

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Martina Pelikánová

**Komunikace sester s pacienty se zrakovým
handicapem**

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: **Martina Pelikánová**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, PhD.**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Datum obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

PELIKÁNOVÁ, Martina. *Komunikace sester s pacienty se zrakovým handicapem*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2015. 80 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová PhD.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá připraveností a schopností komunikace sester s pacienty s poruchou zraku. Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem každého zdravotníka a správná komunikace a spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem vede k úspěšné léčbě. V dnešní době se kladou velké nároky na profesionalitu všeobecných sester a velkým ukazatelem ošetřovatelské péče je komunikace s pacientem. Mállokdo si však uvědomuje, jak je komunikace s pacienty složitá a náročná a s handicapovaným pacientem vyžaduje ještě větší znalosti a komunikační dovednosti. Handicapovaní pacienti mají řadu bariér a problémů, které komunikaci neusnadňují.

Tato práce by mohla sloužit jako edukační materiál pro zdravotní personál a tím i zlepšit ošetřovatelskou péči o pacienta se zrakovým handicapem, která by odpovídala jeho skutečným potřebám.

Práce je rozdělena na část teoretickou, empirickou a průzkum. V teoretické části je vysvětlena komunikace jako taková, její verbální a neverbální část. Byly stanoveny cíle, a to zmapovat připravenost a schopnost sester komunikovat s pacienty se zrakovým handicapem.

K provedení průzkumu a zodpovězení otázek bylo provedeno kvantitativní šetření pomocí dotazníků pro sestry vlastní konstrukce a rozdaných ve Fakultní nemocnici Motol. Dotazníků bylo zpracováno 74 a výsledky jsou uvedené v grafech a tabulkách.

Klíčová slova

Komunikace, komunikační bariéra, handicap, potřeby zrakově handicapovaného pacienta

Abstract

This thesis deals with the readiness and ability to communicate with nurses in patients with impaired eyesight. The ability to communicate properly is one of the most important skills of all health medics and proper communication and collaboration between health professionals and patients leads to successful treatment. Nowadays put great demands on the professionalism of nurses and a great indicator of nursing care is communication with patient. Hardly anybody realize how communication with patients is complex and demanding as handicapped patients requires greater knowledge and communication skills. Disabled patients have a numerous of barriers and issues that do not facilitate communication.

This work could serve as educational material for health personnel and thereby improve nursing care for patients with visual impairment, which would correspond to its real needs.

The work is divided into theoretical, empirical and research. In the theoretical part, the communication as such, its verbal and non-verbal part. Set targets and to map the readiness and ability of nurses communicate with patients with visual impairment.

To perform research and answering questions was conducted quantitative research using questionnaires for nurses by own design and distributed at the University Hospital Motol. 74 questionnaires were processed and the results are presented in charts and tables.

Keywords

Communication, communication barrier, handicap, visual handicapped patient needs

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Martina Pelikánová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Komunikace s pacienty se zrakovým handicapem**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. Základní otázky komunikace. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
- JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
- HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. Praha : Galén, 1997. 151 s. ISBN 80-85824-60-4
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
- VYBÍRAL, Z. Psychologie lidské komunikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2
- HJELMQUIST, E., NILSSON, L.-G. Communication with handicapped patients: Aspects of Psychological Compensation and Technical Aids Elsevier, 1986 284 s. ISBN 0080866883
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., Etika a komunikace v medicíně, Grada Publishing a.s., 2011, 528 s. ISBN 80-247-7267-1

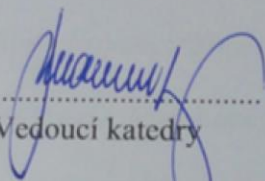
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka**

Oponenti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti:

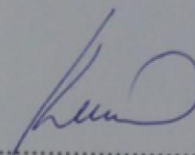
Datum zadání bakalářské práce: 20.3.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 20.3.2014



.....
Děkan

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 2015

Martina Pelikánová

Poděkování

Poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Šárce Tomové PhD., za projevenou ochotu a trpělivost při poskytování cenných rad. A také děkuji své rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD	7
1 KOMUNIKACE	9
1.1 FUNKCE KOMUNIKACE	10
1.2 ZÁKLADNÍ SCHÉMA KOMUNIKAČNÍHO PROCESU	11
1.3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	13
1.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	14
1.5 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
1.6 VÝZNAM KOMUNIKACE ZE STRANY KLIENTA	15
2 PACIENT SE ZRAKOVÝM HANDICAPEM	17
2.1 FYZIOLOGIE ZRAKU	17
2.2 ZRAKOVÉ VADY	18
2.3 ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝ	19
2.4 KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝM PACIENTEM.....	20
2.5 BARIÉRY V KOMUNIKACI SE ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝM PACIENTEM.....	23
2.6 POMŮCKY PRO ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÉ	24
3 EMPIRICKÁ ČÁST	26
3.1 CÍLE PRŮZKUMU.....	26
3.1.1 Průzkumné cíle	26
3.1.2 Stanovení hypotéz.....	26
3.2 METODIKA PRŮZKUMU.....	27
3.2.1 Volba průzkumné metody.....	27
3.2.2 Dotazníková metoda	27
3.2.3 Charakteristika průzkumného vzorku	28
3.2.4 Organizace průzkumu	28
3.3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH INTERPRETACE	29
3.3.1 Výsledky dotazníků	29
3.4 DISKUZE.....	49
3.4.1 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii	49
3.4.2 Pracovní hypotézy	51
4 ZÁVĚR	59
REFERENČNÍ SEZNAM	60
SEZNAM TABULEK	63
TABULKY	64
SEZNAM PŘÍLOH	69

ÚVOD

Mezi lidmi je komunikace základním nástrojem, který používají v interakci. Komunikují spolu neustále, nepřetržitě, doma, v práci, ve škole, na ulici a možná proto tomu nevěnují příliš mnoho pozornosti. Je to pro nás vlastně již samozřejmé. Začneme si ji uvědomovat, až když je pro nás komunikace složitější, potřebujeme pronést proslov, zapojit se do diskuze, sdělit svůj názor a je pro nás důležité, aby ostatní pochopili, co přesně chceme říci a zda na ně zapůsobíme, tak jak chceme. Většině lidí záleží na tom, jak je ostatní vidí, jaký obraz si o nich udělají a k tomu jim slouží komunikace, protože nesoudíme člověka pouze podle toho, kolik toho zná, ale také podle toho, jak se chová a komunikuje.

Mnohdy nastane situace, kdy verbální nebo neverbální komunikace nefunguje, překážkou může být třeba jiný jazyk, ale i zdravotní postižení. Ale proč by osoby s handicapem neměly mít právo normálně, adekvátně komunikovat? Komunikace patří k nejdůležitějším potřebám života, a proto jsem si toto téma vybrala ve své bakalářské práci.

Mezi znevýhodněné osoby v neverbální komunikaci patří nevidomí. Je zřejmé, že komunikace se zrakově handicapovaným člověkem je odlišná od normální komunikace. Neverbální komunikace je pro nás velmi důležitá, protože dokáže vyjádřit emoce, zájem, dojem o tom kdo jsme, dokáže ovlivnit postoj komunikačního partnera a i celkový vzájemný styk. Bohužel mnoho lidí si při komunikaci s nevidomým neuvědomuje, že on je ochuzen o mimoslovní komunikaci. Výrazem, mimikou, gestikulací, celkovým vzhledem a chováním dáváme najevo druhému, co prožíváme, jak nám je daná komunikace příjemná a napomáhá nám ledacos sdělit.

Pro člověka se zrakovou vadou jsou každodenní činnosti mnohem obtížnější a vyžadují více úsilí a trpělivosti. Lidé s vrozenou slepotou mají určitou „výhodu“ nad nevidomými, kteří svůj zrak ztratí v průběhu života, ale i oni se potýkají s překážkami a i přes veškerou snahu je sami nezvládnou překonat a proto by měla přijít pomoc. Problém občas nastane, když by člověk měl pomoci nevidomému, ale neví jak správně zareagovat nebo se bojí, že by to nezvládl a nepomůže vůbec. Jsou bohužel mezi námi i tací, kteří nepomohou z důvodu neochoty nebo že pro ně handicapovaný není rovnocenným z lidského hlediska. A to se stává nejen mezi laiky, ale i mezi zdravotnickými pracovníky, kde by to mělo být samozřejmostí a právě oni by měli být odborně poučeni, jak si v takových situacích počínat. Bohužel v dnešní době, která je tak uspěchaná, se často zapomíná právě na kontakt s pacientem. Sestry musí více myslet na velké množství papírování, než aby se věnovaly pacientům, ale jde tento problém vůbec vyřešit?

Hlavní téma se bude zabývat problematikou v komunikaci mezi sestrami a pacienty se zrakovým handicapem. Nejdříve je teoretická část zaměřena na komunikaci jako takovou, dále na zrakové vady a jejich charakteristiku a s tím spojené komunikační zvláštnosti lidí se zrakovým handicapem. Poukazuje také na časté chyby sester, které se nedokážou vcítit do nevidomého pacienta a např. ho nechají stát na začátku ordinace u dveří, ať si poradí se svojí představivostí nebo nemluví přímo k němu, ale k jeho doprovodu. A proto poslední kapitola poukazuje na nejčastější komplikace a jejich řešení a vlastně návod jak se chovat a správně komunikovat s nevidomým.

Cílem je zjistit, jaké mají sestry nejčastější problémy v dorozumívání se zrakově handicapovaným pacientem, jestli umějí a chtějí pomoci a také zda je jejich vzdělání dostačující nebo zda by byly ochotny se dále v této problematice vzdělávat.

1 KOMUNIKACE

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků. Ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá většinou mezi dvěma a více lidmi, dále pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií. Žijeme ve světě, kde musíme přijímat velké množství informací z nejrůznějších zdrojů. Televize, rozhlas, reklamy, častá setkání s neznámými lidmi i našimi blízkými. Všichni komunikují. Vnímáme slova, pohyby, výrazy a často si ani neuvědomujeme, jak rychle je vyhodnocujeme a dešifrujeme, např. muž vidí hezkou ženu a jeho tvář se rozjasní. Při běžné komunikaci přijímáme signály nejen aktivně, ale i pasivně. Záleží jen na nás, zda vyšleme odpověď (Janáčková, 2009).

V mé práci je komunikace myšlena jako přenos a vzájemná výměna informací mezi sestrami a pacienty. Zdravotní sestry by měly být schopné umět komunikovat lépe než kdokoliv jiný. Jejich povolání není jen o ošetřování nemocných a asistenci lékaři, ale nedílnou součástí je i komunikační schopnost.

Umět dobře komunikovat patří k nejdůležitějším schopnostem zdravotníka a je nenahraditelnou součástí zdravotnické profese. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez možnosti komunikace mezi sestrou a nemocným člověkem (Kober, 2008).

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti pro všechny zdravotnické pracovníky a především pro sestry. Sestra, která účinně komunikuje, je úspěšnou iniciátorkou změn v upevnění zdraví, snáze vytváří důvěrný vztah s pacientem a může předejít problémům spojených s ošetrovatelskou péčí. Sestra by měla mít na paměti, že rozhovor je pro nemocného stejně důležitý jako ošetrovatelská péče, lékařská pomoc a zmírňování bolesti (Hornáková, 2009).

To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.

(Peter F. Drucker)

1.1 Funkce komunikace

Jakou má komunikace funkci se může zdát jednoduché, potřebujeme někomu sdělit informaci, ale když se nad tím více zamyslíme, jdou funkce rozdělit podle cílové zprávy, kterou předáváme, i když se mnohé velice prolínají (Wood, 2012).

Tou první funkcí je funkce **informativní**, kdy předáváme určité informace, fakta nebo data. Nebo může být **instruktivní**, která vychází z funkce informační, ale je obohacena o vysvětlení významů, popisu, návodu, jak něco dělat, jak něčeho dosáhnout. Dále lidé komunikují se záměrem změnit něčí názor, postoj, hodnocení či způsob konání a tato funkce se podle Mikuláščíka nazývá **přesvědčovací**. Z funkce přesvědčovací je odvozená funkce **posilovací** a **motivující**, která se snaží posilovat určité pocity sebevědomí, vlastní potřeby a posilování vztahů. Občas potřebuje své okolí pobavit, rozesmát a vytvořit pro ostatní lidi pocit pohody a spokojenosti a k tomu slouží funkce **zábavná**. Spojením funkcí informativní, instruktivní a dalšími vzniká funkce **vzdělávací** a **výchovná**, která je specifická pro vzdělávací instituce. Mezi další významnou funkce patří **socializační** a **společensky integrující** funkce. Tato funkce se zaměřuje na vztahy mezi lidmi, sblížení, navazování kontaktů, posilování pocitu sounáležitosti a vzájemné závislosti. Záleží jen na nás, na jaké úrovni komunikace je, odvíjí se i od majetkové a společenské vrstvy a také od věkové skupiny a vyspělosti člověka. Jak již napovídá název, funkce **osobní identity** se zaměřuje na nás samotné, kdy si potřebujeme ujasnit svou osobnost, své názory a postoje. Protože následující funkce spadá pod funkci informativní, jedná se zde o jisté sdělování informací. Jedná se o sdělení v podobě zážitků, vzpomínek a plánů a tato funkce se jmenuje funkce poznávací. Mnohdy jako každý člověk máme nějaké problémy, od kterých potřebujeme pomoci a proto je tu funkce **svěřovací**, která slouží ke sdělení pocitů a zbavení se vnitřního napětí. Očekáváme pomoc, podporu a porozumění. A někdy zas naopak, potřebujeme se oprostít od jistých potíží v našem životě, odreagovat se, vyrovnat se se ztrátami a pak použijeme komunikaci s funkcí **únikovou** (Mikuláščík, 2010).

1.2 Základní schéma komunikačního procesu

„Komunikace není nic statického, lze ji sice zachytit v podobě záznamu, ale její proměnlivost v čase je jednou z nejdůležitějších jejích charakteristik, protože je závislá na celé řadě podmínek a vlivů“ (Mikuláščík, 2010, s 22).

Určitě je důležité poznamenat, že i komunikace jako všechno má svůj počátek, neboli novost, střední část a konec komuniké. Když si podle Mikuláščíka (2010) rozdělíme informaci, kterou sdělujeme do těchto tří částí, konec komuniké bude vnímán nejpozorněji.

Důvod je naše podvědomí, které se snaží zachytit nejvíce, když zjistí, že už nic dalšího nebude následovat. Také platí, že si hůře pamatujeme věci, které jsou pro nás běžné a nezajímavé než výjimečné a nové zprávy. Mnohdy dochází k nechtěnému nedorozumění a může to být způsobenou náročnější a delší komunikací. Proto bychom měli dbát při podávání informací na stručnost a věcnost, a také na zajímavost. Mnohdy si lidé nesdělují jen určité informace, pokud spolu hovoří, ale také vztahy k druhé osobě, pocity a nálady, které prožívají. Jak bude ještě řečeno, většina informací je předávána neverbálně. Každý člověk je osobnost, a jestliže ho lépe známe, dokážeme od něj očekávat určité chování a jednání, a dalo by se říci i pravidla, které nám s ním usnadňují komunikaci (Funnell, Koutoukidis, 2008).

Abychom lépe pochopili komunikační proces, je třeba si vysvětlit jisté prvky. Jako hlavní zde vystupuje **komunikátor**, který podává nějakou zprávu. Tato informace však nemusí být vždy pravdivá, ale mnohdy je i záměrně zkreslená a chaotická. Komunikátor je ten, který nechce naslouchat, ale jen mluvit a být pochopen. A je důležité si uvědomit, abychom celou myšlenku pochopili, nechce jen poslouchat, ale i vnímat neverbální podtext. Příjemce těchto informací je **komunikant**. Jeho úkolem je naslouchat, vyslechnout vše až do konce a až poté odpovídat. Měl by si všimnout neverbálních projevů, které leckdy napoví více než jen mluvený projev. Zpráva, informace, pocity a myšlenky, které jeden člověk sděluje druhému lze říci jedním slovem - **komuniké**. Může být použito jak verbální, tak i neverbální sdělení. U verbálních informací většinou poslouchající pochopí, co mu komunikátor chce říci. U neverbální komunikace je to složitější, ale mnohdy napoví více než mluvené slovo. Celá zpráva, ale nemusí být pochopena všemi lidmi stejně a záleží hlavně na vlastních zkušenostech poslouchajících. **Komunikační jazyk** nám umožňuje předávat informaci, a i když komunikátor mluví stejným jazykem jako komunikant, nemusí mu vždy rozumět. Jsou slova, která jsou stejná, ale významově se odlišují. Důležitý je i aspekt jak se dokážeme přizpůsobit osobě, která nás poslouchá, jestli jsme na stejné komunikační úrovni. Toto by si měli jistě uvědomit všichni zdravotníci, kteří mluví s pacientem, protože lékařský jazyk je pro laiky z větší části nesrozumitelný. Komunikační jazyk je předáván pomocí **komunikačního kanálu**. Je to forma, kterou je zpráva předána. Nejčastěji se jedná o komunikaci tváří v tvář, kdy není ochuzena o kanál neverbálního charakteru, chování a celkový vzhled komunikujících. Důležitým ukazatelem v chápání a potvrzení přijatých informací je **zpětná vazba**, která by měla přijít v co nejkratší době po přijetí dané zprávy. Prvkem, který velice ovlivňuje komunikaci je **komunikační prostředí**. Je to prostor, kde se komunikace odehrává. Každý vnímá rozdílnost prostředí, i když si to třeba ani neuvědomuje a někoho ovlivní více, někoho méně. Prvkem prostředí jsou formální a reprezentativní situace, přítomnost různého počtu lidí, zahrnuje i uspořádání nábytku v místnosti, světlo, teplo, ale i nesoustředěnost a únava. Komunikační prostředí úzce souvisí s **kontextem**, a aby nedocházelo k nedorozumění, potřebuje ho správně pochopit. Právě naše rozpoložení nás dělá mnohdy nepozornými a jediný prvek komunikace, který nám unikne, může změnit celý obsah zprávy od komunikátora (Mikuláščík, 2010).

1.3 Verbální komunikace

Komunikace probíhá mezi všemi společensky žijícími živočichy, ale člověk jako jediný druh na Zemi je schopen se dorozumívat mluvenou řečí, ne jen mimikou, gesty a postoji. Tyto dvě komunikace se rozdělují na verbální a neverbální. Verbální komunikace je dorozumívání pomocí slov, schopnosti tvořit věty a souvislý text, který umožňuje vést dialog nebo monolog. Člověk jako jediný má schopnost podělit se o svoje myšlenky mluvenou řečí (Plevová, 2011).

