

Specifika péče o tělesně postiženého člověka ve zdravotnickém zařízení

Veronika Hégrová

Bakalářská práce
2009/2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika HÉGROVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Specifika péče o tělesně postiženého člověka ve zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část se zaměřuje na vymezení základních pojmů tělesného postižení a na způsoby léčby, které vedou ke zkvalitnění života tělesně postižených jedinců.

Primárně je bakalářská práce zaměřena na tělesně postižené jedince ve společnosti a na specifika péče o tělesně postiženého člověka ve zdravotnickém zařízení.

Praktická část obsahuje hodnocení kvality komunikace mezi tělesně postiženým jedincem a sestrou ve zdravotnickém zařízení. Výzkum je zaměřen na sestry a jejich odbornou připravenost na práci s tělesně postiženým jedincem.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HONZÁK, Radkin. Komunikační pastí v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.

JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. 2. upr. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 215 s. ISBN 80-7013-127-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

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

MATĚJČEK, Zdeněk. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. přeprac. vyd. Ústí nad Labem: HaH Vyšehradská, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

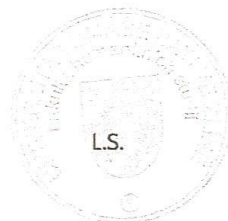
18. ledna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně *26.2.2010*

Hájek
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je primárně zaměřena na tělesně postižené jedince ve společnosti a na specifika péče o tělesně postiženého člověka ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část se zaměřuje na vymezení základních pojmů tělesného postižení a na způsoby léčby, které vedou ke zkvalitnění života tělesně postižených jedinců.

Praktická část obsahuje hodnocení kvality komunikace mezi tělesně postiženým jedincem a sestrou ve zdravotnickém zařízení. Výzkum je zaměřen na sestry a jejich odbornou připravenost na práci s tělesně postiženým jedincem.

Klíčová slova:

Tělesné postižení, komunikace, péče, zdravotnický personál.

ABSTRACT

Bachelor's thesis is primarily focused on the disabled individual in society and the specifics of care for disabled people in the affected health care facility. The theoretical part focuses on the definition of basic concepts of disability and treatments that lead to the quality of life of disabled individuals.

The practical part includes assessing the quality of communication between the disabled individual and the nurse in the clinic. Research is focused on nurses and their professional readiness to work with physically disabled individuals.

Key words:

Disabled, communication, care, medical staff.

Děkuji touto cestou vedoucí bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování závěrečné práce.

Za ochotu a spolupráci dále děkuji vedení a kolektivu nemocnice podílející se na výzkumném šetření.

OBSAH

Úvod.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	10
1.1. Vymezení základních pojmů.....	10
1.2. Způsoby léčby tělesně postižených.....	15
1.3. Kategorie tělesného postižení.....	17
1.4. Pomůcky pro tělesně postižené.....	17
1.5. Specifické rysy osobnosti tělesně postiženého člověka.....	20
2 TĚLESNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK VE SPOLEČNOSTI.....	21
2.1. Příspěvky od státu pro tělesně postižené na zkvalitnění péče.....	21
2.2. Organizace pro tělesně postižené.....	25
2.3. Principy práce s tělesně postiženým člověkem.....	29
3 TĚLESNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	30
3.1. Péče o tělesně postiženého člověka ve zdravotnickém zařízení.....	30
3.2. Zásady komunikace s tělesně postiženým člověkem.....	31
3.3. Komunikační bariéry s tělesně postiženým člověkem.....	34
3.4. Průběh komunikace s tělesně postiženými dětmi.....	35
3.5. Zásady komunikace s rodiči tělesně postižených dětí.....	37
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4 METODIKA PRÁCE.....	40
4.1. Charakteristika výzkumného vzorku.....	40
4.2. Metoda práce.....	40
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
5.1. Cíle výzkumu a hypotézy.....	41
5.2. Analýza získaných údajů a jejich grafické znázornění.....	43
5.3. Výsledky hypotéz výzkumu.....	77
5.4. Diskuse.....	81
ZÁVĚR.....	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
SEZNAM TABULEK.....	88
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	90
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	92
SEZNAM PŘÍLOH.....	93

ÚVOD

Vždy se ve společnosti objevovali nemocní jedinci, kterých se buď společnost zba-vovala, nebo je vyloučila ze svého společenství. Postupem času a vyspělostí společnosti se začal měnit názor na tělesně postižené osoby v pozitivním směru. V současné době již ni-koho nepřekvapí setkání s vozičkářem, respektujeme parkovací místa, uvolňujeme pro ně vyhrazené prostory a setkání s tělesně postiženým považujeme za samozřejmost.

Společnost tělesně postižené přijímá jako plnohodnotné občany. Děti se zařazují do školního kolektivu zdravých dětí, vytváří se bezbariérové prostory a stát zajišťuje příspěv-ky na zkvalitnění péče. I v plně moderním a informovaném světě se stává, že narazíme na lidi, kteří doposud trpí předsudky vůči tělesně postiženým. Podle nich si lidé za postižení mohou často sami kvůli lehkovážnému životu či hazardování se životem při rychlé jízdě. Ale to jsou určitě jen výjimky, dost často jsem se naštěstí setkala s opačným názorem spo-lečnosti. Lidé se snaží tělesně či mentálně postiženým pomoci a usnadnit jim jejich život. Neumí však s nimi komunikovat, a to je asi ten největší problém. Zdravá populace se těles-ně postiženého ani nezeptá, zda potřebuje pomoci a už mu pomáhají obláci či překonat silnici a mohla bych uvést i další příklady.

Navštěvovala jsem na základní školu, kde bylo zrovna tělesně i mentálně postiže-ným dětem umožněno studovat společně se zdravými dětmi. Učili jsme se, jak s těmito dětmi navázat rozhovor nebo jak se chovat, aniž bychom jim citově ublížili. To mě také motivovalo k tomu, že se v rámci bakalářské práce zabývám tělesně postiženými jedinci.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na vymezení základních pojmů tělesného postižení a způsobech léčby, které vedou ke zkvalitnění života tělesně postiže-ných jedinců. Největší část práce je zaměřena na tělesně postižené ve společnosti a na tě-lesně postižené pohybující se ve zdravotnickém zařízení.

Praktická část obsahuje hodnocení kvality komunikace mezi tělesně postiženým je-dincem a sestrou ve zdravotnickém zařízení. Výzkum je zaměřen na sestry a jejich přípra-venost na péči o tělesně postižené jedince.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesné postižení neboli handicap označuje znevýhodnění dané nejen určitým omezením, ale i mírou jeho subjektivního prožívání a sociální pozicí jedince ve společnosti.

Jedná se o trvalé a podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztíženou sociální interakci a částečné přebírání sociálních rolí. (Kurková, P., 2008, s. 50)

1.1. Vymezení základních pojmů

Za tělesné postižení se považuje trvalý nebo dlouhodobý stav, který je spojen s orgánovou nebo funkční poruchou, kterou nelze odstranit nebo zmírnit léčebnou péčí. Znamená to výrazné omezení jeho průčeschnosti a negativně zasahuje do mnoha složek soukromého života. (Kurková, P., 2008, s. 50)

Příčinou tělesného postižení může být úraz, nemoc či dědičnost. U tělesného postižení dochází k poškození pohybového a nosného ústrojí, kdy jsou zasaženy klouby, šlachy nebo vazy. Také se poškození může projevit v cévním nebo nervovém zásobení, jehož následkem je porušená hybnost. (Kurková, P., 2008, s. 50)

Tělesné postižení lze rozdělit dle pohybové schopnosti jedince. Při lehkém postižení je jedinec schopen samostatného pohybu. U středně těžkých postižení jedinec vykoná pohyb za pomoci ortopedických pomůcek. U těžkých postižení jedinec není schopen samostatného pohybu. (Buřvalová, D., 2007, s. 7)

Tělesné postižení lze dále jednoduše rozdělit na vrozené a získané postižení. Vrozené postižení je typ postižení, které se projeví do druhého roku života dítěte. Mezi vrozená postižení lze zařadit cerebrální parézy a plegie (DMO), rozštěpy, vrozené malformace končetin a progresivní svalové dystrofie. Získané postižení je takové, které vznikne po druhém roku života dítěte anebo dojde ke vzniku vlivem úrazu. Do získaných postižení zařazujeme amputace a ochrnutí. (Kurková, P., 2008, s. 51)

a) Vrozená postižení:Dětská mozková obrna - DMO:

„Nejčastěji je definována jako porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován do 1 roku).“ (Renotírová, M., 2005, s. 214)

Dětská mozková obrna je charakterizována motorickou poruchou centrálního původu. Při tomto onemocnění dochází k opoždění motorického vývoje. U osob s DMO se vyskytuje řada poruch, které komplikují život a celkový vývoj dítěte. Osoby s DMO mají poruchy řeči, trpí pohybovou neobratností, neklidem, epileptickými záchvaty či opožděním psychického vývoje.

Příčiny DMO se dělí na předporodní (prenatální), porodní (perinatální) a poporodní (postnatální). Během těhotenství může být DMO způsobena infekčními nemocemi matky nebo nadměrným užíváním léků v prvním trimestru těhotenství. Dále se uvádí, že příčinou DMO mohou být chemické a fyzikální faktory, anomálie placenty a dělohy, nedonošeností či přenošeností plodu. Do dalších rizikových faktorů způsobujících DMO se řadí nezralost a různé anomálie plodu, porodní poranění nebo instrumentálně vedené porody. (Kurková, P., 2008, s. 54)

DMO se dělí na formy spastické a nespastické. Mezi spastické formy patří spastická diparéza, spastická hemiparéza, spastická oboustranná hemiparéza a kvadruparéza. (Kurková, P., 2008, s. 53)

Spastická diparéza je poškození dolní poloviny těla. Typickými znaky tohoto onemocnění je zvýšené svalové napětí dolních končetin a nepoměr vzrůstu mezi trupem a dolními končetinami. (Kurková, P., 2008, s. 53)

Spastická hemiparéza postihuje svalové napětí jedné poloviny těla. Postižení je výraznější na dolních končetinách. U 40 % tohoto poškození se projevuje snížená inteligence a u těchto osob je riziko epileptických záchvatů. (Kurková, P., 2008, s. 53)

Příčinou spastické oboustranné hemiparézy je poškození v obou hemisférách mozku. Tato forma poškození je nejtěžší, neboť postihuje všechny končetini-

ny. Pohyblivost končetin je značně omezená, a proto je postižený odkázán na pomoc druhých osob. (Kurková, P., 2008, s. 53)

Spastická kvadraparéza se rozděluje na dva typy. V prvním případě dochází k rozšíření paréz a spasticity i na horní končetiny. V druhém případě je postižení oboustranné a dolní končetiny jsou méně poškozeny než horní končetiny. (Kurková, P., 2008, s. 53)

Rozštěpy (např. spina bifida)

Nejčastější rozštěp páteře bývá v oblasti bederní páteře. V nejtěžších případech postižení míchy vyhřezává mícha napovrch a páteř je rozštěpena po celé své délce. U tohoto postižení nejsou jedinci schopni života.

Ve většině případů se jedná o rozštěp částečný, kdy se v oblasti bederní páteře vytvoří vakovitý útvar krytý slabou kůží. Tento stav je operabilní, takto postižený jedinec trpí chabou obrnou dolních končetin, má sklon k proleženinám a trpí inkontinencí moči a stolice. Vývoj horní poloviny těla je normální, pouze k dolním končetinám se přidružují vrozené deformity. (Renotierová, M., 2005, s. 213)

Vrozené malformace horních a dolních končetin

Mezi vrozené malformace horních i dolních končetin patří amélie (vrozené úplné nevyvinutí končetin), dysmélie (vrozená tvarová vývojová odchylka končetin), fokomélie (chybění paže a předloktí, ruce vyrůstají přímo z trupu), syndaktýlie (srůsty prstů na horních nebo dolních končetinách), luxace kyčelního kloubu a pes equinovarus congenitus (vrozená kososvislá noha). (Renotierová, M., 2005, s. 213)

Progresivní svalová dystrofie (např. myopatie)

Progresivní svalová dystrofie je skupina geneticky podmíněných chorob neznámého původu. Toto onemocnění je charakterizováno vrozenou poruchou svalového tonu s progredujícím rozvojem degenerativních změn svalových vláken. Postižení je symetrické, lokalizované na určité svalové skupiny. Nejčastěji postihuje

stehenní a pánevní svalstvo. Myopatie jsou vrozené a získané. Onemocnění má špatnou prognózu. (Ambler in Kurková, P., 2008, s. 55)

Mezi projevy myopatie patří kolébavá chůze, hyperlordóza, odstávající lopatky. Nemocní jedinci mají problémy při chůzi do schodů, nemohou nastoupit do dopravních prostředků. V pokročilém stádiu má nemocný problém se postavit a nemůže chodit, v tomto případě se stává plně závislým na invalidním vozíku a lůžku. Také je plně odkázán na pomoc druhých při úkonech sebeobsluhy a při ošetřování.

Oslabené svalové skupiny musí nemocný se svalovou dystrofií neustále posilovat aktivním cvičením. Je nutné nemocného aktivně zapojovat do činností spojené s psychorehabilitací.

b) Získaná postižení:

Amputace:

Amputace je umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu. Mohou nastat již v dětském věku v důsledku vážných úrazů. (Renotierová, M., 2008, s. 216)

Provádí se při vážných poraněních, pokud jsou zničeny důležité cévy. Amputace jsou dále indikovány u pacientů, kde hrozí sepse a následná smrt, z důvodu špatně léčitelných infekcí.

Amputace se rozděluje na primární, sekundární a terciární. Primární nebo – li časná amputace se provádí ihned po zhodnocení následků úrazu. Sekundární amputace se provede až po přezkoumání stavu nemocného a amputace je jediným možným reálným řešením. K terciární amputaci lékaři přistupují tehdy, když je stav definitivní a nelze očekávat úspěchy v léčbě nemocného. (Kurková, P., 2008, s. 51)

Ochrnutí:

Mezi nejčastější příčiny získaného tělesného postižení patří dopravní nehody, přírodní katastrofy nebo skoky do vody v neznámém prostředí. Může dojít

k trvalým následkům, které omezují mobilitu člověka i kvalitu jeho života. Nejzávažnější jsou úrazová onemocnění mozku a míchy. (Kurková, P., 2008, s. 52)

Součástí komplexního poranění páteře jsou zlomeniny obratlů. Rozlišujeme poranění horní krční páteře, poranění dolní krční páteře, hrudní páteře a bederní páteře. Nejčastěji bývá postižena dolní hrudní páteř nebo horní bederní páteř. U těchto poranění je zjištěna kompresivní fraktura těla obratle. Méně často je zlomenina oblouku či výběžku. (Maňák a Wondrák in Kurková, P., 2008, s. 52)

Léčba jednoduchých nekomplikovaných zlomenin obratlových těl vyžaduje klid na lůžku, polohování se musí provádět tak, aby nedošlo k dalšímu postižení obratle. Při komplikovaných zlomeninách se využívá metoda s použitím sádrového korzetu. (Eis in Kurková, P., 2008, s. 52)

Deformace:

Získané deformity jsou charakterizované neobvyklým tvarem určité části těla. Nejčastější příčinou je vadné držení těla, vzniklé změny jsou charakteristické trvalostí a stálostí. Za vadné držení těla se považuje každá odchylka od správného postavení páteře.

Příčiny vadného držení těla jsou vnitřní a vnější faktory. Do vnitřních faktorů se řadí růstové a dědičné vlivy, tělesná konstituce, výživa, nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte. Vnější faktory jsou ovlivněny prostředím. Patří sem nedostatek pohybu, dlouhotrvající sezení, obezita, předčasné posazování kojence apod.

Mezi deformace páteře patří hyperlordóza (zvětšení krční lordózy), hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda a bederní lordóza.

U diagnostikované deformace páteře se nedoporučují povolání, při kterých je nutné dlouho stát či sedět, prudce se otáčet, pracovat v předklonu nebo zvedat těžká břemena. (Renotíerová, M., 2008, s. 214)

1.2. Způsoby léčby tělesně postižených

V České republice mohou tělesně postižení jedinci využít mnoho způsobů léčby, které jim částečně mohou přinést zkvalitnění života. Využívají rehabilitace, ergoterapie, canisterapie nebo hipoterapie. Nejznámějším rehabilitačním centrem jsou Kladruby u Vlašimi, kde je poskytována komplexní péče klientům po úrazech a operacích pohybového a nervového systému.

K rehabilitaci se začal užívat jeden z nejmodernějších přístrojů, zvaný Lokomat. Principem Lokomatu je nácvik chůze na pohyblivé plošině při odlehčení hmotnosti klienta. Součástí Lokomatu je počítačový systém, který řídí speciální robotické ortézy, které jsou fixovány na dolní končetiny postiženého jedince. Robotické ortézy vedou správný pohyb a kroky u klienta s nízkou nebo žádnou svalovou silou.

Při rehabilitaci je kladen důraz na pohybovou terapii. Klienti se během rehabilitace učí vertikalizovat, chodit a zlepšovat manuální dovednosti, při kterých se mobilizují klouby a měkké tkáně. Na veškerou činnost dohlíží fyzioterapeuti, ergoterapeuti, všeobecné sestry a instruktoři. Rehabilitace pomáhá klientům při výběru správných kompenzačních a opěrných pomůcek. Pohybové aktivity jsou doplněny o fyzikální terapii, která zahrnuje vířivky, termoterapie, elektroterapie, ultrazvuk, fototerapie, magnetoterapie a přístrojové lymfodrenáže.¹

Ergoterapie usnadňuje návrat klientům do normálního života. Zaměřuje se na nácvik soběstačnosti a samostatnosti při jídle, osobní hygieně, oblékání a úklidu. Dále dochází k nácviku psaní, uchopování předmětů a celkovému zlepšování pohyblivosti prstů. Ergoterapie usiluje o udržení dobré kondice a vede klienta k tomu, aby prakticky využíval tělesnou a duševní zdatnost v praktických činnostech. Veškeré praktické dovednosti si klienti procvičují buď ve výtvarné, tkalcovské, oděvní či keramické dílně.²

¹ Dostupné z <http://www.rehabilitace.cz/open/soucasnost.htm>, staženo dne 29.11. 2009.

² Dostupné z <http://www.rehabilitace.cz/open/ergot-pece.htm>, staženo dne 29.11.2009.

Canisterapie je léčebná spolupráce člověka a cvičeného psa. Pro provozování terapie je vždy nutná přítomnost psůvoda (canisasistenta), jeho psa a odborníka, který vede klienta. Má formu individuální nebo kolektivní. Canisterapie má pozitivní účinek na klienta, přináší mu pocit dobré nálady, psi podněcují klienty k pohybu, hře a pozitivně působí na psychiku. Vlivem canisterapie dochází k rozvoji hrubé a jemné motoriky, rozvíjí orientaci v prostoru a čase, podněcuje verbální i neverbální komunikaci a rozvíjí sociální citění. Canisterapie má výborné využití pro tělesně postižené (nejčastěji při DMO, svalové dystrofii, epilepsii) či pro mentálně postižené.³

Hipoterapie je moderní rehabilitační metoda, kdy dochází k bio-psycho-sociálnímu působení na lidský organismus. Při této terapii se využívá vliv koně na organismus člověka. Přenášením pohybu koňského hřbetu na lidské tělo dochází ke stimulaci centrálního nervového systému. Zároveň dochází k osvojování motorického pohybu, který ovlivňuje svalový tonus a tím zdokonaluje pohyb člověka.

