

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Petra Červenková, DiS

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

Bc. Petra Červenková, DiS

Studijní obor: Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech – kombinovaná forma studia

**PŘÍPRAVA STUDENTEK OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA
NA KOMUNIKACI S HANDICAPOVANÝM KLIENTEM**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2019

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

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem“ zpracovala samostatně s využitím pouze citovaných literárních pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení, připomínky, cenné rady, ale i za její velkou ochotu a vstřícnost při zpracování této diplomované práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Petra Červenková, DiS

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 82

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 24

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: komunikace, handicap, klient, evaluace, e-learning, studentky, všeobecná sestra, a dotazník.

Souhrn:

V diplomové práci bylo poukázáno na problematiku příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem. Na studentky a sestry jsou kladeny stále větší nároky při vykonávání jejich profese. Proto je důležité, aby se zlepšila i úroveň komunikace. Komunikace mezi studentkou, sestrou a pacientem je základním kamenem při vykonávání ošetřovatelské péče. Komunikace je velmi důležitá pro profesionální ošetřovatelství. Je nutné ji stále rozvíjet, hlavně pokud se jedná o komunikaci se specifickými skupinami. Komunikace s handicapovanými jedinci mající narušenou komunikační schopnost. Právě proto vyžaduje vždy znalost komunikačních technik a je pro sestry i studentky náročná. V empirické části byla použita e-learningová evaluace, což je inovativní, moderní, vzdělávací proces, který využívá informační a komunikační technologie k distribuci studijního obsahu.

Annotation

Surname and name: Bc. Petra Červenková, DiS

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Preparation of general nursing students in communication with handicapped client

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D..

Number of pages – numbered: 82

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 24

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 33

Keywords: communication, handicapp, patient, evaluation, e-learning, students, nurse, questionnaire.

Summary:

In this thesis it was pointed out to the problematics of preparation of General nursing students for the communication with a handicapped patient. There are evergrowing claims being made on the students and nurses in performing their profession. That is why it is important to improve the level of communication. Communication between student, nurse and patient is the corner stone in the performance of nursing care. Communication is very important in professional nursing. It should be further developed, especially when communication with specific groups is concerned. Communication with handicapped individuals with disrupted communication ability requires the knowledge of communicating techniques and therefore it is very demanding for the students and the nurses. In the empirical part, we used e-learning evaluation, which is an innovative, modern, educational process which uses information and communication technologies for the distribution of study content.

OBSAH

Obsah	7
Úvod	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
2 E-LEARNING	13
2.1 Formy e-learningu	14
2.1.1 Offline e-learning	14
2.1.2 Online e-learning	15
2.2 Účastníci e-learningu	15
2.2.1 E-studující	15
2.2.2 E-učitel	16
2.3 Výhody a nevýhody e-learningu	16
2.3.1 Výhody e-learningu	16
2.3.2 Nevýhody e-learningu	18
2.4 Plánování a příprava e-learningu Komunikace s handicapovaným klientem	19
3 PRVNÍ LEKCE E-LEARNINGOVÉHO KURZU - KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝM	20
3.1 Druhy sluchového postižení	20
3.2 Příčiny sluchového handicapu	22
3.3 Zásady komunikace se sluchově postiženým	25
3.4 Pomůcky pro sluchově postižené	28
4 DRUHÁ LEKCE - KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM	30
4.1 Druhy zrakového postižení	30
4.2 Příčiny zrakového handicapu	31
4.3 Zásady komunikace se zrakově postiženým	34
4.4 Zásady doprovodu osob se zrakovým postižením	37
4.5 Pomůcky pro zrakově postižené	38
5 TŘETÍ LEKCE - KOMUNIKACE S TĚLESNĚ POSTIŽENÝM	40
5.1 Druhy tělesného postižení	40
5.2 Příčiny tělesného handicapu	41
5.3 Zásady komunikace s tělesně postiženým	42
5.4 Pomůcky pro tělesně postižené	44
6 ČTVRTÁ LEKCE – KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM	45
6.1 Druhy mentálního postižení	45
6.2 Stupně mentální retardace	45
6.3 Příčiny mentálního handicapu	46
6.4 Zásady komunikace s mentálně postiženým	48

6.5 Pomůcky pro mentálně postižené	50
7 PÁTÁ LEKCE – SHRUTÍ	51
7.1 Psychologická problematika handicapovaných.....	51
7.2 Psychické změny vyplývající z vrozeného postižení	52
7.3 Psychická adaptace na získané postižení.....	54
7.4 Dospělost postiženého člověka.....	56
7.5 Komunikace s pacienty se zdravotním postižením	58
8 EMPIRICKÁ ČÁST	59
8.1 Formulace problému.....	59
8.2 Cíl a úkol průzkumu	59
8.2.1 Hlavní cíl	59
8.2.2 Dílčí cíle	59
8.3 Hypotézy.....	60
8.3.1 Hypotéza H1	60
8.3.2 Hypotéza H2	60
8.3.3 Hypotéza H3	60
8.4 Metodika e-learningu a.....	60
8.5 Organizace výzkumu	62
8.6 Vzorek respondentů	63
8.7 Zpracování dat	64
9 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT	65
9.1 Hypotéza H1	65
9.2 Hypotéza H2	67
9.3 Hypotéza H3	69
9.4 Hodnocení evaluace.....	70
10 DISKUSE	78
11 ZÁVĚR.....	81
SEZNAM LITERATURY.....	10
SEZNAM ZKRATEK	15
SEZNAM TABULEK	16
SEZNAM GRAFŮ	17
SEZNAM PŘÍLOH	18
PŘÍLOHY	19

Úvod

Zabývaly jsme se e-learningovou formou výuky a komplexně zpracovaly téma: „Příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem.” Dozvíte se zde o rozdělení, příčinách a pravidlech komunikace se sluchově, zrakově, mentálně nebo tělesně postižených klientech. Zdravotní postižení je vymezeno ztrátou nebo poškozením určitého orgánového systému, které většinou ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince, jeho psychosociální situaci a vztahy. Postoj laické veřejnosti k postižením, má často charakter předsudku, který je ovlivněn většinou nedostatečnou informovaností. Cílem kurzu je seznámit studenty/ky s pravidly komunikace s handicapovanými klienty. Po absolvování tohoto kurzu účastníci popsali a formulovali druhy a rozdělení handicapu. Rozlišili příčiny, které mohou vést ke vzniku handicapu. Vyjmenovali pravidla komunikace s handicapovanými klienty a orientovali se v kompenzačních pomůčkách pro postižené klienty.

Cílem diplomové práce je komplexní zpracování tématu komunikace sestry s handicapovaným klientem a využití e-learningové formy výuky u této problematiky. Diplomová práce je strukturována na dva hlavní segmenty, a to na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se zabýváme výhodami a nevýhodami e-learningové formy výuky a popisujeme obsah kurzu “Komunikace s handicapovaným klientem”, který jsme vytvořily pro studenty/ky bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a porodní asistentka. Teoretický úsek se skládá z pěti hlavních lekcí. Obsah jednotlivých lekcí byl v e-learningovém kurzu zpracován formou tzv. knih. Každá lekce je dále členěna na jednotlivé podkapitoly. V komunikaci se sluchově, zrakově, tělesně a mentálně postiženými jedinci jsme popsaly druhy, příčiny, zásady komunikace s těmito klienty a kompenzační pomůcky, které jsou nedílnou součástí života s postženými. Dále jsme kladly důraz u zrakově handicapovaných lidí na zásady doprovodu osob s tímto postižením. Kapitola mentálně postižených lidí byla rozšířena o stupně mentální retardace. Poslední teoretická kapitola pojednává o psychologické problematice, o psychických změnách vyplývající z vrozeného postižení, o psychické adaptaci na získané postižení, o dospělosti handicapovaného jedince a o komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

V empirické části diplomové práce se zanalyzovaly výsledky průzkumu dosažené pomocí e-learningových dotazníků. Tam jsme zjišťovaly vědomosti studentek

o komunikaci s handicapovanými klienty. Stanovily jsme si jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem naší diplomové práce bylo seznámit studentky s pravidly komunikace s handicapovanými klienty. Zjistit, zda popíší a formulují druhy a rozdělení handicapu a jestli rozliší příčiny, které mohou vést ke vzniku handicapu. Zmapovat, jestli umí vyjmenovat pravidla komunikace s handicapovanými klienty a orientovat se v kompenzačních pomůckách pro postižené klienty. Závěr práce obsahovaly poznatky, které z průzkumu vyplynuly a vyhodnocení cílů práce stanovených na jejím začátku.

V kapitole osm jsme dopodrobna popsaly celé výzkumné šetření a v deváté kapitole jsme prezentovaly a interpretovaly veškerá získaná data. V desáté kapitole jsme se věnovaly diskuzi a doporučením pro praxi, po které následuje závěr práce. V samotném konci práce je systematicky vypracovaný seznam použité literatury, seznam zkratk, tabulek, grafů a příloh. V práci byly použity rešerže, které jsme čerpaly z databáze Medvik, Ebsco, Science Direkt, Springer Link. Jako klíčová slova jsme použily komunikaci, handicap, klient, evaluace, e-learning, studentky, všeobecná sestra, a dotazník.

Produktivní komunikace je nepostradatelnou součástí ošetrovatelství. Každý člověk vyskytující se v roli pacienta, předpokládá od sestry i studentek porozumění jeho potřeb a jejich následné uspokojení. Pokud sestra a studentky neovládají své neverbální projevy, komunikační proces a nevnímají pacientovy projevy, nejsou schopny plnohodnotně pečovat o pacienta.

Ne vždy musí být iniciátorem problému v komunikaci pacient s poruchou komunikačních schopností. Velmi často je problém v sestře a studentkách. Ty si neví rady s danou situací, protože nemají dostatek informací o zásadách komunikace se znevýhodněnými pacienty.

Sestra a studentky musí umět komunikovat i se znevýhodněnými jedinci. I když jim některé bariéry znemožňují běžný slovní rozhovor. Měly by zachovat dekorum, svoji profesionalitu a s danou situací se vyrovnat pomocí verbální i neverbální komunikace.

Handicapovaní pacienti se kvůli komunikačním bariérám nachází v nepříjemné a stresující situaci. Zatěžující se pro něj stává pobyt ve zdravotnickém zařízení, kde tuto situaci vnímá více než ostatní lidé (Pokorná, s. 7, 2006).

Téma naší diplomové práce, které je „Příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem“, jsme si zvolily kvůli svým zkušenostem z praxe. Několikrát jsme se setkaly s nevhodným chováním ke znevýhodněným pacientům

ze strany sester a studentek. Jejich neznalost komunikovat se znevýhodněným člověkem vedla často ke stresující situaci jak pro pacienta, tak pro sestru a studentky. Zároveň nemohl probíhat produktivní rozhovor a plnohodnotná ošetrovatelská péče.

TEORETICKÁ ČÁST

2 E-LEARNING

Cenová a rozšířená dostupnost počítačů, rozmach nových nosičů a internetu vedlo k využívání nástrojů v tradičních formách vzdělávání. To probíhá ve třídách, posluchárnách atp., ale i k tvorbě zcela nové formy vzdělávání a to k e-learningu. Rozvoj internetu a cenová dostupnost počítačů vybízelo k předpovědím o rychlém rozšíření studia z domova. I o postupném zániku tradičních forem výuky. Tyto předpovědi se nenaplnily. E-learning se nerozšiřoval s předpovídanou razancí. Proto nedocházelo k zániku tradičního vzdělávání ve třídách. Obě formy vedle sebe existují nebo dochází k jejich kombinaci. To umožňuje využití předností každé této metody, tzn. odstranění jejich nedostatků či nevýhod. Osamělost během e-learningu je kompenzována socializační funkcí tradičního vzdělávání. Finanční i časové náklady na dojíždění na tradiční výuku jsou snižovány možností studia z pohodlí domova. Individualizace postupu během studiu s ohledem na časové možnosti. I rychlost osvojování si nových znalostí a dovedností daná e-learningem je propojena s možností porovnání individuálního pokroku s pokrokem dosahovaným ostatními aktéry vzdělávání (Zounek a kol., 2016, s. 15).

Nedílnou součástí celého vzdělávacího systému je v současné době elektronické vzdělávání. Je využíváno nejenom vzdělávacími institucemi či jednotlivci, ale stále častěji nachází uplatnění v komerční sféře. Tam ho převážná řada velkých firem využívá pro vzdělávání zaměstnanců. I oblast zdravotnictví nezůstala výjimkou. Zde je elektronické vzdělávání využíváno zejména v oblasti celoživotního vzdělání. Jedná se o efektivní nástroj rozvoje zaměstnanců při správném využívání ze strany zaměstnavatele i zaměstnance. Umožňuje lepší využívání časových možností vzdělávaných i vzdělavatelů (Zounek a kol., 2016, s 62).

E-learning je zaměřen na jakéhokoliv studenta na jakémkoliv studijním stupni – od školy k doktorandskému studiu. E-learning nabízí atraktivní využití pro studenty všech věkových kategorií, různých zájmů a potřeb (Guri-Rosenblit, 2005, s. 468).

Definice e-learningu:

„Elearning je vzdělávací proces, využívající komunikační a informační technologie k tvorbě kursů, k distribuci studijního materiálu, komunikaci mezi studenty a pedagogy a k řízení studia.“ (Klement, 2012, s. 40)

„Elearning je elektronicky zprostředkovaná asynchronní a synchronní komunikace za účelem budování a potvrzení znalostí.“ (Garrison, 2011, s. 2)

„E-learning je vzdělávání spojené s informačními a komunikačními technologiemi.“ (Egerová, 2012, s. 8)

Existuje mnoho různých definic e-learningu, které se liší dle toho, na jaké aspekty kladou jednotliví autoři důraz. Záleží, zda se jedná o definici z hlediska informačních a komunikačních technologií, dostupnosti obsahu vzdělávání, samotného vzdělávacího procesu, cílů, forem, obsahů, komunikace, podmínek, užití sítě atd. (Zounek, 2009, s. 34 – 35)

2.1 Formy e-learningu

E-learning rozlišujeme na dvě základní formy a to na off-line a on-line e-learning (Zounek a kol., 2016, s. 19).

2.1.1 Offline e-learning

Offline e-learning nevyžaduje připojení k počítači prostřednictvím počítačové sítě (Internetu). Vzdělávací obsah je prezentován prostřednictvím paměťových medií, tj. CD, DVD. Na informace, které jsou obsaženy ve studijním materiálu, je studující odkázán. Ty mnohdy neumožňují využití veškerých výhod hypertextu (text, v němž fungují některé výrazy jako odkazy). To vede k degradaci podmínek, za kterých je studium realizováno. Tato forma e-learningu je z těchto důvodů již na ústupu. Online e-learning nabízí mnohem více možností, jež vedou k efektivnějšímu získávání informací (Zounek a kol., 2016, s. 25).

2.1.2 Online e-learning

Rozšířenější formou je v současné době online e-learning, která vyžaduje připojení k síti (např.: Internet, intranet). Díky mobilních sítí se rozvíjí a realizují pokusy o takzvaný m-learning (mobile learning), tj. vzdělávání prostřednictvím mobilních telefonů. Ten existuje ve dvou základních podobách:

1) Synchronní – vyžaduje neustále připojení k síti (Internetu). Studující komunikují s tutorem i mezi sebou vzájemně v reálném čase, ale nikoli na stejném místě. Vzdělávání je uskutečňováno v tzv. virtuální třídě. Proto jsou v rámci této formy využívány komunikační prostředky (např.: chat, video a audio konference aj.). Z hlediska nízké časové náročnosti na celkovou dobu vzdělávání má tato forma pozitivní přínos (Egerová, 2012, s. 22).

2) Asynchronní – na rozdíl od synchronní nevyžaduje časové sladění účastníku vzdělávání. Komunikace je nejčastěji zprostředkována pomocí novinek, zpráv, virtuálních nástěnek, e-mailu, diskusních fór nebo prostřednictvím otázek a odpovědí na nejčastější dotazy. U této formy chybí výhoda komunikace v reálném čase. Ale nejsou kladeny zvýšené nároky na čas účastníků vzdělávání. Díky tomu mohou reagovat na zprávy kdekoliv, což je nespornou výhodou pro časově zaneprázdněné účastníky. I pomalé připojení k síti (Internetu) stačí pro vzdělání, což je další výhodou této formy. Případně se lze vzdělávat offline. Za hlavní nevýhody můžeme označit poměrně silnou potřebu vzdělávání a aktivního přístupu ze strany vzdělávaného a minimální podporu vzdělávání ze strany ostatních vzdělávaných (Egerová, 2012, s. 24).

2.2 Účastníci e-learningu

2.2.1 E-studující

Minimální požadavky jsou kladeny na účastníky studující v online kurzu. Patří sem přístup k počítači a k Internetu a motivace studenta uspět v netradiční formě výuky. Student musí umět spolupracovat s ostatními studenty, s učitelem i s použitím informačních technologií. Dále musí věnovat připojení do kurzu potřebný čas aj. Úspěšné studium v e-learningovém prostředí vyžaduje zejména podporu vedení firmy či rodiny

studujícího. Dále přístup k potřebnému technickému vybavení, pravidelné aktivní studium, častý elektronický kontakt s tutorem a aplikaci nabytých znalostí v zaměstnání (Květoň, 2012, [on-line]).

2.2.2 E-učitel

Tutorem je e-učitel. Tzv. tutor (učitel), který je speciálně vyškolený učitel zajišťuje vedení výuky v online kurzu. Tutor má roli spolupracovníka studujících. Hlavní náplň práce tutora spočívá v podpoře vlastního učení s účastníky studia. Patří sem podnětné náměty k přemýšlení a k diskuzi, pomoc při překonávání studijních obtíží či hodnocení výsledků studujících. Tutor taktéž zajišťuje zpětnou vazbu směrem k vzdělávací instituci, k návrháři kurzu a také k autorovi odborného textu. Dává jim podněty ke zlepšení práce. Často vede administrativní agendu studujících v kurzu. Také plní čtyři základní role – řídicí, pedagogickou, sociální a roli technickou (Erudik, 2012, [on-line]).

2.3 Výhody a nevýhody e-learningu

Užitím e-learningu ve výuce, se rozšiřují možnosti a rychlost, v rámci distančního vzdělávání. Jedná se o důležitý aspekt, kdy lze využít ke studiu zcela nových forem výukových materiálů, které mohou využívat: hypertexty, odkazy, videa, animace, spolupráci jednotlivých účastníků kurzu prostřednictvím internetu. Vlastnosti konkrétního e-learningu jsou determinovány použitými technologiemi a nástroji při jeho tvorbě. (Provazníková, 2014, [on-line])

2.3.1 Výhody e-learningu

E-learning přináší spousta výhod. Převažují nad nevýhodami. Práci uvádíme pouze některé příklady, protože výhod je mnoho. Výhody lze dělit ze tří tradičních pohledů – studujícího, tutora a instituce (Provazníková, 2014, [on-line]).

Výhody z pohledu studujícího:

- 1) časová flexibilita a pohodlnost - studující se může vzdělávat nezávisle na čase a místě
- 2) dostupnost díky přístupu k síti odkudkoliv a kdykoliv (např.: z práce, z knihovny, z domu, v kteroukoliv denní či noční hodinu)
- 3) využití možnosti studovat vlastním tempem – studující si určuje tempo vzdělávání a má tak možnost kdykoliv si zopakovat jednotlivé části kurzu
- 4) přístup k různým informačním zdrojům
- 5) kontrola vlastního učení – studující si sám určuje, jaké moduly bude studovat, v jakém pořadí a s jakou intenzitou apod.
- 6) nespornou výhodou je úspora výdajů studujících i času potřebného na cestování za vzděláváním
- 7) využití autotestů - využití okamžité zpětné vazby
- 8) anonymita a bezpečnost prostředí – u některých studujících přispívají k menšímu stresu nebo mohou vést k odpadnutí obavy z neúspěchu atd. (Egerová, 2012, s. 54).

Výhody z pohledu tutora:

- 1) časová flexibilita a pohodlnost
- 2) inovativnost a možnost rychlé reakce tutora se studujícími při distančním vzdělávání
- 3) dostupnost díky přístupu k síti
- 4) úspora financí a času proti dojíždění do konzultačních středisek (Egerová, 2012, s. 55)

Výhody z pohledu instituce:

- 1) možnost poskytovat vzdělávání kdykoliv, odkudkoliv a kdekoliv
- 2) flexibilita vzdělávání podle potřeb
- 3) prokázaná úspora nákladů spojená se vzděláváním
- 4) možnost vytváření kurzů podle aktuálních potřeb instituce
- 5) opakovatelnost a neomezenost počtu studujících
- 6) konzistentnost a standardizace znalostí - obsah je prezentovaný stejným způsobem všem studujícím (Egerová, 2012, s. 55)

2.3.2 Nevýhody e-learningu

Nevýhody z pohledu studujícího:

Díky technologiím nastala řada změn. V současnosti se nevýhody spojují spíše pouze s pedagogickou stránkou.

