

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Monika PROVAZNÍKOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Posouzení péče o klienty se zrakovým postižením

Provazníková Monika

**Bakalářská práce
2012**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Provazníková**
Osobní číslo: **Z08031**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Posouzení péče o klienty se zrakovým postižením**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury na téma zrakové postižení.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů práce.
3. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
4. Výběr vhodných respondentů a rozdání dotazníků.
5. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1784-0.
2. MORAVCOVÁ, D. Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem. 1. vyd. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-725-4476-4.
3. SCHINDLEROVÁ, O. Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých. 1. vyd. Praha : Tyfloservis, 2007. ISBN 80-239-8822-2.
4. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
5. WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. 3. vyd. Praha : Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Jedlinská
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Lomnici nad Popelkou dne 29. 06. 2012

Monika Provazníková

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Martině Jedlinské za velikou trpělivost, čas a skvělé rady. Zároveň děkuji všem respondentům za vyplnění dotazníků a v neposlední řadě mému manželovi za podporu.

Anotace

Bakalářská práce s názvem: Posouzení péče o klienty se zrakovým postižením se zabývá problematikou poskytování komplexní péče o osoby se zrakovým postižením ve zdravotnických zařízeních. Práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části je charakteristika zrakového postižení, specifika klientů se zrakovým postižením a péče o klienty v jednotlivých resortech. Výzkumná část je zaměřena na prezentaci výzkumného šetření, které má za cíl posoudit znalosti a schopnosti vedoucích pracovníků jednotlivých zdravotnických zařízení v oblasti péče o klienty se zrakovým postižením. Výzkum byl prováděn dotazníkovým šetřením na výzkumném vzorku 125 vedoucích pracovníků zdravotnických zařízení ČR. Výsledky ukázaly, že kvalifikovanost vedoucích pracovníků je dostatečná, ale vybavenost oddělení a informovanost klientů se zrakovým postižením ve většině případů dostatečná není.

Klíčová slova

Zrakové postižení, specifika zrakového postižení, pomůcky, péče o klienty se zrakovým postižením.

Abstract

This bachelor thesis entitled: Assessment of care for visually disabled clients deals with the issue of comprehensive care for people with visual disability in healthcare institutions. This thesis includes theoretical part and research part. The theoretical part concerns the characteristic of visual disability, the specifics of visually disabled clients and care for clients in various healthcare departments. The research part is focused on the presentation of the implemented research and its goal is to assess the knowledge and skills of the leading employees in those various healthcare departments. The questionnaire survey was carried on sample of 125 senior staff of healthcare facilities Czech Republic. The results have shown that the competence of senior staff are sufficient, but the facilities of the wards and the awareness of clients with visual disabilities in most cases is not sufficient.

Key words

Visual disabled, specifics of visual disabled, remedial tools, care for clients with visual disabled.

OBSAH

Úvod	9
Cíle práce	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Anatomie zraku	11
2 Fyziologie zraku	12
3 Historie péče o osoby se zrakovým postižením	12
4 Zrakové postižení	14
4.1 Klasifikace	15
4.2 Etiologie	16
4.3 Diagnostika	17
4.4 Charakteristika vybraných zrakových postižení	19
4.4.1 Glaukom	19
4.4.2 Katarakta	20
4.4.3 Poruchy binokulárního vidění	20
4.4.4 Retinopatie	21
4.4.5 Degenerativní postižení sítnice	22
5 Specifika klienta se zrakovým postižením	22
5.1 Komunikace	23
5.2 Prostorová orientace a samostatný pohyb	24
5.3 Sebeobsluha	26
6 Pomůcky pro zrakově postižené	27
6.1 Optické pomůcky	28
6.2 Neoptické pomůcky	28
6.3 Elektronické pomůcky	29
6.4 Vodící pes	29
7 Komplexní péče o klienty se zrakovým postižením	30
7.1 Zdravotnický resort	30
7.1.1 Role zdravotní sestry	31
7.2 Sociální resort	32
7.3 Školský resort	32
7.4 Neziskový sektor	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
8 Výzkumné otázky	34

9	Metodika výzkumu	34
10	Prezentace výsledků.....	35
11	Diskuze	53
12	Závěr	56
	Bibliografické citace.....	57
	Seznam příloh	60

Úvod

„Člověk dobře vidí pouze svým srdcem. Podstata je pro oči neviditelná.“

(Antoine de Saint-Exupéry)

Zrak je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů a získáváme jím 70 - 90 % všech informací z okolního prostředí (Moravcová, 2004). I přes tuto premisu si mnozí z nás neuvědomují, jakým handicapem je to, když člověk nějakým způsobem zrak ztratí, nebo má zachovány pouze zbytky zraku.

Téma zrakového postižení je v dnešní době velice aktuální, nejen vzhledem ke zvyšujícímu se počtu osob se zrakovým postižením a celkovým stárnutím obyvatelstva, ale také vzhledem k nutosti zvyšování kvality poskytované péče.

Pod pojmem zrakové postižení si často lidé představují osoby nevidomé a tím i nesoběstačné a zcela závislé na pomoci od okolí. I když je počet nevidomých vysoký, dle WHO je jejich počet okolo 40 miliónu osob (Autrata; Vančurová, 2002), častěji se setkáváme s lidmi, kteří mají zrakové postižení na jiné úrovni než je nevidomost. Termín zrakové postižení označuje různorodou škálu poruch a onemocnění, která omezuje schopnost zrakového vnímání.

Při komunikaci i v oblasti péče o klienty se zrakovým postižením je důležité znát určitá specifika, která zajistí adekvátní komfort. Zrakové postižení v nás může vyvolat dojem, že je nutné zajistit osobě se zrakovým postižením plnou péči. Přitom většina osob se zrakovým postižením je poměrně soběstačná a dokáže vykonávat běžné úkony bez pomoci druhých. Není až tak nutné zahrnovat pacienta dotazy, zdali nechce dolít čaj nebo odvést na toaletu, jako provést ho po oddělení, ukázat místo, kde je umístěna nádoba s čajem nebo kde se nachází sociální zařízení apod. Znat zásady komunikace a péče je pro zdravotní personál stěžejní a může se tím předejít mnoha nepříjemným situacím. Vždy záleží na domluvě a není chybou ptát se klienta, s čím mu můžeme v oblasti péče pomoci a co zvládne sám.

Tato práce je zaměřena na střední a vrcholový management, který zodpovídá za kvalitní a profesionální péči poskytovanou zdravotními sestrami. Právě vrchní a staniční sestry by měly být znalé specifik péče o klienty se zrakovým postižením, měly by se starat o proškolení personálu, sledovat kvalitu poskytované péče, vytvářet určité standardy péče, zajišťovat dostatek pomůcek, prosazovat bezbariérovost a celkově se snažit o to, aby osoba se zrakovým postižením nebyla pro svůj handicap v péči diskriminována.

Cíle práce

1. Zjistit kvalitu péče o klienty se zrakovým postižením z pohledu vedoucího pracovníka.
2. Zjistit potřebu sjednocení postupů péče o klienta se zrakovým postižením z pohledu vedoucího pracovníka.
3. Posoudit znalosti vedoucích pracovníků o problematice klientů se zrakovým postižením.
4. Posoudit rizikové oblasti v péči o klienta se zrakovým postižením z pohledu vedoucího pracovníka.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie zraku

Zrakové ústrojí je složeno z periferní části, zrakové dráhy a ze zrakového ústředí (Vančurová, 2002).

Do periferní složky se řadí oční bulby s přídatnými orgány oka (adnexa), mezi které patří víčka, spojivka, slzné ústrojí a okohybné svaly. Bulby s přídatnými orgány jsou uloženy v orbitě (očnici).

Očnice je kostěná dutina tvořená kostmi obličeje ve tvaru čtyřbokého jehlanu. V zadní části orbity prochází zrakovým kanálem (canalis opticus) zrakový nerv (nervus opticus) spolu s oční tepnou (arteria ophthalmica). Skrze očnicové štěrbinu (fissura orbitalis superior et inferior) vedou okohybné nervy a cévní zásobení. Pod vnějším horním okrajem je uložena slzná žláza (glandula lacrimalis) a při vnitřním dolním okraji je slzný vak (saccus lacrimalis).

Oční stěna se skládá ze tří vrstev: zevní vazivové, střední cévnaté a vnitřní nervové.

Přední segment povrchové vrstvy tvoří rohovka (cornea), zadní segment oční koule tvoří bělima (sclera). Rohovka je součástí lomného prostředí oka, bohatě inervovaná. Bělima plní zejména mechanickou funkci ochrany.

Střední vrstvu bulbu tvoří cévnatka (chorioidea), řasnaté tělísko (corpus ciliare) a duhovka (iris), dohromady utvářející živnatku (uvea). Řasnaté tělísko obsahuje závěsný aparát a musculus ciliare, umožňující akomodaci čočky (umožňuje ostré vidění do blízka i do dálky, součást lomného prostředí oka). Duhovka dle množství pigmentu určuje barvu očí a reguluje množství světla dopadající na sítnici. Uprostřed duhovky je otvor nazývaný zornice (pupilla).

Vnitřní vrstvu bulbu tvoří sítnice (retina). Je to průhledná blána, tvořená složitým systémem vzájemně propojených nervových buněk. (Vančurová, 2002). Důležitá je vrstva, ve které se nacházejí dva typy světločivných elementů: tyčinky a čípky. Tyčinky umožňují tzv. skotopické, černobílé vidění, a čípky tzv. fotopické, barevné vidění (Vítek, 2007). Zevně od terče zrakového nervu se nachází místo nejostřejšího vidění, tzv. žlutá skvrna (macula lutea). Část sítnice, která neobsahuje světločivé elementy, se nazývá slepá skvrna (pars caeca retinae). Samotný bulbus pak vyplňuje sklivec (corpus vitreum).

Komorový systém oka se skládá ze dvou komor. Přední komora (camera anterior oculi) tvoří prostor mezi rohovkou a duhovkou. Zadní komora (camera posterior oculi) je prostor mezi

duhovkou, přední plochou čočky a řasnatým tělískem. Komory jsou spojeny zornicí a vyplněny komorovou tekutinou, vznikající v řasnatém tělísku. Čočka (lens cristallina) je průhledné dvojbypuklé tělísko, jejíž pružnost umožňuje přesnost vidění do blízka i do dálky.

2 Fyziologie zraku

Zrak nám umožňuje vnímat světlo, barvy, tvary, adaptaci na světlo a tmu, kontrasty a hloubku.

Paprsky světla nejprve pronikají optickým prostředím oka (rohovka, komorová voda, čočka, sklivec). Díky zakřivení rohovky a čočky se paprsky lámou a dopadají do jednoho bodu na sítnici, kde dojde k podráždění světločivých buněk. Vjemy ze sítnic obou bulbů se díky nervovým vláknům zrakového nervu převedou přes chiasma opticum (kde se část vláken kříží) do corpus geniculatum laterale v thalamu. Zde dojde k převedení informací a jako zraková radiace (radio optica) pokračuje do zrakového centra v týlním laloku mozku.

Pro kvalitu vidění je důležitá zraková ostrost (vizus). Centrální zraková ostrost (vizus centralis) umožňuje oku ostře a detailně vnímat pozorované předměty.

Velikost zorného pole je důležitá pro schopnosti orientovat se v prostoru. Je určena rozsahem periferního a centrálního vidění. Udávána se ve stupních, přičemž zorné pole jednoho oka je ohraničeno hodnotami temporálně 90°, nazálně nahoře 60° a nazálně dole 70°. Zorná pole obou očí se překrývají.

Barvocit neboli barevné vidění funguje na základě správné funkce činnosti světločivých elementů - čípků.

Binokulární vidění umožňuje vnímat oběma očima (simultánní percepce). Obraz zachycený jedním okem se překrývá s obrazem z druhého oka (zraková fúze) a vytváří se vjem prostoru, tzv. stereopse (Michalík, 2011).

3 Historie péče o osoby se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením a zejména nevidomí vzbuzovali vždy pozornost. Často se o sebe nedokázali sami postarat a byli odkázáni na pomoc jiných.

Záviselo na mnoha faktorech, které udávaly postoje společnosti k lidem s postižením. Mezi tyto faktory patří např. ekonomická vyspělost jednotlivých zemí, jejich společenský hodnotový systém, existence fungujícího právního, sociálního systému, atd. Jsou pro nás proto těžko pochopitelná některá opatření, která byla v minulosti běžná.

Z historie je známé zbavování se novorozenců, kteří byli nevidomí či jinak postižení, shovením ze skály nebo právo otce (*patria potestas*) rozhodnout o osudu narozeného dítěte ve starověkém Římě. Tato opatření nejsou tak nepochopitelná, když si představíme, že další osud rodiny, rodu, klanu, či v širším kontextu, celého národa závisel právě na potomstvu, jeho zdraví a schopnosti uživit sebe i starší generace.

Vzhledem k důležitosti zrakového analyzátoru pro člověka, je samozřejmá snaha lidstva o poznání zákonitostí zraku, zrakového aparátu a léčbě vzniklých očních onemocnění. Ať už popsání anatomie, fyziologie zraku, či pokusy o operace jsou známy už z dob před naším letopočtem. Např. léčba katarakty (šedého zákalu) bronzovou jehlou je popsána už v roce 2200 před naším letopočtem v Babylóně (Řehák a kol., 1989).

První organizace pro nevidomé hudebníky vznikla v roce 206 před naším letopočtem v Asii, konkrétně v Pekingu (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Pozitivnější přístup k osobám se zrakovým postižením přichází do Evropy s křesťanstvím. Vznikaly první kláštery, kde se zřizovaly také azyly pro nevidomé. Byly zde poskytovány služby spíše na podkladě základních biologických potřeb (strava, hygiena). O nemocné a postižené osoby se zde starali řádové sestry nebo bratři.

S rozvojem lékařství začaly s těchto útulen vznikat tzv. špitály. První špitál byl založen roku 1260 králem Ludvíkem IX ve Francii pro osleplé vojáky.

V Československu už v 18. století vzniká v Praze Oční léčebný ústav a je ustanoven stálý zemský oční lékař. Přelomové období je ale 19. století. Vznikají různé ústavy, kde se snaží také o výchovu a vzdělání osob se zrakovým postižením. U nás, na území tehdejšího Rakouska-Uherska, je založen na Hradčanech ústav pro výchovu a léčbu chudých a slepých dětí.

Pomocí pro vzdělávání osob se zrakovým postižením je písmo. Psaní ve formě bodů do tří řad a třech sloupců navrhl Francesco Lana Terzi, jeho tezi rozvinul Charles Barbier (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007). Zdokonalení tohoto písma později provedl Louis Braille, který v dětství oslepl a písmo přejal a upravil z vojenského systému dorozumívání se za tmy.

Toto písmo se užívá dodnes a je známé jako Braillovo písmo (viz příloha A) (SONS, 2002 - 2012).

Velkou osobností československé oftalmologie je Jan Evangelista Purkyně (1787 – 1869), který mnohé své výzkumy a poznatky učinil dříve, než byly prezentovány a objeveny ve světě. Např. princip vyšetření očního pozadí objevil 28 let před Helmholtzem, který oftalmoskopii zavedl do klinické praxe až v roce 1851. Roku 1818 vydává Purkyně „Spis o zraku a vidění“, položil tak základ keratometrie (měření zakřivení rohovky), znám je i „Purkyňův cévní obrazec“, aj. (Řehák a kol. 1989).

Roku 1818 vzniká katedra očního lékařství v Praze a jsou zřízeny i další významné ústavy pro pomoc se vzděláváním a zařazováním osob se zrakovým postižením do společnosti. Roku 1888 zakládá Rudolf Maria Klár azyl Francisko-Josefínium, kde se starají o nevidomé, kteří již nejsou práce schopní. Vznikají oční kliniky, soustřeďující se na rozvoj diagnostiky očních chorob a jejich léčbu. Rozvoj klinik, jednotlivých očních oddělení a vědeckého zájmu je zejména po roce 1945. Vychází časopis „Československá oftalmologie“.

Je patrné, že v historii péče o osoby se zrakovým postižením máme velmi bohatou tradici.

I přes vývoj společnosti a změny v přístupu k osobám se zrakovým postižením, se bohužel nedá říci, že dnešní společnost dosáhla toho, aby byli zřakově postižení plně integrováni do intaktní populace.

4 Zrakové postižení

Nejprve je dobré odlišit od zrakového postižení pojem zřaková vada. Tyto dva pojmy se v literatuře často zaměňují nebo nerozlišují. Někteří autoři také pod pojmem zřaková vada uvádí vady refrakční.

„Zřakové postižení lze charakterizovat jako důsledek poškození (vady, poruchy) zraku a funkce vidění.“ (Michalík, 2011, s. 278)

Z této Michalíkovi definice vyplývá, že zřaková vada může předcházet zřakovému postižení, např. v případě, kdy není optimálně korigována.

Pro potřeby mé práce jsem se rozhodla zřakové vady rozlišit podle možnosti korekce pomocí lékařských metod nebo technických prostředků (např. optická, medikamentózní, chirurgická korekce) (Slowík, 2010).

Mezi zrakové vady jsem tedy zařadila refrakční vady a poruchy akomodace. K poruchám akomodace patří např. vetchozrakost (presbyopie), nejčastější vada v průběhu stárnutí po čtyřicátém roce života.

U refrakčních vad rozeznáváme tři hlavní druhy: hypermetropii (dalekozrakost), myopii (krátkozrakost) a astigmatismus (lišící se optická mohutnost optického aparátu).

Naproti tomu zrakové postižení výrazně ovlivňuje kvalitu života, běžná korekce nepostačuje a jedinec má zhoršenou schopnost získávat informace a orientovat se v prostředí.

4.1 Klasifikace

Na definici termínu zrakové postižení lze nahlížet z různých hledisek. Jinak bude definováno v medicínské, speciálně-pedagogické či sociální sféře. Tento fakt vychází z toho, že v každé sféře se nahlíží na osobu se zrakovým postižením s jiným záměrem. Medicína se snaží odhalit příčiny zrakového postižení, vyléčit je nebo alespoň co nejvíce napravit. Speciální pedagogika připravuje jedince se zrakovým postižením na zvládání běžného života mezi většinovou populací. Náplní sociální práce je, aby i přes své znevýhodnění vedla osoba se zrakovým postižením plnohodnotný život a necítila se ve společnosti méněcenná. I přes tyto rozdílnosti ve vnímání osoby s postižením zraku se všechny obory často odkazují na medicínskou klasifikaci Světové zdravotnické organizace (WHO), která je komplexní a mezinárodně uznávaná.