U slovní komunikace je nutné řídit se určitými zásadami, aby probíhala bez problémů. Řeč by měla být jednoduchá, stručná a zřetelná, přizpůsobená partnerovi, aby byl komunikátor dobře pochopen a udržel si pozornost. To záleží také na délce hovoru, rychlosti a tempu řeči, pauzách a pomlčkách ve větách (Zacharová, 2007).

Verbální komunikaci lze rozdělit podle jejího účelu, společenským postavením, emocemi, množstvím a časovou periodou kontaktů mezi lidmi na dvě komunikační roviny a dva druhy komunikace. Komunikační úroveň může být racionální nebo emocionální. Racionální komunikace je základem pro komentování, bez jakýchkoliv emocí. Používá se k udržení komunikace v předem daných mezích, vede k rychlejšímu závěru neboli k dohodě. Naopak emocionální komunikace je plná emocí, je důležitá forma sdělení a způsobu jeho podání, vlastním názorem, pocitem z partnera, emočními extrémy jako je křik, pláč a hysterie. Dále můžeme komunikaci dělit na formální, která je obvykle plánovaná, má své cíle, většinou je to neveřejná záležitost jako např. přijímací pohovor. Neformální komunikace je naopak nenáročná na přípravu a používáme jí mnohem častěji než formální. Používáme ji při telefonních rozhovorech, rozhovory s kolegy nebo u společenských konverzací (Vymětal, 2008).

1.4 Neverbální komunikace

Neverbální neboli mimoslovní komunikace sděluje informaci bez slov, jen pomocí pohybů a postojů těla, zejména rukou a důležitá je mimika aktivitou obličejového svalstva. Neverbální signály jsou většinou přirozeně vysílány z našeho podvědomí. Dokážeme se však naučit určitá gesta a používat je k předstírání a ovlivňování příjemce. Setkáváme se denně s přetvářkou, kdy je nám někdo nesympatický, ale komunikace je s ním nezbytná a proto se na něj i přesto usmíváme, nebo si například všimneme, jak komunikují politici, kteří mají naučená gesta a ovlivňují své voliče. Častější než slovní komunikace je právě komunikace neverbální (Esposito, 2007).

Jestliže probíhá přenos informací, ze 70-90 % je to komunikace neverbální. Jedním z nejdůležitějších prvků v komunikaci jsou oči a to jak mluvčího, tak i příjemce, kdy také vidíme jak je informace přijímána, zpracována a vyhodnocena. Celý obličej patří k nejbohatším neverbálním sdělovacím, protože jeho výrazové možnosti jsou díky mimickým svalům i díky jeho nastavování či odklonu vůči partnerovi v sociálním styku obrovské. Proto štěstí, překvapení, strach, zlobu, smutek a další emoce z něj můžeme dokonale vyčíst a odlišit je od sebe. Gesty, jako je držení těla, odvrácením tváře, zatátnými pěstmi, vyjadřujeme celkový psychický stav, náladu a prožívání daného okamžiku. Vzájemná vzdálenost a postavení je také důležitým prvkem, kdy dokážeme vyčíst, jak si jsou komunikující blízcí a v jakém hierarchickém uspořádání je jejich vztah (Friedlová, 2007).

A právě neverbální komunikace je tou částí vzájemné interakce, kterou nelze ve větší míře v komunikaci se zrakově handicapovanými využít i přes její význam. Neverbální oblast se tak zužuje v komunikaci se zrakově handicapovanými na paralingvistické projevy, doteky a proxemiku.

1.5 Komunikace v ošetřovatelství

V ošetřovatelském procesu je komunikace mezi sestrou a pacientem dovednost, která by měla být součástí jejího profesionálního vybavení. Jednoznačně pomáhá navázat a rozvíjet kontakt s pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Ke každému pacientovi by mělo být přístupováno s ohledem na jeho osobní zvláštnosti. Proto je pružnost, pohotovost a individuální přístup k nemocnému nezbytný. Ošetřovatelská péče se však neobejde ani bez vzájemné důvěry, porozumění, objektivního posouzení diagnosticko-terapeutických metod a úzké spolupráce s příbuznými. Mezi sestrou a klientem by měl být od začátku důvěrný vztah. Důvěra, ta je hlavní, aby se pacient cítil pohodlně při zveřejňování svých osobních údajů a odpovídání na kladené někdy i velmi citlivé otázky. Od sestry se očekává, že bude vždy jednat v nejlepším zájmu pacienta a zajistí, aby jeho potřeby byly splněny. Rozsáhlé průzkumy a klinické pozorování ukázaly, že tělo, mysl a emoce jsou v jednotě. Proto musíme vzít v úvahu všechny tyto aspekty; to znamená, neléčit striktně jen danou nemoc, ale hlavně nezanedbávat člověka jako takového a jeho potřeby. Péče o pacienty je nad léčbou onemocnění (Blazer-Riley, 2012).

Efektivní komunikace v ošetřovatelství znamená být empatický, nekritický, umět porozumět, mít vlídný přístup, být soucitný a laskavý (Burnard, Gill, 2008).

1.6 Význam komunikace ze strany klienta

Člověk, který vyhledá lékaře, ať už akutně nebo preventivně, se skoro vždy setká nejprve se sestrou. Už prvotní kontakt by měl být pozitivní, měl by vyvolat v pacientovi pocit, že není na obtíž a pro sestru by profesionální komunikace s ním měla být přirozeností. Někdy však celý komunikační proces, naslouchání a ovládání emocí i přes jisté nesympatie, které se mohou k některému pacientovi vyskytnout, můžeme nazývat za umění. Sestra se musí naučit vyrovnat se stresovými situacemi, dokázat komunikovat a být oporou a symbolem ochoty pomoci pro všechny pacienty, kteří jsou každý originální, mají svá specifika a požadavky. Vždy by mělo platit pravidlo, že není důležité, s kým sestra komunikuje, ale jaký vztah s ním díky komunikaci naváže (Špatenková, Králová, 2009).

Klient v obecném smyslu hledá pomoc u zdravotnického personálu, očekává, že zdravotní sestra bude mít zájem, soucit a pochopení pro jeho obtíže. Lidé, kteří dostávají zdravotní péči, mají tendenci hledat více než léčbu onemocnění nebo zdravotního postižení, chtějí dostávat psychologickou pozornost. To se děje prostřednictvím dobré komunikace, která je základem péče. V těžkých chvílích, klienti hledají terapeutický vztah, který je sám o sobě už léčbou (Sheldon, 2009).

Kopřiva uvádí jako nejdůležitější faktor ve vztahu sestra a klient náklonnost, do které spadá vlídnost, ochota a láska ze strany sestry k práci. Na druhém a třetím místě je trpělivost a vcítění, též jako vyrovnanost, empatie a porozumění. Až na čtvrtém místě je kategorie odbornost, profesionalita a znalost. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se v bezpečí a přijímaný, i když jen v neverbálních projevech a nemusí to ani vědomě vnímat, stačí, že tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru. I když se to sestry ve školách většinou neučí, měly by si osvojit pro vykonávání své profese náklonnost, trpělivost, empatii a neméně důležitou odbornost. A přesto, že odbornost je velmi důležitá, pacient sestře klidně odpustí nepovedený odběr, zato neodpustí nevhodné chování, nesoucit a neochotu. Pacient potřebuje cítit zájem a důvěru (Kopřiva, 2009).

Všechny aspekty terapeutického vztahu jsou vzájemně propojeny. Nelze efektivně použít jeden aspekt bez druhého; všechny jsou spojeny a společně pracují na vytvoření úspěšného vztahu. Sestry pomáhají klientům k dosažení svých cílů v oblasti zdraví, včetně zlepšení jejich vzájemných vztahů s ostatními. Pomoc, kterou sestry nabízejí svým klientům, to je mnohem víc, než technické znalosti. Vztah mezi sestrou a klientem je silná léčící síla sama o sobě (Williams, 2008).

2 PACIENT SE ZRAKOVÝM HANDICAPEM

Zrak a sluch je nejčastějším využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace. Zrakový vjem umožňuje člověku nejen poznávání okolního světa, ale také se v něm orientovat, poznávat lidi a předměty v něm, prožívat pozitivní vjemy, posilovat pocity jistoty a schopnost se učit. Bez zraku a pocitu jistoty a neschopnosti se orientovat může docházet k úzkosti a strachu (Friedlová, 2007).

2.1 Fyziologie zraku

V této kapitole uvádíme jen stručnou fyziologickou stránku zraku pro ucelenost tématiky práce.

„Zrakový orgán se skládá ze dvou funkčně odlišných částí. Jednu část představuje oční koule se zrakovým nervem a zrakovým centrem v centrálním nervovém systému. Druhou část tvoří přídatné orgány, které chrání oko před poškozením, zvlhčují přední plochu oka, zajišťují pohyb oka a vyživují krví všechny jeho části. Celý orgán je uložen v kostěné schránce lebky v očníci.“ (Květoňová-Švecová, 2007, s 11).

Zrak funguje tak, že světelné paprsky vstupují do oka rohovkou, pronikají zornicí, lomí se čočkou a po průchodu sklivcem dopadají na sítnici, kam se promítá obraz pozorovaného předmětu. Ze sítnice vedou nervová vlákna zrakovým nervem do zrakových oblastí mozku v týlním laloku. (Pešatová, 2005).

Jak člověk vidí, se určuje podle centrální zrakové ostrosti (vizu). To znamená schopnost oka jasně a ostře vnímat předměty a jejich detaily. *„Jde o to, určit nejmenší pohledový úhel, pod kterým člověk vnímá dva objekty tak, aby je vnímal odděleně. Zraková ostrost se vyšetřuje pomocí Snellenových optotypů. Její hodnota se udává ve zlomku: vzdálenost v metrech, z nichž pacient čte číslo uvedené na optotypu. (např: 5/50 – z 5metrů vidí to, co by měl vidět z 50). Zraková ostrost na blízko se měří na Jagerových tabulkách s různě velikým písmem“* (Květoňová-Švecová, 2007, s 13).

2.2 Zrakové vady

Podle aktuálních odhadů WHO žije na světě 37 milionů nevidomých a 124 milionů slabozrakých osob, přičemž tyto počty nezahrnují osoby s refrakčními vadami (jelikož jsou refrakční vady – myopie, hypermetropie, astigmatismu, presbyopie – zpravidla dobře korigovatelné brýlemi či chirurgicky, nejsou osoby s těmito vadami považovány za zrakově postižené). V celosvětovém měřítku žije s těžkým zrakovým postižením přibližně 161 milionů osob. Míra zrakového postižení velmi úzce souvisí s věkem – přibližně 82 % nevidomých osob je starších 50 let. „*V souvislosti s demografickými změnami v mnoha rozvojových zemích, které jsou charakteristické rychlým nárůstem počtu obyvatelstva a zvyšováním délky života, počet zrakově postižených osob na zemi stále roste.*“ (Kuchynka et al., 2007, s. 2) Aktuálně neexistují relevantní statistické údaje vztahující se k incidenci těžkého zrakového postižení v České republice. Odhady počtu osob s těžkým zrakovým postižením v České republice pohybující se mezi 60–100 000, z toho 7–12 000 představují osoby nevidomé. Shodně s celosvětovými tendencemi je rovněž v našich podmínkách patrná výrazná korelace mezi incidencí těžkého zrakového postižení a věkem, 60–65 % osob s těžkým zrakovým postižením je starších 60 let (Kuchynka et al., 2007).

Zrakové vady se nejčastěji rozdělují dle klasifikační mezinárodní stupnice WHO podle MKN-10. Nejlepší zraková korekce je možná u střední slabozrakosti, která je první kategorií postižení. Druhá kategorie je silná slabozrakost. Do třetí kategorie patří těžce slabý zrak. Těžce slabý zrak se dělí na zrakovou ostrost s nejlepší možnou korekcí a koncentrické zúžení zorného pole. Nejtěžší postižení zraku je praktická a úplná nevidomost (<http://www.sons.cz/klasifikace.php>).

Poškození zraku je definováno jako funkční omezení očí a může se projevit sníženou zrakovou ostrostí nebo citlivostí, světloplachostí, dvojitým viděním, vizuálním zkreslením nebo kombinace výše zmíněných. Toto funkční omezení může být vrozené např. prenatalní nebo postnatální trauma, genetické nebo vývojové abnormality, dědičný např. retinitis pigmentosa nebo Stargardtova makulární degenerace, nebo získané vady např. oční infekce nebo nemoci, trauma, s věkem související zrakové změny nebo systémové onemocnění. Zrakové postižení může způsobit invaliditu podle toho, jak významně narušuje schopnost fungovat, nezávisle vykonávat běžné denní aktivity – bezpečné cestování např. do práce. Když poškození zraku omezuje osobní či socioekonomickou nezávislost je to bráno jako zrakový handicap. Zrakový handicap při narození nebo rozvoj zrakových vad krátce poté, může nepříznivě ovlivnit vývoj dítěte. Vizuálně postižené děti jsou často vývojově opožděné v oblasti hrubé a jemné motoriky a vnímání. Pro školní děti je problém neschopnost číst standardní velikost písma, dobře vidět na tabuli nebo rozpoznávat barvy a to může mít významný dopad na jejich rozvoj a vzdělávání. Rodiče, vychovatelé a pedagogové potřebují informace týkající se vizuálních schopností studenta, jakož i to, jak maximalizovat využití zbývajících zraku (Freeman, et al., 2007).

Je vhodné, aby si byl zdravotník vědom při komunikaci se zrakově postiženým, jakým stupněm je nevidomí postižen (Slowík, 2010).

„Jedinci se slabozrakostí nemohou bez dalších specifických úprav využívat normální velikost černotisku, potýkají se s problémy v oblasti prostorové orientací a samostatného pohybu, ale ani nemohou vykonávat některá povolání“ (Ludíková, 2007 s 7).

2.3 Zrakově handicapovaný

Mnoho lidí si hned po pronesení věty „On nevidí“ řekne: „To je chudák, co může mít za život, to bych nezvládl“, ale i přes poškození zraku lze žít kvalitní a skutečný život (Mlýnková, 2010).

Jedinec se zrakovým postižením je osoba, která trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci je zrakové vnímání narušeno do té míry, že jí činí potíže v běžném životě (Finková, et al., 2007).

Zrakově handicapovaní mají buď vrozenou či získanou vadu zraku. Období jejího vzniku hraje významnou roli a za nejvíce závažnou se považuje náhlá a trvalá ztráta zraku, kdy tento jedinec si neměl čas na nově vzniklou situaci zvyknout. Zraková vada má vliv na celkovou osobnost jedince, jeho běžný život, jeho uplatnění ve společnosti, vzdělání, práci, navazování sociálních kontaktů atd. (Květoňová-Švecová, 2010).

Přístup ke svému handicapu zvládá každý jiným způsobem. Nevidomý, kteří se s postižením již narodili, mají výhodu, že svůj handicap berou jako fakt a samozřejmost. Od dětství se naučí fungovat samostatně, čtou a píšou Braillovým písmem, orientují se v prostoru a v dospělosti zvládají nákupy, provoz domácnosti i sebek péči na rozdíl od těch, kterým osud přinesl jejich zrakový handicap až v dospělosti. Ti, kteří o svůj zrak přišli až během života, se nejprve musí vyrovnat s úplnou změnou životního stylu. Někteří to zvládají z psychologického hlediska lépe, jiní se s tím nevyrovnají nikdy, ale i oni mají výhody. Skutečnost, že dříve viděli, jim pomáhá například v představě o prostoru, předmětech a barvách (Schindlerová, Gůrová, 2007).

„Vidění je schopnost zrakově vnímat, rozlišovat a představovat si prostředí – zrak zajišťuje až 80 % informací o okolním světě.“ (Kalvach, et al., 2012, s 87). Vidění můžeme rozdělit na centrální, které zajišťuje vnímání detailů a barev a na periferní, které umožňuje pohybovat se a orientovat se v prostoru (Kalvach, et al., 2012).

2.4 Komunikace se zrakově handicapovaným pacientem

Mít možnost vstoupit do vnímání světa jiné osoby, a pochopení toho, jak prožívají situace je empatie. Důležitým terapeutickým chováním je vyjádřit podporu, porozumění a sdílení zkušeností (Blazer-Riley, 2012).

Pacienti používají zrak jako jeden z důležitých prostředků pro správné pochopení a význam sdělení při ošetřování. Bohužel pacienti s poškozením zraku jsou znevýhodněni a tato komunikační bariéra je limituje. Nevidomý pacient se ocitá v neznámém prostředí, například v nemocnici a velký problém je prostorová orientace. Další problém, který však závisí hlavně na poskytovateli péče, je nedokonalé vyjádření slov, který pacient s poruchou zraku nevidí a o to je důležitější hlas (McCabe, Timmins, 2013).

Přístup a komunikace se zrakově handicapovaným pacientem je obtížnější a náročnější, ale někdy více pro nás, pro ošetřující než pro samotného klienta. Je třeba si uvědomit, že zrakově handicapovaný není nemocný a musíme se oprostít od jistého soucitu. „*Ze zkušenosti klientů je zcela zřejmé, že slepotu snáší hůře okolí než oni sami*“ (Nováková, 2011, s 123). Nejdříve bychom si měli ujasnit pár informací, než s pacienty začneme jednat. Důležité je vědět jaký stupeň poškození zraku mají, jak je klient soběstačný, jeho psychický stav a jak se orientuje v neznámém prostředí. Musíme si uvědomit, že by přání a potřeby klienta měli být respektovány. Velkým faktorem při spolupráci je osobnost klienta (Mlýnková, 2010).

Mnoho zdravotních sester pocítuje při komunikaci s klienty se zrakovým handicapem nejistotu a nervozitu, kterou oni sami poté vycítí. Uvádějí, že při jednání jim snižují jejich lidskou důstojnost a pacienti se cítí poníženi. Vše však vzniká z jediného důvodu a tím je nezkušenost a nevědomost, jak s takovým člověkem komunikovat a jak se k němu chovat. Proto Národní rada osob se zdravotním postižením ČR vypracovala desatero pro lepší komunikaci se zrakově handicapovaným pacienty (<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>).

- Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil poníženi.
- Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
- S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
- Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu.
- Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt.
- Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.

- Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost.
- Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
- Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
- Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
- Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí.
- Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

(<http://www.nrzp.cz/component/content/article/25-informace/356-desatero-komunikace-pri-doprovodu-pacientu-se-zrakovym-postizenim.html>)

Musíme se přestat bát nabídnout pomoc. Někteří nevidomí možná pomoc odmítnou a je to třeba z důvodu, že okolí dobře znají, ale jiným prokážeme i drobnou pomocí velkou službu. První kontakt je oslovení a až poté se s handicapovaným domluvíme, jestli pomoc potřebuje a jak ji můžeme účelně poskytnout. Důležité je mluvit se všemi jako se sobě rovnými, nikdy nekomunikovat přes průvodce jako by tam jejich klient nebyl nebo byl nesvéprávný např. ‚Řekněte jí, ať se svlékne‘, ‚Řekněte jí, ať si sedne‘ nebo ‚Co jí je?‘. Nikdy nechytáme zrakově handicapovaného za bílou hůl

a ani nerušíme asistenčního psa při jeho práci, při které se musí soustředit na bezpečné vedení nevidomého. V některých činnostech jsou sestry zas naopak víc iniciativní, i když by to nevidomí klient zvládl, stačí určitou činnost vysvětlit a ukázat a příště si jí již bude bez větších problémů provádět sám. A klíč k úspěchu je dobrá a účelná komunikace (Michálek, et al., 2010).

2.5 Bariéry v komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem

Komunikace se zrakově handicapovaným může být obtížnější a mnoho lidem není příjemné komunikovat s člověkem, který má problém navodit oční kontakt. Největší překážky jsou v neverbální komunikaci. Člověk se zrakovým handicapem má jinou mimiku, jiné výrazy v obličeji a i jiná gesta celého těla. Většinou jich je nedostatek a v člověku s normálním zrakem to může navodit nepříjemný pocit, že komunikace není opěťovaná a není zájem v ní pokračovat. Dalším velkým problémem, který mají osoby, které s nevidomým komunikují, je strach z urážky (Bialistock, 2005).

Jak uvádí opravník omylů o nevidomých v publikaci *Váš nevidomý pacient*: *„Omyl: Ve společnosti nevidomého by se nemělo mluvit o barvách a jiných zrakových vjemech. Je třeba se důsledně vyhýbat slovu ‚slepota‘ a obrátům ‚podívej se‘, ‚uvidíme se‘, abychom nevidomého nezranili. Skutečnost: I nevidomí běžně používají výrazy spojené s vizuálními vjemy v jejich doslovném i přeneseném významu. Mluvte proto přirozeně, nadměrná snaha nezranit může ve skutečnosti komplikovat komunikaci.“* (Michálek, et al., 2010, s 12).

Musíme se také uvědomit, že i člověk s handicapem má právo na osobní prostor, jehož narušení v něm může vyvolat nejistotu, napětí a celkovou nepohodu. S tím souvisí i komunikace z očí do očí. I když člověk, s kterým mluvíme, nevidí, musí ‚cítit‘, že mluvíme k němu. A velice důležité je i oslovení, např. sestra, když vejde do čekárny, měla by pacienta oslovit, než na něj začne mluvit. Dále bychom se měli vyvarovat přílišné lítosti. Handicapovanému můžeme pomoci jen tak, že se k němu budeme chovat jako k rovnocennému a při komunikaci se vyvarujeme omylů nebo se zeptáme, jak a v čem mu můžeme pomoci (Bialistock, 2005).

2.6 Pomůcky pro zrakově handicapované

Kompenzační pomůcky patří jednoznačně k životu handicapovaných. Z nejvíce užívaných pomůcek pro nevidomé je bílá hůl. Je to symbol, který identifikuje zrakově handicapovanou osobu a povzbuzuje okolí k poskytnutí pomoci. Pro nevidomého slouží k lepší orientaci a komunikaci s okolím (Galloway, et al., 2006).

V zásadě se pomůcky dají rozdělit na ty, které se využívají pomocí hmatu, a ty, které se využívají pomocí sluchu. Mezi pomůcky založené na bázi hmatu patří bílá hůl, rozlišovač bankovek, hmatové hodinky, zásobník léků, hmatové hry aj. Ozvučené pomůcky mohou být od těch jednodušších – indikátor barev a světla, indikátor vodní hladiny, mluvící teploměr či kalkulačka s hlasovým výstupem – až po velmi sofistikované a nákladné – mobilní telefon či počítač s hlasovým výstupem (Michálek a kol., 2010).

Další orientační pomůckou je vodící pes. Speciální výběr, výcvik a příprava čtyřnohého průvodce jsou důležité, pes se naučí bezpečně provést nevidomého i velmi náročným terénem, dokáže upozornit na překážky, které by nevidomému mohly ublížit, umí najít vchodové dveře, přechod, autobusové a tramvajové zastávky.

Pro handicapovaného psodva je to velké ulehčení. K usnadnění cestování ve větších městech jsou k dispozici na důležitých orientačních bodech (vchod do metra) akustické majáky, které se aktivují pomocí tzv. vysílačky (Kavalírová, 2012).

Slabozrací využívají různé lupy, lupové brýle nebo speciální čtecí brýle, které dokáží mnohonásobně zvětšit text. Pro lidi s úplnou ztrátou zraku je skoro nezbytné naučit se psát a číst Braillovým písmem. Braillovo písmo vypadá jako změt' teček, nicméně, stejně jako jakýkoli jiný kód, je slepecké písmo založeno na logickém systému. Mnoho nevidomých a osob se zbytky zraku, kteří se naučili Braillově písmu, umí číst tak rychle a se stejnou úrovní porozumění jako čtení pro osoby bez zrakových vad (Freeman, et al., 2007).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle průzkumu

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala komunikací s nevidomými pacienty a s ní spojenými problémy, se kterými se sestry nejvíce potýkají. Cílem bylo zmapovat znalosti komunikace sester s pacienty se zrakovým handicapem, jestli umějí a chtějí pomoci a také zda je jejich vzdělání dostačující nebo zda by byly ochotny se dále v této problematice vzdělávat. Proto cílem průzkumu bylo provést dotazníkové šetření zaměřené na komunikaci sester a zrakově handicapovaných pacientů a provést primární analýzu získaných dat.

3.1.1 Průzkumné cíle

Zjistit, zda sestry mají zkušenost se zrakově handicapovanými pacienty.

Zjistit míru znalostí v komunikaci s pacienty se zrakovým handicapem.

Zjistit největší překážky v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty.

Zjistit, zda se sestry vyhýbají kontaktu se zrakově handicapovanými pacienty.

Zjistit, zda vyšší vzdělání sester má vliv na větší znalosti v komunikaci s pacienty se zrakovým handicapem.

3.1.2 Stanovení hypotéz

Na základě stanoveného cíle jsem formulovala tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Předpokládám, že sestry z oddělení chirurgické typu a sestry z oddělení interního typu, se do kontaktu se zrakově handicapovanými pacienty dostaly stejně často.

Hypotéza 2: Lze předpokládat, že je statisticky významný rozdíl ve znalostech v oblasti komunikace s pacienty se zrakovým handicapem mezi sestrami z oddělení chirurgické typu a sestrami z oddělení interního typu.

Hypotéza 3: Předpokládám, sestry z oddělení chirurgické typu i oddělení interního typu budou považovat za největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty nedostatek času.

Hypotéza 4: Předpokládám, že vyhýbání se komunikaci se zrakově handicapovaným se nebude významně statisticky lišit mezi sestrami na chirurgickém a interním oddělení.

Hypotéza 5: Lze očekávat, že sestry, které prošly systémem vzdělávání na vyšší odborné a vysoké škole, mají větší znalosti v komunikaci se zrakově handicapovanými než sestry se středoškolským vzděláním.

3.2 Metodika průzkumu

3.2.1 Volba průzkumné metody

Na základě anonymních dotazníků vlastní konstrukce jsem získala informace, které byly použity pro kvantitativní průzkum. Údaje, které jsem získala, byly statisticky vyhodnoceny.

3.2.2 Dotazníková metoda

Zvolila jsem dotazníkovou metodu, která je určena pro hromadné získávání údajů. Dotazník (viz. Příloha č. 4) byl vypracován pro všeobecné sestry s různým stupněm vzdělání a byl sestaven tak, aby bylo možné vyhodnotit jejich zkušenosti, znalosti a názory v oblasti komunikace se zrakově handicapovanými pacienty. První část dotazníku tvoří otázky identifikační (pohlaví, věk, pracoviště, délka praxe, vzdělání). Další část zjišťuje, zda mají sestry zkušenost s nevidomými pacienty, zda umějí komunikovat a kde informace jak správně komunikovat se zrakově handicapovanými pacienty získaly.

3.2.3 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 74 respondentů z Fakultní nemocnice v Motole, a to z oddělení typu chirurgického a z oddělení interního typu. Pro zjednodušení jsou všechny nazývané všeobecné sestry nebo sestry.

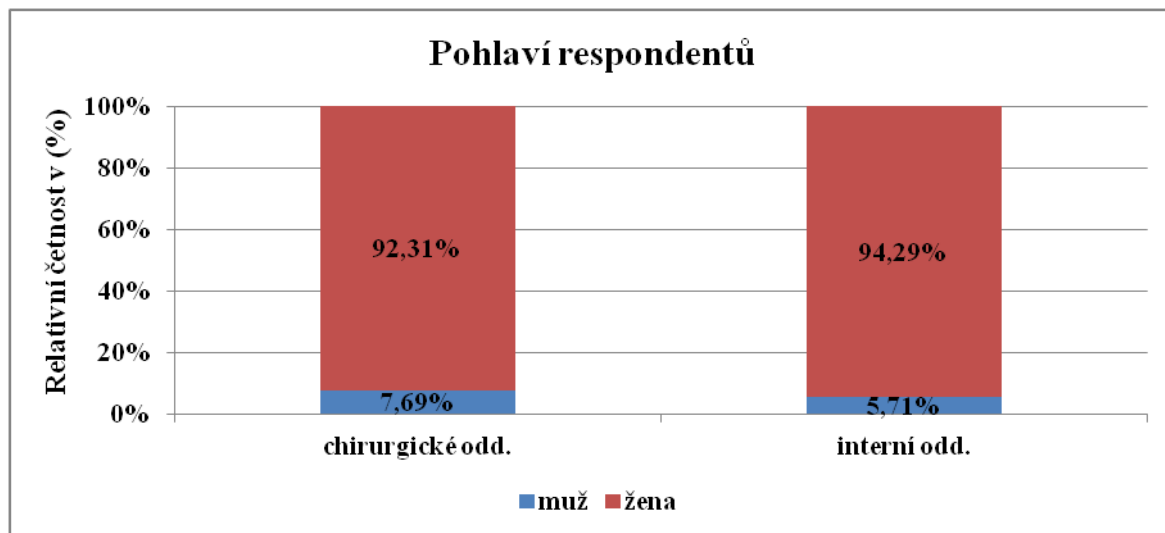
3.2.4 Organizace průzkumu

Pro získání potřebných dat byl zhotoven dotazník vlastní konstrukce, který byl rozdán do Fakultní Nemocnice v Motole sestrám na chirurgickém, interním, neurologickém, očním a gynekologickém oddělení. Před hlavním průzkumem byl proveden „předprůzkum“, na jehož základě byly některé otázky přehodnoceny a upraveny. Hlavní průzkum probíhal od října 2014 do ledna 2015. Průzkumu se zúčastnilo celkem 74 respondentů, 39 dotazovaných bylo z oddělení chirurgického typu a 35 dotazovaných z oddělení interního typu.

3.3 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

3.3.1 Výsledky dotazníků

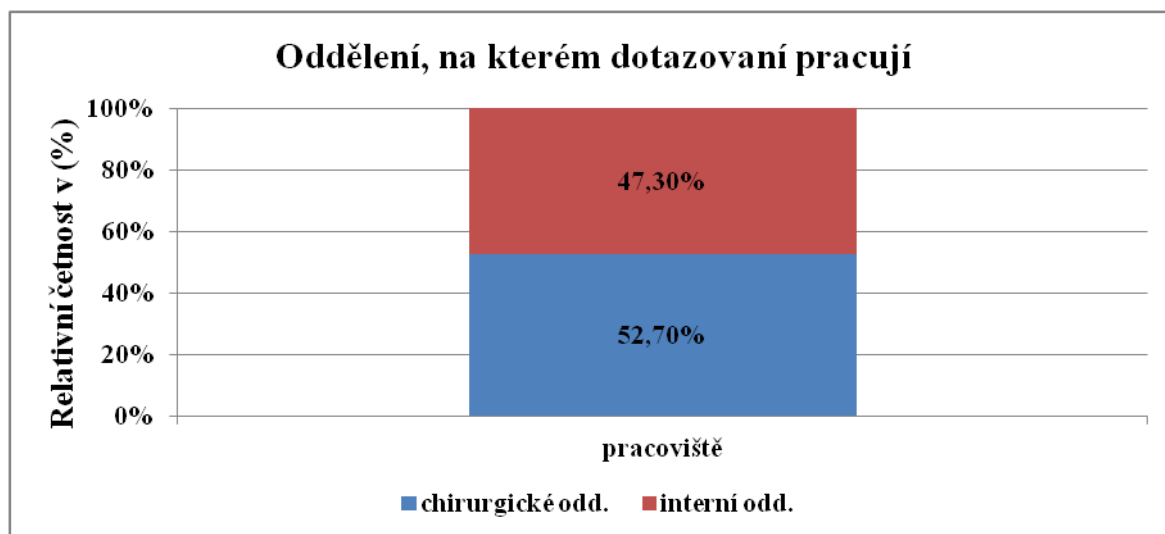
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 1: Pohlaví respondentů

Obrázek 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Na chirurgickém oddělení byli 3 (7,69 %) muži a 36 (92,31 %) žen. Na interním oddělení byli muži 2 (5,71 %), žen na interním oddělení bylo 33 (94,29 %).

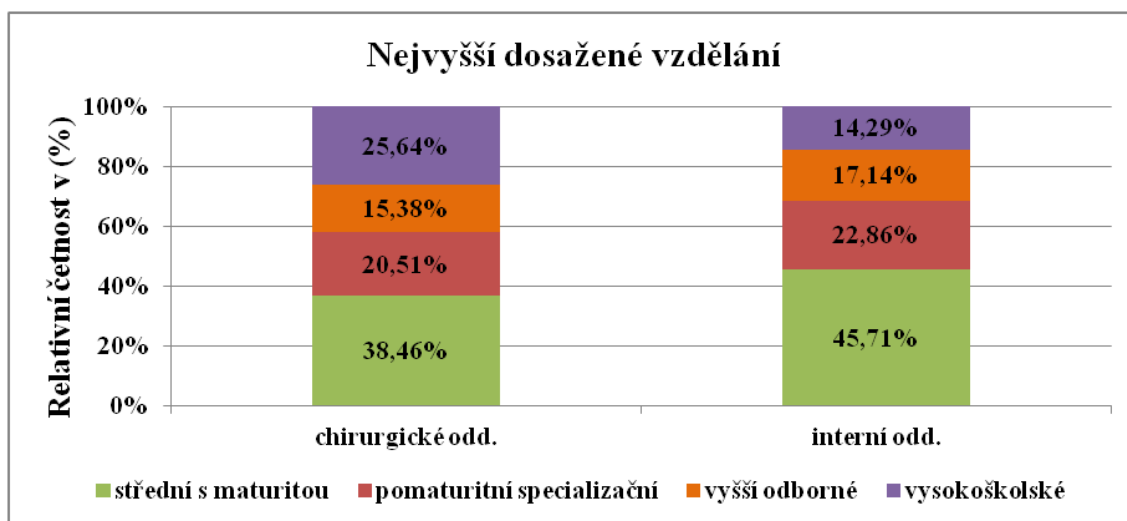
Otázka č. 2: Na jakém oddělení pracujete?



Obrázek 2: Oddělení, na kterém dotazovaní pracují

Jak z uvedené diagramu vyplývá, je počet sester na obou pracovištích téměř rovnocenný, přesto v souboru měly mírně větší zastoupení sestry z chirurgického oddělení. 39 (52,70 %) sester na oddělení chirurgického typu a 35 (47,30 %) sester na oddělení interního typu.

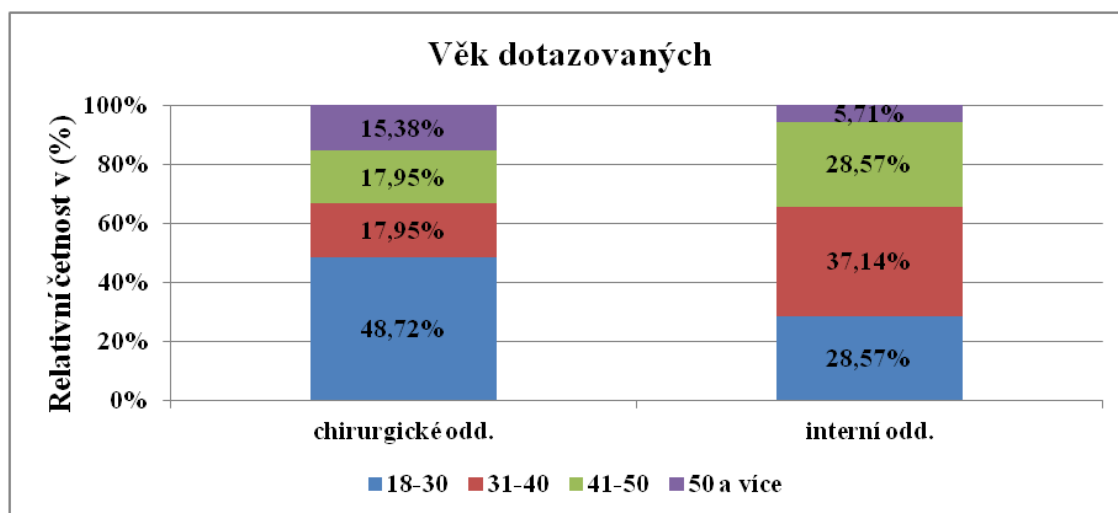
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Z celkového počtu 74 respondentů (100 %) vyplývá, že největší počet zastoupených má střední zdravotní školu s maturitou, což je 15 (38,46 %) sester z oddělení chirurgického typu a 16 (45,71 %) sester z oddělení interního typu. Pomaturitní specializační vzdělání má 8 (20,51 %) sester na chirurgickém oddělení a 8 (22,86 %) sester na odděleních interního typu, vysokoškolské vzdělání má na odděleních chirurgického typu 10 (25,64 %) a na odděleních interního typu 5 (14,29 %) respondentů, s vyšším odborným vzděláním je mezi respondenty 6 (15,38 %) sester odděleních chirurgického typu a 6 (17,14 %) sester z interních oddělení.

