

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ÚSKALÍ NEVIDOMÉHO VE ZDRAVOTNICKÉM  
ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Bohdana Dvořáková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**DIFFICULTY OF BLIND MAN IN MEDICAL  
FACILITY**

Bachelor's thesis

Author: **Bohdana Dvořáková**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

(podpis)

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za metodické vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Alžbětě Sukové, vedoucí Prodejny tyflopomůcek Praha, která trpělivě odpovídala na moje dotazy týkající se problematiky nevidomých lidí. Nesmím zapomenout poděkovat panu Ing. Richardu Keilovi, odbornému pracovníkovi firmy Apex s.r.o., za poskytnutí materiálů a fotografií týkajících se akustických naváděcích systémů pro nevidomé. Poslední mé poděkování patří všem respondentům, kteří ochotně a zodpovědně odpovídali na moje otázky.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	8
<b>1 Cíle</b> .....	8
<b>2 Zrakové ústrojí</b> .....	9
2.1 Anatomie zrakového ústrojí .....	9
2.1.1 Oční koule .....	9
2.1.2 Přídavné orgány oka .....	11
2.2 Fyziologie zraku .....	13
<b>3 Ztráta zraku</b> .....	15
3.1 Klasifikace zrakových vad .....	15
3.2 Určení zrakové ostrosti a rozsahu zorného pole .....	16
3.2.1 Zraková ostrost .....	16
3.2.2 Zorné pole .....	17
3.3 Projevy slabozrakosti a nevidomosti .....	18
3.4 Příčiny nevidomosti .....	18
3.4.1 Příčiny nevidomosti v rozvojových zemích .....	19
3.4.2 Příčiny nevidomosti v technicky vyspělých zemích .....	20
<b>4 Komplexní péče o nevidomé osoby v České republice</b> .....	24
4.1 Multidisciplinární tým .....	24
4.2 Pracoviště pomáhající nevidomým a slabozrakým .....	25
4.2.1 Zdravotnická zařízení .....	25
4.2.2 Ostatní organizace pomáhající nevidomým .....	26
4.3 Vzdělávání nevidomých .....	30
<b>5 Prostorová orientace a samostatný pohyb</b> .....	33
5.1 Vývoj prostorové orientace .....	33
5.2 Bílá hůl .....	35
5.2.1 Druhy bílé hole .....	35
5.2.2 Technika dlouhé bílé hole .....	36
5.3 Orientační bod, orientační znak, vodící linie .....	37
5.4 Akustické prvky .....	38
5.5 Tyflografické plánky, informační štítky v bodovém písmu .....	39
<b>6 Zdravotnické zařízení a nevidomý pacient</b> .....	41
6.1 Webové stránky zdravotnického zařízení .....	41
6.2 Nevidomý ve zdravotnickém zařízení .....	43

6.2.1 Z čekárny do ordinace .....	43
6.2.2 Komunikace s nevidomým v ordinaci .....	44
6.3 Aplikace ordinovaných léků .....	46
6.4 Nevidomý v lůžkovém zdravotnickém zařízení .....	47
6.4.1 Bezpečná orientace nevidomého po oddělení .....	47
6.4.2 Hygienické zařízení .....	48
6.4.3 Stravování v nemocnici .....	48
6.4.4 Lékařské a ošetrovatelské úkony .....	49
6.4.5 Přečtení a vlastnoruční podpis důležitých dokumentů .....	49
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>51</b>
<b>7 Výzkum</b> .....	<b>51</b>
7.1 Cíle .....	51
<b>8 Vlastní výzkum</b> .....	<b>52</b>
8.1 Organizace výzkumu .....	52
8.2 Metoda výzkumu .....	52
8.3 Pilotáž výzkumu .....	52
8.4 Charakteristika výzkumu .....	52
<b>9 Zkoumaný vzorek</b> .....	<b>53</b>
<b>10 Interpretace dat</b> .....	<b>60</b>
<b>11 Diskuze</b> .....	<b>76</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>82</b>
<b>ANOTACE</b> .....	<b>84</b>
<b>POUŽITÉ ZDROJE</b> .....	<b>86</b>
<b>SEZNAMY</b> .....	<b>90</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>93</b>

# ÚVOD

Nevidomost je chápána mezi veřejností jako jedno z nejhorších postižení. Přesto mezi nevidomými žije mnoho lidí, kteří prožívají kvalitní plnohodnotný život se všemi radostmi i starostmi. A právě na takovou skupinu nevidomých lidí, jež se rozhodli svoji vadu akceptovat a přijmout ji, bych se ráda ve své práci zaměřila. Tito jedinci mají můj velký obdiv a jsem přesvědčena, že je jim ve zdravotnictví věnována malá pozornost.

V úvodu bakalářské práce bych ráda napsala, co vedlo k jejímu výběru. Byla to moje osobní zkušenost s člověkem z rodiny, který v důsledku mozkového nádoru postupně ztrácel zrak, až zcela oslepl. Díky této zkušenosti jsem poznala řadu skvělých organizací, které pomáhají nevidomým lidem. Seznámila jsem se s tím, jak chápe člověk bez zraku prostor kolem sebe, a viděla jsem nepřeberné množství kompenzačních pomůcek, které usnadňují nevidomým lidem soběstačnost. Zatímco dříve byli lidé separováni od společnosti, dnes mohou být, pokud chtějí, plně integrováni. Tento fakt mě přiměl k tomu, že jsem začala přemýšlet o tom, jaké možnosti má nevidomý člověk ve zdravotnických zařízeních. Sama sebe jsem se ptala, proč často chybí umělé vodící linie, proč nejsou ozvučeny vchody jednotlivých budov, proč zdravotníci neznají specifické potřeby této skupiny klientů. Chodila jsem od zastávek MHD ke vchodům nemocnic, kde velmi často končila právě zmiňovaná vodící linie. Protože jsem se svým příbuzným prošla mnoha různými odděleními, musela jsem bohužel uznat, že situace je velmi špatná. Nemyslím tím, že by personál byl neochotný nebo nevstřícný, ale mám pocit, že neví, jak se k nevidomému chovat, jak mu nabídnout pomoc. Sama jsem se snažila upřímně zodpovědět otázku, co jsem o nevidomých do doby, než jsem se s nimi začala setkávat, skutečně věděla a přiznala si, že určitě nic víc, než běžná populace.

Uvědomila jsem si, že my zdravotničtí pracovníci jsme první, s kým se nevidomý a jeho rodina setkává a měli bychom znát alespoň základy komunikace a spolupráce s nimi či důležité adresy, kam se člověk může obrátit. Mít po ruce jednoduché základní pomůcky pro nevidomé. Budeme to právě my, na koho se v nejtěžších chvílích svého života budou obracet s prosbou o pomoc a měli bychom dokázat odpovědět na jejich otázky.

Volba mojí bakalářské práce byla jasná. Zkusím vyhledat nevidomé lidi a zeptám se přímo jich na jejich vlastní zkušenosti s námi zdravotníky.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se zaměřuje na poznatky z oborů zabývajících se specifikou života nevidomých lidí. Bez pomoci těchto poznatků by nebylo možné zvýšit úroveň péče a pomoci nevidomým jedincům. Všichni zdravotníci by měli mít alespoň základní přehled o této problematice.

## 1 Cíle

- Popsat anatomii a fyziologii zrakového ústrojí.
- Uvést klasifikaci těžkých zrakových postižení a vyšetřovací metody, které se používají při jejich posuzování.
- Zdůraznit rozdíl mezi slabozrakostí a nevidomostí.
- Uvést nejčastější příčiny nemocí, které mohou vést k nevidomosti.
- Vysvětlit nutnost a dostupnost komplexní péče o nevidomé občany v České republice.
- Vysvětlit princip prostorové orientace a samostatného pohybu nevidomých.
- Zabývat se situací nevidomého člověka jako klienta ve zdravotnickém zařízení.



## 2 Zrakové ústrojí

K tomu, aby jedinec mohl přijímat zrakové vjemy z vnějšího prostředí, je nezbytné, aby měl funkční zrakové ústrojí. Proto se v této kapitole zaměřím na anatomii a fyziologii zrakového orgánu, jehož funkce je u nevidomých lidí z různých příčin porušena.

### 2.1 Anatomie zrakového ústrojí

Ke zrakovému ústrojí řadíme oční kouli, která je vlastním smyslovým orgánem pro vnímání obrazové informace. Ze zadní části oční koule vystupuje zrakový nerv, který zachycenou informaci odvádí do zrakové dráhy a zrakového centra v mozku. Pro funkci a ochranu oka slouží přídatné orgány. Zrakový orgán, mimo vyšších zrakových drah a center, je umístěn v očníci (Rozsival et al., 2006).

#### 2.1.1 Oční koule

Oční koule (bulbus oculi) je jedním z nejpohyblivějších orgánů našeho těla. Bulbus je uložen v orbitě, kde spočívá na tukovém polštáři, který brání poškození oka při nárazech na kostěný podklad. Jeho pohyby v různých směrech jsou zajišťovány šesti okohybnými svaly. Vpředu je chráněn víčky a svlažován slzami (Dylevský, 2000).

**Stěna oční koule** se skládá ze tří vrstev. Nejzevnější je vrstva vazivová (tunica fibrosa bulbi), střední vrstva obsahuje velké množství cév (tunica vasculosa bulbi), nejnitřnější vrstva (tunica interna bulbi) je vlastním smyslovým orgánem.

**Zevní vazivová vrstva** je tuhé konzistence. Na většině (4/5) obvodu oka má bělavou barvu, proto se nazývá bělima (sclera). Vpředu (1/5) je průhledná, bezcévná, má větší zakřivení a pojmenováváme ji rohovka (cornea). Tvarem připomíná vypouklé hodinové sklíčko. Na rozhraní rohovky a bělimy je mělký žlábek, pod kterým je ve vazivové tkáni žilní splav tzv. Schlemmův kanálek.

**Střední vrstvu** oční koule tvoří cévnatka (choroidea). Těsně pod bělimou je pigmentována, dále v ní probíhají krevní a mízní cévy a nervy. Směrem k rohovce se postupně rozšiřuje a tvoří řasnaté těleso (corpus ciliare), které obsahuje hladká svalová vlákna (m. ciliaris). Ta regulují refrakční mohutnost čočky. Zadní strana řasnatého tělesa je

zřasená četnými podélnými výběžky, které produkují komorový mok. Odstupují zde rovněž jemná vlákna, zvaná zonula, která se upínají na čočku. Z řasnatého tělesa vybíhá duhovka mající tvar mezikruží. Uprostřed duhovky je kruhovitý otvor zornice (pupilla). Stroma duhovky je tvořeno jemným vazivem s cévami, zadní stěna je pokryta pigmentovaným epitelem. Množství pigmentu v duhovce určuje barvu oka. Člověk s modrými očima má méně pigmentu, hnědooký více (Fiala, Valenta, Eberlová, 2008).

Duhovka obsahuje hladkou svalovinu. Ta je seskupena tak, že vytváří dva svaly. Kruhový sval, jehož smrštění vyvolá miosu, tedy zúžení zornice, čímž omezí vstup světla do dalších oddílů oka. A paprscitě orientované svalové snopce, které vyvolávají mydriasi, tedy zornice rozšiřují (Dylevský, 2000).

**Nejvnitřnější vrstva** je tvořena sítnicí (retinou). Jedná se o jemnou průhlednou, velmi křehkou blánu. Její stěna je tvořena několika vrstvami. Část sítnice převrácená k cévnatce je tvořena pigmentovým epitelem. Vlastní smyslová část je složena z vrstvy neuroepitelu, který obsahuje světločivé elementy – tyčinky a čípky. Čípky slouží k vidění barev za dobrého osvětlení, tyčinky umožňují vidění za šera. Na vrstvu světločivých buněk navazuje vrstva obsahující bipolární nervové buňky. Nejvnitřněji, směrem do vnitřku bulbu je vrstva multipolárních nervových buněk, z nichž vzniká zrakový nerv. Větší část sítnice obsahuje tyčinky a čípky a nazývá se pars optica. V části sítnice kryjící řasnaté těleso a zadní část duhovky světločivé elementy nejsou, proto je tato část nazývána slepá (pars caeca). Přejít mezi slepou a optickou částí sítnice je nepravidelný (zubatý), jde o ora serrata. Na zadní stěně retiny je místo, kde vystupují vlákna zrakového nervu z očního bulbu. Je zde malá vyvýšenina, vzniklá nahromaděním vláken sbíhajících se z různých částí sítnice. Nejsou zde žádné čípky ani tyčinky, proto je nazývána slepou skvrnou sítnice. Naopak místem nejostřejšího vidění je žlutá skvrna sítnice (macula lutea), jež leží asi 5 mm zevně od výstupu zrakového nervu. Jsou zde pouze čípky.

**Obsah oční koule** tvoří sklivec, čočka, komorový mok.

**Čočka** (lens crystallina) je průhledná, z přední strany kryta epitelem, má měkký kůru a tužší jádro. Kůra obsahuje vysoké množství vody. Čočka je zavěšena vlákny, nazývanými zonula, k řasnatému tělesu. Účinkem ciliárního svalu se vlákna více nebo méně napínají, přibližují čočku dopředu. Ta v důsledku své elasticity mění tloušťku, čili své refrakční schopnosti. Za čočkou je vnitřek oční koule vyplněn sklivcem.

**Sklivec** (corpus vitreum) je průhledné rosolovité těleso, které vyplňuje zadní prostor oční koule. Sklivec je složen z 98% z vody a z 2% hyaluronovou kyselinou. Kyselina způsobuje jeho galatinózní konzistenci.

**Komorový mok** (humor aquosus) je řídká tekutina, která vyplňuje přední segment oční. To je prostor mezi rohovkou a sklivcem. Tento prostor je rozdělen duhovkou na přední a zadní komoru oční. Přední komora oční je mezi duhovkou a rohovkou. Zadní oční komoru tvoří prostor mezi duhovkou a přední plochou sklivce. Komunikace přední a zadní komory oční je zajištěna přes zornici. Komorový mok je produkován řasnatým tělesem a vstřebává se do Schlemmova kanálku v bělímě (Fiala, Valenta, Eberlová, 2008).

### 2.1.2 Přídavné orgány oka

Přídavné orgány oka tvoří oční víčka, spojivka, slzné ústrojí a okohybné svaly.

**Víčka** (palpebrae) vymezují hranici oční štěrbinu a uzavírají ocnici. Rozeznáváme dolní a horní víčka, jejichž podkladem je vazivová ploténka. Na ní se upínají snopečky kruhového očního svalu. Vnější povrch víček pokrývá jemná kůže, která při okrajích přechází do spojivky. Z okrajů víček rostou řasy, které zachytávají prach, nečistotu a chrání oko před nadměrným oslněním.

**Spojivka** (conjunktiva) je růžová blána, která přechází z vnitřní plochy víček na přední plochu bělimy a končí při okrajích rohovky. Prostor mezi přední částí oka a víčky, který je kryt spojivkou, se nazývá spojivkový vak.

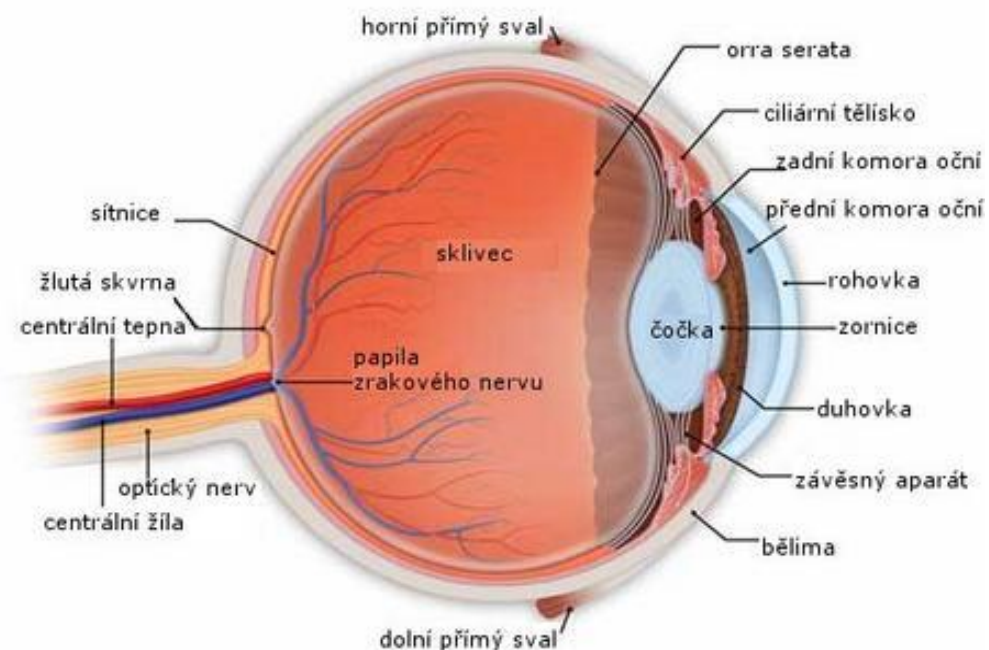
**Slzná žláza** (glandula lacrimalis) je uložena při vnějším a horním okraji očnice. Produkuje slzy, které zajišťují chemickou ochranu, omývají přední segmenty oční koule a mají slabý protibakteriální účinek. Slzy vytékají drobnými vývody na spojivku horního víčka a mrkáním jsou roztírány po bělímě a rohovce. Hromadí se ve vnitřním koutku oka a odtud vytékají drobnými kanálky do slzného váčku, který leží pod kůží vnitřního očního koutku. Z něho jde kanálek odvádějící slzy do nosní dutiny (Dylevský, 2000).

**Okohybné svaly** se upínají na oční kouli. Umožňují dokonalou souhru obou očí. Jsou to čtyři přímé svaly a dva šikmé svaly. Jejich inervace probíhá pomocí hlavových nervů. Horní šikmý sval je inervován trochleárním nervem (IV. hlavový nerv), zevní přímý sval n. abducens (VI. Hlavový nerv) a všechny ostatní svaly nervem okohybným

(III. hlavový nerv). Na spodině orbity je štěrbina, která je zčásti uzavřena hladkým svalem m. orbitalis, který je inervován sympatikem. Svým napětím ovlivňuje polohu bulbu v očnici. Pokud je porušena rovnováha mezi funkcí jednotlivých svalů, dochází k šilhání (strabismu).

Hlavní tepnou oka je **arteria ophtalmica**. Jedná se o větev z arterie carotis interna vstupující do očnice kanálkem zrakového nervu. Tam vydává arterii centralit retinae, která vstupuje se zrakovým nervem do očního bulbu a zásobuje sítnici. Arteria ophtalmica vydává i další větve pro ostatní vrstvy bulbu, pro okoohybné svaly a pro slzní žlázu. Žilní krev je odváděna vena ophtalmica (Fiala, Valenta, Eberlová, 2008).

Obr. 1 - Anatomie oka



(MeDitorial, 2011, online)

## 2.2 Fyziologie zraku

Zrakem jsme schopni vnímat světlo v rozsahu 400 až 750nm vlnové délky elektromagnetického vlnění. Zdravé oko rozlišuje nejen světlo a tmu, ale také směr i rychlost pohybu. Zrak nám umožňuje poznávat předměty v našem okolí a orientovat se v prostoru. Je naším nejcennějším smyslovým orgánem, neboť jím vnímáme přibližně 65% všech informací (Mourek, 2005).

Světlo projde nejdříve **optickým systémem oka**, který je tvořený rohovkou, komorovou vodou, čočkou a sklivcem. Rohovka, komorová voda a sklivec lámou všechny paprsky, které dopadnou na oko, ale nemění poloměr zakřivení a tím ani svoji optickou lomivost. Jejich zakřivení je stálé, je dáno tvarem oka. Přestože čočka má menší optickou mohutnost než rohovka, dovede měnit zakřivení a tím i lomivost. Tento děj se nazývá **akomodace**. Při akomodaci se čočka vyklene, čímž se zvětší její optická mohutnost. Díky této schopnosti můžeme vidět stejně ostře předměty blízké i vzdálené. Akomodace oka nastává, pokud pozorujeme předměty, které jsou blíže než 5 metrů (Dylevský, 2000).

Akomodace je schopnost oka vidět jasně předměty z různé vzdálenosti. Rozmezí, v kterém vidí oko jednotlivé body ostře, je nazýváno akomodační oblast. Ta je vymezena blízkým a dalekým bodem. Daleký bod je nejvzdálenější bod, který ještě jasně vidíme. Blízký bod je ten, který vidíme ostře při maximálním akomodačním úsilí. Zdravé oko vytvoří na sítnici jasné obrazy všech předmětů, které leží mezi blízkým a dalekým bodem (Autrata, Černá, 2006).

Vlastními zrakovými receptory jsou tyčinky a čípky, které jsou uloženy ve vnitřní vrstvě oční koule – v sítnici. K barevnému vidění slouží **čípky**, hovoříme o **fotopickém vidění**. Vjem jakékoliv barvy lze vyvolat smíšením modrého, červeného a zeleného světla. Proto existují tři druhy čípků, kdy každý je citlivý na některou ze základních barev. Zjednodušeně lze říci, že v sítnici dojde k jakémusi rozložení barev viditelného objektu na tři základní barvy, jejichž výsledný obraz je složen až v mozkové kůře. Dalšími receptory jsou **tyčinky**. Jimi vnímáme světlo, mluvíme tak o **skotopickém vidění**.

**Zornice – pupilla**, leží v otvoru duhovky. Mění průsvit v závislosti na světle. Při světle se zúží – mióza, ve tmě se rozšíří – mydriáza. Změna průměru zornice je řízena sympatikem, který způsobuje rozšíření a parasympatikem, jež se podílí na jejím zúžení. Důležitým

vyšetřením je **zornicový reflex**, tedy reakce zornice na osvit. Ten je jednou z důležitých známek života, neboť je funkcí centrálního nervového systému.

Paprsky projdou optickým systémem, na sítnici podráždí receptory a v nich dojde k přeměně světelné energie na nervové vzruchy. Ty jsou vedeny vlákny zrakového nervu do mozku. V mozkové kůře si člověk uvědomí zrakové vjemy. Obraz na sítnici je plochý. Podmínkou toho, abychom svět vnímali trojrozměrně (prostorově), je to, že se musíme dívat dvěma očima a v kůře mozku se tyto obrazy složí v jeden. Každým okem pohlížíme na předmět zvlášť, v každém vzniká na sítnici obrázek, ale nakonec je vjem vidění jednotný. Tento děj se nazývá **binokulární vidění**.

Zraková dráha je tvořena výstupem asi 1 milionu nervových vláken gangliových buněk sítnice z oční koule. Optický nerv je svazek nervových vláken. Na spodině lebeční se kříží (chiasma opticum) a pokračuje přes corpus geniculatum laterale do primární zrakové projekční oblasti v týlním laloku. Křížení vláken v oblasti chiasma opticum znamená, že polovina vláken jde do stejnostranného a druhá do druhostranného kortexu. Vjem vidění vznikne, pokud informace ze sítnice dorazí do mozkové kůry (Mourek, 2005).

### 3 Ztráta zraku

Domnívám se, že je třeba si v úvodu této kapitoly uvědomit, že lidé, kteří jsou ze sociálně právního hlediska považováni za nevidomé, mohou mít zbytky zraku. To znamená, že ne každý, kdo je označen bílou holí, je úplně slepý, ale může mít zachovalou velmi nízkou zrakovou ostrost (Štréblová, 2002).

#### 3.1 Klasifikace zrakových vad

Pro klasifikaci zrakových vad jsou důležité dva parametry. Je to zraková ostrost a posouzení zorného pole.

Tab. 1 - Stupně zdravotního postižení podle skupin zrakové ostrosti

Kategorie zhoršení zraku	Ostrost zraku očima při použití optimální korekce	
	Horní hranice	Dolní hranice
1. Slabozrakost lehká a střední	$6/18 = 0,3$	$6/60 = 0,1$
2. Slabozrakost těžká	$6/60 = 0,1$	$3/60 = 0,05$
3. Těžce slabý zrak	$3/60 = 0,05$	$1/60 = 0,02$
4. Praktická nevidomost	$1/60 = 0,02$	světlocit se správnou projekcí
5. Úplná nevidomost obou očí	světlocit s chybnou projekcí	úplná ztráta světlocitu

(Moravcová, 2004, str. 50)

**Posouzení zorného pole** – pacienti se zorným polem v rozsahu méně než 10 stupňů, ale více jak 5 stupňů jsou zařazeni do 3. kategorie zhoršení zraku (těžce slabý zrak). Pacienti se zorným polem méně jak 5 stupňů do 4. kategorie, a to i přesto, že je zraková ostrost normální (Moravcová, 2004).

## 3.2 Určení zrakové ostrosti a rozsahu zorného pole

Z výše uvedené klasifikace je zřejmé, že nevidomý člověk má buď poruchu vidu, nebo zúžení zorného pole. V případě zúžení zorného pole hovoříme o tzv. trubicovém vidění.

Trubicové vidění vypadá asi tak, jako když se člověk dívá přes úzkou trubičku. Může sice rozlišovat detaily, může i číst, ale má velké problémy při orientaci v prostoru (Rozsival et al., 2006).

Proto přiblížím vyšetřovací metody, kterými se zraková ostrost a zorné pole u pacientů zjišťují.

### 3.2.1 Zraková ostrost

„Míra zrakové ostrosti je přesnost vizuální diferenciaci, která se hodnotí z hlediska vnímání na různou vzdálenost (vidění na blízko, vidění na dálku) a je závislá na diagnóze“ (Štréblova, 2002, str. 15).

#### Zraková ostrost – visus

Zrakovou ostrost do dálky vyšetřujeme na optotypech. Jsou to standardizované obrazce písmenek, číslic, pro malé děti jednoduché obrázky. Ty jsou umístěny ve standardizované vzdálenosti. Bývají konstruovány pro vzdálenost 5 nebo 6 m. Nejčastěji se používají Snellenovy optotypy. U každého řádku optotypů je číslo, které určuje, z jaké vzdálenosti by měl jedinec s normálním viděním daný řádek přečíst. Všechny optotypy mají několik řádek, kde velikost objektů v řádcích ubývá směrem dolů. Při vyšetření zraku čte pacient vybrané znaky optotypu každým okem zvlášť. Optotypy jsou přiměřeně prosvětleny, při nedostatečném osvětlení zraková ostrost klesá, při nadměrném oslnění taktéž. Zrakovou ostrost do dálky zapisujeme jako zlomek, při čemž v čitateli je vzdálenost, z které pacient četl, ve jmenovateli je číslo nejmenšího řádku optotypů, které jedinec dokázal z této vzdálenosti přečíst. Pokud je zraková ostrost normální, dokáže přečíst z 6 m řádek 6. **Tedy nejmenší písmena na optotypu.** Visus je:  $V = 6/6$  (Hycl, 1999).

Pakliže je zraková ostrost snížena tak, že vyšetřovaný nepozná ani největší značku na optotypu je nutné zkracovat vzdálenost mezi okem a tabulí. Pokud nepřečte největší značku ani ze zkrácené vzdálenosti, zkouší se zrak jinými způsoby. Vyšetřovaný zkouší



počítat prsty naší ruky, která je ukazována na kratší vzdálenost před tmavým podkladem. Ruku přibližujeme k pacientovi, dokud nedojde k rozlišení počtu prstů. Tento visus se zaznamená: V= počítá prsty na vzdálenost 2 m apod.

Pokud vyšetřovaný nerozezná ani počet prstů blízko u oka, zkouší se, zda vidí aspoň pohyb ruky před svým okem. V= pohyb ruky před okem.

Nevnímá-li ani pohyb, vyšetřuje se reakce na světlo. Vyšetřovaný je vyzván, aby si zakryl oko a díval se před sebe. Potom je osvětlována zornice vyšetřovaného oka a pacient říká, odkud světlo přichází. Udává-li směr správně, jedná se o správnou projekci světla. Pokud udává nesprávný směr, projekce světla chybí, nebo je neurčitá.

Nevnímá-li zrakově postižený ani světlo ani tmu, jde o pravou slepotu, amaurozu: V= O (Aurata, Černá, 2006).

Zraková ostrost do blízka se určuje ze vzdálenosti 40 cm na dobře osvětlených optotypech určených pro takovéto vyšetření. Nejčastěji se používají Jaegerovy tabulky. Jsou to odstavce textů, tištěných různě velkým tiskem a označených od největších typů znaků do nejmenších typů znaků, čili od 1. do 14. Tisk písma je sestaven na stejném principu jako optotypy na dálku, ale zorný úhel při pohledu do blízka se zvětšuje akomodací. Obvyklý zápis pro normální vidění do blízka: J. č. = 1 (Hycl, 1999).

### 3.2.2 Zorné pole

Vyšetření zorného pole provádíme buď orientačně, nebo pomocí přístroje. Každé oko se vyšetřuje zvlášť. Podstatou této metody je pohled pacienta na určitý bod v prostoru, který nazýváme bodem fixačním. Vyšetřovaný vnímá nejen tento fixační bod, ale i jeho okolí.

K orientačnímu posouzení zorného pole se provádí **konfrontační zkouška**. Pacient sedí 1m proti lékaři a dívá se jedním okem na jeho nos. Druhé oko má zakryté. Lékař pohybuje prstem z periferie do centra a vyšetřovaný oznamuje polohu, v které prst zahlédl (Rozsival et al., 2006).

Dále vyšetřujeme zorné pole pomocí přístroje – **perimetru**. Perimetr je moderní počítačový přístroj, který dokáže vyhodnotit, zda vyšetřovaná osoba správně fixuje body, které jí nabízí. Nutná je dobrá spolupráce pacienta, který má v ruce ovládání. Pokud uvidí bod, tlačítko zmáčkne. Z tohoto důvodu hovoříme o tom, že vyšetření je subjektivní (Kraus, 1997).

### 3. 3 Projevy slabozrakosti a nevidomosti

**Slabozrakost** má za následek snížení až omezení zrakových schopností. U jedince dochází k vytváření nepřesných, neúplných či zkreslených zrakových představ. Má snížené schopnosti běžného grafického nebo pracovního výkonu, který je spojen s přesnou zrakovou kontrolou. Nemůže používat běžný tisk bez speciálních optických pomůcek nebo možnosti většího a výraznějšího tisku. Nicméně zrak zůstává dominantním smyslem.

**Praktická nevidomost** se projevuje ve svých důsledcích tím, že jedinci mají značně snížené, omezené nebo znemožněné zrakové schopnosti. Dochází u ní k závažnému snížení orientace v prostředí a závažnému snížení schopnosti běžného grafického, praktického nebo pracovního výkonu. Lidé trpící praktickou nevidomostí nemohou používat texty s běžným tiskem ani s pomocí speciálních optických pomůcek.

**Nevidomost** je nejhorší stupeň zrakového postižení, kdy jedinec nemá zrakové schopnosti, nemůže vnímat zrakem a vytvářet zrakové představy. Je velmi omezena a ztížena jeho schopnost pohybovat se v prostoru, praktický, pracovní i grafický výkon. Lidé, kteří mají amaurózu, nevidí vůbec nic, nerozlišují světlo a tmu. Pro komunikaci s okolím používají nevidomí lidé ostatních smyslů, hlavně hmat a sluch (Štréblová, 2002).

### 3.4 Příčiny nevidomosti

Nevidomost a ostatní těžká zraková postižení představují v současné době jeden z nejzávažnějších celosvětových problémů. Podle Světové zdravotnické organizace se počet nevidomých ve světě pohybuje okolo 40 miliónů. Přičemž prevalence postižených osob je 10 x až 40 x vyšší v rozvojových než v průmyslově vyspělých zemích. Mezi hlavní příčiny nevidomosti v těchto zemích patří především infekční choroby, malnutriční defekty a katarakta (Autrata, Černá, 2006).

Proto byla založena před 20 lety ve Vídni organizace **Light for the World**, která podporuje nevidomé a slabozraké osoby v nejchudších oblastech naší planety. Lékaři této organizace a ostatní specialisté zabývající se osobami se zrakovým postižením působí přímo v inkriminovaných oblastech, kde provádějí prevenci, vyšetření, léčbu a sociální rehabilitaci těchto pacientů. Domnívají se, že až v 50% případů by šlo postižení vyléčit nebo mu předejít. Dále pracovníci této organizace vedou celosvětovou kampaň v boji proti slepotě v těchto zemích. Dnes má sesterské organizace i v dalších zemích. Proto vznikla v České republice v srpnu 2007 nevládní organizace **Světlo pro svět**, jejíž členy jsou naši

přední oftalmologové, kteří se osobně podílí na projektu. V propagačních materiálech organizace se mimo jiné dočtete např. že, náklady na operaci šedého zákalu, která postiženému vrátí zrak, činí pouhých 800 Kč. Za 400 Kč lze operovat oční víčko v případě pokročilého trachomu. Za 250 Kč umožníte nákup tetracyklinu pro 10 osob. Toto antibiotikum brání vzniku trachomu. Za 5000 Kč se dá pořídit nový oftalmoskop (Pokorný, 2008, online).

V technicky vyspělých zemích jsou největším podílem zastoupeny senilní makulární degenerace, diabetická retinopatie, glaukom a geneticky podmíněné oční choroby. Existují i příčiny, které se vyskytují jak v rozvojových, tak v průmyslově vyspělých zemích. Nejčastějšími jsou katarakta a glaukom a úrazy (Autrata, Černá, 2006).

### **3.4.1 Příčiny nevidomosti v rozvojových zemích**

**Trachom** - hlavní příčina slepoty třetího světa v důsledku nízké úrovně zdravotnictví a hygieny. Na světě je trachomem postiženo více než 400 miliónů lidí. U nás se sice nevyskytuje, ale v důsledku migrace lze jeho výskyt očekávat. Jedná se o infekční onemocnění, způsobené Chlamydií trachomatis. V endemických oblastech se kromě přímého kontaktu mohou na přenosu podílet také mouchy. Trachom se může opakovat, neboť imunitní ochrana po proběhlém zánětu nevzniká (Rozsival et al., 2006).

Při opakovaných infekcích dochází k jizvení spojivky. Oční víčko se otočí dovnitř, následně řasy poškrábou rohovku. Velmi bolestivě a nezvratně dochází ke ztrátě zraku. V akutní fázi lze onemocnění léčit antibiotiky. Otočené víčko je možné korigovat operací (International Trachoma initiative, 2011, online).

**Onchocercosis (říční slepota)** - další významná infekce, která vede v rozvojových zemích ke slepotě. Nazývá se říční, protože se vyskytuje především v oblastech afrických vesnic u vodních toků. Za nemoc je zodpovědný parazit, kterého přenáší černá moucha. Moucha zárodek červa přenese do těla, paraziti se rozšíří po organismu. Pokud uhynou, vyvolají reakci imunitního systému, která působí škodlivě na tělní tkáň, hlavně na oko. Světová zdravotnická organizace uvádí, že říční slepotou, je v současné době nakaženo asi 37 miliónů lidí, a to i turisté, jež tyto oblasti navštěvují. Projevy nemoci se mohou vyskytnout až za několik let po návratu z Afriky. K předcházení či zastavení vývoje choroby se podávají antiparazitika (MeDitorial, 2011, online).

**Nedostatečná výživa**, často dokonce podvýživa je v rozvojových zemích častá. Především nedostatek vitamínu A vede k šerosleposti až ke ztrátě zraku.

### 3.4.2 Příčiny nevidomosti v ekonomicky vyspělých zemích

Příčin, které vedou k nevidomosti v průmyslově vyspělých zemích je celá řada. Chtěl bych uvést ty, jež se vyskytují nejčastěji.

**Katarakta** - představuje zkalení čočky. Zdravá čočka je průhledná. Mezi laickou veřejností bývá katarakta označována jako šedý zákal. Projevuje se pomalým zhoršováním zrakové ostrosti, které trvá měsíce až roky. Katarakta nemocného nebolí ani nemá červené oko. Pokročilá katarakta je rozpoznatelná pohledem. Většina jedinců starších 70 let má alespoň na jednom oku určitý stupeň katarakty (Hycl, 1999). Zákal se klasifikuje podle doby vzniku (vrozený, mladiství nebo stařecký) nebo podle místa neprůhlednosti v čočce (vnější nebo vnitřní). Navíc může být následkem očních nemocí, systémových nebo vývojových poruch či vnějších zásahů. V ekonomicky vyspělých zemích při spolupráci pacienta je zpravidla léčitelný. V zemích třetího světa vede často k slepotě, neboť zdravotnická péče zde není dostupná (Management of cataract in primary health care services, 1990).