Hipoterapie je indikována u neurologických onemocnění (např. při DMO, degenerativním nervovém onemocnění atd.) a ortopedických onemocnění (např. při skolióze, svalové dysbalanci).

Vlivem hipoterapie dochází u klienta ke zlepšení v oblasti koordinace pohybu, normalizace svalového tonusu, narušení patologických stereotypů, zlepšení rovnováhy, úpravě svalové dysbalance a pohybové symetrie.⁴

³ Dostupné z <http://www.canisterapie.cz/cz/>, staženo dne 29.11.2009.

⁴ Dostupné z <http://www.hipoterapie.cz/>, staženo dne 29.11. 2009.

1.3. Kategorie tělesného postižení

Tělesné postižení lze rozdělit do čtyř kategorií. Rozdělení záleží na druhu postižení, úrazu a jeho následcích. Dále o zařazení do příslušné kategorie rozhoduje míra závislosti na druhé osobě a kladené požadavky na vybavení bytu.

Do první kategorie patří lehká tělesná postižení. Zařazují se sem jedinci, kteří k chůzi potřebují hole nebo francouzské berle. U této kategorie tělesného postižení je problém nastoupit do autobusu po schodišti, chůze po kluzkém terénu či vstávání ze židle.

V druhé kategorii se nachází jedinci, kterým dělá problém samotná chůze a pohyb. K pohybu potřebují francouzské hole a opěrné fixační dlahy, které drží postiženého ve stoji. Postižení jedinci jsou schopni ujít malou vzdálenost, ale i omezený pohyb je velice vyčerpává.

Třetí kategorie je rozdělena na vozíčkáře, kteří potřebují pomoc vozíku jen venku, jelikož nejsou schopni delší dobu stát nebo chodit. Dále je tvořena vozíčkáři, kteří jsou sice upoutáni na invalidní vozík, ale jsou zcela samostatní. Tito jedinci nepotřebují ve většině případů pomoc druhé osoby. V poslední řadě tuto skupinu tvoří kvadruplegici (osoby s ochrnutím všech čtyř končetin), kteří jsou upoutáni na vozík a potřebující pomoc druhé osoby čtyřicet hodin denně. Můžeme sem zařadit i tělesně postižené jedince upoutané na elektrický vozík. Jsou to jedinci vyžadující specifické potřeby z důvodu postižení i horních končetin.

Čtvrtá kategorie je tvořena jedinci, u kterých je onemocnění progresivní. Nemoc se zpočátku neprojevuje, ale nakonec nemocný projde všemi výše uvedenými kategoriemi. (Filipiová, D., 1998, s. 12)

1.4. Pomůcky pro tělesně postižené

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek definuje vyhlášku č. 182/1991 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí. Příspěvek se uděluje zdravotně postiženému člověku, který potřebuje pomůcku k odstranění, zmírnění nebo překonání ná-

sledků svých postižení. Příspěvky na pomůcky se pohybují od 50% do 100% z ceny výrobku.

Mezi rehabilitační a kompenzační pomůcky řadíme:

- polohovací zařízení do postele (příspěvek až ve výši 100 %),
- obracecí postel (příspěvek až ve výši 50 %),
- vodní zvedák do vany (příspěvek až ve výši 50 %),
- přenosné WC (příspěvek až ve výši 100 %),
- psací stroj se speciální klávesnicí (příspěvek až ve výši 50 %),
- motorový vozík pro invalidy (příspěvek až ve výši 50 %),
- židle na elektrický pohon (příspěvek až ve výši 50 %),
- přenosné rampy pro vozičkáře (příspěvek až ve výši 100 %),
- zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (příspěvek až ve výši 100 %),
- zařízení pro přesun vozičkáře do automobilu (příspěvek až ve výši 100 %),
- dvoukolo (příspěvek až ve výši 50 %),
- šikmá schodišťová plošina (příspěvek až ve výši 100 %),
- signalizační zařízení SYM-BLIK (příspěvek až ve výši 80 %),
- koupací lůžko (příspěvek až ve výši 50 %),
- nájezdové lyžiny pro vozičkáře (příspěvek až ve výši 100 %).⁵

Seznam firem zabývajících se výrobou kompenzačních pomůcek naleznete v příloze č. 2.

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout pouze tehdy, pokud se žadatel písemně předem zaváže, že vrátí příspěvek (jeho poměrnou část)

⁵ Obrázky k tomuto textu se nachází v příloze č. 3.

v případě, že zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím a do 6 měsíců ode dne vyplacení příspěvku nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku.⁶

Tělesně postižení jedinci mají možnost využít i asistenčních psů. Tito psi jsou speciálně vycvičeni k tomu, aby tělesně postiženým jedincům dokázali nahradit pomoc druhých osob. Speciální výcvik asistenčních psů spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí a kromě tohoto resortu, se také podílí i Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo zemědělství, Ministerstvo průmyslu a obchodu. Nechybí ani organizace reprezentující občany se zdravotním postižením, uživatele psů a subjektů, které psy cvičí.

Na pořízení vodících psů přispívá stát nevidomým prostřednictvím dávky sociální péče. Jedná se o jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek. V případě asistenčních psů, které užívají lidé s jiným těžkým zdravotním postižením než zrakovým, se tato dávka nevyplácí. Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje dotace na sociální služby organizacím, které asistenční psy cvičí.⁷

Asistenční psi

Asistenční psi pomáhají snížit závislost tělesně postiženým jedincům na druhých osobách. Kvalitně vycvičený asistenční pes dokáže zvládnout kolem devadesáti povelů. Pes vycvičený pro pomoc tělesně postiženému dokáže rozsvítit nebo zhasnout světlo, přinést předmět (telefon, vodítko, noviny), sundat postiženému ponožky či rukavice, podat předměty spadlé na zem, otvírat a zavírat dveře, přivolat výtah, nosit batůžek s předměty, pomoci při nákupu (ukládat předměty do vozíku, podat pokladní peněženku), táhnout invalidní vozík, odnést odpadky a v neposlední řadě otevřít ledničku a zásuvky apod.

⁶ Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>, staženo dne 19.4.2010.

⁷ Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8489>, staženo dne 2.5.2010.

Hlavním úkolem asistenčních psů je pomoci tělesně postiženému, který spadne z invalidního vozíku. Pes je schopen přivolat pomoc nebo být postiženému oporou, aby se dostal zpět na vozík. Tělesně postižení užívají asistenční psi i v případech lehkého postižení. Jsou jim oporou při chůzi a pomáhají postiženému jedinci udržovat rovnováhu. (Venglářová, M., 2006, s. 135)

1.5. Specifické rysy osobnosti tělesně postiženého člověka

„Především je osobnost podmíněna biologicky a to tím, že psychické jevy jsou zakotveny v organismu a jsou propojeny činností nervové soustavy. Odtud pak pramení jedinečnost psychiky určitého jedince (např. základní charakteristiky temperamentových vlastností jsou přímo závislé na typu činnosti nervové soustavy). Tím spíše pak hraje biologický faktor roli u postiženého jedince, pokud postižení zasahuje právě nervovou soustavu (např. DMO).“ (Vágnerová, M., 2004, s. 57)

Vliv na vytváření osobnosti jedince má převážně genetická výbava, kterou jedinec dostává od rodičů. Ovlivňuje psychiku jedince, jak v úrovni inteligence, tak má vliv na některé dysfunkce jedince. Osobnost dítěte je dost často poznamenána reakcí společnosti. To, jak se okolí postaví k tomu, že je dítě tělesně postižené, má později vliv na psychiku dítěte.

Rozdíly ve vlivu postižení na jednotlivé složky osobnosti jsou způsobeny časem, kdy postižení vzniklo. Pokud se jedná o vrozené postižení, dítě má zhoršený vývoj v oblasti, kde potřebuje poznávací procesy a schopnosti. „Výhodou“ u vrozeného postižení je schopnost adaptace na daný druh postižení. Osobnost postiženého jedince se v jiných oblastech vyvíjí vlivem omezení či nedostatků způsobené postižením.

Osobnost dítěte se získaným postižením se do doby vzniku postižení vyvíjela normálně. Vznik tělesného postižení znamená pro jedince velkou změnu života a nutnost užívání kompenzačních pomůcek. Je nutné zaměřit se na podporu adaptace. Postižení je velice silně prožíváno, a pokud není jedinec psychicky vyzrálý, způsobuje mu postižení psychické trauma. Pokud jedinec přijme své postižení (tj. akceptuje tělesné omezení), nemusí mu omezení hybnosti způsobovat velké obtíže. Při tomto stavu nedochází k velké přeměně osobnosti, ale pokud se jedinec bude

bránit a odmítat přijmout postižení, dojde k vytvoření nových specifických rysů osobnosti. Často se stává, že vystoupí do popředí rysy osobnosti, které dříve zdravý jedinec potlačoval a následkem vzniklého postižení se začnou více projevat (např. vztahovačnost, přecitlivělost, agresivita apod.).

Jedinec s postižením má zhoršenou schopnost adaptace, je pro něj obtížnější přizpůsobit se sociálním podmínkám okolí. Postižený při dosažení adaptace musí neustále používat kompenzační pomůcky a tím se začínají přeměňovat rysy osobnosti. Vlivem postižení nedochází k tvorbě nových rysů osobnosti, pouze se původní rysy mění vlivem změněných podmínek okolí.

Postižení ovlivňuje osobnost jedince a má značný vliv při navazování sociálních kontaktů. Při navazování kontaktů je důležité, jaký vztah má jedinec sám k sobě. Pokud vznik tělesného postižení mělo za následek snížení sebehodnocení, může to jedinci způsobovat problémy při navázání kontaktů s jinými lidmi.

2 TĚLESNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK VE SPOLEČNOSTI

V dřívějších letech lidé tělesně postiženými jedinci opovrhovali, snažili se je dostat ze společnosti do ústraní. V poslední době se společnost snaží tělesně postiženým pomoci a vytvořila zákony a vyhlášky, dle kterých mají jedinci s postižením právo na finanční příspěvek.

2.1. Příspěvky od státu pro tělesně postižené na zkvalitnění péče

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení České republiky.

Dávky sociální péče jsou poskytovány:

- osobám s trvalým pobytem na území ČR,

- osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům),
- občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než 3 měsíce.⁸

Příspěvky od státu slouží tělesně postiženým jedincům ke zkvalitnění života. Užití pomůcek, které za příspěvek pořídí, postiženým pomáhá při transportu do vany či auta. Usnadňují, život nejen postiženým jedincům, ale i lidem, kteří se o postižené starají. Mezi dávky sociální péče dle zákona spadá jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou úpravu motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a příspěvek na úhradu za užívání garáže.

1. Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

Příspěvek se poskytuje zdravotně postiženému, který potřebuje pomůcku k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Neposkytuje se, pokud potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna.

Mezi pomůcky pro tělesně postižené řadíme polohovací zařízení do postele, obracecí postel, vodní zvedák do vany, přenosné WC, psací stroj se speciální klávesnicí, motorový vozík pro invalidy, židle na elektrický pohon, přenosné rampy pro vozíčkáře, zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu, zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu, dvoukolo, šikmá schodišťová plošina, signalizační zařízení SYM-BLIK, koupací lůžko a nájezdové lyžiny pro vozíčkáře.

⁸ Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>, staženo dne 19.4.2010.

2. Příspěvek na úpravu bytu

Příspěvek se poskytuje občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost.

Za úpravu bytu se považuje zejména úprava bezbariérového přístupu do bytu, úprava povrchu podlahy, úprava ovládacích prvků domovní a bytové elektroinstalace, úprava kuchyňské linky a nábytku, rozšíření a úprava dveří, odstranění prahů, přizpůsobení koupelny a WC, vybavení koupelny sanitárním zařízením a stavební úpravy spojené s instalací výtahu.

Výše příspěvku na úpravu bytu se určuje dle příjmu a majetkových poměrů občana a jeho rodiny.

3. Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou úpravu motorového vozidla

Příspěvek se poskytuje jedincům s těžkou vadou nosného a pohybového ústrojí, který motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu a který není odkázán k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém zařízení a je odkázán na individuální dopravu. Příspěvek se poskytuje na období 5 let.

Výše příspěvku na zakoupení či úpravu motorového vozidla se určuje s ohledem na majetkové poměry žadatele.

4. Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla

Příspěvek se poskytuje občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku je, že žadatel sám řídí motorové vozidlo a pro své trvalé postižení zvláštní úpravu motorového vozidla nezbytně potřebuje.

5. Příspěvek na provoz motorového vozidla

Poskytuje se občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené.

Občanu, který ze závažných důvodů ujede více než 9000 km za kalendářní rok se výše příspěvku vyplaceného v tomto kalendářním roce zvyšuje.

6. Příspěvek na individuální dopravu

Příspěvek se přiděluje občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí. Příspěvek je přidělen za podmínky, že se pravidelně individuálně dopravuje, není vlastníkem motorového vozidla nebo provozovatelem motorového vozidla a není občanem, který je dopravován motorovým vozidlem, na jehož provoz je přiznán příspěvek.

7. Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu

Příspěvek se přiděluje občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, pokud tito občané užívají bezbariérový byt. Výše příspěvku činí 400 Kč měsíčně.

8. Příspěvek na úhradu za užívání garáže

Příspěvek se přiděluje občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, pokud tito občané užívají bezbariérový byt.

Mimořádné výhody pro zdravotně postižené se dělí podle stupně postižení a druhu závislosti na cizí pomoci. Mimořádné výhody jsou rozděleny na TP, ZTP a ZTP/P.

- Mimořádné výhody I. stupně (TP) se přiznávají v níže uvedených případech postižení:

Do této kategorie spadají občané se ztrátou úchopové schopnosti nebo při omezení horní končetiny, anatomickou ztrátou několika prstů, s podstatným omezením funkce jedné dolní končetiny nebo dvou končetin (hemiparézy, paraparézy), onemocněním páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění.

S průkazem TP mají jedinci nárok na vyhrazené místo k sezení v MHD a nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší stání či čekání

- Mimořádné výhody II. stupně (ZTP) se přiznávají v níže uvedených případech postižení:

Jedinci s průkazem ZTP mají postižení, do kterých spadá anatomická ztráta dvou dolních končetin, omezení funkce dvou dolních končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých onemocněních pohybového systému, onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo deformitami.

Občané s průkazem ZTP mají nárok na bezplatnou dopravu v MHD.

- Mimořádné výhody III. stupně (ZTP/P) se přiznávají v níže uvedených případech postižení:

Průkaz ZTP/P mají jedinci s anatomickou ztrátou obou končetin v bércích, funkční ztrátou jedné dolní a jedné horní končetiny (hemiplegie nebo hemiparéza), těžkou poruchou pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy.

Občané s průkazem ZTP/P mají nárok na bezplatnou dopravu pro sebe i svého průvodce.⁹

2.2. Organizace pro tělesně postižené

V České republice se začíná objevovat stále více organizací, které se snaží podporovat tělesně postižené jedince. Tyto organizace podporují tělesně postižené jedince, umožňují jim začlenění do společnosti a tím se jim snaží vytvořit relativně kvalitní život. Organizace se zaměřují na sociálně právní poradenství, půjčování kompenzačních pomůcek, vzdělávací kurzy nebo postiženým jedincům pomáhají hledat pracovní uplatnění. Mezi nejznámější organizace patří Trend vozíčkářů Olomouc, Paraple, Život bez bariér, ESY HANDICAP HELP či sbírka Pomozte dětem. Zde uvedené organizace a jejich internetové stránky naleznete v příloze č.1.

⁹ Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>, staženo dne 19.4.2010.

Trend vozíčkářů

Spolek Trend vozíčkářů je nestátní nezisková organizace, která vznikla roku 1994 na žádost samotných vozíčkářů. Byla to první organizace, která začala v České republice poskytovat osobní asistenci osobám s tělesným postižením. Organizace působí především v Olomouckém regionu, částečně také v přilehlých okresech. O organizační činnosti rozhodují samotní postižení jedinci.

Posláním organizace je pomáhat integraci tělesně postižených občanů a vytvářet podmínky pro rovnoprávné začlenění do společnosti. Organizace podporuje snahu o zlepšení životních i sociálních podmínek vozíčkářů.

Spolek Trend vozíčkářů Olomouc poskytuje tyto služby:

- osobní asistence,
- sociálně právní poradenství,
- vzdělávací kurzy,
- pomoc při hledání pracovního uplatnění zdravotně postižených,
- volno časové aktivity (pobytové akce, výlety, besedy..),
- odbourávání architektonických i mezilidských bariér,
- zapůjčuje kompenzační pomůcky.

Půjčovna kompenzačních pomůcek je součástí odborného sociálního poradenství. Tuto službu poskytuje v rámci odborného sociálního poradenství nad rámec základních činností stanovených zákonem o sociálních službách.

Využití půjčovny kompenzačních pomůcek může klient, kterému se náhle pokazí invalidní vozík nebo pokud čeká na dodání pomůcky, kterou mu hradí pojišťovna. Cenu za půjčení příslušné kompenzační pomůcky schvaluje představenstvo organizace.

Mezi nabízené pomůcky patří různé typy mechanických vozíků, hydraulický zvedák do vany, schodolez, francouzské hole a vycházkové berle.¹⁰

➤ ESY HANDICAP HELP

ESY HANDICAP HELP poskytuje odborné a kvalifikované sociální služby osobám s tělesným nebo kombinovaným handicapem. Snaží se naučit jedince jak zvládat pobyt v domácím prostředí, a také se zaměřuje na udržení důstojnosti a životního stylu jedince s postižením.

Cílem organizace je zapojit postižené jedince do běžné společnosti, poskytnout jim podporu a pomoc, podporovat a rozvíjet jejich soběstačnost. Usnadňuje postiženým zapojení do vlastního života po dlouhodobé hospitalizaci a pomáhá obnovit původní životní styl.

Poskytnutá pomoc vychází z individuálních potřeb jedince, kterého musí pomáhající osoba respektovat. Členové organizace musí působit na postiženého jedince aktivně a musí ho motivovat k úspěchům.¹¹

➤ Život bez bariér

Poskytuje denní stacionář, odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace, osobní asistence a další služby.

Denní stacionář poskytuje ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení.

Odborné sociální poradenství poskytuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí a zapůjčení kompenzačních pomůcek.

¹⁰ Dostupné z <http://www.trendvozickaru.cz/o-trendu-vozickaru/>, staženo dne 28.11.2009.

¹¹ Dostupné z <http://www.esyhandicaphelp.wgz.cz/>, staženo dne 20.4.2010.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností zaměřených na výcvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti.

Cílem osobní asistence je poskytnout pomoc, kterou uživatel nezbytně potřebuje a která mu zároveň zajistí plnohodnotný a kvalitní život. Snaží se zapojit tělesně postiženého jedince do společnosti a vést ho k samostatnosti v běžných sebeobslužných činnostech.¹²

➤ Paraple

Organizace Paraple vznikla v roce 1994. Zaměřuje se na osoby s tělesným postižením a snaží se jim pomoci přizpůsobit se nové životní situaci, zlepšit fyzický a psychický stav. Paraple podporuje tělesně postižené, aby dosáhli co největší míry soběstačnosti a nezávislosti a vrátili se zpět do společenského života.

Paraple poskytuje služby informační a poradenské, intenzivní rehabilitační program, sociálně rehabilitační program, rekondiční rehabilitační program, kurzy práce na PC, pomoc se získáváním zaměstnání, sportovní program, kulturní aktivity a arteterapeutické kurzy.