Dle této Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), kterou WHO uvedla v platnost k 1.1.1993, s aktualizací od 1.1.2012, lze osoby se zrakovým postižením rozdělit podle poškození části zrakového orgánu. Nemoci oka a očních adnex jsou uvedeny v sedmé kapitole MKN-10, v oddílech H00-H59:

<i>„H00-H06</i>	<i>Nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice</i>
<i>H10-H13</i>	<i>Onemocnění spojivky</i>
<i>H15-H22</i>	<i>Nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa</i>
<i>H25-H28</i>	<i>Onemocnění čočky</i>
<i>H30-H36</i>	<i>Nemoci cévnatky – chorioidey a sítnice – retiny</i>
<i>H40-H42</i>	<i>Glaukom</i>
<i>H43-H45</i>	<i>Nemoci sklivce a očního bulbu</i>
<i>H46-H48</i>	<i>Nemoci zrakového nervu a zrakových drah</i>
<i>H49-H52</i>	<i>Poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce</i>
<i>H53-H54</i>	<i>Poruchy vidění a slepota</i>
<i>H55-H59</i>	<i>Jiné nemoci oka a očních adnex.“ (MKN-10, 1999, str. 287)¹</i>

¹ Do této kapitoly nepatří některé stavy vzniklé v perinatálním období, některé infekční a parazitární nemoci, komplikace těhotenství, porodu a šestinedělí, vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality, nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek, poranění, otravy a některé jiné následky

Hycl a Trybučková ve své publikaci rozdělují zrakové postižení následovně:

„Pokles zrakové ostrosti pod 6/18 s korekcí na lepším oku je hodnocen jako ztráta zraku. Slabozrakost je vizus lepšního oka pod 6/18 až 3/60 včetně. Do 6/60 včetně se jedná o lehkou slabozrakost. Pod 6/60 do 3/60 hovoříme o těžké slabozrakosti. Nevidomost je pokles vizu pod 3/60 až po světlocit. Praktická nevidomost je definována buď jako pokles vizu pod 3/60 do 1/60 včetně, nebo binokulárně zorné pole méně než 10 stupňů, ale více než 5 stupňů. Skutečná nevidomost je pokles vizu pod 1/60 až světlocit nebo oboustranně zorné podle pod 5 stupňů. Plná slepota je od světlocitu s chybnou projekcí světla po ztrátu světlocitu.“ (Hycl; Trybučková, 2008, s. 232)

Poměrně často užívanou klasifikací, je klasifikace soudobé speciální pedagogiky.

Ta rozděluje jedince se zrakovým postižením do čtyř základních kategorií:

1. osoby nevidomé
2. osoby se zbytky zraku
3. osoby slabozraké
4. osoby s poruchami binokulárního vidění.“ (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007, s.41)

4.2 Etiologie

Rozdělit příčinu vzniku zrakového postižení je důležité k odlišení, zda jde o orgánové (poškození očního aparátu) či funkční poškození (Hamadová, 2007). Podle doby vzniku dělíme oslabení či ztrátu zraku na vrozené a získané (Moravcová, 2004).

Příčiny vzniku zrakového postižení můžeme rozdělit podle období, kdy k němu došlo na prenatální, perinatální a postnatální.

V prenatálním období jsou častou příčinou poškození zraku teratogenní účinky léků, abusus alkoholu či jiných návykových látek, některá onemocnění matky (např. toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirové či herpetické infekce, Diabetes mellitus), teratogenní účinky radiace, atd.

V perinatálním období se může objevit u nezralých novorozenců retinopatie, léze CNS, v rozvojových zemích s nedostatečnou hygienou a zdravotnickou péčí se vyskytují zraková postižení novorozenců např. ophtalmia neonatorum (infekční onemocnění získané od matky během porodu a způsobující akutní konjunktivitis novorozence) (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Významnou roli v etiologii zrakového postižení tvoří geneticky podmíněná onemocnění, např. katarakta (šedý zákal), glaukom (zelený zákal), dystrofie sítnice, nystagmus atd.

vnějších příčin, novotvary, příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde. Všechny tyto stavy jsou součástí jiných kapitol. (MKN-10, 1999)

Možných příčin vzniku zrakového postižení je i v dospělosti velké množství. Úrazy, civilizační choroby (Diabetes mellitus a vznik diabetické retinopatie), degenerativní onemocnění, onkologická onemocnění, příčiny nejasné etiologie či multifaktoriální.

Je samozřejmé, že vnímání ztráty či oslabení zraku je v každém období lidského života jiné. Vrozené postižení zraku je pro vývoj jedince velikou překážkou. Zrak je velice důležitý faktor pro rozvoj osobnosti, myšlení, představ, získávání informací o okolním světě, orientace, zařazení do společnosti, vytváření sociálních vazeb apod.

Čím později tedy zrakové postižení vznikne, tím méně jsou tyto oblasti vývoje postiženy (Moravcová, 2004).

4.3 Diagnostika

Jako u každého zdravotního problému je nutné nejprve potíže diagnostikovat a správně určit. Pro zjištění zrakového postižení se provádí oftalmologické vyšetření, po kterém by měl lékař, diagnostikuje-li zrakové postižení, podrobně informovat klienta a jeho rodinu o závažnosti a rozsahu daného postižení, jeho prognóze a stanovit možnosti kompenzace, rehabilitace či rekvalifikace (Autrata; Vančurová, 2002).

Před každým vyšetřením je nutné odebrat anamnézu (rodinnou anamnézu – zaměřenou na vrozená zraková postižení, např. strabismus, glaukom, katarakta apod; osobní anamnézu; pracovní, alergickou, oční anamnézu atd.). Nedílnou součástí je sledování celkového vzhledu klienta a fyzikální vyšetření.

Vyšetření můžeme rozdělit na objektivní a subjektivní. Objektivní vyšetření by mělo předcházet subjektivnímu.

Do objektivních vyšetření patří celá řada moderních přístrojových vyšetření, která se neustále zdokonalují a vyvíjejí. Proto zde uvádím pouze některé, se kterými se můžeme setkat nejčastěji.

Do této skupiny patří oftalmoskopie. Provádí se oftalmoskopem a může být přímá či nepřímá. Vyšetřujeme oční pozadí (sítnice, cévnatka, zrakový nerv) (Hornová, 2011).

Perimetrií se zjišťuje rozsah a změny zorného pole.

Tonometrie je vyšetření nitroočního tlaku, pomocí palpce, impresivní, aplanační nebo bezkontaktní tonometrie (Mašitová; Benešová, 2009).

Gonioskopie hodnotí rohovko-duhovkový úhel (Hornová, 2011).

Biomikroskopie oka je vyšetření na šterbinové lampě, hodnotí stav zevního segmentu oka (Kuchynka, 2007).

Pachymetrie je ultrazvukové vyšetření tloušťky rohovky (Mašitová; Benešová, 2009).

Jako další objektivní vyšetření můžeme uvést také rentgenové vyšetření, vyšetření počítačovou tomografií (CT), magnetickou rezonancí, ERG (elektroretinogram – bioelektrická aktivita sítnice), EOG (elektrookulografie – sleduje klidové potenciály oka), VEP (vyvolané zrakové potenciály) atd. (Mašitová; Benešová, 2009).

Mezi základní subjektivní diagnostická vyšetření patří stanovení vizu (vyšetření centrální zrakové ostrosti), vyšetření zorného pole (periferní vidění), barvocitu, adaptace, binokulárního vidění a diplopie (Hornová, 2011).

Vizus se měří na optotypech (nejčastěji Snellenovy optotypy) a míra zrakové ostrosti se nejčastěji uvádí číselným údajem. Ten může mít formát desetinného čísla nebo zlomku. Čítatel udává z kolika metrů je klient schopen přečíst standardizovaný text nebo určit počet prstů ruky. Jmenovatel pak udává, z kolika metrů by měl text přečíst nebo určit počet prstů ruky s fyziologicky zdravým zrakem. Zrak považujeme za fyziologicky zdravý, pokud je „fyziologický vizus roven nebo větší než jedna př. 6/6, 7/6.“ (Vítek, 2007, s. 95).

Rozsah a změny zorného pole se vyšetřuje pomocí perimetru nebo orientačně konfrontační metodou (sledování prstu pohybujícího se od středu do periferie). Výpadky zorného pole se nazývají skotomy. Fyziologický skotom je v oblasti slepé skvrny, patologický skotom může být absolutní či relativní (Hornová, 2011). Skotomy mohou vznikat na různém podkladě, např. při cévních defektech sítnice, glaukomu, neurologických obtížích aj.

Při vyšetření barvocitu jsou určujícími faktory sytost, tón a jas barvy (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007). Lidské oko vnímá světelné paprsky a barvocit se vyšetřuje ve vlnové délce v rozmezí 380 – 760 nm. K určení poruchy barvocitu slouží pseudoizochromatické tabulky (různými barvami jsou sestaveny geometrické tvary, písmena, číslice a klient popisuje to, co vidí) (Hornová, 2011). Poruchou barvocitu vzniká barvoslepost ať už částečná či úplná (tzv. achromatopsie, kdy osoba vidí pouze ve škále šedi a nerozeznává žádné barvy) (Vítek, 2007).

Adaptace na světlo a tmu se vyšetřuje orientačně srovnávací zkouškou nebo pomocí adaptometru (Vítek, 2007). Za fyziologických podmínek probíhá adaptace na světlo mnohem rychleji (v řádu několika sekund), zatímco k adaptaci na tmu dochází z 90% až po třiceti sekundách. Snížená adaptace tzv. hemeralopie (šeroslepost) může být např. u pigmentových

degenerací sítnice, glaukomu nebo onemocnění zrakového nervu. Prodloužení adaptace pak může nastat při onemocnění zrakové dráhy, nyktalopie (noční slepota), při karenci vitamínu A aj. (Hornová, 2011).

4.4 Charakteristika vybraných zrakových postižení

Zrakové postižení je jeden z nejzávažnějších celosvětových problémů. Dle WHO se počet nevidomých pohybuje okolo 40 milionů (Autrata; Vančurová, 2002).

Incidence těžkého zrakového postižení se stanovuje velice obtížně, nejen vzhledem k rozpolcenosti samotné definice těžkého zrakového postižení (viz kapitola Klasifikace zrakového postižení). Roku 2007 proběhlo šetření ČSÚ ve spolupráci s ÚZIS, které mělo zjistit přibližný počet zdravotně postižených osob v České Republice. Byl vybrán náhodný vzorek respondentů z praktických a dětských lékařů. Vlastní výběr klientů se zdravotním postižením byl prováděn samotnými lékaři. Z celkového počtu 1 519 044 zdravotně postižených je podle výsledků šetření 87 439 zrakově postižených. Výskyt zrakového postižených byl nejvíce u klientů nad 60 let (34 140) (Kalnická; Votinský, 2008).

Do stručné charakteristiky vybraných zrakových onemocnění jsem vybrala takové, které se podle mého názoru v praxi vyskytují nejčastěji. Do této kapitoly nezahrnuji zrakové vady (refrakční vady, poruchy akomodace).

4.4.1 Glaukom

Glaukom, neboli zelený zákal. Jedná se o progresivní neurodegenerativní onemocnění. Pokud se glaukom neléčí, je to jeden z nejčastějších příčin slepoty (13 %). Incidence glaukomu stoupá s věkem a u osob nad 70 let je cca 3,5% (Česká glaukomová společnost, 2003).

Klinický obraz se projevuje zvýšením nitroočního tlaku, změnami na disku zrakového nervu s poškozením svazků nervových vláken, které způsobují změny v zorném poli.

Rozeznáváme primární a sekundární glaukom (Sovák a kol., 2000). Nejčastěji se vyskytuje primární, tzv. prostý glaukom. Je to chronické, nebolestivé onemocnění s pozvolnou progresí.

Sekundární glaukom může vzniknout při jiné poruše vidění, při úrazu, očních zánětech, při léčbě kortikosteroidy aj. (Autrata; Vančurová, 2002).

Glaukom nelze trvale vyléčit, pouze se dají zmírnit příznaky či zastavit progresi onemocnění.

4.4.2 Katarakta

Katarakta (šedý zákal) je onemocnění čočky. Vrozená katarakta (congenita) je častou příčinou dětské slepoty.

Vzniká v důsledku pozitivní rodinné anamnézy, prenatálního onemocnění matky (např. rubeola), působením teratogenů atd. „Zakalení čočky bývá jednostranné nebo postihuje obě oči, čočka je při tom zakalena buď částečně nebo v celém rozsahu“ (Vítek, 2007, s.117).

Získaný šedý zákal se často vyskytuje u starších lidí, ale může se objevit i v mladším věku. Projevuje se zamlženým viděním, hyperreaktivitou na světlo a omezením zorného pole (Michalík, 2011).

Katarakta je operabilní, spočívající v nahrazení umělou čočkou. Může docházet k recidivám, ty však jsou také odstranitelné pomocí operace.

4.4.3 Poruchy binokulárního vidění

Mezi poruchy binokulárního vidění řadíme strabismus (šilhání), amblyopii (tupozrakost). Charakteristickým znakem je funkční porucha jednoho oka (Hamadová; Květoňová; Nováková, 2007).

Při amblyopii dochází ke snížení zrakové ostrosti. Jedná se o poměrně časté postižení dětí a vyskytuje se přibližně u každého padesátého dítěte (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Amblyopie může být vrozená (kongenitální), an anopsia (vzniká při nepoužívání oka), anizometrická (při rozdílu dioptrií obou očí), ametropická (při pozdní korekci refrakčních vad, astigmatismus), u předškolních dětí se může vyskytnout tzv. amblyopie při strabismu.

Při amblyopii může dojít ke snížení zrakové ostrosti až na hranici praktické slepoty (Finková; Ludíková, Růžičková, 2007).

„Strabismus (šilhání) je stav, kdy při fixaci určitého předmětu nablízko nebo do dálky se osy očí neprotínají v témže bodě“ (Vítek, 2007, s. 108).

Strabismus se rozděluje na latentní strabismus (skrytý), ten se projevuje pouze v určitých situacích (např. při únavě, při vyšetření oka zakrývací zkouškou, atd.).

Strabismus dynamický (concomitans) je šilhání souběžné, často se objevující u předčasně narozených dětí, vyskyt je až z 22 % (Atrata; Vančurová, 2002).

Konkomitantní strabismus je jednostranný (unilateralis), kdy trvale fixuje pouze jedno oko a střídavý (alternans), kdy se oči ve fixaci střídají (Vítek, 2007).

Dále dle směru úchytky rozlišujeme dynamický strabismus na konvergentní (sbíhavý) a divergentní (rozbíhavý). Konvergentní se častěji vyskytuje u dětí, divergentní u dospělých (Sovák, 2000).

Posledním typem strabismu je paralytický strabismus (incomitans). Tento typ strabismu je způsoben obrnou okohybných svalů a to částečnou (parézou) či úplnou (plegií) (Vítek, 2007).

4.4.4 Retinopatie

„Retinopatie je označení pro patologické změny sítnice a jejich cév“ (Michalík, 2011).

Jedná se o onemocnění vnitřní vrstvy oka, nejčastěji se vyskytuje retinopatie nedonošených a diabetická retinopatie, jako komplikace Diabetu mellitu.

Diabetická retinopatie je v Evropě příčinou slepoty až z 15% (Kuchynka, 2007). Diabetes mellitus jako civilizační choroba má vzrůstající tendenci. Nedodržování správného režimu (dieta, přiměřený pohyb, pitný režim), nedostatečná kompenzace onemocnění (kolísání hladiny glykémie, časté hyperglykémie), přidružená onemocnění (např. hypertenze), mohou mít za následek častý výskyt komplikací.

Příčinou diabetické retinopatie je poškození drobných cév sítnice metabolickými poruchami (hyperglykémie). Tím je ohrožena výživa sítnice, protože se tyto cévy uzavírají. Reakce těla spočívá v novotvorbě cév, které jsou nekvalitní, slabé a může dojít k jejich ruptuře (způsobí krvácení do sítnice, sklivce, může dojít až k odchlípení sítnice) (Michalík, 2011).

Prevencí je nejen kompenzace základního onemocnění, ale také preventivní prohlídky lékařem spočívající mj. ve vyšetření očního pozadí štěrbínovou lampou.

V současné době jsou možnosti léčby diabetické retinopatie ve vyspělých zemích rozvinutější a lze tedy do větší míry ztrátě zraku zabránit.

Retinopatie nedonošených postihuje nejčastěji novorozence narozené před 32. týdnem s nízkou porodní hmotností pod 1,5 kg. U těchto dětí není dokončená vaskularizace sítnice, cévy nedorostly do periferních částí sítnice (Autrata; Vančurová, 2002).

Rizikovým faktorem pro vznik retinopatie nedonošených je oxygenoterapie v inkubátorech a stav hyperoxie. Vysoká koncentrace kyslíku má za následek vazokonstrikci tepen retiny a po ukončení oxygenoterapie následnou vazodilataci. Po neovaskularizaci cév může dojít ke krvácení až k odchlípení sítnice.

Je důležité retinopatii nedonošených předcházet. Pravidelně provádět screening očního pozadí novorozenců. Oxygenoterapie by neměla překročit 30% koncentraci kyslíku a ukončení oxygenoterapie je nutné provádět postupně kvůli vyrovnání atmosferických tlaků (Vítek, 2007).

Incidence retinopatie nedonošených ve vyspělých zemích klesá, v rozvojových zemích je toto postižení stále jedna z nejčastějších příčin slepoty.

4.4.5 Degenerativní postižení sítnice

Mezi tato postižení řadíme onemocnění nezánětlivého původu, s různými progredujícími příznaky a s oboustranným výskytem.

Je jim společné primární poškození nervových částic sítnice (Aurata; Vančurová, 2002).

Pigmentová degenerace sítnice je nejrozšířenější recesivně dědičné degenerativní onemocnění. Mezi příznaky patří šeroslepost, omezení zorného pole a nález pigmentových ložisek na periferii sítnice. Toto onemocnění zpravidla končí praktickou slepotou (Aurata; Vančurová, 2002).

Věkem podmíněná makulární degenerace je chronické, degenerativní onemocnění. Dle WHO je až 50% příčinou slepoty u osob s vyšším věkem v rozvinutých zemích (Kuchynka, 2007).

5 Specifika klienta se zrakovým postižením

Zrak je jeden z nejdůležitějších smyslů, které člověk používá ke kontaktu s okolním světem, k orientaci v prostředí, při komunikaci atd.

Člověk jako bio-psycho-sociální bytost má své specifické potřeby a pro plnohodnotný život je nutné tyto potřeby uspokojovat. Zrakové postižení je pro člověka velice zásadní a výrazným způsobem mění a ovlivňuje jeho život.

Specifika klienta se zrakovým postižením jsou jeho specifické projevy.

„Specifickými projevy míníme typické situace při běžných denních aktivitách vázané na oslabení či absenci vidění.“ (Michalík, 2011, s. 283)

5.1 Komunikace

Lidská komunikace patří mezi základní dovednosti člověka a je to složitý a mnohavrstevný proces (Linhartová, 2007).

V oblasti interpersonální komunikace je klient se zrakovým postižením značně znevýhodněn. Zejména v neverbální stránce komunikace. Nevidomý nebo osoba s těžkým zrakovým postižením nemůže získávat vizuální informace z okolí. Nemůže vědět, jak se tváříme (mimika), jak gestikulujeme (gestika), jaký máme postoj (posturika), atd.

