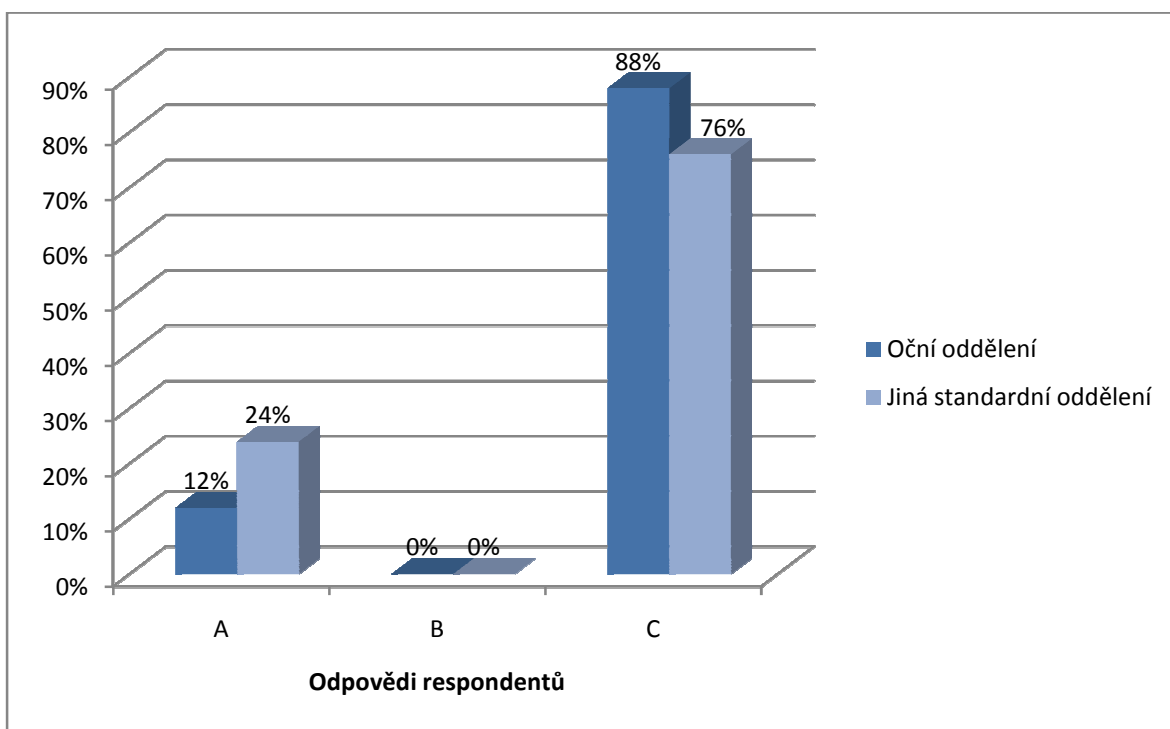
Z jiných standardních oddělení nejvíce VŠS uvedlo odpověď „B“, a to 13 (52 %). 9 VŠS (36 %) zvolilo možnost „A“ a odpověď „C“ zvolily 3 respondentky (12 %).

8.1.3.3 Reakce VŠS při doprovodu s vyskytnutím překážek

Otázka č. 7 Při chůzi s nevidomým klientem se vyskytnou na trase překážky, schody, zúžený prostor, zareagují tak, že:

- A. Vždy na ně upozorním způsobem „tam“, „tady“, samozřejmě včas, aby s tím počítal a podle toho, abychom se zařídili.
- B. Hlásit nic nemusím, neboť si s touto situací poradím sama.
- C. Vždy na ně upozorním a popíši trasu, samozřejmě včas, aby s tím počítal a podle toho, abychom se zařídili.

Graf 10 Reakce VŠS při doprovodu nevidomého klienta s vyskytnutím překážek, schodů, zúženého prostoru.



Z uvedeného grafu je patrné, že nejvíce respondentek z očních oddělení zvolilo možnost „C“ v počtu 22 (88 %), 3 respondentky (12 %) uvedly odpověď „A“. Odpověď „B“ nevedla žádná VŠS.

Z jiných standardních oddělení také nejvíce respondentek uvedlo možnost „C“ v počtu 19 (76 %), 6 VŠS (24 %) zvolilo odpověď „A“. Možnost „B“ nebyla VŠS označena.

8.1.4 Hypotéza H3

H3: Většina všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení needukuje rodinu nevidomého o základních komunikačních a průvodcovských zásadách.

K této hypotéze, se vztahovaly otázky číslo: 8, 9, 10, 11.

8.1.4.1 Edukace rodiny o základních komunikačních a průvodcovských zásadách

Otázka č. 8 Edukujete rodinu o základních komunikačních a průvodcovských zásadách?

Tabulka 2 Edukace rodiny o základních komunikačních a průvodcovských zásadách

Dotazovaná oddělení	Ano	Ne	Důvod záporné odpovědi	Počet osob
Oční oddělení	52%	48%	Většinou již poučeni	11
			Zbytečné edukovat, mají možnost získání informací z internetu, literatury	1
Jiná standardní oddělení	16%	84%	Nesetkávám se s tím	21

Z celkového počtu 25 dotázaných (100 %) z očních oddělení edukuje rodinu o komunikačních a průvodcovských zásadách 13 VŠS (52 %). Zbýlý počet 12 respondentek (48 %) uvedlo, že needukují.

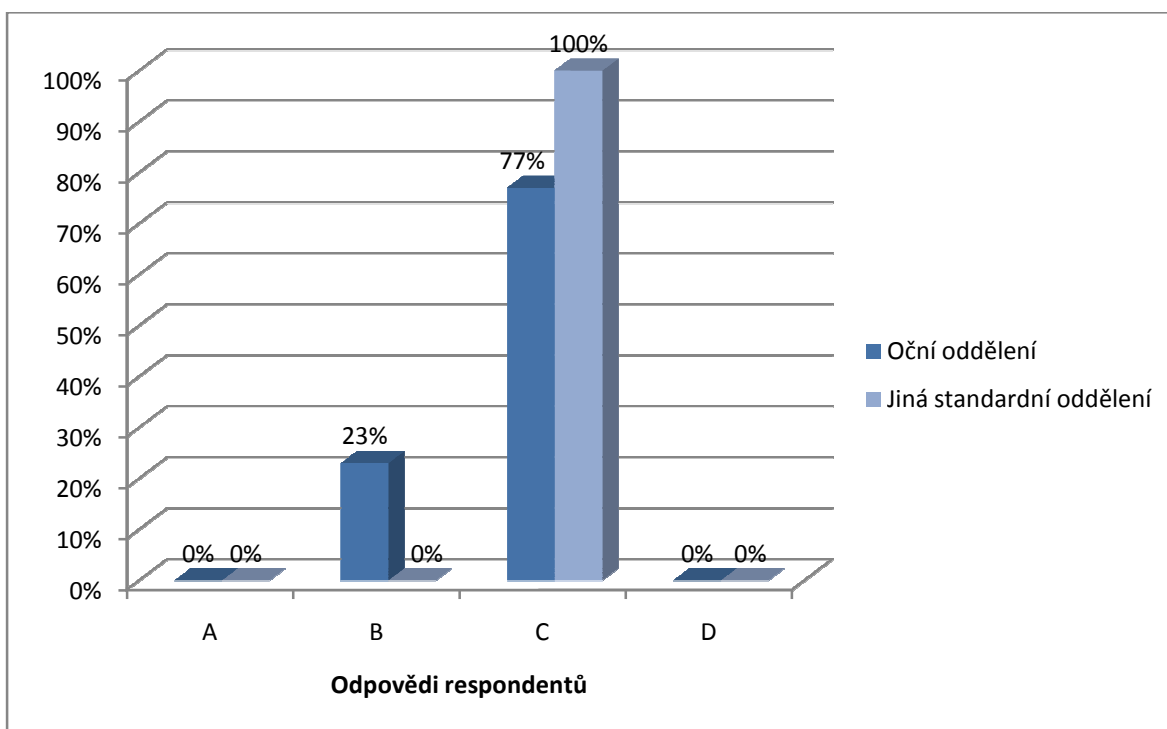
Z jiných standardních oddělení z celkového počtu 25 respondentek (100 %) needukuje 21 VŠS (84 %). Pouhé 4 respondentky (16 %) edukují.

8.1.4.2 Forma edukace rodiny

Otázka č. 9 Pokud ano, jakým způsobem?

- A. Informačním letákem
- B. Verbálním kontaktem
- C. Verbálním kontaktem a praktickou ukázkou
- D. Jiná možnost

Graf 11 Forma edukace rodiny



Na otázku č. 13 odpovídaly pouze ty respondentky, které uvedly v předchozí otázce odpověď „ano“, tudíž ty, jež edukují rodinu o základních komunikačních a průvodcovských zásadách.

Z celkového počtu 13 respondentek (100 %) z očních oddělení a 4 (100 %) z jiných standardních oddělení nejvíce edukují verbálním projevem a praktickou ukázkou, a to 10 respondentek (77 %) z očních oddělení a 4 VŠS (100 %) z jiných standardních oddělení. 3 VŠS (23 %) z očních oddělení uvedly edukaci pouze verbálním projevem. Možnost „A“ a „D“ nebyly VŠS uvedeny.

8.1.4.3 Dostupnost informačních letáků na oddělení

Otázka č. 10 Jsou na oddělení dostupné pro rodiny nevidomého informační letáky, brožurky o základních komunikačních a průvodcovských zásadách?

Tabulka 3 Dostupnost informačních letáků, brožur o základních komunikačních a průvodcovských zásadách na oddělení.

Dotazovaná oddělení	Ano	Ne
Oční oddělení	44%	56%
Jiná standardní oddělení	16%	84%

Jak je patrné z tabulky, informační letáky a brožurky o základních komunikačních a průvodcovských zásadách na odděleních nejsou dostupné. Z celkového počtu 25 respondentek (100 %) z očních oddělení a 25 respondentek (100 %) z jiných standardních oddělení, 14 VŠS (56 %) z očních oddělení a 21 respondentek (84 %) z jiných standardních oddělení. Možnost „Ano“, tudíž že letáky jsou dostupné na pracovišti, uvedlo 11 respondentek (44 %) z očních oddělení a 4 VŠS (16 %) z jiných standardních oddělení.

8.1.4.4 Účelnost informačních letáků na oddělení

Otázka č. 11 Pokud ne, myslíte si, že by bylo vhodné mít na oddělení informační letáky, brožurky o základních komunikačních a průvodcovských zásadách?

Tabulka 4 Účelnost informačních letáků, brožur o základních komunikačních a průvodcovských zásadách na oddělení.

Dotazovaná oddělení	Ano	Ne
Oční oddělení	100%	0%
Jiná standardní oddělení	100%	0%

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které uvedly v předchozí otázce odpověď „ne“, tudíž nepřítomnost informačních letáků, brožur o základních komunikačních a průvodcovských zásadách.

Z celkového počtu 14 respondentek (100 %) z očních oddělení a 21 VŠS (100 %) z jiných standardních oddělení se zcela stoprocentně shodují o vhodnosti působení těchto letáků na odděleních, tj. z očních oddělení 14 VŠS (100 %) a z jiných standardních oddělení 21 VŠS (100 %). Odpověď „ne“ neuvedla žádná respondentka.

8.1.5 Hypotéza H4

H4: Všeobecné sestry edukují o dostupných poradenských zařízeních pro zrakově postižené v okolí bydliště handicapovaného.

K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo: 12, 13, 14.

8.1.5.1 Edukace rodiny o možnosti docházky nevidomého dítěte do poradenského zařízení raná péče

Otázka č. 12 Edukujete rodinu o možnosti docházky nevidomého dítěte do poradenského zařízení rané péče? (Pouze pro všeobecné sestry pracující na očním oddělení.)

Tabulka 5 Edukace rodiny o možnosti docházky nevidomého dítěte do poradenského zařízení raná péče.

Dotazovaná oddělení	Ano	Ne	Pokud ano - forma edukace	Počet osob
Oční oddělení	72%	28%	Telefonní kontakt	7
			Informační materiál	4
			Konzultace	2
			Adresa	2
			Webstránky	3

Tato otázka byla určena pouze pro VŠS z očních oddělení a z celkového počtu 25 (100 %) respondentek nejvíce zvolilo odpověď „Ano“, s počtem 18 VŠS (72 %), která vyjadřovala edukaci o možnosti docházky do zařízení rané péče. Možnost „Ne“ uvedlo 7 respondentek (28 %). Edukaci prostřednictvím sdělení telefonního kontaktu zvolilo 7 VŠS, 4 VŠS si vybraly edukaci s pomocí informačních materiálů, 3 VŠS odkázaly na webstránky a 2 VŠS volily formu osobní konzultace a 2 VŠS sdělily adresu poradenského zařízení rané péče.

8.1.5.2 Edukace nevidomého klienta o poradenských zařízeních pro zrakově handicapované

Otázka č. 13 Edukujete nevidomého klienta o poradenských zařízeních pro zrakově handicapované?

Tabulka 6 Edukace nevidomého klienta o poradenských zařízeních pro zrakově handicapované.

Dotazovaná oddělení	Ano	Ne
Oční oddělení	92%	8%
Jiná standardní oddělení	76%	24%

Nejvíce respondentů, tj. 23 VŠS (92 %) z očních oddělení uvedlo, že edukují klienty o poradenských zařízeních pro ZP. Pouhé 2 respondentky (8 %) uvedly, že o tom needukují. Z jiných standardních oddělení taktéž uvedlo 19 VŠS (76 %), že edukují klienty. Zápornou odpověď uvedlo 6 respondentek (24 %).

8.1.5.3 Dostupná poradenská zařízení pro zrakově handicapované v okolí

Otázka č. 14 Uved'te prosím dostupná poradenská zařízení pro zrakově handicapované ve Vašem okolí.

Tabulka 7 Dostupná poradenská zařízení pro zrakově handicapované v okolí.

Poradenská zařízení	Oční oddělení, počet osob	Jiná standardní oddělení, počet osob
Tyfloservis	16	14
Tyflocentrum	15	9
Tyflokabinet	8	6
SONS	1	0
Středisko rané péče	2	0
Základní a mateřská škola	4	0
Nábřeží závodu míru Pardubice	2	0

Z tabulky vyplývá, že většina VŠS pracující na očních odděleních v průměru uvedly přibližně dvě poradenská zařízení pro ZP na jeden dotazník. VŠS z jiných standardních oddělení uvedly v průměru 1 poradenské zařízení pro ZP na jeden dotazník.

8.1.6 Hypotéza H5

H5: Domnívám se, že většina všeobecných sester zajistí kontakt sociálního pracovníka nemocnice.