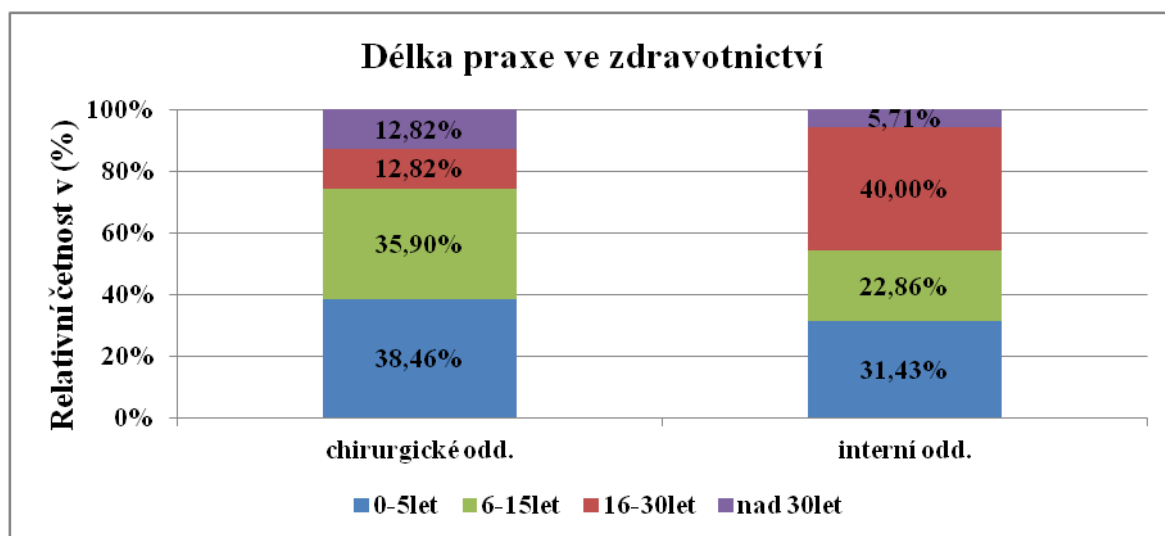
Otázka č. 4: Kolik je Vám let?



Obrázek 4: Věk dotazovaných

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 74 dotazovaných zdravotníků je 19 (48,72 %) z chirurgického typu oddělení a 10 (28,57 %) ve věkovém rozmezí od 18 – 30 let, 7 (17,95 %) sester z chirurgických oddělení a 13 (37,14 %) sester z interních oddělení ve věkovém rozmezí od 31 – 40 let, 7 (17,95 %) respondentů z chirurgického a 10 (28,57 %) z interního typu je ve věkovém rozmezí od 41 – 50 let a 6 (15,38 %) sester z chirurgického typu a 2 (5,71 %) sester z interního typu je ve věku 51 a více let.

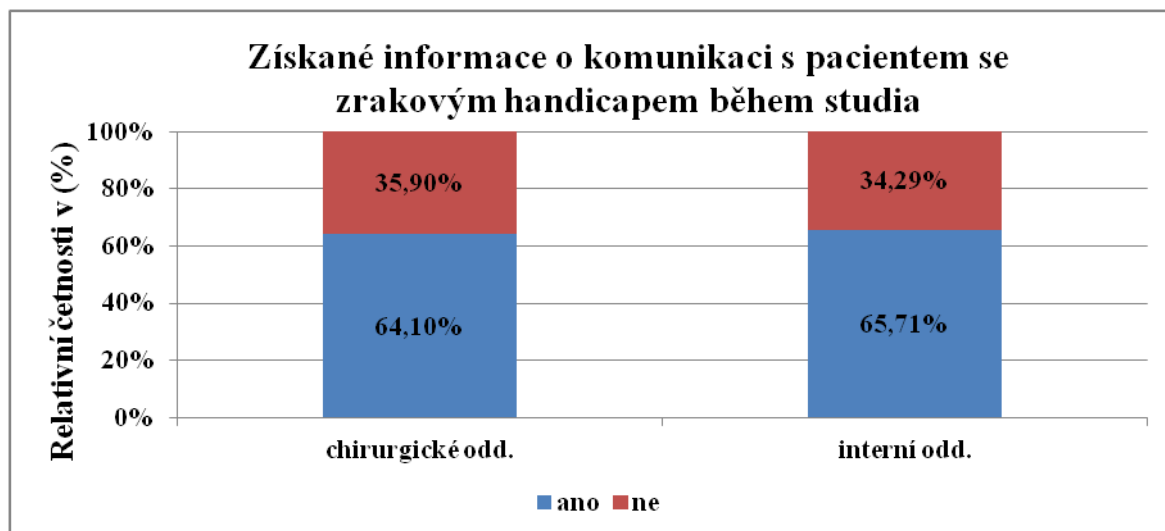
Otázka č. 5: Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?



Obrázek 5: Délka praxe ve zdravotnictví

Z obrázku 5 vyplývá, že z celkového počtu 74 respondentů (100 %) pracuje méně jak 5 let 15 (38,46 %) respondentů z chirurgického typu oddělení a 11 (31,43 %) respondentů z interního typu oddělení, 6-15 let zvolilo 14 (35,90 %) respondentů na odděleních chirurgického typu a 8 (22,86 %) respondentů na odděleních interního typu, 16-30 let praxe zvolilo 5 (12,82 %) respondentů na chirurgickém typu oddělení a 14 (40 %) respondentů na interním typu oddělení. A více jak 30 let pracuje 5 (12,82 %) dotazovaných respondentů na chirurgickém a 2 (5,71 %) respondenti na interním typu oddělení.

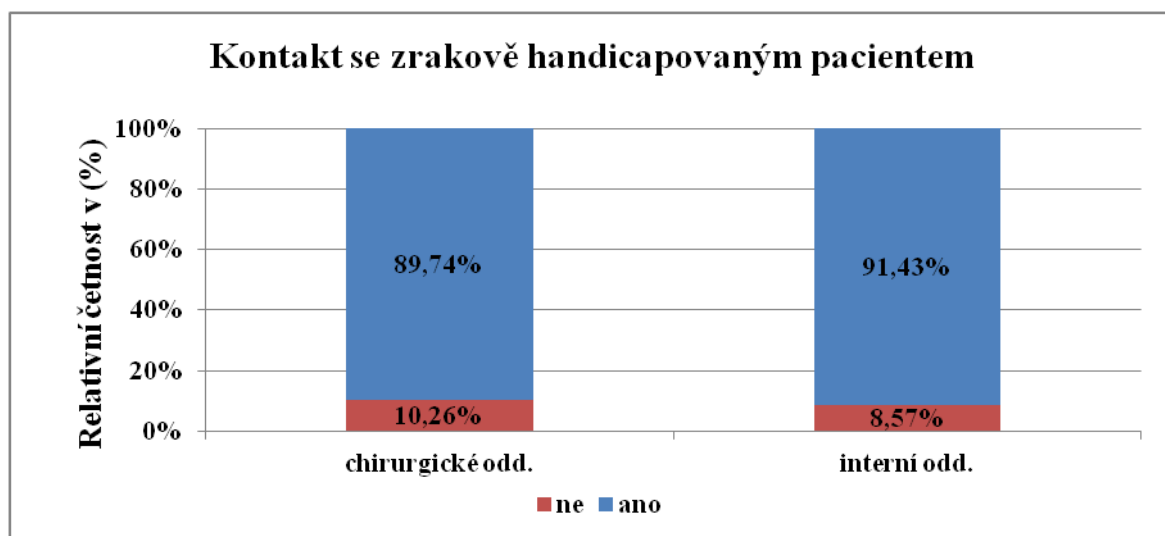
Otázka č. 6: Získal/a jste během svého studia informace o komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem?



Obrázek 6: Získané informace o komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem během studia

Šetřením jsem zjistila, že během svého studia získalo informace o komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem 25 (64,10 %) respondentů na chirurgického typu oddělení a 23 (65,71 %) respondentů na interního typu oddělení. 14 (35,90 %) respondentů na chirurgickém typu oddělení a 12 (34,29 %) respondentů na interním typu oddělení informace nezískalo.

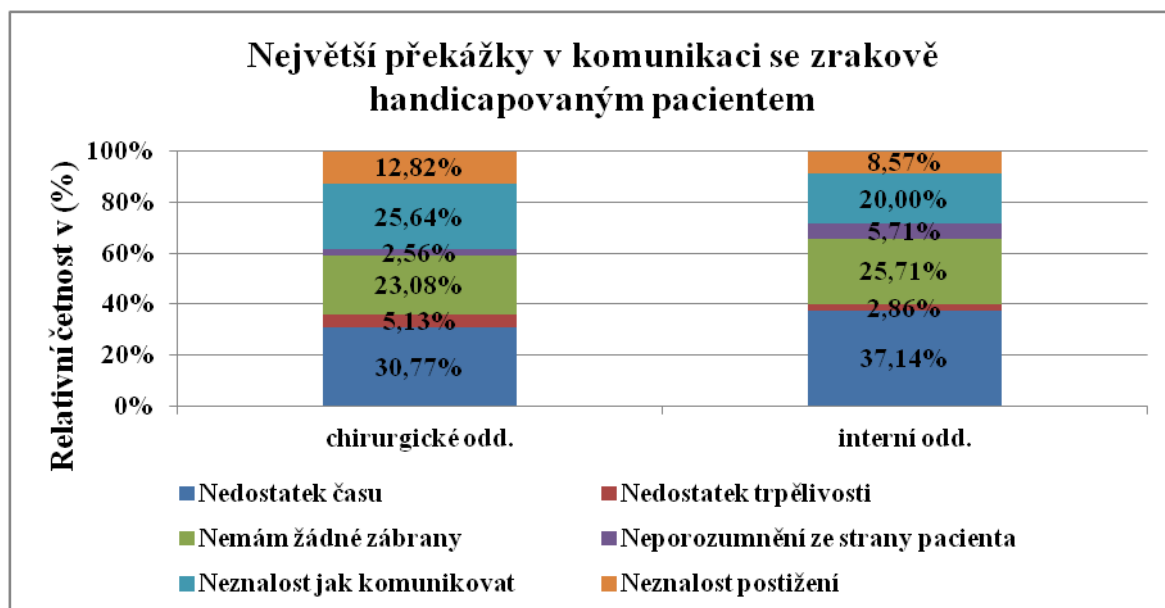
Otázka č. 7: Potkal/a jste se za dobu své praxe se zrakově handicapovaným?



Obrázek 7: Kontakt se zrakově handicapovaným pacientem

Výsledky mého šetření ukázaly, že většina, což je 35 (89,74 %) dotazovaných na chirurgickém oddělení a 32 (91,43 %) dotazovaných na interním oddělení se během své praxe se dostali do kontaktu se zrakově handicapovaným. Na oddělení chirurgického typu se 4 (10,26 %) respondenti a na oddělení interního typu 3 (8,57 %) respondenti neseťkali nebo neměli žádný kontakt s pacientem se zrakovým handicapem.

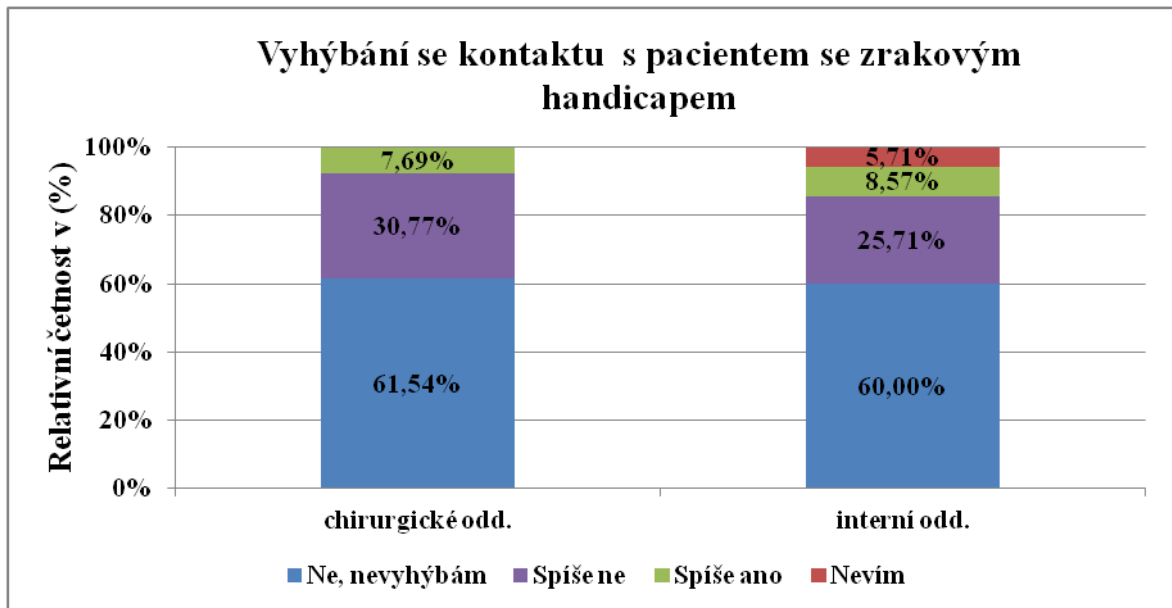
Otázka č. 8: Co považujete za největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovanou osobou?



Obrázek 8: Největší překážky v komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem

Z obrázku 8 vyplývá, že oba typy pracoviště za největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem považují nedostatek času a to na chirurgickém oddělení 12 (30,77 %) respondentů a na interním oddělení 13 (37,14 %) respondentů. Odpověď nedostatek trpělivosti označili 2 (5,13 %) respondenti na oddělení chirurgického typu a 1 (2,89 %) respondent na oddělení interního typu. 9 (23,08 %) respondentů na chirurgickém a 9 (25,71 %) respondentů na interním oddělení nemá žádné zábrany při komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem. Neporozumnění ze strany pacienta jako největší překážku považuje jen 1 (2,56 %) respondent z chirurgického oddělení a 2 (5,71 %) respondenti na interním oddělení. Neznalost jak komunikovat zvolilo jako největší překážku v komunikaci 10 (25,64 %) dotazovaných na chirurgickém oddělení a 7 (20,00 %) dotazovaných na interním oddělení. A neznalost postižení označilo 5 (12,82 %) respondentů z oddělení chirurgického typu a 3 (8,57 %) respondentů z oddělení interního typu.

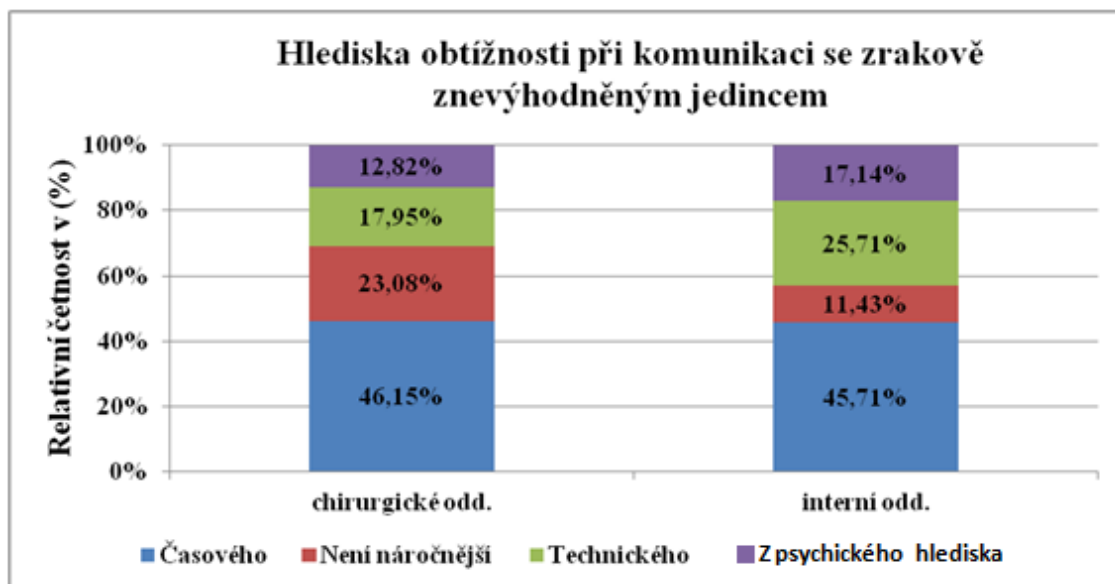
Otázka č. 9: Vyhýbáte se komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem?



Obrázek 9: Vyhýbání se kontaktu s pacientem se zrakovým handicapem

Šetřením jsem zjistila, že se kontaktu s pacientem se zrakový handicapem nevyhýbá 24 (61,54 %) dotazovaných na chirurgickém oddělení a 21 (60,00 %) dotazovaných na interním oddělení. Odpověď nevíam označili jen 2 (5,71 %) respondenti na interním typu oddělení a odpověď ano, spíše se vyhýbám kontaktu s pacientem se zrakovým handicapem, odpověděli dotazovaní shodně, na chirurgickém oddělení 3 (7,69 %) jako na interním oddělení 3 (8,57 %). A spíše ne označilo 12 (30,77 %) dotazovaných na chirurgickém oddělení a 9 (25,71 %) dotazovaných na interním oddělení.