„V komunikaci hraje důležitou roli doba, kdy ke vzniku postižení došlo.“ (Slowík, 2010, s. 64)

Bariéra při komunikaci může vzniknout nejen ze strany klienta. Často ani nevíme, jak s klientem se zrakovým postižením komunikovat, dopouštíme se mnoha chyb, přehnaně reagujeme (Michalík, 2011). Pro navození optimálního vztahu je důležité znát specifika pro komunikaci s klientem se zrakovým postižením. Téma komunikace je velmi rozsáhlé, proto se pokusím shrnout zásady komunikace do několika nejdůležitějších bodů.

„Při setkání s člověkem s těžkým zrakovým postižením je především vhodné iniciativně navázat kontakt.“ (Slowík, 2010, s. 68)

Je dobré oslovit klienta jménem, aby věděl, že se pozdrav týká přímo jeho. Poté připojíme své jméno a pracovní zařazení (Slowík, 2010). Pokud se stane, že klient na naše oslovení nezareaguje, můžeme další oslovení doplnit lehkým dotekem (Michalík, 2011). Je také možné podání ruky, které můžeme předeslat větou, např. „Můžeme si podat ruce?“

Při rozhovoru jednáme přímo s klientem, nikoliv s doprovodem (Venglářová; Mahrová, 2006). Jsme čelem ke klientovi, i když nás nevidí, podle hlasu dokáže určit, kde se nalézáme a zda se neotáčíme jinam (Slowík, 2010). Je vhodné zařídit přiměřený prostor ke komunikaci, minimalizovat rušivé podněty z okolí, odstranit případné překážky. Naši činnost a pohyb po místnosti verbalizujeme (Linhartová, 2007). Pokud chceme odejít a ukončit tak komunikaci, klienta na to upozorníme (Slowík, 2010).

Časté rozpaky způsobují při komunikaci s klientem se zrakovým postižením vizuální výrazy (např. „uvidíte“ aj.). Klient, který přišel o zrak v nedávné době, může být na tyto výrazy citlivější. Většinou ale tyto nepůsobí klientům se zrakovým postižením problémy, naopak sami je používají a není tedy třeba se jim striktně vyhýbat (Michalík, 2011). Ovšem je dobré

se vyvarovat označení místa zájmeným příslovcem, jako např. „tam“, „tudy“, „tady“ atd., které jsou nespecifické a matoucí. Je proto vhodnější nahradit je konkrétními výrazy, např. „nalevo od vás“ atd. (Slowík, 2010).

Záleží vždy na dohodě, do jaké míry potřebuje osoba se zrakovým postižením naši pomoc. Za klienta nerozhodujeme, vždy se zeptáme s čím a jak bude chtít pomoci (Michalík, 2011).

Hospitalizace klienta se zrakovým postižením znamená velikou změnu. Orientace v prostoru a samostatný pohyb je narušený (Venglářová; Mahrová, 2006). Proto je nutné vycházet klientovi maximálně vstříc, věnovat mu dostatek času k adaptaci a k vyrovnání se s nově vzniklou situací. Vždy postupujeme taktně. Naši pomoc nabídneme, ale nevnučujeme.

Řada informací je v psané podobě (informované souhlasy, práva pacientů, různé dotazníky, aj.). Přístup k těmto informacím je pro klienty se zrakovým postižením omezený, proto existují jiné možnosti, jak tyto informace klientům zprostředkovat. Práce s textovými a grafickými informacemi je pro slabozrakého člověka zachována a postačí většinou použití optických pomůcek a dodržení určitých podmínek jako dostatečné osvětlení, vhodně zvolená velikost, tvar, kontrast písma (ideální tiskací, jednoduché, se silnější grafickou stopou). Můžeme použít tzv. černotisk (text psaný zvětšeným, tučným písmem). Pokud klient není schopen tento text rozlišit, nebo u nevidomých se užívá Braillovo bodové písmo (šestibod). Jedná se o reliéfní písmo, které klient „čte“ hmatem.

Pokud ale informace nejsou dostupné v jiné formě (zvětšené kontrastní písmo, dokument psaný Braillovým písmem), tyto informace klientovi přečteme.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, si také klient může zažádat o předčitatelskou službu (Sagit, 2006). Tyto služby poskytuje Tyflocentrum včetně průvodcovských služeb. Některé Tyfloservisy mají také tiskárnu, která převede psaný text v elektronické podobě do Braillova písma či černotisku.

5.2 Prostorová orientace a samostatný pohyb

Velkým problémem při zrakovém postižení jsou obtíže s prostorovou orientací a samostatným pohybem (dále jen PO SP) (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

„Problémy v PO SP odlišují těžce zrakově postiženého od vidící veřejnosti, omezují možnosti poznávání objektivní reality a mají vliv i na utváření osobnosti. (Wiener, 2006, s.9)

Zatímco se člověk běžně orientuje pomocí zraku, osoba se zrakovým postižením je nucena využívat jako hlavní orientační smysly sluch, hmat, u slabozrakého pacienta zbytky zraku. Při pohybu se musí maximálně koncentrovat.

K orientaci v prostoru slouží orientační body a znaky. Orientační bod slouží k odlišení okolního prostředí a umožňuje se rychle zorientovat, je trvalý (např. roh domu, patník atd.) (Michalík, 2011).

Vodící linie upozorňuje osobu se zrakovým postižením na nějakou změnu terénu apod. Mohou být přirozené nebo umělé. Přirozené mohou být např. obrubníky, stěny domů. Umělá vodící linie je speciálně vytvořená součást stavby, např. podélné drážky, signální, varovný, hmatný pás aj. (Šestáková; Lupač, 2010).

Aby byla osoba se zrakovým postižením mobilní, je nutné techniky PO SP zdokonalovat a rozvíjet. Mobilita zde slouží jako základní předpoklad samostatného života osoby se zrakovým postižením, jeho zařazení do společnosti, socializace (Wiener, 2006).

„Nevidomý člověk je mobilní, když je schopen se s využitím naučených technik pohybu a získávání informací bezpečně a jistě přemísťovat v prostoru. (Wiener, 2006, s.17)

Podle Wienera jsou tři základní oblasti rozvoje prostorové orientace, kterými jsou Prvky prostorové orientace a samostatného pohybu, Technika dlouhé hole a Orientačně analyticko-syntetická činnost.

Prvky PO SP jsou: *„základní návyky, jež rozvíjejí a zdokonalují přirozené schopnosti a jejichž zvládnutí mu umožňuje dosáhnout poměrně vysokého stupně mobility.“ (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007, s.117)*

Technika dlouhé hole je cílevědomé používání bílé hole, poskytující bezpečnost a jistotu pohybu (Wiener, 2006).

Nejvyšším stadiem výchovy PO SP, využíváním dostupných informací, aplikací technik pohybu v procesu PO SP se zabývá orientačně analyticko-syntetická činnost (Wiener, 2006).

Zvládnutí techniky pohybu bez hole je také pomocí chůze s vidícím průvodcem (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007). Do této kapitoly proto zařadím i několik základních pravidel pro průvodcovství.

Klient se zrakovým postižením se může držet průvodce zezadu za paži, nebo si položí ruku na rameno průvodce (Venglářová; Mahrová, 2006). Záleží vždy na domluvě, jak to bude pro klienta příjemnější. Průvodce jde vždy asi o půl kroku napřed.

Průvodce nemusí informovat klienta úplně o každém pohybu, většinou podle našeho pohybu pozná, zda např. měníme směr (Dyck, 2007). Klienta upozorňujeme na zužující se prostor, zde postačí dát paži, kterou se klient přidrží za záda. U schodiště oznamujeme první a poslední schod, směr schodiště (schodiště nahoru, dolů), ke schodům přistupujeme kolmo. Při průchodu dveřmi je optimální, pokud je průvodce na straně kliky a klient na straně pantů. Průvodce dveře otevírá, klient zavírá (Michalík, 2011).

Usazení na židli probíhá tak, že ruku, za niž se klient drží, položíme na opěradlo židle, klient sjede volnou rukou na opěradlo a sám si židli odsune a usadí se (Dyck, 2007).

Doprovázíme-li klienta na toaletu, popíšeme umístění vybavení uvnitř kabinky, zároveň informujeme o typu a umístění splachovadla. Jednáme taktně, s ohledem na situaci (Michalík, 2011).

Je důležité nenechávat pootevřené dveře do místnosti, od skříněk, odsunutá židle, nepřemísťujeme bez upozornění předměty, osobní věci apod (Michalík, 2011).

Dobré je si také uvědomit, že osoba se zrakovým postižením nemůže adekvátně reagovat na naše zvolání typu: „Pozor! Stůjte!“ Musíme také připojit důvod, např. „Pozor, před vámi je otevřené okno!“ apod.

5.3 Sebeobsluha

Do oblasti sebeobsluhy můžeme zařadit širokou škálu běžných, každodenních činností a řadíme sem také dovednost péče o druhou osobu (např. o dítě, partnera) (Schindlerová, 2007).

V Českém jazyce se užívá termín „sebeobsluha“, v anglickém jazyce je ekvivalentem zkratka *ADL (activities of daily living)* nebo *DLS (daily living skills)*, v německém *Lebenspraktischenfertigkeiten* (Finková; Ludíková; Růžičková; 2007).

To, co je pro vidoucího člověka zcela normální, co dělá bezmyšlenkovitě, samozřejmě, může být pro osobu se zrakovým postižením těžkým úkolem. Musí si zvolit optimální postup, vymezit si čas a prostor.

Vždy je potřeba procvičování a zdokonalování již získaných dovedností. U později osleplých stejně tak i u dětí se zrakovým postižením, je důležitý nácvik sebeobslužných úkonů. U později osleplých je možné stavět na jejich dosavadních zkušenostech, musí se ovšem začít s nácvikem co nejdříve (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Při péči o hospitalizovaného klienta se zrakovým postižením se předpokládá určitá samostatnost při sebeobslužných činnostech. Platí to ovšem pro ty, kteří mají zrakové postižení delší dobu a adaptace na zrakové postižení a samotný nácvik sebeobsluhy je již zvládnutý. Při ztrátě zraku např. po traumatu, kdy je pro klienta situace bez zraku nová, je potřebné klienta sebeoblužné činnosti naučit. Vždy je nutné mít na paměti, že taková situace je velmi stresující a záleží na mnoha faktorech, jak klient tuto situaci zvládne. Přistupujeme tedy s trpělivostí, empatií a dopřáváme klientovi dostatek času.

Okrajově se v této kapitole zmíním o základních oblastech sebeobsluhy - osobní hygiena, oblékání a stravování.

U osobní hygieny později osleplých lze stavět právě na již získaných zkušenostech. Je potřebné mít uspořádané věci, aby je klient našel bez obtíží. Tyto pomůcky následně bez vědomí klienta nepřemísťujeme (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

I osoba se zrakovým postižením se může obléci tak, aby měla sladěné barvy, byla oblečena vhodně a vkusně. U nevidomých je třeba, aby měly své oblečení „čitelně“ označené. Např. červené oblečení označené na dolním lemu vyšitým křížkem, kulatým knoflíkem atd. Důležité je mít uspořádané oblečení podle přání zrakově postiženého.

Při předložení pokrmu nevidomému ho seznámíme s polohou jednotlivých potravin, nápojů atd. podle hodinového ciferníku. Např. na dvanácti hodinách jsou jako příloha vařené brambory, na třech hodinách je okurka a na šesti řízek. Upozorňujeme i na to, zda má nápoj v hrníčku či ve skleničce a kde se před ním nalézá.

6 Pomůcky pro zrakově postižené

Osoby se zrakovým postižením se často neobejdou bez použití tzv. tyflotechniky a tyflopomůcek.

Podle defektologického slovníku lze tyflotechniku definovat jako „soubor přístrojů, zařízení a pomůcek umožňujících nevidomým alespoň do jisté míry kompenzovat chybějící zrak. Tyto kompenzační pomůcky přispívají k integraci nevidomých v přípravě na povolání, v jeho výkonu, ve styku s ostatními lidmi a v ostatních oblastech jejich kulturního, společenského i soukromého života.“ (Sovák, 2000, s.367)

Klasifikace pomůcek pro osoby se zrakovým postižením je různá. Lze dělit např. podle hloubky postižení na pomůcky pro nevidomé, slabozraké a pro osoby s poruchou binokulárního vidění, pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb, nebo podle

využitelnosti jednotlivými smysly (akustické, haptické) atd. (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).²

Nejčastěji se uvádí rozdělení na optické, neoptické a elektronické pomůcky.

6.1 Optické pomůcky

Osobám slabozrakým a se zhoršeným vizem lze text zpřístupnit jeho zvětšením pomocí optického systému. Speciálními pomůckami jsou např. hyperokuláry (lupy zasazené do brýlových obrouček), lupy, dalekohledové systémy a filtry (Moravcová, 2004).

Lupy mohou být např. předsádkové na kolíčkovém úchytu (mohou se nasadit přímo na brýle, nebo mají vlastní nosník), ruční lupa s rukojetí či stojánková lupa (s osvětlením či bez, se zapojením do sítě nebo na baterie) (Moravcová, 2004).

I když se v podstatě jedná o elektronické zařízení s uzavřeným televizním okruhem, lze do optických pomůcek zařadit i kamerovou zvětšovací televizní lupu (Hamadová; Květoňová; Nováková, 2007).

Filtrové brýle pomáhají zvýraznit kontrast a detaily (Moravcová, 2004).

6.2 Neoptické pomůcky

Do neoptických pomůcek můžeme zařadit úpravu prostředí (osvětlení, pro zlepšení orientace využití kontrastních barev materiálů, atd.), přizpůsobení textového materiálu (použití vhodného typu, barvy, velikosti písma, kontrastu, kvality papíru, speciální reedukační texty), čtecí stojánky, záložky, podložky, filtry, fólie atd. (Moravcová, 2004).

Dnes dostupné a poměrně běžně užívané především v domácím prostředí jsou pomůcky jako např. podpisové šablony, nůžky pro nevidomé, navlékač nití atd. Nejen ke studiu a výuce lze použít také dymokleště, Pichtův psací stroj pro psaní Braillova písma, figurkový šestibod atd. (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Pro samostatný pohyb slouží osobám se zrakovým postižením také bílá hůl. Jedná se o pomůcku, která plní funkci ochrannou, orientační, signalizační a opěrnou (Michalík, 2011).

K této skupině pomůcek se mohou přiřadit také různé tyflografické plánky a mapky, které slouží k orientaci a představě o plánované trase, uskupení oddělení, reliéfní glóbus apod.

² Veškeré dostupné pomůcky lze také nalézt na adrese URL: <<http://is.brailnet.cz/pomucky.php>>

6.3 Elektronické pomůcky

Rozvoj techniky umožňuje osobám se zrakovým postižením využít kompenzačních pomůcek pro zvýšení komfortu, přispívá k samostatnosti a ulehčení jednotlivých činností. Pro slabozraké s využitím zbytku zraku a pro nevidomé, je kompenzace zraku pomocí hmatu a sluchu (Hamadová; Květoňová; Nováková, 2007).

Velká část je na bázi počítačových pomůcek. Pro nevidomé je to např. odečítač obrazovek, který je tvořen počítačem se skenerem umožňující práci s programy, zpracování informací v digitální podobě, přístup k internetu. Je schopný také převést poznámky psané na Pichtově stroji do počítače (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007). Mezi pomůcky usnadňující přístup k informacím je digitální čtecí zařízení pro nevidomé s hlasovým či hmatovým výstupem, elektronické zápisníky s hlasovým či hmatovým výstupem, přenosné braillovské terminály k počítači přes USB port (Ševčíková, 2008).

Pomůckou usnadňující orientaci a samostatný pohyb v prostoru je elektronická orientační pomůcka, kdy má osoba se zrakovým postižením na hrudi senzor, který snímá prostor před postiženým a vyhodnocuje možné překážky a přenáší je prostřednictvím hmatu (vibrace, tlak) na tělo klienta. Dalšími pomůckami nejen pro nevidomé, ale i pro osoby s těžkým postižením zraku patří např. kapesní kalkulačka s hlasovým výstupem, slepecké hodinky, budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem, různé měřicí přístroje (nejen) pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem – teploměry, tonometry, kuchyňská nebo osobní váha (Ševčíková, 2008). A další pomůcky jako indikátor barev, hladiny, nůžky pro nevidomé, dávkovače tekutin, aj., které usnadňují osobě se zrakovým postižením každodenní činnosti (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

6.4 Vodící pes

Podle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č.182/1991 Sb., se vodící pes řadí mezi kompenzační pomůcky pro nevidomé a těžce zrakově postižené občany (Michalík, 2011).

Pes je pro svého majitele velkým přínosem, pomáhá mu zvládat samostatný pohyb, lépe se orientovat v prostředí a nezanedbatelným aspektem je i odbourávání možných komunikačních bariér. Výcvik vodícího psa je náročný nejen z finanční stránky, musí zvládat řadu úkonů, být plně koncentrován a nesmí se nechat rozptýlit. Je proto velice nevhodné jakkoliv vodícího psa v jeho práci vyrušovat, krmit ho, bez vědomí majitele psa hladit atd. (SVVP, 2012).

Pes jako „kompenzační pomůcka“ by měl mít přístup do všech veřejných prostor a podle novelizace zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., má vodící pes přístup také do zdravotnického zařízení a pobyt v něm (MZ, 2011).

7 Komplexní péče o klienty se zrakovým postižením

V komplexní péči o klienty se zrakovým postižením jsou přijímány různé opatření, které v rámci resortního členění přispívají ke zlepšení životního komfortu (Michalík, 2011). Tato opatření se týkají zejména zdravotnického, sociálního a školského resortu. A lze do této skupiny přiřadit také neziskový sektor, který má nezastupitelnou roli v péči o tyto klienty.

7.1 Zdravotnický resort

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, který vytvořil národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 uvedl, „že osoby se zdravotním postižením mají právo na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení.“ (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010, s.34)

V tomto plánu je mj. také zahrnutá podpora vzniku dobrovolnických center, aktivit, zlepšení podmínek využitelnosti zdravotní péče a respektování specifických potřeb, stejně jako vznik informačních materiálů a vzdělávacích aktivit o problematice osob se zdravotním postižením aj. (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010). Jak je patrné, stále mnoho oblastí ve zdravotnickém resortu je nutné a potřebné zdokonalovat a rozvíjet.

Jako první se obvykle s klientem se zrakovým postižením či jeho rodinou setkává lékař. Měl by proto mít dostatečné znalosti o způsobech prevence, možnostech léčby a kompenzace zrakového postižení, znát zásady správné komunikace a specifika péče.