Pátá hypotéza, která tvořila otázky číslo: 15, 16 se potvrdila.

8.1.6.1 Znalost VŠS o působení sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení

Otázka č. 15 Víte o působení sociálního pracovníka ve Vašem zdravotnickém zařízení?

Tabulka 8 Znalost VŠS o působení sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.

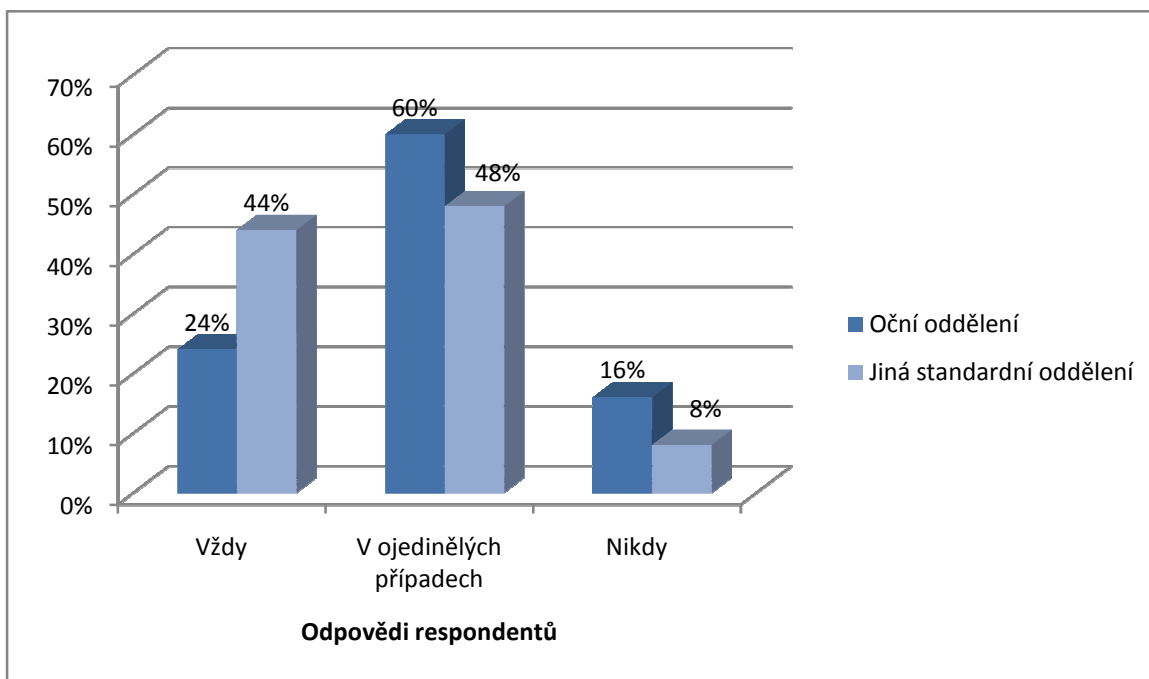
Dotazovaná oddělení	Ano	Ne
Oční oddělení	100%	0%
Jiná standardní oddělení	100%	0%

Jak uvádí tabulka 8, jednoznačně všechny respondentky tj. 25 (100 %) z očních oddělení a 25 (100 %) z jiných standardních oddělení ví o působení sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.

8.1.6.2 Zajištění kontaktu sociálního pracovníka nemocnice pro klienta a jeho rodinu

Otázka č. 16 Pokud ano, zajišťujete rodině a nevidomému klientovi kontakt se sociálním pracovníkem nemocnice?

Graf 12 Zajištění kontaktu sociálního pracovníka nemocnice pro klienta a jeho rodinu.



Na otázku č. 16 odpovídalo z očních oddělení z celkového počtu 25 respondentek (100 %) nejvíce 15 VŠS (60 %), že sociálního pracovníka volají v ojedinělých případech. Možnost „vždy“ uvedlo 6 VŠS (24 %) a 4 respondentky (16 %) zvolily možnost „nikdy“.

Z jiných standardních oddělení nejčastější uvedenou odpovědí byla také „v ojedinělých případech“ s počtem 12 respondentek (48 %). O jednu respondentku méně tj. 11 (44 %) byla odpověď „vždy“. Pouhé 2 VŠS (8 %) zvolily odpověď „nikdy“.

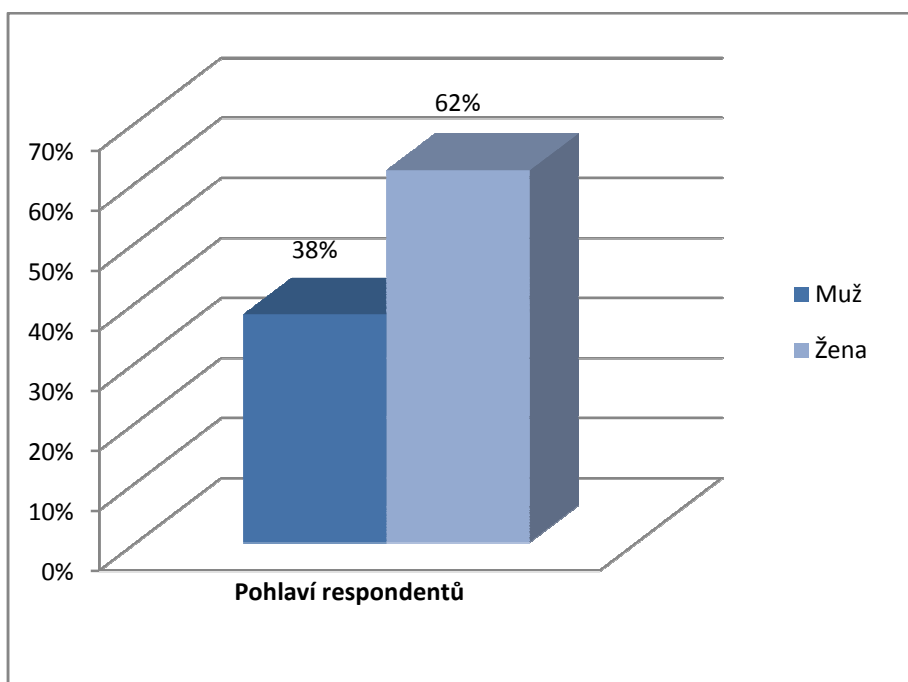
8.2 Vyhodnocení dotazníků nevidomých respondentů

8.2.1 Obecné otázky

8.2.1.1 Poměr mužů a žen

Otázka č. 1A Pohlaví?

Graf 13 Poměr mužů a žen

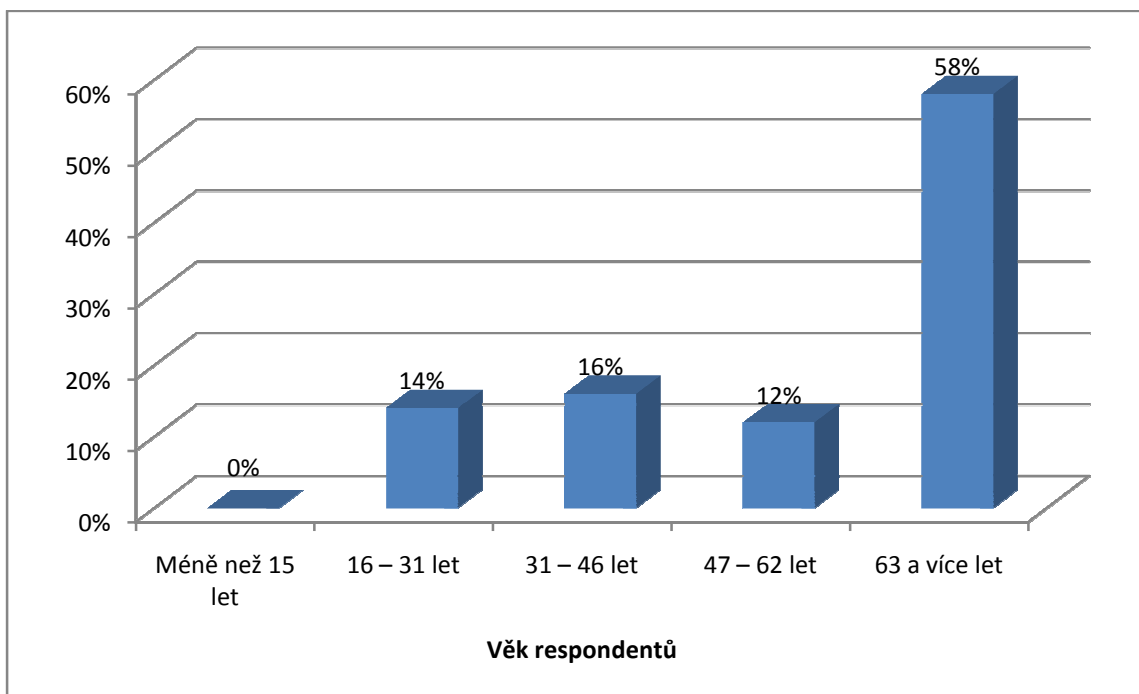


Z celkového počtu 50 dobrovolníků (100 %) se zúčastnilo výzkumného šetření 31 žen (62 %) a 19 mužů (38 %).

8.2.1.2 Věk nevidomých respondentů

Otázka č. 2A Kolik je Vám let?

Graf 14 Věk nevidomých respondentů

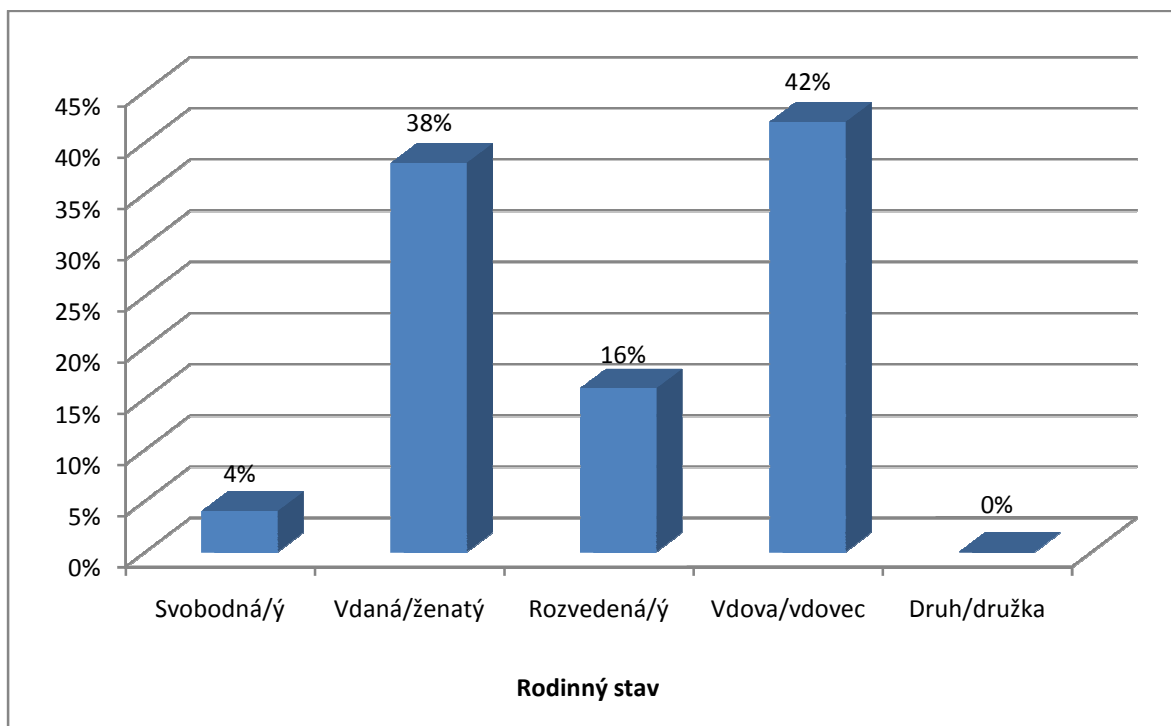


Jak uvádí graf, z celkového počtu 50 respondentů (100 %) patřilo 29 nevidomých (58 %) do věkové hranice 63 a více let, 8 nevidomých (16 %) do věkové skupiny 31–46 let, 7 nevidomých (14 %) do věkové skupiny 16–31 let a nejméně zastoupena byla skupina ve věku 47–62 let v počtu 6 nevidomých (12 %). Na otázky neodpovídal žádný respondent ve věkové kategorii do 15 let.

8.2.1.3 Rodinný stav

Otázka č. 3A Jaký je Váš rodinný stav?

Graf 15 Rodinný stav

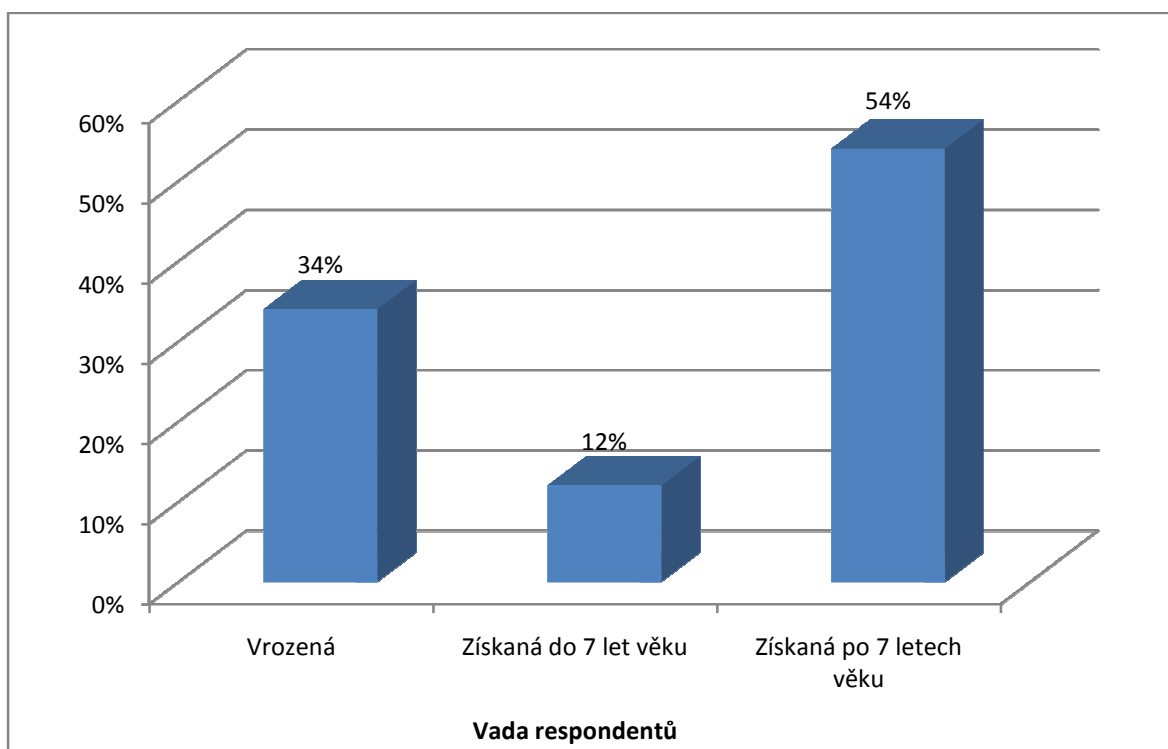


Z grafu vyplývá, že zúčastněných respondentů bylo 21 nevidomých (42 %) ovdovělých, 19 nevidomých (38 %) v manželském svazku, 8 nevidomých (16 %) rozvedených a 2 nevidomí (4 %) svobodní. Stav druh/družka neuvedl žádný respondent.