**Glaukom** - bývá označován v populaci jako zelený zákal. Jedná se o skupinu onemocnění, při kterých dochází k postupnému a nevratnému poškození zrakového nervu. To vede k významnému snižování zorné pole oka. U většiny glaukomů je hlavní příčinou zvýšený nitrooční tlak. Glaukom je poměrně časté onemocnění, postihuje asi 1% lidí nad 40 let věku. Na světě trpí glaukomem asi 70 milionů lidí, z toho zhruba 7 milionů končí s úplnou ztrátou zraku. Jeho hlavní nebezpečí spočívá především v tom, že pacient o nemoci vůbec neví a přitom již dochází k poškozování struktury oka. Proto jsou lidem nad 40 let doporučována pravidelná vyšetření oftalmologem. Mezi rizikové faktory pro vznik tohoto onemocnění patří dědičnost, onemocnění štítné žlázy, skleróza, diabetes mellitus, krátkozrakost, cévní choroby. Glaukom může být i vrozený. V zemích s dostupnou zdravotnickou péčí je léčení nemoci možné při dobré spolupráci pacienta (Kacerovský In: ZORA 8/2010).

**Věkem podmíněná degenerace makuly** - onemocnění sítnice, které se objevuje u starších lidí. Patří mezi nejčastější příčiny praktické slepoty u lidí nad 60 let. Jeho výskyt prudce stoupá, neboť se zvyšuje počet starších lidí a představuje závažný zdravotně sociální problém. V místě nejostřejšího vidění, v tzv. žluté skvrně sítnice, dochází k degenerativním změnám, v důsledku postupného úbytku kapilár v choriokapilaris, která zajišťuje metabolismus této oblasti. Zhoršuje se centrální vidění, lidé nevidí detaily, nerozeznávají známé tváře, nemohou číst. Pokud je úbytek kapilár výrazný, výživa makuly trpí a následně nezvratně klesá zraková ostrost (Rozsival et al., 2006).

**Pigmentová degenerace sítnice** - progresivní onemocnění, v 90% autosomálně recesivní. Postihuje primárně pigmentový epitel sítnice, fotoreceptory, především tyčinky. Jedná se o nejznámější a nejrozšířenější hereditární degeneraci sítnice. Nejčastějším příznakem je porucha vidění za šera, zpravidla ve věku puberty. Anatomické změny začínají na periférii, dochází k zužování zorného pole, kdy hovoříme o tzv. trubicovitém vidění. Postupně atrofuje pigmentový epitel, připojuje se zúžení až obliterace sítnicových cév, obliterace cév cévnatky a atrofie papily zrakového nervu. V terminálním stádiu je komplikací katarakta, která snižuje zrakovou ostrost. Kolem 50 roku toto onemocnění zpravidla končí slepotou. Účinná terapie v současné době neexistuje (Rozsival et al., 2006).

**Diabetická retinopatie** – nejčastější vaskulární onemocnění sítnice. Velmi častá pozdní orgánová komplikace diabetu. Manifestuje se obvykle po více než 10 letech trvání diabetu. Tato doba může být kratší nebo naopak delší. Asi 2% ze všech diabetiků díky retinopatii oslepnou. V průmyslově vyspělých státech se jedná o nejčastější příčinu slepoty u lidí v produktivním věku a vzhledem k neustálému nárůstu diabetiků, představuje závažný zdravotně sociální problém. Podstatou je poškození cévní stěny, porucha propustnosti kapilár. Dochází k edému sítnice. Do extravazálního prostoru pronikají vysokomolekulární látky tukové povahy, hromadí se v sítnici. Může dojít k obliteraci řečiště a následné hypoxii příslušného okrsku sítnicové tkáně. Na nedostatek kyslíku reaguje tkáň produkcí vazoproliferačního faktoru, který indukuje vznik novotvořených cév na sítnici. Ty však vyrůstají na nesprávném místě, před sítnicí. Jsou velmi křehké, často krvácejí do sklivce, mohou vést k odchlípení sítnice. Častou komplikací je haemorrhagický glaukom. Z tohoto důvodu je u každého diabetika nutné, aby hodnoty glykémie byly stabilizované a pacient pravidelně docházel na oční kontroly (Rozsival et al., 2006).

**Uzávěr centrální retinální arterie** – příčinou uzávěru je nejčastěji embolus, v menší míře trombóza. Projevuje se náhlou poruchou vidění. Uzávěr větve tepny vede k výpadku zorného pole v příslušném sektoru, uzávěr kmene vede k úplné slepotě. Léčba je možná pouze tehdy, pokud se zahájí okamžitě. Pokud se nepodaří obnovit oběh do 2 hodin, jsou funkční poruchy nezvratné (Rozsival et al., 2006).

**Venózní okluze sítnice** – vyskytuje se častěji než výše uvedený uzávěr tepny. Postihuje buď celý kmen, nebo některou z větví centrální sítnicové žíly. Mezi nejčastější příčiny patří sklerotické změny na cévách nebo špatně kompenzovaná hypertenze. K poklesu vidění dochází pozvolna během několika dní. Stupeň zrakové poruchy záleží na rozsahu uzávěru. V zásadě platí, že kmenové okluze mají daleko horší prognózu než uzávěr větve. Nebezpečnou komplikací je vznik sekundárního glaukomu (Rozsival et al., 2006).

**Retinopatie nedonošených** – jedna z nejčastějších příčin slepoty u dětí ve vyspělých zemích. Ohroženy jsou všechny děti, které se narodily před 32. gestačním týdnem s porodní hmotností pod 1 500g. Takové děti musí být díky respirační nedostatečnosti ošetřovány v inkubátoru, kde je vyšší koncentrace kyslíku než v běžné atmosféře. V nezralé sítnici těchto dětí není vaskularizace dokončena a sítnicové cévy končí v oblasti ekvátoru oka. Pokud je dítě v inkubátoru s vyšší koncentrací kyslíku delší dobu, je sítnice „zvyklá“ na vyšší parciální tlak a po převedení do běžné atmosféry se ocitne v hypoxickém stavu. Na hypoxii reaguje sítnice produkcí vazoproliferačního faktoru s následným rozvojem neovaskularizací. Novotvořené cévy se objevují na hranici vaskularizované a avaskulární sítnice a rychle se šíří dál. Dále fibrovaskulární proliferace proniká do sklivcového prostoru a způsobí trakční odchlípení sítnice. Konečným stavem jsou hutné, retrahované, fibrovaskulární masy, které vyplňují prostor za čočkou. V léčbě jsou nejdůležitější především preventivní opatření, pravidelné kontroly rizikových dětí specialistou a časně zahájená kryokoagulace sítnice, případně laserová fotokoagulace. Přejít do atmosféry musí být přechodný a v inkubátoru koncentrace kyslíku do 30% (Rozsival et al., 2006).

**Retinoblastom** - jedná se o primární zhoubný nádor sítnice, který se vyskytuje hlavně u dětí do tří let, nejčastěji okolo druhého roku věku. Děti starší šesti let onemocní výjimečně. Nejčastějším příznakem je leukokorie a strabismus. Nádor je většinou jednostranný, ale asi u 30% dětí může postihnout obě oči. Vyskytuje se i autozomálně dominantně dědičná forma retinoblastomu, proto je nutná kontrola zdravých sourozenců. Potomci pacientů, kteří prodělali oboustrannou formu retinoblastomu, mají 50%

pravděpodobnost, že se i u nich nádor projeví. Vždy záleží na tom, v jakém stadiu se malý pacient dostaví k lékaři. Léčba probíhá ve specializovaných onkologických centrech. Jedná se o kombinovanou terapii. Často je provedena tzv. enukleace, vynětí oka (Autrata, Černá, 2006).

**Microphthalmus** – vrozená vada, kdy oční bulbus je zmenšený. Vzácně se jedinec může narodit zcela bez bulbu, kdy jde o **anophthalmus**. Častější variantou ovšem je, že se v hloubce očnice vyskytuje hypoplastický bulbus. Příčinou je infekční onemocnění matky v těhotenství (zarděnky, toxoplazmóza) nebo vzniká na genetickém podkladě, kdy bývá spojen i s jinými vrozenými vadami (Autrata, Černá, 2006).

**Atrofie zrakového nervu** – výsledný stav, který vzniká působením různých patologických procesů a způsobí nekrózu nervových vláken. Příčinami jsou úrazy zrakového nervu (natržení, přerušení), toxická poškození retrobulbárního úseku zrakového nervu např. metylalkoholem. V pokročilém stadiu glaukomu následně vzniká glaukomová atrofie nervu (Autrata, Černá, 2006). Oboustranné atrofie zrakového nervu vznikají i na dědičném podkladě. Příkladem je Leberova atrofie, která se manifestuje během dospívání a vede až nevidomosti (Oláh, 1992).

**Kortikální slepota** – poškození mozkové kůry v oblasti zrakového centra. Zjednodušeně lze říci, že oko vidí, zrakovým nervem jsou informace přiváděny do mozku, ten je však nedovede zpracovat. Vada bývá spojena s přidruženými defekty - hydrocefalem, mikrocefalem, epilepsií, dětskou mozkovou obrnou (Rozsival et al., 2006).

**Nádory – hypofýzy (adenom), meningeom, kraniofaryngom, gliom** – nádory, které vedou k útlaku zrakového nervu, kdy dochází k postupné ztrátě zraku (Rozsival et al., 2006).

**Úrazy** – vznikají v každém věku. Mezi nejčastější patří úrazy způsobené výbušninou, elektrickým proudem, dále úrazy vzniklé při dopravních nehodách, střelných poraněních nebo při neopatrném zacházení s chemickými látkami. Důležitá je prevence těchto úrazů (Autrata, Černá, 2006).

## 4 Komplexní péče o nevidomé osoby v České republice

V této kapitole se zmíním o důležitosti komplexní péče o nevidomé osoby, která hraje klíčovou roli v jejich dalším životě.

### 4.1 Multidisciplinární tým

Komplexní péči o nevidomé osoby by měl zajišťovat multidisciplinární tým odborníků, kde každý z nich má své absolutně nezastupitelné místo. Tým odborníků se skládá z očního lékaře, instruktora prostorové orientace, optometristy, zrakového terapeuta. V jejich centru stojí pacient. Základní impuls ke spolupráci by měl vzejít vždy od lékaře, protože ten se s nevidomým a jeho rodinou setkává jako první. Je to právě on, kdo sděluje informaci o prognóze onemocnění. Ať už se jedná o rodiče, kterým se narodilo nevidomé dítě, o osobu, která v důsledku progresu choroby postupně ztrácí zrak nebo o pacienta, který oslepne náhle. V této chvíli se pacient také setkává s dalšími členy ošetrovatelského týmu. Ti všichni by měli znát základní problematiku nevidomých lidí i důležitá telefonní čísla a adresy organizací, na které se dá obrátit. **Správná komplexní péče o nevidomé osoby musí mít návaznost a musí být zahájena včas** (Moravcová, 2004).

„Nejdůležitější – ale bohužel zatím zdaleka ne samozřejmé – je, aby se potřebné péče dostalo každému pokud možno ihned po vzniku její potřeby, aby ta péče byla komplexní, na potřebné profesionální a odborné úrovni a aby byla dostupná každému, bez rozdílu věku, vzdělání či majetkových poměrů“ (Wiener, Rucká, 2006, str. 38).

Důležitými odborníky v péči o nevidomé jsou rovněž speciální pedagogové, kliničtí psychologové, sociální pracovníci a odborníci na profesní poradenství. Všichni tito lidé mohou nevidomému jedinci a jeho rodině pomoci překonat těžké chvíle, kdy se s handicapem vyrovnává, mohou ho motivovat a ukázat mu cestu, kterou je možné se v dalším životě ubírat.



## 4.2 Pracoviště pomáhající nevidomým a slabozrakým

V této kapitole bych chtěla uvést některá zařízení, která v České republice pomáhají nevidomým.

### 4.2.1 Zdravotnická zařízení

**Centrum zrakových vad, s.r.o.** - jedná se o nestátní zdravotnické zařízení, které jako jediné v České republice poskytuje komplexní péči nevidomým a zrakově postiženým lidem. Toto pracoviště vzniklo již před více než šedesáti lety. Jeho dřívější název byl Oftalmopedický ústav, později Ústav pro nápravu zrakových vad. Právě tady je uskutečněna myšlenka multidisciplinárního týmu v péči o nevidomé a zrakově postižené osoby. Pracují zde speciálně proškolení oftalmologové, oftalmogenetici, zrakoví terapeuti, optometristé, zkušené zdravotní sestry, kliničtí psychologové, pracovníci poskytující speciální pedagogické i profesní poradenství a sociální pracovníci. Zařízení je vybaveno řadou speciálních pomůcek k funkčnímu vyšetření zraku. Pacientům jsou zde nabízeny vhodné kompenzační optické i elektronické pomůcky a jsou zde i proškoleni k jejich efektivnímu používání. Zrakoví terapeuti zde provádějí tzv. reedukaci zraku, kdy se snaží maximálně využít zbytek zraku, což je důležité především u dětí k utváření zrakových představ. Pracoviště je Českou oftalmologickou společností pověřeno k metodickému vedení a doškolování očních lékařů, kteří se v jednotlivých regionech republiky zabývají problematikou zrakově postižených lidí (S4). Dále se podílí na výuce studentů 2. Lékařské fakulty UK a Pedagogické fakulty UK (Vyhnálek, 2008, online).

**Speciálně proškolení oftalmologové**, jak je zmíněno výše, pracují i v ostatních regionech naší republiky, momentálně jich je 15 a jsou označeni tzv. **S4**. Působí v Hradci Králové, Brně, Českých Budějovicích, Jihlavě, Karlových Varech, Liberci, Olomouci, Opavě, Ostravě, Plzni, Šumperku, Ústí nad Labem a ve Zlíně. Tito specialisté spolupracují s oblastními středisky Tyfloservisu a jsou kompetentní předepisovat speciální optické pomůcky, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami (Moravcová, 2004).

**Zrakoví terapeuti** – tato profese je od července 2008 zařazena do katalogu nelékařských profesí ve zdravotnictví. Zrakoví terapeuti jsou absolventy magisterského studia speciální

pedagogiky. Zraková terapie pomocí léčebných metod a souboru cvičení podporuje rozvoj zraku v kontextu s využitím rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Jedná se o dlouhodobý proces rozvoje a udržení zbytků zraku k získání informací k sebeobsluze a orientaci. Je třeba podotknout, že tito pracovníci nenahrazují péči lékaře, optometristy ani očního optika. Naopak jsou připraveni se všemi těmito profesemi účinně spolupracovat ku prospěchu pacienta. Bohužel jejich dostupnost v České republice zatím není plošně zajištěna. Práci zrakového terapeuta lze připodobnit práci rovněž speciálního pedagoga tzv. logopeda, který si ve zdravotnictví získal velkou oblibu a je dnes již nezastupitelným odborníkem týmu lidí s poruchami řeči. Ta samá spolupráce se nyní očekává od rozvoje profese zrakového terapeuta (Moravcová, Zobanová, 2008, online).

#### **4.2.2 Ostatní organizace pomáhající nevidomým**

**Středisko rané péče** poskytuje služby pro rodiny, které mají dítě nevidomé nebo s těžkou zrakovou vadou. Středisek je v současné době sedm. Jejich speciálně školení pracovníci, speciální pedagogové - tyflopediti dochází přímo do rodin takto postižených dětí a pomáhají jim zvládnout nelehkou životní situaci. Péče je určena zpravidla pro děti do tří, maximálně do šesti let věku. Jejich pomoc spočívá také v tom, že zapůjčují speciální kompenzační pomůcky, ozvučené a hmatové hračky, které jsou pro vývoj dítěte nezbytné. Pokud má dítě částečně zachovalý zrak, provádí reedukaci zraku. Znamená to, že se snaží využít zbývající zrak pro vývoj – např. blikajícími nebo světlo vydávajícími hračkami, použitím kontrastů barev předmětů oproti pozadí. Existuje i speciální pomůcka „Little Room“, čili pokojíček, kam se dítě umístí a může se dotýkat různých předmětů, tvarů, materiálů, pozorovat světlo, odlesky, atd. Pracovníci střediska ukazují mamince, jak správně zaměřit výchovu, aby došlo k rozvoji vnímání zbylými zachovalými smysly. Poskytují také psychologické a sociální poradenství a pomoc při přípravě dítěte na vstup do vzdělávacího zařízení. Ve střediscích rané péče se rodiče také setkávají při různých aktivitách. Pochopí, že i ostatní rodiče nevidomých dětí mají podobné problémy. Zkušenosti nabitě výchovou svých dětí si mohou mezi sebou navzájem předávat (Společnost pro ranou péči, 2009, online).

**Tyfloservis, o.p.s.** - organizace, poskytující terénní a ambulantní rehabilitaci nevidomým a slabozrakým lidem. Její služby jsou také určeny jejich rodinám a blízkým. Vznikla v roce 1991. Tvoří ji síť oblastních středisek po celé České republice (Brno, České Budějovice,

Hradec Králové, Jihlava, Karlovy Vary, Liberec, Olomouc, Ostrava, Pardubice, Plzeň, Praha, Ústí nad Labem, Zlín). Posláním společnosti je podpora a integrace nevidomých a slabozrakých lidí. Je také školicím střediskem Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Velmi důležité je, že veškeré služby poskytuje Tyfloservis zdarma. V Tyfloservisu pracují speciálně školení instruktoři. Vyučují prostorovou orientaci a samostatný pohyb, Braillovo písmo, nacvičují s žáky vlastnoruční podpis. Motivují a vedou klienty k opětovné soběstačnosti, oblékání, vaření, praní, šití, ale také péči o děti, atd. Je zde umístěna prodejna kompenzačních pomůcek, kde pracuje opět erudovaný personál se zkušenostmi ze zahraničí. Lidé zde obdrží veškeré informace týkající se možnosti preskripce pomůcek. Je to jeden z nejdůležitějších kontaktů, který by měl obdržet dospělý (od 15 let věku) nevidomý pacient, který ztrácí nebo náhle ztratil zrak, od svého lékaře a to co nejdříve. Instruktoři dochází za nevidomým člověkem do domácnosti a učí ho prostorovou orientaci přímo v jeho domově, později v jeho okolí, kdy s ním dojdou např. nakoupit. Pro člověka, který ztratil zrak, má v danou chvíli tato služba absolutně nezastupitelnou úlohu. Pomáhá mu nalézt znovu samostatnost, brání izolaci, podporuje integraci a socializaci (Pavlíček, 2007, online).

**TyfloCentrum o.p.s.** – „Základ slova pochází z řeckého TYFLOS - slepý. TyfloCentrum představuje místo, kde se schází nevidomí a slabozrací lidé a kde nacházejí pomoc při svém nelehkém údělu“ (Pavlíček, 2006, online).

Tato organizace byla založena Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých v roce 2002. I tato obecně prospěšná společnost má několik oblastních středisek po celé republice (Praha, Ostrava, Zlín, Liberec, Pardubice, Hradec Králové, Jihlava, Brno, Plzeň, Ústí nad Labem). TyfloCentrum nabízí odborné sociální poradenství, program Podporované zaměstnávání, průvodcovské a předčitatelské služby, vzdělávací aktivity a provádí osvětovou činnost. Mezi jeho hlavní náplň patří zajímavé volnočasové aktivity. Kalendář jednotlivých aktivit mohou klienti najít na internetových stránkách a v informačním bulletinu, který centrum vydává v Braillově písmu i v černotisku. Z aktivit, kterých se lidé, ať nevidomí nebo přátelé nevidomých lidí účastní, uvedu např. výlety na tandemových kolech (dvoukolo, kdy je vždy jeden vidoucí, druhý nevidoucí, lyžování s trasérem, hmatové výstavy, výlety, pěší turistika, výuka jazyků, kondiční cvičení, promítání komentovaných filmů, literární klub, návštěv divadla, zájezdy do zahraničí, apod (Pavlíček, 2006, online).

**Tyflokabinet** – metodické centrum elektronických kompenzačních pomůcek pro nevidomé a slabozraké jedince. Je jedním z oddělení Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých. Na toto pracoviště se mohou obracet také jiné organizace, které potřebují pomoci v technické oblasti týkající se spolupráce s nevidomými občany. Tyflokabinet pomáhá lidem především s problematikou kompenzačních pomůcek, které přispívají ke zmírnění negativních důsledků oslabení nebo ztráty zraku. Jeho doménou je odstraňování informačních bariér, které mezi vidoucími a nevidoucími mohou vznikat. Poskytuje komplexní informace a konzultace v oblasti možnosti získání pomůcky, jejích technických parametrů, cenách a obsluze. Jedná se především o elektronické pomůcky, jako jsou počítače a telefony s hlasovým a hmatovým výstupem (Tyflokabinet, 2010, online).

**Dědina, o.p.s.** - pobytové rekvalifikační centrum pro nevidomé a slabozraké. Vzniklo v roce 1994 po rozdělení Československé republiky. Do té doby museli nevidomí lidé dojíždět na Slovensko do Levoči. V Čechách žádné pobytové rekvalifikační zařízení nebylo. V podstatě poskytuje služby velmi podobné těm, které poskytuje Tyfloservis. Jedná se o výuku prostorové orientace a samostatného pohybu, Braillova bodového písma, práce na počítači bez zrakové kontroly, práci s kompenzačními pomůckami, spolupráci s rodinou, veškeré sociální poradenství. Rozdíl je v tom, že Tyfloservis je ambulantní a terénní zařízení. V Dědině jsou klienti ubytováni několik měsíců, rehabilitace je intenzivní. Je zde kladen důraz na pracovní rekvalifikaci, která má v produktivním věku každého klienta velký vliv na jeho socializaci. Rekvalifikační kurzy hradí klientům příslušný úřad práce, podle míst trvalého bydliště (Dědina, 2010, online).

**Domov pro zrakově postižené Palata** - jedinečné zařízení svého druhu v České republice určené pro nevidomé seniory. Nevidomým starým lidem je zde poskytována komplexní péče. Domov je určen hlavně pro ty, kteří již nejsou schopni starat se sami o sebe v domácích podmínkách. Klienti jsou zde ubytováni v jednom až třílůžkových pokojích. Je zajištěno jejich stravování, praní prádla, pomoc s úklidem. Samozřejmostí je nepřetržitá přítomnost zdravotnického personálu, který provádí ošetrovatelskou péči, aplikuje ordinované léky, injekce, stará se o kožní defekty a provádí nezbytné ošetrovatelské intervence. Do Domova dochází minimálně 2x týdně praktický lékař a podle potřeby i lékaři ostatních specializací. Samozřejmostí jsou také různé druhy terapií – pracovní, výtvarná, hudební, taneční, dále kondiční cvičení a trénování paměti. Velký důraz je v Palatě kladen na volnočasové aktivity. Pro klienty jsou pořádány často výlety nebo

návštěvy kulturních akcí, kterých je v Praze nepřehledné množství. Kromě velmi pěkného, nově zrekonstruovaného interiéru je nutno vyzdvihnout i překrásný tříhektarový park, kde jsou samozřejmě vodící linie pro umožnění prostorové orientace a samostatného pohybu klientů (Palata, 2007, online).

**Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně – Chrlicích** – jedná se o sociální ústav pro těžce zrakově postižené občany od věku 18 let. Do ústavu jsou přijímáni jedinci, kteří nemohou žít z různých důvodů ve svém domácím prostředí. Často se jedná o klienty s kombinovaným postižením, jakým je hluchoslepotu nebo jiné těžké kombinace vad. Cílem je vytvořit takové prostředí, které by co nejvíce připomínalo prostředí domáčí. Obyvatelé ústavu se zde učí prostorovou orientaci, Braillovo písmo, znakovou řeč, používat kompenzační pomůcky, nacvičují vlastnoruční podpis, učí se pracovat s počítačem a jsou vedeni k soběstačnosti. Nejdůležitějším cílem ústavu je zvýšit kvalitu života lidí s těžkým handicapem. Někdy se podaří, že se takový klient vrací zpět do svého přirozeného domácího prostředí, kde s pomocí terénních sociálních služeb je schopen žít plnohodnotný život. Jsou zde také ergoterapeutické, košíkářské, keramické a šicí dílny (Křiváková, 2006, online).

**SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých** vznikla v roce 1996 sloučením České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. V současné době má více než 10 000 členů. SONS má mnoho oblastních poboček po celé České republice. Jejím hlavním cílem je hájit práva nevidomých a slabozrakých lidí a poskytování některých konkrétních služeb - Navigační centrum, Metodické centrum odstraňování bariér, redakce časopisu Zora, sociální a právní poradenství, osvětová činnost, vydávání informačních časopisů v Braillově písmu, zvukové podobě, zvětšeném černotisku a digitálním textu (SONS ČR, 2011, online).

**Knihovna a tiskárna pro nevidomé K. E. Macana** – jejím posláním je poskytovat nevidomým a slabozrakým lidem knihy, časopisy či notopisy v bodovém písmu. Pro nevidomé, kteří neovládají toto písmo, jsou k dispozici tzv. mluvicí knihy. Vypůjčení knih je bezplatné. Čtenář musí doložit potvrzení o tom, že je nevidomý či slabozraký. Knihovna je umístěna v Praze v Krakovské ulici, ale spolupracuje s dalšími knihovnami, kde si lidé mohou objednané výtisky vyzvednout, např. v Hradci Králové, Ústí nad Labem, v Brně,

Ostravě, Strakonících, Plzni, Třebíči a Havlíčkově Brodě. Kromě těchto „poboček“ poskytuje knihovna zásilkové a pro Pražany i rozvážkové služby. Knihovna sama vydává tři periodika: Literární přehledy, Záškolák, Křesťanská orientace. Pro externí dodavatele vydává dalších 13 časopisů v bodovém písmu a 11 zvukových. Od roku 2009 existuje nová služba Digitální knihovna Wiking Biblio, která umožňuje registrovaným uživatelům stahovat mp3 soubory. V knihovně je také možnost zakoupit knihy, časopisy, kalendáře, slepecký papír, noty a nechat si přepsat do bodového písma vše, co člověk potřebuje (K.E. Macana, 2011, online). Tuto službu můžeme využívat my zdravotníci pro naše nevidomé klienty. Služba je pro nás sice placená, ale není drahá.

### 4.3 Vzdělávání nevidomých

„Vzdělání není dar, ale jedno ze základních práv člověka“ (Smýkal, 1994).

**Mateřská škola** - podle odborníků by děti v předškolním věku měly chodit po škole domů. Internátní mateřské školy nejsou příliš vhodné, protože tyto děti jsou ještě malé a citově strádají, stýská se jim, chybí jim rodina a blízcí. Proto se dnes rodiče snaží integrovat děti do běžných mateřských škol, kde jim pedagogové vyjdou vstříc. Pokud nevidomé dítě žije ve velkém městě jakým je např. Praha, Hradec Králové nebo Brno jsou zde speciální mateřské školy. Jejich výhodou je odborný personál, který zná specifické potřeby těchto dětí, dále velké množství kompenzačních pomůcek, úprava prostředí. Je dobré se zde zmínit o PhDr. J. Smýkalovi, který se zasloužil o vznik 1. Tyflopedické poradny v roce 1977 a založil mimo jiné mateřskou školu v Brně.

**Základní škola** - existují školy pro nevidomé nebo pokud je možnost jsou děti integrovány do běžných škol. Vše záleží na rodině dítěte, vstřícnosti školy v místě bydliště a na dítěti samotném, který typ vzdělávání je pro něho vhodnější. Rodičům mohou pomoci příslušná Speciálně pedagogická centra.

**Škola Jaroslava Ježka v Praze** - jedná se o mateřskou, základní, praktickou a základní uměleckou školu. Pražští žáci do školy dochází, mimopražští mohou být ubytováni na internátě. Výhodou je výuka prostorové orientace a samostatného pohybu, která je zařazena přímo do běžných učebních osnov. Žáci se zde učí Braillovo bodové písmo,

pracovat s kompenzačními pomůckami. Kdo má zachovalý nízký visus, je u něho prováděna reedukace zraku. Pomocí speciálních optických pomůcek se učí používat zrak. Praktická škola vzdělává nevidomé děti s lehkým stupněm mentální retardace a dvouletá praktická škola připravuje nevidomé po povinné školní docházce na samostatný život (Škola Jaroslava Ježka, 2011, online).

**Středoškolské studium** - buď jsou žáci integrováni na běžných středních školách, často na gymnáziích, nebo mohou navštěvovat **Střední školu Aloyse Klara v Praze Krčci**, která má celorepublikovou působnost. Podmínkou je dokončená povinná školní docházka na základní či speciální škole. Studenti obdrží výuční list nebo absolvují maturitní zkoušku, podle oboru, na který byli přijati. Nyní je možné studovat obory Textilní výtvarnictví, Čalouník, Masér, Knihař, Výrobce a dekoratér keramiky, Zpracovatel přírodních pletiv, atd. (Střední škola Aloyse Klara, online).

Další z možných nabídek středoškolského studia je **Konzervatoř J. Deyla** a Střední škola pro zrakově postižené v Praze. Tato konzervatoř je mezi nevidomými vyhledávána, neboť hudební vzdělání přináší absolventům dobré pracovní uplatnění v dalším životě. Nevidomí a zrakově postižení mohou být nejen hudebníky, ale také ladiči hudebních nástrojů, pedagogové, apod. (Konzervatoř Jana Deyla, 2011, online).

**Vysokoškolské studium** - v současné době studují nevidomí lidé na různých vysokých školách. Existují střediska, která se snaží pomoci handicapovaným mladým lidem realizovat možnost studovat co nejdostupnější formou jako jejich zdraví vrstevníci. Střediska přepisují studentům materiály a nahrávky z diktafonů, vlastní Braillovské tiskárny. Některá mají k dispozici tzv. fuser, což je přístroj, který vyrobí reliéfní obrázky na speciální papír. Uvedu příklady středisek: při Univerzitě Hradec Králové pracoviště **Augustin**, na Masarykově univerzitě v Brně **Tieresiás**, v Praze na ČVUT **Tereza**, na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy je **Poradna pro studenty s handicapem**, apod. Díky tomuto faktu se vysokoškolské studium stalo dostupné pro nevidomé od narození nebo pro mladé lidi se získaným postižením (Studium je důležité, 2011, online).

*„Kdo chce, hledá způsoby.  
Kdo nechce, hledá důvody.“*  
**Lidové přísloví**



## 5 Prostorová orientace a samostatný pohyb

Prostorová orientace a samostatný pohyb je soubor speciálních technik a dovedností, které nevidomým a zrakově postiženým umožňují vnímat prostor kolem sebe a orientovat se v něm. Vrcholnou podobou těchto znalostí a dovedností je samostatný pohyb s bílou holí (Francová In: Schnidlerová, 2007).

### 5.1 Vývoj prostorové orientace

Pohyb a orientace v prostoru je základním předpokladem samostatného života nevidomého člověka, jeho socializace, začlenění do pracovního procesu i života ve společnosti vůbec.

Problémy orientace v prostoru odlišují nevidomé od vidící veřejnosti. Omezují možnosti poznávání objektivní reality a mají velký vliv na utváření osobnosti. Úspěšnost v každodenní orientační praxi zcela zásadně ovlivňuje psychický stav člověka. Nadbytečná závislost na vidících osobách vzniká, pokud nevidomý nezvládne nebo se nechce z různých důvodů orientovat samostatně. To pochopitelně výrazně komplikuje sociální vztahy, sebepojetí a v podstatě neumožňuje plnohodnotný samostatný život a integraci do majoritní společnosti. Prostorová orientace a samostatný pohyb je v podstatě mladá disciplína speciální pedagogiky (Wiener, 2006).

Bílá hůl jako poznávací znamení nevidomých osob byla zavedena roku 1930 v Paříži zásluhou paní D'Herbemontové. Hůl byla ovšem stále jen pouhým označením nahrazující průkaz. Její technika nebyla zpracována a plnila funkci spíše hole opěrné. Techniku dlouhé hole, která zahrnuje užívání hole podle přesně stanoveného délkového poměru vzhledem k postavě, poprvé publikoval Richard E. Hoover: „Cane as a Travel Aid“ v roce 1950 v publikaci P. Zahla „Blindness“. V této publikaci jsou poprvé stanoveny základní způsoby užití slepecké hole jako smysluplné pomůcky pro samostatnou orientaci a jsou zde formulovány i její základní funkce: „bumper“ a „probe“= „narázník“ a „sonda“. Od té doby je možno pozorovat rozvoj teorie Orientation @ Mobility v anglicky mluvících zemích a dále i v některých zemích Evropy (Wiener, 2006).

V České republice byla výuka prostorové orientace zahájena později vzhledem k ideologii tehdejšího režimu, který upřednostňoval spíše celoživotní ústavní péči pro lidi

s různými handicapy. Nejdříve se jednalo o prázdninové dvouměsíční kurzy pro později osleplé lidi. Vyučovalo se pouze na základě zkušeností, dokonce s krátkou hůlí. Pavel Wiener s kolegy začal shromažďovat podklady a informace o výuce v zahraničí. V roce 1976 byla zahájena výuka prostorové orientace v docházkovém kursu pod vedením dr. Čálka. V té době nebyly v ČR ani žádné metodické pokyny ani vlastní pomůcka (dlouhá bílá hůl). Ale odborníci věřili, že se jim podaří výuku prosadit. V roce 1977 byl na pražské škole pro nevidomé vytvořen kroužek dopravní výchovy pod vedením Pavla Wienera, kde se již objevily základy prostorové orientace. Na Střední ekonomické škole a Středním odborném učilišti pro zrakově postižené probíhaly kurzy prostorové orientace. Ty byly rovněž vedeny v ambulantní formě pro později osleplé. Je pozoruhodné, že teprve v roce 1993 byla prostorová orientace přijata jako vyučovací metoda „lege artis“. Vznikla tak nová profese – Instruktor prostorové orientace. Od školního roku 1993/94 byla její výchova zaváděna pod supervizí Pavla Wienera do všech škol pro nevidomé a zrakově postižené v České republice. Jako povinný předmět byla schválena Ministerstvem školství České republiky v roce 1998 s platností od 1. září toho roku. Bylo konečně uznáno, že je tento předmět nedílnou součástí výchovy a vzdělávání nevidomých a těžce zrakově postižených dětí. Protože se jedná o speciální rehabilitační metodu, nejsou žáci klasifikováni. Vyučuje ji instruktor, který musí být řádně kvalifikován. Cílem výchovy je dosažení co nejvyššího stupně mobility, potažmo samostatnosti člověka (Wiener, 2006).

Děti se používání dlouhé bílé hole učí zhruba od 8 let (od 3. třídy). Je nutné, aby do té doby bylo dítě schopné se ve známém prostoru pohybovat samo. Čili aby ovládalo techniky prostorové orientace bez hole. Nejdříve užívají hůl občas, do konce 4. třídy by měli všichni žáci užívat bílou hůl soustavně. Děti zvládají techniky dlouhé bílé hole a jednoduché trasy. Dále se nevidomí a těžce zrakově postižení žáci v této technice zdokonalují a na konci 9. ročníku by měli být schopni zvládnout složitější trasy, umět se pohybovat bezpečně v neznámém terénu a samostatně užívat hromadnou dopravu (Wiener, 2006).

Lidé, kteří oslepnou v dospělosti, nebo se jim vlivem choroby zhoršuje zrak, se tuto techniku taktéž učí. Zpravidla se učí individuálně s instruktorem, který za klientem dochází přímo do domácnosti. Bohužel instruktorů je stále málo, proto záleží na tom, kde nevidomý žije. Jiná je situace na vesnici, v malém městě a jiná v Praze. Druhou možností je, že se nově osleplý člověk zúčastní pobytového kurzu, který sice není v domácím prostředí, ale je intenzivnější a bývá spojen s rekvalifikačním kurzem.

Je třeba si uvědomit, že vidoucí člověk vykonává pohyby bezděčně. Ten kdo nemůže použít zrak k orientaci, musí provádět pohyb cílený, uvědomělý, musí se na něj plně soustředit. A to je samozřejmě vyčerpávající.

Když člověk oslepne, má strach z prostoru. Pro nově osleplé jedince je typický „hlad“ po zrakových předmětech. Je nezbytné vybudovat nový systém vnímání bez zrakové kontroly (Wiener, Rucká, 2006).

## 5.2 Bílá hůl

Bílá hůl je hlavním, ale ne jediným, prostředkem pro získání hmatových informací z oblasti POSP (prostorová orientace a samostatný pohyb). Zprostředkovává tak nevidomému kontakt s trasou, kterou se ubírá. Často je termín „Bílá hůl“ zaměňován za termín „Slepecká hůl“. Avšak tato záměna není zcela na místě. Zatímco termín „Slepecká hůl“ se používá výhradně pro nevidomé osoby, termín „Bílá hůl“ se používá pro všechny těžce zrakově postižené osoby (Svárovský, 2010, online).

### 5.2.1 Druhy bílé hole

V zásadě rozlišujeme tři druhy bílých holí.

- **Orientační hůl** je nejčastěji používaná. Slouží nevidomým k prostorové orientaci a samostatnému pohybu. Jedná se o dlouhou bílou hůl (110-140 cm). Délka se volí tak, že hůl dosahuje u jedince ke konci hrudní kosti. Dnes se používá zpravidla ve skládací formě. Pokud ji člověk nepotřebuje, složí ji do malého formátu, který se lehce vejde ženám do kabelky, mužům do batůžku (např. při posazení, při chůzi s průvodcem, apod.).
- **Signalizační hůl** používají slabozrací lidé nebo slouží jako doplňková hůl nevidomých osob v interiéru, při chůzi s vodícím psem či průvodcem.
- **Opěrná hůl** je určena pro osoby s kombinovaným handicapem, kdy kromě zrakového handicapu mají jedinci i nemoc pohybového aparátu (Svárovský, 2010, online).