- 1) komunikace mezi lidmi a osobní kontakt – technologie jako je Skype či Facebook, zde došlo k výraznému posunu a i přesto stále je někdy výhodnější přímá výuka, tj. „face to face“
- 2) v současné době najdeme e-learningovou podporu i pro témata, která byla pokládána za nevhodná pro e-learning (např.: medicína)
- 3) velkým problémem představuje motivace studujících - studující s malou motivací mohou být neúspěšní
- 4) technické problémy - závislost na připojení k Internetu, vybavení PC
- 5) tutor nemusí být k dispozici ve chvíli, kdy jej účastník potřebuje (Egerová, 2012, s. 58)

Nevýhody z pohledu tutora:

- 1) flexibilita, která vede k tomu, že je požadována „permanentní“ přítomnost tutora (Egerová, 2012, s. 59)

Nevýhody z pohledu instituce:

- 1) vysoké počáteční náklady (např.: vytvoření potřebné technologické infrastruktury)
- 2) růst dodatečných nákladů
- 3) technologická závislost

- 4) nevhodnost pro určité druhy kurzů
- 5) nízká kvalita e-learningových kurzů
- 6) nadměrná statická e-learningových programů a nízká úroveň interaktivity
- 7) nevhodnost některých témat pro e-learning. Některé metody vzdělávání jsou spojené s prezenční výukou a proto je nelze e-learningem nahradit
- 8) u výhod a nevýhod e-learningu musíme brát v potaz i model Khana, podle kterého je pro e-learning rozhodujících osm kritických dimenzí: institucionální, technologická, pedagogická, design, evaluace, podpora zdrojů, etický rozměr a management. Můžeme říci, že uvedená šíře, jež vymezují zmíněné dimenze situaci hodnocení e-learningu nezděruje. Na druhé straně v otevřeném globalizovaném světě je potřebné vnímat i etický rozměr a interkulturní záležitosti (Egerová, 2012, s. 61).

2.4 Plánování a příprava e-learningu Komunikace s handicapovaným klientem

E-learningový kurz obsahuje pět tématických lekcí tzv. knih tak, aby byl vytvořen tématický celek o komunikaci s handicapovanými klienty.

První lekce se zabývá otázkami komunikace se sluchově postiženým pacientem. V druhé lekci se zaměřujeme na komunikaci se zrakově postiženým jedincem. Třetí lekce je o komunikaci s tělesně handicapovaným člověkem. Čtvrtá lekce je věnována komunikaci s mentálně postiženým a pátá lekce je poslední a pojednává o psychologické problematice daného jedince.

3 PRVNÍ LEKCE E-LEARNINGOVÉHO KURZU - KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝM

V této kapitole se dozvíte o druzích a příčinách sluchového postižení, o zásadách komunikace s těmito klienty a o jejich kompenzačních pomůckách. Cílem je seznámit vás s komunikací se sluchově handicapovaným klientem.

3.1 Druhy sluchového postižení

„Ničemu jsem nerozuměl a nebyl jsem schopen se s těmi lidmi nijak domluvit. Připadal jsem si ztracený a bezmocný.“ (pacient-cizinec hospitalizovaný po úrazu, Vágnerová, 2012, s. 211)

Jedním ze smyslových postižení je postižení sluchového aparátu. Surdopedie, z latinského surdus – hluchý, z řeckého – paideia – výchova, je speciálně pedagogická disciplína zabývající se výchovou, vzděláním a rozvojem jedince se sluchovým postižením. Má snahu o jeho plné začlenění, sociální i pracovní, do společnosti. (Horáková, 2011, s. 10)

Jedinec s těžkým sluchovým postižením je omezen v oblasti vnímání řeči. Chybí mu sluchová orientace v prostředí ale i v prostoru, který je mimo jeho zorné pole. Mohou být narušeny různé funkce sluchového vnímání. Např. schopnost rozlišovat různé tóny, melodie, vnímat a diferencovat zvuky určité hlasitosti. (Horáková, 2011, s. 25)

V České republice je pro představu zhruba 500 000 sluchově postižených. Rozhodující část z tohoto počtu tvoří starší lidé, jejichž sluch se zhoršil věkem. Dále do tohoto počtu spadá 15 000 sluchově postižených, kteří se se sluchovou vadou buď narodili, nebo u nichž vada vznikla v dětství. Tvoří cca 1,5 promile populace. Osob s praktickou hluchotou, tedy se ztrátou sluchu větší než 70 dB, je 3900. Dalších 3 700 osob je postiženo úplnou hluchotou, trpí ztrátou sluchu větší než 90 dB.

Zdroj : <https://www.cun.cz/blog/2017/05/17/statistiky-poctu-osob-se-sluchovym-postizenim/>

Dle Muknšnáblové (2014, s. 21) má více jak polovina dětí se sluchovým postižením sluchovou vadu vrozenou. U více než 50% se jedná o genetickou příčinu, u 30% došlo k poškození sluchu v souvislosti s prenatálními riziky a u 20% vad nelze zjistit příčinu postižení sluchového aparátu. Více jak 80% postižených dětí pochází z rodin slyšících rodičů.

Kvalitativní druhy sluchového postižení:

1. **Převodní vady** - Postižení vnějšího a středního ucha. Jde o poruchu v mechanické části sluchové dráhy. Ta vede k narušení převodu zvukových vibrací do hlemýždě. Tato porucha nebývá závažná. Pohybuje se v pásmu lehké a střední nedoslýchavosti. Nedochozí ke zkreslení sluchového vjemu, ale pouze k jeho zeslabení. Bývá postižena dynamika hlasu a melodie. To může mít význam v neverbální komunikaci. Diferenciace jednotlivých hlásek nebývá většinou narušena, protože jde o rovnoměrné postižení. Převodovou vadu lze kompenzovat zesílením zvuku. Člověk s tímto handicapem rozumí mluvené řeči a slyší pomocí sluchadel (Dršata Jakub a kol., 2015, 41).

2. **Percepční vady** - Postižení citlivých buněk v Cortiho orgánu vnitřního ucha. Důsledkem je snížení schopnosti vnímat zvuky nebo dochází k podstatnému zkreslení sluchových vjemů, hlavně vysokých tónů. Projeví se narušením diferenciací jednotlivých hlásek různého stupně během řeči. V percepci řeči chybí některé zvuky a je neúplná. Proto je její porozumění obtížné. Vnímané zvuky nelze rozlišit. Jejich informační hodnota je malá. Nepomáhá zesílení hlasitosti a tím pádem se nemůže změnit kvalitativní porucha vnímání. Zesílené zvuky jsou pocíťovány jako nepříjemné při poruše vláskových buněk Cortiho orgánu. Percepční poruchy jsou trvalé. Jde o postižení od střední nedoslýchavosti až po hluchotu (Dršata Jakub a kol., 2015, 44).

Skálová ve své knize uvádí, že percepční poruchy či vady se projevují poruchami v intenzitě vnímání zvuků a rozlišování tónů, dále dochází ke zkreslení zvuku či ke změně dynamického rozsahu sluchu. Zjednodušeně řečeno dochází ke zkreslení zvuků v důsledku čehož je znemožněno rozumět mluvě (Skákalová, 2011, s. 14).

3. **Centrální postižení sluchových funkcí** - Následek poškození některých CNS oblastí, podílejících se na zpracování zvukových podnětů. Tito lidé obtížně rozpoznávají jednotlivé zvuky a obtížně rozpoznávají i jejich význam. Nazýváme to gnostické poruchy. Porucha může nastat i sekundárně. Pokud by nebylo stimulováno sluchové a řečové centrum, došlo by k jeho atrofii. První 3 - 4 roky života jsou nejkritičtější pro rozvoj mozkových center sluchové percepcí (Dršata Jakub a kol., 2015, 52).

4. **Tinitus** - je odborné označení pro šelest v uších, které může v různých intervalech zesilovat či zeslabovat. V poslední době je tomuto psychicky náročnému onemocnění vystaveno stále více lidí, což je spojeno s narůstajícím hlukem a stresem. Toto onemocnění doprovází často psychické potíže jako je deprese, nespavost a šelesty mohou některé jedince dovést až k sebevraždě (Potměšil, 2013, s. 189).

Metoda **audiometrie** slouží k vyšetření sluchových funkcí. Díky ní, zjistíme práh slyšení, typ poruchy a stupeň sluchové ztráty. Sluchové postižení dělíme na stupně. Protože na určité úrovni dochází ke ztrátě porozumění mluvenému sdělení, verbální komunikaci a vnímání slov. Tento handicapovaný klient může slyšet některé zvuky, avšak mluvenou řeč není schopný rozeznat. Vnímání řeči na přijatelné úrovni se zhorší o 5% při každé sluchové ztrátě o 10 dB (Potměšil, 2013, s. 189).

Kvantitativní dělení sluchového postižení:

1. **Hluchota** je popsána jako ztráta sluchu větší než 110 dB. Takto handicapovaní klienti vůbec nerozumí mluvené řeči (Potměšil et al., 2010, s. 34).

2. **Zbytky sluchu**, které jsou vymezeny ztrátou sluchu víc než 91 dB. Lidé s tímto postižením nepřijímají mluvenou řeč ani pomocí sluchadel. Mohou slyšet neřečové i řečové zvuky, ale nedokážou je rozlišit. To u jedinců, kteří sluchovou vadu získali před osvojením mluvené řeči (tj. prelingvální postižení) k rozvoji nestačí (Potměšil et al., 2010, s. 35).

3. **Těžká nedoslýchavost**, u níž je sluchová ztráta mezi 71 - 90 dB. Zde pomůže kvalitní naslouchadlo. Díky jehož pomoci klienti vnímají řeč. V rozvoji řeči nejsou limitovány děti s vrozeným postižením. Pro bezproblémové osvojení mluvené řeči je hranice přijatelného sluchu v pásmu středně těžké nedoslýchavosti 56 - 70 dB (Potměšil et al., 2010, s. 35 - 36).

3.2 Příčiny sluchového handicapu

„Je velmi těžké neslyšet a při tom žít mezi lidmi, kteří se navzájem dorozumívají zvukovým jazykem. Člověk má pocit, jako by žil za sklem: může sledovat, co ostatní dělají, ale neví, proč to dělají a o čem spolu mluví.“ (Strnadová, 1995, s. 22)

Vady sluchu rozdělujeme také podle toho, kdy během života vznikly. Je známo, že čím závažnější jsou důsledky, o to dříve se sluchová vada vyskytla (Pokorná, 2006, s. 18).

A) prelingvální postižení - před osvojením řeči (prenatálně nebo po narození do 3-4 let věku) narušuje závažným způsobem rozvoj psychických funkcí u dítěte a jeho celkový psychomotorický vývoj (Linhartová, 2007, s. 106).

Dítě, které přijde o sluch v raném věku, je ochuzeno o možnost vnímání zvukových podnětů, rozhovorů, není schopno rozvíjet řeč a myšlení. Proto včasná diagnostika a následná speciální péče pro vývoj těchto znevýhodněných dětí je velmi důležitá (Pokorná, 2010, s. 99).

Většina prelingválních sluchových poruch je ze získaných podmínek, obvykle buď z nákazy, nebo traumatu, proto rodiny často nemají žádnou předešlou znalost hluchoty. Z genetického hlediska lze vrozené sluchové vady klasifikovat podle dominance (dominantní a recesivní vady, s různou penetrancí); nebo podle umístění genové poruchy (autozomální, gonozomální nebo mitochondriální). Spalničky mohou způsobit vrozené ne-genetické poškození sluchového nervu (Pokorná, 2010, s. 110).

B) postlingvální postižení - dojde k narušení sluchu v době, kdy již řeč byla osvojena, obvykle po šestém roku. Ohluchlí si často uchovávají schopnost mluvené řeči. Zároveň pro ně může být psychologicky složitější se se ztrátou sluchu vyrovnat. Získaná vada sluchu ovlivňuje emocionální stránku člověka, jeho sebehodnocení a zařazení do společnosti. Tito lidé často propadají depresím a izolují se od společnosti. Nejsou schopni účastnit se běžných hovorů, dochází u nich k poruše sociálních vztahů, ale i ke ztrátě zaměstnání, právě kvůli částečné nebo úplné ztrátě sluchu. Příčinou může být nákaza, trauma, nebo vedlejší efekt léků (Pokorná, 2010, s. 118).

- Meningitida může poškodit sluchový nerv nebo hlemýžď.

- Autoimunitní nemoc je v současnosti též diskutována jako možná příčina poškození hlemýžďe. Je pravděpodobně zřídka možné, že autoimunitní procesy cílí na hlemýžď specificky, bez symptomů postihujících jiné orgány.

- Příušnice (epidemická parotitida) může způsobit hlubokou sensoricko-neurální sluchovou ztrátu (90 dB nebo víc), unilaterální (jedno ucho) nebo bilaterální (obě uši).

- Adenoidní vegetace (zbytnělá nosohltanová mandle) může působit jako překážka Eustachovy trubice a způsobovat tak převodní sluchovou poruchu. Podobným způsobem může působit obstrukce v dutině nosní.

- Chlamýdie mohou způsobit sluchovou ztrátu u novorozenců, kteří dostali nákazu při porodu.¹

- Fetální alkoholový syndrom podle záznamů způsobuje ztrátu sluchu u 64 % novorozenců narozených alkoholickým matkám, z ototoxického efektu na vyvíjející se plod a podvýživu během těhotenství z nadměrného přísunu alkoholu.

- Předčasný porod způsobuje sensoricko-neurální ztrátu sluchu v asi 5% případů.

- Syfilis je obvykle přenesen z těhotných žen na jejich plody, asi třetina infikovaných dětí se stane hluchými.

- U některých léků je jejich použití omezené, protože způsobují nevratné poškození ucha. Nejdůležitější skupinou jsou aminoglykozidy (hlavně gentamycin). Jiné léky mohou postihnout sluch vratně. To zahrnuje některá diuretika, aspirin a NSAID a makrolidová antibiotika.

Traumatické poškození je způsobeno přímým úrazem ucha nebo sluchových center. To může způsobit hluchotu. Osoby, které měly úraz hlavy, jsou zvláště náchylné na ztrátu sluchu nebo tinitus, buď dočasně nebo trvale.

- Hluk (zvuk nad 80-90 dB, zejména explozivní nebo jednotvárný), může způsobit ztrátu sluchu.

Ztráta sluchu je postupná a často zjištěná rodinou a přáteli dlouho předtím, než pacienti sami poznají postižení. Obvyklá léčba obsahuje kompenzaci s pomocí sluchových pomůcek (například sluchadla) a učení se odezírat ze rtů (Pokorná, 2010, s. 120).

V souvislosti s problematikou sluchových poruch je třeba zmínit ušní šelest, **Tinnitus**, kterým podle průzkumů trpí 15 - 17% světové populace. Jedná se o příznak onemocnění, nikoliv onemocnění samotné. Příčiny **tinitu** mohou být různé. Šelest může vznikat jako autonomní zvuk, který vede poškozený sluchový receptor ve vnitřním uchu do centrálního analyzátoru v mozku. Nebo může být příčinou tinitu degenerativní onemocnění krční

páteře, cévní onemocnění (ateroskleróza tepen, hypertenze) nebo mozkové nádory. Lidé, kteří trpí ušním šelestem popisují, že slyší nepříjemné hučení, šumění a pískání. (Horáková, 2012, s.12)

3.3 Zásady komunikace se sluchově postiženým

„Cožpak záleží na hluchotě ucha, když slyší duše? Jediná skutečná a neléčitelná hluchota je hluchota ducha.“ (Viktor Hugo)

Aby neslyšícím lidem dobře rozuměl, musí dobře vidět na ústa, musí se zřetelně artikulovat a používat krátké, jasné věty (Linhartová, 2007, s. 99).

Odezírání reprezentuje přijímání informací zrakem. K chápání obsahu sdělovaných informací dochází na základě pohybů mluvidel, gestikulace rukou, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkového postoje těla. Dále záleží na situačních faktorech a kontextu mluveného obsahu (Skákalová, 2011, s. 64).

Svá pravidla má také vedení rozhovoru. Nikdy nehovoříme se skupinou lidí, jen s neslyšícím. Důležité informace je dobré napsat (Linhartová, 2007, s. 102).

V průběhu rozhovoru komunikant kontroluje zpětnou vazbu. Zjišťuje se pomocí otázky „co rozuměl“ a ne „zda rozuměl“ (Krahulcová, 2014, s. 223).

Pro kvalitní a produktivní komunikaci je vhodné, když rozhovor probíhá v klidném, tichém a teplém prostředí. Mezi hovořícími by měla být vzdálenost okolo jednoho metru. Během rozhovoru mluvící sleduje neverbální projevy znevýhodněného a musí na ně umět reagovat. Měl by být trpělivý, dát mu čas a prostor na dotazy a v neposlední řadě je důležité umět pochválit snahu znevýhodněného jedince. (Krahulcová, 2014, s. 228).

Pokud neslyšící komunikuje pomocí znakového jazyka, když neovládá odezírání, je potřeba tlumočnicka. Komunikant musí znát a dodržovat určité zásady při komunikaci s neslyšícím i přes to, že neovládá znakovou řeč. Pro navázání hovoru se lehce dotkne předloktí nebo ramene neslyšícího. Zezadu se ho nikdy nedotýká. Neví o nás a tím pádem se může leknout. U stolu zaklepeme na stůl či podlahu. Neslyšící tak cítí vibrace a zareaguje. Člověk se sluchovou vadou vnímá změny okolo sebe pomocí zraku. Pokud je zaneprázdněný, může se stát, že si nevšimne další osoby. Při příchodu ho musíme

upozornit například zablikáním světla. Když mluvící naváže kontakt s neslyšícím jedincem, vždy dodržuje oční kontakt a pak stručně sdělí obsah rozhovoru. Neslyšící během komunikace pozoruje svého komunikačního partnera pomocí očí. Přerušování očního kontaktu je pro znevýhodněného signál ukončení rozhovoru. Neslyšící tento postoj vnímají jako nezájem. Mluvící při komunikaci vždy hovoří s neslyšícím, i když je v doprovodu tlumočnicka. Tlumočnickova úloha je přeložit vše, co komunikant sděluje (Linhartová, 2007, s 100).

I při rozhovoru se sluchově znevýhodněným jedincem, se mohou objevovat chyby. Například špatné osvětlení tváře a tím způsobené špatné odezírání, nedostatek času pro rozhovor věnovaný neslyšícímu, přílišné křičení, rušivé podněty jako je rádio, hluk z ulice a podobně. Další chybou, kterou může komunikant způsobit, je hovor s další osobou jako je tlumočnicka a vyhýbání se komunikaci se znevýhodněným. Nejhorším předpokladem je předpokládat mentální slabost u neslyšícího. Mentální postižení není totožné se sluchovou vadou. Na všechny zmíněné aspekty musí komunikační partner brát zřetel (Slowík, 2010, s 106).

Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením (zdroj FN Plzeň)

1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky neslyšícího pacienta.
3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obrácení čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.

4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnick či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Pacient má na tlumočnicka právo.
6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, jakou spolupráci od něj budeme potřebovat.
7. Důležité dotazy raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější počkat na tlumočnicka.
8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.
9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.
10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, protože komunikační preference každé osoby se sluchovým postižením mohou být jiné. Proto je nutno projevit vstřícnost a ochotu, přizpůsobit se dorozumívacím možnostem každého člověka se sluchovým postižením.

Pokuste se vcítit do situace sluchově postiženého klienta. Snáze pak porozumíte jeho potřebám, i jeho překvapivým reakcím.

Zdroj : <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/357-desatero-pro-komunikaci-se-sluchove-postizenymi-kubertova.html> (17.3.2019)

3.4 Pomůcky pro sluchově postižené

Jedinci s poruchou sluchu mohou využívat mnoho pomůcek pro usnadnění komunikace s okolím. Jsou to například sluchadla, kochleární implantáty, speciální psací telefony, vibrační budíky, ale i obyčejný mobil a mnoho jiných (Slowík, 2010, s. 102).

Více najdete na: <http://www.pomuckyproneslysici.cz/>

Lidé s částečnou nebo úplnou ztrátou sluchu se dorozumívají pomocí běžné hovorové komunikace s menšími či většími problémy, znakovou řečí, prstovou abecedou nebo písemnou řečí. Při komunikaci má neslyšící právo si zvolit formu dorozumívání, která mu vyhovuje (Pokorná, 2010, s. 215).

Znevýhodněný jedinec často odezírá při komunikaci z úst komunikačního partnera. Odezírání z úst je velmi náročné pro znevýhodněného jedince a tudíž je důležité dodržovat několik zásad při komunikaci s ním. Neměl by se zahlcovat mnoha informacemi najednou, protože odezírání je velmi náročné na soustředění. Neslyšící může odezírat jen ta slova, které má ve své slovní zásobě. Proto by ho lidé neměli zahlcovat přílišnými odbornými termíny (Slowík, 2010, s. 101).

Odkaz na kurzy znakové řeči www.snplzen.cz/kurzy

Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti FON, OTO S3 na poukaz.

- **Indukční smyčka**

Indukční smyčka je zařízení pro nedoslýchavé. Mění analogový elektrický signál na elektromagnetické pole. Sluchadla pro nedoslýchavé mají vestavěný takzvaný indukční snímač. Ten umožňuje zachytit magnetické pole. Je-li v místnosti, divadle, kině instalovaná smyčka, je poslech přes indukční snímač nesrovnatelně kvalitnější na rozdíl od mikrofonu sluchadla (Slowík, 2010, s. 135).

- **F-M systém**

Mnoho dospělých i dětí se sluchovou vadou má problém slyšet v hlučném prostředí (např. školní třída u dětí a u dospělých to může být posluchárna, místnosti, kde probíhá nějaká přednáška a podobně). F-M systém vede zvuk pomocí mikrofону přímo do sluchadel posluchače. Hovořící člověk má u sebe mikrofón s vysílačem. Systém vysílá zvuk mluvené řeči posluchači s využitím rádiových vln. Tento systém u sebe má F-M přijímač (bezdrátově) napojený na sluchadlo. Tím se uživatelé F-M systému mohou soustředit jen na hlas hovořícího. F-M systémy umožňují napojení na různá audio zařízení jako jsou CD, videa a některé typy telefonů (Slowík, 2010, s. 137).