8.2.1.4 Vada respondentů

Otázka č. 1 Jaká je Vaše vada?

Graf 16 Vada respondentů



Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) se zúčastnilo 27 nevidomých (54 %) se získanou vadou po 7 letech věku, 17 nevidomých (34 %) s vadou vrozenou a 6 nevidomých (12 %) se získanou vadou do 7 let věku.

8.2.1.5 Hospitalizace či návštěva zdravotnických zařízení

Otázka č. 2 Byl/a jste již hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení nebo jste navštívil/a ambulantní ordinaci?

Tabulka 9 Hospitalizace či návštěva zdravotnických zařízení

Dotazovaní respondenti	Ano	Ne
Nevidomí	100%	0%

Tabulka 9 uvádí, že všichni dotázaní již mají zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení či s návštěvou ambulantní ordinace.

8.2.2 Hypotéza H1

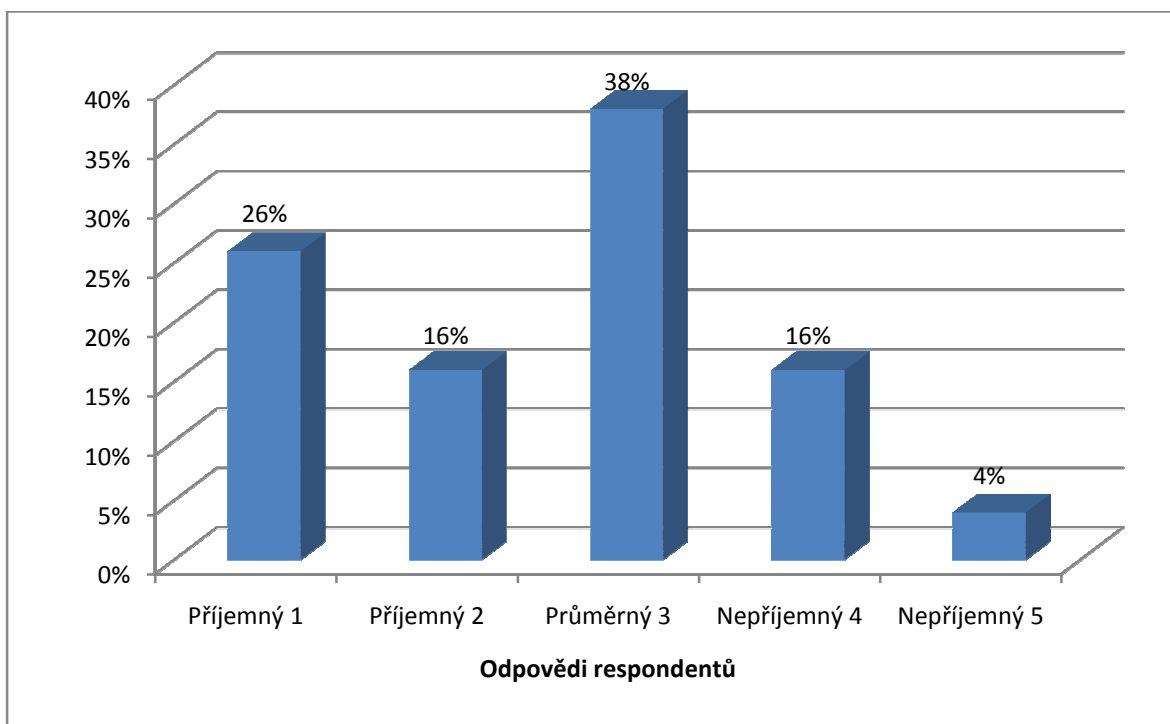
H1: Nevidomí neshledávají poskytované komunikační schopnosti ze strany všeobecných sester jako vhodné.

K první hypotéze se vztahovaly otázky číslo: 3, 4, 5.

8.2.2.1 První kontakt se zdravotnickým personálem

Otázka č. 3 Jak byste hodnotil/a první kontakt se zdravotnickým personálem?

Graf 17 První kontakt se zdravotnickým personálem



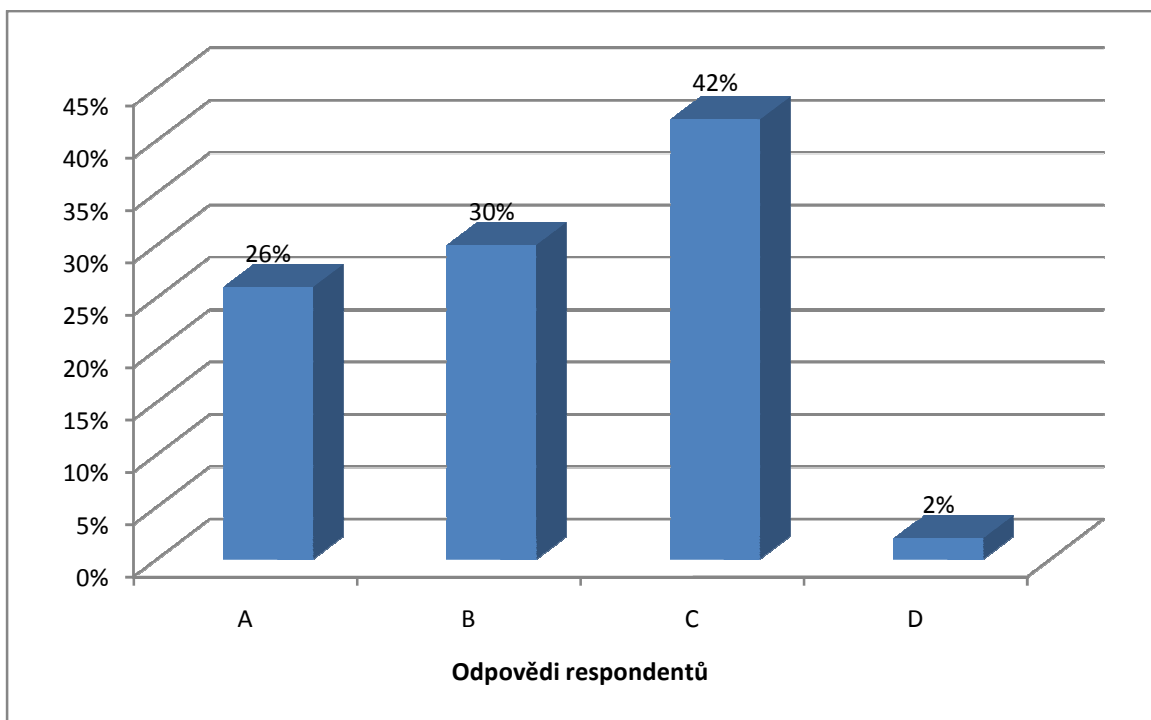
Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) označilo první kontakt se zdravotnickým personálem číslem 3, tzn. průměrný 19 nevidomých (38 %), 13 respondentů (26 %) číslem 1, tzn. příjemný. Stejný počet 8 nevidomých (16 %) uvedlo na číselné škále číslem 2 a 4. Dva respondenti (4 %) zvolili číslo 5, tzn. nepříjemný.

8.2.2.2 Seznámení s prostorami oddělení při přijetí respondentů

Otázka č. 4 Seznámila Vás všeobecná sestra s prostorami oddělení při přijetí do zdravotnického zařízení?

- A. Ano. Provedla mě, popsala a umožnila mi dostatek času na „prozkoumání“ oddělení.
- B. Částečně mě obeznámila s prostorami zdravotnického zařízení.
- C. Ne. Neseznámila mě s prostorami, uložila na lůžko a upozornila, že nikam nemám sám/a chodit.
- D. Jiná možnost

Graf 18 Seznámení s prostorami oddělení při přijetí respondentů



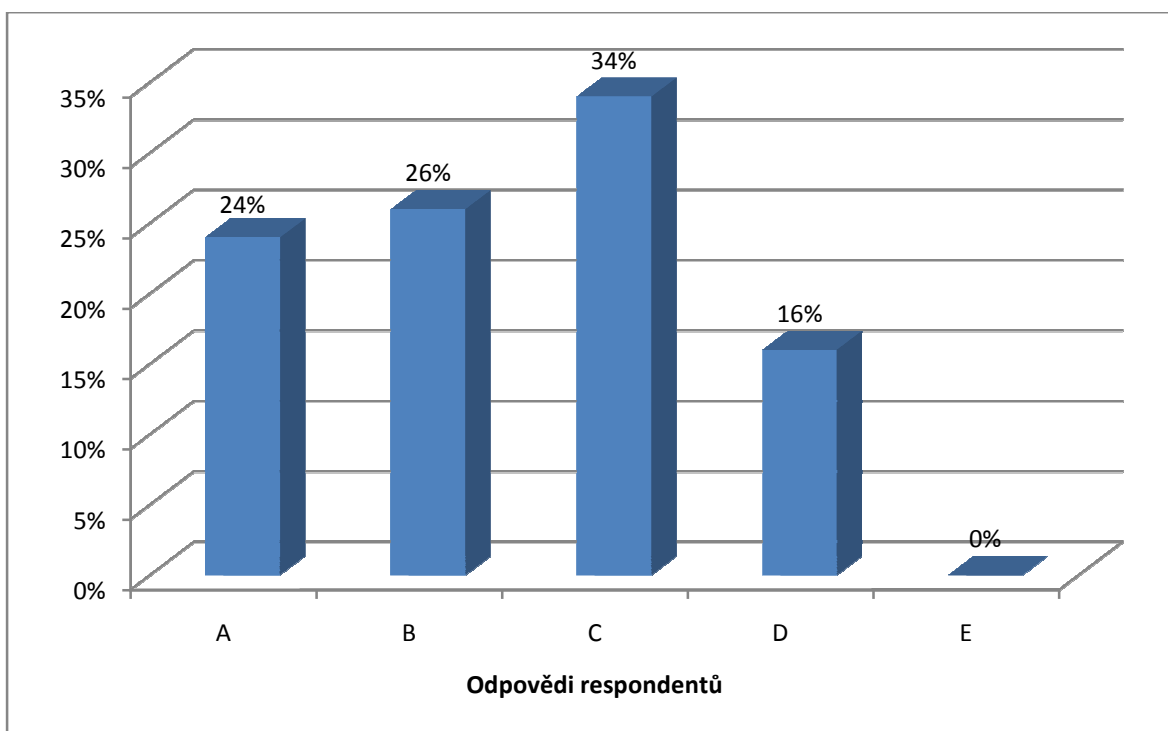
Z grafu vyplývá, že 21 nevidomých (42 %) nebylo obeznámeno s prostorami, 15 nevidomých (30 %) částečně, 13 respondentů (26 %) bylo provedeno a bylo jim popsáno oddělení. 1 respondent (2 %) uvedl jinou možnost, která zní: „Jen mě přivedla k posteli, nic neřekla a odešla!“

8.2.2.3 Poučení respondentů o odborném výkonu

Otázka č. 5 Pokud Vám prováděli ve zdravotnickém zařízení odborný výkon či vyšetření, byl/a jste dostatečně informován/a o jaký výkon se jedná, byl Vám vysvětlen postup, domluvila se s Vámi všeobecná sestra na Vašich požadavcích a byly Vám veškeré následující kroky srozumitelně okomentovány?

- A. Ano, vše bylo plně vyhovující.
- B. S výkonem a jeho postupem jsem byl/a obeznámen/a.
- C. Částečně mi byl vysvětlen výkon.
- D. Ne, informace jsem žádné nedostal/a.
- E. Jiná možnost

Graf 19 Poučení respondentů o odborném výkonu



Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) byl částečně vysvětlen výkon 17 nevidomým (34 %), 13 zúčastněným (26 %) byl výkon a jeho postup obeznámen. O jednoho respondenta méně tzn. 12 (24 %) uvedlo, že vše bylo vyhovující. 8 respondentů (16 %) nedostalo žádné informace. Možnost „E“ nebyla respondenty uvedena.

8.2.3 Hypotéza H2

H2: Nevidomí neshledávají poskytované průvodcovské schopnosti ze strany všeobecných sester jako vhodné.

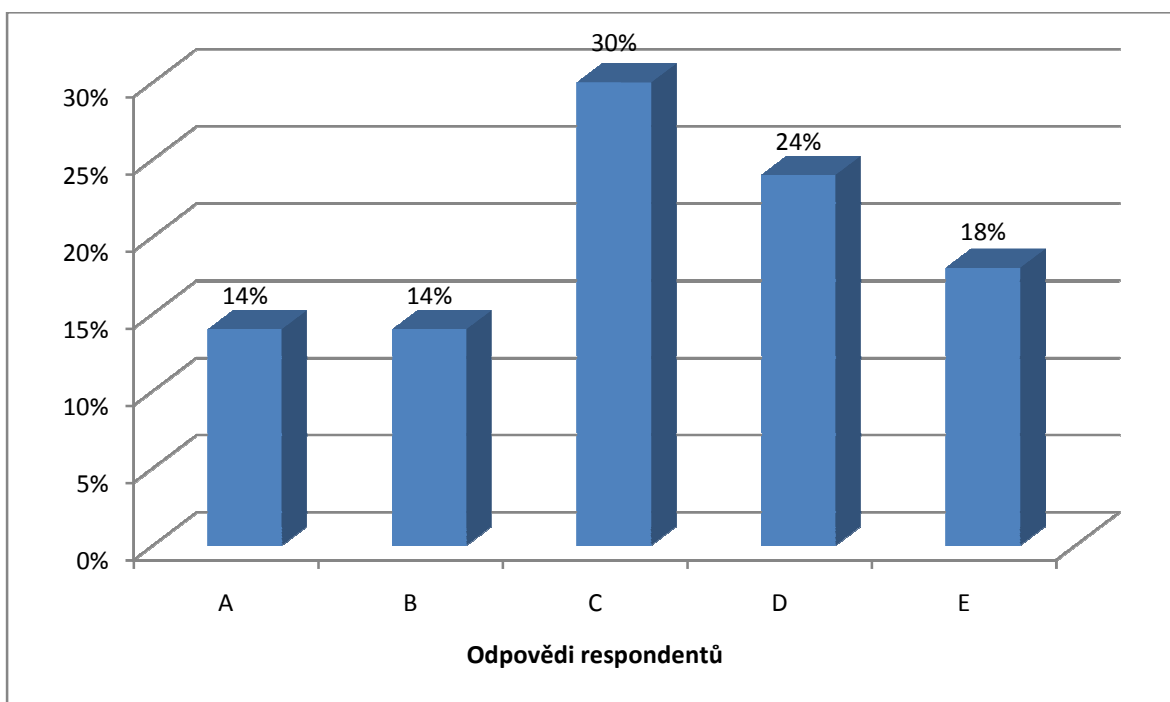
Ke druhé hypotéze se vztahovaly otázky číslo: 6, 7, 8.

