

Teoretický a praktický přístup k osobě se zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení

Hana Nováková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana NOVÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H08180**
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Teoretický a praktický přístup k osobě se zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části bude definován pojem zrakový handicap a budou vysvětleny způsoby kompenzace tohoto handicapu (sluch, hmat) a uvedeny pomůcky, které je možné využít při práci s klienty. Dále budou v teoretické části uvedeny zásady vhodného přístupu k osobě se zrakovým handicapem.

Cílem praktické části je, pomocí výzkumného šetření zjistit, jaký je přístup sester k pacientům se zrakovým handicapem v praxi a v jakém rozsahu se využívají kompenzační pomůcky.

Výstupem bakalářské práce bude analýza výsledků výzkumného šetření, srovnání zjištěných dat a návrh praktických řešení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KEBLOVÁ, A. Sluchové vnímání u zrakově postižených. Praha: Nakladatelství SEPTIMA, 1999. 30s. ISBN 80 - 7216 - 080 - X.

VAN DYCK, H. Ne tak, ale tak. Praha: Tyfloservis, 2007. 33 s. ISBN 978 - 80 -239 - 9312 - 7.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 142 s. ISBN 80 - 247 - 1262 - 8.

WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 168 s. ISBN 80 - 239 - 6775 - 4.

WIENER, P., RUCKÁ, R. Terapie zrakového handicapu. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 94 s. ISBN 80 - 239 - 6774 - 6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7. 3. 2011

Klára Nováková

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 nevydělečně 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.*

2) *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, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *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, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

V bakalářské práci se zaměřuji na teoretický a praktický přístup k osobě s těžkým zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení. V teoretické části se zmiňuji o kategoriích těžkého zrakového handicapu, akceptaci vady, způsobech kompenzace pomocí smyslů, kompenzačních pomůckách a zásadách přístupu k osobě s těžkým zrakovým handicapem.

V praktické části zjišťuji výzkumným šetřením, jaký je přístup všeobecných sester k pacientům s těžkým zrakovým handicapem a jestli jsou na odděleních kompenzační pomůcky. Také popisuji přednášku pro všeobecné sestry, která byla uskutečněna v listopadu 2010 a internetové stránky, které jsem vytvořila společně s Veronikou Juřenovou.

Klíčová slova: těžký zrakový handicap, zásady přístupu, kompenzační pomůcky, výzkumné šetření, internetové stránky.

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on theoretical and practical approach to a person with severe visual impairment in hospital. In the theoretical part I refer to the categories of severe visual impairment, acceptance of defect, ways of compensation using the senses, compensation tools and principles of approach to a person with severe visual impairment.

In the practical part I ascertain by research investigation, what is approach of nurses to patient with severe visual impairment and if compensation tools are on the wards. I describe lecture for nurse which was realized in November 2010 and the website which I created together with Veronika Juřenová.

Key words: severe visual impairment, principles of approach, compensation tools, research investigation, website.

Děkuji paní Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat panu Petru Machovi za pomoc, poskytnuté informace a rady, paní Bc. Zdeňce Kavanové za poskytnuté rady, za technickou pomoc děkuji Sukymu. Poděkování patří rovněž respondentům výzkumného šetření za jejich ochotu a čas a všem, kteří mi pomáhali během vypracovávání bakalářské práce.

Děkuji i rodině za podporu, kterou mi poskytli.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Limit handicapu“ je věc velmi relativní.

(Wiener, 2006, s. 5)

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ POJMU TĚŽKÝ ZRAKOVÝ HANDICAP	12
2 PŘIJETÍ TĚŽKÉHO ZRAKOVÉHO HANDICAPU	15
2.1 AKCEPTACE VADY U TĚŽCE ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝCH OSOB	15
2.2 NONAKCEPTACE VADY U TĚŽCE ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝCH OSOB	16
2.3 STADIA VYROVNÁVÁNÍ SE SE ZTRÁTOU ZRAKU	16
3 KOMPENZACE TĚŽKÉHO ZRAKOVÉHO HANDICAPU	19
3.1 SLUCH	19
3.2 HMAT	20
3.3 ČICH A CHUŤ	21
3.4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	22
3.4.1 Bílá hůl	23
3.4.2 Vodicí pes.....	24
4 ZÁSADY PŘÍSTUPU K OSOBĚ S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM HANDICAPEM	25
4.1 KOMUNIKACE.....	25
4.2 PRŮVODCOVSTVÍ.....	28
4.3 SLABOZRAKÝ PACIENT	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	34
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ POMOCÍ DOTAZNÍKŮ	34
5.1.1 Cíle výzkumného šetření	34
5.1.2 Charakteristika vzorku respondentů.....	34
5.1.3 Metody šetření.....	34
5.1.4 Techniky šetření	34
5.1.5 Organizace šetření	35
5.1.6 Zpracování získaných dat.....	35
5.1.7 Charakteristika vzorku respondentů na základě analýzy získaných dat z dotazníkového šetření.....	35
5.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	36
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ MEZI KLIENTY.....	58
7 PŘEDNÁŠKA	59
7.1 CÍLE PŘEDNÁŠKY.....	59
7.2 ORGANIZACE PŘEDNÁŠKY	59
7.2.1 Průběh přednášky	59

8	INTERNETOVÉ STRÁNKY.....	61
9	DISKUSE	62
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Toto téma jsem si zvolila, protože mě velmi zajímá. S problémem těžkého zrakového handicapu jsem se poprvé setkala v srpnu minulého roku na zážitkovém pobytu Mezisvěty. Do té doby jsem s touto oblastí neměla prakticky žádné zkušenosti.

Mezi účastníky tohoto pobytu jsem našla lidi, které dnes, jak doufám, mohu pokládat za své přátele. A právě lepší pochopení jejich životní situace mě vedlo k volbě tématu pro svou bakalářskou práci. Vzhledem k tomu, že studuji studijní obor Všeobecná sestra, bylo logickou úvahou směřovat zpracování tématu na zdravotnictví. Oba tyto faktory daly podnět ke vzniku bakalářské práce s názvem „Teoretický a praktický přístup k osobě se zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení“.

Zajímalo mě, jakým způsobem všeobecné sestry přistupují k pacientům s těžkým zrakovým handicapem, zda jsou na odděleních dostupné kompenzační pomůcky a jestli je možný vstup pacientů do nemocnic i s vodicími psy.

Ve své bakalářské práci se také zabývám problematikou přijetí těžkého zrakového handicapu ze strany pacienta a způsoby kompenzace tohoto handicapu. Rovněž uvádím rady a doporučení pro zdravotníky, kteří se během své praxe mohou setkat s pacientem s těžkým zrakovým handicapem, ale nejen pro ně.

Tato doporučení, včetně dalších informací z této oblasti, uvádím i na internetových stránkách vzniklých v rámci této práce. Web je zaměřený nejen na těžký zrakový handicap, ale i na sluchový handicap. Tuto část zpracovala Veronika Juřenová v rámci své bakalářské práce s názvem „Komunikace s člověkem se sluchovým hendikepem ve zdravotnickém zařízení“.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU TĚŽKÝ ZRAKOVÝ HANDICAP

Zrakově handicapovaní nebo jinak řečeno osoby s těžkým zrakovým handicapem jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Rozumí se tím lidé, u nichž poškození zraku nějakým způsobem ovlivňuje činnosti v každodenním životě a u nichž nepostačuje běžná optická korekce zraku (např. brýlemi). Díky tomu tito lidé mají (nebo mohou mít) omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu, v pracovním uplatnění, v sociální oblasti apod. Některé úkony, které člověku bez těžkého zrakového handicapu nečiní žádný problém, pro ně mohou být složité nebo jen velmi obtížně zvládnutelné. Proto je nutné hledat, spolu s nimi, způsoby kompenzace nedostatku (nebo úplné absence) zrakových vjemů. Přičemž je ale nutné mít stále na paměti fakt, že sice musí dělat některé věci jinými způsoby než ostatní, ale nejsou proto ani lepší ani horší.¹

Rozdělení těžkého zrakového handicapu

Dělení těžkého zrakového handicapu se může lišit podle resortu (zdravotnictví, sociální věci, školství), protože každý z těchto resortů má svou terminologii, kterou užívá.² Jesenský, zastupující speciální pedagogiku, například dělí těžký zrakový handicap z hlediska druhu a stupně poškození zraku, do následujících skupin – osoby nevidomé, osoby se zbytky vidění, osoby slabozraké, osoby s poruchou binokulárního vidění, osoby barvoslepé a osoby kombinovaně handicapované (multihandicapované). Dále rozlišuje osoby se zrakovým handicapem od narození a se získanou vadou. (Jesenský a kol., 2007)

Odlisný způsob rozdělení užívá Světová zdravotnická organizace (WHO), která dělí těžký zrakový handicap do následujících kategorií – střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická slepota a úplná slepota. Přičemž střední slabozrakost je charakterizována zrakovou ostrostí s nejlepší možnou korekcí s maximem menším než 6/18 (0,30)

¹ SCHINDLER, R., PEŠÁK, M. *Kdo je zrakově postižený?* [online] [21. 5. 2011]. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/kdojezp.php>>.

² SCHINDLER, R., PEŠÁK, M. *Kdo je zrakově postižený?* [online] [21. 5. 2011]. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/kdojezp.php>>.

a minimem rovným nebo lepším než 6/60 (0,10); 3/10 – 1/10. Silná slabozrakost je definována zrakovou ostrostí s nejlepší možnou korekcí s maximem menším než 6/60 (0,10) a minimem rovným nebo lepším než 3/60 (0,05); 1/10 – 1/20. Těžce slabý zrak je určen dvěma způsoby, zrakovou ostrostí s nejlepší možnou korekcí s maximem menším než 3/60 (0,05) a minimem rovným nebo lepším než 1/60 (0,02); 1/20 – 1/50 a druhou možností je koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů. Praktickou slepotu definuje WHO jako zrakovou ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena. Úplná slepota je ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí.³

Stupeň těžkého zrakového handicapu stanovuje oftalmolog na základě očního vyšetření. Při tomto vyšetření zkoumá zrakovou ostrost, visus udávaný zpravidla ve zlomku. První číslo značí vzdálenost v metrech, ze které vyšetřovaný čte a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem. Dalším zkoumaným parametrem je pak velikost zorného pole, které může být v důsledku zrakové vady zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k lokálním výpadkům (tzv. skotomům). Ovšem vzhledem k tomu, že zraková ostrost a rozsah zorného pole není vždy dostačující, je nutné, pro objektivnější diagnostiku, zkoumat další zrakové funkce, jako je např. kontrastní citlivost (světloplachost, šeroslepost), schopnost rozlišovat barvy (barvoslepost), vnímání hloubky a schopnost lokalizovat předměty.⁴

³ *Klasifikace zrakového postižení podle WHO.* [online] [7. 11. 2010]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>.

⁴ SCHINDLER, R., PEŠÁK, M. *Kdo je zrakově postižený?* [online] [21. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>.

Slabozrakost

Slabozrakost se projevuje omezením, tj. snížením rychlosti a přesnosti, zrakových schopností a deformací zrakových představ. Z psychologického hlediska může být zhoršeno navazování sociálních vztahů. Těžkosti se mohou objevovat i v samostatném pohybu a prostorové orientaci. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Praktická a úplná slepota

Praktická a úplná slepota jsou nejtěžšími stupni zrakového handicapu. Etiologicky slepotu rozlišujeme na vrozenou a získanou. U osleplých osob mají zachované zrakové představy v paměti důležitou roli pro formování obrazového myšlení a prostorovou orientaci.

Nevidomí, vzhledem k nemožnosti získávat informace z okolí zrakem, využívají kompenzační smysly, zejména sluch a hmat. U prakticky nevidomých osob je důležitá reedukace zraku kvůli rozvoji prostorové orientace a samostatného pohybu.

Slepota ztěžuje poznávací procesy, je také omezen grafický výkon a vyskytují se problémy se samostatným pohybem a prostorovou orientací. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

2 PŘIJETÍ TĚŽKÉHO ZRAKOVÉHO HANDICAPU

V této práci se zaměřuji na přístup k osobě s těžkým zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení. Z tohoto hlediska je důležité, zda tento člověk svůj zrakový handicap přijal či nikoli. Proto v následující kapitole uvádím pojmy akceptace a především nonakceptace vady u zrakově těžce handicapovaných.

Vzhledem k tomu, že zdravotnický personál se při své práci může setkat také s pacientem, který v nedávné době přišel o zrak, uvádím rovněž stádia vyrovnávání se se ztrátou zraku v dospělosti.

2.1 Akceptace vady u těžce zrakově handicapovaných osob

Akceptace vady je poznávací, citové a jednající osvojení všech životních možností a omezení, jichž je tato vada příčinou. V případě zrakové vady to znamená osvojení všech podstatných zbývajících životních možností a jejich způsobů uskutečňování při současném zohledňování všech životních omezení, které tento handicap přináší. V tomto širokém smyslu je akceptace vady předpokladem celkového zdravého a činorodého životního přizpůsobení handicapované osoby. Znamená to aktivní otvírání nových možností a využívání těch, které dříve stály stranou činnosti a životní dráhy dané osoby. Pokud má sám handicapovaný člověk a stejně tak osoby, které mu mohou pomoci, názor, že stojí za to vynaložit úsilí a prostředky k překonání komplikací způsobených těžkým zrakovým handicapem a že je to vůbec možné, probíhají všechny související činnosti a opatření mnohem úspěšněji.

Stejnou důležitost má i přijetí, vyrovnání se s omezeními, které těžký zrakový handicap způsobuje. Přičemž hranice mezi možným a nemožným je velmi pohyblivá.

Znakem akceptace zrakové vady je i schopnost handicapovaného člověka umět přijmout pomoc tam, kde je to potřeba, ale na druhé straně být soběstačný a uhájít si samostatnost vždy, kdy je to možné.

Akceptaci vady u těžce zrakově handicapované osoby ovlivňuje doba, kdy ke ztrátě zraku došlo, zda v dospělosti, během dospívání, či v dětství. (Čálek, Holubář, Cerha, 1992) A zda je vrozená či vznikla během života.

2.2 Nonakceptace vady u těžce zrakově handicapovaných osob

Nonakceptace vady je protipólem akceptace vady. Lze ji definovat jako nepřijímání a neuznávání životních možností a omezení, které vada způsobuje. Citová složka tohoto postoje, která bývá zabarvena odmítavostí a záporností, zde má vedoucí úlohu. A ve spojitosti s jednostranným hodnocením životní situace těžce zrakově handicapované osoby brání pravdivému poznání jejích možností a omezení.

V zásadě je možné projevy nonakceptace rozdělit do dvou kategorií. První z nich je zveličování důsledků defektu a druhou pak popírání důsledků defektu.

V případě zveličování důsledků vady jde o postoj, kdy se těžce zrakově handicapovaná osoba považuje za zcela bezmocnou bytost, za zcela závislou, neschopnou nést jakoukoli odpovědnost, být samostatnou, obstat ve společenských rolích apod. Nepočítá s možnostmi kompenzace vady. Ztráta je synonymní s neschopností, bezmocností, vyřazeností. Tento postoj může zastávat jak sám handicapovaný, tak i lidé v jeho okolí.

V případě popírání důsledků vady, handicapovaný člověk nezohledňuje omezení, které vada přináší a jedná tak, jako by neexistovala. Zároveň s tím neuznává možnosti životního přizpůsobení, které zůstaly a které má k dispozici, a proto je nevyužívá.

Oba typy nonakceptace zrakové vady spolu souvisí a mohou se v postojích konkrétních osob kombinovat. Jejich společným jmenovatelem je nevyužívání uskutečnitelných životních možností a stanovisko - buď všechno jako vidící nebo nic. (Čálek, Holubář, Cerha, 1992)

2.3 Stadia vyrovnávání se se ztrátou zraku

Ztráta zraku může být náhlá nebo postupná. Její příčiny i rozsah mohou být rovněž rozdílné. (Čálek, Holubář, Cerha, 1992) Z hlediska prožívání ji můžeme chápat jako náročnou životní situaci, protože dlouhodobě působí na jedince jako výrazně zátěžový a většinou ireverzibilní vliv. (Jesenský a kol., 2007)

V následujícím textu uvádím rozdělení stádií vyrovnání se se ztrátou zraku. Různí autoři používají rozdílná členění těchto stádií. Za zmínku jistě stojí Kübler – Rossová (1992 in Jesenský a kol., 2007) a její sled fází, kterými prochází vážně nemocný či umírající člověk,

kteří nazvala křivkou psychické odezvy na závažné onemocnění. Skládá se z pěti fází. První je zavírání očí před skutečností a ztrátou, druhou je fáze zloby (hněvu), třetí fází je vyjednávání (smlouvání), čtvrtou pak deprese a pátou je souhlas (přijetí daného stavu). Členění podobné jejímu lze aplikovat i u pacientů, kteří se vyrovnávají s těžkou životní ztrátou, již ztráta zraku zcela jistě je.

Dále bych ráda zmínila Součka (1992 in Jesenský a kol., 2007), který v pozdějším věku svého života utrpěl ztrátu zraku. Na rozdíl od Kübler – Rossové se zmiňuje pouze o dvou fázích. První fází je krize projevující se citovou bouří s dominantou strachu a nejistoty. Druhou je fáze uklidnění, charakterizovaná zvýšením pocitu jistoty, emocionálním uklidněním a relativně úspěšně zvládnutou readaptací. Přesto tato fáze není prosta pocitů lítosti a smutku.

Třetím a posledním autorem, kterého zde uvedu, je Čálek (1992 in Jesenský a kol., 2007), který náhlou ztrátu zraku dělí do tří fází. První období odezvy na ztrátu zraku se nazývá počátečním šokem, druhé období bezprostřední odezvy na ztrátu zraku mívá podobu tzv. reaktivní deprese a třetí období reakce na ztrátu zraku označuje jako reorganizaci. Toto členění budu v následujících odstavcích podrobněji rozpracovávat.

První období bezprostřední odezvy na náhlou ztrátu zraku neboli počáteční šok nastává po sdělení diagnózy nevratné ztráty zraku. Dochází k duševnímu otřesu. Osoba vykazuje lhostejnost, může se objevit pokles zájmu o kontakt s prostředím, může chybět odezva na přímé oslovení apod. Někdy se hovoří o emoční anestezii (citovém ohlušení), která se v dané životní situaci jeví jako účelná ve smyslu obrany proti nesnesitelnému náporu duševní bolesti. Toto šokové stadium může trvat po dobu několika dní, ovšem často pouze několika hodin. Je však dočasné. Osleplá osoba by v tomto stavu měla být pod stálým dohledem. Čálek (1992) doporučuje nechat tuto fázi proběhnout a zásadně do ní nezasahovat.

Druhé období bezprostřední odezvy na ztrátu zraku, tzv. reaktivní deprese je čas projevovaného truchlení nad utrpěnou životní ztrátou. Pomíjí předchozí strnulost a naopak se objevuje nebezpečí sebevražedných myšlenek. Pacienta je proto vhodné sledovat. Záporné citové prožitky v tomto stadiu jsou silné a dotýčný je často vyjadřuje v řeči. Handicapovaná osoba se již obrací ke svému okolí. Často hledá viníka svého neštěstí. Pasivní přijetí ztráty zraku je považováno za špatné znamení, příznak nezájmu. Období reaktivní deprese může probíhat až několik týdnů.

Třetí období reakce na ztrátu zraku neboli reorganizace začíná přecházením z předchozího stadia do určitých mezidobí uklidnění. V těchto obdobích handicapovaný člověk začíná projevovat zájem o zmenšení své absolutní praktické závislosti na péči druhých lidí, k čemuž by měl dostat přiměřenou příležitost. Dochází k poznatku, že není tak bezmocný, jak si myslel a začíná se učit prvním úkonům sebeobsluhy a základní orientace.

Čálek (1992) dále zpracovává téma pozvolné ztráty zraku, kterou charakterizuje následujícím způsobem: postupná ztráta zraku, jež může probíhat i desítky let, má na psychiku handicapované osoby odlišný účinek než ztráta náhlá. Je to dlouhodobá psychická zátěž a každé další zhoršení zrakových schopností, objevené sebezpozorováním, se projevuje v prožívání a musí být duševně zpracováno.

Pro osobu, u níž došlo, ke ztrátě zraku je důležitá rehabilitace, která by měla být v přímé návaznosti na neúspěšnou léčbu. (Čálek, Holubář, Cerha, 1992)

3 KOMPENZACE TĚŽKÉHO ZRAKOVÉHO HANDICAPU

Zrak je nejfrekventovanějším analyzátozem v rozvoji každé osobnosti. Podává maximum informací v minimálním čase, umožňuje orientaci v prostředí, rozlišování tvarů, barev, velikosti, vzdálenosti, hloubky, směru, pohybu a klidu v okolním prostředí.

Podává informace detailní i globální. Patří mezi telereceptory, tj. mezi dálkové receptory. Má rozhodující vliv na utváření správných představ, rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, řeči i sféry emocionálně volní. Zrakové vjemy mají význam pro každou praktickou činnost – ať je to hra, učení, pracovní, zájmová či rekreační činnost. Jsou rovněž velmi bohatým zdrojem estetických zážitků. (Keblová, 1996, s. 6)

Celá naše „vizuální“ civilizace je založena na rychlém získávání informací zrakem (udává se 70 – 80 %). (Chvátalová, 2001, s. 44) Pokud je přísun těchto podnětů omezený, nebo dokonce chybí, je třeba je nějak nahradit, např. sluchem či hmatem. (Vágnerová, 2005, s. 379)

3.1 Sluch

Sluch zprostředkovává člověku 15 % všech informací z okolního prostředí.

