

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Zachary Alexander König

**Komunikační potřeby z pohledu
pacientů/klientů se zrakovým handicapem**

Bakalářská práce

Praha 2020

Autor práce: **Zachary Alexander König**

Vedoucí práce: **PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., Ph.D., MPH**

Oponent práce: **PhDr. Nikodemová Hana**

Datum obhajoby: **2020**

Bibliografický záznam

KÖNIG, Zachary Alexander. Komunikační potřeby z pohledu pacientů/klientů se zrakovým handicapem. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2020. 96 s., přílohy 10. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., PhD., MPH

Abstrakt

Téma této bakalářské práce se zabývá komunikačními potřebami z pohledu pacientů/klientů se zrakovým handicapem. Komunikace je dovednost, kterou používáme ve všech oblastech života. Ve vztahu zdravotnický pracovník – handicapovaný pacient je tato komunikace více než důležitá, protože vede ke zjištění určitých informací, které jsou pro nás zásadní, zajišťuje správný postup léčby či adekvátní ošetrovatelskou péči.

Cílem této práce bylo zjistit, jaké komunikační aspekty jsou zásadní z pohledu pacientů/klientů se zrakovým handicapem, jak vnímají komunikaci mezi nimi a zdravotnickými pracovníky a jaké pozitivní a negativní aspekty jsou v této komunikaci obsaženy.

Respondenti, kteří se zúčastnili této studie, byli rozděleni do tří skupin, podle toho, z jaké organizace, či z jakého domova tito respondenti pocházeli. Celkový počet respondentů byl 27, jejich společný medián věku byl 67. Tohoto průzkumu se zúčastnili pacienti/klienti, kteří o tento průzkum sami projevíli zájem.

K získání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, ve kterém respondenti odpovídali na jednotlivé otázky, jež byly následně analyzovány a zhodnoceny. Pro tento průzkum byla metoda rozhovoru nejvhodnější, a to nejen z důvodu získání důvěry pacientů/klientů a ochoty spolupracovat, ale také z důvodu zmapování informací do hloubky.

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že pacienti/klienti se zrakovým handicapem, vnímají komunikaci mezi nimi a zdravotnickým personálem jako nedostatečnou. Nejdůležitější aspekt, který respondenti zmiňovali, byla srozumitelnost a nejčastějším doporučením, které vyplynulo od samotných klientů, byla větší nálehavost na vzdělávání zdravotnického personálu v problematice komunikace s handicapovanými.

Jako velice chybný aspekt, kterého se zdravotnický personál dopouští, byla dle pacientů/klientů, ignorace. Z výše zmiňovaných důvodů doporučujeme zvýšit míru vzdělávání zdravotnických pracovníků v problematice komunikace s pacienty/klienty se zrakovým handicapem, a to nejen získáváním informací z brožur, literatury a internetu, ale také návštěvou seminářů, které některé organizace pořádají tak, aby se zamezilo nesprávné a nevhodné komunikaci s tímto typem pacientů/klientů.

Abstract

This bachelor thesis deals with communication needs from the perspective of patients/clients with visual impairment. Communication is a skill we use in all areas of life. This communication is very important in the relationship between medical staff and patients because it helps us to discover certain information that is essential for us and thus also ensures a correct treatment procedure or good nursing care.

The aim of this thesis was to find out which communication aspects are crucial from the point of view of patients/clients with visual impairment, how they perceive communication between them and healthcare professionals and what are the positive and negative aspects in this communication.

The respondents who participated in this study were divided into three groups, according to the organization or care home these respondents came from. The total number of respondents was 27, their median age was 67. The selection of these respondents was not intentional, the patients/clients who participated in this survey, were interested in this topic.

A semi-structured interview was used to obtain data, the respondents answered individual questions that were then analysed and evaluated. The interview method was the most suitable for this survey, not only for gaining the trust of patients/clients and their willingness to cooperate, but also to map the information in depth.

The analysis of the interview shows that patients/clients with visual impairment perceive communication between them and the medical staff as insufficient. The most important aspect mentioned by the respondents was comprehensibility and the most common recommendation that came from the clients themselves was a greater urgency to train medical

staff in the issue. According to the patients/clients, disregard is a very inappropriate aspect of communication committed by medical staff.

For the reasons mentioned above, our recommendation is to increase the level of education of healthcare professionals in communication with patients/clients with visual impairment. The training should be done not only by obtaining information from brochures, literature and the Internet, but also by attending seminars organized by some organizations to avoid incorrect and inappropriate communication with this type of patients/clients

Klíčová slova

Komunikace; Komunikační aspekty; Ošetřovatelství; Pacient; Zdravotnický personál; Zrakový handicap

Keywords

Communication; Communication aspects; Nursing; Patient; Medical staff; Visual impairment

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Zachary Alexander König**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

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

Název práce: **Komunikační potřeby z pohledu pacientů / klientů se zrakovým handicapem**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. 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:

HOŠOVÁ, Petra, Marie HŮRKOVÁ a Miroslav MICHÁLEK. Manuál pomoci nevidomým. Ilustroval Pavla VAŇKOVÁ. Praha: Okamžik, 2015. ISBN 9788086932415.
SEIFERT, Radek. Pacient nevidí, pomozte mi!: příručka pro zdravotnický personál. Praha: Okamžik, 2018. ISBN 9788086932484.
PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
MICHÁLEK, Miroslav, Petr VOJTÍŠEK a Jana VONDRÁČKOVÁ. Váš nevidomý pacient. Praha: Okamžik, 2010. ISBN 9788086932262.
GAULT, Iris, Jean SHAPCOTT, Armin LUTHI a Graeme REID. Communication in nursing and healthcare: a guide for compassionate practice. Los Angeles: SAGE, 2017. ISBN 9781412962315.

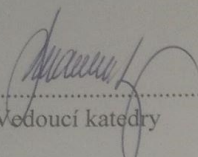
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

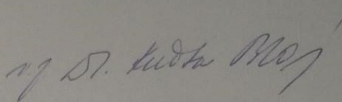
Datum zadání bakalářské práce: 6.5.2019

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 6.5.2019



.....

Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Děkanát (5)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. Tomové Šárky, Ph.D., PhD, MPH, uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 29. 4. 2020

Zachary Alexander König

Poděkování

V této části bych velice rád poděkoval vedoucí práce PhDr. Šárce Tomové, Ph.D., PhD., MPH. za její cenné rady a dostatek trpělivosti s mou osobou. Také bych rád poděkoval všem respondentům z Palaty, Dědiny a z Okamžiku za jejich účast a také bych rád poděkoval svým rodičům, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

OBSAH

Obsah

1 ÚVOD	11
2 TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1 KOMUNIKACE	12
2.1.1 Pojem komunikace	12
2.1.2 Proces komunikace	12
2.2 FORMY MEZILIDSKÉ KOMUNIKACE	15
2.2.1 Verbální komunikace	15
2.2.2 Neverbální komunikace	15
2.2.3 Paralingvistika.....	18
2.3 OBECNÉ ZÁSADY A CHYBY V KOMUNIKACI S PACIENTEM	18
2.3.1 Zásady správné komunikace s pacientem	18
2.3.2 Chyby v komunikaci s pacientem	19
2.4 ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÍ A JEJICH KOMUNIKACE	20
2.4.1 Klasifikace zrakového handicapu	20
2.4.2 Incidence zrakově handicapovaných.....	21
2.4.3 Komunikační problémy zrakově handicapovaných	21
2.4.4 Komunikace se zrakově handicapovaným	22
2.4.5 Komunikace mezi sestrou a pacientem	24
2.4.6 Orientace v prostoru.....	24
2.4.7 Překážky a nebezpečí při orientaci v prostoru.....	25
2.4.8 Kompenzační pomůcky.....	27
2.4.9 Vodící pes	28
2.5 OKO JAKO ORGÁN	28
2.5.1 Fyziologie oka.....	28
2.5.2 Typy zrakových vad.....	29
2.6 ORGANIZACE NEVIDOMÝCH.....	30
2.7 PROGRAMY VZDĚLÁVÁNÍ	31
2.8 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ.....	33
3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	35
3.1 METODIKA.....	35
3.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	36
3.3 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	37
3.4 VÝSLEDKY PRÁCE.....	39
3.4.1 Kvantitativní znázornění získaných dat	39
3.4.2 Kvalitativní zhodnocení získaných dat	59
4 DISKUZE	69
5 ZÁVĚR	83
REFERENČNÍ SEZNAM	85
SEZNAM PŘÍLOH	89
PŘÍLOHY	90

1 ÚVOD

Součástí celé lidské společnosti jsou lidé, kteří jsou jedineční, výjimeční, navzájem se odlišující, se svou nezaměnitelnou individualitou. Každý člověk je proto naprostým žijícím unikátem, který má svoje názory, potřeby, myšlenky i pocity, a tak je důležité se ke každé lidské bytosti chovat, přistupovat k ní individuálně, pokud je to možné.

Jednu z mnoha skupin společnosti tvoří lidé se zrakovým handicapem, kteří potřebují jiný přístup, protože ve světě, který je založen spíše na vizuálních informacích, jsou tito lidé znevýhodněni. Zrakově handicapovaní se proto musí spoléhat na ostatní smysly, a to především na sluch a hmat.

Je důležité si uvědomit, že lidé se zrakovým handicapem jsou lidské bytosti, které mají však, na rozdíl od nás, specifické komunikační potřeby. Komunikace s těmito lidmi by neměla být pro zdravotnický personál žádnou překážkou, ale také by se tyto komunikační potřeby neměly brát na lehkou váhu.

Komunikovat s ostatními lidmi a navazovat další mezilidské vztahy, potřebuje každý člověk na zemi. Komunikace je proto taková velká křižovatka, která spojuje společnost a dává každému šanci posunout se blíže ke svému cíli a rozvíjet tak vzájemné mezilidské vztahy, schopnosti a sblížování se s ostatními. Jen díky dobré komunikaci se člověk dokáže stát zcela samostatným, či více samostatnějším, než byl doposud.

Téma, kterým se zabývám v této bakalářské práci, je pro mě zajímavé a také velice poučné, protože jako nelékařský zdravotnický pracovník se v budoucnosti mohu setkat s pacientem se zrakovým handicapem. Téma této práce by mohlo výrazně zlepšit mé komunikační dovednosti a dovednosti všech, kteří mají o tuto problematiku zájem.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Komunikace

Komunikační dovednost si osvojujeme již v raném věku, protože ze začátku se jedná o jedinou možnost získávání informací. Tyto informace jsou předávány díky ostatním lidem a tak pomáhají k navazování mezilidských vztahů a také k rozvoji dalších dovedností jako je třeba čtení.

Prvními osobami, se kterými se setkáváme, jsou zpravidla rodiče. Ti slouží jako největší zdroj informací. S nimi komunikujeme a se sdílenými informacemi dále pracujeme. Již od dětství komunikace podléhá také sociální kontrole. Řídí se například pravidly, etikou, nebo normami, které mají vliv na naši výchovu. Díky tomuto v dospělosti umíme reagovat na podněty, které jsou nám sdíleny prostřednictvím druhé osoby. Můžeme proto pomocí komunikace vyjadřovat naše pocity, nálady, úvahy. Dokážeme popisovat místa, osoby či návody a také můžeme zpevňovat naše mezilidské vazby, nebo je dokonce zpřetrhat.

Komunikace vždy patřila, patří a patřit bude do základních potřeb každého člověka, nezávislé na pohlaví, věku, sociálním statusu či náboženství a kultuře.

2.1.1 Pojem komunikace

Komunikace je proces, který je chápán jako předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Tato komunikace je základem pro vztahy mezi lidmi. Tento proces slouží jako přenos, sdělování a výměna hodnot, které nezahrnuje jen informace, ale také jiné výsledky a projevy lidské aktivity (Pokorná, 2010). Špatenková a Králová (2009, s. 9) ve své publikaci uvádí, že „*Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci (aktéři) komunikace vzájemně porozuměli*”.

2.1.2 Proces komunikace

Proces komunikace obsahuje důležité prvky, které vytváří komunikační řetězec. Na každé úrovni tohoto řetězce se může vyskytnout chyba. Tato chyba vede například k nesprávné interpretaci, komunikační bariéře, nepochopení. V tomto procesu může však každá osoba fungovat jako posluchač a také jako mluvčí současně (Pokorná, 2010). To znamená, že když člověk je aktivním posluchačem, může také aktivně reagovat okamžitě na podněty mluvčího a naopak. Na tomto místě uvádíme jednotlivé složky, které jsou

zastoupeny v procesu komunikace, abychom lépe pochopili význam a náročnost komunikace s nevidomými:

Komunikátor - osoba, která vysílá určitou zprávu jiné osobě, nebo skupině osob, za předpokladu, že tito příjemci zprávy jsou schopni porozumět sdělení zprávy a obsahu. Pokud je komunikátorem osoba se zrakovým handicapem, jejich úskalí může být v nepřítomnosti komunikanta, kdy zrakově handicapovaný může mluvit do prázdna. Pro osoby se zrakovým handicapem je těžké začít rozhovor, protože nemohou dostatečně vyhodnotit situaci, ve které se nachází.

Komunikant - osoba, které jsou informace sdělovány a která ji následně dekóduje. Vnímání této osoby je ovlivněno zkušenostmi, záměry, prožitky, cíli a osobnostní rovnicí. Jestliže je příjemcem zrakově handicapovaný, je zcela odkázán na verbální komunikaci, neboť není schopen vnímat komunikaci neverbální.

Komuniké - jako komuniké rozumíme obsah sdělené zprávy, ale také názory, myšlenky, pocity, problémy, postoje i potřeby. Zpráva se může vysílat v podobě neverbálních nebo verbálních symbolů. U pacientů se zrakovým handicapem je problém porozumět neverbální komunikaci. Haptika je však možnou a vhodnou volbou k zprostředkování obsahu.

Komunikační jazyk - důležitou roli v komunikačním jazyku sehraává proces kódování a dekódování. A to z důvodu toho, že i když lidé mluví stejným jazykem, ne vždy se dorozumí. Význam určitých slov, hlavně abstraktních je odlišně chápán. U zrakově handicapovaných je problematické popsat (i částečně) abstraktní slovo pomocí gestikulace. Taková slova se poté velice špatně interpretují zrakově handicapovaným, protože část této interpretace je pro tyto osoby skryta.

Komunikační kanál - způsob přenosu informací. Rozlišujeme komunikaci face to face (bezprostřední), kdy vzniká přímý kontakt mezi komunikátorem a komunikantem. Mezi tyto komunikační kanály patří: verbální kontakt, neverbální kontakt, kontakt prostřednictvím činů a skutků.

Na druhé straně je zde zprostředkovaný kanál, který můžeme definovat jako nepřímý kontakt mezi komunikátorem a komunikantem, kdy nedochází k žádnému přímému kontaktu. Mezi nejčastější nepřímé kontakty můžeme zařadit: kontakt telefonický, písemný,

audiovizuální, elektronický a vizuální. Zrakově handicapovaní lidé jsou odkázáni především na verbální kontakt. S rozvojem techniky mohou však používat i nepřímou komunikaci, která je pro ně již dostupná. Problémem v nepřímé komunikaci může být i nedostatečné zaškolení s přístrojem.

Zpětná vazba - reciproční děj, kdy komunikant má prostor reagovat na určitou zprávu, která je mu předávána. Jde o zjištění, zda příjemce správně porozuměl obsahu sdělení. Je velice důležité, aby zpětná vazba byla podána co nejdříve po přijaté zprávě (Zacharová, 2016). V publikaci Tomové a Křivkové (2016, s. 26) se dozvídáme, že „*Efektivní zpětná vazba pomáhá jak odesílateli, tak příjemci, je přesná, užitečná, popisná, aktuální, relevantní.*” Omezení v případě zrakově handicapovaných se může zakládat také na tom, zda si je komunikátor vědom zrakového omezení a zda vynaloží dostatek času a trpělivosti, kterou zrakově handicapovaný komunikant potřebuje. Zpětná vazba částečně závisí i na zdravém komunikátorovi, který v okamžiku zpětné vazby komunikanta neopustí a neuvede ho do nepříjemné situace, kdy by mluvil do prázdna.

Komunikační prostředí - prostředí je důležitým aspektem v komunikaci, který má na komunikaci určitý vliv. Prostor, kde se komunikace odehrává, má určitý vliv jak na komunikátora, tak na komunikanta. Může docházet ke komunikačnímu šumu, kde může dojít ke zkreslení. Mezi šумы můžeme řadit fyzické (hluk), fyziologické (porucha řeči), psychologické (emoce), sémantické (nepochopení významu). Zrakově handicapovaný člověk je velice znevýhodněn. Ačkoli jeho sluchové ústrojí pracuje, nemusí si k určitým zvukům přiřadit obraz nebo význam. Pokud se tyto zvuky ještě mísí a překrývají, může to být pro takového člověka i stresující. Hlučné komunikační prostředí není vhodné pro rozhovor, neboť zrakově handicapovaný nemusí rozpoznat, kde se jeho komunikační partner nachází, nebo co mu dokonce říká.

Komunikační kontext - jedná se o situaci, ve které probíhá komunikace. Kontext obsahuje nejen stránku psychologickou, ale také sociální a kulturní. Modality nám ovlivňují komunikaci a působí v kontextu.

Mezi nejčastější modulační vlivy můžeme řadit: čas, emoce, mezilidské vztahy, prostředí, sociální situace, věk, pohlaví a jiné (Zacharová, 2016). Největší omezení u zrakově handicapovaných jsou emoce, protože emoce jsou většinou rozpoznávány neverbálně. Tuto stránku však zrakově handicapovaní lidé nemohou vnímat. Další problém může nastat u

prostředí, do kterého zrakově handicapovaný vstupuje, protože se v něm nemusí vyznat a může docházet ke zbytečným obavám.

2.2 Formy mezilidské komunikace

Mezi nejčastější dělení komunikace je dělení na verbální a neverbální formu. Obě dvě formy se navzájem doplňují. Jsou však případy, kdy se nedoplňují (rozpor mezi chováním a slovy), kdy je spíše věrohodnější chování neverbální (Zacharová, 2016), nebo se nemohou doplňovat (lidé se zrakovým handicapem), kdy zrakově handicapovaný komunikant nemůže neverbální stránku komunikace vnímat, pokud nejde přímo o dotek.

2.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je jev, který patří do charakteristik jedince i společnosti. Jedná se o spojení mezi lidmi a to nejen z hlediska předávání a přijímání verbálních významů, ale také jejich nesdílení či sdílení (Janoušek, 2015).

Význam této komunikace je velice důležitý, neboť je nezbytnou součástí života ve společnosti a také podmínkou myšlení. Je také rozhodně důležité vědět, že specifikum užívání jazyka je dáno osobnostními rysy každého člověka (Zacharová, 2016).

V určité části sdělení můžeme udělat chybu. A ty pak mohou vést k složitější, náročnější a problematičtější komunikaci a tím vést i k nepochopení obsahu. Za nejčastější chyby v komunikaci můžeme považovat: neuspořádané myšlenky, špatné vyjadřování, mnoho informací, odborná terminologie (Špatenková a Králová, 2009), ale také problémem může být paralingvistika (tiché mluvení), postoj (odvrácení se od komunikanta), zvolení špatného prostředí (nadměrný okolní ruch).

V některých případech nelze spoléhat na komunikační proces, ale musí se přímo přizpůsobit dané osobě. V publikaci od Slowika (2010, s. 19) najdeme, že: *„Využití běžné řeči je v komunikaci s lidmi s postižením někdy velmi komplikované, v některých případech dokonce nereálné.“* Proto je důležité k těmto lidem najít vhodnější cestu a umožnit jim snadnější zařazení se do společnosti.

2.2.2 Neverbální komunikace

S verbální komunikací úzce souvisí komunikace neverbální. Většinou se tyto dva prvky prolínají a tím se pak vyznačuje přesnější vyjádření myšlenek. Neverbální komunikační signály se projevují na nevědomé úrovni (Tomová a Křivková, 2016).

Řeč těla nás může také upozornit na to, když nás někdo chce oklamat, nebo chce předstírat

či zastírat. Tím, že jsou tyto projevy prováděny nevědomě, tak dokáží vyjádřit celé řady skutečností (Špatenková a Králová, 2009). Proto je důležité sledovat, jak se pacient chová i neverbálně, protože mnoho pocitů lze přecíst a může se tak předejít například konfliktu (Vlček, 2016).

I když jsou neverbální projevy dobře viditelné, není snadné je interpretovat. Tato komunikace naznačuje emoční rozpoložení člověka, interpersonální postoje a také podporuje nebo dokonce nahrazuje řeč (Zacharová, 2016). Nesprávné interpretaci se dá vyhnout a to tím, že nebudeme dělat unáhlené a předčasné závěry, a také nebudeme hodnotit chování druhých podle toho, jak se chováme my (Pokorná, 2010). Neverbální komunikace je pro zdravou populaci naprosto jasná a její vnímání je automatické. Lidé se zrakovým handicapem jsou o tuto schopnost z velké části ochuzeni a jejich častou možností neverbální komunikace je především haptika.

Mezi formy neverbální komunikace řadíme:

1. *Mimika* (výraz obličeje) nám sděluje emoce, ve kterých se druhý nachází. Pro jednodušší čtení výrazu obličeje je možné si rozdělit obličej na tři části a to na pásmo čela (zaměřujeme se na obočí), očí (víčka) a dolní poloviny obličeje (ústa). Některé z emocí se dají dobře rozeznat, jsou to především úlek nebo překvapení, protože tyto změny na tváři jsou velice výrazné. Nejlépe se však emoce odhalují dolní polovinou obličeje. Nejpraktičtější je však vnímat celý obličej člověka jako celek (Vlček, 2016). Komunikace se zrakově handicapovaným může být velice obtížná. Tito lidé nevnímají celkovou neverbální komunikaci a tím pádem nemohou ani rozlišit výraz obličeje. Nedokážou odhadnout emoce druhého, které se v obličejí zračí, tudíž jsou odkázáni na hlas. Těmto lidem pak mohou uniknout důležité věci, které je například upozorní na lhaní, protože slova i tón hlasu mohou být rozdílné oproti výrazu obličeje.
2. *Proxemika* (přiblížení a odstoupení) je vzdálenost mezi komunikátorem a komunikantem, kteří si něco sdělují. Tyto vzdálenosti dokáží určit, jaký mají vzájemný vztah, sympatie a postoje k sobě navzájem.

Běžná vzdálenost lidí, kteří si vykaží, je přibližně 75 centimetrů. Pokud bychom tuto vzdálenost najednou zkrátali (na 25 centimetrů), mohli bychom zaznamenat nepříjemné pocity a zneklidnění druhé osoby, protože by toto jednání bylo vnímáno jako akt agrese. Existuje více druhů vzdálenosti a mezi ty patří osobní sféra (45-75 centimetrů), sociální sféra (120-210 centimetrů) a intimní sféra (15-44 centimetrů).

Intimní sféra je určena především rodině, partnerům a dobrým přátelům. Jedinou výjimkou jsou povolání, kde člověk přichází do kontaktu s ostatními. Jsou to zdravotníci, maséři, fyzioterapeuti a mnoho jiných (Vlček, 2016).

3. *Posturologie* (postoje) jsou postoje fyzického charakteru, které odhalují všechny typy držení těla. Větší pozornost věnujeme postavení končetin, trupu a také hlavy. Celkovým držením těla lze nevědomky sdělovat duševní rozpoložení a momentální vztah ke svému okolí. Rovné držení těla může symbolizovat jistotu a sebedůvěru. Opačným příkladem může být schoulení. Postoj těla jedince nelze příliš ovlivnit. Je vhodné však k takovému člověku přistupovat tak, abychom nenarušili jeho tělesný komfort a vyvarovali se chybám (Vlček, 2016).
4. *Gestika* (řeč rukou) se zabývá rukama a jejich pohybem. Tyto pohyby mohou být spontánní, bez našeho vědomí a dokreslují například historku, kterou se pokoušíme sdělit verbálně. Gestika je také velice ovlivňována kulturou, ve které se člověk nachází. Jinou gestikulaci budou používat Němci a Japonci, kteří používají gestiku umírněně, než třeba Italové, pro které je charakteristická velice živá gestika (Vlček, 2016).
5. *Kinetika* (chůze) je specifický typ neverbální komunikace. Chůze nás nejen přemísťuje z místa na místo, ale také vypovídá o našich emocích. Typy chůze může u ostatních vyvolat různé druhy pocitů. Například rychlá chůze může v ostatních evokovat nepříjemné pocity, protože rychlá chůze působí napětí či pohotovost. Pokud je tato rychlá chůze vedena proti někomu, může u nich vyvolat velice negativní pocit. Proto je důležité přistupovat k lidem pomalu, klidně, a pokud je to možné, použít slovní doprovod. (Vlček, 2016)
6. *Chronemika* je způsob užívání a strukturování času. Čas lze charakterizovat jako velice silný prvek v neverbální komunikaci. Pomocí času si lze udělat obrázek o člověku jako takovém, i když ne vždy je to obrázek pravdivý. Typickým příkladem je, když člověk přijde pozdě na smlouvanou schůzku. Takoví lidé pak na ostatní působí stylem, že se o ně nezajímají, nebo že jsou naprosto nespolehliví. Používání času v komunikaci nám může odkrýt to, jak tuto komunikaci vedeme a jak působíme na ostatní. Zda s námi chtějí trávit čas, nebo naopak, zda se snaží o sdělení informace

rychle a pak odejít (Mikuláščík, 2010).

7. *Haptika* je komunikace doteky. Tyto doteky se mohou dělit dle významu na intimní, přátelské, neformální a formální a dle tohoto významu jsou doteky směřovány na určité části těla. Jsou to právě doteková pásma, která nám rozlišují tyto části těla. Mezi tyto pásma se řadí:

- pásmo zdvořilostní, společenské a profesionální (doteky jsou zaměřeny hlavně na paže a ruce);
- pásmo sexuální, erotické a intimní (doteky jsou neomezeny);
- pásmo přátelské a osobní (doteky mohou být směřovány na ramena, paže, vlasy nebo obličej).

Výjimky mohou nastat například u lékaře, v nemocnici, nebo u některých společenských aktivit jako je třeba tanec (Mikuláščík, 2010). Pro lidi se zrakovým handicapem, je *haptika* nejčastějším typem neverbální komunikace, kterou dokáží vnímat.

2.2.3 Paralingvistika

Paralingvistika je přechodem mezi komunikací verbální a neverbální. Obsah sdělení díky ní můžeme zesílit, zeslabit, potvrdit nebo dokonce zpochybnit (Špatenková a Králova, 2009).

Obecně se dá říci, že se paralingvistika zaměřuje na hlasitost, rychlost, plynulost, barvu hlasu, výšku tónu a také na melodii hlasu. Podle těchto charakteristik řeči lze zjistit, zda informace, které jsou podávány prostřednictvím komunikátora, jsou jeho vlastní nebo jsou převzaté odjinud (Vlček, 2016).

V publikaci od Pokorné (2010, s. 31) se nachází tvrzení, že: *„Bohužel význam paralingvistiky není dostatečně doceňován v interpersonální komunikaci a také nebývá mimoslovní komunikace zdaleka tak využívána jako jsou její možnosti.“* Z tohoto tvrzení může vyplývat, že se lidé v komunikaci zaměřují spíše na část verbální a části neverbální nemusí přikládat dostatečný význam.

2.3 Obecné zásady a chyby v komunikaci s pacientem

2.3.1 Zásady správné komunikace s pacientem

Vhodně zvolená komunikace mezi zdravotníkem a pacientem může zásadně ovlivnit všechny důležité aspekty léčby. Navíc tato vhodná komunikace má vliv na dobrý pocit

pacienta a jeho spokojenost.

Ve zdravotnictví by se měly dodržovat určité zásady správné komunikace, které na pacienta působí a pomáhají mu utvořit si obrázek o lidech a prostředí, ve kterém se nachází, či se v něm pohybuje delší dobu (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Mezi důležité zásady patří:

- Představení se a přivítání pacienta.
- Pacienta uvedeme na místo, kde by se měl posadit.
- Při hovoru pacienta vnímáme a díváme se na něj.
- Mluvíme zásadně směrem k pacientovi, nikoli zády k němu.
- Klademe důraz na srozumitelnost, spisovný jazyk, intonaci hlasu.
- Vyhýbáme se lékařské terminologii.
- S každým pacientem jednáme individuálně dle jeho věku.
- Vnímáme zpětnou vazbu.
- Klademe především otevřené doplňující typy otázek a vyhýbáme se otázkám zjišťovacím (Ptáček, Bartůněk, 2011).