8.2.3.1 Setkání respondentů s nevhodnými technikami při vedení

Otázka č. 6 Setkal/a jste se při doprovázení od všeobecné sestry s tlačáním před sebou, táhnutí za sebou, s uchopením Vaší bílé hole, či dalších nevhodných technik vedení?

- A. Ano, setkávám se s tím vždy.
- B. Ano, setkávám se s tím velmi často.
- C. Ano, občas se s tímto přístupem setkám.
- D. Ano, již jsem se s tím setkala.
- E. Ne.

Graf 20 Setkání respondentů s nevhodnými technikami při vedení

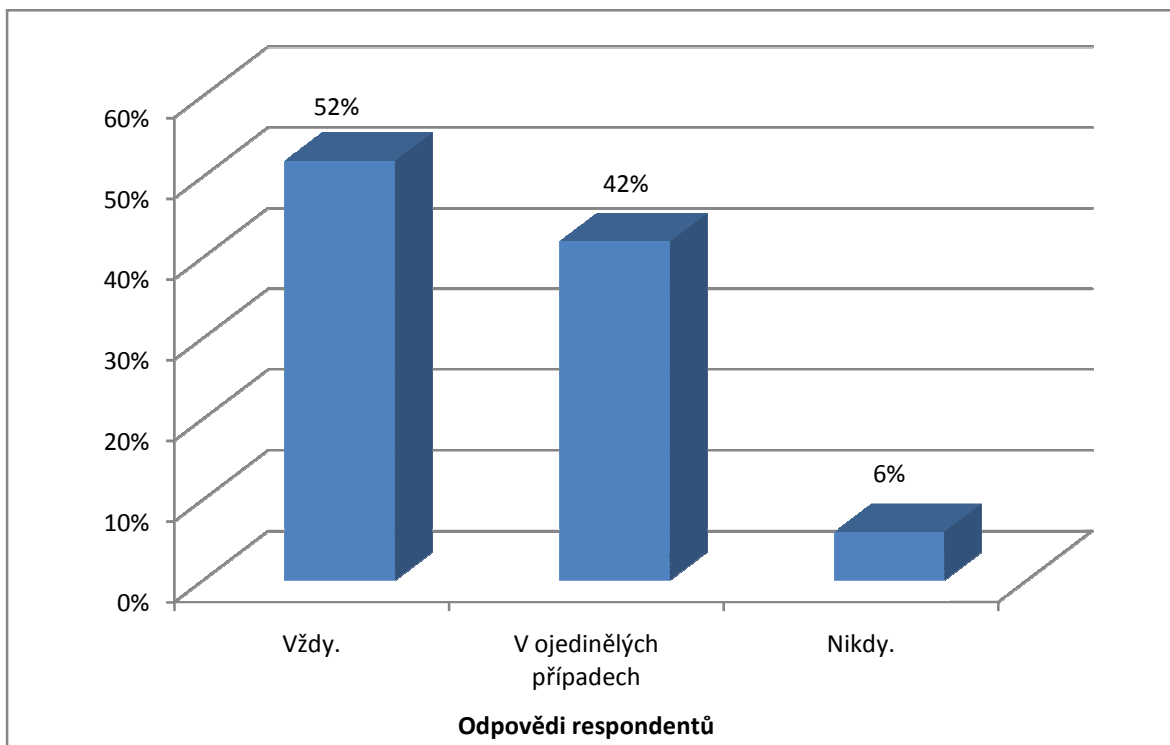


Graf 20 uvádí, že nejvíce respondentů s počtem 15 (30 %) odpovědělo, že se občas setkává s nevhodnými technikami při vedení, 12 nevidomých (24 %) se s tím již také setkala. 9 respondentů (18 %) zvolilo odpověď „ne“. Stejný počet 7 nevidomých (14 %) uvedlo, že se s tím setkávají vždy či velmi často.

8.2.3.2 Upozornění respondentů na překážky, schody, zúžený prostor

Otázka č. 7 Upozornila Vás všeobecná sestra při doprovodu na překážky, schody, zúžený prostor?

Graf 21 Upozornění respondentů na překážky, schody, zúžený prostor

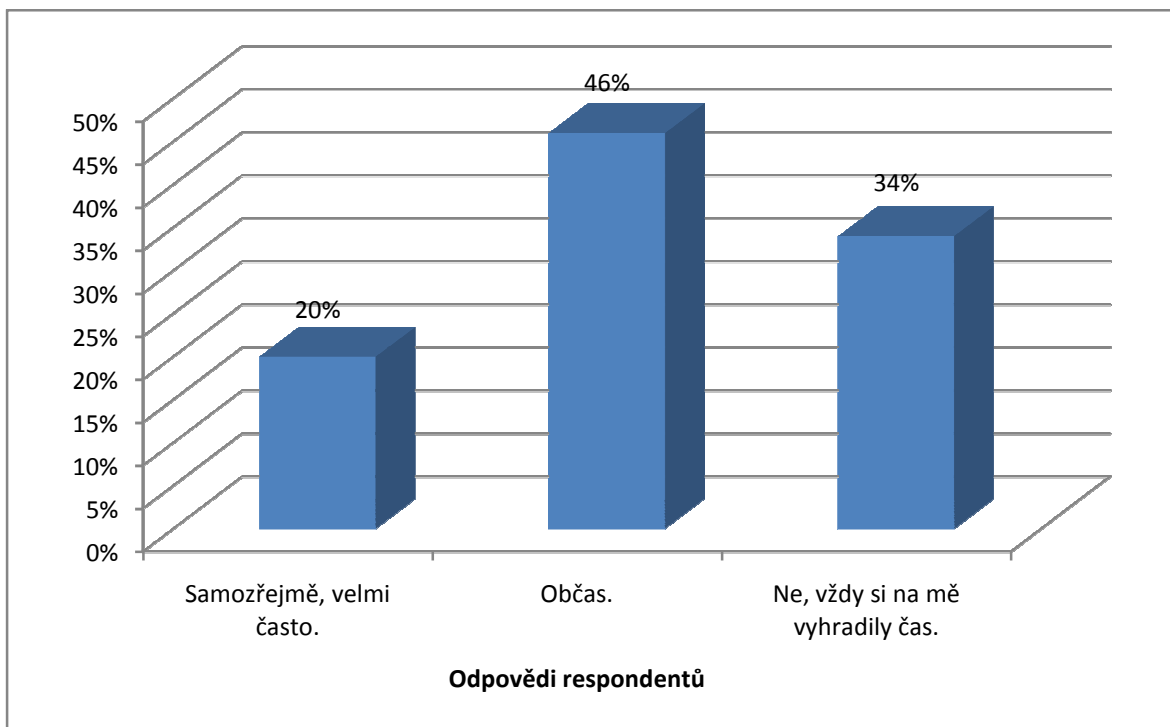


Z celkového počtu 50 nevidomých (100 %) uvedlo 26 respondentů (52 %), že je VŠS vždy upozornila, 21 respondentů (42 %) odpovědělo možnost „v ojedinělých případech“. „Nikdy“ odpověděli 3 nevidomí (6 %).

8.2.3.3 Doprovázení v nevhodném tempu

Otázka č. 8 Setkal/a jste se při doprovodu s nevhodným tempem ze strany všeobecné sestry?

Graf 22 Doprovázení v nevhodném tempu



Graf 22 uvádí, že nevidomí se občas setkávají s nevhodným tempem v počtu 23 (46 %), 17 respondentů (34 %) uvedlo, že si vždy VŠS na ně vyhradily čas. 10 nevidomých (20 %) odpovědělo, že se s tím setkávají velmi často.

8.2.4 Hypotéza H3

H3: Nevidomí jsou edukováni o poradenských zařízeních pro zrakově postižené v okolí bydliště.

K této hypotéze patřily otázky číslo: 10 a 12.

8.2.4.1 Možnost rekvalifikačních kurzů Dědina o. p. s

Otázka č. 10 Víte o možnosti rekvalifikačních kurzů Dědina o. p. s.?

Tabulka 10 Možnost rekvalifikačních kurzů Dědina o. p. s

Dotazovaní respondenti	Ano	Ne
Nevidomí	40%	60%

Z celkového počtu 50 nevidomých (100 %) ví o možnosti rekvalifikačních kurzů Dědina o. p. s. a to v počtu 20 respondentů (40 %). Zbýlých 30 respondentů (60 %) středisko nezná.

8.2.4.2 Edukace o rozsahu služeb poskytující Tyfloservis o. p. s., Tyflokabinet o. p. s., Tyflocentrum o. p. s.

Otázka č. 12 Informoval Vás někdo o rozsahu služeb, která poskytují Tyfloservis o. p. s., Tyflokabinet o. p. s., Tyflocentrum o. p. s.?

Tabulka 11 Edukace o rozsahu služeb poskytující Tyfloservis o. p. s., Tyflokabinet o. p. s., Tyflocentrum o. p. s.

Dotazovaní respondenti	Ano	Ne
Nevidomí	76%	24%

Z tabulky je zřejmé, že nevidomí, 38 respondentů (76 %), mají informaci o službách uvedených zařízení. Odpověď „ne“ zvolilo 12 zúčastněných (24 %).

8.2.5 Hypotéza H4

H4: Domnívám se, že hlavním edukátorem nevidomých je lékař.

Ke čtvrté hypotéze se vztahovaly otázky číslo: 9, 11, 13 a 14.

8.2.5.1 Hlavní edukátor o poradenských zařízeních pro ZP

Otázka č. 9 Jakým způsobem jste získal/a informace o poradenských zařízeních pro zrakově postižené ve Vašem okolí?

Tabulka 12 Hlavní edukátor

Hlavní edukátor	
Lékař	28%
Všeobecná sestra	0%
Sociální pracovník nemocnice	26%
Rodina	32%
Internet	8%
Jiná možnost:	6%
Od rodinné přítelkyně	
Doporučení z nemocnice o navštívení sestry z Palaty v bytě	

Z celkového počtu 50 nevidomých (100 %) získali informace o poradenských zařízeních pro ZP nejvíce od rodiny v počtu 16 respondentů (32 %), 14 nevidomých (28 %) od lékaře, 13 nevidomých (26 %) od sociálního pracovníka, 4 nevidomí (8 %) z internetu, 3 respondenti (6 %) uvedli jinou možnost. Dva respondenti uvedli: „Doporučení z nemocnice o navštívení sestry z Palaty.“ Jeden respondent uvedl: „Od rodinné přítelkyně“. VŠS nebyla nevidomými uvedena.

8.2.5.2 Hlavní edukátor o rekvalifikačních kurzech Dědina o. p. s

Otázka č. 11 Pokud ano, jakou cestou jste získal/a informace o rekvalifikačních kurzech

Dědina o.p.s.?

Tabulka 13 Hlavní edukátor o rekvalifikačních kurzech Dědina o. p. s

Hlavní edukátor	
Lékař	0%
Všeobecná sestra	0%
Sociální pracovník nemocnice	0%
Rodina	20%
Poradenská zařízení pro zrakově postižené	65%
Internet	15%
Jiná možnost	0%

Na otázku č. 11 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 10 zvolili odpověď „ano“, tj. 20 nevidomých (100 %). 13 respondentů (65 %) získalo informaci z poradenských zařízení pro ZP, 4 respondenti (20 %) od rodiny a 3 nevidomí (15 %) za pomoci internetu. Lékař, VŠS, sociální pracovník nemocnice nebyli nevidomými uvedeni.

8.2.5.3 Hlavní edukátor o službách poskytující poradenská zařízení pro ZP

Otázka č. 13 Pokud ano, od koho jste získal/a informace?

Tabulka 14 Hlavní edukátor o službách poskytující Tyfloservis, Tyflokabinet, Tyflocentrum

Hlavní edukátor	
Lékař	16%
Všeobecná sestra	0%
Sociální pracovník nemocnice	24%
Rodina	13%
Poradenská zařízení pro zrakově postižené	39%
Internet	8%
Jiná možnost	0%

Na otázku č. 13 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 12 zvolili odpověď „ano“, tj. 38 nevidomých (100 %). Nejvíce respondentů se tuto informaci dozvědělo z poradenských zařízení pro ZP v počtu 15 nevidomých (39 %), 9 nevidomých (24 %) od sociálního pracovníka nemocnice, 6 respondentů (16 %) od lékaře, 5 respondentů (13 %) od rodiny a 3 nevidomí (8 %) z internetu. VŠS nebyla nevidomými uvedena.

8.2.5.4 Hlavní edukátor obecných informací

Otázka č. 14 Na koho se nejčastěji obracíte, pokud potřebujete získat informace?