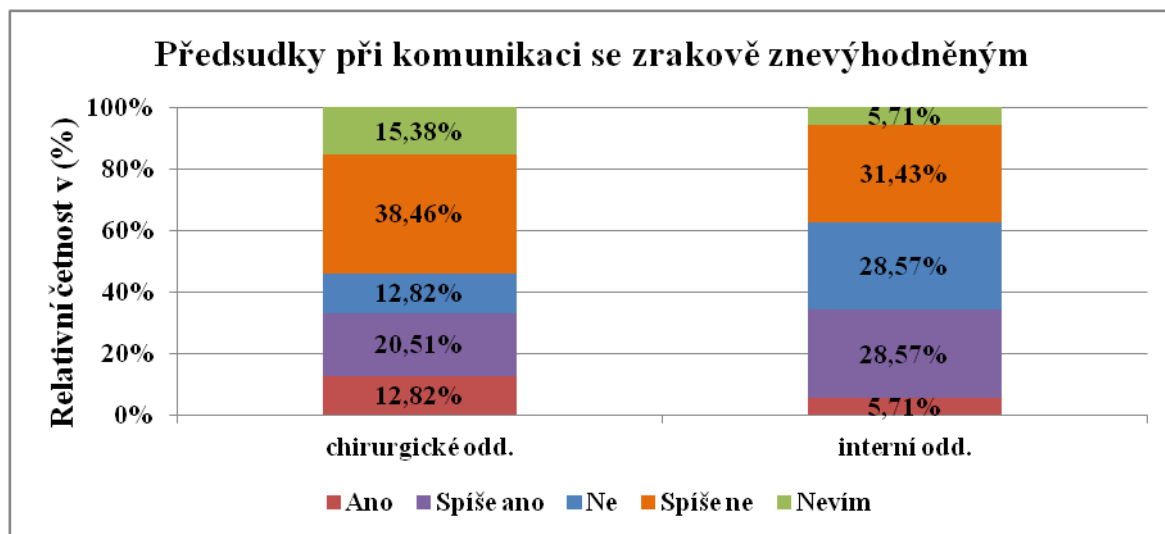
Otázka č. 10: Z jakého hlediska je pro Vás komunikace s pacientem se zrakovým handicapem obtížnější?



Obrázek 10: Hlediska obtížnosti při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem

Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů považuje 18 (6,15 %) z nich na chirurgickém oddělení a 16 (45,71 %) z nich na interním oddělení komunikaci se zrakově handicapovaným obtížnější z časového hlediska. Možnost, že komunikace se zrakově handicapovaným pacientem není náročnější, vybralo 9 (23,08 %) respondentů na chirurgickém oddělení a 4 (11,43 %) na interním oddělení. Technické hledisko za obtížnost označilo 7 (17,95 %) dotazovaných na oddělení chirurgického typu a na oddělení interního typu tak označilo 9 (25,71 %) dotazovaných. 5 (12,82 %) respondentů na chirurgickém oddělení a 6 (17,14 %) respondentů na interním oddělení považuje komunikaci s handicapovaným pacientem za obtížnější z psychického hlediska.

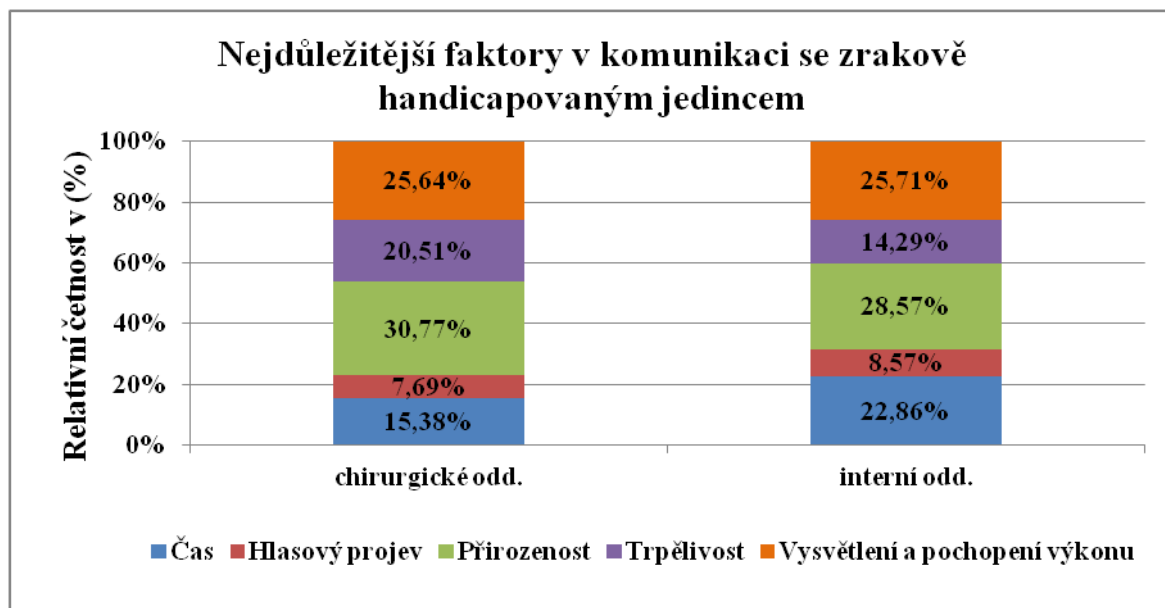
Otázka č. 11: si, že existují předsudky při komunikaci sester s pacientem se zrakovým handicapem?



Obrázek 10: Předsudky při komunikaci se zrakově znevýhodněným

Z obrázku vyplývá, že nejvíce respondentů si myslí, že předsudky při komunikaci se zrakově znevýhodněnými spíše nejsou a to, 15 (38,46 %) dotazovaných na chirurgickém oddělení a 11 (31,43 %) dotazovaných na interním oddělení. Odpověď ne si vybralo 5 (12,82 %) respondentů na oddělení chirurgického typu a 10 (28,57 %) respondentů na oddělení interního typu. Možnost ano označilo 5 (12,82 %) zdravotníků na oddělení chirurgického typu a 2 (5,71 %) respondenti na oddělení interního typu. 6 (15,38 %) dotazovaných z chirurgického oddělení a 2 (5,71 %) dotazovaný z interního oddělení, na otázku jestli si myslí, že existují předsudky při komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem, označili možnost nevím. A odpověď spíše ano vyplnilo 8 (20,51 %) respondentů na oddělení chirurgického typu a 10 (28,57 %) respondentů na oddělení interního typu.

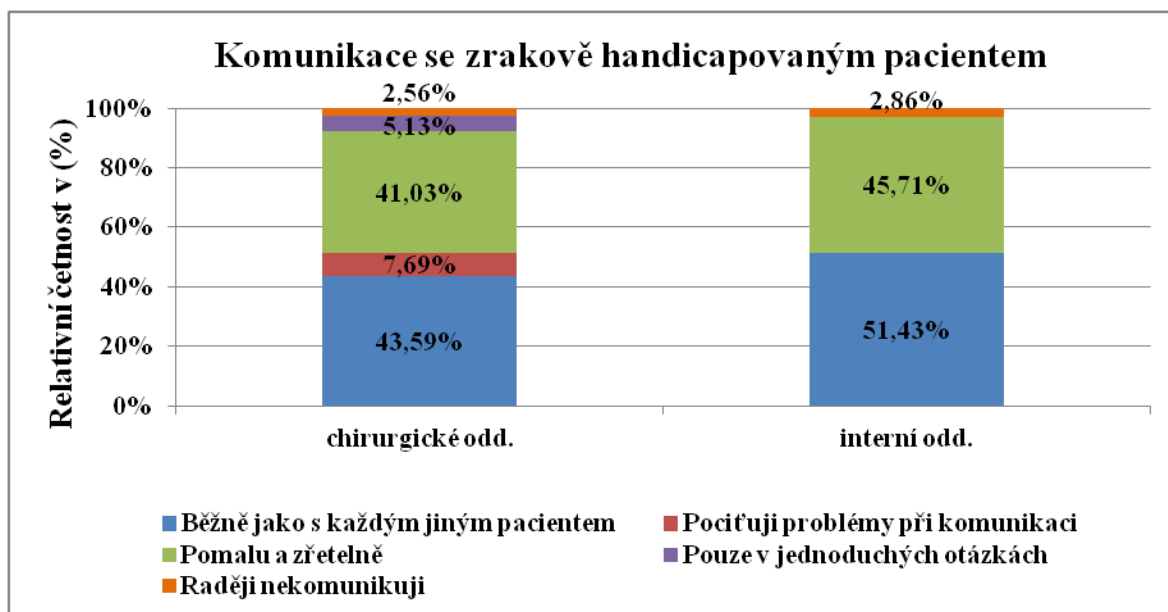
Otázka č. 12: Co je podle Vašeho názoru v komunikaci se zrakově handicapovaným jedincem nejdůležitější?



Obrázek 11: Nejdůležitější faktory v komunikaci se zrakově handicapovaným jedincem

Z šetření vyplývá, že nejdůležitější faktor při komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem respondenti považují přirozenost a to 12 (30,77 %) respondentů na odděleních chirurgického typu a 10 (28,57 %) respondentů na odděleních interního typu. Vysvětlení a pochopení výkonu označilo 10 (25,64 %) dotazovaných na oddělení chirurgického typu a 9 (25,71 %) dotazovaných na oddělení chirurgického typu. Za nejdůležitější při komunikaci se znevýhodněním pacientem považují hlasový projev 3 (7,69 %) respondenti z chirurgického oddělení a 3 (8,57 %) respondenti z interního oddělení. Čas jako svou odpověď označilo 6 (15,38 %) dotazovaných z chirurgického oddělení a 8 (22,86 %) dotazovaných z interního oddělení a trpělivost označilo 8 (20,51 %) zdravotníků na chirurgickém oddělení a 5 (14,29 %) zdravotníků na odděleních interního typu.

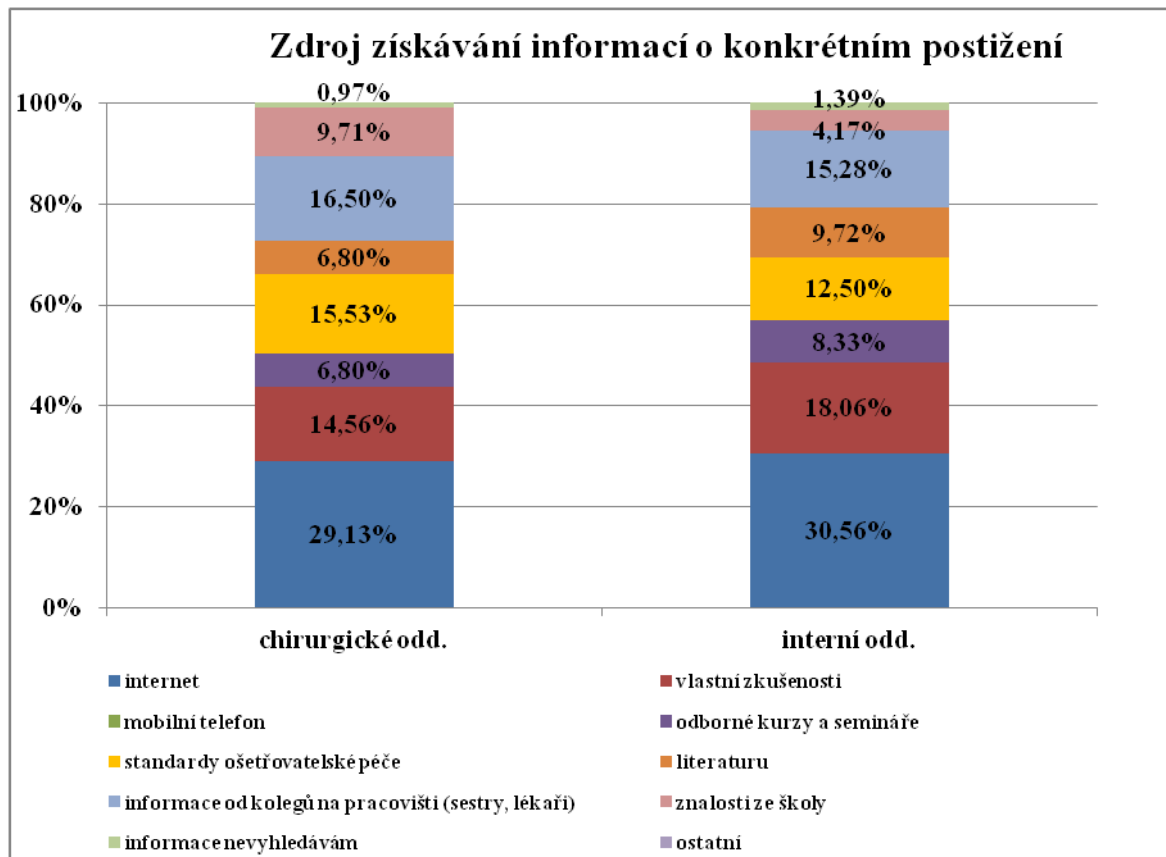
Otázka č. 13: Jak se snažíte komunikovat se zrakově handicapovanými pacientem?



Obrázek 12: Komunikace se zrakově handicapovaným pacientem

Z obrázku 13 vyplývá, že nejvíce respondentů komunikuje se zrakově handicapovaným pacientem běžně jako s každým jiným pacientem a to, 17 (43,59 %) z chirurgických oddělení a 18 (51,43 %) respondentů z interních oddělení a pomalu a zřetelně zvolilo 16 (41,03 %) dotazovaných na odděleních chirurgického typu a 16 (45,71 %) dotazovaných na odděleních interního typu. 3 (7,69 %) respondenti z oddělení chirurgického typu pocítují problémy při komunikaci, a tuto možnost neoznačil žádný respondent (0,00 %) z interního oddělení. Pouze v jednoduchých otázkách komunikují 2 (5,13 %) dotazovaní z oddělení chirurgického typu. 2 respondenti raději s pacienty se zrakovým handicapem nekomunikují, a to 1 (2,56 %) z chirurgického oddělení a 1 (2,86 %) z interního oddělení.

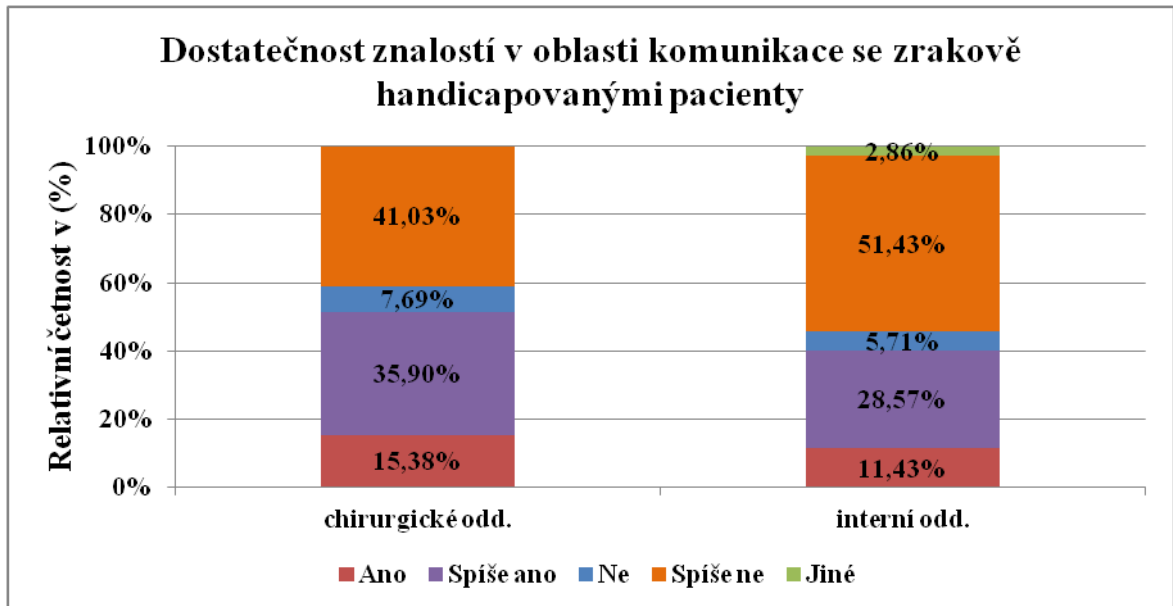
Otázka č. 14: V případě potřeby více informací o konkrétním postižení využíváte zejména? (Můžete zvolit i více odpovědí)



Obrázek 13: Zdroj získávání informací o konkrétním postižení

V otázce jak získávají dotazovaní informace o konkrétním postižení, bylo možné zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů odpovědělo 30 (29,13 %) respondentů z chirurgického oddělení a 22 (30,56 %) respondentů z interního oddělení, že nejvíce využívají internet. Z vlastních zkušeností čerpá 15 (14,56 %) zdravotníků na oddělení chirurgického typu a 13 (18,06 %) zdravotníků na oddělení interního typu. Třetí nejvíce zastoupená odpověď byly informace od kolegů na pracovišti (sestry, lékaři) a to u 17 (16,50 %) dotázaných na odděleních chirurgického typu a u 11 (15,28 %) dotazovaných na odděleních interního typu. Odborné kurzy a semináře využilo 7 (6,80 %) respondentů na odděleních chirurgického typu a 6 (8,33 %) respondentů na odděleních interního typu. Standardy ošetrovatelské péče jako možnost označilo 16 (15,53 %) dotazovaných z chirurgických oddělení a 9 (12,50 %) dotazovaných z interních oddělení. Odpověď literaturu zvolilo shodně 7 (6,80 %) respondentů z chirurgického a 7 (9,72 %) respondentů z interního oddělení. Znalosti ze školy využívá při své práci 10 (9,71 %) dotazovaných na chirurgickém oddělení a 3 (4,17 %) dotazovaní na interním oddělení. Na obou pracovištích odpověděli shodně, že informace nevyhledávají, 1 (0,97 %) respondent z chirurgického oddělení a 1 (1,39 %) respondent z interního oddělení. Možnost jako zdroj informací o konkrétním postižení nikdo nevybral mobilní telefon a možnost ostatní.