- **Pomůcky pro signalizaci**, upozorňují na různé druhy zvuků: signalizace pláče dítěte, světelný zvonek, světelný a vibrační budík aj. (Slowík, 2010, s. 139).
- **Pomůcky pro komunikaci na dálku, pro získávání informací**: fax, internet (e-mail, komunikační programy: Skype, ICQ, komunikace prostřednictvím webkamery), psací telefon, mobilní telefon (sms zprávy) a další (Slowík, 2010, s. 139).
- **Teletext, skryté titulky pro neslyšící** slouží k obdržení informací z televize (Slowík, 2010, s. 140).

4 DRUHÁ LEKCE - KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM

V této kapitole se dozvíte o druzích a příčinách zrakového postižení. O kompenzačních pomůckách zrakově postižených, o zásadách komunikace a o zásadách doprovodu s těmito klienty. Cílem je seznámit vás s komunikací se zrakově handicapovaným klientem.

4.1 Druhy zrakového postižení

„Někteří lidé si asi myslí, že být nevidomý je něco strašného. Já už jsem se od malička přesvědčila, že to tak není. Ale skoro pořád si přece jen přeji, abych viděla.“ (vrozeně nevidomá dívka, 13 let)

Diferencujeme tři stupně zrakového postižení:

1. Slabozrakost - omezení zrakových schopností na úroveň 15-5% běžné kapacity. Tito handicapovaní klienti jsou schopni se orientovat v běžném prostředí. Psychický vývoj těchto lidí nebývá odlišný (Vágnerová, 2012, s. 198).

2. Praktická nevidomost - zbytky zraku. Deficit je menší než 4% běžné kapacity. Po zachování schopnosti vizuálního rozlišení (rozlišení prstů před okem). Takto postižení lidé mají problémy v běžném životě. Je-li jejich postižení vrozené, už od ranného věku potřebují speciální péči (Vágnerová, 2012, s. 198).

3. Nevidomost - chybění tvarového vidění. Schopnost rozlišovat světlo a tmou může být zachována. Občas je možné dokonce určit směr odkud světlo přichází (světlocit s projekcí). Vzácností je úplná neschopnost zrakově vnímat. Například se vyskytuje jako následek enukleace obou očí po nádorovém onemocnění (retinoblastom) nebo po úrazu. Tito handicapovaní lidé vyžadují úpravu životních podmínek a potřebují speciální péči (Vágnerová, 2012, s. 199).

Lidé se zrakovým postižením tvoří heterogenní skupinu. Jejich porucha zrakových funkcí může být různě závažná. Může vzniknout v různém období, může být kvalitativně odlišná. Je spojena s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení (Vágnerová, 2012, s. 181).

Diferencujeme několik funkcí zrakové percepce. Ty mají z psychologického hlediska různý význam. Jejich porucha může mít různé stupně postižení:

1. Zraková ostrost - rozlišení zrakové přesnosti na blízko nebo na dálku. Narušení těchto dvou funkcí nemusí být ve stejné míře. Předpokladem zvládnutí prostorové orientace je schopnost vidění na dálku. Bez ní se v méně známém prostředí nemůže člověk bezpečně pohybovat. Pro sebeobsahu, čtení a psaní je důležité vidění na blízko, což jsou většinou běžné činnosti (Vágnerová, 2012, s. 195).

2. Preference různého stupně osvětlení a za různých okolností schopnost zrakově vnímat. Člověk, který špatně vidí, potřebuje silnější osvětlení. To se preferuje u laické veřejnosti. Tento názor však nemá obecnou platnost. Mnoho zrakově postižených trpí světloplachostí. Proto i běžná intenzita světla jim vadí. V lehkém šeru vidí lépe, ale musí nosit tmavé brýle (Vágnerová, 2012, s. 195).

3. Zorné pole - má schopnost rozeznat v jakém rozsahu je člověk schopen zrakově vnímat. Některým příznakem očního onemocnění je narušení zorného pole (degenerativní změny sítnice nebo glaukom). Rozlišovací schopnost centrální oblasti může chybět v zorném poli, která je místem nejostřejšího vidění za normálních okolností. Takto postižené dítě se při práci na blízko v knize nebo sešitě velmi špatně orientuje. Je to dáno tím, že lépe vnímá okraje svého zorného pole. I v komunikaci s lidmi mívá problémy. Chce-li svého partnera vidět, musí se dívat tak, aby byl v jeho zbylém funkčním zorném poli (Vágnerová, 2012, s. 196).

4. Barvocit - (porucha vidění barev v celém spektru) u zrakově postižených nebývá vždy zachován. Toto onemocnění nemá větší praktické omezení (Vágnerová, 2012, s. 196).

4.2 Příčiny zrakového handicapu

„Hlavně mi vadí, že si někteří lidé myslí, že se mnou musejí jednat úplně jinak. Že jsem něco míň, že nejsem schopný pochopit situaci běžného života“. (15letý vrozeně nevidomý, Chvátalová, 2001, s.32)

Mezi hlavní etiologické faktory vzniku těžkého zrakového postižení patří následující onemocnění zrakového analyzátoru:

1. katarakta (47,8 %)

2. glaukom (12,3 %)

3. věkem podmíněná makulární degenerace (8,7 %)
4. opacity rohovky jako následek různých onemocnění (5,1 %)
5. diabetická retinopatie (4,8 %)
6. různá dětská onemocnění (3,9 %)
7. trachom (3,6 %)
8. říční slepota (0,8 %)
9. další postižení zraku související s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami (13,0 %) (Buníčková a kol., 2012, s. 21).

Většina těchto etiologických faktorů je ovlivnitelná léčbou. Je statisticky prokázáno, že až 75 % případů nevidomosti lze předejít. Vše závisí na typu onemocnění a výskytu na jednotlivých kontinentech. Jednotlivé etiologické faktory se podílí na vzniku slepoty a liší se podle ekonomické vyspělosti jednotlivých států. V ekonomicky vyspělých zemích je dominantní příčinou nevidomosti věkem podmíněná makulární degenerace (50%), pak glaukom (18%), dále diabetická retinopatie (15%) a následuje katarakta (5%). V zemích, které jsou méně ekonomicky vyspělé je pořadí zmíněných etiologických faktorů inverzní. Incidence nevidomosti v dětské populaci je zde rovněž vyšší (až 6,9%) ve srovnání s vyspělými státy (průměrně 2,4%). Celosvětově hlavní příčinou nevidomosti zůstává katarakta (Buníčková a kol., 2012, s. 27).

Z aktuálních výzkumů vyplývá, že došlo ve struktuře etiologických faktorů k výraznému nárůstu chronických s věkem souvisejících onemocnění. Současně došlo i k poklesu podílu infekčních chorob jako je onemocnění typu trachom. Říční slepotu se postupně daří kontrolovat a zároveň redukovat. Na opačném pólu etiologického spektra je situace opačná. S prodlužováním průměrné délky života a se změnou životního stylu došlo k nárůstu incidence onemocnění charakteristických pro vyšší věkové kategorie (věkem podmíněná degenerace, diabetická retinopatie, glaukom).

Zdroj:

http://tdt.upol.cz/soubory/uvod_do_specialni_pedagogiky_osob_se_zrakovym_postizenim_publicace.pdf

Retinopatie nedonošených dětí (ROP – *retinopathy of prematurity*) je vazoproliferativní onemocnění nezralé sítnice (*retiny*). Je způsobena narušením normálního vývoje tvořících se cév sítnice. Ohroženi jsou těžce nedonošení novorozenci. Ve vyspělých zemích je ROP nejčastější příčinou nevidomosti v dětském věku.

ROP je multifaktoriální onemocnění. Mezi rizikové faktory patří:

- těžká nedonošenost a nízká porodní hmotnost
- hypoxie
- sepe

Aby se ROP předešlo, musí se kontrolovaně podávat kyslík u nedonošených plodů pod 32. gestační týden. Cílem je vyvarovat se hyperoxii. U všech nedonošených se provádí pravidelné kontroly oftalmologem (screening ROP).

Existuje **5 stádií ROP**. První dvě stádia spontánně ustupují. Třetí je rizikové, čtvrté a páté je prognosticky závažné.

- **ROP I + II** – novotvorba cév je mírná nebo přechodná; vzniká demarkační linie mezi vaskularizovanou a avaskulární částí sítnice. V 90% případů dochází ke spontánní regresi stavu. V budoucnu je vyšší riziko strabismu, amblyopie a myopie.
- **ROP III** – cévy a vazivo prorůstají mimo sítnici do sklivce. Je indikován operační zákrok k zabránění progresu do dalšího stádia. V 50% případů dochází ke spontánní regresi.
- **ROP IV** – cévy a vazivo prorůstající do sklivce a tam se jizví a způsobují částečné odchlípení sítnice. Pokud je postižena i žlutá skvrna, vidění je špatné a dítě rozezná jen světlo a stín.
- **ROP V** – úplné odchlípení sítnice způsobuje totální slepotu.

Zdroj: https://www.wikiskripta.eu/w/Retinopatie_nedono%C5%A1en%C3%BDch

4.3 Zásady komunikace se zrakově postiženým

Při komunikaci mezi sestrou a zrakově handicapovaným klientem existují určité komunikační zvláštnosti těchto jedinců. U těchto klientů se častěji objevují řečové vady. Zrakově handicapovaní si občas nedovedou udělat představu o některých pojmech a tím pádem používají nesprávné termíny. I gramatika jim činí problémy. Chybí jim zrakový kontakt při interpersonální komunikaci. To způsobuje, že se během rozhovoru odklánějí, často se věnují jiným činnostem a otáčejí se za zvukovými podněty. Zrakově postižený nevnímá gesta, mimiku ani pozici partnera, na kterého ani nereaguje. Při komunikaci se zrakově handicapovanými by sestra měla vědět, že nepříjemné a nečekané zvuky vnímá jako nebezpečí. Neví, odkud zvuky pochází. Taktéž nezná místo, kde se nachází. Proto se potřebuje se vším detailně seznámit (Slowík, 2010, s. 215).

Sestra se při rozhovoru neotáčí a stojí čelem ke klientovi. Ten velmi dobře vnímá paralingvistické projevy řeči. Dokonale z hlasu odezírá nervozitu, nesoustředěnost, úsměv ale i nezáměr. Pro nevidomé je nejdůležitějším smyslem sluch a na to by sestra neměla zapomínat. Proto by v okolí a v místnosti měla snížit hluk na minimum. Na přístroje, které vydávají nějaké zvuky, upozorní. Sestra nic nečiní za nemocného automaticky. Vždy se ho zeptá, jestli chce pomoc se sebedpěčí. Při doprovodu sestra nikdy klienta netáhá za rukáv, nestrká ho před sebou a nechytá mu za hůl. Sestra při setkání se zrakově handicapovaným pacientem se musí odpoutat od zkrácených představ, že jsou nevidomé ochuzeny o všechny zrakové vjemy. Například nerozlišuje světlo a tmu, nerozezná barevnost a ostrost. Že jim nezáleží na účesu, oděvu, estetice obličeje? Vypadat dobře je pro ně důležité (Slowík, 2010, s. 218).

Tyflopedie je speciálně pedagogická disciplína. Zabývá se vzděláváním, výchovou a rozvojem osob se zrakovým postižením. V současné době se pro pojmenování tohoto oboru užívají další dva názvy. Je to oftalmopedie a speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Tyflopedie se zajímá pouze o osoby nevidomé, ale je potřeba zaměřit se na všechny skupiny osob se zrakovým postižením. Termínu oftalmopedie rozumíme jako synonymum k termínu tyflopedie. Vychází částečně z terminologie medicínské, ale nezahrnuje obecně zrakové vady. Z praktického hlediska se jeví jako nejvíce vyhovující poslední termín – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením (Slowík, 2010, s. 224).

Komunikace s nevidomou osobou mající u sebe vodícího psa

Pes vždy pracuje ve prospěch svého nevidomého pána. Pokud se setkáme s člověkem mající u sebe vodícího psa, musíme dodržovat určité zásady, aby nevidomý člověk neztratil orientaci vinou nepozornosti psa, který odvádí svou práci „vodění svého pána“. Vodící pes souvisí s problematikou komunikace.

Zásady vodících psů:

- Vodícího psa při práci nevyrušujeme. Nedožadujeme se jeho pozornosti voláním, hvízdáním ani jinak.
- Na vodícího psa bez vědomí majitele nesaháme, nehladíme jej, byť v dobrém úmyslu. Slušností je nejdříve nevidomého oslovit a pak se zeptat na jeho souhlas.
- Nikdy k sobě vodícího psa nevoláme. Ten má svého pána. Neodbytné nutkání ke komunikaci zaměřujeme na majitele.
- Pokud chceme nevidomému člověku, kterého doprovází vodící pes pomoci, musíme ho nejdříve oslovit a zeptat se, zda uvítá naši pomoc. Neurážíme se, když ji odmítne. Je soustředěn na svou cestu.
- Pomáháme-li nevidomému, nemanipulujeme se psem. Komunikujeme s handicapovaným a slovně doprovázíme vše, co děláme.

Zdroj: <http://www.vycvikvodcichpsu.cz/cs/o-nas/predstaveni.php>

Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením (zdroj FN Plzeň)

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.

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

4.4 Zásady doprovodu osob se zrakovým postižením

1. Zdravotnický pracovník se s nevidomým vždy předem stručně dohodne o způsobu doprovázení. Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne nevidomému rámě a ten se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Průvodce jde vpředu, nikdy nevidomého nepostrkuje, nepopotahuje ani jinak se s ním nesnaží manipulovat.
2. Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá. Proto je výhodné, aby doprovázený byl na straně závěsů (pantů) dveří; není-li tomu tak, před dveřmi si vymění místa tak, že nevidomý za průvodcem přejde na druhou stranu. Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.
3. Před vstupem na schodiště průvodce zpomalí nebo úplně zastaví a upozorní nevidomého na směr schodiště: "schody nahoru" apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.
4. O nástupu do auta (sanitky) se průvodce a doprovázený předem stručně dohodnou. Praktické je, aby průvodce položil ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak nechá na nevidomém. Je rovněž vhodné předem se dohodnout, kdo zavře.
5. Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první. Průvodce naznačí pohybem paže, za niž se nevidomý drží, aby se zařadil za něj a šel za ním v zákrytu.
6. Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo. Nevidomému stačí sdělit: "zde je židle, toto je opěradlo" a on sám si zjistí její polohu a posadí se.
7. Průvodce nevidomému stručně popíše místnost, kde se budou zdržovat., včetně toalety. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.
8. Při delším pobytu musí být pacient seznámen s orientační situací místnosti, aby byl následně samostatný - jak vypadá pokoj, kde se nachází jeho lůžko a noční stolek, kde je umyvadlo, jak najde WC a umývárnu, kde se nachází ambulance, "sesterna", jak se obsluhuje zařízení na přivolání zdravotní sestry v případě nouze.

9. Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku. Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované auto.

10. Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.

Zdroj: <http://www.vycvikvodicichpsu.cz/cs/o-nas/predstaveni.php>

4.5 Pomůcky pro zrakově postižené

Služby pro zrakově postižené poskytuje Tyflocentrum a Tyfloservis. Tyto organizace pomáhají např. i s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek.

Signalizační hůl skládací, orientační hůl skládací (orientační hůl poznáme podle masivní rotační koncovky)

Zdroj: www.pomucky.blindfriendly.cz/

Česká abeceda Braillova písma

* = mezera, p1 = číselný znak, p2 = velké písmeno, p3 = řetězec velkých písmen

Písmeno Braillovy abecedy je složeno z kombinace až 6 vytlačených bodů uspořádaných do tří řad a dvou sloupečků.

Kvůli popisu znaků se vytlačené body označují číslicemi 1 až 6, např. „ž“ = 2346.

Při pravidelném čtení hmatem se v mozku nevidomého postupně vytváří „obrazce“ písmen i celých slov. Nevidomý si tak fixuje vizuální tvary „vytlačovaného“ písma než číselné kombinace.

Norma bodového písma určuje, jak se píše velké písmeno. Je to řetězec velkých písmen, číslic, čísla, datumu. Užívají se znaky pro zápis matematiky, chemie nebo i jiných předmětů, kde musí být stanoven specifický zápis.

S využitím výpočetní techniky se i u nás zavádí tzv. osmiznakové Braillovo písmo, které umožňuje každý znak vyjádřit jednoznačnou kombinací bodů 1–8, stejně jako u binárního zápisu znaků v PC. Odstraňuje tak nutnost používání prefixů.

„šestiznak“

1	•	•	4
2	•	•	5
3	•	•	6

„osmiznak“

1	•	•	4
2	•	•	5
3	•	•	6
7	•	•	8

Zdroj: Příručka pro přepis textů do bodového písma - Středisko Teiresiás

Body 7 a 8 se v případě práce s braillovými řádky používají jako náznak kurzoru. V kombinaci pro grafické nebo matematické a jiné speciální symboly a významy. Např. bod 7 u písmene znamená, že se jedná o velké písmeno. Bod 8 s kombinací písmen „a“ až „j“ znamená číslici 1 až 0.

Osmibodové písmo může při čtení hmatem činit určité obtíže. Vyplývá z podobnosti některých kombinací: rozpoznání, zda mezi vytlačenými body je „volný“ jeden nebo dva řádky.

k	A	1	á	m	C	č	3
•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: Příručka pro přepis textů do bodového písma - Středisko Teiresiás

5 TŘETÍ LEKCE - KOMUNIKACE S TĚLESNĚ POSTIŽENÝM

Tato kapitola vám nabízí příčiny, druhy tělesného postižení, zásady komunikace s těmito klienty a jejich kompenzační pomůcky. Cílem je seznámit vás s komunikací s tělesně handicapovanými pacienty.

5.1 Druhy tělesného postižení

„Existuje hierarchie devalvace, která se mění se závažností a typem postižení. Na vrcholu této hierarchie jsou lidé s deformací obličeje nebo s nápadným znetvořením těla.“ (Murphy, 2001, s. 111)

„Vážná invalidita není role, je to identita, dominantní charakteristika, již se musí všechny sociální role přizpůsobit.“ (Murphy, 2001, s. 90)

Tělesné znevýhodnění mívá často **estetický handicap**. Míněná je ošklivost projevu a zevnějšku. Tělesné nedostatky a špatné vlastnosti bývají neopodstatněně spojovány se zlobou, zákeřností, zlomyslností a bezohledností (Nevšimalová, 2002, s. 125).

Další handicap bývá v oblasti pohybové, tzv. **funkční handicap**.

1. Hybnost dolních končetin je významná pro samostatnou lokomoci. Díky ní nejsme závislí na ostatních lidech. Umožňuje získání mnoha zkušeností a poznatků.

2. Hybnost dolních končetin je důležitá pro sebeobsluhu. Pomáhá nám k vyjadřování citového vztahu s blízkým člověkem a k aktivnímu kontaktu s okolím. K jakékoli pracovní aktivitě je manuální zručnost potřebná. Kdybychom měli postiženou motoriku ruky, brání nás to k dosažení úplné soběstačnosti.

3. Hybnost mluvidel a mimickou pohyblivost potřebujeme k verbální i neverbální komunikaci. Jejich postižení velice ovlivňuje akceptaci ostatními lidmi. Ovlivňuje i sociální pozici handicapovaného a i jeho sebehodnocení (Nevšimalová, 2002, s. 164).

Tělesná deformace má vždy nějaký viditelný negativní a sociální význam. Ten bývá větší než vliv funkčního handicapu. Celkové sebehodnocení postiženého člověka ovlivňuje handicap v oblasti tělesného vzhledu. Někdy více než kdyby šlo pouze o postižení pohybového aparátu (Vágnerová, 2014, s. 182).

5.2 Příčiny tělesného handicapu

„Já, zkrácen o ladnou úměrnost, přírodou obrán o důstojný vzhled, zhyzděn a zhudlán na svět odeslán dřív, než byl čas, jen způle dodělán a to tak kuse, beztvárně, že jak tu pajdám, štěká po mně pes!“ (W. Shakespeare: Král Richard III., překlad J. V. Sládka, 1917)

Pohybové postižení má různé příčiny:

Příčinou může být **postižení v oblasti mozku nebo míchy** (kmenové struktury, bazální ganglia, motorická kůra a mozeček), prenatální či perinatální poškození (např. dětská mozková obrna) a nebo geneticky podmíněné odchylky vývoje (např. rozštěp patra). Taktéž poškození může vyvolat úraz i následek nejrůznějších chorob (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza). Je-li pohybová vada spojena s postižením CNS, může být provázena i narušenými psychickými funkcemi i kombinovaná (mentální retardace, demence) (Vágnerová, 2014, s. 255).

Další příčinou mohou být **poruchy kostí a kloubů**. Může to být vrozená porucha (osteogenesis imperfecta spojená se zvýšenou kostní lomivostí) i pozdější onemocnění (osteoporóza, artróza). Většinou jde o postižení struktury kostní tkáně a poruchy růstu kostí. Ta brání pohybu, tudíž standardní funkci opěrného aparátu. Další omezení pohybu způsobuje mechanické poškození kloubu nebo zánětlivá onemocnění (arthritis). Chybění končetiny či jeho části (amputace) je příčinou postižení pohybového aparátu (Vágnerová, 2014, s. 256).

Porucha svalstva může být také příčinou pohybového postižení. Poruchy se projevují buď zhoršením funkcí svalové tkáně (myasthenia gravis - porucha nervosvalového přenosu vzruchu) nebo úbytkem svalové tkáně (svalová dystrofie Duchenneova nebo Beckerova typu) (Vágnerová, 2014, s. 258).