Vnímání řeči umožňuje dorozumívání mezi lidmi, rovněž předávání poznatků a vědomostí. Z melodie, rytmu a intonace řeči lze odvodit vlastnosti osob, které hovoří, jejich vztah k obsahu sdělení atd. Vnímání neartikulovaných zvuků poskytuje estetické prožitky při poslechu hudby, upozorňuje na nebezpečí, jimiž jsou např. zvuková výstražná znamení apod.

Sluch jako dálkový analyzátor rovněž umožňuje těžce zrakově handicapovanému orientovat se v prostoru. (Keblová, 1999) Těžce zrakově handicapovaný by měl být schopen identifikovat zvuky různého druhu, jež slyší ve svém okolí a určovat vztah mezi zvukem a jeho zdrojem. Důležité je cílevědomě procvičovat schopnost jejich lokalizace (kroky chodců, hluk provozu apod.). Zvládnutí této činnosti poskytuje těžce zrakově handicapovanému dostatek informací o charakteru prostředí, v němž se pohybuje a o směru vlastního pohybu. K rozvíjení sluchových schopností se váže i schopnost odhalovat překážky na základě ozvěny, echolokací. Zvuky kroků těžce zrakově handicapovaného, ťukání hole, lusknutí

prsty se od překážek odrážejí, což umožňuje zjistit jejich existenci a přibližné umístění v prostoru i na větší vzdálenost. Na kratší vzdálenost je tato schopnost lokalizace přesnější – mluví se o tzv. „smyslu pro překážky“ u těžce zrakově handicapovaných. Podíl jednotlivých smyslů na této činnosti a přesná příčina tohoto jevu nebyly dosud uspokojivě vysvětleny. Jediné, co je možné mít díky provedeným výzkumům za objektivně prokázané, je fakt, že detekce překážek bez pomoci zraku je naučenou schopností. Její kvalita se zlepšuje při systematicky a cílevědomě vedeném výcviku. (Wiener, 2006)

Sluch je také využíván pro získávání informací a znalostí pomocí audio záznamů, namluvených učebnic a knih.

3.2 Hmat

Hmat je pro osoby s těžkým zrakovým handicapem důležitým zdrojem informací.

Hmat je nutné cíleně procvičovat a zdokonalovat. V opačném případě se nebude dostatečně rozvíjet. Hmatové vnímání je analytické, celkový obraz vzniká skládáním jednotlivých vjemů. Dílčí informace je nutné uspořádat do celku, který bude smysluplný. Tento způsob vnímání je pracný, klade zvýšené nároky na pozornost, paměť a myšlení.

Haptický prostor je oblast, kterou lze poznávat hmatem a ohraničit ji dosahem obou rukou, případně dosahem nohou, nebo bílé hole. Je to obdoba zorného pole. Má poměrně malý rozsah. (Vágnerová, 2005)

Pomocí hmatové práce nohou a využitím bílé hole lze zjistit např. různé změny povrchové struktury terénu, změny sklonu terénu a změny v horizontálním členění. Primární funkcí bílé hole je funkce bezpečnostní – zjištění druhu a rozměrů překážky. Hmatová práce rukou je využívána spíše při pohybu v budovách a místnostech. V otevřeném terénu tato metoda neodpovídá bezpečnostním (možnost drobných poranění), fyziologickým (sklon k vadnému držení těla) a estetickým hlediskům. (Wiener, 2006)

Orientační prvky pro těžce zrakově handicapované

Mezi tyto prvky patří vodící linie a orientační body. Vodící linie jsou rozdílné výšky povrchů, např. zeď a chodník, zeď a podlaha. Orientační body jsou pak výrazná, snadno rozpoznatelná místa (např. roh domu, chodby, nábytek, okna, dveře). Patří sem i zdroje zvuku – rádio, tikající hodiny, hluk ulice slyšitelný přes okno atd.⁵

3.3 Čich a chuť

Pro osoby s těžkým zrakovým handicapem je stálým zdrojem informací také čich a chuť, které doplňují vjemy sluchové a hmatové. Jsou to tzv. chemické smysly.

Čichové a chuťové zážitky jsou spolu těsně svázány. Rozlišujeme čtyři základní druhy chutí, a to sladkou (na špičce jazyka), slanou (po celé ploše jazyka, ale především v jeho přední části), kyselou (na patře a vzadu po stranách jazyka) a hořkou (na patře a vzadu ve středu jazyka). Jejich vzájemnou kombinací vznikají chuťové mezistupně.

Rozeznáváme rovněž čtyři základní druhy vůní (pachů), a to sladkou, kyselou, spálenou a pižmovou (štiplavě živočišnou). Čich ovlivňuje citovou stránku prožívání (vůně libé a nelibé), umožňuje získávat z vnějšího prostředí specifické informace, v některých situacích je jediným zdrojem důležitých informací o okolí (zápach dýmu při požáru apod.). (Keblová, 1999) Využití čichu je možné také k orientačním účelům a týká se hlavně rozpoznávání určitých míst podle jejich charakteristických vůní a zápachů (různé místnosti, obchody apod.). Tato dovednost může rovněž přispívat k upřesnění vlastního stanoviště na trase. (Wiener, 2006)

Pomocí čichu lze rozeznávat také různé potraviny, koření, květiny, osoby a další věci.

⁵ MACHÁČEK, P., GRILLOVÁ, V. *Úpravy interiéru pro slabozraké a nevidomé*. [online] [30. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/upravy-interieru-pro-slabozrake-a-nevidome.pdf>.

3.4 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůckou pro těžce zrakově handicapované je nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovalo nějakou nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým handicapem.

Oblasti, v nichž se projevují negativní důsledky těžkého zrakového handicapu a ve kterých kompenzační pomůcky umožňují tento handicap částečně kompenzovat, jsou následující: oblast uspokojování základních životních potřeb, jako je sebeobsluha, příprava pokrmů, výběr ošacení atd.; oblast schopnosti pohybu v prostoru, orientace v prostoru a oblast získávání a následného zpracování informací.

Problémem je především neschopnost získat informaci z okolního prostředí bez speciálních postupů a kompenzačních pomůcek. Z tohoto důvodu převážná většina kompenzačních pomůcek pro těžce zrakově handicapované slouží ke zmírnění informační bariéry. Kompenzační pomůcky jsou navrženy tak, aby využívaly dvou dalších smyslů, hmatu a sluchu. Existují tedy pomůcky hmatové a zvukové, hlasové. Pomůcky také dělíme na mechanické a elektronické, další hledisko může být funkční: jednoduché (jednouúčelové) pomůcky jsou určeny nejširšímu použití s jedinou funkcí, naopak náročné (víceúčelové) pomůcky poskytují uživateli dostatečné množství funkcí a široké použití. Nejzákladnější z nich hradí zdravotní pojišťovna (např. bílé hole, některé optické pomůcky), na jiné, především ty finančně náročné, je možné získat finanční příspěvek ze sociálních fondů a některé si uživatelé hradí sami.

Do oblastí uspokojování základních životních potřeb, jako je sebeobsluha, příprava pokrmů, výběr ošacení atd. a oblastí schopnosti pohybu v prostoru a orientace v prostoru patří např. jednoduché elektronické pomůcky, jako je diktafon, magnetofon, kalkulačka, budík a hodinky, měřicí přístroje a jednoduché mechanické pomůcky, jako je psací stroj, běžný kancelářský nebo slepecký, a další. Do oblasti získávání a následného zpracování informací zařazujeme pomůcky víceúčelové, jež jsou funkčně i obslužně poměrně náročné. Jejich

základem je osobní počítač nebo jeho procesor. Tyto pomůcky slouží ke zpracování informací ve vhodné formě (digitální).⁶

Vzhledem k rozsahu této práce, není možné věnovat se všem dostupným kompenzačním pomůckám. V následující části této kapitoly popíšu alespoň dvě neznámější z nich (bílou hůl a vodícího psa). K pomůckám využitelným ve zdravotnictví náleží např. podpisová šablona, indikátor hladiny, ozvučený tonometr, glukometr s hlasovým výstupem, teploměr lékařský česky mluvící, zásobník na léky s popisky v Braillově písmu (viz Příloha P I). Těmito se budu podrobněji zabývat na internetových stránkách, které zpracovávám v rámci praktické části své bakalářské práce a které jsou určeny pro zdravotnický personál.

3.4.1 Bílá hůl

Bílá hůl je dosud nepřekonanou pomůckou pro získávání hmatových informací. Napomáhá samostatnému pohybu a orientaci v prostoru. Existuje více typů bílých holí – hůl orientační, hůl signalizační a hůl opěrná. Hůl orientační je určená k orientaci a mobilitě. Někdy je také označovaná „dlouhá hůl“. Může dosahovat ke hrudní kosti, do podpaží nebo k ramenům, v délce 110 – 140 cm. Hůl signalizační je určená ke zviditelnění slabozrakých (v dopravě apod.) i nevidomých (s průvodcem, s vodícím psem). Dosahuje k pasu. Běžně je dostupná v délce 90 a 110 cm. Hůl opěrná je určená osobám s pohybovým omezením v kombinaci se zrakovým handicapem. Dosahuje ke kyčelnímu kloubu. Běžně je k dispozici v délce 80 – 95 cm.⁷

⁶ BUBENÍČKOVÁ, H. *Počítače se speciální úpravou pro těžce zrakově postižené uživatele*. [online] [30. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://is.brailnet.cz/pocitace.php#4>>.

⁷ SVÁROVSKÝ, M., MACHÁČEK, P. *Bílé hole*. [online] [21. 5. 2011]. Dostupné z: <<http://www.tyfloservis.cz/doc/brozura-bile-hole.pdf>>.

3.4.2 Vodící pes

*Vodící pes pro nevidomé je dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, kompenzační pomůckou.*⁸

Během výcviku se vodící pes učí obcházet překážky, jezdit hromadnou dopravou, nevšímat si nedůležitých podnětů, zastavit na kraji chodníku, vyhledávat některá místa jako jsou například schody či dveře a další činnosti. Pro bezpečný pohyb dvojice „člověk a pes“ je nezbytná dokonalá vzájemná souhra, které musí předcházet perfektní příprava psa i podrobné proškolení budoucího majitele vodícího psa.⁹

Výcvik probíhá ve Středisku výcviku vodících psů Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých v České republice (SONS ČR).

⁸ *Jak o psa požádat.* [online] [cit. 30. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.vodicipsi.cz/jakziskatpsa.htm>>.

⁹ *Činnost Střediska výcviku vodících psů.* [online] [30. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.vodicipsi.cz/nasecinnost.htm>>.

4 ZÁSADY PŘÍSTUPU K OSOBĚ S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM HANDICAPEM

Těžký zrakový handicap představuje vážný problém a proto je potřeba přistupovat k těmto pacientům specifickým způsobem zohledňujícím omezení plynoucí z jejich handicapu. Je nutné osvojit si určité specifické dovednosti, které se týkají zejména průvodcovství a pravidel komunikace s těžce zrakově handicapovaným. (Wiener a kol., 2006) Proto se těmto oblastem budu věnovat v následující kapitole. Zaměřím se v ní také na pobyt takto handicapovaného pacienta v nemocnici.

Mimo jiné je také důležité zohlednit, jakým způsobem se pacient vyrovnal se svým handicapem, zda ho akceptoval a naučil se s ním žít, či naopak. Samozřejmě záleží i na době vzniku handicapu. Člověk, který nedávno přišel o zrak, bude reagovat jinak než někdo, kdo měl několik let na vyrovnání se s touto situací. I když je pravdou, že někdy ani sebedelší období není dostačující. Proto je důležitý citlivý přístup nepodceňující schopnosti pacienta, ale ani je nepřeceňující a respektující jeho přání.

4.1 Komunikace

V následujících odstavcích se budu věnovat problematice komunikace s pacientem s těžkým zrakovým handicapem. Toto téma je rozsáhlé, proto se ho pokusím vystihnout alespoň v několika základních bodech.

Nevidomého je vhodné v rozhovoru oslovit jako první a představit se. Je také možný, jako upozornění, lehký dotek na paži. V případě, že mu podáváte ruku, je potřeba připojit slovní doprovod – např. „Podávám vám ruku.“ Pacient může nejasně cítit, že je mu ruka podávána, ale může se mýlit. Slovní upozornění odstraňuje rozpaky a zabraňuje trapným momentům. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

V průběhu hovoru se doporučuje mluvit přímo na pacienta, protože tento snadno pozná, pokud druhá osoba směřuje svou komunikaci jinam a bylo by to pro něj velmi nepříjemné. V některých případech by to v něm také mohlo navozovat pochybnosti, zda je komunikováno skutečně s ním. (Wiener a kol., 2006) Pokud je pacient doprovázen průvodcem, doporučuje se jednat přímo s pacientem. (Mach, 2007)

Během rozhovoru s nevidomým je potřeba dodržovat několik následujících zásad:

- Mluvit s nevidomým jako rovný s rovným. Zrakový handicap ho nezavazuje jeho práv a lidské důstojnosti.
- Mluvit s ním přirozeně a otevřeně jako s jiným pacientem. Nadměrná kontrola řeči může vyvolávat nejistotu jak u pacienta, tak u zdravotníka a komplikovat komunikaci.
- Pokud jde o pacienta, který právě nebo nedávno ztratil zrak, je dobré vyhýbat se „vizuálním“ výrazům (uvidíte, jak to bude). Pokud je pacient smířený se ztrátou zraku, není nutné vyhýbat se těmto slovním obrátům. Nevidomí je sami používají. Je i vhodnější použít výraz prohlédněte si, než například „ohmatejte“.

Slovní komunikace je pro nevidomého důležitým nástrojem pro spojení s okolním světem. Je proto důležité přiměřeně popisovat prostředí, situace a procesy. Na jednotlivých postupech je třeba se vždy předem domluvit, tj. zeptat se nevidomého, zda pomoc potřebuje, a pokud ano, jak si ji představuje. Pokud se děje něco neočekávaného, je vhodné ho na to upozornit – např. jste na řadě. Totéž platí, i pokud nevidomému něco podáváte. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010) Pokud je v místnosti více osob, je vhodné je nevidomému představit nebo pojmenovat. Díky tomu bude vědět, na koho se může obracet. (Mach, 2007)

V případě, kdy odcházíte od pacienta nebo z pokoje, platí totéž co při každém příchodu na pokoj, tj. na tuto skutečnost ho upozornit. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

V následujícím textu uvedu některé situace, ke kterým by mohlo dojít v průběhu pobytu pacienta v nemocnici. Mimo tyto situace by měli být zdravotníci schopni poskytnout pacientovi kontakt na některé sdružení pro nevidomé a slabozraké, například Tyfloservis, Sjednocenou organizaci pro nevidomé a slabozraké (SONS). Není tím myšleno, aby znali na zpaměť adresy nebo telefonní čísla, spíše, aby o jejich existenci věděli a byli tudíž schopni o nich pacienty informovat. Toto se týká zejména pacientů, kteří právě nebo nedávno oslepli. (Mach, 2007)

Nástup do nemocnice, orientace na pokoji a oddělení

Nevidomý člověk se s novým prostředím seznamuje pomaleji než vidící a obvykle k tomu potřebuje pomoc někoho, kdo mu prostor dobře popíše a patřičným způsobem mu umožní „osvojit si ho“. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010, s. 44) Tato osoba s nevidomým prostředím projde, upozorní ho na možná úskalí a pomůže mu naleznout potřebné trasy, to je orientační linie, body a jiné prvky potřebné pro jeho orientaci a samostatný pohyb.

Pacientovi je nutné přesně popsat zařízení pokoje. Do popisu místnosti může patřit: tvar, velikost, umístění dveří, oken, důležitých předmětů jako je zvonek na personál, uspořádání nábytku. Při popisu je třeba postupovat od celku k jednotlivostem, od obecného ke konkrétnímu, od velkých předmětů k malým. Zároveň je důležité nepoužívat označení typu tady, tam, ale naopak být konkrétní („po vaší levé straně“). Také je potřeba upozornit na případná nebezpečí (např. na předměty umístěné na stolcích, předměty trčící do prostoru, různé výstupky). (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

K popisu zařízení je možné využít také stanovení orientačního bodu (směrově stálé a dobře specifikovatelné místo), jakým je například postel nebo dveře, ke kterým se pacient postaví a pak popisovat směr a vzdálenost umístění předmětů od stanoveného orientačního bodu. Předměty, u kterých se předpokládá, že se může změnit jejich poloha (židle a podobně), nejsou pro tuto činnost vhodné.

Poskytnout pacientovi možnost uložit si své věci, nebo může provést sestru, pokud to pacient vnímá jako lepší řešení. Důležité je pacienta informovat, o přesné poloze předmětů a později je nepřemísťovat bez jeho vědomí. V případě, že by to bylo nutné, se musí pacient upozornit, kde se předmět nově nachází. (Mach, 2007)

Informace v písemné podobě

Řada informací (např. souhlas s hospitalizací) je v písemné podobě. Je proto nutné je pacientovi přečíst. Pokud by si přál sdělované informace nahrát na zvukový záznamník, je vhodné mu to umožnit. Pro některé pacienty (pokud u sebe mají notebook s hlasovým výstupem) by mohlo být dobrou alternativou poskytnutí dokumentů v elektronické podobě. Nevidomý může k přečtení dokumentů využít i sociální služby (předčitatelské, pomoc dobrovolníků) nebo někoho ze svých blízkých. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

Vyšetření, odběry a jiné úkony

Obavy pacienta z průběhu zákroku zvyšuje nedostatečná informovanost o tom, co se právě děje, nebo bude dít. Z tohoto důvodu je vhodné ho informovat více než jiné pacienty. O průběhu zákroku, pomůckách, o tom co se právě děje, kdy zákrok začne (např. aplikace injekce), informovat pacienta s dostatečným předstihem, aby se nelekl. Dále musí sestra zjistit, zda je pacient připraven na zahájení úkonu a rovněž ho upozornit na jeho ukončení. V opačném případě by se mohlo stát, že by pacient očekával další pokračování procedury. Dále se nedoporučuje používat paniku vzbuzující výrazy, např. „Pozor“ bez upřesnění, čeho se týkají. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

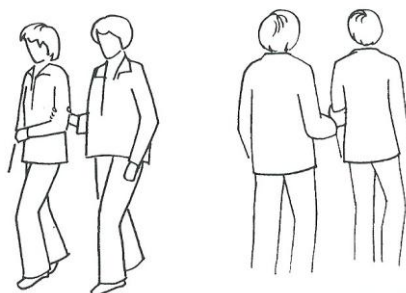
Strava

V otázce stravování je dobré dohodnout se s nevidomým na způsobu popisu jeho porce na talíři. U pacientů krátce po ztrátě zraku nelze předpokládat dobré zvládnání úkonů nutných ke stravování v kolektivu, což pro ně může být stresující. Proto je vhodné o tomto tématu s nevidomým pacientem mluvit volně, případně v soukromí. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

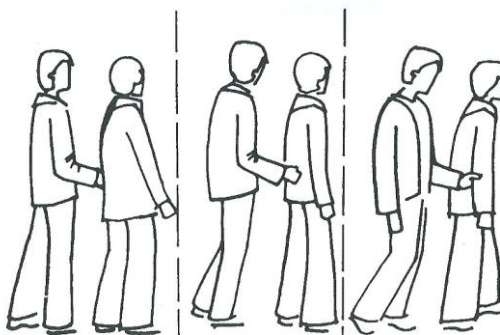
4.2 Průvodcovství

V následujícím textu uvádím nejdůležitější zásady průvodcovství, tedy jak těžce zrakově handicapovaného správně a bezpečně vést.