Centrum Paraple úzce spolupracuje se Sportovním klubem vozíčkářů. Umožňuje tak tělesně postiženým okamžité zapojení do sportovních aktivit na vozíku. Sportovní klub vozíčkářů v současné době vede oddíl stolního tenisu, florbalu, lyžování, orientačního závodu a turistiky.¹³

¹² Dostupné z

http://www.zbb.cz/index.php?option=com_content&task=section&id=11&Itemid=76, staženo dne 19.4.2010.

¹³ Dostupné z <http://www.paraple.cz/tabid/53/Default.aspx>, staženo dne 19.4.2010.

➤ Pomozte dětem

Sbírka Pomozte dětem je dlouhodobý celonárodní projekt České televize a Nadace rozvoje občanské společnosti, který podporuje znevýhodněné a ohrožené děti do 18 let, žijící v České republice.

Sbírka podporuje děti a mladé lidi, kteří mají výchovné a vývojové problémy, žijí mimo vlastní rodinu. Hlavně se zaměřuje na děti týrané, zneužívané, zanedbávané, dále na děti s tělesným, duševním nebo smyslovým postižením (ZP).

2.3. Principy práce s tělesně postiženým člověkem

Pro práci s tělesně postiženým jedincem musí mít člověk dostatek informací o aktuálním stavu týkajícího se sebeobsluhy, psychického stavu, komunikačnosti a hlavně zdravotního stavu. Všechny tyto informace a samozřejmě, že i další informace jsou nutné k navození důvěry a další spolupráci.

Velkou chybou laiků je, když se snaží pomoci tělesně postiženému jedinci, aniž by si předem zjistili, zda vůbec potřebuje či vyžaduje pomoc. Je nutné se předem s tělesně postiženým domluvit, v jakém případě vyžaduje dopomoc.

V dnešní době se odstraňují překážky a ve všech veřejných budovách se vytváří bezbariérový systém. Ale i přes veškeré úpravy se stává, že jedinec upoutaný na invalidní vozík potřebuje pomoc a zdravý člověk mu musí pomoci. Po celou dobu manipulace s invalidním vozíkem zdravý jedinec komunikuje s tělesně postiženým jedincem a informuje ho o plánovaných krocích. Tak má tělesně postižený nad sebou určitou kontrolu a nemá pocit, že je s ním manipulováno a že je jen odkázán na svého pomocníka.

Manipulaci s invalidním vozíkem lze shrnout do několika bodů, na které by se nemělo zapomínat (Kurková,P., 2008, s. 58):

- Při každém zastavení je nutné invalidní vozík zabrzdít.
- Vozík zvedat pouze za pevné rámce.
- Myslet na to, že má vozíčkář jiný zorný úhel, když se mu něco ukazuje.

- Během rozhovoru s vozíčkářem, je nutné stát vedle něj nebo před ním.
- Jezdit velmi opatrně v místech velkého pohybu lidí (obchodní centra).
- Stát s vozíkem dostatečně daleko od krajnice vozovky.
- Při sjíždění prudkého kopce sjíždět s vozíkem pozpátku.
- Na nerovném terénu jezdit po zadních kolech. Zabrání se tím otřesům invalidního vozíku.
- Být psychickou podporou tělesně postiženému při narážkách na jeho postižení.

3 TĚLESNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Každý člověk se jednou dostane do nemocničního zařízení, ať už jen ambulantně nebo k dlouhodobějšímu pobytu. Hospitalizace je psychicky náročná i u zdravého člověka, nezvládají narušení intimity či omezení soukromí. Pro tělesně postižené jedince je hospitalizace psychicky daleko náročnější, kolikrát nemají možnost svobodného transportu z důvodu malého prostoru. A tím je pro něj hospitalizace velmi traumatickým zážitkem.

3.1. Péče o tělesně postiženého člověka ve zdravotnickém zařízení

S nemocnými dětmi a dospělými s tělesným postižením se setkáváme nejčastěji na ortopedickém, chirurgickém či neurologickém oddělení, ale mohou být hospitalizováni i na jiném oddělení. Právě na odděleních, kde tělesně postižení nejsou často hospitalizováni, se setkáváme s řadou problémů. Tato oddělení jsou uspořádána sice bezbariérově, ale nesplňují podmínky, které by vyhovovaly tělesně postiženým jedincům závislých na užívání invalidního vozíku. Často zde chybí i technické vybavení, které by sestřám usnadňovalo péči o nemocné. Proto péče o postiženého musí probíhat velmi individuálně, podle míry a druhu postižení. Při příjmu nemocného je proto nutné zjistit, jak je nemocný samostatný a v kterých aktivitách potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu.

U tělesně postižených, kde postižení vzniklo nedávno po úrazu nebo v důsledku jiného onemocnění, je nutné se co nejdříve zaměřit na obnovu nezávislosti jedince. Úkolem zdravotnického personálu je dostatečně motivovat nemocného k jedinému cíli, tj. k uzdravení a soběstačnosti.

Snaží-li se nemocný zvládat úkony sám, nemocného chválíme a podporujeme jej v činnosti. Necháváme mu dostatečný prostor a čas, aby si věci kolem sebe mohl udělat sám a tím si zlepšoval svoji motorickou aktivitu. Pokud necháme nemocného, aby si věci kolem sebe zajistil sám (např. v rámci hygieny, oblékání), uvidí pokroky, které mu samostatnost přináší a bude mít větší radost z úspěchů. Jestliže má tělesně postižený nacvičené úkony z domova, je nutné podporovat ho v samostatnosti.

Tělesně postiženým jedincům trvají činnosti podstatně déle než „zdravým“ lidem a sestra má nutkání mu pomoci, ať má vše rychle udělané. Proto se často stává, že raději pacienta s tělesným postižením nakrmí nebo umyje, než aby ho doprovodila do koupelny či na toaletu a tím neztrácela čas. Jediným výsledkem této péče je, že se pacient po psychické a fyzické stránce nezlepšuje, ale naopak zhoršuje. Nemá žádnou psychickou motivaci, která by ho nutila k rehabilitaci.

Dlouhodobé upoutání nemocného na lůžko v mnoha případech způsobuje snížení prahu trpělivosti. Jedinec je úzkostný a často přechází do agresivního postoje. Je proto nutné vytvořit vhodné podmínky, které by stavy úzkosti a agrese snížili. Vhodným způsobem, jak dospělého či dětského pacienta můžeme zaměstnat je rehabilitace, ergoterapie, arteterapie či sportovně pohybová léčba. (Jobánková, M., 1992, s. 153)

3.2. Zásady komunikace s tělesně postiženým člověkem

Už při prvním setkání by měla sestra myslet na to, jakým způsobem naváže s tělesně postiženým jedincem kontakt. První dojem u nemocného vzbuzuje důvěru či nedůvěru v ošetřující personál. Pokud bude postižený jedinec cítit z ošetřujícího personálu pozitivní emoční klima, bude ochoten spolupracovat, sdělovat své potíže a v neposlední řadě nebude mít strach požádat o pomoc. Sestrám to umožní vcítit se do stavu nemocného a následně může zajistit vhodnou péči. V případě, že se ne-

mocný bude obávat požádat někoho o pomoc, bude předstírat, že nemá žádné starosti, zabráni tím sestře, aby mu pomohla. (Jobánková, M., 1992, s. 118)

Ve většině případů se ošetřující personál domnívá, že se postižený nechce bavit o svých problémech, a proto směřují rozhovor jiným nepodstatným směrem.

Pokud dojde k navázání pozitivního kontaktu mezi nemocným a ošetřujícím personálem, je nemocný ochoten sdílet s personálem své starosti a trápení. V této fázi by měl nemocný vycítit z ošetřujícího personálu pochopení a porozumění, nikoliv však lítost. Rozhovor by se měl ubírat optimistickým směrem a navést tělesně postiženého k realistickému cíli. Při rozhovoru by měla být sestra klidná, přátelská, sebevědomá, empatická, ale zároveň rozhodná a rozvázná. Měla by být hlavně dobrým posluchačem a dokázat vytvořit v nemocném optimistickou náladu. Také by se měla umět s nemocným smát, ale nikdy se nesmí smát stavu nemocného. (Jobánková, M., 1992, s. 136)

Tělesně postiženým nedělá problém komunikovat s druhými lidmi, proto je lepší se tělesně postiženého jedince na rovinu zeptat, zda nepotřebuje pomoc, aniž by pomáhající osoba ohrozila nevhodným chováním lidskou důstojnost postiženého jedince. Je nutné si předem promyslet, jak nemocného oslovíme a jak mu nabídneme pomoc. Většina lidí se mylně domnívá, že tělesně postižený jedinec potřebuje pomoc a už mu pomáhají překonat překážku, kterou by zvládl i bez cizí pomoci.

Zdravotnický pracovník komunikuje při získávání anamnestických údajů vždy s postiženým, nikoli s jeho doprovodem. Pokud s tělesně postiženým chceme manipulovat, je nutné mu vysvětlit, co potřebujeme a on nám popíše způsob manipulace, na který je zvyklý. (Kurková, P., 2008, s. 59)

Kompenzační pomůcky se nemocnému ukládají tak, aby na ně bez cizí pomoci dosáhl. Zajistíme tím, že se nemocný bude cítit jistě a nedojde k narušení jeho soběstačnosti. Budeme-li muset nemocného s tělesným postižením transportovat sanitním vozem, je potřeba, aby měl sebou své kompenzační pomůcky. Při chybění pomůcek by opětovně došlo k narušení jistoty a soběstačnosti. (Kurková, P., 2008, s. 59)

Při hospitalizaci zajistíme, aby byl pokoj, na kterém je tělesně postižený umístěn, bezbariérový a nebránili jsme nemocnému v soběstačnosti. Pokud vyko-

náváme zdravotnický úkon, jako je třeba aplikace injekce, je možné, aby si vhodné místo zvolil sám nemocný, dle svých zavedených zvyklostí. (Kurková, P., 2008, s. 59)

„Obecné zásady pro komunikaci s postiženými pacienty“ (Linhartová, V., 2007, s. 77)

- *Zvolte takovou komunikaci, která je adekvátní formě a stavu pacientova individuálního postižení.*
- *Vždycky udržujeme s pacientem oční kontakt.*
- *Mluvte směrem k němu, i když má doprovod (i když jsme přesvědčeni, že nás plně nemůže vnímat).*
- *Mluvte srozumitelně, zásadně používejte spisovného jazyka, bez cizojazyčných a slangové lékařské terminologie (jen tam, kde jde o výraznou nářeční oblast - Ostravsko, Slezsko aj., je možno i s pacientem mluvit nářečím, napomůže-li to snadnějšímu dorozumění).*
- *Nelituje pacienta kvůli jeho postižení, snižuje to jeho psychický komfort.*
- *S každým zacházejte a jednejte úměrně jeho věku, nikoliv mentalitě (s dospělým nebo dospívajícím nezacházíme jako s malým dítětem).*
- *S ohledem na zvýšenou psychickou citlivost těchto lidí tolerantněji přecházejte jejich náladovost, netaktnost, popřípadě hrubost.*
- *Zásadně na ně mluvte vlídným a klidným hlasem“.*

Sdělení špatných zpráv

Značným problémem je sdělení nemocnému jedinci, že vlivem úrazu bude natrvalo tělesně postižený. Sdělení, způsobuje nemocnému velkou psychickou zátěž, i když v mnoha případech tuší, že je jeho zdravotní stav vážný. Informace o zdravotním stavu sděluje vždy lékař, sestra pouze psychicky připravuje nemocného na sdělení diagnózy. Než lékař sdělí diagnózu nemocnému, měl by předem zjistit veškeré informace o psychickém stavu nemocného od ošetřujících sester. Dle toho pak lékař zvolí způsob rozhovoru. Pokud lékař nesdělí veškeré informace dostatečně a nemocný bude mít pocit, že je mu něco za-

tajováno, začne si shánět informace sám. Na základě získaných informací si nemocný vytvoří mylnou domněnku o své nemoci. Přestane důvěřovat ošetřujícímu personálu a odmítne léčbu. (Jobánková, M., 1992, s. 136)

Reakce nemocného na sdělení diagnózy je individuální. Někdo je klidný a smíří se s nemocí, jiný klid jen předstírá. Jiný je zase zoufalý nebo trpí panickým strachem. V nejhorším případě se jedinec se svojí diagnózou nesmíří a začne uvažovat o sebevraždě. (Jobánková, M., 1992, s. 136) Pokud nemocný odmítne podávání informací rodinným příslušníkům, musí toto přání ošetřující personál respektovat. Tím dojde ke vzdálení nemocného od rodiny a nemocný nebude moci s nikým sdílet svůj smutek. Úkolem sestry a celého ošetřujícího personálu je v tomto případě nemocného uklidnit a hlavně ho povzbudit do dalšího života. (Jobánková, M., 1992, s. 136)

3.3. Komunikační bariéry s tělesně postiženým člověkem

Při hospitalizaci tělesně postižených je nutné podporovat jejich aktivitu a sebedůvěru, aby neměli pocit, že jsou zcela závislí na pomoci druhých. Pomoc tělesně postiženým nabízíme se zájmem a chutí nemocnému pomoci. Jestliže postižený jedinec vycítí během komunikace opovržení a nezáměr o jeho osobu, přestane komunikovat, a tím dojde ke komunikační bariéře.

V případě, že rozhovor neprobíhá správným způsobem nebo se vůbec neuskuteční, je nutné zaměřit se na faktory, které to způsobují. Mezi tyto faktory lze zařadit strach, namyšlenost, pochybnosti, velké očekávání, spěch, velkou touhou odlišit se od ostatních, nezralou osobnost a další. Faktory, které brání rozhovoru, vnášejí jak sestry, tak i pacienti. (Venglařová, M., 2006, s. 29)

Vrozená tělesná postižení jsou v mnoha případech doprovázena i jiným onemocněním. Jedinci s dětskou mozkovou obrnou mají problémy s vyjadřováním, odpovídají pomalu a mají menší slovní zásobu. Problémy s vyjadřováním mohou mylně vytvářet dojem mentálního postižení. Aby se tomuto zabránilo, musíme nemocnému nechávat dostatečný prostor na vyjádření.

Sestra se může dopustit mnoha chyb při poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o chyby zaviněné a nezaviněné. Zaviněné jsou takové, kde sestra způsobí

újmu nemocnému svou nezodpovědností, nedostatečným vzděláním nebo nedbalostí. Do nezaviněných lze zařadit pochybení, která jsou způsobena spěchem, únavou či konfliktní situací. (Jobánková, M., 1992, s. 144)

Mezi nejčastější problém patří to, že některé sestry a vlastně hlavně sanitárky (ošetřovatelky) zapomínají na etické chování. U sester je nevhodné chování neodpustitelné, už jen z důvodu vzdělání v oblasti psychologie. Většina lidí žije v představě, že tělesně postižený člověk je i mentálně postižený, a tak se k němu nemusí chovat, jako k jiným zdravým lidem. Řeknou si, že tělesně postižený neregistruje poznámky či nechápe smysl jejich výrazu či úšklebku. Jenže ono je to v mnoha případech právě naopak, tihle jedinci chápou, co onen úšklebek znamenal, že se ho ošetřovatelský personál štítí nebo se mu vysmívá. Hlavně u jedinců, kde došlo k získání tělesného postižení během života, je vnímání úšklebků intenzivnější.

Nemístné poznámky jsou kolikrát nepříjemné zdravým jedincům a většina se začne bránit tím, že s personálem odmítne komunikovat. Pro tělesně postižené je to mnohem horší, neboť oproti zdravým lidem, musí se svým postižením žít celý život a hlavně se s tím musí smířit po psychické stránce. Netaktní chování ošetřovatelského personálu tomu přispívá, a tak se musí tělesně postižený člověk začít nějak bránit. Pak si zvolí cestu, nepouštět si nikoho k tělu, odmítne odpovídat a celkově se do sebe uzavře. Proč by měl odpovídat na otázky, např. kde bydlí, jestli nepotřebuje pomoc či jestli žije sám nebo s partnerem? Pokud mu tyto otázky pokládá ošetřující personál, který se mu dříve vysmíval, nemůže očekávat, že mu nemocný ochotně odpoví. Jeho odpověď by případně poskytla další podnět personálu k tomu, aby mohl tělesně postiženého jedince nějakým způsobem zesměšnit a ohrožit jeho lidskou důstojnost.

3.4. Průběh komunikace s tělesně postiženými dětmi

Pro postižené dítě má velký psychologický a sociální význam kontakt se zdravými dětmi. Začlenění postižených dětí do škol má význam i pro zdravé děti, ty se učí rozumět a pomáhat postiženým. Takto smíšené skupiny dětí, vytváří více to-

lerantnější, snášenlivější a méně agresivnější prostředí. Všechny děti si pak do dospělosti přinášejí ochotu a snahu pomáhat druhým.

Komunikace je v případě dětí se zdravotním postižením velmi těžká. Zásadou je vždy to, aby způsob dorozumívání byl co nejpřirozenější, jak je to jen v dané situaci možné. Někdy je postižené dítě v rodině značně hýčkáno a pobyt v nemocnici mu může poskytnout pocit samostatnosti. Stává se, že rodinou zhýčkané dítě zkouší v nemocničním zařízení stejné „finty“ na ošetřující personál, a pokud se dítěti nevyhoví, nastane problém. Dítě odmítne komunikovat, začne být agresivní a dojde k odmítání léčby. Proto je potřeba dítě podporovat v samostatnosti a umožnit mu dokázat něco nového.

Při rozhovoru mluvíme s dítětem klidně, volíme slova přiměřená věku dítěte. Pokud má dítě dotazy, zodpovíme je a podáme mu dostatečné vysvětlení. Nikdy nesmíme dítěti lhát, používáme jednoduchá slova a krátké věty. Nenecháváme dítě samotné, aby nemělo strach. Chválíme a oceňujeme úsilí dítěte. Pro kvalitnější komunikaci využíváme hraček a obrázků, které má dítě rádo a tím snížíme napětí. Je vhodné použít oblíbenou hračku pro nácvik výkonu, abychom u dítěte snížili strach z bolesti.

Sestra se může při komunikaci s dětským pacientem dopustit řady chyb. Může mu lhát, zlehčovat jeho pláč či strach z ošetřujících výkonů. Přistupuje k němu jako k malému dospělému, je příliš autoritativní, případně mu neodpovídá na otázky a má výmluvy typu – „tomu bys ještě nerozuměl“. Kárá dítě za nešikovnost, vyčítá mu jeho chování nebo ho srovnává s jinými dětmi. (Venglářová, M., 2006, s. 80)

Pro nemocné dítě se sestra stává partnerem ve hře, je pro něj náhradní přítel i rodič. Je pro nemocné dítě zdrojem jistoty a porozumění. Velký význam v navázání kontaktu s dítětem hrají neverbální projevy ze strany sestry. Důležitý je oční kontakt s úsměvem, zvolení vhodné výšky (přidřepnutí, posadit se vedle dítěte), veselá uniforma nebo jen malá hračka vykukující z kapsy uniformy. Někdy je vhodné dělat stejná gesta jako dítě nebo ho jen pohladit, to může dítě zklidnit, ale i rozrušit. Významným faktorem při navázání kontaktu hraje i prostředí, ve kterém

se nachází. Příznivé jsou pro děti veselé barvy a obrázky, nikoli však bílé stěny a anatomické obrázky. (Venglářová, M., 2006, s. 79)

U dlouhodobě hospitalizovaných dětí je riziko, že dojde ke vzniku hospitalismu. Je to stav, kdy dítě strádá po potřebách, které ho naplňují a uspokojují. Jedná se o potřeby emoční, sociální, smyslové či intelektové. Dítě se stane depresivním, plačtivým a přejde do agresivního či apatického stavu. Sestry se v současné době snaží předcházet těmto stavům zajištěním výuky, zábavy a zájmové činnosti. (Jobánková, M., 1992, s. 149)

Pro zabavení dětí je nejvhodnější arteterapie nebo muzikoterapie. Účinkem terapie je odvedení dítěte od stereotypu během hospitalizace, ale zároveň podporuje rozvoj psychické a intelektové stránky dítěte.