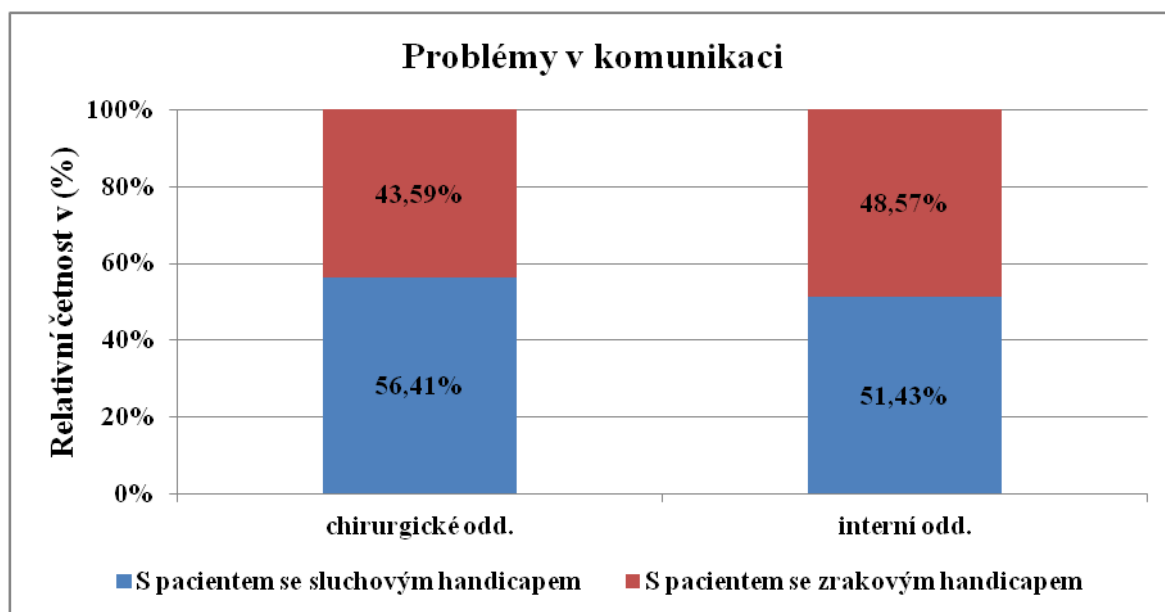
Otázka č. 15: Domníváte se, že jsou Vaše znalosti v oblasti komunikace se zrakově handicapovanými pacienty dostatečné?



Obrázek 14: Dostatečnost znalostí v oblasti komunikace se zrakově handicapovanými pacienty

Z šetření a obrázku 15 vyplývá, že nejvíce dotazovaných, což je 16 (41,03 %) dotazovaných na odděleních chirurgického typu a 18 (51,43 %) dotazovaných na odděleních interního typu spíše nepovažuje své znalosti v komunikaci se zrakově handicapovanými jedinci za dostatečné. Spíše ano odpovědělo 14 (35,90 %) respondentů z chirurgického a 10 (28,57 %) respondentů z interního oddělení. Odpověď ano vybralo 6 (15,38 %) dotazovaných i chirurgického oddělení a 4 (11,43 %) dotazovaní z interního oddělení. Své znalosti nepovažuje jako dostatečné a odpověděli ne 3 (7,69 %) respondenti z chirurgického oddělení a 2 (5,71 %) respondenti z interního oddělení. Možnost jiné odpověděl 1 (2,86 %) respondent z oddělení interního typu a uvedl *nevím*.

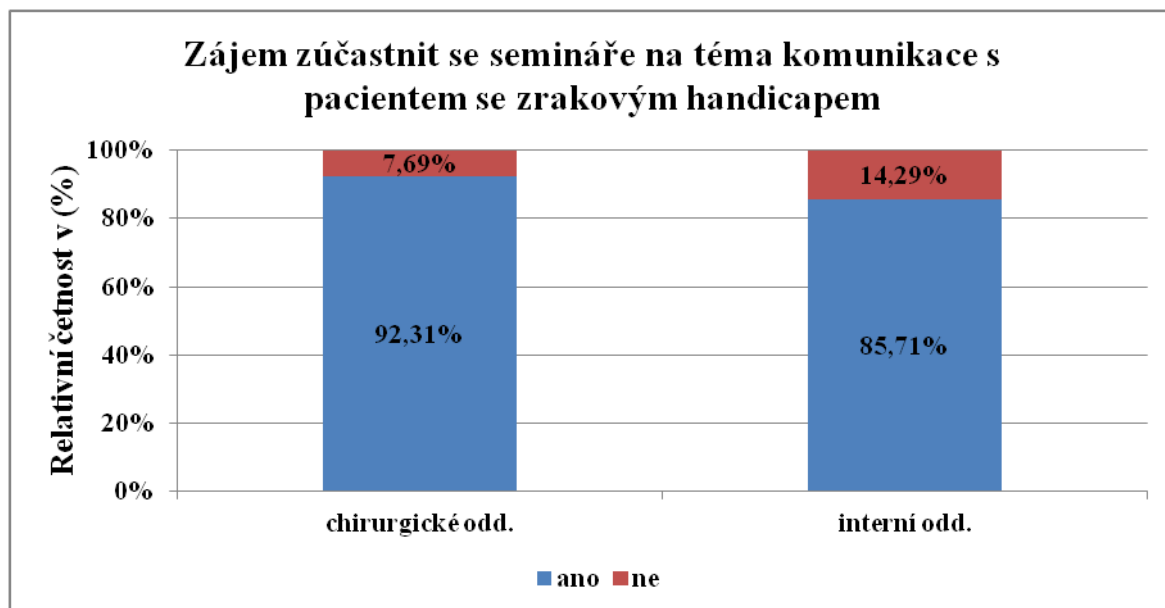
Otázka č. 16: Jaká komunikaci je pro Vás obtížnější?



Obrázek 15: Problémy v komunikaci

Obrázek 16 hodnotí, zda dotazovaní pociťují větší problémy v komunikaci s pacientem se zrakovým či sluchovým handicapem. Na odděleních chirurgického typu respondenti odpověděli, že větší problémy pociťují při komunikaci s pacienty se sluchovým handicapem a to 22 (56,41 %) dotazovaných a 17 (43,59 %) dotazovaných s pacienty se zrakovým handicapem. Z celkového počtu respondentů z oddělení interního typu 35 (47,30 %), 18 (51,43 %) respondentů odpovědělo, že větší problém při komunikaci mají s pacienty se sluchovým handicapem a zbylých 17 (48,57 %) pociťuje problém při komunikaci s pacienty se zrakovým handicapem.

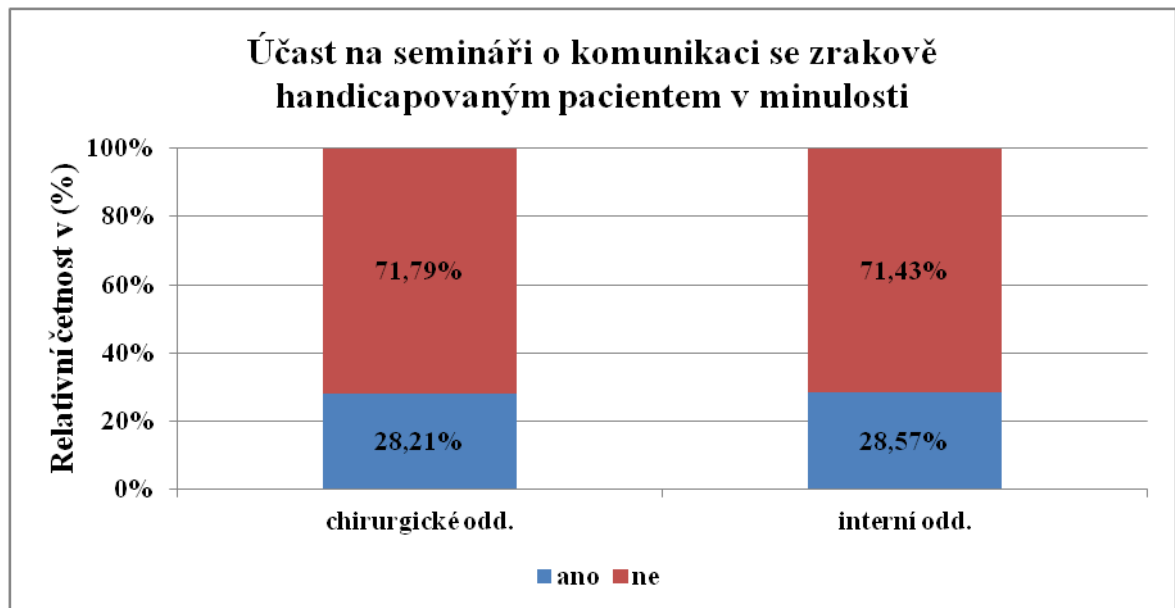
Otázka č. 17: Kdyby Vám byl nabídnut seminář o komunikaci s pacienty se zrakovým handicapem, zúčastnil/a byste se ho?



Obrázek 16: Zájem zúčastnit se semináře na téma - komunikace s pacientem se zrakovým handicapem

Z obrázku 17 vyplývá, že většina dotazovaných by se zúčastnila semináře na téma – komunikace s pacientem se zrakovým handicapem. 36 (92,31 %) respondentů na chirurgickém oddělení a 30 (85,71 %) respondentů na interním oddělení odpovědělo ano. Možnost ne si vybrali 3 (7,69 %) dotazovaní na oddělení chirurgického typu a 5 (14,29 %) dotazovaných na oddělení interního typu.

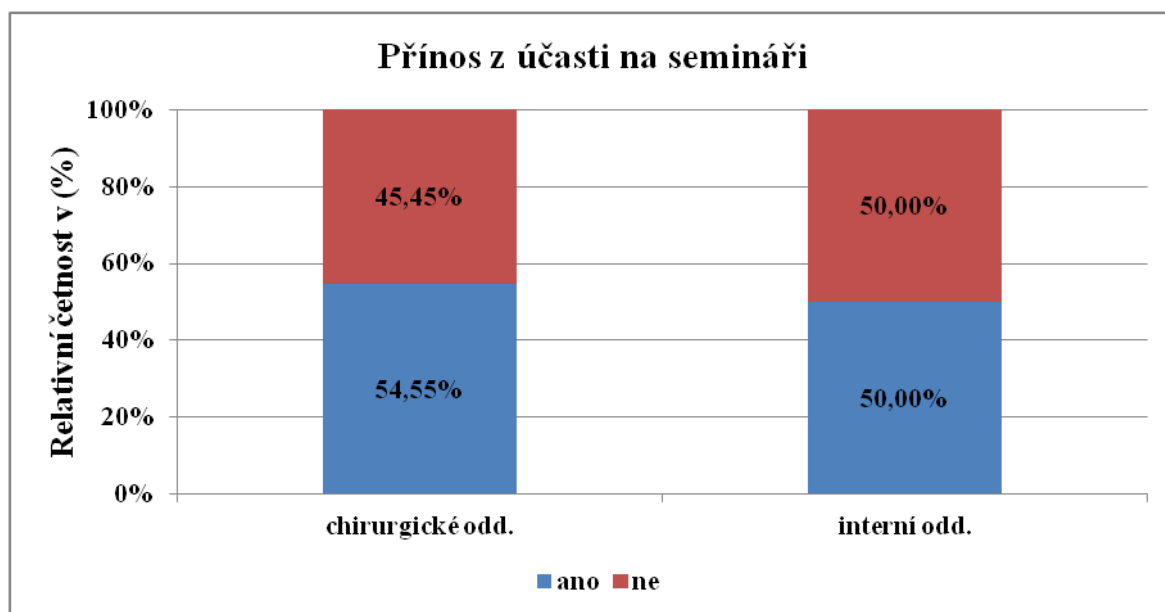
Otázka č. 18: Zúčastnil/a jste se již někdy semináře o komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem?



Obrázek 17: Účast na semináři o komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem v minulosti

Šetření mapuje, kolik respondentů se zúčastnilo semináře o komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty. Většina respondentů označila odpověď ne, a to 28 (71,79 %) na oddělení chirurgického typu a 25 (71,43 %) na oddělení interního typu. Možnost ano a seminář o komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty absolvovalo 11 (28,21 %) dotazovaných z chirurgického oddělení a 10 (28,57 %) dotazovaných z interního oddělení.

Otázka č. 18a: Jestliže jste odpověděl/a ano, byl pro Vás tento seminář přínosem?



Obrázek 18: Přínos z účasti na semináři

Z obrázku 19 vyplývá, že odpovídalo 21 (28 %) respondentů, ti kteří se semináře zúčastnili. Pro 6 (54,55 %) dotazovaných z oddělení chirurgického typu a pro 5 (50,00 %) dotazovaných z oddělení interního typu byl seminář přínosem. Pro zbylé, 5 (45,45 %) na chirurgickém oddělení a 5 (50,00 %) na interním oddělení nebyl přínos z účasti na semináři.

3.4 Diskuze

V této kapitole empirické části budou diskutovány vlastní výsledky s dříve realizovanými studii, posouzení vlastních výsledků práce a posouzení jednotlivých hypotéz, pro které bylo použito testové kritérium chí-kvadrát.

3.4.1 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii

Některé výsledky mého šetření byly porovnávány s dříve prováděnými průzkumy a i když se mi bohužel nepodařilo najít v odborných pracích stejné šetření, hodnotila jsem mé výsledky s částečně shodnými pracemi. Tři průzkumy byly prováděny v rámci dvou bakalářských prací a jedna diplomová práce na podobné téma. Kateřina Poklopová (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Přípravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu, 2013 a Michaely Foltmanové, DiS. Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem, 2011 a také diplomová práce Bc. Lenky Šmídové Některé aspekty komunikace s nevidomým pacientem 2005/2006.

Otázka č. 7 zjišťuje, kolik sester se setkalo za dobu své praxe se zrakově handicapovaným pacientem. V mém průzkumu se 67 (90,54 %) respondentů setkalo s pacientem se zrakovým handicapem. Tuto otázku má i ve svém průzkumu Kateřina Poklopová a také zjistila, že naprostá většina, 96 % dotazovaných, má zkušenost se zrakově handicapovanými pacienty. Proto je vzdělání v této oblasti velice potřebné.

Kateřina Poklopová ze svého průzkumu zjistila, že 81 % respondentů nevnímá komunikaci se zrakovým handicapem jako komplikaci, 12 % respondentů zvolilo variantu nevím a zbývajících 7 % komunikaci vnímá jako problém. V mém šetření byla otázka č. 10 položena z hlediska obtížnosti při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem a pouze 17,56 % respondentů označilo odpověď, že komunikace není náročnější. 34 (45,94 %) dotazovaných považuje za obtížnost časové hledisko, 16 (21,62 %) označilo možnost z technického hlediska a pro zbývajících 11 (14,86 %) respondentů je náročnější z psychologického hlediska.

V otázce 8 byly zjišťovány největší překážky v komunikaci a jako největší problém vidí sestry v nedostatku času a to třetina, 33,78 % z dotazovaných. Bakalářská práce Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem Michaely Foltmanové, DiS. 2011 ve svém šetření taktéž zjistila, že největší problém je nedostatek času a s tím spojené množství práce. Myslím, že bychom se nad tímto problémem měli zamyslet.

Bohužel třetina respondentů nezískala dostatečné informace během svého studia, a z celkového počtu respondentů, polovina dotazovaných ani nepovažuje své znalosti za dostačující (odpověď „spíše ne“, „ne“).

V otázce 17, kterou porovnávám s diplomovou prací Bc. Lenky Šmídové Některé aspekty komunikace s nevidomým pacientem mapuji, zda mají sestry zájem, zúčastnit se semináře na téma - komunikace s pacientem se zrakovým handicapem. 89,18 % dotazovaných by se semináře zúčastnilo, naopak 10,81 % by se semináře nechtělo zúčastnit. V šetření Bc. Lenky Šmídové má zájem o seminář na toto téma 71 (72 %) respondentů a naopak 27 (28 %) nemá potřebu se v této oblasti vzdělávat. Kateřina Poklopová zjišťovala ve svém průzkumu, zda sestry měly možnost zúčastnit se semináře nebo školení o komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku nebo sluchu. A je znepokojivé, že 80 % respondentů nemělo možnost se žádného podobného semináře zúčastnit. Pouze 20 % dotazovaných byl nabídnut seminář a jen 11 % z nich tuto možnost uvítalo a využilo. Dnes, kdy je nutné, aby se sestry celoživotně vzdělávaly a zdokonalovaly se ve svých znalostech a dovednostech, jsou výsledky skoro znepokojivé.

3.4.2 Pracovní hypotézy

Na základě stanovených cílů bylo vymezeno pět pracovních hypotéz, které byly pomocí testu nezávislosti (testu kritéria chí-kvadrátu) ověřeny a podle toho je lze přijmout nebo odmítnout.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že sestry z oddělení chirurgické typu a sestry z oddělení interního typu, se do kontaktu se zrakově handicapovanými pacienty dostaly stejně často.

H₀ Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami z oddělení chirurgické typu a sestrami z oddělení interního typu, které se setkaly se zrakově handicapovanými pacienty.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem sestrami z oddělení chirurgické typu a sestrami z oddělení interního typu, které se setkaly se zrakově handicapovanými pacienty.

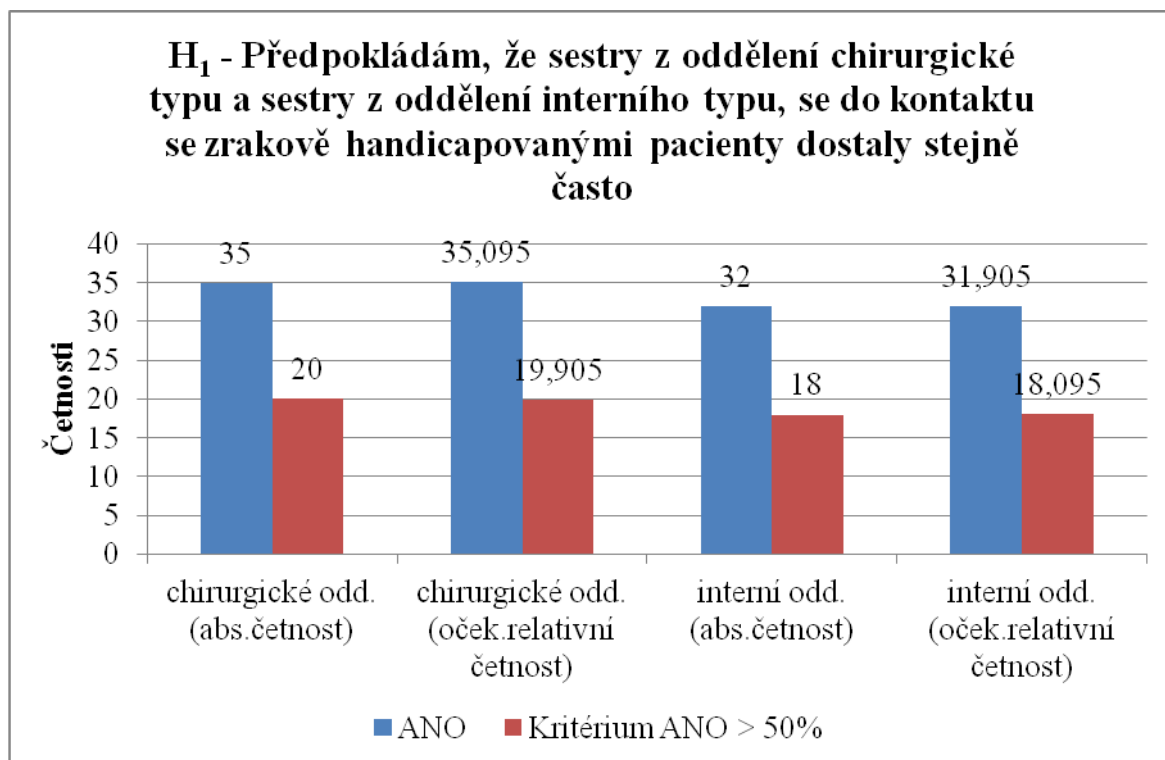
Výpočet

Oddělení	ANO	Kritérium ANO > 50 %	Celkem
chirurgické odd. (abs.četnost)	35	20	55
chirurgické odd. (oček.relativní četnost)	35,095	19,905	55
chirurgické odd. (chí-kvadrát)	0,00026	0,000455685	0,00071
interní odd. (abs.četnost)	32	18	50
interní odd. (oček.relativní četnost)	31,905	18,095	50
interní odd. (chí-kvadrát)	0,00028	0,000501253	0,00079

Statist.	chí-kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí-kv.	0,00149968	df=1; 3,841	0,96911

Hladina významnosti: 0,05 (5 %)

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = 3,841



Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme a vzhledem k uvedeným výsledkům lze pracovní hypotézu č. 1 odmítnout, což znamená, že počet sester, které se setkaly se zrakově handicapovaným pacientem je na obou pracovištích stejný.