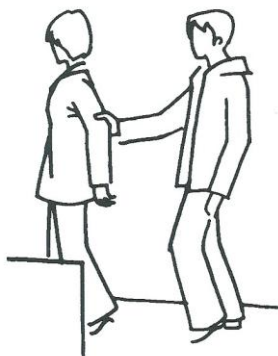
Nejdříve se zmíním o způsobu držení se těžce zrakově handicapovaného pacienta průvodce, kdy tento se drží průvodce zezadu za paži, těsně nad loktem. Průvodcova paže buď může volně viset dolů, nebo je mírně ohnutá v loktu. Držení těžce zrakově handicapovaného musí být jisté, ale ne křečovitě. Pacient jde půl kroku za průvodcem, nikdy ne před ním. Díky tomu je zajištěna bezpečnost i jistota těžce zrakově handicapovaného (viz obr. č. 1). (Wiener a kol., 2006)

Obr. č. 1: Držení nad loktem (Wiener a kol., 2006)

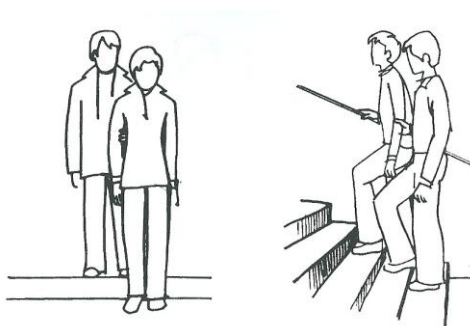
Pokud je potřeba změnit stranu, po níž jde těžce zrakově handicapovaný vedle průvodce, je možné to provést bez přerušení chůze následujícím způsobem: těžce zrakově handicapovaný, který se pravou rukou drží zezadu levého nadloktí průvodce, uvolní držení, pak prsty pravé ruky přejede horizontálně po zádech průvodce až k jeho pravé ruce, kterou pacient následně uchopí svou levou rukou (viz obr. č. 2). (Wiener a kol., 2006)

Obr. č. 2: Změna strany (Wiener a kol., 2006)

Pro chůzi zúženým profilem je doporučeno zvolit následující postup. Průvodce pohne paží, které se těžce zrakově handicapovaný drží mírně vzad a šikmo k páteři. Tento pohyb je pro něj pokynem, aby se zařadil za průvodce. Zároveň s tím těžce zrakově handicapovaný natáhne ruku, kterou se drží průvodce a zvětší tak odstup mezi nimi (viz obr. č. 3). (Wiener a kol., 2006)

Obr. č. 3: Chůze zúženým profilem (Wiener a kol., 2006)

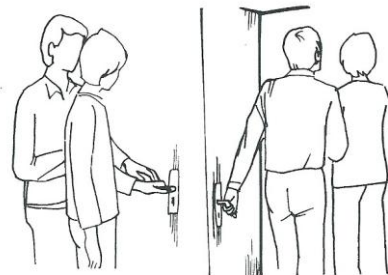
Dalším bodem, o kterém se zmíním, bude chůze do schodů a ze schodů. Pokud je mezi průvodcem a těžce zrakově handicapovaným pacientem dostatečná vzdálenost, umožní to pacientovi včas a správně reagovat na změnu. Průvodcova paže v jeho ruce buď klesá, nebo stoupá, což je možné zvýraznit mírným pohybem ruky ve směru klesání nebo stoupání (viz obr. č. 4). Před začátkem schodiště je třeba zastavit a pacienta slovně informovat o situaci. Ke schodům pak vždy přistupovat kolmo. Spolu s včasným upozorněním na blížící se schodiště (například schody dolů) to snižuje nejistotu pacienta a snižuje riziko klopýtnutí nebo pádu. (Wiener a kol., 2006)

Obr. č. 4: Chůze ze schodů a do schodů (Wiener a kol., 2006)

Dále se budu věnovat procházení dveřmi, jež by mělo probíhat následujícím způsobem. Průvodce uchopí rukou, které se drží těžce zrakově handicapovaný, kliku a slovně ho informuje (například „dveře, otevírají se od nás nebo „klika“). Pacient volnou rukou lehce sjede po průvodcově paži až ke klice, uchopí ji a otevře dveře. Průvodce prochází dveřmi

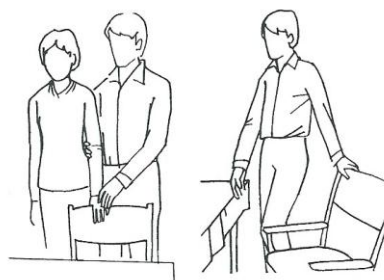
první. Těžce zrakově handicapovaný dveře otevírá a zavírá a měl by vždy stát na straně, na kterou se dveře otevírají, kde jsou panty (viz obr. č. 5). (Wiener a kol., 2006)

Obr. č. 5: Procházení dveřmi (Wiener a kol., 2006)



Poslední činností, kterou zde uvedu je zaujetí místa za stolem. Doporučený postup je tento: průvodce položí ruku, kterou vede těžce zrakově handicapovaného, na opěradlo židle. Pacient volnou rukou zlehka sjede po průvodcově paži a uchopí opěradlo. Ruku nechává ležet na opěradle, obejde židli k jejímu přednímu okraji, přičemž nohou kontroluje výšku sedadla (viz obr. č. 6). Volnou rukou si zjistí umístění stolu. Předtím, než si sedne, může volnou rukou zkontrolovat sedadlo, jestli na něm něco není položené. (Wiener a kol., 2006)

Obr. č. 6: Zaujetí místa za stolem (Wiener a kol., 2006)



4.3 Slabozraký pacient

Počet slabozrakých osob několikanásobně převyšuje počet nevidomých. Jejich potíže jsou často podceňovány. Vidění bývá navíc ovlivňováno intenzitou světla, charakterem prostředí, barevným kontrastem apod. (Van Dyck, 2007)

Vzhledem k tomu, že tito pacienti mohou mít rozdílné problémy se zrakem, je vhodné domluvit se s nimi individuálně, v čem potřebují pomoci. A řídit se následujícími zásadami:

- Umožnit jim využívání kompenzačních pomůcek: tmavé brýle, lupa, bílá hůl.
- V neznámém prostředí pomoci s orientací.
- Umožnit prohlédnout si předměty zblízka (i materiály ke čtení), případně vzít do ruky. Dát jim dostatek času.
- Při psaní využít kontrast (černý fix a bílý papír), větší, tiskací písmo spíše než psací.
- Dodržet zřetelné, kontrastní označení záchodu, pokoje. Zabezpečit kontrastní označení schodů žlutou hranou na tmavém schodu.
- Vyvarovat se nesprávného osvětlení, nerovnoměrného rozptýlení světla, odlesků.¹⁰

¹⁰ CERHA, J. *Desatero při kontaktu se slabozrakým člověkem*. [online] [28. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/kontakt-se-slabozrakym-ts-2007.pdf>.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

V následující kapitole budu analyzovat výsledky získané výzkumným šetřením realizovaným ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje.

5.1 Charakteristika výzkumného šetření pomocí dotazníků

5.1.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření v rámci praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaký je přístup všeobecných sester k osobě s těžkým zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení. Dále bylo cílem zjistit, v jakém rozsahu jsou dostupné a využívané kompenzační pomůcky ve zdravotnických zařízeních.

5.1.2 Charakteristika vzorku respondentů

Respondenty výzkumného šetření realizovaného pomocí dotazníků byly všeobecné sestry, pracující v nemocnicích ve Zlínském kraji. Plánováno bylo získat 100 respondentů.

5.1.3 Metody šetření

Metodou výzkumného šetření je kvantitativní výzkum. *Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek.* (Kutnohorská, 2008, s. 63)

5.1.4 Techniky šetření

Zvolenou technikou byl dotazník (viz Příloha P II). *Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny, na určitém formuláři.* (Kutnohorská, 2008, s. 41)

V dotazníku byly použity tyto druhy otázek: uzavřené otázky dichotomické i polytomické, polouzavřené otázky, filtrační otázka a číselná škála. Uzavřené otázky, jsou takové, ve kterých respondent vybírá, z předem připravených otázek, odpověď. V případě dichotomických otázek si respondent vybírá ze dvou odpovědí, vzájemně se vylučujících (ano – ne). Polytomické otázky, jsou takové, kdy respondent vybírá z více než dvou možností. Polouzavřené otázky tvoří kombinace otevřené a uzavřené otázky, spadá sem i možnost „jiná

odpověď““. Filtrační otázka eliminuje respondenty, kteří nemohou zodpovědět následující otázku. Škála může být grafická, číselná nebo verbální. (Kutnohorská, 2008)

5.1.5 Organizace šetření

Konzultace dotazníku probíhaly v měsíci lednu 2011. Dotazník byl konzultován také na odborných pracovištích (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v Kroměříži, Tyfloservis Zlín). Následné výzkumné šetření probíhalo v termínu únor 2011 - duben 2011. Byly osloveny všeobecné sestry pracující v nemocnicích ve Zlínském kraji. Celkem bylo rozdáno 145 dotazníků. Návratnost byla 106 dotazníků, z čehož bylo 102 dotazníků využito k dalšímu zpracování a 4 dotazníky byly vyloučeny pro jejich neúplné vyplnění.

5.1.6 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla zpracována v programu Microsoft Excell. Zpracování dotazníků probíhalo formou tabulek četností odpovědí a grafů. Odpovědi zaznamenané v tabulkách jsou uvedeny formou absolutní četnosti. Odpovědi zpracované v grafech jsou uvedeny formou relativní četnosti.

5.1.7 Charakteristika vzorku respondentů na základě analýzy získaných dat z dotazníkového šetření

Po provedení analýzy dotazníků jsem zjistila, že 98 respondentů z celkového počtu 102 dotázaných jsou ženy a 4 respondenti jsou muži. Dalším zjišťovaným bodem byl věk: 43 respondentů bylo ve věku 20 – 30 let, 27 respondentů ve věkovém rozmezí 30 – 40 let, 20 respondentů ve věku 40 – 50 let a 12 respondentů ve věku 50 – 60 let. Do kategorie 60 a více let nespádá žádný respondent. Středního vzdělání s maturitní zkouškou dosáhlo 79 respondentů, vyššího odborného vzdělání 11 respondentů a vysokoškolského vzdělání 12 respondentů. Na oddělení pracuje 97 respondentů a 5 dotázaných pracuje v ambulanci. Na interním oddělení pracuje 30 respondentů, na chirurgickém oddělení 29 respondentů, v léčebně pro dlouhodobě nemocné 29 respondentů, na neurologickém 7 respondentů a na očním oddělení rovněž 7 respondentů. Délku praxe do 5 let uvedlo 33 respondentů, 5 – 10 let 20 respondentů, 10 – 20 let 24 respondentů a více než 20 let označilo 25 respondentů.

5.2 Vyhodnocení dotazníků

V následující části této práce analyzuji jednotlivé otázky dotazníku.

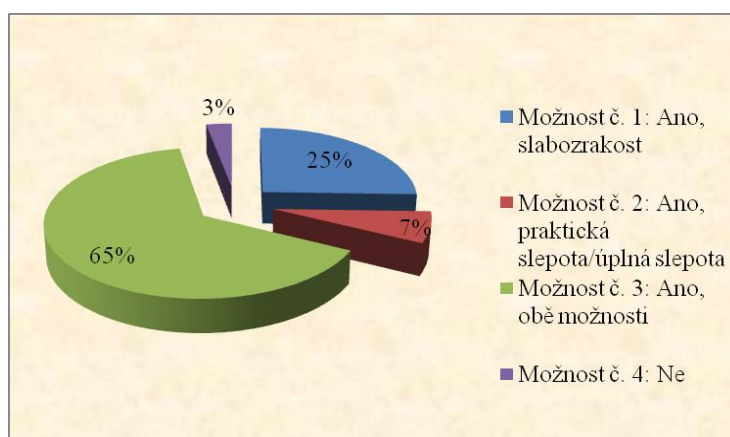
Otázka č. 1: Setkal(a) jste se během své praxe s pacientem(-ty) se zrakovým handicapem?

- a) ano, jakým: 1) slabozrakost
 2) praktická slepota/úplná slepota
 3) obě možnosti
- b) ne, pokračujte otázkou č. 5

Tabulka č. 1

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: Ano, slabozrakost	26 respondentů
Možnost č. 2: Ano, praktická slepota/úplná slepota	7 respondentů
Možnost č. 3: Ano, obě možnosti	66 respondentů
Možnost č. 4: Ne	3 respondenti
Nejčastější odpověď	Možnost č. 3 – Ano, obě možnosti

Graf č. 1



Komentář:

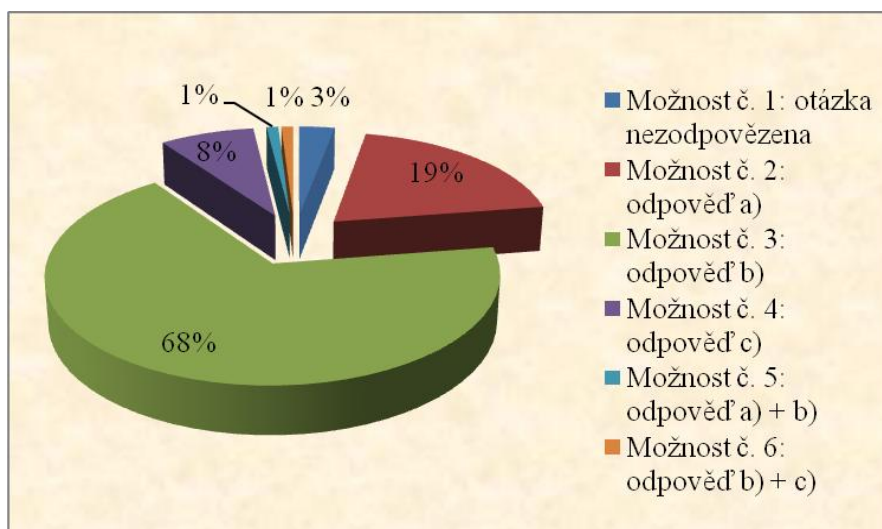
Respondenti v této otázce nejčastěji volili odpověď číslo 3: „obě možnosti“. Z toho vyplývá, že většina respondentů má zkušenost jak s pacienty slabozrakými, tak s pacienty s částečnou či úplnou slepotou.

Otázka č. 2: Jak se Vám s ním spolupracovalo?

- a) jako s jiným pacientem
- b) bylo nutné více vysvětlovat
- c) bylo to komplikované

Tabulka č. 2

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: otázka nezodpovězena	3 respondenti
Možnost č. 2: odpověď a)	20 respondentů
Možnost č. 3: odpověď b)	69 respondentů
Možnost č. 4: odpověď c)	8 respondentů
Možnost č. 5: odpověď a) + b)	1 respondent
Možnost č. 6: odpověď b) + c)	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 3: Bylo nutné více vysvětlovat.

Graf č. 2**Komentář:**

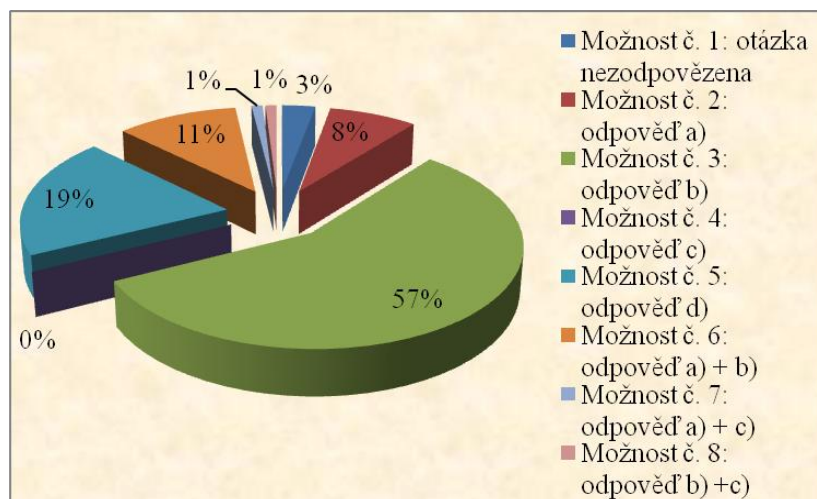
Nejčastější odpovědí byla možnost číslo 3: „bylo nutné více vysvětlovat“. Odpovědělo takto 69 respondentů. 20 respondentů neshledalo spolupráci odlišnou od běžných situací. 8 respondentů ji naopak zhodnotilo jako komplikovanou. 3 dotazovaní neměli zkušenost s těmito pacienty. Ze zjištěných dat vyplývá, že si respondenti ve většině případů uvědomují potřebu specifického přístupu.

Otázka č. 3: Jak dlouho měl pacient zrakový handicap?

- a) od narození
- b) získaný během života
- c) získaný v poslední době (během 3 měsíců)
- d) nevím

Tabulka č. 3

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: otázka nezodpovězena	3 respondenti
Možnost č. 2: odpověď a)	8 respondentů
Možnost č. 3: odpověď b)	58 respondentů
Možnost č. 4: odpověď c)	0 respondentů
Možnost č. 5: odpověď d)	20 respondentů
Možnost č. 6: odpověď a) + b)	11 respondentů
Možnost č. 7: odpověď a) + c)	1 respondent
Možnost č. 8: odpověď b) + c)	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 3: Získaný během života

Graf č. 3**Komentář:**

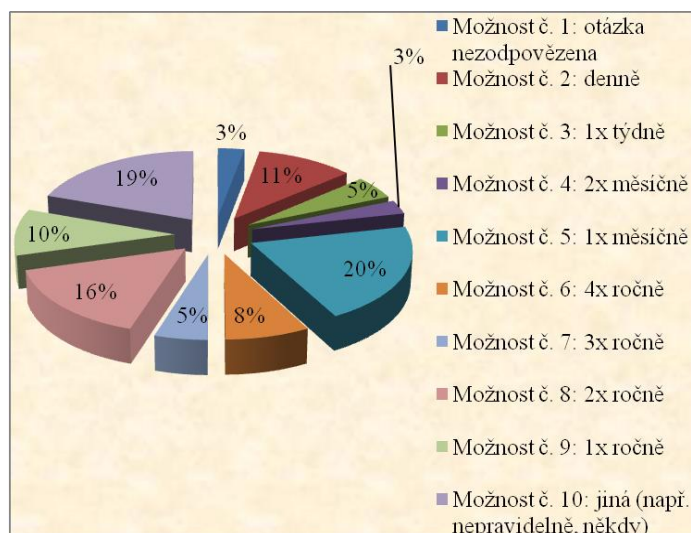
Respondenti se ve více než polovině případů setkali s pacienty, kteří neměli zrakový handicap od narození (58 respondentů uvedlo možnost: „získaný během života“). Žádný z respondentů nevybral možnost v „posledních třech měsících“. 20 respondentů tuto informaci neznalo.

Otázka č. 4: Uved'te, jak často se v práci setkáváte s nevidomým nebo těžce zrakově handicapovaným pacientem? – např. denně, 1 x týdně, 1x měsíčně

Tabulka č. 4

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: otázka nezodpovězena	3 respondenti
Možnost č. 2: denně	11 respondentů
Možnost č. 3: 1x týdně	5 respondentů
Možnost č. 4: 2x měsíčně	3 respondenti
Možnost č. 5: 1x měsíčně	21 respondentů
Možnost č. 6: 4x ročně	8 respondentů
Možnost č. 7: 3x ročně	5 respondentů
Možnost č. 8: 2x ročně	16 respondentů
Možnost č. 9: 1x ročně	10 respondentů
Možnost č. 10: jiná (např. nepravidelně, někdy)	20 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 5: 1x měsíčně

Graf č. 4



Komentář:

V této otázce uvedlo 21 dotázaných jako frekvenci setkávání s těžce zrakově handicapovaným „1x měsíčně“, 11 dotázaných „denně“. Naopak 10 respondentů „1x ročně“. 20 respondentů uvedlo odpověď „nepravidelně“. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 40 respondentů uvedlo frekvenci setkávání častější než 1x měsíčně a 39 respondentů jako častější než 1x ročně.

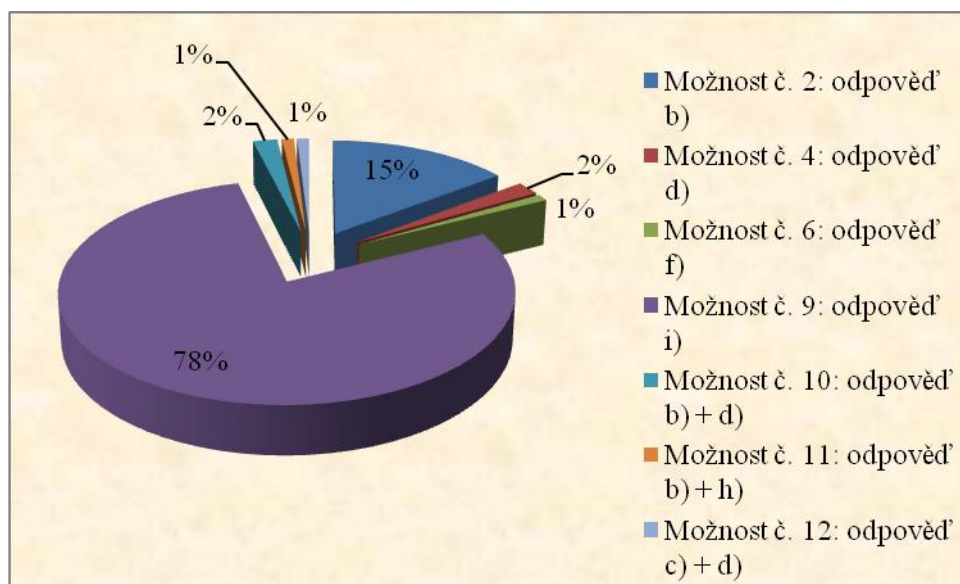
Otázka č. 5: Jaké kompenzační pomůcky jsou dostupné na Vašem oddělení?