5.3 Zásady komunikace s tělesně postiženým

Tělesně handicapovanému by měl zdravotnický personál a jeho blízké okolí umožnit vyjádřit jeho bolest a úzkost. Také zdůraznit potřebu spolupráce, aktivity, projevit porozumění a empatii. Důležitá je neustálá rehabilitace, chuť do života, mít sílu překonávat mnoho překážek, obtíží a realizovat své cíle (Gulášová, 2005, s. 87).

Úroveň soběstačnosti závisí na druhu postižení. Je dána schopností sebepečce a pohybem. Ztráta schopnosti používat ruce je velmi omezující. Je dobré zjistit, do jaké míry je klient soběstačný a jakou pomoc od nás požaduje. Naše přílišná snaha může klienta rozčilovat a následně může zhoršit vztah mezi námi. Z psychologického hlediska klademe důraz na maximální soběstačnost, i když pro sestru je snazší a rychlejší provést ošetření a úkony sama. Snažíme se proto, aby si udržel svoji pohyblivost a zdokonaloval se. Dopřejeme mu dostatečný časový prostor (Vágnerová, 2014, s. 274).

Nejčastěji se v nemocnici setkáváme s tělesně postiženými na neurologii, chirurgii, ortopedii a rehabilitačních odděleních. Zde je takových klientů nejvíce, ale i kdekoli jinde. Problém je v tom, že ne každé oddělení a zařízení je bezbariérově přizpůsobeno a řešeno. Všude není nutné technické vybavení na ošetření těchto pacientů. Od začátku je zapotřebí zjistit schopnosti nemocného, míru sebeobsluhy a způsob manipulace s ním. Snažíme se klientovi upravit vhodné prostředí, aby bylo bez bariéry a měl vše na dosah podle své potřeby včetně pomůcek. Při komunikaci s handicapovaným udržujeme oční kontakt. Rozhovoru se nevyhýbáme a používáme běžný způsob komunikace. K tělesně postiženým tento přístup bývá nejčastější chybou. Při dětské mozkové obrně nebo při ochrnutí mnoho lidí mylně předpokládá u těchto lidí mentální retardaci. Při tom oni nestojí o naše slitování. Chtějí pouze podporu, porozumění a dodání správné míry optimismu. Během rozhovoru je vhodné udržovat odpovídající horizontální úroveň. Hlavně u osob na vozíčku nebo u ležících. Působí dominantně promlouvat k nim z výšky (Gulášová, 2005, s. 205).

Nejvíce problémů mají tělesně postižení v oblasti sebekoncepce a sebehodnocení. Ve vztahu k okolnímu sociálnímu prostředí mívají nejčastěji komplex méněcennosti. Rozhovoru s nimi se nevyhýbáme, udržujeme oční kontakt a používáme běžný způsob komunikace. Při dětské mozkové obrně nebo při ochrnutí mnoho lidí mylně předpokládá u těchto lidí mentální retardaci. Při tom oni nestojí o naše slitování. Chtějí pouze podporu, porozumění a dodání správné míry optimismu. Dalším problémem je, že ne každé oddělení a zařízení je bezbariérově přizpůsobeno a řešeno (Mellanová a kol., 2014; s. 68).

Somatopedie – je speciálně pedagogická disciplína zabývající se výchovou, vzděláváním a integrací osob s tělesnými a zdravotními handicap (Mellanová a kol., 2014; s. 17).

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením (zdroj FN Plzeň)

1. Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným průvodcem.
2. Při nezbytné manipulaci s pohybově postiženým pacientem (uložení na vyšetřovací lůžko, rentgen aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
3. Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu.
4. Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.) požádáme pacienta s pohybovým postižením, aby si sám - pokud je to možné - zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvyklé ví, které místo je nejvhodnější.
5. Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby "vozíčkář" měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
6. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta s pohybovým postižením a snažíme se je odstranit.
7. Maximálně se snažíme, aby pacient s pohybovým postižením nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.

8. Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.
9. Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient s pohybovým postižením je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.
10. Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC - standardem zdravotnických zařízení by mělo být bezbariérové WC.

5.4 Pomůcky pro tělesně postižené

Kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené, je velká škála (např. berle, vozík, chodítko, invalidní vozík, toaletní židle). Tyto pomůcky umožňují dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti.

Invalidní vozík, chodítko, přechod pro invalidy

Zdroj: <https://svaztp.cz/info-pro-ozp/kompenzacni-pomucky>

Doporučujeme shlédnout video o potřebách lidí s tělesným postižením - Jsme úplně normální.

Vybrali jsme ho proto, abychom se všichni chovali k tělesně postiženým přirozeně jako ke zdravým lidem. To, že jsou postižení, neznamená, že jsou mentálně nemocní.

Zdroj: <https://pixabay.com/cs/photos/tělesně%20postižení/>

6 ČTVRTÁ LEKCE – KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM

V této kapitole se dozvíte o příčinách a druzích mentálně postižených jedincích. O zásadách komunikace s nimi a o kompenzačních pomůckách, které jim pomáhají v každodenním životě a i o stupních mentální retardace.

6.1 Druhy mentálního postižení

„Mentální postižení není svou povahou absolutní, nýbrž relativní vůči očekávané hodnotě a výkonu u skupiny, respektive společnosti, ke které člověk přísluší“ (Dorner a Plog, 1999, s. 280).

Mentální retardace je souhrnné označení pro vrozené postižení rozumových schopností. Ty se projevují neschopností porozumět svému okolí, kterému se v určité míře umějí přizpůsobit. Je popsána jako neschopnost dosáhnout určitého stupně intelektového vývoje (Vágnerová, 2012, s. 289).

Rozlišujeme **vrozenou a trvalou mentální retardaci**. U vrozené se dítě již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. Trvalá mentální retardace je v závislosti na etiologii a kvalitě při stimulaci schopna do určité míry se zlepšit. Rozvoj je ovlivněn závažností, příčinou defektu ale i působením prostředí, což je výchova, výuka a terapeutický vliv (Vágnerová, 2012, s. 289).

6.2 Stupně mentální retardace

Lehká mentální retardace

V dospělosti lidé s mentální retardací dokážou uvažovat jako dítě středního školního věku. Nejsou schopni myslet abstraktně. Ve verbálních projevech zcela chybí abstraktní pojmy. Respektují základní pravidla logiky. Řeč a myšlení je konkrétní. Jejich projevy jsou jednodušší. Užívají krátké věty. Bezchybná není ani jejich výslovnost. Pokud jsou respektovány jejich možnosti, jsou schopni se učit. Mohou dosáhnout v dospělosti určité samostatnosti. Dokážou se pracovně zařadit, pokud mají podporu a dohled (Vágnerová, 2012, s. 292).

Středně těžká mentální retardace

Lidé se středně těžkou mentální retardací uvažují na úrovni předškolního dítěte. To ne vždy respektuje pravidla logiky. V jejich slovní zásobě chybí běžné konkrétní pojmy. Špatně artikulují. Mají chudý verbální projev. Učení je limitováno na mechanické podmiňování. Za častého opakování si zafixují učení. Běžné jednoduché dovednosti a návyky jsou schopni si osvojit. Hlavně sebeobsluhu. Pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost, mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony. Potřebují neustálý dohled (Vágnerová, 2012, s. 293).

Těžká mentální retardace

Uvažování jedinců s těžkou mentální retardací je na úrovni batolete. V dospělosti chápou jen základní souvislosti a vztahy. I v oblasti řeči jsou omezení. Naučí se jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů. Ty používají nepřesně. Občas nemluví vůbec. Jejich učení vyžaduje velké, dlouhodobé úsilí, které je limitováno. I přesto zvládnou jen základní úkony sebeobsluhy. Často se jedná o kombinované postižení. Mnozí mají postiženou i motoriku. Někteří trpí epileptickými záchvaty. Péče druhých lidí je nepostradatelná (Vágnerová, 2012, s. 295).

Hluboká mentální retardace

Kombinované postižení se objevuje ve většině těchto případů. Lidem s hlubokou mentální retardací se téměř nerozvíjí poznávací schopnosti. Jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty. Reagují na ně libostí nebo nelibostí. Základy řeči se ani nevytvoří. Jsou zcela závislí na péči jiných lidí. Většinou jsou umísťováni do ústavu sociální péče (Vágnerová, 2012, s. 302).

6.3 Příčiny mentálního handicapu

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS. Jde o multifaktoriální podmíněné postižení. Na vzniku postižení se mohou podílet poruchy genetických dispozic. Ty vedou k narušení rozvoje CNS. Nejrůznější exogenní faktory mohou poškodit mozek v rané fázi jeho vývoje. Ve vzájemné interakci působí obě složky (Vágnerová, 2012, s. 308).

Genetická podmíněnost mentální retardace

Mentální retardace může být geneticky podmíněná, pak je jejím základem porucha struktury nebo funkce genetického aparátu. Takových odchylek je mnoho. Často jde o syndrom, jehož jedním příznakem je mentální retardace. Rozlišujeme:

1. Poruchy odlišného počtu nebo struktury autozomů. Typickým příkladem je Downův syndrom, což je trisomie 21. chromozomu.
2. Poruchy odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů. Například syndrom postihující převážně chlapce, což je syndrom lomivého X.
3. Poruchy způsobené genovou poruchou. Často v důsledku určitého chorobného procesu, dochází k poruše inteligence. Je to např. poškození mozku patologickými metabolity (neléčená fenilketonurie). Tyto poruchy se rozvíjí postupně, i když jsou vrozené.
4. Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje. Jedinec s touto poruchou má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností. Obdobně takto postižení bývají většinou i rodiče, sourozenci eventuálně další příbuzní (Vágnerová, 2012, s. 308 - 310).

Teratogenní faktory

Faktory teratogenního původu mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj dítěte. Mohou zapříčinit vznik mentální retardace. Tyto faktory působí prostřednictvím organismu matky a poškozují normální vývoj dítěte. Jsou to:

- faktory fyzikální - porodní poškození mechanickým stlačením hlavičky s následným krvácením do mozku, ionizující záření
- faktory chemické - drogy, alkohol, některé léky
- faktory biologické - mikrobiální a virové poškození. Typickým je virus zarděnek, který naruší vývoj embrya komplexním způsobem (Vágnerová, 2012, s. 312).

Postnatální poškození mozku

Mentální inteligenci ovlivní i poškození v postnatálním vývoji, kdy jsou děti maximálně do 2 let věku napadené infekcí a zánětem mozku, těžkou žloutenkou nebo vlivem špatné výživy (Vágnerová, 2012, s. 315).

6.4 Zásady komunikace s mentálně postiženým

Sestry k mentálně handicapovaným přistupují taktně, s velkou trpělivostí, tolerancí a nesmějí se jim. Hlavně by měly promlouvat přímo k němu a nejen k jeho doprovodu. Vždy se v komunikaci přizpůsobí pacientovým schopnostem. (Pokorná, 2010, s. 148).

Problémy u těchto pacientů se vyskytují často při hospitalizaci. Jejich chování ovlivňuje změna prostředí, přítomnost nemoci i „cizí“ osoba, která o ně při hospitalizaci pečuje. Změnu v chování u těchto klientů pocítíme i tehdy, kdy zdravotnický personál nemá dostatek znalostí práce s mentálně postiženými. Chybou je nedůslednost v dodržování denního režimu, přílišná přísnost nebo naopak volnost. Taktéž časté nesplnění slibů, nejednotnost v postupech ošetrovatelského týmu používání abstraktních, pro tyto pacienty nepochopitelných pojmů (Rozsypalová, 2001, s. 159).

Psychopedie – je speciálně pedagogickou disciplínou, která se zabývá výchovou, vzděláváním a integrací osob s mentálním handicapem (Mellanová a kol., 2014, s. 150).

DESATERO KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÝM

1. Mluvte s ním jako s dospělým člověkem – vykejte. Pokud znáte jméno, je dobré ho oslovovat jménem.
2. Ověřte si, že vás mentálně znevýhodněný uživatel dobře vidí i slyší a udržujte oční kontakt.
3. Srozumitelně vysvětlete, co se bude dít a proč. Nepředpokládejte, že to každý ví.
4. Mluvte pomaleji a používejte krátké a jasné věty, názorná vysvětlení a příklady (nepoužívejte žádné zkratky, abstraktní pojmy, cizí slova ani žargon).

5. Dávejte jednoduché a srozumitelné otázky. Počkejte vždy na odpověď a neodpovídejte za něho.
6. Ověřujte, zda jste správně porozuměli. A naopak ověřujte, zda uživatel dobře porozuměl vám. Vyhněte se manipulativním otázkám jako: „To bylo asi červené auto, že?“ Spíše se zeptejte „Jakou to auto mělo barvu?“ Pokud uživatel neodpoví, můžete dát možnosti na vybrání.
7. Buďte trpěliví a zkuste se přizpůsobit tempu znevýhodněného.
8. Nebojte se říct, že nerozumíte. Vyzvěte znevýhodněného k vysvětlení či zopakování.
9. Vždy se snažte mluvit nejdříve přímo s mentálním znevýhodněným a ne s jeho doprovodem.
10. K znevýhodněnému přistupujte bez předsudků a štitivosti a všimněte si neverbálních projevů.

Dvě rady na závěr:

1. Jednejte s mentálně znevýhodněnými tak, jak byste si přáli, aby bylo jednáno s vámi.
2. Pro lepší komunikaci s osobami s těžkými stupni mentální retardace používejte tzv. alternativní a augmentativní komunikaci – např. reálné předměty, obrázky, fotografie, piktogramy apod.

Zdroj:

https://www.knihovnahk.cz/.../Desatero_komunikace_s_mentalne_znevychodnenym.p...

6.5 Pomůcky pro mentálně postižené

Video s mentálně postiženým klientem - péče o tyto lidi je velice psychicky i tělesně náročná. Můžete shlédnout na níže uvedeném odkazu nebo v e-learningovém kurzu.

Zdroj: <https://svaztp.cz/info-pro-ozp/kompenzacni-pomucky>

Pomocné didaktické strategie:

- herní prvky, hudba, rytmus, říkanky
- pomalé a jasné instrukce, demonstrace
- cvičení, kdy musíme jít příkladem a cvičit také
- pochvala
- možnost výběru (nejdřív jen ze 2 možností)
- méně cviků (ale jednoduše vysvětlených), oblíbené cviky častěji

7 PÁTÁ LEKCE – SHRNU TÍ

Zde se dočtete o psychologických problémech zdravotně postižených, o výskytu a příčinách vzniku zdravotního handicapu. Dále je zde popsáno, jak se rodiče postiženého vyrovnávají s danou situací. Taktéž je dobré vědět o adaptaci na získané postižení a jeho fáze. Dozvíte se zde o profesních, partnerských a rodičovských rolích. Cílem této kapitoly je naučit se více porozumět dané tématice a být více empatičtí k těmto klientům.

7.1 Psychologická problematika handicapovaných

„Postižení byli vždy v dějinách vnímáni a přijímáni svým okolím ambivalentně ... Lidé se jich obávali, vyhýbali se jim, litovali je a ignorovali.“ (Blažek a Olmrová, 1985, s. 35)

Zdravotní postižení můžeme definovat jako poškození nebo ztrátu určitého orgánového systému. Díky tomu dochází k omezení, narušení nebo úplnému chybění některých standardních funkcí. Z psychologické stránky platí, že kterékoli postižení se projeví poruchou funkce určitého orgánu, ale i rozvojem celé osobnosti postiženého jedince. Handicap představuje znevýhodnění, míru subjektivního zvládnutí a sociální pozici jedince (Mukšnáblová, 2014, s. 8).

Jednotlivé psychické funkce a jejich změny nemusí mít stejnou příčinu. Proto rozeznáváme primární a sekundární postižení. Každé má jinou etiologii. S tím je spojena odlišnost prostředků, které mohou přispět k jejich zlepšení, případně možnost nápravy (Slowík, 2010, s. 10).

Primární postižení jsou chorobné změny. Ty představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí - sluchové, zrakové vnímání. Na druhu a závažnosti onemocnění závisí i riziko vzniklé psychické odchylky.

Sekundární změny jsou důsledkem působení psychosociálních faktorů. Mohou být závislé na existenci primárních postižení. Sekundární handicap se může spolupodílet na různých osobnostních vlastnostech postiženého člověka, na vnějším prostředí, ve kterém žije, na vztazích se sociálním okolím.

Ve vzájemné interakci jsou vnější a vnitřní faktory. Trvalý handicap přináší změnu životní situace. Ta ovlivní nejen vývoj určitých funkcí, ale bude měnit i postoje a chování ostatních lidí (Slowík, 2010, s. 16).

1. **Vrozené postižení** ovlivňuje vývoj dítěte. Dítě díky tomu nemůže získat určité zkušenosti. Ale zároveň není subjektivně traumatizované, protože je na své postižení adaptované. Postupně si uvědomuje, že jeho okolí má další možnosti, které on nemá. Ale často si neumí představit, jaké konkrétní výhody by chtěl (Chvátalová, 2012, s. 54).

2. Později **získané postižení** představuje větší psychické trauma. Jedinec si uvědomuje, co ztratil a má možnost srovnávat. Za jednoznačně horší či nepřijatelný považuje svůj aktuální stav. Má zachované dřívější objektivní zkušenosti, které jeho vrstevník s handicapem nemá (Slowík, 2010, s. 16).

Vývoj postižení a jeho prognóza

Dynamika každého určitého vývoje může být různá. Diagnostika vymezuje další rozvoj. Například, jaká je prognóza, zda dosáhne výhledově nějakého zlepšení či ne. Nebo zda jde o progresivní vadu, která se bude nadále zhoršovat.

7.2 Psychické změny vyplývající z vrozeného postižení

„Vůbec jsme nevěděli, jak se takové dítě vyvíjí, co může zvládnout a kdy to bude. Ale věděli jsme, že to nebude stejné, jako kdyby byla zdravá.“ (rodiče dívky s DMO)

Každého člověka ovlivňuje prostředí. Vnější prostředí působí na handicapovaného jedince jinak než za normálních okolností. Všechny informace nejsou dostupné pro motoricky či smyslově postiženého člověka. Nemůže je přijímat standardním způsobem. Chudší a méně přesná je jeho představa o světě. Ten se mu může zdát méně srozumitelný (Uzlová, 2010, s. 31).

Rozvoj poznávacích procesů má odlišný průběh. Některé kompetence se nemohou v důsledku postižení rozvíjet stejným způsobem. To znamená ve stejné míře, ale mohou se rozvíjet jiné dovednosti a schopnosti (Mukšnáblová, 2014, s. 29).

Vnější prostředí ovlivňuje jeho sociální složky a vyvíjí se osobnost postiženého dítěte. Vše závisí na přijetí dítěte rodiči, na jeho způsobu výchovy, která bývá často extrémní, vzhledem k handicapu (Chvátalová, 2012, s. 36)..

Odchytky v socializačním vývoji patří do kategorie sekundárních problémů. Velmi záleží, jak se rodina a společnost k handicapovanému dítěti chovají. Také na tom, jak mu umožňují rozvinout jeho sociální kompetence. V důsledku neadekvátní výchovy vzniká mnoho problémů postižených dětí. Je nutné je odstranit. Jde o nesamostatnost, nepřiměřenou a přetrvávající závislost, egocentrismus, pocit nejistoty a méněcennosti způsobené jako reakce na podceňování a odmítání (Uzlová, 2010, s. 38).

Rodina postiženého dítěte

„Být rodičem jakkoli postiženého dítěte je postižením samo o sobě... Vůbec nejpodstatnější však je, že problémy rodičů a problémy jejich dětí vůbec nemusí být totožné.“ (Hrubý, 1999, s. 41)

Rodina handicapovaného dítěte je něčím výjimečná, má jinou sociální identitu. Tato negativně hodnocená odlišnost se týká všech členů rodiny - rodičů i zdravých sourozenců. Určitým způsobem se změní životní styl rodiny. Ten musí být přizpůsoben možnostem a potřebám postiženého jedince. Mění se chování rodiny k širší společnosti. Zde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevovat jinak než dříve - než je obvyklé (Hrubý, 1999, s. 42).

Reakce rodičů na jejich postižené dítě závisí na mnoha okolnostech. Závisí, jaké bylo jejich očekávání ve vztahu rodičovské role. Narození handicapovaného dítěte představuje obvykle neočekávanou zátěž. Je to trauma, které vyplývá z pocitů viny a selhání v rodičovské roli. Ke ztrátě sebedůvěry a pocitům méněcennosti vede vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka. Jak rodiče reagují na takové trauma, je ovlivněno postojem společnosti, ve které žijí. Důležité je, jaké reakce očekávají a jak hodnotí své současné postavení. Jak se s danou věcí umí vyrovnat. Jde-li o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit (úraz, infekce), mohou se rodiče setkat s negativními projevy svého okolí (Hrubý, 1999, s. 43).

7.3 Psychická adaptace na získané postižení

„Je jen málo věcí, které sám nemůžu... Ale jde spíše o to, aby s váma lidi byli a jednali jako dřív, abyste se necejtli jako odpad...“ (Marek Schneider, LN, 21.12.2001)

Postižení vzniklé později, představuje silné emoční trauma. Závisí na dosažené vývojové úrovni jedince, na jeho osobnostních vlastnostech a na sociální podpoře nejbližších lidí. Od toho se odvíjí, jak se handicapovaný jedinec vyrovnává s takovou zátěží. Negativní emoční reakce, jako je úzkost, deprese vyvolává prožitek ztráty. Postižený člověk se trápí, myslí na různé negativní myšlenky. Nemůže se jich zbavit, koncentruje se na tento problém a neustále se jím zabývá. Cítí se osamělý (Karlsson, 1998, s. 179).