Tabulka 15 Hlavní edukátor obecných informací

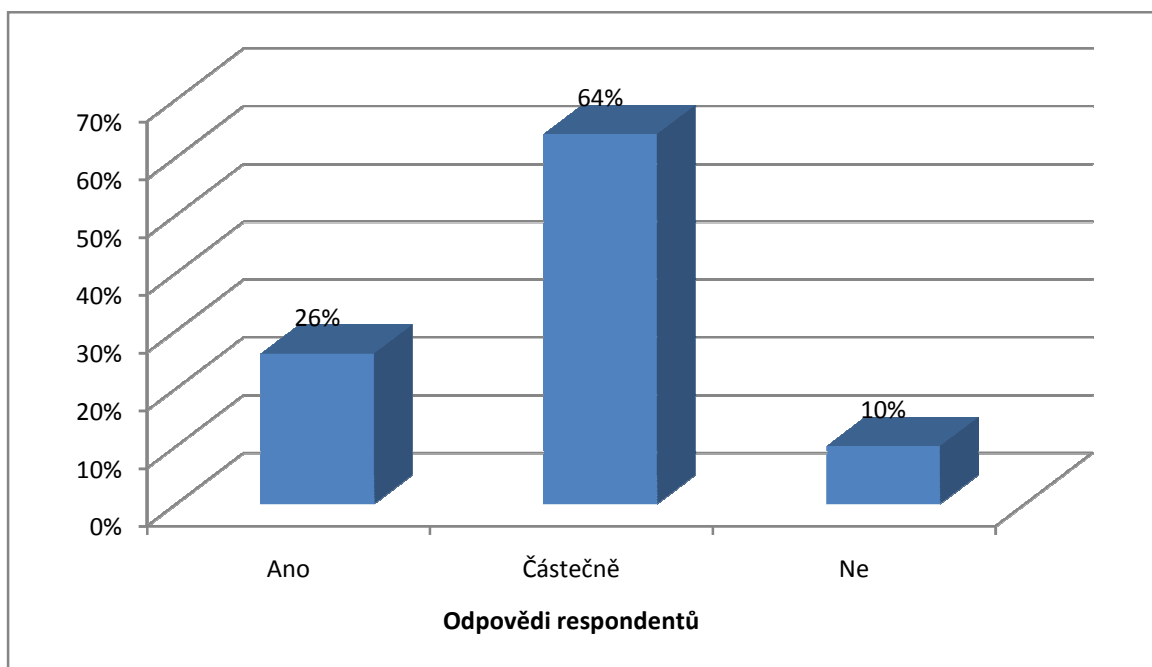
Hlavní edukátor	
Lékař	4%
Všeobecná sestra	0%
Sociální pracovník nemocnice	0%
Rodina	24%
Poradenská zařízení pro zrakově postižené	64%
Internet	8%
Jiná možnost	0%

Nejvíce respondentů hledají radu v poradenských zařízeních pro ZP v počtu 32 nevidomých (64 %). 12 nevidomých (24 %) se obrací na rodinu, 4 nevidomí (8 %) na internet a 2 respondenti (4 %) na lékaře. VŠS a sociální pracovník nemocnice nebyli nevidomými uvedeni.

8.2.5.5 Spokojenost s úrovní ošetrovateľskej péče

Otázka č. 15 *Byl/a jste spokojen/a s úrovní ošetrovateľskej péče, ktorá Vám byla všeobecnými sestrami poskytnuta?*

Graf 23 *Spokojenost s úrovní ošetrovateľskej péče*

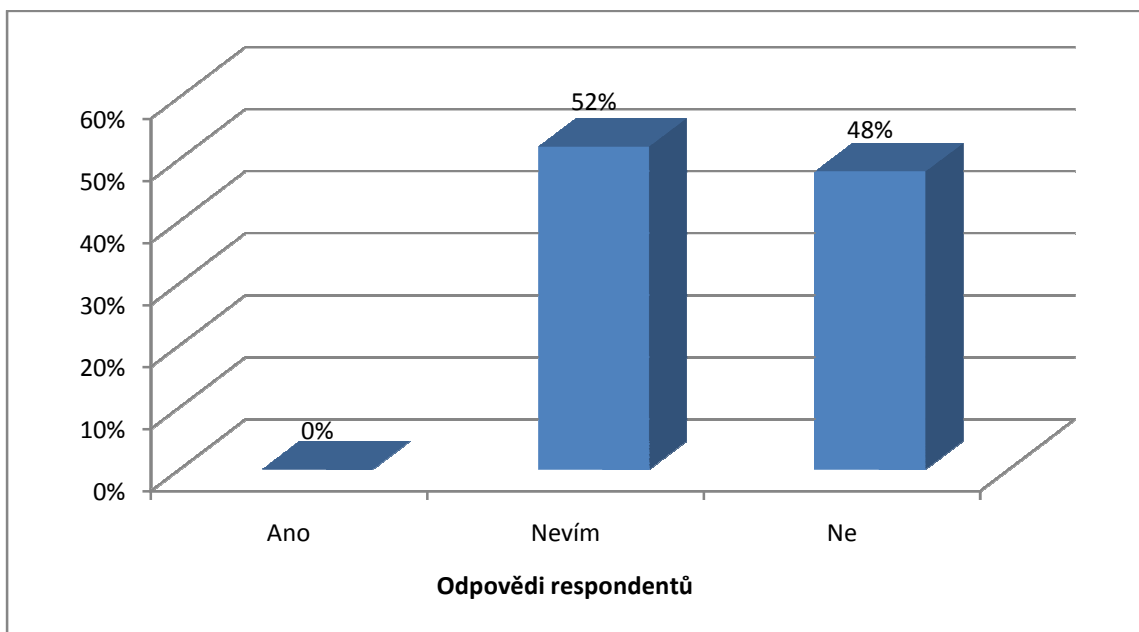


Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) bylo 32 nevidomých (64 %) částečně spokojeno s úrovní ošetrovateľskej péče, 13 nevidomých (26 %) zcela spokojeni a 5 nevidomých (10 %) nespokojeni.

8.2.5.6 Oblast, ve které VŠS neinformovala

Otázka č. 16 *Myslíte si, že existuje oblast, o které Vás všeobecná sestra neinformovala?*

Graf 24 *Oblast, ve které VŠS neinformovala*



Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) neví, jestli je nějaká oblast, o které je VŠS neinformovala a to v počtu 26 nevidomých (52 %), 24 respondentů (48 %) odpovědělo možností „ne“. Možnost „ano“ nebyla nevidomými uvedena.

8.2.6 Ostatní vyjádření nevidomých respondentů

Otázka č. 20 *Pokud máte ještě něco, co byste chtěl/a sdělit a tento dotazník to neobsahuje, prosím o vyjádření.*

Z celkového počtu 50 (100 %) využili možnosti vyjádření k tomuto tématu pouze 3 nevidomí klienti (6 %). První nevidomá respondentka z TyfloCentra Plzeň, o. p. s. uvedla: „Chtěla bych říct, že v nemocnici na očním na Lochotíně se ke mně vždy chovali perfektně.“ Druhá respondentka také z TyfloCentra Plzeň, o. p. s. uvedla: „Chtěla bych vzkázat, ať se nás nebojí, nevyhýbají se nám a vlídnější, jemnější slovo taky neuškodí!“ Třetí respondent z Tyflokabinetu České Budějovice, o. p. s. uvedl: „Určitě by bylo lepší, kdyby se zlepšila úroveň doprovázení nás nevidomých. Když už neví jak s námi zacházet, ať se zeptají jak na nás!“

9 DISKUZE

Prvním cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, zda VŠS edukují nevidomé klienty a zda jejich odpovědi potvrdí výsledky šetření ze strany nevidomých klientů. Při výzkumném šetření jsem jako dílčí cíl porovnávala, zda VŠS umí edukovat na jiných standardních odděleních na stejné úrovni jako na očních odděleních. Druhým cílem bylo zjistit, jakou konkrétní osobu či zdroj informací považují nevidomí klienti za hlavního edukátora.

9.1 Diskuze vztahující se k výsledkům dotazníků všeobecných sester

V dotazníku pro VŠS v části „A“ byly položeny čtyři obecné otázky; a to věk, dosažené vzdělání, celková délka praxe ve zdravotnictví, z toho délka praxe jen na očním oddělení, a četnost setkání s nevidomým klientem. Velmi mne překvapilo, že na obou typech oddělení převažují VŠS se středoškolským vzděláním, a to 21 respondentek (84 %) z očních oddělení a 15 respondentek (60 %) z jiných standardních oddělení. Nečekala jsem, že VŠS pracující na očních odděleních působí v průměru mnohem kratší dobu, než je jejich celková délka praxe ve zdravotnictví. Pouze u VŠS pracující ve zdravotnictví 31 a více let je průměrná praxe na očních odděleních 28,3 roku, což je převážná část jejich praxe. Nepřekvapilo mne, že z jiných standardních oddělení se setkávají s nevidomými klienty v průměru jedenkrát za rok či se s nimi ještě nikdy nesetkaly. Avšak na očních odděleních četnost setkání s nevidomým klientem velmi kolísala. Zatím co některé respondentky uvedly denní kontakt s nevidomými v počtu 12 (48 %), jiné respondentky označily pouze jedenkrát za 3 měsíce, a to v počtu 8 VŠS (32 %). Četnost kontaktu jedenkrát týdně uvedly pouze 2 respondentky (8 %), což signalizuje značnou nerovnoměrnost výskytu nevidomých klientů i na očních odděleních.

Hypotéza H1: Většina všeobecných sester při své práci s nevidomými klienty ve zdravotnickém zařízení nepoužívá základní komunikační zásady. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 1–4.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Z celkového počtu 50 VŠS (100 %) většina respondentek tj. 57 % ovládá základní komunikační zásady. Na očních odděleních zvládá komunikaci 63 % VŠS a na jiných standardních odděleních 51 % VŠS. Ačkoliv se mi hypotéza nepotvrdila, procentuelní výsledky nesvědčí o mimořádných znalostech komunikačních dovedností. Avšak moje domněnka se moc neliší od výsledků, zejména

u VŠS z jiných standardních oddělení. Při posuzování jednotlivých komunikačních zásad se vyskytly velké znalostní rozdíly. Neočekávala jsem, že většina VŠS zná problematiku komunikace s nevidomým klientem. Zejména při oslovení mne překvapilo, že zvolilo 25 VŠS (100 %) z očních oddělení správnou možnost. I z jiných standardních oddělení 22 VŠS (88 %) zná tuto základní zásadu. Z komunikačních dovedností nejméně zvládají postup při přijetí klienta na oddělení. Na tuto otázku většina VŠS z obou oddělení zvolila nesprávnou možnost. Značně mne zaujalo, že téměř čtvrtina VŠS, tj. 6 (24 %), z jiných standardních oddělení by se vzhledem k handicapu nezabývala prohlídkou oddělení. Správný postup zná pouze 10 respondentek (40 %) z očních oddělení a 5 VŠS (20 %) z jiných standardních oddělení. Výsledky šetření ohledně informovanosti nevidomých klientů při odborných výkonech vypovídají o velmi dobrých znalostech a postupech, a to jak u VŠS z očních oddělení 20 (80 %), tak i z jiných standardních oddělení v počtu 16 respondentek (64 %). Ohledně popsání pokrmu na talíři při stravování nevidomých si většina VŠS není jistá, jakou metodu by použila, o čemž vypovídá Graf 7. Z něho je zřejmé, že pouze třetina VŠS z jiných standardních oddělení ale i třetina VŠS z očních oddělení vybrala správnou možnost, tj. nevhodný postup metodu obličeje. Dvě třetiny VŠS z obou typů oddělení si nebyly jisté, jaká metoda je pro popsání pokrmu nevhodná.

Hypotéza H2: Většina všeobecných sester při své práci s nevidomými klienty ve zdravotnickém zařízení nepoužívá zásady průvodcovství. K hypotéze H2 se vztahovaly otázky č. 5–7.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Z celkového počtu 50 respondentek (100 %) zvládá průvodcovské zásady 71 % VŠS, z toho 81 % z očních oddělení a 60 % z jiných standardních oddělení. Výsledky šetření o průvodcovských zásadách svědčí o vyšší úrovni znalostí a zkušeností než u komunikačních zásad. Neočekávala jsem, že postup a způsob držení nevidomého klienta při doprovázení zná většina zúčastněných respondentek. Výsledky však naopak ukázaly, že VŠS z očních oddělení v počtu 17 (68 %) a 13 respondentek (52 %) z jiných standardních oddělení průvodcovské zásady zvládá. To potvrzuje zejména znalost při vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru, neboť správnou odpověď zvolilo 22 respondentek (88 %) z očních oddělení a 13 respondentek (52 %) z jiných standardních oddělení. Způsob vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru patří mezi ty náročnější a nepříliš často frekventované. Téměř většina VŠS z obou typů oddělení při výskytu překážek, schodů na trase, zareaguje správně, a to v počtu 22 VŠS (88 %) z očních oddělení a 19 VŠS (76 %) z jiných standardních oddělení. Tato

situace je více využívaná, neboť bezbariérový přístup ve všech zdravotnických zařízeních není ještě plně zaveden, proto si myslím, že respondentky tuto situaci ovládají.

Hypotéza H3: Většina všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení needukuje rodinu nevidomého o základních komunikačních a průvodcovských zásadách. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 8, 9, 10, 11.

Tato hypotéza se potvrdila, neboť z celkového počtu 50 VŠS (100 %), 33 respondentek (66 %) odpovědělo, že needukuje rodinu. Z toho na očním oddělení 13 VŠS (52 %) edukuje a na jiných standardních odděleních pouhé 4 respondentky (16 %) uvedly, že edukují rodinu. VŠS z očních oddělení uvedly jako důvod needukace rodiny o základních komunikačních a průvodcovských zásadách, že rodina již byla poučena. Jedna VŠS z očního oddělení uvedla odpověď: „Zbytečné edukovat, mají možnost získání informací z internetu, literatury.“ 21 VŠS z jiných standardních oddělení uvedly, že se s tím neseškávají. Domnívám se, že většina RP, která doprovází nevidomého člena rodiny, je se situací plně obeznámena, neboť edukaci potřebovala v počátečním stádiu nevidomosti. Jako způsob edukace uvedly ty respondentky, které edukují, verbální kontakt s praktickou ukázkou 14 (82 %). Je možné, že tento způsob edukace volí z důvodu nezahlcení množstvím teoretických informací a lepšího pochopení. Vzhledem k tomu, že většina lidí není schopna zapamatovat si velké množství nových poznatků, bylo by vhodné si informace podané edukátorem znovu připomenout, rozšířit, například nastudováním názorných informačních materiálů. Z tohoto důvodu příkládám velkou důležitost dostatku vhodných názorných informačních letáků na zdravotnických pracovištích. Jak je zřejmé z výsledků šetření u otázky č. 10 na odděleních nejsou v dostatečném spektru informační letáky a brožury dostupné. Výsledky šetření u otázky č. 11 potvrdily i můj předpoklad, že by bylo vhodné mít na odděleních informační letáky a brožurky v dostatečném počtu a kvalitě. Domnívám se, že důvodem je efektivnější edukace RP a dalším možným důvodem je časová tíseň, která vyplývá z nedostatku zdravotnického personálu a individuálních potřeb nevidomých klientů.

Hypotéza H4: Všeobecné sestry edukují o dostupných poradenských zařízeních pro zrakově postižené v okolí bydliště handicapovaného. K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku č. 12, 13, 14.