Služby zdravotnického resortu lze rozdělit podle doby působení a formy zákroku na preventivní péči a lékařskou, oftalmologickou péči (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007). Do preventivní péče spadá oblast genetického poradenství, péče o matku a dítě v těhotenství, během porodu, screeningové vyšetření zraku, sledování dětí v rizikové skupině (předčasně narozené, děti rodičů se zrakovým postižením), preventivní prohlídky apod. Lékařské péče je poskytována v oblasti prevence, poradenství a léčby (chirurgická, medikamentózní) (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Největším centrem v České republice s již zhruba šedesátiletou tradicí je Centrum zrakových vad zřízené při 2. lékařské fakultě Karlovy univerzity ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Toto centrum poskytuje komplexní péči o pacienty všech věkových skupin. Jedná se např. základní oftalmologickou ambulantní péči, předpis speciálních optických, elektronických pomůcek včetně nácviku jejich používání, nácvik schopností k přizpůsobení se zrakovému postižení v běžné činnosti, doporučení úpravy pracovního a domácího prostředí, sociální služby, poradenství (genetické, profesní, speciálně-pedagogické, raná péče), kontakty na specializovaná pracoviště (organizace nevidomých, slabozrakých) apod. (FN Motol, 2012).

Centra léčebné rehabilitace je týmovou spoluprací specializovaných odborníků (lékař, psycholog, ergoterapeut, sociální pracovník, speciální pedagog). Výsledkem jsou doporučení klientovi, např. v rámci jeho dalšího vzdělávání, zaměstnání, možnosti rehabilitace a možných služeb, získání potřebných pomůcek apod. (Novosad, 2009). Součástí léčebné rehabilitace je také zraková terapie (soubor metod a podpory pro zlepšení zrakového vnímání) a pleopticko-ortoptická cvičení při strabismu a amblyopii (Michalík, 2011). Velkým přínosem je v neposlední řadě také péče o zrakově postižené v soukromých ordinacích oftalmologů (Moravcová, 2004).

V oblasti meziresortních služeb působí tzv. sociální služba ve zdravotnictví a ve zdravotnických institucích (v nemocnicích, apod.). Tato služba zjišťuje, zda je klientova situace (existenční, rodinná, sociální, zdravotní) adekvátní a klient je schopen návratu do původního prostředí, popř. nabízí možnosti dalšího zaopatření a služeb (Novosad, 2009).

7.1.1 Role zdravotní sestry

Nezastupitelnou roli v péči o zrakově postižené ve zdravotnických institucích má zdravotní sestra. Právě ona zde zastává roli průvodce, vykonává ošetrovatelské činnosti, poskytuje ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu (Workman; Bennet, 2006).

Na sestru jsou kladeny vysoké nároky v oblasti vzdělání, sociálních dovedností, zvyšuje se kvalifikace a kompetence sester.

Sestra by měla znát specifika péče (nejen) o zrakově postižené. I když existují různé standardy, kodexy, práva pacientů apod., stále je to i o individuálním přístupu, schopnosti komunikovat, o empatii a dostatečném vzdělání.

7.2 Sociální resort

Termín sociální ve smyslu společenské interakce nás jasně odkazuje na budování a udržování mezilidských vztahů. Je bez diskuze, že člověk se zdravotním znevýhodněním se může stát i osobou společensky (sociálně) znevýhodněnou. Může k tomu dojít v rámci narušení mobility, komunikačních schopností, nevyrovnání se s životní situací, nevhodným postoje okolí atd.

Nelze opomíjet pracovníky působící jako sociální poradci v rámci mezíresortních služeb (zdravotnictví, školství, neziskový sektor), ale zaměřme se teď především na státní správu. Nejvyšším správním orgánem tohoto resortu je Ministerstvo práce a sociálních věcí, které zaštiťuje práci sociálních pracovníků při krajských a obecních úřadech. Sociální pracovníci v rámci sociální politiky státu daného legislativou pomáhají udržet v chodu systém sociální ochrany, někdy chápaného jako sociální zabezpečení.

„Z hlediska sociální politiky jsou třemi pilíři tohoto systému (a ve vztahu k lidem se zdravotním postižením):

- *Důchodové pojištění (dávky invalidních důchodů – plný a částečný),*
- *Sociální podpora (dávky státní sociální podpory),*
- *Sociální pomoc (někdy též sociální péče – sociální dávky a sociální služby).“ (Michalík, 2011, s. 306)*

Kromě finančního zabezpečení jsou poskytovány i sociální služby, které jsou pro většinu zrakově postižených naprosto nepostradatelné. Tyto služby jsou dány zákonem č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, který byl upraven zákonem č. 206/2009 Sb. Z těch nejpodstatnějších pro osoby se zrakovým postižením jsou zejména:

- sociální poradenství – *„Služby sociálního poradenství se zaměřují na zjišťování rozsahu a charakteru nepříznivé sociální situace a sledují i příčiny jejího vzniku. Na základě tohoto zjištění pak poskytnutím potřebných informací napomáhají k řešení nepříznivé sociální situace.“ (Michalík, 2007, s.40);*
- služby sociální péče – Průvodcovské a předčitatelské služby, Podpora samostatného bydlení, Centra denních služeb;
- služby sociální prevence – Ranná péče, Tlumočnické služby, Sociální rehabilitace.

7.3 Školský resort

Tento resort spadá plně do kompetence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). To dohlíží na vznik a chod škola státních i soukromých.

„Pomocí nařízení, metodických pokynů, vyhlášek a zákonů se MŠMT snaží o zajištění rovného přístupu ke vzdělání, a to s ohledem na schopnosti, dovednosti, cíle a přání zrakově postiženého dítěte či jeho rodičů.“ (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007, s. 77)

V minulosti byly u nás zřizovány školy pro zrakově postižené, ale současný trend vyplývající i ze Strategie boje proti sociálnímu vyloučení a Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014 razí cestu integrace, tedy začleňování, žáků se zrakovým handicapem do hlavního vzdělávacího proudu.

Aby mohli být žáci se zrakovým postižením integrováni do základních škol běžného typu, musejí mít tzv. Individuální vzdělávací plán (IVP), který upravuje vzdělávací osnovy (Školní vzdělávací program), stanovuje učební metody, pomůcky a výukové cíle. Školám a učitelům v integračních aktivitách a tvorbě IVP pomáhají školská poradenská zařízení, jakými jsou Pedagogicko-psychologické poradny a Speciálně pedagogická centra.

7.4 Neziskový sektor

Největší a nejvýznamnější neziskovou organizací u nás je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS). Tato organizace vznikla v roce 1996 sloučením České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. Ačkoli je SONS organizací pro osoby zrakově postižené, členem se může stát jakýkoliv občan ČR starší 15 let.

SONS zřizuje dle potřeby klientů v regionech několik druhů pracovišť s různým zaměřením. Nejvýznačnější je občansky prospěšná společnost Tyfloservis, která zajišťuje poradenské služby i terénní služby. Tyto služby mají klienta a jeho okolí vybavit potřebnými informacemi a dovednostmi pro zvládnutí běžného života a zajištění pomůcek. S Tyfloservisem úzce spolupracují i Středisko sociálního poradenství, Středisko pro odstraňování architektonických bariér, Metodické středisko pro informatiku a brailnet (digitalizace textů a poskytování kurzů práce na PC) a Metodické centrum tyflo technických pomůcek (komplexní konzultace a informace v oblasti pomůcek pro zrakově postižené). Mnohdy supluje funkci Tyfloservisů Střediska integračních aktivit, která jsou menší a nabízejí služby, které jsou v jejich místě žádány.

Pod záštitou SONS dále fungují Výcvikové středisko vodících psů v Praze-Jinonicích, Rekvalifikační středisko Praha-Dědina (pracovní rekvalifikace hlavně osob později osleplých) a občansky prospěšná společnost Tyflo centrum. Ačkoliv jsou Tyflo centra zaměřena na volnočasové vyžití osob se zrakovým handicapem, často přebírají funkci Metodického střediska pro informatiku a Brailnet a poskytují kurzy práce na PC.

II PRAKTICKÁ ČÁST

8 Výzkumné otázky

1. Jak je sledována kvalita péče o klienty se zrakovým postižením?
2. Vědí vedoucí pracovníci co je zrakové postižení?
3. Znájí vedoucí pracovníci specifika péče o klienta se zrakovým postižením?
4. Ve které oblasti péče o klienta se zrakovým postižením se podle vedoucích pracovníků vyskytují nejčastěji rizikové momenty?

9 Metodika výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo získání odpovědí na předem stanovené výzkumné otázky. Pro jeho dosažení byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Byl sestrojen dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 12 otázek (viz. příloha D). Dotazník byl rozdělen na dvě části. V první části byly otázky na demografické údaje, v druhé části byly otázky zaměřené na péči o klienta se zrakovým postižením. V dotazníku byly použity otázky otevřené, uzavřené, dichotomické, identifikační a škálové. Dotazník byl zpracován elektronicky v podobě formuláře na webové stránce a rozeslán jako odkaz na tuto webovou stránku. Byl určen časový limit na vyplnění dotazníku, aby se předešlo možnému získání informací odjinud.

Pilotáž byla provedena v říjnu 2011. Bylo rozesláno 10 dotazníků vedoucím pracovníkům nemocnice. Vyplněno bylo všech 10 dotazníků. Na základě těchto odpovědí byla otázka číslo čtyři upravena jako tabulka, a možnosti odpovědí u dvanácté otázky pozměněny.

Samotný výzkum probíhal od listopadu 2011 do konce ledna 2012. Analýza dat byla pomocí Microsoft Office Excel a data interpretována v jednotlivých tabulkách a grafech. K výpočtům byl použit statistický vzorec: $p_i = (n_i / n) * 100$. Kdy p_i vyjadřuje relativní četnost (%), n_i značí absolutní četnost a n je celkový počet respondentů.

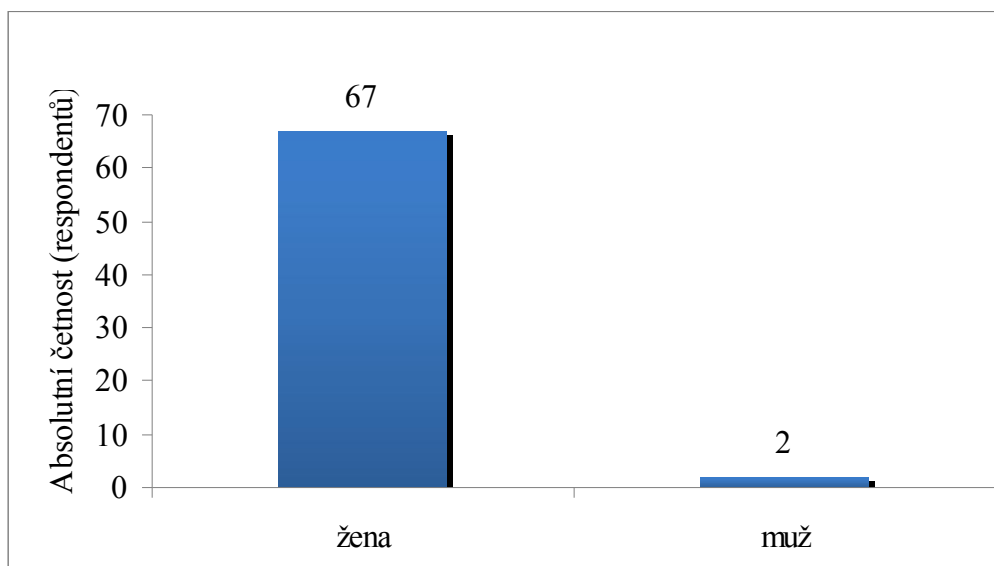
Charakteristika respondentů

Do výzkumného souboru byli zařazeni respondenti, kteří splňovali následná kritéria. Respondenti zastávali funkci staničních a vrchních sester jednotlivých oddělení, souhlasili se zařazením do výzkumného šetření a odeslali kompletně vyplněný dotazník.

Bylo rozesláno 125 dotazníků, vyplněno bylo 69 dotazníků a podmínky pro zařazení do výzkumu splňovalo všech 69 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 55%.

10 Prezentace výsledků

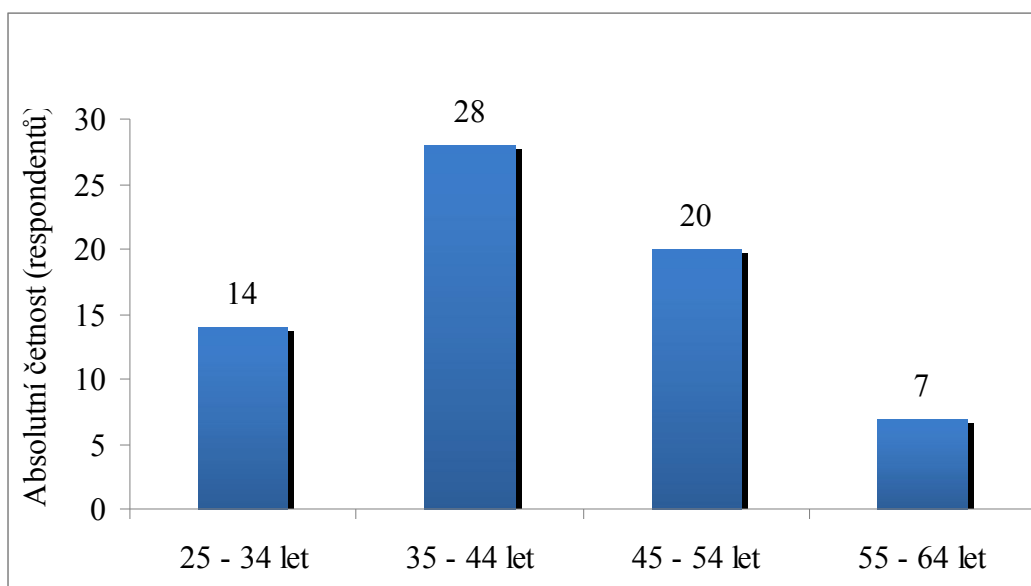
Pohlaví respondentů



Obr. 1 Graf ukazující pohlaví respondentů

Na pozici staničních a vrchních sester ve vybraných zdravotnických zařízeních bylo z celkového počtu 69 (100%) respondentů zaměstnáno více žen, a to z 97 %. Pouze 2 % těchto zaměstnanců byli muži. Viz obr.1.

Věk respondentů

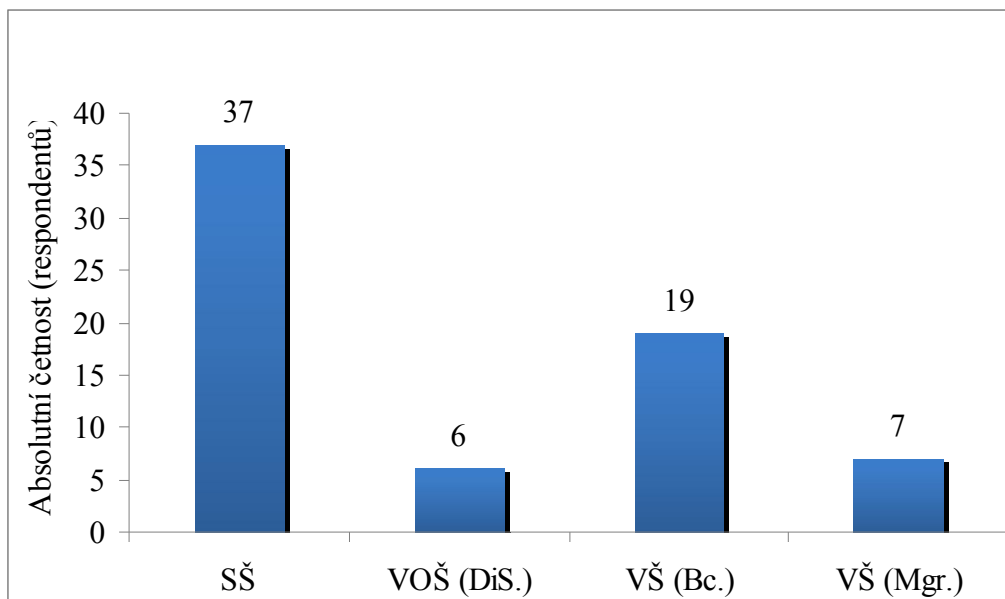


Obr. 2 Graf ukazující věk respondentů

Z ontogenetického hlediska byli všichni respondenti v období dospělosti (20 – 60/65 let). V období rané dospělosti (20 - 30/35 let) bylo 20 % respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořilo období střední dospělosti (do 45 let) 40 % respondentů. V období starší dospělosti ve věku od 45 do 54 let bylo 30 % dotázaných zaměstnanců a ve věku od 55 let do 64 let bylo nejméně respondentů, a to 10 %. Viz obr.2.

Průměrný věk byl 41,5 let. Medián (střední hodnota) tvořil věk 41 let a modus (tzn. nejčetnější hodnota) byl věk 39 let.

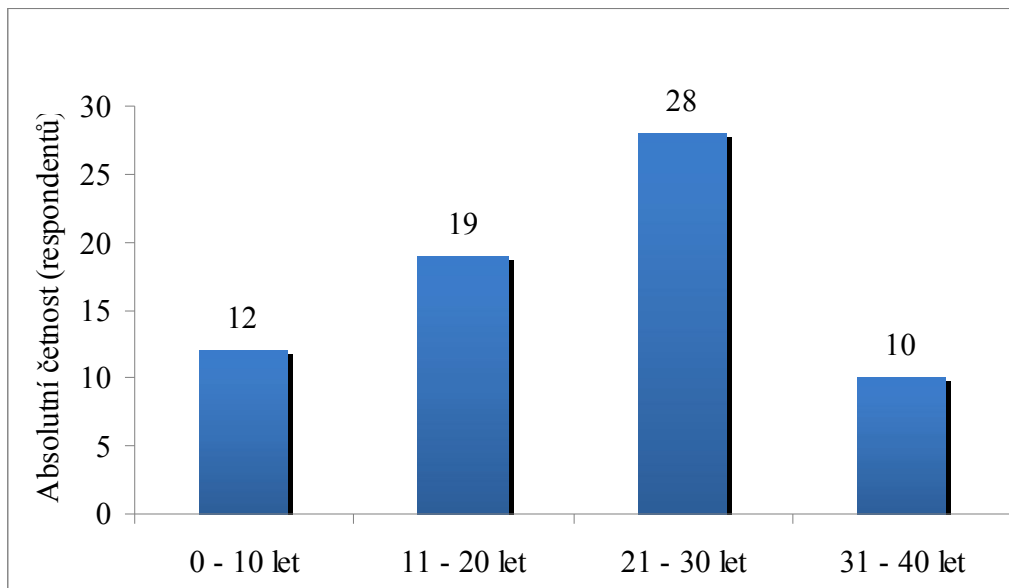
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Obr. 3 Graf dosaženého vzdělání respondentů

Nejčastěji dosaženým nejvyšším vzděláním bylo u vedoucích pracovníků středoškolské s maturitou - 54 %. Vysokoškolské vzdělání s přiznaným titulem bakalář mělo 27 %, vysokoškolské vzdělání s přiznaným magisterským titulem uvedlo 10 % a vyšší odborné vzdělání (diplomovaný specialista) mělo 9 % dotázaných respondentů. Viz obr. 3.