Funkce holí uvádí tabulka č. 2

Tab. 2 - Bílé hole

Funkce holí	Typ hole		
	Orientační hůl	Signalizační hůl	Opěrná hůl
Orientační	ANO	OMEZENĚ	NE
Ochranná	ANO	ANO	NE
Signalizační	ANO	ANO	ANO
Opěrná	NE	NE	ANO

(Bártová, 2008, str. 20)

### 5.2.2 Technika dlouhé bílé hole

„Pojmem technika dlouhé bílé hole označujeme cílevědomé a poučené užívání bílé hole podle přesně stanoveného poměru její délky k postavě. Je to takové užívání bílé hole, které poskytuje zrakově postiženému plnou bezpečnost i subjektivní jistotu při dodržení základních fyziologických a estetických pravidel pohybu“ (Wiener, 2006, str. 97).

- **Kluzná technika**

Spodní konec hole opisuje před tělem mírný **oblouk**, zhruba v šíři ramen, klouzavým pohybem **po podložce**.

- **Kyvadlová technika**

Nejčastější způsob užití dlouhé hole. Spodní konec hole se při chůzi pohybuje do stran (v šíři ramen) **nízkým obloukem** (pět, maximálně deset centimetrů) **nad zemí**. Je vždy důležité, aby se hůl v krajních bodech oblouku dotkla země. Jenom tak může nevidomý zjistit nerovnosti terénu (prohlubně, schody, obrubník, atd.).

- **Diagonální technika**

Tato technika se používá tam, kde terén nevidomý dobře zná nebo na schodech. **Ruka je ve výši pasu, horní konec hole ve výši ramen, spodní konec hole v úrovni protilehlého kolena.**

- **Kluzná prstová technika (Trailing)**

Používá se převážně při pohybu ve známých budovách či místnostech. Nevidomý člověk má možnost pohybovat se touto technikou **rovnoběžně se stěnou**, najít v ní dveře či jiné orientační body a znaky (Wiener, 2006).

### **5.3 Orientační bod, orientační znak, vodící linie**

Nevidomí lidé se učí prostorové orientaci, aby se mohli samostatně pohybovat v interiéru i exteriéru. Na nás je, abychom jim k tomu vytvořili podmínky. Sebelepší znalost prostorové orientace není bohužel možno využít, pokud chybí vstřícnost majoritní (vidící) společnosti. Všichni zdravotníci by měli znát pojem orientační bod, orientační znak, vodící linie. Ve své praxi se určitě s nevidomým člověkem dříve či později setkají a měli by být schopni mu srozumitelně vysvětlit trasu např. do ordinace, do jiné ambulance, apod. Navíc právě oni mohou být těmi, kteří upozorní na nedostatky a bariéry, jež nevidomého člověka ve zdravotnickém zařízení čekají. Prostor slepý člověk totiž chápe jako soubor nejrůznějších bodů, linií a znaků.

**Orientační body** jsou základní prvky trasy. Jsou to místa (body), která se dají při pohybu na trase snadno a rychle pomocí hole nebo hmatu postihnout. Významným způsobem se odlišují od všeobecné charakteristiky okolního prostředí a přináší nevidomému novou informaci. Orientačním bodem je např. roh budovy. Nevidomý ho na své trase vědomě hledá.

**Orientační znaky** jsou jevy, které charakterizují a určují situaci, kterou nevidomý vnímá především pomocí hmatu a sluchu. Zvyšují jeho jistotu při pohybu na trase, přispívají k vytvoření správné představy o okolním prostředí a pomáhají určit vlastní stanoviště na trase. Orientační znaky se uplatňují podvědomě. Jedná se o sluchové vjemy charakteristické pro různé lokalizace, např. šumění stromů, provoz v okolí vozovky, echolokace, charakteristické vůně, zápachy, změny terénu ve smyslu členitosti, stoupání, klesání, změny směru.

**Vodící linie** spojují jednotlivé orientační body. Jsou nejdůležitějším prvkem pro samostatný pohyb nevidomého člověka. Ten s vodící linií udržuje neustálý kontakt prostřednictvím bílé hole. Zároveň si od ní drží určitý odstup, který průběžně kontroluje.

V dnešní době se často potýkáme s problémem různých reklamních cedulí, stojanů na kola, ozdobných květináčů, apod., které zcela bezohledně vstupují právě do vodící linie. Je třeba si uvědomit, že nevidomý člověk nezachovává pravidla vidoucích chodců (chůze vpravo), pohybuje se podél vodící linie v obou směrech. Rozeznáváme vodící linie přirozené a umělé. Do první skupiny patří např. styk stěny domů a roviny chodníku, obrubník podél pěší komunikace na rozhraní s trávníkem a rozhraní dvou výrazně hmatově odlišných struktur dlažby. Tam, kde není přirozená vodící linie a vzdálenost, kterou je nutno překonat je příliš velká, je nutné vytvořit linii umělou. Tyto linie běžně vidáme na vlakových nástupištích, v metru či na pěších zónách, kde je u stěn domů vyložené zboží nebo se zde nachází oblíbené restaurace – předzahrádky. Slepcká hůl využívá žlábek buď jako vodítko, nebo při kyvadlové technice hole je jím hmatově zřetelný reliéf vodící linie.

**Varovný pás** jak plyne z názvu, varuje člověka před vstupem na nebezpečné místo. Řadí se mezi uměle vytvořené vodící linie. Je zjistitelný dlouhou bílou holí a nášlapem. Bývá např. před vstupem do vozovky, označuje snížený obrubník bezbariérových přechodů.

**Signální pás** je další umělá vodící linie, která označuje důležité místo a zároveň vede nevidomého ve směru chůze. Nejčastěji je vidáme na přechodech pro chodce a vyznačují se jimi zastávky městské hromadné dopravy. Někdy jsou signální pásy u vchodů do budov. Pásy bývají i kombinovány např. signální pás nás navede k přechodu pro chodce a plynule přechází ve varovný pás, který chrání nevidomého před vstupem do vozovky (Dudr, Lněnička, 2000).

## 5.4 Akustické prvky

Lidé se rovněž pohybují podle přirozených zvuků, jako je např. šumění stromů, zvuk vozovky, větší hluk před vstupem na místa, kde je hodně lidí, apod. V ústavu sociální péče Palata jsem viděla velmi efektní využití přirozených zvuků. Na chodbě, před jídelnou byly klece s ptáčky. Pokud šel klient do jídelny, věděl, že u cvrlikajících ptáků je nutno zahrnout doprava a nahmátne dveře do jídelny. Navíc v domově žijí především senioři, proto se jednalo i o příjemné rozptýlení.

Existují rovněž umělé prvky pro akustické navádění. Jedná se o akustické orientační majáčky, digitální hlasové majáčky a akustickou signalizaci přechodů.

## **Akustické naváděcí a informační majáčky**

Jsou to akustické majáčky, které jsou doplněny o informační frázi. Bývají nainstalovány např. u vchodů do podchodů, běžně jsou užívány v městské hromadné dopravě, v některých veřejných budovách a velmi vzácně jsou ve zdravotnických zařízeních. Pro spuštění je nutné, aby měl člověk u sebe VPN vysílačku. Tu většina nevidomých vlastní. Informace se často dělí na dvě fráze. První oznámí, kde se nacházíme a druhá rozšiřující fráze nám podá další informace např. „Eskalátor vpravo jede dolů.“ Vysílačku nosí nevidomý při sobě. Existuje i varianta, kdy je vysílačka zabudována do slepecké hole. Ve většině velkých měst provozovatelé hromadné dopravy vybavují svá vozidla elektronickými dispečerskými systémy. Osoba nastupuje předními dveřmi a na impuls z vysílačky je jí sděleno číslo autobusu a směr. Řidič je tak upozorněn dopředu na nástup nevidomého.

## **Akustická signalizace na přechodech pro chodce**

Toto je poměrně známá služba mezi širokou veřejností, přesto se o ní zmíním, neboť je velmi účinná a podporuje nevidomého člověka v samostatnosti. Podmínkou samozřejmě je, aby bylo na přechodu světelné označení. Pokud svítí červená „tikání“ je pomalé, pokud zelená „tikot“ je rychlý (Dudr, Lněnička, 2000).

## **5.5 Tyflografické plánky, informační štítky v bodovém písmu**

### **Tyflografické plánky**

Jejich podstatou je vytvoření reliéfního plánu, který lze „číst“ hmatem a tím si člověk vytvoří představu o daném prostoru. Problémem při zajištění informace zůstává, zda nevidomý jedinec ví, že tam takový plánek je. Navíc výroba těchto pomůcek je náročná jak finančně, tak co do preciznosti. Některá města vydávají tyto plánky přímo pro své obyvatele ve formě atlasu.

### **Informační štítky v Braillově písmu**

Jsou určeny k detailnější informovanosti nevidomého. Zde je opět velkým problémem umístění těchto popisků, aby je jejich uživatelé objevili (Dudr, Lněnička, 2000). V nemocnicích se s nimi setkáváme např. ve výtahu, ale obávám se, že jejich užití

ve zdravotnických zařízeních by mělo být daleko rozsáhlejší. Poukážu opět na situaci v městské hromadné dopravě, kde bývají na madlech zábradlí po pravé straně, nebo na zastávkových sloupcích. Hmatová označení jsou levná, účinná a dají se snadno aktualizovat. Jejich výrobu provede bez potíží tiskárna pro nevidomé.



## **6 Zdravotnické zařízení a nevidomý pacient**

Nevidomí a těžce slabozrací lidé přichází nejen k očním lékařům, kde se předpokládá umění s nimi jednat, ale navštěvují i ostatní ambulance a oddělení. Počet lidí se ztrátou zraku vzhledem k demografickému vývoji, kdy přibývá starých a velmi starých lidí, stoupá (Linhartová, 2007).

Zdravotnické zařízení, které je vhodné pro nevidomé, může být označeno „Blind friendly“, což značí, že se jedná o zdravotnické zařízení, které je přátelské k nevidomým. Toto zařízení má „blind friendly“ webové stránky, konkrétní technické a organizační vybavení pro nevidomé a těžce slabozraké pacienty. Umožňuje vstup vodičích psů do zařízení a má proškolený zdravotnický personál, který ví jak správně komunikovat s nevidomým pacientem (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010).

### **6.1 Webové stránky zdravotnického zařízení**

Přístupnost zdravotnického zařízení na webových stránkách je velmi důležitá, neboť velká většina nevidomých lidí pracuje s počítačem, který obsahuje hlasový nebo hmatový výstup. Proto se tak stal jejich nezastupitelnou kompenzační pomůckou a slouží jim k vyhledávání potřebných informací. Nevidomý potencionální klient bude často začínat svoji cestu k lékaři na internetových stránkách daného zařízení (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010).

Je třeba si uvědomit, že některé na pohled pěkné, zpravidla grafické úpravy jednotlivých stránek (obrázky a tabulky), není možné převést na počítači do zvukové podoby, nebo jen s velkým úsilím. Z tohoto důvodu by se jim měli tvůrci příslušných stránek zdravotnických zařízení vyvarovat.

Projekt „Blind Friendly Web“ vznikl v roce 2000 ve Sjednocené organizaci nevidomých a slabozrakých. Většina webových stránek byla v té době pro nevidomé uživatele velmi obtížně přístupná, tedy nepoužitelná. Tento projekt se systematicky věnuje přístupnosti webových stránek pro nevidomé uživatele. Jeho snahou je, aby web nebyl přístupný jen formálně, ale aby jej mohli uživatelé s handicapem doopravdy používat a získat rychle a efektivně informace, které hledají (Pavlíček In: Zora 12/2010).

Klient si stránky otevře a bez problémů uslyší z reproduktoru informace, které jsou psány na monitoru.

Význam projektu „Blind Friendly Web“ spočívá především v přesahu původní cílové skupiny. Pravidla přístupnosti pomáhají nejen uživatelům s těžkým zrakovým postižením, ale také uživatelům, kteří používají jiný způsob komunikace (např. sluchové postižení) nebo mají zhoršenou motoriku horních končetin či trpí poruchami učení a soustředění. Web je pochopitelně přehlednější i pro běžné uživatele. Kromě tvorby metodiky, je projekt rovněž zaměřen na osvětu a školení. Od roku 2006 TyfloCentrum Brno zaměstnává tým testerů, tedy nevidomých a slabozrakých lidí, kteří se podílí na uživatelském testování webů (Chvátalová In: Zora 12/2010).

### **Doporučený obsah stránek zdravotnického zařízení**

- Adresa příslušného zdravotnického zařízení.
- Popis trasy k zařízení, který musí být zpracován podle zásad prostorové orientace a samostatného pohybu. Popis je možné si nechat zpracovat v Navigačním centru SONS nebo si ho může zdravotnické zařízení zpracovat samo a poslat do centra pouze ke kontrole.
- Ordinační hodiny (není dobré dávat do tabulek, které pro vidoucího vypadají velmi hezky a přehledně, nicméně v počítači nevidomého mohou jakékoli druhy tabulek a obrázků působit potíže s jejich převedením do zvukové podoby).
- Možnost objednání na určitou hodinu.
- Údaje o proškolenosti zaměstnanců v komunikaci a doprovázení nevidomých.
- Informaci, zda je možno využít bez potíží prostorovou orientaci, přítomnost přirozených a umělých vodících linií, varovné a signální pásy.
- Zda a kde je umístěn orientační maják
- Užití reliéfních znaků a Braillských popisků.
- Je-li přítomna služba na vrátnici či jinde, na kterou se nevidomý může při problému v orientaci obrátit o pomoc s doprovodem na příslušnou ambulanci či oddělení.
- Upozornění, zda je v zařízení instalován tyflografický plánek a kde je umístěn
- Informace o vstupu vodících psů do zařízení.

(Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010)

Na základě výše uvedených informací má nevidomý pacient možnost se rozhodnout, které zařízení nejvíce vyhovuje jeho specifickým potřebám, stejně tak jako

vidoucí pacient. Je tak splněno jeho právo na svobodný výběr lékaře, potažmo zdravotnického zařízení. Rovněž mu uvedené informace pomohou i v tom, aby zvolil, zda zvládne návštěvu lékaře sám nebo v doprovodu průvodce.

## **6.2 Nevidomý ve zdravotnickém zařízení**

Nevidomý pacient, jak je výše uvedeno, přichází na vyšetření sám nebo s průvodcem. Řada nevidomých vlastní vodícího psa. Personál by měl jednat vždy pouze s nevidomým, jakoby s ním doprovod nebyl. Doprovázející zná své specifické úkoly. Pokud přichází nevidomý s vodícím psem (na což má pochopitelně právo), nereagujeme na něho bez souhlasu pacienta (Linhartová, 2007).

### **6.2.1 Z čekárny do ordinace**

Velkým problémem pro všechny nevidomé a slabozraké pacienty jsou novodobé systémy přijímání pacientů, kde nedochází k jejich kontaktu se sestrou. Proto je nezbytné, aby každá sestra vycházela z ordinace do čekárny a znala spektrum přítomných pacientů. Jakékoli „zlepšovací“ návrhy v podobě čísel, nápisů, apod. si pacient nemůže přečíst a dochází tak k jeho diskriminaci. Pokud se jedná o ambulantní zařízení, kde se objednává na určitou hodinu, je třeba ji dodržet. V případě, že se to z provozních důvodů nepodaří, což se může v praxi stát, je nutné omluvit se a vysvětlit důvod zpoždění.

Nicméně pokud je to možné, je dobré nevidomému pacientovi vyjít vstříc a to právě i kvůli tomu, že může mít s sebou placený doprovod nebo vodícího psa. Navíc dostupné prostředky určené ke zpříjemnění čekací doby, kterými mohou být např. časopisy, informační brožurky, edukační materiály atd. jsou určeny pouze vidoucím.

Zpravidla do ordinace vchází pacient s pomocí sestry, která by měla znát techniku správného doprovázení nevidomého. V případě, že si pacient přeje, aby doprovod šel s ním, je třeba mu vyhovět, ačkoli jeho přítomnost nás může zneklidňovat, neboť je často vnímán jako jistý druh kontroly či svědek. I vodící pes má právo jít do ordinace se svým pánem (Linhartová, 2007).

## **Zásady doprovázení nevidomého pacienta**

- Oslovit nemocného jeho jménem, podat mu ruku, o podání ruky ho současně informovat.
- Kontakt musíme navázat jako první, nevidomý nás nevidí.
- Představit se jménem i funkcí a vždy se mu dívat do očí.
- Zeptat se, zda mu můžete pomoci.
- Nabídnout pokrčenou paži, pacient se přidrží našeho lokte nebo se zavěsí do rámě.
- Doprovázející jde vždy o malý krok před nevidomým (o půl kroku).
- Rychlost chůze se řídí nevidomým.
- Při průchodu dveřmi jde sestra před nevidomým, a na dveře pacienta předem upozorní, dveře zavírá nevidomý.
- Při jakékoliv manipulaci s pacientem, je mu třeba říct dopředu.
- Před schodištěm zpomalit, vždy upozornit na schody a informovat ho o směru schodiště (nahoru, dolů), nabídnout mu možnost přidržet se zábradlí.
- Před každou překážkou (např. sloup) zpomalit a objasnit důvod zpomalení.
- Nenechat pacienta nikde stát, vždy mu najít místo k sezení.
- Při posazování dodržet pevně daná pravidla, která nevidomí znají - položit ruku pacienta na opěradlo, aby si ho mohl ohmatat a vybídnout ho k posazení.

(Linhartová, 2007)

### **6.2.2 Komunikace s nevidomým v ordinaci**

„Vždy mějme na paměti, že jde v první řadě o člověka a teprve později o člověka se zrakovým postižením. Není to cejch, je to okolnost. Jde o člověka a jeho svět, jeho potřeby, pocity, názory, nároky a možnosti. A ty se liší případ od případu a vždy je třeba najít to, co pokud možno nejvíce vyhovuje jemu samému a jeho nejbližším“ (Schnidlerová, 2007, str. 15).

Nevidomost nebo těžká vada zraku způsobuje velký komunikační deficit, neboť právě zrak umožňuje lidem vidět mluvčího, jeho výraz obličeje a gesta. Pacient s těžkou vadou zraku má v komunikaci se zdravotnickým personálem velkou nevýhodu, protože kvůli handicapu nezíská úplné sdělení. Je ochuzen o mnoho mimoslovních poznatků, neboť prostřednictvím zraku získáváme 70-80% informací. Ty vidoucí člověk získává

ve velmi krátkém čase (kouknu a vidím). Což znamená, že se orientuje se bez potíží v prostoru, rozlišuje barvy, tvary a vzdálenost, získává informace o pohybu a klidu v okolním prostředí. Není divu, že pacient, který tuto možnost nemá, se může cítit izolovaný a zranitelný (Špatenková, Králová, 2009).

V ordinaci by měl lékař vykročit směrem k pacientovi a podat mu vždy ruku. Tento akt opět doprovodí slovy a představí se. Není to jen projev slušnosti, ale i důležitý hmatový kontakt, který působí příjemně na pacientovi emoce. Každý má právo znát jméno svého lékaře. A nevidomý nemá možnost přečíst si vizitku. Zdravotník se vždy pacientovi dívá do očí. Pacienti často mívají zbytky zraku, pozorují objekty jen částí zorného pole, proto se jejich pohled může jevit jako pohled stranou. Nicméně poučený personál přijme tento pohled jako pohled přímý. Někteří pacienti při hovoru různě otáčejí hlavou, především u degenerativních chorob sítnice, neboť hledají místo, v jakém objekt uvidí (Linhartová, 2007).

### **Další nutná upozornění**

- Upozornit ho na všechny osoby, jež se nachází v místnosti (včetně studentů, ostatního personálu).
- Předem ho seznamovat se vším, co se děje v ordinaci (např. „Dojdu Vám do vedlejší místnosti pro kartu.“).
- Stručně popsat interiér ordinace, upozornit na možné překážky.
- Při vyšetřování a ošetřování všechno slovně komentovat, neužívat zájmena „tam, tady, sem“.
- Při instrumentálních výkonech popsat jejich průběh i použité nástroje či přístroje, nabídnout pacientovi pomůcku ohmatat.
- Mluvit s nevidomým normálně, neplést si nevidomost s hluchotou nebo mentální retardací.
- Nebát se užívat slova „podívejte se, koukněte se, prohlédněte si,...“, nevidomí je mají ve svém vědomí obsazeny zástupnými vjemy – cítit, sáhnout, dotknout se, apod.
- Nechat věci a pomůcky tam, kde si je pacient položil, nikdy je nepřendávat.
- Pro pohyb po ordinaci či vyšetřovně rovněž dodržovat zásady doprovázení, nikdy nevidomého nikam netlačit, nestrkat, nevláčet.

(Špatenková, Králová, 2009)

Lékařskou zprávu by měl lékař na konci vyšetření přečíst a dát ji pacientovi písemně. Je vhodné se domluvit, zda nemá zájem o její poslání na e-mailovou adresu, neboť, jak bylo výše zmíněno, většina pacientů má doma počítač s hlasovým výstupem, který zprávu převede do zvukové podoby (Linhartová, 2007).

Někteří nevidomí používají diktafony, kterými si informace od lékařů a sester nahrají. Tyto zvukové záznamníky bývají i součástí mobilních telefonů. Je důležité umožnit pacientovi, pokud si to přeje, nahrát si průběh návštěvy (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010).

Od 1. 1. 2008 se za návštěvu lékaře platí tzv. regulační poplatek v hodnotě 30 Kč. Pokud se poplatky platí sestře přímo v ordinaci, nenastává problém. Ale v některých zařízeních jsou nainstalovány automaty, kde je třeba zakoupit kupon za 30 Kč a teprve s ním jít na vyšetření. To je pro nevidomého velký problém. Těžko bude hledat automat, protože zařízení většinou nemají navigaci např. zvukový majáček, který by nevidomého k automatu dovedl. Navíc samotný automat zpravidla rovněž nepodává instrukce ve zvukové podobě, tudíž nevidomý nepozná, kam peníze vhodit, kde zmáčknout příslušné tlačítko a vyzvednout lístek. Z tohoto důvodu je naprosto nezbytné, aby nevidomí měli možnost vždy platit poplatek přímo v ordinaci.

### **6.3 Aplikace ordinovaných léků**

Pro správnou aplikaci léků je nutné jejich rozlišení, které je pro zmiňovaný handicap očima nemožné. Proto jsou léky popsány kromě černotisku rovněž Braillovým písmem. Dříve museli nevidomí poprosit vidoucího, aby jim obal léků přečetl a oni si potom krabičku označili Braillovým písmem. Pokud člověk nevidí a neumí číst bodové písmo, jsou k dispozici čtečky. Což je přístroj, který se přiloží ke krabičce léku a název přečte. K dispozici jsou rovněž dávkovače léků, kterých je nepřeberné množství a řada z nich je rovněž popsána Braillovým písmem. V případě, že potřebuje pacient lék rozpúlit, je na našem trhu plastová krabička s jemným nožičkem. Do té se tableta vloží, krabička se zavře a tím dojde k rozpúlení tablety. Je důležité upozornit, že dávkovače i půlič léků stojí okolo 30 Kč. Manipulace s nimi je jednoduchá a nevidomý jedinec ji určitě snadno zvládne.

Pokud pacient není schopen pro svůj handicap léky nebo injekce aplikovat, navrhne mu ošetřující lékař tzv. Domácí péči. Ta je plně hrazená zdravotní pojišťovnou. Znamená

to, že do jeho domácnosti přichází všeobecná sestra, která mu léky podává a navíc provádí edukaci s příslušnými pomůckami k aplikaci léků.

## **6.4 Nevidomý v lůžkovém zdravotnickém zařízení**

„Společnost musí přijmout především to, že cesty, které vedou v případě nevidomých k dosažení některých věcí, budou částečně nebo úplně jiné než běžné postupy. Přijetí jinakosti, ne v možnostech nevidomých, ale ve způsobu, jak dosáhnout cíle, je jedním z nejužitečnějších kroků – místo zkoumání odlišnosti nevidomých apod.“ (Chvátalová, 2001, str. 47).

### **6.4.1 Bezpečná orientace nevidomého po oddělení**

Je pochopitelné, že nevidomý člověk se s novým prostředím bude seznamovat pomaleji než vidoucí. Záleží ovšem také na tom, kdo a jak ho bude po oddělení provázet. Žádoucí by bylo, aby každá nemocnice měla minimálně jednoho pracovníka, který by byl proškolen v prostorové orientaci. Popisovat prostor nevidomému člověku je velice náročná dovednost. Principem popisu je dohoda obou účastníků na daných pojmech, aby si rozuměli. Tedy toho, který provádí a toho, který je provázen. Je třeba vyhnout se ukazovacím zájmenům (tamhle, tady, tam, apod.), ta jsou pro nevidomého bezobsažná. Seznámení spočívá v konkrétním popisu prostorového uspořádání a umožnění si ohmatat vše, co je pro jeho samostatný pohyb důležité. Což znamená projít si několikrát prostor pomocí přirozených vodících linií (podél zdi) a zajistit, že budou zcela bez překážek (vždy zavřené dveře do pokojů, pozor na pojízdné stolky). Tam, kde přirozené vodící linie nejsou, je nezbytné je po dohodě s pacientem doplnit umělými. Při popisu je nutné postupovat zcela konkrétně. Předmětem popisu je tvar, velikost místnosti, umístění dveří, oken, nábytku, apod. Také je dobré upozornit na signalizační zařízení pro přivolání personálu. Základním pravidlem je při popisu postupovat od celku k jednotlivostem, od obecného ke konkrétnímu. Dalším pravidlem je mluvit výstižně: „po vaší pravé ruce; v levém rohu; tři kroky před vaší postelí“. Zcela zásadní je nepřerovnávat nevidomému žádné osobní věci bez jeho souhlasu. Při veškeré manipulaci s osobními věcmi pacienta při úklidu (vytírání podlah, utírání prachu,...) je nezbytné všechny věci vrátit zpět na původní místo (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010).

#### **6.4.2 Hygienické zařízení**

Je žádoucí, aby každý nemocniční pokoj, měl svoje hygienické zařízení. Pokud tomu tak není, bylo by vhodné nabídnout nevidomému člověku nadstandardní pokoj. V případě, že nepřichází v úvahu žádná z variant, je nutné několikrát trasu do koupelny a WC s pacientem projít a ubezpečit se, že ji zvládne sám. Popis vybavení musí být zcela přesný (typ zařízení umístění toaletního papíru, papírových ručníků, signalizace, typ sprchového koutu i baterie na umývadle, atd.). Klient musí mít dostatek času na ohmatání a zorientování se.

#### **6.4.3 Stravování v nemocnici**

Konzumace jídla patří k nejobtížnějším dovednostem nevidomého člověka, zejména pokud jde o jídla, která vyžadují výbornou souhru zraku a jemné práce s příborem (ryba, tuhé maso, omáčky hrozící znečištěním oděvu). Základem je ochotný personál, který se taktním způsobem dovede dohodnout na způsobu konzumace jídla (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010).

Nevidomého bychom měli upozornit, kdo s ním sedí u stolu, kde je sůl, kde je pepř apod. Dále se ho zeptáme, zda chce popsat jídlo na talíři či nějak pomoci s jídlem. Rozdíl samozřejmě bude, zda se jedná o klienta již adaptovaného na svoji vadu, nebo nově osleplého, případně starého člověka, kterému se třese ruka. Obecně se dá říci, že nevidomí vítají popis obsahu talíře. Například se užívá popis podle světových stran či ciferníku: „Maso máte na dvanáctce, knedlík na devítce.“ Ale vždy je nutné se zeptat, nejlépe dopředu v soukromí, nikoli u stolu. Některým lidem by to mohlo být nepříjemné. Někteří nevidomí preferují polévku do misek, neboť se kvůli úzkému okraji lépe jí. Polohu nápoje bychom měli popsat naprosto přesně. Nevidomý si ho poté ohmatá. Zeptáme se také, zda chce nalít polévku, nakrájet maso, apod. (Schindlerová, 2007).

V současné době je poskytována ošetrovatelská péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ten by měl být zárukou toho, že pacient bude mít uspokojeny všechny potřeby nutné pro klidný a příjemný pobyt v nemocnici. Tudiž by mělo být dopředu dané, jak se chce jedinec stravovat, jakou potřebuje pomoc, zda nechce jíst v soukromí pokoje, apod. Nemělo by se stát, že se na činnosti týkající se sebeobsluhy budeme nevidomého člověka ptát před svědky. Bylo by to velmi netaktní a působilo by to na pacienta devalvačně.



#### 6.4.4 Lékařské a ošetrovatelské úkony

Ošetrovatelské a lékařské úkony mohou být provázeny obavou a strachem. Ty umocňuje okolnost, že klient nevidí, nemá možnost zrakové kontroly. Proto bychom měli informovat nevidomého pacienta o všech vyšetřeních a zákrocích daleko podrobněji než vidoucího člověka. Platí to i u zcela běžných zákroků jakými jsou měření tlaku, odběr krve, apod. (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2010).

##### **Měření tlaku – příklad komunikace:**

*Změřím vám krevní tlak na levé paži.*

*Podívejte se na manžetu (vložíme mu ji do ruky), namotám vám ji na levou paži.*

*Vyhrnu vám rukáv.*

*Manžetu nafukuji, bude to nepříjemně stahovat vaši ruku, ale bude to trvat velmi krátce, asi 30 sec.*

*Manžetu vyfukuji, sundávám vám ji z ruky.*

*Váš krevní tlak je 120/80.*

*Děkuji vám za spolupráci při vyšetření.*

#### 6.4.5 Přečtení a vlastnoruční podpis důležitých dokumentů

Ve zdravotnických zařízeních je nevidomý často vystaven situaci, kdy má podepsat různé dokumenty nebo složky zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Pro člověka, který vidí je přečtení a podepisování dokumentů bezproblémová situace, pro nevidomého je však tato situace velký problém. Člověk bez zrakové kontroly není schopen číst běžné písmo (nevidomými nazývané „černotisk“). Proto je dobré, pokud má zdravotnické zařízení jasně definovaný standard, jak v takovém případě postupovat. V době rozvoje informačních technologií je několik možností. Tiskopisy, které jsou používány častěji a nepodléhají rychlým změnám (např. práva pacientů), je možné vytisknout v Braillově bodovém písmu. Dokumenty, které jsou individuálnějšího charakteru (např. informovaný souhlas, negativní revers, apod.) je vhodné poslat dopředu v e-mailové podobě, čímž je podpořena snaha nevidomého být samostatným člověkem se všemi svými právy.

Rovněž podpis je velmi diskutabilní záležitostí. K podpisu slouží šikovná pomůcka tzv. šablona na podpis. Tato pomůcka je k dostání v každé pobočce Tyfloservisů zcela

zdarma a je nezbytné, aby byla na každém zdravotnickém pracovišti. Dříve používali nevidomí razítko, které je dnes již neplatné. V rámci sociální rehabilitace se vlastnoruční podpis učí a trénuje. Přesto je zde určitá skupina lidí, kteří jsou nevidomí od narození, navštěvovali speciální školu, kde se podpis neučil, a tudíž ho neovládají. Je třeba tuto situaci komunikačně zvládnout s velkým taktem, aby nedošlo k ponížení pacienta.

„Stačí tak málo – přitom jsou to ale těžké věci: přijmout, že nevidomý vyžaduje více času k osvojení dovedností nebo k podání výkonu, přijmout, že nevidomý má omezení dané tím, nakolik si může najít způsob, jak možností dosahovat. Znamená to mít nabídku a dávat o ní vědět – o jednotlivých možnostech a příležitostech, z čehož si mohou vybírat a o co se snažit, a dávat jim zpětnou vazbu o nich samých. Mít ochotu stát se osobou, bez jejíž pomoci se nevidomý při řadě aktivit neobejde. Je třeba tolerance a dobrá komunikace, aby obě strany věděly, co kdo potřebuje a co kdo nabízí...“ (Hradiláková In: Chvátalová, 2001, str. 47).

# EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část výzkumu mapuje nejčastější problémy, s kterými se nevidomí lidé setkávají ve zdravotnických zařízeních.

## 7 Výzkum

Výzkum je popisován jako soubor koordinovaných činností, které přináší nové poznatky (Kutnohorská, 2009).

### 7.1 Cíle výzkumu

**Hlavní cíl výzkumu:** Zjistit problémy nevidomých lidí ve zdravotnických zařízeních.

**Dílčí cíle:**

- Zhodnotit možnosti využití prostorové orientace po zdravotnických zařízeních.
- Odhalit úskalí komunikace zdravotníků s nevidomými.
- Zjistit, jak jsou respektovány specifické potřeby nevidomých ve zdravotnickém zařízení.
- Navrhnout doporučení pro praxi.

## **8 Vlastní výzkum**

Před začátkem vlastního výzkumu bylo nezbytné stanovit si podmínky organizace výzkumu a vhodnou metodu vědecké práce.

### **8.1 Organizace výzkumu**

Výzkum byl proveden na základě rozhovoru při osobním kontaktu s nevidomým jedincem. Výzkumné šetření probíhalo celkem šest měsíců, ačkoli jsem prostředí nevidomých lidí mapovala tři roky před zahájením vlastního výzkumu.

### **8.2 Metoda výzkumu**

K dosažení cílů jsem zvolila výzkum kvalitativní, protože se domnívám, že je tato metoda vědecké práce v dané problematice vhodnější. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor s pečlivě připravenými položkami. Rozhovory jsem chtěla vést v neutrálním prostředí. Nicméně jsem byla nucena se třemi respondenty hovořit v jejich domácnostech z důvodu nutné rekonvalescence. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, o čemž byli respondenti dopředu informováni. Rovněž jsem jim zdůraznila, že se jedná o výzkum anonymní.

### **8.3 Pilotní výzkum**

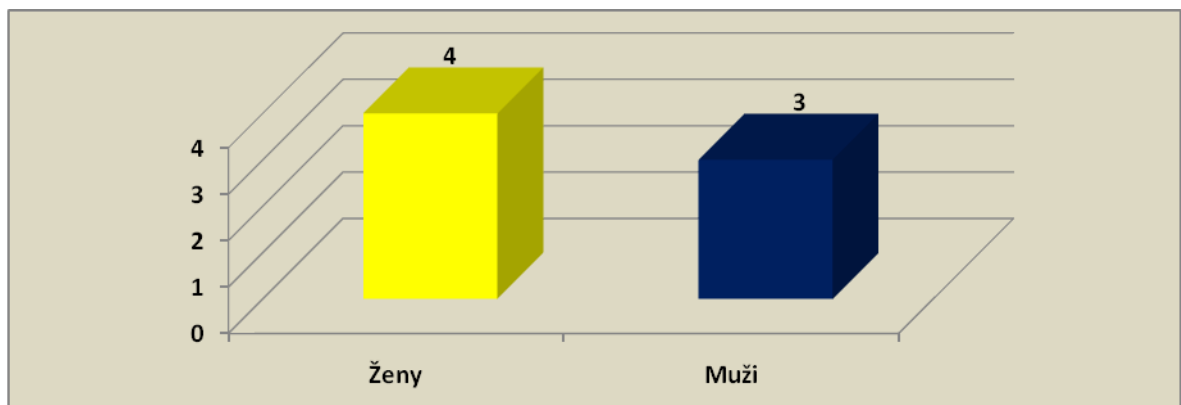
Pilotní výzkum v podobě prvního rozhovoru proběhl v prostorách Lékařské fakulty v Hradci Králové pod vedením vedoucí práce.

### **8.4 Charakteristika výzkumu**

Vzhledem k malému počtu respondentů bylo nutné, aby byli pečlivě vybráni. Této skutečnosti jsem věnovala velkou pozornost. Chtěla jsem, abych mohla co nejdůkladněji prozkoumat otázky, vztahující se k cílům výzkumu. Hlavním kritériem výběru respondentů byla samostatnost v osobním životě, akceptace vady a zkušenost se zdravotníky v ambulantních i lůžkových zdravotnických zařízeních.