Tato hypotéza se potvrdila, neboť většina VŠS na očních odděleních 18 (72 %) edukuje rodinu o možnosti docházky nevidomého dítěte do poradenského zařízení rané

péče. Pouze 7 respondentek (28 %) uvedlo, že needukují rodinu o této možnosti. Na tuto otázku VŠS z jiných standardních oddělení neodpovídaly, neboť se s touto situací nemohou setkat. Překvapila mě poměrně vysoká úroveň edukace nevidomých o poradenských zařízeních pro ZP. Z celkového počtu 50 respondentek (100 %), uvedlo 42 VŠS (84 %), že edukuje nevidomého o poradenských zařízeních pro ZP, z toho 23 VŠS (92 %) z očních oddělení a 19 VŠS (76 %) z jiných standardních oddělení. Na další položenou otevřenou otázku o dostupných poradenských zařízeních pro ZP v okolí, VŠS z očních oddělení uvedly v průměru 2 poradenská zařízení pro ZP na 1 dotazník. Z jiných standardních oddělení VŠS znají v průměru jedno poradenské zařízení pro ZP. Očekávala bych, že VŠS z očních oddělení budou znát více poradenských zařízení pro ZP ve svém okolí, avšak mne mile překvapilo, že VŠS z jiných standardních oddělení znají alespoň jedno nejbližší zařízení pro ZP, přesto, že se s nimi téměř nesetkávají.

Hypotéza H5: Domnívám se, že většina všeobecných sester zajistí kontakt sociálního pracovníka nemocnice. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 15, 16.

Všech 50 respondentek (100 %) ví o působení sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, avšak kontakt sociálního pracovníka zajišťuje „vždy“ pouze 17 respondentek (34 %), „v ojedinělých případech“ 27 VŠS (54 %) a „nikdy“ nekontaktuje 6 respondentek (12 %). Možnost zavolat sociálního pracovníka využije téměř polovina VŠS z jiných standardních oddělení, zatímco u VŠS z očních oddělení převažuje možnost zavolání sociálního pracovníka pouze v ojedinělých případech. Výsledek tohoto šetření může být ovlivněn tím, že většinou se nejedná o první zkušenost nevidomého klienta a jeho rodiny se zdravotnickým zařízením. Proto nejčastěji zvolená možnost byla zajistit kontakt sociálního pracovníka v ojedinělých případech. Hypotéza se tedy potvrdila.

9.2 Diskuze vztahující se k výsledkům dotazníků nevidomých respondentů

V dotazníku pro nevidomé klienty v části „A“ byly položeny tři sociodemografické otázky, a to pohlaví, věk a rodinný stav. Ačkoliv jsem dotazníkové šetření prováděla v poradenských zařízeních pro ZP a v pobytovém zařízení Palata, tak i přesto mne velmi překvapila věková struktura nevidomých, kteří byli přítomni v zařízeních a jež využívají jejich služeb. Většina nevidomých uvádí věk od 63 a více let v počtu 29 (58 %). Nejvíce respondentů uvedlo rodinný stav vdova/vdovec, což mě vzhledem k věkové kategorii zastoupených klientů nepřekvapilo. Přes polovinu respondentů uvedlo získanou vadu po

7 letech věku, a to v počtu 27 (54 %). To by ukazovalo, že převážná většina vad vzniká úrazem, následkem jiných onemocnění a degenerativním procesem. Pouze třetina nevidomých má vadu vrozenou.

Hypotéza H1: Nevidomí neshledávají poskytované komunikační schopnosti ze strany všeobecných sester jako vhodné. K této hypotéze patřily otázky č. 3, 4, 5.

Očekávala jsem, že se mi tato hypotéza potvrdí. Výsledky mého výzkumného šetření však mou hypotézu nepotvrdily, neboť nevidomí hodnotí komunikační zásady a jejich používání ve zdravotnických zařízeních na dobré úrovni. Zejména první kontakt se zdravotnickým personálem je příjemný pro 21 nevidomých (42 %). Na průměrné úrovni hodnotí první kontakt 19 klientů (38 %) a jako nepříjemný ho vidí 10 klientů (20 %). Nejhuře dopadlo šetření ohledně seznámení klienta s prostorami oddělení při hospitalizaci. Téměř polovina respondentů odpověděla, že nebyla seznámena s prostorami, byla uložena na lůžko a upozorněna, že nikam nemá chodit. U této otázky jsem v žádném případě nepředpokládala chybné zacházení s nevidomým klientem. Toto chování není odpustitelné u žádného zdravotnického personálu, neboť to vnímám jako projev neúcty, nelidskosti a nedostatečné empatie. Jedna respondentka dokonce uvedla: „Jen mě přivedla k posteli, nic neřekla a odešla!“ Bohužel zde nejde o neznalost komunikačních zásad u nevidomých klientů, ale o bezohledné chování. U otázky, která se dotazuje na chování VŠS v situaci prováděného odborného výkonu, klienti odpověděli převážně kladně. Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) hodnotilo 25 klientů (50 %) jako vyhovující, dále 17 nevidomých (34 %) bylo obeznámeno částečně a pouze 8 klientů (16 %) nedostalo žádné informace o výkonu. Po shrnutí výzkumného šetření o úrovni používání komunikačních zásad, konstatuji, že z pohledu nevidomých většina VŠS komunikační zásady ovládá. V otázce znalosti a používání komunikačních zásad se pohled VŠS a nevidomých shoduje, což prokazuje porovnání výsledků otázek ohledně seznámení s prostorami oddělení ve zdravotnickém zařízení a seznámení s odborným výkonem, tj. otázky č. 4, 5 v dotazníku pro nevidomé klienty a otázek č. 2, 3 v dotazníku pro VŠS. Při přijetí do zdravotnického zařízení VŠS uvedly v počtu 25 (100 %) z očních oddělení a 19 (76 %) z jiných standardních oddělení, že seznámí plně či alespoň vylíčí místnosti na oddělení, což se ale plně nepotvrdilo ve výsledcích dotazníkového šetření u nevidomých klientů, neboť 28 klientů (56 %) bylo plně nebo částečně seznámeno s prostorami, avšak 22 klientů (44 %) vůbec nebylo seznámeno s prostorami. Je možné, že VŠS problematiku komunikačních zásad znají, avšak v praxi ji plně nevyužívají. Co se týká informovanosti o odborném

výkonu 36 VŠS (72 %) uvedlo správnou teoretickou možnost edukace o výkonu, postupu a průběhu. Naproti tomu v dotaznících pro nevidomé klienty hodnotí edukaci pouze 12 nevidomých (24 %) jako plně profesionální. Porovnáním výsledků šetření jsem došla k závěru, že teoretické znalosti VŠS jsou průměrné, avšak z pohledu nevidomých klientů nejsou dostatečně využívány.

Hypotéza H2: Nevidomí neshledávají poskytované průvodcovské schopnosti ze strany všeobecných sester jako vhodné. K hypotéze se vztahovaly otázky č. 6, 7, 8.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Překvapilo mne, že dotazovaní respondenti uvedli v otázce č. 6 všechny možnosti a to poměrně vyrovnaně. To ukazuje na slabou stránku průvodcovských schopností VŠS, na možnou nejistotu a případně strach. Nejvíce nevidomých klientů na otázku, zda se setkalo při doprovázení VŠS s nevhodnou technikou vedení, zvolilo možnost „občas se s tímto přístupem setkám“, a to v počtu 15 respondentů (30 %). Nikdy se s tímto přístupem ze strany VŠS „nesetkalo“ 9 respondentů (18 %). Naproti tomu, 7 klientů (14 %) zvolilo opačnou odpověď, „Ano, setkávám se s tím vždy.“ Otázka č. 7 byla zaměřena na upozornění při překonávání překážek, schodů. Výsledek výzkumného šetření této položky ukazuje na znalost a uplatňování zásad v praxi, neboť 26 klientů (52 %) uvedlo, že byli „vždy“ upozorněni. Pouze 3 respondenti (6 %) z celkového počtu 50 respondentů (100 %) nebyli upozorněni. V otázce č. 8 týkající se vhodného tempa při doprovodu, téměř polovina klientů se s tím „občas“ setkala. Přestože 17 klientů (34 %) uvedlo, že se s tím nikdy nesetkalo, je konstatování klientů nepříznivé ve prospěch VŠS, i když chápu, že při daném pracovním nasazení je těžké si vždy vyhradit patřičný čas. Při komplexním hodnocení průvodcovských zásad VŠS výsledky výzkumného šetření jak ze strany VŠS, tak i ze strany nevidomých, jsou hodnoceny jako velmi dobré, ačkoliv nevidomí vnímají jako nejslabší místo v průvodcovských zásadách techniku vedení. Porovnání otázky č. 6 s otázkou č. 5 v dotazníku u VŠS zná správnou techniku vedení 30 VŠS (60 %), avšak v praxi pouze 9 klientů (18 %) se vždy setkalo s vhodným způsobem vedení ze strany VŠS. Při vedení v zúženém prostoru, do schodů a překonávání překážek 41 respondentek (82 %) uvedlo správné zareagování v těchto situacích. Pouze 3 nevidomí (6 %) uvedli, že nikdy nebyli upozorněni. Zde se také potvrdilo, že VŠS znalosti ohledně průvodcovských zásad mají, avšak při hodnocení ze strany nevidomých je v praxi mnohdy nepoužívají.

Hypotéza H3: Nevidomí jsou edukováni o poradenských zařízeních pro zrakově postižené v okolí bydliště. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 10, 12.

Domnívala jsem se, že klienti budou edukováni o těchto zařízeních. Tato hypotéza se mi potvrdila. Avšak s možnostmi rekvalifikačních kurzů pořádaných střediskem Dědina o. p. s. ve většině případů nebyli klienti obeznámeni. Je možné, že výsledek tohoto šetření je ovlivněn rovněž věkovou strukturou respondentů, neboť více než polovina respondentů, která se šetření zúčastnila, má důchodový věk. Tři čtvrtiny respondentů uvádí, že je obeznámena s rozsahem služeb, která poskytují poradenská zařízení pro ZP, což vypovídá o naplnění těchto středisek.

Hypotéza H4: Hlavním edukátorem nevidomých je lékař. K této hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 9, 11, 13, 14.

K zadání této hypotézy mne vedl předpoklad, že nevidomí uvedou jako hlavního edukátora ošetřujícího lékaře. Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť na základě výzkumného šetření u nevidomých klientů jsou hlavním edukátorem poradenská zařízení pro ZP (38 %). Druhým hlavním edukátorem se stala rodina. Až na třetím místě z výsledku šetření této položky se 14 % se shodně umístil lékař se sociálním pracovníkem nemocnice. Jako méně častý zdroj informací slouží internet (9 %). Jsem přesvědčena, že u této možnosti hraje velkou úlohu věk respondentů, neboť pouze 42 % klientů je ve věkové skupině pod 63 let. Věřím, že mladší generace využívá tento zdroj ve větším rozsahu. Nepřekvapilo mne, že nevidomí se neobracují na VŠS jako hlavního edukátora, což jsem předpokládala v této hypotéze, avšak nečekaně hledají informace v poradenských zařízeních pro ZP a ne u lékaře. Domnívám se, že důvodem, proč není hlavní edukátor lékař, je důvěra a čtenější kontakt s poradenskými zařízeními pro ZP. Od lékaře zřejmě nevidomí očekávají pouze edukaci ohledně odborných výkonů a informací o zdravotním stavu po dobu hospitalizace. Myslím si, že od VŠS se očekává vhodný způsob komunikačních a průvodcovských dovedností, úprav prostředí a zejména empatický přístup.

ZÁVĚR

Nevidomost přináší pro zdravou populaci spoustu otázek v oblasti odlišné komunikace, ztížené spolupráce, obtížného pochopení a řešení problémů v různých životních situacích, které se mohou vyskytnout. Četnost kontaktu zdravotnického personálu s nevidomými jedinci je vyšší než v běžném životě, a proto už z tohoto důvodu by měla každá VŠS být dostatečně vzdělána a připravena edukovat a poskytnout specifickou ošetrovatelskou péči nevidomým.

Bakalářská práce byla zaměřena zejména na problematiku edukace nevidomých klientů a zjištění hlavního edukátora, což někdy bylo v rozporu s mými hypotézami. V úvodních kapitolách práce jsem se snažila přiblížit rozdělení vad ZP, prožívání rodiny s nevidomým členem a většinu práce jsem věnovala edukaci klienta a rodiny ve zdravotnickém zařízení. Prvním cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, zda VŠS edukují nevidomé klienty a zda jejich odpovědi potvrdí výsledky šetření ze strany nevidomých klientů. Druhým cílem bylo zjistit, jakou konkrétní osobu či zdroj informací považují nevidomí klienti za hlavního edukátora. Zvolila jsem kvantitativní výzkum pomocí dotazníků určených VŠS na očních odděleních a jiných standardních odděleních a dotazníků určených nevidomým klientům. Výsledky mého výzkumného šetření z pohledu VŠS potvrzují skutečnost, že VŠS edukují klienty. Po zobecnění výsledků šetření, VŠS pracující na očních odděleních zvládají lépe veškeré edukační úkony spojené s hospitalizací nevidomého klienta než VŠS na jiných standardních odděleních, což je podle mého názoru způsobeno větší četností výskytu klientů na jejich odděleních. Hypotézy potvrdily, že většina VŠS edukuje na dobré úrovni, avšak z pohledu nevidomých klientů není jejich edukace v praxi plně využita. Největší nedostatky uvádí nevidomí klienti v používání vhodných průvodcovských dovedností na rozdíl od VŠS, které více nedostatků měly v komunikačních zásadách. Z výsledků mého šetření mohu konstatovat, že většina VŠS edukuje nevidomé klienty v průběhu hospitalizace, ale hlavní zdroj informací pro nevidomé klienty, tedy hlavním edukátorem, jsou poradenská zařízení pro ZP. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek a myslím si, že vytyčeného cíle se mi podařilo dosáhnout. Pro VŠS jsem si zvolila pět hypotéz, z nichž dvě nebyly potvrzeny a tři se mi potvrdily. Ze čtyř hypotéz pro nevidomé klienty se mi tři nepotvrdily a jedna potvrdila.

Je nějaká lepší cesta k proniknutí do života nevidomých než vlastní zkušenost? Měla jsem to štěstí, že v současné době probíhá výstava „Nevidomý svět“, která nastiňuje nám

„vidícím“ život nevidomých. Tato výstava mi pomohla nahlédnout do jejich světa a pochopit potřebu komunikačních a průvodcovských zásad, neboť bez nich jsem byla ve tmě zcela ztracená. Zažila jsem tam strach z neznámého prostředí, fyzickou bolest při jeho poznávání. Proto vím, že bez seznámení s prostředím a odstranění nástrah v cestě jsou nevidomí vystaveni zbytečnému stresu a hlavně nebezpečí. Užívání správných komunikačních zásad v běžném životě co největším počtem osob umožní integraci nevidomých do společnosti a odstraní zejména „vnitřní“ bariéry, jako je lítost, strach a neznalost.