Hypotéze č. 2: Lze předpokládat, že je statisticky významný rozdíl ve znalostech v oblasti komunikace s pacienty se zrakovým handicapem mezi sestrami z oddělení chirurgické typu a sestrami z oddělení interního typu.

H_0 Neexistuje statisticky významný rozdíl ve znalostech v oblasti komunikace s pacienty se zrakovým handicapem mezi sestrami z oddělení chirurgické typu a sestrami z oddělení interního typu.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl ve znalostech v oblasti komunikace s pacienty se zrakovým handicapem mezi sestrami z oddělení chirurgické typu a sestrami z oddělení interního typu.

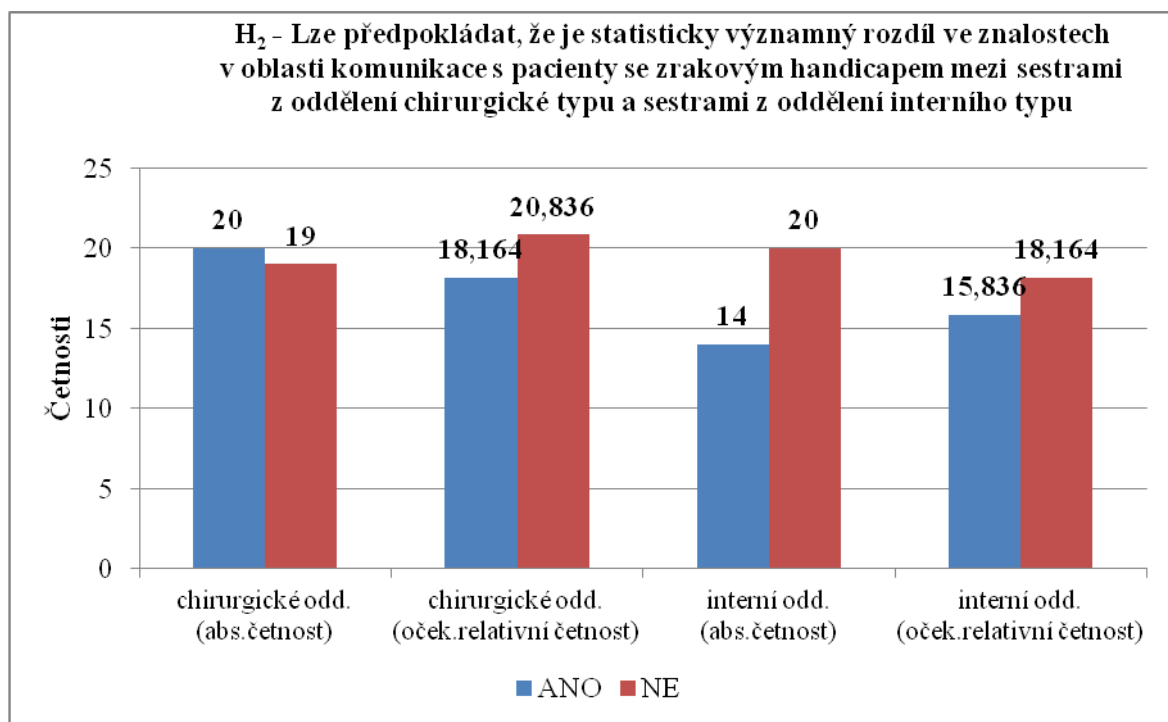
Výpočet

Oddělení	Znalosti v oblasti komunikace s pacientem se zrakovým handicapem		
	ANO	NE	Celkem
chirurgické odd. (abs.četnost)	20	19	39
chirurgické odd. (oček.relativní četnost)	18,164	20,836	39
chirurgické odd. (chí-kvadrát)	0,1854997	0,161717688	0,3472174
interní odd. (abs.četnost)	14	20	34
interní odd. (oček.relativní četnost)	15,836	18,164	34
interní odd. (chí-kvadrát)	0,21277907	0,1854997	0,3982788

Statist.	chí-kvadrát	sv	p
Pearsonův chí-kv.	0,74549616	df=1; 3,841	0,38791

Hladina významnosti: 0,05 (5 %)

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}; df = 3,841$



Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že sestry z oddělení chirurgické typu i oddělení interního typu budou považovat za největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty nedostatek času.

H_0 Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami z oddělení chirurgického typu a sestrami z oddělení interního typu, které považují jako největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty nedostatek času.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami z oddělení chirurgického typu a sestrami z oddělení interního typu, které považují jako největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty nedostatek času.

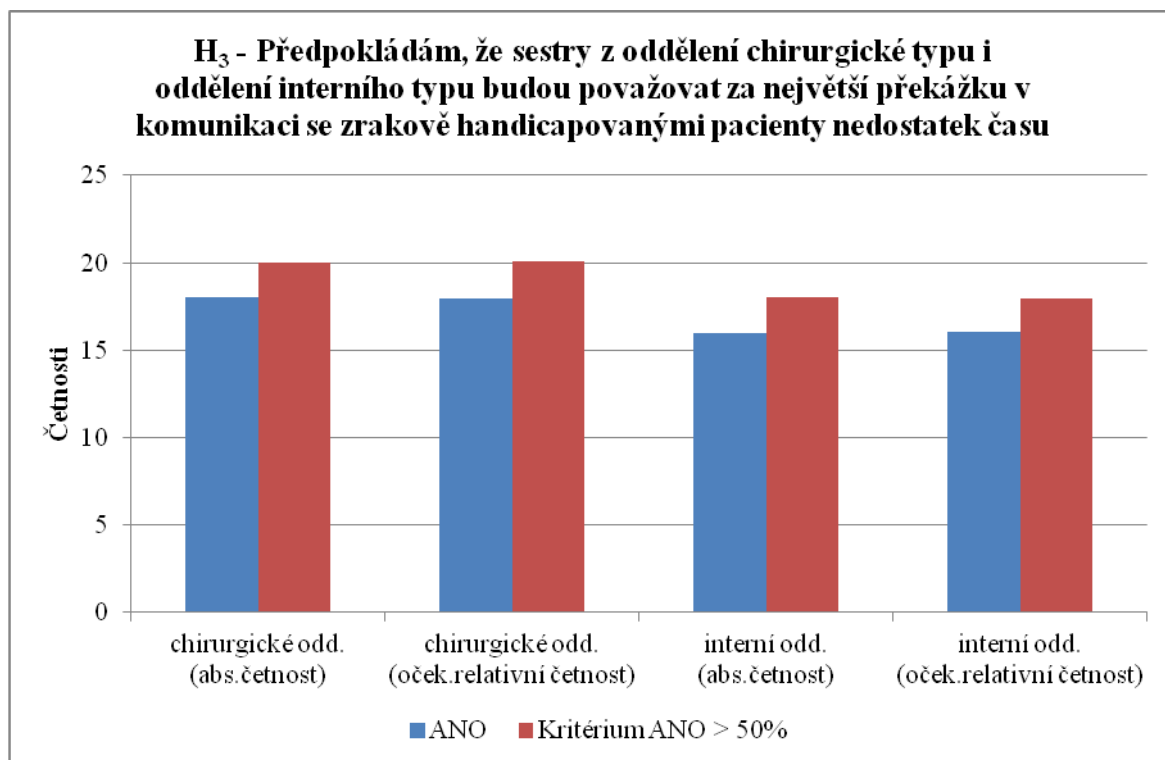
Výpočet

Oddělení	ANO	Kritérium ANO > 50 %	Celkem
chirurgické odd. (abs.četnost)	18	20	38
chirurgické odd. (oček.relativní četnost)	17,944	20,056	38
chirurgické odd. (chí-kvadrát)	0,00017	0,000153894	0,00033
interní odd. (abs.četnost)	16	18	34
interní odd. (oček.relativní četnost)	16,056	17,944	34
interní odd. (chí-kvadrát)	0,00017	0,000171999	0,00034

Statist.	chí-kvadrát	sv	p
Pearsonův chí-kv.	0,00069012	df=1; 3,841	0,97904

Hladina významnosti: 0,05 (5 %)

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = 3,841



Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Hypotéze č. 4: Předpokládám, že vyhýbání se komunikaci se zrakově handicapovaným se nebude významně statisticky lišit mezi sestrami na chirurgickém a interním oddělení.

H_0 Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami z oddělení chirurgického typu a sestrami z oddělení interního typu, které by se vyhýbaly komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami z oddělení chirurgického typu a sestrami z oddělení interního typu, které by se vyhýbaly komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty.

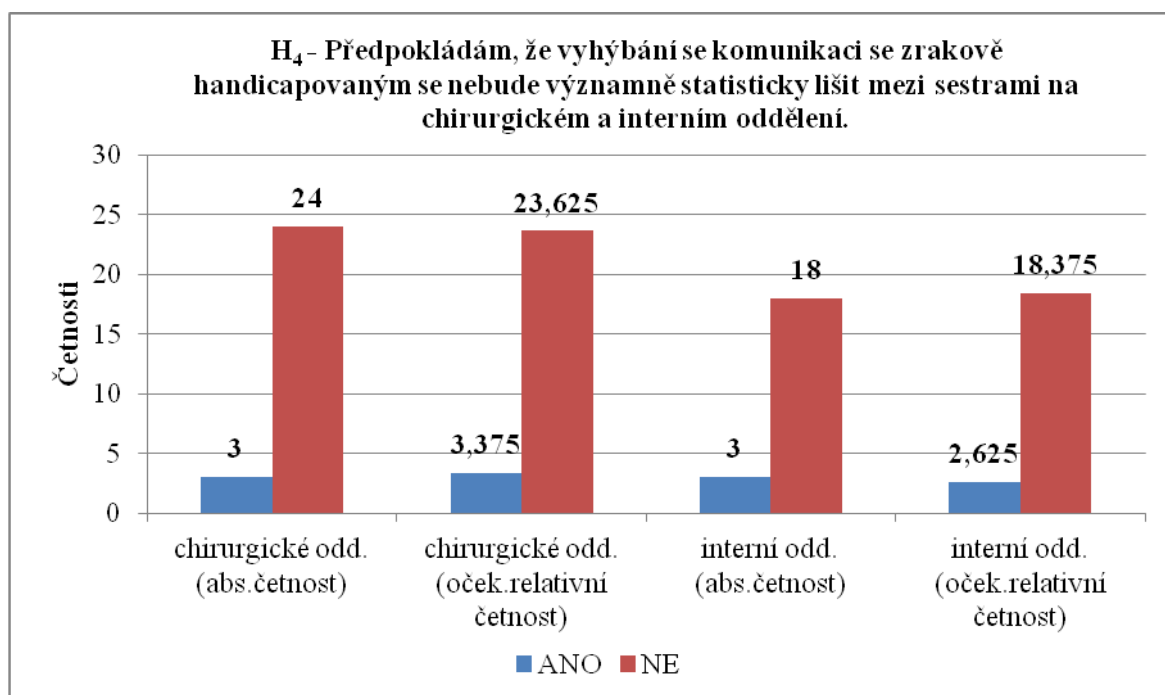
Výpočet

Oddělení	Vyhýbání se komunikaci se zrakově handicapovaným		
	ANO	NE	Celkem
chirurgické odd. (abs.četnost)	3	24	27
chirurgické odd. (oček.relativní četnost)	3,375	23,625	27
chirurgické odd. (chí-kvadrát)	0,04166667	0,005952381	0,047619
interní odd. (abs.četnost)	3	18	21
interní odd. (oček.relativní četnost)	2,625	18,375	21
interní odd. (chí-kvadrát)	0,05357143	0,007653061	0,0612245

Statist.	chí-kvadrát	sv	p
Pearsonův chí-kv.	0,10884354	df=1; 3,841	0,74146

Hladina významnosti: 0,05 (5 %)

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = 3,841



Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Hypotéze č. 5: Lze očekávat, že sestry, které prošly systémem vzdělávání na vyšší odborné a vysoké škole, mají větší znalosti v komunikaci se zrakově handicapovanými než sestry se středoškolským vzděláním.

H_0 Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami s vysokoškolským vzděláním a sestrami se středoškolským vzděláním, v oblasti míry znalostí v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami s vysokoškolským vzděláním a sestrami se středoškolským vzděláním, v oblasti míry znalostí v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty.

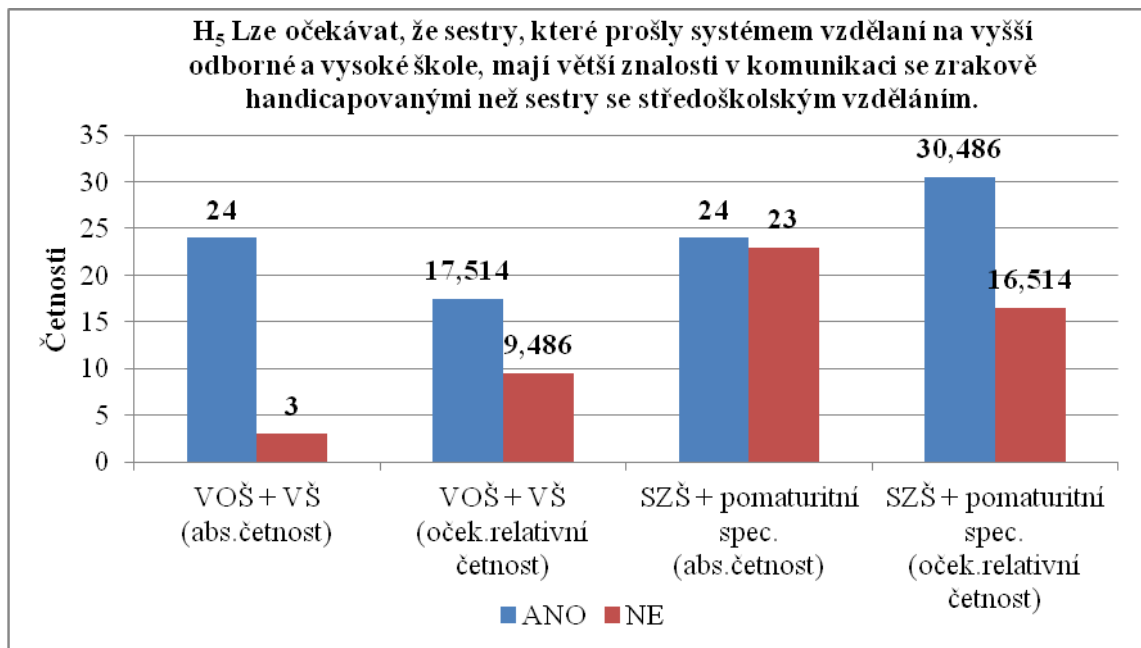
Výpočet

Nejvyšší dosažené vzdělání	Znalosti v komunikaci se zrakově handicapovanými pacienty		
	ANO	NE	Celkem
VOŠ + VŠ (abs.četnost)	24	3	27
VOŠ + VŠ (oček.relativní četnost)	17,514	9,486	27
VOŠ + VŠ (chí-kvadrát)	2,4024024	4,435204435	6,8376068
SZŠ + pomaturitní spec. (abs.četnost)	24	23	47
SZŠ + pomaturitní spec. (oček.relativní četnost)	30,486	16,514	47
SZŠ + pomaturitní spec. (chí-kvadrát)	1,38010351	2,547883399	3,9279869

Statist.	chí-kvadrát	sv	p
Pearsonův chí-kv.	10,7655937	df=1	0,00103

Hladina významnosti: 0,05 (5 %)

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df} = 3,841$



Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H_A , která nám říká, že zde závislost existuje. A tím se nám potvrzuje, že vzdělání je v této oblasti důležité.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnovaná komunikaci sester se zrakově handicapovanými pacienty. Teoretická část se zabývá problematikou komunikace, vymezení pojmu komunikace, jejího rozdělení, definice zrakové postižení a bariérami mezi komunikací sester a zrakově znevýhodněných jedinců.

Záměrem průzkumného šetření bylo zmapovat, zda sestry mají znalosti a zkušenosti v komunikaci se zrakově handicapovaných pacienty a zda s nimi chtějí umět správně komunikovat. Cílem bakalářské práce také bylo zjistit problémy, se kterými se sestry potýkají při vyšetření zrakově handicapovaných pacientů. Problémů a překážek, s kterými se sestry potýkají je mnoho, ale myslím, že pozitivní je, že většina respondentů se kontaktu s pacientem se zrakovým handicapem nevyhýbá a komunikují s ním běžně jako, s kterýmkoli jiným člověkem. Největší překážkou je bohužel čas, na který upozornila většina dotazovaných. Třetina respondentů nezískala dostatečné informace během svého studia a z celkového počtu respondentů polovina dotazovaných nepovažuje ani své znalosti za dostačující. Proto je z mého pohledu vzdělávání v oblasti komunikace velice důležité a i dle získaných výsledků tohoto průzkumu se domnívám, že ve vzdělání sester v tomto směru je mnoho co měnit. Měli bychom se zamyslet, zda by ke zlepšení nepomohlo více seminářů či školení a do budoucna bych navrhovala zajistit i hlubší vzdělání v této oblasti při studiu.