3.5. Zásady komunikace s rodiči tělesně postižených dětí

Při prvním kontaktu s rodiči postiženého dítěte je nutné udělat první pozitivní dojem jak na rodiče, tak i na postižené dítě. Základem každé komunikace je představit se rodičům a samozřejmě i dítěti. Od rodičů potřebuje ošetřující personál získat informace o dítěti, o jeho zdravotním stavu, každodenních rituálech či náladách. Další součástí komunikace je zodpovědět rodičům veškeré dotazy. Při rozhovoru používáme vhodná slova, aby nám rodiče rozuměli a věděli, že uděláme pro jejich dítě vše potřebné. Během rozhovoru je vhodné projevit porozumění pro jejich emoce a zdůraznit, že jejich obavy chápeme.

Pro samotné rodiče je uklidňujícím faktorem už jen to, že s dítětem dokážeme navázat rozhovor a budeme si s dítětem rozumět. Sestra by měla mít na paměti, že její chování je pod neustálým dozorem rodičů. V případě, že se rodiče při návštěvě ptají na chování dítěte, odpovíme na jejich dotazy a vyhýbáme se negativnímu hodnocení dítěte. Pokud je matka hospitalizovaná s dítětem a chová se při ošetřování dítěte nevhodně, je nutné ji na to taktně upozornit. Abychom předešli nevhodnému chování matky u vyšetření dítěte, je možné daný výkon předem nacvičit.

Pro zdravotníky je velmi obtížné sdělovat vážné zdravotní diagnózy rodičům nemocného dítěte. Informace by se měly sdělovat oběma rodičům společně a to co nejdříve od zjištění diagnózy dítěte. Před sdělením diagnózy je vhodné zajistit konzul-

taci s psychologem, který rodiče připraví na sdělování diagnózy. Lékař podává informace o zdravotním stavu a sestra zase odpovídá na dotazy ohledně péče a výchovy dítěte. Je vhodné zajistit kontakty na skupiny rodičů, kteří se nacházejí v podobné situaci. Hlavně by se měli rodiče ubezpečit, že je tam pro ně zdravotnický personál, na který se mohou kdykoliv obrátit.

Rodiny, kterým se narodí postižené dítě, procházejí složitými životními situacemi. Pro rodiny je velmi složité přijmout postižené dítě, záleží, jak jsou rodiče psychicky vyzrálí. V mnoha případech se stává, že se rodiče cítí za postižení dítěte zodpovědní nebo že začnou hledat viníky mezi rodinou či ošetřujícím personálem.

Někdy rodiče zvažují možnost umístit tělesně postižené dítě do ústavu. V takovém případě nesmíme dát rodičům najevo, že je odsuzujeme za takové chování. Mohou mít řadu sociálních či rodinných problémů, které je k možnosti umístění dítěte do ústavu vedou.

V případě, že se rodiče rozhodnou vychovávat dítě v domácím prostředí, čeká je dlouhá a těžká práce, léčení a rehabilitace. Rodiče při zjištění, že budou mít postižené dítě, prochází řadou fází. Smiřují se s myšlenkou, že se budou starat o postižené dítě a vytváří si nějaký koncept, jak budou dítě vychovávat. Pokud je dítě od samotného narození považováno za postižené, tak takovým způsobem je i vychovááno. (Buřvalová, D., 2007, s. 15)

Rodiče při vyslechnutí diagnózy o postižení či dlouhodobém onemocnění dítěte často propadají zoufalství, beznaději a silné úzkosti. Vše potom přechází do obranné reakce, kdy rodiče popírají vážnost stavu svého dítěte a doufají, že se lékaři v určení diagnózy zmýlili. V některých případech se stává, že se hledá viník, který může za vážné onemocnění dítěte. Celý proces končí přijetím dítěte takového jaké je. (Buřvalová, D., 2007, s. 15)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1. Charakteristika výzkumného vzorku

Skupinu výzkumného vzorku tvořilo 130 všeobecných sester. Výzkumu se zúčastnilo 99 žen a 1 muž. V počtu 5 respondentů byla zastoupena pozice staničních sester a všeobecné sestry tvořily 95 respondentů. Pozice vrchní sestry nebyla zastoupena žádným respondentem.

Věková kategorie respondentů se pohybovala od 20 do 45 let a výše. Dotazník vyplňovaly sestry s praxí od 1 roku až po zkušené sestry s 16tiletou praxí v nemocničním zařízení.

Do výzkumu byla zahrnuta chirurgická, interní, neurologická a rehabilitační oddělení. Na interním oddělení bylo rozdáno 55 dotazníků, přičemž návratnost byla 73%. Na chirurgickém oddělení bylo rozdáno 44 dotazníků a návratnost byla 73%, na neurologickém bylo rozdáno 20 dotazníků, tj. návratnost byla 90%. Na rehabilitačním oddělení bylo rozdáno 11 dotazníků a návratnost byla 91%. Z celkového počtu 130 rozdaných dotazníků byla návratnost 77%, tedy 100 vyplněných dotazníků. Zbýlých 30 dotazníků nebylo vráceno zpět.

4.2. Metoda práce

K získání požadovaných informací jsem zvolila kvantitativní sběr informací pomocí dotazníkového šetření. Výzkumu se zúčastnilo 100 sester. Jejich úkolem bylo zodpovědět na 20 otázek, které se týkaly informovanosti a připravenosti zdravotnického personálu na práci s tělesně postiženými jedinci.

Otázky byly otevřeného, uzavřeného a polostrukturovaného typu. V dotazníkovém šetření bylo 13 uzavřených a 4 otevřené otázky, kde respondenti kroužkovali a zapisovali odpovědi podle svých vědomostí a zkušeností získaných praxí s tělesně postiženými jedinci. Ve 3 polostrukturovaných otázkách uváděli respondenti svůj názor a návrh do praxe, který by měl zlepšit kvalitu péče o tělesně postižené jedince.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1. Cíle výzkumu a hypotézy

Obecným cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaká je úroveň připravenosti zdravotnického personálu na práci s tělesně postiženými jedinci.

Mezi konkrétní cíle patří:

1. Jaká je úroveň připravenosti sester na práci s tělesně postiženými jedinci?

Hypotéza – 50 % z dotazovaných se domnívá, že sestry jsou dostatečně připravovány na péči o tělesně postižené jedince během studia i v praxi. 40 % dotázaných by teoretickou přípravu zlepšilo. 10 % sester si myslí, že nejsou dostatečně připravovány, ale návrh do praxe nevedly.

2. Která věková kategorie sester je nejvíce informována o problematice tělesně postižených jedinců?

Hypotéza - 45 % zaujímá v informovanosti věková kategorie 36 - 45 let, 25 % věková kategorie 26 - 35 let, 20 % zastoupení mají sestry do 25 let, 10 % zastoupení má věková kategorie nad 45 let.

3. Jaká je informovanost sester o rozdílu či shodě mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem?

Hypotéza – 10 % dotázaných sester se domnívá, že rozdíl existuje. 40 % respondentů se domnívá, že rozdíl existuje, ale nedokážou rozdíl blíže specifikovat. 50 % dotázaných se domnívá, že rozdíl mezi pojmy neexistuje.

4. O jaké jedince s tělesným postižením je nejvíce pečováno ve zdravotnických zařízeních?

Hypotéza - 65 % z dotázaných nejvíce pečovalo o tělesně postižené se získaným postižením. 15 % pečovalo o jedince s vrozeným postižením. 20 % z dotázaných pečovalo o jedince s vrozeným i získaným postižením.

5. Znají sestry zásady správné komunikace s tělesně postiženým jedincem ve zdravotnickém zařízení?

Hypotéza – 70 % dotázaných zná správné zásady komunikace s tělesně postiženými, 20 % respondentů je částečně informováno o zásadách komunikace a 10 % sester nezná zásady komunikace.

6. S jakými nejčastějšími komunikačními bariérami se sestry ve zdravotnickém zařízení setkávají?

Hypotéza – 55 % z dotázaných sester se setkala během praxe s komunikačními bariérami, 45% dotázaných nevedly komunikační bariéry s tělesně postiženým jedincem.

7. Jaká je informovanost zdravotnického personálu o organizacích pro tělesně postižené?

Hypotéza – 70 % dotázaných sester dokázalo vyjmenovat organizace pro tělesně postižené, 30 % dotázaných nedokázalo vyjmenovat organizace pro tělesně postižené.

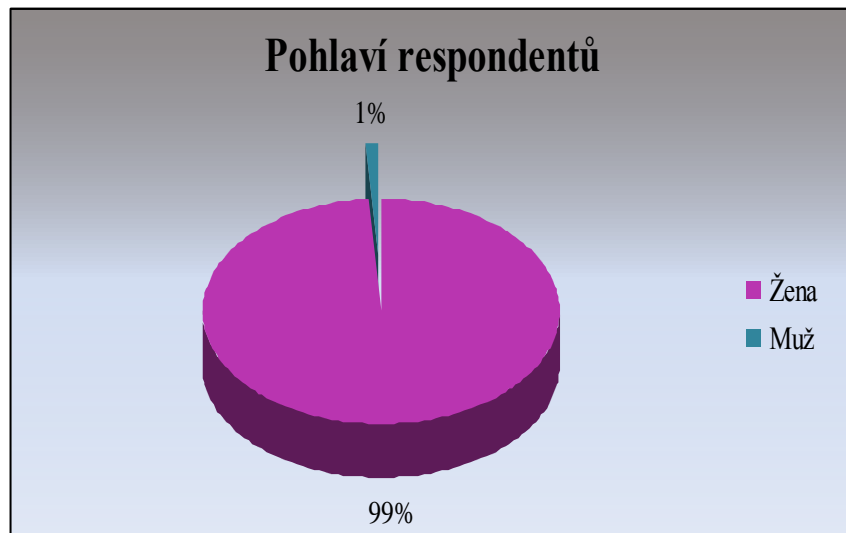
8. Jaká je nejčastější stížnost na kvalitu ošetrovatelské péče ze strany tělesně postiženého jedince?

Hypotéza – 50 % dotázaných uvedlo, že ke stížnosti ze strany nemocného došlo a zároveň uvedly konkrétní problém, 25 % sester uvedlo, že ke stížnosti došlo, ale nebyly schopné problém definovat, 25% dotázaných nevedlo stížnost ze strany nemocného.

5.2. Analýza získaných údajů a jejich grafické znázornění

Otázka č. 1: Jste:

Graf č. 1:

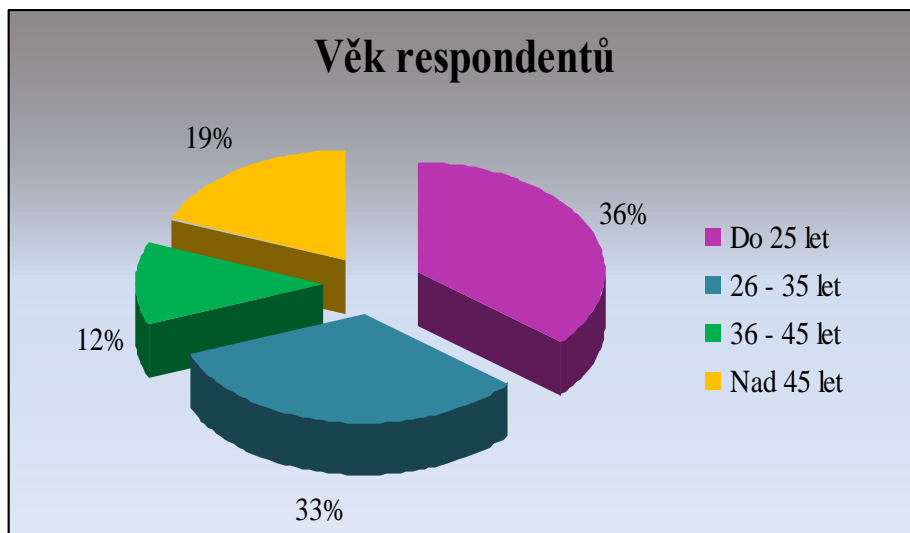


Tabulka č. 1:

Jste	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Žena	99	99
Muž	1	1
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

Na otázky odpovědělo 100 respondentů, 99 žen a 1 muž.

Otázka č. 2: Věk:**Graf č. 2:****Tabulka č. 2:**

Věk	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Do 25 let	36	36
26 – 35 let	33	33
36 – 45 let	12	12
Nad 45 let	19	19
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

Věk respondentů byl různý. Skupinu do 25 let tvořilo 36 % respondentů. Respondenti ve věku 26 až 35 let tvořili 33 % dotázaných, 12 % tvořila věková skupina od 36 do 45 let. Zbýlých 19 % respondentů tvořila věková skupina nad 45 let.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Graf č. 3:



Tabulka č. 3:

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Do 1 roku	10	10
1 – 5 let	36	36
6 – 10 let	17	17
11 – 15 let	12	12
16 a více let	25	25
Celkem	100	100

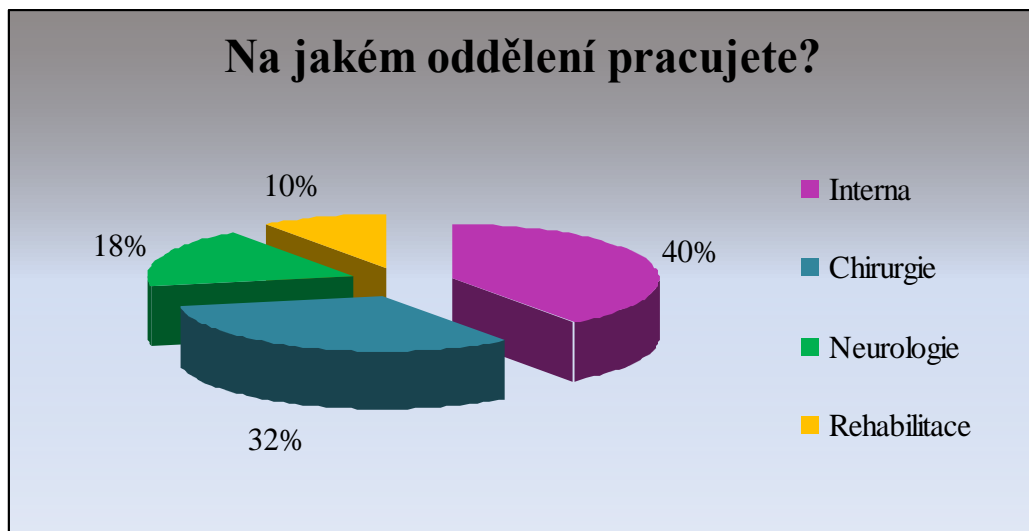
Komentář k otázce:

Skupina respondentů, která pracuje ve zdravotnictví méně než 1 rok, tvořila 10 % oslovených. 36 % respondentů zaujímala skupina, která pracuje ve zdravotnictví 1 až 5 let. Skupina respondentů pracujících ve zdravotnictví 6 až 10 let tvoři-

la 17 % respondentů. 12 % dotázaných respondentů pracuje ve zdravotnictví 11 až 15 let. 16 a více let pracuje ve zdravotnictví 25 % dotázaných respondentů.

Otázka č. 4: Na jakém oddělení pracujete?

Graf č. 4:



Tabulka č. 4:

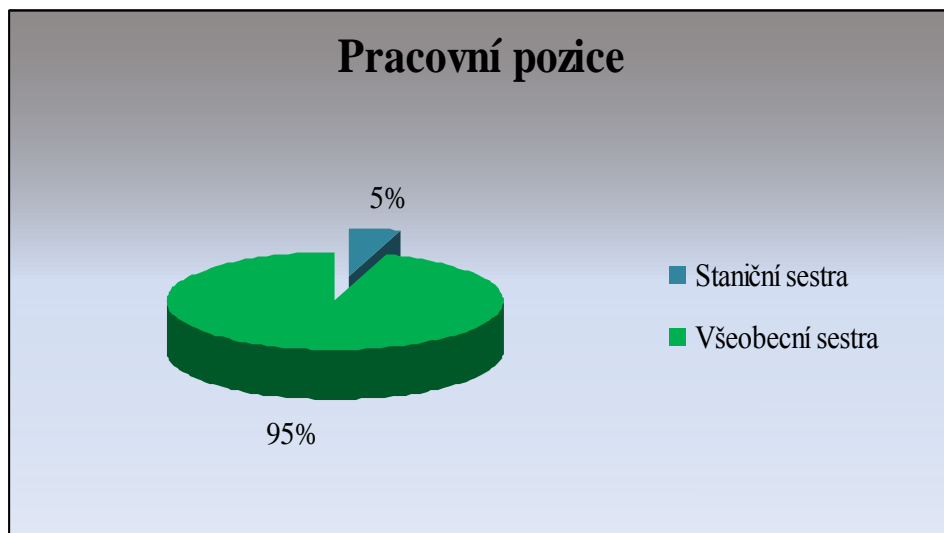
Na jakém oddělení pracujete?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Interní oddělení	40	40
Chirurgické oddělení	32	32
Neurologické oddělení	18	18
Rehabilitační oddělení	10	10
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

40 % dotázaných respondentů pracuje na interním oddělení. Z celkového počtu pracuje 32 % respondentů na chirurgickém oddělení, 18 % respondentů tvořila skupina z pracovníků z neurologického oddělení a 10% respondentů pracuje na rehabilitačním oddělení.

Otázka č. 5: Uved'te svoji pracovní pozici:

Graf č. 5:



Tabulka č. 5:

Uved'te svoji pracovní pozici	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Vrchní sestra	0	0
Staniční sestra	5	5
Všeobecná sestra	95	95
Celkem	100	100

Komentář k otázce

Největší skupinu respondentů tvořily všeobecné sestry v počtu 95 %. V počtu 5 % byla zastoupena pozice staniční sestry. Pozice vrchní sestry nebyla zastoupena.

Otázka č. 6: Pečoval(a) jste již o osobu s tělesným postižením?

Graf č. 6:



Tabulka č. 6:

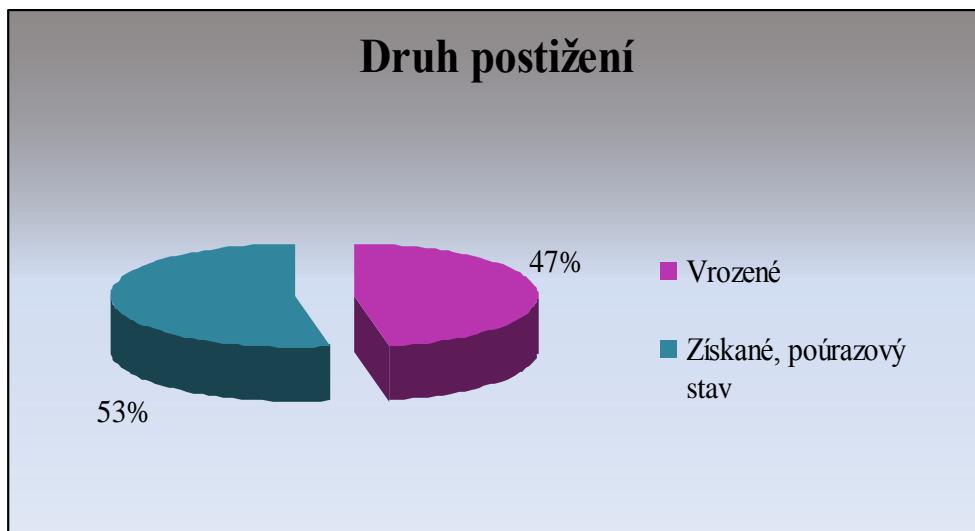
Pečovala jste již o osobu s tělesným postižením?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Ano	96	96
Ne	4	4
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

96 % respondentů uvedlo, že již pečovalo o osobu s tělesným postižením. Zbývá 4 % respondentů uvedla, že o tělesně postiženého jedince nepečovala.