- a) podpisová šablona
- b) čtecí lupa nebo jiné zvětšovací zařízení
- c) lékařský teploměr mluvicí
- d) ozvučený glukometr
- e) ozvučený tonometr
- f) audio forma edukačních materiálů
- g) edukační materiály v Braillově písmu
- h) jiné, uveďte
- i) žádné

Tabulka č. 5

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	0 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	15 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	0 respondentů
Možnost č. 4: odpověď d)	2 respondentů
Možnost č. 5: odpověď e)	0 respondentů
Možnost č. 6: odpověď f)	1 respondent
Možnost č. 7: odpověď g)	0 respondentů
Možnost č. 8: odpověď h)	0 respondentů
Možnost č. 9: odpověď i)	80 respondentů
Možnost č. 10: odpověď b) + d)	2 respondenti
Možnost č. 11: odpověď b) + h)	1 respondent
Možnost č. 12: odpověď c) + d)	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 9: žádné

Graf č. 5

**Komentář:**

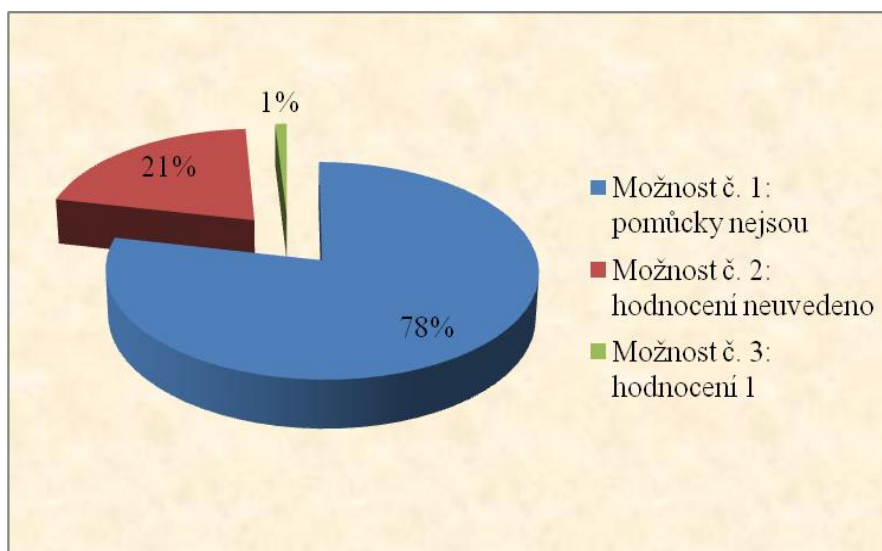
Většina respondentů (80 dotázaných) uvedlo, že na oddělení, kde pracují, nejsou dostupné žádné kompenzační pomůcky. 18 respondentů uvedlo, že na jejich oddělení jsou dostupné „čtecí lupy či jiné zvětšovací zařízení“. Mezi další kompenzační pomůcky dostupné na odděleních patří „ozvučený glukometr“ (5 respondentů), „audio forma edukačních materiálů“ (1 respondent), „lékařský teploměr mluvicí“ (1 respondent). 1 respondent označil možnost „jiné“, ale neuvedl konkrétní kompenzační pomůcku.

Podotázka k otázce č. 5: Pokud jste některou využil(a) při práci se zrakově handicapovaným, prosím napište k ní, jak jste s ní byl(a) spokojen(a) číslicí 1 – 5, kdy 1 je vynikající a 5 je nedostačující.

Tabulka č. 6

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: pomůcky nejsou	80 respondentů
Možnost č. 2: hodnocení neuvedeno	21 respondentů
Možnost č. 3: hodnocení 1	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: pomůcky nejsou

Graf č. 6



Komentář:

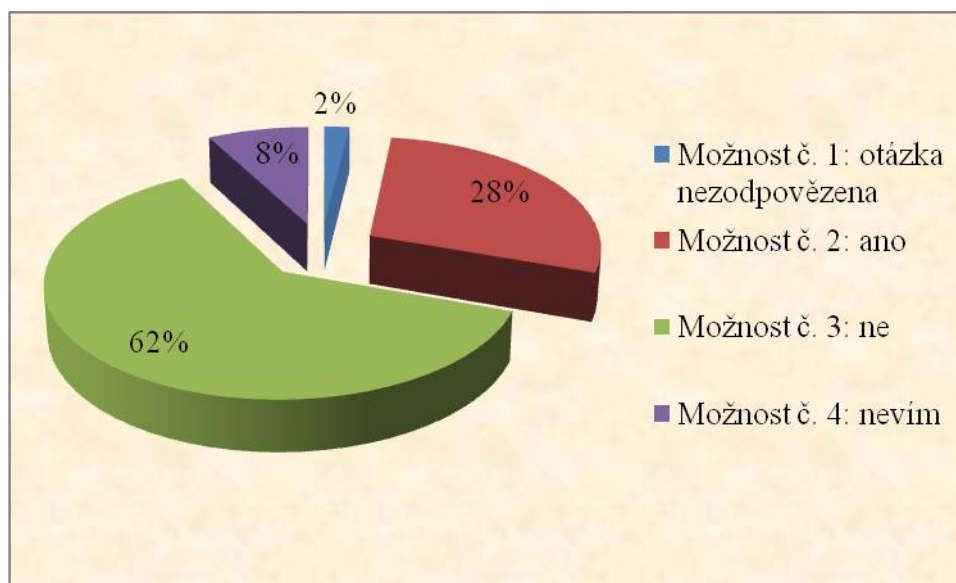
Na tuto otázku odpověděl pouze 1 respondent. Tento vybral hodnocení pro pomůcku 1, tj. vynikající. 21 respondentů hodnocení neuvedlo. 80 respondentů uvedlo, že kompenzační pomůcky na jejich oddělení dostupné nejsou a z tohoto důvodu tedy hodnocení nevyplňovalo.

Otázka č. 6: Má na Vaše oddělení přístup vodící pes?

- a) ano
- b) ne, proč:

Tabulka č. 7

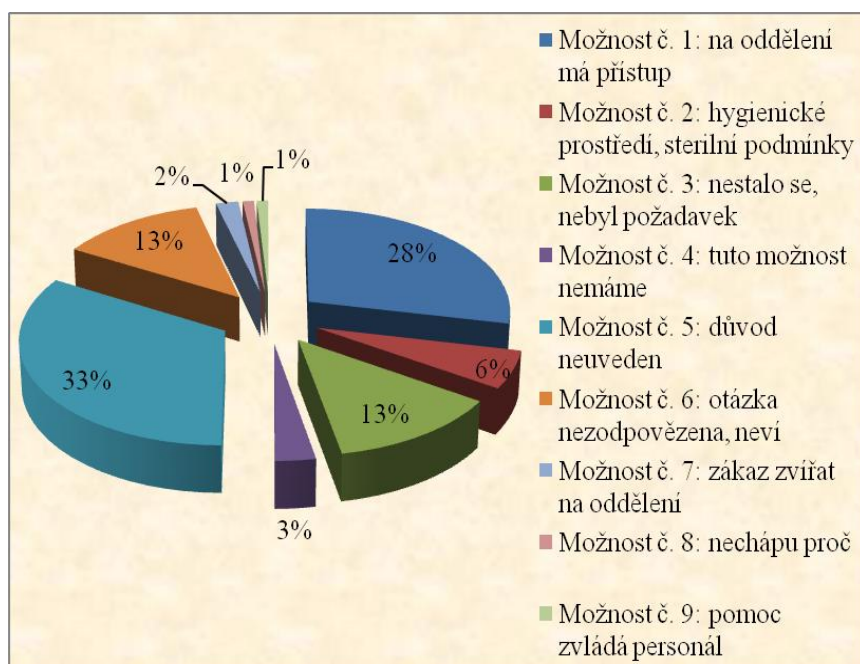
Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: otázka nezodpovězena	2 respondenti
Možnost č. 2: ano	29 respondentů
Možnost č. 3: ne	63 respondentů
Možnost č. 4: nevím	8 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 3: ne

Graf č. 7**Komentář:**

Na otázku, zda má na jejich oddělení přístup vodící pes odpovědělo 63 respondentů záporně a 29 respondentů kladně, 8 respondentů neumělo na tuto otázku odpovědět. Ve 2 případech otázka nebyla zodpovězena.

Podotázka k otázce č. 6: Pokud ne, proč?**Tabulka č. 8**

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: na oddělení má přístup	29 respondentů
Možnost č. 2: hygienické prostředí, sterilní podmínky	6 respondentů
Možnost č. 3: nestalo se, nebyl požadavek	13 respondentů
Možnost č. 4: tuto možnost nemáme	3 respondenti
Možnost č. 5: důvod neuveden	34 respondentů
Možnost č. 6: otázka nezodpovězena, neví	13 respondentů
Možnost č. 7: zákaz zvířat na oddělení	2 respondenti
Možnost č. 8: nechápu proč	1 respondent
Možnost č. 9: pomoc zvládá personál	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 5: důvod neuveden

Graf č. 8**Komentář:**

Důvody, proč vodící pes nemá přístup na oddělení byly různé. Převažovaly odpovědi: „hygienické prostředí, sterilní podmínky“, „nestalo se, nebyl požadavek“.

34 respondentů důvod neuvedlo a 13 respondentů nevědělo nebo otázku nezodpovědělo.

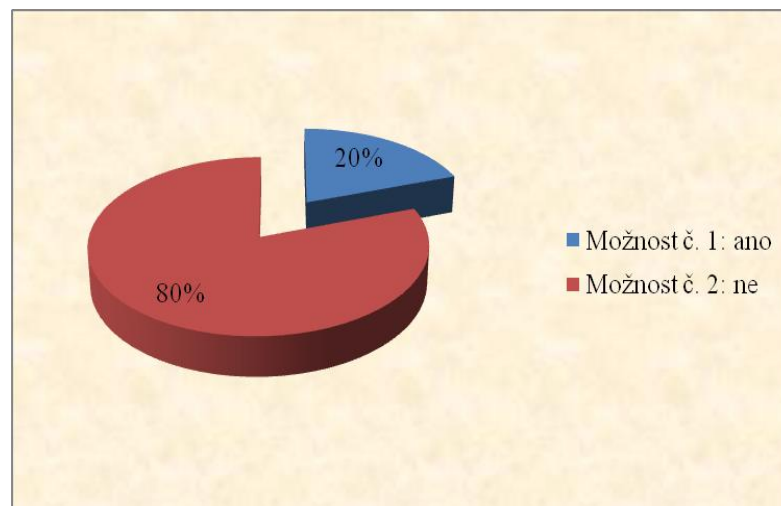
Vodící pes má na oddělení přístup u 29 respondentů ze 102.

Otázka č. 7: Znáte nějaké organizace věnující se slabozrakým a nevidomým?

- a) ano, jaké:
b) ne

Tabulka č. 9

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: ano	20 respondentů
Možnost č. 2: ne	82 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 2: ne

Graf č. 9**Komentář:**

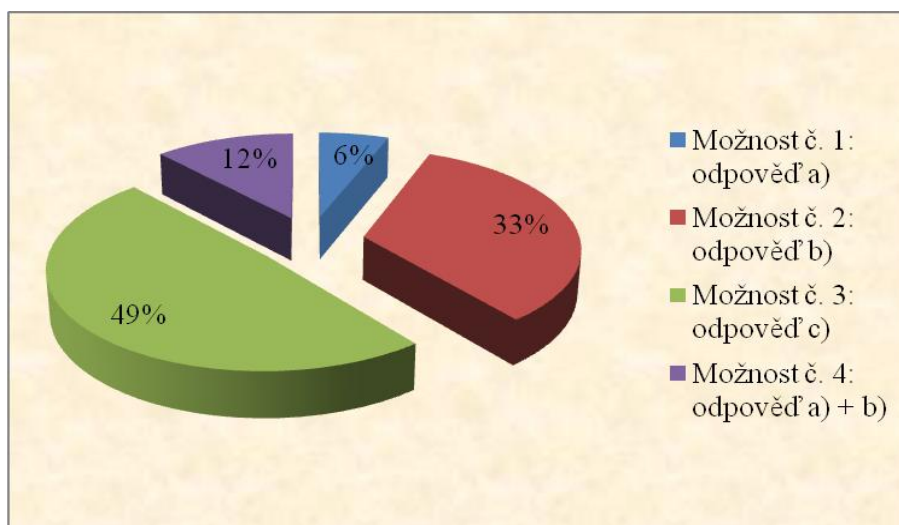
Většina respondentů neznala žádnou organizaci věnující se nevidomým a slabozrakým (82 respondentů), 20 respondentů pak znalo a uvedlo konkrétní organizace. Někteří uváděli jednu, jiní více organizací. Mezi uvedené patří Tyfloservis, SONS, Světluška, Středisko ranné péče.

Otázka č. 8: Když přijde nevidomý pacient s průvodcem, budete jednat:

- a) s průvodcem
- b) s nevidomým
- c) podle rozhodnutí nevidomého

Tabulka č. 10

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	6 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	34 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	50 respondentů
Možnost č. 4: odpověď a) + b)	12 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 3: podle rozhodnutí nevidomého

Graf č. 10**Komentář:**

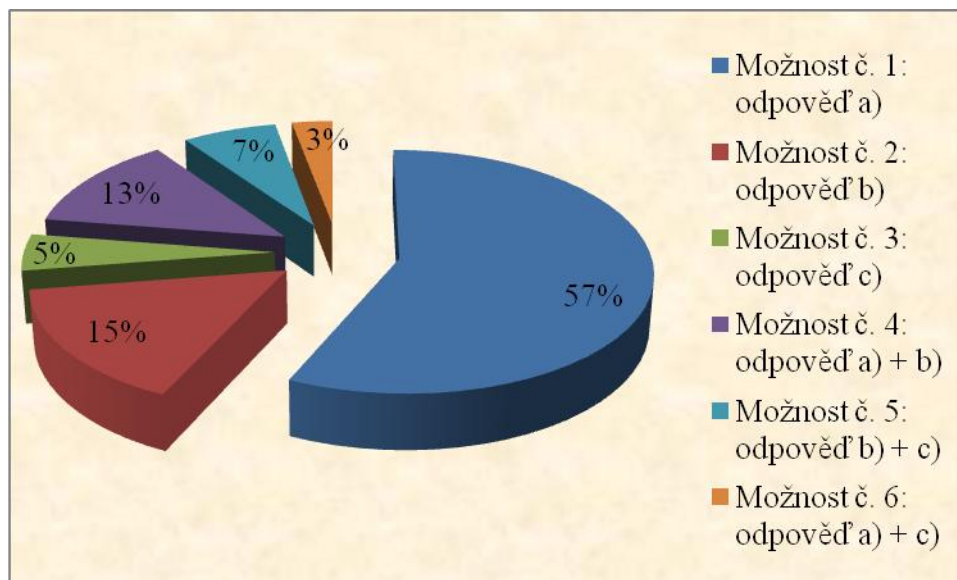
Ideální situací je jednat přímo s nevidomým nebo domluva s nevidomým. Chybou je, když se jedná pouze s průvodcem. Znamenalo by to, že klient není považován za dostatečně schopného o sobě samostatně rozhodovat. V této otázce označilo 34 respondentů možnost „jednat s nevidomým“ a 50 respondentů možnost „nechat tuto situaci na rozhodnutí nevidomého“. 12 respondentů by volilo zároveň možnost „jednat s průvodcem“ i „jednat s nevidomým“. Pouze 6 respondentů by jednalo jen s průvodcem.

Otázka č. 9: Jak byste seznámil(a) pacienta se zařízením pokoje a s oddělením?

- a) osobně bych ho provedl(a)
- b) slovně bych mu pokoj a oddělení popsal(a)
- c) nechal(a) bych rodinu seznámit ho se zařízením pokoje a s oddělením

Tabulka č. 11

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	58 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	16 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	5 respondentů
Možnost č. 4: odpověď a) + b)	13 respondentů
Možnost č. 5: odpověď b) + c)	7 respondentů
Možnost č. 6: odpověď a) + c)	3 respondenti
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: osobně bych ho provedl(a)

Graf č. 11**Komentář:**

U této otázky 58 respondentů volilo možnost „osobně pacienta provést“. 16 respondentů volilo „slovní popis“. 13 respondentů volilo kombinaci obou těchto možností.

Pacienta je potřeba s oddělením seznámit osobně, projít ho s ním, umožnit mu stanovit orientační body, vodící linie a poskytnout mu dostatek času k seznámení se s prostředím.

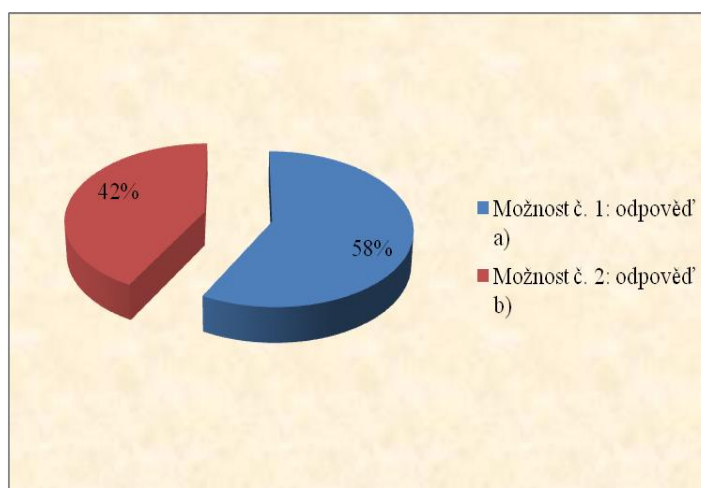
Otázka č. 10: Co byste udělal(a), když byste přišel(la) na pokoj, kde leží pacient se zrakovým handicapem?

- a) upozorním na sebe, řeknu, proč jsem přišel(la) a při odchodu na to rovněž upozorním
- b) upozorním na sebe, a proč jsem přišel(la) jen v případě, že jdu přímo za pacientem se zrakovým handicapem
- c) nebudu nic vysvětlovat, není to nutné

Tabulka č. 12

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	59 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	43 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	0 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: upozorním na sebe, řeknu proč jsem přišel(la) a při odchodu na to rovněž upozorním

Graf č. 12



Komentář:

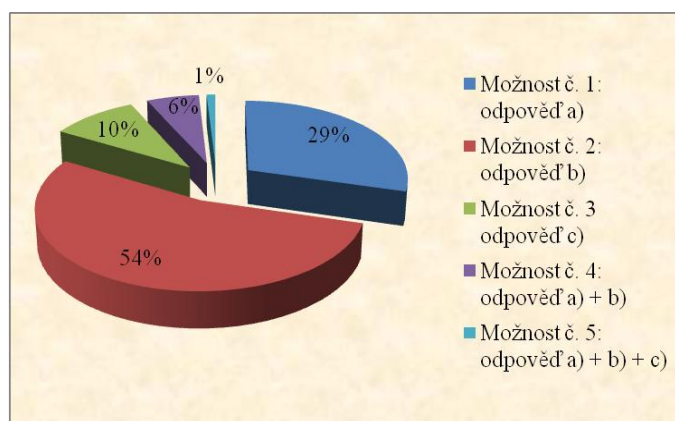
Možnost a) označilo 59 respondentů, možnost b) pak 43 respondentů. Nikdo nevolil možnost: „není nutné nic vysvětlovat“. Je vhodné upozornit na příchod nebo opuštění místnosti, uvést důvod proč sestra přišla a stručně vysvětlit co provádí, i když jde za jiným pacientem na pokoji. V opačném případě pacient neví, zda nejde za ním. Také neurčitý pohyb v místnosti může být velmi nepříjemný.

Otázka č. 11: Jak byste pacienta seznámil(a) s výkonem?

- a) pokud by to bylo možné použil(a) bych názorné pomůcky (např. tonometr), nechal(a) bych pacienta pomůcky si prohlédnout (hmat), případně bych využil(a) kompenzačních pomůcek dostupných na oddělení (lupa, audio forma edukačních materiálů...)
- b) podrobně bych slovně popsal(a) výkon, včetně pomůcek
- c) slovně bych popsal(a) výkon

Tabulka č. 13

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	30 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	55 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	10 respondentů
Možnost č. 4: odpověď a) + b)	6 respondentů
Možnost č. 5: odpověď a) + b) + c)	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 2: podrobně bych slovně popsal(a) výkon, včetně pomůcek

Graf č. 13**Komentář:**

Možnost a) volilo 30 respondentů, možnost b) pak 55 respondentů, kombinaci obou pak 6 respondentů. Pouze slovní popis volilo 10 respondentů.

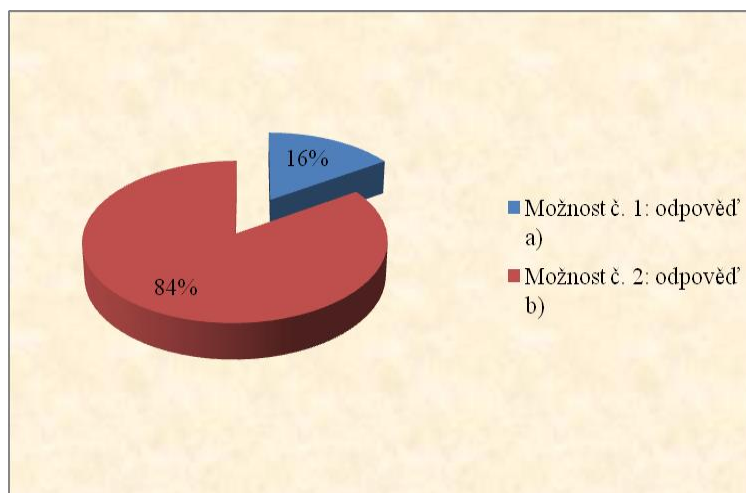
Vhodný postup seznamování pacienta s výkonem uvádím v teoretické části této práce. Důležitý je podrobný popis postupů, pomůcek a využití kompenzačních pomůcek.