V publikaci Hekelové, 2012 můžeme najít i jiné zásady, které do komunikace rozhodně patří, jde především o:

- Správnou míru a dostatečné množství informací.
- Stejně informace od členů zdravotnického týmu.
- Klást důraz na emoční rozpoložení pacienta.

2.3.2 Chyby v komunikaci s pacientem

Chyby v komunikaci jsou časté a ne vždy se jim dá vyhnout. Nejde jen o to, jestli zdravotník komunikuje s pacientem, ale především o to, jakým způsobem (Ptáček, Bartůněk, 2011). Zacharová (2016) uvádí, že mezi nejčastější problém se řadí styl komunikace s pacientem. Někteří pacienti hodnotí komunikaci jako špatnou, hrubou, nepřiměřenou či dokonce nedostatečnou.

Nejčastější chyby z hlediska pacientů jsou:

- Nedostatek informací o nemoci, prevenci či léčbě.
- Nesrozumitelnost sdělovaných informací.
- Hrubost, vulgárnost či zlehčování problému pacienta.
- Nerespektování pacientovy intimity, bolesti či názoru.
- Nedostatek času pro komunikaci.
- Nepochota, nezájem ze strany personálu.

Komunikace je tedy velice složitý proces a stává se často, že není kvalitní, či dostatečný. V některých oblastech zdravotní péče není tato informace novinkou, ale spíše trvalým rysem. Sestry nejsou schopny pečovat o své vlastní emoce a tyto situace, které jsou jimi vyvolané, vedou v mnoha případech ke špatné péči. Předpokládá se, že dobré komunikační dovednosti a empatie přichází až s praxí. Empatická a efektivní komunikace může být posílena etickým uznáním nebo znalostí složitých, ale nezbytných základů komunikace. Je důležité, aby odborníci ovládali své emoce a uměli rozpoznat pocity druhých. Jenom tak bude komunikace dostatečně příjemná a efektivní pro obě strany (Gault, Shapcott, Luthi, Reid, 2017).

2.4 Zrakově handicapovaní a jejich komunikace

Zrakově handicapovaný člověk ztrácí jeden z nejdůležitějších smyslů. Takový člověk má problémy nejen s orientací v prostoru, ale také s navazováním mezilidských vztahů a celkovým začleňováním do společnosti. Zrakově handicapovaní lidé používají i mnoho pomůcek, které jim pomáhají v komunikaci s okolím. Tyto pomůcky jim nahrazují vizuální vjemy a to pomocí hmatu a zvuku.

Zrakově handicapovaní lidé se potřebují přizpůsobit prostředí tak, aby mohli rozvíjet své činnosti, které jsou potřebné k integrování se s jinými lidmi v různých společenských prostorech (Journal of Nursing: Perception of nursing students on the communication with people with visual and hearing disabilities, 2013).

2.4.1 Klasifikace zrakového handicapu

Zrakové postižení je klasifikované dle mezinárodní stupnice, která byla zavedena organizací WHO (World Health Organization- Světová zdravotnická organizace). Nejzákladnějším údajem je tzv. visus, což je hodnota udávající zrakovou ostrost. Ostrost je poměrem mezi největší vzdáleností (v metrech), kterou je postižený člověk schopen vidět a vzdáleností, kterou vidí lidé bez zrakového postižení. Tento visus se měří pomocí Snellenové tabule (Obr. 1).

Některé vady zasahují nejen poměr vzdálenosti viditelnosti, ale mohou zasáhnout také funkce, které rozlišují barvy (Obr. 2), adaptaci na intenzitu světla, prostorové vidění nebo ovládání pohybu očí (Slowík, 2010).

Dle Novákové, 2011 se dají poruchy zraku hodnotit také podle různých hledisek. Tím jsou především poruchy:

- podle doby (získaná porucha, vrozená porucha);
- podle trvání (recidivující, krátkodobé či dlouhodobé poruchy);
- podle příčiny (funkční či orgánová vada).

2.4.2 Incidence zrakově handicapovaných

Přesná hodnota incidence zrakově handicapovaných není přesně známa. Záleží na tom, jaké skupiny lidí s určitým zrakovým handicapem, jsou do výzkumu zahrnuty.

Podle Světové zdravotnické organizace (z roku 2010) se počet zrakově handicapovaných pohybuje okolo 258 milionu lidí na světě a z toho 39 milionů nevidomých a 246 milionů lidí se slabozrakostí. Nejčastější příčiny slabozrakosti jsou dioptrické vady (42 %), katarakta (33 %). Za nejčastější příčinu nevidomosti se uvádí katarakta v 51 % (Mariotti, Pascolini, 2012). Počet nevidomých dětí je na světě zhruba 1,4 milionů, z toho $\frac{3}{4}$ žijí v nejchudších částech Asie a Afriky (WHO, © 2020).

Český statistický úřad uvádí z roku 2013, že v České republice je přibližně 102 195 lidí se zrakovým handicapem. Z toho celkem 6 715 dětí ve věku 0-14 let, 4 501 lidí ve věku 15-29 let a 90 979 lidí ve věku 30-75+ let (Český statistický úřad, 2014).

2.4.3 Komunikační problémy zrakově handicapovaných

Zrakově handicapovaní lidé jsou omezeni hlavně ve smyslu neverbálním, kdy nemohou vůbec či nemohou dostatečně číst gesta a mimiku protějšku. Proto mohou někteří lidé, kteří se s takovým člověkem střetnou, upadat do rozpaků a nejistoty. Uvádí se, že tyto rozpaky a nejistoty mohou pramenit z nedostatku zkušeností (Slowik, 2010). Je však velice důležité si uvědomit, že lidé se zrakovým handicapem nejsou nijak odlišní od jedinců zdravých. Tím, že tito lidé mají omezení, co se vnímání okolního světa týče, je tento problém při kontaktu s nevidomým může uvádět do složitých situací.

Typickým příkladem je navazování komunikace s okolím, kdy se pacient najednou přestane orientovat v neznámém prostoru. Při této situaci se může stát mnoho věcí, například se kolem zrakově handicapovaného neobjevuje žádný kolemjdoucí. Takový člověk musí také počítat s tím, že ostatní lidé mohou také různě reagovat a to třeba naprostou ignorací, nevhodným chováním nebo nedostatečnou komunikací, kdy zdraví kolemjdoucí dostatečně nevysvětlí cestu, či nepopíší prostor kolem nich. V takové chvíli je pak navazování dobré komunikace velice těžké (Slowik, 2010).

Další problém může nastat u zrakového handicapu jako takového. Zdraví lidé si nedokáží představit, jaké to je nevidět svět kolem sebe a proto se také mnohdy nemusí vcítit

do situace, v jakém se nachází handicapovaný člověk. Ve své knize se Michálek (2014) zmiňuje, že zažil například nepochopení, zlehčení a až zarážející chování na úřadu práce, kdy ho úřednice nařkla z dělání problému ve chvíli, kdy se snažil získat informace o tom, proč má přinést další dokument k žádosti.

Jako další problém lze uvést určitou stigmatizaci. Zraková vada totiž nemusí být vidět na první pohled, a proto může nastat chvíle, kdy lidé jednají se zrakově handicapovaným, jako s kterýmkoliv zdravým člověkem. Lze určitě říci, že pak může nastat situace, kdy zrakově handicapovaný člověk nebude pochopen, nebo bude pro ostatní vypadat podivně.

Lidé bez zrakové vady totiž rozpoznávají zrakově handicapované podle určitých charakteristických znaků a těmi znaky jsou bílá hůl, tmavé brýle a třeba i vodící pes. Všichni však nemusí používat výše uvedené značení. Do jisté míry jsou však tyto znaky výhodné, protože zdravý komunikant bezpečně rozpozná, o jakého člověka jde a jaké má omezení. Na druhou stranu jsou však tyto znaky velice stigmatizující a zdraví lidé mohou takového člověka litovat, záměrně se mu vyhýbat, nebo se mu nevhodně snaží za každou cenu pomoci, i když o to handicapovaný nestojí (Slowik, 2010).

Problém, který se v komunikaci se zrakově handicapovanými nachází, jsou řečové vady (výskyt je šestkrát častější, než u běžné populace). Příčinou tohoto problému je omezení v učení a kontroly správné artikulace pomocí zraku. U lidí s tímto problémem se objevují verbalismy, což je užívání slov, které nemají význam, protože si je člověk nespojí s obrazem. Dalším problémem jsou gramatické chyby při psaní (Rehabilitace a fyzikální lékařství, 2014).

2.4.4 Komunikace se zrakově handicapovaným

K tomu, aby došlo ke správné a příjemné komunikaci, je důležité, aby se zdravý člověk iniciativně ujal své role a jako první navázal s handicapovaným kontakt. Lidé se zrakovou vadou oslovují lidi kolem sebe velice obtížně, protože je zkrátka nevidí, neví, kde druzí jsou, co dělají či na koho se případně mohou obrátit (Slowik, 2010).

Při komunikaci je dobré dodržovat se zrakově handicapovaným i oční kontakt. Usnadní se tím celková komunikace a uvolní se atmosféra. Není vhodné přecházet z místa na místo, protože se zrakově handicapovaný špatně orientuje a je to pro něj větší úsilí a větší šok, když uslyší hlas na jiném místě, než kam upíná svou pozornost. Pokud je však nezbytné se pohybovat, je vhodné to říci, či na to upozornit předem (Seifert, 2018).

Obecné zásady komunikace by měly být dodrženy, i když se jedná o člověka se zrakovou vadou. Ovšem je důležité dbát na některé odlišné zásady, které jsou v komunikaci

s těmito lidmi nezbytné.

Mezi významně odlišné zásady dle Hošové a kol. (2015) patří následující:

1. Zdravý člověk by měl rozhodně začínat konverzaci jako první.
2. S člověkem se zrakovým handicapem se chováme jako rovný s rovným.
3. Nepoužíváme výraz „slepec“, protože toto slovo může na ostatní působit hanlivě. Některé předměty jako „slepecká hůl“ může vyvolat opravdu silné emoce, proto je lepší zvolit například název „bílá hůl“.
4. Svá gesta popisujeme, protože je zrakově handicapovaný nevnímá. Například podávání ruky můžeme doprovodit větou: „Podávám Vám ruku.“
5. Vyvarujeme se lítosti.
6. Pokud se se zrakově handicapovaným nacházíme ve společnosti více lidí, je vhodné postupně všechny představit.
7. Na náš odchod handicapovaného upozorníme, abychom jej nedostali do situace, že bude mluvit do prázdna, a aby se potom necítil nepříjemně.
8. Pečlivě popisujeme prostředí, ve kterém se nacházíme. U stolování zase popíšeme, co má zrakově handicapovaný před sebou.
9. Pokud člověk přišel o zrak nedávno, tak platí ještě jedno důležité pravidlo a to je, že se vyhýbáme vizuálním výrazům ve smyslu: „Uvidíme se zítra.“ (Hošová, Hůrková, Michálek, 2015).

Ne vždy je však konverzace plynulá a lidé se mohou dopouštět chyb, které nejsou pro zrakově handicapované příjemné, i když to myslí dobře. Jedná se především o následující situace, kterým bychom se měli vyhnout (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2013):

1. Nemusíme se bát nabídnout pomoc a zeptat se, co zrakově handicapovaný potřebuje.
2. Nikdy nechytáme bílou hůl a ani ruku, ve které je tato hůl držena.
3. Vyvarujeme se chytání za límec či jiné kousky oblečení.
4. Nestrkáme zrakově handicapovaného před sebou. V rámci bezpečnosti jdeme jako první.
5. Neuvádíme zrakově handicapovaného do rozpaků nevhodnými poznámkami.
6. Dopřáváme dostatek času a nespěcháme, pokud to není nutné.
7. Pokud pomáháme nevidomému, nikdy jej nechytáme za loket, ale nabídneme mu, aby se nás chytil sám.

2.4.5 Komunikace mezi sestrou a pacientem

Každý pacient je jiný a proto je zcela přirozené, že se jeho způsobům a zvykům přizpůsobujeme. Nejjednodušší způsob pochopení jeho potřeb je komunikace, která odhalí vše, co je potřeba. Je vhodné se vyhýbat tématům o ztrátě zraku, neboť by toto téma mohlo být pro pacienta frustrující. Ke každému pacientovi se zrakovým handicapem přistupujeme se stejným respektem a důstojností (Jensen, 2013).

Správná komunikace mezi sestrou a pacientem závisí na věku, kultuře, společensko-ekonomickém postavení a na hlasové intonaci. K tomu, aby sestra zvládla vést rozhovor s pacientem, je nezbytně nutné, aby se seznámila s etickými a psychologickými zásadami v přístupu k pacientovi.

Mezi tyto zásady lze zařadit podle článku v časopise *Sestra* (2010) především:

- Znat jméno pacienta.
- Působit mile a minimalizovat negativní pocity pacienta.
- Mít trpělivost a čas na pacienta.
- Zajímat se o pacienta, o jeho pocity, osobnost.
- Udržovat oční kontakt (i u pacientů se zrakovým handicapem).
- Podporovat pacienta.

Těmito zásady má sestra pacienta přesvědčit o tom, že má o něj upřímný zájem. Pro pacienta je důležité, jak se sestra chová, než to, co říká.

Ve zdravotnictví je také důležitý rozhovor, který nám odhalí nejen citové rozpoložení pacienta, ale především odkryje důležité informace, které zdravotnický tým potřebuje. U takového rozhovoru je důležité si ujasnit, jaké informace potřebujeme získat, a dle toho se zvolí otázky, které budou dále zpracovány. Během rozhovoru s pacientem by se jeho situace neměla zlehčovat a měl by mít pocit důvěry, pochopení a empatie. Nedílnou součástí rozhovoru je také prostor pro dotazy, které pacient má, správně zvolené prostředí a také dostatek času, který je pacientovi věnován (*Sestra*, 2010).

2.4.6 Orientace v prostoru

První kroky zrakově handicapovaného člověka vedou k tomu, aby byl schopen se sám orientovat v prostoru. Není překvapivé, že se tito lidé lépe orientují v interiéru, kde na ně nečekají nástrahy a celkové prostředí je jednodušší na kontrolu.

Podle Šumníkové (2018, s. 97) je důležitá informace: „*Průvodce jedince se zrakovým postižením zprvu přebírá zodpovědnost za orientaci a bezpečnost jedince do té doby, než je*

osoba sama schopna pohybu beze strachu a bez jakékoli hrozby poranění.”

Díky této informaci se můžeme domnívat, že průvodcem může být kdokoliv, kdo je schopen bezpečně seznamovat zrakově handicapovaného s okolím, ve kterém se nachází a ve kterém bude pobývat. Tento průvodce by tedy měl mít i rozvinutou schopnost komunikace, aby byl schopen interpretovat prostředí, upozornit na změnu směru či na schodiště.

Pokud je člověk se zrakovým handicapem schopen orientovat se sám v interiéru, přesouvá se do exteriéru. Tento prostor je však mnohem větší a může člověka zaskočit nečekanými změnami (Šumníková, 2018). Typicky je to u naučené cesty. Například z domova do centra pro nevidomé, kdy člověk cestu zná, ale na trase se vyskytne překážka ve formě stavební práce.

Prostředí nemocnice může na každého pacienta působit jinak. Hlavním kritériem může být to, jak je nemocnice rozsáhlá a zda se do tohoto zařízení vypravil sám, nebo s průvodcem.

Pokud se do zařízení vydal sám, může mu posloužit tyflografický plánec (Obr. 3), což je plánec s vystouplými budovami a popisem v podobě Braillova písma (Obr. 4), které si pacient ohmatá. Další pomůcky pro orientaci v prostoru jsou zvukové orientační majáky nad vchodem do budov a vodící linie (Česká oční optika, 2011).

Pokud dojde k hospitalizaci zrakově handicapovaného, tak je pro něj lepší mít samostatný pokoj, aby si tak mohl uzpůsobit věci kolem sebe podle toho, jak mu to vyhovuje. Je důležité však také respektovat přání, když pacient z nějakého důvodu sám být nechce. Přichází-li člověk sám, jeho průvodcem se stane sestra. Sestra dbá na to, aby vysvětlila, kde se pacient nachází (patro, oddělení, pokoj). Provede pacienta po oddělení, ukáže mu sesternu, vyšetřovnu, koupelnu a toaletu, aby se pacient zorientoval. Na pokoji pacienta upozorní na velké objekty (stůl, skříň, lůžka) tím, že na ně poklepe. Je důležité také upozornit pacienta na elektrickou zásuvku a spínač světla (Seifert, 2018).

2.4.7 Překážky a nebezpečí při orientaci v prostoru

Člověk se zrakovým handicapem se během svého života setkává s různými styly bariér, které se mohou nacházet jak v interiérech, tak v exteriérech. Problematika bariér je považována za hlavní problém lidí s tělesným handicapem. Existují různé typy bariér. Může jít o bariéry fyzické (architektonické, systémové, komunikační a postojové), o bariéry informační i vnitřní bariéry lidí s postižením zraku (Šumníková, 2018).

2.4.7.1 Architektonické bariéry

Každý člověk ve společnosti využívá veřejné budovy, veřejnou dopravu a veřejná prostranství bez problému. U lidí se zrakovým handicapem však může dojít k problému se do určitých typů budov dostat nebo se přemístit na jiné místo. Česká republika je však jednou ze zemí, která má vypracovanou metodiku označování informačních systémů ve veřejné hromadné dopravě, stejně tak, jako nejvíce označených přechodů pro chodce (Šumníková, 2018).

Mezi nejčastější architektonické bariéry, které představují nebezpečí pro zrakově handicapované, jsou například nepřehledné parky, zúžené chodníky, točitá schodiště, překážky na ulici, výkopy a jiné (Hošová, Hůrková, Michálek, 2015). Z tohoto plyne jasné nebezpečí pro zrakově handicapované, a tím jsou náhlé pády a zranění těmito pády způsobené.

2.4.7.2 Systémové bariéry

Systémové bariéry se snaží Česká republika odstraňovat. Vyhláška č. 389/2009 Sb. udává, že každá nová budova, která je přístupná veřejnosti, musí být také bezbariérová (Šumníková, 2018).

2.4.7.3 Komunikační bariéra

Bariéra se vytváří mezi dvěma jedinci, kteří spolu navážou komunikaci. Aby se těmto bariérám zabránilo, je nutné aktivně a pozorně naslouchat, respektovat dorozumivací schopnosti a přizpůsobit se situaci, která nastala. K zabránění vytvoření bariéry pomáhá také snaha a dostatečná míra trpělivosti, pokud nám chce zrakově handicapovaný něco sdělit. Nedílnou součástí dobré komunikace je také zvolit vhodné komunikační prostředí bez narušujících zvuků.

Pokud má dojít k odstranění komunikačních bariér, tak se musí dbát na to, aby člověk se zrakovým handicapem nebyl ignorován a také aby nebyl ze společnosti vyloučen. Také se musí dát pozor na to, aby v rámci osvěty nebyla zvýšená pozornost nepřijemná. Avšak je pravdou, že se zdravá populace může bát komunikace se zrakově handicapovanými, třeba z důvodu postojové bariéry (Šumníková, 2018). V minulosti byla totiž slepota stigmatizována a lidem, kteří ji trpěli, byly přisuzovány vlastnosti negativního charakteru. Někteří slepotu brali dokonce jako trest z minulého života (Michálek, 2016). Šumníková (2018, s. 49-50) uvádí, že: „Platí, že čím více se budeme s lidmi s postižením (jakýmkoli) setkávat, bude se o nich více mluvit v médiích a i oni sami se budou více zapojovat do veřejného života, tím lepší bude komunikace s nimi a odstraní se tím nežádoucí bariéry.“ Problémem tedy je značná

neinformovanost zdravé veřejnosti o zrakově handicapovaných lidech (Šumníková, 2018).

2.4.7.4 Postojové bariéry

Tyto bariéry mohou zasáhnout do jakékoliv etapy života zrakově handicapovaného a ovlivnit jeho kvalitu života. K tomu, aby člověk pociťoval plnohodnotný život, je důležité, aby se ve společnosti necítil méněcenný. Tento problém může nastat v momentě, kdy většinová společnost podlehne určitým stereotypům vůči zrakově handicapovaným (Šumníková, 2018).

2.4.8 Kompenzační pomůcky

Vývoj pomůcek pro zrakově handicapované je velice rychlý. Pomůckou rozumíme přístroj či nástroj, který je upraven nebo vyroben tak, aby jeho možnosti a také vlastnosti částečně nebo zcela nahrazovaly nedostatečnost, kterou lidé se zrakovým handicapem mají. Zrakové handicapy velice omezují při získávání informací, takže všechny pomůcky, které existují, slouží k tomu, aby poskytly a zpřístupnily informace. Mezi pomůcky pro zrakově handicapované patří pomůcky mechanické a elektronické.

2.4.8.1 Optické pomůcky

Lupy (Obr. 5) jsou asi nejvíce rozšířenou pomůckou pro lidi se zrakovým handicapem. Tyto lupy jsou pomocníky při čtení či psaní při dobrém světle, protože zvětšují text. Lupy se vyskytují ve formě ruční, se stojánkem, se světlem, bez světla, kamerové a také jako různé typy brýlí (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

2.4.8.2 Technické pomůcky

Mezi časté technické pomůcky můžeme v dnešní době zařadit mobilní telefony (Obr. 6). Tyto telefony zvyšují možnost větší samostatnosti. Na telefonu je nejdůležitější hmatnost klávesnice. Neexistuje žádná rada, která by poradila uživatelům, jaký typ telefonu je nejlepší, to si musí každý uživatel vybrat sám podle svého cítění. Dalším důležitým aspektem je, že telefon musí být z kategorie chytrých telefonů a aby byl kompatibilní s odečítačem obrazovky. Notebooky, netbooky či počítače jsou dnes běžnou pomůckou nejen z finančního hlediska. Výhodou je, že uživatelé mohou používat stejné programy, jako uživatelé vidící (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

2.4.8.3 Pomůcky pro mobilitu

Snad nejčastější pomůckou, kterou má větší část zrakově handicapovaných, je hůl.

Tato hůl je dlouhá, robustní a na jejím konci je rotační či pevná koncovka. (Obr. 7) Hole se mohou dělit podle typu na skládací, pevné, teleskopické či kombinované a také podle využití na orientační, signalizační a opěrnou.

Orientační hole se mohou dělit podle barvy a to na bílou (pro nevidomé) a červenobílou (poškození zraku a sluchu). Hole zvyšují bezpečnost a zajišťují odstup od překážek a slouží také jako vodící prvek.

Signalizační hole se využívají na chůzi s průvodcem a dá se s nimi také zjistit orientační informace (počátek schodů, obrubník).

Opěrné hole jsou krátké, ale masivní. Je opatřena protiskluzovou koncovkou. Tyto hole se používají jako podpora stability ve stoje i při pohybu (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

2.4.9 Vodící pes

Legislativa nazývá vodícího psa živou “pomůckou”, která má funkci průvodce. Tento pes však přináší zrakově handicapovaným nejen pomoc s orientací v prostoru, ale také jim přináší mnoho radostí i starostí, protože péče o psa není snadná. Pro zrakově handicapované je pes zároveň i příjemným společníkem (senioři, osamělí). Pes, který je vycvičený, zvládá základní povely slušnosti a také dokáže bezpečně vést zrakově handicapovaného po naučených trasách a také se dokáže vyhnout překážkám, které se na cestě mohou vyskytnout.

Pes (Obr. 8) je také vhodným tématem k navázání komunikace, protože ostatní lidi může zajímat, jak je pes vycvičený a co umí. Je však důležité se psa ve výkonu práce nedotýkat či jej krmit, pokud to majitel nedovolí (Okamžik, 2016).

V České republice je pes považován za kompenzační pomůcku, která by měla mít přístup na úřady a do jiných společných prostor. Pokud jde o zdravotnické zařízení, tak záleží na tom, jak dobrá komunikace a pochopení je mezi zdravotnickým personálem a majitelem vodícího psa (Michálek, Vojtíšek, Vondráčková, 2013).

Existují vhodná plemena psů, kteří jsou speciálně cvičeni, jsou to především Labradorský retriever, Německý ovčák nebo třeba Královský pudl (Škola pro výcvik vodících psů, 2018).

2.5 Oko jako orgán

2.5.1 Fyziologie oka

Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů. Zrak nám pomáhá s orientací v prostoru,

rozpoznávání tváří, rozpoznávání světla a tmy a také k poznávání předmětů kolem.

Mezi zrakové receptory patří tyčinky a čípky, které se nacházejí v sítnici oka. Čípky mohou vidět pouze barevně a za světla, tento typ vidění je nazýván *fotopický*. Tyčinky jsou schopny vidět za šera, černobíle a neostře, tomuto typu vidění se říká *skotopické*.

Podstatou barvocitu neboli barevného vidění jsou tři pigmenty (terčící čípky), reagující na tři vlnové délky spektra. Tyto pigmenty rozlišují barvy a to zelenou, červenou a modrou. Toto vidění barev se nazývá *trichromatické* (Obr. 9). Díky tomuto můžeme rozlišovat několik dalších barev a jejich odstíny (Mourek, 2012).

Vidět začínáme, když paprsky světla projdou skrz oční rohovku do oka. Rohovka v tomto případě je zodpovědná za lomení světla asi v 60%. Paprsky světla volně procházejí skrz zornici, která mění svou šířku podle množství světla, které jí prochází. Tyto paprsky dále dopadají na čočku, která následně tyto paprsky zaostří. Pokud tomu není jinak a na cestě není žádná překážka, tak paprsky volně procházejí skrz průzračný sklivec a dopadají do ostrého bodu na sítnici. Světelné paprsky putují dále zrakovým nervem do mozku, kde jsou interpretovány do obrazu (Eye anatomy - how the eye works, 2007-2018).

2.5.2 Typy zrakových vad

Každý zdravotník a každý pracovník, který se setká se zrakově handicapovaným pacientem, by měl mít přehled o existenci zrakových vad. Tyto vady ovlivňují handicapované v různých etapách života a v různých běžných denních úkonech. Zrakové vady můžeme označit jako nedostatek zrakové percepce, která má různé příčiny i rozsahy. Tyto vady se mohou rozdělovat na onemocnění oka, oční traumata a vrozené či získané poruchy (Kimplová, 2010).

Slabozrakost se může dělit na lehkou a těžkou. Tento stupeň vidění představuje snížení ostrosti zraku. Poškození se může nacházet v jakékoliv části (poškození zevního nebo vnitřního oka, zrakové dráhy či zrakového centra). Příčinou slabozrakosti může být nejčastěji: myopia gravis, glaukom, cataracta a jiné.

Zbytky zraku představují člověka, který trpí těžkou slabozrakostí až slepotou. Ve stádiu se zbytky zraku může docházet ke zlepšení, ale také ke zhoršení. Příčiny jsou jak získané, tak vrozené (Kimplová, 2010).

Úplná ztráta zraku je nejtěžší stupeň zrakového handicapu. Tento handicap se dá charakterizovat jako ztráta běžných mechanismů, které jsou potřebné k umožnění fungování

člověka ve světě, kterému dominují vizuální vjemy (Hošová, Hůrková, Michálek, 2015). Kimplová (2010, s. 18) tvrdí, že: „*Jednotné a přesné vymezení pojmu slepota je velmi nesnadné, neboť se různí v ukazatelích, jež určují míru zrakového postižení.*” I z důvodu tohoto tvrzení můžeme jistě potvrdit, že lidé postižení tímto nejtěžším stupněm jsou ve světě i ve společnosti znevýhodněni a potřebují tak větší pochopení a pomoc od okolí. Problémy těchto znevýhodněných lidí, mohou unikat většinové zdravé populaci, která je může skrývat i pod odborné pojmy nebo špatné interpretaci pomocí sdělovacích prostředků (Michálek, 2016). Úplná nebo praktická nevidomost je důvodem k získání průkazu ZTP/P a výhod III. stupně. U silně slabozrakých je možné požádat o výhody II. stupně, taktéž s průkazem ZTP. Jiná oční postižení na tyto výhody nemá nárok (Rozsival, 2017).

Rozdělení nejtěžšího stupně zrakového handicapu:

Silně slabozrací lidé vidí předměty na vzdálenost 1-3 metrů, tyto předměty však zdravý člověk vidí až na 60 metrů. U těchto lidí se také může objevit zúžené zorné pole.

Prakticky nevidomí lidé vidí, na rozdíl od silně slabozrakých tyto stejné předměty na vzdálenost menší, než je 1 metr. Tyto lidi mohou doprovázet i jiné omezení, jako je například světloplachost, zúžené zorné pole nebo poruchy barvocitu.