Reakce na nově vzniklé postižení v dětství je ovlivněno způsobem, jak se s ním vyrovnávají rodiče. Význam této změny nejsou schopni pochopit mladší děti. Reagují především na aktuální omezení a nepříjemnosti. Reakce adolescentů a dospělých je ovlivněna tím, jak dovedou uvažovat o dané situaci a o dalších důsledcích postižení pro jejich další život. V období dospívání je postižení zásahem do emancipačního vývoje. Deformuje rozvoj identity. Handicapovaný člověk je traumatizovaný. Ale může mu zůstat většina kompetencí. Například sociální dovednosti, jež může později uplatnit (Karlsson, 1998, s. 182).

Fáze zvládnání získaného postižení:

1. Fáze latence - nedostatečná informovanost. Člověk si uvědomuje, že utrpěl úraz. Zatím leží v nemocnici, ale neví, co se mu přesně stalo a jaké bude mít následky. Myslí si, že jde o přechodný stav a že se uzdraví. Ať je zraněné dítě či dospělý, často o svém stavu nebývají plně informováni. Neví co se s ním děje. Neuvědomuje si, že by jeho stav mohl být trvalý. Cítí strach, bolest a bezmoc (Vágnerová, 2014, s. 28).

2. Fáze pochopení traumatizující reality - pacient podstupuje léčbu. Nakonec pochopí, když se jeho stav nemění, že se nikdy neuzdraví. V tomto směru je i informován lékařem. Šok je nejčastější reakce na toto zjištění. Jedinec často řeší své trauma popíráním, že by něco takového mohlo být možné (Vágnerová, 2014, s. 28).

3. Fáze postupné adaptace - postižený se učí kompenzačnímu pohybu, samoobsluze a orientaci v prostředí. Handicapovaný neví, nevěří si, netroufá si z důvodu, že nikoho

podobně postiženého nezná. Až v této fázi si nemocní připustí, že došlo k zásadním změnám jejich kompetence. Nemohou na tom nic změnit. Přejídací rituály jsou spojené se sociální adaptací. Je to například návrat mezi přátele, do zaměstnání, na ulici města, kde žijí. Za jiných okolností a v jiné pozici se vrací do společnosti (Murphy, 2001, s. 80).

Musí najít nový smysl svého života s tímto získaným postižením. I své cíle zaměření a související změny jeho života. Obvykle původní identitu rozbijí úraz s trvalým následkem (Murphy, 2001, s. 75).

Obnova přijatelného sebepojetí bývá delší a obtížnější než rehabilitace somatických funkcí. Jde o pochopení, jakým je teď člověkem a o vymezení nové identity. Handicapovaný jedinec musí překonávat mnoho potíží a překážek. Záleží na něm, jaký pro něho budou mít smysl a jak je bude chápat. Musí si vybudovat novou sebedůvěru, aby všechny problémy zvládl. Mnoho handicapovaných tuto situaci interpretují jako výzvu. Pokud tuto zátěž zvládl. Hledání nového řešení jejich problémů, mělo smysl jako pobídka, aby byly podmínkou k osobnostnímu rozvoji. „Soužení je šance k tomu, aby se člověk změnil,“ říká vozíčkář a myslí tím samozřejmě změnu k lepšímu. Dokud není postižení ještě zvládnuto a zpracováno, handicapovaní nemají takový názor. Teprve později jsou schopni svoji situaci vidět jinak (Pavlatová, 1996, s. 40).

Velký význam má sociální a emoční zázemí - podpora blízkých. Rodiče obvykle zaujmou pečovatelský postoj. Jako, když bylo dítě malé. Handicapovaný člověk je manipulován do role závislého. Neočekává se od něj žádná aktivita. Partnerský, přátelský vztah je ohrožen změnou potřeb a hodnot. Je rozdíl postoje ke světu. Oboustranné úsilí zachovat dřívější role a úroveň vztahu narušuje změna osobnosti postiženého. Nastane vzájemné odcizení. Tyto vztahy nemohou zůstat takové, jaké byly. Musí přijmou proměnu. Zpravidla nejde o rozchod. Jde o ztrátu možnosti sdílet (Pavlatová, 1996, s. 40).

Neschopnost či neochota postiženého chovat se k lidem standardním způsobem je riziko tohoto období. Pocit hořkosti, napětí nebo nespravedlnost vede ke změnám v chování handicapovaných ke zdravým. Ti poslouchají výčitky, stesky a jsou obviňováni. Vyslechnou si výlevy depresí a špatné nálady. Z takových vztahů se ztrácí pohoda a symetrie. Proto, že je nepříjemný, často postižený ztrácí své přátele. Ne proto, že je znevýhodněný (Pavlatová, 1996, s. 41).

Handicapovaný potřebuje poznat své reálné možnosti a rozvíjet své kompetence. Ty má možnost zlepšit, přijmout omezení, kterého se nelze zbavit (Pavlatová, 1996, s. 40).

7.4 Dospělost postiženého člověka

„Kdybych si mohl přát i věci nereálné, chtěl bych, abych mohl mít normálně fungující rodinu s dětmi.“ (31letý muž, vozičkář, postižený degenerativním svalovým onemocněním)

Období svobodně rozhodovat, které je spojené s odpovědností za své činy, schopností získat a plnit příslušné role nazýváme dospělostí. Tím, že si dospělý postižený jedinec vytvoří určitou identitu, která zahrnuje i jeho handicap a omezení, prokáže svou zralost. Pokud to dokáže, může usilovat o dosažení dalšího vývojového stupně. To znamená, že může být na psychické úrovni rovnocenným partnerem. Pak je schopný zvládat rodičovskou a profesní roli. Zvládá pracovat a mít určité výsledky, zplodit dítě a i jej vychovat. Ne vždy je schopný zvládat všechny požadavky dospělosti. Nemůže či nechce o sobě rozhodovat, nést za sebe zodpovědnost. Může zůstat nesoběstačný a závislý na druhé osobě. Profesní, partnerská a rodičovská role je v dospělosti nejdůležitější (Pavlatová, 1996, s. 49).

Profesní role

Seberealizace v profesní oblasti uspokojuje potřebu dospělého člověka. Volba povolání a hledání vhodného místa je pro postiženého omezující. Tito lidé dost často nemohou sehnat přijatelné zaměstnání. Bez úpravy pracovních podmínek nejsou schopni zvládnout jeho požadavky. Nástup do zaměstnání a konfrontace s majoritou (zdraví lidé), je obdobím druhé krize identity handicapovaného člověka. Měl by se integrovat do společnosti, ale leckdy s ní nemá dostatek zkušeností a to mu vyvolává stres. Nepřiměřenost očekávání postižených a nezralost může být příčinou problémů. Další problémy vyvolává

nepřipravenost zdravých lidí, jejich neinformovanost, neochota, přetrvávající předsudky ale i nevhodné podmínky pro postižené jedince. Celou řadu potřeb může uspokojovat profesní aktivita handicapovaného. Jde o aktivizaci mnoha schopností, dovedností i o uchování potřebných návyků. Udržují se tím i sociální kompetence, jako je navazování kontaktů, komunikace a respektování určitých norem i sebeúcta (Slowík, 2010, s. 48).

Partnerská role

Získání partnera má pro postiženého člověka velký význam. Ještě větší než pro zdravého jedince. Jde o sociální hodnotu partnerského vztahu, o jeho symbolický význam a uspokojení intimní oblasti. Fixovat se na jakéhokoli člověka, který je nablízku, způsobuje sociální deprivaci. Tato vazba je značně zatěžující. Handicapovaný jedinec od takového vztahu očekává více než je běžné. Jeho potřeba citové vazby, přátelství a partnerství nebývá dostatečně uspokojena. V důsledku toho může po určité době vyústit v potřebu získat jakýkoli vztah. Pak je partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnostmi (Slowík, 2010, s. 49).

Jakékoli postižení může měnit mezilidské vztahy. Ve vztahu může převažovat soucit, pocity viny, potřeba pečovat nebo autoritářská manipulace. Tyto emoce činní vztah asymetrickým a zároveň snadno zranitelným. Handicapovaný člověk má omezenější možnosti získat partnera. Takového, pro kterého by byl přijatelný. Mnoho lidí takové jedince vnímá spíše jako handicapovaného než jako muže nebo ženu. U závažných postižení není partnerství realizovatelné. Pak dochází k přetrvávající závislosti a vazbě na rodičích (Slowík, 2010, s. 51).

Uzavření manželství uspokojuje potřebu citové jistoty, zázemí a potřebu seberealizace. Znakem takového svazku je, že oba partneři budou postižení. Handicapovaní se mezi sebou většinou znají z různých společných aktivit, hlavně ze speciálních škol. Nemají mnoho dalších příležitostí k seznámení. Cítí se být rovnoceni a navíc mají podobné problémy.

Rodičovství

Další alternativou uspokojování potřeb seberealizace je rodičovství. To je zdánlivě snadno dostupné i postiženým jedincům. Děti jsou potvrzením hodnoty člověka v rodičovské roli a důkazem normality. Rodičovství má u handicapovaných lidí i kompenzační význam. Dítě je vždycky ve vztahu k dospělému podřízené. Zejména v prvních letech života. Dítě potvrzuje jeho autoritu a svou nesamostatnost. Bezdětnost může dospělý handicapovaný člověk subjektivně interpretovat jako další omezení jeho osobní svobody zdravými lidmi. Narozením prvního potomka se obvykle nasatí akcentovaná potřeba dítěte. Další rozhodování mívá více racionální charakter. Zejména tehdy, je-li první dítě postižené. Většinou o tomto riziku rodiče vědí již před jeho početím. Závažnost genetické zátěže bývá popírána v případě volby mezi bezdětností a rizikem narození postiženého potomka. Potřebu mít dítě může být tak emocionální tlak, že převládne nad rozumovými důvody (Kavalířová a kol., 2015, s. 48).

7.5 Komunikace s pacienty se zdravotním postižením

Všeobecná zdravotní pojišťovna vydala doporučení pro komunikaci se zdravotně postiženými pacienty pro zdravotníky.

Prohlédněte si desatera na níže uvedeném internetovém odkazu.

<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim>.

8 EMPIRICKÁ ČÁST

8.1 Formulace problému

E-learningový kurz přinese studentkám informace o komunikaci s handicapovaným klientem. Dozví se o rozdělení, příčinách a pravidlech komunikace se sluchově, zrakově, mentálně nebo tělesně postiženými klienty. Zdravotní postižení, ať tělesné či mentální ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince, jak jeho psychosociální situaci, ale i jeho mezilidské vztahy. Postoj laické veřejnosti k postiženým má často charakter předsudku, který je ovlivněn většinou nedostatečnou informovaností. Od zdravotníků se však očekává, že budou jednat a komunikovat s handicapovanými klienty profesionálně, jistě a důstojně. Kurz studentkám tedy jako budoucím zdravotníkům nabízí základní informace, které jim pomohou pochopit blíže potřeby handicapovaných, chovat se k nim ohleduplně, ale bez podceňování jejich schopností.

8.2 Cíl a úkol průzkumu

Před provedením výzkumného šetření jsme zvolily jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle.

8.2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem naší diplomové práce, je seznámit studentky s pravidly komunikace s handicapovanými klienty. Zjistit, zda popíší a formulují druhy a rozdělení handicapu a jestli rozliší příčiny, které mohou vést ke vzniku handicapu. Zmapovat, jestli umí vyjmenovat pravidla komunikace s handicapovanými klienty a orientovat se v kompenzačních pomůckách pro postižené klienty.

8.2.2 Dílčí cíle

DC1 Vytvořit e-learningový kurz Komunikace s handicapovaným klientem v prostředí Moodle.

DC2 Zjistit, jak jsou studenti/ky oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka informovány o komunikaci s handicapovanými klienty před a po prostudování kurzu.

DC3 Porovnat efektivitu e-learningového kurzu u studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka.

DC4 Zjistit, zda e-learningová výuka studentům/tkám vyhovovala a jak s ní byly spokojeni.

8.3 Hypotézy

8.3.1 Hypotéza H1

H10 Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné.

H1A Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

8.3.2 Hypotéza H2

H20 Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné.

H2A Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

8.3.3 Hypotéza H3

H30 Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné.

H3A Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

8.4 Metodika e-learningu a

Pojem e-learning tvoří dvě základní části a to -„e“, „které znamená elektronický a reprezentuje prostředky, zde ve smyslu moderních informačních a komunikačních technologií, prostřednictvím, kterých je zprostředkováváno či doručováno vzdělávání“ a „learning“, „které označuje učení se a které dle našeho názoru tvoří jádro samotného pojmu.“ (Egerová, 20012, s. 23-24)

„Z hlediska složení slova e-learningu je pak možné pojem vymezit jako kombinaci elektronického a učení, kde klíčovou roli sehrává učení a kde elektronické (zde ve významu technologií) je pouhým nástrojem, i když nezbytným a účinným.“ (Egerová, 2012, s. 24)

E-learningový kurz měl u studentek bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka časovou dotaci čtyři hodiny. Součástí vytvoření e-learningové opory jsou dva znalostní dotazníky (vstupní a výstupní test) a jeden evaluační dotazník (zaměřený na e-learningovou formu výuky). Pomocí těchto dotazníků jsme provedly evaluační průzkum, který byl zaměřený jednak na znalosti účastníků a jednak na e-learningovou formu výuky. Metodika průzkumu je nestandardizovaného a kvantitativního charakteru. Zvolily jsme průzkumnou metodu k získání informací od zkoumaných subjektů.

„Evaluace nám umožňuje získávat zpětnou vazbu o fungování prováděných intervencí a ověřovat její správnost, platnost či účinnost.“ (Hendl, 2017, s. 271)

Doba, kdy byl pojem evaluace u nás neznámý, je minulostí. Evaluace se stala nedílnou součástí vzdělávacího procesu, pedagogické teorie i vzdělávací politiky. Přes to všechno je v této oblasti stále patrná určitá terminologická nejasnost. Přetrvávající obtíže se týkají hlavně rozdílu mezi českým termínem hodnocení a z angličtiny přejatým termínem evaluace. Důležité je i rozlišení mezi evaluací formativní a sumativní. Formativní evaluace pomáhá vymezit problém řešený programem, určuje možnost programu, lépe definuje cílovou populaci, poskytuje základ pro srovnání dat a spolupracuje s cílovou populací. Sumativní evaluace měří celkový efekt programu pomocí specifických cílů. Může zahrnout změny chování, postoje, znalosti a zjišťuje se jednou za rok. Dále zkoumá, zda aktivity mají kumulativní efekt.

Znalosti účastníků kurzu jsme evaluovaly pomocí vstupního a výstupního znalostního testu. Vstupní test zjišťuje úroveň znalostí studentů na začátku kurzu. Výstupní test ověřuje znalosti studentů po absolvování kurzu, a poskytuje studentům možnost zpětné vazby formou volné odpovědi. Vstupní a výstupní dotazníky jsou totožné. Po zhodnocení obou testů byly získány informace o úrovni získaných znalostí v kurzu.

Testy obsahují celkem 13 otázek. Z nichž první otázka je formou škály. Následovně jsme použily otázky polytomické výběrové, ve kterých je možnost výběru jedné z nabízených alternativ. A také otázky polouzavřené, kdy respondent vpisuje své odpovědi. Odpovědi lze jednoduše kvantifikovat a následně statisticky analyzovat (Kutnohorská, 2009, s. 45-48).

Jednotlivým otázkám v testu jsme přiřadily odpovídající počet bodů. Čím správnější byla odpověď, tím více bodů student získal. Za celý test mohl student získat minimálně 1 bod a maximálně 49 bodů. V evaluačním průzkumu jsme pak porovnávaly a vyhodnocovaly počet bodů, které získal student před a po absolvování kurzu Komunikace s handicapovaným klientem u dvou skupin respondentů (student oboru Všeobecná sestra a oboru Porodní asistentka).

Rozdaly jsme 34 dotazníků studentkám bakalářského studia oboru Porodní asistentka. Vrátily se 4 nevyplněné dotazníky a 30 vyplněných dotazníků, které jsme hodnotily body.

Stejně jsme rozdaly dotazníky i studentkám bakalářského studia oboru Všeobecná sestra. Bylo rozdáno 55 dotazníků. Vyplněných dotazníků se vrátilo 47. Nevyplněných dotazníků se vrátilo 8.

Vstupní dotazníky (součást přílohy č.1) jsme rozdávaly osobně v hodinách před otevřením e-learningového kurzu, aby byla zajištěna objektivita testu. Výstupní testy (součást přílohy č.2) vyplňovaly studenti/ky přímo v e-learningovém kurzu. Celkem bylo tedy rozdáno 89 vstupních a výstupních testů, zcela vyplněných bylo 77 testů. Návratnost činila celkem 69 %.

Dále nás zajímalo, jak student hodnotí formu e-learningové výuky. K evaluaci spokojenosti studentů s touto formou výuky byl vytvořen evaluační dotazník, který studenti vyplnili po absolvování kurzu. Dotazník byl součástí e-learningového kurzu. Je anonymní a nepovinný. Obsahoval 6 otázek. Evaluační dotazník je součástí přílohy č.3.

Pro vyhodnocení efektivity e-learningového kurzu byl použit program Microsoft Excel 2010. Analyzovaly jsme skóre testu, což je numerická proměnná. Byl použit Studentův t-test (párový). Ten testuje, zda je statisticky významný rozdíl v numerické proměnné (skóre v testu) před a po. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek a grafů.

8.5 Organizace výzkumu

E-learningový kurz Komunikace s handicapovaným klientem byl připraven v průběhu roku 2018 a jeho obsah je popsán v teoretické části práce.

Výzkumné šetření probíhalo v období od 7. února 2019 až do 8. března 2019. Vstupní dotazníky jsme osobně rozdaly na výuce, kde nám bylo umožněno provést výzkumné šetření po domluvě s Mgr. Lenkou Kroupovou a Mgr. Kateřinou Ratislavovou, PhD. Na výuce jsme instruovaly studenty bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a Porodní

asistentka o vstupních dotaznících, o e-learningovém kurzu, o výstupních dotaznících a o evaluačním dotazníku. Časová dotace kurzu byly čtyři vyučující hodiny u každého oboru. Kurz byl tedy součástí výuky předmětů KOS/KOS2 a KOS/KOMPA, což studenty/ky motivovalo ke spolupráci. Po úvodním setkání byl studentům zaslán odkaz na e-learningový kurz vypracovaný v prostředí Moodle. Přihlásit se studenti museli svým přístupovým Orion heslem. Tutoři kurzu (autorka a školitelka práce) mohly sledovat účast studentů v kurzu, jejich práci a studenti měli možnost (e-mailové kontakty) dotazovat se tutorů v případě nejasností nebo problémů.

8.6 Vzorek respondentů

Výběr respondentů byl záměrný. Respondenti byly studenti/ky prvního ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka, protože výuka komunikace s handicapovaným klientem je součástí obsahu povinného předmětu Komunikace. Přesto, že název diplomové práce je Příprava studentek oboru všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem, zařadily jsme do výzkumného souboru respondentů i studentky oboru Porodní asistentka, protože jde o problematiku společnou a protože nás zajímalo srovnání obou skupin respondentů (studentů oboru Všeobecná sestra se studenty oboru Porodní asistentka).

Osloveny byly nejdříve vyučující předmětu Komunikace Mgr. Lenka Kroupová a Mgr. Kateřina Ratislavová, PhD. Po jejich domluvě byl umožněn sběr informací od studentů/tek Západočeské univerzity v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Celkem se tedy do výzkumného šetření zapojilo 77 studentů/tek z celkového počtu 89 studentů/tek výše zmíněných. Studenti/ky přistupovali ze samého začátku k výzkumnému šetření s velkým zájmem. Sami si řekli o výsledky průzkumu, které je velice zajímali dříve, než jim byly nabídnuty. Tři studentky si během vyplňování výstupní dotazník omylem odeslaly. Pozitivní bylo, že nás hned informovaly na emailovou adresu, jak mají postupovat dále.

8.7 Zpracování dat

Pro validitu výzkumu jsme veškerá data zpracovávali s analytikem dat, Ing. Matějem Markem. Statistické hypotézy využíváme k ověřování určitých předpokladů. Většina statistických analýz zahrnuje porovnání různých způsobů, vlivů, mínění, možností na určitém souboru rozděleného do daných skupin podle stanoveného měřítka. Číselná hodnota tohoto porovnání se nazývá „efekt“. Tvrzení, že efekt je nulový, se nazývá nulová hypotéza. Např. Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné. Nulová hypotéza je obvykle opakem toho, co chceme výzkumem prokázat při studii. Opakem nulové hypotézy je alternativní hypotéza. Ta obecně tvrdí, že efekt není nulový (Zvárová, 2016, s. 106).

9 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

Z celkového množství 89 rozdaných vstupních a výstupních testů mezi studenty/ky prvního ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka, byla celkově uspokojivá návratnost, a to 77 (86%) testů. Z daného množství bylo zapotřebí 12 testů vyřadit pro jejich nevyplnění. Do výzkumného šetření bylo tedy zahrnuto 77 respondentů. V oboru Porodní asistentka bylo rozdáno 34 testů. Z tohoto celkového množství jsme 30 (88%) respondentů získali do samotného výzkumného šetření. Mezi studentky oboru Všeobecná sestra jsme rozdaly 55 testů. Použito bylo 47 (85%) testů.