Otázka č. 12: Při podávání stravy pacientovi s těžkým zrakovým handicapem:

- a) řeknu, co je k jídlu
- b) řeknu, co je např. k obědu, popíšu kde co na talíři je
- c) není nutné vysvětlovat, odpovím, pokud se zeptá

Tabulka č. 14

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	16 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	86 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	0 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 2: řeknu, co je např. k obědu, popíšu kde co na talíři je

Graf č. 14**Komentář:**

Většina dotázaných (86 respondentů) volila možnost b) „řeknu, co je např. k obědu, popíšu kde co na talíři je“. Zbývající respondenti (16) označili možnost a) „řeknu, co je k jídlu“.

Dobrou variantou je právě možnost b), včetně informací o umístění hrnku, příboru. Samozřejmě záleží na postoji pacienta (zda si toto přeje). Podrobnější popis není vždy nutný.

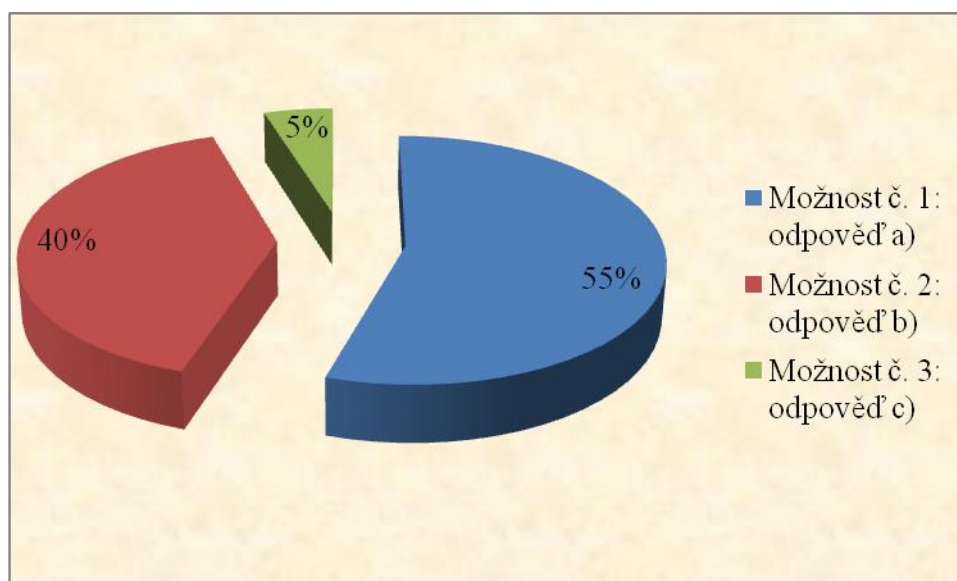
Otázka č. 13: Jak byste se zachoval(a) v případě, kdy by si pacient chtěl nahrát na diktafon informace, které mu sdělujete?

- a) nechám ho, nevadí mi to
- b) není mi to příjemné, ale nechám ho
- c) nepřistoupím na to, raději mu informace zopakuji

Tabulka č. 15

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	56 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	41 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	5 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: nechám ho, nevadí mi to

Graf č. 15



Komentář:

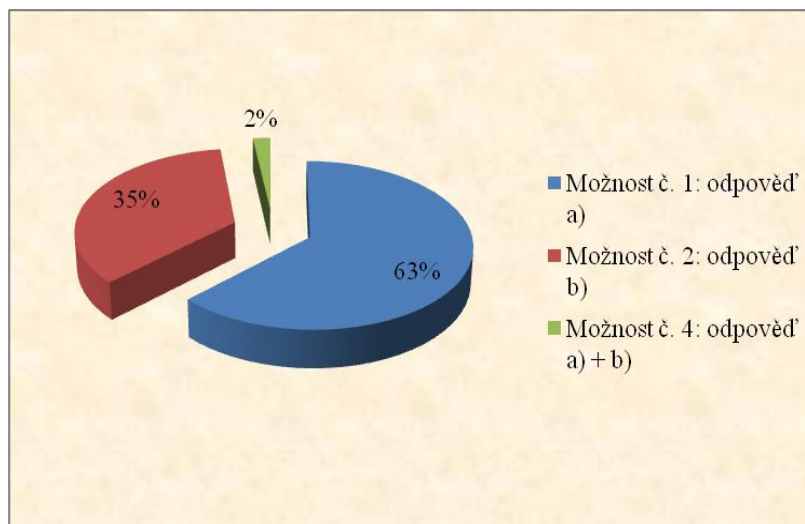
56 z dotázaných respondentů uvedlo, že by jim nevadilo, kdyby si pacient chtěl nahrát informace, které mu předávají. 41 respondentům by to sice nebylo příjemné, ale nebránili by se tomu. Pouze 5 respondentů by na tuto možnost nepřistoupilo a raději by informace, v případě potřeby, zopakovalo.

Otázka č. 14: Jak byste pacienta seznámil(a) s informacemi v tištěné podobě?

- a) přečtu mu daný materiál
- b) stručně pacienta seznámím s obsahem materiálu
- c) na oddělení máme dostupné edukační materiály v audio formě, Brailu

Tabulka č. 16

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	64 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	36 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	0 respondentů
Možnost č. 4: odpověď a) + b)	2 respondenti
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: přečtu mu daný materiál

Graf č. 16**Komentář:**

Možnost přečíst materiál by volilo 64 respondentů, stručné seznámení s obsahem si vybralo 36 respondentů.

Nejllepší možností je daný materiál přečíst, eventuálně použít edukační materiály v audio formě, Braillově bodovém písmu či v elektronické podobě.

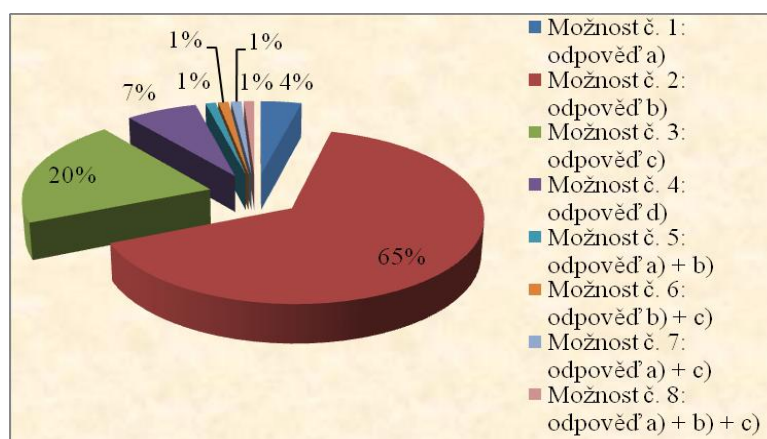
Otázka č. 15: Pokud bude potřeba doprovodit nevidomého pacienta (např. na vyšetření, ošetřovnu), jaký způsob zvolíte?

- a) vezmu ho za ruku
- b) řeknu mu, kam půjdeme a domluví se s ním, co by mu vyhovovalo
- c) upozorním ho na to, že mu podávám rámě a nechám ho, ať se mě chytí za loket
- d) raději ho odvezu na vozičku

Tabulka č. 17

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	4 respondenti
Možnost č. 2: odpověď b)	66 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	21 respondentů
Možnost č. 4: odpověď d)	7 respondentů
Možnost č. 5: odpověď a) + b)	1 respondent
Možnost č. 6: odpověď b) + c)	1 respondent
Možnost č. 7: odpověď a) + c)	1 respondent
Možnost č. 8: odpověď a) + b) + c)	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 2: řeknu mu, kam půjdeme a domluví se s ním, co by mu vyhovovalo

Graf č. 17



Komentář:

Nejčastější odpovědí byla možnost: „řeknu mu, kam půjdeme a domluví se s ním, co by mu vyhovovalo“ (66 respondentů). Druhou v pořadí pak byla odpověď: „upozorním ho na to, že mu podávám rámě a nechám ho, ať se mě chytí za loket“ (21 respondentů).

Obě možnosti jsou vhodné, lepší je však společná domluva.

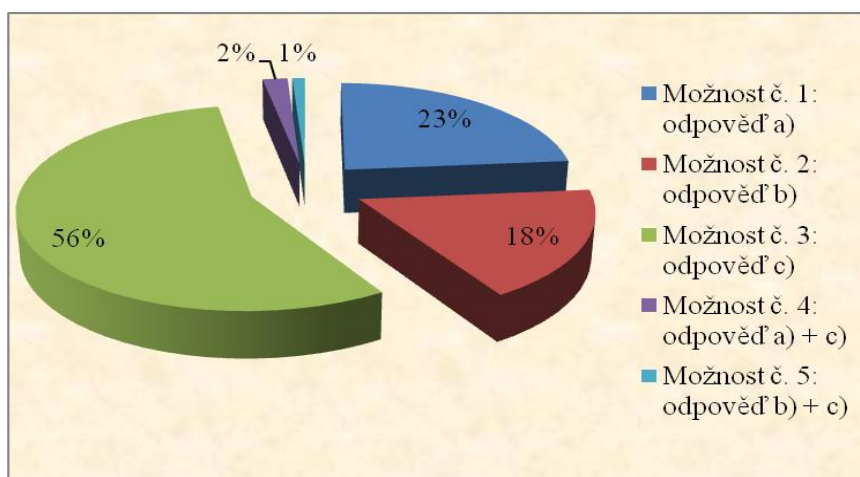
Otázka č. 16: Myslíte, že je nutné se v rozhovoru s nevidomým vyhýbat výrazům, jako je uvidíme, prohlédněte si apod.?

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na tom, jak přijal svůj zrakový handicap

Tabulka č. 18

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	24 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	18 respondentů
Možnost č. 3: odpověď c)	57 respondentů
Možnost č. 4: odpověď a) + c)	2 respondenti
Možnost č. 5: odpověď b) + c)	1 respondent
Nejčastější odpověď	Možnost č. 3: záleží na tom, jak přijal svůj zrakový handicap

Graf č. 18



Komentář:

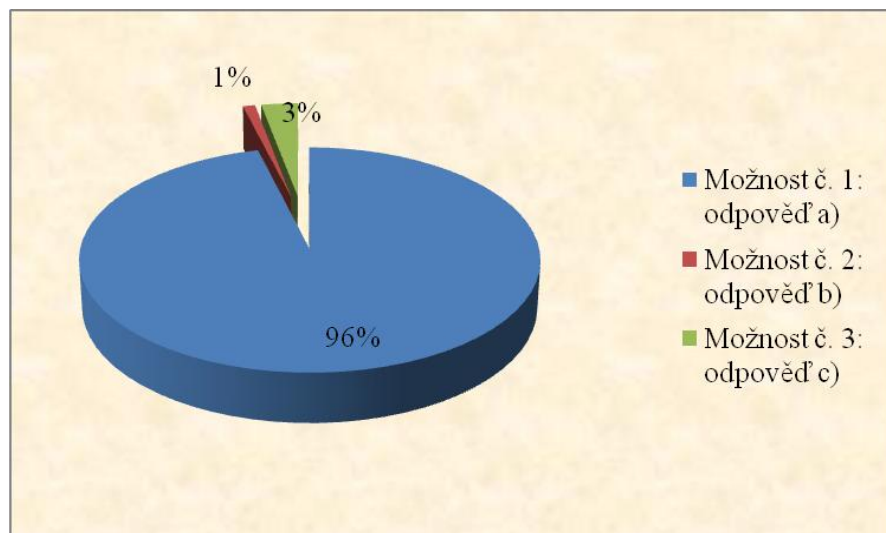
Nejvíce respondentů (57) volilo možnost: „záleží na tom, jak přijal zrakový handicap“. Další 3 respondenti volili tuto variantu v kombinaci s některou z dalších možností. Možnost vyhýbat se výrazům uvedeným v otázce volilo 24 respondentů. Skutečně je důležité, jak označili respondenti, zohlednit jak pacient přijal těžký zrakový handicap.

Otázka č. 17: Jak budete jednat se slabozrakým pacientem?

- a) poskytnu mu dostatek času, zjistím, zda si přeje pomoci a jaký způsob by považoval za vhodný (např. osvětlení,...)
- b) něco vidí, takže není nutné jednat s ním jinak než s dalšími pacienty
- c) nevím

Tabulka č. 19

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: odpověď a)	98 respondentů
Možnost č. 2: odpověď b)	1 respondent
Možnost č. 3: odpověď c)	3 respondenti
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: poskytnu mu dostatek času, zjistím, zda si přeje pomoci a jaký způsob by považoval za vhodný (např. osvětlení, ...)

Graf č. 19**Komentář:**

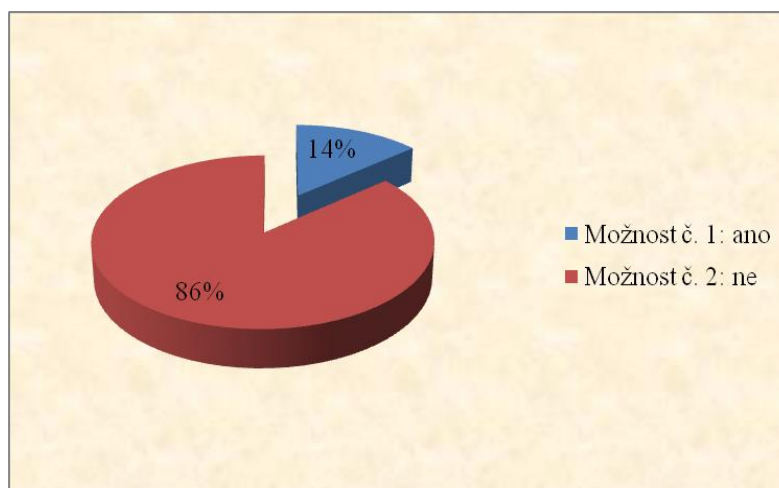
Většina respondentů (98) by volilo možnost a), což je ideální varianta. Možnost „nevím“ uvedli 3 respondenti. 1 respondent pak zvolil možnost: „není nutný jiný přístup než k ostatním pacientům“.

Absolvoval(a) jste někdy školení týkající se této problematiky?

- a) ano, uveďte název školení
- b) ne

Tabulka č. 20

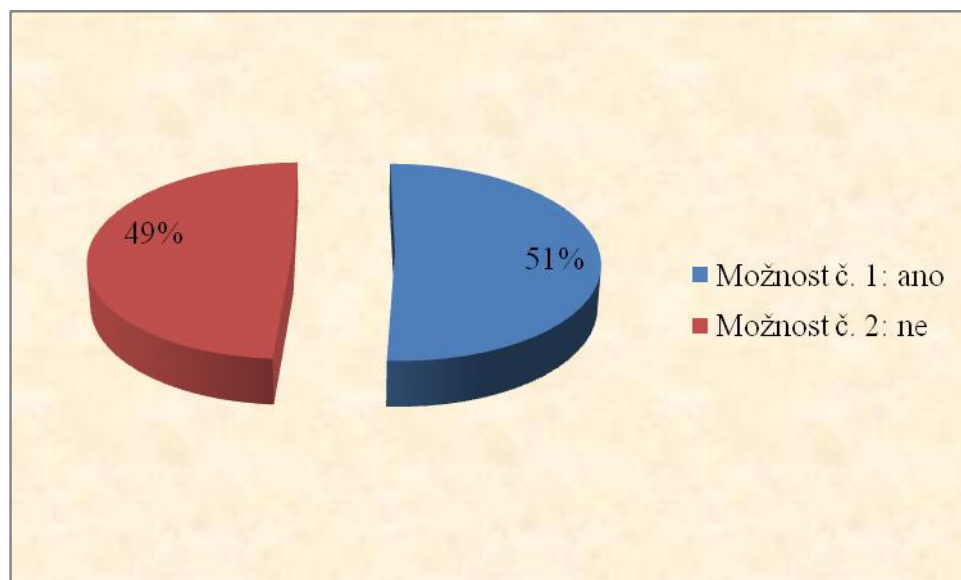
Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: ano	14 respondentů
Možnost č. 2: ne	88 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 2: ne

Graf č. 20**Komentář:**

88 respondentů neabsolvovalo žádné školení týkající se problematiky těžkého zrakového handicapu. Ze 14 respondentů, kteří proškoleni byli, jich 11 neuvedlo název školení. 3 dotázaní respondenti název uvedli. Jednalo se o tato školení: Komunikace s nevidomým, Péče o nevidomé, osobní kontakt v Tyfloservisu.

Měl(a) byste o školení zájem?**Tabulka č. 21**

Odpověď	Absolutní četnost
Možnost č. 1: ano	52 respondentů
Možnost č. 2: ne	50 respondentů
Nejčastější odpověď	Možnost č. 1: ano

Graf č. 21**Komentář:**

V této otázce 52 dotázaných respondentů uvedlo, že by měli zájem o další proškolení v problematice týkající se těžkého zrakového handicapu a 50 dotázaných uvedlo, že o další vzdělávání v této oblasti zájem nemá.

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ MEZI KLIENTY

Výzkumné šetření probíhalo dotazníkovou formou, tj. prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření. Otázky v dotazníku (viz Příloha P III) byly koncipovány podobně jako v dotazníku pro všeobecné sestry a taktéž byly konzultovány ve Sjednocené organizaci nevidomých a slabozrakých v Kroměříži a v Tyfloservisu ve Zlíně.

Dotazníky byly rozdány v rámci Tyfloservisu ve Zlíně, Sjednocené organizace pro nevidomé a slabozraké (SONS) ve Zlíně a v Kroměříži, také byly rozeslány e-mailem (např. do dalších poboček SONS). Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků, další pak byly rozeslány e-mailem do oblastních pracovišť SONS (v ČR působí 23 středisek).

Zpátky bylo získáno 16 dotazníků. Z důvodu malé výpovědní hodnoty (malého počtu dotazníků) nebyly údaje v rámci bakalářské práce analyzovány.

7 PŘEDNÁŠKA

V rámci praktické části mé bakalářské práce byla realizována přednáška pro studenty třetího ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční forma studia. Tato přednáška navazovala na exkurzi do Tyfloservisu, která proběhla o týden dřív. Z tohoto důvodu nebyla součástí hodiny teoretická prezentace, ale prováděly se prakticky zaměřené činnosti.

7.1 Cíle přednášky

Cíle přednášky jsou následující: seznámit studenty s těžkým zrakovým handicapem a se zásadami přístupu k osobě s těžkým zrakovým handicapem zaměřenými na zdravotnické zařízení, umožnit studentům prožitek nutnosti orientovat se v prostoru a vykonávat různé činnosti bez zraku, seznámit studenty s Braillovým bodovým písmem a Lormovou dotykovou abecedou.

7.2 Organizace přednášky

Přednáška byla určena pro studenty Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati, studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

7.2.1 Průběh přednášky

Přednáška proběhla v listopadu 2010. Na této přednášce jsem spolupracovala s Veronikou Juřenovou, studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra. Přednáška proběhla v rámci předmětu Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, s vyučující paní Mgr. Blažkovou. Navazovala na exkurzi do Tyfloservisu. Účastníky byli studenti 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, ti byli rozděleni na dvě skupiny po přibližně 18 osobách. Každé skupině jsme se věnovaly jednu vyučovací hodinu. Na začátku proběhlo stručné seznámení s programem hodiny, pak byl uskutečněn edukační program. Studenti byli rozděleni do 5 skupin a byla jim přidělena stanoviště. Na každém z nich probíhala jiná činnost, po jejímž ukončení se skupina přesunula ke stanovišti následujícímu. První stanoviště se týkalo Braillova bodového písma. Studenti měli k dispozici několik krátkých textů, které měli s pomocí abecedy Braillova bodového písma překládat (viz Příloha P IV). Na druhém stanovišti byli seznámeni s Lormovou dotykovou abecedou, kterou si pak ve dvojicích procvičovali (viz Příloha P V). V rámci třetího stanoviště si mohli pročíst příběhy na-

psané nevidomými (viz Příloha P VI), dále pak zásady přístupu k osobě s těžkým zrakovým handicapem (viz Příloha P VII). Na čtvrtém stanovišti měli možnost vyzkoušet si pohyb bez zraku. Jejich úkolem bylo přesunout se (se zavázanýma očima) po předem vyznačené trase provázkem, ke stolku s vůněmi (různé druhy koření). Dále měli identifikovat vůně, zapamatovat si je a po stejné trase se vrátit zpět. Teprve pak mohli sejmout šátek a zkontrolovat si správnost zapamatovaných druhů vůní (viz Příloha P VIII). Při plánování této činnosti jsem se inspirovala zážitkovým pobytem Mezisvěty, který proběhl v srpnu minulého roku. Pátým a posledním stanovištěm bylo kreslení obrázků ve dvojicích. Jeden z dvojice měl zakryté oči a kreslil, druhý měl předlohu a slovně navigoval (viz Příloha P IX).

Na závěr jsem získala zpětnou vazbu od studentů. Dotazovala jsem se, zda byli studenti spokojeni s hodinou. Hodnocení bylo kladné. Činnosti se studentům líbily, ale viděli jako problém mnoho činností v krátkém časovém intervalu. Studenti udávali, že nestihli všechny aktivity.