Nevidomí lidé nevidí většinou nic. Někteří jsou však schopni rozeznávat světlo od tmy či mají klamné vjemy, které jim však v orientaci v prostoru nepomohou (Hošová, Hůrková, Michálek, 2015).

2.6 Organizace nevidomých

Okamžik je nezisková organizace, která pochází z Prahy. Funguje již od roku 2000 a pomáhá klientům se zrakovým handicapem. Tato služba obsahuje dvě sociální služby, které jsou státně registrovány, a rovněž pořádá další projekty na podporu zrakově handicapovaných. Od roku 2004 tato organizace pořádá různé besedy, sociální poradenství a také vydává vlastní publikace (Okamžik, 2020).

Dědina je pobytové středisko, které slouží jako rekvalifikační a také jako rehabilitační středisko pro nevidomé. Dědina poskytuje různé intenzivní kurzy, které se zabývají sociální rehabilitací, terapeutickými dílnami, pracovními rehabilitacemi s možným pracovním uplatněním (Dědina, 2010).

SONS je sjednocená organizace pro slabozraké a nevidomé v České republice. Tento

spolek vznikl v roce 1996 sjednocením dvou občanských sdružení a to Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR a také České unie nevidomých a slabozrakých. V České republice působí ve většině okresů. Tato organizace usiluje o kontaktování a vyhledávání zrakově handicapovaných, odstraňování informačních a architektonických bariér a také podporu zaměstnávání zrakově handicapovaných (SONS, ©2012-2020).

Lorm je společnost, která od roku 1991 sdružuje hluchoslepé, jejich rodiny a také odbornou a laickou veřejnost. Tato společnost poskytuje sociální služby, sociální rehabilitaci a také průvodce, předčitatele a tlumočníky. Také čtvrtletně vydává časopis s názvem *Doteky* (LORM, ©2015).

TyfloServis je projekt, který od roku 1991 poskytuje terénní a ambulanti rehabilitace slabozrakých a nevidomých. Tato společnost nabízí informace, podporu a nácvik dovedností zrakově handicapovaných. TyfloServis se snaží o to, aby zrakově handicapovaný člověk, který je starší 15 let byl vybaven informacemi a dovednostmi tak, aby jeho kvalita života a životní potřeby byly maximálně naplněny. Také se snaží informovat společnost do té míry, aby nedocházelo k dalším bariérám, jak architektonickým, tak mezilidským (Tyfloservis, ©2005-2020).

2.7 Programy vzdělávání

Program vzdělávání u zdravotnických profesí nezahrnuje přímou výuku komunikace se zrakově či jinak handicapovanými lidmi. Ve školních osnovách není přítomen předmět, který by se přímo touto výukou zabíral. O zrakově handicapovaných lidech se dozvídáme více méně velice okrajově, a to v různých částech školních předmětů. Závisí však také na vyučující osobě, zda je schopna zorganizovat zajímavou vyučující hodinu, například pozváním zrakově handicapované osoby, která nám zprostředkuje přímé informace.

V různých výzkumných pracích jsou zahrnuty především pohledy zdravotníků. V těchto pracích nalezneme informace, zda zdravotnický personál umí komunikovat s lidmi se zrakovým či jiným handicapem, ale vnímání zrakově handicapovaného není zpracováno. Pokud chtějí být zdravotníci profesionály ve svém oboru, měli by se zajímat i o pacienty, o kterých se tak často nemluví, ale přesto existují a zaslouží si také milý, ochotný a individuální přístup.

Naštěstí existují projekty, které pomáhají nejen laické veřejnosti, ale také

zdravotnickým odborníkům v tom, aby se více seznámili s lidmi, kteří trpí zrakovým handicapem.

Dobrovolnický projekt v Okamžiku

Organizace Okamžik vznikla na podkladě dobrovolníků v roce 2000. Projekt dobrovolníků byl prvním projektem, který byl zaměřen na pomoc profesionálních dobrovolníků těžce zrakově handicapovaným a nevidomým. V roce 2004 tento projekt získal akreditaci Ministerstva vnitra.

K tomu, aby se člověk mohl stát dobrovolníkem, je potřeba, aby byl starší 18 let a trestně bezúhonný. Zájemce musí absolvovat úvodní schůzku, kde se seznámí s projektem a okolnostmi (časovými, věcnými) a vhodné možné spolupráce. Poté následuje výcvik, kde se dobrovolník setká s pojmy, které jsou spojené s prostředím handicapovaných lidí. Klíčový je nácvik doprovodu, nejdříve s nevidomým lektorem. Posledním krokem je absolvování závěrečné schůzky, podepsání smlouvy o výkonu dobrovolnické služby. Dobrovolníci pomáhají s doprovodem na určitá místa (úřady, školy, lékaři) a také se mohou dostat na kulturní akce (divadlo, koncert, výstavy). Také mohou zrakově handicapovaným pomáhat s přečtením či přetříděním různých korespondencí, vyplňováním dokumentů, sportovními aktivitami, vařením nebo pečením a jinými činnostmi (Hošková, Hůrková, Michálek, 2015).

Interaktivní workshop

Centrum pro komunitní práci střední Čechy pořádá workshopy, jejíž kapacita je 15-25 osob. Na těchto workshopech se lidé setkávají s lidmi, kteří třeba nevidí a také předvedou praktické příklady, které ukáží základní možnosti v komunikaci s lidmi se zrakovým handicapem, a lidé, kteří o tento workshop mají zájem, si také osvojí jednoduchou a srozumitelnou komunikaci (Respekt v komunikaci, ©2016).

Literatura

Literatura je nezbytnou součástí samostudia. V dnešní době existuje mnoho knih i odborných článků, které se zabývají lidmi se zrakovým handicapem či zrakovým vadám. Na knižním trhu se nachází mnoho publikací, které jsou napsány nejen odborníky, ale také přímo lidmi, kteří tímto zrakovým handicapem trpí. Největším vydavatelem vzdělávacích brožur je organizace Okamžik, která se může pyšnit nejen brožurami a katalogy, ale také beletrií. Mezi lety 2002-2019 vydali již 63 publikací, které jsou tematické, nebo jsou spojeny se zrakovým handicapem (Okamžik, 2020).

3A%5B%22BP%22%5D%2C%22PNzpzSearchListbasic%22%3A1%7D&lang=cs.

Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Renata Vytejšková.

ŠMÍDOVÁ, Lenka. *Některé aspekty komunikace s nevidomým pacientem* [online]. Praha, 2006 [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/22935/44778082/?q=%7B%22_____searchform___search%22%3A%22lenka+%5Cu0161m%5Cu00eddov%5Cu00e1%22%2C%22_____searchform___butsearch%22%3A%22Vyhledat%22%2C%22_____facetform___facets___workType%22%3A%5B%22DP%22%5D%2C%22_____facetform___facets___faculty%22%3A%5B%2211110%22%5D%2C%22PNzpzSearchListbasic%22%3A%221%22%7D&lang=cs. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Hlaváčová.

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

Cílem této empirické části bakalářské práce je analyzovat, jaké komunikační potřeby pociťují pacienti/klienti se zrakovým handicapem. V první části empirického úseku jsou uvedeny cíle této práce. Dále je popsána metodika výzkumu, charakteristika zkoumaného vzorku a organizace vlastního šetření s následným zpracováním dat. Tato získaná data jsou pro přehlednost znázorněna pomocí výšečových a sloupcových grafů ve druhé části jsou analyzována z kvalitativního hlediska. V závěru tohoto empirického úseku se nachází diskuze a porovnání výsledků tohoto výzkumu s výsledky jiných studií na podobné či stejné téma.

Cíl práce

Cílem tohoto průzkumu je pomocí polostrukturovaného rozhovoru zjistit, jaké komunikační aspekty jsou zásadní z pohledu pacientů/klientů se zrakovým handicapem, jak vnímají komunikaci mezi nimi a zdravotnickými pracovníky a jaká pozitiva a negativa jsou v této komunikaci obsažena.

Hypotézy

1. Předpokládáme, že nejčastější pocit, který pacienti/klienti se zrakovým handicapem v neznámém zdravotnickém prostředí budou uvádět, je strach.
2. Domníváme se, že pacienti/klienti se zrakovým handicapem, zvolí intonaci jako nejdůležitější aspekt v komunikaci.
3. Předpokládáme, že pacienti/klienti se zrakovým handicapem hodnotí jako nejkvalitnější komunikaci se sestrami.

3.1 Metodika

Prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru (Příloha 1), byla získána data od tří skupin respondentů, která následnou analýzou a zhodnocením, odpovídají na zkoumané otázky, testují jednotlivé hypotézy a naplňují stanovené cíle práce. Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena s vědomím a předpokladem, že pro pacienty a klienty vybraných domovů a zařízení bude vhodnější, příjemnější a výhodná pro získání důvěry a ochoty ke spolupráci. Zrakový handicap znemožňuje získání velkého objemu dat pro kvalitní statistické zpracování. U námi vybraného tématu se jeví zmíněná kvalitativní metoda rozhovoru jako vhodnější a smysluplnější. Výhodou metody rozhovoru je

přirozenost, přímý kontakt a také zjištění informací do hloubky. Tato metoda je náročná po stránce časové a záznamové, avšak získaná data poskytují větší hloubku odpovědí a možnost hlubšího zamyšlení nad odpověďmi respondentů, které se v tomto způsobu komunikace jeví jako zásadní.

Sběr výzkumných dat probíhal od listopadu 2019 až do ledna 2020 a to přímo v prostorách organizací a domovů a to konkrétně v neziskové organizaci Okamžik; Na Strži 1683/40, 140 00 Praha 4, pobytovém rehabilitačním a rekvalifikačním středisku pro nevidomé Dědina; Šmolíkova 866, 161 00 Praha 6 - Ruzyně a domově pro zrakově postižené Palata; Na Hřebenkách 737/5, 150 00 Praha 5 - Smíchov. Tyto organizace a domovy byly osloveny elektronickou komunikací a vybrány byly na základě jejich zájmu o spolupráci v této studii. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval celkem 5 otázek s následujícím různým počtem podotázek, které se pohybovaly v počtu od 3 až po 7. Otázka č. 1 se zabývala tím, jak se pacienti/klienti cítí v neznámém zdravotnickém prostředí. Otázka č. 2 se vztahovala k tomu, jak pacient/klient vnímá komunikaci mezi ním a zdravotnickým personálem. Otázka č. 3 zkoumala, jaké pacient/klient vnímá komunikační rozdíly u různých zdravotnických pracovníků. Otázka č. 4 se zabývala postojem pacienta/klienta k neverbální komunikaci a otázka č. 5 zkoumala nejdůležitější aspekty komunikace.

Vybrané podotázky se týkaly například hodnocení faktorů, kterým by se měl zdravotnický personál vyhnout při komunikaci se zrakově handicapovaným člověkem, hodnocení významu neverbální komunikace z pohledu handicapovaného, nebo obecné hodnocení úrovně komunikace s handicapovanými v České republice samotnými pacienty/klienty.

3.2 Charakteristika vzorku respondentů

Tohoto průzkumu se zúčastnilo celkem 27 respondentů, z toho 19 žen (70%) a 8 mužů (30%), kteří byli rozděleni do tří skupin podle toho, v jaké organizaci či v jakém domově se tento výzkum zrovna prováděl. Věkové rozmezí těchto respondentů bylo rozmanité a to od 24 do 95 let, u žen byl medián věku 88 let, u mužů 57,5 let. Celkový medián obou pohlaví činil 67 let.

Ve skupině Okamžik bylo 5 žen (62%) a 3 muži (38%). Tato skupina byla věkově nejrozmanitější. Nejmladší respondentovi bylo 24 let, nejstaršímu 70 let. Tato skupina se vyznačovala vysokou houževnatostí a výřečností. Odpovědi této skupiny byly velice rozsáhlé a převážně se týkaly tématu v položené otázce. V této skupině se vyskytovaly vady vrozené (50%) a získané (50%).

Skupina Dědina obsahovala 3 ženy (43%) a 4 muže (57%). Věkově se tato skupina pohybovala ve středním věku, s výjimkou dvou respondentů. Hodnoty věku byly od 27 do 67 let. Tato skupina byla až překvapivě přátelská a zvědavá, ale dva respondenti byli v odpovědích spíše zdrženliví. Respondenti poté k některým otázkám odpovídali rozsáhle, v některých krátce a konkrétně. Občas byla tendence zaměřit téma k něčemu jinému. Ke konci rozhovoru byli již mírně unaveni. V této skupině převládaly vady vrozené (71,43%), které následovaly vady získané (14,29%) a také vada kombinovaná (14,29%).

Skupina z Palaty byla složena převážně z žen, konkrétně z 11 žen (92%) a 1 muže (8%). Respondenti z Palaty byli věkově nejstarší, kdy se hodnoty věku pohybovaly v rozmezí od 77 do 95 let. Tato skupina byla charakteristická svou vlídností a vděčností, která byla během rozhovoru cítit. V této skupině bylo obzvlášť důležité dbát na výšku hlasového projevu a to z důvodu nedoslýchavosti několika členů skupiny. Tato skupina odpovídala spíše v krátkých větách, nebo jen v určitých slovech. Často stáčeli téma zrovna na Palatu. V této skupině převládaly vady především získané (75%) a dále vady vrozené (25%).

3.3 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Vlastní empirická část práce byla zahájena nejprve vytvořením polostrukturovaného rozhovoru a informovaného souhlasu, který byl konzultován s vedoucí bakalářské práce a to s PhDr. Šárkou Tomovou, Ph.D., PhD., MPH. Následně kontaktováním příslušných organizací a domovů, které sdružují pacienty/klienty se zrakovým handicapem. Toto kontaktování proběhlo elektronickou korespondencí, kde byl v příloze přiložen náhled polostrukturovaného rozhovoru a poté došlo k následnému telefonickému kontaktu. Některé organizace bohužel neodpověděly, nebo neměly o tento typ výzkumu zájem. S organizacemi a domovy, které měly zájem, proběhla následně buď elektronická komunikace skrz elektronickou poštu, nebo přes telefon.

Prostřednictvím elektronické komunikace byla oslovena organizace Okamžik, konkrétně paní Mgr. Hana Dreslerová z poradenského centra, které byla zaslána žádost o povolení výzkumného šetření. S paní Mgr. Dreslerovou bylo následně stále přes e-mail domluveno konkrétní datum a čas výzkumu. Paní Mgr. Dreslerová zajistila pro výzkumnou skupinu prostor v jejich klubovně. Při rozhovoru byl přítomen pán Mgr. Radek Seifert, jehož publikace byla použita v teoretické části a byl také jedním z respondentů.

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina bylo osloveno s žádostí o povolení výzkumného šetření rovněž přes e-mail. Zde zpětnou pozitivní reakci

poslala ředitelka tohoto střediska Bc. Naděžda Modráčková, která o tento výzkum měla zájem. S paní Modráčkovou bylo následně domluveno datum, kdy se měl výzkum provést.

Domov Palata byl také osloven pomocí e-mailové komunikace s žádostí o provedení výzkumu. Zpětnou reakci, která byla rovněž pozitivní, zaslala manažerka kvality a zástupkyně ředitele, paní Mgr. Eva Průchová, se kterou byl nadále domluven datum a čas průzkumu.

Vlastní výzkumné šetření proběhlo v listopadu 2019, prosinci 2019 a také v lednu 2020 a to v prostorách organizací nebo domovů. Před zahájením vlastního rozhovoru, byli pacienti/klienti seznámeni s průběhem průzkumného šetření, byl jim přečten informovaný souhlas.

Dále byly provedeny následující kroky:

1. Pacienti/klienti podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a nahráváním tohoto průzkumu na audionahrávku.
2. Do záznamového archu údajů byly zapsány informace o věku, pohlaví a typu vady (vrozená, získaná, kombinovaná).
3. Zapnulo se nahrávání zvuku na mobilním telefonu.

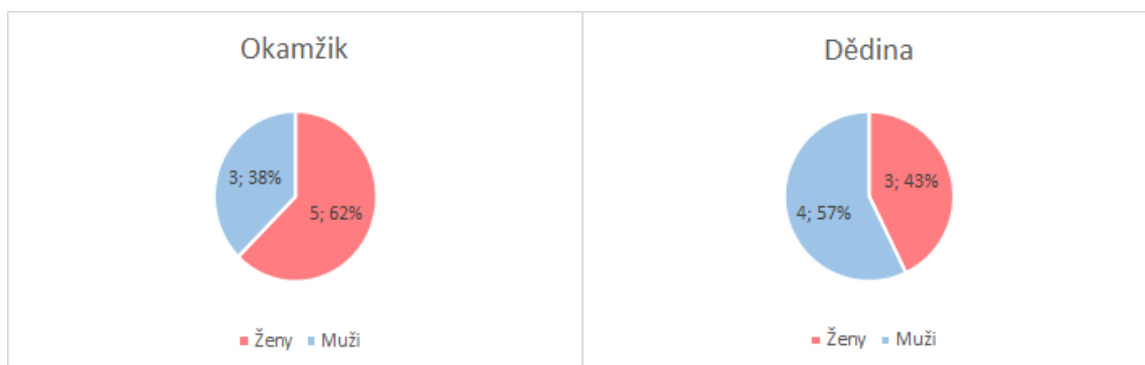
Následně byly pacientům/klientům položeny otázky, na které skupinově odpovídali. Tyto skupiny byly složeny z respondentů, kteří byli osloveni a kteří měli zájem se zúčastnit. Respondenti z Okamžiku pocházeli z různých koutů republiky a tohoto výzkumu se zúčastnili ve svém volném čase. Respondenti z Dědiny nebyli oslovováni předem, protože nebylo jisté, kdo ten den do střediska dorazí. Respondenti byli osloveni v den průzkumu, někteří se však uvolnili z mnoha aktivit, které toto středisko nabízí. Respondenti z Palaty byli také osloveni předem a stejně, jako skupina z Okamžiku, se zúčastnili průzkumu ve svém volném čase. Některé typy otázek musely být zopakovány a také rozhovor musel být více veden, hlavně u skupiny z Palaty a to z důvodu věku a také nedoslýchavosti, kterou měla značná část respondentů.

Zaznamenané audio nahrávky byly poté přemístěny z mobilního telefonu do notebooku a přepsány do písemné formy, jejíž délka měla celkem 39 stran. Po přepisu nahrávek, byla tyto data analyzována, jak po stránce kvantitativní, kdy ze získaných dat byly vytvořeny výšečové a sloupcové grafy, tak po stránce kvalitativní, ve druhé části kapitoly 3.4.

3.4 Výsledky práce

V této části kapitoly uvádíme níže výsledky polostrukturovaného rozhovoru v grafickém znázornění jak v absolutní, tak relativní četnosti.

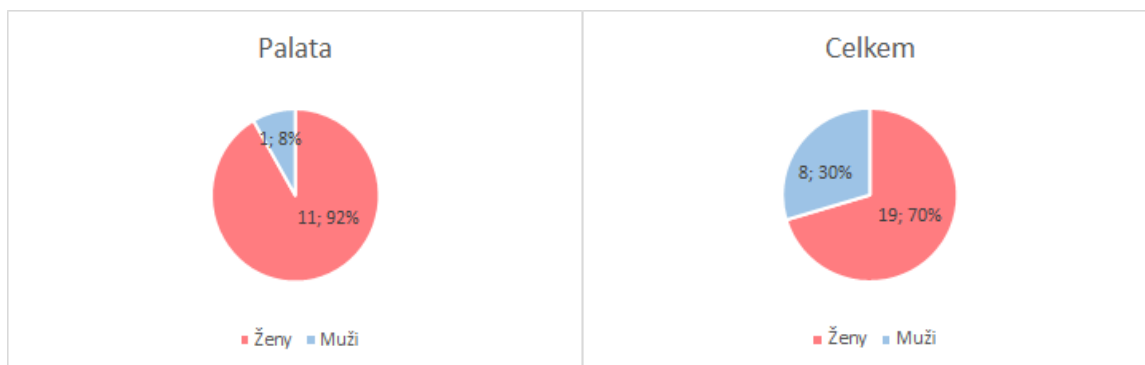
3.4.1 Kvantitativní znázornění získaných dat



Obrázek 1 Pohlaví respondentů Okamžiku Obrázek 2 Pohlaví respondentů Dědiny

Obrázek 1 znázorňuje rozložení skupiny v Okamžiku, podle pohlaví. Skupina obsahovala 5 žen (62%) a 3 muže (38%). V této skupině tedy převládaly ženy nad muži.

Obrázek 2 znázorňuje pohlaví u skupiny respondentů z Dědiny. V této skupině se nacházely 3 ženy (43%) a 4 muži (57%). V této skupině převládali muži nad ženami, ale jen o jednoho respondenta.

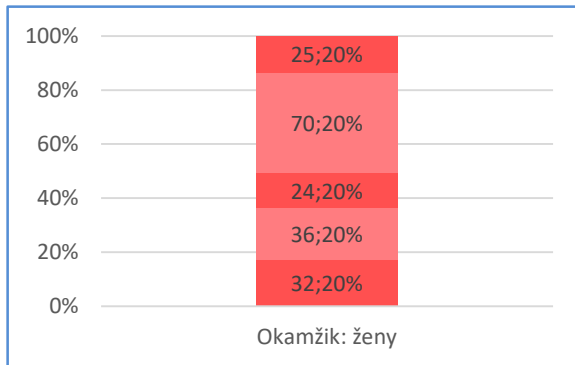


Obrázek 3 Pohlaví respondentů Palaty

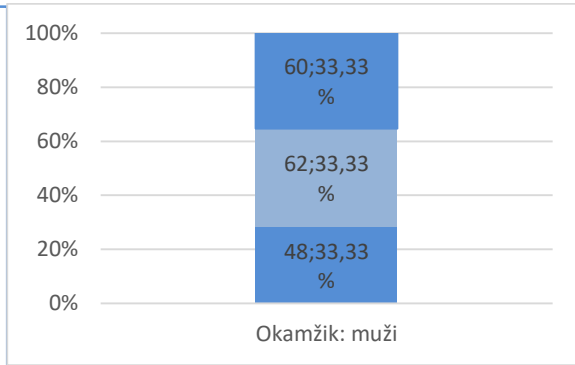
Obrázek 4 Pohlaví všech respondentů

Obrázek 3 znázorňuje rozložení pohlaví v Palatě. V této skupině se nacházelo 11 žen (92%) a 1 muž (8%). V této skupině převládaly s velkou částí ženy nad jedním mužem.

Obrázek 4 znázorňuje rozložení všech respondentů ve všech třech skupinách. Celého šetření se celkem zúčastnilo 19 žen (70%) a 8 mužů (30%). Celkově se tedy výzkumného šetření zúčastnilo více žen.



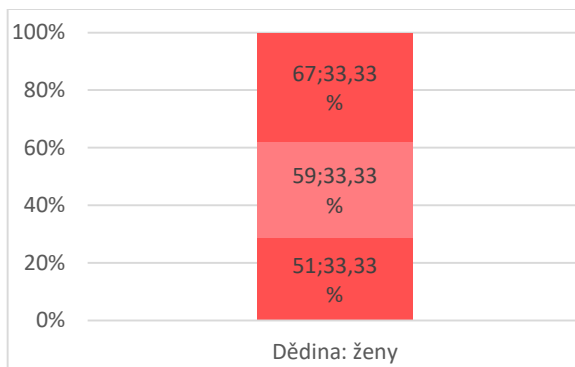
Obrázek 5 Věk žen v Okamžiku



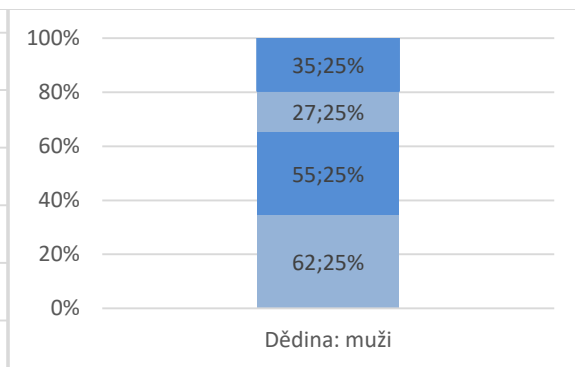
Obrázek 6 Věk mužů v Okamžiku

Obrázek 5 uvádí rozložení věku u žen z Okamžiku. Nejmladší respondentce bylo tedy 24 let, nejstarší bylo 70 let. Medián žen z Okamžiku je 32.

Obrázek 6 ukazuje rozložení věku mužů z Okamžiku. Nejmladšímu respondentovi v této skupině bylo 48 let, nejstaršímu 62 let. Medián věku u mužů je 60.



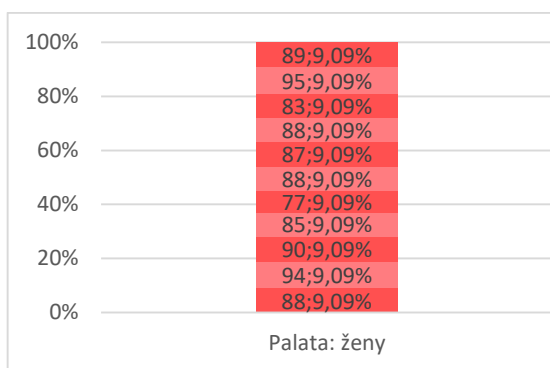
Obrázek 7 Věk žen v Dědina



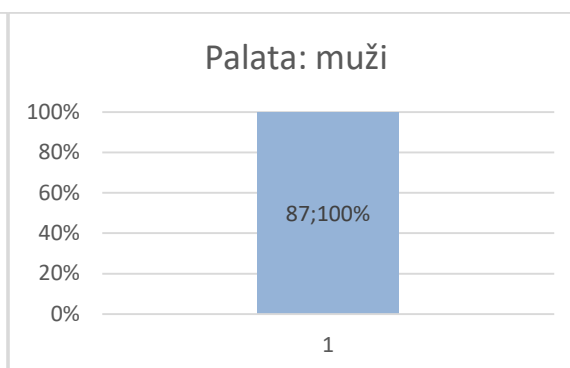
Obrázek 8 Věk mužů v Dědina

Obrázek 7 ukazuje rozložení věku u žen z Dědiny. Nejmladší respondentce bylo 51 let a nejstarší 67 let. Společný medián je 59.

Obrázek 8 znázorňuje věk mužů z Dědiny. Nejmladšímu respondentovi bylo 27 let a nejstaršímu 62 let. Medián pro věk mužů z palaty je 45.



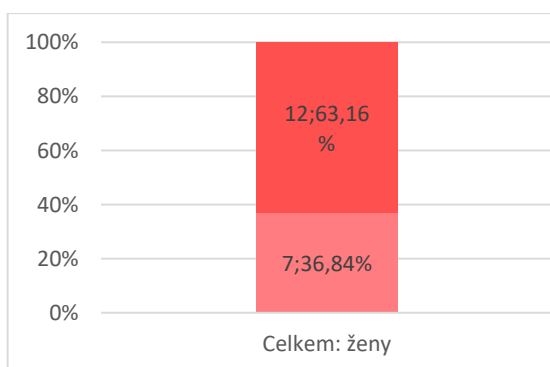
Obrázek 9 Věk žen z Palaty



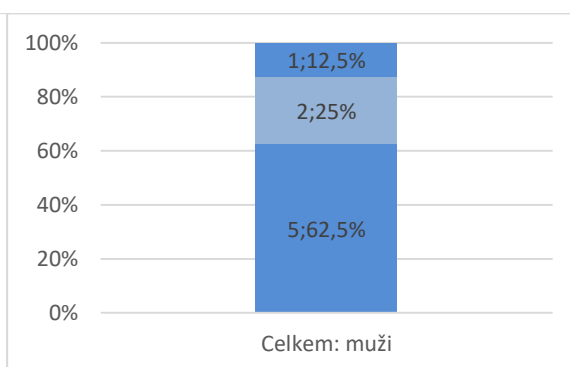
Obrázek 10 Věk mužů z Palaty

Obrázek 9 znázorňuje věkové rozložení skupiny z Palaty. Věkové rozmezí žen bylo od 77 let do 95 let. Společný medián je 88 let.

Obrázek 10 znázorňuje jednoho mužského respondenta z Palaty. Medián pro věk je 87.