Otázka č. 6.1: Pokud ano, o jaké tělesné postižení šlo?

Graf č. 6.1:



Tabulka č. 6.1:

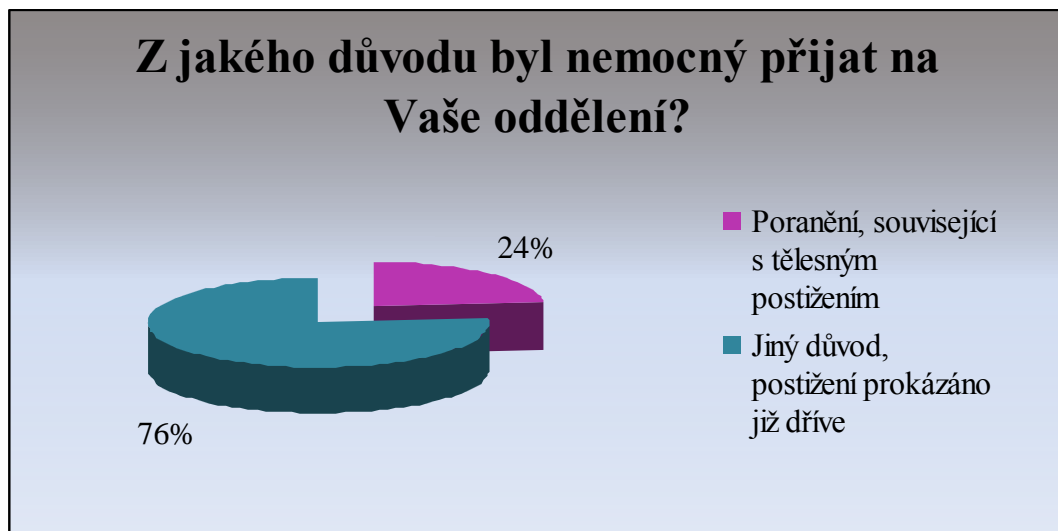
Pokud ano, o jaké postižení šlo?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Vrozené (z důvodu DMO nebo jiného onemocnění)	62	47
Získané, poúrazový stav	70	53
Celkem	134	100

Komentář k otázce:

47 % respondentů uvedlo, že pečovalo o jedince s vrozeným postižením. Zbýlých 53 % respondentů uvedlo, že pečovalo o jedince se získaným, poúrazovým stavem.

Otázka č. 7: Z jakého důvodu byl nemocný přijatý na Vaše oddělení?

Graf č. 7:



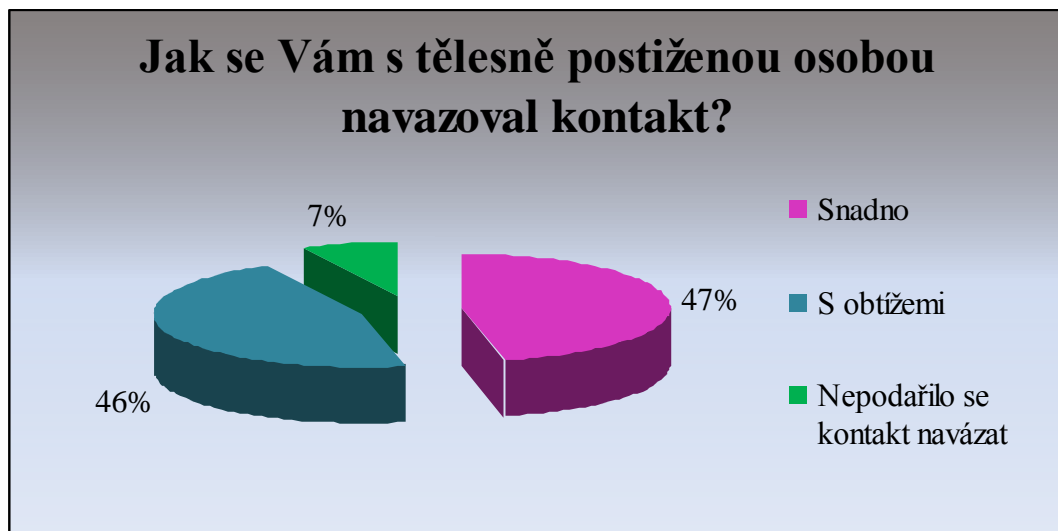
Tabulka č. 7

Z jakého důvodu byl nemocný přijat na Vaše oddělení?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Z důvodu poranění, související s tělesným postižením	24	24
Z jiného důvodu, tělesné postižení bylo u nemocného prokázáno dříve	78	76
Celkem	102	100

Komentář k otázce:

24 % respondentů uvedlo, že tělesně postižený jedinec byl na jejich oddělení přijat z důvodu poranění, související s tělesným postižením.

Zbýlých 76 % respondentů uvedlo, že tělesně postižený jedinec byl přijat na jejich oddělení z jiného důvodu, které nesouviselo s tělesným postižením.

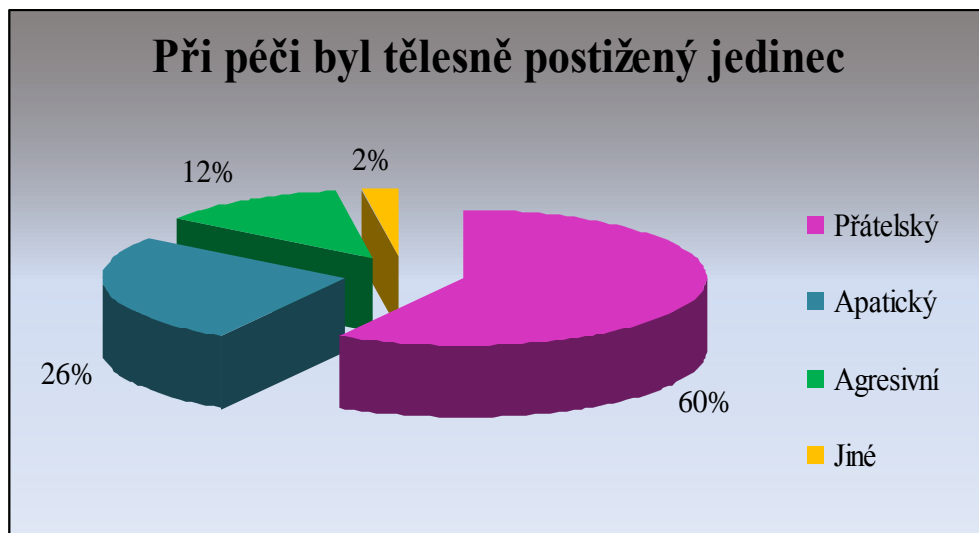
Otázka č. 8: Jak se Vám s tělesně postiženou osobou navazoval kontakt?**Graf č. 8:****Tabulka č. 8:**

Jak se Vám s tělesně postiženou osobou navazoval kontakt?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Snadno	50	47
S obtížemi, ale nakonec se kontakt podařilo navázat	49	46
Nepodařilo se kontakt navázat	8	7
Celkem	107	100

Komentář k otázce:

Z celkového počtu respondentů uvedlo 47 % dotázaných, že se s tělesně postiženým navazoval kontakt snadno, 46 % respondentů uvedlo, že se kontakt navazoval obtížně, ale nakonec se podařilo kontakt navázat.

U zbylých 7 % respondentů se nepodařilo navázat kontakt s tělesně postiženým jedincem.

Otázka č. 9: Při péči byl tělesně postižený jedinec:**Graf č. 9:****Tabulka č. 9:**

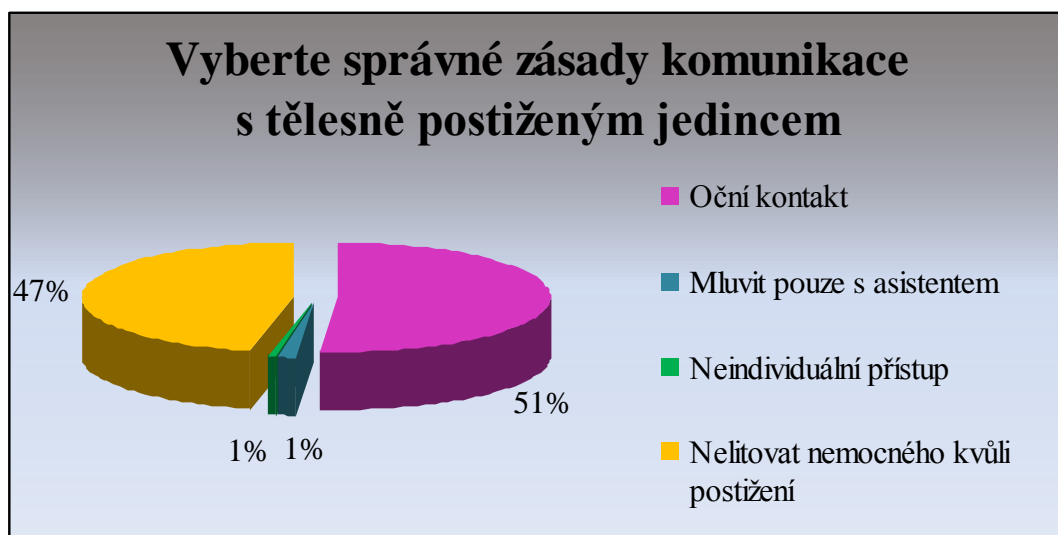
Při péči byl tělesně postižený jedinec	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Přátelský	71	59
Apatický	32	26
Agresivní	15	12
Jiné	3	3
Celkem	121	100

Komentář k otázce:

V 59 % případů se pacient projevoval přátelsky. V 26 % případech byl jedinec apatický. Ve 12 % případů reagoval pacient agresivně. Ve 3 % případech odpovědí respondenti uvedli, že jedinec reagoval jinak. Vyžadoval individuální přístup. Respondenti uváděli, že každý tělesně postižený jedinec reaguje na hospitalizaci jinak.

Otázka č. 10: Vyberte správné zásady komunikace s tělesně postiženým jedincem:

Graf č. 10:



Tabulka č. 10:

Vyberte správné zásady komunikace s tělesně postiženým jedincem	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Udržovat oční kontakt	85	51
Mluvit pouze s asistentem	2	1
Neindividuální přístup	1	1
Nelitovat nemocného kvůli postižení	77	47
Celkem	165	100

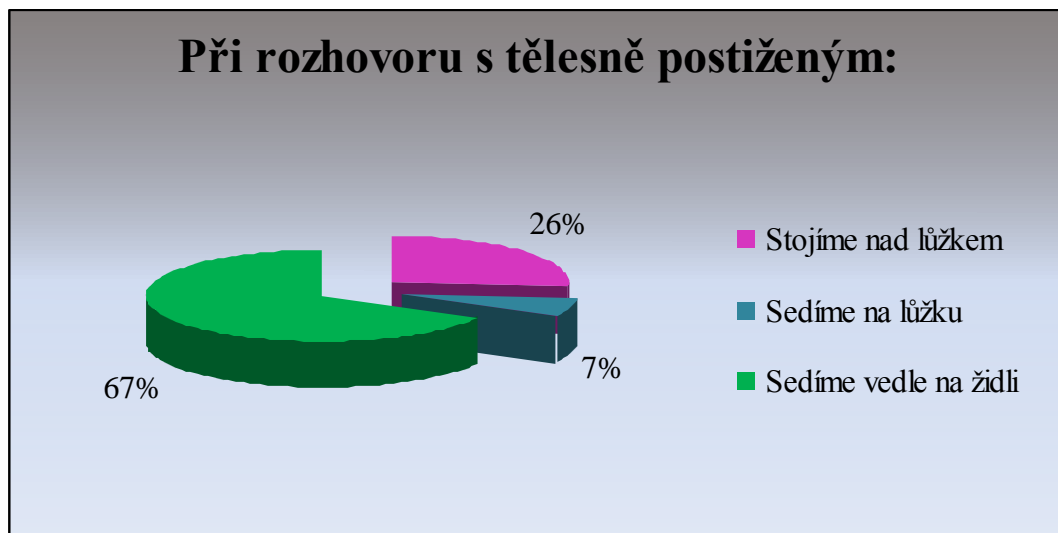
Komentář k otázce:

51 % respondentů uvedlo, že mezi zásady správné komunikace patří udržování očního kontaktu. 1 % respondentů se domnívá, že mezi zásady komunikace patří rozhovor pouze s asistentem tělesně postiženého jedince. Jako zásadu komuni-

kace uvedlo 1 % respondentů neindividuální přístup. Zbýlých 47 % respondentů uvedlo, že do zásad komunikace patří nelitovat nemocného kvůli jeho tělesnému postizení.

Otázka č. 11: Při rozhovoru s tělesně postiženým:

Graf č. 11:



Tabulka č. 11:

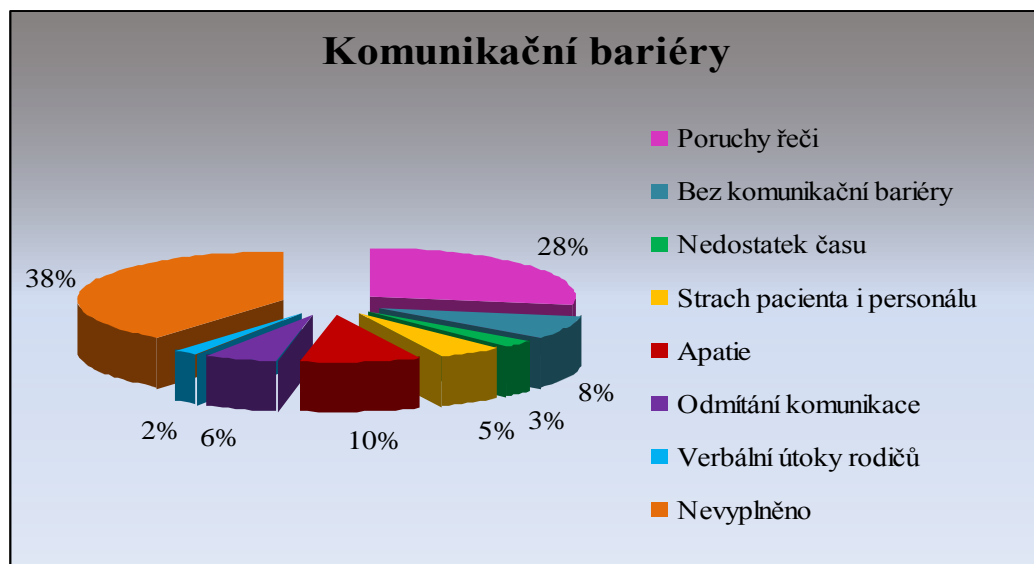
Při rozhovoru s tělesně postiženým	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Stojíme nad jeho lůžkem	28	26
Sedíme vedle něj na lůžku	7	7
Sedíme vedle na židli	71	67
Celkem	106	100

Komentář k otázce:

Z celkového počtu uvedlo 26 % respondentů, že při rozhovoru s tělesně postiženým se stojí nad jeho lůžkem. 7 % respondentů se domnívá, že během rozhovoru s tělesně postiženým je třeba sedět vedle něj na lůžku. 67 % respondentů by si během rozhovoru sedlo vedle lůžka na židli.

Otázka č. 12: Uved'te komunikační bariéru, se kterou jste se setkali při péči o tělesně postiženého jedince:

Graf č. 12:



Tabulka č. 12:

Uved'te komunikační bariéru, se kterou jste se setkali při péči o tělesně postiženého jedince	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Poruchy řeči	29	28
Bez komunikační bariéry	8	8
Nedostatek času	3	3
Strach pacienta i personálu	5	5
Apatie	10	9
Odmítání komunikace	6	6
Verbální útoky rodičů	2	2
Nevyplněno	41	39
Celkem	67	100

Komentář k otázce:

28 % respondentů uvedlo, že komunikační bariérou byla porucha řeči u tělesně postiženého jedince. 8 % respondentů uvedlo, že se zatím s komunikační bariérou u tělesně postiženého jedince nesetkalo. 3 % respondentů uvedla, že bariérou byl nedostatek času. Strach ze strany pacienta i personálu byl bariérou u 5 % respondentů. 9 % respondentů uvedlo, že bariérou byla apatie tělesně postiženého jedince. 6 % respondentů zmínilo, že bylo bariérou odmítání komunikace ze strany pacienta. 2 % respondentů uvedla jako komunikační bariéru verbální útoky rodičů. Zbýlých 39 % respondentů se k dané otázce nevyjádřilo.

Otázka č. 13: Myslíte si, že je péče o tělesně postižené jedince v našich zdravotnických zařízeních dostatečná?

Graf č. 13:



Tabulka č. 13:

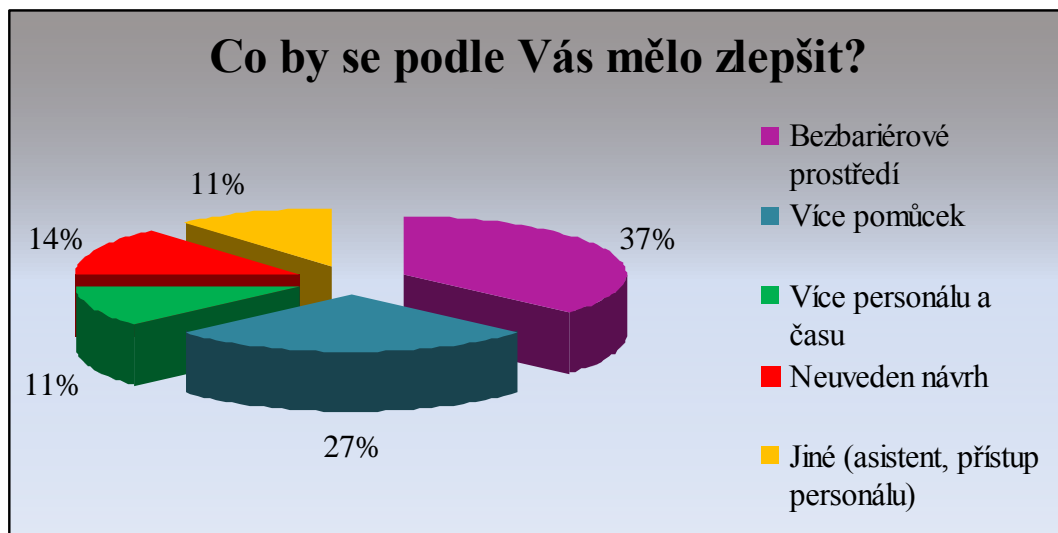
Myslíte si, že je péče o tělesně postižené jedince v našich zdravotnických zařízeních dostatečná?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Ano	40	41
Ne	57	59
Celkem	97	100

Komentář k otázce:

41 % respondentů si myslí, že péče o tělesně postižené ve zdravotnickém zařízení je dostatečná. Zbýlých 59 % si myslí, že péče není dostatečná.