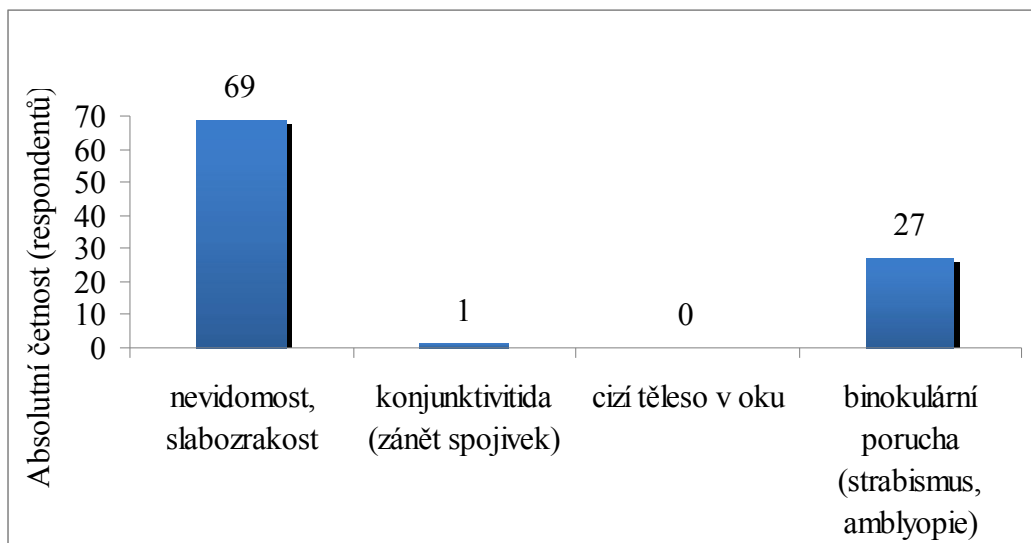
Délka praxe respondentů



Obr. 4 Graf délky praxe respondentů

Nejvíce uváděnou odpovědí na otázku délky praxe se vyskytovala odpověď 21 - 30 let, a to v 41 %. O 13 % méně, tedy 28 % dotázaných respondentů mělo délku praxe v rozpětí 11 – 20 let. Dvanáct respondentů mělo do deseti let praxe, tj. 17 % z celkového počtu. Deset respondentů mělo již za sebou více než třicetiletou praxi, tj. 14 %. Viz obr. 4.

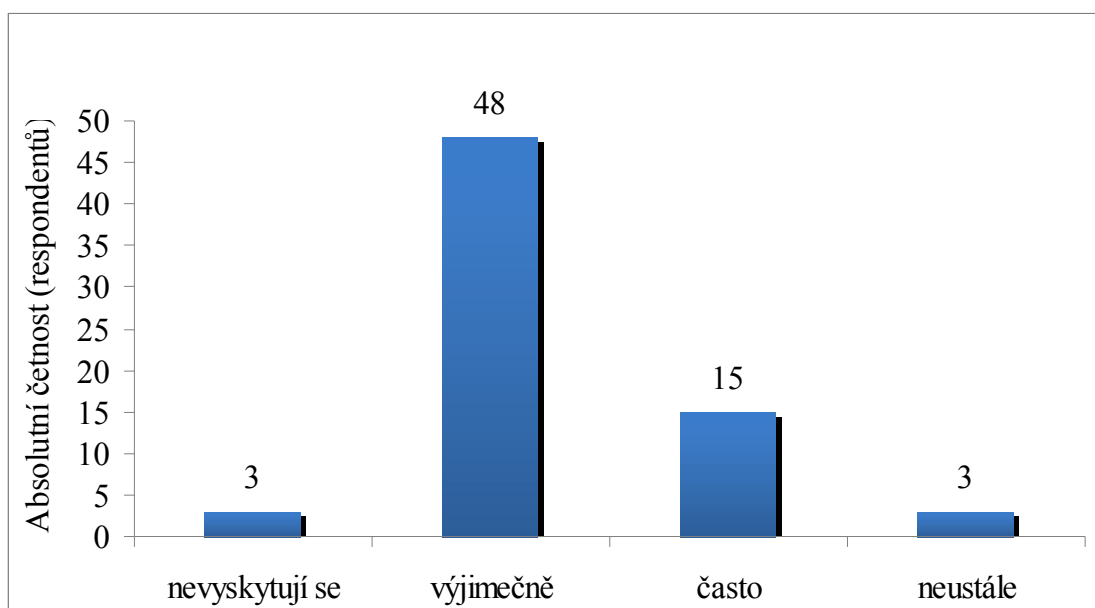
Otázka: Co je podle Vás zrakové postižení?



Obr. 5 Graf ukazující u respondentů znalost termínu zrakové postižení

Respondenti u této otázky mohli vybrat z více možných odpovědí. 100 % respondentů správně označilo, že jako zrakové postižení je označována nevidomost a slabozrakost. Pouze 27 respondentů (39 %) k tomu označilo i druhou správnou odpověď, tj. binokulární porucha (strabismus, amblyopie). 1,5 % pak označilo nesprávnou odpověď a tou byla konjunktivitida. Žádný z respondentů nezvolil odpověď cizí těleso v oku, která se také neřadí mezi zraková postižení. Viz obr. 5.

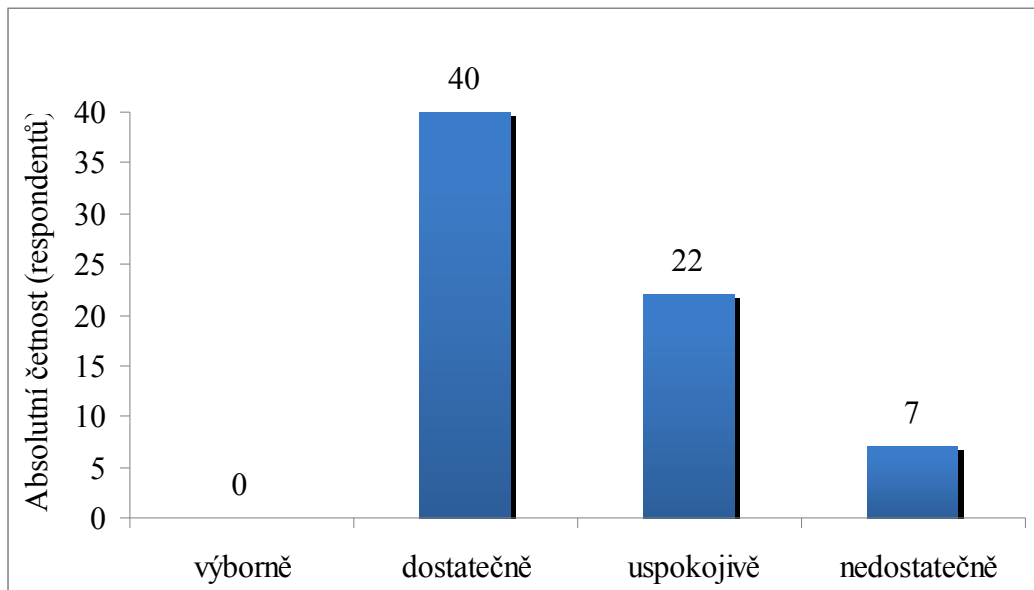
Otázka: Jak často se vyskytují klienti se zrakovým postižením na Vašem oddělení?



Obr. 6 Graf ukazující četnost výskytu klientů se zrakovým postižením na nemocničních odděleních

48 dotázaných respondentů, tj. 70 % označilo odpověď, že klienti se zrakovým postižením se na odděleních vyskytují výjimečně. Na pracovištích 15 respondentů (22 %) jsou klienti hospitalizováni často. 3 respondenti (4%) uvedli, že se klienti se zrakovým postižením nevyskytují vůbec a stejný počet respondentů uvedl neustálý výskyt klientů se zrakovým postižením na jejich odděleních. Viz obr. 6.

Otázka: Jak byste ohodnotil/a své znalosti z oblasti péče o pacienty se zrakovým postižením (např. v oblasti komunikace, sebeobsluhy (stolování, hygiena), prostorové orientace zrakově postižených, ...)?



Obr. 7 Graf osobních znalostí respondentů

Své osobní znalosti ohodnotili nejvíce respondenti jako dostatečné, a to v 58 % (40 respondentů). Za uspokojivé hodnotilo své znalosti 32 % (22 respondentů) a 10 % dotázaných respondentů označilo své znalosti jako nedostatečné. Viz obr. 7.

Otázka: Při komunikaci s klientem se zrakovým postižením:

Tab. 1 Názor respondentů na komunikaci s klientem se zrakovým postižením (správné odpovědi v tabulce vyznačeny kurzívou a tučně)

Možnosti odpovědí	souhlasím	nesouhlasím
A komunikujeme pouze s průvodcem klienta	1	68
B je důležité zaujmout postoj tváří v tvář	60	9
C je nutný fyzický kontakt (podání ruky) před oslovením	55	14
D se vždy představíme klientovi celým jménem a uvedeme své pracovní zařazení	68	1
E vždy ústně informujeme přímo klienta se zrakovým postižením o jakémkoli prováděném výkonu	69	0
F se vyhýbáme gestům určující místo, polohu	50	19

Tab. 2 Správné a špatné odpovědi respondentů

Číslo otázky	Možné odpovědi	správně		špatně		celkem	
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
1	A	68	99%	1	1%	69	100%
	B	60	87%	9	13%	69	100%
	C	14	20%	55	80%	69	100%
	D	68	99%	1	1%	69	100%
	E	69	100%	0	0%	69	100%
	F	50	72%	19	28%	69	100%

Tato otázka se zabývala znalostmi respondentů v rámci komunikace s klientem se zrakovým postižením. První tabulka znázorňuje možné odpovědi na otázku, zda respondenti souhlasili či nesouhlasili s tvrzením. Správné odpovědi jsou v tabulce vyznačeny kurzívou a tučně. Viz tab. 1.

Druhá tabulka označuje absolutní a relativní četnost správných a špatných odpovědí respondentů na jednotlivé otázky. Správně v otázce komunikace s klientem se zrakovým postižením odpovědělo 79 % respondentů a špatně 21 %. Viz tab. 2.

Otázka: Při péči o hospitalizovaného klienta se zrakovým postižením:

Tab. 3 Názor respondentů na péči o hospitalizovaného klienta se zrakovým postižením (správné odpovědi v tabulce vyznačeny kurzívou a tučně)

Možnosti odpovědí	souhlasím	nesouhlasím
A je nutné, aby měl své pomůcky na stálém místě a bez vědomí klienta nebyly přemísťovány	69	0
B denní hygienu mobilního klienta provádí zdravotnický personál	2	67
C je potřeba rozložení servírovaného pokrmu přesně lokalizovat	66	3
D umožníme klientovi označení osobních věcí a prostor oddělení k snazší orientaci	67	2
E nemusí být klient seznámen s uspořádáním oddělení, všude ho doprovází personál	0	69
F zajistíme průchodnost všech prostor oddělení odstraněním možných bariér	63	6

Tab. 4 Správné a špatné odpovědi respondentů

Číslo otázky	Možné odpovědi	správně		špatně		celkem	
		<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
2	A	69	100%	0	0%	69	100%
	B	67	97%	2	3%	69	100%
	C	66	96%	3	4%	69	100%
	D	67	97%	2	3%	69	100%
	E	69	100%	0	0%	69	100%
	F	63	91%	6	9%	69	100%

Otázky ohledně péče o klienta se zrakovým postižením zjišťovali názor respondentů a jejich znalosti. První tabulka znázorňuje možné odpovědi na otázku, zda respondenti souhlasili či nesouhlasili s tvrzením. Správné odpovědi jsou v tabulce vyznačeny kurzívou a tučně. Viz tab. 3.

Druhá tabulka označuje absolutní a relativní četnost správných a špatných odpovědi respondentů na jednotlivé otázky. Správně v otázce péče o klienta se zrakovým postižením odpovědělo 97 % respondentů a špatně pouhé 3 % dotázaných. Viz tab. 4.

Otázka: Je podle Vás bariérou pro klienta se zrakovým postižením:

Tab. 5 Názor respondentů na možné bariéry pro klienta se zrakovým postižením

Možnosti odpovědí	souhlasím	nesouhlasím
A změna rozmístění předmětů (vozíky na prádlo, nábytek) na chodbě oddělení, mokrá podlaha	67	2
B pootevřené dveře, otevřená okna, schodiště	61	8
C společná sociální zařízení (sprchy, WC)	31	38

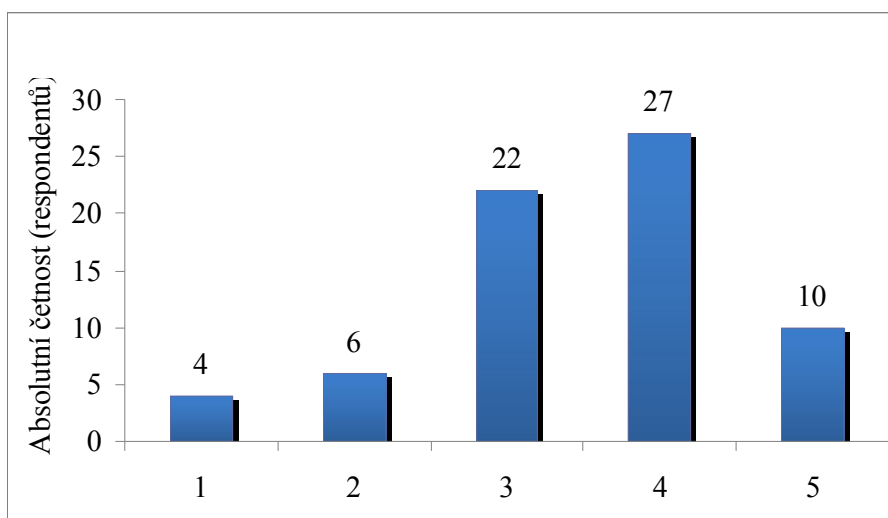
Tab. 6 Správné a špatné odpovědi respondentů

Číslo otázky	Možné odpovědi	správně		špatně		celkem	
		<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
3	A	67	97%	2	3%	69	100%
	B	61	88%	8	12%	69	100%
	C	31	45%	38	55%	69	100%

První tabulka znázorňuje možné odpovědi na otázku, zda respondenti souhlasili či nesouhlasili s tvrzením. Správné odpovědi jsou v tabulce vyznačeny kurzivou a tučně. Viz tab. 5.

Druhá tabulka označuje absolutní a relativní četnost správných a špatných odpovědí respondentů na jednotlivé otázky. Správně zodpovědělo 77 % respondentů a špatně 23 % dotázaných. Viz tab. 6.

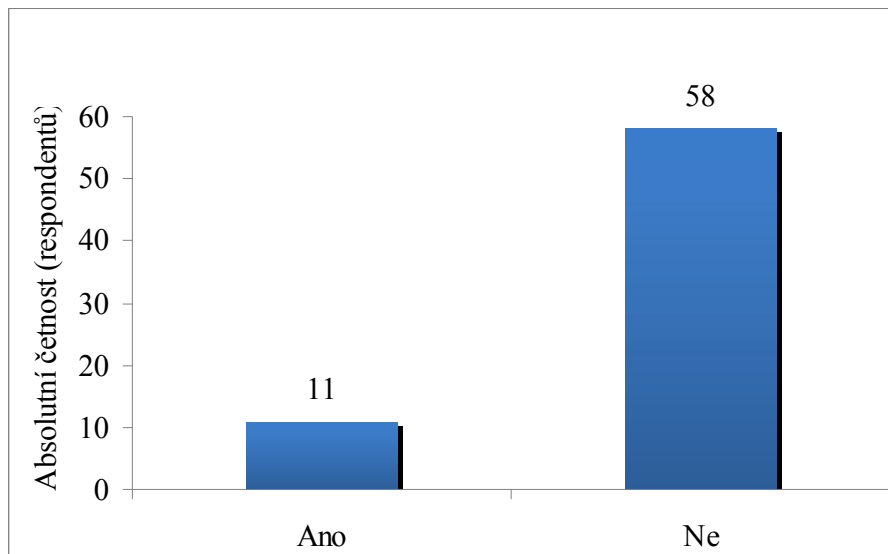
Otázka: Jak byste subjektivně ohodnotili úroveň péče o klienta se zrakovým postižením ve Vašem zdravotnickém zařízení?



Obr. 8 Graf ukazující subjektivní hodnocení respondentů na úroveň péče o klienty

Subjektivně hodnotili respondenti úroveň péče o klienty se zrakovým postižením na škále od 1 do 5, přičemž číslo 1 označovalo minimální úroveň, číslo 5 pak úroveň maximální (nejvyšší). Velice kladně, číslem 4, hodnotilo 27 respondentů (39 %). O stupeň méně, číslem 3, ohodnotilo 22 respondentů (32 %). Jako nejvyšší možnou úroveň péče uvedlo 10 respondentů (15 %). 6 respondentů (8 %) označilo péči číslem 2. Minimální úroveň péče o klienty se zrakovým postižením uvedli 4 respondenti (6 %). Viz obr. 8.

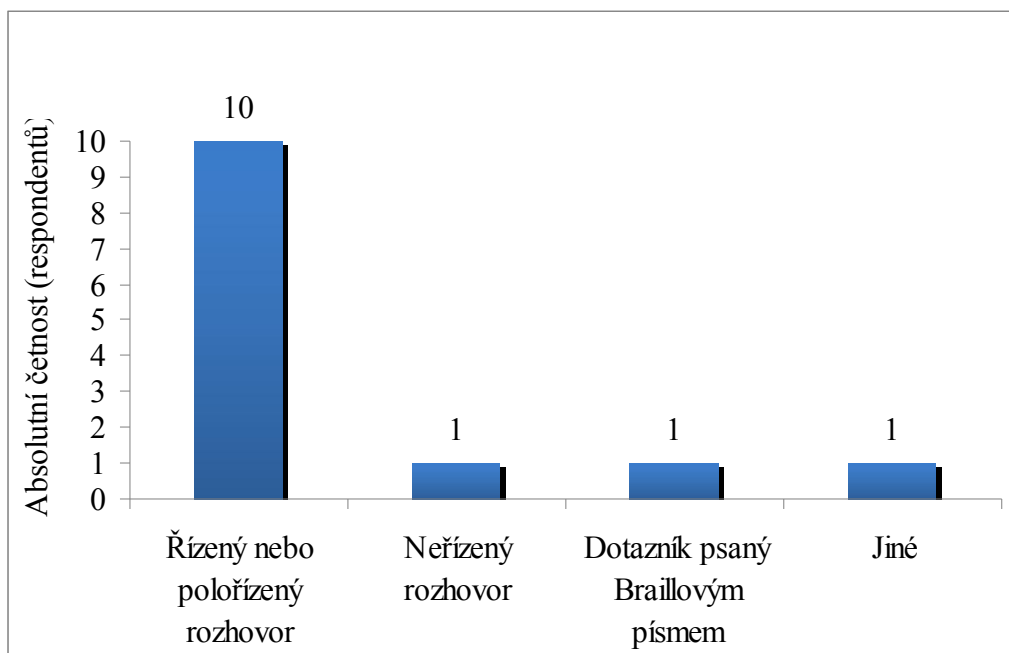
Otázka: Využíváte na Vašem oddělení speciální metody pro hodnocení spokojenosti klienta se zrakovým postižením s poskytovanou péčí?