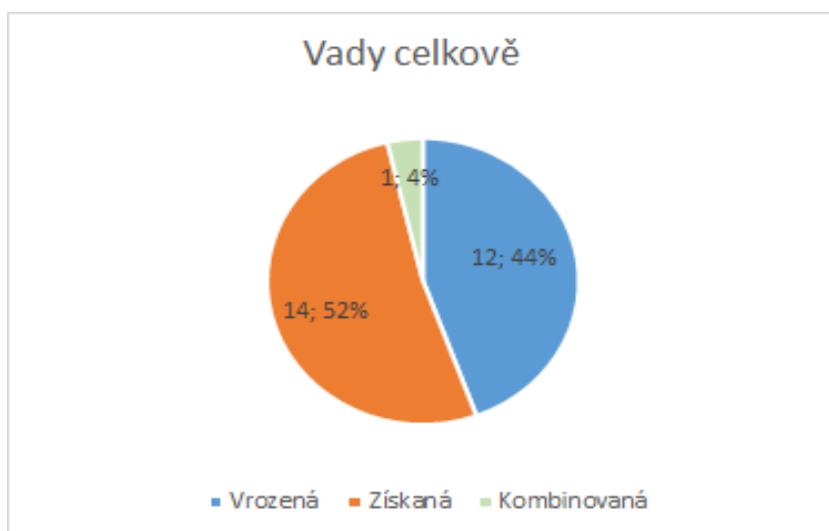
Obrázek 11 Celkové zrakové vady u žen



Obrázek 12 Celkové zrakové vady u mužů

Obrázek 11 znázorňuje celkové množství vad u žen. Největší část tvoří vady získané 12 (63,16%) a poté vady vrozené 7 (36,84%).

Obrázek 12 znázorňuje celkové množství vad u mužů. Největší procento tvoří, oproti ženám, vady vrozené 5 (62,5%), následují vady získané 2 (25%) a vada kombinovaná 1 (12,5%).

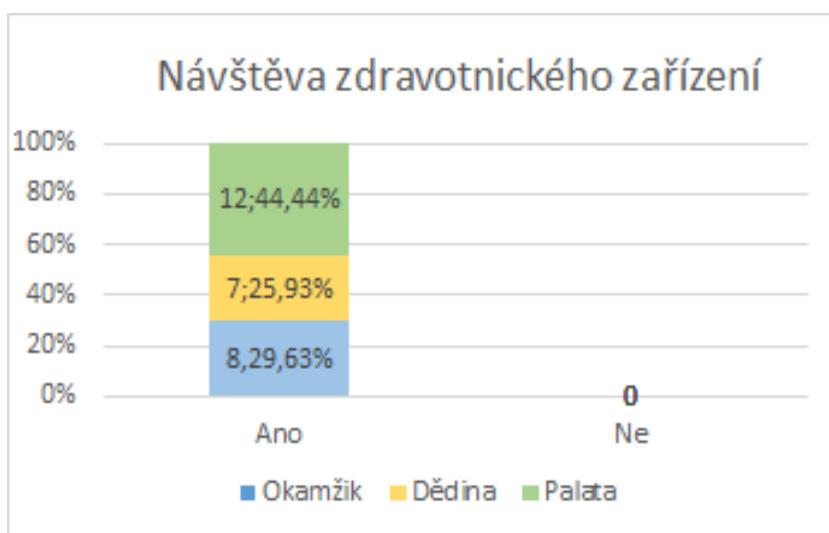


Obrázek 13 Celkové vady všech skupin (Zdroj: Autor)

Obrázek 13 znázorňuje celkové rozložení vad u všech respondentů. Nejvíce vad bylo získaných 14 (52%). Dále to byly vady vrozené 12 (44%) a vada kombinovaná 1 (4%) z celkového počtu.

V následující části jsou pro větší přehlednost graficky znázorněny odpovědi respondentů na jednotlivé otázky v rozhovoru, ze všech zařízení v celkovém součtu.

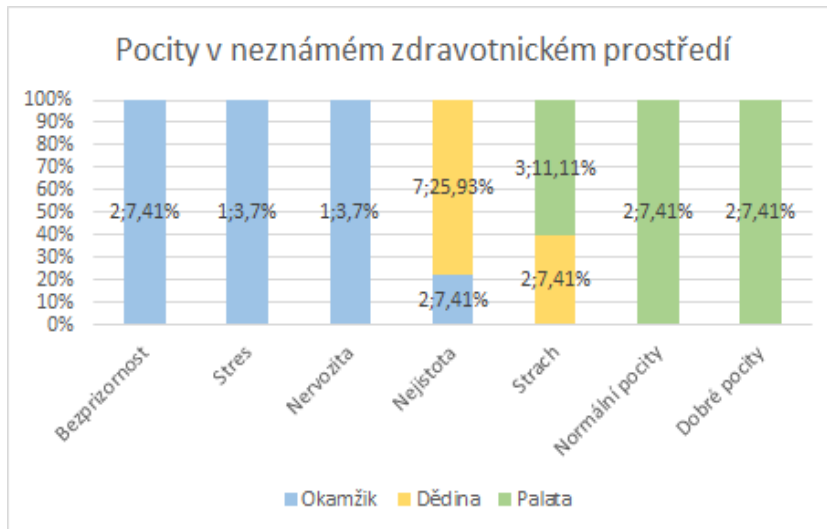
Položka 1: Navštívil/a jste během svého života zdravotnické zařízení?



Obrázek 14 Návštěva zdravotnického zařízení (Zdroj: Autor)

Obrázek 14 znázorňuje, kolik respondentů během svého života navštívilo zdravotnické zařízení. Všichni účastníci tedy 100% respondentů, odpovědělo ano. Z toho 12 (44,44%) respondentů z Palaty, 7 (25,93%) z Dědiny a 8 (29,63%) z Okamžiku.

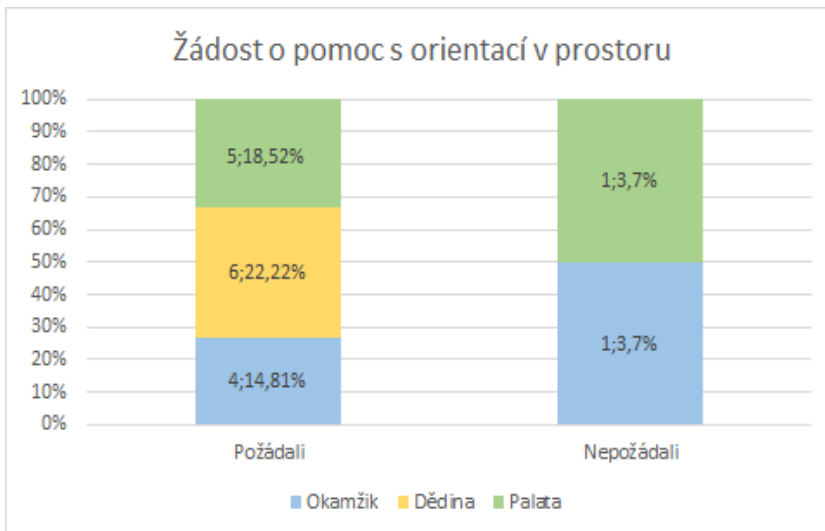
Položka 2: Jak byste popsal/a Vaše prvotní pocity v neznámém zdravotnickém prostředí?



Obrázek 15 Pocity v neznámém zdravotnickém prostředí (Zdroj: Autor)

Obrázek 15 zobrazuje, jaké prvotní pocity zažívali respondenti, když se ocitli v neznámém zdravotnickém prostředí. Nejvíce respondentů a to celkem 9 (33,34%), z toho 7 (25,93%) z Dědiny a 2 (7,41%) z Okamžiku uvedlo, že nejčastější pocit je nejistota. U respondentů z Palaty 3 (11,11%) byl nejčastější pocit strach. Tento strach sdíleli i 2 (7,41%) respondenti z Dědiny. Dalšími pocity byla bezprizornost, kterou pociťovali 2 (7,41%) respondenti, stres 1 (3,7%), nervozita 1 (3,7%), normální pocity 2 (7,41%) a dobré pocity 2 (7,41%).

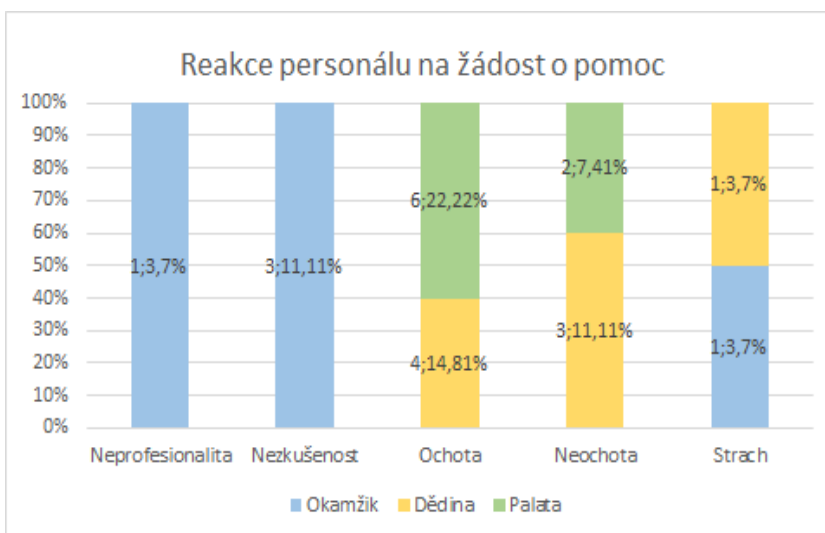
Položka 3: Byl/a jste si jistý/á svou orientací v prostoru, nebo jste spíše musel/a požádat o pomoc zdravotnický personál?



Obrázek 16 Žádost o pomoc s orientací v prostoru (Zdroj: Autor)

Obrázek 16 ukazuje, kolik respondentů požádalo o pomoc zdravotnický personál, když si nebyli jistí svou orientací. Z toho 15 (55,55%) respondentů uvedlo, že museli o pomoc požádat a to 5 (18,52%) z Palaty, 6 (22,22%) z Dědiny a 4 (14,81%) z Okamžiku. Jen 2 (7,4%) respondenti, 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Okamžiku odpověděli, že o pomoc nepožádali.

Položka 4: Jaká byla reakce personálu, pokud jste požádal/a o pomoc?

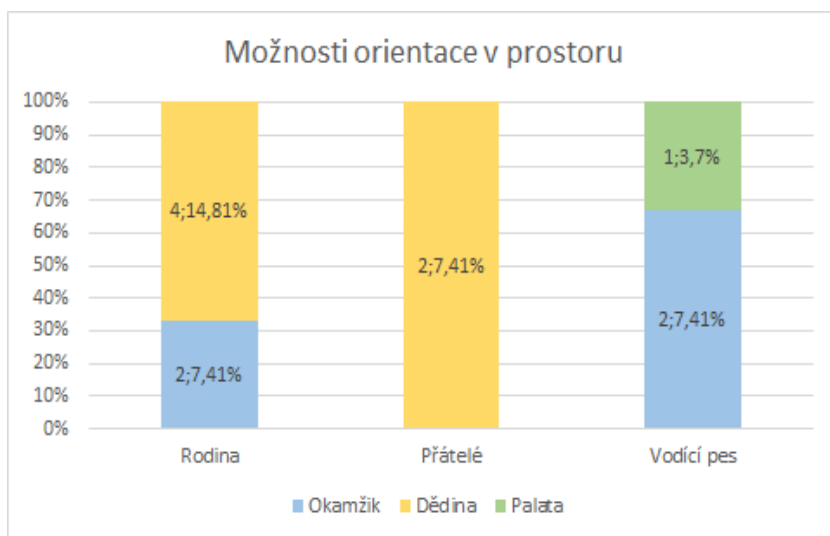


Obrázek 17 Reakce personálu (Zdroj: Autor)

Obrázek 17 znázorňuje, jaká byla reakce personálu, pokud pacienti/klienti požádali o pomoc zdravotnický personál. Nejčastější reakce byla ochota, kterou odpovědělo celkem 10

(37,03%) respondentů a to 6 (22,22%) z Palaty a 4 (14,81%) z Dědiny. Druhou nejčastější reakcí byla neochota, kterou zmínilo 5 (18,52%) a to 2 (7,41%) z Palaty a 3 (11,11%) z Dědiny. Další reakcí byla neprofesionalita 1 (3,7%), nezkušenost 3 (11,11%) a strach 2 (7,4%), který odpověděli dva respondenti a to 1 (3,7%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Dědiny.

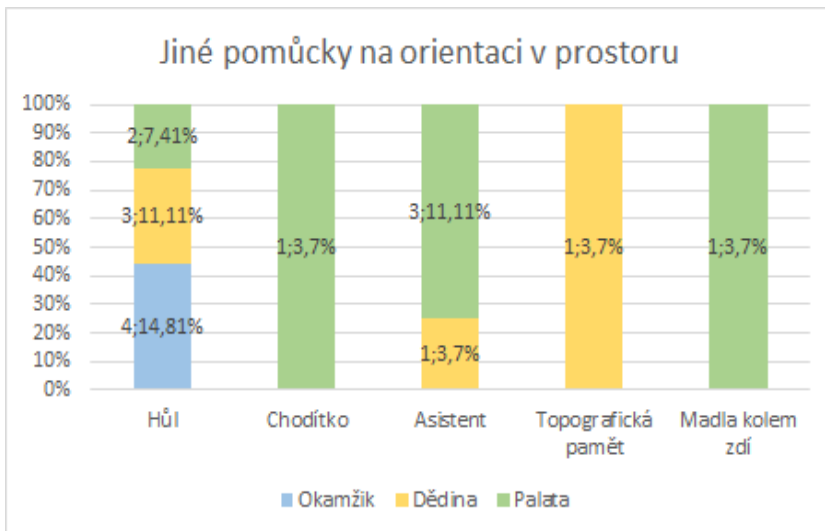
Položka 5: Využíváte nějaké možnosti s orientací v prostoru? Využití pomoci vodícího psa, rodiny či přátel?



Obrázek 18 Možnosti orientace v prostoru (Zdroj: Autor)

Obrázek 18 ukazuje, jaké možnosti s orientací v prostoru využívají lidé se zrakovým handicapem. Nejčastější možností byla rodina, která byla zmíněná 6 (22,22%) respondenty a to 4 (14,81%) z Dědiny a 2 (7,41%) z Okamžiku. Druhou možností byl vodící pes, kterého odpověděli 3 (11,11%) respondenti a to 1(3,7%) z Palaty a 2 (7,41%) z Okamžiku. Poslední možností byli přátelé, které zmínili pouze 2 (7,41%) respondenti z Dědiny.

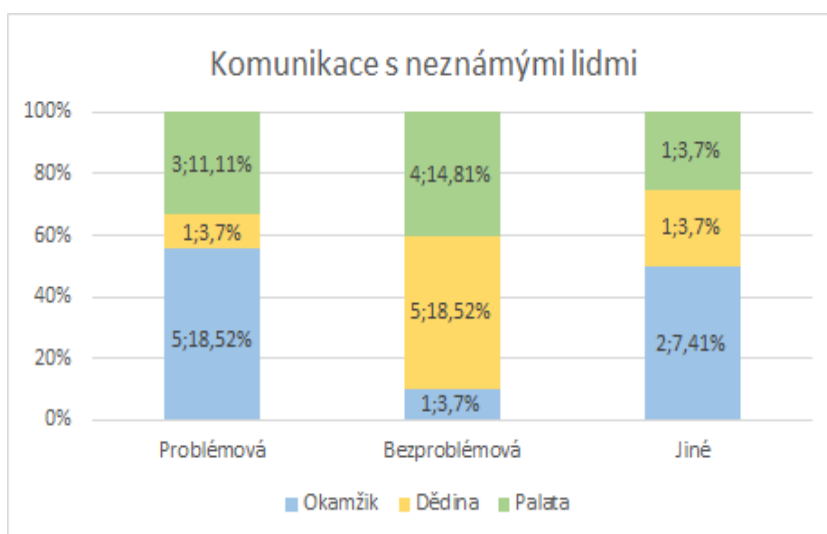
Položka 6: Jestliže nevyužíváte pomoci svých blízkých, jak se orientujete v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?



Obrázek 19 Jiné pomůcky na orientaci v prostoru (Zdroj: Autor)

Obrázek 19 zobrazuje další možnosti, jak se zrakově handicapovaní orientují v prostoru. Nejčastěji se tito lidé orientují pomocí hole, kterou zmínilo celkem 9 (33,33%) respondentů a to 4 (14,81%) z Okamžiku, 3 (11,11%) z Dědiny a 2 (7,41%) z Palaty. Další nejčastější možností byl asistent, kterého zmínili 4 (14,81%) respondenti a to 3 (11,11%) z Palaty a 1 (3,7%) z Dědiny. Dalšími možnostmi bylo chodítko 1 (3,7%), topografická paměť 1 (3,7%) a madla kolem zdí 1 (3,7%).

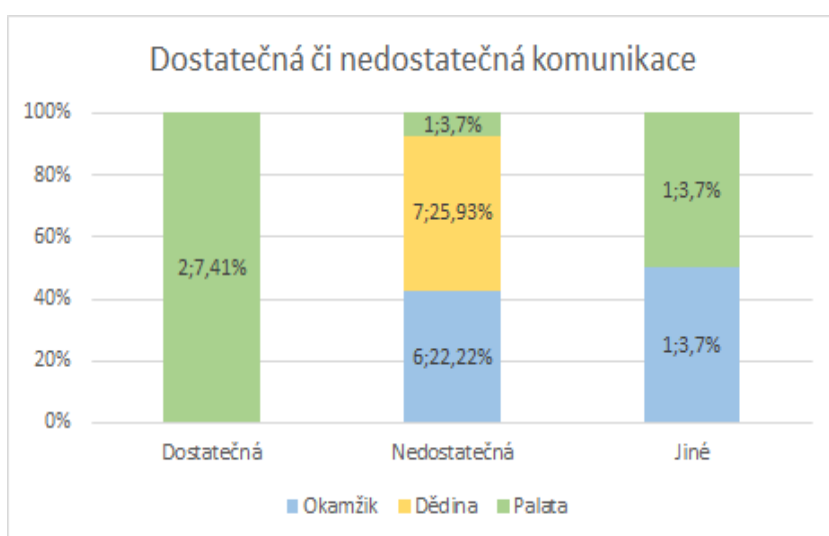
Položka 7: Je pro Vás komunikace se známými lidmi jednodušší, nebo Vám nedělá problém i komunikace s neznámými lidmi?



Obrázek 20 Komunikace s neznámými lidmi (Zdroj: Autor)

Obrázek 20 znázorňuje, jak byla komunikace s neznámými lidmi pro pacienty/klienty se zrakovým handicapem, problémová. Za problémovou komunikaci ji považuje 9 (33,33%) dotazovaných respondentů a to 5 (18,52%) z Okamžiku, 3 (11,11%) z Palaty a 1 (3,7%) z Dědiny. Za bezproblémovou ji označuje celkem 10 (37,03%) respondentů, 5 (18,52%) z Dědiny, 4 (14,81%) z Palaty a 1 (3,7%) z Okamžiku. Nespecificky se vyjádřili 4 (14,81%) respondentů a to 2 (7,41%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty.

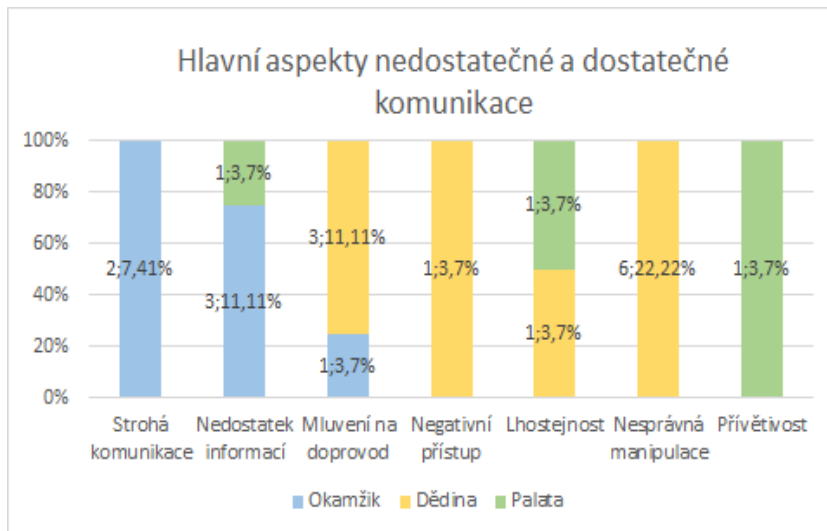
**Položka 8: Jak jste vnímal/a komunikaci mezi Vámi a zdravotnickým personálem?
Byla tato komunikace dostatečná, nebo nedostatečná?**



Obrázek 21 Dostatečná či nedostatečná komunikace (Zdroj: Autor)

Obrázek 21 zobrazuje, jak pacienti/klienti se zrakovým handicapem vnímají komunikaci mezi nimi a zdravotnickými pracovníky a zda tuto komunikaci považují za dostatečnou, nebo nedostatečnou. Jako nedostatečnou ji považuje 14 (51,85%) respondentů a to celkem 6 (22,22%) z Okamžiku, 7 (25,93%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty. Jako dostatečnou ji považují 2 (7,41%) respondenti z Palaty a nespecificky se vyjádřili 2 (7,4%) respondenti, 1 (3,7%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Palaty.

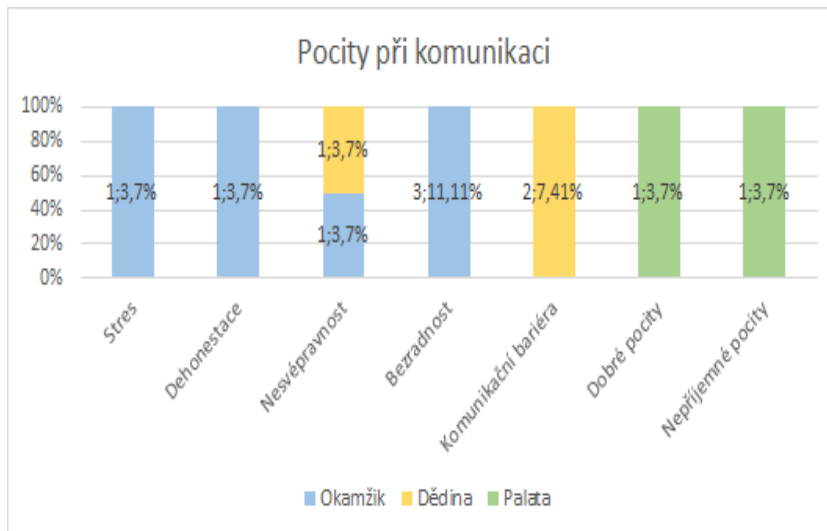
Položka 9: Pokud byla dostatečná, co se Vám na této komunikaci líbilo? A pokud byla nedostatečná, tak co pro Vás naopak bylo nepříjemné?



Obrázek 22 Hlavní aspekty nedostatečné a dostatečné komunikace (Zdroj: Autor)

Obrázek 22 ukazuje, jaké aspekty byly pro pacienty/klienty v této komunikaci příjemné a jaké byly nepříjemné. Mezi nedostatečný aspekt považují respondenti nesprávnou manipulaci s jejich osobou a to celkem 6 (22,22%) z Dědiny. Mluvení na doprovod považuje za nedostatečný aspekt 4 (14,81%) respondenti a to 3 (11,11%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Okamžiku. Dalším nedostatečným aspektem je nedostatek informací, který zmínili 4 (14,81%) respondenti, 3 (11,11%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Palaty. Mezi další nedostatečné aspekty dle pacientů/klientů patří strohá komunikace 2 (7,41%) z Okamžiku, lhostejnost 2 (7,4%) a to 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Dědiny. Negativní přístup je považován za nedostatečný aspekt u 1 (3,7%) respondenta z Dědiny. Mezi příjemný aspekt patří přívětivost, kterou odpověděl 1 (3,7%) respondent z Palaty.

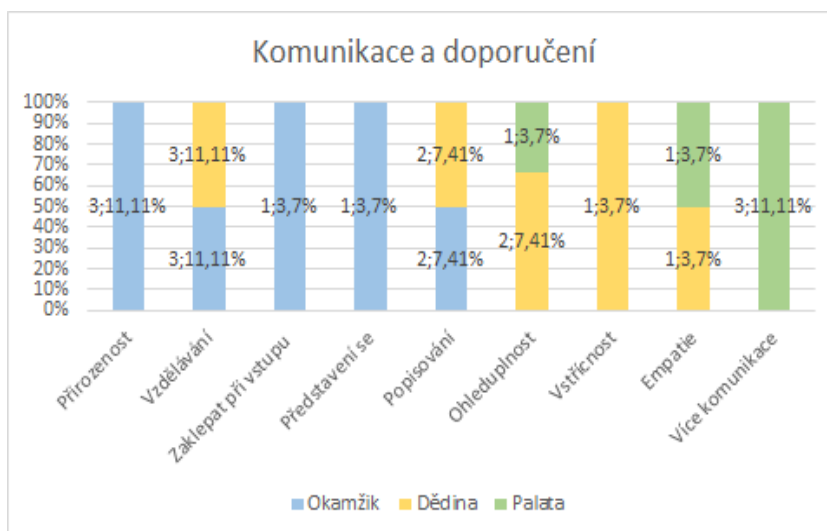
Položka 10: Dokážete popsat, jaké pocity jste při komunikaci se zdravotnickým personálem měl/a?



Obrázek 23 Pocity při komunikaci (Zdroj: Autor)

Obrázek 23 znázorňuje, jaké pocity zažívali pacienti/klienti při komunikaci se zdravotnickým personálem. Celkem 3 (11,11%) respondenti z Okamžiku odpověděli, že se cítili bezradně. Respondenti z Dědiny 2 (7,41%) uvedli, že pociťovali komunikační bariéru. Další pocit popsali 2 (7,4%) respondenti, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Okamžiku, jako nesvéprávnost. Další pocity byly dehonestace 1 (3,7%) z Okamžiku, stres 1 (3,7%) z Okamžiku, dobré pocity 1 (3,7%) z Palaty a nepříjemné pocity pociťoval 1 (3,7%) respondent z Palaty.

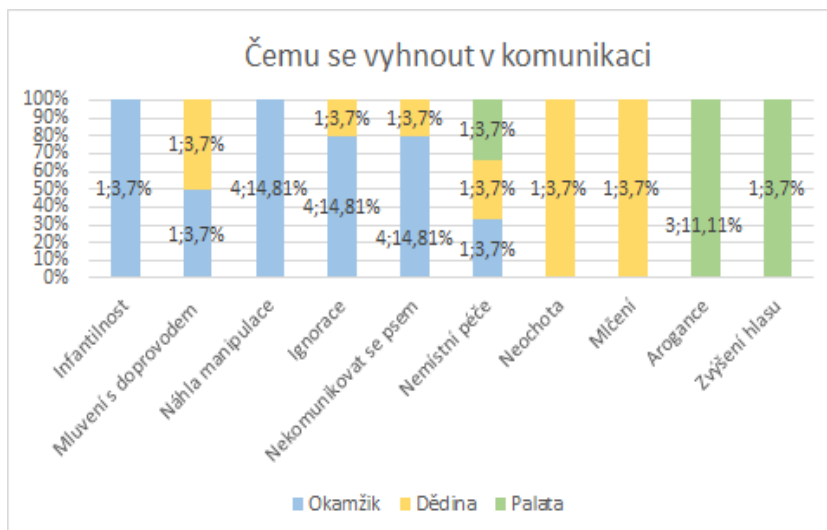
Položka 11: Co byste doporučil/a zdravotnickému personálu v komunikaci s Vaší osobou?



Obrázek 24 Komunikace a doporučení (Zdroj: Autor)

Obrázek 24 zobrazuje, jaké aspekty doporučují pacienti/klienti zdravotnickým pracovníkům. Nejvíce doporučují větší míru vzdělávání a to 6 (22,22%) respondentů, 3 (11,11%) z Dědiny a 3 (11,11%) z Okamžiku. Jako druhý nejčastější aspekt doporučují popisování věcí okolo nich, a to 4 (14,82%), 2 (7,41%) z Okamžiku, 2 (7,41%) z Dědiny. Dále doporučují přirozenost a to 3 (11,11%) z Okamžiku, více komunikace 3 (11,11%) z Palaty. Ohleduplnost doporučují 3 (11,11%) respondenti, 1 (3,7%) z Palaty a 2 (7,41%) z Dědiny. Více empatie by uvítali 2 (7,4%) respondenti a to 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty. Mezi další doporučení se uvádí vstřícnost 1 (3,7%) z Dědiny, představení se 1 (3,7%) z Okamžiku a zaklepání na dveře při vstupu 1 (3,7%) respondent z Okamžiku.