Z mého pohledu hodina probíhala dobře. Nejvíce časově náročná byla stanoviště s Braillovým bodovým písmem a stanoviště číslo čtyři. Bylo zde nejvíce potřeba přímé asistence a vedení studentů. Během přednášky jsem také fotografovala (viz Příloha P X).

8 INTERNETOVÉ STRÁNKY

Z provedeného dotazníkového šetření zaměřeného na všeobecné sestry pracující v nemocnicích ve Zlínském kraji vyplynul jejich zájem o další školení na téma těžkého zrakového handicapu (52 sester ze 102 vyjádřilo zájem o další školení).

Moje spolužačka, Veronika Juřenová, studentka studijního oboru Všeobecná sestra (3. ročník, prezenční forma studia), dospěla k podobným závěrům v rámci své bakalářské práce s názvem „Komunikace s člověkem se sluchovým hendikepem ve zdravotnickém zařízení“.

Z tohoto důvodu jsme se rozhodly vypracovat společně internetové stránky zaměřené na tato témata. Webové stránky vznikly za technické pomoci Suckyho.

O existenci stránek budeme informovat vrchní sestry jednotlivých oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření.

Internetové stránky mají dvě části. První část je zaměřena na sluchový handicap, druhá část na těžký zrakový handicap.

V části věnující se těžkému zrakovému handicapu jsem zpracovala tato témata: rozdělení těžkého zrakového handicapu a zásady přístupu k osobě s těžkým zrakovým handicapem zaměřené na zdravotnické zařízení.

Dále webové stránky obsahují informace o některých organizacích věnujících se nevidomým a slabozrakým, včetně kontaktů na ně.

Všeobecné sestry také budou mít možnost stáhnout si z webu namluvené informace k vyšetřením, které pak mohou využít pro edukaci klientů (např. jim tyto nahrávky pustit). Klient si může v klidu poslechnout nahrávku, případně si některé části pustit opakovaně. Tato varianta by nahrazovala nemožnost si opakovaně pročíst edukační materiál k danému vyšetření.

Odkaz: <<http://www.komunikacebezbarier.webzdarma.cz>>.

9 DISKUSE

V praktické části své bakalářské práce jsem si dala za cíl zjistit, jaký je přístup všeobecných sester k těžce zrakově handicapovaným pacientům. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou v nemocnicích dostupné kompenzační pomůcky. Oba tyto cíle jsem ověřovala pomocí kvantitativního výzkumného šetření provedeného formou dotazníků.

Nejprve zde rozvedu dostupnost kompenzačních pomůcek. Z provedeného šetření vyplynulo, že na odděleních tyto pomůcky, až na několik výjimek, dostupné nejsou. Paralelně s výzkumným šetřením v nemocnicích jsem prováděla obdobné šetření mezi klienty s těžkým zrakovým handicapem. Přestože jsem se rozhodla je v praktické části neanalyzovat z důvodu jejich malé návratnosti, ráda bych uvedla některé zajímavé informace, které z nich vyplynuly. Tyto údaje se týkají kompenzačních pomůcek, které by klienti v nemocnici uvítali. Konkrétně se jedná o následující pomůcky: indikátor hladiny, podpisová šablona, mincovka (slouží k rozlišení různých druhů mincí), zvětšovací optika, počítač s hlasovým výstupem se sluchátky a knihy ve formátu MP 3, bílá hůl, ozvučené hodinky, označení dveří v Braillově bodovém písmu, ozvučení směrových tabulí a názvů pavilonů, vodící linie a vodící pes. U některých z nich jistě není reálné, aby byly stále přítomny v nemocnici. Ale u jiných by to dle mého názoru bylo dobré (např. podpisová šablona, mincovka, indikátor hladiny, označení dveří v Braillově bodovém písmu, vodící linie). Zvětšovací optika a ozvučení směrových tabulí by byly také pozitivní, ale problémem je jejich finanční náročnost. Zvětšovací optikou nemám na mysli běžné lupy, jež jistě finančně nákladné nejsou, ale spíše např. televizní kamerové zvětšovací lupy a speciální optické pomůcky s velkým zvětšením a osvětlením.

Nyní se budu věnovat druhému cíli, který jsem si stanovila. Na základě analýzy dotazníků jsem dospěla k těmto závěrům. Převážná většina respondentů se během své praxe setkala s pacienty s těžkým zrakovým handicapem většinou vzniklým během života pacientů. Dále 40 respondentů uvedlo frekvenci setkávání s těmito pacienty jako čtenější než 1x měsíčně, což je poměrně časté. Z tohoto důvodu považuji za pozitivní skutečnost, že v dalších otázkách určených ke zjištění, jak by se ve vybraných situacích zachovali, odpovídali většinou, dle mého názoru, správně. Nyní se zmíním o některých bodech z dotazníku, u kterých jsem výsledky odpovědí respondentů nepovažovala za tolik přesvědčivé jako u jiných. V otázce týkající se příchodu na pokoj, kde leží pacient s těžkým zrakovým handicapem, by pouze polovina respondentů na sebe upozornila, řekla, proč přišla a upozornila i na to, že odchází

ve všech případech. Zbývající respondenti by tak učinili jen v situaci, kdy by šli za daným pacientem. Domnívám se, že je rozhodně správné postupovat výše uvedeným způsobem i pokud jde seštra za jiným pacientem na tomtéž pokoji. Co se týče seznámení s informacemi v tištěné podobě, je vhodnou variantou jejich přečtení, což zvolila více než polovina respondentů. Dalšími možnostmi je poskytnutí těchto informací v audio formě, v Braillově bodovém písmu či v elektronické formě (vhodné pro pacienty, kteří mají počítač s hlasovým výstupem). V otázce týkající se vyhýbání výrazům typu „prohlédněte si“ v rozhovoru s nevidomým souhlasím s 57 respondenty, kteří odpověděli „záleží na tom, jak přijal zrakový handicap“. Pokud ho akceptoval, není nutné vyhýbat se těmto výrazům.

Dále jsem zjišťovala, zda má na oddělení, kde respondenti pracují přístup vodící pes. Zde 63 respondentů odpovědělo, že nemá. Pouze 9 respondentů však uvedlo konkrétní důvody, mezi které patří zákaz zvířat na oddělení, hygienické důvody, sterilní prostředí a pomoc zvládá personál. Chápu, že na lůžkových odděleních je přístup vodícího psa problematický. Ale domnívám se, že v případě, kdy by se jednalo o ambulanci, by toto mohlo být uskutečnitelné.

Dalším bodem, o kterém bych se ráda zmínila, je neznalost organizací věnujících se lidem s těžkým zrakovým handicapem. 82 respondentů neznalo žádnou z nich. Zbývající dotázaní uvedli Tyfloservis, SONS, Středisko rané péče a Světlušku. Myslím si, že je důležité, aby zdravotníci věděli o jejich existenci a mohli tak, v případě potřeby, na ně poskytnout pacientům kontakt. Zvláště pacientům, kteří právě nebo nedávno ztratili zrak. Tyto organizace (např. Tyfloservis, Tyflocentrum, SONS) pak mohou zajistit následnou rehabilitaci.

Z dotazu, zda respondenti v minulosti absolvovali školení, týkající se problematiky těžkého zrakového handicapu vyplynulo, že 88 dotázaných se žádného školení neúčastnilo. V následující otázce jsem se ptala, jestli by měli o takovéto školení zájem. 52 respondentů uvedlo kladnou odpověď. Moje spolužačka Veronika Juřenová dospěla k podobným závěrům ve své bakalářské práci s názvem „Komunikace s člověkem se sluchovým hendikepem ve zdravotnickém zařízení“. Z tohoto důvodu jsme se rozhodly společně zpracovat internetové stránky zaměřené na témata těžkého zrakového handicapu a sluchového handicapu. V části věnující se těžkému zrakovému handicapu jsem zpracovala tyto oblasti: klasifikace těžkého zrakového handicapu a zásady přístupu k osobě s tímto handicapem. Uvádím zde také informace o výše zmíněných organizacích. Dále zde budou namluvené informace o vyšetřeních.

Součástí praktické části mé bakalářské práce je i přednáška pro budoucí všeobecné sestry realizovaná v listopadu minulého roku. Mezi cíle této přednášky patřilo seznámit studenty, kteří se jí účastnili, s těžkým zrakovým handicapem, se zásadami přístupu k osobě s tímto handicapem, dále zprostředkovat jim prožitek nutnosti orientovat se v prostoru a vykonávat určité činnosti bez zraku a seznámit je s Braillovým bodovým písmem a Lormovou dotykovou abecedou.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou těžkého zrakového handicapu. V teoretické části jsem uvedla stupně tohoto handicapu. Také jsem zmínila pojmy akceptace a nonakceptace, které definují, nakolik se člověk s nastalou situací vyrovnal. Psala jsem rovněž o náhlé ztrátě zraku a stadiích, kterými daná osoba bude po této události procházet. Věnovala jsem se i dalším velmi důležitým tématům, jakými jsou kompenzace těžkého zrakového handicapu a zásady přístupu k pacientům s tímto handicapem se zaměřením na specifika komunikace a průvodcovství.

Z výsledků výzkumného šetření, které jsem provedla v rámci praktické části, vyplynulo, že informovanost všeobecných sester o těchto zásadách je dobrá. Ale také jejich zájem o další školení. Z tohoto důvodu jsem vypracovala, společně s Veronikou Juřenovou, internetové stránky věnující se smyslovým handicapům, konkrétně těžkému zrakovému handicapu a sluchovému handicapu. O existenci těchto stránek budou informovány vrchní sestry jednotlivých oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření.

Rovněž byla realizována přednáška pro studenty 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční forma studia. Tito přednášku hodnotili kladně.

Závěrem bych chtěla říct, že těžký zrakový handicap je jistě velkým problémem v životě takto handicapovaných lidí, ale není situací neřešitelnou. Z hlediska zdravotníků je pak vhodné zachovávat specifický přístup k pacientům, který bude zohledňovat jak stupeň těžkého zrakového handicapu, tak dobu jeho vzniku a úroveň adaptace pacienta na danou životní situaci. Platí zde, stejně jako u jiných pacientů, respektovat jejich přání a možnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DYCK, H. V. *Ne tak, ale tak: příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými*. Praha: Tyfloservis, 2007. 32 s. ISBN 978-80-239-9312-7.

ČÁLEK, O., HOLUBÁŘ, Z., CERHA, J. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Vyda-la společnost nevidomých a slabozrakých v ČR, 1992. 246 s. ISBN neuvedeno.

FORSTOVÁ, P. *Rehabilitace a rekvalifikace zrakově postižených ve Zlíně*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 76 s.

HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie - texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 126 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. 184 s. ISBN 80-7178-588-1.

JELÍNKOVÁ, E., CHADZIPOLICHRONISOVÁ, M., a kol. *Jak se žije s handicapem aneb poznat znamená porozumět*. Brno: Moravské zemské muzeum, 2008. 28 s. ISBN 978-80-7028-318-9.

JESENSKÝ, J., a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně – edukačních pracovníků tyflopédického spektra*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

KEBLOVÁ, A. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. Praha: Nakladatelství SEPTIMA, 1996. 100 s. ISBN 80-85801-65-5.

KEBLOVÁ, A. *Čich a chuť u zrakově postižených*. Praha: Nakladatelství SEPTIMA, 1999. 32 s. ISBN 80-7216-081-8.

KEBLOVÁ, A. *Sluchové vnímání u zrakově postižených*. Praha: Nakladatelství SEPTIMA, 1999. 30 s. ISBN 80-7216-080-X.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 124 s. ISBN 978-80-244-1877-3.

MACH, P. *Doporučené zásady kontaktu s nevidomým nebo silně slabozrakým člověkem sestavené pro lékaře, zdravotní sestry a zdravotnický personál*. Zlín: Tyfloservis, 2007. 2 s. ISBN neuvedeno.

MICHÁLEK, M., VOJTÍŠEK, P., VONDRÁČKOVÁ, J. *Váš nevidomý pacient*. Praha: Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010. 63 s. ISBN 978-80-86932-26-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.

WIENER, P., a kol. *Praktická výchova zrakově postižených*. Praha: Marcom, 2006. 72 s. ISBN 80-239-6773-8.

WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 168 s. ISBN 80-239-6775-4.

Internetové zdroje

BUBENÍČKOVÁ, H. *Počítače se speciální úpravou pro těžce zrakově postižené uživatele*. [online] [30. 4. 2011]. Dostupné z: <http://is.brailnet.cz/pocitace.php#4>.

CERHA, J. *Desatero při kontaktu se slabozrakým člověkem*. [online] [28. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/kontakt-se-slabozrakym-ts-2007.pdf>.

Činnost Střediska výcviku vodících psů. [online] [30. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.vodicipsi.cz/nasecinnost.htm>.

Hádej, kdo jsem? [online] [cit. 20. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.nevidomi.cz/sbh7/15.htm>.

Jak o psa požádat. [online] [cit. 30. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.vodicipsi.cz/jakziskatpsa.htm>.

KARÁSEK, P. *Architektonické bariéry pro nevidomé a slabozraké*. [online] [cit. 28. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/bariery-pro-nevidome-a-slabozrake.pdf>.

Katalog pomůcek pro nevidomé. [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

Kdo komu smí pomáhat. [online] [cit. 20. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.nevidomi.cz/sbh7/25.htm>.

KRCHŇÁK, R. *Slepý mluví o barvách*. [online] [cit. 20. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.nevidomi.cz/sbh0/07.htm>.

MACHÁČEK, P., GRILLOVÁ, V. *Úpravy interiéru pro slabozraké a nevidomé*. [online] [30. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/upravy-interieru-pro-slabozrake-a-nevidome.pdf>.

Klasifikace zrakového postižení podle WHO. [online] [7. 11. 2010]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>.

Předsudky o nevidomých a slabozrakých lidech. [online] [cit. 28. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/predsudky-o-nevidomych-a-slabozrakych.pdf>.

SCHINDLER, R., PEŠÁK, M. *Kdo je zrakově postižený?* [online] [21. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>.

SVÁROVSKÝ, M., MACHÁČEK, P. *Bílé hole*. [online] [21. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/brozura-bile-hole.pdf>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně.
Atd.	A tak dále.
CD	Compact disc.
Cit.	Citace.
cm	Centimetr.
č.	Číslo.
kol.	Kolektiv.
MP 3	Formát audio nahrávky.
Např.	Například.
Obr.	Obrázek.
P	Příloha.
s.	Strana.
Sb.	Sbírka.
SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých.
SONS ČR	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v České republice.
tj.	To je.
tzv.	Takzvaný.
WHO	Světová zdravotnická organizace.
1x	Jedenkrát.
@	Zavináč.
%	Procento.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Držení nad loktem (Wiener a kol., 2006).....	29
Obr. č. 2: Změna strany (Wiener a kol., 2006).....	29
Obr. č. 3: Chůze zúženým profilem (Wiener a kol., 2006).....	30
Obr. č. 4: Chůze ze schodů a do schodů (Wiener a kol., 2006).....	30
Obr. č. 5: Procházení dveřmi (Wiener a kol., 2006).....	31
Obr. č. 6: Zaujetí místa za stolem (Wiener a kol., 2006).....	31

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	36
Tabulka č. 2	37
Tabulka č. 3	38
Tabulka č. 4	39
Tabulka č. 5	40
Tabulka č. 6	42
Tabulka č. 7	43
Tabulka č. 8	44
Tabulka č. 9	45
Tabulka č. 10	46
Tabulka č. 11	47
Tabulka č. 12	48
Tabulka č. 13	49
Tabulka č. 14	50
Tabulka č. 15	51
Tabulka č. 16	52
Tabulka č. 17	53
Tabulka č. 18	54
Tabulka č. 19	55
Tabulka č. 20	56
Tabulka č. 21	57

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	36
Graf č. 2	37
Graf č. 3	38
Graf č. 4	39
Graf č. 5	41
Graf č. 6	42
Graf č. 7	43
Graf č. 8	44
Graf č. 9	45
Graf č. 10	46
Graf č. 11	47
Graf č. 12	48
Graf č. 13	49
Graf č. 14	50
Graf č. 15	51
Graf č. 16	52
Graf č. 17	53
Graf č. 18	54
Graf č. 19	55
Graf č. 20	56
Graf č. 21	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Kompenzační pomůcky

Příloha P II: Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha P III: Dotazník pro klienty

Příloha P IV: Abeceda Braillova bodového písma

Příloha P V: Lormova dotyková abeceda

Příloha P VI: Příběhy

Příloha P VII: Zásady přístupu k osobě se zrakovým handicapem

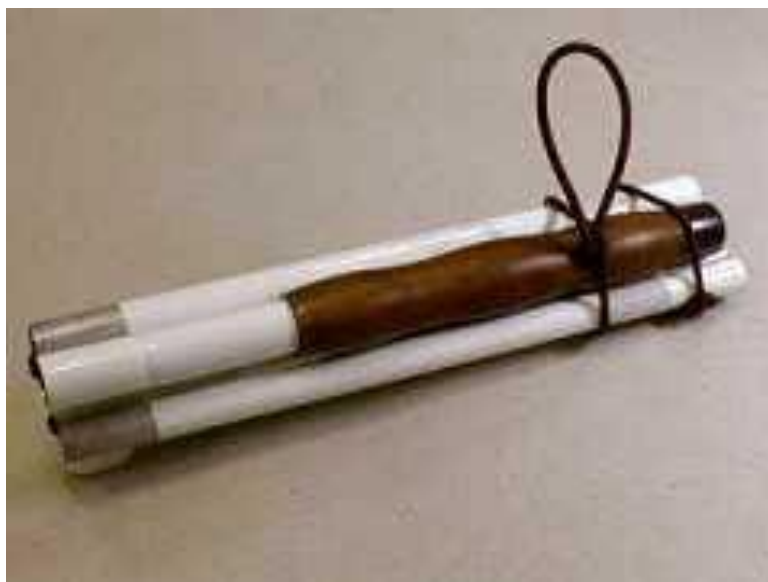
Příloha P VIII: Krabičky s kořením

Příloha P IX: Předlohy obrázků

Příloha P X: Fotodokumentace k přednášce

PŘÍLOHA P I: KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Hůl bílá orientační



11



12

¹¹ *Katalog pomůcek pro nevidomé.* [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

¹² *Katalog pomůcek pro nevidomé.* [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

Hůl bílá signalizační



13

Podpisová šablona



14

¹³ *Katalog pomůcek pro nevidomé.* [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

¹⁴ Zdroj: vlastní zdroj.

Indikátor hladiny



15



16

¹⁵ *Katalog pomůcek pro nevidomé.* [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

¹⁶ *Katalog pomůcek pro nevidomé.* [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

Glukometr s českým hlasovým výstupem



17

Tonometr s hlasovým výstupem



18

¹⁷ Katalog pomůcek pro nevidomé. [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

¹⁸ Katalog pomůcek pro nevidomé. [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

Teploměr lékařský česky mluvící



19

¹⁹ *Katalog pomůcek pro nevidomé.* [online] [29. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.handicapzn.cz/img/katalog.pdf>.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Vážená respondentko, respondente,

jmenuji se Hana Nováková a jsem studentkou na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na přístup k pacientům se zrakovým handicapem. Součástí průzkumné části mé práce je dotazník, který držíte v ruce, a prosím Vás o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere asi 15 minut. Předem Vám děkuji za Vaši ochotu.

- 1) Setkal(a) jste se během své praxe s pacientem (-ty) se zrakovým handicapem?**
 - a) ano, jakým:
 - 1) slabozrakost
 - 2) praktická slepota / úplná slepota
 - 3) obě možnosti
 - b) ne, pokračujte otázkou č. 5

- 2) Jak se Vám s ním spolupracovalo?**
 - a) jako s jiným pacientem
 - b) bylo nutné více vysvětlovat
 - c) bylo to komplikované

- 3) Jak dlouho měl pacient zrakový handicap?**
 - a) od narození
 - b) získaný během života
 - c) získaný v poslední době (během 3 měsíců)
 - d) nevím

- 4) Uveďte, jak často se v práci setkáváte s nevidomým nebo těžce zrakově handicapovaným pacientem? – např. denně, 1x týdně, 1x měsíčně**

.....

- 5) Jaké kompenzační pomůcky jsou dostupné na Vašem oddělení?**
 - a) podpisová šablona
 - b) čtecí lupa nebo jiné zvětšovací zařízení
 - c) lékařský teploměr mluvicí
 - d) ozvučený glukometr
 - e) ozvučený tonometr
 - f) audio forma edukačních materiálů
 - g) edukační materiály v Braillově písmu
 - h) jiné, uveďte:
 - i) žádné

Pokud jste některou využil(a) při práci se zrakově handicapovaným, prosím napište k ní, jak jste s ní byl(a) spokojen(a) číslicí 1-5, kdy 1 je vynikající a 5 je nedostačující.

6) Má na Vaše oddělení přístup vodící pes?

- a) ano
- b) ne, proč:

7) Znáte nějaké organizace věnující se slabozrakým a nevidomým?

- a) ano, jaké:
- b) ne

8) Když přijde nevidomý pacient s průvodcem, budete jednat:

- a) s průvodcem
- b) s nevidomým
- c) podle rozhodnutí nevidomého

9) Jak byste seznámil(a) pacienta se zařízením pokoje a s oddělením?