## 9 Zkoumaný vzorek

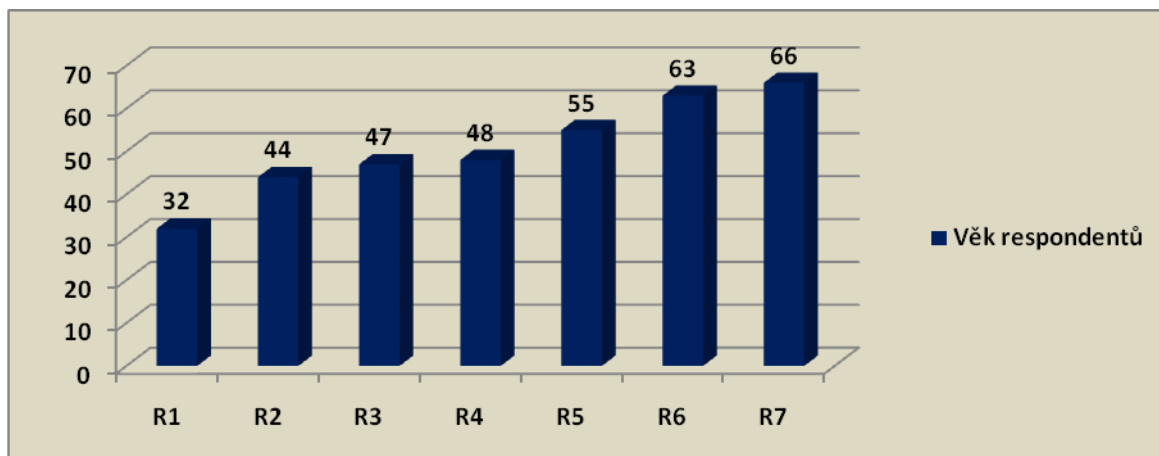
Ve výzkumu byla věnována velká pozornost výběru dotazovaných. Jsou zde zastoupeni respondenti různého věku, pohlaví, vzdělání i s různými příčinami nevidomosti. Hlavním kritériem byla samostatnost v běžném životě a zkušenost se zdravotníky v ambulantní i lůžkové sféře. Identifikační údaje respondentů a kritéria jejich výběru jsem vyjádřila pomocí přehledných grafů a tabulek.



Graf 1 - Pohlaví respondentů

### Komentář:

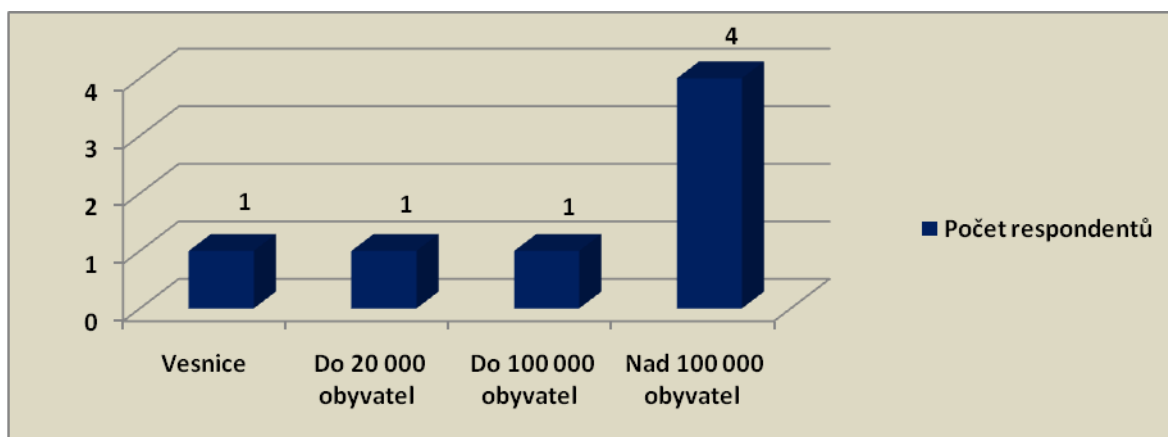
Graf 1 udává počet žen a mužů, kteří byli ochotni odpovídat na moje otázky. Z grafického znázornění je patrné, že jsem hovořila se čtyřmi ženami a třemi muži.



Graf 2 - Věk respondentů

### Komentář:

Graf 2 ukazuje věkové rozmezí respondentů. Staří lidé, ať vidoucí či nevidoucí, mají často potíže se soběstačností, proto můj nejstarší respondent je teprve 66letý muž. Na druhou stranu mladí lidé mají méně zkušeností se zdravotníky, proto nejmladší dotazovanou je 32letá žena. Průměrný věk žen byl 49,5 let, průměrný věk mužů 52,3 let. Průměrný věk všech dotazovaných dosahoval 50,7 let.

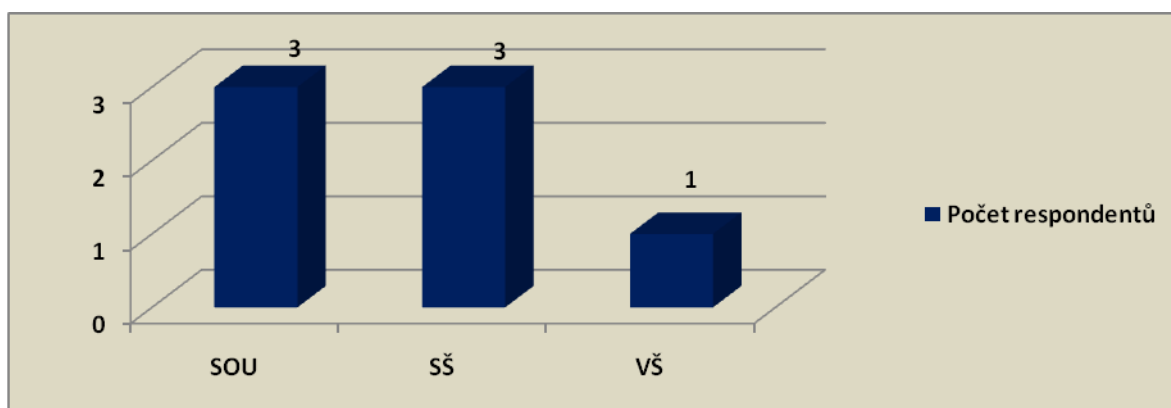


Graf 3 - Bydlení

### Komentář:

Nejvíce nevidomých lidí žije v Praze a ve větších městech. Je to dáno především tím, že většina lidí se vzdělávala ve speciální škole v Praze, tudíž zde zůstala bydlet natrvalo. Rovněž podmínky k životu přizpůsobené pro osoby se sníženou schopností orientace jsou ve velkých městech lepší. Zpravidla je jim přizpůsobená městská hromadná doprava, jsou zde uměle vytvořené vodící linie, signální i varovné pásy a na mnoha veřejných místech je provedena instalace zvukových majáčků, které nevidomým lidem pomáhají. Proto jsem

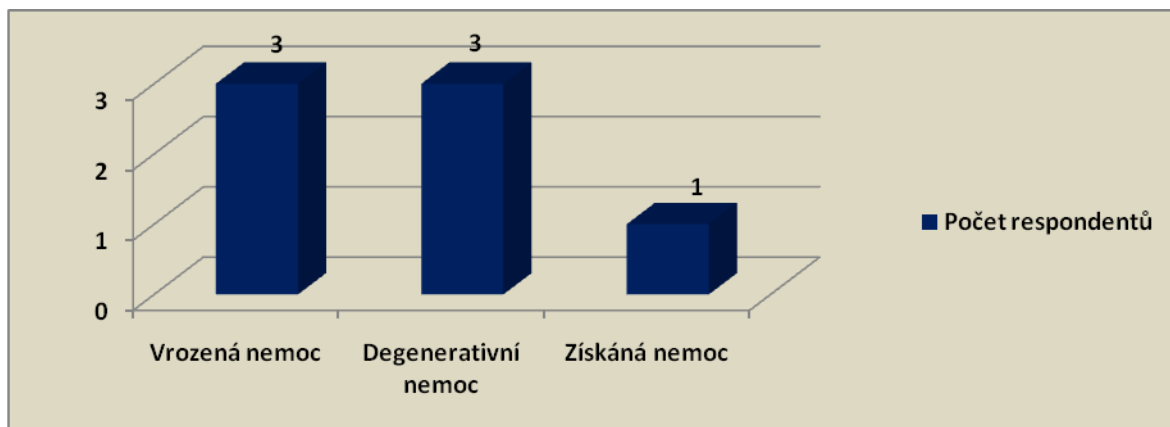
moc ráda, že se mi podařilo získat k výzkumu 32letou ženu, která žije na vesnici a i tam žije plnohodnotný život. Do města dojíždí za prací a nemá s tím problémy. 44letý muž z města se 16 000 obyvateli již tolik spokojen není, neboť si uvědomuje rozdíly mezi investicemi pro handicapované lidi v malém městě a ve velkoměstě.



Graf 4 - Vzdělání

#### Komentář:

Jelikož velmi obdivuji systém vzdělávání nevidomých lidí, pokládala jsem i tuto otázku za důležitou. Nevidomí jsou hrdí na svoje vzdělání. Všichni respondenti mají minimálně střední odborné vzdělání. Tři z dotazovaných jsou vyučeni, tři mají maturitu a 32letá žena je vysokoškolačka. Je dobré si zde uvědomit, že díky rychle se rozvíjejícím informačním technologiím a velkému nasazení lidí, ať už vidoucích či nevidomých, je dnes možno děti integrovat i do běžných škol. To neprospívá jenom nevidomým, ale i většinové společnosti, neboť vyspělá společnost je taková, která umí bez potíží přijímat lidi s handicapem i bez nich a nedělat mezi nimi žádné rozdíly.

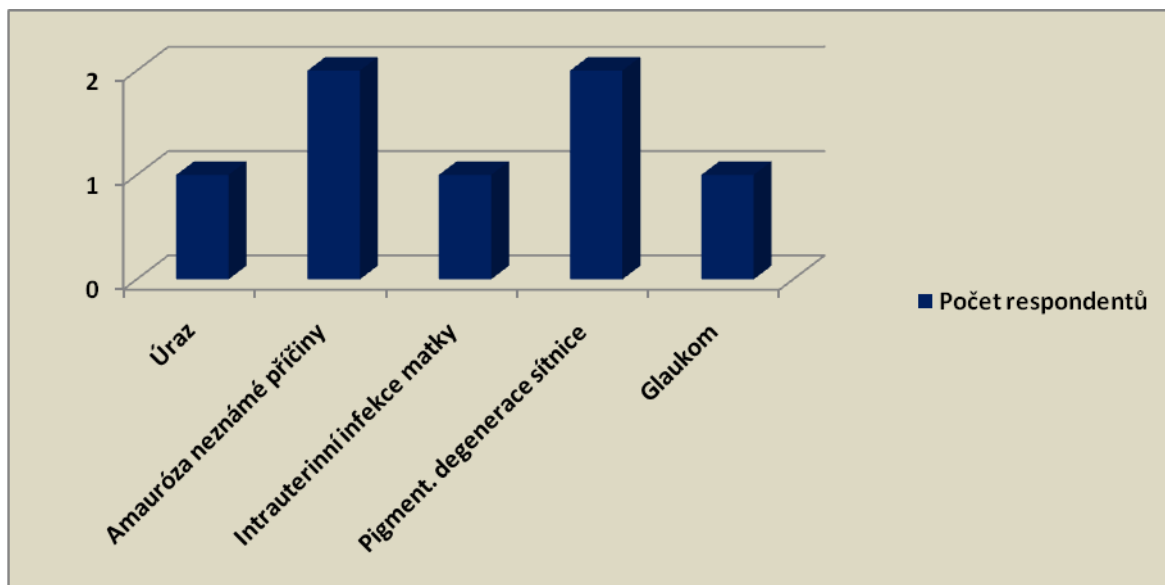


**Graf 5 - Doba vzniku nevidomosti**

**Komentář:**

Graf 5 uvádí, jak nevidomost u daného jedince vznikla. Zda se s ní narodil, ztrácel/a zrak postupně či oslepl náhle. To vše hraje důležitou roli v psychice člověka i jeho okolí. V grafu je vidět, že tři lidé se narodili bez schopnosti vnímat svět pomocí zraku. Jedná se o 47letého muže, 55letou ženu a 66letého muže. Takoví lidé netuší, o co přišli. Na druhé straně jejich výchova klade vysoké nároky na rodiče a učitele. Naštěstí dnes již dochází do rodin, kde se narodí dítě s významným zrakovým handicapem, speciální pracovník z Rané péče, jejichž činnost popisují v teoretické části. Pokud člověk ztrácí zrak postupně, tak jako další tři respondenti, je to mimořádně těžké období, kdy neustále doufá a věří. Výzkumného šetření se zúčastnily tři ženy s degenerativním onemocněním. 32leté ženě se významně zhoršil zrak v adolescentním věku, 48letá žena byla slabozraká a od 12 let nevidí vůbec a 63letá žena, která byla rovněž slabozraká, je prakticky nevidomá od svých 55 let. Posledním respondentem je muž, který ztratil zrak náhle, během jedné vteřiny v práci, kde unikl čpavek a zasáhl mu oči. Tento muž se vyrovnával se změnou svého zdravotního stavu nejhůře. Měl stavy, kdy nechtěl vůbec žít. Pomohla mu jeho vidoucí žena, která při něm věrně stála a stojí dodnes. Tento 44letý muž je tomu rád, protože nyní tvrdí, že se ztrátou zraku se smířil a že ji přijal jako svůj životní osud.

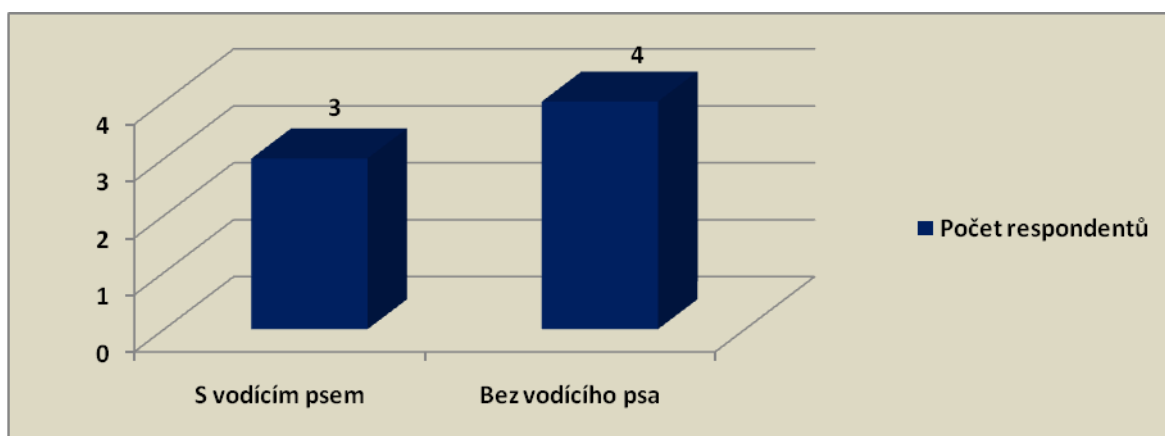




Graf 6 – Příčiny nevidomosti u respondentů

**Komentář:**

Graf 6 ukazuje zastoupení jednotlivých příčin nevidomosti u respondentů.



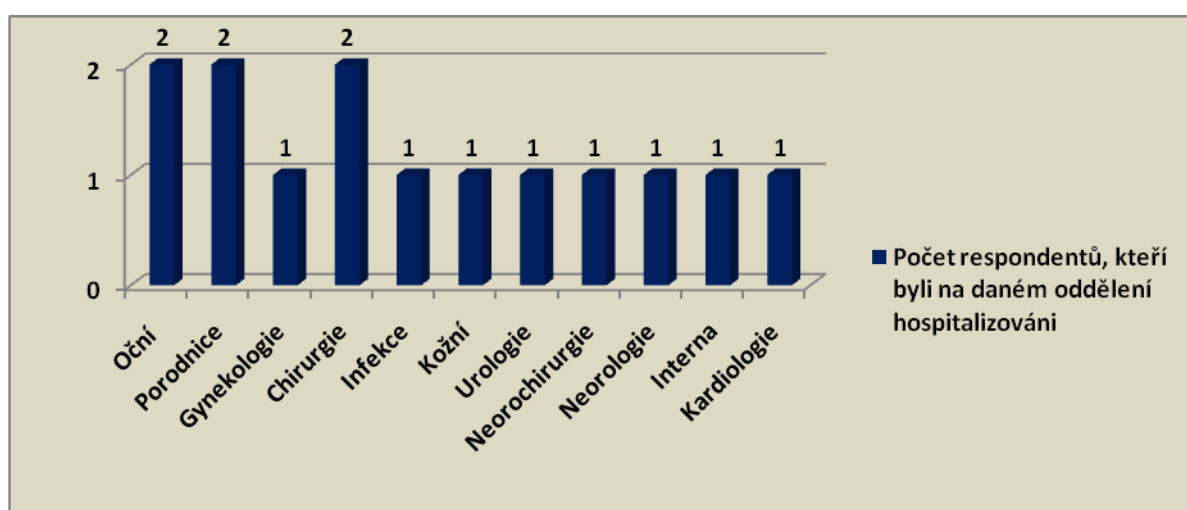
Graf 7 - Vodící pes

**Komentář:**

Na grafu 7 je vidět, kolik respondentů výzkumu vlastní vodícího psa. Zajímavostí je, že lidé, kteří se narodili bez zrakového smyslu netouží po vodícím psu, naopak by pro byl ně překážkou. Pohybují se totiž velmi dobře s pomocí techniky dlouhé bílé hole. Naopak tři respondenti se získanou nevidomostí si psa nemohou vynachválit. Pouze 48letá žena, která nevidí od 12 let psa nechce, protože trpí fobií ze zvířat.

**Tab. 3 - Hospitalizace**

Respondenti	Oddělení, kde byl/a hospitalizován
R1	Jednou byla hospitalizována na očním oddělení.
R2	Prodělal mnoho hospitalizací a operačních zákroků na obou očích. Těsně po úrazu ležel několik dní na Klinice popálenin, poté byl převezen na oční oddělení, kde strávil půl roku. Jednou byl hospitalizován na chirurgii.
R3	Dvakrát ležel na chirurgii a jednou na infekci.
R4	Ležela na porodnickém a kožním oddělení.
R5	Čtyřikrát byla hospitalizována v porodnici, jednou na urologii a jednou na neurologii.
R6	V poslední době byla hospitalizována čtyřikrát - 2006 gynekologie, 2008 ORL, 2010 a 2011 ortopedie.
R7	Ležel na neurochirurgii, interně, kardiologii.



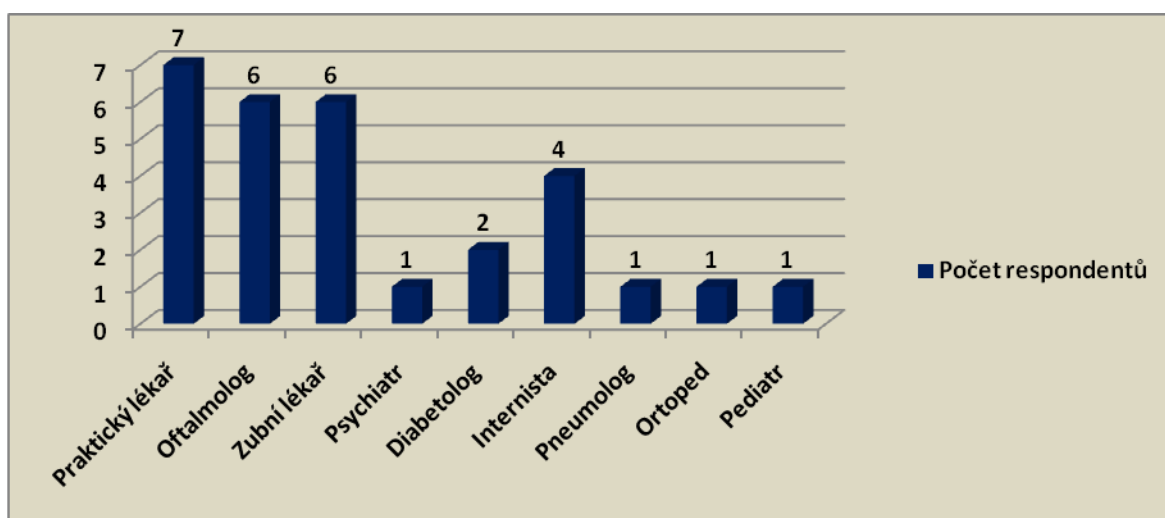
**Graf 8 - Hospitalizace**

**Komentář:**

Při výběru respondentů pro mne bylo také určující, zda byli v poslední době hospitalizováni. V rámci pilotního výzkumu jsem si tuto skutečnost plně neuvědomila, proto 32letá žena, která je v tabulce pod symbolem R1, sice pobývala v nemocnici, ale v té době ještě relativně dobře viděla. Další dotazované jsem vybírala vždy tak, aby byli v poslední době hospitalizováni. Chtěla jsem zjistit, co nejvíce informací o zdravotnících a nevidomých nejen v ambulancích, ale i v nemocnici.

**Tab. 4- Návštěvy ambulantních zdravotnických zařízení**

Respondenti	Která ambulantní zdravotnická zařízení navštěvujete?
R1	Praktický lékař, zubní lékař, gynekolog a oftalmolog.
R2	Praktický lékař a oftalmolog.
R3	Praktický lékař, psychiatr, diabetolog.
R4	Praktický lékař, pneumolog, internista a oftalmolog
R5	Praktický lékař, oftalmolog, internista, kardiolog, s dětmi pediater,
R6	Praktický lékař, gynekolog, internista, ortoped, endokrinolog, oftalmolog.
R7	Praktický lékař, oftalmolog, internista, diabetolog.



**Graf 9 - Ambulantní zdravotnická zařízení**

**Komentář:**

Posledním kritériem výběru bylo, zda dotazovaní pravidelně navštěvují ambulantní zdravotnická zařízení. Z tabulky č. 4 je patrné, že všichni respondenti navštěvují praktického lékaře a většina i očního lékaře. Překvapivým zjištěním pro mne bylo, že jeden respondent nenavštěvuje oftalmologa vůbec. Jedná se o 47letého muže, v tabulce pod symbolem R3, který od mládí nebyl u očního lékaře. Jako důvod uvádí to, že trpí tzv. anophtalmem, tedy nemá oční bulby, tudíž neví, s čím by chodil. Kompenzační pomůcky si tento 47letý muž kupuje. Řada dalších ambulantních lékařů různých specializací, kde jsou tito lidé v dispenzární péči, je rovněž zastoupena.

## 10 Interpretace dat

Data jsou uvedena v tabulce. Respondenti jsou označeni symbolem R s příslušným číslem a jsou seřazeni od nejmladšího k nejstaršímu. Některá data jsou zobrazena pomocí grafu. Pod tabulkou nebo grafem je připojen komentář.

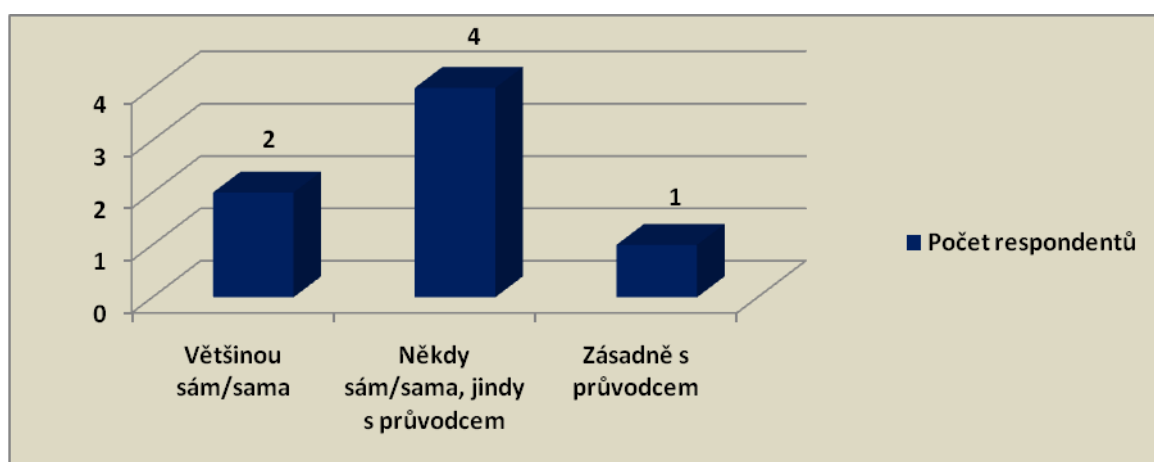
### Otázky k polostandardizovanému rozhovoru

1. Navštěvujete zdravotnická zařízení sám/sama nebo s průvodcem?
2. Jaké pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?
3. Víím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měl/a byste o ní zájem?
4. Měl/a jste někdy problém se vstupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?
5. Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyl/a?
6. Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?
7. Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?
8. Čeho se vám od zdravotníků nedostává?
9. Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?
10. Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?
11. Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?
12. Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisoval/a jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.
13. Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?
14. Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení, pozitivní nebo negativní?

## Návštěva zdravotnického zařízení - sám/sama nebo s průvodcem

Tab. 5 – Pohyb po zdravotnických zařízeních

Respondenti	Navštěvujete zdravotnická zařízení sám/sama nebo s průvodcem?
R1	Někdy sama, někdy s průvodcem, podle toho, jestli to tam znám.
R2	Většinou chodím sám. Ale někdy musím s manželkou. Třeba když jedu do Prahy, tak ta nemocnice je hotové bludiště, neboť je to veliký areál.
R3	Zásadně s průvodcem, protože si myslím, že je to vhodnější. Pro mě ten průvodce zprostředkovává nejen to, že mě vodí, ale taky to, že mně řekne, kolikátý jsem v pořadí, a navíc taky to, že na mě venku v čekárně počká. Do ordinace jdu sám, požádám sestřičku, aby si mě převzala.
R4	Jak, kdy a kam. Tam, kde to neznám, musím s doprovodem.
R5	Většinou sama.
R6	Do ambulantních zařízení sama, do nemocnice s doprovodem.
R7	K praktické lékařce sám, jinam s doprovodem.

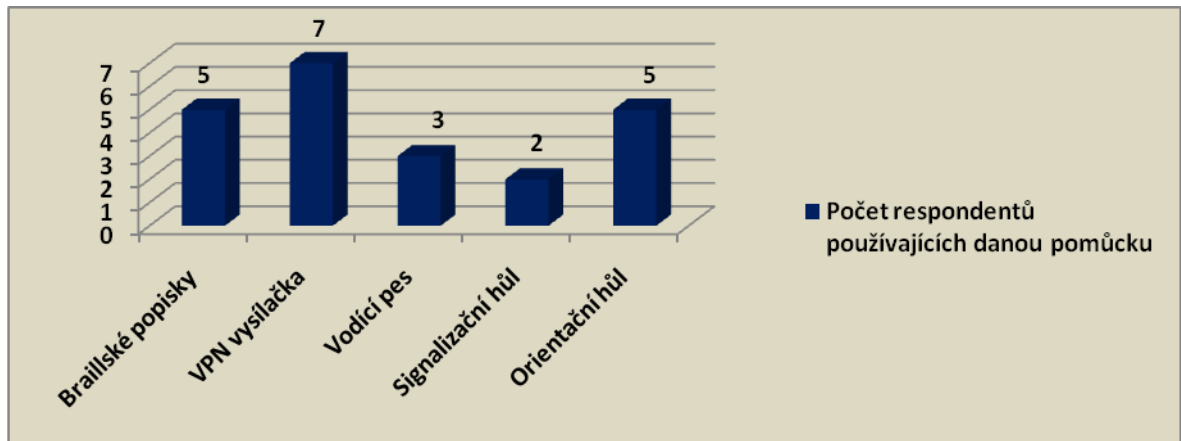


Graf 10 - Pohyb po zdravotnických zařízeních

### Komentář:

Zásadně s průvodcem chodí pouze jeden respondent, dva respondenti chodí většinou sami a čtyři další někdy sami, jindy s průvodcem.

## Používání kompenzačních pomůcek k orientaci v prostoru



Graf 11 - Použití kompenzačních pomůcek

### Komentář:

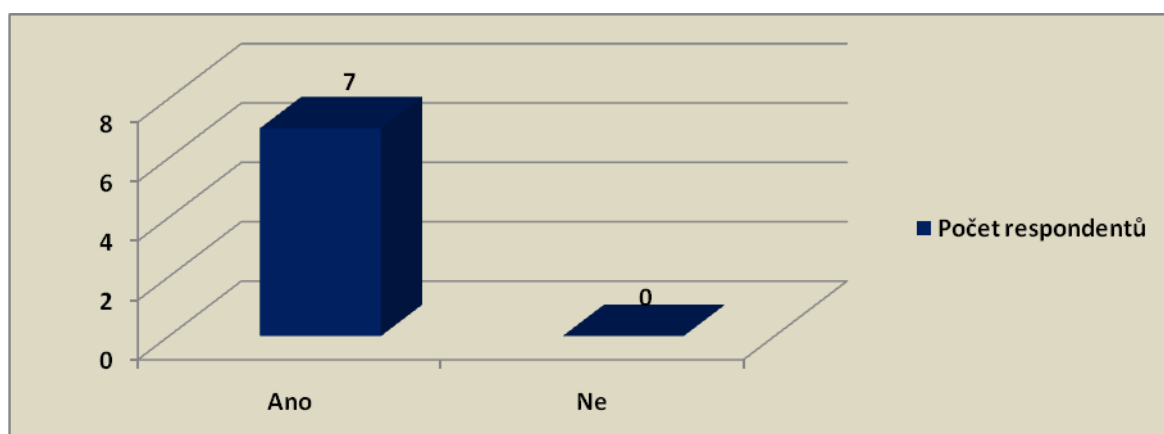
Tuto otázku jsem respondentům položila proto, abychom si uvědomili, jaké používají pomůcky k orientaci v prostoru. Tři respondenti R1, R2 a R6 vlastní vodícího psa. I když mu důvěřují, pro jistotu při chůzi se psem mají R2 a R6 i signalizační hůl. Hůl je jednak označuje, a navíc je upozorní na překážku, pokud by ji pes neodhalil. To se ale stává velmi zřídka, tudíž ji mají spíše pro vlastní pocit jistoty a bezpečí. R1, R3, R4, R5 a R7 používají orientační hůl s její propracovanou technikou dlouhé bílé hole. Je nezbytné dodat, že důležitým předpokladem pro získání vodícího psa, je nutnost ovládat i právě zmiňovanou techniku dlouhé bílé hole. Nicméně R2, který oslepl náhle ve 24 letech, a R6, která nevidí od 55 let, přiznávají, že bez psa by nikam nedošli, nebo jen velmi špatně. Naopak R1, které se zrak významně zhoršil v pubertě, techniku dlouhé bílé hole ovládá velmi dobře. R3, R4, R5 se pohybují výborně. R7 měl „milující“ rodinu, která ho všude vodila až do jeho 50 let, a to i denně do práce. Byl tzv. staroslepec. Rodina mu nedovolila používat bílou hůl, ale on se nakonec svojí velikou houževnatostí a motivací být samostatným dokázal naučit prostorové orientaci i v pozdějším věku.

Všichni dotazovaní vlastní tzv. VPN vysílačku, která reaguje na zvukový maják a ten jim hlásí, kde se nacházejí. K orientaci R1, R3, R4, R5 a R7 užívají Braillové popisky, pokud ví, kde jsou umístěny. R2 a R6 Braillovo písmo neumí.

## Asistenční služba ve zdravotnickém zařízení

Tab. 6 – Asistenční služba ve zdravotnickém zařízení

Respondenti	Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měl/a byste o ní zájem?
R1	Určitě by to bylo dobré. Třeba areál nemocnice je veliký. Pokud to tam člověk nezná, těžko bude hledat nějakou budovu, natož konkrétní oddělení, které potřebuje.
R2	Určitě, pomohlo by mně to.
R3	Tu službu na nádraží znám. Já myslím, že by to v nemocnicích bylo rozumné, ale při dnešních škrtech...Ale bylo by to rozumné! Byl bych rád.
R4	Mělo by to být. Pomohlo by to moc, protože v těch velikých budovách se člověk prostě nevyzná. I když tam bude pětkrát.
R5	Jo, to by byl dobrý nápad. To bych určitě využila.
R6	Znám z letiště, tam to je. V nemocnici by bylo určitě dobrý, aby tam někdo byl, kdo by byl schopen vám říct, kde je ten doktor nebo to oddělení. Oni vám sice teď řeknou: „Támhle!“, ale vy si to na těch dveřích nepřectete.
R7	Pokud by byla taková služba v nemocnicích, byla by to obrovská pomoc!



Graf 12 – Zájem o asistenční službu

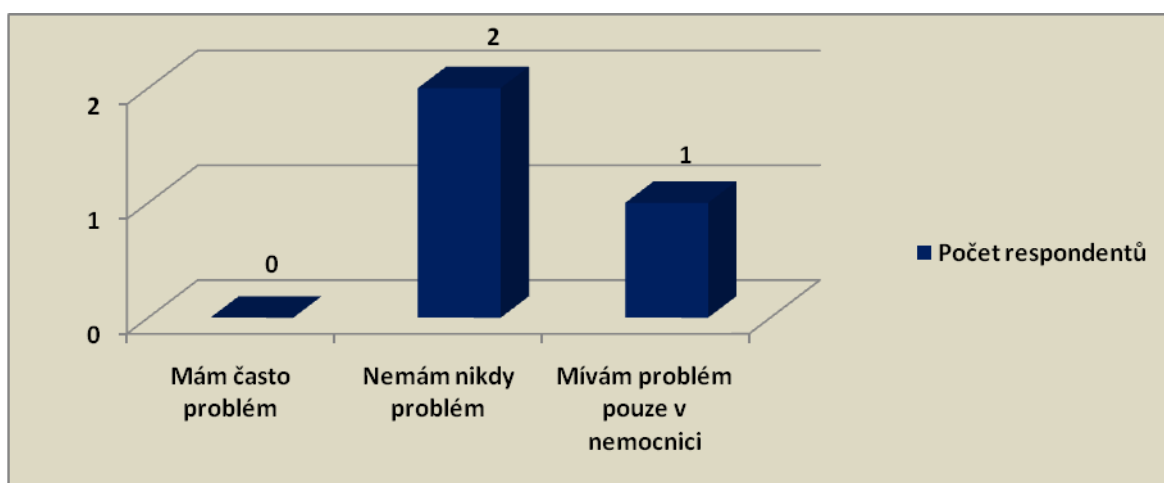
### Komentář:

Otázka byla zodpovězena zcela jednoznačně. Všichni respondenti by tuto službu uvítali. Nevidomí lidé zpravidla nemají potíže přijet do zdravotnického zařízení sami. Problémy nastávají za branou zdravotnických zařízení, kdy hledají příslušného lékaře nebo dané oddělení.

## Problémy se vstupem vodícího psa do zdravotnického zařízení

Tab. 7 – Omezení s vodícím psem

Respondenti, kteří vlastní vodícího psa	Měl/a jste někdy problém se vstupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?
R1	Musím říct, že s těmi ambulantními doktory a sestřičkami nemám špatné zkušenosti. Tam jsme nikde problém neměli. Ohledně toho psa, byla jsem překvapená, protože spousta lidí říká, že s tím má problém, ale opravdu u těch malých ordinací, u těch obvodních lékařů, jsem se nesetkala s nějakým problémem. Trošku horší už to bylo v nemocnicích nebo ve větších zařízeních. Tam mi přijde, že už je to trošičku horší. Tady na očním ne, to bylo v pořádku. Sestřičky s tím neměly problém. Ale stalo se mi to v okresní nemocnici. Chtěla jsem jít na návštěvu za tetou, a nebyla jsem tam puštěna. To mně bylo líto. Ale sestra řekla, že ne, že nemůžeme.
R2	Ne, nikdy. Jsou to moje oči.
R6	Chodím s ní a problém není. Jenom když jsem měla před dvěma roky obvodní lékařku, tak ta se bála velkých psů, takže sestřička ho hlídala. To bylo tou doktorkou, že se fakt bála, asi měla nějakou špatnou zkušenost. Ale pes jako takový jí nevadil a chtěla, aby ho sestra hlídala. Výslovně se bála. Ale třeba k hospitalizaci bych svého psa nechtěla, protože jsem šla většinou na operaci a to by nešlo.



Graf 13 – Problémy se vstupem vodícího psa

### Komentář:

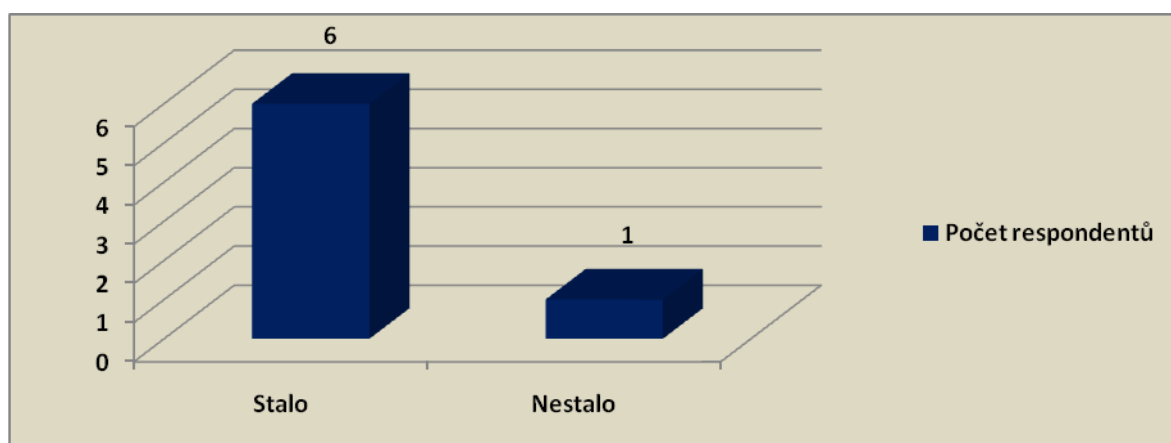
Jelikož vodícího psa vlastní pouze tři z mých respondentů, jak ukazuje následující tabulka, nemohu situaci se vstupem vodícího psa do zdravotnických zařízení spolehlivě hodnotit. Nicméně uvedení respondenti problémy neměli. Jenom R1 se setkala s odmítavým postojem v jedné okresní nemocnici, kdy jí byl vstup zakázán. Dodává, že nemá nikdy problémy v malých zdravotnických zařízeních, ale výjimečně v některých nemocnicích.