Položka 12: Čemu by se měl dle Vašeho názoru zdravotnický personál vyhnout?

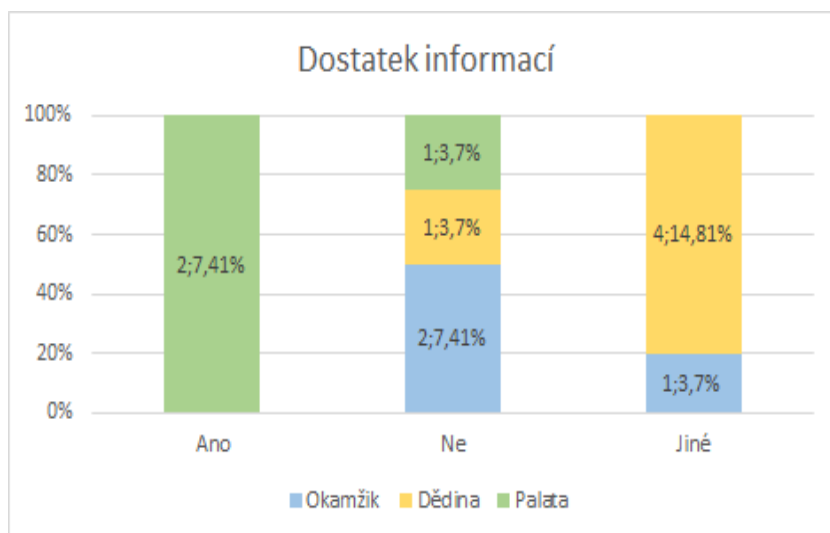


Obrázek 25 Čemu se vyhnout v komunikaci (Zdroj: Autor)

Obrázek 25 znázorňuje, jakým aspektům by se měl zdravotnický personál vyhnout v komunikaci s pacienty/klienty se zrakovým handicapem. Jako podstatný chybný aspekt považuje 5 (18,51%) respondentů a to 1 (3,7%) z Dědiny a 4 (14,81%) z Okamžiku, ignoraci. Nekomunikovat s vodícím psem nedoporučuje 5 (18,51%), 4 (14,81%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Dědiny. Náhlá manipulace bez upozornění je chybná pro 4 (14,81%) respondentů z Okamžiku. Aroganci zmínili 3 (11,11%) respondenti z Palaty. Nemístní péči také nedoporučují 3 (11,11%) respondenti, 1 (3,7%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty. Dalším chybným aspektem je mluvení na doprovod, tento aspekt zmínili 2 (7,41%) respondenti, 1 (3,7%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Dědiny. Dalšími chybnými aspekty, které

respondenti nedoporučují, jsou infantilnost 1 (3,7%) z Okamžiku, zvyšování hlasu 1 (3,7%) z Palaty, neochota 1 (3,7%) z Dědiny a mlčení 1 (3,7%) z Dědiny.

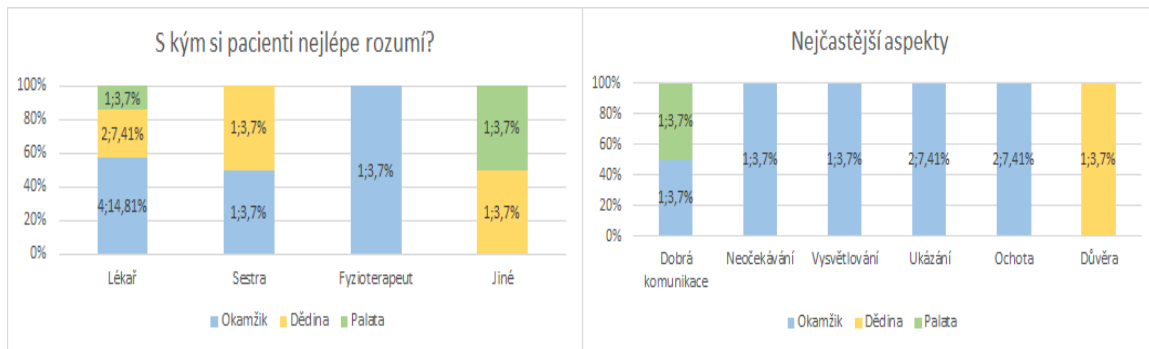
Položka 13: Byl Vám během komunikace mezi Vámi a zdravotnickým pracovníkem poskytnut dostatek informací (například: popsání cesty na ambulanci)?



Obrázek 26 Dostatek informací (Zdroj: Autor)

Obrázek 26 ukazuje, jestli bylo pacientům/klientům poskytnut dostatek informací. Z toho 5 (18,51%) respondentů, 4 (14,81%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Okamžiku, odpovědělo nespecificky. Nedostatek informací zmínili celkem 4 (14,81%) respondenti, 2 (7,41%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty. Dostatek informací dostali 2 (7,41%) respondenti z Palaty.

Položka 14: S jakým zdravotnickým pracovníkem máte dobré zkušenosti, co se komunikace týče (například: se sestrou, s lékařem, s jiným nelékařským pracovníkem)? A proč si myslíte, že si s tímto zdravotnickým pracovníkem nejlépe rozumíte?

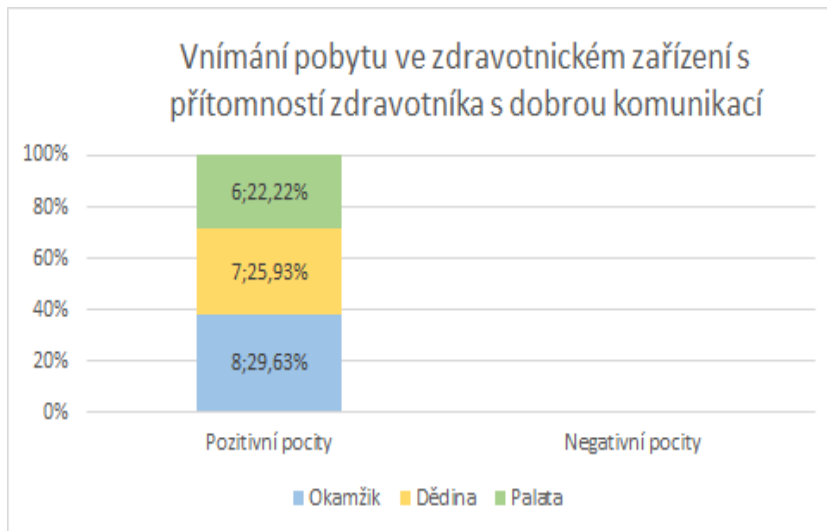


Obrázek 27 S kým si pacienti nejlépe rozumí? Obrázek 28 Nejčastější aspekty

Obrázek 27 zobrazuje, s kterými zdravotnickými pracovníky si pacienti/klienti nejlépe rozumí. Nejvíce odpovědí bylo u lékaře, kterého zmínilo celkem 7 (25,92%) respondentů, 4 (14,81%) z Okamžiku, 2 (7,41%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty. Dále byla zmíněna sestra, kterou zmínili 2 (7,41%) respondenti, 1 (3,7%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Dědiny. S fyzioterapeutem si dobře rozuměl 1 (3,7%) respondent z Okamžiku. Nespecifikovaně odpověděli 2 (7,41%) respondenti, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty.

Obrázek 28 představuje důvody, proč si klienti s těmito odborníky nejlépe rozumí. Nejčastěji zmiňované důvody jsou dobrá komunikace, kterou zmínili 2 (7,41%) respondenti, 1 (3,7%) z Palaty, 1 (3,7%) z Okamžiku. Dále je to ochota, kterou odpověděli 2 (7,41%) respondenti z Okamžiku. Ukázání věcí kolem pacienta/klienta zmínili 2 (7,41%) z Okamžiku. Mezi další důvody, které byly zmíněny, patří důvěra 1 (3,7%) z Dědiny, dostatečné vysvětlování 1 (3,7%) z Okamžiku a neočekávání 1 (3,7%) z Okamžiku.

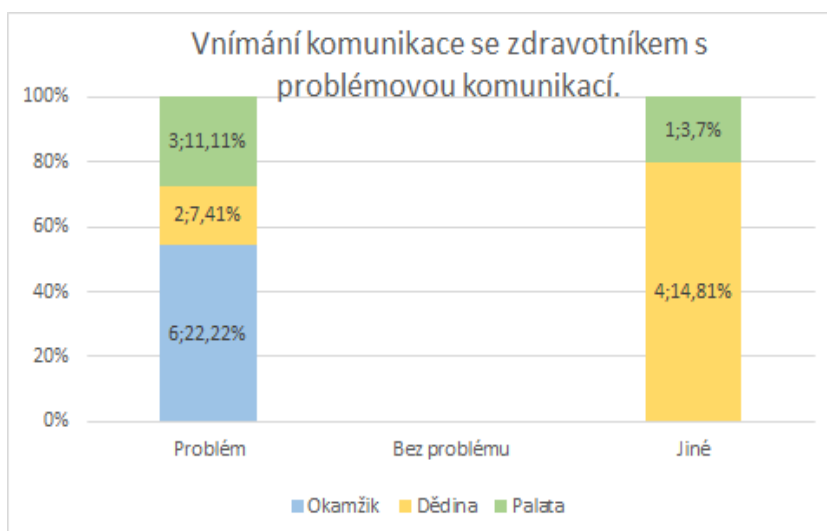
Položka 15: Jak vnímáte svůj krátkodobý nebo dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení, když je přítomen zdravotnický pracovník, se kterým si komunikačně rozumíte?



Obrázek 29 Vnímání pobytu (Zdroj: Autor)

Obrázek 29 znázorňuje vnímání pobytu pacientů/klientů ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti zdravotníka, se kterým si rozumí. Celkem 21 (77,78%) respondentů, 8 (29,63%) z Okamžiku, 7 (25,93%) z Dědiny a 6 (22,22%) z Palaty, uvedlo, že je pobyt příjemnější, pokud je přítomen zdravotník se kterým si rozumí.

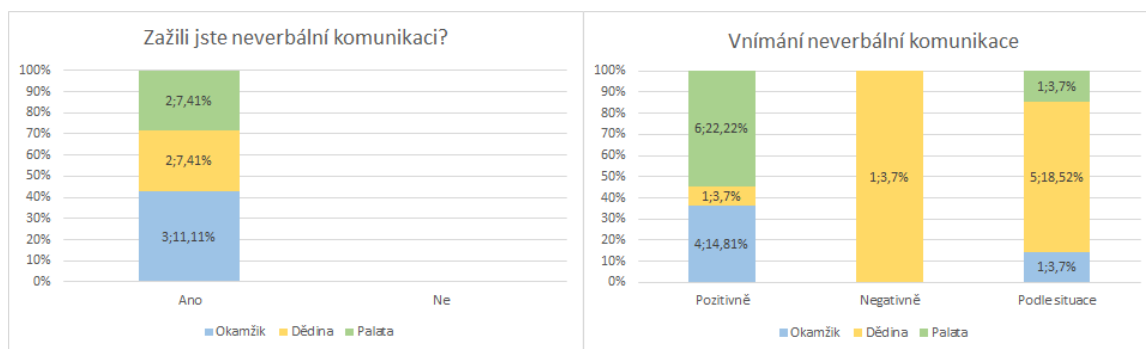
Položka 16: Dělá Vám problém začít komunikovat se zdravotnickým pracovníkem (například: sestra v ambulanci, Váš lékař), o kterém opakovaně víte, že je s ním komunikace problémová (například: nepřátelský tón hlasu, odsekávání, pohrdání Vaší osobou)?



Obrázek 30 Vnímání negativní komunikace (Zdroj: Autor)

Obrázek 30 znázorňuje, kolika respondentům dělá problém navazování komunikace se zdravotnickým pracovníkem, se kterým je komunikace problémová. Celkem 11 (40,74%) respondentů, 6 (22,22%) z Okamžiku, 3 (11,11%) z Palaty a 2 (7,41%) z Dědiny, odpovědělo, že je pro ně problém navázat takovou komunikaci. Dále se pak 5 (18,51%) respondentů, 4 (14,81%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty, vyjádřilo nespécificky.

Položka 17: Zažil/a jste někdy i neverbální komunikaci (například: dotekem)? A pokud ano, jak na takovou neverbální komunikaci reagujete?

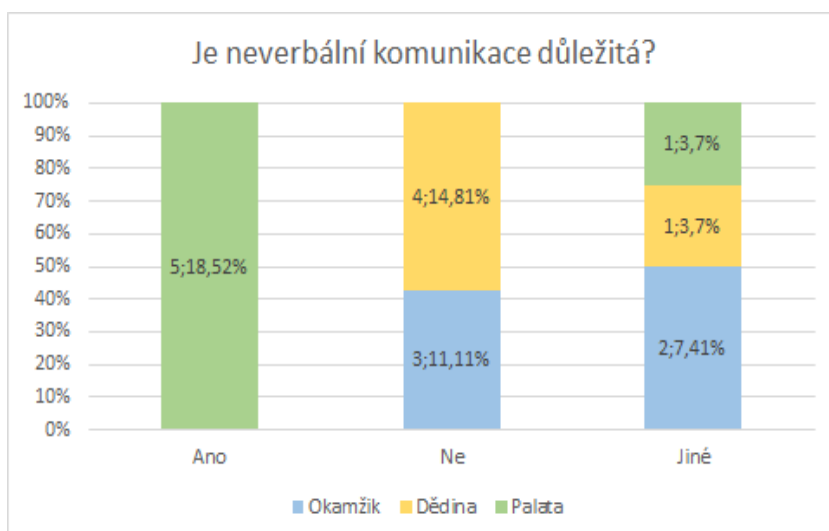


Obrázek 31 Zažili jste neverbální komunikaci? Obrázek 32 Vnímání neverbální komunikace

Obrázek 31 zobrazuje, kolik respondentů zažilo neverbální komunikaci. Celkem 7 (25,93%) respondentů, 3 (11,11%) z Okamžiku, 2 (7,41%) z Dědiny a 2 (7,41%) z Palaty odpovědělo, že neverbální komunikaci zažili.

Obrázek 32 znázorňuje, jak pacienti/klienti tuto neverbální komunikaci vnímají. Z toho 11 (40,73%) respondentů, 6 (22,22%) z Palaty, 4 (14,81%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Dědiny zmínili, že neverbální komunikaci vnímají pozitivně. Negativně tuto zkušenost hodnotí 1 (3,7%) respondent z Dědiny. Podle situace hodnotí neverbální komunikaci 7 (25,92%) respondentů, 5 (18,52%) z Dědiny, 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Okamžiku.

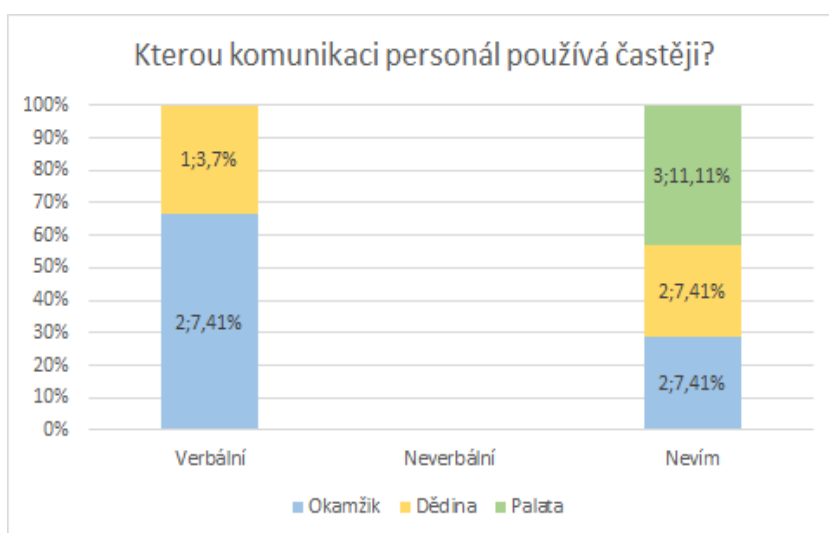
Položka 18: Je neverbální komunikace pro Vás důležitá, či dáváte přednost komunikaci zcela verbální?



Obrázek 33 Je neverbální komunikace důležitá? (Zdroj: Autor)

Obrázek 33 znázorňuje, pro koho je neverbální komunikace v celkové komunikaci důležitá a pro koho ne. Celkem 7 (25,92%) respondentů, 4 (14,81%) z Dědiny a 3 (11,11%) z Okamžiku odpovědělo, že pro ně neverbální komunikaci není důležitá. Naopak tomu je u respondentů z Palaty, kde 5 (18,52%) odpovědělo, že je pro ně neverbální komunikace důležitá. Nespecifikovaně se vyjádřili 4 (14,81%) respondenti a to 2 (7,41%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Palaty.

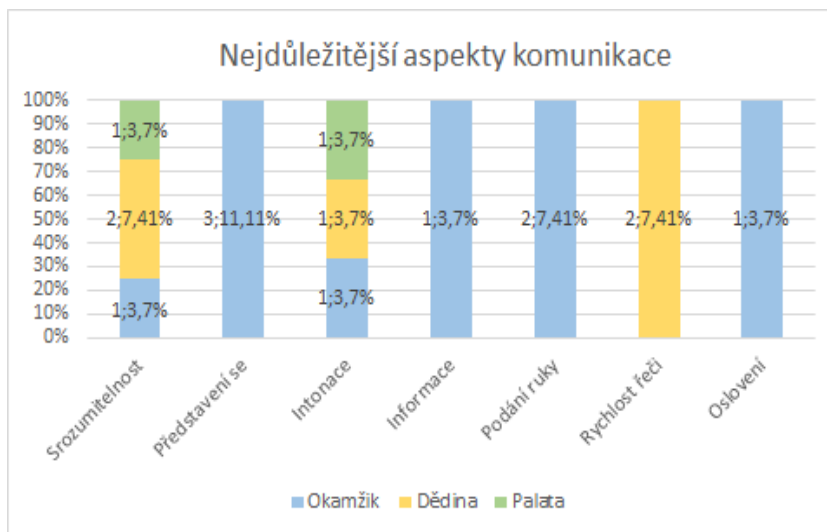
Položka 19: Myslíte si, že zdravotnický personál častěji používá verbální či neverbální komunikaci, pokud jde o pacienty se zrakovým handicapem?



Obrázek 34 Kterou komunikaci personál používá častěji? (Zdroj: Autor)

Obrázek 34 poukazuje na to, jestli si pacienti/klienti myslí, že zdravotnický personál používá více verbální, či neverbální komunikaci. Celkem 7 (25,93%) respondentů, 3 (11,11%) z Palaty, 2 (7,41%) z Dědiny a 2 (7,41%) z Okamžiku odpovědělo, že neví. Celkem 3 (11,11%) respondentů, 2 (7,41%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Dědiny si myslí, že zdravotničtí pracovníci používají spíše verbální komunikaci.

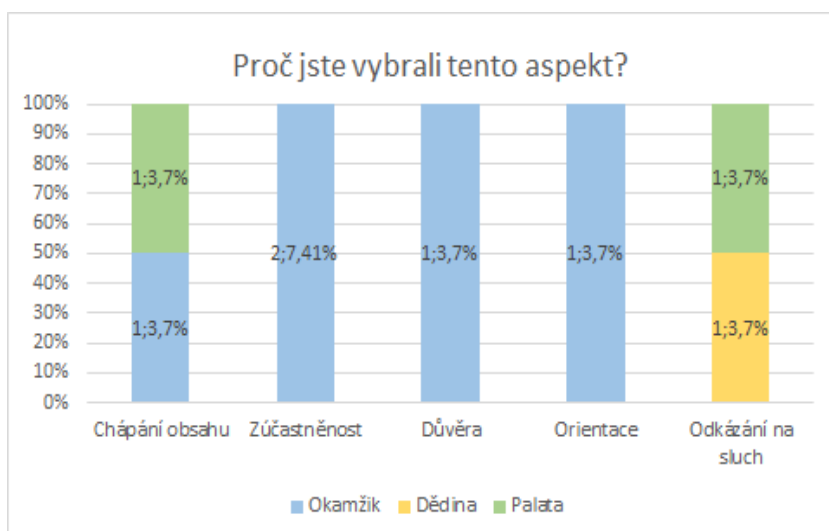
Položka 20: Dokážete říct, na co z hlediska komunikace kladete největší důraz (Například: srozumitelnost, intonace)?



Obrázek 35 Nejdůležitější aspekty komunikace (Zdroj: Autor)

Obrázek 35 znázorňuje, jaké jsou pro pacienty/klienty se zrakovým handicapem, nejdůležitější aspekty v komunikaci. Nejčastější odpověď byla srozumitelnost, tu zmínili 4 (14,81%) respondenti a to 2 (7,41%) z Dědiny, 1 (3,7%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Palaty. Dále bylo důležité představit se, tento aspekt zmínili 3 (11,11%) respondenti z Okamžiku. Intonaci zmínili 3 (11,11%) respondenti, 1 (3,7%) z Okamžiku, 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Dědiny. Podání ruky je pro 2 (7,41%) respondenty z Okamžiku také důležitým aspektem. Dalším aspektem, který zmínili 2 (7,41%) respondenti z Dědiny je rychlost řeči. Oslovení je důležité pro 1 (3,7%) respondenta z Okamžiku a dostatek informací také zmínil 1 (3,7%) respondent z Okamžiku.

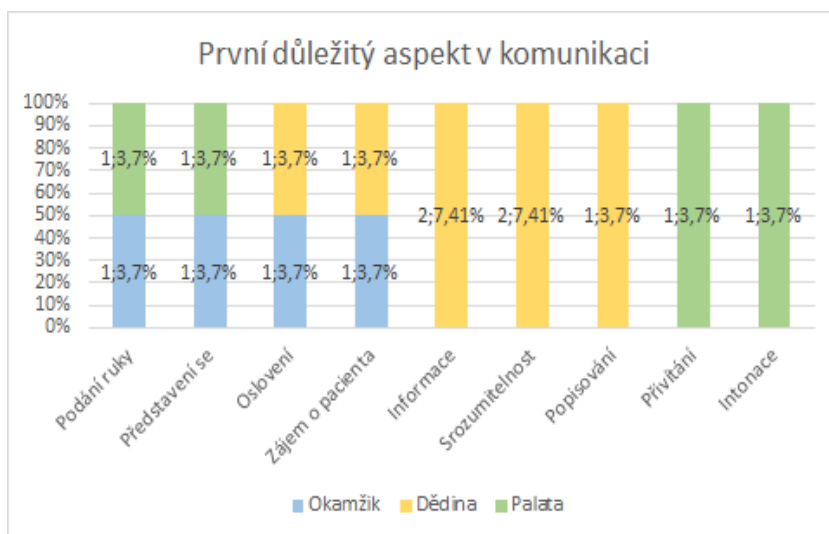
Položka 21: Proč jste vybral/a zrovna tento aspekt?



Obrázek 36 Důvod vybrání tohoto aspektu (Zdroj: Autor)

Obrázek 36 zobrazuje důvody, proč respondenti vybrali zrovna tyto aspekty v komunikaci. Důležitost chápání obsahu je hlavním důvodem pro 2 (7,4%) respondenty a to 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Okamžiku. Dalším důvodem byla zúčastněnost v komunikaci. Tento důvod zmínili 2 (7,41%) respondenti z Okamžiku. Další 2 (7,41%) respondenti a to 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Dědiny odpověděli, že jsou odkázáni na sluch. Do těchto důvodů je zahrnuta i důvěra 1 (3,7%) respondenta z Okamžiku a také orientace v prostoru, kterou zmínil 1 (3,7%) respondent z Okamžiku.

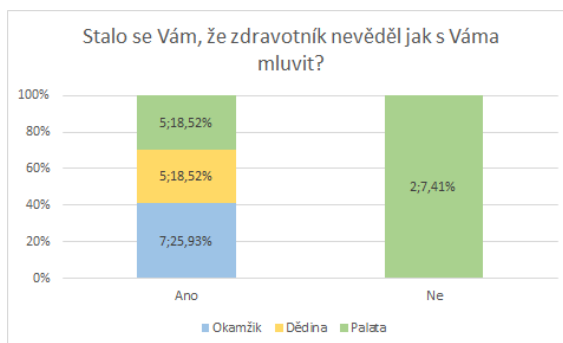
Položka 22: Co je pro Vás důležité při první komunikaci se zdravotnickým pracovníkem?



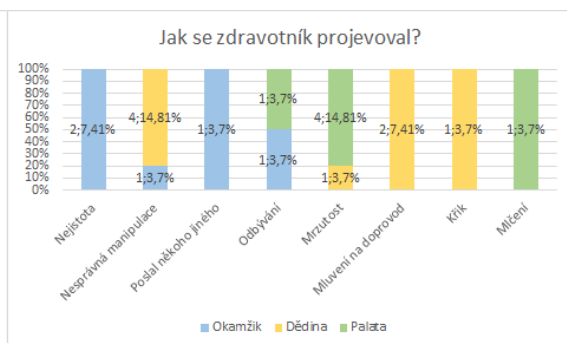
Obrázek 37 První důležitý aspekt v komunikaci (Zdroj: Autor)

Obrázek 37 znázorňuje, jaký aspekt je pro pacienty/klienty nejdůležitější při prvním kontaktu se zdravotnickým pracovníkem. Podání ruky bylo důležité pro 2 (7,41%) respondenty, 1 (3,7%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Palaty. Také představení bylo důležité u 2 (7,41%) respondentů a to 1 (3,7%) z Palaty a 1 (3,7%) z Okamžiku. Pro 2 (7,41%) respondenty, 1 (3,7%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Dědiny bylo nejdůležitější aspekt oslovení. Stejně tak důležitý byl zájem o pacienta pro 2 (7,41%) respondenty, 1 (3,7%) z Dědiny a 1 (3,7%) z Okamžiku. Informace zmínili 2 (7,41%) respondenti z Dědiny, a stejně 2 (7,41%) zmínili srozumitelnost. Pro 1 (3,7%) respondenta z Dědiny bylo důležité popisování věci kolem. Přivítání zmínil 1 (3,7%) respondent z Palaty, stejně tak 1 (3,7%) respondent odpověděl, že je důležitá intonace.

Položka 23: Stalo se Vám někdy, že zdravotnický pracovník nevěděl, jak má s Vámi hovořit? Pokud ano, jak se tento zdravotník projevoval?



Obrázek 38 Komunikace personálu



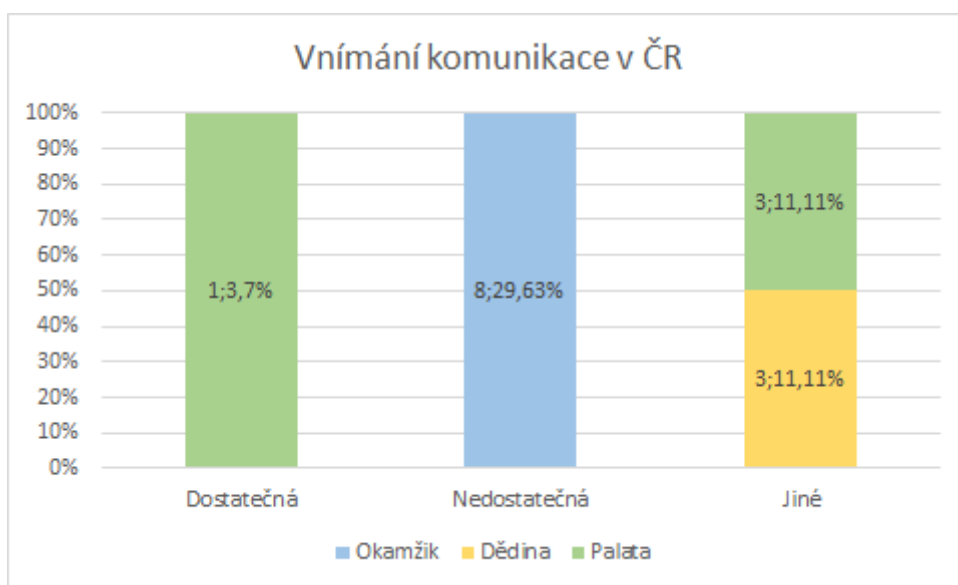
Obrázek 39 Projevy personálu

Obrázek 38 ukazuje, jestli pacienti/klienti zažili situaci, kdy zdravotnický pracovník nevěděl, jak má s nimi komunikovat. Celkem 17 (62,97%) respondentů z toho 7 (25,93%) z Okamžiku, 5 (18,52%) z Dědiny a 5 (18,52%) z Palaty odpovědělo, že se setkali se zdravotnickým pracovníkem, který s nimi neuměl hovořit. S takovým zdravotnickým pracovníkem se nesetkali 2 (7,41%) respondenti z Palaty.