9.1 Hypotéza H1

Pro vyhodnocení efektivity e-learningového kurzu byl použit program Microsoft Excel 2010. Analyzovaly jsme skóre testu, což je numerická proměnná. Byl použit Studentův t-test (párový). Ten testuje, zda je statisticky významný rozdíl v numerické proměnné (skóre v testu) před a po kurzu. Použily jsme i t-statistiku, p-hodnotu a hladinu významnosti. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek a grafů. Hodnoty jsou zaokrouhleny na celá místa popř. na jedno desetinné místo. V tabulce jsme znázornily výpočty průměru, mediánu, směrodatné odchyly, minimum a maximum.

H10 Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné.

H1A Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

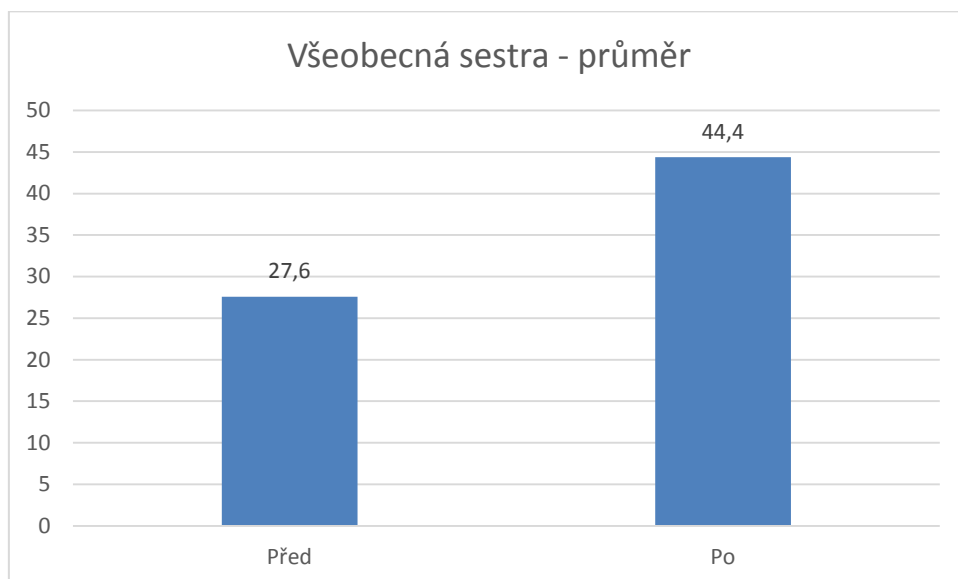
Tabulka 1: Všeobecná sestra

	Před	Po
Průměr	27.6	44.4
Medián	29.0	45.0
Směrodatná odchylka	6.7	2.7
Minimum	13.0	31.0
Maximum	39.0	49.0

Zdroj: Statistik Ing. Matěj Marek

Z tabulky popisné statistiky vyplývá, že u oboru Všeobecná sestra je průměr znalostí před kurzem 27,6 bodů a po kurzu 44,4 bodů. Medián, je před kurzem 29 bodů, po kurzu 45 bodů. Hodnota směrodatné odchylky před přečtením činní 6,7 a po přečtení 2,7. Minimum bodů v testu na začátku kurzu je 13, po kurzu 31 bodů. Maximum získaných bodů na začátku kurzu je 39 a na jeho konci 49 bodů.

Graf 1: Všeobecná sestra - průměr



Zdroj: Statistik Ing. Matěj Marek

Z výstupu vidíme, že průměrné skóre po kurzu, je vyšší než před kurzem.

Po použití párového Studentova t-testu, dostáváme t-statistiku -18.833 a p-hodnotu <0.001. Jelikož je p-hodnota menší než 0.05 (tj. 5% hladina významnosti), znamená to, že zamítáme nulovou hypotézu H₀ a platí H_{1A}.

Závěr: Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

9.2 Hypotéza H2

H20 Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné.

H2A Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

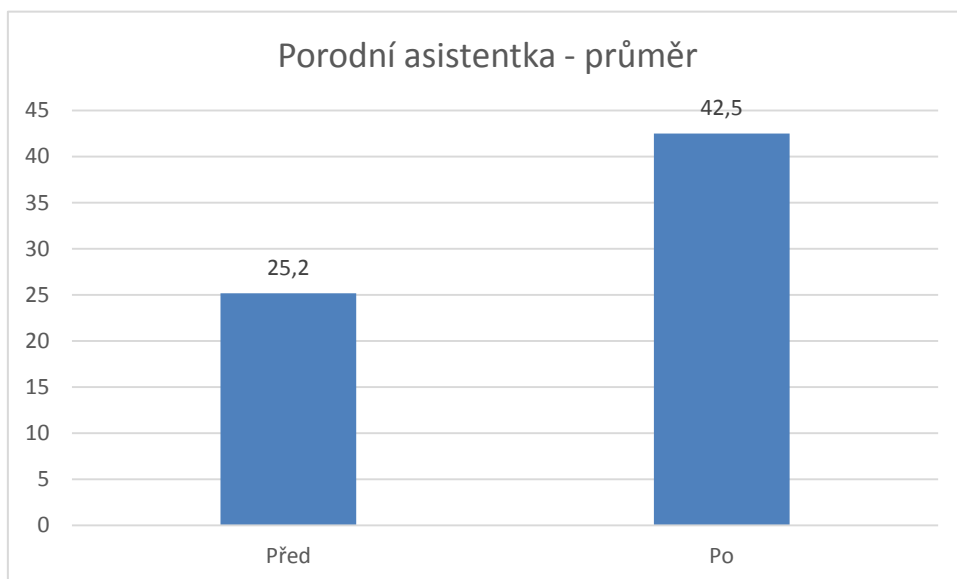
Tabulka 2: Porodní asistentka

	Před	Po
Průměr	25.2	42.5
Medián	25.0	43.0
Směrodatná odchylka	6.7	3.7
Minimum	14.0	31.0
Maximum	39.0	49.0

Zdroj: Statistik Ing. Matěj Marek

Popisná statistika v tabulce poukazuje na studentky oboru Porodní asistentka, kde byl průměr znalostí před kurzem 25,2 bodů a po kurzu studenti/tky získali 42,5 bodů. Medián byl před přečtením kurzu 25 bodů, po přečtení kurzu 43 bodů. Hodnota směrodatné odchylky před kurzem činila 6,7 a po kurzu 3,7. Minimum získaných bodů v testu před kurzem bylo 14, po kurzu 31 bodů. Maximum získaných bodů na začátku kurzu bylo 39 a na konci 49 bodů.

Graf 2: Porodní asistentka - průměr



Zdroj: Statistik Ing. Matěj Marek

Na grafu vidíme, že průměrné skóre po kurzu je vyšší než před kurzem.

Po použití párového Studentova t-testu dostáváme t-statistiku -14.562 a p-hodnotu <0.001 . Jelikož je p-hodnota menší než 0.05 (tj. 5% hladina významnosti), znamená to, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a platí H_1 .

Závěr: Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

9.3 Hypotéza H3

H30 Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné.

H3A Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

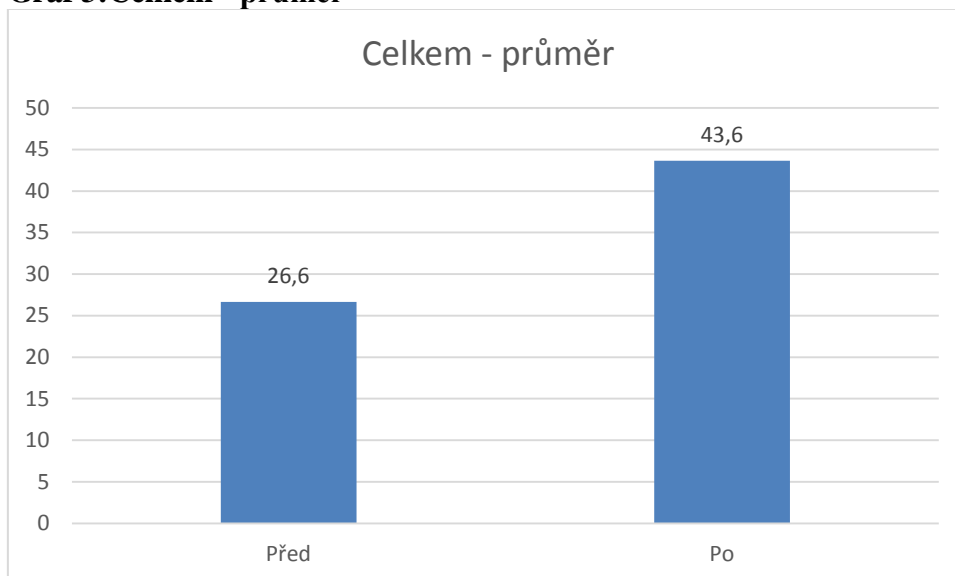
Tabulka 3: Celkem

	Před	Po
Průměr	26.6	43.6
Medián	27.0	44.0
Směrodatná odchylka	6.8	3.3
Minimum	13.0	31.0
Maximum	39.0	49.0

Zdroj: Statistik Ing. Matěj Marek

Z tabulky popisné statistiky u obou oborů vyplývá, že průměr znalostí před kurzem byl 26,6 bodů a po kurzu 43,6 bodů. Medián byl před kurzem 29 bodů, po kurzu 45 bodů. Hodnota směrodatné odchylky před přečtením činila 6,7 a po přečtení 2,7. Minimum získaných bodů v testu na začátku kurzu bylo 13, po kurzu 31 bodů. Maximum získaných bodů před kurzem činilo 39 bodů a na jeho konci 49 bodů.

Graf 3: Celkem - průměr



Zdroj: Statistik Ing. Matěj Marek

Průměrné skóre po kurzu je vyšší než před kurzem.

Po použití párového Studentova t-testu dostáváme t-statistiku -23.919 a p-hodnotu <0.001 . Jelikož je p-hodnota menší než 0.05 (tj. 5% hladina významnosti), znamená to, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a platí H_3A .

Závěr: Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.

9.4 Hodnocení evaluace

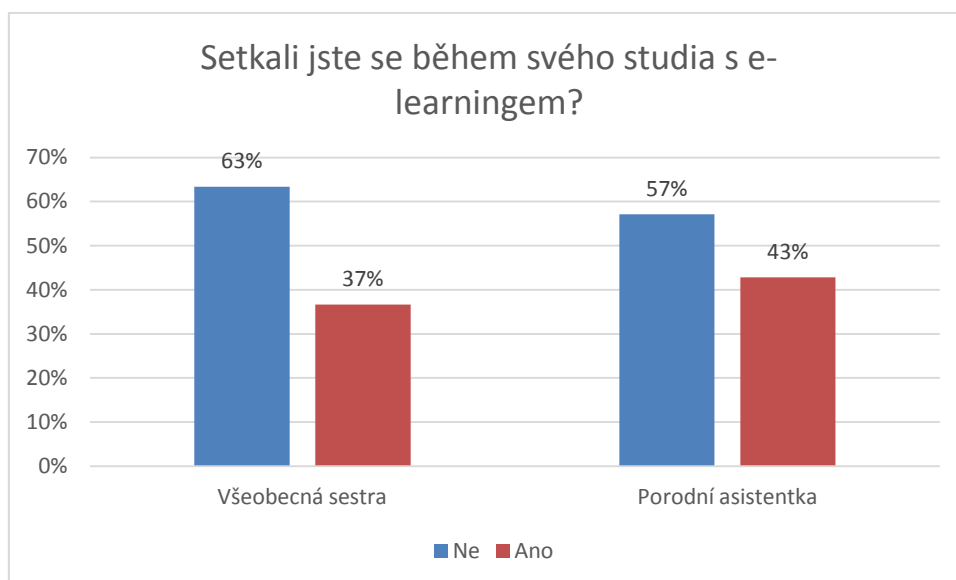
Z celkového množství 89 rozdaných evaluačních testů mezi studenty/ky prvního ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka, byla celková návratnost, 59 (66%) testů. Do výzkumného šetření bylo tedy zahrnuto 59 respondentů. V oboru Porodní asistentka bylo navraceno 29 (85%) testů. Mezi studentky oboru Všeobecná sestra bylo použito 30 (54%) testů.

Evaluační dotazník je součástí diplomové práce jako příloha č. 3. Použily jsme zde 5 polytomických výběrových otázek, ve kterých byla možnost výběru jedné z nabízených možností. Dále jsme použily jednu polouzavřenou otázku, kdy respondenti svou odpověď vpisovali do dotazníku.

Odpovědi každé otázky jsou znázorněny v grafu. Relativní četnosti jsou viděny v grafu a absolutní četnosti jsou popsány v legendě pod grafem. Hodnoty relativních četností jsou zaokrouhleny na celá místa.

Otázka č. 1: Setkali jste se během svého studia s e-learningem?

Graf 4: Setkali jste se během svého studia s e-learningem?

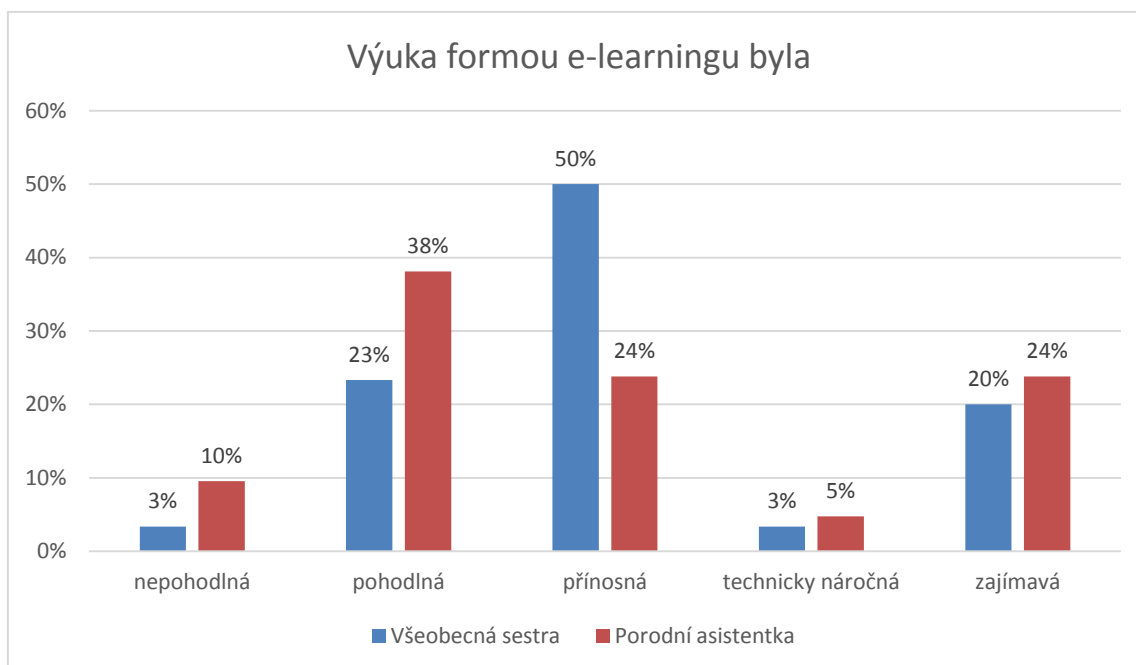


Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 59 (100%) má zkušenosti s e-learningem 11 (37%) studentek oboru Všeobecná sestra a 12 (43%) studentek oboru Porodní asistentka. Zkušenosti s e-learningem nemá 19 (63%) Všeobecných sester a 17 (57%) Porodních asistentek.

Otázka č. 2: Výuka formou e-learningu byla?

Graf 5: Výuka formou e-learningu byla



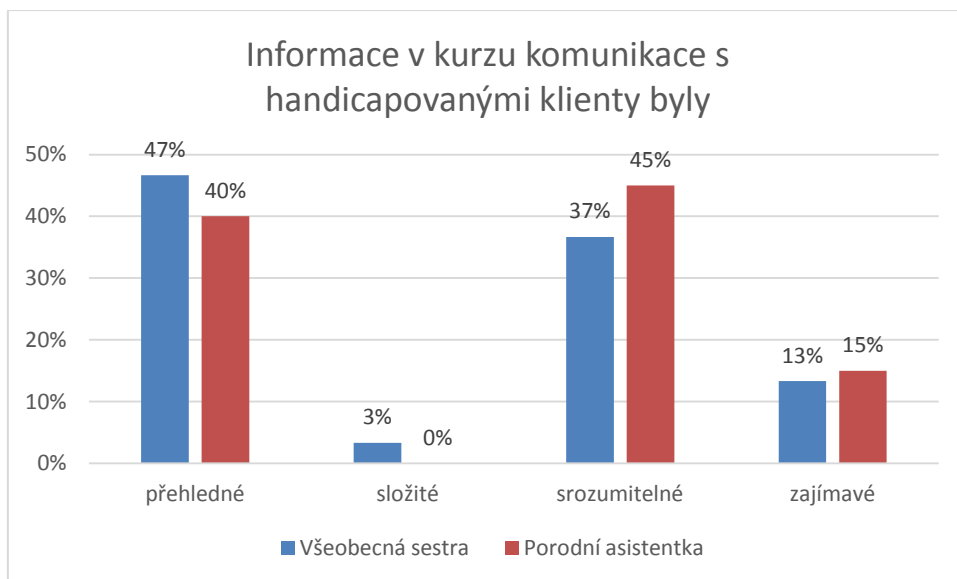
Zdroj: Vlastní

Výuka formou e-learningu byla nepohodlná 1 (3%) studentům/tkám oboru Všeobecná sestra a 3 (10%) studentkám oboru Porodní asistentka. Tato forma výuky byla pohodlná 7 (23%) Všeobecným sestram a 11 (38%) Porodním asistentkám. Přínosná byla pro 15 (50%) Všeobecných studentek a pro 7 (24%) Porodních studentek. Technicky náročná se zdála být 1 (3%) studentkám oboru Všeobecná sestra a 1 (5%) studentkám oboru Porodní asistentka. Kurz byl zajímavý pro 6 (20%) Všeobecných sester a pro 7 (24%) Porodních asistentek. Variantu, že výuka byla nezajímavá, zvolilo 0 (0%) studentů/tek obou oborů.

Celkem byla tedy výuka formou e-learningu pohodlná pro 30% a přínosná pro 37% studentů/tek.

Otázka č. 3: Informace v kurzu komunikace s handicapovanými klienty byly?

Graf 6: Informace v kurzu komunikace s handicapovanými klienty byly

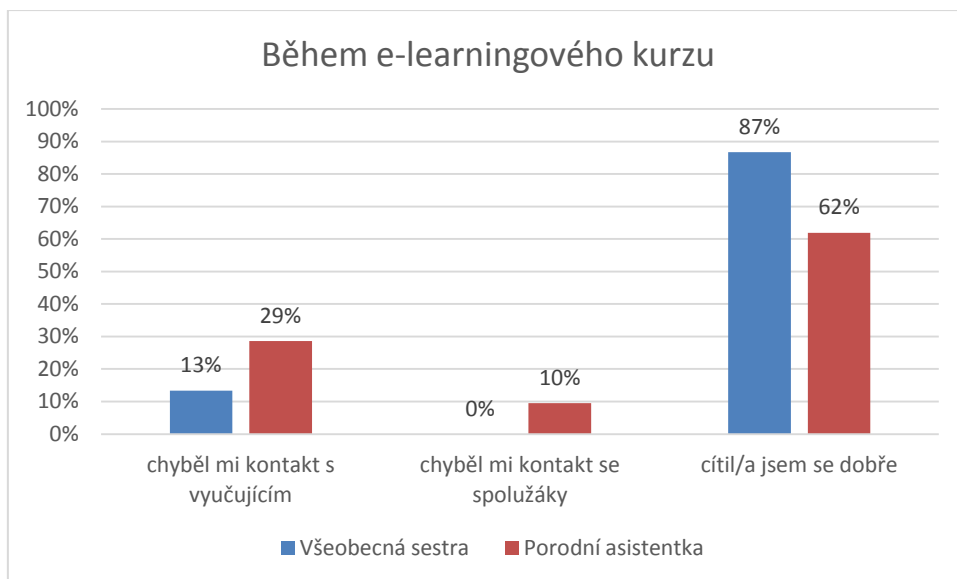


Zdroj: Vlastní

Informace v kurzu komunikace s handicapovanými klienty byly přehledné pro 14 (47%) studentek oboru Všeobecná sestra a pro 12 (40%) studentek oboru Porodní asistentka. 1 (3%) studentům/tkám ze Všeobecných sester se zdály být informace složité, ale studentkám oboru Porodní asistentka nikoliv 0 (0%). Srozumitelné byly 11 (37%) Všeobecným sestrám a 13 (45%) Porodním asistentkám. Informace se zdály být zajímavé 4 (13%) studentkám oboru Všeobecná sestra a 4 (15%) studentkám oboru Porodní asistentka. Zda byly informace nepřehledné nebo nezajímavé, neoznály žádní studenti/ky.

Otázka č. 4: Během e-learningového kurzu?