## Komunikace s průvodcem

Tab. 8 – Skutečná role průvodce

Respondenti	Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, jako byste tam vy nebyl/a?
R1	Ano. Když přijdu do zdravotnického zařízení s průvodcem, tak oni z 90% komunikují s tím průvodcem.
R2	Ne, nestává se to.
R3	Jó! To je téměř vždy, ale ozvu se.
R4	Ano.
R5	Já chodím většinou sama. Ale když jsem šla s průvodcem, tak většina zdravotníků hovořila na něj.
R6	Samozřejmě, občas se to stane.
R7	To je běžné.



Graf 14 – Ignorance nevidomého

### Komentář:

Téměř všichni respondenti odpověděli, že pokud přijdou do zdravotnického zařízení s průvodcem, hovoří zdravotník na něj. Pouze jeden respondent odpověděl, že se mu to nikdy nestalo. Tato skutečnost je pro nevidomé pacienty velmi nepříjemná. R2 odpověděl, že se mu to nikdy nestalo, ale zároveň dodává, že s průvodcem chodí minimálně. Vlastní totiž vodícího psa, který ho všude doprovází.

## Podání ruky jako důležitý hmatový kontakt zdravotníka s nevidomým

**Tab. 9 – Podání ruky při kontaktu se zdravotníkem**

Respondenti	Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?
R1	Řada těch doktorů a sester tohle vůbec nedělá. Ovšem pokud ji podávají, tak je dobrá informace, že to ten zdravotník řekne: „Podávám vám ruku.“ Pak je to dobré. Někdy, když ten člověk má zbytek zraku, tak odtuší, nebo zaregistruje nějaký pohyb a ruku natáhne. Ale je pravda, že se s tím nesetkávám. Ale bylo by to příjemné.
R2	Ano. Mně podávají ruku všichni lékaři. Sestřičky ale bohužel ne.
R3	Víte, těch lékařů jsem absolvoval docela hodně. Někdy se mi to stalo, ale často se mi to nestává vůbec. Ale záleží, jací jsou to lékaři a sestry. U těch mladších, takových těch co prošli dnešním zdravotnictvím, se to spíše uplatňuje, protože to je jakási součást toho chování k pacientům. Kdežto u těch starších zdravotníků jste někdy považována za občana druhé kategorie.
R4	Málo. Ale jedna sestra na plicním to dělá. A zažila jsem i mladého doktora v nemocnici.
R5	To skoro bych řekla, že by to mělo být pravidlo, protože... Najednou cítíte důvěru k tomu doktorovi, či k té sestře. Je to psychologické. A když už nic jiného, tak je to úžasně jako... Někdy mi někdo podal ruku, ale neřekl to. Já to nějak vytuším. U přirozených lidí je to normální, že ho to napadne. A je to hrozně příjemný. Tohle je akt, který fakt je dobrý. Ale je to málo kdy.
R6	Nepamatuju si, že by mně někdo ruku podal. Možná v té nemocnici, když jsem šla na operaci. Ale to je teorie, praxe je jiná. Zdravotníci ruku nevidomým při kontaktu zpravidla nepodávají.
R7	Nestává se to. Je to v lidech... Víte, navázání toho kontaktu je podstatný. A to si myslím, těm lidem moc nedaří.

### **Komentář:**

V tabulce jsou uvedeny zkušenosti respondentů s podáním ruky při kontaktu se zdravotníkem. Jelikož nevidomý je ochuzen o zrakové podněty, je podání ruky velmi důležitým hmatovým kontaktem, který nahrazuje vizuální vlídný pohled obou zúčastněných. Přesto většina dotazovaných uvádí, že jim ruku při pozdravu zdravotníci podávají zřídka. Pouze R2 uvádí, že lékaři mu podávají ruku při každé návštěvě. Zároveň však dodává, že sestry nikdy. Naopak R4 zná jednu sestru, která jí vždy ruku podá a zažila i jednoho mladého lékaře v nemocnici.

## Největší překážka při komunikaci se zdravotníky

Tab. 10 – Problémy při komunikaci se zdravotnickým personálem

Respondenti	Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?
R1	Největší problém je to, <b>když mě s pejskem někam nepustí</b> . Řeknou, že s vodícím psem tam nesmím.
R2	Problém je, že někdy vás sestry nebo lékaři oslovují, ale <b>neoslovují vás jménem</b> , takže nevíte, že mluví k vám.
R3	Mám hodně dobrých a hodně špatných zážitků. Lidé na mě byli zlí a sprostí nebo mě naprosto ignorovali. A já jsem se musel sám ozvat a ty lidi nasměrovat, pokud možno slušným způsobem, aby <b>navázali dialog se mnou a ne třeba s mým průvodcem</b> . Hovořím o dialogu se zdravotníkem ve zdravotnickém zařízení.
R4	Měla jsem manžela na JIP, kde byla jedna doktorka...(kroutí hlavou) Když jsem se jí zeptala na zdravotní stav manžela, tak neustále lítala kolem mě a odbíhala. Já, když nevím, kde je, tak...Já čekám, že bude mluvit z té strany, z které s ní mluvím, a ona je někde jinde. <b>A mluví ... Já nevím zkratkovitě, rychle</b> . Myslím si, že to bylo i proto, že za manželem chodil i jeho bratr, který je vidoucí. Je dobře, že za ním chodil, ale s ním ta doktorka mluvila slušně a líp než se mnou, i když jsem manželka.
R5	Tak to je někdy problém, protože... Stávají se takové věci... To se mi stalo teď naposledy, když jsem ještě jednou byla hospitalizovaná. <b>Dají mi do skleničky tabletky, ale neřeknou, že je tam dali</b> .
R6	Největší? <b>Že na vás nemluví a že koukají jinam</b> . Oni vidí, že na ně taky nekoukáte, že šilháte nebo ty vaše oči nejsou jako ty zdravé a oni buď si píšou, nebo hodně málo komunikují. Ten problém je největší. Oni nechtějí mluvit.
R7	Tady je spíš nebezpečí, že toho <b>člověka nepokládají za hodného diskuse</b> . Buďto je tady jeden extrém, že se mnou mluví jako se slabomyslným, nebo stojí nad vámi doktor se sestrou, něco si povídají, co se zřejmě týká vás, a najednou vám prostě řeknou: „Sedněte si, ruku si dejte do výšky ramen!“ Ale já myslím, že by mně měli říct, že mně vezmou krev z téhle žíly. Měl bych vědět, co se mnou budou dělat. A někdy se stane, že se ještě cítí dotčeni.

### Komentář:

Každý člověk je jiný, proto každému vadí něco jiného. Přesto některé odpovědi se opakují častěji. Je to především neznalost komunikace s nevidomým v praxi.

## Nedostatek pochopení od zdravotníků

Tab. 11 – Nedostatky zdravotníků

Respondenti	Čeho se Vám od zdravotníků nedostává?
R1	<b>Informovanosti a vzdělávání.</b> Vědět, že se nevidomého nemusíte bát a že vodící pes k takovému člověku patří. Zdravotník by měl nevidomého člověka brát v komunikaci jako vidoucího pacienta. Někdy to tak není.
R2	Já jsem oslepl náhle, chovali se ke mně sice všichni hezky, ale nikdo mi neřekl, že existují organizace, které sdružují nevidomé, a že mohu mít vodícího psa. Sedmnáct let mi nikdo nenabídl bílou hůl, vodila mě manželka. Je vytvořený systém, který může pomoci člověku, když náhle oslepne, ale <b>zdravotníci ho neznají.</b>
R3	Nedostává se mi <b>pochopení</b> , že já jako člověk, který přišel se svým občanským průkazem, se svojí zdravotnickou kartičkou a se svým zdravotním problémem, jsem plnoprávný občan této země a žiju v podstatě do velké míry plnoprávný život, tudíž bych od toho zdravotníka čekal, že když přijdu s nějakým problémem, tak se tomu problému bude věnovat jako u kteréhokoli pacienta. U některých zdravotníků bohužel přežívá pocit, který není úplně neoprávněný nebo nesprávný a to, že člověk slepý sedí jenom doma, tudíž vlastně ty věci, s kterými chodí, jsou podružné, protože ty jsou problémem pro lidi, kteří chodí
R4	To jsme zase u té <b>komunikace</b> , u toho přístupu. Já nevyžaduju speciální přístup. Já si zpětně vůbec neuvědomuju, že by mně některá sestra na porodnici nebo na tom kožním, kde jsem ležela, že by mě vzala a řekla: „Tak pojd'te, tady máte koupelnu, tady WC a dál 2., 3. dveře... Člověk si to musí sluchem nějak odhadnout.
R5	Vzpomínám kdysi, když jsem třeba chodila s první dcerou do poradny sama. Bývalo hodně náročné, než jsem se dopracovala k tomu, že jsem zaklepala a řekla: „Sestřičko, jsem tady. Prosím vás, hlídejte si mě. Já nechci nikoho předbíhat, ale nevím, kdy půjdu na řadu.“ Dělal jsem to z toho důvodu, že tam byli tak drzí lidé, že mě prostě předběhli, i když jsem řekla, za kým jsem. Je to o té <b>komunikaci.</b>
R6	Nemají informace o nevidomých. Např. se divili, že existuje bílá hůl opěrná. Musela jsem jim vysvětlit, že je bílá, abych byla označená, že nevidím. Ta <b>neznalost je tam veliká.</b>
R7	Největší problém je v <b>komunikaci.</b> Někdy ty přístupy jsou hrozný v tom, že... Oni to nedělají schválně, ale když vám říkají: „Teď je tady pan XY a pán je slepý jo, tak pozor.“

### Komentář:

V této otázce se respondenti shodli. Nejvíce se jim nedostává od zdravotníků vhodné komunikace, což je podle nich způsobeno nedostatečným vzděláním týkajícího se nevidomých lidí.

## Zlepšení přístupu zdravotníků k nevidomým lidem

Tab. 12 – Zlepšení zdravotníků v přístupu k nevidomému pacientovi

Respondenti	Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?
R1	Nevědí, jak se mají chovat a spíš se ani nezeptají nebo neřeknou. Oni se snaží pomoci, ale je to potom ... Dojde to do takových důsledků, že toho člověka někde prostě odvláčí, někde se ho snaží namanipulovat, aniž by věděli, že třeba tomu člověku stačí jenom říct, nebo popsat to místo a on si to zařídí sám. <b>Nejsou</b> zkrátka <b>obeznámeni</b> . Myslím si, že je to v té informovanosti. Stalo se mi třeba i na očním, že sestřička vůbec nevěděla, jakým způsobem se mnou má komunikovat, co se mnou má dělat. Bylo to takové to, že mě někde tlačila před sebou jako almaru. Přesně takový ten přístup.
R2	Pro nás by bylo příjemné, <b>když by nás oslovovali jménem</b> , abychom věděli, že mluví na nás. Hlavně, když je v místnosti víc lidí.
R3	Sám se snažím kopat za lepší komunikaci, protože <b>dobrá komunikace je lékem</b> na všechna zbytečná nedorozumění. A to je to nejdůležitější, co by tahle společnost měla pro postižené lidi udělat.
R4	Já bych hlavně <b>školila ten současný personál</b> – sestry, sanitáky, doktory, prostě všechny.
R5	Měli by projít nějakým <b>kurzem</b> nebo alespoň <b>přednáškou o nás</b> .
R6	<b>Hlavně na ně mluvit</b> . Hlasem poznáte všechno. Víte, že to je vážný, to poznáte na hlase, jak ten člověk mluví. I když vám neřekne třeba přesnou pravdu, něco vám naznačí. Tak vy podle hlasu poznáte všechno.
R7	Pořád jsme u té komunikace, u toho přístupu. Přivezou mě na vozíku, řeknou mi: „Tady se překulte na lehátko, hlavu máte tam...“ To pro mě nic neznamená. To už je špatný. Teď mně dávali trubici do jícnu, ten doktor to dělal ráno. (směje se) Byl takový, že říkal: „Lehněte si na levý bok, teď to budete cítit.“ (předvádí tichou mluvu lékaře) Byl velmi úsporný v tom popisu. Víte, ta <b>komunikace by měla být konkrétní a postihnout to, co je předmětem</b> . Ale to neumí ani oční lékaři, oni sice dostávají informační materiály, ale v životě se do nich nepodívají. Je řada lidí, kteří vůbec nevědí, kde se můžou Braillovo písmo učit, nevědí, kde se můžou učit orientaci, protože jim to nikdo ve zdravotnictví neřekne.

### Komentář:

Všichni dotazovaní se shodli, že zdravotníci by mohli zlepšit svůj přístup tím, že by se v této oblasti vzdělávali.

## Zdravotník jako průvodce nevidomého

Tab. 13 – Schopnost zdravotníka vést nevidomého

Respondenti	Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?
R1	Samozřejmě neumí. Většinou vás někam vláčí ...
R2	Neumí.
R3	Jednoznačně tuto dovednost neovládají. Chodím s průvodcem a sám požádám sestru, aby si mě vzala, a ukáží jak. Snažím se komunikovat, vydat ten signál.
R4	Když jsem na té chodbě a jdu do dveří, když mě nechytanou nebo neřeknou, kam mám jít, tak třeba do nich vrazím. Víte, když mě znají, tak mě doprovodí, ale taky se mi stalo, že jsem někam přišla poprvé a je paradox, že to bylo zase na očnám a prostě... Pozdravila jsem a ono nic se neozvalo. Tak jsem šla rovně a tam byl stůl nebo něco a ona (myslí sestru) říká: „Doleva pojdte k paní doktorce.“ A stála za mnou. Říkám: „Sestřičko, když byste mě chytila za ruku, bylo by to rychlejší, než když mi to takhle budete povídat. Já se našťestí umím ozvat, ale každý to neumí. A většina těch zdravotníků vodit neumí.
R5	Myslím si, že neumí. Většinou mi sestřička řekne: „Před vámi máte židličku.“ A nikdy neřekne, ale to už předpokládám, že ta židlička bude někde. To si domýšlíte. Slyšíte toho pana doktora, tak si domyslíte, že je u stolu, tak ta židlička bude někde kousek od něj. Když je pan doktor vpravo, tak ta židlička bude asi někde tady. Tak si tak lehce šáhnu a ...
R6	Ne! Spíš do vás tlačí. Někdo je šikovný, tak třeba zaťuká a řekne, že vlevo máte židli.
R7	Pokud jdu s průvodcem, tak mě dovede přímo do ordinace a posadí. Taky se mi stalo, že pro mě přišla sestřička, vzala mě a dovedla. Ale to bylo jednou v životě. To je všechno v lidech. To navázání kontaktu je podstatné a to se moc těm lidem nedaří.

### Komentář:

V této otázce zdravotníci u nevidomých jednoznačně propadli. Žádný respondent si nemyslí, že by zdravotníci uměli vést nevidomého. To je myslím pro zdravotníky velmi špatné hodnocení.

## Hospitalizace nevidomého pacienta

Tab. 14 - Usnadnění hospitalizace

Respondenti	Jak usnadnit hospitalizaci nevidomému?
R1	Hlavně mít <b>pokoj u toalet a koupelny</b> , aby nemusel běhat přes celou chodbu a hledat to. Potom <b>označení pokoje</b> , dveře jsou všechny stejné. A taky <b>možnost používat počítač</b> .
R2	Nejllepší je nabídnout mu <b>nadstandardní pokoj</b> , kde je všechno a projít ho několikrát s ním.
R3	Je důležité, aby ta sestra, která vás uvádí na to oddělení, si uvědomila, že <b>potřebujete pochopit, jak se jde z pokoje ven na tu hlavní chodbu</b> , kde je schodiště a výtah, kterým se dostanete po té budově. Dále se potřebujete <b>naučit pochopit uspořádání, kde jsou ty postele</b> a kde stojí ta vaše. Nejvhodnější je ta, ke kterým trefím, někde na okraji. A pokud to jde, <b>s klidnějšími pacienty</b> .
R4	Důležité je mít <b>hygienické zařízení na pokoji</b> . Mít možnost vybrat si <b>postel</b> , aby byla <b>u zdi</b> a hlavně, aby si personál uvědomil, že <b>nesmí přerovnávat žádné věci</b> .
R5	Hlavně <b>komunikovat</b> . Dál <b>připojení na počítač</b> .
R6	Je důležité mít <b>připojení na počítač</b> , tedy zásuvku. Ideální, když je <b>na pokoji koupelna a záchod</b> . <b>Nenutit chodit do společné jídelny</b> .
R7	<b>Vlídny personál</b> , který má zájem se domluvit.

### Komentář:

Výzkum ukázal, že nejdůležitější je pro respondenty mít koupelnu a záchody na pokoji. Další častou odpovědí je mít připojení na počítač a ochotný personál, který dostatečně komunikuje. R2 navrhuje, aby nevidomý, pokud je to možné, dostal nadstandardní pokoj za standardní cenu. Napadlo ho to proto, že při nedávné hospitalizaci mu ho nemocnice nabídla a byl velmi spokojený. Znesnadnit hospitalizaci dovede nevidomým i prosté přerovnání věcí na nočním stolku či posunutí pantoflů při vytírání, které potom těžko bez kontroly zraku hledají. Pro R3 je velmi důležité, aby si s ním sestra několikrát prošla oddělení, aby se dokázal zorientovat. Očekávala jsem konkrétnější odpovědi ve smyslu nemít nic na chodbě, zavírat dveře, mít vždy označený pokoj, apod. Respondenti ale svorně tvrdí, že nepotřebují žádné výjimečnosti, stačí jen pochopit, že nemohou užívat zrak a z toho plynou některé odpovídající požadavky.

## Informovaný souhlas

**Tab. 15 – Informovaný souhlas a problémy s tím spojené**

Respondenti	Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisoval/a jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.
R1	Zdravotník by mně ho měl přečíst. Neznamená to však, že ho musí číst celý, ale aspoň v kostce by to měl vysvětlit nebo mít doprovod, který to přečte. Pro podpis mně stačí, když mi zdravotník píchne prst na řádek. Co se týče přepisu do Brailly, musel by to ten člověk dostat do ruky s předstihem.
R2	Přečte mně to manželka a podepsat to pro mě problém není. Ukázu si takhle prstem a podepíšu se. Doma mám šablonku, ale u sebe ji nenesím. Je velká na to, abych ji nosil po kapsách. V nemocnici by ji měli mít. Když jsem šel na tu operaci, tak mně to dali dopředu, doma jsem si to oskenoval do počítače a ten mně to „přečetl“.
R3	Jistě. Je to velký problém. Já mám razítko. Já se neumím podepsat. Tak bych řekl: „Nejsem schopen.“ Informovaný souhlas v Braillu bych pochopitelně vítal. Nebo poslat e-mailem to by bylo bezvadné, přečetl bych to a časem třeba elektronicky podepsal.
R4	Když je to plánované, tak by to bylo dobré poslat do e-mailu. Většina nevidomých má počítač a aspoň emailovou zprávu si každý umí přečíst. To by bylo příjemný a pak bych věděla, co vlastně podepisuju.
R5	Poprosím: „Prosím vás, přečtěte mi to.“ To už je úděl, určité věci jsou tak, jak jsou. Já přeci nemůžu vyžadovat, abych to měla v Braillu. Nebo možná ano. Možná bych mohla. Leckdy to podepíšu a ani si to nenechám přečíst.
R6	On (myslí lékaře) mi to dá napsaný a mně to manžel přečte, takže já ten problém nemám. Nebo si to oskenuju a přečtu si to sama, ale brala bych to, aby mně to poslal na počítač. Mělo by to určitě smysl.
R7	S tím vlastnoručním podpisem to je velmi složitý, protože člověk, který viděl, ví jak velký podpis je. Ale já jsem s tímhle měl řadu problémů, nakonec jsem to vyřešil. Mám šablonu, kterou občas můžu alespoň použít. Dříve jsem měl razítko, ale to teď neuznají jako podpis. Musíte mít notářsky ověřený podpis a já jsem s tím měl řadu problémů.

### **Komentář:**

Z tabulky plyne důležitost uvědomění skutečnosti, že respondenti nemohou souhlas přečíst a navíc existuje ještě určitá skupina nevidomých lidí, která neovládá grafickou podobu podpisu. Jedná se především o starší jedince s vrozenou nevidomostí, kteří absolvovali speciální školu, kde se učili Braillovo písmo, nikoli černotisk. Proto bychom si měli uvědomit, že je nutné k těmto lidem v otázce podpisu přistupovat velmi taktně.



## Placení regulačních poplatků

Tab. 16 – Regulační poplatky

Respondenti	Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?
R1	Je to pochopitelně problém.
R2	Poplatky, těch třicet korun, je strašné pro nás nevidomé platit. <b>Hledat automat, který není ozvučený, je problém.</b>
R3	Nevadí mi placení, ale jeho způsob. Poplatek by se měl <b>hradit sestře v ordinaci</b> . Já shánět někde nějaký papírky a automaty... Už jsem to řešil se sestrou. Vyšla mi vstříc, co jí zbylo. Ale samozřejmě, měli bychom mít uzákoněnou výjimku.
R4	Nechci, aby nevidomí byli osvobození od regulačních poplatků, ale abychom to mohli dávat rovnou tam (myslí ordinaci). Pokud mám doprovod, tak není problém, ale když jdu sama, tak <b>jak mám hledat automat.</b>
R5	Já si můžu říct o složenku a tu zaplatím. Nejlepší by bylo, abych to mohla <b>zaplatit v ordinaci</b> . Nejlepší by byl ten průvodce, jak jste říkala.
R6	Lístičky, to je neštěstí. Tady na poliklinice platím přímo v ordinaci, a když jsem byla v nemocnici, tak jsem s sebou měla manžela. Kdyby tam nebyl, tak je to neštěstí, tak to prostě nezaplatím. I zdravý člověk má problém ten automat najít a lidi se zrakovým handicapem by to měli <b>platit u sestřičky</b> .
R7	Pro mě by bylo dobré vědět, že můžu <b>zaplatit přímo té sestře nebo tomu doktorovi</b> .

### Komentář:

Z odpovědí respondentů uvedených v tabulce je zřejmé, že regulační poplatky zavedené ve zdravotnictví jim potíže nečiní. Velkým problémem je situace, kdy jsou nuceni ve velkých zdravotnických zařízeních hledat automaty, kam by vhodili mince a za ně dostali doklad o zaplacení. Tyto automaty nejsou ozvučeny, a tak nevidomý má potíže s jejich nalezením.

## Negativní vzpomínka ze zdravotnického zařízení

Tab. 17 – Negativní zážitky ze zdravotnictví

Respondenti	Chcete uvést nějaký negativní zážitek ze zdravotnického zařízení?
R1	Spíš legrační... Přišla jsem na oční kontrolu s bílou holí a sestřička mě posadila a korunovala to tím, že mě začala vyšetřovat na optotypu. Já neviděla ani ten optotyp, natož písmenka, tak jsem si z ní chvíličku dělala legraci a ono jí to potom došlo.
R2	Chtěl jsem zaplatit nedávno v jedné akreditované nemocnici poplatky v kartotéce u sestry. Slušně jsem ji poprosil, že nedokážu najít automat. Odpověděla: „Ne, nejde to, musíte si dojít do automatu.“ Tak jsem to tam hledal...
R3	Taky se stane, že si léčíte močový ústrojí, jste slepý a oni vám řeknou: „No vy to s tím sexem asi neřešíte, vy jste sám, že jo?“
R4	Nedávno jsem byla na endokrinologii na vyšetření. Řekli mi, ať si lehnu, ale jinak nic. On ten vidoucí vidí, jak se třeba s něčím zdravotník blíží. Dali mně tam ty ubrousky. Vidoucí člověk vidí, že se to k němu blíží. Ale já ne. Potřebuju, aby mně lékař řekl, že mě bude natírat tím gelem.
R5	Vzpomínám si, že když byly děti malé, tak paní doktorka říkala mojí dceři, jak mám podávat léky mojí mladší dceři. Řekla jsem jí: „Paní doktorko, dcera chodí do druhé třídy, bude rozumnější, když se budete obracet na mě.“
R6	Tady je chirurgie, tam přijdete a máte si vzít nějaký papírek, číslo. Já čekám, až otevře sestra a poprosím jí, aby mně ho utrhla a řekla mi, jaký mám číslo. A potom mám dvě možnosti: buď je hodná, nebo protivná. Některá na vás vybafne: „Řekněte si někomu, já nemám čas.“ To je velice nepříjemné.
R7	Dali mi takzvaný gramofon, který jednoho krásného rána byl odnesen a nikdo mi nic neřekl. Já jsem potřeboval tu důležitou místnost a teď co, koho se dovolám. Zvonky na sesternu, ale tam sestry nebyly... Pochopil jsem, že tam ten gramofon není, ale potřeboval jsem použít adekvátní zařízení, o kterém mi nikdo neřekl, kde je. Takže já jsem tam bloumal po těch strašlivých chodbách. Případaly mi širší než na nádraží. Nikdo si mě nevšimnul. Trvalo to hrozně dlouho a dopadlo to tak, že mně to v poslední chvíli nějaký člověk ukázal. Víte, jak můžete narazit na anděla, tak na lidi netečné a nevšímavé.

### Komentář:

Přestože každý respondent uvedl jiný negativní zážitek ze zdravotnického zařízení, výzkum ukazuje, že plynou z neznalosti zdravotnických pracovníků. Ti, toho o chování k nevidomým klientům ví opravdu málo, a tudíž nechápou jejich skutečné problémy.

## Pozitivní vzpomínka ze zdravotnického zařízení

Tab. 18 – Pozitivní zážitky ze zdravotnictví

Respondenti	Chcete uvést nějaký příjemný zážitek ze zdravotnického zařízení?
R1	Pochválila bych obvodní a ambulantní lékaře, tam jsem se nesetkala s nějakým problémem. I komunikace byla dobrá. Stalo se, že paní zubařka měla novou sestřičku a sestřička nejdřív nevěděla... Ale stačí jediná věta a ta sestřička okamžitě věděla, o co jde a nebyl problém. Tam nevím, čím to je, ale mám velice dobré zkušenosti na rozdíl od nemocnic.
R2	Přístup zdravotníků obecně, ten se teď hodně zlepšil. Sestry jsou ochotné, to dřív nebylo.
R3	Po jednom zákroku na ušní ambulanci jsem se setkal s lékařem, který se mnou konzultoval, co je pro mě výhodnější - jít domů nebo být po zákroku hospitalizován. Jednal se mnou jako s úplně normálním člověkem.
R4	Ptala jsem se na zdravotní stav, byl tam mladý lékař. On přišel, podal mi ruku, představil se a v klidu se mnou mluvil dvacet minut. A nakonec se ještě zeptal, jestli se nechci na něco zeptat já. Úžasný, ale nestává se to.
R5	Byla jsem na kardiologii a sestřička řekla: „Já nemám žádnou zkušenost, jak vás mám vzít?“ Ale byla zlatá. Je podstatné, že se zeptala. To je pro mě pozitivní zkušenost, skoro bych řekla zážitek, protože to se mi nestává.
R6	Na mě byli v nemocnici teď všichni hodní, to tam napište. Oproti ambulantním sestřím, které s vámi, pokud vás neznají, jednají jako se slabomyslným.
R7	S dovolením (šahá pro krabici s léky). Víte, mně stačí, když lidi vymyslí tohle (ukazuje na krabičky léků popsaných braillem). To je tak dva roky. Představte si, že když vidíte, co já tady mám, když bych to měl bez označení. Musel by mi to někdo popsat a já pak Braillem.

### Komentář:

Pozitivní zážitky ze zdravotnického zařízení lze shrnout pod dva termíny. Ochota a dobrá komunikace. Zajímavostí je, že R1 má dobré zkušenosti se zdravotníky v menších zařízeních a nelíbí se jí přístup ve větších zařízeních. Kdežto R6 má opačný názor. Domnívá se, že nemocniční personál je příjemnější, kdežto na ambulancích, pokud tam přijde poprvé, s ní hovoří jako se slabomyslnou.

## 11 Diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit problémy, s kterými se nevidomí respondenti setkávají ve zdravotnických zařízeních. Zároveň byly stanoveny i dílčí cíle. Chtěla jsem zhodnotit možnosti orientace ve zdravotnických zařízeních, odhalit úskalí komunikace zdravotníků s nevidomými a v neposlední řadě zjistit, jak jsou respektovány jejich specifické potřeby. Na základě získaných poznatků jsem navrhla doporučení pro praxi.

**Možnost orientace nevidomého ve zdravotnickém zařízení** mapovala 1., 2., 3. a 4. otázka polostandardizovaného rozhovoru

1. položka se zabývala tím, zda respondenti chodí do zdravotnického zařízení sami nebo s průvodcem. Čtyři respondenti odpověděli, že někdy sami, jindy s průvodcem. Rozhodují se podle toho, jestli to v daném zařízení znají a zda jsou schopni v areálu najít příslušnou ambulanci či oddělení. Do malých ambulančí chodí všichni sami, tam problém s orientací není. Návštěvy se opakují, prostředí je známé, je zde individuálnější přístup k pacientovi a snadnější domluva se zdravotníky. Kdežto do větších areálů jsou raději, jde-li s nimi doprovod, protože možnosti užití prostorové orientace od vrátnice k příslušné ambulanci či oddělení jsou často velmi omezené až nemožné. R5 odpověděla, že chodí většinou sama, ale i ona připustila problémy s orientací ve velkém prostoru s nedostatečnými podmínkami pro POSP. R3 by sám nikdy nešel. Jako důvod uvedl, že průvodce ho nejenom vodí, ale také mu řekne, kolikátý je v pořadí v čekárně. Ve všech případech se jednalo se o respondenty, kteří se po městě pohybují samostatně.

2. položka zjišťovala, které pomůcky používají nevidomí nejčastěji k orientaci v prostoru. Tři respondenti (R1, R2, R6) vlastní vodícího psa a pro jistotu používají ještě signalizační hůl. Ta je jednak označuje a navíc jim dává větší jistotu, pokud by pes překážku přehlédl. Další čtyři respondenti (R3, R4, R5, R7) užívají orientační hůl se speciálně propracovanou technikou dlouhé bílé hole. Kromě hole vlastní všichni respondenti VPN vysílačku, která oznámí krátkou textovou zprávou, po zmáčknutí tlačítka, kde se nevidomý nachází. Reaguje ale pouze v případě nainstalovaného akustického majáku. Tento ryze český vynález se ale bohužel ve zdravotnických zařízeních vyskytuje minimálně. To je pro mne velmi překvapivé zjištění, protože se domnívám, že zdravotnická zařízení by měla jít ostatním institucím příkladem. Akustické majáky jsou

u vchodů do veřejných budov, na vlakových a autobusových nádražích, nyní jsou dokonce nainstalovány i na 400 pobočkách České pošty. Další důležitou pomůckou k orientaci jsou Braillovské popisky. Běžně se vyskytují na předem známých místech ve veřejných prostorách, např. na zábradlích, u vchodů či východů, na dveřích, apod. V nemocnicích bývají velmi omezeně, zpravidla jen ve výtahu. Tyto popisky používají pouze lidé, kteří ovládají Braillovo písmo. Toto písmo používá pět respondentů. R6 a R2 se ho sice snažili naučit, ale nepodařilo se jim to.

3. položka se ptala, zda byla nevidomým někdy nabídnuta v nemocnici asistenční služba, která by je odvedla od vrátnice na oddělení či do ambulance. Zjišťovala, zda by taková služba byla pro ně přínosná. Všichni respondenti odpověděli, že by takovou službu vítali a určitě by ji využili. R3 tuto službu zná z nádraží, kde si ji dopředu telefonicky objedná a asistent mu pomůže např. při přestupu. R6 organizuje zájezdy pro handicapované. Běžně službu objednává pro klienty na letišti a má s ní výborné zkušenosti.

4. položka sledovala, zda měli respondenti, kteří vlastní vodícího psa, někdy problém s jeho vstupem do zařízení, potažmo do ordinací. Odpovědi mě překvapily, očekávala jsem potíže, ale R1, R2 i R6 tvrdí, že potíže nemají. Pouze R1 měla problém v jedné okresní nemocnici, kam šla na návštěvu za příbuznou a nebyla tam vpuštěna a ani jí nebylo nabídnuto žádné řešení situace. Zaskočilo mě i to, že žádný z dotazovaných by netrval na přítomnosti psa při možné hospitalizaci. Nejhlavnější obavou by bylo, že by se o psa nemohli starat, venčit ho, tudíž by trpěl. Vzhledem k velmi malému počtu respondentů, ale nemohu tuto situaci spolehlivě hodnotit.

**Úskalí komunikace zdravotníků s nevidomými** zjišťovala 5., 6., 7., 8., 9. a 10. otázka polostandardizovaného rozhovoru

5. položka se zabývala tím, jestli se někdy respondenti setkali se situací, ve které by zdravotníci hovořili k průvodci, pokud s ním přijdou. Očekávala jsem, že se to může výjimečně stát, ale rozhodně jsem nepředpokládala, že šest lidí ze sedmi odpoví, že se to stane skoro vždycky. To mě zarazilo a nepříjemně překvapilo. Pouze R2 odpověděl, že se mu to nestává. Všichni respondenti zároveň připustili, že taková situace je jim velice nepříjemná.

6. položka se ptala, jestli zdravotníci podávají respondentům při pozdravu ruku. Odpovědi byly opět překvapivé. Předpokládala jsem, že je to v současné době samozřejmý

hmatový akt, který nevidomému nahrazuje vidoucí vlídný pohled. Šest respondentů však odpovědělo, že je to pro ně sice důležité, ale většina zdravotníků to vůbec nedělá. Pouze R2 tvrdí, že mu lékaři vždycky při kontaktu ruku podají. Zároveň ale dodává, že sestry nikdy. R4 zná jednu sestru, která jí vždy při návštěvě ruku podá, a dokonce se setkala v nemocnici s mladým lékařem, který ji rovněž ruku podal. Bylo jí to velmi příjemné a cítila k němu důvěru. R5 se s tímto gestem neseťkává, ale domnívá se, že by to mělo být pravidlem nejen u nevidomých, ale i u vidoucích. R7 hovoří o tom, že tím začíná vhodné navázání kontaktu, ale že se to zdravotníkům, bohužel, moc nedaří.

7. položka zjišťovala, co je největší překážkou v komunikaci nevidomých se zdravotníky. Pro R1 by to byla skutečnost, že by ji nepustili do zařízení s vodícím psem. R2 vidí hlavní problém v tom, že zdravotníci člověka neoslovují celým jménem a pokud on nevidí, tak vůbec netuší, že otázka je mířena na něho. R3 se neustále snaží navazovat kontakt, vydávat signál a moc ho mrzí, pokud zdravotník hovoří na průvodce a jeho přehlíží. R5 se domnívá, že zdravotníci vůbec nerozumí podstatě komunikace s nevidomým. Ta vyžaduje delší čas, pohled do očí a musí být zcela konkrétní. R5, R6 spatřují hlavní příčiny nedorozumění v tom, že zdravotníci nahlas nekomentují činnosti, které vykonávají. Odpověď R7 je nejsmutnější. Tento vzdělaný muž, který procestoval celý svět jako profesionální muzikant a je velice uznávaný ve svém oboru, si myslí, že zdravotníci ho nepokládají za hodného plnohodnotné diskuze.

8. položka se zabývala nedostatky zdravotníků. Odpovědi respondentů byly hodně podobné. Týkaly se neznalosti komunikace a problematiky nevidomých vůbec. R2, který oslepl náhle, spatřuje další problém v informovanosti později osleplého člověka. Takový člověk i jeho rodina zažívá velký šok. On přesto, že se k němu všichni chovali moc hezky, podstupoval mnoho očních operací, dlouho pobýval v nemocnici, nikdo mu neposkytl informace, jak dál. Vodila ho manželka, hůl neměl. To, že je z něho dnes samostatný člověk způsobila rodinná situace, kdy žena musela nastoupit do zaměstnání a on se najednou ocitl v totální izolaci. V rádiu slyšel pořad o vodících psech. Zavolał tam a potom se teprve rozjela kaskáda v podobě sociální rehabilitace. Neboť podmínkou získání vodícího psa je mít zvládnutou techniku dlouhé bílé hole.