Obrázek 39 znázorňuje, jak se tyto zdravotnické pracovníky projevovali. Nesprávnou manipulaci zaregistrovalo celkem 5 (18,51%) respondentů, 4 (14,81%) z Dědiny, 1 (3,7%) z Okamžiku. Dalším projevem byla mrzutost, kterou zmínilo také 5 (18,51%) respondentů a to 4 (14,81%) z Palaty a 1 (3,7%) z Dědiny. Nejistotu odpověděli 2 (7,41%) respondenti z Okamžiku. Celkem 2 (7,41%) respondenti, 1 (3,7%) z Okamžiku a 1 (3,7%) z Palaty zažili

odbyvání, stejně tak 2 (7,41%) respondenti z Dědiny, zmínili mluvení na doprovod. Projev toho, kdy zdravotnický pracovník za sebe poslal někoho jiného, zažil 1 (3,7%) respondent z Okamžiku. Také 1 (3,7%) respondent z Dědiny zmínil křik a také 1 (3,7%) respondent z Palaty zmínil mlčení.

Položka 24: Vnímáte komunikaci zdravotnických pracovníků v České republice jako dostatečnou?



Obrázek 40 Vnímání komunikace v České republice (Zdroj: Autor)

Obrázek 40 znázorňuje vnímání kvality komunikace s handicapovanými v České republice samotnými pacienty/klienty. Celkem 8 (29,63%) respondentů z Okamžiku shledalo komunikaci v České republice jako nedostatečnou. Jako dostatečnou ji vnímá 1 (3,7%) respondent z Palaty a celkem 3 (11,11%) respondenti z Dědiny a 3 (11,11%) z Palaty se vyjádřili nespécificky.

3.4.2 Kvalitativní zhodnocení získaných dat

Navštívil/a jste během svého života zdravotnické zařízení?

U této otázky respondenti odpověděli stejně ve všech zkoumaných skupinách, kdy všichni pacienti/klienti během svého života navštívili zdravotnické zařízení. Respondenti zmiňují návštěvu jak ambulantního charakteru, tak lůžkového. Někteří respondenti

odpověděli, že zdravotnické zařízení navštívili několikrát. Nejčastější byla odpověď ano, dále se také objevovaly odpovědi: zajisté, několikrát, všichni a hodněkrát či mockrát.

Jak byste popsal/a Vaše prvotní pocity v neznámém zdravotnickém prostředí?

Pocity, které prožívali respondenti/klienti, byly různorodé. Nejčastějším pocitem byla nejistota, která svým počtem dominovala nad všemi odpověďmi. Tuto nejistotu zmiňovali hlavně respondenti z Dědiny a Okamžiku. Tato nejistota mohla pramenit z pocitu náhlého ocitnutí v neznámém prostředí, které pacienti/klienti se zrakovým handicapem neznali.

Mezi další nejčastější pocit, který pacienti/klienti zmiňovali, byl strach a to především pacienti z Palaty, která se vyznačuje vyšším věkem respondentů. Někteří respondenti z Okamžiku se cítili bezprizorně, kdy pacienti/klienti pociťovali jakousi bezradnost ze strany personálu vůči jejich osobám. Stresovou záležitostí je návštěva zdravotnického zařízení pro jednoho respondenta z Okamžiku, protože cítil jakousi povýšenost ze strany zdravotnických pracovníků. Pro jednoho respondenta z Okamžiku je jedním z pocitu nervozita, která pramení z nedostatku informací, co se s ním bude dělat, nebo co se bude dít dále. Pacienti/klienti z Palaty odpověděli, že mají dobré, či normální pocity ve zdravotnickém zařízení. Z toho lze usuzovat, že věkem mohou mít tito pacienti více zkušeností, co se návštěv ve zdravotnickém zařízení týče.

Byl/a jste si jistý/á svou orientací v prostoru, nebo jste spíše musel/a požádat o pomoc zdravotnický personál?

Celkově větší část pacientů musela požádat o pomoc zdravotnický personál, protože ze začátku se tito lidé ocitli někde, kde to neznali a nevěděli, kam popřípadě jít. Pokud nepřišli s průvodcem, dalo by se říct, že byli bezradní a odkázání na pomoc ostatních. Obecně mají pacienti/klienti se zrakovým handicapem problém s orientací ve velkých nemocnicích, kde je mnoho pavilonů. Jedna respondentka z Okamžiku zmiňuje, že kamkoliv jde, má s sebou doprovod, takže ještě nenastala situace, kdy si musela říct o pomoc zdravotnický personál. Jak to však bude v budoucnosti, to neví. Respondentka z Palaty zmiňuje, že požádat nemusela, protože ji vždy pomohli, když viděli, že je nevidomá.

Jaká byla reakce personálu, pokud jste požádal/a o pomoc?

Pacienti/klienti zmínili, že reakce personálu na žádost o pomoc byla většinou ochota, se kterou mají zkušenost respondenti z Palaty a z Dědiny. Na rozdíl od těchto dvou skupin, skupina Okamžik zmiňuje, že se setkala spíše s neprofesionalitou a s nezkušeností personálu, kdy pociťovali pomoc, která však nebyla poskytnuta správně. Jako příklad mnoho respondentů zmínilo špatnou manipulaci, ať už vedení zrakově handicapovaného, kdy jej například strkali před sebou, navigování, nebo fyzický kontakt bez předešlého upozornění.

Jako další reakce byla neochota, kterou zmínili pacienti/klienti z Palaty a z Dědiny. Tato neochota pramenila spíše z nedostatku času zdravotnického personálu či z přepracovaností personálu. Strach, jako reakci personálu na zrakově handicapované zažil jeden respondent z Okamžiku a jeden z Dědiny. Tento strach pramenil z nedostatku zkušeností, nebo zdravotničtí pracovníci měli strach nabídnout pomoc, protože zažili nepříjemné odmítnutí ze strany zrakově handicapovaného.

Využíváte nějaké možnosti s orientací v prostoru? Využití pomoci vodícího psa, rodiny či přátel?

Nejvíce z rozhovoru vyplývá, že rodina hraje v orientaci v prostoru, prim. Pomoc rodiny používají respondenti z Okamžiku a z Dědiny, pokud jdou někam, kde to přímo neznají. Dva respondenti z Dědiny využívají pomoci svých přátel, pokud je přijdou navštívit. Naproti těmto dvou skupinám, respondentka z Palaty odpovídá, že více využívá vodícího psa, nebo jiné alternativy. Vodícího psa používají i dva pacienti/klienti z Okamžiku. Jedna respondentka však zmiňuje, že by hospitalizaci s vodícím psem nechtěla a že jej používá v ambulantní sféře.

Jestliže nevyužíváte pomoci svých blízkých, jak se orientujete v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?

Nejčastější alternativou zmiňují pacienti/klienti se zrakovým handicapem hůl, která má pro ně nejen orientační využití, ale také jsou jakýmsi symbolem, který poukazuje na jejich handicap. Tuto hůl zmínili respondenti ve všech třech zkoumaných skupinách. Následuje využití asistence, kterou zmiňovali především pacienti/klienti z Palaty. Pokud tyto lidé jdou někam, kde to vůbec neznají, využívají doprovodu z Palaty. Stejně tak jeden respondent z Dědiny využívá možnosti asistence. Mezi další pomůcky s orientací v prostoru zmínili pacienti/klienti z Palaty, chodítka a madla kolem zdí. Bohužel, ne všude jsou tyto madla kolem zdí přítomná. Jeden pacient/klient z Dědiny zmiňuje, že využívá své topografické paměti, kdy ještě bez zrakového handicapu, prošel celou Prahu. Avšak také zmiňuje, že si musí dávat pozor hlavně na stavební práce, které by mohly ohrozit jeho osobu a které také tvoří architektonickou bariéru.

Je pro Vás komunikace se známými lidmi jednodušší, nebo Vám nedělá problém i komunikace s neznámými lidmi?

Jak z rozhovoru vyplývá, tak se respondenti ze všech skupin, dělí na dvě strany a to téměř shodně a jednu, kde se respondenti nevyjádřili přesně. První strana odpověděla, že pro ně je komunikace problémová. Zde převažovala spíše skupina Okamžik, pro kterou je tedy taková komunikace problémová a to zejména z toho důvodu, že je nebví pořád dokola

opakovat všechny informace o svém zdravotním stavu. Z tohoto důvodu jsou tito pacienti/klienti raději, pokud chodí ke známému lékaři, i když zmiňují, že občas nastane situace, kdy tyto informace musí znovu opakovat. Oproti skupině, kde byla komunikace problémová, se skupina dvě vyjadřovala, že pro ně není problém navázat komunikaci i s lidmi neznámými. V této skupině převažovali spíše pacienti/klienti z Palaty a z Dědiny. Jedna respondentka z Dědiny zmínila, že ji to kdysi dělalo problém, nyní už si prý vše zařídí. Respondentka uvedla tuto větu: *“Nechci, aby za mě všechno vyřizovali ostatní.”* Z tohoto tvrzení můžeme usuzovat, že pocit soběstačnosti je důležitý i při některých nepříjemných situacích. Skupina, která nezvolila ani problémovou a ani bezproblémovou, komentuje nastalou situaci tak, že neví, na koho zrovna narazí. Často respondenti zmiňují, že je to o chování daného člověka.

Jak jste vnímal/a komunikaci mezi Vámi a zdravotnickým personálem? Byla tato komunikace dostatečná, nebo nedostatečná?

Z této otázky se dozvídáme, že pacienti/klienti se zrakovým handicapem vnímají převážně komunikaci se zdravotnickým personálem jako nedostatečnou. Převážně se jedná o respondenty z Okamžiku a Dědiny. Toto zjištění se zakládá na mnoha důvodech od strohé komunikace, až po nepřiměřenou reakci na zrakově handicapovaného. Respondenti z Palaty však uvedli, že se jim jeví komunikace jako dostatečná a to z toho důvodu, že každý k té komunikaci přistupuje individuálně. Část pacientů/klientů se vyjádřilo nespécificky a to tak, že někdy je na ně mluveno skrz doprovod, což pocítují jako dehonestaci.

Pokud byla dostatečná, co se Vám na této komunikaci líbilo? A pokud byla nedostatečná, tak co pro Vás naopak bylo nepříjemné?

Nepříjemné aspekty byly zmíněny častěji, než aspekty příjemné. Nejčastějším nepříjemným aspektem pro pacienty/klienty se zrakovým handicapem, je nesprávná manipulace s jejich osobou, čili různé brání za hůl, šťouchání či strkání před sebou. Tento aspekt zmínili jen respondenti z Dědiny. Jako dalším nedostatečným aspektem respondenti zmínili mluvení na doprovod, kdy mají pocit jakési nesvéprávnosti, neexistence či dehonestace. Respondenty také trápí nedostatek informací, které dostávají. V průběhu rozhovoru zmínili informované souhlasy či jinou dokumentaci, která jim byla do ruky dána, avšak nedostatečně či nebyla vůbec vysvětlena. Strohou komunikací považují také za negativní aspekt, neboť tito lidé jsou odkázáni především na sluch. Negativní přístup a lhostejnost je taky velkým problémem. Jeden respondent zažil velmi nepříjemnou situaci, kterou popsal následovně: *“Jsou různě kuřáci a prostě je mu milejší jít si zapálit a prostě*

pacient počká. I to se mi stalo.” Jediný příjemný aspekt, který byl zmíněn, byla přívětivost, kterou zmínila respondentka z Palaty.

Dokážete popsat, jaké pocity jste při komunikaci se zdravotnickým personálem měl/a?

Nejvíce respondentů z Okamžiku odpovědělo, že cítili takovou bezradnost, která je svírala. Někteří pacienti/klienti z Dědiny, zmínili, že cítili určitou komunikační bariéru mezi nimi a zdravotnickým personálem, kdy měli třeba problém se tomu zdravotnickému pracovníku plně otevřít. Z tohoto lze usoudit, že je pro lidi se zrakovým handicapem problém si vybudovat určitou důvěru. Většina pocitů v komunikaci se zdravotnickým personálem, se shoduje s pocity, jaké mívají pacienti/klienti v neznámém zdravotnickém prostředí.

Co byste doporučil/a zdravotnickému personálu v komunikaci s Vaší osobou?

Pacienti/klienti se zrakovým handicapem nejvíce doporučují více vzdělávání, co se problematiky komunikace se zrakově handicapovanými týče a to jak pacienti/klienti z Okamžiku, tak z Dědiny. Respondent z Okamžiku doporučuje číst brožury, které Okamžik vydává. Celkově respondenti doporučují se více zajímat o tuto problematiku. Pacienti/klienti také doporučují, aby jim bylo popisováno, co se kolem nich nachází, nebo kde si mají případně sednout. Celkově respondenti z Okamžiku zmiňují, že by stačila čistá přirozenost v komunikaci. Zásady slušného chování a to zejména představení se a zaklepání na dveře při vstupu na pokoj, jsou důležité pro pacienty/klienty z Okamžiku. Respondentka uvedla důvod následující: *”Taky je dobré, když se představí jménem, protože oni pak řeknou, no myslela jsem, že mě poznáte po hlase. A já říkala, že jsem nikdy neslyšela, jak se jmenujete. Tak jako nemám si to kam zařadit ten hlas.”* Celkově více komunikace by přivítali respondenti z Palaty, protože se jedná o starší věkovou kategorii, která komunikuje ráda a s chutí. Více empatie, ohleduplnosti a vstřícnosti by doporučili jak pacienti/klienti z Palaty, tak z Dědiny.

Čemu by se měl dle Vašeho názoru zdravotnický personál vyhnout?

Největší úskalí v komunikaci, vnímají pacienti/klienti se zrakovým handicapem, jako ignoraci jejich osoby či jejich problému. Respondenti z Okamžiku také zmiňují, že by se zdravotnický personál měl vyhnout nečekané manipulaci bez předešlého upozornění. Jedna pacientka popsala svou zkušenost takto: *“Nebo další věc, co mě teda vadí extrémně je, že třeba někam přijdu, s tou holí jo a oni prostě aniž by řekli, jo jsem tady nebo tohle, tak vás prostě chytanou a někam vedou.”* Z toho vyplývá, že by se zdravotnický personál měl vždy ptát či vždy upozornit na to, že na zrakově handicapovaného sáhnou. Rozhodně by neměl personál komunikovat s vodícím psem, nebo jej dokonce hladit. Vodící pes je ve službě a jeho hlazení či jiné rozptylování bez souhlasu majitele, není na místě. Zdravotnický personál by měl vždy mluvit na pacienta, čili na zrakově handicapovaného a nikdy by neměl mluvit

na jeho doprovod. Stejně tak by se měl personál vyhnout infantilnosti, kdy by na pacienta mluvil jako na dítě. Také by se měl vyhnout nemístní péče, neochotě, aroganci, zvyšováním hlasu, protože pacienti nemusí mít sluchový problém a také by rozhodně neměli mlčet.

Byl Vám během komunikace mezi Vámi a zdravotnickým pracovníkem poskytnut dostatek informací (například: popsání cesty na ambulanci)?

Pacienti/klienti odpovídali převážně, že jim nebyl poskytnut dostatek informací, nebo se vyjadřovali nespecifikovaně. Převážně doporučují, že by bylo vhodné dát pacientovi/klientovi dostatek prostoru, aby se sám zeptal či s pacientem/klientem probrat informované souhlasy, dokumentace či výsledky. Respondentka z Okamžiku také doporučuje, aby zdravotničtí pracovníci nepoužívali latinské terminologie, neboť jí nerozumí. Někteří pacienti z Dědiny zmínili, že tyto informace dostávali jak kdy, jak kde, nebo dokonce je dostali až na vyžádání. Respondenti z Palaty mají zkušenosti dobré, i když uznávají, že by té komunikace, hlavně s lékaři, mohlo být více.

S jakým zdravotnickým pracovníkem máte dobré zkušenosti, co se komunikace týče (například: se sestrou, s lékařem, s jiným nelékařským pracovníkem)? A proč si myslíte, že si s tímto zdravotnickým pracovníkem nejlépe rozumíte?

Převážná část pacientů/klientů uváděla, že nejlépe si rozumí s lékaři a to hlavně z důvodů toho, že od lékařů toho moc nečekají z hlediska manipulace či vedení. Také mají dobré zkušenosti s lékaři v tom, že jim bylo popsáno, co s nimi budou dělat a dokonce jim ukazovali přístroje tím, že jim na ně pokládali ruce. Respondent z Okamžiku zmiňuje následující: *“Ono asi obecně je složitější komunikace s těmi sestrami, než s těmi lékaři. Což je ale dáno, myslím tím, že od toho lékaře člověk tolik neočekává té asistence, protože oni vás nikam moc nevodí. Kdežto ta sestra vás doprovází a jako spíše k těmhletěm asistujícím činnostem, že je to asi dané mírou té interakce, ten doktor tam většinou sedí, připraven na to vás vyslechnout a člověk tak jako nic moc nečeká, ale ta sestra, když si pro vás přijde a teď vás má někam odvést nebo dovést na nějaké vyšetření, tak samozřejmě z toho logicky vzniká celá řada z těch situací, které nejsou příjemné.”* Z tohoto tvrzení tedy vyplývá, že komunikace se sestrami může být pro pacienty/klienty klíčová a je pro ně důležitější, než komunikace s lékaři či s jiným personálem. Respondentka z Okamžiku měla výbornou zkušenost zrovna s fyzioterapeutem, jehož chování jí naprosto vyhovovalo a ke kterému měla i důvěru.

Jak vnímáte svůj krátkodobý nebo dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení, když je přítomen zdravotnický pracovník, se kterým si komunikačně rozumíte?

Vnímání pacientů/klientů se zrakovým handicapem je ve zdravotnickém zařízení rozhodně příjemnější, když je přítomen zdravotník, se kterým si rozumí. Někteří respondenti z Okamžiku to brali jako bonus či jako komfort při hospitalizaci, avšak se také obávali, že by docházelo k vyššímu nadužívání tohoto pracovníka právě z důvodu jeho vstřícnosti. Respondenti z Palaty zmiňují, že zažívají příjemné pocity, avšak jedna respondentka zmiňuje následující: *”Já ještě bych k tomu chtěla říct, že někdo si nemůže de facto nic vybírat. Jak kdo s kým mluví. Já třeba, kdybych byla doma, tak jsem úplně nemožná. Jo? Já chodím jenom s chodítkem, jo, takže samozřejmě jsem ráda, že tady jsou všichni ochotní a že mi pomůžou. Ale kdybych byla třeba jinde a bylo to jinak, tak bych musela být taky spokojená, protože co bych doma dělala? A když budu nespokojená, tak je mi to platný jak...”* Z tohoto názoru vyplývá, že tato respondentka i když by byla nespokojená, tak by to musela vydržet z důvodu toho, že by se o ní neměl kdo jiný postarat.

Dělá Vám problém začít komunikovat se zdravotnickým pracovníkem (například: sestra v ambulanci, Váš lékař), o kterém opakovaně víte, že je s ním komunikace problémová (například: nepřátelský tón hlasu, odsekávání, pohrdání Vaší osobou)?

Větší části respondentů, dělal problém začít komunikovat se zdravotnickým pracovníkem, se kterým je komunikace problémová. Největší problém vidí v posudkovém lékaři, který aniž by je viděl, rozhoduje o jejich nároku na invalidní důchod. Jedna respondentka z Okamžiku zmínila, že zažila velice nekorektní chování vůči její osobě, zrovna od posudkové lékařky. Někteří pacienti/klienti z Dědiny odpověděli, že se snaží s tímto pracovníkem jednat tak, aby neměl čas říct něco špatně. Také zmiňují, že záleží na situaci nebo dokonce na tom, zda je pacient/klient objednaný, nebo ne. Respondenti z Palaty zase odpověděli, že záleží na náladě pracovníka, nebo že dokonce mlčí, dokud na ně tento zdravotnický pracovník nepromluví.

Zažil/a jste někdy i neverbální komunikaci (například: dotekem)? A pokud ano, jak na takovou neverbální komunikaci reagujete?

Všichni respondenti, kteří odpovídali, tak odpověděli, že zažili neverbální komunikaci. Avšak většina pacientů/klientů tvrdí, že jsou raději, když je jim to předem popisováno. Respondentka z Okamžiku odpovídá: *“Já jako třeba ty doteky mi nevadí, ale co mi vadí, když se zeptám, jestli mám smrtelnou chorobu a doktor pokrčí rameny, což tedy já nevidím, že. Já nevím, co on neví, a vůbec nevím, že pokrčil rameny.”* Tady lze vidět, že pacienti/klienti se zrakovým handicapem vnímají pouze dotykovou neverbální komunikaci a že ostatní neverbální komunikace je pro ně neidentifikovaná. Převážně pacienti/klienti hodnotí dotekovou komunikaci jako pozitivní a to hlavně respondenti z Palaty, protože je to

svým způsobem uklidňuje. Převážně negativně hodnotil neverbální komunikaci jeden respondent z Dědiny, avšak připouští, že je občas dle situace. Také respondenti z Dědiny uvedli, že opravdu záleží na konkrétní situaci, a že opravdu záleží na upozornění předem.

Je neverbální komunikace pro Vás důležitá, či dáváte přednost komunikaci zcela verbální?

Skupina z Palaty uvedla, že je pro ně neverbální komunikace důležitá, protože je uklidňuje, psychicky stabilizuje, avšak připouští, že má verbální komunikace přednost. Naproti tomu, respondenti z Okamžiku a Dědiny zmínili, že dávají přednost spíše verbální komunikaci, protože ta je pro ně klíčová, a že tam kde je vše dobře popsáno, tak neverbální komunikace není nutná. Někteří respondenti však uvedli, že jinou, než dotekovou neverbální komunikaci nepoznají.

Myslíte si, že zdravotnický personál častěji používá verbální či neverbální komunikaci, pokud jde o pacienty se zrakovým handicapem?

Část respondentů z Okamžiku a z Dědiny na tuto otázku odpověděla, že zdravotnický personál častěji používá verbální komunikaci. Dva respondenti zmínili, že záleží na charakteru člověka. Druhá část pacientů/klientů odpověděla, že vůbec neví, kterou komunikaci personál používá častěji, neboť tyto neverbální signály nedokáží rozpoznat, nebo tuto otázku hodnotili půl na půl.

Dokážete říct, na co z hlediska komunikace kladete největší důraz (Například: srozumitelnost, intonace)?

Za nejdůležitější aspekt v komunikaci považovali pacienti/klienti se zrakovým handicapem srozumitelnost, a to z důvodu porozumění obsahu. Jedna respondentka z Palaty odpověděla, že sice slyší dobře, ale někomu špatně rozumí. Respondentka z Okamžiku zase uvedla, že by zdravotnický personál neměl používat latinské výrazy. Jako další důležitý aspekt zmínili respondenti představování se a podávání ruky, protože podle hlasů si většinou jména nepamatují a jde tedy pro ně o typ identifikace osoby. Co se týká podání ruky, stane se osoba, se kterou hovoří více realistickou. Oslovení je pro tyto pacienty/klienty sťažejní, neboť jen tak potom ví, že se mluví zrovna na ně. Tyto aspekty byly důležité pro pacienty/klienty z Okamžiku. Intonace je pro respondenty také důležitá, a to z důvodu toho, že podle ní poznají zúčastněnost nebo nezúčastněnost v komunikaci. Rychlost řeči zmínili z toho důvodu, že potřebovali více času k porozumění. Dostatek informací vyvolává v respondentovi pocit jakési důvěry.

Proč jste vybral/a zrovna tento aspekt?

Pro pacienty/klienty se zrakovým handicapem je důležité to, aby porozuměli obsahu. Právě kvůli tomuto důvodu je pro ně důležitá dobrá srozumitelnost. Tato srozumitelnost je vhodná i k orientaci v prostoru. Intonaci zvolili z toho důvodu, že zjistí, jestli je v té komunikaci z pohledu personálu jakási zúčastněnost. Respondenti z Okamžiku také uvedli, že pocit důvěry je při komunikaci se zdravotnickým personálem důležitý, proto na ně dobře působí základní slušné chování jako oslovení či podání ruky i dostatek informací. Několik respondentů také uvedlo, že jsou kvůli svému handicapu odkázáni na sluch.

Co je pro Vás důležité při první komunikaci se zdravotnickým pracovníkem?

Jako první důležitý aspekt v komunikaci s personálem, uvádí pacienti/klienti podání ruky, protože to vnímají jako dobrý vjem. Oslovení pacienta k tomu, aby věděl, že je na něj mluveno, požadují respondenti jak z Okamžiku, tak z Dědiny. Představení se je nedílnou součástí slušného chování, jeden respondent z Okamžiku ještě dodal následující: *“K tomu představení je podstatné, aby k tomu jménu člověk dodal i funkci, protože oni mají často stejnojmenné a neuvědomují si, že my to nepoznáme. Že ona sice přijde nějaká paní, ale já nevím, jestli je to opravdu sestra nebo doktorka, to se mi už taky stalo.”* Z této informace lze vyčíst, že při představování je důležité nejen říct jméno, ale i to, jakou funkci personál zastává, aby zrakově handicapovaný věděl, co od tohoto personálu očekávat za pomoc či informace. Pacienti/klienti by také uvítali větší zájem o ně osobně, nejen o jejich problém, ale aby k nim měli celkový přístup jako k člověku.

Stalo se Vám někdy, že zdravotnický pracovník nevěděl, jak má s Vámi hovořit? Pokud ano, jak se tento zdravotník projevoval?

Jen dvěma respondentům z Palaty se nikdy nestalo, že by s nimi personál neuměl hovořit, avšak velká část respondentů uvedla, že zažila situaci, kdy s nimi zdravotnický pracovník neuměl hovořit. Nejčastějším projevem těchto zdravotníků byla špatná manipulace, kdy personál nevěděl, jak má navigovat či vést osoby se zrakovým handicapem. Druhým nejčastějším projevem personálu byla mrzutost, která se občas objevovala a jedna respondentka zmínila, že se cítila, jako by obtěžovala. Nejistotu uvedli jen respondenti z Okamžiku. Dalším projevem bylo odbývání, které popsala pacientka/klientka následovně: *“Třeba se to projevuje tím, že se to snaží mít rychle odbytý. Že tam je cítit z toho taková uspěchanost a neúčast. Jo protože, jakoby to chtěl mít rychle za sebou.”* Mnoho respondentů během celého hovoru a ve všech skupinách zmínili, že někteří zdravotníci volí raději mluvení na vidící doprovod. Jeden respondent z Okamžiku uvedl, že zdravotník za sebe poslal někoho jiného, aby se vyhnul komunikaci se zrakově handicapovaným člověkem. Stejně tak změny

v hlasové komunikaci. Pacienti/klienti zmínili, že zažili křik, nebo dokonce mlčení ze strany personálu.

Vnímáte komunikaci zdravotnických pracovníků v České republice jako dostatečnou?

Převážná část skupiny z Okamžiku uvedla komunikaci se zdravotníky v České republice jako nedostatečnou a toto vyplynulo z celkového rozhovoru. Jedna respondentka se přiklání spíše k nedostatečné komunikaci, avšak uvedla, že existují i zlatí jedinci. Jen jedna respondentka z Palaty vnímá komunikaci v České republice jako dostatečnou a to z důvodu dobrých zkušeností. Nespecificky se vyjádřili jak respondenti z Palaty, tak respondenti z Dědiny. V těchto odpovědích se objevoval nedostatek času, specializace různých lékařů a tím pádem, že nejsou pacienti/klienti vnímání jako celostní osoba, ale jen jako určitý orgán dle specializace lékaře a také se často objevovalo, že pacienti/klienti odpověděli jak kdy, jak kde a jak u koho.

4 DISKUZE

Toto téma jsem si zvolil z důvodu lepšího porozumění a hlubšího pohledu na problematiku komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty/klienty se zrakovým handicapem. Tato bakalářská práce se však zabývá pohledem těchto pacientů/klientů, kteří trpí různými zrakovými vadami, které jim přináší více úskalí v komunikaci, oproti normálně vidícím lidem. Jelikož existují práce, které se zabývají výhradně zdravotnickými pracovníky (sestrami, lékaři či jinými nelékařskými profesemi), přináší toto téma, které je pojato z druhé perspektivy, hlubší zamyšlení nad tím, zda doopravdy umí zdravotničtí pracovníci dostatečně a správně komunikovat se zrakově handicapovanými. Toto téma také odhaluje nejen to, jaká jsou možná rizika v komunikaci samotných pacientů/klientů, ale jaká je skutečná úroveň komunikace zdravotnického personálu v České republice.