Otázka č. 13.1: Pokud ne, co by se podle Vás mělo zlepšit?

Graf č. 13.1:



Tabulka č. 13.1:

Pokud ne, co by se podle Vás mělo zlepšit?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Bezbariérové prostředí	26	37
Více pomůcek	19	27
Více personálu a času	8	11
Neuveden návrh	10	14
Jiné (asistent, přístup personálu)	8	11
Celkem	71	100

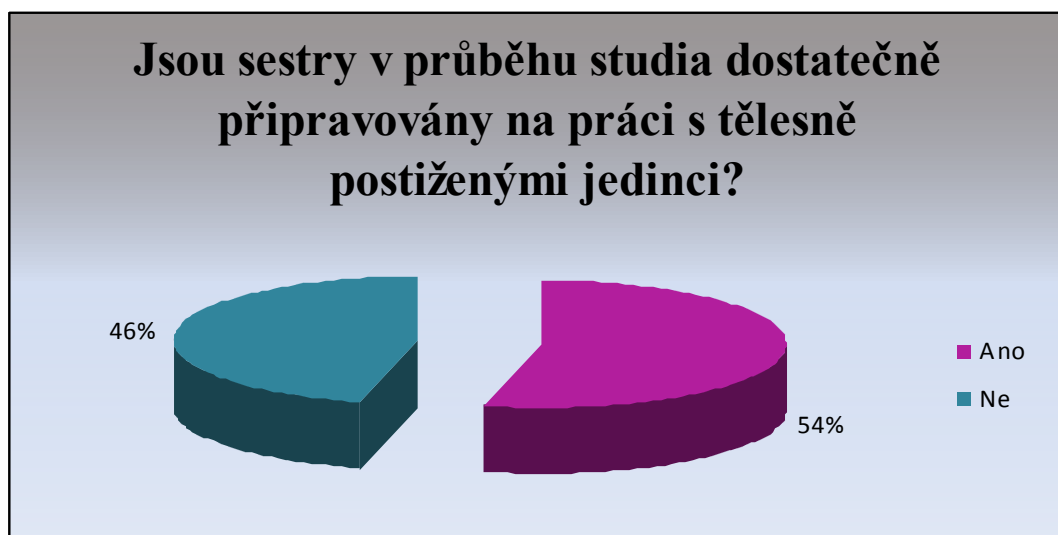
Komentář k otázce:

Z 59 % respondentů, kteří uvedli, že péče ve zdravotnických zařízeních není dostatečná, navrhlo tyto daná řešení, které uvádím v následujících větách. 37 % respondentů navrhlo zkvalitnění bezbariérového prostředí, 27 % se domnívá, že ke zkvalitnění péče je nutné více pomůcek. Více personálu a času navrhlo 11 % re-

spondentů. 14 % respondentů nevedlo žádný návrh na zkvalitnění péče o tělesně postižené jedince. Zbýlých 11% si myslí, že ke zkvalitnění péče pomůže hospitalizace asistenta tělesně postiženého jedince a hlavně přístup personálu.

Otázka č. 14: Myslíte si, že jsou sestry v průběhu studia dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci?

Graf č. 14:



Tabulka č. 14:

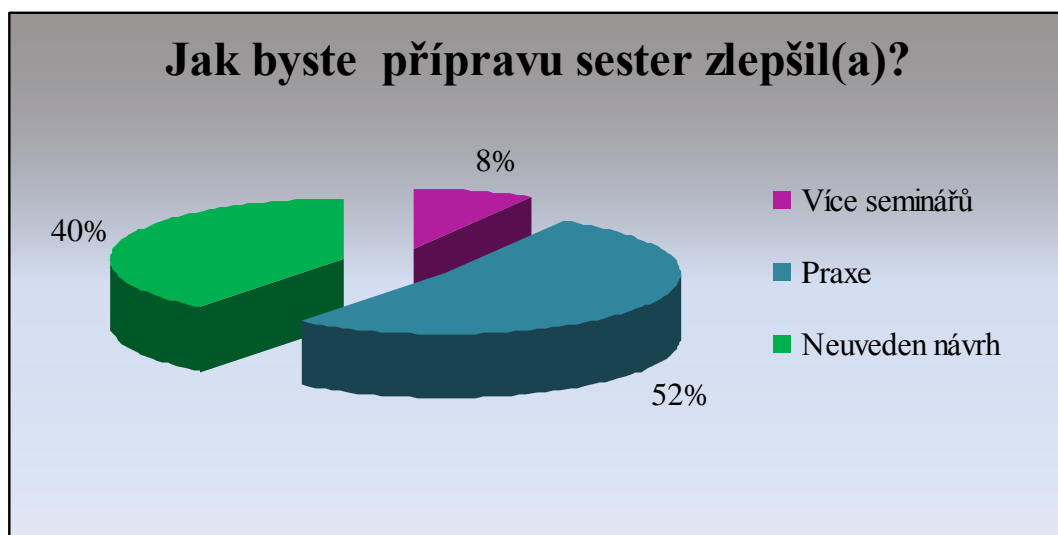
Myslíte si, že jsou sestry v průběhu studia dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Ano	54	54
Ne	46	46
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

54 % respondentů si myslí, že jsou sestry v průběhu studia dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci. Zbýlých 46 % se domnívá, že sestry nejsou dostatečně připravovány.

Otázka č. 14.1: Pokud ne, jak byste odbornou přípravu sester v této oblasti zlepšil(a)?

Graf č. 14.1:



Tabulka č. 14.1:

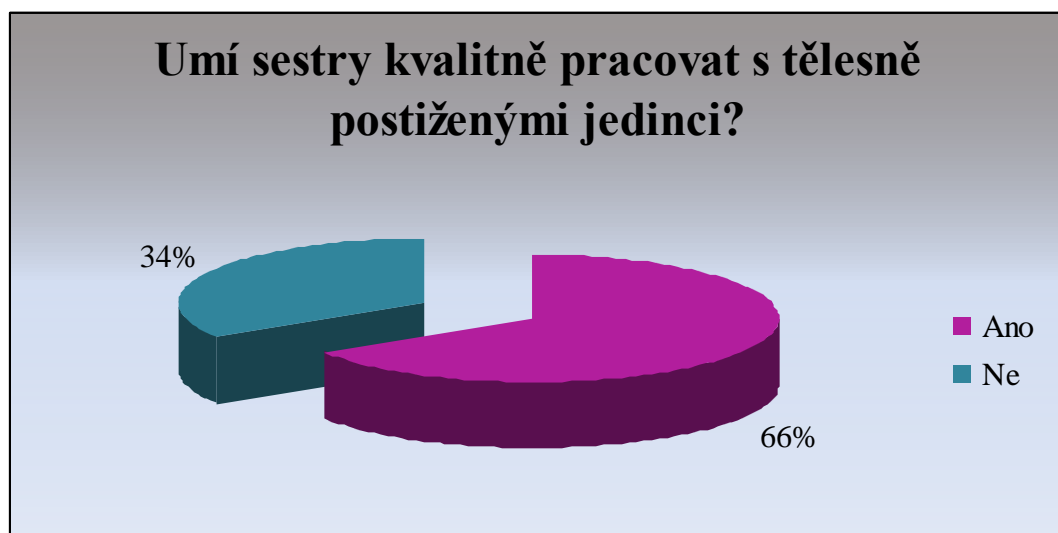
Pokud ne, jak byste odbornou přípravu sester v této oblasti zlepšil(a)?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Více praxe	4	8
Více seminářů o problematice	25	52
Neuveden návrh	19	40
Celkem	48	100

Komentář k otázce:

Ze 46 % respondentů, kteří se domnívají, že sestry nejsou dostatečně připravovány během studia na práci s tělesně postiženými jedinci, navrhli daná řešení, které uvádím v následujících větách. 8 % respondentů navrhlo více praxe u tělesně postižených jedinců. Více seminářů o problematice by do výuky zahrnulo 52 % respondentů. Zbýlých 40 % respondentů se dále k problematice nevyjádřilo.

Otázka č. 15: Myslíte si, že sestry v praxi umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci?

Graf č. 15:



Tabulka č. 15:

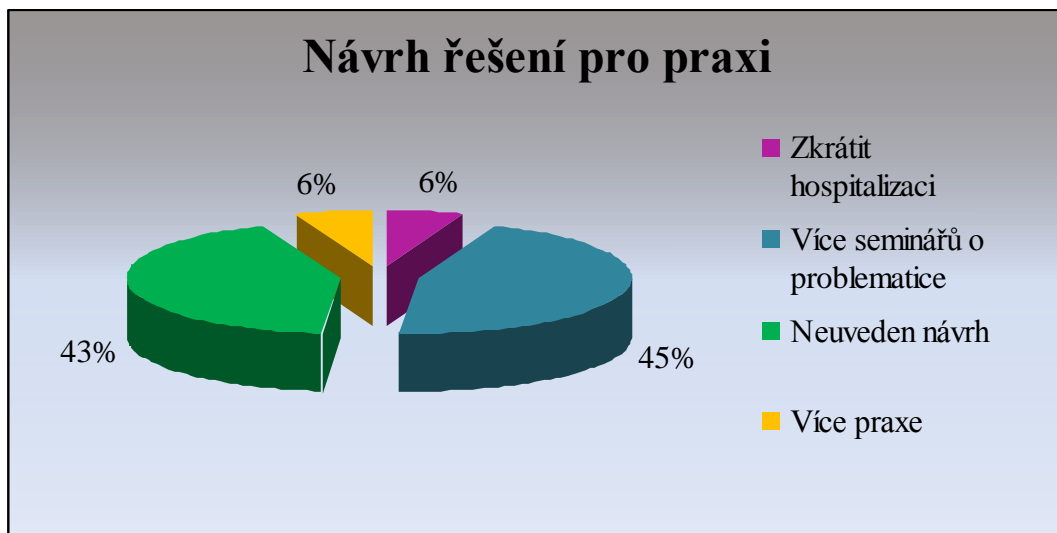
Myslíte si, že sestry v praxi umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Ano	66	66
Ne	34	34
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

66 % respondentů si myslí, že sestry v praxi umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci. Zbýlých 34 % respondentů se domnívá, že sestry neumí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci.

Otázka č. 15.1: Pokud ne, jaké byste navrhl (a) řešení pro praxi?

Graf č. 15.1:



Tabulka č. 15.1:

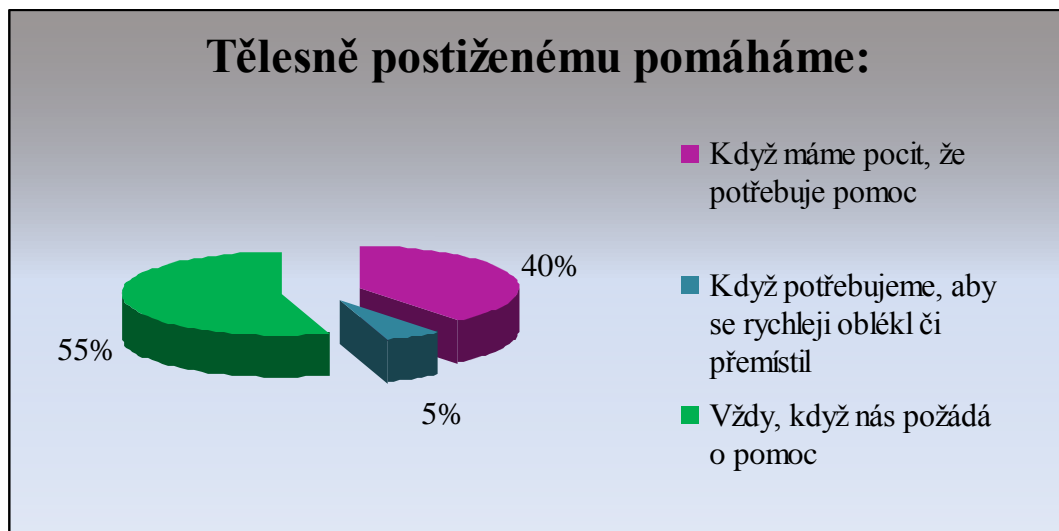
Pokud ne, jaké byste navrhl (a) řešení pro praxi?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Zkrátit hospitalizaci	2	5
Více seminářů o problematice	16	46
Neuveden návrh	15	43
Více praxe	2	6
Celkem	35	100

Komentář k otázce:

34 % respondentů, kteří uvedli, že sestry neumí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci, navrhl daná řešení, která uvádím v následujících větách.

5 % respondentů navrhlo zkrátit hospitalizaci, jen na nejnnutnější období. Více seminářů o problematice tělesně postižených jedinců navrhlo 46 % respondentů.

43 % respondentů se k problematice nevyjádřilo. Zbýlých 6 % by do praxe zavedlo více praxe u tělesně postižených jedinců.

Otázka č. 16: Tělesně postiženému pomáháme:**Graf č. 16:****Tabulka č. 16:**

Tělesně postiženému pomáháme:	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Když máme pocit, že potřebuje pomoc	51	40
Když potřebujeme, aby se rychleji oblékl či přemístil	7	5
Vždy, když nás požádá o pomoc	71	55
Celkem	129	100

Komentář k otázce:

40 % respondentů pomáhá tělesně postiženému tehdy, když mají pocit, že jedinec potřebuje pomoci. 5 % respondentů uvedlo, že postiženému pomáhají v případě, když potřebují, aby se tělesně postižený jedinec rychleji oblékl či přemístil. Dalších 55 % respondentů pomáhá tělesně postiženým jedincům v případě, že je jedinec požádá o pomoc.

Otázka č. 17: Na jaké příspěvky nemají tělesně postižení jedinci nárok?

Graf č. 17:



Tabulka č. 17:

Na jaké příspěvky nemají tělesně postižení jedinci nárok?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Příspěvek na zakoupení motorového vozidla	17	15
Příspěvek na úpravu bytu	8	7
Příspěvek na zakoupení bytu	77	69
Příspěvek na zvláštní pomůcku	10	9
Celkem	112	100

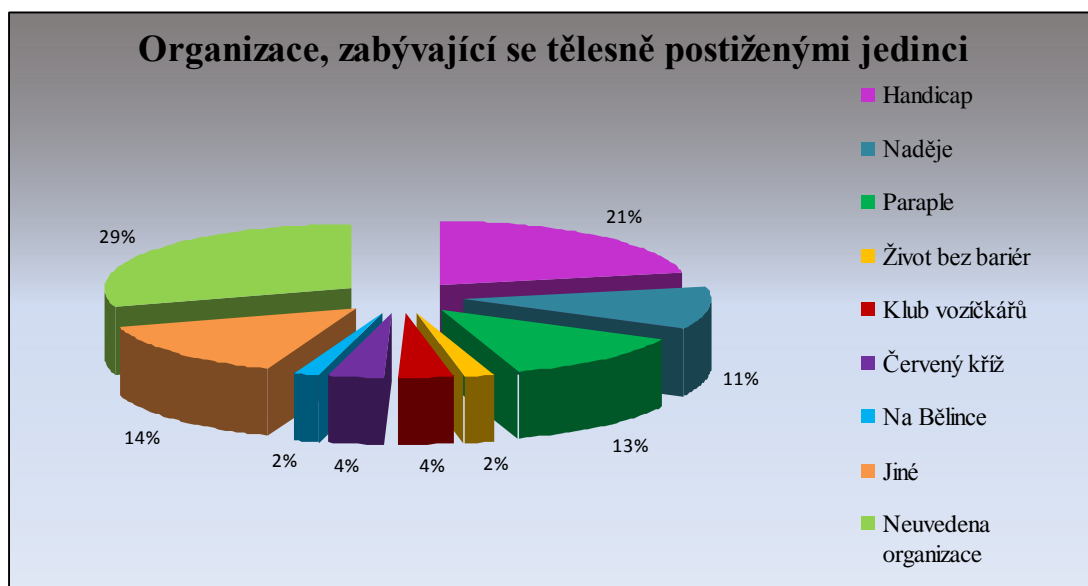
Komentář k otázce:

15 % respondentů se domnívá, že tělesně postižený jedinec nemá nárok na zakoupení motorového vozidla. 7 % respondentů se domnívá, že tělesně postižení nemají nárok na příspěvek na úpravu bytu. 69 % respondentů se domnívá, že tělesně postižení jedinci nemají nárok na příspěvek na zakoupení bytu. Zbýlých 9 % re-

spondentů si myslí, že tělesně postižení nemají nárok na příspěvek na zakoupení zvláštní pomůcky.

Otázka č. 18: Znáte nějakou organizaci/ organizace, které se zabývají tělesně postiženými jedinci? Pokud ano, uveďte je:

Graf č. 18:



Tabulka č. 18:

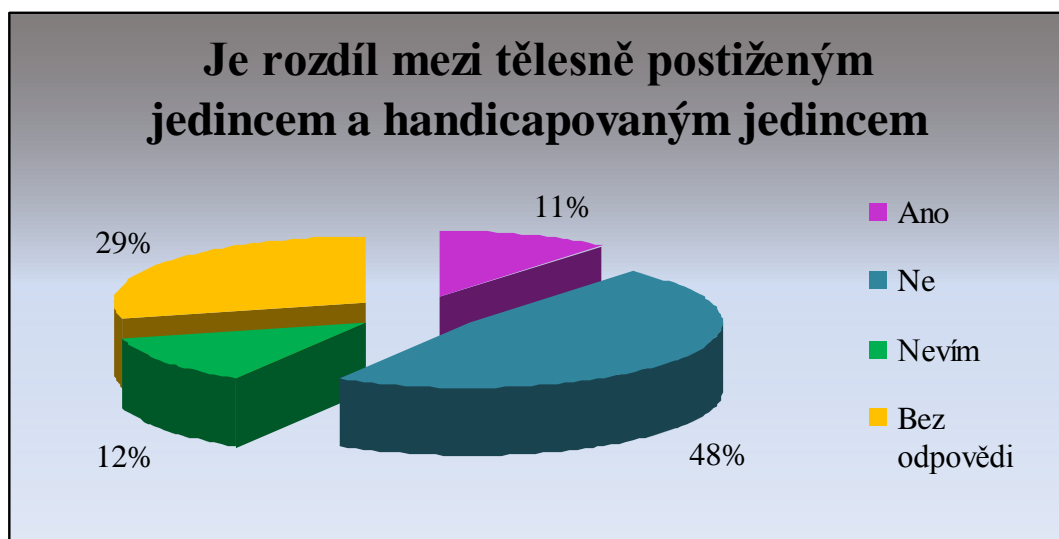
Znáte nějakou organizaci/organizace, které se zabývají tělesně postiženými jedinci? Pokud ano, uveďte je:	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Handicap Zlín	24	22
Naděje Otrokovice	12	11
Paraple	14	13
Život bez bariér	2	2
Klub vozičkářů	4	3
Červený kříž	4	3
Na Bělince	2	2
Jiné	16	14
Neuveдена organizace	33	30
Celkem	111	100

Komentář k otázce:

22 % respondentů uvedlo organizaci Handicap Zlín. 11 % respondentů uvedlo organizaci Naděje v Otrokovicích, 13 % respondentů uvedlo Centrum Paraple, jehož sídlo je v Praze. 2 % respondentů zmínila Klub vozíčkářů. Další 3 % respondentů uvedla Český červený kříž, 2 % respondentů uvedla organizaci Na Bělince. 14 % respondentů uvedlo organizace jako je charita, nadace a Barborka Kroměříž. Zbýlých 30 % respondentů neuvádlo žádnou organizaci.

Otázka č. 19: Je rozdíl mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem?