Graf 7: Během e-learningového kurzu

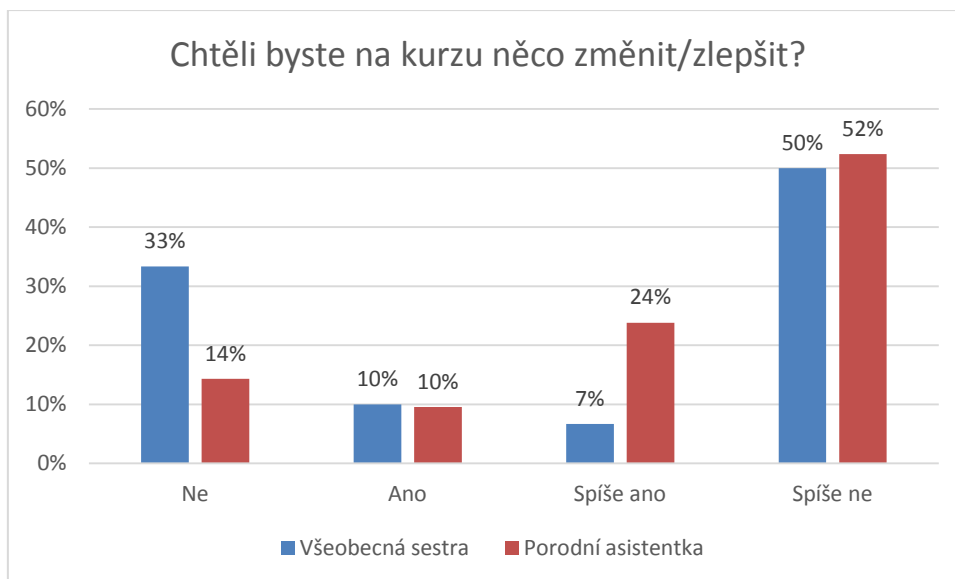


Zdroj: Vlastní

Během e-learningového kurzu chyběl kontakt s vyučujícím 4 (13%) Všeobecným sestram a 8 (29%) Porodním asistentkám. 0 (0%) studentkám oboru Všeobecná sestra chyběl kontakt se spolužáky a 3 (10%) studentkám oboru Porodní asistentka. Během kurzu se cítilo dobře 26 (87%) Všeobecných sester a 18 (62%) Porodních asistentek. Celkem se při e-learningové výuce cítilo dobře 75% studentů/tek.

Otázka č.5: Chtěli byste na kurzu něco změnit?

Graf 8: Chtěli byste na kurzu něco změnit/zlepšit?

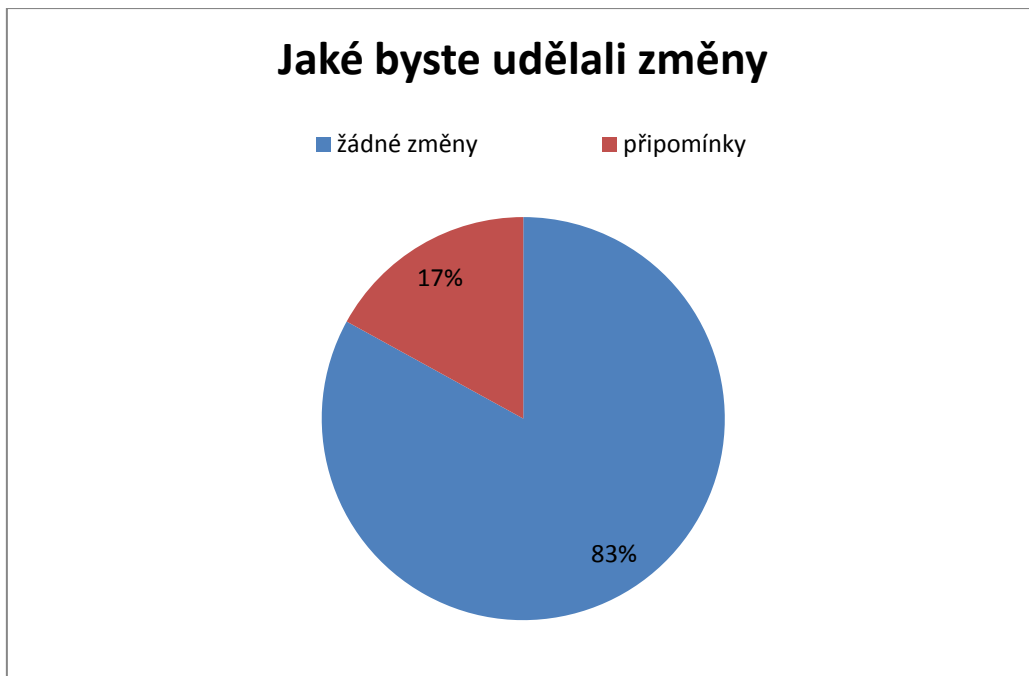


Zdroj: Vlastní

Na otázku, zda by chtěli studenti/tky oboru Všeobecná sestra na kurzu něco změnit, odpovědělo zápornou odpovědí 10 (33%) z nich a 4 (14%) studentky oboru Porodní asistentka. 3 (10%) Všeobecné sestry i Porodní asistentky odpovědělo na otázku kladně. Na spíše ano, reagovali 2 (7%) studenti/tky oboru Všeobecná sestra a 7 (24%) studentů/tek oboru Porodní asistentka. Odpověď, spíše ne, označilo 15 (50%) studentů/tek oboru Všeobecná sestra a 15 (52%) student/tek oboru Porodní asistentka.

Otázka č. 6: Jaké byste udělali změny?

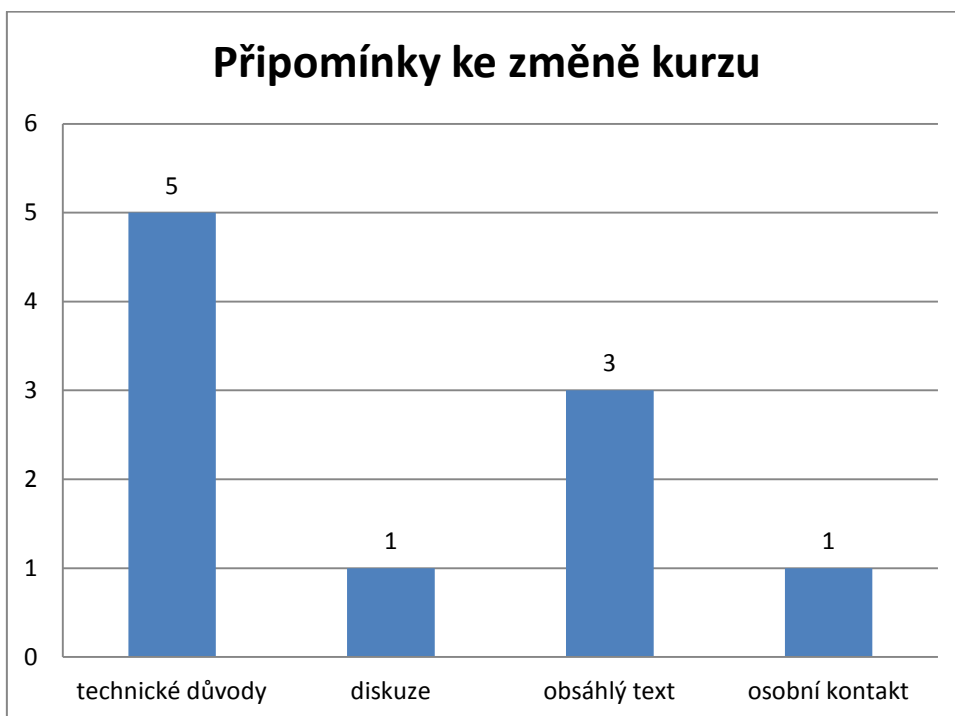
Graf 9: Jaké byste udělali změny



Zdroj: Vlastní

V kurzu by udělalo změnu 10 (17%) studentů/tek a 49 (83%) studentů/tek bylo s kurzem spokojeno.

Graf 10: Připomínky ke změně kurzu



Zdroj: Vlastní

Pět respondentů by technicky zlepšilo provedení kurzu, jeden subjekt by uvítal diskusi po absolvování kurzu. Pro tři respondenty byl text v kurzu příliš obsáhlý a jeden subjekt by na konci kurzu uvítal osobní kontakt.

10 DISKUSE

Diplomová práce se zabývá vytvořením návrhu e-learningového kurzu Příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem. Jako studijní podpora byl vstupní, výstupní a evaluační dotazník, který byl součástí vytvořeného e-learningového kurzu. Ty souvisejí se stanovenými cíli a hypotézami.

Zvolily jsme výzkumnou metodiku kvantitativního a nestandarizovaného průzkumu. Pomocí polostrukturovaného vstupního a výstupního dotazníku viz. přílohy č. 1 a 2, který obsahoval 13 otázek a evaluačního polostrukturovaného dotazníku viz. příloha č. 3, jež měl 6 otázek jsme získali potřebná data od subjektů. Kvantitativním výzkumem jsme získaly data o úrovni teoretických znalostí studentů/tek prvního ročníku bakalářského studia před kurzem Komunikace s handicapovaným klientem a po jeho absolvování. Dále jsme z evaluace studentů získaly informace o tom, jak se studentům v kurzu pracovalo, co se jim nelíbilo a jak kurz vnímali. Výzkum byl realizován na Fakultě zdravotnických studií u prvních ročníků oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Pro validitu výzkumné práce jsme se snažily získat co nejvíce respondentů. Celková návratnost výzkumného šetření činila 69%, což hodnotíme, jako velice uspokojivé.

Hlavním cílem naší diplomové práce bylo seznámit studenty/ky s pravidly komunikace s handicapovanými klienty. Zjistit, zda popíší a formulují druhy a rozdělení handicapu a jestli rozliší příčiny, které mohou vést ke vzniku handicapu. Zmapovat, jestli umí vyjmenovat pravidla komunikace s handicapovanými klienty a orientovat se v kompenzačních pomůckách pro postižené klienty. Abychom tento hlavní cíl mohly splnit, stanovily jsme si čtyři dílčí cíle, na které následně navazovaly tři stanovené hypotézy.

Prvním cílem diplomové práce bylo **vytvořit e-learningový kurz**. Kurz jsme vytvořily v prostředí Moodle jako studijní podporu pro komunikaci s handicapovaným klientem. Součástí kurzu byla videa o jednotlivých handicapech.

Druhým cílem jsme chtěli **zjistit, jak jsou studenti/ky oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka informovány o komunikaci s handicapovanými klienty před a po prostudování kurzu**. K tomuto cíli jsme stanovily dvě hypotézy: 1. Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné. 2. Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem

stejně. K těmto hypotézám se vztahovaly všechny otázky vstupního a výstupního dotazníku v kurzu. Znalosti studentů/tek před kurzem a po kurzu byly bodově ohodnoceny. Před kurzem měli studenti/tky oboru Všeobecná sestra průměr bodového hodnocení 27,6 z možných 49 bodů. Po absolvování kurzu měli studenti/tky průměr bodového hodnocení 44,4 z možných 49 bodů. Studentky oboru Porodní asistentka měly před kurzem průměrné bodové ohodnocení 25,2 z možných 49 bodů. Po absolvování kurzu měli studenti/tky průměrné bodové ohodnocení 42,5 z možných 49 bodů. Medián (střední hodnota po sobě jdoucích čísel) před kurzem u Všeobecných studentek byl 29 a po kurzu 45 bodů. Medián před kurzem u Porodních asistentek byl 25 a po kurzu 43 bodů. Pomocí párového Studentova T-testu (p -hodnota $<$ než 0,001) byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi studenty/tky před absolvováním kurzu a po něm u Všeobecných sester. Znamená to, že **první nulová hypotéza byla zamítnuta a byla přijata alternativní hypotéza: Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.** Po použití párového Studentova T-testu u Porodních asistentek (p -hodnota $<$ než 0,001) byl taktéž prokázán statisticky významný rozdíl mezi studentky před absolvováním kurzu a po něm. To znamená, že **druhá nulová hypotéza byla zamítnuta a platila hypotéza alternativní: Znalosti studentů/tek oboru Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší.** Studenti/tky obou oborů se s komunikací s handicapovaným klientem setkávají ojediněle. Myslím si, že výukový předmět Komunikace, by studenti/tky měli absolvovat pravidelně a neměli by ho podceňovat.

Třetím cílem jsme chtěly **porovnat efektivitu e-learningového kurzu u studentů oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka.** K tomuto cíli jsme stanovily třetí a poslední hypotézu: Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka jsou po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem stejné. K této hypotéze se také vztahovaly všechny otázky vstupního a výstupního dotazníku v kurzu. Hodnotily jsme znalosti obou oborů (Všeobecné sestra a Porodní asistentky), před a po absolvování kurzu. Z výpočtů nám vyplynulo, že průměr znalostí před kurzem byl 26,6 bodů a po kurzu 43,6 bodů. Medián (střední hodnota po sobě jdoucích čísel) před kurzem u obou oborů byl 27 a po kurzu 44 bodů. Pomocí párového Studentova T-testu (p -hodnota $<$ než 0,001) byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi studenty/tky před absolvováním kurzu a po něm u Všeobecných sester a Porodních asistentek. Znamená to,

že třetí nulová hypotéza byla zamítnuta a byla přijatá alternativní hypotéza: Znalosti studentů/tek oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka se po absolvování e-learningového kurzu Komunikace s handicapovaným klientem statisticky významně liší. Zjistily jsme, že průměrné skóre po kurzu je vyšší než před kurzem. Tento kurz studentům rozšířil obzor na handicapované klienty a byl pro ně přínosný.

E-learningový kurz Komunikace s handicapovaným klientem byl vyhodnocen jako efektivní a doporučujeme jej tedy používat jako studijní oporu především pro studenty kombinovaného bakalářského studia oboru Všeobecná sestra. Kurz je možné dále v prostředí Moodle upravovat a doplňovat, aby obsahoval stále aktuální poznatky.

Čtvrtým cílem jsme chtěly **zjistit, zda e-learningová výuka studentům/tek vyhovovala a jak s ní byli spokojeni.** Zkušenosti s e-learningovou oporou mělo 11 studentek ze 30 oboru Všeobecná sestra 12 z 29 studentek oboru Porodní asistentka. Tato výuková forma byla pohodlná 7 Všeobecným sestrám a 11 Porodním asistentkám. Přínos přinesla 15 studentkám oboru Všeobecná sestra a 7 studentkám oboru Porodní asistentka. Kurz byl zajímavý pro 6 respondentů Všeobecného oboru a pro 7 respondentů Porodního oboru. Informace v kurzu komunikace s handicapovanými klienty byly přehledné pro 14 studentek oboru Všeobecná sestra a pro 12 studentek oboru porodní asistentka. Srozumitelné byly 11 Všeobecným sestrám a 13 Porodním asistentkám. Informace v kurzu se zdály být zajímavé 4 respondentům Všeobecného oboru a 4 respondentům oboru Porodní asistentka. Během e-learningového kurzu se cítilo dobře 26 Všeobecných sester a 18 Porodních asistentek. V kurzu by udělalo změnu 10 studentů/tek z obou oborů a 49 studentů/tek z oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka bylo s kurzem spokojeno. Z 10 studentů z obou oborů, kdy byli studenti nespokojeni, chtělo pět respondentů zlepšit technické provedení kurzu a jeden subjekt by uvítat diskusi po absolvování kurzu. Pro tři respondenty, byl text v kurzu příliš obsáhlý a jeden subjekt by na konci kurzu uvítal osobní kontakt.

Zajímavým zjištěním z celého průzkumu pro nás bylo, kolik studentů mělo zkušenosti s e-learningovou oporou. Dále jsme spíše předpokládaly, že jim výuka formou e-learningové opory nebude vyhovovat. Zjistily jsme, že e-learningová výuka studentům/tek vyhovuje a je pro ně pohodlná a přínosná.

11 ZÁVĚR

V naší diplomové práci jsme se snažily vytvořit a komplexně zpracovat srozumitelný e-learningový kurz Komunikace s handicapovaným klientem. Ten měl doplnit výuku studentů prvního ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Produktivní komunikace je nepostradatelnou součástí péče ve zdravotnictví. Sestry a studenti/ky musí umět komunikovat s handicapovaným pacientem, i když jim některé bariéry znemožňují běžný slovní rozhovor. Vytvořením kurzu jsme chtěly motivovat studenty/ky v komunikaci s handicapovanými klienty. Evaluací jsme si ověřily, zda byl kurz efektivní a forma e-learningové výuky pro studenty/ky přínosná.

V teoretické části je popsán vznik e-learningu a jeho výhody a nevýhody jako studijní podpory pro studenty. V prezenční i kombinované formě studia má e-learning své uplatnění. Studenti se učí samostatnosti, rozvíjí své počítačové znalosti a gramotnost. Dále se učí i spolupracovat mezi sebou a učitelem. E-learning poukazuje na nové možnosti ve vzdělávání. Teoretická část e-learningového kurzu obsahuje pět tématických lekcí tzv. Knih. Každá lekce tvoří tématický celek o komunikaci s handicapovanými klienty. Jednotlivé lekce jsou rozděleny na podkapitoli daného tématu. Ke každé kapitole jsou přidány internetové odkazy a obrázky na doplnění látky nebo podrobnější vysvětlení. Marie Vágnerová (2012) v knize Psychologie pro pomáhající profese uvádí význam komunikace s handicapovanými klienty. Zdůrazňuje jejich psychické změny a jejich adaptaci na danou situaci.

V empirické části diplomové práci studenti/ky vyplnili před zahájením kurzu úvodní dotazník o vstupních znalostech o komunikaci s handicapovaným klientem. Po jeho absolvování vyplnili totožný výstupní dotazník, který poukazoval na jejich současné znalosti. Ze samotného šetření vyšlo, že po absolvování kurzu, mají všichni studenti/ky větší znalosti o komunikaci s handicapovaným klientem než před zahájením kurzu. Z analýzy dat vyplynulo, že studenti/ky k e-learningové výuce přistupují kladně, vyhovuje jim a mají o ní zájem.

Doporučení pro praxi

E-learningová výuka je moderní technologický rozvoj. Mění přístup ke vzdělání, prohlubuje znalosti studentů/tek a motivuje každého jedince. Zohledňuje potřeby subjektů, kdy každý jedinec je managerem svého času. Studenti/tky mohou studovat z pohodlí svého domova. E-learning je velký potenciál pro výuku.

Výsledky našeho výzkumného šetření zabývající se komunikací s handicapovanými klienty budou předloženy na výuce předmětu Komunikace vyučujícím: Mgr. Lence Kroupové a Mgr. Kateřině Ratislavové, PhD. Dále pak mohou tyto výsledky z naší studie využít i jiní studenti na Západočeské univerzitě v Plzni na Fakultě zdravotnických studií.

SEZNAM LITERATURY

Literatura

1. BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.
2. DRŠATA, Jakub a Radan HAVLÍK, CHROBOK, Viktor, ed. *Foniatrie - sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-159-5.
3. EGEROVÁ, Dana. *E-learning jako možný nástroj vzdělávání a rozvoje pracovníků*. 1.vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2012, 141 s. ISBN 978-80-261-0139-0.
4. GURI-ROSENBLIT, Sarah. 'Distance education' and 'e-learning': Not the same thing. *Springer*. 2005, **49**(6), p. 467-493. ISSN 1573-174X.
5. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
6. HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011, 126 s. ISBN 978-80-7315-225-3.
7. HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998, 328 s. ISBN 80-7216-075-3.
8. CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0054-3.
9. KARLSSON, J. S.: Self-reports of psychological distress in connection with various degrees of visual impairment. *J. of Visual Impairment and Blindness*, 92, 7, 483-491, 1998. seznamu.

10. KAVALÍROVÁ, Kateřina, Vít LIŠKA a Jana VONDRÁČKOVÁ. *Nevidomí rodiče a jejich zkušenosti: těhotenství, porod a péče o dítě do 3 let*. Praha: Okamžik, 2015. ISBN 978-80-86932-42-2.
11. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beak-
ra, 2014. ISBN 978-80-903863-2-7.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s.
ISBN 978-802-4732-244.
13. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a
ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN
9788024717845.
14. MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psy-
chologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských
zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.
15. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014,
128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
16. MURPHY, Robert Francis. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001,
190 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-98-2.
17. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. Praha:
Galén, 2002, 367 s. ISBN 8072621602.
18. PAVLATOVÁ, Eva. *Život napodruhé*. Havlíčkův Brod: Fragment, 1996, 112 s..
ISBN 80-7200-075-6.
19. POKORNÁ, Věra. *Vývojové poruchy učení v dětství a v dospělosti*. Praha: Portál,
2010. ISBN 978-80-7367-773-2.

20. POTMĚŠIL, Miloš. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.
21. SITNÁ, Dagmar. *Metody aktivního vyučování: spolupráce žáků ve skupinách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0404-6.
22. SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-098-6.
23. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155s. ISBN 978-80-7367-691-9.
24. TALIÁNOVÁ, Magda. *Základy dezinfekce a sterilizace ve zdravotnictví*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-954-8.
25. UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010, 136 s. ISBN 9788073677640.
26. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie pro pomáhající profese*, Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
28. WEISS Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
29. ZOUNEK, Jiří. *E-learning - jedna z podob učení v moderní společnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 9788021051232.

30. ZOUNEK, Jiří, Libor JUHAŇÁK, Hana STAUDKOVÁ a Jiří POLÁČEK. *E-learning: učení (se) s digitálními technologiemi : kniha s online podporou*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-217-7.
31. ZOUNEK, Jiří a Petr SUDICKÝ. *E-learning: učení (se) s online technologiemi*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-903-6.

Časopisy

1. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Prostředky neverbální komunikace*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 26-27. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prostredky-neverbalni-komunikace-464787>
2. PROVAZNÍKOVÁ, Renata, E-learning ve firemním vzdělávání [on-line]. 2014 [cit. 2019-01-10]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/mgr-renata-provaznikova-e-learning-ve-firemnim-vzdelavani.htm>.