Výsledky tohoto šetření byly porovnány s průzkumy, které byly zhotoveny dříve. Bohužel nebylo možné dohledat práci, která by se zabývala přímo tímto tématem a to pohledem handicapovaného pacienta/klienta na komunikaci se zdravotnickým pracovníkem. Většina studií se zabývá znalostmi zdravotnických pracovníků, avšak pomíjí samotného pacienta, jeho potřeby v komunikaci, jeho pohled na situaci. Tímto nedostatkem dostupných informací jsme se rozhodli v práci zabývat. Některé zjištěné výsledky, které byly porovnávány z hlediska obou pohledů, byly částečně shodné.

V otázce č. 1 v naší práci zjišťujeme, kolik respondentů během svého života navštívilo zdravotnické zařízení. Všichni pacienti/klienti 27 (100%), kteří se zúčastnili tohoto průzkumu, odpověděli, že během svého života rozhodně navštívili zdravotnické zařízení a to několikrát. Tato návštěva proběhla nejen z důvodu jejich handicapu, ale také z různých zdravotních důvodů. Skupina z Palaty byla například věkově nejstarší, a tudíž lze předpokládat, že u starších pacientů/klientů se objeví přidružené onemocnění, kvůli kterému musí tuto návštěvu podniknout. Těžko v dnešní době budeme v civilizovaném státě hledat člověka, který ještě nikdy zdravotnické zařízení nenavštívil.

Pokud se zaměříme na otázku č. 2 v našem rozhovoru, jaké pocity mají pacienti/klienti se zrakovým handicapem, kteří se ocitnou v neznámém zdravotnickém prostředí, tak zjistíme, že většina pacientů/klientů častěji uvádí nepříjemné pocity. Nejčastějším pocitem byla nejistota, kterou pacienti/klienti cítili. Tato nejistota mohla vyplývat z různých faktorů a to z neznámého prostředí, neznámých lidí nebo také ze situací,

keré vyvedly tyto zrakově handicapované z míry. Někteří pacienti neurčitě naznačili, že je vyvede z míry i bezradnost personálu v komunikaci se zrakově handicapovaným. Proto by bylo rozhodně dobré, aby si zdravotnický personál udělal čas a provedl zrakově handicapovaného po oddělení, aby se zbavil nejistoty a také následně strachu, který jeho osobu svírá. Pocit určité bezprizornosti může vycházet z pocitu osamělosti, kdy se v tomto zdravotnickém zařízení ocitnou sami, bez svého doprovodu či bez známého člověka. Tito lidé se najednou objeví v prostředí, které neznají, neznají uspořádání věcí v místnosti a tím pádem mohou pocítovat i obavu z toho, aby třeba nedošlo k jejich poranění. V tomto případě by pacient mohl trpět i stresem při každé hospitalizaci či při jakékoliv návštěvě. Nedostatek informací zase může v pacientech/klientech vyvolat pocit jakési nervozity, kdy si nebudou jistí, co se s nimi bude dít dál, nebo jaký bude další léčebný postup. Rozhodně nestačí dát zrakově handicapovaným lidem do rukou informovaný souhlas, bez toho, aby věděli, co v něm skutečně je. Stejně tak není vhodné jim tento souhlas nechat podepsat před tím, než budou seznámeni s informacemi v něm obsaženými.

Otázka č. 3 sleduje, jak složitá je pro zrakově handicapované, orientace v prostoru. Přesněji řečeno, jaký je poměr mezi pacienty/klienty, kteří museli požádat o pomoc zdravotnický personál a kolik pacientů o tuto pomoc nepožádalo. Z této otázky se dozvídáme, že častěji pacienti/klienti se zrakovým handicapem požádali o pomoc. Hlavně šlo o prostředí, kde se ocitli poprvé. Pokud je člověk sám, nemá jinou možnost, jak by se dokázal orientovat v neznámém prostředí, až už je jakékoliv. Šponiářová (2017), která se ve své bakalářské práci zabývá tématem orientace pacienta se zrakovým handicapem v nemocnici, došla k jinému výsledku a to k tomu, že 43 (66%) respondentů, kteří se zúčastnili jejího průzkumu, z celkového množství 65 odpovědělo opačně, a to tím, že pacienti/klienti nepotřebovali pomoc personálu, pokud se jednalo o orientaci v prostoru. Tyto dva různé výsledky se mohou lišit například skladbou pacientů/klientů, kteří se zúčastnili těchto průzkumů a to především v rozdílnosti zrakových vad.

Reakce personálu na tuto žádost o pomoc, byla sledována v otázce č. 4. Ačkoliv několik respondentů zmiňuje, že většina zdravotníků byla ochotná, tak také často záviselo přímo na lidech. Pokud byli tito pacienti/klienti označeni tak, že na nich bylo jasné, že jsou nevidomí, byla jejich reakce dle názorů zrakově handicapovaných lepší a vstřícnější. Možná je to tím, že bílá hůl ve zdravotnickém personálu evokuje určitý vrozený alarm, který upozorňuje na skutečnost, že na tohoto pacienta/klienta potřebujeme více času, více

trpělivosti a trochu jiný přístup, než k pacientům, kteří jsou vidící. Důvodem může být, že pacient/klient se zrakovým handicapem může mít před sebou různé typy bariér a personál by měl být tím, kdo tyto bariéry pomáhá překonávat. Respondenti také zmínili druhou tvář reakce a to reakci neprofesionální nebo čistou nezkušenost. Tato reakce může nastat v okamžiku, kdy personál není naladěný a ztrácí sebekontrolu, je zavalen prací a také nemá čas. Chování tedy může být důvodem neprofesionality, která komunikační bariéry nebourá, ale staví. Nezkušenost může být projevem nedostatečného vzdělání či nedostatečné míry informovanosti o této problematice. Tato nezkušenost se mohla přetvořit i do strachu, který se projevoval tím, že se zdravotnický personál i bál nabídnout pomoc, právě z důvodu toho, že nevěděl jak.

Otázka č. 5 zkoumá, jaké prostředky pacienti/klienti používají nejvíce, pokud jde o orientaci v prostoru. Nejvíce zmiňovaná byla rodina, která zrakově handicapovaného doprovázela. To, že často byla zmíněná rodina, nebylo až tak překvapující, neboť nejvíce člověk věří právě rodině, pokud však s ní má dobré vazby. Členům rodiny pacienti/klienti bezmezně věří, mohou je požádat o cokoli a sotva se setkají s odmítnutím, nebo nepochopením, jak se může stát u zdravotnického personálu. Méně byli zmíněni přátelé, kteří přijedou na návštěvu. Možná z toho důvodu, že pacienti/klienti chtěli strávit čas s přáteli v domácím prostředí a ne se nechat doprovázet na vyšetření. Důvod zmínění přátel není tedy zcela znám. Jedná se pouze o domněnku. Někteří respondenti jsou také majiteli vodících psů. Jak sami tvrdí, je to dobrý průvodce, ale přesto oni sami musí říct, kam má ten pes jít. Proto je zde opět důležitý dostatek kvalitních informací a dobrá navigace, kdy je pacientům/klientům dobře vysvětleno, kam mají případně jít.

Rodina, přátelé a vodící pes není však jedinou možností, jak se pacienti/klienti se zrakovým handicapem seznamují s okolím. Otázka č. 6 odhaluje, že nedílnou součástí zrakově handicapovaných je hůl. Tuto hůl respondenti používali nejen na orientaci, ale také jako určitou signalizaci svému okolí. Tato hůl totiž jasně říká, že pacient/klient má určitou bariéru, která nesmí být přehlížena. Ve své práci Šponiarová (2017) uvedla, že na otázku, která se zabývala používáním kompenzačních pomůcek, odpovědělo 17 (16%) respondentů z celkového počtu 61 odpovídajících, že používá také hůl. Dá se tedy tvrdit, že hůl je stále nezbytnou pomůckou pro pacienty/klienty se zrakovým handicapem. Zrakově handicapovaní také často využívají k orientaci asistenty, kteří jsou z organizace Okamžik nebo jsou z domova Palaty. Tito asistenti jsou většinou známí a pacienti/klienti mohou mít

jistotu, že jsou proškoleni s manipulací a vedením. Z dalších možností, které respondenti uvedli, byla madla kolem zdí a chodítka. Nutno však podotknout, že ne v každé budově jsou přítomná madla, proto se na tuto možnost pacienti/klienti nemohou spolehnout. Stejně tak chodítka, které není vhodné do každého typu budov či na veřejnost, protože riziko architektonické bariéry je dost vysoké a tyto bariéry mohou zapříčinit i pád a následné zranění. Stejně, jako na chodítka a madla kolem zdí, se nelze spoléhat u handicapovaných pacientů/klientů na topografickou paměť.

Otázka č. 7 se zabývá tím, zda pacienti/klienti se zrakovým handicapem vnímají komunikaci s neznámým člověkem jako problémovou, či neproblémovou. Velká část respondentů uváděla, že jim dělá problém komunikace s neznámým člověkem, ať už se zdravotnickým personálem, nebo jiným člověkem. Tento problém se může vyznačovat očekáváním, protože pacienti/klienti nikdy neví, s kým se setkají, jak konkrétně se ten člověk k němu bude chovat, či jaký k němu zaujme postoj. Stejně tak uvádí situace u lékaře, kdy musí stále opakovat věci, které jsou zapsané v jejich kartě. Lze tedy předpokládat, že časté opakování informací není pro pacienty/klienty se zrakovým handicapem příjemné a tento prvek opakování se může zdát dokonce i obtěžující. Když se však na tento problém podíváme ze strany zdravotnických pracovníků, dozvídáme se, že v práci Pelikánové (2015), která se ve své práci zabývala komunikací se zrakově handicapovanými, odpověděli jen 3 (7,69%) respondenti z chirurgického oddělení z celkového počtu 39 respondentů z tohoto oddělení, že pociťují problémy při komunikaci se zrakově handicapovanými. Velice podobné výsledky z pohledu zdravotnického personálu, uvedla v práci Poklopová (2013), která zkoumala připravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu, kdy jen 7 (7%) respondentů z celkového počtu 120 uvedlo, že vnímají komunikaci se zrakově handicapovaným jako komplikaci. Tento problém se tedy spíše objevuje u zrakově handicapovaných, kteří jsou znevýhodněni. Důvod proč zdravotnický personál pociťuje problém, může pramenit z nedostatku zkušeností, strachu nebo právě i z nedostatku času. Tuto domněnku mohou potvrdit výsledky v práci Pelikánové (2015), kde respondenti odpověděli, že pociťují obtížnou komunikaci se zrakově handicapovaným, právě z časového hlediska. Tuto odpověď označilo z celkového počtu 74 respondentů, celkem 18 (6,15%) z chirurgického oddělení a 16 (45,71%) z oddělení interního.

Otázkami, které se zabývají tím, jak pacienti/klienti vnímají komunikaci mezi nimi a zdravotnickým pracovníkem a zhodnocením, zda tuto komunikaci vnímají jako dostatečnou

či nedostatečnou a také aspekty, které na této komunikaci shledávali, se zabývají otázky č. 8 a 9. Velká část respondentů odpověděla, že tuto komunikaci vnímají jako nedostatečnou a to z několika důvodů. Hlavní problém respondenti vidí ve špatné manipulaci s jejich osobou, kdy je s nimi postrkováno či jinak fyzicky manipulováno a to mnohdy bez jakékoliv předchozí verbální komunikace. Verbální komunikace není jediným důvodem této špatné manipulace. Vodění, nebo navigování, které zrakově handicapovaní zažili, nebylo poskytováno tak, jak by si tito pacienti/klienti představovali a jak by jim tato manipulace pomohla v odbourávání bariér. Nejúčinnějším nástrojem je pouhá jednoduchá věta a ta zní: "Jak Vám mohu pomoci?" Pokud se zeptáme, dostaneme ideální a individuální odpověď, protože neexistuje přesný návod na všechny pacienty. Každému pacientovi vyhovuje něco jiného, ale přesto nějaké základy vodění, které jsou popsány v některých brožurách, by bylo vhodné znát. Dalším velice hrubým nedostatkem v komunikaci je mluvení na doprovod. Takové mluvení evokuje v pacientech/klientech pocit toho, že neexistují. Jeden respondent odpověděl, že se v tu chvíli cítí jako *nákupní taška*, která byla přinesena a která se tam jen vyskytla. Otázkou však zůstává, jak to, že zdravotnický personál ignoruje pacienta a raději komunikuje s jeho doprovodem. Stále se můžeme přiklánět k tomu, že je některým zdravotníkům nepříjemné se zrakově handicapovanými hovořit právě z důvodu neznalosti, strachu nebo nejistoty. Důvodem se však může jevit i přirozená potřeba při verbální komunikaci, a to udržování zrakového kontaktu. Je - li tento podvědomě přerušen tmavými brýlemi nebo vědomím, že není u pacienta/klienta možný, automaticky se zdravotník obrací a hledá zrakový kontakt tam, kde umožněn je. Zpětná vazba při rozhovoru zdravotníka a handicapovaného pacienta/klienta je tedy omezena jen na verbální pochopení a ujištění, že pacient všemu rozuměl, nikoliv však na pochopení, které se zračí v očích pacienta/klienta. Vyplývá zde otázka, jak důležitý je pro zdravotníka právě tento neverbální souhlas s pochopením předávaných informací. Vnímá zdravotník přitakávání jako důkaz pochopení předkládaných informací? Jistě by stálo za úvahu rovněž zjistit ze strany zdravotníků, zda si uvědomují, komu zrakový kontakt a v jaké míře věnují. Nedostatek informací ve zdravotnických zařízeních je bohužel také častým problémem. Personál z velké části nejspíš nemá na zrakově handicapovaného čas, a proto si zjednoduší práci tím, že se k němu chovají stejným způsobem, jako k pacientům bez tohoto omezení. Problém však nastává v tom, že zrakově handicapovaný si nedokáže přečíst informovaný souhlas a už vůbec nedokáže vyplnit doplňkové formuláře. Bylo by vhodné si tedy najít čas a pomoci s vyplňováním i pochopením informovaných souhlasů. Zrakově handicapovaný pacient/klient potřebuje více času zdravotnického personálu a také jiný přístup. K tomu by tento zdravotnický personál

měl přihlížet. Stejnou měrou času a trpělivosti by personál měl přistupovat k tomu, jakou komunikaci zvolí. Je naprosto nevhodná komunikace strohá či vůbec žádná, neboť pacienti/klienti se zrakovým handicapem jsou odkázáni na sluch, pomocí kterého se i orientují na určité místa, třeba když si potřebují sednout. Respondenti také špatně nesli negativní přístup a lhostejnost, kterou v některých případech pocítili. Je vždy důležité chovat se k pacientům/klientům slušně bez rozdílu. Šponiarová (2017) ve své práci také uvádí, že celkem 5 (8%) respondentů zaznamenalo problém při komunikaci s personálem. Tito respondenti uvedli neochotu a nepříjemnou sestru v telefonu. Pacienti přicházejí do zdravotnického zařízení, obvykle s prosbou o pomoc. Tato skutečnost nemoci v nich nevyvolává dobré pocity a setkání se se zdravotnickým personálem, který je na ně ke všemu nepříjemný, v nich může podnítit pocity nepohody a tento pocit nepohody zase ztrátu důvěry.

Otázka č. 10 zkoumá pocity, které pacienti měli při komunikaci se zdravotnickým personálem. Dalo by se čekat, že ke zdravotnickému personálu by měli mít zrakově handicapovaní určitý kus důvěry. Opak je však pravdou. U zdravotnického personálu se důvěra může hůře získávat. Na tomto místě si můžeme položit otázku, jak lze získat důvěru. Uvědomme si, jak obtížné je získávat důvěru u zdravého člověka, jaké faktory tento vztah ovlivňují a jak obtížné a nebyvale komplexní může být navázat tento vztah s handicapovaným člověkem. Především je to čas, který potřebujeme. Důvěru nenavazujeme okamžitě, je to dlouhodobý proces, a pokud u handicapovaných pacientů/klientů promarníme možnost krátkých setkávání a nevyužijeme je efektivně, pak se nesmíme divit, že prožívají pocity, jaké popisují ve většině případů. Pacienti/klienti měli spíše pocit bezradnosti, když s personálem komunikovali. Tato bezradnost se mohla projevit strachem, a proto je důležité, aby zdravotnický personál navázal příjemný vztah důvěry hned na začátku. Někteří respondenti také uvedli, že kvůli tomu mají určitý komunikační blok, kdy se zdravotnickému personálu tolik neotevrou. Toto by mohlo být velkým problémem z hlediska získávání důležitých informací v anamnéze. Dalo by se říci, že u pacientů/klientů se kopírují podobné pocity, jaké zažívali v neznámém zdravotnickém zařízení. Otázkou je, zda tyto pocity pramení z tohoto neznámého prostředí, nebo spíše z chování zdravotnického personálu.

Pokud se zaměříme přímo na to, jaké aspekty pacienti/klienti se zrakovým handicapem by doporučili zdravotnickému personálu, tak se z otázky č. 11 dozvíme, že nejčastěji zmiňovali vzdělávání a to nejen vzdělávání pomocí brožur, vyhledávání informací nebo zúčastnění se na seminářích, kde se této problematice věnují, ale také diskutovali nad

tím, kolik času tráví studenti zdravotnických škol a lékařských fakult nad touto problematikou. Nutno podotknout, že neexistuje přímo předmět, který by se věnoval komunikaci s pacienty, kteří mají určitý druh handicapu. Snad by se do vzdělávání mělo přinést více světla, a to v podobě osvěty o komunikaci s tímto typem pacientů. Respondenti také naráží na nedostatek navigace, které jsou jim podávány nepřiměřeným stylem. Pro tyto zrakově handicapované je důležité, aby se dokázali ve své hlavě zorientovat. Jednoduchých poklepáním na židli, nebo dobrou hlasovou navigací by zdravotnický personál pomohl více, než mlčením, nebo vykřikováním vět do vzduchu. Další aspekt, na který často respondenti naráželi, bylo slušné chování. Je důležité se představovat, nejen jménem, ale také funkcí, protože podle hlasu pacienti/klienti většinou nepoznají, kdo s nimi komunikuje. Tato nepatrná drobnost, která by měla být samozřejmostí, dokáže napáchat dostatek zmatku, pokud není použita. Zrakově handicapovaní by také uvítali více komunikace, nejen z důvodu odkázání na sluch, který byl již zmíněn, ale také z toho důvodu, že komunikace je základní potřeba každého člověka a je také důležité, aby tato komunikace byla nejen účelná, ale také příjemná pro obě strany. Proto by měly být dle samotných pacientů/klientů přítomná empatie, ohleduplnost a vstřícnost. Dle respondentů v průzkumu provedeném Šmídovou (2006), která se ve své práci zabývá tématem některých aspektů komunikace s nevidomým pacientem, se ukázalo, že se některé odpovědi shodují i po 14 letech. Stejná doporučení jsou větší informovanost o zrakově handicapovaných, více komunikace a větší ochotu informovat.

V otázce č. 12 jsme zjistili, jakým aspektům v komunikaci by se měl zdravotnický personál vyhnout. Nejčastějším aspektem byla ignorace. Tato ignorace ze strany zdravotnického personálu nedělá příliš dobrý dojem. Pacienti/klienti jsou odkázání v situacích na člověka, který jej přehlídí, ve smyslu, že se mu nevěnuje. V tomto případě se tento pacient/klient dostává do stavu nejistoty a poté i strachu. Je důležité si těchto pacientů/klientů všímat. Ubezpečovat je verbálně, že je bereme na vědomí. Častou situaci popisovali respondenti v čekárně, kdy seděli a čekali. Nikdo jim nedal vědět, že je vůbec zaregistroval, nebo jim nenabídli pomoc či doprovod do ordinace. Pivoňková (2015), která se ve své práci zabývala specifiky ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních, zjistila, že pacientům byla aktivně nabízená pomoc. Někteří pacienti tuto pomoc vítali, někteří se vyjádřili, že jim sice byla nabízená, ale ze strany personálu vycítili neochotu. Přesto byla tato nabízená pomoc ze začátku příjemná, ale v momentě, kdy se už pacienti/klienti orientovali v prostoru, bylo toto aktivní nabízení pomoci nepříjemné až obtěžující. Z tohoto vyplývá možnost, že je na oddělení tato pomoc nabízená častěji, než na

ambulancích. Tento rozdíl může být způsoben jak časem, tak určitým typem chování, kdy je personál zvyklý tu pomoc nabízet automaticky. Často pacienti/klienti nedoporučují manipulaci bez předchozího upozornění, taková manipulace může totiž zapříčinit nepříjemný pocit nejistoty nebo se pacient/klient může dokonce leknout. Také by se měl personál vyhnout komunikaci s vodícím psem. Tento pes je totiž ve službě a jeho rozptylování může narušit jeho naučený rytmus. Proto na psa by personál nikdy neměl sahat bez svolení majitele, a lepší je, kdyby se tomuto kontaktu vyhnul úplně. Stejně tak pacienti nedoporučují mluvení na doprovod, který byl zmiňován výše. Dalším velkým problémem ve vnímání handicapovaných pacientů/klientů je infantilnost v projevech zdravotnických pracovníků. Personál by neměl mluvit na takového pacienta infantilně, i když toto chování nebo taková komunikace může u těchto pacientů/klientů svádět. Každý zdravotnický pracovník se již v průběhu svého vzdělávání setkává s tímto upozorněním, a to i u běžných pacientů bez handicapu. Zdravotnický personál by se měl také vyhnout některým odchylkám ve slušném chování a to zejména aroganci. Měl by si také dát pozor na to, jakým tónem s pacientem mluví. Není potřeba křičet, protože pacienti se zrakovým handicapem špatně vidí, ale lze předpokládat, že sluch mají v pořádku, pokud ovšem nejde o starší ročníky, kdy by nedoslýchavost byla namístě. Nesmíme zapomenout, že mlčení také není ideální komunikací, handicapovaný pacient/klient komunikaci potřebuje.

Zdravotnický personál dle výsledků práce Pelikánové (2015) udával jako nejčastější překážkou v komunikaci se zrakově handicapovanými, nedostatek času, neznalost jak komunikovat, neznalost handicapu a nedostatek trpělivosti. Stejně tak čas zmínili respondenti v práci Poklopové (2013), další překážku popsali jako nutnost doprovodu nebo celkovou složitost komunikace. Stejně tak v práci Vondruškové (2010), která se zabývá tématem komunikace sester s handicapovaným pacientem, se objevuje, že nejčastějším problémem v komunikaci je nedostatek času, neznalost komunikace, neznalost handicapu a nedostatek trpělivosti. Zdá se, že hlavně nedostatek času je největším problémem v komunikaci ze strany zdravotnického personálu. Výsledky naší práce lze s těmito skutečnostmi srovnat a vyvodit závěr, že nejen zdravotnický personál, ale i samotný handicapovaný pacient/klient vnímá netrpělivost při komunikaci jako jeden ze závažných problémů. Lze si na tomto místě položit otázku. Je to skutečně jen časovým vytížením zdravotnických pracovníků?

Míra poskytovaných informací byla zkoumána v otázce č. 13. Tato otázka zjišťovala, zda bylo pacientům/klientům poskytnuto dostatek informací. Převážná část se spíše vyjádřila negativně, čili že jim nebyl poskytnut dostatek informací a další část se vyjádřila

nespecifikovaně. Respondenti uvedli, že by bylo dobré, aby pacient/klient dostal prostor se ptát. Otázkou zůstává, zda personál má dostatek času (opět stejný faktor, který se prolíná všemi zjištěními), aby toto bylo umožněno a zda pacient ví, na co se má zeptat. V tomto případě je důležité, aby pacient/klient pochopil o čem jeho komunikace s personálem je, aby se případně mohl zeptat. Část respondentů také zmínila, že tyto informace dostávali jak kde a jak u koho. Někteří tyto informace dostali až na vyžádání, což by naprosto nemělo být a vede k zamyšlení. Pacient má právo na informace o jeho zdravotním stavu či o nadcházející léčbě, operaci nebo výkonu. V práci Šmídové (2006), se dozvídáme, že ze 103 respondentů odpovědělo celkem 16 (15,5%) pacientů, že sestra předává informace doprovodu, pokud je s nimi v ordinaci a 4 (3,9%) když je tento doprovod na chodbě. Nesmíme zapomenout, že doprovod není pacient a pokud je pacient lucidní, není důvod tyto informace předávat zrovna doprovodu.

Otázka č. 14 sledovala, s jakým zdravotnickým pracovníkem si pacienti/klienti nejlépe rozumí a také proč. Očekávali bychom, že nejlepší porozumění mají se sestrami, protože s nimi přicházejí častěji do styku a jsou pro ně takovou opěrnou berličkou, například při hospitalizaci. Z rozhovoru však vyplynulo, že je toto očekávání mylné. Nejlépe si zrakově handicapovaní rozuměli s lékaři, a to z důvodu toho, že měli dostatek času na ukázání přístrojů pacientům/klientům a to tím způsobem, že jim na tyto přístroje pokládali ruce a dobré komunikace, kdy měl na ně lékař více času, protože v ordinaci či ve vyšetřovně je vždy jeden pacient. Jeden respondent také zmínil, že obecně je komunikace se sestrami složitější, protože se od nich více očekává. Od lékařů toho tolik neočekávají, protože lékaři jsou od toho, aby tam seděli, ptali se, psali, vyšetřili a léčili. Na bedrech sester však stojí více povinností k pacientovi, od základní komunikace začínaje a až po doprovod na vyšetření konče. Mezi těmito hranicemi je bezpočet situací, ve kterých dominuje právě sestra a pacient. Proto je překvapující, že ve výsledku této otázky dominují jako nejlepší komunikátoři zrovna lékaři.

To, jak pacienti/klienti se zrakovým handicapem vnímají pobyt ve zdravotnickém zařízení, když se v něm nachází zdravotník, se kterým si komunikačně rozumí, zjišťovala otázka č. 15. Všichni odpovídající handicapovaní pacienti/klienti zmínili, že tento pobyt vnímají mnohem lépe. Ačkoliv někteří pacienti se obávali, že by mohlo dojít k vyššímu využívání tohoto pracovníka. Takový pracovník je totiž bílou vránou, na kterou se pacient/klient upne a již nepustí, protože takovou vránu vnímají pacienti/klienti jako vysoký

komfort v průběhu hospitalizace. Otázkou však je, jestli takové zvýšené nadužívání zdravotnický pracovník vydrží, protože jak je známo, personál na standardních lůžkových odděleních nemá na starosti v ošetrovatelské péči jen jednoho pacienta. Lze si položit na tomto místě otázku, zda by neměl být k dispozici na každém oddělení zdravotnický pracovník, který má hlubokou povědomost o komunikaci s handicapovanými a tyto v případě jejich hospitalizace zajistit k uspokojení jejich komfortu, a tím podpořit jejich spokojenost.

Problém opětovné komunikace se zdravotnickým personálem, se kterým je komunikace problémová, sleduje otázka č. 16. U této otázky se respondenti rozdělili na dva tábory. První část odpověděla, že jim rozhodně taková komunikace problém dělá. Nejvíce si respondenti stěžovali na posudkové lékaře, kteří posuzují o nich, bez nich. Nejvíce jim u těchto lékařů vadí nedostatek empatie, který se projevuje ve velice nevhodných otázkách, které jsou těmto lidem pokládány. Za alarmující může být považována situace, kdy jedna lékařka dokonce pacientku dostala do nepříjemné situace jen proto, aby si dokázala, že má pravdu. Byla to situace, která otázky lékařky směřující k pacientovi vyžadovala, nebo to bylo velmi citlivé vnímání handicapovaného pacienta? Nelze těmto situacím předejít vhodnou empatií, citlivým upozorněním na pokládané otázky? Tento přístup bez úvodu, upozornění, projevu empatie lze považovat za velice nešťastný a rozhodně by se neměl objevovat v komunikaci s jakýmkoli pacientem/klientem, nezávisle na handicapu, protože takové chování k těmto zrakově handicapovaným může působit až ponižujícím dojmem. Druhá část respondentů neměla přímou odpověď. Zmínili, že v tom hraje několik faktorů, třeba to, jak se ten zdravotnický personál vyspal, jakou má náladu a také jestli je pacient/klient objednan či nikoliv.