- a) osobně bych ho provedl(a)
- b) slovně bych mu pokoj a oddělení popsal(a)
- c) nechal(a) bych rodinu seznámit ho se zařízením pokoje a s oddělením

10) Co byste udělal(a), když byste přišel(la) na pokoj, kde leží pacient se zrakovým handicapem?

- a) upozorním na sebe, řeknu, proč jsem přišel(la) a při odchodu na to rovněž upozorním
- b) upozorním na sebe, a proč jsem přišel(la) jen v případě, že jdu přímo za pacientem se zrakovým handicapem
- c) nebudu nic vysvětlovat, není to nutné

11) Jak byste pacienta seznámil(a) s výkonem?

- a) pokud by to bylo možné použil(a) bych názorné pomůcky (např. tonometr) nechal(a) bych pacienta pomůcky si prohlédnout (hmat) případně bych využil(a) kompenzačních pomůcek dostupných na oddělení (lupa, audio forma edukačních materiálů...)
- b) podrobně bych slovně popsal(a) výkon, včetně pomůcek
- c) slovně bych popsal(a) výkon

12) Při podávání stravy pacientovi s těžkým zrakovým handicapem:

- a) řeknu, co je k jídlu
- b) řeknu, co je např. k obědu, popíšu kde co na talíři je

- c) není nutné vysvětlovat, odpovím, pokud se zeptá

13) Jak byste se zachoval(a) v případě, kdy by si pacient chtěl nahrát na diktafon informace, které mu sdělujete?

- a) nechám ho, nevadí mi to
 b) není mi to příjemné, ale nechám ho
 c) nepřistoupím na to, raději mu informace zopakují

14) Jak byste pacienta seznámila s informacemi v tištěné podobě?

- a) přečtu mu daný materiál
 b) stručně pacienta seznámím s obsahem materiálu
 c) na oddělení máme dostupné edukační materiály v audio formě, Brailu

15) Pokud bude potřeba doprovodit nevidomého pacienta (např. na vyšetření, ošetřovnu), jaký způsob zvolíte?

- a) vezmu ho za ruku
 b) řeknu mu, kam půjdeme a domluví se s ním, co by mu vyhovovalo
 c) upozorním ho na to, že mu podávám rámě a nechám ho, ať se mě chytí za loket
 d) raději ho odvezu na vozíčku

16) Myslíte, že je nutné se v rozhovoru s nevidomým vyhýbat výrazům, jako je uvidíme, prohlédněte si apod.?

- a) ano
 b) ne
 c) záleží na tom, jak přijal svůj zrakový handicap

17) Jak budete jednat se slabozrakým pacientem?

- a) poskytnu mu dostatek času, zjistím, zda si přeje pomoci a jaký způsob by považoval za vhodný (např. osvětlení, ...)
 b) něco vidí, takže není nutné jednat s ním jinak než s dalšími pacienty
 c) nevím

Prosím vyznačte odpovídající možnost:

Váš věk:	20 – 30	30 – 40	40 – 50	50 – 60	60 a více let
Jste:	žena	muž			
Kde pracujete:	oddělení	ambulance			
Typ oddělení:	chirurgické	interní	jiné: uveďte:		

Dosažené vzdělání:	základní vzdělání	střední vzdělání s výučním listem	střední vzdělání s maturitní zkouškou	vyšší odborné vzdělání	vysoké - školské vzdělání
Délka praxe:	do 5 let	5 – 10 let	10 – 20 let	více než	20 let
Absolvoval(a) jste někdy školení týkající se této problematiky?		ano, uveďte název školení:	Ne	Měl(a) o školení	byste zájem? ano ne

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK PRO KLIENTY

Vážená respondentko, respondente,

jmenuji se Hana Nováková a jsem studentkou na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na přístup k pacientům se zrakovým handicapem. Součástí průzkumné části mé práce je dotazník, který držíte v ruce, a prosím Vás o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere asi 20 minut.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu.

Kontakt na mě: HanaN7@seznam.cz

Odesláním dotazníku zpět souhlasím s anonymním zpracováním údajů, v něm uvedených, pro potřeby bakalářské práce Teoretický a praktický přístup k osobě se zrakovým handicapem ve zdravotnickém zařízení.

- 1) Využíváte v nemocnici (ambulanci) asistenční služby – např. průvodce?**
 - a) ano
 - b) ne

- 2) Měl(a) jste v nemocnici vodícího psa?**
 - a) ano, kde:
 - b) ne

- 3) Pokud ne, proč?**
 - a) psa nemám
 - b) kvůli typu oddělení – anesteziologicko resuscitační oddělení, jednotka intenzivní péče
 - c) jiný důvod

- 4) Které kompenzační pomůcky byste v nemocnici (ambulanci) nejvíce uvítal(a)?**

- 5) Byly Vám v nemocnici nabídnuty kompenzační pomůcky?**
 - a) ano, jaké:
 - b) ne

Budou následovat otázky týkající se chování personálu k Vám během hospitalizace.

6) Měl(a) jste ze sestry dojem, že cítí ostych, nejistotu při jednání s Vámi?

- a) ano
- b) ne

7) Pokud jste přišel(la) s průvodcem, jednala sestra (lékař):

- a) přímo s Vámi
- b) s průvodcem
- c) zeptal(a) se Vás, co Vám vyhovuje

8) Když jste byl(a) hospitalizovaný(ná), bylo Vám popsáno zařízení Vašeho pokoje?

- a) ano
- b) ne

9) Jaké místo bylo využito jako výchozí bod pro orientaci?

- a) dveře, lůžko
- b) jiné, uveďte:

10) Sestra při příchodu na pokoj:

- a) na sebe upozornila, řekla, proč přišla, později upozornila na to, že odchází
- b) na sebe upozornila, řekla, proč přišla, později upozornila na to, že odchází pouze v případě, že šla přímo za Vámi
- c) neprováděla to

11) Jakým způsobem jste byl(a) seznámen(na) s oddělením?

- a) sestra mě provedla a seznámila s oddělením
- b) popsala mi pouze slovně, kde co je
- c) provedla mě / seznámila mě rodina (moji blízcí)
- d) žádná z možností

12) Jak Vás sestra seznámila s výkonem, který prováděla?

- a) použila názorné pomůcky, vše mi vysvětlila, ukázala, případně využila kompenzační pomůcky
- b) podrobně mi slovně popsala výkon, včetně pomůcek
- c) slovně popsala, co bude dělat
- d) nedostatečně
- e) nijak

13) Chtěl(a) jste si někdy nahrát informace, které Vám sestra sdělovala na diktafon?

- a) ano
- b) ne, pokračujte otázkou č. 15

14) Pokud ano, jak reagovala?

- a) bez problémů, nevadilo jí to
- b) odmítla a nabídla mi, že mi raději informace sdělí opakovaně
- c) odmítla

15) Jak Vás sestra seznámila s informacemi v tištěné podobě?

- a) přečetla mi je
- b) stručně mi řekla obsah
- c) na oddělení měli tyto materiály přístupné v audio formě (CD, kazeta) či jinak

16) Jakým způsobem Vám sestra nabídla doprovod?

- a) neptala se mě, vzala mě za ruku a šli jsme
- b) řekla mi, kam půjdeme a zeptala se mě, zda chci doprovodit a jaký způsob mi vyhovuje
- c) nabídla mi rámě a upozornila mě na to slovně
- d) odvezla mne (nechala odvézt např. ošetřovatelkou, ošetřovatelem)

17) Při rozhovoru s Vámi byste uvítali, aby se sestra cíleně vyhýbala některým výrazům, které vám vadily, např. uvidíme, prohlédněte si, označení barev, slepota?

- a) ano, rozhodně
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nezáleží mi na tom

18) Jaký jste měli pocit při komunikaci se sestrou?

- a) brala mě jako jiného pacienta
- b) mluvila se mnou, jako bych nebyl schopen pochopit, co říká, zvyšovala hlas apod.
- c) jiný, uveďte:

Prosím, uveďte přibližně Váš věk: 20 – 30, 30 – 40, 40 – 50, 50 – 60, 60 a více let

Jste: muž – žena

Dosažené vzdělání: základní vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou, vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské vzdělání

Prosím, uveďte kraj a město, kde žijete:

Prosím, uveďte typ zrakového handicapu: nevidomý, prakticky nevidomý, těžce slabý zrak, silná slabozrakost, střední slabozrakost

Jak dlouho máte zrakový handicap: od narození, později během života, v posledních třech měsících

Byl(a) jste někdy hospitalizován(na) v nemocnici? ano - ne

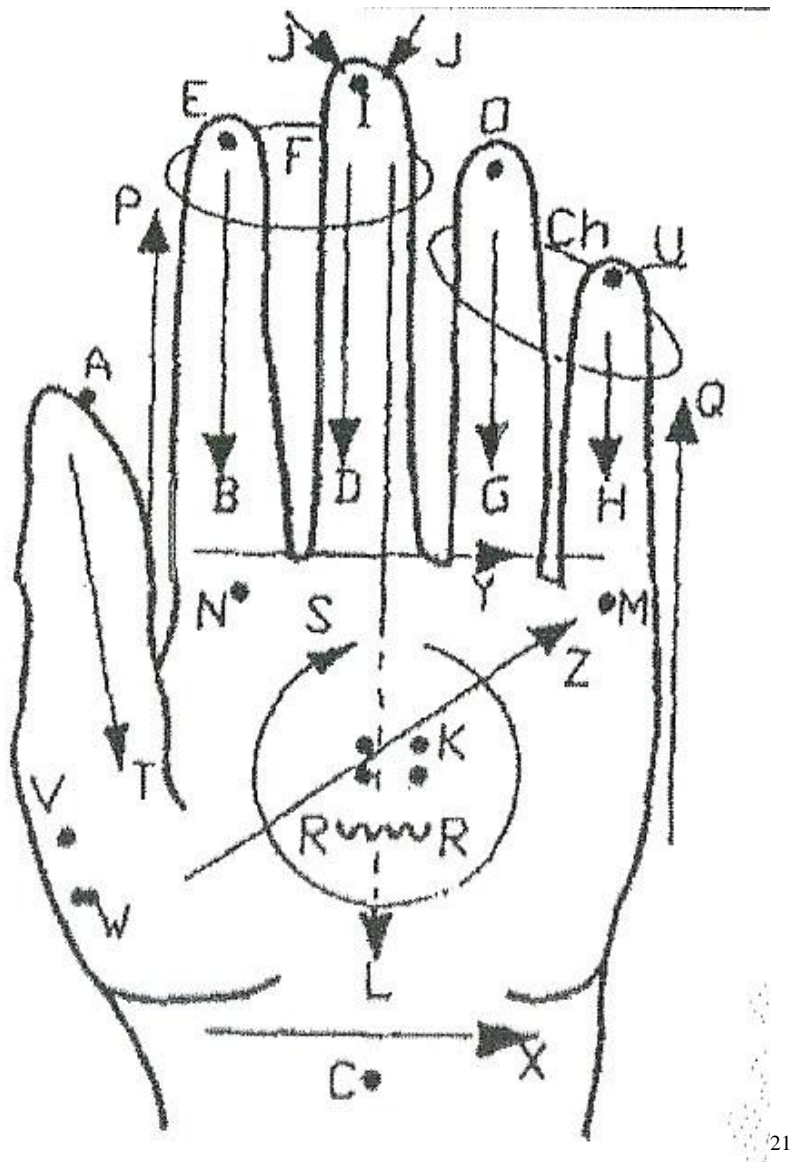
Kde jste byl(a) hospitalizován(na)? Prosím, uveďte oddělení a nemocnice:

Případně uveďte ambulance, ve kterých jste byl(a), stačí město a typ ambulance:

PŘÍLOHA P IV: ABECEDA BRAILLOVA BODOVÉHO PÍSMÁ

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

PŘÍLOHA P V: LORMOVA DOTYKOVÁ ABECEDA



²¹ Jelínková, Chadzipolichronisová a kol., 2008, s. 19

PŘÍLOHA P VI: PŘÍBĚHY

Kdo komu smí pomáhat

Ve výpočetním středisku, kde můj nevidomý manžel léta pracoval, jsem se seznámila se starší paní, která si tam přivydělávala k důchodu. Byla vdova, obě dospělé děti bydlely sice nedaleko, ale měly už své rodiny a své starosti, a tak paní chodila do práce ani ne tak kvůli těm pár korunám výdělků, jako spíš proto, aby byla mezi lidmi a necítila se tak sama.

Už ani nevím, jak to začalo, ale občas se u nás objevila. Přišla mi utržené podsazení u sukně, chytila utíkající očko na punčoše, poradila s pletením. Peníze za ty práce nikdy nepřijala, ale viděla jsem, že je ráda, když si může popovídat a třeba si i "vylít srdce".

Časem začalo výpočetní středisko snižovat stavy a všichni důchodci dostali výpověď. Naše známá mi připadala stále osamělejší. A protože mi hodně pomáhala, chtěla jsem pomoci i já jí. Postupně jsem ji seznamovala i s dalšími přáteli, a pokud se jí to hodilo, chodili jsme společně na výlety, do divadla a tak různě. Vždycky byla ochotná komukoliv pomoci a já s uspokojením pozorovala, jak je jí mezi lidmi dobře a jak ráda je užitečná. Vůbec mi nepřipadalo divné, že ona je vidící, zatímco v naší partě jsou lidé postižení. Říkala jsem si, jak je to pěkné, když se sejdou lidé, kteří si bez velkých řečí vzájemně mají co nabídnout.

Jednou přišel manžel z práce s novinou. Dozvěděl se, že tu naši známou porazilo auto. Zlomeného nic nemá, ale je moc potlučená a nemůže se skoro hýbat. Okamžitě jsem zvedla telefon a vytočila její číslo. Když jsem dopodrobna vyslechla příběh o neurvalém řidiči, zeptala jsem se, jestli jí můžeme nějak pomoci. Právě se chystáme na nákup, tak co máme přinést? "Nic," ujišťovala mne paní. "Zatím mám co jíst a zítra přijede dcera, nakoupí mi." "Vaše dcera přece jede na školení," připomněla jsem jí.

"Než pojede, ještě se tu staví, už jsem s ní mluvila."

"Ale kdyby to snad přece jen nestihla, klidně zavolejte, rádi vám pro nákup doběhneme."

"Děkuju, kdyby bylo třeba, určitě se ozvu."

Bylo to asi za půl roku. Seděli jsme ve větší společnosti a hovor se točil chvíli tam a chvíli zase jinam. Protože většina účastníků měla už dospělé potomky, došlo i na téma zhýčkaných dětí, kterým rodiče dají první poslední a pak se vděku nedočkají.

"A co myslíte u nás?" vmísila se do debaty ta naše známá. "Jak mě tenkrát srazilo to auto, celej víkend jsem ležela doma jak ten Lazar, k jídlu jsem měla jenom čaj a sušenky, co mám pro návštěvy a nikdo..."

"Tenkrát na podzim?" zarazila jsem ji. "Ale vždyť jsem vám volala a vy jste mi řekla, že nic nepotřebujete." "To je pravda," obrátila se ta paní k přítomným. "Nabízela se mi, že mi nakoupí, to jo, a já si toho taky vážím. Jenže," vrátila se zase ke mně a pohladila mě po rameni, jako hladíme nerozumné dítě: "Vždyť bych se musela stydět, kdybych si od VÁS nechala posluhovat."

"A tak, než si nechat nakoupit od slepejch, to jste radši měla hlad," konstatovala jsem trpce.

Smutno je mi z toho dodnes.²²

²² *Kdo komu smí pomáhat.* [online] [cit. 20. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.nevidomi.cz/sbh7/25.htm>.

Hádej, kdo jsem?

Orientace v terénu hlučných městských ulic nám dává dost zabrat. Když k tomu člověk ještě sem tam pochytil úryvky hovorů kolemjdoucích nebo jejich hlaholení do mobilních telefonů - má z toho v hlavě pěkný zmatek.

A tu se někdo přižene, plácne mě do zad a: Hádej, kdo jsem? Tak často lovím v paměti, kde jen jsem ten hlas slyšela. Tak, jak si mohou vidící splést podobu, tak si my, zrakově postižení, spleteme hlas. Já, v přesvědčení, že mluvím se známou z knihovny, bodře zareaguji: "Tak povídej, jaké máš novinky, ať to mohu sdělovat ostatním, kteří na to čekají!" A pěkný trapas byl na světě. Ten hlas patřil mé bývalé kolegyni, která se rozvedla a právě se soudila o majetek.²³

²³ *Hádej, kdo jsem?* [online] [cit. 20. 10. 2010]. Dostupné z: <<http://www.nevidomi.cz/sbh7/15.htm>>.

Slepý mluví o barvách

Vzpomínám si na jedno žertovné povídání o beznohém, který leze na strom, a bezruký po něm kamením hází. Tehdy se nám to zdálo veselé, hodně jsme se tomu nasmáli. A možná byl mezi námi někdo, kdo měl beznohého tátu nebo bezrukého bratra a kdo se tomu nesmál. Ale jeho mlčení jsme my smějící se neslyšeli. Dnes by nám to již směšné nepřipadalo. Bezrucí píší a možná umějí i házet kamením. Snad i beznozí dovedou pomocí protéz a rukou vyšplhat na strom.

Umíme tělesné vady přemáhat, protože víme, že jednotlivé orgány jsou pouze nástroji něčeho vyššího. Snad vůle, snad duše. Jak chcete. A to vyšší v člověku zůstává, i když mu stroj utrhne obě ruce, i když mu odumřou oční nervy.

Lidé hluchoněmí užívají řeč a její zvuk nikdy neslyšeli. Tak se i slepí musí vyrovnat s existencí barev, které nikdy neviděli. Barvy jsou v našem životě víc než pouhý optický vjem. Vzbuzují v nás tolik citových asociací, že jsou pro nás zároveň i jevy psychologickými. A tato psychologická stránka barev je i nám slepcům přístupná. Rudá zář ohně, rudá barva krve, rudé růže k vyznání lásky. Je ještě třeba optický vjem, abychom poznali charakter rudé barvy? Nebo bílé dlouhých šatů nevěsty, bělost čerstvě napadaného sněhu, čistě vypraného prádla. My chápeme čern tmy, smutečních praporů a špinavých rukou. Chápeme i růžovou barvu polních růží, šatů princezen a pohádkových vil. Nesmějte se tedy slepým, když mluví o barvách!

Slepým dětem jsou ovšem barvy těžkým problémem, s nímž se marně snaží vyrovnat hmatem nebo čichem a k němuž by se nejraději obrátily zády. Špatné zkušenosti s hnědým krémem na černých botách a s jednou ponožkou světlou a druhou tmavou je však brzy poučí, že k ničemu ze světa vidomých se nelze beztréstně stavět zády, tím méně k zákonu barev a jejich vzájemného souladu.²⁴

²⁴ KRCHŇÁK, R. *Slepý mluví o barvách*. [online] [cit. 20. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.nevidomi.cz/sbh0/07.htm>.

PŘÍLOHA P VII: ZÁSADY PŘÍSTUPU K OSOBE SE ZRAKOVÝM HANDICAPEM

DOPORUČENÉ ZÁSADY KONTAKTU S NEVIDOMÝM NEBO SILNĚ SLABOZRÁKÝM ČLOVĚKEM

sestavené

Pro lékaře, zdravotní sestry a zdravotnický personál

1. PRVNÍ (PRVOTNÍ) KONTAKT, PROVÁZENÍ NA MÍSTO („TRANSPORT“)

- oslovení, představení se, seznámení se (např. podání ruky - a zároveň říct „podávám vám ruku“)
prvotní kontakt (nevím, jaká individualita přede mnou stojí – důležitá je empatie a slušnost v tomto momentu také pozor na tzv. „haló efekt“ = na základě prvního dojmu nás mohou dlouhodobě hodnotit a zařadí si nás)
- nejednat za nevidomého s průvodcem – aby mluvil za nevidícího; průvodce pouze doprovází (... ano pouze v případě, vyžaduje-li to tak samotný nevidící a je-li takto dohodnutý s průvodcem)
- „netahat“ nevidícího za ruku, za paži, za kabelku nebo rukáv, dopředu mu říct – „...doprovodím Vás“
- netlačit nevidícího před sebou, nabídnout mu s lehkým dotekem rámě (a říci: „chytňte se mé paže“)
- při chůzi upozornit na nebezpečná nebo členitá místa („schod dolů - nahoru, kluzká podlaha, schodiště“)
- nejsou žádná tabuizovaná slova - vidění, „vidíte“, barvy, optické dojmy – je možno používat tyto obraty
- otevírání dveří – průchod dveřmi s klientem – pacientem (různé typy dveří – pozor na „lítačky“)
- usazování na židli – ruka (postel, křeslo, ..), popsat kdo je v místnosti, co je v jeho blízkosti
- hovořit jasně, slyšitelně, ale nezvyšovat hlas (nekríčet - pokud se nejedná o nedoslýchavého)
- dbát na pravidlo přiměřenosti – nedávat nedostatek ale ani nadbytek informací, postupně
- udržovat stálý kontakt – fyzický (držení) a slovní
- ukončení provázení (i dalších čin.) provést po vzájemné dohodě, srozumitelně a na bezpečném místě

2. NA MÍSTĚ SAMOTNĚM (nem. pokoj, ambulance, pokoj v domě s pečovatelskou službou, ...)

- nechat jej uložit si věci, poskytnout popis místa k uložení – stolek u postele, skříň, nabídnout pomoc, ...
- neukládat věci nevidícího za něj - pokud si to sám nepřije, nabídnout pomoc ale nemanipulovat s jeho věcmi bez jeho vědomí a předchozího svolení (případně teprve po vzájemné domluvě, žádosti o pomoc)
- seznámit pacienta - klienta s pokojem, umístit jej přednostně do orientačně srozumitelného pokoje (ne příliš členitého), neměnit místo pobytu (pokoj, postel ... a jejich umístění), vhodně poblíž toalety, ...
- představit spolubydlící, dát možnost seznámit se (zprvu stačí jen krátce, aby věděl, že tam není sám)
- seznámit s pokojem, s WC, sprchou, telefonem – přivolávacím tlačítkem, místem, kde je sesterna, stolek u postele (s čajem), dále potom s jídelnou na obědy, svačiny, režimem místnosti, oddělení
- Srozumitelně popsat, jak místnost vypadá – kde je okno, dveře, postel, umývadlo, toaleta a další důležité body + mohou využít zvukový projev předmětů (poklepem) – **vše PŘÍMĚŘENĚ, ne nadbytek informací.** Raději vše popsat i na několik etap – ne během jednoho rozhovoru. Vybrat důležité a tím začít.