Znalost a pochopení této problematiky od pubescentního věku by mohly ovlivnit chování zdravé populace k nevidomým. Zde bych doporučovala do osnov studia na středních školách, zejména zaměřených na zdravotnické studium a sociální obory, zařadit výuku komunikace s praktickou návštěvou v některých zařízeních pro ZP. Správný přístup, znalost specifické ošetrovatelské péče a celková edukace nevidomého klienta ve zdravotnickém zařízení ulehčí hospitalizaci nejen nevidomým ale i pracovní den VŠS.

S rozvojem ošetrovatelství je zdůrazňováno nezbytné zvyšování kvality poskytovaných služeb. V tom spatřuji zásadní těžiště sesterského uplatnění. Domnívám se, že VŠS zde budou moci plně využít svou roli edukátorek. Základní podmínkou bude dobrá informovanost VŠS o této problematice. Proto by tato práce mohla sloužit i pro zvýšení jejich informovanosti, a tím se podílet na zkvalitňování ošetrovatelské péče. Využití by proto mohl mít i vypracovaný informační materiál, který by měl pomoci studentům středních zdravotnických škol a odborné i laické společnosti pochopit základní pravidla průvodcovství a komunikace, aby byli schopni fundovaně reagovat při kontaktu s nevidomými. Vypracovaný informační materiál bude nabídnut středním zdravotnickým školám pro potřeby výuky, neboť v rámci studia se touto problematikou zabývají. Zpracovanou brožuru najdete v příloze 5.

Závěrem bych chtěla poděkovat všem, kteří mi umožnili zprostředkovat kontakt s respondenty a všem, kteří se podíleli na mém šetření. Doufám, že výsledky tohoto výzkumného šetření přispějí ke zlepšení edukačních schopností nejen zdravotnického personálu, ale i širší veřejnosti.

LITERATURA A PRAMENY

1. Vstupní statistická rozvaha. In: *Teiresiás* [online]. 2007, 18. 4. 2007 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.teiresias.muni.cz/?chapter=2-2#1>
2. FIALA, Pavel; VALENTA, Jiří a EBERLOVÁ, Lada. *Anatomie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vydání. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
4. Řasnaté tělísko. In: www.zeleny-zakal.cz [online]. 2012 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.zeleny-zakal.cz/rasnate-telisko>
5. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 2. vydání. Praha: Grada, 2004. 673 s. ISBN 80-247-1132-X.
6. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vydání. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
7. ŠTRÉBLOVÁ, Miroslava. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: Úvod do tyflopédie*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2002. 69 s. ISBN 80-7044-448-7.
8. HAMADOVÁ, Petra; KVĚTOŇOVÁ, Lea a NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vydání. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
9. KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: Úvod do psychologické problematiky*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7368-917-9.
10. ŘEHÁK, Jiří; REHÁK, Matúš, et al. *Venózní okluze sítnice*. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3480-4.
11. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. vydání. Brno: Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
12. FINKOVÁ, Dita; LUDÍKOVÁ, Libuše a RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
13. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika osob s postižením zraku*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 191-207. ISBN 80-244-1073-7.

14. FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 119 s. ISBN 978-80-244-2742-3.
15. VÁGNEROVÁ, Marie; HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu: učební text pro posluchače Pedagogické fakulty UK*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
16. RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Soudobé trendy v péči o osoby se specifickými potřebami*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2006. 13-18 s. ISBN 80-244-1479-1.
17. LUDÍKOVÁ, Libuše a SOURALOVÁ, Eva. *Speciální pedagogika 5*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 44 s. ISBN 80-244-1213-6.
18. MÍČKOVÁ, Iveta. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2009, 9. ISSN 1210-0404.
19. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha 7: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
20. JESENSKÝ, Jan. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie 1. díl*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 60 s. ISBN 80-7041-329-8.
21. JESENSKÝ, Jan. *Kategorie komprehenzivní tyflopédie 2. díl*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 103 s. ISBN 80-7041-555-X.
22. MICHÁLEK, Miroslav; VOJTÍŠEK, Petr a VONDRÁČKOVÁ, Jana. *Váš nevidomý pacient*. 1. vydání. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
23. WIENER, Pavel, et al. *Praktická výchova zrakově postižených*. 1. vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 71 s. ISBN 80-239-6773-8.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
25. RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Komunikace s osobami se zrakovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 27-34. ISBN 978-80-244-1935-0.
26. JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

27. MICHÁLEK, Miroslav. *Nebojte se pomoci nevidomým*. 2. vydání. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2005. 31 s. ISBN 80-86932-01-X.
28. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vydání. Praha 8: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
29. ČERNÁ, Lenka. *Informace o školách a zařízeních pro zdravotně postižené děti a mládež: Praha, okolí a vybraná zařízení České republiky*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2002. 88 s.
30. Speciálně pedagogické centrum (SPC). In: *Škola Jaroslava Ježka* [online]. 2001 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.skolajj.cz/spc/>
31. Jsme tu, abychom pomáhali nevidomým. In: *SONS* [online]. 2002 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/>
32. Úvodní strana. In: *Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.* [online]. 2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.dedina.cz>

SEZNAM ZKRATEK

a.	arteria
m.	musculus
mm.	musculi
n.	nervus
RP.....	rodinný příslušník
SONS	sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
SP.....	speciální pedagogika
SPC	speciálně pedagogické centrum
VŠS	všeobecná sestra
WHO	světová zdravotnická organizace
ZP	zrakově postižený

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Délka praxe ve zdravotnictví.....	44
Tabulka 2 Edukace rodiny o základních komunikačních a průvodcovských zásadách	53
Tabulka 3 Dostupnost informačních letáků, brožur o základních komunikačních a průvodcovských zásadách na oddělení.....	55
Tabulka 4 Účelnost informačních letáků, brožur o základních komunikačních a průvodcovských zásadách na oddělení.....	55
Tabulka 5 Edukace rodiny o možnosti docházky nevidomého dítěte do poradenského zařízení raná péče.	56
Tabulka 6 Edukace nevidomého klienta o poradenských zařízeních pro zrakově handicapované.	57
Tabulka 7 Dostupná poradenská zařízení pro zrakově handicapované v okolí.....	57
Tabulka 8 Znalost VŠS o působení sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.....	58
Tabulka 9 Hospitalizace či návštěva zdravotnických zařízení	63
Tabulka 10 Možnost rekvalifikačních kurzů Dědina o. p. s.....	70
Tabulka 11 Edukace o rozsahu služeb poskytující Tyfloservis o. p. s., Tyflokabinet o. p. s., Tyflocentrum o. p. s.....	70
Tabulka 12 Hlavní edukátor	71
Tabulka 13 Hlavní edukátor o rekvalifikačních kurzech Dědina o. p. s	72
Tabulka 14 Hlavní edukátor o službách poskytující Tyfloservis, Tyflokabinet, Tyflocentrum	73
Tabulka 15 Hlavní edukátor obecných informací	73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů.....	42
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	43
Graf 3 Četnost setkání s nevidomým klientem.....	45
Graf 4 Oslovení nevidomého klienta.....	46
Graf 5 Postup při přijetí nevidomého klienta na oddělení.....	47
Graf 6 Postup při odborném výkonu	48
Graf 7 Nevhodná metoda při rozložení pokrmu na talíři	49
Graf 8 Postup při doprovodu nevidomého	50
Graf 9 Vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru	51
Graf 10 Reakce VŠS při doprovodu nevidomého klienta s vyskytnutím překážek, schodů, zúženého prostoru.....	52
Graf 11 Forma edukace rodiny	54
Graf 12 Zajištění kontaktu sociálního pracovníka nemocnice pro klienta a jeho rodinu. ...	59
Graf 13 Poměr mužů a žen	60
Graf 14 Věk nevidomých respondentů.....	61
Graf 15 Rodinný stav.....	62
Graf 16 Vada respondentů.....	63
Graf 17 První kontakt se zdravotnickým personálem	64
Graf 18 Seznámení s prostorami oddělení při přijetí respondentů	65
Graf 19 Poučení respondentů o odborném výkonu	66
Graf 20 Setkání respondentů s nevhodnými technikami při vedení.....	67
Graf 21 Upozornění respondentů na překážky, schody, zúžený prostor.....	68
Graf 22 Doprovázení v nevhodném tempu	69
Graf 23 Spokojenost s úrovní ošetrovatelské péče.....	74
Graf 24 Oblast, ve které VŠS neinformovala.....	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Příloha 2 - Rekvalifikační kurzy, Dědina o. p. s.

Příloha 3 – Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 4 – Dotazník pro nevidomé osoby

Příloha 5 – Informační materiál pro odbornou i laickou veřejnost

Příloha 6 – Dotazník pro nevidomé osoby v Braillově písmu

PŘÍLOHA 1 – KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ PODLE WHO

1. Střední slabozrakost – kategorie zrakového postižení 1
 - zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30)-
minimum rovné nebo lepší 6/60 (0,10); 3/10 – 1/10
2. Silná slabozrakost – kategorie zrakového postižení 2
 - 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
3. Těžce slabý zrak – kategorie zrakového postižení 3
 - 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
 - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediné funkční
zdatné oko pod 45 stupňů
4. Praktická nevidomost – kategorie zrakového postižení 4
 - 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
5. Úplná nevidomost - kategorie zrakového postižení 5
 - ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování
světlocitu s chybnou světelnou projekcí.

Zdroj: Klasifikace zrakového postižení podle WHO. In: SONS [online]. 2002 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

PŘÍLOHA 2 – REKVALIFIKAČNÍ KURZY, DĚDINA O. P. S.

Název kurzu	Délka kurzu
Nevidomý a slabozraký masér	20 týdnů
Pomocné práce v keramické dílně	12 týdnů
Košíkář, výroba z proutí a pedigu	22 týdnů
Nácvik obsluhy PC	dle typu kurzu
Ruční tkadlec/tkadlena	16 týdnů
Pracovník v kartonážní výrobě	16 týdnů

Zdroj: Rekvalifikace. In: Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. [online]. 2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.dedina.cz/barva/rekva.html>

PŘÍLOHA 3 – DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Vážená respondentko,

jsem studentkou třetího ročníku na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. V rámci realizace mé bakalářské práce na téma „Všeobecná sestra jako edukátor nevidomého a jeho rodiny“ přikládám dotazník, který je zcela anonymní a napomůže mi k případnému výzkumnému šetření. Prosím Vás, o co největší upřímnost při jeho vyplňování. Cílem tohoto šetření je zjistit schopnost všeobecných sester edukovat nevidomé. Předem Vám děkuji za Váš čas strávený s vyplněním mého dotazníku.

Studentka Tereza Mlčáková

Část A

(U každé otázky zakroužkujte vždy jednu odpověď)

1. Kolik je Vám let?
 - a. 23 – 30 let
 - b. 31 – 40 let
 - c. 41 – 50 let
 - d. 51 a více let

2. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a specializované kurzy:
 - a. Střední zdravotnická škola
 - b. Vyšší odborná škola zdravotnická
 - c. Vysoká škola s dosaženým titulem Bc.
 - d. Vysoká škola s dosaženým titulem Mgr.
 - e. Pokud jste absolvovala specializované kurzy, uveďte jaké:
.....

3. Kolik let praxe máte ve zdravotnictví? Dále prosím uveďte kolik let z toho na očním oddělení.
 - a. 1–5 let /
 - b. 6–10 let /
 - c. 11–20 let /
 - d. 21–30 let /
 - e. 31 a více let /

4. Jak často se stýkáte s nevidomým klientem?
- a. Pracuji s nevidomými denně.
 - b. Setkávám se s nevidomými klienty 1 krát týdně.
 - c. Setkávám se s nevidomými klienty 1 krát za 3 měsíce.
 - d. Setkávám se s nevidomými klienty 1 krát za rok.
 - e. Za mou praxi jsem se s nevidomým klientem nesešla.

Část B

(U každé otázky zakroužkujte vždy jednu odpověď)

1. Oslovujete nevidomého klienta:
- a. Pouze, když je starší dle společenské etikety.
 - b. Vždy jako první, i když je klient mladší.
 - c. První mne oslovuje klient, neboť on něco potřebuje.
2. Jak postupujete při přijetí nevidomého klienta na oddělení?
- a. Nevidomému vylíčím, jaké místnosti na oddělení jsou a kde je najde.
 - b. Projdu s nevidomým potřebné místnosti, detailně je popíši a nechám mu patřičným způsobem místnost „prozkoumat“.
 - c. Vzhledem k handicapu není nutné se zabývat prohlídkou oddělení.
 - d. Jiná možnost, prosím uveďte
.....
3. Při odborném výkonu nejprve:
- a. Nevidomému dostatečně popíši, o jaký výkon se jedná, vysvětlím postup a poté provedu výkon.
 - b. Nevidomému nebudu nic vysvětlovat a provedu výkon.
 - c. Nevidomému dostatečně popíši, o jaký výkon se jedná, vysvětlím postup, domluví se s klientem na způsobu výkonu, zeptám se, jestli je připraven a poté provedu výkon.
 - d. Jiná možnost, prosím uveďte
.....
4. Jakou metodu byste rozhodně nepoužila při rozložení pokrmu na talíři?
- a. Popis pokrmu klasickou metodou (nahore, dole, zleva, zprava).
 - b. Popis pokrmu podle systému hodinového číselníku.
 - c. Popis pokrmu podle tzv. metody obličeje.

5. Jak praktikujete postup při doprovázení nevidomého?
- Po domluvě mu nabídnu pomoc a jdu za nevidomým tím způsobem, že ho vedu před sebou.
 - Po domluvě mu nabídnu svou pokrčenou paži na zavěšení a jdu krok za ním.
 - Po domluvě zaujmu vhodný způsob vedení tím, že nabídnu svou pokrčenou paži na zavěšení a jdu půl krok před ním.
 - Jiná možnost, prosím uveďte

.....

6. Při vedení nevidomého klienta v zúženém prostoru:
- Předsunu před sebe paži, za kterou se klient drží, tím se nevidomý dostane do pozice přede mnou a poté ho vedu za záda.
 - Pohnu paží, za kterou se klient drží, mírně za sebe, natáhnu ruku a jdu jako první.
 - Zastavím se, klienta předsunu před sebe a vedu ho za ramena.

7. Při chůzi s nevidomým klientem se vyskytnou na trase překážky, schody, zúžený prostor, zareaguji tak, že:

- Vždy na ně upozorním způsobem „tam“, „tady“, samozřejmě včas, aby s tím počítal a podle toho, abychom se zařídili.
- Hlásit nic nemusím, neboť si s touto situací poradím sama.
- Vždy na ně upozorním a popíši trasu, samozřejmě včas, aby s tím počítal a podle toho, abychom se zařídili.

8. Edukujete rodinu o základních komunikačních a průvodcovských zásadách?

- Ano
- Ne (z jakého důvodu?)