Otázka č. 17 se zabývá neverbální komunikací a tím, jak na tuto komunikaci reagují pacienti/klienti se zrakovým handicapem. Všichni pacienti/klienti, kteří na tuto otázku odpovídali, tak odpověděli, že se setkali s neverbální komunikací. Většina respondentů však dává přednost tomu, aby jim bylo všechno verbálně popisováno a aby se na ně nesahalo bez předchozího upozornění. Některé doteky však mají na pacienty/klienty příznivý vliv a to z hlediska psychologického zklidnění či možného prohloubení důvěry a pocit takové lidské sounáležitosti. Většina pacientů totiž i dokáže určit, co jaký dotek zrovna v té chvíli znamená. Pokud je neverbální komunikace dotykem vhodná v určité situaci, pacienti ji berou většinou pozitivně, avšak setkáme se i s pacienty, kteří neverbální komunikaci nemají rádi.

To, zda je pro zrakově handicapované důležitá neverbální komunikace, sledovala otázka č. 18. Je zajímavé, že pro skupinu respondentů, která se vyznačovala vyšším věkem, je neverbální komunikace dotykem důležitá. Taková komunikace je uklidňuje a pomáhá jim překonat určité těžkosti, pokud se dozvídají špatné informace. I když dávají verbální komunikaci přednost, tak neverbální složka je nedílnou součástí potřebné komunikace. Naproti tomu respondenti skupiny mladšího či středně staršího věku odpověděli, že neverbální komunikace pro ně důležitá není a že dávají určitě přednost verbální či verbálnímu popisování věcí. Je také nutno dodat, že zrakově handicapovaní mají určitý blok v neverbální komunikaci. Většina neverbální komunikace je stvořena pro svět, který normálně vidíme. Tito pacienti/klienti však nevidí a proto nemohou používat celou škálu této komunikace. Komunikaci, kterou dokáží vnímat je hlavně haptika, proxemika v tom smyslu, že pacienti i když nevidí, tak sluchově vnímají, jestli je k nim personál například otočen zády, bokem či v jaké vzdálenosti se nachází. Chronemiku zase pacienti/klienti vnímají ve smyslu toho, kolik času jim zdravotnický personál věnuje, jak dlouho je vyslechno a jak dlouho řeší jejich problém.

Otázka č. 19 zkoumala to, zda z pohledu pacientů/klientů používá zdravotnický personál spíše verbální nebo neverbální komunikaci. Neverbální komunikaci neodpověděl nikdo z respondentů, což je nejspíše logické, protože jen neverbální komunikací informace nepředáme. Menší část respondentů však zmínila, že nejspíše personál používá komunikaci verbální. Valná většina však uvedla, že tuto otázku nemohou posoudit, neboť jako zrakově handicapovaní nepoznají, zda personál k mluvení používá gestiku, mimiku či jiné projevy neverbální komunikace. Z toho lze tedy usoudit, že tato otázka není pro cílovou skupinu příliš relevantní.

Nejdůležitější aspekty v komunikaci a důvod jejich vybrání je nejspíše nejdůležitější otázkou celého rozhovoru. Otázka č. 20 a 21 se tímto přesně zabývá. Aspekt, který je pro zrakově handicapované pacienty/klienty nejdůležitější je srozumitelnost. Tato srozumitelnost je rozdělena do dvou částí. První část je srozumitelnost sděleného obsahu, čímž je myšleno sdělení bez latinských názvů či zdravotnického žargonu. Pokud je totiž obsah sdělení obohacen těmito, pro pacienta dvěma nešvary, může se stát, že se pacient cítí trapně a kývne na vše, jako kdyby tomu rozuměl, i když tomu vůbec nerozumí. Proto je důsledné dbát na to, aby pacient odcházel s informacemi, které mu byly předány vhodnou formulací. Druhou částí srozumitelnosti je styl mluvení. Části respondentů totiž dělá problém někomu rozumět,

protože mluví potichu, nebo si „mumlá pod nosem“. Takováto komunikace, navíc ještě bez přídatné mimiky a gestiky, může být pro zrakově handicapované vsutku složitá. Pro pacienty/klienty je důležité dbát na oslovení, aby nedošlo k tomu, že personál hovoří na pacienta a pacient mlčí, protože neví, že se na něj mluví. Tyto situace mohou pak pacienta/klienta uvádět do rozpaků. Dalším aspektem je představení se a podávání ruky. Tyto aspekty byly již řečeny dříve, nicméně představit se je pro zrakově handicapované důležité stejně tak, jako zmínit svou funkci. Předjde se tím mnoha nedorozuměním, ke kterým by mohlo dojít. Při hospitalizaci by respondenti uvítali, aby se zdravotnický personál představoval častěji právě z důvodu, že si nedokáží jméno, hlas a obličej dát dohromady. Zdravotnický personál by měl také dbát na intonaci, protože ta zrakově handicapovanému napoví, jaký postoj k němu určitý zdravotník zaujal. Zda jeho komunikace bude dostatečně zúčastněná nebo naopak zda bude nezúčastněná. Často pacienti v průběhu rozhovoru zmínili rychlost řeči. Zrakově handicapovaní respondenti dávali důraz na pomalejší mluvení, nejspíše z hlediska pochopení obsahu a srozumitelnosti.

V porovnání z pohledu zdravotnického personálu se v práci Pelikánové (2015) shodují odpovědi týkající se hlasového projevu, vysvětlení a pochopení výkonu. Mezi další aspekty patří dostatek času, přirozenost a také trpělivost. Stejně tak respondenti, kteří se zúčastnili průzkumu Poklopové (2013), se shodli, že nejdůležitějším aspektem je barva a tón hlasu. Jako další uvedli gestiku a mimiku, kdy však respondenti této práce opakovaně tvrdili, že ji jako zrakově handicapovaní nevnímají. V práci Šmídové (2006) také najdeme shodu v určitých aspektech a to zejména v porozumění mezi pacientem a sestrou, a také srozumitelnost vzhledem k danému handicapu. Dalšími aspekty byly empatie, naslouchání, trpělivost a dostatek času. S porovnáním těchto tří dříve zkoumaných prací a touto studií zjišťujeme, že jak zdravotnický personál, tak pacienti/klienti se zrakovým handicapem se shodnou na tom, že důležitým aspektem na obou stranách je srozumitelnost a hlasový projev.

Otázka č. 22 se zabývá tím, co je pro zrakově handicapované důležité v první komunikaci se zdravotnickými pracovníky. Prim, jako už dříve zmiňované, hrají tři věci a to podání ruky, oslovení a představení se. Ke všem těmto aspektům se přidává ještě přivítání, což v respondentech vzbuzuje příjemné pocity a také takové přivítání může snížit stres z návštěvy zdravotnického zařízení. Dalšími aspekty, které jsou neméně důležité, jsou srozumitelnost a intonace, které byly popsány již v otázkách č. 20 a 21. Zdravotnický personál by měl myslet na to, že v momentě vstupu zrakově handicapovaného do ordinace či na oddělení, je tento člověk odkázán především na sluch a pokud nemá průvodce, tak i na

zdravotnický personál. Tento personál tedy dělá zrakově handicapovanému oči tím, že co nejpřesněji popíše, co se kolem tohoto pacienta/klienta nachází, aby tak pacient/klient měl přehled o uspořádání místnosti. Důležitost sdělování informací je také již několikrát popsána. Respondenti by však byli rádi, kdyby je lékaři, kteří mají určitou specializaci, brali jako celého člověka a aby je neviděli jen jako orgán, který léčí a na který se specializují, což se dá ovšem bohužel identifikovat jako známka celého našeho zdravotnictví, ve kterém se ve většině případů vytrácí pacient jako komplex a stává se pouhými částmi podle oborů medicíny.

Jestli se někdy pacientům/klientům stalo, že zdravotnický personál nevěděl, jak s nimi hovořit a případně, jak se takový zdravotník choval, tak odpovědi zkoumala otázka č. 23. Většině pacientů/klientů se někdy stalo, že zdravotnický personál s nimi neuměl hovořit. Projevy tohoto chování či jednání byly popsány jako špatná manipulace, která pramenila nejspíše z neznalostí či z nedostatku zkušeností, kdy pacienti/klienti byli směřováni či vedeni špatně. Nejhorší typ vedení, který pacienti zmínili, bylo chycení za zápěstí a táhnutí za sebou, kdy zdravotník couval. Tato metoda vedení není vhodná a je dokonce i nebezpečná, pokud by zakopl zdravotnický pracovník, tak s sebou na zem stáhne i zrakově handicapovaného člověka. Strkání před sebe, jako „balík“, také není nejlepší nápad, jak vést nemocného, protože nemocný nevidí překážky, které mohou být v jeho cestě. Nejideálnější vedení zrakově handicapovaného je, nabídnout mu rameno či paži, za kterou se on sám chytí a tímto způsobem následuje zdravotníka, lehce krytý za jeho tělem. Dalším projevem byla mrzutost, kterou pacienti/klienti cítili. Tato mrzutost pocházela nejspíše z přepracování, ze špatné nálady či z jiných situací, které zdravotníka mohly zastihnout. Dalším projevem byla také nejistota, kdy se personál obracel s komunikací spíše na doprovod a pacienta/klienta jako takového měli tendenci přehlížet. Tato nejistota se také mohla vniknout do uspěchané a odbývané komunikace, kdy to personál chtěl mít rychle odbyté. Nejistota mohla být dokonce tak velká, že za sebe poslal svého kolegu. Tato varianta není tak špatná, ale je důležité říct pacientovi, proč s ním zdravotník má problém komunikovat a že přijde někdo jiný. Jinak by mohlo dojít k nemilému překvapení a k zmatení pacienta, protože by na něj mluvil jiný hlas.

Otázka č. 24 zjišťuje, jestli pacienti/klienti vnímají komunikaci v České republice jako dostatečnou, či nikoliv. Zde převažují odpovědi negativní, čili zrakově handicapovaní vnímají komunikaci zdravotnického personálu jako nedostatečnou. Důvody, proč pacienti/klienti odpověděli takto, jsou popsány výše. Nastává však otázka co udělat, aby se

tato situace pro zrakově handicapované zlepšila. Možná by bylo vhodné zajistit více hodin výuky s touto problematikou ve školách, aby zdravotnický personál nepociťoval nejistotu, která může zapříčinit zmatek. Na jednu stranu, ten kdo má o tuto problematiku zájem, tak si jistě v dnešní době moderních přístrojů a mnoha volného dostupného materiálu vybere přesně to, o co se zajímá. Malé povědomí o této problematice by měl mít každý, bez ohledu na to, jakou funkci vykonává, protože oni nás sice nevidí, ale pro nás neviditelní nejsou.

5 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem komunikační potřeby z pohledu pacientů/klientů se zrakovým handicapem. Cílem této práce bylo zjistit, jaké komunikační potřeby tito zrakově handicapovaní mají, na jaké úskalí v této komunikaci narážejí a mimo jiné, jak hodnotí komunikaci mezi nimi a zdravotnickým personálem a zda tato komunikace je v České republice dostatečná.

Téma bakalářské práce bylo pro mě důležité z hlediska získání základních informací o problematice zrakově handicapovaných pacientů/klientů. Metoda tohoto průzkumu byla zvolena tak, aby informace, které byly získávány, byly získávány z hloubky a ne jen z povrchu problému. Kdybych se měl této bakalářské práci věnovat opětovně, rozhodně bych zvolil stejnou metodu průzkumu. Avšak bych zvažil, zda by tyto rozhovory byly spíše individuálně, než skupinové a také bych si přál zmapovat tuto problematiku ve všech okresech. Zajímalo by mě, jaké rozdíly by se vyskytly u pacientů/klientů v Česku, na Moravě a ve Slezsku.

Věřím, že zpracování této bakalářské práce mi přineslo určitý náhled na problematiku zrakově handicapovaných, se kterou jsem neměl téměř žádné zkušenosti. Tento náhled mi jistě pomůže ve zvýšení mé profesionality a umění komunikace při vykonávání povolání všeobecné sestry. Stejně tak, jako pomůže ostatním zdravotnickým pracovníkům, kteří se o tuto problematiku zajímají, nebo o této problematice hledají více informací.

Z celého průzkumu vyplývá, že komunikace se zdravotnickým personálem je nedostatečná. Tato špatná komunikace může být zapříčiněna nedostatkem znalostí této problematiky. Proto by bylo určitě vhodné, aby se zdravotnický personál, nehledě na svou funkci, připravoval již během studia. Tento návrh profesního vzdělávání by určitě změnil pohled všech, kteří pracují s lidmi a odboural zábrany nejistoty či strachu, kterým tento personál může pocíťovat při komunikaci se zrakově handicapovaným pacientem/klientem. Tento návrh by se mohl týkat změn osnov studijních programů, kde by byl vytvořen studijní předmět, který by zahrnoval komunikaci s pacienty/klienty, kteří trpí jakýmkoliv handicapem. V tomto předmětu, by se studenti seznámili s různým typem handicapů a také by dostali praktické rady, jak s těmito pacienty/klienty komunikovat správně tak, aby tato komunikace byla příjemná a účelná.

Další možností by bylo oslovit organizace, které se touto problematikou zabývají a které pořádají různé semináře v rámci kliniky či ústavu, které by byly pro každého zdravotnického pracovníka povinné.

Jako velice zajímavou myšlenku, hodnotím vytvoření pozice sestry specialistky, která by se zabývala komunikací s handicapovanými pacienty. Tato specializace by tedy plnila funkci informační, vzdělávací a také účelovou, protože by tato sestra pracovala jen s handicapovanými pacienty a tudíž by měla více času na každého pacienta. Pokud by se tato sestra specialistka například věnovala právě pacientovi se zrakovým handicapem, byla by nápomocná s vyplňováním formulářů, s porozuměním informovaných souhlasů a také by provedla pacienta/klienta po oddělení, aby se na tomto oddělení bez obav mohl pohybovat co nejvíce samostatně.

Mezi další návrh bych radil dostupnost informačních brožur, nebo vytvoření webových stránek, které by jasně popisovaly tuto problematiku a poskytla cenné návody či rady, které by mohly být uplatněny v praxi.

Dovolím si na závěr citaci v českém jazyce, kterou zmínil americký spisovatel Stephen King: *”Přerušit komunikaci znamená zapomenout na záchranu.”* Proto udržujme s pacienty/klienty bez ohledu na jejich handicap, komunikaci na takové úrovni, aby i prostá slova mohla léčit.

REFERENČNÍ SEZNAM

BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 9788026015383.

GAULT, Iris, Jean SHAPCOTT, Armin LUTHI a Graeme REID. *Communication in nursing and healthcare: a guide for compassionate practice*. Los Angeles: SAGE, 2017. ISBN 9781412962315.

HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024740324.

HOŠOVÁ, Petra, Marie HŮRKOVÁ a Miroslav MICHÁLEK. *Manuál pomoci nevidomým*. Ilustroval Pavla VAŇKOVÁ. Praha: Okamžik, 2015. ISBN 9788086932415.

JANOUSEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 9788024742953.

KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 9788073689179.

MICHÁLEK, Miroslav, Petr VOJTÍŠEK a Jana VONDRÁČKOVÁ. *Váš nevidomý pacient. 2. vydání*. Praha: Okamžik, 2013. ISBN 9788086932347.

MICHÁLEK, Miroslav. *Tady stojíte dost blbě: nevidáno a nevydáno*. V Praze: Okamžik, 2014. ISBN 9788086932378.

MICHÁLEK, Miroslav. *Žít jako vy, aneb, Rovné příležitosti pro nevidomé: zkušenosti, netradiční pohledy, náměty a doporučení*. Praha: Okamžik, 2016. ISBN 9788086932446.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 9788024723396.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024739182.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024734224.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství. Vyd. 3., dopl.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 9788070135242.

PATÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

SEIFERT, Radek. *Pacient nevidí, pomozte mi!: příručka pro zdravotnický personál.* Praha: Okamžik, 2018. ISBN 9788086932484.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením.* Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073676919.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry.* Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072625994.

ŠUMNÍKOVÁ, Pavlína. *Možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením.* Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2018. ISBN 9788076030053.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 9788027100644.

VLČEK, Václav. *Psychologie a doteková povolání: doteková povolání jako forma komunikace : učební text aplikované psychologie. 3. vydání.* Olomouc: Poznání, 2016. ISBN 9788087419588.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 9788027101566.

Elektronické zdroje

Česká oční optika: Nevidomý pacient ve zdravotnickém zařízení 1. část [online]. Česko, 2011, 52(4) [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc12011497>

Český statistický úřad: Výběrové šetření zdravotně postižených osob - 2013 [online]. Česko: ČSÚ, 2014 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

Eye anatomy - how the eye works: The Eye – a guide to the many parts of the human eye — how and why vision works and functions. [online]. Clearwater, FL: The Macula Center, ©2007-2018 [cit. 2019-12-8]. Dostupné z: <https://maculacenter.com/eye-anatomy/>

JENSEN, Lynn. Focusing your care: Working with clients with vision loss. *Canadian-nurse.com* [online]. Vancouver, B.C: Jensen, 2013, 2013 [cit. 2020-02-08]. Dostupné z: <https://canadian-nurse.com/en/articles/issues/2012/march-2012/focusing-your-care>

Journal of Nursing: Perception of nursing students on the communication with people with visual and hearing disabilities [online]. 2013, 7(3) [cit. 2020-02-15]. ISSN 1981-8963. Dostupné z: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10288>

LORM: Společnost pro hluchoslepé [online]. Česko: LORM – Společnost pro hluchoslepé, ©2015 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.lorm.cz/o-lorm/kdo-jsme-a-komu-pomahame/>

MARIOTTI, S.P. a D. PASCOLINI. *Visual Impairment and Blindness 2010* [online]. 2012, 5 [cit. 2020-02-20]. DOI: 96(5):614-8. Dostupné z: https://www.who.int/blindness/data_maps/VIFACTSHEETGLODAT2010full.pdf?ua=1

Okamžik- Nevidomí mezi námi: Co všechno lze dělat s živou pomůckou [online]. Praha, 2016 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z:

http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Vodici_pes/Kynologicke_sporty.html

Okamžik: Naše publikace [online]. Praha: Okamžik, z. ú., 2020 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.okamzik.cz/ke-stazeni/nase-publikace/>

Okamžik: O nás [online]. Praha: Okamžik, z. ú., 2020 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.okamzik.cz/o-nas/>

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. [online]. Praha: Dědina, 2010 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.dedina.cz/index.html>

Rehabilitace a fyzikální lékařství: Sociální rehabilitace – specifika integrace osob se zrakovou disabilitou [online]. Česko, 2014, **21**(2) [cit. 2020-02-01]. ISSN 1805-4552. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14070561>

Respekt v komunikaci: Workshopy [online]. Česko: Centrum pro komunitní práci střední Čechy, ©2016 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <http://respektvkomunikaci.cpkp.cz/nevidim/>

Sestra: Specifická komunikace sestry a pacienta v klinické praxi [online]. Česko, 2010, **20**(7-8) [cit. 2019-12-11]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc10035207>

SONS- Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. Česko: SONS ČR, ©2012-2020 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.sons.cz/onas>

Škola pro výcvik vodících psů, s.r.o. VODICÍ PES, z.s.: Plemena vhodná pro práci vodícího psa. [online]. Brno, 2018 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://www.vycvikvodicichpsu.cz/vodici-psi/plemena-psu/>

TYFLOSERVIS: rehabilitace nevidomých a slabozrakých [online]. Česko: TyfloServis, ©2005-2020 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php>

World Health Organization: Childhood blindness [online]. WHO, ©2020 [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index3.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor (Text)

Příloha 2: Snellenova tabule (Obrázek č. 1)

Příloha 3: Tabulka vyšetření barvocitu (Obrázek č. 2)

Příloha 4: Typ tyflografického plánu (Obrázek č. 3)

Příloha 5: Ukázka Braillova písma (Obrázek č. 4)

Příloha 6: Lupa (Obrázek č. 5)

Příloha 7: Mobilní telefon (Obrázek č. 6)

Příloha 8: Orientační hůl (Obrázek č. 7)

Příloha 9: Vodící pes (Obrázek č. 8)

Příloha 10: Znázornění trichromatického vidění barev (Obrázek č. 9)

PŘÍLOHY

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor (Text)

Tento rozhovor bude použit jako součást výzkumu, který zjišťuje komunikační potřeby u pacientů se zrakovým handicapem. Cílem tohoto výzkumu je odpovědět na otázku: „Jaké jsou komunikační potřeby u pacientů se zrakovým handicapem.“

Jde o zjištění, jak pacienti se zrakovým handicapem vnímají komunikaci mezi ním a zdravotnickým personálem ve zdravotnickém zařízení. Jde i o zjištění, jestli je tato komunikace dostatečná či nikoliv a jak by si komunikaci se zdravotnickým personálem představovali a který personál je na tom s komunikací nejlépe.

Tento rozhovor bude probíhat pouze, pokud s ním souhlasíte a budete souhlasit i s jeho zvukovým zaznamenáním do zvukového formátu. Tento rozhovor bude využit pouze pro zpracování analýzy dat. Tyto rozhovory budou anonymní a nebudou nadále šířeny.

Vlastní otázky k rozhovoru:

1. *Jak se cítí pacient se zrakovým handicapem v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?*

- Navštívil/a jste během svého života zdravotnické zařízení?
- Jak byste popsali/a Vaše prvotní pocity v neznámém zdravotnickém prostředí?
- Byl/a jste si jistý/á svou orientací v prostoru, nebo jste spíše musel/a požádat o pomoc zdravotnický personál?
- Jaká byla reakce personálu, pokud jste požádal/a o pomoc?
- Využíváte nějaké možnosti s orientací v prostoru? Využití pomoci vodícího psa, rodiny či přátel?
- Jestliže nevyužíváte pomoci svých blízkých, jak se orientujete v neznámém prostředí zdravotnického zařízení?
- Je pro Vás komunikace se známými lidmi jednodušší, nebo Vám nedělá problém i komunikace s neznámými lidmi?

2. *Jak vnímá pacient se zrakovým handicapem komunikaci mezi ním a zdravotnickým personálem?*

- Jak jste vnímal/a komunikaci mezi Vámi a zdravotnickým personálem? Byla tato

komunikace dostatečná, nebo nedostatečná?

- Pokud byla dostatečná, co se Vám na této komunikaci líbilo? A pokud byla nedostatečná, tak co pro Vás naopak bylo nepříjemné?
- Dokážete popsat, jaké pocity jste při komunikaci se zdravotnickým personálem měl/a?
- Co byste doporučil/a zdravotnickému personálu v komunikaci s Vaší osobou?
- Čemu by se měl dle Vašeho názoru zdravotnický personál vyhnout.
- Byl Vám během komunikace mezi Vámi a zdravotnickým pracovníkem poskytnut dostatek informací (například: popsání cesty na ambulanci)?

3. *Jaké rozdíly v komunikaci pocítuje pacient se zrakovým handicapem u různých zdravotnických pracovníků?*

- S jakým zdravotnickým pracovníkem máte dobré zkušenosti, co se komunikace týče (například: se sestrou, s lékařem, s jiným nelékařským pracovníkem)? A proč si myslíte, že si s tímto zdravotnickým pracovníkem nejlépe rozumíte?
- Jak vnímáte svůj krátkodobý nebo dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení, když je přítomen zdravotnický pracovník, se kterým si komunikačně rozumíte?
- Dělá Vám problém začít komunikovat se zdravotnickým pracovníkem (například: sestra v ambulanci, Váš lékař), o kterém opakovaně víte, že je s ním komunikace problémová (například: nepřátelský tón hlasu, odsekávání, pohrdání Vaší osobou)?

4. *Jak se pacient se zrakovým handicapem staví k neverbální komunikaci?*

- Zažil/a jste někdy i neverbální komunikaci (například: dotekem)? A pokud ano, jak na takovou verbální komunikaci reagujete?
- Je neverbální komunikace pro Vás důležitá, či dáváte přednost komunikaci zcela verbální?
- Myslíte si, že zdravotnický personál častěji používá verbální či neverbální komunikaci, pokud jde o pacienty se zrakovým handicapem?

5. *Jaké jsou důležité aspekty komunikace pro pacienty se zrakovým handicapem?*

- Dokážete říct, na co z hlediska komunikace kladete největší důraz (Například: srozumitelnost, intonace)?
- Proč jste vybral/a zrovna tento aspekt?
- Co je pro Vás důležité při první komunikaci se zdravotnickým pracovníkem?
- Stalo se Vám někdy, že zdravotnický pracovník nevěděl, jak má s Vámi hovořit? Pokud ano, jak se tento zdravotník projevoval?
- Vnímáte komunikaci zdravotnických pracovníků v České republice jako

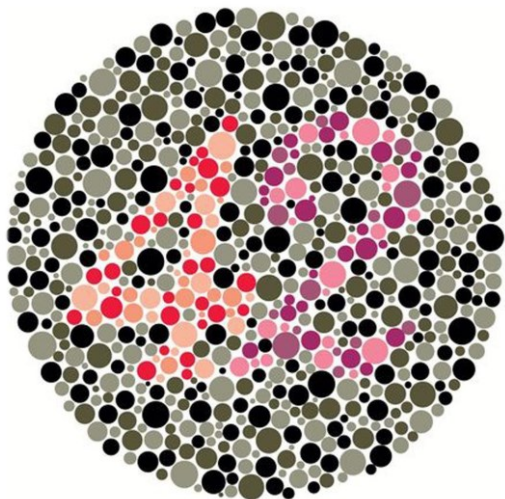
dostatečnou?

Příloha 2: Snellenova tabule (Obrázek č.1)



Zdroj: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js16/refrakcni_vady/web/pages/03-naturalni-zrakova-ostrost.html

Příloha 3: Tabulka vyšetření barvocitu (Obrázek č. 2)



Zdroj: <http://www.ocnioptik.eu/oko-a-videni/barvocit/vysetreni-barvocitu/>

Příloha 4: Typ tyflografického plánu (Obrázek č. 3)



Zdroj: <https://aktualne.cvut.cz/stalo-se/20161104-podilime-se-na-zpristupneni-unikatni-internetove-mapy-slovenske-republiky-pro>

Příloha 5: Ukázka Braillova písma (Obrázek č. 4)

•	••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••
a/1	b/2	c/3	d/4	e/5	f/6	g/7	h/8	i/9	j/0
••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••	•••••••••••
k	l	m	n	o	p/%	q	r	s	t
•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••	•••••••••••	••••••••••••
u	v	w	x	y	z	á	č	ď	é
••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••	•••••••••••	••••••••••••	•••••••••••••
ě	í	ň	ó	ř	š	ť	ú/š	ů	ý
•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••	•••••••••••	••••••••••••	•••••••••••••	••••••••••••••
ž	.	,	:	;	?	!	„	()

Zdroj: <http://www.tyflokaabinet-cb.cz/h/brail.htm>

Příloha 6: Lupa (Obrázek č. 5)



Zdroj: <http://pomucky.blindfriendly.cz/opticke-pomucky.html>

Příloha 7: Mobilní telefon (Obrázek č. 6)



Zdroj: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/pic/tech/smartvision.jpg>

Příloha 8: Orientační hůl (Obrázek č. 7)



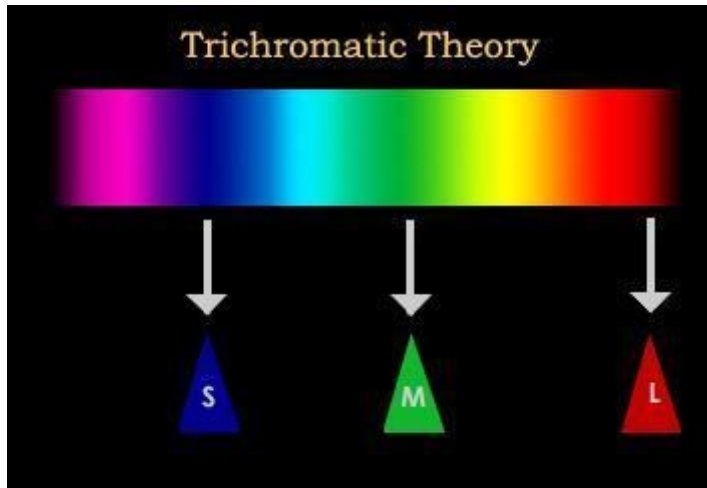
Zdroj: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/problemy.htm>

Příloha 9: Vodící pes (Obrázek č. 8)



Zdroj: <https://www.vycvikvodicichpsu.cz/vodici-psi/plemena-psu/labradorsky-retriever/>

Příloha 10: Znázornění trichromatického vidění barev (Obrázek č. 9)



Zdroj: <https://psyc.ucalgary.ca/PACE/VA-Lab/colourperceptionweb/theories.htm>