Způsob: člověka se zrakovým postižením posadit (postavit, uložit) na pevné a dobře specifikovatelné místo, směrově stálé - nejlépe postel = výchozí bod, kde bude trávit většinu času, (NE křeslo, židle – pokud se může měnit jejich poloha, ANO postel, vstupní dveře pokoje, židle u stolu) a popsat mu směr a vzdálenost umístění předmětů. Informace přiměřené, srozumitelné, dobrá je i zpětná vazba – „...zkusíme si to... ukážete mi prosím dveře?... zavolejte sestru telefonem, prosím..“

3. V PRŮBĚHU POBYTU

- pokud sestra (lékař) vchází do pokoje, rozdává teploměry, léky, bere hrníčky, měl/a by se ohlásit - a
- komentovat co dělá. *Když odchází*, také by to měl/a oznámit „jádu pryč, když budete něco potřebovat...“
- nechat pacienta ustlat si postel, uspořádat věci na stolek a v něm, nemanipulovat s osobními věcmi – pokud o to sám nepožádá nebo nepřijme takto nabízenou pomoc !! (zhoršená orientace, neslušné, ...)
- pozor na sugestivní otázky {je vám dobře (odpověď bude nejspíše +) je vám špatně (odp. bude asi -), lépe se ptát neutrálně – „jak je vám, jak se cítíte, mohu vám pomoci, chcete pomoci (?)“}.
- komentovat úkony
 - a) co bude dělat zdravotník, co právě dělá, co má dělat pacient – přímo popsat (dýchejte, teď bude ...)
 - b) podávání předmětu – dotknout se, „dávám vám do ruky“, „nastavte - pokrčte ruku“, ...
- popsat, jak vypadá např. jeho rána, jizva, oko, končetina, ...
- Pozor na falešný takt (- rozlišovat) – ale brát v úvahu možný zhoršený psychický stav člověka, který nedávno přišel o zrak (a také příhradnou neakcentaci, nebo nízkou akcentaci vad samotným nevidícím)

25

4. OBECNÉ ZÁSADY (+ shrnutí)

Dostatečně ale přiměřeně komunikovat. Hlas {zvuk} je zprvu často jediný zdroj informací pro nevidícího.

Informovat nevidícího o výsledcích, co má po vizitě napsaného v kartě, zda má teplotu, návod na léky – důvod: nepřečte si to a bojí se (ostýchá se) říci ostatním pacientům, spolubydlícím.

Zachovávat dostatečnou diskrétnost a intimitu, nehovořit o osobních záležitostech před ostatními (s odůvodněním ... „vždyť je přece nevidí“...).

Nenechávat odstrčené židle, pootevřené dveře, vysunuté šuplíky,... Neměnit situaci rozmístění nábytku – příp. podmínky (úpravy prostředí – nemanipulovat s nábytkem a zařízením pokoje a dalších prostor, není-li to vysloveně nutné). V opačném případě (který by měl tvořit spíše výjimku) seznámit se změnou nevid.

Jídlo – využívat stolování v jídelně s ostatními, nepodávat „na pokoji“, když to není nutné nebo to není zavedený způsob stravování (vzniká izolace).

Popsat talíř (způsob orientace – hodiny nebo strany po ¼), úprava stolu a rozmístění věcí, více ubrousků, označení hrnku, pomůcky – indikátor hladiny, stabilní nádoby ...

Nemanipulovat a nepřemísťovat věci pacienta bez jeho vědomí a souhlasu.

Možnost speciálně označit dveře, postele, madla pro lepší orientaci v prostoru. Také WC (ženy – muži).

Při chůzi bez průvodce (ve známém a bezpečném prostředí) možno využít zvuků k navádění – „*pojdte za mnou*“ – ťukat, mluvit, tleskat, - ale pozor na přiměřenost a sebehodnotu člověka (přináší rozvíjení samostatnosti, odbourávání strachu z pohybu v prostoru – pozor na bezpečnost a na negativní zkušenost !!!).

Správné průvodcovství – naučit se základní principy, zaškolit personál (resp. nechat zaškolit pers.), popsat způsob i nevidícímu (zvláště, přišel-li čerstvě o zrak a nemá potřebné zkušenosti a znalosti).

Na požádání přijede, s pacientem či personálem prohovoří, zdarma zaškolí a předvede Tyfloservis, o.p.s.

Nezneužít vady (zrakové ani jiné).

Zavolat profesionální instruktory, dát nevidícímu kontakt na takovéto společnosti – mohou dále nabídnout potřebné služby, informace, rehabilitaci, Tím vzniká také důležitá jasnější vize vývoje pro tohoto člověka do budoucnosti – zklidnění stavu, výhled do budoucna (eliminace?: „*co se mnou bude*“).

Důležitá je spolupráce s rodinou – info (vzájemné), pomoc rodiny, blízkých - může být velmi přínosná (také pro vzájemné pochopení se v rodině a pojetí celé situace).



Tyfloservis, o.p.s.

Krajské středisko Zlín, Burešov 4886, 760 01 Zlín

telefon: 577 437 133

e-mail: zlin@tyfloservis.cz

www.tyfloservis.cz

Telefonický kontakt na krajská střediska Tyfloservisu (aktualizováno k 1. 3. 2007):

BRNO: 541 212 810 - Č. BUDĚJOVICE: 387 331 598 - HRADEC KRÁLOVÉ + PARDUBICE: 495 273 636 -
JIHLAVA: 567 307 571 - KARLOVY VARY: 353 236 068 - LIBEREC: 485 109 990 - OLOMOUČ: 585 428 111 -
OSTRAVA: 596 783 227 PLZEŇ: 377 423 596 PRAHA: 221 462 362 ÚSTÍ n/L: 475 201 777 ZLÍN: 577 437 133

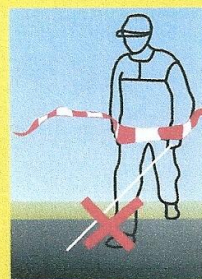
ARCHITEKTONICKÉ BARIÉRY PRO NEVIDOMÉ A SLABOZRÁKÉ

Architektonická řešení prostoru mohou vytvářet velmi zajímavé vizuální kompozice, které ale nevidomým a slabozrakým lidem někdy komplikují orientaci v prostoru a zvyšují riziko úrazu. Člověk, hnán touhou vytvářet dílo krásné na pohled, klade často nevědomky překážky do cesty těm, kterým zrak dobře neslouží. Hovoříme o architektonických bariérách.

Co způsobuje problémy osobám slabozrakým?

- × prosklené plochy (vyvolávají dojem průchozího prostoru);
- × stěny pokryté zrcadly;
- × oslnění (svítí-li světlo přímo do očí, nebo se odráží od lesklých ploch);
- × nedostatek světla;
- × prostředí bez barevného kontrastu (když dveře, zárubně a stěny jsou natřeny stejnou barvou, nebo umývadlo a zařízení WC mají stejnou barvu jako okolní obklady, slabozrakému vizuálně splývají);
- × příliš pestrobarevné prostředí (zboží v regálech obchodů);
- × kontrastně nevyznačené hrany terénních zlomů (schodiště).

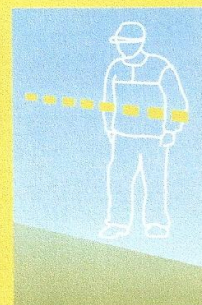
Bezpečnost a orientaci slabozrakých zlepšuje vhodné nasvětlení a kontrastní řešení prostoru. U prosklených ploch výrazný pás na skle ve výšce 1,4 m a u schodišť výrazný pás v žluté barvě podél hrany prvního a posledního schodu.



Nedostatečně zabezpečený výkop

Co snižuje bezpečnost nevidomých?

- × nedostatek hmatově výrazných orientačních bodů (roh domu) a vodicích linií (obrubník), volná prostranství;
- × překážky ve výšce pasu a obličeje, které nelze zjistit dotekem bílé hole (z boku nechráněné schodiště nebo lešení bez pevné zářezky pro bílou hůl, větve ve výšce obličeje);
- × nezajištěné výkopy, které nelze včas zachytit bílou hůlí.



Pás na skle zabraňuje úrazu

Co snižuje bezpečnost nevidomých při přecházení ulice?

- × nedostatek orientačních bodů a vodicích linií k bezpečnému vyhledání přechodu a zajištění chůze ve směru přecházení (volná prostranství, nefunkční zvuková signalizace, špatný směr a typ dlažby hmatového pásu vedoucího k přechodu);
- × nevhodně umístěné přechody (šikmé přechody a přechody v oblouku);
- × nemožnost určit přesně rozhraní mezi chodníkem a vozovkou (u bezbariérových přechodů pro vozíky osob s pohybovým postižením, při zanášení hrany chodníků nečistotami, sněhem apod.);
- × nepřesná informace o době vhodné pro přecházení vozovky (nedostatečná intenzita zvukových signálů na sloupcích semaforů a jejich vzájemné rušení nebo špatné nastavení).

Bezpečnost nevidomých zvyšuje dostatek orientačních bodů, přirozených vodicích linií (zdi domů, výrazné obrubníky) a řádné zajištění překážek tak, aby byly zaručeně a včas identifikovatelné dotekem bílé hole nízko nad zemí.

Veškeré úpravy pro těžce zrakově postižené provedené neodborně, jak z hlediska umístění a směrového vedení, tak z hlediska hmatového a vizuálního kontrastu vůči okolní ploše, vytvářejí paradoxně další bariéry.



Překážka ve výšce hlavy není dole označena zářezkou pro hůl

Ing. Bc. Petr Karásek, © Tyfloservis, o.p.s., 2007

Vydání podpořili:

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR

ESCHENBACH

JIHOMORAVSKÝ KRAJ

DESATERO PŘI KONTAKTU SE SLABOZRÁKÝM ČLOVĚKEM

V naší zemi žije kolem 150 000 slabozrakých lidí. Zrak mají oslabený v různé míře a různým způsobem. Obtíže mívají při některých každodenních činnostech, v zaměstnání nebo při komunikaci s lidmi. K lepšímu porozumění jejich situaci mohou přispět následující body:

1. Zraková vada je někdy nápadná, jindy si jí nemusíme ani všimnout. Ne vždy platí, že čím více dioptrií člověk má, tím hůř vidí. Některým slabozrakým dioptrické brýle nepomáhají.

2. Někteří jsou citlivější na silné osvětlení, mluvíme o světlolachosti, což je možné řešit nošením tmavých brýlí, použitím méně intenzivního osvětlení v místnosti nebo zatemněním oken. Jiným se výrazně zhorší vidění při nízké intenzitě osvětlení, mluvíme o šerosleposti, což se řeší silnějším osvětlením. Budme pozornější, když slabozraký vychází na sluncem zalitou ulici nebo když vstupuje do špatně osvětleného domu či obchodu.

3. Přizpůsobení na změnu osvětlení může slabozrakým trvat velmi dlouho. Mohou se takzvané rozkoukávat i hodinu tam, kde se zdravé oko adaptuje během několika vteřin.

4. Výjimečně se můžeme setkat s člověkem, který vůbec nerozlišuje barvy, vidí černobíle. Častá je ale porucha rozlišování některých barev. Nebojme se upozornit slabozrakého na případné omyly.

5. Snížená zraková ostrost a omezení zorného pole způsobují slabozrakým mnoho praktických obtíží. Člověk se zúženým zorným polem má ztíženou schopnost orientace v prostoru, při svém pohybu užívá bílou hůl. Někdy, při zachované zrakové ostrosti, může číst i běžný text. Při nízké zrakové ostrosti bývají problémy se čtením, rozlišováním drobných předmětů a s poznáváním lidí.

6. V dobře známém prostoru se slabozraký pohybuje zpravidla bez potíží a bezpečně. V novém neznámém prostředí může mít ale velké potíže při orientaci a může potřebovat naši pomoc.

7. Nedivme se, když slabozraký člověk, v době přechodného zhoršení podmínek pro vidění, užívá postupů a pomůcek typických pro nevidomé: tmavé brýle, bílou hůl...

8. Umožňme slabozrakým přistoupit blíž k informačním tabulím, ke zboží v obchodě a k dalším prohlíženým předmětům. Vhodné je, mohou-li si věci vzít do ruky. Počítejme s tím, že pro vnímání zrakem potřebují více času. Používají při tom různé pomůcky: speciální brýle, lupy, dalekohledy...

9. Odstraňujeme architektonické a informační bariéry. Vyvarujme se nesprávného osvětlení, možných odlesků, nerovnoměrného rozptýlení světla. Dávejme přednost velkému tiskacímu písmu bez zbytečných okras před písmem psacím. Využívejme kontrastu: černý fix na bílém papíře, žlutá hrana na tmavém schodu... Jasně čitelná by měla být také vyobrazení označující WC, sprchy atp.

10. Nečekejme na to, až nás slabozrací požádají o pomoc. Tu nabízejme sami. Pozdravme raději jako první, přestože to nemusí odpovídat etiketě. Přečtème jim špatně čitelný text. Upozorníme včas na věci, kterých si nemusejí ani všimnout. Potíže slabozrakých lidí jsou do značné míry individuální, neostýchejme se jich přímo zeptat, s čím bychom mohli pomoci.

© PhDr. Josef Cerha, Tyfloservis, o.p.s., 2007



Rehabilitace nevidomých a slabozrakých je zajišťována také díky sbírce BÍLÁ PASTELKA. Podpořit dobrou věc už nemůže být snadnější. Odesláním dárčovské SMS ve tvaru DMS PASTELKA na číslo 87777 přispějete na služby pro nevidomé. DĚKUJEME.

Za Vaši SMS zaplatíte 30 Kč. Příjemce Vaší pomoci obdrží 27 Kč. V případě úspěšného doručení dárčovské SMS obdržíte potvrzovací zprávu.

²⁸ CERHA, J. *Desatero při kontaktu se slabozrakým člověkem*. [online] [cit. 28. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/kontakt-se-slabozrakym-ts-2007.pdf>.

PŘEDSUDDKY O NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH LIDECH

Předsudky jsou neověřená tvrzení a zobecnění. Mohou negativně ovlivnit postoje k jiným i k sobě samému. Vytvářejí zkreslený obraz o životě druhých lidí.

Neplatí, že:

- × Ztráta zraku vede automaticky ke zlepšení dalších smyslů, především hmatu a sluchu.
- × Nevidomí mají hudební nebo absolutní sluch častěji než ostatní lidé.
- × Nevidomí mají záhadný šestý smysl pro vnímání překážek.
- × Ztráta zraku vyvolává výjimečné schopnosti, jako třeba schopnost předvídat budoucnost.

Neplatí, že:

- × Při hovoru s nevidomým bychom měli mluvit jednoduše, aby nám porozuměl.
- × S nevidomým bychom neměli mluvit o barvách a jiných zrakových vjemech. Abychom ho neranili, měli bychom se také vyhnout obrátům jako je: podívej se, uvidíme se apod.
- × Nevidomý by měl být vždy neskonale vděčný za jakoukoliv naši pomoc.

Neplatí, že:

- × Poškozený zrak je nutné šetřit. Díváním se na televizi a čtením se oči ještě více kazí.
- × Čím více dioptrií, tím automaticky horší zrak.
- × Každou poruchu vidění napraví brýle.
- × Každý, kdo chodí s bílou holí, je zcela nevidomý.
- × Všichni nevidomí vidí jen tmou.

Neplatí, že:

- × Nevidomému může být docela jedno, jak je oblečen, stejně na sebe nevidí a druzí nemají právo ho upozornit a kritizovat.
- × Nevidomého zásadně neupozorňujeme na špinavé boty, nevhodné oblečení, chování apod., protože bychom ho tím uráželi.
- × V bytě nevidomého nemají obrazy a zrcadla co dělat.

Neplatí, že:

- × Ztrátou zraku se člověk stává zcela závislým na pomoci okolí.

© Tyfloservis, o.p.s., 2007

²⁹ *Předsudky o nevidomých a slabozrakých lidech.* [online] [cit. 28. 10. 2010]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/predsudky-o-nevidomych-a-slabozrakych.pdf>.

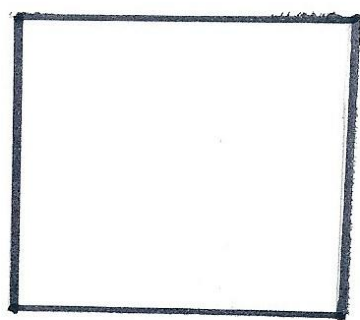
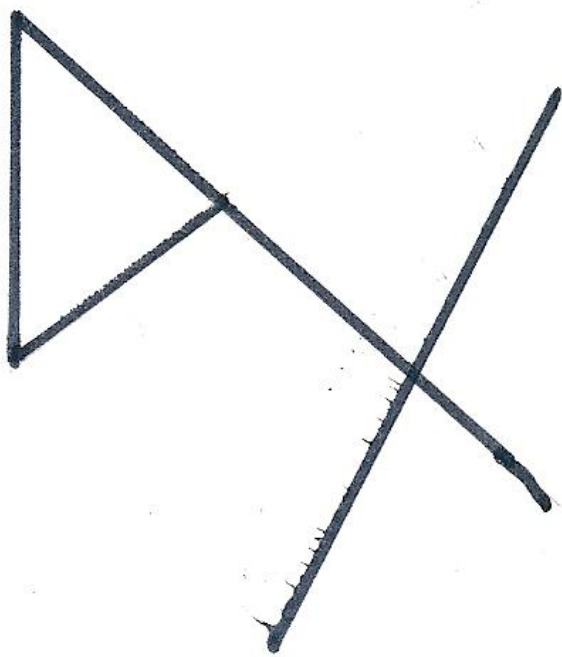
PŘÍLOHA P VIII: KRABÍČKY S KOŘENÍM

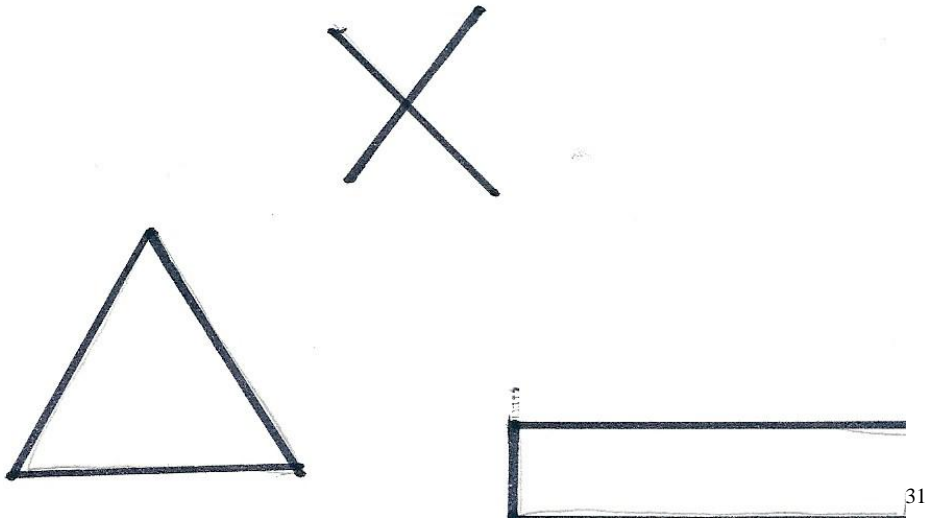


30

³⁰ Zdroj: vlastní zdroj.

PŘÍLOHA P IX: PŘEDLOHY OBRÁZKŮ





³¹ Zdroj: vlastní zdroj.

PŘÍLOHA P X: FOTODOKUMENTACE K PŘEDNÁŠCE



32



33

Studenti na fotografiích souhlasili s uveřejněním fotografií v této bakalářské práci.

³² Zdroj: vlastní zdroj.

³³ Zdroj: vlastní zdroj.