Internetové zdroje:

1. ERUDIKA. *E-learning*. [online]. ©2012 - 2014 [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.sell.cz%2Fdownload.php%3Fid%3D9000001727455%26PHPSESSID%3De2838caed0285a22d16be5286f421230&ei=IC78VL LqAo6CPfuegVA&usg=AFQjCNHrs9bZp0Co55W4lvReZLuiHpae4g&sig2=o8inZSs3Qk4PiHY17dYd2A>
2. KVĚTOŇ, Karel. Základy e-learningu. In: *Centrum informačních technologií OU* [online]. ©2006 -2012 [cit. 2015-01-22]. Dostupné z: http://cit.osu.cz/dokumenty/elearning_kkveton.pdf

Internetové zdroje použité v e-learningu:

1. : <https://www.cun.cz/blog/2017/05/17/statistiky-poctu-osob-se-sluhovym-postizenim/>
2. <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/357-desatero-pro-komunikaci-se-sluchove-postizenymi-kubertova.html> (17.3.2019)
3. <http://www.pomuckyproneslyfici.cz/>
4. www.snplzen.cz/kurzy
5. http://tdt.upol.cz/soubory/uvod_do_specialni_pedagogiky_osob_se_zrakovym_postizenim_publicace.pdf
6. https://www.wikiskripta.eu/w/Retinopatie_nedono%C5%A1en%C3%BDch
7. <http://www.vycvikvodicichpsu.cz/cs/o-nas/predstaveni.php>
8. www.pomucky.blindfriendly.cz/
9. <https://svaztp.cz/info-pro-ozp/kompenzacni-pomucky>
10. <https://pixabay.com/cs/photos/tělesně%20postižení/>
11. <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim>

SEZNAM ZKRATEK

Tzv. – tak zvaně

Atp. – a tak podobně

Tzn. – to znamená

Tj. – to je

Např. – například

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dale

Popř. – popřípadě

Viz. - výše

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Všeobecná sestra	66
Tabulka 2: Porodní asistentka.....	67
Tabulka 3: Celkem	69

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Všeobecná sestra - průměr	66
Graf 2: Porodní asistentka - průměr	68
Graf 3: Celkem - průměr	70
Graf 4: Setkali jste se během svého studia s e-learningem?	71
Graf 5: Výuka formou e-learningu byla	72
Graf 6: Informace v kurzu komunikace s handicapovanými klienty byly	73
Graf 7: Během e-learningového kurzu	74
Graf 8: Chtěli byste na kurzu něco změnit/zlepšit?	75
Graf 9: Jaké byste udělali změny	76
Graf 10: Přípomínky ke změně kurzu	77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Vstupní dotazník	19
Příloha 2: Výstupní dotazník	21
Příloha 3: Evaluační dotazník.....	23
Příloha 4: Rešerže.....	24
Příloha 5: Znaková řeč.....	32
Příloha 6: Braillovo písmo.....	33

PŘÍLOHY

Příloha 1: Vstupní dotazník

Vstupní test

Kolik toho v současné době víte o komunikaci s handicapovanými pacienty?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jaké druhy handicapu znáte?

(Více možných odpovědí) Co patří do kvantitativní poruchy sluchu?

- Hluchota
- Tinitus
- Agnózie
- Těžká nedoslýchavost

K prelingválnímu postižení sluchu dochází?

- Před osvojením řeči
- Po osvojení řeči
- Prenatálně

Vypište alespoň 5 zásad komunikace se sluchově postiženým klientem.

Jaká je nejčastější příčina nevidomosti u dětí?

- Šedý zákal (katarakta)
- Zelený zákal (glaukom)
- Retinopatie nedonošených
- Downův syndrom

Jak se jmenuje písmo pro zrakově postižené?

Vypište alespoň 5 zásad komunikace se zrakově postiženým klientem.

Vysvětlete pojem kvadruplegie.

Vypište alespoň 5 zásad komunikace s tělesně postiženým pacientem.

Vypište 4 stupně mentální retardace.

Uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací (IQ 35 - 49) se přirovnává k myšlení

- dítě kojeneckého věku
- dítě batolecího věku
- dítě předškolního věku
- dítě mladšího školního věku

Vypište alespoň 5 zásad komunikace s mentálně postiženým klientem.

Příloha 2: Výstupní dotazník

Výstupní test

Kolik toho v současné době víte o komunikaci s handicapovanými pacienty?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Vypište) Jaké druhy handicapu znáte?

(Více možných odpovědí) Co patří do kvantitativní poruchy sluchu?

- Hluchota
- Tinitus
- Agnózie
- Těžká nedoslýchavost

K prelingválnímu postižení sluchu dochází?

- Před osvojením řeči
- Po osvojení řeči
- Prenatálně

Vypište alespoň 5 zásad komunikace se sluchově postiženým klientem.

Jaká je nejčastější příčina nevidomosti u dětí?

- Šedý zákal (katarakta)
- Zelený zákal (glaukom)
- Retinopatie nedonošených
- Downův syndrom

Jak se jmenuje písmo pro zrakově postižené?

Vysvětlete pojem kvadruplegie.

Vypište alespoň 5 zásad komunikace s tělesně postiženým klientem.

Vypište 4 stupně mentální retardace.

Uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací (IQ 35 - 49) se přirovnává k myšlení

- dítě kojeneckého věku
- dítě batolecího věku
- dítě předškolního věku
- dítě mladšího školního věku

Vypište alespoň 5 zásad komunikace s mentálně postiženým klientem.

Příloha 3: Evaluační dotazník

Evaulace

Setkali jste se během svého studia s e-learningem?

- Ano
- Ne

(Více možných odpovědí) Výuka formou e-learningu byla

- přínosná
- technicky náročná
- pohodlná
- nepohodlná
- zajímavá
- nezajímavá

(Více možných odpovědí) Informace v kurzu komunikace s handicapovanými klienty byly

- přehledné
- nepřehledné
- srozumitelné
- složité
- zajímavé
- nezajímavé

Během e-learningového kurzu

- chyběl mi kontakt se spolužáky
- chyběl mi kontakt s vyučujícím
- cítil/a jsem se dobře

Chtěli byste na kurzu něco změnit/zlepšit?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

(Při kladné odpovědi na předchozí otázku pokračujte dále) Jaké byste udělali změny?

Příloha 4: Rešerže

Téma diplomové práce: Příprava studentek oboru Všeobecná sestra na komunikaci s handicapovaným klientem

Elektronické informační zdroje: Medvik, Ebsco, Science Direkt, Springer Link

Klíčová slova:

Komunikace, handicap, klient, evaluace, e-learning, studentky, všeobecná sestra, dotazník

Keywords:

Communication, handicap, client, evaluation, e-learning, students, general nurse, questionnaire

MEDVIK

1.

TI: Komunikace sluchově postižených

AU: Krahulcová, Beáta

PU: 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 303 s.: il., tab.; 24 cm.

LA: cze

RT: monografie, knihy

DE: znaková řeč; sluchově postižení; pomůcky pro komunikaci postižených

PT: populární práce

IN: ISBN: 80-246-0329-2

SG: NLK: K 76272

LI: <http://www.medvik.cz/link/MED00110064>

2.

TI: Odolnost rodiny s handicapovaným dítětem

AU: Sikorová, Lucie, 1975- — Birteková, Zuzana

AD: Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

CI: Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů. 2011, roč. 91, č. 8, s. 477-481. ISSN: 0032-6739; 1805-4544 (elektronická verze). Lit.: 12

LA: cze

RT: články

DE: dospělí; adaptace psychologická; dítě; matky (psychologie); průzkumy a dotazníky (využití); sociální přizpůsobení; sociální žádoucnost; psychický stres (psychologie); rodinné vztahy; lidé; sociální opora; rodičovství (psychologie); postižené děti (klasifikace, výchova, psychologie)

SG: NLK: B 3; neváz. 1070

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc11038837>

3.

TI: Těžce zrakově postižení v ordinaci praktických lékařů

AU: Nekolová, Jana — Pozlerová, J. — Jirásková, N. — Kadlecová, J. — Rozsival, Pavel, 1950-

AD: Oční klinika LF UK a FN, Hradec Králové, CZ

CI: Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů. 2006, Roč. 86, č. 8, s. 454-456. ISSN: 0032-6739; 1805-4544 (elektronická verze). Lit. 7

LA: cze,eng

RT: články

DE: komunikace; rodinní lékaři (výchova, psychologie, trendy); vztahy mezi ošetřovatelkou a pacientem; zrakově postižení (výchova, psychologie); lidé; primární zdravotní péče (trendy)

SG: NLK: B 3; neváz. 1070

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc07000366>

4.

TI: Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti

AU: Petrovicová, Eva — Trešlová, Marie

CI: Ošetrovatelstvo : teória, výskum, vzdelavanie : elektronický, recenzovaný, vedecko-odborný časopis pre ošetrovatelstvo. 2016, roč. 6, č. 1, s. 19-25. ISSN: 1338-6263. Literatura

LA: cze

RT: články

DE: ošetrovatelská etika; pacienti hospitalizovaní; rozhovory jako téma; zdravotní sestry v klinické praxi; ošetrovatelská péče; vztahy mezi ošetrovatelkou a pacientem; ošetrovatelský výzkum; soukromí; osobní autonomie; důstojnost lidského života; kvalitativní výzkum; lidé

SG: NLK: online

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc16029835>

5.

TI: Využití výukových metod v komunikační přípravě sester na vysokých školách

AU: Tomová, Šárka — Botíková, Andrea

CI: Kontakt: vědecký časopis. 2017, roč. 19, č. 3, s. 205-212. ISSN: 1212-4117; 1804-7122 (elektronická verze). Literatura

LA: cze

RT: články

DE: komunikace; výchova, vzdělávání; studium ošetrovatelství vysokoškolské (metody); zdravotní sestry; vztahy mezi ošetrovatelkou a pacientem; průzkumy a dotazníky; lidé

SG: NLK: B 2178; neváz. 1249 a

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc17033590>

6.

TI: Evaluace vzdělávacího procesu na oboru Diplomovaná všeobecná sestra

AU: Machálková, Lenka, 1963- — Vitásková, Růžena

AD: SZŠ a VOŠz E. Pöttinga, Olomouc

CI: Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky. 2007, roč. 3, č. 9, s. 347. ISSN: 1801-1349. Lit.: 2

LA: cze

RT: články

DE: výuka - hodnocení (statistika a číselné údaje); studium ošetrovatelství vysokoškolské (statistika a číselné údaje); zdravotní sestry; odborná praxe (normy)

SG: NLK: B 2390; neváz. 671

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc07511855>

7.

TI: Zkušenosti s aktivizačním pojetím výuky zdravotnické edukace

AU: Tomanová, Dana, 1946- — Ježorská, Šárka

AD: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

CI: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011. ISBN: 978-80-89544-00-4. 2011, s. 405-412. ISBN: 978-80-89544-00-4. Lit.: 5

LA: cze

RT: články, článek ve sborníku

DE: výuka - hodnocení; studium ošetrovatelství (metody, trendy); financování organizované ; vzdělávání pacientů jako téma (metody, normy, trendy); odborná způsobilost; studenti ošetrovatelství; studium ošetrovatelství - výzkum; vyučovací postupy (výchova, metody, trendy); lidé; hodnocení programu

SG: NLK: online

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc11040857>

8.

TI: Osobnostní profil studentů nelékařských zdravotnických oborů

AU: Vévodová, Šárka — Šperková, Andrea — Vévoda, Jiří — Kozáková, Radka — Cakirpaloglu, Simona, 1979-

CI: Ošetrovatelstvo : teória, výskum, vzdelavanie : elektronický, recenzovaný, vedecko-odborný časopis pre ošetrovatelstvo. 2016, roč. 6, č. 1, s. 6-11. ISSN: 1338-6263. Literatura

LA: cze,eng

RT: články

DE: dospělí; empatie ; studium ošetrovatelství; extroverze (psychologie); impulzivní chování; zdravotní sestry (psychologie); osobnost; testování osobnosti (statistika a číselné údaje); průzkumy a dotazníky; mladý dospělý; emoce; ženské pohlaví; lidé; mužské pohlaví; porodní asistentky (psychologie); návykové chování

PT: srovnávací studie

SG: NLK: online

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc16029833>

9.

TI: Komunikace s lidmi se sluchovým postižením

AU: Liberdová, Eva

CI: Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2016, roč. 2016, č. 7-8 (Sestra), s. 25-26. ISSN: 2336-2987.

CI: Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2016, s. 25-26. ISSN: 1210-0404.

LA: cze

RT: články

DE: pomocné služby v nemocnici; počítače; komunikace; on-line systémy; sluchově postižení; internet; pomůcky pro komunikaci postižených; lidé

SG: NLK: B 2694; neváz. 940

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc16030549>

10.

TI: Jednání s handicapovaným pacientem
AU: Košťátková, Marcela — Hirschová, Petra
AD: RDG odd., ÚVN, Praha
CI: Praktická radiologie. 2009, roč. 14, č. 4, s. 30-32. ISSN: 1211-5053. Lit.: 9
LA: cze
RT: články
DE: komunikace; zrakově postižení (psychologie); mentálně postižení (psychologie); sluchově postižení (psychologie); lidé; vztahy mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem
SG: NLK: B 1995; neváž. 797 a
LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc10000904>

11.

TI: Komunikace hluchoslepých
AU: Suralová, Eva
CI: Kombinované vady. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244-1154-7. 2005, s. 118-133. ISBN: 80-244-1154-7. Lit. 17
LA: cze
RT: články
DE: komunikační média; komunikace; znaková řeč; zrakově postižení; sluchově postižení; pomůcky pro komunikaci postižených; lidé; postižené děti
SG: NLK: K 79616; neváž. K 79616
LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc06006290>

12.

TI: Komunikace osob s kombinovanými vadami
AU: Bendová, Petra
CI: Kombinované vady. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244-1154-7. 2005, s. 15-24. ISBN: 80-244-1154-7. Lit. 20
LA: cze
RT: články
DE: znaková řeč; pomůcky pro komunikaci postižených (trendy); lidé; postižené děti (klasifikace, výchova)
SG: NLK: K 79616; neváž. K 79616
LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc06006283>

13.

TI: Komunikace jako prostředek akcelerace kognitivních procesů mentálně postižených osob
AU: Krahulcová, Beáta
CI: Česká logopedie. Praha: Česká logopedická společnost, 1996, roč. 1995, s. 40-50. Lit: 16
LA: cze
RT: články, článek ve sborníku
DE: kognitivní poruchy (terapie); pomůcky pro komunikaci postižených; mentální retardace
SG: NLK: K 68157
LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc97008482>

14.

TI: Komunikace dětských sester se sluchově postiženými dětmi

AU: Sikorová, Lucie, 1975- — Czudková, Monika

AD: Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava

CI: Pediatrie pro praxi. 2011, roč. 12, č. 3, s. 210-212. ISSN: 1213-0494; 1803-5264 (elektronická verze). Lit.: 4

LA: cze

RT: články

DE: komunikace; dítě; dětské nemocnice; pacienti hospitalizovaní (psychologie); neverbální komunikace; zdravotní sestry; vztahy mezi ošetrovatelkou a pacientem; pediatrické ošetrovatelství (metody); průzkumy a dotazníky; znaková řeč; sluchově postižení (psychologie); lidé

SG: NLK: B 2226; neváz. 729

LI: <http://www.medvik.cz/link/bmc11029991>

SPRINGER LINK

15.

Psathas G. (1968) The Personality of the Student Nurse. In: The Student Nurse in the Diploma School of Nursing. Springer, Berlin, Heidelberg

- DOIhttps://doi.org/10.1007/978-3-662-40263-4_5
- Publisher Name Springer, Berlin, Heidelberg
- Print ISBN 978-3-662-39248-5
- Online ISBN 978-3-662-40263-4
- eBook Packages [Springer Book Archive](#)

16.

Griffiths D. (1981) Mental Handicap. In: Psychology and Medicine. Psychology for Professional Groups. Palgrave, London

- DOIhttps://doi.org/10.1007/978-1-349-16594-0_20
- Publisher Name Palgrave, London
- Print ISBN 978-0-333-31877-5
- Online ISBN 978-1-349-16594-0
- eBook Packages [Medicine](#)

17.

Chadwick R., Tadd W. (1992) Nursing people with mental handicap. In: Ethics and Nursing Practice. Palgrave, London

- DOIhttps://doi.org/10.1007/978-1-349-11388-0_9
- Publisher Name Palgrave, London
- Print ISBN 978-0-333-52045-1
- Online ISBN 978-1-349-11388-0
- eBook Packages [Palgrave Religion & Philosophy Collection](#)

18.

Thompson A.R. (1987) Introduction: Nurse education and mental handicap care. In: Parrish A. (eds) Mental Handicap. The Essentials of Nursing. Palgrave, London

- DOI https://doi.org/10.1007/978-1-349-09635-0_1
- Publisher Name Palgrave, London
- Print ISBN 978-0-333-44467-2
- Online ISBN 978-1-349-09635-0
- eBook Packages **Medicine**

SCIENCE DIREKT

19.

Šárka Tomová, Andrea Botíková,

The use of teaching methods in communication training of nurses at universities,

Kontakt,

Volume 19, Issue 3,

2017,

Pages e192-e198,

ISSN 1212-4117,

<https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.07.005>.

Keywords: Communication; Skill; Aim; Method; Education; Nurse

20.

Mehmet S. Unluturk, Mehmet H. Ozcanhan, Gokhan Dalkilic,

Improving communication among nurses and patients,

Computer Methods and Programs in Biomedicine,

Volume 120, Issue 2,

2015,

Pages 102-112,

ISSN 0169-2607,

<https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2015.04.004>.

Keywords: Asynchronous events; Nurse call systems; Real-time location; Socket communication; Software polling

21.

Khin Thandar Aung, Nor Qurratul Ain Binti Jamal,

Nurse managers' perspectives on nurses' performance in mentorship program,

Enfermería Clínica,

Volume 28, Supplement 1,

2018,

Pages 139-143,

ISSN 1130-8621,

[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30054-8](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30054-8).

Keywords: Mentorship; Nurse managers' perspectives; Newly graduated nurse

22.

Helen Donovan, Elizabeth Forster,

Communication Adaption in Challenging Simulations for Student Nurse Midwives,

Clinical Simulation in Nursing,

Volume 11, Issue 10,

2015,
Pages 450-457,
ISSN 1876-1399,
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.08.004>.

Keywords: Communication Accommodation Theory; simulation; bereavement; emergency care; nurse; midwife; nursing student

23.

Mona Ewertsson, Sangeeta Bagga-Gupta, Karin Blomberg,
Nursing students' socialisation into practical skills,
Nurse Education in Practice,
Volume 27,

2017,
Pages 157-164,
ISSN 1471-5953,
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.004>.

Keywords: Clinical practice; Ethnography; Nurse education; Nurse students; Practical skills;
Socialisation

EBSCO

24.

Jackson, L, & Dancer, J 1995, 'Comparison of two questionnaires determining elderly individuals' perception of handicap.', *Volta Review*, 97, 2, p. 135, Teacher Reference Center, EBSCOhost, viewed 16 June 2018.

25.

Spears, LA 1996, 'The Writing of Nurse Managers: A Neglected Area of Professional Communication Research', *Business Communication Quarterly*, 59, 1, pp. 54-66, Teacher Reference Center, EBSCOhost, viewed 16 June 2018.

26.

McKenzie, E, & Brown, P 2014, 'Nursing Students' Intentions to Work in Dementia Care: Influence of Age, Ageism, and Perceived Barriers', *Educational Gerontology*, 40, 8, pp. 618-633, Teacher Reference Center, EBSCOhost, viewed 16 June 2018.

27.

Porter, R, Berry, J, Cude, K, Anderson, S, & Britt, S 2018, 'Twenty five years of cognitive care education research: Time for a revolutionary change', *Educational Gerontology*, 44, 2/3, pp. 82-89, Teacher Reference Center, EBSCOhost, viewed 16 June 2018.

28.

May, D 1991, 'Teaching mental handicap to medical students', *Medical Teacher*, 13, 3, p. 233, Teacher Reference Center, EBSCOhost, viewed 16 June 2018.

Citace podle normy ČSN ISO 690:

29.

OLECKÁ, Ivana a Naděžda ŠPATENKOVÁ. Identifikace problémů a stanovení příslušných intervencí u rodičů sluchově postižených dětí pomocí metody EBN. *Ošetrovatel'stvo* [online]. 2012, **2**(1), 33-40 [cit. 2018-06-20]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/identifikace-problemu-a-stanoveni-prislusnych-intervenci-u-rodicu-sluchove-postizenych-deti-pomoci-metody-ebn>

30.

AKSENOVOVÁ, Zdenka. Kochleární implantace u dětí s vícečetným postižením. *Pediatric pro praxi*. 2009, **10**(4), 266-268. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/04/13.pdf>

31.

MARKOVÁ, Kamila a Martina. JEDLINSKÁ. Autismus – výměnný obrázkový komunikační systém. *Profese on-line* [online]. 2012, **5**(1), 16-19 [cit. 2018-06-20]. DOI: 10.5507/pol.2012.004. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/archive.php>

32.

SAMCOVÁ, Petra a Zuzana. FRAŇKOVÁ. Canisterapie u dětí se sluchovým postižením. *Kontakt*. 2008, **10**(Suppl. 2), 81-84. ISSN 1212-4117.

33.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.

34.

GURKOVÁ, Elena a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-271-0583-0.

Příloha 5: Znaková řeč



Prstová abeceda

Příloha 6: Braillovo písmo

Braillova abeceda						
a	b	c	d	e	f	g
h	i	j	k	l	m	n
o	p	q	r	s	t	u
v	w	x	y	z	á	ä
č	d'	é	í	l'	í	ň
ó	ô	ř	š	t'		
	ú	ý	ž			