Obr. 9 Graf využívání speciálních metod pro hodnocení

84 % (58 dotázaných) nevyužívá žádnou formu hodnocení spokojenosti klientů se zrakovým postižením s poskytovanou péčí. Pouhých 16 % (11 respondentů) nějakou formu speciálních metod k získání hodnocení využívá. Viz obr. 9.

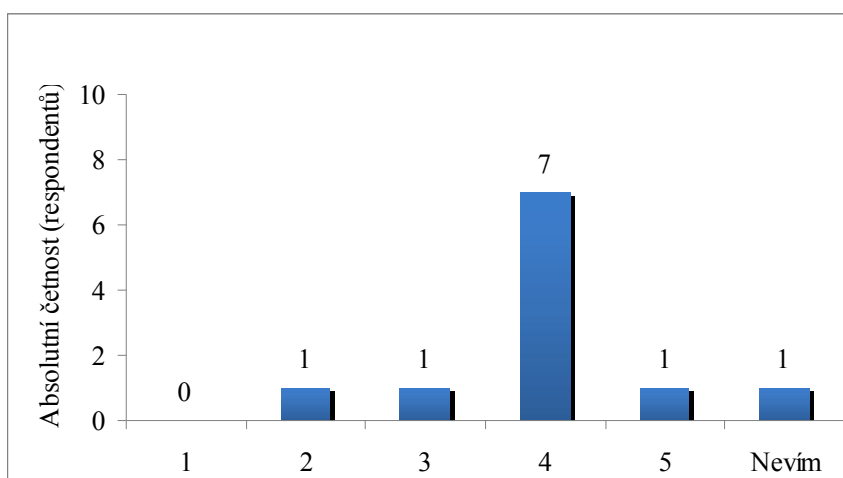
Otázka: Pokud nějaké speciální metody pro hodnocení spokojenosti klienta se zrakovým postižením s poskytovanou péčí využíváte, jaké metody používáte nejčastěji?



Obr. 10 Graf používaných metod

Pokud respondenti zodpověděli na předešlou otázku záporně, tuto otázku nevyplňovali. V případě, že využívali nějaké speciální metody k hodnocení spokojenosti klienta, tento graf ukazuje, jaké metody použili nejčastěji. Respondenti v této otázce mohli označit i více možných odpovědí. Z 11 respondentů, kteří užívali metody hodnocení, jich 10 využívalo řízený nebo polořízený rozhovor (91 %). Neřízeným rozhovorem získalo hodnocení klientů se zrakovým postižením 9 % (1 respondent), stejně jako dotazník psaný Braillovým písmem. 1 respondent (9 %) využíval jinou metodu. Viz obr. 10.

Otázka: Jak klient se zrakovým postižením, na základě Vámi využívaných metod hodnocení spokojenosti s poskytovanou péčí, péčí hodnotí?



Obr. 11 Graf spokojenosti klientů s poskytovanou péčí

Tato otázka směřovala také na respondenty, kteří užívali speciální metody k získání hodnocení péče od klientů se zrakovým postižením. Na škále od 1 do 5, přičemž číslo 1 označovalo minimální spokojenost s poskytovanou péčí, číslo 5 maximální spokojenost klientů, v 64 % označili respondenti číslo 4 (7 dotázaných). Čísla 2, 3 a 5 označil vždy jeden respondent (9 %). 1 respondent označil odpověď „nevím“ (9 %). Možnost minimální spokojenosti klienta s poskytovanou péčí (na škále číslo 1), nevybral žádný z respondentů. Viz obr. 11.

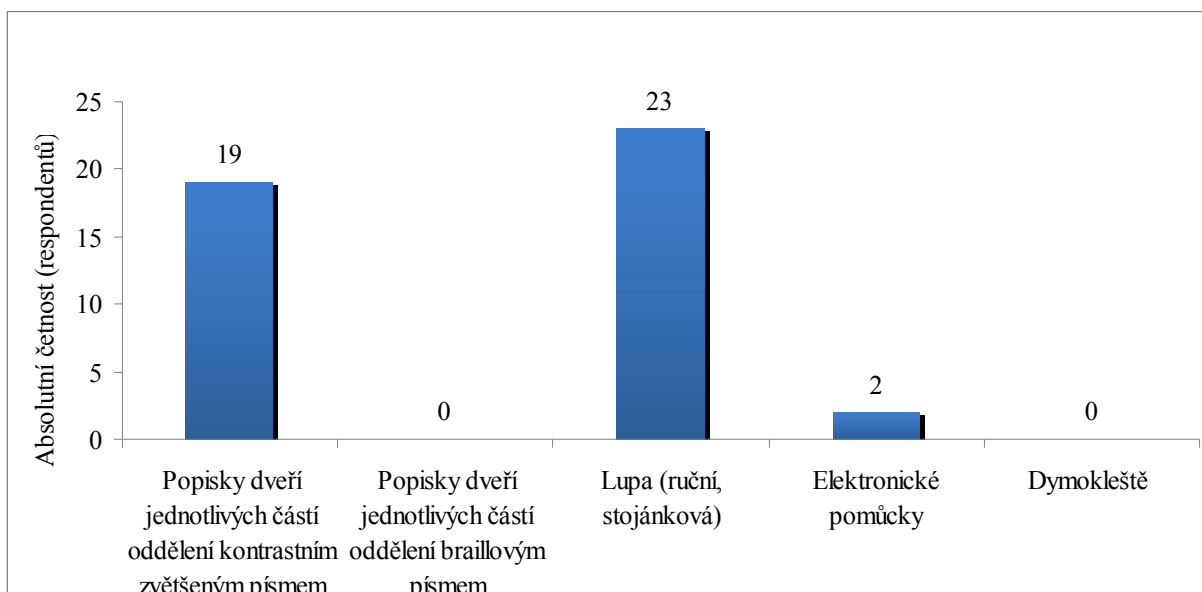
Otázka: Pokud jste zaškrtnli jinou známku než 5, označte, jakých problémů se připomínky nejčastěji týkaly.

Tab. 7 Problémy klientů s poskytovanou péčí

Možnosti odpovědí	počet respondentů
A Úpravy prostředí oddělení	3
B Zlepšení vybavenosti oddělení pomůckami	2
C Vyškolení personálu oddělení pro kontakt se zrakově postiženým	3
D Odstranění informačních bariér pro klienta se zrakovým postižením vytvořením dokumentů (Domácí řád, Práva pacientů, Informovaný souhlas) v přístupné formě (Braillovo písmo, černotisk)	4
E Jiné	2

Pouze jeden respondent uvedl číslo 5 (viz obr. 11), ostatní respondenti uvedli jinou známku. Respondenti mohli na tuto otázku uvést více možných odpovědí. Nejčastějším problémem ze strany klientů byly informační bariéry vzniklé z nedostatečných dokumentů psané v přístupné formě (Braillovo písmo, černotisk). Tento problém označili 4 respondenti (36 %). 3 respondenti uvedli nedostatečné proškolení personálu pro kontakt s klientem (27 %). Připomínky, které se týkaly úpravy prostředí oddělení, označili také 3 respondenti (27 %). 2 respondenti zvolili možnost zlepšení vybavenosti oddělení pomůckami, stejně jako možnost jiné. (18 %). Viz tab. 7.

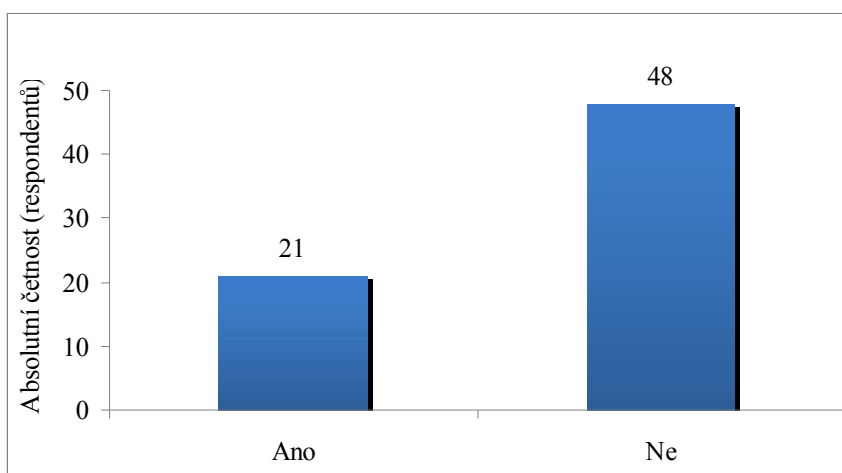
Otázka: Vyskytují se u Vás na oddělení některé z těchto pomůcek pro klienty se zrakovým postižením?



Obr. 12 Graf pomůcek pro klienty se zrakovým postižením na odděleních

Tato otázka měla více možných odpovědí. Nejčastěji se z pomůcek pro klienty se zrakovým postižením vyskytovala lupa (ruční, stojánková). Tuto možnost označilo 23 respondentů (33 %). Popisky dveří jednotlivých částí oddělení kontrastním zvětšeným písmem se vyskytovaly u 19 dotázaných (27 %). Elektronické pomůcky (např. indikátor hladiny, teploměr s hlasovým výstupem, tonometr s hlasovým výstupem aj.) označili 2 respondenti (3 %). Na žádném z vybraných oddělení se nevyskytovaly popisky dveří psané braillovým písmem a dymokleště (slouží ke zhotovení nalepovacích štítků v bodovém písmu). Viz obr. 12.

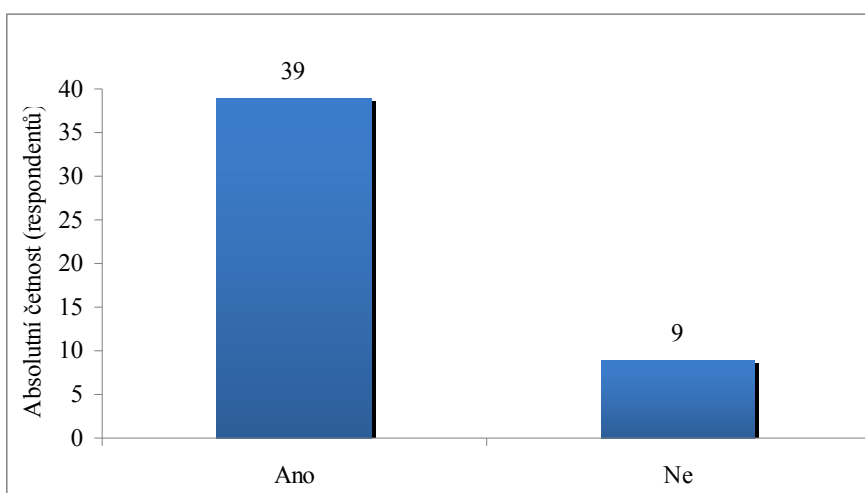
Otázka: Má Vaše oddělení vypracovaný standard péče o ZP?



Obr. 13 Graf standardu péče o klienty se zrakovým postižením

48 dotázaných nemělo na svém oddělení vypracovaný standard péče o klienta se zrakovým postižením, tedy v 70 %. Pouze 30 % (21 respondentů) standard péče vypracovaný měli. Viz obr. 13.

Otázka: Uvítal/a byste vytvoření standardu péče o ZP?



Obr. 14 Graf ukazující názor respondentů na vytvoření standardu péče

Z 48 dotázaných, kteří na předešlou otázku odpověděli záporně (viz obr.13), by vytvoření standardu péče o klienta se zrakovým postižením uvítalo 39 respondentů (81 %). 9 respondentů vytvoření standardu nepovažovalo za nutné (19 %). Viz obr. 14.

Otázka: Ve které oblasti (oblastech) ošetrovatelského modelu péče podle Gordonové, se dle Vašeho názoru vyskytují nejčastěji problémy při poskytování specifické ošetrovatelské péče o klienty se zrakovým postižením?

Tab. 8 Problémové oblasti v péči dle Gordonové

Možnosti odpovědí	počet respondentů
A Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví	31
B Výživa, metabolismus	13
C Vylučování	17
D Aktivita, cvičení	42
E Spánek, odpočinek	6
F Vnímání, poznávání	35
G Sebepojetí, sebeúcta	27
H Plnění rolí, mezilidské vztahy	26
I Sexualita, reprodukční schopnost	27
J Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	41
K Víra, životní hodnoty	13
L Jiné	3

Na tuto otázku bylo možné označit více odpovědí. Nejčastěji se jednalo o problémový moment v oblasti aktivity a cvičení u klienta se zrakovým postižením. Tuto možnost označilo 42 respondentů (61 %). 41 respondentů (59 %) se domnívalo, že pro klienta je problémem stres, zátěžové situace jejich zvládnání a tolerance. 35 respondentů (51 %) hodnotilo jako zátěžové vnímání a poznávání klienta. Obtíže ve vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví označilo 31 respondentů (45 %). Stejný počet respondentů (27) vyhodnotilo jako náročné pro klienta sebepojetí, sebeúcta a oblast sexuality a reprodukční schopnosti, a to v 39 %. 26 respondentů (37,5 %) označilo plnění rolí a mezilidské vztahy. 17 respondentů (24 %) vidělo problém pro klienta v oblasti vylučování. 13 dotázaných (19 %) ohodnotilo jako problémové výživu, metabolismus a další oblast víry a životních hodnot. Spánek a odpočinek označilo 6 respondentů (9 %). 3 respondenti zvolili možnost jiné. (4,5 %) Viz tab. 8.

11 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1: Je sledována spokojenost a kvalita péče o klienta se zrakovým postižením?

Zajímalo mě, zda je sledována spokojenost a kvalita péče o klienty se zrakovým postižením. Tato otázka je zodpovězena pomocí grafu viz obr. č. 9, kde je jasně vidět, že ve většině případů kvalita a spokojenost klientů se zrakovým postižením sledována není. Pouze 11 dotázaných (16 %) odpovědělo kladně na otázku, která zjišťovala, jestli využívají nějaké speciální metody pro hodnocení spokojenosti s péčí. Je nasnadě, zda je možné ohodnotit adekvátnost péče bez užití metod pro její zhodnocení. 58 respondentů (84 %) odpovědělo, že nepoužívá žádné metody pro hodnocení spokojenosti.

U 11 respondentů, kteří užívali metody pro hodnocení péče mě zajímalo, jaké metody jsou nejčastější. Podle předpokladu byl nejčastější metodou řízený nebo polořízený rozhovor. Tuto možnost označilo 10 respondentů (91%, viz obr. 10). Na otázku, jak hodnotí péči klienti se zrakovým postižením, byla opět stanovena škála od 1 do 5. Je pozitivní, že 7 respondentů odpovědělo, že klienti hodnotili péči číslem 4 (64 %, viz obr. 11) Klienti se zrakovým postižením uváděli jako největší překážku nedostatečnost informací (4 respondenti tj. 36 %). Bylo by dobré vytvořením dokumentů v přístupné formě odstranit vzniklé bariéry a zajistit tak dostatečný přístup k informacím i pro klienty se zrakovým postižením. 3 respondenti (27 %) také uvedli, že klienti jsou nespokojení s úpravou prostředí a vyškolením personálu (viz tab. 7). O důvod více věnovat pozornost prohlubování znalostí zdravotnického personálu o specifikách péče o klienty se zrakovým postižením a zajištění bezpečnosti a bezbariérovosti na odděleních nemocnic.

Zjišťovala jsem také subjektivní hodnocení péče o klienty se zrakovým postižením z pohledu vedoucích pracovníků a vybavenost oddělení pomůckami. Otázky související s poskytovanou péčí jsou zodpovězeny pomocí grafů viz obr. č. 8, 10, 11, 12 a tabulky č. 7.

Subjektivní hodnocení ohledně péče o klienta bylo vysoké, na škále od 1 do 5, přičemž číslo 1 označovalo minimální úroveň, číslo 5 úroveň maximální (nejvyšší), označilo nejvíce respondentů číslo 4, 27 respondentů (39 %, viz obr. 8)

Jako nedostatečné také považuji vybavení jednotlivých oddělení pomůckami pro klienty se zrakovým postižením. 23 respondentů (33 %) mají lupu a 19 respondentů (27 %) popisky na dveřích zvětšeným kontrastním písmem (viz obr. 12).

Výzkumná otázka č. 2: Je vypracován standard péče o klienta se zrakovým postižením a bylo by jeho vytvoření přínosem?

Podle dosažených výsledků 48 dotázaných nemá na svém oddělení vypracovaný standard péče (70 %). Pouze 30 % (21 respondentů) standard péče vypracovaný má (viz obr. 13).

Zarážející je ovšem fakt, že pro 9 ze 48 respondentů, kteří vytvořený standard nemají, je vytvoření standardu nepodstatné (19 %, viz obr. 14). Podle mého názoru by bylo vytvoření standardu cestou k celkovému zkvalitnění péče a zvyšování komfortu, stejně jako určitým návodem pro zdravotnický personál pro poskytování efektivní a správné pomoci.

Výzkumná otázka č. 3: Mají vedoucí pracovníci dostatečné znalosti o zrakovém postižení včetně specifik péče?

U této výzkumné otázky jsem si nejdříve stanovila, jaké znalosti považuji za dostatečné. Pro tyto účely bylo v dotazníku vymezeno 16 otázek, viz obr. č. 5 a tab. č. 1 - 6. Jako hranici dostatečných znalostí jsem určila 80% úspěšnost. Výsledky ukázaly, že průměrná úspěšnost tuto hranici přesáhla a to o 1,5 %. Můžeme tedy znalosti vedoucích pracovníků považovat za dostatečné.

I přes tyto dobré výsledky byly některé odpovědi překvapivé. Například v poměrně jednoduchém dotazu na to, co je to zrakové postižení sice všech 69 respondentů (100 %) správně zodpovědělo, že za zrakové postižení je považována nevidomost a slabozrakost, ale binokulární porucha už tak jednoznačná nebyla a jako zrakové postižení ji uvedlo pouze 27 respondentů (39 %, viz obr. 5)

Jako nejvíce rozporuplná se jevila otázka při komunikaci s klientem se zrakovým postižením, zda je nutný fyzický kontakt (podání ruky) před oslovením. 55 respondentů (80 %) by nejdříve podalo ruku a pak až sdělilo klientovi své jméno a pracovní zařazení (viz tab. 1), což pokládám za poměrně hrubé porušení osobního prostoru klienta se zrakovým postižením.

Na druhé straně je potěšující, že většina respondentů by při komunikaci s klientem se zrakovým postižením nezvolila nevhodné postupy, se kterými se v praxi můžeme často setkat. Např. jednání výhradně s průvodcem klienta, nepředstavení se, neinformování klienta o prováděném výkonu apod. 60 respondentů (87 %) také správně označilo, že je důležité, kde se při rozhovoru s klientem nacházejí a že je vhodné být při komunikaci v postoji „tváří v tvář“. (viz tab. 1).

Co se týká bariér pro osoby se zrakovým postižením, ve většině případů respondenti správně určili jako bariéru změnu rozmístění předmětů, pootevřené dveře, otevřená okna. Obtíže vznikly při posouzení společných sociálních zařízeních. 31 respondentů (45 %) považuje společné sprchy a toalety za bariéru a 38 respondentů (55 %) nikoliv (viz tab. 5). Modernizace oddělení s sebou přináší snižování počtu lůžek a zřizování sociálních zařízení přímo na pokojích. Tím je zajištěno zvyšování komfortu a to nejen pro osoby se zrakovým postižením.

Své znalosti hodnotí jako dostatečné 40 respondentů (58 %, viz obr. 7).

Výzkumná otázka č. 4: Ve které oblasti péče o klienta se zrakovým postižením se vyskytují rizikové momenty?

Zajímalo mě, jaké oblasti v péči o klienty se zrakovým postižením (v modelu dle Gordonové) vidí vedoucí pracovníci jako rizikové. Označeno bylo všech dvanáct oblastí péče (viz tab. 8). Nejčastěji byl udáván problémový moment v oblasti aktivity a cvičení, 42 respondentů (61 %, viz tab. 8). Dále stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance, vnímání a poznávání. U každé otázky mohli respondenti vypsát, čeho se podle jejich mínění, v dané oblasti problém týkal. U většiny odpovědí tuto možnost respondenti nevyužili. Některé připomínky byly ale velice zajímavé a týkaly se reálných obtíží. Např. v oblasti vylučování respondent uvedl, že jsou nevhodně řešené držáky na močové lahve, nebo že může být pro klienta se zrakovým postižením těžká situace, kdy má zavedený PMK a také že nejsou pro slabozraké dostatečně označené toalety. U výživy a metabolismu vzniklé problémy při péči o PEG či stomii. Nebo dlouhá čekací doba na ošetření v ambulancích apod. Ze zájmu některých respondentů se lze domnívat, že je stále potřebné naši péči zdokonalovat a je dobré, právě např. pomocí výzkumů, zjišťovat problémové oblasti a zaměřit se na jejich řešení.

12 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo posoudit péči o klienty se zrakovým postižením v nemocničních zařízeních. Na základě stanovených výzkumných otázek jsem zjišťovala oblasti, které by bylo dobré zdokonalit.

Z dosažených výsledků výzkumu vyplývá, že existují oblasti, ve kterých se dosud vyskytují určité obtíže. Jako největší mezery se ukázaly v informovanosti osob se zrakovým postižením o poskytované péči, absence pomůcek či nevhodné uspořádání oddělení. Zejména informační bariéry vytvořením dokumentů v přístupné formě by bylo velikým krokem vpřed při zkvalitňování péče o klienty se zrakovým postižením. Tyto dokumenty, jako jsou Práva pacientů (viz příloha C) a Řád oddělení provedené v podobě černotisku i v Brailu, na mnoha odděleních nejsou k dispozici. Jako praktický výstup této práce jsem zvolila vytvoření Práv pacientů právě v Braillově písmu.

Přínosné by také bylo vytvoření standardu péče o klienty se zrakovým postižením, čímž by se dalo předejít některým nejasnostem a problémům. Je třeba dále vzdělávat personál v oblasti komunikace a zásad péče formou možných seminářů nebo kurzů.

V neposlední řadě se také jedná o zajištění hodnocení péče klientem se zrakovým postižením vhodnou metodou, které by mohlo přinést podněty ke zlepšení kvality péče.

Výzkum přinesl dostatek poznatků, které mohou sloužit jako podklad vedoucím pracovníkům, ale i ošetřujícímu personálu k dalšímu vzdělávání.

Problematika péče o klienty se zrakovým postižením je velice rozsáhlá a poskytuje mnoho oblastí, které mohou být dále zpracovány a při jejich výzkumu lze použít i výsledky z této práce.

Bibliografické citace

Knihy a časopisy:

1. AUTRATA, R.; VANČUROVÁ, J. *Nauka o zraku*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-362-7.
2. DYCK, H. *Ne tak, ale tak. Příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými*. 4. vyd. Praha : Tyfloservis, 2007. ISBN 978-80-239-9312-7.
3. FINKOVÁ, D.; LUDÍKOVÁ, L.; RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc : VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
4. HAMADOVÁ, P.; KVĚTOŇOVÁ, L.; NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.
5. HORNOVÁ, J. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4087-4.
6. HYCL, J.; TRYBUČKOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. 2. vyd. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-160-4.
7. KUCHYNKA, P. a kol. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.
8. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1784-0.
9. MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
10. MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1. vyd. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-725-4476-4.
11. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
12. SCHINDLEROVÁ, O. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. 1. vyd. Praha : Tyfloservis, 2007. ISBN 80-239-8822-2.
13. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
14. SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany : H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
15. ŠESTÁKOVÁ, I.; LUPAČ, P. *Budovy bez bariér*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3225-1.

16. ŠEVČÍKOVÁ, J. Rhb a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany. *Sestra*. 2008, roč. 20, č. 6, s. 54. ISSN 1210-0404.
17. ŘEHÁK, S. a kol. *Oční lékařství*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1989. ISBN neuvedeno.
18. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Mezinárodní statistika klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize: abecední seznam*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-787-7.
19. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
20. VÍTEK, J. *Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy*. vyd. neuvedeno. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-154-6.
21. VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zrakovým postižením na období 2010-2014*. vyd. neuvedeno. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-024-7.
22. WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3. vyd. Praha : Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.
23. WORKMAN, B.; BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

Elektronické zdroje:

1. ODBOR STATISTIK ROZVOJE SPOLEČNOSTI ČSÚ VE SPOLUPRÁCI S ÚZIS; KALNICKÁ, V.; VOTINSKÝ, J. Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České Republice za rok 2007 [online]. 30.4.2008 [cit. 2012-01-14]. Dostupný z WWW: <www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf>. ISBN 978-80-250-1678-7.
2. MAŠITOVÁ, K.; BENEŠOVÁ, P. Vyšetřovací metody v oftalmologii. *Sestra* [online]. 2009 [cit. 2012-01-14]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vysetrovaci-metody-v-oftalmologii-417245>>.
3. *Česká glaukomová společnost* [online]. 2003-2012 [cit. 2012-02-03]. Stručný průvodce glaukomovým onemocněním. Dostupné z WWW: <<http://www.glaukom.cz/kategorie.asp?idk=129>>.
4. *Sagit* [online]. 14.3.2006 [cit. 2012-04-01]. Sbírká zákonů. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>.

5. *Ministerstvo zdravotnictví České Republiky* [online]. 8.12.2011 [cit. 2012-04-03]. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html>.
6. *Středisko výcviku vodících psů SONS ČR* [online]. [cit. 2012-04-04]. Desatero při kontaktu s nevidomým člověkem, kterého vede pes. Dostupné z WWW: <<http://swww.vodicipsi.cz/desatero2.htm>>.
7. *SONS ČR* [online]. 2002 - 2012 [cit. 2012-06-20]. Slepcká Braillova abeceda. Dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/braillska_abeceda_sada.php>.
8. *Fakultní nemocnice Motol* [online]. 2012 [cit. 2012-04-04]. Centrum zrakových vad. Dostupné z WWW: <<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/>>.
9. *Helpnet* [online]. 2007 [cit. 2012-06-22]. Práva pacientů (etický kodex). Dostupné z WWW: <<http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/290-3>>.
10. *Národní rada osob se zdravotním postižením* [online]. 2006 [cit. 2012-06-22]. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením. Dostupné z WWW: <<http://nrzp.cz/component/content/article/25-informace/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>>.

Seznam příloh


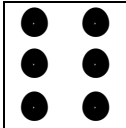
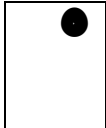
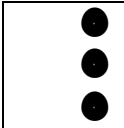
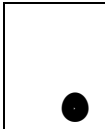
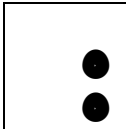
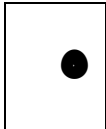
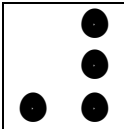
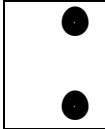
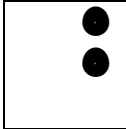
- A. Braillova slepecká abeceda
- B. Práva pacientů (etický kodex) - textová verze i verze v Braillově písmu
- C. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením
- D. Dotazník

Příloha A

Braillova slepecká abeceda

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

*Braillovo písmo nerozlišuje uvozovky nahoře a dole, má pro uvozovky jediný znak.

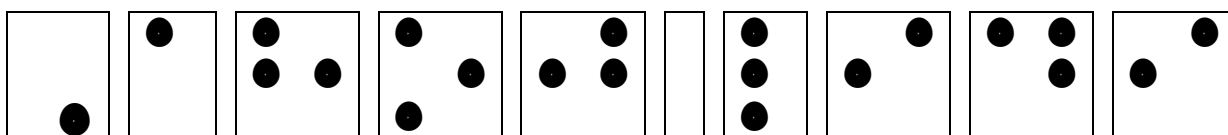
mezera		plný znak		apostrof		svislá čára	
prefix velkého písmene		řetězec velkých písmen		prefix malého písmene		číselný prefix	
velké řecké písmeno		malé řecké písmeno					

Slovně se Braillovo písmo popisuje takto:

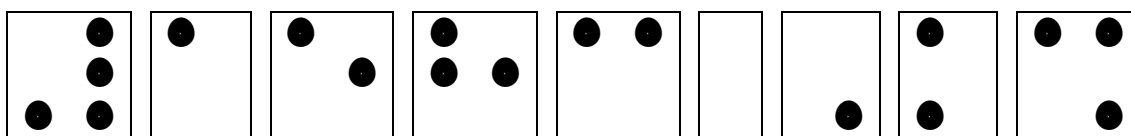
a (1), b (12), c(14), d (145), ... A (6+1), l (3456+1), % (3456+1234),

Nevidomí lidé při čtení hmatem si spíše zapamatují „obrazec“ slova, který jim vytlačené body vytvářejí.

„Ahoj lidi“ (6+1+125+135+245+0+123+24+145+24)

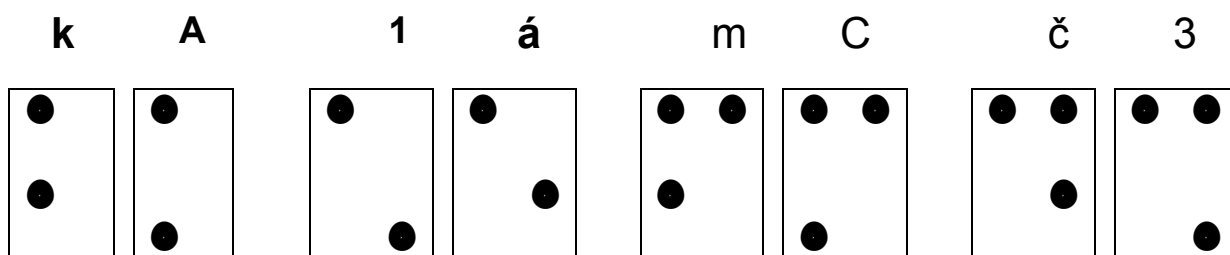


„1583 Kč“ (3456+1+15+125+14+0+6+13+146)



Existuje i písmo osmiznakové, které se používá v souvislosti s výpočetní technikou.

Osmibodové písmo však může při čtení hmatem činit určité obtíže:



Osmibodové písmo umožňuje každý znak vyjádřit jednoznačnou kombinací bodů, stejně tak jako u binárního zápisu znaků v paměti PC.

Základní pravidla zápisu šestibodového písma:

A) Číslice

- Číslice se zapisují znaky písmen a až j s prefixem číselného znaku.
- Při zápisu čísla se číselný znak vztahuje pouze na řetězec písmen a až j, desetinnou čárku a tečku, oddělující tisíce.
- Platnost číselného znaku při zápisu čísla je tedy ukončena:
 - 1) mezerou,
 - 2) dalším prefixem,
 - 3) libovolným znakem mimo čárku, tečku a písmena a až j.
- Pokud číselný znak stojí před jiným písmenem než a až j, má tento prefix zcela specifický význam (např. znak %, ‰, §).

B) Přepis do bodového písma vychází důsledně z černotiskové předlohy.

- Malé písmeno latinské abecedy je zapisováno základní bodovou kombinací.
- Velké písmeno - pro označení jediného velkého písmene se používá prefix pro velké písmeno.
- Řetězec velkých písmen se používá pro označení řetězce za sebou jdoucích velkých písmen.
- Platnost prefixu je ukončena mezerou, interpunkčním znaménkem nebo prefixem jiného významu.
- Prefix pro malé písmeno latinské abecedy se užívá pro ukončení platnosti prefixu pro řetězec znaků při zápisu malého písmene bez mezery (např. PhDr., 12a).
- Prefix malého řeckého písmene nebo velkého řeckého písmene se používá pro jediný po něm následující znak.
- Řecká písmena obvykle odpovídají počátečním písmenům latinské abecedy s prefixem řeckého velkého nebo malého písmene, alfa – a, beta – b, atd. Výjimky: dzéta - z, théta - h, ksí - x, psí - ý, omega - ř.

C) Další pravidla

- Číslovky řadové se zapisují shodně s černotiskem jako číslovky základní s tečkou.
- Římské číslice se zapisují stejně jako v černotisku velkými písmeny (I - jedna, V - pět, X - deset, L - padesát, C - sto, D - pětset, M - tisíc), pokud se zapisuje číslo kombinací římských číslic, pak se použije prefix pro řetězec velkých písmen.
- Spojovník se zapisuje také ve shodě s černotiskem bez mezer.

- Datum se zapisuje v souladu s černotiskem řadovými číslovkami. Ve shodě s černotiskem lze v případě potřeby zapsat datum čísla i bez mezer.
- Měna se zapisuje běžně užívanými zkratkami.
- Hodiny se zapisují ve shodě s černotiskem.
- Značky všech jednotek a forma zápisu jsou shodné s černotiskem.

D) Cizí jazyky

- V angličtině se zapisuje jinak w (=ř), angličtina nerozlišuje pravou a levou závorku (=uvozovky), ? (= pravá závorka), většina textů v angličtině je psána tzv. anglickým zkratkopisem.
- V ostatních jazycích je potřeba znát rozdíly v zápisu a zápis specifických znaků (dvojhásek, přehlasovaných písmen atd.), v němčině se též používá zkratkopis.

E) Braillový zápis zná i označení pro typ písma (tučné, kurzíva a podtržené)

F) Zápis základních početních úkonů

- Před znaky základních početních úkonů (sčítání, odečítání, násobení, dělení) se zapisuje mezera, za nimi nikoliv.
- Násobení se označuje hvězdičkou, dělení dvojtečkou nebo svislou čárkou, znak rovná se je shodný s uvozovkami, větší než se znakem é, menší než znakem ě.

G) Dále existují pravidla pro zápis matematiky, fyziky, chemie.

Příloha B

Práva pacientů (etický kodex)

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv muže být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, muže být pacient předán jinému léčebnému ústavu,

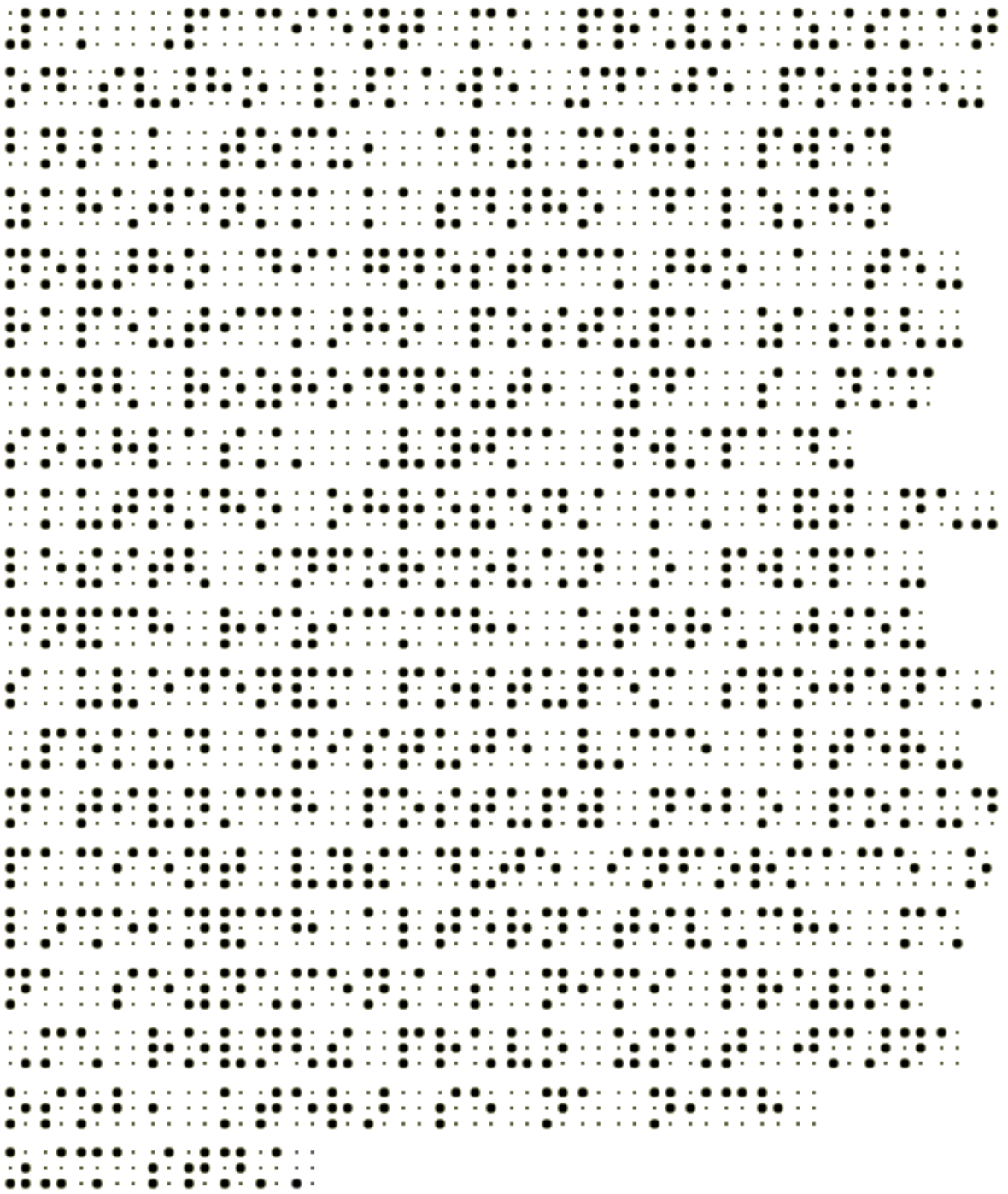
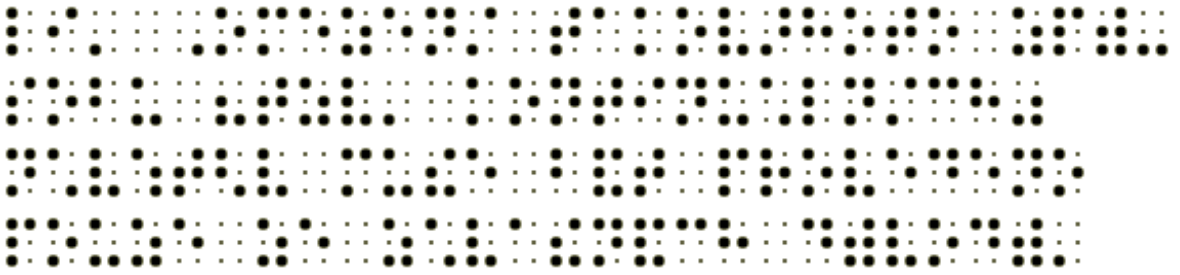
případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

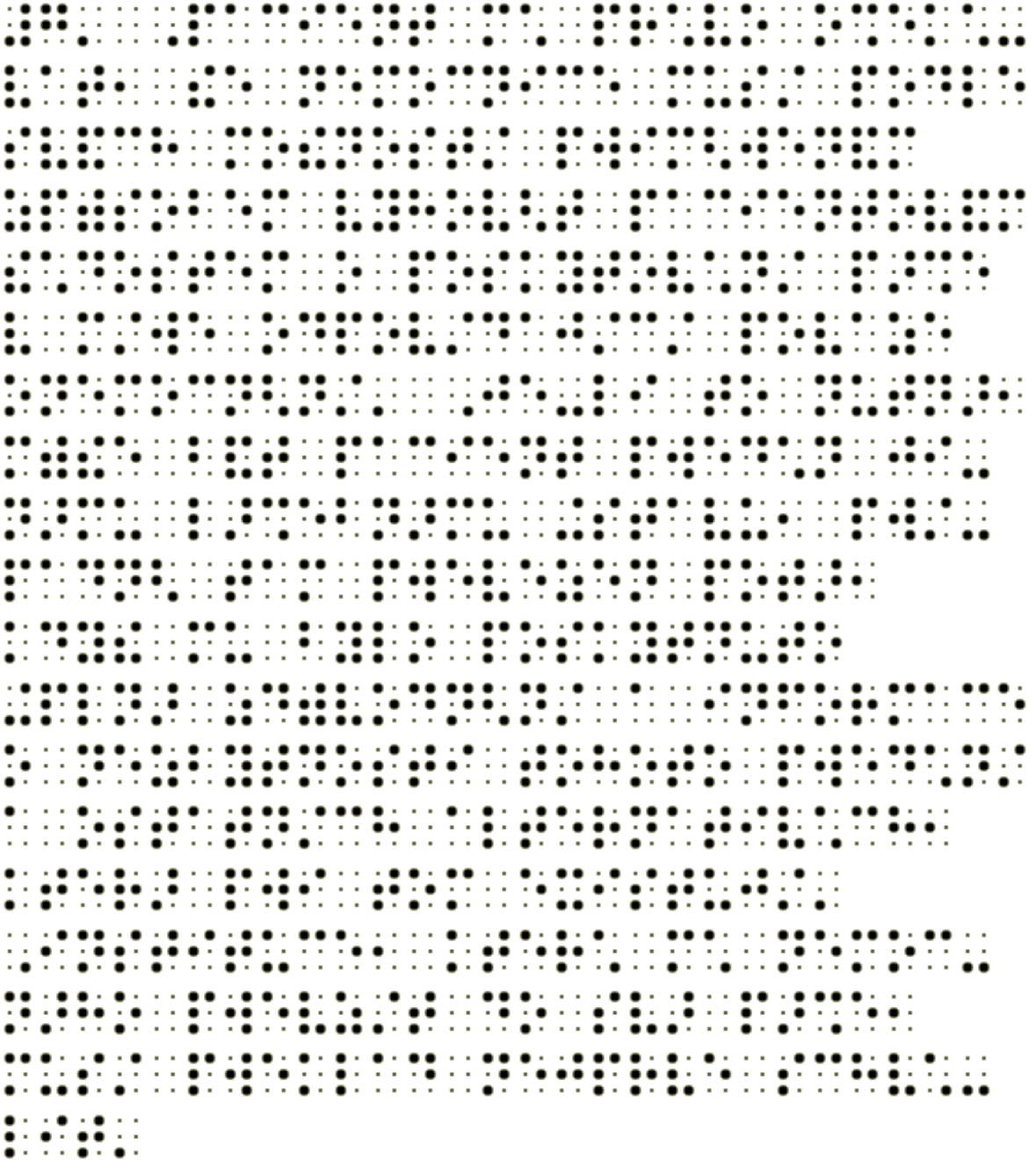
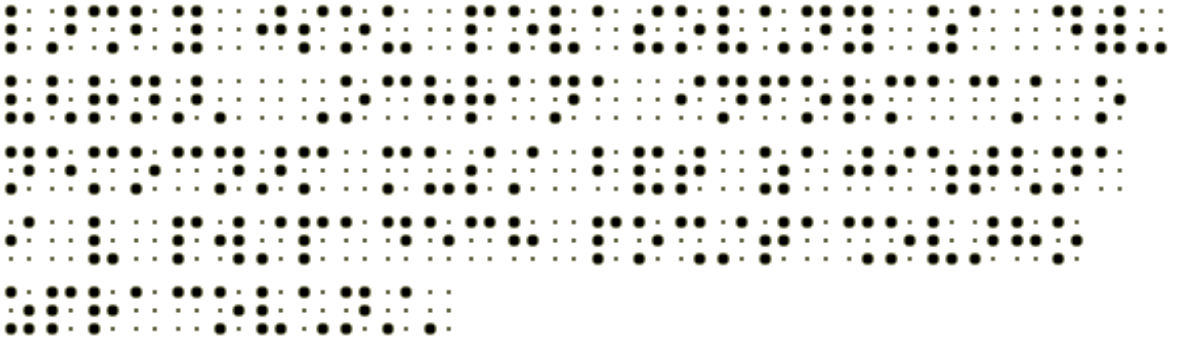
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

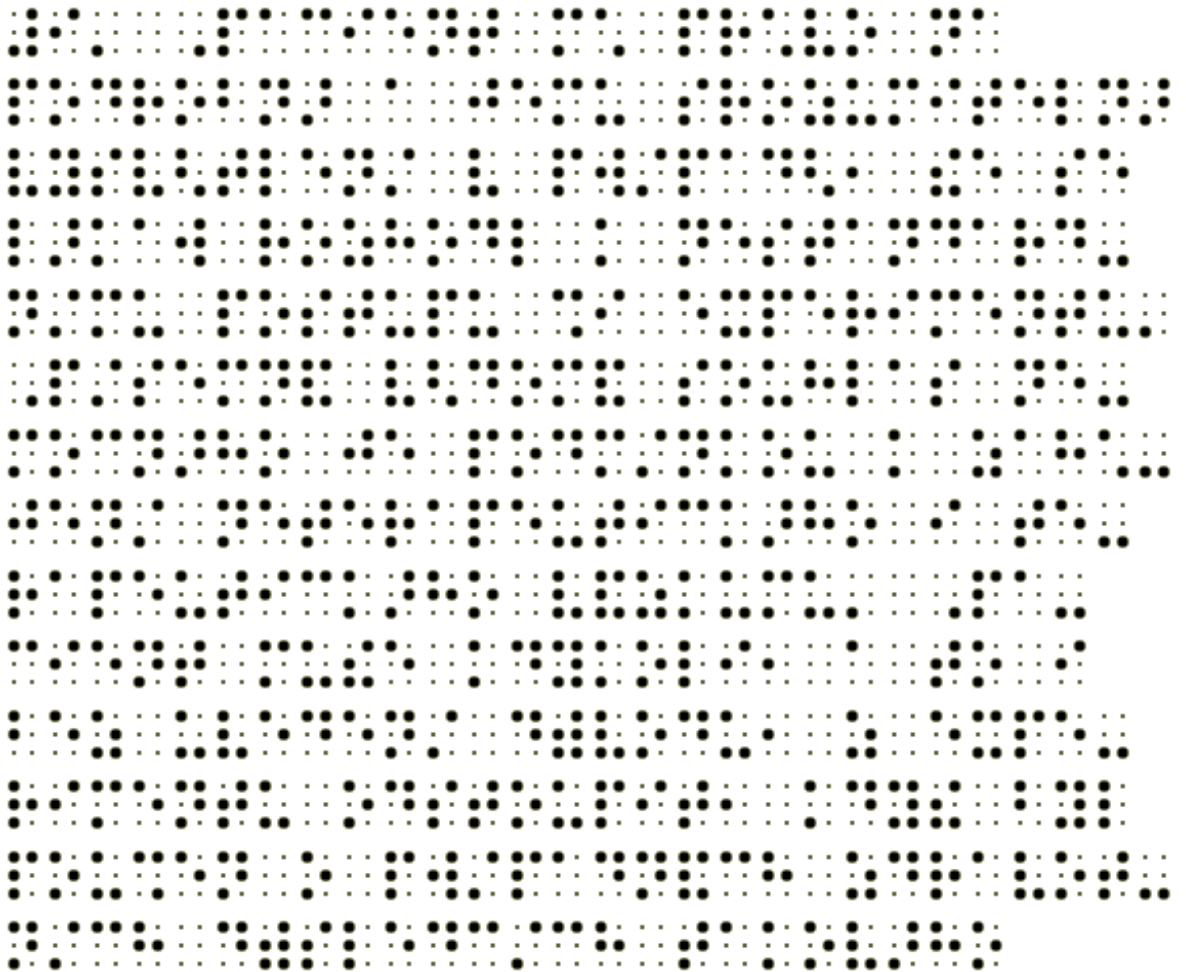
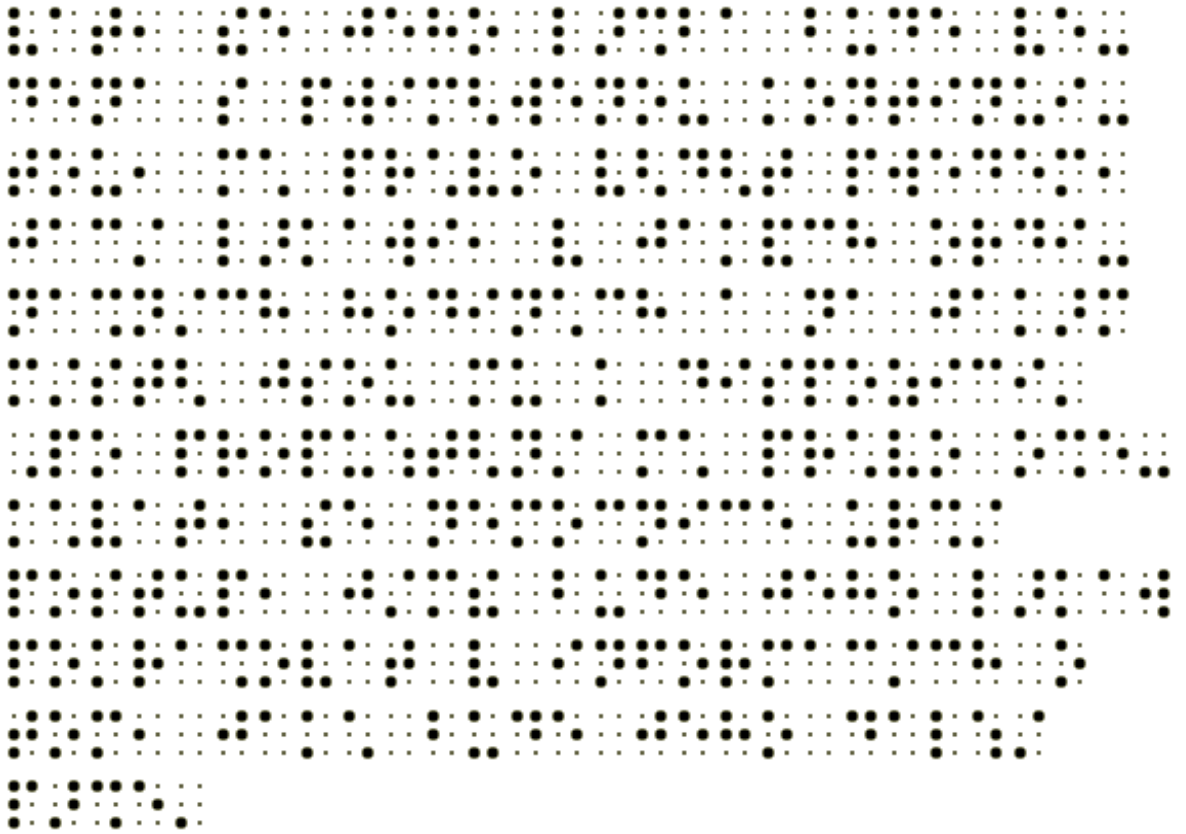


.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....





.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Příloha C

Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
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 zůstatvat 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. (NRZP, 2006)

Příloha D

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Monika Provazníková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma: Posouzení péče o pacienta se zrakovým postižením (dále jen ZP). Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a veškeré údaje budou sloužit pouze pro účel bakalářské práce. Na vyplnění tohoto dotazníku je vymezeno 20 minut.

Děkuji.

1. Co je podle Vás zrakové postižení? (lze označit i více možností)
 - a. nevidomost, slabozrakost
 - b. konjunktivitida (zánět spojivek)
 - c. cizí těleso v oku
 - d. binokulární porucha (strabismus, amblyopie)

2. Jak často se vyskytují pacienti se zrakovým postižením na Vašem oddělení?
 - a. nevyskytují se
 - b. výjimečně
 - c. často
 - d. neustále

3. Jak byste ohodnotil/a své znalosti z oblasti péče o pacienty se zrakovým postižením (např. v oblasti komunikace, sebeobsluhy (stolování, hygiena), prostorové orientace ZP, ...)?
 - 1 výborné
 - 2 dostatečné
 - 3 uspokojivé
 - 4 nedostatečné

4. Vyberte, zda souhlasíte či nesouhlasíte s tvrzením:

		souhlasím	nesouhlasím
1.	Při komunikaci s pacientem se zrakovým postižením:		
	A komunikujeme pouze s průvodcem ZP		
	B je důležité zaujmout postoj tváří v tvář		
	C je nutný fyzický kontakt (podání ruky) před oslovením		
	D se vždy představíme ZP celým jménem a uvedeme své pracovní zařazení		
	E vždy ústně informujeme přímo ZP o jakémkoli prováděném výkonu		

	F se vyhýbáme gestům určující místo, polohu		
2.	Při péči o hospitalizovaného ZP:		
	A je nutné, aby měl své pomůcky na stálém místě a bez vědomí pacienta nebyly přemístovány		
	B denní hygienu mobilního pacienta provádí zdravotnický personál		
	C je potřeba rozložení servírovaného pokrmu přesně lokalizovat		
	D umožníme pacientovi označení osobních věcí a prostor oddělení k snazší orientaci		
	E nemusí být pacient seznámen s uspořádáním oddělení, všude ho doprovází personál		
	F zajistíme průchodnost všech prostor oddělení odstraněním možných bariér		
3.	Je podle Vás bariérou pro ZP?		
	A změna rozmístění předmětů (vozíky na prádlo, nábytek) na chodbě oddělení, mokrá podlaha		
	B pootevřené dveře, otevřená okna, schodiště		
	C společná sociální zařízení (sprchy, WC)		

5. Jak byste subjektivně ohodnotil/a úroveň péče o pacienta se ZP ve Vašem zdravotnickém zařízení (zakroužkujte):

(1 = minimální; 5 = maximální)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Využíváte na Vašem oddělení speciální metody pro hodnocení spokojenosti ZP s poskytovanou péčí?

Ano Ne (pokud Ne – pokračujte na otázku č. 9)

7. Pokud ano, jaké metody hodnocení spokojenosti používáte nejčastěji (lze označit více možností):

- a. Řízený nebo polořízený rozhovor
- b. Neřízený rozhovor
- c. Dotazník psaný Braillovým písmem
- d. jiné:

8. Jak ZP, na základě Vámi využívaných metod hodnocení spokojenosti s poskytovanou péčí, péči hodnotí?

(1 = minimálně spokojení; 5 = maximálně spokojení)

1	2	3	4	5	nevím
---	---	---	---	---	-------

Pokud jste zaškrtili jinou známku než 5, označte, jakých problémů se připomínky nejčastěji týkaly (lze označit i více možností).

- a. úpravy prostředí oddělení
- b. zlepšení vybavenosti oddělení pomůckami
- c. vyškolení personálu oddělení pro kontakt se ZP
- d. odstranění informačních bariér pro ZP vytvořením dokumentů (Domácí řád, Práva pacientů, Informovaný souhlas) v přístupné formě (braillovo písmo, černotisk)
- e. jiné:

9. Vyskytují se u Vás na oddělení některé z těchto pomůcek pro ZP? (lze označit i více možností)

- a. popisky dveří jednotlivých částí oddělení kontrastním zvětšeným písmem
- b. popisky dveří jednotlivých částí oddělení braillovým písmem
- c. lupa (ruční, stojánková)
- d. elektronické pomůcky (např. indikátor hladiny, teploměr s hlasovým výstupem, tonometr s hlasovým výstupem, aj.)
- e. dymokleště (slouží ke zhotovení nalepovacích štítků v bodovém písmu)

10. Má Vaše oddělení vypracovaný standard péče o ZP?

Ano (pokračujte na ot.č.12) Ne

11. Uvítal/a byste vytvoření standardu péče o ZP?

Ano Ne

12. Ve které oblasti (oblastech) ošetrovatelského modelu péče dle Gordonové, se dle Vašeho názoru vyskytují nejčastěji problémy, při poskytování specifické ošetrovatelské péče o pacienty se ZP. Ve druhém sloupečku tabulky je možné zaškrtnout více oblastí, které jsou podle Vás problematické. Do třetího sloupce prosím zaznamenejte příklady konkrétních problémů.

Oblasti ošetrovatelského modelu péče dle Gordonové	Označení problematické oblasti křížkem	Konkrétní popis
1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ		
2. VÝŽIVA, METABOLISMUS		
3. VYLUČOVÁNÍ		

4. AKTIVITA, CVIČENÍ		
5. SPÁNEK ODPOČINEK		
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ		
7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA		
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY		
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST		
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE		
11. VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY		
12. JINÉ		

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání: SŠ VOŠ (Dis.) VŠ (Bc.) VŠ (Mgr.)

Délka praxe: roků/let