.....

9. Pokud ano, jakým způsobem?

- Informačním letákem
- Verbálním kontaktem
- Verbálním kontaktem a praktickou ukázkou
- Jiná možnost, prosím

uveďte.....

10. Jsou na oddělení dostupné pro rodiny nevidomého informační letáky, brožurky o základních komunikačních a průvodcovských zásadách?
- a. Ano
 - b. Ne
11. Pokud ne, myslíte si, že by bylo vhodné mít na oddělení informační letáky, brožurky o základních komunikačních a průvodcovských zásadách?
- a. Ano
 - b. Ne
12. Edukujete rodinu o možnosti docházky nevidomého dítěte do poradenského zařízení rané péče? **(Pouze pro všeobecné sestry pracující na očním oddělení)**
- a. Ano (jak to praktikujete?)
.....
 - b. Ne
13. Edukujete nevidomého klienta o poradenských zařízeních pro zrakově handicapované?
- a. Ano
 - b. Ne
14. Uveďte prosím dostupná poradenská zařízení pro zrakově handicapované ve Vašem okolí.
.....
.....
15. Víte o působení sociálního pracovníka ve Vašem zdravotnickém zařízení?
- a. Ano
 - b. Ne
16. Pokud ano, zajišťujete rodině a nevidomému klientovi kontakt se sociálním pracovníkem nemocnice?
- a. Vždy
 - b. V ojedinělých případech
 - c. Nikdy
17. Pokud máte ještě nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, prosím o vyjádření:
.....

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a nad tímto dotazníkem.

PŘÍLOHA 4 – DOTAZNÍK PRO NEVIDOMÉ OSOBY

Vážená/ý respondentko, respondente,

jsem studentkou třetího ročníku na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. V rámci realizace mé bakalářské práce na téma „Všeobecná sestra jako edukátor nevidomého a jeho rodiny“ přikládám dotazník, který je zcela anonymní a napomůže mi k případnému výzkumnému šetření. Prosím Vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování. Cílem tohoto šetření je jednak porovnat a zjistit náležitou edukaci (informovanost) Vás nevidomých ze strany zdravotnického personálu. Předem Vám děkuji za Váš čas strávený s vyplněním mého dotazníku.

Studentka Tereza Mlčáková

Část A

(U každé otázky zakroužkujte vždy jednu odpověď)

1. Pohlaví?
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Kolik je Vám let?
 - a. Méně než 15 let
 - b. 16–31 let
 - c. 31–46 let
 - d. 47–62 let
 - e. 63 a více let
3. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a. Svobodná/ý
 - b. Vdaná/ženatý
 - c. Rozvedená/ý
 - d. Vdova/vdovec
 - e. Druh/družka

Část B

(U každé otázky zakroužkujte vždy jednu odpověď)

1. Jaká je Vaše vada?
 - a. Vrozená
 - b. Získaná do 7 let věku
 - c. Získaná po 7 letech věku
2. Byl/a jste již hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení nebo jste navštívil/a ambulantní ordinaci?
 - a. Ano
 - b. Ne
3. Jak byste hodnotil/a první kontakt se zdravotnickým personálem?

Příjemný 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Nepříjemný
4. Seznámila Vás všeobecná sestra s prostorami oddělení při přijetí do zdravotnického zařízení?
 - a. Ano. Provedla mě, popsala a umožnila mi dostatek času na „prozkoumání“ oddělení.
 - b. Částečně mě obeznámila s prostorami zdravotnického zařízení.
 - c. Ne. Neseznámila mě s prostorami, uložila na lůžko a upozornila, že nikam nemám sám/a chodit.
 - d. Jiná možnost, prosím uveďte
.....
5. Pokud Vám prováděli ve zdravotnickém zařízení odborný výkon či vyšetření, byl/a jste dostatečně informován/a o jaký výkon se jedná, byl Vám vysvětlen postup, domluvila se s Vámi všeobecná sestra na Vašich požadavcích a byly Vám veškeré následující kroky srozumitelně okomentovány?
 - a. Ano, vše bylo plně vyhovující.
 - b. S výkonem a jeho postupem jsem byl/a obeznámen/a.
 - c. Částečně mi byl vysvětlen výkon.
 - d. Ne, informace jsem žádné nedostal/a.
 - e. Jiná možnost, prosím
uveďte.....

6. Setkal/a jste se při doprovázení od všeobecné sestry s tlačáním před sebou, táhnutí za sebou, s uchopením Vaší bílé hole, či dalších nevhodných technik vedení?
- Ano, setkávám se s tím vždy.
 - Ano, setkávám se s tím velmi často.
 - Ano, občas se s tímto přístupem setkám.
 - Ano, již jsem se s tím setkala.
 - Ne.
7. Upozornila Vás všeobecná sestra při doprovodu na překážky, schody, zúžený prostor?
- Vždy.
 - V ojedinělých případech.
 - Nikdy.
8. Setkal/a jste se při doprovodu s nevhodným tempem ze strany všeobecné sestry?
- Samozřejmě, velmi často.
 - Občas.
 - Ne, vždy si na mě vyhradily čas.
9. Jakým způsobem jste získal/a informace o poradenských zařízeních pro zrakově postižené ve Vašem okolí?
- Od lékaře.
 - Od všeobecné sestry.
 - Od sociálního pracovníka nemocnice.
 - Od rodiny.
 - Z internetu.
 - Jiná možnost
-
10. Víte o možnosti rekvalifikačních kurzů Dědina o. p. s.?
- Ano.
 - Ne.

11. Pokud ano, jakou cestou jste získal/a informace o rekvalifikačních kurzech Dědina o. p. s.?

- a. Od lékaře.
- b. Od všeobecné sestry.
- c. Od sociálního pracovníka nemocnice.
- d. Od rodiny.
- e. Z poradenských zařízení pro zrakově postižené.
- f. Z internetu.
- g. Jiná možnost

.....

12. Informoval Vás někdo o rozsahu služeb, která poskytují Tyfloservis o. p. s., Tyflokabinet o. p. s., Tyflocentrum o. p. s.?

- a. Ano.
- b. Ne.

13. Pokud ano, od koho jste získal/a informace?

- a. Od lékaře.
- b. Od všeobecné sestry.
- c. Od sociálního pracovníka nemocnice.
- d. Od rodiny.
- e. Z poradenských zařízení pro zrakově postižené.
- f. Z internetu.
- g. Jiná možnost

.....

14. Na koho se nejčastěji obracíte, pokud potřebujete získat informace?

- a. Na lékaře.
- b. Na všeobecnou sestru.
- c. Na sociálního pracovníka nemocnice.
- d. Na rodinu.
- e. Na poradenská zařízení pro zrakově postižené.
- f. Na internet.
- g. Jiná možnost

.....

15. Byl/a jste spokojen/a s úrovní ošetrovatelské péče, která Vám byla všeobecnými sestrami poskytnuta?

- a. Ano.
- b. Částečně.
- c. Ne. (prosím o připomínky ke zlepšení úrovně)

.....

16. Myslíte si, že existuje oblast, o které Vás všeobecná sestra neinformovala?

- a. Ano. (prosím, uveďte).....
- b. Nevím
- c. Ne

17. Pokud máte ještě něco, co byste chtěl/a sdělit a tento dotazník to neobsahuje, prosím o vyjádření

.....

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a nad tímto dotazníkem.

PŘÍLOHA 5 – INFORMAČNÍ MATERIÁL PRO ODBORNOU I LAICKOU VEŘEJNOST

UŽ SE NEMUSÍME VYHÝBAT, UŽ MŮŽEME POMÁHAT!

INFORMAČNÍ MATERIÁL PRO ODBORNOU I LAICKOU VEŘEJNOST



Obr. 1

O čem tato brožurka pojednává:

- Komunikační zásady
- Průvodcovské zásady
- Situace každodenních činností

KOMUNIKAČNÍ ZÁSADY

- Jednejte přirozeně a bez soucitu
- Nepřehánějte to s radami a přílišným chválením
- Komunikujte přímo s nevidomým, nikdy s doprovodem
- Při rozhovoru neotáčejte hlavou od nevidomého
- Při rozhovoru ihned dejte nevidomému slovní zpětnou vazbu
- Gesta např. kývání, ukazování jsou bezvýznamná
- Slova „tam“, „tady“, „tudy“ jsou pro nevidomého nic neříkající
- Nevyhýbejte se slovům „vidět“, „prohlédnout“, „podívat“
- Pozdravte, oslovte a představte se nevidomému
- Pokud chcete, můžete nevidomému podat ruku, jež kompenzuje oční kontakt slovy: „Právě Vám podávám ruku.“
- Vždy oznamte nevidomému odchod během rozhovoru
- Nemanipulujte s jeho věcmi
- Dveře do místnosti musí být vždy buď plně zavřeny, či plně otevřeny
- Vstup a odchod z místnosti vždy ohlaste
- Pokrm na talíři lze popsat dvěma způsoby:
 - ✓ Klasickou metodou („maso máte vpravo, knedlíky dole a zelí nahoře“).
 - ✓ Podle hodinového číselníku („maso máte na trojce, knedlíky na šestce a zelí na desítce“)

PRŮVODCOVSKÉ ZÁSADY

- S nevidomým nemanipulujte
- Vše v okolí trasy, ve kterém se právě nacházíte, popisujte přesně a detailně
- V neznámém prostředí popište prostor a nechte nevidomého patřičným způsobem „prozkoumat“
- Upozorněte na předměty, jež trčí do prostoru, jako jsou zavěšené skříňky, poličky, věšák, apod.
- Při doprovodu nabídněte pokrčenou paži a jděte půl krok vpředu
- Tempo chůze určuje pomalejší z dvojice
- Nevidomý jde na bezpečnější straně
- Včas hlase veškeré překážky, schody, zúžený prostor, nerovnosti vyskytující se
v místnosti, v terénu

Černý figurant = nevidomá osoba

Bílý figurant = zdravotnická / laická osoba

CHŮZE PO SCHODECH

- 1) Před začátkem schodů se zastavte a nevidomého upozorněte
- 2) Pokud mají schody zábradlí, jde vždy po této straně nevidomý
- 3) Při chůzi do schodů či ze schodů jdete vždy jako první
- 4) Tempo určuje vždy pomalejší z dvojice
- 5) Na posledním schodu nevidomého informujte o ukončení chůze z či do schodů.



Zdroj fotografií: vlastní

PROCHÁZENÍ DVEŘMI



- 1) U procházení dveřmi uchopíte kliku rukou, za kterou se drží nevidomý

- 2) Nevidomý druhou volnou rukou sjede po Vaší paži ke klice



- 3) Otevře i zavře dveře. Vy procházíte dveřmi jako první a nevidomý jde na straně dveřních pantů.

Zdroj fotografií: vlastní

CHŮZE ZÚŽENÝM PROFILEM

- 1) O zúženém prostoru včas nevidomého upozorníte a zvolníte tempo



- 2) Dejte paži mírně vzad, aby se nevidomý mohl zařadit za vás

- 3) Nevidomý natáhne ruku, kterou se Vás drží, aby byl mezi Vámi větší odstup.

Zdroj fotografií: vlastní



ZAUJETÍ MÍSTA NA ŽIDLI

- 1) Při posazení nevidomého položíte ruku, za kterou se drží nevidomý na opěradlo židle.



- 2) Nevidomý sjede po paži a uchytí opěradlo židle

- 3) Nevidomý obejde židli a volnou rukou si ujistí výšku a popř. zkontroluje, zda sedací plocha je prázdná. Následně se usadí.

Zdroj fotografií: vlastní



DALŠÍ SITUACE KAŽDODENNÍCH ČINNOSTÍ

- Na schodiště, v terénu obrubníky vždy vstupovat kolmo, kdy přesně popíšete zvláštnosti v prostoru, kde se nachází (točivé schody, zúžená místa) a vyčkáte na svolení nevidomého, že je připraven.
- Při nástupu do automobilu vezmete za kliku, nevidomý sjede po Vaší ruce a otevře dveře. Druhou ruku si položí na střechu, aby zjistil výšku automobilu. Ohmatá si sedadlo a bokem se usadí. Při vystupování nevidomý čeká na Vás, až mu otevřete dveře, popíšete terén okolo dveří vozu a vystoupí.
- Při nástupu či výstupu z hromadné městské dopravy popíšete situaci, pomůžete mu najít madlo na dveřích a jdete jako první.
- Pokud vznikne situace, ve které si nevíte rady, zeptejte se nevidomého, jakým způsobem by mu to vyhovovalo.

UŽITEČNÉ KONTAKTY

- <http://www.sons.cz/> - Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, občanské sdružení s celostátní působností
- <http://is.brailnet.cz/> - informační systém pro zdravotně postižené, zvláště zrakově, BrailNet
- <http://blindfriendly.cz/> - bezbariérový web pro nevidomé a slabozraké
- <http://www.okamzik.cz/> - krajské občanské sdružení pro podporu nejen nevidomých
- <http://www.ranapece.eu/> - nestátní organizace, pomáhající rodinám, kterým se narodilo dítě se zrakově či zrakově kombinovaným postižením.
- <http://www.prvnikrok.cz/adresar.php?kat=e02> – adresář speciálněpedagogických center v ČR.
- <http://www.tyflocentrum.cz/> - obecně prospěšná společnost, poskytující sociální služby
- <http://www.tyfloservis.cz/> - terénní a ambulantní sociální rehabilitace pro nevidomé a slabozraké
- <http://www.dedina.cz/> - pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé
- <http://www.ktn.cz> – knihovna K. E. Macana
- <http://www.mluvicikniha.cz> – sdružení Mluvicí kniha, nabídka titulů pro osoby, jež mají obtíže znesnadňující či znemožňující samostatné čtení
- <http://www.brailnet.cz/muzes> - noviny Můžeš, elektronická verze novin pro zdravotně postižené
- www.vodicipsi.cz – středisko výcviku vodících psů

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Komunikace s osobami se zrakovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 27-34. ISBN 978-80-244-1935-0.
2. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vydání. Praha 8: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
3. WIENER, Pavel, et al. *Praktická výchova zrakově postižených*. 1. vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 71 s. ISBN 80-239-6773-8.
4. Obrázek 1 – zdroj: *blind-person-with-cane*. Michal Andrlé. In: 21století [online]. 2012 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z <http://21stoleti.cz/blog/2012/02/22/mladeho-vedce-inspiroval-nevidomy-kamarad/blind-person-with-cane/>

PŘÍLOHA 6 – DOTAZNÍK PRO NEVIDOMÉ OSOBY V BRAILLOVĚ PÍSMU

Dotazník (viz Příloha 4) pro nevidomé osoby v Braillově písmu je součástí bakalářské práce a je vložen jako čtyři samostatné listy.