Graf č. 19:



Tabulka č. 19:

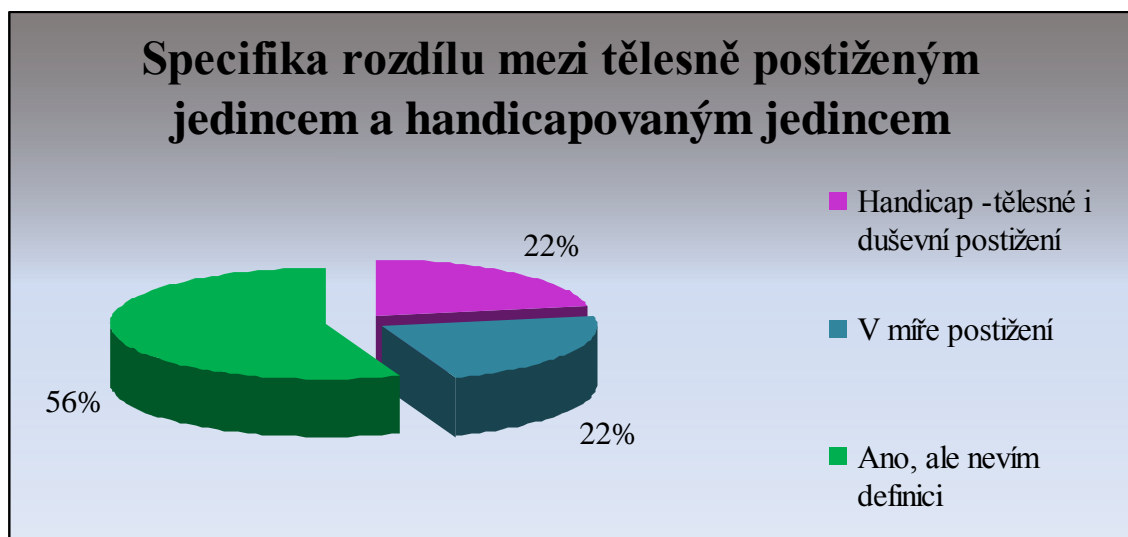
Je rozdíl mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Ano	9	11
Ne	39	48
Nevím	10	12
Bez odpovědi	24	29
Celkem	82	100

Komentář k otázce:

11 % respondentů se domnívá, že existuje rozdíl mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem. 48 % respondentů zastává názor, že rozdíl není. 12 % respondentů nevědělo, zda rozdíl existuje. 29 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 19.1: Pokud ano, jaký? Uveďte:

Graf č. 19.1:



Tabulka č. 19.1:

Specifika rozdílu mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem.	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Handicap je tělesné i duševní postižení	2	22
V míře postižení je rozdíl	2	22
Ano, ale nevím definici	5	56
Celkem	10	100

Komentář k otázce:

Z 11 % respondentů, kteří se domnívali, že je rozdíl mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem, odpovídali dále následně.

22 % respondentů se domnívá, že handicap je tělesné i duševní postižení. Dalších 22 % respondentů si myslí, že rozdíl je v míře postižení. Zbýlých 56 % respondentů uvedlo, že existuje rozdíl mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem, ale nedokázali ho blíže definovat.

Otázka č. 20: Setkali jste se někdy se stížností tělesně postiženého jedince na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení?

Graf č. 20:



Tabulka č. 20:

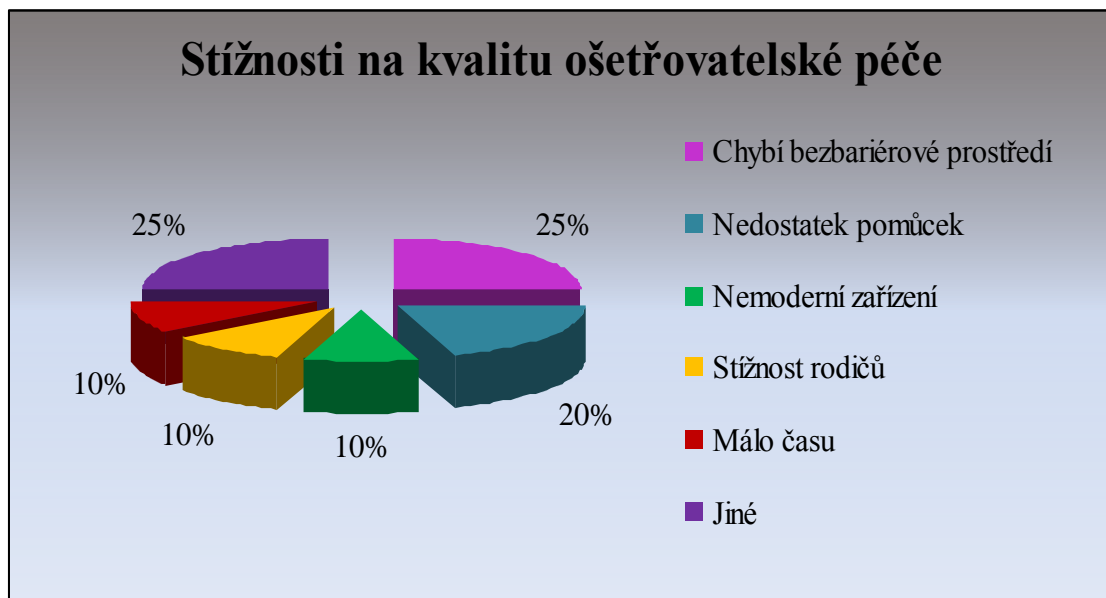
Setkali jste se někdy se stížností tělesně postiženého jedince na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení?	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Ano	17	17
Ne	56	56
Bez odpovědi	27	27
Celkem	100	100

Komentář k otázce:

17 % respondentů se již během praxe setkalo se stížností tělesně postiženého jedince na kvalitu ošetrovatelské péče. 56 % respondentů uvedlo, že se zatím se stížností nesešlo. 27 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 20.1: Pokud ano, blíže specifikujte, v čem stížnost spočívala:

Graf č. 20.1:



Tabulka č. 20.1:

Pokud ano, blíže specifikujte, v čem stížnost spočívala:	ABSOLUTNÍ HODNOTA (N)	RELATIVNÍ HODNOTA (%)
Chybí bezbariérové zařízení	5	25
Nedostatek pomůcek	4	20
Nemoderní zařízení	2	10
Verbální stížnosti rodičů	2	10
Málo času na klienty	2	10
Jiné (nedůvěra, přístup personálu, málo místa)	5	25
Celkem	20	100

Komentář k tabulce:

Ve 25 % případů se stížnost týkala bariérového zařízení. 20 % stížností zahrnovaly, že chybí pomůcky pro kvalitní péči. 10 % stížností se týkalo nemoderního zařízení. 10 % respondentů uvedlo, že zažilo stížnost rodičů na kvalitu ošetrovatelské péče, 10 % respondentů uvedlo, že stížnost spočívala v nedostatku času na péči o tělesně postižené jedince. 25 % respondentů uvádělo, že stížnost týkala nedůvěry v personál a jeho přístupu k nemocným, a také v nedostatek místa na uložení invalidního vozíku.

5.3. Výsledky hypotéz výzkumu

Hypotézy byly stanoveny na základě určených cílů. K jejich potvrzení či vyvrácení slouží stanovené otázky v dotazníku, na které odpovídaly zdravotní sestry pracoviště spolupracující se na výzkumném šetření.

Hypotéza č. 1

Hypotéza – 50 % z dotazovaných se domnívá, že sestry jsou dostatečně připravovány na péči o tělesně postižené jedince během studia i v praxi. 40 % dotázaných by teoretickou přípravu zlepšilo. 10 % sester si myslí, že nejsou dostatečně připravovány, ale návrh do praxe nevedly.

Pro ověření této hypotézy byly využity údaje z otázek č. 14 a 15. Z dotázaných sester se 54 % domnívá, že jsou sestry v rámci studia dostatečně připravovány. 66 % dotázaných se domnívá, že během praxe sestry umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci. 46 % respondentů se domnívá, že příprava na péči o tělesně postižené není dostatečná a přípravu během studia by zlepšilo a 34 % respondentů by zlepšilo kvalitu o tělesně postižené během praxe.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 2

Hypotéza - 45 % zaujímá v informovanosti věková kategorie 36 - 45 let, 25 % věková kategorie 26 - 35 let, 20 % zastoupení mají sestry do 25 let, 10 % zastoupení má věková kategorie nad 45 let.

Pro ověření této hypotézy byly využity údaje z otázky č. 2. Největší informovanost měla skupina sester do 25 let, tvořila 36 % dotazovaných respondentů. 33 % respondentů tvořila skupina ve věku od 26 let do 35 let. Věková skupina nad 45 let tvořila 19 % oslovených respondentů. 12 % respondentů tvořila skupina od 36 let do 45 let.

Hypotéza nebyla potvrzena. Ve skutečnosti měla více informací o problematice tělesně postižených věková skupina do 25 let.

Hypotéza č. 3

Hypotéza – 10 % dotázaných sester se domnívá, že rozdíl existuje. 40 % respondentů se domnívá, že rozdíl existuje, ale nedokážou rozdíl blíže specifikovat. 50 % dotázaných se domnívá, že rozdíl mezi pojmy neexistuje.

K ověření této hypotézy byly využity údaje z otázky č. 19. Z celkového počtu uvedlo 11 % respondentů, že mezi tělesně postiženým a handicapovaným jedincem rozdíl existuje. Domnívají se, že je rozdíl v právní způsobilosti jedinců, tělesně postižený je právně způsobilý a handicapovaný jedinec není. Za další rozdíl považují to, že tělesně postižený jedinec je omezen pouze v pohybu a handicapovaný jedinec má i mentální postižení.

48 % respondentů se domnívá, že rozdíl mezi handicapovaným a tělesně postiženým jedincem neexistuje. 12 % respondentů si není jistá, zda rozdíl existuje a zbylých 29 % se k dané problematice nevyjádřilo.

Hypotéza byla částečně potvrzena.

Hypotéza č. 4

Hypotéza - 65 % z dotázaných nejvíce pečovalo o tělesně postižené se získaným postižením. 15 % pečovalo o jedince s vrozeným postižením. 20 % z dotázaných pečovalo o jedince s vrozeným i získaným postižením.

K potvrzení této hypotézy byla použita otázka č. 6. Z dotázaných respondentů uvedlo 22 %, že pečovalo pouze o jedince s vrozeným postižením. 32 % respondentů pečovalo o jedince se získaným postižením. Zbylých 41 % respondentů pečovalo o jedince s vrozeným i získaným postižením. 5 % respondentů zatím nepečovalo o tělesně postiženého jedince.

Hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 5

Hypotéza – 70 % dotázaných zná správné zásady komunikace s tělesně postiženými, 20 % respondentů je částečně informováno o zásadách komunikace a 10 % sester nezná zásady komunikace.

Pro potvrzení hypotézy byly využity údaje z otázek č. 10 a 11. 51 % z dotázaných respondentů se domnívá, že mezi zásady komunikace patří udržování očního kontaktu během rozhovoru a 47 % se domnívá, že mezi zásady komunikace patří nelitovat nemocného kvůli postižení. Zbylé 2 % respondentů uvedly, že mezi zásady komunikace patří mluvit pouze s asistentem a neindividuální přístup. Dále 67 % respondentů uvedlo, že mezi zásady komunikace s tělesně postiženým patří sezení vedle postele na židli. Dalších 33 % respondentů uvedlo chybné zásady.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 6

Hypotéza – 55 % z dotázaných sester se setkala během praxe s komunikačními bariérami, 45% dotázaných neuvvedly komunikační bariéry s tělesně postiženým jedincem.

K potvrzení této hypotézy byla využita otázka č. 12. Z dotázaných respondentů uvedlo 61 %, že se s komunikační bariérou během praxe setkala. Mezi komunikační bariéru sestry zařadily např. poruchy řeči, nedostatek času na pacienta, strach ze strany pacienta nebo sestry, apatii a odmítání komunikace. Zbylých 39 % respondentů se nesetkalo s komunikační bariérou nebo se k problematice nevyjádřily.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 7

Hypotéza – 70 % dotázaných sester dokázalo vyjmenovat organizace pro tělesně postižené, 30 % dotázaných nedokázalo vyjmenovat organizace pro tělesně postižené.

Pro ověření této hypotézy byla určena otázka č. 18. Z dotázaných respondentů dokázalo 56 % vyjmenovat organizace pro tělesně postižené. 44 % respondentů neuvedlo žádnou organizaci nebo zmínilo organizaci pro mentálně či smyslově postižené jedince.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 8

Hypotéza – 50 % dotázaných uvedlo, že ke stížnosti ze strany nemocného došlo a zároveň uvedly konkrétní problém, 25 % sester uvedlo, že ke stížnosti došlo, ale nebyly schopné problém definovat, 25% dotázaných neuvedlo stížnost ze strany nemocného.

K ověření této hypotézy byla použita otázka č. 20. Z dotázaných sester uvedlo 56 %, že za dobu praxe se stížností na ošetrovatelskou péči nesetkalo, 27 % respondentů se k problematice nevyjádřilo.

Zbýlých 17 % respondentů uvedlo, že stížnost na ošetrovatelskou péči proběhla. Všichni respondenti, kteří zaregistrovali stížnost, uvedli příklad. Mezi stížnostmi na ošetrovatelskou péči zařadili nedostatek bezbariérového zařízení, nedostatek pomůcek, nemoderní zařízení oddělení, málo času na pacienta a také nevhodný přístup personálu k tělesně postiženému jedinci.

Hypotéza nebyla potvrzena.

5.4. Diskuse

Ve výzkumu jsem se zaměřila na zjištění kvality péče o tělesně postižené jedince ve zdravotnickém zařízení. Výzkum byl prováděn u všeobecných sester nemocnice spolupodílející se na výzkumném šetření. Dotazník vyplnilo 95 všeobecných sester a 5 staničních sester. Do výzkumu byla zahrnuta chirurgická, interní, neurologická a rehabilitační oddělení. Na interním oddělení bylo rozdáno 55 dotazníků, na chirurgickém 44, neurologickém 20 a na rehabilitačním 11 dotazníků. Z celkového počtu 130 rozdaných dotazníků byla 77 % návratnost, tedy 100 vyplněných dotazníků. Zbýlých 30 dotazníků nebylo vráceno.

Obecným cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaká je úroveň připravenosti zdravotnického personálu na práci s tělesně postiženými jedinci. K ověření hlavního cíle byly využity konkrétní cíle a hypotézy.

Cíl č. 1 zjišťoval úroveň připravenosti sester na práci s tělesně postiženými jedinci. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza, která stanovila, že kolem 50 % dotazovaných se domnívá, že jsou sestry během studia i praxe dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci. Dle hypotézy by 40 % dotázaných sester chtělo přípravu na práci s tělesně postiženými jedinci zlepšit a 10 % respondentů se podle hypotézy domnívá, že sestry nejsou dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci. Z výzkumu vyšel výsledek, který potvrzuje hypotézu. 54 % dotazovaných sester se domnívá, že jejich příprava na práci s postiženými jedinci je dostatečná. 46 % respondentů se domnívá, že příprava na péči o tělesně postižené není dostatečná a přípravu během studia by zlepšili. Z dotazovaných sester, které se domnívají, že příprava na práci s tělesně postiženými jedinci není během studia dostatečná, uvedlo 52 % respondentů návrh na zahrnutí do studia více seminářů o dané problematice a 8 % více praxe u postižených jedinců. Zbýlých 40 % návrh nevedlo. Hypotéza potvrdila údaj, že respondenti se domnívají, že jsou sestry během studia i praxe dostatečně vzdělávány.

Cíl č. 2 zjišťoval, která věková kategorie sester je nejvíce informovaná o problematice tělesně postižených jedinců. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza, která tvrdila, že nejvíce informovaná je věková kategorie od 36 do 45 let. Dle výsledků výzkumu byla nejvíce informovaná věková skupina do 25 let. Dalších 33 % respondentů

tvořila skupina ve věku od 26 let do 35 let. Věková skupina nad 45 let tvořila 19 % oslovených respondentů. 12 % respondentů tvořila skupina od 36 let do 45 let. V porovnání s výsledky výzkumu nebyla stanovená hypotéza potvrzena.

Cíl č. 3 zjišťoval, jaká je informovanost sester o rozdílu či shodě mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem. Byla definována hypotéza, která stanovovala, že 10 % dotázaných sester bude zastávat názor o rozdílu mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem. Dalších 40 % respondentů se bude domnívat, že rozdíl existuje, ale nedokáže jej blíže specifikovat. 50 % dotázaných se bude domnívat, že rozdíl mezi pojmy neexistuje. Podle výzkumu se 11 % respondentů domnívalo, že rozdíl existuje a blíže ho specifikovali. Respondenti uvedli, že se rozdíl nachází v právní způsobilosti jedinců, tělesně postižený je právně způsobilý a handicapovaný jedinec není. Za další rozdíl považují to, že tělesně postižený jedinec je omezen pouze v pohybu a handicapovaný jedinec má i mentální postižení. 48 % respondentů se domnívalo, že rozdíl mezi handicapovaným a tělesně postiženým jedincem neexistuje. 12 % respondentů si nebyla jistá, zda rozdíl existuje a zbylých 29 % se k dané problematice nevyjádřilo. Z výzkumu vyšel výsledek, který hypotézu potvrdil pouze v určitých bodech, a to v těch, kde respondenti tvrdí, že rozdíl existuje a v bodě, kde rozdíl neexistuje. V hypotéze se nepočítalo s tím, že respondenti uvedou, že neví, zda rozdíl existuje a s tím, že se k problematice nevyjádří.

Cíl č. 4 zjišťoval o jaké jedince s tělesným postižením je nejvíce pečováno ve zdravotnických zařízeních. Byla stanovena hypotéza, dle které 65 % dotázaných nejvíce pečovalo o tělesně postižené se získaným postižením. 15 % pečovalo o jedince s vrozeným postižením. 20 % z dotázaných pečovalo o jedince s vrozeným i získaným postižením. Podle údajů z výzkumu uvedlo 22 % respondentů, že pečovalo pouze o jedince s vrozeným postižením. 32 % respondentů pečovalo o jedince se získaným postižením a zbylých 41 % respondentů pečovalo o jedince s vrozeným i získaným postižením. 5 % respondentů zatím nepečovalo o tělesně postiženého jedince. Hypotéza se nepotvrdila. Nejvíce respondentů pečovalo o oba typy postižení. Potvrdila se pouze v bodech, že se více pečovalo o jedince se získaným postižením než s vrozeným postižením.

Cíl č. 5 byl zaměřen na zjištění znalosti sester o správných zásadách komunikace. K cíli byla stanovena hypotéza, která byla výsledky výzkumu potvrzena, většina respondentů uvedla správné zásady komunikace. 51 % z dotázaných respondentů se domnívá, že mezi zásady komunikace patří udržování očního kontaktu během rozhovoru a 47 % se domnívá, že mezi zásady komunikace patří nelitovat nemocného kvůli postižení. Zbylé 2 % respondentů uvedly, že mezi zásady komunikace patří mluvit pouze s asistentem a neindividuální přístup. Dále 67 % respondentů uvedlo, že mezi zásady komunikace s tělesně postiženým patří sezení vedle postele na židli. Dalších 33 % respondentů uvedla chybné zásady.