9. položka se zajímala o to, jak by, podle nevidomých, mohli zdravotníci svůj přístup zlepšit. Zde byla opět shoda, protože všichni respondenti se domnívají, že zdravotníci jsou slušní, empatičtí lidé, ale nevidomého se bojí, neboť nemají zkušenosti. Proto by bylo určitě dobré, aby se každý pracovník ve zdravotnictví školil v problematice

nevidomých lidí. Dnes je dostatečné množství nevidomých, kteří vystudovali speciální pedagogiku, a přesto nemají uplatnění ve svém oboru. Pro ně by to jistě byla výzva a pro zdravotníka je něco zcela jiného, pokud hovoří vidoucí o nevidomých nebo nevidomý o nevidomých.

10. položka mapovala situaci, jak si stojí zdravotník v případě, že má doprovázet nevidomého. Bohužel tady zdravotníci zcela propadli. Žádný z respondentů se nesetkal s tím, že by zdravotník uměl vést.

### **Respektování specifických potřeb nevidomých**

11. položka se ptala, jak usnadnit nevidomému hospitalizaci. Za důležité považují respondenti mít toalety a koupelnu u pokoje. R2 dokonce navrhuje, pokud je to možné, aby nevidomí dostali nadstandardní pokoj za standardní cenu. Snáze se podle něho člověk v takovém pokoji zorientuje a všechno má při sobě. Napadlo ho to proto, že mu to při nedávné hospitalizaci nemocnice nabídla. On, jelikož má s pobytem v nemocnici bohaté zkušenosti, to považuje za výborné řešení. Bohužel připouští, že v případě, že by měl tuto nadstandardní službu hradit, neměl by dostatek finančních prostředků. Další častou odpovědí byla možnost připojení k počítači. Aktivní nevidomý člověk tráví hodně času u počítače, který mu dnes zprostředkovává většinu informací s okolním světem. Je třeba brát na tuto skutečnost zřetel. Samozřejmostí je projít s každým nevidomým pacientem oddělení (několikrát) a ujistit se, že chápe dané uspořádání. Je nutné vždy upozornit, že se na nás může kdykoli obrátit a připravit mu funkční signalizační zařízení. Další nezbytností je nikdy nepřerovnávat nevidomému žádné věci, nemohl by je potom najít. Dále bychom neměli zapomínat na bezpečnostní zařízení v podobě vždy zavřených dveří, aby nedošlo k úrazu. O těchto pravidlech by měl být poučen vždy aktuálně i pomocný personál včetně pracovníků úklidu. Očekávala jsem, že se mi dostane konkrétnějších odpovědí týkajících se označení pokoje, stravování, výběru postelí apod. Respondenti ale tvrdí, že pokud je ochotný a vlídný personál, na všem se dá domluvit.

12. položka se týkala informovaného souhlasu. Mapovala, jak byl respondentům předkládán k přečtení a k podpisu. Pozoruhodné je, že žádný z respondentů neobdržel tento důležitý dokument v Braillově písmu nebo v elektronické podobě. Respondentům byl vždy předkládán v běžném černotisku a to i při plánovaných výkonech. Byli tedy nuceni nechat si ho někým přečíst, což je v dnešní době moderních informačních technologií a kompenzačních pomůcek zbytečné. Respondenti ale neočekávají změnu v tomto přístupu.

R2 si ho přinese domů v papírové podobě a převede do počítačové podoby. R1 stačí, když jí ho sestra nebo lékař přečte. R3 a R4 to chápou jako velký problém, ale netroufli by si lékaře poprosit o jeho včasné zaslání elektronicky. R5 to bere jako úděl slepce, nikdo jí ho nepřčetl a jen ho podepsala. Lékařům věří. R6 spoléhá na vidoucího manžela, který s ní tyto záležitosti vyřizuje. R7 byl nyní na zákroku. Lékaři mu vše vysvětlili, proto byl spokojen. Kromě neschopnosti přečtení je zde druhý problém, který se týká samotného podpisu. Je nezbytné si uvědomit, že nevidomí používají k písemné komunikaci Braillovo bodové písmo nebo v současnosti počítač. Dříve používali místo podpisu razítko, které je ovšem dnes neplatné. Grafický projev je pro ně často hodně těžký. R3 přiznává, že podpis neovládá, tudíž by oznámil, že není schopen. R7 má šablonu na podpis, podle níž si ho trénoval, ale je to pro něho problém. R1, R2, R4, R6 někdy kdysi viděli, proto si podpis pamatují. S použitím šablony to zvládnou. R1 dokonce stačí píchnout prst na řádek. R5 je nevidomá od narození, ale natrénovala svůj podpis, který prý dle okolí, bývá podobný. Z odpovědí vyplývá, že musíme k nevidomým v této oblasti přistupovat taktně, aby nedošlo k jejich ponížení.

13. položka zjišťovala, zda mají respondenti potíže s placením regulačních poplatků. Respondentům zavedené regulační poplatky nevadí, chápou jejich význam. Problémem je situace, kdy jsou nuceni ve velkých areálech nemocnic hledat automaty. Ty ale nejsou ozvučené. R3 se domnívá, že by pomohla uzákoněná výjimka, která by zaručila možnost zaplatit sestře přímo v ordinaci. Nyní jsou respondenti vystaveni buď ochotě, nebo lhostejnosti daného zdravotníka.

14. položka dala možnost uvést zážitek ze zdravotnického zařízení. Na respondentech zůstalo, aby si vybrali, zda uvedou pozitivní či negativní. Všichni respondenti začali negativním zážitkem, ale rovněž všichni přidali i pozitivní (přesto, že jsem na tom netrvala). Myslím si, že je to tím, že nám zdravotníkům chtějí vzkázat, že jsou připraveni vést rovnoprávný dialog.

Domnívám se, že všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny. Na základě zjištěných poznatků bych pro praxi doporučila:

1) Vzdělávání zdravotníků v problematice nevidomých. Důraz by měl být kladen na praktické setkání s těmito lidmi. Jedině tak si danou problematiku zdravotník plně uvědomí.



2) Vytvoření podmínek pro možnosti používání prostorové orientace a samostatného pohybu. Doporučuji spolupráci s Metodickým centrem odstraňování bariér při SONS v Praze, které se tímto problémem přímo zabývá.

3) Veškeré předem známé písemné dokumenty zaslat, po dohodě s nevidomým, na jeho e-mailovou adresu. Formuláře stálejšího charakteru nechat převést do Braillova písma.

4) Při vytváření webových stránek si je vždy nechat odborníky zkontrolovat v rámci projektu „Blind Friendly Web“. Popis trasy do zdravotnického zařízení, umístěný na příslušných stránkách, nechat zpracovat Navigačním centrem SONS.

5) V nemocnici mít jednoho až dva pracovníky školené v prostorové orientaci a specifické péči o nevidomé, kteří by kontinuálně sledovali vývoj této problematiky.

6) Zabezpečit asistenční službu, již by si nevidomý dopředu telefonicky objednal. Ta by mu pomohla zorientovat se ve velkých areálech od vrátnice k požadovanému lékaři. Nevidomí klienti zpravidla bez potíží přijedou MHD do nemocnice, ale problém s orientací nastává za branou.

7) Doporučit uzákonění výjimky, aby nemuseli nevidomí pacienti hledat v nemocnicích neozvučené automaty na zaplacení regulačního poplatku, ale mohli ho uhradit přímo v ordinaci.

# ZÁVĚR

Předložená práce se zabývá nejčastějšími problémy nevidomých lidí ve zdravotnickém zařízení. Jelikož je nevidomých daleko méně než lidí s jiným handicapem, je této problematice, podle mého názoru, věnována menší pozornost. Často je pod pojmem bezbariérovost myšleno pouze prostředí pro jedince se sníženou schopností mobility a je neprávem zapomínáno na osoby se sníženou schopností orientace.

V teoretické části jsem popsala anatomii a fyziologii zraku, která je z různých příčin u nevidomých lidí porušena. Příčin je celá řada, avšak uvedla jsem jen ty, které se vyskytují nejčastěji. Pro zajímavost zmiňuji infekční příčiny vyskytující se v rozvojových zemích, kde je slepota velikým problémem. Uvádím také jednotnou klasifikaci v České republice, jež slouží především pro posudkové účely. Proto přibližuji dvě základní vyšetřovací metody nezbytné k tomuto posouzení, tedy zrakovou ostrost a rozsah zorného pole. Klíčovou kapitolou teoretické části je pojednání o nutnosti komplexní péče. V ČR je mnoho organizací, které pomáhají vyrovnat se lidem a jejich rodinám se ztrátou zraku, nicméně propojenost a dostupnost těchto služeb není, podle mého názoru, pro všechny občany stejná. Vrcholnou dovedností nevidomých významně zlepšující kvalitu jejich života a umožňující jejich začlenění do společnosti je prostorová orientace a samostatný pohyb. Proto této dovednosti věnuji obšírnější vysvětlení. Poslední kapitola se věnuje nevidomému jedinci jako klientovi, který přichází do zdravotnického zařízení a očekává, že se setká s personálem i prostředím, které respektuje jeho specifické potřeby.

Na teoretickou část navazuje část empirická, jejíž podstatou je polostandardizovaný rozhovor vedený se sedmi respondenty. Ti byli vybráni na základě poměrně přísných kritérií. Hlavním a nejdůležitějším kritériem byla jejich samostatnost v běžném životě. Všech sedm respondentů svoji vadu akceptovalo do té míry, že vedou, podle svých slov, plnohodnotný život. Pracují, mají partnery, vychovávají děti, cestují a žijí aktivní společenský život. Chtěla jsem, aby se výzkumu zúčastnilo přibližně stejné množství žen a mužů, kteří by byli z různých koutů naší republiky a měli různý stupeň dokončeného vzdělání. Rozhodující bylo rovněž rovnoměrné zastoupení respondentů s vodícím psem a bez něho. Zaměřila jsem se také na to, aby příčina i doba vzniku jejich postižení byla různá. Posledním, velmi důležitým kritériem, byla zkušenost se zdravotníky a zdravotnickým prostředím v ambulantní i lůžkové sféře. Domnívám se, že se mi výběr respondentů podařil.

Stanovila jsem si hlavní cíl výzkumu, tedy mapovat problémy těchto klientů ve zdravotnickém zařízení. Hlavní cíl jsem rozdělila na dílčí cíle. První se zabývá možnostmi užívání prostorové orientace, druhý zkoumá úskalí komunikace nevidomých se zdravotníky a třetí se zabývá respektováním specifických potřeb. Jednotlivým cílům byly přiřazeny jednotlivé otázky polostandardizovaného rozhovoru. Všichni respondenti s výzkumem souhlasili. Byli také upozorněni, že rozhovory budou nahrávány a že je šetření anonymní. Rovněž měli možnost rozhovor kdykoliv ukončit nebo neodpovědět na otázku. Tuto možnost nikdo nevyužil, všichni odpovídali ochotně a podle mého pocitu velmi upřímně. Po pečlivém zanalyzování rozhovorů jsem došla k závěru, že všechny dílčí cíle byly splněny, čímž byl splněn i cíl hlavní. Proto jsem navrhla doporučení pro praxi. To se týká především vzdělávání zdravotníků, u kterého by měl být kladen důraz na setkání se s nevidomým jedincem. V současné době je mnoho nevidomých speciálních pedagogů, kteří i po absolvování studia nemohou najít uplatnění, které se v této oblasti přímo nabízí. Setkání s inteligentním, vzdělaným nevidomým člověkem je velice inspirující, a to nejen pro zdravotníky. Dalším důležitým doporučením je, aby se každé zdravotnické zařízení stalo příkladným prostředím umožňující použití prostorové orientace. Je velmi zvláštní slyšet z úst nevidomých, že v nemocnicích nemohou POSP vůbec používat, protože jim k tomu zdravotnická zařízení nevytváří podmínky. Rovněž komunikační dovednosti by se měly urychleně zlepšit. V dnešní době moderních informačních technologií jistě není žádným problémem, zaslat dokumenty elektronicky, aby si je v klidu doma mohl klient přečíst, neboť většina nevidomých vlastní počítač s hlasovým či hmatovým výstupem. Proto by všechny zdravotnické webové stránky měly být zkontrolovány, zda jsou těmto klientům přístupné v rámci projektu „Blind Friendly Web“. Protože oblast věnovaná lidem se zrakovým postižením je široká, bylo by dobré, aby v nemocnici, byli jeden až dva lidé, kteří by tuto problematiku neustále sledovali. Jako velmi důležitou se jeví asistenční služba, kterou by bylo možné dopředu si objednat a která by doprovodila nevidomého pacienta od vrátnice k příslušnému oddělení. Stejně služby jsou například na letištích či nádražích. Zcela nezbytné je, aby byla uzákoněna výjimka, která by umožnila platit regulační poplatky těmto lidem přímo v ordinaci. Dnešní stav, kdy jsou nuceni hledat neozvučené automaty pro zaplacení poplatku, je, domnívám se, neúnosný.

Přestože daná práce byla velice náročná na čas, velmi mě obohatila a ukázala mi, jak vnímat realitu trošku jiným pohledem – bez zraku.

# ANOTACE

- Autor:** Bohdana Dvořáková
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetřovatelství
- Název práce:** Úskalí nevidomého ve zdravotnickém zařízení
- Vedoucí práce:** doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
- Počet stran:** 92
- Počet příloh:** 10
- Rok obhajoby:** 2011
- Klíčová slova:** nevidomost, multidisciplinární tým, prostorová orientace a samostatný pohyb, nevidomý člověk ve zdravotnickém zařízení

Bakalářská práce pojednává o nevidomých lidech a jejich specifických potřebách ve zdravotnických zařízeních. Upozorňuje na nutnost větší spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o nevidomé. Zabývá se vysvětlením architektonických bariér, které znemožňují používání prostorové orientace ve zdravotnických zařízeních. Poukazuje na nezbytnost teoretické i praktické připravenosti zdravotnických pracovníků v péči o nevidomé klienty, aby nedocházelo k jejich znevýhodnění oproti vidoucí majoritní společnosti.

Těžiště práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření se sedmi nevidomými respondenty. Byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru. Respondenti byli pečlivě vybíráni. Hlavním kritériem byla akceptace vady a zkušenost se zdravotníky v ambulantní i lůžkové sféře. Bylo zkoumáno, proč tito lidé, kteří žijí plnohodnotný život (chodí, nebo chodili do práce, samostatně se pohybují v dopravě, komunikují na úřadech a vychovávají děti), mají potíže sami bez doprovodu navštívit zdravotnická zařízení.

The Bachelor thesis deals with the issue of special needs of blind people in medical institutions. It draws attention to the necessity of a greater degree of cooperation of multidisciplinary teams in treating the blind. The thesis deals with various types

of architectural barriers that make it practically impossible for the handicapped to orientate themselves and it tries to explain how to eliminate them. It argues that theoretical and practical training of medical staff is necessary in order to avoid cases of blind people being disadvantaged in our mostly sighted society.

The basis of the thesis is formed by qualitative research with seven blind respondents. The method of semi-structured interview was used here and the respondents were carefully chosen. The main criterion was the acceptance of the handicap and experience with medical staff in hospitals. An issue was examined, why do these people, who lead normal lives (work, travel on their own in public transport, communicate with authorities, raise children), have problems to visit medical facilities alone, without company.

## POUŽITÉ ZDROJE

AUTRATA, R., ČERNÁ, J. *Nauka o zraku*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně, 2006. 226 s. ISBN 80-7013-362-7

BÁRTOVÁ, L. *Život s vodícím psem*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, 2008. 83 s. Depon In: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

BRŮNOVÁ, K. *Kvalita života nevidomého člověka*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, 2005. 72 s. Depon In: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

DUDR, V., LNĚNIČKA, P. *Metodické poznámky k vytváření podmínek pro samostatný a bezpečný pohyb nevidomých a slabozrakých lidí*. 3. vydání Praha: SONS ČR, 2000. 114 s. ISBN 80-902025-4-3

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5

FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5

HYCL, J. *Oftalmologie minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: TRITON, 1999. 111 s. ISBN 80-7254-065-3

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

CHVÁTALOVÁ, H. Internet bez bariér není prázdným heslem. *ZORA*. Praha: SONS ČR. ISSN 0231-6382. 2010. č. 12, s. 44-47

KACEROVSKÝ, N. Zaostřeno na zelený zákal. *ZORA*. Praha: SONS ČR. ISSN 0231-6382. 2010. č. 8, s. 42-44

KRAUS, H. et al. *Kompendium očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 360 s. ISBN 80-7169-079-1

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5

*Management of cataract in primary health care services.* Geneva: WHO, 1990. 43 s. ISBN 92-4-154408-2

MICHÁLEK, M., VOJTÍŠEK, P., VONDRÁČKOVÁ, J. *Váš nevidomý pacient.* 1. vyd. Praha: Okamžik, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2

MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem.* 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4

MOUREK, J. *Fyziologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 202 s. ISBN 80-247-1190-7

OLÁH, Z. et al. *Očné lékařství.* 1. vyd. Martin: Osveta, 1992. 232 s. ISBN 80-217-0437-3

PAVLÍČEK, P. 10 let projektu Blind Friendly Web. *ZORA.* Praha: SONS ČR. ISSN 0231-6382. 2010. č. 12, s. 42-44

ROZSÍVAL, P. et al. *Oční lékařství.* 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0 (Galén), ISBN 80-246-1213-5 (Univerzita Karlova v Praze)

SCHINDLEROVÁ, O. et al. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých.* 1. vyd. Praha: Tyfloservis, o. p. s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-239-8822-2

SCHINDLEROVÁ, O. *Na ruce si nevidím.* 1. vyd. Praha: Okamžik, 2007. 230 s. ISBN 80-86932-10-9

SMÝKAL, J. *Pohled do dějin slepeckého písma.* 1. vyd. Brno: Česká unie nevidomých a slabozrakých ve spolupráci s vydavatelstvím R&T, 1994. 113 s.

SVÁROVSKÝ, M., MACHÁČEK, P. *Bílé hole.* 1. vyd. Brno: Svárovský, s. r. o., 2010. 10 s.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace.* 1. vyd. Praha: Galen, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4

ŠTRÉBLOVÁ, M. *Poznáváme svět se zrakovým postižením.* 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2002. 67 s. ISBN 80-7044-448-7

WIENER, P., RUCKÁ, R. *Terapie zrakového handicapu.* 1. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6

WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených.* 3. upr. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 168 s. ISBN 80-239-6775-4

## Internetové zdroje

Apex spol. s. r. o. *Povelový vysílač VPN 01*. [Online]. 2011, [cit. 2010-04-25]. Dostupné z URL <<http://www.apex-jesenice.cz/tyfloset1.php?lang=cz>>

Dědina, o. p. s. *Úvodní strana, Historie, Rekvalifikace*. [Online]. 2010, [cit. 2010-12-16]. Dostupné z URL <<http://www.dedina.cz/>>

International Trachoma initiative. *Trachoma - The World's Leading Cause of Preventable Blindness*. [Online]. 2011, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.trachoma.org/about-trachoma>>

Knihovna a tiskárna pro nevidomé K. E. Macana. *O nás, Hlavní činnosti*. [Online]. 2011, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.ktn.cz/index>>

**Konzervatoř Jana Deyla a střední škola pro zrakově postižené. O škole**. [Online]. 2011, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.kjd.cz/index>>

KŘIVÁKOVÁ, D. *Od historie po současnost*. [Online]. 2006, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.uspchrlice.cz/>>

MeDitorial, s. r. o. *Jak vidíme*. [Online]. 2011, [cit. 2011-03-27]. Dostupné z URL <<http://www.zeleny-zakal.cz/jak-vidime>> ISSN 1803-0181

MeDitorial, s. r. o. *Novinky*. [Online]. 2011, [cit. 2011-03-29]. Dostupné z URL <<http://www.zeleny-zakal.cz/novinky/ricni-slepotu-pripravuje-lidi-o-zrak-293>> ISSN 1803-0181

MORAVCOVÁ, D., ZOBANOVÁ, B. *Profese zrakový terapeut*. [Online]. 2008, [cit. 2011-01-11]. Dostupné z URL <<http://www.iazt.cz/Profesezrakovyterapeut.pdf>>

Palata. *Poskytované služby*. [Online]. 2007, [cit. 2010-12-16]. Dostupné z URL <<http://www.palata.cz/>>

PAVLÍČEK, R. *Základní údaje o tyfloservisu*. [Online]. 2007, [cit. 2011-01-30]. Dostupné z URL <<http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php>>

PAVLÍČEK, R. *Historie - Co je to tyflocentrum?* [Online]. 2006, [cit. 2011-02-26.]. Dostupné z URL <<http://www.tyflocentrum.cz/historie.php>> />.

PAVLÍČEK, R. *O nás, Jak jsme vznikla?* [Online]. 2006, [cit. 2011-02-26.]. Dostupné z URL <<http://www.tyflocentrum.cz/o-nas.php>>



POKORNÝ, J. *Přátelé světla pro svět*. [Online]. 2008, [cit. 2011-01-11.]. Dostupné z URL <<http://www.svetloprosvet.cz/index.php?art=68>>

SONS ČR. *Kdo jsme?, Proč existujeme?, Komu a jaké služby poskytujeme?* [Online]. 2011, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.sons.cz/>>

Společnost pro ranou péči. *O nás, Poslání a cíle, Raná péče*. [Online]. 2009, [cit. 2011-04-22]. Dostupné z URL <<http://www.ranapece.cz/>>

Střední škola Aloyse Klara. *Obecné informace, Profily oborů*. [Online]. 2011, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.spsaklara.cz/>>

Studium je důležité. *Studium s handicapem na VŠ*. [Online]. 2011, [cit. 2011-04-10]. Dostupné z URL <<http://www.studium-je-dulezite.estranky.cz/clanky/vs-a-lidi-se-specifickymi-potrebami.html>>

SVÁROVSKÝ, M. *Bílé hole*. [Online]. 2010, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <[http://svarovsky.cz/bila\\_hul.php](http://svarovsky.cz/bila_hul.php)>

SVÁROVSKÝ, M.. *Rozdělení bílých holí*. [Online]. 2010, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://svarovsky.cz/rozdeleni.php>>

Škola Jaroslava Ježka. *Co nabízíme?* [Online]. 2011, [cit. 2011-04-09]. Dostupné z URL <<http://www.skolajj.cz/>>

Tyflokabinet SONS ČR. *O nás*. [Online]. 2010, [cit. 2010-12-16]. Dostupné z URL <<http://www.tyflokabinet.cz/onas/onas.php>>

VYHNÁLEK, P. *Centrum zrakových vad*. [Online]. 2008, [cit. 2011-01-11]. Dostupné z URL <<http://www.iazt.cz/index.php?page=czv&styl=normal>>

# SEZNAMY

## Seznam zkratek

Zkratky	Název	Strana
<b>MHD</b>	Městská hromadná doprava	7
<b>S4</b>	Speciálně proškolení oftalmologové	25
<b>UK</b>	Univerzita Karlova	25
<b>ČR</b>	Česká republika	29
<b>SONS</b>	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých	29
<b>ČVUT</b>	České vysoké učení technické	31
<b>POSP</b>	Prostorová orientace a samostatný pohyb	35
<b>VPN</b>	Virtuální privátní navigace	39
<b>SOU</b>	Střední odborné učiliště	55
<b>VŠ</b>	Vysoká škola	55
<b>SŠ</b>	Střední škola	55
<b>JIP</b>	Jednotka intenzivní péče	67
<b>LF</b>	Lékařská fakulta	84
<b>WHO</b>	World healthy organization	87
<b>UKFHS</b>	Univerzita Karlova Fakulta humanitních studií	87

## Seznam grafů

Číslo	Název	Strana
<b>Graf 1</b>	Pohlaví respondentů	53
<b>Graf 2</b>	Věk respondentů	54
<b>Graf 3</b>	Bydlení	54
<b>Graf 4</b>	Vzdělání	55
<b>Graf 5</b>	Doba vzniku nevidomosti	56
<b>Graf 6</b>	Příčiny nevidomosti u respondentů	57
<b>Graf 7</b>	Vodící pes	57
<b>Graf 8</b>	Hospitalizace	58
<b>Graf 9</b>	Ambulantní zdravotnická zařízení	59
<b>Graf 10</b>	Pohyb po zdravotnických zařízeních	61
<b>Graf 11</b>	Použití kompenzačních pomůcek	62

<b>Graf 12</b>	Zájem o asistenční službu	63
<b>Graf 13</b>	Problémy se vstupem vodícího psa	64
<b>Graf 14</b>	Ignorace nevidomého	65

### Seznam obrázků

<b>Číslo</b>	<b>Název</b>	<b>Strana</b>
<b>Obr. 1</b>	Anatomie oka	12
<b>Obr. 2</b>	Pichtův psací stroj	133
<b>Obr. 3</b>	Tabulka s bodátkem	133
<b>Obr. 4</b>	Čtečka čárových kódů (obdoba Sherlocku)	134
<b>Obr. 5</b>	Šablona na podpis i na rozlišování bankovek	134
<b>Obr. 6</b>	Telefon se zvětšenými a vystouplými číslicemi	135
<b>Obr. 7</b>	Lékovka pro nevidomé a slabozraké	135
<b>Obr. 8</b>	Mluvicí teploměr	136
<b>Obr. 9</b>	Prodejna tyflopomůcek Praha	136
<b>Obr. 10</b>	Skládací orientační hůl	137
<b>Obr. 11</b>	VPN 01 vysílačka	138
<b>Obr. 12</b>	Zvukový orientační maják ZOM 03M	139
<b>Obr. 13</b>	Rádiový orientační maják PM 01	139
<b>Obr. 14</b>	Umělá vodící linie	140
<b>Obr. 15</b>	Detail umělé vodící linie	140
<b>Obr. 16</b>	Umělá vodící linie v interiéru stanice metra	141
<b>Obr. 17</b>	Umělá vodící linie, signalizační a varovný pás	141

### Seznam tabulek

<b>Číslo</b>	<b>Název</b>	<b>Strana</b>
<b>Tab. 1</b>	Stupně zdravotního postižení podle skupin zrakové ostrosti	15
<b>Tab. 2</b>	Bílé hole	36
<b>Tab. 3</b>	Hospitalizace	58
<b>Tab. 4</b>	Návštěvy ambulantních zdravotnických zařízení	59
<b>Tab. 5</b>	Pohyb po zdravotnických zařízeních	61
<b>Tab. 6</b>	Asistenční služba ve zdravotnickém zařízení	63

<b>Tab. 7</b>	Omezení s vodícím psem	64
<b>Tab. 8</b>	Skutečná role průvodce	65
<b>Tab. 9</b>	Podání ruky při kontaktu se zdravotníkem	66
<b>Tab. 10</b>	Problémy při komunikaci se zdravotnickým personálem	67
<b>Tab. 11</b>	Nedostatky zdravotníků	68
<b>Tab. 12</b>	Zlepšení zdravotníků v přístupu k nevidomému pacientovi	69
<b>Tab. 13</b>	Schopnost zdravotníka vést nevidomého	70
<b>Tab. 14</b>	Uspadnění hospitalizace	71
<b>Tab. 15</b>	Informovaný souhlas a problémy s tím spojené	72
<b>Tab. 16</b>	Regulační poplatky	73
<b>Tab. 17</b>	Negativní zážitky ze zdravotnictví	74
<b>Tab. 18</b>	Pozitivní zážitky ze zdravotnictví	75

## Seznam Příloh

<b>Číslo</b>	<b>Název</b>	<b>Strana</b>
<b>Příloha 1</b>	Rozhovor s prvním respondentem	93
<b>Příloha 2</b>	Rozhovor s druhým respondentem	98
<b>Příloha 3</b>	Rozhovor s třetím respondentem	103
<b>Příloha 4</b>	Rozhovor s čtvrtým respondentem	111
<b>Příloha 5</b>	Rozhovor s pátým respondentem	116
<b>Příloha 6</b>	Rozhovor s šestým respondentem	120
<b>Příloha 7</b>	Rozhovor se sedmým respondentem	125
<b>Příloha 8</b>	Kompenzační pomůcky	129
<b>Příloha 9</b>	Pomůcky sloužící k prostorové orientaci	137
<b>Příloha 10</b>	Obrázky umělých vodících linií	140

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Rozhovor s prvním respondentem

Žena, 32 let. Žije na vesnici. Má vysokoškolské vzdělání, vystudovala sociální politiku, sociální práci a psychologii. Pracuje v organizaci, která pomáhá nevidomým a slabozrakým lidem. Příčinou její praktické nevidomosti je dědičné degenerativní onemocnění sítnice. Diagnózu zná od 13 let, kdy začala hůř vidět. Nosí tmavé brýle, protože ji ze sluníčka bolí oči. Říká: „Někdy, když je sluníčko jakoby za horizontem, ráno nebo večer, mám ideální podmínky pro koukání. Vidím krátkou dobu a na malém úseku i chodník, třeba...“ Protože ztrácela zrak postupně, osvojila si včas techniku prostorové orientace a Braillova písma. Nyní má vodícího psa, který je jejím velikým pomocníkem. Navštěvuje ambulanci zdravotnická zařízení, hospitalizovaná byla jednou na očním oddělení.

### **Navštěvujete zdravotnická zařízení sama nebo s průvodcem?**

*Někdy sama, někdy s průvodcem. Podle toho, jestli to tam znám.*

### **Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*Mám vodícího psa a ten je brán jako kompenzační pomůcka (směje se). Nejdřív jsem si vybrala organizaci, která pro mě toho pejska vycvičila. Trvalo to zhruba půl roku. Někomu se může stát, že je ta doba delší, například dva roky. Musíte totiž počkat, až pejsek projde základním vyšetřením, aby se vědělo, zda bude moci vodit. Ono se stává, že pejsek neprojde nějakým vyšetřením kloubů nebo očního pozadí nebo se zjistí, že se pro tuto službu nehodí a je vyřazený z výcviku (pohladí svého vodícího psa). Potom se klidně může stát, že člověk čeká zase o půl roku déle. Takže až když se zjistí, že ten pejsek bude moci vodit, tak si člověk začne vyřizovat úřední záležitost. Dojde na Odbor sociálních věcí, kde mu dají žádost a tu potvrdí oční lékař. Cena toho psa je okolo 200 000 Kč a spoluúčast okolo 1 000 Kč, tedy minimální. Potom měsíčně na něj dostávám 800 Kč, na krmení.*

### **A další pomůcky, které vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*Potom orientační hůl, vždycky nejdu s vodícím psem. Když je ošklivé počasí a prší, tak ho radši nechám doma. To bych měla nahozené kalhoty až do pasu. Oba jsme špinaví. Navíc jít s vodícím psem a s deštníkem, to je nebezpečné na ulici pro lidi okolo (směje se). Dále většina nevidomých má dneska vysílač VPN. To je pro pohyb v terénu asi všechno (přemýšlí). Nesmím zapomenout na popisky v Braillu, ty mi taky pomáhají, samozřejmě.*

**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měla byste o ní zájem?**

*Nevím o tom, že by taková služba byla v nemocnici. Ale myslím si, že by to bylo dobré. Třeba areál zdejší nemocnice je veliký. Pokud to tam člověk nezná, má problém. Těžko bude hledat nějakou budovu, natož konkrétní oddělení, které potřebuje.*

**Měla jste někdy problém se vstupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?**

*Musím říct, že s těmi ambulantními doktory a sestřičkami nemám špatné zkušenosti. Tam jsme nikde problém neměli. Jak s pejskem, tak pokud jsem tam chodila před tím ještě jenom s holí. U toho psa jsem byla překvapená, protože spousta lidí říká, že s tím má problém. Já jsem se ale nesetkala v těch malých ordinacích, u těch obvodních lékařů s nějakým problémem. Trošku horší už to bylo v nemocnicích nebo ve větších zařízeních. I když tady na očním taky ne, to bylo v pořádku. Sestřičky s tím problém neměly. Ale stalo se mi to v okresní nemocnici. Chtěla jsem jít na návštěvu za tetou a nebyla jsem tam puštěna. To mně bylo líto. Ale sestra řekla, že ne, že nemůžeme. Chtěla jsem se s ní nějak dohodnout, ale nešlo to.*

**Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyla?**

*Když přijdu do zdravotnického zařízení s průvodcem, tak oni z 90% komunikují s ním.*

Do rozhovoru vstupuje paní docentka. **To je problém a při tom to pořád při výuce zdůrazňujeme.**

*Oni se ve všem obrací na průvodce a ten člověk tam v podstatě stojí.*

Paní docentka. ***Působí to devalvačně?***

*Já se přiznám, že už jsem na to zvyklá. Ale příjemné to není (hovoří tiše).*

**Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*Řada těch doktorů tohle vůbec nedělá, ale pokud podávají, tak je dobrá informace, že ten doktor to řekne: „Podávám vám ruku.“ Pak je to dobré. Někdy, když ten člověk má zbytek zraku, někdy oduší nebo zaregistruje nějaký pohyb a tu ruku natáhne. Ale je pravda, že se s tím nesetkávám. Myslím si, že by to určitě bylo příjemné.*

**Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Největší problém je, když mě s pejskem někam nepustí. Řeknou, že s vodícím psem tam nesmím.*

**Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*Informovanosti a vzdělávání. Vědět, že se nevidomého nemusíte bát, že vodící pes k takovému člověku patří. Zdravotník by měl brát nevidomého člověka v komunikaci jako vidoucího pacienta.*

Do rozhovoru vstupuje paní docentka. ***A Vy si myslíte, že to tak není?***

*Ano, někdy to tak není. Zdravotníci by se měli vzdělávat v komunikaci s nevidomým prakticky. Učebnice jsou jedna věc a praxe druhá. Něco jiného je, když to vidí někde napsané a něco jiného je, když se skutečně s takovým člověkem setkají. Oni se ho v reálu skoro bojí. Zmatkují a stejně v tu chvíli nevědí, co mají dělat. Víte, někdy mám pocit, že si myslí, že i neslyším. I to se stává (hovoří velmi upřímně).*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Je to prostě jenom o té neznalosti. Oni prostě vůbec nevědí, jak se mají chovat a spíš se ani nezeptají nebo neřeknou. Oni se snaží pomoci, ale je to potom... Dojde to do takových důsledků, že toho člověka někam prostě odvláčí, někam se snaží namanipulovat, aniž by věděli, že třeba tomu člověku stačí jenom říct nebo popsat to místo a on si to zařídí sám. Nejsou zkrátka obeznámeni. Myslím si, že je to v té informovanosti. Stalo se mi třeba i na očním, že sestřička vůbec nevěděla, jakým způsobem se mnou má komunikovat, co se mnou má dělat. Bylo to takové to, jako že mě někde tlačila před sebou jako almaru. Přesně takový ten přístup.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Samozřejmě neumí. Většinou, jak říkám, vás někam vláčí.*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Hlavně mít pokoj u toalet a koupelny, aby člověk nemusel běhat přes celou chodbu a hledat to. Potom označení pokojů, dveře jsou všechny stejné. Dá se to vyřešit různě. Může se dát rohožka před pokoj nevidomého, zespodu kliky nalepit malý reliéfní označovač. U starších lidí je dobré zeptat se, jestli nepotřebují pomoc v běžných činnostech, například nakrájet jídlo. Kromě toho, že nevidí, tak se jim klepe ruka. U toho jídla je dobré říct, co tam člověk má. Užívá se popis podle světových stran nebo ciferníku, ale někdo řekne, že to nepotřebuje. Pro mě je taky důležité mít možnost používat počítač.*

**Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisovala jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*Zdravotník by mně ho měl přečíst. Neznamená to však, že ho musí číst celý, ale aspoň v kostce by to měl vysvětlit nebo mít doprovod, který to přečte. Pro podpis mně stačí, když mi zdravotník píchne prst na řádek. Co se týče přepisu do Brailly, musel by to ten člověk dostat do ruky s předstihem. Ale to je science fiction.*



### **Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Samozřejmě při hledání automatu, když nevidíte (kroutí hlavou). Je to pochopitelný problém.*

### **Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*Ano... (smích). Paradoxně zase u toho očního. Spíš legrační... Přišla jsem na oční kontrolu s bílou holí a sestřička mě posadila a korunovala to tím, že na optotypu mě začala vyšetřovat. Já neviděla ani ten optotyp, natož písmenka. Tak jsem si z ní chvíličku dělala legraci a ono jí to potom došlo. Nebo se mi stalo, že sestřička, nevím, jestli nevěděla... (zamyslí se). Přišla jsem tam dokonce s bílou holí. A sestřička mi říkala: „Támhle se běžte posadit.“ Tak to bylo hezké, to bylo moc pěkné. A to už musela mít vyndanou kartu. To jsem si myslela, že ta bílá hůl v ruce celkem napovídá... Ale zároveň bych ale chtěla pochválit obvodní a ambulantní lékaře, tam jsem se nesečkala s nějakým problémem. I komunikace byla dobrá. Stalo se, že paní zubařka měla novou sestřičku a sestřička nejdřív nevěděla... Ale stačila jediná věta a ta sestřička okamžitě věděla, o co jde a nebyl problém. Tam nevím, čím to je, ale mám velice dobré zkušenosti na rozdíl od nemocnic.*

### **Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková pod vedením vedoucí práce

**Dne:** 9. 10. 2010 od 13.30 do 14.50 hodin

**Rozhovor trval:** 80 minut

### **Komentář:**

R1 jsem kontaktovala telefonem. S rozhovorem souhlasila, výzkum ji zaujal. V budoucnosti by se ráda věnovala přednáškové činnosti pro zdravotníky. Ochotně přicestovala z malé vesnice, kde žije, do Hradce Králové. Čekala jsem na ni u zastávky MHD. Přivítali jsme se a šli jsme na LF, kde na nás čekala vedoucí práce. Rozhovor proběhl ve velice příjemném duchu a byl obohacením pro nás všechny. R1 jsem po ukončení rozhovoru vyprovodila na autobusové nádraží, kde mně ukazovala pěkné vodící linie, Braillovské popisky a možnost užití VPN vysílačky.

## **Příloha 2 – Rozhovor s druhým respondentem**

Muž, 44 let. Žije ve městě s 16 000 obyvateli. Je vyučený obráběčem kovů. Oslepl náhle ve 24 letech v důsledku pracovního úrazu. Tři roky vlastní vodícího psa a od té doby se cítí samostatným člověkem. „Jsou to moje oči“, dodává. Do práce nechodí, pobírá rentu (vzhledem k úrazu v práci) a bojí se, že by o ni přišel, pokud by nastoupil do práce. Po úrazu byl mnohokrát hospitalizován na očním oddělení, kde podstupoval řadu operací k záchraně zraku, ale neúspěšně. Nedávno prodělal operaci kýly na chirurgickém oddělení. Navštěvuje rovněž ambulantní lékaře.

### **Navštěvujete zdravotnická zařízení sám nebo s průvodcem?**

*Většinou chodím sám. Ale někdy musím s manželkou, třeba když jedu do Prahy, tak ta nemocnice je hotové bludiště, je to veliký areál. Ale hlavně se rozhoduju podle toho, jestli má manželka volno (smích).*

### **Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*To si člověk neuvědomí, když normálně vidí, jak ta orientace je strašně důležitá. Já ji bohužel moc neumím, ale mám psa. Mně tehdy nikdo nic neřekl o žádné organizaci, která pomáhá nevidomým, všechno jsem si musel najít sám. Lékaři se snažili mně zachránit ty oči. Vypadalo to nadějně. Podstupoval jsem hodně operací, byl jsem i půl roku v nemocnici. Ale asi tím, jak všichni doufali, se stalo, že se snažili mě léčit, ale se slepotou jsem byl v podstatě sám. Tam nefunguje ta koordinace mezi doktory a těmi organizacemi. Ke mně se nedostaly žádné informace, i když jsem byl skvěle léčený, všichni se snažili udělat pro mě maximum, abych zase viděl. Ona je slepota asi pro oční lékaře prohra. Ale je to zhruba tři roky, co jsem seděl doma a poslouchal rádio a tam byl pořad ze Střediska výcvikových psů. Zavolał jsem tam a paní ředitelka mě hned pozvala. Tak jsme tam s manželkou jeli a tam jsem se všechno dozvěděl. Musel jsem se naučit prostorovou orientaci, to je jedna z podmínek pro získání vodícího psa. A potom to šlo rychle. Za půl roku byl ze mě, zase po letech, samostatný člověk. Pes mně strašně změnil život (říká to velmi upřímně).*

**Máte i VPN, jak jsem si všimla.**

*Mám ji, ale v nemocnici jsem nikdy nezažil ozvučení. Takže já to použiju v dopravě, po městě. Majáčky by měly určitě být v nemocnicích. To jste viděla, jak jsme bloudili spolu v tom podchodu. A vyvedla nás ta VPN.*

**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měl byste o ní zájem?**

*Nebyla mně nabídnuta, asi to v nemocnici není. Ale měl bych o ni zájem. Určitě, by mně to pomohlo.*

**Měl jste někdy problém se vstupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?**

*Ne, vůbec nikdy. Jsou to moje oči. Moje oční doktorka se sice psů bojí, protože byla kdysi pokousaná, ale je to jenom proto. Jinak to respektuje, je hodná. A sestřičky ty se s ním mazlí.*

**Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyl?**

*Ne, nestává se to.*

**Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*Ano. Mně podávají ruku všichni lékaři. Já jsem první vážnější pacient mého očního lékaře. On říká, že mě má v občance. Sestřičky mně ale bohužel ruku při pozdravu nepodávají (směje se).*

### **Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Problém je, že někdy vás sestry nebo lékaři oslovují, ale neoslovují vás jménem, takže nevíte, že mluví k vám. To se mi stává. Když je tam víc lidí, třeba v čekárně, tak nevíte, na koho ten zdravotník mluví. Tak to tam, prosím, napište.*

### **Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*Já se budu opakovat. Oslepl jsem náhle, chovali se ke mně sice všichni hezky, ale nikdo mi neřekl, že existují organizace, které sdružují nevidomé a že mohu mít vodícího psa. Sedmnáct let mi nikdo nenabídl bílou hůl, vodila mě manželka. Je vytvořený systém, který může pomoci člověku, když náhle oslepne, ale zdravotníci ho neznají.*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Zase se budu opakovat, ale to je strašně častý problém... Pro nás by bylo příjemné, když by nás oslovovali jménem, abychom věděli, že mluví na nás. Hlavně, když je v místnosti víc lidí.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Neumí. Ale já tím, že jsem zvyklý chodit za ruku, se s nimi dokážu rychle domluvit.*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Nejlepší je nabídnout mu nadstandardní pokoj, kde je všechno a projít ho několikrát s ním. Ted', jak jsem byl na té operaci, tak mně to nabídli. Dali mně to za normální cenu a bylo to skvělé. Já jsem byl mockrát v nemocnici a je to čím dál lepší. Ted' mě sestra provedla po oddělení, všechno mně ukazovala. Nejhorší jsou uklízečky, lezl jsem tam po kolenou a hledal pod postelí pantofle (směje se). Taky to uklizení stolečků, vždycky vám přerovnají věci (směje se).*

### **A označení pokoje?**

*Já si to spočítám. Jdu podél zdi a počítám (směje se). Nepotřebuju žádný zvláštnosti, jen se domluvit. Jídlo mně popsali chlapi.*

**Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisoval jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*Přečte mně to manželka a podepsat to pro mě problém není. Ukážu si takhle prstem a podepíšu se. Doma mám šablonku, ale u sebe ji nenesím. Je velká na to, abych ji nosil po kapsách. V nemocnici by ji měli mít. Když jsem šel na tu operaci, tak mně to dali dopředu, doma jsem si to oskenoval do počítače a ten mně to „přečetl“. Možná by mě to mohli poslat rovnou, ale já bych si sám neřekl.*

**Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Dneska ty poplatky, těch třicet korun, je strašný pro nás slepce platit. Hledat automat, který není ozvučený, je problém.*

**Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*To se právě týká těch poplatků. Chtěl jsem zaplatit nedávno v jedné akreditované nemocnici poplatky v kartotéce u sestry. Slušně jsem ji poprosil, že nedokážu najít automat. Odpověděla: „Ne, nejde to, musíte si dojít do automatu.“ Tak jsem to tam hledal... Děsný! Ale to jsou ty automaty, jinak ten přístup zdravotníků obecně, ten se teď hodně zlepšil. Sestry jsou ochotné, to dřív nebylo. Dřív jsem zažil od sester: „Nemám čas!“ To se teď nestane.*

**Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková

**Dne:** 19. 3. 2011 od 9.00 do 9.50 hodin

**Rozhovor trval:** 50 minut

**Komentář:**

Před vlastním rozhovorem jsme s R2 hovořili 2x telefonicky. Předem věděl, proč výzkum provádím a co by měl přinést. Místo setkání jsme vybrali po vzájemné dohodě tak, aby nám oběma vyhovovalo. Setkali jsme se v podchodu metra a společně vyrazili do prostředí tiché kavárny, kde jsem dopředu zařídila absolutní soukromí. Vlastní rozhovor trval 50 minut, byl proveden od 9.00 hodin ráno. Během cesty do kavárny R2 rovněž povídal o sobě, o úrazu a o dlouhé cestě, která vedla k jeho znovu nabyté samostatnosti. Podrobně mi ukazoval chůzi s vodícím psem a princip VPN vysílačky. Po rozhovoru jsem R2 doprovodila na autobusové nádraží, odkud odjel domů do malého města za Prahou.

## **Příloha 3 – Rozhovor s třetím respondentem**

Muž, 47 let. Žije ve městě do 100 000 obyvatel. Absolvoval Speciální internátní školu pro nevidomé v Praze a následně vystudoval obor Ladič pian. Uplatnění našel a je dnes vyhledávaným odborníkem. Narodil se bez zrakového analyzátoru. Příčinou jeho slepoty je pravděpodobně to, že maminka prodělala během těhotenství zarděnky. Vodícího psa nemá a nechtěl by ho. Je samostatný v orientaci pomocí hole. Navštěvuje řadu ambulantních lékařů, hospitalizovaný byl dvakrát.

### **Navštěvujete zdravotnická zařízení sám nebo s průvodcem?**

*Zásadně s průvodcem, protože si myslím, že je to vhodnější. Pro mě ten průvodce zprostředkovává nejen to, že mě vodí, ale taky to, že mě řekne, kolikátý jsem v pořadí, a navíc taky to, že na mě venku v čekárně počká. Do ordinace jdu sám, požádám sestřičku, aby si mě převzala.*

### **Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*K orientaci používám skládací dlouhou bílou hůl a vysílačku (myslí VPN). Nesmím zapomenout, že v orientaci nám pomáhají taky Braillovské popisky. Ty jsou velmi důležité. U zábradlí na stěně by měl být proužek, nějaká dymopáska, kde je napsáno: „Do patra jedna, osm schodů.“*

### **Proč si myslíte, že to není?**

Vzdychne.

### **Takže Braillovské popisky...**

*Problém je, že ve stávajících zařízeních je potřeba, aby SONS kontaktoval někoho, kdo má na starosti ten barák a domluvila se s ním na schůzce. Musí si projít ten objekt a ukázat místo, kde by bylo nejlépe, aby ty popisky byly. To je důležitý. Asi by na to šly použít i zdroje z evropských fondů, jenom chtít.*

**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měl byste o ní zájem?**

*Tu službu na nádraží znám. Já myslím, že by to bylo rozumné v nemocnicích, ale při dnešních škrtech... Ale bylo by to rozumné! Byl bych rád, jednou osírím. Bylo by to dobré hlavně v nemocnicích, protože jsou dost rozlehlé s různými pavilony. Víte, já si myslím, že by bylo dobré několik věcí (přemýšlí). Bylo by dobré, aby se uplatnila tato varianta nebo varianta, že nad vstupními dveřmi bude zvukový maják. Já jsem bohužel zapomněl název té krabičky.*

**Myslíte VPN?**

*Ano VPN. Stiskněte si tlačítko číslo 1, což je krátká zvuková fráze nebo pípací maják a ten vás navede k těm dveřím. Pak si stisknete dlouhou hlasovou frázi a ta vám řekne: „Po vstupu do nemocnice po dvaceti metrech chůze vlevo od vás přibližně tolik a tolik metrů je recepce. Tam se lze dotázat na to a to. Jdete-li na ta a ta oddělení, jsou v prvním patře, jdete-li na tato oddělení, jsou ve druhém patře.“*

**Proč si myslíte, že to ještě ve velkých zdravotnických zařízeních není?**

*No... Je to několik takových věcí. Pořizovací cena toho zařízení není příliš velká, ale nemocnice a ten zdravotní personál tyto věci příliš nezná. Je velmi těžké zodpovědně odpovědět na to, pokud by se tam ta věc namontovala, jestli se to bude používat a jak často.*

**Ale každý člověk by měl ve vyspělé společnosti mít stejné možnosti.**

*Takto naprostá většina lidí v majoritní společnosti neuvažuje. Dovolte mi tento štulec. Není to ode mě příliš korektní, ale já vám říkám, jak to vnímám.*

**Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyl?**

*Jó! To je téměř vždy, ale ozvu se. Řeknu: „Prosím, sestřičko, já bych rád k paní doktorce. Slečna průvodkyně nebo maminka tady na mě počká. To víte, to je soukromá věc. Takže já se vás uchopím a šli bychom.“*



## **Diplomatické.**

*Naprosto! Vždycky se snažím hledat tu slušnější cestu. Lékaři a sestry, kteří mě znají, hovoří se mnou. Zvykli si, že se mnou je normální komunikace, jenom chybí pohled do očí. Měl jsem s tím několik problémů, ale ty jsem hned na začátku přesměroval tím, že jsem požádal: „Paní doktorko, když byste prosím vás hovořila ke mně! Ty léky budu brát já a aplikovat si je budu taky já!“ (směje se). Všichni máme nějaké základní prostředí. Když jste slepý od narození, musíte počítat s jednou zásadní věcí (odmlčí se). Důležitou pomůckou v životě, kromě bílé hole, Braillova písma, je dovednost komunikace. V té se člověk trénuje celý život. Bez ní je ten život moc těžký (hovoří velmi upřímně). A s ní, když se snažíte, si můžete ten život ne jenom ulehčit, ale... (odmlčí se) Vy můžete dát zprávu, díky svému slušnému chování majoritní veřejnosti, že takových nás je v podstatě většina a to je dobře. Protože ty lidi vás pak budou brát. Leckterý lidi, kteří v životě potkali mě nebo nějakého jiného slepce, už většinou vědí, jak s ním. A je to jednodušší. A to pro obě strany. Víte, on je problém, že lidi, kteří oslepnou, je u nich trochu problém... Oni někdy nejsou sžiti s tím, že jsou najednou slepí. To je většinou úděl na celý život. Takový člověk to má lehčí v tom, že si do slepého života přinese z toho zdravého života spoustu návyků. Třeba správné držení těla, snadněji se naučí dělat určité věci po hmatu. Takový člověk byl zvyklý se o sebe starat, krájet si chleba a další dovednosti, tak si je do tohoto života nějak přenese. On si je musí přizpůsobit, ale to se všechno naučí. Na druhou stranu, může být citlivý na určité informace ze stran jeho zrakové vady, protože někdo alespoň dočasně, před tou společností chce hrát: „Víte, já ještě trochu vidím.“ I když nevidí skoro vůbec a má třeba jenom světlocit. Je to pro něho citově důležité. Je to velice tenký led. Já to neumím úplně dobře posoudit, protože jsem se tak nenarodil, tu vadu jsem nezískal, tak to říkám oklikou, abych vám nenabídnul nějaký předsudek. To nechci.*

## **Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*Víte, těch lékařů jsem absolvoval docela hodně. Někdy se mi to stalo, ale často se mi to nestává vůbec. Ale záleží, jací jsou to lékaři a sestry. U těch mladších, takových těch co prošli dnešním zdravotnictvím, se to spíše uplatňuje, protože to je jakási součást toho chování k pacientům. Kdežto u těch starších zdravotníků, jste někdy považována za občana druhé kategorie. Víte, ono je také důležité, jak se té většinové společnosti představíte. Když se jí představíte standardně, když vás někdo pozdraví a vy aniž víte, jestli tu ruku vám*

*chce podat, tak ji opatrně natáhnete vpřed (natahuje ruku). Tak v tom okamžiku je to signál pro toho člověka z té většinové společnosti, že jste schopen dělat běžné společenské konvence. Tudiž jste jakoby přijat do té normální společnosti. Jo? A to všechno ostatní se už odvíjí od toho.*

### **Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Mám hodně dobrých a hodně špatných zážitků. Lidé na mě byli zlí a sprostí nebo mě naprosto ignorovali a já jsem se musel sám ozvat a ty lidi nasměrovat, pokud možno slušným způsobem, aby navázali dialog se mnou a ne třeba s mým průvodcem. Hovořím o dialogu se zdravotníkem ve zdravotnickém zařízení.*

### **Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*Nedostává se mi pochopení, že já jako člověk, který přišel se svým občanským průkazem, se svojí zdravotnickou kartičkou a se svým zdravotním problémem, jsem plnoprávný občan této země a žiju v podstatě do velké míry plnoprávný život. Tudiž bych od toho zdravotníka čekal, že když přijdu s nějakým problémem, tak se tomu problému bude věnovat jako u kteréhokoli pacienta. U některých zdravotníků bohužel přežívá pocit, který není úplně neoprávněný nebo nesprávný a to, že člověk slepý sedí jenom doma, tudíž vlastně ty věci, s kterými chodí, jsou podružné, protože ty jsou problémem pro lidi, kteří chodí do práce.*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Sám se snažím kopat za lepší komunikaci, protože dobrá komunikace je lékem na všechna zbytečná nedorozumění. A to je to nejdůležitější, co by tahle společnost měla pro postižené lidi udělat.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Jednoznačně tuto dovednost neovládají. Chodím s průvodcem a sám požádám sestru, aby si mě vzala, a ukáží jí jak. Snažím se komunikovat, vydat ten signál. Uchopím se sestřičky*

*a jdu do ordinace. Jednak pozdravím, když vejdu do toho předpokoje, kde je ta sesterna. Pokud se neznáme, tak po pozdravení řeknu, já jsem ten a ten a automaticky podám ruku, kde slyším toho zdravotníka. On většinou vstane a ruku mi podá, čímž nastane ten zásadní a prvotní kontakt, který znamená pro lékaře nebo pro sestru: „Je to slepec, ale je normální, běžný, komunikativní člověk.“ A já si řeknu, že je to slušný člověk a mám v něho jako v odborníka důvěru.*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Hospitalizovaný jsem byl dvakrát. V té nemocnici jsem si nastavil pravidla, jak bych si představoval, aby se se mnou jednalo. Velmi slušným a korektním způsobem, protože... (přemýšlí). Řekněme, že hlavním prostředkem, jak komunikačním, tak obranným, někdy i útočným, mnoha slepců jsou ústa. Komunikační dovednosti je dobré, když se člověk učí od dětství, protože čím déle je neumí, tím větší je v životě chudák. Například, když se mě někdo zeptá: „Jste schopen jíst příborem?“ Tak se neurazím a řeknu: „Ano, jsem.“ To je důležité (odmlčí se). Je také důležité, aby ta sestra, která vás uvádí na to oddělení, si uvědomila, že potřebujete pochopit, jak se jde z pokoje ven na tu hlavní chodbu, kde je schodiště a výtah, kterým se dostanete po té budově. Dále se potřebujete naučit pochopit uspořádání, kde jsou ty postele a kde stojí ta vaše. Pokud to jde, tak je lepší mít pokoj s klidnějšími pacienty. Protože jedním z průvodních jevů slepoty je, že biohodiny, které máme všichni v těle a které do velké míry stimuluje spánkový hormon neboli Melatonin, tak ty hodiny vám fungují jinak než zbytku světa. To znamená, že se vám někdy vymění noc za den a den za noc.*

### **A vám se to někdy stane?**

*Samozřejmě. Je to veliký problém. Musím ráno do práce. Slovo tma a den používám, abyste měla představu. Ten hormon je na bázi světla. To znamená, že když vám svítí, tak ... A mně nesvítí nikdy. Já tím trpím od dětství. A nejsem sám, je nás hodně mezi slepými. U lidí, kteří tím trpí, to vzniká v raném dětském věku.*

**Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisoval jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*Jistě. Je to velký problém. Já mám razítko. Já se neumím podepsat. Tak bych řekl: „Nejsem schopen.“ Informovaný souhlas v Brailu bych pochopitelně vítal nebo poslat ho e-mailem, to by bylo bezvadné. Přečetl bych to a časem třeba i elektronicky podepsal. Tento způsob komunikace je pro nevidomého velmi výhodný, není to vyložene grafické prostředí, ale je to prostředí, které jde ozvučit. Ten člověk, s kterým si dopisujete, vůbec nepozná, že jsem slepý (směje se). Dneska se to už na slepeckých školách učí, za mě se to neučilo. Jsou už i šablony na podpis. Ale tu používat neumím. Víte, pokud se nesečkáte s člověkem, který má nějaký handicap, který ho omezuje v životě zásadním způsobem např. ztrátu jednoho smyslu, tak vy si to možná ani neuvědomíte. A to je právě problém u těch zdravotníků. Vy jste první, kdo se ptá na tyhle konkrétní věci. Ptáte se, čím to je? Je nás málo. „Tělesňáků“ je hodně. Podívejte se, my jsme minorita. Společnost se zajímá především o tělesně postižené a SPCCH.*

### **SPCCH?**

*Svaz postižených civilizačními chorobami (směje se). Dál. Nejhlavnější problém je to, že nás je málo, tudíž je nás málo slyšet a tudíž ta společnost má pocit, že ty věci, které mi potřebujeme k životu, že jsou z toho pohledu, že nás je málo, do určité míry neoprávněny. Jestli tu „pošahanou“ logiku chápete. Dál. Ted' sledujte můj tok myšlenek. Já si myslím, že tady došlo k zásadnímu problému, který se neměl stát. Nevím, od kdy je, ale neměl se stát. Tady totiž existují dva termíny, které znamenají téměř to samé, ale oni nejsou to samé. Dobře poslouchajte. Prakticky nevidomý a nevidomý. Nevidomý vzniklo za komunistů, dřív se říkalo slepý. Proto já požívám termín slepý (odmlčí se). Protože, kdybyste přišla do německy mluvícího prostředí, tam neexistuje termín nevidomý. Tam existuje termín těžce zrakově postižený a pak je termín slepý. Nazdar bazar. Když řeknete, že jste slepý, tak jste slepý, nevidíte nic. Podle mého my, kteří nemáme vůbec jeden smysl, měli bychom podléhat, nechci říct jiné legislativě, ale měl by být na nás brán větší zřetel v našich potřebách než na lidi, kteří se narodili buď s vrozenou těžkou zrakovou vadou, nebo jim po zrakovém onemocnění zbyl zbytek zraku. Může být třeba malý, ale stačí na to, aby mohli chodit s tzv. krátkou signální holí a orientovali se při běžném osvětlení aspoň částečně v prostoru. Popřípadě, aby si na oko připlácli lupu a přečetli si to nejnnutnější. Ani jedno*

*z toho, my udělat nemůžeme. Tudiž na všechno potřebujeme buď kompenzační pomůcku, nebo dopomoc.*

**Dobře budu respektovat tuto terminologii.**

*Děkuji.*

**Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Nevadí mi placení, ale jeho způsob. Poplatek by se měl hradit sestře v ordinaci. Já shánět někde nějaký papírky a automaty... Už jsem to řešil se sestrou. Vyšla mi vstříc, co jí zbylo. Ale samozřejmě, měli bychom mít uzákoněnou výjimku.*

**Hezky se s vámi povídá. Chcete ještě uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*Víte, už jsou lékaři, kteří vědí něco o Braillově písmu. U sestřiček je to horší. Jak bych to slušně řekl. Většinou to jsou ženy, které absolvovaly to správné vzdělání a ovládají ty výkony, které mají pro ty pacienty dělat. Ale ony si s sebou přinesly předsudky z té bývalé společnosti a nejsou schopné je opustit. Protože ta rutina je v nich nastavena tím způsobem, jak fungovala tehdy. Praxe by měla jít ruku v ruce s etikou. Taky se stane, že si léčíte močový ústrojí, jste slepý a oni vám řeknou: „No vy to s tím sexem asi neřešíte, vy jste sám, že jo?“ To se mně prostě stalo. Ale nechci jenom naříkat. Chválím ty doktory, kteří už o slepých něco vědí a snaží se jim vyjít vstříc jako ostatním pacientům. Po jednom zákroku na ušní ambulanci jsem se setkal s lékařem, který se mnou konzultoval, co je pro mě výhodnější. Jít domů nebo být po zákroku hospitalizován. Jednal se mnou jako s úplně normálním člověkem. A to je velice příjemné.*

**Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková

**Dne:** 29. 10. 2010 od 17.00 do 18.30 hodin

**Rozhovor trval:** 90 minut

**Komentář:**

R3 jsem oslovila telefonicky. Původně se výzkumu zúčastnit nechtěl, ale nechal si vysvětlit moji motivaci a zajímal se o to, jakou metodu výzkumu jsem zvolila. Nemá rád dotazníková šetření. Po třech dnech se sám ozval a nabídl mi místo setkání s tím, že se mu moje myšlenka líbí. Sraz jsme si dali na stanici MHD, kam sám přijel. Po podání ruky, složil hůl, zavěsil se a šli jsme do knihovny, kde v soukromí rozhovor probíhal (opět dopředu zajištěno). Vlastní rozhovor byl proveden od 17.00 hodin. Po rozhovoru jsem R3 doprovodila opět na MHD, poděkovala a rozloučila se. Druhý den mi přišla zpráva - poděkování za příjemný rozhovor. Dozvěděla jsem se opět mnoho nových poznatků. R3 je velice zdatný ve verbální komunikaci a jak sám říká: „Nejúčinnější zbraní slepců jsou ústa.“

## **Příloha 4 – Rozhovor se čtvrtým respondentem**

Žena, 48 let. Pochází ze Slovenska, kde od 12 let chodila do internátní školy pro nevidomé v Levoči. Kuriozitou je, že do té doby byla doma, do školy nechodila. Rodiče se báli, aby si učením nekazila svůj chabý zrak. Ze Slovenska přešla do Prahy, aby zde studovala na Ekonomické škole pro zrakově postižené. V Praze žije dodnes. Uplatnění našla jako telefonní operátorka. S vidoucím manželem vychovala dnes již dospělého syna. Nyní do práce nechodí, protože pečuje o svého manžela. Příčinou její nevidomosti je vrozený glaukom. Zrak se jí zhoršoval a ve 12 letech přestala vidět. Dostala se do nemocnice a tam lékaři zjistili, že holčička nechodí do školy a rodičům vysvětlili, že je nutné, aby se vzdělávala v Levoči. Vodicího psa nemá a nikdy by ho nechtěla. Má fobie ze psů. Pravidelně navštěvuje ambulantní zdravotnická zařízení, hospitalizována byla dvakrát. Ležela na porodnici a na kožním oddělení.

### **Navštěvujete zdravotnická zařízení sama nebo s průvodcem?**

*Kdysi jsem chodívala sama, ale teď záleží na tom, kam jdu. Tam, kde to neznám, musím s doprovodem. K praktické lékařce chodím bez doprovodu.*

### **Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*Používám orientační bílou hůl a vysílačku (myslí VPN). V nemocnicích se člověk nemůže zorientovat. Nemůžu použít VPN, protože tam nejsou nainstalované majáky. Nezažila jsem vodicí linku. Nikoho to nezajímá, nikdo se o to nestará. Když bych mohla využít VPN a vysílačka by mně řekla, že je to třeba pavilon interny nebo že po 50 metrech vlevo bude výtah, bylo by to jiné.*

### **A Braillové popisky?**

*Ty taky, ale musím vědět, že tam jsou a oni skoro nikde nejsou. Jenom občas ve výtahu je hledám u tlačítek. Někde se stane, že je výtah ozvučený, to je paráda.*

**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měla byste o ní zájem?**

*Mělo by to být. Pomohlo by to moc, protože v těch velikých budovách se člověk prostě nevyzná. I když tam půjde víckrát. Nedávno jsem měla dobrou zkušenost, že mě v jedné nemocnici na recepci recepční vzala a odvedla až do pokoje. A to bylo moc dobrý.*

**Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyla?**

*Ano. Já už teďka pokud jdu s doprovodem, tak do ordinace vcházím zásadně sama. Právě proto, že vím, z minulých zkušeností, že se vždycky bavili s doprovodem.*

**Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*Málo. Ale jedna sestra na plicním to dělá, tam jsou na mě zvyklí. Tam je to dobrý. A zažila jsem i mladého doktora v nemocnici. Ale jinak ne. Nikdo to nedělá.*

**Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Měla jsem manžela na JIP, kde byla jedna doktorka... (kroučí hlavou). Když jsem se jí zeptala na zdravotní stav manžela, tak neustále lítala kolem mě a odbíhala. Já, když nevím, kde je, tak... Já ji čekám, že bude mluvit z té strany, z které s ní mluvím, a ona je někde jinde. A mluví ... Já nevím zkratkovitě, rychle. Myslím si, že to bylo i proto, že za manželem chodil i jeho bratr, který je vidoucí. Je dobře, že za ním chodil, ale s ním ta doktorka mluvila slušně a líp než se mnou, i když jsem manželka. Prostě buď s vámi jednají jako s blbcem nebo vám neřeknou nic.*

**Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*To jsme zase u té komunikace, u toho přístupu. Já nevyžaduju speciální přístup. Já si zpětně vůbec neuvědomuju, že by mně některá sestra na porodnici nebo na tom kožním, kde*



*jsem ležela, že by mě vzala a řekla: „Tak pojd'te, tady máte koupelnu, tady WC a dál 2., 3. dveře...“ Člověk si to musí sluchem nějak odhadnout sám.*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Já bych hlavně školila ten současný personál – sestry, sanitáky, doktory, prostě všechny.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Když jsem na té chodbě a jdu do dveří, když mě nechytanou nebo neřeknou, kam mám jít, tak třeba do nich vrazím. Víte, když mě znají, tak mě doprovodí. Ale taky se mi stalo, že jsem někam přišla poprvé a je paradox, že to bylo zase na očním a prostě... Pozdravila jsem a ono nic se neozvalo. Tak jsem šla rovně a tam byl stůl nebo něco a ona (myslí sestru) říká: „Doleva pojd'te k paní doktorce.“ A stála za mnou. Říkám: „Sestři, když byste mě chytila za ruku, bylo by to rychlejší než, když mi to takhle budete povídat.“ Já se naštěstí umím ozvat, ale každý to neumí. Ale většina těch zdravotníků vodit neumí.*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Důležité je mít hygienické zařízení na pokoji. Mít možnost vybrat si postel, aby byla u zdi a hlavně, aby si personál uvědomil, že nesmí přerovnávat žádné věci. Nemám ráda, když mně někdo popisuje jídlo, které mám na talíři, nebo mně nakrájí maso. Asi to myslí dobře, ale já jsem soběstačná.*

**Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisovala jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*Když je to plánované, tak by to bylo dobré poslat na e-mail. Většina nevidomých má počítač a alespoň zprávu si každý přečíst umí. To by bylo příjemný a pak bych věděla, co vlastně podepisuju. Nepříjemné je to, že vám to říkají ve spěchu a je to takové... Řeknou vám jenom minimum nebo na co se zeptáte. S informacemi obecně spokojená nejsem.*

*S podpisem problém nemám, ale řada nevidomých co znám ano. A u těch lékařů, kteří vás znají je to lepší, ale jinak ne.*

### **Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Nechci, aby nevidomí byli osvobozeni od regulačních poplatků, ale abychom to mohli dávat rovnou tam (myslí ordinaci). Pokud mám doprovod, tak není problém, ale když jdu sama, tak jak mám hledat automat.*

### **Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*Mám dost zážitků. Nedávno jsem byla na endokrinologii na vyšetření. Řekli mi, ať si lehnu, ale jinak nic. On ten vidoucí vidí, jak se třeba s něčím zdravotník blíží. Dali mně tam ty ubrousky. Ale já potřebuju, aby mně lékař řekl, že mě bude natírat tím gelem. Potřebuju vědět o všem, co mi budou dělat. Já to prostě nevidím. Mám však i dobré zkušenosti. V nemocnici jsem se ptala na svůj zdravotní stav. Byl tam mladý lékař. On přišel, podal mi ruku, představil se a v klidu se mnou mluvil dvacet minut. A nakonec se ještě zeptal, jestli se nechci na něco zeptat já. Úžasný, ale nestává se to.*

**Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková

**Dne:** 15. 10. 2010 od 15.00 do 16.00 hodin

**Rozhovor trval:** 60 minut

### **Komentář:**

R4 jsem poznala na zkoušce jednoho pěveckého sboru. Chtěla se zúčastnit výzkumu a těšila se. Jednou jsem ji ještě telefonicky oslovila, abychom upřesnily místo setkání. Poprosila mě, abych přišla za ní domů. Jednak byla po nemoci a jednak jí její domov přijde

jako místo absolutního soukromí. Když jsem za R4 šla, uvědomila jsem si, jak zcela konkrétní popis nevidomý používá. Cestu od zastávky, která měla asi 100 metrů, jsem měla na dvou stranách v díáři. Přišla jsem do velice útulné a čisté domácnosti. R4 mně uvařila výbornou kávu bez použití kompenzačních pomůcek. Vlastní rozhovor trval 60 minut a bylo to nesmírně příjemné setkání.

## **Příloha 5 – Rozhovor s pátým respondentem**

Žena, 55 let. Původem ze Slovenska, kde absolvovala internátní školu v Levoči. Později přešla studovat na Konzervatoř J. Deyla do Prahy, kde žije dodnes. Porodila a vychovala čtyři děti se slabozrakým manželem. Nyní se věnuje profesionálně zpěvu. Příčina její nevidomosti není známá. Vodícího psa nemá a neuvažuje o jeho pořízení. Pravidelně navštěvuje ambulantní zdravotnická zařízení. Hospitalizována byla na porodnici, neurologii a urologii.

**Navštěvujete zdravotnická zařízení sama nebo s průvodcem?**

*Většinou sama.*

**Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*Mám orientační hůl a VPN. Hůl mám asi od třiceti roků. Tehdy to bylo hrozné, třeba zeptat se na číslo tramvaje. Připadala jsem si jako exot. Dneska mám vysílačku, tu zmáčknu a ono mi to číslo řekne nebo někdy taky neřekne, když to řidič má vypnutý (směje se). Technika je výborná, ale lidi by to měli zvládat i bez ní.*

**Pomáhají vám při orientaci Braillové popisky?**

*Ano, taky, ale musím vědět, kde jsou. Víte, já jsem staroslepec.*

**Staroslepec**

*To je terminus technicus z té starší generace, kteří byli voděni průvodci. Já to v žertu převedla, že jsem staroslepec, který není zvyklý na žádné výhody a žádnou techniku. Ale na druhou stranu ozvučená nemocnice... To by bylo krásný.*

**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měla byste o ní zájem?**

*Jo, to by byl dobrý nápad. To bych určitě využila, to by bylo přesně pro mě. Já všude dojednu, ale potom...(směje se). Bylo by to fantastický, o to bych měla zájem.*

### **Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyla?**

*Já chodím většinou sama. Ale když jsem šla s průvodcem, tak většina zdravotníků hovořila na něj.*

### **Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*To skoro bych řekla, že by to mělo být pravidlo, protože... Najednou cítíte důvěru k tomu doktorovi, či k té sestře. To je psychologické, když už nic jiného, tak je to úžasně jako... Někdy mi někdo podal ruku, ale neřekl to. Já to nějak vytuším. U přirozených lidí je to normální, že ho to napadne. A je to hrozně příjemný. Tohle je akt, který fakt je dobrý. Pro mě je v komunikaci podání ruky zásadní. Víte, když jsem byla malá, tak v povědomí lidí byl slepý člověk chudák. Někdo, kdo stejně nemá šanci být v pohodě. Dneska už je to jiný. Já jsem už odmala, měla ctižádost vypadat jako normální člověk. Někde jsem slyšela, že je slušné se na lidi koukat. Takže i když nevidím, jsem otočena na tu stranu, s kým hovořím.*

### **Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Tak to je někdy problém, protože... Stávají se takové věci... To se mi stalo teď naposledy, když jsem ještě jednou byla hospitalizovaná. Dali mi do skleničky tabletky, ale neřekli, že je tam dali. Já vím, že to nedělají schválně. Jenom jim to nedojde. Prostě to tak dělají běžně, denně. Mně pak řekla susedka: „Tady vám sestřička dala léky do skleničky, tak si je vezměte.“ Takže... Já se nad tím pousměju. Ale protože se to opakovalo, tak jsem řekla: „Sestřičko, buďte tak hodná, řekněte mně, že mi něco dáváte, protože já to pak třeba nevím.“ Potom jim to došlo. Prostě ta komunikace se potom, během té doby, co jsem tam byla, zlepšila.*

### **Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*Vzpomínám kdysi, když jsem třeba chodila s první dcerou do poradny sama. Bývalo hodně náročné, než jsem se dopracovala k tomu, že jsem zaklepala a řekla: „Sestřičko, jsem tady. Prosím Vás, hlídejte si mě. Já nechci nikoho předbíhat, ale nevím, kdy půjdu na řadu.“*

*Dělala jsem to z toho důvodu, že tam byli tak drzí lidé, že mě prostě předběhli, i když jsem řekla, za kým jsem. Je to o té komunikaci.*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Měli by projít nějakým kurzem, nebo alespoň přednáškou o nás.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Myslím si, že neumí. Většinou mi sestřička řekne: „Před vámi máte židličku.“ A někdy neřekne, ale to už předpokládám, že ta židlička bude někde, to si domýšlíte. Slyšíte toho pana doktora, tak si domyslíte, že je u stolu, tak ta židlička bude někde kousek od něj. Když je pan doktor vpravo, tak ta židlička bude asi někde tady. Tak si tak lehce šáhnu a ...*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Hlavně komunikovat. Dál zajistit připojení na počítač. Teď jak jsem byla v nemocnici, tak byl záchod na druhé straně chodby. To bylo nepříjemný.*

### **Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisovala jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*Ano, vím, co to je. Nemám s tím problém. Poprosím: „Prosím vás, přečtěte mi to.“ To už je úděl, určité věci jsou tak, jak jsou. Já přeci nemůžu vyžadovat, abych to měla v Brailu. Nebo možná ano. Možná bych mohla. Leckdy to podepíšu a ani si to nenechám přečíst. Nepřemýšlela jsem nad tím. Podpis jsem si vymyslela. Měli jsme razítka, dříve platili jako rovnocenný podpis. Jednou jsme měnili byt a já jsem si to razítko zapoměla. Tak jsem si řekla: „To se nedá nic dělat, já si musím vymyslet podpis.“ To už mně bylo přes čtyřicet roků. A od té doby jsem trénovala ten svůj „klikyhák“. Lidi říkají, že je více méně stejný. Tak to nebudu řešit.*

### **A bylo by pro vás přínosné, poslat ho dopředu e-mailem?**

*To určitě. Ale nikdy mě to nenapadlo. Samozřejmě většinu informací získává dnes slepec na počítači s hlasovým, nebo hmatovým zařízením. Já mám oba.*

### **Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Já si můžu říct o složenku a tu zaplatím. Nejlepší by bylo, abych to mohla zaplatit v ordinaci.*

### **Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*Vzpomínám si, že když byly děti malé, tak paní doktorka říkala mojí dceři, jak mám podávat léky mojí mladší dceři. Řekla jsem jí: „Paní doktorko, dcera chodí do druhé třídy. Bude rozumnější, když se budete obracet na mě.“ To bylo hodně nepříjemný! Ale radši mám ty lepší zážitky. Třeba nedávno jsem byla na kardiologii a sestřička říkala: „Já nemám žádnou zkušenost, jak vás mám vzít?“ Ale byla zlatá! Je podstatné, že se zeptala. To je pro mě pozitivní zkušenost, skoro bych řekla zážitek, protože to se mi nestává.*

### **Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková

**Dne:** 13. 10. 2010 od 10.00 do 10.55 hodin

**Rozhovor trval:**

**Komentář:**

R5 jsem poznala na jedné zájmové akci pro nevidomé. Velmi mě zaujala svým pozitivním přístupem k životu. Později jsem ji telefonicky oslovila a požádala o spolupráci na výzkumu. Jelikož objevuje stále ráda nové oblasti, našla si ve svém přeplněném diáři na mě čas. Setkali jsme se ve stanici metra u prvního vagónu. R4 vystoupila v doprovodu paní, kterou v metru sama požádala. Po úvodním pozdravu a podání ruky složila hůl, chytila se mě a naše cesta vedla do Kongresového centra, kde rozhovor probíhal v tiché kavárně od 10. 00 hodin. Rozhovor s touto aktivní ženou byl pro mě hodně inspirující.

## **Příloha 6 – Rozhovor s šestým respondentem**

Žena, 63 let. Žije v Praze. Vystudovala gymnázium, pracovala jako vedoucí kopírovacího centra. Nyní je ve starobním důchodu. Příčinou její praktické nevidomosti je pigmentová degenerace sítnice. Zrak se jí zhoršoval postupně, velmi špatně vidí od 55 let. Přestože prognózu svého onemocnění znala, nechtěla se učit prostorovou orientaci ani Braillovo písmo (dokud viděla). Kurz podstoupila až v 55 letech. Přes svůj věk je velmi technicky zdatná. Používá počítač s hlasovým výstupem, orientuje se v nejnovějších kompenzačních pomůckách pro nevidomé, pořádá letecké zájezdy do zahraničí pro handicapované lidi. Pravidelně navštěvuje řadu zdravotnických zařízení. Hospitalizována byla v poslední době 2x na ortopedii, dále gynekologii a ORL.

### **Navštěvujete zdravotnická zařízení sama nebo s průvodcem?**

*Většinou jdu do ambulantních zařízení sama, do nemocnice s doprovodem. Taky záleží na tom, jestli to tam znám.*

### **Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*Vodící pes, párátko (myslí signalizační hůl) a vysílačka (myslí VPN). Já prostorovou orientaci moc neumím, vodí mě pes a já, bohužel, ještě pořád spoléhám dost na ten zrak. To je průser. Při výcviku chůze se psem jsem měla klapky a chodila jsem líp než bez klapek. Obdivuji ty lidi totálně nevidomý, jak chodí. Tak nechodí „vid'oš“ (myslí vidoucího člověka). Ono, upřímně, v areálech nemocnic se není čeho chytit. Tam nejsou vodící linie, to je jenom na poště. V nemocnici jsem zkoušela mačkat VPN a neozvalo se nic. Takže ani žádný maják tam není. Tam to není nic moc. Byla jsem teď v nové nemocnici a nebylo to tam. Všude je to sklo (myslí stavební prvek). To je nejhorší pro ty slabozraké, protože se mění světlo, které je u těch sítnicových vad podstatné.*



**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měla byste o ní zájem?**

*Znám ji z letiště, tam to je. Já zařizuji zájezdy, tak tam zavolám, že letíme tehdy a tehdy a tím spojem, že potřebuji asistenci. Oni při odbavování tam na vás čekají. V nemocnici by bylo určitě dobrý, aby tam někdo byl, kdo by byl schopen vám říct, kde je ten doktor nebo to oddělení. Oni vám řeknou: „Támhle!“. Ale vy si to na těch dveřích nepřečtete. Bylo by dobré, aby tam byla nějaká asistenční služba nebo prostě někdo, kdo by byl schopný vás tam doprovodit. Ukázat vám ty dveře, které hledáte. To bych řekla, že je dost důležité. Moje kamarádka šla do nemocnice se psem a s holí. Zdravotníci ji vidí, vědí všichni, že je „slepouš“ a je tam asi pět výtahů (kroutí hlavou). Některý jede dolů, některý nahoru a ona potřebovala pomoc a ta sestra jí řekla: „Támhle ten zelený je váš.“ Když by s ní došla k tomu výtahu a řekla jí až u toho výtahu: „Tady tím můžete jet.“ Ale ... (kroutí hlavou) Ten zdravotnický personál by k tomu měl mít nejbliž, ale leckdy mám pocit, že venku jsou lidi informovanější. Promiňte, omlouvám se (smích).*

**Měla jste někdy problém se vstupem vodícího psa do zdravotnického zařízení?**

*Chodím s ním a problém není. Jenom když jsem měla před dvěma roky obvodní lékařku, tak ta se bála velkých psů, takže sestřička ho hlídala. To bylo tou doktorkou, že se fakt bála, asi měla nějakou špatnou zkušenost. Ale pes jako takový jí nevadil a chtěla, aby ho sestra hlídala. Výslovně se bála. Ale třeba k hospitalizaci bych svého psa nechtěla, protože jsem šla většinou na operaci a to by nešlo.*

**Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyla?**

*Samozřejmě, občas se to stane.*

**Jak reagujete?**

*Tak na ně zařvu (smích). Ne, vážně... Ono je to hodně nepříjemné. Řeknu jim, že jsem normální žena, akorát, že nevidím. Je to velice nepříjemný (odmlčí se a zapálí si cigaretu).*

### **Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*Nepamatuju si, že by mně někdo ruku podal. Možná v té nemocnici, když jsem šla na operaci. Ale to je teorie, praxe je jiná. Přijdu do ordinace a řeknu: „Prosím vás pozor, já nevidím.“ A on buď vyskočí a jde vám naproti, nebo vás tam nechá plácát. Většinou se zvedne. Zdravotníci ruku nevidomým při kontaktu zpravidla nepodávají.*

### **Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Největší? Že na vás nemluví a že koukají jinam. Oni vidí, že na ně taky nekoukáte, že šilháte nebo ty vaše oči nejsou jako ty zdravé a oni buď si píšou, nebo hodně málo komunikují. Ten problém je největší. Oni nechtějí mluvit.*

### **Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*Nemají informace o nevidomých. Např. se divili zdravotníci, že existuje bílá hůl opěrná. Musela jsem jim vysvětlit, že je bílá, abych byla označená, že nevidím. A to bylo rehabilitační centrum. Oni nechápali, že mám jednu holi bílou a druhou zelenou. Ta neznalost je tam veliká. Měli by projít nějakým kurzem nebo setkáním s nevidomým. Alespoň sestry, když už ne ti doktoři.*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Hlavně na nevidomé mluvit. Hlasem poznáte všechno. Podle tónu hlasu poznáte například, jestli je to vážný nebo ne. I když vám neřekne třeba úplně přesnou pravdu, ale naznačí vám něco. Tak vy to podle hlasu poznáte.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Ne (říká velmi důrazně)! Spíš do vás tlačí. Někdo je šikovný, tak třeba zaťuká a řekne, že vlevo máte židli. Já jsem hubatá, já se domluvím. Vždycky říkám: „Hlavně mi to nechte, kde to mám, a nic mi nepřendávejte.“*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Je důležité mít připojení na počítač, tedy zásuvku. Ideální, když je na pokoji koupelna a záchod. Nenutit chodit do společné jídelny. Oni mi řeknou, kde mám postel a stačí mně dvakrát projít trasu na ten záchod.*

**Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisovala jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*On (myslí lékaře) mi to dá napsaný a mně to manžel přečte, takže já ten problém nemám. Nebo si to oskenuju a přečtu si to sama, ale brala bych to, aby mně to poslal na počítač. Mělo by to určitě smysl, většina „slepoušů“ má počítač s „hlasákem“ (myslí počítač s hlasovým výstupem).*

### **A zkusila jste poprosit, aby vám ten souhlas lékař poslal na e-mail?**

*Ne, mě to ani nenapadlo. Ale brala bych to. Já si to oskenuji, pak dám do počítače a ten mně to přečte. A s podpisem problém nemám.*

### **Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Lístičky, to je neštěstí! Tady na poliklinice platím přímo v ordinaci, a když jsem byla v nemocnici, tak jsem s sebou měla manžela. Kdyby tam nebyl, tak je to neštěstí, tak to prostě nezaplatím. I zdravý člověk má problém ten automat najít a lidi se zrakovým handicapem by to měli platit u sestřičky.*

### **Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*Tady je chirurgie, tam přijdete a máte si vzít nějaký papírek, číslo. Já čekám, až otevře sestra a poprosím jí, aby mně ho utrhla a řekla mi, jaký mám číslo. A potom mám dvě možnosti: buď je hodná, nebo protivná. Některá na vás vybafne: „Řekněte si někomu, já nemám čas.“ To je velice nepříjemné. Na mě byli v nemocnici teď všichni hodní, to tam*

*napište. Oproti ambulantním sestřám, které s vámi, pokud vás neznají, jednají jako se slabomyslným. V nemocnici byly všechny sestry ochotné.*

**Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková

**Dne:** 10. 3. 2011 od 16.00 do 17.00 hodin

**Rozhovor trval:** 60 minut

**Komentář:**

R6 jsem poznala prostřednictvím mojí slabozraké přítelkyně. Jedná se o velice ráznou, ale zároveň příjemnou a samostatnou ženu. Rozhovor proběhl u R6 doma, protože se právě vrátila z nemocnice. Je po operaci kyčle. Rozhovor trval 60 minut. Proběhl odpoledne od 16.00 hodin. Znovu jsem byla svědkem čisté a útulné domácnosti. R6 mi nabídla kávu, kterou bez kompenzačních pomůcek sama uvařila a donesla (ač jsem jí vzhledem k operaci nabízela pomoc). Bylo to příjemné setkání s velice osobitou dámou.

## **Příloha 7 – Rozhovor se sedmým respondentem**

Muž, 66 let. Narodil se v Praze, kde dodnes žije. Vystudoval Konzervatoř J. Deyla, uplatnil se jako profesionální muzikant a uznávaný učitel hudby. Učil i klavírní improvizaci. Je nevidomý od narození, příčinu nezná. O vodícím psovi kdysi uvažoval, ale protože s hudbou cestoval po světě, nepořídil si ho. Dnes už ho nechce. Pravidelně navštěvuje zdravotnická zařízení. Hospitalizovaný byl v poslední době třikrát. Ležel na neurologii, interně a kardiologii.

### **Navštěvujete zdravotnická zařízení sám nebo s průvodcem?**

*K praktické lékařce chodím sám, jinam s doprovodem. Do nemocnice ne, je to bludiště. Tam se nemáte podle čeho zorientovat.*

### **Jaké kompenzační pomůcky vám pomáhají v orientaci v prostoru?**

*Nejdůležitější pomůckou je pro mě orientační hůl. Doma mám i opěrnou bílou hůl, kterou jsem byl nucený jeden čas používat. Ale ta vám v orientaci nepomůže, jenom vás označuje, že jste slepý. Takže hůl a vysílačku (myslí VPN). Kdysi jsem uvažoval o vodícím psovi, ale protože jsem hodně cestoval po světě s muzikou, tak to nešlo.*

**Vím, že např. na nádražích, letištích existuje zdarma asistenční služba pro nevidomé, kterou si telefonicky dopředu objednáte. Byla vám taková služba nabídnuta ve zdravotnickém zařízení? Pokud ne, měl byste o ní zájem?**

*Víte, já jsem hodně cestoval. Například jsem jel od cestovní kanceláře na dovolenou a přijel jsem na letiště a tam na mě čekal člověk a řekl mi: „Mám za úkol doprovodit vás do letadla.“ Oni sami v té kanceláři, aniž bych o to žádal, se postarali o tu službu. Ale samozřejmě v nemocnici, když by něco takového bylo a mohl bych si to objednat, byla by to obrovská pomoc! My dojdeme k vrátnici, ale dál je to v podstatě nemožné.*

### **Stalo se vám, že zdravotníci hovořili na průvodce, vy jako byste tam nebyl?**

*To je běžné. Snažím se to vždycky změnit. Přijdu, začnu se s těmi lidmi bavit, pokud mi není vyloženě zle. Vyprávím, jak jsem hrál ve Švédsku, jak jsem se čvachtal v Tichém oceánu. A to zpravidla zabere. Pochopí, že jsem samostatný člověk, který jenom nevidí.*

### **Podávají vám při kontaktu zdravotníci ruku?**

*Nestává se to. Je to v lidech... Víte, navázání toho kontaktu je podstatný... A to si myslím, těm lidem moc nedaří.*

### **Co je pro vás největší překážkou při komunikaci se zdravotníky?**

*Tady je spíš nebezpečí, že toho člověka nepokládají za hodného diskuze. Bud' je tady jeden extrém, že se mnou mluví jako se slabomyslným, nebo nad vámi stojí doktor se sestrou, něco si povídají, co se zřejmě týká vás, a najednou vám prostě řeknou: „Sedněte si, ruku si dejte do výšky ramen!“ Ale já myslím, že by mně měli říct, že mně vezmou krev z téhle žíly. Měl bych vědět, co se mnou budou dělat. A někdy se stane, že se ještě cítí dotčeni.*

### **Čeho se vám od zdravotníků nedostává?**

*Největší problém je v komunikaci. Někdy ty přístupy jsou hrozný v tom, že... Oni to nedělají schválně, ale když vám říkají: „Ted' je tady pan XY a pán je slepý jo, tak pozor.“ To už je ten jejich styl.*

### **Jak si myslíte, že by mohli zdravotníci zlepšit přístup k nevidomým?**

*Pořád jsme u té komunikace, u toho přístupu. Přivezou mě na vozíku, řeknou mi: „Tady se překulte na lehátko, hlavu máte tam...“ To pro mě nic neznamena. To už je špatný. Ted' mě dávali trubici do jícnu, ten doktor to dělal ráno (směje se). Byl takový, že říkal: „Lehněte si na levý bok, ted' to budete cítit.“ (předvádí tichou mluvu lékaře). Byl velmi úsporný v tom popisu. Víte, ta komunikace by měla být konkrétní a postihnout to, co je předmětem. Ale to neumí ani oční lékaři, oni sice dostávají informační materiály, ale v životě se*

*do nich nepodívají. Je řada lidí, kteří vůbec nevědí, kde se můžou Braillovo písmo učit, nevědí, kde se můžou učit orientaci, protože jim to nikdo ve zdravotnictví neřekne. Napíšou jim hůl a hotovo.*

### **Myslíte si, že umí zdravotníci doprovázet nevidomého?**

*Pokud jdu s průvodcem, tak mě dovede přímo do ordinace a posadí. Taky se mi i stalo, že pro mě přišla sestřička, vzala mě a dovedla. Ale to bylo jednou v životě. To je všechno v lidech.*

### **Jak usnadnit nevidomému hospitalizaci?**

*Vlídny personál, který má zájem se domluvit. To úplně stačí. Ale že bych zažil, že by mě někdo ukázal oddělení. To ne. To nikdy.*

**Ve zdravotnictví je velmi dbáno na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu. Podepisoval jste někdy informovaný souhlas? Popište mi, prosím, tuto situaci.**

*S tím vlastnoručním podpisem to je velmi složitý, protože člověk, který viděl, ví jak velký podpis je. Ale já jsem s tímhle měl řadu problémů, nakonec jsem to vyřešil. Mám šablonu, kterou občas můžu alespoň použít. Dříve jsem měl razítko, ale to vám teď neuznají jako podpis. Musíte mít notářsky ověřený podpis. V nemocnici to prostě nějak podepíšu, ale je to nepříjemné. Řeknu vám, co se mi stalo nedávno na poště. Nedokázal jsem se u přepážky podepsat, nešlo mi to. Slušně jsem řekl paní, že to nedokážu. Ta dáma mně odpověděla: „Prosím vás, když zavřu oči, tak podepíšu všechno.“ Rozčilila mě tak, že jsem jim tam utrhnul tužku. Ale to bylo na poště. Ted' jsem byl v nemocnici a vyšli mně vstříc. Bratr mně přidržel ruku. Je to ale složité. A o přečtení nemluvím, zdravotníkům věřím. Nemají čas na to, aby něco vysvětlovali. Mají teď opravdu hodně práce (myslí to upřímně).*

## **Máte problém se způsobem placení regulačních poplatků u lékaře?**

*Pro mě by bylo dobré vědět, že můžu zaplatit přímo té sestře nebo tomu doktorovi.*

## **Chcete uvést nějaký zážitek ze zdravotnického zařízení?**

*Povím vám strašnou příhodu, která se mně stala v nemocnici, která je akreditovaná (zdůrazňuje). Je to choulostivé téma, týká se vyměšování. Dali mi takzvaný gramofon, který jednoho krásného rána byl odnesen a nikdo mi nic neřekl. Já jsem potřeboval tu důležitou místnost a teď co, koho se dovolám. Zvonky na sesternu, ale tam sestry nebyly... Pochopil jsem, že tam ten gramofon není, ale potřeboval jsem použít adekvátní zařízení, o kterém mi nikdo neřekl, kde je. Takže já jsem tam bloumal po těch strašlivých chodbách. Připadaly mi širší než na nádraží. Nikdo si mě nevšimnul. Trvalo to hrozně dlouho a dopadlo to tak, že mně to v poslední chvíli nějaký člověk ukázal. Víte, jak můžete narazit na anděla, tak na lidi netečné a nevšimavé. Ale obecně jsme na tom samozřejmě daleko líp než za komunistů. S dovolením (šahá pro krabici s léky). Víte, mně stačí, když lidi vymyslí tohle (ukazuje na krabičky léků popsaných Braillem). To je tak dva roky. Představte si, že když vidíte, co já tady mám, když bych to měl bez označení. Musel by mi to někdo popsat a já pak Braillem.*

**Děkuji za rozhovor.**

**Rozhovor provedla:** Bohdana Dvořáková

**Dne:** 15. 10. 2010 od 17.00 do 18.15 hodin

**Rozhovor trval:** 75 minut

### **Komentář:**

R7 jsem poznala na jedné zájmové akci pro nevidomé. Výzkumu se zúčastnit nechtěl, ale později, po právě proběhlé hospitalizaci, mě oslovil. Výzkumný rozhovor probíhal u R7 doma, protože se vrátil z nemocnice a bylo mu nařizeno domácí ošetřování. Rozhovor proběhl od 17. 00 hodin. Byl velice přínosný, R7 je velmi inteligentní sečtělý muž.



## **Příloha 8 - Kompenzační pomůcky**

Kompenzační pomůcky zásadním způsobem zlepšují kvalitu života nevidomých lidí. V současné době je jich na našem trhu obrovská škála. Uvedu zde ty, které nevidomí lidé používají nejčastěji.

### **Braillovo písmo**

Plnohodnotný systém znaků pro psaní i čtení hmatem. Základ písma tvoří prostorově uspořádaná šestice vystouplých bodů (tzv. šestibod – tři body pod sebou ve dvou sloupcích). V prostředí zrakově postižených se Braillovo písmo často nazývá písmem bodovým, nebo stručně Braillem. O textech tištěných tímto písmem se hovorově mluví jako o textech braillových. Písmo se píše za pomoci Pichtova psacího stroje, tabulky a bodátka nebo moderních oboustranných tiskáren připojených k počítači. Pro srozumitelnost tisku v Braillově písmu je nezbytné dodržovat normativní rozestup bodů v základním šestibodu, vzdálenost jednotlivých znaků ve slovech i vzdálenost řádků textu. Braillovo písmo je univerzální a mezinárodní. Jeho pomocí lze zaznamenat jak např. vysokoškolskou matematiku, tak i notový záznam.

### **Černotisk**

Hovorový výraz pro veškerý tisk určený pro čtení zrakem. Toto označení se používá v protikladu k Braillovu písmu (černotiskové x bodové knihy).

### **Digitální text**

Elektronická podoba textu, která nevidomým uživatelům výpočetní techniky zabezpečuje dostupnost takového textu. Za pomoci počítače vybaveného speciálním programem pro syntézu řeči, nebo hmatovým displejem mohou mít nevidomí přístup např. ke knihám, které jejich nakladatelé poskytují. Největším zdrojem digitálně zpracovaných publikací je internetová Knihovna digitálních textů pro nevidomé Brailnet (knihovna.brailnet.cz).

## **Durofolie**

Jednotlivé listy ze speciální umělé hmoty – jsou určeny pro trvanlivý zápis v Braillově písmu. Mohou být např. využity pro záznam receptů na vaření nebo jiný druh poznámek, kdy při čtení nelze zaručit čisté ruce.

## **Dymokleště na Braillovo písmo**

Speciálně vyrobená pomůcka, která umožňuje tvorbu potisků v Braillově písmu na úzké samolepící umělohmotné pásky tzv. dymopásky. Je vhodná např. k popisování kazet, CD apod. Pomůcku může používat jak nevidomý, který ovládá Braillovo písmo, tak vidící, který jej neovládá.

## **Hlasový výstup**

1. Pomůcky s hlasovým výstupem – pomůcky vybavené syntetickou řečí oznamující danou informaci. Tyto pomůcky bývají také nazývány pomůckami mluvícími. Jedná se např. o náramkové hodinky, budík, kuchyňské váhy, osobní váhu, lékařský teploměr, atd.
2. Elektronická syntéza řeči propojená se speciálním softwarem pro interpretování obsahu obrazovky (tzv. green reader) umožňující samostatnou práci s výpočetní technikou i bez zraku. Nevidomí tak mohou pracovat s běžným počítačem, stačí jen, aby byl vybaven tímto hlasovým výstupem – nevidomý svůj text a další příkazy počítači předávají přes běžnou klávesnici. A počítač na ně průběžně mluví.

## **Hmatový displej počítače**

Hovorově braillský řádek – speciální elektronické zařízení, které nevidomým uživatelům výpočetní techniky umožňuje sledovat dění na běžném typu monitoru v Braillově písmu. Hmatový displej bývá 20znakový, 40znakový nebo 80znakový. Zobrazuje tedy vždy maximálně jeden řádek. U speciálních elektronických zápisníků je hmatový displej součástí přístroje, zatímco u běžných stolních počítačů je připojen podobně jako monitor pro vidící.

### **Pichtův psací stroj**

Speciální psací stroj na psaní Braillova písma. Jeho klávesnice má sedm klapek, šest pro vytlačování jednotlivých bodů, z nichž jsou sestaveny znaky Braillova písma, a jeden mezerník. Při psaní se klapky, představující jeden znak, stisknou současně. Na stroji se píše buď jednou rukou, kdy druhá ruka kontroluje napsaný text, nebo dvěma rukama a text se zkontroluje až po napsání.

### **Sherlock**

Elektronický identifikátor popisů. Za pomoci této moderní pomůcky si lze speciálními samolepicími etiketami, nebo umělohmotnými čipy vytvořit systém popisků (např. u uskladněných potravin, magnetofonových kazet apod.). Přístroj umožňuje hlasové zaznamenání popisu na etiketu nebo čipu a jeho následné přehrávání. Kapacita přístroje je cca 2 000 záznamů o celkové délce přibližně 2,5 hodiny, přičemž jedna etiketa může obsahovat max. 2 minuty záznamu.

### **Tabulka s bodátkem**

Pomůcka pro psaní Braillova písma. Do dvoudílné otevírací tabulky se vloží papír a pomocí bodátka (speciální drobný hrot vsazený do rukojeti) se do něj vytlačují jednotlivé body znaků Braillova písma. Body se protlačují do papíru zespoda, proto se na tabulce píše zprava doleva a jednotlivé znaky je nutné otočit podél vertikály (zrcadlově). Je možné psát také zespoda nahoru, znaky se pak při psaní převracejí kolem horizontály.

### **Šablona na podpis**

Umělohmotný nebo papírový rámeček, který vidící pro nevidomého přiloží na místo, kde je zapotřebí se podepsat. Nevidomý se tak může při podepisování lépe orientovat hmatem a snáze se trefit na přesné místo.

### **Šablona na rozlišování bankovek**

Drobná umělohmotná pomůcka s nahmatatelnými ryskami označujícími hodnoty jednotlivých bankovek. Tato pomůcka využívá rozdílů v délce českých bankovek. Nevidomí si bankovku přehnou podél šablony a hmatem zjistí, ke které rysce dosahuje. Pomůcka obsahuje i šablonu na podpis. (Hmatové značky jsou sice i na bankovkách, ale nefungují, protože bankovky jsou ohmatané.)

„U mincí se řídíme jednak velikostí (čím větší a těžší, tím větší hodnota) a jednak hmatem – bříškem ukazováčku přejedeme po hraně mince: koruna má hranu celou pravidelně vroubkovanou, dvoukoruna má hranu hladkou a lomenou do jedenáctihranu, pětikoruna celou hladkou. Desetikoruna pravidelně celou vroubkovanou, dvacetikoruna má podobu hladkého třináctihranu a nejtěžší padesátikoruna je celá hladká“ (Schnidlerová, 2007, str. 55).

### **Indikátor barev**

Elektronická pomůcka určená k rozlišování barev, např. u oblečení. Po přiložení k povrchu, u kterého potřebujeme zjistit jeho barvu, ji přístroj syntetickým hlasem pojmenuje. Pomůcku lze použít pro rozlišení čistých i popsaných listů papíru, což může být pro nevidomé důležité, např. při vkládání papíru do tiskárny.

### **Indikátor hladiny**

Tzv. hladinka – pomůcka pro rozpoznání výšky hladiny tekutiny při nalévání do nádoby. Používá se především při zalévání čaje nebo kávy horkou vodou. Indikátor zavěšený přes kraj hrnku se při doteku se stoupající hladinou vody rozezvučí. Nevidomý tak poznají, že už mají přestat nalévat. Pomůcka může být rozšířena i o funkci rozlišení světla, tzv. indikátoru světla.

## Konturovací pasta

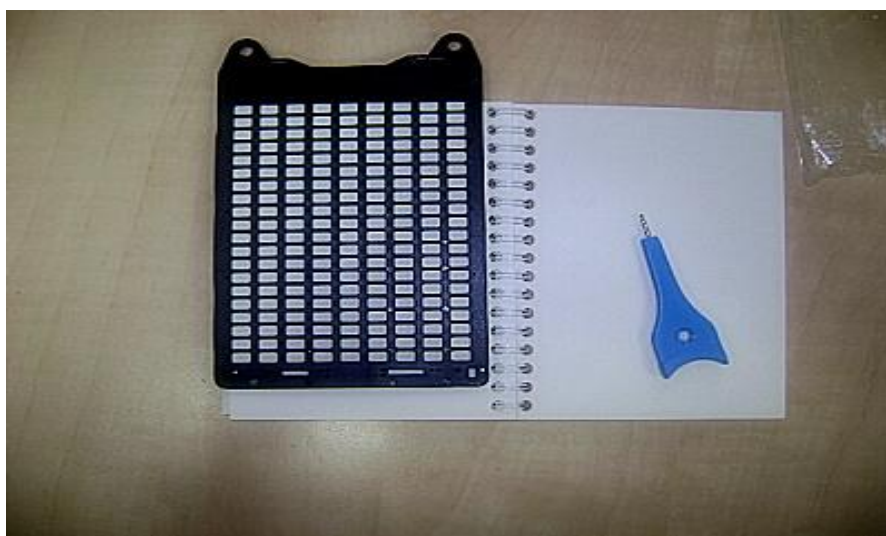
Hustá barva v tubě, která po nanesení zaschne a zůstává dobře hmatná. Na běžném trhu se prodává pod názvem „Reliéfní barva na papír a textil“. Za účelem vytváření hmatových značek, náčrtů a obrázků lze obdobným způsobem použít také barvu na sklo (Francová In: Schnidlerová, 2007, str. 226-230).

Obr. 2 – Pichtův psací stroj



(Foto: archiv autorky, 2011)

Obr. 3 – Tabulka s bodátkem



(Foto: archiv autorky, 2011)

**Obr. 4 – Čtečka čárových kódů (obdoba Sherlocku)**



(Foto: archiv autorky, 2011)

**Obr. 5 – Šablona na podpis i na rozlišování bankovek**



(Foto: archiv autorky, 2011)

Obr. 6 – Telefon se zvětšenými a vystouplými číslicemi



(Foto: archiv autorky, 2011)

Obr. 7 – Lékovka pro nevidomé a slabozraké



(Foto: archiv autorky, 2011)

**Obr. 8 – Mluvící teploměr**



(Foto: archiv autorky, 2011)

**Obr. 9 – Prodejna tyflopomůcek Praha**



(Foto: archiv Suková, 2010)



## Příloha 9 - Pomůcky sloužící k prostorové orientaci

Pomůcky, které pomáhají v prostorové orientaci a samostatném pohybu. Mezi nejčastější patří orientační hůl, vodící pes, informační štítky v Braillu a VPN vysílačka, která reaguje na akustický maják.

### Bílá hůl

Bílá hůl, o které je podrobněji psáno v teoretické části práce v kapitole číslo 5, je v současnosti nejčastější pomůckou, která pomáhá nevidomým v orientaci. Bílá hůl se skládá ze tří částí – rukojeť hole, tělo hole, dolní koncovka. Tělo hole je základní nosnou částí. Na trhu jsou čtyři varianty jeho konstrukčního řešení - neskládací, skládací, teleskopická, kombinovaná. Dolní koncovka u orientační hole zprostředkovává kontakt hole se zemí. To vyvolává zvuky. Jejich vyhodnocení je základem pro orientaci v prostoru. Signalizační hole má jednouchou koncovku, protože není v kontaktu se zemí. Opěrná hole má koncovku tvořenou gumovým špuntem, který zabraňuje podklouznutí. V zimě je možné doplnit dolní koncovku kovovým nástavcem do sněhu a ledu. Opěrná hůl neslouží k orientaci, pouze k označení nevidomého (Svárovský, Macháček, 2010).

Obr. 10 – Skládací orientační hůl



(Foto: archiv firma Apex s.r.o., 2011)

### Vodící pes

Kompenzační pomůcka, která nevidomému usnadňuje orientaci v prostoru. Výcvik psa začíná u předvychovatel. Na výchovu těchto psů jsou kladeny vysoké nároky, především na společenskou výchovu a přímý kontakt s lidmi. Důležitá je společenská výchova v přímém kontaktu s lidmi. Každý pět týdnů se předvychovatelé setkají i se štěňaty ve cvičicím středisku. Výchova vodícího psa trvá zhruba jeden rok. Pokud se zjistí, že se

pes k této službě z různých důvodů nehodí, je vyřazen z výcviku. Rovněž klient se musí připravovat. Musí prokázat, že ovládá techniku prostorové orientace s orientační holí. Samotné předání psa je velice slavnostní okamžik. Vzniká tak nerozlučná dvojice, která společnými silami překonává bariéry světa vidících lidí (Brůnová, 2005).

### **VPN vysílačka**

Jedná se o samostatnou „krabičku“ (viz obr. 11), nebo je zabudována přímo v holi.

Jednotlivá tlačítka plní tyto funkce:

- **TL1** vyvolává odezvy akustického majáčku pro orientaci nevidomého
  - krátký stisk - jednorázová odezva akustického majáčku
  - dlouhý stisk (déle než jedna vteřina) - vyvolání periodického opakování vysílání pro akustický majáček po dobu 1 minuty po 3 vteřinách. K ukončení tohoto režimu krátce stiskneme libovolné jiné tlačítko.
- **TL2** vyvolává doplňkové hlasové informace akustického majáčku; aktivace hlášení režimu chodu eskalátorů.
- **TL3** vyvolává hlasové informace o číslu linky a směru jízdy dopravního prostředku MHD.
- **TL4** potvrzuje nástup nevidomého (tělesně postiženého) do dopravního prostředku a případné otevření dveří (u soupravy řady 471 Českých drah), vysunutí plošiny u nových typů dopravních prostředků, či otevření všech dveří vlaku pražského metra na trase C.
- **TL5** aktivuje akustické signalizace na přechodu pro chodce.
- **TL6** rezerva (Apex s. r. o., 2011, online).

**Obr. 11 – VPN 01 vysílačka**



(Foto: archiv firma Apex s.r.o., 2011)

## Akustické orientační majáky

Stisknutím tlačítka 1 na vysílači VPN01 (nebo stiskem horního tlačítka na vysílači ve slepecké holi VPN 03) vyšle nevidomý povel, kterým aktivuje akustický orientační maják. Tyto majáky mohou být nainstalovány v libovolných orientačních bodech tak, aby je bylo možno akusticky jednoznačně od sebe odlišit. Zvukový maják ZOM03, pokud je v dosahu vysílače VPN, odpoví na povel 1 naváděcím signálem pro nevidomého (I-Á) a např. hlášením "vchod do nemocnice". Radiový maják PM01 odpoví na povel 1 pouze naváděcím signálem. Pokud nevidomý dojde podle navádění k ZOM03 stiskne tlačítko 2 a ZOM03 mu odpoví doplňkovou informací např. "po pravé straně je vrátnice, po levé straně je vodící linie," atd.

Obr. 12- Zvukový orientační maják ZOM 03M



(Foto: archiv firma Apex s.r.o., 2011)

Obr. 13 - Radiový orientační maják PM 01



(Foto: archiv firma Apex s.r.o., 2011)

## Příloha 10 – Obrázky umělých vodících linií

Obr. 14 – Umělá vodící linie



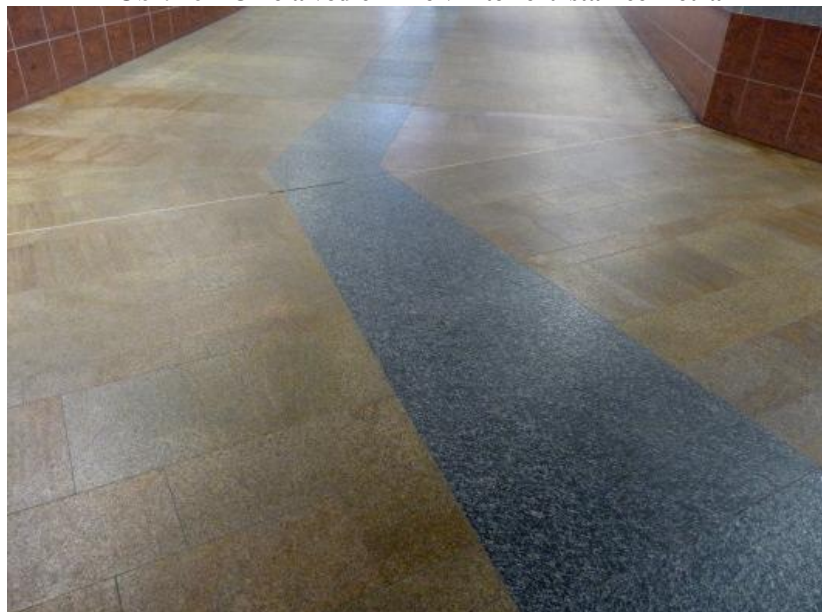
(Foto: archiv autorky, 2011)

Obr. 15 – Detail umělé vodící linie



(Foto: archiv autorky, 2011)

**Obr. 16 – Umělá vodící linie v interiéru stanice metra**



(Foto: archiv autorky, 2011)

**Obr. 17 – Umělá vodící linie, signalizační a varovný pás**



(Foto: archiv autorky, 2011)