V dnešní uspěchané době bychom neměli tolik spoléhat na medicínu, ale také na dobré mezilidské vztahy, které vedou k lepší a účinnější zdravotní péči.

"Dobrý den", pozdravil nemocný malý princ. "Dobrý den", řekl počítač. Byl to moderní počítač naprogramován na stanovení kompletní diagnózy. "Proč se mě ptáš ty místo lékaře?" Zeptal se nemocný malý princ. "Protože díky mně doktor ušetří spoustu času. Znalci to vypočítali. Ušetřím doktorovi sto padesát tři minut za den." "A co doktor udělá s těmito sto padesáti třemi minutami?" "Cokoliv bude chtít..." "Kdyby měl můj doktor sto padesát tři minut nazbyt, řekl si nemocný malý princ, chtěl bych, aby si se mnou chvíli povídal." (R. Beerová: Malý princ a počítač).

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BIALISTOCK, R., *Towards better communication, from the interest point of view. or-skills of sight-glish for the blind and visually impaired*. International Congress Series, 2005, ISBN 1282-793-795.
2. BURNARD, P., Gill, P., *Culture, Communication, and Nursing*. Harlow, Essex: Pearson Education Limited, 2008, 200 s. ISBN 978-0-13-232892-0
3. BLAZER-RILEY, J., *Communication in Nursing*. Elsevier, 2012. 368 s. ISBN: 987-9-323-08334-8
4. ESPOSITO, A., *Fundamentals of Verbal and Nonverbal Communication and the Biometric Issuem*. IOS Press, 2007, 357 s. ISBN 978-15-86037338
5. FINKOVÁ, D., LUDVÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: UP 2007. 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5
6. FREEMAN, F., GORDON C. R., FAYE, E., FREEMAN, P. B., GOODRICH, G. L., STELMACK, J. A., *Optometric clinical practice guideline care of the patient with visual impairment (Low vision rahabilitation)* St. Louis, American Optometric Association, 2007, 243 s. MO 63141-7881
7. FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
8. FUNNELLI, R., KOUTOUKIDIS, G., *Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice*, Elsevier Australia, 2008, 974 s. ISBN 9780729538572
9. HORŇÁKOVÁ, A. *Specifika komunikace ve zdravotnické profesi*. Sestra. 2009, roč. 19, č. 5, s. 30. ISSN 1210-0404
10. JANÁČKOVÁ, L., *Praktická komunikace pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 111 s. ISBN 978-80-247-2479-9
11. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., a kolektiv, *Křehký pacient a primární péče*. Grada Publishing a.s., 2012. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
12. KAVALÍROVÁ, K. *Nevidomý ve vaší firmě*. 1. vyd. Praha OKAMŽIK – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2012. 52 s. ISBN 978-80-86932-29-3
13. KOBER, L. *Specifika ošetrovatelské péče o cizince*. Sestra. 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.

14. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-736-7181-6
15. KUCHYNKA, P. a kol. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8
16. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., *Speciálně-pedagogická podpora osob se zrakovým postižením se zvláštním zřetelem na rozvoj čichového vnímání*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010. 133 s. ISBN: 978-80-7290-484-6
17. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno : Paido, 2007. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
18. LUDÍKOVÁ, L., *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se zrakovým postižením*, OLOMOUC, Sdružení obcí Mikroregionu Vsetínsko 2007. 30 s. ISBN 978-80-244-1636-6
19. McCABE, C., TIMMINS, F., *Communication Skills for Nursing Practicem*. Palgrave Macmillan, 2013, 280 s. ISBN 978-0-230-36920-7
20. MICHÁLEK, M., VOJTÍŠEK, P., VONDRÁČKOVÁ, J. *Váš nevidomý pacient* 2. vyd. Praha OKAMŽIK – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010. 60 s. ISBN 978-80-86932-26-2
21. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
22. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Grada Publishing a.s., 2010. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8
23. GALLOWAY, N., R., AMOAKU, W. M. K., GALLOWAY, P. H., BROWNING, A. C., *Common Eye Diseases and their Management*. Springer Science & Business Media, 2006, 228 s. ISBN 978-1-85233-985-2
24. NOVÁKOVÁ, I. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech*. Grada Publishing a.s. 2011, 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4
25. PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na oftalmopedii* 1. díl. 2. upravené vydání. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2005. 73 s. ISBN 80-73272-001-9.
26. PLEVOVÁ, I. a kolektiv. *Ošetřovatelství II*. Grada Publishing a.s., 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0
27. SHELDON, L. K., *Communication for nurses : talking with patients*, Jones and Bartlett Learning. 2009. 204 s. ISBN 978-0-7637-6992-5

28. SCHINDLEROVÁ, O., GŮROVÁ, K., *Na ruce si nevidím. Praktické věci pro život se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik, 2007, 231 s. ISBN: 80-86932-10-9
29. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9
30. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
31. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
32. VYMĚTAL, J., *Průvodce úspěšnou komunikací - efektivní komunikace v praxi*. Grada Publishing a.s., 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4
33. WILLIAMS, L.,C., *Therapeutic Interaction in Nursing*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Learning. 2005. 110 s. ISBN 0-7637-3744-5
34. WOOD, J., *Interpersonal Communication: Everyday Encounters*, 7 vyd. Cengage Learning, 2012. 384 s. ISBN 978-1111346409
35. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Grada Publishing a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

INTERNETOVÉ ZDROJE

36. Klasifikace zrakového postižení dle WHO. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR: klasifikace zrakového postižení dle WHO [online]. 2015 [cit. 2013- 06-26]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>
37. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: [online]. [cit.2015-03-25]. Dostupné na WWW: <http://pomucky.blindfriendly.cz/>
38. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online], 2006, 2010 [cit.2015-01-29]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/component/content/article/25-informace/356-desatero-komunikace-pri-doprovodu-pacientu-se-zrakovym-postizenim.html>

SEZNAM TABULEK

Tabulky č. 1	64
Tabulky č. 2	64
Tabulky č. 3	64
Tabulky č. 4	64
Tabulky č. 5	65
Tabulky č. 6	65
Tabulky č. 7	65
Tabulky č. 8	66
Tabulky č. 9	66
Tabulky č. 10	66
Tabulky č. 11	66
Tabulky č. 12	66
Tabulky č. 13	67
Tabulky č. 14	67
Tabulky č. 15	67
Tabulky č. 16	68
Tabulky č. 17	68
Tabulky č. 18	68
Tabulky č. 19	68

TABULKY

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Muž	3	7,69 %	2	5,71 %
Žena	36	92,31 %	33	94,29 %
Celkem	39	100 %	35	100 %

Tabulka 2: Oddělení, na kterém dotazovaní pracují

Odpověď	Pracoviště	%
Chirurgické odd.	39	52,70 %
Interní odd.	35	47,30 %
Celkem	74	100 %

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
střední s maturitou	15	38,46%	16	45,71%
pomaturitní specializační	8	20,51%	8	22,86%
vyšší odborné	6	15,38%	6	17,14%
vysokoškolské	10	25,64%	5	14,29%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 4: Věk dotazovaných

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
18-30	19	48,72%	10	28,57%
31-40	7	17,95%	13	37,14%
41-50	7	17,95%	10	28,57%
50 a více	6	15,38%	2	5,71%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 5: Délka praxe ve zdravotnictví

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
0-5let	15	38,46%	11	31,43%
6-15let	14	35,90%	8	22,86%
16-30let	5	12,82%	14	40,00%
nad 30let	5	12,82%	2	5,71%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 6: Získané informace o komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem během studia

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ano	25	64,10%	23	65,71%
Ne	14	35,90%	12	34,29%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 7: Kontakt se zrakově handicapovaným pacientem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ano	35	89,74%	32	91,43%
Ne	4	10,26%	3	8,57%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 8: Největší překážky v komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Nedostatek času	12	30,77%	13	37,14%
Nedostatek trpělivosti	2	5,13%	1	2,86%
Nemám žádné zábrany	9	23,08%	9	25,71%
Neporozumění ze strany pacienta	1	2,56%	2	5,71%
Neznalost jak komunikovat	10	25,64%	7	20,00%
Neznalost postižení	5	12,82%	3	8,57%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 9: Vyhýbání se kontaktu s pacientem se zrakovým handicapem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ne, nevyhýbám	24	61,54%	21	60,00%
Spíše ne	12	30,77%	9	25,71%
Spíše ano	3	7,69%	3	8,57%
Nevím	0	0,00%	2	5,71%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 10: Hlediska obtížnosti při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Časového	18	46,15%	16	45,71%
Není náročnější	9	23,08%	4	11,43%
Technického	7	17,95%	9	25,71%
Z psychologického hlediska	5	12,82%	6	17,14%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 11: Předsudky při komunikaci se zrakově znevýhodněným

Odpověď	Chirurgické odd.	v %	Interní odd.	v %
Ano	5	12,82%	2	5,71%
Spíše ano	8	20,51%	10	28,57%
Ne	5	12,82%	10	28,57%
Spíše ne	15	38,46%	11	31,43%
Nevím	6	15,38%	2	5,71%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 12: Nejdůležitější faktory v komunikaci se zrakově handicapovaným jedincem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Čas	6	15,38%	8	22,86%
Hlasový projev	3	7,69%	3	8,57%
Přirozenost	12	30,77%	10	28,57%
Trpělivost	8	20,51%	5	14,29%
Vysvětlení a pochopení výkonu	10	25,64%	9	25,71%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 13: Komunikace se zrakově handicapovaným pacientem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Běžně jako s každým jiným pacientem	17	43,59%	18	51,43%
Pociťuji problémy při komunikaci	3	7,69%	0	0,00%
Pomalou a zřetelně	16	41,03%	16	45,71%
Pouze v jednoduchých otázkách	2	5,13%	0	0,00%
Raději nekomunikuji	1	2,56%	1	2,86%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 14: Zdroj získávání informací o konkrétním postižení

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Internet	30	29,13%	22	30,56%
Vlastní zkušenosti	15	14,56%	13	18,06%
Mobilní telefon	0	0,00%	0	0,00%
Odborné kurzy a semináře	7	6,80%	6	8,33%
Standardy ošetrovatelské péče	16	15,53%	9	12,50%
Literaturu	7	6,80%	7	9,72%
Informace od kolegů na pracovišti (sestry, lékaři)	17	16,50%	11	15,28%
Znalosti ze školy	10	9,71%	3	4,17%
Informace nevyhledávám	1	0,97%	1	1,39%
Ostatní	0	0,00%	0	0,00%

Tabulka 15: Dostatečnost znalostí v oblasti komunikace se zrakově handicapovanými pacienty

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ano	6	15,38%	4	11,43%
Spíše ano	14	35,90%	10	28,57%
Ne	3	7,69%	2	5,71%
Spíše ne	16	41,03%	18	51,43%
Jiné	0	0,00%	1	2,86%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 16: Problémy v komunikaci

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
S pacientem se sluchovým handicapem	22	56,41%	18	51,43%
S pacientem se zrakovým handicapem	17	43,59%	17	48,57%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 17: Zájem zúčastnit se semináře na téma - komunikace s pacientem se zrakovým handicapem

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ano	36	92,31%	30	85,71%
Ne	3	7,69%	5	14,29%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 18: Účast na semináři o komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem v minulosti

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ano	11	28,21%	10	28,57%
Ne	28	71,79%	25	71,43%
Celkem	39	100%	35	100%

Tabulka 19: Přínos z účasti na semináři

Odpověď	Chirurgické odd.	%	Interní odd.	%
Ano	6	54,55%	5	50,00%
Ne	5	45,45%	5	50,00%
Celkem	11	100%	10	100%

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Speciální pomůcky pro zrakově postižené - obrázky	70
Příloha č. 2: Braillovo písmo	71
Příloha č. 3: Návrh letáčku pro lepší komunikaci.....	72
Příloha č. 4: Dotazník	73
Příloha č. 5: Žádost o umožnění dotazníkového šetření	77

Příloha č. 1: Speciální pomůcky pro zrakově postižené



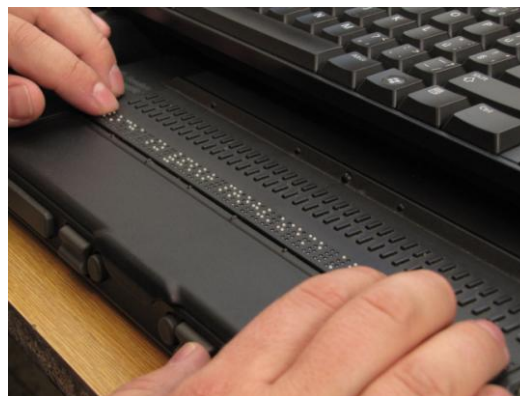
<http://pomucky.blindfriendly.cz/>



<http://pomucky.blindfriendly.cz/>



<http://pomucky.blindfriendly.cz/>



<http://pomucky.blindfriendly.cz/>

Příloha č. 2: Braillovo písmo

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

<http://pomucky.blindfriendly.cz/>

Příloha č. 3: Návrh letáčku pro lepší komunikaci



PŘIROZENOST je z hlasu poznat!

OSLOV jako první!

MLUV „podávám Vám ruku“, vcházím do místnosti“!

POMOZ, nevnucuj se!

SOUCIT NE!

JE

PRŮVODCE doprovází nikoli zastupuje!

PODÍVEJ, koukej, neboj se to říct i my to používáme!

VYSVĚTLUJ co se děje nebo co se bude dít!

DVEŘE zavřít nebo úplně otevřít!

BEZPEČNOST ty vidíš, já ne!

BÍLÁ HŮL nechytej mě za ní, je to jako bych ti zakryl oči!

ČAS udělej si ho!

Příloha č. 4: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Pelikánová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě v Praze. Chtěla bych Vás požádat o laskavé vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování mé bakalářské práce na téma: Komunikace sester s pacienty se zrakovým handicapem.

Dotazník je anonymní a data budou použita pouze pro účel mé bakalářské práce. Děkuji Vám za ochotu a za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Poznámka k vyplnění: není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu z nabízených možností.

Děkuji Martina Pelikánová

1. Uveďte Vaše pohlaví.

- žena
- muž

2. Na jakém oddělení pracujete?

- Interní oddělení
- Chirurgické oddělení

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední s maturitou
- pomaturitní specializační studium
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Kolik je Vám let?

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51 a více

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- do 5 let
- 6 – 15 let
- 16 – 30 let
- nad 30 let

6. Získal/a jste během svého studia informace o komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem?

- ano
- ne

7. Potkal/a jste se za dobu své praxe se zrakově handicapovaným?

- ano
- ne

8. Co považujete za největší překážku v komunikaci se zrakově handicapovanou osobou?

- neznalost postižení
- neznalost jak komunikovat
- nedostatek času
- nedostatek trpělivosti
- neporozumění ze strany pacienta
- nemám žádné zábrany
- jiné (prosím uveďte) _____

9. Vyhýbáte se komunikaci s pacientem se zrakovým handicapem?

- Ano, vyhýbám
- spíše ano
- spíše ne
- ne, nevyhýbám
- nevím

10. Z jakého hlediska je pro Vás komunikace s pacientem se zrakovým handicapem obtížnější?

- z psychického hlediska
- časového
- technického (např. nedostatek vhodných pomůcek)
- není náročnější

11. Myslíte si, že existují předsudky při komunikaci se zrakově handicapovanou osobou?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

12. Co je podle Vašeho názoru v komunikaci se zrakově handicapovaným jedincem nejdůležitější?

- Trpělivost
- Čas
- Hlasový projev
- Vysvětlení a pochopení výkonu
- Přírozenost, aby se pacient cítil “v pohodě“

13. Jak se snažíte komunikovat se zrakově handicapovanými pacientem?

- pomalu a zřetelně
- pouze v jednoduchých otázkách
- běžně jako s každým jiným pacientem
- raději nekomunikuji
- pociťuji problémy při komunikaci

14. V případě potřeby více informací o konkrétním postižení využíváte zejména? *(Můžete zvolit i více odpovědí)*

- internetu
- vlastních zkušeností
- použití mobilního telefonu
- odborné kurzy a semináře
- standardy ošetrovatelské péče
- literaturu
- informací od kolegů na pracovišti (sestry, lékaři)
- znalostí ze školy
- informace nevyhledávám
- jiné (prosím uveďte) _____

15. Domníváte se, že jsou Vaše znalosti v oblasti komunikace se zrakově handicapovanými pacienty dostatečné?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné (prosím uveďte) _____

16. Jaká komunikaci je pro Vás obtížnější?

- s pacientem se zrakovým handicapem
- s pacientem se sluchovým handicapem

17. Kdyby Vám byl nabídnut seminář o komunikaci s pacienty se zrakovým handicapem, zúčastnil/a byste se ho?

- ano
- ne

18. Zúčastnil/a jste se již někdy semináře o komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem?

- ano
- ne

18. a) Jestliže jste odpověděl/a ano, byl pro Vás tento seminář přínosem?

- ano (prosím o konkrétní
- ne

19. Váš názor nebo připomínka ke zlepšení komunikace s pacienty se zrakovým handicapem.

Příloha č. 5: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

FN v Motole
K rukám hlavní sestry Mgr. Jana Nováková, MBA
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

Žádost o provedení výzkumu

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na neurologickém, interním, očním, chirurgickém a neonatologickém oddělení Fakultní nemocnici Motol

Vážená paní Mgr. Jana Nováková, MBA,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na neurologickém, interním, očním, chirurgickém a neonatologickém oddělení Fakultní nemocnice Motol v rámci své závěrečné bakalářské práce. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecná sestra, kombinované formy, 2. LF UK v Praze.

Cílem práce je zjistit míru vědomostí a praktických dovedností nelékařských zdravotníků v komunikaci s pacienty se zrakovým handicapem a na základě zjištěných poznatků upozornit na nedostatky v této oblasti.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Šárky Tomové, z Ústavu ošetřovatelství, 2. LF UK v Praze.

K žádosti přikládám dotazník.
Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.
Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Předem děkuji

Martina Pelikánová
K CUKROVÁRU 457
ODOLENA VODA
250 70

Mgr. Jana Nováková, MBA
náhradní pro oš. péči FN Motol

SOUHLASÍM