Cíl č. 6 zjišťoval nejčastější komunikační bariéry, se kterými se sestry setkaly ve zdravotnickém zařízení. Byla vytvořena hypotéza, která tvrdila, že 55 % z dotázaných sester se setkalo během praxe s komunikačními bariérami, 45 % dotázaných neuvvedly komunikační bariéry s tělesně postiženým jedincem. Stanovená hypotéza byla potvrzena, jelikož výzkum potvrdil, že 61 % sester se během praxe již setkala s komunikační bariérou. Mezi komunikační bariéru sestry považovaly poruchu řeči, nedostatek času na pacienta, strach ze strany pacienta nebo sestry, apatii a odmítání komunikace. Zbylých 39 % respondentů se nesetkalo s komunikační bariérou nebo se k problematice nevyjádřily.

Cíl č. 7 zjišťoval, jaká je informovanost zdravotnického personálu o organizacích pro tělesně postižené. Stanovená hypotéza tvrdila, že 70 % dotázaných sester dokáže vyjmenovat organizace pro tělesně postižené a 30 % dotázaných nedokáže vyjmenovat organizace pro tělesně postižené. Hypotéza byla potvrzena, jelikož údaje poukázaly na to, že většina sester dokáže vyjmenovat organizace pro tělesně postižené jedince.

Cíl č. 8 zjišťoval, jaká je nejčastější stížnost na kvalitu ošetrovatelské péče ze strany tělesně postiženého jedince. Stanovená hypotéza nebyla potvrzena. Údaje z výzkumu poukázaly na to, že se 56 % respondentů se stížností nesetkalo. 27 % respondentů se k dané problematice nevyjádřilo. Zbylých 17 % respondentů uvedlo, že stížnost na ošetrovatelskou péči proběhla a všichni ji dokázali specifikovat. Mezi stížnosti na ošetrovatelskou péči zařadili nedostatek bezbariérového zařízení, nedostatek pomůcek, nemoderní zařízení oddělení, málo času na pacienta a také nevhodný přístup personálu k tělesně postiženému jedinci.

Výzkumu o problematice tělesně postižených jedinců se zúčastnily sestry z daných oddělení velmi ochotně. Vzhledem k nedostatku času a mnoho práce, nebylo odevzdání vyplněných dotazníků 100%, ale to se dá vzhledem k náročnosti práce pochopit. Bohužel se výzkumu nezúčastnily vrchní sestry, jelikož jejich poznatky by byly určitě přínosem.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na vymezení základních pojmů tělesného postižení a způsoby léčby, které vedou ke zkvalitnění života tělesně postižených jedinců. Největší část práce je zaměřena na tělesně postižené ve společnosti. V této části jsem se zabývala pomůckami pro tělesně postižené a případnými příspěvky na zakoupení těchto pomůcek. Dále jsem uvedla organizace pro tělesně postižené jedince, které se snaží tyto jedince začlenit do společnosti a vytvořit jim vhodné podmínky pro život.

Další část práce se zabývá tělesně postiženými jedinci a jejich pobytem ve zdravotnickém zařízení. V tomto úseku práce jsem se věnovala problematice komunikace mezi zdravotnickým personálem a tělesně postiženými jedinci, také jsem se zaměřila na komunikaci s rodiči tělesně postižených dětí. Dále jsme se věnovala tomu, jaké mohou vzniknout komunikační bariéry při špatně vedeném rozhovoru a jak se chovat, aby k těmto bariérám nedocházelo.

Praktická část obsahuje hodnocení kvality komunikace mezi tělesně postiženým jedincem a sestrou ve zdravotnickém zařízení. Výzkum byl zaměřen na sestry a jejich připravenost na péči o tělesně postižené jedince. K vyhodnocení výzkumu byly stanoveny konkrétní cíle, které měly potvrdit, zda je připravenost sester v oblasti péče o tělesně postižené jedince dostatečná.

Ke konkrétním cílům byla vždy stanovena hypotéza, která se opírala o údaje z dotazníku. Hypotézy k cílům č. 1, 4, 5, 6 a 7 se potvrdily. Hypotéza cíle č. 2 se nepotvrdila, jelikož se výzkumu zúčastnilo více sester do 25 let věku. Hypotéza cíle č. 3 se potvrdila pouze v určitých bodech, kde respondenti tvrdí, že existuje rozdíl mezi pojmy tělesné postižení a tělesný handicap a v bodě, kde rozdíl mezi pojmy neexistuje. U cíle č. 8 se hypotéza nepotvrdila, výzkum ukázal, že se sestry neseťkávají se stížnostmi na ošetrovatelskou péči.

Vzhledem k výsledkům výzkumu lze říci, že o tělesně postižené je ve zdravotnickém zařízení kvalitně postaráno, že jsou sestry kvalitně vzdělávány a dostatečně informovány o problematice tělesně postižených jedinců. Jediným problémem ze strany respondentů je stálý nedostatek zdravotnických pomůcek a málo prostoru k úschově invalidního vozíku během hospitalizace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUŘVALOVÁ, Denisa. *Tělesně postižený*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-21-4.
2. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 4. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
3. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8
4. FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 104 s. ISBN 80-7169-233-6.
5. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
6. JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. upr. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 215 s. ISBN 80-7013-127-6.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námy: Rady nemocným*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 107 s. ISBN 08-065-89.
8. KURKOVÁ, Petra, et al. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 72 s. ISBN 978-80-244-1964-0
9. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
10. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Ústí nad Labem: HaH, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
11. RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 313 s. ISBN 80-244-1073-7.
12. VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

13. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Internetové zdroje:

1. Dostupné z <http://www.rehabilitace.cz/open/soucasnost.htm>, staženo dne 29.11.2009.
2. Dostupné z <http://www.rehabilitace.cz/open/ergot-pece.htm>, staženo dne 29.11.2009.
3. Dostupné z <http://www.canisterapie.cz/cz/>, staženo dne 29.11.2009.
4. Dostupné z <http://www.hipoterapie.cz/>, staženo dne 29.11.2009.
5. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>, staženo dne 19.4.2010.
6. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8489>, staženo dne 2.5.2010.
7. Dostupné z <http://www.trendvozickaru.cz/o-trendu-vozickaru/>, staženo dne 28.11.2009.
8. Dostupné z <http://www.esyhandicaphelp.wgz.cz/>, staženo dne 20.4.2010.
9. Dostupné z http://www.zbb.cz/index.php?option=com_content&task=section&id=11&Itemid=76, staženo dne 19.4.2010.
10. Dostupné z <http://www.paraple.cz/tabid/53/Default.aspx>, staženo dne 19.4.2010.
11. Dostupné z <http://www.helpnet.cz/telesne-postizeni/lecba>, staženo dne 29.11.2009.
12. Dostupné z <http://neurocentrum.cz/hipoterapie.htm>, staženo dne 29.11.2009.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví.....	42
Tabulka č. 2 Věk	43
Tabulka č. 3 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	44
Tabulka č.4 Na jakém oddělení pracujete?.....	46
Tabulka č.5 Uveďte svoji pracovní pozici.....	47
Tabulka č. 6 Pečoval (a) jste již o osobu s tělesným postižením?.....	48
Tabulka č. 6.1 Pokud ano, o jaké postižení šlo?.....	49
Tabulka č. 7 Z jakého důvodu byl nemocný přijatý na Vaše oddělení?.....	50
Tabulka č. 8 Jak se Vám s tělesně postiženou osobou navazoval kontakt?.....	51
Tabulka č. 9 Při péči byl tělesně postižený jedinec.....	52
Tabulka č. 10 Vyberte správné zásady komunikace s tělesně postiženým jedincem.....	53
Tabulka č.11 Při rozhovoru s tělesně postiženým.....	55
Tabulka č.12 Uveďte komunikační bariéru, se kterou jste se setkali při péči o tělesně postiženého jedince.....	56
Tabulka č.13 Myslíte si, že je péče o tělesně postižené jedince v našich zdravotnických zařízeních dostatečná?.....	58
Tabulka č. 13.1 Pokud ne, co by se podle Vás mělo zlepšit?.....	59
Tabulka č. 14 Myslíte si, že jsou sestry v průběhu studia dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci?.....	61
Tabulka č. 14.1 Pokud ne, jak byste odbornou přípravu sester v této oblasti zlepšil (a)?	62
Tabulka č. 15 Myslíte si, že sestry umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci?	63
Tabulka č. 15.1 Pokud ne, jaké byste navrhl (a) řešení pro praxi?.....	64
Tabulka č. 16 Tělesně postiženým pomáháme.....	66
Tabulka č. 17 Na jaké příspěvky nemají tělesně postižení jedinci nárok?.....	67

Tabulka č. 18 Znáte nějakou organizaci/ organizace, které se zabývají tělesně postiženými jedinci? Pokud ano uvěďte.....	69
Tabulka č. 19 Je rozdíl mezi tělesně postiženým a handicapovaným jedincem?	71
Tabulka č. 19.1 Pokud ano, jaký?.....	72
Tabulka č. 20 Setkali jste se někdy se stížností tělesně postiženého jedince na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení?.....	73
Tabulka č. 20.1 Pokud ano, blíže specifikujte, v čem stížnosti spočívala.....	74

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 Pohlaví.....	42
Graf č. 2 Věk	43
Graf č. 3 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	44
Graf č.4 Na jakém oddělení pracujete?.....	46
Graf č.5 Uved'te svoji pracovní pozici.....	47
Graf č. 6 Pečoval (a) jste již o osobu s tělesným postižením?.....	48
Graf č. 6.1 Pokud ano, o jaké postižení šlo?.....	49
Graf č. 7 Z jakého důvodu byl nemocný přijatý na Vaše oddělení?.....	50
Graf č. 8 Jak se Vám s tělesně postiženou osobou navazoval kontakt?.....	51
Graf č. 9 Při péči byl tělesně postižený jedinec.....	52
Graf č. 10 Vyberte správné zásady komunikace s tělesně postiženým jedincem.....	53
Graf č.11 Při rozhovoru s tělesně postiženým.....	55
Graf č.12 Uved'te komunikační bariéru, se kterou jste se setkali při péči o tělesně postiženého jedince.....	56
Graf č.13 Myslíte si, že je péče o tělesně postižené jedince v našich zdravotnických zařízeních dostatečná?.....	58
Graf č. 13.1 Pokud ne, co by se podle Vás mělo zlepšit?.....	59
Graf č. 14 Myslíte si, že jsou sestry v průběhu studia dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci?.....	61
Graf č. 14.1 Pokud ne, jak byste odbornou přípravu sester v této oblasti zlepšil (a)?.....	62
Graf č. 15 Myslíte si, že sestry umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci?.....	63
Graf č. 15.1 Pokud ne, jaké byste navrhl (a) řešení pro praxi?.....	64
Graf č. 16 Tělesně postiženým pomáháme.....	66
Graf č. 17 Na jaké příspěvky nemají tělesně postižení jedinci nárok?.....	67

Graf č. 18 Znáte nějakou organizaci/ organizace, které se zabývají tělesně postiženými jedinci? Pokud ano uvěďte.....	69
Graf č. 19 Je rozdíl mezi tělesně postiženým a handicapovaným jedincem?	71
Graf č. 19.1 Pokud ano, jaký?.....	72
Graf č. 20 Setkali jste se někdy se stížností tělesně postiženého jedince na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení?.....	73
Graf č. 20.1 Pokud ano, blíže specifikujte, v čem stížnosti spočívala.....	74

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- DMO** Dětská mozková obrna
- TP** Tělesně postižený
- ZTP** Zdravotně tělesně postižený
- ZTP/P** Zdravotně tělesně postižený s průvodcem

SEZNAM PŘÍLOH

- 1. Seznam zařízení pro tělesně postižené jedince**
- 2. Seznam firem vyrábějící pomůcky pro tělesně postižené**
- 3. Rehabilitační a kompenzační pomůcky**
- 4. Dotazník**
- 5. Žádost o umožnění dotazníkového šetření**

Příloha č.1

Seznam zařízení pro tělesně postižené jedince

APAVČAS

Internetové stránky: <http://www.apavcas.cz/>

Apos

Internetové stránky: <http://www.apoa.cz/>

Paraple

Internetové stránky: <http://www.paraple.cz/tabid/53/Default.aspx>

Pomozte dětem

Internetové stránky: <http://www.pomoztedetem.cz/>

Život bez bariér

Internetové stránky: <http://www.zbb.cz/>

Trend vozíčkářů Olomouc

Internetové stránky: <http://www.trendvozickaru.cz/>

ESY HANDICAP HELP

Internetové stránky: <http://www.esyhandicaphelp.wgz.cz/>

Příloha č. 2

Seznam firem vyrábějící pomůcky pro tělesně postižen

VECOM - zdvihací zařízení:

- a. produkty- schodišťové plošiny, schodolez, zdvižné plošiny, schodišťové sedačky
- b. internetové stránky- <http://www.vecom.cz/cz/index.php>
- c.

INTERNETA - zdravotnické potřeby

- a. produkty – mechanické (standardní) vozíky, odlehčené vozíky, elektrické vozíky, speciální vozíky, antidekubitní podložky, chodítka, schodolezy, nájezdové rampy, madla, pojízdné WC
- b. internetové stránky- <http://www.intermeta.cz/>

PATRON-REHA - pomůcky pro tělesně postižené

- a. produkty- vozíky mechanické, vozíky mechanické stavěcí, vozíky elektrické, schodolezy, rampy, pomůcky k chůzi, toaletní pomůcky, koupelnový program (madla, zvedáky), polohovací a antidekubitní pomůcky
- b. internetové stránky - <http://www.reha.patron.eu/cs>

INVACAR - montáž, výroba a vývoj komponentů do motorového vozidla tělesně postiženým občanům

- a. produkty- úprava sedaček, přeseďací zařízení, nakladače invalidních vozíků, madla pro uchycení, úpravy řízení (elektrický plyn a spojka)
- b. internetové stránky- <http://www.invacar.com/>

MEYRA - vozíky a rehabilitační zařízení

- a. produkty- mechanické vozíky, aktivní vozíky, elektrické vozíky, chodítka, zvedací zařízení, toaletní pomůcky (zvedací zařízení, vanové a sprchové sedačky), sebeobslužné prostředky, polohovací a antidekubitní prostředky
- b. internetové stránky- <http://www.meyra.cz/>

ROOMER - instalace a servis stropního zvedacího a manipulačního zařízení

- a. produkty-kolejnice a pojezd, závěsy pro přesun imobilního klienta
- b. internetové stránky- <http://www.roomer.cz/>

MOTOMED - pohybové léčebné přístroje

- a. produkty-přístroj k pasivnímu cvičení svalů podporovaný motorem
- b. internetové stránky - http://www.motomed.cz/medizin_01_de/themen_01_de/start_01/fset_start_01.html

ITS PRAHA - plošiny pro přepravu imobilních osob

- a. produkty- plošiny šikmé a kolmé
- b. internetové stránky - <http://www.itspraha.cz/>

Příloha č.3

Rehabilitační a kompenzační pomůcky



Obr.č. 1: Schodišťová plošina

Dostupné z http://www.vecom.cz/cz/product_v64.php#photo, staženo dne 2.5.2010.



Obr. č.2: Elektrický vozík - CHAMP 1.594

Dostupné z <http://www.meyra.cz/katalogin.php?action=1594>, staženo dne 20.5.2010.



Obr. č.3: Elektrické zvedací zařízení

Dostupné z <http://www.meyra.cz/katalogin.php?action=3710000>, staženo dne 20.5.2010.

Příloha č.4

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra. Cílem dotazníků je zjistit odbornou připravenost sester na práci s tělesně postiženým člověkem ve zdravotnickém zařízení.

Dotazník, který držíte v rukou, je anonymní. Prosím vás o jeho vyplnění. Postup při vyplňování dotazníku je jednoduchý. Zakroužkujte vždy odpověď, která je podle Vás správná nebo odpověď vypište na určené místo.

Děkuji za vyplnění

Veronika Hégrová

- 1) **Jste:** **Žena** **Muž**

- 2) **Věk:**
 - a) Do 25 let
 - b) 26 – 35 let
 - c) 36 – 45 let
 - d) Nad 45 let

- 3) **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**
 - a) Do 1 roku
 - b) 1 - 5 let
 - c) 6 - 10 let
 - d) 11 - 15 let
 - e) 16 a více let

- 4) **Na jakém oddělení pracujete?**

- 5) **Uveďte svoji pracovní pozici:**
 - a) Vrchní sestra
 - b) Staniční sestra
 - c) Všeobecná sestra

- 6) **Pečoval(a) jste již o osobu s tělesným postižením?**
 - a) Ano
 - b) Ne

Pokud ano, o jaké tělesné postižení šlo?

- a) Vrozené (z důvodu DMO nebo jiného onemocnění)
- b) Získané, poúrazový stav

7) Z jakého důvodu byl nemocný přijatý na Vaše oddělení?

- a) Z důvodu poranění, související s tělesným postižením
- b) Z jiného důvodu, tělesné postižení bylo u nemocného prokázáno dříve

8) Jak se Vám s tělesně postiženou osobou navazoval kontakt?

- a) Snadno
- b) S obtížemi, ale nakonec se kontakt podařilo navázat
- c) Nepodařilo se navázat kontakt

9) Při péči byl tělesně postižený jedinec:

- a) Přátelský
- b) Apatický
- c) Agresivní
- d) Jiné, uveďte:

10) Vyberte správné zásady komunikace s tělesně postiženým jedincem:

- a) Udržovat oční kontakt
- b) Mluvit pouze s asistentem
- c) Neindividuální přístup
- d) Nelitovat nemocného kvůli postižení

11) Při rozhovoru s tělesně postiženým:

- a) Stojíme nad jeho lůžkem
- b) Sedíme vedle něho na lůžku
- c) Sedíme vedle na židli

12) Uveďte komunikační bariéru, se kterou jste se setkali při péči o tělesně postiženého jedince:

13) Myslíte si, že je péče o tělesně postižené jedince v našich zdravotnických zařízeních dostatečná?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, co by se podle Vás mělo zlepšit?

14) Myslíte si, že jsou sestry v průběhu studia dostatečně připravovány na práci s tělesně postiženými jedinci?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, jak byste odbornou přípravu sester v této oblasti zlepšil (a)?

15) Myslíte si, že sestry v praxi umí kvalitně pracovat s tělesně postiženými jedinci?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, jaké byste navrhl (a) řešení pro praxi?

16) Tělesně postiženému pomáháme:

- a) Když máme pocit, že potřebuje pomoc
- b) Když potřebujeme, aby se rychleji oblékl či přemístil
- c) Vždy, když nás požádá o pomoc

17) Na jaké příspěvky nemají tělesně postižení jedinci nárok?

- a) Příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- b) Příspěvek na úprava bytu (bezbariérové úpravy)
- c) Příspěvek na zakoupení bytu
- d) Příspěvek na zvláštní pomůcky

18) Znáte nějakou organizaci/ organizace, které se zabývají tělesně postiženými jedinci?

Pokud ano, uveďte je:

19) Je rozdíl mezi tělesně postiženým jedincem a handicapovaným jedincem? Pokud ano, jaký? Uveďte:

20) Setkali jste se někdy se stížností tělesně postiženého jedince na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení? Pokud ano, blíže specifikujte v čem stížnost spočívala:

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha č. 5

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

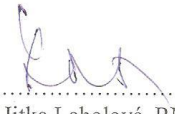
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

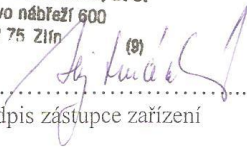
Jméno a příjmení studenta	Veronika Hégrová
Téma bakalářské práce	Specifika péče o tělesně postiženého jedince ve zdravotnické zařízení
Skupina respondentů	100 respondentů – všeobecné zdravotní sestry
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 1. 2010


.....
Mgr. Jitka Laholová, RN
ředitel Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (8)


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz